



## ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

### ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Το προφίλ των καπνιστών, επισκεπτών υπηρεσιών  
Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε σχέση με την  
ετοιμότητα στη διακοπή του καπνίσματος**

**Μιχαλίτσα Μακρογιαννάκη**

**Νοσηλεύτρια ΠΕ**

**Επιβλέποντες:**

1. **Λιονής Χρήστος**, Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Διευθυντής Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης

**Συνεπιβλέποντες:**

1. **Dr. Papadakis Sophia**, Adjunct Professor in the Faculty of Medicine at the University of Ottawa
2. **Δρ. Βαρδαβάς Κωνσταντίνος**, Επιστημονικός συνεργάτης, Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

*Ηράκλειο, Νοέμβριος 2016*

© 2016

Μιχαλίτσα Μακρογιαννάκη

ALL RIGHTS RESERVED

## Ευχαριστίες

Η εργασία αυτή δε θα έφτανε ποτέ στην ολοκλήρωσή της, εάν δεν είχα την άμεση συμπαράσταση του επιβλέποντος καθηγητή μου κ. Λιονή Χρήστου. Η εμπειρία του σε θέματα όπως το δικό μου και η επιστημονική του κατάρτιση υπήρξαν για μένα ο καταλληλότερος οδηγός, για αυτό και τον ευχαριστώ θερμά για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε, μα πάνω από όλα για την ευκαιρία που μου έδωσε, να συνεργαστώ μαζί του.

Επιπρόσθετα, τις ιδιαίτερες ευχαριστίες μου στην κα. Sophia Papadakis, για την ουσιαστική και πολύτιμη βοήθειά της, τόσο στο σχεδιασμό, όσο και στην ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής μου εργασίας και ιδιαίτερα στο κομμάτι της στατιστικής ανάλυσης. Υπομονετική και πάντα πρόθυμη να μου δώσει τις κατευθυντήριες οδηγίες της.

Ένα ευχαριστώ δε θα ήταν αρκετό, για την ουσιαστική, συνεχή βοήθεια και υποστήριξη του κου. Κωνσταντίνου Βαρδαβά. Πάντα έτοιμος και διαθέσιμος να με βοηθήσει, να με συμβουλευσει και να μου δώσει δύναμη, καθ' όλη τη διάρκεια της προετοιμασίας της μεταπτυχιακής μου εργασίας.

Ένα «ευχαριστώ» είναι λίγο, για να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στο πρόσωπο της κα. Χάρις Γιρβαλάκη, για την αμέριστη βοήθειά και την καθοδήγησή της από την αρχή μέχρι και το τέλος της προσπάθειάς μου.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος για την ευκαιρία που μου έδωσαν, επιλέγοντας με, να συμμετάσχω σε αυτό, ανοίγοντας μου το δρόμο για νέους ορίζοντες.

Ένα ακόμα ευχαριστώ στους φίλους μου Αλκμήνη Καρασταμάτη και Ανδρέα Λύρα για την υπομονή και τη στήριξή τους.

Τέλος, το «πιο μεγάλο», μου ευχαριστώ, στους δασκάλους της ζωής μου- την οικογένειά μου, τον αδερφό μου Μανόλη και τους γονείς μου Αριστοτέλη και Μαρία, που όλα αυτά τα χρόνια είναι δίπλα μου και με στηρίζουν. Αρωγοί σε κάθε μου προσπάθεια, εφοδιάζοντας με πάντα απλόχερα, με δύναμη και υπομονή σε κάθε μου όνειρο.

Στους γονείς μου,  
Αριστοτέλη και Μαρία

«Ξέρω ότι δε μπορώ να διδάξω τίποτα σε κανέναν.  
Μπορώ μόνο να δημιουργήσω ένα περιβάλλον  
μέσα στο οποίο κάποιος θα μπορεί να μάθει κάτι.»

Carl Rogers, 1959

# Περιεχόμενα

<b>Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας</b> .....	1
<b>Abstract</b> .....	3
<b>1 Εισαγωγή</b> .....	5
1.1 Κάπνισμα και Δημόσια Υγεία .....	5
1.1.1 Κάπνισμα και σχετιζόμενες ασθένειες .....	6
1.1.2 Παθητικό Κάπνισμα .....	9
1.2 Διακοπή του καπνίσματος .....	10
1.2.1 Οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος .....	10
1.2.2 Οδηγίες για τα προϊόντα καπνού .....	11
1.2.3 Προγνωστικοί παράγοντες για την ετοιμότητα διακοπής του καπνίσματος ...	14
1.3 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και διακοπή του καπνίσματος .....	19
1.4 Ελλάδα και κάπνισμα .....	21
<b>2 Σκοπός της Έρευνας</b> .....	26
2.1 Κύρια Ερευνητικά Ερωτήματα .....	26
<b>3 Μεθοδολογία</b> .....	27
3.1 Σχεδιασμός Μελέτης .....	27
3.2 Τόπος και χρόνος της μελέτης .....	27
3.3 Ισχύς και μέγεθος του δείγματος .....	28
3.4 Πληθυσμός μελέτης .....	28
3.5 Εργαλείο της Έρευνας .....	29
3.6 Στατιστική Ανάλυση .....	31

<b>4</b>	<b>Αποτελέσματα</b> .....	32
4.1	Ποσοστό του Καπνίσματος .....	32
4.2	Είδος επίσκεψης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	32
4.3	Χαρακτηριστικά των καπνιστών .....	32
4.4	Δυπαραγοντική ανάλυση.....	35
4.5	Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση .....	37
<b>5</b>	<b>Συζήτηση</b> .....	39
5.1	Επιπτώσεις στην πρακτική και την έρευνα .....	48
5.2	Συμπεράσματα.....	49
<b>6</b>	<b>Βιβλιογραφία</b> .....	51
<b>7</b>	<b>Παράρτημα</b> .....	68
7.1	Πίνακες.....	68
7.2	Ενημερωτικό Σημείωμα Επισκεπτών .....	75
7.3	Συμφωνητικό Αποδοχής Συμμετοχής Επισκεπτών .....	76
7.4	Έντυπο Διαλογής Επισκεπτών .....	77
7.5	Ερωτηματολόγιο Επισκέπτη Υπηρεσιών Υγείας .....	78

## **Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας**

**Τίτλος εργασίας:** Το προφίλ των καπνιστών, επισκεπτών υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε σχέση με την ετοιμότητα στη διακοπή του καπνίσματος.

**Της:** Μακρογιαννάκη Μιχαλίτσας

**Υπό τη επίβλεψη των:** 1. Χ. Λιονής

2. S. Papadakis

3. Κ. Βαρδαβάς

**Ημερομηνία:** Ιούνιος, 2016

**Εισαγωγή:** Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) συμβάλλει σημαντικά στην υποστήριξη των καπνιστών, επισκεπτών της και στη ρύθμιση παρεμβάσεων που αφορούν τη διακοπή καπνίσματος. Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας ήταν η μελέτη των προσδιοριστών (παραγόντων) που επηρεάζουν την ετοιμότητα διακοπής του καπνίσματος σε ένα δείγμα χρηστών των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα.

**Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήσαμε μια συγχρονική μελέτη σε 15 ιατρεία ΠΦΥ, από το Δίκτυο Έρευνας στη Γενική Ιατρική του Νομού Ηρακλείου, μεταξύ Ιουνίου-Σεπτεμβρίου 2015. Ασθενείς ελέγχθηκαν για το καπνιστικό τους προφίλ κατά την επίσκεψη τους στα ιατρεία. Από τους 1059 που ελέγχθηκαν, 524 ήταν καπνιστές, κρίθηκαν επιλέξιμοι, δέχτηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη και καταγράφηκαν τα χαρακτηριστικά τους. Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση, δοκιμασίες  $\chi^2$  και t-tests χρησιμοποιήθηκαν, για να εξετάσουν τους προγνωστικούς παράγοντες, για την ετοιμότητα στη διακοπή του καπνίσματος.

**Αποτελέσματα:** Ο επιπολασμός του καπνίσματος ήταν 38%. Το 14.9% των καπνιστών ανέφεραν ότι εμφανίζουν σημάδια άγχους και/ ή κατάθλιψη. Το 70.6% ανέφεραν έναρξη του καπνίσματος μέσα στα πρώτα 30 λεπτά εγρήγορσης. Το 67.7% δεν έχει κάνει καμιά προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος τον προηγούμενο χρόνο. Ωστόσο, η πλειοψηφία των καπνιστών ενδιαφέρονται να διακόψουν το κάπνισμα στους επόμενους 6 μήνες και το 24.6% στις επόμενες 30 ημέρες. Η ετοιμότητα διακοπής σε 30 ημέρες συνδέθηκε θετικά με το ιστορικό προσπαθειών διακοπής καπνίσματος [1-2 προσπάθειες: (OR 5.10, 95% CI 3.10-8.40) και >3 προσπάθειες: (OR 7.57, 95% CI 2.96-19.37)], τη χαμηλή ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων (OR 0.05, 95% CI 0.01-0.51) και τη σπουδαιότητα της διακοπής (OR 1.70, 95% CI 1.45-2.00), όπως αναφέρθηκε από τους συμμετέχοντες. Τέλος η πιθανότητα κατάθλιψης (OR 2.29, 95% CI 1.13-4.62) προέβλεψε την ετοιμότητα να διακόψουν το κάπνισμα οι καπνιστές της μελέτης.

**Συμπεράσματα:** Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δείχνουν την πρόθεση καπνιστών στην ΠΦΥ να διακόψουν το κάπνισμα, σε σχέση με προσδιοριστές της καπνιστικής τους συνήθειας. Τα ευρήματα αυτά τονίζουν την αναγκαιότητα σχεδιασμού και εφαρμογής παρεμβάσεων και προγραμμάτων εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, για την υποστήριξη και παροχή βοήθειας των ασθενών που επιθυμούν, να διακόψουν το κάπνισμα.

**Λέξεις κλειδιά:** κάπνισμα, διακοπή, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, έρευνα



### **Abstract**

**Title:** Profile of tobacco users identified in Primary Health Care services and readiness to quit

**By:** Makrogiannaki Michalitsa

**Supervisors:** 1.C. Lionis

2. S. Papadakis

3. C. Vardavas

**Date:** June, 2016

**Introduction:** Primary Health Care (PHC) is known to be an important setting for supporting cessation among patient who smoke however not all patients are ready to quit smoking. The purpose of this postgraduate dissertation was to examine factors that are associated with respondent's readiness to quit smoking for tobacco users who were identified in a sample of PHC services in Greece.

**Methodology:** A cross-sectional survey was performed from June to September 2015 in 15 Primary Care clinics who are part of the Primary Care Research Network of the University of Crete (Heraklion, Crete, Greece). Consecutive patients were screened for their smoking status as part of their visit to PHC clinics. A total of 1059 patients were screened of which 524 eligible tobacco users agreed to participate in the study. Respondents characteristics were reported using chi-square and t-tests and multiple logistic regression was used to examine predictors of readiness to quit smoking.

**Results:** The smoking prevalence in the subject population was estimated to be 38%. Fourteen point nine percent of smokers reported suffering from anxiety and/or depression symptoms. 70.6% of the patients reported smoking within the first 30 minutes after waking up. While 67.7% had made no effort to quit smoking in the

previous year, the majority of smokers however showed interest in quitting smoking within the next 6 months and 24.6% within the next 30 days. Quit intention was positively associated with a history of previous smoking cessation attempts [1-2 tries: (OR 5.10, 95% CI 3.10- 8.40) and >3 tries: (OR 7.57, 95% CI 2.96-19.37)], low daily cigarette consumption (OR 0.05, 95% CI 0.01-0.51) and the perceived importance of cessation (OR 1.70, 95% CI 1.45-2.00) and a positive screening for depression (OR 2.29, 95% CI 1.13-4.62).

**Conclusions:** The results of this study indicate key factors related to the intent to quit smoking among adults in primary health care settings. Findings may assist with identifying targets for planning interventions and educational programs to increase readiness to quit amongst patients and assist PHC professionals' in understanding the unique needs of their patients who smoke based on their readiness to quit.

**Key words:** tobacco, cessation, primary care, survey research

## **1 Εισαγωγή**

### ***1.1 Κάπνισμα και Δημόσια Υγεία***

Η επιδημία του καπνίσματος, αντικατοπτρίζει σήμερα, ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα δημόσιας υγείας στην ανθρωπότητα (Vardavas & Kafatos, 2007). Το κάπνισμα αποτελεί την κύρια αποτρέψιμη αιτία θανάτου παγκοσμίως (WHO, 2015) και σκοτώνει σχεδόν 6 εκατομμύρια ανθρώπους κάθε χρόνο, εκ των οποίων περισσότερα από 5 εκατομμύρια είναι από άμεση χρήση καπνού και πάνω από 600.000 είναι μη καπνιστές που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα (WHO, 2009). Εκτιμάται ότι το ένα τρίτο του ενήλικου πληθυσμού σε παγκόσμιο επίπεδο, περίπου 1,1 δισεκατομμύρια άνθρωποι είναι καπνιστές (WHO, 2007). Η εξάρτηση από τον καπνό είναι η νόσος, στην οποία οφείλεται η συντριπτική πλειοψηφία της κατανάλωσης καπνού στους ενήλικες (ENSP, 2012). Το κάπνισμα αποτελεί χρόνια υποτροπιάζουσα κατάσταση γι' αυτό και σε πολλές περιπτώσεις η θεραπεία της κρίνεται δύσκολη (Κουτίνου, 2013).

Το κάπνισμα και η κατανάλωση προϊόντων καπνού κατατάσσονται μεταξύ των κύριων αιτιών πρόκλησης νοσηρότητας, αναπηρίας και θανάτου σε όλο τον κόσμο. Σκοτώνει ένα άτομο κάθε 6 δευτερόλεπτα (WHO, 2008) και οδηγεί σε πρόωρο θάνατο το ένα τρίτο έως το μισό, όσων καπνίζουν κατά μέσο όρο 15 χρόνια (Peto, et al., 1996). Μάλιστα σε ορισμένες χώρες τόσο το κάπνισμα όσο και η θνησιμότητα, που σχετίζεται με αυτό αυξάνεται με ραγδαίους ρυθμούς (WHO, 2013). Εάν οι τρέχουσες τάσεις παραμείνουν, αναμένεται ότι μέχρι το 2030 ο αριθμός των θανάτων που οφείλονται στο κάπνισμα θα ανέλθει σε πάνω από 8 εκατομμύρια ανθρώπους σε όλον τον κόσμο, κάθε χρόνο. Μέχρι το τέλος αυτού του αιώνα, το κάπνισμα μπορεί να σκοτώσει ένα δισεκατομμύριο και πλέον ανθρώπους, αν δε ληφθούν άμεσα μέτρα (WHO, 2009). Οι βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος γίνονται εύκολα αντιληπτές, αρκεί να αναφέρουμε ότι η ημερήσια κατανάλωση ενός πακέτου τσιγάρων για ένα άτομο ηλικίας 25 ετών θα οδηγήσει σε μείωση του προσδόκιμου ζωής κατά 4,6 έτη, ενώ αν καταναλώνει 2 πακέτα τσιγάρων την ημέρα η μείωση αγγίζει τα 8,3 έτη. Επιπλέον, η έναρξη της καπνιστικής συνήθειας σε ηλικία μικρότερη των 15 ετών θα

μειώσει το προσδόκιμο ζωής κατά 8 έτη και άνω των 25 ετών κατά 4 έτη (US Department of Health and Human Services, 1989).

### **1.1.1 Κάπνισμα και σχετιζόμενες ασθένειες**

Αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τουλάχιστον δύο από τις κύριες αιτίες πρόωρης θνησιμότητας- ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος και ο καρκίνος (OECD, 2015).

#### **Καρδιαγγειακά Νοσήματα**

Αν και οι περισσότεροι πιστεύουν ότι το κάπνισμα επάγει τη νοσηρότητα των πνευμόνων και συνακόλουθα την εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα, ένας καπνιστής κινδυνεύει περισσότερο να εμφανίσει καρδιαγγειακά νοσήματα και κυρίως έμφραγμα του μυοκαρδίου και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Smith & Fischer, 2001).

Το κάπνισμα αποτελεί βλαπτικό παράγοντα της λειτουργίας των στεφανιαίων αγγείων, καθώς και άλλων αγγείων και οδηγεί στην εμφάνιση στεφανιαίας νόσου. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), θεωρείται υπεύθυνο για το 1/5 των καρδιαγγειακών παθήσεων και αντιπροσωπεύει το 30-40% του συνόλου των θανάτων, εξαιτίας της νόσου (WHO, 2008). Ο κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου στους καπνιστές είναι 2-3 φορές υψηλότερος του κινδύνου στους μη καπνιστές και κυρίως για τις ηλικίες κάτω των 55 ετών. Οι αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία προκύπτουν από πολυάριθμες βιβλιογραφικές αναφορές, οι οποίες αυξάνονται δραματικά, όταν η ηλικία έναρξης της καπνιστικής συνήθειας πραγματοποιείται πριν από την ηλικία των 16 ετών (Kawachi, et al., 1993). Σημαντικό ρόλο παίζει επίσης και ο αριθμός των τσιγάρων την ημέρα, καθώς ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι σε άτομα που καπνίζουν μέχρι και 10 τσιγάρα την ημέρα η πιθανότητα να εκδηλώσουν στεφανιαία νόσο είναι 25-30% μεγαλύτερη στους καπνιστές, συγκριτικά με τους μη καπνιστές, από 10- 20 τσιγάρα την ημέρα η πιθανότητα αγγίζει το 30-50%. Όταν δε ο αριθμός της ημερήσιας κατανάλωσης τσιγάρων φτάνει τα 20-40 τσιγάρα διαπιστώνεται 75% μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου, ενώ για πάνω από 40 τσιγάρα αγγίζει το 100% συγκριτικά με άτομα που δεν καπνίζουν (Fielding, 1992).

Η μελέτη INTERHEART που πραγματοποιήθηκε για 52 χώρες για να εξετάσει τη σχέση του καπνίσματος και του κινδύνου εμφάνισης εμφράγματος έδειξε ότι το 30% περίπου των εμφραγμάτων στη Ευρώπη οφείλονται στο κάπνισμα και οι νεαροί άνδρες εμφανίζουν το μεγαλύτερο κίνδυνο προσβολής στο γενικό πληθυσμό (58.3%; 95% CI 55.0-61.6), ενώ το χαμηλότερο οι ηλικιωμένες γυναίκες (6.2%, 4.1-9.2). Παράλληλα ο κίνδυνος εμφάνισης εμφράγματος σε μη καπνιστές, λόγω της έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα για περισσότερο από μια ώρα την εβδομάδα εκτιμήθηκε στο 15,4% (Teo, et al., 2006). Οι Mahonen et al., (2004), στη διαχρονική μελέτη του WHO MONICA αναφέρουν ότι το 81% των ανδρών και το 77% των γυναικών που εμφάνισαν μη θανατηφόρο έμφραγμα του μυοκαρδίου ήταν καπνιστές σε ηλικίες 35-39 ετών. Πιο συγκεκριμένα, ο σχετικός κίνδυνος ήταν 4.9 (95%CL: 3.9- 6.1) στους άνδρες και 5.3 στις γυναίκες (95%CL:3.2 - 8.7), και σε ποσοστά ήταν 65% και 55% του πληθυσμού αντίστοιχα.

### **Καρκίνος**

Το κάπνισμα αποτελεί την κυριότερη αιτία πρόκλησης καρκίνου και ευθύνεται για το ένα τρίτο των θανάτων, λόγω της νόσου στις ΗΠΑ. Στον καπνό του τσιγάρου εμπεριέχονται 7000 χημικές ουσίες, εκ των οποίων τουλάχιστον οι 200 μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο, είτε μεμονωμένα, είτε σε συνδυασμό μεταξύ τους. Οι χημικές αυτές ουσίες καταστρέφουν τα κύτταρα, τα οποία παράλληλα βοηθούν να αναπτυχθούν και να εξελιχθούν, απορυθμίζοντας το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού (CDC, 2010). Το κάπνισμα και μόνο εκτιμάται ότι ευθύνεται για το 21% των θανάτων από καρκίνο παγκοσμίως. Οι Danaei et al., (2005) αξιολογώντας εννέα συμπεριφορικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου στην ανάπτυξη του καρκίνου, εντόπισαν υψηλότερα ποσοστά θανάτων από καρκίνο σε χώρες υψηλού εισοδήματος (29%) από ότι στις χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (18%), λόγω του μικρότερου ιστορικού καπνίσματος, αλλά και το χαμηλού επιπολασμού καπνιστικής συμπεριφοράς στις γυναίκες. Ωστόσο, ο αριθμός των καπνιστών και αναλογούντων θανάτων από καρκίνο ήταν μεγαλύτερος στις χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες (896 000 vs 596 000), λόγω του συνολικού μεγαλύτερου αριθμού των θανάτων από καρκίνο (Danaei, et al., 2005).

Η έκθεση στον καπνό του τσιγάρου είναι η κυρίαρχη αιτία πρόκλησης καρκίνου του πνεύμονα, με το ενεργητικό κάπνισμα να προκαλεί περισσότερες επιπτώσεις, αλλά και το παθητικό κάπνισμα συντελεί επίσης στην επιβάρυνση αυτής της μορφής καρκίνου. Αν και το κάπνισμα έχει αναγνωριστεί εδώ και καιρό, ως τροποποιήσιμος παράγοντας κινδύνου, παραμένει η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο του πνεύμονα στους άνδρες και στις γυναίκες στις ΗΠΑ (Alberg, et al., 2007). Σύμφωνα με στοιχεία της Αμερικανικής Εταιρείας Καρκίνου το 80% περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα οφείλονται στο κάπνισμα. Ο κίνδυνος αυξάνεται τόσο με την ποσότητα, όσο και με τη διάρκεια του καπνίσματος (American Cancer Society , 2016). Το κάπνισμα έχει σχετιστεί με την εμφάνιση και άλλων πολλών μορφών καρκίνου, όπως του φάρυγγα, του λάρυγγα, της στοματικής κοιλότητας, οισοφάγου σε ποσοστά άνω του 50% και αφορά στα χημικά συστατικά του καπνού που έρχονται σε επαφή με τα παραπάνω όργανα. Σε χαμηλότερα ποσοστά (~30%) ευθύνεται για περιπτώσεις καρκίνου, πιθανότατα από τις καρκινογόνες ουσίες που απορροφώνται στο αίμα μέσω των πνευμόνων και μεταφέρονται στο κάθε όργανο (WHO, 2007) . Επιπλέον, πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η μακροπρόθεσμη κατανάλωση και χρήση μεγάλου αριθμού τσιγάρων μπορεί επίσης να αυξήσει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού, ιδιαίτερα μεταξύ των γυναικών που αρχίζουν το κάπνισμα πριν από την πρώτη εγκυμοσύνη τους. Το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου εμφάνισης λευχαιμίας σε ενήλικες και μάλιστα υπάρχουν συσσωρευμένες αποδείξεις ότι το κάπνισμα των γονέων πριν και μετά τον τοκετό μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο παιδικής λευχαιμίας (American Cancer Society , 2016). Η τροποποίηση των ανοσολογικών αποκρίσεων που προκαλεί η έκθεση στον καπνό, έχει συνδεθεί με οφθαλμολογικές φλεγμονές, μεταξύ των οποίων ραγοειδίτιδα, σκληρίτιδα, νόσο του Graves (Asfar, et al., 2015), λέπτυνση του χοριοειδούς και αμφιβληστροειδούς χιτώνα (Moschos , et al., 2016).

### **Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια**

Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου στις ΗΠΑ και επηρεάζει περίπου 65 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως. Εμφανίζεται πιο συχνά σε άτομα άνω των 40 ετών με ιστορικό καπνίσματος (National Institute of Health, 2013). Οι Stang et al., (2000), αναφέρουν ότι στις ηλικίες  $\geq 40$  ετών τα ποσοστά της ΧΑΠ αυξάνονται από 2- 10% στους μη καπνιστές και από 17-

43% στους καπνιστές. Ο αριθμός των τσιγάρων που καταναλώνονται σε σχέση με τον κίνδυνο εμφάνισης ΧΑΠ σχεδόν ταυτίζεται με την αντίστοιχη αναλογία κινδύνου στην περίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα. Η κατανάλωση επομένως, μισού, ενός, δύο ή ακόμα και περισσότερων πακέτων τσιγάρων την ημέρα οδηγεί σε 5, 10, 15 και 20 φορές υψηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας από Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια αντίστοιχα, σε σχέση με τα άτομα που δεν είναι καπνιστές (Fielding, 1992).

### **1.1.2 Παθητικό Κάπνισμα**

Το παθητικό κάπνισμα, που αφορά στην έκθεση μη καπνιστών στον καπνό του τσιγάρου αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την υγεία και τη ζωή, συνιστά κυρίαρχη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η μακροχρόνια έκθεση στο παθητικό κάπνισμα σχετίζεται με την εμφάνιση πολλών ασθενειών, κοινών με το ενεργητικό κάπνισμα, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνος του πνεύμονα ( U.S. Environmental Protection Agency, 1992). Τόσο το ενεργητικό όσο και το παθητικό κάπνισμα ευθύνεται για τη διάγνωση περίπου του 90% των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα, με το 15% να αναπτύσσει τελικά καρκίνο (Alberg, et al., 2007). Η παθητική έκθεση στον καπνό έχει συνδεθεί και με άλλες μορφές καρκίνου (IARC, 1986; World Health Organization (WHO), 2007). Πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα οδηγεί σε διπλασιασμό του κινδύνου εκφύλισης της ωχράς κηλίδας, παράγοντα κινδύνου για την απώλεια όρασης στην Ευρώπη (Khan, et al., 2006). Αξίζει να σημειωθεί ότι στις 25 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης περισσότεροι από 79.000 ενήλικες κάθε χρόνο χάνουν τη ζωή τους, λόγω της παθητικής έκθεσης στον καπνό. Ανησυχητικοί είναι και οι αριθμοί λόγω της έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα στον εργασιακό χώρο έχει συνδεθεί με 7000 θανάτους, αλλά και στο χώρο εστίασης έρχεται να προσθέσει 72.000 θανάτους (Special Eurobarometer, 2003). Στους αριθμούς αυτούς συνυπολογίζονται περιπτώσεις καρδιαγγειακών νοσημάτων, εγκεφαλικών επεισοδίων, καρκίνου του πνεύμονα, αλλά και άλλες αναπνευστικές νόσοι που έχουν σχετιστεί με το παθητικό κάπνισμα (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2007).

## **1.2 Διακοπή του καπνίσματος**

### **1.2.1 Οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος**

Από την πρόσφατη βιβλιογραφία προκύπτουν συντριπτικά στοιχεία που στηρίζουν τα οφέλη τόσο για την υγεία, όσο και για την οικονομία από τη διακοπή του καπνίσματος (Centers for Disease Control and Prevention, 2014; Parrott & Godfrey, 2006).

Η διακοπή του καπνίσματος πριν από τη μέση ηλικία οδηγεί σε μείωση πάνω από το 90% των κινδύνων/ παθολογικών καταστάσεων/ ασθενειών του κινδύνου που αποδίδονται στον καπνό (Peto, et al., 2000) και επιπλέον μείωση περίπου 2% στα ποσοστά των χρόνιων ασθενειών ετησίως (Gaziano, et al., 2007), καθώς σύμφωνα με στοιχεία οι καπνιστές τσιγάρων κατά μέσο όρο, πεθαίνουν περίπου 10 χρόνια νεότεροι από τους μη καπνιστές (Doll , et al., 2004). Ο κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου- σχετιζόμενης με το κάπνισμα μειώνεται επιπλέον περίπου κατά 50% εντός ενός έτους και επιστρέφει σε φυσιολογικά επίπεδα μέσα σε 5 χρόνια, ενώ ο κίνδυνος εμφάνισης ασθένειας των πνευμόνων επιστρέφει σε φυσιολογικά επίπεδα σε διάστημα 20 χρόνων, καθώς οι βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος είναι μεγαλύτερες (USDHHS, 1984; Kenfield , et al., 2008). Μια σημαντική μείωση των θανατηφόρων εγκεφαλικών επεισοδίων παρατηρείται επίσης εντός πέντε ετών μετά τη διακοπή του καπνίσματος (Shinton & Beevers , 1989). Οι Peto et al. (2000) και Doll et al. (2004) εκτίμησαν ότι η διακοπή του καπνίσματος στην ηλικία των 60, 50, 40, ή 30 χρόνων θα οδηγήσει σε αύξηση του προσδόκιμου ζωής σε 3, 6, 9, ή 10 χρόνια, αντίστοιχα, σε σύγκριση με τη συνέχιση της χρήσης του καπνού. Η παύση του καπνίσματος στην ηλικία των 50 ετών μειώνει τον κίνδυνο κατά το ήμισυ, ενώ στα 30 ο κίνδυνος εξαλείφεται .

Μέσα από παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος, θα μπορούσαν να αποτραπούν περίπου 13% των καρδιαγγειακών νοσημάτων (CVD) σε καπνιστές, δηλαδή σ' ένα πληθυσμό μεγέθους, όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες αυτό αντιπροσωπεύει περίπου 70 000 και 100 000 περιστατικά εμφραγμάτων ετησίως. Στα καρδιαγγειακά νοσήματα (CVD) η διακοπή του καπνίσματος είναι η μόνη στρατηγική πρόληψης με κόστος



εξοικονόμησης άνω των 30 ετών, αντισταθμίζοντας το κόστος για την εφαρμογή της (Kahn , et al., 2008). Εκτιμάται ότι πάνω από 30 χρόνια καπνίσματος, το κόστος της απόκτησης ενός ανά σταθμισμένου έτους ποιότητας ζωής (QALY) από την πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου είναι περίπου \$ 3.000. Οι Cromwell et al., (1997) υπολόγισαν ότι το κόστος ανά σταθμισμένο έτος ζωής (QALY) για τη διακοπή του καπνίσματος έσωσε από \$ 1.108 έως \$ 4.542, καθιστώντας την έτσι μία από τις πιο αποδοτικές προληπτικές παρεμβάσεις, διαθέσιμες στους κλινικούς ιατρούς. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνονται και από την μελέτη των Tengs et al., (1995) όπου φάνηκε ότι η πρωτογενής πρόληψη είναι πιο αποδοτική με \$ 5,000/ έτος ζωής. Σε αντίστοιχα συμπεράσματα καταλήγουν και οι Pesis-Katz et al., (2011) με κόστος περίπου 1300 \$ ανά σταθμισμένο έτος ποιότητας ζωής, μεταξύ των ασφαλισμένων καπνιστών, που επιθυμούν ή όχι να σταματήσουν το κάπνισμα εντός 30 ημερών, ενώ σύμφωνα και με τα στοιχεία του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, παρεμβάσεις για τους καπνιστές που θέλουν να σταματήσουν είναι οικονομικά αποδοτικές, απαιτώντας λιγότερα από 2.500 \$ ανά σταθμισμένο έτος ποιότητας ζωής (QALY) ( Centers for Disease Control and Prevention, 2014). Η διακοπή του καπνίσματος θεωρείται επομένως «gold standard» μεταξύ των προληπτικών παρεμβάσεων από πλευράς κόστους-αποτελεσματικότητας. (Gaziano, et al., 2007;Kahn , et al., 2008).

## **1.2.2 Οδηγίες για τα προϊόντα καπνού.**

### **Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας**

Το κάπνισμα αποτελεί πρωταρχικό στόχο και έχει τεθεί στο επίκεντρο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), μέσα από μια σειρά πολιτικών δημόσιας υγείας και αξιολόγησες οργανωμένων στρατηγικών, με κύριο μέλημα τον περιορισμό του καπνίσματος και συνακόλουθα των επιπτώσεων που σχετίζονται με τη χρήση του. Από το 1987 μέχρι το 2001 έλαβαν χώρα τρία διαδοχικά σχέδια δράσης για τον έλεγχο του καπνίσματος (Εθνικό Σχέδιο Δράσης, 2008).

Το Σεπτέμβριο του 2002 εγκρίθηκε από την περιφερειακή επιτροπή του ΠΟΥ, η Ευρωπαϊκή Πολιτική για την Καταπολέμηση του Καπνίσματος (ESTC). Βασίζεται στα διδάγματα που προέκυψαν από την αξιολόγηση των προηγούμενων σχεδίων

δράσης και τις κατευθυντήριες αρχές που ορίζονται στη Διακήρυξη της Βαρσοβίας για μια Ευρώπη χωρίς Καπνό (Φεβρουάριος 2002), καθώς και τα στοιχεία που στηρίζουν την πολιτική ελέγχου του καπνού σε εθνικό, περιφερειακό και διεθνές επίπεδο. Η ESTC καθορίζει στρατηγικές κατεύθυνσης για την ανάληψη δράσης σε κάθε περιοχή και πρέπει να διενεργούνται μέσω των εθνικών πολιτικών, της νομοθεσίας και των σχεδίων δράσης, όπως προγράμματα εκπαίδευσης και προαγωγής υγείας, ανάπτυξη και ενσωμάτωση καλών πρακτικών θεραπείας της εξάρτησης από τη νικοτίνη και πρόληψης της υποτροπής, προγράμματα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας κ.α. Πραγματοποιεί επίσης συστάσεις όσον αφορά την παρακολούθηση, την αξιολόγηση και την υποβολή εκθέσεων σχετικά με τη χρήση του καπνού και τις πολιτικές ελέγχου του καπνού. Τέλος, καθορίζει τους μηχανισμούς, τα εργαλεία και ένα χρονοδιάγραμμα για τη διεθνή συνεργασία. Παρέχει ένα τεκμηριωμένο πλαίσιο και καθοδήγηση για την αποτελεσματική εθνική δράση και διεθνή συνεργασία (WHO, 2002).

Τα κράτη μέλη του ΠΟΥ, σε συνέχεια των δράσεων για τον έλεγχο του καπνίσματος υπέγραψαν τη σύναψη της Διεθνούς Συνθήκης για τον Έλεγχο του Καπνίσματος (WHO Framework Convention on Tobacco Control – FCTC) και τέθηκε σε ισχύ στις 27 Φεβρουαρίου του 2005. Η συνθήκη περιλαμβάνει ένα ολοκληρωμένο νομοθετικό και πολιτικό πλαίσιο, με μια σειρά παρεμβάσεων που εντοπίζονται στη θεσμοθέτηση για τη διαφήμιση, προβολή και προώθηση των προϊόντων καπνού και στην αντιμετώπιση του λαθρεμπορίου του καπνού. Η αύξηση της φορολογίας των τσιγάρων αποτελεί μέτρο «κλειδί» στον περιορισμό της καπνιστικής συνήθειας, καθώς και η αναγραφή στις συσκευασίες των τσιγάρων προειδοποιητικών πινακίδων για τις επιπτώσεις της χρήσης καπνού. Σημαντικός επίσης τομέας είναι η σωστή ενημέρωση και ευαισθητοποίηση στου πληθυσμού για τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία, αλλά και την εξασφάλιση της προστασίας τους από την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα, σε δημόσιους χώρους (WHO, 2007).

## **Ευρώπη**

Η μάχη κατά του καπνίσματος αποτελεί ύψιστη πολιτική δημόσιας υγείας για τις χώρες της Ευρώπης. Μια σειρά νομοθετικών μέτρων για τον έλεγχο του καπνίσματος

αναπτύσσονται μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών στα πλαίσια των κατευθυντήριων οδηγιών της Διεθνούς Συνθήκης κατά του Καπνίσματος FCTC. Χώρες όπως η Νορβηγία μείωσαν τα ποσοστά των καπνιστών σχεδόν κατά 30%. Στις 30 Ιανουαρίου του 2007 υπογράφεται η «Πράσινη Βίβλος» με σκοπό την προώθηση πολιτικών μεταξύ των χωρών της Ε.Ε για τη δημιουργία χώρων ελευθέρων καπνίσματος Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2007). Μεταξύ των μέτρων που έχουν ληφθεί περιλαμβάνεται η αύξηση της φορολογίας των προϊόντων καπνού, με στόχο την επίπτωση σε επίπεδα κατανάλωσης. Εκτιμάται ότι μια μέση αύξηση της τιμής των τσιγάρων κατά 10% μπορεί να σχετιστεί σε μείωση της κατανάλωσης της τάξεως 5 - 7%. Η απαγόρευση διαφήμισης και προβολής, αλλά και οι προειδοποιητικές επιγραφές στα πακέτα των τσιγάρων εντοπίζονται σε πολλές κοινοτικές οδηγίες. (WHO, 2007). Επιπλέον η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους έχει υιοθετηθεί από τις περισσότερες χώρες. Η Μ. Βρετανία υιοθέτησε την πλήρη απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους χώρους εργασίας, εστιατόρια και μπαρ. (ΕΡΗΑ, 2006).

Σε πολλές χώρες αναπτύσσονται προγράμματα, με σκοπό τη διακοπή του καπνίσματος και την απεξάρτηση από τη νικοτίνη. Η παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών και φαρμακευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης κυρίως σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, ειδικές καμπάνιες που απευθύνονται σε καπνιστές με σκοπό την ενθάρρυνση της συμμετοχής τους σε προγράμματα διακοπής. Το πρόγραμμα «Quit and Win» οδήγησε σε ποσοστά ευαισθητοποίησης και αποχής από το κάπνισμα πάνω από το 75% ( $p < 0,001$ ) των καπνιστών στη Βόρεια Καρελία (Korhonen, et al., 1999). Επίσης το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την Πρόληψη του Καπνίσματος (ENSP), στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού Προγράμματος για τη Δημόσια Υγεία 2008-2013 έχει αναπτύξει ένα έγκυρο οδηγό για την κατανόηση των επιπτώσεων της χρήσης καπνού και τη εφαρμογή θεραπευτικών μέσων και στρατηγικών για την επίτευξη της διακοπής (ENSP, 2012).

Κύριο μέλημα των περισσότερων προγραμμάτων για τον έλεγχο του καπνίσματος είναι η προστασία των νέων μέσα από προγράμματα ενημέρωσης και αγωγής υγείας. Σύμφωνα με την οδηγία 2003/54/ΕΚ απαγορεύεται η πώληση προϊόντων καπνού σε άτομα ηλικίας κάτω των 18 ετών (European Parliament, 2003). Σημαντικό ρόλο έχει

παίξει και η ανάπτυξη ευρωπαϊκών προγραμμάτων (πρόγραμμα HELP) για την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, στελεχών της εκπαίδευσης και της δημόσιας διοίκησης για την προώθηση μέτρων και δράσεων που αφορούν στη διακοπή της καπνιστικής συνήθειας ( Council of Europe , 2015; Harvard School of Public Health, 2011).

### **1.2.3 Προγνωστικοί παράγοντες για την ετοιμότητα διακοπής του καπνίσματος**

Η διακοπή του καπνίσματος είναι ωφέλιμη για την υγεία σε κάθε ηλικία. Είναι σημαντικό για τους καπνιστές να σταματήσουν όσο το δυνατό νωρίτερα, καθώς για κάθε επιπλέον χρόνο καπνίσματος πάνω από την ηλικία των 40 ετών, μειώνεται το προσδόκιμο ζωής κατά περίπου 3 μήνες (Doll , et al., 2004). Οι Khati et al., (2015), στην προσπάθειά τους να διακρίνουν τις διαφορές ανάμεσα στην επιτυχή και ανεπιτυχή διακοπή του καπνίσματος, αναφέρουν πως παρά τη γνώση για τις δυσμενείς επιπτώσεις του καπνού στη υγεία, ένας μεγάλος αριθμός καπνιστών, παρά τη θέληση τους να το διακόψουν, δεν τα καταφέρνουν. Ο εθισμός στο κάπνισμα παραμένει ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα παγκοσμίως. Από τα άτομα που θα δοκιμάσουν, έστω και μια φορά να καπνίσουν, τουλάχιστον το ένα τρίτο θα γίνουν καθημερινοί καπνιστές. Από αυτούς λιγότερο από το 5% θα καταφέρουν επιτυχώς σε οποιαδήποτε στιγμή να διακόψουν το κάπνισμα. (CDC, 2010).

Οι περισσότεροι καπνιστές θα επιθυμούσαν, να μην καπνίζουν και μάλιστα σκοπεύουν να σταματήσουν κάποια μέρα. Η μελέτη των Hymowitz et al., (1997) έδειξε ότι το 70% των καπνιστών επιθυμούσαν, να μπορούσαν, να σταματήσουν το κάπνισμα, ενώ το 67% των καπνιστών έκαναν τουλάχιστον μια σοβαρή προσπάθεια να το διακόψουν. Μεταξύ 25-48% των καπνιστών κάνουν μια προσπάθεια διακοπής στην διάρκεια των χρόνων που καπνίζουν (McClave, et al., 2010). Στους 10 καπνιστές που επιχειρούν να κόψουν το κάπνισμα, ένας τα καταφέρνει και οι 9 αποτυγχάνουν. Αν και οι περισσότεροι καπνιστές σκοπεύουν, να διακόψουν κάποια μέρα, δεν το καταφέρνουν όλοι. Επιπλέον, οι περισσότεροι αποτυγχάνουν σε οποιαδήποτε προσπάθεια διακοπής, και επί του παρόντος εκατομμύρια των καπνιστών δεν εξετάζουν καθόλου την πιθανότητα διακοπής (McCaula, et al., 2006).

Η διακοπή του καπνίσματος δεν είναι ένα στατικό συμβάν, αλλά μια δυναμική διαδικασία. (Hajek , et al., 2013). Υπάρχουν ενδείξεις ότι διάφοροι παράγοντες σχετίζονται με τη διακοπή του καπνίσματος. Μελέτες έχουν συσχετίσει δημογραφικούς παράγοντες και τον τρόπο ζωής με τη ετοιμότητα στη διακοπή του καπνίσματος. Μεταξύ των σημαντικών προγνωστικών παραγόντων συμπεριλαμβάνονται το ανδρικό φύλο, η μεγαλύτερη ηλικία, η χαμηλή ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων, η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη χρονική πάροδος έναρξης του πρώτου τσιγάρου της ημέρας, η έναρξη της καπνιστικής συνήθειας μετά τα 20 και το ιστορικό προσπαθειών διακοπής καπνίσματος, καθώς επίσης και η απουσία άλλων καπνιστών στο οικογενειακό περιβάλλον (Hymowitz, et al., 1997; CDC, 2010).

Η μελέτη των Willemsen et al., (2002) εντόπισε στενή σχέση μεταξύ τις κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και της ετοιμότητας διακοπής καπνίσματος. Συγκεκριμένα, οι ερωτηθέντες καπνιστές ηλικίας 44 ετών και κάτω έχουν αυξημένες πιθανότητες να διακόψουν το κάπνισμα (OR=0.77; 95% CI: 0.69–0.87) συγκριτικά με την αντίστοιχη ομάδα από τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα. Οι Schoretsaniti et al. (2014), εξετάζοντας τις τάσεις πέντε χρόνων (2006-2011) για την πρόθεση των Ελλήνων, να σταματήσουν το κάπνισμα, εντόπισαν ότι οι προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος ήταν πιο συχνές (35,3%,  $p = 0,009$ ) σε καπνιστές με υψηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Όσον αφορά το φύλο, σύμφωνα με τους Birmpili et al., (2012) οι γυναίκες αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη δυσκολία στη διακοπή του καπνίσματος σε σύγκριση με τους άνδρες. Αντίθετα οι Khati et al., (2015) αναφέρουν πως οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να σταματήσουν το κάπνισμα από ότι οι άνδρες, με περισσότερες ωστόσο πιθανότητες να υποτροπιάσουν. Επιπρόσθετα οι Westmaas et al., (2002) εξέτασαν την επίδραση του κοινωνικού δικτύου στα δυο φύλα για την διακοπή της καπνιστικής συνήθειας. Συγκεκριμένα, η προτροπή της συζύγου-συντρόφου, της οικογένειας καθώς και η επιρροή των φίλων συσχετίστηκαν με αυξημένες μειώσεις στο κάπνισμα των ανδρών. Εν αντιθέσει, στις γυναίκες παρατηρήθηκαν μικρότερες μειώσεις.

Η σημασία του υψηλού μορφωτικού επιπέδου ως προγνωστικού παράγοντα διακοπής του καπνίσματος τονίζεται στη μελέτη των Degen et al., (2014). Η μελέτη των τεσσάρων χωρών (ICT-4) εντόπισε σχέση επιπέδου εκπαίδευσης και ετοιμότητας

διακοπής του καπνίσματος και συγκεκριμένα, καπνιστές από υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης ήταν πιο πιθανό, να κάνουν μια προσπάθεια διακοπής. (Hyland, 2006). Οι Nagelhout et al. (2012) βρήκαν ότι οι λιγότερο μορφωμένοι ερωτηθέντες καπνιστές είχαν χαμηλότερες πιθανότητες στην ετοιμότητα διακοπής του καπνίσματος από ότι οι περισσότερο μορφωμένοι. Οι Burissa et al. (2013), από την άλλη εντόπισαν ότι οι καπνιστές χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου, ενδιαφέρονταν περισσότερο για τη διακοπή του καπνίσματος. Ωστόσο, στον πληθυσμό της μελέτης των Birmpili et al., (2012) δεν αποδείχτηκε σχέση μεταξύ του επιπέδου της εκπαίδευσης και της διακοπής της καπνιστικής συμπεριφοράς.

Ανάμεσα στους παράγοντες που έχουν μελετηθεί για την ετοιμότητα διακοπής του καπνίσματος ανήκει και η ηλικία. Οι Li et al., (2011) βρήκαν ότι οι καπνιστές μεγαλύτερης ηλικίας είναι περισσότερο πιθανό, να έχουν κάνει μία προσπάθεια διακοπής καπνίσματος, αλλά και να διατηρήσουν την διακοπή του καπνίσματος για περισσότερο καιρό. Από την άλλη, η διεθνής έρευνα για τον έλεγχο του καπνίσματος των τεσσάρων χωρών (ICT-4) εντόπισε μια αντίστροφη συσχέτιση, ότι δηλαδή οι καπνιστές νεότερης ηλικίας έχουν αυξημένες πιθανότητες να κάνουν μια προσπάθεια διακοπής (Hyland, et al., 2006) και έρχεται σε συμφωνία με τη μελέτη Burissa et al., (2013) όπου σε ένα μεγάλο, διεθνές δείγμα καπνιστών, ενδιαφέρον για τη διακοπή του καπνίσματος εντοπίστηκε από άτομα μικρότερης ηλικίας, ενώ σε άλλες μελέτες δεν εντοπίστηκε κανενός είδους συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της ετοιμότητας διακοπής του καπνίσματος. (Vangeli, et al., 2011).

Το υψηλό κίνητρο και η επιθυμία των καπνιστών να διακόψουν το κάπνισμα, αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες που συνδέονται με προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος (Hagimoto, et al., 2009; Hyland, et al., 2006). Μελέτη σε Ελληνίδες νοσηλεύτριες για τον επιπολασμό του καπνίσματος και την ετοιμότητα διακοπής, αναφέρει ότι το 11% των καπνιστριών εξέφρασε την επιθυμία να σταματήσει μέσα στον επόμενο μήνα, ένα άλλο 12% μέσα στους επόμενους 6 μήνες και το 23% των καπνιστών είναι ακόμη στο στάδιο του προ-στοχασμού (Beletsioti-Stika & Scriven, 2006). Στη μελέτη των Birmpili et al., (2012) η ετοιμότητα διακοπής στους επόμενους 6 μήνες έφτασε το 40,8%, ενώ το 29,3% είχε προσπαθήσει να διακόψει

κατά το προηγούμενο έτος και μόνο το 4% κατέφυγε για βοήθεια σε επαγγελματίες υγείας.

Σύμφωνα με μια μελέτη στην οποία συμμετείχε ένα μεγάλο, διεθνές δείγμα καπνιστών, το 25% εξέφρασαν ενδιαφέρον για τη διακοπή του καπνίσματος στις επόμενες 30 ημέρες. Οι ενδιαφερόμενοι είχαν ισχυρότερη πρόθεση να σταματήσουν στους επόμενους έξι μήνες και ήταν πιο σίγουροι ότι μπορούν να τα καταφέρουν να διακόψουν το κάπνισμα αυτή τη στιγμή. Επίσης, κάπνιζαν λιγότερα τσιγάρα την ημέρα και είχαν κάνει τουλάχιστον μια προσπάθεια να διακόψουν το κάπνισμα κατά το παρελθόν (Burriss, et al., 2013).

Από την ανασκόπηση των Vangeli et al., (2011) προέκυψε ότι ο αριθμός των τσιγάρων την ημέρα (CPD), ενδεχομένως να σχετίζεται αρνητικά με την ετοιμότητα διακοπής του καπνίσματος. Η πολυπαραγοντική ανάλυση των Li et al., (2010) έδειξε ότι μεταξύ των προγνωστικών παραγόντων για μια προσπάθεια διακοπής συγκαταλέγονται ο μικρότερος αριθμός τσιγάρων, αλλά και η ισχυρή πρόθεση να σταματήσουν το κάπνισμα, που προσδιορίζεται στο να σταματήσουν το κάπνισμα εντός ενός μήνα, καθώς και προηγούμενες μικρότερες προσπάθειες διακοπής (<6 μήνες). Επιπρόσθετα, κατά τους Li et al., (2011) όσο αργότερα από την ώρα που θα ξυπνήσει κάποιος, καπνίσει το πρώτο του τσιγάρο, τόσο πιο αυξημένη είναι η ετοιμότητα διακοπής. Επίσης, εκτός από την ισχυρή θέληση για διακοπή και οι προηγούμενες προσπάθειες διακοπής καπνίσματος, φαίνεται να σχετίζονται θετικά.

Αντίστοιχα και οι Hyland, et al., (2006) αναφέρουν ότι στους παράγοντες που υποκινούν την ετοιμότητα διακοπής του καπνίσματος, ανήκει και το ιστορικό των προσπαθειών διακοπής, ανεξάρτητα από τα ποσοστά επιτυχίας που σημειώνονται. Διαπίστωσαν επίσης ότι προηγούμενες βραχυπρόθεσμες προσπάθειες (λιγότερο από μια εβδομάδα) σχετίστηκαν με μειωμένη επιτυχία, ενώ μεγαλύτερες προσπάθειες (έξι μήνες ή περισσότερο) συσχετίστηκαν με αυξημένη επιτυχία, συγκριτικά με την απουσία προηγούμενων προσπαθειών διακοπής καπνίσματος.

Υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις πως η ετοιμότητα και οι προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος επηρεάζονται επίσης από παράγοντες, όπως η εξάρτηση από τη νικοτίνη (John, et al., 2004), αλλά και ψυχολογικές μεταβλητές (Riedel, et al., 2002).

Σε ένα τυχαίο δείγμα του πληθυσμού 4075 γυναικών και ανδρών ηλικίας 18-64 ετών, που προέρχονταν από 47 κοινότητες της Γερμανίας τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι καπνιστές που εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά εξάρτησης από τη νικοτίνη κάνουν περισσότερες προσπάθειες διακοπής από τους λιγότερο εξαρτημένους, ωστόσο φαίνεται ότι οι προσπάθειες αυτές είναι λιγότερο επιτυχείς και δεν καταφέρνουν να παραμείνουν εγκρατείς. Επίσης ο αριθμός των προσπαθειών διακοπής αυξάνεται με τα χρόνια της καπνιστικής συμπεριφοράς. Το 63,1% καπνίζουν πάνω από 15 χρόνια. Το 72,2 % θα κάνει έξι ή και περισσότερες προσπάθειες διακοπής (John, et al., 2004). Χαμηλότερα επίπεδα εξάρτησης του καπνού, από τη ανασκόπηση των Vangeli et al., (2011) προβλέπουν αυξημένη επιτυχία στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος. Τα χαμηλότερα επίπεδα εξάρτησης από τη νικοτίνη αποτελούν τον κύριο παράγοντα που προέβλεψε μελλοντική διακοπή της καπνιστικής συνήθειας, μεταξύ των καπνιστών εκείνων που έχουν κάνει μια προσπάθεια διακοπής, στη μελέτη των τεσσάρων χωρών (ITC-4) για τον έλεγχο του καπνίσματος (Hyland, et al., 2006).

Πολλές μελέτες έχουν δείξει αυξημένα ποσοστά καπνίσματος και εξάρτησης από τη νικοτίνη σε άτομα με αγχώδεις διαταραχές. Η πιο συνεπής απόδειξη υποστηρίζει ότι το κάπνισμα και η εξάρτηση από τη νικοτίνη αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης αγχώδους διαταραχής (Moylan, et al., 2012). Οι Stockings et al., (2012) μελετώντας την ετοιμότητα διακοπής μεταξύ Αυστραλών καπνιστών με ψυχικές ασθένειες αναφέρουν ότι το 19-38% των ασθενών σκέφτεται, να κόψει το κάπνισμα στις επόμενες 30 ημέρες. Μάλιστα τα ποσοστά διακοπής μπορούν, να φτάσουν έως και 22% αν συνδυαστούν με ψυχοκοινωνικές και φαρμακολογικές παρεμβάσεις. Αξίζει να σημειωθεί δε, ότι το 46, 9% των ασθενών έχουν κάνει τουλάχιστον μια προσπάθεια διακοπής κατά τον περασμένο χρόνο (Stockings, et al., 2012). Οι γυναίκες καθώς και τα άτομα με καλύτερη κατάσταση υγείας είναι περισσότερο έτοιμοι να διακόψουν το κάπνισμα, ενώ καπνιστές που πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα ή κάποια μορφή κατάθλιψης είναι λιγότερο πιθανό, να σταματήσουν το κάπνισμα. Επίσης έδειξε ότι η διακοπή του καπνίσματος δε σχετίζεται με αύξηση συμπτωμάτων άγχους ή κατάθλιψης (Gilchrist, et al., 2015).



### **1.3 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και διακοπή του καπνίσματος**

Η πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, με επίκεντρο τον ασθενή, «που σέβεται και ανταποκρίνεται στις προσωπικές προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες του ασθενούς, διασφαλίζοντας την καθοδήγηση και λήψη της κλινικής απόφασης» (Institute of Medicine, 2001), θεωρείται ως το καταλληλότερο σύστημα υγείας- «περιβάλλον» που συμβάλλει στη διακοπή του καπνίσματος και οι επαγγελματίες υγείας εντάσσουν τη διακοπή του καπνίσματος μέσα στην καθημερινή πρακτική τους (WHO, 2010). Στο πλαίσιο αυτό, έχουν εκδοθεί κατευθυντήριες γραμμές και προωθούνται εντός της πρακτικής της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ( Fiore, et al., 2008). Από τη βιβλιογραφία γνωρίζουμε ότι κάθε χρόνο, περίπου το 50% των καπνιστών θα προσπαθήσει να διακόψει την καπνιστική συνήθεια, όμως μόνο το 4-7% θα το επιτύχει για μεγάλο χρονικό διάστημα (Zhu, et al., 2000; Fiore, et al., 2008). Στη Βόρεια Αμερική, υπολογίζεται ότι το 70-80% των καπνιστών θα επισκεφθούν ένα πάροχο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας τουλάχιστον μία φορά το χρόνο. Αντίστοιχα ποσοστά αναφέρονται διεθνώς (Reid , et al., 2012). Μέσα από τις επισκέψεις αυτές δίνεται η ευκαιρία προσδιορισμού του «καπνιστικού προφίλ» των ασθενών, προσφέρονται συμβουλές, σύντομες παρεμβάσεις κινήτρων και υποστήριξη για τη διακοπή του καπνίσματος (WHO, 2015; Vardavas, et al., 2013; Papadaki, et al., 2014).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας όπως αναφέρουν οι Vardavas et al., (2013) έχει ένα λειτουργικό πλεονέκτημα, καθώς οι προληπτικές παρεμβάσεις και η διαχείριση της πολυνοσηρότητας κατέχουν κυρίαρχη θέση στην ατζέντα της. Όλοι οι τύποι των επαγγελματιών της υγείας μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο. Ο WHO δηλώνει ότι η παροχή συμβουλών που αφορούν στο κάπνισμα και η βοήθεια σχετικά με τη διακοπή, πρέπει να βασίζεται σε παράγοντες, όπως η πρόσβαση, παρά η επαγγελματική πειθαρχία (Raw, et al., 2002). Καθοριστική είναι η συμβολή τους στην παροχή κινήτρων σε καπνιστές, αλλά και στην αξιολόγηση της εξάρτησης από τη νικοτίνη και την παροχή βοήθειας στην διακοπή (Rice & Stead , 2009; Carr & Ebbert, 2012; Stead , et al., 2008). Οι πάροχοι της ΠΦΥ μπορούν να υποστηρίξουν τέτοιου είδους παρεμβάσεις στα εξειδικευμένα ιατρεία παροχής διακοπής καπνίσματος και να συμβάλλουν στην αύξηση συμμόρφωσης και αποχής των ασθενών από το κάπνισμα σε ποσοστό 30% (Gratziou, et al., 2012).

Οι γενικοί γιατροί έχουν ένα πλαίσιο εντός του οποίου εντάσσουν στην καθημερινή τους πρακτική τη διακοπή του καπνίσματος (Stead , et al., 2008), στην οποία συμμετέχουν και νοσηλευτές, ψυχολόγοι, ως μέρος της διεπιστημονικής ομάδας. (Zwar, et al., 2010). Μια συστηματική ανασκόπηση, αναφορικά με τη συμβολή των γιατρών στη διακοπή της καπνιστικής συνήθειας, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι σύντομες απλές συμβουλές μπορούν να έχουν μια επίδραση, όχι πάνω από 3% στα ποσοστά διακοπής τους καπνίσματος και αυξάνουν την πιθανότητα ένας καπνιστής να διακόψει το κάπνισμα και να παραμείνει μη καπνιστής 12 μήνες αργότερα (Silagy & Stead, 2001). Η πιθανότητα αυτή ενισχύεται με τη χρήση της φαρμακοθεραπείας, καθώς σχεδόν διπλασιάζονται οι πιθανότητες επιτυχούς διακοπής (Milner, 2002). Μάλιστα όπως αναφέρουν οι Raw et al. (1998) αν οι συμβουλευτικές παρεμβάσεις αυξηθούν κατά 50% , σε συνδυασμό με τη χρήση θεραπειών υποκατάστασης της νικοτίνης (NRT), αυτό θα οδηγήσει σε αύξηση του ποσοστού των μη καπνιστών και σε μείωση του κόστους ανά έτος ζωής κάτω των £700. Βέβαια δεν συμφωνούν όλοι οι γιατροί της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ότι θα πρέπει σε κάθε επίσκεψη να παρέχονται συμβουλές διακοπής καπνίσματος (Stead, et al., 2008), ενώ άλλοι επαγγελματίες υγείας συνειδητά απέχουν, προκειμένου να διατηρηθεί ένα θετικό κλίμα στη σχέση γιατρού- ασθενούς (Coleman, et al., 2000).

Εντός του πλαισίου των καθημερινών νοσηλευτικών διεργασιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, οι νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο και ενδεχομένως να αναβαθμίσουν τις δεξιότητές, ώστε να αναδειχθούν ειδικοί για τη θεραπεία του καπνίσματος (Raw , et al., 2002). Η σύμβαση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στο πλαίσιο για τον Έλεγχο του Καπνίσματος (WHO FCTC), η πρώτη παγκόσμια συνθήκη για την υγεία, εστιάζει στη μείωση των συνεπειών της χρήσης του καπνού για την υγεία σε όλο τον κόσμο (WHO, 2013). Χαρακτηριστικά στο άρθρο 14 της συνθήκης επισημαίνεται η ανάγκη για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό και συνιστά τη ανάπτυξη των ικανοτήτων όλων των υγειονομικών παρόχων φροντίδας υγείας, ώστε να καλύψουν την ανάγκη αυτή (WHO, 2013). Στην κατεύθυνση αυτή, οι νοσηλευτές, η μεγαλύτερη ομάδα των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, πρέπει να εκπαιδευτούν σχετικά με τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό. Η σημασία του ρόλου των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από τον καπνό υποστηρίζεται από την έκθεση του ΠΟΥ,

συμπεριλαμβανομένων και άλλων αρμόδιων φορέων για τη μείωση μη μεταδοτικών ασθενειών (WHO, 2012). Η νοσηλευτική παρέμβαση μπορεί να είναι αποτελεσματική για να βοηθήσει καπνιστές να σταματήσουν. Μια ανασκόπηση 49 τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών (Rice, et al., 2013) διαπίστωσε ότι οι καπνιστές που λαμβάνουν έστω και ελάχιστη παρέμβαση από νοσηλευτές έχουν περισσότερες πιθανότητες να σταματήσουν το κάπνισμα σε σχέση με όσους δεν λαμβάνουν καμία βοήθεια.

Αυτή η κοινή ευθύνη που αναπτύσσεται μεταξύ του φορέα παροχής υγειονομικής περίθαλψης και του ασθενούς, αποτελεί βασική πτυχή του χειρισμού διακοπής του καπνίσματος εντός μιας κοινότητας (RACGP, 2011), δεδομένου ότι αναγνωρίζει την ανάγκη για ομαδική εργασία, συμβάλλει στην κατανόηση των ανησυχιών των καπνιστών και τις αναγκών τους σε όλη τη διάρκεια αυτής «εύθραυστη μεταβατικής» φάσης στη ζωή τους (Vardavas, et al., 2013; Papadaki, et al., 2014). Πρέπει, λοιπόν, να αναπτυχτούν στρατηγικές πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης της νόσου, μέσα από μια διαδικασία ολιστικής προσέγγισης. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας θεωρείται σημαντικός, διότι οι επαγγελματίες μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στην επιτυχία των προγραμμάτων μείωσης της συχνότητας χρήσης της νικοτίνης, υιοθετώντας τη νοοτροπία κατά του καπνίσματος ως στάση ζωής, καθώς αποτελούν πρότυπα υγείας. (Ρούπα, et al., 2015).

#### ***1.4 Ελλάδα και κάπνισμα***

Το κάπνισμα αποτελεί παγκόσμια απειλή για την ανθρώπινη ζωή. Είναι ο πιο επιβαρυντικός συμπεριφορικός παράγοντας κινδύνου (RACGP, 2011), με τα ποσοστά των καπνιστών να εμφανίζουν μεγάλη ποικιλομορφία από χώρα σε χώρα, ακόμα και μεταξύ γειτονικών χωρών. Η Ελλάδα σήμερα, πλήττεται από μία επιδημία καπνίσματος, καταλαμβάνοντας ένα από τα υψηλότερα ποσοστά ενηλίκων καπνιστών, σε άνδρες και γυναίκες μεταξύ των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) (OECD, 2015).

Αρκετές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας σε μια προσπάθεια παρακολούθησης του επιπολασμού του καπνίσματος μεταξύ των ενηλίκων στη χώρα. Οι περισσότερες από αυτές δεν ήταν σε εθνικό επίπεδο ή

αντιπροσωπευτικές του ενήλικου πληθυσμού της χώρας, ωστόσο έδειξαν υψηλή συχνότητα σε όλες τις ηλικίες, εκπαιδευτικές και επαγγελματικές ομάδες (Vardavas & Kafatos, 2007; Pitsavos, et al., 2003; Filippidis, et al., 2011; Sotiropoulos, et al., 2007; Vardavas, et al., 2007; Sichletidis, et al., 2006). Παλαιότερα στοιχεία από τη μελέτη «ΑΤΤΙΣΑ» το 2003 αναφέρουν ότι το 51% των ανδρών και το 39% των γυναικών είναι καπνιστές ( $p < 0,05$ ), με το 19% και 38% αντίστοιχα να αναφέρουν ήπια έως σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης ( $p < 0,01$ ). Με άλλα λόγια, οι μισοί άντρες και 4 στις 10 γυναίκες είναι καπνιστές, με 1 στους 5 άντρες και 1 στις 3 γυναίκες έχουν συμπτώματα κατάθλιψης. Παλαιότερο δείγμα σε εθνικό επίπεδο από 1284 ιατρούς έδειξε ότι το 38,6% ήταν καπνιστές (40% άνδρες και 37% γυναίκες), που ξεκίνησαν το κάπνισμα πριν την ηλικία των 25 ετών και πλειονότητα αυτών μεγάλωσαν σε οικογενειακό περιβάλλον με καπνιστές. (Sotiropoulos, et al., 2007) Οι Vardavas et al., (2007) κατέγραψαν τις καπνιστικές συνήθειες των Ελλήνων γονέων, παιδιών προσχολικής ηλικίας, με το 63% των νοικοκυριών να έχουν ένα γονέα καπνιστή και το 26% και τους δυο γονείς. Μόνο το 37% των νοικοκυριών δεν είχαν κάποιον γονέα καπνιστή (δεν είχαν γονείς που να μην καπνίζουν).

Η έρευνα του Ευρωβαρόμετρου το 2012 (European Commission, 2012) έδειξε ότι το κάπνισμα στους ενήλικους στην Ελλάδα παρέμενε στο 40%, μαζί με τη Βουλγαρία και τη Λετονία (36%) να καταλαμβάνουν τις πρώτες θέσεις μεταξύ ανατολικών και νότιων χωρών στην Ευρώπη. Παρά το γεγονός, ότι ο αριθμός των καπνιστών στην Ελλάδα αυξήθηκε σταθερά κατά το 2000-2009, σε αντίθεση με την πτωτική τάση που παρουσίασαν άλλες ευρωπαϊκές χώρες, σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) (HSPH, 2011), τεκμηριώνεται, για πρώτη φορά εδώ και δεκαετίες, από την έρευνα των Filippidis et al., (2014), η μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος μεταξύ του γενικού πληθυσμού. Συγκεκριμένα, μεταξύ 2008-2011, ο επιπολασμός του καπνίσματος μειώθηκε από το 42,6% στο 38,1%, σε συνδυασμό με μείωση κατά 16% της κατά κεφαλήν κατανάλωσης τσιγάρων από το προηγούμενο έτος (Alpert, et al., 2014). Σήμερα η έκθεση του Ευρωβαρόμετρου δείχνει ότι το κάπνισμα στους ενήλικους στην Ελλάδα εκτιμάται στο 38%, υψηλότερο του 26% που επικρατεί στην Ευρώπη. Αντίστοιχα υψηλότερη επικράτηση παρατηρείται και στα δυο φύλα, αλλά και μεταξύ των ηλικιακών ομάδων (European Commission, 2015).

Θετικό στοιχείο αποτελεί επίσης το γεγονός, πως μεταξύ των μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης η Ελλάδα καταλαμβάνει μία από τις χαμηλότερες αναλογίες πρώην καπνιστών, που εκτιμάται στο 14% το 2009, αλλά και πολιτών που δεν έχουν καπνίσει ποτέ, σε σύγκριση με το μέσο ποσοστό της Ε.Ε που εκτιμάται στο 22% και 49% αντίστοιχα. Αξίζει, να σημειωθεί επίσης πως το ποσοστό των πρώην καπνιστών έχει μειωθεί κατά 3% από το 2006, ενώ αυξήθηκε κατά 3% από το 2006 το ποσοστό των πολιτών που δεν έχουν καπνίσει ποτέ. (Europan Commision, 2010) .

Η Ελλάδα, μετά από δεκαετίες αδράνειας που την έφεραν στην πρώτη θέση των καπνιστών, μεταξύ των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (OECD, 2015) έκανε ένα βήμα προς τα εμπρός στον έλεγχο το καπνού, με μια σειρά καπνιστικών απαγορεύσεων σε δημόσιους χώρους, περιορισμών στη διαφήμιση και αυξήσεων της φορολογίας στα προϊόντα του καπνού. Απαγορεύονται οι διαφημίσεις προϊόντων καπνού σε υπαίθριους χώρους, με εξαίρεση τη διαφήμιση στα σημεία αγοράς του. Ακολουθεί ο Ιούλιος του 2010, οπότε και θεσπίζεται νέα νομοθεσία για την απαγόρευση του καπνίσματος που αφορά στους κλειστούς εργασιακούς χώρους και τον Ιούλιου του 2011 κατοχυρώνεται η απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους κλειστούς χώρους φιλοξενίας, με εξαίρεση να αποτελούν τα καζίνο και οι χώροι διασκέδασης με ζωντανή μουσική που έχουν εμβαδόν μεγαλύτερο των 300 m<sup>2</sup> , στους οποίους διαμορφώνονται ειδικοί χώροι, όπου επιτρέπεται το κάπνισμα. (Vardavas & Behrakis , 2012; Filippidis, et al., 2012; Vardavas, et al., 2011). Αξίζει, να σημειωθεί, σύμφωνα με στοιχεία από την Ελληνική Στατιστική Αρχή, μεταξύ του 2006- 2011 το κατά κεφαλήν ΑΕΠ μειώθηκε κατά 17%, ενώ οι τιμές στα προϊόντα του καπνού αυξήθηκαν κατά 37%. (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015).

Οι πολιτικές αυτές, σε μια προσπάθεια ελέγχου του καπνίσματος, στο βαθμό που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα, έχουν συσχετιστεί με μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος, αλλά παράλληλα και αύξηση του ποσοστού των καπνιστών που θέλησαν να το διακόψουν (Filippos T. Filippidis, 2014; Nagelhout, et al., 2010). Ωστόσο τα τελευταία χρόνια η ύφεση που παρατηρείται εντός της Ευρωζώνης, με αντίκτυπο και στην αγοραστική δύναμη της Ελλάδας ( Karanikolos, et al., 2013), οδήγησε σε μία δημοσιονομική, πολιτική κρίση, ακόμα και στον τομέα της υγείας,

επηρεάζοντας την υγεία του Ελληνικού πληθυσμού και την πρόσβαση του στις υπηρεσίες υγείας (Kentikelenis , et al., 2014).

Η οικονομία της Ελλάδας μέχρι και το 2008 συγκαταλέγονταν μεταξύ των ισχυρότερων οικονομιών του κόσμου, καταλαμβάνοντας την 27<sup>η</sup> θέση (Eurostat, 2010). Ωστόσο το 2010 υπογράφεται το μνημόνιο οικονομικής και χρηματοπιστωτικής πολιτικής, λόγω κρίσης χρέους. Η Ελληνική οικονομία συνεχίζει να υποχωρεί, με το ΑΕΠ το 2011 να μειώνεται κατά 6,9%, συγκριτικά με το 2006 που παρατηρήθηκε αύξηση κατά 5,5%. Συνακόλουθα μειώνεται η παραγωγή, με αποτέλεσμα την απώλεια 298.000 θέσεων εργασίας και την αύξηση της ανεργίας κατά 248.000 θέσεις το 2011. (Bank of Greece, 2012). Η παρούσα κατάσταση επέφερε την αποδυνάμωση της αγοραστικής δύναμης του Ελληνικού πληθυσμού (Zavras, et al., 2012) . Παράλληλα, από το 2009 οπότε και τίθεται σε εφαρμογή η νομοθεσία για τον έλεγχο του καπνίσματος, έχουν πραγματοποιηθεί 5 εθνικές εκλογές και έχουν διοριστεί 10 διαφορετικοί Υπουργοί Υγείας.

Χιλιάδες άνθρωποι πεθαίνουν στην Ελλάδα, κάθε χρόνο ως αποτέλεσμα του καπνίσματος και πάνω από το 10% του εθνικού προϋπολογισμού των νοσοκομείων δαπανάται για θεραπεία ασθενειών που αποδίδονται στο κάπνισμα Το 2011, το κάπνισμα ήταν η αιτία για σχεδόν 200.000 εισαγωγές στα νοσοκομεία της χώρας (8,9% του συνολικού πληθυσμού) (Tsalapati, et al., 2014). Δεδομένης της οικονομικής κρίσης που μαστίζει την χώρα τα τελευταία χρόνια, έχουμε οδηγηθεί σε μεγάλες περικοπές των εθνικών προγραμμάτων κοινωνικής και υγειονομικής περίθαλψης αλλά και των περιορισμένων ευκαιριών για εκπαίδευση και την παροχή υπηρεσιών, ιδίως σε ότι αφορά την στήριξη και εφαρμογή προληπτικών μέτρων (Kentikelenis & Papanicolas, 2011) Η θεραπεία διακοπής καπνίσματος θεωρείται “gold standard” μεταξύ των παρεμβάσεων προληπτικού χαρακτήρα, από την σκοπιά κόστους-οφέλους (Kentikelenis & Papanicolas, 2011). Όπως αναφέρουν οι Vardavas et al. (2012), η αύξηση του φόρου ανά πακέτο τσιγάρων στα 2€ εκτιμάται να αυξήσει κατά 1-2 δισεκατομμύρια € τις πηγές εσόδων και να αποτρέψει 125.000 παιδιά από την έναρξη του καπνίσματος και στην πρόληψη 192.000 πρόωρων θανάτων (Alpert, et al., 2014). Δημοσκοπήσεις αναφέρουν ότι το 72% των Ελλήνων συμφωνούν με την

αύξηση της φορολογίας του καπνού, εφόσον τα έσοδα διατεθούν για την υγεία και τον περιορισμό του καπνίσματος (Vardavas , et al., 2012).

Σε ερευνητικό επίπεδο δεν αναφέρονται πολλά στοιχεία σχετικά με τα χαρακτηριστικά των καπνιστών, επισκεπτών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και πώς μπορεί να διαφέρουν από τον συνολικό πληθυσμό των καπνιστών. Προς αυτή την κατεύθυνση, η πρόληψη και η διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να ενσωματωθούν στις καθημερινά παρεχόμενες υπηρεσίες των επαγγελματιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας , ικανών να διαχειριστούν την πολλαπλή νοσηρότητα των ασθενών. Υπάρχουν τα μέσα, οι δεξιότητες και στοιχεία που συνηγορούν, για επιτυχημένες παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος (Coleman, 2004).

Με βάση όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, κρίνεται αναγκαία η εκπόνηση της συγκεκριμένης μεταπτυχιακής εργασίας, σχετικά με την καπνιστική συνήθεια και τους παράγοντες που ενδεχομένως να επηρεάζουν την ετοιμότητα διακοπής των χρηστών των υπηρεσιών ΠΦΥ στο Νομό Ηρακλείου, δεδομένου ότι τα στοιχεία που προκύπτουν από την βιβλιογραφία είναι ελλιπή.

Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία θα κινηθεί προς αυτή την κατεύθυνση φιλοδοξώντας να καλύψει το κενό που υπάρχει. Συνεπώς, η ερευνητική υπόθεση της παρούσας μελέτης, είναι ότι μια σειρά παραγόντων όπως η υψηλή εξάρτηση στην νικοτίνη, το άγχος και η κατάθλιψη σχετίζονται με μειωμένη ετοιμότητα διακοπής της καπνιστικής συνήθειας σε ενήλικο πληθυσμό που επισκέπτεται παρόχους στην Π.Φ.Υ στην επαρχιακή Κρήτη.

Επιπλέον, από την ερευνητική υπόθεση προκύπτουν μια σειρά ερευνητικών ερωτημάτων που θα αναλυθούν διεξοδικά στο επόμενο κεφάλαιο.

## **2 Ερευνητικά ερωτήματα και σκοπός της Έρευνας**

### **2.1 Κύρια Ερευνητικά Ερωτήματα**

Με βάση την ερευνητική μας υπόθεση προκύπτουν τα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

1. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, καθώς και τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την καπνιστική συνήθεια επηρεάζουν την ετοιμότητα διακοπής;
2. Ο αριθμός προσπαθειών διακοπής αυξάνει την ετοιμότητα διακοπής μέσα στις επόμενες 30 ημέρες
3. Τα συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης επηρεάζουν την ετοιμότητα διακοπής των καπνιστών μέσα στις επόμενες 30 ημέρες;

### **2.2 Σκοπός της έρευνας**

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας είναι η μελέτη των προσδιοριστών (παραγόντων) που επηρεάζουν την ετοιμότητα των χρηστών των υπηρεσιών ΠΦΥ στην διακοπή καπνίσματος.

### **2.3 Επιμέρους στόχοι**

1. Η αποτύπωση του ποσοστού των καπνιστών στον ενήλικο πληθυσμό που επισκέπτεται τις δομές ΠΦΥ στον Νομό Ηρακλείου.
2. Η διερεύνηση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των καπνιστών που επισκέπτονται τις δομές ΠΦΥ στον Νομό Ηρακλείου.
3. Η διερεύνηση της ετοιμότητας διακοπής του καπνίσματος των επισκεπτών ΠΦΥ στον Νομό Ηρακλείου.
4. Η διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων ετοιμότητας διακοπής του καπνισμάτων όσων επισκέπτονται τις δομές ΠΦΥ στον Νομό Ηρακλείου.



### **3 Μεθοδολογία**

Η παρούσα έρευνα εντάσσεται στο πλαίσιο του προγράμματός με τίτλο: «TiTAN Crete-Tobacco treatment TrAining Network in Crete», (TITAN CRETE, 2015) το οποίο αποτελεί συνεργασία της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης με την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Ottawa και είναι χρηματοδοτούμενο από πόρους της Global Bridges, για την ανάπτυξη ενός δικτύου καταρτισμένων ιατρών Γενικής Ιατρικής που εργάζονται στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κρήτη, που θα είναι εκπαιδευμένοι στις μεθόδους διακοπής καπνίσματος.

Το ερευνητικό πρόγραμμα έχει λάβει άδεια από την επιτροπή Βιοηθικής ΠΑΓΝΗ με αριθμό πρωτοκόλλου 18078. Αριθμός απόφασης διοικητικού συμβουλίου 366 στις 24/07/2015. Επίσης η εκπαιδευτική παρέμβαση έχει καταχωρηθεί στην διεθνή βάση δεδομένων ISRCTN.  
(<http://www.isrctn.com/ISRCTN10306198?q=titan&filters=&sort=&offset=1&totalResults=3&page=1&pageSize=10&searchType=basic-search>).

#### **3.1 Σχεδιασμός Μελέτης**

Είναι μια συγχρονική μελέτη (cross sectional study) που μετρά τα χαρακτηριστικά των καπνιστών που επισκέπτονται τα ιατρεία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, καθώς και τους προγνωστικούς παράγοντες, που αφορούν στην ετοιμότητα διακοπής του καπνίσματος.

#### **3.2 Τόπος και χρόνος της μελέτης**

Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε στην περιφερειακή ενότητα Ηρακλείου με χρονική διάρκεια από τον Ιούνιο έως το Σεπτέμβριο του 2015.

Κατά την έναρξη της μελέτης, 16 ιατρεία προσκλήθηκαν, να συμμετέχουν. Τελικά 15 ιατρεία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που ανήκουν στο Δίκτυο Έρευνας στη

Γενική Ιατρική στο Νομό Ηρακλείου (11 δημόσια και 4 ιδιωτικά ιατρεία) δέχτηκαν να συμμετέχουν. (Ποσοστό απόκρισης 93,7%).

### **3.3 Ισχύς και μέγεθος του δείγματος**

Με βάση τις εκτιμήσεις από άλλες μελέτες, ο συντελεστής συσχέτισης (ICC) καθορίστηκε στο 0.01 (Papadakis, et al., 2013). Το ποσοστό υπολογίστηκε με βάση προηγούμενες στρατηγικές δειγματοληψίας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα (Kotsoni, et al., 2008).

Ο υπολογισμός του δείγματος για τα 16 ιατρεία παρέμβασης ανέδειξε 28 ασθενείς ανά ιατρό. Όλοι οι υπολογισμοί βασίστηκαν σε δίπλευρο έλεγχο (two-sided test), με ισχύ 90% και επίπεδο εμπιστοσύνης 0.05. Με σκοπό να προβλέψουμε την πιθανή απώλεια συμμετεχόντων ιατρών, αυξήσαμε τον αριθμό των συμμετεχόντων ασθενών. Συνολικά, 36 ασθενείς επιλέχθηκε να ενταχθούν στην μελέτη από κάθε ιατρό.

### **3.4 Πληθυσμός μελέτης**

Το τυχαίο δείγμα ασθενών από κάθε ιατρείο της έρευνας επιλέχθηκε κατά την έναρξη της μελέτης από την αίθουσα αναμονής (36 ασθενείς ανά ιατρείο), με τη χρήση κατάλληλα διαμορφωμένου screening test.

Σε όλους τους συμμετέχοντες δόθηκε κωδικός αριθμός, από τον οποίο και μόνο αναγνωρίζονταν κατά την διάρκεια της έρευνας. Σε κάθε ασθενή δόθηκε έντυπο γραπτής ενημέρωσης και έντυπο γραπτής συγκατάθεσης στη μελέτη. Στην συνέχεια, κλήθηκαν, να συμπληρώσουν ένα ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο για τις ανάγκες της έρευνας.

Συνολικά για την καταλληλότητα συμμετοχής τους στην μελέτη ελέγχθηκαν 1059 ασθενείς από την αίθουσα αναμονής των παραπάνω ιατρείων. Από τους παραπάνω, 534 ήταν καπνιστές και πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής (παρακάτω) στη μελέτη του TITAN και συμφώνησαν να συμμετέχουν, ενώ 10 καπνιστές αρνήθηκαν να συμμετέχουν. Οπότε το τελικό δείγμα καπνιστών στην παρούσα ανάλυση ήταν 524 καπνιστές και το ποσοστό απόκρισης έφτασε το 98,1%.

Τα κριτήρια για την εισαγωγή των ατόμων στη μελέτη ήταν:

- Να είναι καπνιστές (> 5 τσιγάρα ημερησίως).

- Να είναι  $\geq 18$  ετών.
- Να είναι επισκέπτες των τακτικών ιατρείων κατά την ημέρα καταγραφής των στοιχείων από τον υπεύθυνο της έρευνας.
- Να είναι σε θέση, να διαβάσουν και να κατανοήσουν την Ελληνική Γλώσσα.
- Να έχουν πνευματική διαύγεια, ώστε να μπορέσουν, να παρέχουν ενυπόγραφη συγκατάθεση για τη συμμετοχή τους στη μελέτη.

### **3.5 Εργαλείο της Έρευνας**

Το ερωτηματολόγιο συνέλεξε πληροφορίες σχετικά με τα κοινωνικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, ιστορικό καπνίσματος, πεποιθήσεις και προθέσεις για την διακοπή του καπνίσματος, παθήσεις που σχετίζονται με το κάπνισμα, όπως και στοιχεία επικοινωνίας (τηλέφωνο και διεύθυνση, προαιρετικά).

Η μελέτη κατέγραψε τα κοινωνικο- δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, βαθμίδα εκπαίδευσης, εθνικότητα, επάγγελμα), την ύπαρξη πιθανών προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με το κάπνισμα με την ερώτηση («Αντιμετωπίζεται αυτή τη στιγμή ή κατά το παρελθόν κάποιος/α από τα ακόλουθα προβλήματα υγείας... Καρδιακή νόσο, εγκεφαλικό, καρδιακή ανεπάρκεια/ καρκίνο/ χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια/ διαβήτη/ άγχος ή κατάθλιψη/ άλλες καταστάσεις ψυχικής υγείας ;»).

Στην συνέχεια υπήρχαν ερωτήσεις σχετικές με την καπνιστική συνήθεια του συμμετέχοντος, δηλαδή καταγράφηκε ο συνολικός αριθμός των χρόνων που κάθε ασθενής καπνίζει, πιθανές προηγούμενες προσπάθειες διακοπής καπνίσματος στην διάρκεια ενός χρόνου (> 24 ώρες) («Πόσες απόπειρες να διακόψετε το κάπνισμα έχετε κάνει τον τελευταίο χρόνο... Καμία/ 1-2 προσπάθειες/ 3 ή περισσότερες προσπάθειες»). Επίσης συλλέχθηκαν πληροφορίες έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα στον χώρο του σπιτιού ή σε μέρος που ο ασθενής περνά μεγάλο μέρος της ημέρας, «Καπνίζει κάποιος άλλος μέσα στο χώρο του σπιτιού σας...Ναι/Όχι». Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα διερευνήθηκε με την ερώτηση («Είστε εκτεθειμένοι στο κάπνισμα άλλων, (παθητικό κάπνισμα), στο χώρο του σπιτιού σας ή σε άλλο μέρος, όπου περνάτε μεγάλο μέρος του χρόνου σας... Ναι/ Όχι;»). Παράλληλα εξετάστηκαν οι πιθανοί κοινωνικοί παράγοντες που πιθανόν διαμορφώνουν την καπνιστική

συμπεριφορά, όπως «Καπνίζουν οι περισσότεροι άνθρωποι στη ζωή σας (π.χ. φίλοι/ οικογένεια)... Όλοι/ Οι περισσότεροι/ Μερικοί/ Κανένας».

Η ετοιμότητα των ασθενών για την διακοπή καπνίσματος αξιολογήθηκε από την απάντηση τους στην ερώτηση: («Ποια από τις παρακάτω φράσεις σας εκφράζει περισσότερο») με τρεις επιλογές απάντησης: («Θα ήθελα, να διακόψω το κάπνισμα στις επόμενες 30 ημέρες; Θα ήθελα, να διακόψω το κάπνισμα στους επόμενους 6 μήνες; Δε σκοπεύω, να διακόψω το κάπνισμα στους επόμενους έξι μήνες»).

Η αυτεπάρκεια των ασθενών (self-efficacy) στη διακοπή του καπνίσματος αξιολογήθηκε με μια κλίμακα Likert 10 βαθμίδων («από το 1 (=καθόλου σίγουρος/η) έως το 10 (= εξαιρετικά σίγουρος/η), πόσο σίγουρος/η είστε ότι θα καταφέρετε, να κόψετε το κάπνισμα αυτή τη στιγμή») και ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να αξιολογήσουν τη σπουδαιότητα διακοπής του καπνίσματος με την χρήση μιας κλίμακας Likert 10 βαθμίδων («Με μια κλίμακα από το 1(= καθόλου σημαντικό) έως το 10(= εξαιρετικά σημαντικό), πόσο σημαντικό είναι για εσάς να διακόψετε το κάπνισμα αυτή τη στιγμή»).

Η αξιολόγηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης («Κατά τις τελευταίες εβδομάδες, πόσο συχνά σας ενόχλησαν οι παρακάτω καταστάσεις») έγινε με τη χρήση της μεταφρασμένης και σταθμισμένης στην Ελληνική Γλώσσας κλίμακας HPQ-4. Αποτελείται από τέσσερις ερωτήσεις, δύο για την αξιολόγηση του βαθμού του άγχους: («Αισθάνομαι νευρικότητα, άγχος ή υπερένταση/ Αισθάνομαι ανικανότητα, να σταματήσω ή να ελέγξω την ανησυχία μου» και δύο ερωτήσεις για την αξιολόγηση του βαθμού της κατάθλιψης: «Αισθάνομαι λίγο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση κάνοντας πράγματα/ Αισθάνομαι υποτονικά, καταθλιπτικά, απελπιστικά»... Καθόλου/ Κάποιες μέρες/ Πάνω από τις μισές μέρες/ Σχεδόν κάθε μέρα»). Ο υπολογισμός γίνεται παίρνοντας σκορ ανά δυο ερωτήσεις και όριο >3 (Kroenke, et al., 2009).

Τέλος, συλλέχθηκαν στοιχεία που αφορούν, στη διερεύνηση του λόγου για τον οποίο οι ασθενείς επισκέπτονται τα ιατρεία της ΠΦΥ, με την ερώτηση: «Ποιος ήταν ο σκοπός της επίσκεψης σας στο ιατρείο σήμερα;» Ιατρική επίσκεψη/ Συνταγογράφηση/ Άλλος.

Η διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε σε 5 με 10 λεπτά από τον χρόνο του επισκέπτη. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα διατήρησαν το δικαίωμα να αποχωρήσουν από αυτή, οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούσαν.

### **3.6 Στατιστική Ανάλυση**

Για τη διεξαγωγή της στατιστικής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 22.0.

Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία- συχνότητες, ποσοστά και μέσες τιμές (για τις αριθμητικές μεταβλητές) (Πίνακας 1,2,3) χρησιμοποιήθηκαν, για να συνοψίσουν το ποσοστό του καπνίσματος και τα χαρακτηριστικά των καπνιστών.

Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων συγκρίθηκαν, ανά ομάδα ετοιμότητας διακοπής του καπνίσματος χρησιμοποιώντας δοκιμασίες  $\chi^2$  (για τις ονομαστικές μεταβλητές) και t-test (για τις αριθμητικές μεταβλητές) ή t-test. (Πίνακας 4,5)

Τεχνική πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης (multiple regression analysis)- backward Wald analysis (Πίνακας 6) χρησιμοποιήθηκε για να εξετάσει την ύπαρξη σχέσεως μεταξύ της ετοιμότητας διακοπής του καπνίσματος σε 30 ημέρες και των μεταβλητών που σχετίζονται με το κάπνισμα.

Υπολογίστηκαν οι λόγοι πιθανοφάνειας (Odds Ratio).

Ορίστηκε επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha = 5\%$  και διάστημα εμπιστοσύνης (95% CL).

## **4 Αποτελέσματα**

### **4.1 Ποσοστό του Καπνίσματος**

Το ποσοστό των καπνιστών στο δείγμα μας (screened adults) υπολογίστηκε στο 38.0%.

### **4.2 Είδος επίσκεψης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Από τους 524 καπνιστές που συμμετείχαν στη μελέτη, το 43,5% ανέφερε, πως ο λόγος επίσκεψης των ιατρείων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ήταν η πραγματοποίηση ιατρικών εξετάσεων, το 43,3% η συνταγογράφηση φαρμακευτικής αγωγής, ενώ το 13,2% ανέφερε άλλο λόγο.

### **4.3 Χαρακτηριστικά των καπνιστών**

Στον **Πίνακα 1** διατίθενται τα γενικά δημογραφικά χαρακτηριστικά που αφορούν στο δείγμα των καπνιστών- επισκεπτών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα, τα άτομα που ανήκουν ηλικιακά στην ομάδα 40-54 ετών καπνίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό συγκρινόμενοι με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Πιο συγκεκριμένα, στην ηλικιακή ομάδα των 40-54 ετών το ποσοστό του καπνίσματος είναι 38.5 %. Για την ηλικιακή ομάδα 25-39 ετών το ποσοστό του καπνίσματος βρέθηκε 26.9%. Για τις ηλικίες κάτω των 24 ετών το ποσοστό του καπνίσματος βρέθηκε στο 4%. Περνώντας στην ηλικιακή ομάδα των 55-64 ετών, το ποσοστό του καπνίσματος είναι 16.6%, ενώ για την ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών, το ποσοστό του καπνίσματος είναι 13.9%.

Στη σύγκριση που πραγματοποιήθηκε για το ποσοστό του καπνίσματος ανά φύλο, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι άνδρες καπνίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό, συγκριτικά με τις γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι το 59.9% των καπνιστών στην μελέτη είναι άνδρες και το αντίστοιχο ποσοστό στις γυναίκες εντοπίζεται στο 40.5%.

Όσον αφορά τα χρόνια εκπαίδευσης, από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης καπνίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό, συγκριτικά με τους απόφοιτους των ανώτερων και ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι το 29.4% των καπνιστών είναι απόφοιτοι Λυκείου, το 29.2% των καπνιστών του δείγματος είναι απόφοιτοι ανώτερων και ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων (ΑΕΙ και ΤΕΙ), το 19.1% των καπνιστών απόφοιτοι Γυμνασίου και το 22.3% των καπνιστών έχουν τη βασική εκπαίδευση (απόφοιτοι Δημοτικού). Ένα επιπλέον στοιχείο που βρέθηκε στην παρούσα ανάλυση είναι ότι η πλειονότητα (98.3%) των ατόμων που προσήλθαν στα ιατρεία της μελέτης είναι Ελληνικής υπηκοότητας.

Αναλυτικά, το 8.2% των καπνιστών ανέφερε την παρουσία κάποιου καρδιαγγειακού νοσήματος, το 6.5% των καπνιστών ανέφερε ότι πάσχει από Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ). Το 5.9% των καπνιστών ανέφερε ότι πάσχει από διαβήτη, ενώ το 1% ανέφερε την παρουσία κάποιας μορφής καρκίνου. Επιπρόσθετα, έγινε προσπάθεια να αξιολογηθούν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των καπνιστών του δείγματος, με τη χρήση της μεταφρασμένης και σταθμισμένης στην Ελληνική γλώσσα κλίμακας HPQ-4. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι ένα ποσοστό των καπνιστών του δείγματος εμφανίζει σημάδια άγχους ή κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, το 14.9% των καπνιστών ανέφερε ότι νιώθει άγχος ή ανέφερε τάση για κατάθλιψη.

Συνεχίζοντας στον **Πίνακα 2** με την αποτύπωση επιπλέον χαρακτηριστικών των καπνιστών, από τα αποτελέσματα της μελέτης προκύπτει ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων του δείγματος καπνίζουν > 20 χρόνια. Πιο αναλυτικά, το 67.7% των ασθενών καπνίζουν πάνω από 20 χρόνια και πάνω από 10 χρόνια το 22.9%. Το 8.2% καπνίζει 3-9 χρόνια και λιγότερο από 2 χρόνια μόλις το 1.1%. Όσον αφορά τον αριθμό των τσιγάρων, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα οι περισσότεροι των συμμετεχόντων καπνίζουν τουλάχιστον ένα πακέτο τσιγάρων ανά ημέρα. Πιο συγκεκριμένα, το 42.2% των ασθενών καπνίζουν 16-25 τσιγάρα (ένα πακέτο τσιγάρα) ημερησίως. Από 26-40 τσιγάρα (> ένα πακέτο τσιγάρα) ημερησίως καπνίζει το 21.9%, αριθμό μεγαλύτερο των 40 τσιγάρων καπνίζει το 3.4% των ασθενών. Το 31.1% των ασθενών καπνίζει από 6-15 τσιγάρα ημερησίως, ενώ έως και 5 τσιγάρα καπνίζει μόλις το 1.3%. Αξίζει να σημειωθεί, ότι πάνω από το μισό των

συμμετεχόντων ανάβουν το πρώτο τσιγάρο μέσα στα πρώτα 30 λεπτά από τη ώρα που θα ξυπνήσουν. Πιο συγκεκριμένα, η μελέτη έδειξε ότι το 36.6% των ερωτηθέντων καπνιστών ανάβει το πρώτο τσιγάρο το πρωί, μέσα στα πρώτα πέντε λεπτά και το 70.6% των καπνιστών έχει ανάβει το πρώτο τσιγάρο μέχρι τα πρώτα 30 λεπτά, που υποδηλώνει υψηλή εξάρτηση από τη νικοτίνη.

Παράλληλα, στην προσπάθεια να εξεταστούν, κοινωνικοί παράγοντες που πιθανόν επιδρούν στη διαμόρφωση της καπνιστικής συνήθειας, βρέθηκε ότι το 63.4% των καπνιστών συμβιώνει με καπνιστές εντός της οικογενειακής στέγης. Παράλληλα, το σύνολο των συμμετεχόντων, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα συναναστρέφεται με καπνιστές στο ευρύτερο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα, το 73.5% των καπνιστών ανέφερε πως μερικοί ή και οι περισσότεροι είναι καπνιστές στο ευρύτερο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. Το 4.6% των καπνιστών ανέφερε ότι όλοι είναι καπνιστές στο ευρύτερο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, ενώ μόλις το 1.9% των καπνιστών του δείγματος ανέφερε ότι δεν συναναστρέφεται με κανένα καπνιστή στο ευρύτερο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον.

Στον **Πίνακα 3** παρουσιάζονται τα βασικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την καπνιστική συνήθεια των ασθενών. Όπως αποτυπώνεται στα αποτελέσματα, στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς δεν είχαν πραγματοποιήσει κάποια προσπάθεια για διακοπή του καπνίσματος κατά το παρελθόν. Πιο συγκεκριμένα, το 67.7% των καπνιστών αναφέρει ότι δεν έχει προσπαθήσει ποτέ στο παρελθόν, να διακόψει το κάπνισμα. Μία με δύο προσπάθειες διακοπής ανέφερε το 27.5% των ερωτηθέντων, ενώ μόλις το 4.8% έχει καταβάλει πάνω από τρεις προσπάθειες να κόψει το κάπνισμα κατά το παρελθόν. Εξετάζοντας τη σημασία της διακοπής του καπνίσματος των συμμετεχόντων, προέκυψε ότι τη θεωρούν σημαντική, καθώς όπως βρέθηκε από τα αποτελέσματα της Likert-κλίμακας (1-10) που χρησιμοποιήθηκε, η Μέση Τιμή για τη σημασία της διακοπής ήταν 7.6 (SD:2,7). Ωστόσο μέσα από μια αντίστοιχη Likert-κλίμακα (1-10) που χρησιμοποιήθηκε, για να εξετάσει την αυτεπάρκεια (self-efficacy) των συμμετεχόντων στη διακοπή του καπνίσματος, αυτή προέκυψε πολύ χαμηλή, καθώς όπως βρέθηκε από τα αποτελέσματα η Μέση Τιμή για τη διακοπή του καπνίσματος εντοπίζεται μόλις στο 3.7 (SD:2.7).



#### **4.4 Δυπαραγοντική ανάλυση**

Ο Πίνακας 4 παρουσιάζει το προφίλ των καπνιστών της παρούσας μελέτης ως προς την ετοιμότητα διακοπής του καπνίσματος.

Ανάμεσα τους παράγοντες που μελετήθηκαν και φαίνεται να σχετίζονται με την αυξημένη ετοιμότητα διακοπής του καπνίσματος (στις επόμενες 30 ημέρες), είναι η ηλικία. Καπνιστές που δήλωσαν έτοιμοι να κόψουν το κάπνισμα στις επόμενες 30 ημέρες είχαν μεγαλύτερη ηλικία, συγκρινόμενοι με αυτούς που θέλουν να διακόψουν σε 6 μήνες ή με αυτούς που δεν θέλουν να κόψουν το κάπνισμα. (50.9% vs. 47.6% vs 44.9%) ( $p < 0.014$ ).

Μια σειρά άλλων παραγόντων όπως είναι τα χρόνια εκπαίδευσης, οι σχετιζόμενες με το κάπνισμα ασθένειες και η ένδειξη κατάθλιψης και άγχους αν και εξετάστηκαν δεν βρέθηκε να έχουν στατιστικά σημαντική σχέση με την ετοιμότητα διακοπής καπνίσματος.

Στη σύγκριση που έγινε μεταξύ των φύλων και την ετοιμότητα διακοπής, παρόλο που τα αποτελέσματα δεν ήταν στατιστικά σημαντικά, αξίζει να αναφερθεί ότι οι άνδρες σε μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζονται πιο έτοιμοι να διακόψουν το κάπνισμα, συγκρινόμενοι με τις γυναίκες, τόσο στις επόμενες 30 ημέρες (58.9% vs 41.1%), όσο και στους επόμενους 6 μήνες (60.5% vs 39.5%), αλλά και υψηλότερο ποσοστό στους άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες όσον αφορά τη μη ετοιμότητα διακοπής (58.9% vs 41.1%),  $p < 0.93$ .

Η σχέση μεταξύ επιπέδου εκπαίδευσης και ετοιμότητα διακοπής της καπνιστικής συνήθειας, και η σχέση στην παρουσία κάποιας ασθένειας και της ετοιμότητας διακοπής του καπνίσματος δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά. Τέλος από τον Πίνακα 4, στη σύγκριση που έγινε μεταξύ αυτό- αναφερόμενου άγχους ή κατάθλιψης και της ετοιμότητας διακοπής, αξίζει να αναφέρουμε ότι οι ασθενείς που ανέφεραν σημάδια άγχους ή κατάθλιψης εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό ετοιμότητας διακοπής στις επόμενες 30 ημέρες, συγκριτικά με τους επόμενους 6 μήνες, αλλά και εκείνους

μου δήλωσαν πως δεν ήταν έτοιμοι να διακόψουν το κάπνισμα (20.2% vs 15% vs 11%). αν και τα αποτελέσματα δεν ήταν στατιστικά σημαντικά ( $p < 0.107$ ),

Στον **Πίνακα 5**, συνεχίζεται η αποτύπωση των χαρακτηριστικών των καπνιστών της μελέτης ως προς την ετοιμότητα στη διακοπή του καπνίσματος. Από την σύγκριση που έγινε μεταξύ αριθμού ημερήσιας κατανάλωσης τσιγάρων και της πρόθεσης διακοπής, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που απάντησαν ότι είναι έτοιμοι να διακόψουν το κάπνισμα στις επόμενες 30 ημέρες κάπνιζαν περισσότερα τσιγάρα ημερησίως [23.9(SD:12.4)], συγκριτικά με αυτούς που δήλωσαν έτοιμοι, να διακόψουν το κάπνισμα στους επόμενους 6 μήνες [21.7(SD:11.3)] και αυτούς που δήλωσαν πως δεν ήταν έτοιμοι, να διακόψουν το κάπνισμα [21.5 (SD:11.3)] ,  $p < 0.01$ . Επιπλέον, από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι όσο περισσότερα είναι τα χρόνια καπνίσματος, τόσο μεγαλύτερη ετοιμότητα εμφανίζουν οι καπνιστές να διακόψουν. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που απάντησαν ότι είναι έτοιμοι να κόψουν το κάπνισμα στις επόμενες 30 ημέρες είχαν περισσότερα χρόνια καπνίσματος [29.2 (SD:13.4)] σε σχέση με αυτούς που δήλωσαν πως είναι έτοιμοι να διακόψουν το κάπνισμα στους επόμενους 6 μήνες [25.8 (SD:12.9)] και αυτούς που δεν είναι έτοιμοι να κόψουν το κάπνισμα [24 (SD:14.9)], και αυτή η συσχέτιση ήταν στατιστικά σημαντική.  $p < 0.01$ .

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p < 0.510$ ) ,όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα στη σύγκριση που έγινε μεταξύ του χρόνου που ο καπνιστής ανάβει το πρώτο τσιγάρο κατά την εγρήγορση και στην ετοιμότητα διακοπής. Αν και οι συμμετέχοντες που καπνίζουν το πρώτο τσιγάρο μέσα στα πρώτα 5 λεπτά κατά την εγρήγορση, εμφάνισαν μεγαλύτερο ποσοστό ετοιμότητας, να διακόψουν το κάπνισμα στις επόμενες 30 ημέρες, σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες (41.9% vs 34.1% vs 7.8% vs 16.3%), Τέλος, στην παρούσα ανάλυση δεν εντοπίστηκε συσχέτιση μεταξύ της αυτεπάρκειας (self-efficacy) των συμμετεχόντων και της ετοιμότητας τους στην διακοπή του καπνίσματος ( $p < 0.134$ ). Αξίζει να σημειωθεί, ότι με βάση την κλίμακα αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκε οι συμμετέχοντες που σημείωσαν υψηλότερο σκορ, εμφάνισαν υψηλότερο ποσοστό ετοιμότητας, να διακόψουν το

κάπνισμα στις επόμενες 30 ημέρες [3.9 (SD:2.6)], συγκριτικά με εκείνους που δήλωσαν έτοιμοι να διακόψουν το κάπνισμα στους επόμενους 6 μήνες [3.7 (SD:2.4)], αλλά και με αυτούς που δήλωσαν πως δεν είναι έτοιμοι να διακόψουν [3.4 (SD:2.9)].

#### **4.5 Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση**

Στον **Πίνακα 6**, με τη χρήση μοντέλων πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης διερευνήθηκαν οι παράγοντες εκείνοι που ενδεχομένως να σχετίζονται με την ετοιμότητα διακοπής του καπνίσματος στις επόμενες 30 ημέρες. Μεταξύ των παραγόντων, ο αριθμός των τσιγάρων που καταναλώνονται ημερησίως, στις ανά κατηγορίες στάθμισης συσχετίστηκε αρνητικά με ετοιμότητα διακοπής εντός των 30 ημερών. Έτσι, οι καπνιστές που καταναλώνουν λιγότερα τσιγάρα ημερησίως θα έχουν αυξημένες πιθανότητες να διακόψουν το κάπνισμα στο άμεσο μέλλον. Πιο συγκεκριμένα, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της μελέτης οι καπνιστές που καταναλώνουν 6-15 τσιγάρα/ ημέρα παρουσιάζουν 20 φορές μεγαλύτερη ετοιμότητα να διακόψουν το κάπνισμα στις επόμενες 30 ημέρες (OR 0.05, 95% CI 0.01-0.51) σε σχέση με αυτούς που καπνίζουν πάνω από 40 τσιγάρα ημερησίως. Οι καπνιστές που καταναλώνουν 16-25 τσιγάρα/ ημέρα παρουσιάζουν αντίστοιχα 12.5 φορές μεγαλύτερη ετοιμότητα να διακόψουν το κάπνισμα (1/OR 1/0.08, 95% CI 0.01-0.78) και εκείνοι που καταναλώνουν 26-40 τσιγάρα/ ημέρα παρουσιάζουν 11,11 φορές μεγαλύτερη ετοιμότητα να διακόψουν το κάπνισμα εντός των 30 ημερών (1/OR 1/0.09, 95% CI 0.01-0.93), συγκριτικά με εκείνους που καταναλώνουν πάνω από 40 τσιγάρα/ ημέρα που έχουν 8 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να διακόψουν το κάπνισμα εντός των 30 ημερών.

Από την διερεύνηση της σχέσης πιθανής καταθλιπτικής συμπεριφοράς και ετοιμότητας διακοπής καπνίσματος προέκυψε ότι οι καπνιστές που εμφάνισαν σημάδια κατάθλιψης σημειώνοντας σκορ μεγαλύτερο του 3 φαίνεται να έχουν διπλάσια ετοιμότητα στη διακοπή του καπνίσματος συγκριτικά με όσους συμπλήρωσαν χαμηλότερο σκορ (OR 2.29, 95% CI 1.13-4.62). Η πεποίθηση του καπνιστή σε σχέση με την αυξημένη σπουδαιότητα διακοπής του καπνίσματος σχετίζεται επίσης με την ετοιμότητα διακοπής του καπνίσματος σε 30 ημέρες. Πιο

συγκεκριμένα, οι καπνιστές που θεωρούν σημαντική την διακοπή καπνίσματος έχουν 1.7 περισσότερες πιθανότητες να διακόψουν το κάπνισμα στις επόμενες 30 ημέρες (OR 1.70, 95% CI 1.45-2.00) . Μεταξύ των παραγόντων που διερευνήσαμε οι προσπάθειες διακοπής κατά το παρελθόν συσχετίστηκαν θετικά με τη ετοιμότητα διακοπής εντός των 30 ημερών ( $p < 0.01$ ). Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας προκύπτει ότι καπνιστές που έχουν προσπαθήσει στο παρελθόν να διακόψουν το κάπνισμα φαίνεται να είναι περισσότερο έτοιμοι να διακόψουν το κάπνισμα, συγκρινόμενοι με εκείνους που δεν έχουν προσπαθήσει ποτέ. Αναλυτικότερα όσοι καπνιστές έχουν κάνει 1-2 προσπάθειες διακοπής στο παρελθόν φαίνεται να έχουν 5.1 φορές μεγαλύτερη ετοιμότητα να διακόψουν το κάπνισμα μέσα στον επόμενο μήνα, συγκριτικά με τους καπνιστές που δεν έχουν κάνει καμία προσπάθεια διακοπής (OR 5.10, 95% CI 3.10-8.40). Ενώ οι καπνιστές εκείνοι που έχουν κάνει περισσότερες από 3 προσπάθειες διακοπής έχουν 7.57 φορές μεγαλύτερη ετοιμότητα να διακόψουν το κάπνισμα μέσα στις επόμενες 30 ημέρες, σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν προσπαθήσει ποτέ στο παρελθόν (OR 7.57, 95% CI 2.96-19.37) .

## 5 Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη παρέχει σημαντικά ευρήματα που αφορούν στην αποτύπωση του προφίλ των καπνιστών- επισκεπτών σε ιατρεία της Π.Φ.Υ και σε σχέση με την ετοιμότητα διακοπής. Όπως προέκυψε από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, συνολικά το 38% των συμμετεχόντων ανέφεραν τρέχουσα χρήση των προϊόντων καπνού, με το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών να εντοπίζεται στις ηλικίες 40-45 ετών. Σημαντικό επίσης εύρημα αποτελεί το γεγονός ότι ένα σημαντικό ποσοστό ανέφεραν την παρουσία άγχους ή/ και κατάθλιψης. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων καπνίζουν πάνω από 20 χρόνια, ανάβουν το πρώτο τσιγάρο μέσα στα 30 πρώτα λεπτά από την ώρα που θα ξυπνήσουν το πρωί, ενώ πάνω από τους μισούς ανέφεραν πως δεν έχουν καταβάλει καμία προσπάθεια διακοπής της καπνιστικής συνήθειας τον προηγούμενο χρόνο. Επίσης, το σύνολο σχεδόν των καπνιστών ανέφερε ότι συναναστρέφεται με καπνιστές στο ευρύτερο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. Ενθαρρυντικό είναι ότι η πλειοψηφία ενδιαφέρονται να διακόψουν το κάπνισμα στους επόμενους 6 μήνες και ένα σημαντικό ποσοστό στις επόμενες 30 ημέρες. Οι καπνιστές μέσης ηλικίας, οι άνδρες και όσοι καπνίζουν σχεδόν 30 χρόνια εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά ετοιμότητας στη διακοπή του καπνίσματός. Θετική συσχέτιση για την ετοιμότητα διακοπής σε 30 ημέρες εντοπίστηκε στο ιστορικό προσπαθειών διακοπής καπνίσματος, τη χαμηλή ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων και τη σπουδαιότητα της διακοπής, όπως αναφέρθηκε από τους συμμετέχοντες. Τέλος η πιθανότητα κατάθλιψης προέβλεψε την ετοιμότητα να διακόψουν το κάπνισμα οι καπνιστές.

Όσον αφορά ποσοστό των συμμετεχόντων της μελέτης που ανέφεραν την τρέχουσα χρήση προϊόντων καπνού, παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς έρχεται σε συμφωνία με το ποσοστό του καπνίσματος στο γενικό πληθυσμό, τόσο από τη μελέτη των Filippidis et al., (2014) που εκτιμήθηκε στο 38.1% του γενικού πληθυσμού, το χαμηλότερο που έχει σημειωθεί μέχρι σήμερα στην πρόσφατη ιστορία της Ελλάδας (Filippidis, et al., 2014) αλλά και από τα πρόσφατα στοιχεία του Ευρωβαρόμετρου (European Commission, 2015).

Η κατανομή των καπνιστών σε όλες τις κατηγορίες ηλικίας παρουσιάζει ανομοιογένεια, με το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών να εντοπίζεται στην ηλικιακή ομάδα 40-45 ετών. Το ποσοστό αυτό είναι σύμφωνο με προηγούμενες αναφορές, όπου εκτιμήθηκε το ποσοστό του καπνίσματος, σε διάφορες υποομάδες του πληθυσμού, με τα υψηλότερα ποσοστά να εντοπίζονται σε αντίστοιχες ηλικιακές ομάδες κοντά στο 40% περίπου (Sichletidis, et al., 2006). Η μόνη εξαίρεση είναι ότι το ποσοστό των νεότερων καπνιστών ηλικίας 18-24 ετών, που επισκέφθηκαν τα ιατρεία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ήταν χαμηλότερο, μόλις στο 4% από την αναφερόμενη επικράτηση που αγγίζει σχεδόν το 30% (Sichletidis, et al., 2006). Το γεγονός αυτό έρχεται σε συμφωνία με αναφορές, κατά τις οποίες νεότεροι άνθρωποι και κυρίως άνδρες δεν επισκέπτονται την Π.Φ.Υ. (Papadakis, et al., 2016). Μάλιστα στον Καναδά αναφέρεται ότι το ένα τρίτο των ανδρών ηλικίας 20-39 ετών δεν έχουν επισκεφτεί ένα γενικό ιατρό τους προηγούμενους 12 μήνες (Jaakkimainen, et al., 2006).

Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι οι άνδρες καπνιστές της ΠΦΥ καπνίζουν σε ποσοστό περισσότερο σε σχέση με τις γυναίκες που το αντίστοιχο ποσοστό εκτιμάται στο 40.5%. Αν και το συνολικό ποσοστό του καπνίσματος έχει αλλάξει σημαντικά και φαίνεται να μειώνεται με ταχύς ρυθμούς στους άνδρες, αλλά όχι τόσο στις γυναίκες (Filippidis, et al., 2012; Schoretsaniti, et al., 2014), στην παρούσα ανάλυση τα ποσοστά και στα δυο φύλα συγκριτικά με τις έως τώρα εκτιμώμενες τάσεις είναι υψηλότερα. Μέχρι πρόσφατα η Ελλάδα άνηκε μεταξύ των λίγων χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), όπου τα ποσοστά καπνίσματος στις γυναίκες παρουσίαζαν αύξηση (Mackenbach, et al., 2008). Η πρόθεση να σταματήσουν το κάπνισμα έχει αυξηθεί σημαντικά στις γυναίκες, ενώ οριακή αύξηση παρατηρείται και στους άνδρες. (Schoretsaniti, et al., 2014). Οι Birmpili et al., (2012) αναφέρουν ότι οι γυναίκες αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη δυσκολία στη διακοπή του καπνίσματος σε σύγκριση με τους άνδρες, ενώ οι Khati et al., (2015) αναφέρουν πως οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να σταματήσουν το κάπνισμα από ότι οι άνδρες, ωστόσο έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποτροπιάσουν. Από τα ευρήματα της παρούσας ανάλυσης φαίνεται να προκύπτει μια μειωμένη τάση στην ετοιμότητα διακοπής του καπνίσματος στις γυναίκες, συγκριτικά με τους άνδρες, χωρίς ωστόσο να τεκμηριώνεται στατιστικά σημαντικά. Οι καπνιστές μεγαλύτερης

ηλικίας ανέφεραν μεγαλύτερο ενδιαφέρον ως προς την ετοιμότητα διακοπής στο άμεσο μέλλον, ωστόσο στο πολυπαραγοντικό μοντέλο δεν εντοπίστηκε σημαντική συσχέτιση, το οποίο έρχεται σε συμφωνία με προηγούμενες αναφορές (Burrisa, et al., 2013; Vangeli, et al., 2011).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι το 29.2% των καπνιστών της μελέτης δήλωσαν απόφοιτοι ανώτερων και ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, επίσης χαμηλότερα επίπεδα πανεπιστημιακής εκπαίδευσης από το γνωστό γενικό πληθυσμό των καπνιστών στην Ελλάδα (Schoretsaniti, et al., 2014). Η σημασία του υψηλού μορφωτικού επιπέδου ως προγνωστικού παράγοντα διακοπής του καπνίσματος τονίζεται στη μελέτη των Degen et al., (2014) . Οι Hyland et al., (2006) εντόπισαν σχέση επιπέδου εκπαίδευσης και ετοιμότητας διακοπής του καπνίσματος στη μελέτη των τεσσάρων χωρών (ITC-4), με τους καπνιστές από υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης να είναι πιο πιθανό, να κάνουν μια προσπάθεια διακοπής. Οι Nagelhout et al. (2012) βρήκαν ότι οι «λιγότερο» μορφωμένοι ερωτηθέντες καπνιστές είχαν χαμηλότερες αναλογίες στην ετοιμότητα διακοπής του καπνίσματος από τους «περισσότερο» μορφωμένους . Οι Burissa et al. (2013), από την άλλη εντόπισαν καπνιστές με χαμηλότερες πιθανότητες να είναι απόφοιτοι κολεγίου, να ενδιαφέρονται περισσότερο για τη διακοπή του καπνίσματος. Ωστόσο στον πληθυσμό της μελέτης των Birmpili et al., (2012) δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του επιπέδου της εκπαίδευσης και της ετοιμότητας διακοπής της καπνιστικής συμπεριφοράς. Η παραπάνω μελέτη έρχεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της μελέτης μας, με τους καπνιστές, απόφοιτους ανώτερων και ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων να αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά στην ετοιμότητα διακοπής του καπνίσματος, χωρίς ωστόσο να κρίνονται στατιστικά σημαντικά. Καινοτόμες προσεγγίσεις και περαιτέρω έρευνα οφείλουν να καθορίσουν πιο αποτελεσματικούς οδούς για τη διακοπή του καπνίσματος, οι οποίες θα στοχεύουν σε άτομα από όλο το κοινωνικοοικονομικό και εκπαιδευτικό φάσμα, διασφαλίζοντας έτσι ότι τα προγράμματα πρόληψης και διακοπής του καπνίσματος θα φθάνουν στο σύνολο του πληθυσμού.

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ένα μεγάλο ποσοστό καπνιστών που ανέφεραν την παρουσία ασθένειας που σχετίζεται με το κάπνισμα. Τα υψηλά αυτά ποσοστά έρχονται να επαληθεύσουν τα στοιχεία από τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) των Ηνωμένων Πολιτειών, σύμφωνα με τα οποία 19.094 θάνατοι στην Ελλάδα οφείλονται σε νοσήματα που σχετίζονται με το κάπνισμα. (Harvard School of Public Health, 2011). Όπως προκύπτει από την ανάλυση δεν τεκμηριώνεται συσχέτιση μεταξύ της παρουσίας νοσημάτων σχετιζόμενων με το κάπνισμα, που αναφέρθηκαν από τους ασθενείς των ιατρείων ΠΦΥ της μελέτης και της ετοιμότητας στη διακοπή του καπνίσματος. Σε αντίστοιχο συμπέρασμα καταλήγει και η μελέτη των Papadakis et al., (2016). Ωστόσο, οι Gilchrist et al., (2015) αναφέρουν ότι άτομα με καλύτερη κατάσταση υγείας δοκιμάζουν να διακόψουν το κάπνισμα, εν αντιθέσει με καπνιστές που πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα ή κάποια μορφή κατάθλιψης να είναι λιγότερο πιθανό, να σταματήσουν να καπνίζουν.

Άξιο προσοχής αποτελεί το γεγονός ότι καπνίζουν πάνω από 20 χρόνια. Όπως αναφέρουν οι Sotiropoulos et al., (2007) οι Έλληνες ξεκινούν να καπνίζουν πριν από την ηλικία των 25 ετών. Εντοπίστηκε μια συσχέτιση μεταξύ ετοιμότητας να σταματήσουν το κάπνισμα και χρόνων καπνιστικής συμπεριφοράς, με τα άτομα που καπνίζουν λιγότερο από 5 χρόνια να είναι λιγότερο πιθανό να εγκαταλείψουν στο άμεσο μέλλον. Ωστόσο στην τελική πολυπαραγοντική ανάλυση δεν τεκμηριώθηκε η παραπάνω συσχέτιση, το οποίο έρχεται σε συμφωνία με τη μελέτη της Papadakis et al., (2016). Η πλειοψηφία των καπνιστών δήλωσαν ότι καπνίζουν 16-25 τσιγάρα ημερησίως. Με άλλα λόγια σχεδόν, , οι μισοί καπνιστές καταναλώνουν σχεδόν ένα πακέτο τσιγάρων την ημέρα. Επιπλέον, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφεραν, έναρξη του καπνίσματος μέσα στα πρώτα 5 λεπτά εγρήγορσης, Η παρατήρηση αυτή είναι σημαντική, δεδομένου ότι τα άτομα αυτά εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα εξάρτησης από τη νικοτίνη, αναφέρουν αφενός λιγότερες προσπάθειες στη διακοπή της καπνιστικής συνήθειας και αφετέρου χαμηλότερη επιτυχία στην ετοιμότητα διακοπής (Burgess, et al., 2009; Hyland, et al., 2006; Breslau & Johnson , 2000; Piper , et al., 2006). Στη μελέτη των Li et al., (2011) ο μεγαλύτερος χρόνος για το πρώτο τσιγάρο της ημέρας κατά την αφύπνιση έχει σχετιστεί με αυξημένη ετοιμότητα διακοπής. Στη μελέτη των Papadakis et al., (2016) φάνηκε πως οι καπνιστές που ανέφεραν έναρξη της καπνιστικής συνήθειας στα 30 λεπτά από την ώρα που θα



ξυπνήσουν φάνηκαν περισσότερο έτοιμοι να διακόψουν στο άμεσο μέλλον, τάση που εμφανίζεται και στην παρούσα μελέτη, χωρίς ωστόσο να τεκμηριώνεται στατιστικά σημαντικά.

Οι Vardavas et al., (2007) κατέγραψαν ότι πάνω από τα μισά νοικοκυριά έχουν τουλάχιστον ένα καπνιστή (63%), Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι η πλειοψηφία των καπνιστών συμβιώνει με καπνιστές εντός της οικογενειακής στέγης, ενώ αντίστοιχα υψηλό είναι το ποσοστό των καπνιστών που συναναστρέφονται με καπνιστές στο ευρύτερο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. Οι Van Zundert et al., (2007) στη διερεύνηση που έκαναν για την ετοιμότητα διακοπής της καπνιστικής συνήθειας μεταξύ εφήβων καπνιστών εντόπισαν μία αντίστροφη σχέση μεταξύ καπνίσματος γονέων- συνομηλίκων και της ετοιμότητας διακοπής. Παραταύτα, το κοινωνικό δίκτυο επιδρά στη διαμόρφωση των καπνιστικών προτύπων και στην εγκατάλειψη της καπνιστικής συνήθειας και στα δύο φύλλα. (Westmaas, et al., 2002). Στη μελέτη των Bindu et al., (2011) το 17% των καπνιστών ανέφεραν, ότι εφόρμηση για να ξεκινήσουν το κάπνισμα ήταν επειδή « καπνίζουν όλοι γύρω μου».

Στοιχείο «κλειδί» της μελέτης αποτελεί το γεγονός ότι η πλειοψηφία των καπνιστών ανέφερε, ότι δεν έχει καταβάλει καμιά προσπάθεια διακοπής της καπνιστικής συνήθειας κατά το προηγούμενο έτος, ποσοστό μικρότερο συγκριτικά με αναφορές που υπάρχουν για το γενικό πληθυσμό (Sischletidis, et al., 2006). Επιπλέον, αν και η πλειοψηφία των καπνιστών τόνισε τη σπουδαιότητα διακοπής του καπνίσματος, συμπλήρωσαν χαμηλό σκορ ως προς της αυτεπάρκεια τους (self- efficacy) για να το διακόψουν. Από τη βιβλιογραφία προκύπτει ότι τα επίπεδα αυτεπάρκειας μπορούν να βοηθήσουν ή να εμποδίσουν το κίνητρο για δράση (Conner & Norman, 1995). Έχει βρεθεί πως η ισχυρή αίσθηση αυτεπάρκειας σχετίζεται με καλύτερη κατάσταση υγείας (Bandura, 1977). Στην παρέμβαση τους οι Warnecke et. al, (2007) με στόχο τη δημιουργία κινήτρων σε ομάδα καπνιστών για την αλλαγή συμπεριφοράς ως προς την προθυμία διακοπής του καπνίσματος, έδειξε ότι η ετοιμότητα διακοπής ενισχύεται από την αυτεπάρκεια τους. Αντίθετα στη μελέτη των Van Zundert et al., (2007) δεν προέκυψε καμιά συσχέτιση μεταξύ της αυτεπάρκειας των καπνιστών με την ετοιμότητα να σταματήσουν το κάπνισμα, το οποίο έρχεται σε συμφωνία και με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης.

Ιδιαίτερα ενθαρρυντικό στοιχείο, είναι ότι η πλειοψηφία των καπνιστών εξέφρασαν την επιθυμία τους, να διακόψουν το κάπνισμα στους επόμενους έξι μήνες. Η πρόθεση αυτή, μεταξύ των καπνιστών από τα ιατρεία ΠΦΥ της μελέτης να σταματήσουν το κάπνισμα, συμπίπτει με τη συνολική πρόθεση διακοπής του καπνίσματος που εντοπίζεται στο γενικό πληθυσμό και αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου αλλά και την ταυτόχρονη μείωση της συνολικής επικράτησης του καπνίσματος (Schoretsaniti, et al., 2014). Περίπου το ένα τρίτο των χρηστών καπνού ανέφεραν ενδιαφέρον για την εγκατάλειψη μέσα στις επόμενες 30 ημέρες. Οι ασθενείς που δεν είναι έτοιμοι να εγκαταλείψουν ανέφεραν χαμηλότερα ποσοστά εμπιστοσύνης με την εγκατάλειψη σε σύγκριση με εκείνους που δήλωσαν έτοιμοι να σταματήσουν το κάπνισμα. Οι σημαντικές κοινωνικές και φορολογικές αλλαγές καθώς και τα μέτρα λιτότητας που λαμβάνουν χώρα, σε συνδυασμό με πρωτοβουλίες που αφορούν στον έλεγχο του καπνίσματος και συγκεκριμένα οι ισχύοντες κανονισμοί σε δημόσιους χώρους, η φορολογία των προϊόντων καπνού και οι περιορισμοί των διαφημίσεων (Alpert, et al., 2014; Karanikolos, et al., 2013; Vardavas et al., 2012; 2013), μπορεί να θεωρηθούν παράγοντες που έχουν επηρεάσει την πρόθεση διακοπής. Ενίσχυση της αυτεπάρκειας των ασθενών στην ικανότητα τους να σταματήσουν το κάπνισμα είναι ένας σημαντικός στόχος για τους ασθενείς που δεν είναι έτοιμοι να σταματήσουν το κάπνισμα μέσα στις επόμενες 30 ημέρες.

Η εκτίμηση της υψηλής εξάρτησης από τη νικοτίνη, μέσα από τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνουν οι καπνιστές ημερησίως είναι επιβεβαιωμένη μέσα από προηγούμενες αναφορές (Coombs, et al., 1992; Hymowitz, et al., 1997; McWhorter, et al., 1990). Ενδείξεις αναφέρουν ότι η ετοιμότητα και οι προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος επηρεάζονται μεταξύ άλλων από παράγοντες, όπως η εξάρτηση από τη νικοτίνη (John, et al., 2004). Οι Wilson et. al, (1992) αναφέρουν πως οι καπνιστές που καταναλώνουν αριθμό  $\geq 25$  τσιγάρων ημερησίως παρουσιάζουν μειωμένη ετοιμότητα στη διακοπή της καπνιστικής συνήθειας, αλλά και μειωμένη εμπιστοσύνη στην ικανότητα τους να το πράξουν. Οι Owen et. al, (1995) αποτυπώνοντας τα χαρακτηριστικά των «λιγότερο» καπνιστών, βρήκαν πως όσοι καταναλώνουν αριθμό  $\leq 5$  τσιγάρων ημερησίως δήλωσαν περισσότερο έτοιμοι να διακόψουν το κάπνισμα.

Χαμηλότερα επίπεδα εξάρτησης του καπνού και μικρότερος αριθμός καπνισμένων τσιγάρων από τη ανασκόπηση των Vangeli et al., (2011) προβλέπουν αυξημένη επιτυχία στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος. Οι Hagimoto et al., (2009) και οι Kleinjan et. al, (2009) εντόπισαν αρνητική συσχέτιση μεταξύ ημερήσιας κατανάλωσης τσιγάρων και ετοιμότητας διακοπής. Η αντίστροφη αυτή συσχέτιση επιβεβαιώνεται και από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Πρωτοβουλίες, όπως οι συμβουλές από τους επαγγελματίες υγείας για τη διακοπή του καπνίσματος και οι δημόσιες εκστρατείες εκπαίδευσης θα μπορούσαν να στοχεύσουν στους «λιγότερο» καπνιστές, συμβάλλοντας έτσι και στη μείωση του συνολικού ποσοστού του καπνίσματος,

Πολύ σημαντικό εύρημα είναι ότι το 44.7% των καπνιστών ανέφεραν συμπτώματα άγχους και/ ή κατάθλιψης. Η συνύπαρξη του καπνίσματος με το άγχος, την κατάθλιψη και άλλες διαταραχές ψυχικής υγείας είναι γνωστή, με τα ποσοστά εξάρτησης από τη νικοτίνη να είναι τρεις έως και έξι φορές υψηλότερα σε άτομα με τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά (Glassman, et al., 1990; Grant, et al., 2004). Η μελέτη μας διαπίστωσε ότι η παρουσία άγχους ή κατάθλιψης προβλέπει την ετοιμότητα να σταματήσουν το κάπνισμα, το οποίο έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενες μελέτες (Hall & Prochaska, 2009; Hall, et al., 2006; Papadakis, et al., 2016), αν και εντοπίστηκε οριακή τάση για αυξημένη ετοιμότητα.. Υπάρχουν ωστόσο σημαντικές ενδείξεις ότι η ετοιμότητα και οι προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος επηρεάζονται από ψυχολογικές μεταβλητές (Riedel, et al., 2002). Οι Moylan, et al., (2012) υποστηρίζουν ότι ο κίνδυνος εμφάνισης αγχώδους διαταραχής αυξάνεται από το κάπνισμα και την εξάρτηση από τη νικοτίνη. Οι Stockings, et al., (2012).αναφέρουν ότι σχεδόν οι μισοί καπνιστές με αγχώδεις διαταραχές έχουν καταβάλει μια προσπάθεια διακοπής κατά το προηγούμενο έτος και το ένα τρίτο θα επιθυμούσαν να διακόψουν το κάπνισμα στο άμεσο μέλλον. Οι καπνιστές με διαταραχές της ψυχικής υγείας εμφανίζουν μεγαλύτερη δυσκολία στην ετοιμότητα διακοπής του καπνίσματος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και είναι λιγότερο πιθανό να πετύχουν (RCP, 2013). Ωστόσο έχουν μεγαλύτερο κίνητρο και είναι σε θέση να το πράξουν εφόσον δεχτούν μια επιστημονικά τεκμηριωμένη στήριξη (Cooper et al., 2016; Siru, Hulse, & Tait, 2009).

Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα της μελέτης αποτελεί το γεγονός ότι οι καπνιστές που ανέφεραν τη σπουδαιότητα διακοπής του καπνίσματος εμφανίζουν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες να διακόψουν το κάπνισμα στις επόμενες 30 ημέρες σε σχέση με τους καπνιστές εκείνους για τους οποίους η διακοπή της καπνιστικής συνήθειας είναι δευτερευούσης σημασίας. Ωστόσο από την βιβλιογραφία δεν εντοπίστηκαν μελέτες στις οποίες να τεκμηριώνεται η προκείμευση συσχέτιση μεταξύ σπουδαιότητα διακοπής του καπνίσματος και ετοιμότητας διακοπής. Στις μελέτες των Carosella et. al, (1999) και των Silagy et. al, (1993) η πλειοψηφία των καπνιστών ανέφεραν ότι θεωρούν επιβλαβές το κάπνισμα για την υγεία και τόνισαν τη σπουδαιότητα διακοπής του. Το παρόν εύρημα δίνει ισχυρό κίνητρο στους επαγγελματίες υγείας της Π.Φ.Υ, ώστε να συζητήσουν με τους ασθενείς για τη σπουδαιότητα διακοπής του καπνίσματος και να τους βοηθήσουν να το κάνουν.

Η διακοπή του καπνίσματος είναι συχνά αντιληπτή ως μία σειρά από στάδια (Prochaska , et al., 1992), αλλά κυρίως απαιτεί πρώτα μία προσπάθεια διακοπής και στη συνέχεια επιτυγχάνει στην προσπάθεια αυτή. Η διάρκεια (Hyland, et al., 2006) και ο αριθμός των προηγούμενων προσπαθειών διακοπής (Borland , et al., 2010; Zhou, et al., 2009) έχουν συσχετιστεί σημαντικά με την ετοιμότητα διακοπής του καπνίσματος. Ο αριθμός των προσπαθειών διακοπής του καπνίσματος, ώστε να οδηγηθούν οι καπνιστές στην επιτυχή διακοπή αποτελεί στατιστικό στοιχείο με περίοπτη θέση σε ένα μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας σχετικά με προγράμματα διακοπής καπνίσματος (American Cancer Society, 2013; Jha, 2009; Elerman et.al, 2008; USDHHS, 2001). Οι Hyland, et al., (2006) αναφέρουν ότι στους παράγοντες που υποκινούν την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, ανήκει και το ιστορικό των προσπαθειών διακοπής, ανεξάρτητα από τα ποσοστά επιτυχίας που σημειώνονται. Θετική συσχέτιση αναφέρεται και από τους John, et al., (2004) και επιβεβαιώνεται και από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Το αξιοσημείωτο της μελέτης είναι ότι όσο πιο πολλές προσπάθειες διακοπής έχουν δοκιμάσει οι καπνιστές του δείγματος στο παρελθόν, τόσο μεγαλύτερη ετοιμότητα έχουν να διακόψουν το κάπνισμα στις επόμενες 30 ημέρες. Οι Li et. al, (2011) εντόπισαν τη σημαντική επίδραση των προηγούμενων προσπαθειών διακοπής καπνίσματος σε μια εκ νέου προσπάθεια διακοπής, που ωστόσο δε σημαίνει ότι θα είναι και επιτυχής. Οι Jampaklav et. al, (2015) συμφωνούν στη παραδοχή ότι ο αριθμός των προηγούμενων

προσπαθειών διακοπής της καπνιστικής συνήθειας συνδέεται θετικά με την ετοιμότητα διακοπής, με μακροπρόθεσμη επιτυχία, ειδικά αν η διάρκεια αυτών είναι μεγαλύτερη των 6 μηνών. Οι Chalton et.al, (2016) αναφέρουν ότι για πολλούς καπνιστές μπορεί να χρειαστούν περισσότερες και από 30 προσπάθειες διακοπής πριν τελικά τα καταφέρουν. Περαιτέρω έρευνα και υποστηρικτικές παρεμβάσεις είναι απαραίτητες για εκείνους που έχουν καταβάλει προηγουμένως ένα αριθμό αποτυχημένων προσπαθειών να σταματήσουν το κάπνισμα, αλλά και για τους καπνιστές εκείνους που μόλις ξεκινούν το «ταξίδι» για την εγκατάλειψη.

Στα πλεονεκτήματα της παρούσας μελέτης είναι ότι πρόκειται για την πρώτη προσπάθεια αποτύπωσης του ποσοστού του καπνίσματος, των χαρακτηριστικών των καπνιστών, χρηστών ιατρειών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του νομού Ηρακλείου, τη διερεύνηση των δημογραφικών χαρακτηριστικών αυτών που αποτελεί κύριο σκοπό της παρούσας μελέτης. Σε ερευνητικό επίπεδο δεν αναφέρονται πολλά στοιχεία σχετικά με τα χαρακτηριστικά των καπνιστών, επισκεπτών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και πώς μπορεί να διαφέρουν από τον συνολικό πληθυσμό των καπνιστών που παρέχονται στην παρούσα μελέτη. Χρήσιμες για το σχεδιασμό της Δημόσιας Υγείας, την κατανόηση της αιτιολογίας των ασθενειών και τη δημιουργία υποθέσεων προς αυτή την κατεύθυνση, η πρόληψη και η διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να ενσωματωθούν στις καθημερινά παρεχόμενες υπηρεσίες των επαγγελματιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας . Ένα ακόμα σημαντικό πλεονέκτημα είναι ότι η παρούσα μελέτη εντάσσεται στο πλαίσιο του προγράμματός με τίτλο: «TiTAN Crete-Tobacco treatment TrAining Network in Crete» καθώς και ότι σε αυτό συμμετείχαν τα ιατρεία από το πολύ καλά οργανωμένο και καινοτόμο σε ερευνητικά προγράμματα, Δίκτυο Έρευνας στη Γενική Ιατρική στο Νομό Ηρακλείου

Ένα από τα μειονεκτήματα της μελέτης είναι ο ίδιος ο σχεδιασμός της που είναι λιγότερο κατάλληλος για την εκτίμηση αιτιολογικών σχέσεων και τη γενίκευση του αποτελέσματος. Από την ανάλυση της μελέτης εντοπίσαμε ότι το σύνολο των ασθενών που επισκέπτονται σήμερα τα ιατρεία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι κατά μέσο όρο μεγαλύτερης ηλικίας, γεγονός που εισάγει σφάλμα τη μελέτη, καθώς το δείγμα δε μπορεί να θεωρεί αντιπροσωπευτικό των ηλικιακών ομάδων που εντοπίζονται στην Π.Φ.Υ και επομένως περιορίζεται η ασφαλής εξαγωγή αλλά και η

γενίκευση των αποτελεσμάτων στην Π.Φ.Υ. . Επιπρόσθετα, στα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν, περιλαμβάνονταν πληροφορίες ευαίσθητες όπως η ηλικία, η παρουσία ασθένειας αλλά και ερωτήσεις που βασίστηκαν στην αυτό-αναφορά των ασθενών και όχι στη χρήση ειδικών βιοδεικτών, σε θέματα όπως το άγχος/ και η κατάθλιψη, έγινε με τη χρήση της μεταφρασμένης και σταθμισμένης στην Ελληνική Γλώσσα κλίμακας HPQ-4 και η αυτεπάρκεια των ασθενών (self-efficacy) στη διακοπή του καπνίσματος, με τη χρήση της κλίμακα Likert 10 βαθμίδων. Οπότε είναι πιθανόν να προέκυψε σφάλμα πληροφόρησης, αλλά ακόμα και σφάλμα ανάκλησης της πληροφορίας.

### ***5.1 Επιπτώσεις στην πρακτική και την έρευνα***

Οι πάροχοι της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας συχνά έρχονται αντιμέτωποι με δυσκολίες που σχετίζονται με τις πρακτικές στους στη διακοπή του καπνίσματος. Η εξασφάλιση των παρόχων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να λάβουν εκπαίδευση, κατάλληλη για τις κλινικές τους πρακτικές, αλλά και να εξοπλιστούν με στρατηγικές παρεμβάσεων προσαρμοσμένες στις ειδικές ανάγκες των ασθενών, θα συμβάλλει σημαντικά στην περαιτέρω μείωση των ποσοστών του καπνίσματος και τη βελτίωση της υγείας των ασθενών. Η χρήση πιο εξελιγμένων παρεμβάσεων, συμπεριλαμβανομένων, τόσο της συμπεριφορικής συμβουλευτικής, όσο και της φαρμακοθεραπείας μπορεί να δικαιολογηθεί λόγω των υψηλών ποσοστών εθισμού στην νικοτίνη, άγχος/ κατάθλιψη και χαμηλά επίπεδα αυτό- αποτελεσματικότητας (self-efficacy) που τεκμηριώνονται στη παρούσα μελέτη. Η σχέση μεταξύ ψυχικής ασθένειας και του καπνίσματος, μας καλεί να εστιάσουμε την προσοχή μας. Δεδομένου των υψηλών ποσοστών άγχους και κατάθλιψης που αναφέρθηκαν από τους καπνιστές των ιατρείων Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας της μελέτης, ολοκληρωμένες παρεμβάσεις εστιασμένες, στον εθισμό στη νικοτίνη και το άγχος/ κατάθλιψη θα πρέπει να τεθούν υψηλά στην ατζέντα. Η ισχυρή πρόθεση των καπνιστών σε συνδυασμό με τη συνειδητοποίηση της σπουδαιότητας διακοπής της καπνιστικής συνήθειας αποτελούν σημείο «κλειδί» και τονίζουν τους παράγοντες που θα πρέπει να στοχευθούν για μελλοντική έρευνα.

Κάθε καπνιστής που δε λαμβάνει συμβουλές αντιπροσωπεύει μια «Χαμένη ευκαιρία».

## **5.2 Συμπεράσματα**

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δείχνουν την αναγκαιότητα σχεδιασμού και εφαρμογής παρεμβάσεων και προγραμμάτων εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, για την υποστήριξη και παροχή βοήθειας των ασθενών που επιθυμούν, να διακόψουν το κάπνισμα. Οι καπνιστές, που εντοπίζονται εντός των πρακτικών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αναφέρουν υψηλά ποσοστά εξάρτησης από τη νικοτίνη, άγχος/ κατάθλιψη, αλλά και υψηλά ποσοστά στην ετοιμότητα διακοπής.

Οι πολιτικές ελέγχου του καπνού που εφαρμόζονται στη χώρα μας είχαν μια επίπτωση στη μείωση του ποσοστού του καπνίσματος, αλλά και στην ενίσχυση της συνολικής πρόθεσης διακοπής της καπνιστικής συνήθειας. Ωστόσο το μέγιστο των δυνατοτήτων τους δεν έχουν ακόμη επιτευχθεί. Η εφαρμογή μια πιο ολοκληρωμένης νομοθεσίας απαγόρευσης του καπνίσματος, μπορεί να βοηθήσει τους καπνιστές που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα (Fichtenberg & Glantz, 2002; Vardavas et al., 2011) και να συμβάλλει αποτελεσματικά στη μείωση του καπνίσματος (Bauer, Hyland, Li, Steger & Cumming, 2005; Fichtenberg & Glantz, 2002; Hahn et al., 2008). Σημειώνεται η μείωση του ποσοστού και η αύξηση της πρόθεσης διακοπής του καπνίσματος (Alpert et al., 2013; Vardavas et al., 2012, 2013).

Παράλληλα με αυτές τις ενέργειες δε μπορούμε να αγνοήσουμε το δυναμικό ρόλο των μέτρων λιτότητας που έχουν λάβει χώρα στη Ελλάδα κατά τα τελευταία χρόνια. Ενώ το άγχος και η κατάθλιψη τεκμηριωμένα παρουσιάζουν αυξητικές τάσεις υπό αυτές τις συνθήκες, δεν είμαστε σε θέση να εκτιμήσουμε αν αυτό υποβοηθά ή παρεμποδίζει τη μείωση του ποσοστού του καπνίσματος και την πρόθεση να σταματήσουν το κάπνισμα οι ενήλικες Έλληνες. (Economou, Madianos, Pepprou, Patelakis, & Stefanis, 2013; Karanikolos et al., 2013; Zavras et al., 2013). Περαιτέρω έρευνα σε αυτόν το τομέα είναι απαραίτητη, ώστε να αποσαφηνιστούν οι κοινωνικοί και συμπεριφορικοί παράγοντες που σχετίζονται με το κάπνισμα, τη χρήση και τη

Δημόσια Υγεία & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας

Τμήμα Ιατρικής – Πανεπιστήμιο Κρήτης

διακοπή του. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης υποστηρίζουν το σχεδιασμό παρεμβάσεων, προσαρμοσμένων στις ανάγκες των καπνιστών, επισκεπτών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.



## 6 Βιβλιογραφία

Alberg, A. J., Ford, J. G. & Samet, J. M., 2007. Epidemiology of Lung Cancer:ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (2nd Edition). *Chest*, 132(3).

Alpert, H. R., Vardavas, C. I., Chaloupka, F. J., Vozikis, A., Athanasakis, K., Kyriopoulos, I., et al., 2013. The recent and projected public health and economic benefits of cigarette taxation in Greece. *Tobacco Control*.

Alpert, H. R. και συν., 2014. The recent and projected public health and economic benefits of cigarette taxation in Greece. *Tob Control*, Τόμος 23, pp. 452-454.

American Cancer Society , 2016. *Cancer Facts & Figures 2016*, Atlanta: American Cancer Society.

American Cancer Society. Guide to Quitting Smoking. <http://www.cancer.org/healthy/stayawayfromtobacco/guidetoquittingsmoking/guide-to-quitting-smoking-pdf> (Πρόσβαση 26 Ιουλίου 2016).

Asfar, T., Lam, B. L. & Lee, D. J., 2015. Smoking Causes Blindness: Time for Eye Care Professionals to Join the Fight Against Tobacco. *The Association for Research in Vision and Ophthalmology, Inc.*, p. <http://iovs.arvojournals.org/pdfaccess.ashx?url=/data/Journals/IOVS/933680/> on 03/18/2016.

Bank of Greece, 2012. *Summary of the annual report 2011*, Athens: Bank of Greece.

Bandura, A., 1977. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bauer, J. E., Hyland, A., Li, Q., Steger, C., & Cummings, M. K., 2005. A longitudinal assessment of the impact of smoke-free worksite policies on tobacco use. *American Journal of Public Health*, 95(6), 1024–1029

Beletsioti-Stika, P. & Scriven, A., 2006. Smoking among Greek nurses and their readiness to quit.. *International Nursing Review* , 53(2), pp. 150-156.

Bindu, R., Sharma, M., Suman, L. & Marimuthu, P., 2011. Stress and coping behaviors among smokers. *Asian Journal of Psychiatry*, 4(2), p. 134–138 .

Birmpili, E. και συν., 2012. Gender and Socio-economic Differences in Daily Smoking and Smoking Cessation Among Adult Residents in a Greek Rural Area. *The Open Cardiovascular Medicine Journal*, Τόμος 6, pp. 15-21.

Breslau, N. & Johnson, E., 2000. Predicting smoking cessation and major depression in nicotine- dependent smokers. *Am J Public Heath*, 90(7), pp. 1122-1127.

Burges, D. και συν., 2009. Employment, gender and smoking cessation outcomes in low- income smokers using nicotine replacement therapy. *Nicotine Tob Res*, 11(12), pp. 1439-47

Burriss, J. L., Wahlquist, A. E. & Carpenter, M. J., 2013. Quit Now AND Quit later. Characteristics of Cigarette Smokers Who Want to Quit Now versus Quit Later. *Addict Behav*, 38(6), p. 2257–2260.

Carosella, M. A., Ossip- Klein, J. D., Owens, A. C., 1999. Smoking attitudes, beliefs, and readiness to change among acute and long term care inpatients with psychiatric diagnoses. *Addictive Behaviors*; Volume 24, Issue 3, May–June 1999, Pages 331–344.

Carr, A. B. & Ebbert, J., 2012. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database Syst Rev.*, Issue 6, p. CD005084..

CDC, 2010. *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General*, s.l.: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

Centers for Disease Control and Prevention, 2014. *Best practices for comprehensive tobacco control programs.*, Atlanta: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

Coombs , R. B.; Li , S; Kozlowski, L. T., 1992. Age interacts with heaviness of smoking in predicting success in cessation of smoking. *American Journal of Epidemiology*, issue 135, pp. 240-146.

Coleman , T., Murphy, E. & Cheater , F., 2000. Factors influencing discussion of smoking between general practitioners and patients who smoke: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, March, Τόμος 50, pp. 207-210.

Coleman, T., 2004. ABC of smoking cessation. Use of simple advice and behavioural support. *BMJ*, 328(7436), p. 397–399.

Cooper , J., Borland, R., McKee, S., A, Yong, H., Dugué, P., 2016. Depression motivates quit attempts but predicts relapse: differential findings for gender from the International Tobacco Control Study. *Addiction*. 2016 Feb 17. doi: 10.1111/add.13290.

Conner, M., & Norman, P. (1995). *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models*. Buckingham: Open University Press.

Council of Europe , 2015. *HELP (Human Rights Education for Legal Professionals)*, Strasbourg Cedex, France: Council of Europe.

Cromwell , J. και συν., 1997. Cost-effectiveness of the Clinical Practice Recommendations in the AHCPR Guideline for Smoking Cessation.. *JAMA*, Issue 278, pp. 1759-1766.

Danaei, G. και συν., 2005. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors.. *Lancet*, 366(9499), pp. 1784-93.

Degen, . O. και συν., 2014. Smoking prevalence, readiness to quit and smoking cessation in HIV\_ patients in Germany and Austria. *Journal of the International AIDS Society* , 17(4 Suppl 3), p. 9729.

Doll , R., Peto , R., Boreham , J. & Sutherland , I., 2004. : Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors.. *BMJ*, 22 June, p. doi:10.1136/bmj.38142.554479.AE .

Economou, M., Madianos, M., Peppou, L. E., Patelakis, A., & Stefanis, C. N., 2013. Major depression in the era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 308–314.

Eddy, M. και συν., 2009. Effect of smoking cessation advice on cardiovascular disease. *American Journal of Medical Quality*, 24(3), pp. 241-9.

Ellerman, A., Ford, C., Stillman, S., (2008). Smoking cessation: 7.7: personal factors associated with quitting. In: Scollo M, Winstanley M, eds. *Tobacco in Australia: facts and issues*. 3rd edn. Carlton, VIC: Cancer Council Victoria, 2008:52.

ENSP, 2012. Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη διακοπή του καπνίσματος, Brussels: ENSP.

EPHA, ;. A. E. P. H., 2006. <http://www.eph.org/>. [Ηλεκτρονικό].

European Commission, 2015. Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes. Eurobarometer 82.4 Results For Greece., Belgium, Brussels: European Commission.

European Commission, 2012. Attitudes Of Europeans Towards Tobacco. Special Eurobarometer 385, Belgium,, May, p. [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_385\\_](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_385_).

European Commission, 2010. *Tobacco. Special Eurobarometer 332*, Belgium, Brussels : European Commission .

Eurostat, 2010. Report on Greek government deficit and dept statistics, Brussels: European Commission.

Fielding, J., 1992. Smoking: health effects and control. Στο: *Last Public Health and Preventive Medicine*. Norwalk: Appleton and Lange, pp. 715-740.

Filippidis, F. T. και συν., 2012. Prevalence and determinants of tobacco use among adults in Greece: 4 year trends. *European Journal of Public Health*, 23(5), p. 772–776.

Filippidis, F. T. και συν., 2014. Trends in cardiovascular risk factors in Greece before and during the financial crisis: the impact of social disparities. *European Journal of Public Health*, 10 March, 24(6), pp. 974-979.

Filippidis, F., Tzavara, C., Dimitrakaki, C. & Tountas, Y., 2011. Compliance with a healthy lifestyle in a representative sample of the Greek population: Preliminary results of the Hellas Health I study. *Public Health*, July, 125(7), pp. 436-441.

Fiore, M. C. και συν., 2008. *Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*, s.l.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.

Fichtenberg, C. M., & Glantz, S. A., 2002. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: Systematic review. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 325(7357), 188.

Gaziano, A., Galea, G. & Srinath Reddy, K., 2007. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence.. *Lancet*, p. 370: 1939–46.

Gilchrist, G. και συν., 2015. "Factors associated with smoking and smoking cessation among primary care patients with depression: a naturalistic cohort study. *Advances in Dual Diagnosis*, 8(1), pp. 18-28.

Glassman, A. και συν., 1990. Smoking, smoking cessation, and major depression. *JAMA*, 264(12), pp. 1546- 1549.

Grant, B. και συν., 2004. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the united states: Results from the national epidemiologic survey an alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 6(11), pp. 1107-1115.

Gratziou, C. και συν., 2012. Varenicline as a smoking cessation aid in a Greek population: a subanalysis of an observational study. *Tob Induc Dis*, 10(1), p. 1.

Hagimoto, A. και συν., 2009. Smoking cessation patterns and predictors of quitting smoking among the Japanese general population: a 1-year follow-up. *Society for the Study of Addiction*, Τόμος 105, p. 164–173.

Hahn, E. J., Rayens, M. K., Butler, K.M., Zhang, M., Durbin, E., & Steinke, D., 2008. Smoke-free air laws and adult smoking prevalence. *Preventive Medicine*, 47(2), 206–209.

Hajek , p. και συν., 2013. Relapse prevention interventions for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(CD003999).

Hall, SM; Prochaska, JJ., 2009. Treatment of smokers with co- occurring disorders: Emphasis on intengration in mentak health and addiction treatment settings. *Annu Rev Clin Psychol*, Volume 5, pp. 409-431.

Hall, SM; Tsoh , JY; Pochaska , JJ; et al., 2006. Treatment for cigarette smoking among depressed mental health outpatients: A randomized clinical trial. *Am J Public Health*, 96(10), pp. 1808-1814.

Harvard School of Public Health, 2011. *The Greek Tobacco Epidemic*. s.l.:Center for Global Tobacco Control.

Hyland, A. και συν., 2006. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 15(Suppl III), p. iii83–iii94.

Hymowitz, N. και συν., 1997. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tob Control*, 6(Suppl 2), p. S57–S62.

IARC, 1986. Tobacco Smoking. Lyon, IARC Monographs on the Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans. Issue 38.

IARC, 2004. *Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans.*, Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. World Health Organization.

Institute of Medicine, 2001. *CROSSING THE QUALITY CHASM: A New Health System for the 21st Century* Committee on Quality of Health Care in America. Washington, D.C.: NATIONAL ACADEMY PRESS.

Jaakkimainen, J. και συν., 2006. *Primary care in Ontario: ICES Atlas*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <http://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2006/Primary-care-in-Ontario> [Πρόσβαση 20 May 2016].

Jampaklav, A., και συν., 2015. Predictors of Successful Quitting among Thai Adult Smokers: Evidence from ITC-SEA (Thailand) Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2015 Oct; 12(10): 12095–12109.

Jha P, 2009. Avoidable global cancer deaths and total deaths from smoking. *Nat Rev Cancer* 2009;9:655–64.

John, . U. και συν., 2004. Nicotine dependence, quit attempts, and quitting among smokers in a regional population sample from a country with a high prevalence of tobacco smoking. *The Institute For Cancer Prevention and Elsevier Inc*, 38(3), p. 350–358.

Kahn , R., Robertson , R., Smith , R. & Eddy , D., 2008. The Impact of Prevention on Reducing the Burden of Cardiovascular Disease.. *Diabetes Care*, p. 31:1686–1696.

Karanikolos, M. και συν., 2013. Health in Europe 7. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*, Τόμος 381, p. 1323–31.

Kawachi, I. και συν., 1993. Smoking cessation and decreased risk of stroke in women.. *JAMA*, 269(2), pp. 232-6.

Kenfield , A., Stampfer, . J., Rosner , A. & Colditz , A., 2008. Smoking and Smoking Cessation in Relation to Mortality. *JAMA*, 7 May, 299(17), p. 2037–2047.

Kentikelenis , A. & Papanicolas, I., 2011. Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *European Journal of Public Health*, 22(1), pp. 4-5.

Kentikelenis , A. και συν., 2014. Greece's health crisis: from austerity to denialism.. *Lancet*, 383(9918), pp. 748-53.

Khan, J. και συν., 2006. Smoking and age-related macular degeneration: the number of pack years of cigarette smoking is a major determinant of risk for both geographic

atrophy and choroidal neovascularisation. *British Journal of Ophthalmology*, Issue 90, pp. 75-80.

Khati, I. και συν., 2015. What distinguishes successful from unsuccessful tobacco smoking cessation? Data from a study of young adults (TEMPO). *Preventive Medicine Reports. Elsevier Inc*, 2(2015), p. 679–685.

Kleinjan, M., και συν., 2009. Mechanisms of adolescent smoking cessation: Roles of readiness to quit, nicotine dependence, and smoking of parents and peers. *Drug and Alcohol Dependence: Vol. 99, Issue. 1-3, 1 January 2009*, pp. 204-214.

Kondilis , E. και συν., 2013. Crises and Opportunities. Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population’s Health and Health Care: The Greek Case. *Am J Public Health. , 103(6)*, p. 973–980.

Korhonen , T. και συν., 1999. Quit and Win campaigns as a long-term anti-smoking intervention in North Karelia and other parts of Finland.. *Tob Control*, 8(2), pp. 175-81.

Kotsoni , C., Antonakis , N., Markaki , A. & Lionis , C., 2008. Do patients with chronic obstructive pulmonary disease receive smoking cessation advice and interventions in rural crete? report from a medical audit study.. *Aust J Rural Health*, Τόμος 16, pp. 385-386.

Kroenke, K., και συν., (2009). An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ-4. *Psychosomatics* 2009; 50:613– 621.

Li, L. και συν., 2010. Predictors of smoking cessation among adult smokers in Malaysia and Thailand: Findings from the International Tobacco Control Southeast Asia Survey. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(Suppl 1), p. S34–S44. .

Li, L. και συν., 2011. Prospective predictors of quitting behaviours among adult smokers in six cities in China: Findings from the International Tobacco Control (ITC) China Survey. *Addiction. Author manuscript*, 106(7), p. 1335–1345.



Mackenbach , J. P. και συν., 2008. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *N Engl J Med*, Τόμος 358, pp. 2468-2481.

Mähönen, M. και συν., 2004. Current smoking and the risk of non-fatal myocardial infarction in the WHO MONICA Project populations. *Tobacco Control*, Τόμος 13, pp. 244-250.

McCaula, K. D. και συν., 2006. Motivation to quit using cigarettes: A review. *Addictive Behaviors*, 31(1), pp. 42-56.

McClave, A. K. και συν., 2010. Adult Tobacco Survey --- 19 States, 2003--2007 Surveillance Summaries. *Adult Tobacco Survey* , 59(SS03), pp. 1-74.

McWhorter, W. P; Boyd, G. M; Mattson, M. E., 1990. Predictors of quitting smoking: The NHANES I follow-up experience. *Journal of Clinical Epidemiology*, issue 43, pp. 1399-1405.

Milner, D., 2002. *Smoking interventions in the new GP contract*, Clive Bates: Action on Smoking and Health.

Moschos , M. M. και συν., 2016. The Impact of Chronic Tobacco Smoking on Retinal and Choroidal Thickness in Greek Population. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*, p. <http://dx.doi.org/10.1155/2016/2905789>.

Moylan, S., Jacka, F. N., Pasco, J. A. & Berk, M., 2012. Cigarette smoking, nicotine dependence and anxiety disorders: a systematic review of population-based, epidemiological studies. *BMC Medicine* , Τόμος 10, p. 123.

Nagelhout, G. E. και συν., 2012. Trends in socioeconomic inequalities in smoking prevalence, consumption, initiation, and cessation between 2001 and 2008 in the Netherlands. Findings from a national population survey. *BMC Public Health* , Τόμος 13, p. 303.

Nagelhout, G. E., Willemsen, . M. C. & de Vries, H., 2010. The population impact of smoke-free workplace and hospitality industry legislation on smoking behaviour. Findings from a national population survey.. *Addiction* , 10(4), pp. 816-23.

National Institute of Health, 2013. <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/copd/>. [Ηλεκτρονικό].

OECD, 2015. Health at a Glance 2015:. *OECD Indicators*,, pp. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en).

Owen, N., Kent, P., Wakefield, M., Roberts, L., 1995. Low- Rate Smokers. *Preventive Medicine*; Vol. 24, Issue. 1, January 1995, pp. 80-84.

Papadaki, S. και συν., 2014. Delivering evidence-based smoking cessation treatment in primary care practice: Experience of ontario family health teams.. *Canadian Family Physician*, 60(7), pp. 362-71.

Papadakis , S. και συν., 2013. Effectiveness of telephone-based follow-up support delivered in combination with a multi-component smoking cessation intervention in family practice: A cluster-randomized trial. *Prev Med*, Τόμος 56, pp. 390-397.

Papadakis, S., Tulloch , H. E., Gharib , M. & Pipe, A. L., 2016. Profile of tobacco users identified in primary care practice and predictors of readiness to quit: a cross-sectional survey. *CMAJ OPEN* , 4(1), pp. E41-E47.

Parrott, S. & Godfrey, C., 2006. 'Rapid review of the cost-effectiveness of brief interventions for smoking cessation. *Centre for Health Economics, University of York*..

Pesis-Katz , I., Williams , C., Niemiec , P. & Fiscella , K., 2011. Cost-Effectiveness of Intensive Tobacco Dependence Intervention Based on Self-Determination Theory. *Am J Manag Care*, 10(17), pp. 393-398.

Peto , R. και συν., 2000. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case control studies. *BMJ*, p. 321:323–9.

Peto, R. και συν., 1996. Mortality from smoking worldwide. *British Medical Bulletin* 1996^2 (No. 1):12—21.

Piper , ME; McCarthy , DE; Baker, TB., 2006. Assessing tobacco dependence: A guide to measure evaluation and selection. *Nicotine Tob Res*, 8(3), pp. 339-351.

Pitsavos C. et al, 2003. Epidemiology of cardiovascular risk factors in Greece: aims, design and baseline characteristics of the ATTICA study. *BMC Public Health*, 20 October, pp. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/3/32>.

Pitsavos, C., Panagiotakos, D. B., Chrysohoou, C. & Stefanadis, C., 2003. Epidemiology of cardiovascular risk factors in Greece: aims, design and baseline characteristics of the ATTICA study. *BMC Public Health*, 20 October.

Prochaska , J. O., DiClemente, C. & Norcross, J., 1992. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* , Τόμος 47, p. 1102 – 1114.

RACGP, 2011. *Supporting smoking cessation: a guide for health professionals.*, Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners.

Raw , M. και συν., 2002. WHO Europe evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. *Tob Control* , 11(1), pp. 44-46.

Raw , M., McNeill , A. & West , R., 1998. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. Health Education Authority. *Thorax*, 53(5), pp. S1-19.

Reid , J., Hammond, D., Burkhalter , R. & Ahmed , R., 2012. Tobacco use in canada: Patterns and trends, 2012 edition.. *Propel Centre for Population Health Impact*, p. [http://tobaccoreport.ca/2012/TobaccoUseinCanada\\_2012.pdf](http://tobaccoreport.ca/2012/TobaccoUseinCanada_2012.pdf) .

Rice , V. & Stead , L., 2009. *Nursing interventions for smoking cessation (Review)*, s.l.: The Cochrane Collaboration.

Rice , V., Hartmann-Boyce , J. & Stead , L., 2013. *Nursing interventions for smoking cessation (Review)*, s.l.: Cochrane Database of Systematic Reviews.

Riedel , B., Robinson , L., Klesges , R. & McLain, A. B., 2002. What motivates adolescent smokers to make a quit attempt?. *Drug Alcohol Dependence*, 68(2), p. 167–174.

Schoretsaniti, S., Filippidis, F. T., Vardavas, C. I. & Dimitrakaki, C., 2014. 5-Year trends in the intention to quit smoking amidst the economic crisis and after recently implemented tobacco control measures in Greece. *Addictive Behaviors* , 39(2014), pp. 140-145.

Shinton , R. & Beevers , G., 1989. Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke. *BMJ*, 298(6676), p. 789–794. .

Sichletidis, L. T. και συν., 2006. High prevalence of smoking in Northern Greece. *Prim Care Respir J.*, 15(2), pp. 92-97.

Silagy , C. & Stead, L., 2001. *Physician advice for smoking cessation (Review)*, s.l.: The Cochrane Database of Systematic Reviews.

Silagy, C., 1993. Cardiovascular risk and attitudes to lifestyle: what do patients think?: *BMJ* 1993: 306:1657.

Siru, R., Hulse, G K., Tait, R J., 2009. Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. *Addiction*; 104 (5): 719-733.

Smith, C. & Fischer, T., 2001. Particulate and vapor phase constituents of cigarette mainstream smoke and risk of myocardial infraction. *Atherosclerosis*, 158(2), pp. 257-67.

Society, A. C., 2016. *Cancer Facts & Figures 2016*, Atlanta: American Cancer Society.

Sotiropoulos, A. και συν., 2007. Smoking habits and associated factors among Greek physicians. *Public Health*, 121(5), pp. 333-340.

Special Eurobarometer, 2003. *Smoking and the environment: actions and attitudes.*, Brussels: European Commission.

Stang, P. και συν., 2000. The Prevalence of COPD\*: Using Smoking Rates to Estimate Disease Frequency in the General Population. *Chest*, p. doi:10.1378/chest.117.5\_suppl\_2.354S.

Stead , L., Bergson , G. & Lancaster , T., 2008. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.*, 16(2), p. CD000165.

Stockings, E. και συν., 2012. Readiness to Quit Smoking and Quit Attempts Among Australian Mental Health Inpatients.. *Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 15(5), pp. 942-949.

Tengs , O. και συν., 1995. Five-Hundred Life-Saving Interventions and Their Cost-Effectiveness. *Society for Rhk Analysis*, pp. 0272-433u95/0600-0369\$07.N1 0.

Teo, K. και συν., 2006. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet*, 368(9536), pp. 647-58.

The Royal College of Physicians (RCP). 2013. Smoking and mental health. March 2013, London.

Tsalapati, K. και συν., 2014. Going up in ashes? Smoking-attributable morbidity, hospital admissions and expenditure in Greece. *European Journal of Public Health*, 24(3), p. 477–479.

TITAN CRETE, 2015. Δίκτυο σε θέματα διακοπής καπνίσματος στην Κρήτη. Available at: <http://www.titan.uoc.gr/>

US Department of Health Human Services, 2001. Women and smoking: a report of the surgeon general. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centres for Disease Control, Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2001.

U.S. Environmental Protection Agency , 1992. *Respiratory Health Effects Of Passive Smoking: Lung Cancer And Other Disorders*, Washington, D.C.: Office of Health and

Environmental Assessment Office of Research and Development U.S. Environmental Protection Agency.

US Department of Health and Human Services, 1989. *Reducing the health consequences of Smoking: 25 Years of Progress*, Rockville: CDC.

USDHHS, 1984. *The Health Consequences of Smoking: Cardiovascular Disease. A Report of the Surgeon General*. 84-50204 επιμ. s.l.: Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office on Smoking and Health, 1984.

Vangeli, E. και συν., 2011. Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review. *Society for the Study of Addiction*, 106(12), p. 2110–2121.

Van Zundert, M. P. R., και συν., 2007. The role of smoking-cessation-specific parenting in adolescent smoking-specific cognitions and readiness to quit. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 48. Issue 2. pp. 202-209.

Vardavas, C. I., Dimitrakaki, C., Schoretsaniti, S., Pateralou, E., Filippidis, F. T., Connolly, G. N., et al. , 2011. The role of nonsmokers in enforcing smoke-free laws. *Journal of Public Health Policy*, 32(1), 46–59.

Vardavas , C. I. & Behrakis, . P., 2012. Greece: Consumption Down At Last. *Tobacco Control*, 21(1), P. 2.

Vardavas , C. I. και συν., 2012. Tobacco taxation: the importance of earmarking the revenue to health care and tobacco control. *Induced Diseases* , Τόμος 10, p. 21.

Vardavas, C. & Kafatos, A., 2007. Smoking policy and prevalence in Greece: An overview.. *European Journal of Public Health*, 17(2), 211–213..

Vardavas, C. I. και συν., 2007. Smoking habits of Greek preschool children's parents. *BMC Public Health* , 14 June, Τόμος 7, p. 112.

Vardavas, C. I. και συν., 2011. The role of the non-smoker in enforcing smoke-free laws. *Journal of Public Health PolicY*, Τόμος 32, pp. 46-59.

Vardavas, C. I., Symvoulakis , E. K. & Lionis, C., 2013. Dealing with tobacco use and dependence within primary health care: time for action. *Tob Induc Dis*, 11(1), p. 6.

Warnecke, B. R., και συν., 2001. Changes in Self- Efficacy and Readiness for Smoking Cessation among Women with High School or Less Education. *Journal Of Health and Social Behavior*, Vol. 42, No1 (Mar, 2001), pp. 97-110.

Westmaas, J. L., Cameron Wild, T. & Ferrence, R., 2002. Effects of Gender in Social Control of Smoking Cessation. *the American Psychological Association*, 21(4), p. 368–376 .

WHO, 2002. *European Strategy for Tobacco Control*, Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

WHO, 2007. *The European Tobacco Control Report*, Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.

WHO, 2008. *WHO report on the global TOBACCO epidemic: The MPOWER package*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO, 2009. *WHO report on the global tobacco epidemic: Implementing smoke-free environments*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO, 2010. *Tobacco. Fact sheet N°339*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/print.html>

WHO, 2012. *Enhancing nursing and midwifery capacity to contribute to the prevention, treatment, and management of noncommunicable diseases*, s.l.: Human Resources for Health Observer.

WHO, 2013. *WHO report on the global tobacco epidemic: Enforcing bans on tobacco advertising promotion and sponsorship*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO, 2015. *WHO report on the global tobacco epidemic: Raising Taxes on tobacco.*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Willemsen, M. C., Hoogenveen, R. T. & Van Der Lucht, F., 2002. New smokers and quitters Transitions in smoking status in a national population. *European Journal Of Public Health. Tobacco And Alcohol*, Τόμος 12, pp. 136-138.

Wilson, D., Wakefield, M., Owen, N., Roberts, L., 1992. Characteristics of heavy smokers. *Preventive Medicine*; Vol. 21, Issue. 3, May 1992, pp. 311-319.

World Health Organization (WHO), 2007. *Prevention. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 2*, Geneva: WHO Library Cataloguing.

Zavras, D. και συν., 2012. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *European Journal of Public Health*, 23(2), p. 206–210.

Zhou, X; Nonnemaker , J; Sherrill, B; Gilseman , A.W; Coste, F; West, R., 2009. Attempts to quit smoking and relapse: Factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addictive Behaviors*, Volume 34, pp. 365-373.

Zhu, S. και συν., 2000. Smoking cessation with and without assistance: a population-based analysis.. *Am J Prev Med*, 18(4), pp. 305-11.

Zwar, N., Richmond , R., Forlonge , G. & Hasan , I., 2010. Feasibility and effectiveness of nurse-delivered smoking cessation counselling combined with nicotine replacement in Australian general practice.. *Australasian Professional Society on Alcohol and other Drugs*, 30(6), p. 583–588.

Εθνικό Σχέδιο Δράσης, 2008. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008-2012. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Αθήνα, 2008.



Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015. *ΕΛΛΑΣ με αριθμούς*, Πειραιώς 46 και Επονιτών, 185 10 Πειραιάς: Διεύθυνση Στατιστικής Πληροφόρησης και Εκδόσεων.

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2007. *ΠΡΑΣΙΝΗ ΒΙΒΛΟΣ Για μια Ευρώπη απαλλαγμένη από το κάπνισμα : στρατηγικές επιλογές σε επίπεδο Ε.Ε*, s.l.: s.n.

Κουτίνου, Ε., 2013. Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 2(3), pp. 93-94.

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

## 7 Παράρτημα

### 7.1 Πίνακες

Πίνακας 1: Κοινωνικό- δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών- καπνιστών στο TiTAN Crete (n=524)

Χαρακτηριστικά		Ποσοστό (%)
<b>Ηλικία</b>	18-24 ετών	4.0
	25-39 ετών	26.9
	40-54 ετών	38.5
	55-64 ετών	16.6
	≥65 ετών	13.9
<b>Φύλο</b>	Γυναίκες	40.5
	Άνδρες	59.5
<b>Βαθμίδα Εκπαίδευσης</b>	Δημοτικό	22.3
	Γυμνάσιο	19.1
	Λύκειο	29.4
	Πανεπιστήμιο/ ΤΕΙ	29.2
<b>Εθνικότητα</b>	Έλληνες	98.3
<b>Συνοσηρότητα καπνίσματος</b>	Καρδιαγγειακά	8.2
	Καρκίνος	1.0
	ΧΑΠ	6.5
	Διαβήτης	5.9
<b>Άγχος / Κατάθλιψη*</b>		14.9

\* Αξιολογήθηκε με βάση την κλίμακα PHQ-4 (Kroenke, et al., 2009).

**Πίνακας 2: Κοινωνικό- δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα TiTAN Crete (n-524)**

<b>Χαρακτηριστικά</b>		<b>Ποσοστό (%)</b>
<b>Χρόνια καπνίσματος</b>	0-2 έτη	1.1
	3-9 έτη	8.2
	10-19 έτη	22.9
	>20 έτη	67.7
<b>Τσιγάρα/ημέρα</b>	<5	1.3
	6-15	31.1
	16-25	42.2
	26-40	21.9
	>40	3.4
<b>Χρόνος για το πρώτο τσιγάρο το πρωί</b>	> 60 λεπτά	18.3
	31-60 λεπτά	11.1
	6-30 λεπτά	34.0
	Μέσα σε 5 λεπτά	36.6
<b>Άλλοι καπνιστές μέσα στο σπίτι</b>	Ναι	63.4
<b>Οικογένεια/φίλοι που καπνίζουν</b>	Κανείς	1.9
	Μερικοί	34.5
	Περισσότεροι	59.0
	Όλοι	4.6

**Πίνακας 3: Το προφίλ των καπνιστών στο πρόγραμμα TiTAN Crete (n-524)**

<b>Παράμετρος</b>		<b>Ποσοστό (%)</b>
<b>Αριθμός προσπαθειών διακοπής τον περασμένο χρόνο, %</b>	0	67.7
	1-2	27.5
	≥3	4.8
		<b>Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)</b>
<b>Σπουδαιότητα διακοπής*</b>		7.6 (2.7)
<b>Αυτεπάρκεια για τη διακοπή*</b>		3.7 (2.7)

\* Κλίμακα Likert 10 βαθμίδων

**Πίνακας 4: Το προφίλ των καπνιστών ως προς την ετοιμότητα διακοπής του καπνίσματος**

<b>Παράμετρος</b>	<b>Ετοιμότητα διακοπής σε 30 ημέρες n=129</b>	<b>Ετοιμότητα διακοπής σε 6 μήνες n=206</b>	<b>Μη ετοιμότητα διακοπής n=189</b>	<b>p-value</b>
<b>Ηλικία, Μέση Τιμή (SD)</b>	50.9 (13.1)	47.6 (13.6)	44.9 (15.2)	0.014
% Μεταξύ Ανδρών Συμμετεχόντων	58.9	60.5	58.9	0.930
% Μεταξύ Γυναικών Συμμετεχόντων	41.1	39.5	41.1	
<b>Βαθμίδα Εκπαίδευσης , Μέση Τιμή(SD)</b>				
Δημοτικό	24.0	20.9	22.6	0.490
Γυμνάσιο	14.0	20.9	20.0	
Λύκειο	28.7	27.7	31.6	
Πανεπιστήμιο/ ΤΕΙ	33.3	30.6	25.8	
<b>Συνοσηρότητα καπνίσματος, (%)</b>				
Καρδιακή νόσο, καρδιακή προσβολή, καρδιακή ανεπάρκεια, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	10.1	8.3	6.9	0.177
Διαβήτης	7.8	5.0	4.8	0.164
Καρκίνος	0.8	1.5	0.5	0.253
ΧΑΠ	9.3	5.9	5.3	0.137
Ψυχική Υγεία	2.3	0.5	0.5	0.317
<b>Άγχος/Κατάθλιψη<sup>a</sup>, (%)</b>	20.2	15.0	11.1	0.107

<sup>a</sup> PHQ-4 scale (Kroenke, et al., 2009).

**Πίνακας 5: Το προφίλ των καπνιστών ως προς την ετοιμότητα διακοπής του καπνίσματος**

Παράμετρος	Ετοιμότητα διακοπής σε 30 ημέρες N=129	Ετοιμότητα διακοπής σε 6 μήνες n=205	Μη ετοιμότητα διακοπής n=190	p-value
Τσιγάρα/ημέρα, Μέση Τιμή (TA)	23.9 (12.4)	21.7 (11.3)	21.5 (11.3)	0.01
Χρόνια καπνίσματος, Μέση Τιμή (TA)	29.2 (13.4)	25.8 (12.9)	24.0 (14.4)	0.01
Χρόνος για το πρώτο τσιγάρο το πρωί, % <sup>a</sup>				
>60 λεπτά	16.3	17.0	21.2	0.510
31-60 λεπτά	7.8	13.1	11.1	
6-30 λεπτά	34.1	35.9	31.7	
≤5 λεπτά	41.9	34.0	36.0	
Αυτεπάρκεια διακοπής, Μέση Τιμή(TA) <sup>b</sup>	3.9 (2.6)	3.7 (2.4)	3.4 (2.9)	0.134

<sup>a</sup> Πόσο σύντομα από την ώρα που ξυπνάτε, ανάβετε το πρώτο σας τσιγάρο;

<sup>b</sup> Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σίγουρος/η είστε ότι μπορείτε να διακόψετε το κάπνισμα αυτή τη στιγμή (1=καθόλου σίγουρος, 10=εξαιρετικά σίγουρος)

**Πίνακας 6: Μοντέλο πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης μεταβλητών σχετιζόμενων με το κάπνισμα και την ετοιμότητα διακοπής εντός 30 ημερών**

	Παράμετρος	OR (95% CI)	p-value
<b>Τσιγάρα την ημέρα</b>	<5	1.00	
	6-15	0.05 (0.01-0.93)	0.012
	16-25	0.08 (0.01-0.78)	0.030
	26-40	0.09 ( 0.01-0.51)	0.040
	>40	0.13 (0.01-1.75)	0.130
<b>Κατάθλιψη</b>	<3	REF	
	>3 (Πιθανότητα κατάθλιψης)	2.29 (1.13-4.62)	0.020
<b>Σπουδαιότητα Διακοπής</b>	Όχι	REF	
	Ναι	1.70 (1.45-2.00)	<0.001
<b>Προσπάθειες Διακοπής</b>	Καμιά προσπάθεια	REF	
	1-2 προσπάθειες	5.10 (3.10-8.40)	<0.001
	>3 προσπάθειες	7.57 (2.96-19.37)	<0.001





## 7.2 Ενημερωτικό Σημείωμα Επισκεπτών



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
UNIVERSITY OF CRETE

T.Θ. 2208, 71003 Ηράκλειο, Κρήτη  
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
Tel.: +30 2810 394592

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
FACULTY OF MEDICINE

P.O. Box 2208, Heraklion, Crete, Greece  
DEPARTMENT OF SOCIAL MEDICINE  
Fax: 2810 394592



Ηράκλειο 17/12/2014

### ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΕΠΙΣΚΕΤΩΝ

Αγαπητέ κύριε/α,

Επί του παρόντος, η Ελλάδα έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος μεταξύ των μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το οποίο εκτιμάται λίγο πάνω από 38% για τον ενήλικο πληθυσμό. Το 2011, το κάπνισμα ήταν η αιτία για σχεδόν 200.000 εισαγωγές στα νοσοκομεία της χώρας (8.9% του συνολικού πληθυσμού). Δεδομένης της οικονομικής κρίσης που διέρχεται η χώρα τα τελευταία χρόνια, έχουμε οδηγηθεί σε μεγάλες περικοπές των εθνικών προγραμμάτων κοινωνικής και υγειονομικής περίθαλψης αλλά και των περιορισμένων ευκαιριών για εκπαίδευση και την παροχή υπηρεσιών, ιδίως σε ότι αφορά την στήριξη και εφαρμογή προληπτικών μέτρων για την καπνιστική συνήθεια αλλά και την διακοπή του καπνίσματος.

Αξιζει να σημειωθεί ότι, παρά το τεράστιο βάρος για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, προγενέστερη έρευνά μας έδειξε ότι ένα σημαντικό ποσοστό (44%) των καπνιστών στην Ελλάδα ενδιαφέρονται να σταματήσουν το κάπνισμα στο άμεσο μέλλον. Ως εκ τούτου, είναι επιτακτική η ανάγκη, μέσα από την συνεργασία και την καινοτομία να βρεθεί τρόπος αντιμετώπισης της κυρίας αλλά και αποτρέψιμης αιτίας θανάτου μεταξύ των Ελλήνων πολιτών, που δεν είναι άλλη από την εξάρτηση από τον καπνό.

Μια εκπαιδευτική παρέμβαση ιατρών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, έχει σχεδιαστεί, στο πλαίσιο της συνεργασίας της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης με τη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Harvard και την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Ottawa, με πρωταρχικό σκοπό την ανάπτυξη ενός δικτύου κατάρτισης ιατρών και επαγγελματιών υγείας στην Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σχετικά με την διακοπή του καπνίσματος. Στο τέλος του προγράμματος και με την πολύτιμη βοήθεια σας, θα είμαστε σε θέση να αξιολογήσουμε την αποτελεσματικότητα αλλά και την ανάγκη επέκτασης τέτοιου είδους προγραμμάτων στην υπόλοιπη Ελλάδα που κύριο στόχο έχουν να βοηθήσουν όλους όσους είναι καπνιστές και το επιθυμούν, με την κατάλληλη καθοδήγηση από τους επαγγελματίες υγείας, να καταφέρουν να απαλλαγούν από την επιβλαβή αυτή συνήθεια.

Για την επίτευξη αυτού του στόχου, θα θέλαμε να σας ζητήσουμε την συμμετοχή σας στην μελέτη, απαντώντας σε ένα ερωτηματολόγιο που έχει δομηθεί για το σκοπό αυτό. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει μια σειρά ερωτήσεων που αφορούν κοινωνικό - δημογραφικά χαρακτηριστικά, την προσωπική σας εμπειρία σχετικά με την καπνιστική συνήθεια καθώς και την εμπειρία σας έως τώρα σχετικά με την αντιμετώπιση που έχει ο γιατρός απέναντι σας στο θέμα του καπνίσματος. Οι απαντήσεις θα είναι απόλυτα εμπιστευτικές και η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτεί 5-10 λεπτά από τον χρόνο σας. Επιπλέον, θα θέλαμε να σας γνωστοποιήσουμε ότι ενδέχεται στο μέλλον κάποιος από τους συνεργάτες μας να επικοινωνήσει μαζί σας τηλεφωνικά για κάποια επιπλέον στοιχεία, απαραίτητα για την πρόοδο της έρευνας. Θα πρέπει επίσης να γνωρίζεται ότι διατηρείται το δικαίωμα να αποχωρήσετε από την μελέτη, όποια στιγμή εσείς το επιθυμείτε.

Φυσικά για τα παραπάνω χρειαζόμαστε την συμμετοχή και την ενυπόγραφη συγκατάθεσή σας. Γι' αυτό παρακαλούμε αφού διαβάσετε προσεκτικά το γράμμα αυτό υπογράψετε και επιστρέψτε την επόμενη σελίδα στον υπεύθυνο της έρευνας.

**Ευχαριστούμε και πάλι για τη συνεργασία**

Χρήστος Λιονής

Καθηγητής Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής  
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Την ευθύνη για την συλλογή των δεδομένων θα έχει η κα Χάρης Γιββαλάκη στην οποία μπορείτε να απευθυνθείτε στο τηλέφωνο: 2810-394596

### 7.3 Συμφωνητικό Αποδοχής Συμμετοχής Επισκεπτών



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
UNIVERSITY OF CRETE

Τ.Θ. 2208, 71003 Ηράκλειο, Κρήτη  
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
Tel.: +30 2810 394592

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
FACULTY OF MEDICINE

P.O. Box 2208, Heraklion, Crete, Greece  
DEPARTMENT OF SOCIAL MEDICINE  
Fax: 2810 394592



Ηράκλειο 17/12/2014

Παρακαλούμε να επιστραφεί στον  
υπεύθυνο της έρευνας

#### ΣΥΜΦΩΝΗΤΙΚΟ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ

Αφού διάβασα προσεκτικά το γράμμα του καθηγητή Χ. Λιονή σχετικά με τον σκοπό της μελέτης, ο  
κάτωθι υπογράφων  
(βάλτε Χ στο τετράγωνο της επιλογής σας)

- Αποδέχομαι την συμμετοχή μου στην μελέτη  
 Δεν αποδέχομαι την συμμετοχή μου στην μελέτη

ΟΝΟΜΑ \_\_\_\_\_

ΕΠΩΝΥΜΟ \_\_\_\_\_

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ \_\_\_\_\_

ΥΠΟΓΡΑΦΗ \_\_\_\_\_

Άλλα σχόλια

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ευχαριστώ πολύ

Την ευθύνη για την συλλογή των δεδομένων θα έχει η κα Χάρης Γιββαλάκη στην οποία μπορείτε να απευθυνθείτε στο τηλέφωνο:  
2810-394596

## 7.4 Έντυπο Διαλογής Επισκεπτών

### TiTAN CRETE ΕΝΤΥΠΟ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΩΝ

#### Αγαπητέ επισκέπτη,

Το παρόν περιφερειακό ιατρείο συμμετέχει σε μια μελέτη η οποία έχει σχεδιαστεί, στο πλαίσιο της συνεργασίας του με την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Η μελέτη θα αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα των ιατρών να καθοδηγήσουν τους επισκέπτες των ιατρείων σε θέματα προαγωγής υγείας. Για τον λόγο αυτό, ζητάμε από τους επισκέπτες που πληρούν τα κριτήρια, να συμπληρώσουν ένα σύντομο ερωτηματολόγιο, μετά το τέλος του προγραμματισμένου ραντεβού τους με τον ιατρό. Η συμμετοχή σας είναι προαιρετική και οι απαντήσεις σας θα είναι εμπιστευτικές.

Για να μπορέσουμε να αξιολογήσουμε εάν είστε επιλέξιμος/η για την μελέτη, παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις:

Έχετε καπνίσει τις τελευταίες 7 ημέρες:    Ναι     Όχι

Αν ναι, πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα: \_\_\_\_\_

Ηλικία: \_\_\_\_\_ (έτη)

Θα επιθυμούσατε να συμμετέχετε στην μελέτη:    Ναι     Όχι

#### Που Επιστρέφω Αυτή Την Φόρμα

Παρακαλώ επιστρέψτε την φόρμα στον υπεύθυνο της έρευνας, που βρίσκεται στην αίθουσα αναμονής. Αυτός θα σας παρέχει περισσότερες πληροφορίες για την συνέχεια της έρευνας.



## 7.5 Ερωτηματολόγιο Επισκέπτη Υπηρεσιών Υγείας

### TITAN CRETE

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η συμμετοχή σας στην έρευνα θα διαρκέσει 5 λεπτά. Όλες οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν απόρρητες. Εκτιμούμε την ειλικρίνεια σας κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Παρακαλώ απευθυνθείτε στον υπεύθυνο της έρευνας για τυχόν ερωτήσεις ή διευκρινίσεις κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Σας ευχαριστούμε πολύ για την πολύτιμη βοήθεια σας

#### Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ηλικία: \_\_\_\_\_ χρόνων Φύλο: Άνδρας  Γυναίκα

Κατά μέσο όρο, πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως: \_\_\_\_\_ τσιγάρα/ημέρα ή \_\_\_\_\_ τσιγάρα/μήνα

Πόσα χρόνια καπνίζετε: \_\_\_\_\_ χρόνια

Πόσο σύντομα αφότου ξυπνήσετε, καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο:

Μετά από 60 λεπτά  31-60 λεπτά  6-30 λεπτά  σε διάστημα 5 λεπτών

Πόσες απόπειρες να διακόψετε το κάπνισμα (διάρκειας >24 ώρες) έχετε κάνει τον τελευταίο χρόνο:

Καμμία  1-2 προσπάθειες  3 ή περισσότερες προσπάθειες

Καπνίζει κάποιος άλλος μέσα στο χώρο του σπιτιού σας: Ναι  Όχι

Καπνίζουν οι περισσότεροι άνθρωποι στην ζωή σας: (π.χ. φίλοι ή οικογένεια)

Όλοι  Οι περισσότεροι  Μερικοί  Κανένας

Είστε εκτεθειμένοι στο κάπνισμα άλλων, (παθητικό κάπνισμα), στον χώρο του σπιτιού σας ή σε άλλο μέρος όπου περνάτε μεγάλο μέρος του χρόνου σας: Ναι  Όχι

Ποια από τις παρακάτω φράσεις σας εκφράζει περισσότερο: (μια επιλογή)

- Θα ήθελα να διακόψω το κάπνισμα στις επόμενες 30 ημέρες
- Θα ήθελα να διακόψω το κάπνισμα στους επόμενους 6 μήνες
- Δεν σκοπεύω να διακόψω το κάπνισμα στους επόμενους 6 μήνες



## TITAN CRETE

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**Ποια από τις παρακάτω φράσεις σας εκφράζει περισσότερο: (μία επιλογή)**

- Δεν θέλω να σταματήσω να καπνίζω
- Πιστεύω ότι πρέπει να διακόψω το κάπνισμα αλλά δεν θέλω
- Θέλω να διακόψω το κάπνισμα αλλά δεν έχω σκεφτεί ποτέ
- Θέλω ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ να διακόψω το κάπνισμα αλλά δεν ξέρω πότε θα το κάνω
- Θέλω να διακόψω το κάπνισμα και ελπίζω να το κάνω σύντομα
- Θέλω ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ να διακόψω το κάπνισμα και σκοπεύω να το κάνω στους επόμενους 3 μήνες
- Θέλω ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ να διακόψω το κάπνισμα και σκοπεύω να το κάνω τον επόμενο μήνα

**Ποια βαθμίδα εκπαίδευσης έχετε τελειώσει:**

- Δημοτικό  Γυμνάσιο  Λύκειο  Ανώτερη ή Ανώτατη

**Ποια είναι η εθνικότητά σας:**

- Ελληνική  
 Άλλη (Παρακαλώ αναφέρετε την εθνικότητα σας): \_\_\_\_\_

**Ποιο είναι το επάγγελμά σας:** \_\_\_\_\_

**Αντιμετωπίζετε αυτή την στιγμή ή κατά το παρελθόν κάποιο/α από τα ακόλουθα προβλήματα υγείας...**

Προβλήματα Υγείας	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
Καρδιακή νόσο, εγκεφαλικό επεισόδιο, καρδιακή ανεπάρκεια:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Καρκίνο:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Διαβήτης:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άγχος ή κατάθλιψη:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άλλες καταστάσεις ψυχικής υγείας:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## TITAN CRETE

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Κατά τις 2 τελευταίες εβδομάδες, πόσο συχνά σας ενόχλησαν οι παρακάτω καταστάσεις (Κυκλώστε την απάντησή σας):

Προβλήματα	Καθόλου	Κάποιες μέρες	Πάνω από τις μισές μέρες	Σχεδόν κάθε μέρα
1. Αισθάνομαι νευρικήτητα, άγχος ή υπερένταση	1	2	3	4
2. Αισθάνομαι ανικανότητα να σταματήσω ή να ελέγξω την ανησυχία μου	1	2	3	4
3. Αισθάνομαι λίγο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση κάνοντας πράγματα	1	2	3	4
4. Αισθάνομαι υποτονικά, καταθλιπτικά, απελπιστικά	1	2	3	4

### Στοιχεία για την σημερινή σας επίσκεψη στο ιατρείο

Ποιος είναι ο σκοπός της επίσκεψής σας στο ιατρείο σήμερα:

- Ιατρική επίσκεψη  
 Συνταγογράφηση  
 Άλλος: \_\_\_\_\_

Κατά την διάρκεια της ΣΗΜΕΡΙΝΗΣ σας επίσκεψης στο ιατρείο, ο ιατρός ή άλλος εργαζόμενος, σας...

Ερώτηση	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
Ρώτησε εάν καπνίζετε:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συμβούλευσε να διακόψετε το κάπνισμα:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ενημέρωσε για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία σας:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προσέφερε την βοήθεια του για να διακόψετε το κάπνισμα:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δούλεψε μαζί σας για να ορίσετε μια ημερομηνία για να διακόψετε το κάπνισμα:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συζήτησε μαζί σας τις διαθέσιμες φαρμακευτικές αγωγές που θα σας βοηθήσουν να διακόψετε το κάπνισμα:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συνταγογράφησε κάποια φαρμακευτική αγωγή για να διακόψετε το κάπνισμα:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έδωσε ενημερωτικό υλικό που αφορά στην διακοπή του καπνίσματος:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προγραμματίσε επόμενο ραντεβού για να συζητήσετε για το κάπνισμα:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## TITAN CRETE

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

### Σχετικά με τις επισκέψεις σας στο ιατρείο τον περασμένο χρόνο

Κατά την διάρκεια των επισκέψεων σας στο ιατρείο κατά τον περασμένο χρόνο, ο ιατρός σας...

Ερώτηση	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
Ρώτησε εάν καπνίζετε:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συμβούλευσε να διακόψετε το κάπνισμα:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ενημέρωσε για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία σας:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προσέφερε την βοήθεια του για να διακόψετε το κάπνισμα:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δούλεψε μαζί σας για να ορίσετε μια ημερομηνία για να διακόψετε το κάπνισμα:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συζήτησε μαζί σας τις διαθέσιμες φαρμακευτικές αγωγές που θα σας βοηθήσουν να διακόψετε το κάπνισμα:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συνταγογράφησε κάποια φαρμακευτική αγωγή για να διακόψετε το κάπνισμα:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έδωσε ενημερωτικό υλικό που αφορά την διακοπή του καπνίσματος:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προγραμμάτισε επόμενο ραντεβού για να συζητήσετε για το κάπνισμα:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10, πόσο σημαντικό είναι για εσάς να διακόψετε το κάπνισμα αυτή την στιγμή; (1=καθόλου σημαντικό, 10=εξαιρετικά σημαντικό). Βάλτε σε κύκλο την απάντησή σας:

1
  2
  3
  4
  5
  6
  7
  8
  9
  10

Σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10, πόσο σίγουρος/η είστε ότι θα καταφέρετε να διακόψετε το κάπνισμα αυτή τη στιγμή; (1=καθόλου σίγουρος/η, 10=εξαιρετικά σίγουρος/η). Βάλτε σε κύκλο την απάντησή σας:

1
  2
  3
  4
  5
  6
  7
  8
  9
  10



**TITAN CRETE**

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Πόσο σημαντική είναι η συμβουλή του γιατρού σας, ώστε να σας παρακινήσει να κόψετε το κάπνισμα:

- Πολύ σημαντική
- Σημαντική
- Κάπως σημαντική
- Καθόλου σημαντική

Πόσο ευχαριστημένος/η είστε από την στήριξη που σας παρασχέθηκε σήμερα στο ιατρείο, για την διακοπή του καπνίσματος:

- Πολύ ευχαριστημένος/η
- Ευχαριστημένος/η
- Κάπως ευχαριστημένος/η
- Καθόλου ευχαριστημένος/η

Σας ευχαριστούμε πολύ για τον χρόνο που αφιερώσατε για να συμμετέχετε σε αυτή την έρευνα. Παρακαλώ επιστρέψτε το ερωτηματολόγιο στον υπεύθυνο της έρευνας.

**Καλή σας μέρα!**





## TITAN CRETE

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

### Στοιχεία επικοινωνίας συμμετέχοντος

#### Στοιχεία επικοινωνίας

Για να μπορέσουμε να επικοινωνήσουμε μαζί σας σε 4 μήνες για μια σύντομη τηλεφωνική συνέντευξη, σας παρακαλούμε να μας γνωστοποιήσετε τα παρακάτω στοιχεία.

Τηλεφωνικός αριθμός που μπορούμε να σας εντοπίσουμε πιο εύκολα: \_\_\_\_\_

Αυτό το νούμερο είναι από: σπίτι  δουλειά  κινητό

Ένας εναλλακτικός τηλεφωνικός αριθμός είναι: \_\_\_\_\_

Αυτό το νούμερο είναι από: σπίτι  δουλειά  κινητό

Παρακαλώ υποδείξτε μας ποια είναι η πιο κατάλληλη ώρα να επικοινωνήσουμε μαζί σας:

ΜΜ  ΠΜ  ΒΡΑΔΥ  ΑΛΛΟ: \_\_\_\_\_

Παρακαλώ υποδείξτε μας ποια είναι η πιο κατάλληλη ημέρα να επικοινωνήσουμε μαζί σας:

ΔΕΥ  ΤΡΙ  ΤΕΤ  ΠΕΜΠ  ΠΑΡ  ΣΑΒ  ΚΥΡ

Η διεύθυνση σας είναι:

Οδός \_\_\_\_\_

Πόλη \_\_\_\_\_

Ταχυδρομικός κώδικας \_\_\_\_\_

### Για εσωτερική χρήση της έρευνας

Συμπληρώνεται από τον υπεύθυνο της έρευνας \_\_\_\_\_

Κωδικός Ιατρού \_\_\_\_\_

Κωδικός Ιατρού ή παρόχου \_\_\_\_\_

Κωδικός Ασθενούς \_\_\_\_\_

Πριν/Μετά \_\_\_\_\_

