



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ ΣΤΙΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

***" ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ
ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ"***

υπό

ΕΛΕΝΗΣ ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

**Νοσηλεύτριας Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, Τμήμα
Αγγειοχειρουργικής**

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες»

Λάρισα, 2024

Επιβλέπων:

*Ευάγγελος Φραδέλος, Επίκουρος Καθηγητής Κλινικής Νοσηλευτικής, Τμήμα
Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, MSc, PhD.*

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

- 1. Αθανάσιος Γιαννούκας, Αγγειοχειρουργός , MSc, MD, PhD, FEBVS, Καθηγητής
Αγγειοχειρουργικής Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.*
- 2. Γεώργιος Κούβελος MD, MSc, PhD, Αγγειοχειρουργός , Επίκουρος Καθηγητής
Αγγειοχειρουργικής και Ενδοαγγειακής Χειρουργικής Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.*
- 3. Ευάγγελος Φραδέλος, Επίκουρος Καθηγητής Κλινικής Νοσηλευτικής, Τμήμα
Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, MSc, PhD.*

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:

***"STUDY OF THE PERCEPTION OF THE ROLE OF SMOKING OF
PATIENTS SUFFERING FROM ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM"***

Πίνακας Περιεχομένων

Περιεχόμενα	3
Συντομογραφίες	6
Πίνακες	7
Περίληψη.....	9
Abstract.....	10
Ευχαριστίες	11
Γενικό μέρος (Α)	
Εισαγωγή.....	12
Εισαγωγή.....	12
Σκοπός της εργασίας.....	12
Κεφάλαιο 1 Ανεύρυσμα Κοιλιακής Αορτής.....	14
1.1 Ορισμός.....	14
1.2 Ταξινόμηση.....	15
1.3 Προδιαθεσικοί παράγοντες / Ομάδες υψηλού κινδύνου.....	17
1.4 Κλινική εικόνα / διάγνωση / θεραπεία.....	20
1.4.1 Κλινική εικόνα.....	20
1.4.2 Διάγνωση.....	20
1.4.3 Θεραπεία.....	21
1.5 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	22
1.6. Προσυμπτωματικός έλεγχος του πληθυσμού για την ανίχνευση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής.....	24
Κεφάλαιο 2 Ο ρόλος του καπνίσματος.....	26
2. Ο ρόλος του καπνίσματος στην εμφάνιση ΑΚΑ και η σχέση του με τις εκβάσεις της νόσου.....	26

Ειδικό μέρος (B)

Κεφάλαιο 1 Σχεδιασμός / Μεθοδολογία της έρευνας.....	30
1.1 Ερευνητικά ερωτήματα.....	30
1.2 Εργαλείο συλλογής δεδομένων.....	31
1.3 Τρόπος συλλογής στοιχείων.....	32
1.4 Ηθική και Δεοντολογία.....	32
1.5 Πληθυσμός της μελέτης.....	32
1.6 Η επεξεργασία των στοιχείων.....	33
1.7 Περιορισμοί της έρευνας.....	33
Κεφάλαιο 2 Στατιστική ανάλυση / Αποτελέσματα.....	34
2.1 Περιγραφή του δείγματος / Χαρακτηριστικά.....	34
2.2 Γνώσεις για τις συνέπειες του καπνίσματος.....	36
2.3 Επίπεδο δραστηριότητας.....	37
2.4 Πρόθεση και παράγοντες επίδρασης της διακοπής του καπνίσματος.....	37
2.5 Συχνότητες του ερωτηματολογίου εξάρτησης απο τη νικοτίνη.....	45
2.6 Περιγραφικά μέτρα των ερωτηματολογίων.....	49
2.7 Επίδραση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών στην εξάρτηση απο τη νικοτίνη.....	50
2.8 Επίδραση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών στην πρόθεση διακοπής του καπνίσματος.....	54
2.9 Επίδραση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών στους υποκειμενικούς κανόνες συμπεριφοράς.....	58
2.10 Επίδραση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών στον αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς.....	62
2.11 Συσχετίσεις κλιμάκων.....	66

Κεφάλαιο 3 Συζήτηση.....	68
Κεφάλαιο 4 Συμπεράσματα.....	70
Βιβλιογραφία.....	71
Παράρτημα.....	85

Συντομογραφίες

ΑΚΑ: Ανεύρυσμα Κοιλιακής Αορτής

ΑΠ: Αρτηριακή Πίεση

ΛΜΚ: Λεία Μυϊκά Κύτταρα

ΣΔ: Σακχαρώδης Διαβήτης

ΣΝ: Στεφανιαία Νόσος

Ca: Καρκίνος

EVAR: Αποκατάσταση Ενδοαγγειακού Ανευρύσματος

RCT: Randomized Controlled Trial (Τυχαιοποιημένη Δοκιμή Ελέγχου)

TAAs: Ανευρύσματα Θωρακικής Αορτής

Πίνακες

ΠΙΝΑΚΑΣ ₁ : ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ.....	32
ΠΙΝΑΚΑΣ ₂ : ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	34
ΠΙΝΑΚΑΣ ₃ : ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ.....	34
ΠΙΝΑΚΑΣ ₄ : ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ / ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΕΚΝΩΝ.....	34
ΠΙΝΑΚΑΣ ₅ : ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ.....	35
ΠΙΝΑΚΑΣ ₆ : ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	35
ΠΙΝΑΚΑΣ ₇ : ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ.....	36
ΠΙΝΑΚΑΣ ₈ : ΕΠΙΠΕΔΟ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ.....	37
ΠΙΝΑΚΑΣ ₉ : ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΠΡΟΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....	38
ΠΙΝΑΚΑΣ ₁₀ : ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.....	39
ΠΙΝΑΚΑΣ ₁₁ : «ΠΟΛΛΑ ΑΤΟΜΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΓΙΑ ΜΕΝΑ ΘΑ ΣΤΑΜΑΤΟΥΣΑΝ ΝΑ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ».....	40
ΠΙΝΑΚΑΣ ₁₂ : ΠΟΛΛΑ ΑΤΟΜΑ ΤΩΝ ΟΠΟΙΩΝ ΤΗΝ ΑΠΟΨΗ ΕΚΤΙΜΩ (Π.Χ. ΦΙΛΟΙ, ΓΟΝΕΙΣ, ΠΑΙΔΙΑ) ΘΑ ΕΝΕΚΡΙΝΑΝ ΤΗΝ ΑΠΟΧΗ ΜΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ.....	40
ΠΙΝΑΚΑΣ ₁₃ : «ΠΟΛΛΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΣΤΗ ΖΩΗ ΜΟΥ ΑΤΟΜΑ ΠΙΣΤΕΥΟΥΝ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΟΨΩ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ».....	40
ΠΙΝΑΚΑΣ ₁₄ : «Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΜΟΥ ΠΙΣΤΕΥΕΙ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΝΑ ΚΟΨΩ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ».....	41
ΠΙΝΑΚΑΣ ₁₅ : «ΘΕΛΩ ΝΑ ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΩ ΤΗ ΣΥΜΒΟΥΛΗ/ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΤΩΝ ΔΙΚΩΝ ΜΟΥ ΑΝΘΡΩΠΩΝ (ΦΙΛΩΝ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ) ΝΑ ΚΟΨΩ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ».....	41
ΠΙΝΑΚΑΣ ₁₆ : ΑΝΤΙΛΗΠΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.....	41
ΠΙΝΑΚΑΣ ₁₇ : «ΕΙΜΑΙ ΑΠΟΦΑΣΙΣΜΕΝΟΣ/Η ΝΑ ΚΟΨΩ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΓΙΑ 6 ΜΗΝΕΣ».....	43
ΠΙΝΑΚΑΣ ₁₈ : «Η ΑΠΟΦΑΣΗ ΝΑ ΚΟΨΩ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΕΙΝΑΙ ΠΕΡΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΜΟΥ».....	43
ΠΙΝΑΚΑΣ ₁₉ : «ΘΑ ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΩ ΝΑ ΑΠΕΧΩ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΓΙΑ 6 ΜΗΝΕΣ».....	43
ΠΙΝΑΚΑΣ ₂₀ : «ΑΝ ΤΟ ΗΘΕΛΑ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΑ ΝΑ ΑΠΕΧΩ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΓΙΑ 6 ΜΗΝΕΣ».....	43
ΠΙΝΑΚΑΣ ₂₁ : «ΕΙΝΑΙ ΠΙΘΑΝΟ ΝΑ ΚΟΨΩ ΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ ΓΙΑ 6 ΜΗΝΕΣ».....	44
ΠΙΝΑΚΑΣ ₂₂ : «Η ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΕΞΑΡΤΑΤΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟ ΕΜΕΝΑ».....	44
ΠΙΝΑΚΑΣ ₂₃ : «ΓΙΑ ΕΜΕΝΑ, Η ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΕΙΝΑΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΚΟΛΗ».....	44
ΠΙΝΑΚΑΣ ₂₄ : «ΣΚΟΠΕΥΩ ΝΑ ΑΠΕΧΩ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΓΙΑ 6 ΜΗΝΕΣ».....	44

ΠΙΝΑΚΑΣ ₂₅ : «ΕΙΜΑΙ ΠΕΠΕΙΣΜΕΝΟΣ-Η / ΣΙΓΟΥΡΟΣ-Η ΟΤΙ ΘΑ ΚΟΨΩ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ».....	45
ΠΙΝΑΚΑΣ ₂₆ : ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ.....	45
ΠΙΝΑΚΑΣ ₂₇ : ΠΟΣΟ ΓΡΗΓΟΡΑ ΑΦΟΥ ΞΥΠΝΗΣΕΤΕ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΣΑΣ ΤΣΙΓΑΡΟ;.....	47
ΠΙΝΑΚΑΣ ₂₈ : «ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΔΥΣΚΟΛΟ ΝΑ ΜΗΝ ΚΑΠΝΙΣΕΙΣ ΣΕ ΜΕΡΗ ΟΠΟΥ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Π.Χ. ΕΚΚΛΗΣΙΑ, ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΕΣ, ΣΙΝΕΜΑ;».....	47
ΠΙΝΑΚΑΣ ₂₉ : «ΠΟΙΟ ΤΣΙΓΑΡΟ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΔΥΣΚΟΛΟ ΝΑ ΜΗΝ ΚΑΠΝΙΣΕΤΕ;».....	48
ΠΙΝΑΚΑΣ ₃₀ : «ΠΟΣΑ ΤΣΙΓΑΡΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ;».....	48
ΠΙΝΑΚΑΣ ₃₁ : «ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΠΙΟ ΠΟΛΥ ΤΟ ΠΡΩΙ ΑΠ’ ΟΤΙ ΤΟ ΑΠΟΓΕΥΜΑ;».....	48
ΠΙΝΑΚΑΣ ₃₂ : «ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΑΚΟΜΑ ΚΑΙ ΟΤΑΝ ΜΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΣΑΣ ΑΝΑΓΚΑΖΕΙ ΝΑ ΜΕΙΝΕΤΕ ΣΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ;».....	49
ΠΙΝΑΚΑΣ ₃₃ : ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΒΑΘΜΟΥ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ.....	49
ΠΙΝΑΚΑΣ ₃₄ : ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ.....	50
ΠΙΝΑΚΑΣ ₃₅ : ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ, Η ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ.....	51
ΠΙΝΑΚΑΣ ₃₆ : ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ / Η ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΘΕΣΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....	55
ΠΙΝΑΚΑΣ ₃₇ : ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ / Η ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΟΥΣ ΚΑΝΟΝΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.....	59
ΠΙΝΑΚΑΣ ₃₈ : ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ / Η ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΟΝ ΑΝΤΙΛΗΠΤΟ ΕΛΕΓΧΟ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.....	63
ΠΙΝΑΚΑΣ ₃₉ : ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΚΛΙΜΑΚΩΝ.....	67

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της πρόθεσης διακοπής του καπνίσματος των ασθενών με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής. Αυτό επιχειρείται μέσω της αντίληψης για το ρόλο του καπνίσματος ασθενών που παρακολουθούνται στα Εξωτερικά Ιατρεία του νοσοκομείου Λάρισας και διαγνώστηκαν με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής.

Μεθοδολογία: Η ποσοτική μέθοδος αποφασίστηκε να διεξαχθεί με τη συμβολή δομημένων ερωτηματολογίων αποτελούμενων από 3 ενότητες, που θα απευθύνονται σε έναν οριοθετημένο πληθυσμό-στόχο, αυτό των ασθενών με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής.

Αποτελέσματα: Η στατιστική ανάλυση κι επεξεργασία ανέδειξε σημαντικά αποτελέσματα και συσχετίσεις. Διερευνήθηκαν ο βαθμός εξάρτησης των ασθενών από τη νικοτίνη και πρόθεσης διακοπής του καπνίσματος, και η αντίληψή τους σχετικά με τη διακοπή του. Επιπλέον, μελετήθηκαν η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα α. στην πρόθεση διακοπής καπνίσματος και τις γνώσεις που διαθέτουν οι ασθενείς για την συνέπειες του καπνίσματος, β. τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και το βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη, γ. τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και την πρόθεση διακοπής του καπνίσματος και δ. το βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη και την πρόθεση διακοπής του καπνίσματος.

Συμπεράσματα: Η ενσωμάτωση των αντιλήψεων και αξιών των ασθενών στη θεραπευτική διαδικασία ενισχύει τη σχέση ιατρού - ασθενή και την εμπιστοσύνη στη θεραπευτική ομάδα. Η προσαρμοσμένη προσέγγιση αυξάνει την πιθανότητα για μια μακροχρόνια αλλαγή της συμπεριφοράς και την επιτυχία της θεραπείας. Τα δεδομένα που προκύπτουν παρέχουν επιπλέον υποστήριξη για παρεμβάσεις και πολιτικές με στόχο την αντιμετώπιση της παγκόσμιας επιδημίας του καπνίσματος.

Λέξεις - κλειδιά

Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, κάπνισμα, εξάρτηση, διακοπή καπνίσματος.

ABSTRACT

Aim: The aim of this survey is to study the intention of stopping smoking by patients who suffers from abdominal aortic aneurysm. This is attempted via the perceptions about the role of smoking that outpatient with abdominal aortic aneurysm are attended to the hospital of Larisa, have.

Method: A quantitative method was chosen and was applied by a structured questionnaire consisting of 3 modules. The target population is patients with abdominal aortic aneurysm.

Results: The statistical analysis and processing shown important results and correlations. The degree of smoking addiction, the intention of stopping smoking and the perception about stopping smoking were studied. Furthermore, correlations between a. the intention of stopping smoking and the knowledge of the consequences of smoking, b. the sociodemographic characteristics and the degree of smoking addiction, c. the sociodemographic characteristics and the intention of stopping smoking and d. the degree of smoking dependence and the intention of stopping smoking.

Conclusions: The value integration and perceptions of patients during the treatment strengthen the relationship between doctor and patient and bring trust to the therapeutic team. An adaptive approach increases the probability for a long term behavioural change and success of the therapy. Data who come of will apply more support to interventions and policies in order to encounter smoking.

Key – words: Abdominal aortic aneurysm, smoking, addiction, smoking cessation.

Ευχαριστίες

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή κ. Αθανάσιο Γιαννούκα που μου έδωσε τη δυνατότητα συμμετοχής στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών και τη διπλωματική μου εργασία.

Στη συνέχεια, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Φραδέλο, του οποίου η βοήθεια ήταν ιδιαίτερα πολύτιμη, για την καθοδήγηση και ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας. Η επικοινωνία και η συνεργασία μας ήταν συνεχής και ουσιαστική, από την αρχή ως το τέλος.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την κατανόηση και υπομονή που έδειξαν σε όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας και του διπλωματικού προγράμματος.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ (Α)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Εισαγωγή

Το ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής έχει αναδειχθεί ως ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας, δεδομένου ότι έχει συσχετιστεί με υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας, ενώ επιδημιολογικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι ο επιπολασμός της ανευρυσματικής νόσου υπολογίζεται στο 4-8% του πληθυσμού ηλικίας άνω των 60 ετών. Η ρήξη του ΑΚΑ συνιστά μια δραματική επιπλοκή, η οποία έχει συσχετιστεί με υψηλό ποσοστό θνησιμότητας, το οποίο ανέρχεται στο 85-90% [1-3]. Στις Ηνωμένες Πολιτείες η ρήξη του ανευρύσματος αποτελεί την 13^η αιτία θανάτου συνολικά και σε άνδρες ηλικίας άνω των 55 την 10^η αιτία θανάτου [4], ενώ επίσης ετησίως πεθαίνουν παγκοσμίως περίπου 15.000 άτομα από αυτό.

Σε διάφορες αναπτυγμένες χώρες έχει ξεκινήσει προληπτικός έλεγχος (screening) για ανεύρωση ασυμπτωματικών ΑΚΑ, με υπερηχοτομογραφία της κοιλιακής αορτής, καθώς επίσης και έλεγχος ομάδων υψηλού κινδύνου, λόγω της έλλειψης συμπτωμάτων μέχρι τη ρήξη του ανευρύσματος.

Ένας τροποποιήσιμος παράγοντας που ενοχοποιείται για την ανάπτυξη ΑΚΑ είναι το κάπνισμα, το οποίο ενοχοποιείται και για πολλές άλλες παθήσεις.

Στην παρούσα εργασία επιχειρείται η διερεύνηση της πρόθεσης διακοπής του καπνίσματος ασθενών με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής. Συγκεκριμένα επιχειρείται να διερευνηθεί ο βαθμός εξάρτησης των ασθενών από νικοτίνη, η πρόθεση των ασθενών για διακοπή του καπνίσματος, η αντίληψη σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος, η ύπαρξη ή μη συσχέτισης ανάμεσα στην πρόθεση διακοπής του καπνίσματος και στις γνώσεις για τις συνέπειες του καπνίσματος, και τέλος η επίδραση των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων στο βαθμό της εξάρτησης και της πρόθεσης διακοπής του καπνίσματος.

1.2 Σκοπός της εργασίας

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της πρόθεσης διακοπής του καπνίσματος σε ασθενείς με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής. Αυτό επιχειρείται μέσω της διερεύνησης της αντίληψης για το ρόλο του καπνίσματος ασθενών που

παρακολουθούνται στα Εξωτερικά Ιατρεία του νοσοκομείου Λάρισας και διαγνώστηκαν με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ

1.1 Ορισμός του ανευρύσματος κοιλιακής αορτής

Η αορτή αποτελεί τη μεγαλύτερη και βασικότερη αρτηρία του ανθρωπίνου σώματος, η οποία μεταφέρει οξυγονωμένο αίμα από την καρδιά προς όλα τα σημεία του σώματος. Ξεκινώντας από την ανιούσα αορτή, όπου και εμφανίζει τη μεγαλύτερη διάμετρο αυτής, με φυσιολογικές τιμές 3,5 έως 3,9εκ., ενώ από το ύψος του αορτικού τόξου η διάμετρός της μειώνεται σταδιακά. Στο ύψος της κοιλιακής αορτής η μέγιστη φυσιολογική διάμετρος είναι μικρότερη των 3εκ. (μέση τιμή τα 2εκ. και το εύρος της κυμαίνεται από 1,4 έως 3 εκ. [5]. Εκφύεται από το ανώτερο τμήμα της αριστερής κοιλίας της καρδιάς και κάτωθι χωρίζεται σε δύο μεγάλα τμήματα: την ενδοθωρακική και την κοιλιακή αορτή. Η κοιλιακή αορτή, που αποτελεί συνέχεια της θωρακικής, εντοπίζεται στην κοιλιακή χώρα, με όριο μετάπτωσης το αορτικό τμήμα του διαφράγματος. Στο κάτω τμήμα της κοιλιακής χώρας η αορτή διχάζεται στις δύο κοινές λαγόνιες αρτηρίες, οι οποίες μεταφέρουν αίμα στα κάτω άκρα [6, 7].

Σημαντικός κυτταρικός τύπος του αορτικού τοιχώματος είναι τα λεία μυϊκά κύτταρα (ΛΜΚ) που απαντώνται στο μεσαίο χιτώνα της αορτής, καθώς οι κυτταρικές τους λειτουργίες συνεισφέρουν στη δυναμική και ελαστικότητα αυτής, ενώ διαταραχές τους έχουν συνδεθεί με την παθογένεια καρδιαγγειακών νοσημάτων. Πρόκειται για επιμήκη ατρακτοειδή κύτταρα με λεπτά άκρα, τα οποία συναντώνται με τη μορφή στοιβάδων ή δεματίων. Βασικό γνώρισμα των ΛΜΚ είναι η έκφραση πρωτεϊνών, χαρακτηριστικών του συγκεκριμένου κυτταρικού πληθυσμού [8, 9].

Το ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής συνιστά το συχνότερο τύπο αρτηριακού ανευρύσματος που απαντάται στον οργανισμό. Πρόκειται για μια τοπική μη αναστρέψιμη διεύρυνση της αορτής, η οποία δημιουργείται σε μια εξασθενημένη περιοχή της.

Ως ανεύρυσμα ορίζεται η εντοπισμένη αύξηση της διαμέτρου ενός αγγείου κατά 50% σε σύγκριση με τη φυσιολογική διάμετρο. Για το ΑΚΑ, στην κλινική πράξη, χρησιμοποιείται ως πρακτικότερος ορισμός η αύξηση της διαμέτρου του υπονεφρικού τμήματος της κοιλιακής αορτής άνω των 3 εκ. Σχεδόν όλα τα ΑΚΑ περιλαμβάνουν μόνο το υπονεφρικό τμήμα της αορτής και μόνο το 5% αυτών επεκτείνονται άνωθεν

των νεφρικών αρτηριών, ενώ σε ποσοστό 25% περιλαμβάνουν και τις λαγόνιες αρτηρίες [10].

Με τον όρο εκτασία της κοιλιακής αορτής εννοούμε την αύξηση της διαμέτρου $<50\%$ της φυσιολογικής διαμέτρου της [11].

Το σχήμα των ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής είναι ατρακτοειδές ή σακοειδές. Ενώ είναι συχνή η προσβολή των λαγονίων και των ιγνυακών αρτηριών, καθώς και η συνύπαρξη του ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής με την ιγνυακή [12].

Το ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής αντιπροσωπεύει περισσότερο μία πολύπλοκη δυναμική παθοφυσιολογική διαδικασία παρά ένα στατικό παθολογικό πρόβλημα. Αν και τα τελευταία χρόνια τα αποτελέσματα πληθώρας ερευνών έχουν οδηγήσει σε μία πλησιέστερη εικόνα της παθογένειας του ανευρύσματος, οι μοριακοί μηχανισμοί που ενέχονται στην ανάπτυξή του παραμένουν σε μεγάλο βαθμό έως σήμερα αδιευκρίνιστοι.

Μια φλεγμονώδης κυτταρική διήθηση, η νεοαγγείωση και η παραγωγή και ενεργοποίηση διαφόρων πρωτεασών και κυτοκινών συμβάλλουν στην ανάπτυξη αυτής της διαταραχής, αν και οι υποκείμενοι μηχανισμοί είναι άγνωστοι [13].

Σύμφωνα με βιβλιογραφικά δεδομένα φαίνεται ότι στον παθοφυσιολογικό μηχανισμό του ΑΚΑ ενέχεται η χρόνια φλεγμονή που χαρακτηρίζεται από τη συσσώρευση φλεγμονωδών κυττάρων στο αορτικό τοίχωμα, η απόπτωση των λείων μυϊκών κυττάρων (ΛΜΚ) του μεσαίου αορτικού χιτώνα καθώς και η πρωτεολυτική διάσπαση του αορτικού τοιχώματος λόγω της ενισχυμένης δράσης πρωτεολυτικών ενζύμων [14,15].

Η καθυστέρηση της θεραπείας οδηγεί το τοίχωμα της αορτής σε εξασθένηση, αφού δεν μπορεί να αντέξει την μεγάλη πίεση του αίματος, με αποτέλεσμα τη διαστολή και τη ρήξη του. Ο κίνδυνος ρήξης αυξάνεται όσο περισσότερο αυξάνεται η διάταση της αρτηρίας και η κατάσταση της ρήξης προκαλεί θνησιμότητα 50%-80%. Το ΑΚΑ είναι η πιο συνηθισμένη εκδήλωση της ανευρυσματικής νόσου [16].

1.2 Ταξινόμηση

Τα αορτικά ανευρύσματα ταξινομούνται σύμφωνα με:

α. την ανατομική περιοχή,

- β. τη μορφολογία,
- γ. τη δομή και
- δ. τον εντοπισμό τους.

Με βάση τη μορφολογία τους διακρίνονται σε ψευδή και γνήσια. Τα ανευρύσματα χαρακτηρίζονται ως γνήσια όταν ο σχηματισμός τους περιλαμβάνει και τις τρεις στοιβάδες του αορτικού τοιχώματος. Αντιθέτως, στην κατηγορία των ψευδών ανευρυσμάτων ανήκουν εκείνα στα οποία το τοίχωμα της αορτής αποτελείται από περιαγγειακούς ιστούς και όχι από τις στοιβάδες του αορτικού τοιχώματος. Συνήθως τα ψευδοανευρύσματα προκαλούνται από πλήρη τραυματική ρήξη του τοιχώματος, ως αποτέλεσμα αγγειακής επέμβασης, αναστομωτικής διάσπασης ή αμβλέος ή διατρητικού τραύματος με αποτέλεσμα τη δημιουργία εξωαυλικού τοιχώματος [17].

Ένα επιπλέον κριτήριο για την κατηγοριοποίηση των ανευρυσμάτων αποτελεί η εξωτερική τους μορφολογία. Η πιο κοινή μορφολογία ανευρυσμάτων είναι τα ατρακτοειδή, τα οποία εντοπίζονται συνηθέστερα λίγο μετά τις νεφρικές αρτηρίες και καταλήγουν στον αορτικό διχασμό. Στα ατρακτοειδή ανευρύσματα παρατηρείται συμμετρική περιφερική διεύρυνση που περιλαμβάνει όλες τις επιμέρους στοιβάδες του αορτικού τοιχώματος. Επίσης η εξωτερική μορφολογία διακρίνει τα ανευρύσματα σε σακοειδή και διαχωριστικά. Τα σακοειδή παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ρήξης, ενώ επίσης χαρακτηρίζονται από εκφυλισμό ενός μόνο τμήματος της αρτηριακής περιμέτρου. Στα διαχωριστικά ανευρύσματα παρατηρείται διάσπαση του τοιχώματος της αορτής λόγω αδυναμίας του έσω χιτώνα, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα το σχηματισμό ενδοτοιχωματικού αιματώματος [17].

Τα ανευρύσματα διακρίνονται σε κατηγορίες με βάση τον εντοπισμό τους ως προς τις νεφρικές και σπλαχνικές αρτηρίες. Συνεπώς διακρίνονται σε υπονεφρικά, διανεφρικά, παρανεφρικά, υπερνεφρικά, καθώς επίσης και σε παραναστομωτικά και θωρακοκοιλιακά [17].

Αναφορικά με τις νεφρικές αρτηρίες, τα ΑΚΑ διακρίνονται σε α. υπονεφρικά και άρχονται σε απόσταση >1εκ. περιφερικά της έκφυσης των νεφρικών αρτηριών, β. παρανεφρικά και άρχονται σε απόσταση 1κ. περιφερικά της έκφυσης των νεφρικών αρτηριών, και τέλος γ. υπερνεφρικά, τα οποία εκτείνονται σε επίπεδο ανώτερο της έκφυσης των νεφρικών αρτηριών [18].

Αναφορικά με την αιτιοπαθογένειά του το ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής διακρίνεται σε φλεγμονώδες, μυκωτικό, συφιλιδικό και μετατραυματικό. Επιπλέον, η παθολογία των ανευρυσμάτων τα ταξινομεί και σε ανευρύσματα που σχετίζονται με διαταραχές του συνδετικού ιστού όπως το σύνδρομο Marfan και το σύνδρομο Ehlers-Danlos, καθώς και σε αρτηριοσκληρωντικά ή εκφυλιστικά, τα οποία συνιστούν και το συχνότερο τύπο ΑΚΑ [17].

Το υπονεφρικό ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής (ΑΚΑ) αποτελεί κοινή εκδήλωση ανευρυσματικής νόσου, με το κάπνισμα ως τον κυρίαρχο παράγοντα κινδύνου. Το κάπνισμα είναι μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου για ΑΚΑ και από την αθηροσκλήρωση. Εκτός από το γεγονός ότι επιδρά στην παθογένεση του ΑΚΑ, αυξάνει επίσης τον ρυθμό επέκτασης και τον κίνδυνο ρήξης του εγκατεστημένου ΑΚΑ. Η μηχανιστική σχέση μεταξύ ΑΚΑ και καπνίσματος εδραιώνεται με τη χρήση βελτιωμένων ζωικών μοντέλων που εξαρτώνται από τον καπνό ή τα συστατικά καπνού. Οι μηχανισμοί φαίνεται να περιλαμβάνουν διαρκείς αλλοιώσεις στα αγγειακά λεία μυϊκά κύτταρα και στη λειτουργία των φλεγμονωδών κυττάρων [19].

Ιστορικά, τα ανευρύσματα θωρακικής αορτής (TAAs) και ΑΚΑ θεωρήθηκε ότι προκύπτουν από αθηροσκληρωτική εκφύλιση του αορτικού τοιχώματος. Πιο πρόσφατη έρευνα, ωστόσο, έχει δείξει ότι αυτές οι ασθένειες είναι διακριτές [21].

1.3 Προδιαθετικοί παράγοντες / Ομάδες κινδύνου

Η ανάπτυξη του ανευρύσματος ενισχύεται από τη γήρανση, την αθηροσκλήρωση και το κάπνισμα, το οποίο αποτελεί τον κύριο τροποποιησιμο παράγοντα κινδύνου που αναγνωρίζεται για αυτήν την ασθένεια. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες και σε συγκεκριμένες χώρες, ο μειωμένος επιπολασμός και η θνησιμότητα από ρήξη ΑΚΑ έχουν αποδοθεί στη μείωση των ποσοστών καπνίσματος [22, 23].

Γενικά αποδεκτοί παράγοντες κινδύνου είναι οι παρακάτω:

α. Αρσενικό φύλο

β. Υπέρταση (Ανά 20 mmHg υψηλότερη συστολική αρτηριακή πίεση

Ανά 20 mmHg υψηλότερη διαστολική αρτηριακή πίεση)

γ. Τρέχον κάπνισμα

δ. Πρώην κάπνισμα

ε. Οικογενειακό ιστορικό ανευρύσματος αορτής

στ. Στεφανιαία νόσος

ζ. Περιφερική αρτηριακή νόσος [24 - 28].

Η μεγαλύτερη ηλικία, το αρσενικό φύλο, η υπέρταση, το κάπνισμα, η στεφανιαία νόσος, η περιφερική αρτηριακή νόσος και το οικογενειακό ιστορικό ανευρύσματος αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης ΑΚΑ [28].

Ο διαβήτης σχετίζεται αρνητικά με το ΑΚΑ [25].

Μελέτες υποδηλώνουν υψηλότερο επιπολασμό ΑΚΑ στους Καυκάσιους σε σύγκριση με τις μαύρες και τις ασιατικές φυλές [29].

Η φυλετική ανισότητα στην πρόσβαση στον προσυμπτωματικό έλεγχο και τη θεραπεία ΑΚΑ μπορεί να ευθύνεται για τις διαφορές στον επιπολασμό που αναφέρθηκαν παραπάνω [30, 31].

Οι άνδρες έχουν 3 έως 16 φορές αυξημένο κίνδυνο ΑΚΑ όταν το μέγεθος του ανευρύσματος είναι ≥ 30 mm. 21 Δεδομένου του διαφορετικού σωματότυπου των γυναικών σε σχέση με τους άντρες, το ΑΚΑ τυγχάνει υποδιάγνωσης στις γυναίκες [32].

Οι περισσότερες έρευνες σε ζώα, σχετικά με την ανισότητα των φύλων στην παθογένεση των ΑΚΑ, έχουν επικεντρωθεί στις ορμόνες του φύλου ή στα φυλετικά χρωμοσώματα [33].

Πολλαπλές κλινικές μελέτες έχουν συσχετίσει τη χαμηλή τεστοστερόνη ορού με αυξημένο κίνδυνο ΑΚΑ στους ηλικιωμένους άνδρες [34, 35].

Τόσο η χαμηλή όσο και η υψηλή οιστραδιόλη έχουν συσχετιστεί με ΑΚΑ [36].

Γυναίκες με ιστορικό καπνίσματος (≥ 20 πακέτο έτος) και πρόωρη εμμηνόπαυση έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΑΚΑ [37].

Μια μελέτη ανέφερε ότι η αντοχή του τοιχώματος ΑΚΑ ήταν χαμηλότερη σε δείγματα από γυναίκες σε σύγκριση με άνδρες και αυτό το εύρημα μπορεί να θεωρηθεί ότι συμβάλει στο αναφερόμενο υψηλότερο ποσοστό μικρής ρήξης ΑΚΑ στις γυναίκες, σε σύγκριση με τους άνδρες [38, 39].

Ο πληθυσμιακός έλεγχος και οι μελέτες περιπτώσεων ελέγχου δείχνουν ότι το οικογενειακό ιστορικό ΑΚΑ αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης ΑΚΑ από δύο έως τέσσερις φορές [40 - 43].

Μελέτες υποδηλώνουν ότι η κληρονομικότητα του ΑΚΑ είναι πολύ υψηλή μεταξύ 70% και 77% [44 - 46]. Αυτό εμπλέκει σε μεγάλο βαθμό γενετικούς και επιγενετικούς μηχανισμούς στην παθογένεση των ΑΚΑ και οι γενετικοί καθοριστικοί παράγοντες της νόσου χρησιμοποιούνται με επιτυχία για τον εντοπισμό στόχων φαρμάκων και τον προσδιορισμό φαρμάκων που εφαρμόζονται πιο αποτελεσματικά στην εξατομικευμένη διαχείριση [17].

Φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο κάπνισμα και τη δημιουργία ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής, που αυξάνεται σύμφωνα με τον ημερήσιο αριθμό των τσιγάρων και τα χρόνια καπνίσματος, ενώ μειώνεται σημαντικά με τα χρόνια διακοπής. Σε μια μελέτη ανασκόπησης φαίνεται ότι η σχέση του καπνίσματος με το ανεύρυσμα είναι 2,5 φορές μεγαλύτερη, συγκριτικά με αυτή του καπνίσματος με τη στεφανιαία νόσο. Συμπερασματικά, το κάπνισμα είναι σίγουρη και σημαντική αιτία για την ανάπτυξη και εξέλιξη του ανευρύσματος, χωρίς όμως να είναι και η μόνη, καθώς περίπου 10-15% των περιπτώσεων παρατηρούνται σε μη καπνιστές [19].

Μετα-ανάλυση είκοσι δύο κλινικών μελετών αποκαλύπτει ότι το κάπνισμα είναι ένας ισχυρός παράγοντας για την δημιουργία ανευρύσματος κοιλιακής αορτής, με αύξηση του κινδύνου 5 φορές περισσότερο μεταξύ των σημερινών καπνιστών, 2 φορές μεταξύ των πρώην καπνιστών και 3,3 φορές αύξηση του κινδύνου μεταξύ των κάποτε καπνιστών, συγκριτικά με τα άτομα που δεν έχουν καπνίσει ποτέ στη ζωή τους [20].

1.4 Κλινική εικόνα / διάγνωση / θεραπεία

1.4.1 Κλινική εικόνα

Τα περισσότερα κοιλιακά ανευρύσματα είναι ασυμπτωματικά, πριν από τη ρήξη. Είναι δυνατόν να γίνουν αντιληπτά, κατά τη φυσική εξέταση ρουτίνας, με την ψηλάφηση μιας σφύζουσας κοιλιακής μάζας. Η ευαισθησία της μεθόδου εξαρτάται από την εμπειρία του εξεταστή, το μέγεθος του ανευρύσματος και το σωματότυπο του ασθενή. Είναι συχνή η κλινική απεικόνιση του ανευρύσματος για τη διερεύνηση ενός ανεξάρτητου προβλήματος, καθώς στους περισσότερους ασθενείς δεν εμφανίζεται ούτε η ασυμπτωματική σφύζουσα μάζα [47].

Τα ανευρύσματα μπορεί να συνδεθούν με ένα ασαφές κοιλιακό άλγος και άλγος στον οσφύ. Η διάβρωση της σπονδυλικής στήλης είναι η αιτία του άλγους στην πλάτη και τα μεγάλα ανευρύσματα μπορούν να συνδεθούν με πρόωρο γαστρικό κορεσμό και περιστασιακά με έμετο. Τα οξέα επεκτεινόμενα ανευρύσματα εκδηλώνονται με ένα έντονο, βύθιο άλγος στην πλάτη ή με κοιλιακό άλγος που αντανακλά στην πλάτη. Αυτό μπορεί να συνδυαστεί με την ευαισθησία στην ψηλάφηση του ανευρύσματος [48].

Το ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής είναι πιθανόν να ραγεί μέσα στην κάτω κοίλη φλέβα, παράγοντας ένα μεγάλο αρτηριοφλεβώδες συρίγγιο. Σε αυτήν την περίπτωση τα συμπτώματα είναι ταχυκαρδία, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, οίδημα κάτω άκρων, μηχανικοί κοιλιακοί ήχοι, νεφρική ανεπάρκεια και περιφερική ισχαιμία. Στην περίπτωση που το κοιλιακό ανεύρυσμα ραγεί στην τέταρτη μοίρα του δωδεκαδάκτυλου, οι ασθενείς εκδηλώνουν συμπτώματα αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού και στη συνέχεια εκδηλώνεται κατακλυσμιαία αιμορραγία [48].

1.4.2 Διάγνωση

Η διάγνωση του ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής μπορεί να γίνει με την ψηλάφηση, με απλή ακτινογραφία και με υπερηχογράφημα, αξονική τομογραφία (εκθέτοντας όμως τον ασθενή σε ιονίζουσα ακτινοβολία), μαγνητική αγγειογραφία και αγγειογραφία. Επικίνδυνη για την πορεία του ανευρύσματος είναι η ρήξη του, με το ποσοστό θνητότητας να αυξάνεται κατά πολύ, λόγω της αιμορραγίας του [49].

Το ΑΚΑ μπορεί να διαγνωστεί αξιόπιστα με απεικονιστικές μεθόδους συμπεριλαμβανομένου του υπερηχογραφήματος [50]. Ο υπέρηχος έχει υψηλή ειδικότητα (σχεδόν 100%) και ευαισθησία (95%) για την οπτικοποίηση της αορτής και την ανίχνευση ΑΚΑ [51]. Επιπλέον, ο υπέρηχος είναι ασφαλής, φθηνός και χρησιμοποιείται συνήθως για τη διάγνωση της ΑΚΑ. Εάν ανιχνευθεί ΑΚΑ 3,0 cm ή μεγαλύτερο, ο ασθενής θα πρέπει να διαγνωστεί επίσημα και να υποβάλλεται σε παρακολούθηση κάθε 3 έως 12 μήνες [52]. Κατά τη διάρκεια της περιόδου επιτήρησης, η συντηρητική ιατρική θεραπεία και η τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου, όπως η διακοπή του καπνίσματος, αποτελούν πρότυπα φροντίδας [53]. Μια διάμετρος ΑΚΑ 5,5 cm ή μεγαλύτερη χρησιμοποιείται ως κατώφλι για τη χειρουργική αποκατάσταση του ΑΚΑ για την πρόληψη του rAAA [51, 52].

1.4.3 Θεραπεία

Η θεραπεία του ΑΚΑ εξαρτάται από το μέγεθος του ανευρύσματος, στα μικρότερα ΑΚΑ (κάτω των 4 εκατοστών) συνιστάται συντηρητική αντιμετώπιση με απεικονίσεις ανά τακτά χρονικά διαστήματα, ενώ για τα ΑΚΑ μεγάλου μεγέθους, υποστηρίζεται ότι πρέπει να οδηγούνται σε χειρουργική επέμβαση. Διαφέρει η θεραπεία όσων βρίσκονται κάτω από την έκφυση των νεφρικών αρτηριών, μεγέθους 4 έως 5εκ. [54].

Η χειρουργική αποκατάσταση του ΑΚΑ στοχεύει στην πρόληψη των επιπλοκών και κυρίως της ρήξης του ανευρύσματος. Η επιλογή μεταξύ παρακολούθησης και χειρουργικής αντιμετώπισης ΑΚΑ βασίζεται σε παραμέτρους όπως είναι ο κίνδυνος ρήξης του ανευρύσματος, ο διεγχειρητικός κίνδυνος αποκατάστασης και το προσδόκιμο επιβίωσης του ασθενή. Δύο μεγάλες τυχαιοποιημένες μελέτες έχουν συμβάλλει σημαντικά προς την κατεύθυνση του καθορισμού των ενδείξεων χειρουργικής αντιμετώπισης της ανευρυσματικής νόσου της κοιλιακής αορτής. Αυτές συγκλίνουν στο γεγονός ότι δεν υπάρχει σημαντικό όφελος, όσον αφορά την επιβίωση της πρώιμης αποκατάστασης ΑΚΑ διαμέτρου 4 με 5,5εκ.. Φαίνεται, επομένως, ασφαλές ότι μπορεί να περιμένει κανείς μέχρι το ΑΚΑ να φτάσει τη διάμετρο των 5,5εκ. πριν προβεί στη χειρουργική αποκατάσταση, εκτός και εάν το ανεύρυσμα συνοδεύεται από ρήξη, εμφάνιση συμπτωμάτων ή εμφανίζει αύξηση της διαμέτρου μεγαλύτερη του 1εκ. ανά έτος [55].

Όσον αφορά τη χειρουργική επέμβαση υπάρχει η ανοικτή χειρουργική επέμβαση, που είναι μεγάλης βαρύτητας, με μακρά μετεγχειρητική νοσηλεία και βραδεία θεραπεία, αλλά με πολύ καλά μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Η θνητότητά κυμαίνεται από 3 έως 7% και το ποσοστό των επιπλοκών περίπου 10-15% [56].

Η χειρουργική αποκατάσταση του ΑΚΑ περιλαμβάνει α. την κλασική ανοιχτή εκτομή του ανευρύσματος και τοποθέτηση συνθετικού μοσχεύματος και β. την ενδαγγειακή αντιμετώπιση με τοποθέτηση ενδοαυλικού συνθετικού μοσχεύματος. Η διεγχειρητική θνητότητα που συνδέεται με την εκλεκτική ανοιχτή αποκατάσταση ΑΚΑ, στα περισσότερα κέντρα, είναι μικρότερη του 5%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την ανοιχτή αποκατάσταση ραγέντος ΑΚΑ ανέρχεται στο 40 με 50% [57 - 60].

Αν λάβει κανείς υπόψη ότι το 30 - 50% των ασθενών με ρήξη ΑΚΑ πεθαίνουν πριν φτάσουν στο νοσοκομείο, συμπεραίνεται ότι η συνολική θνητότητα που συνδέεται με τη ρήξη ΑΚΑ ανέρχεται στο 80 - 90% [61].

Η δεύτερη μέθοδος είναι η ενδοαυλική αντιμετώπιση EVAR, η οποία αποσκοπεί στη μείωση της βαρύτητας της ανοικτής επέμβασης και τη μείωση της νοσηρότητας και της θνητότητας, εξασφαλίζοντας μικρής διάρκειας νοσηλεία και γρήγορη κινητοποίηση [62].

Παρά τις βελτιώσεις στην περιεγχειρητική φροντίδα, η θνησιμότητα παραμένει υψηλή (περίπου 50%) μετά τη συμβατική ανοιχτή χειρουργική αποκατάσταση. Η αποκατάσταση του ενδαγγειακού ανευρύσματος (EVAR), μια ελάχιστα επεμβατική τεχνική, πιθανόν να μειώνει την πρόιμη νοσηρότητα και θνησιμότητα, σε σύγκριση με τη συμβατική ανοιχτή χειρουργική επέμβαση για προγραμματισμένη αποκατάσταση ΑΚΑ. Πιο πρόσφατα επείγουσα αποκατάσταση ενδαγγειακού ανευρύσματος (EVAR) έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία για τη θεραπεία του ρήγματος ανευρύσματος κοιλιακής αορτής, αποδεικνύοντας ότι είναι εφικτή σε επιλεγμένους ασθενείς. Ωστόσο, δεν είναι σαφές εάν το EVAR θα οδηγήσει σε σημαντικές βελτιώσεις στα αποτελέσματα για αυτούς τους ασθενείς ή εάν πράγματι μπορεί να αντικαταστήσει τη συμβατική ανοιχτή επισκευή ως την προτιμώμενη θεραπεία για αυτή τη θανατηφόρα κατάσταση. Απαιτούνται περισσότερες υψηλής ποιότητας τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές που συγκρίνουν το EVAR και την ανοιχτή αποκατάσταση για τη θεραπεία [63].

1.5. Επιδημιολογικά στοιχεία

Η ανευρυσματική νόσος της κοιλιακής αορτής αποτελεί σημαντικό πρόβλημα υγείας στη σύγχρονη εποχή και η υψηλή πιθανότητα ρήξης και θνητότητα, που συνδέονται με αυτή, την καθιστούν σημαντικό πρόβλημα υγείας [64].

Έχει σημειωθεί σημαντική αύξηση της συχνότητας ανεύρεσης ασυμπτωματικού ΑΚΑ τα τελευταία χρόνια, η οποία ερμηνεύεται με την αυξανόμενη χρήση της υπερηχοτομογραφίας και άλλων απεικονιστικών μεθόδων αλλά και με την ενημέρωση της ιατρικής κοινότητας και του γενικού πληθυσμού για τη νόσο [65].

Στους άνδρες, η νόσος ξεκινά γύρω στην ηλικία των 50 ετών και φτάνει τη μέγιστη συχνότητα στην ηλικία των 80 ετών, ενώ στις γυναίκες η νόσος εμφανίζεται αργότερα

και ακολουθεί επίσης μία προοδευτικά αυξανόμενη συχνότητα σε σχέση με την ηλικία [66, 67].

Ο στόχος μελέτης που πραγματοποιήθηκε στο Εδιμβούργο ήταν να προσδιοριστεί η συσχέτιση μεταξύ αθηροσκλήρωσης και ανευρύσματος αορτής στο γενικό πληθυσμό, και ο βαθμός στον οποίο οι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο ανευρύσματος, ανεξάρτητα από την επίδραση στην αθηροσκληρωτική νόσο. 1592 άνδρες και γυναίκες ηλικίας 55-74 ετών, αξιολογήθηκαν προοπτικά σε μια περίοδο 5 ετών. Ο κίνδυνος ανευρύσματος αορτής δεν σχετιζόταν με την αύξηση της διαστολικής αρτηριακής πίεσης ή της χοληστερόλης ορού. Βρέθηκε ότι η αθηροσκληρωτική νόσος σχετίζεται με κίνδυνο ανευρύσματος αορτής στο γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, το κάπνισμα φαίνεται να έχει άμεση επίδραση στον κίνδυνο εκδήλωσης ανευρύσματος αορτής, ανεξάρτητα από την αθηροσκλήρωση [68].

Σύμφωνα με μια συστηματική ανασκόπηση, στην οποία συμπεριλήφθηκαν συνολικά 23 προοπτικές μελέτες, παρατηρήθηκε πενταπλάσια αύξηση του κινδύνου εμφάνισης ΑΚΑ μεταξύ των τρεχόντων καπνιστών και διπλάσια αύξηση μεταξύ των πρώην καπνιστών, σε σύγκριση με αυτούς που δεν κάπνιζαν ποτέ. Παρατηρήθηκε θετική σχέση δόσης-απόκρισης μεταξύ της αυξανόμενης ποσότητας τσιγάρων που καπνίζονται ανά ημέρα και των πακέτο ανά έτη που καπνίζονται με τον κίνδυνο εμφάνισης ΑΚΑ. Επίσης, παρατηρήθηκε μειωμένος κίνδυνος με την αυξανόμενη διάρκεια διακοπής του καπνίσματος, με τον κίνδυνο μετά από 25 χρόνια διακοπής του καπνίσματος να είναι παρόμοιος με εκείνο που διατρέχουν τα άτομα που δεν κάπνισαν ποτέ. Συνεπώς, υπάρχουν ισχυρά επιχειρήματα υπέρ μιας αιτιακής σχέσης μεταξύ του καπνίσματος και των ΑΚΑ. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι τα δεδομένα αυτά παρέχουν επιπλέον υποστήριξη για παρεμβάσεις και πολιτικές για την αντιμετώπιση της παγκόσμιας επιδημίας του καπνίσματος [25].

Σε αναδρομική μελέτη που πραγματοποιήθηκε, 3,1 εκατομμυρία ασθενών συμπλήρωσαν ένα ιατρικό ερωτηματολόγιο για τον τρόπο ζωής τους και αξιολογήθηκαν με υπερηχογραφική απεικόνιση για την παρουσία ΑΚΑ με Life Line Screening, από το 2003 έως το 2008. Παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση ΑΚΑ, με αυξανόμενα χρόνια καπνίσματος και τσιγάρων, και αρνητική συσχέτιση με διακοπή του καπνίσματος. Το υπερβολικό βάρος συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο, ενώ η άσκηση και η κατανάλωση ξηρών καρπών, λαχανικών και φρούτων συσχετίστηκαν με

μειωμένο κίνδυνο. Οι μαύροι, οι Ισπανόφωνοι και οι Ασιάτες είχαν χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης ΑΚΑ από τους λευκούς και τους ιθαγενείς της Αμερικής. Επιβεβαιώθηκαν γνωστοί παράγοντες κινδύνου, συμπεριλαμβανομένου του αρσενικού φύλου, της ηλικίας, του οικογενειακού ιστορικού και των καρδιαγγειακών παθήσεων. Δημιουργήθηκε ένα προγνωστικό σύστημα βαθμολόγησης που εντοπίζει τα ανευρύσματα πιο αποτελεσματικά από τα τρέχοντα κριτήρια και περιλαμβάνει γυναίκες, μη καπνιστές και άτομα ηλικίας <65 ετών. Χρησιμοποιώντας αυτό το μοντέλο για τις εθνικές στατιστικές, για τον επιπολασμό των παραγόντων κινδύνου, υπολογίστηκαν 1,1 εκατομμύρια ασθενών με ΑΚΑ στις Ηνωμένες Πολιτείες, εκ των οποίων 569.000 ήταν ή γυναίκες, μη καπνιστών ή άτομα ηλικίας <65 ετών [43].

1.6. Προσυμπτωματικός έλεγχος του πληθυσμού για την ανίχνευση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής

Η αύξηση της συχνότητας διάγνωσης της ανευρυσματικής αορτικής νόσου τα τελευταία χρόνια και του γεγονότος ότι η ρήξη αποτελεί σημαντική αιτία θανάτου στο Δυτικό κόσμο, έχει οδηγήσει συστήματα και οργανισμούς υγείας, σε διάφορες χώρες, στον προληπτικό έλεγχο (screening) ασυμπτωματικών ΑΚΑ με υπερηχοτομογραφία της κοιλιακής αορτής σε ασθενείς υψηλού κινδύνου εμφάνισης της νόσου [67, 70, 71].

Το ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής είναι μια δυνητικά θανατηφόρα κατάσταση που επηρεάζει κυρίως ηλικιωμένους άνδρες (60 ετών και άνω). Με βάση τα στοιχεία, οι κατευθυντήριες οδηγίες για την προληπτική υγειονομική περίθαλψη συνιστούν τον έλεγχο των ηλικιωμένων ανδρών για ΑΚΑ χρησιμοποιώντας υπερήχους. Σε προσπάθειες μείωσης της θνησιμότητας ΑΚΑ μεταξύ των ανδρών, ο προσυμπτωματικός έλεγχος έχει χρησιμοποιηθεί για έγκαιρη ανίχνευση σε ορισμένες δυτικές χώρες, συμπεριλαμβανομένου του Ηνωμένου Βασιλείου και της Σουηδίας [69].

Το όφελος αυτό αναδεικνύεται καλύτερα στη μεγαλύτερη από τις μελέτες αυτές (Multicentre Aneurysm Screening Study-MASS), η οποία εξέτασε 67.800 ασθενείς και διαπίστωσε μείωση του κινδύνου θανάτου από ΑΚΑ κατά 42% [70].

Τέσσερις μεγάλες τυχαιοποιημένες δοκιμές ελέγχου (RCT) έχουν αξιολογήσει τα αποτελέσματα του εφάπαξ ελέγχου για ΑΚΑ με υπερηχογράφημα σε ασυμπτωματικούς άνδρες, ηλικίας 65 ετών και άνω. Και οι τέσσερις δοκιμές εμφάνισαν χαμηλότερη θνησιμότητα ΑΚΑ, επίπτωση rAA, επείγουσες επεμβάσεις αποκατάστασης και μετεγχειρητική θνησιμότητα 30 ημερών σε ομάδες παρέμβασης που εξετάστηκαν για

ΑΑΑ σε σύγκριση με μελέτες που δεν εξετάστηκαν για ΑΚΑ [71 - 74]. Μια μετα-ανάλυση των RCT με βάση τον πληθυσμό υπολόγισε ότι η πρόσκληση ανδρών 65 ετών και άνω σε προληπτικό έλεγχο συσχετίστηκε με μειωμένη θνησιμότητα που σχετίζεται με ΑΚΑ και ρήξεις που σχετίζονται με ΑΚΑ σε διάστημα 12-15 ετών [75]. Με βάση τα ευρήματα μιας RCT που συνέκρινε επίσης τον προσυμπτωματικό έλεγχο ΑΚΑ σε γυναίκες, πολλές διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες υποστηρίζουν τον έλεγχο ΑΑΑ μόνο για άνδρες [76,74]. Οι ομάδες προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης από χώρες όπως ο Καναδάς και οι Ηνωμένες Πολιτείες εξέδωσαν συστάσεις σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο για άνδρες ΑΚΑ. Η Καναδική Ομάδα Εργασίας για την Προληπτική Υγειονομική Φροντίδα συνέστησε εφάπαξ προσυμπτωματικό έλεγχο με χρήση υπερήχων για άνδρες ηλικίας 65–80 ετών για ΑΚΑ [77]. Η Ειδική Ομάδα Προληπτικών Υπηρεσιών των ΗΠΑ συνέστησε εφάπαξ έλεγχο ΑΚΑ με χρήση υπερήχων για άνδρες ηλικίας 65-75 ετών που έχουν καπνίσει τουλάχιστον 100 τσιγάρα στη ζωή τους [77, 52].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

2. Ο ρόλος του καπνίσματος στην εμφάνιση ΑΚΑ και η σχέση του με τις εκβάσεις της νόσου

Το κάπνισμα αποτελεί σε διεθνές επίπεδο, ένα ζήτημα δημόσιας υγείας που απασχολεί τις κοινωνίες και τις κυβερνήσεις. Ήδη από προηγούμενες δεκαετίες αναγνωρίστηκε η τοξικότητα ουσιών του καπνού και η εξάρτηση που προκαλεί, καθώς και η συσχέτιση του καπνού με πολλές ασθένειες [78].

Υπολογίζεται ότι κατά τη διάρκεια του 20ού αιώνα, το κάπνισμα ενοχοποιείται παγκοσμίως για το θάνατο περίπου 100 εκατομμυρίων ανθρώπων και οι περισσότεροι εξ αυτών ζούσαν στις ανεπτυγμένες χώρες [79].

Ενώ αρχικά είχαν διαπιστωθεί περισσότεροι καπνιστές στις χώρες υψηλού εισοδήματος, αυτό σταδιακά αλλάζει και παρατηρείται αύξηση των καπνιστών στις χώρες χαμηλού έως μεσαίου εισοδήματος, με μελλοντική πρόβλεψη ότι τον 21^ο αιώνα θα μπορούσαν να πεθάνουν εξαιτίας του καπνίσματος ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι [80, 81].

Η χρήση προϊόντων καπνού έχει συνδεθεί με σοβαρές υγειονομικές επιπτώσεις. Μελέτη αναφέρει ότι το 2017 περισσότερα από 8 εκατομμύρια άνθρωποι πέθαναν πρόωρα, εξαιτίας του καπνίσματος [82].

Επιπλέον, το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα πρόωρου θανάτου από καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνο του πνεύμονα [83, 84, 85, 86, 87, 88] και συμβάλλει στην εκδήλωση διαταραχών και σε άλλα συστήματα του οργανισμού, όπως στο πεπτικό, μυοσκελετικό, νευρικό και επηρεάζει το ανοσοποιητικό καταστρέφοντάς το [89]. Σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς [90, 91], οι καπνιστές, συγκριτικά με τους μη καπνιστές, αναφέρουν σημαντικά χαμηλότερη σωματική υγεία και ποιότητα ζωής.

Το κάπνισμα αποτελεί έναν καθιερωμένο παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο και αναπνευστικές παθήσεις και η διακοπή του τονίζεται ως κρίσιμο μέτρο προστασίας της δημόσιας υγείας, όπως ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, για τον έλεγχο του καπνίσματος [92, 93].

Το κάπνισμα επιδρά και στην υγεία των παθητικών καπνιστών. ο κίνδυνος εκδήλωσης καρκίνου του πνεύμονα και καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι αυξημένος σε ποσοστό 20-30% και 25-30%, αντίστοιχα, σε σχέση με τους μη καπνιστές [94].

Έχει αναφερθεί σε μελέτες ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης ΑΚΑ καθορίζεται από τη διάρκεια έκθεσης σε καπνό και όχι από το επίπεδο έκθεσης. Η επίδραση της ποσότητας του καπνίσματος δεν υφίσταται, όταν αξιολογήθηκε η διάρκεια του καπνίσματος, σε άντρες άνω των 50 ετών. Η αργή μείωση του κινδύνου, μετά τη διακοπή του καπνίσματος υποδηλώνει ότι τη σημασία του καπνίσματος στην εμφάνιση ΑΚΑ 65.

Μελέτες έχουν αποκαλύψει θετική συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και του κινδύνου των περισσότερων καρδιαγγειακών παθήσεων [95-97], καθώς και παθήσεων της αορτής [98- 102]. Η διακοπή του καπνίσματος αναφέρθηκε ότι μειώνει τον κίνδυνο ΣΝ, εγκεφαλικού [95] και ανευρύσματος αορτής [100-102]. Η διακοπή του καπνίσματος αναφέρθηκε ότι μειώνει τον κίνδυνο ΣΝ, εγκεφαλικού επεισοδίου [95] και ανευρύσματος αορτής [100-102], αν και μόνο μερικές από τις μελέτες διερεύνησαν την επίδραση του ενεργού καπνίσματος ή της διακοπής του καπνίσματος στον διαχωρισμό της αορτής και επικεντρώνονται κυρίως στον δυτικό πληθυσμό [98, 99].

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ιαπωνία, 110.585 άτομα ηλικίας 40 έως 79 ετών, 46.395 άνδρες και 64.190 γυναίκες, από 45 περιοχές της Ιαπωνίας εγγράφηκαν. Τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν ένα έγκυρο ερωτηματολόγιο σχετικά με το ατομικό ιατρικό ιστορικό τους, συμπεριλαμβανομένων σοβαρών καρδιαγγειακών παθήσεων, σακχαρώδη διαβήτη και καρκίνου, κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία και τρόπο ζωής, συμπεριλαμβανομένης της καπνιστικής συμπεριφοράς [103].

Το κάπνισμα κατηγοριοποιήθηκε αναλόγως σε ομάδες μη καπνιστών ποτέ, πρώην καπνιστών και νυν καπνιστών, με κατανάλωση <15 , $15-24$, ≥ 25 τσιγάρα την ημέρα, αντίστοιχα. Η σωρευτική έκθεση στα τσιγάρα μετρήθηκε με τον δείκτη πακέτου-έτος, ο οποίος είναι μονάδα που υπολογίζεται χρησιμοποιώντας τον ακόλουθο τύπο: πακέτο-έτη=αριθμός τσιγάρων που καπνίζονται ανά ημέρα/20 (1 πακέτο)×χρόνια που κάπνισε κάποιος [104].

Οι πληροφορίες για τις συμμεταβλητές εξήχθησαν από έγκυρες απαντήσεις στο αυτοαναφερόμενο ερωτηματολόγιο σχετικά με το ιστορικό και τα φάρμακα υπέρτασης και σακχαρώδη διαβήτη, την κατάσταση εκπαίδευσης και απασχόλησης, τον τρόπο

ζωής που περιλαμβάνει το ποτό, το περπάτημα, τη συμπεριφορά άσκησης και το αντιληπτό ψυχικό στρες κατά την έναρξη. Ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) υπολογίστηκε χρησιμοποιώντας αναφερόμενο ύψος και βάρος ($\Delta\text{Μ}\Sigma = \frac{\text{βάρος (kg)}}{[\text{ύψος (m)}]^2}$) [105].

Παρατηρήθηκε σημαντικά υψηλότερη θνησιμότητα από αορτική βλάβη και ανεύρυσμα που σχετίζεται με το ενεργό κάπνισμα τσιγάρων. Βρέθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στη δόση - απόκριση για αθροιστική έκθεση σε τσιγάρα και την αορτική ανατομή και το θάνατο από ανεύρυσμα. Από την άλλη, βρέθηκε μια αντίστροφη σχέση δόσης-απόκρισης μεταξύ της διακοπής του καπνίσματος και του ολικού αορτικού θανάτου, μέσω της οποίας τουλάχιστον 10 χρόνια διακοπής οδήγησαν στη μείωση του κινδύνου θνησιμότητας [103].

Αν και πολλές μελέτες διερεύνησαν διεξοδικά και αποκάλυψαν ότι το ενεργό κάπνισμα τσιγάρων είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τα ανευρύσματα της αορτής, λίγες έχουν επικεντρωθεί στην αορτική ανατομή. Διαπιστώθηκε ότι το ενεργό κάπνισμα αύξησε πολύ τον κίνδυνο θνησιμότητας από ανατομή της αορτής, γεγονός που ενισχύει το εύρημα από μια μελέτη περιπτώσεων ελέγχου μεταξύ Ιαπώνων που ανέφερε θετική συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και της αορτικής ανατομής [106].

Ωστόσο, δεν εντοπίστηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της διακοπής του καπνίσματος και της θνησιμότητας από ανατομή της αορτής. Η αναφερθείσα μελέτη βρήκε μια σχετικά ισχυρότερη επίδραση του τρέχοντος καπνίσματος στη θνησιμότητα της αορτής, σε σύγκριση με τη ΣΝ ή τον συνολικό καρδιαγγειακό κίνδυνο που δημοσιεύτηκε προηγουμένως. Συμπερασματικά, στην παραπάνω έρευνα, το κάπνισμα τσιγάρων συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας από παθήσεις της αορτής, ενώ η διακοπή του καπνίσματος με μειωμένο κίνδυνο στον ιαπωνικό πληθυσμό [103].

Σε μια μεγάλης κλίμακας 20ετή προοπτική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 14889 άτομα, παρατηρήθηκαν 567 περιστατικά ΑΚΑ. Ο συντελεστής περιστατικών του ΑΚΑ ήταν 5,98 ανά 1.000 καπνιστές αρσενικού φύλου και 2,65 ανά 1.000 καπνιστές θηλυκού φύλου. Τα πακέτο-έτη συσχετίστηκαν σημαντικά με τη διάγνωση ΑΚΑ για εκείνους που κάπνιζαν ≥ 40 πακέτο-έτη έναντι των μη καπνιστών και η συσχέτιση ήταν πιο ισχυρή στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες. Επιπροσθέτως, η διάρκεια και η ένταση του καπνίσματος έδειξαν σημαντικές συσχετίσεις με το ΑΚΑ, ενώ η διακοπή του

καπνίσματος επέδειξε μια κλιμακούμενη συσχέτιση με μειωμένο κίνδυνο ΑΚΑ και στα δύο φύλα. Παρόλα αυτά ο σημαντικά αυξημένος κίνδυνος διατηρήθηκε για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στους άνδρες (έως και 40 χρόνια μετά τη διακοπή) από ό,τι στις γυναίκες (έως 30 χρόνια μετά τη διακοπή) [107].

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ (B)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ / ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.1 Ερευνητικά ερωτήματα

Στο κεφάλαιο του σχεδιασμού και της μεθοδολογίας της έρευνας θα επιχειρηθεί η περιγραφή του τρόπου διεξαγωγής της μελέτης, έτσι ώστε να δοθεί πληροφορία για την παρούσα έρευνα και να μπορεί να αξιολογηθεί η καταλληλότητα της μεθόδου και η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων [108].

Πρόκειται για μια ποσοτική συγχρονική μελέτη, με χρήση δομημένων ερωτηματολογίων.

Το προς διερεύνηση θέμα ήταν η διερεύνηση της πρόθεσης διακοπής του καπνίσματος των ασθενών με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, σε άτομα τα οποία έχουν διαγνωστεί με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής και προσήλθαν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του πανεπιστημιακού γενικού νοσοκομείου Λάρισας. Ως εργαλείο συλλογής δεδομένων προκρίθηκε ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 3 ενότητες: α. έντυπο καταγραφής κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών, β. το τεστ εξάρτησής από νικοτίνη Fagerström [109, 110] και γ. 3. το ερωτηματολόγιο πρόθεσης διακοπής καπνίσματος των Koulirakis, Bakola & Zagorianakou [111].

Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα που καλείται να απαντήσει η παρούσα μελέτη είναι τα εξής:

1. Ποιος ο βαθμός εξάρτησης των ασθενών από νικοτίνη;
2. Ποιος ο βαθμός πρόθεσης των ασθενών για διακοπή του καπνίσματος;
3. Ποια είναι η αντίληψη των ασθενών σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος;
4. Υπάρχει σχέση μεταξύ πρόθεσης διακοπής καπνίσματος με τις γνώσεις των ασθενών για την συνέπειες του καπνίσματος;
5. Υπάρχει σχέση μεταξύ των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών και του βαθμού εξάρτησης από νικοτίνη;
6. Υπάρχει σχέση μεταξύ των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών και της πρόθεσης διακοπής του καπνίσματος;

7. Υπάρχει σχέση μεταξύ του βαθμού εξάρτησης από νικοτίνη και της πρόθεσης διακοπής του καπνίσματος;

1.2 Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Η πρόθεση διακοπής του καπνίσματος των ασθενών με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής επιχειρείται με έρευνα, μέσω του προαναφερθέντος ερωτηματολογίου.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 3 ενότητες :

1. Ειδικά σχεδιασμένο έντυπο καταγραφής κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών, καθώς επίσης και ερωτήσεις που αφορούν τις γνώσεις που έχουν οι συμμετέχοντες για τις συνέπειες του καπνίσματος.
2. Το τεστ εξάρτησής από νικοτίνη Fagerström [108, 109], όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Πρόκειται για ένα εργαλείο αυτοαναφοράς έξι ερωτήσεων, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές μελέτες, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό. Περιέχει ερωτήσεις όπως «Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;», «Ποιο τσιγάρο σας φαίνεται το πιο απαραίτητο;» κ.α. Το ερωτηματολόγιο παρέχει ένα γενικό σκορ, του οποίου οι υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν υψηλότερη εξάρτηση από τη νικοτίνη.
3. Το ερωτηματολόγιο πρόθεσης διακοπής καπνίσματος των Koulirakis, Bakola και Zagorianakou [111]. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη αποτελούνταν από 20 ερωτήσεις, οι οποίες αξιολογούσαν την πρόθεση και τους παράγοντες που επηρεάζουν τη διακοπή του καπνίσματος, βασιζόμενες στη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Οι ερωτήσεις κάλυπταν τους παρακάτω παράγοντες:
 - α. Πρόθεση. Αποτυπώνεται με τέσσερις ερωτήσεις, οι οποίες αναφέρονται στην αποφασιστικότητα του ατόμου να διακόψει το κάπνισμα για ένα καθορισμένο χρονικό διάστημα.
 - β. Στάσεις απέναντι στη διακοπή του καπνίσματος. Αξιολογούν τη γενική θετική ή αρνητική στάση του ατόμου προς τη διακοπή του καπνίσματος.
 - γ. Υποκειμενικοί κανόνες συμπεριφοράς. Καταγράφονται οι πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με το πώς η γνώμη σημαντικών ατόμων στο περιβάλλον του θα επηρεάσει την απόφασή του να διακόψει το κάπνισμα.

δ. Αντιληπτός Έλεγχος Συμπεριφοράς: Καταγράφεται η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου σχετικά με το βαθμό ελέγχου που διαθέτει επί της διακοπής του καπνίσματος.

Κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου απαντάται σε μια επταβαθμία κλίμακα εκτεινόμενη από «Συμφωνώ απόλυτα» έως «Διαφωνώ απόλυτα», με σκοπό τη μέτρηση των προθέσεων και των αντιλήψεων του ατόμου σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ).

1.3 Τρόπος συλλογής στοιχείων

α. Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο πρόθεσης διακοπής καπνίσματος [111].

β. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου επιλέχτηκε η μέθοδος της προσωπικής συνέντευξης και των συμμετεχόντων, κατά τη διάρκεια της συνέντευξης και καταγραφή των αποτελεσμάτων στα αντίστοιχα πεδία.

1.4 Ηθική και δεοντολογία

Για τη διενέργεια της παρούσας έρευνας κρίθηκε απαραίτητη η έγκριση του Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου Λάρισας, καθώς και όλων των αρμόδιων φορέων. Τηρήθηκαν όλες οι αρχές δεοντολογίας και προστασίας των προσωπικών δεδομένων.

1.5 Πληθυσμός της μελέτης

Το δείγμα αποτέλεσαν ασθενείς διαγνωσμένοι με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής. Κατά τη διάρκεια της προσέλευσής τους στα Εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου Λάρισας συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο από την ερευνήτρια, με τη μορφή της προσωπικής συνέντευξης και τη συγκατάθεση του συμμετέχοντα. Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, επιλέχτηκαν σύμφωνα με συγκεκριμένα κριτήρια.

ΠΙΝΑΚΑΣ₁: ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Διάγνωση με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής

Εξέταση στα Εξωτερικά Ιατρεία του νοσοκομείου, τη δεδομένη στιγμή

Ασθενής που παρακολουθείται από την Αγγειοχειρουργική κλινική

1.6 Η επεξεργασία των στοιχείων

Για την επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας επιλέχτηκε η στατιστική ανάλυση μέσω SPSS (Statistical package for social sciences, version 23.0). Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, κωδικοποιήθηκαν και εισήχθησαν στο SPSS. Οι περισσότερες ερωτήσεις ήταν κλειστές – άρα εύκολες στην κωδικοποίηση-. Πιο συγκεκριμένα, στην περιγραφική ανάλυση έγινε χρήση ποσοστών για την ανάλυση, τα οποία παρουσιάστηκαν μέσω κατάλληλων πινάκων. Για τη χρήση του προγράμματος, τα στοιχεία που προέρχονταν από κάθε έντυπο και για κάθε ασθενή ξεχωριστά, κωδικοποιήθηκαν, προκειμένου να προκύψουν αποτελέσματα, για το σύνολο των ατόμων.

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση, με την εφαρμογή μη παραμετρικών μεθόδων, καθώς και γενικευμένων γραμμικών μοντέλων. Η περιγραφική ανάλυση περιλαμβάνει την απόλυτη και τη σχετική (%) συχνότητα για τις ποιοτικές μεταβλητές, καθώς και τις παραμέτρους θέσης (μέση τιμή, διάμεσος τιμή) και διασποράς (ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, τυπική απόκλιση, ενδοτεταρτημοριακό εύρος) για τις ποσοτικές μεταβλητές.

Η επαγωγική ανάλυση για τον έλεγχο των συσχετίσεων πραγματοποιήθηκε με μη παραμετρικές (Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis- H test, Spearman's correlation coefficient, chi-square test) δοκιμασίες σύμφωνα με το είδος και τον έλεγχο κανονικότητας των μεταβλητών [81]. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίζεται στο 5% ($p\text{-value} < 0,05$), με αμφίπλευρο έλεγχο.

1.7 Περιορισμοί της έρευνας

Κατά τη διάρκεια αυτής της μελέτης, υπήρξαν αρκετά εμπόδια σχετικά με τη συμμετοχή στην απάντηση / συμπλήρωση του Ερωτηματολογίου. Η ανεύρεση ασθενών με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής και κάπνισμα απαιτούσε περισσότερο χρόνο και οδήγησε σε μικρότερο δείγμα. Το μέγεθος του δείγματος της μελέτης είναι σχετικά περιορισμένο, γεγονός που υποδηλώνει ότι τα ευρήματα δεν μπορούν να επεκταθούν σε μεγαλύτερο πληθυσμό. Επιπλέον, η συμμετοχή μόνο αντρών στο δείγμα θα μπορούσε να οδηγήσει σε ένα μη αντιπροσωπευτικό δείγμα. Ωστόσο, αυτή η μελέτη αντιπροσωπεύει μια προσπάθεια διερεύνησης της αντίληψης των ασθενών με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής για το ρόλο του καπνίσματος με σκοπό την αφύπνιση των ασθενών και τη δημιουργία στοχευμένων παρεμβάσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ / ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2.1. Περιγραφή του δείγματος / Χαρακτηριστικά

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν συνολικά 61 άντρες διαγνωσμένοι με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, ηλικίας από 56 έως 81 ετών, που εξετάστηκαν στα Εξωτερικά Ιατρεία του νοσοκομείου Λάρισας, από το Δεκέμβριο του 2023 ως και το Φεβρουάριο του 2024. Από το σύνολο του δείγματος, ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν τα 68.8 χρόνια (Πίνακας₂).

ΠΙΝΑΚΑΣ₂: ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Μεταβλητή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ηλικία	68,80	4,7

Ο τόπος διαμονής των συμμετεχόντων περιλάμβανε αγροτικές, ημιαστικές και αστικές περιοχές, με προβάδισμα των αγροτικών περιοχών, σε ποσοστό 42.6% (Πίνακας₃).

ΠΙΝΑΚΑΣ₃: ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΠΟΣΟΣΤΟ %

Αγροτικές περιοχές	26	42.6
Ημιαστικές περιοχές	12	19.7
Αστικές περιοχές	23	37.7

Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, η πλειονότητα (68.9%) (Πίνακας₄) ανέφερε ότι ήταν έγγαμη, με μέση τιμή αριθμού τέκνων 1.6.

ΠΙΝΑΚΑΣ₄: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ / ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΕΚΝΩΝ

Μεταβλητές	Συχνότητα	Ποσοστό %
Άγαμος/η	8	30
Έγγαμος/η	42	52
Διαζευγμένος/η	8	12
Χήρος/α	3	2

Στην ερώτηση «μένετε μόνοι», 35 απάντησαν όχι, σε ποσοστό 57.4% του δείγματος και 26 άτομα απάντησαν ναι, ποσοστό 42.6%.

Διερευνώντας το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων στην έρευνα, το μεγαλύτερο ποσοστό, 36.1% (22 άτομα) συγκέντρωσε η απάντηση που έδωσαν οι ερωτώμενοι ότι είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (Πίνακας₅).

ΠΙΝΑΚΑΣ₅: ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Μεταβλητές	Συχνότητα	Ποσοστό %
Αναλφάβητος	14	23
Απόφοιτος Δημοτικού	12	19.7
Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου	13	21.3
Απόφοιτος ΤΕΙ/ΑΕΙ	22	36.1

Αξίζει να σημειωθεί ότι στην ερώτηση της επαγγελματικής κατάστασης, η πιο συχνή απάντηση των ερωτηθέντων ήταν «συνταξιούχος», σε ποσοστό 77% (Πίνακας₆).

ΠΙΝΑΚΑΣ₆: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Μεταβλητές	Συχνότητα	Ποσοστό %
Άνεργος	4	6.6
Αυτοαπασχολούμενος	5	8.2
Ιδιωτικός υπάλληλος	5	8.2
Συνταξιούχος	47	77

Στην ερώτηση «αντιμετωπίζετε και κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας» η συχνότερη απάντηση ήταν ναι, σε ποσοστό 78%, με πιο συχνή τη συνύπαρξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής με αυξημένη αρτηριακή πίεση, σε ποσοστό 47.3%, σε σχέση με τις υπόλοιπες αναφερόμενες νόσους (Πίνακας₇).

ΠΙΝΑΚΑΣ₇: ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

	Μεταβλητές	Συχνότητα	Ποσοστό %
Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής	ΑΠ	18	47.3
	BYPASS	4	10.5
	CA	3	7.9
	ΣΔ	10	26.3
	ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ	3	7.9

Στην ερώτηση «Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για θάνατο από παθήσεις της καρδιάς και των αγγείων;», 45 ερωτηθέντες, ποσοστό 73.8% απάντησαν ναι.

2.2 Γνώσεις για τις συνέπειες του καπνίσματος

Στην ερώτηση «Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την εμφάνιση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής καθώς και για την αύξηση του μεγέθους αυτού που μπορεί να οδηγήσει στην ρήξη και τον θάνατο;» 34 άτομα, ποσοστό 55.7% απάντησαν ναι.

Στην ερώτηση «Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για απόφραξη των αρτηριών στα πόδια που μπορεί να οδηγήσει και σε ακρωτηριασμό του ποδιού;» η πιο συχνή απάντηση ήταν όχι, σε ποσοστό 59%.

Στην ερώτηση «Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για απόφραξη των καρωτίδων και πρόκληση εγκεφαλικού επεισοδίου που μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμη αναπηρία ή και θάνατο;» η συχνότερη απάντηση ήταν ναι, σε ποσοστό 59%.

Στην ερώτηση «Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για απόφραξη των καρωτίδων και πρόκληση εγκεφαλικού επεισοδίου που μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμη αναπηρία ή και θάνατο;» το 98% των συμμετεχόντων απάντησε ναι.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα, όταν ρωτήθηκαν αν έχουν προσπαθήσει να διακόψουν το κάπνισμα στο παρελθόν, απάντησαν πιο συχνά ναι (32 άτομα), σε ποσοστό 52.5%,

με μικρή διαφορά με όσους απάντησαν όχι (29 άτομα), ποσοστό 47.5%. Στην ερώτηση «Πόσο πιθανό είναι να απευθυνθείτε σε ένα ιατρείο διακοπής καπνίσματος τους επόμενους 6 μήνες», με minimum 1 και maximum 7, η μέση τιμή ήταν 5.25, με τυπική απόκλιση 2.1.

2.3 Επίπεδο δραστηριότητας

Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να σημειώσουν την πρόταση που περιγράφει καλύτερα το τρέχον επίπεδο δραστηριότητάς τους, ανάμεσα σε 5 επιλογές. Η πιο συχνή απάντηση, σε ποσοστό 47.5% ήταν «Απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι λιγότερο από το 50% της ημέρας» (Πίνακας₈).

ΠΙΝΑΚΑΣ₈: ΕΠΙΠΕΔΟ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

	Μεταβλητές	Συχνότητα	Ποσοστό %
Σημειώστε την πρόταση που περιγράφει καλύτερα το τρέχον επίπεδο δραστηριότητάς σας	0. Κανονική δραστηριότητα, χωρίς συμπτώματα	9	14.8
	1. Μερικά συμπτώματα, αλλά δεν απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι κατά το διάστημα της ημέρας	13	21.3
	2. Απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι λιγότερο από το 50% της ημέρας	29	47.5
	3. Απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι περισσότερο από το 50% της ημέρας	9	14.8
	4. Αδυνατώ να σηκωθώ από το κρεβάτι	1	1.6

2.4 Πρόθεση και παράγοντες επίδρασης της διακοπής του καπνίσματος

Διερευνώντας συχνότητες της Κλίμακας Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς για τη διακοπή καπνίσματος, οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν πως το να

διακόψουν το κάπνισμα θα είναι απολύτως καλό σε ποσοστό 82%, απολύτως ωφέλιμο σε ποσοστό 85,2%, απολύτως έξυπνο σε ποσοστό 77%, απολύτως απαραίτητο σε ποσοστό 75.4%, απολύτως χρήσιμο σε ποσοστό 75.4% και απολύτως δυσάρεστο σε ποσοστό 62.3% (Πίνακας₉).

ΠΙΝΑΚΑΣ₉: ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΠΡΟΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

1. Το να διακόψω το κάπνισμα είναι για μένα:								
Απολύτως κακό	1	2	3	4	5	6	7	Απολύτως καλό
	-	-	5(8,2%)	6(9,8%)			50 (82%)	
Απολύτως ωφέλιμο	7	6	5	4	3	2	1	Απολύτως ανώφελο
	52(85,2%)		2(3,3%)	7(11,4%)	-	-	-	
Απολύτως ανόητο	1	2	3	4	5	6	7	Απολύτως έξυπνο
	5(8,2%)	-	-	7(11,5%)	2(3,3%)	-	4(77%)	
Απολύτως απαραίτητο	7	6	5	4	3	2	1	Απολύτως μη απαραίτητο
	46(75,4%)	1(1,6%)	-	8(13,1%)	2(3,3)	-	4(6,6%)	
Απολύτως άχρηστο	1	2	3	4	5	6	7	Απολύτως χρήσιμο
	7(11,5%)	-	2(3,3%)	6(9,8%)	-	-	46(75,4%)	
Απολύτως ευχάριστο	7	6	5	4	3	2	1	Απολύτως δυσάρεστο
	9(14,8%)			12(19,7%)	2(3,3%)	-	38(62,3%)	
	48(78,1%)			6(9,8%)			7(11,5)	

Ακολουθεί συγκεντρωτικός πίνακας με τους υποκειμενικούς κανόνες συμπεριφοράς, τους παράγοντες δηλαδή επίδρασης από το κοινωνικό περιβάλλον, για διακοπή του καπνίσματος (Πίνακας₁₀).

ΠΙΝΑΚΑΣ₁₀: ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Πολλά άτομα σημαντικά για μένα θα σταματούσαν να καπνίζουν.

Εξαιρετικά πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Εξαιρετικά απίθανο
	2 (3,3%)	5(8,2%)		6(9,8)		5(8,2%)	43(70,5%)	

Πολλά άτομα των οποίων την άποψη εκτιμώ (π.χ. φίλοι, γονείς, παιδιά) θα ενέκριναν την αποχή μου από το κάπνισμα.

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
	43(70,5%)			8(13,1%)			10(16,4%)	

Πολλά σημαντικά στη ζωή μου άτομα πιστεύουν ότι πρέπει να κόψω το κάπνισμα.

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
	48(78,1%)			6(9,8%)			7(11,5)	

Ο γιατρός μου πιστεύει ότι είναι απαραίτητο να κόψω το κάπνισμα.

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
	59(96,7%)						2(3,3%)	

Θέλω να ακολουθήσω τη συμβουλή/επιθυμία των δικών μου ανθρώπων (φίλων, οικογένειας) να κόψω το κάπνισμα.

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
	44(72,1%)		1(1,6%)	11(18%)			5(8,2%)	

Αναλυτικότερα, η πρόταση «Πολλά άτομα σημαντικά για μένα θα σταματούσαν να καπνίζουν» χαρακτηρίστηκε, σύμφωνα με τις επιλογές του ερωτηματολογίου της παρούσας έρευνας, εξαιρετικά απίθανη, σε ποσοστό 70.5%, που ήταν και το μεγαλύτερο ποσοστό (Πίνακας₁₁).

ΠΙΝΑΚΑΣ₁₁: «ΠΟΛΛΑ ΑΤΟΜΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΓΙΑ ΜΕΝΑ ΘΑ ΣΤΑΜΑΤΟΥΣΑΝ ΝΑ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ»

Εξαιρετικά πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Εξαιρετικά απίθανο
	2 (3,3%)	5(8,2%)		6(9,8)	5(8,2%)		43(70,5%)	

Ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να προσδιορίσουν το βαθμό που συμφωνούν με την παρακάτω πρόταση: «Πολλά άτομα των οποίων την άποψη εκτιμώ (π.χ. φίλοι, γονείς, παιδιά) θα ενέκριναν την αποχή μου από το κάπνισμα». Απάντησαν 43 άτομα, ποσοστό 70.5%, ότι συμφωνούν απόλυτα και ισχύει η παραπάνω πρόταση, η οποία και επιλέχτηκε περισσότερο από τις υπόλοιπες (Πίνακας₁₂).

ΠΙΝΑΚΑΣ₁₂: «ΠΟΛΛΑ ΑΤΟΜΑ ΤΩΝ ΟΠΟΙΩΝ ΤΗΝ ΑΠΟΨΗ ΕΚΤΙΜΩ (Π.Χ. ΦΙΛΟΙ, ΓΟΝΕΙΣ, ΠΑΙΔΙΑ) ΘΑ ΕΝΕΚΡΙΝΑΝ ΤΗΝ ΑΠΟΧΗ ΜΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ»

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
	43(70,5%)			8(13,1%)			10(16,4%)	

Στην πρόταση «Πολλά σημαντικά στη ζωή μου άτομα πιστεύουν ότι πρέπει να κόψω το κάπνισμα» συμφώνησαν απόλυτα 48 άτομα (78.1%) και ήταν η επικρατέστερη απάντηση (Πίνακας₁₃).

ΠΙΝΑΚΑΣ₁₃: «ΠΟΛΛΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΣΤΗ ΖΩΗ ΜΟΥ ΑΤΟΜΑ ΠΙΣΤΕΥΟΥΝ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΟΨΩ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ»

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
	48(78,1%)			6(9,8%)			7(11,5)	

Με την πρόταση «Ο γιατρός μου πιστεύει ότι είναι απαραίτητο να κόψω το κάπνισμα» συμφώνησαν απόλυτα 59 άτομα, συμπληρώνοντας ποσοστό 96.7% (Πίνακας₁₄).

ΠΙΝΑΚΑΣ₁₄: «Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΜΟΥ ΠΙΣΤΕΥΕΙ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΝΑ ΚΟΨΩ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ»

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
	59(96,7%)						2(3,3%)	

Με την πρόταση «Θέλω να ακολουθήσω τη συμβουλή/επιθυμία των δικών μου ανθρώπων (φίλων, οικογένειας) να κόψω το κάπνισμα» συμφώνησαν απόλυτα 44 συμμετέχοντες, ποσοστό 72,1% (Πίνακας₁₅).

ΠΙΝΑΚΑΣ₁₅: «ΘΕΛΩ ΝΑ ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΩ ΤΗ ΣΥΜΒΟΥΛΗ / ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΤΩΝ ΔΙΚΩΝ ΜΟΥ ΑΝΘΡΩΠΩΝ (ΦΙΛΩΝ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ) ΝΑ ΚΟΨΩ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ»

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
	44(72,1%)		1(1,6%)	11(18%)			5(8,2%)	

Ακολουθεί συγκεντρωτικός πίνακας με τον αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς του ατόμου, σε σχέση με τη διακοπή του καπνίσματος (Πίνακας₁₆) και στη συνέχεια αναλυτικά η κάθε δήλωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ₁₆: ΑΝΤΙΛΗΠΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Είμαι αποφασισμένος/η να κόψω το κάπνισμα για 6 μήνες

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
	24(39,3%)			24(39,3%)			13(21,3%)	

Η απόφαση να κόψω το κάπνισμα είναι πέρα από τον έλεγχό μου.

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
	20(32,8%)	2(3,3%)	5(8,2%)	25(41%)			9(14,8%)	

Θα προσπαθήσω να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες.

Συμφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ

απόλυτα	25(41%)		5(8.1%)	14(23%)			17(27.9%)	απόλυτα
---------	---------	--	---------	---------	--	--	-----------	---------

Αν το ήθελα θα μπορούσα να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες.

Συμφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ
απόλυτα	19(31,1%)		11(18%)	26(42.6%)	2(3,3)	1(1,6%)	2(3,3%)	απόλυτα

Είναι πιθανό να κόψω το τσιγάρο για 6 μήνες.

Εξαιρετικά πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Εξαιρετικά απίθανο
	17(27,9%)	2(3,3%)		22(36,1)	4(6,6%)	7(11,5%)	9(14,8%)	

Η διακοπή καπνίσματος εξαρτάται αποκλειστικά από εμένα

Συμφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ
απόλυτα	52(85,2%)		1(1,6%)	4(6,6%)		2(3,3%)	29(3,3%)	απόλυτα

Για εμένα, η διακοπή καπνίσματος είναι πάρα πολύ εύκολη.

Συμφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ
απόλυτα	2(3,3%)		1(1,6%)	8(13,1%)		2(3,3%)	48(78,7%)	απόλυτα

Σκοπεύω να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες.

Συμφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ
απόλυτα	31(50,8%)		1(1,6%)	19(31,1%)		2(3,3%)	8(13,1%)	απόλυτα

Είμαι πεπεισμένος-η / σίγουρος-η ότι θα κόψω το κάπνισμα

Συμφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ
απόλυτα	10(16.4%)	1(1,6%)	3(4,9%)	37(60,7%)	1(1,6%)	2(3,3%)	7(11,5%)	απόλυτα

Αναλυτικότερα, με την πρόταση «Είμαι αποφασισμένος/η να κόψω το κάπνισμα για 6 μήνες» συμφώνησαν απόλυτα 24 άτομα (39,3%), όσα ακριβώς συμφώνησαν στην κλίμακα (από 1 ως 7) στον αριθμό 4 (Πίνακας₁₇).

ΠΙΝΑΚΑΣ₁₇: «ΕΙΜΑΙ ΑΠΟΦΑΣΙΣΜΕΝΟΣ/Η ΝΑ ΚΟΨΩ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΓΙΑ 6 ΜΗΝΕΣ»

Συμφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ
απόλυτα	24(39,3%)			24(39,3%)			13(21,3%)	απόλυτα

Με την πρόταση «Η απόφαση να κόψω το κάπνισμα είναι πέρα από τον έλεγχό μου» συμφώνησαν απόλυτα 20 άτομα (32,8%), μην συμπληρώνοντας την πλειοψηφία του δείγματος (Πίνακας₁₈).

ΠΙΝΑΚΑΣ₁₈: «Η ΑΠΟΦΑΣΗ ΝΑ ΚΟΨΩ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΕΙΝΑΙ ΠΕΡΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΜΟΥ»

Συμφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ
απόλυτα	20(32,8%)	2(3,3%)	5(8,2%)	25(41%)			9(14.8%)	απόλυτα

Με την πρόταση «Θα προσπαθήσω να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες» συμφώνησαν 25 άτομα, τα οποία αποτέλεσαν και την πλειοψηφία (41%) (Πίνακας₁₈).

ΠΙΝΑΚΑΣ₁₉: «ΘΑ ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΩ ΝΑ ΑΠΕΧΩ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΓΙΑ 6 ΜΗΝΕΣ»

Συμφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ
απόλυτα	25(41%)		5(8.1%)	14(23%)			17(27.9%)	απόλυτα

Με την πρόταση «Αν το ήθελα θα μπορούσα να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες» συμφώνησαν απόλυτα 19 άτομα, ποσοστό 31,1% (Πίνακας₂₀).

ΠΙΝΑΚΑΣ₂₀: «ΑΝ ΤΟ ΗΘΕΛΑ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΑ ΝΑ ΑΠΕΧΩ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΓΙΑ 6 ΜΗΝΕΣ»

Συμφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ
απόλυτα	19(31,1%)		11(18%)	26(42.6%)	2(3,3)	1(1,6%)	2(3,3%)	απόλυτα

Με την πρόταση «Είναι πιθανό να κόψω το τσιγάρο για 6 μήνες» δήλωσαν ότι είναι εξαιρετικά πιθανό να συμβεί 17 συμμετέχοντες (27.9%), ενώ 9 άτομα (27.9%) βρίσκουν εξαιρετικά απίθανο να κόψουν το κάπνισμα για 6 μήνες (Πίνακας₂₁).

ΠΙΝΑΚΑΣ₂₁: «ΕΙΝΑΙ ΠΙΘΑΝΟ ΝΑ ΚΟΨΩ ΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ ΓΙΑ 6 ΜΗΝΕΣ»

Εξαιρετικά πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Εξαιρετικά απίθανο
	17(27,9%)	2(3,3%)		22(36,1)	4(6,6%)	7(11,5%)	9(14,8%)	

Με την πρόταση «Η διακοπή καπνίσματος εξαρτάται αποκλειστικά από εμένα» δήλωσαν ότι συμφωνούν απόλυτα 52 άτομα (85,2%). Αυτή είναι και η επικρατέστερη δήλωση (Πίνακας₂₂).

ΠΙΝΑΚΑΣ₂₂: «Η ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΕΞΑΡΤΑΤΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟ ΕΜΕΝΑ»

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
	52(85,2%)		1(1,6%)	4(6,6%)		2(3,3%)	29(3,3%)	

Με την πρόταση «Για εμένα, η διακοπή καπνίσματος είναι πάρα πολύ εύκολη» δήλωσαν ότι συμφωνούν απόλυτα 2 άτομα (3,3%), ενώ τα περισσότερα άτομα δήλωσαν ότι διαφωνούν απόλυτα, 48 άτομα με ποσοστό 78,7% (Πίνακας₂₃).

ΠΙΝΑΚΑΣ₂₃: «ΓΙΑ ΕΜΕΝΑ, Η ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΕΙΝΑΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΕΥΚΟΛΗ»

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
	2(3,3%)		1(1,6%)	8(13,1%)		2(3,3%)	48(78,7%)	

Επιπλέον, με την πρόταση «Σκοπεύω να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες» δήλωσαν ότι συμφωνούν απόλυτα 31 άτομα (50,8%) (Πίνακας₂₄).

ΠΙΝΑΚΑΣ₂₄: «ΣΚΟΠΕΥΩ ΝΑ ΑΠΕΧΩ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΓΙΑ 6 ΜΗΝΕΣ»

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
	31 (50,8%)		1 (1,6%)	19 (31,1%)		2 (3,3%)	8 (13,1%)	

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα δήλωσαν ότι συμφωνούν απόλυτα με την πρόταση «Είμαι πεπεισμένος-η / σίγουρος-η ότι θα κόψω το κάπνισμα» σε ποσοστό 16.4%, ενώ το ποσοστό που διαφωνεί απόλυτα είναι 11.5% (Πίνακας₂₅).

ΠΙΝΑΚΑΣ₂₅: «ΕΙΜΑΙ ΠΕΠΕΙΣΜΕΝΟΣ-Η / ΣΙΓΟΥΡΟΣ-Η ΟΤΙ ΘΑ ΚΟΨΩ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ»

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
	10(16.4%)	1(1,6%)	3(4,9%)	37(60,7%)	1(1,6%)	2(3,3%)	7(11,5%)	

2.5 Συχνότητες του ερωτηματολογίου εξάρτησης από τη νικοτίνη

Όσον αφορά στις συχνότητες του ερωτηματολογίου εξάρτησης από τη νικοτίνη, οι πάσχοντες από ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής απάντησαν σε ερωτήσεις σχετικές με βαθμό εξάρτησής τους από τη νικοτίνη. Ακολουθεί συγκεντρωτικός πίνακας (Πίνακας₂₆).

ΠΙΝΑΚΑΣ ₂₆ : ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ			
1. Πόσο γρήγορα αφού ξυπνήσετε καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;			
	N	%	
Μέσα στα πρώτα 5 λεπτά	4	6,6	
6-30 λεπτά	6	9,8	
31-60 λεπτά	47	77	
Μετά από 60 λεπτά	4	6,6	
2. Σας είναι δύσκολο να μην καπνίσεις σε μέρη όπου το κάπνισμα απαγορεύεται π. χ. εκκλησία, βιβλιοθήκες, σινεμά;			
Ναι	22	36,1	

όχι	37	60,7
3. Ποιο τσιγάρο σας είναι πιο δύσκολο να μην καπνίσετε;		
Το πρώτο της ημέρας	16	26,2
Οποιοδήποτε άλλο	45	73,8
4. Πόσα τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε;		
10 ή λιγότερα	4	6,6
11-20	12	19,7
21-30	20	32,8
31 ή περισσότερα	25	41
5. Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί απ'ότι το απόγευμα;		
Ναι	21	34,4
Όχι	40	65,6
6. Καπνίζετε ακόμα και όταν μια ασθένεια σας αναγκάζει να μείνετε στο κρεβάτι;		
Ναι	15	24,6
Όχι	46	75,4
Αξιολόγηση βαθμού εξάρτησης		
Μη εξαρτώμενοι από τη Νικοτίνη	0	
Μετρίως εξαρτώμενοι από τη Νικοτίνη	8	13,1

Βαρέως εξαρτώμενοι από τη Νικοτίνη	53	86,9
------------------------------------	----	------

Αναλυτικότερα, Στην ερώτηση «Πόσο γρήγορα αφού ξυπνήσετε καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;», η πιο συχνή απάντηση ήταν 31-60 λεπτά μετά την έγερση, καθώς 47 άτομα έδωσαν αυτή την απάντηση, ποσοστό 77% (Πίνακας₂₇).

ΠΙΝΑΚΑΣ₂₇: ΠΟΣΟ ΓΡΗΓΟΡΑ ΑΦΟΥ ΞΥΠΝΗΣΕΤΕ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΣΑΣ ΤΣΙΓΑΡΟ;

Πόσο γρήγορα αφού ξυπνήσετε καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;	N	%
Μέσα στα πρώτα 5 λεπτά	4	6,6
6-30 λεπτά	6	9,8
31-60 λεπτά	47	77
Μετά από 60 λεπτά	4	6,6

Στην ερώτηση «Σας είναι δύσκολο να μην καπνίσεις σε μέρη όπου το κάπνισμα απαγορεύεται π.χ. εκκλησία, βιβλιοθήκες, σινεμά;» η επικρατέστερη απάντηση ήταν όχι, όπου 37 άτομα, ποσοστό 60.7% δήλωσε ότι δεν αισθάνεται δυσκολία σε αυτό (Πίνακας₂₈).

ΠΙΝΑΚΑΣ₂₈: «ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΔΥΣΚΟΛΟ ΝΑ ΜΗΝ ΚΑΠΝΙΣΕΙΣ ΣΕ ΜΕΡΗ ΟΠΟΥ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Π.Χ. ΕΚΚΛΗΣΙΑ, ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΕΣ, ΣΙΝΕΜΑ;»

Σας είναι δύσκολο να μην καπνίσεις σε μέρη όπου το κάπνισμα απαγορεύεται π.χ. εκκλησία, βιβλιοθήκες, σινεμά;	N	%
Ναι	22	36.1
Όχι	37	60.7

Στην ερώτηση «Ποιο τσιγάρο σας είναι πιο δύσκολο να μην καπνίσετε;» οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες απάντησαν οποιοδήποτε άλλο, 45 άτομα, ποσοστό 73.8%, σε σύγκριση με το πρώτο τσιγάρο της ημέρας (Πίνακας₂₉).

ΠΙΝΑΚΑΣ₂₉: «ΠΟΙΟ ΤΣΙΓΑΡΟ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ ΔΥΣΚΟΛΟ ΝΑ ΜΗΝ ΚΑΠΝΙΣΕΤΕ;»

Ποιο τσιγάρο σας είναι πιο δύσκολο να μην καπνίσετε;	N	%
Το πρώτο της ημέρας	16	26.2
Οποιοδήποτε άλλο	45	73.8

Στην ερώτηση «Πόσα τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε;» η πιο συχνή απάντηση ήταν 31 ή περισσότερα, με ποσοστό 41% (Πίνακας₃₀).

ΠΙΝΑΚΑΣ₃₀: «ΠΟΣΑ ΤΣΙΓΑΡΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ;»

Πόσα τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε;	N	%
10 ή λιγότερα	4	6,6
11-20	12	19,7
21-30	20	32,8
31 ή περισσότερα	25	41

Στην ερώτηση «Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί απ' ότι το απόγευμα;» η συχνότερη απάντηση ήταν όχι, με ποσοστό 65.6% (Πίνακας₃₁).

ΠΙΝΑΚΑΣ₃₁: «ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΠΙΟ ΠΟΛΥ ΤΟ ΠΡΩΙ ΑΠ' ΟΤΙ ΤΟ ΑΠΟΓΕΥΜΑ;»

Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί απ' ότι το απόγευμα;	N	%
Ναι	21	34,4
Όχι	40	65,6

Στην ερώτηση «Καπνίζετε ακόμα και όταν μια ασθένεια σας αναγκάζει να μείνετε στο κρεβάτι;» οι συμμετέχοντες απάντησαν συχνότερα όχι, σε ποσοστό 75.4% (Πίνακας₃₂).

ΠΙΝΑΚΑΣ₃₂: «ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΑΚΟΜΑ ΚΑΙ ΟΤΑΝ ΜΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΣΑΣ ΑΝΑΓΚΑΖΕΙ ΝΑ ΜΕΙΝΕΤΕ ΣΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ;»

Καπνίζετε ακόμα και όταν μια ασθένεια σας αναγκάζει να μείνετε στο κρεβάτι;	N	%
Ναι	15	24,6
Όχι	46	75,4

Από την αξιολόγηση του βαθμού εξάρτησης προκύπτει ότι 53 συμμετέχοντες στην έρευνα, ποσοστό 86,9% είναι βαρέως εξαρτώμενοι από τη νικοτίνη (Πίνακας₃₃).

ΠΙΝΑΚΑΣ₃₃: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΒΑΘΜΟΥ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Αξιολόγηση βαθμού εξάρτησης	N	%
Μη εξαρτώμενοι από τη Νικοτίνη	0	
Μετρίως εξαρτώμενοι από τη Νικοτίνη	8	13,1
Βαρέως εξαρτώμενοι από τη Νικοτίνη	53	86,9

2.6 Περιγραφικά μέτρα των ερωτηματολογίων

Στη συνέχεια μελετήθηκαν τα βασικά περιγραφικά μέτρα των συνολικών βαθμολογιών που προκύπτουν από την συγκεκριμένη μελέτη. Παρατίθενται περιγραφικά μέτρα όπως ο διάμεσος, η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή, ο έλεγχος κατανομής και P-value Shapiro-Wilk, και ο δείκτης α Cronbach. Αυτά αφορούν στην πρόθεση διακοπής του καπνίσματος, τις στάσεις απέναντι σε αυτήν, υποκειμενικούς κανόνες συμπεριφοράς, αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς και εξάρτηση από τη νικοτίνη (Πίνακας₃₄).

Όπως φαίνεται, οι περισσότεροι ασθενείς με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής εκδηλώνουν θετική στάση απέναντι στη διακοπή του καπνίσματος και την πρόθεση

διακοπής, αναγνωρίζοντας τη δυσκολία του εγχειρήματος και την εξάρτησή τους από τη νικοτίνη.

ΠΙΝΑΚΑΣ₃₄: ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

	Διάμεσος	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστη	Μέγιστη	Έλεγχος κατανομής Shapiro-Wilk	P-value of Shapiro-Wilk	Cronbach α.
Πρόθεση Διακοπής	3,25	3,43	1,8	1,00	7,00	0,916	< 0,001	0,81
Στάσεις απέναντι στη διακοπή καπνίσματος	7,00	6,21	1,4	3,20	8,60	0,632	<0 ,001	0,78
Υποκειμενικοί κανόνες συμπεριφοράς	1,00	1,74	1,1	1,00	5,00	0,698	< 0,001	0,61
Αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς	4,00	4,22	0,6	3,00	5,66	0,857	< 0,001	0,59
Εξάρτηση από την νικοτίνη	7,00	7,77	2,0	4,00	11,00	0,920	< 0,001	0,57

2.7 Επίδραση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών στην εξάρτηση απο τη νικοτίνη

Επίσης, παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα, τα ευρήματα του επαγωγικού ελέγχου που διεξήχθη για την αξιολόγηση της επίδρασης των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στην έρευνα, στην εξάρτηση από τη νικοτίνη. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι δεν διενεργήθηκε έλεγχος διαφοράς ή συσχέτισης βάσει του φύλου, καθώς όλοι οι συμμετέχοντες ήταν άντρες.

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας των μετρήσεων ενός εργαλείου αναφέρεται στο βαθμό υψηλής συνοχής ή συσχέτισης των ερωτήσεων μεταξύ τους αλλά και για το ίδιο ψυχομετρικό χαρακτηριστικό [112, 113].

Φαίνεται ότι ο τόπος διαμονής, η οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο είναι οι μεταβλητές που δημιουργούν σημαντική διαφοροποίηση στην εξάρτηση από τη νικοτίνη (Πίνακας₃₅).

ΠΙΝΑΚΑΣ₃₅: ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ, Η ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ					
1	Ηλικία	Rho 0.052 NS			
			N	Mean (SD)	Test /pvalue
2	Φύλο:	Άνδρας	61		
3	Τόπος διαμονής:	1. Αγροτικός	26	8,76 (1,7)	H=10,528 p=0,003
		2. Ημιαστικός	12	7,16 (2,9)	1>2
		3. Αστικός	23	6,95 (1,2)	
4	Οικογενειακή κατάσταση:	1. Άγαμος/η	8	9,50(1,6)	H=22,002 p=0,001
		2. Έγγαμος/η	42	6,95(1,8)	1>2,
		3. Διαζευγμένος/η	8	10,00(0)	3>2
		4. Χήρος/α	3	8,66(0,5)	
5	Αριθμός τέκνων	Rho 0.024 NS			
6	Μένετε μονός/ή;	Ναι	26	8,11(1,8)	530,00 NS
		Όχι	35	7,51(2,1)	
7	Μορφωτικό επίπεδο:	1. Αναλφάβητος	14	8,07(1,9)	H=10,352 p=0,004
		2. Απόφοιτος δημοτικού	12	8,33(2,01)	1>3 p=0,005 2>3 p=0,006

		3. Απόφοιτος Γυμνασίου/ Λυκείου	13	5,84(1,5)	4>3 p=0,005
		4. Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	22	8,40(1,8)	
8	Επαγγελματική κατάσταση:	1. Άνεργος	4	8,50(1,7)	H=2,458 NS
		2. Αυτοαπασχολούμενος	5	7,00(0,0)	
		3. Ιδιωτικός υπάλληλος	5	7,00(1,8)	
		4. Συνταξιούχος	47	7,82(2,1)	
9	Αντιμετωπίζετε και κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας;	Ναι	46	7,89(2,0)	U=332,00 NS
		Όχι	13	7,61(0,58)	
10	Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για θάνατο από παθήσεις της καρδιάς και των αγγείων;	Ναι	45	7,55(2,1)	U=274,00 NS
		Όχι	16	8,37(1,4)	
11	Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την εμφάνιση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής καθώς και για την αύξηση του μεγέθους αυτού που μπορεί να οδηγήσει στην ρήξη και τον θάνατο;	Ναι	34	7,52(1,9)	U=401,500 NS
		Όχι	27	8,04(2,1)	

12	Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για απόφραξη των αρτηριών στα πόδια που μπορεί να οδηγήσει και σε ακρωτηριασμό του ποδιού;	Ναι	25	8,44(2,3)	U=600,000 p=0,32
		Όχι	36	7,30(1,6)	
13	Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για απόφραξη των καρωτίδων και πρόκληση εγκεφαλικού επεισοδίου που μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμη αναπηρία ή και θάνατο;	Ναι	36	8,13(2,3)	U=573,500 NS
		Όχι	25	7,2(1,4)	
14	Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα;	Ναι	60		
		Όχι	1		
15	Έχετε προσπαθήσει να διακόψετε το κάπνισμα στο παρελθόν;	Ναι	32	6,78(1,8)	U=193,500 P=0,001
		Όχι	29	8,8(1,6)	
16	Πόσο πιθανό είναι να απευθυνθείτε σε ένα ιατρείο διακοπής καπνίσματος τους επόμενους 6 μήνες Rho=-0.04				

17	Σημειώστε την πρόταση που περιγράφει καλύτερα το τρέχον επίπεδο δραστηριότητάς σας.	0. Κανονική δραστηριότητα, χωρίς συμπτώματα	9	7,66(2,3)	H=9,195 p=0,027
		1. Μερικά συμπτώματα, αλλά δεν απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι κατά το διάστημα της ημέρας	13	8,61(1,4)	1>2 p=0.004
		2. Απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι λιγότερο από το 50% της ημέρας	29	7,06(1,9)	
		3. Απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι περισσότερο από το 50% της ημέρας	9	8,80(2,0)	
		4. Αδυνατώ να σηκωθώ από το κρεβάτι	1		
H= Kruskal Willis test U= Mann Witney test					

2.8 Επίδραση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών στην πρόθεση διακοπής του καπνίσματος

Στη συνέχεια εξετάζεται ο πιθανά στατιστικά σημαντικός αντίκτυπος των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών στην πρόθεση διακοπής του καπνίσματος. Ο τόπος διαμονής, η οικογενειακή κατάσταση, η επαγγελματική κατάσταση φαίνονται να συσχετίζονται με τις γνώσεις για τις βλαβερές επιπτώσεις στην υγεία και το επίπεδο δραστηριότητας (Πίνακας₃₆).

ΠΙΝΑΚΑΣ₃₆: ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ / Η ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΘΕΣΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

1	Ηλικία	Rho -0.161 NS			
			N	Mean(SD)	Test /pvalue
2	Φύλο:	Άνδρας	61		
3	Τόπος διαμονής:	1. Αγροτικός	26	4,64(1,8)	H=18,603 p=0,001
		2. Ημιαστικός	12	2,93 (1,2)	1>2 p=0.002
		3. Αστικός	23	2,13 (1,1)	1>3 0.001
4	Οικογενειακή κατάσταση:	1. Άγαμος/η	8	5,93(1,0)	H=29,026 p=0,001
		2. Έγγαμος/η	42	2,61(1,4)	1>2, p=0.002
		3. Διαζευγμένος/η	8	4,56(0,8)	3>2 p=0.002
		4. Χήρος/α	3	5,41(1,8)	
5	Αριθμός τέκνων	Rho -0.518,p<0.001			
6	Μένετε μονός/ή;	Ναι	26	3,79(2,3)	U=507,50 NS
		Όχι	35	3,17(1,3)	
7	Μορφωτικό επίπεδο:	1. Αναλφάβητος	14	4,26(2,1)	H=4,437 NS
		2. Απόφοιτος δημοτικού	12	3,35(1,8)	
		3. Απόφοιτος Γυμνασίου/ Λυκείου	13	2,71(1,8)	
		4. Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	22	3,37(1,50)	
8	Επαγγελματική κατάσταση:	1. Άνεργος	4	6,25(0)	H=20,351p<0,0011
		2. Αυτοαπασχολούμενος	5	1,00(0)	1>2 p=0.005 1>4 p=0.002

		3. Ιδιωτικός υπάλληλος	5	5,00(1,3)	2<3 p=0.003 2<4 p=0.004
		4. Συνταξιούχος	47	3,28(1,6)	
9	Αντιμετωπίζετε και κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας;	Ναι	46	3,50(1,7)	U=268,00 NS
		Όχι	13	3,57(2,0)	
10	Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για θάνατο από παθήσεις της καρδιάς και των αγγείων;	Ναι	45	3,48(1,7)	U=382,50 NS
		Όχι	16	3,28(2,1)	
11	Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την εμφάνιση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής καθώς και για την αύξηση του μεγέθους αυτού που μπορεί να οδηγήσει στην ρήξη και τον θάνατο;	Ναι	34	3,64(1,9)	U=541,500 NS
		Όχι	27	3,17(1,6)	
12	Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα	Ναι	25	4,37(1,6)	U=662,50 p=0,002

	για απόφραξη των αρτηριών στα πόδια που μπορεί να οδηγήσει και σε ακρωτηριασμό του ποδιού;				
		Όχι	36	2,78(1,7)	
13	Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για απόφραξη των καρωτίδων και πρόκληση εγκεφαλικού επεισοδίου που μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμη αναπηρία ή και θάνατο;	Ναι	36	4,04(1,4)	U=657,00 p=0,002
		Όχι	25	2,56(2,0)	
14	Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα;	Ναι	60		
		Όχι	1		
15	Έχετε προσπαθήσει να διακόψετε το κάπνισμα στο παρελθόν;	Ναι	32	3,00(1,3)	U=342,00 NS
		Όχι	29	3,90(2,1)	

16	Πόσο πιθανό είναι να απευθυνθείτε σε ένα ιατρείο διακοπής καπνίσματος τους επόμενους 6 μήνες $Rho=-0,088$ NS				
17	Σημειώστε την πρόταση που περιγράφει καλύτερα το τρέχον επίπεδο δραστηριότητάς σας,	0, Κανονική δραστηριότητα, χωρίς συμπτώματα	9	4,61(1,0)	$H=15,997 p=0,001$
		1, Μερικά συμπτώματα, αλλά δεν απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι κατά το διάστημα της ημέρας	13	4,15(1,7)	$0>2, p<0.001$
		2, Απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι λιγότερο από το 50% της ημέρας	29	2,45(1,6)	
		3, Απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι περισσότερο από το 50% της ημέρας	9	4,27(1,8)	
		4, Αδυνατώ να σηκωθώ από το κρεβάτι			
H= Kruskal Willis test U= Mann Witney test					

2.9 Επίδραση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών στους υποκειμενικούς κανόνες συμπεριφοράς

Στη συνέχεια μελετήθηκε η επίδραση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών στους υποκειμενικούς κανόνες συμπεριφοράς. Ο τόπος διαμονής, η οικογενειακή κατάσταση, το αν διαμένει κάποιος μόνος του, η επαγγελματική κατάσταση, οι γνώσεις γύρω από τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος φαίνεται να

διαφοροποιούν την επιλογή απόπειρας διακοπής του καπνίσματος στο παρελθόν (Πίνακας₃₇).

ΠΙΝΑΚΑΣ₃₇: ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ / Η ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΟΥΣ ΚΑΝΟΝΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ					
1	Ηλικία	Rho -0,127 NS			
			N	Mean(SD)	Test /pvalue
2	Φύλο:	Άνδρας	61		
3	Τόπος διαμονής:	1. Αγροτικός	26	1,94(1,4)	H=9,907 p=0,007
		2. Ημιαστικός	12	1,00(0)	2<3 p=0,002
		3. Αστικός	23	1,93(0,88)	
4	Οικογενειακή κατάσταση:	1. Άγαμος/η	8	2,00(1,30)	H=14,677, p=0,002
		2. Έγγαμος/η	42	1,64(0,93)	2>4 p<0,015, 3<4 p=0,001
		3. Διαζευγμένος/η	8	1,00(0)	
		4. Χήρος/α	3	4,55(0,7)	
5	Αριθμός τέκνων	Rho 0,031,NS			
6	Μένετε μονός/ή;	Ναι	26	2,41(1,4)	U=659,00 p<0,001
		Όχι	35	1,25(0,4)	
7	Μορφωτικό επίπεδο:	1. Αναλφάβητος	14	2,11(1,0)	H=5,312NS
		2. Απόφοιτος δημοτικού	12	1,66(1,5)	

		3. Απόφοιτος Γυμνασίου/ Λυκείου	13	1,61(1,2)	
		4. Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	22	1,63(0,8)	
8	Επαγγελματική κατάσταση:	1. Άνεργος	4	1,50(0,5)	H=19,853 p<0,001
		2. Αυτοαπασχολούμενος	5	3,00(0)	2>4 p=0,003
		3. Ιδιωτικός υπάλληλος	5	3,20(1,6)	3>4 p=0,010
		4. Συνταξιούχος	47	1,48(0,9)	
9	Αντιμετωπίζετε και κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας;	Ναι	46	1,79(1,1)	U=311,00 p=0,812
		Όχι	13	1,69(1,6)	
10	Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για θάνατο από παθήσεις της καρδιάς και των αγγείων;	Ναι	45	1,92(1,2)	U=456,00 NS
		Όχι	16	1,25(0,4)	
11	Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την εμφάνιση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής καθώς και για την αύξηση του μεγέθους αυτού που μπορεί να οδηγήσει στην ρήξη και τον θάνατο;	Ναι	34	1,82(1,24)	U=471,00 NS

		Όχι	27	1,65(1,1)	
12	Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για απόφραξη των αρτηριών στα πόδια που μπορεί να οδηγήσει και σε ακρωτηριασμό του ποδιού;	Ναι	25	1,60(1,3)	U=333,00 NS
		Όχι	36	1,82(1,0)	
13	Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για απόφραξη των καρωτίδων και πρόκληση εγκεφαλικού επεισοδίου που μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμη αναπηρία ή και θάνατο;	Ναι	36	1,53(1,1)	U=315,00 p=0,025
		Όχι	25	1,98(1,0)	
14	Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα;	Ναι	60		
		Όχι	1		
15	Έχετε προσπαθήσει να διακόψετε το κάπνισμα στο παρελθόν;	Ναι	32	1,31(0,59)	U=290,00 p=0,004
		Όχι	29	2,23(1,3)	
16	Πόσο πιθανό είναι να απευθυνθείτε σε ένα ιατρείο διακοπής καπνίσματος τους επόμενους 6 μήνες Rho=-0,421 p<0,001				

17	Σημειώστε την πρόταση που περιγράφει καλύτερα το τρέχον επίπεδο δραστηριότητάς σας,	0, Κανονική δραστηριότητα, χωρίς συμπτώματα	9	2,22(1,6)	H=3,227 NS
		1, Μερικά συμπτώματα, αλλά δεν απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι κατά το διάστημα της ημέρας	13	1,69(1,1)	
		2, Απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι λιγότερο από το 50% της ημέρας	29	1,20(0,4)	
		3, Απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι περισσότερο από το 50% της ημέρας	9		
		4, Αδυνατώ να σηκωθώ από το κρεβάτι			
H= Kruskal Willis test U= Mann Witney test					

2.10 Επίδραση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών στον αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς

Η μελέτη των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών και η σχέση τους με τον αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς ανέδειξαν α. την οικογενειακή κατάσταση, β. το αν μένουν μόνοι οι συμμετέχοντες και γ. το μορφωτικό επίπεδο να διαφοροποιούν σημαντικά τον αντιληπτό τρόπο συμπεριφοράς και την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος (Πίνακας₃₈).

ΠΙΝΑΚΑΣ₃₈: ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ / Η ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΟΝ ΑΝΤΙΛΗΠΤΟ ΕΛΕΓΧΟ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

1	Ηλικία	Rho -0,066 NS			
			N	Mean(SD)	Test /pvalue
2	Φύλο:	Άνδρας	61		
3	Τόπος διαμονής:	1. Αγροτικός	26	4,10(0,6)	H=2,593 NS
		2. Ημιαστικός	12	4,11(0,7)	
		3. Αστικός	23	4,42(0,6)	
4	Οικογενειακή κατάσταση:	1. Άγαμος/η	8	4,00(0,7)	H=9,766, p=0,021
		2. Έγγαμος/η	42	4,31(0,6)	2<3 p<0,026,
		3. Διαζευγμένος/η	8	3,70(0,1)	
		4. Χήρος/α	3	4,55(0,3)	
5	Αριθμός τέκνων	Rho 0,323,p=0,011			
6	Μένετε μονός/ή;	Ναι	26	3,89(0,5)	U=272,00 p=0,006
		Όχι	35	4,46(0,6)	
7	Μορφωτικό επίπεδο:	1. Αναλφάβητος	14	4,71(0,4)	H=17,360 p<0,001
		2. Απόφοιτος δημοτικού	12	3,94(0,4)	1>2 p=0,009 1>4 p=0,002

		3. Απόφοιτος Γυμνασίου/ Λυκείου	13	4,43(0,6)	
		4. Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	22	3,93(0,6)	
8	Επαγγελματική κατάσταση:	1. Άνεργος	4	4,00(0)	H=6,234 NS
		2. Αυτοαπασχολούμενος	5	3,66(0)	
		3. Ιδιωτικός υπάλληλος	5	4,12(0,1)	
		4. Συνταξιούχος	47	4,31(0,7)	
9	Αντιμετωπίζετε και κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας;	Ναι	46	4,25(0,6)	U=299,00 NS
		Όχι	13	4,15(0,2)	
10	Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για θάνατο από παθήσεις της καρδιάς και των αγγείων;	Ναι	45	4,09(0,60)	U=212,00 p=0,012
		Όχι	16	4,53(0,5)	
11	Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την εμφάνιση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής καθώς και για την αύξηση του μεγέθους αυτού που μπορεί να οδηγήσει στην ρήξη και τον θάνατο;	Ναι	34	4,26(0,6)	U=458,00 NS
		Όχι	27	4,17(0,7)	

12	Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για απόφραξη των αρτηριών στα πόδια που μπορεί να οδηγήσει και σε ακρωτηριασμό του ποδιού;	Ναι	25	4,13(0,6)	U=366,50 NS
		Όχι	36	4,28(0,7)	
13	Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για απόφραξη των καρωτίδων και πρόκληση εγκεφαλικού επεισοδίου που μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμη αναπηρία ή και θάνατο;	Ναι	36	4,21(0,6)	U=428,50 NS
		Όχι	25	4,24(0,7)	
14	Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα;	Ναι	60		
		Όχι	1		
15	Έχετε προσπαθήσει να διακόψετε το κάπνισμα στο παρελθόν;	Ναι	32	4,41(0,5)	U=641,00 p=0,008
		Όχι	29	4,01(0,7)	
16	Πόσο πιθανό είναι να απευθυνθείτε σε ένα ιατρείο διακοπής καπνίσματος τους επόμενους 6 μήνες Rho=-0,347 p=0,006				

17	Σημειώστε την πρόταση που περιγράφει καλύτερα το τρέχον επίπεδο δραστηριότητάς σας,	0, Κανονική δραστηριότητα, χωρίς συμπτώματα	9	3,82(0,50)	H=8,872 p=0,031
		1, Μερικά συμπτώματα, αλλά δεν απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι κατά το διάστημα της ημέρας	13	4,64(0,58)	1>3 p=0,033
		2, Απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι λιγότερο από το 50% της ημέρας	29	4,28(0,7)	
		3, Απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι περισσότερο από το 50% της ημέρας	9	3,83(0,1)	
		4, Αδυνατώ να σηκωθώ από το κρεβάτι			
H= Kruskal Willis test U= Mann Witney test					

2.11 Συσχετίσεις κλιμάκων

Ακολουθεί πίνακας με συσχετίσεις κλιμάκων και καταγράφονται οι μεταβλητές που δημιουργούν σημαντική διαφοροποίηση. Όσον αφορά α. στην πρόθεση διακοπής του καπνίσματος και β. την εξάρτηση από τη νικοτίνη, το p value είναι 0.006. Όσον αφορά α. στις στάσεις απέναντι στη διακοπή καπνίσματος και β. την εξάρτηση από τη νικοτίνη, το p value είναι 0.005. Αντίστοιχα α. στη συσχέτιση του αντιληπτού ελέγχου συμπεριφοράς και β. της εξάρτησης από τη νικοτίνη, το p value είναι 0.021.

Επιπλέον, α.στην πρόθεση διακοπής του καπνίσματος και β. την εξάρτηση από τη νικοτίνη, διαπιστώνεται το p value 0.006.

Στη συσχέτιση ανάμεσα α.στις στάσεις απέναντι στη διακοπή καπνίσματος και β. την εξάρτηση από τη νικοτίνη, το p value είναι 0.005. Το ίδιο παραμένει και με την πρόθεση διακοπής (Πίνακας₃₉).

Τέλος, στη συσχέτιση ανάμεσα α. στον αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς και την εξάρτηση από τη νικοτίνη, το p value είναι 0.021.

ΠΙΝΑΚΑΣ₃₉: ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΚΛΙΜΑΚΩΝ

		Εξάρτηση από την νικοτίνη	Πρόθεση Διακοπής	Στάσεις απέναντι στη διακοπή καπνίσματος	Υποκειμενικοί κανόνες συμπεριφοράς	Αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς
Εξάρτηση από την νικοτίνη	Sp, Rho	1	0,349	-0,354	-0,068	-0,296
	p-value	,	0,006	0,005	0,603	0,021
Πρόθεση Διακοπής	Sp, Rho	0,349	1	-,353	-0,056	-0,03
	p-value	0,006	,	0,005	0,665	0,817
Στάσεις απέναντι στη διακοπή καπνίσματος	Sp, Rho	-0,354	-0,353	1	0,103	0,134
	p-value	0,005	0,005	,	0,428	0,302
Υποκειμενικοί κανόνες συμπεριφοράς	Sp, Rho	-0,068	-0,056	0,103	1	0,086
	p-value	0,603	0,665	0,428	,	0,511
Αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς	Sp, Rho	-,296	-0,03	0,134	0,086	1
	p-value	0,021	0,817	0,302	0,511	,

Συζήτηση

Επιχειρήθηκε διερεύνηση της αντίληψης ασθενών με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής για το ρόλο του καπνίσματος, με ερωτήσεις που περιλάμβαναν κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις γνώσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τις συνέπειες του καπνίσματος, το τεστ εξάρτησής από νικοτίνη Fagerström και ερωτήσεις αξιολόγησης της πρόθεσης και των παραγόντων επίδρασης της δυνητικής διακοπής του καπνίσματος, σύμφωνα με τη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς.

Στην παρούσα έρευνα, την πλειοψηφία των ασθενών αποτελούν βαρέως εξαρτώμενοι από τη νικοτίνη, σύμφωνα με το τεστ εξάρτησής από νικοτίνη Fagerström. Σε παρόμοιες μελέτες παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση ΑΚΑ, με αυξανόμενα χρόνια καπνίσματος και τσιγάρων [25, 43, 68] και βρέθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στη δόση - απόκριση για αθροιστική έκθεση σε τσιγάρα και την αορτική βλάβη.

Στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη δήλωσαν ότι γνωρίζουν τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος και απάντησαν πιο συχνά ότι έχουν προσπαθήσει να κόψουν το κάπνισμα, με μικρή διαφορά με όσους απάντησαν όχι. Όσον αφορά στην πρόθεση διακοπής του καπνίσματος, αποτυπώνεται έντονα στα αποτελέσματα.

Την πρόθεση διακοπής του καπνίσματος καθορίζουν σημαντικοί παράγοντες, οι οποίοι συνδέονται και με την τελική διακοπή του καπνίσματος. Οι στάσεις (attitudes) του ατόμου, πώς το άτομο αξιολογεί γενικά συμπεριφορές αποτελεί μια τέτοια παράμετρο. Η αντίληψη για την κοινωνική πίεση και τη συμμόρφωση, δηλαδή οι υποκειμενικοί κανόνες συμπεριφοράς και ο αντιληπτός έλεγχος της συμπεριφοράς που πηγάζει από την αντίληψη του ατόμου για τον έλεγχο που διαθέτει, αποτελούν επιπλέον παραμέτρους της πρόθεσης διακοπής του καπνίσματος.

Αξιολογώντας τις στάσεις απέναντι στη διακοπή του καπνίσματος στην παρούσα έρευνα, υπερέχει η γενική θετική στάση προς τη διακοπή του καπνίσματος. Διερευνώντας υποκειμενικούς κανόνες συμπεριφοράς, διαπιστώνεται ότι η γνώμη σημαντικών ατόμων στο περιβάλλον θα επηρεάσει την απόφασή τους να διακόψουν το κάπνισμα. Όσον αφορά στον αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς, από την υποκειμενική τους αντίληψη δε φαίνεται να διαθέτουν υψηλό βαθμό ελέγχου επί της διακοπής του καπνίσματος.

Διερευνώντας την επίδραση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών με τον αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς, στην παρούσα έρευνα η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό τους επίπεδο και το αν μένουν μόνοι οι συμμετέχοντες φαίνεται να διαφοροποιούν σημαντικά τον αντιληπτό τρόπο συμπεριφοράς και την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος. Τα κοινωνικά και κλινικά χαρακτηριστικά φαίνεται να ασκούν επίδραση στους υποκειμενικούς κανόνες συμπεριφοράς και την απόπειρα διακοπής του καπνίσματος.

Τέλος, οι συσχετίσεις κλιμάκων έδειξαν αξιοσημείωτες και πολλαπλές αλληλεπιδράσεις στην παρούσα έρευνα. Η εξάρτηση από τη νικοτίνη σχετίζεται με: α. την πρόθεση διακοπής, β. τις στάσεις απέναντι στη διακοπή καπνίσματος και γ. τον αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς. Η πρόθεση διακοπής διαφοροποιείται από το βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη, όπως έχει ήδη αναφερθεί. Οι στάσεις απέναντι στη διακοπή καπνίσματος συσχετίζονται με α. την εξάρτηση από τη νικοτίνη και β. την πρόθεση διακοπής του καπνίσματος. Ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς συσχετίζεται με την εξάρτηση από τη νικοτίνη.

Η πρόθεση για διακοπή του καπνίσματος συνδέεται στενά με τις προσωπικές αξίες και τις κοινωνικές παραμέτρους του ατόμου [114]. Παράγοντες όπως η υγεία, η οικογενειακή υποστήριξη, οι κοινωνικές σχέσεις και οι πεποιθήσεις παίζουν σημαντικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής αντιλαμβάνεται τη διαδικασία της διακοπής του καπνίσματος και την προσέγγισή του προς αυτήν [115].

Η κατανόηση της καπνιστικής συμπεριφοράς περιλαμβάνει ψυχολογικούς, φαρμακολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες [116]. Από τα διαθέσιμα κοινωνικο-γνωστικά μοντέλα επιλέχτηκε η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς, όπου η πρόθεση ενός ατόμου να εκτελέσει μια συμπεριφορά αντιπροσωπεύει το πιο κοντινό αίτιό της. Όσο ισχυρότερη είναι η πρόθεση κάποιου να πραγματοποιήσει μια συμπεριφορά, τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες έχει να εμπλακεί στη συγκεκριμένη δράση, προς συγκεκριμένο στόχο, σε ειδικό πλαίσιο και περίσταση (αρχή της συμβατότητας) [117].

Επιπλέον των στοιχείων της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, η πρόθεση για διακοπή του καπνίσματος έχει βρεθεί, σε προγενέστερες μελέτες, να σχετίζεται θετικά με το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο [118, 119] και τις προηγούμενες προσπάθειες για διακοπή, με μικρή όμως αύξηση στη διακύμανσή της [120].

Συμπεράσματα

Το ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής έχει αναδειχθεί ως ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας και το κάπνισμα αποτελεί έναν τροποποιήσιμο παράγοντα που ενοχοποιείται για την ανάπτυξή του. Η διερεύνηση της αντίληψης των ασθενών με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής για το ρόλο του καπνίσματος αποτέλεσε το αντικείμενο μελέτης της παρούσας μελέτης και ανέδειξε σημαντικά αποτελέσματα και συσχετίσεις.

Η αξιολόγηση της πρόθεσης των ασθενών για διακοπή του καπνίσματος αναδεικνύει τη σημασία της προσαρμογής της θεραπευτικής προσέγγισης στις ατομικές ανάγκες και αξίες τους [114]. Αντιλαμβανόμενοι τις προτιμήσεις και τις ανάγκες των ασθενών, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προσφέρουν προσαρμοσμένες θεραπευτικές επιλογές και υποστήριξη, βελτιώνοντας έτσι τη συμμόρφωση και την επιτυχία της θεραπείας. Η ενσωμάτωση των αξιών των ασθενών στη θεραπευτική διαδικασία ενισχύει τη σχέση ιατρού - ασθενή και την εμπιστοσύνη στη θεραπευτική ομάδα. Η προσαρμοσμένη προσέγγιση βοηθά στην αύξηση της πιθανότητας για μια μακροχρόνια αλλαγή της συμπεριφοράς και την επιτυχία της θεραπείας, προάγοντας την υγεία και την ευημερία των ασθενών [121].

. Υπάρχουν ισχυρά επιχειρήματα υπέρ μιας αιτιακής σχέσης ανάμεσα στο κάπνισμα και το ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής. Τα δεδομένα που προκύπτουν από αντίστοιχες έρευνες παρέχουν επιπλέον υποστήριξη για παρεμβάσεις και πολιτικές για την αντιμετώπιση της παγκόσμιας επιδημίας του καπνίσματος [25].

Βιβλιογραφία

- [1]. Van den Vliet. J.A., Boll. A.P, Abdominal aortic aneurysm. Lancet. 1997. 349:863-866.
- [2]. Kent. K.C, Clinical practice. Abdominal aortic aneurysms. N Engl J Med. 2014. 371(22):2101-8.
- [3]. Roger. V.L., Go. A.S., Lloyd-Jones. D.M., et al., Executive summary: heart disease and stroke statistics—2012 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2012. 125(1): 188-97.
- [4]. Silverberg E, Boring CC, Squires TS. Cancer statistics, 1990. CA Cancer J Clin 1990; 40(1): 9-26.
- [5]. Γιαννούκας Αθ. Δ., Labropoulos Nicos. Υπερηχογραφική διερεύνηση των αγγειακών παθήσεων. Εκδ. Παρισιάνου 2013, σ. 169-170.
- [6]. Rutherford. R.B., Vascular Surgery. Philadelphia: W, B Saunders. 2005.
- [7]. Gray. H., Anatomy of the Human Body. 20th ed. Philadelphia: Lea & Febifer, 1918.
- [8]. Junqueira. L.C., Carneiro. J., Basic Histology Text and Atlas, 11th Edition. McGraw-Hill. 2005.
- [9]. Schuliga Michael (2015). Smooth Muscle and Extracellular Matrix Interactions in Health and Disease, Muscle Cell and Tissue, Dr. Kunihiro Sakuma (Ed.), In Tech, DOI: 10.5772/60403. Available from: <http://www.intechopen.com/books/muscle-cell-and-tissue/smooth-muscle-andextracellular-matrix-interactions-in-health-and-disease>.
- [10]. Olsen PS, Schroeder T, Agerskov K, Roder O, Sorensen S, Perko M, Lorentzen JE. Surgery for abdominal aortic aneurysms: A survey of 656 patients. J Cardiovasc Surg (Torino) 1991; 32(5): 636-42.
- [11]. Abigail Thrush Tim Hartshorne. Υπερηχογραφία Αγγείων Πως, Γιατί και Πότε. Εκδόσεις Βασιλειάδης 2011, σ.158.
- [12]. Sutton David. Ακτινολογία και Απεικόνιση. Εκδ. Πασχαλίδης 2005, σ.828-829.
- [13]. Sakalihasan N, Limet R, Defawe OD. Abdominal Aortic Aneurysm. PMID: 15866312 DOI: 10.1016/S0140-6736(05)66459-8.

- [14]. Nordon. I.M., Hinchliffe. R.J., Loftus. I.M., Thompson. M.M., Pathophysiology and epidemiology of abdominal aortic aneurysms. *Nat Rev Cardiol*. 2011. 8(2):92-102.
- [15]. Kuivaniemi. H., Ryer. E.J., Elmore. J.R., Understanding the pathogenesis of abdominal aortic aneurysms. *Expert Rev Cardiovasc Ther*. 2015. 13(9):975-87.
- [16]. Jongkind V, Yeung KK, Akkersdijk GJ, et al. Επιδιόρθωση ανευρύσματος παρακείμενης αορτής. *J Vasc Surg*. 2010; 52 (3): 760–767.
- [17]. Μούρμουρα Ευανθία. Γενετική διερεύνηση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Εργαστήριο Κυτταρογενετικής και Μοριακής Γενετικής. Λάρισα. 2016.
- [18]. Δρεβελέγκας Α. Κλινική Ακτινολογία. Εκδόσεις Κωνσταντάρας 2012, σ.176.
- [19]. Norman Paul E, John A Curci. Understanding the effects of tobacco smoke on the pathogenesis of aortic aneurysm. PMID: 23685557 PMCID: PMC3683352 DOI: 10.1161/ATVBAHA.112.300158. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2013. Jul;33(7):1473-7. doi: 10.1161/ATVBAHA.112.300158. Epub 2013 16 May.
- [20]. Dagfin A., Schlesinger S., Norat T., Riboli E. Tobacco smoking and the risk of abdominal aortic aneurysm: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Scientific reports* (2018) 8:14786.
- [21]. Tromp G, Kuivaniemi H, Hinterseher I, Carey DJ. Νέοι γενετικοί μηχανισμοί για ανευρύσματα αορτής. *Curr Atheroscler Rep*. 2010; 12 (4): 259–266.
- [22]. Golledge J. (2019) Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής: ενημέρωση για την παθογένεση και τις ιατρικές θεραπείες. *Nat. Αιδ. Καρδιολ.* 16 , 225–242 10.1038/s41569-018-0114-9.
- [23]. Lindeman JHN (2015) Η παθοφυσιολογική βάση της εξέλιξης του ανευρύσματος κοιλιακής αορτής: μια κριτική αξιολόγηση. *Εμπειρογνώμονας Αναθ.* Εκεί. 13, 839–851 10.1586/14779072.2015.1052408.
- [24]. Kobeissi E, Hibino M, Pan H, Aune D. Blood pressure, hypertension and the risk of abdominal aortic aneurysms: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Eur J Epidemiol* 2019;34:547–555. <https://doi.org/10.1007/s10654-019-00510-9>

- [25]. Aune D, Schlesinger S, Norat T, Riboli E. Tobacco smoking and the risk of abdominal aortic aneurysm: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sci Rep* 2018;8: 14786. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-32100-2>. Google ScholarCrossrefPubMedWorldCat
- [26]. Altobelli E, Rapacchietta L, Profeta VF, Fagnano R. Risk factors for abdominal aortic aneurysm in population-based studies: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15:2805. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122805>.
- [27]. Cornuz J, Sidoti Pinto C, Tevaearai H, Egger M. Risk factors for asymptomatic abdominal aortic aneurysm: systematic review and meta-analysis of population-based screening studies. *Eur J Public Health* 2004; 14:343–349. <https://doi.org/10.1093/eurpub/14.4.343>.
- [28]. Sampson UK, Norman PE, Fowkes FG, Aboyans V, Song Y, Harrell FE Jr, et al. Estimation of global and regional incidence and prevalence of abdominal aortic aneurysms 1990 to 2010. *Glob Heart* 2014;9: 159–170. <https://doi.org/10.1016/j.gheart.2013.12.009>.
- [29]. Jacomelli J, Summers L, Stevenson A, Lees T, Earnshaw JJ. Editor's choice—inequalities in abdominal aortic aneurysm screening in England: effects of social deprivation and ethnicity. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2017;53: 837–843. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2017.03.006>.
- [30]. Yang Y, Lehman EB, Aziz F. African Americans are less likely to have elective endovascular repair of abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg* 2019; 70:462–470. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2018.10.107>.
- [31]. Ribieras AJ, Kang N, Shao T, Kenel-Pierre S, Rey J, Velazquez OC, et al. Racial disparities in presentation and outcomes for endovascular abdominal aortic aneurysm repair. *J Vasc Surg* 2023;77:69–77. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2022.06.094>.
- [32]. Jones GT, Sandiford P, Hill GB, Williams MJA, Khashram M, Tilyard MW, et al. Correcting for body surface area identifies the true prevalence of abdominal aortic aneurysm in screened women. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2019; 57:221–228. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2018.08.048>.

- [33]. Mukherjee K, Pingili AK, Singh P, Dhodi AN, Dutta SR, Gonzalez FJ, et al. Testosterone metabolite 6beta-hydroxytestosterone contributes to angiotensin II-induced abdominal aortic aneurysms in apoe(-/-) male mice. *J Am Heart Assoc* 2021;10:e018536. <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.018536>.
- [34]. Yeap BB, Hyde Z, Norman PE, Chubb SA, Golledge J. Associations of total testosterone, sex hormone-binding globulin, calculated free testosterone, and luteinizing hormone with prevalence of abdominal aortic aneurysm in older men. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;95: 1123–1130. <https://doi.org/10.1210/jc.2009-1696>.
- [35]. Villard C, Roy J, Bogdanovic M, Eriksson P, Hultgren R. Sex hormones in men with abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg* 2021;74: 2023–2029. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2021.06.020>.
- [36]. Ohlsson C, Langenskiöld M, Smidfelt K, Poutanen M, Ryberg H, Norlen AK, et al. Low progesterone and low estradiol levels associate with abdominal aortic aneurysms in men. *J Clin Endocrinol Metab* 2022;107: e1413–e1425. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgab867>.
- [37]. Chou EL, Pettinger M, Haring B, Allison MA, Mell MW, Hlatky MA, et al. Association of premature menopause with risk of abdominal aortic aneurysm in the Women's Health Initiative. *Ann Surg* 2022;276: e1008–e1016. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004581>.
- [38]. Vande Geest JP, Dillavou ED, Di Martino ES, Oberdier M, Bohra A, Makaroun MS, et al. Gender-related differences in the tensile strength of abdominal aortic aneurysm. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1085:400–402. <https://doi.org/10.1196/annals.1383.048>.
- [39]. Sweeting MJ, Thompson SG, Brown LC, Powell JT; RESCAN collaborators. Meta-analysis of individual patient data to examine factors affecting growth and rupture of small abdominal aortic aneurysms. *Br J Surg* 2012;99: 655–665. <https://doi.org/10.1002/bjs.8707>.
- [40]. Lederle FA, Johnson GR, Wilson SE, Chute EP, Littooy FN, Bandyk D, et al. Prevalence and associations of abdominal aortic aneurysm detected through screening. Aneurysm Detection and Management (ADAM) Veterans Affairs Cooperative study

group. *Ann Intern Med* 1997; 126:441–449. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-126-6-199703150-00004>

[41]. Jamrozik K, Norman PE, Spencer CA, Parsons RW, Tuohy R, Lawrence-Brown MM, et al. Screening for abdominal aortic aneurysm: lessons from a population-based study. *Med J Aust* 2000; 173:345–350. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2000.tb125684.x>

[42]. Summers KL, Kerut EK, Sheahan CM, Sheahan MG III. Evaluating the prevalence of abdominal aortic aneurysms in the United States through a national screening database. *J Vasc Surg* 2021; 73:61–68. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2020.03.046>.

[43]. Kent KC, Zwolak RM, Egorova NN, Riles TS, Manganaro A, Moskowitz AJ, et al. Analysis of risk factors for abdominal aortic aneurysm in a cohort of more than 3 million individuals. *J Vasc Surg* 2010;52: 539–548. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2010.05.090>.

[44]. Joergensen TM, Christensen K, Lindholt JS, Larsen LA, Green A, Houliand K. Editor's choice—high heritability of liability to abdominal aortic aneurysms: a population based twin study. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2016;52: 41–46. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2016.03.012>.

[45]. Wahlgren CM, Larsson E, Magnusson PK, Hultgren R, Swedenborg J. Genetic and environmental contributions to abdominal aortic aneurysm development in a twin population. *J Vasc Surg* 2010; 51:3–7; discussion 7. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2009.08.036>.

[46]. Holmes MV, Richardson TG, Ference BA, Davies NM, Davey Smith G. Integrating genomics with biomarkers and therapeutic targets to invigorate cardiovascular drug development. *Nat Rev Cardiol* 2021; 18:435–453. <https://doi.org/10.1038/s41569-020-00493-1>.

[47]. Μαστοράκη Σωτηρία Θεοδώρου. Ο προστατευτικός ρόλος της συμβαστατίνης στη δημιουργία ή επέκταση ανευρυσματικής διάτασης κοιλιακής αορτής. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Ιατρική Σχολή. Πανεπιστημιακή Καρδιοχειρουργική Κλινική. Νοσοκομείο Αττικό. Διδακτορική Διατριβή. 2011.

- [48]. Pearce W. Peterson B. Abdominal aortic aneurysm. 2005. Emedicine.
- [49]. Τσιμήτρη Ασημίνα Ν. «Η σημασία της υπερηχογραφικής διερεύνησης ως εξέταση πρόληψης για τη διάγνωση ανευρυσματος της κοιλιακής αορτής». Τμήμα Ιατρικής. Σχολή Επιστημών Υγείας. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών. Υπερηχογραφική Λειτουργική Απεικόνιση για την Πρόληψη και Διάγνωση των Αγγειακών Παθήσεων. Λάρισα. 2020.
- [50]. Benson RA, Meecham L., Fisher O., Loftus IM (2018). Υπερηχογραφικός έλεγχος για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής: Τρέχουσα πρακτική, προκλήσεις και διαμάχες. The British Journal of Radiology, 91(1090), 20170306.
- [51]. Keisler B., Carter C. (2015). Abdominal aortic aneurysm. American Family Physician, 91(8), 538–543.
- [52]. LeFevre M. (2014). Έλεγχος για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής: Δήλωση συστάσεων της ειδικής ομάδας προληπτικών υπηρεσιών των ΗΠΑ. Annals of Internal Medicine , 161(4), 281–290.
- [53]. Isselbacher EM (2005). Ανευρύσματα θωρακικής και κοιλιακής αορτής. Circulation , 111, 816–828.
- [54]. Μουρίκης Δ., Χατζιωάννου Α. Αγγειακή και επεμβατική Ακτινολογία, Εκδ.Βητα 2004, σ.276.
- [55]. Law MR, Morris J, Wald NJ. Screening for abdominal aortic aneurysms. J Med Screen 1994; 1: 110-5.
- [56]. Sidloff. Primum non nocere: Does screening for abdominal aortic aneurysm do more harm than good? Eur. J.End.Surg. 2015, 409-410.
- [57]. Heller JA, Weinberg A, Arons R, Krishnasasthy KV, Lyon RT, Deitch JS, Schulick AH, Bush HL Jr, Kent KC. Two decades of abdominal aortic aneurysm repair: Have we made any progress? J Vasc Surg 2000; 32(6): 1091-100.
- [58]. Bown MJ, Sutton AJ, Bell PR, Sayers RD. A meta-analysis of 50 years of ruptured abdominal aortic aneurysm repair. Br J Surg 2002; 89(6): 714-30.
- [59]. Ernst CB. Abdominal aortic aneurysm. N Engl J Med 1993; 28(16): 1167-72.

- [60]. Hallin A, Bergqvist D, Holmberg L. Literature review of surgical management of abdominal aortic aneurysm. *Eur Vasc Endovasc Surg* 2001; 22(3): 197-204.
- [61]. Kantonen I, Lepäntalo M, Brommels M, Luther M, Salenius JP, Ylönen K. Mortality in ruptured abdominal aortic aneurysms. The Finnvasc Study Group. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1999; 17(3): 208-12.
- [62]. Ookkkim H., N. Yeol Yim, J. Kim, X.J. Kang, B. Chan Lee. Endovascular aneurysm repair for abdominal aortic aneurysm: a comprehensive review, 2019, August 20(8): 1247-1265.
- [63]. Badger Stephen, Rachel Forster, Paul H Blair, Peter Ellis, Frank Kee, Denis W Harkin. Endovascular treatment for ruptured abdominal aortic. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 26 May 5(5): CD005261. doi: 10.1002/14651858.CD005261.pub4.
- [64]. Silverberg E, Boring CC, Squires TS. Cancer statistics, 1990. *CA Cancer J Clin* 1990; 40(1): 9-26.
- [65]. Wilmink AB, Quick CR. Epidemiology and potential for prevention of abdominal aortic aneurysm. *Br J Surg* 1998; 85(2): 155-62.
- [66]. Melton LJ 3rd, Bickerstaff LK, Hollier LH, Van Peenen HJ, Lie JT, Pairolero PC, Cherry KJ, O'Fallon WM. Changing incidence of abdominal aortic aneurysms: A populationbased study. *Am J Epidemiol* 1984; 120(3): 379-86.
- [67]. Bengtsson H, Bergqvist D, Sternby NH. Increasing prevalence of abdominal aortic aneurysms: A necropsy study. *Eur J Surg* 1992; 158(1): 19-23.
- [68]. Lee A J. Smoking, atherosclerosis and risk of abdominal aortic aneurysm. *FG Fowkes, MN Carson, GC Leng, PL Allan. PMID: 9129900 DOI: 10.1093/oxfordjournals.eurheartj.a015314. Eur Heart J.1997 Απρ, 18(4):671-6.*
- [69]. Priya Bains, John L. Oliffe, Martha H. Mackay, Mary T. Kelly. Προσυμπτωματικός έλεγχος ηλικιωμένων ενηλίκων ανδρών για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής : Μια ανασκόπηση του εύρους.. *PMCID: PMC7970195. PMID: 33724072.*
- [70]. Ashton HA, Buxton MJ, Day NE, Kim LG, Marteau TM, Scott RA, Thompson SG, Walker NM; Multicentre Aneurysm Screening Study Group. The Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) into the effect of abdominal aortic aneurysm

screening on mortality in men: A randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 360(9345): 1531-9.

[71]. Lindholt JS, Juul S., Fastang H., Henneberg EW (2005). Προσυμπτωματικός έλεγχος για ανευρύσματα κοιλιακής αορτής: Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή ενός κέντρου. *BMJ*, 330 (7494), 750–752. doi: 10.1136/bmj.38369.620162.82.

[72]. Norman PE, Jamrozik K., Lawrence-Brown MM, Le MTQ, Spencer CA, Tuohy RJ, Parsons RW, Dickinson JA (2004). Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή βάσει πληθυσμού για την επίδραση του προσυμπτωματικού ελέγχου στη θνησιμότητα από ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής. *BMJ*, 329 (7477), 1259. doi: 10.1136/bmj.329.7477.1259.

[73]. Η Ομάδα Μελέτης Πολυκεντρικού Ελέγχου Ανευρυσμάτων. (2002). Η Πολυκεντρική Μελέτη Διαλογής Ανευρύσματος (MASS) για την επίδραση του προσυμπτωματικού ελέγχου ανευρύσματος κοιλιακής αορτής στη θνησιμότητα στους άνδρες: Μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή . *The Lancet*, 360, 1531–1539.

[74]. Wilmsink TBM, Quick CRG, Hubbard CS, Day NE (1999). Η επίδραση του προσυμπτωματικού ελέγχου στη συχνότητα εμφάνισης ρήξης ανευρυσμάτων κοιλιακής αορτής. *Journal of Vascular Surgery*, 30 (2), 203-208. doi: 10.1016/S0741-5214(99)70129-1.

[75] Guirguis-Blake JM, Beil TL, Senger CA, Coppola EL (2019). Έλεγχος πρωτοβάθμιας περίθαλψης για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής: Ενημερωμένη αναφορά αποδεικτικών στοιχείων και συστηματική ανασκόπηση για την Ειδική Ομάδα Προληπτικών Υπηρεσιών των ΗΠΑ . *JAMA* , 322 (22), 2219–2238.

[76]. Stather P., Dattani N., Bown M., Earnshaw J., Lees T. (2013). Διεθνείς παραλλαγές στην εξέταση AAA . *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 45 (3), 231-234. doi: 10.1016/j.ejvs.2012.12.013.

[77]. Singh H., Bell N., Dickinson J., Lewin G., Tonelli M., Thoms B. & Sims-Jones N. (2017). Συστάσεις για τον προσυμπτωματικό έλεγχο για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* = *Journal De L'Association Medicale Canadienne*, 189 (36), E1137–E1145. doi: 10.1503/cmaj.170118.

- [78]. Κουράκος Μ., Καυκία, Θ., & Φραδέλος, Α. (2016). Εξάρτηση από την νικοτίνη και στρατηγικές διακοπής καπνίσματος. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 9(1), 8-16.
- [79]. Jha, P. (2009). Avoidable global cancer deaths and total deaths from smoking. *Nature Reviews Cancer*, 9(9), 655. <https://doi.org/10.1038/nrc2703>.
- [80]. Jha, P., & Peto, R. (2014). Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *New England Journal of Medicine*, 370(1), 60-68. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1308383>.
- [81]. Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030.
- [82]. GBD 2017 Risks Factor Collaborators (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1923-1994. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32225-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6). *PLoS Medicine*, 3(11), Article e442. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>.
- [83]. Βαρβαρήγος, Β. (2016). Το Κάπνισμα και οι Επιπτώσεις στην Υγεία. Στο Π. Μπεχράκης, Β. Ευαγγελοπούλου (Επιμ.), *Παιδεία για έναν Κόσμο Χωρίς Κάπνισμα* (σσ. 18-31). Λυχνία.
- [84]. Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 328, 1519-1533. <https://doi.org/10.1136/bmj.38142.554479.A>.
- [85]. Eriksen, M., Mackay, J., Schluger, N., Gomeshtapeh, FI. & Drope, J. (2015). *The Tobacco Atlas* (5th ed). The American Cancer Society. https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/TA5_2015_WEB.pdf.
- [86]. Pirie, K., Peto, R., Reeves, G. K., Green, J., & Beral, V. (2013). The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *Lancet*, 381, 133–141. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61720-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61720-6).
- [87]. Cancer Atlas (2020). Lung cancer. Ανακτήθηκε 20 Δεκεμβρίου 2021 από: <https://canceratlas.cancer.org/the-burden/lung-cancer>.

- [88]. Χατζηλιά, Δ., (2017). Εκτίμηση ευερεθιστότητας, άγχους, κατάθλιψης και ποιότητα ζωής σε καπνιστές κατά τη θεραπεία διακοπής καπνίσματος [Διδακτορική διατριβή, ΕΚΠΑ]. Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.
- [89]. Σχορετσανίτη, Σ., (2014). Μελέτη των Καπνιστικών Συνηθειών και των Παραγόντων που Σχετίζονται με Αυτές σε Αντιπροσωπευτικό Δείγμα του Ενήλικου Ελληνικού Πληθυσμού [Διδακτορική Διατριβή, ΕΚΠΑ]. Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.
- [90]. Strine, T. W., Okoro, C. A., Chapman, D. P., Balluz, L. S., Ford, E. S., Ajani, U. A., & Mokdad, A. H. (2005). Healthrelated quality of life and health risk behaviors among smokers. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(2), 182-187. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.10.002>.
- [91]. Πιερράκος, Γ., Μιχοπούλου, Ε., Κονδύλη, Ι., Γκανάς, Α., & Σαρρής, Μ. (2011). Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία Καπνιστών και Μη Καπνιστών. *Νοσηλευτική*, 50(2), 203–213.
- [92]. Έλεγχος του WFCoT: Παγκόσμια στρατηγική για την επιτάχυνση του ελέγχου του καπνού: Προώθηση της βιώσιμης ανάπτυξης μέσω της εφαρμογής της ΠΟΥ FCTC 2019–2025. 2021.
- [93]. WHO (2020). Tobacco Fact Sheet. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
- [94]. U.S. Department of Health and Human Services (2010). How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: A report of the Surgeon General. U.S. 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.
- [95]. Hackshaw A, Morris JK, Boniface S, Tang JL και Milenkovic D: Χαμηλή κατανάλωση τσιγάρων και κίνδυνος στεφανιαίας νόσου και εγκεφαλικού: μετα-ανάλυση 141 μελετών κοόρτης σε 55 αναφορές μελέτης. *BMJ*, 2018; 360: j5855.
- [96]. Mons U, Muezzinler A, Gellert C, Schottker B, Abnet CC, Bobak M, de Groot L, Freedman ND, Jansen E, Kee F, Kromhout D, Kuulasmaa K, Laatikainen T, O'Doherty MG, Bueno-de -Mesquita B, Orfanos P, Peters A, van der Schouw YT, Wilsgaard T, Wolk A, Trichopoulou A, Boffetta P, Brenner H και Consortium C:

Επίδραση του καπνίσματος και της διακοπής του καπνίσματος στα καρδιαγγειακά συμβάντα και τη θνησιμότητα μεταξύ των ηλικιωμένων: μετα- ανάλυση των δεδομένων μεμονωμένων συμμετεχόντων από προοπτικές μελέτες κοόρτης της κοινοπραξίας CHANCES. *BMJ*, 2015; 350:

[97]. Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J και Beral V: Οι κίνδυνοι του 21ου αιώνα από το κάπνισμα και τα οφέλη της διακοπής: μια προοπτική μελέτη ενός εκατομμυρίου γυναικών στο Ηνωμένο Βασίλειο. *The Lancet*, 2013; 381: 133-141.

[98]. Κακαφίκα Α.Ι. και Μιχαηλίδης Δ.Π.: Κάπνισμα και Παθήσεις Αορτής. *Circ J*, 2007; 71: 1173-1180.

[99]. Landenhed M, Engstrom G, Gottsater A, Caulfield MP, Hedblad B, Newton-Cheh C, Melander O και Smith JG: Προφίλ κινδύνου για αορτική ανατομή και ρήξη ή χειρουργικά θεραπευμένα ανευρύσματα: μια προοπτική μελέτη κοόρτης. *J Am Heart Assoc*, 2015; 4: e001513.

[100]. Sode BF, Nordestgaard BG, Gronbaek M και Dahl M: Κάπνισμα καπνού και αορτικό ανεύρυσμα: δύο πληθυσμιακές μελέτες. *Int J Cardiol*, 2013; 167: 2271-2277.

[101]. Aune D, Schlesinger S, Norat T και Riboli E: Το κάπνισμα και ο κίνδυνος ανευρύσματος κοιλιακής αορτής: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση προοπτικών μελετών. *Sci Rep*, 2018; 8: 14786.

[102]. Lederle FA, Nelson DB και Joseph AM: Ο σχετικός κίνδυνος των καπνιστών για ανεύρυσμα αορτής σε σύγκριση με άλλες ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα: μια συστηματική ανασκόπηση. *Journal of Vascular Surgery*, 2003; 38: 329-334.

[103]. Yiyi Yang , Kazumasa Yamagishi , Tomomi Kihara , Renzhe Cui , Ehab S. Eshak, Isao Muraki , Kokoro Shirai, Akiko Tamakoshi, Hiroyasu Iso. Διακοπή του καπνίσματος και θνησιμότητα από αορτική ανατομή και ανεύρυσμα: ευρήματα από τη μελέτη Japan Collaborative Cohort (JACC). *J Atheroscler Thromb*. 1 Απριλίου 2023; 30(4): 348–363. 2022, 18 Ιουνίου. doi: 10.5551/jat.63258.

[104]. Janjigian YY, McDonnell K, Kris MG, Shen R, Sima CS, Bach PB, Rizvi NA και Riely GJ: Πακέτα-χρόνια καπνίσματος τσιγάρου ως προγνωστικός παράγοντας σε

ασθενείς με μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα σταδίου IIIB/IV. Καρκίνος, 2010; 116: 670-675.

[105]. Takada M, Yamagishi K, Tamakoshi A, Iso H and Group JS: Body Mass Index and Mortality From Aortic Aneurysm and Dissection. J Atheroscler Thromb, 2021; 28: 338-348.

[106]. Takeuchi T, Adachi H, Ohuchida M, Nakamura T, Satoh A, Jacobs DR, Jr. and Imaizumi T: Μια μελέτη περιπτώσεων ελέγχου διαπίστωσε ότι η χαμηλή λευκοματίνη και το κάπνισμα συσχετίστηκαν με τον διαχωρισμό της αορτής. J Clin Epidemiol, 2004; 57: 386-391.

[107]. Ding K, Zhang X, Zhao J, Zuo H, Bi Z, Cheng H. Managing cancer and living meaningfully (CALM) intervention on chemotherapy-related cognitive impairment in breast cancer survivors. Integr Cancer Ther. 2020; 19: 1534735420938450. doi: 10.1177/1534735420938450

[108]. Lin HS, McBride RL, Hubbard RE. Frailty and anesthesia – risks during and post-surgery. Local Reg Anesth. 2018; 11: 61–73.

[109]. Fagerström K O. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addict Behav. 1978;3(3-4):235-41. PMID: 735910 DOI: 10.1016/0306-4603(78)90024-2.

[110]. Νάνου Αναστασία. Καπνιστικές συνήθειες και χρήση αλκοόλ από νέους, σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών. Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών. Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Κόρινθος. Σεπτέμβριος 2015.

[111]. Koulirakis George, Bakola Christina, Zagorianakou Elena. Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society. Vol 27, No 3 (2022). December 2022. doi: 10.12681/psy_hps.26970.

[112]. Harms V. 7th edition revised. Lindhöft: Harms; 1998. Biomathematik, Statistik und Dokumentation: Eine leichtverständliche Einführung.

- [113]. Μάρκος Άγγελος. Οδηγός Ανάλυσης Αξιοπιστίας και Εγκυρότητας Ψυχομετρικών Κλιμάκων με το SPSS. ΔΠΘ. Αλεξανδρούπολη 2012. <http://www.amarkos.gr/courses/notes/mva.pdf>.
- [114]. Hassan. Louise M. Edward Shiu. The moderating role of national cultural values in smoking cessation. smoking cessation. March 2015 *Journal of Business Research* 68(10). DOI:10.1016 /j.j busres.2015.03.017.
- [115]. Dijkstra, A. A., Unraveling molecular mechanisms underlying the progression of pathology in Parkinson s disease. Research output: PhD Thesis › Phd-Thesis - Research and graduation internal. 2014.
- [116]. West R. Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychol Health*. 2017. Aug;32(8):1018-1036. doi: 10.1080/08870446.2017.1325890. PMID: 28553727 PMCID: PMC5490618 DOI: 10.1080/08870446.2017.1325890.
- [117]. Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84(5), 888–918. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.84.5.888>.
- [118]. Reid, Jessica L., Hammond David, Boudreau Christian, Geoffrey T. Fong, Mohammad Siahpush. Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: Findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine Tob Res*. 2010 Oct; 12(Suppl 1): S20–S33. doi: 10.1093/ntr/ntq051. PMCID: PMC2948137. PMID: 20889477.
- [119]. Siahpush M, McNeill A, R Borland, and G T Fong. Socioeconomic variations in nicotine dependence, self-efficacy, and intention to quit across four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Journal List Tob Control* v.15(Suppl 3); 2006 Jun PMCID: PMC2593052.
- [120]. Hagger Martin S, Polet Juho, Lintunen Taru. The reasoned action approach applied to health behavior: Role of past behavior and tests of some key moderators using meta-analytic structural equation modeling. *Soc Sci Med*. 2018 Sep;213: 85-94. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.07.038. Epub 2018 Jul 21.

[121]. Lee et al. (2013) Organizational resilience indicators and Perez Ríos (2012) organizational pathologies. Source publication.

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο



ΔΠΜΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ ΣΤΙΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ



Αγαπητοί κύριοι/ες,

Ονομάζομαι Παπαδημητρίου Ελένη και είμαι μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο ΜΠΣ «Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί τμήμα της διπλωματικής μου εργασίας, η οποία εκπονείται στο πλαίσιο ολοκλήρωσης των σπουδών μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες». Θέμα της διπλωματικής μου εργασίας είναι η διερεύνηση της πρόθεσης διακοπής καπνίσματος ασθενών με αγγειακές παθήσεις.

Ζητώ την εθελοντική συμμετοχή σας σε αυτή τη μελέτη, απαντώντας το ερωτηματολόγιο αυτό. Θα τηρηθεί η ανωνυμία και οι απαντήσεις σας θα αντιμετωπιστούν με τον πιο εμπιστευτικό τρόπο, καθ' όλη τη διαδικασία της έρευνας. Η συμμετοχή σας θα συμβάλλει στην επιτυχία αυτής της μελέτης. Σας παρακαλώ να απαντήσετε με βάση το τι πραγματικά πιστεύετε, δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις, μας ενδιαφέρει η προσωπική σας γνώμη. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δεν υπερβαίνει τα 10 λεπτά της ώρας. Είναι πολύ σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

Για οποιαδήποτε απορία μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου

Τηλέφωνο:

Email:

Σας ευχαριστώ για τη συνεργασία.

Κατανοησα και συναινώ

Υπογραφή

.....

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ		
ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2024		
1	Έτος γέννησης:	
2	Φύλο:	1. Άνδρας ☐ 2. Γυναίκα ☐
3	Τόπος διαμονής:	1. Αγροτικός ☐ 2. Ημιαστικός ☐ 3. Αστικός ☐
4	Οικογενειακή κατάσταση:	1. Άγαμος/η ☐ 2. Έγγαμος/η ☐ 3. Διαζευγμένος/η ☐ 4. Χήρος/α ☐
5	Πόσα παιδιά έχετε;	
6	Μένετε μόνος/ή;	1. Ναι ☐ 2. Όχι ☐

7	Μορφωτικό επίπεδο:	1.Αναλφάβητος ☐ 2.Απόφοιτος δημοτικού ☐ 3.Απόφοιτος Γυμνασίου/ Λυκείου ☐ 4.Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ ☐
8	Επαγγελματική κατάσταση:	1.Άνεργος_____ ☐ 2.Οικιακά ☐ 3.Αυτοαπασχολούμενος ☐ 4.Ιδιωτικός υπάλληλος ☐ 5.Δημόσιος υπάλληλος ☐ 6.Συνταξιούχος ☐ Παρακαλώ διευκρινίστε:.....
9	Αντιμετωπίζετε και κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας;	1.Ναι ☐ 2. Όχι ☐
10	Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για θάνατο από παθήσεις της καρδιάς και των αγγείων;	1.Ναι ☐ 2. Όχι ☐
11	Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την εμφάνιση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής καθώς και για την αύξηση του μεγέθους αυτού που μπορεί να οδηγήσει στην ρήξη και τον θάνατο;	1.Ναι ☐ 2. Όχι ☐

12	Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για απόφραξη των αρτηριών στα πόδια που μπορεί να οδηγήσει και σε ακρωτηριασμό του ποδιού;	1.Ναι ☐ 2. Όχι ☐
13	Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για απόφραξη των καρωτίδων και πρόκληση εγκεφαλικού επεισοδίου που μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμη αναπηρία ή και θάνατο;	1.Ναι ☐ 2. Όχι ☐
14	Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα;	1.Ναι ☐ 2. Όχι ☐
15	Έχετε προσπαθήσει να διακόψετε το κάπνισμα στο παρελθόν;	1.Ναι ☐ 2. Όχι ☐
16	Πόσο πιθανό είναι να απευθυνθείτε σε ένα ιατρείο διακοπής καπνίσματος τους επόμενους 6 μήνες. Εξαιρετικά πιθανό 1 2 3 4 5 6 7 Εξαιρετικά απίθανο	

17	Σημειώστε την πρόταση που περιγράφει καλύτερα το τρέχον επίπεδο δραστηριότητάς σας. 0. Κανονική δραστηριότητα, χωρίς συμπτώματα 1. Μερικά συμπτώματα, αλλά δεν απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι κατά το διάστημα της ημέρας 2. Απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι λιγότερο από το 50% της ημέρας 3. Απαιτώ ξεκούραση σε κρεβάτι περισσότερο από το 50% της ημέρας 4. Αδυνατώ να σηκωθώ από το κρεβάτι
----	---

Κλίμακα Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς για τη διακοπή καπνίσματος

Οι παρακάτω προτάσεις εκφράζουν πεποιθήσεις σχετικές με το κάπνισμα. Παρακαλώ επιλέξτε αυτή που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο. . (Κυκλώστε τον αριθμό που ανταποκρίνεται περισσότερο στις πεποιθήσεις σας. Αν για παράδειγμα το να διακόψετε το κάπνισμα είναι για εσάς εξίσου κακό όσο καλό , τότε κυκλώνεται τον αριθμό 4).

1. Το να διακόψω το κάπνισμα είναι για μένα:

Απολύτως κακό	1	2	3	4	5	6	7	Απολύτως καλό
Απολύτως ωφέλιμο	7	6	5	4	3	2	1	Απολύτως ανώφελο

Απολύτως ανόητο	1	2	3	4	5	6	7	Απολύτως έξυπνο
Απολύτως απαραίτητο	7	6	5	4	3	2	1	Απολύτως μη απαραίτητο
Απολύτως άχρηστο	1	2	3	4	5	6	7	Απολύτως χρήσιμο
Απολύτως ευχάριστο	7	6	5	4	3	2	1	Απολύτως δυσάρεστο

2. Πολλά άτομα σημαντικά για μένα θα σταματούσαν να καπνίζουν.

Εξαιρετικά πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Εξαιρετικά απίθανο
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

3. Πολλά άτομα των οποίων την άποψη εκτιμώ (π.χ. φίλοι, γονείς, παιδιά) θα ενέκριναν την αποχή μου από το κάπνισμα.

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

4. Πολλά σημαντικά στη ζωή μου άτομα πιστεύουν ότι πρέπει να κόψω το κάπνισμα.

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

5. Ο γιατρός μου πιστεύει ότι είναι απαραίτητο να κόψω το κάπνισμα.

Συμφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ
απόλυτα								απόλυτα

6. Θέλω να ακολουθήσω τη συμβουλή/επιθυμία των δικών μου ανθρώπων (φίλων, οικογένειας) να κόψω το κάπνισμα.

Συμφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ
απόλυτα								απόλυτα

7. Είμαι αποφασισμένος/η να κόψω το κάπνισμα για 6 μήνες

Συμφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ
απόλυτα								απόλυτα

8. Η απόφαση να κόψω το κάπνισμα είναι πέρα από τον έλεγχό μου.

Συμφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ
απόλυτα								απόλυτα

9. Θα προσπαθήσω να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες.

Συμφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ
απόλυτα								απόλυτα

10. Αν το ήθελα θα μπορούσα να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες.

Συμφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ
απόλυτα								απόλυτα

11. Είναι πιθανό να κόψω το τσιγάρο για 6 μήνες.

Εξαιρετικά	1	2	3	4	5	6	7	Εξαιρετικά
πιθανό								απίθανο

12. Η διακοπή καπνίσματος εξαρτάται αποκλειστικά από εμένα

Συμφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ
απόλυτα								απόλυτα

13. Για εμένα, η διακοπή καπνίσματος είναι πάρα πολύ εύκολη.

Συμφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ
απόλυτα								απόλυτα

14. Σκοπεύω να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες.

Συμφωνώ	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ
απόλυτα								απόλυτα

15. Είμαι πεπεισμένος-η / σίγουρος-η ότι θα κόψω το κάπνισμα

	1	2	3	4	5	6	7	
Απόλυτα σίγουρος/η								Καθόλου σίγουρος/η

Fagerstrom Test Score

1. Πόσο γρήγορα αφού ξυπνήσετε καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;

Μέσα στα πρώτα 5 λεπτά =3

6-30 λεπτά =2

31-60 λεπτά =1

Μετά από 60 λεπτά =0

2. Σας είναι δύσκολο να μην καπνίσεις σε μέρη όπου το κάπνισμα απαγορεύεται

(π.χ. εκκλησία, βιβλιοθήκες, σινεμά) ναι =1, όχι =0

3. Ποιο τσιγάρο σας είναι πιο δύσκολο να μην καπνίσετε;

Το πρώτο της ημέρας =1, Οποιοδήποτε άλλο =0

4. Πόσα τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε;

10 ή λιγότερα =0,

11-20 =1,

21-30 =2,

31 ή περισσότερα =3.

5. Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί απ' ότι το απόγευμα;

Ναι =1, Όχι =0

6. Καπνίζετε ακόμα και όταν μια ασθένεια σας αναγκάζει να μείνετε στο κρεβάτι;

Ναι =1, Όχι =0