



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

---

## ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Μελέτη γνώσεων και στάσεων ασθενών με στεφανιαία νόσο  
σχετικά με την καπνιστική συνήθεια»**

Ξυλοπαρκιώτη Ελπίδα  
Νοσηλεύτρια Π.Ε.

### ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

- 1) Ράπτης Δημήτριος, MD, MSc, Διδάκτωρ Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας -  
Επιβλέπων Καθηγητής
- 2) Μάλλη Φωτεινή, Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας -  
Μέλος Τριμελούς Επιτροπής
- 3) Ρούκα Ερασμία, Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου  
Θεσσαλίας- Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

**Λάρισα, 2025**

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ-ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**«Study of knowledge and attitudes of patients with coronary heart  
disease regarding the smoking habit»**

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

|                                                                 |           |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....</b>                                        | <b>5</b>  |
| <b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>                                            | <b>6</b>  |
| <b>ABSTRACT .....</b>                                           | <b>7</b>  |
| <b>ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....</b>                                      | <b>8</b>  |
| <b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>                                            | <b>10</b> |
| <b>A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</b>                                     | <b>12</b> |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ.....</b>                        | <b>12</b> |
| 1.1 Ορισμός και ιστορική αναδρομή .....                         | 12        |
| 1.2 Επιδημιολογικά δεδομένα.....                                | 13        |
| 1.3 Παθοφυσιολογία.....                                         | 14        |
| 1.4 Παράγοντες Κινδύνου .....                                   | 15        |
| 1.5 Κλινική εικόνα της νόσου .....                              | 17        |
| 1.6 Διάγνωση της νόσου .....                                    | 18        |
| 1.7 Θεραπευτική αντιμετώπιση .....                              | 19        |
| 1.8 Πρόληψη .....                                               | 21        |
| 1.9 Συννοσηρότητες .....                                        | 23        |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΚΑΠΝΙΣΜΑ .....</b>                               | <b>24</b> |
| 2.1 Τι είναι το κάπνισμα και ποια τα είδη καπνίσματος .....     | 24        |
| 2.2 Επιδημιολογικά δεδομένα.....                                | 25        |
| 2.3 Επιπτώσεις του καπνίσματος.....                             | 26        |
| 2.4 Διακοπή του καπνίσματος .....                               | 28        |
| 2.5 Θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης – Ηλεκτρονικό τσιγάρο..... | 29        |
| 2.6 Παθητικό κάπνισμα.....                                      | 29        |
| <b>B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</b>                                     | <b>32</b> |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....</b>                       | <b>32</b> |
| 3.1 Σκοπός της έρευνας.....                                     | 32        |
| 3.2 Σχεδιασμός της έρευνας.....                                 | 32        |
| 3.3 Μέθοδος δειγματοληψίας .....                                | 33        |
| 3.4 Ηθικά ζητήματα.....                                         | 33        |
| 3.5 Στατιστική ανάλυση.....                                     | 34        |
| 3.6 Προοπτική της μελέτης.....                                  | 34        |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....</b>                            | <b>36</b> |

|                                                                                        |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <i>4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά .....</i>                                            | <i>36</i> |
| <i>4.2 Καπνιστική συνήθεια .....</i>                                                   | <i>38</i> |
| <i>4.3 Γνώσεις ασθενών με στεφανιαία νόσο σχετικά με την καπνιστική συνήθεια .....</i> | <i>42</i> |
| <i>4.4 Συσχετίσεις μεταβλητών .....</i>                                                | <i>51</i> |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....</b>                                                      | <b>61</b> |
| <b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>                                                               | <b>70</b> |
| <b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>                                                               | <b>71</b> |
| <b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>                                                                  | <b>75</b> |

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η παρούσα διπλωματική εργασία πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της ολοκλήρωσης του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών με τίτλο «Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας», για το τμήμα της Ιατρικής και Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Ράπη Δημήτριο, για την πολύτιμη καθοδήγηση, τις γνώσεις που μοιράστηκε μαζί μου, τις εύστοχες συμβουλές και τη διαρκή στήριξή του καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας. Επίσης, ευχαριστώ τα μέλη της τριμελούς εξεταστικής επιτροπής για τον χρόνο που διέθεσαν και τη συμβολή τους στην αξιολόγηση και ολοκλήρωση της εργασίας.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου για την αμέριστη στήριξη, κατανόηση και ενθάρρυνση σε κάθε στάδιο αυτής της προσπάθειας, καθώς και στους φίλους μου που στάθηκαν δίπλα μου με κάθε τρόπο. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν με οποιονδήποτε τρόπο στην υλοποίηση αυτής της εργασίας.

Ξυλοπαρκιώτη Ελπίδα

Λάρισα, 2025

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η στεφανιαία νόσος αποτελεί μία από τις συχνότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως και ένας από τους βασικούς παράγοντες κινδύνου που συμβάλλει στην εμφάνισή της είναι το κάπνισμα.

**Σκοπός:** Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί το επίπεδο γνώσεων των ασθενών με στεφανιαία νόσο σχετικά με τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, να καταγραφούν οι στάσεις τους απέναντι στο κάπνισμα και τη διακοπή του, καθώς και να εξεταστεί η συσχέτιση μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών τους, της καπνιστικής συμπεριφοράς και των γνώσεων για το κάπνισμα.

**Μεθοδολογία:** Στη μελέτη συμμετείχαν ασθενείς με στεφανιαία νόσο από δύο νοσοκομεία. Ως εργαλείο χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο γνώσεων και στάσεων για το κάπνισμα.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη συμμετείχαν 95 ασθενείς με στεφανιαία νόσο με μέσο όρο ηλικίας τα  $63 \pm 9,203$  έτη. Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν άνδρες με ιστορικό ενεργού ή παθητικού καπνίσματος. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες γνώριζαν τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, αλλά υπήρχαν κενά σε θέματα θεραπείας και εθισμού. Οι ασθενείς είχαν θετική στάση ως προς την υποστήριξη διακοπής του καπνίσματος αλλά ελλιπή χρήση των μεθόδων.

**Συμπεράσματα:** Η μελέτη ανέδειξε επαρκείς γνώσεις των ασθενών σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία. Ωστόσο, παρατηρούνται ελλείψεις σε θέματα θεραπευτικών επιλογών και αντιμετώπισης του εθισμού. Η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα παραμένει υψηλή. Κρίνεται αναγκαία η ενίσχυση της εκπαίδευσης και της υποστήριξης για διακοπή του καπνίσματος.

**Λέξεις κλειδιά:** Στεφανιαία νόσος, κάπνισμα, ασθενείς, στάσεις, γνώσεις

## ABSTRACT

**Introduction:** Coronary artery disease is one of the most common causes of death worldwide, with smoking being a major risk factor contributing to its development.

**Aim:** The aim of this study is to investigate the level of knowledge among patients with coronary artery disease regarding the harmful effects of smoking, to record their attitudes toward smoking and smoking cessation, and to examine the association between their sociodemographic characteristics, smoking behavior and knowledge about smoking.

**Methodology:** The study involved patients with coronary artery disease from two hospitals. A questionnaire assessing knowledge and attitudes about smoking was used as the research tool.

**Results:** A total of 95 patients with coronary artery disease participated in the study, with a mean age of  $63 \pm 9,203$  years. The majority were male with a history of active or passive smoking. Most participants were aware of the harmful effects of smoking, but gaps were identified in their understanding of treatment and addiction. Patients generally had a positive attitude toward smoking cessation support, but made limited use of available cessation methods.

**Conclusions:** The study highlighted adequate knowledge among patients regarding the health impacts of smoking. However, deficiencies were noted in awareness of treatment options and addiction management. Exposure to passive smoking remains high. There is a clear need to strengthen education and support smoking cessation.

**Keywords:** coronary artery disease, smoking, patients, attitudes, knowledge

## **ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ**

- ΣΝ: Στεφανιαία Νόσος
- PCI: Percutaneous Coronary Intervention
- LDL: Low-density Lipoproteins
- NO: Nitric Oxide
- VSMCs: Vascular Smooth Muscle Cells
- EM: Έμφραγμα του Μυοκαρδίου
- STEMI: ST-elevation Myocardial Infarction
- NSTEMI: non-ST-elevation Myocardial Infarction
- CAG: Coronary Artery Angiography
- CT: Computed Tomography
- OCT: Optical Coherence Tomography
- ΗΚΓ: Ηλεκτροκαρδιογράφημα
- RAAS: Renin-Angiotensin-Aldosterone System
- ACE: Angiotensin-Converting Enzyme
- ARBs: Angiotensin Receptor Blockers
- CABG: Coronary Artery Bypass Graft
- LS7: Life's Simple 7
- BMI: Body Mass Index
- ΚΜ: Κολπική Μαρμαρυγή
- T2D: Type 2 Diabetes
- HDL: High Density Lipoprotein
- ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
- ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
- ΧΑΠ: Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

-NADPH: Nicotinamide adenine dinucleotide phosphate

- SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η στεφανιαία νόσος, αποτελεί μια χρόνια, φλεγμονώδη, εξελικτική διαδικασία η οποία χαρακτηρίζεται από την εναπόθεση και συσσώρευση αθηρωματικών πλακών στις επικαρδιακές στεφανιαίες αρτηρίες. Αθηροσκλήρωση ονομάζεται η συσσώρευση πλάκας στο εσωτερικό των αρτηριών που παρέχουν αίμα στον μυ της καρδιάς και μπορεί να επιφέρει στένωση ή απόφραξη των αρτηριών, μειώνοντας έτσι τη ροή του αίματος προς την καρδιά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η καρδιά να μην λαμβάνει το απαιτούμενο οξυγόνο και τα θρεπτικά συστατικά που είναι απαραίτητα για τη σωστή λειτουργία της, προκαλώντας έτσι δυσφορία ή πόνο στο στήθος (στηθάγχη), καρδιακή προσβολή ακόμα και θάνατο <sup>[1]</sup>. Είναι συχνότερη στους ενήλικες άνω των 40 ετών και έχει πρόωρη έναρξη στους άνδρες. Η στεφανιαία νόσος κλινικά περιλαμβάνει κυρίως τη λανθάνουσα στεφανιαία νόσο, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, τη στηθάγχη, τον αιφνίδιο θάνατο, την καρδιακή ανεπάρκεια και την αρρυθμία. Η θεραπεία της βασίζεται στον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου που βλάπτουν τ α αγγεία όπως επίσης και τον σχηματισμό αθηρωματικής πλάκας <sup>[2]</sup>.

Η στεφανιαία νόσος που είναι επίσης γνωστή και με τον τίτλο ισχαιμική καρδιοπάθεια, είναι η κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στους ενήλικες και αποτελεί συχνή κατάσταση. Παρά το γεγονός ότι η ανάπτυξη των φαρμακολογικών και χειρουργικών μεθόδων για τη θεραπεία της στεφανιαίας νόσου βελτίωσαν τα ποσοστά επιβίωσης των νοσούντων ασθενών, υπάρχει υψηλός κίνδυνος εμφάνισης επιπλοκών και αλλαγή στην ποιότητα της ζωής τους <sup>[3]</sup>.

Το ενεργητικό και το παθητικό κάπνισμα είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου, εξαιτίας πολλών παραγόντων όπως είναι η έκθεση σε διάφορα συστατικά του καπνού και του τσιγάρου <sup>[4]</sup>. Το κάπνισμα αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως που είναι δυνατό να προληφθεί, και είναι υπεύθυνο για περισσότερους από 6 εκατομμύρια θανάτους ετησίως σε όλο τον κόσμο. Σύμφωνα με τις έρευνες, οι καπνιστές χάνουν κατά μέσο όρο 10 χρόνια ζωής συγκριτικά με άτομα τα οποία δεν κάπνιζαν ποτέ. Από το σύνολο των θανάτων που έχουν σχέση με το κάπνισμα, η καρδιαγγειακή νόσος αντιπροσωπεύει περίπου το ένα τρίτο των θανάτων παγκοσμίως <sup>[5]</sup>. Για όλα τα παραπάνω δίνεται αυστηρή σύσταση αποχής από το κάπνισμα με σκοπό την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου. Το ποσοστό των καπνιστών παγκοσμίως μειώθηκε τις τελευταίες δύο δεκαετίες, ωστόσο, ξεκίνησε να αυξάνεται σημαντικά το ποσοστό της χρήσης ηλεκτρονικού τσιγάρου. Το ηλεκτρονικό τσιγάρο περιέχει ένα διάλυμα γλυκερίνης, προπυλενόλης, συνδυασμό διαφορετικών γεύσεων και νικοτίνη. Κατά τη θέρμανση του απελευθερώνονται διάφορες καρκινογόνες ουσίες που μπορούν να βλάψουν το αγγειακό σύστημα των καπνιστών <sup>[6]</sup>.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η ανάδειξη των στάσεων και των γνώσεων των ασθενών με στεφανιαία νόσο σχετικά με την καπνιστική συνήθεια. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει τις στάσεις

των ασθενών στην καθημερινότητα τους σχετικά με το κάπνισμα και τις γνώσεις που διαθέτουν για τα καπνικά προϊόντα, τον εθισμό που προκαλούν, τις παθήσεις, την θεραπεία, τους τρόπους μείωσης του καπνίσματος, την διακοπή του, τις επιπτώσεις στην υγεία, το παθητικό κάπνισμα, τις κοινωνικές επιπτώσεις, τις οικονομικές επιπτώσεις, τη νομοθεσία και τις πολιτικές κατά του καπνίσματος.

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης αναλύεται η στεφανιαία νόσος, ο ορισμός, τα ιστορικά και επιδημιολογικά στοιχεία, η παθοφυσιολογία, οι παράγοντες κινδύνου, τα κλινικά χαρακτηριστικά, η πορεία της νόσου, η διάγνωση, η θεραπευτική αντιμετώπιση, η πρόληψη και οι συννοσηρότητες.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται το κάπνισμα, τα είδη καπνίσματος, η ιστορική αναδρομή, τα επιδημιολογικά δεδομένα, οι επιπτώσεις του καπνίσματος, η διακοπή του καπνίσματος, οι παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του καπνίσματος και το παθητικό κάπνισμα.

Στα επόμενα κεφάλαια αναλύεται η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για την συγγραφή της εργασίας, τα αποτελέσματα από τις έρευνες και η συζήτηση αυτών των αποτελεσμάτων. Στο τέλος της εργασίας, παρουσιάζονται τα συμπεράσματα.

# A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ

### 1.1 Ορισμός και ιστορική αναδρομή

Η στεφανιαία νόσος (ΣΝ) είναι μία από τις συχνότερες καρδιακές παθήσεις και κατατάσσεται παγκοσμίως ως η κύρια αιτία θανάτου. Αποτελεί μία χρόνια, φλεγμονώδη, εξελικτική διαδικασία η οποία χαρακτηρίζεται από την εναπόθεση και συσσώρευση αθηρωματικών πλακών στις επικαρδιακές στεφανιαίες αρτηρίες. Η ΣΝ μπορεί να είναι αποφρακτική ή όχι. Με βάση τις διευρυμένες παθοφυσιολογικές έννοιες, προκύπτει ένας νέος πιο ολοκληρωμένος ορισμός των στεφανιαίων συνδρόμων, σύμφωνα με τον οποίο, τα χρόνια στεφανιαία σύνδρομα αποτελούν μια σειρά κλινικών εκδηλώσεων, για την εμφάνιση των οποίων ευθύνονται οι λειτουργικές ή/και δομικές αλλοιώσεις που συνδέονται με τη μικροκυκλοφορία ή/και τις χρόνιες παθήσεις των αρτηριών. Οι αλλοιώσεις αυτές μπορεί να επιφέρουν παροδική και αναστρέψιμη ανισότητα μεταξύ της ζήτησης του μυοκαρδίου και της καρδιακής παροχής αίματος, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε ισχαιμία (υποαιμάτωση) και οφείλεται συνήθως στο στρες, την έντονη προσπάθεια ή τη συγκίνηση. Η εκδήλωση του συνδρόμου μπορεί να είναι ασυμπτωματική ή να εμφανίζεται με δύσπνοια, στηθάγχη ή άλλη ενόχληση στο στήθος <sup>[7]</sup>.

Η στεφανιαία νόσος απασχολεί την ιατρική κοινότητα εδώ και αιώνες. Παρότι τα συμπτώματα της ισχαιμικής καρδιοπάθειας υπήρχαν από την αρχαιότητα, η κατανόηση της παθοφυσιολογίας της προχώρησε σημαντικά κατά τον 20ό αιώνα, όταν αναγνωρίστηκε ότι η αιφνίδια απόφραξη των στεφανιαίων αρτηριών από θρόμβο είναι η κύρια αιτία του εμφράγματος. Σημαντικές έρευνες έδειξαν ότι η παρουσία αθηρωματικών πλακών αυξάνει τον κίνδυνο σοβαρών καρδιαγγειακών επιπλοκών, οδηγώντας σε σύγχρονες προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση της νόσου <sup>[8]</sup>.

Με το πέρασμα των χρόνων φάνηκε ότι η αθηροσκλήρωση είναι πιο συχνή στους άνδρες από ότι στις γυναίκες. Επίσης παρατηρήθηκε πιο συχνά στην αριστερή στεφανιαία αρτηρία και σε ασθενείς με ήδη εγκατεστημένη την αποφρακτική νόσο. Η έντονη επιβάρυνση των παραγόντων κινδύνου οδήγησαν στη σταδιακή ανάπτυξη της αθηροσκλήρωσης <sup>[9]</sup>.

Το 1960 πραγματοποιήθηκε η πρώτη επέμβαση με επιτυχημένη έκβαση στη Νέα Υόρκη, στην οποία χρησιμοποιήθηκε σύστημα αναστόμωσης. Το 1964 αναφέρεται η πρώτη επέμβαση

παράκαμψης, ενώ το 1977 η πρώτη στεφανιαία αγγειοπλαστική, η οποία έγινε στη Ζυρίχη. Αυτή η επέμβαση οδήγησε στη σύγχρονη και ευρέως χρησιμοποιούμενη διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI) με την χρήση των αγγειακών στεντ. Αποδείχτηκε ότι η κατάλληλη επεμβατική θεραπεία των στεφανιαίων συνδρόμων και ειδικότερα η θεραπεία του εμφράγματος του μυοκαρδίου ήταν ζωτικής σημασίας για του πάσχοντες <sup>[10]</sup>.

Επίσης, η συνεισφορά της έρευνας στις επιπλοκές της ΣΝ, με παρακολούθηση των αθηρωματικών πλακών και κατανόηση της εξέλιξης τους, απέδειξε ότι η πλειονότητα των σοβαρών στενώσεων παραμένουν σταθερές. Εξίσου σημαντική αναδείχθηκε η χρήση νέων φαρμακευτικών παρεμβάσεων, που στοχεύουν στην τροποποίηση του βιολογικού προφίλ των αθηρωματικών πλακών και τη μείωση των καρδιαγγειακών κινδύνων <sup>[11]</sup>.

## 1.2 Επιδημιολογικά δεδομένα

Η στεφανιαία νόσος αποτελεί μία από τις κυριότερες αιτίες θνησιμότητας και νοσηρότητας παγκοσμίως, επηρεάζοντας περισσότερα από 18 εκατομμύρια άτομα μόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η νόσος χαρακτηρίζεται από υψηλά ποσοστά υποτροπής, με το 25% των ετησίων περιστατικών εμφραγμάτων να είναι επαναλαμβανόμενα, ενώ το 15% των ατόμων που υποβάλλονται σε διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση νοσηλεύονται εκ νέου μέσα σε έναν χρόνο. Το υψηλό ποσοστό υποτροπής και οι επαναλαμβανόμενες καρδιακές επιπλοκές επιβαρύνουν σημαντικά τα συστήματα υγείας και αυξάνουν το οικονομικό κόστος της ΣΝ <sup>[12]</sup>. Η συχνότητα της ΣΝ είναι εξίσου υψηλή σε άλλες χώρες, όπως η Κίνα, όπου οι ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις υπερβαίνουν τα 290 εκατομμύρια και η ΣΝ αφορά πάνω από 11 εκατομμύρια άτομα, με ετήσιο ρυθμό αύξησης της τάξης του 20% <sup>[13]</sup>.

Ιδιαίτερα στις περιπτώσεις καρκινοπαθών, η ΣΝ εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα, όπως φαίνεται στον καρκίνο του πνεύμονα, όπου το ποσοστό συνύπαρξης ΣΝ κυμαίνεται από 7,5% έως 28%. Οι θεραπείες για τον καρκίνο, όπως η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, αυξάνουν τον κίνδυνο για ΣΝ μέσω ανοσοκαταστολής και χρόνιας φλεγμονής, με αποτέλεσμα τον αυξημένο σχηματισμό αθηρωματικών πλακών. Επιπλέον, έρευνες δείχνουν ότι η ακτινοθεραπεία στην περιοχή του θώρακα αυξάνει τον κίνδυνο εμφράγματος έως και 10 φορές, ανάλογα με τη δόση ακτινοβολίας <sup>[14]</sup>.

Η στεφανιαία νόσος επιδεινώνεται από παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα, που συνδέεται με αθηροθρομβωτικές επιδράσεις στα αγγεία. Μελέτες δείχνουν ότι η διακοπή του καπνίσματος μειώνει κατά 36% τον κίνδυνο θανάτου από όλες τις αιτίες και κατά 32% τον κίνδυνο μη θανατηφόρου εμφράγματος σε ασθενείς με ΣΝ. Ωστόσο, μόνο το ένα τρίτο των ασθενών με ΣΝ

διακόπτει το κάπνισμα, γεγονός που δυσκολεύει τη μείωση των επαναλαμβανόμενων καρδιαγγειακών επεισοδίων <sup>[12]</sup>.

### 1.3 Παθοφυσιολογία

Η αθηρωμάτωση αναπτύσσεται σταδιακά και έχει ως αποτέλεσμα τη μερική ή ολική απόφραξη των αγγείων που τροφοδοτούν την καρδιά με αίμα και θρεπτικά στοιχεία. Μπορεί να εκδηλωθεί είτε ως σταθερή στεφανιαία νόσος είτε ως οξεία στεφανιαία νόσος, ανάλογα με τον τύπο και τη σοβαρότητα της απόφραξης <sup>[15,16]</sup>.

Η αθηροσκλήρωση, ξεκινά με τη συγκέντρωση λιποπρωτεϊνών, κυρίως χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης (LDL), στο ενδοθήλιο των στεφανιαίων αρτηριών. Οι οξειδωμένες μορφές της LDL ενεργοποιούν τις ανοσολογικές αντιδράσεις, ενισχύοντας την εισροή μονοκυττάρων και μακροφάγων, τα οποία φαγοκυττάρουν την οξειδωμένη LDL και μετατρέπονται σε αφρώδη κύτταρα, οδηγώντας στη δημιουργία αθηρωματικής πλάκας <sup>[15,17]</sup>.

Η φλεγμονή παίζει κεντρικό ρόλο στην παθοφυσιολογία της αθηροσκλήρωσης. Οι ενδοθηλιακές βλάβες ενεργοποιούν φλεγμονώδη κύτταρα και παράγουν κυτοκίνες, οι οποίες προσελκύουν ακόμα περισσότερα ανοσολογικά κύτταρα στις περιοχές βλάβης. Η μακροχρόνια φλεγμονή στο ενδοθήλιο οδηγεί σε αστάθεια της πλάκας, κάτι που μπορεί να προκαλέσει τη ρήξη της, επιδεινώνοντας τη στεφανιαία νόσο <sup>[15]</sup>.

Η δυσλειτουργία του ενδοθηλίου αποτελεί ένα από τα πρώιμα σημάδια της αθηροσκλήρωσης. Η ανισορροπία στην παραγωγή αγγειοδραστικών ουσιών, όπως το μονοξείδιο του αζώτου (NO) και η ενδοθηλίνη, διαταράσσει την αγγειακή ομοιόσταση και αυξάνει τη διαπερατότητα του ενδοθηλίου, διευκολύνοντας την εναπόθεση LDL και άλλων ουσιών στο τοίχωμα των αρτηριών <sup>[17]</sup>.

Τα λεία μυϊκά κύτταρα (VSMCs) μεταναστεύουν από το μέσο του αγγειακού τοιχώματος προς την περιοχή της πλάκας, προσθέτοντας δομή στην πλάκα αλλά και αυξάνοντας την πιθανότητα της ρήξης της. Αυτά τα κύτταρα, υπό την επίδραση φλεγμονωδών σημάτων, μπορούν να μεταβληθούν σε μακροφάγα-όμοιους ή αφρώδεις κυτταρικούς φαινότυπους, οι οποίοι συμβάλλουν στην περαιτέρω ανάπτυξη της αθηρωματικής πλάκας. Τα μακροφάγα, που αποτελούν σημαντικό μέρος της πλάκας, διαφοροποιούνται σε διάφορους φαινότυπους, όπως ο M1 που είναι προφλεγμονώδης και ο M2 που είναι αντιφλεγμονώδης. Η δυσλειτουργία αυτών των κυττάρων, λόγω του φλεγμονώδους περιβάλλοντος, οδηγεί σε ατελή απομάκρυνση νεκρών κυττάρων και εντείνει την ασταθή φύση της αθηρωματικής πλάκας, αυξάνοντας τον κίνδυνο για ρήξη <sup>[15]</sup>.

Η χρόνια φλεγμονή συνδέεται στενά με το οξειδωτικό στρες, το οποίο επιδεινώνει τη βλάβη του ενδοθηλίου και επιταχύνει την αθηροσκλήρωση. Τα μακροφάγα και τα T-λεμφοκύτταρα που εισέρχονται στις αθηρωματικές πλάκες παράγουν ενεργά μόρια, όπως αντιδραστικές μορφές οξυγόνου, τα οποία ενισχύουν τη φλεγμονή και βλάπτουν περαιτέρω τα κύτταρα του αγγειακού τοιχώματος <sup>[16]</sup>.

Η δυσλιπιδαιμία, και ιδιαίτερα τα αυξημένα επίπεδα LDL, προάγουν τη διαδικασία της αθηροσκλήρωσης. Οι οξειδωμένες μορφές LDL όχι μόνο συγκεντρώνονται στα τοιχώματα των αγγείων, αλλά διεγείρουν επίσης ανοσολογικές αντιδράσεις, αυξάνοντας τον κίνδυνο για ασταθείς πλάκες και θρόμβωση, γεγονός που ενισχύει την παθογένεση της στεφανιαίας νόσου <sup>[17]</sup>.

#### 1.4 Παράγοντες Κινδύνου

Οι βασικοί παράγοντες κινδύνου για τη στεφανιαία νόσο περιλαμβάνουν την υψηλή χοληστερόλη, την υψηλή αρτηριακή πίεση, την παχυσαρκία, τον διαβήτη, το κάπνισμα, τον καθιστικό τρόπο ζωής και το θετικό οικογενειακό ιστορικό. Οι συγκεκριμένοι παράγοντες συμβάλλουν σημαντικά στη δημιουργία αθηρωματικών πλακών που προκαλούν στένωση των στεφανιαίων αρτηριών, αυξάνοντας τον κίνδυνο για σοβαρά καρδιαγγειακά επεισόδια όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου <sup>[1]</sup>.

Οι παράγοντες κινδύνου διακρίνονται σε τροποποιήσιμους και μη τροποποιήσιμους. Οι μη τροποποιήσιμοι περιλαμβάνουν τη μεγάλη ηλικία, το αρσενικό φύλο, το οικογενειακό ιστορικό της νόσου και την εθνοτική καταγωγή, ενώ οι τροποποιήσιμοι είναι η δυσλιπιδαιμία, το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η υπέρταση, η σωματική αδράνεια και ο σακχαρώδης διαβήτης. Η διάκριση αυτή είναι σημαντική καθώς οι τροποποιήσιμοι παράγοντες μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσω αλλαγών στον τρόπο ζωής ή ιατρικών παρεμβάσεων, μειώνοντας έτσι τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου <sup>[18]</sup>.

Πρόσφατες έρευνες έχουν αναδείξει τη σημασία των ψυχολογικών παραγόντων, όπως το άγχος, η κατάθλιψη, το χρόνιο στρες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, στην ανάπτυξη και εξέλιξη της στεφανιαίας νόσου. Αυτοί οι παράγοντες όχι μόνο αυξάνουν τον κίνδυνο για την εμφάνιση της νόσου, αλλά επηρεάζουν και την πορεία της μετά τη διάγνωση. Επομένως, υπάρχει ανάγκη για αποτελεσματικές ψυχολογικές παρεμβάσεις που μπορούν να αντιμετωπίσουν τη σύνθετη αλληλεπίδραση ψυχολογικών, βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων που επιδρούν στη ΣΝ <sup>[1]</sup>.

Η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η ατμοσφαιρική ρύπανση έχουν αναγνωριστεί ως περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου για τη ΣΝ. Τα άτομα που ζουν σε συνθήκες χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης εμφανίζουν αυξημένο ψυχοκοινωνικό στρες και περιορισμένες

ευκαιρίες για υγιεινές επιλογές τρόπου ζωής. Η ατμοσφαιρική ρύπανση συνδέεται με αυξημένα περιστατικά υπέρτασης, διαβήτη και αρτηριακής σκληρότητας, συμβάλλοντας σημαντικά στην εμφάνιση της νόσου.

Διάφοροι παράγοντες του τρόπου ζωής, όπως η έλλειψη άσκησης, η κακή διατροφή, οι πολλές ώρες εργασίας, η παράλειψη πρωινού και η κατανάλωση ζαχαρούχων ποτών, συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο. Η παράλειψη πρωινού έχει συσχετιστεί με το μεταβολικό σύνδρομο, την παχυσαρκία, τα αυξημένα επίπεδα ινσουλίνης νηστείας, λιπιδίων και την υπέρταση, ενώ η μακροχρόνια κατανάλωση ζαχαρούχων ποτών αυξάνει την πιθανότητα καρδιαγγειακής θνησιμότητας [19].

Πρόσφατες μελέτες έχουν αναδείξει μη παραδοσιακούς προγνωστικούς δείκτες για τη στεφανιαία νόσο, όπως οι φλεγμονώδεις βιοδείκτες και η πρωτεΐνουρία. Αυτοί οι δείκτες έχουν δείξει ισχυρές συσχετίσεις με τη συχνότητα εμφάνισης της ΣΝ, αν και ο ακριβής αιτιολογικός τους ρόλος δεν είναι πλήρως κατανοητός. Τα δεδομένα αυτά ενισχύουν την άποψη ότι η φλεγμονή παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της νόσου [18]. Ορισμένες συστηματικές φλεγμονώδεις ασθένειες, όπως η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, η ουρική αρθρίτιδα και η ψωρίαση, έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο.

Μερικοί παράγοντες κινδύνου για τη ΣΝ είναι λιγότερο συνηθισμένοι και περιλαμβάνουν την προεκλαμψία, τον διαβήτη κύησης και το ιστορικό πρόωρου τοκετού. Αυτοί οι παράγοντες έχουν συσχετιστεί με αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου και μπορεί να σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα κυτοκινών και οξειδωτικού στρες. Επιπλέον, καταστάσεις όπως οι ημικρανίες με αύρα και το τραύμα πρώιμης ζωής φαίνεται να αυξάνουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο.[19] Η κατανάλωση αντιοξειδωτικών μέσω διατροφής, όπως βιταμίνες Ε και C, έχει συνδεθεί με μείωση του κινδύνου εμφάνισης πρωτοπαθούς στεφανιαίας νόσου, ενισχύοντας την άποψη ότι η διατροφή πλούσια σε αντιοξειδωτικά μπορεί να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο [20].

Παρόλο που οι παράγοντες κινδύνου συνήθως μελετώνται ξεχωριστά, αρκετές έρευνες δείχνουν ότι η αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών των παραγόντων μπορεί να ενισχύσει τον συνολικό κίνδυνο για την ανάπτυξη της ΣΝ. Για παράδειγμα, η δυσλιπιδαιμία φαίνεται να συσχετίζεται σημαντικά με το κάπνισμα, την υπέρταση και την παχυσαρκία, ενώ ο διαβήτης συχνά συναντάται σε συνδυασμό με την υπέρταση. Οι συσχετίσεις αυτές μπορούν να οδηγήσουν σε μεγαλύτερη επιβάρυνση και να ενισχύσουν τον συνολικό κίνδυνο της στεφανιαίας νόσου [19].

## 1.5 Κλινική εικόνα της νόσου

Το ΕΜ αποτελεί την κυριότερη παθολογική εκδήλωση της αθηρωματικής νόσου. Όταν υπάρχει πλήρης απόφραξη του αγγείου, προκαλείται ΕΜ με ανάσπαση του ST διαστήματος (STEMI). Από την άλλη πλευρά, η ατελής απόφραξη του αγγείου επιφέρει μυοκαρδιακή συμπτωματική ισχαιμία και προκαλεί μικρότερης έκτασης έμφραγμα. Επίσης επιφέρει ΕΜ χωρίς ανάσπαση του ST διαστήματος (NSTEMI) και τα σύνδρομα της ασταθούς στηθάγχης.

Οι απαιτήσεις του οργανισμού σε οξυγόνο αυξάνονται κατά την άσκηση, λόγω αυξημένης αρτηριακής πίεσης και καρδιακής συχνότητας. Εάν υπάρχουν αθηρωματικές βλάβες, η προσφορά οξυγόνου δεν αρκεί στην ζήτηση οξυγόνου στα στεφανιαία αγγεία και έτσι προκαλείται ισχαιμία του μυοκαρδίου. Για να ανταποκριθεί στις αυξημένες ενεργειακές απαιτήσεις για οξυγόνο, η στεφανιαία ροή αυξάνει, μέσω της αγγειοδιαστολής. Επιπλέον, προκαλείται ενδοθηλιακή δυσλειτουργία όπου σε συνδυασμό με την μείωση της ροής εξαιτίας της στένωσης των αγγείων οδηγεί σε ισχαιμία.

Η κυριότερη και πιο συνηθισμένη κλινική εκδήλωση της ισχαιμίας είναι η στηθάγχη. Η στηθάγχη προκαλείται εξαιτίας της αθηρωματικής πλάκας που αναπτύσσεται με την πάροδο των χρόνων. Περιγράφεται ως δυσφορία, προκάρδιο συσφιγκτικό βάρος ή κάψιμο στο στήθος και ο βαθμός της έντασης ποικίλλει. Εμφανίζεται τόσο σε σταθερές όσο και σε ασταθείς καταστάσεις και τα συμπτώματα στην αρχή ενδέχεται να είναι ήπια, οδηγώντας έτσι σε καθυστερημένη διάγνωση. Επιπλέον συμπτώματα που μπορεί να αναφέρει ο ασθενής είναι διάφορες αντανάκλασεις (στην πλάτη, στο λαιμό, στο χέρι ή στην κάτω γνάθο), δύσπνοια, ναυτία ή αδυναμία. Μπορεί ωστόσο να υπάρξει και σιωπηρή ισχαιμία. Ανάλογα με την έκταση του μυοκαρδίου που πάσχει, ποικίλλει η διάρκεια της στηθάγχης <sup>[21]</sup>.

Τα συμπτώματα της στηθάγχης συνήθως κατατάσσονται ως τυπική, άτυπη ή μη στηθάγχη, ανάλογα με την περιοχή του πόνου και τους παράγοντες που τον προκαλούν ή τον ανακουφίζουν. Αυτή η κατάταξη βοηθά στην εκτίμηση της πιθανότητας στεφανιαίας ισχαιμίας λόγω αποφρακτικής στεφανιαίας νόσου <sup>[7]</sup>. Η σταθερή στηθάγχη, διαρκεί 5-10 λεπτά, έχει σταθερή εικόνα και επιδεινώνεται με το συναισθηματικό stress, την άσκηση, το φαγητό και την έκθεση στο κρύο. Η ασταθής στηθάγχη, αυξάνεται σε διάρκεια, σοβαρότητα και συχνότητα. Εμφανίζεται σε μικρότερο έργο ή στην ηρεμία και προκαλείται απόφραξη του αγγείου εξαιτίας της ρήξης πλάκας με συσσώρευση ινώδους και αιμοπεταλίων. Η αγγειοσυσπαστική στηθάγχη εμφανίζεται συνήθως στην ηρεμία, χωρίς εκλυτικό αίτιο εξαιτίας σπασμών στη στεφανιαία αρτηρία <sup>[21]</sup>.

## 1.6 Διάγνωση της νόσου

Η λήψη λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού αποτελεί το πρώτο βήμα στη διάγνωση της στεφανιαίας νόσου, καθώς βοηθά στην εκτίμηση της παρουσίας στηθάγχης και άλλων χαρακτηριστικών συμπτωμάτων. Παρά το γεγονός ότι ο θωρακικός πόνος ή η δυσφορία είναι το πιο συχνό σύμπτωμα, πολλοί ασθενείς ενδέχεται να παρουσιάζουν λιγότερο χαρακτηριστικά συμπτώματα που ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, την κοινωνικοοικονομική τάξη, τη φυλή, τη γεωγραφική θέση και άλλους παράγοντες. Το λεπτομερές οικογενειακό ιστορικό θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται και αυτό υπόψιν για την ανάπτυξη πρόωρης καρδιαγγειακής νόσου ή για τον αιφνίδιο καρδιακό θάνατο. Επιπλέον, τα επίπεδα της χοληστερόλης είναι χρήσιμα στον εντοπισμό της οικογενούς υπερχοληστερολαιμίας, όπως επίσης είναι σημαντικό να αξιολογηθεί η παρουσία συννοσηροτήτων.

Η φυσική εξέταση είναι κρίσιμη για την ανίχνευση υποκείμενων παραγόντων κινδύνου ή άλλων παθολογικών καταστάσεων που μπορεί να συμβάλλουν στη στεφανιαία νόσο. Περιλαμβάνει μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και τον δείκτη μάζας σώματος, τον έλεγχο της παρουσίας αναιμίας, βαλβιδικής καρδιακής νόσου, υπέρτασης ή αρρυθμιών. Επίσης τον έλεγχο για σημεία μη στεφανιαίας αγγειακής νόσου ή άλλων συνοδών νοσημάτων, όπως ο διαβήτης, κάποια θυρεοειδική νόσος και οι νόσοι των νεφρών. Είναι σημαντικό να διαφοροποιηθεί η στεφανιαία από τη μη στεφανιαία προέλευση του θωρακικού πόνου, καθώς μπορεί να οφείλεται σε άλλες καρδιακές ή μη καρδιακές αιτίες. Απαιτείται προσεκτική αξιολόγηση των συμπτωμάτων για να διασφαλιστεί η ακρίβεια της διάγνωσης [7].

Η στεφανιογραφία (CAG) παραμένει η πιο αξιόπιστη μέθοδος για τη διάγνωση της στεφανιαίας νόσου, επιτρέποντας την άμεση απεικόνιση της στένωσης των αγγείων. Παρά το ότι θεωρείται η μέθοδος εκλογής, η επεμβατική φύση της CAG περιορίζει τη χρήση της και απαιτεί την αναζήτηση εναλλακτικών διαγνωστικών μεθόδων. Έχει χαμηλή διαγνωστική ακρίβεια, και δεν μπορεί να εκτιμηθεί πλήρως ο βαθμός στένωσης των στεφανιαίων αγγείων.

Η αξονική τομογραφία των στεφανιαίων αγγείων (CT) αποτελεί μη επεμβατική μέθοδο απεικόνισης, η οποία μπορεί να παρέχει και τρισδιάστατες εικόνες των στεφανιαίων αγγείων. Η έγχυση σκιαγραφικής ουσίας επιτρέπει την αξιολόγηση της παρουσίας στενώσεων, καθιστώντας την CT ιδανική για τον αρχικό έλεγχο στεφανιαίας νόσου σε επιλεγμένους ασθενείς.

Η μαγνητική τομογραφία παρέχει πληροφορίες σχετικά με την αιμάτωση και τη διαστρωματική έκταση της ισχαιμίας στο μυοκάρδιο, γεγονός που την καθιστά ιδιαίτερα χρήσιμη για την ανίχνευση υποενδοκαρδιακών βλαβών. Ωστόσο, είναι μια ακριβή και χρονοβόρα μέθοδος που δεν χρησιμοποιείται ευρέως.

Η οπτική τομογραφία συνοχής (OCT) είναι η πιο πρόσφατη τεχνολογία απεικόνισης που προσφέρει υψηλή ανάλυση, καθιστώντας την ιδανική για τον εντοπισμό ασταθών πλακών, μεταξύ των άλλων. Αναμένεται ότι θα αποκτήσει ιδιαίτερη αξία στην αξιολόγηση της σταθερότητας των πλακών στο μέλλον. Μέσω OCT, είναι δυνατή η ακριβής εκτίμηση δεικτών όπως το μήκος της λιπώδους πλάκας, η παρουσία μακροφάγων οι οποίοι σχετίζονται με την αστάθεια των πλακών και ο βαθμός στένωσης. Η ευκρίνεια που προσφέρει η OCT επιτρέπει στους γιατρούς να εκτιμήσουν την εξέλιξη της νόσου εγκαίρως <sup>[2]</sup>.

Κάποιες άλλες βασικές εξετάσεις που γίνονται σε άτομα με υποψία στεφανιαίας νόσου είναι ο τυπικός εργαστηριακός έλεγχος και το ΗΚΓ 12 απαγωγών <sup>[7]</sup>.

Η αξιολόγηση του ιστορικού και των απεικονιστικών εξετάσεων παρέχει μια ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης του ασθενούς. Ο συνδυασμός αυτών των μεθόδων βοηθά στον καθορισμό της ακριβούς διάγνωσης και της κατάλληλης θεραπευτικής προσέγγισης. Νεότερες διαγνωστικές τεχνικές, όπως η OCT, προσφέρουν αυξημένη ακρίβεια και ευαισθησία σε σχέση με παραδοσιακές μεθόδους. Οι εξελίξεις στην απεικόνιση ενισχύουν τη δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης και πρόληψης οξέων καρδιακών επεισοδίων. Η διάγνωση της στεφανιαίας νόσου εξελίσσεται συνεχώς με νέες τεχνολογίες και μεθόδους απεικόνισης. Οι συνδυαστικές προσεγγίσεις, που περιλαμβάνουν την αξιολόγηση του ιστορικού, την απεικόνιση και την ανάλυση ψυχολογικών παραγόντων, φαίνεται ότι προσφέρουν μια πιο ολοκληρωμένη εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, οδηγώντας σε καλύτερη πρόγνωση <sup>[2,7]</sup>.

## 1.7 Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η συντηρητική διαχείριση της ΣΝ στοχεύει στη μείωση των συμπτωμάτων, την πρόληψη αθηροθρομβωτικών επεισοδίων και τη σταθεροποίηση της νόσου μέσω της φαρμακευτικής αγωγής και αλλαγών στον τρόπο ζωής. Οι ασθενείς καλούνται να υιοθετήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής που περιλαμβάνει τακτική άσκηση και σωστή διατροφή.<sup>[10]</sup> Επιπλέον, η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου, όπως η υπέρταση και η δυσλιπιδαιμία, παίζουν σημαντικό ρόλο στη μακροπρόθεσμη διαχείριση της νόσου <sup>[7]</sup>.

Οι φαρμακευτικές επιλογές περιλαμβάνουν αντισχαιμικά φάρμακα, όπως β-αναστολείς και αναστολείς διαύλων ασβεστίου, καθώς και αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία, στατίνες, αναστολείς ρενίνης- αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης (RAAS) και παράγοντες που μειώνουν τα λιπίδια. Αυτή η ολιστική προσέγγιση έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τη θνησιμότητα και βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών <sup>[10]</sup>.

Αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα, όπως η ασπιρίνη και η κλοπιδογρέλη, στοχεύουν στην αναστολή της συσσώρευσης των αιμοπεταλίων και κατ' επέκταση στην αναστολή δημιουργίας

θρόμβου και απόφραξης του αγγείου, ενώ οι στατίνες μειώνουν τη χοληστερόλη LDL και βελτιώνουν την ενδοθηλιακή λειτουργία, συμβάλλοντας στη σταθεροποίηση των πλακών. Οι β-αναστολείς μειώνουν την καρδιακή συχνότητα και την αρτηριακή πίεση, μειώνοντας το καρδιακό φορτίο. Οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγιοτενσίνης (ACE inhibitors) και οι ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγιοτενσίνης (ARBs) περιορίζουν την υπέρταση της αριστερής κοιλίας και προλαμβάνουν την εξέλιξη της καρδιακής ανεπάρκειας. Επίσης, τα νιτρώδη διευκολύνουν την ανακούφιση της στηθάγχης μέσω αγγειοδιαστολής, ενώ φάρμακα όπως οι ανταγωνιστές ασβεστίου χρησιμοποιούνται για τη μείωση της ισχαιμίας. Αυτή η συνδυαστική θεραπεία επιτυγχάνει συνολικά μείωση των αθηροθρομβωτικών επεισοδίων και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών [7].

Οι ασθενείς με χρόνια ΣΝ συχνά εμφανίζουν περιορισμένα ή μηδαμινά συμπτώματα, γεγονός που καθιστά δύσκολη τη διαχείριση και τη θεραπεία της νόσου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της κλινικής μελέτης ISCHEMIA, ένα ποσοστό ασθενών με συντηρητική θεραπεία καταλήγει να χρειάζεται επεμβατικές διαδικασίες για την ανακούφιση των επίμονων συμπτωμάτων. Ωστόσο, η σωστή επιλογή μεταξύ επεμβατικής και συντηρητικής θεραπείας εξαρτάται από την κλινική εικόνα του ασθενούς και την ανατομία των στεφανιαίων αγγείων, καθιστώντας την εξατομικευμένη φροντίδα αναγκαία.

Η διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI) αποτελεί μια επεμβατική μέθοδο για τη θεραπεία της στεφανιαίας νόσου, εστιάζοντας στην εξάλειψη των μηχανικών περιορισμών της ροής αίματος. Η αποτελεσματικότητά της είναι εμφανής στη μείωση των συμπτωμάτων και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια ΣΝ. Ωστόσο, πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η PCI δεν βελτιώνει σημαντικά τα μακροπρόθεσμα προγνωστικά, όπως ο καρδιαγγειακός θάνατος ή το έμφραγμα του μυοκαρδίου, γεγονός που την καθιστά πιο χρήσιμη για τη διαχείριση συμπτωμάτων παρά για την πρόληψη σοβαρών επιπλοκών.

Η χειρουργική παράκαμψη (CABG) είναι μια από τις πλέον αποτελεσματικές μεθόδους επαναγγείωσης για την αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου, ειδικά σε ασθενείς με πολυαγγειακή ή ανατομικά σύνθετη νόσο. Τα στοιχεία δείχνουν ότι το CABG βελτιώνει σημαντικά την επιβίωση, ιδίως σε περιπτώσεις όπου υπάρχει δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας ή σακχαρώδης διαβήτης. Επιπλέον, η χειρουργική αυτή μέθοδος παρέχει μακροπρόθεσμο όφελος, συμβάλλοντας στην πρόληψη νέων εμφραγμάτων μέσω εξασφάλισης παράπλευρης αιμάτωσης στις στεφανιαίες αρτηρίες [10].

Η επαναγγείωση, είτε μέσω CABG είτε PCI, αποτελεί έναν από τους ακρογωνιαίους λίθους της θεραπείας της ΣΝ, με στόχο τη βελτίωση της στεφανιαίας ροής αίματος και την ανακούφιση από τη στηθάγχη. Παρόλο που και οι δύο μέθοδοι προσφέρουν σημαντική βελτίωση στα συμπτώματα, δεν θεραπεύουν την υποκείμενη αθηροσκλήρωση. Οι κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι η χειρουργική

επαναγγείωση προσφέρει επιπρόσθετα οφέλη επιβίωσης σε ασθενείς με πολυαγγειακή νόσο ή σοβαρή δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας, γεγονός που καθιστά την επιλογή θεραπείας ιδιαίτερα κρίσιμη.

Η μεταμόσχευση καρδιάς αποτελεί την ύστατη θεραπευτική επιλογή για ασθενείς με τελικού σταδίου καρδιακή ανεπάρκεια. Ωστόσο, η ευρεία εφαρμογή αυτής της θεραπείας περιορίζεται από την έλλειψη διαθέσιμων δοτών και τα αυστηρά κριτήρια επιλογής ασθενών. Γι' αυτόν τον λόγο, οι ερευνητές εστιάζουν σε εναλλακτικές λύσεις, όπως οι κυτταρικές θεραπείες, για την αντιμετώπιση σοβαρών καρδιακών παθήσεων.

Οι κυτταρικές θεραπείες έχουν αναδειχθεί ως μια υποσχόμενη προσέγγιση για την αποκατάσταση της λειτουργίας του μυοκαρδίου σε ασθενείς με σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια λόγω ΣΝ. Οι θεραπείες αυτές στοχεύουν στη βελτίωση της κυκλοφορίας στις ισχαιμικές περιοχές του μυοκαρδίου, παρέχοντας έναν εναλλακτικό ή συμπληρωματικό τρόπο θεραπείας σε σχέση με τις υπάρχουσες χειρουργικές και φαρμακολογικές επιλογές. Ενώ οι κλινικές εφαρμογές βρίσκονται ακόμη σε πειραματικά στάδια, οι κυτταρικές θεραπείες υπόσχονται να αντιμετωπίσουν τις επιπτώσεις της καρδιακής αναδιαμόρφωσης, συμβάλλοντας στη μείωση των συμπτωμάτων και στην αποκατάσταση της καρδιακής λειτουργίας <sup>[3]</sup>.

Η θεραπεία της ΣΝ συνδυάζει συχνά τη φαρμακευτική αγωγή με επεμβατικές παρεμβάσεις, ανάλογα με την κλινική κατάσταση του ασθενούς. Ενώ η φαρμακευτική θεραπεία στοχεύει στη σταθεροποίηση της νόσου και την πρόληψη επιπλοκών, οι επεμβατικές μέθοδοι, όπως το CABG και η PCI, ενδείκνυνται για την ανακούφιση συμπτωμάτων ή τη βελτίωση της πρόγνωσης. Η διατομεακή συνεργασία μεταξύ καρδιολόγων, καρδιοχειρουργών και γενικών ιατρών είναι κρίσιμη για τη λήψη αποφάσεων και τη διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου πλάνου θεραπείας που να ανταποκρίνεται στις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς <sup>[10]</sup>.

## 1.8 Πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη είναι θεμελιώδης για τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης της ΣΝ και περιλαμβάνει κυρίως την αλλαγή του τρόπου ζωής και τον έλεγχο παραγόντων κινδύνου. Τα στοιχεία από την Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία τονίζουν τη σημασία των δεικτών του Life's Simple 7 (LS7), οι οποίοι εστιάζουν σε επτά κύριους παράγοντες: το κάπνισμα, τη φυσική δραστηριότητα, τη διατροφή, τη χοληστερόλη, τη γλυκόζη αίματος, την αρτηριακή πίεση και τον δείκτη μάζας σώματος (BMI). Έρευνες δείχνουν ότι η βελτιστοποίηση αυτών των παραγόντων μπορεί να μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο ΣΝ και να αποτρέψει την εμφάνιση της αλληλεπίδρασης ΣΝ με την κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ). Μελέτες έχουν δείξει ότι η τήρηση μιας υγιεινής διατροφής, η αποχή από

το κάπνισμα και η τακτική φυσική δραστηριότητα μπορούν να προλάβουν έως και το 50% των περιπτώσεων ΣΝ <sup>[22]</sup>.

Η δευτερογενής πρόληψη της ΣΝ αποτελεί την πρόληψη της επαναλαμβανόμενης εμφάνισης στεφανιαίων επεισοδίων, έπειτα από την κλινική διάγνωση και είναι ζωτικής σημασίας για τον περιορισμό της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από τη νόσο αυτή. Οι παρεμβάσεις που προτείνονται περιλαμβάνουν αυτές της πρωτογενούς πρόληψης, ωστόσο προστίθενται η διαχείριση συννοσηροτήτων, οι φαρμακευτικές παρεμβάσεις, οι θεραπείες επαναγγείωσης και οι ψηφιακές παρεμβάσεις <sup>[22,23]</sup>.

Η διαχείριση συννοσηροτήτων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση και η δυσλιπιδαιμία, είναι ζωτικής σημασίας στην πρόληψη της ΣΝ. Η φαρμακευτική αγωγή για τη ρύθμιση αυτών των καταστάσεων μειώνει σημαντικά τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Οι στατίνες, για παράδειγμα, μειώνουν τη συχνότητα εμφάνισης της ΣΝ κατά 2,7% για κάθε 30% μείωση της LDL χοληστερόλης, ενώ περιορίζουν και την εμφάνιση ΚΜ. Παράλληλα, οι ασθενείς πρέπει να υποβάλλονται τακτικά σε εξετάσεις για τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης και των λιπιδίων αίματος, ώστε να αποτρέπονται επιπλοκές <sup>[22]</sup>.

Οι φαρμακευτικές παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται είναι η αντιθρομβωτική θεραπεία, η αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία, η αντιπηκτική θεραπεία, οι β-αποκλειστές, τα φάρμακα μείωσης των λιπιδίων και οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης. Συνήθως προτείνεται ο συνδυασμός κάποιων από τις παραπάνω θεραπείες <sup>[23]</sup>.

Θεραπίες επαναγγείωσης, όπως η διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση (PCI) και η χειρουργική παράκαμψη (CABG), είναι αποτελεσματικές για τη βελτίωση της αιμάτωσης του μυοκαρδίου. Αυτές οι μέθοδοι όχι μόνο μειώνουν τη συχνότητα εμφάνισης ΚΜ, αλλά και βελτιώνουν τη συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών <sup>[22]</sup>.

Οι ψηφιακές παρεμβάσεις υγείας αφορούν την εξειδικευμένη παρακολούθηση των ασθενών από διεπιστημονικές ομάδες, που στοχεύουν στην πρόληψη μιας νέας νοσηλείας και δύνανται να μειώσουν μακροπρόθεσμα τη θνησιμότητα. Οι ψηφιακές τεχνολογίες περιλαμβάνουν εργαλεία υγείας όπως η τηλεϊατρική, εργαλεία ιατρικής εκπαίδευσης, διάγνωσης και πληροφορικής υγείας. Η χρήση των ψηφιακών εργαλείων, επί του παρόντος βρίσκεται στα αρχικά στάδια, ωστόσο αναμένεται τα επόμενα χρόνια να ενταχθούν δυναμικά στον τομέα της υγείας και στην διαχείριση χρόνιων νοσημάτων <sup>[23]</sup>.

## 1.9 Συννοσηρότητες

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (T2D) αποτελεί μία από τις πιο σημαντικές συννοσηρότητες της ΣΝ, αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιακών επεισοδίων περίπου κατά δύο φορές. Η αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο ασθενειών δεν είναι απλώς τυχαία, καθώς ο διαβήτης επηρεάζει τη λειτουργία του αγγειακού συστήματος και αποτελεί κύριο παράγοντα θνησιμότητας και αναπηρίας για τα άτομα με ΣΝ. Η γενετική βάση της σχέσης αυτής είναι ιδιαίτερα σύνθετη, με ορισμένα γονίδια να εμπλέκονται τόσο στη ρύθμιση του μεταβολισμού όσο και στην εξέλιξη της αθηροσκλήρωσης. Οι ασθενείς με ΣΝ και T2D παρουσιάζουν ετερογένεια στον καρδιαγγειακό κίνδυνο, γεγονός που απαιτεί εξατομικευμένη διαχείριση για την πρόληψη και αντιμετώπιση σοβαρών επιπλοκών [24].

Η συννοσηρότητα της στεφανιαίας νόσου με διάφορες μορφές καρκίνου είναι ιδιαίτερα συχνή και πολύπλοκη. Για παράδειγμα, στους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, το ποσοστό εμφάνισης ΣΝ κυμαίνεται από 7,5% έως 28%. Ο καρκίνος προάγει την ανάπτυξη της ΣΝ μέσω μηχανισμών όπως η ανοσοκαταστολή, η χρόνια φλεγμονή και η ενδοθηλιακή βλάβη. Επίσης, η καρδιοτοξικότητα που προκαλείται από τις θεραπείες του καρκίνου, όπως η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, συμβάλλει στην εξέλιξη της αθηροσκλήρωσης. Αυτή η συννοσηρότητα είναι ιδιαίτερα σημαντική τον πρώτο χρόνο μετά τη διάγνωση του καρκίνου, αλλά ο κίνδυνος παραμένει αυξημένος για πολλά χρόνια μετά τη θεραπεία.

Οι θεραπείες του καρκίνου, όπως οι ανθρακυκλίνες, οι αναστολείς του αγγειακού ενδοθηλιακού αυξητικού παράγοντα και οι αντιμεταβολίτες, επηρεάζουν αρνητικά το καρδιαγγειακό σύστημα. Η χημειοθεραπεία μπορεί να έχει τόσο άμεσες όσο και καθυστερημένες καρδιοτοξικές επιδράσεις, οδηγώντας σε αυξημένο κίνδυνο για στεφανιαία επεισόδια 10-20 χρόνια μετά τη θεραπεία. Επιπλέον, η ακτινοθεραπεία στο θώρακα αυξάνει τον κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου και αιφνίδιου θανάτου, καθώς προκαλεί βλάβες στα αιμοφόρα αγγεία και επιταχύνει τον σχηματισμό αθηρωματικών πλακών. Η διαχείριση αυτών των επιδράσεων απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση και εξατομικευμένες στρατηγικές θεραπείας [14].

Η ΚΜ είναι μια συχνή καρδιακή αρρυθμία που συχνά συνυπάρχει με τη ΣΝ και συνδέεται στενά με αυξημένο κίνδυνο θρόμβωσης, εγκεφαλικών επεισοδίων και καρδιακής ανεπάρκειας. Οι φλεγμονώδεις διεργασίες και η ισχαιμία του μυοκαρδίου αποτελούν βασικούς μηχανισμούς που συνδέουν την ΚΜ με τη ΣΝ. Η κολπική μαρμαρυγή επιβαρύνει περαιτέρω την καρδιακή λειτουργία και αυξάνει τον κίνδυνο για θνησιμότητα και επιπλοκές, ειδικά σε ασθενείς με προϋπάρχουσες αγγειακές βλάβες. Σημαντική είναι η πρόκληση της ταυτόχρονης διαχείρισης και των δύο παθήσεων, καθώς η χρήση αντιπηκτικών για την πρόληψη θρομβοεμβολικών επεισοδίων μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο αιμορραγίας, ιδίως μετά από επεμβατικές καρδιολογικές διαδικασίες.

Η υπέρταση είναι μία από τις πιο κοινές συννοσηρότητες της ΣΝ και βασικός παράγοντας κινδύνου για την εξέλιξη της νόσου. Η αυξημένη αρτηριακή πίεση συμβάλλει στη δημιουργία και την αποσταθεροποίηση αθηρωματικών πλακών, ενώ σχετίζεται και με την ανάπτυξη καρδιακής ανεπάρκειας, ιδίως σε άτομα που έχουν ήδη υποστεί καρδιακά επεισόδια. Η σωστή διαχείριση της υπέρτασης αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στη θεραπεία ασθενών με ΣΝ, με στόχο τη μείωση των επιπλοκών και της θνησιμότητας.

Η παχυσαρκία και η δυσλιπιδαιμία είναι δύο ακόμα σημαντικές συννοσηρότητες της ΣΝ, που σχετίζονται στενά με τον σύγχρονο τρόπο ζωής. Η παχυσαρκία επιδεινώνει τη φλεγμονή και προκαλεί διαταραχές στον μεταβολισμό των λιπιδίων, αυξάνοντας τον κίνδυνο για αθηρωματική νόσο. Τα αυξημένα επίπεδα LDL-χοληστερόλης και τα μειωμένα επίπεδα HDL-χοληστερόλης αποτελούν άμεσους παράγοντες που ευνοούν τη δημιουργία αθηρωματικών πλακών, γεγονός που αυξάνει την πιθανότητα καρδιαγγειακών συμβάντων <sup>[16]</sup>.

Η κατάθλιψη, το άγχος και το χρόνιο στρες είναι συχνές συννοσηρότητες της ΣΝ. Οι ψυχολογικοί αυτοί παράγοντες σχετίζονται με την ενεργοποίηση της φλεγμονής και του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, επιδεινώνοντας την καρδιαγγειακή λειτουργία. Επιπλέον, τα άτομα με ψυχολογικές παθήσεις είναι λιγότερο πιθανό να υιοθετήσουν υγιεινές συνήθειες, όπως η διακοπή του καπνίσματος ή η τακτική άσκηση, γεγονός που αυξάνει τον συνολικό τους καρδιαγγειακό κίνδυνο <sup>[25]</sup>.

Η ύπαρξη πολλαπλών συννοσηροτήτων καθιστά τη θεραπεία της ΣΝ μια ιδιαίτερα πολύπλοκη διαδικασία. Σε ασθενείς με καρκίνο, διαβήτη, ή άλλες χρόνιες παθήσεις, η αποτελεσματική αντιμετώπιση της ΣΝ απαιτεί τη συνεργασία διαφορετικών ειδικοτήτων. Ειδικά σε περιπτώσεις όπου η στεφανιαία νόσος συνυπάρχει με ογκολογικές θεραπείες ή άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες, όπως η αιμορραγία ή η γενική πρόγνωση, η λήψη θεραπευτικών αποφάσεων απαιτεί προσεκτική στάθμιση των κινδύνων και οφελών <sup>[14,16]</sup>.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

### **2.1 Τι είναι το κάπνισμα και ποια τα είδη καπνίσματος**

Το παραδοσιακό κάπνισμα είναι μια πρακτική που περιλαμβάνει την εισπνοή καπνού από προϊόντα όπως είναι τα τσιγάρα, τα πούρα και οι ναργιλέδες. Ο καπνός περιέχει περισσότερες από 4.000 χημικές ενώσεις, με διαφορετικές ιδιότητες και επιπτώσεις στον οργανισμό του ανθρώπου. Από τις παραπάνω ουσίες πάνω από 250 είναι επιβλαβείς και πάνω από 50 καρκινογόνες. Η χρήση καπνού συνδέεται με σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία, όπως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος και

χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις όπως η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και το πνευμονικό εμφύσημα <sup>[26]</sup>.

Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα είναι συσκευές που ανήκουν σε μια ομάδα συστημάτων διανομής νικοτίνης και έχουν σχεδιαστεί για να μιμούνται την πράξη του καπνίσματος χωρίς καύση καπνού. Αποτελούνται από βασικά εξαρτήματα, όπως μια δεξαμενή για το «e-liquid», ένα φυτίλι, ένα μεταλλικό πηνίο θέρμανσης και μια μπαταρία. Το υγρό περιέχει νικοτίνη, διαλύτες όπως η προπυλενογλυκόλη ή η φυτική γλυκερίνη, και πρόσθετα όπως αρώματα. Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα προωθούνται ως «πιο ασφαλείς» εναλλακτικές σε σχέση με τα παραδοσιακά προϊόντα καπνού, ωστόσο υπάρχουν σοβαρές ανησυχίες για τον εθισμό στη νικοτίνη και τη στρατολόγηση νέων χρηστών, ιδίως μεταξύ των νέων που δεν έχουν προηγούμενη εμπειρία καπνίσματος <sup>[27]</sup>.

Κατά τη λειτουργία των ηλεκτρονικών τσιγάρων, η θέρμανση του υγρού προκαλεί την απελευθέρωση καρκινογόνων τοξινών όπως η φορμαλδεΰδη, η ακεταλδεΰδη και η ακρολεΐνη. Αυτές οι τοξίνες, μαζί με τα εξαιρετικά λεπτά σωματίδια και τα μέταλλα που απελευθερώνονται από το πηνίο θέρμανσης, ενέχουν σοβαρούς κινδύνους για την υγεία. Πειραματικά δεδομένα δείχνουν ότι η χρήση τους μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για καρδιαγγειακές και πνευμονικές παθήσεις, ενώ οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις τους παραμένουν άγνωστες <sup>[6]</sup>.

Παρά τη διαφήμισή τους ως εργαλείο μείωσης βλάβης, τα ηλεκτρονικά τσιγάρα παρουσιάζουν πολλά προβλήματα. Τα προϊόντα αυτά χρησιμοποιούνται από μη καπνιστές, ειδικά νέους, που γίνονται εξαρτημένοι από τη νικοτίνη. Η ευκολία επιλογής γεύσεων ενισχύει τη δημοτικότητά τους. Ωστόσο, οι κανονισμοί σχετικά με τις τοξικές ουσίες στα υγρά ποικίλλουν, και οι θερμοκρασίες θέρμανσης που μπορεί να φτάσουν έως και τους 250°C ενέχουν κινδύνους εγκαυμάτων και εκρήξεων <sup>[27]</sup>.

## 2.2 Επιδημιολογικά δεδομένα

Το κάπνισμα αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως που είναι δυνατόν να προληφθεί και είναι το αίτιο για πάνω από 6 εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο <sup>[5]</sup>. Σύμφωνα με ανακοίνωση του ΠΟΥ το 2019, ο καπνός σε όλα τα προϊόντα καπνίσματος εκτός των ηλεκτρονικών τσιγάρων, βρέθηκε ότι μπορεί να σκοτώσει έως και τους μισούς από τους χρήστες αυτών των προϊόντων, εκ των οποίων το μεγαλύτερο ποσοστό προέρχεται από την άμεση χρήση του καπνού και ένα μικρότερο ποσοστό θανάτων οφείλεται στην έμμεση χρήση, το παθητικό κάπνισμα. Ακόμη, μελέτες αποδεικνύουν ότι τις δύο τελευταίες δεκαετίες σε παγκόσμια κλίμακα, η χρήση των προϊόντων καπνού έχει μειωθεί σε 1,337 δισεκατομμύρια το 2018, από 1,397 δισεκατομμύρια το 2000 εξαιτίας της μείωσης των γυναικών που καπνίζουν <sup>[28]</sup>.

Η επικράτηση του καπνίσματος ποικίλλει ανά χώρα και φύλο. Το 2010, το 36,6% των ανδρών και 7,5% των γυναικών παγκοσμίως ήταν καπνιστές <sup>[5]</sup>. Στη Γερμανία, το 2019, τα ποσοστά ήταν 26,4% για τους άνδρες και 18,6% για τις γυναίκες, με τις συνέπειες του καπνίσματος να ευθύνονται για το 13,3% των συνολικών θανάτων <sup>[6]</sup>.

Επιπλέον, η χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων αυξάνεται δραματικά. Το 2018, η παγκόσμια αγορά τους αποτιμήθηκε σε 14,05 δισεκατομμύρια δολάρια, με προβλεπόμενη υπερδιπλασιασμό έως το 2022 <sup>[27]</sup>. Παράλληλα, ο αριθμός χρηστών ηλεκτρονικών τσιγάρων αυξήθηκε από 7 εκατομμύρια το 2011 σε 41 εκατομμύρια το 2018 <sup>[6]</sup>. Αυτή η τάση είναι ιδιαίτερα εμφανής στις νεότερες γενιές. Η αυξανόμενη χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων από νέους συνοδεύεται από την εσφαλμένη αντίληψη ότι είναι λιγότερο επιβλαβή από τα παραδοσιακά τσιγάρα <sup>[28]</sup>. Μάλιστα, στις ΗΠΑ, το 40% των χρηστών ηλικίας 18-24 ετών δεν είχαν ποτέ καπνίσει πριν. Έρευνες δείχνουν ότι η χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων συχνά οδηγεί στη χρήση παραδοσιακών προϊόντων καπνού <sup>[27]</sup>.

## 2.3 Επιπτώσεις του καπνίσματος

Το κάπνισμα έχει άμεση αρνητική επίδραση, αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Οι τοξίνες που περιέχονται στα τσιγάρα προκαλούν φλεγμονώδεις αντιδράσεις, αυξάνουν το οξειδωτικό στρες και επιταχύνουν την αθηροσκλήρωση, οδηγώντας σε στένωση των αρτηριών και μειωμένη αιματική ροή στην καρδιά. Επιπλέον, οι καπνιστές έχουν υψηλότερα επίπεδα φλεγμονωδών δεικτών, γεγονός που αυξάνει την πιθανότητα καρδιακής προσβολής. Η χρήση του καπνού του τσιγάρου ενισχύει τον κίνδυνο της ρήξης των στεφανιαίων πλακών, γεγονός που προάγει τη δημιουργία θρόμβων και μπορεί να οδηγήσει σε αιφνίδιο καρδιακό επεισόδιο. Ακόμη, το κάπνισμα συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εγκεφαλικών ανευρυσμάτων και υπαραχνοειδούς αιμορραγίας, αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα αιφνιδίου θανάτου.

Η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία είναι μια από τις πρώτες επιπτώσεις του καπνίσματος στο αγγειακό σύστημα. Ένα υγιές ενδοθήλιο παράγει κάποιες αγγειοδιασταλτικές ουσίες όπως είναι το NO, η προστακυκλίνη και ο υπερπολωτικός παράγοντας, οι οποίοι ρυθμίζουν τη λειτουργία των αγγείων. Το κάπνισμα μειώνει τη βιοδιαθεσιμότητα του NO, προκαλώντας αγγειοσύσπαση και φλεγμονή, που οδηγούν σε αθηροσκλήρωση. Παράλληλα, ενεργοποιεί τα αιμοπετάλια, αυξάνει τον καταρράκτη πήξης και εξασθενεί την ινωδόλυση, ενισχύοντας έτσι την αγγειακή βλάβη. Οι καπνιστές παρουσιάζουν μειωμένα επίπεδα ενδοθηλιακών προγονικών κυττάρων, τα οποία είναι απαραίτητα για την αγγειακή αναγέννηση και αποκατάσταση. Η νικοτίνη και τα άλλα τοξικά συστατικά του καπνού μειώνουν την παραγωγή και λειτουργικότητα αυτών των κυττάρων, δυσχεραίνοντας την αγγειακή επούλωση και προάγοντας τη δημιουργία αθηρωματικών πλακών.

Η νικοτίνη, αν και αρχικά αυξάνει την ενεργειακή δαπάνη και σχετίζεται με χαμηλότερο σωματικό βάρος, μακροπρόθεσμα επηρεάζει αρνητικά τον μεταβολισμό. Το κάπνισμα προάγει την αντίσταση στην ινσουλίνη και τη συγκέντρωση λίπους στην περιοχή της κοιλιάς, συμβάλλοντας στην ανάπτυξη μεταβολικού συνδρόμου και σακχαρώδους διαβήτη. Παράλληλα, συνδέεται με ανθυγιεινές συνήθειες, όπως η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ και θερμίδων, που επιβαρύνουν περαιτέρω τον μεταβολισμό.

Το κάπνισμα προκαλεί παροδική αύξηση της αρτηριακής πίεσης μέσω της ενεργοποίησης του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Αν και οι χρόνιες επιπτώσεις του στην αρτηριακή πίεση δεν είναι πλήρως ξεκαθαρισμένες, οι καπνιστές με φυσιολογικά ή οριακά υψηλά επίπεδα αρτηριακής πίεσης έχουν αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων. Επιπλέον, το κάπνισμα οδηγεί σε αυξημένη αρτηριακή ακαμψία, μια κατάσταση που μπορεί να παραμείνει για χρόνια μετά τη διακοπή του.

Το κάπνισμα αποτελεί ισχυρό παράγοντα κινδύνου για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής και περιφερική αρτηριακή νόσο. Οι καπνιστές έχουν έως και πενταπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης ανευρύσματος κοιλιακής αορτής σε σχέση με τους μη καπνιστές, ενώ η διακοπή του καπνίσματος μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο. Η αποφρακτική αρτηριοσκλήρωση και η νόσος του Buerger είναι δύο περιφερικές αγγειακές παθήσεις οι οποίες σχετίζονται με το κάπνισμα. Η αποφρακτική αρτηριοσκλήρωση είναι τρεις φορές συχνότερη στους καπνιστές και η σοβαρότητα της σχετίζεται με τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνονται. Η νόσος του Buerger επηρεάζει κυρίως βαρείς καπνιστές, και η διακοπή του καπνίσματος είναι η πιο αποτελεσματική θεραπεία.

Το κάπνισμα συμβάλλει στην ανάπτυξη κολπικής μαρμαρυγής μέσω της διέγερσης του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και της προώθησης της κολπικής ίνωσης, αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα αρρυθμιών. Οι καπνιστές με κολπική μαρμαρυγή έχουν αυξημένο κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου και θρομβοεμβολής, καθώς η βαθμολογία CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VA είναι υψηλότερη λόγω της συνύπαρξης αγγειακής νόσου, καθιστώντας την αντιπηκτική αγωγή συχνά απαραίτητη <sup>[5]</sup>.

Τέλος, τα ηλεκτρονικά τσιγάρα αν και θεωρούνται λιγότερο επιβλαβή από τα συμβατικά τσιγάρα, δεν είναι απαλλαγμένα από κινδύνους για την υγεία. Έρευνες δείχνουν ότι η χρήση τους μπορεί να προκαλέσει οξειδωτικό στρες, ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, αυξημένη αρτηριακή πίεση και καρδιακή συχνότητα, καθώς και διαταραχές στον αγγειακό τόνο, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων. Παρόλο που η έκθεση σε τοξικές ουσίες είναι χαμηλότερη σε σύγκριση με τα παραδοσιακά τσιγάρα, εκτός από τη νικοτίνη, η σχέση μεταξύ της ποσότητας των τοξινών καρδιαγγειακής βλάβης δεν είναι απόλυτα γραμμική, κάτι που σημαίνει ότι ακόμη και μικρότερες ποσότητες μπορεί να έχουν δυσανάλογα επιβλαβείς επιπτώσεις. Επιπλέον, η ταυτόχρονη χρήση ηλεκτρονικών και συμβατικών τσιγάρων, γνωστή ως «διπλή χρήση», ενδέχεται να επιδεινώσει τους

κινδύνους, αυξάνοντας την πιθανότητα αναπνευστικών παθήσεων, ΧΑΠ και καρδιαγγειακών επιπλοκών [6].

## 2.4 Διακοπή του καπνίσματος

Η διακοπή του καπνίσματος είναι αναμφισβήτητα η πιο αποτελεσματική στρατηγική για τη μείωση των κινδύνων για την υγεία, καθώς η μείωση της κατανάλωσης τσιγάρων δεν συνεπάγεται αντίστοιχη μείωση των κινδύνων εμφάνισης σοβαρών ασθενειών. Ένα από τα ζητήματα που απασχολούν τους ειδικούς είναι το αν η σταδιακή μείωση της κατανάλωσης καπνού μπορεί να οδηγήσει σε μακροπρόθεσμα οφέλη. Σύμφωνα με μελέτες, αν και η μείωση του αριθμού των τσιγάρων που καταναλώνονται ημερησίως μπορεί να συμβάλει σε ορισμένες μικρές βελτιώσεις, όπως η μείωση των επιπέδων καρκινογόνων ουσιών στον οργανισμό, δεν οδηγεί απαραίτητα σε σημαντική μείωση του κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων, ΧΑΠ ή συνολικής θνησιμότητας. Η διακοπή του καπνίσματος, αντίθετα, έχει τεκμηριωμένα οφέλη, μειώνοντας δραστικά τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα και άλλων σοβαρών παθήσεων. Οι ερευνητές υπογραμμίζουν ότι η μείωση του καπνίσματος δεν πρέπει να θεωρείται ως μια ικανοποιητική εναλλακτική λύση, αλλά ως ένα πιθανό ενδιάμεσο βήμα προς την πλήρη αποχή από το κάπνισμα [29].

Η διακοπή του καπνίσματος είναι μια πρόκληση, ιδιαίτερα για τους βαρείς καπνιστές, καθώς η εξάρτηση από τη νικοτίνη και η συνήθεια τη καθιστούν δύσκολη διαδικασία. Η έλλειψη επαρκούς υποστήριξης, όπως η παροχή συμβουλών ή η φαρμακοθεραπεία, επιβαρύνει την κατάσταση, μειώνοντας τις πιθανότητες επιτυχίας. Παρά την ύπαρξη διαφόρων θεραπευτικών επιλογών, η χρήση τους στην κλινική πράξη παραμένει περιορισμένη, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη για πιο στοχευμένες και συστηματικές παρεμβάσεις.

Η συμμετοχή σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος και καρδιακής αποκατάστασης μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες επιτυχίας και να συμβάλλει στη μείωση των ποσοστών υποτροπής. Η έρευνα δείχνει ότι καπνιστές που εντάσσονται σε τέτοια προγράμματα έχουν περισσότερες πιθανότητες να σταματήσουν το κάπνισμα, καθώς λαμβάνουν ολοκληρωμένη υποστήριξη που περιλαμβάνει ιατρικές συμβουλές, συμπεριφορικές προσεγγίσεις και όπου κρίνεται απαραίτητο φαρμακευτική αγωγή. Επιπλέον, η κοινωνική και ψυχολογική διάσταση της διακοπής είναι κρίσιμη, καθώς οι καπνιστές που βιώνουν καταθλιπτική διάθεση ή στρες έχουν μικρότερες πιθανότητες επιτυχίας. Η σύνδεση μεταξύ καπνίσματος και ψυχικής υγείας απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση που δεν επικεντρώνεται μόνο στη φυσική εξάρτηση από τη νικοτίνη, αλλά και στους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του καπνιστή. Οι γιατροί και οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στη συμβουλευτική υποστήριξη και την παραπομπή των καπνιστών σε

εξειδικευμένα προγράμματα, καθώς η ολοκληρωμένη φροντίδα αποτελεί τον πιο αποτελεσματικό τρόπο για τη μακροχρόνια επιτυχία στη διακοπή του καπνίσματος <sup>[30]</sup>.

## **2.5 Θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης – Ηλεκτρονικό τσιγάρο**

Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης αποτελεί μια τεκμηριωμένη μέθοδο για τη διακοπή του καπνίσματος, η οποία, σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση του Cochrane, αυξάνει την πιθανότητα επιτυχούς διακοπής κατά 50-70%. Ωστόσο, η εφαρμογή της στην κλινική πράξη είναι περιορισμένη, καθώς μόνο το 16,8% των καπνιστών που συμμετείχαν στη μελέτη συμβουλευτήκαν να χρησιμοποιήσουν αυτή τη θεραπεία. Η χρήση της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης μπορεί να συμβάλλει στη μείωση των ποσοστών υποτροπής, ιδιαίτερα όταν συνδυάζεται με άλλες στρατηγικές διακοπής του καπνίσματος. Για να επιτευχθεί η μέγιστη αποτελεσματικότητα της, τα προγράμματα διακοπής θα πρέπει να περιλαμβάνουν ολοκληρωμένη ιατρική συμβουλευτική, συμπεριφορικές προσεγγίσεις και κατάλληλη φαρμακοθεραπευτική υποστήριξη <sup>[30]</sup>.

Η μετάβαση από το κάπνισμα στη χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου φαίνεται να συμβάλλει στη μείωση των κινδύνων για την υγεία, ενώ η αποτελεσματικότητά του ως μέθοδος διακοπής συγκρίνεται συχνά με τη θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης. Παρόλο που υπάρχουν ερωτήματα σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους της χρήσης ηλεκτρονικών τσιγάρων, τα ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι η χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων που περιέχουν νικοτίνη είναι πιο αποτελεσματική στη διακοπή του καπνίσματος από τα αντίστοιχα χωρίς νικοτίνη. Επιπλέον, σε μια μελέτη που συνέκρινε την αποτελεσματικότητα ηλεκτρονικών τσιγάρων και επιθεμάτων νικοτίνης, και οι δύο μέθοδοι εμφάνισαν παρόμοια χαμηλά ποσοστά επιτυχίας. Ωστόσο, η χρήση των ηλεκτρονικών τσιγάρων που ξαναγεμίζουν φαίνεται να προσφέρει καλύτερα αποτελέσματα, ειδικά όταν η προσπάθεια διακοπής συνοδεύεται από τη δυνατότητα προσαρμογής των ηλεκτρονικών υγρών στις ανάγκες του ατόμου <sup>[31]</sup>.

Η πιθανή μακροχρόνια χρήση των ηλεκτρονικών τσιγάρων μετά τη διακοπή του καπνίσματος, μπορεί να επιφέρει άγνωστους κινδύνους για την υγεία. Παρόλα αυτά, η συνέχιση της χρήσης τους μπορεί να επιφέρει την ανακούφιση από συμπτώματα στέρησης όπως η αύξηση βάρους, τα στοματικά έλκη, η δυσκοιλιότητα και η αποφυγή υποτροπής. Οι παρενέργειες της χρήσης ηλεκτρονικών τσιγάρων αφορούν τον ερεθισμό του λαιμού και του στόματος, ενώ από την άλλη η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης προκαλεί συχνότερα ναυτία <sup>[31]</sup>.

## **2.6 Παθητικό κάπνισμα**

Το παθητικό κάπνισμα αναφέρεται στην ακούσια εισπνοή καπνού από μη καπνιστές, όταν βρίσκονται σε περιβάλλον όπου καπνίζουν άλλοι. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει βλαβερές ουσίες

που μπορούν να επηρεάσουν την υγεία των ατόμων που εκτίθενται σε αυτόν. Έχει παρατηρηθεί ότι η εισπνοή του καπνού από το περιβάλλον μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στη μικροκυκλοφορία και στο οξειδωτικό στρες, επηρεάζοντας αρνητικά τη φυσιολογική λειτουργία των κυττάρων. Ιδιαίτερα ευάλωτες ομάδες είναι τα παιδιά και τα άτομα με προϋπάρχοντα προβλήματα υγείας, καθώς μπορεί να εμφανίσουν αυξημένη οξειδωτική δραστηριότητα και μεταβολικές αλλαγές εξαιτίας της έκθεσης στον καπνό. Μελέτες δείχνουν ότι ακόμα και βραχυπρόθεσμη έκθεση μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις, καθιστώντας το παθητικό κάπνισμα σοβαρό κίνδυνο για τη δημόσια υγεία <sup>[33]</sup>.

Στους επαγγελματικούς χώρους, το παθητικό κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για διάφορες νόσους. Ωστόσο, η εφαρμογή αυστηρότερων κανονισμών κατά του καπνίσματος έχει οδηγήσει σε μείωση της έκθεσης στον καπνό σε πολλές χώρες. Για παράδειγμα, σε μια μελέτη της Κορέας, οι συγκεντρώσεις κοτινίνης (βιοδείκτης για την έκθεση στον καπνό) μειώθηκαν σημαντικά μετά την εφαρμογή αυστηρών μέτρων κατά του καπνίσματος, ενώ αντίστοιχα αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και στην Ιρλανδία μετά την εφαρμογή απαγόρευσης του καπνίσματος στους χώρους εργασίας.

Παρά τη μείωση της έκθεσης στον καπνό σε δημόσιους και επαγγελματικούς χώρους, η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα στο σπίτι παραμένει ανησυχητική, ιδιαίτερα στις οικογένειες με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Σε πολλές χώρες, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και η Κίνα, η απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους δεν φαίνεται να έχει επηρεάσει την έκθεση στο σπίτι, καθώς οι καπνιστές μεταφέρουν τη συνήθεια τους σε εσωτερικούς χώρους. Οι έρευνες δείχνουν ότι η πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος, συμπεριλαμβανομένων των ιδιωτικών χώρων, μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στη μείωση του παθητικού καπνίσματος, ενώ η περιορισμένη απαγόρευση σε δημόσιους χώρους δεν είναι τόσο αποτελεσματική. Αυτό αναδεικνύει την ανάγκη για πιο εκτεταμένες πολιτικές, οι οποίες να περιλαμβάνουν τόσο τους δημόσιους όσο και τους ιδιωτικούς χώρους, με στόχο την προστασία των μη καπνιστών από τις βλαβερές συνέπειες του καπνού <sup>[32]</sup>.

Το παθητικό κάπνισμα αποτελεί σοβαρό κίνδυνο για την υγεία, καθώς η εισπνοή καπνού από το περιβάλλον μπορεί να έχει βλαβερές επιπτώσεις σε διάφορα συστήματα του ανθρώπινου σώματος. Μελέτες έχουν δείξει ότι η έκθεση στον καπνό του τσιγάρου επηρεάζει τη λειτουργία των μυών, καθώς παρατηρήθηκε μείωση του μεγέθους των μυϊκών ινών και αύξηση της δραστηριότητας των οξειδωτικών ενζύμων. Αυτές οι αλλαγές ενδέχεται να αποτελούν μηχανισμό αντιστάθμισης της μειωμένης παροχής οξυγόνου στους μυϊκούς ιστούς. Παράλληλα, υπάρχουν ενδείξεις ότι η τοξικότητα των συστατικών του καπνού μπορεί να επηρεάσει τα μιτοχόνδρια, τα οποία είναι εξαιρετικά ευαίσθητα σε αυτές τις ουσίες.

Ένα ακόμη σημαντικό εύρημα των μελετών είναι η μείωση της μικροαγγειακής αντιδραστικότητας, όπως φαίνεται από τον μειωμένο ρυθμό επαναιμάτωσης μετά από την έκθεση

στον καπνό. Η διαταραχή αυτή μπορεί να σχετίζεται με τη δυσλειτουργία του ενδοθηλίου, που ρυθμίζει την κυκλοφορία του αίματος. Το παθητικό κάπνισμα προκαλεί ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, πιθανότατα λόγω της αύξησης του οξειδωτικού στρες και της μείωσης της βιοδιαθεσιμότητας του NO, το οποίο είναι σημαντικό για τη διαστολή των αιμοφόρων αγγείων. Επιπλέον, η έκθεση στον καπνό του τσιγάρου φαίνεται να αυξάνει την παραγωγή αγγειοδραστικών ουσιών και να προκαλεί φλεγμονώδεις αντιδράσεις στα ενδοθηλιακά κύτταρα, οδηγώντας σε αυξημένη αγγειακή διαπερατότητα και σε μακροπρόθεσμες βλάβες του καρδιαγγειακού συστήματος. Αυτή η διαταραχή μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία, αυξάνοντας τον κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων, ακόμα και για τα άτομα που δεν καπνίζουν αλλά εκτίθενται στον καπνό.

Τα παιδιά που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα εμφανίζουν αυξημένο οξειδωτικό στρες, το οποίο εκφράζεται μέσω της ενεργοποίησης συγκεκριμένων ενζύμων, όπως η NADPH οξειδάση-2, και της αυξημένης συγκέντρωσης δεικτών υπεροξειδωσής των λιπιδίων. Αυτές οι αλλαγές συνοδεύονται από μείωση της βιοδιαθεσιμότητας του NO και της αγγειακής λειτουργίας, καταδεικνύοντας ότι το παθητικό κάπνισμα μπορεί να έχει άμεσες επιδράσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα, ανεξάρτητα από την ηλικία του ατόμου.

Συνολικά, η έκθεση στον καπνό του τσιγάρου ακόμη και για σύντομα χρονικά διαστήματα, φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά τη μικροκυκλοφορία και τον μεταβολισμό των ιστών, αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης ασθενειών. Αν και οι μηχανισμοί που ευθύνονται για αυτές τις αλλαγές δεν έχουν ακόμα αποσαφηνιστεί πλήρως, τα δεδομένα δείχνουν ότι η προστασία από το παθητικό κάπνισμα είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της καλής υγείας. Οι επιπτώσεις αυτές υπογραμμίζουν την ανάγκη για αυστηρότερα μέτρα προστασίας σε δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους, ώστε να περιοριστεί η έκθεση των μη καπνιστών στους βλαβερούς ρύπους του καπνού <sup>[33]</sup>.

## **B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

#### **3.1 Σκοπός της έρευνας**

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων των ασθενών με στεφανιαία νόσο που νοσηλεύτηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας και στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο», σχετικά με την καπνιστική συνήθεια. Ειδικότερα, επιδιώκεται να αποτυπωθεί ο βαθμός ενημέρωσης των ασθενών σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος, τη διακοπή του, καθώς και οι προσωπικές τους στάσεις και συμπεριφορές ως προς αυτή τη συνήθεια.

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα στα οποία εστιάζει η έρευνα είναι τα εξής:

1. Ποιο είναι το επίπεδο γνώσεων των ασθενών με στεφανιαία νόσο σχετικά το κάπνισμα;
2. Ποιες είναι οι στάσεις των ασθενών απέναντι στο κάπνισμα και τη διακοπή του;
3. Ποια συσχέτιση υπάρχει μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών, καπνιστικής συμπεριφοράς και γνώσεων σχετικά με το κάπνισμα;

#### **3.2 Σχεδιασμός της έρευνας**

Το εργαλείο συλλογής των δεδομένων αποτέλεσε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο δημιουργήθηκε με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, το ιστορικό της καπνιστικής συνήθειας, καθώς και ειδικές ενότητες για την αξιολόγηση των γνώσεων και των στάσεων τους απέναντι στο κάπνισμα και τη στεφανιαία νόσο. Οι ερωτήσεις γνώσεων είχαν τη μορφή «Σωστό», «Λάθος» και «Δεν γνωρίζω», ενώ οι ερωτήσεις στάσεων ήταν κλειστού τύπου με προκαθορισμένες απαντήσεις. Στο σκέλος των γνώσεων, κάθε σωστή απάντηση βαθμολογήθηκε με 1 μονάδα, ενώ οι λανθασμένες ή οι απαντήσεις «Δεν γνωρίζω» έλαβαν 0 μονάδες. Στο τέλος, υπολογίστηκε το σύνολο των σωστών απαντήσεων ανά ενότητα, καθώς και ο συνολικός αριθμός σωστών απαντήσεων για κάθε συμμετέχοντα. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τις 26 Οκτωβρίου 2024 έως τις 28 Απριλίου 2025.

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν τόσο σε έντυπη όσο και σε ηλεκτρονική μορφή στους ασθενείς των δύο νοσοκομείων. Η διαδικασία αυτή πραγματοποιήθηκε με σεβασμό στην αυτονομία, την ιδιωτικότητα και την ανωνυμία των συμμετεχόντων. Ο συγκεκριμένος σχεδιασμός παρείχε τη δυνατότητα συλλογής πολύτιμων πληροφοριών από έναν πληθυσμό-στόχο με υψηλό επιδημιολογικό

και κλινικό ενδιαφέρον και προσφέρει τη βάση για τη διαμόρφωση στοχευμένων παρεμβάσεων πρόληψης και ευαισθητοποίησης σε θέματα διακοπής του καπνίσματος.

### 3.3 Μέθοδος δειγματοληψίας

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν ασθενείς που νοσηλεύονταν στο Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας και στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο» και είχαν τεκμηριωμένη διάγνωση στεφανιαίας νόσου.

#### Κριτήρια Ένταξης

- Ηλικία 18 ετών και άνω
- Διάγνωση στεφανιαίας νόσου, βάσει του ιατρικού τους φακέλου
- Ικανότητα κατανόησης και επικοινωνίας στην ελληνική γλώσσα
- Συγκατάθεση συμμετοχής στην έρευνα

#### Κριτήρια αποκλεισμού

- Ασθενείς με γνωστές διαταραχές γνωστικής λειτουργίας ή σοβαρές ψυχικές νόσους που επηρεάζουν την ικανότητα κατανόησης και επικοινωνίας
- Ασθενείς σε τελικό στάδιο ή σε κρίσιμη κατάσταση
- Άρνηση συμμετοχής ή απόσυρση συγκατάθεσης σε οποιοδήποτε στάδιο της διαδικασίας

### 3.4 Ηθικά ζητήματα

Πριν την έναρξη της μελέτης, λήφθηκε η απαραίτητη έγκριση από τις επιστημονικές επιτροπές του τμήματος ηθικής και δεοντολογίας του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας με αριθμό πρωτοκόλλου: 04/15-09-2024 και των δύο νοσοκομείων στα οποία πραγματοποιήθηκε η συλλογή δεδομένων: Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας με αριθμό πρωτοκόλλου 18247 και Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο» με αριθμό πρωτοκόλλου 16/28-11-2024. Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν προφορικά και γραπτά για τον σκοπό, το περιεχόμενο και τη διάρκεια της έρευνας, και υπέγραψαν έντυπο συγκατάθεσης συμμετοχής, το οποίο περιλαμβανόταν στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου.

Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν απολύτως εθελοντική, με το δικαίωμα αποχώρησης οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς καμία συνέπεια. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν ανώνυμα και διαχειρίστηκαν με απόλυτη εμπιστευτικότητα. Δεν καταγράφηκαν στοιχεία που να επιτρέπουν την ταυτοποίηση των

συμμετεχόντων, ενώ τηρήθηκαν πλήρως οι αρχές της ηθικής δεοντολογίας και της προστασίας προσωπικών δεδομένων, σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασία Δεδομένων.

### 3.5 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό IBM SPSS Statistics. Αρχικά, πραγματοποιήθηκε καθορισμός και κωδικοποίηση των δεδομένων, τα οποία είχαν εισαχθεί στο λογισμικό από αρχείο τύπου Excel. Το σύνολο των μεταβλητών που συλλέχθηκαν μέσω του ερωτηματολογίου οργανώθηκε σε κλίμακες και κατηγορίες, ανάλογα με τη φύση της πληροφορίας.

Στο πρώτο στάδιο της ανάλυσης εφαρμόστηκαν περιγραφικές στατιστικές μέθοδοι. Για τις ποσοτικές μεταβλητές (π.χ. ηλικία, αριθμός τσιγάρων ημερησίως, έτη καπνίσματος) υπολογίστηκαν ο μέσος όρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή. Για τις ποιοτικές μεταβλητές (π.χ. φύλο, μορφωτικό επίπεδο, καπνιστική συνήθεια κ.α.), χρησιμοποιήθηκαν απόλυτες ( $n$ ) και σχετικές συχνότητες (%). Στο επόμενο στάδιο, πραγματοποιήθηκαν συσχετιστικές αναλύσεις με σκοπό τη διερεύνηση πιθανών σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών. Για τη διερεύνηση πιθανών διαφορών μεταξύ των δύο ομάδων (π.χ. καπνιστών – μη καπνιστών) ως προς τις επιμέρους μεταβλητές των γνώσεων, επιλέχθηκε η χρήση του μη παραμετρικού τεστ Kruskal–Wallis, καθώς οι μεταβλητές ήταν διαμορφωμένες σε κλίμακα Likert (μη κανονικά κατανοημένες) και οι ομάδες ήταν ανεξάρτητες.

Ειδικότερα, το τεστ εφαρμόστηκε για κάθε επιμέρους μεταβλητή του ερωτηματολογίου (π.χ. είδη καπνικών προϊόντων, επίγνωση εθισμού, τρόποι διακοπής, κ.ά.). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ( $P$ ) ορίστηκε στο 0,05. Σε περιπτώσεις όπου  $p < 0,05$ , θεωρήθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων και απορρίφθηκε η μηδενική υπόθεση.

### 3.6 Προοπτική της μελέτης

Η παρούσα μελέτη εντάσσεται στο ευρύτερο πεδίο της καρδιολογικής πρόληψης και της προαγωγής υγείας και φιλοδοξεί να συμβάλει στη βαθύτερη κατανόηση των γνώσεων και των στάσεων των ασθενών με στεφανιαία νόσο απέναντι στο κάπνισμα. Το κάπνισμα αποτελεί αναγνωρισμένο και ιδιαίτερα επιβαρυντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση και την επιδείνωση της στεφανιαίας νόσου, καθώς συνδέεται άμεσα με την αθηροσκλήρωση, την αγγειοσπασση, τη θρόμβωση και, κατ' επέκταση, με τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης εμφραγμάτων του μυοκαρδίου και αιφνίδιου καρδιακού θανάτου. Παρά την τεκμηριωμένη επιβάρυνση που προκαλεί, πολλοί ασθενείς εξακολουθούν να καπνίζουν ακόμη και μετά τη διάγνωση της νόσου, γεγονός που

υποδηλώνει ελλείψεις τόσο σε επίπεδο γνώσης όσο και υποστήριξης για τη διακοπή της συνήθειας αυτής.

Η προοπτική αυτής της μελέτης συνίσταται στην ανάδειξη του βαθμού κατανόησης που διαθέτουν οι ασθενείς για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στη στεφανιαία νόσο, καθώς και στη διερεύνηση των στάσεων τους αναφορικά με την πρόθεση διακοπής ή τη συνέχιση του καπνίσματος. Μέσα από αυτή τη διαδικασία, καθίσταται δυνατός ο εντοπισμός πιθανών κενών στην ενημέρωση ή της ανάγκης για εξατομικευμένη υποστήριξη των ασθενών στο πλαίσιο της δευτερογενούς πρόληψης.

Επιπλέον, τα ευρήματα της μελέτης μπορούν να αξιοποιηθούν από επαγγελματίες υγείας, και ειδικότερα από νοσηλευτές, καρδιολόγους και λοιπό προσωπικό που εμπλέκεται στη φροντίδα ατόμων με καρδιαγγειακή νόσο. Η γνώση των στάσεων και των επιπέδων ενημέρωσης του ασθενούς είναι καθοριστικής σημασίας για τη στοχευμένη παροχή εκπαίδευσης, την ανάπτυξη διαπροσωπικών παρεμβάσεων και την παροχή κινήτρων για αλλαγή της συμπεριφοράς. Μέσα από κατάλληλες παρεμβάσεις, όπως η ενίσχυση της νοσηλευτικής συμβουλευτικής, η διαθεσιμότητα προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος και η ψυχολογική υποστήριξη, μπορεί να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών σχεδίων και να βελτιωθούν οι δείκτες υγείας των ασθενών.

Σε ευρύτερο επίπεδο, η μελέτη συμβάλλει στην επιστημονική τεκμηρίωση της ανάγκης για συστηματική αξιολόγηση των γνώσεων και συμπεριφορών των ασθενών στο πεδίο της πρόληψης. Τα δεδομένα που θα προκύψουν μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για τον σχεδιασμό εθνικών ή τοπικών στρατηγικών ενημέρωσης και παρέμβασης, με στόχο τη μείωση του καπνίσματος στον πληθυσμό των καρδιοπαθών.

Τέλος, η μελέτη προσφέρει ερευνητική αξία και σε ακαδημαϊκό επίπεδο, ανοίγοντας το πεδίο για μελλοντικές συγκριτικές ή παρεμβατικές έρευνες. Για παράδειγμα, μελέτες που να αξιολογούν την αποτελεσματικότητα συγκεκριμένων παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, ή έρευνες που να εξετάζουν διαχρονικά την αλλαγή στάσης των ασθενών μετά από συμβουλευτική ή εκπαιδευτική παρέμβαση. Επιπρόσθετα, μπορεί να διερευνηθεί ο ρόλος παραγόντων όπως το φύλλο, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ή η ύπαρξη συννοσηροτήτων στην καπνιστική συμπεριφορά και την αντίληψη κινδύνου.

Συμπερασματικά, η προοπτική της παρούσας μελέτης είναι πολυδιάστατη: εκπαιδευτική, κλινική, προληπτική και ερευνητική. Στοχεύει όχι μόνο στην καταγραφή της υφιστάμενης κατάστασης αλλά και στη δημιουργία μιας βάσης για αλλαγή, τόσο σε ατομικό επίπεδο συμπεριφοράς όσο και σε επίπεδο συστημικής προσέγγισης της καπνιστικής συνήθειας στους ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Η μελέτη περιελάμβανε συνολικά 95 συμμετέχοντες, οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης και παρείχαν απαντήσεις σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

Το δείγμα αποτελούνταν κυρίως από άνδρες, καθώς 71 συμμετέχοντες (74,7%) ήταν άνδρες, ενώ οι γυναίκες ανήλθαν σε 24 (25,3%). Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαινόταν από 43 έως 87 έτη, με μέσο όρο ηλικίας τα  $63 \pm 9,203$  έτη. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών ήταν έγγαμοι, αντιπροσωπεύοντας το 68,4% του δείγματος ( $n = 65$ ). Ακολούθησαν οι διαζευγμένοι με 13 συμμετέχοντες (13,7%), οι άγαμοι με 7 (7,4%), οι χήροι με 5 (5,3%), ενώ μικρότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν σε ασθενείς που βρίσκονταν σε διάσταση (3,2%) ή συμβίωναν χωρίς γάμο (2,1%). Η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχόντων 90,5% ( $n = 86$ ) δήλωσε ότι έχει παιδιά.

Σε ότι αφορά τον τόπο κατοικίας, η πλειονότητα των ασθενών διέμενε σε αστικές περιοχές με ποσοστό που ανέρχεται στο 67,4%, ενώ το 21,1% ζούσε σε αγροτικές περιοχές και το υπόλοιπο 11,6% σε ημιαστικές. Το μεγαλύτερο ποσοστό 37,9% είχε απολυτήριο λυκείου, ενώ σημαντικό ποσοστό 31,6% διέθετε πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ/ΤΕΙ). Αντίθετα, 21,1% είχαν ολοκληρώσει μόνο τη δημοτική εκπαίδευση και 9,5% το γυμνάσιο.

Όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση, το 45,3% των συμμετεχόντων ήταν συνταξιούχοι. Επίσης, 30,5% δήλωσαν ότι εργάζονταν ως υπάλληλοι σε δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα, 17,9% ως ελεύθεροι επαγγελματίες, ενώ το 6,3% των ατόμων ήταν άνεργοι κατά τη χρονική στιγμή της έρευνας.

Οι συχνότερες συννοσηρότητες ήταν η αρτηριακή υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία και ο σακχαρώδης διαβήτης, συνδυαστικά μεταξύ τους ή και με άλλες παθήσεις. Συγκεκριμένα, 25,3% παρουσίαζαν στεφανιαία νόσο με καρδιακή ανεπάρκεια χωρίς άλλες παθήσεις, ενώ το 18,9% είχαν ταυτόχρονα υπέρταση, 17,9% είχαν ταυτόχρονα υπερλιπιδαιμία. Επιπλέον σε ποσοστά κάτω του 5% εμφανίζονταν και άλλες παθήσεις όπως το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ο καρκίνος και το χρόνιο αναπνευστικό νόσημα.

Τέλος, σε σχέση με τις πηγές ενημέρωσης για το κάπνισμα, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων 30,5%, δήλωσε ότι ενημερώνεται μέσω συνδυασμού μέσων: ιατρού, μέσων μαζικής ενημέρωσης και διαδικτύου. Ένα σημαντικό ποσοστό 25,3% ανέφερε ως κύρια πηγή τον ιατρό σε συνδυασμό με τα ΜΜΕ, ενώ το 24,2% δήλωσαν αποκλειστικά τον ιατρό. Ελάχιστοι συμμετέχοντες

φαίνεται να στηρίζονται μόνο στο διαδίκτυο 2,1% ή μόνο στα μέσα ενημέρωσης 3,2%. Η συμμετοχή των νοσηλευτών στην ενημέρωση ήταν πολύ περιορισμένη, καθώς αναφέρθηκε μόνο από το 2,1% των συμμετεχόντων.

*Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων*

| <b>Μεταβλητή</b>                      | <b>n (αριθμός ατόμων)</b> | <b>% (ποσοστό)</b> |
|---------------------------------------|---------------------------|--------------------|
| Σύνολο συμμετεχόντων                  | 95                        | 100,0%             |
| Φύλο - Άνδρες                         | 71                        | 74,7%              |
| Φύλο - Γυναίκες                       | 24                        | 25,3%              |
| Ηλικία - Μέση τιμή (έτη)              | 95                        | 63 έτη             |
| Ηλικία - Εύρος                        | 95                        | 43–87 έτη          |
| Οικογενειακή κατάσταση - Έγγαμοι      | 65                        | 68,4%              |
| Οικογενειακή κατάσταση - Διαζευγμένοι | 13                        | 13,7%              |
| Οικογενειακή κατάσταση - Άγαμοι       | 7                         | 7,4%               |
| Οικογενειακή κατάσταση - Χήροι        | 5                         | 5,3%               |
| Οικογενειακή κατάσταση-Σε διάσταση    | 3                         | 3,2%               |
| Οικογενειακή κατάσταση-Συμβίωση       | 2                         | 2,1%               |
| Έχουν παιδιά                          | 86                        | 90,5%              |
| Δεν έχουν παιδιά                      | 9                         | 9,5%               |
| Τόπος κατοικίας–Αστική                | 64                        | 67,4%              |

|                                          |    |       |
|------------------------------------------|----|-------|
| περιοχή                                  |    |       |
| Τόπος κατοικίας–Αγροτική περιοχή         | 20 | 21,1% |
| Τόπος κατοικίας – Ημιαστική περιοχή      | 11 | 11,6% |
| Μορφωτικό επίπεδο - Λύκειο               | 36 | 37,9% |
| Μορφωτικό επίπεδο - ΑΕΙ/ΤΕΙ              | 30 | 31,6% |
| Μορφωτικό επίπεδο - Δημοτικό             | 20 | 21,1% |
| Μορφωτικό επίπεδο - Γυμνάσιο             | 9  | 9,5%  |
| Επάγγελμα - Συνταξιούχοι                 | 43 | 45,3% |
| Επάγγελμα - Ιδιωτικοί/Δημόσιοι υπάλληλοι | 29 | 30,5% |
| Επάγγελμα - Ελεύθεροι επαγγελματίες      | 17 | 17,9% |
| Επάγγελμα - Άνεργοι                      | 6  | 6,3%  |

## 4.2 Καπνιστική συνήθεια

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, το 48,4% (n = 46) δήλωσε ότι καπνίζει κατά την περίοδο της έρευνας, το 13,7% (n = 13) δήλωσε ότι δεν έχει καπνίσει ποτέ και το 37,9% (n = 36) ότι είναι πρώην καπνιστές. Μεταξύ των 46 καπνιστών, το 38,9% (n = 37) ανέφερε χρήση συμβατικού τσιγάρου, το 7,4% (n = 7) έκανε και χρήση συσκευής θέρμανσης καπνού, και το 2,1% (n = 2) χρησιμοποιούσε περιστασιακά και ηλεκτρονικό τσιγάρο. Κανένας συμμετέχων δεν δήλωσε χρήση

πούρου, ναργιλέ ή άλλων εναλλακτικών προϊόντων νικοτίνης. Ο μέσος όρος των packs year των ασθενών που συμμετέχουν στην έρευνα είναι  $35,0875 \pm 25,50588$  (συμπεριλαμβανομένων νυν και πρώην καπνιστές).

Στην ερώτηση σχετικά με προηγούμενες προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος απάντησαν 49 συμμετέχοντες. Εξ αυτών, 29 άτομα με ποσοστό 30,5%, δήλωσαν ότι έχουν προσπαθήσει να διακόψουν το κάπνισμα στο παρελθόν, ενώ 17 άτομα με ποσοστό 17,9%, ανέφεραν ότι δεν έχουν επιχειρήσει διακοπή.

Η ερώτηση σχετικά με την ενημέρωση για τους κινδύνους του καπνίσματος απαντήθηκε από 52 ασθενείς (54,7%). Από αυτούς, 43 άτομα (45,3%) δήλωσαν ότι έχουν ενημερωθεί, ενώ 9 (9,5%) δήλωσαν ότι δεν έχουν λάβει σχετική πληροφόρηση.

Στην ερώτηση αν έχουν αλλάξει είδος καπνίσματος, 46 άτομα απάντησαν. Από αυτούς 14 (14,7%) ανέφεραν ότι έχουν προβεί σε αλλαγή του είδους καπνίσματος και 32 (33,7%) ότι δεν έχουν αλλάξει ποτέ τον τύπο προϊόντος που χρησιμοποιούν.

Στην ερώτηση σχετικά με την προτίμηση σε προϊόντα με χαμηλή νικοτίνη ή άλλα ειδικά προϊόντα καπνού, 46 συμμετέχοντες απάντησαν, εκ των οποίων 16 (16,8%) απάντησαν θετικά και 30 συμμετέχοντες αρνητικά (31,6%).

Στην ερώτηση σχετικά με τη χρήση υποκατάστατων προϊόντων για μείωση του καπνίσματος, 46 συμμετέχοντες απάντησαν. Από αυτούς, 6 (6,3%) δήλωσαν ότι έχουν χρησιμοποιήσει υποκατάστατα, ενώ 40 (42,1%) απάντησαν αρνητικά.

Σε ερωτήσεις που αφορούσαν τη χρήση φαρμακευτικής θεραπείας ή την αναζήτηση βοήθειας από ιατρείο διακοπής καπνίσματος, 46 συμμετέχοντες απάντησαν. Σχετικά με τη φαρμακευτική υποστήριξη, 46 άτομα (48,4%) απάντησαν αρνητικά, ενώ ανάλογα αρνητικά απάντησε ο ίδιος αριθμός ( $n = 46, 48,4\%$ ) όσον αφορά την αναζήτηση υποστήριξης από εξειδικευμένο ιατρείο διακοπής καπνίσματος.

Στην ερώτηση αν έχουν καπνίσει ποτέ στο παρελθόν, 82 συμμετέχοντες (86,3%) απάντησαν θετικά, ενώ 13 (13,7%) δήλωσαν ότι δεν έχουν υπάρξει ποτέ καπνιστές. Όσον αφορά την έκθεση σε παθητικό κάπνισμα, 93 ασθενείς (97,9%) δήλωσαν ότι έχουν εκτεθεί. Από αυτούς, 37 (38,9%) απάντησαν ότι εκτίθενται καθημερινά και 58 (61,1%) ότι εκτίθενται περιστασιακά.

Τέλος, στην ερώτηση σχετικά με το αν υπάρχουν καπνιστές στο οικογενειακό περιβάλλον, το 50,5% των συμμετεχόντων ( $n = 48$ ) απάντησε θετικά, ενώ το 49,5% ( $n = 47$ ) αρνητικά. Αντίστοιχα, στο ερώτημα αν υπάρχουν καπνιστές στο εργασιακό περιβάλλον, 37 άτομα (38,9%) απάντησαν θετικά και 58 (61,1%) αρνητικά.

Πίνακας 2: Καπνιστική συνήθεια των συμμετεχόντων

| Μεταβλητή                                  | n (αριθμός ατόμων) | % (ποσοστό)  |
|--------------------------------------------|--------------------|--------------|
| Ενεργοί καπνιστές                          | 46                 | 48,4%        |
| Πρώην καπνιστές                            | 36                 | 37,9%        |
| Μη καπνιστές                               | 13                 | 13,7%        |
| Χρήση συμβατικού τσιγάρου                  | 37                 | 38,9%        |
| Χρήση συσκευής θέρμανσης καπνού            | 7                  | 7,4%         |
| Χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου                | 2                  | 2,1%         |
| Μ.Ο. τσιγάρων/ημέρα                        | 37                 | 19 τσιγάρα   |
| Εύρος τσιγάρων/ημέρα                       | 37                 | 5–50 τσιγάρα |
| Μ.Ο. ετών καπνίσματος                      | 46                 | 33 έτη       |
| Εύρος ετών καπνίσματος                     | 46                 | 1–45 έτη     |
| Έχουν προσπαθήσει να διακόψουν το κάπνισμα | 29                 | 30,5%        |
| Δεν έχουν προσπαθήσει να διακόψουν         | 17                 | 17,9%        |
| Έχουν ενημερωθεί για τους κινδύνους        | 43                 | 45,3%        |
| Έχουν αλλάξει είδος καπνίσματος            | 14                 | 14,7%        |

|                                              |    |       |
|----------------------------------------------|----|-------|
| Προτιμούν προϊόντα με λιγότερη νικοτίνη      | 16 | 16,8% |
| Χρήση υποκατάστατων νικοτίνης                | 6  | 6,3%  |
| Χρήση φαρμακευτικής θεραπείας                | 0  | 0     |
| Αναζήτηση βοήθειας από ιατρείο διακοπής      | 0  | 0     |
| Έχουν υπάρξει καπνιστές στο παρελθόν         | 82 | 86,3% |
| Έχουν εκτεθεί σε παθητικό κάπνισμα           | 93 | 97,9% |
| Εκτίθενται καθημερινά σε παθητικό κάπνισμα   | 37 | 38,9% |
| Εκτίθενται περιστασιακά σε παθητικό κάπνισμα | 58 | 61,1% |
| Καπνιστές στο οικογενειακό περιβάλλον        | 48 | 50,5% |
| Καπνιστές στο εργασιακό περιβάλλον           | 37 | 38,9% |
| Αποφεύγουν χώρους όπου καπνίζουν άλλοι       | 13 | 13,7% |

### **4.3 Γνώσεις ασθενών με στεφανιαία νόσο σχετικά με την καπνιστική συνήθεια**

#### Ενότητα 1: Είδη καπνικών προϊόντων

Στην πρόταση σχετικά με το αν τα ηλεκτρονικά τσιγάρα περιέχουν νικοτίνη, το 63,2% των συμμετεχόντων απάντησε «Σωστό», ενώ το 36,8% δήλωσε «Δεν γνωρίζω». Όταν ερωτήθηκαν αν τα προϊόντα θέρμανσης καπνού δεν περιέχουν βλαβερές ουσίες, το 78,9% απάντησε «Λάθος», το 18,9% «Δεν γνωρίζω» και το 2,1% «Σωστό». Στη δήλωση ότι τα πούρα είναι λιγότερο επικίνδυνα από τα τσιγάρα, το 49,5% απάντησε «Δεν γνωρίζω», το 32,6% «Λάθος» και το 17,9% «Σωστό». Το ποσοστό 61,1% των συμμετεχόντων δήλωσε «Λάθος» στη φράση «Η κατανάλωση καπνού χωρίς κάπνισμα (π.χ. μάσημα) είναι ακίνδυνη», το 32,6% «Δεν γνωρίζω» και το 6,3% «Σωστό». Τέλος, στην ερώτηση αν όλα τα είδη καπνού έχουν την ίδια επίδραση στην υγεία, το 51,6% απάντησε «Σωστό», το 42,1% «Λάθος» και το 6,3% «Δεν γνωρίζω».

#### Ενότητα 2: Εθισμός

Στη δήλωση ότι η νικοτίνη είναι η κύρια ουσία που προκαλεί εθισμό στο κάπνισμα, το 81,1% απάντησε «Σωστό», το 16,8% «Δεν γνωρίζω» και το 2,1% «Λάθος». Στη δήλωση ότι η νικοτίνη δεν επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα, το 73,7% απάντησε «Λάθος», το 17,9% «Δεν γνωρίζω» και το 8,4% «Σωστό». Η δήλωση ότι η απόσυρση από τη νικοτίνη μπορεί να προκαλέσει άγχος και εκνευρισμό απαντήθηκε ως «Σωστό» από το 97,9% των συμμετεχόντων και «Δεν γνωρίζω» από το 2,1%. Στην πρόταση ότι ο εθισμός στη νικοτίνη ξεπερνιέται εύκολα χωρίς βοήθεια, το 72,6% απάντησε «Λάθος», το 17,9% «Σωστό» και το 9,5% «Δεν γνωρίζω». Τέλος, το 94,7% απάντησε «Σωστό» στο ότι το κάπνισμα αποτελεί βαριά εξάρτηση και το 5,3% «Δεν γνωρίζω».

#### Ενότητα 3: Παθήσεις που προκαλεί το κάπνισμα

Στην πρόταση όπου αναφέρεται ότι το κάπνισμα δεν σχετίζεται με την εμφάνιση καρκίνου, το 86,3% απάντησε «Λάθος», το 9,5% δήλωσε «Δεν γνωρίζω» και το 4,2% «Σωστό». Όλοι οι συμμετέχοντες (100%) απάντησαν «Σωστό» στην πρόταση ότι το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο καρδιακών παθήσεων. Η ερώτηση για το αν οι καπνιστές έχουν υψηλότερο κίνδυνο για τη ΧΑΠ απαντήθηκε ως «Σωστό» από το 95,8% και «Δεν γνωρίζω» από το 4,2%. Στην πρόταση ότι το παθητικό κάπνισμα δεν είναι επικίνδυνο για την υγεία, το 81,1% απάντησε «Λάθος», το 10,5% «Δεν γνωρίζω» και το 8,4% «Σωστό». Στην ερώτηση αν το κάπνισμα δεν επηρεάζει τη γονιμότητα, το 81,1% απάντησε «Λάθος», το 11,6% «Δεν γνωρίζω» και το 7,4% «Σωστό».

#### Ενότητα 4: Θεραπεία (Φαρμακευτικά μέσα για τη διακοπή του καπνίσματος)

Στη δήλωση ότι τα φάρμακα πρώτης γραμμής μπορούν να συμβάλουν στην κινητοποίηση του καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα, το 25,3% απάντησε «Σωστό» και το 74,7% «Δεν γνωρίζω». Όταν ρωτήθηκαν αν η βαρενικλίνη έχει την ίδια περίπου αποτελεσματικότητα με το συνδυασμό υποκατάστατων νικοτίνης και είναι περισσότερο αποτελεσματική από τη μονοθεραπεία με βουπροπιόνη ή το συνδυασμό υποκατάστατων νικοτίνης, το 94,7% απάντησε «Δεν γνωρίζω», το 3,2% «Σωστό» και το 2,1% «Λάθος». Στη δήλωση ότι καμία από τις θεραπείες δε φαίνεται να προκαλεί σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες ωστόσο συνιστάται συνεχής παρακολούθηση, λαμβάνοντας υπόψη ότι η αρχικός προβληματισμός για πιθανή συσχέτιση της βαρενικλίνης (και βουπροπιόνης) με σοβαρές ψυχιατρικές ή καρδιαγγειακές επιδράσεις δεν επιβεβαιώθηκε στις πρόσφατες μεταanalύσεις, το 88,4% απάντησε «Δεν γνωρίζω», το 7,4% «Σωστό» και το 4,2% «Λάθος». Όσον αφορά την ερώτηση ότι ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και συμβουλευτικής υποστήριξης επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα, το 48,4% απάντησε «Σωστό», το 47,4% «Δεν γνωρίζω» και το 4,2% «Λάθος». Τέλος, στην ερώτηση αν η διακοπή χωρίς βοήθεια είναι εξίσου αποτελεσματική με τη χρήση θεραπειών, το 44,2% απάντησε «Λάθος», το 40% «Δεν γνωρίζω» και το 15,8% «Σωστό».

#### Ενότητα 5: Τρόποι μείωσης του καπνίσματος

Η δήλωση ότι υπάρχουν πολλοί αποτελεσματικοί τρόποι μείωσης του καπνίσματος απαντήθηκε από το 42,1% ως «Λάθος», από 37,9% ως «Σωστό» και από το 20% «Δεν γνωρίζω». Στην ερώτηση για το αν τα υποκατάστατα νικοτίνης βοηθούν στη μείωση του καπνίσματος, το 43,2% απάντησε «Δεν γνωρίζω», το 32,6% «Σωστό» και το 24,2% «Λάθος». Στην πρόταση ότι τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος δεν έχουν κανένα αποτέλεσμα, το 57,9% των συμμετεχόντων δήλωσε «Δεν γνωρίζω», το 24,2% «Λάθος» και το 17,9% «Σωστό». Η πρόταση ότι η μείωση του καπνίσματος γίνεται μόνο με τη χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων, απορρίφθηκε ως «Λάθος» από το 89,5%, ενώ το 8,4% απάντησε «Δεν γνωρίζω» και το 2,1% «Σωστό». Τέλος, στην ερώτηση αν η μείωση του καπνίσματος χωρίς βοήθεια είναι εξίσου αποτελεσματική με τη χρήση βοηθημάτων, το 51,6% απάντησε «Λάθος», το 33,7% «Δεν γνωρίζω» και το 14,7% «Σωστό».

#### Ενότητα 6: Διακοπή του καπνίσματος

Η δήλωση ότι η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο απαντήθηκε ως «Σωστό» από το 83,2%, ενώ το 8,4% απάντησε «Λάθος» και το 8,4% «Δεν γνωρίζω». Στην ερώτηση για το αν τα ηλεκτρονικά τσιγάρα είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος για τη διακοπή του καπνίσματος, το 75,8% απάντησε «Λάθος», το 20% «Δεν γνωρίζω» και το 4,2% «Σωστό». Στην πρόταση όπου αναφέρεται ότι η διακοπή του καπνίσματος μετά από μακροχρόνια χρήση, αν δεν έχει μεσολαβήσει κάποιο ιατρικό συμβάν που τρομάζει, είναι δύσκολη, γιατί προϋποθέτει ότι ο καπνιστής θα αποδεχτεί το λάθος πολλών ετών και θα ανεχθεί τις δυσκολίες από την έλλειψη της νικοτίνης για κάποιο χρονικό διάστημα, το 80% απάντησε «Σωστό», το 11,6% «Δεν γνωρίζω» και το 8,4%

«Λάθος». Η δήλωση ότι η βαριά εξάρτηση που προκαλεί το κάπνισμα δεν αντιμετωπίζεται εξαλείφοντας μόνο τα συμπτώματα της αλλά απαιτείται οργανωμένη και συστηματική συμβουλευτική και φαρμακευτική θεραπεία απεξάρτησης, απαντήθηκε ως «Σωστό» από το 54,7%, «Δεν γνωρίζω» από το 23,2% και «Λάθος» από το 22,1%. Στην πρόταση ότι η υποστήριξη από ειδικό γιατρό ή σύμβουλο αυξάνει τις πιθανότητες επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος, το 58,9% των συμμετεχόντων απάντησε «Σωστό» ενώ το 27,4% «Δεν γνωρίζω» και το 13,7% «Λάθος».

#### Ενότητα 7: Επιπτώσεις στην υγεία

Όλοι οι συμμετέχοντες (100%) απάντησαν «Σωστό» στην πρόταση ότι το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις. Στην πρόταση ότι το κάπνισμα δεν επηρεάζει την υγεία του δέρματος, το 75,8% απάντησε «Λάθος», το 13,7% «Δεν γνωρίζω» και το 10,5% «Σωστό». Το 97,9% απάντησε «Σωστό» στην ερώτηση εάν οι καπνιστές έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για καρδιαγγειακές παθήσεις όπως και στην ερώτηση εάν το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στη στοματική υγεία, ενώ αντίθετα το 2,1% απάντησε και στις δύο ερωτήσεις «Λάθος». Τέλος στην ερώτηση για τον εάν οι μακροπρόθεσμες συνέπειες του καπνίσματος είναι γενικά ήπιες, το 86,3% απάντησε «Λάθος», το 6,3% «Δεν γνωρίζω» και το 7,4% «Σωστό».

#### Ενότητα 8: Παθητικό κάπνισμα

Στην ερώτηση εάν το παθητικό κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του πνεύμονα σε μη καπνιστές, το 58,9% των συμμετεχόντων απάντησε «Σωστό», το 36,8% «Δεν γνωρίζω» και το 4,2% «Λάθος». Το 75,8% συμφώνησε ότι τα παιδιά που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα, έχουν αυξημένο κίνδυνο άσθματος, ενώ το 24,2% απάντησε «Δεν γνωρίζω». Στην πρόταση ότι οι έγκυες γυναίκες δεν επηρεάζονται από το παθητικό κάπνισμα, το 75,8% απάντησε «Λάθος», το 16,8% «Δεν γνωρίζω» και το 7,4% «Σωστό». Η δήλωση ότι ο καπνός του τσιγάρου που εισπνέεται από μη καπνιστές δεν περιέχει τοξικές ουσίες, απαντήθηκε ως «Λάθος» από το 71,6%, ως «Δεν γνωρίζω» από το 23,2% και ως «Σωστό» από το 5,3%. Τέλος στην πρόταση ότι τα μέτρα απαγόρευσης του καπνίσματος σε εσωτερικούς χώρους έχουν μειώσει την έκθεση σε παθητικό κάπνισμα, το 89,5% απάντησε «Σωστό», το 7,4% «Λάθος» και το 3,2% «Δεν γνωρίζω».

#### Ενότητα 9: Κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις

Το 100% των συμμετεχόντων συμφώνησε ότι το κάπνισμα έχει σημαντικό κόστος στην καθημερινή ζωή των καπνιστών. Στην πρόταση ότι το κάπνισμα δεν επηρεάζει την κοινωνική ζωή, το 81,1% απάντησε «Λάθος», το 9,5% «Σωστό» και το 9,5% «Δεν γνωρίζω». Όσον αφορά την δήλωση ότι το κράτος εισπράττει μεγάλα ποσά από τη φορολόγηση του καπνού και των προϊόντων του, με στόχο τη μείωση της κατανάλωσης, το 75,8% απάντησε «Λάθος», το 15,8% «Δεν γνωρίζω» και το 8,4% «Σωστό». Το 57,9% απάντησε «Λάθος» στην πρόταση ότι το κάπνισμα δεν επηρεάζει την

επαγγελματική ζωή, ενώ το 31,6% απάντησε «Σωστό» και το 10,5% «Δεν γνωρίζω». Στην ερώτηση για το αν το κάπνισμα μπορεί να επηρεάσει την οικογένεια και τους φίλους, το 89,5% απάντησε «Σωστό», και από 5,3% «Λάθος» και «Δεν γνωρίζω».

#### Ενότητα 10: Νομοθεσία και πολιτικές

Το 91,6% απάντησε «Σωστό» στην πρόταση ότι η νομοθεσία για το κάπνισμα περιλαμβάνει απαγορεύσεις σε δημόσιους χώρους, ενώ το 4,2% απάντησε «Λάθος» και 4,2% «Δεν γνωρίζω». Στην ερώτηση για τον αν οι αντικαπνιστικοί νόμοι δεν βοηθούν στη μείωση του καπνίσματος, το 58,9% απάντησε «Λάθος», το 27,4% «Σωστό» και το 13,7% «Δεν γνωρίζω». Όσον αφορά την πρόταση ότι οι πολιτικές πρόληψης δεν έχουν κανένα αποτέλεσμα, το 60% απάντησε «Λάθος», το 23,2% «Σωστό» και το 16,8% «Δεν γνωρίζω». Ακόμη, στην πρόταση που αναφέρεται ότι οι αντικαπνιστικές νομοθεσίες είναι γενικά αυστηρές, το 64,2% απάντησε «Λάθος», το 26,3% «Σωστό» και το 9,5% «Δεν γνωρίζω». Τέλος, στην πρόταση ότι οι αλλαγές στην νομοθεσία δεν θα είχαν κανένα αποτέλεσμα, το 42,1% απάντησε «Δεν γνωρίζω», το 34,7% «Λάθος» και το 23,2% «Σωστό».

*Πίνακας 3: Γνώσεις ασθενών σχετικά με το κάπνισμα*

| Θεματική<br>Ενότητα        | Ερώτηση                                                                | Σωστό<br>(%) | Λάθος<br>(%) | Δεν γνωρίζω<br>(%) |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------------|
| Είδη καπνικών<br>προϊόντων | Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα περιέχουν<br>νικοτίνη                           | 63,2         | 0            | 36,8               |
| Είδη καπνικών<br>προϊόντων | Τα προϊόντα θέρμανσης καπνού δεν<br>περιέχουν βλαβερές ουσίες          | 2,1          | 78,9         | 18,9               |
| Είδη καπνικών<br>προϊόντων | Τα πούρα είναι λιγότερο επικίνδυνα<br>από τα τσιγάρα                   | 17,9         | 32,6         | 49,5               |
| Είδη καπνικών<br>προϊόντων | Η κατανάλωση καπνού χωρίς<br>κάπνισμα (π.χ., μάσημα) είναι<br>ακίνδυνη | 6,3          | 61,1         | 32,6               |
| Είδη καπνικών<br>προϊόντων | Όλα τα είδη καπνού έχουν την ίδια<br>επίδραση στην υγεία               | 51,6         | 42,1         | 6,3                |

|                                   |                                                                      |       |      |      |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------|------|------|
| Εθισμός                           | Η νικοτίνη είναι η κύρια ουσία που προκαλεί εθισμό στο κάπνισμα      | 81,1  | 2,1  | 16,8 |
| Εθισμός                           | Η νικοτίνη δεν επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα                 | 8,4   | 73,7 | 17,9 |
| Εθισμός                           | Η απόσυρση από τη νικοτίνη μπορεί να προκαλέσει άγχος και εκνευρισμό | 97,9  | 0    | 2,1  |
| Εθισμός                           | Ο εθισμός στη νικοτίνη ξεπερνιέται εύκολα χωρίς βοήθεια              | 17,9  | 72,6 | 9,5  |
| Εθισμός                           | Το κάπνισμα είναι μια βαριά εξάρτηση                                 | 94,7  | 0    | 5,3  |
| Παθήσεις που προκαλεί το κάπνισμα | Το κάπνισμα δεν σχετίζεται με την εμφάνιση καρκίνου                  | 4,2   | 86,3 | 9,5  |
| Παθήσεις που προκαλεί το κάπνισμα | Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο καρδιακών παθήσεων                   | 100,0 | 0    | 0    |
| Παθήσεις που προκαλεί το κάπνισμα | Οι καπνιστές έχουν υψηλότερο κίνδυνο για ΧΑΠ                         | 95,8  | 0    | 4,2  |
| Παθήσεις που προκαλεί το κάπνισμα | Το παθητικό κάπνισμα δεν είναι επικίνδυνο για την υγεία              | 8,4   | 81,1 | 10,5 |
| Παθήσεις που προκαλεί το κάπνισμα | Το κάπνισμα δεν επηρεάζει τη γονιμότητα                              | 7,4   | 81,1 | 11,6 |

|                                   |                                                                                           |      |      |      |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| κάπνισμα                          |                                                                                           |      |      |      |
| Φαρμακευτική<br>θεραπεία          | Φάρμακα πρώτης γραμμής μπορούν να βοηθήσουν στην κινητοποίηση του καπνιστή να το διακόψει | 25,3 | 0    | 74,7 |
| Φαρμακευτική<br>θεραπεία          | Η βαρενικλίνη έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε σχέση με άλλες θεραπείες              | 3,2  | 2,1  | 94,7 |
| Φαρμακευτική<br>θεραπεία          | Οι θεραπείες δεν προκαλούν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες αλλά απαιτούν παρακολούθηση     | 7,4  | 4,2  | 88,4 |
| Φαρμακευτική<br>θεραπεία          | Ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και συμβουλευτικής είναι πιο αποτελεσματικός                | 48,4 | 4,2  | 47,4 |
| Φαρμακευτική<br>θεραπεία          | Η διακοπή χωρίς βοήθεια είναι το ίδιο αποτελεσματική με θεραπείες                         | 15,8 | 44,2 | 40,0 |
| Τρόποι μείωσης<br>του καπνίσματος | Υπάρχουν πολλοί αποτελεσματικοί τρόποι για τη μείωση του καπνίσματος                      | 37,9 | 42,1 | 20,0 |
| Τρόποι μείωσης<br>του καπνίσματος | Τα υποκατάστατα νικοτίνης βοηθούν στη μείωση                                              | 32,6 | 24,2 | 43,2 |
| Τρόποι μείωσης<br>του καπνίσματος | Τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος δεν έχουν κανένα αποτέλεσμα                           | 17,9 | 24,2 | 57,9 |

|                                |                                                                                               |       |      |      |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|------|
| Τρόποι μείωσης του καπνίσματος | Η μείωση επιτυγχάνεται μόνο με χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων                                | 2,1   | 89,5 | 8,4  |
| Τρόποι μείωσης του καπνίσματος | Η μείωση χωρίς βοήθεια είναι εξίσου αποτελεσματική                                            | 14,7  | 51,6 | 33,7 |
| Διακοπή του καπνίσματος        | Η διακοπή μειώνει τον κίνδυνο καρδιοαγγειακών παθήσεων                                        | 83,2  | 8,4  | 8,4  |
| Διακοπή του καπνίσματος        | Η χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος διακοπής                     | 4,2   | 75,8 | 20,0 |
| Διακοπή του καπνίσματος        | Η διακοπή μετά από μακροχρόνια χρήση είναι δύσκολη χωρίς ιατρικό συμβάν                       | 80,0  | 8,4  | 11,6 |
| Διακοπή του καπνίσματος        | Η βαριά εξάρτηση δεν αντιμετωπίζεται μόνο εξαλείφοντας τα συμπτώματα αλλά απαιτείται θεραπεία | 54,7  | 22,1 | 23,2 |
| Διακοπή του καπνίσματος        | Η υποστήριξη από γιατρό ή σύμβουλο αυξάνει τις πιθανότητες επιτυχούς διακοπής                 | 58,9  | 13,7 | 27,4 |
| Επιπτώσεις στην υγεία          | Το κάπνισμα προκαλεί χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού                                       | 100,0 | 0    | 0    |
| Επιπτώσεις στην υγεία          | Το κάπνισμα δεν επηρεάζει την υγεία του δέρματος                                              | 10,5  | 75,8 | 13,7 |

|                                     |                                                                                          |       |      |      |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|------|
| Επιπτώσεις στην υγεία               | Οι καπνιστές έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για καρδιοαγγειακές παθήσεις                       | 97,9  | 0    | 2,1  |
| Επιπτώσεις στην υγεία               | Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στη στοματική υγεία                          | 97,9  | 0    | 2,1  |
| Επιπτώσεις στην υγεία               | Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες του καπνίσματος είναι γενικά ήπιες                           | 7,4   | 86,3 | 6,3  |
| Παθητικό κάπνισμα                   | Το παθητικό κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει καρκίνο πνεύμονα σε μη καπνιστές               | 58,9  | 4,2  | 36,8 |
| Παθητικό κάπνισμα                   | Τα παιδιά που εκτίθενται έχουν αυξημένο κίνδυνο άσθματος                                 | 75,8  | 0    | 24,2 |
| Παθητικό κάπνισμα                   | Το παθητικό κάπνισμα δεν επηρεάζει τις έγκυες γυναίκες                                   | 7,4   | 75,8 | 16,8 |
| Παθητικό κάπνισμα                   | Ο καπνός που εισπνέουν μη καπνιστές δεν είναι τοξικός                                    | 5,3   | 71,6 | 23,2 |
| Παθητικό κάπνισμα                   | Τα μέτρα απαγόρευσης σε εσωτερικούς χώρους έχουν μειώσει την έκθεση σε παθητικό κάπνισμα | 89,5  | 7,4  | 3,2  |
| Κοινωνικές & οικονομικές επιπτώσεις | Το κάπνισμα έχει σημαντικό κόστος στην καθημερινή ζωή                                    | 100,0 | 0    | 0    |
| Κοινωνικές & οικονομικές            | Το κάπνισμα δεν επηρεάζει την κοινωνική ζωή                                              | 9,5   | 81,1 | 9,5  |

|                                     |                                                                             |      |      |      |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------|------|------|
| επιπτώσεις                          |                                                                             |      |      |      |
| Κοινωνικές & οικονομικές επιπτώσεις | Το κράτος φορολογεί για να μειώσει την κατανάλωση                           | 8,4  | 75,8 | 15,8 |
| Κοινωνικές & οικονομικές επιπτώσεις | Το κάπνισμα δεν επηρεάζει την επαγγελματική ζωή                             | 31,6 | 57,9 | 10,5 |
| Κοινωνικές & οικονομικές επιπτώσεις | Το κάπνισμα μπορεί να επηρεάσει την οικογένεια και τους φίλους              | 89,5 | 5,3  | 5,3  |
| Νομοθεσία και πολιτικές             | Η νομοθεσία περιλαμβάνει απαγορεύσεις σε δημόσιους χώρους                   | 91,6 | 4,2  | 4,2  |
| Νομοθεσία και πολιτικές             | Οι αντικαπνιστικοί νόμοι δεν βοηθούν στη μείωση                             | 27,4 | 58,9 | 13,7 |
| Νομοθεσία και πολιτικές             | Οι πολιτικές πρόληψης δεν έχουν κανένα αποτέλεσμα                           | 23,2 | 60,0 | 16,8 |
| Νομοθεσία και πολιτικές             | Οι νομοθεσίες είναι γενικά αυστηρές                                         | 26,3 | 64,2 | 9,5  |
| Νομοθεσία και πολιτικές             | Οι αλλαγές στη νομοθεσία δεν θα είχαν αποτέλεσμα στη μείωση του καπνίσματος | 23,2 | 34,7 | 42,1 |

#### 4.4 Συσχετίσεις μεταβλητών

##### Συσχέτιση μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών σχετικά με τις γνώσεις για την καπνιστική συνήθεια

Η πρώτη μεταβλητή που εξετάστηκε αφορά στα είδη καπνικών προϊόντων που γνωρίζουν οι συμμετέχοντες. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p < 0,001$ ), με τους καπνιστές να παρουσιάζουν υψηλότερο μέσο όρο ( $MO = 3,43$ ) συγκριτικά με τους μη καπνιστές ( $MO = 2,16$ ).

Η μεταβλητή επίγνωση του εθισμού παρουσίασε επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p = 0,013$ ). Οι καπνιστές κατέγραψαν υψηλότερο μέσο όρο ( $MO = 4,46$ ) σε σύγκριση με τους μη καπνιστές ( $MO = 3,96$ ).

Αντιθέτως, για τη μεταβλητή γνώσεις σχετικά με παθήσεις που προκαλεί το κάπνισμα, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p = 0,247$ ). Οι μέσοι όροι ήταν υψηλοί και για τις δύο ομάδες (καπνιστές  $MO = 4,37$ , μη καπνιστές  $MO = 4,53$ ).

Σημαντική διαφορά καταγράφηκε στη μεταβλητή θεραπεία διακοπής καπνίσματος με φαρμακευτικά μέσα ( $p < 0,001$ ), με τους καπνιστές να παρουσιάζουν  $MO = 1,78$  και τους μη καπνιστές  $MO = 0,92$ .

Στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίστηκε και στην αντίληψη των τρόπων μείωσης του καπνίσματος ( $p = 0,010$ ). Ο μέσος όρος των καπνιστών ήταν 2,65 έναντι 1,70 των μη καπνιστών.

Η μεταβλητή που αφορά τη γνώση γύρω από τη διακοπή του καπνίσματος παρουσίασε  $p = 0,015$ , επίσης εντός του ορίου σημαντικότητας. Οι καπνιστές είχαν μέσο όρο 3,98, ενώ οι μη καπνιστές 3,08.

Αξιοσημείωτη διαφορά εμφανίζεται και στη μεταβλητή αντίληψη για τις επιπτώσεις στην υγεία ( $p = 0,007$ ), με τους μη καπνιστές να έχουν υψηλότερο μέσο όρο ( $MO = 4,69$ ) σε σχέση με τους καπνιστές ( $MO = 4,43$ ).

Αντίθετα, η μεταβλητή παθητικό κάπνισμα δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p = 0,684$ ). Οι μέσοι όροι ήταν παρόμοιοι (καπνιστές  $MO = 3,61$ , μη καπνιστές  $MO = 3,73$ ).

Ομοίως, για τη μεταβλητή κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις του καπνίσματος, δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p = 0,602$ ), με μέσους όρους 3,28 (καπνιστές) και 3,34 (μη καπνιστές).

Η μεταβλητή νομοθεσία και πολιτικές για το κάπνισμα παρουσίασε  $p = 0,415$ , άρα δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά. Ο μέσος όρος στους καπνιστές ήταν 2,10, ενώ στους μη καπνιστές 1,97.

Τέλος, όσον αφορά τον συνολικό δείκτη γνώσεων και στάσεων, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p = 0,056$ ). Ο συνολικός μέσος όρος στους καπνιστές ήταν 37,26 και στους μη καπνιστές 35,56.

Πίνακας 4: Συσχέτιση μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών σχετικά με τις γνώσεις για την καπνιστική συνήθεια.

| Μεταβλητή                                | Καπνιστές (ΜΟ±SD)    | Μη Καπνιστές (ΜΟ±SD) | P-value      |
|------------------------------------------|----------------------|----------------------|--------------|
| 1. Είδη καπνικών προϊόντων               | 3,43 ± 0,958         | 2,16 ± 1,179         | <0.001       |
| 2. Εθισμός                               | 4,46 ± 0,751         | 3,96 ± 1,060         | 0.013        |
| 3. Παθήσεις που προκαλεί το κάπνισμα     | 4,37 ± 0,974         | 4,53 ± 0,981         | 0.247        |
| 4. Θεραπεία (Φαρμακευτικά μέσα)          | 1,78 ± 1,281         | 0,92 ± 1,152         | <0.001       |
| 5. Τρόποι μείωσης του καπνίσματος        | 2,65 ± 1,079         | 2,08 ± 1,256         | 0.010        |
| 6. Διακοπή του καπνίσματος               | 3,98 ± 1,064         | 3,08 ± 1,730         | 0.015        |
| 7. Επιπτώσεις στην υγεία                 | 4,43 ± 0,501         | 4,69 ± 0,548         | 0.007        |
| 8. Παθητικό κάπνισμα                     | 3,63 ± 1,743         | 3,78 ± 1,674         | 0.684        |
| 9. Κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις | 3,39 ± 0,906         | 3,29 ± 0,957         | 0.602        |
| 10. Νομοθεσία και πολιτικές              | 2,83 ± 1,568         | 2,61 ± 1,525         | 0.415        |
| <b>Σύνολο</b>                            | <b>34,96 ± 7,046</b> | <b>31,10 ± 7,861</b> | <b>0.056</b> |

#### Συσχέτιση μεταξύ φύλου σχετικά με τις γνώσεις για το κάπνισμα

Στη μεταβλητή που αφορά τα είδη καπνικών προϊόντων, οι άνδρες είχαν μέσο όρο 2,85, ενώ οι γυναίκες 2,58. Η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική ( $p = 0,283$ ).

Για τη μεταβλητή εθισμός, οι άνδρες παρουσίασαν μέσο όρο 4,21, ενώ οι γυναίκες 4,17. Η τιμή  $p$  ήταν 0,364, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά.

Αναφορικά με τη γνώση για τις παθήσεις που προκαλεί το κάπνισμα, οι άνδρες σημείωσαν μέσο όρο 4,44, ενώ οι γυναίκες 4,50. Η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική ( $p = 0,779$ ).

Στη μεταβλητή που σχετίζεται με τη φαρμακευτική θεραπεία διακοπής του καπνίσματος, οι άνδρες είχαν μέσο όρο 1,45 και οι γυναίκες 1,00. Η τιμή  $p$  ήταν 0,059, οριακά εκτός στατιστικής σημαντικότητας.

Όσον αφορά τους τρόπους μείωσης του καπνίσματος, οι άνδρες παρουσίασαν μέσο όρο 2,55 και οι γυναίκες 1,79. Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική ( $p = 0,025$ ).

Στη μεταβλητή που αφορά τη διακοπή του καπνίσματος, ο μέσος όρος για τους άνδρες ήταν 3,70, ενώ για τις γυναίκες 2,96. Η διαφορά πλησίασε τα όρια της στατιστικής σημαντικότητας ( $p = 0,066$ ).

Στην ενότητα για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία, οι άνδρες είχαν μέσο όρο 4,58 και οι γυναίκες 4,54. Η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική ( $p = 0,917$ ).

Αναφορικά με το παθητικό κάπνισμα, οι άνδρες σημείωσαν μέσο όρο 3,79, ενώ οι γυναίκες 3,46. Η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική ( $p = 0,245$ ).

Για τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις του καπνίσματος, οι άνδρες είχαν μέσο όρο 3,37 και οι γυναίκες 3,25, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p = 0,733$ ).

Στη μεταβλητή που αφορά τη νομοθεσία και τις αντικαπνιστικές πολιτικές, ο μέσος όρος των ανδρών ήταν 2,76 και των γυναικών 2,58, επίσης χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p = 0,867$ ).

Τέλος, η συνολική βαθμολογία γνώσεων διαμορφώθηκε σε 33,69 για τους άνδρες και 30,83 για τις γυναίκες. Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική ( $p = 0,043$ ).

*Πίνακας 5: Συσχέτιση μεταξύ φύλου σχετικά με τις γνώσεις για το κάπνισμα*

| Μεταβλητή                                | Άνδρες(MO±SD) | Γυναίκες(MO±SD) | P     |
|------------------------------------------|---------------|-----------------|-------|
| 1. Είδη καπνικών προϊόντων               | 2,85 ± 1,283  | 2,58 ± 1,139    | 0.283 |
| 2. Εθισμός                               | 4,21 ± 1,027  | 4,17 ± 0,702    | 0.364 |
| 3. Παθήσεις που προκαλεί το κάπνισμα     | 4,44 ± 1,038  | 4,50 ± 0,780    | 0.779 |
| 4. Θεραπεία (Φαρμακευτικά μέσα)          | 1,45 ± 1,251  | 1,00 ± 1,351    | 0.059 |
| 5. Τρόποι μείωσης του καπνίσματος        | 2,55 ± 1,053  | 1,79 ± 1,444    | 0.025 |
| 6. Διακοπή του καπνίσματος               | 3,70 ± 1,377  | 2,96 ± 1,756    | 0.066 |
| 7. Επιπτώσεις στην υγεία                 | 4,58 ± 0,497  | 4,54 ± 0,658    | 0.917 |
| 8. Παθητικό κάπνισμα                     | 3,79 ± 1,748  | 3,46 ± 1,560    | 0.245 |
| 9. Κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις | 3,37 ± 0,866  | 3,25 ± 1,113    | 0.733 |
| 10. Νομοθεσία και πολιτικές              | 2,76 ± 1,368  | 2,58 ± 1,998    | 0.867 |

|        |               |               |       |
|--------|---------------|---------------|-------|
| Σύνολο | 33,69 ± 7,429 | 30,83 ± 8,192 | 0.043 |
|--------|---------------|---------------|-------|

#### Συσχέτιση μεταξύ τόπου κατοικίας σχετικά με τις γνώσεις για το κάπνισμα

Για τη μεταβλητή είδη καπνικών προϊόντων, ο μέσος όρος των σωστών απαντήσεων διαμορφώθηκε σε 2,50 για τους κατοίκους αγροτικών περιοχών, 2,94 για τους κατοίκους αστικών περιοχών και 2,36 για τους κατοίκους ημιαστικών περιοχών. Η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική ( $p = 0,105$ ).

Στη μεταβλητή εθισμός, οι συμμετέχοντες από αγροτικές περιοχές είχαν μέσο όρο 3,80, από αστικές 4,36 και από ημιαστικές 4,00. Η διαφορά δεν κρίθηκε στατιστικά σημαντική ( $p = 0,116$ ).

Σχετικά με τις παθήσεις που προκαλεί το κάπνισμα, οι μέσοι όροι ήταν 4,45 (αγροτικές), 4,59 (αστικές) και 3,64 (ημιαστικές), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p = 0,134$ ).

Στη θεματική της φαρμακευτικής θεραπείας διακοπής του καπνίσματος, οι μέσοι όροι ήταν 0,90 για τις αγροτικές περιοχές, 1,58 για τις αστικές και 0,73 για τις ημιαστικές. Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική ( $p = 0,019$ ).

Στην ενότητα που αφορά τους τρόπους μείωσης του καπνίσματος, καταγράφηκαν μέσοι όροι 1,75 (αγροτικές), 2,64 (αστικές) και 1,82 (ημιαστικές), με τη διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική ( $p = 0,006$ ).

Αναφορικά με τις γνώσεις γύρω από τη διακοπή του καπνίσματος, οι συμμετέχοντες από τις αγροτικές περιοχές είχαν μέσο όρο 2,65, από τις αστικές 3,98 και από τις ημιαστικές 2,36. Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική ( $p < 0,001$ ).

Στη μεταβλητή επιπτώσεις στην υγεία, οι μέσοι όροι ήταν 4,65 (αγροτικές), 4,61 (αστικές) και 4,18 (ημιαστικές), με στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p = 0,022$ ).

Όσον αφορά το παθητικό κάπνισμα, οι μέσοι όροι ήταν 3,85 για τις αγροτικές, 3,86 για τις αστικές και 2,55 για τις ημιαστικές περιοχές. Η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική ( $p = 0,198$ ).

Στην ενότητα για τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις, οι κάτοικοι αγροτικών περιοχών σημείωσαν μέσο όρο 3,30, των αστικών 3,52 και των ημιαστικών 2,36. Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική ( $p = 0,004$ ).

Σχετικά με τη νομοθεσία και τις αντικαπνιστικές πολιτικές, οι μέσοι όροι ήταν 1,60 (αγροτικές), 3,30 (αστικές) και 1,36 (ημιαστικές), με τη διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική ( $p < 0,001$ ).

Η συνολική βαθμολογία γνώσεων διαμορφώθηκε σε 29,45 για τους κατοίκους αγροτικών περιοχών, 35,38 για τις αστικές και 25,36 για τις ημιαστικές περιοχές, με στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p < 0,001$ ).

Πίνακας 6: Συσχέτιση μεταξύ τόπου κατοικίας σχετικά με τις γνώσεις για το κάπνισμα

| Μεταβλητή                                | Αγροτική<br>περιοχή(MO±SD) | Αστική<br>περιοχή(MO±SD) | Ημιαστική<br>περιοχή(MO±SD) | P      |
|------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------|
| 1. Είδη καπνικών προϊόντων               | 2,50 ± 1,235               | 2,94 ± 1,139             | 2,36 ± 1,748                | 0.105  |
| 2. Εθισμός                               | 3,80 ± 1,152               | 4,36 ± 0,764             | 4,00 ± 1,342                | 0.116  |
| 3. Παθήσεις που προκαλεί το κάπνισμα     | 4,45 ± 1,099               | 4,59 ± 0,729             | 3,64 ± 1,567                | 0.134  |
| 4. Θεραπεία (Φαρμακευτικά μέσα)          | 0,90 ± 1,210               | 1,58 ± 1,307             | 0,73 ± 0,905                | 0.019  |
| 5. Τρόποι μείωσης του καπνίσματος        | 1,75 ± 1,251               | 2,64 ± 1,146             | 1,82 ± 0,874                | 0.006  |
| 6. Διακοπή του καπνίσματος               | 2,65 ± 1,814               | 3,98 ± 1,148             | 2,36 ± 1,567                | <0.001 |
| 7. Επιπτώσεις στην υγεία                 | 4,65 ± 0,489               | 4,61 ± 0,553             | 4,18 ± 0,405                | 0.022  |
| 8. Παθητικό κάπνισμα                     | 3,85 ± 1,843               | 3,86 ± 1,457             | 2,55 ± 2,382                | 0.198  |
| 9. Κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις | 3,30 ± 0,801               | 3,52 ± 0,776             | 2,36 ± 1,362                | 0.004  |
| 10. Νομοθεσία και πολιτικές              | 1,60 ± 1,536               | 3,30 ± 1,293             | 1,36 ± 0,809                | <0.001 |
| <b>Σύνολο</b>                            | 29,45 ± 7,302              | 35,38 ± 6,204            | 25,36 ± 9,277               | <0.001 |

#### Συσχέτιση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου σχετικά με τις γνώσεις για το κάπνισμα

Για τη μεταβλητή είδη καπνικών προϊόντων, οι συμμετέχοντες με ανώτατη εκπαίδευση (ΑΕΙ/ΤΕΙ) σημείωσαν μέσο όρο 3,13, όσοι είχαν τελειώσει το Λύκειο 2,92, το Γυμνάσιο 2,33 και το Δημοτικό 2,20. Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική ( $p = 0,021$ ).

Στην ενότητα εθισμός, οι μέσοι όροι ήταν 4,47 (ΑΕΙ/ΤΕΙ), 4,14 (Λύκειο), 4,33 (Γυμνάσιο) και 3,85 (Δημοτικό), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p = 0,173$ ).

Στη μεταβλητή παθήσεις που προκαλεί το κάπνισμα, οι συμμετέχοντες του Γυμνασίου σημείωσαν τον υψηλότερο μέσο όρο (5,00), ακολουθούμενοι από ΑΕΙ/ΤΕΙ (4,60), Λύκειο (4,67) και Δημοτικό (3,60). Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική ( $p < 0,001$ ).

Αναφορικά με τη φαρμακευτική θεραπεία για τη διακοπή καπνίσματος, οι μέσοι όροι ήταν 2,27 (ΑΕΙ/ΤΕΙ), 1,11 (Λύκειο), 0,89 (Γυμνάσιο) και 0,55 (Δημοτικό). Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική ( $p < 0,001$ ).

Στους τρόπους μείωσης του καπνίσματος, παρατηρήθηκαν μέσοι όροι 3,00 (ΑΕΙ/ΤΕΙ), 2,33 (Λύκειο), 1,90 (Δημοτικό) και 1,33 (Γυμνάσιο), με στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p < 0,001$ ).

Στην ενότητα διακοπή του καπνίσματος, οι συμμετέχοντες με πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ παρουσίασαν μέσο όρο 4,53, του Λυκείου 3,47, του Δημοτικού 2,80 και του Γυμνασίου 1,89. Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική ( $p < 0,001$ ).

Για τις επιπτώσεις στην υγεία, οι τιμές ήταν υψηλές για όλες τις κατηγορίες: 4,60 (ΑΕΙ/ΤΕΙ), 4,78 (Γυμνάσιο), 4,64 (Λύκειο), και 4,30 (Δημοτικό), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p = 0,127$ ).

Στο παθητικό κάπνισμα, οι μέσοι όροι ήταν 4,27 (ΑΕΙ/ΤΕΙ), 4,11 (Γυμνάσιο), 3,53 (Λύκειο) και 3,00 (Δημοτικό). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p = 0,219$ ).

Για τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις, οι συμμετέχοντες με ΑΕΙ/ΤΕΙ κατέγραψαν μέσο όρο 3,73, του Λυκείου 3,31, του Δημοτικού 3,15 και του Γυμνασίου 2,56. Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική ( $p = 0,009$ ).

Τέλος, στην ενότητα νομοθεσία και πολιτικές, οι μέσοι όροι ήταν 3,60 (ΑΕΙ/ΤΕΙ), 3,19 (Λύκειο), 1,60 (Δημοτικό) και 0,33 (Γυμνάσιο), με στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p < 0,001$ ).

Η συνολική βαθμολογία γνώσεων διαμορφώθηκε ως εξής: ΑΕΙ/ΤΕΙ 38,20, Λύκειο 33,31, Γυμνάσιο 27,56 και Δημοτικό 26,95. Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική ( $p < 0,001$ ).

*Πίνακας 7: Συσχέτιση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου σχετικά με τις γνώσεις για το κάπνισμα*

| Μεταβλητή                                | ΑΕΙ/ΤΕΙ(MO±SD)       | Γυμνάσιο(MO±SD)      | Λημοτικό(MO±SD)      | Λύκειο(MO±SD)        | P                 |
|------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| 1. Είδη καπνικών προϊόντων               | 3,13 ± 1,358         | 2,33 ± 1,658         | 2,20 ± 0,834         | 2,92 ± 1,131         | 0.021             |
| 2. Εθισμός                               | 4,47 ± 0,730         | 4,33 ± 0,500         | 3,85 ± 1,040         | 4,14 ± 1,099         | 0.173             |
| 3. Παθήσεις που προκαλεί το κάπνισμα     | 4,60 ± 0,770         | 5,00 ± 0,000         | 3,60 ± 1,392         | 4,67 ± 0,676         | < 0.001           |
| 4. Θεραπεία (Φαρμακευτικά μέσα)          | 2,27 ± 1,337         | 0,89 ± 1,364         | 0,55 ± 0,510         | 1,11 ± 1,090         | < 0.001           |
| 5. Τρόποι μείωσης του καπνίσματος        | 3,00 ± 1,232         | 1,33 ± 1,414         | 1,90 ± 0,852         | 2,33 ± 1,014         | < 0.001           |
| 6. Διακοπή του καπνίσματος               | 4,53 ± 0,730         | 1,89 ± 1,900         | 2,80 ± 1,473         | 3,47 ± 1,341         | < 0.001           |
| 7. Επιπτώσεις στην υγεία                 | 4,60 ± 0,498         | 4,78 ± 0,441         | 4,30 ± 0,657         | 4,64 ± 0,487         | 0.127             |
| 8. Παθητικό κάπνισμα                     | 4,27 ± 1,172         | 4,11 ± 1,054         | 3,00 ± 2,513         | 3,53 ± 1,521         | 0.219             |
| 9. Κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις | 3,73 ± 0,583         | 2,56 ± 0,882         | 3,15 ± 1,040         | 3,31 ± 0,980         | 0.009             |
| 10. Νομοθεσία και πολιτικές              | 3,60 ± 1,192         | 0,33 ± 0,500         | 1,60 ± 1,142         | 3,19 ± 1,167         | < 0.001           |
| <b>Σύνολο</b>                            | <b>38,20 ± 5,845</b> | <b>27,56 ± 7,384</b> | <b>26,95 ± 8,912</b> | <b>33,31 ± 4,792</b> | <b>&lt; 0.001</b> |

### Συσχέτιση μεταξύ είδους καπνίσματος σχετικά με τις γνώσεις για το κάπνισμα

Στη μεταβλητή είδη καπνικών προϊόντων, οι χρήστες συσκευών θέρμανσης καπνού είχαν τον υψηλότερο μέσο όρο (4,43), ακολουθούμενοι από χρήστες συμβατικού τσιγάρου (3,27) και ηλεκτρονικού τσιγάρου (3,00). Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική ( $p < 0,001$ ).

Αναφορικά με την έννοια του εθισμού, οι χρήστες συσκευών θέρμανσης καπνού κατέγραψαν μέσο όρο 5,00, έναντι 4,38 των χρηστών συμβατικού τσιγάρου και 4,00 των χρηστών ηλεκτρονικού. Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική ( $p = 0,010$ ).

Στη θεματική ενότητα για τις παθήσεις που προκαλεί το κάπνισμα, οι μέσοι όροι ήταν 5,00 (συσκευές θέρμανσης), 4,27 (συμβατικό τσιγάρο) και 4,00 (ηλεκτρονικό). Η τιμή  $p$  ήταν 0,055, δηλαδή οριακά μη στατιστικά σημαντική.

Για τη μεταβλητή θεραπεία με φαρμακευτικά μέσα, οι χρήστες συσκευών θέρμανσης είχαν μέσο όρο 4,00, οι χρήστες συμβατικού τσιγάρου 1,41 και οι χρήστες ηλεκτρονικού 1,00. Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική ( $p < 0,001$ ).

Όσον αφορά τους τρόπους μείωσης του καπνίσματος, οι μέσοι όροι ήταν 4,00 (συσκευές), 3,00 (ηλεκτρονικό) και 2,38 (συμβατικό). Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική ( $p < 0,001$ ).

Στην ενότητα διακοπή του καπνίσματος, οι χρήστες συσκευών θέρμανσης συγκέντρωσαν μέσο όρο 5,00, οι χρήστες ηλεκτρονικού 4,00 και οι χρήστες συμβατικού τσιγάρου 3,78. Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική ( $p = 0,006$ ).

Αναφορικά με τις επιπτώσεις στην υγεία, οι μέσοι όροι ήταν 4,86 (συσκευές), 4,38 (συμβατικό) και 4,00 (ηλεκτρονικό), με τη διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική ( $p = 0,003$ ).

Στη μεταβλητή παθητικό κάπνισμα, οι χρήστες ηλεκτρονικού και συσκευών θέρμανσης καπνού κατέγραψαν υψηλούς μέσους όρους (5,00 και 4,86 αντίστοιχα), έναντι 3,32 των χρηστών συμβατικού τσιγάρου. Η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική ( $p = 0,087$ ).

Για τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις, οι χρήστες ηλεκτρονικού και συσκευών θέρμανσης σημείωσαν μέσο όρο 4,00, ενώ οι χρήστες συμβατικού τσιγάρου 3,24. Η διαφορά δεν κρίθηκε στατιστικά σημαντική ( $p = 0,089$ ).

Τέλος, στη μεταβλητή νομοθεσία και πολιτικές, οι χρήστες συσκευών θέρμανσης καπνού σημείωσαν μέσο όρο 5,00, οι χρήστες συμβατικού 2,51 και οι χρήστες ηλεκτρονικού 1,00. Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική ( $p < 0,001$ ).

Η συνολική βαθμολογία γνώσεων ανά κατηγορία ήταν: 46,14 (συσκευές θέρμανσης), 33,00 (ηλεκτρονικό τσιγάρο) και 32,95 (συμβατικό τσιγάρο), με στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p < 0,001$ ).

Πίνακας 8: Συσχέτιση μεταξύ είδους καπνίσματος σχετικά με τις γνώσεις για το κάπνισμα

| Μεταβλητή                                | Συμβατικό<br>τσιγάρο(MO±SD) | Συσκευή θέρμανσης<br>καπνού<br>(MO±SD) | Ηλεκτρονικό<br>τσιγάρο<br>(MO±SD) | P       |
|------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|---------|
| 1. Είδη καπνικών προϊόντων               | 3,27 ± 0,902                | 4,43 ± 0,787                           | 3,00 ± 0,000                      | < 0.001 |
| 2. Εθισμός                               | 4,38 ± 0,794                | 5,00 ± 0,000                           | 4,00 ± 0,000                      | 0.010   |
| 3. Παθήσεις που προκαλεί το κάπνισμα     | 4,27 ± 1,045                | 5,00 ± 0,000                           | 4,00 ± 0,000                      | 0.055   |
| 4. Θεραπεία (Φαρμακευτικά μέσα)          | 1,41 ± 0,956                | 4,00 ± 0,000                           | 1,00 ± 0,000                      | < 0.001 |
| 5. Τρόποι μείωσης του καπνίσματος        | 2,38 ± 1,010                | 4,00 ± 0,000                           | 3,00 ± 0,000                      | < 0.001 |
| 6. Διακοπή του καπνίσματος               | 3,78 ± 1,084                | 5,00 ± 0,000                           | 4,00 ± 0,000                      | 0.006   |
| 7. Επιπτώσεις στην υγεία                 | 4,38 ± 0,492                | 4,86 ± 0,378                           | 4,00 ± 0,000                      | 0.003   |
| 8. Παθητικό κάπνισμα                     | 3,32 ± 1,811                | 4,86 ± 0,378                           | 5,00 ± 0,000                      | 0.087   |
| 9. Κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις | 3,24 ± 0,955                | 4,00 ± 0,000                           | 4,00 ± 0,000                      | 0.089   |
| 10. Νομοθεσία και πολιτικές              | 2,51 ± 1,367                | 5,00 ± 0,000                           | 1,00 ± 0,000                      | <0.001  |
| <b>Σύνολο</b>                            | 32,95 ± 5,759               | 46,14 ± 1,069                          | 33,00 ± 0,000                     | <0.001  |

Συσχέτιση μεταξύ προσπάθειας διακοπής καπνίσματος σχετικά με τις γνώσεις για το κάπνισμα

Για τη μεταβλητή είδη καπνικών προϊόντων, οι συμμετέχοντες που είχαν επιχειρήσει διακοπή σημείωσαν μέσο όρο 3,48, ενώ όσοι δεν είχαν προσπαθήσει είχαν μέσο όρο 3,35. Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική ( $p < 0,001$ ).

Στην ενότητα εθισμός, οι μέσοι όροι ήταν 4,59 (Ναι) και 4,24 (Όχι), με στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p = 0,016$ ).

Για τις παθήσεις που προκαλεί το κάπνισμα, οι συμμετέχοντες που είχαν κάνει προσπάθεια διακοπής σημείωσαν μέσο όρο 4,41 και όσοι δεν είχαν, 4,29. Η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική ( $p = 0,419$ ).

Αναφορικά με τις φαρμακευτικές μεθόδους διακοπής, οι συμμετέχοντες που είχαν προσπαθήσει να διακόψουν το κάπνισμα παρουσίασαν μέσο όρο 2,07, ενώ όσοι δεν είχαν προσπαθήσει είχαν μέσο όρο 1,29. Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική ( $p < 0,001$ ).

Στους τρόπους μείωσης του καπνίσματος, οι μέσοι όροι ήταν 2,86 για την ομάδα που είχε προσπαθήσει διακοπή και 2,29 για την ομάδα χωρίς προσπάθεια, με τη διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική ( $p = 0,012$ ).

Για τη μεταβλητή διακοπή του καπνίσματος, οι μέσοι όροι ήταν 4,07 (Ναι) και 3,82 (Όχι), με  $p = 0,038$ .

Στην ενότητα επιπτώσεις στην υγεία, η ομάδα χωρίς προηγούμενη προσπάθεια συγκέντρωσε ελαφρώς υψηλότερο μέσο όρο (4,47) από την ομάδα που είχε προσπαθήσει (4,41), με τη διαφορά να είναι ωστόσο στατιστικά σημαντική ( $p = 0,024$ ).

Αναφορικά με το παθητικό κάπνισμα, οι μέσοι όροι ήταν πολύ κοντά: 3,62 για την ομάδα «Ναι» και 3,65 για την ομάδα «Όχι», χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p = 0,871$ ).

Στη μεταβλητή κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις, οι συμμετέχοντες που δεν είχαν προσπαθήσει διακοπή σημείωσαν ελαφρώς υψηλότερο μέσο όρο (3,65) από την άλλη ομάδα (3,24), χωρίς όμως στατιστική σημαντικότητα ( $p = 0,537$ ).

Τέλος, στη μεταβλητή νομοθεσία και πολιτικές, οι μέσοι όροι ήταν σχεδόν ταυτόσημοι (2,83 για την ομάδα «Ναι» και 2,82 για την ομάδα «Όχι»), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p = 0,676$ ). Η συνολική βαθμολογία γνώσεων για την ομάδα που είχε προσπαθήσει διακοπή ήταν 35,59, ενώ για την ομάδα που δεν είχε προσπαθήσει ήταν 33,88. Η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική ( $p = 0,112$ ).

Πίνακας 9: Συσχέτιση μεταξύ προσπάθειας διακοπής καπνίσματος σχετικά με τις γνώσεις για το κάπνισμα

| Μεταβλητή                                | Προηγούμενη προσπάθεια<br>διακοπής: Ναι<br>(MO±SD) | Προηγούμενη προσπάθεια<br>διακοπής: Όχι<br>(MO±SD) | P            |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------|
| 1. Είδη καπνικών προϊόντων               | 3,48 ± 1,022                                       | 3,35 ± 0,862                                       | <0.001       |
| 2. Εθισμός                               | 4,59 ± 0,682                                       | 4,24 ± 0,831                                       | 0.016        |
| 3. Παθήσεις που προκαλεί το κάπνισμα     | 4,41 ± 1,018                                       | 4,29 ± 0,920                                       | 0.419        |
| 4. Θεραπεία (Φαρμακευτικά μέσα)          | 2,07 ± 1,361                                       | 1,29 ± 0,985                                       | <0.001       |
| 5. Τρόποι μείωσης του καπνίσματος        | 2,86 ± 0,953                                       | 2,29 ± 1,213                                       | 0.012        |
| 6. Διακοπή του καπνίσματος               | 4,07 ± 1,100                                       | 3,82 ± 1,015                                       | 0.038        |
| 7. Επιπτώσεις στην υγεία                 | 4,41 ± 0,501                                       | 4,47 ± 0,514                                       | 0.024        |
| 8. Παθητικό κάπνισμα                     | 3,62 ± 1,879                                       | 3,65 ± 1,539                                       | 0.871        |
| 9. Κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις | 3,24 ± 0,988                                       | 3,65 ± 0,702                                       | 0.537        |
| 10. Νομοθεσία και πολιτικές              | 2,83 ± 1,713                                       | 2,82 ± 1,334                                       | 0.676        |
| <b>Σύνολο</b>                            | <b>35,59 ± 8,029</b>                               | <b>33,88 ± 4,986</b>                               | <b>0.112</b> |

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### Δημογραφικά στοιχεία

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη έγινε μια προσπάθεια ανάδειξης των στάσεων και των γνώσεων των ασθενών με στεφανιαία νόσο σχετικά με την καπνιστική συνήθεια. Συγκεκριμένα, διερευνήθηκαν οι στάσεις των ασθενών στην καθημερινότητα τους σχετικά με το κάπνισμα και τις γνώσεις που διαθέτουν για τα καπνικά προϊόντα, τον εθισμό που προκαλούν, τις παθήσεις, την

θεραπεία, τους τρόπους μείωσης του καπνίσματος, την διακοπή του, τις επιπτώσεις στην υγεία, το παθητικό κάπνισμα, τις κοινωνικές επιπτώσεις, τις οικονομικές επιπτώσεις, τη νομοθεσία και τις πολιτικές κατά του καπνίσματος.

Με βάση τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα παρατηρήθηκε ότι το δείγμα είναι κυρίως ανδροκρατούμενο, καθώς το 74,7% των συμμετεχόντων αποτελούνταν από άνδρες. Ωστόσο, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων τόσο ανδρών όσο και γυναικών δεν ήταν ενεργοί καπνιστές τη στιγμή που πραγματοποιήθηκε η έρευνα. Η ηλικία των συμμετεχόντων είχε μέσο όρο τα  $63 \pm 9,203$  έτη, γεγονός που συνάδει με την επιδημιολογική εικόνα της στεφανιαίας νόσου, η οποία εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα μέσης και προχωρημένης ηλικίας. Σύμφωνα όμως με μια πρόσφατη μελέτη φαίνεται ότι τα τελευταία χρόνια τα ποσοστά του καπνίσματος σε ηλικίες κάτω των 50 ετών και ειδικά στις γυναίκες έχουν αυξηθεί <sup>[30]</sup>.

Όσον αφορά τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά οι συμμετέχοντες στην έρευνα στην πλειοψηφία τους ήταν έγγαμοι και δήλωσαν ότι έχουν παιδιά, γεγονός που μπορεί να επηρεάζει τις στάσεις απέναντι στην υγεία και στη συμπεριφορά τους σχετικά με το κάπνισμα. Ακόμη, οι πλειοψηφία των συμμετεχόντων διαμένει σε αστικές περιοχές, υποδηλώνοντας έτσι την καλύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ή τα νοσοκομεία. Το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων εμφάνισε σχετική ποικιλομορφία, με τα μεγαλύτερα ποσοστά των ασθενών να είναι απόφοιτοι λυκείου και ΑΕΙ/ΤΕΙ. Οι περισσότεροι απόφοιτοι των ΑΕΙ/ΤΕΙ είναι καπνιστές σε αντίθεση με τα υπόλοιπα μορφωτικά επίπεδα. Ανησυχητικά είναι και τα ποσοστά που έχουν παρατηρηθεί και σε άλλη μελέτη καθώς οι ασθενείς με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, παρά τις γνώσεις που διαθέτουν αποτελούν την πλειοψηφία των καπνιστών<sup>[30]</sup>. Επιπλέον, τα μεγαλύτερα ποσοστά των συμμετεχόντων αποτέλεσαν κυρίως οι συνταξιούχοι και οι υπάλληλοι σε δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα.

Η καταγραφή των συννοσηροτήτων αποκάλυψε ότι η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχόντων παρουσίαζε επιπλέον προβλήματα υγείας πέραν της στεφανιαίας νόσου με τις συχνότερες συννοσηρότητες να αποτελούν η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπερλιπιδαιμία. Η παρουσία συννοσηροτήτων μεταξύ των καπνιστών που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει τη στενή σχέση μεταξύ του καπνίσματος και της επιβάρυνσης της συνολικής υγείας. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι ένα αξιοσημείωτο ποσοστό των ατόμων εμφάνιζε συννοσηρότητες όπως υπέρταση, υπερλιπιδαιμία, σακχαρώδη διαβήτη και καρδιαγγειακά νοσήματα, γεγονός που υποδηλώνει την ανάγκη για ολοκληρωμένες παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος, οι οποίες να λαμβάνουν υπόψη την ευρύτερη κατάσταση υγείας των ασθενών. Οι Skou et al, έχουν δείξει ότι η συνύπαρξη χρόνιων νοσημάτων είναι σημαντικά συχνότερη στους καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνιστές. Οι ερευνητές παρατήρησαν πως οι καπνιστές είχαν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης

δύο ή περισσότερων χρόνιων παθήσεων, ενώ η πιθανότητα αυτή αυξανόταν όσο μεγαλύτερη ήταν η διάρκεια και η ένταση του καπνίσματος <sup>[35]</sup>.

### **Καπνιστική συνήθεια**

Αναλύοντας τα δεδομένα της μελέτης, παρατηρείται ότι ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων με διαγνωσμένη στεφανιαία νόσο εξακολουθεί να είναι ενεργός καπνιστής, γεγονός που αναδεικνύει τη δυσκολία διακοπής του καπνίσματος ακόμη και σε πληθυσμούς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου. Ειδικότερα, από τους καπνιστές της μελέτης, το μεγαλύτερο ποσοστό ανέφερε τη χρήση συμβατικού τσιγάρου, σε σύγκριση με άλλες μορφές καπνίσματος όπως ο ναργιλές ή τα ηλεκτρονικά τσιγάρα, τα οποία παρουσιάζονται με αισθητά μικρότερη συχνότητα. Επιπλέον, η πλειονότητα των καπνιστών στην παρούσα μελέτη δήλωσε ότι καταναλώνει κατά μέσο όρο 19 τσιγάρα ημερησίως, ένα επίπεδο που θεωρείται μέτριας προς υψηλής καπνιστικής έντασης και σχετίζεται με αυξημένο καρδιαγγειακό φορτίο. Η διατήρηση μιας τέτοιας καπνιστικής συμπεριφοράς σε ασθενείς με καρδιολογική νοσηρότητα υπογραμμίζει τη σημασία στοχευμένων παρεμβάσεων διακοπής του καπνίσματος, οι οποίες θα πρέπει να προσαρμόζονται στις ιδιαίτερες ανάγκες αυτής της ευάλωτης ομάδας. Παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί τα τελευταία χρόνια στην ενημέρωση για τις επιπτώσεις του καπνίσματος, τα παρόντα δεδομένα δείχνουν ότι εξακολουθεί να υφίσταται μια βαθιά ριζωμένη συνήθεια που απαιτεί πολυεπίπεδη παρέμβαση, συμπεριλαμβανομένης της συμβουλευτικής, της φαρμακευτικής υποστήριξης και της συνεχούς παρακολούθησης <sup>[36]</sup>.

Το εύρημα ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό των ενεργών καπνιστών είχε συμμετάσχει σε πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, έχει χρησιμοποιήσει υποκατάστατα νικοτίνης και έχει λάβει φαρμακευτική θεραπεία υποδεικνύει έλλειψη ενημέρωσης για τις επιπτώσεις του καπνίσματος αλλά και για τις μεθόδους διακοπής του καπνίσματος. Σύμφωνα με τους Goettler et al, κάποιες από τις βασικές μεθόδους είναι η φαρμακευτική θεραπεία, η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης και τα συμβουλευτικά προγράμματα, ωστόσο όλα τα παραπάνω αποτελούν μια πρόκληση για τους ασθενείς που τρομάζει. Αυτό αναδεικνύει την ανάγκη καλύτερης εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και την ανάπτυξη επικοινωνιακών στρατηγικών που να προσεγγίζουν στοχευμένα τον καρδιοπαθή πληθυσμό<sup>[30]</sup>. Ένα μεγάλο ποσοστό πρώην καπνιστών, καταδεικνύει ότι πολλοί ασθενείς προβαίνουν σε διακοπή του καπνίσματος μετά από την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου. Η αντίδραση αυτή αποτελεί ένα πρώτο βήμα στην υιοθέτηση πιο υγιεινών συνηθειών καθώς τα κίνητρα των ασθενών είναι πλέον πιο σημαντικά <sup>[36]</sup>.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης καταδεικνύουν ότι ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων έχει εκτεθεί σε παθητικό κάπνισμα, παρά τη διαγνωσμένη στεφανιαία νόσο και τις γνωστές βλαπτικές συνέπειες του καπνού για την καρδιαγγειακή υγεία. Η πλειονότητα των ατόμων δήλωσε περιστασιακή έκθεση, γεγονός που υποδηλώνει μεν μειωμένη αλλά συνεχιζόμενη επαφή με

καπνιστικά περιβάλλοντα, ακόμα και αν δεν είναι σταθερή. Ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το εύρημα ότι σε σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων υπάρχουν καπνιστές στο άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον, στοιχείο που αυξάνει περαιτέρω τον βαθμό έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα και ενδεχομένως δυσχεραίνει τις προσπάθειες τροποποίησης της καπνιστικής συμπεριφοράς του ασθενούς. Επιπλέον, η πλειονότητα των συμμετεχόντων ανέφερε ότι δεν αποφεύγει την παρουσία σε χώρους όπου καπνίζουν άλλοι, είτε πρόκειται για οικιακό, επαγγελματικό ή κοινωνικό περιβάλλον. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει την περιορισμένη εφαρμογή στρατηγικών αποφυγής του καπνού από άτομα υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου και υπογραμμίζει την ανάγκη για ενίσχυση των παρεμβάσεων ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης τόσο των ασθενών όσο και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Μια άλλη μελέτη αποδεικνύει ότι η συνεχιζόμενη έκθεση σε παθητικό κάπνισμα, έστω και περιστασιακή, μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην πρόοδο της στεφανιαίας νόσου και να ακυρώσει τα οφέλη φαρμακευτικής και διατροφικής παρέμβασης, γι' αυτό απαιτείται άμεση αντιμετώπιση σε επίπεδο δημόσιας υγείας και κλινικής πρακτικής <sup>[37]</sup>.

### **Γνώσεις ασθενών με στεφανιαία νόσο σχετικά με την καπνιστική συνήθεια**

Αναφορικά με τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων για τα είδη καπνικών προϊόντων, παρατηρείται ότι η πλειονότητα αναγνωρίζει πως τα ηλεκτρονικά τσιγάρα περιέχουν νικοτίνη, γεγονός που υποδεικνύει βασικό επίπεδο ενημέρωσης για τη χημική τους σύσταση. Αντίστοιχα, οι περισσότεροι θεωρούν πως τα προϊόντα θέρμανσης καπνού περιέχουν τοξικές ουσίες, παρά την ευρέως διαδεδομένη αντίληψη στην κοινή γνώμη ότι πρόκειται για «λιγότερο επιβλαβή» επιλογή. Ωστόσο, σε ό,τι αφορά τη σύγκριση της επικινδυνότητας μεταξύ πούρων και συμβατικών τσιγάρων, μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων δηλώνει άγνοια, φανερώνοντας ελλιπή ενημέρωση σε πιο εξειδικευμένα ζητήματα καπνικών συνηθειών. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι περισσότεροι αναγνωρίζουν την επικινδυνότητα της κατανάλωσης καπνού χωρίς μάσημα, κάτι που δείχνει μια γενική επίγνωση των κινδύνων και για λιγότερο διαδεδομένες μορφές καπνού. Πολλοί συμμετέχοντες συμφωνούν ότι όλα τα είδη καπνού έχουν την ίδια αρνητική επίδραση στην υγεία, ωστόσο, υπάρχει και σημαντική μερίδα που διαφωνεί, γεγονός που αναδεικνύει την ύπαρξη αντιφατικών αντιλήψεων και την ανάγκη για στοχευμένες ενημερωτικές παρεμβάσεις που να εστιάζουν στη διαφώτιση των ασθενών για τις επιπτώσεις κάθε μορφής καπνικής έκθεσης.

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων αναγνωρίζει τη νικοτίνη ως την κύρια ψυχοδραστική ουσία που ευθύνεται για την ανάπτυξη εθισμού και ότι η νικοτίνη δρα άμεσα στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Παράλληλα, ένα σημαντικό ποσοστό των ερωτηθέντων φαίνεται να γνωρίζει ότι η διακοπή της νικοτίνης συνοδεύεται από συμπτώματα στέρησης, με κυρίαρχα το άγχος, τον εκνευρισμό και τη δυσφορία, τα οποία καθιστούν τη διαδικασία διακοπής ιδιαίτερα δύσκολη. Επιπλέον, η έρευνα αναδεικνύει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται πως η εξάρτηση από το κάπνισμα

δεν είναι εύκολο να ξεπεραστεί χωρίς εξειδικευμένη υποστήριξη και θεωρούν τη χρήση καπνού ως μια μορφή ισχυρής, βαριάς εθιστικής συμπεριφοράς. Η αντίληψη αυτή επιβεβαιώνεται και στη μελέτη των Liu et al, όπου καταγράφεται ότι τόσο οι καπνιστές όσο και οι μη καπνιστές αναγνωρίζουν τη δυσκολία απεξάρτησης από τη νικοτίνη και την ανάγκη για οργανωμένες παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος <sup>[38]</sup>.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, η πλειονότητα των συμμετεχόντων αναγνωρίζει τη σαφή συσχέτιση του καπνίσματος με την εμφάνιση σοβαρών προβλημάτων υγείας. Ειδικότερα, οι περισσότεροι συμφωνούν ότι το κάπνισμα αποτελεί κύριο αιτιολογικό παράγοντα για την εμφάνιση διαφόρων μορφών καρκίνου, με κυρίαρχη τη σύνδεση με τον καρκίνο του πνεύμονα, ενώ καθολική είναι η αντίληψη ότι το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων, όπως η στεφανιαία νόσος. Παράλληλα, ένα μεγάλο ποσοστό αναγνωρίζει την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ΧΑΠ στους καπνιστές, γεγονός που συνάδει με τα διεθνή δεδομένα που τεκμηριώνουν τη βλαπτική επίδραση του καπνού στο αναπνευστικό σύστημα. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται ότι το παθητικό κάπνισμα ενέχει εξίσου σοβαρούς κινδύνους για την υγεία των μη καπνιστών, επιβαρύνοντας ιδιαίτερα τις ευάλωτες ομάδες όπως τα παιδιά και οι έγκυες γυναίκες. Ακόμη, είναι αξιοσημείωτο ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων φαίνεται να αναγνωρίζει και τη συσχέτιση του καπνίσματος με προβλήματα γονιμότητας, υποδεικνύοντας μια γενικά επαρκή γνώση γύρω από τις επιπτώσεις του καπνίσματος στη συνολική υγεία.

Τα ευρήματα της μελέτης καταδεικνύουν ένα σημαντικό έλλειμμα γνώσης των συμμετεχόντων σχετικά με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων δηλώνει ότι δεν γνωρίζει αν τα φάρμακα πρώτης γραμμής, όπως η βαρενικλίνη και η βουπροπιόνη, είναι αποτελεσματικά στη διακοπή του καπνίσματος, ενώ επίσης δεν είναι σε θέση να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της βαρενικλίνης σε σχέση με άλλες θεραπείες. Αντίστοιχα, οι περισσότεροι αγνοούν εάν οι θεραπείες αυτές προκαλούν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, αν και φαίνεται να αναγνωρίζουν την ανάγκη για παρακολούθηση κατά τη διάρκειά τους. Παράλληλα, αν και ένα ποσοστό των συμμετεχόντων συμφωνεί με την επιστημονικά τεκμηριωμένη άποψη ότι ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και συμβουλευτικής παρέμβασης προσφέρει αυξημένα ποσοστά επιτυχίας στη διακοπή του καπνίσματος, ένα εξίσου σημαντικό ποσοστό απαντά "δεν γνωρίζω", καταδεικνύοντας έλλειψη ενημέρωσης. Οι περισσότεροι θεωρούν λανθασμένη την άποψη ότι η διακοπή του καπνίσματος χωρίς καμία υποστήριξη είναι το ίδιο αποτελεσματική με τις επιστημονικά τεκμηριωμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις, ωστόσο ένα αξιοσημείωτο ποσοστό παραμένει αβέβαιο, γεγονός που αναδεικνύει την ανάγκη ενίσχυσης των προγραμμάτων εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης του πληθυσμού γύρω από τη διακοπή του καπνίσματος, σύμφωνα και με την έρευνα των Shang et al <sup>[39]</sup>.

Από την ανάλυση των ευρημάτων προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες παρουσιάζουν σημαντική σύγχυση και έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με τους τρόπους μείωσης του καπνίσματος. Οι περισσότεροι διαφωνούν με τη δήλωση ότι υπάρχουν πολλοί αποτελεσματικοί τρόποι για τη μείωση της καπνιστικής συνήθειας, γεγονός που υποδηλώνει περιορισμένη γνώση των διαθέσιμων μεθόδων. Παράλληλα, ένα σημαντικό ποσοστό δηλώνει άγνοια ως προς το εάν τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος είναι αναποτελεσματικά ή εάν τα υποκατάστατα νικοτίνης μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στη μείωση της κατανάλωσης. Η πλειονότητα θεωρεί λανθασμένη την άποψη ότι η μείωση του καπνίσματος επιτυγχάνεται αποκλειστικά με χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων, αναγνωρίζοντας ενδεχομένως την ανάγκη για πολυπαραγοντικές παρεμβάσεις. Παράλληλα, η αντίληψη ότι η μείωση χωρίς υποστήριξη είναι εξίσου αποτελεσματική απορρίπτεται από την πλειονότητα, με ένα επίσης σημαντικό ποσοστό να μην έχει σαφή θέση.

Η ανάλυση των απόψεων των συμμετεχόντων σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος καταδεικνύει έναν βαθμό επίγνωσης των ωφελειών και των δυσκολιών της διαδικασίας. Η πλειονότητα αναγνωρίζει ως ορθή τη δήλωση ότι η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων, επιβεβαιώνοντας την επιστημονικά τεκμηριωμένη συσχέτιση μεταξύ διακοπής και βελτίωσης της καρδιαγγειακής υγείας. Επιπλέον, θεωρούν λανθασμένη την άποψη ότι τα ηλεκτρονικά τσιγάρα αποτελούν την πιο αποτελεσματική μέθοδο διακοπής, γεγονός που αντικατοπτρίζει την αυξανόμενη επιστημονική αμφισβήτηση για την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια αυτών των προϊόντων ως εργαλείων απεξάρτησης. Οι περισσότεροι συμφωνούν επίσης ότι η διακοπή του καπνίσματος μετά από χρόνια χρήσης είναι δύσκολη χωρίς την πρόκληση κάποιου ιατρικού συμβάντος, υποδεικνύοντας τη σημασία των εξωτερικών κινήτρων για τη λήψη απόφασης διακοπής. Παράλληλα, αναγνωρίζουν πως η βαριά εξάρτηση από τη νικοτίνη δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο με συμπτωματική αγωγή, ενισχύοντας την ανάγκη για ολοκληρωμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Ακόμη, αναδεικνύεται η σημαντική συμβολή της υποστήριξης από γιατρό ή ειδικό σύμβουλο στη διαδικασία διακοπής, καθώς οι συμμετέχοντες συμφωνούν ότι τέτοιες παρεμβάσεις αυξάνουν σημαντικά τις πιθανότητες επιτυχούς απεξάρτησης <sup>[40]</sup>.

Η συνολική αξιολόγηση των απόψεων των συμμετεχόντων σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία καταδεικνύει υψηλό επίπεδο συνειδητοποίησης για τις σοβαρές και πολυπαραγοντικές συνέπειες της καπνιστικής συμπεριφοράς. Όλοι συμφώνησαν ότι το κάπνισμα προκαλεί χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος, επισημαίνοντας τη στενή σχέση μεταξύ καπνίσματος και εμφάνισης παθήσεων όπως η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και το εμφύσημα. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων θεωρεί ότι το κάπνισμα επηρεάζει αρνητικά και την υγεία του δέρματος, αναγνωρίζοντας έτσι τις αισθητικές και συστημικές συνέπειες της νικοτίνης και των άλλων τοξικών συστατικών του καπνού στην κυκλοφορία και την κυτταρική ανανέωση.

Επιπλέον, οι περισσότεροι συμφωνούν ότι οι καπνιστές διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα, γεγονός που επιβεβαιώνει τα πορίσματα της διεθνούς βιβλιογραφίας που συνδέει το κάπνισμα με αθηρωματική νόσο και εμφράγματα. Επίσης, αναγνωρίζεται ότι το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στη στοματική υγεία, όπως ουλίτιδα, περιοδοντίτιδα και καρκίνο στόματος. Τέλος, οι συμμετέχοντες φαίνεται να αντιλαμβάνονται ότι οι μακροχρόνιες συνέπειες του καπνίσματος δεν είναι ήπιες αλλά αντίθετα μπορεί να έχουν σοβαρό και μη αναστρέψιμο αντίκτυπο στη συνολική υγεία, ενισχύοντας έτσι τη σημασία της πρόληψης και της έγκαιρης διακοπής.

Οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων σχετικά με το παθητικό κάπνισμα αναδεικνύουν σε μεγάλο βαθμό την αναγνώριση της σοβαρότητας των επιπτώσεών του στην υγεία των μη καπνιστών. Η πλειονότητα συμφωνεί ότι το παθητικό κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του πνεύμονα σε άτομα που δεν καπνίζουν, γεγονός που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο και έχει οδηγήσει στη λήψη διεθνών μέτρων για τον περιορισμό της έκθεσης. Επιπλέον, αναγνωρίζεται ότι τα παιδιά που εκτίθενται στον καπνό του τσιγάρου διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης άσθματος και άλλων αναπνευστικών προβλημάτων, γεγονός που υπογραμμίζει την ευαλωτότητα του αναπτυσσόμενου παιδικού οργανισμού. Παράλληλα, οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι το παθητικό κάπνισμα επηρεάζει αρνητικά την υγεία των εγκύων γυναικών, αυξάνοντας τον κίνδυνο για επιπλοκές στην κύηση και την εμβρυϊκή ανάπτυξη. Υπάρχει επίσης ευρεία συμφωνία ότι ο καπνός που εισπνέουν οι μη καπνιστές είναι τοξικός, περιέχοντας επιβλαβείς ουσίες όπως μονοξείδιο του άνθρακα, φορμαλδεΰδη και βαρέα μέταλλα. Ακόμη, αναγνωρίζεται ότι τα μέτρα απαγόρευσης του καπνίσματος σε εσωτερικούς δημόσιους χώρους έχουν συμβάλει καθοριστικά στη μείωση της έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα, επιβεβαιώνοντας τη σημασία των πολιτικών δημόσιας υγείας στην προστασία των ευάλωτων πληθυσμών, όπως προκύπτει και από άλλη έρευνα <sup>[30]</sup>.

Οι συμμετέχοντες συμφωνούν ομόφωνα ότι το κάπνισμα επιφέρει σημαντικό οικονομικό κόστος στην καθημερινή ζωή, καθώς η δαπάνη για την προμήθεια καπνικών προϊόντων επηρεάζει τον οικογενειακό προϋπολογισμό και μειώνει τους διαθέσιμους πόρους για άλλες ανάγκες. Επιπλέον, η πλειονότητα θεωρεί ότι το κάπνισμα έχει αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή, περιορίζοντας τις διαπροσωπικές σχέσεις λόγω κοινωνικών αποκλεισμών ή αρνητικής στάσης από μη καπνιστές. Παράλληλα, υπάρχει η αντίληψη ότι το κράτος δεν εφαρμόζει επαρκείς φορολογικούς μηχανισμούς με στόχο τη μείωση της κατανάλωσης καπνού, γεγονός που θα μπορούσε να λειτουργήσει αποτρεπτικά. Το κάπνισμα επιβαρύνει επίσης την επαγγελματική ζωή, καθώς σχετίζεται με μειωμένη απόδοση και αυξημένες απουσίες από την εργασία λόγω προβλημάτων υγείας. Ακόμη, αναγνωρίζεται ότι η καπνιστική συνήθεια μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τις σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους,

δημιουργώντας εντάσεις και προβλήματα επικοινωνίας λόγω των επιπτώσεων της εξάρτησης και των σχετικών περιορισμών.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμφωνούν ότι η νομοθεσία περιλαμβάνει απαγορεύσεις καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, γεγονός που συμβάλλει στην προστασία της υγείας του κοινού και στη μείωση της έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα. Παράλληλα, αναγνωρίζουν ότι οι αντικαπνιστικοί νόμοι παίζουν σημαντικό ρόλο στη μείωση της καπνιστικής συμπεριφοράς, ενώ θεωρούν ότι οι πολιτικές πρόληψης που εφαρμόζονται έχουν θετικά αποτελέσματα στην ευαισθητοποίηση και την ενημέρωση του πληθυσμού. Ωστόσο, εκφράζεται η άποψη ότι οι νομοθεσίες δεν είναι γενικά αυστηρές και αρκετές φορές δεν εφαρμόζονται επαρκώς, γεγονός που περιορίζει την αποτελεσματικότητά τους. Ακόμη, υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με το αν πιθανές αλλαγές στη νομοθεσία θα μπορούσαν να έχουν ουσιαστικό αποτέλεσμα, καθώς ένα μεγάλο ποσοστό συμμετεχόντων δηλώνει ότι δεν γνωρίζει ή αμφιβάλλει για την επίδραση τέτοιων μέτρων <sup>[30]</sup>.

### **Συσχετίσεις**

Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε καπνιστές και μη καπνιστές ως προς τις γνώσεις και στάσεις τους σχετικά με το κάπνισμα, με τους καπνιστές να γνωρίζουν καλύτερα τα είδη καπνικών προϊόντων, τον εθισμό, τις μεθόδους θεραπείας και διακοπής, ενώ οι μη καπνιστές εμφανίζουν μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση στις επιπτώσεις στην υγεία. Δεν βρέθηκαν όμως σημαντικές διαφορές σε γνώση για τις παθήσεις από το κάπνισμα, το παθητικό κάπνισμα, τις κοινωνικές επιπτώσεις και τη νομοθεσία, υποδεικνύοντας κοινή ενημέρωση σε αυτά τα θέματα. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη για στοχευμένες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που θα ενισχύσουν τη γνώση των καπνιστών ειδικά σε θέματα διακοπής, καθώς και τη συνεχή ενημέρωση του ευρύτερου πληθυσμού.

Η ανάλυση ανέδειξε ότι οι άνδρες είχαν σημαντικά υψηλότερο συνολικό επίπεδο γνώσεων για το κάπνισμα σε σχέση με τις γυναίκες, κυρίως σε πρακτικά θέματα όπως οι τρόποι μείωσης του καπνίσματος και η φαρμακευτική θεραπεία διακοπής. Αντίθετα, σε βασικές γνώσεις για τις επιπτώσεις του καπνίσματος, το παθητικό κάπνισμα και τις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των φύλων. Τα ευρήματα συμφωνούν με προηγούμενη μελέτη που δείχνουν πως οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη εμπειρία και πρόσβαση σε δομές υποστήριξης για τη διακοπή, ενώ οι γυναίκες συχνά εμφανίζουν μεγαλύτερη ευαισθησία σε θέματα υγείας. Η κατανόηση αυτών των διαφορών μπορεί να βοηθήσει στη σχεδίαση πιο προσαρμοσμένων και αποτελεσματικών παρεμβάσεων πρόληψης και διακοπής καπνίσματος με βάση το φύλο <sup>[30]</sup>.

Επιπλέον, ο τόπος κατοικίας επηρεάζει σημαντικά το επίπεδο γνώσεων για το κάπνισμα, με τους κατοίκους αστικών περιοχών να έχουν σημαντικά υψηλότερη ενημέρωση σε θέματα θεραπείας,

μείωσης και διακοπής καπνίσματος, καθώς και σε κοινωνικές, οικονομικές επιπτώσεις και νομοθεσία, σε σύγκριση με τους κατοίκους ημιαστικών και αγροτικών περιοχών. Οι ημιαστικές περιοχές εμφάνισαν τα χαμηλότερα επίπεδα γνώσεων, υποδηλώνοντας περιορισμένη πρόσβαση σε πληροφορίες και προγράμματα πρόληψης, ενώ οι αγροτικές περιοχές είχαν καλές επιδόσεις σε βασικές γνώσεις για τις επιπτώσεις στην υγεία, πιθανόν λόγω προσωπικών βιωμάτων. Τα ευρήματα τονίζουν την ανάγκη για στοχευμένες και προσαρμοσμένες παρεμβάσεις ενημέρωσης ανάλογα με το γεωγραφικό προφίλ, ώστε να καλυφθούν οι διαφορετικές ανάγκες πληθυσμών.

Η ανάλυση έδειξε ότι το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει σημαντικά το επίπεδο γνώσεων για το κάπνισμα, με τους αποφοίτους ανώτατης εκπαίδευσης να έχουν υψηλότερη γνώση ειδικά σε θέματα θεραπείας διακοπής, μείωσης καπνίσματος και νομοθεσίας. Αυτό υπογραμμίζει τη σχέση μεταξύ εκπαίδευσης και υγειονομικού γραμματισμού, όπου οι μορφωμένοι έχουν καλύτερη πρόσβαση σε αξιόπιστες πληροφορίες και συμμόρφωση με οδηγίες πρόληψης. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στη βασική γνώση για τις επιπτώσεις του καπνίσματος, που φαίνεται να είναι ευρέως διαδεδομένη ανεξαρτήτως εκπαίδευσης. Η ανομοιογένεια της ομάδας με εκπαίδευση γυμνασίου υποδηλώνει ελλιπή ενημέρωση σε συστημικά ζητήματα, παρά τη γνώση συγκεκριμένων κινδύνων. Συνολικά, τα ευρήματα επισημαίνουν την ανάγκη προσαρμοσμένων παρεμβάσεων με βάση το μορφωτικό προφίλ για αποτελεσματικότερη πρόληψη και υποστήριξη διακοπής καπνίσματος.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι το είδος του καπνικού προϊόντος επηρεάζει σημαντικά το επίπεδο γνώσεων των καπνιστών για τις συνέπειες και τη διακοπή του καπνίσματος. Οι χρήστες συσκευών θέρμανσης καπνού είχαν τις υψηλότερες γνώσεις, πιθανώς λόγω ενεργού αναζήτησης πληροφόρησης κατά τη μετάβαση σε αυτά τα προϊόντα. Οι χρήστες ηλεκτρονικού τσιγάρου εμφάνισαν μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση σε θέματα παθητικού καπνίσματος και κοινωνικών επιπτώσεων, ενώ οι χρήστες συμβατικού τσιγάρου είχαν χαμηλότερες επιδόσεις σε κρίσιμες θεματικές όπως νομοθεσία και θεραπεία, υποδηλώνοντας λιγότερη εμπλοκή σε αλλαγή συμπεριφοράς. Συνολικά, η μορφή καπνίσματος συνδέεται με τη γνώση και την πρόθεση αλλαγής, υπογραμμίζοντας την ανάγκη προσαρμοσμένων παρεμβάσεων για κάθε ομάδα.

Η ανάλυση ανέδειξε ότι οι καπνιστές με προηγούμενη προσπάθεια διακοπής καπνίσματος παρουσιάζουν υψηλότερο επίπεδο γνώσεων σε συγκεκριμένους τομείς, όπως οι φαρμακευτικές θεραπείες, οι τρόποι μείωσης και η έννοια του εθισμού, υποδηλώνοντας ενεργή αναζήτηση πληροφόρησης κατά τη διαδικασία διακοπής. Αντίθετα, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στη συνολική γνώση ή σε γενικές θεματικές όπως το παθητικό κάπνισμα και η νομοθεσία. Επιπλέον, η ομάδα χωρίς προσπάθεια διακοπής είχε ελαφρώς υψηλότερη γνώση για τις επιπτώσεις στην υγεία, γεγονός που δείχνει ότι η γνώση των κινδύνων δεν συνεπάγεται απαραίτητα κινητοποίηση για αλλαγή.

Συνολικά, η εμπειρία διακοπής σχετίζεται με στοχευμένη και πρακτική γνώση, χρήσιμη για μελλοντικές προσπάθειες διακοπής.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε σημαντικές πτυχές των γνώσεων και στάσεων των ασθενών με στεφανιαία νόσο σε σχέση με την καπνιστική συνήθεια, προσφέροντας πολύτιμες πληροφορίες για την κατανόηση της συμπεριφοράς τους απέναντι στο κάπνισμα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, παρά την αναγνώριση των κινδύνων που σχετίζονται με το κάπνισμα, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις, η ΧΑΠ και ο καρκίνος και παρά τη γενική συναίνεση για τη βλαπτικότητα του παθητικού καπνίσματος, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικά κενά γνώσεων σχετικά με τα καπνικά προϊόντα, τις θεραπευτικές επιλογές και τους τρόπους αποτελεσματικής διακοπής. Πολλοί συμμετέχοντες δεν γνωρίζουν κρίσιμες πληροφορίες για τη φαρμακολογική υποστήριξη και υποτιμούν τις υπάρχουσες μεθόδους απεξάρτησης, ενώ η κατανόηση των κοινωνικών και οικονομικών επιπτώσεων του καπνίσματος παρουσιάζει διαφοροποιήσεις. Παράλληλα, διαπιστώνεται ότι αν και υπάρχει θετική στάση απέναντι στη νομοθεσία και τις πολιτικές πρόληψης, η αυστηρότητα και η αποτελεσματικότητά τους δεν είναι επαρκώς κατανοητές από όλους.

Επιπλέον, η μελέτη ανέδειξε σημαντικά αποτελέσματα που αποδεικνύουν ότι τη μεγαλύτερη γκάμα γνώσεων σχετικά με την καπνιστική συνήθεια διαθέτουν οι καπνιστές, οι άνδρες, οι κάτοικοι αστικών περιοχών, οι συμμετέχοντες υψηλού μορφωτικού επιπέδου, οι συμμετέχοντες που επιλέγουν προϊόντα καπνίσματος όπως οι συσκευές θέρμανσης καπνού και αυτοί που έχουν δοκιμάσει να σταματήσουν το κάπνισμα. Συνολικά, τα ευρήματα καταδεικνύουν την ανάγκη ενίσχυσης της εκπαίδευσης των ασθενών με στοχευμένες παρεμβάσεις, τόσο μέσα από τις υπηρεσίες υγείας όσο και μέσω ευρύτερων δημόσιων πολιτικών, ώστε να ενισχυθεί η γνώση, να μεταβληθεί η στάση και τελικά να διευκολυνθεί η διακοπή του καπνίσματος σε έναν ιδιαίτερα ευάλωτο πληθυσμό όπως οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- 1) XuW, FangL, BaiH, KeK, LiW, HuangH,etal. The influence of psychological factors on coronary heart disease: A review of the evidence and implications for psychological interventions. *Medicine* (Baltimore). 2023 Jul 7; 102(27): e34248. DOI: 10.1097/MD.00000000000034248.
- 2) Lin C. Early Diagnosis and Treatment of Coronary Heart Disease with Image Features of Optical Coherence Tomography under Adaptive Segmentation Algorithm. *Comput Math Methods Med*. 2022 Aug 8; 2022:1261259. DOI: 10.1155/2022/1261259.
- 3) Chepeleva EV. Cell Therapy in the Treatment of Coronary Heart Disease. *Int J Mol Sci*. 2023 Nov 28; 24(23):16844. DOI: 10.3390/ijms242316844.
- 4)Liu M, Zheng M, He S. Association between tobacco smoking and heart disease in older adults: a cross-sectional study based on the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey. *Ann Transl Med*. 2023 Jan 31;11(2):63. DOI: 10.21037/atm-22-6344.
- 5) Kondo T, Nakano Y, Adachi S, Murohara T. Effects of Tobacco Smoking on Cardiovascular Disease. *Circ J*. 2019 Sep 25; 83(10):1980-1985. DOI: 10.1253/circj.CJ-19-0323.
- 6) Krabbe B, Espinola-Klein C, Malyar N, Brodmann M, Mazzolai L, Belch JF, et al. Health effects of e-cigarettes and their use for smoking cessation from a vascular perspective. *Vasa*. 2023 Mar;52(2):81-85. DOI: 10.1024/0301-1526/a001056.
- 7) Vrints C, Andreotti F, Koskinas KC, Rossello X, Adamo M, Ainslie J, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes: Developed by the task force for the management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal*. 2024 Aug 30; 45(36):3415–3537.
- 8) Hajar R. Coronary Heart Disease: From Mummies to 21st Century. *Heart Views*. 2017 Apr-Jun;18(2):68-74. DOI: 10.4103/HEARTVIEWS.HEARTVIEWS\_57\_17.
- 9) Mohammad AM, Stone WG, Koul S, Olivecrona KG, Bergman S, Persson J, et al. On the Natural History of Coronary Artery Disease: A Longitudinal Nationwide Serial Angiography Study. *Journal of the American Heart Association*. 2022 Oct; 11(21).
- 10) Doenst T, Thiele H, Haasenritter J, Wahlers T, Massberg S, Haverich A. The Treatment of Coronary Artery Disease. *Dtsch Arztebl Int*. 2022 Oct 21;119(42):716-723. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0277

- 11) Stone PH, Libby P, Boden WE. Fundamental Pathobiology of Coronary Atherosclerosis and Clinical Implications for Chronic Ischemic Heart Disease Management-The Plaque Hypothesis: A Narrative Review. *JAMA Cardiol.* 2023 Feb 1;8(2):192-201.DOI: 10.1001/jamacardio.2022.3926.
- 12) Aggarwal M, Ornish D, Josephson R, Brown TM, Ostfeld RJ, Gordon N, et al. Closing Gaps in Lifestyle Adherence for Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. *Am J Cardiol.* 2021 Apr 15; 145:1-11.DOI: 10.1016/j.amjcard.2021.01.005.
- 13) Tian Y, Deng P, Li B, Wang J, Li J, Huang Y, et al. Treatment models of cardiac rehabilitation in patients with coronary heart disease and related factors affecting patient compliance. *Rev. Cardiovasc. Med.* 2019; 20(1): 27–33. DOI: 10.31083/j.rcm.2019.01.53.
- 14) Golukhova EZ, Slivneva IV, Pylev AL, Kozlova OS, Petrosyan KV, Romanov DS, et al. Optimal treatment strategies for coronary heart disease in cancer patients: a complex clinical case. *Monaldi Arch Chest Dis.* 2024 Sep 12;DOI: 10.4081/monaldi.2024.3149.
- 15) Kong P, Cui ZY, Huang XF, Zhang DD, Guo RJ, Han M. Inflammation and atherosclerosis: signaling pathways and therapeutic intervention. *Signal Transduct Target Ther.* 2022 Apr 22; 7(1):131. DOI: 10.1038/s41392-022-00955-7.
- 16) Liang F, Wang Y. Coronary heart disease and atrial fibrillation: a vicious cycle. *American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology.* 2021 Jan; 320(1): H1-H473. DOI: 10.1152/ajpheart.00702.2020.
- 17) Shaya GE, Leucker TM, Jones SR, Martin SS, Toth PP. Coronary heart disease risk: Low-density lipoprotein and beyond. *Trends in Cardiovascular Medicine.* 2022 May; 32(4): 181-194. DOI:10.1016/j.tcm.2021.04.002.
- 18) Voutilainen A, Brester C, Kolehmainen M, Tuomainen TP. Epidemiological analysis of coronary heart disease and its main risk factors: are their associations multiplicative, additive, or interactive? *Ann Med.* 2022 Dec;54(1):1500-1510. DOI: 10.1080/07853890.2022.2078875.
- 19) Alpert JS. New Coronary Heart Disease Risk Factors. *The American Journal of Medicine.* 2023 Apr; 136(4):331-332.
- 20) Luo J, Cessie S, Heemst D, Noordam R. Diet-Derived Circulating Antioxidants and Risk of Coronary Heart Disease: A Mendelian Randomization Study. *Journal of the American College of Cardiology.* 2021 Jan; 77(1):45-54. DOI: 10.1016/j.jacc.2020.10.048.
- 21) Andreoli TE. *Cecil Βασική Παθολογία*, Αθήνα, Broken Hill Publishers, 2018:99-115.

- 22) Liang F, Wang Y. Coronary heart disease and atrial fibrillation: a vicious cycle. *Am J Public Health*. 2020;110(11):1152-1153. DOI: 10.1152/ajpheart.00702.2020.
- 23) Sigamani A, Gupta R. Revisiting secondary prevention in coronary heart disease. *Indian Heart J*. 2022 Nov-Dec; 74(6):431-440. DOI: 10.1016/j.ihj.2022.11.011.
- 24) Xiao H, Ma Y, Zhou Z, Li X, Ding K, Wu Y, et al. Disease patterns of coronary heart disease and type 2 diabetes harbored distinct and shared genetic architecture. *Cardiovasc Diabetol*. 2022 Dec 9; 21(1):276. DOI: 10.1186/s12933-022-01715-1.
- 25) Hermans H, Lodder P, Kupper N. Types of depression in patients with coronary heart disease: Results from the THORESCI study. *Journal of Affective Disorders*. 2024 Dec 15; 367:806-814. DOI: 10.1016/j.jad.2024.09.026.
- 26) Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας. Κάπνισμα και καρδιά [Internet]. Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας; Ημερομηνία πρόσβασης 31/12/2024. Διαθέσιμο στον ιστότοπο: <https://eody.gov.gr/plirofories-gia-to-kapnisma-kai-ti-diakopi-toy/kapnisma-kai-ygeia/#kapnisma-4>
- 27) Bhatt JM, Ramphul M, Bush A. An update on controversies in e-cigarettes. *Paediatr Respir Rev*. 2020 Nov; 36:75-86. DOI: 10.1016/j.prrv.2020.09.003.
- 28) Münzel T, Hahad O, Kuntic M, Keaney JF, Deanfield JE, Daiber A. Effects of tobacco cigarettes, e-cigarettes, and waterpipe smoking on endothelial function and clinical outcomes. *Eur Heart J*. 2020 Nov 1;41(41):4057-4070. DOI: 10.1093/eurheartj/ehaa460.
- 29) Chang JT, Anic GM, Rostron BL, Tanwar M, Chang CM. Cigarette Smoking Reduction and Health Risks: A Systematic Review and Meta-analysis. *Nicotine Tob Res*. 2021 Mar 19;23(4):635-642. DOI: 10.1093/ntr/ntaa156.
- 30) Goettler D, Wagner M, Faller H, Kotseva K, Wood D, Leyh R, et al. Factors associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a cohort analysis of the German subset of EuroAspire IV survey. *BMC Cardiovasc Disord*. 2020 Mar 30;20(1):152. DOI: 10.1186/s12872-020-01429-w.
- 31) Hajek P, Phillips-Waller A, Przulj D, Pesola F, Myers Smith K, Bisal N, et al. A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy. *N Engl J Med*. 2019 Feb 14;380(7):629-637. DOI: 10.1056/NEJMoa1808779.
- 32) Linardatou V, Karatzanos E, Panagopoulou N, Delis D, Kourek C, Rovina N, et al. Passive smoking acutely affects the microcirculation in healthy non-smokers. *Microvasc Res*. 2020 Mar;128:103932. DOI: 10.1016/j.mvr.2019.103932.

- 33) Olivieri M, Murgia N, Carsin A, Heinrich J, Benke G, Bono R, et al. Effects of smoking bans on passive smoking exposure at work and at home. The European Community respiratory health survey. *Indoor air*. 2019 Apr 08; 29:670–679. DOI: 10.1111/ina.12556
- 34) World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke. World Health Organization 2023. 2023 July 31.
- 35) Skou ST, Mair FS, Fortin M, Guthrie B, Nunes BP, Miranda JJ, Boyd CM, Pati S, Mtenga S, Smith SM. Multimorbidity. *Nat Rev Dis Primers*. 2022 Jul 14;8(1):48. DOI: 10.1038/s41572-022-00376-4.
- 36) Kotseva K, De Backer G, De Bacquer D, Rydén L, Hoes A, Grobbee D, et al. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *Eur J Prev Cardiol*. 2019 May;26(8):824-835. DOI: 10.1177/2047487318825350
- 37) Ambrose JA, Barua RS. The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: an update. *J Am Coll Cardiol*. 2004 May 19;43(10):1731-7. DOI: 10.1016/j.jacc.2003.12.047.
- 38) Liu X, Lugo A, Spizzichino L, Pacifici R, Gallus S. Awareness and perceptions of heated tobacco products, e-cigarettes, and conventional cigarettes among smokers and non-smokers in Italy: findings from a nationwide survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(2):1296. DOI:10.3390/ijerph20021296
- 39) Shang X, Guo K, E F, Deng X, Wang Y, Wang Z, Wu Y, Xu M, Yang C, Li X, Yang K. Pharmacological interventions on smoking cessation: A systematic review and network meta-analysis. *Front Pharmacol*. 2022 Oct 24;13:1012433. DOI: 10.3389/fphar.2022.1012433.
- 40) Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA*. 2003 Jul 2;290(1):86-97. DOI: 10.1001/jama.290.1.86.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

#### Μέρος Α: Δημογραφικά στοιχεία

**Φύλο:** Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐

**Ηλικία:** .....

**Οικογενειακή κατάσταση:** Άγαμος ☐ Έγγαμος ☐ Χήρος ☐ Διαζευγμένος ☐ Σε διάσταση ☐  
Συζεί ☐

**Ύπαρξη παιδιών:** Ναι ☐ Όχι ☐

**Τόπος κατοικίας:** Αγροτική περιοχή ☐ Αστική περιοχή ☐ Ημιαστική περιοχή ☐

**Μορφωτικό επίπεδο:** Δημοτικό ☐ Γυμνάσιο ☐ Λύκειο ☐ ΑΕΙ/ΤΕΙ ☐ Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό ☐

**Επάγγελμα:** Ιδιωτικός/Δημόσιος υπάλληλος ☐ Ελεύθερος επαγγελματίας ☐ Συνταξιούχος ☐ Άνεργος ☐  
☐ Φοιτητής ☐

**Συννοσηρότητες:** Στεφανιαία νόσος / Συμφορητική Καρδιακή Ανεπάρκεια ☐ Αρτηριακή Υπέρταση ☐ Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο ☐ Χρόνιο Αναπνευστικό νόσημα ☐ Σακχαρώδης Διαβήτης ☐ Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια ☐ Ηπατική Ανεπάρκεια ☐ Έλκος στομάχου ☐ Καρκίνος ☐  
Ψυχιατρικά νοσήματα ☐ Υπερλιπιδαιμία ☐ Άλλο:..... ☐

**Πηγές ενημέρωσης για το κάπνισμα:**

☐ Μέσα μαζικής ενημέρωσης ☐ Ιατρός ☐ Νοσηλευτής ☐ Επιστημονική Ιατρική Εταιρεία ☐ Διαδίκτυο ☐  
☐ Άλλη πηγή: .....

#### Μέρος Β: Στάσεις των Ασθενών

1. Καπνίζετε; (Εάν όχι πηγαίνετε στην ερώτηση 13)

Ναι ☐ Όχι ☐

2. Ποιο από τα παρακάτω είδη καπνίσματος χρησιμοποιείτε;

Τσιγάρο ☐ Πούρο ☐ Ηλεκτρονικό τσιγάρο ☐ Συσκευή θέρμανσης καπνού ☐ Ναργιλές ☐ εναλλακτικά προϊόντα νικοτίνης ☐

3. Εάν επιλέξατε τσιγάρο, πόσα τσιγάρα καπνίζετε καθημερινά;

.....

4. Εάν επιλέξατε ηλεκτρονικό τσιγάρο, πόσα ml ηγρού νικοτίνης χρησιμοποιείτε καθημερινά;

.....

5. Πόσα χρόνια είστε καπνιστής;

.....

6. Έχετε προσπαθήσει ποτέ να διακόψετε το κάπνισμα;

Ναι ☐ Όχι ☐

7. Έχετε ενημερωθεί ποτέ για τους κινδύνους του καπνίσματος;

Ναι ☐ Όχι ☐

8. Έχετε αλλάξει ποτέ το είδος του καπνίσματος που προτιμάτε;

Ναι ☐ Όχι ☐

9. Προτιμάτε καπνό με χαμηλή νικοτίνη ή άλλα ειδικά προϊόντα καπνού;

Ναι ☐ Όχι ☐

10. Έχετε δοκιμάσει ποτέ να μειώσετε τη χρήση καπνού χρησιμοποιώντας υποκατάστατα;

Ναι ☐ Όχι ☐

11. Έχετε δοκιμάσει ποτέ να διακόψετε το κάπνισμα χρησιμοποιώντας φαρμακευτική θεραπεία;

Ναι ☐ Όχι ☐

12. Έχετε δοκιμάσει ποτέ να διακόψετε το κάπνισμα αναζητώντας βοήθεια από ένα ιατρείο διακοπής καπνίσματος;

Ναι ☐ Όχι ☐

13. Έχετε καπνίσει ποτέ στο παρελθόν;

Ναι ☐ Όχι ☐

14. Έχετε εκτεθεί ποτέ σε παθητικό κάπνισμα;

Ναι ☐ Όχι ☐

15. Πόσο συχνά εκτίθεστε σε παθητικό κάπνισμα;

Καθημερινά ☐ Περιστασιακά ☐

16. Υπάρχουν καπνιστές στο οικογενειακό σας περιβάλλον;

Ναι ☐ Όχι ☐

17. Υπάρχουν καπνιστές στο εργασιακό σας περιβάλλον;

Ναι ☐ Όχι ☐

18. Προσπαθείτε να αποφύγετε τους χώρους όπου καπνίζουν άλλοι;

Ναι ☐ Όχι ☐

### **Μέρος Γ: Γνώσεις των Ασθενών**

#### **1. Είδη καπνικών προϊόντων**

|                                                                   | <b>Σωστό</b>             | <b>Λάθος</b>             | <b>Δεν γνωρίζω</b>       |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα περιέχουν νικοτίνη.                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Τα προϊόντα θέρμανσης καπνού δεν περιέχουν βλαβερές ουσίες.       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Τα πούρα είναι λιγότερο επικίνδυνα από τα τσιγάρα.                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Η κατανάλωση καπνού χωρίς κάπνισμα (π.χ., μάσημα) είναι ακίνδυνη. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Όλα τα είδη καπνού έχουν την ίδια επίδραση στην υγεία.            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### **2. Εθισμός**

|  | <b>Σωστό</b> | <b>Λάθος</b> | <b>Δεν γνωρίζω</b> |
|--|--------------|--------------|--------------------|
|--|--------------|--------------|--------------------|

|                                                                                           |                          |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Η νικοτίνη είναι η κύρια ουσία που προκαλεί εθισμό στο κάπνισμα.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Η νικοτίνη δεν επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα.                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Η απόσυρση από τη νικοτίνη μπορεί να προκαλέσει άγχος και εκνευρισμό.                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ο εθισμός στη νικοτίνη είναι μια κατάσταση που μπορεί να ξεπεραστεί εύκολα χωρίς βοήθεια. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Το κάπνισμα είναι μια βαριά εξάρτηση.                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 3. Παθήσεις που προκαλεί το κάπνισμα

|                                                                                   | Σωστό                    | Λάθος                    | Δεν γνωρίζω              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Το κάπνισμα δεν σχετίζεται με την εμφάνιση καρκίνου.                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο καρδιακών παθήσεων.                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Οι καπνιστές έχουν υψηλότερο κίνδυνο για χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Το παθητικό κάπνισμα δεν είναι επικίνδυνο για την υγεία.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Το κάπνισμα δεν επηρεάζει τη γονιμότητα.                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 4. Θεραπεία(Φαρμακευτικά μέσα για τη διακοπή του καπνίσματος)

|  | Σωστό | Λάθος | Δεν γνωρίζω |
|--|-------|-------|-------------|
|--|-------|-------|-------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Τα φάρμακα πρώτης γραμμής για τη διακοπή του καπνίσματος (π.χ. βαρενικλίνη, βουπροπιόνη και ο συνδυασμός υποκατάστατων νικοτίνης) μπορούν να βοηθήσουν στην κινητοποίηση του καπνιστή να το διακόψει.                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Η βαρενικλίνη έχει περίπου ίδια αποτελεσματικότητα με το συνδυασμό υποκατάστατων νικοτίνης και είναι περισσότερο αποτελεσματική από τη μονοθεραπεία με βουπροπιόνη ή το συνδυασμό υποκατάστατων νικοτίνης.                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Καμία από τις θεραπείες δε φαίνεται να προκαλεί σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες ωστόσο συνιστάται συνεχής παρακολούθηση, λαμβάνοντας υπόψη ότι η αρχικός προβληματισμός για πιθανή συσχέτιση της βαρενικλίνης (και βουπροπιόνης) με σοβαρές ψυχιατρικές ή καρδιαγγειακές επιδράσεις δεν επιβεβαιώθηκε στις πρόσφατες μεταanalύσεις. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και συμβουλευτικής υποστήριξης επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα.                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Η διακοπή του καπνίσματος                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                         |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| χωρίς καμία βοήθεια είναι το ίδιο αποτελεσματική με τη χρήση θεραπειών. |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--|--|--|

### 5. Τρόποι μείωσης του καπνίσματος

|                                                                                             | Σωστό                    | Λάθος                    | Δεν γνωρίζω              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Υπάρχουν πολλοί αποτελεσματικοί τρόποι για τη μείωση του καπνίσματος.                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Τα υποκατάστατα νικοτίνης βοηθούν στη μείωση του καπνίσματος.                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος δεν έχουν κανένα αποτέλεσμα.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Η μείωση του καπνίσματος μπορεί να επιτευχθεί μόνο με τη χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Η μείωση του καπνίσματος χωρίς βοήθεια είναι το ίδιο αποτελεσματική με τη χρήση βοηθημάτων. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 6. Διακοπή του καπνίσματος

|                                                                                  | Σωστό                    | Λάθος                    | Δεν γνωρίζω              |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Η χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων είναι η πιο αποτελεσματική                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| μέθοδος για τη διακοπή του καπνίσματος.                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                          |                          |
| Η διακοπή του καπνίσματος μετά από μακροχρόνια χρήση, αν δεν έχει μεσολαβήσει κάποιο ιατρικό συμβάν που τρομάζει, είναι δύσκολη, γιατί προϋποθέτει ότι ο καπνιστής θα αποδεχτεί το λάθος πολλών ετών και θα ανεχθεί τις δυσκολίες από την έλλειψη της νικοτίνης για κάποιο χρονικό διάστημα. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Η βαριά εξάρτηση που προκαλεί το κάπνισμα δεν αντιμετωπίζεται εξαλείφοντας μόνο τα συμπτώματα της. Απαιτείται οργανωμένη και συστηματική συμβουλευτική και φαρμακευτική θεραπεία απεξάρτησης.                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Η υποστήριξη από ειδικό γιατρό ή σύμβουλο αυξάνει τις πιθανότητες επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος.                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 7. Επιπτώσεις στην υγεία

|                                                                                 | Σωστό                    | Λάθος                    | Δεν γνωρίζω              |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Το κάπνισμα δεν επηρεάζει την                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                    |                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| υγεία του δέρματος.                                                |                          |                          |                          |
| Οι καπνιστές έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για καρδιαγγειακές παθήσεις. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην στοματική υγεία.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες του καπνίσματος είναι γενικά ήπιες.    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 8. Παθητικό κάπνισμα

|                                                                                          | Σωστό                    | Λάθος                    | Δεν γνωρίζω              |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Το παθητικό κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του πνεύμονα σε μη καπνιστές.          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Τα παιδιά που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης άσθματος. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Το παθητικό κάπνισμα δεν επηρεάζει τις έγκυες γυναίκες.                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ο καπνός του τσιγάρου που εισπνέεται από μη καπνιστές δεν περιέχει τοξικές ουσίες.       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Τα μέτρα απαγόρευσης του καπνίσματος σε εσωτερικούς χώρους έχουν                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                          |  |  |  |
|------------------------------------------|--|--|--|
| μειώσει την έκθεση σε παθητικό κάπνισμα. |  |  |  |
|------------------------------------------|--|--|--|

#### 9. Κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις

|                                                                                                                          | Σωστό                    | Λάθος                    | Δεν γνωρίζω              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Το κάπνισμα έχει σημαντικό κόστος στην καθημερινή ζωή των καπνιστών.                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Το κάπνισμα δεν επηρεάζει την κοινωνική ζωή.                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Το κράτος εισπράττει μεγάλα ποσά από τη φορολόγηση του καπνού και των προϊόντων του, με στόχο τη μείωση της κατανάλωσης. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Το κάπνισμα δεν επηρεάζει την επαγγελματική ζωή.                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Το κάπνισμα μπορεί να επηρεάσει την οικογένεια και τους φίλους.                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 10. Νομοθεσία και πολιτικές

|                                                                            | Σωστό                    | Λάθος                    | Δεν γνωρίζω              |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Η νομοθεσία για το κάπνισμα περιλαμβάνει απαγορεύσεις σε δημόσιους χώρους. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Οι αντικαπνιστικοί νόμοι δεν βοηθούν στη μείωση του καπνίσματος.           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Οι πολιτικές πρόληψης καπνίσματος δεν έχουν κανένα                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                     |                          |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| αποτέλεσμα.                                                                                         |                          |                          |                          |
| Οι αντικαπνιστικές νομοθεσίες είναι γενικά αυστηρές.                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Οι αλλαγές στη νομοθεσία για το κάπνισμα δεν θα είχαν κανένα αποτέλεσμα στη μείωση του καπνίσματος. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |