



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



## **Κάπνισμα, εξάρτηση από τη νικοτίνη και κινητοποίηση για διακοπή του καπνίσματος σε ψυχιατρικούς ασθενείς**

**Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: Τσιρνάρη Αντωνία  
ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ 1<sup>Η</sup> ΤΟΜΥ ΚΟΖΑΝΗΣ**

### **ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Χατζόγλου Χρυσή, Καθηγήτρια, Τμήμα Ιατρικής ΠΘ .....Επιβλέπουσα Καθηγήτης  
Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια Νοσηλευτική ΤΕΙ Θεσσαλίας.....Μέλος Τριμελούς Επιτροπής  
Γκούβα Μαίρη, Καθηγήτρια ΤΕΙ Ηπείρου .....Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

**Λάρισα, Σεπτέμβριος 2018**



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



## **Smoking, nicotine dependence and motivation to quit smoking in psychiatric patients**

## Ευχαριστίες

Ένας κύκλος σπουδών μετά από δύο χρόνια έκλεισε με την ολοκλήρωση αυτής της διπλωματικής εργασίας. Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές μου και ιδιαίτερα την κυρία Χατζόγλου Χρυσή, ως επιβλέπουσα καθηγήτρια μου για την καθοδήγησή και επίβλεψή μου.

Ακόμη θα ήθελα να ευχαριστήσω τον σύζυγό μου Τριανταφυλλίδη Τριαντάφυλλο ψυχίατρο του Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης και υπεύθυνου του Ξενώνα «ΝΕΦΕΛΗ» και την κα Ιωάννα Ταρατσίδου ψυχολόγο του Ιδιωτικού Θεραπευτηρίου Ν. Σπινάρη Α.Ε. για την βοήθεια τους στο ερευνητικό μέρος της εργασίας.

Τέλος ευχαριστώ θερμά τους ασθενείς που με ευχαρίστηση και ενθουσιασμό συμμετείχαν στην έρευνα.

# Περιεχόμενα

Περιεχόμενα Πινάκων.....	6
Περιεχόμενα Διαγραμμάτων.....	8
Περίληψη.....	9
Abstract.....	10
Εισαγωγή.....	11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	12
Κεφάλαιο 1.....	13
1.1 Ιστορική αναδρομή του καπνίσματος και της χρήσης καπνού.....	13
1.2 Κάπνισμα και ψυχική υγεία.....	15
1.3 Εξάρτηση και κάπνισμα.....	16
1.3.1 Εξάρτηση στους ψυχικά ασθενείς.....	18
1.4 Επιπολασμός καπνίσματος: διεθνή και ελληνικά δεδομένα.....	19
1.5 Επιδημιολογία καπνίσματος στους ψυχικά ασθενείς.....	21
1.6 Συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία των ψυχικά ασθενών.....	23
1.7 Κινητοποίηση για διακοπή του καπνίσματος.....	24
1.8 Διακοπή του καπνίσματος.....	25
1.8.1 Διακοπή του καπνίσματος στους ψυχικά ασθενείς.....	26
1.8.2 Ιατρεία διακοπής καπνίσματος.....	28
1.8.3 Διακοπή του καπνίσματος στις μονάδες ψυχικής υγείας.....	30
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	31
Κεφάλαιο 2.....	32
2.1 Σκοπός.....	32
2.2 Μεθοδολογία έρευνας και πληθυσμός μελέτης.....	32
2.3 Αποτελέσματα.....	34
2.3.1 Περιγραφική ανάλυση.....	34

2.3.2 Επαγωγική ανάλυση .....	46
Κεφάλαιο 3.....	60
3.1 Συζήτηση.....	60
3.2 Περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντική έρευνας .....	62
3.3 Συμπεράσματα .....	63
Βιβλιογραφία.....	64
Παράρτημα: Ερωτηματολόγιο .....	70

## Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα δημογραφικών χαρακτηριστικών.....	34
Πίνακας 2 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα σχετικά με το είδος της ψυχιατρικής νόσου .....	35
Πίνακας 3 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα σχετικά με τα έτη διάγνωσης.....	36
Πίνακας 4 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα σχετικά με τη νοσηλεία.....	36
Πίνακας 5 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα σχετικά με το είδος δομής.....	36
Πίνακας 6 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου για τα χαρακτηριστικά καπνιστικής συνήθειας .....	37
Πίνακας 7 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου Fagestrom .....	39
Πίνακας 8 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα των πόντων της κλίμακας Fagerstrom .....	40
Πίνακας 9 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα σχετικά με το βαθμό εξάρτησης από το τσιγάρο .....	40
Πίνακας 10 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα σχετικά με την ερώτηση «Ποια φράση νομίζετε σας ταιριάζει περισσότερο;» της κλίμακας ετοιμότητας διακοπής.....	41
Πίνακας 11 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα σχετικά με τις ερωτήσεις της κλίμακας αποφασιστικότητας και υποστήριξης .....	42
Πίνακας 12 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα σχετικά με τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου για τις προηγούμενες προσπάθειες.....	44
Πίνακας 13 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα σχετικά με τους λόγους διακοπής καπνίσματος .....	45
Πίνακας 14 Αποτελέσματα συσχετίσεων εξάρτησης και αποφασιστικότητας .....	46
Πίνακας 15 Αποτελέσματα ελέγχου t-test της αποφασιστικότητας με βάση το φύλο .....	46
Πίνακας 16 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA της αποφασιστικότητας με βάση την οικογενειακή κατάσταση.....	47
Πίνακας 17 Αποτελέσματα ελέγχου POST HOC της αποφασιστικότητας με βάση την οικογενειακή κατάσταση.....	47
Πίνακας 18 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA της αποφασιστικότητας με βάση το βιοτικό επίπεδο.....	48
Πίνακας 19 Αποτελέσματα ελέγχου POST HOC της αποφασιστικότητας με βάση το βιοτικό επίπεδο ....	48
Πίνακας 20 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA της αποφασιστικότητας με βάση τα χρόνια διάγνωσης.....	49

Πίνακας 21 Αποτελέσματα ελέγχου POST HOC της αποφασιστικότητας με βάση τα χρόνια διάγνωσης	49
Πίνακας 22 Αποτελέσματα ελέγχου t-test της αποφασιστικότητας με βάση τη νοσηλεία σε κάποια κλινική .....	49
Πίνακας 23 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA της αποφασιστικότητας με βάση το είδος της δομής.....	50
Πίνακας 24 Αποτελέσματα ελέγχου POST HOC της αποφασιστικότητας με βάση το είδος της δομής....	51
Πίνακας 25 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA της αποφασιστικότητας με βάση την ψυχιατρική νόσο.....	52
Πίνακας 26 Αποτελέσματα ελέγχου POST HOC της αποφασιστικότητας με βάση την ψυχιατρική νόσο	53
Πίνακας 27 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA της αποφασιστικότητας με βάση τα τσιγάρα/μέρα.....	55
Πίνακας 28 Αποτελέσματα ελέγχου POST HOC της αποφασιστικότητας με βάση τα τσιγάρα/μέρα.....	56
Πίνακας 29 Αποτελέσματα ελέγχου t-test της αποφασιστικότητας με βάση την προσπάθεια διακοπής στο παρελθόν.....	58
Πίνακας 30 Αποτελέσματα ελέγχου t-test της αποφασιστικότητας με βάση τους λόγους διακοπής του καπνίσματος.....	58
Πίνακας 31 Αποτελέσματα ελέγχου t-test της αποφασιστικότητας με βάση τους λόγους διακοπής του καπνίσματος.....	58

## Περιεχόμενα Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1 Σχεδιάγραμμα μέσω των τιμών του σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης με βάση τα ψυχιατρικά νοσήματα.....	54
Διάγραμμα 2 Σχεδιάγραμμα μέσω των τιμών του σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης με βάση τα τσιγάρα ανά ημέρα .....	57

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο καπνίζουν σε υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με το γενικό πληθυσμό με αποτέλεσμα να υφίστανται τις βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος σε υψηλότερα ποσοστά. Παρόλο που οι παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος μπορούν να εφαρμοστούν με επιτυχία σε αυτούς τους ασθενείς, τα δεδομένα που αφορούν τα χαρακτηριστικά του καπνίσματος και την κινητοποίηση για διακοπή του καπνίσματος είναι ελλιπή. Η παρούσα μελέτη σκοπό έχει να εξετάσει τα χαρακτηριστικά του καπνίσματος στους ψυχιατρικούς ασθενείς και την κινητοποίησή τους για διακοπή του καπνίσματος σε δομές ψυχικής υγείας της Δ. Μακεδονίας.

**Μέθοδος και πληθυσμός:** Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από 237 ψυχιατρικούς ασθενείς των δομών που διαθέτει η Κοζάνη, ανοιχτού και κλειστού τύπου. Οι ασθενείς απάντησαν σε ερωτηματολόγια σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την ψυχική νόσο, το κάπνισμα και την κινητοποίηση για διακοπή του καπνίσματος.

**Αποτελέσματα:** Η πλειονότητα του πληθυσμού μελέτης ήταν άνδρες (52,7%) που νοσηλεύονταν σε δομές ψυχικής υγείας της Δ. Μακεδονίας. Η συχνότερη διάγνωση ήταν οι ψυχωτικές διαταραχές, ακολουθούμενη από τις αγχώδεις διαταραχές και τις διαταραχές της διάθεσης. Σχεδόν το 70% ήταν καπνιστές, με μέτρια ή βαριά εξάρτηση από τη νικοτίνη που είχαν προσπαθήσει στο παρελθόν να διακόψουν το κάπνισμα κυρίως με αυτόβουλη προσπάθεια. Η αποφασιστικότητα για διακοπή ήταν μεγαλύτερη στις γυναίκες και στους έγγαμους, όπως επίσης και στα άτομα με υψηλό βιοτικό επίπεδο, όσους δεν νοσηλεύονταν και αυτούς που έπασχαν από αγχώδεις διαταραχές. Η αποφασιστικότητα συνδέονταν αντιστρόφως ανάλογα με τα έτη νοσηλείας και τον αριθμό τσιγάρων που καπνίζονταν ημερησίως.

**Συμπεράσματα:** Πολλοί από τους καπνιστές δηλώνουν την επιθυμία πως θα ήθελαν να διακόψουν το κάπνισμα, παρόλα αυτά στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων δεν υπάρχει επαρκής υποστήριξη που έχει ως αποτέλεσμα να μην αισθάνονται έτοιμοι και να μην ξεκινούν την προσπάθεια.

**Λέξεις – κλειδιά:** κάπνισμα, διακοπή καπνίσματος, εξάρτηση, κινητοποίηση, ψυχιατρικοί ασθενείς

## **Abstract**

**Background:** People suffering from a mental illness smoke at higher rates than the general population, resulting in the higher incidence of harmful effects of smoking. Although smoking cessation interventions can be successfully applied to these patients, there is a lack of data on smoking characteristics and smoking cessation mobilization. The present study aims to examine the characteristics of smoking in psychiatric patients and their mobilization to stop smoking in mental health structures in Western Macedonia.

**Method and sample:** The sample consists of 125 men and 112 women psychiatric patients of the structures of Kozani, open and closed type. The patients responded to questionnaires on demographic characteristics, mental illness, smoking characteristics and mobilization to quit smoking.

**Results:** The majority of the study population were men (52.7%) who were hospitalized in mental health structures in Western Macedonia. The most common diagnosis was psychotic disorders, followed by anxiety disorders and mood disorders. Nearly 70% were smokers with moderate or heavy nicotine dependence who had previously attempted to quit smoking primarily by self-help. The resolve to stop was higher for women and married people, as well as for those with a high standard of living, those who weren't hospitalizes and those who suffered from anxiety disorders. Their determination was linked inversely on years of hospitalization and the number of cigarettes smoked daily.

**Conclusions:** Many of the smokers declare their desire to quit smoking, yet in the majority of cases, there is insufficient support and as a result they feel uncomfortable and unready to start the effort.

**Keywords:** smoking, smoking cessation, dependence, motivation, psychiatric patients

## Εισαγωγή

Το κάπνισμα αφορά τα άτομα κάθε φύλου, ηλικίας και φυλής σε παγκόσμιο επίπεδο. Πολλές είναι οι έρευνες που έχουν μελετήσει στοιχεία σχετικά με το κάπνισμα στο γενικό πληθυσμό. Τα τελευταία χρόνια όμως, οι έρευνες αυτές έχουν αρχίσει να προσανατολίζονται σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού όπως είναι οι ψυχικά ασθενείς. Η διακοπή του καπνίσματος στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα είναι ένα κρίσιμο ζήτημα καθώς οποιαδήποτε αλλαγή στην καθημερινή λήψη της νικοτίνης μπορεί να επηρεάσει τη φαρμακευτική αγωγή που πιθανόν να χρειάζεται να λαμβάνουν οι ψυχικά ασθενείς και κατ' επέκταση και την εξέλιξη της ίδιας της νόσου. Εκτός από αυτό τον παράγοντα, ένας ακόμη λόγος που η διακοπή του καπνίσματος είναι σημαντικό να ερευνηθεί είναι και η βαρύτητα του καπνίσματος στους ψυχιατρικούς ασθενείς. Οι ουσίες που περιέχει το τσιγάρο εκθέτουν τους ψυχιατρικούς ασθενείς σε πολλούς κινδύνους και ο μεγάλος επιπολασμός του καπνίσματος στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα έχει ως αποτέλεσμα τα αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι ο καθορισμός της συχνότητας του καπνίσματος σε ψυχιατρικούς ασθενείς στη Δ. Μακεδονία, τα χαρακτηριστικά του καπνίσματος και της πρόθεσης τους να διακόψουν το κάπνισμα. Ο βαθμός κινητοποίησης θα συγκριθεί με τα χαρακτηριστικά του καπνίσματος (έτη καπνίσματος, βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη, ημερήσιος αριθμός τσιγάρων, προηγούμενη συμβουλευτική παρέμβαση για διακοπή του καπνίσματος, λόγοι διακοπής κτλ.), την παρούσα ψυχιατρική νόσο και την κατάσταση παρακολούθησης του ασθενή (εξωτερικός ή νοσηλευόμενος ασθενής). Ο καθορισμός των παραπάνω χαρακτηριστικών είναι πολύ σημαντικός καθώς πρόκειται να συμβάλλει στο σχεδιασμό παρεμβάσεων για τους καπνιστές που πάσχουν από κάποια ψυχιατρική νόσο προκειμένου να είναι αποτελεσματικές στη διακοπή του καπνίσματος.

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

# Κεφάλαιο 1

## 1.1 Ιστορική αναδρομή του καπνίσματος και της χρήσης καπνού

Οι λαοί του δυτικού ημισφαιρίου είχαν ξεκινήσει ήδη εδώ και πολλές δεκαετίες να χρησιμοποιούν τα κοινά φυτά καπνού πολύ πριν το 1492 που ήρθαν για πρώτη φορά σε επαφή με τους Ευρωπαίους. Τα φυτά αυτά άρχισαν να καλλιεργούνται από ιθαγενείς της Κεντρικής και Νότιας Αμερικής και όπως φαίνεται από τις επιγραφές και αναπαραστάσεις των Μάγιας χρησιμοποιούνταν συχνά για θρησκευτικούς λόγους. Ο Κολόμβος ήταν εκείνος που για πρώτη φορά έφερε στην Ευρώπη και τον υπόλοιπο κόσμο τα αποξηραμένα φύλλα καπνού, όταν πρόσφερε στο House of the Arawaks μερικά από αυτά και γυρνώντας στην Ευρώπη έφερε μαζί του τα φύλλα καπνού, την ίδια περίοδο που είναι πιθανό πως ξεκίνησε να αναπτύσσεται η τεχνική του καπνίσματος. Το όνομα του εργοστασίου ήταν «nicotiana» και δόθηκε προς τιμήν του Γάλλου πρέσβη της Πορτογαλίας που φαίνεται να ήταν εκείνος που το εισήγαγε στο γαλλικό δικαστήριο.

Στη Γαλλία και την Ισπανία η ποικιλία καπνού καλλιεργήθηκε για πρώτη φορά ονομαζόταν *Nicotiana tabacum*, οι σπόροι του οποίου προερχόντουσαν από τη Βραζιλία και το Μεξικό, ενώ στη Πορτογαλία και στην Αγγλία η ποικιλία που άρχισε να καλλιεργείται ονομαζόταν *Nicotiana rustica*, με σπόρους που προέρχονταν από τη Φλόριντα και τη Βιρτζίνια. Μέσα στους αιώνες υπήρξαν και άλλες περιοχές που διεκδίκησαν τη καταγωγή του καπνού. Μία από τις χώρες που ισχυρίστηκε κάτι τέτοιο ήταν η Κίνα, που προσπάθησε να πείσει πως είχε αρχίσει να χρησιμοποιεί τα φύλλα καπνού πολύ νωρίτερα, ωστόσο η έλλειψη των απαραίτητων τεκμηρίων δεν βοήθησε ώστε να ισχυροποιήσει τον ισχυρισμό της. Από την άλλη πλευρά είναι ευρέως αποδεκτό το γεγονός ότι υπήρξαν ορισμένες κοινωνίες που χρησιμοποιούσαν σε μεγάλο βαθμό τον καπνό, έχοντας ανακαλύψει τις ιδιότητες της νικοτίνης με αποτέλεσμα να συμπεραίνουμε πως επρόκειτο για ένα φυτό που από πολύ νωρίς ήταν διαδεδομένο σε όλη την Αμερική και στη συνέχεια σε αρκετές περιοχές ανά τον κόσμο. [1]

Παρόλο που το τσιγάρο εφευρέθηκε το 1881, χρειάστηκαν οκτώ περίπου δεκαετίες ως ότου να γίνουν γνωστές οι συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία των καπνιστών, το 1964. Αναφορικά με τις επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στην υγεία των ανθρώπων από το 1986 είχαν αρχίσει οι επιστήμονες να έχουν τα πρώτα ευρήματα που έδειχναν πως η παθητική εισπνοή του καπνού ήταν υπεύθυνη για πολλές περιπτώσεις καρκίνου των πνευμόνων, καρδιακά και αναπνευστικά προβλήματα, ενώ στα παιδιά εκτός από αναπνευστικά προβλήματα παρατηρήθηκαν και περιπτώσεις αιφνίδιου βρεφικού θανάτου.

Στην Ιρλανδία εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 2004 πρόταση που ήθελε να μην επιτρέπεται το κάπνισμα σε μπαρ και εστιατόρια. Τα αποτελέσματα του εγχειρήματος αυτού ήταν πολύ ενθαρρυντικά τόσο για την

υγεία των εργαζομένων και των πελατών, όσο και ως προς τη συμμόρφωση των επιχειρήσεων και των καπνιστών προς τις υποδείξεις του νέου αυτού νόμου. Ένα χρόνο από την εφαρμογή της πρότασης αυτής η εκδήλωση οξέων στεφαναίων επεισοδίων μειώθηκε κατά 10-20%. Τα βήματα της Ιρλανδίας ακολούθησε δύο χρόνια αργότερα και η Ελβετία, όπου μετά από τη ψηφοφορία του λαού θεσπίστηκαν νόμοι υπέρ της απαγόρευσης του καπνίσματος με αποτέλεσμα να μειωθεί το κάπνισμα από 33% σε 27%. [2]

Μέσα από μια σύντομη ιστορική αναδρομή είναι εύκολο κανείς να διαπιστώσει πως η πρωτοβουλία στην οποία προχώρησε η Ιρλανδία, επρόκειτο να αλλάξει το παγκόσμιο χάρτη της δημόσιας υγείας. Ενέργειες όπως αυτή αλλά και ορισμένες προγενέστερες έγιναν καθώς διαχρονικά πλήθαιναν τα στοιχεία που έδειχναν πως το κάπνισμα, ενεργητικό ή παθητικό, έχει φοβερά αρνητικές συνέπειες στην υγεία του ανθρώπου. Τα στοιχεία της έκθεσης του Γενικού Χειρουργού των Η.Π.Α. το 2006 έρχονται να επιβεβαιώσουν πως η παθητική εισπνοή καπνού μπορεί να οδηγήσει σε ασθένειες όπως ο καρκίνος και τα καρδιακά προβλήματα, αλλά και σε πρόωρο θάνατο.

Το πρώτο κράτος των Η.Π.Α. που εφάρμοσε τους νόμους περί απαγόρευσης του καπνίσματος σε μπαρ και εστιατόρια ήταν η Καλιφόρνια το 1998, την τακτική της οποίας ακολούθησε το 2000 η Νότια Αφρική θέτοντας σε ισχύ αυστηρούς νόμους σχετικά με το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους. Τα τελευταία χρόνια οι πολίτες της Αμερικής έχουν αρχίσει να διεκδικούν την ύπαρξη και διασκέδασή τους σε χώρους οι οποίοι είναι απαλλαγμένοι από καπνό, φιλικό προς την υγεία τους. Η αλλαγή αυτή υπαγορεύτηκε από τη πρωτοβουλία του Δημάρχου της Νέας Υόρκης Michael Bloomberg ο οποίος χρηματοδότησε τη προσπάθεια μείωσης της κατανάλωσης καπνού παγκόσμια, και κυρίως σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. [3]

Κι ενώ πλέον τα περισσότερα κράτη έχουν ταχθεί υπέρ της απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους αναγνωρίζοντας το ως μια από τις πλέον βλαβερές και εθιστικές συνήθειες, στο παρελθόν είχαν δοθεί υπέρογκα ποσά προκειμένου να εμπορευτεί και να γοητεύσει μέσα από τη διαφήμιση η καπνοβιομηχανία. Αναλύοντας τα νούμερα, βλέπουμε πως το μάρκετινγκ της βιομηχανίας του καπνού κατάφερε να εκτοξεύσει τη παγκόσμια αγορά καπνού, φτάνοντας την ετήσια κατανάλωση τσιγάρων στα 5 τρισεκατομμύρια, την ίδια στιγμή που οι θάνατοι από ασθένειες που προκλήθηκαν εξαιτίας του καπνίσματος έφτασαν τον περασμένο αιώνα τα 100 εκατομμύρια θανάτους ενώ αναμένεται οι θάνατοι εξαιτίας της συνήθειας αυτής να φτάσουν το ένα δισεκατομμύριο τον 21<sup>ο</sup> αιώνα. Παράλληλα, τα τσιγάρα που κυκλοφορούν στην αγορά των Ηνωμένων Πολιτειών, τα τελευταία χρόνια φαίνεται πως έχουν ολοένα και υψηλότερη περιεκτικότητα νικοτίνης, ενώ στις διαφημιστικές καμπάνιες προώθησής τους οι διάφορες

καπνοβιομηχανίες επιδιώκουν την αποτύπωση του καπνίσματος ως έναν θεμιτό τρόπο ευχαρίστησης. Θέλοντας να υπογραμμίσει την επικινδυνότητα του παθητικού καπνίσματος, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.), σε μια προσπάθεια αφύπνισης του κόσμου, επέλεξε αυτό ως κεντρικό θέμα της «Παγκόσμιας Ημέρας κατά του Καπνίσματος», στις 31 Μαΐου του 2014, τονίζοντας πως παγκοσμίως αποτελεί την τρίτη σε κατάταξη αιτία θνησιμότητας. [4]

## 1.2 Κάπνισμα και ψυχική υγεία

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ο καπνός κρατά τα ηνία στη λίστα με τις αιτίες θανάτου που μπορούν να αποφευχθούν, προκαλώντας περίπου 5 εκατομμύρια θανάτους με τους ερευνητές να πιστεύουν πως αυτός ο αριθμός θα αυξηθεί μέσα στα επόμενα χρόνια. Όπως έχει ήδη αναφερθεί οι συχνότερες ασθένειες που προκαλούνται λόγω του καπνίσματος είναι η ανάπτυξη διαφόρων τύπων καρκίνων, καρδιαγγειακών και αναπνευστικών νοσημάτων, με αποτέλεσμα η παγκόσμια δαπάνη για την υγειονομική περίθαλψη των ασθενών να υπολογίζεται σε κάποια δισεκατομμύρια ευρώ. Αναζητώντας, τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην ψυχική υγεία των ανθρώπων διαπιστώνουμε πως παρότι δεν είναι εύκολο να τις διακρίνουμε υπάρχουν και η αντιμετώπισή τους είναι αρκετά δύσκολη. Οι περισσότεροι από τους καπνιστές δηλώνουν πως θέλουν ή μπορούν να σταματήσουν το κάπνισμα αλλά συνεχίζουν να καπνίζουν αφού πιστεύουν πως το κάπνισμα τους βοηθά να καταπολεμήσουν το άγχος και τα συναισθηματικά τους προβλήματα, να χαλαρώσουν και να ξεφύγουν από τα προβλήματά τους. Η πεποίθηση αυτή εντοπίζεται τόσο σε καπνιστές που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, όσο και από καπνιστές που ανήκουν στον ψυχικά υγιή πληθυσμό. Οι απαντήσεις που δίνουν οι καπνιστές τις περισσότερες φορές δείχνουν τη φάση στην οποία βρίσκεται ο καπνιστής και μπορούμε βασιζόμενοι σε αυτές να αποφανθούμε για το εάν βρίσκονται σε προσπάθεια να το κόψουν ή όχι και εάν η προσπάθειά τους αυτή θα είναι επιτυχής ή όχι. [5]

Αν και υπάρχει έντονα η αίσθηση από τη πλευρά των καπνιστών πως το κάπνισμα αποτελεί μια συνήθεια που τους ωφελεί, εντούτοις στην πραγματικότητα έχει αρνητικά αποτελέσματα για την ψυχική υγεία, οδηγώντας όσους ταλαιπωρούνται από ψυχικές διαταραχές, να εξαρτώνται όλο και περισσότερο από αυτή τη βλαβερή συνήθεια. [6, 7] Αυτό συμβαίνει καθώς το κάπνισμα και η κακή ψυχική υγεία έχουν κοινές αιτίες εκδήλωσης, καθώς τα άτομα με κακή ψυχική υγεία καπνίζουν για να νιώσουν την ευχαρίστηση που τους προσφέρει το τσιγάρο ως μέτρο ενάντια στη χαμηλή τους διάθεση. [8] Ακόμη το κάπνισμα είναι πιθανό να επιδεινώσει τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα ψυχικής υγείας ή και να προκαλέσει νέα αν και οι καπνιστές με ή χωρίς ψυχικές διαταραχές πιστεύουν πως το κάπνισμα ωφελεί την υγεία τους. Όσο

διάστημα οι καπνιστές δεν έχουν κάνει ούτε ένα τσιγάρο, αρχίζουν να αισθάνονται άγχος, συμπτώματα έντονης δυσθυμίας και εμφανή ευερεθιστότητα, συμπτώματα που όμως εξαφανίζονται μόλις ο καπνιστής ξανακάνει τσιγάρο. [9] Με τον τρόπο αυτό δημιουργείται στο καπνιστή το αίσθημα ότι το τσιγάρο του γιατρεύει τα προβλήματα και τον βοηθά να ισορροπεί συναισθηματικά, ενώ στην πραγματικότητα η έναρξη του καπνίσματος είναι αυτή που του προκάλεσε αυτά τα προβλήματα.

Η συσχέτιση του καπνίσματος με τη κατάσταση της ψυχικής υγείας, αποτελεί ένα ζήτημα το οποίο θα πρέπει να τύχει της απαραίτητης προσοχής από πλευράς ειδικών και του ίδιου του καπνιστή. Εάν οι καπνιστές διαμορφώσουν την άποψη πως διακόπτοντας το κάπνισμα θα διαταραχθεί η ψυχική τους ηρεμία, είναι πολύ πιθανό να μην επιθυμούν να μπουν εξ αρχής στη διαδικασία απεξάρτησης και οι υπεύθυνοι στο χώρο της υγείας να μην έχουν τη πρόθεση να εμπλακούν πιστεύοντας πως επιβαρύνουν τη ψυχική υγεία ορισμένων καπνιστών. [10] Από τη άλλη πλευρά υπάρχουν αποδείξεις, σύμφωνα με τις οποίες η διακοπή του καπνίσματος έχει θετική επίδραση στα άτομα με κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, τα άτομα αυτά αποκτούν καλύτερη ποιότητα ψυχικής υγείας συγκριτικά με την εποχή που κάπνιζαν. Η παρατήρηση αυτή ισχύει τόσο για τους κλινικούς πληθυσμούς, εκείνους δηλαδή που έχουν κάποια ψυχική νόσο όσο και για άτομα που προέρχονται από τον υγιή πληθυσμό και μπορεί απλά να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη ζωή τους, οι οποίες τους προκαλούν άγχος και σύγχυση. [5]

### **1.3 Εξάρτηση και κάπνισμα**

Η εξάρτηση στο κάπνισμα προκαλείται κυρίως από τη νικοτίνη και είναι ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα της κοινωνίας την εποχή που διανύουμε. Το όνομα της νικοτίνης προέρχεται από τον πρεσβευτή της Γαλλίας στην Πορτογαλία, Jean Nicot και υπάρχει μεγάλη περιεκτικότητα αυτής στα φύλλα του καπνού. Οι χημικοί Posselt και Reimann ήταν εκείνοι που κατάφεραν για πρώτη φορά να απομονώσουν την ουσία της νικοτίνης από τα φύλλα του καπνού το 1828 μ.Χ., η οποία και θεωρήθηκε πως ήταν δηλητήριο και έτυχε μετέπειτα τέτοιας αντιμετώπισης χρησιμοποιούμενη στην παρασκευή εντομοκτόνων. [11]

Ο εθισμός που προκαλείται από τη νικοτίνη είναι υπεύθυνος για την αδυναμία διακοπής του καπνίσματος στους περισσότερους καπνιστές [12]. Έπειτα από χρόνια μετά τη διάδοση του καπνίσματος, το 1988, η νικοτίνη αναγνωρίστηκε ως ναρκωτική ουσία που έχει την ικανότητα να προκαλέσει εθισμό στο κάπνισμα παρόμοιο με αυτόν που προκαλούν η ηρωίνη και η κοκαΐνη. [13] Υπάρχουν δύο συγκεκριμένες διαταραχές που μαρτυρούν την ύπαρξη εθισμού στη νικοτίνη και δεν είναι άλλες από την εξάρτηση και τη στέρηση. Η εξάρτηση ως έννοια έχει οριστεί από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία στο DSM-IV

όμως η εξάρτηση από τη νικοτίνη έχει αντικατασταθεί από την έννοια Διαταραχή χρήσης καπνού στην πέμπτη έκδοση του DSM. Σύμφωνα με το DSM-IV η εξάρτηση είναι η σωματική ή/και ψυχική ανάγκη του χρήστη να λάβει μια συγκεκριμένη ουσία ανά τακτά χρονικά διαστήματα, προκειμένου να επωφεληθεί από τη δράση της ουσίας με σκοπό να αποφύγει τη δυσφορία που προκαλεί η στέρησή της. Υπάρχουν ορισμένα κριτήρια που φανερώνουν την ύπαρξη εξάρτησης και για να διαγνωσθεί σε ένα άτομο θα πρέπει αυτό να παρουσιάζει τουλάχιστον 3 από αυτά. [14]

Η νικοτίνη μπορεί να προκαλέσει σύνδρομο εξάρτησης στον καπνιστή ο οποίος σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2011) εμφανίζει ένα σύνολο εκδηλώσεων στη συμπεριφορά του αλλά και σε νοητικό επίπεδο, που προκαλούνται έπειτα από τη χρήση κατ' επανάληψη μιας συγκεκριμένης ουσίας. Ορισμένες από τις εκδηλώσεις αυτές είναι η έντονη επιθυμία που έχει ο καπνιστής να λάβει την ουσία αυτή αφηφώντας τις αρνητικές συνέπειες που του προκαλεί, ενώ παράλληλα δυσκολεύεται να ελέγξει τη χρήση που κάνει παρά το ότι έχει αποδειχθεί πως μπορεί να του προκαλέσει σοβαρά προβλήματα υγείας. Πολλές φορές μάλιστα, προκειμένου να κάνει χρήση της ουσίας βάζει σε δεύτερη μοίρα άλλες δραστηριότητες που πρέπει να ολοκληρώσει. [15] Όταν ένα άτομο εμφανίζει συμπτώματα εξάρτησης από μια ουσία τότε ο οργανισμός του σημαίνει πως έχει συνηθίσει να εκτελεί όλες τις φυσιολογικές λειτουργίες του παρουσία της ουσίας εκείνης και πως δεν μπορεί να τις ολοκληρώσει σε περίπτωση απουσίας της. Η διαταραχή αυτή μπορεί να είναι είτε ξεκάθαρα ψυχολογική είτε και σωματική. [12]

Εκτός όμως από τα ψυχολογικές συνέπειες, τα συμπτώματα της εξάρτησης μπορεί να είναι και σωματικά όπως για παράδειγμα ανοχή και απόσυρση. Η ανοχή και η απόσυρση (ή στερητικό σύνδρομο) σε έναν καπνιστή προσδιορίζουν τα επίπεδα εξάρτησής του από τη νικοτίνη. Η ανοχή σχετίζεται με το ότι η ποσότητα νικοτίνης που προσλαμβάνει πλέον ο χρήστης δεν του αρκεί και χρειάζεται μεγαλύτερες ποσότητες ώστε να έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Το στερητικό σύνδρομο συνδέεται με την εκδήλωση συμπτωμάτων σε ψυχολογικό αλλά και σωματικό επίπεδο, αφού ο χρήστης αναγκάζεται να μειώσει τις ποσότητες της νικοτίνης ή και να διακόψει εντελώς το κάπνισμα. [16]

Η επαναλαμβανόμενη χρήση καπνού λοιπόν, οδηγεί σε στερητική διαταραχή που μπορεί να εντοπιστεί σε έναν στους δύο καπνιστές. Η διαταραχή οδηγεί σε συμπτώματα στέρησης που εμφανίζονται μέσα στο πρώτο 24ωρο από τη στιγμή που θα γίνει μείωση ή διακοπή του καπνίσματος, κατά κύριο λόγο εξαιτίας των μειωμένων επιπέδων νικοτίνης στο αίμα. Τα συμπτώματα αυτά είναι πιο αισθητά τις αμέσως επόμενες 2-3 μέρες που ακολουθούν μετά την αλλαγή στη χρήση της νικοτίνης και μπορεί να διαρκέσουν κάποιες εβδομάδες ή και αρκετούς μήνες. Η στερητική διαταραχή σε ένα μεγάλο ποσοστό αφορά και

άτομα που δεν είναι συστηματικοί καπνιστές όπως επίσης και άτομα που έχουν μόλις ξεκινήσει το κάπνισμα [17].

Όταν η νικοτίνη εισέλθει στον οργανισμό τότε μεταφέρεται μέσω του αίματος ταχύτατα στον εγκέφαλο, τον οποίο και επηρεάζει σε ότι αφορά τη δομή και τη λειτουργία. Μπορεί να προκαλέσει στο άτομο θετικά συναισθήματα όπως χαλάρωση ή διέγερση, αυξημένη αυτοσυγκέντρωση αλλά και αρνητικά όπως ανησυχία, άγχος, εκνευρισμό και νευρικότητα. Τα θετικά συναισθήματα όμως δεν διαρκούν για πολύ καθώς η νικοτίνη μεταβολίζεται γρήγορα και πέφτουν τα επίπεδά της στον οργανισμό. Καπνίζοντας ένα ακόμη τσιγάρο, η στέρηση που νιώθει ο καπνιστής καλύπτεται και πάλι για ένα μικρό χρονικό διάστημα και η διαδικασία αυτή επαναλαμβάνεται αρκετές φορές κατά τη διάρκεια της μέρας αφού ο καπνιστής νιώθει έντονη τη στέρηση κατά διαστήματα. Το μέγεθος της εξάρτησης διαφέρει από καπνιστή σε καπνιστή, ενώ έχει παρατηρηθεί σε έρευνες πως οι πιο εξαρτημένοι είναι εκείνοι που θα καπνίσουν το πρώτο τους τσιγάρο από τη στιγμή που θα ξυπνήσουν. [17, 19]

Τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά που συμβάλλουν στη διατήρηση της εξάρτησης ενός καπνιστή από τη νικοτίνη είναι ο γρήγορος ρυθμός με τον οποίο γίνεται η απορρόφησή της από τον οργανισμό καθώς και οι μεγάλες ποσότητες που καταλήγουν μέσω του αίματος στον εγκέφαλο [15]. Παρά τα χαρακτηριστικά αυτά, έρευνες έχουν δείξει πως ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά δύνανται να προβλέψουν την εξάρτηση ενός ατόμου από τη νικοτίνη. Οι παράγοντες αυτοί είναι η φυλή, το φύλο, το χαμηλό οικονομικό και εκπαιδευτικό επίπεδο, η χρήση και άλλων ουσιών, το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και τον γονέων μετά τη γέννηση του παιδιού κλπ. [20].

Εκτός από τα δημογραφικά στοιχεία των ατόμων που μπορεί να προβλέψουν την εξάρτηση, υπάρχουν και περιβαλλοντικοί παράγοντες που ωθούν το άτομο στο να συνεχίζει το κάπνισμα. Οι παράγοντες αυτοί συνδέονται με καταστάσεις της καθημερινότητας όπως η κατανάλωση ενός καφέ, ποτού ή γεύματος, με τη γεύση ή την αίσθηση στο λαιμό αλλά και με τη συναναστροφή με άλλους καπνιστές, τη θέα ενός αναπτήρα ή ενός σταχτοδοχείου και την εκδήλωση αρνητικών συναισθημάτων. Αυτό είναι αποτέλεσμα της σύνδεσης από την πλευρά του καπνιστή του καπνίσματος με δραστηριότητες της καθημερινότητάς τους [16].

### ***1.3.1 Εξάρτηση στους ψυχικά ασθενείς***

Οι ψυχιατρικά ασθενείς είναι μια ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα στην οποία εμφανίζεται αυξημένος ο κίνδυνος επιπολασμού του καπνίσματος αφού από έρευνες έχει διαπιστωθεί πως η επίπτωση είναι τριπλάσια συγκριτικά με εκείνη του γενικού πληθυσμού. [21] Ένας από τους λόγους για τον οποίο η

εξάρτηση από το κάπνισμα στην ομάδα αυτή είναι μεγαλύτερη μπορεί να είναι η επίδραση που έχει η νικοτίνη στον οργανισμό τους, αφού επιδρά ευεργετικά σε ότι αφορά τη διάθεσή τους και τη νοητική τους λειτουργία. [22] Η πιθανότητα μεγαλύτερης εξάρτησης στους ψυχιατρικά ασθενείς μπορεί να οφείλεται και στις ανωμαλίες που εμφανίζουν στο ντοπαμινεργικό τους σύστημα, εξαιτίας των οποίων την ώρα του καπνίσματος νιώθουν πολύ πιο έντονη ευχαρίστηση και ανταμοιβή. [23]

Η ψυχική ασθένεια αποτελεί παράγοντα έναρξης του καπνίσματος αν και η σύνδεση της εξάρτησης από τη νικοτίνη και της ύπαρξης ψυχικής ασθένειας δεν έχει επιβεβαιωθεί, παρόλα αυτά υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ τους και έπειτα από έρευνες έχει διαπιστωθεί πως όσοι είναι εξαρτημένοι από τη νικοτίνη είναι 3 έως και 8 φορές πιθανότερο να πάσχουν από κάποιας μορφής ψυχική ασθένεια όπως καταθλιπτική, αγχώδη ή διπολική διαταραχή σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, τους πρώην καπνιστές ή τους καπνιστές που δεν είναι εξαρτημένοι σε μεγάλο βαθμό. [24]

Το κάπνισμα εκτός από τις συνέπειες που μπορεί να έχει στη σωματική και ψυχική υγεία, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά και την οικονομική κατάσταση των καπνιστών οι οποίοι λόγω της εξάρτησής τους καταφεύγουν συνεχώς στην αγορά τσιγάρων. Το πρόβλημα αυτό είναι ακόμη πιο έντονο στους ψυχικά ασθενείς εφόσον έχουν περιορισμένο εισόδημα εξαιτίας της ασθένειάς τους που τους αποτρέπει από το να εργασθούν όπως ο υπόλοιπος πληθυσμός. Για την ικανοποίηση λοιπόν αυτής της εξάρτησης, υπάρχει πιθανότητα να διαθέσουν ένα σημαντικό μέρος των χρημάτων τους για την αγορά τσιγάρων παρά για την αγορά άλλων βασικών αγαθών που καλύπτουν βιοτικές ανάγκες, όπως το φαγητό [25]. Σε έρευνα που διεξήχθη από τον Steinberg (2004) με δείγμα του 78 ψυχικά ασθενείς που έπασχαν από σχιζοφρένεια ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή διαπιστώθηκε πως το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών λάμβανε ανά τακτά διαστήματα κρατικό επίδομα λόγω της αναπηρίας του και το ποσοστό από το επίδομα αυτό που διέθεταν σε τσιγάρα άγγιζε κατά μέσο όρο το 27%. [26]

#### **1.4 Επιπολασμός καπνίσματος: διεθνή και ελληνικά δεδομένα**

Το κάπνισμα, όπως υποστηρίζει και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, είναι μια από τις πρώτες αιτίες θανάτου παγκοσμίως και υπολογίζεται πως εκατομμύρια άνθρωποι χάνουν τη ζωή τους κάθε χρόνο εξαιτίας αυτού, καθώς έχει συνδεθεί με την εμφάνιση παθήσεων του αναπνευστικού και του κυκλοφορικού και τη θνησιμότητα από αυτές. [13] Τα ποσοστά και η εξάπλωση του καπνίσματος επηρεάζονται σημαντικά από παράγοντες όπως είναι το φύλο και ο τόπος κατοικίας. Αναφορικά με το γυναικείο φύλο και σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, διαπιστώθηκε πως το Nauru, η Αυστρία και το Kiribati είναι οι τρεις πρώτες χώρες με το μεγαλύτερο επιπολασμό του

καπνίσματος των γυναικών ηλικίας 15 ετών και άνω. Αντιθέτως, οι χώρες με τα μικρότερα ποσοστά γυναικών που καπνίζουν είναι η Κένυα, η Σαουδική Αραβία και κυρίως αφρικανικές και ασιατικές χώρες. [7]

Τα στοιχεία που σχετίζονται με το κάπνισμα στους άντρες δείχνουν πως οι χώρες που βρίσκονται στις πρώτες θέσεις με τα μεγαλύτερα ποσοστά καπνιστών είναι το Kiribati, η Ελλάδα και η Ινδονησία. Συγκεκριμένα για την Ευρώπη όπως φαίνεται και από παραπάνω, η χώρα με το μεγαλύτερο ποσοστό ανδρών καπνιστών είναι η Ελλάδα. Από την άλλη, τα μικρότερα ποσοστά παγκοσμίως στους άνδρες καπνιστές εμφανίζονται στη Νιγηρία, την Ερυθραία και το Κογκό ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για την Ευρώπη εντοπίζονται στο Ηνωμένο Βασίλειο, την Ισλανδία και τη Φινλανδία. [27]

Σύμφωνα με στοιχεία του Special Eurobarometer 458 για τις χώρες της Ευρώπης και για το διάστημα Μάρτιος 2017, το 53% των ευρωπαίων δηλώνει πως δεν έχει καπνίσει ποτέ, το 26% είναι ενεργοί καπνιστές ενώ το ένα πέμπτο (20%) του πληθυσμού είναι πρώην καπνιστές που πλέον έχουν διακόψει. Τα μεγαλύτερα ποσοστά καπνιστών εντοπίζονται στην Ελλάδα (37%), τη Βουλγαρία (36%) και τη Γαλλία (36%). Τα χαμηλότερα ποσοστά εντοπίζονται στη Σουηδία (7%), το Ηνωμένο Βασίλειο (17%) και στην Ολλανδία (19%). Από την ίδια πηγή δεδομένων, φαίνεται πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ενεργών καπνιστών χρησιμοποιεί τυποποιημένα τσιγάρα και πιο συγκεκριμένα, το 79% των καπνιστών, το 29% καπνίζει χειροποίητα τσιγάρα, το 2% πούρα και το 1% πίπα. [28]

Αναφορικά με το πλήθος των τσιγάρων που καπνίζουν οι ενεργοί καπνιστές ανά ημέρα, ο μέσος αριθμός τσιγάρων που καπνίζουν είναι 14,1 ανά ημέρα. Το 43% καπνίζει 10 ή λιγότερα τσιγάρα τη μέρα ενώ το 55% καπνίζει περισσότερα από 10. Οι υψηλότεροι ημερήσιοι μέσοι όροι παρατηρούνται στην Κύπρο (18,9), την Αυστρία (18,4) και την Κροατία (17,9), ενώ τα λιγότερα τσιγάρα καταναλώνονται στη Σουηδία (10,4), τη Λετονία (11,5) και την Ισπανία (11,7). [28]

Η Ελλάδα, όπως διαπιστώνεται είναι μια από τις χώρες με τα μεγαλύτερα ποσοστά καπνιστών τόσο στην Ευρώπη όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο [27]. Τα ποσοστά αυτά καθιστούν το κάπνισμα παρόμοιο με την εξάπλωση μιας επιδημίας επηρεάζοντας άμεσα τον οικονομικό και τον τομέα υπηρεσιών υγείας της χώρας [29]. Παράγοντες όπως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων και η περιοχή έρευνας επηρεάζουν τον επιπολασμό. Για παράδειγμα, στα μεγάλα αστικά κέντρα όπως η Αθήνα είναι πιο έντονο το φαινόμενο σε σχέση με τις λιγότερο αστικές περιοχές και μάλιστα σχετίζεται και με το φύλο [30]. Άλλος ένας παράγοντας που επηρεάζει τα ποσοστά είναι η εκπαίδευση και το εισόδημα, με τα μεγαλύτερα ποσοστά να εμφανίζονται σε άτομα από τα υψηλότερα στρώματα [29].

Αξίζει να αναφερθεί πως το πρόβλημα του καπνίσματος στην Ελλάδα είναι πολύ έντονο μεταξύ των εφήβων και αυτό οφείλεται κυρίως στον έλεγχο που αντιλαμβάνονται πως τους ασκείται, στους κοινωνικούς κανόνες, τη στάση και τη συμπεριφορά τους αλλά και στην αυτοπεποίθηση που έχουν σχετικά με τις ικανότητές τους [12]. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας τα ποσοστά καπνίσματος για αγόρια και κορίτσια ηλικίας 13-15 ετών είναι 17,1% και 14,4% αντίστοιχα [27].

Σχετικά με τα αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη μετά την εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου το 2010, διαπιστώθηκε πως υπήρξε πτώση στον επιπολασμό του καπνίσματος σε σχέση με το 2006 κυρίως στους νέους ενήλικες και σε ότι αφορά τον αριθμό των τσιγάρων στα άτομα όλων των ηλικιών. Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό επιπολασμού για άνδρες και γυναίκες ήταν 45% και 38% αντίστοιχα, ενώ το μεγαλύτερο αριθμό τσιγάρων ανά ημέρα προέκυψε πως καπνίζουν οι άνδρες. Ενώ το φύλο διαπιστώθηκε πως παίζει σημαντικό ρόλο ως παράγοντας, η κοινωνική και οικονομική κατάσταση των ερωτηθέντων δεν φάνηκε να επηρεάζει ιδιαίτερα τα αποτελέσματα. [31]

Σε ότι αφορά τον τύπο του καπνού που προτιμούν οι Έλληνες καπνιστές, διαπιστώθηκε πως το μεγαλύτερο ποσοστό προτιμά τα τυποποιημένα τσιγάρα με συχνότητα 9 στους 10 ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό προτιμά τα χειροποίητα (στριφτά) τσιγάρα. Σε μικρότερη συχνότητα και όχι σε μόνιμη βάση προτιμούν το πούρο ή την πίπα με ποσοστό 8% και 1% ή λιγότερο. Εξετάζοντας ποιο μέρος του ελληνικού πληθυσμού είναι πρώην καπνιστές διαπιστώνεται πως μόλις το 14% έχει καταφέρει να διακόψει επιτυχώς το κάπνισμα ενώ το 17% έχει απλώς προσπαθήσει. Σχετικά με τη θεραπευτική χρήση υποκατάστατου νικοτίνης βρέθηκε πως το ποσοστό που τη λαμβάνει είναι πολύ μικρό. [28]

### **1.5 Επιδημιολογία καπνίσματος στους ψυχικά ασθενείς**

Η εξάπλωση του φαινομένου του καπνίσματος και η διάδοση του είναι μεγαλύτερη σε πληθυσμούς με ψυχικές ασθένειες συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό [32]. Αναφορικά με τα αποτελέσματα της έκθεσης που δημοσιεύτηκε από το Royal College of Physicians (RCP) και το Royal College of Psychiatrists (RCPsych), διαπιστώθηκε πως στα άτομα με ψυχικές διαταραχές δεν δίνεται ιδιαίτερη σημασία στις καπνισματικές συνήθειες τους κατά την εφαρμογή της παρέμβασης για τη θεραπεία της ψυχικής τους νόσου. Από στοιχεία της ίδιας έκθεσης προέκυψε πως οι ψυχιατρικές διαταραχές είναι συχνό φαινόμενο στο Ηνωμένο Βασίλειο και πάνω από 3 εκ. καπνιστών εμφανίζει κάποια από αυτές. Συγκρίνοντας το γενικό πληθυσμό και εκείνο των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές διαπιστώνεται πως οι καπνιστές που ανήκουν στη δεύτερη πληθυσμιακή ομάδα είναι διπλάσιοι αναλογικά με εκείνους του γενικού

πληθυσμού. Μάλιστα, το πλήθος των καπνιστών αυξάνεται σε περίπτωση που το άτομο πάσχει από αριθμός των τσιγάρων που καπνίζουν ανά ημέρα καθώς εμφανίζουν μεγαλύτερη εξάρτηση από τη νικοτίνη και συνεπώς είναι δυσκολότερο να διακόψουν και το κάπνισμα. [7]

Είναι σημαντική η διερεύνηση του επιπολασμού στους ψυχικά ασθενείς καθώς πολλές φορές είναι πιθανή η αλλαγή των συνηθειών τους σχετικά με το κάπνισμα κατά την περίοδο νοσηλείας τους και αυτό μπορεί να έχει συνέπειες στην εκδήλωση της νόσου και κατ' επέκταση στη φαρμακευτική αγωγή που θα πρέπει να ακολουθήσουν. Επιπλέον, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που οι νοσηλευτές των ιδρυμάτων για τους ψυχικά ασθενείς χρησιμοποιούν τα τσιγάρα προκειμένου να πείσουν τους ασθενείς να συμμορφωθούν με τους κανόνες [33].

Ο μεγάλος επιπολασμός του καπνίσματος στους ψυχικά ασθενείς επιφέρει και υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας ή θνησιμότητας, επηρεάζοντας παράλληλα την ποιότητα ζωής τους. Το 1/3 των τσιγάρων που καταναλώνονται στην Αμερική είναι από ψυχικά πάσχοντες [34]. Από στοιχεία σχετικά με τη θνησιμότητα στις ΗΠΑ έχει διαπιστωθεί πως περίπου οι μισοί πρώιμοι θάνατοι αφορούν τους ψυχικά ασθενείς καπνιστές. Ο επιπολασμός των ψυχικά πασχόντων που καπνίζουν είναι 42-78% [35]. Στις διαταραχές της διάθεσης και στις αγχώδεις διαταραχές παρατηρείται μεγάλος επιπολασμός καπνίσματος σε ασθενείς με κατάθλιψη αλλά και μεγάλη θέληση διακοπής του σε σοβαρές καταθλίψεις [36, 37].

Τα αυξημένα ποσοστά καπνίσματος στους ψυχικά νοσούντες οφείλονται και στις διαφημιστικές εταιρείες που χρησιμοποιούν τη συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα ως στόχο δεδομένου πως είναι ευάλωτη και μπορούν να εκμεταλλευτούν ευκολότερα τις ψυχικές και κοινωνικές τους ανάγκες. Οι μεγάλες καπνοβιομηχανίες μέσω του στοχευμένου μάρκετινγκ προσπαθούν να δημιουργήσουν εθισμό από τη νικοτίνη σε ιδιαίτερες κοινωνικές ομάδες όπως οι ψυχικά ασθενείς και οι άστεγοι. Χαρακτηριστικό είναι πως πολλές από αυτές παρείχαν δωρεάν τσιγάρα στις σε αυτές τις ομάδες [38].

Αποτελεί γεγονός πως όλοι οι καπνιστές διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αρρωστήσουν ή να πεθάνουν λόγω του καπνίσματος, όμως στην περίπτωση των ψυχικά ασθενών καπνιστών ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος λόγω της πολυπλοκότητας της αλληλεπίδρασης καπνίσματος και ψυχιατρικών διαταραχών [39]. Αναφορικά με τη νοσηρότητα, η ομάδα αυτή εμφανίζει πολλές αναπηρίες που πηγάζουν από το κάπνισμα. Οι ψυχικά ασθενείς που πάσχουν από νόσους που η εμφάνισή τους και επιδείνωσή τους έχει συνδεθεί με το κάπνισμα, όπως για παράδειγμα καρδιαγγειακές παθήσεις, προκύπτει πως ζουν κατά μέσο όρο λιγότερο από τον ανάλογο γενικό πληθυσμό [40]. Εξαιτίας του καπνίσματος εμφανίζουν μεγάλη συννοσηρότητα ειδικά με καρδιαγγειακά και αναπνευστικά νοσήματα όπως λοιμώξεις, Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και καρκίνο πνευμόνων [41].

Όπως διαπιστώθηκε από έρευνα σχετικά με τη σύνδεση του επιπολασμού του καπνίσματος και το είδος της ψυχιατρικής νόσου, η διπολική διαταραχή και η ψύχωση είναι οι ασθένειες εκείνες που τα επίπεδα διαβίου επιπολασμού είναι πολύ υψηλά. [42] Συνεπώς η νόσος παίζει σημαντικό ρόλο στον επιπολασμό. Σε άλλη έρευνα τα συμπεράσματα της οποίας προέκυψαν έπειτα από μετα-ανάλυση 42 μεμονωμένων μελετών διαπιστώθηκε πως τα άτομα με σχιζοφρένεια είχαν πιθανότητες να καπνίζουν 5,3 φορές υψηλότερα από τον γενικό πληθυσμό [43].

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη από το Αυστραλιανό Γραφείο Στατιστικής το 2007 διαπιστώθηκε πως από τους ενήλικες με ψυχική ασθένεια που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 1.156.600 ήταν ενεργοί καπνιστές δηλαδή το ποσοστό καπνίσματος ήταν 36,2%, σχεδόν διπλάσιο του επιπολασμού του καπνίσματος (ποσοστό 18,8%) στους ενήλικες χωρίς ψυχικές ασθένειες. Συνολικά, 3.566.800 ενήλικες ήταν ενεργοί καπνιστές το 2007 και τα άτομα με ψυχικές ασθένειες αντιπροσώπευαν το 32,4% των ενεργών καπνιστών. Αντίθετα, μόνο το 15,6% των ανθρώπων που δεν είχαν καπνίσει ποτέ δεν είχαν κάποια ψυχική ασθένεια τους 12 μήνες πριν από την έρευνα. [44]

Αναφορικά με παρόμοια έρευνα που διεξήχθη στις Ηνωμένες Πολιτείες σε ψυχικά ασθενείς οι οποίοι δεν νοσηλεύονταν σε κάποιο ίδρυμα, το 40,1% ήταν ενεργοί καπνιστές και το ποσοστό αυτό ήταν σχεδόν διπλάσιο από εκείνου του επιπολασμού του καπνίσματος σε ενήλικες χωρίς ψυχική ασθένεια (ποσοστό 21,3%). Τα άτομα με ψυχικές ασθένειες αντιπροσώπευαν το 31,7% των ενεργών καπνιστών. Αντιθέτως, μόνο το 15,1% των ανθρώπων που δεν είχαν καπνίσει ποτέ εμφάνιζαν κάποια ψυχική ασθένεια πριν και κατά τη διάρκεια της έρευνας. [45]

## **1.6 Συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία των ψυχικά ασθενών**

Η χρονιά που διαπιστώθηκε πως το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα καθώς και άλλα προβλήματα υγείας όταν εισπνέεται μέσω των τσιγάρων ήταν το 1964. [13]

Οι περισσότερες θεραπείες για τη διακοπή του καπνίσματος είναι αποτελεσματικές και το κόστος τους είναι σχετικά χαμηλό ώστε οι περισσότεροι να έχουν τη δυνατότητα να ανταποκριθούν, ενώ αν κάποιος αποφασίσει τη διακοπή του καπνίσματος στη μέση ηλικία, είναι πιθανό να αποφύγει τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος. [46]

Το κάπνισμα σχετίζεται με σοβαρά επεισόδια κατάθλιψης, επανεισαγωγών σε ψυχιατρικές κλινικές και αυξημένη αυτοκτονικότητα [47, 48]. Επίσης ενοχοποιείται ότι επάγει το μεταβολισμό συγκεκριμένων

ψυχιατρικών αγωγών με αποτέλεσμα τη χρήση αυξημένων δόσεων από τον ψυχίατρο προς επίτευξη θεραπευτικού αποτελέσματος [49].

## **1.7 Κινητοποίηση για διακοπή του καπνίσματος**

Ο βασικότερος παράγοντας για να ξεκινήσει ένας καπνιστής τη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος είναι η κινητοποίησή του. Το βήμα αυτό είναι από τα πιο σημαντικά και για τους επαγγελματίες υγείας που παρεμβαίνουν για τη διακοπή. Η κινητοποίηση θα πρέπει με κάποιο τρόπο να υπολογιστεί ώστε να διαμορφωθεί κατάλληλα η συνέντευξη του θεραπευτή προς τον καπνιστή ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του, ώστε να είναι όσο πιο αποτελεσματική γίνεται η προσέγγισή του [50]. Τα χαρακτηριστικά των καπνιστών που λαμβάνονται υπόψη είναι οι διατροφικές τους συνήθειες, η κατανάλωση αλκοόλ, η φυσική δραστηριότητα, η αντίληψη της υγείας, η ποιότητα ζωής τους και η φροντίδα προς τον εαυτό τους. Η κακή κατάσταση όλων αυτών των χαρακτηριστικών συνδέεται με τις αυξημένες πιθανότητες νοσηρότητας και θνησιμότητας. [51]

Για την έναρξη της διαδικασίας διακοπής του καπνίσματος απαιτούνται συγκεκριμένα βήματα. Αρχικά θα πρέπει να γίνει αξιολόγηση του καπνιστή από έναν επαγγελματία υγείας ώστε να διαπιστωθεί ο βαθμός εξάρτησης, έπειτα επέρχεται η κινητοποίηση για την προσπάθεια διακοπής και η στήριξη της προσπάθειας αυτής μέσω παρακολούθησης, φαρμακευτικής αγωγής και συμβουλευτικής. Η επιτυχής εφαρμογή του προγράμματος που οδηγεί σε διακοπή του καπνίσματος εξαρτάται από ένα πλήθος παραγόντων όπως είναι το επίπεδο εξάρτησης από τη νικοτίνη, η θέληση και ο σκοπός του καπνιστή καθώς και η υποστήριξη από το περιβάλλον που αλληλοεπιδρά ο καπνιστής. [12]

Τα εμπόδια στο να δραστηριοποιηθούμε περισσότερο σαν υγειονομικοί προς ενημέρωση αυτών των ασθενών προς μεγαλύτερη κινητοποίηση τους για τη διακοπή του καπνίσματος ποικίλουν. Οι αντικαπνιστικοί νόμοι συνήθως εξαιρούν σωφρονιστικά ιδρύματα, casino και ψυχιατρικά ιδρύματα και όπου δεν το κάνουν η ανεκτικότητα προς τήρηση του νόμου είναι μεγάλη [36]. Το προσωπικό που δουλεύει σε ψυχιατρικές δομές (ιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι κ.α) δεν πιστεύει ότι οι ψυχικά πάσχοντες θέλουν πραγματικά να το διακόψουν και δεν δουλεύουν ποτέ σχεδόν προς αυτή την κατεύθυνση [49]. Τα ποσοστά των ψυχικά πασχόντων που δηλώνουν έτοιμοι να το κόψουν είναι 21-49%, δηλαδή όμοια με αυτά του γενικού πληθυσμού (26-41%). Οι μισοί αναφέρουν ότι έκαναν προσπάθεια διακοπής τον τελευταίο χρόνο ενώ η πλειοψηφία δηλώνει ότι δεν το ευχαριστιέται [35, 37].

## 1.8 Διακοπή του καπνίσματος

Η αυξημένη συχνότητα και εξάπλωση του καπνίσματος τα τελευταία χρόνια έχει οδηγήσει τους αρμόδιους οργανισμούς κάθε χώρας να προβούν σε εκστρατείες ευαισθητοποίησης και κινητοποίησης του πληθυσμού, σχετικά με τις βλαβερές συνέπειες και την ανάγκη διακοπής του καπνίσματος. Ο βαθμός επιτυχίας των εκστρατειών αυτών για τη διακοπή είναι συνάρτηση δύο παραγόντων, της κινητοποίησης του πληθυσμού και του επιπέδου εξάρτησης από τη νικοτίνη [52]. Σύμφωνα με στοιχεία παγκόσμιας κλίμακας έχει διαπιστωθεί πως ένα μεγάλο ποσοστό του 1,1 δισεκατομμυρίου ανθρώπων που κάνουν χρήση προϊόντων καπνού έχει εκδηλώσει την επιθυμία για διακοπή του καπνίσματος [12].



*Εικόνα 1 Διακοπή καπνίσματος (Ανατύπωση από: <https://www.bhthechange.org/resources/smoking-cessation-individuals-serious-mental-illness/>)*

Η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να αποτελέσει μια κίνηση που θα καθορίσει την πορεία και τη ποιότητα ζωής των καπνιστών. Ωστόσο δεν αποτελεί μια εύκολη διαδικασία εξαιτίας της εξάρτησης που προκαλούν οι ουσίες που περιέχει ο καπνός, των επιπτώσεων που έχει στο νευρολογικό σύστημα και του στερεοτικού συνδρόμου που προκαλείται λόγω της διακοπής. [53] Η εξάρτηση από τον καπνό και τη νικοτίνη σε αντίθεση με άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες είναι πολύ πιο άμεσα εμφανής μέσα στο πρώτο μήνα ωστόσο η απεξάρτηση όταν κανείς το αποφασίσει δεν είναι το ίδιο εύκολη γι' αυτό και είναι αναγκαία η ισχυρή θέληση. Βέβαια όταν η απόπειρα διακοπής του καπνίσματος στηρίζεται αποκλειστικά στη θέληση του ατόμου, τα αποτελέσματα δείχνουν πως τα ποσοστά επιτυχούς διακοπής είναι χαμηλά, της τάξης του 3-5%. Όταν όμως οι καπνιστές ζητούν τη βοήθεια ενός ειδικού η προσέγγιση της διακοπής

είναι πολύ πιο αποδοτική η προσπάθειά τους με μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας. Παρόλη τη βοήθεια που θα λάβουν η διατήρηση της αποχής από το κάπνισμα είναι ακόμη πιο δύσκολο εγχείρημα και η πειθαρχία που θα πρέπει να επιδείξουν να είναι πιο έντονη. [46]

### **1.8.1 Διακοπή του καπνίσματος στους ψυχικά ασθενείς**

Έχει καταγραφεί πως όσοι υποφέρουν από κάποια ψυχική ασθένεια, καπνίζουν σε ποσοστά διπλάσια από εκείνους που δεν έχουν κάποια ψυχική διαταραχή. Την ίδια στιγμή φαίνεται πως όσο πιο βαριά είναι η ασθένεια και η κατάσταση του ασθενή, τόσο μεγαλύτερα είναι τα ποσοστά καπνίσματος. Τα άτομα αυτά έχουν μεγαλύτερα ποσοστά εξάρτησης λόγω της νικοτίνης που καταναλώνουν και χρειάζεται να εφαρμόσουν πιο αυστηρή θεραπεία και να τους δοθεί η απαραίτητη στήριξη ώστε να καταφέρουν να πετύχουν το στόχο τους. Μετά τη διακοπή του καπνίσματος, σε ασθενείς με κατάθλιψη και ψυχωσικά επεισόδια, η δοσολογία των φαρμάκων που τους χορηγείται είναι πιθανό να πρέπει να αλλάξει [54]

Πολλά μπορούν να γίνουν στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος σε ψυχικά πάσχοντες. Η διακοπή του καπνίσματος δεν σχετίζεται με την κακή πρόγνωση και ανάρρωση από ψυχικό νόσημα όπως λανθασμένα πιστεύεται. Κατά πρώτον απαιτείται σωστή και επιστημονικά πλήρης ενημέρωση των ασθενών ειδικά αυτών που διατηρούν ευαισθησία. Η συμπεριφορικού τύπου ψυχοθεραπεία και η θεραπεία με αγωγή διακοπής καπνίσματος είναι επίσης σημαντικά [55, 56]. Αρωγός σε αυτή την προσπάθεια μπορεί να είναι το κράτος και το Υπουργείο Υγείας αλλά και η χρήση της νέας τεχνολογίας (με applications σε smart phones και tablets) [57].

Οι ψυχικά ασθενείς καπνιστές υπάρχει η μεγάλη πιθανότητα να θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα όπως θα ήθελε και οποιοδήποτε άτομο χωρίς κάποια ψυχική νόσο. Παρόλα αυτά, οι καπνιστές οι οποίοι είναι ισχυρά εξαρτημένοι από τη νικοτίνη ενδέχεται να θεωρούν πως η προσπάθεια διακοπής θα είναι εξαιρετικά δύσκολη και θα στεφθεί από αποτυχία όποια πιθανή προσπάθεια. Σε πολλές περιπτώσεις ενδέχεται οι προσπάθειες να αποτυγχάνουν λόγω του ότι εμφανίζονται συμπτώματα αποχής από τη νικοτίνη που συχνά τυχαίνει οι ασθενείς να συγχέουν με τα συμπτώματα υποτροπιασμού της ασθένειάς τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να διακόπτεται οποιαδήποτε προσπάθεια στη μέση. Αν τελικά επιτευχθεί η διακοπή του καπνίσματος, ο ψυχικά ασθενής καπνιστής μπορεί να παρατηρήσει πολλά οφέλη σε βάθος χρόνου. [7]

Η διακοπή του καπνίσματος εσκεμμένα πολλές φορές δεν επιδιώκεται από τους θεράποντες ιατρούς στους ψυχικά νοσούντες καθώς το κάπνισμα αποτελεί γι' αυτούς ένα είδος θεραπείας για κάποια συμπτώματα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι γιατροί να διαιωνίζουν την κατάσταση αυτή στους ασθενείς τους [25]. Το

φαινόμενο αυτό ήταν έντονο για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας του ψυχικού κλάδου [40]. Είχε διατυπωθεί μάλιστα η άποψη πως οι υπεύθυνοι γιατροί δεν θα πρέπει να ενθαρρύνουν σε πολύ μεγάλο βαθμό τη διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς με ψυχικά νοσήματα αφού είχε διαπιστωθεί πως η διακοπή του καπνίσματος σε πολλές περιπτώσεις σχετιζόταν με την επιδείνωση των συμπτωμάτων της ψυχικής νόσου [58]. Αντίθετα με ότι πιστεύεται, δεν παρατηρείται κάποια επιδείνωση στην πορεία της ψυχικής υγείας των ασθενών, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις υπάρχουν φανερά σημάδια βελτίωσης. [54]

Έχοντας ως στόχο τη μείωση του ποσοστού των αιφνίδιων θανάτων και των χρόνιων ασθενειών σε άτομα που αντιμετωπίζουν κάποια ψυχική ασθένεια και που οφείλονται στο κάπνισμα, η θεραπεία ενάντια στην απεξάρτηση του ατόμου από τη νικοτίνη θα πρέπει να αποτελέσει άμεση προτεραιότητα στις κλινικές πρακτικές. Έρευνες έχουν δείξει πως άτομα με χρόνια ψυχικά νοσήματα που καπνίζουν έχουν τη δυνατότητα να σταματήσουν αυτή τη συνήθεια μέσα από πρότυπες θεραπείες που έχουν ελάχιστες επιπτώσεις στην έκφραση των συμπτωμάτων της ασθένειάς τους. Βασικό στάδιο στη θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος σε άτομα με χρόνιες ψυχικές ασθένειες είναι η εφαρμογή, υιοθέτηση και εκτίμηση εμπειρικά υποστηριζόμενων θεραπειών καπνίσματος σύμφωνες με τις κατευθυντήριες οδηγίες, ενταγμένων στις κοινοτικές συνθήκες υγειονομικής περίθαλψης. [56]

Τη σημερινή εποχή έχει αποδειχθεί πως η διακοπή του καπνίσματος στους ψυχικά πάσχοντες από σχιζοφρένεια, κατάθλιψη ή διπολική διαταραχή έχει θετικό αντίκτυπο για την ψυχική τους υγεία. Πιο συγκεκριμένα, σε έρευνα που διεξήχθη από την Ιατρική σχολή του Πανεπιστημίου της Ουάσιγκτον διαπιστώθηκε πως παρά το γεγονός ότι ένα μεγάλο ποσοστό ψυχικά νοσούντων είναι διατεθειμένο να διακόψει το κάπνισμα δεν βρίσκει ανταπόκριση, καθώς οι ψυχίατροι που είναι υπεύθυνοι για εκείνους δεν προχωρούν στη συνταγογράφηση για τη χορήγηση φαρμάκων που θα εξυπηρετήσουν το σκοπό αυτό. Χαρακτηριστικό είναι πως το 91% των ψυχιάτρων και το 84% των εργαζομένων σε μονάδες ψυχικής υγείας θεωρεί πως οι ψυχιατρικοί ασθενείς δεν ενδιαφέρονται να διακόψουν το κάπνισμα και αυτό έχει ως συνέπεια να μην κινούν τις απαραίτητες διαδικασίες για την έναρξη της διακοπής. [59]

Η Laura Jean Bierut υποστηρίζει πως τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερες έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα πως η διακοπή του καπνίσματος έχει μεγάλο όφελος για την ψυχική υγεία στους ψυχιατρικά ασθενείς. Η διακοπή του καπνίσματος επιφέρει μείωση των επαναλαμβανόμενων καταθλιπτικών επεισοδίων που μπορεί να έχουν ως συνέπεια την κλινική νοσηλεία των ψυχικά ασθενών. Επιπλέον, μειώνεται και η ποσότητα των φαρμάκων που χρειάζεται να λαμβάνουν. Η διεξαγωγή ενός μεγάλου πλήθους ερευνών πάνω στο συγκεκριμένο θέμα έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη της κατανόησης και στην

εξέλιξη, αφού παλαιότερα οι γιατροί θεωρούσαν πως το κάπνισμα δεν είχε επιπτώσεις στην ψυχική υγεία όμως αυτό έχει πλέον ανατραπεί. [59, 60]

### **1.8.2 Ιατρεία διακοπής καπνίσματος**

Η έρευνα των Singleton και Pope, (2000), έδειξε πως τα οφέλη που μπορεί να αποκομίσει κανείς όταν προσπαθεί να κόψει το κάπνισμα και εμπιστεύεται έναν ειδικό είναι πολλά περισσότερα από εκείνα που έχει κανείς όταν προσπαθεί να κόψει το κάπνισμα μόνος του. Αναγνωρίζοντας τα τεράστια σημασίας πλεονεκτήματα που έχει για τον οργανισμό του ανθρώπου η διακοπή του καπνίσματος πολύ συχνά έχουν δημιουργηθεί καμπάνιες για την ενημέρωση και καθοδήγηση σχετικά με τη θεραπεία και την απεξάρτηση από αυτή τη καταστροφική ουσία. [61] Στις μέρες μας λειτουργούν πάνω από 40 καλά οργανωμένα Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος σε νοσοκομεία όλη της χώρας στα πλαίσια της προσπάθειας που γίνεται τα τελευταία χρόνια ώστε να υπάρξει μεγαλύτερη ενημέρωση και κινητοποίηση σχετικά με τους κινδύνους που διατρέχουν οι καπνιστές και την αναγκαιότητα διακοπής αυτής τους της συνήθειας. Πρωταρχικός στόχος των ιατρείων αυτών είναι να παράσχει την απαραίτητη υποστήριξη στον καπνιστή στη προσπάθειά του αυτή να διακόψει το κάπνισμα, μειώνοντας όσο το δυνατόν περισσότερο το στερεητικό σύνδρομο, όταν αυτό υπάρχει και ταλαιπωρεί έντονα το καπνιστή. Παρόλου που στο μυαλό όλων των καπνιστών υπάρχει η ιδέα πως θα πρέπει να κόψουν το κάπνισμα, εντούτοις λόγω του εθισμού τους στη νικοτίνη, λίγοι είναι εκείνοι που το αποφασίζουν πραγματικά.

Τα στοιχεία δείχνουν πως στο σύνολο των καπνιστών μόνο το 6% καταφέρνει να κόψει το κάπνισμα οριστικά, αλλάζοντας συνήθειες μια για πάντα, το 35% επιχειρεί κάθε χρόνο να απέχει και το 70% των καπνιστών έχουν σκεφτεί έστω και μία φορά το ενδεχόμενο να σταματήσουν το κάπνισμα. [46] Η προσπάθεια απεξάρτησης των καπνιστών από τη νικοτίνη, είναι μια διαδικασία η οποία μπορεί να διαρκέσει αρκετό διάστημα και για το λόγο αυτό οι καπνιστές θα πρέπει να επιδείξουν την ανάλογη επιμονή και υπομονή, ενώ και οι επαγγελματίες υγείας να πρέπει να είναι αρωγοί στην προσπάθειά τους αυτή παρέχοντας τους τις απαραίτητες πληροφορίες και να καθοδηγούν τους καπνιστές καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας τους. [62]

Τα αντικαπνιστικά ιατρεία οργανώθηκαν και ο στόχος τους ήταν πολυδιάστατος. Κύριο μέλημα των επιστημόνων υγείας που πλαισιώνουν τα κέντρα αυτά είναι η αναλυτική ενημέρωση και επεξήγηση των επιβλαβών συνεπειών που έχει στην υγεία τους το κάπνισμα και η αντίστοιχη ενημέρωση για τα οφέλη που έχει στην υγεία, ψυχική και σωματική η διακοπή αυτού. Παράλληλα, το ιατρικό προσωπικό θα πρέπει να φροντίζει για τη κινητοποίηση των καπνιστών, ενισχύοντας τα κίνητρά τους και βοηθώντας τους ώστε

να έχουν νέους στόχους, ενώ είναι υπεύθυνο και για τη χορήγηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής και την φροντίδα ώστε να μην υπάρχει υποτροπή και ξεκινήσουν εκ νέου το κάπνισμα.

Η παρουσία των Ιατρικών Διακοπής Καπνίσματος είναι εξαιρετικά σημαντική καθώς τα ιατρεία υποστηρίζονται από μια ομάδα επιστημόνων που προέρχονται από διαφορετικές ειδικότητες, όπως είναι γιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, διατροφολόγοι και πλήθος άλλων που συμβάλλουν στη σωστή απεξαρτητοποίηση των καπνιστών από τον εθισμό που τους έχει προκαλέσει η νικοτίνη. Μετά από κάθε αποχώρηση του καπνιστή από το ιατρείο είναι απαραίτητο να κανονίζει το επόμενο ραντεβού του έτσι ώστε να σκέφτεται πως έχει μια υποχρέωση κι έτσι στο ξεκίνημα της προσπάθειάς του να είναι πιο αφοσιωμένος στο σκοπό του. [63]

Η λειτουργία των ιατρικών διακοπής καπνίσματος είναι ιδιαίτερος σημαντική για τη πορεία ενός ατόμου που προσπαθεί να κόψει το κάπνισμα, καθώς η βοήθεια που παρέχετε από το ειδικά καταρτισμένο προσωπικό, είναι υψίστης αξίας και υποστηρίζει ουσιαστικά την προσπάθεια του ατόμου να απαλλαγεί οριστικά από την εξάρτηση που του έχει προκαλέσει η πρόσληψη μεγάλων ποσοτήτων νικοτίνης. [46] Συνήθως τα άτομα που επισκέπτονται τα ιατρεία διακοπής καπνίσματος είναι αποφασισμένα πως θέλουν να αλλάξουν και να απαλλαγούν από αυτή τους τη συνήθεια. Πρώτος στόχος σε αυτά τα ιατρεία είναι να αντιληφθεί ο καπνιστής πως τα κίνητρα που τον οδηγούν στο τσιγάρο είναι επισφαλής, χωρίς αυτή τη συνειδητοποίηση είναι πολύ δύσκολο να περιμένουμε θετικά αποτελέσματα. [64] Οι επιστήμονες από τον χώρο της υγείας, τα ΜΜΕ και το φιλικό περιβάλλον μπορεί να ενημερώσει κάθε ενδιαφερόμενο ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία και βαθμό εξάρτησης από το τσιγάρο για τη λειτουργία του ιατρείου και τους στόχους που μπορεί να καταφέρει προσερχόμενος σε αυτό. Το πρώτο βήμα για κάποιον που επισκέπτεται το ιατρείο είναι να απαντήσει στις ερωτήσεις ενός ερωτηματολογίου αναφορικά με την αποφασιστικότητα του ατόμου να διακόψει οριστικά αυτή τη βλαβερή για τον οργανισμό συνήθεια και να εντοπιστεί το επίπεδο εξάρτησής του έχοντας ως εργαλείο τη κλίμακα Fagenstrom. Σε δεύτερο στάδιο ο ενδιαφερόμενος κάνει μια συζήτηση – συνέντευξη με τον υπεύθυνο του προγράμματος, ώστε ο δεύτερος να έχει πλήρη εικόνα του ιατρικού ιστορικού του καπνιστή και να καταγραφούν πιθανά προβλήματα κοινωνικά ή προσωπικά που τον οδήγησαν στο κάπνισμα αλλά και τους λόγους για τους οποίους θέλει να το σταματήσει, για να διαπιστωθεί εάν τα κίνητρά του είναι αρκετά ισχυρά. Από την έναρξη του προγράμματος σε κάθε καπνιστή προσφέρεται τόσο φαρμακευτική όσο και ψυχολογική υποστήριξη προκειμένου να ενισχυθεί η προσπάθειά του με κάθε δυνατό τρόπο. Ο πρώτος μήνας είναι ο πιο κρίσιμος καθώς καθορίζει τη πορεία της θεραπείας του ατόμου και αν αυτό θα τη συνεχίσει ή αν θα τα παρατήσει, ενώ στο πρώτο δίμηνο φαίνεται πως δείχνει σημάδια για το εάν θα καταφέρει να απεξαρτηθεί το άτομο ή όχι. Την ίδια στιγμή, κατά τη διάρκεια της θεραπείας, το υπεύθυνο ιατρικό προσωπικό φροντίζει ώστε να

υπάρχει τακτική τηλεφωνική επικοινωνία με το άτομο ως ένα μέτρο επιβολής ελέγχου και για την έγκαιρη ενημέρωση σχετικά με τυχούσες παρενέργειες που προκλήθηκαν από τη φαρμακευτική αγωγή. [65]

### ***1.8.3 Διακοπή του καπνίσματος στις μονάδες ψυχικής υγείας***

Συνοπτικά μέσω της καινοτόμου έρευνας του Britton (2015) προσδιορίζεται με εύκολο και έγκυρο τρόπο η πρόθεση των ασθενών να συμμετάσχουν στη θεραπεία, συμβάλλοντας στη διαμόρφωση των προοπτικών τόσο των ασθενών όσο και των ιατρών στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Μέσα από αυτή τη μελέτη φαίνεται να συμπεραίνουμε ότι οι ασθενείς με σοβαρές ψυχικές ασθένειες συνεχίζουν να έχουν αυξημένες ανάγκες περίθαλψης, όταν συνηθίζουν να καπνίζουν [66]. Το ενδιαφέρον για διακοπή του καπνίσματος όσων πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια και είναι καπνιστές, δεν διαφέρει υπερβολικά από αυτό των ψυχικά υγιών καπνιστών. Οι επιστήμονες υγείας δηλώνουν πως οι ασθενείς εμφανίζονται περισσότερο πρόθυμοι να ξεκινήσουν τη θεραπεία διακοπής του καπνίσματος όταν έχουν τα απαραίτητα στοιχεία που θα τους δώσουν πλήρη ενημέρωση για τη διαδικασία, με αποτέλεσμα να αυξάνονται τα κίνητρά τους. Ασθενείς που εγκατέλειψαν τη προσπάθεια δήλωσαν πως δεν είχαν την απαραίτητη παρακίνηση για να συνεχίσουν τη προσπάθεια. Παρά την έντονη έμφαση που έχει δοθεί στην επίδραση που έχει το κάπνισμα στη κοινωνία και την ιατρική κοινότητα, και τις δράσεις για τον περιορισμό του προβλήματος, όπως είναι η έναρξη της λειτουργίας των κλινικών στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας της Κοινότητας, τα στοιχεία δείχνουν πως το κάπνισμα συνεχίζει να αποτελεί μεγαλύτερο πρόβλημα για τα άτομα με κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια από εκείνα που αντιμετωπίζουν πιο ελαφρά προβλήματα και είναι σε θέση να επισκέπτονται τα κέντρα διακοπής του καπνίσματος. Έτσι φαίνεται να αποτελεί εξέχουσα ανάγκη να αλλάξουν οι τακτικές των επιστημονικών ομάδων των κέντρων διακοπής καπνίσματος των κοινοτήτων ώστε να συμμετέχουν όσο το δυνατόν περισσότερα άτομα. [67] Πέρα από την εφαρμογή νέων τακτικών βέβαια πρέπει καταλυτικό ρόλο να παίζει και η κατάρτιση του προσωπικού που βρίσκεται στα αντίστοιχα κέντρα ώστε να είναι σε θέση να παρέχουν υπηρεσίες περίθαλψης και συμβουλευτικής όσο το δυνατό υψηλότερης ποιότητας. [59]

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## Κεφάλαιο 2

### 2.1 Σκοπός

Ο επιπολασμός του καπνίσματος σε ασθενείς με ψυχιατρικές παθήσεις είναι υψηλός και έχει αποδοθεί σε διάφορες πιθανές αιτίες όπως η φύση των νοσημάτων, η φαρμακευτική αγωγή και οι παρενέργειές της, το νομοθετικό πλαίσιο και η τήρηση αυτού, η γενική αντίληψη του προσωπικού των υγειονομικών που δουλεύει με ψυχικά πάσχοντες και η στάση αυτών. Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει σκοπό να εξετάσει τα χαρακτηριστικά του καπνίσματος στους ψυχιατρικούς ασθενείς και την κινητοποίηση τους για διακοπή του καπνίσματος σε δομές ψυχικής υγείας της Δ. Μακεδονίας. Επιπλέον ο βαθμός κινητοποίησης θα συγκριθεί με τα χαρακτηριστικά του καπνίσματος (έτη καπνίσματος, βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη, ημερήσιος αριθμός τσιγάρων, προηγούμενη συμβουλευτική παρέμβαση για διακοπή του καπνίσματος, λόγοι διακοπής κλπ.), την παρούσα ψυχιατρική νόσο και την κατάσταση παρακολούθησης του ασθενή (εξωτερικός ή νοσηλευόμενος ασθενής).

### 2.2 Μεθοδολογία έρευνας και πληθυσμός μελέτης

Στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας πραγματοποιήθηκε αυτή η μελέτη. Με την άδεια του Επιστημονικού Συμβουλίου των ιδρυμάτων του Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης και της Διοίκησης και του Επιστημονικού Διευθυντή του Θεραπευτηρίου Ν.Σπινάρης Α.Ε. διανεμήθηκαν τα ερωτηματολόγια. Το διάστημα της έρευνας αφορούσε μεταξύ Αύγουστο – Σεπτέμβριο 2018. Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν διεθνώς αναγνωρισμένα εργαλεία, ώστε να αναγνωριστούν οι εξαρτημένοι καπνιστές. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στους ασθενείς όλων των δομών ψυχικής υγείας της Δ. Μακεδονίας τα οποία ήταν ανώνυμα και περιλάμβαναν κοινωνικοδημογραφικά ερωτήματα καθώς και ερωτήσεις για την καπνιστική τους συνήθεια. Η επιλογή και η διαμόρφωση των ερωτηματολογίων έγινε βάσει της υπάρχουσας βιβλιογραφίας. Πιο συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο (Παράρτημα: Ερωτηματολόγιο) απαρτίζεται από ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων, ένα που συλλέγει πληροφορίες σχετικά με τα ψυχιατρικά νοσήματα, ένα ερωτηματολόγιο σχετικό με τις καπνιστικές συνήθειες, το ερωτηματολόγιο Fagestrom, την κλίμακα Contemplation Ladder, την κλίμακα αποφασιστικότητας και υποστήριξης, ερωτηματολόγιο σχετικά με προηγούμενες προσπάθειες διακοπής και τους λόγους διακοπής καπνίσματος. Στη συνέχεια έγινε καταγραφή, ταξινόμηση, επεξεργασία και στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Το ερωτηματολόγιο Fagerstrom δημιουργήθηκε το 1978 προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες για ένα σύντομο μέτρο αυτοαναφοράς σχετικά με την εξάρτηση από τη νικοτίνη. Απαρτίζεται από 6 ερωτήσεις που βασίζονται σε θεωρητικές έννοιες της εξάρτησης από τη νικοτίνη. Η βαθμολογία που μπορεί να συγκεντρώσει κάποιος συμπληρώνοντάς το κυμαίνεται από 0 έως 10 με τη μεγαλύτερη βαθμολογία να υποδηλώνει και μεγαλύτερη εξάρτηση. Ανάλογα με τη βαθμολογία η εξάρτηση χαρακτηρίζεται ως μεγάλη, μέτρια ή το άτομο χαρακτηρίζεται χωρίς εξάρτηση. Τα αντίστοιχα όρια και για τις τρεις κατηγορίες είναι 7-10, 3-6 και 0-2 αντίστοιχα. [68] Η κλίμακα Contemplation Ladder μετρά την ετοιμότητα των καπνιστών να ξεκινήσουν τη διακοπή του καπνίσματος. Αξιολογεί επίσης στα στάδια κινήτρων ενός ατόμου για αλλαγή και είναι σύντομη στη συμπλήρωση. [69]

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε όλες τις δομές που διαθέτει η πόλη της Κοζάνης (Εξωτερικά Ιατρεία Ψυχιατρικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου, Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου, Ξενώνας Βραχείας Νοσηλείας της Ψυχιατρικής Κλινικής και Ιδιωτικό Θεραπευτήριο «Ν. Σπινάρης» Μακράς Νοσηλείας). Ο πληθυσμός μελέτης είναι δείγμα ευκολίας και τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε περίπου 100 ασθενείς που παρακολουθούνται σε εξωτερική βάση στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία της ψυχιατρικής κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης «Μαμάτσειο – Μποδοσάκειο», 100 ασθενείς που νοσηλεύονται στη Ψυχιατρική Κλινική του ιδίου νοσοκομείου, ο ξενώνας είναι δυναμικότητας 10 κλινών επομένως το δείγμα αποτελείται από τους τρόφιμους της μελετώμενης χρονικής περιόδου και 100 ασθενείς από το ιδιωτικό θεραπευτήριο «Ν. Σπινάρης» μακράς νοσηλείας. Από τα 308 συνολικά ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν, δεν επιστράφηκαν και δεν απαντήθηκαν τα 71 από τα οποία τα 30 που δεν επιστράφηκαν ήταν από την Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης, τα 26 από το Ιδιωτικό Θεραπευτήριο Ν.Σπινάρης, τα 3 από τον Ξενώνα Βραχείας Νοσηλείας της Ψυχιατρικής Κλινικής του Γ. Ν. Κοζάνης και τα 22 από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής του Γ. Ν. Κοζάνης.

## 2.3 Αποτελέσματα

### 2.3.1 Περιγραφική ανάλυση

Πίνακας 1 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα δημογραφικών χαρακτηριστικών

		N	%
Φύλο	Άνδρες	125	52.7%
	Γυναίκες	112	47.3%
Σύνολο		237	100.0%
Ηλικία	18-29	14	5.9%
	30-39	33	13.9%
	40-49	70	29.5%
	>=50	120	50.6%
Σύνολο		237	100.0%
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	83	35.0%
	Άγαμος/η	117	49.4%
	Χήρος/α	15	6.3%
	Διαζευγμένος/η	22	9.3%
Σύνολο		237	100.0%
Ύπαρξη παιδιών	Ναι	108	45.6%
	Όχι	129	54.4%
Σύνολο		237	100.0%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Α'/θμιας	74	31.2%
	Β'/θμιας	122	51.5%
	Γ'/θμιας	41	17.3%
Σύνολο		237	100.0%
Επάγγελμα	Άνεργος	86	36.3%
	Δημόσιος υπάλληλος	28	11.8%
	Ιδιωτικός υπάλληλος	38	16.0%
	Ελεύθ. επαγγελματίας	12	5.1%
	Αγρότης	19	8.0%
	Συνταξιούχος	54	22.8%
Σύνολο		237	100.0%
Βιοτικό επίπεδο	Χαμηλό	94	39.7%
	Μέτριο	130	54.9%
	Υψηλό	13	5.5%
Σύνολο		237	100.0%

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων παρατηρήθηκε πως το δείγμα αποτελούνταν από 125 άνδρες (ποσοστό 52.7%) και 112 γυναίκες (ποσοστό 47.3%). Η πλειοψηφία των 120 ερωτηθέντων αποδίδεται στην ηλικιακή κατηγορία άνω των 50 ετών (ποσοστό 50.6%), ακολουθεί η κατηγορία μεταξύ των 40-49 ετών (ποσοστό 29.5%), των 30-39 ετών (ποσοστό 13.9%) και τέλος, των 18-29 ετών (ποσοστό 5.9%). Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων, το μισό περίπου δείγμα δήλωσε άγαμος/η (ποσοστό 49.4%). Όσο αφορά την ερώτηση «Έχετε παιδιά;» το δείγμα κατανεμήθηκε ανάμεσα στις δύο απαντήσεις με 108 άτομα να δηλώνουν ναι (ποσοστό 45.6%) και 129 όχι (ποσοστό 54.4%). Για το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων παρατηρείται μεγαλύτερη συγκέντρωση στην κατηγορία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ποσοστό 51.5%), ακολουθεί η πρωτοβάθμια (ποσοστό 31.2%) και τέλος, η τριτοβάθμια (ποσοστό 17.3%). Με βάση την επαγγελματική κατάσταση των ερωτηθέντων, η πλειοψηφία δήλωσε άνεργος (ποσοστό 36.3%), ακολούθησαν οι συνταξιούχοι (ποσοστό 22.8%), οι ιδιωτικοί υπάλληλοι (ποσοστό 16%), οι δημόσιοι υπάλληλοι (ποσοστό 11.8%), οι αγρότες (ποσοστό 8%) και οι ελεύθεροι επαγγελματίες (ποσοστό 5.1%). Σύμφωνα με το βιοτικό επίπεδο των ερωτηθέντων η πλειοψηφία δήλωσε μέτριο (ποσοστό 54.9%), μετά ακολούθησαν όσοι δήλωσαν χαμηλό (ποσοστό 39.7%) και τέλος, αυτοί που δήλωσαν υψηλό (ποσοστό 5.5%).

*Πίνακας 2 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα σχετικά με το είδος της ψυχιατρικής νόσου*

		N	%
Ψυχιατρικά νοσήματα	Αγχώδεις διαταραχές	43	18.1%
	Διαταραχές της διάθεσης	56	23.6%
	Ψυχωτικές διαταραχές	131	55.3%
	Ανοϊκά σύνδρομα – Νευροεκφυλιστικές νόσοι	7	3.0%
Σύνολο		237	100.0%

Όσο αφορά τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα παρατηρείται πως 131 άτομα έχουν ψυχωτικές διαταραχές (ποσοστό 55.3%), 56 άτομα έχουν διαταραχές της διάθεσης (ποσοστό 23.6%), 43 άτομα έχουν αγχώδεις διαταραχές (ποσοστό 18.1%) και 7 άτομα έχουν ανοϊκά σύνδρομα – νευροεκφυλιστικές νόσους (ποσοστό 3%).

Πίνακας 3 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα σχετικά με τα έτη διάγνωσης

		N	%
Πόσα έτη πάσχει/διεγνωσθεί με τη νόσο?	<10	67	28.3%
	11-20	74	31.2%
	>20	96	40.5%
Σύνολο		237	100.0%

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα παρατηρείται πως 96 άτομα πάσχουν περισσότερο από 20 έτη (ποσοστό 40.5%), 74 άτομα πάσχουν από 11 μέχρι 20 έτη (ποσοστό 31.2%) και 67 άτομα πάσχουν λιγότερο από 10 έτη (ποσοστό 28.3%).

Πίνακας 4 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα σχετικά με τη νοσηλεία

		N	%
Νοσηλεύετε κάπου την παρούσα στιγμή;	Ναι	149	62.9%
	Όχι	88	37.1%
Σύνολο		237	100.0%

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα παρατηρείται πως η πλειοψηφία των ερωτηθέντων νοσηλεύετε σε κάποιου είδους δομή με ποσοστό 62.9%, ενώ το ποσοστό της τάξεως 37.1% δε νοσηλεύετε κάπου την παρούσα στιγμή.

Πίνακας 5 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα σχετικά με το είδος δομής

		N	%
Εάν ΝΑΙ σε τι είδους δομή;	Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης (ανοιχτού τύπου)	70	29.5%
	Ιδιωτικό Θεραπευτήριο Ν.Σπινάρης (κλειστού τύπου)	74	31.2%
	Ξενώνας Βραχείας Νοσηλείας της Ψυχιατρικής Κλινικής του Γ.Ν.Κοζάνης (ανοιχτού τύπου)	5	2.1%
	Εξωτερικά ιατρεία	88	37.1%
Σύνολο		237	100.0%

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα παρατηρείται πως 75 άτομα νοσηλεύονται σε κλειστού τύπου κλινική και μάλιστα στο Ιδιωτικό Θεραπευτήριο Ν. Σπινάρης (ποσοστό 31.2%), 70 άτομα νοσηλεύονται στην Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης (ποσοστό 29.5%) και 5 άτομα νοσηλεύονται στον Ξενώνα Βραχείας Νοσηλείας της Ψυχιατρικής Κλινικής του Γ. Ν. Κοζάνης (ποσοστό 2.1%), οι οποίες θεωρούνται ανοιχτού τύπου κλινικές. Οι 88 από τους 237 ερωτηθέντες με ποσοστό 37.1% δεν είναι νοσηλευόμενοι ασθενείς αλλά επισκέπτες σε εξωτερικά ιατρεία.

*Πίνακας 6 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου για τα χαρακτηριστικά καπνιστικής συνήθειας*

		N	%
3. Καπνίζετε;	Ναι	164	69.20%
	Όχι	73	30.80%
Σύνολο		237	100.00%
3. Εάν ΝΑΙ πόσα τσιγάρα την ημέρα;	<5	9	5.50%
	6-10	15	9.10%
	11-15	25	15.20%
	16-20	58	35.40%
	20-30	23	14.00%
	>30	34	20.70%
Σύνολο		164	100.00%
3. Πόσα χρόνια είστε καπνιστής;	<5	6	3.70%
	06-Oct	6	3.70%
	Nov-15	4	2.40%
	16-20	18	11.00%
	>20	130	79.30%
	Δεν θυμάμαι	0	0.00%
Σύνολο		164	100.00%
3. Είδος καπνού	Τυποποιημένα τσιγάρα	140	85.40%
	Καπνό (χειροποίητα)	21	12.80%
	Πούρα	2	1.20%
	Ηλεκτρονικό τσιγάρο	1	0.60%
	ICOs	0	0.00%
	Άλλο	0	0.00%
Σύνολο		164	100.00%

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα παρατηρείται πως η πλειοψηφία των ερωτηθέντων καπνίζουν με ποσοστό 69.2%, ενώ το ποσοστό της τάξεως 30.8% δεν καπνίζει. Σχετικά με το πλήθος των τσιγάρων, 58 άτομα καπνίζουν 16-20 τσιγάρα ημερησίως (ποσοστό 35.4%), 34 άτομα καπνίζουν περισσότερα από 30 τσιγάρα ημερησίως (ποσοστό 20.7%), 25 άτομα καπνίζουν 11-15 τσιγάρα ημερησίως (ποσοστό 15.2%) και 23 άτομα 20-30 τσιγάρα με ποσοστό 14%, 15 άτομα καπνίζουν 6-10 τσιγάρα ημερησίως (ποσοστό 9.1%) και 9 άτομα καπνίζουν λιγότερα από 5 τσιγάρα ημερησίως (ποσοστό 5.5%). Επιπλέον, 130 άτομα καπνίζουν περισσότερο από 20 χρόνια (ποσοστό 79.3%), 18 άτομα καπνίζουν 16-20 χρόνια (ποσοστό 11%), 6 άτομα καπνίζουν 6-10 χρόνια και λιγότερο από 5 χρόνια (ποσοστό 3.7%) και 4 άτομα καπνίζουν 11-15 χρόνια (ποσοστό 2.4%). Τέλος, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων καπνίζει τυποποιημένα τσιγάρα (ποσοστό 85.4%), ενώ μόλις 12.8% δήλωσε πως καπνίζει καπνό (χειροποίητα). Ένα ποσοστό της τάξεως του 1.2% δήλωσε πούρα και 0.6% ηλεκτρονικά τσιγάρα και κανένας ICOs ή κάτι άλλο.

Πίνακας 7 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου Fagestrom

		N	%
4. Το πρώτο σας τσιγάρο, όταν ξυπνήσετε πόσο σύντομα το κάνετε;	60 λεπτά μετά	25	15.20%
	31 λεπτά - 60 λεπτά μετά	18	11.00%
	6 λεπτά - 30 λεπτά	29	17.70%
	Τα πρώτα 5 λεπτά	92	56.10%
	Σύνολο	164	100.00%
		N	%
4. Την ημέρα πόσα τσιγάρα καπνίζετε;	<10	21	12.80%
	11-20	82	50.00%
	21-30	28	17.10%
	>30	33	20.10%
	Σύνολο	164	100.00%
		N	%
4. Το πρωί καπνίζετε περισσότερο σε σχέση με την υπόλοιπη μέρα;	Ναι	84	51.50%
	Όχι	79	48.50%
	Σύνολο	163	100.00%
4. Ποιο τσιγάρο από αυτά που καπνίζετε κατά την διάρκεια της ημέρας απολαμβάνετε περισσότερο;	Το πρώτο της ημέρας	99	60.40%
	Οποιοδήποτε εκτός του πρώτου της ημέρας	65	39.60%
	Σύνολο	164	100.00%
4. Σε μέρη όπου απαγορεύεται το τσιγάρο σας είναι δύσκολο να μην καπνίζετε;	Ναι	70	42.70%
	Όχι	94	57.30%
	Σύνολο	164	100.00%
4. Όταν είστε άρρωστος και χρειάζεται να είστε στο κρεβάτι/ξαπλωμένος καπνίζετε;	Ναι	51	31.10%
	Όχι	113	68.90%
	Σύνολο	164	100.00%

Από τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα σχετικά με την ερώτηση «Το πρώτο σας τσιγάρο, όταν ξυπνήσετε πόσο σύντομα το κάνετε;», 92 άτομα απάντησαν στα πρώτα 5 λεπτά (ποσοστό 56.1%), 29 άτομα 6-30 λεπτά μετά (ποσοστό 17.7%), 25 άτομα 60 λεπτά μετά (ποσοστό 15.2%) και 18 άτομα 31-60 λεπτά μετά (ποσοστό 11%). Σχετικά με την ερώτηση «Την ημέρα πόσα τσιγάρα καπνίζετε;», οι μισοί απάντησαν 11-20 (ποσοστό 50%), 33 άτομα περισσότερα από 30 (ποσοστό 20.1%), 28 άτομα 21-30 (ποσοστό 17.1%) και 21 άτομα λιγότερα από 10 (ποσοστό 12.8%). Στην ερώτηση «Το πρωί καπνίζετε περισσότερο σε σχέση με την υπόλοιπη μέρα;», 84 άτομα απάντησαν θετικά (ποσοστό 51.5%) και 79 άτομα αρνητικά (ποσοστό 48.5%). Επιπλέον, σχετικά με την ερώτηση «Ποιο τσιγάρο από αυτά που καπνίζετε κατά τη διάρκεια της ημέρας απολαμβάνετε περισσότερο;», 99 άτομα απάντησαν το πρώτο της

ημέρας (ποσοστό 60.4%) και 65 άτομα οποιαδήποτε άλλο της ημέρας (ποσοστό 39.6%). Στην ερώτηση «Σε μέρη όπου απαγορεύεται το τσιγάρο σας είναι δύσκολο να μην καπνίζετε;», 70 άτομα απάντησαν θετικά (ποσοστό 42.7%) και 94 άτομα αρνητικά (ποσοστό 57.3%). Τέλος, σχετικά με την ερώτηση «Όταν είστε άρρωστος και χρειάζεται να είστε στο κρεβάτι/ξαπλωμένος καπνίζετε;», 51 άτομα απάντησαν θετικά (ποσοστό 31.1%) και 113 άτομα αρνητικά (ποσοστό 68.9%).

*Πίνακας 8 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα των πόντων της κλίμακας Fagerstrom*

		N	%
Σύνολο πόντων	0	4	2.4%
	1	8	4.9%
	2	13	7.9%
	3	16	9.8%
	4	19	11.6%
	5	25	15.2%
	6	20	12.2%
	7	20	12.2%
	8	14	8.5%
	9	14	8.5%
	10	11	6.7%
Σύνολο		164	100.0%

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων συγκέντρωσε 5 πόντους (ποσοστό 15.2%) στην κλίμακα Fagerstrom ενώ μόνο 4 συγκέντρωσαν 0 (ποσοστό 2.4%).

*Πίνακας 9 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα σχετικά με το βαθμό εξάρτησης από το τσιγάρο*

		N	%
Σύνολο πόντων (εξάρτηση)	Μεγάλη εξάρτηση (7-10)	59	36.0%
	Μέτρια εξάρτηση (3-6)	80	48.8%
	Χωρίς εξάρτηση (0-2)	25	15.2%
Σύνολο		164	100.0%

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα σχετικά με το βαθμό εξάρτησης των ερωτηθέντων παρατηρήθηκε μεγάλη εξάρτηση με ποσοστό 36%, μέτρια εξάρτηση με ποσοστό 48.8% και καμία εξάρτηση με ποσοστό 15.4%.

*Πίνακας 10 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα σχετικά με την ερώτηση «Ποια φράση νομίζετε σας ταιριάζει περισσότερο;» της κλίμακας ετοιμότητας διακοπής*

		N	%
5. Ποια φράση νομίζετε σας ταιριάζει περισσότερο;	Δεν σκέφτομαι να διακόψω το κάπνισμα.	66	40.2%
	Χρειάζεται να σκεφτώ την διακοπή του καπνίσματος κάποια στιγμή.	13	7.9%
	Πιστεύω ότι πρέπει να διακόψω το κάπνισμα αλλά δεν είμαι έτοιμος/η ακόμη.	71	43.3%
	Αρχίζω να σκέφτομαι σχετικά με τον τρόπο διακοπής του καπνίσματος.	6	3.7%
	Αρχίζω να κάνω ενέργειες για να διακόψω το κάπνισμα.	8	4.9%
Σύνολο		164	100.0%

Σχετικά με την ερώτηση «5. Ποια φράση νομίζετε σας ταιριάζει περισσότερο;», 66 από τους ερωτηθέντες (ποσοστό 40.2%) αποκρίθηκαν πως τους ταιριάζει η φράση «Δεν σκέφτομαι να διακόψω το κάπνισμα.», 13 (ποσοστό 7.9%) πως τους ταιριάζει η φράση «Χρειάζεται να σκεφτώ την διακοπή του καπνίσματος κάποια στιγμή.», η πλειοψηφία (71 άτομα, ποσοστό 43.3%) πως τους ταιριάζει η φράση «Πιστεύω ότι πρέπει να διακόψω το κάπνισμα αλλά δεν είμαι έτοιμος/η ακόμη.», 6 άτομα με ποσοστό 3.7% επέλεξαν τη φράση «Αρχίζω να σκέφτομαι σχετικά με τον τρόπο διακοπής του καπνίσματος.» ενώ τέλος, 8 άτομα (ποσοστό 4.9%) επέλεξαν τη φράση «Αρχίζω να κάνω ενέργειες για να διακόψω το κάπνισμα.»

Πίνακας 11 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα σχετικά με τις ερωτήσεις της κλίμακας αποφασιστικότητας και υποστήριξης

		N	%
6. Η διακοπή του καπνίσματος πόσο σημαντική είναι για εσάς;	Πάρα πολύ	31	18.90%
	Πολύ	41	25.00%
	Μέτρια	30	18.30%
	Λίγο	19	11.60%
	Καθόλου	43	26.20%
	Σύνολο	164	100.00%
6. Αυτή η προσπάθεια σας πόσο δύσκολη θεωρείτε ότι είναι;	Πάρα πολύ	106	64.60%
	Πολύ	33	20.10%
	Μέτρια	16	9.80%
	Λίγο	3	1.80%
	Καθόλου	6	3.70%
	Σύνολο	164	100.00%
6. Η απόφαση σας πόσο δυνατή είναι ώστε να κόψετε το κάπνισμα;	Πάρα πολύ	8	4.90%
	Πολύ	16	9.80%
	Μέτρια	44	26.80%
	Λίγο	39	23.80%
	Καθόλου	57	34.80%
	Σύνολο	164	100.00%
6. Πόσο σίγουρος είστε ότι θα μπορέσετε να κόψετε το κάπνισμα;	Πάρα πολύ	10	6.10%
	Πολύ	16	9.80%
	Μέτρια	31	18.90%
	Λίγο	31	18.90%
	Καθόλου	76	46.30%
	Σύνολο	164	100.00%
6. Έχετε κάνει προσπάθειες στο παρελθόν να διακόψετε το κάπνισμα;	Πάρα πολύ	6	3.70%
	Πολύ	25	15.20%
	Μέτρια	29	17.70%
	Λίγο	31	18.90%
	Καθόλου	73	44.50%
	Σύνολο	164	100.00%
6. Η οικογένεια σας, σας στηρίζει/ενθαρρύνει ώστε να διακόψετε το κάπνισμα;	Πάρα πολύ	18	11.00%
	Πολύ	28	17.10%
	Μέτρια	26	15.90%
	Λίγο	46	28.00%
	Καθόλου	46	28.00%
	Σύνολο	164	100.00%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην ερώτηση «Η διακοπή του καπνίσματος πόσο σημαντική είναι για εσάς;» δήλωσε πως δεν είναι καθόλου με ποσοστό 26.2%, η αμέσως επόμενη επιλογή ήταν το πολύ με ποσοστό 25% ενώ πάρα πολύ δήλωσαν 31 άτομα με ποσοστό 18.9%. Αναφορικά με τα αποτελέσματα στην ερώτηση «Αυτή η προσπάθεια σας πόσο δύσκολη θεωρείτε ότι είναι;», η πλειοψηφία των 106 ατόμων (ποσοστό 64.6%) δήλωσε πως τη θεωρεί πάρα πολύ δύσκολη ενώ μόνο 9 άτομα (ποσοστό 5.5%) τη θεωρούν λίγο ή καθόλου δύσκολη. Όπως φαίνεται παραπάνω, στην ερώτηση «Η απόφαση σας πόσο δυνατή είναι ώστε να κόψετε το κάπνισμα;» το μεγαλύτερο ποσοστό (34.8%) δήλωσε πως η απόφασή του δεν είναι καθόλου δυνατή και ένα μικρό ποσοστό (4.9%) δήλωσε πως είναι πάρα πολύ δυνατή. Αναφορικά με τα αποτελέσματα της ερώτησης «Πόσο σίγουρος είστε ότι θα μπορέσετε να κόψετε το κάπνισμα;», 76 άτομα (ποσοστό 46.3%) δήλωσαν πως δεν είναι καθόλου σίγουρα και μόλις 10 (ποσοστό 6.1%) αποκρίθηκαν πολύ σίγουροι. Στην ερώτηση «Έχετε κάνει προσπάθειες στο παρελθόν να διακόψετε το κάπνισμα;» 73 από τα 164 άτομα (ποσοστό 44.5%) που καπνίζουν δήλωσαν πως δεν έχουν κάνει καθόλου προσπάθεια στο παρελθόν ενώ μόλις 6 άτομα (ποσοστό 3.7%) έχουν προσπαθήσει πάρα πολύ. Σχετικά με τις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση «Η οικογένειά σας, σας στηρίζει/ενθαρρύνει ώστε να διακόψετε το κάπνισμα;», η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δήλωσε πως η οικογένειά τους, τους στηρίζει/ενθαρρύνει λίγο ή και καθόλου με συχνότητα 92 άτομα και ποσοστό 56%.

Πίνακας 12 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα σχετικά με τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου για τις προηγούμενες προσπάθειες

		N	%
7. Έχετε προσπαθήσει στο παρελθόν να κόψετε το κάπνισμα;	Ναι	91	55.50%
	Όχι	73	44.50%
Σύνολο		164	100.00%
7. Εάν ΝΑΙ πόσες προσπάθειες έχετε κάνει;	1-3	65	71.40%
	4-6	16	17.60%
	7-10	2	2.20%
	>10	8	8.80%
Σύνολο		91	100.00%
7. Πού απευθυνθήκατε στην προσπάθεια σας για διακοπή καπνίσματος;	Ιατρείο διακοπής καπνίσματος	4	4.40%
	Μόνος	80	87.90%
	Ιατρό (πνευμονολόγο, γενικό ιατρό, παθολόγο, ψυχίατρο)	5	5.50%
	Ψυχολόγο	0	0.00%
	Άλλο	2	2.20%
Σύνολο		91	100.00%
7. Με ποιον τρόπο έγινε η προσπάθεια διακοπής καπνίσματος;	Συμβουλευτική παρέμβαση και υποστήριξη	13	14.30%
	Υποκατάστατο νικοτίνης	15	16.50%
	Φάρμακο	5	5.50%
	Ηλεκτρονικό τσιγάρο	13	14.30%
	ICOs	1	1.10%
	Συνδυασμό συμβουλευτικής και υποκατάστατο νικοτίνης ή φάρμακο	0	0.00%
	Άλλο	7	7.70%
	Μόνος	37	40.70%
Σύνολο		91	100.00%

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων αποκρίθηκε θετικά στην ερώτηση «Έχετε προσπαθήσει στο παρελθόν να κόψετε το κάπνισμα;» με ποσοστό 55.5% ενώ το 44.5% απάντησε αρνητικά. Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα που αφορά τις προσπάθειες διακοπής καπνίσματος που έχουν κάνει οι ερωτηθέντες, οι 65 από αυτούς (ποσοστό 71.4%) προσπάθησαν 1-3 φορές, οι 16 (ποσοστό 17.6%) προσπάθησαν 4-6 φορές, 7-10 φορές προσπάθησαν μόνο 2 άτομα (ποσοστό 2.2%) ενώ πάνω από 10 φορές προσπάθησαν 8 άτομα (ποσοστό 8.8%). Στην ερώτηση «Πού απευθυνθήκατε στην προσπάθειά σας για διακοπή

καπνίσματος;», οι περισσότεροι αποκρίθηκαν πως προσπάθησαν να διακόψουν μόνοι τους το κάπνισμα (80 άτομα, ποσοστό 87.9%) και μόλις 9 άτομα (ποσοστό 9.9%) απευθύνθηκαν σε κάποιο ιατρείο διακοπής καπνίσματος ή σε κάποιον ιατρό. Αναφορικά με τον τρόπο με τον οποίο έγινε η προσπάθεια διακοπής καπνίσματος, 15 άτομα (ποσοστό 16.5%) δήλωσαν πως χρησιμοποίησαν υποκατάστατα νικοτίνης, από 13 άτομα προσπάθησαν μέσω συμβουλευτικής παρέμβασης και υποστήριξης και ηλεκτρονικό τσιγάρο με ποσοστό 14.3% και στις δύο περιπτώσεις, 5 άτομα (ποσοστό 5.5%) χρησιμοποίησαν κάποιο φάρμακο και μόλις ένας (1.1%) χρησιμοποίησε ICOs. Την επιλογή άλλο απάντησαν 7 άτομα (ποσοστό 7.7%) ενώ πως προσπάθησαν μόνοι δήλωσαν 37 άτομα (ποσοστό 40.7%).

*Πίνακας 13 Συχνότητα και Σχετική Συχνότητα σχετικά με τους λόγους διακοπής καπνίσματος*

		N	%
Για ποιό λόγο θα θέλατε να διακόψετε το κάπνισμα: πρόβλημα υγείας	Ναι	26	16.0%
	Όχι	136	84.0%
Για ποιό λόγο θα θέλατε να διακόψετε το κάπνισμα: πιθανό πρόβλημα υγείας στο μέλλον (πρόληψη)	Ναι	64	39.5%
	Όχι	98	60.5%
Για ποιό λόγο θα θέλατε να διακόψετε το κάπνισμα: συμπτώματα του αναπνευστικού	Ναι	6	3.7%
	Όχι	156	96.3%
Για ποιό λόγο θα θέλατε να διακόψετε το κάπνισμα: συμπτώματα του καρδιαγγειακού	Ναι	2	1.2%
	Όχι	160	98.8%
Για ποιό λόγο θα θέλατε να διακόψετε το κάπνισμα: πίεση του στενού περιβάλλοντος (παιδιά, σύντροφος)	Ναι	3	1.9%
	Όχι	159	98.1%
Για ποιό λόγο θα θέλατε να διακόψετε το κάπνισμα: οικονομικό πρόβλημα	Ναι	46	28.4%
	Όχι	116	71.6%
Για ποιό λόγο θα θέλατε να διακόψετε το κάπνισμα: εξάρτηση	Ναι	5	3.1%
	Όχι	157	96.9%
Για ποιό λόγο θα θέλατε να διακόψετε το κάπνισμα: καλύτερη ποιότητα ζωής-φυσική κατάσταση	Ναι	33	20.4%
	Όχι	129	79.6%
Για ποιό λόγο θα θέλατε να διακόψετε το κάπνισμα: άλλο – προσδιόριστε	Ναι	1	.6%
	Όχι	161	99.4%

Σχετικά με τους λόγους διακοπής που κλήθηκαν να επιλέξουν οι ερωτηθέντες, οι περισσότεροι από αυτούς (64 άτομα) δήλωσαν πως θα ήθελαν να το κόψουν για προληπτικούς λόγους, ακολουθούν οι οικονομικοί λόγοι τους οποίους επέλεξαν 46 άτομα, για καλύτερη ποιότητα ζωής-φυσική κατάσταση θα ήθελαν να το διακόψουν 33 άτομα, 26 άτομα θα το σταματούσαν λόγω προβλημάτων υγείας, μόλις 6 λόγω συμπτωμάτων του αναπνευστικού, 5 άτομα λόγω της εξάρτησης και 3 άτομα λόγω της πίεσης από

το στενό περιβάλλον. Τέλος, μόνο 2 άτομα θα επέλεγαν να το διακόψουν λόγω συμπτωμάτων του καρδιαγγειακού.

### 2.3.2 Επαγωγική ανάλυση

Πίνακας 14 Αποτελέσματα συσχετίσεων εξάρτησης και αποφασιστικότητας

		Σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης
Σύνολο πόντων (εξάρτηση)	Correlation Coefficient	-.216**
	Sig. (2-tailed)	.005
	N	164

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, από τον έλεγχο συσχετίσεων προέκυψε πως υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού εξάρτησης και του σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης με τιμή 0.216.

Πίνακας 15 Αποτελέσματα ελέγχου t-test της αποφασιστικότητας με βάση το φύλο

Φύλο		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης	Άνδρες	100	3.6	0.6	3.144	162	0.002
	Γυναίκες	64	3.2	0.7			

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του ελέγχου t-test που πραγματοποιήθηκε για το σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης με βάση το φύλο, διαπιστώθηκε πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες με p-τιμή=0.002<0.05 και μάλιστα, η μεγαλύτερη μέση τιμή εντοπίζεται στους άνδρες.

Πίνακας 16 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA της αποφασιστικότητας με βάση την οικογενειακή κατάσταση

Σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης	N	Mean	SD	F	Sig.
Έγγαμος/η	51	3.2	0.6	3.050	0.030
Άγαμος/η	89	3.6	0.7		
Χήρος/α	6	3.6	0.7		
Διαζευγμένος/η	18	3.3	0.7		
Total	164	3.4	0.7		

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα με τα αποτελέσματα του ελέγχου ANOVA διαπιστώθηκε πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στο σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση, με τη μικρότερη μέση τιμή να εντοπίζεται στους έγγαμους.

Πίνακας 17 Αποτελέσματα ελέγχου POST HOC της αποφασιστικότητας με βάση την οικογενειακή κατάσταση

(I) Οικογενειακή κατάσταση		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Έγγαμος/η	Άγαμος/η	-,32981 <sup>*</sup>	.11624	.005	-.5594	-.1003
	Χήρος/α	-0.310457516	.28565	.279	-.8746	.2537
	Διαζευγμένος/η	-0.051198257	.18145	.778	-0.4096	.3072
Άγαμος/η	Έγγαμος/η	,32981 <sup>*</sup>	.11624	.005	.1003	.5594
	Χήρος/α	0.019350811	.27916	.945	-.5320	.5707
	Διαζευγμένος/η	0.278610071	.17105	.105	-0.0592	.6164
Χήρος/α	Έγγαμος/η	0.310457516	.28565	.279	-.2537	.8746
	Άγαμος/η	-0.019350811	.27916	.945	-.5707	.5320
	Διαζευγμένος/η	.25926	.31200	.407	-0.3569	.8754
Διαζευγμένος/η	Έγγαμος/η	0.051198257	.18145	.778	-.3072	0.4096
	Άγαμος/η	-0.278610071	.17105	.105	-.6164	0.0592
	Χήρος/α	-.25926	.31200	.407	-.8754	0.3569

Από τα αποτελέσματα του POST HOC test εντοπίστηκε πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στους έγγαμους και τους άγαμους με  $p$ -τιμή=0.005<0.05.

Πίνακας 18 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA της αποφασιστικότητας με βάση το βιοτικό επίπεδο

Σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης	N	Mean	SD	F	Sig.
Χαμηλό	74	3.7	0.6	10.641	0.000
Μέτριο	81	3.2	0.7		
Υψηλό	9	3.2	0.8		
Total	164	3.4	0.7		

Το βιοτικό επίπεδο φαίνεται πως επηρεάζει το σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης εφόσον υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με  $p$ -τιμή  $< 0.05$  και η μικρότερη μέση τιμή του σκορ εμφανίζεται στα άτομα με υψηλό βιοτικό επίπεδο.

Πίνακας 19 Αποτελέσματα ελέγχου POST HOC της αποφασιστικότητας με βάση το βιοτικό επίπεδο

(I) Βιοτικό επίπεδο		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Χαμηλό	Μέτριο	.45295*	.10253	.000	.2505	.6554
	Υψηλό	.52703*	.22508	.020	.0825	.9715
Μέτριο	Χαμηλό	-.45295*	.10253	.000	-.6554	-.2505
	Υψηλό	.07407	.22402	.741	-.3683	.5165
Υψηλό	Χαμηλό	-.52703*	.22508	.020	-.9715	-.0825
	Μέτριο	-.07407	.22402	.741	-.5165	.3683

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του ελέγχου POST HOC διαπιστώνεται πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ όσων δήλωσαν πως το επίπεδό τους είναι χαμηλό και σε εκείνους που είναι μέτριο με  $p$ -τιμή  $= 0.000$  και σε εκείνους των οποίων είναι υψηλό με  $p$ -τιμή  $= 0.02$ .

Πίνακας 20 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA της αποφασιστικότητας με βάση τα χρόνια διάγνωσης

Σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης	N	Mean	SD	F	Sig.
<10	45	3.2	0.7	5.117	0.007
11-20	55	3.4	0.6		
>20	64	3.6	0.6		
Total	164	3.4	0.7		

Όπως φαίνεται και από τον παραπάνω πίνακα με τα αποτελέσματα του ελέγχου ANOVA για το σκορ της αποφασιστικότητας με βάση τα χρόνια που έχουν περάσει από τη διάγνωση, προέκυψε πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με βάση τα χρόνια αφού η  $p$ -τιμή  $=0.007 < 0.05$ .

Πίνακας 21 Αποτελέσματα ελέγχου POST HOC της αποφασιστικότητας με βάση τα χρόνια διάγνωσης

(I) Πόσα έτη πάσχει/διεγνωσθεί με τη νόσο?		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
<10	11-20	-.24242	.13223	.069	-.5035	.0187
	>20	-.40938*	.12797	.002	-.6621	-.1567
11-20	<10	.24242	.13223	.069	-.0187	.5035
	>20	-.16695	.12095	.169	-.4058	.0719
>20	<10	.40938*	.12797	.002	.1567	.6621
	11-20	.16695	.12095	.169	-.0719	.4058

Τα αποτελέσματα του ελέγχου POST HOC έδειξαν πως υπάρχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα και την υποστήριξη μεταξύ όσων έχουν διαγνωσθεί με κάποια ψυχική νόσο λιγότερα από 10 χρόνια και όσων έχουν διαγνωσθεί εδώ και περισσότερα από 20 χρόνια με  $p$ -τιμή  $=0.002 < 0.05$ .

Πίνακας 22 Αποτελέσματα ελέγχου t-test της αποφασιστικότητας με βάση τη νοσηλεία σε κάποια κλινική

Νοσηλεύστε κάπου την παρούσα στιγμή;		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης	Ναι	107	3.6	0.7	5.563	139	0.000
	Όχι	57	3.1	0.5			

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά με βάση τη νοσηλεία την παρούσα στιγμή στο σκορ αποφασιστικότητας ανάμεσα σε εκείνους που νοσηλεύονται και σε εκείνους που δεν νοσηλεύονται με  $p$ -τιμή  $< 0.05$ .

*Πίνακας 23 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA της αποφασιστικότητας με βάση το είδος της δομής*

Σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης	N	Mean	SD	F	Sig.
Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης (ανοιχτού τύπου)	30	3.4	0.7	11.176	0.000
Ιδιωτικό Θεραπευτήριο Ν.Σπινάρης (κλειστού τύπου)	74	3.7	0.6		
Ξενώνας Βραχείας Νοσηλείας της Ψυχιατρικής Κλινικής του Γ.Ν.Κοζάνης (ανοιχτού τύπου)	3	4.0	1.2		
Εξωτερικά ιατρεία	57	3.1	0.5		
Total	164	3.4	0.7		

Από τον έλεγχο ANOVA που πραγματοποιήθηκε για το σκορ αποφασιστικότητας με βάση τη δομή στην οποία νοσηλεύονται οι ασθενείς, διαπιστώθηκε πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάλογα με το θεραπευτήριο στο οποίο νοσηλεύονται με  $p$ -τιμή  $< 0.05$  και μάλιστα η μεγαλύτερη μέση τιμή καταγράφεται σε εκείνους που νοσηλεύονται στον Ξενώνα Βραχείας Νοσηλείας της Ψυχιατρικής Κλινικής του Γ.Ν. Κοζάνης (ανοιχτού τύπου).

Πίνακας 24 Αποτελέσματα ελέγχου POST HOC της αποφασιστικότητας με βάση το είδος της δομής

(I) Εάν ΝΑΙ σε τι είδους δομή;		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης (ανοιχτού τύπου)	Ιδιωτικό Θεραπευτήριο Ν.Σπινάρης (κλειστού τύπου)	-.29489 <sup>*</sup>	.13393	.029	-.5594	-.0304
	Ξενώνας Βραχείας Νοσηλείας της Ψυχιατρικής Κλινικής του Γ.Ν.Κοζάνης (ανοιχτού τύπου)	-.59444	.37468	.115	-1.3344	.1455
	Εξωτερικά ιατρεία	.31199 <sup>*</sup>	.13957	.027	.0364	.5876
Ιδιωτικό Θεραπευτήριο Ν.Σπινάρης (κλειστού τύπου)	Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης (ανοιχτού τύπου)	.29489 <sup>*</sup>	.13393	.029	.0304	.5594
	Ξενώνας Βραχείας Νοσηλείας της Ψυχιατρικής Κλινικής του Γ.Ν.Κοζάνης (ανοιχτού τύπου)	-.29955	.36442	.412	-1.0192	.4201
	Εξωτερικά ιατρεία	.60688 <sup>*</sup>	.10905	.000	.3915	.8222
Ξενώνας Βραχείας Νοσηλείας της Ψυχιατρικής Κλινικής του Γ.Ν.Κοζάνης (ανοιχτού τύπου)	Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης (ανοιχτού τύπου)	.59444	.37468	.115	-.1455	1.3344
	Ιδιωτικό Θεραπευτήριο Ν.Σπινάρης (κλειστού τύπου)	.29955	.36442	.412	-.4201	1.0192
	Εξωτερικά ιατρεία	.90643 <sup>*</sup>	.36653	.014	.1826	1.6303
Εξωτερικά ιατρεία	Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης (ανοιχτού τύπου)	-.31199 <sup>*</sup>	.13957	.027	-.5876	-.0364
	Ιδιωτικό Θεραπευτήριο Ν.Σπινάρης (κλειστού τύπου)	-.60688 <sup>*</sup>	.10905	.000	-.8222	-.3915
	Ξενώνας Βραχείας Νοσηλείας της Ψυχιατρικής Κλινικής του Γ.Ν.Κοζάνης (ανοιχτού τύπου)	-.90643 <sup>*</sup>	.36653	.014	-1.6303	-.1826

Από τον έλεγχο POST HOC που πραγματοποιήθηκε, φαίνεται πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα σε εκείνους που νοσηλεύονται στην Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης (ανοιχτού τύπου) και σε εκείνους που νοσηλεύονται στο Ιδιωτικό Θεραπευτήριο Ν. Σπινάρης (κλειστού τύπου) με  $p$ -τιμή=0.029<0.05 και σε εκείνους που είναι επισκέπτες των εξωτερικών ιατρείων με  $p$ -τιμή=0.027<0.05. Επιπλέον, στατιστικώς σημαντική διαφορά εντοπίστηκε ανάμεσα σε όσους νοσηλεύονται στο Ιδιωτικό Θεραπευτήριο Ν. Σπινάρης (κλειστού τύπου) και σε όσους είναι επισκέπτες των εξωτερικών ιατρείων με  $p$ -τιμή<0.05.

*Πίνακας 25 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA της αποφασιστικότητας με βάση την ψυχιατρική νόσο*

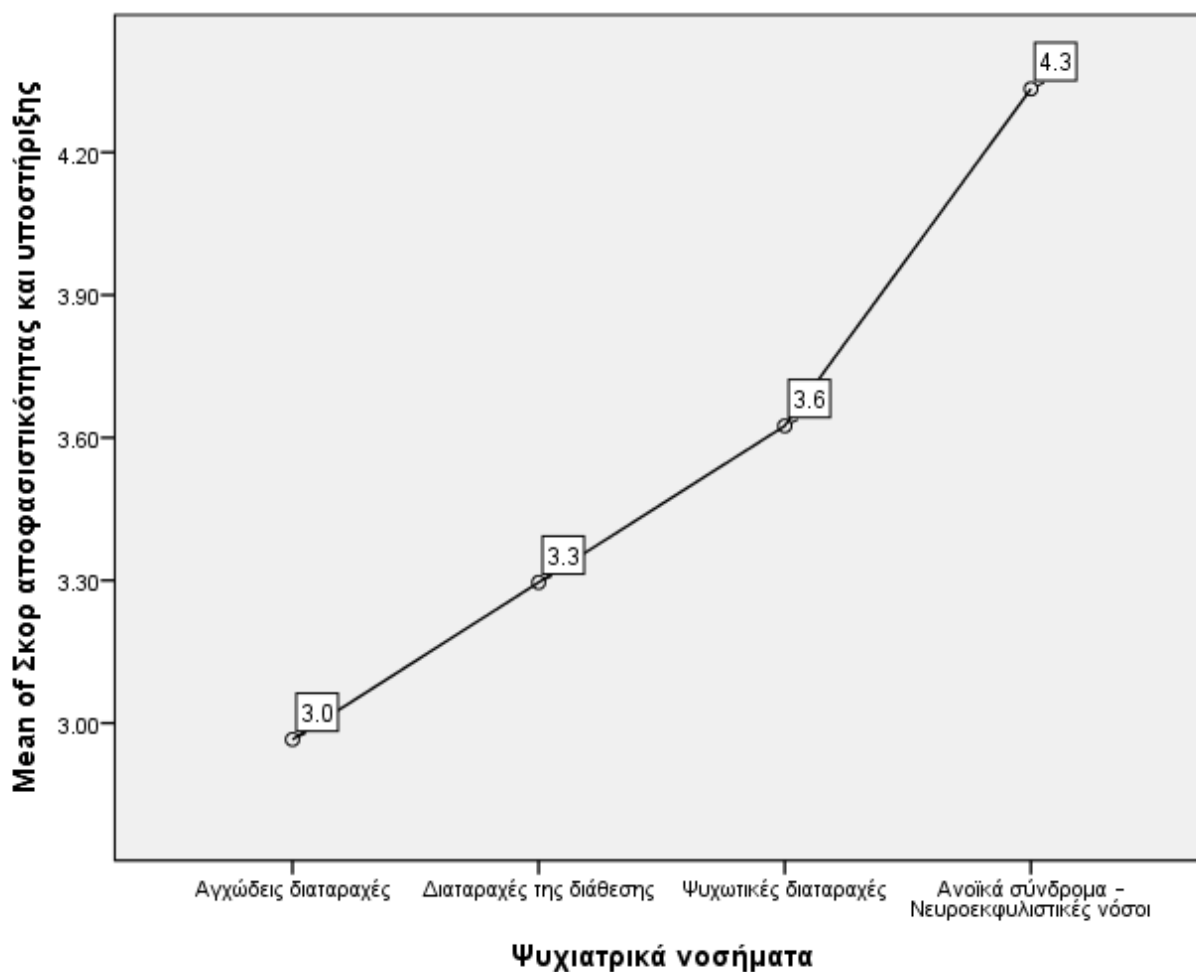
Σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης	N	Mean	SD	F	Sig.
Αγχώδεις διαταραχές	29	3.0	0.6	11.245	.000
Διαταραχές της διάθεσης	40	3.3	0.6		
Ψυχωτικές διαταραχές	92	3.6	0.6		
Ανοϊκά σύνδρομα – Νευροεκφυλιστικές νόσοι	3	4.3	0.0		
Total	164	3.4	0.7		

Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου ANOVA για να διαπιστωθεί κατά πόσο υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στο σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης με βάση το ψυχιατρικό νόσημα. Διαπιστώθηκε πως υπάρχει διαφορά καθώς η  $p$ -τιμή<0.05 και μάλιστα, η μεγαλύτερη μέση τιμή εντοπίζεται σε εκείνους που πάσχουν από ανοϊκά σύνδρομα – νευροεκφυλιστικές νόσους.

Πίνακας 26 Αποτελέσματα ελέγχου POST HOC της αποφασιστικότητας με βάση την ψυχιατρική νόσο

(I) Ψυχιατρικά νοσήματα		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Αγχώδεις διαταραχές	Διαταραχές της διάθεσης	-.33032*	.15083	.030	-.6282	-.0324
	Ψυχωτικές διαταραχές	-.65948*	.13170	.000	-.9196	-.3994
	Ανοϊκά σύνδρομα – Νευροεκφυλιστικές νόσοι	-1.36782*	.37507	.000	-2.1085	-.6271
Διαταραχές της διάθεσης	Αγχώδεις διαταραχές	.33032*	.15083	.030	.0324	.6282
	Ψυχωτικές διαταραχές	-.32917*	.11713	.006	-.5605	-.0979
	Ανοϊκά σύνδρομα – Νευροεκφυλιστικές νόσοι	-1.03750*	.37020	.006	-1.7686	-.3064
Ψυχωτικές διαταραχές	Αγχώδεις διαταραχές	.65948*	.13170	.000	.3994	.9196
	Διαταραχές της διάθεσης	.32917*	.11713	.006	.0979	.5605
	Ανοϊκά σύνδρομα – Νευροεκφυλιστικές νόσοι	-.70833	.36283	.053	-1.4249	.0082
Ανοϊκά σύνδρομα – Νευροεκφυλιστικές νόσοι	Αγχώδεις διαταραχές	1.36782*	.37507	.000	.6271	2.1085
	Διαταραχές της διάθεσης	1.03750*	.37020	.006	.3064	1.7686
	Ψυχωτικές διαταραχές	.70833	.36283	.053	-.0082	1.4249

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του τεστ POST HOC υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ όσων πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές και εκείνων που πάσχουν από διαταραχές της διάθεσης με  $p$ -τιμή=0.03, εκείνων που πάσχουν από ψυχωτικές διαταραχές με  $p$ -τιμή=0.000 και εκείνων που πάσχουν από ανοϊκά σύνδρομα – νευροεκφυλιστικές νόσους με  $p$ -τιμή=0.000. Επιπλέον, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα σε όσους πάσχουν από διαταραχές της διάθεσης και σε εκείνους που πάσχουν από ψυχωτικές διαταραχές με  $p$ -τιμή=0.006 και εκείνους που πάσχουν από ανοϊκά σύνδρομα – νευροεκφυλιστικές νόσους με  $p$ -τιμή=0.006.



*Διάγραμμα 1* Σχεδιάγραμμα μέσω των τιμών του σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης με βάση τα ψυχιατρικά νοσήματα

Από το παραπάνω διάγραμμα φαίνεται πως τη μικρότερη μέση τιμή στο σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης έχουν τα άτομα με αγχώδεις διαταραχές ενώ τη μεγαλύτερη τα άτομα με ανοϊκά σύνδρομα – νευροεκφυλιστικές νόσους.

Πίνακας 27 Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA της αποφασιστικότητας με βάση τα τσιγάρα/μέρα

Σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης	N	Mean	SD	F	Sig.
<5	9	3.1	1.0	2.882	.016
6-10	15	3.5	0.6		
11-15	25	3.1	0.6		
16-20	58	3.4	0.7		
20-30	23	3.6	0.8		
>30	34	3.7	0.5		
Total	164	3.4	0.7		

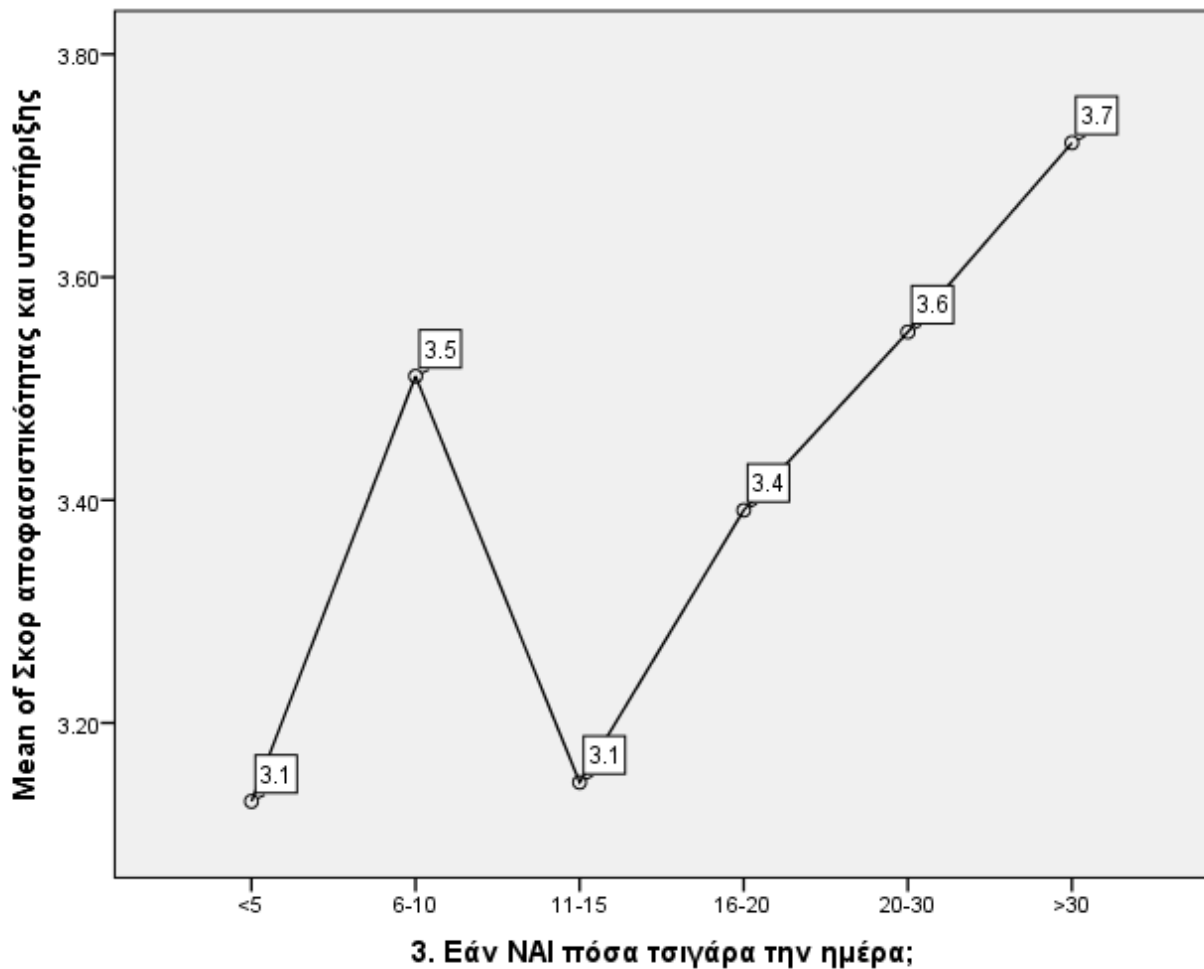
Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα όπου παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου ANOVA διαπιστώθηκε πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στο σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης με βάση τα τσιγάρα που καπνίζουν οι ερωτηθέντες τη μέρα καθώς η  $p$ -τιμή  $< 0.05$  και μάλιστα, η μεγαλύτερη μέση τιμή εντοπίζεται σε εκείνους που καπνίζουν περισσότερα από 30 τσιγάρα την ημέρα.

Πίνακας 28 Αποτελέσματα ελέγχου POST HOC της αποφασιστικότητας με βάση τα τσιγάρα/μέρα

(I) 3. Εάν ΝΑΙ πόσα τσιγάρα την ημέρα;		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
<5	6-10	-.38148	.27641	.170	-.9274	.1645
	11-15	-.01704	.25484	.947	-.5204	.4863
	16-20	-.26117	.23487	.268	-.7251	.2027
	20-30	-.42110	.25776	.104	-.9302	.0880
	>30	-.59096*	.24575	.017	-1.0763	-.1056
6-10	<5	.38148	.27641	.170	-.1645	.9274
	11-15	.36444	.21411	.091	-.0584	.7873
	16-20	.12031	.18990	.527	-.2548	.4954
	20-30	-.03961	.21757	.856	-.4693	.3901
	>30	-.20948	.20320	.304	-.6108	.1919
11-15	<5	.01704	.25484	.947	-.4863	.5204
	6-10	-.36444	.21411	.091	-.7873	.0584
	16-20	-.24414	.15685	.122	-.5539	.0656
	20-30	-.40406*	.18941	.034	-.7782	-.0300
	>30	-.57392*	.17272	.001	-.9151	-.2328
16-20	<5	.26117	.23487	.268	-.2027	.7251
	6-10	-.12031	.18990	.527	-.4954	.2548
	11-15	.24414	.15685	.122	-.0656	.5539
	20-30	-.15992	.16154	.324	-.4790	.1591
	>30	-.32978*	.14160	.021	-.6095	-.0501
20-30	<5	.42110	.25776	.104	-.0880	.9302
	6-10	.03961	.21757	.856	-.3901	.4693
	11-15	.40406*	.18941	.034	.0300	.7782
	16-20	.15992	.16154	.324	-.1591	.4790
	>30	-.16986	.17699	.339	-.5194	.1797
>30	<5	.59096*	.24575	.017	.1056	1.0763
	6-10	.20948	.20320	.304	-.1919	.6108
	11-15	.57392*	.17272	.001	.2328	.9151
	16-20	.32978*	.14160	.021	.0501	.6095
	20-30	.16986	.17699	.339	-.1797	.5194

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του ελέγχου POST HOC διαπιστώνεται πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ όσων καπνίζουν λιγότερα από 5 τσιγάρα τη μέρα και όσων καπνίζουν περισσότερα από 30 με  $p$ -τιμή=0.017. Επίσης, διαφορά εντοπίζεται και μεταξύ εκείνων που καπνίζουν

11-15 τσιγάρα τη μέρα και όσων καπνίζουν 20-30 αλλά και περισσότερα από 30 με p-τιμές ίσες με 0.034 και 0.001 αντίστοιχα. Τέλος, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα σε όσους καπνίζουν 19-20 τσιγάρα και σε όσους καπνίζουν περισσότερα από 30 με p-τιμή=0.021.



*Διάγραμμα 2* Σχεδιάγραμμα μέσων τιμών του σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης με βάση τα τσιγάρα ανά ημέρα

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα φαίνεται πως τη μικρότερη μέση τιμή στο σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης έχουν τα άτομα που καπνίζουν λιγότερα από 5 και 11-15 τσιγάρα ενώ τη μεγαλύτερη τα άτομα που καπνίζουν πάνω από 30 τσιγάρα την ημέρα.

Πίνακας 29 Αποτελέσματα ελέγχου t-test της αποφασιστικότητας με βάση την προσπάθεια διακοπής στο παρελθόν

7. Έχετε προσπαθήσει στο παρελθόν να κόψετε το κάπνισμα;		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης	Ναι	91	3.3	0.7	-3.314	162	.001
	Όχι	73	3.6	0.6			

Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου t-test που διεξήχθη, διαπιστώθηκε πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στο σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης με βάση το αν οι ερωτηθέντες έχουν κάνει προσπάθειες διακοπής ή όχι με  $p$ -τιμή=0.001<0.05.

Πίνακας 30 Αποτελέσματα ελέγχου t-test της αποφασιστικότητας με βάση τους λόγους διακοπής του καπνίσματος

Για ποιό λόγο θα θέλατε να διακόψετε το κάπνισμα: οικονομικό πρόβλημα		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης	Ναι	46	3.7	0.6	3.439	160	.001
	Όχι	116	3.3	0.7			

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου t-test στον παραπάνω πίνακα, διαπιστώθηκε πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στο σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης με βάση το αν οι ερωτηθέντες επιλέγουν να διακόψουν το κάπνισμα λόγω οικονομικού προβλήματος ή όχι με  $p$ -τιμή=0.001<0.05.

Πίνακας 31 Αποτελέσματα ελέγχου t-test της αποφασιστικότητας με βάση τους λόγους διακοπής του καπνίσματος

Για ποιό λόγο θα θέλατε να διακόψετε το κάπνισμα: καλύτερη ποιότητα ζωής-φυσική κατάσταση		N	Mean	SD	t	df	Sig.
Σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης	Ναι	33	3.0	0.6	-4.206	160	.000
	Όχι	129	3.5	0.6			

Από τα αποτελέσματα του ελέγχου t-test που διεξήχθη, διαπιστώθηκε πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στο σκορ αποφασιστικότητας και υποστήριξης με βάση το αν οι ερωτηθέντες επέλεγον να διακόψουν το κάπνισμα για καλύτερη ποιότητα ζωής-φυσική κατάσταση ή όχι με p-τιμή<0.05.

## Κεφάλαιο 3

### 3.1 Συζήτηση

Παρά το γεγονός πως οι περισσότεροι ερωτηθέντες εμφανίζουν μέτρια εξάρτηση από το κάπνισμα, φαίνεται πως ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό δεν είναι διατεθειμένο να διακόψει το κάπνισμα ενώ ελάχιστοι είναι εκείνοι που έχουν ξεκινήσει τις ενέργειες διακοπής. Η πλειοψηφία των ασθενών θεωρεί πως είναι αναγκαίο να διακόψει το κάπνισμα όμως δεν νιώθουν πως είναι έτοιμοι να εφαρμόσουν την απόφαση αυτή. Από τις απαντήσεις τις οποίες έχουν δώσει, προκύπτει πως κατά γενική ομολογία η προσπάθεια διακοπής είναι πάρα πολύ δύσκολη αλλά όχι τόσο σημαντική ώστε να ξεκινήσουν τη διαδικασία. Από την άλλη, εκτός του ότι η απόφαση διακοπής δεν είναι ισχυρή, δεν υπάρχει και η κατάλληλη υποστήριξη/ενθάρρυνση από την οικογένεια. Οι γυναίκες φαίνεται πως είναι εκείνες που εμφανίζουν τη μεγαλύτερη αποφασιστικότητα και μάλιστα όσες είναι παντρεμένες. Άρα, πιθανόν να χρειαστεί διαφορετική αντιμετώπιση και παρέμβαση ανάλογα με το φύλο. Θα πρέπει επίσης να υπάρξει συνεργασία με τους συγγενείς των ασθενών προκειμένου να είναι πιο υποστηρικτικοί σε μια τόσο σημαντική και δύσκολη απόφαση όπως είναι αυτή της διακοπής του καπνίσματος. Καθώς η ψυχική ασθένεια παίζει σημαντικό ρόλο στο κατά πόσο αποφασισμένος είναι ο κάθε ασθενής, η παρέμβαση είναι αναγκαίο να διαμορφώνεται ανάλογα. Σε γενικές γραμμές, οι ασθενείς της παρούσας έρευνας δεν είναι αρκετά κινητοποιημένοι αναφορικά με τη διακοπή του καπνίσματος.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των παραπάνω στατιστικών τεστ που διεξήχθησαν στο δείγμα των 237 ασθενών που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια σχετικά με το βαθμό κινητοποίησης διακοπής καπνίσματος παρατηρήθηκε ισχυρή αρνητική συσχέτιση με τον βαθμό εξάρτησης. Τα επίπεδα εθισμού που προκαλεί η πρόσληψη της νικοτίνης είναι αρμόδια για την ισχύτητα διακοπής του καπνίσματος για τους περισσότερους καπνιστές [12]. Η συνολική βαθμολογία εκτίμησης της αποφασιστικότητας και της υποστήριξης όσο αφορά τη διακοπή του καπνίσματος στα άτομα που πάσχουν από ψυχιατρικές παθήσεις σχετίζεται σημαντικά με τα επίπεδα εξάρτησής τους. Προκειμένου να εντοπιστούν τα επίπεδα αποφασιστικότητας και υποστήριξης των ασθενών σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος εφαρμόστηκαν ορισμένα στατιστικά τεστ ως προς τα δημογραφικά και τα ψυχιατρικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων. Ως προς το φύλο σημειώθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά και μάλιστα οι άνδρες παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα αποφασιστικότητας. Αυτό έρχεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της έρευνας των Filippidis et al., οι οποίοι επίσης διαπίστωσαν πως το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο και οι άντρες είναι εκείνοι που καπνίζουν περισσότερο. [31] Ακόμη, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική

διαφορά ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων, δηλαδή αν είναι έγγαμοι/ες, άγαμοι/ες, χήροι/ες και διαζευγμένοι/ες. Συγκεκριμένα, οι άγαμοι/ες και χήροι/ες εμφανίζουν χαμηλή συνολική βαθμολογία σχετικά με τα επίπεδα αποφασιστικότητας και υποστήριξης διακοπής του καπνίσματος. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα των Kropff et al. [70], οι οποίοι βρήκαν πως δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση. Στη συνέχεια, εξετάστηκε το επίπεδο αποφασιστικότητας ως προς το βιοτικό επίπεδο των ερωτηθέντων και σημειώθηκε πως τα χαμηλά στρώματα των βιοτικών επιπέδων δεν παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα αποφασιστικότητας, συμπέρασμα το οποίο επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Lê Cook et al. [71].

Με βάση τα χαρακτηριστικά των ψυχιατρικών νοσημάτων των ερωτηθέντων παρουσιάστηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάλογα με τα έτη που έχουν διαγνωσθεί με τη νόσο. Οι ασθενείς που πάσχουν περισσότερα από 20 έτη εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή, δηλαδή, χαμηλότερα επίπεδα αποφασιστικότητας. Επίσης, παρουσιάζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς τη νοσηλεία των ερωτηθέντων σε κάποια κλινική ή όχι. Όσοι δε νοσηλεύονται σε κάποια κλινική είναι περισσότερο πρόθυμοι στη διακοπή του καπνίσματος συγκριτικά με όσους νοσηλεύονται. Τέλος, σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά νοσηλείας και ειδικότερα το είδος της δομής νοσηλείας παρατηρήθηκε πως τα άτομα που νοσηλεύονται σε ανοιχτού τύπου ψυχιατρική κλινική, όπως ο Ξενώνας Βραχείας Νοσηλείας της Ψυχιατρικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα αποφασιστικότητας και υποστήριξης ως προς τη διακοπή του καπνίσματος.

Η διακοπή του καπνίσματος έχει συσχετιστεί σε μεγάλο βαθμό με την επιδείνωση των συμπτωμάτων της ψυχικής νόσου [58] και τα επίπεδα εξάρτησης από το είδος της ψυχικής διαταραχής, όπως η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή [26]. Από τα αποτελέσματα των ελέγχων που διεξήχθη διαπιστώθηκε πως η εκτίμηση της αποφασιστικότητας και υποστήριξης διαφέρει στατιστικώς σημαντικά ανάλογα με το είδος της ψυχιατρικής νόσου του ασθενή. Ειδικότερα, τα άτομα με ανοϊκά σύνδρομα – νευροεκφυλιστικές νόσους σημειώνουν χαμηλότερα επίπεδα αποφασιστικότητας διακοπής του καπνίσματος σε αντίθεση με τα άτομα που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές, που εμφανίζουν τη μικρότερη μέση τιμή και άρα τη μεγαλύτερη αποφασιστικότητα. Τα συμπεράσματα αυτά ενισχύονται από εκείνα της έρευνας των Lasser et al. που επίσης διαπίστωσαν πως η εξάρτηση από το κάπνισμα και κατ' επέκταση η αποφασιστικότητα διακοπής επηρεάζεται από την ασθένεια. [42]

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμπεραίνουμε πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στη συνολική βαθμολογία αποφασιστικότητας και υποστήριξης ανάλογα με τα χαρακτηριστικά καπνίσματος και συγκεκριμένα, με τον αριθμό τσιγάρων ημερησίως [70]. Στη συγκεκριμένη έρευνα

διαπιστώθηκε πως τα άτομα που καπνίζουν περισσότερα από 30 τσιγάρα σε ημερήσια βάση δεν παρουσιάζουν έντονο το αίσθημα της αποφασιστικότητας, της επιμονής και της υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος. Αντιθέτως, τα άτομα που καπνίζουν λιγότερα από 5 τσιγάρα ή μεταξύ 11 και 15 τσιγάρων ημερησίως εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα αποφασιστικότητας διακοπής.

Σημαντικό ρόλο στη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος σε άτομα με ψυχιατρικά νοσήματα παρουσιάζει η συνολική στάση τους στο παρελθόν. Όπως έχει προαναφερθεί, ένα ποσοστό της τάξεως του 21% του ευρωπαϊκού πληθυσμού είναι πρώην καπνιστές που έχουν διακόψει το κάπνισμα [28]. Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στο συνολικό βαθμό αποφασιστικότητας και υποστήριξης ανάλογα με τις απόπειρες που έχουν πραγματοποιήσει στο παρελθόν οι ασθενείς για τη διακοπή του καπνίσματος. Τα άτομα που δεν έχουν επιχειρήσει στο παρελθόν να σταματήσουν το κάπνισμα δεν εμφανίζουν κάποια πρόθεση να το επιχειρήσουν στην παρούσα φάση ή στο άμεσο μέλλον.

Με βάση τα αποτελέσματα ελέγχου που πραγματοποιήθηκαν αξιολογήθηκε κατάλληλα ο λόγος για τον οποίο οι ασθενείς θα διέκοπταν το κάπνισμα. Το οικονομικό πρόβλημα φαίνεται να παρουσιάζει στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς τα επίπεδα αποφασιστικότητας και υποστήριξης και μάλιστα, οι οικονομικές δαπάνες που αφορούν το κάπνισμα αποτελούν αξιοσημείωτο λόγο διακοπής του καπνίσματος. Το οικονομικό αντίτιμο που διαθέτουν οι καπνιστές για την αγορά τσιγάρων είναι ένα άκρως σημαντικό μέρος των εσόδων τους συγκριτικά με τα έξοδα άλλων βασικών αγαθών που εξασφαλίζουν βιοτικές ανάγκες. [25] Ένας ακόμη λόγος που παρουσίασε στατιστικώς σημαντική διαφορά για τη διακοπή του καπνίσματος είναι η ανάπτυξη καλύτερων συνθηκών ζωής, δηλαδή, καλύτερη ποιότητα ζωής και φυσική κατάσταση. Τα άτομα που δεν εστιάζουν στα καλύτερα επίπεδα ζωής τους και φυσικής κατάστασής τους δεν εμφανίζουν μεγάλα επίπεδα αποφασιστικότητας και υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος. Επομένως, σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα που είχαν τεθεί εξαρχής διαπιστώθηκε πως τα χαρακτηριστικά του καπνίσματος, η ψυχιατρική νόσος και η κατάσταση παρακολούθησης του ασθενή παίζουν σημαντικό ρόλο στην κινητοποίηση για διακοπή του καπνίσματος.

### **3.2 Περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντική έρευνας**

Η παρούσα μελέτη, εκτός από τα χρήσιμα και ενδιαφέροντα συμπεράσματα στα οποία κατέληξε εμφανίζει και κάποιους περιορισμούς ως προς τη διεξαγωγή. Ο πρώτος περιορισμός εντοπίζεται στο γεγονός πως για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας και όχι τυχαίο και επιπλέον, το δείγμα προέρχεται από μία μόνο Περιφέρεια, αυτήν της Δ. Μακεδονίας. Ενδεχομένως, σε κάποια άλλη Περιφέρεια οι ασθενείς τόσο των ανοιχτού τύπου όσο και κλειστού τύπου δομών να διαφέρουν σημαντικά

ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά ή ως προς τις απόψεις για τη διακοπή του καπνίσματος. Τα δύο αυτά χαρακτηριστικά του δείγματος ενδέχεται να μην επιτρέπουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στον ευρύτερο ελληνικό πληθυσμό.

Ένας δεύτερος περιορισμός της εργασίας εντοπίζεται στη χρήση cut off scores στο ερωτηματολόγιο Fagestrom σχετικά με το είδος της εξάρτησης των καπνιστών (μεγάλη, μέτρια ή χωρίς εξάρτηση). Σε ότι αφορά τις καπνιστικές συνήθειες των ψυχικά ασθενών, τα δεδομένα τα οποία συλλέχθηκαν βασίζονται σε όσα έχουν αναφέρει οι ίδιοι και πιθανόν να μην είναι αξιόπιστα.

### **3.3 Συμπεράσματα**

Ο επιπολασμός του καπνίσματος είναι υψηλός στα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια. Πολλοί από τους καπνιστές δηλώνουν την επιθυμία για διακοπή του καπνίσματος, παρόλα αυτά στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων δεν υπάρχει επαρκής υποστήριξη, που έχει ως αποτέλεσμα να μην αισθάνονται έτοιμοι και να μην ξεκινούν την προσπάθεια. Στην έρευνά μας, μεγαλύτερη αποφασιστικότητα για διακοπή εμφανίζουν οι παντρεμένες γυναίκες, τα άτομα με υψηλό βιοτικό επίπεδο, τα άτομα με τα λιγότερα χρόνια διάγνωσης της ασθένειας, όσοι δεν νοσηλεύονται και οι ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων, όσοι πάσχουν συγκεκριμένα από αγχώδεις διαταραχές και όσοι καπνίζουν λιγότερα από 5 τσιγάρα την ημέρα. Επιπλέον, μεγάλη αποφασιστικότητα εμφανίζουν οι ασθενείς που προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα και στο παρελθόν. Τα συμπεράσματα στα οποία κατέληξε η συγκεκριμένη έρευνα βοηθούν στον καθορισμό της συχνότητας του καπνίσματος σε ψυχιατρικούς ασθενείς στη Δ. Μακεδονία και της πρόθεσης να διακόψουν το κάπνισμα. Επίσης, σύμφωνα με τα συμπεράσματα αναμένεται να σχεδιαστούν παρεμβάσεις σε καπνιστές με ψυχιατρική νόσο. Γνωρίζοντας και κατανοώντας το ενδιαφέρον για διακοπή του καπνίσματος, τους λόγους διακοπής αλλά και τους άλλους παράγοντες που μελετά η παρούσα διπλωματική εργασία, οι επαγγελματίες υγείας στις δομές ψυχικής υγείας θα μπορούν να διαχειρίζονται τη χρήση του καπνού και να εφαρμόζουν αποτελεσματικές παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος σε αυτούς τους ασθενείς. Τέλος, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναμένεται να χρησιμοποιηθούν ως αφορμή για τη διεξαγωγή περαιτέρω μελετών στο μέλλον.

## Βιβλιογραφία

1. Stolberg V. A Cross-Cultural and Historical Survey of Tobacco Use Among Various Ethnic Groups. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*. 2007; 6:9-80.
2. Puhan MA, Spaar A, Frey M, Turk A, Brändli O, Ritscher D. et al. Early versus Late Pulmonary Rehabilitation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients with Acute Exacerbations: A Randomized Trial. *Respiration*. 2012;83(6):499-506. DOI: 10.1159/000329884.
3. Farley T. *Saving Gotham: A Billionaire Mayor, Activist Doctors, and the Fight for Eight Million Lives*. New York: W. W. Norton & Company; 2015. 319 p.
4. Smoke Free Greece. Π.Ο.Υ.- Παγκόσμια Ημέρα Κατά του Καπνίσματος 2014 [Internet]. Smoke Free Greece; 2014 [updated 2014 June 06; cited 2018 December 27]. Available from: <http://smokefreegreece.gr/π-ο-υ-παγκόσμια-ημέρα-κατά-του-καπνίσμ/>
5. Taylor G., McNeill A., Girling A., Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014;348:g1151
6. Coulthard M, Farrell M, Singleton N, Meltzer H. Tobacco, alcohol and drug use and mental health. Office for National Statistics, 2002.
7. Royal College of Physicians. *Smoking and mental health*. Suffolk: The Lavenham Press Limited; 2013.
8. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry* 1997; 4:231-44.
9. Hughes JR. Effects of abstinence from tobacco: valid symptoms and time course. *Nicotine Tob Res* 2007; 9:315-27.
10. McNally L, Oyefeso A, Annan J, Perryman K, Bloor R, Freeman S, et al. A survey of staff attitudes to smoking-related policy and intervention in psychiatric and general health care settings. *J Public Health* 2006; 28:192-6.
11. Λιοζίδου Α. Εξάρτηση και κάπνισμα. Conference Paper, 5th Panhellenic Conference on Tobacco Control, At Biomedical Research Foundation of Athens Academy, Athens, Greece; 2014 doi: 10.13140/RG.2.1.4705.8805
12. Κουτίνου Ε, Κουτουλάκη Γ. Διακοπή καπνίσματος. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*. 2015;4(1):28-37.
13. Eriksen M, Mackay J, Ross H. *The tobacco atlas*, 4th edn. Atlanta/New York: World Lung Foundation/American Cancer Society; 2002.

14. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC, 2000
15. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) (10th Edition). Geneva: World Health Organization; 2011.
16. Hatsukami DK, Stead LF, Gupta PC. Tobacco addiction. *The Lancet*, 2008;371(9629):2027-2038. doi: 10.1016/s0140-6736(08)60871-5
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
18. Henningfield J. Tobacco dependence treatment: scientific challenges; public health opportunities. *Tobacco Control*. 2009;9(1):i3-i10.
19. Gilmore A, McKee M. Tobacco control policy: the European dimension. *Clin Med*. 2002;2(4):335-342.
20. Ruiz P, Strain E. Substance Abuse. A Comprehensive Textbook. (5th ed.). Philadelphia, USA: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
21. Dickens G, Stubbs J, Haw C. Smoking and mental health nurses: A survey of clinical staff in a psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. 2004;11(4):445–451.
22. Barr AM, Procyshyn RM, Hui P, Johnson JL, Honer WG. Self-reported motivation to smoke in schizophrenia is related to antipsychotic drug treatment. *Schizophr. Res*. 2008;100:252–260.
23. Ziedonis D, Williams JM. Management of smoking in people with psychiatric disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2003;16: 305-315.
24. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
25. Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M, Adler LE, Audrain-McGovern J. et al. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine & Tobacco Research*. 2008;10: 1691-1715.
26. Steinberg ML, Williams, JM, Ziedonis DM. Financial implications of cigarette smoking among individuals with schizophrenia. *Tobacco Control*. 2004;13(2):206-208.
27. World Health Organization. Tobacco. Data by country; 2015 [updated: 2015 May 12; cited 2018 Sept 9] Available from: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1805>.
28. European Commission. Special Eurobarometer 458: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. TNS Opinion & Social; 2017.
29. Vardavas CI, Kafatos AG. Smoking policy and prevalence in Greece: an overview. *Eur J Public Health*, 2007, 17:211-213.

30. Pitsavos C, Panagiotakos D, Chrysohoou C, Stefanadis C. Epidemiology of cardiovascular risk factors in Greece: aims, design and baseline characteristics of the ATTICA study. *BMC Public Health*, 2003;3:32.
31. Filippidis FT, Vardavas CI, Loukopoulou A, Behrakis P, Connolly GN, Tountas Y. Prevalence and determinants of tobacco use among adults in Greece: 4 year trends. *Eur J Public Health*, 2013; 23:772-776.
32. Grant BF, Hasin D, Chou SP, Stinson FS, Dawson DA. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*. 2004;61:1107-1115.
33. Olivier D, Lubman DI, Fraser R. Tobacco smoking within psychiatric inpatient settings: a biopsychosocial perspective. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2007;41:572-580.
34. Centers for Disease Control and Prevention. Current Cigarette Smoking Among Adults—United States, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2018;67(2):53-9.
35. Stockings E, Bowman J, Mc Elwaine K, Baker A, Terry M, Clancy R et al. Readiness to Quit Smoking and Quit Attempts Among Australian Mental Health Inpatients. *Nicotine & Tobacco Research*. 2012; 15(5): 942–949.
36. Du Plooy JL, Macharia M, Verster C. Cigarette smoking, nicotine dependence, and motivation to quit smoking in South African male psychiatric inpatients. *BMC Psychiatry*. 2016; 16(1): 403.
37. Solty H, Crockford D, White DW, Currie S. Cigarette Smoking, Nicotine Dependence, and Motivation for Smoking Cessation in Psychiatric Inpatients. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2009; 54(1): 36–45.
38. Appollonio D, Malone R. Marketing to the marginalized: tobacco industry targeting of the homeless and mentally ill. *Tobacco Control*. 2005; 14: 409–415.
39. Aubin HJ, Rollema H, Svensson TH, Winterer G. Smoking, quitting, and psychiatric disease: A review. *Neuroscience and Behavioral Reviews*. 2012; 36: 271-284.
40. Schroeder SA, Morris CD. Confronting a neglected epidemic: Tobacco cessation for persons with mental illnesses and substance abuse problems. *Annual Review of Public Health*, 2010; 31:297-314.
41. Druss BG, Zhao L, Von Esenwein S, Morrato EH, Marcus SC. Understanding excess mortality in persons with mental illness: 17-Year follow up of a nationally representative US survey. *Medical Care*. 2011; 49(6): 599-604.

42. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness. A population-based prevalence study. *The Journal of the American Medical Association*. 2000; 284: 2606-2610.
43. de Leon J, Diaz FJ: A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res*. 2005; 76: 135-157. DOI: 10.1016/j.schres.2005.02.010.
44. Australian Bureau of Statistics. National Survey of Mental Health and Wellbeing: Summary of Results, 2007. ABS Cat 4326.0. Canberra; 2008.
45. Alegria M, Jackson JS, Kessler RC, Takeuchi D. Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys, 2001–2003 United States [computer file]. 2007, Conducted by Harvard Medical School, Department of Health Care Policy/University of Michigan, Survey Research Center. ICSPR20240-v5. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research, Survey Research Center [producer], Ann Arbor, MI: Inter-university Consortium for Political and Social Research [distributor], 2008-06-19
46. Gratziou C, Florou A, Ischaki E, Eleftheriou K, Sachlas A, Bersimis S. et al. Smoking cessation effectiveness in smokers with COPD and asthma under real life conditions. *Respiratory Medicine*. 2014; 108: 577-583.
47. Khaled SM, Bulloch AG, Williams JVA, Hill JC, Lavorato DH, Patten SB. Persistent heavy smoking as risk factor for Major Depression (MD) incidence: Evidence from a longitudinal Canadian cohort of the National Population Health Survey. *Journal of Psychiatric Research*. 2012; 46(4): 436-43.
48. Berlin I, Hakes JK, Hu MC, Covey LS. Tobacco use and suicide attempt: Longitudinal analysis with retrospective reports. *PLoS One*. 2015;10(4): e0122607.
49. Prochaska JJ. Smoking and mental illness - Breaking the link. *New England Journal of Medicine*. 2011;365(3):196-198.
50. Bernstein SL, Boudreaux ED, Cabral L, Cydulka RK, Schwegman D, Larkin GL, et al. Nicotine dependence, motivation to quit, and diagnosis among adult emergency department patients who smoke: a national survey. *Nicotine Tob Res*. 2008;10(8):1277-82.
51. Mokdad AH, Marks JS, Stoup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*. 2004; 291(10): 1238-1245.
52. Μπλούχου Π, Γκουντουβά Ε, Αποστολίδου Ε, Γουργουλιάνης Κ, Χατζόγλου Χ. Παράγοντες που επιδρούν στην κινητοποίηση των καπνιστών για διακοπή του καπνίσματος. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. 2011; 3(3): 113-121.

53. Mitrouska I, Bouloukaki I, Siafakas N. Pharmacological approaches to smoking cessation. *Pulmon Pharmacol & Therapeutics*. 2007; 20(3): 220–232.
54. Nicholas A, Colin P, Robyn C. Supporting smoking cessation. *BMJ*. 2014 Feb; 36(348): f7535.
55. Evins AE, Cather C, Laffer A. Treatment of tobacco use disorders in smokers with serious mental illness: Toward clinical best practices. *Harvard Review of Psychiatry*. 2015; 23(2): 90-98.
56. Tidey JW, Miller ME. Smoking cessation and reduction in people with chronic mental illness. *British Medical Journal*. 2015; 351: 27-31.
57. Centers for Disease Control and Prevention Health. Effects of Cigarette Smoking. [updated 2017 May 15; cited 2018 Sept 24] Available from: [https://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/health\\_effects/effects\\_cig\\_smoking/index.htm](https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/index.htm)
58. Morton K, Pradhan S. Smoking cessation, and major depression. *The Lancet*. 2001; 358(9286): 1011.
59. Chen LS, Baker T, Brownson RC, Carney RM, Jorenby D, Hartz S. et al. Smoking Cessation and Electronic Cigarettes in Community Mental Health Centers: Patient and Provider Perspectives. *Community Mental Health Journal*. 2016; 53(6): 695–702. DOI:10.1007/s10597-016-0065-8)
60. Dryden J. Many smokers with serious mental illness want to kick habit: Few get treatments, counseling to help them quit [Internet]. Washington; Dryden; 2016 [updated 2016 December 29; cited 2019 January 02] Available from: <https://medicine.wustl.edu/news/many-smokers-serious-mental-illness-want-kick-habit/>
61. Fiore MC. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US public health service report. *JAMA*. 2000; 283(24): 3244-54.
62. Yoshio M, Jun S, Tabahiko O, Toshihide T, Babazono A. Does smoking cessation improve mental health? *JP and Clinical Neurosciences*. 2001 Dec; 54(2): 169-172.
63. Γκράτσιου Χ. Διακοπή καπνίσματος- Νέα θεραπευτική προσέγγιση: Βαρενικλίνη: Νέος Τρόπος Δράσης. *Ιατρικές Εξελίξεις*. 2007 Μάιος.
64. Nicita-Mauro V, Maltese G, Nicita-Mauro C, Lasco A, Basile G. Non-Smoking for Successful Aging: Therapeutic Perspectives. 2010 Mar; 16(7): 775-782.
65. Κουτίνου Ε. Ιατρεία διακοπής καπνίσματος. *Περιεγχειρητική νοσηλευτική*. 2013;2(3): 93-94.
66. Britton, J. Treating smoking in mental health settings. *The Lancet Psychiatry*. 2015;2(5): 364–365.
67. Adsit RT, Fox BM, Tsiolis T, Ogland C, Simerson M, Vind LM, et al. Using the electronic health record to connect primary care patients to evidence-based telephonic tobacco quitline services: A

- closed-loop demonstration project. *Translational Behavioral Medicine*. 2014 Sep; 4(3): 324–332. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4167898/> DOI:10.1007/s13142-014-0259-y
68. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Addiction*. 1991;86(9): 1119–1127.
69. Biener L, Abrams DB. (1991). The Contemplation Ladder: Validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. *Health psychology*. 1991; 10(5): 360-5
70. Kropff B, Petersilka G, Flemmig T, Ehmke B, Heuft G, Schneider G. Success of a smoking cessation programme in smoking behaviour of chronic periodontitis patients and identification of predictors of motivation for smoking cessation - a pilot study. *International Journal of Dental Hygiene*. 2015 Aug; 14(3): 168–177. DOI:10.1111/idh.12124(2015).
71. Lê Cook B, Wayne GF, Kafali EN, Liu Z, Shu C, Flores M. Trends in Smoking Among Adults with Mental Illness and Association Between Mental Health Treatment and Smoking Cessation. *JAMA*. 2014 Jan 8; 311(2): 172–182.

# Παράρτημα: Ερωτηματολόγιο

Ερωτηματολόγιο 1 : δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

---

## Δημογραφικά στοιχεία

---

### Φύλο

- Άνδρες
- Γυναίκες

### Ηλικία

- 18-29
- 30-39
- 40-49
- >50

### Οικογ.Κατάσταση

- Έγγαμος/η
- Άγαμος/η
- Χήρος/α
- Διεζευγμένος/η

### Ύπαρξη παιδιών

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

### Εκπαιδευτικό επίπεδο

- Α'/θμιας
  - Β'/θμιας
  - Γ'/θμιας
-

- Αγχώδεις διαταραχές
  
- Διαταραχές της διάθεσης
  
- Ψυχωτικές διαταραχές
  
- Ανοϊκά σύνδρομα – Νευροεκφυλιστικές νόσοι

Πόσα έτη πάσχει/διεγνωσθεί με τη νόσο?

- <10
- 11-20
- >20

Νοσηλεύεστε κάπου την παρούσα στιγμή;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ σε τι είδους δομή;

- Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης (ανοιχτού τύπου)
  - Ιδιωτικό Θεραπευτήριο Ν.Σπινάρης (κλειστού τύπου)
  - Ξενώνας Βραχείας Νοσηλείας της Ψυχιατρικής Κλινικής του Γ.Ν.Κοζάνης (ανοιχτού τύπου)
-

Ερωτηματολόγιο 3 : Χαρακτηριστικά καπνιστικής συνήθειας

---

**Καπνιστική συνήθεια**

---

Καπνίζετε;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσα τσιγάρα την ημέρα

- <5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- 20-30
- >30

Πόσα χρόνια είστε καπνιστής;

- <5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- >20
- Δεν θυμάμαι

Είδος καπνού

- Τυποποιημένα τσιγάρα
  - Καπνό(χειροποίητα)
  - Πούρα
  - Ηλεκτρονικό τσιγάρο
-

Το πρώτο σας τσιγάρο, όταν ξυπνήσετε πόσο σύντομα το κάνετε;

- 60 λεπτά μετά (3 πόντοι)
- 31 λεπτά – 60 λεπτά (1 πόντοι)
- 6 λεπτά – 30 λεπτά (2 πόντοι)
- Τα πρώτα 5 λεπτά (3 πόντοι)

Την ημέρα πόσα τσιγάρα καπνίζετε;

- <10 (0 πόντοι)
- 11-20 (1 πόντος)
- 21-30 (2 πόντοι)
- >30 (3 πόντοι)

Το πρωί καπνίζετε περισσότερο σε σχέση με την υπόλοιπη μέρα;

- ΝΑΙ (1 πόντος)
- ΟΧΙ (0 πόντοι)

Ποιο τσιγάρο από αυτά που καπνίζεται κατά την διάρκεια της ημέρας απολαμβάνεται περι

- Το πρώτο της ημέρας (1 πόντος)
- Οποιοδήποτε εκτός του πρώτο της ημέρας (0 πόντοι)

Σε μέρη όπου απαγορεύεται το τσιγάρο (δημόσιες υπηρεσίες, νοσοκομεία, κινηματογράφοι) σας είναι δύσκολο να μην καπνίζετε;

- ΝΑΙ (1 πόντος)
  - ΟΧΙ (0 πόντοι)
-

Ποια φράση νομίζετε σας ταιριάζει περισσότερο;

- Δεν σκέφτομαι να διακόψω το κάπνισμα.
  - Χρειάζεται να σκεφτώ την διακοπή του καπνίσματος κάποια στιγμή.
  - Πιστεύω ότι πρέπει να διακόψω το κάπνισμα αλλά δεν είμαι έτοιμος/η ακόμη.
  - Αρχίζω να σκέφτομαι σχετικά με τον τρόπο διακοπής του καπνίσματος
  - Αρχίζω να κάνω ενέργειες για να διακόψω το κάπνισμα.
- 
-

Ερωτηματολόγιο 6 : Εκτίμηση αποφασιστικότητα και υποστήριξης για διακοπής καπνίσματος

---

**Κλίμακα αποφασιστικότητας και υποστήριξης**

---

Η διακοπή του καπνίσματος πόσο σημαντική είναι για εσάς;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

Αυτή η προσπάθεια σας πόσο δύσκολη θεωρείτε ότι είναι;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

Η απόφαση σας πόσο δυνατή είναι ώστε να κάψετε το κάπνισμα;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

Πόσο σίγουρος είστε ότι θα τα μπορέσετε να κόψετε το κάπνισμα;

- Πάρα πολύ
  - Πολύ
  - Μέτρια
-

**Προηγούμενες προσπάθειες**

---

Έχετε προσπαθήσει στο παρελθόν να κόψετε το κάπνισμα;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πόσες προσπάθειες έχετε κάνει;

- 1-3
- 4-6
- 7-10
- >10

Πού απευθυνθήκατε στην προσπάθεια σας για διακοπή καπνίσματος;

- Ιατρείο διακοπής καπνίσματος
- Μόνος
- Ιατρό (πνευμονολό, γενικό ιατρό, παθολόγο, ψυχίατρο)
- Ψυχολόγο
- Άλλο – προσδιορίστε

Με ποίον τρόπο έγινε η προσπάθεια διακοπής καπνίσματος;

- συμβουλευτική παρέμβαση και υποστήριξη
  - υποκατάστατο νικοτίνης (υπογλώσσια ταμπλέτα, τσίχλα, έμπλαστρο, ρινικό σπρέι, παστ
  - φάρμακο (βερενικλίνη, βουπροπριόνη)
  - ηλεκτρονικό τσιγάρο
  - icos
  - συνδυασμό συμβουλευτική και υποκατάστατο νικοτίνης ή φάρμακο
  - άλλο – προσδιορίστε (π.χ. βελονισμό)
-

---

### Λόγοι διακοπής καπνίσματος

---

Για ποιόν λόγο θα θέλατε να διακόψετε το κάπνισμα;

- πρόβλημα υγείας
- πιθανό πρόβλημα υγείας στο μέλλον (πρόληψη)
- συμπτώματα του αναπνευστικού
- συμπτώματα του καρδιαγγειακού
- πίεση του στενού περιβάλλοντος (παιδιά, σύντροφος)
- οικονομικό πρόβλημα
- εξάρτηση
- καλύτερη ποιότητα ζωής-φυσική κατάσταση
- άλλο - προσδιορίστε