



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ»**

**ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

**Θάλεια Μπελλάλη**

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης  
στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας

Θεσσαλονίκη, Σεπτέμβριος 2020





## Υπεύθυνη Δήλωση

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τον Κανονισμό Σπουδών του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας του Διεθνούς Πανεπιστημίου της Ελλάδος, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Η παρούσα Διπλωματική Εργασία αποτελεί έργο αποκλειστικά δικής μου δημιουργίας, έρευνας, μελέτης και συγγραφής.
- Για τη συγγραφή της Διπλωματικής μου Εργασίας δεν χρησιμοποίησα ολόκληρο ή μέρος έργου άλλου δημιουργού ή τις ιδέες και αντιλήψεις άλλου δημιουργού χωρίς να γίνεται σαφής αναφορά στην πηγή προέλευσης(βιβλίο, άρθρο από επιστημονικό περιοδικό, ιστοσελίδα κλπ.).

Θεσσαλονίκη, 23 Σεπτεμβρίου 2020

Η Δηλούσα: Γιαννακούλα Αικατερίνη

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή** Το κάπνισμα χαρακτηρίζεται ως μία από τις σοβαρότερες εξαρτήσεις που υπάρχουν ανά τον κόσμο. Περισσότεροι από 7 εκατομμύρια των καπνιστών πεθαίνουν ετησίως από την άμεση χρήση του καπνού ενώ 1,2 εκατομμύρια καταλήγουν ως αποτέλεσμα της έκθεσης τους σε καπνό και παθητικό κάπνισμα. Ο βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη επηρεάζει την απόφαση των καπνιστών να διακόψουν το κάπνισμα και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τους ιατρούς ώστε να καταλήγουν στην βέλτιστη μορφή βοήθειας προς τον καπνιστή. Ο αυξημένος επιπολασμός καπνίσματος ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας δεν έχει αντιμετωπιστεί με σωστό τρόπο. Η συστηματική παρακολούθηση, καταγραφή των συμπεριφορών των επαγγελματιών υγείας και η εκπαίδευση τους, μπορεί να τους καταστήσουν πρότυπα για την εφαρμογή της αντικαπνιστικής πολιτικής και να αποβούν καθοριστικής σημασίας για τη μείωση της χρήσης του καπνού από τον υπόλοιπο πληθυσμό.

**Σκοπός** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των γνώσεων, στάσεων και συμπεριφορών των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το κάπνισμα.

**Υλικό και Μέθοδος** Το δείγμα της μελέτης ήταν δείγμα ευκολίας που αποτελείται από επαγγελματίες υγείας τριτοβάθμιου δημόσιου νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης οι οποίοι κάπνιζαν κατά τη διάρκεια εκπόνησης της μελέτης. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης και αποτελείται από τα παρακάτω πέντε μέρη: α) Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών και Επαγγελματικών χαρακτηριστικών β) Ερωτηματολόγιο εξάρτησης από τη νικοτίνη (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) γ) Κλίμακα αξιολόγησης της διάθεσης για αλλαγή καπνιστικής συμπεριφοράς (Motivation Rulers Index) δ) Κλίμακα (Index) σχετικά με τα κίνητρα/λόγους διακοπής του καπνίσματος ε) Κλίμακα γνώσεων αναφορικά με το κάπνισμα. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα IBMSPSS 25.0 ( Statistical Package for Social Sciences).

**Αποτελέσματα** Στη μελέτη έλαβαν μέρος 268 επαγγελματίες υγείας, 185 (69,8%) νοσηλευτές, 51 (19,2%) βοηθοί νοσηλευτών, 12 (4,5%) ειδικευόμενοι και 17 (6,4%) ειδικευμένοι ιατροί. Τα 2/3 των επαγγελματιών υγείας που έλαβαν μέρος στην

έρευνα απάντησαν ότι καπνίζουν στο χώρο εργασίας τους. Ωστόσο, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (96,9%) δεν καπνίζει μπροστά στους ασθενείς του. Η πλειοψηφία έχει κόψει το κάπνισμα τουλάχιστον μία φορά και περιέγραψαν τον εαυτό τους ως κανονικό καπνιστή. Η μέση τιμή του Fagerstrom score ήταν ίση με 5,32 ( $\pm 2,07$ ) και χαρακτηρίστηκε ως μέτρια εξάρτηση. Σχετικά με τη διάθεση αλλαγής της καπνιστικής συμπεριφοράς τους το 68,8% δήλωσε ότι επιθυμεί να κόψει το κάπνισμα και ότι προσπάθησε χωρίς καμία βοήθεια να το κόψει. Οι συμμετέχοντες φαίνεται ότι θεωρούν αρκετά σημαντικό να κόψουν το κάπνισμα. Το πλέον σημαντικό κίνητρο για τη διακοπή του καπνίσματος είναι οι βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία καθώς η μέση τιμή των απαντήσεων υπολογίστηκε ίση με 3,76 ( $\pm 1,24$ ) και ακολουθούν ο φόβος ότι το κάπνισμα μικραίνει τη ζωή. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (92,2%) θεωρεί εξίσου επιβλαβές το παθητικό κάπνισμα και το 89,6% θεωρεί ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο παθητικό και ενεργητικό κάπνισμα με τις διάφορες ασθένειες. Επιπλέον, το 76,3% υποστηρίζει την επιβολή κυρώσεων (ποινικών και οικονομικών) σε χώρους που απαγορεύεται το κάπνισμα. Οι επαγγελματίες υγείας που είχαν παιδιά είχαν υψηλότερη μέση τιμή σκορ γνώσεων και σκορ κλίμακας κίνητρων διακοπής καπνίσματος από αυτούς που δεν είχαν. Η σχέση ανάμεσα στην ετοιμότητα των επαγγελματιών υγείας να σταματήσουν να καπνίζουν και την οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε ότι είναι στατιστικά σημαντική ( $p=0,02$ ). Επιπλέον, το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το Σκορ γνώσεων % ( $p=0,02$ ). Η σχέση ανάμεσα στην ηλικία και του σκορ κλίμακας κίνητρων διακοπής καπνίσματος είναι επίσης στατιστικά σημαντική ( $p=0,01$ ). Το πόσο σημαντικό είναι να κόψουν το τσιγάρο σχετίζεται στατιστικά σημαντικά ( $p=0,04$ ) με το πόσο έτοιμοι είναι να το κόψουν.

**Συμπεράσματα** Το σύνολο των επαγγελματιών υγείας έχει υψηλές γνώσεις για την βλαπτικότητα του καπνίσματος και επιθυμεί να διακόψει το κάπνισμα. Τάσσεται υπέρ του αντικαπνιστικού νόμου και θεωρεί τον εαυτό του πρότυπο υγείας για το γενικό πληθυσμό. Περαιτέρω ενίσχυση των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα ιατρικά διακοπής καπνίσματος, τις υπάρχουσες θεραπείες για διακοπή του καπνίσματος και του πώς μπορούν να συμμετάσχουν σε αυτά θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμα για τη μείωση του ποσοστού των καπνιστών όχι μόνο στο χώρο της υγείας αλλά και στο γενικό πληθυσμό.

**Λέξεις- κλειδιά** Επαγγελματίες υγείας, κάπνισμα, διακοπή καπνίσματος, καπνιστική συμπεριφορά, γνώσεις, αλλαγή καπνιστικής συμπεριφοράς, κίνητρα διακοπής καπνίσματος

## SUMMARY

**Introduction:** Smoking is one of the most serious addictions in the world. More than 7 million smokers die each year from direct tobacco use, while 1.2 million and up as result of exposure to tobacco and second hand smoke. The degree of nicotine dependence influences the decision of smokers to quit smoking and should be taken in to account by physicians in order to arrive at the best form of assistance to the smoker. The increased prevalence of smoking among health professionals has not being properly addressed. Systematic monitoring recording of the behaviors of health professionals and their training, can make them role models for the implementation of antismoking policy and can be crucial for reducing tobacco use by the rest of population.

**Aim:** The aim of this study was to investigate the knowledge, attitudes and behaviors of health professionals regarding smoking.

**Material and Methods:** The sample of the study was a convenience sample consisting of health professionals of the tertiary public hospital of Thessaloniki who smoked during the elaboration of the study. An anonymous self administered questionnaire constructed for the purposes of these study, was used for data collection and consists of the following five parts: a)Demographic and Occupational Characteristics Questionnaire b)Nicotine Dependence Questionnaire (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) c)Scale of motivation for change of smoking behavior (Motivation Rulers Index) d)Scale on the motives/reasons for smoking cessation e) Scale of knowledge about smoking. Data analysis performed with IBMSSPS 25.0 (Statistical Package for Social Science).

**Results:** The study involved 268 health professionals, 185 (69,8%) nurses, 51 (19,2%) nursing assistance, 12 (4,5%) trainees and 17 (6,4%) specialist doctors. Two-thirds of the health professionals who took part in the survey answered that they smoke in their workplace. However, the vast majority of participants (96.9%) do not smoke in front of patients. The majority have quit smoking at least once and described their selves as regular smokers. The average value of Fagerstrom score was 5,32 ( $\pm 2,07$ ) and was characterized as moderate dependence. Regarding the mood of change in their smoking behavior 68.8% stated than they want to quit smoking and that they tried to quit without any help. Participants seem to find it quit important to quit smoking. The majority of participants consider passive smoking equally harmful

and 89,6% believe that there is a correlation between passive and active smoking and various diseases. In addition, 76,3% support the imposition of sanctions (criminal and financial) on places where smoking is prohibited. Health professionals who had children had higher mean scores of knowledge scores and smoking cessation motivations scores than those who did not. The relationship between the readiness of health professionals to quit smoking and marital status was found to be statistically significant ( $p=0.02$ ). In addition, the educational level of the respondents is statistically significantly related to the knowledge score% ( $p=0.02$ ). The relationship between age and the smoking cessation scale is also statistically significant ( $p=0.01$ ). How important it is to quit smoking is statistically significant ( $p=0.04$ ) to how ready they are to quit.

**Conclusions:** All health professionals have a high knowledge of the harmful effects of smoking and want to quit smoking. They are in favor of the antismoking law and consider themselves as a model of health for the general population. Further enhancing the knowledge of health professionals about smoking cessation clinics, existing smoking cessation treatments and how they can participate in them would be particularly useful in reducing the proportion of smokers not only in health area but also in general population.

**Key words:** Health workers, smoking, smoking cessation, smoking behavior, knowledge, change of smoking behavior, reasons for smoking cessation.



## Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, κα Μπελλάλη Θάλεια για την επιστημονική και συμβουλευτική καθοδήγηση που μου προσέφερε σε όλα τα στάδια εκπόνησης της εργασίας.

Επίσης ευχαριστώ θερμά την οικογένεια μου για τη στήριξη και την κατανόηση τους.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
SUMMARY .....	6
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	11
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	13
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ .....</b>	<b>16</b>
1.1.Επιδημιολογικά στοιχεία και κάπνισμα.....	16
1.2. Επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία.....	18
1.3.Επιπτώσεις του καπνίσματος στην οικονομία.....	22
1.4. Νομοθεσία και κάπνισμα.....	28
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΘΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΙΣΜΑ.....</b>	<b>30</b>
2.1. Νικοτίνη, εθισμός και εξάρτηση.....	31
2.2. Παθητικό κάπνισμα .....	36
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ</b>	
<b>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ.....</b>	<b>37</b>
3.1. Στάσεις επαγγελματιών υγείας διεθνώς.....	37
3.2. Στάσεις επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα .....	45
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ-</b>	
<b>ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....</b>	<b>48</b>
4.1. Μέθοδοι διακοπής καπνίσματος.....	48
4.2. Ο ρόλος του επαγγελματία υγείας στην διακοπή καπνίσματος .....	51
4.3. Ιατρεία διακοπής καπνισματός.....	53
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ .....</b>	<b>56</b>
5.1. Σκοπός και στόχοι μελέτης.....	56
5.2. Ερευνητικός σχεδιασμός .....	56
5.3. Δείγμα μελέτης .....	56
5.4.Εργαλείαμέτρησης.....	56
5.5.Συλλογή δεδομένων. Ηθικά και δεοντολογικά θέμα.....	58
5.6. Ανάλυση δεδομένων.....	59
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>60</b>
6.1. Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά.....	60
6.2. Συνήθειες καπνιστών.....	61
6.2.1. Βαθμός εξάρτησης από την νικοτίνη.....	63

6.2.2. Διάθεση αλλαγής καπνιστικής συμπεριφοράς.....	64
6.2.3. Κίνητρα/Λόγοι διακοπής του καπνίσματος.....	65
6.2.4. Γνώσεις και απόψεις σχετικά με το κάπνισμα.....	67
6.3. Επαγωγική στατιστική ανάλυση .....	69
6.3.1 Δείκτης εσωτερικής συνάφειας ερωτηματολογίου (Cronbach's alpha).....	69
6.3.2. Σύγκριση δημογραφικών στοιχείων με Fangrestorm score, με κλίμακα διάθεσης αλλαγής καπνιστικής συμπεριφοράς, με σκορ κλίμακας κίνητρων διακοπής καπνίσματος και με σκορ γνώσεων.....	69
6.3.3. Γραμμική συσχέτιση.....	74
6.3.4 Γραμμική παλινδρόμηση.....	76
<b>Κεφάλαιο 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....</b>	<b>79</b>
7.1. Συμπεράσματα.....	84
7.2. Περιορισμοί της μελέτης.....	85
7.3. Προτάσεις.....	86
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ .....</b>	<b>88</b>

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά .....	60
Πίνακας 1. Συνήθειες καπνιστών.....	62
Πίνακας 3. Βαθμός εξάρτησης από την νικοτίνη.....	63
Πίνακας 4. Διάθεση αλλαγής καπνιστικής συμπεριφοράς.....	65
Πίνακας 2. Κίνητρα / Λόγοι διακοπής του καπνίσματος.....	66
Πίνακας 6. Γνώσεις και απόψεις σχετικά με το κάπνισμα.....	67
Πίνακας 3. Δείκτες εσωτερικής συνάφειας ερωτηματολογίου.....	69
Πίνακας 8. Σύγκριση δημογραφικών στοιχείων με Fangerstorm score, με κλίμακα διάθεσης αλλαγής καπνιστικής συμπεριφοράς, με σκορ κλίμακας κίνητρων διακοπής καπνίσματος και με σκορ γνώσεων.....	70
Πίνακας 4. Γραμμική συσχέτιση ηλικίας με Fagerstrom score, την κλίμακα διάθεσης αλλαγής καπνιστικής συμπεριφοράς, με το σκορ κλίμακας κίνητρων διακοπής καπνίσματος και με το σκορ γνώσεων.....	74
Πίνακας 10. Γραμμική συσχέτιση Fagerstrom score με την κλίμακα διάθεσης αλλαγής καπνιστικής συμπεριφοράς, με το σκορ κλίμακας κίνητρων διακοπής καπνίσματος και με το σκορ γνώσεων.....	75
Πίνακας 5. Γραμμική συσχέτιση Motivation score με την κλίμακα διάθεσης αλλαγής καπνιστικής συμπεριφοράς και με το σκορ γνώσεων.....	75
Πίνακας 6. Γραμμική συσχέτιση Σκορ γνώσεων % με την κλίμακα διάθεσης αλλαγής καπνιστικής συμπεριφοράς.....	76
Πίνακας 13. Γραμμική συσχέτιση βαθμού σημαντικότητας διακοπής καπνίσματος με ετοιμότητα και σιγουριά διακοπής καπνίσματος μέσα στον επόμενο μήνα.....	76
Πίνακας 7. Συσχέτιση βαθμού σημαντικότητας διακοπής καπνίσματος με ετοιμότητα και σιγουριά διακοπής καπνίσματος μέσα στον επόμενο μήνα, με το σκορ κλίμακας κίνητρων διακοπής καπνίσματος και με το σκορ γνώσεων.....	77
Πίνακας 8. Συσχέτιση βαθμού ετοιμότητας διακοπής καπνίσματος με σημαντικότητα και σιγουριά διακοπής καπνίσματος μέσα στον επόμενο μήνα, με το Fagerstrom score, με το σκορ κλίμακας κίνητρων διακοπής καπνίσματος και με το σκορ γνώσεων.....	77
Πίνακας 9.. Συσχέτιση βαθμού σιγουριάς διακοπής καπνίσματος με σημαντικότητα και ετοιμότητα διακοπής καπνίσματος μέσα στον επόμενο μήνα,	

**με το Fagerstrom score, με το σκορ κλίμακας κίνητρων διακοπής καπνίσματος  
και με το σκορ γνώσεων.....78**

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κάπνισμα χαρακτηρίζεται ως μία από τις μεγαλύτερες εξαρτήσεις που υπάρχουν παγκοσμίως, με καταστροφικές συνέπειες, όχι μόνο για τους ίδιους τους καπνιστές αλλά και για τον περίγυρο τους. Σύμφωνα με τον World Health Organization (WHO) πάνω από 1,1 δισεκατομμύριο άνθρωποι έχουν καταγραφεί ως καπνιστές (WHO, 2019). Η χρήση όλων των προϊόντων καπνού είναι επιβλαβής καθώς η εισπνοή του εκθέτει τους χρήστες σε περισσότερους από 7000 τοξικούς και τουλάχιστον 70 καρκινογόνους παράγοντες (Drope et al, 2018). Υπολογίζεται ότι περίπου 80.000 με 100.000 άτομα, παγκοσμίως, αρχίζουν το κάπνισμα καθημερινά ενισχύοντας τις ανησυχητικές προβλέψεις για αύξηση του αριθμού σε 1.6 δισεκατομμύρια ανθρώπους μέχρι το 2030 (Stanford, 2017).

Η χρήση του καπνού μαζί με την κατανάλωση αλκοόλ, την κακή διατροφή και την έλλειψη σωματικής δραστηριότητας αποτελούν τους τέσσερις συνήθεις παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με τις τέσσερις πιο γνωστές μη μεταδοτικές ασθένειες: τις καρδιαγγειακές παθήσεις, τον καρκίνο, τις χρόνιες πνευμονικές ασθένειες και το σακχαρώδη διαβήτη (Hunter et al, 2013). Εκτιμάται ότι το κάπνισμα προκαλεί περίπου το 71% όλων των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα, το 42% της χρόνιας αναπνευστικής πνευμονοπάθειας και σχεδόν το 10% των καρδιαγγειακών νοσημάτων (Alwan, 2011). Οι παθητικοί καπνιστές διατρέχουν τον ίδιο αυξημένο κίνδυνο με τους καπνιστές (Hirayama, 1981). Εκτός από τα προβλήματα υγείας που προκαλεί η κατανάλωση καπνού υπάρχει και το σχετιζόμενο με τον καπνό κόστος που επηρεάζει την οικονομική ανάπτυξη της κάθε χώρας. Στο κόστος περιλαμβάνονται οι άμεσες δαπάνες για ιατροφαρμακευτική κάλυψη αλλά και οι έμμεσες που σχετίζονται με την χαμένη παραγωγικότητα λόγω της νοσηρότητας και της πρόωρης θνησιμότητας (Drope et al, 2018).

Σύμφωνα με το European Network for Smoking and Tobacco Prevention (2018) η εξάρτηση από τον καπνό δεν είναι μία απλή συνήθεια ή κακή συμπεριφορά, αλλά μία ασθένεια που πρέπει να αντιμετωπίζεται από τους επαγγελματίες υγείας.

Για να περιορίσει τη ζήτηση του καπνού και να προστατεύσει τον πληθυσμό ο WHO πρότεινε μια Σύμβαση Πλαίσιο για τον έλεγχο του καπνού το 2003 (WHO, 2003). Η σύμβαση αυτή περιλαμβάνει έξι στρατηγικούς στόχους που πρέπει να επιτευχθούν: α) παρακολούθηση, καταγραφή και πρόληψη του καπνίσματος, β) προστασία από το παθητικό κάπνισμα, γ) προειδοποίηση για τους κινδύνους του

καπνίσματος, δ) δημιουργία κέντρων διακοπής καπνίσματος, ε) επιβολή απαγορεύσεων στη διαφήμιση και προώθηση του καπνού και στ) αύξηση της φορολογίας στον καπνό. Σύμφωνα με τον WHO (2019) παρά τη μεγάλη πρόοδο που έχει σημειωθεί στην Ευρώπη σε σχέση με τον έλεγχο του καπνού τα μέτρα δεν είναι αρκετά. Χρειάζεται μία πιο αυστηρή εφαρμογή της σύμβασης-πλαίσιο για να επιτευχθεί η μείωση του καπνίσματος κατά 30% στα άτομα ηλικίας 15 ετών και άνω έως το 2025. Για το σκοπό αυτό οι κυβερνήσεις σε όλο τον κόσμο αναπτύσσουν πολιτικές για τον έλεγχο του καπνού χρησιμοποιώντας διαφορετικούς συνδυασμούς μέτρων ανάλογα με τις συνθήκες κάθε χώρας (Willemsen, 2018).

Οι επαγγελματίες υγείας, λόγω του εργασιακού αντικειμένου τους, γνωρίζουν πολύ περισσότερο τους κινδύνους και τις συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία, με αποτέλεσμα να αναμένεται η μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος να συμβεί νωρίτερα στους επαγγελματίες υγείας παρά στο γενικό πληθυσμό (Davis, 1993). Η μελέτη των καπνιστικών συνηθειών των επαγγελματιών υγείας είναι σημαντική καθώς αποτελούν δυνητικά κοινωνικά πρότυπα συμπεριφοράς υγείας για το γενικό πληθυσμό. Ενώ συχνά χρειάζεται να παρέχουν συμβουλευτική και να υποστηρίζουν τους καπνιστές ασθενείς ώστε να εγκαταλείψουν το κάπνισμα (Smith et al, 2007).

Προγράμματα διακοπής καπνίσματος εφαρμόζονται στα αντίστοιχα ιατρεία των νοσοκομείων, με κυρίαρχες τεχνικές επίτευξης, αυτή της συμβουλευτικής και της φαρμακευτικής υποστήριξης. Ο συνδυασμός και των δύο μεθόδων είναι συνήθως πιο αποτελεσματικός. Η φαρμακευτική θεραπεία εξατομικεύεται και προσαρμόζεται ανάλογα με τις απαιτήσεις και τις ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου (καπνιστικό ιστορικό, επίπεδα νικοτίνης) (Κουράκος και συν, 2016). Σύμφωνα με τον Aveyard (2012) η προσφορά φαρμακευτικής ή ψυχολογικής βοήθειας στους καπνιστές, ανεξάρτητα από την ετοιμότητα τους για διακοπή του καπνίσματος, είναι πιο αποτελεσματική από τις απλές ιατρικές συμβουλές. Η τεχνολογία των κινητών τηλεφώνων, του διαδικτύου και των μέσων κοινωνικής δικτύωσης βοηθούν το έργο των ειδικών, ξεπερνώντας τα χρονικά και γεωγραφικά εμπόδια που μπορεί να αποτρέπουν από τις γνωστές θεραπείες (φαρμακευτική, ψυχολογική) (Taylor et al, 2017). Η παροχή υποστήριξης και παρακολούθησης μετά τη συμβουλευτική διαδικασία ενδέχεται να αυξήσει τα ποσοστά διακοπής ακόμη περισσότερο (Stead et al, 2013). Η σταθερή και μόνιμη αποχή από το κάπνισμα συχνά απαιτεί πολλές προσπάθειες μέχρι να εδραιωθεί. Η αποτυχία των προσπαθειών απογοητεύει τον καπνιστή και συνεπώς επιβάλλεται η παράλληλη

ψυχολογική υποστήριξη του (Simpson, et al, 2010).

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των γνώσεων, στάσεων και συμπεριφορών των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το κάπνισμα, με απώτερο στόχο την αναγνώριση του ρόλου τους ως συμβούλους προώθησης της διακοπής καπνίσματος στο γενικό πληθυσμό.



## **1. Κάπνισμα και υγεία.**

Στο παρόν κεφάλαιο γίνεται ανάλυση του επιπολασμού του καπνίσματος στην Ελλάδα και σε παγκόσμιο επίπεδο. Αναλύεται η συσχέτιση του καπνίσματος με την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων, καρκίνου και αναπνευστικών νοσημάτων. Αναφέρεται το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης των καπνιστών ανά τον κόσμο και το πόσο επηρεάζει την οικονομία της κάθε χώρας. Γίνεται αναφορά στο κόστος του καπνίσματος που δεν σχετίζεται με την υγεία, όπως το κοινωνικό και περιβαλλοντικό κόστος. Στο τέλος γίνεται αναφορά στη νομοθεσία που έχει θεσπιστεί ανά τα έτη, με σκοπό την προστασία του πληθυσμού από τις βλαπτικές συνέπειες της χρήσης του καπνού.

### **1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία για το κάπνισμα.**

Το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τη δημόσια υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο. Αναμένεται ότι τα επόμενα 50 χρόνια τουλάχιστον 450 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως θα καταλήξουν εξαιτίας του καπνίσματος. Τα στοιχεία αυτά οδηγούν στην προσέγγιση του καπνίσματος ως κύριου παράγοντα νοσηρότητας και θνητότητας με ετήσιο απολογισμό 4 εκατομμυρίων θανάτων παγκοσμίως (Ng, et al, 2014). Η πλειονότητα των χρηστών καπνού καταγράφεται στις αναπτυσσόμενες χώρες ενώ μεταξύ αυτών υπερέχουν αριθμητικά οι άνδρες. Υπολογίζεται ότι υπάρχουν 1.2 δισεκατομμύρια καπνιστές παγκοσμίως ενώ περίπου 80.000 με 100.000 άτομα αρχίζουν το κάπνισμα καθημερινά εντείνοντας τις ανησυχητικές προβλέψεις για την αύξηση του αριθμού σε 1.6 δισεκατομμύρια μέχρι το 2030 (Stanford, 2017). Σύμφωνα με προβλέψεις του WHO το 2030 ο αριθμός των θανάτων από τη χρήση καπνού θα ανέλθει σε 8 εκατομμύρια (Tachfouti et al., 2013). Παράλληλα ανησυχητικό κρίνεται το γεγονός ότι αν διατηρηθούν οι συνθήκες που ισχύουν σήμερα περίπου 250 εκατομμύρια ανηλίκων θα προσβληθούν από νοσήματα για τα οποία ενοχοποιείται το τσιγάρο και ιδίως εξαιτίας του παθητικού καπνίσματος (Mackay, 2018).

Στην Ευρώπη οι καπνιστές ανέρχονται στα 215 εκατομμύρια άτομα από τα οποία το 34%-47% είναι άνδρες. Οι γυναίκες αντιστοιχούν στο 20%-35% ενώ δυστυχώς μεταξύ των καπνιστών εντοπίζονται και άτομα κάτω των 18 ετών. Περισσότεροι από 500.000 θάνατοι αποδίδονται ετησίως ως συνέπεια του καπνίσματος. Ειδικότερα στην Ελλάδα το ποσοστό κατανάλωσης τσιγάρων είναι ιδιαίτερα υψηλό, γεγονός που την κατατάσσει ανάμεσα στις πρώτες χώρες σε

κατανάλωση προϊόντων καπνού ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (WHO, 2019). Ο επιπολασμός του καπνίσματος στην Ευρώπη είναι υψηλός, με τους Έλληνες να παρουσιάζουν τα τελευταία χρόνια υψηλά ποσοστά σε σχέση με άλλες χώρες που αγγίζει το 40%, ενώ αντίστοιχα υψηλά είναι και τα ποσοστά εισαγωγών σε νοσοκομειακές μονάδες λόγω νοσηρότητας εξαιτίας του καπνίσματος (Tsalapati et al., 2014). Αναφορικά τα αντίστοιχα ποσοστά καπνιστών για το 2018 στην Γαλλία ανέρχονταν στο 28%, στην Ισπανία στο 33%, στη Μεγάλη Βρετανία στο 27% και στη Γερμανία στο 26%. Ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά καπνιστών εμφάνισε η Σουηδία με 13%. Ειδικότερα σε ότι αφορά το παθητικό κάπνισμα θεωρείται υπεύθυνο για περίπου 2000 θανάτους ετησίως κυρίως από καρκίνο του πνεύμονα. Πρόσφατες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν ενοχοποιούν το παθητικό κάπνισμα για ένα σημαντικό ποσοστό (12%) καρδιοπαθειών (Ng, et al, 2014; Ribassin- Majed et al, 2015).

Συγκεκριμένα για το έτος 2015 στην Ελλάδα καταγράφηκε ότι σε άτομα άνω των 18 ετών το 49.9% των ανδρών και το 30.8% των γυναικών κάπνιζαν σε καθημερινή βάση. Σε ότι αφορά συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες τα ποσοστά καπνιστών που εντοπίστηκαν ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 18 έως 24 ετών το 44.7%, από 25 έως 34 ετών το 50.8%, από 35 έως 44 ετών το 53.8%, από 45 έως 54 ετών το 47%, από 55 έως 64 ετών το 36.7% και το 17.8% ανήκε σε ηλικίες άνω των 65 ετών. Η καπνιστική συμπεριφορά των νεαρών ατόμων έχει επίσης καταγραφεί και παρουσιάζει ανησυχητική εικόνα κυρίως σε ότι αφορά άτομα στην εφηβική ηλικία καθώς τα ποσοστά που εντοπίστηκαν παρουσιάζουν διαρκή άνοδο. Για το χρονικό διάστημα 2015-2016 ένα ποσοστό 13.7% αγοριών ηλικίας 15 έως 18 ετών κάπνιζε τουλάχιστον περιστασιακά με το αντίστοιχο ποσοστό των κοριτσιών να ανέρχεται στα 14.2%. Επίσης στο γυναικείο πληθυσμό παρατηρήθηκε έντονη αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας λόγω αιτιών όπως είναι το έμφραγμα του μυοκαρδίου και ο καρκίνος του πνεύμονα γεγονός που αποδίδεται στην αύξηση του ποσοστού των καπνιστριών τα τελευταία χρόνια (Rachiotis, et al, 2017; Vardavas et al, 2017; Stafylis et al., 2018).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης η ημερήσια κατανάλωση καπνού στην Ελλάδα με το 21.8% των καπνιστών να καταναλώνει έως και 10 τσιγάρα ημερησίως, το 39.7% να καταναλώνει από 10 έως 20 τσιγάρα και περίπου το 38% να καταναλώνει περισσότερα από 20 τσιγάρα ημερησίως. Συνεπώς τα 2/3 των καθημερινών καπνιστών κάπνιζαν περισσότερα από 20 τσιγάρα την ημέρα, αριθμός ο

οποίος αποτυπώνει τη διάσταση του προβλήματος (Tarantilis et al, 2015). Παρότι ο επιπολασμός σε σχέση με το κάπνισμα στην Ελλάδα εκτιμάται υψηλός, προσπάθειες προσέγγισης της διακοπής του καπνίσματος εντοπίζονται κυρίως τα τελευταία χρόνια, οι οποίες επιδεικνύουν θετικά αποτελέσματα σε νεαρούς κυρίως καπνιστές (Filippidis et al., 2013). Σε αντίθεση, σε άλλες ευρωπαϊκές και διεθνείς κοινωνίες η εφαρμογή προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος και προαγωγής της δημόσιας υγείας ισχύει από την αρχή της δεκαετίας αν όχι και νωρίτερα (Vardavas et al, 2017). Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών βασίζεται στη συμμετοχή της πολιτείας και στη δραστηριοποίηση των επαγγελματιών υγείας η οποία ειδικότερα σε χώρες όπως είναι οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ), ο Καναδάς, η Μεγάλη Βρετανία και η Σουηδία είναι έντονη (Ioannidis, 2017).

## **1.2 Επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία.**

Η χρήση του καπνού μαζί με την κατανάλωση αλκοόλ, την κακή διατροφή και την έλλειψη σωματικής δραστηριότητας αποτελούν τους τέσσερις συνήθεις παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με τις τέσσερις πιο γνωστές μη μεταδοτικές ασθένειες όπως είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο καρκίνος, οι χρόνιες πνευμονικές ασθένειες και ο σακχαρώδης διαβήτης. Στις τέσσερις αυτές παθήσεις οφείλεται το 80% των θανάτων από τις μη μεταδοτικές ασθένειες, οι οποίες ενοχοποιήθηκαν για 36 εκατομμύρια θανάτους το 2008. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μέρος των θανάτων που σχετίζονται με τις μη μεταδοτικές ασθένειες, ακολουθούμενες από τον καρκίνο, τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και το σακχαρώδη διαβήτη. Το ποσοστό των ετών ζωής με αναπηρία (Disability Adjusted Life Years), τα οποία αφορούν το σύνολο των χαμένων ετών εξαιτίας πρόωρου θανάτου ή ζωής με αναπηρία, που οφειλόταν σε μη μεταδοτικές ασθένειες, αυξήθηκε από 43% το 1990 στο 54% το 2010 παγκοσμίως (Hunter et al, 2013). Σύμφωνα με τον WHO, οι μη μεταδοτικές ασθένειες θα αντιπροσωπεύουν έναν αυξανόμενο συνεχώς αριθμό και ποσοστό θανάτων παγκοσμίως αγγίζοντας το 70% σχεδόν των θανάτων το 2030 (WHO, 2005)

Σύμφωνα με τον Doll (2004) το 1/4 της αυξημένης θνησιμότητας στους καπνιστές οφειλόταν στον καρκίνο του πνεύμονα και στη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ). Ισχυρή θετική συσχέτιση με τη θνητότητα έχει η ισχαιμική καρδιακή νόσο και ακολουθούν άλλες νεοπλασματικές, αναπνευστικές και αγγειακές παθήσεις που θα μπορούσαν να αποφευχθούν, εάν δεν υπήρχε το κάπνισμα. Κατά μέσο όρο οι καπνιστές ζουν δέκα χρόνια λιγότερο από τους μη καπνιστές. Η διακοπή

στην ηλικία των 50 ετών μειώνει κατά πολύ τον κίνδυνο θανάτου, ενώ η διακοπή στην ηλικία των 30 ετών σχεδόν μηδενίζει τον ανάλογο κίνδυνο. Έχει διαπιστωθεί ότι αν κάποιος διακόψει το κάπνισμα στην ηλικία των 30 ετών κερδίζει 10 χρόνια ζωής, αν το διακόψει στα 40 έτη κερδίζει 9 χρόνια ζωής, αν το διακόψει στα 50 έτη κερδίζει 6 χρόνια ζωής και στα 60 κερδίζει 3 χρόνια ζωής (Doll et al, 2004). Οι παρεμβάσεις καπνίσματος σε ομάδα "βαρέων" και "ελαφρών" καπνιστών οδήγησαν σε αύξηση του προσδόκιμου ζωής, μείωση του επιπολασμού των χρόνιων ασθενειών με τα οφέλη των "βαρέων" καπνιστών να είναι μεγαλύτερα από αυτά των "ελαφρών" καπνιστών (Kim et al, 2019).

### **Κάπνισμα και καρδιαγγειακές παθήσεις.**

Η χρήση του καπνού είναι ένας από τους μεγαλύτερους κινδύνους για την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων και ιδιαίτερα για έμφραγμα του μυοκαρδίου. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος για τα νέα άτομα παρά για τους ηλικιωμένους και το μέγεθος του κινδύνου είναι στενά συνδεδεμένο με τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνεται από το άτομο. Ο κίνδυνος για έμφραγμα του μυοκαρδίου καταγράφεται πλέον ίδιος για τις γυναίκες και τους άνδρες καθώς ο επιπολασμός καπνίσματος ανάμεσα στο γυναικείο φύλο έχει αυξηθεί κατά πολύ. Οι πρώην καπνιστές έχουν υψηλότερο κίνδυνο για εμφάνιση καρδιαγγειακής ασθένειας σε σχέση με τους μη καπνιστές, αλλά ο κίνδυνος αυτός μειώνεται με την αύξηση του χρόνου αποχής από το κάπνισμα. Η έκθεση στον παθητικό καπνό αυξάνει και αυτή, τον κίνδυνο εμφράγματος ανεξαρτήτως καπνιστικού ιστορικού του ατόμου (Teo et al, 2006).

Στην μετα-ανάλυση του Hackshaw (2018) τονίζεται πως δεν υπάρχει ασφαλές επίπεδο καπνίσματος που να προφυλάσσει από τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Οι καπνιστές πρέπει να εγκαταλείψουν τελείως το κάπνισμα και όχι να το περιορίσουν, εάν επιθυμούν να αποφύγουν τον κίνδυνο εμφράγματος και εγκεφαλικού επεισοδίου. Οι άνδρες που κάπνιζαν έστω και ένα τσιγάρο την ημέρα είχαν 48% υψηλότερο κίνδυνο καρδιακής νόσου και 25% υψηλότερο κίνδυνο για εμφάνιση εγκεφαλικού επεισοδίου σε σχέση με τους μη καπνιστές. Στις γυναίκες τα ποσοστά ήταν 57% και 31% αντίστοιχα για τις καρδιακές παθήσεις και τα εγκεφαλικά επεισόδια, σε σύγκριση με τις μη καπνίστριες (Hackshaw et al, 2018). Σύμφωνα με τον Thun (2013) για τα δύο τρίτα των θανάτων που καταγράφηκαν λόγω ισχαιμικής καρδιοπάθειας ευθυνόταν το κάπνισμα.

Η κολπική μαρμαρυγή αποτελεί τον συνηθέστερο τύπο καρδιακής αρρυθμίας και κατά το 2015 κατεγράφησαν 33 εκατομμύρια περιστατικά παγκοσμίως. Στις μετα-αναλύσεις της Aune (2018) και του Zhu (2016) οι καπνιστές συνδέθηκαν με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κολπικής μαρμαρυγής σε σχέση με τους μη καπνιστές και διαπιστώθηκε σαφής σχέση μεταξύ του αυξανόμενου αριθμού τσιγάρων που καταναλώνονταν ημερησίως και του κινδύνου εμφάνισης κολπικής μαρμαρυγής. Η Aune (2019) διαπίστωσε πως οι καπνιστές εμφάνισαν αυξημένο κίνδυνο καρδιακής ανεπάρκειας κατά 75% σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Επισημάνει επίσης πως ο κίνδυνος αυτός μειωνόταν όσο αύξανε η χρονική διάρκεια αποχής του ατόμου από τη χρήση του καπνού.

### **Κάπνισμα και καρκίνος.**

Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει καρκίνο στους πνεύμονες, στην τραχεία, στους βρόγχους, στον οισοφάγο, στη στοματική κοιλότητα, στα χείλη, στο ρινοφάρυγγα, στη ρινική κοιλότητα, στο λάρυγγα, στο στομάχι, στην ουροδόχο κύστη, στα νεφρά, στο πάγκρεας, στον τράχηλο της μήτρας καθώς και σε άλλα όργανα, και μπορεί να προκαλέσει διεργασίες στον οργανισμό που οδηγούν σε οξεία μυελογενή λευχαιμία. Το 1/3 όλων των θανάτων από καρκίνο στις ΗΠΑ συνδέονται με τη χρήση του καπνού (U.S. Department of Health and Human Services, 2010).

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι από τις πρώτες θανατηφόρες ασθένειες που συσχετίστηκαν άμεσα με το κάπνισμα. Η χρήση του καπνού ευθύνεται για τις εννέα από τις δέκα περιπτώσεις εμφάνισης καρκίνου στον πνεύμονα. Αν και τα ποσοστά καπνίσματος μειώνονται, ο κίνδυνος για εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα έχει αυξηθεί τα τελευταία πενήντα χρόνια. Οι αλλαγές στον τρόπο σχεδιασμού των τσιγάρων, τα αεριζόμενα φίλτρα τους και τα αυξημένα επίπεδα ορισμένων χημικών ουσιών που ανευρίσκονται σε αυτά έχουν συντελέσει στην αύξηση αυτή. Με τη διακοπή του καπνίσματος, οι πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα μειώνονται κατά 50% μέσα σε μια δεκαετία (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Ο κίνδυνος εμφάνισης του είναι μεγαλύτερος στους άνδρες από ότι στις γυναίκες, με το παθητικό κάπνισμα να αυξάνει τον κίνδυνο αυτό κατά 20% έως 30%. Όπως αναφέρει ο Siddiqui (2019) δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του καρκίνου του πνεύμονα και του αριθμού των πακέτων που καπνίζονται ετησίως, λόγω της πολύπλοκης αλληλεπίδρασης του καπνίσματος με τους περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες (Siddiqui et al, 2019). Ασθενείς που ξέφυγαν τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο του πνεύμονα και συνέχιζαν να καπνίζουν, διέτρεχαν αυξημένο

κίνδυνο εμφάνισης άλλων καρκίνων και προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με το κάπνισμα. Υπάρχει όφελος από τη διακοπή καπνίσματος ακόμη και μετά από μία διάγνωση καρκίνου στον πνεύμονα (Miller et al, 2016).

Η πλειονότητα των οισοφαγικών και γαστρικών καρκίνων οφείλεται κατά μεγάλο μέρος στο κάπνισμα, σε συνεργασία με την κακή διατροφή και το υπερβολικό βάρος. Ο αυξανόμενος επιπολασμός του καπνίσματος στην Αμερική, από τη δεκαετία του 1900 και μετά, ευθύνεται εν μέρη για την αυξημένη συχνότητα εμφάνισης των καρκίνων αυτών τις τελευταίες δεκαετίες (Wu et al, 2001; Engel et al, 2003). Τα τελευταία έτη διαπιστώθηκε ισχυρή αιτιώδης σχέση μεταξύ του καπνίσματος με τον καρκίνο του ήπατος και με τον καρκίνο του παχέως εντέρου (Slattery et al, 2000; Jee et al, 2004; Pelucchi et al, 2006; Hagggar et el, 2009). Όσον αφορά τον καρκίνο του μαστού υπάρχουν ενδείξεις για τη λειτουργία μηχανισμών, με τους οποίους το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του μαστού αλλά δεν αρκούν για να αποδειχθεί αιτιώδης σχέση μεταξύ τους (Hamajima et al, 2002; Gaudet et al, 2017).

#### **Κάπνισμα, αναπνευστικές και άλλες παθήσεις.**

Επίσης, το κάπνισμα ευθύνεται εν μέρη για παθήσεις όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, το άσθμα, ο εκφυλισμός της ωχράς κηλίδας, η φυματίωση, η ρευματοειδής αρθρίτιδα και το έλκος στομάχου (Reitsma et al, 2017). Όσον αφορά τα αναπνευστικά νοσήματα, η ΧΑΠ που σχετίζεται άμεσα με το κάπνισμα, ευθύνεται για τον θάνατο τριών εκατομμυρίων ανθρώπων παγκοσμίως κατά το 2005. Ογδόντα εκατομμύρια άνθρωποι σε όλον τον κόσμο πάσχουν από μέτριας έως σοβαρής μορφής ΧΑΠ (Laborin, 2009). Σύμφωνα με τον Lundback (2003) το 50% των καπνιστών θα αναπτύξει κάποιας μορφής ΧΑΠ κατά την διάρκεια της ζωής του (Lundback et al, 2003).

Το κάπνισμα μπορεί να επηρεάσει το σπέρμα των ανδρών, μειώνοντας τη γονιμότητα και αυξάνοντας τους κινδύνους για γενετικές ανωμαλίες και αποβολές. Στις γυναίκες μπορεί να προκαλέσει μείωση της γονιμότητας και να επηρεάσει την υγεία του μωρού πριν και μετά τη γέννηση (Bolumar et al, 1996). Το κάπνισμα έχει συνδεθεί με πλήθος αρνητικών αποτελεσμάτων για βρέφη και παιδιά όπως πρόωρη θνησιμότητα, έκτοπη κύηση, σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου νηπίων, πρόωρη γέννηση, λιποβαρή νεογνά (Cnattingiuss, 2004; Pereira et al, 2017; Drake et al, 2018; Anderson et al, 2019).

Από την άποψη της νευρογνωστικής λειτουργίας το χρόνια κάπνισμα είναι επιβλαβές και έχει συσχετιστεί με μειώσεις των λειτουργιών στη μνήμη εργασίας

(προσωρινή αποθήκευση και χειρισμός πληροφοριών), στην εκτελεστική λειτουργία (εστίαση προσοχής, σχεδιασμός εργασιών) και στην άμεσα καθημερινή μνήμη (καθημερινές πράξεις, προγραμματισμός ραντεβού). Οι διαταραχές της νευρογνωστικής λειτουργίας δεν συνδέονται μόνο με το ενεργό κάπνισμα αλλά και με το παθητικό, καθώς ο παθητικός καπνός έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ελαφρών γνωστικών διαταραχών σε ηλικιωμένους (Heffernan, 2016).

### **1.3 Επιπτώσεις του καπνίσματος στην οικονομία**

Το κάπνισμα έχει υψηλό κόστος για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με σημαντικό αντίκτυπο στην οικονομία μίας χώρας. Το κόστος του καπνίσματος διακρίνεται σε άμεσο και έμμεσο. Οι άμεσες δαπάνες αντιπροσωπεύουν την νομισματική αξία των αγαθών και των υπηρεσιών που καταναλώνονται λόγω του καπνίσματος και των ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα και για τις οποίες πραγματοποιείται η πληρωμή. Στις άμεσες δαπάνες περιλαμβάνονται αυτές που σχετίζονται με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης όπως κόστος νοσηλείας, κόστος νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι, κόστος φαρμακευτικής αγωγής. Στις άμεσες δαπάνες συγκαταλέγονται ακόμα το κόστος μεταφοράς του ασθενή προς τον πάροχο υγείας, το κόστος της φροντίδας του ασθενή από μέλη της οικογένειας καθώς και η απώλεια περιουσιακών στοιχείων από πυρκαγιά που προκλήθηκε λόγω καπνίσματος. Στις έμμεσες δαπάνες περιλαμβάνεται το κόστος της χαμένης παραγωγικότητας λόγω της νοσηρότητας, της πρόωρης συνταξιοδότησης και της πρόωρης θνησιμότητας (WHO, 2011; Drope et al, 2018).

Το κάπνισμα αναφέρεται ως υπεύθυνο για το 6% έως 15% των εθνικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες υψηλού εισοδήματος, που αφορά το 2,1% έως 3,4% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) της Αυστραλίας, το 1,3% έως 2,2% του ΑΕΠ του Καναδά και το 1,4% έως 1,6% του ΑΕΠ των ΗΠΑ (WHO, 2011). Οι επιχειρήσεις στην Αμερική επιβαρύνονταν με το επιπρόσθετο κόστος των 5816 δολαρίων ετησίως για τις ημέρες απουσίας από την εργασία και για το κόστος υγειονομικής περίθαλψης του κάθε καπνιστή εργαζόμενου (Berman et al, 2014). Σε μία προσπάθεια εκτίμησης του οικονομικού κόστους του καπνίσματος σε σχέση με την υγεία, σε 152 χώρες το 2012, διαπιστώθηκε πως δαπανήθηκαν συνολικά 1852 δισεκατομμύρια δολάρια, ποσό που ισοδυναμεί με το 1.8% του παγκόσμιου ετήσιου ΑΕΠ. Το 40% αυτού του κόστους σημειώθηκε στις αναπτυσσόμενες χώρες

όπου ο επιπολασμός του καπνίσματος είναι πιο αυξημένος. Στην ανατολική Ευρώπη το κόστος του καπνίσματος ανέρχεται στο 3,6% του ΑΕΠ σε σύγκριση με το 2% στην υπόλοιπη Ευρώπη. Το υγειονομικό κόστος του καπνίσματος παρουσιάζεται χαμηλότερο στην Αφρική και στην περιοχή της ανατολικής Μεσογείου όπου ο επιπολασμός και η ένταση κατανάλωσης του καπνού βρίσκονται σε πιο χαμηλά επίπεδα σε σχέση με άλλες περιοχές (Goodchild et al, 2018).

Οι δημόσιες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη το 2009 για την θεραπεία των ασθενειών που προκλήθηκαν από το κάπνισμα ανήλθαν σε 25,3 δισεκατομμύρια ευρώ. Το ποσό αυτό αντιστοιχούσε στο 2,9% των συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 27 κρατών. Ακόμη 380 εκατομμύρια ευρώ δαπανήθηκαν για την υγεία ατόμων που εκτέθηκαν σε παθητικό καπνό. Εκτιμάται ότι το 2009 στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης χάθηκαν 92,7 εκατομμύρια εργάσιμων ημερών λόγω ασθένειας συσχετισμένης με το κάπνισμα, με κόστος 1,2 δισεκατομμύρια ευρώ. Συνολικά, η απουσία από την εργασία, η χαμμένη παραγωγικότητα, η πρόωρη συνταξιοδότηση και τα επιδόματα ανικανότητας εργασίας που σχετίστηκαν με τη χρήση του καπνού κόστισαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το 2009, 7,3 δισεκατομμύρια ευρώ. Όσον αφορά το κόστος θνησιμότητας κατεγράφησαν 695000 θάνατοι που αποδόθηκαν στο κάπνισμα και εκτιμήθηκε πως ζημίωσε τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά 517 δις ευρώ (Sanco, 2009).

Το ετήσιο κόστος καπνίσματος κυμαίνεται μεταξύ 6% έως 14% των προσωπικών δαπανών του καπνιστή ατόμου για την υγεία. Το κάπνισμα έχει αυξημένο κόστος ζωής, με αποτέλεσμα στο χώρο εργασίας, οι καπνιστές να επιβαρύνουν με μεγαλύτερο ιατρικό κόστος τον εργοδότη τους και να έχουν μεγαλύτερη απώλεια παραγωγικότητας από ότι οι μη καπνιστές (Max, 2001). Σύμφωνα με τον Choi (1988), οι μη καπνιστές επιδοτούν την ασφάλεια υγείας των καπνιστών λόγω των χαμηλότερων δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη, αλλά επειδή οι μη καπνιστές ζουν περισσότερο, οι καπνιστές που πεθαίνουν σε νεότερη ηλικία επιδοτούν την σύνταξη των μη καπνιστών (Choi et al, 1988). Σε μελέτη του Rezaei (2016) αναφέρεται πως οι έμμεσες δαπάνες υπερέβησαν σημαντικά το άμεσο κόστος των ασθενειών που σχετίστηκαν με το κάπνισμα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των έμμεσων δαπανών αφορούσε την πρόωγη θνησιμότητα που αντιστοιχούσε σε ποσοστό από 58% έως 97% του έμμεσου κόστους. Το κόστος της πρόωρης



θνησιμότητας αντιπροσώπευε επίσης το 52% έως 90% του συνολικού κόστους των ασθενειών που σχετίστηκαν με το κάπνισμα (Rezaei et al, 2016).

Σε έρευνα του Sari (2017) που διερεύνησε τη σχέση του κόστους νοσηλείας με το καπνιστικό ιστορικό των ασθενών, βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και του κόστους νοσηλείας. Το κόστος νοσηλείας για τους τωρινούς και πρώην καπνιστές ήταν 35% και 24% αντίστοιχα υψηλότερο από ότι για τους μη καπνιστές (Sari et al, 2017). Στη Γερμανία το συνολικό ετήσιο κόστος νοσηλείας για τους ενεργούς και πρώην καπνιστές ήταν 24% και 35% αντίστοιχα υψηλότερο από ότι για τους μη καπνιστές. Το κάπνισμα συνδέθηκε με αυξημένες δαπάνες υγείας κατά 743 ευρώ και 1108 ευρώ στον ενεργό και πρώην καπνιστή αντίστοιχα από ότι στον μη καπνιστή. Οι καπνιστές καταγράφουν λιγότερες επισκέψεις σε ιατρούς σε σχέση με τους μη καπνιστές αλλά οι θεραπείες τους κοστίζουν περισσότερο (Wacker et al, 2013). Οι πρώην καπνιστές με χρόνια νόσημα παρουσίασαν στατιστικά υψηλότερες δαπάνες για τη χρήση ενδονοσοκομειακών και πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας από ότι οι ασθενείς με χρόνια νόσημα που δεν κάπνισαν ποτέ τους (Alefom et al, 2019).

Μελετώντας την επίπτωση του καπνίσματος στο κόστος και τη διάρκεια νοσηλείας μεταξύ των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα, ο Sari (2016) κατέληξε πως υπάρχει αύξηση 48% και 35% στο κόστος νοσηλείας των νυν και πρώην καπνιστών αντίστοιχα έναντι των μη καπνιστών. Η διαφορά στη διάρκεια νοσηλείας αφορούσε 5,2 μέρες περισσότερες για τους νυν καπνιστές και 2,1 μέρες παραπάνω για τους πρώην σε σχέση με τους μη καπνιστές (Sari et al, 2016). Τα έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης κατά το πρώτο έτος μετά από εξιτήριο χειρουργικής επέμβασης βρέθηκαν να είναι υψηλότερα κατά 400 δολάρια για τους καπνιστές και 273 δολάρια για τους πρώην καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνίζοντες. Το επιπρόσθετο αυτό κόστος αύξησε κατά 17 περίπου δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως το ποσό των άμεσων ιατρικών δαπανών στην Αμερική (Warner et al, 2014).

Μελέτη του Ruff (2000) στη Γερμανία που διερεύνησε το κόστος υγειονομικής περίθαλψης του καπνίσματος εστιάζοντας στις επτά συχνότερες ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα κατέληξε πως η οικονομική επιβάρυνση ανήλθε στα 16,6 δισεκατομμύρια ευρώ στη Γερμανία. Το συνολικό ποσό των δαπανών όσων αφορά τη ΧΑΠ ανέρχεται στα 5,4 δισεκατομμύρια ευρώ, για καρκίνο του πνεύμονα στα 2,5 δισεκατομμύρια ευρώ, για τον καρκίνο του στόματος και λάρυγγα στα 996 εκατομμύρια ευρώ, για το εγκεφαλικό επεισόδια στα 1,7

δισεκατομμύρια ευρώ, για την αρτηριοσκλήρυνση στα 761 εκατομμύρια ευρώ και για την απόφραξη των στεφανιαίων αγγείων στα 4,9 δισεκατομμύρια ευρώ. Το κάπνισμα ήταν υπεύθυνο για το 47% του συνολικού κόστους των ασθενειών αυτών, το οποίο ανερχόταν σε 35,2 δισεκατομμύρια ευρώ (Ruff et al, 2000).

Στην Αγγλία ο αριθμός των θανάτων που οφείλονταν στο κάπνισμα το 2005 ήταν 109164 άτομα και αντιπροσώπευε το 19% όλων των θανάτων του έτους. Το κάπνισμα ήταν άμεσα υπεύθυνο για το 12% των αναπροσαρμοσμένων ετών αναπηρίας που χάθηκαν το 2002 και το κόστος καπνίσματος για το σύστημα υγείας ανήλθε το 2005 στα 5,2 δισεκατομμύρια λίρες. Κάθε χρόνο, στην Αγγλία 17000 παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών νοσηλεύονταν ως αποτέλεσμα της έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα, δαπανώντας 410 εκατομμύρια λίρες για την νοσηλεία τους (Allender et al, 2009). Οι εισαγωγές στα νοσοκομεία που οφείλονταν στο κάπνισμα κόστισαν στο εθνικό σύστημα υγείας της Αγγλίας το 2006 ένα δισεκατομμύριο λίρες. Δόθηκαν 530 εκατομμύρια λίρες για επισκέψεις στους γενικούς ιατρούς, 50 εκατομμύρια λίρες για συμβουλές νοσηλευτών και 900 εκατομμύρια λίρες για ιατρικές συνταγές (Callum et al, 2011). Εκτιμάται ότι το ετήσιο κόστος της χαμένης παραγωγικότητας και της απουσίας από την εργασία, λόγω της χρήσης καπνού, ανήλθε το 2000 στα 40 και 400 εκατομμύρια λίρες αντιστοίχως στην Σκωτία (Parrot et al, 2004).

Στην Κίνα κατά το 2000 το οικονομικό κόστος του καπνίσματος ανήλθε στα 5 δισεκατομμύρια δολάρια και αντιστοιχούσε στο 3,1% των εθνικών δαπανών της για την υγεία. Το άμεσο κόστος ήταν 1,7 δισεκατομμύρια δολάρια, το κόστος έμμεσης νοσηρότητας ήταν 400 εκατομμύρια δολάρια και το έμμεσο κόστος θνησιμότητας ανήλθε στα 2,9 δισεκατομμύρια δολάρια (Sung et al, 2006). Παράλληλα με την ταχεία οικονομική ανάπτυξη της Κίνας παρατηρήθηκε και αύξηση της οικονομικής επιβάρυνσης των δαπανών για την υγεία από το κάπνισμα. Το συνολικό οικονομικό κόστος ανήλθε σε 17,1 δισεκατομμύρια δολάρια το 2003 και σε 28,9 δισεκατομμύρια δολάρια το 2008, ποσό που αντιστοιχούσε στο 0,7% του ΑΕΠ της Κίνας για το 2008. Σε σύγκριση με το 2000 το άμεσο κόστος του καπνίσματος αυξήθηκε κατά 73% το 2003, και κατά 154% το 2008 ενώ το έμμεσο κόστος αυξήθηκε κατά 170% το 2003 και 376% το 2008 (Yang et al, 2011).

Στην Ελλάδα, σε μία προσπάθεια να υπολογιστεί το κόστος των ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα κατεγράφησαν 199028 εισαγωγές που αντιστοιχούσαν στο 8,9% του συνολικού αριθμού των εισαγωγών στα νοσοκομεία

για το έτος 2011. Το συνολικό κόστος του καπνίσματος άγγιξε τα 554.123300 εκατομμύρια ευρώ που αντιπροσώπευε το 10,7% του εθνικού προϋπολογισμού που χορηγήθηκε στα δημόσια νοσοκομεία το 2011. Η πιο υψηλή οικονομική επιβάρυνση στο Ελληνικό σύστημα υγείας προήλθε από τη νόσο της ισχαιμικής καρδιοπάθειας που κατέγραψε 51233 εισαγωγές και κόστισε 90,3 εκατομμύρια ευρώ. Ακολούθησαν ασθένειες όπως πνευμονία-γρίπη, εγκεφαλικά επεισόδια και ο καρκίνος του πνεύμονα με κόστος 38,2 εκατομμύρια ευρώ (Tsalapati et al, 2014).

#### **Κοινωνικό κόστος.**

Χώρες με αυξημένη κατανάλωση καπνού που παράλληλα είναι καθαροί εισαγωγείς φύλλων και προϊόντων καπνού χάνουν ετησίως εκατομμύρια δολάρια σε ξένες χρηματιστηριακές αγορές λόγω της αυξημένης ποσότητας προϊόντων καπνού που εισάγουν. Ακόμη οι ζημιές από πυρκαγιές και οι συναφείς δαπάνες λόγω της χρήσης καπνού, είναι αυξημένες. Το 2000 περίπου 300000 ή το 10% όλων των θανάτων από πυρκαγιές, παγκοσμίως, προκλήθηκαν από το κάπνισμα με εκτιμώμενο συνολικό κόστος των ζημιών στα 27 δισεκατομμύρια δολάρια (Ekpu et al, 2015). Κάθε χρόνο περίπου ένα εκατομμύριο πυρκαγιές ξεκινούν από παιδιά που παίζουν με αναπτήρες τσιγάρων (Mackay et al, 2002). Το 2008 το κάπνισμα προκάλεσε, στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, 114800 πυρκαγιές σε οικίες, 690 θανάτους πολιτών, 1520 τραυματισμούς και 737 εκατομμύρια δολάρια σε άμεσες υλικές ζημιές. Η ύπαρξη ενός καπνιστή στην οικογένεια αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τραυματισμούς και θανάτους από πυρκαγιές στο χώρο του σπιτιού. Εκτιμάται ότι το 1/4 των θυμάτων από πυρκαγιές λόγω καπνίσματος δεν αφορά τον ίδιο τον καπνιστή αλλά άλλο μέλος της οικογένειας. Οι περισσότερες πυρκαγιές στο σπίτι ξεκινούν από το υπνοδωμάτιο ή το σαλόνι και τα πιο συνηθισμένα αντικείμενα είναι τα στρώματα, τα μαξιλάρια, τα σκουπίδια (Hal 2010). Ακόμη και μία ελάχιστη μείωση κατά 1% του ποσοστού των ενεργών καπνιστών αντιστοιχεί σε μείωση κατά 7% των ποσοστών θνησιμότητας λόγω πυρκαγιάς κατοικιών (Diekman et al, 2008). Στο Ηνωμένο Βασίλειο της Μεγάλης Βρετανίας το κάπνισμα προκάλεσε το 30% των πυρκαγιών, κατά την περίοδο 2014-1015, καθιστώντας το, την πιο σημαντική αιτία θανάτου που σχετιζόταν με τις πυρκαγιές (Fire statistics Great Britain, 2016).

Η παραγωγή του καπνού βλάπτει το περιβάλλον. Καθώς τα φυτά του καπνού είναι ιδιαίτερα ευάλωτα σε παράσιτα και ασθένειες, ωθούν τους αγρότες να χρησιμοποιούν μεγάλες ποσότητες χημικών και φυτοφαρμάκων που βλάπτουν την

ανθρώπινη υγεία, καταστρέφουν το υπέδαφος και το περιβάλλον (Campaign for tobacco free kids, 2015). Οι χημικές ουσίες αυτές μπορούν να επηρεάσουν τις πηγές του πόσιμου νερού καθώς και την καλλιέργεια άλλων αγροτικών προϊόντων ως αποτέλεσμα της απορροής από τις περιοχές της καλλιέργειας του καπνού. Τα φυτά του καπνού καταστρέφουν τα θρεπτικά συστατικά του εδάφους απορροφώντας περισσότερο άζωτο, φώσφορο και κάλιο από άλλες καλλιέργειες (Lecours et al, 2012).

Η εκκαθάριση της γης για καλλιέργεια και οι μεγάλες ποσότητες ξύλου που χρειάζονται για την αποξήρανση του φυτού προκαλούν τεράστια αποψίλωση (Campaign for tobacco free kids, 2015). Το 2011 περίπου 4200000 εκτάρια γης χρησιμοποιήθηκαν για την καλλιέργεια καπνού αντιπροσωπεύοντας περίπου το 1% της συνολικής αρόσιμης γης παγκοσμίως. Σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος όπως το Μαλάουι, η Τασμανία, η Κίνα το ποσοστό των γεωργικών εκτάσεων που χρησιμοποιούνται για την καλλιέργεια του καπνού έχει αυξηθεί. Η αποψίλωση των δασών λόγω της καπνοκαλλιέργειας επιφέρει σοβαρές περιβαλλοντικές συνέπειες όπως απώλεια της βιοποικιλότητας, διάβρωση του εδάφους, ρύπανση των υδάτων και αύξηση του ατμοσφαιρικού διοξειδίου του άνθρακα (Novotny et al, 2015).

Τα φίλτρα των τσιγάρων είναι το μοναδικό αντικείμενο που συλλέγεται διεθνώς σε καθαρισμούς δημόσιων χώρων κάθε χρόνο. Τα αποτσίγαρα αποτελούν σοβαρό πρόβλημα όχι μόνο ως απλά απορρίμματα αλλά και ως τοξικά απόβλητα. Η οξική κυτταρίνη που περιέχουν είναι φωτοαποικοδομήσιμη αλλά όχι βιοδιασπώμενη, που σημαίνει πως αν και οι υπεριώδεις ακτίνες του ήλιου τελικά θα σπάσουν το φίλτρο σε μικρότερα κομμάτια, το αρχικό υλικό δεν εξαφανίζεται ποτέ αλλά απλά αραιώνεται στο νερό ή στο έδαφος. Περίπου 680000 τόνοι οξικής κυτταρίνης χρησιμοποιήθηκαν στις ΗΠΑ το 2007 για να κατασκευαστούν 1,35 τρισεκατομμύρια φιλτραρισμένα τσιγάρα. Μέχρι το 2015 αναμένεται να καταναλωθούν 9 τρισεκατομμύρια φιλτραρισμένα τσιγάρα, προκαλώντας μεγαλύτερη περιβαλλοντική επιβάρυνση παγκοσμίως (Novotny et al, 2009).

Εκτιμάται ότι 845000 τόνοι αποτσίγαρα καταλήγουν ως σκουπίδια παγκοσμίως τον χρόνο. Το μεγαλύτερο πρόβλημα παρατηρείται στις παράκτιες περιοχές καθώς τα αποτσίγαρα μεταφέρονται από τους δρόμους, σε αποχετεύσεις, σε ποτάμια και τελικά σε παραλίες και στον ωκεανό. Η μη βιοαποδομησιμότητα τους σημαίνει ότι αυξάνονται οι απαιτήσεις για την υγειονομική ταφή καθώς προσθέτουν

κόστη στα προγράμματα διάθεσης απορριμμάτων των δήμων. Το φίλτρο του τσιγάρου διαπιστώθηκε πως είναι τοξικό για ορισμένους οργανισμούς του γλυκού νερού και για κάποια θαλάσσια βακτήρια λόγω της νικοτίνης και της αιθυλοφαινόλης που περιέχει (Register ,2000; Micevska et al, 2006; Slaughter et al, 2011).

Εκτός από το κόστος της υγείας του, ο καπνιστής έχει να αντιμετωπίσει και την οικονομική αποδυνάμωση του οικογενειακού προϋπολογισμού λόγω των χρημάτων που ξοδεύει σε τσιγάρα ή άλλα είδη καπνού. Το κάπνισμα στερεί από την οικογένεια του καπνιστή εισόδημα που θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει για την αγορά φαγητού, ρουχισμού, οικογενειακών διακοπών. Με τον πρόωρο θάνατο του καπνιστή, λόγω του καπνίσματος, μπορεί να στερήσει από την οικογένεια τα αναγκαία προς διαβίωση αν είναι ο μόνος εργαζόμενος (Mackay et al, 2002).

#### **1.4. Νομοθεσία και κάπνισμα.**

Ως απάντηση στην παγκοσμιοποίηση του καπνού, ο WHO δημιουργεί μια Σύμβαση Πλαίσιο για τον έλεγχο του καπνού το 2003. Η Σύμβαση Πλαίσιο τέθηκε σε ισχύει από τον Φεβρουάριο του 2005 και περιλαμβάνει 17 άρθρα με σκοπό να προστατεύσει τις τωρινές και μελλοντικές γενεές από τις καταστροφικές συνέπειες του καπνού. Συμμετέχουν σε αυτήν 181 χώρες με τελευταία να εισέρχεται τον Ιούλιο του 2017 η Μοζαμβίκη. Για να περιορίσει τη ζήτηση του καπνού και να προστατεύσει τον πληθυσμό, η Συνθήκη προώθησε μέτρα όπως αύξηση της φορολογίας του καπνού, προστασία των ατόμων από τον παθητικό καπνό, έλεγχο των βλαβερών ουσιών που βρίσκονται στα είδη καπνού και αναγραφή τους στην συσκευασία πώλησης, προειδοποιητική σήμανση για τον κίνδυνο του καπνού πάνω στην συσκευασία, ενημέρωση και αφύπνιση του πληθυσμού για τις συνέπειες του καπνού, απαγόρευση κάθε διαφήμισης για τον καπνό και ανάπτυξη εφαρμογών υποστήριξης όσων επιθυμούν να μειώσουν ή να διακόψουν τη χρήση του καπνού. Περιελάμβανε επίσης μέτρα για το παράνομο εμπόριο του καπνού και για την προστασία των ανηλίκων από τον καπνό (WHO, 2003).

Τα μέτρα της Συνθήκης Πλαισίου αποδείχθηκαν αποτελεσματικά και καταγράφηκε αύξηση της εφαρμογής της νομοθεσίας για τον έλεγχο του καπνού από την έναρξη ισχύος της Συνθήκης. Η πρόοδος ποικίλει σε κάθε χώρα ανάλογα με τις πολιτικές που εφαρμόζονται. Η Συνθήκη Πλαίσιο αποτελεί ισχυρό νομικό μέσο για την υπεράσπιση των κυβερνήσεων των χωρών από τις προκλήσεις της καπνοβιομηχανίας (Chung-Hall et al, 2018).

Οι κυβερνήσεις σε όλο τον κόσμο αναπτύσσουν πολιτικές για τον έλεγχο του καπνού χρησιμοποιώντας διαφορετικούς συνδυασμούς μέτρων ανάλογα με τις εθνικές συνθήκες της κάθε χώρας. Η Αυστραλία επένδυσε σε εκστρατείες κατά του καπνού με την βοήθεια των ΜΜΕ και βρισκόταν στην πρώτη γραμμή των προειδοποιήσεων για την προάσπιση της υγείας, για την επισήμανση κινδύνων στις συσκευασίες τσιγάρων και για την αύξηση των φόρων στα είδη καπνού. Οι ΗΠΑ συνδύασαν ισχυρές απαγορεύσεις καπνού για την προστασία των μη καπνιστών, με περιορισμούς στην πώληση καπνού στους νέους και συνεχής αντιπαράθεση με την καπνοβιομηχανία, αλλά διατήρησαν σχετικά χαμηλό το φόρο των τσιγάρων (Willemsen, 2018).

Από το 1980 η Ευρωπαϊκή Ένωση κατέστρωσε σχέδιο κατά του καπνού με τον σχεδιασμό του προγράμματος "Ευρώπη κατά του Καρκίνου". Ακολουθεί μία σειρά από Κοινοτικές οδηγίες, με μέτρα και πολιτικές κατά του καπνίσματος, που βρίσκονται σε απόλυτη ευθυγράμμιση με την μελλοντική Συνθήκη Πλαίσιο του WHO που θα ενστερνιστεί και η Ευρωπαϊκή Ένωση. Με την ανακοίνωση της "Πράσινης Βίβλου" το 2007 προωθήθηκε η δημιουργία χώρων ελεύθερων από καπνό ως μέτρο μείωσης του καπνίσματος. Με τρεις Κοινοτικές οδηγίες έως το 1992 καθορίστηκε το ελάχιστο επίπεδο φορολογίας, το οποίο πρέπει να αντιπροσωπεύει τουλάχιστον το 70% της τελικής τιμής ενός πακέτου τσιγάρων. Πέτυχε με αυτόν τον τρόπο πτώση του επιπέδου κατανάλωσης ιδίως στους νέους και στα άτομα με χαμηλά εισοδήματα. Έως το 2006 οι περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν απαγορεύσει το κάπνισμα στους δημόσιους χώρους και τη διαφήμιση του καπνού. Οι χώρες με την πλέον ανεκτική πολιτική στην διαφήμιση καπνού ήταν η Ελλάδα και η Γερμανία (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα, 2008).

Το 2012 σύμφωνα με την έρευνα Special Eurobarometer 385 της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 33% των πρώην και νυν καπνιστών αναφέρουν πως η σήμανση κινδύνου πάνω στην συσκευασία καπνού επηρέασε τη συμπεριφορά τους απέναντι στον καπνό. Το 26% του πληθυσμού της έρευνας πίστευε πως η σήμανση αυτή αποθαρρύνει τους νέους από το να ξεκινήσουν το κάπνισμα και το 23% ανέφερε πως εκτίθεται σε παθητικό καπνό όταν επισκέπτεται μέρη διασκέδασης και εστίασης (Special Eurobarometer 385, 2012).

Το 1992 με το προεδρικό διάταγμα 236/1992 απαγορεύθηκε η διαφήμιση προϊόντων καπνού στην τηλεόραση και η χορηγία τηλεοπτικών εκπομπών από τις καπνοβιομηχανίες. Σε ενίσχυση αυτού του προεδρικού διατάγματος και σε

συμμόρφωση προς την Ευρωπαϊκή οδηγία 2003/33/EK υπογράφηκε η κοινή υπουργική απόφαση το 2005 που απαγόρευε παντελώς τη διαφήμιση και χορηγία από προϊόντα καπνού σε όλα τα μέσα ενημέρωσης (Υπουργική Απόφαση Υ1/Γ.Π.οικ.81348/2005). Παράλληλα στην Ελλάδα η Σύμβαση Πλαίσιο του WHO επικυρώθηκε και έγινε νόμος του κράτους ομόφωνα από τη Βουλή το 2006 (Νόμος 3420/2005). Το 2008 με το νόμο 3730 προβλέφθηκαν διατάξεις σχετικά με την προστασία των ανηλίκων από τα προϊόντα καπνού και το αλκοόλ (Νόμος 3730/2008).

Ακολούθησε ο νόμος 3868 με τον οποίο ορίστηκαν μέτρα για την ολική απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους (Νόμος 3868/2010). Το 2016 η Ελληνική νομοθεσία προσαρμόστηκε στην Ευρωπαϊκή οδηγία 2014/40/ΕΕ με το νόμο 4419 και εξέδωσε διατάξεις σχετικά με την κατασκευή, την παρουσίαση και την πώληση προϊόντων καπνού και συναφών προϊόντων (Νόμος 4419/2016). Κατά το 2017, η εφαρμογή του νόμου για το κάπνισμα στην Ελλάδα δεν βρισκόταν σε ισχύ καθώς σύμφωνα με την έρευνα Special Eurobarometer 458, η συντριπτική πλειοψηφία της έρευνας απάντησε πως επιτρεπόταν το κάπνισμα σε μέρη διασκέδασης κατά 87% και εστίασης κατά 78% που επισκέφτηκε το τελευταίο εξάμηνο. Στις χώρες της ΕΕ η ίδια έρευνα κατέγραψε υψηλά ποσοστά απαγόρευσης του καπνίσματος μέσα στους χώρους διασκέδασης (80%) και εστίασης (91%) (Special Eurobarometer 458, 2017).

Τελευταίος νόμος που ασχολήθηκε με τις ρυθμίσεις του καπνού είναι ο 4633 του 2019 που απαγόρευσε πλήρως το κάπνισμα σε όλους τους δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους εργασίας, σε όλα τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος και σε όλα τα μέσα μεταφοράς δημοσίας χρήσης και ιδιωτικής εφόσον επιβαίνουν ανήλικοι κάτω των 12 ετών. Προβλέπει την επιβολή χρηματικού προστίμου με κατώτατο το όριο των 1500 ευρώ και δίδει τη δικαιοδοσία επιβολής των ποινών στα αστυνομικά όργανα. Το άρθρο 2 του ίδιου νόμου απαγορεύει την πώληση καπνού σε ανηλίκους και ρυθμίζει το πλαίσιο διαφήμισης και τοποθέτησης των ειδών καπνού στα καταστήματα πώλησης του (Νόμος 46333/2019).

## **2. Εθισμός και εξάρτηση από το κάπνισμα.**

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται ένα από τα κύρια συστατικά του τσιγάρου, η νικοτίνη. Γίνεται λόγος για τον εθισμό, την εξάρτηση και τον τρόπο δράσης της στον ανθρώπινο οργανισμό. Ακολουθεί μία αναφορά στο παθητικό κάπνισμα και των βλαπτικών συνεπειών του στον πληθυσμό.

## **2.1 Νικοτίνη, εθισμός και εξάρτηση.**

Η νικοτίνη ανήκει στις ψυχοτρόπες εξαρτησιογόνες ουσίες με διπλή εξάρτηση, καθότι προκαλεί τόσο σωματικό όσο και ψυχολογικό εθισμό. Κατατάσσεται τρίτη μεταξύ των ουσιών με τη μεγαλύτερη εθιστική δυνατότητα και προηγούνται αυτής η ηρωίνη και η κοκαΐνη, κύριες ναρκωτικές ουσίες. Η δράση της νικοτίνης στον εγκέφαλο προκαλεί συμπεριφορικές επιδράσεις και κυρίως την επιθυμία για επανάληψη της συμπεριφοράς, όπως αποδεικνύεται με βάση κλινικές και μη έρευνες σχετικά με την δράση της αλλά και γενικότερα την επιρροή του καπνού στον οργανισμό (Bernardi, 2015). Παρότι σε απόλυτα καθαρή μορφή χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό τοξικότητας και αντίθετα σε μικρές συγκεντρώσεις λειτουργεί διεγερτικά, η πώληση καπνιστικών προϊόντων παραμένει υψηλή (Moodie, et al, 2013).

Η νικοτίνη αποτελεί το κύριο αλκαλοειδές που περιέχεται στον καπνό όπου αν και απαντάται σε όλα τα τμήματα του φυτού, κατά κύριο λόγο βρίσκεται στα φύλλα αυτού. Στα αλκαλοειδή ανήκουν επίσης η ηρωίνη και η κοκαΐνη. Πρόκειται για ελαιώδη χημική ένωση με άσχημη οσμή και πικρή γεύση. Παρότι άχρωμη ουσία, όταν επιδράσει επάνω της, η ηλιακή ακτινοβολία ή με την έκθεση και την απελευθέρωση της στον ατμοσφαιρικό αέρα αποτυπώνει κίτρινα σημεία οξείδωσης. Χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερη λιποδιαλυτότητα η οποία της επιτρέπει να διαπερνά την εξωτερική στιβάδα του δέρματος προκαλώντας αλλοιώσεις στην επιδερμίδα (Markou, 2008).

Η νικοτίνη αρχικά εισέρχεται στον οργανισμό μέσω της εισπνοής και στη συνέχεια διανέμεται παντού στον οργανισμό και καταλήγει εντός μόλις 8 με 18 δευτερολέπτων στον εγκέφαλο (Picciotto et al., 2000). Η επαφή της με τους εγκεφαλικούς νευρώνες προκαλεί την διέγερση τους και έπειτα αυτομάτως αποστέλλονται μηνύματα στα διάφορα όργανα του σώματος του καπνιστή. Η έκκριση αδρεναλίνης ενεργοποιεί έντονα την καρδιακή λειτουργία με αποτέλεσμα την επιτάχυνση αυτής. Η σύσπαση των αιμοφόρων αγγείων οδηγεί στην αύξηση της ροής του αίματος εντός της κυκλοφορίας ενώ ταυτόχρονα απελευθερώνονται ποσότητες ενέργειας. Παράλληλα εκδηλώνονται μεγάλης έντασης συναισθήματα ικανοποίησης και ευφορίας (Shiffman et al, 2009).

Η απορρόφηση της νικοτίνης από τους βλεννογόνους είναι ιδιαίτερα εύκολη ειδικότερα από το επιθήλιο των πνευμονικών κυψελίδων, γεγονός που καθιστά αντιληπτή την εισπνοή του καπνού από τον καπνιστή. Με την κυκλοφορία του



αίματος η νικοτίνη καταλήγει στο ήπαρ όπου και καταβολίζεται, αν και μέρος αυτής απορροφάται από άλλα όργανα του οργανισμού. Η τελική αποβολή της πραγματοποιείται μέσω των ούρων και του ιδρώτα. Οι πιέσεις που ασκούνται από τη νικοτίνη και η ένταση στη ροή του αίματος διαμέσου των αιμοφόρων αγγείων προκαλούν τη φθορά τους και την απώλεια της ελαστικότητας τους οδηγώντας στη εκδήλωση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Παράλληλα η εναπόθεση συνεχόμενα τοξικών ουσιών στο ήπαρ επιβάλλει την υπερδιέγερση της λειτουργίας του με αποτέλεσμα την εκδήλωση υπερτροφίας που καταλήγει σε διαταραχές στη λειτουργικότητα του. Η νοσηρότητα του ήπατος λόγω της έκθεσης στη νικοτίνη αποδεικνύεται με την κιτρινωπή χροιά που παρουσιάζει το δέρμα των καπνιστών η οποία αποτελεί σαφή συνέπεια της υπερφόρτωσης με τοξικές ουσίες. Το ήπαρ είναι πλέον ανίκανο να εξουδετερώσει το σύνολο των τοξικών ουσιών που περιέχονται στο τσιγάρο με κυρίαρχη τη νικοτίνη και επιτρέπει τη διέλευση αυτών στο αίμα με σοβαρές επιπτώσεις, ειδικότερα σε καπνιστές που ξεκίνησαν το κάπνισμα νωρίς στη ζωή τους (Fagerstrom, 2002).

Η συγκέντρωση της νικοτίνης στο αίμα δεν παραμένει σταθερή αλλά αντίθετα η περιεκτικότητά της μειώνεται κατά 50% μόλις 30 λεπτά από το πέρας μιας ρουφηξιάς τσιγάρου και ελαττώνεται μέχρι και 75% μετά από 45 λεπτά. Η δράση των ορμονών των οποίων την έκκριση προκάλεσε η είσοδος της νικοτίνης στον οργανισμό διαρκεί επίσης περίπου 30 λεπτά (Benowitz, 2008). Η μείωση της συγκέντρωσης της νικοτίνης στο αίμα προκαλεί αίσθημα στέρησης στον καπνιστή ο οποίος διαισθάνεται επιτακτικά την ανάγκη να αυξήσει τα επίπεδα της προκειμένου να πάψει να νιώθει την έλλειψη αυτή. Σε μανιώδεις και βαρείς καπνιστές η συσσώρευση της νικοτίνης στον οργανισμό τους εντείνει τα συμπτώματα μείωσης αυτής και συνεπώς η αίσθηση στέρησης είναι υψηλότερη. Παρότι η διακοπή του καπνίσματος συνοδεύεται από σημαντικά οφέλη ειδικά σε ότι αφορά τη λειτουργία των πνευμόνων είναι συχνά αδύνατο να επιτευχθεί (Letter, 2013). Βασικό ανασταλτικό παράγοντα αποτελούν τα συναισθήματα ευφορίας που προκαλεί η καπνιστική συνήθεια και τα οποία δυσχεραίνουν σημαντικά τις προσπάθειες που καταβάλλονται για τη διακοπή της (Shiffman et al, 2008).

Κατά τη διάρκεια της νυχτερινής κατάκλισης τα επίπεδα της νικοτίνης ελαττώνονται σε μεγάλο βαθμό και για το λόγο αυτό η αίσθηση που προκαλείται από το πρώτο τσιγάρο της ημέρας είναι ιδιαίτερα έντονη. Η ευχαρίστηση που εντοπίζεται αποδίδεται στην έκκριση της ντοπαμίνης που αποτελεί

νευροδιαβιβαστική ουσία και όχι ορμόνη παρότι η ομοιότητα στη δράση της είναι μεγάλη. Η ντοπαμίνη είναι υπεύθυνη για το αίσθημα ευχαρίστησης και ικανοποίησης που προκαλείται στον οργανισμό και συνδέεται με απολαύσεις όπως είναι το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών. Στην πράξη τα υπόλοιπα τσιγάρα της ημέρας δεν προκαλούν τα ίδια επίπεδα ευχαρίστησης με το πρώτο και στην πλειονότητα τους ανάβονται μηχανικά και λόγω της αυτόματης καπνιστικής συμπεριφοράς του καπνιστή. Η ευχαρίστηση που λαμβάνει ο οργανισμός είναι σαφώς ηπιότερης έντασης σε σχέση με το πρώτο τσιγάρο της ημέρας καθώς τα επίπεδα της νικοτίνης δεν προλαβαίνουν να εκμηδενισθούν (Dal Maso et al., 2015). Επιπρόσθετα με την πάροδο του χρόνου και με τη διαρκή επαφή του οργανισμού με την νικοτίνη, η προκαλούμενη από αυτή διέγερση στα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου συνεπάγεται τη δημιουργία νέων νευρώνων υποδοχέων αυτής. Συνέπεια αυτού αποτελεί το ότι όσο περισσότερο καπνίζει ένα άτομο τόσο περισσότερο αποζητά το τσιγάρο. Η δημιουργία νέων νευρώνων ενισχύει την ανάγκη για κάπνισμα αφού οι νέοι εγκεφαλικοί νευρώνες απαιτούν το δικό τους ποσοστό δόσης προκειμένου να κορεσθούν. Το αίσθημα κορεσμού των νευρώνων επέρχεται με την κατανάλωση ολοένα και μεγαλύτερου αριθμού τσιγάρων (Shiffman et al, 2008).

Η διακοπή του καπνίσματος δε συνεπάγεται την άμεση καταστροφή ή την ατονία της δράσης των νευρώνων. Αντίθετα οι εγκεφαλικοί νευρώνες αρχίζουν να ατροφούν περίπου 40 ημέρες μετά από την απόλυτη διακοπή του τσιγάρου. Η ολοκληρωτική εξαφάνιση τους απαιτεί να παρέλθουν τουλάχιστον 60 ημέρες. Η απόλαυση όμως που συνόδευε την καπνιστική συνήθεια λόγω της έκκρισης της ντοπαμίνης και η ικανοποίηση που προέκυπτε από αυτή παραμένουν ως ανάμνηση και ο πρώην καπνιστής αποζητά το τσιγάρο οπότε πιθανότατα να παρεκτραπεί στην πορεία και να επανέλθει στη βλαπτική αυτή συνήθεια (Dennis, 2005). Οι ποσότητες της νικοτίνης που απορροφώνται από τον καπνιστή παρουσιάζουν διακυμάνσεις που καθορίζονται από τα χαρακτηριστικά του καπνού αλλά και του ίδιου του καπνιστή. Ορισμένοι καπνιστές εμφανίζουν τη δυνατότητα να απορροφούν μεγαλύτερες συγκεντρώσεις νικοτίνης και να την καταβολίζουν ταχύτατα, ειδικά σε περιπτώσεις κατανάλωσης τσιγάρων με υψηλές συγκεντρώσεις αρωματικών υδρογονανθράκων (Ding et al., 2006).

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα το κάθε τσιγάρο αφαιρεί κατά μέσο όρο 5 λεπτά από τη ζωή του ατόμου ενώ οι επιπτώσεις είναι ισχυρότερες σε νεαρούς

καπνιστές. Παρά όμως τις αναμφισβήτητες συνέπειες του στην υγεία και στη βιωσιμότητα, η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί ιδιαίτερα δύσκολη διαδικασία η οποία ιδιαίτερα σε κάποιους καπνιστές κρίνεται ως ανέφικτη. Ο λόγος της δυσκολίας που παρουσιάζεται στην διακοπή του καπνίσματος οφείλεται στον μεγάλο βαθμό εξάρτησης που προκαλεί λόγω του έντονου εθισμού που τη συνοδεύει, ο οποίος σχετίζεται ιδιαίτερα με τα έτη καπνίσματος αλλά και την ηλικία έναρξης αυτού (Kyrleski et al., 2007).

Η εξάρτηση από το κάπνισμα αποτελεί φαρμακολογική εξάρτηση μικτού τύπου δηλαδή διακρίνεται σε σωματική και σε ψυχολογική εξάρτηση όμοια με εκείνη που προκαλείται από ναρκωτικές ουσίες. Η σωματική εξάρτηση αποτελεί την κυριότερη αιτία αποτυχίας της διακοπής του καπνίσματος και οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην εξάρτηση από την ουσία της νικοτίνης. Η μείωση των επιπέδων της νικοτίνης στο αίμα προκαλεί αισθήματα στέρησης και επέρχεται μια ακατανίκητη επιθυμία και παρόρμηση για τσιγάρο. Ο καπνιστής στην ουσία αναγκάζεται να καταναλώνει τα τσιγάρα του με ρυθμό κατάλληλο ώστε να διατηρεί τη συγκέντρωση της νικοτίνης στο αίμα του σε συγκεκριμένα επίπεδα (Csordas et al, 2013).

Σε ότι αφορά την ψυχολογική εξάρτηση αυτή οφείλεται στην επαναλαμβανόμενη αλληλουχία των κινήσεων που συνοδεύει την καπνιστική συνήθεια. Το άνοιγμα του πακέτου ή το στρίψιμο του τσιγάρου, η αναζήτηση του αναπτήρα, οι διαδοχικές επαναλαμβανόμενες κινήσεις των χεριών, οι εισπνοές του καπνού και οι σταδιακές εκπνοές αυτού αποτελούν ένα μοτίβο αλληλουχιών, μια μορφή ιεροτελεστίας που πραγματοποιείται αυτοματοποιημένα. Η επανάληψη των κινήσεων λειτουργεί καθησυχαστικά και επέρχεται ηρεμία στο άτομο. Δεν αποκλείεται το κάπνισμα επίσης να συσχετίζεται ασυνείδητα με συγκεκριμένες καταστάσεις όπως είναι ο πρωινός καφές ή μετά από το φαγητό. Η αυτόματη συμπεριφορά και ο συνδυασμός του τσιγάρου με καθημερινές δραστηριότητες οδηγούν τον καπνιστή να ανάψει τσιγάρο ακόμη και αν δεν διαισθάνεται την ανάγκη να λάβει ποσότητα νικοτίνης εκείνη την στιγμή. Συνεπώς η ψυχική εξάρτηση που προκαλείται στον καπνιστή πηγάζει από την σωματική εξάρτηση ως προς την νικοτίνη αλλά εκτείνεται πέρα από αυτή, βασιζόμενη στη συσχέτιση της καπνιστικής συνήθειας με λειτουργίες της καθημερινής ζωής (Jiloha, 2013).

Η παθιασμένη αναζήτηση του τσιγάρου από τον οργανισμό, που εμφανίζεται λόγω της καθυστέρησης πρόσληψης νικοτίνης, αποτελεί εκδήλωση

στερητικού συνδρόμου. Η στέρηση εμφανίζεται με τη μορφή νευρικότητας, ανησυχίας, αγχωτικών συναισθημάτων, δυσφορίας αλλά και έντονης ευερεθιστικότητας και θυμού. Επιπρόσθετα δεν εκλείπουν οι σωματικές ενδείξεις αυτής με την εμφάνιση διαταραχών στη γεύση, ζάλης, κεφαλαλγίας και αϋπνίας. Η εκδήλωση στερητικών συμπτωμάτων εντείνεται σε καπνιστές νεαρής και εφηβικής ηλικίας οι οποίοι ξεκίνησαν νωρίς στη ζωή τους το κάπνισμα (Koumi et al, 2001).

Η ένταση των συμπτωμάτων ποικίλει και καθορίζεται από το χρονικό διάστημα του καπνίσματος αλλά και από τον αριθμό κατανάλωσης τσιγάρων ημερησίως. Συνήθως η κλιμάκωση των συμπτωμάτων εκδηλώνεται 24 με 48 ώρες μετά τη διακοπή καπνίσματος και σταδιακά η ένταση τους ελαττώνεται σε χρονικό διάστημα περίπου 15 ημερών. Η επιθυμία για κάπνισμα στην ουσία δεν εξαλείφεται ποτέ και διατηρείται ως ανάμνηση, ειδικότερα σε περιπτώσεις έντονης συναισθηματικής φόρτισης οπότε και επανέρχεται δριμύτατη. Υφίσταται σημαντικά θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία έναρξης του καπνίσματος και των προβλημάτων υγείας που εντοπίζονται αλλά και της δυσκολίας διακοπής αυτού (Sakata et al., 2012).

Σαφή στοιχεία εθισμού αποτελούν η χρόνια χρήση, η σωματική εξάρτηση, η βιολογική ανοχή και το έντονο σύνδρομο στέρησης λόγω της διακοπής αυτού. Ο κίνδυνος ανάπτυξης εξάρτησης και ο χρόνος που απαιτείται για να εδραιωθεί αυτή διαφέρει από άτομο σε άτομο και δεν υφίστανται σαφή στοιχεία για τον ακριβή χρόνο εμφάνισης αυτής, ενώ ο κίνδυνος σε ενεργούς καπνιστές αλλά και σε πρώην καπνιστές οι οποίοι διέκοψαν το κάπνισμα εκτιμάται να είναι μεγαλύτερος σε σχέση με άτομα που δεν κάπνισαν ποτέ. Η εξάρτηση είναι επίσης ισχυρότερη σε χρόνιους και βαρείς καπνιστές που ξεπερνούν την κατανάλωση ενός πακέτου τσιγάρων ημερησίως (Bronnum-Hansen et al, 2001).

Το κάπνισμα λόγω του επιπέδου εξάρτησης που προκαλεί ταξινομείται ως χρόνια, υποτροπιάζουσα διαταραχή η οποία δύναται να παρουσιάσει περιόδους ύφεσης και περιόδους υποτροπής. Απαιτείται συνεπώς η οργάνωση ολοκληρωμένων παρεμβάσεων για τον έλεγχο της βλαπτικής συνήθειας αυτής με δεδομένο ότι η εξάρτηση από την νικοτίνη αποτελεί πραγματική ασθένεια που απαιτεί θεραπεία και η οποία οδηγεί σε πρόωρο θάνατο (Qiao et al, 2000).

## 2.2. Παθητικό κάπνισμα

Οι παθητικοί καπνιστές διατρέχουν τον ίδιο αυξημένο κίνδυνο με τους καπνιστές. Αυτό ανέδειξε σε έρευνα του ο Hirayama Takeshi (1981), στην οποία καταγράφηκε πως ο κίνδυνος υγείας των μη καπνιστριών γυναικών είναι ίδιος με αυτόν των καπνιστών συζύγων τους. Περισσότεροι από 600000 μη καπνιστές σε όλο τον κόσμο πεθαίνουν λόγω της έκθεσης τους στο παθητικό κάπνισμα. Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα πραγματοποιείται κυρίως στο σπίτι, σε χώρους εργασίας (γραφεία, δημόσιες υπηρεσίες, καταστήματα), σε χώρους διασκέδασης (καφετέριες, εστιατόρια, μπαρ) και σε οχήματα (μέσα μαζικής μεταφοράς, ιδιωτικά αυτοκίνητα) (European Lung Foundation, 2013). Το παθητικό κάπνισμα αφορά την έκθεση ατόμων, μη καπνιστών, στις τοξικές ουσίες που προέρχονται από την καύση του καπνού. Ονομάζεται αλλιώς και καπνός του περιβάλλοντος (The American Cancer Society, 2019).

Η καύση του καπνού σχηματίζει τρία διαφορετικά ρεύματα καπνού, τα οποία διακρίνονται στον καπνό που εισπνέει ο καπνιστής, στον πλευρικό καπνό ο οποίος εξέρχεται από την φλεγόμενη άκρη του τσιγάρου και στον καπνό που εκπνέει ο καπνιστής. Τα δύο τελευταία ρεύματα καπνού ενοχοποιούνται για το παθητικό κάπνισμα. Ως παθητικό κάπνισμα νοείται η ακούσια έκθεση του ατόμου σε περιβάλλον όπου υπάρχει καπνός τσιγάρου. Αναλύσεις οι οποίες και έχουν πραγματοποιηθεί στο αίμα και στα ούρα παθητικών καπνιστών εντόπισαν τις ίδιες ακριβώς ουσίες οι οποίες ανιχνεύονται και σε ενεργούς καπνιστές (Rowa-Devar et al, 2014).

Οι παθητικοί καπνιστές παρότι επομένως δεν κάνουν χρήση του καπνού υποχρεούνται να επωμιστούν μέρος από τις βλαβερές συνέπειες της χρήσης του από άλλα άτομα. Μόνο το  $\frac{1}{4}$  του εισπνεόμενου καπνού εισέρχεται μέσω της ανταλλαγής αερίων στις αναπνευστικές οδούς του καπνιστή. Περισσότερο από το  $\frac{1}{2}$  του καπνού αποδίδεται αυτούσιο στο περιβάλλον και εισπνέεται από τον περίγυρο του (Rachiotis, et al, 2017).

Το παθητικό κάπνισμα, παρότι η πλειονότητα του πληθυσμού το θεωρεί αμελητέο ως κίνδυνο υγείας, αποδεικνύεται ότι είναι περισσότερο επικίνδυνο σε σχέση με το ενεργητικό κάπνισμα. Μια από τις πιο καρκινογόνες ουσίες του καπνού η νιτροσαμίνη, εντοπίζεται σε ποσότητες σχεδόν 50 φορές μεγαλύτερες στον καπνό που εισπνέεται από τον παθητικό καπνιστή ακούσια συγκρινόμενη με τον εισπνεόμενο καπνό από τον ενεργητικό καπνιστή (Thun, et al, 2000).

Ο εισπνεόμενος καπνός προκαλεί στον παθητικό καπνιστή αντιδράσεις όπως ερεθισμό του βλεννογόνου του επιπεφυκότα, κεφαλαλγία, ναυτία, ζάλη, βήχα, ξηρότητα στη ρινική κοιλότητα, ερεθισμό στο φάρυγγα και πιθανότατα ακόμη και αλλεργικές εκδηλώσεις, συμπτώματα τα οποία παρουσιάζονται εντονότερα σε νεαρά άτομα και παιδιά (Makadia et al., 2017).

### **3. Συμπεριφορές υγείας και στάσεις επαγγελματιών υγείας στο κάπνισμα.**

Ακολουθεί μία λεπτομερή αναφορά σχετικά με την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο κάπνισμα. Δίδονται στοιχεία για τον επιπολασμό του καπνίσματος στους γιατρούς και τους νοσηλευτές, αναφέρονται οι λόγοι που τους οδηγούν στη διατήρηση ή τη διακοπή του καπνίσματος, το πως αντιδρούν στα αντικαπνιστικά μέτρα που έχουν νομοθετηθεί. Αναλύεται ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας ως πρότυπα μοντέλα υγείας, που προωθούν τη διακοπή καπνίσματος.

#### **3.1 Στάσεις επαγγελματιών υγείας διεθνώς.**

Η μελέτη των καπνιστικών συνηθειών των επαγγελματιών υγείας είναι σημαντική καθώς αποτελούν δυνητικά κοινωνικά πρότυπα συμπεριφοράς υγείας για το γενικό πληθυσμό. Ενώ συχνά χρειάζεται να παρέχουν συμβουλευτική και να υποστηρίζουν τους καπνιστές ασθενείς ώστε να εγκαταλείψουν το κάπνισμα. Για το λόγο αυτό πρέπει να αξιολογείται ο επιπολασμός του καπνίσματος μεταξύ αυτών των εργαζομένων καθώς και οι λόγοι που οδηγούν στη διακοπή ή όχι αυτής της συνήθειας τους (Smith et al, 2007).

Οι επεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος από τους εργαζόμενους της υγείας είναι αποτελεσματικές και οικονομικές όσον αφορά τα αποτελέσματα διακοπής στον γενικό πληθυσμό. Με την βοήθεια των επαγγελματιών υγείας, μέσω της προώθησης της διακοπής του καπνού, μπορεί να επιτευχθεί σημαντική μείωση των θανάτων και των ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα (Lancaster et al, 2000).

Καθώς οι κίνδυνοι του καπνίσματος γίνονται πιο γνωστοί στους ενασχολούντες με την υγεία, η μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος αναμένεται να συμβεί ωρύτερα στο προσωπικό υγείας παρά στο γενικό πληθυσμό. Ο επιπολασμός του καπνίσματος μεταξύ των ιατρών μπορεί να αντικατοπτρίζει την ωριμότητα της αντιμετώπισης του καπνίσματος σε μία συγκεκριμένη χώρα. Όταν η συχνότητα καπνίσματος μεταξύ των ιατρών είναι μικρότερη από εκείνη του γενικού

πληθυσμού, η αντιμετώπιση του καπνού στη χώρα αυτή μπορεί να θεωρηθεί ώριμη (Davis, 1993).

Στη μελέτη του Celik (2000) ανάμεσα σε 305 Τούρκους ιατρούς το 41% του δείγματος κατεγράφησαν ως καπνιστές. Τα 2/3 αυτών σχεδίαζαν να διακόψουν το κάπνισμα και πάνω από τους μισούς είχαν ήδη προσπαθήσει τη διακοπή του στο παρελθόν. Οι περισσότεροι ιατροί ενδιαφέρονταν για τις καπνιστικές συνήθειες των ασθενών τους, αλλά δεν είχαν αρκετές γνώσεις σχετικά με τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος. (Celik, et al, 2000). Υψηλά ποσοστά καπνίσματος κατέγραψε και η έρευνα του Baltaci (2014) μεταξύ των Τούρκων οικογενειακών ιατρών. Ο βαθμός εξάρτησης των καπνιστών από την νικοτίνη βρέθηκε χαμηλός, το 50% των καπνιστών είχε προσπαθήσει να διακόψει το κάπνισμα τουλάχιστον μία φορά και το 15% αυτών επιθυμούσε να διακόψει το κάπνισμα άμεσα. Η πλειονότητα των πρώην καπνιστών δήλωσε πως διέκοψε το κάπνισμα με τη δύναμη της θέλησεως και δεν προσέφυγε σε φαρμακευτικές θεραπείες (Baltaci et al, 2014).

Από τους 267 ιατρούς, σε επαρχία της Κίνας, το 36% απάντησε πως είναι καπνιστές, το 1/3 αυτών επιθυμούσε να διακόψει το κάπνισμα και το 57% μείωσε τα τσιγάρα που κατανάλωνε την ημέρα. Μεγάλο ποσοστό ανέφερε προσπάθειες διακοπής τα τελευταία δύο χρόνια. Παρά το καπνιστικό ιστορικό, η πλειονότητα των ιατρών ενημέρωνε και συμβούλευε τους ασθενείς για τη διακοπή καπνίσματος (Li et al, 2007). Σε ανάλογη έρευνα στην Κίνα ανάμεσα σε 200 νοσηλεύτριες μόνο δύο από αυτές δήλωσαν καπνίστριες. Το 1/4 του δείγματος ανέφερε πως οι γονείς του ήταν καπνιστές. Μεγάλο μέρος αυτών παρείχαν συμβουλές για τη διακοπή καπνίσματος και θεωρούσαν σημαντική τη βοήθεια που δίδεται από τα υποκατάστατα της νικοτίνης και της συμβουλευτικής. Βασικοί λόγοι για τη διακοπή αναγνωρίστηκαν οι οικονομικοί και οι λόγοι υγείας (Li et al, 2012).

Στην βιβλιογραφική ανασκόπηση του Abdullah (2013) παρατηρήθηκε πως ο επιπολασμός καπνίσματος ανάμεσα στους κινέζους ιατρούς ήταν υψηλός (14% έως 64%). Υπήρχε διαφορά στον επιπολασμό καπνίσματος ανάμεσα στους άντρες και στις γυναίκες ιατρούς, καθώς και ανάλογα με την ιατρική ειδικότητα. Χαμηλά ποσοστά εγκατάλειψης του καπνού εμφάνισαν οι κινέζοι ιατροί με μειωμένη την παροχή συμβουλών προς τους ασθενείς (Abdullah et al, 2013). Στην έρευνα του An (2014) ανάμεσα σε νοσηλευτές της Κίνας, ο υψηλότερος επιπολασμός καταγράφηκε μεταξύ των ανδρών νοσηλευτών που ήταν άνω των 30 ετών, είχαν παιδιά και εργάζονταν σε ψυχιατρικές πτέρυγες. Οι νοσηλευτές που ήταν υπεύθυνοι για τα

προγράμματα διακοπής καπνίσματος, τόσο των ασθενών όσο και των νοσηλευτών, ανέφεραν πως θεωρούσαν τους εαυτούς τους πρότυπα ρόλου υγείας (An et al, 2014).

Αξιολογώντας τις στάσεις και τις δηλώσεις οδοντιάτρων στη Σαουδική Αραβία απέναντι στο κάπνισμα, ο Awan (2015) κατέληξε πως η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν ήταν καπνιστές και αξιολογούσαν τόσο τη διακοπή καπνίσματος όσο και την πρόληψη ως πολύ σημαντικά μέτρα. Οι γενικοί ιατροί και η οικογένεια βρέθηκε ότι συνέβαλλαν σημαντικά στη διακοπή του καπνίσματος. Το άγχος και η κοινωνική επιρροή αξιολογήθηκαν ως κύριοι λόγοι έναρξης του καπνίσματος. Το 50% των οδοντιάτρων ανταποκρίθηκε θετικά στο να παρέχει βοήθεια στους καπνιστές αν και δεν είχε λάβει καμία πληροφορία και γνώση για τη διακοπή του καπνίσματος κατά τη διάρκεια των σπουδών τους (Awan et al, 2015).

Σε ανασκόπηση ερευνών στις αναπτυσσόμενες χώρες διαφαίνεται πως παρόλο που το κάπνισμα των ιατρών ποικίλει μεταξύ των χωρών, τα ποσοστά τείνουν να είναι υψηλότερα από ότι στους ιατρούς των ανεπτυγμένων χωρών. Παρατηρήθηκαν χαμηλά ποσοστά εγκατάλειψης της χρήσης του καπνού από τους ιατρούς, χαμηλή παροχή συμβουλών για διακοπή στους ασθενείς και σε αρκετές χώρες δεν υπήρχαν ολοκληρωμένα προγράμματα αντιμετώπισης του καπνού. Η επικράτηση του καπνίσματος ήταν υψηλότερη στις αναπτυσσόμενες χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης (37%), ακολουθούμενη από την Αφρική (29%), την κεντρική και νότια Αμερική (25%) και την Ασία (17%). Στη Σενεγάλη, στην Κόστα Ρίκα και την Αίγυπτο η πλειοψηφία των ιατρών κάπνιζε μπροστά στους ασθενείς τους (Abdullah et al, 2014).

Η επικράτηση του καπνίσματος μεταξύ των νοσηλευτών σημειώνει σταθερή μείωση τα τελευταία χρόνια στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Στις ΗΠΑ ο επιπολασμός στις νοσηλεύτριες ανερχόταν στο 18% το 1994 ενώ το 2006 μειώθηκε στο 10%. Στον Καναδά από 32% που καταγράφηκε το 1983 μειώθηκε σε 12% το 2000. Το ίδιο συνέβη και στην Αγγλία όπου το 1992 ο επιπολασμός καταγράφηκε στο 26%, το 1993 στο 20% και το 2004 κυμαινόταν μεταξύ 17% και 26%. Ωστόσο υψηλός βρέθηκε να είναι ο επιπολασμός του καπνίσματος των νοσηλευτριών που εργάζονταν σε ψυχιατρικά τμήματα (Smith et al, 2007).

Χαμηλά ποσοστά καπνιστών αναφέρονται και στην έρευνα του Mizher (2018) που μελέτησε 708 επαγγελματίες υγείας στην Παλαιστίνη, όπου τα κρατικά μέτρα εναντίων του καπνού χαρακτηρίστηκαν από χαλαρά έως ανύπαρκτα. Μεγάλο ποσοστό κάπνιζε στο νοσοκομειακό χώρο αλλά προσπαθούσε να μη βρίσκεται στη



θέα των ασθενών. Το εργασιακό άγχος ορίστηκε ως ο κύριος λόγος καπνίσματος ενώ λόγοι οικονομικοί και υγείας καταγράφηκαν ως οι κυριότεροι λόγοι διακοπής (Mizher et al, 2018). Στη μελέτη της Khefacha (2018) ανάμεσα σε 761 επαγγελματίες υγείας σε νοσοκομείο της Τυνησίας καταγράφηκε, κάπνισμα στον χώρο της εργασίας, παρά την εφαρμογή των αντικαπνιστικών νόμων σε ποσοστό 66% και μέτρια έως και ισχυρή εξάρτηση από την νικοτίνη. Απαραίτητη κρίθηκε η εκπαίδευση και η εμπλοκή του προσωπικού υγείας στον αντικαπνιστικό αγώνα ώστε να βοηθηθούν καπνιστές νοσηλευτές και ασθενείς (Khefaca et al, 2018).

Η Mujika (2017) μετά από ημιδομημένες συνεντεύξεις σε πρώην και νυν καπνίστριες στην Ισπανία κατέληξε πως οι νοσηλεύτριες με ανθυγιεινή συμπεριφορά βίωναν εσωτερικές διαδικασίες που μπορεί να είχαν αρνητικό αντίκτυπο όταν συμμετείχαν σε ενέργειες προώθησης της υγείας. Μπορεί να παρεμπόδιζαν το ρόλο τους ως υποστηρικτές της υγείας χωρίς να το γνώριζαν. Οι εσωτερικές αυτές διαδικασίες προκύπτουν από την ανάγκη συμβιβασμού της προσωπικής τους συνήθειας με αυτή της επαγγελματικής τους ευθύνης. Οι νοσηλεύτριες υποστήριξαν ότι το κάπνισμα αποτέλεσε μία στρατηγική για να αντιμετωπίσουν το άγχος που συνδέεται με την εργασία σε βάρδιες, ιδίως τις νυχτερινές, τον υψηλό φόρτο εργασίας και την αντιμετώπιση δύσκολων ανθρώπινων συνθηκών και πολύπλοκων καταστάσεων (Mujika et al, 2017).

Οι συμβουλές των νοσηλευτών που δεν ακολουθούν υγιεινό τρόπο ζωής αναφέρθηκαν ως λιγότερο αξιόπιστες από τους ασθενείς. Η συστηματική ανασκόπηση του Kelly (2017) κατέληξε πώς τα δεδομένα δεν αποδεικνύουν με συνέπεια ότι η συμπεριφορά των νοσηλευτών στην προσωπική τους υγεία, διαμορφώνει είτε την πρακτική προώθηση της υγείας είτε την ανταπόκριση των ασθενών στα μηνύματα προαγωγής της υγείας. Η προθυμία των νοσηλευτών για συμμετοχή σε δραστηριότητες προαγωγής της υγείας επηρεάζεται από την εκπαίδευση τους, την αυτοεκτίμηση τους, και από την ύπαρξη υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος (Kelly et al, 2017). Από τη μετα-ανάλυση του Duaso (2017) ενισχύεται η άποψη πως το καπνιστικό καθεστώς των νοσηλευτών μειώνει το ποσοστό παροχής συμβουλών προς τους ασθενείς για διακοπή και κυρίως μειώνει την οργάνωση επισκέψεων παρακολούθησης των ασθενών στην προσπάθεια απεξάρτησης.

Τρεις κύριοι λόγοι οδηγούν τους νοσηλευτές στην διακοπή σύμφωνα με τον Schultz (2003). Ο πρώτος είναι το ενδιαφέρον για την υγεία τους και ακολουθούν η

οικογένεια και ο διφορούμενος ρόλος τους ως καπνιστές και πρότυπα μοντέλα υγιεινής ζωής. Μεγάλο ποσοστό επιθυμούσε να διακόψει το κάπνισμα και προτιμούσε να προσπαθήσει μόνο του ή να μειώσει τα τσιγάρα που καπνίζει. Αναφέρεται πως η παρακολούθηση προγραμμάτων διακοπής του καπνού ερχόταν σε σύγκρουση με τις βάρδιες του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Schultz, 2003). Εμπόδιο για την παύση του καπνίσματος στην ανασκόπηση ερευνών του Perdicaris (2010) αναφέρθηκε το εργασιακό περιβάλλον λόγω του άγχους που προκαλεί. Το εργασιακό άγχος των νοσηλευτών οφειλόταν στις πολλές ώρες εργασίας, την έντονη σωματική δραστηριότητα, τον έντονο ρυθμό εργασίας και τη νυχτερινή εργασία. Η συναισθηματική αυτή δυσφορία μπορεί να προκαλέσει αναστολή της απόφασης για διακοπή του καπνίσματος καθώς και αυξημένο κίνδυνο υποτροπής εάν ο νοσηλευτής βρίσκεται στο μεταβατικό στάδιο της διακοπής (Perdicaris et al, 2010).

Στην Νέα Ζηλανδία στην απογραφή το 2013 του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, παρατηρήθηκε πως ο επιπολασμός καπνίσματος μεταξύ των ιατρών είναι ιδιαίτερα χαμηλός. Από το 3.6% που ανερχόταν το 2006 έχει μειωθεί στο 2.1% το 2013. Πάνω από το 90% των ιατρών, ηλικίας κάτω των 45 ετών, δεν είχε καπνίσει ποτέ. Το ίδιο συνέβη και με το νοσηλευτικό προσωπικό όπου το 2006 κάπνιζε το 13.6% ενώ το 2013 μόνο το 8%. Μεγαλύτερος επιπολασμός βρέθηκε στους νοσηλευτές που εργάζονταν σε ψυχιατρικές πτέρυγες αν και κατέγραψαν και αυτοί πτωτική πορεία. Το κάπνισμα μεταξύ των νοσηλευτών ήταν σχεδόν το ήμισυ του επιπολασμού που βρέθηκε μεταξύ του γενικού πληθυσμού της Νέας Ζηλανδίας (Edwards et al, 2018).

Στην έρευνα του Bloor (2006) το νοσηλευτικό προσωπικό της ψυχικής υγείας θεωρούσε απαραίτητη την ύπαρξη αντικαπνιστικής πολιτικής στον χώρο του νοσοκομείου αλλά παράλληλα πίστευε πως οι καπνιστές πρέπει να έχουν το δικαίωμα να καπνίζουν στην εργασία εάν το επιθυμούν (Bloor et al, 2006). Η εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου συνδέθηκε με αλλαγές στην καπνιστική συμπεριφορά των εργαζομένων. Στη μελέτη του Fathallah (2012) σε γαλλικό νοσοκομείο παρατηρήθηκε σημαντική μείωση της κατανάλωσης του καπνού, όχι μόνο, κατά τις ώρες εργασίας αλλά και στις υπόλοιπες ώρες της ημέρας των καπνιστών νοσηλευτών. Το 88% του πληθυσμού της έρευνας υποστήριξε τον αντικαπνιστικό νόμο. Κύριοι λόγοι για διακοπή του καπνού αναφέρθηκαν η οικονομία και η υγεία (Fathallah et al, 2012).

Χαμηλό επιπολασμό ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας στην Ισπανία αναφέρει η μελέτη του Jimenez-Ruiz (2015). Το 58% του δείγματος θεωρούσε ότι η χρήση του καπνού είναι χρόνια πάθηση και το 35% θεωρούσε ότι είναι κακή συνήθεια. Μεγάλο ποσοστό θεωρούσε πως η αποτελεσματική θεραπεία για τη διακοπή του καπνού είναι η δύναμη της θελήσεως. Σαφής έλλειψη γνώσεων καταγράφηκε στην έρευνα αυτή καθώς ο WHO έχει καταγράψει το κάπνισμα ως χρόνια πάθηση, με τον κωδικό ταξινόμησης F17, στην παγκόσμια ταξινόμηση των νόσων και ο συνδυασμός φαρμακευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης θεωρείται ο καταλληλότερος τρόπος διακοπής (Jimenez-Ruiz et al, 2015). Η σύσταση διακοπής του καπνίσματος προς τους ασθενείς δεν αποτελούσε προτεραιότητα για τους κλινικούς ιατρούς και η συζήτηση για το κάπνισμα με τους ασθενείς θεωρήθηκε χρονοβόρα και σπατάλη χρόνου (Vogt et al, 2005; Thy et al, 2007).

Η έρευνα του Sanchez (2018) ανάμεσα σε νέους ειδικευόμενους ιατρούς στην Ισπανία υποστήριξε πως οι γενεές των ιατρών που μεγάλωσαν και εκπαιδεύτηκαν ενώ υπήρχαν σε ισχύ οι αντικαπνιστικοί νόμοι παρουσίασαν χαμηλότερο ποσοστό χρήσης του καπνού σε σύγκριση με εκείνους που εκπαιδεύτηκαν πριν από την ισχύ των αντικαπνιστικών μέτρων (Sanchez et al, 2018).

Μετά από ημιδομημένες συνέντευξης καπνιστών νοσηλευτών ο Radsma (2009) διαπίστωσε πως οι νοσηλευτές θεωρούσαν τους εαυτούς τους ατελή πρότυπα και αισθάνονταν αντιφατικά ως προς την ικανότητα τους να επεμβαίνουν στην διακοπή καπνίσματος άλλων ατόμων. Υιοθέτηση στρατηγικών όπως η αδιαφορία, η διαφυγή, η εμπλοκή, και η αναγκαστική συμμόρφωση επέτρεψαν στους νοσηλευτές να εκπληρώσουν τις επαγγελματικές τους ευθύνες, συνεχίζοντας οι ίδιοι το κάπνισμα. Οι μισοί νοσηλευτές δήλωσαν πως απέφευγαν να καπνίζουν κατά τις ώρες εργασίας, σχεδόν όλοι είχαν προσπαθήσει τη διακοπή και ως κυριότεροι λόγοι διακοπής αναφέρθηκαν η υγεία, η οικογένεια, η εγκυμοσύνη και μετά το οικονομικό κόστος (Radsma et al, 2009).

Η πλειονότητα των νοσηλευτών ήταν πρόθυμοι να παραιτηθούν από τη συνήθεια τους και το είχαν προσπαθήσει αρκετές φορές καταγράφεται στην έρευνα του Mckenna (2003). Για την διατήρηση της συνήθειας του καπνίσματος αιτιολογήθηκε η εξάρτηση και η απόλαυση από το κάπνισμα (Mckenna et al, 2003). Στην έρευνα του Schneider (2019) οι νοσηλευτές ανέφεραν σημαντικά καλύτερες συμπεριφορές σχετιζόμενες με την υγεία, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Οι νοσηλευτές κατέγραψαν τα χαμηλότερα επίπεδα επιβλαβών συμπεριφορών

(κάπνισμα, αλκοόλ) και υψηλότερα επίπεδα στις προληπτικές συμπεριφορές (κατανάλωση φρούτων, φυσική δραστηριότητα) (Schneider et al, 2019).

Εξετάζοντας ο Sharpe (2018) τους φραγμούς για την εφαρμογή προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος στα νοσοκομεία, μετά από βιβλιογραφική ανασκόπηση, κατέληξε πως το πιο σημαντικό εμπόδιο είναι η έλλειψη γνώσεων, η έλλειψη χρόνου και η έλλειψη αντιλήψεως σχετικά με τα κίνητρα του ασθενή για να σταματήσει το κάπνισμα. Οι αρνητικές εμπειρίες του παρελθόντος όπως η αποχώρηση των ασθενών χωρίς να διακόψουν το κάπνισμα, αντανακλούν χαμηλή αποτελεσματικότητα, γεγονός που καθιστά τον ιατρό απρόθυμο να παρέμβει στο μέλλον (Sharpe et al, 2018). Στην ανασκόπηση του LaTorre (2011) που ασχολήθηκε με παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος, με στόχο τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, αναφέρεται πως οι πολιτικές περιορισμού του καπνού ήταν αναποτελεσματικές. Δεν θεωρούνταν πραγματικές παρεμβάσεις και μείωναν την προθυμία του επαγγελματία υγείας να διακόψει το κάπνισμα (LaTorre et al, 2011).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 4 δημόσια νοσοκομεία στην Βικτώρια της Αυστραλίας, αναφέρεται ότι ο επιπολασμός του καπνίσματος στον πληθυσμό του δείγματος ήταν μικρότερος από τους μη καπνιστές. Το 51% των καπνιστών είχε λάβει βοήθεια για διακοπή καπνίσματος και ως εμπόδια για τη μη επιτυχία καταγράφηκαν το άγχος, το στρες και η αύξηση βάρους με το 46% των καπνιστών να έχει δηλώσει πως θα συμμετείχε σε ιατρείο διακοπής καπνίσματος μέσα στο ίδρυμα που εργάζεται (Berkelmans et al, 2011).

Στην Πορτογαλία σε μελέτη που διεξήχθη πριν εφαρμοστούν στο νοσοκομείο αντικαπνιστικοί περιορισμοί, ο επιπολασμός των καπνιστών ανήλθε στο 29,5%. Το 66% των καπνιστών παραδέχτηκε πως επιθυμούσε να διακόψει το κάπνισμα ενώ το 65% αυτών είχε ήδη προσπαθήσει να διακόψει το κάπνισμα και οι μισοί από αυτούς πίστευαν πως πρέπει να βοηθηθούν για να επιτύχουν την διακοπή του. Το μεγαλύτερο μέρος των καπνιστών κάπνιζε στον χώρο του νοσοκομείου, γνώριζε για την νοσηρότητα του καπνίσματος και του παθητικού καπνίσματος και υποστήριζε την απαγόρευση του καπνού στο νοσοκομείο. Το μεγαλύτερο μέρος του προσωπικού ανέφερε παθητική συμπεριφορά παρά την υψηλή έκθεση σε παθητικό καπνό (Ravara et al, 2011).

Έρευνα του Eriksen, (2005) ανάμεσα σε βοηθούς νοσηλευτών επισήμανε πως υπάρχει αρνητική σχέση μεταξύ των ωρών εργασίας και της πιθανότητας διακοπής του καπνίσματος. Η πιθανότητα διακοπής ήταν πιο συχνή σε άτομα ηλικίας

μικρότερης των 30 ετών, με παιδιά προσχολικής ηλικίας και που κάπνιζαν λιγότερο από 10 τσιγάρα την ημέρα (Eriksen, 2005). Στην έρευνα της Juranic (2017) ο επιπολασμός των καπνιστών ήταν υψηλός (35%) και παρατηρήθηκε πως οι νοσηλευτές με δευτεροβάθμια εκπαίδευση θεωρούσαν το παθητικό κάπνισμα μη επιβλαβές για την υγεία και άδικο τον νόμο περί κατάργησης του καπνίσματος σε κλειστούς χώρους. Ακόμη οι ιατροί συμφώνησαν κατά μέσο όρο με τον ισχυρισμό ότι οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν πρότυπο για τον υπόλοιπο πληθυσμό, σε αντίθεση με τους νοσηλευτές με δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Στην μελέτη της O'Donovan (2009) οι νοσηλεύτριες που εργάζονταν στην ψυχιατρική πτέρυγα και στην στεφανιαία μονάδα είχαν τα υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος. Το 78% των καπνιστών προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα έστω και μία φορά, ενώ το 80% σκέφτονταν σοβαρά την διακοπή. Το 75% των πρώην καπνιστών διέκοψε το κάπνισμα απότομα χωρίς βοήθεια από ειδικά κέντρα. Οι μη καπνιστές συμφώνησαν με τον αντικαπνιστικό νόμο σε αντίθεση με τους καπνιστές. Το 59% των ερωτηθέντων συμφώνησε για τον ρόλο πρότυπο των νοσηλευτών στην προαγωγή της υγείας, ενώ αναφέρθηκε η έλλειψη χρόνου (74%) και η έλλειψη εκπαίδευσης (65%) ως λόγοι μη συμβουλευτικής δράσης προς τους ασθενείς. Μόνο το 14% του συνόλου είχε λάβει εκπαίδευση για διακοπή καπνίσματος.

Ανάμεσα σε 3482 νοσηλεύτριες στην Αμερική διεξήχθη η έρευνα της Sarna (2009) για να καταγράψει τη συχνότητα παρεμβάσεων των νοσηλευτών, για παροχή βοήθειας, σε ασθενείς με σκοπό τη διακοπή καπνίσματος και να καθορίσει τη σχέση των παρεμβάσεων με τις γνώσεις των νοσηλευτών σχετικά με το πρόγραμμα Free Nurses Tobacco (FNT). Η πλειοψηφία (73%) των νοσηλευτών ρωτούσε, συμβούλευε και ενημέρωνε για την χρήση καπνού και τους κινδύνους της. Το 15% των συμμετεχόντων είχαν επίγνωση του προγράμματος διακοπής και αναφέρθηκαν ως πιο δραστήριες σχετικά με την παρέμβαση FNT.

Σε μελέτη του Rezk-Hanna (2018) στην κεντρική και ανατολική Ευρώπη το 65% των νοσηλευτών δήλωσαν καπνιστές και το 57% αυτών είχε μεγάλη εξάρτηση από την νικοτίνη. Το 42% είχε προσπαθήσει τουλάχιστον μία φορά να διακόψει το κάπνισμα τον τελευταίο χρόνο, ενώ το σύνολο του πληθυσμού συμφώνησε πως οι νοσηλευτές πρέπει να αποτελούν πρότυπα και πρέπει να ενθαρρύνουν την διακοπή καπνίσματος στο γενικό πληθυσμό. Πέντε παράγοντες αναγνωρίστηκαν ως εμπόδια για τη διακοπή καπνίσματος στους νοσηλευτές: η συνήθεια, η παρουσία καπνιστών στο κοντινό περιβάλλον, η παλινδρόμηση μετά τον τοκετό, το στρες, η εξάρτηση από

τη νικοτίνη και η μη καλή γνώση της επικινδυνότητας του καπνού (Rezk-Hanna et al, 2018).

Σε έρευνα στην Τουρκία σε επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας το σύνολο των ερωτηθέντων γνώριζε για τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα του καπνού. Η πλειονότητα των ιατρών δήλωσαν ότι αισθάνονται επαρκείς ώστε να προωθήσουν τη διακοπή καπνίσματος σε αντίθεση με τους νοσηλευτές που δήλωσαν ανεπαρκείς στις γνώσεις τους. Μικρό ποσοστό νοσηλευτών συμβούλευε για τη διακοπή του καπνίσματος. Εμπόδια για τις παρεμβάσεις ενάντια στο κάπνισμα αναφέρθηκαν, η έλλειψη χρόνου (35.9%), η αδιαφορία του πληθυσμού, το μη ενδιαφέρον του επαγγελματία υγείας (Sonmez et al, 2015). Στην Ιταλία από τους 1082 επαγγελματίες υγείας, το 67,7% θεωρούσε το επάγγελμα στον χώρο της υγείας ως ρόλο πρότυπο. Το 95,3% θεωρούσε το παθητικό κάπνισμα επικίνδυνο και το 66,6% πως η απαγόρευση του καπνίσματος θα βοηθούσε τους ασθενείς. Πάνω από 90% ήταν υπέρ των κυρώσεων προς τους καπνιστές και υποστήριζε την πολιτική για νοσοκομεία χωρίς καπνό (Ficarra et al, 2010).

Σε έρευνα στην Αγγλία, σε νοσηλευτικό προσωπικό το 25,8% ήταν καπνίστριες. Το 75% εξέφρασε την επιθυμία να σταματήσει το κάπνισμα εντός έξι μηνών, ενώ ως εμπόδια για τη διακοπή του αναφέρθηκαν ο εθισμός και η απόλαυση. Ως βασικός λόγος διακοπής του καπνίσματος αναφέρθηκε η διατήρηση της υγείας. Οι καπνιστές νοσηλευτές δεν θεωρούσαν ότι αποτελούν πρότυπο ως εκπαιδευτές υγείας σε σχέση με το κάπνισμα (Mckenna et al, 2001).

Ο αυξημένος επιπολασμός καπνίσματος ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας δεν έχει αντιμετωπιστεί με σωστό τρόπο. Η στάση και η συμπεριφορά τους σχετικά με το κάπνισμα είναι καθοριστικής σημασίας για τη μείωση της χρήσης του καπνού από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Η συστηματική παρακολούθηση, καταγραφή των συμπεριφορών των επαγγελματιών υγείας και η εκπαίδευση τους, μπορεί να τους καταστήσουν πρότυπα για την εφαρμογή της αντικαπνιστικής πολιτικής (Nilan et al, 2019).

### **3.2 Στάσεις επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα.**

Υψηλό ποσοστό επιπολασμού του καπνίσματος στους επαγγελματίες υγείας κατέγραψε στην Κρήτη η έρευνα του Ferdoutsis (1995) πριν την επιβολή

αντικαπνιστικών νόμων. Το σύνολο των ερωτηθέντων γνώριζε ότι το κάπνισμα είναι επιβλαβές για την υγεία και υποστήριξε την ιδέα της εφαρμογής αντικαπνιστικής πολιτικής στο νοσοκομείο. Υψηλό ποσοστό δήλωσε πως επιθυμούσε να σταματήσει το κάπνισμα και είχε ήδη προσπαθήσει τουλάχιστον μία φορά (Ferdoutsis et al, 1995). Παρά τις γνώσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στο θέμα του καπνίσματος και της νοσηρότητας που προκαλεί, παρατηρούμε σε έρευνα του 2006 πως οι νοσηλευτές δήλωσαν σε ποσοστό 57% καπνιστές, ενώ οι ιατροί ακολουθούσαν πιο πίσω με ποσοστό 31% (Vagropoulos et al, 2006). Στη μελέτη της Beletsioti-Stika (2006) αναφέρθηκε ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στο άγχος για την εργασία και τη συνέχιση του καπνίσματος. Στην πλειοψηφία τους οι ερωτώμενοι συμφώνησαν πως τόσο το ενεργητικό όσο και το παθητικό κάπνισμα βλάπτουν την υγεία και πως θα πρέπει να γίνεται σε ξέχωρο μέρος, μη ορατό από το κοινό. Το 46% των νοσηλευτών ήταν καπνιστές, η πλειονότητα αυτών δεν σκέπτονταν τη διακοπή καπνίσματος, ενώ το 66% αυτών, αγνοούσε την ύπαρξη ιατρικών διακοπής καπνίσματος.

Παρόμοιο επιπολασμό του καπνίσματος με αυτόν του γενικού πληθυσμού ανέφερε στην έρευνα του ανάμεσα σε 1284 έλληνες ιατρούς ο Sotiropoulos (2007). Παρόλο που τα ευρήματα αυτής της μελέτης δείχνουν πως ένα σημαντικό ποσοστό των Ελλήνων ιατρών δεν εκπλήρωναν τη λειτουργία τους ως πρότυπα για την αποφυγή του καπνού, προς τους ασθενείς και την κοινωνία, οι πλειονότητα αυτών συμβούλευε τους ασθενείς για διακοπή. Παρατηρήθηκε πως το ποσοστό των καπνιστών ήταν δυσανάλογο με την αύξηση της ηλικίας. Το 50% των καπνιστών είχε προσπαθήσει να διακόψει το κάπνισμα τουλάχιστον μία φορά και το 15% αυτών κατέγραψε υψηλό βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη (Sotiropoulos et al, 2007).

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην ενημέρωση για τις αρνητικές επιπτώσεις του καπνού, αρκεί βέβαια οι απόψεις και τα πιστεύω τους να συμφωνούν με την διακοπή της χρήσης του καπνού. Υψηλό ποσοστό καπνιστών στο νοσηλευτικό προσωπικό 57,8% και 34,5% στο ιατρικό ανέδειξε και η έρευνα του Vardavas (2009), ενώ ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσίασε η άποψη τους για την απαγόρευση του καπνίσματος. Ανέφεραν πως εγκρίναν σε μεγάλο ποσοστό την απαγόρευση του καπνού ωστόσο όλοι οι καπνιστές συνέχιζαν και καπνίζουν στο χώρο εργασίας τους. Σε ποσοστό άνω του 90% ήταν θετικοί, καπνιστές και μη, στην δημιουργία χώρων καπνίσματος (Vardavas et al.2009).

Το 2013 ο Γιωτάκης προσπάθησε να διερευνήσει την αλληλεπίδραση μεταξύ καπνίσματος και ψυχολογικών παραγόντων. Από τους 104 επαγγελματίες υγείας που έλαβαν μέρος, οι 52 ήταν καπνιστές. Οι μισοί από αυτούς επιθυμούσαν να διακόψουν το κάπνισμα και κατέγραψαν υψηλές τιμές σωματοποίησης του άγχους, της κατάθλιψης και του θυμού σε συνδυασμό με αυξημένη την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων. Πιθανώς οι καπνιστές αναμένουν την άμεση αγχολυτική επίδραση του καπνού ή ο καπνός ενεργοποιεί συγκεκριμένους αγχολυτικούς μηχανισμούς, αναφέρει ο ερευνητής. Καταλήγει πως η γνώση των βλαπτικών συνεπειών του καπνίσματος δεν επηρέαζε τους καπνιστές για τη διακοπή του (Γιωτάκης και συν, 2013).

Σε έρευνα της Stamatopoulou (2014) ο επιπολασμός των νοσηλευτών καπνιστών ήταν 32% έναντι των μη καπνιστών 54%, ενώ αιτία μη διακοπής τους καπνίσματος βρέθηκε το άγχος που προκαλεί το νοσηλευτικό επάγγελμα. Σημαντικό εύρημα της έρευνας ήταν και οι δύο λόγοι για τους οποίους οι νοσηλευτές δεν συμβουλεύουν τους ασθενείς τους για διακοπή καπνίσματος: η έλλειψη εκπαίδευσης (78%) και η έλλειψη χρόνου (77%).

Σε πρόσφατη μελέτη της Moysidou (2016) παρατηρήθηκε πως οι επαγγελματίες υγείας είχαν σημαντική έλλειψη γνώσης σχετικά με τη νικοτίνη και τις θεραπείες αντικατάστασης της καθώς δήλωναν απρόθυμοι να συστήσουν φαρμακευτικά προϊόντα νικοτίνης σε καπνιστές που επιθυμούσαν να ξεκινήσουν σταδιακή διακοπή του καπνίσματος (Moysidou et al, 2016). Νοσηλεύτριες σε ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αθήνας δήλωσαν την αντίθεση τους στην εφαρμογή της αντικαπνιστικής πολιτικής στην έρευνα της Koukia (2016). Το 50% των καπνιστών συνέχιζε να καπνίζει μέσα στο χώρο του νοσοκομείου και το 96% δήλωσε πως γνώριζε τις βλαπτικές συνέπειες του καπνού στην υγεία. Ανέφεραν πως ήθελαν να βοηθήσουν τους ασθενείς στη διακοπή καπνίσματος. Η έρευνα κατέγραψε μία εσφαλμένη αντίληψη των νοσηλευτών μεταξύ του καπνίσματος, των ψυχιατρικών νοσημάτων και των ψυχοτρόπων φαρμάκων (Koukia et al, 2016).

Σε έρευνα στην Κύπρο σε επαγγελματίες υγείας, ο επιπολασμός του καπνίσματος ανήλθε στο 28,2% και ήταν παρόμοιος μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών. Το 71,8% των καπνιστών ανέφερε πως θα ήθελε να διακόψει το κάπνισμα, ωστόσο μόνο οι μισοί από τους ιατρούς (48,5%) και τους νοσηλευτές (52%) προσπάθησαν να το πετύχουν. Το 5,6% των ιατρών και το 6,9% των νοσηλευτών ανέφεραν τη χρησιμοποίηση βοηθημάτων για τη διακοπή καπνίσματος. Η ίδια έρευνα κατέγραψε



πως οι πλειονότητα ιατρών και νοσηλευτών ενημέρωναν τους ασθενείς τους για τη σημασία διακοπής του καπνίσματος ακόμη και αν οι ίδιοι ήταν καπνιστές. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων αισθάνονταν σίγουροι για τις γνώσεις τους σχετικά με τις συμβουλές για τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος (Zinonos et al, 2016).

#### **4.Τροποποίηση καπνιστικής συμπεριφοράς-Διακοπή καπνίσματος.**

Στο τελευταίο κεφάλαιο αναφέρονται οι τρόποι με τους οποίους μπορεί να βοηθηθεί ο πληθυσμός ώστε να επιτύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα της διακοπής του καπνίσματος. Αναλύεται η σημαντικότητα του ρόλου του επαγγελματία υγείας στην προσπάθεια αυτή και καταγράφονται οι δομές που έχουν θεσπιστεί από την πολιτεία για την επίτευξη του σκοπού αυτού.

##### **4.1. Μέθοδοι διακοπής καπνίσματος.**

Η χρηματοδότηση από τις κυβερνήσεις για τη δημιουργία προγραμμάτων αντιμετώπισης της εξάρτησης από τον καπνό θα οδηγήσει σε μείωση των ποσοστών καπνίσματος και θα αποτελέσει την καλύτερη δημόσια επένδυση για την δημόσια υγεία (Jha et al, 1999). Η προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος χωρίς βοηθητικά μέσα στηριζόμενη αποκλειστικά στη δύναμη της απόφασης και της θέλησης σπάνια επιφέρει υψηλά ποσοστά επιτυχίας (Alpert, 2015).

Το 2008 το Αμερικανικό υπουργείο υγείας δημοσίευσε μία ολοκληρωμένη κατευθυντήρια οδηγία για τη θεραπεία και την απεξάρτηση από τη χρήση του καπνού. Αναγνωρίζει την εξάρτηση από τον καπνό ως μία χρόνια ιατρική πάθηση που απαιτεί πολλές προσπάθειες και παρεμβάσεις για να επέλθει η απεξάρτηση. Συστήνει να γίνεται καταγραφή του καπνιστικού ιστορικού του κάθε ατόμου που εξετάζεται και οι επαγγελματίες υγείας να ενθαρρύνουν όλους τους καπνιστές για διακοπή της χρήσης του καπνού. Οι θεραπείες απεξάρτησης από τον καπνό είναι αποτελεσματικές σε ένα ευρύ φάσμα πληθυσμού. Ο κάθε ασθενής που επιθυμεί να διακόψει το κάπνισμα πρέπει να ενθαρρύνεται να χρησιμοποιήσει τις συμβουλευτικές θεραπείες και τη φαρμακευτική αγωγή που θα του συσταθούν . Ακόμη και μία σύντομη θεραπεία απεξάρτησης μπορεί να είναι επιτυχής. Οι μεμονωμένες προσπάθειες διακοπής συνήθως δεν έχουν αίσιο τέλος. Μόνο το 4% με 7% των καπνιστών που επιχειρούν να σταματήσουν το κάπνισμα μόνοι τους, το επιτυγχάνουν. Ο συνδυασμός συμβουλευτικής και φαρμακευτικής αγωγής έχει περισσότερα θετικά αποτελέσματα. Η οδηγία τονίζει τη σημαντικότητα των ατομικών και ομαδικών

συμβουλευτικών θεραπειών, αλλά και της τηλεφωνικής γραμμής (quit line) που παρέχει συμβουλές για την διακοπή καπνίσματος. Οι θεραπείες απεξάρτησης από το κάπνισμα είναι τόσο κλινικά αποτελεσματικές όσο και οικονομικά αποδοτικές σε σχέση με άλλες παρεμβάσεις για άλλες κλινικές διαταραχές. Σύμφωνα με την οδηγία τα ασφαλιστικά ταμεία και οι ασφαλιστικές εταιρίες πρέπει να περιλαμβάνουν την συμβουλευτική και φαρμακευτική αγωγή ως καλυπτόμενα οφέλη (Fiore et al, 2008)).

Οι παρεμβάσεις υποστήριξης της συμπεριφοράς περιλαμβάνουν γραπτά υλικά με συμβουλές σχετικά με την εγκατάλειψη του καπνίσματος, προγράμματα ομαδικής θεραπείας πολλαπλών συνεδριών, μεμονωμένες συμβουλευτικές συνεδρίες. Υπάρχουν ακόμη παρεμβάσεις όπως οι σύντομες συμβουλές του υγειονομικού προσωπικού, οι τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας, τα έντυπα μέσα αυτοβοήθειας. Η παροχή των τυπικών υλικών αυτοβοήθειας φαίνεται να έχει μικρή επίδραση στην επιτυχία διακοπής αλλά υπάρχουν περιθώρια για ενίσχυση με πιο εντατικές συμβουλές. Όταν δεν υπάρχει εναλλακτική υποστήριξη ακόμη και οι τυπικές γραπτές συμβουλές αποτελούν σημαντική μορφή παρέμβασης (Livingstone-Banks et al, 2019). Ο συνδυασμός των προσωπικών, ομαδικών, τηλεφωνικών και κοινωνικών μέσων ενημέρωσης σε συνεννόηση με τις φαρμακευτικές θεραπείες έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση χρήσης του καπνού (Hurt et al, 2009).

Στο πλαίσιο των προσπαθειών για τον έλεγχο του καπνίσματος τα κράτη προσφέρουν τηλεφωνικούς αριθμούς χωρίς χρέωση με συμβούλους διακοπής του καπνίσματος που παρέχουν πληροφορίες και υποστήριξη. Ονομάζονται γραμμές παρεμβάσεων quit line και συνήθως ο ειδικός σύμβουλος τηλεφωνεί ξανά στον καπνιστή για επαναληπτικές συνεδρίες. Τρεις ή περισσότερες κλήσεις αυξάνουν την πιθανότητα διακοπής σε σύγκριση με μία ελάχιστη παρέμβαση όπως τα έντυπα υλικά ή η σύντομη συμβουλή (Stead et al, 2013). Η τεχνολογία των κινητών τηλεφώνων του διαδικτύου και των πλατφόρμων των μέσων κοινωνικής δικτύωσης αυξάνουν το έργο των ειδικών, ξεπερνώντας τα χρονικά και γεωγραφικά εμπόδια που μπορεί να αποτρέπουν από άλλες θεραπείες (Taylor et al, 2017).

Η εφαρμογή προγραμμάτων παρέμβασης και συμβουλευτικής κρίνεται περισσότερο αναγκαία σε άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και τα οποία ανεξαρτήτως προσπαθειών διακοπής καπνίσματος χρήζουν συμβουλευτικής προσέγγισης (Malone, et al, 2018).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες κλινικής πρακτικής συνιστούν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης να προσφέρουν στα άτομα που είναι έτοιμοι για διακοπή

καπνίσματος και τις δύο κατηγορίες παρεμβάσεων ώστε το αποτέλεσμα να είναι το μέγιστο δυνατό. Οι δύο τύποι θεραπείας έχουν συμπληρωματικούς τρόπους δράσης και μπορούν να βελτιώσουν τις πιθανότητες διατήρησης της μακροχρόνιας αποχής. Τα προϊόντα αντικατάστασης νικοτίνης διατίθενται χωρίς ιατρική συνταγή σε πολλές χώρες και τα άτομα που τα αγοράζουν ενδέχεται να μην έχουν πρόσβαση σε θεραπείες υποστήριξης της συμπεριφοράς. Σε αντίθεση με τα άτομα που λαμβάνουν συνταγογραφημένη φαρμακευτική θεραπεία που έχουν περισσότερες πιθανότητες να λάβουν υποστηρικτική βοήθεια (Shiffman et al, 2008; Schroeder, 2013). Η χρήση υποκατάστατων της νικοτίνης αλλά και φαρμακευτικών σκευασμάτων, υποστηρίζεται εντονότερα σε σχέση με παρεμβάσεις που δεν περιλαμβάνουν την υποκατάσταση της νικοτίνης ή που προωθούν τη χρήση του ηλεκτρονικού τσιγάρου, παρέμβασης που πλέον σταδιακά παύει να εφαρμόζεται (Heydari, et al, 2014).

Η φαρμακολογία μέσω της κατανόησης της δράσης της νικοτίνης στα νευροδιαβιβαστικά κανάλια του νευρικού συστήματος έχει επιτύχει με τη βοήθεια της έρευνας τη δημιουργία φαρμακευτικών σκευασμάτων που αποσκοπούν στην μείωση και τελικά στη θεραπεία της εξάρτησης του ατόμου από το κάπνισμα, παρεμβάσεις που εφαρμόζονται σε ευρύ επίπεδο παγκοσμίως (Britton, 2013). Η φαρμακοθεραπεία συνήθως περιλαμβάνει τη χορήγηση υποκατάστατων της νικοτίνης, τη χορήγηση βουπροπιόνης και της βαρενικλίνης, τη λεγόμενη θεραπεία πρώτης γραμμής. Αν δεν υπάρχει επιτυχία στη διακοπή καπνίσματος συνήθως χορηγείται από τους ιατρούς η θεραπεία δεύτερης γραμμής που περιλαμβάνει τη χορήγηση κλονιδίνης και νορτριπτυλίνης (Cahill et al, 2013; Σπυριδόπουλος και συν, 2014). Η αρχική χρήση της βουπροπιόνης ήταν ως αντικαταθλιπτικό αλλά εφαρμόζεται στη διακοπή καπνίσματος καθώς μειώνει την επιθυμία καπνίσματος. Δε θα πρέπει να εφαρμόζεται ως μέθοδος σε άτομα με ιστορικό επιληπτικών κρίσεων και διατροφικών διαταραχών ενώ η χορήγησή της θα πρέπει να πραγματοποιείται με προσοχή σε άτομα που λαμβάνουν ήδη αντικαταθλιπτικά φάρμακα (Wilkes, 2008). Η βαρενικλίνη επίσης λειτουργεί συναγωνιστικά της νικοτίνης και μειώνει την επιθυμία καπνίσματος. Συχνά όμως η χρήση της συνοδεύεται από αισθήματα ναυτίας ή και διέγερσης και εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Ebbert et al., 2010).

Τα υποκατάστατα της νικοτίνης κυκλοφορούν σε διάφορες μορφές όπως είναι τα επιθέματα νικοτίνης τα οποία θεωρούνται μακράς δράσης. Υπάρχει επίσης μια πληθώρα προϊόντων βραχείας δράσης όπως οι εισπνοές νικοτίνης, οι παστίλιες

νικοτίνης και τα προσλαμβανόμενα από το στόμα δισκία. Υφίστανται συνολικά έξι ενδεδειγμένες διαθέσιμες μορφές θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης και αυτές είναι οι τσίγλες νικοτίνης, τα αυτοκόλλητα επιθέματα, η ρινική και εισπνεόμενη μορφή, η υπογλώσσια μορφή χορήγησης και οι παστίλιες. Οι διαφορές ανάμεσα τους εντοπίζονται κυρίως στην ταχύτητα της δράσης τους και επομένως στην αποτελεσματικότητά τους στον οργανισμό (Katz et al., 2016). Η ποικιλία των διαθέσιμων μορφών χορήγησης επιτρέπουν στον καπνιστή να επιλέξει τη μορφή υποκατάστατου που του αρμόζει και την οποία θεωρεί πιο κατάλληλη στις ανάγκες του. Η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης λειτουργεί απόλυτα ενισχυτικά στην επίτευξη της μακροχρόνιας διακοπής του καπνίσματος και θεωρείται ασφαλής και ανεκτή από τους καπνιστές. Πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες όπως ζάλη, ναυτία και κεφαλαλγία υποχωρούν με την πάροδο του χρόνου και παύουν να αποτελούν εμπόδιο στην εφαρμογή της θεραπείας. Σε κάποιες περιπτώσεις η χρήση επιθεμάτων νικοτίνης μπορεί να προκαλέσει τοπικούς ερεθισμούς στην περιοχή του δέρματος όπου τοποθετήθηκαν ενώ η χρήση δισκίων από του στόματος δύναται να επιφέρει αισθήματα καύσου και πονόλαιμο (Hudges, 2003; Battle et al., 2015).

Όταν η υποστήριξη αφορά την συμβουλευτική, πρέπει να παρέχεται από ειδικούς. Στόχος των ψυχολογικών τεχνικών είναι η καλλιέργεια της ικανότητας στον καπνιστή να αντιμετωπίζει τις καταστάσεις στις οποίες αισθάνεται έντονη επιθυμία να καπνίσει, όπως είναι οι αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις, αποφεύγοντας να υποκύψει στην παρόρμηση του αυτή (Newhouse et al., 2018).

Μια ποικιλία προσεγγίσεων για την παροχή συμβουλών με στόχο τη διακοπή καπνίσματος είναι διαθέσιμες. Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία βοηθά τα άτομα να εντοπίσουν τους παράγοντες, ανθρώπινους και μη, που υποκινούν τη συμπεριφορά τους. Διδάσκει τεχνικές πρόληψης υποτροπών και στρατηγικές αντιμετώπισης για να αποφύγουν το κάπνισμα όταν βρεθούν αντιμέτωποι με αυτούς τους αγχωτικούς παράγοντες (Jhangee, 2014). Ασθενείς που παρακολούθησαν συνεδρίες γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας είχαν καλύτερα ποσοστά διακοπής σε σχέση με ασθενείς που παρακολούθησαν συνεδρίες γενικής αγωγής της υγείας (Webb et al, 2010).

Η διερευνητική συνέντευξη βοηθά τον ασθενή να κατανοήσει και να επιλύσει τη διαφορούμενη σχέση του με το κάπνισμα και ενισχύει το κίνητρο των ατόμων για υγιείς αλλαγές. Οι αρχές της περιλαμβάνουν την έκφραση της ενσυναίσθησης, από τον ειδικό, μέσω της αντανακλαστικής ακρόασης, την ανάπτυξη ασυμφωνίας μεταξύ στόχων ή αξιών των ασθενών και της τρέχουσας συμπεριφοράς τους, την αποφυγή

αντιπαράθεσης με το άτομο και υποστήριξη της αυτοεκτίμησης και αισιοδοξίας του (Jhangee, 2014).

Η θεραπεία που βασίζεται στην ευσυνειδησία για την πρόληψη της εξάρτησης από την εθιστική συμπεριφορά. Οι ασθενείς μελετούν σκόπιμα τις σκέψεις που ενεργοποιούν τους πόθους και προτρέπουν στη χρήση του καπνού με τη βοήθεια του ειδικού. Μαθαίνουν τεχνικές ανοχής των αρνητικών συναισθημάτων και αντίστασης σε ανθυγιεινές συμπεριφορές (Brewer et al, 2011).

#### **4.2.Ο ρόλος του επαγγελματία υγείας στη διακοπή καπνίσματος.**

Οι συμβουλές από τους ιατρούς βοηθούν τους καπνιστές να εγκαταλείψουν τη συνήθεια αυτή ακόμη και όταν παρέχουν σύντομες απλές συμβουλές σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος. Αυξάνονται οι πιθανότητες του ατόμου να εγκαταλείψει με επιτυχία το κάπνισμα και να παραμείνει σε αποχή έως και δώδεκα μήνες το αργότερο. Οι πιο εντατικές συμβουλές ενδέχεται να οδηγήσουν σε υψηλότερα ποσοστά διακοπής. Η παροχή υποστήριξης και παρακολούθησης μετά τη συμβουλευτική διαδικασία ενδέχεται να αυξήσει τα ποσοστά διακοπής ακόμη περισσότερο (Stead et al, 2013). Η σταθερή και μόνιμη αποχή από το κάπνισμα συχνά απαιτεί πολλές προσπάθειες μέχρι να εδραιωθεί. Η αποτυχία των προσπαθειών απογοητεύει τον καπνιστή και συνεπώς επιβάλλεται η παράλληλη ψυχολογική υποστήριξη του (Simpson, et al, 2010).

Σύμφωνα με την υπηρεσία δημόσιας υγείας των ΗΠΑ κάθε καπνιστής πρέπει να λαμβάνει υποστήριξη και θεραπεία για την διακοπή του καπνίσματος σε κάθε κλινική εξέταση. Για τους επαγγελματίες υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα οι κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν την υιοθέτηση και την εφαρμογή της μεθόδου των 5A (ask, advice, asses, assist, arrange). Ερώτηση (ask), σε όλους τους ασθενείς για το καπνιστικό τους ιστορικό και καταγραφή τους. Συμβουλή (advice), σε όλους τους καπνιστές για διακοπή καπνίσματος. Αξιολόγηση (asses), της προθυμίας του καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα και ενθάρρυνση του να προσπαθήσει. Βοήθεια (assist), στον καπνιστή με συμβουλευτική και φαρμακευτική αγωγή για ενίσχυση της προσπάθειας του. Σχεδιασμός (arrange), παρακολούθησης της πορείας του (Curry et al, 2008). Οι προσπάθειες των επαγγελματιών υγείας με την υιοθέτηση των 5A αποδίδουν θετικά αποτελέσματα (King et al, 2013).

Ο επαγγελματίας υγείας στο Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος θα πρέπει να τονίζει τα οφέλη που συνοδεύουν τη διακοπή της βλαβερής αυτής συνήθειας και τις συνέπειες που προκαλεί το κάπνισμα στον οργανισμό (De Souza et al., 2017). Ως εναλλακτική πρόταση αποφόρτισης από την πίεση της καθημερινότητας θα μπορούσε να προτείνει την υιοθέτηση ενός περισσότερο υγιεινού τρόπου ζωής και την εφαρμογή φυσικών δραστηριοτήτων στην καθημερινή ζωή που παρέχουν εκτόνωση και χαλάρωση δίχως να επιβαρύνουν την υγεία, αντιθέτως την ενισχύουν (Taylor et al., 2002).

Η πρόοδος του καπνιστή κατά την πρώτη χρονική περίοδο της απόπειρας τους για διακοπή είναι πολύ σημαντική για τη μακροχρόνια αποχή του από τον καπνό. Η τακτική και στενή παρακολούθηση κατά την διάρκεια των πρώτων τριών μηνών είναι σημαντικές για μία επιτυχημένη προσπάθεια διακοπής. Ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να ενισχύσει το κίνητρο, να βοηθήσει, να υποστηρίξει τον καπνιστή για να ξεπεράσει τους προσωπικούς του φόβους και τις αλλαγές συμπεριφοράς που επιφέρει η απουσία της νικοτίνης (Gratziou et al, 2014). Στην περίπτωση εντοπισμού υποτροπής ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να λειτουργήσει άμεσα και υποστηρικτικά ενθαρρύνοντας μια μελλοντική νέα απόπειρα διακοπής (De Souza et al., 2017).

Ιδιαίτερη προσοχή στα Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος θα πρέπει να δίνεται σε καπνιστές που ανήκουν σε ιδιαίτερες πληθυσμιακές ομάδες όπως είναι οι έφηβοι, άτομα με συνοδά προβλήματα υγείας που τελούν υπό φαρμακευτική αγωγή και άτομα με ειδικές ανάγκες. Στις περιπτώσεις αυτές το προτεινόμενο σχήμα παρέμβασης θα πρέπει να συνάδει με τις ιδιαίτερες απαιτήσεις και τα χαρακτηριστικά των ομάδων αυτών και με προσοχή απέναντι στις ανάγκες τους. Η χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων όπως είναι υποκατάστατα της νικοτίνης ή αντικαταθλιπτικές ουσίες επιβάλλεται να πραγματοποιείται, εφόσον απαιτείται, έπειτα από προσεκτικό σχεδιασμό (Borrelli, et al, 2013).

### **4.3 Ιατρεία διακοπής καπνίσματος.**

Στην έρευνα του Pesce (2019) παρατηρείται μία αύξηση της διακοπής του καπνίσματος στην Βόρεια Ευρώπη από τα τέλη του περασμένου αιώνα, ενώ στην υπόλοιπη Ευρώπη η αύξηση αυτή παρατηρείται μόνο μετά το 2000. Οι αυξανόμενες αυτές τάσης της Βόρειας Ευρώπης αφορούν όλο τον πληθυσμό σε αντίθεση με την

υπόλοιπη Ευρώπη που αφορούν μόνο τους νέους. Οι χώρες της ανατολικής, νότιας και δυτικής Ευρώπης υστερούν, γεγονός που υποδηλώνει την ανάγκη ενίσχυσης των στρατηγικών καταπολέμησης του καπνίσματος στις περιοχές αυτές (Pesce et al, 2019).

Κύρια στρατηγική της Βρετανικής κυβέρνησης ήταν η δημιουργία εθνικού δικτύου υπηρεσιών για την διακοπή του καπνίσματος. Από την αρχή της λειτουργίας τους τα κέντρα διακοπής είχαν σημαντικά αποτελέσματα, ιδίως αυτά που αφορούσαν ομαδικές συνεδρίες, εντατική υποστήριξη του καπνιστή και βοήθεια από τις δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας (Bauld et al, 2003). Το Ηνωμένο Βασίλειο διαθέτει μία ολοκληρωμένη δωρεάν υπηρεσία διακοπής συνδυάζοντας τη φαρμακοθεραπεία και τη συμβουλευτική μέθοδο (Bauld et al, 2010).

Οι Σκανδιναβικές χώρες εφαρμόζουν όλες τις μεθόδους για ενίσχυση της διακοπής του καπνίσματος. Συμβουλές για την παύση του καπνίσματος στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, εθνική γραμμή βοήθειας μέσω δωρεάν τηλεφωνικών συμβουλών αλλά και εφαρμογών μέσω του διαδικτύου και φαρμακευτική ενίσχυση εφαρμόζεται από τη Φινλανδία, τη Σουηδία, τη Δανία, τη Νορβηγία. Η διαφορά μεταξύ των χωρών έγκειται στον τρόπο χρηματοδότησης των προγραμμάτων και στο ποσοστό συμμετοχής που πρέπει να καταβάλει ο κάθε πολίτης (Frederiksen, 2018).

Η Τουρκία εκτός από την πολιτική απαγόρευσης του καπνίσματος που εφαρμόζει σε όλους τους κλειστούς χώρους, την απαγόρευση της διαφήμισης και πώλησης του καπνού σε ανηλίκους, παρέχει δωρεάν θεραπείες για την απεξάρτηση από τον καπνό (Bilir, 2017).

Στις ΗΠΑ τα κρατικά προγράμματα Medicaid που παρέχουν κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης σε πολίτες χαμηλού εισοδήματος, αφαιρούν τα εμπόδια πρόσβασης και προωθούν την κάλυψη του συνόλου των θεραπειών για την διακοπή του καπνίσματος. Το 2018 ο αριθμός των πολιτειών που παρέχει πλήρη κάλυψη των προγραμμάτων στο Medicaid ανήλθε στις 15 πολιτείες, σε σχέση με το 2008, που ήταν μόλις 6. Από 20 σε 36 αυξήθηκαν στο ίδιο διάστημα οι πολιτείες που εγκρίνουν τη φαρμακευτική κάλυψη αλλά διατηρούν φραγμούς στην κάλυψη των συμβουλευτικών και υποστηρικτικών θεραπειών. Η κάλυψη όλων των θεραπειών είναι σημαντική καθώς ο καπνιστής ανταποκρίνεται καλύτερα στην εξατομικευμένη θεραπεία (DiGiulio et al, 2020).

Η ολοκληρωμένη κάλυψη των θεραπειών, στα προγράμματα Medicaid, σχετίζεται με μέση αύξηση διακοπής του καπνίσματος κατά 3% σε σχέση με την εν

μέρη κάλυψη της θεραπείας (Kostova et al, 2018). Παρέχεται ακόμη για όλο τον πληθυσμό η τηλεφωνική υπηρεσία quit line, καθώς και υπηρεσίες γραπτών μηνυμάτων μέσω κινητού και εφαρμογών που απευθύνονται σε όλες τις ηλικίες (U.S. Department of Health & Human Services, 2019).

Το 1993 με την υπουργική απόφαση Υ3/ΟΙΚ.4552 αποφασίστηκε από το Ελληνικό κράτος η ίδρυση και λειτουργία κέντρων διακοπής καπνίσματος στα δημόσια νοσοκομεία (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Υγεία, 2008-2012). Σύμφωνα με την επίσημη ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας σήμερα υπάρχουν σε λειτουργία 82 κέντρα διακοπής καπνίσματος σε όλη την Ελλάδα (Υπουργείο Υγείας Ελλάδος).

Η Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρία αναφέρει πως έχουν εκπαιδευτεί πέραν των 1500 λειτουργών υγείας, πνευμονολόγοι κατά κύριο λόγο αλλά και παθολόγοι, καρδιολόγοι, ψυχολόγοι και νοσηλεύτες, στην παροχή υπηρεσιών για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της διακοπής του καπνίσματος. Σε συνεργασία με το υπουργείο Υγείας, έχει προχωρήσει στην ίδρυση της ιστοσελίδας "Δεν καπνίζω-Ζω ελεύθερα" όπου δίνει πληροφορίες στο ευρύ κοινό για τη διακοπή του καπνίσματος και τα κέρδη από αυτήν. Γίνεται ακόμη αναφορά για 38 λειτουργικά κέντρα διακοπής στην Ελλάδα. (Δεν καπνίζω-Ζω ελεύθερα, 2019).

Η κάλυψη της φαρμακευτικής δαπάνης για τη διακοπή καπνίσματος στην Ελλάδα δεν γίνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία καθώς στην έρευνα του Zarogoulidis (2017) ο αριθμός των καπνιστών που ανησυχούν για την κάλυψη των εξόδων διακοπής από τον ασφαλιστικό φορέα αυξήθηκε από 55% το 2008, σε 89% το 2012 και 95% το 2015. Με την οικονομική κρίση των τελευταίων ετών λιγότεροι καπνιστές επισκέφτηκαν το ιατρείο διακοπής καπνίσματος και από αυτούς ιδιαίτερα οι άνεργοι δεν μπορούσαν να αντέξουν οικονομικά τη φαρμακοθεραπεία (Zarogoulidis et al, 2017).

Από το Νοέμβριο του 2019, στα πλαίσια της νέας καμπάνιας για τη διακοπή του καπνίσματος "Συμμαχία για μία καλύτερη ζωή, η υγεία μας ενώνει" η Ελληνική κυβέρνηση ίδρυσε την τηλεφωνική γραμμή 1142 για ενημέρωση και υποστήριξη των πολιτών αλλά και καταγγελιών για μη εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου (Υπουργείο Υγείας- Εθνικό Σχέδιο Δράσης κατά του Καπνίσματος, 2019).



## **5. Μεθοδολογία Μελέτης**

### **5.1 Σκοπός και στόχοι μελέτης**

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των γνώσεων, στάσεων και συμπεριφορών των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το κάπνισμα.

Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν οι εξής:

Να διερευνηθεί η καπνιστική συμπεριφορά και η στάση των επαγγελματιών υγείας, καθώς και το επίπεδο γνώσεών τους, αναφορικά με το κάπνισμα.

Να διερευνηθεί η ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των κοινωνικο-δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών σε σχέση με τις γνώσεις, τις στάσεις και τις συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας, αναφορικά με το κάπνισμα.

Να προσδιοριστεί ο βαθμός εξάρτησης των επαγγελματιών υγείας από τη νικοτίνη, καθώς και τα κίνητρα και η διάθεση αλλαγής της καπνιστικής τους συμπεριφοράς

### **5.2 Ερευνητικός σχεδιασμός**

Πρόκειται για μία συγχρονική, αναλυτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε το διάστημα από τον Απρίλιο του 2020 έως και το Μάιο του 2020.

### **5.3 Δείγμα Μελέτης**

Το δείγμα της μελέτης ήταν δείγμα ευκολίας που αποτελείται από επαγγελματίες υγείας τριτοβάθμιου δημόσιου νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης οι οποίοι κάπνιζαν κατά τη διάρκεια εκπόνησης της μελέτης. Κριτήριο εισαγωγής στη μελέτη ήταν οι ΕΥ να είναι καπνιστές κατά τη διάρκεια εκπόνησης της μελέτης και να είναι μόνιμοι υπάλληλοι.

### **5.4 Εργαλεία Μέτρησης**

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης και αποτελείται από τα παρακάτω πέντε μέρη:

#### **α) Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών και Επαγγελματικών χαρακτηριστικών**

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης. Περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, όπως είναι το φύλο, η ηλικία, καθώς και στοιχεία που αφορούν στα επαγγελματικά τους χαρακτηριστικά π.χ. προϋπηρεσία, επίπεδο εκπαίδευσης, τμήμα εργασίας κ.α.

## **β) Ερωτηματολόγιο εξάρτησης από τη νικοτίνη (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence)**

Το ερωτηματολόγιο εξάρτησης από τη νικοτίνη (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) των Heatherton et al., (1991) διατίθεται ελεύθερα προς χρήση και έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στην Ελλάδα σε έρευνες διακοπής του καπνίσματος (Στεφανίδου 2014). Περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις αναφοράς, με τη βαθμολόγηση της κλίμακας να κυμαίνεται από 0 έως 10 και την υψηλότερη τιμή να αντιστοιχεί σε έντονη βιολογική εξάρτηση από τη νικοτίνη. Τιμή από 1-2 αντιστοιχεί σε χαμηλή εξάρτηση, 3-4 σε χαμηλή προς μέτρια εξάρτηση, 5-7 μέτρια εξάρτηση και πάνω από 8 σε υψηλή εξάρτηση.

## **γ) Κλίμακα αξιολόγησης της διάθεσης για αλλαγή καπνιστικής συμπεριφοράς (Motivation Rulers Index)**

Η κλίμακα μέτρησης της διάθεσης για αλλαγή συμπεριφοράς (Motivation Rulers Index) των Boudreaux et al., (2012) χωρίζεται σε 3 χάρακες-κλίμακες που διερευνούν τη διάθεση για αλλαγή της καπνιστικής συμπεριφοράς. Η πρώτη μετρά τη σημασία (Importance) της διακοπής του καπνίσματος (Πόσο σημαντικό είναι για εσάς να κόψετε το κάπνισμα;). Η κλίμακα κυμαίνεται από 0 «καθόλου σημαντικό» έως 10 «ο πιο σημαντικός στόχος στη ζωή μου». Η δεύτερη κλίμακα μετρά την ετοιμότητα (Readiness) για διακοπή του καπνίσματος (Πόσο έτοιμος/η είστε να κόψετε το κάπνισμα μέσα στον επόμενο μήνα;). Η κλίμακα κυμαίνεται από 0 «Καθόλου έτοιμος/η» έως 10 «έτοιμος/η 100%». Τέλος, η τρίτη κλίμακα μετρά την σιγουριά (Confidence) για διακοπή του καπνίσματος ( Πόσο σίγουρος/η είστε ότι θα κόψετε το κάπνισμα μέσα στον επόμενο μήνα;). Η κλίμακα κυμαίνεται από 0 «καθόλου σίγουρος/η» έως «σίγουρος/η 100%». Για τη χρήση του ερωτηματολογίου ελήφθη άδεια από τον κατασκευαστή του, ύστερα από ηλεκτρονική επικοινωνία. Η μετάφραση στην ελληνική γλώσσα έγινε σύμφωνα με την προτεινόμενη διαδικασία για τη διαπολιτισμική προσαρμογή ερωτηματολογίων αυτό-αναφοράς (Beaton et al., 2000). Αρχικά η κλίμακα μεταφράστηκε στην ελληνική από δυο ανεξάρτητους έμπειρους ερευνητές που μιλούν άπταιστα αγγλικά. Έπειτα τα δυο κείμενα, συγκρίθηκαν μέχρι να επιτευχθεί ομοφωνία. Ο σκοπός αυτής της διαδικασίας είναι η αποκάλυψη γλωσσικών προβλημάτων, εναλλακτικών μετάφρασης και η εκτίμηση του επίπεδου κατανόησης των ερωτήσεων από τους συμμετέχοντες.

## **δ) Κλίμακα (Index) σχετικά με τα κίνητρα/λόγους διακοπής του καπνίσματος**

Για το σκοπό της μελέτης κατασκευάστηκε μια κλίμακα με 20 ερωτήσεις οι οποίες εκτιμούν τους προσωπικούς λόγους, αλλά και τους παράγοντες από το εξωτερικό περιβάλλον οι οποίοι πιθανά επηρεάζουν τη διακοπή του καπνίσματος. Η επιλογή των ερωτήσεων έγινε με σύνθεση ερωτήσεων που χρησιμοποιήθηκαν σε δύο άλλες μελέτες σχετικές με τη διακοπή του καπνίσματος και οι οποίες χρησιμοποίησαν τις κλίμακες RFQ (Reasons for Quitting) και CSS-21 (Challenges to stop smoking scale) (Curry, Grothaus & McBride 1997; Thomas et al. 2016). Οι συμμετέχοντες καλούνται να προσδιορίσουν το βαθμό στον οποίο τους αντιπροσωπεύει κάθε μια από τις δηλώσεις-λόγους για την διακοπή του καπνίσματος. Η κλίμακα κυμαίνεται από 0 «Καθόλου» έως 5 «Εξαιρετικά».

#### **ε) Κλίμακα γνώσεων αναφορικά με το κάπνισμα**

Η συγκεκριμένη κλίμακα σχεδιάστηκε για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης με βάση τη βιβλιογραφία (Mak et al. 2018, Jike et al. 2019). Οι 13 ερωτήσεις που την απαρτίζουν, αφορούν στη βλαπτικότητα του καπνίσματος και στην πολιτική υγείας που εφαρμόζεται στην Ελλάδα, σχετικά με τον περιορισμό του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους.

### **5.5 Συλλογή δεδομένων- Ηθικά και δεοντολογικά θέματα**

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε ηλεκτρονική μορφή μέσω της διαδικτυακής φόρμας Googleforms. Η μελέτη διενεργήθηκε σε καπνιστές επαγγελματίες υγείας που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο μέσω του διαδικτύου. Το ερωτηματολόγιο κοινοποιήθηκε μέσω του διαδικτύου σε νοσηλευτικές και ιατρικές ομάδες συζήτησης. Λόγω της χρήσης του ερωτηματολογίου μέσω του διαδικτύου δε χρειάστηκε άδεια από επίσημο φορέα.

Το ερωτηματολόγιο συνοδεύεται από γραπτές πληροφορίες σχετικά με την ταυτότητα της ερευνήτριας, τη φύση και το σκοπό της έρευνας. Η αποδοχή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου θεωρήθηκε ως συναίνεση για συμμετοχή στη μελέτη. Η έρευνα διεξήχθη σύμφωνα με τις αρχές δεοντολογίας, οι οποίες διασφαλίζουν και καθορίζουν τους ηθικούς άξονες όπου μέσα αναπτύσσεται και ολοκληρώνεται μία μελέτη, ενώ τηρήθηκε η ανωνυμία και εμπιστευτικότητα όλων των προσωπικών πληροφοριών.

## 5.6 Ανάλυση δεδομένων

Η περιγραφική ανάλυση θα αποτελέσει το πρώτο στάδιο της έρευνας με σκοπό την παρουσίαση της κάθε μεταβλητής καθώς και την κατανόηση των δεδομένων που προσφέρονται από τον υπό μελέτη πληθυσμό. Στη συνέχεια θα εφαρμοστεί επαγωγική ανάλυση, για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δύο μεταβλητών, δηλαδή ενός προσδιοριστή και μιας έκβασης. Οι κατηγορικές μεταβλητές εκφράζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή και τυπική απόκλιση. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθεί την κανονική κατανομή και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιείται ο έλεγχος t (student's t-test), ενώ για εκείνες που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, η μη παραμετρική δοκιμασία Mann-Whitney U-test. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθεί την κανονική κατανομή και μιας κατηγορικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες χρησιμοποιείται η ανάλυση διασποράς anova (analysis of variance). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιείται ο συντελεστής συσχέτισης Spearman (Spearman's correlation coefficient). Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα IBMSPSS 25.0 (Statistical Package for Social Sciences).

## 6.Αποτελέσματα

### 6.1 Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 268 επαγγελματίες υγείας όπου το 78,4% ήταν άντρες και το 21,6% γυναίκες. Η μέση ηλικία του υπό μελέτη πληθυσμού ήταν 43,76 ( $\pm 8,43$ ) έτη. Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος, (63,3%) δήλωσε ότι ζει με την οικογένειά του, το 19,3% με τον/-την σύντροφο και το 17,4% ότι μένει μόνος/-η. Επίσης, τα 2/3 των συμμετεχόντων είχε παιδιά. Όσον αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης, οι κάτοχοι πτυχίου Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης αντιστοιχούν στο 19,3% του δείγματος και οι κάτοχοι πτυχίου ΑΕΙ - ΤΕΙ στο 56,8% ενώ Μεταπτυχιακό ή Διδακτορικό τίτλο σπουδών κατείχε το 23,9% των ερωτώμενων.

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 185 (69,8%) νοσηλευτές, 51 (19,2%) βοηθούς νοσηλευτών, 12 (4,5%) ειδικευόμενους και 17 (6,4%) ειδικευμένους ιατρούς. Επίσης, το 69,3% των ερωτώμενων δεν εργαζόταν σε θέση ευθύνης. Το 43,9% του δείγματος απάντησε ότι εργάζεται σε ανοιχτό τμήμα και το 56,1% σε κλειστό. Τέλος, η μέση τιμή των χρόνων προϋπηρεσίας υπολογίστηκε στα 18,04 έτη ( $\pm 10,38$ ). Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακα 6.1) παρουσιάζονται τα δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία του πληθυσμού.

**Πίνακας 6.1 Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά**

	<u>n</u>	<u>%</u>
<b><u>Φύλο</u></b>		
<u>Γυναίκα</u>	<u>58</u>	<u>21,6</u>
<u>Άνδρας</u>	<u>210</u>	<u>78,4</u>
<b><u>Οικογενειακή κατάσταση</u></b>		
<u>Ζω με τον/την σύντροφό μου</u>	<u>51</u>	<u>19,3</u>
<u>Ζω μόνος/-η</u>	<u>46</u>	<u>17,4</u>
<u>Ζω με την οικογένειά μου</u>	<u>167</u>	<u>63,3</u>
<b><u>Έχετε παιδιά;</u></b>		
<u>Ναι</u>	<u>176</u>	<u>66,7</u>
<u>Όχι</u>	<u>88</u>	<u>33,3</u>
<b><u>Εκπαίδευση</u></b>		
<u>Πτυχίο Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΕ)</u>	<u>51</u>	<u>19,3</u>
<u>Πτυχίο Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ – ΤΕΙ)</u>	<u>150</u>	<u>56,8</u>
<u>Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό</u>	<u>63</u>	<u>23,9</u>

<b>Επάγγελμα</b>		
Νοσηλεύτης (ΓΕ – ΠΕ)	<u>185</u>	<u>69,8</u>
Βοηθός νοσηλεύτη (ΔΕ)	<u>51</u>	<u>19,2</u>
Ειδικευόμενος ιατρός	<u>12</u>	<u>4,5</u>
Ειδικευμένος ιατρός	<u>17</u>	<u>6,4</u>
<b>Έχετε θέση ευθύνης;</b>		
Ναι	<u>81</u>	<u>30,7</u>
Όχι	<u>183</u>	<u>69,3</u>
<b>Τμήμα εργασίας</b>		
Ανοιχτό	<u>116</u>	<u>43,9</u>
Κλειστό	<u>148</u>	<u>56,1</u>
		<b>Μέση τιμή</b>
		<b>ΤΑ</b>
Ηλικία	<u>43,76</u>	<u>±8,43</u>
Χρόνια προϋπηρεσίας	<u>18,04</u>	<u>±10,38</u>

## 6.2 Συνήθειες καπνιστών

Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε μία σειρά ερωτήσεων σχετικά με το κάπνισμα και τις συνήθειές τους. Αρχικά ρωτήθηκαν αν έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας και το 71,5% απάντησε αρνητικά. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, το 68,7% απάντησε ότι οι γονείς τους κάπνιζαν. Επίσης, τα 2/3 των επαγγελματιών υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα απάντησαν ότι καπνίζουν στο χώρο εργασίας τους. Ωστόσο, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (96,9%) δεν καπνίζει μπροστά στους ασθενείς του.

Επιπλέον, το 64,8% του πληθυσμού απάντησε ότι κάνει κυκλικό ωράριο, από τους οποίους το 48,4% απάντησε ότι καπνίζει περισσότερο όταν εργάζεται τη νύχτα, το 34,8% το απόγευμα και το 16,8% το πρωί.

Ερωτώμενοι αν έχουν κόψει ποτέ το κάπνισμα, η πλειοψηφία του δείγματος (63,2%) απάντησε «ναι». Επίσης, το 59,5% δήλωσε ότι καπνίζει και κάποιο άλλο μέλος της οικογένειάς τους και το 63,0% ότι εκτίθεται σε παθητικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της ημέρας. Τέλος, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν πως θα περιέγραφαν τον εαυτό τους σχετικά με τις καπνιστικές τους συνήθειες και η συντριπτική πλειοψηφία, ήτοι το 82,7%, απάντησε ως κανονικό καπνιστή.

Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων προέκυψε ότι είναι καπνιστές κατά μέσο όρο 21,59 ( $\pm 9,80$ ) έτη, ξεκίνησαν να καπνίζουν κατά μέσο όρο στα 20,14 ( $\pm 5,31$ ) έτη και μέσα στην ημέρα καπνίζουν 15,83 ( $\pm 10,77$ ) τσιγάρα κατά μέσο όρο.

Οι συνήθειες των καπνιστών παρουσιάζονται εκτενώς στον ακόλουθο πίνακα (Πίνακας 6.2)

**Πίνακας 6.2 Συνήθειες καπνιστών**

	<u>n</u>	<u>%</u>
<b><u>Έχετε κάποιο πρόβλημα υγείας;</u></b>		
Ναι	<u>76</u>	<u>28,5</u>
Όχι	<u>191</u>	<u>71,5</u>
<b><u>Κάπνιζαν οι γονείς σας;</u></b>		
Ναι	<u>180</u>	<u>68,7</u>
Όχι	<u>82</u>	<u>31,3</u>
<b><u>Καπνίζετε στο χώρο εργασίας σας;</u></b>		
Ναι	<u>170</u>	<u>66,7</u>
Όχι	<u>85</u>	<u>33,3</u>
<b><u>Καπνίζετε παρουσία των ασθενών σας;</u></b>		
Ναι	<u>8</u>	<u>3,1</u>
Όχι	<u>246</u>	<u>96,9</u>
<b><u>Κάνετε κυκλικό ωράριο;</u></b>		
Ναι	<u>171</u>	<u>64,8</u>
Όχι	<u>93</u>	<u>35,2</u>
<b><u>Αν ναι, καπνίζετε περισσότερο σε κάποιο συγκεκριμένο ωράριο;</u></b>		
Πρωί	<u>27</u>	<u>16,8</u>
Απόγευμα	<u>56</u>	<u>34,8</u>
Νύχτα	<u>78</u>	<u>48,4</u>
<b><u>Έχετε κόψει ποτέ το τσιγάρο;</u></b>		
Ναι	<u>158</u>	<u>63,2</u>
Όχι	<u>92</u>	<u>36,8</u>
<b><u>Καπνίζει κάποιο άλλο μέλος της οικογένειάς σας;</u></b>		
Ναι	<u>157</u>	<u>59,5</u>
Όχι	<u>107</u>	<u>40,5</u>
<b><u>Θα περιγράψατε τον εαυτό σας ως:</u></b>		
Κανονικό καπνιστή (τουλάχιστον 1 τσιγάρο την ημέρα)	<u>210</u>	<u>82,7</u>
Πρώην καπνιστής (κανένα τσιγάρο την ημέρα)	<u>22</u>	<u>8,7</u>
Περιστασιακό καπνιστή (κάπνισα τσιγάρο για 1 έως 19 ημέρες το μήνα)	<u>22</u>	<u>8,7</u>
<b><u>Εκτίθεστε σε παθητικό κάπνισμα στην καθημερινή σας ζωή;</u></b>		
Ναι	<u>167</u>	<u>63,0</u>

<u>Όχι</u>	<u>98</u>	<u>37,0</u>
	<b><u>Μέση τιμή</u></b>	<b><u>ΤΑ</u></b>
<u>Πόσα χρόνια καπνιστής</u>	<u>21,59</u>	<u>±9,80</u>
<u>Ηλικία έναρξης καπνίσματος</u>	<u>20,14</u>	<u>±5,31</u>
<u>Τσιγάρα ημερησίως</u>	<u>15,83</u>	<u>±10,77</u>

### 6.2.1 Βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη

Όσον αφορά το βαθμό εξάρτησής των επαγγελματιών υγείας από τη νικοτίνη, το 38,9% απάντησε ότι το πρώτο τσιγάρο της ημέρας το κάνει 31-60 λεπτά αφού ξυπνήσει και το 28,3% μέσα σε 5 λεπτά.

Επιπλέον, η πλειοψηφία των ερωτώμενων και συγκεκριμένα το 76,6% δεν θεωρεί ότι δυσκολεύεται να μην καπνίσει σε χώρους όπου απαγορεύεται το κάπνισμα. Σχετικά με το ποιο τσιγάρο θα έκοβαν πιο εύκολα το 66,3% δήλωσε οποιοδήποτε τσιγάρο που κάνει μέσα στην ημέρα και το 33,7% το πρώτο.

Όσον αφορά το πόσα τσιγάρα καπνίζουν ημερησίως, το 48,2% καπνίζει 1 έως 20 τσιγάρα και το 35,5% δέκα ή λιγότερα.

Τέλος, τα 2/3 του δείγματος καπνίζει περισσότερο κατά τις πρωινές ώρες και το 69,6% καπνίζει ακόμα και όταν πρέπει να παραμείνει στο κρεβάτι για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας λόγω ασθένειας.

Από τις απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες στις εν λόγω ερωτήσεις υπολογίστηκε το Fagerstrom score βάσει του οποίου εκτιμάται ο βαθμός εξάρτησής τους από τη νικοτίνη. Η μέση τιμή του Fagerstrom score ήταν ίση με 5,32 ( $\pm 2,07$ ).

Στον Πίνακα 6.3 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το βαθμό εξάρτησής τους από τη νικοτίνη.

**Πίνακας 6.3 Βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη**

	<b><u>n</u></b>	<b><u>%</u></b>
<b><u>Πόσο γρήγορα αφού ξυπνήσετε καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο:</u></b>		
<u>Μέσα σε 5 λεπτά</u>	<u>69</u>	<u>28,3</u>
<u>6- 30 λεπτά</u>	<u>40</u>	<u>16,4</u>
<u>31 – 60 λεπτά</u>	<u>95</u>	<u>38,9</u>
<u>Μετά από 60 λεπτά</u>	<u>40</u>	<u>16,4</u>
<b><u>Το βρίσκετε δύσκολο να μην καπνίζετε σε χώρους όπου το κάπνισμα απαγορεύεται; (πχ εκκλησία, βιβλιοθήκες, σινεμά):</u></b>		
<u>Ναι</u>	<u>58</u>	<u>23,4</u>
<u>Όχι</u>	<u>190</u>	<u>76,6</u>



<b><u>Ποιο τσιγάρο θα σας ήταν δύσκολο να μην καπνίσετε;</u></b>		
<u>Το πρώτο</u>	<u>83</u>	<u>33,7</u>
<u>Οποιοδήποτε άλλο</u>	<u>163</u>	<u>66,3</u>
<b><u>Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;</u></b>		
<u>Δέκα ή λιγότερα</u>	<u>87</u>	<u>35,5</u>
<u>1 – 20</u>	<u>118</u>	<u>48,2</u>
<u>21 – 30</u>	<u>25</u>	<u>10,2</u>
<u>31 ή και περισσότερα</u>	<u>15</u>	<u>6,1</u>
<b><u>Καπνίζετε περισσότερο το πρωί σε σχέση με το απόγευμα;</u></b>		
<u>Ναι</u>	<u>164</u>	<u>66,7</u>
<u>Όχι</u>	<u>82</u>	<u>33,3</u>
<b><u>Καπνίζετε και όταν μια αρρώστια σας αναγκάζει να παραμείνετε στο κρεβάτι το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας</u></b>		
<u>Ναι</u>	<u>172</u>	<u>69,6</u>
<u>Όχι</u>	<u>75</u>	<u>30,4</u>
<b><u>Μέση τιμή</u></b>		
<u>Fangerstrom score</u>	<u>5,32</u>	<u>±2,07</u>

## **6.2.2 Διάθεση αλλαγής καπνιστικής συμπεριφοράς**

Στη συνέχεια οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν σχετικά με τη διάθεση αλλαγής της καπνιστικής συμπεριφοράς τους. Συγκεκριμένα, το 68,8% δήλωσε ότι επιθυμεί να κόψει το κάπνισμα. Ωστόσο, το 61,2% δήλωσε ότι δεν νιώθει έτοιμο να το κόψει ενώ το 32,7% έχει θέσει ως χρονοδιάγραμμα τους επόμενους 6 μήνες. Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (78,2%) απάντησε ότι προσπάθησε χωρίς καμία βοήθεια (από μόνος/-η) να το κόψει και το 17,1% μόνος/-η με τη βοήθεια προϊόντων νικοτίνης.

Όσον αφορά στους λόγους διακοπής του καπνίσματος, σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες (48,7%) απάντησε τα θέματα υγείας και ακολουθούν η οικογένεια με ποσοστό 34,5% και το οικονομικό με ποσοστό 12,7%. Επίσης, οι ερωτώμενοι προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα 2,15 (±2,38) φορές.

Τέλος, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν με βάση μία κλίμακα από το 1 έως το 10 ( το 1 αντιστοιχεί το καθόλου και το 10 στο πολύ) πόσο σημαντικό είναι να διακόψουν το κάπνισμα, πόσο έτοιμοι νιώθουν να το κόψουν μέσα στον επόμενο μήνα και πόσο σίγουροι είναι ότι θα το επιτύχουν μέσα στον επόμενο μήνα. Σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες φαίνεται ότι θεωρούν αρκετά σημαντικό να κόψουν το κάπνισμα καθώς η μέση τιμή της εν λόγω κλίμακας υπολογίστηκε ίση με 7,12 (±2,96). Εντούτοις, οι ερωτώμενοι δεν είναι αρκετά έτοιμοι

να κόψουν το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα (μέση τιμή κλίμακας 3,48 ( $\pm 2,95$ )) και δεν είναι και αρκετά σίγουροι ότι θα το καταφέρουν (μέση τιμή κλίμακας 3,05 ( $\pm 2,85$ )). (Πίνακας 6.4)

**Πίνακας 6.4 Διάθεση αλλαγής καπνιστικής συμπεριφοράς**

	<u>n</u>	<u>%</u>
<b><u>Θα θέλατε να κόψετε το τσιγάρο:</u></b>		
<u>Ναι</u>	<u>170</u>	<u>68,8</u>
<u>Όχι</u>	<u>77</u>	<u>31,2</u>
<b><u>Τι χρονοδιάγραμμα έχετε θέσει:</u></b>		
<u>Τους επόμενους 6 μήνες</u>	<u>70</u>	<u>32,7</u>
<u>Μέσα σε 6 μήνες</u>	<u>13</u>	<u>6,1</u>
<u>Δεν είμαι έτοιμος να το κόψω</u>	<u>131</u>	<u>61,2</u>
<b><u>Ποια μέθοδο επιλέξατε για να προσπαθήσετε να κόψετε το κάπνισμα:</u></b>		
<u>Μόνος μου με προϊόντα νικοτίνης</u>	<u>37</u>	<u>17,1</u>
<u>Βοήθεια από γιατρό και επισκέψεις σε ιατρείο διακοπής καπνίσματος</u>	<u>9</u>	<u>4,2</u>
<u>Βοήθεια από τηλεφωνική γραμμή</u>	<u>1</u>	<u>0,5</u>
<u>Χωρίς καμία βοήθεια – από μόνος/-η μου</u>	<u>169</u>	<u>78,2</u>
<b><u>Τι σας οδήγησε να διακόψετε το κάπνισμα:</u></b>		
<u>Θέματα υγείας</u>	<u>96</u>	<u>48,7</u>
<u>Η οικογένεια</u>	<u>68</u>	<u>34,5</u>
<u>Το οικονομικό</u>	<u>25</u>	<u>12,7</u>
<u>Ο νέος νόμος απαγόρευσης του καπνίσματος στην Ελλάδα</u>	<u>8</u>	<u>4,1</u>
	<b><u>Μέση τιμή</u></b>	<b><u>ΤΑ</u></b>
<u>Πόσες φορές προσπαθήσατε να κόψετε το κάπνισμα</u>	<u>2,15</u>	<u><math>\pm 2,38</math></u>
3 Scale score	<u>Πόσο σημαντικό είναι για εσάς να κόψετε το κάπνισμα:</u>	<u>7,12</u> <u><math>\pm 2,96</math></u>
	<u>Πόσο έτοιμος/-η είστε να κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα:</u>	<u>3,48</u> <u><math>\pm 2,95</math></u>
	<u>Πόσο σίγουρος/-η είστε ότι θα κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα:</u>	<u>3,05</u> <u><math>\pm 2,85</math></u>

### **6.2.3 Κίνητρα / Λόγοι διακοπής του καπνίσματος**

Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ποιο βαθμό κάποιοι λόγοι θα αποτελούσαν κίνητρο για να διακόψουν το κάπνισμα. Οι απαντήσεις βαθμονομήθηκαν σε μία πενταβαθμιαία κλίμακα από το 1 έως το 5, όπου το 1

αντιστοιχούσε στο «καθόλου» και το 5 στο «εξαιρετικό». Στη συνέχεια υπολογίστηκε η μέση τιμή που προέκυψε για κάθε λόγο έτσι, ώστε να μπορεί να γίνει εκτίμηση πόσο σημαντικός είναι για να κόψουν το τσιγάρο οι ερωτώμενοι. Γενικά, τιμές κοντά στο 1 σημαίνει ότι ο λόγος δεν είναι σημαντικός, τιμές κοντά στο 3 ότι ο λόγος είναι μέτρια σημαντικός και τιμές κοντά στο 5 ότι είναι αρκετά σημαντικός. Από τις δοθείσες απαντήσεις βρέθηκε ότι το πλέον σημαντικό κίνητρο για τη διακοπή του καπνίσματος είναι οι βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία καθώς η μέση τιμή των απαντήσεων υπολογίστηκε ίση με 3,76 ( $\pm 1,24$ ) και ακολουθούν ο φόβος ότι το κάπνισμα μικραίνει τη ζωή (3,36 ( $\pm 1,31$ )) και ότι θα αρρωστήσουν πολύ αν δεν το σταματήσουν (3,17 ( $\pm 1,35$ )). Αντιθέτως, σημαντικά κίνητρα για τη διακοπή του καπνίσματος δεν είναι, σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, το να κόψουν το τσιγάρο για να μην καίνε τα ρούχα τους ή τα έπιπλά τους (1,37 ( $\pm 0,88$ )), η οικονομική ανταμοιβή (1,43 ( $\pm 0,94$ )) και ο εξαναγκασμός από κάποιον άλλο (1,65 ( $\pm 1,09$ )).

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τα κίνητρα διακοπής καπνίσματος παρατίθενται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα. (Πίνακας 6.5)

**Πίνακας 6.5 Κίνητρα / Λόγοι διακοπής του καπνίσματος**

	<u>Μέση τιμή</u>	<u>ΤΑ</u>
<u>Γιατί φοβάμαι ότι θα αρρωστήσω πολύ αν δεν σταματήσω</u>	<u>3,17</u>	<u><math>\pm 1,35</math></u>
<u>Για να αποδείξω ότι μπορώ να σταματήσω το κάπνισμα αν το θέλω πραγματικά</u>	<u>2,73</u>	<u><math>\pm 1,39</math></u>
<u>Γιατί αισθάνομαι ότι το κάπνισμα βλάπτει την υγεία μου</u>	<u>3,76</u>	<u><math>\pm 1,24</math></u>
<u>Για να νιώσω ότι έχω τον έλεγχο της ζωής μου</u>	<u>3,14</u>	<u><math>\pm 1,42</math></u>
<u>Για να αποδείξω ότι μπορώ να κάνω άλλα πράγματα σημαντικά για εμένα</u>	<u>3,08</u>	<u><math>\pm 1,43</math></u>
<u>Γιατί φοβάμαι ότι το κάπνισμα μικραίνει τη ζωή</u>	<u>3,36</u>	<u><math>\pm 1,31</math></u>
<u>Για να σταματήσουν οι άλλοι να γκρινιάζουν</u>	<u>2,15</u>	<u><math>\pm 1,24</math></u>
<u>Για να εξοικονομήσω τα χρήματα που ξοδεύω για τσιγάρα</u>	<u>2,90</u>	<u><math>\pm 1,29</math></u>
<u>Γιατί κάποιος με αναγκάζει (μου δίνει τελεσίγραφο) να σταματήσω το κάπνισμα</u>	<u>1,65</u>	<u><math>\pm 1,09</math></u>
<u>Για να μην καίω τα ρούχα και τα έπιπλα</u>	<u>1,37</u>	<u><math>\pm 0,88</math></u>
<u>Γιατί οι κοντινοί μου άνθρωποι θα θυμώσουν μαζί μου αν δεν σταματήσω</u>	<u>1,88</u>	<u><math>\pm 1,25</math></u>
<u>Για να μη μυρίζει το σπίτι ή το αυτοκίνητο μου</u>	<u>2,34</u>	<u><math>\pm 1,35</math></u>
<u>Για να μη μυρίζουν τα μαλλιά και τα ρούχα μου</u>	<u>2,52</u>	<u><math>\pm 1,39</math></u>

<u>Γιατί θα μου αρέσω περισσότερο αν σταματήσω το κάπνισμα</u>	<u>2,94</u>	<u>±1,49</u>
<u>Γιατί φέρνω στο μυαλό μου την εικόνα της βλαπτικής επίδρασης του καπνίσματος στο σώμα μου</u>	<u>3,36</u>	<u>±1,36</u>
<u>Γιατί θα λάβω ένα ξεχωριστό δώρο αν σταματήσω να καπνίζω</u>	<u>1,75</u>	<u>±1,27</u>
<u>Γιατί γνωρίζω άλλους ανθρώπους που πέθαναν από σοβαρές ασθένειες που προκλήθηκαν από το κάπνισμα</u>	<u>2,97</u>	<u>±1,41</u>
<u>Γιατί θα λάβω οικονομική ανταμοιβή για να σταματήσω το κάπνισμα(γρήματα από μέλος οικογένειας, φίλος, εργασιακό bonus)</u>	<u>1,43</u>	<u>±0,94</u>
<u>Γιατί θα εξοικονομήσω γρήματα που σχετίζονται με το κάπνισμα όπως το να πηγαίνω καθαριστήριο</u>	<u>1,98</u>	<u>±1,29</u>
<u>Για να αποδείξω στον εαυτό μου ότι δεν είμαι εθισμένος στο κάπνισμα</u>	<u>2,64</u>	<u>±1,42</u>
<u>Motivation score</u>	<u>2,47</u>	<u>±1,18</u>

#### 6.2.4 Γνώσεις και απόψεις σχετικά με το κάπνισμα

Στο τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου εξετάστηκαν οι γνώσεις και απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με το κάπνισμα. Από τις απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας που πήραν μέρος στην έρευνα βρέθηκε ότι το 71,9% θεωρεί ότι το κάπνισμα δεν είναι λιγότερο βλαπτικό από την ατμοσφαιρική ρύπανση. Επίσης, το 79,1% του πληθυσμού απάντησε ότι το κάπνισμα συμβάλλει στην καθυστέρηση της επούλωσης τραυμάτων και το 83,2% πιστεύει ότι η διακοπή καπνίσματος «δίνει» πίσω χρόνια ζωής στον καπνιστή. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (92,2%) θεωρεί εξίσου επιβλαβές το παθητικό κάπνισμα και το 89,6% θεωρεί ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο παθητικό και ενεργητικό κάπνισμα με τις διάφορες ασθένειες. Επιπλέον, το 76,3% υποστηρίζει την επιβολή κυρώσεων (ποινικών και οικονομικών) σε χώρους που απαγορεύεται το κάπνισμα ωστόσο το 70,9% είναι κατά της επιβολής προστίμου σε κάποιον συνάδελφο που καπνίζει μπροστά του. Τέλος, από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων υπολογίστηκε ένα σκορ γνώσεων το οποίο είχε μέση τιμή 9,65 (±2,36) και έγινε αναγωγή επί τοις εκατό, ήτοι 74,50 (±18,17).

#### Πίνακας 6.6 Γνώσεις και απόψεις σχετικά με το κάπνισμα

	<u>n</u>	<u>%</u>
<b><u>Το κάπνισμα αναγνωρίζεται πλέον ως μία σημαντική αιτία θανάτου και νόσησης:</u></b>		
<u>Ναι</u>	<u>257</u>	<u>100</u>
<u>Όχι</u>	<u>0</u>	<u>0,0</u>
<b><u>Το κάπνισμα είναι λιγότερο βλαπτικό από την ατμοσφαιρική ρύπανση από τις βιομηχανίες και τα αυτοκίνητα:</u></b>		
<u>Ναι</u>	<u>75</u>	<u>28,1</u>
<u>Όχι</u>	<u>192</u>	<u>71,9</u>
<b><u>Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα απαγορεύεται σε όλα τα δημόσια κτήρια:</u></b>		

<u>Ναι</u>	<u>265</u>	<u>100</u>
<u>Όχι</u>	<u>0</u>	<u>0.0</u>
<b><u>Το κάπνισμα καθυστερεί την επούλωση των τραυμάτων</u></b>		
<u>Ναι</u>	<u>212</u>	<u>79,1</u>
<u>Όχι</u>	<u>56</u>	<u>20,9</u>
<b><u>Η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να «δώσει» πίσω χρόνια ζωής στον καπνιστή</u></b>		
<u>Ναι</u>	<u>223</u>	<u>83,2</u>
<u>Όχι</u>	<u>45</u>	<u>16,8</u>
<b><u>Το παθητικό κάπνισμα είναι εξίσου επιβλαβές με το κάπνισμα του τσιγάρου</u></b>		
<u>Ναι</u>	<u>247</u>	<u>92,2</u>
<u>Όχι</u>	<u>21</u>	<u>7,8</u>
<b><u>Γνωρίζετε ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο παθητικό και το ενεργητικό κάπνισμα με τις διάφορες ασθένειες;</u></b>		
<u>Ναι</u>	<u>240</u>	<u>89,6</u>
<u>Όχι</u>	<u>28</u>	<u>10,4</u>
<b><u>Υποστηρίζω την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους;</u></b>		
<u>Ναι</u>	<u>221</u>	<u>82,5</u>
<u>Όχι</u>	<u>47</u>	<u>17,5</u>
<b><u>Υποστηρίζω την επιβολή νομικών και χρηματικών ποινών σε χώρους που απαγορεύεται το κάπνισμα</u></b>		
<u>Ναι</u>	<u>192</u>	<u>71,6</u>
<u>Όχι</u>	<u>76</u>	<u>28,3</u>
<b><u>Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αποτελούν πρότυπα συμπεριφοράς αποφεύγοντας το κάπνισμα</u></b>		
<u>Ναι</u>	<u>182</u>	<u>67,9</u>
<u>Όχι</u>	<u>86</u>	<u>32,1</u>
<b><u>Η απαγόρευση του καπνίσματος στα νοσοκομεία είναι σωστή</u></b>		
<u>Ναι</u>	<u>231</u>	<u>86,2</u>
<u>Όχι</u>	<u>37</u>	<u>13,8</u>
<b><u>Είμαι υπέρ της επιβολής προστίμου σε συνάδελφο που καπνίζει μπροστά μου</u></b>		
<u>Ναι</u>	<u>78</u>	<u>29,1</u>
<u>Όχι</u>	<u>190</u>	<u>70,9</u>
<b><u>Αν κάποιος συνάδελφος θέλει να καπνίσει στο χώρο που βρίσκομαι με κάνει να φύγω</u></b>		
<u>Ναι</u>	<u>63</u>	<u>23,5</u>
<u>Όχι</u>	<u>205</u>	<u>76,5</u>
<b><u>Αν κάποιος συνάδελφος θέλει να καπνίσει στο χώρο που βρίσκομαι δεν λέω τίποτα</u></b>		
<u>Ναι</u>	<u>74</u>	<u>27,6</u>
<u>Όχι</u>	<u>194</u>	<u>72,4</u>
<b><u>Μέση τιμή</u></b>		<b><u>ΤΑ</u></b>

<u>Score γνώσεων</u>	<u>9,65</u>	<u>±2,36</u>
<u>Score γνώσεων %</u>	<u>74,50</u>	<u>±18,17</u>

### 6.3 Επαγωγική στατιστική ανάλυση

#### 6.3.1 Δείκτης εσωτερικής συνέπειας ερωτηματολογίου (Cronbach's alpha)

Στον επόμενο πίνακα (Πίνακας 6.7) παρουσιάζονται οι δείκτες εσωτερικής συνέπειας του ερωτηματολογίου. Συγκεκριμένα, ο δείκτης Cronbach's alpha βρέθηκε ίσος με 0,78 για την κλίμακα αξιολόγησης της διάθεσης για αλλαγή καπνιστικής συμπεριφοράς και 0,92 για την κλίμακα σχετικά με τα κίνητρα/λόγους διακοπής του καπνίσματος.

**Πίνακας 6.7 Δείκτες εσωτερικής συνέπειας ερωτηματολογίου**

<u>Σκορ</u>	<u>Cronbach's alpha</u>
<u>Κλίμακα διάθεσης αλλαγής καπνιστικής συμπεριφοράς</u>	<u>0,78</u>
<u>Κλίμακα κίνητρων διακοπής καπνίσματος</u>	<u>0,92</u>

#### 6.3.2 Σύγκριση δημογραφικών στοιχείων με Fagerstrom score, με κλίμακα διάθεσης αλλαγής καπνιστικής συμπεριφοράς, με σκορ κλίμακας κίνητρων διακοπής καπνίσματος και με σκορ γνώσεων.

Το φύλο των συμμετεχόντων συγκρίθηκε με το Fagerstrom score και βρέθηκε ότι υπάρχει σχέση στατιστικά σημαντική ανάμεσα στις δύο μεταβλητές ( $p=0,03$ ). Συγκεκριμένα, οι γυναίκες είχαν μέση τιμή του εν λόγω σκορ ίση με 5,88 ( $\pm 2,02$ ) και οι άνδρες 5,18 ( $\pm 2,06$ ).

Στον παρακάτω πίνακα παρατίθενται τα αποτελέσματα της σύγκρισης διάφορων μεταβλητών με το αν οι συμμετέχοντες είχαν παιδιά ή όχι. Πιο αναλυτικά για τους συμμετέχοντες που είχαν παιδιά η μέση τιμή της κλίμακας στην ερώτηση «πόσο σημαντικό είναι να διακόψουν το κάπνισμα» υπολογίστηκε ίση με 7,39 ( $\pm 2,79$ ) ενώ για αυτούς που δεν είχαν 6,49 ( $\pm 3,24$ ). Η σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές βρέθηκε ότι είναι στατιστικά σημαντική ( $p=0,03$ ). Επιπλέον, το Motivation score και το Σκορ γνώσεων % σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την ύπαρξη παιδιών ( $p=0,01$  και  $p=0,00$  αντίστοιχα). Όσον αφορά στο Motivation score, οι επαγγελματίες υγείας που είχαν παιδιά είχαν υψηλότερη μέση τιμή σκορ από αυτούς που δεν είχαν και όσον αφορά στο Σκορ γνώσεων % οι ερωτώμενοι που ήταν γονείς είχαν υψηλότερη μέση τιμή σκορ.

Η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων φαίνεται να έχει οριακά στατιστικά σημαντική σχέση ( $p=0,05$ ) με το πόσο σημαντικό είναι να διακόψουν το

κάπνισμα και το πόσο σίγουροι είναι ότι θα το διακόψουν μέσα στον επόμενο μήνα. Πιο αναλυτικά, οι ερωτώμενοι που ζουν με την οικογένειά τους θεωρούν πιο σημαντικό να κόψουν το τσιγάρο ( $7,43 \pm 2,97$ ) από αυτούς που μένουν μόνοι τους ( $6,33 \pm 2,84$ ) ή αυτούς που συζούν με τον/την σύντροφό τους ( $6,73 \pm 3,06$ ). Ωστόσο, μέσα στον επόμενο μήνα είναι πιο σίγουροι ότι θα σταματήσουν το κάπνισμα οι συμμετέχοντες που μένουν μόνοι τους ( $3,28 \pm 2,86$ ) σε σχέση με αυτούς που ζουν με την οικογένειά τους ( $3,21 \pm 2,95$ ) και αυτούς που μένουν με τον/την σύντροφό τους ( $2,05 \pm 2,07$ ). Ανάλογες ήταν και οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το πόσο έτοιμοι νιώθουν να κόψουν το τσιγάρο μέσα στις επόμενες 30 ημέρες καθώς πιο έτοιμοι είναι αυτοί που μένουν μόνοι τους ( $3,80 \pm 2,99$ ) και ακολουθούν αυτοί που μένουν με την οικογένειά τους ( $3,69 \pm 3,05$ ) και αυτοί που συζούν με τον/την σύντροφό τους ( $2,32 \pm 2,15$ ). Η σχέση ανάμεσα στην ετοιμότητα των επαγγελματιών υγείας να σταματήσουν να καπνίζουν και την οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε ότι είναι στατιστικά σημαντική ( $p=0,02$ ).

Τέλος, υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων και το Motivation score ( $p=0,02$ ) και το Σκορ γνώσεων % ( $p=0,04$ ).

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη σύγκριση της οικογενειακής κατάστασης με τις διάφορες μεταβλητές παρατίθενται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο του πληθυσμού έχει στατιστικά σημαντική σχέση με το πόσο έτοιμοι νιώθουν να διακόψουν το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα. Συγκεκριμένα, οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού – Διδακτορικού είχαν μέση τιμή στην εν λόγω ερώτηση  $4,29 (\pm 3,32)$ , οι απόφοιτοι ΑΕΙ – ΤΕΙ  $3,15 (\pm 2,75)$  και οι πτυχιούχοι Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης  $3,27 (\pm 2,68)$ . Επιπλέον, το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το Σκορ γνώσεων % ( $p=0,02$ ) καθώς οι συμμετέχοντες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευση είχαν και υψηλότερη μέση τιμή του Σκορ γνώσεων %.

Το αν οι επαγγελματίες υγείας κατείχαν θέση ευθύνης ή όχι δεν σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με τις διάφορες μεταβλητές που εξετάστηκαν ( $p>0,05$ ).

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης ανάμεσα στα δημογραφικά στοιχεία και τις διάφορες μεταβλητές. (Πίνακας 6.8)

Πίνακας 6.8 Σύγκριση δημογραφικών στοιχείων με Fagerstrom score, με κλίμακα διάθεσης αλλαγής καπνιστικής συμπεριφοράς, με σκορ κλίμακας κίνητρων διακοπής καπνίσματος και με σκορ γνώσεων.

	<u>n</u>	<u>Μέση τιμή</u>	<u>ΤΑ</u>	<u>p</u>
<b><u>Φύλο</u></b>				
<b><u>Fagerstrom score</u></b>				
<u>Γυναίκα</u>	<u>49</u>	<u>5.88</u>	<u>±2.02</u>	<b><u>0,03</u></b>
<u>Άνδρας</u>	<u>199</u>	<u>5.18</u>	<u>±2.06</u>	
<b><u>Πόσο σημαντικό είναι να κόψετε το κάπνισμα;</u></b>				
<u>Γυναίκα</u>	<u>50</u>	<u>6.90</u>	<u>±3.15</u>	<b><u>0,56</u></b>
<u>Άνδρας</u>	<u>199</u>	<u>7.17</u>	<u>±2.92</u>	
<b><u>Πόσο έτοιμος/-η είστε να κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα;</u></b>				
<u>Γυναίκα</u>	<u>49</u>	<u>3.55</u>	<u>±2.93</u>	<b><u>0,85</u></b>
<u>Άνδρας</u>	<u>197</u>	<u>3.46</u>	<u>±2.96</u>	
<b><u>Πόσο σίγουρος/-η είστε ότι θα κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα;</u></b>				
<u>Γυναίκα</u>	<u>49</u>	<u>2.98</u>	<u>±2.82</u>	<b><u>0,85</u></b>
<u>Άνδρας</u>	<u>193</u>	<u>3.07</u>	<u>±2.86</u>	
<b><u>Motivation score</u></b>				
<u>Γυναίκα</u>	<u>51</u>	<u>2.48</u>	<u>±1.23</u>	<b><u>0,96</u></b>
<u>Άνδρας</u>	<u>197</u>	<u>2.47</u>	<u>±1.17</u>	
<b><u>Σκορ γνώσεων %</u></b>				
<u>Γυναίκα</u>	<u>58</u>	<u>73.67</u>	<u>±21.47</u>	<b><u>0,70</u></b>
<u>Άνδρας</u>	<u>210</u>	<u>74.73</u>	<u>±17.20</u>	
<b><u>Έχετε παιδιά;</u></b>				
<b><u>Fagerstrom score</u></b>				
<u>Ναι</u>	<u>164</u>	<u>5.35</u>	<u>±2.09</u>	<b><u>0,74</u></b>
<u>Όχι</u>	<u>81</u>	<u>5.26</u>	<u>±2.02</u>	
<b><u>Πόσο σημαντικό είναι να κόψετε το κάπνισμα;</u></b>				
<u>Ναι</u>	<u>165</u>	<u>7.39</u>	<u>±2.79</u>	<b><u>0,03</u></b>
<u>Όχι</u>	<u>81</u>	<u>6.49</u>	<u>±3.24</u>	
<b><u>Πόσο έτοιμος/-η είστε να κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα;</u></b>				
<u>Ναι</u>	<u>163</u>	<u>3.64</u>	<u>±2.97</u>	<b><u>0,17</u></b>
<u>Όχι</u>	<u>80</u>	<u>3.10</u>	<u>±2.83</u>	
<b><u>Πόσο σίγουρος/-η είστε ότι θα κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα;</u></b>				
<u>Ναι</u>	<u>162</u>	<u>3.19</u>	<u>±2.94</u>	<b><u>0,14</u></b>
<u>Όχι</u>	<u>77</u>	<u>2.65</u>	<u>±2.52</u>	
<b><u>Motivation score</u></b>				
<u>Ναι</u>	<u>164</u>	<u>2.61</u>	<u>±1.17</u>	<b><u>0,01</u></b>
<u>Όχι</u>	<u>81</u>	<u>2.18</u>	<u>±1.15</u>	



<b>Σκορ γνώσεων %</b>				
Ναι	176	77.16	±16.41	<b>0,00</b>
Όχι	88	70.06	±19.09	

### **Οικογενειακή κατάσταση**

#### **Fagerstrom score**

Ζω με τον/την σύντροφό μου	45	4.93	±2.22	0,37
Ζω μόνος/-η	46	5.35	±2.07	

Ζω με την οικογένειά μου	154	5.43	±2.02	
--------------------------	-----	------	-------	--

#### **Πόσο σημαντικό είναι να κόψετε το κάπνισμα:**

Ζω με τον/την σύντροφό μου	44	6.73	±3.06	<b>0,05</b>
Ζω μόνος/-η	46	6.33	±2.84	

Ζω με την οικογένειά μου	156	7.43	±2.97	
--------------------------	-----	------	-------	--

#### **Πόσο έτοιμος/-η είστε να κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα:**

Ζω με τον/την σύντροφό μου	44	2.32	±2.15	<b>0,02</b>
Ζω μόνος/-η	46	3.80	±2.99	

Ζω με την οικογένειά μου	153	3.69	±3.05	
--------------------------	-----	------	-------	--

#### **Πόσο σίγουρος/-η είστε ότι θα κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα:**

Ζω με τον/την σύντροφό μου	42	2.05	±2.07	<b>0,05</b>
Ζω μόνος/-η	46	3.28	±2.86	

Ζω με την οικογένειά μου	151	3.21	±2.95	
--------------------------	-----	------	-------	--

#### **Motivation score**

Ζω με τον/την σύντροφό μου	44	2.13	±1.17	<b>0,02</b>
Ζω μόνος/-η	46	2.27	±0.97	

Ζω με την οικογένειά μου	155	2.62	±1.22	
--------------------------	-----	------	-------	--

#### **Σκορ γνώσεων %**

Ζω με τον/την σύντροφό μου	51	71.64	±18.02	<b>0,04</b>
Ζω μόνος/-η	46	70.65	±19.21	
Ζω με την οικογένειά μου	167	79.90	±16.81	

Ζω με την οικογένειά μου	167	79.90	±16.81	
--------------------------	-----	-------	--------	--

### **Εκπαίδευση**

#### **Fagerstrom score**

Πτυχίο Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΕ)	48	5.90	±1.95	0,07
Πτυχίο Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ - ΤΕΙ)	139	5.23	±2.06	
Μεταπτυχιακό /	58	5.03	±2.14	

<u>Διδακτορικό</u>				
<b><u>Πόσο σημαντικό είναι να κόψετε το κάπνισμα;</u></b>				
<u>Πτυχίο Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΕ)</u>	<u>48</u>	<u>6,38</u>	<u>±3,37</u>	
<u>Πτυχίο Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ – ΤΕΙ)</u>	<u>140</u>	<u>7,24</u>	<u>±2,73</u>	<u>0,17</u>
<u>Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό</u>	<u>58</u>	<u>7,33</u>	<u>±3,11</u>	
<b><u>Πόσο έτοιμος/-η είστε να κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα;</u></b>				
<u>Πτυχίο Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΕ)</u>	<u>49</u>	<u>3,27</u>	<u>±2,68</u>	
<u>Πτυχίο Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ – ΤΕΙ)</u>	<u>138</u>	<u>3,15</u>	<u>±2,75</u>	<u>0,04</u>
<u>Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό</u>	<u>56</u>	<u>4,29</u>	<u>±3,32</u>	
<b><u>Πόσο σίγουρος/-η είστε ότι θα κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα;</u></b>				
<u>Πτυχίο Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΕ)</u>	<u>48</u>	<u>2,90</u>	<u>±2,68</u>	
<u>Πτυχίο Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ – ΤΕΙ)</u>	<u>137</u>	<u>2,81</u>	<u>±2,64</u>	<u>0,14</u>
<u>Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό</u>	<u>55</u>	<u>3,69</u>	<u>±3,29</u>	
<b><u>Motivation score</u></b>				
<u>Πτυχίο Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΕ)</u>	<u>48</u>	<u>2,25</u>	<u>±1,09</u>	
<u>Πτυχίο Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ – ΤΕΙ)</u>	<u>139</u>	<u>2,44</u>	<u>±1,16</u>	<u>0,19</u>
<u>Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό</u>	<u>58</u>	<u>2,66</u>	<u>±1,24</u>	
<b><u>Σκορ γνώσεων %</u></b>				
<u>Πτυχίο Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΕ)</u>	<u>51</u>	<u>71,78</u>	<u>±18,79</u>	
<u>Πτυχίο Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ – ΤΕΙ)</u>	<u>150</u>	<u>73,51</u>	<u>±16,48</u>	<u>0,02</u>
<u>Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό</u>	<u>63</u>	<u>80,04</u>	<u>±18,59</u>	
<b><u>Έχετε θέση ευθύνης;</u></b>				
<b><u>Fagerstrom score</u></b>				
<u>Ναι</u>	<u>75</u>	<u>5,24</u>	<u>±2,07</u>	<u>0,67</u>

Όχι	170	5,36	±2,07	
<b><u>Πόσο σημαντικό είναι να κόψετε το κάπνισμα;</u></b>				
Ναι	78	6,82	±3,19	0,32
Όχι	168	7,23	±2,87	
<b><u>Πόσο έτοιμος/-η είστε να κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα;</u></b>				
Ναι	75	3,11	±2,86	0,20
Όχι	168	3,62	±2,96	
<b><u>Πόσο σίγουρος/-η είστε ότι θα κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα;</u></b>				
Ναι	74	2,76	±2,80	0,34
Όχι	165	3,13	±2,83	
<b><u>Motivation score</u></b>				
Ναι	77	2,46	±1,20	0,92
Όχι	168	2,47	±1,17	
<b><u>Σκορ γνώσεων %</u></b>				
Ναι	81	74,74	±19,69	0,97
Όχι	183	74,82	±16,70	

### 6.3.3 Γραμμική συσχέτιση

Στον Πίνακα 6.9 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη γραμμική συσχέτιση της ηλικίας με μεταβλητές όπως το Fagerstrom score, την κλίμακα διάθεσης αλλαγής καπνιστικής συμπεριφοράς, με το σκορ κλίμακας κίνητρων διακοπής καπνίσματος και με το σκορ γνώσεων. Πιο αναλυτικά, η ηλικία δεν έχει γραμμική συσχέτιση με το Fagerstrom score ( $r^2=0,17$ ) ωστόσο η σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές είναι στατιστικά σημαντική ( $p=0,01$ ). Επιπλέον, μη γραμμική συσχέτιση βρέθηκε ότι έχει η ηλικία των ερωτώμενων με το βαθμό σημαντικότητας διακοπής καπνίσματος ( $r^2=0,13$ ) και το Motivation score ( $r^2=0,16$ ). Εντούτοις, η σχέση ανάμεσα στην ηλικία και τις δύο αυτές μεταβλητές είναι επίσης στατιστικά σημαντική ( $p=0,05$  και  $p=0,01$  αντίστοιχα).

**Πίνακας 6.9 Γραμμική συσχέτιση ηλικίας με Fagerstrom score, την κλίμακα διάθεσης αλλαγής καπνιστικής συμπεριφοράς, με το σκορ κλίμακας κίνητρων διακοπής καπνίσματος και με το σκορ γνώσεων.**

	<u>r<sup>2</sup></u>	<u>p</u>
<u>Fagerstrom score</u>	<u>0,17</u>	<u>0,01</u>
<u>Πόσο σημαντικό είναι για εσάς να κόψετε το κάπνισμα;</u>	<u>0,13</u>	<u>0,05</u>
<u>Πόσο έτοιμος/-η είστε να κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα;</u>	<u>0,05</u>	<u>0,49</u>

<u>Πόσο σίγουρος/-η είστε ότι θα κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα:</u>	<u>0,03</u>	<u>0,60</u>
<u>Motivation score</u>	<u>0,16</u>	<u><b>0,01</b></u>
<u>Σκορ γνώσεων %</u>	<u>0,06</u>	<u>0,30</u>

Ο βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη (Fagerstrom score) σχετίζεται με στατιστικά σημαντικά ( $p=0,00$ ) με το πόσο έτοιμοι και το πόσο σίγουροι νιώθουν να κόψουν το τσιγάρο μέσα στις επόμενες 30 ημέρες. Παρόλα αυτά δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση ανάμεσα στο Fagersrtom score, το βαθμό ετοιμότητας διακοπής του τσιγάρου ( $r'=-0,24$ ) καθώς και το βαθμό σιγουριάς ότι θα το καταφέρουν ( $r'=-0,21$ ). Μη γραμμική συσχέτιση ( $r'=-0,16$ ) βρέθηκε και ανάμεσα στο βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη και το Σκορ γνώσεων % και η σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές είναι στατιστικά σημαντική. (Πίνακας 6.10)

**Πίνακας 6.10 Γραμμική συσχέτιση Fagerstrom score με την κλίμακα διάθεσης αλλαγής καπνιστικής συμπεριφοράς, με το σκορ κλίμακας κίνητρων διακοπής καπνίσματος και με το σκορ γνώσεων.**

	<u>r'</u>	<u>p</u>
<u>Πόσο σημαντικό είναι για εσάς να κόψετε το κάπνισμα:</u>	<u>0,04</u>	<u>0,49</u>
<u>Πόσο έτοιμος/-η είστε να κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα:</u>	<u>-0,24</u>	<u><b>0,00</b></u>
<u>Πόσο σίγουρος/-η είστε ότι θα κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα:</u>	<u>-0,21</u>	<u><b>0,00</b></u>
<u>Motivation score</u>	<u>-0,06</u>	<u>0,33</u>
<u>Σκορ γνώσεων %</u>	<u>-0,16</u>	<u><b>0,01</b></u>

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 6.11 το Motivation score παρουσιάζει μη γραμμική συσχέτιση ( $-0,3 < r' < 0,3$ ) με το βαθμό ετοιμότητας διακοπής καπνίσματος, το βαθμό σιγουριάς και το Σκορ γνώσεων %. Ωστόσο το εν λόγω σκορ σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο ( $p=0,00$ ) με τις μεταβλητές αυτές.

Από την άλλη μεριά το Motivation score έχει ασθενή γραμμική σχέση ( $r'=0,45$ ) με το πόσο σημαντικό είναι για τους συμμετέχοντες να διακόψουν το τσιγάρο και η σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές είναι στατιστικά σημαντική ( $p=0,00$ )

**Πίνακας 6.11 Γραμμική συσχέτιση Motivation score με την κλίμακα διάθεσης αλλαγής καπνιστικής συμπεριφοράς και με το σκορ γνώσεων.**

	<u>r'</u>	<u>p</u>
--	-----------	----------

<u>Πόσο σημαντικό είναι για εσάς να κόψετε το κάπνισμα:</u>	<u>0,45</u>	<u>0,00</u>
<u>Πόσο έτοιμος/-η είστε να κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα:</u>	<u>0,33</u>	<u>0,00</u>
<u>Πόσο σίγουρος/-η είστε ότι θα κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα:</u>	<u>0,32</u>	<u>0,00</u>
<u>Σκορ γνώσεων %</u>	<u>0,33</u>	<u>0,00</u>

Στη συνέχεια εξετάστηκε η γραμμική συσχέτιση του Σκορ γνώσεων % με το 3 Scale score. Πιο αναλυτικά, το Σκορ γνώσεων % έχει ασθενή γραμμική συσχέτιση με τις παραμέτρους του 3 Scale score και συγκεκριμένα ο συντελεστής  $r'$  υπολογίστηκε ίσος με 0,42 για το βαθμό σημαντικότητας διακοπής καπνίσματος, 0,35 για το βαθμό ετοιμότητας να διακόψουν οι ερωτώμενοι το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα και 0,31 για το βαθμό σιγουριάς ότι θα το καταφέρουν μέσα σε αυτό το διάστημα. Η σχέση ανάμεσα στο Σκορ γνώσεων % και τις 3 παραμέτρους του 3 Scale score βρέθηκε ότι είναι ισχυρά στατιστικά σημαντική ( $p=0,00$ ). (Πίνακας 6.12)

**Πίνακας 6.12 Γραμμική συσχέτιση Σκορ γνώσεων % με την κλίμακα διάθεσης αλλαγής καπνιστικής συμπεριφοράς.**

	<u><math>r'</math></u>	<u><math>p</math></u>
<u>Πόσο σημαντικό είναι για εσάς να κόψετε το κάπνισμα:</u>	<u>0,42</u>	<u>0,00</u>
<u>Πόσο έτοιμος/-η είστε να κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα:</u>	<u>0,35</u>	<u>0,00</u>
<u>Πόσο σίγουρος/-η είστε ότι θα κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα:</u>	<u>0,31</u>	<u>0,00</u>

Τέλος, ο βαθμός σημαντικότητας διακοπής καπνίσματος εμφανίζει ασθενή γραμμική συσχέτιση με το βαθμό ετοιμότητας ( $r'=0,41$ ) και το βαθμό σιγουριάς ( $r'=0,35$ ) διακοπής καπνίσματος μέσα στις επόμενες 30 ημέρες. Ωστόσο, η σχέση μεταξύ των μεταβλητών είναι στατιστικά σημαντική. (Πίνακας 6.13)

**Πίνακας 6.13 Γραμμική συσχέτιση βαθμού σημαντικότητας διακοπής καπνίσματος με ετοιμότητα και σιγουριά διακοπής καπνίσματος μέσα στον επόμενο μήνα.**

	<u><math>r'</math></u>	<u><math>p</math></u>
<u>Πόσο έτοιμος/-η είστε να κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα:</u>	<u>0,41</u>	<u>0,00</u>
<u>Πόσο σίγουρος/-η είστε ότι θα κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα:</u>	<u>0,35</u>	<u>0,00</u>

### 6.3.4 Γραμμική παλινδρόμηση

Το πόσο σημαντικό είναι να κόψουν το τσιγάρο σχετίζεται στατιστικά σημαντικά ( $p=0,04$ ) με το πόσο έτοιμοι είναι να το κόψουν μέσα στον επόμενο μήνα και μάλιστα υπολογίστηκε ότι για κάθε μία μονάδα αύξησης του βαθμού σημαντικότητας ο βαθμός ετοιμότητας αυξάνεται κατά 0,24 μονάδες. Επίσης, αύξηση του βαθμού σημαντικότητας κατά μία μονάδα συνεπάγεται αύξηση του Motivation score κατά 0,76 μονάδες ( $p=0,00$ ) και του Σκορ γνώσεων % κατά 0,42 μονάδες ( $p=0,00$ ). (Πίνακας 6.14)

**Πίνακας 6.14** Συσχέτιση βαθμού σημαντικότητας διακοπής καπνίσματος με ετοιμότητα και σιγουριά διακοπής καπνίσματος μέσα στον επόμενο μήνα, με το σκορ κλίμακας κίνητρων διακοπής καπνίσματος και με το σκορ γνώσεων.

	<b>B</b>	<b>p</b>
<u>Πόσο έτοιμος/-η είστε να κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα:</u>	<u>0,24</u>	<u>0,04</u>
<u>Πόσο σίγουρος/-η είστε ότι θα κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα:</u>	<u>-0,05</u>	<u>0,69</u>
<u>Motivation score</u>	<u>0,76</u>	<u>0,00</u>
<u>Σκορ γνώσεων %</u>	<u>0,42</u>	<u>0,00</u>

Στον Πίνακα 6.15 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη συσχέτιση του βαθμού ετοιμότητας διακοπής καπνίσματος μέσα στον επόμενο μήνα με διάφορες μεταβλητές. Πιο αναλυτικά, αύξηση της κλίμακας ετοιμότητας κατά ένα βαθμό οδηγεί σε αύξηση της κλίμακας σημαντικότητας διακοπής καπνίσματος κατά 0,09 βαθμούς ( $p=0,02$ ) και της κλίμακας σιγουριάς ότι θα τα καταφέρουν κατά 0,84 βαθμούς ( $p=0,00$ ). Τέλος, όταν ο βαθμός ετοιμότητας διακοπής του τσιγάρου αυξάνεται κατά μία μονάδα το Fagerstrom score μειώνεται κατά 0,10 μονάδες και η σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές είναι στατιστικά σημαντική ( $p=0,02$ ).

**Πίνακας 6.15** Συσχέτιση βαθμού ετοιμότητας διακοπής καπνίσματος με σημαντικότητα και σιγουριά διακοπής καπνίσματος μέσα στον επόμενο μήνα, με το Fagerstrom score, με το σκορ κλίμακας κίνητρων διακοπής καπνίσματος και με το σκορ γνώσεων.

	<b>B</b>	<b>p</b>
<u>Πόσο σημαντικό είναι για εσάς να κόψετε το κάπνισμα:</u>	<u>0,09</u>	<u>0,02</u>
<u>Πόσο σίγουρος/-η είστε ότι θα κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα:</u>	<u>0,84</u>	<u>0,00</u>

<u>Fagerstrom score</u>	<u>-0,10</u>	<u><b>0,02</b></u>
<u>Motivation score</u>	<u>-0,01</u>	<u>0,94</u>
<u>Σκορ γνώσεων %</u>	<u>0,01</u>	<u>0,06</u>

Τέλος, το πόσο σίγουροι είναι ότι θα καταφέρουν να διακόψουν το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο ( $p=0,00$ ) με το πόσο έτοιμοι νιώθουν να το διακόψουν και συγκεκριμένα υπολογίστηκε ότι όταν ο βαθμός σιγουριάς αυξάνεται κατά μία μονάδα ο βαθμός ετοιμότητας αυξάνεται κατά 0,87 μονάδες.

Στον Πίνακα 6.16 παρατίθενται εκτενώς τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη συσχέτιση του βαθμού σιγουριάς ότι θα καταφέρουν μέσα στον επόμενο μήνα να διακόψουν το κάπνισμα με διάφορες μεταβλητές.

**Πίνακας 6.16 Συσχέτιση βαθμού σιγουριάς διακοπής καπνίσματος με σημαντικότητα και ετοιμότητα διακοπής καπνίσματος μέσα στον επόμενο μήνα, με το Fagerstrom score, με το σκορ κλίμακας κίνητρων διακοπής καπνίσματος και με το σκορ γνώσεων**

	<u><b>B</b></u>	<u><b>p</b></u>
<u>Πόσο σημαντικό είναι για εσάς να κόψετε το κάπνισμα;</u>	<u>-0,02</u>	<u>0,66</u>
<u>Πόσο έτοιμος/-η είστε να κόψετε το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα;</u>	<u>0,87</u>	<u><b>0,00</b></u>
<u>Fagerstrom score</u>	<u>0,01</u>	<u>0,79</u>
<u>Motivation score</u>	<u>0,12</u>	<u>0,17</u>
<u>Σκορ γνώσεων %</u>	<u>-0,01</u>	<u>0,50</u>

## 7.Συζήτηση

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της στάσης, της συμπεριφοράς και των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το κάπνισμα. Επιπρόσθετα έγινε καταγραφή του βαθμού εξάρτησης των επαγγελματιών υγείας από την νικοτίνη και διερευνήθηκαν τα κίνητρα και η διάθεση για αλλαγή της καπνιστικής τους συμπεριφοράς.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος 82,7% περιγράφει τον εαυτό του ως κανονικό καπνιστή που καταναλώνει κατά μέσο όρο 15,83 τσιγάρα την ημέρα. Το 66,7% των επαγγελματιών υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα απάντησαν ότι καπνίζουν στον χώρο εργασίας τους. Ωστόσο η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν καπνίζει μπροστά στους ασθενείς του. Κάπνισμα στον χώρο εργασίας από τους επαγγελματίες υγείας καταγράφουν και οι μελέτες των Vardavas et al, 2009; Ravara et al, 2011; Abdullah et al, 2014; Koukia et al, 2016; Khefacha et al, 2018; Minzer et al, 2018. Στην έρευνα των Radsma, 2009, αναφέρεται πως οι μισοί νοσηλευτές αποφεύγουν να καπνίζουν στην εργασία τους. Σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής ο Abdullah, 2014, αναφέρει πως οι ιατροί καπνίζουν μπροστά στους ασθενείς ενώ στην μελέτη των Beletsioti-Stika, 2006; Vardavas, 2009, καταγράφεται αίτημα για δημιουργία χώρων καπνίσματος.

Από το 64,8% του πληθυσμού που απάντησε πως εργάζεται με κυκλικό ωράριο, το 48,4% δήλωσε ότι καπνίζει περισσότερο όταν εργάζεται την νύχτα και το 34,8% το απόγευμα. Στην έρευνα του Perdicas, 2010, αναφέρεται συσχέτιση του εργασιακού άγχους με την καπνιστική συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε βάρδιες. Η χρήση καπνού μπορεί να είναι ένας τρόπος διαχείρισης του άγχους που προκαλεί η νυχτερινή εργασία. Κατά τον Beletsioti-Stika, 2006, υπάρχει ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στο άγχος για την εργασία και την συνέχιση του καπνίσματος. Το κάπνισμα αποτελεί μία στρατηγική καταπολέμησης του άγχους που συνδέεται με την εργασία σε βάρδιες, ιδίως τις νυχτερινές σύμφωνα με τον Mujika, 2007.

Πάνω από το 50% των συμμετεχόντων απάντησαν πως οι γονείς τους κάπνιζαν, πως καπνίζει και κάποιο άλλος μέλος της οικογένειάς τους και πως εκτίθενται καθημερινά σε παθητικό κάπνισμα. Στην έρευνα του Li, 2012, αναφέρεται πως το 1/4 των ερωτηθέντων δήλωσε πως οι γονείς του ήταν καπνιστές, ενώ οι έρευνες των Loureiro, 2010; Engels, 2004, αναφέρουν πως οι καπνιστές γονείς



διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό αποφάσεων για το κάπνισμα των παιδιών τους καθώς και στις επιλογές των φίλων τους. Οι έφηβοι με γονείς που καπνίζουν είναι πιο πιθανόν να συσχετιστούν με φίλους που καπνίζουν. Έκθεση σε παθητικό καπνό αναφέρει και ο Ravara, 2011, ενώ ο Rezk-Hanna, 2016, αναγνωρίζει την παρουσία καπνιστών στο κοντινό περιβάλλον ως εμπόδιο για την διακοπή του καπνίσματος.

Όσον αφορά τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το κάπνισμα, η συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού συμφωνεί πως το κάπνισμα συμβάλει στην καθυστέρηση της επούλωσης των τραυμάτων, πως η διακοπή του δίνει πίσω χρόνια ζωής στον καπνιστή και πως το παθητικό κάπνισμα είναι εξίσου επιβλαβές με το ενεργητικό. Ανάλογα αποτελέσματα βρέθηκαν και στις έρευνες των Ferdoutsis et al, 1995; Vagropoulos et al, 2006; Beletsiti-Stika et al, 2006; Sarna et al, 2009; Ficara et al, 2010; Ravara et al, 2011; Koukia et al, 2016; Schneider et al, 2019. Εκτός από γνώσεις σχετικά με το κάπνισμα οι επαγγελματίες υγείας ενημέρωναν και το γενικό πληθυσμό στις έρευνες των Li et al, 2007; Sarna et al, 2009; Li et al, 2012; Sonmez et al, 2015; Zinonos et al, 2016. Έλλειψη γνώσεων σχετικά με την επικινδυνότητα του καπνού καταγράφεται στις έρευνες των Jimenez-Ruiz et al, 2015; Sharpe et al, 2018; Rezk-Hanna et al, 2018. Σε αρκετές έρευνες παρατηρείται πως ενώ υπάρχουν οι γνώσεις για την επικινδυνότητα του καπνίσματος, δεν υπάρχουν οι γνώσεις για την προώθηση της διακοπής του, Beletsioti-Stika, 2006; Celik et al, 2010; Moysidou et al, 2016.

Οι επαγγελματίες υγείας με οικογένεια είχαν περισσότερες γνώσεις από τους ερωτηθέντες που έμεναν μόνοι τους. Ακόμη πιο σημαντική βρέθηκε η σχέση του σκορ γνώσεων με την ύπαρξη παιδιών. Το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων σχετίζεται άμεσα με τις γνώσεις και την εκπαίδευση, καθώς οι συμμετέχοντες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης είχαν και υψηλότερη τιμή του σκορ γνώσεων. Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα του Juranic, 2017, όπου οι νοσηλευτές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης συνδέονται με λιγότερες γνώσεις όσον αφορά την βλαπτικότητα του καπνίσματος σε σχέση με τους ιατρούς και τους νοσηλευτές που ανήκουν σε υψηλότερη βαθμίδα εκπαίδευσης. Ακόμη ο Kelly, 2017, αναφέρει πως η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας σε δραστηριότητες προαγωγής της υγείας επηρεάζεται και από την εκπαίδευση τους. Ο Mckenna, 2003, υποστηρίζει πως υπήρχε μειωμένο ποσοστό επικράτησης του καπνίσματος καθώς το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών αυξανόταν. Η μείωση αυτή μπορεί να αποδοθεί στα

μαθήματα προώθησης της υγείας κατά την τριτοβάθμια εκπαίδευση. Το 76,3% υποστηρίζει την επιβολή κυρώσεων ποινικών και οικονομικών σε χώρους που απαγορεύεται το κάπνισμα. Ωστόσο το 70% είναι κατά της επιβολής προστίμου σε κάποιο συνάδελφο που καπνίζει μπροστά του. Υπέρ των αντικαπνιστικών νόμων είναι και οι έρευνες των Ferdoutsis et al, 1995; Ravara et al, 2011. Στην έρευνα του O'Donovan, 2009, σύμφωνα με τον αντικαπνιστικό νόμο βρέθηκαν μόνο οι μη καπνιστές επαγγελματίες υγείας. Ενώ ο Vardavas, 2009; Bloor, 2006, συμφωνούν μόνο εάν υπάρχει χώρος καπνίσματος για τους εργαζόμενους. Στην μελέτη του Ficarra, 2018, οι επαγγελματίες υγείας εμφανίζονται υπέρ των κυρώσεων όταν κάποιος καπνίζει στον χώρο του νοσοκομείου. Τα αποτελέσματα του Fathallah, 2012, πως με τον αντικαπνιστικό νόμο μειώθηκε και η κατανάλωση καπνού από τους νοσηλευτές ενισχύονται με την έρευνα του Sanchez, 2018, πως οι γενιές ιατρών που μεγάλωσαν και εκπαιδεύτηκαν ενώ βρίσκονταν σε ισχύ οι αντικαπνιστικοί νόμοι, παρουσίασαν χαμηλότερο ποσοστό χρήσης καπνού από αυτούς που εκπαιδεύτηκαν πριν τον αντικαπνιστικό νόμο. Δεν συμφωνούν με τα ευρήματα της έρευνας, οι μελέτες των Juranic et al, 2017; Koukia et al, 2016, όπου θεωρούν τον νόμο άδικο.

Το 67,9% δήλωσε πως οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αποτελούν πρότυπα συμπεριφοράς αποφεύγοντας το κάπνισμα. Παρόμοια αποτελέσματα σχετικά με τους επαγγελματίες υγείας και του ρόλου τους ως πρότυπα βρέθηκαν και στις μελέτες των Lancaster et al, 2000; Smith et al, 2007; O'Donovan et al, 2009; Ficarra et al, 2010; An et al, 2014; Rezk-Hanna et al, 2018; Nilan et al, 2019. Ατελή πρότυπα υγείας χαρακτήρισαν τους εαυτούς τους οι επαγγελματίες υγείας επειδή καπνίζουν στις έρευνες των Radsma et al, 2009; Mckenna et al, 2001. Κατά τον Juranic, 2017, μόνο οι ιατροί αποδέχονται τον ρόλο του πρότυπου υγείας προς τον γενικό πληθυσμό και όχι οι νοσηλευτές.

Ο βαθμός εξάρτησης των επαγγελματιών υγείας από την νικοτίνη έδειξε μέτρια εξάρτηση των ερωτηθέντων. Μέτρια έως ισχυρή εξάρτηση από την νικοτίνη κατέγραψε και ο Kefacka, 2018, ενώ χαμηλός βαθμός εξάρτησης αναφέρεται στην μελέτη των Baltatci et al, 2014; Fathallah et al, 2012. Ισχυρό βαθμό εξάρτησης αναφέρουν οι Retz-Hanna, 2018; Sotiropoulos et al, 2007. Στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε ανάμεσα στο φύλο των συμμετεχόντων και στην εξάρτηση με τη νικοτίνη. Σε αντίθεση ο Ocutan, 2007, αναφέρει πως ο βαθμός εξάρτησης της νικοτίνης δεν σχετίζεται με το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, την οικογενειακή κατάσταση αλλά με τον ημερήσιο αριθμό των τσιγάρων που καπνίζει το άτομο.

Η πλειοψηφία του δείγματος 63,2% απάντησε πως έχει κόψει το κάπνισμα τουλάχιστον μία φορά. Ανάλογα αποτελέσματα εμφανίζονται και σε πλήθος ερευνών όπως Ferdoutsis et al, 1995; Celik et al, 2000; Mckenna et al, 2003; Schultz et al, 2003; Li et al, 2007; Sotiropoulos et al, 2007; O'Donovan, et al, 2009; Radsma et al, 2009; Berkelmans et al, 2011; Ravara et al, 2011; Baltaci et al, 2014; Zinonos et al, 2016; Retz-Hanna et al, 2018. Καταγράφοντας την διάθεση αλλαγής της καπνιστικής συμπεριφοράς οι ερωτώμενοι δήλωσαν κατά το πλείστον πως επιθυμούσαν να διακόψουν το κάπνισμα αλλά το 61,2% δήλωσε πως δεν νοιώθει έτοιμο να το κόψει. Επιθυμία για διακοπή καπνίσματος καταγράφουν και οι έρευνες των Ferdoutsis et al, 1995; Mckenna et al, 2003; Schultz et al, 2003; Li et al, 2007; Ravara et al, 2011; Γιωτάκης και συν, 2013; Zinonos et al, 2016. Στις μελέτες των Celik et al, 2000; Mckenna et al, 2001; O'Donovan et al, 2009; Baltatsi et al, 2014, αναφέρεται πως υπάρχει επιθυμία για άμεση διακοπή του καπνίσματος που ορίζεται στο χρονικό όριο των έξι μηνών. Αντίθετα στην έρευνα του Beletsioti-Stika, 2006, το 46% των συμμετεχόντων δεν σκέφτονται την διακοπή του καπνού. Παρατηρείται μία αντίφαση καθώς οι επαγγελματίες υγείας ενώ γνωρίζουν την βλαπτικότητα του καπνίσματος και επιθυμούν να το διακόψουν δεν προβαίνουν στην τελική απόφαση της οριστικής του διακοπής. Το εργασιακό άγχος και ο έντονος ρυθμός εργασίας μπορεί να προκαλέσει αναστολή της απόφασης για διακοπή του καπνίσματος αναφέρει ο Perdicaris, 2010. Ο Γιωτάκης, 2013, εμπλέκει στην απόφαση διακοπής του καπνίσματος την άμεση αναμενόμενη αγχολυτική επίδραση του καπνού που περιμένει ο καπνιστής και πως αυτή λειτουργεί ως εμπόδιο για να παρθεί η σωστή απόφαση για την υγεία του.

Ενώ θεωρούν αρκετά σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να κόψουν το κάπνισμα με σκορ δεν είναι αρκετά έτοιμοι να το κόψουν μέσα στον επόμενο μήνα και ούτε αρκετά σίγουροι ότι θα τα καταφέρουν. Οι ερωτώμενοι είχαν προσπαθήσει να κόψουν το κάπνισμα 2,15 φορές χωρίς να λάβουν κάποια βοήθεια, ενώ το 17% χρησιμοποίησε τη βοήθεια προϊόντων νικοτίνης. Χωρίς βοήθεια προσπάθησαν να διακόψουν το κάπνισμα και στις έρευνες των Shultz et al, 2003; O'Donovan et al, 2009, ενώ στην μελέτη του Zinonos, 2016, μέρος του πληθυσμού είχε λάβει βοήθεια για την διακοπή του. Στη μελέτη του Ravara, 2011, οι συμμετέχοντες γνωρίζουν και αναζητούν την εξειδικευμένη βοήθεια για την διακοπή του καπνίσματος. Ιδιαίτερο είναι το γεγονός πως ενώ ο χώρος εργασίας και το επάγγελμα του πληθυσμού είναι άμεσα συνδεδεμένα με τα ιατρικά διακοπής καπνίσματος, δεν υπάρχει η ανάλογη

αναζήτηση της εξειδικευμένης βοήθειας που μπορεί να προσφέρει το ιατρείο διακοπής καπνίσματος. Ίσως οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τα προγράμματα διακοπής να είναι ελλιπείς, όπως καταγράφεται και στις έρευνες των Awan et al, 2015; Sharpe et al, 2018.

Ως σημαντικότεροι λόγοι για τις προηγούμενες προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος κατεγράφησαν τα θέματα υγείας, η οικογένεια και οικονομικοί λόγοι. Από τις απαντήσεις που δόθηκαν για τα κίνητρα διακοπής του καπνίσματος το πλέον σημαντικό είναι η υγεία καθώς οι βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος, ο φόβος ότι το κάπνισμα μικραίνει την ζωή και ο φόβος ότι θα αρρωστήσουν αν δεν το σταματήσουν. Ακολουθούν απαντήσεις όπως ότι θέλουν να έχουν τον έλεγχο της ζωής και μετά λόγοι εξοικονόμησης των χρημάτων που σπαταλούνται για την προμήθεια των τσιγάρων.

Ανάλογες απαντήσεις δόθηκαν και στις μελέτες των Mckenna et al, 2001; Shultz et al, 2003; Radsma et al, 2009; Fathallah et al, 2012; Mitzer et al, 2018, όπου η υγεία, οι οικονομικοί λόγοι και η οικογένεια-εγκυμοσύνη ήταν οι επικρατέστερες ως αιτίες διακοπής καπνίσματος. Ως λόγος διακοπής αναφέρθηκε και ο διαφορούμενος λόγος του επαγγελματία υγείας που καπνίζει και ταυτόχρονα φέρεται ως πρότυπο συμπεριφοράς υγείας.

Οι συμμετέχοντες που είχαν παιδιά βρέθηκε πως θεωρούν πολύ σημαντική τη διακοπή του καπνίσματος καθώς η ύπαρξη παιδιών λειτουργεί ως κίνητρο για τη διακοπή του. Η οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων σχετίζεται με την σημαντικότητα διακοπής του καπνίσματος και με το κατά πόσο είναι σίγουροι ότι θα κόψουν το τσιγάρο μέσα στον επόμενο μήνα και βρέθηκε να λειτουργεί και αυτή ως κίνητρο διακοπής του καπνίσματος. Ακόμη τα άτομα με οικογένεια εμφανίζονται πιο έτοιμοι να διακόψουν το κάπνισμα μέσα στον επόμενο μήνα. Ο Eriksen, 2005, αναφέρει πως οι επαγγελματίες υγείας με παιδιά προσχολικής ηλικίας είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να διακόψουν το κάπνισμα. Ενώ ο Sotiropoulos, 2007; Berkelmans, 2011, καταγράφουν πως το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που ζουν μόνοι τους ήταν καπνιστές.

Σημαντική καταγράφηκε και η σχέση της ηλικίας με το βαθμό σημαντικότητας διακοπής του καπνίσματος και με τα κίνητρα διακοπής του καπνίσματος Στην έρευνα του Sotiropoulos, 2007, παρατηρήθηκε πως το ποσοστό των καπνιστών ήταν δυσανάλογο με την αύξηση της ηλικίας. Καθώς η ηλικία

αυξάνεται και το ζητούμενο είναι η διατήρηση της υγείας, ακολουθεί η διακοπή του καπνίσματος για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα της υγείας.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο του πληθυσμού της έρευνας σχετίζεται με το πόσο έτοιμοι νοιώθουν να διακόψουν το κάπνισμα μέσα στον επόμενο μήνα. Το σκορ γνώσεων των συμμετεχόντων συνδέεται με το βαθμό σημαντικότητας, ετοιμότητας διακοπής και το βαθμό σιγουριάς διακοπής του καπνίσματος. Ο Γιωτάκης, 2013, αναφέρει πως η γνώση των βλαπτικών συνεπειών του καπνίσματος δεν επηρεάζει τους καπνιστές για την διακοπή του.

## **7.1 Συμπεράσματα**

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν πως ενώ το σύνολο των επαγγελματιών υγείας τάσσεται υπέρ του αντικαπνιστικού νόμου και των κυρώσεων, συνεχίζουν να καπνίζουν στο χώρο της εργασίας τους και να καλύπτουν το συνάδελφο τους που καπνίζει. Κατανοώντας την παραβατικότητα τους αποφεύγουν να καπνίζουν μπροστά στους ασθενείς. Παρόλο που καταγράφηκε υψηλό επίπεδο γνώσεων ως προς τη βλαπτικότητα του καπνίσματος και έντονη επιθυμία τους για διακοπή του και παρά τη θεώρηση τους πως πρέπει να αποτελούν πρότυπα υγείας, οι επαγγελματίες υγείας δεν εμφανίζονται έτοιμοι και σίγουροι για τη διακοπή του. Πιθανόν να ευθύνεται εν μέρει το κυκλικό ωράριο εργασίας καθώς αυξάνει, ανάλογα με τη βάρδια, τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνονται. Μερίδιο ευθύνης για τη μη διακοπή του καπνίσματος μπορεί να αποδοθεί και στη συνεχή έκθεση σε παθητικό καπνό αλλά και στην έλλειψη γνώσεων για τους τρόπους διακοπής του καπνίσματος. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων προσπάθησε να διακόψει το κάπνισμα χωρίς καμία βοήθεια αγνοώντας τους ενδεδειγμένους τρόπους που υπάρχουν.

Κύριος λόγος για την διακοπή του καπνίσματος αναφέρθηκε η διατήρηση της υγείας. Η ύπαρξη παιδιών και η οικογενειακή κατάσταση αποτελούν σημαντικούς λόγους για ενημέρωση σχετικά με το κάπνισμα και κύριο κίνητρο για την διακοπή του. Η ευθύνη της ανατροφής παιδιών μαζί με την επιθυμία διατήρησης της υγείας οδηγούν στο επιθυμητό αποτέλεσμα της διακοπής του καπνίσματος. Το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει την ετοιμότητα για διακοπή καπνίσματος. Με την ενημέρωση και τον εμπλουτισμό των γνώσεων σχετικά με την βλαπτικότητα του καπνίσματος ωριμάζει η ιδέα της διακοπής. Η θετική αντιμετώπιση της διακοπής του καπνίσματος οδηγεί πιο γρήγορα στην επιτυχή έκβαση της προσπάθειας διακοπής.

## 7.2 Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη υπόκειται σε μια σειρά περιορισμών που πιθανόν να μην επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στο σύνολο των επαγγελματιών υγείας της χώρας. Η μέθοδος δειγματοληψίας ευκολίας που επιλέχθηκε για τη συλλογή των δεδομένων παρουσιάζει μειονεκτήματα καθώς ο τρόπος επιλογής του δείγματος στην ουσία δημιουργεί ένα εθελοντικού χαρακτήρα δείγμα. Συμμετέχουν στη μελέτη μόνο όσοι είναι πρόθυμοι χωρίς να διασφαλίζεται με αυτόν τον τρόπο η αντιπροσωπευτικότητα του μελετώμενου πληθυσμού από τον οποίο θα προέλθει το δείγμα, ενώ δεν δύναται και η δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων.

Το δείγμα προήλθε από άτομα που χρησιμοποιούν τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης οπότε αποκλείστηκαν όχι μόνο αυτοί που δεν έχουν πρόσβαση σε αυτά αλλά και τα άτομα που είναι μεγαλύτερης ηλικίας ή δεν έχουν τον απαιτούμενο χρόνο για να ασχοληθούν με τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης.

Το δείγμα αποτελεί ένα ελάχιστο τμήμα του πληθυσμού που απαριθμούν στο σύνολό τους οι επαγγελματίες υγείας της χώρας μας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν άνδρες, με το 11% του συνόλου να αντιπροσωπεύει τους ιατρούς επαγγελματίες υγείας ανεξαρτήτου φύλου. Σε ένα επάγγελμα όπου οι εργαζόμενοι είναι κατά πλειοψηφία γυναίκες όπως είναι η νοσηλευτική, η εκπροσώπηση των γυναικών είναι χαρακτηριστικά μικρή.

Ένας άλλος περιορισμός της μελέτης ήταν ο συγχρονικός χαρακτήρας της έρευνας, καθώς μελετάται ένα τυχαίο δείγμα σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή και σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η χρονική αλληλουχία μεταξύ των μεταβλητών.

Τα ερωτηματολόγια αυτοσυμπλήρωσης αποτελούν ένα χρήσιμο εργαλείο συλλογής δεδομένων αλλά υπάρχουν και μειονεκτήματα καθώς βασίζονται αποκλειστικά στο τι αναφέρει το ίδιο το άτομο για τον εαυτό του. Μπορεί κάποιος να μην απαντήσει με ειλικρίνεια ή να μην θέλουν να απαντήσουν σε συγκεκριμένες ερωτήσεις.

Πέρα όμως από τους περιορισμούς υπάρχουν και τα δυνατά σημεία της παρούσας μελέτης που είναι τα εξής:

Το εργαλείο συλλογής δεδομένων της μελέτης (ερωτηματολόγιο της διάθεσης αλλαγής της καπνιστικής συμπεριφοράς και ερωτηματολόγιο σχετικά με τα

κίνητρα(λόγους διακοπής του καπνίσματος),το οποίο εκτός του ότι είναι καλά δομημένο, βρέθηκε να έχει υψηλό βαθμό εγκυρότητας και αξιοπιστίας.

Η παρούσα μελέτη εξετάζει μεταβλητές και συσχετίσεις σχετικά με την καπνιστική συμπεριφορά, τη διάθεση αλλαγής αυτής, τα κίνητρα διακοπής και τις γνώσεις των επαγγελματιών υγείας, προσφέροντας αποτελέσματα που δεν είχαν καταγραφεί από άλλες έρευνες στον ελλαδικό χώρο έως τώρα.

### 7.3 Προτάσεις

Βάσει των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη δύναται να διατυπωθούν μια σειρά προτάσεων που θα έχουν στόχο την προαγωγή υγείας των επαγγελματιών υγείας, τη στήριξη τους στην απόφαση αλλαγής της καπνιστικής τους συμπεριφοράς και κατά επέκταση την προαγωγή υγείας του γενικού πληθυσμού καθώς θα μπορούν να λειτουργούν ως πρότυπα υγείας. Τα μέτρα που μπορούν να ληφθούν από τους υπεύθυνους του δημόσιου τομέα είναι τα εξής:

- Ενίσχυση της αντικαπνιστικής καμπάνιας μέσα στο χώρο των νοσοκομείων με τοποθέτηση πινακίδων και αφισών σχετικά με τη βλαπτικότητα του καπνίσματος και τα κέρδη της διακοπής του.
- Ενίσχυση των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη νοσηρότητα που προκαλεί το κάπνισμα.
- Ενίσχυση των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα ιατρικά διακοπής καπνίσματος, τις υπάρχουσες θεραπείες για διακοπή του καπνίσματος και του πως μπορούν να συμμετάσχουν σε αυτά.
- Εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας ώστε να μπορούν να παρέχουν συμβουλευτική και υποστηρικτική βοήθεια στον καπνιστή για να εγκαταλείψει το κάπνισμα.
- Εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας ώστε να μπορούν να υποστηρίξουν και να κατευθύνουν σωστά ακόμη και τα άτομα που δεν επιθυμούν άμεσα τη διακοπή του καπνίσματος.
- Ενίσχυση των ιατρικών διακοπής καπνίσματος με ανθρώπινο δυναμικό και υλικά για να μπορεί να διευρύνει τις δραστηριότητες του και εκτός του χώρου που στεγάζονται(ολιγόωρα σεμινάρια στο προσωπικό ανά τακτά διαστήματα).
- Διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων σε όλο το χώρο των νοσοκομείων καθώς και στους εργαζόμενους.

- Επιβράβευση του προσωπικού όταν διαπιστώνεται πως προωθεί τη διακοπή καπνού στο τμήμα που εργάζεται.

- Καταγραφή συχνή των καπνιστικών συνηθειών των εργαζομένων στο χώρο της υγείας και εφαρμογή υποστηρικτικών δράσεων στο χώρο εργασίας.

Περαιτέρω έρευνες είναι αναγκαίες για να εντοπιστούν και να αναλυθούν οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τους τρόπους και τα μέσα που βοηθούν στην διακοπή του καπνίσματος. Η διερεύνηση των γνώσεων και της εκπαίδευσης που έχουν λάβει οι επαγγελματίες υγείας ώστε να μπορούν να προωθούν την διακοπή του καπνίσματος είναι ιδιαίτερης σημασίας. Με την σωστή εκπαίδευση και τις κατάλληλες γνώσεις μπορούν να καταστούν πρότυπα για την εφαρμογή της αντικαπνιστικής πολιτικής και να προσφέρουν βοήθεια στην μείωση της χρήσης και της διακοπής του καπνού στον γενικό πληθυσμό. Η καταγραφή των γνώσεων και της εκπαίδευσης θα οδηγήσει στον εντοπισμό των ελλείψεων που υπάρχουν και στην αναπλήρωση της σημαντικής αυτής γνώσης ώστε να βοηθηθεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο ο καπνιστής που θα αναζητήσει βοήθεια.



## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abdullah, A. S., Qiming, F., Pun, V., Stillman, F. A., Samet, J. M. (2013). A review of tobacco smoking and smoking cessation practices among physicians in China: 1987–2010. *Tobacco control*, 22(1): 9-14.

Abdullah, A. S., Stillman, F. A., Yang, L., Luo, H., Zhang, Z., Samet, J. M. (2014). Tobacco use and smoking cessation practices among physicians in developing countries: a literature review (1987–2010). *International journal of environmental research and public health*, 11(1): 429-455.

Alefan, Q., Al-Issa, E. T., Alzoubi, K. H., Hammouri, H. M. (2019). Association of smoking with direct medical expenditures of chronic diseases in north of Jordan: a retrospective cohort study. *BMJ open*, 9(10), e031143.

Allender, S., Balakrishnan, R., Scarborough, P., Webster, P., Rayner, M. (2009). The burden of smoking-related ill health in the UK. *Tobacco control*, 18(4): 262-267.

Alpert, P. (2015). Smoking cessation difficult but not impossible. *Plos One*, 10(5): 128-134.

Alwan, A. (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health Organization. Geneva Switzerland.

An, F. R., Xiang, Y. T., Yu, L., Ding, Y. M., Ungvari, G. S., Chan, S. W. C., Yu, D. S. F., Lai, K. Y. C., Qi, Y. K., Zeng, J. Y., Hou, Z. J., Correll, C. U., Newhouse, R., Chiu, H. F. K., Wu, P. P. (2014). Prevalence of nurses' smoking habits in psychiatric and general hospitals in China. *Archives of psychiatric nursing*, 28(2): 119-122.

Anderson, T. M., Ferres, J. M. L., Ren, S. Y., Moon, R. Y., Goldstein, R. D., Ramirez, J. M., Mitchell, E. A. (2019). Maternal smoking before and during pregnancy and the risk of sudden unexpected infant death. *Pediatrics*, 143(4): e20183325.

Aune, D., Schlesinger, S., Norat, T., Riboli, E. (2018). Tobacco smoking and the risk of atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *European journal of preventive cardiology*, 25(13): 1437-1451.

Aune, D., Schlesinger, S., Norat, T., Riboli, E. (2019). Tobacco smoking and the risk of heart failure: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *European journal of preventive cardiology*, 26(3): 279-288.

Aveyard, P., Begh, R., Parsons, A., West, R. (2012). Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*, 107(6): 1066-1073.

Awan, K. H., Hammam, M. K., Warnakulasuriya, S. (2015). Knowledge and attitude of tobacco use and cessation among dental professionals. *The Saudi dental journal*, 27(2): 99-104.

Baltaci, D., Bahcebasi, T., Aydin, L. Y., Ozturk, S., Set, T., Eroz, R., Celer, A., Kara, I. H. (2014). Evaluation of smoking habits among Turkish family physicians. *Toxicology and industrial health*, 30(1): 3-11.

Battle, R., Cunradi, C., Moore, R. Yerger, V. (2015). Smoking cessation among transit workers: beliefs and perceptions among an at-risk occupational group. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10 (19): 1-7.

Bauld, L., Chesterman, J., Judge, K., Pound, E., Coleman, T. (2003). Impact of UK National Health Service smoking cessation services: variations in outcomes in England. *Tobacco control*, 12(3): 296-301.

Bauld, L., Bell, K., McCullough, L., Richardson, L., Greaves, L. (2010). The effectiveness of NHS smoking cessation services: a systematic review. *Journal of Public Health*, 32(1): 71-82.

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

Benowitz, N.L. (2008). Neurobiology of Nicotine Addiction: Implications for Smoking Cessation Treatment. *The American Journal for Medicine*, 21(4): 3-10.

Berkelmans, A., Burton, D., Page, K., Worrall-Carter, L. (2011). Registered nurses' smoking behaviours and their attitudes to personal cessation. *Journal of advanced nursing*, 67(7): 1580-1590.

Berman, M., Crane, R., Seiber, E., Munur, M. (2014). Estimating the cost of a smoking employee. *Tobacco control*, 23(5): 428-433.

Bernardi, R.E. (2015). Advances in nicotine research in Addiction Biology. *Addiction Biology*, 20(5): 877-889.

Bilir, N. (2017). ED12. 02 Tobacco Control: The Turkish Experience. *Journal of Thoracic Oncology*, 12(1): 53-54.

Bloor, R. N., Meeson, L., Crome, I. B. (2006). The effects of a non-smoking policy on nursing staff smoking behaviour and attitudes in a psychiatric hospital. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13(2): 188-196.

Bolumar, F., Olsen, J., Boldsen, J., European Study Group on Infertility Subfecundity. (1996). Smoking reduces fecundity: a European multicenter study on infertility and subfecundity. *American journal of epidemiology*, 143(6): 578-587.

Borrelli, B., Busch, A.M. Trotter, D.R.T. (2013). Methods Used to Quit Smoking by People with Physical Disabilities. *Rehabilitative Psychology*, 58(2): 117-123.

Brewer, J. A., Mallik, S., Babuscio, T. A., Nich, C., Johnson, H. E., Deleone, C. M., Carroll, K. M. (2011). Mindfulness training for smoking cessation: results from a randomized controlled trial. *Drug and alcohol dependence*, 119(1-2): 72-80.

Britton, J., (2013). Tobacco control efforts in Europe. *Lancet*, 381:1588–1595.

Bronnum-Hansen, H. Juel, K. (2001). Abstention from smoking extends life and compresses morbidity: a population based study of health expectancy among smokers and never smokers in Denmark. *Tobacco Control*, 10:273-278.

Cahill, K., Stevens, S., Perera, R., Lancaster, T. (2013). Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane database of systematic reviews*, (5).

Callum, C., Boyle, S., Sandford, A. (2011). Estimating the cost of smoking to the NHS in England and the impact of declining prevalence. *Health Economics, Policy and Law*, 6(4): 489-508.

Campaign for Tobacco-Free Kids. Toll of Tobacco in the United States of America. 2015. <https://www.tobaccofreekids.org/assets/factsheets/0072.pdf>  
ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 22\11\2019.

Celik, P., Yorganicioglu, A., Sen, F. S., Yagiz, D., Esen, A. (2000). Attitudes of Turkish physicians towards cigarette smoking. *Journal of Substance Use*, 4(4): 128-132.

Choi, B. C., Nethercott, J. R. (1988). The economic impact of smoking in Canada. *The International journal of health planning and management*, 3(3): 197-205.

Chung-Hall, J., Craig, L., Gravely, S., Sansone, N., Fong, G. T. (2019). Impact of the WHO FCTC over the first decade: a global evidence review prepared for the Impact Assessment Expert Group. *Tobacco control*, 28(2): s119-s128.

Cnattingius, S. (2004). The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. *Nicotine & tobacco research*, 6(2): S125-S140.

Csordas, A. Bernhard, D. (2013). The biology behind the atherothrombotic effects of cigarette smoke. *Nature Reviews Cardiology*, 10(4): 219-230.

Curry, S. J., Keller, P. A., Orleans, C. T., Fiore, M. C. (2008). The role of health care systems in increased tobacco cessation. *Annu. Rev. Public Health*, 29: 411-428.

Dal Maso, L., Torelli, N., Biancotto, E., Di Maso, M., Gimi, A., Franchim, G., Levi, F., La Vecchia, C., Serraino, D Polese, J. (2015). Combined effect of tobacco smoking and alcohol drinking in the risk of head and neck cancers: are-analysis of case-control studies using bidimensional spline models. *European Journal of Epidemiology*, 31 (4): 385-393.

Davis, R. M. (1993). When doctors smoke. *Tobacco Control*, 2(3): 187-188.

Dennis, P.A. (2005). The biology of tobacco and nicotine: bench to bedside. *Cancer Epidemiology and Biomarkers Prevalence*, 14(4): 764-767.

De Souza, L., Silveira, A.C., Freire, A.C., Coelho Figueira, A.P., Soares Ramos, A.P., Ramos, D., Cipulo Uzeloto, E.M., DeMelo Dantas, J.S., De Oliveira, V. Martins, G. (2017). Socio-demographic characteristics and smoking pattern of smokers seeking care in cessation programs. *Mundo da Saude*, 41(2): 163-169.

Diekman, S. T., Ballesteros, M. F., Berger, L. R., Caraballo, R. S., Kegler, S. R. (2008). Ecological level analysis of the relationship between smoking and residential-fire mortality. *Injury prevention*, 14(4): 228-231.

DiGiulio, A., Jump, Z., Babb, S., Schecter, A., Williams, K. S., Yembra, D., Armour, B. S. (2020). State Medicaid Coverage for Tobacco Cessation Treatments and Barriers to Accessing Treatments-United States, 2008-2018. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 69(6): 155.

Ding, Y., Yan, X., Jain, R., Lopp, E., Tavakoli, A., Polzin, G., Stanfill, S., Ashley, D. Watson, C. (2006). Determination of 14 Polycyclic Aromatic Hydrocarbons in Mainstream Smoke from U.S. Brand and Non-U.S. Brand Cigarettes.

*Environmental Science & Technology*, 40(4): 1133-1138.

Doll, R., Peto, R., Boreham, J., Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *Bmj*, 328(7455): 1519- 1527.

Drake, P., Driscoll, A. K., Mathews, T. J. (2018). Cigarette smoking during pregnancy: United States, 2016. *NCHS Data Brief*, no 305. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

Drope, J., Schluger, N., Cahn, Z., Hamill, S., Islami, F., Liber, A., Nargis, N., Stoklosa, M. (2018). The Tobacco Atlas. Sixth edition. American Cancer Society, Inc. and Vital Strategies. Atlanta Georgia <https://www.tobaccoatlas.org>, ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 22\11\2019.

Duaso, M. J., Bakhshi, S., Mujika, A., Purssell, E., While, A. E. (2017). Nurses' smoking habits and their professional smoking cessation practices. A systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 67: 3-11.

Ebbert, J. O., Wyatt, K. D., Hays, J. T., Klee, E. W., Hurt, R. D. (2010). Varenicline for smoking cessation: efficacy, safety, and treatment recommendations. *Patient preference and adherence*, 4: 355.

Edwards, R., Tu, D., Stanley, J., Martin, G., Gifford, H., Newcombe, R. (2018). Smoking prevalence among doctors and nurses-2013 New Zealand census data. *The New Zealand Medical Journal*, 131(1471): 48-57.

Ekpu, V. U., Brown, A. K. (2015). The economic impact of smoking and of reducing smoking prevalence: review of evidence. *Tobacco use insights*, 8: 1-35.

Engel, L. S., Chow, W. H., Vaughan, T. L., Gammon, M. D., Risch, H. A., Stanford, J. L., Schoenberg, J.B., Mayne, S.T., Dubrow, R., Rotterdam, H., West, A. B., Blaser, R., Blot, W.J., Gail, M.H., Fraumeni, J.F.Jr. (2003). Population attributable risks of esophageal and gastric cancers. *Journal of the National Cancer Institute*, 95(18): 1404-1413.

Engels, R. C., Vitaro, F., Blokland, E. D. E., de Kemp, R., Scholte, R. H. (2004). Influence and selection processes in friendships and adolescent smoking behaviour: the role of parental smoking. *Journal of adolescence*, 27(5):531-544.

Eriksen, W. (2005). Work factors and smoking cessation in nurses' aides: a prospective cohort study. *BMC Public Health*, 5(1): 142.

European Lung Foundation. (2013). <https://www.europeanlung.org> ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 22\11\2019.

European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP). (2018). Guidelines for treating tobacco dependence, Brussels, Belgium. [http://elearningensp.eu/pluginfile.php/1052/mod\\_resource/content/2/guidelines\\_2018\\_english.pdf](http://elearningensp.eu/pluginfile.php/1052/mod_resource/content/2/guidelines_2018_english.pdf) ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 22\11\2019.

Fathallah, N., Maurel-Donnarel, E., Baumstarck-Barrau, K., Lehucher-Michel, M. P. (2012). Three-year follow-up of attitudes and smoking behaviour among hospital nurses following enactment of France's national smoke-free workplace law. *International journal of nursing studies*, 49(7): 803-810.

Fagerstrom, K. (2002). The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. *Drugs*, 62(2): 1-9.

Ferdoutsis, M., Bouros, D., Meletis, G., Maltezas, G., Vlasserou, F., Siafakas, N. M. (1995). Pattern of smoking habits of the employees in a university hospital in Greece. *Indoor Environment*, 4(2): 121-125.

Ficarra, M. G., Gualano, M. R., Capizzi, S., Siliquini, R., Liguori, G., Manzoli, L., Piat, S. C. (2010). Tobacco use prevalence, knowledge and attitudes among Italian hospital healthcare professionals. *European journal of public health*, 21(1): 29-34.

Filippidis, F.E., Vardavas, C.I., Loukopoulou, A., Behrakis, P., Connolly, G.N. Tountas, Y. (2013). Prevalence and determinants of tobacco use among adults in Greece: 4year trends. *European Journal of Public Health*, 23(5): 772-776.

Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., Henderson, P. N. (2008). Treating tobacco use and dependence: 2008 update. *Rockville, MD: US Department of Health and Human Services*.

Fire statistics Great Britain 2014 to 2015 (2016) Department for Communities and Local Government London UK [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/532364/fire-statistics-england-1415-hosb0816.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/532364/fire-statistics-england-1415-hosb0816.pdf) ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 22\12\2019.

Frederiksen, N. (2018). Smoking Cessation in the Nordic Region. *Nordic Welfare Centre, Sweden*.

Gaudet, M. M., Carter, B. D., Brinton, L. A., Falk, R. T., Gram, I. T., Luo, J., Milne, R.L., Nyante, S.J., Weiderpass, E., Beane Freeman, L.E., Sandler, D.P., Robien, K., Anderson, K. E., Giles, G.G., Chen, W.Y., Feskanich, D., Braaten, T., Isaacs, C., Butler, L.M., Koh, W.P., Wolk, A., Adami, H.O., White, E., Margolis, K. L., Thun, M.J., Gapstur, S. M., (2017). Pooled analysis of active cigarette smoking and invasive breast cancer risk in 14 cohort studies. *International journal of epidemiology*, 46(3): 881-893.

Goodchild, M., Zheng, R. (2018). Early assessment of China's 2015 tobacco tax increase. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(7): 506-512.

Gratziou, C., Florou, A., Ischaki, E., Eleftheriou, K., Sachlas, A., Bersimis, S., Zakyntinos, S. (2014). Smoking cessation effectiveness in smokers with COPD and asthma under real life conditions. *Respiratory medicine*, 108(4): 577-583.

Hackshaw, A., Morris, J. K., Boniface, S., Tang, J. L., Milenković, D. (2018). Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *Bmj*, 360, j5855.

Haggard, F. A., Boushey, R. P. (2009). Colorectal cancer epidemiology: incidence, mortality, survival, and risk factors. *Clinics in colon and rectal surgery*, 22(04): 191-197.

Hall, J. R. (2010). The smoking-material fire problem. Quincy, MA: National Fire Protection Association, Fire Analysis and Research Division.

Hamajima, N., Hirose, K., Tajima, K., Rohan, T., Calle, E. E., Heath, C. W., Jr, Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2002). Alcohol, tobacco and breast cancer--collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *British journal of cancer*, 87(11): 1234-1245.

Heffernan, T. (2016). The impact of active and Passive Smoking upon Health and Neurocognitive Function. *Frontiers in psychiatry*, 7(148):1-2.

Heydari, G., Masjedi, M. Ahmady, A.E. (2014). A Comparative Study on Tobacco Cessation Methods: A Quantitative Systematic Review. *International Journal of Preventive Medicine*, 5(6): 673-678.

Hirayama T. (1981). Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *British medical journal (Clinical research ed.)*, 282(6259): 183-185.

Hudges, J.H. (2003). Motivating and Helping Smokers to Stop Smoking. *Journal of General Internal Medicine*, 18(12): 1053-1057.

Hunter, D. J., Reddy, K. S. (2013). Non communicable diseases. *New England Journal of Medicine*, 369(14): 1336-1343.

Hurt, R. D., Ebbert, J. O., Hays, J. T., McFadden, D. D. (2009). Treating tobacco dependence in a medical setting. *CA: a cancer journal for clinicians*, 59(5), 314-326.

Ioannidis, J.P.A. (2017). Greece: Crisis, smoking and tobacco conflicts in social media. *European Journal of Clinical Investigation*, 5: 128-141.

Jee, S. H., Ohrr, H., Sull, J. W., Samet, J. M. (2004). Cigarette smoking, alcohol drinking, hepatitis B, and risk for hepatocellular carcinoma in Korea. *Journal of the national cancer institute*, 96(24): 1851-1856.

Jha P., Chaloupka FJ. (1999) *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington, DC: World Bank.

Jhanjee, S. (2014). Evidence based psychosocial interventions in substance use. *Indian journal of psychological medicine*, 36(2): 112.

Jiloha, R.C. (2013). Biological basis of tobacco addiction: Implications for smoking cessation treatment. *Indian Journal of Psychiatry*, 52(4): 301-307.

Jiménez-Ruiz, C. A., Miranda, J. A. R., Pinedo, A. R., de Higes Martinez, E., Marquez, F. L., Cobos, L. P., Solano, R. S., de Granda Orive, J. L., de Lucas Ramos, P. (2015). Prevalence of and attitudes towards smoking among Spanish health professionals. *Respiration*, 90(6): 474-480.

Juranić, B., Rakošec, Ž., Jakab, J., Mikšić, Š., Vuletić, S., Ivandić, M., Blažević, I. (2017). Prevalence, habits and personal attitudes towards smoking among health care professionals. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 12(1): 20.

Katz, D., Stewart, K., Paez, M., Holman, J., Adams, L., Battaglia, T., Joseph, N., Titler, G. Ono, S. (2016). “Let Me Get You a Nicotine Patch”: Nurses Perceptions of Implementing Smoking Cessation Guidelines. *Oxford Academic*, 181 (4): 373-382.

Kelly, M., Wills, J., Sykes, S. (2017). Do nurses' personal health behaviours impact on their health promotion practice? A systematic review. *International journal of Nursing studies*, 76: 62-77.



Khefacha, S. A., Ghali, H., Ben, M. R., Ben, S. F., Ben, R. O., Dhidah, L., Said, H. L. (2018). Smoking attitudes and behavior of the hospital staff Sahloul (Sousse, Tunisia). *Revue des maladies respiratoires*, 35(3): 256-263.

Kim, D., Chen, C., Tysinger, B., Park, S., Chong, M. Z., Wang, L., Zha, M., Yuan, J.M., Koh, W. P., Yoong, J., Bhattacharya, J., Eggleston, K. (2019). Smoking, life expectancy, and chronic disease in South Korea, Singapore, and the United States: A microsimulation model. *Health Economics*, 2019: 1-13.

King, B. A., Dube, S. R., Babb, S. D., McAfee, T. A. (2013). Patient-reported recall of smoking cessation interventions from a health professional. *Preventive medicine*, 57(5): 715-717.

Koukia, E., Stathopoulos, T., Gonis, N., Kourakos, M. (2016). Psychiatric nurses' knowledge and practices towards patients' tobacco-related habits in mental health hospitals in Greece. *Tobacco Prevention & Cessation*, 2(10).

Koumi, I. Tsiantis, J. (2001). Smoking Trends in Adolescence: Report on a Greek School-Based, Peer-led Intervention Aimed at Prevention. *Health Promotion International*, 16(1): 65-72.

Kyrlesli, A., Soteriades, E.S., Warren, C.W., Kremastinou, J., Papastergiou, P., Jones, N.R., Hadjichristodoulou, C. (2007). Tobacco use among students aged 13–15 years in Greece: the GYTS project. *British Medical Journal of Public Health*, 8 (7): 3-9.

La Torre, G., Saulle, R., Di Nardo, F., Germani, T. (2011). Smoking cessation interventions in nurses and other health care workers. *Reviews in Health Care*, 2(1): 29-39.

Laborin, R. L. (2009). Smoking and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Parallel epidemics of the 21st century. *International journal of environmental research and public health*, 6(1): 209-224.

Lancaster, T., Stead, L., Silagy, C., Sowden, A. (2000). Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *Bmj*, 321(7257): 355-358.

Letter, F. (2013). Short term change in self-reported symptoms after smoking cessation in an internet sample. *European Respiratory Journal*, 35(6): 1249-1255.

Li, H. Z., Sun, H., Liu, Z., Zhang, Y., Cheng, Q. (2007). Cigarette smoking and anti-smoking counselling: dilemmas of Chinese physicians. *Health Education*, 107(2): 192-207.

Li, H. Z., Zhang, Y., MacDonell, K., Li, X. P., Chen, X. (2012). Counseling Chinese patients about cigarette smoking: the role of nurses. *Health Education*, 112(4): 350-364.

Livingstone-Banks, J., Ordóñez-Mena, J. M., Hartmann-Boyce, J. (2019). Print-based self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).

Lundback, B., Lindberg, A., Lindstrom, M., Rönmark, E., Jonsson, A. C., Jönsson, E., Larsson, L. G., Andersson, S., Sandström, T., Larsson, K. (2003). Not 15 but 50% of smokers develop COPD?—report from the obstructive lung disease in Northern Sweden studies. *Respiratory medicine*, 97(2): 115-122.

Lecours, N., Almeida, G. E., Abdallah, J. M., Novotny, T. E. (2012). Environmental health impacts of tobacco farming: a review of the literature. *Tobacco control*, 21(2): 191-196.

Loureiro, M. L., Sanz- de- Galdeano, A., Vuri, D. (2010). Smoking habits: like father, like son, like mother, like daughter?. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 72(6): 717-743.

Mackay, J., Eriksen, M., Eriksen, M. P. (2002). *The tobacco atlas*. World Health Organization.

Mackay, J. (2018). The global epidemiology of tobacco and related chronic diseases. *Public Health*, 126: 199–201.

Makadia, L.D., Roper, P.J., Andrews, J.O. Tingen, M.S. (2017). Tobacco Use and Smoke Exposure in Children: New Trends, Harm, and Strategies to Improve Health Outcome. *Current Allergy and Asthma Reports*, 17(8): 231-238.

Malone, V., Harrison, R. Daker-White, G. (2018). Mental health service user and staff perspectives on tobacco addiction and smoking cessation: A meta-synthesis of published qualitative studies. *Wiley Online Library*, 25 (4): 270-282.

Markou, A. (2008). Neurobiology of nicotine dependence. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 363: 3159-3168.

Max, W. (2001). The Financial Impact of Smoking on Health-Related Costs: A Review of the Literature. *American Journal of Health Promotion*, 15(5): 321–331.

McKenna, H., Slater, P., McCance, T., Bunting, B., Spiers, A., McElwee, G. (2001). Qualified nurses' smoking prevalence: their reasons for smoking and desire to quit. *Journal of Advanced Nursing*, 35(5): 769-775.

McKenna, H., Slater, P., McCance, T., Bunting, B., Spiers, A., McElwee, G. (2003). The role of stress, peer influence and education levels on the smoking behaviour of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40(4): 359-366.

Micevska, T., Warne, M. S. J., Pablo, F., Patra, R. (2006). Variation in, and causes of, toxicity of cigarette butts to a cladoceran and microtox. *Archives of Environmental Contamination and Toxicology*, 50(2): 205-212.

Miller, K. D., Siegel, R. L., Lin, C. C., Mariotto, A. B., Kramer, J. L., Rowland, J. H., Stein, K. D., Alteri, R., Jemal, A. (2016). Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. *CA: a cancer journal for clinicians*, 66(4) : 271-289.

Mizher, I. Y., Fawaqa, S. I., Sweileh, W. M. (2018). Prevalence and personal attitudes towards tobacco smoking among Palestinian healthcare professionals: a cross-sectional study. *Addiction science & clinical practice*, 13(1): 17.

Moodie, R., Stuckler, D. Monteiro, C. (2013). Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol and ultra-processed food and drink industries. *Lancet*, 381: 670-679.

Moysidou, A., Farsalinos, K. E., Voudris, V., Merakou, K., Kourea, K., Barbouni, A. (2016). Knowledge and perceptions about nicotine, nicotine replacement therapies and electronic cigarettes among healthcare professionals in Greece. *International journal of environmental research and public health*, 13(5): 514.

Mujika, A., Arantzamendi, M., Lopez-Dicastillo, O., Forbes, A. (2017). Health professionals' personal behaviours hindering health promotion: A study of nurses who smoke. *Journal of advanced nursing*, 73(11): 2633-2641.

Newhouse, R., Bryon, D., Storkman, E. Johantgen, M. (2018). Multisite Studies Demonstrate Positive Relationship Between Practice Environments and Smoking Cessation Counseling Evidence-Based Practices. *Sigma Global Nursing Excellence*, 15 (3): 217-224.

Ng, M., Freeman, M.K. Fleming, T.D. (2014). Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980–2012. *Journal of American Medical Association*, 311: 183-192.

Nilan, K., McKeever, T. M., McNeill, A., Raw, M., Murray, R. L. (2019). Prevalence of tobacco use in healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 14(7).

Novotny, T., Lum, K., Smith, E., Wang, V., Barnes, R. (2009). Cigarettes butts and the case for an environmental policy on hazardous cigarette waste. *International journal of environmental research and public health*, 6(5): 1691-1705.

Novotny, T. E., Bialous, S. A., Burt, L., Curtis, C., Costa, V. L. D., Iqtidar, S. U., Liu, Y., Pujari, S., Tursan d'Espaignet, E. (2015). The environmental and health impacts of tobacco agriculture, cigarette manufacture and consumption. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(12): 877-880.

Okutan, O., Taş, D., Kaya, H., Kartaloğlu, Z. (2007). Affecting factors of nicotine dependence in the smoker health workers. *Tuberkuloz ve toraks*, 55(4): 356-363.

O'Donovan, G. (2009). Smoking prevalence among qualified nurses in the Republic of Ireland and their role in smoking cessation. *International nursing review*, 56(2): 230-236.

Parrott, S., Godfrey, C. (2004). Economics of smoking cessation. *Bmj*, 328(7445): 947-949.

Pelucchi, C., Gallus, S., Garavello, W., Bosetti, C., La Vecchia, C. (2006). Cancer risk associated with alcohol and tobacco use: focus on upper aero-digestive tract and liver. *Alcohol Research & Health*, 29(3): 193-198.

Perdikaris, P., Kletsiou, E., Gymnopoulou, E., Matziou, V. (2010). The relationship between workplace, job stress and nurses' tobacco use: a review of the literature. *International journal of environmental research and public health*, 7(5): 2362-2375.

Pereira, P. P. D. S., Da Mata, F. A., Figueiredo, A. C. G., de Andrade, K. R. C., Pereira, M. G. (2017). Maternal active smoking during pregnancy and low birth weight in the Americas: a systematic review and meta-analysis. *Nicotine & tobacco research*, 19(5): 497-505.

Pesce, G., Marcon, A., Calciano, L., Perret, J. L., Abramson, M. J., Bono, R., Jögi, R. (2019). Time and age trends in smoking cessation in Europe. *PloS one*, 14(2): e0211976.

Picciotto, M.R., Caldarone, B.J., King, S.L. Zacharion, V. (2000). Nicotine receptors in the brain: Links between molecular biology and behavior. *Neuropsychopharmacology*, 22: 451-456.

Qiao, Q., Tervahauta, M Nissinen, A. (2000). Mortality from all causes and from coronary heart disease related to smoking and changes in smoking during a 35-year follow-up of middle aged Finnish men. *European Heart Journal*, 21: 1621- 1626.

Rachiotis, G., Barbouni, A. Katsioulis, A. (2017). Prevalence and determinants of current and secondhand smoking in Greece: results from the Global Adult Tobacco Survey (GATS) study. *British Medical Journal Open*, 7: 131-150.

Radsma, J., Bottorff, J. L. (2009). Counteracting ambivalence: nurses who smoke and their health promotion role with patients who smoke. *Research in nursing & health*, 32(4): 443-452.

Ravara, S. B., Calheiros, J. M., Aguiar, P., Barata, L. T. (2011). Smoking behaviour predicts tobacco control attitudes in a high smoking prevalence hospital: A cross-sectional study in a Portuguese teaching hospital prior to the national smoking ban. *BMC Public Health*, 11(1): 720.

Register, K. (2000). Cigarette butts as litter-toxic as well as ugly. *Underwater Naturalist*, 25(2): 23-29.

Reitsma, M. B., Fullman, N., Ng, M., Salama, J. S., Abajobir, A., Abate, K. H., Adebisi, A. O. (2017). Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 389(10082): 1885-1906.

Rezaei, S., Sari, A. A., Arab, M., Majdzadeh, R., Poorasl, A. M. (2016). Economic burden of smoking: a systematic review of direct and indirect costs. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 30, 397.

Rezk-Hanna, M., Sarna, L., Petersen, A. B., Wells, M., Nohavova, I., Bialous, S. (2018). Attitudes, barriers and facilitators to smoking cessation among Central and Eastern European nurses: A focus group study. *European Journal of Oncology Nursing*, 35: 39-46.

Ribassin-Majed, R. Hill, C. (2015). Trends in tobacco-attributable mortality in France. *European Journal of Public Health*, 25 (5): 824-828.

Rowa-Devar, N. Ritchie, D. (2014). Protecting children from smoking in the home: an ethics of care perspective. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 19 (5): 214-218.

Ruff, L. K., Volmer, T., Nowak, D., Meyer, A. (2000). The economic impact of smoking in Germany. *European Respiratory Journal*, 16(3): 385-390.

Sakata, R., McGale, P., Grant, E.J., Ozasa, K., Peto, K. Darby, S.C. (2012). Impact of smoking on mortality and life expectancy in Japanese smokers: a prospective cohort study. *British Medical Journal*, 345: 70-93.

Sánchez, A. R., de Torres, L. Á. P., Luna, F. S., Ruiz-Moral, R. (2018). Prevalence of tobacco consumption among young physicians at a regional university hospital in southern Spain: a cross-sectional study. *BMJ open*, 8(2).

Sanco, D. (2009). A study on liability and the health costs of smoking. *Final report*, London, GHK.

Sari, A. A., Rezaei, S., Arab, M., Majdzadeh, R., Matin, B. K., Zandian, H. (2016). Effects of smoking on cost of hospitalization and length of stay among patients with lung cancer in Iran: a hospital-based study. *Asian Pac J Cancer Prev*, 17(9): 4421-4426.

Sari, A. A., Rezaei, S., Arab, M., Matin, B. K., Majdzadeh, R. (2017). Does smoking status affect cost of hospitalization? Evidence from three main diseases associated with smoking in Iran. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 31, 63.

Sarna, L., Bialous, S. A., Wells, M., Kotlerman, J., Wewers, M. E., Froelicher, E. S. (2009). Frequency of nurses' smoking cessation interventions: report from a national survey. *Journal of Clinical Nursing*, 18(14): 2066-2077.

Schneider, A., Bak, M., Mahoney, C., Hoyle, L., Kelly, M., Atherton, I. M., Kyle, R. G. (2019). Health-related behaviours of nurses and other healthcare professionals: A cross-sectional study using the Scottish Health Survey. *Journal of advanced nursing*, 75(6): 1239-1251.

Schroeder, S.A. (2013). New evidence that cigarette smoking remains the most important health hazard. *The New England Journal of Medicine*, 368(4): 389-390.

Schultz, A. S. (2003). Nursing and tobacco reduction: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 40(6): 571-586.

Seccia, T. M., Calò, L. A. (2018). Smoking causes atrial fibrillation? Further evidence on a debated issue. *European journal of preventive cardiology*, 25(13): 1434.

Sharpe, T., Alsahlanee, A., Ward, K. D., Doyle, F. (2018). Systematic review of clinician-reported barriers to provision of smoking cessation interventions in hospital inpatient settings. *Journal of Smoking Cessation*, 13(4): 233-243.

Shiffman, S., Brockwell, S. E., Pillitteri, J. L., Gitchell, J. G. (2008). Use of smoking-cessation treatments in the United States. *American journal of preventive medicine*, 34(2): 102-111.

Shiffman, S. Kirchner, T.R. (2009). Cigarette-by-cigarette satisfaction during ad libitum smoking. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(2):348-35.

Siddiqui, F., Siddiqui, A. H. (2019). Cancer, Lung. In *StatPearls*. Treasure Island StatPearls Publishing.

Simpson, C.R., Hippisley-Cox, J. Sheikh, A. (2010). Trends in the epidemiology of smoking recorded in UK general practice. *British Journal of General Practice*, 60(572): 121-127.

Slattery, M. L., Curtin, K., Anderson, K., Ma, K. N., Ballard, L., Edwards, S., Schaffer, D., Potter, J., Leppert, M., Samowitz, W. S. (2000). Associations between cigarette smoking, lifestyle factors, and microsatellite instability in colon tumors. *Journal of the National Cancer Institute*, 92(22): 1831-1836.

Slaughter, E., Gersberg, R. M., Watanabe, K., Rudolph, J., Stransky, C., Novotny, T. E. (2011). Toxicity of cigarette butts, and their chemical components, to marine and freshwater fish. *Tobacco control*, 20(Suppl 1), i25-i29.

Smith, D. R., Leggat, P. A. (2007). An international review of tobacco smoking research in the nursing profession, 1976-2006. *Journal of Research in Nursing*, 12(2): 165-181.

Sonmez, C. I., Aydin, L. Y., Turker, Y., Baltaci, D., Dikici, S., Sariguzel, Y. C., Demir, M. (2015). Comparison of smoking habits, knowledge, attitudes and tobacco control interventions between primary care physicians and nurses. *Tobacco induced diseases*, 13(1): 37

Sotiropoulos, A., Gikas, A., Spanou, E., Dimitrelos, D., Karakostas, F., Skliros, E., Apostolou, O., Politakis, P., Pappas, S. (2007). Smoking habits and associated factors among Greek physicians. *Public health*, 121(5): 333-340.

Special Eurobarometer 385 “Attitudes of Europeans towards tobacco”. (2012). European Union. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/tobacco/docs/eurobaro\\_attitudes\\_towards\\_tobacco\\_2012\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf) ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 29/12/2019.

Special Eurobarometer 458 “Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes”. (2017). European Union. [file:///C:/Users/User/Downloads/ebs\\_458\\_sum\\_en%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/ebs_458_sum_en%20(1).pdf) ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 29/12/2019.

Stamatopoulou, E., Stamatiou, K., Voulioti, S., Christopoulos, G., Pantza, E., Stamatopoulou, A., Giannopoulos, D. (2014). Smoking behavior among nurses in rural Greece. *Workplace health & safety*, 62(4): 132-134.

Stafylis, C., Rachiotis, G., Katsioulis, A., Mouchtouri, V.A., Hadjichristodoulou, C. (2018). Prevalence and determinants of smoking and secondhand smoke exposure in a rural population of central Greece: a cross-sectional study. *Rural and Remote Health*, 18: 4218-4221.

Stanford, S.T. (2017). Dramatic Data about Smoking and Life Expectancy. *Pediatric Annals*, 42(4): 132-133.

Stead, L. F., Hartmann-Boyce, J., Perera, R., Lancaster, T. (2013). Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*, (8).

Sung, H. Y., Wang, L., Jin, S., Hu, T. W., Jiang, Y. (2006). Economic burden of smoking in China, 2000. *Tobacco control*, 15(suppl 1): i5-i11.

Tachfouti, N., Raheison, C., Obtel, M. Nejjari, C. (2013). Mortality attributable to tobacco: review of different methods. *Archives of Public Health*, 72: 22-23.

Tarantilis, F., Athanasakis, K., Zavras, D., Vozikis, A., Kyriopoulos, I. (2015). Estimates of price and income elasticity in Greece. Greek debt crisis transforming cigarettes into a luxury good: an econometric approach. *BMJ open*, 5(1), 004748.

Taylor, G. M., Dalili, M. N., Semwal, M., Civljak, M., Sheikh, A., Car, J. (2017). Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).



Taylor, D.H., Hasselblad, V., Henley, J., Thun, J. Sloan, F.A. (2002). Benefits of Smoking Cessation for Longevity. *American Journal of Public Health Association*, 92: 990-996.

Teo, K. K., Ounpuu, S., Hawken, S., Pandey, M. R., Valentin, V., Hunt, D., Diaz, R., Rashed, W., Freeman, F., Jiang, L., Zhang, X.; Yusuf, S. (2006). Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *The lancet*, 368(9536): 647-658.

The American Cancer Society, (2019). <https://www.cancer.org> ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 22\11\2019.

Thun, M. J., Carter, B. D., Feskanich, D., Freedman, N. D., Prentice, R., Lopez, A. D., Hartge, P., Gapstur, S. M. (2013). 50-year trends in smoking-related mortality in the United States. *The New England journal of medicine*, 368(4): 351-364.

Thun, M., Apicella, L., Henley, S. (2000). Estimating the numbers of smoking-related deaths. *Journal of American Medical Association*, 284: 2319-2320.

Thy, T., Boker, T., Gallefoss, F., Bakke, P. S. (2007). Hospital doctors' attitudes toward giving their patients smoking cessation help. *The clinical respiratory journal*, 1(1): 30-36.

Tsalapati, K., Vardavas, C. I., Athanasakis, K., Thireos, E., Vozikis, A., Pavi, E., Behrakis, P., Kyriopoulos, I. (2014). Going up in ashes? Smoking-attributable morbidity, hospital admissions and expenditure in Greece. *The European Journal of Public Health*, 24(3): 477-479.

U.S. Department of Health & Human Service, (2019) <https://betobaccofree.hhs.gov/quit-now/index.html> ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 10/01/2020.

U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: What It Means to You. (2010). Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. (2014). Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention,

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.

Vagropoulos, I., Tsilchorozidou, T., Tsinopoulos, G., Salonikidou, Z., Mouratova, M., Giavropoulou, M., Grigoriadis, N. (2006). Smoking habits among the hospital staff of a General Hospital in northern Greece: a long way for smoke-free hospitals. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 65(3): 160-164.

Vardavas, C. I., Bouloukaki, I., Linardakis, M. K., Tzilepi, P., Tzanakis, N., Kafatos, A. G. (2009). Smoke-free hospitals in Greece: Personnel perceptions, compliance and smoking habit. *Tobacco induced diseases*, 5(1): 8.

Vardavas, C.I., Kafatos, A.G. (2017). Smoking policy and prevalence in Greece: an overview. *European Journal of Public Health*, 17(2): 211-213.

Vogt, F., Hall, S., Marteau, T. M. (2005). General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. *Addiction*, 100(10): 1423-1431.

Wacker, M., Holle, R., Heinrich, J., Ladwig, K. H., Peters, A., Leidl, R., Menn, P. (2013). The association of smoking status with healthcare utilisation, productivity loss and resulting costs: results from the population-based KORA F4 study. *BMC health services research*, 13(1): 278.

Warner, D. O., Borah, B. J., Moriarty, J., Schroeder, D. R., Shi, Y., Shah, N. D. (2014). Smoking status and health care costs in the perioperative period: a population-based study. *JAMA surgery*, 149(3): 259-266.

Webb, M. S., de Ybarra, D. R., Baker, E. A., Reis, I. M., Carey, M. P. (2010). Cognitive-behavioral therapy to promote smoking cessation among African American smokers: A randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(1): 24.

WHO. Framework Convention on Tobacco Control. (2003) World Health Organization, Geneva, Switzerland  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf;jsessionid=B4E0B33FF4528AEC7E34AC4E7A968F9?sequence=1> ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 30/12/2019.

Wilkes, S. (2008). The use of bupropion SR in cigarette smoking cessation. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 3(1): 45-53.

Willemsen, M. C. (2018). The International Context: EU and WHO. In *Tobacco Control Policy in the Netherlands*. Palgrave Macmillan, Cham.

World Health Organization (2005) WHO global report: Preventing chronic diseases: A vital investment. Geneva: World Health Organization. [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/) ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 10/12/2019.

World Health Organization. *Report on the Global Tobacco Epidemic, (2011)*. Geneva: World Health Organization, [https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=hrIXDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=World+Health+Organization.+WHO+Report+on+the+Global+Tobacco+Epidemic,+2011.+Geneva:+World+Health+Organization,+2011.&ots=xke2ing4hr&sig=QaAtwrFqLcapCDBjKtzoW\\_HnRA&redir\\_esc=y#v=onepage&q=World%20Health%20Organization.%20WHO%20Report%20on%20the%20Global%20Tobacco%20Epidemic%2C%202011.%20Geneva%20World%20Health%20Organization%2C%202011.&f=false](https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=hrIXDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=World+Health+Organization.+WHO+Report+on+the+Global+Tobacco+Epidemic,+2011.+Geneva:+World+Health+Organization,+2011.&ots=xke2ing4hr&sig=QaAtwrFqLcapCDBjKtzoW_HnRA&redir_esc=y#v=onepage&q=World%20Health%20Organization.%20WHO%20Report%20on%20the%20Global%20Tobacco%20Epidemic%2C%202011.%20Geneva%20World%20Health%20Organization%2C%202011.&f=false) ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 20/12/2019.

WHO report on the global tobacco epidemic 2019, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/data-and-statistics> ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 22/11/2019.

WHO, 2019, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> , ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 22/11/2019.

WHO, European tobacco use 2019, [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/402777/Tobacco-Trends-Report-ENG-WEB.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/402777/Tobacco-Trends-Report-ENG-WEB.pdf?ua=1), ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 22/12/2019.

Yang, L., Sung, H. Y., Mao, Z., Hu, T. W., Rao, K. (2011). Economic costs attributable to smoking in China: update and an 8-year comparison, 2000–2008. *Tobacco control*, 20(4): 266-272.

Zarogoulidis, P., Pataka, A., Kotoulas, S., Stefanidou, E., Trakada, G., Argyropoulou, P., (2017). “Smoking Cessation During the Years of Economic Crisis: A Smoking Cessation Clinic Experience”. *EC Pulmonology and Respiratory Medicine* 3.3: 96-103.

Zhu, W., Yuan, P., Shen, Y., Wan, R., Hong, K. (2016). Association of smoking with the risk of incident atrial fibrillation: a meta-analysis of prospective studies. *International journal of cardiology*, 218: 259-266.

Zinonos, S., Zachariadou, T., Zannetos, S., Panayiotou, A. G., Georgiou, A. (2016). Smoking prevalence and associated risk factors among healthcare professionals in Nicosia general hospital, Cyprus: a cross-sectional study. *Tobacco induced diseases*, 14(1): 14.

Γαλάνης, Π. (2017). Μεθοδολογία σχεδιασμού των μελετών. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 34: 559–566.

Γιωτάκης, Κ., Δουζένης, Α., Τσελεμπής, Α., Πάχη, Α., Ζαφειρόπουλος, Γ., Μπράτης, Δ., Μουσσάς, Γ., Καρκανιάς, Α., (2013). Ψυχολογικά χαρακτηριστικά και καπνιστική συνήθεια σε επαγγελματίες υγείας, *Εγκέφαλος*, 50: 82-88.

Δεν καπνίζω, Ζω ελεύθερα, (2019). <http://www.denkapnizo.org/news> ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 30/12/2019.

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008 - 2012. (2008) Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα <https://eody.gov.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1/%CE%9A%CE%AC%CF%80%CE%BD%CE%B9%CF%83%CE%BC%CE%B1/kapnisma.pdf> ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 30/12/2019.

Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία, <http://www.hts.org.gr/%CE%94%CE%B9%CE%B1%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%B1%CF%83%CE%AF%CE%B1%CF%80%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%80%CE%BF%CE%AF%CE%B7%CF%83%CE%B7%CF%82%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B5%CE%AF%CF%89%CE%BD%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%BF%CF%80%CE%AE%CF%82%CE%BA%CE%B1%CF%80%CE%BD%CE%AF%CF%83%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82> ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 30/12/2019.

Κουράκος, Μ., Καυκιά, Θ., Φαρδέλος, Ε. (2016). Εξάρτηση από τη νικοτίνη και στρατηγικές διακοπής καπνίσματος. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. 9(1): 8-16.

Νόμος 3420/2005 ΦΕΚ 298/Α/6-12-2005 <https://www.e-nomothesia.gr/inner.php/kat-epikheireseis/kapnos-kapnisma/n-3420-2005.html?print=1> ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 30/12/2019.

Νόμος 3730/2008. ΦΕΚ Α 262/23-12-2008.  
[file:///C:/Users/User/Downloads/L%2037302008%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/L%2037302008%20(1).pdf) ανακτήθηκε από το  
διαδίκτυο στις 30/12/2019.

Νόμος 3868/2010. ΦΕΚ Α 129/03-08-2010.  
[https://eeae.gr/files/nomothesia/%CE%9D\\_3868\\_FEK\\_129\\_%CE%91\\_2010.pdf](https://eeae.gr/files/nomothesia/%CE%9D_3868_FEK_129_%CE%91_2010.pdf)  
ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 30/12/2019.

Νόμος 4419/2016. ΦΕΚ Α 174/20.09.2016.  
[http://www.pkm.gov.gr/inst/pkm/gallery/PKM%20files/Smoking/%CE%9D\\_4419\\_2016.pdf](http://www.pkm.gov.gr/inst/pkm/gallery/PKM%20files/Smoking/%CE%9D_4419_2016.pdf)  
ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 30/12/2019.

Νόμος 4633/2019. ΦΕΚ Τεύχος Α 161/16.10.2019. (4645-4646).  
<file:///C:/Users/User/Downloads/document.pdf> ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις  
30/12/2019.

Σπυριδόπουλος, Θ. Ν., Παγώνη, Α., Καζιάνη, Κ., Σούλης, Γ., Κακκαβάς, Θ.,  
Γιαλαμάς, Σ., Μπαλανίκα, Α., Μπαλάς, Χ. Σ. (2014). Μέθοδοι διακοπής του  
καπνίσματος. Νεότερα δεδομένα. *Ιατρικά χρονικά* 22(2): 106-109.

Υπουργείο Υγείας Ελλάδος, <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/antimetwpish-eksarthsewn/loipes-eksarthseis/plhrofories-gia-thn-apeksarthsh-apo-to-kapnisma/5204-iatreia-diakophs-kapnismatos> ανακτήθηκε από  
το διαδίκτυο στις 30/12/2019.

Υπουργείο Υγείας Ελλάδος, Εθνικό Σχέδιο Δράσης κατά του Καπνίσματος «Η  
Υγεία μας ενώνει», <https://government.gov.gr/thetiki-antapokrisi-ton-politon-stin-efarmogi-tou-antikapnistikou-nomou/> ανακτήθηκε από το διαδίκτυο στις 30/01/2020.

Υπουργική Απόφαση Υ1/Γ.Π.οικ.81348/2005. ΦΕΚ 1075/Β/29-7-2005.  
[file:///C:/Users/User/Downloads/KYA%2081348.2005%20\(%CE%A6%CE%95%CE%9A%201075%20B\)%20\(%CE%A0%CE%B5%CF%81%CE%AF%20%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%86%CE%AE%CE%BC%CE%B9%CF%83%CE%B7%CF%82%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CF%87%CE%BF%CF%81%CE%B7%CE%B3%CE%AF%CE%B1%CF%82%20%CF%80%CF%81.%20%CE%9A%CE%B1%CF%80%CE%BD%CE%BF%CF%8D.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/KYA%2081348.2005%20(%CE%A6%CE%95%CE%9A%201075%20B)%20(%CE%A0%CE%B5%CF%81%CE%AF%20%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%86%CE%AE%CE%BC%CE%B9%CF%83%CE%B7%CF%82%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CF%87%CE%BF%CF%81%CE%B7%CE%B3%CE%AF%CE%B1%CF%82%20%CF%80%CF%81.%20%CE%9A%CE%B1%CF%80%CE%BD%CE%BF%CF%8D.pdf) ανακτήθηκε από το  
διαδίκτυο στις 30/12/2019.



