



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Στάσεις και απόψεις των φοιτητών Επιστημών Υγείας για το
κάπνισμα σε σχέση με τη γενική υγεία τους»**

Ονοματεπώνυμο μεταπτυχιακού φοιτητή

ΡΟΥΝΤΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Παραλίκας Θεοδόσιος (Πατήρ Σέργιος) Επιβλέπων καθηγητής
Χατζόγλου Χρυσή Μέλος τριμελούς επιτροπής
Κοτρώτσιου Στυλιανή Μέλος τριμελούς επιτροπής

Λάρισα, 2020

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ από καρδιάς τον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο ΘΕΟΔΟΣΙΟ ΠΑΡΑΛΙΚΑ (Πατέρα Σέργιο) για την εμπιστοσύνη, την καθοδήγηση, την υποστήριξη, την αισιοδοξία, την καλοσύνη και την πολύτιμη βοήθεια που απλόχερα μου προσέφερε για να φέρω εις πέρας την πτυχιακή μου εργασία. Επίσης, ευχαριστώ πολύ όλους τους φοιτητές που συμμετείχαν και με βοήθησαν να διεκπεραιώσω την ερευνητική μου μελέτη.

Αφιερώνω την πτυχιακή μου εργασία στη μητέρα μου και ιδιαίτερα στη μνήμη του πατέρα μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<i>Περίληψη</i>	5
<i>Abstract</i>	7
<i>Εισαγωγή</i>	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο : ΚΑΠΝΙΣΜΑ	11
1.1. <i>Ιστορική αναδρομή</i>	11
1.2 <i>Εθισμός στη νικοτίνη</i>	122
1.3. <i>Επιδημιολογικά δεδομένα για τη χρήση καπνού</i>	167
1.4. <i>Παράγοντες που συντελούν στην έναρξη του καπνίσματος – Παθητικό κάπνισμα</i>	189
1.5. <i>Προβλήματα που προκαλούνται από το κάπνισμα</i>	213
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο :ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΦΟΙΤΗΤΕΣ	268
2.1. <i>Η μεταβατική περίοδος της φοιτητικής ζωής</i>	268
2.2. <i>Ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά της πληθυσμιακής ομάδας των φοιτητών</i>	268
2.3. <i>Επιδημιολογικά στοιχεία για το κάπνισμα στο φοιτητικό πληθυσμό</i>	28
2.4. <i>Παράγοντες που σχετίζονται με την καπνιστική συμπεριφορά των φοιτητών</i>	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο : Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	33
3.1. <i>Συμπτώματα στέρησης της νικοτίνης</i>	33
3.2. <i>Λόγοι που αναγκάζουν τους καπνιστές να κόψουν το κάπνισμα</i>	34
3.3. <i>Οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος</i>	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο : ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	38
4.1. <i>Πολιτικές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας κατά του καπνίσματος</i>	38
4.2. <i>Ευρωπαϊκές πολιτικές κατά του καπνίσματος</i>	39
4.3. <i>Αντικαπνιστική πολιτική στην Ελλάδα</i>	41
4.4. <i>Παρεμβατικές τακτικές διακοπής του καπνίσματος</i>	42
4.5. <i>Πολιτικές υγείας για το κάπνισμα στο φοιτητικό πληθυσμό</i>	46
<i>Συμπεράσματα θεωρητικού μέρους</i>	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	49
5.1 <i>Ερευνητικό πρόβλημα – Ερευνητικός σκοπός</i>	49
5.2 <i>Πληθυσμός υπό μελέτη</i>	49
5.3 <i>Ερωτηματολόγια και μεταβλητές υπό μελέτη – Ερευνητικές Υποθέσεις</i>	50
5.4 <i>Στατιστική Ανάλυση</i>	51
5.5 <i>Περιγραφική Ανάλυση Αποτελεσμάτων</i>	52
5.5.1 <i>Ανάλυση αξιοπιστίας</i>	54

5.5.2 Παράγοντες που σχετίζονται με τη γενική υγεία (GHQ – 28).....	54
5.5.3 Παράγοντες που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά της καπνιστικής συνήθειας.....	57
5.5.4 Παράγοντες που σχετίζονται με τη κλίμακα εθισμού στη νικοτίνη	58
5.5.5 Ανάλυση κανονικότητας	59
5.6 Επαγωγική ανάλυση αποτελεσμάτων	60
5.6.1 Συσχέτιση Pearson	60
5.6.2 Επίδραση δημογραφικού παράγοντα Φύλο στις κλίμακες του ερωτηματολογίου	61
5.6.3 Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ των αντιλήψεων των ερωτηθέντων για τη γενική υγεία με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	66
5.6.4 Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ των αντιλήψεων των ερωτηθέντων για τα χαρακτηριστικά καπνιστικής συνήθειας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	69
5.6.5 Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ των αντιλήψεων των ερωτηθέντων για την κλίμακα εθισμού με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά	72
5.7.1 Σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας με άλλες μελέτες από την βιβλιογραφία.....	74
5.7.2 Περιορισμοί έρευνας	77
5.7.3 Προτάσεις για βελτίωση – μελλοντική έρευνα.....	77
5.8 Συμπεράσματα	79
BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	83

Περίληψη

Εισαγωγή: Το κάπνισμα, σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες, είναι η πιο συχνή αιτία πρόκλησης παθολογικών καταστάσεων, οι οποίες μπορεί να επιφέρουν μέχρι και το θάνατο. Παρά τις αποδεδειγμένες επιστημονικά επιβλαβείς επιπτώσεις του καπνού και των εξαρτησιογόνων ουσιών που περιέχει στην ανθρώπινη υγεία, οι χρήστες εμφανίζονται διστακτικοί, όσον αφορά την απαλλαγή τους από αυτή την ανθυγιεινή συνήθεια. Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει στις νεαρές ηλικίες, στις οποίες παρατηρείται υψηλός επιπολασμός του καπνίσματος και ειδικά στους φοιτητικούς πληθυσμούς, μια ηλικιακή ομάδα που είναι ιδιαίτερα επιρρεπής σε συμπεριφορές υψηλού υγειονομικού κινδύνου.

Σκοπός: Η μελέτη αφορά τη διερεύνηση της καπνιστικής συνήθειας φοιτητών επιστημών υγείας και πως αυτή επηρεάζει τη γενική τους υγεία.

Μέθοδοι: Ο μελετώμενος πληθυσμός είναι φοιτητές της Ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, των Ιατρικών Εργαστηρίων της Σ.Ε.Υ.Π. του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (Πρώην ΤΕΙ Θεσσαλίας) και της Νοσηλευτικής της Σ.Ε.Υ.Π. του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (Πρώην ΤΕΙ Θεσσαλίας). Για τη συλλογή του εμπειρικού υλικού χρησιμοποιήθηκε αυτοσυμπληρούμενο και πλήρως δομημένο ερωτηματολόγιο, που περιελάμβανε τέσσερα μέρη: α) ατομικά χαρακτηριστικά φοιτητών (δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά) β) ερωτηματολόγιο σχετικά με τα χαρακτηριστικά της καπνιστικής συνήθειας γ) ερωτηματολόγιο Κλίμακας εθισμού (Fagerstrom) δ) ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ-28). Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε στην Ιατρική σχολή του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και στη Σ.Ε.Υ.Π. του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (Πρώην ΤΕΙ Θεσσαλίας). Τα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν και καταχωρήθηκαν στη βάση δεδομένων του στατιστικού προγράμματος “SPSS” (Statistical Package for the Social Sciences), με τις μεθόδους της περιγραφικής και της επαγωγικής στατιστικής.

Αποτελέσματα:

Από τα αποτελέσματα της μελέτης προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι φοιτητές που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα δηλώνουν πως, όσον αφορά την καπνιστική συνήθεια, οι ίδιοι διαφωνούν έντονα στο να εμπλακούν με το τσιγάρο. Μέσα στο πλαίσιο αυτής της προσπάθειας διερευνήθηκαν οι απόψεις φοιτητών σχετικά με τη γενική τους υγεία, τα χαρακτηριστικά της καπνιστικής τους συνήθειας και ο εθισμός στη νικοτίνη, ως προς το βαθμό συσχέτισής τους με τα παραπάνω δημογραφικά. Από την εμπειρική έρευνα προέκυψε ότι, ενώ ορισμένα από τα χαρακτηριστικά των φοιτητών αυτών δεν είναι δυνατόν ν’

αποτιμηθούν αριθμητικά, έχουν ιδιαίτερη σημασία, κυρίως όσα αποτελούν δεξιότητες της συναισθηματικής νοημοσύνης.

Λέξεις – κλειδιά: Κάπνισμα, συνήθεια, φοιτητές, υγεία, επαγγέλματα υγείας.

Abstract

Introduction: Smoking, according to epidemiological studies, is the most common cause of pathological conditions that can lead to death. Despite the proven scientifically harmful effects of tobacco and the addictive substances it contains on human health, users are hesitant about getting rid of this unhealthy habit. Particular reference should be made to young people, with a high prevalence of smoking, and especially to student populations, an age group that is particularly prone to high health risk behaviors.

Purpose: The study is about exploring the smoking habits of health science students and how it affects their overall health.

Methods: The population under study is students of the Medical School of the University of Thessaly, SEYP Medical Laboratories. of the University of Thessaly (Former TEI of Thessaly) and its Nursing School of the University of Thessaly (Former TEI of Thessaly). A self-completed and fully structured questionnaire was used for collecting the empirical material, which consisted of four parts: a) Students' individual characteristics (demographic, socio-economic) b) Questionnaire on smoking characteristics c) Scale questionnaire) Health (GHQ-28). The questionnaires were distributed to the Medical School of the University of Thessaly and SEYP. of the University of Thessaly (Former TEI of Thessaly). The data were coded and entered into the SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) database using descriptive and inferential statistics.

Results:

The study concludes that students included in the study say that they are strongly disagreeing with cigarette smoking. As part of this effort, students' perceptions of their general health, smoking habits, and nicotine addiction were explored as to the extent to which they were correlated with the above demographics. Empirical research has shown that while some of these students' characteristics cannot be numerically evaluated, they are particularly important as they are emotional intelligence skills.

Keywords: Smoking, habit, students, health, health professions.

Εισαγωγή

Η επιδημία του καπνίσματος αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες απειλές για τη Δημόσια Υγεία, εφόσον από αυτό πεθαίνουν 6.000.000 άτομα ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο με τη συνήθεια του καπνίσματος να έχει ενοχοποιηθεί για τους μισούς από αυτούς τους θανάτους, λόγω των επιπλοκών που προκαλεί (W.H.O. 2014). Η έναρξη και η συχνότητα της καπνιστικής συνήθειας έχει ταυτιστεί με ψυχοπιεστικές καταστάσεις και στρες, όπου το κάπνισμα χρησιμοποιείται συχνά ως τρόπος διαχείρισης αυτών των καταστάσεων. Σταδιακά εδραιώνεται ως μια ισχυρότατη έξη, ενώ ρόλο σε αυτό διαδραματίζει και η νικοτίνη. Η ουσία αυτή φτάνει σύντομα στον εγκέφαλο και βοηθάει στην απελευθέρωση ακετυλοχολίνης και νορεπινεφρίνης, που συντελούν στην ενδυνάμωση της μνήμης, της ικανότητας συγκέντρωσης της προσοχής και της ευχαρίστησης, κάτι που λειτουργεί ως ισχυρός παράγοντας για τη διαίωσιση της συνήθειας (Καραδήμας 2005). Κάθε τσιγάρο, περιέχει 1-2 mg νικοτίνης. Τα 60 mg νικοτίνης είναι αρκετά να σκοτώσουν ένα άτομο. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι ο εθισμός στη νικοτίνη στηρίζεται αφενός στις δραστικές της παρενέργειες στο νευρικό σύστημα και αφετέρου στις συνήθειες του ατόμου ή τις κοινωνικές του συναναστροφές (Biraghi & Tortorano 2010).

Στον κόσμο των νέων η υιοθέτηση αυτής της συνήθειας σχετίζεται με στρεσογόνες καταστάσεις, αλλά είναι γνωστό επιπλέον, ότι συχνά θεωρείται και μέσο κοινωνικοποίησης, ευχαρίστησης, ικανοποίησης της περιέργειας, ως παράγοντας καλής διάθεσης και αύξησης της αυτοπεποίθησης, αλλά και τρόπος διαχείρισης δυσμενών καταστάσεων. Η συνήθεια, δηλαδή, του καπνίσματος αποτελεί μια εκούσια συμπεριφορά που έχει υιοθετηθεί από τα νεαρά άτομα και θεωρείται ότι συμβάλει στην ενίσχυση της ψυχολογικής διάθεσης των χρηστών (Jarvis & Warble 2006, Αυλωνίτου και συν. 2003).

Αναζητώντας το αιτιολογικό υπόβαθρο που παρακινεί τα άτομα να υιοθετήσουν τη συνήθεια του καπνίσματος, διαπιστώνουμε ένα ευρύ φάσμα αιτιολογικών παραγόντων, όπως η εμπειρία κακοποιητικών συμπεριφορών, η προσπάθεια άμβλυνσης ψυχικών διαταραχών και συμπτωμάτων άγχους (Simantov et al. 2000), η διαβίωση σε υποβαθμισμένους αστικούς χώρους (Shohaimi et al. 2003), η σύναψη φιλικών σχέσεων με καπνιστές, καθώς και η ύπαρξη καπνιστών στο οικογενειακό περιβάλλον (Alexopoulos et al. 2010). Ειδικότερα για τους νέους, στους βασικούς λόγους συγκαταλέγεται και το άγχος που προκαλούν οι σχολικές επιδόσεις, η αγωνία που προκαλεί η ανασφάλεια της αυτό – εικόνας των νεαρών ενηλίκων σε συνδυασμό με την προσπάθεια επίτευξης ιδεατού σωματικού βάρους (Chung & Joung 2014).

Κάνοντας πιο συγκεκριμένη αναφορά στην απόκτηση της καπνιστικής συνήθειας των νέων κατά τη διάρκεια των σπουδών, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι η μετάβαση από την μαθητική στη φοιτητική ζωή σηματοδοτεί για τα νέα άτομα το στάδιο ενηλικίωσης και την αρχή μιας νέας ζωής, διευρύνοντας και απελευθερώνοντας τις προσωπικές τους επιλογές. Αυτή την περίοδο υιοθετούνται ή εδραιώνονται νέες επικίνδυνες υγειονομικές συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα (Von Ah et al 2004, Wu, Rose & Bancroft 2006, Smpokos et al. 2014).

Η εισαγωγή των νεαρών ενηλίκων στην τριτοβάθμια εκπαίδευση αποτελεί σταθμό στη ζωή τους, καθώς ταυτόχρονα με την ανάληψη ποικίλων ακαδημαϊκών καθηκόντων, αρκετοί από αυτούς απομακρύνονται – για πρώτη φορά ίσως – από την οικογενειακή εστία και εγκαθίστανται σε νέα πόλη (Arnett & Hughes 2012). Οι νέες εμπειρίες των πρωτοετών σπουδαστών περιλαμβάνουν τον απεγκλωβισμό από τον καθημερινό γονεϊκό έλεγχο, την ανάληψη νέων, υπεύθυνων ρόλων, τόσο σε ακαδημαϊκό, όσο και σε προσωπικό επίπεδο, καθώς και την προσπάθεια κοινωνικοποίησης στο νέο περιβάλλον. Οι νέες συνθήκες και τα δεδομένα που τις απαρτίζουν, επιδρούν καταλυτικά στην ψυχοσύνθεση και την προσωπικότητα των ακαδημαϊκών πολιτών, καλλιεργώντας αισθήματα ενθουσιασμού και αισιοδοξίας (Arnett 2000).

Ταυτόχρονα όμως, οι συνθήκες του νέου περιβάλλοντος και η προσπάθεια των σπουδαστών να αντεπεξέλθουν σε αυτές, αποτελούν στρεσογόνο εμπειρία (VonAh et al. 2004). Οι περίπλοκες και απαιτητικές, κάποτε, πανεπιστημιακές υποχρεώσεις, η πολυπλοκότητα των διαπροσωπικών σχέσεων και η προσπάθεια ένταξης στο κοινωνικό σύνολο με επιτυχία φορτίζουν συναισθηματικά τους νεαρούς ενήλικες. Στο συγκεκριμένο στάδιο έρχονται αντιμέτωποι με καινούριες καταστάσεις, όπως είναι το νέο τους σπίτι και ο νέος τους περίγυρος, τα οποία σε συνδυασμό με την προσωπικότητα τους, συχνά οδηγούν στην υιοθέτηση ή στην εδραίωση συμπεριφορών υψηλού υγειονομικού κινδύνου (Ιντζικιώτου, Αβραάμ & Ιωαννίδου 2009).

Πέρα από τις επιβλαβείς συνέπειες στον ανθρώπινο οργανισμό, το κάπνισμα φαίνεται να διαδραματίζει και ευρύτερο υπονομευτικό κοινωνικό ρόλο, διότι η σπατάλη χρημάτων από τους περιορισμένους οικογενειακούς προϋπολογισμούς για τη συγκεκριμένη δαπάνη, στερεί άλλα βασικά αγαθά, απαραίτητα για μια αξιοπρεπή διαβίωση, επηρεάζοντας κάποιες φορές ακόμα και την επαρκή σίτιση των παιδιών, καθώς και την μελλοντική τους εκπαίδευση και δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο μια αρνητική αλληλεπίδραση ανάμεσα στην καπνιστική συνήθεια και την ποιότητα του τρόπου ζωής των χρηστών, που μπαίνει εμπόδιο στην

κοινωνική πρόοδο. Παράλληλα, οι κυβερνήσεις των κρατών υφίστανται οικονομικές επιπτώσεις, διότι επιβαρύνονται με αυξημένες δαπάνες για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των πασχόντων, καθώς και κοινωνικές επιπτώσεις, διότι οι κοινωνικοί σχηματισμοί χάνουν πρόωρα ακμαίο και παραγωγικό εργατικό δυναμικό. Προκειμένου να προαχθεί η υγεία αρκετές φορές απαιτείται να τροποποιηθεί το υπάρχον πρότυπο συμπεριφοράς, ή να εγκαθιδρυθεί ένα νέο, ενώ κρίνεται απαραίτητο να διαμορφωθούν νέες στάσεις για την υγεία και την ασθένεια. Βασική προϋπόθεση είναι να κατανοηθεί και να προσδιοριστεί η επιρροή που υφίσταται το άτομο από τους ψυχολογικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες και την επίδραση που ασκεί το περιβάλλον σε αυτούς. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η γνώση αποτελεί μια από τις βασικές προϋποθέσεις για την υιοθέτηση ασφαλών προς την υγεία συμπεριφορών (W.H.O. 2012).

Σκοπός του συγκεκριμένου πονήματος, επομένως, είναι να επισημανθούν οι παράμετροι που επηρεάζουν την καπνιστική συνήθεια των φοιτητών Επαγγελματιών Υγείας. Από την διερεύνηση των στάσεων και των απόψεών τους αναμένεται να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα για τις γνώσεις, τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις τους, που θα συμβάλουν στην προαγωγή της υγείας τους και στη μείωση συμπεριφορών διακινδύνευσης, όπως είναι το κάπνισμα. Με αυτό τον τρόπο, θα καταστεί εφικτό να προταθούν παρεμβατικοί μηχανισμοί διασφάλισης της υγείας για την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών. Το δικαίωμα της προάσπισης της υγείας και της ζωής κάθε ατόμου υπερτερεί του δικαιώματος της απλής ευχαρίστησης. Γι' αυτό και ανέκαθεν στην άσκηση της Ιατρικής, η αρχή της μη βλάβης του ατόμου έχει προτεραιότητα έναντι των υπολοίπων αρχών της αυτονομίας, της ωφέλειας και της ισοτιμίας του ατόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο : ΚΑΠΝΙΣΜΑ

1.1. Ιστορική αναδρομή

Η ιστορία του καπνίσματος μπορεί να χρονολογηθεί από το 5.000 π.Χ., μια που το μονοετές, ποώδες φυτό του καπνού, που ανήκει στο γένος *Νικοτιανή* (Nicotiana) πρωτοκαλλιεργήθηκε συστηματικά στα βουνά των Άνδεων πριν από τόσα χρόνια. Οι Ινδιάνοι της Αμερικής είχαν ανακαλύψει τις χαλαρωτικές του ιδιότητες πολύ νωρίς χρησιμοποιώντας τον για φαρμακευτικούς σκοπούς (παυσίπονο ή επούλωση πληγών), σε τελετουργικές περιπτώσεις (επικοινωνία με τα πνεύματα) ή και σε περιπτώσεις σύναψης ειρήνης (η γνωστή «πίπα της ειρήνης»). Με την ανακάλυψη της Αμερικής από τους Ευρωπαίους εξερευνητές το 15^ο αι. άρχισε η παγκόσμια διάδοση του καπνού. Προσφέρθηκε σαν δώρο στο Χριστόφορο Κολόμβο από τους ιθαγενείς της Αμερικής και με αυτό τον τρόπο μεταφέρθηκε η καλλιέργειά του στην Ευρώπη, για να εξαπλωθεί ραγδαία σε όλα τα μέρη του κόσμου. Σταδιακά, το κάπνισμα μετατράπηκε σε παγκόσμια συνήθεια και τρόπο ζωής, λόγω των εθιστικών ιδιοτήτων της νικοτίνης, αλλά κυρίως, λόγω της εμπορικής αξίας που διέθετε. Μέχρι το 18^ο αι. η καλλιέργεια του καπνού και η πρακτική του καπνίσματος είχαν ενσωματωθεί στην κουλτούρα των περισσότερων πολιτισμών (Δοδόπουλος, 2004).

Την ίδια περίοδο, στα τέλη του 1700, άρχισαν να γνωστοποιούνται οι επιβλαβείς συνέπειες του καπνού στην υγεία των χρηστών του, ενώ οι επιστήμονες, άρχισαν, να μελετούν την τοξικότητά του. Οι εικασίες έγιναν βεβαιότητα με τις εκτεταμένες έρευνες που έλαβαν χώρα σε Αγγλία και Αμερική τη δεκαετία του 1950. Παρά τα αποθαρρυντικά ευρήματα των ερευνητικών δεδομένων, η ανάπτυξη της καπνοβιομηχανίας υπήρξε ραγδαία, ειδικά όταν, λόγω της ανάπτυξης της τεχνολογίας, έγινε το πέρασμα από το κάπνισμα του ακατέργαστου καπνού στο τσιγάρο, που ήταν τώρα δυνατόν να παράγεται σε μεγάλες ποσότητες (Δοδόπουλος, 2004). Σήμερα γίνονται πολλές προσπάθειες για αποτροπή αυτής της επιβλαβούς συνήθειας. Σε τακτά χρονικά διαστήματα διεξάγονται σεμινάρια, διεθνή συνέδρια, συγκεντρώσεις, ενημερωτικές εκστρατείες, για να πεισθεί το κοινό, για τις καταστροφικές επιπτώσεις του καπνίσματος στον ανθρώπινο οργανισμό, ενώ η ιατρική κοινότητα και οι κυβερνήσεις προκειμένου να διασφαλίσουν τη δημόσια υγεία, έχουν οδηγηθεί στη θεσμοθέτηση απαγορεύσεων και μέτρων. Παρ' όλα αυτά εξακολουθούν να υπάρχουν 1,2 δις καπνιστές παγκοσμίως, να παράγονται 6 τρις τσιγάρα ετησίως, ενώ τα έσοδα και οι αποδόσεις φόρου που αποκομίζονται από τη συνήθεια αυτή καθιστούν σαφές ότι

η καπνοβιομηχανία θα εξακολουθεί να υπάρχει για πολλά χρόνια ακόμη (Ρούπα, Τσιάρας, Παπαθανασίου, 2015).

1.2 Εθισμός στη νικοτίνη

Η ουσία που περιέχει ο καπνός και που προκαλεί εθισμό στην καπνιστική συνήθεια είναι η νικοτίνη. Ανήκει στη χημική ομάδα των αλκαλοειδών και θεωρείται τοξική ουσία που πλήττει το κεντρικό αλλά και το περιφερειακό νευρικό σύστημα, γι' αυτό και με την ιδιότητα αυτή εμπεριέχεται στα εντομοκτόνα. Όταν εισχωρήσει στον ανθρώπινο οργανισμό μέσω του κυκλοφορικού συστήματος, απορροφάται από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα μέσα σε 10 δευτερόλεπτα από την εισπνοή του καπνού που την περιέχει. Η νικοτίνη συνεχίζει να υπάρχει στον οργανισμό για διάστημα δύο ωρών (Μαρσέλος, 2005).

Η νικοτίνη είναι ισχυρό διεγερτικό με τονωτικές και κατευναστικές ιδιότητες, γι' αυτό και διευκολύνει τη συγκέντρωση, διεγείρει τη μνήμη, δημιουργεί ευχάριστη διάθεση, αυξάνει την επαγρύπνηση, ενισχύει τις δυνατότητες γρήγορης αντίδρασης σε εξωτερικά ερεθίσματα και βοηθά στη διαχείριση του θυμού. Αυξάνει, όμως, τους καρδιακούς παλμούς και την πίεση, ενώ η συνεχόμενη χρήση της προκαλεί εθισμό στον οργανισμό, που χρειάζεται όλο και μεγαλύτερη δόση για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα, αλλά και ψυχολογική ή και σωματική εξάρτηση. Η νικοτίνη είναι η 3^η πιο εθιστική ουσία μετά την κοκαΐνη και τα οπιοειδή. Όπως σε όλες τις ψυχοδραστικές ουσίες, η ψυχολογική εξάρτηση εκδηλώνεται με την ακόρεστη επιθυμία για συνεχή χρήση της ουσίας και με συμπεριφορές στέρησης σε περίπτωση μη ανεύρεσής της. Η ψυχολογική εξάρτηση έχει αντίκτυπο και σε σωματικό επίπεδο, καθώς εμφανίζονται διάφορα συμπτώματα δυσλειτουργίας του οργανισμού σε περίπτωση μείωσης ή διακοπής της χρόνιας πρόσληψης νικοτίνης. Συνήθως οι προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος είναι ανεπιτυχείς και οδηγούν τον χρήστη σε κατάχρηση της ουσίας, δηλαδή σε παθολογικό τρόπο χρήσης της, ενώ λίγοι είναι αυτοί που καταφεύγουν στην αναζήτηση εξειδικευμένης βοήθειας για απεξάρτηση από την επιβλαβή συνήθεια (Μαδιανός, 2006).

Οι καπνιστές που αποφασίζουν να διακόψουν την επιβλαβή αυτή συνήθεια αντιμετωπίζουν στερητικό σύνδρομο. Οι σωματικές παρενέργειες διαρκούν λίγες μόνο μέρες μέχρι η νικοτίνη να απομακρυνθεί από το σώμα, αλλά οι ψυχολογικές παρενέργειες συνεχίζονται περισσότερο. Αν και τα συμπτώματα είναι δυσάρεστα, η στέρηση της νικοτίνης δεν περιλαμβάνει κινδύνους για την υγεία. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν έντονη επιθυμία

για κάπνισμα, επίμονο βήχα, δυσφορία ή κατάθλιψη, αϋπνία, εκνευρισμό, άγχος, δυσκολία στη συγκέντρωση, ανησυχία, αυξημένη όρεξη, αύξηση βάρους. Οι ενδείξεις αυτές ξεκινούν λίγες ώρες μετά τη διακοπή, ενώ κορυφώνονται σε 24 ή 48 ώρες και μπορεί να διαρκέσουν από 4 εβδομάδες, έως και 6 μήνες ή και περισσότερο (Μαδιανός, 2006).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συμπεριλαμβάνει τον καπνό στις ψυχότροπες εξαρτησιογόνες ουσίες και οι διαταραχές που προκαλεί, έχουν ταξινομηθεί επίσημα, ως ιατρική ασθένεια με την ονομασία Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς από χρήση καπνού. Η κατηγορία αυτή φέρει τον κωδικό F17 στη Διεθνή Ταξινόμηση Ασθενειών με βάση τη Δέκατη Αναθεώρηση (ICD-10) και αποτελεί ομάδα της κατηγορίας νοσημάτων Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς που οφείλονται στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Ως εκ τούτου, οι διαταραχές που προκαλεί η εξάρτηση από τον καπνό δε διαφέρουν από τις διαταραχές που προκαλούν οι υπόλοιπες ψυχοδραστικές ουσίες (W.H.O., 2016).

Πίνακας 1. Κατηγορία ICD-10: F17, Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς από χρήση καπνού

Κωδικός	Τίτλος
F17.0	<u>Τοξίκωση:</u> Το σύνολο εκδηλώσεων που συνδέονται με πρόσφατη λήψη του καπνού. Εξαρτάται από τη δοσολογία, τις συνθήκες χρήσης, την ιδιοσυγκρασία του χρήστη.
F17.1	<u>Επιβλαβής χρήση (ουσιών):</u> Τρόπος χρήσης του καπνού που προκαλεί βλάβη σωματικής ή ψυχικής υγείας. Δεν περιλαμβάνει την κοινωνική λειτουργικότητα, την παραβατικότητα ή τη χρήση ουσιών σε καταστάσεις στις οποίες είναι σωματικά επικίνδυνες (π.χ. οδήγηση αυτοκινήτου ή χειρισμός μηχανών υπό την επήρεια της ουσίας).
F17.2	<u>Σύνδρομο εξάρτησης:</u> Φάσμα φυσιολογικών, νοητικών και συμπεριφορικών εκδηλώσεων που αφορούν την ακατανίκητη επιθυμία για εξεύρεση και χρήση της ουσίας, αλλά και ότι η χρήση της ουσίας αυτής αποκτά πολύ μεγαλύτερη σημασία από άλλες σημαντικές δραστηριότητες του ατόμου.
F17.3	<u>Σύνδρομο στέρησης:</u> Εκδηλώνεται με ένα σύνολο συμπτωμάτων (τρόμος, ναυτία, εμετός, κεφαλαλγία κ.τ.λ.), εάν δεν γίνει λήψη καπνού.

F17.4	<u>Σύνδρομο στέρησης με παραλήρημα</u>
F17.5	<u>Ψυχωσική διαταραχή</u>
F17.6	<u>Αμνησικό σύνδρομο:</u> το σύνδρομο αυτό μπορεί να σχετίζεται με απώλεια πρόσφατης, αλλά και μακράς μνήμης.
F17.7	<u>Υπολειμματική και όψιμου ενάρξεως ψυχωσική διαταραχή</u>
F17.8	<u>Άλλες ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς</u>
F17.9	<u>Διάφορες ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς:</u> Αλλαγή προσωπικότητας, συμπεριφοράς και περιορισμός κοινωνικών και επαγγελματικών δραστηριοτήτων που οφείλονται στη λήψη καπνού.

Πηγή: ΠΟΥ (W.H.O), 2016

Με τις επιβλαβείς συνέπειες του καπνού δεν ασχολήθηκε μόνο ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (APA) εξέδωσε ένα Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο (DSM-IV-TR), που περιλαμβάνει κάποια κριτήρια, σύμφωνα με τα οποία, η συνεχιζόμενη χρήση καπνού οδηγεί στη Διαταραχή της 305.10 Νικοτινικής Εξάρτησης, ενώ η απότομη διακοπή του προκαλεί έντονα συμπτώματα στέρησης, που περιγράφονται στη 292.0 Διαταραχή Νικοτινικής Στέρησης (APA, 2013).

Πίνακας 2. Διαγνωστικά κριτήρια της 305.10 Διαταραχής Νικοτινικής Εξάρτησης κατά το DSM-IV-TR

<p><u>1) Ανοχή:</u> όπως αυτό ορίζεται με οποιοδήποτε από τα παρακάτω δύο:</p> <p>α) ανάγκη για έντονα αυξημένες ποσότητες καπνού προκειμένου να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα ή τοξίκωση.</p> <p>β) έντονα μειωμένο αποτέλεσμα με συνέχιση χρήση της ίδιας ποσότητας καπνού.</p>
<p><u>2) Στερητικό Σύνδρομο:</u> όπως αυτό εκδηλώνεται με οποιοδήποτε από τα παρακάτω δύο:</p> <p>α) χαρακτηριστικό στερητικό σύνδρομο για καπνό</p> <p>β) λαμβάνεται καπνός για την ανακούφιση ή αποφυγή στερητικών συμπτωμάτων.</p>
<p>3) Ο καπνός λαμβάνεται συχνά σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερες</p>

περιόδους από την αρχική πρόθεση του ατόμου.
4) Υπάρχουν επίμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες για διακοπή ή έλεγχο χρήσης της ουσίας.
5) Το άτομο σπαταλά ένα μεγάλο μέρος του χρόνου του σε δραστηριότητες εύρεσης του και κάνει χρήση άλλων ουσιών για να συνέλθει από τα αποτελέσματά της.
6) Περιορίζονται σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες του ατόμου εξαιτίας της χρήσης του καπνού.
7) Η χρήση του καπνού συνεχίζεται παρόλη την επίγνωση της ύπαρξης μόνιμου ή υποτροπιάζοντος σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος. Το πρόβλημα αυτό είναι πιθανό να έχει προκληθεί ή επιδεινωθεί με την επίμονη χρήση του καπνού.

Πηγή: *APA 2013*

Πίνακας 3. Διαγνωστικά κριτήρια της 292.0 Διαταραχής Νικοτινικής Στέρησης κατά το DSM-IV-TR

A. Καθημερινή χρήση της νικοτίνης για τουλάχιστον αρκετές εβδομάδες.
B. Απότομη διακοπή της χρήσης καπνού (νικοτίνης) ή ελάττωση της ποσότητας της χρησιμοποιούμενης νικοτίνης που ακολουθείται μέσα σε μια μέρα από τέσσερα ή και περισσότερα από τα παρακάτω σημεία: <ol style="list-style-type: none"> 1) δυσφορική ή καταθλιπτική διάθεση 2) αϋπνία 3) ευερεθιστότητα, εκνευρισμό ή θυμό 4) άγχος 5) δυσκολία στη συγκέντρωση 6) ανησυχία 7) επιβράδυνση του καρδιακού ρυθμού 8) αυξημένη όρεξη ή αύξηση σωματικού βάρους
Γ. Τα συμπτώματα στο κριτήριο B προκαλούν σημαντική έκπτωση στους διάφορους τομείς λειτουργικότητας του ατόμου.
Δ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε κάποια γενική ιατρική κατάσταση και δεν

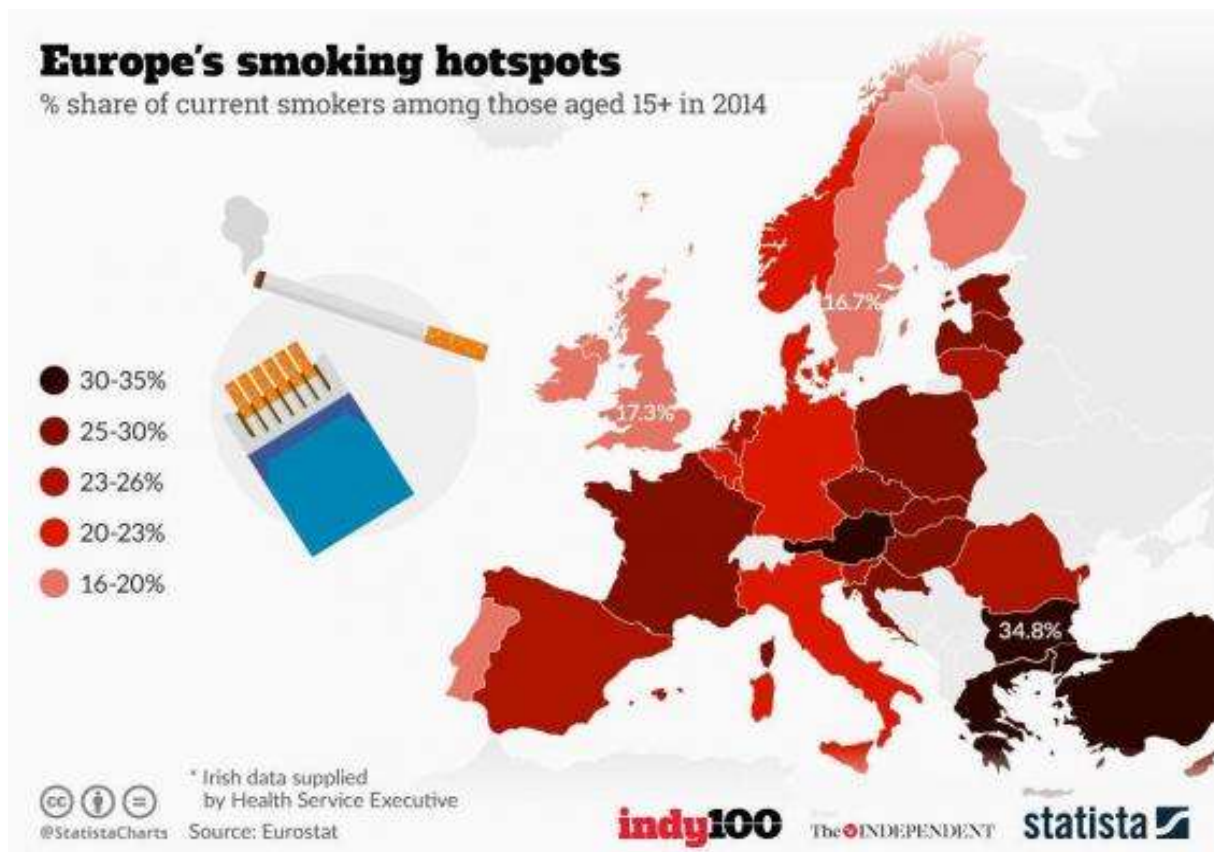
ταιριάζουν καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή.

Πηγή: *APA, 2013*

1.3. Επιδημιολογικά δεδομένα για τη χρήση καπνού

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στην έκθεσή του για τους κινδύνους που προκαλεί η χρήση καπνού στην ανθρώπινη υγεία κάνει λόγο για 1,2 δις καπνιστές παγκοσμίως, με 6 εκατομμύρια από αυτούς να οδηγούνται στο θάνατο ετησίως. Η πλειονότητα των καπνιστών, όπως και των θανάτων που προκαλούνται από το κάπνισμα, απαντώνται στα αναπτυσσόμενα κράτη, ενώ ο ανδρικός πληθυσμός υπερέχει αριθμητικά, όσον αφορά τη χρήση του καπνού. Ο Π.Ο.Υ. κρούει τον κώδωνα του κινδύνου, καθώς οι προβλέψεις κάνουν λόγο για 8 εκατομμύρια θανάτους ετησίως μέχρι το 2030, ενώ με την έκταση που έχουν λάβει οι καπνιστικές συνήθειες, υπολογίζεται ότι 250 εκατομμύρια των σημερινών παιδιών μελλοντικά θα έρθουν αντιμέτωπα με θανατηφόρες νόσους που σχετίζονται με το κάπνισμα (W.H.O., 2012).

Στην Ελλάδα η συχνότητα του καπνίσματος είναι ιδιαίτερα υψηλή. Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, η Ελλάδα βρίσκεται στις πρώτες θέσεις της κατάταξης των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όσον αφορά την καπνιστική συνήθεια, αγγίζοντας το ποσοστό του 35%, με τον υψηλότερο αριθμό καταναλισκόμενων τσιγάρων κατά άτομο. Η έναρξη του καπνίσματος συνήθως γίνεται κατά την παιδική και εφηβική ηλικία.



Εικόνα 1. Ο χάρτης των καπνιστών στις χώρες της Ε.Ε. (Πηγή: Eurostat, 2014)

Το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής ανεβάζει αυτό το ποσοστό στο 40%, ενώ σύμφωνα με στοιχεία του, το 49,9% των ενήλικων ανδρών και το 30,8% των ενήλικων γυναικών καπνίζουν σε καθημερινή βάση. Τα ποσοστά των νέων (18-34) που καπνίζουν δεν παρουσιάζουν πτωτικές τάσεις με το πέρασμα του χρόνου σε σύγκριση με αντίστοιχες ευρωπαϊκές μετρήσεις, κάτι που υποδηλώνει αποτυχία ή αδιαφορία των αρμόδιων φορέων να προστατεύσουν τη νέα γενιά από την επιδημία του καπνίσματος μέσω προγραμμάτων και πολιτικών προαγωγής υγείας. Εντυπωσιακά είναι και τα δεδομένα του παθητικού καπνίσματος, καθώς από τους ερωτηθέντες μη καπνιστές το 31,5% δήλωσαν παθητικό κάπνισμα στο σπίτι και το 38% παθητικό κάπνισμα στο χώρο εργασίας. Ιδιαίτερα ανησυχητική είναι και η εικόνα που παρουσιάζει η καπνιστική συμπεριφορά στα άτομα της εφηβικής ηλικίας (ΙΚΠΙ, 2006).

1.4. Παράγοντες που συντελούν στην έναρξη του καπνίσματος – Παθητικό κάπνισμα

Το κάπνισμα αποτελεί σήμερα μία από τις βασικές συνήθειες του πληθυσμού του πλανήτη, παρόλο που ευθύνεται για μία πληθώρα καρδιαγγειακών, αναπνευστικών και νεοπλασματικών παθήσεων με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας. Η συχνότητα της επιβλαβούς αυτής συνήθειας σε συνδυασμό με τη νομιμότητα των καπνικών προϊόντων την καθιστούν ως μία αποδεκτή κοινωνικά συμπεριφορά. Έχει παρατηρηθεί ότι η έναρξη του καπνίσματος συμπίπτει χρονικά με την εφηβική ή μετεφηβική ηλικία, με αρκετούς παράγοντες να συνηγορούν στην παγίωση αυτής της συνήθειας.

Βασικός παράγοντας που έχει συνδεθεί με τον επιπολασμό του καπνίσματος θεωρείται η οικονομική ύφεση. Η ανεργία ή το χαμηλό εισόδημα ασκούν στο άτομο ψυχοκοινωνική επίδραση της στέρησης, που οδηγεί σε αυτοκαταστροφικές τάσεις για την υγεία, όπως π.χ. μέσω του καπνίσματος. Η κακή οικονομική κατάσταση και το κάπνισμα δημιουργούν έναν φαύλο κύκλο. Παρατηρείται ότι τα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα καπνίζουν περισσότερο και καθημερινά. Αρχικά, ξεκινούν το κάπνισμα σαν τρόπο διαφυγής από τα προβλήματά τους, καταλήγοντας να είναι εξαρτημένοι από αυτή τη συνήθεια. Με την κακή οικονομική κατάσταση συχνά συμβαδίζουν η αμάθεια, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η αδυναμία πρόσβασης στη γνώση για τις επιβλαβείς συνέπειες του καπνίσματος, ενώ τα φτωχά κράτη δεν μπορούν να αντιληφθούν το κόστος που προκύπτει από την καπνιστική συνήθεια του πληθυσμού, ώστε να λάβουν τα απαραίτητα αντικαπνιστικά μέτρα. Έρευνες έχουν δείξει ότι το χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο σχετίζεται με πρόωρη και υψηλότερη κατανάλωση καπνού σε παιδιά ηλικίας 11-15 ετών, ενώ και το μορφωτικό επίπεδο τείνει να συσχετιστεί με την καπνιστική συνήθεια, αφού παρατηρείται υψηλότερο ποσοστό κατανάλωσης τσιγάρων από μαθητές τεχνικών λυκείων και επαγγελματικών σχολών σε σχέση με τους μαθητές γενικών λυκείων (Ευσταθίου, 2014).

Σε σχέση με το φύλο, στο στάδιο πειραματισμού φαίνεται να προηγούνται τα αγόρια, στη φάση της σταθεροποίησης, ωστόσο, δεν παρατηρούνται αλλαγές. Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι τα κορίτσια είναι πιο επιρρεπή στην επιρροή των γονιών που καπνίζουν. Η εθνικότητα δε δείχνει να διαδραματίζει ρόλο στην καπνιστική συνήθεια, αν και στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι οι Ασιάτες, οι Αφροαμερικανοί και οι Λατίνοι (με εξαίρεση το Μεξικό και το Πόρτο Ρίκο) κάνουν λιγότερη χρήση καπνού από τους λευκούς Αμερικανούς (Wallace et al., 2002).

Ερευνητικά δεδομένα καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το κάπνισμα συχνά είναι μία προδιαγεγραμμένη συμπεριφορά που εκδηλώνεται πριν ο χρήστης δοκιμάσει το πρώτο του

τσιγάρο. Τις περισσότερες φορές καπνιστές καταλήγουν να γίνουν άτομα που έχουν θετική εικόνα για τη συνήθεια του τσιγάρου, οπότε συνδέεται η πρόθεση με την εκτέλεση, τελικά, της συμπεριφοράς. Λόγος έχει γίνει και για τη σχέση χαμηλής αυτοεκτίμησης και καπνίσματος ή τη σχέση κακής ψυχικής κατάστασης και καπνίσματος. Πολλές φορές τα παιδικά τραυματικά βιώματα μπορούν να συσχετιστούν με την εκδήλωση μελλοντικής καπνιστικής συμπεριφοράς των θυμάτων, ενώ υπάρχει και η διαπίστωση ότι πολλές γυναίκες καπνίζουν για να διατηρήσουν το σωματικό τους βάρος σε επιθυμητά επίπεδα (Simanton, Schoen, Klein, 2000).

Σε έρευνα που διεξήχθη στην Ιατρική σχολή του πανεπιστημίου της Τζέντα στη Σαουδική Αραβία, 438 άτομα κάθε ηλικίας ρωτήθηκαν για τον λόγο που τους οδήγησε να ξεκινήσουν τη συνήθεια του καπνίσματος. 362 άτομα δήλωσαν πως υπήρχε κάποιο άτομο στο οικογενειακό περιβάλλον που κάπνιζε, ενώ τα υπόλοιπα 76 δεν παρακινήθηκαν από συγγενικό πρόσωπο. Πέρα από την επιρροή που ασκεί η οικογένεια, το 42,9% απάντησε πως το κίνητρο ήταν κάποιο φιλικό πρόσωπο, το 3,2% δήλωσε πως επηρεάστηκε από το δάσκαλο του σχολείου, ενώ το 7,8% απάντησε πως επηρεάστηκε από διαφημίσεις που προέβαλαν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Υπήρξε και ένα ποσοστό της τάξης του 33,8% που παραδέχτηκε, πως δεν υπήρχε συγκεκριμένος λόγος έναρξης του καπνίσματος (Mandil et al. 2014, Mukhtiar et al., 2016).

Τα άτομα της έρευνας ερωτήθηκαν και για τους λόγους συνέχισης του καπνίσματος. Το 37,2% ανέφερε ότι το κάπνισμα τους προσφέρει ανακούφιση από τις εντάσεις και τους προβληματισμούς της καθημερινότητας, το 28,8% θεωρεί ότι το κάπνισμα αποτρέπει την πλήξη που αισθάνονται, το 12,1% έκανε λόγο για αίσθημα ευχαρίστησης, ενώ το 12,3% παρατήρησε καλύτερη συγκέντρωση μέσω του καπνίσματος και ενδυνάμωση της μνήμης. Ένα ποσοστό της τάξης του 9,6% δήλωσαν ότι το κάπνισμα ενίσχυε την αυτοπεποίθησή τους (Muhkhtiar et al., 2016).

Στους νέους – ανήλικους ή νεαρούς ενήλικους – καθοριστικό ρόλο για την έναρξη του καπνίσματος διαδραματίζουν ο μιμητισμός που αναπτύσσουν προς τον περίγυρό τους, αλλά και η έντονη ανάγκη για επιβεβαίωση της αυτό-εικόνας τους. Η νεαρή ηλικία είναι ένα στάδιο που το άτομο προσπαθεί να γίνει κοινωνικά αποδεκτό, να διευρύνει το φιλικό του περίγυρο και να ενισχύσει την αυτοπεποίθησή του. Η ανασφάλεια που το διακατέχει δημιουργεί συχνά άγχη και ψυχικές διαταραχές, που αναζητούν ανακούφιση στο κάπνισμα. Άλλες φορές πάλι, οι νεαροί έφηβοι καταφεύγουν στη χρήση καπνού από περιέργεια ή σαν

ένδειξη επαναστατικότητας, αντίδρασης στους κανονισμούς και διάθεσης ανεξαρτητοποίησης. Κίνητρο μπορεί να θεωρηθεί και η κοινωνική αλληλεπίδραση στις παρέες των νέων με αποτέλεσμα την άσκηση πίεσης για κατανάλωση καπνού. Η συνοχή της παρέας, που εξαρτάται από την ομοιογένειά της, μπορεί να ωθήσει κάποιους να ακολουθήσουν τις καπνιστικές συνήθειες των υπολοίπων. Το τελετουργικό του καπνίσματος, δε, θεωρείται ιδιαίτερα ελκυστικό για τη δυνατότητα επικοινωνίας που δίνει, π.χ. η προσφορά φωτιάς. Ο βασικός παράγοντας όμως που συνηγορεί στο εφηβικό κάπνισμα είναι η καπνιστική συμπεριφορά των γονέων. Οι έφηβοι με γονείς καπνιστές βρίσκονται εκτεθειμένοι σε μεγαλύτερο κίνδυνο μύησης από τους συνομηλίκους τους, των οποίων οι γονείς δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Η παρουσία ενός καπνιστή στην οικογένεια είναι πολύ ισχυρό κίνητρο για την απόκτηση αυτής της συνήθειας (Χριστοφόρου, 2015).

Πολλές έρευνες, με διαφορετικές αφετηρίες ως προς τον επιστημονικό κλάδο, είχαν εστιαστεί στη διερεύνηση των λόγων που τα άτομα οδηγήθηκαν στην υιοθέτηση της καπνιστικής συνήθειας. Η καπνιστική συμπεριφορά αποτελεί προϊόν ποικίλων σωματικών και ψυχολογικών παραγόντων που επιδρούν στους καπνίζοντες κατά τρόπο εξατομικευμένο. Έτσι οι Lujic, Reuter & Netter (2005), λαμβάνοντας υπόψη, όλες τις θεωρίες σχετικά με τους παράγοντες που ωθούν τα άτομα στο κάπνισμα, κατέληξαν ότι τα βασικά κίνητρα για την εδραίωση της καπνιστικής συνήθειας μπορεί να είναι:

- α) ψυχοκοινωνικά (επίδραση κοινωνικών παραμέτρων ή στοιχείων της προσωπικότητας)
- β) αισθητήριο-κινητικά (θεωρείται ενδιαφέρουσα η τελετουργία των κινήσεων του καπνίσματος)
- γ) νεύρο-χημικά/νευροβιολογικά (αίσθημα ικανοποίησης)
- δ) διέγερσης (διαχείρισης θυμού)
- ε) καταπράυνσης (χαλαρωτική αίσθηση)
- στ) εξάρτησης
- ζ) αυτοματισμού

Κατά την καύση του καπνού του τσιγάρου παράγονται 4.000 ουσίες, με τις 50 από αυτές να χαρακτηρίζονται από υψηλή τοξικότητα και να είναι ιδιαίτερα επιβλαβείς για τον ανθρώπινο οργανισμό. Κατά τη διάρκεια του καπνίσματος δημιουργούνται τρία διαφορετικά ρεύματα καπνού: ο καπνός που εισπνέει ο χρήστης, ο καπνός που εκπέμπει το αναμμένο τσιγάρο και ο καπνός που εκπνέει ο χρήστης. Τα δύο τελευταία είναι υπεύθυνα για το

παθητικό κάπνισμα. Επιπλέον, παρατηρείται το λεγόμενο «τριτογενές παθητικό κάπνισμα», που είναι το αόρατο τοξικό μίγμα που προσκολλάται στα μαλλιά, στα ρούχα των καπνιστών και των μη καπνιστών και στα αντικείμενα του χώρου. Το τριτογενές κάπνισμα παραμένει, έστω κι αν ο χώρος αεριστεί. Από αναλύσεις που έγιναν σε αίμα και ούρα παθητικών καπνιστών, ανιχνεύτηκαν ίδιες ποσότητες νικοτίνης και άλλων καρκινογόνων ουσιών με αυτές των καπνιστών. Αυτό το φαινόμενο της ακούσιας έκθεσης ατόμων σε καπνιστικό περιβάλλον παρατηρείται σε κλειστούς χώρους κοινωνικής συναναστροφής, στο εργασιακό περιβάλλον, αλλά και σε σπίτια που διαβιούν καπνιστές με μη καπνιστές. Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα προκαλεί ετησίως 600.000 θανάτους μη καπνιστών, από τους οποίους 150.000 είναι παιδιά (Μπεχράκης, 2018).

Παθητικό κάπνισμα επίσης υφίστανται πολλά παιδιά κατά τη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής. Το κάπνισμα της μέλλουσας μητέρας κατά τη διάρκεια της κύησης εγκυμονεί ανεπιθύμητες επιπλοκές, όπως πρόωρη διακοπή της κύησης, επιπλοκές κατά τον τοκετό, λιποβαρή νεογνά με προβλήματα υγείας. Ακόμα και γενετικές ανωμαλίες έχουν παρατηρηθεί σε αγέννητα έμβρυα εξαιτίας του καπνίσματος της μητέρας, ενώ έρευνες έχουν διαπιστώσει σχέση ανάμεσα στην καπνίστρια μητέρα και στην εμφάνιση συνδρόμου υπερκινητικότητας ή διάσπασης της προσοχής του παιδιού. Αλλά και για τις μέλλουσες μητέρες που είχαν εκτεθεί ακούσια σε παθητικό κάπνισμα δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με τις καπνίστριες (Behrooz et al., 2018).

1.5. Προβλήματα που προκαλούνται από το κάπνισμα

Το κάπνισμα είναι μία επιβλαβής συνήθεια με γνωστές ολέθριες επιπτώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό που αφορούν την εμφάνιση χρόνιων, σοβαρών και, μερικές φορές, θανατηφόρων παθήσεων. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (W.H.O., 2012), το κάπνισμα αποτελεί αιτία θνησιμότητας και έχει ενοχοποιηθεί για την απώλεια 6 εκατομμύριων ατόμων ετησίως. Έτσι, ένας συστηματικός καπνιστής μπορεί να έρθει αντιμέτωπος με τις εξής προβληματικές καταστάσεις:

- **Καρκίνος του πνεύμονα.** Πολυάριθμες μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα, ότι ο καρκίνος του πνεύμονα συνδέεται κατά 90% με τη συνήθεια του καπνίσματος. Συνήθως η εμφάνιση της ασθένειας σχετίζεται με τη διάρκεια της καπνιστικής συνήθειας, αλλά και με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν οι χρήστες. Σε περιπτώσεις που γίνεται βαριά χρήση καπνού, απαιτείται η παρέλευση μιας 5ετίας μετά τη διακοπή του καπνίσματος, για να

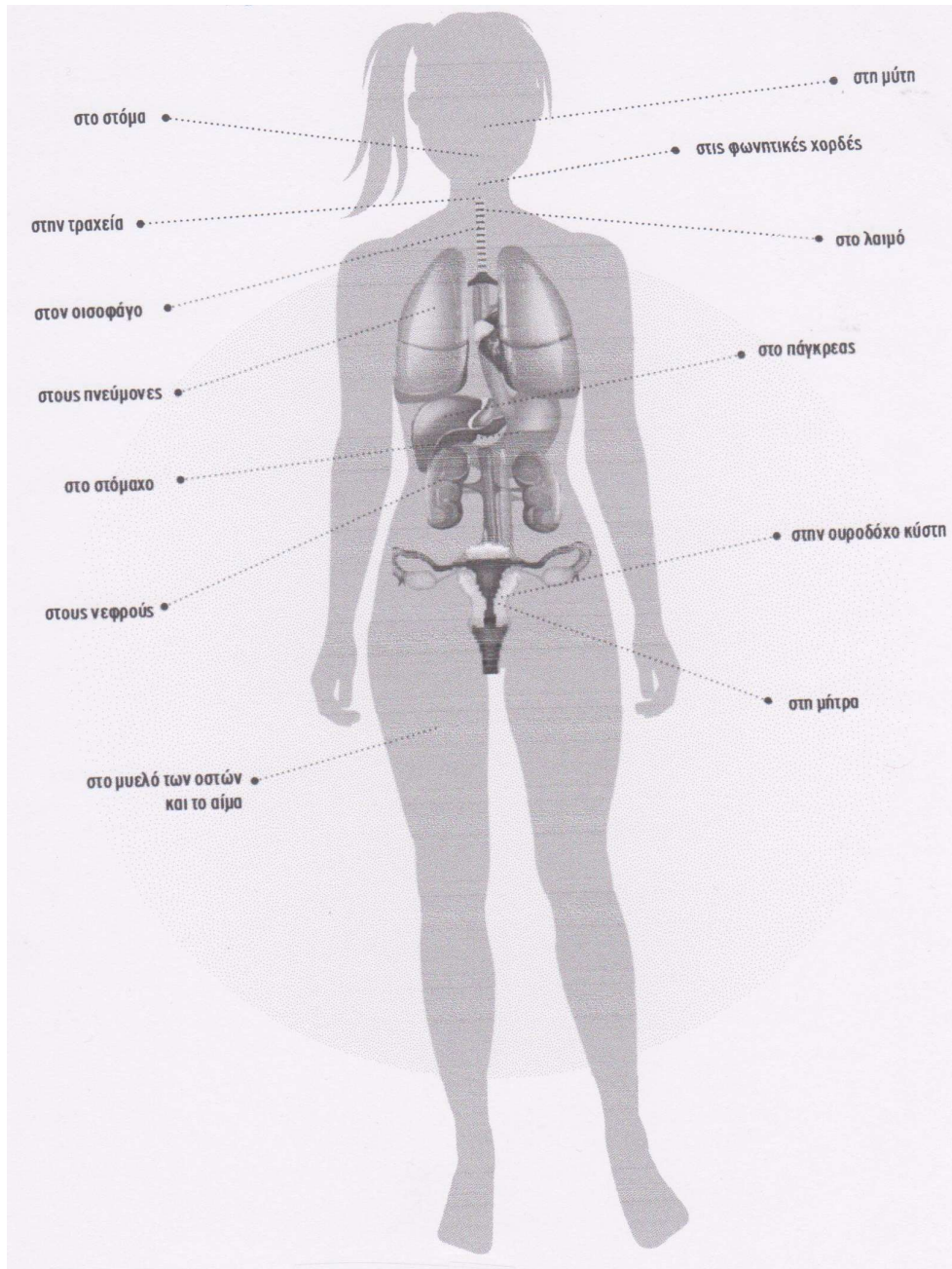
περιοριστεί η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου. Οι τοξικές ουσίες του καπνού που εισπνέουν οι καπνιστές προκαλούν αλλοιώσεις των κεντρικών και περιφερειακών αεροφόρων οδών, των κυψελίδων και των τριχοειδών αγγείων των πνευμόνων, οδηγώντας σε εμφάνιση νεοπλασμάτων. Ακόμα και το παθητικό κάπνισμα είναι δυνητικά καρκινογόνος παράγοντας, όταν η ακούσια έκθεση σε καπνιστικό περιβάλλον είναι πρώιμης έναρξης (από την παιδική ηλικία) και μεγάλης διάρκειας (Γεωργόπουλος, 2014).

- **Καρδιαγγειακές παθήσεις**. Το κάπνισμα είναι γνωστό ότι εμποδίζει τη μεταφορά οξυγόνου μέσω των αιμοφόρων αγγείων, προκαλώντας καρδιακές αρρυθμίες, θρόμβωση και αγγειακό σπασμό. Θεωρείται από τους βασικούς επιβαρυντικούς παράγοντες για την εμφάνιση αθηροσκλήρωσης και θανατηφόρας ή μη στεφανιαίας νόσου. Τα επιστημονικά δεδομένα δείχνουν ότι οι καπνιστές εμφανίζουν έμφραγμα του μυοκαρδίου μία δεκαετία πριν από τους μη καπνιστές. Οι ίδιοι μηχανισμοί λειτουργούν και στο παθητικό κάπνισμα προκαλώντας δυσλειτουργία του ενδοθηλιακού ιστού των στεφανιαίων και περιφερειακών αγγείων και δημιουργώντας προϋποθέσεις για εκδήλωση πνευμονικής εμβολής, εγκεφαλικού επεισοδίου ή ισχαιμικών επεισοδίων (Γεωργόπουλος, 2014).

- **Αναπνευστικές παθήσεις**. Το κάπνισμα αποτελεί τη βασική αιτία εμφάνισης χρόνιων πνευμονοπαθειών, όπως είναι η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), η χρόνια βρογχίτιδα και το άσθμα. Το ποσοστό εμφάνισης χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας στους καπνιστές είναι περίπου ίδιο με το ποσοστό εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα. Οι τοξικές ουσίες του καπνού προκαλούν βλάβες στις αναπνευστικές οδούς και απώλεια της ελαστικότητας των πνευμόνων, κάτι που οδηγεί σταδιακά σε πνευμονική ανεπάρκεια. Στους ίδιους κινδύνους εκτίθενται και οι παθητικοί καπνιστές που υποβάλλονται ακούσια σε μακροχρόνια και εκσεσημασμένη εισπνοή καπνού από το περιβάλλον (Γεωργόπουλος, 2014).

- **Άλλοι τύποι καρκίνου**. Εκτός από τον καρκίνο του πνεύμονα, που είναι η συνηθέστερη μορφή νεοπλασματικής ασθένειας που προσβάλλει τους καπνιστές, το Κ.Ε.Ε.Α.Π.Ν.Ο. διαπιστώνει υψηλά ποσοστά και στην εμφάνιση άλλων μορφών καρκίνου. Έτσι, ενεργητικοί και παθητικοί καπνιστές μπορεί να εμφανίσουν καρκίνο του λάρυγγα (σε ποσοστό 75-85%), του στόματος, του φάρυγγα και του οισοφάγου (σε ποσοστό 50-75%), καρκίνο της ουροδόχου κύστης και των νεφρών (30-50%), αλλά και του παγκρέατος, του ήπατος και του στομάχου (σε ποσοστό 20-25%). Συνολικά υπολογίζεται ότι το κάπνισμα

προκαλεί 13 διαφορετικούς τύπους καρκίνου, σχεδόν σε όλα τα σημεία του σώματος (Κ.Ε.Ε.Λ.Π.Ν.Ο., 2013).



Εικόνα 2. Τύποι καρκίνων που σχετίζονται με το κάπνισμα.
(Πηγή: Be Tobaccofree.gov & Greek Tobacco Epidemic, 2011)

• **Άλλες παθήσεις.** Το κάπνισμα έχει ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση μιας πληθώρας αυτοάνοσων νοσημάτων, συμπεριλαμβανομένης και της νόσου του Crohn και της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Επηρεάζεται το γαστρεντερικό σύστημα με αυξημένες

πιθανότητες να εμφανιστούν γαστρικό έλκος και γαστρο-οισοφαγική παλινδρόμηση. Επιπλέον, στο αίμα των καπνιστών παρατηρούνται υψηλά επίπεδα λευκών αιμοσφαιρίων, γεγονός που αποδεικνύει ότι ο οργανισμός βρίσκεται σε μία κατάσταση χρόνιας φλεγμονής που εξασθενίζει το ανοσοποιητικό σύστημα.

Σύμφωνα με έρευνες, οι καπνιστές είναι πολύ πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση περιοδοντικής νόσου, που οδηγεί σε απώλεια δοντιών και διαταραχές της γεύσης, ενώ έχει διαπιστωθεί σχέση του καπνίσματος με την πρόωρη γήρανση του δέρματος, την αλλοίωση του χρώματός του στα δάχτυλα και στα νύχια, την εμφάνιση ρυτίδων γύρω από τα μάτια και το στόμα και την ξηρότητα της επιδερμίδας, καθώς ο καπνός δεσμεύει το οξυγόνο και περιορίζει τη ροή του προς το δέρμα. Εξάλλου, το κάπνισμα έχει συνδεθεί με τη μείωση της οστικής πυκνότητας, που θεωρείται η βασική αιτία της οστεοπόρωσης. Οι επιβλαβείς επιπτώσεις του καπνίσματος γίνονται αντιληπτές και στη λειτουργία των οφθαλμών. Οι καπνιστές εμφανίζουν συχνά εκφύλιση της ωχράς κηλίδας, καταρράκτη, βλάβη του οπτικού νεύρου, παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε τύφλωση.

Ακόμη, το κάπνισμα προκαλεί διαβήτη και επιδεινώνει τις επιπλοκές του. Σήμερα είναι γνωστό ότι τοξικές ουσίες, όπως αυτές του καπνού, επηρεάζουν τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα. Οι διαβητικοί καπνιστές παρουσιάζουν μια σειρά επιπλοκών, που δυσχεραίνουν τον έλεγχο της πάθησής τους. Επιπροσθέτως, έχει παρατηρηθεί ότι το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει απώλεια μνήμης. Οι καπνιστές παρουσιάζουν έως και 20% μείωση της λειτουργικότητας του εγκεφάλου και της ευφυΐας. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί, καθώς το κάπνισμα αυξάνει την αρτηριακή πίεση, κάτι που αλλοιώνει τη ροή του αίματος προς τον εγκέφαλο. Όταν δεν οξυγονώνεται επαρκώς ο εγκέφαλος, προκαλούνται μακροπρόθεσμα προβλήματα μνήμης και πνευματικής διαύγειας.

Τέλος, πρέπει να αναφερθούν οι επιζήμιες επιπτώσεις του καπνίσματος στο αναπαραγωγικό σύστημα, καθώς επηρεάζεται αρνητικά η γονιμότητα ανδρών και γυναικών, η σεξουαλική λειτουργία των ανδρών, η υγεία των εγκύων, των εμβρύων, των νεογνών και των μικρών παιδιών. Οι εκτιμήσεις κάνουν λόγο για μείωση κατά 28% της γονιμότητας των γυναικών που καπνίζουν και κίνδυνο κατά 50% αύξησης της ανικανότητας των ανδρών καπνιστών. Δημιουργούνται προβλήματα τεκνοποίησης, καθώς το κάπνισμα μειώνει τις πιθανότητες σύλληψης, ενώ στην περίπτωση που οι γυναίκες εξακολουθούν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αυξάνεται δραματικά η πιθανότητα, να γεννήσουν

λιποβαρές νεογνό, με μελλοντικά προβλήματα σωματικής και διανοητικής ανάπτυξης (Μπεχράκης, Ευαγγελοπούλου, 2016).

Πέρα από την υπονόμηση της σωματικής υγείας των καπνιστών, το κάπνισμα πλήττει και την ψυχολογία του χρήστη. Ο εθισμός στη νικοτίνη σε περίπτωση μείωσης ή διακοπής της καπνιστικής συνήθειας προκαλεί ευερεθιστότητα, νευρικότητα, τρέμουλο, ταχυπαλμία και πονοκέφαλο, υπνηλία ή αϋπνία, ατονία, ανικανότητα συγκέντρωσης, καταθλιπτικές τάσεις, εμφάνιση άγχους, συμπτώματα που επηρεάζουν την καθημερινότητα και την ποιότητα ζωής του ατόμου. Οι σωματικές και ψυχολογικές αυτές ενδείξεις στέρησης παρουσιάζουν πολλές ομοιότητες με τα ανάλογα συμπτώματα συνδρόμου στέρησης κάποιου ναρκωτικού, ενώ οι φανατικοί καπνιστές αισθάνονται ισχυρή εξάρτηση από τη συνήθεια αυτή, ανάλογη με τους χρήστες ηρωίνης και κοκαΐνης (Krebs et al., 2013).

Κι ενώ η πληθώρα των παθήσεων και το αυξημένο ποσοστό θνησιμότητας που συνοδεύουν τη συνήθεια του καπνίσματος είναι οι βασικές παράμετροι που πρέπει να ληφθούν υπόψη για την αντιμετώπιση της σύγχρονης αυτής μάστιγας, πρέπει να γίνει λόγος και για την οικονομική πλευρά του θέματος. Η αγορά καπνικών προϊόντων σε καθημερινή βάση αποτελεί υπολογίσιμη δαπάνη για τον χρήστη, που μπορεί να στερείται άλλα βασικά αγαθά προκειμένου να εξασφαλίσει την καθημερινή δόση νικοτίνης. Αλλά και οι οικονομίες των κρατών ζημιώνονται, καθώς ξοδεύονται τεράστια ποσά για τα φάρμακα, τις εξετάσεις και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενειών που προκαλεί το κάπνισμα, ενώ υπάρχει και έμμεσο κόστος από την απώλεια της παραγωγικότητας, αφού οι χρήστες χάνουν πρόωρα τη ζωή τους ή εμφανίζουν αυξημένη νοσηρότητα, αδυνατώντας να λειτουργήσουν ως υγιείς και ενεργό εργατικό δυναμικό (Βασιλόπουλος, Ρούπα, Γουργουλιάνης, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο : ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΦΟΙΤΗΤΕΣ

2.1. Η μεταβατική περίοδος της φοιτητικής ζωής

Η φοιτητική ζωή συχνά αποτελεί για τους νέους ένα μελλοντικό όραμα, μια ιδανική πραγματικότητα που θέλουν να βιώσουν, γιατί μέσω αυτής θα οδηγηθούν στην επίτευξη των στόχων τους και θα εφοδιαστούν με όλα τα απαιτούμενα προσόντα, που θα συμβάλλουν στην επαγγελματική τους αποκατάσταση, αλλά και γιατί θα τους δοθεί η ευκαιρία να απομακρυνθούν από το στενό οικογενειακό περιβάλλον, να ανεξαρτητοποιηθούν και να γνωρίσουν νέες εμπειρίες και διαφορετικό τρόπο ζωής (Χουντή, 2003).

Το στάδιο της φοιτητικής ζωής αναμφισβήτητα ταυτίζεται με αλλαγές στον τρόπο ζωής των νέων. Διευρύνονται τα περιθώρια ελευθερίας τους, ο φιλικός τους κύκλος, οι γνωριμίες τους. Ειδικά όσοι νέοι επιλέγουν και πετυχαίνουν να σπουδάσουν σε διαφορετική πόλη από τον τόπο διαμονής τους έρχονται αντιμέτωποι με νέες υποχρεώσεις, καθώς πρέπει να οργανώσουν μόνοι τους το πρόγραμμά τους, το σπίτι τους, τη ζωή τους. Πολλοί φοιτητές βιώνουν με άγχος αυτές τις αλλαγές, που σημαίνουν αποχωρισμό από το οικείο περιβάλλον τους και μετάβαση σε μια νέα πραγματικότητα, στην οποία συχνά δυσκολεύονται να προσαρμοστούν καθυστερώντας έτσι την ομαλή κοινωνικοποίησή τους (Ευσταθίου, Ευθυμίου, Καλαντζή-Αζίζι, 2007).

2.2. Ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά της πληθυσμιακής ομάδας των φοιτητών

Η ηλικιακή ομάδα των φοιτητών έχει κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, που την καθιστούν ξεχωριστή, με εσωτερική συνοχή. Αποτελείται από νέους ηλικίας 18-25 ετών, που βρίσκονται στο στάδιο προετοιμασίας για την ένταξή τους στην κοινωνία και την αγορά εργασίας. Ειδικά, η ηλικία 20-25 ετών θεωρείται από τους ειδικούς μετεφηβικό στάδιο, στο οποίο έχουν ολοκληρωθεί οι σωματικές αλλαγές, που σηματοδοτούν τη μετάβαση από την παιδική στην ενήλικη ζωή και βρίσκονται σε εξέλιξη οι αλλαγές, που θα οδηγήσουν στην ωρίμανση της προσωπικότητας και στην ψυχική ισορροπία του ατόμου (Τσιάντης, Μανωλόπουλος, 1988).

Η ωρίμανση λοιπόν της προσωπικότητας του νέου και η συναισθηματική, νοητική και κοινωνική αρτίωσή του θα τον βοηθήσουν να διαχειριστεί ευκολότερα τα προβλήματα και τις καταστάσεις που θα κληθεί να αντιμετωπίσει, να συνάψει πιο υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις, να σταθεροποιήσει τις αντιλήψεις του και την ταυτότητά του και να θέσει στόχους για τους οποίους θα αγωνιστεί, ώστε να κατακτήσει το επιθυμητό επίπεδο ζωής. Όλες αυτές οι

εξελικτικές διαδικασίες θα οδηγήσουν τελικά στη σφυρηλάτηση ενός χαρακτήρα και μιας προσωπικότητας που θα συνοδεύει τον νέο δια βίου. Βέβαια, στα πρώτα χρόνια της ηλικιακής αυτής περιόδου εξακολουθούν να υφίστανται χαρακτηριστικά που απαντώνται στην εφηβεία και που πρέπει ο νέος να ξεπεράσει για να μπορέσει να ενταχθεί στον κόσμο των ενηλίκων. Τα χαρακτηριστικά αυτά αφορούν:

- την αποδοχή της αυτοεικόνας του νέου
- την απόκτηση προσωπικής ταυτότητας
- την ανεξαρτητοποίηση από τους γονείς
- την επιλογή επαγγελματικής σταδιοδρομίας και την θέση ανάλογων στόχων
- τη σύναψη διαπροσωπικών σχέσεων και με τα δύο φύλα
- τη διαμόρφωση προσωπικής ιδεολογίας και τη συμμετοχή στην κοινωνική ζωή.

Αφού καταφέρει να σταθεροποιήσει τις απόψεις του για τον εαυτό του, για τους στόχους του και για τον περίγυρό του, είναι πιο εύκολο ο νέος να προσαρμοστεί στην πραγματικότητα και να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις που θα του παρουσιαστούν (Ευσταθίου, Ευθυμίου, Καλαντζή-Αζίζι, 2007).

Η αυτοεπιβεβαίωση και η απόκτηση ολοκληρωμένης αντίληψης για το «εγώ» του είναι κομβικής σημασίας για τον νέο που θέλει να εξελιχθεί προσωπικά και κοινωνικά. Για να καταφέρει να αυτονομηθεί, συχνά καταφεύγει σε αμφισβήτηση του κατεστημένου και σε ρηξικέλευθες αντιπαραθέσεις, που συμβαδίζουν με τη νεαρή φύση, η οποία έχει την τάση της ανανέωσης και της επαναστατικότητας. Καταφέροντας να ανεξαρτητοποιηθεί και να σταθεροποιήσει την έννοια της ταυτότητας και της αυτοεικόνας του, ο νέος είναι πια έτοιμος να συνάψει διαπροσωπικές σχέσεις πέρα από το στενό οικογενειακό του περιβάλλον, να διευρύνει τον κύκλο των γνωριμιών του, να δημιουργήσει τον μικρόκοσμό του και να νιώσει κοινωνικά αποδεκτός, καλλιεργώντας ένα κλίμα εμπιστοσύνης, οικειότητας, σταθερότητας και σεβασμού. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια θα αισθανθεί ότι αρχίζει να είναι μέλος του κόσμου των ενηλίκων και θα προβεί σε επιλογές, επαγγελματικές και προσωπικές, που θα του εδραιώσουν ακόμα περισσότερο το αίσθημα της αυτονομίας και της αυθυπαρξίας (Ευσταθίου, Ευθυμίου, Καλαντζή-Αζίζι, 2007).

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, παράλληλα με όλες αυτές τις παραμέτρους που επηρεάζουν το μικρόκοσμο των φοιτητών, εμφανίζονται στους νέους υψηλά επίπεδα συναισθηματικού στρες. Η αρχική ανασφάλεια που νοιώθουν μόλις βρεθούν μακριά από την οικογενειακή εστία, το άγχος για το νέο τους ξεκίνημα, οι νέες υποχρεώσεις των σπουδών τους, αλλά και

της καθημερινότητάς τους, στις οποίες καλούνται να ανταποκριθούν, είναι ψυχοπιεστικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη διανοητική και ψυχική υγεία των φοιτητών. Συνδυάζοντας όλους αυτούς τους συντελεστές που προαναφέρθηκαν, μπορούμε να εντοπίσουμε κάποιο αιτιολογικό υπόβαθρο για την εκδήλωση στους φοιτητές συμπεριφορών υψηλού υγειονομικού κινδύνου, όπως το κάπνισμα.

2.3. Επιδημιολογικά στοιχεία για το κάπνισμα στο φοιτητικό πληθυσμό

Τα στατιστικά στοιχεία κάνουν λόγο για ανοδικές τάσεις στην καπνιστική συνήθεια των φοιτητών. Δεδομένα από τον διεθνή χώρο αποδεικνύουν ότι οι φοιτητικοί πληθυσμοί, παρά την πρόσβαση που διαθέτουν στην ενημέρωση σχετικά με τις επιβλαβείς επιπτώσεις του καπνού στην υγεία τους, αδιαφορούν συνεχίζοντας αυτή την κακή έξη. Έρευνες που έγιναν στις Η.Π.Α., καταγράφουν το 29% των ηλικιών 18-24, να κάνουν χρήση καπνού, ενώ για τις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης το ποσοστό ανέρχεται σε 22,9% και 19,8% αντίστοιχα. Οι μελέτες εμφανίζουν τον επιπολασμό του καπνίσματος να καταγράφει μεγαλύτερα ποσοστά στους άντρες, ενώ σε έρευνα που διεξήχθη σε 583 φοιτητές στη Συρία αξιοπρόσεκτη είναι η καταγραφή ότι πολλοί έμεναν συχνά εκτεθειμένοι σε παθητικό κάπνισμα στους χώρους του πανεπιστημίου ή σε χώρους κοινωνικής συναναστροφής, εστίασης και διασκέδασης. Η έκθεσή τους στο παθητικό κάπνισμα εμφανίζεται αυξημένη σε ποσοστό 49,6% (Inandi et al., 2013).

Στην Ελλάδα παρατηρείται επίσης αύξηση της καπνιστικής συνήθειας των φοιτητών. Επιδημιολογικές έρευνες που διεξήχθησαν για τις συνήθειές τους, που αφορούν θέματα υγείας, καταγράφηκαν ποσοστά της τάξης των 33,2% σε άντρες χρήστες του καπνού και 28,4% σε γυναίκες καπνίστριες. Ακόμα και πρωτοετείς φοιτητές που ερωτήθηκαν σχετικά με τις καπνιστικές τους συνήθειες, το 32,4% απάντησε θετικά, όσον αφορά τη χρήση καπνού σε καθημερινή βάση (Κωνσταντινίδης και συν., 2014). Πάντως και στην Ελλάδα απασχολεί η παρατεταμένη έκθεση φοιτητών σε παθητικό κάπνισμα στους χώρους του Πανεπιστημίου. Πρόσφατα απασχόλησε τη δημοσιότητα θέμα που αφορούσε την επιστολή ενός φοιτητή του ΑΕΙ Πειραιά στον Υπουργό Παιδείας, ο οποίος ζητούσε άμεση παρέμβαση των αρμόδιων φορέων για την απαγόρευση του καπνίσματος στα ιδρύματα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Όπως ισχυριζόταν ο ίδιος στην επιστολή του, φοιτητές, καθηγητές, διοικητικό προσωπικό, ακόμα και το προσωπικό της καθαριότητας καπνίζουν μέσα στους κλειστούς χώρους του Πανεπιστημίου, με την ατμόσφαιρα να γίνεται αποπνικτική και επιβλαβής για τη δημόσια

υγεία. Οι συνθήκες που επικρατούν καθιστούν προβληματική την παραμονή στο χώρο ατόμων, που μάλιστα μπορεί να πάσχουν από σοβαρές ασθένειες και παραβιάζουν τις διατάξεις περί υγιεινής και ασφάλειας φοιτητών και εργαζομένων. Ανάλογη καταγγελία έχει γίνει και από τους φοιτητές της Ανώτατης Σχολής Καλών Τεχνών, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι ο αντικαπνιστικός νόμος δεν εφαρμόζεται και ότι φοιτητές και καθηγητές καπνίζουν ακόμα και την ώρα του μαθήματος. Επισημαίνουν δε πως, παρά το γεγονός ότι μετά από έλεγχο διαπιστώθηκε η παράβαση, δεν υπήρξε καμία συμμόρφωση στις υποδείξεις των αρμοδίων (Φοιτητικά Νέα, 2018).

Αλλά και φοιτητές σε σχολές επαγγελματιών υγείας καταφεύγουν σε αυτή τη συνήθεια, παρόλο που το αντικείμενό τους θα μπορούσε να τους έχει διαμορφώσει διαφορετικές αντιλήψεις, στάσεις και συνήθειες. Σε έρευνα που διεξήχθη σε φοιτητές Νοσηλευτικής καταγράφηκε πως το 36,8% αυτών καπνίζει συστηματικά. Η πλειοψηφία τους (74%) ανέφερε ότι ήταν προσωπική τους επιλογή και ότι θα ήθελαν να το διακόψουν. Το 98% όμως από αυτούς αποκάλυψε ότι δεν αναζήτησε εξειδικευμένη βοήθεια για να το πετύχει (Πανσιδής και συν., 2012).

Σε άλλη μελέτη που αφορούσε φοιτητές της Ιατρικής Σχολής Αθηνών καταγράφηκε ότι το 28% αυτών ήταν συστηματικοί καπνιστές. Από αυτούς το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν «ελαφρείς» ή μέτριοι καπνιστές και μόνο το 6% ήταν «βαρείς». Αξιοσημείωτο είναι το εύρημα ότι από τους «βαρείς» καπνιστές η πλειονότητα ξεκίνησε το κάπνισμα σε ηλικία 10-14 ετών. Αυτό το στοιχείο καταδεικνύει την αναγκαιότητα της έγκαιρης ενημέρωσης για τους κινδύνους του καπνίσματος, ήδη από τη μικρή ηλικία. Άλλο ένα χαρακτηριστικό που δημιουργεί εντύπωση είναι ότι οι ερωτηθέντες φοιτητές, απάντησαν ότι, αν και γνώριζαν ότι το κάπνισμα οδηγεί νωρίτερα στο θάνατο, εντούτοις συνέχιζαν να καπνίζουν. Προφανώς η νεαρή τους ηλικία, που απέχει από την ιδέα του θανάτου, ακυρώνει την αποτρεπτικότητα του επιχειρήματος «το κάπνισμα οδηγεί στον θάνατο». Ως εκ τούτου, θα πρέπει να αναζητηθούν άλλα επιχειρήματα για την αποφυγή του καπνίσματος, που να έχουν μεγαλύτερη απήχηση στους νέους και που να αφορούν πιο βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις του καπνίσματος, που ο νέος θα βιώσει σε σύντομο χρονικό διάστημα και όχι στο απώτερο μέλλον (Φραντζεσκάκη και συν., 2003).

Ακόμη μεγαλύτερη εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι ένα ποσοστό της τάξης του 8% των ερωτηθέντων φοιτητών απάντησαν ότι δε γνώριζαν τις επιζήμιες επιπτώσεις του καπνού στον ανθρώπινο οργανισμό. Δεδομένου ότι πρόκειται για φοιτητές Ιατρικής, που θα κληθούν

αργότερα να αναλάβουν δράση στην αντικαπνιστική διαφώτιση του κοινού, το ποσοστό είναι ιδιαίτερα υψηλό και αναδεικνύει την ελλιπή ή και ανύπαρκτη ενημέρωση των νέων για το κάπνισμα. Ειδικά λοιπόν για τους φοιτητές των επαγγελματίων υγείας πρέπει να εκπονηθεί ειδικό πρόγραμμα που θα αφορά την εκπαίδευσή τους, για να μπορούν να διαχειριστούν μελλοντικά με επιτυχία τις περιπτώσεις των καπνιστών ασθενών τους (Φραντζεσκάκη και συν., 2003).

Τα στοιχεία έρευνας που διεξήχθη στους φοιτητές Ιατρικής του ΑΠΘ και στην οποία συμμετείχαν 473 άτομα, έρχονται να αναδείξουν αυτά τα ανησυχητικά στοιχεία. Από αυτά το 38,9% ήταν συστηματικοί καπνιστές, ενώ το 3,38% είχαν ήδη διακόψει την καπνιστική συνήθεια. Η πλειονότητα των ατόμων (48,8%) δήλωσε ότι άρχισε το κάπνισμα στο σχολείο, ενώ το 24,87% στο 1^ο έτος σπουδών. Το 55,42% δήλωσε ότι είναι αναγκαία τα αντικαπνιστικά μέτρα, αλλά παράλληλα το 75,9% τα θεωρεί αναποτελεσματικά. Η έρευνα διεξήχθη στα πλαίσια ημερίδας με θέμα «ANTI-ΚαπνίζΩ: Γνωρίζω και Αποφασίζω», που διοργάνωσε η Επιστημονική Εταιρεία Φοιτητών Ιατρικής Ελλάδος -Παράρτημα Θεσσαλονίκης με επιστημονικά υπεύθυνη την καθηγήτρια Φαρμακολογίας, Μαρία Μυρωνίδου-Τζουβελέκη. Όπως δήλωσε η ίδια «Οι αυριανοί ιατροί ενδιαφέρονται και αγωνιούν για την ανθυγιεινή αυτή συνήθεια. Τα ανησυχητικά στατιστικά στοιχεία για τη χώρα μας, στα οποία προστίθεται και η έρευνα που έκαναν οι φοιτητές Ιατρικής, επιβάλλουν την συνεχή ενημέρωση των πολιτών. Με τον τρόπο αυτό προλαβαίνουμε τις επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής, για να μην αναφέρουμε λόγους αισθητικής, αλλά και οικονομικούς λόγους». (Παπαδάκης, 2012)

Πάντως, ένας επιπλέον προβληματισμός που αναδύεται σχετικά με τους φοιτητές επαγγελματίων υγείας που καπνίζουν, αφορά την κακή επιρροή τους ως πρότυπα υγείας, αλλά και την αποτελεσματικότητα που θα έχουν μελλοντικά τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος, τα οποία θα προσπαθούν να εφαρμόσουν ως εργαζόμενοι πλέον επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με έρευνα των Polyzos et al. (1995), το ποσοστό των γιατρών που καπνίζουν αγγίζει το 40% του συνόλου των γιατρών. Με βάση τα στοιχεία της έρευνας, οι Έλληνες καπνιστές γιατροί είχαν την τάση να υποτιμούν τις επιπλοκές του καπνίσματος και να μη δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα σε αυτές, όταν ενημέρωναν τους ασθενείς τους. Αρκετοί μάλιστα ανέφεραν ότι θεωρούσαν τελείως αναποτελεσματική τη διαφώτιση των ασθενών για τους κινδύνους του καπνίσματος. Σε κάθε περίπτωση είναι αδήριτη ανάγκη οι επαγγελματίες υγείας να διαδραματίζουν πρωταγωνιστικό ρόλο στα προγράμματα ενημέρωσης που

αποσκοπούν στη μείωση της εξάπλωσης του καπνίσματος και στην εδραίωση συμπεριφορών υγείας.

2.4. Παράγοντες που σχετίζονται με την καπνιστική συμπεριφορά των φοιτητών

Σε σχέση με όλες τις ηλικιακές ομάδες των καπνιστών, στον φοιτητικό πληθυσμό εντοπίζονται διεθνώς τα υψηλότερα ποσοστά (42-47%), με τους φοιτητές των σχολών επιστημών υγείας να καταλαμβάνουν τις υψηλότερες θέσεις. Αν και πιο συχνά η καπνιστική συνήθεια έχει ήδη εδραιωθεί από τα χρόνια της εφηβείας, η έναρξη του καπνίσματος στις νεαρές ηλικίες συνδέεται με συγκεκριμένους παράγοντες που πλαισιώνουν τη συγκεκριμένη περίοδο των φοιτητικών χρόνων στη ζωή των νέων.

Για τους φοιτητές ισχύουν, αρχικά, κάποιες γενικές παράμετροι που οδηγούν στο κάπνισμα και που επηρεάζουν το άτομο ανεξάρτητα από την ηλικιακή φάση στην οποία βρίσκεται. Έτσι, μπορεί να γίνει λόγος για τα οικογενειακά πρότυπα που συμβάλλουν στην έναρξη του καπνίσματος, για τις πιέσεις που δέχονται οι νέοι από τις παρέες των συνομηλίκων τους, σε συνδυασμό με τις τάσεις μιμητισμού που τους χαρακτηρίζουν και για τα συμπτώματα βιολογικής και ψυχολογικής εξάρτησης που αναπτύσσονται μετά από κάποιο χρονικό διάστημα χρήσης καπνικών προϊόντων. Λόγος μπορεί να γίνει και για τα αισθήματα χαλάρωσης, ευχαρίστησης και ψυχοκινητικής ετοιμότητας που δημιουργούνται από τη χρήση του καπνού, ενώ ρόλο διαδραματίζουν και οι αρνητικές σκέψεις που κάνουν τα άτομα σχετικά με τις δυσκολίες διακοπής του καπνίσματος, με αποτέλεσμα να μην αποφασίζουν την απεξάρτηση από αυτό και να συντηρούν την καπνιστική συνήθεια. Γενικά, οι φοιτητές εκδηλώνουν πολύ χαμηλό ενδιαφέρον να διακόψουν το κάπνισμα (Σοφianoπούλου και συν., 2012).

Ωστόσο, στην περίπτωση των φοιτητών συντρέχουν και κάποιοι επιπλέον λόγοι, που τους οδηγούν στην υιοθέτηση ανθυγιεινών συνηθειών, όπως το κάπνισμα. Οι περισσότεροι από αυτούς μεταβαίνουν ξαφνικά σε μία διαφορετική πραγματικότητα. Οι ειδικοί ονομάζουν αυτή τη φάση «αναδυόμενη ενηλικίωση». Εγκαταλείπουν την οικογενειακή εστία, απομακρύνονται από τον γονεϊκό έλεγχο, αποκτούν νέο σπίτι, νέους φίλους, νέους ρόλους, συνθήκες που επηρεάζουν την ψυχοσύνθεση και την προσωπικότητά τους, καλλιεργώντας αισθήματα ενθουσιασμού. Νιώθουν την ανάγκη να εξερευνήσουν τον εαυτό τους, τις δυνατότητές τους, τα όριά τους. Ο νέος φοιτητής ξαφνικά αισθάνεται αυτόνομος και διατεθειμένος να δοκιμάσει νέες εμπειρίες και να υιοθετήσει νέες συμπεριφορές, ακόμα κι αν αυτές είναι υψηλού υγειονομικού κινδύνου (Σοφianoπούλου και συν., 2012).

Από την άλλη, οι νέοι αυτής της πληθυσμιακής ομάδας ταλανίζονται και από αισθήματα άγχους και ανασφάλειας. Η προσαρμογή στη νέα πραγματικότητα αποκτά διαστάσεις στρεσογόνου εμπειρίας. Οι νέες ακαδημαϊκές υποχρεώσεις αποδεικνύονται απαιτητικές, οι διαπροσωπικές σχέσεις αποκτούν πιο περίπλοκο χαρακτήρα και ο νέος αγωνιά για το αν θα γίνει κοινωνικά αποδεκτός στο νέο του περίγυρο. Πολλοί έχοντας χαμηλή αυτοεκτίμηση, προσπαθούν να σταθεροποιήσουν την αυτοεικόνα τους, να αποκτήσουν δεξιότητες και να προσαρμοστούν στις συνθήκες που τους περιβάλλουν. Κάποιοι, πέρα από το νέο μικρόκοσμο στον οποίο εντάσσονται, εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν κοινωνικά ή οικονομικά προβλήματα, που επηρεάζουν την καθημερινότητά τους, δυσχεραίνοντάς την. Όλες αυτές οι μεταβλητές κλονίζουν την αυτοπεποίθηση του νεαρού φοιτητή και τον φορτίζουν συναισθηματικά, με αποτέλεσμα να αναζητά τρόπους χαλάρωσης και διαχείρισης των αρνητικών αυτών συναισθημάτων (Ιντζικιώτου και συν., 2009).

Αν θέλαμε να συνοψίσουμε τους παράγοντες που δρουν καθοριστικά στην έναρξη του καπνίσματος στη φοιτητική ζωή, μπορούμε να τους κατηγοριοποιήσουμε σε ατομικούς, κοινωνικούς και οικογενειακούς: α) Οι ατομικοί παράγοντες σχετίζονται με την ιδιοσυγκρασία και την προσωπικότητα του νέου, με τη χαμηλή αυτοπεποίθηση, τους τρόπους που επιλέγει να διαχειριστεί τις δυσμενείς περιστάσεις ή και την έλλειψη δραστηριοτήτων που θα τον αποσπούσαν από την υιοθέτηση τέτοιων συνηθειών, όπως το κάπνισμα. β) Οι κοινωνικοί παράγοντες, αφορούν τις καπνιστικές συνήθειες του φιλικού περιβάλλοντος του νέου, την αποδοχή αυτής της συμπεριφοράς, με στόχο την ενσωμάτωση στον κοινωνικό του περίγυρο, όπως επίσης και τη νόμιμη διαθεσιμότητα καπνικών προϊόντων ή τον ελλιπή έλεγχο της πολιτείας για την τήρηση κάποιων κανόνων σε κλειστούς δημόσιους χώρους. γ) Οι οικογενειακοί παράγοντες σχετίζονται με τα πρότυπα των γονέων – καπνιστών, τα ενδοοικογενειακά προβλήματα που μπορεί να υπάρχουν ή την κακή οικονομική κατάσταση που δημιουργεί αρνητικά βιώματα και ψυχικά τραύματα, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε συμπεριφορές διακινδύνευσης (U.S. Department of Health and Human Services, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο : Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1. Συμπτώματα στέρησης της νικοτίνης

Οι χρήστες καπνικών προϊόντων αντιμετωπίζουν προβλήματα εθισμού στη νικοτίνη, λόγω της μακροχρόνιας έκθεσης στην ουσία, κάτι που προκαλεί αλλαγές στην ισορροπία των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλό τους. Ο οργανισμός που έχει εθιστεί, έχει ανάγκη από την πρόσληψη συγκεκριμένης ποσότητας της ουσίας σε καθημερινή βάση. Σε διαφορετική περίπτωση εκδηλώνει συμπτώματα, σωματικά και ψυχικά, που μερικές φορές είναι τόσο έντονα, ώστε αποθαρρύνουν τους καπνιστές από την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, κάτι που για να επιτευχθεί χρειάζεται εξειδικευμένη βοήθεια. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να είναι (Κουράκος, Καυκιά, Φραδέλος, 2016):

- Έντονη επιθυμία για κάπνισμα. Μία ακατάσχετη επιθυμία για χρήση νικοτίνης αρχίζει να εμφανίζεται λίγες ώρες μετά το τελευταίο τσιγάρο. Η επιθυμία αυτή γίνεται αισθητή εντονότερα την πρώτη εβδομάδα της διακοπής, ενώ αργότερα εξασθενεί. Συχνά συνοδεύεται και από σωματικά συμπτώματα, όπως είναι η αίσθηση της πίεσης στο στήθος και τους ώμους, η έντονη εφίδρωση ή η αίσθηση απροσδιόριστης ανησυχίας.

- Δυσκολία συγκέντρωσης. Ο καπνιστής τις πρώτες μέρες της διακοπής, νιώθει, ότι διασπάται εύκολα η προσοχή του, αδυνατώντας να συγκεντρωθεί και να απασχολήσει το μυαλό του για πολλή ώρα με κάτι συγκεκριμένο. Αυτό εξηγείται, καθώς η έλλειψη νικοτίνης επιβραδύνει τη δράση κάποιων χημικών ουσιών στον εγκέφαλο, με αποτέλεσμα την αδυναμία εστίασης της προσοχής και την εμφάνιση υψηλών επιπέδων διέγερσης.

- Αϋπνία. Η υπερδιέγερση και η αίσθηση ανησυχίας που προκαλεί η διακοπή του καπνίσματος, προκαλεί διαταραχές ύπνου, ειδικά τις πρώτες 48 ώρες. Συνήθως εμφανίζεται αϋπνία, αλλά μπορεί να προκληθεί και υπνηλία.

- Απογοήτευση και κατάθλιψη. Η απεξάρτηση από τη νικοτίνη μπορεί να προκαλέσει στους χρήστες συναισθηματικές διαταραχές. Η στέρηση βυθίζει τους καπνιστές σε μία απαισιόδοξη στάση ζωής, εντείνοντας τα καταθλιπτικά συμπτώματα, ειδικά αν προϋπήρχε της διακοπής του καπνίσματος πεσιμιστική διάθεση.

- Άγχος. Η αίσθηση του άγχους, μιας απροσδιόριστης ανησυχίας για ό,τι συμβαίνει γύρω του, μπορεί να σωματοποιηθεί με πόνους στην περιοχή του αυχένα και της πλάτης. Εμφανίζεται από τις πρώτες μέρες της διακοπής και συνοδεύεται από σύσπαση των μυών.

- Εκνευρισμός και ευερεθιστότητα. Η στέρηση της νικοτίνης από τον οργανισμό προκαλεί υψηλά επίπεδα εγρήγορσης και υπερδιέγερσης. Αυτά τα αισθήματα λαμβάνουν τη

μορφή θυμού για πρόσωπα και καταστάσεις και προκαλούν ευερεθιστότητα. Εμφανίζονται αμέσως μετά τον απεγκλωβισμό του ατόμου από τη νικοτίνη και διαρκούν για λίγες εβδομάδες.

- Υπερκινητικότητα. Οι καπνιστές που επιχειρούν να διακόψουν αυτή τη συνήθεια, νιώθουν συχνά νευρικότητα, αμηχανία στα χέρια και υπερκινητικότητα. Δυσκολεύονται να καθίσουν σε μία θέση, κουνούν νευρικά τα άκρα τους και δε διαθέτουν υπομονή και επιμονή στην αντιμετώπιση δυσχερών καταστάσεων.

Ο κάθε άνθρωπος βιώνει διαφορετικά το σύνδρομο στέρησης της νικοτίνης. Οι παρενέργειες της διακοπής του τσιγάρου σε κάποιους είναι πιο έντονες, απ' ό,τι σε κάποιους άλλους. Τα σωματικά συμπτώματα της στέρησης διαρκούν λίγες μέρες, μέχρι η νικοτίνη να απομακρυνθεί από το σώμα. Περισσότερο διαρκούν οι ψυχολογικές παρενέργειες και είναι αυτές που δυσκολεύουν τους καπνιστές στην απόφασή τους να περιορίσουν ή και να διακόψουν το κάπνισμα.

3.2. Λόγοι που αναγκάζουν τους καπνιστές να κόψουν το κάπνισμα

Λαμβάνοντας υπόψη τα προβλήματα που δημιουργεί η καπνιστική συνήθεια, οι χρήστες συχνά σκέφτονται και προσπαθούν να την κόψουν. Εκτιμάται ότι περίπου το 70% των καπνιστών έχουν εκδηλώσει την επιθυμία να σταματήσουν το κάπνισμα κάθε χρόνο, με το 40% αυτών να μπαίνει στη διαδικασία να το κόψει. Δυστυχώς όμως, από αυτούς μόνο το 7-8% καταφέρνει επιτυχώς να το διακόψει. Επίσης, είναι συχνό φαινόμενο, οι νεαρές ηλικίες να αποφασίζουν να δοκιμάσουν το κάπνισμα, θεωρώντας ότι, όταν το αποφασίσουν, θα μπορέσουν εύκολα να απεξαρτηθούν από αυτό, κάτι που αποδεικνύεται πολύ δύσκολο. Οι καπνιστές που τελικά αποφασίζουν να απεγκλωβιστούν από αυτό το φαύλο κύκλο, το κάνουν για διάφορους λόγους (Σόφτας, 2014):

- Για την πρόληψη κάποιας σοβαρής ασθένειας. Τα ερευνητικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι οι καπνιστές που καταφέρνουν να απαλλαγούν από τη συνήθεια πριν την ηλικία των 40 ετών, κερδίζουν 3-5 χρόνια ζωής επιπλέον. Οι γιατροί συστήνουν στους ασθενείς τους την άμεση διακοπή του καπνίσματος, εστιάζοντας στους κινδύνους που ελλοχεύουν, κάτι που προβληματίζει τους καπνιστές, οι οποίοι ακολουθούν τις συμβουλές του γιατρού τους.

- Για λόγους ευεξίας, ενεργητικότητας και εμφάνισης. Οι περισσότεροι χρήστες καπνικών προϊόντων δυσκολεύονται στην καθημερινότητά τους, καθώς γίνονται δυσκίνητοι,

αφού το κάπνισμα δεν τους επιτρέπει να τρέξουν, να περπατήσουν γρήγορα ή να ανεβοκατεβούν σκάλες. Η απαλλαγή από το κάπνισμα είναι βέβαιο, ότι ενισχύει την αντοχή και εξασφαλίζει στα άτομα περίσσεια ενέργεια. Επιπλέον, οι καπνιστές βλέπουν αλλαγές στην εμφάνισή τους μετά τη διακοπή του καπνίσματος, αφού βελτιώνεται η υφή της επιδερμίδας τους, των μαλλιών τους, η εικόνα των δοντιών τους, η οσμή της αναπνοής και του σώματός τους, παράγοντες που συντελούν στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησής τους.

- Για την προστασία του στενού τους περιβάλλοντος. Γνωρίζοντας ότι οι παθητικοί καπνιστές είναι εκτεθειμένοι στους ίδιους σοβαρούς κινδύνους με τους καπνιστές, οι χρήστες τσιγάρων αποφασίζουν να πάψουν να αποτελούν οι ίδιοι αιτία για βλάβες στην υγεία των κοντινών τους προσώπων. Οι γονείς – καπνιστές συχνά σκέφτονται ότι αποτελούν λανθασμένο πρότυπο για τα παιδιά τους και ότι τα εκθέτουν σε ανυπολόγιστο μελλοντικό κίνδυνο χωρίς τη θέλησή τους. Με αυτό τον τρόπο αποφασίζουν να απαλλαγούν από την καπνιστική συνήθεια. Άλλωστε, η εγκυμοσύνη και η γέννηση παιδιού είναι από τους συχνότερους λόγους που τα άτομα αναθεωρούν τις απόψεις τους για το κάπνισμα.

- Για οικονομικούς λόγους. Το κάπνισμα έχει καταλήξει σήμερα να αποτελεί μια δαπανηρή συνήθεια. Ένας εθισμένος καπνιστής είναι υποχρεωμένος να καταναλώνει σε καθημερινή βάση ένα διόλου ευκαταφρόνητο ποσό, για να εξασφαλίσει την απαιτούμενη δόση νικοτίνης για τον οργανισμό του. Η απαλλαγή από την καπνιστική συνήθεια βοηθά τα άτομα να διαχειριστούν τα οικονομικά τους με πιο επωφελή γι' αυτά τρόπο και να καλύψουν άλλες πιο βασικές τους ανάγκες.

- Για την αίσθηση κατάκτησης της ελευθερίας. Σε κάποιες περιπτώσεις οι χρήστες αισθάνονται ότι υφίστανται ασφυκτική πίεση από την κατάσταση εξάρτησης από το τσιγάρο. Προσπαθώντας να σπάσουν τα δεσμά της συνήθειας που τους καταδυναστεύει, αποφασίζουν να τη διακόψουν ανακτώντας έτσι την ελευθερία και την αυτοκυριαρχία τους.

3.3. Οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος

Η διακοπή της καπνιστικής συνήθειας έχει άμεσο αντίκτυπο στη βελτίωση της γενικής υγείας του χρήστη. Είναι χαρακτηριστικό ότι όσο πιο νωρίς διακόψει κανείς αυτή την κακή έξη, τόσο πιο σύντομα θα δει τις θετικές επιπτώσεις στη λειτουργία του οργανισμού του, οι οποίες είναι μακροπρόθεσμες. Έχει διαπιστωθεί πως αν κάποιος διακόψει το κάπνισμα πριν το ηλικιακό όριο των 50 ετών, περιορίζει στο μισό τον κίνδυνο θανάτου τα επόμενα 15 χρόνια, σε σχέση με αυτούς που συνεχίζουν το κάπνισμα. Οι ωφέλειες της διακοπής γίνονται

αισθητές στον ανθρώπινο οργανισμό μετά από λίγα κιόλας λεπτά από το τελευταίο τσιγάρο. Έτσι:

- Μετά από 20 λεπτά αποκαθίστανται σε φυσιολογικά επίπεδα ο ρυθμός της καρδιακής λειτουργίας και η αρτηριακή πίεση, ενώ επανέρχεται η φυσιολογική θερμοκρασία στα άκρα.

- Μετά από 2 ώρες έχει ήδη βελτιωθεί η ροή του αίματος και η περιφερειακή κυκλοφορία, ενώ είναι χαρακτηριστικό, ότι αρχίζουν να γίνονται αισθητά τα πρώτα συμπτώματα στέρησης.

- Στις 8 ώρες από το τελευταίο τσιγάρο ο οργανισμός αποβάλλει το μονοξείδιο του άνθρακα, ενώ αυξάνεται η περιεκτικότητα οξυγόνου στο αίμα. Το μονοξείδιο του άνθρακα που περιέχεται στον καπνό του τσιγάρου που εισπνέεται, είναι τοξικό για τον οργανισμό και εκτοπίζει το οξυγόνο προκαλώντας καρδιαγγειακά προβλήματα.

- Σε 24 ώρες περιορίζεται δραματικά ο κίνδυνος καρδιακής προσβολής. Οι καπνιστές είναι κατά 70% περισσότερο εκτεθειμένοι σε ένα καρδιακό επεισόδιο, απ' ό,τι οι μη καπνιστές.

- Σε 48 ώρες υπάρχει αισθητή διαφορά στις αισθητηριακές λειτουργίες της γεύσης και της όσφρησης, καθώς αρχίζουν να αυξάνονται οι νευρικές απολήξεις.

- Μετά από 72 ώρες από το τελευταίο τσιγάρο οι βρογχικοί σωλήνες χαλαρώνουν και η νικοτίνη δεν ανιχνεύεται πια στον οργανισμό.

- Σε 3 μήνες έχει βελτιωθεί η κυκλοφορία του αίματος, περιορίζεται η αίσθηση του βάρους στο στήθος, ο πρώην χρήστης μπορεί να βαδίζει πιο γρήγορα και εύκολα, ενώ αποκαθίσταται σιγά-σιγά η πνευμονική λειτουργία.

- Μετά από 9 μήνες είναι αισθητή η διαφορά στη λειτουργία του αναπνευστικού. Ο βήχας και η δύσπνοια ελαττώνονται και αποβάλλεται η βλέννα από τους πνεύμονες.

- Σε 1 χρόνο από τη διακοπή του καπνίσματος πέφτει στο ποσοστό του 50% η πιθανότητα στεφανιαίας νόσου του καπνιστή.

- Μετά από μία πενταετία περιορίζεται ο κίνδυνος εκδήλωσης εγκεφαλικού επεισοδίου στα ποσοστά που έχουν τα άτομα, που δεν κάπνισαν ποτέ.

- Σε 10 χρόνια από το τελευταίο τσιγάρο έχει μειωθεί η πιθανότητα εκδήλωσης καρκίνου του πνεύμονα και όλων των άλλων νεοπλασματικών ασθενειών, που σχετίζονται με το κάπνισμα (π.χ. καρκίνος του στόματος, του φάρυγγα, του οισοφάγου, του παγκρέατος κ.λ.π.)

- Μετά από 15 χρόνια από τη διακοπή του καπνίσματος η πιθανότητα εμφάνισης καρδιολογικών προβλημάτων φτάνει στο επίπεδο των ατόμων που δεν κάπνισαν ποτέ (Bearman, Neckerman, Wright, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο : ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

4.1. Πολιτικές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας κατά του καπνίσματος

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει επιδείξει κατ' επανάληψη ιδιαίτερο ενδιαφέρον για το ζήτημα του περιορισμού του καπνίσματος, δίνοντας στον στόχο αυτό υψηλή προτεραιότητα. Το 2002 οι Υπουργοί Υγείας των χωρών της Ευρώπης συμφώνησαν να εκδώσουν κάποιες συστάσεις προς τα κράτη-μέλη σχετικά με την εφαρμογή προγραμμάτων, που θα είχαν ως προτεραιότητα να περιοριστεί ή και να διακοπεί η καπνιστική συνήθεια. Οι συστάσεις αυτές, τις οποίες υιοθέτησε και ο Π.Ο.Υ., προέβλεπαν (W.H.O., 2007):

- Προγράμματα εκπαίδευσης που θα αποσκοπούν στην ενημέρωση των πληθυσμιακών ομάδων για τους κινδύνους του καπνίσματος προσαρμοσμένα ανάλογα με την ηλικία και το φύλο των χρηστών.

- Καθιέρωση πρακτικών απεξάρτησης από τη νικοτίνη που θα περιλαμβάνουν υποστήριξη από εξειδικευμένο προσωπικό, όπως συμβουλευτικές υπηρεσίες, τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης, ειδικά προγράμματα στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας κ.λ.π.

- Προγράμματα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στις τεχνικές διακοπής του καπνίσματος.

- Λήψη μέτρων για τη δωρεάν ή με μειωμένη τιμή διάθεση φαρμακευτικών σκευασμάτων που χρησιμοποιούνται για τη διακοπή του καπνίσματος.

Ο Π.Ο.Υ. στην προσπάθειά του να εφαρμόσει στρατηγικές κατά του καπνίσματος, ήρθε αντιμέτωπος με ισχυρά οικονομικά συμφέροντα. Ωστόσο, κατάφερε το 2003, να συνάψει μια Παγκόσμια Συνθήκη για τον Έλεγχο του Καπνίσματος (W.H.O., Framework Convention on Tobacco Control – FCTC), στην οποία συμμετείχαν 192 χώρες, ανάμεσά τους και η Ελλάδα και η οποία είχε στόχο να περιορίσει αυτή τη μαστίγα, που οδηγεί σε ετήσια κλίμακα στο θάνατο εκατομμυρίων ανθρώπων. Η συνθήκη εφαρμόστηκε το Φεβρουάριο του 2005 προσβλέποντας στην καταβολή κοινής προσπάθειας όλων των κρατών, ώστε να ληφθούν μέτρα και πρωτοβουλίες, που θα έφερναν το επιθυμητό αποτέλεσμα. Τα μέτρα αυτά που θα έπαιρναν τη μορφή νομοθετικής ρύθμισης των κρατών αφορούσαν:

- Τη νομοθετική απαγόρευση προβολής, χορηγίας και διαφήμισης καπνικών προϊόντων.

- Την υποχρεωτική χρήση προειδοποιητικών επιγραφών πάνω στις συσκευασίες προϊόντων καπνού, οι οποίες θα καλύπτουν το 30-50% της επιφάνειας της συσκευασίας και θα περιλαμβάνουν έγχρωμες φωτογραφίες και διαγράμματα.
- Την απαγόρευση χρήσης όρων, όπως «ελαφρά» ή «μαλακά».
- Την προστασία των πολιτών από την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα στους χώρους εργασίας, τα δημόσια μέσα μεταφοράς και τους κλειστούς δημόσιους χώρους.
- Την πάταξη της λαθραίας διακίνησης προϊόντων καπνού.
- Τη φορολογική επιβάρυνση των καπνικών προϊόντων.
- Τη θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης από τη νικοτίνη.
- Την ενημέρωση του κοινού για τους κινδύνους του καπνίσματος για την υγεία.
- Τη λήψη νομοθετικών μέτρων για τη βιομηχανία καπνού. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008)

4.2. Ευρωπαϊκές πολιτικές κατά του καπνίσματος

Και στην Ευρωπαϊκή Ένωση ο αγώνας κατά του καπνίσματος έχει τεθεί σε απόλυτη προτεραιότητα, καθώς πρωταρχικός στόχος της κοινότητας, είναι η προαγωγή της δημόσιας υγείας. Ήδη από το 1987 έχουν εκδοθεί κοινοτικές οδηγίες, που συμβαδίζουν με τη Διεθνή Συνθήκη κατά του Καπνίσματος (W.H.O., Framework Convention on Tobacco Control – FCTC) και που υποχρεώνουν τα κράτη-μέλη της Ένωσης να συμμορφωθούν και να θέσουν σε εφαρμογή τα εξής (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008):

- Περιορισμό της παραγωγής καπνού, ως αποτέλεσμα της κοινής ευρωπαϊκής αγροτικής πολιτικής.
- Αύξηση της φορολογικής επιβάρυνσης των καπνικών προϊόντων με στόχο τον περιορισμό της ζήτησής τους. Η αύξηση της τιμής των καπνικών προϊόντων αποθαρρύνει τους χρήστες, ειδικά τους νέους ή εκείνους με χαμηλότερα εισοδήματα, από τη χρήση καπνού. Επίσης, αποσκοπεί στην κάλυψη των δαπανών για την περίθαλψη των ασθενών που νοσούν από παθολογείες, που σχετίζονται με το κάπνισμα.
- Περιορισμούς στην προβολή διαφημιστικών μηνυμάτων που αφορούν προϊόντα καπνού. Σύμφωνα με τον Τσαρούχα (2007), η απαγόρευση της προβολής με άμεσο ή έμμεσο τρόπο όλων των εμπορικών σημάτων και προϊόντων που σχετίζονται με το κάπνισμα, μειώνει την κατανάλωση καπνού και περιορίζει την κοινωνική επιθυμία του καπνίσματος, ειδικά στις νεαρές ηλικίες. Με βάση τις κοινοτικές οδηγίες της Ε.Ε. από το 1997 απαγορεύονται οι

τηλεοπτικές διαφημίσεις προϊόντων καπνού, άμεσες και έμμεσες, καθώς και οι χορηγίες εκπομπών. Το 2003 επεκτάθηκε η απαγόρευση στις υπαίθριες διαφημιστικές πινακίδες και στις χορηγίες αθλητικών εκδηλώσεων. Μέχρι το 2006 οι χώρες της Ε.Ε. ήταν υποχρεωμένες να αποσύρουν διαφημίσεις καπνού από έντυπα, κινηματογράφους, σημεία πώλησης κ.λ.π.

- Περιορισμό στην πρόσβαση των νέων στη χρήση καπνού.

- Χρήση προειδοποιητικών επιγραφών πάνω στις συσκευασίες. Η κοινοτική οδηγία αναφέρει πως πάνω στις συσκευασίες προϊόντων καπνού, είναι υποχρεωτικό να τοποθετούνται προειδοποιητικά μηνύματα επικινδυνότητας, που θα περιλαμβάνουν έγχρωμες εικόνες ή διαγράμματα, ώστε να καθιστούν τις πληροφορίες πιο πειστικές και αποτελεσματικές.

- Λήψη μέτρων προστασίας των εγκύων από την έκθεση σε καπνιστικό περιβάλλον.

- Απαγόρευση καπνίσματος σε δημόσιους χώρους.

- Απαγόρευση καπνίσματος στους χώρους εργασίας.

- Εκστρατείες ενημέρωσης της κοινής γνώμης για τους κινδύνους του καπνίσματος. Η αντικαπνιστική πολιτική στις χώρες της Ευρώπης περιλαμβάνει εκπαιδευτικά προγράμματα και καμπάνιες πληροφόρησης, ώστε ο πληθυσμός – ειδικά στις νεότερες ηλικίες – να ενημερωθεί πλήρως για τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία. Η εκπαίδευση και η ενημέρωση πρέπει να αφορά τους εκπαιδευτικούς φορείς, αλλά και τους επαγγελματίες υγείας, με σκοπό τη λήψη μέτρων και πρωτοβουλιών για τη διακοπή του καπνίσματος.

- Προγράμματα για την υποστήριξη των καπνιστών, ώστε να διακόψουν το κάπνισμα.

Τα αντικαπνιστικά προγράμματα που προβλέπονται σύμφωνα με τις κοινοτικές οδηγίες, αφορούν την παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών και τη φαρμακευτική υποστήριξη των εξαρτημένων, αλλά και εκστρατείες ενημέρωσης που απευθύνονται ειδικά σε καπνιστές, ώστε να παρακινούνται σε συμμετοχή σε προγράμματα διακοπής ή να αναζητούν ψυχολογική υποστήριξη σε τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας κ.λ.π. Υπάρχουν χώρες που προσπαθούν να καθιερώσουν μαζικά προγράμματα διακοπής του καπνίσματος, όπως για παράδειγμα η Φινλανδία, που με την εκστρατεία “Quit and Win” καλεί τους καπνιστές, να συμμετάσχουν σε προγράμματα που, αν τα ολοκληρώσουν επιτυχώς, θα λάβουν μέρος σε κλήρωση για διάφορα έπαθλα. (W.H.O., 2007)

4.3. Αντικαπνιστική πολιτική στην Ελλάδα

Όπως, έχει προαναφερθεί, η Ελλάδα κατέχει την υψηλότερη θέση ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε. σε ποσοστό καπνιστών και από τις υψηλότερες σε παγκόσμιο επίπεδο. Ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι, ότι το κάπνισμα εμφανίζει ανοδικές τάσεις στην εφηβική και μετεφηβική – νεαρή ηλικία.

Ο περιορισμός του καπνίσματος απασχόλησε το νομοθετικό έργο της Ελλάδας, ήδη από το 1856, όταν αποφασίστηκε με την υπογραφή της βασίλισσας Αμαλίας η απαγόρευσή του από τους δημόσιους χώρους, που αποτελούσαν χώρους εργασίας. Από τότε, οι επόμενες νομοθετικές ρυθμίσεις εφαρμόστηκαν το 1952, όταν και απαγορεύτηκε το κάπνισμα στα δημόσια μέσα μεταφοράς. Η επόμενη πρωτοβουλία λήφθηκε το 1979 σύμφωνα με την οποία απαγορεύτηκε η χρήση καπνού στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα και στις κλινικές ιδιωτικού χαρακτήρα, ενώ το 1980 η ρύθμιση αφορούσε και τους κλειστούς δημόσιους χώρους. Ωστόσο, για τα επόμενα χρόνια ακολουθήθηκε ανεκτική πολιτική, όσον αφορά τη χρήση καπνικών προϊόντων, με αποτέλεσμα να παρατηρηθεί αύξηση της κατανάλωσης τσιγάρων και της καπνιστικής συνήθειας των Ελλήνων. Γι' αυτόν τον λόγο απαιτήθηκε να εκδοθούν δύο ακόμη υπουργικές αποφάσεις, το 1993 και το 2002, με το ίδιο περιεχόμενο, που προέβλεπαν απαγόρευση του καπνίσματος στις δημόσιες υπηρεσίες, στους χώρους εργασίας, σε χώρους αναμονής κοινού, στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, στα εκπαιδευτικά ιδρύματα, στα μέσα μαζικής μεταφοράς. Μάλιστα, το 2003, η Ελλάδα ως προεδρεύουσα στην Ε.Ε. υπέγραψε τη Διεθνή Συνθήκη για τον Έλεγχο του Καπνίσματος, που είχε θεσπίσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Προβλέπονταν αυστηρά χρηματικά πρόστιμα ή και ποινές φυλάκισης για τους παραβάτες. Ούτε κι αυτή τη φορά, όμως, μπόρεσαν να εκτελεστούν κατά γράμμα οι νομοθετικές ρυθμίσεις (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, διαπιστώνοντας ότι και τα μέτρα του 2002 ήταν αναποτελεσματικά, ψηφίζει νέο νόμο το 2008 εκπληρώνοντας με το νέο νομοσχέδιο τη δέσμευση απέναντι στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και ακολουθώντας απόλυτα πλέον την κοινή ευρωπαϊκή πολιτική για την προστασία των ανηλίκων από το κάπνισμα και την απαγόρευσή του από όλους τους δημόσιους χώρους. Ειδικότερα, τέθηκε αμέσως σε εφαρμογή η απαγόρευση πώλησης καπνικών προϊόντων σε ανηλίκους και λήφθηκε μία σειρά από μέτρα που εμπόδιζαν οποιαδήποτε μορφή πρόσβασης και προβολής των προϊόντων καπνού στους ανηλίκους. Από τότε, παρότι έχουν μεσολαβήσει διακηρύξεις, εγκύκλιοι, καμπάνιες ενημέρωσης, επαπειλούμενες βαριές κυρώσεις, η κατάσταση εξακολουθεί να παραμένει απογοητευτική, αν και το 2019 γίνεται μια ακόμη αντικαπνιστική

προσπάθεια με νέα εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας, που έχει στόχο τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας, μέσω της αποτροπής των δυσμενών επιδράσεων του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους χώρους και χώρους συνάθροισης κοινού. Ειδικότερα, με την υπουργική απόφαση του 2019 ο αντικαπνιστικός νόμος θα εφαρμοστεί:

- σε όλες τις δημόσιες υπηρεσίες
- σε όλες τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας
- σε όλους τους χώρους που παρέχεται εκπαίδευση
- σε νηπιαγωγεία, βρεφονηπιακούς σταθμούς, παιδικούς σταθμούς, παιδότοπους
- σε κλειστούς χώρους αθλητικών εκδηλώσεων
- στους δημόσιους ή ιδιωτικούς χώρους εργασίας
- στους κλειστούς χώρους αναμονής
- στα δημόσια μέσα μαζικής μεταφοράς
- στα ιδιωτικής ή δημόσιας χρήσης αυτοκίνητα, όταν επιβαίνουν ανήλικοι κάτω των

12 ετών (Γιαννακούδη, 2019).

Πέρα από τις απαγορεύσεις αυτές, που στοχεύουν στην αλλαγή των καπνιστικών συνηθειών των χρηστών στη χώρα μας, εφαρμόζεται νομοθεσία, που προβλέπεται από τη Διεθνή Συνθήκη για τον Έλεγχο του Καπνίσματος και που στοχεύει στον περιορισμό της παραγωγής καπνού και της παρασκευής και πώλησης τσιγάρων. Έτσι, έχει απαγορευτεί η διαφήμιση και η προώθηση των προϊόντων καπνού στα τηλεοπτικά και έντυπα μέσα ενημέρωσης, έχει υιοθετηθεί η τοποθέτηση προειδοποιητικών μηνυμάτων επικινδυνότητας πάνω στις συσκευασίες καπνού και γίνεται προσπάθεια ενημέρωσης της κοινής γνώμης σχετικά με τις βλαβερές συνέπειες της ανθυγιεινής συνήθειας. Περιορισμένη δραστηριότητα σημειώνεται, όσον αφορά την παροχή εξειδικευμένης βοήθειας για τη διακοπή του τσιγάρου, τα κέντρα παροχής βοήθειας ή τις τηλεφωνικές γραμμές που υποστηρίζουν ψυχολογικά τους χρήστες που προσπαθούν να κόψουν το κάπνισμα.

4.4. Παρεμβατικές τακτικές διακοπής του καπνίσματος

Οι πολιτικές προσπάθειες που πρέπει να καταβληθούν για τον περιορισμό της καπνιστικής συνήθειας και την προαγωγή της δημόσιας υγείας, για να είναι αποτελεσματικές, απαιτείται, να είναι συντονισμένες. Καλό είναι να απευθύνονται σε μεγάλες πληθυσμιακές μάζες, για να περιοριστεί ο επιπολασμός του καπνίσματος και να προληφθούν προβλήματα, που θέτουν σε κίνδυνο τα άτομα, αλλά και τις κοινωνίες.

• Αύξηση της φορολογίας. Η αύξηση της φορολογίας στα καπνικά προϊόντα, θεωρείται, από τις πιο αποτελεσματικές τακτικές μιας οργανωμένης πολιτικής αντιμετώπισης του καπνίσματος. Έχει παρατηρηθεί, πως η αύξηση της τιμής των προϊόντων καπνού, οδηγεί σε περιορισμό της κατανάλωσής τους και της συχνότητας χρήσης τους. Ειδικά, για τους χαμηλόμισθους και τους νέους κάτω των 25 ετών, το κόστος της συνήθειάς τους είναι βασική παράμετρος για το αν θα τη συνεχίσουν ή όχι (Thomas et al., 2008).

• Ασφαλιστική κάλυψη των θεραπευτικών τακτικών του καπνίσματος. Οι παρεμβατικές μέθοδοι για τη διακοπή του καπνίσματος είναι δαπανηρές, γι' αυτό και συχνά δεν καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Ωστόσο, το κόστος δε θα φάνταζε τόσο μεγάλο για το σύστημα υγείας, αν συνδυαζόταν με την αποτελεσματικότητα αυτών των μεθόδων. Η διακοπή του καπνίσματος υπόσχεται τη μελλοντική βελτίωση της δημόσιας υγείας, τη μείωση των ασθενειών και των θανάτων, που έχουν σχέση με το κάπνισμα και τη μείωση των μελλοντικών δαπανών για την υγεία, αλλά και την απελευθέρωση πόρων για την κάλυψη άλλων αναγκών. Στην περίπτωση που τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν μεγάλο μέρος των θεραπευτικών παρεμβάσεων της διακοπής του καπνίσματος, αυτό θα αποτελέσει κίνητρο για τους χρήστες, να αξιοποιήσουν την παροχή αυτών των υπηρεσιών και να ακολουθήσουν παρεμβατικές δράσεις για απεξάρτηση από τη νικοτίνη (Musich et al., 2009).

• Πολιτικές μείωσης του παθητικού καπνίσματος. Εφόσον γίνει κατανοητός ο κίνδυνος που διατρέχουν οι παθητικοί καπνιστές για την υγεία τους, μπορεί να επιτευχθεί και μείωση στη συχνότητα κατανάλωσης καπνού. Στην περίπτωση που υπάρξει οργανωμένη εκστρατεία πληροφόρησης και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης σχετικά με το παθητικό κάπνισμα, θα γίνει αντιληπτή από τους χρήστες καπνού η κοινωνική αναγκαιότητα για περιορισμό του καπνίσματος και για προστασία της υγείας του πληθυσμού από την έκθεση σε καπνιστικό περιβάλλον (Theodorakis, Kosmidou, Hassandra & Goudas, 2008).

• Καμπάνιες ενημέρωσης μέσω Μ.Μ.Ε. Η χρήση της επιρροής που ασκούν τα Μ.Μ.Ε. στην κοινή γνώμη μπορεί να αποδειχθεί επωφελής στον περιορισμό του καπνίσματος, καθώς τα άτομα ενημερώνονται έγκυρα και έγκαιρα για τις βλαβερές επιπτώσεις του τσιγάρου και για τα οφέλη από τη διακοπή του. Επιπλέον, δραστηριοποιούνται, αποκτούν κίνητρο για να αλλάξουν τις συνήθειές τους και ενημερώνονται για τους τρόπους και τις υπηρεσίες βοήθειας που παρέχονται, για να στηρίξουν την απόφασή τους για απεξάρτηση από τον καπνό. Ο συνεχής καταγισμός αντικαπνιστικών μηνυμάτων λειτουργεί, τελικά, αποτρεπτικά στη συνήθεια αυτή, ειδικά στις νεαρές ηλικίες. Σε αυτές τις ηλικιακές, εφηβικές και μετεφηβικές

ομάδες, σημαντικό ρόλο θα μπορούσε να διαδραματίσει και η χρήση του διαδικτύου, το οποίο λειτουργεί διαδραστικά και μπορεί να ασκήσει αποτελεσματικότερη επιρροή στην επίτευξη του επιθυμητού στόχου (Thraser, Niederdeppre, Jackson & Farrelly, 2006).

- Κοινοτικές παρεμβατικές δράσεις και εξειδικευμένες υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος. Σε αρκετές χώρες της Ευρώπης έχουν θεσπιστεί παρεμβατικές δράσεις με τη μορφή εθνικών διαγωνισμών, στους οποίους καλούνται να λάβουν μέρος καπνιστές με στόχο μέσα από συλλογική καταβολή προσπάθειας να καταφέρουν σε συγκεκριμένη ημερομηνία να απαλλαγούν από την καπνιστική συνήθεια. Η επιβράβευσή τους περιλαμβάνει κάποια έπαθλα που λειτουργούν ως κίνητρο για τη συμμετοχή όλο και περισσότερων καπνιστών σε τέτοιες δράσεις. Καθώς η συμμετοχή είναι μαζική, ο αντίκτυπος αυτών των προσπαθειών είναι υπολογίσιμος και η επίδρασή τους σε κλίμακα πληθυσμού αρκετά σημαντική (Musich et al., 2009).

Η εξάρτηση από τη νικοτίνη, με τη συμπτωματολογία που τη συνοδεύει, μπορεί να θεωρηθεί χρόνιο νόσημα. Ως εκ τούτου το ιδανικό είναι να υπάρξει ένα δημόσιο πρόγραμμα υγείας που θα περιλαμβάνει τη θεραπευτική αντιμετώπιση του εθισμού στον καπνό. Το κράτος έχει υποχρέωση να δημιουργήσει υποδομές, ώστε ο χρήστης καπνού να έχει εύκολη πρόσβαση σε φαρμακευτική κάλυψη για την απεξάρτηση από τη νικοτίνη, με χαμηλό κόστος, μέσω εθνικής χρηματοδότησης. Με αυτόν τον τρόπο θα ευαισθητοποιηθούν και θα κινητοποιηθούν όσοι νιώθουν την ανάγκη να απεγκλωβιστούν από τη συνήθειά τους, αλλά χρειάζονται συστηματική υποστήριξη στην προσπάθειά τους (Rigotti, 2009).

- Εφαρμογή εξειδικευμένων προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος ανάλογα με την ηλικία και το φύλο. Η ηλικία θα διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο στην απόφαση του χρήστη να διακόψει το κάπνισμα. Όσο πιο νωρίς ηλικιακά αποφασίσει κανείς να απαλλαγεί από τη συνήθεια, τόσο μεγαλύτερο είναι το όφελος για τη λειτουργία του οργανισμού του. Βέβαια, σημαντικός παράγοντας αποδεικνύεται η ετοιμότητα του χρήστη να πάρει την ανάλογη απόφαση. Έρευνες κάνουν λόγο για χαμηλότερα ποσοστά επιθυμίας να κόψουν το κάπνισμα καπνιστές άνω της ηλικίας των 50 ετών, σε σχέση με τους αντίστοιχους κάτω των 50 ετών. Αυτό εξηγήθηκε, καθώς η πρώτη πληθυσμιακή ομάδα απέδιδε τα προβλήματα υγείας που παρουσιάζονταν από το κάπνισμα στη διαδικασία γήρανσης, οπότε και δε θεωρούσαν αναγκαία τη διακοπή του (Clark et al., 1999). Ειδικά για τις νεαρές ηλικίες ιδιαίτερος βαρύνουσα σημασία έχουν τα σχολικά παρεμβατικά προγράμματα για το κάπνισμα, μέσω

των οποίων οι νέοι γνωρίζουν, ευαισθητοποιούνται και κινητοποιούνται, ώστε να αντισταθούν στον πειρασμό του τσιγάρου.

Αλλά και το φύλο λειτουργεί καθοριστικά στην απόφαση για διακοπή του τσιγάρου. Άντρες και γυναίκες προσεγγίζουν διαφορετικά το κάπνισμα, οπότε έχουν και διαφορετική θεώρηση για τη διακοπή του. Οι άντρες εμπιστεύονται πιο εύκολα τη φαρμακευτική θεραπευτική βοήθεια για απεξάρτηση από τη συνήθεια, απ' ό,τι οι γυναίκες.

- Επαγγελματίες υγείας και παρεμβατικές δράσεις κατά του καπνίσματος. Οι επαγγελματίες υγείας είναι οι αρμόδιοι να συμβουλευσουν να παρακινήσουν και να υποστηρίξουν την προσπάθεια των χρηστών για διακοπή του καπνίσματος. Με τις γνώσεις και την εμπειρία τους θα πρέπει να αντιμετωπίσουν τον κάθε χρήστη ξεχωριστά, να σκιαγραφήσουν το προφίλ του και να του προσφέρουν την κατάλληλη συμβουλευτική και φαρμακευτική υποστήριξη. Ο επιστήμονας υγείας, πέρα από την προσωπική του εκπαίδευση στο θέμα, οφείλει να ενημερώνει και να εκπαιδεύει τους ασθενείς του, να παρακολουθεί στενά την πορεία της θεραπείας και να παρέχει ασφαλιστική κάλυψη για τις αποδεδειγμένες επιστημονικά συμπεριφορικές και φαρμακολογικές θεραπείες (Musich et al., 2009).

Βασική παράμετρος είναι και η καπνιστική συμπεριφορά του επαγγελματία υγείας, καθώς είναι σαφής ο παραδειγματικός ρόλος που ασκεί στους ασθενείς του. Μετά από μελέτες που διεξήχθησαν (Ulbricht et al., 2009), η περίπτωση αποχής του επαγγελματία από την καπνιστική συνήθεια ασκούσε σημαντικά θετική επίδραση στους ασθενείς που δέχονταν συμβουλές. Η συμβουλευτική υποστήριξη του καπνιστή αποσκοπεί κυρίως στην ικανότητά του να διαχειριστεί αποτελεσματικά τα συμπτώματα που προκύπτουν μετά τη διακοπή του καπνίσματος, αλλά και να πειστεί προς αποφυγή της υποτροπής. Τα συμβουλευτικά προγράμματα μπορεί να είναι ατομικά ή ομαδικά.

- Τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης. Οι τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης αποτελούν μια οικονομική μορφή συμβουλευτικής παρέμβασης για τον καπνιστή. Ακόμη, άλλα χαρακτηριστικά της παρεμβατικής αυτής μορφής, όπως η διεξαγωγή της σε ατομικό επίπεδο, η ανωνυμία, η παροχή προληπτικής συμβουλευτικής, επηρεάζουν θετικά την αλληλεπίδραση μεταξύ συμβούλου και ασθενή και τη διαφοροποιούν από τις παραδοσιακές συμβουλευτικές τακτικές κατά ομάδες. Αποσκοπεί, δε, στην αλλαγή νοοτροπίας και συμπεριφοράς του καπνιστή, ώστε να αντιληφθεί τα οφέλη της διακοπής και να επιχειρήσει την αλλαγή των συνηθειών του (Zhu, Tedeschi, Aderson, & Pierce, 1996).

- Φαρμακευτική αγωγή. Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει υποκατάστατα νικοτίνης, ώστε να περιοριστούν τα συμπτώματα στέρησης που ακολουθούν τη διακοπή του καπνίσματος. Συνήθως είναι αποτελεσματικά, ενώ δεν προκαλούν παρενέργειες. Χρησιμοποιούνται σε διάφορες μορφές όπως αυτοκόλλητα, τσίγλες, καραμέλες, σπρέι, όλα με στόχο να αντικαταστήσουν εν μέρει το ποσοστό νικοτίνης στο αίμα. Στα φαρμακευτικά σκευάσματα ενάντια στο κάπνισμα συμπεριλαμβάνονται και ουσίες που αυξάνουν τα εγκεφαλικά επίπεδα ντοπαμίνης και νορεπινεφρίνης, κάτι που προκαλεί η νικοτίνη στον οργανισμό. Μετριάζεται, έτσι, η αρνητική διάθεση καθώς και οι αντιδράσεις άγχους και ανησυχίας που προκαλεί η διακοπή του καπνίσματος και που οδηγούν τις περισσότερες φορές σε υποτροπή (Musich et al., 2009).

Τελευταία έχει αρχίσει να χρησιμοποιείται και ο βελονισμός ως τρόπος περιορισμού των αρνητικών αντιδράσεων που προκαλεί η προσπάθεια απεξάρτησης από τη νικοτίνη.

4.5. Πολιτικές υγείας για το κάπνισμα στο φοιτητικό πληθυσμό

Παρόλο που η συχνότητα και η ένταση καπνίσματος στην πληθυσμιακή ομάδα των φοιτητών στην Ελλάδα παρουσιάζουν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά, δεν έχουν καταγραφεί αξιόλογες προσπάθειες για συντονισμένη αντιμετώπιση του προβλήματος. Μία οργανωμένη πολιτική προαγωγής της υγείας στο πλαίσιο του πανεπιστημίου θα μπορούσε να ανατρέψει τις συμπεριφορές διακινδύνευσης και να εμποδίσει την υιοθέτησή τους στη μετέπειτα ζωή του νέου. Για να είναι αποτελεσματικά τα προγράμματα που αφορούν την αντικαπνιστική δράση, θα έπρεπε να δραστηριοποιηθούν οι αρμόδιοι φορείς της πολιτείας, οι οποίοι θα έπρεπε να στοχεύουν κυρίως στην πρόληψη εκδήλωσης τέτοιων συνηθειών.

Ο βασικός μοχλός για την ενίσχυση τέτοιων προσπαθειών είναι η ενημέρωση. Οι φοιτητές αποτελούν μία πληθυσμιακή ομάδα, που ηλικιακά είναι απόλυτα εξοικειωμένοι με τις νέες τεχνολογίες και το διαδίκτυο. Η πρόσβασή τους στην πληροφορία και τη γνώση είναι δεδομένη. Οι αρμόδιοι φορείς λοιπόν θα μπορούσαν να θέσουν την τεχνολογία στην υπηρεσία τους και να διοχετεύουν πληροφορίες υγείας, ώστε με τη διασπορά τους να ευαισθητοποιούνται οι νέοι πάνω σε θέματα υψηλού υγειονομικού κινδύνου (Vozikis et al., 2014).

Σημαντικό είναι, επίσης, οι νομοθετικές ρυθμίσεις να αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα της απαγόρευσης του καπνίσματος στους κλειστούς δημόσιους χώρους και να εφαρμόζονται απαρέγκλιτα. Οι χώροι του πανεπιστημίου πρέπει να προστατεύονται από τη

μετατροπή τους σε καπνιστικά περιβάλλοντα. Με αυτόν τον τρόπο διευκολύνεται η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών από τους φοιτητές, αλλά εμπεδώνονται και οι αρχές σεβασμού και προστασίας των μη καπνιστών από το παθητικό κάπνισμα. Συμπληρωματικά, θα μπορούσε να απαγορευτεί ή να περιοριστεί η διάθεση προϊόντων καπνού στους πανεπιστημιακούς χώρους (Callinan et al., 2010).

Γενικά, θα μπορούσαν να ληφθούν πολλές πρωτοβουλίες, που θα εστιάζουν στην κάλυψη των ψυχοκοινωνικών αναγκών των φοιτητών. Έτσι, δράσεις που αφορούν την ατομική ή την ομαδική συμβουλευτική πάνω στην πρόληψη του καπνίσματος, η εκτύπωση και η διανομή φυλλαδίων, αλλά και η ανάληψη καινοτόμων δράσεων ευρύτερου ενδιαφέροντος στο χώρο της υγείας, θα μπορούσαν να ευαισθητοποιήσουν τους φοιτητές και να τους βοηθήσουν να απαλλαγούν από τέτοιες συνήθειες, προτού εδραιωθούν βιολογικές ασθένειες που το αιτιολογικό τους υπόβαθρο εντοπίζεται στην καπνιστική συνήθεια. Μάλιστα, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το κάπνισμα 2008-2012 προβλέπει τρεις άξονες, πάνω στους οποίους στηρίζεται η αντικαπνιστική πολιτική της χώρας για τους φοιτητές:

α) έρευνα: διεξάγονται πανελλαδικά ερευνητικές μελέτες, που διερευνούν τους παράγοντες, που ευθύνονται για την υιοθέτηση τέτοιων συμπεριφορών από το φοιτητικό πληθυσμό.

β) παρέμβαση: εξειδικευμένο, κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό, θα επιχειρήσει παρεμβάσεις στα πανεπιστήμια της χώρας σε καπνίζοντες φοιτητές.

γ) πρόληψη: διανομή πληροφοριακού υλικού, ώστε οι φοιτητές να ενημερώνονται έγκυρα και έγκαιρα για τις επιβλαβείς επιπτώσεις στον οργανισμό της καπνιστικής συνήθειας (Καλαντζή – Αζίζι, 2012).

Είναι σημαντικό, λοιπόν, να υπάρχουν υποστηρικτικές δομές, οι οποίες θα έχουν την ευθύνη της ενημέρωσης του φοιτητικού πληθυσμού, αλλά και θα παρέχουν εύκολα προσβάσιμες πληροφορίες σε όσους νέους επιθυμούν να διακόψουν την καπνιστική συνήθεια.

Συμπεράσματα θεωρητικού μέρους

Η καπνιστική συνήθεια παρουσιάζει αυξητικές τάσεις, ειδικά στις νεαρές ηλικίες, σε παγκόσμιο επίπεδο. Ο φοιτητικός πληθυσμός αποτελεί το ηλικιακό στάδιο στο οποίο καταγράφονται τα πιο υψηλά ποσοστά χρήσης καπνικών προϊόντων, καθώς συντελούν παράγοντες, όπως το νέο περιβάλλον στο οποίο εντάσσονται, ο μιμητισμός των

συναναστροφών τους, η μείωση του γονεϊκού ελέγχου. Οι τακτικές που πρέπει να επιλεγούν για να τεθεί υπό έλεγχο το πρόβλημα του καπνίσματος απαιτούν διερεύνηση και μελέτη του θέματος, ώστε να εντοπιστούν με σαφήνεια οι διαστάσεις του και οι παράγοντες που συντελούν στην όξυνσή του.

Η απαρέγκλιτη τήρηση του νομοθετικού πλαισίου, αλλά και η συνεχής ενημέρωση του κοινού με κατάλληλα προγράμματα που αφορούν όλες τις ηλικιακές ομάδες, είναι οι βασικοί μοχλοί για τον περιορισμό της καπνιστικής έξης στο φοιτητικό, και όχι μόνο, πληθυσμό. Με συντονισμένες ενέργειες και παρεμβατικές δράσεις που θα απευθύνονται πρωτίστως στους καπνιστές φοιτητές είναι δυνατόν να υπάρξει ευαισθητοποίηση και δραστηριοποίηση, ώστε να αποτραπεί η μετατροπή των χώρων του πανεπιστημίου σε καπνιστικά περιβάλλοντα. Η ενημέρωση των φοιτητών για τις επιβλαβείς συνέπειες του καπνού και των εξαρτησιογόνων ουσιών που περιέχει στην ανθρώπινη υγεία είναι κομβικής σημασίας, όσον αφορά την προσπάθεια απεξάρτησης από το κάπνισμα.

Οι πρωτοβουλίες της πολιτείας σχετικά με τον περιορισμό αυτής της συμπεριφοράς διακινδύνευσης, παρουσιάζουν σοβαρές ελλείψεις. Είναι απαραίτητο να υπάρξει αναθεώρηση των προγραμμάτων αγωγής υγείας για θέματα σχετικά με το κάπνισμα. Οι παρεμβατικές δράσεις στα σχολεία θα μπορούσαν να επηρεάσουν τους μελλοντικούς φοιτητές, ώστε να απέχουν από συνήθειες υψηλού υγειονομικού κινδύνου.

Με τον σωστό σχεδιασμό των δράσεων και την ουσιαστική διαφώτιση του κοινού θα υπάρξει ατομικό αλλά και κοινωνικό όφελος, καθώς θα αναβαθμιστεί η δημόσια υγεία, θα βελτιωθούν οι τομείς εργασίας και παραγωγικότητας, θα εξοικονομηθούν πόροι για την κάλυψη ευρύτερων αναγκών και θα προαχθεί η ευημερία του συνόλου. Οι υγιείς έφηβοι θα εξελιχθούν σε υγιείς ενήλικες, πάνω στους οποίους θα στηριχθεί η σωστή λειτουργία του κοινωνικού οικοδομήματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5.1 Ερευνητικό πρόβλημα – Ερευνητικός σκοπός

Η παρούσα έρευνα αφορά την διερεύνηση των απόψεων φοιτητών επιστημών υγείας για το κάπνισμα σε σχέση με την κατάσταση της γενικής υγείας τους.

5.2 Πληθυσμός υπό μελέτη

Το τελικό δείγμα της μελέτης διαμορφώθηκε στους 150 συμμετέχοντες. Η δειγματοληψία έλαβε χώρα τους μήνες Μάρτιο 2019 και Μάιο 2019.

Η διαδικασία της δειγματοληψίας έγινε με μεθόδους απροσδιόριστης πιθανότητας επιλογής (non-probability sampling) και συγκεκριμένα, ακολουθήθηκε η βολική – συμπτωματική δειγματοληψία (Cohen et al., 2008). Με την εν λόγω δειγματοληπτική διαδικασία δημιουργείται ενός είδους εθελοντικού δείγματος, καθώς συμμετέχουν σε αυτό όσοι είναι άμεσα προσβάσιμοι και πρόθυμοι να συμμετάσχουν. Επιλέγονται τα πλησιέστερα άτομα, για να χρησιμεύσουν ως απαντούντες και αυτή η διαδικασία συνεχίζεται, έως ότου αποκτηθεί το απαιτούμενο μέγεθος του δείγματος (Cohen et al., 2008). Για τον παραπάνω λόγο έχουν συμπεριληφθεί στη μελέτη φοιτητές Επιστημών Υγείας από τον ευρύτερο θεσσαλικό χώρο και κυρίως την πόλη της Λάρισας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δυο φάσεις με τη συμπλήρωση γραπτού ανώνυμου ερωτηματολογίου, το οποίο δόθηκε για συμπλήρωση σε τυχαίους ερωτηθέντες από φοιτητές του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Αναλυτικότερα, έγινε μια πιλοτική επίδοση της επισκόπησης, πριν διενεργηθεί η κύρια φάση της έρευνας. Συνήθως, η πιλοτική φάση χρησιμοποιείται για να ελέγξει το ίδιο το εργαλείο της επισκόπησης και βοηθά στον εντοπισμό και τη διόρθωση πιθανών ασαφειών και αδυναμιών. Η πιλοτική φάση πραγματοποιήθηκε τον Μάρτιο 2019. Χορηγήθηκαν πιλοτικά τα ερωτηματολόγια σε δέκα άτομα και έγινε έλεγχος εγκυρότητας περιεχομένου για σαφήνεια και κατανόηση. Κατόπιν ακολούθησαν εκφραστικές διορθώσεις σε ερωτήσεις που δυσκόλεψαν τους συμμετέχοντες ως προς την κατανόησή τους.

Στην τελική φάση, η οποία διήρκησε 3 μήνες (Μάρτιος 2019 – Μάιος 2019), πραγματοποιήθηκε η συλλογή των δεδομένων, η οποία έγινε με προσωπική επίδοση των ερωτηματολογίων από την ερευνήτρια. Στο ερωτηματολόγιο υπήρχε ενσωματωμένη συνοδευτική επιστολή, που εξηγούσε τον σκοπό της έρευνας, τη διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας.

5.3 Ερωτηματολόγια και μεταβλητές υπό μελέτη – Ερευνητικές Υποθέσεις

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στα πλαίσια της παρούσας έρευνας αποτελείται από 4 ενότητες, οι οποίες είναι:

- I. Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία:** Σ' αυτήν την ενότητα περιλαμβάνονται 10 ερωτήσεις αναφορικά με τα προσωπικά στοιχεία των συμμετασχόντων, οι οποίες, αφορούν, το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, την κατοικία, τον τόπο μόνιμης κατοικίας, την οικογενειακή κατάσταση, το μηνιαίο εισόδημα, την ύπαρξη άλλων καπνιστών στο οικογενειακό περιβάλλον, την ηλικία του πρώτου καπνίσματος και την προσπάθεια διακοπής.
- II. Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ – 28):** Η Κλίμακα του ερωτηματολογίου αποτελείται από συνολικά 28 δηλώσεις. Οι απαντήσεις δίνονται σε 4βαθμη κλίμακα τύπου Likert με βαθμολόγηση που εκτείνεται από το «1» έως το «4». Στις 20 δηλώσεις, η βαθμολόγηση των απαντήσεων γίνεται κανονικά, έτσι ώστε, οι υψηλότερες τιμές σκορ να δηλώνουν συμφωνία, ενώ στις υπόλοιπες 8 συμβαίνει το αντίθετο, σε μία υποκλίμακα που εξετάζει πως ήταν η υγεία των φοιτητών τις τελευταίες εβδομάδες.
- III. Κλίμακα χαρακτηριστικών καπνιστικής συνήθειας:** Η Κλίμακα του ερωτηματολογίου αποτελείται από συνολικά 4 δηλώσεις. Οι απαντήσεις είναι κλειστού τύπου ποιοτικές με «Ναι» και «Όχι» ή με άλλες πιθανές απαντήσεις, που δηλώνουν κυρίως το βαθμό της συμφωνίας, ανάλογα με το ύφος της ερώτησης, καθώς και ποσοτικές (η απάντηση δίνεται με ένα αριθμό). Η υποκλίμακα αυτή εξετάζει πως διαμορφώνονται τα χαρακτηριστικά των φοιτητών που καπνίζουν.
- IV. Κλίμακα εθισμού:** Η Κλίμακα του ερωτηματολογίου αποτελείται από συνολικά 6 δηλώσεις. Οι απαντήσεις είναι κλειστού τύπου ποιοτικές με «Ναι» και «Όχι» ή άλλες

πιθανές απαντήσεις, ανάλογα με το ύφος της ερώτησης. Η υποκλίμακα αυτή εξετάζει τη βαρύτητα της εξάρτησης των φοιτητών από τη νικοτίνη.

Ειδικότερα τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης είναι τα εξής:

1. Κατά πόσο σχετίζονται, η οικογενειακή κατάσταση, ο τόπος διαμονής, το φύλο, η οικονομική κατάσταση και το κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον με την καπνιστική συνήθεια;
2. Ποιο είναι το μέγεθος της καπνιστικής συνήθειας μεταξύ των φοιτητών Επιστημών Υγείας;
3. Ποιοι είναι οι πιθανοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του φαινομένου της καπνιστικής συνήθειας;
4. Ποια είναι η διαφορά της καπνιστικής συνήθειας μεταξύ των φοιτητών Επιστημών Υγείας;
5. Ποιες είναι οι επιπτώσεις της καπνιστικής συνήθειας στην κατάσταση της γενικής υγείας τους;

5.4 Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας, έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου “SPSS 25.0 for Windows” εφαρμόζοντας τις μεθόδους της Περιγραφικής και της Επαγωγικής Στατιστικής. Η Περιγραφική ανάλυση περιελάμβανε την κατανομή συχνοτήτων των ποιοτικών μεταβλητών (απόλυτη και σχετική % συχνότητα) και εκτιμήσεις των παραμέτρων θέσης και διασποράς των ποσοτικών μεταβλητών (μέση τιμή, διάμεσος τιμή, σταθερή απόκλιση, ελάχιστη και μέγιστη τιμή). Η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων έγινε με την Επαγωγική ανάλυση. Στις κλίμακες που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή, πραγματοποιήθηκαν οι παραμετρικοί έλεγχοι χ^2 – test, t – test, Anova και ο έλεγχος συσχέτισης Pearson, ενώ στις κλίμακες που δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή, πραγματοποιήθηκαν οι μη παραμετρικοί έλεγχοι Kruskal – Wallis και ο έλεγχος συσχέτισης Spearman. Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο 5%, εκτός αν αναγράφεται κάποια άλλη διευκρίνιση κάτω από τον πίνακα.

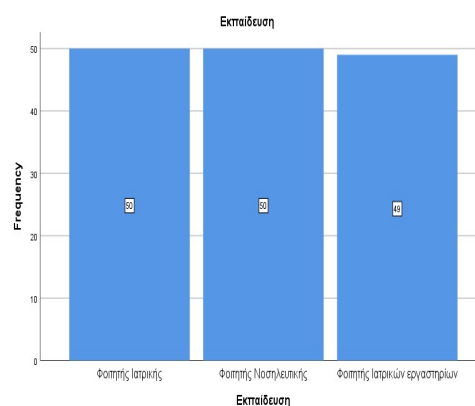
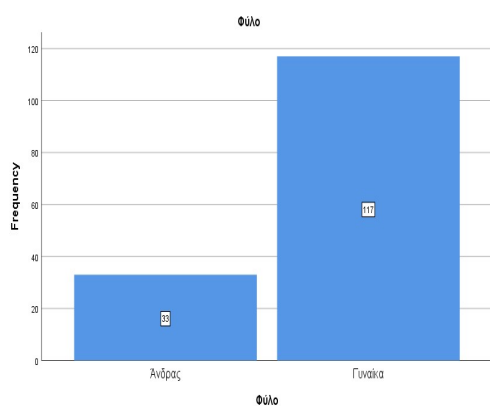
5.5 Περιγραφική Ανάλυση Αποτελεσμάτων

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Μεταβλητή	Επιλογές	Συχνότητα (f)	Ποσοστό (%)
Φύλο	Άνδρας	33	22,0
	Γυναίκα	117	78,0
Εκπαίδευση	Φοιτητής Ιατρικής	50	33,6
	Φοιτητής Νοσηλευτικής	50	33,6
	Φοιτητής Ιατρικών εργαστηρίων	49	32,9
Κατοικία	Μένω μόνος/ μόνη	75	53,6
	Μένω με την οικογένεια μου	65	46,4
Μοναδικός καπνιστής στην οικογένεια ή καπνίζουν κι άλλοι	Όχι	89	63,6
	Ναι	51	36,4
Τόπος μόνιμης κατοικίας	Πόλη	109	72,7
	Κωμόπολη	27	18,0
	Χωριό	14	9,3
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	142	94,7
	Έγγαμος/η	7	4,6
	Διαζευγμένος/η	1	0,7
Μηνιαίο εισόδημα	Λιγότερα από 500/ μήνα	70	46,7
	500 – 1000	59	39,3
	Πάνω από 1000/ μήνα	21	14,0

Μεταβλητή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέγιστο	Ελάχιστο
Ηλικία	21,07	6,12	54	18
Πόσοι καπνίζουν στην οικογένεια;	1,90	0,99	5	1
Σε ποια ηλικία καπνίσατε πρώτη φορά;	16,49	2,54	23	9

Όπως φαίνεται στον πιο πάνω πίνακα, ο αριθμός των γυναικών φοιτητών που συμμετείχαν στην έρευνα είναι σχεδόν τετραπλάσιος από τον αριθμό των ανδρών (117 έναντι 33 ή 78,0% έναντι 22,0%). Αναφορικά με την ηλικία των ερωτηθέντων, κατά κύριο λόγο κυμαίνεται περίπου στα 21 έτη. Οι ερωτηθέντες είναι τόσο φοιτητές Ιατρικής, όσο Νοσηλευτικής και Ιατρικών εργαστηρίων, ενώ κατά κύριο λόγο μένουν μόνοι τους, με τους περισσότερους από αυτούς να κατάγονται από πόλη, ενώ δεν υπάρχουν πολλοί έγγαμοι. Αυτό επαληθεύεται από τις μικρές ηλικίες του δείγματος, με πιθανή αιτία την πιο εύκολη ολοκλήρωση των σπουδών τους. Κατά κύριο λόγο, στο δείγμα οι φοιτητές που εμπλέκονται δεν είναι οι μοναδικοί καπνιστές στην οικογένεια τους (76 άτομα), καθώς καπνίζουν 2 άτομα τουλάχιστον (89 ερωτηθέντες ή 63,6%), ενώ η πλειοψηφία αυτών δηλώνουν καπνιστές ήδη από την ηλικία των 16 ετών. Τέλος, ο βασικός όγκος τους δείγματος ήταν από την περιοχή της Θεσσαλίας.



Γραφήματα 1 & 2. Ραβδογράμματα απόλυτων συχνοτήτων για το Φύλο και την Εκπαίδευση.

5.5.1 Ανάλυση αξιοπιστίας

Πίνακας 2: Περιγραφική Ανάλυση Κλιμάκων

ΚΛΙΜΑΚΑ	CRONBACH'S ALPHA	ΕΛΑΧΙΣΤΟ	ΜΕΓΙΣΤΟ	Μ.Ο	T.A
Γενική Υγεία (GHQ – 28)	0,845	1,03	2,99	1,73	0,323
Εθισμός	0,749	0,00	1,33	0,45	0,360
Ερωτηματολόγιο συνολικά	0,858				

Στον πίνακα 2 καταγράφονται η αξιοπιστία και τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα των Κλιμάκων της έρευνας. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των Κλιμάκων εκτιμήθηκε με το συντελεστή Cronbach's Alpha. Τιμή του συντελεστή α μεγαλύτερη του 0,6 χαρακτηρίζει ως πολύ καλή την αξιοπιστία των ερωτήσεων μιας κλίμακας. Οι τιμές του συντελεστή Cronbach's Alpha των 3 παραγόντων του ερωτηματολογίου είναι 0,845 για την Γενική Υγεία (GHQ – 28), 0,749 για τον εθισμό στο τσιγάρο, γεγονός, που χαρακτηρίζει ως πολύ καλή την αξιοπιστία και την συνοχή των επιμέρους ερωτήσεων των διαστάσεων της Κλίμακας. Η αξιοπιστία για το σύνολο της Κλίμακας του ερωτηματολογίου είναι 0,858, χαρακτηρίζοντας την επίσης πολύ καλή αξιοπιστία.

Το σκορ για την υποκλίμακα Γενική Υγεία (GHQ – 28) κυμαίνεται από 1,03 έως 2,99 με μέση τιμή 1,73 (τυπική απόκλιση = 0,323), γεγονός που υποδεικνύει ως φυσιολογικά τα επίπεδα για την πλειοψηφία του δείγματος. Το σκορ για τη διάσταση Εθισμό κυμαίνεται από 0,00 έως 1,33 με μέση τιμή 0,45 (τυπική απόκλιση = 0,360), χαρακτηρίζοντας ως φυσιολογικά τα επίπεδα για την πλειοψηφία των συμμετεχόντων.

5.5.2 Παράγοντες που σχετίζονται με την γενική υγεία (GHQ – 28)

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζεται η κατανομή συχνοτήτων για την εκτίμηση των στάσεων για το βαθμό σημαντικότητας, σχετικά με τις αντιλήψεις γύρω από την γενική υγεία των ερωτηθέντων φοιτητών. Αναλυτικότερα, το 48,0% του δείγματος δηλώνει πως δε νοιώθει την ανάγκη για κάποιο δυναμωτικό, το 51,3% δηλώνει πως θεωρεί τον εαυτό του εξαντλημένο και κακοδιάθετο και το 38,0% αναφέρει πως δεν είχε αισθανθεί πρόσφατα άρρωστο, ενώ

συνεχίζοντας το 51,3% του δείγματος θεωρεί πως έχει πονοκεφάλους το ίδιο με συνήθως, ενώ δεν νιώθει καθόλου σφίξιμο (70 άτομα). Συνεχίζοντας, το 50,0% του δείγματος δεν φανερώνεται να είχε περάσει περιόδους με κρυάδες ή εξάψεις, την ίδια στιγμή που το 44,0% θεωρεί ότι έχει χάσει τον ύπνο του λόγω κάποιας ανησυχίας, ενώ αντίθετα 73 άτομα δηλώνουν ότι δεν δυσκολεύονται να ξανακοιμηθούν, ενώ αντίστοιχα οι ερωτηθέντες δηλώνουν πως έχουν αισθανθεί υπερένταση και κάποιες φορές οξύθυμοι στο ίδιο πλαίσιο που νιώθουν κάθε φορά σε ποσοστό 56,0%, το 38,7% νιώθει φόβο και πανικό και ότι έχει καταβαραθρωθεί από την καθημερινότητα στον ίδιο ρυθμό που ήταν, ενώ εν συνεχεία, το 48,0% νοιώθει νευρικό, με το 66,7% να νιώθει το ίδιο δραστήριο όσο συνήθως. Στο ίδιο πλαίσιο το 65,3% του δείγματος δηλώνει ότι περατώνει τις δουλειές του στον ίδιο χρόνο που το έκανε, ενώ τα καταφέρνει εξίσου καλά, το 65,3% δηλώνει το ίδιο ικανοποιημένο με τον τρόπο που κάνει τις δουλειές, με το 64,0% να θεωρεί ότι ο ρόλος που παίζει στα γεγονότα γύρω του είναι το ίδιο χρήσιμος όπως συνήθως, το 52,7% αισθάνεται το ίδιο ικανό να παίρνει αποφάσεις, ενώ δηλώνει πως τον τελευταίο καιρό χαιρέται τις καθημερινές δραστηριότητες στον ίδιο ρυθμό. Τέλος, ένα ελάχιστο 64,7% του δείγματος είναι ουδέτεροι στο αν αξίζει η ζωή τους και αρνητικοί και θεωρούν πως η ζωή έχει ελπίδα και αξίζει κανείς να ζει, το 76,0% επίσης δεν έχουν σκεφτεί, ούτε το να πεθάνουν, ούτε το να είναι πεθαμένοι, ενώ όσον αφορά τα άτομα δεν ήταν αρνητικά στο να συμμετέχουν σε κάτι λόγω νεύρων (67 άτομα).

Πίνακας 3: Κατανομή συχνότητας για την εκτίμηση στάσεων ως προς τις αντιλήψεις για τη γενική υγεία

	1		2		3		4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ερώτηση 1	13	8,7%	126	84,6%	9	6,0%	1	0,7%
Ερώτηση 2	72	48,0%	60	40,0%	17	11,3%	1	0,7%
Ερώτηση 3	45	30,0%	77	51,3%	25	16,7%	3	2,0%
Ερώτηση 4	57	38,0%	63	42,0%	29	19,3%	1	0,7%
Ερώτηση 5	38	25,3%	77	51,3%	31	20,7%	4	2,7%
Ερώτηση 6	70	46,7%	58	38,7%	22	14,6%	0	0,0%

Ερώτηση 7	75	50,0%	55	36,7%	19	12,7%	1	0,7%
Ερώτηση 8	39	26,0%	66	44,0%	37	24,7%	8	5,3%
Ερώτηση 9	73	48,7%	52	34,7%	21	17,0%	4	2,7%
Ερώτηση 10	33	22,0%	84	56,0%	29	19,3%	4	2,7%
Ερώτηση 11	57	38,0%	58	38,7%	27	18,0%	8	5,3%
Ερώτηση 12	26	44,0%	59	39,3%	22	14,7%	3	2,0%
Ερώτηση 13	47	31,3%	72	48,0%	25	16,7%	6	4,0%
Ερώτηση 14	30	20,0%	100	66,7%	17	11,3%	3	2,0%
Ερώτηση 15	30	20,0%	98	65,3%	20	13,3%	2	1,4%
Ερώτηση 16	19	12,7%	120	80,0%	11	7,3%	0	0,0%
Ερώτηση 17	37	24,7%	98	65,3%	15	10,0%	0	0,0%
Ερώτηση 18	36	24,0%	96	64,0%	18	12,0%	0	0,0%
Ερώτηση 19	50	33,3%	79	52,7%	18	12,0%	3	2,0%
Ερώτηση 20	57	38,0%	81	54,0%	12	8,0%	0	0,0%
Ερώτηση 21	35	23,3%	87	58,0%	24	16,0%	4	2,7%
Ερώτηση 22	97	64,7%	41	27,3%	7	4,7%	4	2,7%
Ερώτηση 23	121	80,7%	20	13,3%	5	3,3%	4	2,7%
Ερώτηση 24	122	81,3%	23	15,3%	2	1,3%	3	2,0%
Ερώτηση 25	88	59,1%	47	31,5%	12	8,1%	2	1,4%
Ερώτηση 26	67	44,7%	49	32,7%	30	20,0%	4	2,7%
Ερώτηση 27	114	76,0%	22	14,7%	11	7,3%	3	2,0%
Ερώτηση 28	76	50,7%	63	42,0%	10	6,7%	1	0,7%

5.5.3 Παράγοντες που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά της καπνιστικής συνήθειας

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζεται η κατανομή συχνοτήτων για την εκτίμηση των στάσεων για το βαθμό αναγκαιότητας σχετικά με τις αντιλήψεις, γύρω από τα χαρακτηριστικά της καπνιστικής συνήθειας. Αναλυτικότερα, το 71,6% δηλώνει πως δεν καπνίζει, με μόλις το 28,4% του δείγματος να δηλώνουν πως είναι καπνιστές, το 28,4%, το ποσοστό δηλαδή των καπνιστών, δηλώνει πως τείνει να καπνίζει 12 τσιγάρα την ημέρα με μία τυπική απόκλιση 8 τσιγάρων ημερησίως, ενώ παρατηρείται πως κατά μέσο όρο καπνίζουν εδώ και τουλάχιστον 6 χρόνια με μία τυπική απόκλιση άλλων τόσων ετών. Τέλος, το 60,9% των συμμετεχόντων ανταποκρίνεται θετικά στο κάπνισμα τυποποιημένων τσιγάρων, με το 37,0% του συνόλου των καπνιστών να δηλώνει πως προτιμάει χειροποίητα τσιγάρα.

Πίνακας 4: Κατανομή συχνοτήτων για την εκτίμηση στάσεων ως προς τις αντιλήψεις για την καπνιστική συνήθεια

	Ναι		Όχι			
	N	%	N	%		
Ερώτηση 1	42	28,4%	106	71,6%		
	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	Μέγιστο	Ελάχιστο		
Ερώτηση 2	12,25	8,43	50	1		
Ερώτηση 3	6,16	6,91	29	1		
	Τυποποιημένα τσιγάρα		Καπνός		Άλλο	
	N	%	N	%	N	%
Ερώτηση 4	28	60,9%	17	37,0%	1	2,1%

5.5.4 Παράγοντες που σχετίζονται με την κλίμακα εθισμού στη νικοτίνη

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζεται η κατανομή συχνοτήτων για την εκτίμηση των στάσεων για το βαθμό εθισμού – βαρύτητα εξάρτησης σχετικά με τη νικοτίνη από τους φοιτητές. Αναλυτικότερα, το 32,6% δηλώνει πως το πρώτο τσιγάρο που κάνει όταν ξυπνήσει είναι μετά την πρώτη ώρα, με το 27,9% των φοιτητών να καπνίζει το πρώτο τσιγάρο από μισή μέχρι μία ώρα, με το 46,5% του δείγματος, να δηλώνει πως μέσα σε μία μέρα καπνίζει λιγότερα από 10 τσιγάρα, με το 46,5% του συνόλου των καπνιστών να κάνει έως 20 τσιγάρα. Το 88,4% επιπλέον, δηλώνει ότι το πρωί δεν είναι παράγοντας που θα τους κάνει να καπνίσουν περισσότερο, γεγονός που επαληθεύεται και από την μαρτυρία, ότι το πρώτο τσιγάρο δεν είναι τόσο απολαυστικό, όσο οποιοδήποτε άλλο κατά τη διάρκεια της ημέρας. Συνεχίζοντας, το 76,2% του δείγματος θεωρεί ότι το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους, όπως νοσοκομεία και εστιατόρια, είναι απαγορευτικό για τους ίδιους και αρνείται να προβεί σε μία τέτοια ενέργεια. Το 65,1%, ποσοστό του συνολικού δείγματος είναι αρκετά αρνητικό στην άποψη πως, όταν είναι άρρωστοι και χρειάζεται να είναι στο κρεβάτι, ταυτόχρονα μπορούν και να καπνίζουν. Τέλος, από το σύνολο των καπνιζόντων ερωτηθέντων, μόλις το 5% είναι πολύ εξαρτημένοι καπνιστές βάση της κλίμακας Fagerstrom, το 33% φαίνεται να είναι μέτρια εξαρτημένοι, ενώ η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 62% (27 άτομα) είναι λίγο εξαρτημένοι.

Πίνακας 5: Κατανομή συχνοτήτων για την εκτίμηση στάσεων ως προς τις αντιλήψεις για την Κλίμακα εθισμού στη νικοτίνη

	60 λεπτά μετά		31 – 60 λεπτά		6 – 30 λεπτά		Τα πρώτα 5 λεπτά	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ερώτηση 1	14	32,6%	12	27,9%	13	30,2%	4	9,3%
	< 10		11 – 20		21 – 30		> 30	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ερώτηση 2	20	46,5%	20	46,5%	2	4,7%	1	2,3%
	Ναι		Όχι					
	N	%	N	%				

Ερώτηση 3	5	11,6%	38	88,4%
	Πρώτο της ημέρας		Οποιοδήποτε έκτος του πρώτου	
	N	%	N	%
Ερώτηση 4	5	11,6%	38	88,4%
	Ναι		Όχι	
	N	%	N	%
Ερώτηση 5	10	23,8%	32	76,2%
Ερώτηση 6	15	34,9%	28	65,1%

5.5.5 Ανάλυση κανονικότητας

Πίνακας 6: Έλεγχος Κανονικότητας Κλιμάκων

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Γενική Υγεία (GHQ – 28)	,160	150	,200	,954	150	,200
Καπνιστική συνήθεια	,111	122	,121	,926	122	,200
Εθισμός	,137	122	,134	,909	122	,200

Σύμφωνα με τον πίνακα 6 και τον έλεγχο κανονικότητας για τις Κλίμακες της παρούσας έρευνας προκύπτει ότι όλες οι διαστάσεις ακολουθούν την κανονική κατανομή, όπως η υποκλίμακα Γενικής Υγείας (GHQ – 28) ($p = 0,200$) και η υποκλίμακα του Εθισμού ($p = 0,134$).

Για την επαγωγική ανάλυση λοιπόν πραγματοποιήθηκαν παραμετρικοί έλεγχοι για τις κλίμακες που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή, δηλαδή την Γενική Υγεία (GHQ – 28), τα χαρακτηριστικά Καπνιστικής συνήθειας, τον Εθισμό.

5.6 Επαγωγική ανάλυση αποτελεσμάτων

5.6.1 Συσχέτιση Pearson

Στη συνέχεια έγινε υπολογισμός του συντελεστή διερεύνησης συσχετίσεων Pearson μεταξύ των στάσεων, ως προς τη σημαντικότητα, αναγκαιότητα και αποτελεσματικότητα. Όλα τα παραπάνω θα συσχετιστούν και με τις ποσοτικές μεταβλητές «Ηλικία» και «Ηλικία πρώτου καπνίσματος».

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ετών ηλικίας και της ηλικίας που πρώτη φορά κάπνισαν οι καπνιστές ερωτηθέντες των 3 κατηγοριών που δομούν το ερωτηματολόγιο. Βρέθηκε όμως στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της Γενικής Υγείας με τον Εθισμό στη νικοτίνη ($r = 0,450$, $p = 0,002$) και της υποκλίμακας Ημερήσιας ποσότητας τσιγάρων ($r = 0,342$, $p = 0,025$). Αυτό σημαίνει ότι η υγεία των ερωτηθέντων ανταποκρίνεται αρνητικά στην έντονη καπνιστική δραστηριότητα, καθώς αυξάνονται τα επίπεδα εθισμού και ημερήσιας ποσότητας τσιγάρων, μειώνεται και η ποιότητα υγείας. Τέλος, υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της Εθισμού στη νικοτίνη και της Ημερήσιας ποσότητας τσιγάρων ($r = 0,701$, $p = 0,000$).

Πίνακας 7: Συσχετίσεις Ποσοτικών Μεταβλητών με τους παράγοντες «Ηλικία» και «Ηλικία πρώτου καπνίσματος»

			Ηλικία	Ηλικία πρώτου καπνίσματος
	Γενική Υγεία (GHQ – 28)	r	,072	-,044
		p	,384	,721
	Εθισμός – Ερωτηματολόγιο Fragestrom	r	,189	-,165
		p	,224	,190
	Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;	r	,148	-,010
		p	,343	,950
	Πόσα χρόνια είστε καπνιστής;	r	,812**	-,130
		p	,000	,406

Σημείωση. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Πίνακας 8: Συσχετίσεις Ποσοτικών Μεταβλητών

		Γενική Υγεία (GHQ – 28)	Εθισμός – Ερωτηματολόγιο Fragestrom	Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;	Πόσα χρόνια είστε καπνιστής;
Γενική Υγεία (GHQ – 28)	R	1	-,450**	-,342*	,177
	P		,002	,025	,256
Εθισμός – Ερωτηματολόγιο Fragestrom	R	,450**	1	,701**	,229
	P	,002		,000	,139
Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;	R	,342*	,701**	1	,259
	P	,025	,000		,094
Πόσα χρόνια είστε καπνιστής;	R	,177	,229	,259	1
	P	,256	,139	,094	

Σημείωση. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Οι ερωτηθέντες φοιτητές θεωρούν ότι η γενική υγεία μειώνεται, όσο πιο πολύ αυξάνεται ο εθισμός στη νικοτίνη ($r = -0.450$, $p < 0.01$).

Οι ερωτηθέντες φοιτητές θεωρούν ότι η γενική υγεία χειροτερεύει, όσο πιο έντονη είναι η καπνιστική δραστηριότητα των φοιτητών ημερησίως ($r = -0.342$, $p < 0.05$).

Οι ερωτηθέντες φοιτητές θεωρούν ότι ο εθισμός στην νικοτίνη αυξάνεται, όσο πιο έντονη γίνεται η καπνιστική δραστηριότητα των φοιτητών ημερησίως ($r = 0.701$, $p < 0.01$).

5.6.2 Επίδραση δημογραφικού παράγοντα Φύλο στις κλίμακες του ερωτηματολογίου

Υλοποιήθηκε ανάλυση Independent – Samples T – test, για να εξετασθεί η επίδραση του φύλου στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου. Όπως βλέπουμε από τα αποτελέσματα του παρακάτω Πίνακα 9, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του φύλου σε καμία από

τις διαστάσεις των γενικών ερωτήσεων, σχετικά με την Γενική υγεία, τα Χαρακτηριστικά της καπνιστικής συνήθειας, τον Εθισμό στη νικοτίνη, για τους φοιτητές που ανταποκρίθηκαν στην έρευνα.

Πίνακας 9: Αποτελέσματα δοκιμής T-Test ανεξαρτήτων δειγμάτων για την επίδραση του φύλου στις κλίμακες του ερωτηματολογίου

	Φύλο	N	MO	TA	t-value	p-value
Γενική Υγεία – GHQ	Άνδρας	33	1,75	0,294	0,369	0,713
	Γυναίκα	117	1,73	0,332		
Εθισμός – Fragestrom	Άνδρας	13	3,31	0,523	1,223	0,228
	Γυναίκα	30	2,43	0,464		
Ημερήσια ποσότητα τσιγάρων	Άνδρας	13	15,92	11,934	1,939	0,059
	Γυναίκα	30	10,67	5,944		
Χρόνια που είναι καπνιστής	Άνδρας	13	5,23	3,723	-0,578	0,567
	Γυναίκα	30	6,57	7,925		

Σημείωση. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Στη συνέχεια παρατίθενται πίνακες και διαγράμματα, στα οποία χρησιμοποιείται το στατιστικό κριτήριο χ^2 – test προς επαλήθευση των παραπάνω αποτελεσμάτων.

Αρχικά, θα γίνει αναφορά στην Γενική υγεία.

Πίνακας 10: Συσχέτιση των μεταβλητών Φύλο και του 1^{ου} ερωτήματος μέσω των απολύτων και σχετικών συχνοτήτων. Χρήση στατιστικού χ^2

Φύλο * Αισθανόσαστε εντελώς καλά, απόλυτα υγιής; Crosstabulation

Count

Αισθανόσαστε εντελώς καλά, απόλυτα υγιής;				Total
Καλύτερα απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Χειρότερα απ' ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα απ' ότι συνήθως	

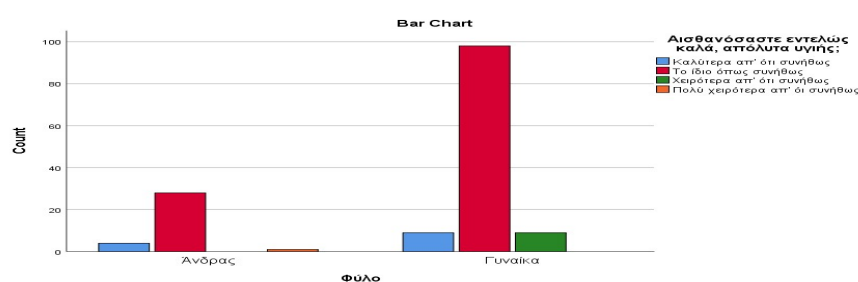
Φύλο	Άνδρας	4	28	0	1	33
	Γυναίκα	9	98	9	0	116
Total		13	126	9	1	149

Πίνακας 11: Χρήση στατιστικού χ^2 και p -value

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,636 ^a	3	,084
Likelihood Ratio	8,039	3	,045
Linear-by-Linear Association	,538	1	,463
N of Valid Cases	149		

Στο παρακάτω γράφημα προσδιορίζεται, ότι τα ποσοστά των ίδιων απαντήσεων μεταξύ των δύο φύλων δε διαφέρουν, γεγονός που φανερώνει την ύπαρξη ομοιότητας των απόψεων μεταξύ ατόμων ανδρών και γυναικών.



Διάγραμμα 3: Απόλυτες συχνότητες για την 1^η ερώτηση σε σχέση με το Φύλο

Με βάση το στατιστικό κριτήριο χ^2 , το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι στατιστικά $p = 0,084 > 0,05$ για τη δίτιμη κατηγορική μεταβλητή Φύλο. Άρα, δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα δύο φύλα, όσον αφορά το αν αισθάνονται απόλυτα υγιείς. Το αποτέλεσμα

στατιστικά διατυπώνεται ως εξής: $\chi^2(3) = 6,636$, $p = 0,084$. Τα δύο φύλα παρουσιάζονται θετικά στην παραπάνω δήλωση.

Όμοια για οποιαδήποτε άλλη ερώτηση σχετικά με την γενική υγεία, για την οποία θα συγκριθούν οι απαντήσεις των φύλων, ισχύει ότι η τιμή p είναι μεγαλύτερη του 0,05, πράγμα που επαληθεύει την αρχική υπόθεση περί ομοιότητας των απαντήσεων των φύλων.

Με βάση το στατιστικό κριτήριο χ^2 , το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι στατιστικά $p = 0,930 > 0,05$ για τη δίτιμη κατηγορική μεταβλητή Φύλο. Άρα, δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα δύο φύλα, όσον αφορά το αν έχουν αισθανθεί πως είναι άρρωστα. Το αποτέλεσμα στατιστικά διατυπώνεται ως εξής: $\chi^2(3) = 0,449$, $p = 0,930$. Τα δύο φύλα παρουσιάζονται θετικά στην παραπάνω δήλωση.

Με βάση το στατιστικό κριτήριο χ^2 , το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι στατιστικά $p = 0,983 > 0,05$ για τη δίτιμη κατηγορική μεταβλητή Φύλο. Άρα, δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα δύο φύλα, όσον αφορά το αν έχουν δυσκολία να συνεχίσουν τον ύπνο χωρίς διακοπές, αφού αποκοιμηθούν. Το αποτέλεσμα στατιστικά διατυπώνεται ως εξής: $\chi^2(3) = 0,163$, $p = 0,983$. Τα δύο φύλα παρουσιάζονται αρνητικά στην παραπάνω δήλωση.

Με βάση το στατιστικό κριτήριο χ^2 , το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι στατιστικά $p = 0,591 > 0,05$ για τη δίτιμη κατηγορική μεταβλητή Φύλο. Άρα, δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα δύο φύλα, όσον αφορά το αν αισθάνονται ότι τους έχουν καταπλακώσει οι καθημερινές δυσκολίες. Το αποτέλεσμα στατιστικά διατυπώνεται ως εξής: $\chi^2(3) = 1,914$, $p = 0,591$.

Με βάση το στατιστικό κριτήριο χ^2 , το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι στατιστικά $p = 0,274 > 0,05$ για τη δίτιμη κατηγορική μεταβλητή Φύλο. Άρα, δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα δύο φύλα, όσον αφορά αν έχουν καταφέρει να είναι πάντα δραστήριοι και απασχολημένοι. Το αποτέλεσμα στατιστικά διατυπώνεται ως εξής: $\chi^2(3) = 3,890$, $p = 0,274$. Τα δύο φύλα παρουσιάζονται αρνητικά στην παραπάνω δήλωση.

Με βάση το στατιστικό κριτήριο χ^2 , το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι στατιστικά $p = 0,816 > 0,05$ για τη δίτιμη κατηγορική μεταβλητή Φύλο. Άρα, δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα δύο φύλα, όσον αφορά το αν τα καταφέρνουν καλά σε γενικές γραμμές. Το αποτέλεσμα στατιστικά διατυπώνεται ως εξής: $\chi^2(3) = 0,407$, $p = 0,816$. Τα δύο φύλα παρουσιάζονται θετικά.

Τέλος, με βάση το στατιστικό κριτήριο χ^2 , το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι στατιστικά $p = 0,585 > 0,05$ για τη δίτιμη κατηγορική μεταβλητή Φύλο. Άρα, δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα δύο φύλα, όσον αφορά το αν σκέφτονται ότι δεν αξίζουν τίποτα. Το αποτέλεσμα στατιστικά διατυπώνεται ως εξής: $\chi^2(4) = 2,842$, $p = 0,585$. Τα δύο φύλα παρουσιάζονται αρνητικά.

Στη συνέχεια, θα συσχετίσουμε το φύλο των ερωτηθέντων, με τις απόψεις εκείνες που αφορούν τα Χαρακτηριστικά της καπνιστικής συνήθειας.

Πίνακας 12: Συσχέτιση των μεταβλητών Φύλο και του 1^{ου} ερωτήματος του Ερωτηματολογίου 3 μέσω των απολύτων και σχετικών συχνοτήτων.

Φύλο * Καπνίζετε; Crosstabulation

Count

		Καπνίζετε;		Total
		Ναι	Όχι	
Φύλο	Ανδρας	13	20	33
	Γυναίκα	29	86	115
Total		42	106	148

Με βάση το στατιστικό κριτήριο χ^2 , το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι στατιστικά $p = 0,111 > 0,05$ για τη δίτιμη κατηγορική μεταβλητή Φύλο. Άρα, δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις

ανάμεσα στα δύο φύλα, όσον αφορά το αν καπνίζουν. Το αποτέλεσμα στατιστικά διατυπώνεται ως εξής: $\chi^2(3) = 2,535$, $p = 0,111$.

Με βάση το στατιστικό κριτήριο χ^2 , το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι στατιστικά $p = 0,111 > 0,05$ για τη δίτιμη κατηγορική μεταβλητή Φύλο. Άρα, δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα δύο φύλα, όσον αφορά το είδος του καπνού που χρησιμοποιούν. Το αποτέλεσμα στατιστικά διατυπώνεται ως εξής: $\chi^2(3) = 2,535$, $p = 0,111$.

Στη συνέχεια θα συσχετίσουμε το φύλο των ερωτηθέντων με τις απόψεις εκείνες που αφορούν την Κλίμακα εθισμού στη νικοτίνη.

Με βάση το στατιστικό κριτήριο χ^2 , το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι στατιστικά $p = 0,401 > 0,05$ για τη δίτιμη κατηγορική μεταβλητή Φύλο. Άρα, δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα δύο φύλα, όσον αφορά το πόσα τσιγάρα καπνίζουν την ημέρα. Το αποτέλεσμα στατιστικά διατυπώνεται ως εξής: $\chi^2(3) = 2,938$, $p = 0,401$.

Με βάση το στατιστικό κριτήριο χ^2 , το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι στατιστικά $p = 0,123 > 0,05$ για τη δίτιμη κατηγορική μεταβλητή Φύλο. Άρα, δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα δύο φύλα, όσον αφορά στο αν καπνίζουν περισσότερο το πρωί σε σχέση με την υπόλοιπη ημέρα. Το αποτέλεσμα στατιστικά διατυπώνεται ως εξής: $\chi^2(3) = 2,377$, $p = 0,123$. Οι ερωτηθέντες εμφανίζονται αρνητικοί.

Τέλος, με βάση το στατιστικό κριτήριο χ^2 , το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι στατιστικά $p = 0,941 > 0,05$ για τη δίτιμη κατηγορική μεταβλητή Φύλο. Άρα, δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα δύο φύλα, όσον αφορά το αν καπνίζουν σε μέρη όπου απαγορεύεται το τσιγάρο. Το αποτέλεσμα στατιστικά διατυπώνεται ως εξής: $\chi^2(3) = 0,006$, $p = 0,941$.

5.6.3 Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ των αντιλήψεων των ερωτηθέντων για την γενική υγεία με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Υλοποιήθηκε ανάλυση ANOVA για να εξεταστεί η επίδραση της εκπαίδευσης, του τόπου μόνιμης κατοικίας, της οικογενειακής κατάστασης, του μηνιαίου εισοδήματος και της

προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος με βοήθεια ή χωρίς. Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 13, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, μεταξύ της γενικής υγείας, για την εκπαίδευση, τον τόπο μόνιμης κατοικίας, την οικογενειακή κατάσταση, το μηνιαίο εισόδημα και την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος με βοήθεια ή χωρίς, καθώς η τιμή p είναι μεγαλύτερη από το επιλεγμένο επίπεδο σημαντικότητας ($\alpha = 0,05$), για την γενική υγεία.

Πίνακας 13: Αποτελέσματα ανάλυσης ANOVA για την επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στην γενική υγεία

	F	p-value
Εκπαίδευση	0,389	0,678
Τόπος μόνιμης κατοικίας	1,790	0,171
Οικογενειακή κατάσταση	0,347	0,707
Μηνιαίο εισόδημα	0,046	0,955
Προσπάθεια διακοπής καπνίσματος	0,397	0,673

Στη συνέχεια, θα εξετάσουμε τις ίδιες απόψεις με βάση την δοκιμή χ^2 – test, όπου είναι κάθε στατιστικό τεστ υπόθεσης, στο οποίο, η δειγματοληπτική κατανομή από το στατιστικό αποτέλεσμα της δοκιμής, είναι μια χ^2 κατανομή, όταν η μηδενική υπόθεση είναι αληθής, ώστε να επαληθεύσουμε τα παραπάνω αποτελέσματα με στάθμη σημαντικότητας $\alpha = 0,05$. Αρχικά, θα αναφερθούμε στην εκπαίδευση με κάποια παραδείγματα.

Με βάση το στατιστικό κριτήριο χ^2 , το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι στατιστικά $p = 0,741 > 0,05$ για την κατηγορική μεταβλητή Εκπαίδευση. Άρα, δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις διαφορετικές σπουδές, όσον αφορά το αν δεν μπορούσαν να κάνουν κάτι γιατί τα νεύρα τους ήταν σε άσχημη κατάσταση. Το αποτέλεσμα στατιστικά διατυπώνεται ως εξής: $\chi^2(6) = 3,521, p = 0,741$.

Με βάση το στατιστικό κριτήριο χ^2 , το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι στατιστικά $p = 0,434 > 0,05$ για την κατηγορική μεταβλητή Εκπαίδευση. Άρα, δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις διαφορετικές σπουδές, όσον αφορά το αν είναι ικανοποιημένοι με τον τρόπο που κάνουν τη δουλειά τους. Το αποτέλεσμα στατιστικά διατυπώνεται ως εξής: $\chi^2(4) = 3,798, p = 0,434$. Όλοι δηλώνουν ικανοποιημένοι.

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στον Τόπο μόνιμης κατοικίας, ως παράγοντα επίδρασης στις απόψεις για την γενική υγεία με κάποιο παράδειγμα.

Πίνακας 14: Χρήση στατιστικού χ^2 και p -value

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	8,041 ^a	6	,235
Likelihood Ratio	8,374	6	,212
Linear-by-Linear Association	,026	1	,873
N of Valid Cases	150		

Με βάση το στατιστικό κριτήριο χ^2 , το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι στατιστικά $p = 0,235 > 0,05$ για την κατηγορική μεταβλητή Τόπο μόνιμης κατοικίας. Άρα, δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στους διαφορετικούς τύπους κατοικίας, όσον αφορά το αν μπορούν να χαρούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Το αποτέλεσμα στατιστικά διατυπώνεται ως εξής: $\chi^2(6) = 8,041, p = 0,235$.

Με βάση το στατιστικό κριτήριο χ^2 , το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι στατιστικά $p = 0,284 > 0,05$ για την κατηγορική μεταβλητή Τόπο μόνιμης κατοικίας. Άρα, δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στους διαφορετικούς τύπους κατοικίας, όσον αφορά το αν είναι οξύθυμοι. Το αποτέλεσμα στατιστικά διατυπώνεται ως εξής: $\chi^2(6) = 7,421, p = 0,284$.

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στην Οικογενειακή κατάσταση, ως παράγοντα επίδρασης στις απόψεις για την γενική υγεία με ένα παράδειγμα.

Με βάση το στατιστικό κριτήριο χ^2 , το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι στατιστικά $p = 0,449 > 0,05$ για την κατηγορική μεταβλητή Οικογενειακή κατάσταση. Άρα, δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις διαφορετικές οικογενειακές καταστάσεις, όσον αφορά το αν

σκέφτονται, ότι δεν αξίζουν τίποτα. Το αποτέλεσμα στατιστικά διατυπώνεται ως εξής: $\chi^2(8) = 7,844$, $p = 0,449$. Οι ερωτηθέντες είναι αρνητικοί.

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στο Μηνιαίο εισόδημα ως παράγοντα επίδρασης στις απόψεις για την γενική υγεία με κάποιο παράδειγμα.

Με βάση το στατιστικό κριτήριο χ^2 , το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι στατιστικά $p = 0,054 > 0,05$ για την κατηγορική μεταβλητή Μηνιαίο εισόδημα. Άρα, δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα διαφορετικά εισοδήματα, όσον αφορά το αν έχουν δυσκολία στον ύπνο. Το αποτέλεσμα στατιστικά διατυπώνεται ως εξής: $\chi^2(6) = 12,379$, $p = 0,054$. Οι ερωτηθέντες είναι αρνητικοί.

Όμοια, η ίδια ταύτιση απόψεων υπάρχει και για την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος.

Τέλος, υλοποιήθηκε ανάλυση Independent – Samples T – test, για να εξετασθεί η επίδραση της κατοικίας και των μελών της οικογένειας που καπνίζουν στην υποκλίμακα Γενική υγεία του ερωτηματολογίου. Όπως προκύπτει από τους έλεγχους, τα αποτελέσματα είναι αντίστοιχα $t - value = -3,457$, $p = 0,001$ και $t - value = 0,284$, $p = 0,777$, άρα δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος, ενώ υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της κατοικίας στις διαστάσεις των ερωτήσεων, σχετικά με την Γενική υγεία των συμμετεχόντων φοιτητών.

5.6.4 Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ των αντιλήψεων των ερωτηθέντων για τα χαρακτηριστικά καπνιστικής συνήθειας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Υλοποιήθηκε ανάλυση ANOVA για να εξεταστεί η επίδραση της εκπαίδευσης, του τύπου μόνιμης κατοικίας, της οικογενειακής κατάστασης, του μηνιαίου εισοδήματος και της προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος με βοήθεια ή χωρίς. Όπως φαίνεται από τους Πίνακες 15 και 16, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ημερήσιας ποσότητας τσιγάρων και των ετών που οι φοιτητές είναι καπνιστές, για την εκπαίδευση, τον

τόπο μόνιμης κατοικίας και το μηνιαίο εισόδημα, καθώς η τιμή p είναι μεγαλύτερη από το επιλεγμένο επίπεδο σημαντικότητας ($\alpha = 0,05$), για την γενική υγεία.

Πίνακας 15: Αποτελέσματα ανάλυσης ANOVA για την επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στην ημερήσια ποσότητα τσιγάρων

	F	p-value
Εκπαίδευση	1,025	0,368
Τόπος μόνιμης κατοικίας	0,162	0,851
Οικογενειακή κατάσταση	1,072	0,352
Μηνιαίο εισόδημα	2,797	0,073
Προσπάθεια διακοπής καπνίσματος	1,439	0,249

Πίνακας 16: Αποτελέσματα ανάλυσης ANOVA για την επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στα χρόνια καπνίσματος

	F	p-value
Εκπαίδευση	1,879	0,166
Τόπος μόνιμης κατοικίας	0,416	0,662
Οικογενειακή κατάσταση	37,619	0,000
Μηνιαίο εισόδημα	1,763	0,185
Προσπάθεια διακοπής καπνίσματος	6,065	0,005

Τα αποτελέσματα επαληθεύουν πως η Οικογενειακή κατάσταση και η Προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος είναι παράγοντες διαφοροποίησης απόψεων για τα χρόνια καπνίσματος, ενώ οι υπόλοιπες μεταβλητές των δημογραφικών χαρακτηριστικών όχι.

Τέλος, υλοποιήθηκε ανάλυση Independent – Samples T – test για να εξεταστεί η επίδραση της κατοικίας και των καπνιζόντων μελών της οικογένειας στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου. Όπως βλέπουμε από τα αποτελέσματα των παρακάτω Πινάκων 17 και 18, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της κατοικίας και των καπνιζόντων μελών της

οικογένειας σε καμία από τις διαστάσεις σχετικά με την ημερήσια ποσότητα καπνίσματος, καθώς η τιμή p – value ξεπερνάει κατά πολύ το επιλεγμένο επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 0,05$. Υπάρχει όμως στατιστικά σημαντική επίδραση της κατοικίας στα χρόνια καπνίσματος ($p < 0,05$)

Πίνακας 17: Αποτελέσματα δοκιμής T -Test ανεξαρτήτων δειγμάτων για την επίδραση της κατοικίας και των συγγενών καπνιζόντων μελών στην ημερήσια ποσότητα τσιγάρων

	Κατοικία/Καπνίζοντα μέλη οικογένειας	N	MO	TA	t-value	p-value
Ημερήσια ποσότητα	Μένω μόνος/η	20	12,40	10,932	0,112	0,912
	Μένω με την οικογένεια μου	21	12,10	5,915		
Ημερήσια ποσότητα	Όχι	14	14,07	11,678	0,715	0,479
	Ναι	27	12,11	5,989		

Πίνακας 18: Αποτελέσματα δοκιμής T -Test ανεξαρτήτων δειγμάτων για την επίδραση της κατοικίας και των συγγενών καπνιζόντων μελών στα χρόνια καπνίσματος

	Κατοικία/Καπνίζοντα μέλη οικογένειας	N	MO	TA	t-value	p-value
Χρόνια καπνίσματος	Μένω μόνος/η	20	3,95	3,332	-2,142	0,039
	Μένω με την οικογένεια μου	21	8,48	8,869		
Χρόνια καπνίσματος	Όχι	14	5,36	6,789	-0,659	0,514
	Ναι	27	6,89	7,192		

Στη συνέχεια, θα εξετάσουμε τις ίδιες απόψεις με βάση την δοκιμή χ^2 – test, ώστε να επαληθεύσουμε τα αποτελέσματα με στάθμη σημαντικότητας $\alpha = 0,05$, για το 3^ο μέρος του ερωτηματολογίου. Αρχικά, θα αναφερθούμε στις μεταβλητές που είναι παράγοντες διαφοροποίησης απόψεων.

Με βάση το στατιστικό κριτήριο χ^2 , το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι στατιστικά $p = 0,000$ και $0,009 < 0,05$ για τις κατηγορικές μεταβλητές Μέλη οικογένειας που καπνίζουν και

Οικογενειακή κατάσταση. Άρα, υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στο διαφορετικό αριθμό μελών που καπνίζουν στην οικογένεια και τις οικογενειακές καταστάσεις, όσον αφορά το αν καπνίζουν. Τα αποτελέσματα στατιστικά διατυπώνονται ως εξής: $\chi^2(1) = 19,013$ και $\chi^2(2) = 9,396$, $p = 0,000$ και $0,009$. Οι ερωτηθέντες είναι αρνητικοί.

Αντίθετα, με βάση το στατιστικό κριτήριο χ^2 , τα αποτελέσματα που προκύπτουν είναι στατιστικά από την τιμή p ($p = 0,273, 0,586, 0,116, 0,681, 0,478$), για τις κατηγορικές μεταβλητές Εκπαίδευση, Κατοικία, Τόπος μόνιμης κατοικίας, Μηνιαίο εισόδημα και Προσπάθεια διακοπής καπνίσματος. Άρα, δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις διάφορες υποομάδες, όσον αφορά το αν καπνίζουν, καθώς τα αποτελέσματα είναι μεγαλύτερα από τη στάθμη σημαντικότητας $\alpha = 0,05$.

Τέλος, με βάση το στατιστικό κριτήριο χ^2 , το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι στατιστικά $p = 0,014 < 0,05$ για την κατηγορική μεταβλητή Τόπος μόνιμης κατοικίας. Άρα, ο τύπος καπνού που καπνίζουν οι φοιτητές διαφοροποιείται ανάλογα με τον τόπο διαμονής τους. Τα αποτελέσματα στατιστικά διατυπώνονται ως εξής: $\chi^2(4) = 12,492$, $p = 0,014$. Οι ερωτηθέντες στους περισσότερους τόπους διαμονής προτιμούν κατά βάση τυποποιημένα τσιγάρα.

Αντίθετα, κανένα άλλο δημογραφικό χαρακτηριστικό δεν διαφοροποιεί την γνώμη των ερωτηθέντων φοιτητών, σχετικά με τον τύπο καπνού, καθώς υπολογιστήκαν με τιμή p – value μεγαλύτερη του $0,05$.

5.6.5 Διερεύνηση σχέσεων μεταξύ των αντιλήψεων των ερωτηθέντων για την κλίμακα εθισμού με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Υλοποιήθηκε ανάλυση ANOVA για να εξεταστεί η επίδραση της εκπαίδευσης, του τόπου μόνιμης κατοικίας, της οικογενειακής κατάστασης, του μηνιαίου εισοδήματος και της προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος με βοήθεια ή χωρίς. Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 19, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, μεταξύ της κλίμακας εθισμού στη νικοτίνη, για την εκπαίδευση, τον τόπο μόνιμης κατοικίας, την οικογενειακή κατάσταση και την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος με βοήθεια ή χωρίς, καθώς η τιμή p είναι μεγαλύτερη

από το επιλεγμένο επίπεδο σημαντικότητας ($\alpha = 0,05$), για τον εθισμό στη νικοτίνη.

Πίνακας 19: Αποτελέσματα ανάλυσης ANOVA για την επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στην κλίμακα εθισμού στη νικοτίνη

	F	p-value
Εκπαίδευση	0,164	0,849
Τόπος μόνιμης κατοικίας	0,064	0,938
Οικογενειακή κατάσταση	0,504	0,608
Μηνιαίο εισόδημα	3,571	0,037
Προσπάθεια διακοπής καπνίσματος	0,183	0,834

Τα αποτελέσματα επαληθεύουν πως το μηνιαίο εισόδημα είναι παράγοντας διαφοροποίησης απόψεων, ενώ οι υπόλοιπες μεταβλητές των δημογραφικών χαρακτηριστικών όχι.

Τέλος, υλοποιήθηκε ανάλυση Independent – Samples T – test για να εξετασθεί η επίδραση της κατοικίας και των καπνιζόντων μελών της οικογένειας στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου. Όπως βλέπουμε από τα αποτελέσματα του παρακάτω Πίνακα 20, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της κατοικίας σε καμία από τις διαστάσεις, σχετικά με την κλίμακα εθισμού στη νικοτίνη, καθώς η τιμή p – value ξεπερνάει κατά πολύ το επιλεγμένο επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 0,05$.

Πίνακας 20: Αποτελέσματα δοκιμής T-Test ανεξαρτήτων δειγμάτων για την επίδραση της κατοικίας και των συγγενών καπνιζόντων μελών στην κλίμακα εθισμού στη νικοτίνη

	Κατοικία/Καπνίζοντα μέλη οικογένειας	N	MO	TA	t-value	p-value
Εθισμός – Fragestrom	Μένω μόνος/η	20	2,70	2,273	-0,021	0,984
	Μένω με την οικογένεια μου	21	2,71	2,171		
Εθισμός – Fragestrom	Όχι	14	2,50	2,103	-0,532	0,598
	Ναι	27	2,89	2,276		

5.7.1 Σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας με άλλες μελέτες από την βιβλιογραφία

Κύριος σκοπός αυτής της εργασίας ήταν η μέτρηση του βαθμού της σημαντικότητας των απόψεων των φοιτητών Επαγγελματιών Υγείας που βρίσκονται στην περιοχή της Θεσσαλίας, ως προς το βαθμό της συμφωνίας ή διαφωνίας σε σχέση με το κάπνισμα. Για τον σκοπό αυτό, μετρήθηκαν οι απόψεις των φοιτητών και διερευνήθηκαν τα διάφορα ζητήματα που προκύπτουν από την καπνιστική συνήθεια σε φοιτητές με συχνή χρήση τσιγάρου, καθώς επίσης και ο εθισμός τους στη νικοτίνη.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης ήταν οι γυναίκες σε ποσοστό 78,0%, έναντι των ανδρών 22,0%, γεγονός που δικαιολογείται λόγω του ότι οι γυναίκες είναι πιο άμεσα συνδεδεμένες με την προθυμότητα απάντησης σε έρευνες, απ' ότι οι άνδρες. Οι ηλικίες που ανταποκρίθηκαν στην έρευνα είχαν μέση τιμή ηλικίας τα 21 έτη, ενώ το 33,3% από τα άτομα αυτά ήταν φοιτητές Ιατρικής, 33,3% φοιτητές Νοσηλευτικής και οι λοιποί φοιτητές Ιατρικών εργαστηρίων. Ο κύριος όγκος των φοιτητών μένει μόνος του ως (75 άτομα – 53,6%), ενώ η πλειοψηφία αυτών έχει ως τόπο μόνιμης διαμονής μία πόλη (72,7%). Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, είναι κατά κύριο λόγο, άγαμοι σε ποσοστό 94,7% και στην πλειοψηφία τους κερδίζουν λιγότερα από 500€ το μήνα. Έπειτα, όσον αφορά τους φοιτητές που καπνίζουν, κατά κύριο λόγο φαίνεται να το ξεκίνησαν στην ηλικία των 16 ετών, ενώ παράλληλα προέρχονται από οικογένειες που καπνίζουν τουλάχιστον 2 ή 3 μέλη και οι περισσότεροι από αυτούς δεν έχουν σκεφτεί κάποια στιγμή να το διακόψουν. Τέλος, το δείγμα κυρίως πάρθηκε από την περιοχή της Θεσσαλίας.

Σχετικά με τις συσχετίσεις, η ηλικία εμφανίζει θετική συσχέτιση με τις διαστάσεις Γενική υγεία, Εθισμός και Ημερήσια ποσότητα τσιγάρων, χωρίς αυτές να είναι στατιστικά σημαντικές ($p=0,384$, $p=0,224$, $p=0,343$), ενώ είναι στατιστικά σημαντική η διάσταση Χρόνια καπνίσματος ($p=0,000$). Η ηλικία πρώτου καπνίσματος, όσον αφορά το δείγμα των συμμετεχόντων, δεν επηρεάζει τα επίπεδα Γενική υγεία, Εθισμός, Ημερήσια ποσότητα τσιγάρων και Χρόνια καπνίσματος ($p=0,721$, $p=0,190$, $p=0,950$, $p=0,406$). Η Εκπαίδευση δεν επιδρά στα επίπεδα Γενική υγεία, Εθισμός, Ημερήσια ποσότητα τσιγάρων και Χρόνια καπνίσματος ($p=0,678$, $p=0,849$, $p=0,368$, $p=0,166$). Το φύλο δεν επιδρά στα επίπεδα Γενική υγεία, Εθισμός, Ημερήσια ποσότητα τσιγάρων και Χρόνια καπνίσματος ($p=0,713$, $p=0,228$, $p=0,368$, $p=0,567$). Η κατοικία δεν επηρεάζει τα επίπεδα καμίας εκ των υπό μελέτη

μεταβλητών. Ο τόπος μόνιμης διαμονής δεν επιδρά στα επίπεδα Γενική υγεία, Εθισμός, Ημερήσια ποσότητα τσιγάρων και Χρόνια καπνίσματος ($p=0,171$, $p=0,938$, $p=0,851$, $p=0,662$). Η οικογενειακή κατάσταση επιδρά μόνο στα επίπεδα των Χρόνων καπνίσματος ($p=0,000$), το μηνιαίο εισόδημα επηρεάζει τον Εθισμό στη νικοτίνη ($p=0,037$), ενώ τέλος, η μεταβλητή προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος με ή χωρίς βοήθεια επηρεάζει τα Χρόνια καπνίσματος του φοιτητή.

Εν συνεχεία, οι μεταβλητές Γενική υγεία, Εθισμός στη νικοτίνη και Ημερήσια ποσότητα τσιγάρων παρουσιάζουν μία σημαντική θετική συσχέτιση, καθώς η Γενική υγεία επηρεάζεται από τον Εθισμό στη νικοτίνη και την Ημερήσια ποσότητα τσιγάρων ($p=0,002$, $p=0,025$), ο Εθισμός στη νικοτίνη σχετίζεται ισχυρά θετικά με τους παράγοντες Γενική υγεία και Ημερήσια ποσότητα τσιγάρων ($p=0,002$, $p=0,000$), ενώ τέλος μία ισχυρή στατιστικά συσχέτιση υπάρχει μεταξύ των παραγόντων Ημερήσια ποσότητα τσιγάρων και Γενική υγεία και Εθισμός στη νικοτίνη ($p=0,025$, $p=0,000$).

Συζήτηση

Τέλος, τα αποτελέσματα αυτά προκαλούν αξιόλογο δεδομένο προς παρατήρηση, επειδή ακριβώς υπάρχει ταύτιση απόψεων και σχεδόν απόλυτη συμφωνία ανάμεσα στις ομάδες των συμμετεχόντων, όπου αφορούν την καπνιστική συνήθεια. Ο Shmueli et al. (2008) θεωρεί πως οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν ότι το κάπνισμα είναι επιβλαβές για την υγεία τους. Οι φοιτητές θεωρούν ότι είναι πιο εύκολο να διακόψουν το κάπνισμα όταν δεν καπνίζει κανείς γύρω τους. Δύο μελέτες έχουν αναφέρει ότι οι νοσηλευτές είναι λιγότερο πιθανό, σε σχέση με τους άλλους επαγγελματίες υγείας να υποστηρίξουν την υπηρεσία διακοπής του καπνίσματος (Essenmacher et al., 2009), λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας και έλλειψης εκπαίδευσης στο συγκεκριμένο αντικείμενο. Με αυτήν την άποψη συμβαδίζουν τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, αφού και οι τρεις ομάδες των συμμετεχόντων (φοιτητές Ιατρικής – Νοσηλευτικής – Ιατρικών εργαστηρίων), συμφωνούν ως προς το ότι οι ελάχιστοι καπνιστές που συμμετείχαν στην έρευνα είναι δύσκολο να κόψουν το κάπνισμα. Αυτή η ταύτιση απόψεων αντανακλά επίσης μια πολύ ρεαλιστική πραγματικότητα που έχει λογική, υπό την έννοια ότι οι νεότεροι άνθρωποι, συνήθως, τείνουν να αγνοούν τον κίνδυνο.

Όσον αφορά τις άλλες κατηγορίες, μπορούμε να πούμε πως υπόκεινται σε πιθανούς περιορισμούς και κατευθυντήριες οδηγίες από τα διαφορετικά περιβάλλοντα στα οποία ανήκει και λειτουργεί το άτομο που καπνίζει. Συχνά το περιβάλλον στο οποίο ζει το άτομο επηρεάζει το άτομο αυτό καθ' αυτό.

Ένα από τα επιχειρήματα των καπνιστών επαγγελματιών υγείας, ιδιαίτερα εκείνων που ανήκουν στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, είναι πως το κάπνισμα είναι ο μοναδικός τρόπος διασκέδασης που τους έχει απομείνει. Οι άλλες δραστηριότητες φαίνονται στους ίδιους πιο ακριβές σε σύγκριση με το κόστος των τσιγάρων. Οι φοιτητές θα μπορούσαν όμως να βρουν και φθηνούς τρόπους διασκέδασης που είναι αντίθετοι στο κάπνισμα, όπως το να γυμνάζονται και να χρησιμοποιούν δημιουργικά τον ελεύθερο τους χρόνο, γεγονός που τους βοηθάει να κοινωνικοποιηθούν και να βρίσκουν διέξοδο στο κάπνισμα (Stead M. et al.,2001).

Επίσης, ένας ακόμη τομέας στον οποίο υπάρχουν ελλείψεις στην Ελλάδα είναι η απουσία δικτύων ενημέρωσης καπνιστών για τα προγράμματα και τις μεθόδους διακοπής καπνίσματος. Σε πολλές χώρες υπάρχουν τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης των καπνιστών. Μέσα από αυτές τις γραμμές μπορεί ο οποιοσδήποτε καπνιστής να ενημερώνεται για τις μεθόδους διακοπής καπνίσματος, παράλληλα, παρέχεται η δυνατότητα ψυχολογικής υποστήριξης τους, εικοσιτέσσερις ώρες το εικοσιτετράωρο. Επιπλέον, λόγω της μεγάλης ανάπτυξης του διαδικτύου, των νέων τεχνολογιών και των ηλεκτρονικών μέσων ενημέρωσης, σημαντική είναι και η δημιουργία ειδικών ιστοσελίδων διακοπής καπνίσματος.

Τέλος, το κάπνισμα και η αποφυγή του πρέπει να διδαχθεί ως μάθημα στις σχολές Υγείας, ώστε οι ίδιοι οι φοιτητές, να αναλάβουν ευθύνη για την λήψη των αποφάσεων και της πρόληψης. Τέτοιου είδους εκπαίδευση θα τους βοηθήσει να αποκτήσουν ενδιαφέροντα, αποτελεσματικούς τρόπους επικοινωνίας στις διαπροσωπικές σχέσεις και καλύτερη γνώση της σωστής χρήσης του τσιγάρου, σε κάθε του μορφή, ώστε να μπορέσουν να προστατεύσουν καλύτερα και ομαλότερα τον εαυτό τους και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

5.7.2 Περιορισμοί έρευνας

Η παρούσα έρευνα υπόκειται σε ορισμένους μεθοδολογικούς περιορισμούς. Το δείγμα δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό, καθώς προέρχεται από κοντινές μόνο γεωγραφικές περιοχές και δεν μπορεί να αντιπροσωπεύσει τον πληθυσμό ολόκληρης της χώρας μας. Επιπλέον, αφορά αποκλειστικά στην Ελλάδα, οπότε δεν μπορούν τα συμπεράσματά μας να γενικευθούν σε άλλες χώρες. Αυτό συμβαίνει διότι τα αποτελέσματα της καπνιστικής συνήθειας είναι διαφορετικά, ανάλογα με τον πολιτισμό και τη χώρα, το υπόβαθρο δηλαδή του κάθε ατόμου (Wu et al., 2014).

Ο αριθμός του δείγματός μας ($n = 150$) είναι ικανοποιητικός για να θεωρηθούν αξιόπιστα τα αποτελέσματά μας. Το πλεονέκτημα του δείγματος είναι ότι οι ερωτηθέντες προέρχονται από διαφορετικές περιοχές της Ελλάδος, αλλά σπουδάζουν στην περιοχή της Θεσσαλίας, οι οποίοι όμως δεν γνωρίζουμε αν έχουν μεγαλώσει στις ίδιες συνθήκες, ώστε να συγκρίνουμε τις απαντήσεις ατόμων που έχουν τα ίδια ερεθίσματα. Το δικό μας δείγμα προέρχεται και μεν από τον Ελλαδικό χώρο, στον οποίο όμως οι αντιλήψεις των ανθρώπων για το παρόν θέμα είναι ελαφρώς αναχρονιστικές. Επίσης, το πλήθος και το είδος των ερωτήσεων προβλημάτισε κάποιους φοιτητές, οπότε οι απαντήσεις τους ελέγχονται για την ακρίβεια και την ειλικρίνειά τους. Οι διευκρινήσεις που ζητούνταν, δίνονταν από την ίδια την ερευνήτρια, η οποία είναι και αυτή φοιτήτρια στον κλάδο των Επιστημών Υγείας, γεγονός που επίσης αποτελεί παράγοντα μεροληψίας, καθώς μπορεί να επηρεάσει τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, λόγω των γνώσεων της προς μία κατεύθυνση.

Τέλος, η μελέτη μας είναι διαστρωματική – στατική (cross – sectional), που σημαίνει πως όλα τα δεδομένα μας συλλέχθηκαν σε ένα σύντομο χρονικό διάστημα. Το μειονέκτημα των διαστρωματικών – στατικών μας δεδομένων είναι πως δεν μπορούμε να εξάγουμε ένα αιτιώδες συμπέρασμα για τις μεταβλητές μας, όπως η κατεύθυνση των συσχετίσεων του μοντέλου μας. Επίσης, αποτελεί μόνο ένα στιγμιότυπο, δηλαδή αν είχαμε επιλέξει κάποιο άλλο χρονικό διάστημα, πιθανόν να είχαμε διαφορετικά αποτελέσματα (Levin, 2006).

5.7.3 Προτάσεις για βελτίωση – μελλοντική έρευνα

Μετά την ολοκλήρωση της ερευνητικής αυτής εργασίας προτείνεται περαιτέρω διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ατόμων που έχουν υιοθετήσει την καπνιστική συνήθεια στην

Ελλάδα, αλλά και στο εξωτερικό, σε φοιτητές, καθώς και σε άλλες κοινωνικές ομάδες, προκειμένου να ολοκληρωθεί η εικόνα της ποιότητας ζωής των ατόμων με έντονα τα χαρακτηριστικά της καπνιστικής συνήθειας, που ζουν αρχικά στην Ελλάδα (τόσο σε επαρχιακές όσο και αστικές περιοχές), με μεγαλύτερο χρόνο διεξαγωγής της έρευνας, σε δείγμα που θα κατανέμεται ισομερώς σε κάθε ηλικιακή ομάδα, σε κάθε βαθμό εξάρτησης από το κάπνισμα και που θα διαμένει σε διαφορετικά πλαίσια (οικογένεια), εφόσον αυτό θα επιτρέψει τη διεξαγωγή συγκρίσεων ανάμεσα σε εκτιμήσεις των συμμετεχόντων και διαμεσολαβητών.

Το ζήτημα των πεποιθήσεων και των κινδύνων που ελλοχεύουν στο κάπνισμα, έχει απασχολήσει πολύ την σύγχρονη διεθνή βιβλιογραφία, ωστόσο δεν έχει διεξαχθεί καμία σχετική έρευνα στον ελληνικό πληθυσμό. Συνιστάται μελλοντικά η κατασκευή ενός ερωτηματολογίου για τα ελληνικά δεδομένα, για την διερεύνηση όλων των κατηγοριών των κοινωνικών και ηλικιακών ομάδων, όπως διατυπώνονται στην έρευνα των Oakes et al. (2004). Πάνω σε αντίστοιχη μελέτη θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθεί και ο παράγοντας μηνιαίο εισόδημα, για τον οποίο, όπως προαναφέρθηκε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων, τα ευρήματα είναι αντιπροσωπευτικά της ελληνικής πραγματικότητας.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, καθώς και οι περιορισμοί της, επισημαίνουν τις μελλοντικές προοπτικές για την μελέτη του συγκεκριμένου θέματος. Αρχικά, η σχέση μεταξύ εννοιών, όπως γενική υγεία και τα χαρακτηριστικά καπνιστικής συνήθειας, θα ήταν σημαντικό να διερευνηθούν περαιτέρω σε μελλοντικές έρευνες με μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων. Επίσης, θα μπορούσε η διερεύνηση της σχέσης της εξάρτησης από τη νικοτίνη και των χαρακτηριστικών της καπνιστικής συνήθειας, να επεκταθεί και σε άλλες ηλικιακές ομάδες, ώστε να υπάρχουν συγκριτικά αποτελέσματα μεταξύ των ομάδων. Επιπλέον, ενδιαφέρον θα ήταν να εξεταστεί αν οι φοιτητές που παρακολουθούν μαθήματα σε σχολές Επιστημών Υγείας, παρουσιάζουν χαμηλότερο επίπεδο θέλησης προς το κάπνισμα, σε σχέση με φοιτητές άλλων σχολών.

Επιπλέον, μία ενδιαφέρουσα μελλοντική κατεύθυνση του ερευνητικού ενδιαφέροντος θα ήταν να γίνει διερεύνηση της σχέσης του στρες, αλλά και της ικανοποίησης στον εργασιακό χώρο των επαγγελματιών υγείας, από ειδικότητα σε ειδικότητα, σχετικά με την πρόθεση για διαφυγή στο κάπνισμα. Η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι το εργασιακό στρες αποτελεί

παράγοντα θετικής συσχέτισης για την αύξηση του καπνίσματος, γεγονός, που επαληθεύεται πλήρως στην ελληνική κοινωνία.

Τέλος, και για την υγεία των ίδιων των επαγγελματιών υγείας, αλλά και εξαιτίας του γεγονότος ότι αποτελούν πρότυπα υιοθέτησης συμπεριφορών υγείας, το κράτος και οι δομές υγείας θα έπρεπε να μεριμνούν για την μείωση του ποσοστού των καπνιστών στα επαγγέλματα υγείας, μέσα από εκπαίδευση σε τεχνικές διακοπής και διαμόρφωση ενός υποστηρικτικού, ευνοϊκού για διακοπή καπνίσματος περιβάλλοντος.

5.8 Συμπεράσματα

Από τα αποτελέσματα της μελέτης προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι φοιτητές/ τριες που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα δηλώνουν πως, όσον αφορά την καπνιστική συνήθεια, οι ίδιοι διαφωνούν έντονα στο να εμπλακούν με το τσιγάρο. Πιο αναλυτικά, οι γυναίκες υπερέχουν αριθμητικά από τους άντρες και συγκεκριμένα 117 άτομα, έναντι 33 ατόμων (78,0% έναντι 22,0%). Το δείγμα μας χαρακτηρίζεται από μικρή σχετικά ηλικία, η οποία τείνει να είναι στα 21 έτη και μοιράζεται ισόποσα και στους τρεις κλάδους επαγγελμάτων υγείας (33,3%). Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες δηλώνουν ότι είναι άγαμοι και μένουν μόνοι (53,6%), κατάγονται από πόλη σε ποσοστό 72,7% και έχουν βασικό μηνιαίο εισόδημα κάτω από 500€ (46,7%). Αξιοσημείωτο επίσης είναι το γεγονός ότι οι ερωτηθέντες αναφέρουν πως κάπνισαν πρώτη φορά στην ηλικία των 16 ετών, ενώ στην οικογένεια τους υπάρχουν τουλάχιστον 2 άτομα που καπνίζουν. Τέλος, σε ποσοστό 69,2% οι φοιτητές δεν έχουν επιχειρήσει να διακόψουν το τσιγάρο, σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την περαιτέρω ανάλυση των δημογραφικών.

Μέσα στο πλαίσιο αυτής της προσπάθειας, διερευνήθηκαν οι απόψεις φοιτητών σχετικά με την γενική τους υγεία, χαρακτηριστικά της καπνιστικής τους συνήθειας και εθισμός στη νικοτίνη, ως προς το βαθμό συσχέτισής τους με τα παραπάνω δημογραφικά. Από την εμπειρική έρευνα προέκυψε ότι, ενώ ορισμένα από τα χαρακτηριστικά των φοιτητών αυτών δεν είναι δυνατόν ν' αποτιμηθούν αριθμητικά, έχουν ιδιαίτερη σημασία κυρίως όσα αποτελούν δεξιότητες της συναισθηματικής νοημοσύνης (Πλατσίδου, 2004), καθώς, σύμφωνα με τις απόψεις των φοιτητών που συμμετείχαν στην έρευνα, ο βαθμός ποιότητας

της γενικής υγείας είναι άμεσα συνυφασμένος με το κάπνισμα. Με τις απόψεις αυτές ταυτίζονται και τα αποτελέσματα άλλων ερευνών (Δημοπούλου, 2012).

- Η παρούσα έρευνα όμως πραγματεύεται τη γενική υγεία, τα χαρακτηριστικά της καπνιστικής συνήθειας και τον εθισμό στη νικοτίνη από φοιτητές. Στο πρώτο κομμάτι μελετάται η γενική υγεία σε φοιτητές από την περιοχή της Θεσσαλίας. Οι φοιτητές λοιπόν επιμένουν πως θεωρούν πως είναι σε μεγάλο βαθμό ίδια η αίσθηση, ότι οι ίδιοι οι φοιτητές είναι εντελώς καλά (84,6%). Παράλληλα, δηλώνουν κατά πλειοψηφία πως δεν έχουν την ανάγκη κάποιου δυναμωτικού (48,0%), καθώς δεν νιώθουν εξαντλημένοι ή άρρωστοι. Παραδέχονται επίσης πως δεν έχουν πόνους ή σφίξιμο στο κεφάλι και παρουσιάζονται το ίδιο αρνητικοί στο αν είχαν χάσει τον ύπνο τους ή κοιμόταν με δυσκολία σύμφωνα με 73 άτομα. Επίσης, δηλώνουν πως δεν έχουν επιπλέον υπερένταση από το φυσιολογικό, ούτε θυμούς, ούτε πανικό και επιβεβαιώνουν πως δεν τους έχουν καταπλακώσει οι καθημερινές δυσκολίες. Κατά συνέπεια είναι δραστήριοι, ενώ εκτελούν τις όποιες δουλειές γρήγορα, χωρίς να τους παίρνει επιπλέον χρόνο και συνεπώς τα καταφέρνουν καλά, σε ποσοστό 65,3%. Επιπλέον, κάνουν τις δουλειές με τον ίδιο τρόπο και νιώθουν εξίσου χρήσιμοι και ικανοί να παίρνουν αποφάσεις στα θέματα που προκύπτουν και έτσι είναι χαρούμενοι σύμφωνα με 87 άτομα. Τέλος, αυτό που προκαλεί εντύπωση, όπως δηλώνουν 97 άτομα, είναι ότι η ζωή αξίζει, οι ίδιοι νιώθουν δυνατοί και θέλουν να συνεχίσουν να ζουν και να προσπαθούν και έχουν αποτινάξει αρνητικές σκέψεις που έχουν άμεση σχέση με το θάνατο, όπως φαίνεται στις απόψεις των ερωτηθέντων (81,3%).

- Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά της καπνιστικής συνήθειας στους φοιτητές, οι ίδιοι φαίνεται να συγκλίνουν στις απόψεις τους, ως προς το κάπνισμα. Συγκεκριμένα, οι περισσότεροι ερωτηθέντες επισημαίνουν ότι δεν καπνίζουν σε ποσοστό 71,6%, με μόλις το 28,4% να δηλώνουν πως είναι καπνιστές. Κατ' αυτόν τον τρόπο, οι φοιτητές δηλώνουν πως τείνουν να καπνίζουν 12 τσιγάρα την ημέρα με μία τυπική απόκλιση 8 τσιγάρων ημερησίως, ενώ παρατηρείται πως κατά μέσο όρο καπνίζουν εδώ και τουλάχιστον 6 χρόνια με μία τυπική απόκλιση 6 περίπου ετών. Τέλος, οι απόψεις των φοιτητών βρίσκονται στο ίδιο μήκος κύματος, όσον αφορά το είδος του καπνού που κάνουν. Κάποιοι φαίνεται να στηρίζουν την κατανάλωση τυποποιημένων τσιγάρων (60,9%), ενώ κάποιοι άλλοι έχουν αποφασίσει να χρησιμοποιούν μόνο χειροποίητα τσιγάρα με τη χρήση καπνού (17 άτομα).

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου για τους παράγοντες που επηρεάζουν την εξάρτηση – εθισμό από τη νικοτίνη. Φοιτητές που συμμετείχαν στην

έρευνα δηλώνουν ξεκάθαρα πως το πρώτο τσιγάρο της ημέρας το κάνουν όταν ξυπνήσουν (32,6%) μετά την πρώτη ώρα, ενώ, το 27,9% των φοιτητών καπνίζει το πρώτο τσιγάρο από μισή μέχρι μία ώρα και με το 46,5% του δείγματος να δηλώνει πως μέσα σε μία μέρα καπνίζει λιγότερα από 10 τσιγάρα, ενώ το 46,5% του συνόλου των καπνιστών κάνει έως 20 τσιγάρα ημερησίως. Δηλώνουν επίσης πως αισθάνονται ότι το πρωί δεν είναι παράγοντας που θα τους κάνει να καπνίσουν περισσότερο (88,4%), γεγονός που επαληθεύεται και από την δήλωση που αναφέρει ότι το πρώτο τσιγάρο είναι το ίδιο απολαυστικό, όσο οποιοδήποτε άλλο τσιγάρο μέσα στη μέρα. Στο ίδιο πλαίσιο αρνούνται κατηγορηματικά να καπνίσουν σε χώρους που εν γένει απαγορεύεται το κάπνισμα. Άμεση απόρροια είναι η επίσης αρνητική στάση απέναντι στο κάπνισμα, όταν οι ίδιοι είναι άρρωστοι και ξαπλωμένοι στο κρεβάτι σε ποσοστό 65,1%, με τελικό αποτέλεσμα από το σύνολο των καπνιζόντων ερωτηθέντων, μόλις το 5% να είναι πολύ εξαρτημένοι καπνιστές βάση της κλίμακας Fagerstrom, το 33% φαίνεται να είναι μέτρια εξαρτημένοι, ενώ η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 62,0% του δείγματος (27 άτομα), δηλώνει, πως είναι λίγο εξαρτημένοι.

- Τέλος, μελετώντας και αναλύοντας πιο προσεκτικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος με τις προτάσεις του ερωτηματολογίου, το συμπέρασμα που εξάγεται είναι ότι υπάρχει μία κλιμάκωση μεταξύ των διαφόρων ομάδων που προκύπτουν ($p < 0,05$) και αυτό όσον αφορά το μηναίο εισόδημα των φοιτητών, την οικογενειακή κατάσταση και ηλικία ως προς την εξάρτηση από τη νικοτίνη που αναφέρεται στην παρούσα μελέτη. Το γεγονός αυτό επαληθεύεται και από την ήδη υπάρχουσα έρευνα και βιβλιογραφία και παραπέμπει στην άποψη πως το χαμηλότερο εισόδημα είναι ανασταλτικός παράγοντας για την αγορά προϊόντων καπνού από μεριάς των φοιτητών, γεγονός που καταστρέφει την εγγύτητα και την εξοικείωση του ατόμου με το τσιγάρο και προσφέρει σε αυτό την ευελιξία της γνώσης, του τι έχει διαχειριστεί, καθώς ακόμη και με ποιο τρόπο πρέπει να το διαχειριστεί. Με αυτόν τον τρόπο θα προσφέρει στο άτομο μια καλύτερη ποιότητα ζωής, απαλλαγμένη από εξαρτήσεις και παθογόνες συνήθειες.

Συνοψίζοντας λοιπόν, σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο, φαίνεται ότι αξιολογούν ως πολύ σημαντική, όμορφη, αλλά όχι προοδευτική την πορεία της ζωής τους, καθώς σε πολλά σημεία παραμένει ίδια, όπως απεικονίζεται και από τις απόψεις των φοιτητών. Η ελευθερία στην επιλογή της χρήσης του τσιγάρου φαίνεται να οδηγεί πολλούς νέους προοδευτικά στο να το απορρίπτουν, ενώ από αυτούς που το έχουν εντάξει στη ζωή τους, λίγοι είναι αυτοί που είναι εθισμένοι σε αυτό. Επιπρόσθετα, φανερώνεται ότι

είναι εύκολο για τους φοιτητές να αποφασίσουν και να αντιληφθούν την όσο πιο ορθή χρήση του τσιγάρου στην καθημερινότητα τους, πράγμα που τονίζεται από την ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

Αυλωνίτου Α., Σαμαρτζής Α., Ρηγοπούλου Α., Φραντζεσκάκη Φ., Μπεχράκης Γ. (2003), Κάπνισμα και φοιτητές Ιατρικής Αθηνών, *Πνεύμων*, 16(3), 306-313.

Βασιλόπουλος, Α., Ρούπα, Ζ. & Γουργουλιάνης, Κ. (2011), Η επιρροή των διαφημιστικών μηνυμάτων στην καπνιστική συνήθεια των εφήβων, *Πνεύμων*, 2(24): 182-87.

Γεωργόπουλος, Χ. (2014), *Κάπνισμα και Υγεία*, Αθήνα: εκδ. Καστανιώτη.

Γιαννακούδη, Β. (2019), Αντικαπνιστικός νόμος: Ευχή ή κατάρα για τους καταστηματάρχες;, *Μακεδονία της Κυριακής (11 Αυγούστου 2019)*.

Γκίκας, Α., Σωτηρόπουλος, Α., Δημητρέλος, Δ., Σπανού, Ε., Καρακώστας, Φ., Σκληρός, Ε., Αποστόλου, Ο., Πολιτάκης, Π., Λαναράς, Λ. & Παππάς Σ. (2006), Το κάπνισμα στους Έλληνες ιατρούς. Ανάγκη για άμεσες παρεμβάσεις, *Ιατρικό Βήμα*, σελ. 24-34. Διαθέσιμο στο: http://www.iatrikionline.gr/IB_105/05%20IATRIKO%20EMA%20KAPNISMA.pdf (Ανάκτηση 7-9-2019)

Δοδόπουλος, Σ. (2004), *Καπνός και Κάπνισμα, ένα πολυσύνθετο και δυσεπίλυτο ζήτημα*, Αθήνα: εκδ. Σταμούλη.

Ευθυμίου, κ. & Σοφιανοπούλου, Α. (2011), Ένα Ελληνικό Δομημένο Ελληνικό Πρόγραμμα για τη Διακοπή του Καπνίσματος, *Νέα Υγεία*, 72, 6.

Ευσταθίου, Α. (2014), *Οι συνήθειες των καπνιστών*, Πάτρα: εκδ. Νημερτής.

Ευσταθίου, Κ., Ευθυμίου, Γ. & Καλαντζή – Αζίζι, Α. (2007), *Πανελλήνια Επιδημιολογική Έρευνα Ψυχικής Υγείας στον φοιτητικό Πληθυσμό*, Αθήνα: εκδ. Τόπος.

Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (2006), Έρευνα για την υγεία, την ποιότητα ζωής και τη χρήση υπηρεσιών υγείας των Ελλήνων, *Ιατρικό Βήμα*, σελ. 58-60, Διαθέσιμο στο: http://www.iatrikionline.gr/IB_105/12%20POLITIKH%20YGEIAS.pdf (Ανάκτηση 7-9-2019)

Ιντζικιώτου Ε., Αβραάμ Σ. & Ιωαννίδου Μ. (2009), *Συμπεριφορές υγείας των φοιτητών επιστημών υγείας σε σχέση με το άγχος, πτυχιακή εργασία*, Θεσσαλονίκη.

Καλαντζή – Αζίζι, Α. (2012), Πανεπιστήμιο χωρίς κάπνισμα: Το πρόγραμμα πρόληψης και αντιμετώπισης της Καπνιστικής Συνήθειας στον Φοιτητικό Πληθυσμό (2008-2012), *Νέα Υγεία*, 75, 4.

Καραδήμας Ε. (2005), *Ψυχολογία της υγείας, θεωρία και κλινική πράξη*, Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδάνος.

ΚΕΕΛΠΝΟ (2013), *Παγκόσμια ημέρα κατά του καπνίσματος*, Διαθέσιμο στο: https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2019/01/pagkosmia_imera_kata_toy_kapnismatos_2013.pdf (Ανάκτηση 7-9-2019)

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

Κωνσταντινίδης, Θ., Σκανδαλάκη, Ν. & Κριτσωτάκης, Γ. (2014), Κάπνισμα και κατανάλωση οιοπνεύματος σε προπτυχιακούς φοιτητές νοσηλευτικής, *Νοσηλευτική*, 53(1): 42-47.

Μαδιανός, Μ. (2006), *Κλινική Ψυχιατρική*, Αθήνα: εκδ. Καστανιώτη.

Μαρσέλος, Μ. (2005), *Εξαρτησιογόνες ουσίες*, Αθήνα: Τυπωθήτω.

Μπεχράκης, Π. (2018), *Το Κάπνισμα στην Ελλάδα σήμερα*, Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, Διαθέσιμο στο: <https://eody.gov.gr/Presentation%20BEHRAKIS.pdf> (Ανάκτηση 7-9-2019)

Μπεχράκης, Π & Ευαγγελοπούλου, Β. (επιμ.) (2016), *Παιδεία για έναν κόσμο χωρίς κάπνισμα*, Αθήνα: Λυχνία Α.Ε.

Παντσίδης, Γ., Παπαγεωργίου, Δ. & Μπούρος, Δ. (2012), Καπνιστικές συνήθειες, πεποιθήσεις και εκπαίδευση φοιτητών Ιατρικής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, *Πνεύμων*, 25(2): 198-207.

Παπαδάκης, Α. (2012), Έρευνα για το κάπνισμα σε Έλληνες φοιτητές: Οι 8 στους 10 δε σκόπευαν να γίνουν καπνιστές, *Περιβαλλοντική Υγιεινή και Δημόσια Υγεία*, Διαθέσιμο στο: <https://epoptes.wordpress.com/> (Ανάκτηση 7-9-2019)

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

Σοφianoπούλου, Α., Καραδήμας, Ε.Χ., Ευθυμίου, Κ. & Καλαντζή – Αζίζι, Α. (2011), Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την καπνιστική συμπεριφορά στο φοιτητικό πληθυσμό της Ελλάδας, *Νέα Υγεία*, 72, 8.

Σοφianoπούλου, Α., Καραδήμας, Ε.Χ., Ευθυμίου, Κ., Χαρίλα, Ν. & Καλαντζή – Αζίζι, Α. (2012), Η καπνιστική συμπεριφορά στους νέους, *Νέα Υγεία*, 75, 10.

Σόφτας, Π. (2014), Ένα κατατοπιστικό και κατανοητό άρθρο για το κάπνισμα, *IN Komotini news*, Διαθέσιμο στο: <https://inkomotini.news/> (Ανάκτηση 7-9-2019)

Τσαρούχας, Κ. (2007), *Κάπνισμα, η απόλαυση που σκοτώνει*, Αθήνα: εκ. Αλήθεια.

Τσιάντης, Γ. & Μανωλόπουλος, Σ. (1998), *Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής*, Αθήνα: εκδ. Καστανιώτη.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008), *Εθνικό σχέδιο δράσης για το κάπνισμα 2008-2012*, Αθήνα.

Φοιτητικά Νέα (2018), Φοιτητές ζητούν παρέμβαση για το κάπνισμα στα Πανεπιστήμια/ΤΕΙ, Διαθέσιμο στο: <https://www.foititikanea.gr>(Ανάκτηση 7-9-2019)

Φραντζεσκάκη, Φ., Μπεχράκης, Π., Σαμαρτζής, Λ., Αυλωνίτου, Ε. & Ρηγοπούλου, Α. (2003), Κάπνισμα και φοιτητές της Ιατρικής Αθηνών – Κλινική Μελέτη, *Πνεύμων*, 16(3): 306-313.

Χουντή, Α. (2003), Φοιτητική ζωή – μικρός οδηγός για τη μεγάλη αλλαγή, *Καταναλωτικά βήματα*, (τεύχος Σεπτεμβρίου), Διαθέσιμο στο: <https://www.kepka.org/mainmenu-27/mainmenu-52/mainmenu-206/298>(Ανάκτηση 7-9-2019)

Χριστοφόρου, Ε. (2015), *Το κάπνισμα στη ζωή μας*, Κύπρος: εκδ. Κτίσις.

Ξενογλώσση

Alexopoulos C.E., Jelastopulu E., Aronis K. & Doungeris D. (2010) Cigarette smoking among university students in Greece: a comparison between medical and other students, *Environmental Health and Preventive Medicine*, 15:115-120.

American Psychiatric Association (APA), (2013), The fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Substance-Related and Addictive Disorders, Διαθέσιμο στο: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> (Ανάκτηση 7-9-2019)

Arnett JJ. (2000), Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties, *American psychologist*, 55 (5): 469-480.

Arnett JJ, Hughes M., (2012), *Adolescence and emerging adulthood. A cultural approach*, England: Pearson education limited.

Bearman, P., Neckerman, K.M. & Wright, L. (2011), *After Tobacco: what would happen if Americans stopped smoking?*, New York, N.Y. : Columbia University Press.

Behrooz, L., Balekian, D.S., Faridi, M.K., Espinola, J.A., Townley, L.P & Camargo, C.A.(2018), Prenatal and Postnatal Tobacco smoke exposure and risk of severe bronchiolitis during infancy, *Respiratory Medicine*, 140: 21-26.

Biraghi E. & Tortorano A.M. (2010) Tobacco smoking habits among nursing students and the influence of family and peer smoking behavior, *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 33–39.

Callinan, J.E., Clarke, A., Doherty, K. & Kelleher, C. (2010), Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption, *The Cochrane database of systematic reviews*, 4: CD005992.

Chung S. & HwaJoung K. (2014) Risk factors for current smoking among American and south Korean adolescents, 2005-2011, *J Nurs Scholarship*, 46 (6): 408-415.

Clark, M. A., Hogan, J. W., Kviz, F. J. & Prohaska, T. (1999).Age and the role of symptomatology in readiness to quit smoking. *Addictive behaviours*, 24(1), 1–16.

Dodd, L.J., Al – Nakeeb, Y., Nevill, A., Forshaw, M.J. (2010),Lifestyle risk factors of students: A cluster analytical approach, *Preventive Medicine*, 51: 73-77.

Grunbaum, J.A., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, I., Lowry, R., Harris, W.A., McManus.T., Chyen. D. & Collins J. (2003), Youth risk behaviour surveillance-United States, *Surveillance summaries*, 53:1-96.

Hohm, E., Laucht, M. & Schmidt, M. (2005), Soziale und individuelle Determinanten des Tabakkonsums im frühen Jugendalter *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*,33, 227-235.

Inandi, T., Caman, O., Aydin, N., Onal, A., Kaypmaz, A., Turhan, E., Erguder, T. & Warren, W. (2013), Global Health Professions Students Survey – Turkey: second – hand smoke exposure and opinions of medical students on anti – tobacco law, *Central European Journal of Public Health*, 21(3): 134-9.

Jacobs, M. (1997),From the first to the last ash: The History, Economics & Hazards of Tobacco,Διαθέσιμο στο :https://www.academia.edu/8445971/FROM_THE_FIRST_TO_THE_LAST_ASH (Ανάκτηση 7-9-2019)

Jarvis M.J. & Wardle J. (2006), *Social patterning of individual health behaviors: the case of cigarette smoking*, In Marmot M and Wilkinson RD (eds), *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, Oxford.

Krebs, P., Burkhalter, J.E., Snow, B., Fiske, J. & Ostroff, J.S. (2013), Development and Alpha Testing Of Quit IT: An Interactive Video Game to Enhance Skills for Coping With Smoking Urges, *JMIR Res Protoc*, 2(2): e35.

Kritsotakis, G., Psarrou, M., Vassilaki, M., Androulaki, Z. & Philalithis A.E. (2016), Gender differences in the prevalence and clustering of multiple health risk behaviours in young adults, *Journal of Advanced Nursing*,72(9): 2098–2113.

Kritsotakis, G. & Gamarnikos, E. (2004), “What is social capital and how does it relate to health?”,*International Journal of Nursing Studies*, 41(1):43-50.

Li, S., Fang, L., Zhou, Y., Pan, L., Yang, X., Li, H., Wang, Q., Jang, N., Han, M. & Jia, C., (2014), Mediation of smoking abstinence self-efficacy on the association of nicotine dependence with smoking cessation. *European Journal of Public Health*, 25: 200-204.

Lujic, C., Reuter, M. & Netter, R. (2009), Psychobiological theories of smoking and smoking motivation, *European psychologist*, 10: 1-24.

Lund, K.E., Tefre, E.M., Amundsen, A. & Nordlund S. (2008), Cigarette smoking, use of snuff and other risk behavior among students, *Tidsskr Nor Laegeforen*, 128(16):1808-11.

Mandil, A. et al., (2014). Patterns of tobacco consumption in food facilities in Riyadh, Saudi Arabia, *Annals of Thoracic Medicine*, 9(3): 173-178.

Milligan, R., Burke, V., Dunbar, D., Spencer, M., Balde, E. & Gracey, M. (1997). Associations between lifestyle and cardiovascular risk factors in 18 year old Australians, *Journal of Adolescent Health*, 21, 186-195.

Mukhtiar, B. et al., (2016), reasons and Motivations for Cigarette Smoking and Barriers against Quitting Among a Sample of Young People in Jeddah, Saudi Arabia, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(7): 3483-3487.

Musich, S., Chapman, L. & Ozminkowski, R. (2009). Best Practices for Smoking Cessation: Implications for Employer-based Programs. *American Journal of Health Promotion*, 24(1), 1–10.

Polyzos, A., Gennatas, C., Veslemmes, M., Daskalopoulou, E., Stamatiadis, D. & Katsilambros, N. (1995), The smoking cessation practices of physician smokers in Greece, *J Cancer Educ.*, 10(2): 78-79.

Rigotti, A. N. (2009). The future of Tobacco Treatment in the Health Care System. *Ann. Intern. Med.*, 150, 496-497.

Sarafino, E.P. (1999), *Health psychology. Biopsychosocial interactions* (3rd ed), New York: Wiley.

Senol, Y., Donmez, L., Turkay, M. & Aktekin, M. (2006), The incidence of smoking and risk factors for smoking initiation in medical faculty students: cohort study, *BMC Public Health*, 6:128.

Shohaimi S., Luben R., Wareham N., Day N., Bingham S., Welch A., Oakes S. & Khaw K. (2003) Residential area deprivation predicts smoking habit independently of individual educational level and occupational social class. A cross sectional study in the Norfolk cohort of the European Investigation into cancer, *J Epidemiol Community Health*, 57 (4): 270-276.

Simantov E., Schoen C. & Klein J. (2000) Health compromising behaviours: why do adolescents smoke or drink? Identifying underlying risk and protective factors, *Arch Pediatr Adolesc Med*, 154: 1025-1033.

Smpokos E., Linardakis M., Papadaki A., Sarri K.& Kafatos A. (2014), Clustering of chronic disease behavioural risk factors among adolescents in Crete (Greece): associations with biological factors and cardiorespiratory fitness levels, *Journal of Public Health*, 22: 433-442.

Storr, C., Reboussin, B. & Anthony, J. (2004).Early Childhood Misbehaviour and the Estimated Risk of Becoming Tobacco dependent. *American Journal of Epidemiology*, 160, 126-130.

Theodorakis, Y., Kosmidou, E., Hassandra, M., Goudas, M., (2008). Review of the applications of a Health Education Program “I do not Smoke, I exercise” to Elementary, Junior High School and High School Students. *Inquiries in Sport & Physical Education*, 6(2), 181–194.

Thomas, S., Fayter, D., Misso, K., Ogilvie, D., Peticrew, M., Sowden, A., Whitehead, M. &Worthy, G. (2008). Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. *Tobacco Control*, 17, 230–237.

Thrasher, J. F., Niederdeppe, J. D., Jackson, C. &Farrelly M. C. (2006). Using anti-tobacco industry messages to prevent smoking among high-risk adolescents. *Heal. Ed. Theor. Prac.*, 21(3), 325–337.

Tsalapati, K., Vardavas, C.I., Athanasakis, K., et al. (2014) Going up in ashes? Smoking-attributable morbidity, hospital admissions and expenditure in Greece. *European Journal of Public Health*, 24(3):477-479.

Tyas, S. & Pederson, L. (1998), Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tobacco Control*, 7, 409-420.

Ulbricht, S., Baumeister, S. E., Meyer, C., Schmidt, C. O., Schumann, A., Rumpf, H. J. & Ulrich, J. (2009). Does the smoking status of general practitioners affect the efficacy of smoking cessation counseling? *Patient Education and Counseling*, 74, 23–28.

U.S. Department of Health and Human Services (2012), *Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General*, Atlanta, G.A.: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health.

Von Ah D., Ebert S., Ngamvitroj A., Park N.&Kang D.H. (2004), Predictors of health behaviours in college students, *Journal of Advanced Nursing*, 48 (5): 463-474.

Vozikis, A., Drivas, K. & Milliors, K. (2014), Health literacy among university students in Greece: determinants and association with self-perceived health, health behaviours and health risks, *Archives of Public Health*, 72(1): 15.

Wallace, J., Bachman, J., O'Malley, P., Johnston, L., Schulenberg, J & Cooper, S. (2002), Tobacco, alcohol and illicit drug use: racial and ethnic differences among U.S. high school seniors, *Public Health Reports*, 117: 67-75.

World Health Organization, (2007), The European Tobacco Control Report, Copenhagen.

World Health Organization, (2016), Classification of Diseases and related Health Problems, Διαθέσιμο στο: <https://icd.who.int/browse10/2016/en#> (Ανάκτηση 7-9-2019)

World Health Organization, (2012), Global Report. Mortality attributable to tobacco, World Health Organization, Geneva.

Wu T.Y., Rose E.S. & Bancroft M.J.,(2006), Gender differences in health risk behaviours and physical activity among middle school students, *The Journal of School Nursing*, 22 (91): 25-31.

Zhu, S. H., Tedeschi, G. J., Anderson, C. M. & Pierce, J. P. (1996). Telephone counseling for smoking cessation: What's in a call? *Journal of Counseling & Development*, 75, 93–102.