



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Διευθυντής: Καθηγητής Κωνσταντίνος Ι. Γουργουλιάνης

Διδακτορική Διατριβή

**«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΩΝ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ»**

υπό

Γεώργιου Ιατρού

ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ- ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των

απαιτήσεων για την απόκτηση του

Διδακτορικού Διπλώματος

Λάρισα, 2022

© 2018 ΙΑΤΡΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα (σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 202, παράγραφος 2 του Ν.5343/1932).

Εγκρίθηκε από τα Μέλη της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής:

1ος εξεταστής (Επιβλέπων)	Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης Καθηγητής Πνευμονολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
2ος εξεταστής	Παπαγιάννης Δημήτριος Επίκουρος Καθηγητής Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
3ος εξεταστής	Μαίρη Γκούβα Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών, Οικογενειών & Επαγγελματιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
4ος εξεταστής	Ζωή Δανιήλ Καθηγήτρια Πνευμονολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
5ος εξεταστής	Χρυσή Χατζόγλου Καθηγήτρια Ιατρικής Φυσιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
6ος εξεταστής	Φωτεινή Μάλλη Αναπληρώτρια καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
7ος εξεταστής	Ουρανία Κώτσιου Επίκουρος καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η διδακτορική διατριβή αποτελεί ένα είδος τεκνοποίησης, μοιάζει με τη δημιουργία μιας φυσικής οντότητας, η οποία ξεκινά σαν ιδέα και περνά μέσα από πολλά μονοπάτια μέχρις ότου τελικά πάρει σάρκα και οστά. Το βιβλίο που σήμερα κρατάω στα χέρια μου, είναι το αποτέλεσμα εργασίας αρκετών ανθρώπων που δούλεψαν με αγάπη και χωρίς αυτούς θα φάνταζε δύσκολο να ολοκληρωθεί. Γνωρίζω καλά πως μια ιδέα και κατ' επέκταση η υλοποίησή της, μπορεί να πλαισιωθεί από επιτυχία, κυρίως αν αυτήν την ιδέα την επενδύσεις με αγάπη, με μεράκι, με θυσίες. Σίγουρα λοιπόν, γυρίζοντας τον χρόνο πίσω, αυτό που τώρα μπορώ να πω με βεβαιότητα είναι πως πραγματικά όλη αυτή τη διαδρομή τη συνόδευσα με αγάπη και όνειρα. Αγάπη για την επιστήμη της ψυχολογίας, όνειρα για το αποτέλεσμα αυτής. Θα ήταν άδικο λοιπόν, από αυτή τη θέση σήμερα, να μην κάνω μια σύντομη αναφορά στους σταθμούς που σημάδεψαν αυτό το ταξίδι. Αρχικά λοιπόν, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Ευαγγελία Κοτρώτσιου, καθηγήτρια Νοσηλευτικής, μια καθηγήτρια που με ενέπνευσε και μου έδωσε το έναυσμα για να ξεκινήσω τη διδακτορική μου διατριβή. Μια γυναίκα με πάθος για την επιστήμη της νοσηλευτικής αλλά και της ψυχολογίας, ένας άνθρωπος που από την πρώτη στιγμή της γνωριμίας μου μαζί της, ένιωθα πως μπορώ να ταυτιστώ με τον τρόπο σκέψης της και αυτό αποτέλεσε για μένα ένα τεράστιο κίνητρο για να βελτιωθώ. Παραμένει μέχρι σήμερα ένας άνθρωπος που με στήριξε και με καθοδήγησε σε επαγγελματικό αλλά και σε προσωπικό επίπεδο. Η κυρία Κοτρώτσιου λοιπόν, η οποία με σύστησε σε έναν άνθρωπο που έμελλε επίσης να με στιγματίσει με το πάθος του και το όραμά του -το οποίο στα μάτια μου φάνταζε με ανάγκη του!- με τη σοφία του και με τη γενικότερη προσέγγιση και στάση του. Ο κύριος Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης, επιβλέπων της διατριβής, καθηγητής Ιατρικής, φανατικός μαχητής του καπνίσματος, ενεργητικού και παθητικού, ήταν ο άνθρωπος που τοποθέτησε μέσα μου τον σπόρο και τον πότιζε με την καθοδήγησή του, τη συνεχή του υποστήριξη και βοήθεια σε τομείς και εκτός της διεκπεραίωσης της διατριβής αυτής. Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Μαίρη Γκούβα, ψυχολόγο, καθηγήτρια στο τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Ιωαννίνων, μέλος της τριμελούς επιτροπής μου, έναν ιδιαίτερο άνθρωπο, η οποία με την ηρεμία της, την οποία έχει μετουσιώσει σε δύναμη ψυχής για κάθε φοιτητή της, τις συμβουλές της και τη συνεχή της υποστήριξη, κατάφερνε πάντα με έναν περίεργο τρόπο να έρχεται στο μυαλό μου σε κάθε δυσκολία που συναντούσα στην πορεία μου αυτή. Στη συνέχεια, τον κύριο Παπαγιάννη Δημήτριο, επίκουρο καθηγητή, τον οποίο συνάντησα στην πορεία της διαδρομής μου αυτής και με τον συμβουλευτικό του χαρακτήρα μέσα από την ιδιότητά του, με οδήγησε στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας. Τέσσερις λοιπόν άνθρωποι, τέσσερις επιστήμονες, που ο καθένας του αποτελεί με τον -και τον- δικό του τρόπο, πρότυπα εξέλιξης και γνώσης για έναν επιστήμονα, αλλά και πρότυπα ανθρώπου για τον καθένα μας. Θα ήταν μεγάλη μου παράλειψη, εάν σε αυτό το σημείο δεν ευχαριστούσα την οικογένειά μου. Τον πατέρα μου, που με στηρίζει με κάθε τρόπο και αποτέλεσε έναν καθοδηγητή και σύμβουλο στο νομικό κομμάτι που συμπεριλαμβάνεται στη διατριβή και αφορά τα νομοθετήματα του αντικαπνιστικού νόμου, την μητέρα μου, η οποία με τη ψυχική της δύναμη και τη σοφία της φρόντιζε όλα αυτά τα χρόνια να μου δώσει εφόδια ζωής,

τα οποία κάθε μέρα με συντροφεύουν και με καθοδηγούν και την αδερφή μου, που αν και νεαρότερη, δεν έπαψε ποτέ στα μάτια μου να φαντάζει τόσο μεγάλη με τα επιτεύγματά της και δεν θα μπορούσε παρά να αποτελεί ένα πρότυπο για εμένα. Ολοκληρώνοντας, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην κυρία Λυκάρτση Μαρία, φιλόλογο, με την οποία οι δρόμοι μας συναντήθηκαν το 2003 σε λύκειο της Καστοριάς, με εκείνη καθηγήτρια μου. Η ζωή τα έφερε έτσι ώστε να συναντηθούμε ξανά μετά από τόσα χρόνια και να αναλάβει να φροντίσει με την επιμέλεια της την εργασία αυτή. Ακόμη, χρωστάω ευχαριστίες στην κυρία Μάλλη Φωτεινή, Ιατρό Πνευμονολόγο, καθώς επίσης και στον Τζιτζίκιο Γεώργιο, Νοσηλευτή, για την ηθική τους συμπαράσταση αλλά και τη συμβουλευτική καθοδήγηση που παρείχαν για την ολοκλήρωση της διατριβής. Το 2016, εναρκτήρια χρονιά για το διδακτορικό μου, γνώρισα τη γυναίκα που έμελλε να γίνει σύζυγός μου και ήταν πάντα δίπλα μου με την αισιοδοξία της. Ο κυριότερος όμως λόγος που της χρωστάω ευγνωμοσύνη, είναι γιατί το 2018, έφερε στον κόσμο τον άνθρωπο που πραγματικά σε κάθε δυσκολία που συναντώ, είναι ο λόγος για να συνεχίζω να προχωρώ και να εξελίσσομαι. Η κόρη μου, που σε αυτά τα 4 μόλις χρόνια που είναι δίπλα μας, είναι πηγή ζωής, έμπνευσης, επιμονής, αγάπης και έρωτα! Σε αυτήν λοιπόν, αφιερώνω αυτό που κρατάω σήμερα στα χέρια μου, τις λέξεις που διαβάζετε όλοι, υποσχόμενος να προσπαθώ πάντα να αποτελώ εγώ πλέον, πρότυπο ανθρώπου για εκείνη!

ΙΑΤΡΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΚΑΣΤΟΡΙΑ, 2022

ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ

Γεννήθηκα στη Θεσσαλονίκη το 1985, μεγάλωσα όμως στην Καστοριά.

Αποφοίτησα από τον τομέα Ψυχολογίας του τμήματος Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας της Φιλοσοφικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Το 2009 υπηρέτησα τη Στρατιωτική μου θητεία, με την ειδικότητα του Ψυχολόγου, επιφορτισμένος με τη λήψη ιστορικού ψυχικής υγείας και την παροχή συμβουλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης σε αξιωματικούς και στρατιώτες του Ελληνικού Στρατού. Το 2010, και αφού ολοκλήρωσα τις στρατιωτικές μου υποχρεώσεις, ξεκίνησα τις σπουδές μου στη Συμβουλευτική Ψυχολογία, αποκτώντας το Ανώτερο Εθνικό Δίπλωμα στη Συμβουλευτική και Ψυχολογία από το Edexcel, UK. Παράλληλα, εκπαιδεύτηκα στη Συστημική Προσέγγιση και Οικογενειακή θεραπεία, ολοκληρώνοντας 500 ώρες εκπαίδευσης, πρακτικής και εποπτείας.

Το 2013, εισήχθην στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα ειδίκευσης στην Ψυχική Υγεία, του τμήματος Νοσηλευτικής του (πρώην) ΤΕΙ Θεσσαλίας, στη Λάρισα, από όπου αποφοίτησα με βαθμό «Άριστα» 9.3. Μετά το τέλος των Μεταπτυχιακών μου Σπουδών, αποτέλεσα ιδρυτικό μέλος και Πρόεδρος του Συλλόγου Αποφοίτων του εν λόγω Μεταπτυχιακού. Το 2016, ξεκίνησα την εκπόνηση της διδακτορικής του διατριβής στο τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, στην Πνευμονολογική κλινική. Στα πλαίσια της εκπόνησης της διδακτορικής μου διατριβής, δίδαξα στο τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, το μάθημα “Ψυχολογία της Υγείας”, ως συνεργάτης της καθηγήτριας κυρίας Κοτρώτσιου Ευαγγελίας. Το 2018, έλαβα υποτροφία από το επιχειρησιακό πρόγραμμα ανάπτυξης ανθρώπινου δυναμικού, εκπαίδευσης και βίου μάθησης, για την υποστήριξη νέων ερευνητών, με αντικείμενο έρευνας την *«Διερεύνηση μακροχρόνιων επιπτώσεων στη ψυχική υγεία ασθενών μετά από επεισόδιο πνευμονικής εμβολής, εκτίμηση της ενσυναίσθησης και της συγχωρητικότητας»*, έργο το οποίο ολοκληρώθηκε με τη συμβολή της πνευμονολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Θεσσαλίας. Εργάζομαι στη Θεσσαλονίκη παρέχοντας υπηρεσίες συμβουλευτικής υποστήριξης σε παιδιά, εφήβους και οικογένειες σε ιδιωτικό πλαίσιο. Έχω εκπαιδευθεί στην παρέμβαση, υποστήριξη και ψυχοεκπαίδευση γονέων και οικογενειών με σκοπό την ανάπτυξη υγιούς επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη τους, καθώς επίσης και στη θεραπεία ζεύγους και οικογένειας.

Επιστημονικές Εργασίες

1. «Πόσο επηρεάζει η συμμετοχή σε ομάδα στήριξης την παροχή φροντίδας;», 7ο Πανελλήνιο Ιατρικό-Διεπιστημονικό Συνέδριο Νόσου Alzheimer, Θεσσαλονίκη, 2011
2. «Εφηβική κατάθλιψη και σχολική απόδοση», 5^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Συμβουλευτικής Ψυχολογίας, Πάτρα 2014
3. “Πώς αντιλαμβάνονται την ενσυναίσθηση οι φοιτητές νοσηλευτικής”, 6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημόνων Φροντίδας Υγείας, Καρδίτσα 2015
4. «Πώς αντιλαμβάνονται την ενσυναίσθηση οι φοιτητές νοσηλευτικής», 3^η Διημερίδα Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Ιπποκρατείου ΓΝ Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, 2015
5. «Εκτίμηση της ενσυναίσθησης και των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των καπνιστών», 7^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημόνων Φροντίδας Υγείας, Αρχαία Ολυμπία, 2017
6. «Εκτίμηση της ενσυναίσθησης και των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των καπνιστών», 16^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Έρευνας, Θεσσαλονίκη, 2017
7. «Εκτίμηση των επιπτώσεων στη ψυχική υγεία ασθενών μετά από επεισόδιο πνευμονικής εμβολής», 4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος, Θεσσαλονίκη, 2021
8. «Assessment of empathy and psychological characteristics of smokers», 25th European Congress of Psychiatry, Firenze, 2017
9. «Assessment of empathy and psychological characteristics of smokers», 27th European Congress of Psychiatry, Warsaw, 2019

Δημοσιεύσεις

1. “Πώς αντιλαμβάνονται την ενσυναίσθηση οι φοιτητές νοσηλευτικής”, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 8, 2016
2. «Assessment of empathy and psychological characteristics of smokers», European Psychiatry, 41, S745-S746, 2017
3. «Assessment of empathy and psychological characteristics of smokers», European Psychiatry, 56S, S577
4. «Association of Psychopathology Symptoms, Self-Compassion, and Forgiveness in Patients with Pulmonary Embolism», Cureus, 13(11)
5. Σεξουαλικότητα και αναπηρία: Στάσεις και αντιλήψεις της κοινωνίας, στιγματισμός και σεξουαλική αγωγή. Αναπηρία & Ψυχική Υγεία-Διαφορετικές προσεγγίσεις σε μη τυπικούς πληθυσμούς, εκδόσεις Gutenberg, 2022
6. «Assessment of Greek Smokers’ Psychological Characteristics and Empathy While Smoking in Enclosed Public Spaces and Near Nonsmokers», Cureus, 14(3)
7. Weighting of the Empathy Questionnaire Toronto Empathy Questionnaire (TEQ) on the Greek Population, Open J Cardiol Heart Dis. 3(5)

**«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΩΝ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ»**

ΙΑΤΡΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Ιατρικής, 2022

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

- 1. Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης**, Καθηγητής Πνευμονολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας (Επιβλέπων)
- 2. Παπαγιάννης Δημήτριος**, Επίκουρος Καθηγητής Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
- 3. Μαίρη Γκούβα**, Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών, Οικογενειών & Επαγγελματιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη	16
Abstract	18
Εισαγωγή	19
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	21
1. Ενσυναίσθηση	21
1.1 Εννοιολογικοί Προσδιορισμοί της Ενσυναίσθησης	21
1.2 Ορισμοί ενσυναίσθησης	25
1.3 Είδη ενσυναίσθησης	28
1.4 Ενσυναίσθηση και συμπάθεια	30
2. Παθητικό κάπνισμα	31
2.1 Κάπνισμα σε δημόσιους χώρους	34
2.2 Κάπνισμα, εγκυμοσύνη και παιδιά	38
3. Η σχέση της καπνιστικής συμπεριφοράς με την ενσυναίσθηση	43
3.1 Κάπνισμα και συναισθηματική νοημοσύνη	44
3.2 Αντικαπνιστικός νόμος και οικονομικές συνέπειες στους χώρους εστίασης	45
4. Κάπνισμα και ψυχοπαθολογία	46
4.1 Αγχώδεις διαταραχές και κάπνισμα	46
4.2 Συναισθηματικές διαταραχές και κάπνισμα	48
4.3 Άλλα ψυχοκοινωνικά προβλήματα και η σχέση τους με το κάπνισμα	50
5. Αίσθημα ντροπής και στιγματισμού στους καπνιστές	51
6. Νομοθεσία και κάπνισμα	52
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	54
7. Ερευνητικά ερωτήματα	54
7.1. Μεθοδολογία	55
7.2 Ερευνητικά εργαλεία- Τα Ερωτηματολόγια	56

7.2.1	Ερωτηματολόγιο ενσυναίσθησης Toronto Empathy Questionnaire	56
7.2.2	Κλίμακα ψυχοπαθολογίας Symptom Check List 90 Revised (SCL-90)	57
7.2.3	Κλίμακα εξωτερικής ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS)	57
7.2.4	Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)	58
8.	Αποτελέσματα στάθμισης ερωτηματολογίου ενσυναίσθησης	59
9.	Στατιστική Ανάλυση	60
9.1	Περιορισμοί μελέτης	60
9.2	Γενικά Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης	60
9.3	Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων στην έρευνα	62
9.4	Ενσυναίσθηση και ψυχοπαθολογία καπνιστών και μη καπνιστών	64
9.5	Βίωμα ντροπής και καπνιστική συμπεριφορά	75
10.	Συζήτηση	77
	Βιβλιογραφία	81
	Παράρτημα	91

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αφορμή για την εκπόνηση αυτής της εργασίας αποτέλεσε το συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον της διεθνούς ιατρικής κοινότητας αλλά και οι πολιτικές των κυβερνήσεων για την εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου. Καθώς είναι γνωστό εδώ και δεκαετίες πως τόσο το ενεργητικό όσο και το παθητικό κάπνισμα προκαλούν εξαιρετικά επικίνδυνες για την υγεία καταστάσεις, που σε πολλές περιπτώσεις οδηγούν σε θάνατο, φαντάζει επείγουσα η εφαρμογή των αντικαπνιστικών νόμων με σκοπό την προστασία των παθητικών καπνιστών (κυρίως). Και ενώ σε παγκόσμια κλίμακα, η συντριπτική πλειοψηφία των χωρών, και όχι μόνο των αναπτυγμένων δυτικών κοινωνιών, έχει βάλει ήδη σε εφαρμογή νόμους που απαγορεύουν την με οποιονδήποτε τρόπο πώληση και χρήση καπνού σε κλειστούς δημόσιους χώρους, στην Ελλάδα τα πράγματα παρουσιάζουν μια διαφορετική εικόνα. Από το 2008, οπότε ξεκίνησαν και οι πρώτες σοβαρές απόπειρες εφαρμογής ενός τέτοιου νόμου μέχρι και το έτος έναρξης εκπόνησης αυτής της διατριβής κανένα ουσιαστικό αποτέλεσμα δεν παρουσιάστηκε. Ενώ ο διάλογος έχει ήδη αρχίσει λοιπόν εδώ και αρκετά χρόνια, και πολλές συζητήσεις, διαπραγματεύσεις και επιστημονικές εκδηλώσεις έχουν πραγματοποιηθεί για την κρούση του κινδύνου, τίποτα δεν έχει γίνει πράξη από όσα και αν έχουν εξαγγελθεί δημοσίως ή θεσμοθετηθεί νομοθετικά.

Η διεθνής βιβλιογραφία, οι επιστημονικές ιατρικές κοινότητες αλλά και πλήθος απλών πολιτών δείχνουν έμπρακτα την επιθυμία τους να ισχύσουν οι εκάστοτε νόμοι που προστατεύουν τους παθητικούς καπνιστές και ιδιαίτερα κάποιες ειδικές κατηγορίες αυτών, όπως είναι έγκυες γυναίκες, παιδιά και άτομα με προβλήματα υγείας. Η Ελλάδα ίσως να αποτελεί την μοναδική χώρα στον κόσμο που ο συγκεκριμένος νόμος δε βρίσκει εφαρμογή τόσο από το κράτος όσο και σε μεγάλο ποσοστό από τους πολίτες (ιδιοκτήτες χώρων εστίασης, εργαζόμενοι σε χώρους εστίασης αλλά και καπνιστές πολίτες). Παρουσιάζει λοιπόν ενδιαφέρον να εντοπιστούν και να διερευνηθούν οι λόγοι που αιτιολογούν κάτι τέτοιο. Η συγκεκριμένη προσπάθειά μας αποτελεί την πρώτη και μοναδική ουσιαστική μελέτη στον ελληνικό χώρο και είναι μια από τις ελάχιστες σε παγκόσμιο επίπεδο ανάλογες μελέτες, οι οποίες επιχειρούν να διερευνήσουν την ενσυναίσθηση, και ορθότερα την έλλειψη αυτής, ως έναν πιθανό παράγοντα εμφάνισης των συμπεριφορών που σχετίζονται με το κάπνισμα σε κλειστούς δημόσιους χώρους.

“κι’ ίσως θα πρέπει να χαθείς ολότελα, για να μάθεις κάποτε ποιος είσαι”

Τάσος Λειβαδίτης, *Τα χειρόγραφα του Φθινοπώρου*

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ESS=	Experience of Shame Scale
OAS=	Other as Shamer
SCL-90R=	Symptom Check List 90- Revised
TEQ=	Toronto Empathy Questionnaire
ΑΠΘ=	Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
ΠΘ=	Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
ΠΚ=	Παθητικοί Καπνιστές
ΕΚ=	Ενεργητικοί Καπνιστές
ΕΚΠΑ=	Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΙΝΑΚΕΣ

1. Συχνότητα και σχετική συχνότητα καπνιζόντων - Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας	56
2. Συσχέτιση ερωτηματολογίου TEQ- JEFFERSON	59
3. Γραμμικό μοντέλο TEQ-JEFFERSON	60
4. Αξιοπιστία παραγόντων	61
5. Δημογραφικά στοιχεία	62
6. Δημογραφικά στοιχεία	62
7. Καπνιστική συμπεριφορά συμμετεχόντων	63
8. Καπνιστική συμπεριφορά συμμετεχόντων	64
9. Ανάλυση παραγόντων	64
10. Ενσυναίσθηση και ψυχοπαθολογία καπνιστών και μη καπνιστών	65
11. Ενσυναίσθηση και αριθμός τσιγάρων	65
12. Ψυχοπαθολογία και αριθμός τσιγάρων	66
13. Κάπνισμα εντός χώρου διαμονής και ψυχοπαθολογία	66
14. Κάπνισμα εντός χώρου εργασίας και ψυχοπαθολογία	66
15. Κάπνισμα σε χώρους απαγόρευσης και ψυχοπαθολογία	67
16. Ενσυναίσθηση καπνιστών	68
17. Ενσυναίσθηση καπνιστών	69
18. Ενόχληση από το κάπνισμα	70
19. Ενσυναίσθηση εργαζομένων	70
20. Ενσυναίσθηση εργαζομένων μη καπνιστών και ιδιοκτητών καπνιστών	71
21. Ενσυναίσθηση εργαζομένων καπνιστών και ιδιοκτητών καπνιστών	72
22. Ενσυναίσθηση ιδιοκτητών	72
23. Ενσυναίσθηση καπνιστών φοιτητών ιατρικής και μη καπνιστών άλλων σπουδών	73
24. Μέσες τιμές ελέγχου ANOVA	74
25. Αίσθημα βιώματος ντροπής και καπνιστική συμπεριφορά	75
26. Αίσθημα βιώματος ντροπής και καπνιστική συμπεριφορά	76
27. Αίσθημα βιώματος ντροπής και καπνιστική συμπεριφορά φοιτητών	76

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

1. Κυκλικό διάγραμμα κατανομής καπνιστών και μη	55
2. Συχνότητα βιώματος συμπτωμάτων άγχους	56
3. Ηλικία συμμετεχόντων	62
4. Αντιλήψεις για το κάπνισμα	64
5. Ενσυναίσθηση και κάπνισμα	65
6. Ψυχοπαθολογία και κάπνισμα	65
7. Ενσυναίσθηση και κάπνισμα	67
8. Ψυχοπαθολογία και κάπνισμα	67
9. Ψυχοπαθολογία και κάπνισμα	68
10. Ενσυναίσθηση και καπνιστική συμπεριφορά	68
11. Ενσυναίσθηση και καπνιστική συμπεριφορά	69
12. Ενσυναίσθηση εργαζομένων σε χώρους εστίασης	71
13. Ενσυναίσθηση μη καπνιστών εργαζομένων και καπνιστών ιδιοκτητών χώρων εστίασης	71
14. Ενσυναίσθηση καπνιστών εργαζομένων και καπνιστών ιδιοκτητών χώρων εστίασης	72
15. Ενσυναίσθηση ιδιοκτητών χώρων εστίασης	73
16. Ενσυναίσθηση καπνιστών φοιτητών ιατρικής και μη καπνιστών φοιτητών άλλων σπουδών	73
17. Ενσυναίσθηση και κάπνισμα με βάση την ιδιότητα των συμμετεχόντων	75

ΕΙΚΟΝΕΣ

1. Είδη ενσυναίσθησης	29
2. Έρευνα ΕΛΣΤΑΤ για το κάπνισμα	32
3. Έρευνα ΕΛΣΤΑΤ για το κάπνισμα	35
4. Έρευνα ΕΛΣΤΑΤ για το κάπνισμα	35
5. Έρευνα ΕΛΣΤΑΤ για το κάπνισμα	36

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι διαταραχές δεν είναι μόνο αποτέλεσμα κληρονομικών παραγόντων, αλλά σε σημαντικό βαθμό, ευθύνεται ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής. Χρόνιες καρδιακές διαταραχές, καρκίνος, σακχαρώδης διαβήτης και πολλά άλλα, είναι αποτέλεσμα λανθασμένων επιλογών και ανθυγιεινού τρόπου ζωής (Sari, Ramdhani, Mira, 2008). Το κάπνισμα είναι ένας από τους κυριότερους παράγοντες για την εμφάνιση των παραπάνω και πολλών ακόμα διαταραχών.

Σκοπός: Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η εκτίμηση της ενσυναίσθησης και των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των καπνιστών.

Υλικό και μέθοδος: Διενεργήθηκε μελέτη σε 453 άτομα (233 άντρες και 220 γυναίκες), από τα οποία 140 αφορούσαν εργαζομένους σε χώρους εστίασης (καφετέριες, μπαρ, εστιατόρια), 116 ιδιοκτήτες χώρων εστίασης (καφετέριες, μπαρ, εστιατόρια), 129 φοιτητές ιατρικής και 68 φοιτητές ανθρωπιστικών σπουδών και σπουδών υγείας (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και νοσηλεύτες). Οι συμμετέχοντες επελέγησαν ή με τυχαία επιλογή από χώρους εστίασης της Θεσσαλονίκης και της Καστοριάς, καθώς επίσης και από το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης (ΑΠΘ), το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας και το τέως ΑΤΕΙ Θεσσαλίας, καθώς και από ιδιωτικά κολέγια της Θεσσαλονίκης. Καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων σχετικά με την καπνιστική τους συμπεριφορά αλλά και για συμπτώματα ψυχοπαθολογίας και βιώματος ντροπής. Η έρευνα διεξήχθη από το 2016 έως το 2020 και τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν ανώνυμα με την παρουσία του ερευνητή, ο οποίος νωρίτερα είχε διασφαλίσει ανωνυμία και προστασία προσωπικών δεδομένων, ενώ παρείχε και υποστηρικτικό ρόλο για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια TEQ, OAS, EES και SCL-90R.

Αποτελέσματα: Οι καπνιστές εμφάνισαν στατιστικώς σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης και υψηλότερα επίπεδα θυμού και επιθετικότητας σε σχέση με τους μη καπνιστές. Τα άτομα που καπνίζουν στους χώρους που απαγορεύεται το κάπνισμα και είναι παρόντες άλλοι, εμφανίζουν πιο έντονα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, θυμού-επιθετικότητας και παρανοειδούς ιδεασμού. Σε όλες τις κατηγορίες του δείγματός μας, οι μη καπνιστές παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης από τους καπνιστές. Πιο συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι μη καπνιστές έχουν υψηλότερο επίπεδο ενσυναίσθησης σε σχέση με τους καπνιστές ιδιοκτήτες των χώρων εστίασης αλλά και σε σχέση με τους καπνιστές συναδέλφους τους. Παρομοίως, οι μη καπνιστές ιδιοκτήτες χώρων εστίασης, έχουν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης σε σχέση με τους καπνιστές συναδέλφους τους, ενώ οι μη καπνιστές φοιτητές άλλων σπουδών εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ενσυναισθητικής ανταπόκρισης από τους καπνιστές φοιτητές ιατρικής. Οι μη καπνιστές αναφέρουν πως βιώνουν εντονότερα ή και συχνότερα συμπτώματα ντροπής σε σχέση με τους καπνιστές.

Συμπεράσματα: Οι καπνιστές είναι λιγότερο ενσυναισθητικοί σε σχέση με τους μη καπνιστές και αυτό μπορεί να αποτελεί μια σημαντική αιτία και εξήγηση του γεγονότος πως σε εξαιρετικά μεγάλο βαθμό δεν τηρείται και δεν εφαρμόζεται ο αντικαπνιστικός νόμος ο οποίος απαγορεύει το κάπνισμα σε κλειστούς δημόσιους χώρους. Θα μπορούσε η έλλειψη ενσυναίσθησης των καπνιστών ιδιοκτητών χώρων εστίασης να είναι ένας σημαντικός παράγοντας που ο νόμος δεν εφαρμόζεται στη χώρα μας. Τέλος, το κάπνισμα

δημιουργεί ή επιδεινώνει τα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας, όπως είναι το άγχος, ο θυμός, η επιθετικότητα και η κατάθλιψη.

Λέξεις κλειδιά: *ενσυναίσθηση, κάπνισμα, δημόσιοι χώροι, αντικαπνιστικός νόμος, ψυχοπαθολογία*

ABSTRACT

Introduction: Nowadays disorders are not only the result of hereditary factors, but to a significant extent, the unhealthy lifestyle is equally responsible. Chronic heart disorders, cancer, hypertension, diabetes and many more, are the results of making poor choices and having an unhealthy way of living (Sari, Ramdhani, Mira, 2008). Smoking is one of the main causes of these and many other disorders.

Purpose: The purpose of this study is to assess the empathy and psychological characteristics of smokers.

Material and method: A study was conducted on 453 people (233 men and 220 women), of which 140 were employees in dining establishments (cafes, bars, restaurants), 116 owners of restaurants (cafes, bars, restaurants), 129 medical students and 68 students of humanities and health studies (psychologists, social workers and nurses). The participants were randomly selected from dining establishments in Thessaloniki and Kastoria, as well as from the Aristotle University of Thessaloniki (AUTH), the University of Thessaly and the former ATEI of Thessaly, as well as from private colleges in Thessaloniki. Demographic data of the participants were recorded regarding their smoking behavior as well as psychopathology symptoms and feelings of shame. The research was conducted from 2016 to 2019 and the questionnaires were completed anonymously at the presence of the researcher, who had previously secured the participants' anonymity and the protection of their personal data, meanwhile providing a supportive role in completing the questionnaires. The TEQ, OAS, EES and SCL-90R questionnaires were used.

Results: Dining establishment owners have low levels of empathy in relation to all sample's categories. In particular, in terms of smoking habits, smoking restaurant owners show higher rates of emotional response than smoking employees in the respective areas, but they show significantly lower levels compared to non-smoking employees. Correspondingly, medical students are more empathetic than humanities students, as they present higher rates in each dimension of the empathy questionnaire. Women are more empathetic than men, while educational level and financial level are crucial in developing and demonstrating the empathy of the research's participants. Finally, smokers show high levels of psychopathological symptoms, mainly anxiety and emotional disorders, as well as higher rates of shame compared to non-smokers.

Conclusions: Smokers are less empathetic than non-smokers and this can be an important cause and an explanation for the fact that, to an extremely high amount, the anti-smoking law prohibiting smoking in closed public spaces is not being enforced at any extent. The lack of empathy of smoking dining establishments owners could be an essential reason for not applying the anti-smoking law in our country. Finally, smoking also creates or worsens the psychopathology symptoms, such as anxiety, panic attacks and depression.

Keywords: *empathy, smoking, public areas, antismoking laws, psychopathology*

Εισαγωγή

Η υγεία είναι το σημαντικότερο αγαθό στη ζωή του ανθρώπου και είναι γνωστό και αποδεκτό εδώ και πολλές δεκαετίες, πως οι διαταραχές δεν είναι αποτέλεσμα μόνο κληρονομικών παραγόντων, αλλά σε σημαντικό βαθμό, ευθύνεται και ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής. Χρόνιες καρδιακές διαταραχές, καρκίνος, σακχαρώδης διαβήτης και πολλά άλλα, είναι αποτέλεσμα λαθεμένων επιλογών και κακού τρόπου ζωής (Sari, Ramdhani & Mira, 2008). Το κάπνισμα είναι ένας από τους κυριότερους παράγοντες για την εμφάνιση αυτών και πολλών ακόμα διαταραχών.

Οι κίνδυνοι από το κάπνισμα αυξάνονται όσο μικραίνει η ηλικία έναρξης και όσο αυξάνεται η συνολική διάρκεια και ο μέσος αριθμός των τσιγάρων που καταναλώνονται. Έτσι, οι άνδρες συστηματικοί καπνιστές αναμένεται να παρουσιάσουν μείωση του προσδόκιμου της ζωής τους κατά 13,2 έτη ενώ οι γυναίκες συστηματικές καπνίστριες παρουσιάζουν αντίστοιχα μείωση κατά 14,5 έτη. Στον 21ο αιώνα το κάπνισμα αναμένεται να σκοτώσει 1 δισεκατομμύριο ανθρώπους, δηλαδή το 50% των καπνιστών ή το 9% του γενικού πληθυσμού. Σύμφωνα με έρευνα που δημοσιοποίησε η επιστημονική επιθεώρηση Lancet σε 204 χώρες, οι μισές από αυτές δεν έχουν σημειώσει καμία πρόοδο στη διακοπή του καπνίσματος στην ηλικία 15-24 και ο μέσος όρος που ξεκινάει κάποιος να καπνίζει είναι τα 19, όταν είναι νόμιμο στις περισσότερες χώρες (GBD 2019 Risk Factors Collaborators, 2020). Παρότι 182 χώρες υπέγραψαν το 2005 μια συνθήκη για τον έλεγχο του καπνίσματος, η επιβολή της πολιτικής για τη μείωση του καπνίσματος διαφέρει. Οι ερευνητές λένε ότι η φορολόγηση είναι η πιο αποτελεσματική πολιτική, αλλά υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στο υψηλό κόστος ενός πακέτου τσιγάρων στις ανεπτυγμένες χώρες και σημαντικά χαμηλότερο κόστος στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Μάλιστα, σύμφωνα πάντα με την ίδια έρευνα, ένας στους τρεις καπνιστές (341 εκατομμύρια) ζει στην Κίνα, ενώ μόνο το 2019 το κάπνισμα συνδέθηκε με 1,7 εκατομμύριο θανάτους από ισχαιμικό καρδιακό επεισόδιο, 1,6 εκατομμύριο θανάτους από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), 1,3 εκατομμύριο από καρκίνο του πνεύμονα και σχεδόν ένα εκατομμύριο από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Παράλληλα, το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο εμφράγματος και για τα δύο φύλα ανεξαρτήτως ηλικίας, όμως ο κίνδυνος είναι σημαντικά μεγαλύτερος για τις γυναίκες καπνίστριες, ιδίως όσες είναι κάτω των 50 ετών, σύμφωνα με μια νέα βρετανική επιστημονική έρευνα. Πάντως αν μια γυναίκα διακόψει το κάπνισμα, η μείωση του κινδύνου εμφράγματος μπορεί να είναι τόσο γρήγορη, που ακόμη και μέσα σε ένα μόνο μήνα ο κίνδυνος να είναι ανάλογος με ενός ανθρώπου που ποτέ δεν έχει καπνίσει (Palmer et al., 2019).

Γιατί επιλέγει κάποιος να καπνίσει;

Πριν γίνει αναφορά στη συμβολή του καπνίσματος στην εμφάνιση διαφόρων προβλημάτων υγείας και στη ψυχοπαθολογία ενός καπνιστή, χρήσιμο είναι να δούμε γιατί κάποιος επιλέγει να καπνίσει, την ίδια στιγμή μάλιστα που γνωρίζει τις, αποδεδειγμένα, βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος. Το κάπνισμα κατά τον Aritonang (1997), είναι μια σύνθετη συμπεριφορά, αποτέλεσμα γνωστικών, κοινωνικών-

περιβαλλοντικών, ψυχολογικών και φυσιολογικών συνθηκών. Οι καπνιστές φαίνεται να έχουν μικρή επίγνωση των βλαβών που προκαλεί το κάπνισμα και υποστηρίζουν πως αυτές μπορεί να αντισταθμιστούν μέσω αθλητικών δραστηριοτήτων. Όσον αφορά τις ψυχολογικές αιτίες, το κάπνισμα γίνεται για χαλάρωση, μείωση της πίεσης και του άγχους και για να “ξεχνούν” οι καπνιστές τα προβλήματά τους.

Η νικοτίνη αποτελεί το δραστικό αλκαλοειδές συστατικό των φύλλων του καπνού. Κατά το κάπνισμα ένα μικρό μόνο ποσοστό της νικοτίνης εισπνέεται, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό της υπόκειται στη διαδικασία καύσης. Εκτιμάται ότι το μέσο τσιγάρο περιέχει 8-9mg νικοτίνης, εκ των οποίων κατά το κάπνισμα εισπνέεται περίπου 1 mg. Μετά την είσοδο των ατμών της νικοτίνης στους πνεύμονες, αυτή απορροφάται από το κυψελιδικό επιθήλιο των πνευμόνων και εν συνεχεία εισέρχεται στην κυκλοφορία του αίματος, μέσω της οποίας φτάνει ταχύτατα και στον εγκέφαλο αφού διαπεράσει τον αιματο-εγκεφαλικό φραγμό. Υπολογίζεται ότι η νικοτίνη φτάνει στον εγκέφαλο σε χρονικό διάστημα, κατά μέσο όρο, από 10 έως 20 δευτερόλεπτα (Le Houezec, 2003), ενώ η συγκέντρωσή της φθάνει σε ποσοστό μεγαλύτερο από το 50% του μέγιστου επιπέδου της εντός 15 δευτερολέπτων μετά από μία εισπνοή από τσιγάρο (Berridge et al., 2010).

Αφού φτάσει στον εγκέφαλο προσδένεται στους νικοτινικούς υποδοχείς και δρώντας ως αγωνιστής επάγει την έκκριση ντοπαμίνης, ενεργοποιώντας έτσι το σύστημα ανταμοιβής του εγκεφάλου (reward system). Αποτέλεσμα της δράσης αυτής είναι η δημιουργία αισθήματος ευφορίας και χαλάρωσης, ενώ συγχρόνως οι καρδιακοί παλμοί σταδιακά αυξάνονται μέχρι να την αποβάλει ο οργανισμός. Κάνοντας ένα μόνο τσιγάρο, η νικοτίνη μένει στο αίμα για περίπου 2 ώρες, όμως όταν οι καπνιστές ξεπερνούν το ένα τσιγάρο ημερησίως, τότε η εθιστική ουσία παραμένει στον οργανισμό για ώρες. Σχετικά με τις περιβαλλοντικές αιτίες, οι οποίες φαίνεται να είναι και οι πιο ισχυρές, το κάπνισμα έρχεται ως αποτέλεσμα της άμεσης και ισχυρής επιρροής των ομηλικών (Ramdhani et al., 2008).

Βλέποντας τους λόγους που πιθανόν κάποιος επιλέγει να καπνίσει, συνειδητοποιεί κανείς πως αυτό γίνεται για ευχαρίστηση, και η ίδια αυτή ευχαρίστηση είναι που οδηγεί το άτομο στο να επαναλάβει αυτή τη συμπεριφορά, ώστε να τη βιώσει εκ νέου. Παράλληλα, η βασική ουσία που βρίσκεται στο τσιγάρο, η νικοτίνη, οδηγεί στον εθισμό. Η αντίσταση στην νικοτίνη βρίσκεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα, ενώ οδηγεί το άτομο σε σωματική και ψυχική εξάρτηση, το κάνει ευάλωτο σε πονοκεφάλους, νευρικό, νωθρό και αγχώδες (Komarasari, 2000).

Ο όρος “ενσυναίσθηση” αναφέρεται στην ικανότητα ενός ατόμου να καταλαβαίνει το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς κάποιου άλλου με ακρίβεια και με τα συναισθηματικά και νοητικά στοιχεία που εμπεριέχονται σε αυτό, σαν να ήταν το ίδιο το άτομο, αλλά χωρίς ταυτόχρονα να χάνει την ιδιότητά του (Rogers, 1959). Πρόκειται για την ικανότητα του να μπαίνεις “στα παπούτσια του άλλου”, να θεωρείς μία κατάσταση από την οπτική θέα κάποιου άλλου και να αποκτάς μεγαλύτερη κατανόηση μέσα από τις αντιλήψεις του. Σύμφωνα με τον Goulu (1951) “...ενσυναίσθηση είναι η διαδικασία κατά την οποία το άτομο για μια στιγμή προσποιείται στον εαυτό του ότι είναι κάποιος άλλος... ώστε να μπορέσει να διεισδύσει στην πιθανή συμπεριφορά του άλλου σε μια δεδομένη κατάσταση” (Σταλίκας, Χαμοδράκα, 2004). Αντίστοιχα, οι Goldstein, Michaels (1985) θεωρούν ότι με την ενσυναίσθηση, το άτομο ευαισθητοποιείται στο μέγιστο

βαθμό όσον αφορά τη συναισθηματική κατάσταση του άλλου και έτσι μπορεί να προχωρήσει βαθύτερα στις επιμέρους διαδικασίες της συναισθηματικής αντήχησης, της γνωστικής ανάλυσης και της ακριβούς ανατροφοδότησης. Έχει διαπιστωθεί πως αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την ανάπτυξη εποικοδομητικών θεραπευτικών σχέσεων. Ο Goleman (1995), περιγράφει την ενσυναίσθηση ως την ικανότητα να αναγνωρίζεις και να καταλαβαίνεις τις επιθυμίες, τους σκοπούς και τις απόψεις των γύρω σου.

Τα τελευταία χρόνια σε όλο και περισσότερες χώρες εφαρμόζονται αντικαπνιστικοί νόμοι που έχουν στόχο να προστατεύσουν την υγεία -κυρίως- των μη καπνιστών από το παθητικό κάπνισμα. Οι αντικαπνιστικοί αυτοί νόμοι απαγορεύουν τη χρήση καπνού εντός των χώρων εστίασης αλλά και εντός δημοσίων κτηρίων. Έχει λοιπόν ενδιαφέρον από ιατρικής και ψυχολογικής πλευράς, η διερεύνηση των αιτιών και των κινήτρων που οδηγούν τους καπνιστές να καπνίσουν μπροστά σε μη καπνιστές όταν βρίσκονται όλοι μαζί σε έναν κοινό χώρο, όπου και απαγορεύεται βάση νόμου το κάπνισμα. Υπάρχουν διάφορες απόψεις που υποστηρίζουν πως το κάπνισμα άτυπα και παράνομα “επιτρέπεται” εντός των χώρων εστίασης λόγω πιθανής οικονομικής ζημιάς για τους ιδιοκτήτες, αν και η διεθνής βιβλιογραφία δεν το επιβεβαιώνει (Gallus, 2015).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

1.1 Εννοιολογικοί Προσδιορισμοί της Ενσυναίσθησης

“Κοιτάζτε μέσα από το παράθυρο του άλλου. Προσπαθήστε να δείτε τον κόσμο όπως τον βλέπει ο ασθενής σας”, αναφέρει ο ψυχίατρος Ίρβιν Γιάλομ στο βιβλίο του με τίτλο “Το δώρο της ψυχοθεραπείας”, προσπαθώντας με αυτόν τον γρήγορο και άμεσο τρόπο να διδάξει την ενσυναίσθηση (Γιάλομ, 2004). Η ενσυναίσθηση, “εμπαθητικότητα” ή “συναισθησία” ή “συναισθηματική κατανόηση”, είναι η ικανότητα να συντονίζεσαι συναισθηματικά και νοητικά με τον άλλον χωρίς να ταυτίζεσαι μαζί του. Αυτό, ταιριάζει με τον ορισμό που έδωσε ο Carl Rogers, εμπνευστής της προσωποκεντρικής προσέγγισης, ο οποίος περιγράφει την ενσυναίσθηση ως «την ικανότητα του θεραπευτή να καταλαβαίνει το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του πελάτη με ακρίβεια και με τα συναισθηματικά και νοητικά στοιχεία που εμπεριέχονται σαν να ήταν ο θεραπευτής το ίδιο το άτομο, αλλά χωρίς ταυτόχρονα αυτός να χάνει την ιδιότητα του». Αφορά την αναγνώριση και την κατανόηση της θέσης, του συναισθήματος, των σκέψεων ή της κατάστασης κάποιου άλλου. Ένα άτομο που χρησιμοποιεί την ενσυναίσθηση μπορεί να αναγνωρίσει, να αντιληφθεί και να αισθανθεί αυτό που αισθάνεται ένα άλλο άτομο. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να βάλει τον εαυτό του στη θέση του άλλου, να κατανοήσει τη συμπεριφορά του και να αναγνωρίσει τα κίνητρά της και να δει τον κόσμο μέσα από τα μάτια του. Πρόκειται, εν ολίγοις, για ένα εξαιρετικά ισχυρό εργαλείο επικοινωνίας, για μια ικανότητα που, αν και όλοι διαθέτουμε, την αγνοούμε. Η ενσυναίσθηση αρχικά αναπτύχθηκε ως εργαλείο της Ψυχοθεραπείας, σύντομα όμως οι δυνατότητές της αναγνωρίστηκαν σε όλες τις μορφές των διαπροσωπικών σχέσεων, σε κάθε κατάσταση στην οποία ένας άνθρωπος χρειάζεται ή θέλει να καταλάβει αυτόν που βρίσκεται απέναντί του.

Η έννοια της ενσυναίσθησης αρχίζει με την αντίληψη των συναισθημάτων των άλλων και θα ήταν, προφανώς, πιο εύκολο να αντιληφθεί κανείς τα συναισθήματα των άλλων, αν εκείνοι απλά τα έλεγαν, επειδή όμως οι περισσότεροι άνθρωποι δεν το κάνουν, χρειάζεται να ρωτήσουμε, να καταλάβουμε τι λένε και τι εννοούν και να προσπαθήσουμε να αποκωδικοποιήσουμε τη μη λεκτική επικοινωνία τους. Η πιο πρόσφατη γενεαλογία αυτής της έννοιας θα μπορούσε να αναζητηθεί στα κείμενα των ρομαντικών συγγραφέων του δέκατου ένατου αιώνα Herder και Novalis, οι οποίοι θεωρητικοποίησαν την υπερβατική εμπειρία ενότητας της υποκειμενικής ψυχής με την αντικειμενική φύση. Ωστόσο, μόνο μετά το 1906, με τη δημοσίευση της μονογραφίας του Γερμανού φιλόσοφου-ψυχολόγου Theodor Lipps με τίτλο «Ενσυναίσθηση και αισθητική απόλαυση», η έννοια αυτή θα αρχίσει να κάνει δειλά-δειλά την εμφάνισή της στα φιλοσοφικά σαλόνια της κεντρικής Ευρώπης. Για τον Lipps, η ενσυναίσθηση αποτελεί την αναγκαία συνθήκη όχι μόνο κάθε αισθητικής εμπειρίας, αλλά και της βαθύτερης ενότητας του υποκειμένου με τον κόσμο. Ένα αποφασιστικό βήμα στην εξέλιξη αυτής της έννοιας θα πραγματοποιηθεί με την πρωτοποριακή φαινομενολογική προσέγγιση της Edith Stein, νεαρής μαθήτριας του μεγάλου φιλόσοφου Husserl. Το 1916 στη διδακτορική της διατριβή με τίτλο «Περί του προβλήματος της ενσυναίσθησης», η Stein καταφέρνει να μετατρέψει σε φιλοσοφικό πρόβλημα ό,τι μέχρι τότε ήταν ένα «βασανιστικό αίνιγμα», όπως ο ίδιος ο Husserl περιέγραφε την ενσυναίσθηση. Για τη νεαρή φιλόσοφο, αντίθετα, η ενσυναίσθηση αποτελεί την εμπειρία «που βρίσκεται στη βάση όλων των μορφών μέσω των οποίων προσεγγίζουμε ένα άλλο πρόσωπο». Είναι, σύμφωνα με τη Stein, το παράδοξο ενέργημα, μέσω του οποίου η αλλότρια πραγματικότητα, -δηλαδή ό,τι εμείς δεν είμαστε, ό,τι δεν έχουμε ακόμη βιώσει ή δεν θα βιώσουμε ποτέ και ό,τι μας μεταθέτει αλλού, στο ανοίκειο-, μετατρέπεται σε συστατικό στοιχείο της βαθύτερης και διευρυμένης εμπειρίας μας, αυτού που υπάρχει πέρα και έξω από εμάς. Και αποτελεί ασφαλώς ειρωνεία ότι η σημαντικότερη ερευνήτρια της ενσυναίσθησης θα πέσει η ίδια θύμα της ανεπαρκούς ενσυναίσθησης των ναζι: λόγω της εβραϊκής καταγωγής της θα μεταφερθεί σε στρατόπεδο συγκέντρωσης, όπου θα εξοντωθεί σε ένα θάλαμο αερίων.

Πλήθος ηθολογικών ερευνών (η ηθολογία μελετά τις βιολογικές προϋποθέσεις και τα αίτια της συμπεριφοράς των ζώων), επιβεβαιώνουν ότι το φαινόμενο της προσκόλλησης αποτελεί τη βάση για τη μετέπειτα ανάπτυξη της ενσυναίσθησης τόσο στα ζώα όσο και στους ανθρώπους. Για παράδειγμα, έχει διαπιστωθεί ότι τα δελφίνια, οι ελέφαντες, διάφορα άλλα θηλαστικά και όλα ανεξαιρέτως τα πρωτεύοντα, αποκρίνονται ενσυναισθητικά στον πόνο των άλλων, ειδικότερα όταν με αυτόν που υποφέρει υπάρχει κάποια συναισθηματική προσκόλληση, π.χ. όταν γνωρίζονται από καιρό. Με άλλα λόγια, τόσο στους ανθρώπους όσο και στα περισσότερα εξελιγμένα ζώα, «χωρίς συναισθηματική προσκόλληση δεν υπάρχει ενσυναίσθηση», όπως υποστηρίζει ο Boris Cyrulnik, ο επιφανής ηθολόγος που διευθύνει το Κέντρο Ηθολογικών Ερευνών στην Τουλόν της Γαλλίας.

Η ενσυναίσθηση είναι ένα σημαντικό στοιχείο της κοινωνικής μας γνώσης, το οποίο συνεισφέρει στην ικανότητά μας να κατανοούμε και να ανταποκρινόμαστε προσαρμοστικά στα συναισθήματα των άλλων, πετυχαίνοντας έτσι μια συναισθηματική επικοινωνία και προωθώντας προ-κοινωνικές συμπεριφορές. Πρόσφατες έρευνες στην ενσυναίσθηση, δίνουν έμφαση στον διαχωρισμό μεταξύ συναισθηματικών και

γνωστικών στοιχείων της κατασκευής της. Αυτά τα χαρακτηριστικά προϋποθέτουν ποικίλους ορισμούς της.

Για παράδειγμα, η “συναισθηματική ενσυναίσθηση” είναι ευρέως γνωστή ως μια συναισθηματική αντίδραση (συμπόνια) στη συναισθηματική κατάσταση του άλλου. Η αντίδραση αυτή δεν εξαρτάται από τη γνωστική κατανόηση του λόγου που εκφέρει κάποιος, αν και μπορεί να διευκολύνει την κατανόηση και τη δράση. Αντίθετα, η “γνωστική ενσυναίσθηση”, περιλαμβάνει μια πνευματική ή και φανταστική ακόμη αντίληψη της συναισθηματικής κατάστασης του άλλου, η οποία πολλές φορές περιγράφεται ως αλληλοεπικάλυψη της θεωρίας του νου. Αξίζει στο σημείο αυτό να αναφερθεί ότι εν λόγω θεωρία αποτελεί μια σημαντική γνωστική-κοινωνική δεξιότητα που αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ομαλή αλληλεπίδραση μεταξύ των ατόμων και βασικό συστατικό στοιχείο για την ισορροπία και την εύρυθμη λειτουργία του συνόλου του κοινωνικού ιστού. Ουσιαστικά, αναπαριστά την ικανότητα που έχουμε να κατανοούμε τις σκέψεις και τα συναισθήματα των άλλων καθώς και να αντιλαμβανόμαστε τόσο τις δικές μας ψυχικές καταστάσεις, όσο και των συνανθρώπων μας, συμπεριλαμβανομένων των προσωπικών επιθυμιών, των προθέσεων και των βασικών πεποιθήσεων αυτών. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να γίνει κατανοητή η διαφορά ανάμεσα στους όρους “ενσυναίσθηση” και “συμπάθεια”, καθώς συχνά στην καθημερινότητα οι δύο όροι συγχέονται μεταξύ τους. Η μεν πρώτη περιλαμβάνει την διαδικασία αντίληψης της συναισθηματικής κατάστασης του άλλου, ενώ αντιθέτως, ο όρος “συμπάθεια” αποτελεί κάτι διαφορετικό -και συνήθως “συναισθηματικά κατώτερο”- αντιπροσωπεύοντας ενίοτε έως και μια έντονη εκδήλωση “συναισθημάτων λύπησης” απέναντι στον άλλον, με ή χωρίς συμπεριφορικές αντιδράσεις. Το να προσπαθείς όμως να κατανοήσεις την οπτική και τη θέση κάποιου άλλου, περιλαμβάνει το να ενδιαφέρεσαι για τις σκέψεις και τα συναισθήματά του, και να αντιλαμβάνεσαι την ψυχολογική του κατάσταση, βιώνοντας τις εκδηλώσεις αυτής, όχι μόνο μέσα από τις αισθήσεις, όπως αυτές της όρασης και της ακοής, αλλά και μέσα από ανώτερες γνωσιακές λειτουργίες του μεταιχμιακού συστήματος του εγκεφάλου, που αναλύουν τις επιμέρους παραμέτρους και συνθήκες που επικρατούν κάθε δεδομένη χρονική στιγμή. Γίνεται λοιπόν κατανοητό ότι στην πραγματικότητα, ολόκληρη η κοινωνική μας συνδιαλλαγή ορίζεται από την ευρύτερη έννοια της ενσυναίσθησης.

Το κάπνισμα λοιπόν, όπως ήδη αναφέρθηκε, αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την υγεία όχι μόνο των ίδιων των καπνιστών, αλλά και των ατόμων που βρίσκονται κοντά τους και είναι αναγκασμένοι να εισπνέουν τον καπνό τους. Τα άτομα αυτά, ονομάζονται “παθητικοί καπνιστές” και με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, κινδυνεύουν να εμφανίσουν σοβαρά προβλήματα υγείας.

Η νομοθεσία σε πολλές χώρες, ανάμεσά τους και η Ελλάδα, αν και είναι υπαρκτή δε φαίνεται να εφαρμόζεται στην πραγματικότητα για διάφορους λόγους, τουλάχιστον στον Ελλαδικό χώρο, όπου έλαβε χώρα και η μελέτη. Έτσι, στη χώρα μας, με τον νόμο 3730/2008, επήλθε ολική απαγόρευση του καπνίσματος και της κατανάλωσης καπνού με οποιοδήποτε άλλο τρόπο σε δημόσιους χώρους. Ο νόμος αυτός, στην ουσία δεν εφαρμόστηκε ποτέ, δημιουργώντας ποικίλες αντιδράσεις και σοβαρά προβλήματα. Οι καπνιστές, με την ανοχή, και πολλές φορές συγκάλυψη, των ιδιοκτητών και εργαζομένων στους χώρους εστίασης, δε δείχνουν να συμμορφώνονται με τον νόμο, αγνοώντας όχι μόνο τη νομοθεσία, αλλά πολύ συχνά και τις αντιδράσεις

και παρατηρήσεις των μη καπνιστών, που αναγκάζονται τις περισσότερες φορές να συνυπάρξουν μαζί τους.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναφερθεί ότι στις χώρες που εφαρμόστηκε ο νόμος χωρίς εξαίρεση, δεν παρατηρήθηκε μείωση των εσόδων των επιχειρήσεων εστίασης, καθώς, εφόσον η εφαρμογή είναι καθολική, η επιλογή εξακολουθεί να γίνεται βασιζόμενη στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Τέλος, η εφαρμογή του νόμου αποτελεί απόδειξη σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων κυρίως αδύναμων ομάδων (παιδιών, εγκύων, ηλικιωμένων).

Πολλές έρευνες σε όλο τον κόσμο έχουν καταδείξει την επικινδυνότητα και τις επιβλαβείς συνέπειες του καπνίσματος το οποίο λαμβάνει χώρα μέσα σε κλειστούς ιδιωτικούς και δημόσιους χώρους εστίασης, στην υγεία όχι μόνο των θαμώνων αλλά και των εργαζομένων σε αυτούς τους χώρους οι οποίοι εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα πολλές ώρες ημερησίως κατά τη διάρκεια της εργασίας τους.

Οι Palmershein, Remington και Gundersen (2006) σε έρευνές τους πριν και μετά την εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου, έχοντας ως αντικείμενο μελέτης τις ώρες έκθεσης των εργαζομένων στο παθητικό κάπνισμα, την εκδήλωση συμπτωματολογίας από το ανώτερο αναπνευστικό σύστημα, τις απόψεις που επικρατούν για το κάπνισμα σε χώρους εστίασης και τις αντιλήψεις για το ρίσκο που σχετίζεται με την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα, παρατήρησαν μείωση των ωρών έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα από 22 ώρες σε 3,5 ενώ το πιο εντυπωσιακό στοιχείο είναι πως επήλθε περαιτέρω μείωση ωρών και σε άλλους χώρους.

Επίσης, ανάμεσα σε μη καπνιστές, η συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος μειώθηκε σημαντικά ενώ συγχρόνως αυξήθηκε και η υποστήριξη για την εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου. Το πρόβλημα γίνεται ακόμη πιο σοβαρό, όταν πρόκειται για καπνιστική συμπεριφορά που λαμβάνει χώρα μπροστά σε παιδιά, είτε σε δημόσιους χώρους, είτε ακόμη και σε ιδιωτικά μέρη, όπως είναι τα σπίτια ή και τα αυτοκίνητα των καπνιστών. Το κάπνισμα των γονέων κοντά στο παιδί μπορεί ενδεχομένως να είναι το ίδιο βλαβερό για αυτό, όσο και το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη. Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα στην παιδική ηλικία μπορεί να διαταράξει την ισορροπία των ορμονών και να παρεμποδίσει την ομαλή νευροαναπτυξιακή εξέλιξη των παιδιών κατά τη συγκεκριμένη σημαντική περίοδο. Επιπλέον, το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη, φαίνεται πως είναι υπεύθυνο για την εμφάνιση γενετικών διαταραχών στα παιδιά, αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας αλλά και σωματικών χαρακτηριστικών, όπως είναι το βάρος.

Πολλές έρευνες επίσης συσχετίζουν την καπνιστική συμπεριφορά με πιθανή ψυχοπαθολογία των καπνιστών (Tsopelas, Kardaras, 2008), (Tojal, Costa, 2018). Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών, αποδεικνύουν υψηλή θετική συσχέτιση των δύο παραγόντων, με τους περισσότερους καπνιστές να εμφανίζουν διαταραχές άγχους και διάθεσης. Σε έρευνα στις ΗΠΑ (Tsopelas, Kardaras, 2008), το 45% των τσιγάρων που καπνίστηκαν σε ένα μήνα έγινε από άτομα με κάποια διάγνωση ψυχικής διαταραχής. Επίσης, στις χώρες που εφαρμόστηκε ο αντικαπνιστικός νόμος σε διάστημα 1,5 χρόνου, είχαμε μείωση των επεισοδίων εμφραγμάτων του μυοκαρδίου από 10% έως 45%.

1.2 Ορισμοί ενσυναίσθησης

Η ενσυναίσθηση αποτελεί ένα θεραπευτικό εργαλείο που έχει τις ρίζες του στην εργασία του Carl Rogers (1959) ο οποίος την τοποθέτησε ως τον πυρήνα της προσωποκεντρικής του προσέγγισης στη συμβουλευτική. Είναι, κυρίως, ένα γνωστικό χαρακτηριστικό το οποίο περιλαμβάνει την κατανόηση των εμπειριών του ατόμου, τις απόψεις και τις αντιλήψεις του, συνδυάζοντάς τες με την ικανότητα για επικοινωνία και την πρόθεση για παροχή βοήθειας. Στα επαγγέλματα υγείας θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική και αναγνωρίζεται ως κλειδί στην επικοινωνία, δημιουργώντας σύνδεση του επαγγελματία με τον ασθενή πετυχαίνοντας και καλύτερα αποτελέσματα στην φροντίδα του. Επίσης, βελτιώνει πολλές όψεις της πρακτικής φροντίδας υγείας, περιλαμβάνοντας τη συμμόρφωση του ασθενούς με τη θεραπεία, την εγκαθίδρυση καλύτερης σχέσης με τον ασθενή και την οικογένειά του, την αύξηση της ικανοποίησης του ασθενούς ενώ φαίνεται πως μειώνει την πιθανότητα ιατρικών σφαλμάτων (Williams et al., 2014). Στην Ιατρική, η σχέση του γιατρού με τον ασθενή βελτιώνει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας ενώ επιτρέπει στον ασθενή να αισθανθεί ότι το πρόβλημά του έχει γίνει κατανοητό από τον γιατρό, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η εμπιστοσύνη του προς αυτόν, ενώ παράλληλα, οδηγεί σε καλύτερη συνεργασία και υπακοή στο θεραπευτικό σχήμα. Ο γιατρός που λειτουργεί με ενσυναίσθηση καταλαβαίνει καλύτερα τον ασθενή του, κάνει τις κατάλληλες ερωτήσεις και μπορεί να πάρει πληρέστερο ιστορικό.

Ιστορική εξέλιξη του όρου

Η έννοια του όρου “ενσυναίσθηση” αποτελεί αντικείμενο μελέτης των νευροεπιστημόνων τις τελευταίες κυρίως δεκαετίες, ωστόσο, οι πρώτες αναφορές του όρου κάνουν την εμφάνισή στα τέλη του 19ου. Ετυμολογικά, ο όρος προκύπτει από το <εν- + συν- + αίσθηση> και θεωρείται ότι αποτελεί μεταφραστικό δάνειο από τον γερμανικό όρο “Einfühlung”, που με τη σειρά του προέρχεται από το ρήμα “ein-fühlen” <εν + αισθάνομαι>. Ο γερμανικός αυτός όρος, σύμφωνα με βιβλιογραφικές αναφορές (Σταλίκας, Χαμοδράκα, 2004), συναντάται για πρώτη φορά από τους Hermann Lotze και Robert Vischer και περιφραστικά αποδίδεται με τις έννοιες “αισθάνομαι μέσα σε...” ή “μπαίνω μέσα στον άλλο και καταλαβαίνω πώς αισθάνεται”. Το 1897, ο Theodor Lipps, Γερμανός πανεπιστημιακός και φιλόσοφος, μετέφερε τον όρο “Einfühlung” στον τομέα της ψυχολογίας για να περιγράψει το πώς οι άνθρωποι κατανοούν τη διανοητική ικανότητα των συνανθρώπων τους, και να συναισθάνονται μαζί τους. Το 1918 ο Southard τον χρησιμοποίησε για πρώτη φορά για να περιγράψει τη σχέση του γιατρού-ασθενούς ως ένα βοήθημα στη διαγνωστική και θεραπευτική του προσπάθεια.

Ακολούθησε η εισαγωγή του όρου “Einfühlung” στο λεξιλόγιο της Αγγλοσαξονικής, από τον Βρετανό ψυχολόγο Edward B. Titchener, ο οποίος τον μετέφρασε, από τα γερμανικά στα αγγλικά, με τη λέξη “empathy”, ταυτίζοντας αυτήν γλωσσολογικά με την ελληνική λέξη “εμπάθεια”. Με τη χρήση του όρου ο Titchener επιχείρησε να περιγράψει την ικανότητα που διαθέτει ο άνθρωπος να βιώνει συναισθηματικά τις εμπειρίες κάποιου άλλου, δηλαδή “την κατανόηση για τον άλλο, σαν να πάσχω μέσα του κι εγώ”. Στην

περίπτωση αυτή ο Titchener χρησιμοποιεί τον όρο «εμπάθεια», διασυνδέοντας αυτόν με τον όρο ενσυναίσθηση με διπλή σημασία: αφενός την δυνατότητα του υποκειμένου να φαντάζεται τα συναισθήματα κάποιου και αφετέρου ως μια απόδειξη στενών γνωσιακών-κοινωνικών σχέσεων. Το 1920 ο Titchener διαχώρισε τον όρο “ενσυναίσθηση” από την λέξη “εμπάθεια” και εν συνεχεία χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από θεωρητικούς της αισθητικής για να περιγράψει την ικανότητα σύλληψης της υποκειμενικής εμπειρίας του άλλου. Η θεωρία του Titchener, ήταν ότι η εμπάθεια προερχόταν από ένα είδος φυσικής μίμησης της δυστυχίας του άλλου, η οποία στη συνέχεια προκαλεί τα ίδια συναισθήματα στον άνθρωπο. Ήθελε να αποδώσει έναν ορισμό διαφορετικό από τη συμπάθεια που μπορεί να νιώθει κανείς για τη δεινή κατάσταση κάποιου άλλου, χωρίς ωστόσο να συμμερίζεται πραγματικά αυτό που αισθάνεται το άλλο άτομο.

Η λέξη “empathy” προέρχεται από την ελληνική λέξη “εμπάθεια” < ἐν + πάθος (πάσχω)>, κατά το πρότυπο του “sym-pathy” που επίσης είχαν δανειστεί ήδη από το δεύτερο μισό του 16^{ου} αιώνα. Είναι σημαντικό, στο σημείο αυτό, να αποσαφηνιστεί ότι τόσο το γερμανικό “Einfühlung” όσο το αγγλικό “empathy” ουδεμία σχέση έχουν εννοιολογικά με την ελληνική λέξη “εμπάθεια” και σε καμία περίπτωση δεν μπορούν να αποδοθούν έτσι. Πιο συγκεκριμένα, στο σχετικό λήμμα στο λεξικό του ιδρύματος Τριανταφυλίδη (σελ.473) αναφέρεται: «ενσυναίσθημα: η ικανότητα να συμμετέχουμε στις ψυχικές εμπειρίες ενός άλλου, να ξαναζούμε, κατά κάποιον τρόπο τα συναισθήματά του» καθώς επίσης και (σελ.456): «εμπάθεια: το να κυριαρχείται κάποιος από έντονα συναισθήματα εχθρότητας, κακίας ή μίσους». Ακόμα, στο λεξικό της Ακαδημίας Αθηνών (σελ.564) ενδεικτικά σημειώνονται τα εξής: «ενσυναίσθηση: η ικανότητα επίγνωσης και κατανόησης της ψυχικής κατάστασης, των αναγκών, των ανησυχιών, των σκέψεων ενός (άλλου) προσώπου» καθώς και (σελ. 522) «εμπάθεια: έντονο μίσος, έχθρα, εχθροπάθεια, κακεντρέχεια, κακία, μοχθηρία».

Διαφορετική προσέγγιση φαίνεται, ωστόσο, να υπάρχει στο λεξικό του Ι. Σταματάκου, όπου αναδεικνύεται ο όρος με ένα μάλλον θετικό “εννοιολογικό πρόσημο «εμπαθής (ἐν + πάθος), ο εν πάθει ων, ο ευρισκόμενος εν καταστάσει πάθους (συγκινήσεως), ο πλήρης πάθους». Η απόδοση αυτή προσομοιάζει σαφώς περισσότερο στο γλωσσολογικό σχήμα που συναντάται και στο λεξικό των Liddell & Scott για τις λέξεις και εκφράσεις: «εμπάθεια, ισχυρόν πάθος – εμπαθής, ευρισκόμενος εν καταστάσει συγκινήσεως ή πάθους – εμπαθής φιλία, ένθερμος φιλία, φιλία μέχρι πάθους – εμπαθώς, μετά πάθους». Υπό το πρίσμα της εναλλακτικής αυτής προσέγγισης διαφαίνεται ότι η ουσία του όρου “εμπάθεια” έχει συναισθηματικά μια πιο θετική χροιά και προσομοιάζει περισσότερο στο αγγλοσαξονικό “empathy”, γεγονός που σύμφωνα με μερικούς ερευνητές αναδεικνύει ότι στη σύγχρονη εποχή η λέξη έχει υποστεί διαχρονικά μια μορφή εννοιολογικού εκφυλισμού.

Είναι γεγονός ότι δεν υπάρχει απόλυτη ομοφωνία σε σχέση με τον ορισμό της ενσυναίσθησης και παραμένει ακόμη και σήμερα αντικείμενο αντιπαράθεσης μεταξύ των νευροεπιστημόνων κάτι που καθιστά απαραίτητη την προσπάθεια θεμελίωσης ενός πιο ευρέως αποδεκτού ορισμού.

Μερικές φορές η λέξη ενσυναίσθηση (empathy) χρησιμοποιείται ως ταυτόσημος όρος με τη λέξη συμπάθεια (sympathy), γεγονός που δυσχεραίνει τον ορισμό και ερμηνεία του όρου. Αν και είναι παρεμφερής,

η έννοια «συμπάσχω» δεν είναι συνώνυμη της ενσυναίσθησης. Ένα άτομο μπορεί να συμπάσχει βιώνοντας, για παράδειγμα, τον ψυχικό πόνο του άλλου, αλλά μπορεί να μην αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα που προκαλούν αυτόν τον πόνο ή απορρέουν από αυτόν. Αντίθετα, ένα άτομο που διακρίνεται για την ενσυναίσθησή του μπορεί πιο εύκολα και να συμπάσχει την ίδια στιγμή, βιώνοντας όχι μόνο τα συναισθήματα αλλά και την ψυχική οδύνη που σχετίζεται με αυτά.

Η ενσυναίσθηση φαντάζει απλή, ωστόσο δεν είναι μόνο μια αντανάκλαση των λεγομένων του ασθενούς. Είναι η συνεχιζόμενη και ενεργή κατανόηση, όχι μόνο του λεκτικού περιεχομένου αλλά και (κυρίως) των συναισθημάτων που συνοδεύουν τα λεγόμενα που όμως συγχρόνως αποκρύπτονται, είτε γιατί προκαλούν άγχος και σύγχυση, είτε γιατί δεν έχουν έρθει ακόμη σε συνειδητό επίπεδο. Αποτελεί μια σημαντική ικανότητα -να γνωρίζουμε τα συναισθήματα του άλλου- και εμπλέκεται σε μια τεράστια σφαίρα δραστηριοτήτων της ζωής. Συνδέεται άμεσα με την ικανότητα να αναγνωρίζει και να αποκωδικοποιεί κάποιος τα συναισθήματα κάποιου άλλου, τα οποία σπάνια αποκαλύπτονται ή περιγράφονται. Αυτή η αποκωδικοποίηση μπορεί να συμβεί μέσα από την ικανότητα κάποιου να διαβάξει τα μη λεκτικά στοιχεία της επικοινωνίας. Τα οφέλη που προκύπτουν από την ικανότητα αντίληψης των συναισθημάτων από μη λεκτικές ενδείξεις περιλαμβάνουν καλύτερη συναισθηματική προσαρμογή, μεγαλύτερη δημοτικότητα, μεγαλύτερη εξωστρέφεια και περισσότερη ευαισθησία.

Αποτελεί μάλλον κοινή παραδοχή, μεταξύ των ερευνητών, ότι η ενσυναίσθηση, σε καμία περίπτωση, δεν πρέπει να θεωρείται ένα στατικό φαινόμενο, αλλά εξελίσσεται δυναμικά σε βάθος χρόνου, ανάλογα με την ηλικία και το στάδιο ωρίμανσης του ανθρώπου. Εκτιμάται ότι η ενσυναίσθηση, ως σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, διαμορφώνεται σταδιακά μέχρι την ηλικία των οκτώ περίπου ετών και υπόκειται στην επίδραση των επιμέρους εγγενών χαρακτηριστικών του κάθε παιδιού καθώς και από διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες (Bowlby, 1969). Στην ηλικία αυτή εικάζεται ότι τα παιδιά έχουν αναπτύξει το υψηλότερο δυνατό σημείο εξέλιξης ως προς της ικανότητα κατανόησης των συναισθημάτων και των σκέψεων των άλλων, χωρίς βέβαια να αποκλείεται το γεγονός ότι πραγματοποιούνται κάποιες επιπλέον -ίσως μικρότερης δυναμικής- αλλαγές στη νοητική ικανότητα των εφήβων και σε μεταγενέστερα στάδια της ωρίμανσης τους.

Η ενσυναίσθηση φαίνεται να “ξεκινά” από πολύ νωρίς, από τη βρεφική κιόλας ηλικία (Bowlby, 1969). Στο συμπέρασμα αυτό καταλήγουν και ερευνητές από το Ισραήλ, όπως ανέφεραν στην επιθεώρηση «British Journal of Psychology». Συγκεκριμένα, ψυχολόγοι από το Πανεπιστήμιο Μπεν-Γκουριόν της Νεγκέβ και το Εβραϊκό Πανεπιστήμιο (Decety et al., 2016), διεξήγαγαν δύο πειράματα σε μωρά μόλις έξι μηνών προκειμένου να ανακαλύψουν από ποια ηλικία ξεκινούμε να ταυτιζόμαστε συναισθηματικά με τους άλλους – η κρατούσα θεωρία μέχρι πρότινος ανέφερε ότι τα παιδιά αναπτύσσουν την ικανότητα της ενσυναίσθησης μετά το πρώτο έτος ζωής. Σε παρόμοιο συμπέρασμα έφτασε αρκετές δεκαετίες παλαιότερα και ο διακεκριμένος ψυχολόγος Bowlby (1969). Αναφέρεται ότι η συναισθηματική ταύτιση είναι, κατά κανόνα, ισχυρότερη στην παιδική ηλικία και σταδιακά επέρχεται ο διαχωρισμός των προσωπικών συναισθημάτων του ατόμου από τα αντίστοιχα του άλλου: έτσι, προϊόντος του χρόνου, όταν ολοκληρωθεί η διαδικασία αυτή,

εικάζεται ότι τα παιδιά -που πλέον έχουν εξελίξει και τη νοητική τους ωριμότητα- αποκτούν ικανότητα αντίληψης της οπτικής γωνίας του άλλου –έστω και σε μια πρώιμη μορφή.

Το πόσο ανεπτυγμένη ενσυναίσθηση διαθέτουμε δεν είναι μόνο το αποτέλεσμα του τρόπου με τον οποίο ανατραφήκαμε και των εμπειριών που έχουμε αποκτήσει, αλλά αποτελεί και θέμα γονιδίων. Αυτό προέκυψε από μελέτη ειδικών του Πανεπιστημίου του Κέιμπριτζ, η οποία δημοσιεύθηκε το 2018 στην επιθεώρηση «Translational Psychiatry». Προηγούμενες μελέτες είχαν δείξει ότι ορισμένοι άνθρωποι έχουν μεγαλύτερη ενσυναίσθηση από άλλους καθώς και ότι, κατά μέσο όρο, οι γυναίκες διαθέτουν ελαφρώς περισσότερο ανεπτυγμένη ενσυναίσθηση από τους άνδρες. Στην τελευταία μελέτη των ερευνητών του Κέιμπριτζ, οι οποίοι συνεργάστηκαν με την εταιρεία γενετικής 23andMe καθώς και με μια διεθνή ομάδα συναδέλφων τους, παρουσιάζονται τα ευρήματα της μεγαλύτερης μέχρι σήμερα γενετικής έρευνας επάνω στην ενσυναίσθηση, τα οποία αφορούσαν 46.000 πελάτες της εταιρείας. Όλοι οι εθελοντές συμπλήρωσαν ένα ειδικό ερωτηματολόγιο για την ενσυναίσθηση το οποίο δημιουργήθηκε πριν από δεκαπέντε χρόνια και πάλι από ερευνητές του Κέιμπριτζ ενώ παρείχαν και δείγμα σάλιου για γενετική ανάλυση. Τρία ήταν τα βασικά συμπεράσματα της μελέτης: κατ' αρχάς, φάνηκε ότι το πόσο ανεπτυγμένη ενσυναίσθηση έχουμε οφείλεται τουλάχιστον εν μέρει, στα γονιδιά μας –για την ακρίβεια, η συμβολή των γονιδίων είναι της τάξεως του 10%. Κατά δεύτερον, επιβεβαιώθηκε ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη ενσυναίσθηση από τους άνδρες, ωστόσο η διαφορά αυτή δεν φάνηκε να σχετίζεται με το DNA αφού δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς τα γονίδια που σχετίζονται με την ενσυναίσθηση, γεγονός που μαρτυρεί ότι και άλλοι βιολογικοί παράγοντες, όπως η έκθεση σε ορμόνες κατά την εμβρυϊκή ζωή, ή μη βιολογικοί παράγοντες, όπως η κοινωνικοποίηση, διαφέρουν μεταξύ των δύο φύλων. Κατά τρίτον, προέκυψε ότι οι γονιδιακές παραλλαγές που σχετίζονται με χαμηλότερο επίπεδο ενσυναίσθησης συνδέονται επίσης με υψηλότερο κίνδυνο για αυτισμό – μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή στην οποία, μεταξύ άλλων, παρουσιάζονται και δυσκολίες στην κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων. Όπως ανέφερε ένας εκ των επικεφαλής της μελέτης, ο Μπαρόν-Κοέν, διευθυντής του Ερευνητικού Κέντρου για τον Αυτισμό στο Πανεπιστήμιο Κέιμπριτζ, «το γεγονός ότι βρήκαμε πως έστω και ένα ποσοστό σχετικά με τις διαφορές που οι άνθρωποι εμφανίζουν στην ενσυναίσθηση συνδέεται με γενετικούς παράγοντες μάς βοηθά να κατανοήσουμε άτομα, όπως αυτά με αυτισμό, τα οποία παλεύουν να κατανοήσουν τις σκέψεις και τα συναισθήματα των άλλων» (διαθέσιμο στο: <https://www.tovima.gr/2019/12/26/science/meres-ensynaisthis/s/>, ημερομηνία πρόσβασης: 26/12/2019).

1.3 Είδη ενσυναίσθησης

Πολλοί θεωρητικοί έχουν ασχοληθεί και έχουν καταγράψει τις διάφορες μορφές που μπορεί να πάρει η ενσυναίσθηση (Μαλικιώση, 2003, Goleman, 2002). Κάποιοι μιλούν για έμφυτη ή επίκτητη ενσυναίσθηση: Έμφυτη, είναι η ενσυναίσθηση που αναπτύσσεται στον άνθρωπο καθώς αυτός ωριμάζει, ενώ επίκτητη είναι εκείνη η οποία αποκτάται καθώς το άτομο εκπαιδεύεται και διδάσκεται. Άλλοι τη διαχωρίζουν σε γνωστική και θυμική, με τη γνωστική να αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να μπαίνει στη θέση του άλλου και να κατανοεί τον τρόπο με τον οποίο αυτός σκέφτεται και ενεργεί. Η θυμική αντίστοιχα, αναφέρεται στην προδιάθεση του ατόμου να αισθάνεται τα συναισθήματα του άλλου (Gladstein, 1983). Ο Carl Rogers, όρισε

3 στοιχεία: ένα θυμικό (ευαισθησία), ένα γνωστικό (παρατήρηση και πνευματική διεργασία) και ένα επικοινωνιακό (αντίδραση-απάντηση του θεραπευτή). Ο Goleman, (2002), περιγράφει 3 είδη ενσυναίσθησης:

α) Τη γνωστική ενσυναίσθηση, η οποία σημαίνει το πως σκέφτεται και νιώθει ένα άτομο. Περιγράφεται ως η ικανότητα “να παίρνεις την οπτική γωνία του άλλου”. Σχετικά με αυτό το είδος, μελέτες του πανεπιστημίου του Birmingham, έδειξαν πως οι διευθυντές επιχειρήσεων με ανεπτυγμένη γνωστική ενσυναίσθηση κινητοποιούσαν περισσότερο τους εργαζομένους τους ώστε να προσπαθούν για καλύτερα αποτελέσματα. Αντίθετες απόψεις για αυτό το είδος παραθέτει ο Paul Ekman, σύμφωνα με τον οποίο, άνθρωποι κοινωνικοπαθείς, “μακιαβελιστές” καθώς και πολιτικοί έχουν ανεπτυγμένη γνωστική ενσυναίσθηση ενώ δεν δείχνουν καμιά συμπάθεια στους άλλους (Goleman, 2002). β) Η συναισθηματική ενσυναίσθηση υπάρχει όταν νιώθεις φυσικά και σωματικά παρών με το άλλο άτομο καθώς επίσης και με τα συναισθήματά του. Σύμφωνα με τις νευροεπιστήμες, η συναισθηματική αυτή σύνδεση εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το “καθρέπτισμα” του νευρικού συστήματος και δημιουργεί την ικανότητα να εναρμονιστείς με τον εσωτερικό κόσμο του άλλου. γ) Τέλος, υπάρχει και η συμπονετική ενσυναίσθηση ή “ενσυναισθητικό ενδιαφέρον”, με την οποία διαπιστώνουμε την δύσκολη θέση στην οποία βρίσκεται κάποιος και τον βοηθάμε.

Οι Cunico, Sartori (2012) υπογραμμίζουν τη σημασία της επικοινωνίας ως ένα είδος ενσυναίσθησης, χωρίς ωστόσο να τη διαχωρίζουν από αυτή, αφού χάρη στην ικανότητα να νιώθεις και να κατανοείς τα συναισθήματα κάποιου άλλου σαν να ήταν δικά σου, οι όποιες γνωστικές διαστάσεις έρχονται σε επαφή με τις συναισθηματικές. Οι Nunes, Williams (2011) περιγράφουν πως αποτελείται από 2 μέρη, τη γνωστική και επιδραστική –ο ειδικός αναγνωρίζει και κατανοεί τις προσδοκίες του ασθενούς του και τότε αντίστοιχα είναι ικανός να ανταποδώσει. Σε μια προσπάθεια σύνθεσης διαφορετικών απόψεων, ο Gladstein (1987) κατέληξε σε 18 διαφορετικά είδη ενσυναίσθησης για να μετρήσει και τους διαφορετικούς της ορισμούς. Σε κάθε



Εικόνα 1. Είδη ενσυναίσθησης

περίπτωση, οι περισσότεροι φαίνεται να συμφωνούν στην ύπαρξη της θυμικής και γνωστικής ενσυναίσθησης, με την επικοινωνιακή ιδιότητα να αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία της.

1.4 Ενσυναίσθηση και συμπάθεια

Είναι απαραίτητο να διαχωρισθεί η ενσυναίσθηση που περιλαμβάνει την κατανόηση των εμπειριών του άλλου και η ικανότητα να επικοινωνεί μαζί του, από τη συμπάθεια, που αναφέρεται στη συναισθηματική ανταπόκριση στα συναισθήματα και ενδιαφέροντα του (Rogers, 1957), (Eisenberg, 1987). Ένας επαγγελματίας υγείας που εκφράζει “συμπάθεια” μπορεί να φροντίσει επαρκώς τον ασθενή του, επιδεικνύοντας όμως μόνο συμπάθεια, ενώ, αντίθετα, ένας ενσυναισθητικός επαγγελματίας ενδιαφέρεται για την κατανόηση της ποιότητας των εμπειριών του ασθενούς και ταυτόχρονα έχει την ικανότητα να επικοινωνήσει αυτή την κατανόηση.

Η ενσυναίσθηση δεν είναι το ίδιο ούτε με τη συμπάθεια, η οποία μπορεί να περιορίζεται μόνο στη συναισθηματική αναγνώριση -και γενικά να είναι επιφανειακή και μη αντικειμενική-, αλλά ούτε και με τη συμπόνοια -αν και ταυτίζεται πολύ συχνά με αυτή- η οποία υποδηλώνει πως πέρα από τη συναισθηματική ταύτιση, το άτομο εκδηλώνει επίσης συμπαράσταση στην κατάσταση του άλλου ατόμου. Η συμπάθεια είναι η προσπάθεια κάποιου, η βαθιά κατανόηση και συμμετοχή στη ψυχική κατάσταση ενός άλλου που πάσχει. Ένας άνθρωπος μπορεί να συμπάσχει βιώνοντας τον ψυχικό πόνο του άλλου, αλλά δεν μπορεί να αντιληφθεί τα συναισθήματα που προκαλούν αυτόν τον πόνο ή απορρέουν από αυτόν. Η έννοια της συμπάθειας περικλείει στοιχεία οίκτου, συλλύπησης και συμφωνίας, τα οποία δεν χαρακτηρίζουν την ενσυναίσθηση. Γενικά στη συμπάθεια, η προσοχή του ατόμου στρέφεται στα δικά του συναισθήματα και στην υποτιθέμενη ομοιότητά τους με εκείνα του άλλου χωρίς να χάνει την προσωπική του ταυτότητα, ενώ στην ενσυναίσθηση η προσοχή του ατόμου στρέφεται στα συναισθήματα του άλλου χάνοντας τον εαυτό του. Με την ίδια λογική, όταν συμπονούμε, εικάζουμε ότι ενυπάρχει ένας παραλληλισμός μεταξύ των δικών μας συναισθημάτων και αυτών του ασθενούς. Σε μια τέτοια περίπτωση, ωστόσο, επειδή μας απασχολεί περισσότερο η αναλογία μεταξύ της κατάστασής του και της δικής μας, η κατανόησή μας γι' αυτόν δεν μπορεί να είναι αντικειμενική. Είναι λοιπόν σημαντικό να καταστεί σαφές ότι οι δύο όροι, ενσυναίσθηση και συμπάθεια, δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται ως συνώνυμοι (Ehmann V. E., 1971).

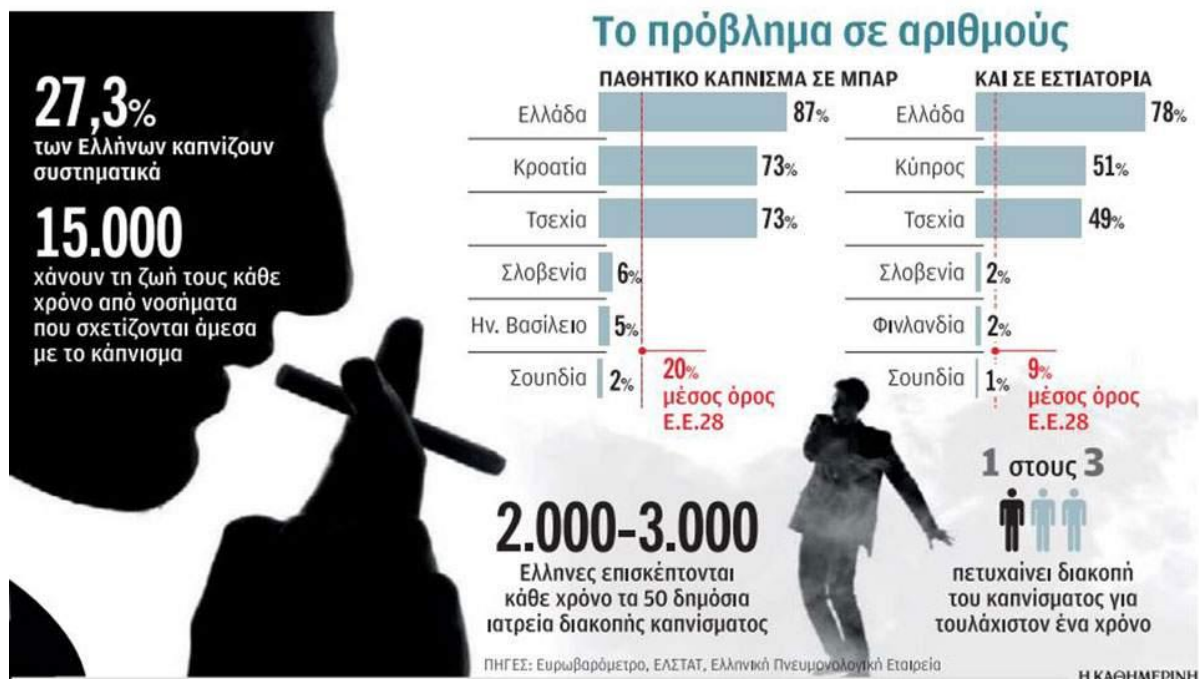
Από την άλλη, η ενσυναίσθηση μπορεί να βοηθήσει στην αιτιολόγηση των πράξεων του άλλου, όχι όμως και στη δικαιολόγησή τους. Προσπαθώντας να βιώσει κανείς τα συναισθήματα του άλλου μπορεί να καταλάβει πώς οδηγήθηκε σε συγκεκριμένες πράξεις, αυτό όμως δεν σημαίνει ότι πρέπει να συμφωνήσει ή να συναινέσει με αυτές. Σύμφωνα με τους Shea and Lionis (2010), η ενσυναίσθηση μαζί με το σεβασμό, αποτελεί μία βασική αξία της συμπόνοιας, ενώ οι Gruen and Mendelsohn (1986) υποστηρίζουν ότι είναι μια διανοητική ή γνωστική διαδικασία ενώ η συμπάθεια είναι συναισθηματική. Η ενσυναίσθηση αναφέρεται στην προσπάθεια ενός ατόμου να κατανοήσει βαθιά και με απουσία κριτικής τα βιώματα ενός άλλου ατόμου.

2. Παθητικό κάπνισμα

Το παθητικό κάπνισμα συνίσταται στην ακούσια εισπνοή του καπνού που εκπέμπεται στο περιβάλλον από τους ενεργούς καπνιστές και του καπνού που προέρχεται από το άκρο των τσιγάρων καθώς καίγονται. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2009) εκτιμάται ότι περίπου το 30% των ενηλίκων παγκοσμίως εκτίθενται στον “δευτερογενή” αυτό καπνό. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση 14% των μη καπνιστών εκτίθενται στον καπνό των τσιγάρων των άλλων ατόμων στο σπίτι, ενώ 30% των εργαζομένων ενηλίκων στον περιβαλλοντικό καπνό του εργασιακού τους χώρους, οδηγώντας σε περίπου 7.600 θανάτους/έτος. Στην Ελλάδα το 56% των υγιών ατόμων και το 86% των ατόμων με χρόνια νοσήματα εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα, με τη χώρα μας να αποτελεί αδιαμφισβήτητα, πρωταθλήτρια στην Ευρωπαϊκή Ένωση σε ό,τι αφορά το παθητικό κάπνισμα.

Τα πενιχρά οφέλη από την «αντικαπνιστική» εκστρατεία που συνόδευσε τον νόμο απαγόρευσης του καπνίσματος σε κλειστούς χώρους προ δεκαετίας φαίνεται να εξανεμίζονται, τουλάχιστον μέχρι προσφάτως (2019) με το συντριπτικό ποσοστό των Ελλήνων να εισπνέουν παθητικά τον καπνό των άλλων σε κλειστούς δημόσιους χώρους. Αν και το ποσοστό των Ελλήνων που καπνίζουν συστηματικά έχει μειωθεί σημαντικά σε σχέση με την προηγούμενη δεκαετία, οι Έλληνες εξακολουθούν να είναι από τους πιο φανατικούς καπνιστές στην Ευρώπη, ενώ 15.000 Έλληνες, ετησίως, χάνουν τη ζωή τους από σχετικές με το κάπνισμα παθήσεις. Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία του Ευρωβαρόμετρου, η συντριπτική πλειονότητα των Ελλήνων - 87%- έχει δει άτομα να καπνίζουν μέσα σε μπαρ το τελευταίο εξάμηνο πριν από την έρευνα. Το αντίστοιχο ποσοστό αναφορικά με το κάπνισμα σε εστιατόριο είναι στο 78%. Η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα στην Ελλάδα είναι η υψηλότερη στην Ε.Ε. όπου, κατά μέσον όρο, καπνιστές «σε δράση» έχει συναντήσει σε μπαρ και εστιατόρια το 20% και 9% των πολιτών αντιστοίχως. Μάλιστα, συγκρίνοντας τις αντίστοιχες έρευνες 2017 και 2014 του Ευρωβαρόμετρου, ενώ στην Ε.Ε. τα σχετικά ποσοστά μειώνονται, στην Ελλάδα έχουν αυξηθεί (κατά 4% για τα μπαρ και 6% για τα εστιατόρια), που σημαίνει ότι ακόμα και όσοι λίγοι είχαν υιοθετήσει την απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους, μετά τα χρόνια ανομίας, εγκαταλείπουν την προσπάθεια. Την ίδια στιγμή, το ποσοστό των Ελλήνων που καπνίζει εκτιμάται -σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής- στο 27,3%, ποσοστό που κατατάσσει την Ελλάδα στη δεύτερη θέση της Ε.Ε. μετά τη Βουλγαρία. Υπενθυμίζεται ότι πριν από περίπου μία δεκαετία τουλάχιστον τέσσερις στους δέκα Έλληνες κάπνιζαν συστηματικά.

Σε έρευνα των Alves et al. (2020), το 20.1% των μαθητών της έρευνας δήλωσε καπνιστές, ενώ μόλις το 34.4% ανέφερε πως δεν έχει βρεθεί σε κλειστό χώρο με καπνιστές στο πρόσφατο παρελθόν του. Η συγκεκριμένη έρευνα έδειξε επίσης πως η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα αλλά και η παρέα ομηλικών καπνιστών οδηγεί σε αύξηση της καπνιστικής συμπεριφοράς, ενώ απαραίτητη κρίνεται η εκπαίδευση των μαθητών για την αποτροπή καπνιστικής συμπεριφοράς και την ανάπτυξη προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων με σκοπό την αντιμετώπιση του καπνίσματος στις νεαρές ηλικίες (Alves, 2020).



Εικόνα 2. Στοιχεία ΕΛΣΤΑΤ σχετικά με το κάπνισμα στην Ελλάδα. (διαθέσιμο στο: <https://www.kathimerini.gr/1025784/article/epikairothta/ellada/kapnistes-me-to-etsi-delw-allwn>, ημ. Πρόσβασης: 18/12/2019).

Παθητικός καπνιστής είναι το άτομο εκείνο, μικρό ή μεγάλο στην ηλικία, που, ενώ δεν καπνίζει το ίδιο, ζει ή/και εργάζεται σε περιβάλλον που υπάρχει καπνός προερχόμενος από καπνιστική συμπεριφορά με οποιοδήποτε μέσο ή τρόπο (Καράμπελα, 2014). Από σύγχρονες έρευνες μελέτες προκύπτει ότι και οι παθητικοί καπνιστές αναπτύσσουν σοβαρά προβλήματα υγείας, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται κυρίως οι παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος και η ανάπτυξη διαφόρων μορφών καρκίνου. Οι στατιστικές συσχετίσεις των ενεργών καπνιστών με καρδιαγγειοπάθειες, καρκίνους, πνευμονοπάθειες κλπ. είναι ευρήματα γνωστά από τη δεκαετία του '60 (Καράμπελα, 2014). Πριν από 10 περίπου χρόνια, ύστερα από μελέτη των προβλημάτων υγείας των παθητικών καπνιστών συγκριτικά με άτομα της ίδιας ηλικίας, φύλου και όμοιων άλλων παραγόντων, βρέθηκε ότι οι παθητικοί καπνιστές και καπνίστριες είναι πολύ πιο επιρρεπείς και έχουν μεγαλύτερη αναλογικά συχνότητα καρκίνου του πνεύμονα. Δηλαδή, οι εν λόγω «καπνιστές από δεύτερο χέρι», άνδρες και γυναίκες, δεν θα εμφάνιζαν καρκίνο του πνεύμονα αν στο σπίτι ή στον χώρο εργασίας τους δεν υπήρχαν καπνιστές -και γενικότερα καπνός στον αέρα-, που αναγκαστικά εισπνέουν οι αθώοι μη καπνιστές (Montazeri, 2001).

Το παθητικό κάπνισμα εξακολουθεί να αποτελεί σήμερα μια σημαντική αιτία αύξησης της νοσηρότητας και της θνητότητας του πληθυσμού, επιβαρύνοντας ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο. Σύμφωνα με τα στοιχεία που προκύπτουν από μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), το παθητικό κάπνισμα ευθύνεται για 600.000 θανάτους ετησίως, οι 379.000 από τους οποίους οφείλονται σε ισχαιμική καρδιακή νόσο και οι 165.000 είναι νήπια (διαθέσιμο στο: <https://smokefreegreece.gr/wp-content/uploads/2017/07/SMOKE-FREE-GREECE-AGENDA.pdf>). Εάν στους αριθμούς αυτούς

προστεθούν οι θάνατοι 5,1 εκατομμυρίων ενεργών καπνιστών, το σύνολο φτάνει στους 5,7 εκατ. θανάτους το χρόνο.

Σε παθητικό κάπνισμα εκτίθενται τουλάχιστον 2 στους 5 μη καπνιστές διεθνώς (Ελλάδα: 52,3% των ενηλίκων στους χώρους εργασίας, 72,2% στα εστιατόρια κ.λπ., και 65,7% στο σπίτι), και τουλάχιστον 1 στα 2 παιδιά (διαθέσιμο στο: <https://healthpost.gr/oi-έλληνες-σβήνουν-το-τσιγάρο-αλλά-τό-π/>, ημερομηνία πρόσβασης: 5/10/2021). Το παθητικό κάπνισμα προκαλεί μόνιμη βλάβη στη δομή και στο πάχος του τοιχώματος αρτηριών των παιδιών, γεγονός που σημαίνει ότι αυξάνεται ο κίνδυνος να πάθουν έμφραγμα ή εγκεφαλικό σε κάποια στιγμή της ενήλικης ζωής τους. Επίσης, όταν καπνίζουν και οι δύο γονείς, είναι πιθανότερο τα παιδιά τους να γίνουν και οι ίδιοι καπνιστές, σε σχέση με όσα δεν έχουν γονείς καπνιστές (Wright et al., 2001). Τα ρεύματα καπνού που παράγονται κατά το κάπνισμα και είναι υπεύθυνα για τα ρυπογόνα συστατικά του παθητικού καπνίσματος είναι τα εξής: α. Το πρωτεύον ή κύριο ρεύμα καπνού (mainstream smoke) είναι αυτό που εισπνέει ο ίδιος ο καπνιστής. β. Το δευτερεύον ή πλευρικό ρεύμα καπνού (sidestream smoke) παράγεται από την αναμμένη άκρη του τσιγάρου, ανάμεσα σε δύο εισπνοές καπνού από τον καπνιστή. γ. Το τριτεύον ρεύμα καπνού (exhaled mainstream smoke) είναι ο καπνός που εκπνέεται από τον καπνιστή (Wright et al., 2001). Μόλις το 26% των προϊόντων και υποπροϊόντων καπνού μένει μέσα στο τσιγάρο (φίλτρο), το 28% εισπνέεται από τον καπνιστή και το 46% σκορπίζεται στον αέρα με τη μορφή πολυσύνθετου μείγματος 7.000 χημικών ουσιών, εκ των οποίων οι 70 είναι καρκινογόνες. Ο καπνός που εισπνέεται και εκπνέεται από τους καπνιστές (καπνός κεντρικής ροής) και, κυρίως, ο καπνός που εξέρχεται από την άκρη του τσιγάρου μεταξύ δύο εισπνοών (καπνός περιφερικής ροής), έχει δραματικές επιπτώσεις στην υγεία όσων είναι αναγκασμένοι να τον εισπνέουν χωρίς να καπνίζουν. Ένα μεγάλο εύρος, μη ειδικών, συμπτωμάτων περιγράφεται σε όσους εισπνέουν τον καπνό, μεταξύ των οποίων: δυσφορία, ερεθισμός στα μάτια, πονοκέφαλος, φτάρνισμα, βήχας, συνάχι, ξηρότητα στη μύτη, μούκωμα, ναυτία, ζαλάδες, ερεθισμός στο λαιμό, συριγμός, βραχνάδα και αλλεργικές κρίσεις.

Παράλληλα, το παθητικό κάπνισμα αφορά και τους καπνιστές, καθώς η έκθεσή τους στον καπνό από τα τσιγάρα άλλων καπνιστών μεγαλώνουν τις πιθανότητες να προσβληθούν από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα. Το παθητικό κάπνισμα, εξάλλου, οδηγεί και σε 20-25% αύξηση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα. Η περιβαλλοντική έκθεση στον καπνό αυξάνει αιτιολογικά τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο κατά 25%-30%. Ταυτόχρονα, αυξάνει τις πιθανότητες για αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, ενώ και η ισχαιμική νόσος του μυοκαρδίου είναι πιο πιθανή σε όσους μη καπνιστές εκτίθενται συστηματικά στον καπνό του τσιγάρου, σε σχέση με τους μη καπνιστές που δεν εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα. Έχει αποδειχθεί ότι συντελεί σε γέννηση νεογνών χαμηλού σωματικού βάρους, σχετίζεται με το σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου στα βρέφη και με προβλήματα συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία, όπως υπερκινητικότητα και διαταραχή ελλειμματικής προσοχής (Paterson, Hecht, 2017). Οι ερευνητές περιγράφουν μια μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων και διαταραχών που μπορεί να προκαλέσει το κάπνισμα τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης όσο και κατά την έκθεση του παιδιού στον καπνό των τσιγάρων. Ανάμεσα

σε όλα αυτά, αναφέρεται ο πρόωρος τοκετός, διάφοροι τύποι καρκίνου, καρδιο-αναπνευστικά προβλήματα των παιδιών, αναπτυξιακές διαταραχές κ.ά. (Paterson, Hecht, 2017).

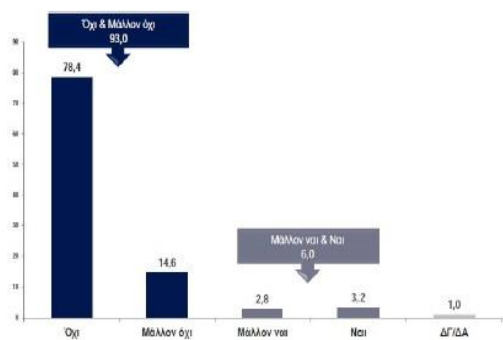
Ένα ανησυχητικό και αδιαμφισβήτητο στοιχείο είναι ότι το έμφραγμα χτυπά, πλέον, και τις γυναίκες και ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η κυριότερη αιτία θανάτου και στο γυναικείο πληθυσμό. Πώς όμως μετράμε την προδιάθεση της παθητικής καπνίστριας και του παθητικού καπνιστή να πάθουν εγκεφαλικά επεισόδια ή στεφανιαία νόσο; Σε προοπτική μελέτη διάρκειας 20 ετών που έκανε το Ιατρικό Πανεπιστήμιο του Αγίου Γεωργίου (St. George's Medical School), στο Λονδίνο και σε άλλες 18 πόλεις της Αγγλίας, σε 4.729 εθελοντές και εθελόντριες που δεν κάπνιζαν έγιναν μετρήσεις νικοτίνης του ορού σε διαδοχικά δείγματα αίματος στη διάρκεια της 20ετίας. Όσο υψηλότερη η στάθμη νικοτίνης στο αίμα των μη καπνιστών τόσο υψηλότερος ο κίνδυνος για παθήσεις των στεφανιαίων αγγείων (Whincup, 2004).

Περισσότεροι από 1 στους 4 μη καπνιστές Ιταλούς εκτίθεται καθημερινά στο κάπνισμα. Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα έχει μειωθεί σημαντικά στην Ιταλία, χάρη στην εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου, ο οποίος εφαρμόζεται για περισσότερα από 10 χρόνια. Στην έρευνα των Lugo et al., (2018), το 81% των συμμετεχόντων ήταν μη καπνιστές και από αυτούς το 27% εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα για τουλάχιστον 2 ώρες τη μέρα.

2.1 Κάπνισμα σε δημόσιους χώρους

Οι προσπάθειες για έλεγχο του καπνίσματος είναι ιδιαίτερα σημαντικές για την προστασία των παθητικών καπνιστών, την υποστήριξη για μείωση του καπνίσματος αλλά και για τη διακοπή του. Ενώ λοιπόν οι νόμοι για τους χώρους μη καπνιστών αποτελούν μια εκτεταμένη στρατηγική από πολλές χώρες εδώ και αρκετά χρόνια, στη χώρα μας μόλις το 2002 έγινε η πρώτη αλλά όχι ουσιαστική προσπάθεια εφαρμογής ενός τέτοιου νόμου, ωστόσο ποτέ δεν φάνηκε να εφαρμόζεται εξαιτίας της δυνατότητας των εργασιακών διαχειριστών για εξαιρέσεις στην εφαρμογή του. Η αυστηρότερη ρύθμιση, έφτασε λίγα χρόνια αργότερα με τον νόμο 3730/2008, ο οποίος απαγορεύει το κάπνισμα (και την κατανάλωση προϊόντων καπνού με άλλους τρόπους), σε όλους τους χώρους εργασίας (συμπεριλαμβάνονται και οι ιδιωτικοί), σταθμούς μεταφοράς, ταξί και επιβατικά πλοία όπως και σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους. Η γενική εφαρμογή του νόμου ξεκίνησε τον Ιούλιο του 2009. Σε ποσοστό 93%, οι Έλληνες πιστεύουν ότι η Πολιτεία δεν έχει λάβει τα κατάλληλα μέτρα για την τήρηση του νόμου και εκτιμούν ότι μεταξύ των δημόσιων χώρων όπου δεν εφαρμόζεται η απαγόρευση του καπνίσματος είναι τα εστιατόρια και τα κέντρα διασκέδασης (93,9%), οι δημόσιες υπηρεσίες (58,3%), οι χώροι του Κοινοβουλίου (54,8%), τα σχολεία (45,3%) και οι ιδιωτικές επιχειρήσεις (37,5%). Αντίστοιχα, οι Έλληνες αποδίδουν ευθύνη και στις δημοτικές αρχές, με το 85,2% να δηλώνουν ότι ο δήμαρχος και οι αρχές της περιοχής τους δε συνέβαλαν στην τήρηση του νόμου για πρόληψη (ΕΛΣΤΑΤ, 2019).

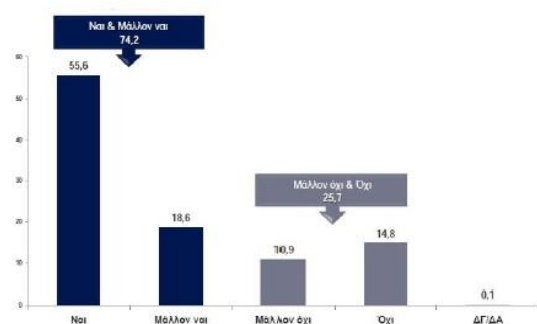
Από την εμπειρία σας πιστεύετε ότι η Πολιτεία κάνει ότι πρέπει για να τηρηθεί ο νόμος για την προστασία από το παθητικό κάπνισμα στους χώρους εστίασης; (εστιατόρια, καφετέριες, κλπ.)



Εικόνα 3. Έρευνα ΕΛΣΤΑΤ για το κάπνισμα.

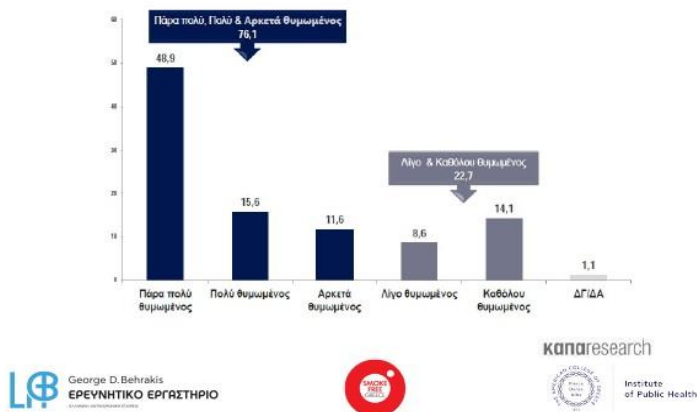
Το 76,1% των Ελλήνων στην ίδια έρευνα, δηλώνουν θυμωμένοι για το γεγονός ότι η χώρα μας αποτελεί την μοναδική χώρα της Ε.Ε. η οποία επιτρέπει το κάπνισμα σε κλειστούς χώρους, εκθέτοντας τους πολίτες της σε παθητικό κάπνισμα. Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο της έρευνας που διεξήχθη σε 13 περιφέρειες της χώρας, το 96,6% των ερωτηθέντων έχουν βρεθεί τον τελευταίο χρόνο σε κλειστό δημόσιο χώρο μη εφαρμογής του αντικαπνιστικού νόμου και το γεγονός αυτό προκαλεί θυμό στο 74,2% του δείγματος της έρευνας της Ελληνικής Στατιστικής Εταιρείας (2019).

Το γεγονός ότι καπνίζουν ενώ απαγορεύεται σας δημιουργεί θυμό;



Εικόνα 4. Έρευνα ΕΛΣΤΑΤ για το κάπνισμα.

Πόσο θυμωμένος θα λέγατε ότι είστε που η Ελλάδα είναι η μοναδική χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης που δεν εφαρμόζει τον νόμο για την προστασία από το παθητικό κάπνισμα;



Εικόνα 5. Έρευνα ΕΛΣΤΑΤ για το κάπνισμα (ΕΛΣΤΑΤ, 2019).

Πολλές μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί παγκοσμίως οι οποίες καταδεικνύουν τις βλαβερές συνέπειες του παθητικού καπνίσματος, ιδιαίτερα σε δημόσιους κλειστούς χώρους (καφετέριες, εστιατόρια, δημόσιες υπηρεσίες, ΜΜΜ κτλ.). Σε πολλές χώρες εφαρμόζονται επίσης οι αντικαπνιστικοί νόμοι και τα αποτελέσματά τους έχουν απασχολήσει πολλούς ερευνητές. Στην Ιταλία, ο αντικαπνιστικός νόμος εφαρμόστηκε το 2005 και απαγόρευε το κάπνισμα σε κάθε εσωτερικό χώρο, μπαρ, εστιατόρια και εργασιακούς χώρους με σκοπό την προστασία των μη καπνιστών και την μείωση της έκθεσής τους στο παθητικό κάπνισμα. Ο νόμος είχε αδιαμφισβήτητη επιτυχία καθώς έτυχε ευρείας αποδοχής από τους πολίτες, οι ιδιοκτήτες των καταστημάτων δεν ανέφεραν καμιά ζημιογόνο επίδραση ως αποτέλεσμα εφαρμογής του νόμου και το κάπνισμα ουσιαστικά μειώθηκε (Gallus, 2015).

Σε αυτό το μοτίβο προσπάθησαν να “πατήσουν” και πολλές άλλες χώρες, εφαρμόζοντας αντίστοιχους νόμους, πετυχαίνοντας την κοινωνική μη αποδοχή του παθητικού καπνίσματος και στη συνέχεια την αποδοχή εφαρμογής ποινών. Πολλές πολιτείες των ΗΠΑ εφαρμόζουν πολιτικές για το κάπνισμα σε εργασιακούς χώρους, μπαρ και εστιατόρια. Οι Nagelhout, Wolfson et al. (2015), έτυχαν ευρείας υποστήριξης από τους συμμετέχοντες στην έρευνά τους σχετικά με την άποψη για τον εάν συμφωνούν ή όχι με τον αντικαπνιστικό νόμο που εφαρμόζεται στις ΗΠΑ. Οι συμμετέχοντες στη συντριπτική τους πλειοψηφία συμφώνησαν με το γεγονός ότι πρέπει να απαγορεύεται εντελώς το κάπνισμα σε μπαρ και εστιατόρια, ωστόσο η διαφορά δεν ήταν στατιστικώς σημαντική όσον αφορά το κάπνισμα σε εσωτερικούς χώρους εργασίας των συμμετεχόντων.

Ενδιαφέρον φαίνεται να παρουσιάζει η άποψη των καπνιστών για τους περιορισμούς στο κάπνισμα σε ιδιωτικούς εσωτερικούς χώρους (οικίες) πριν και μετά την εφαρμογή των αντικαπνιστικών νόμων. Στο Κεμπέκ του Καναδά οι Kairouz, Lasnier et al. (2015), ζήτησαν τη συμμετοχή καπνιστών στην έρευνά τους σχετικά με τους περιορισμούς που πιθανόν επέβαλλαν και στις αλλαγές που έφερε ο αντικαπνιστικός νόμος. Πολλοί καπνιστές φαίνεται να επέβαλλαν μερικούς ή ολικούς περιορισμούς στο κάπνισμα στα σπίτια τους όμως το τελικό ποσοστό των “σπιτιών ελεύθερων από κάπνισμα” δεν φαίνεται να άλλαξε ουσιαστικά

ανάμεσα στις 2 μετρήσεις –ένα μήνα πριν και μετά την εφαρμογή του νόμου. Η παρουσία παιδιών εντός της οικίας και μη καπνιστών συνέβαλε θετικά και επέφερε σημαντικούς περιορισμούς στην απαγόρευση του καπνίσματος, ενώ οι ενημέρωση για τις πιθανές επιβλαβείς συνέπειες του παθητικού καπνίσματος, οδήγησαν επίσης σε περιορισμό του καπνίσματος, χωρίς όμως δυστυχώς οι διαφορές αυτές να είναι ιδιαίτερα σημαντικές στατιστικά.

Αρκετά ενδιαφέροντα έρευνα προέρχεται από την Κορέα και τους Kim, Kwon (2015), σύμφωνα με τους οποίους, η εφαρμογή του νόμου σε εστιατόρια και μπαρ, κατάφερε να μειώσει τα επίπεδα σωματιδιακής ρύπανσης της ατμόσφαιρας και βελτίωσε την υγεία των εργαζομένων σε αυτούς τους χώρους. Τα αποτελέσματα αυτά είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά για εφαρμογή των νόμων σε όλους τους εσωτερικούς χώρους εργασίας. Η συχνότητα καπνίσματος σε χώρους εργασίας φτάνει το 18.8%, με μεγάλη μεταβλητότητα ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (π.χ. 4.7% στην Ουγγαρία 40.8% στην Ελλάδα). Ανάμεσα στους καπνιστές που επισκέφθηκαν τις χώρες αυτές, το 22.7% είδαν κάποιον να καπνίζει εντός εστιατορίων και το 12.2% κάπνιζαν οι ίδιοι εκεί, ενώ η συχνότητα καπνίσματος στα μπαρ ήταν 33.9% και 20.4% αντίστοιχα και στις ντίσκο 44.8% και 34.8% αντίστοιχα (Fu, et al., 2018).

Ακόμη μεγαλύτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει έρευνα (Meyers, 2010) που μελετά τη σχέση που ενδεχομένως υπάρχει ανάμεσα στην εφαρμογή ή όχι ποινών του αντικαπνιστικού νόμου και την αντίστοιχη μείωση ή αύξηση του κινδύνου νοσοκομειακής εισαγωγής για οξύ μυοκαρδιακό έμφραγμα (OME). Οι ερευνητές, αναφέρουν πως το παθητικό κάπνισμα σχετίζεται με αύξηση 30% του δυνητικού κινδύνου για εκδήλωση OME, ο οποίος φαίνεται ωστόσο ότι μπορεί να μειωθεί με εφαρμογή μέτρων απαγόρευσης του καπνίσματος σε χώρους εργασίας και δημόσιους χώρους. Μετά από μελέτη 10 ερευνών, οι ερευνητές παρατήρησαν ο κίνδυνος εμφάνισης OME μειώθηκε όντως κατά 17%, με τη μεγαλύτερη επίδραση να σημειώνεται ανάμεσα σε νεαρούς συμμετέχοντες και μη καπνιστές. Στους χώρους εργασίας που εφαρμόστηκε ολική απαγόρευση του καπνίσματος καταγράφηκε αφενός μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος κατά 3,8% και αφετέρου μείωση των τσιγάρων που καπνίζονται κατά περίπου 3,1 λιγότερα τσιγάρα την ημέρα ανά συστηματικό καπνιστή (Fichtenberg, Glantz, 2002). Ο συνδυασμός των δύο αυτών επιμέρους παραμέτρων, δηλαδή της μείωσης του επιπολασμού και της χαμηλότερης κατανάλωσης ανά συστηματικό καπνιστή, φαίνεται να οδηγεί σε μια μέση μείωση κατά 1,3 τσιγάρα την ημέρα ανά εργαζόμενο, η οποία αντιστοιχεί σε σχετική μείωση κατά 29%. Ενδεικτικά, εκτιμάται ότι αν εφαρμοζόταν πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους χώρους εργασίας τότε η κατανάλωση “κατά κεφαλήν” θα έπεφτε κατά 4,5% στις ΗΠΑ και 7,6% στο Ηνωμένο Βασίλειο, κοστίζοντας στις καπνοβιομηχανίες -κατ’ αντιστοιχία- 1,7 δις δολάρια και 310 εκατομμύρια λίρες τον χρόνο. Οι συγκεκριμένοι ερευνητές, υποστηρίζουν πως για να πετύχουμε μια ουσιαστική μείωση του καπνίσματος θα πρέπει να γίνει μια αύξηση στον φόρο των πακέτων τσιγάρου από 0,76 σε 3,05 δολάρια ΗΠΑ και από 3,44 σε 6,59 λίρες στο Ηνωμένο Βασίλειο. Σύμφωνα με τους Schofield and Boyle (2011), λιγότερο από το 2% των εστιατορίων στην Αυστραλία εφαρμόζαν ολική απαγόρευση του καπνίσματος κατά τη δεκαετία του 1990. Το 22% είχε χώρους για μη καπνιστές ενώ οι πελάτες των

εστιατορίων ήταν πιο πιθανό από τους ιδιοκτήτες να σκεφθούν πως θα έπρεπε να υπάρχουν αντικαπνιστικοί χώροι εντός των εστιατορίων.

Οι εργασιακοί χώροι και τα εστιατόρια είναι τα δημόσια μέρη τα οποία συγκεντρώνουν τον μεγαλύτερο αριθμό ατόμων που εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα. Εξαιτίας της παρατεταμένης έκθεσης σε καπνό, το προσωπικό των χώρων εστίασης έχει αυξημένο κίνδυνο, ενώ το 50% της αύξησης του καρκίνου του πνεύμονα μπορεί να οφείλεται στην έκθεση στο παθητικό κάπνισμα. Τα επίπεδα περιβαλλοντικής ρύπανσης στα εστιατόρια από καπνό τσιγάρου, έχει βρεθεί πως είναι τα διπλάσια από εκείνα στα γραφεία εργασίας και 1,5 φορά υψηλότερα από σπίτια όπου καπνίζει τουλάχιστον ένα άτομο.

Σε έρευνά τους οι Babb et al. (2015) σχετικά με την καπνιστική συμπεριφορά σε καζίνο, βρήκαν πως οι εργαζόμενοι που επέτρεπαν το κάπνισμα εκεί, ήταν εκτεθειμένοι σε υψηλά επίπεδα παθητικού καπνίσματος ύστερα από μετρήσεις των ρύπων του αέρα και εξετάσεις στους ίδιους τους εργαζόμενους. Τα ευρήματά τους, υποστηρίζουν οι ερευνητές, πως είναι παρόμοια με τα αντίστοιχα επίπεδα έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα και στον γενικό πληθυσμό, παρόλο που η καπνιστική συμπεριφορά μπορεί να είναι εντονότερη ανάμεσα σε θαμώνες (παίκτες) ενός καζίνο (Babb et al., 2015).

Οι σχεδιασμένοι για κάπνισμα χώροι μπορεί, σύμφωνα με τους Roszkowski et al. (2014), να οδηγήσουν σε μείωση της έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα αλλά και σε μείωση του καπνίσματος από τους ίδιους τους καπνιστές. Σε έρευνά τους σχετικά με το κάπνισμα σε χώρους πανεπιστημιούπολης, βρήκαν πως η μείωση των αριθμών τσιγάρων που καπνίζουν οι καπνιστές δεν μπορεί τελικά να είναι ένα τυχαίο αποτέλεσμα (απλά και μόνο λόγω της ύπαρξης δηλαδή τέτοιων χώρων). Ενώ οι καπνιστές συμφωνούσαν ότι μια τέτοια πολιτική μπορεί να μειώσει την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα δε φαίνεται να ήταν πρόθυμοι τελικά οι ίδιοι να ελαττώσουν το κάπνισμα. Αυτό, σύμφωνα με τους ερευνητές, καταδεικνύει πως δεν είναι ιδιαίτερα ρεαλιστικό να συμπεραίνουμε πως θα οδηγεί σε επίδειξη ενσυναίσθησης όταν προωθείται η δημιουργία χώρων καπνιζόντων.

2.2 Κάπνισμα, εγκυμοσύνη και παιδιά

Ιδιαίτερη αναφορά οφείλει να γίνει και στο κάπνισμα της εγκύου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, σε σχέση με τις πιθανές αρνητικές συνέπειες που μπορεί να έχει στο έμβρυο. Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης προκαλεί τροποποιήσεις στην αλληλουχία του DNA του εμβρύου, σύμφωνα με αμερικανική έρευνα που δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό έντυπο *American Journal of Human Genetics*. Πρόκειται για τη μεγαλύτερη μελέτη επί του θέματος που επιβεβαιώνει αυτό που έχουν δείξει και προηγούμενες μικρότερες έρευνες, ότι δηλαδή το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης σχετίζεται με επιπλοκές υγείας στο κυοφορούμενο έμβρυο. Οι ερευνητές του Εθνικού Ινστιτούτου Επιστημών Περιβαλλοντικής Υγείας των ΗΠΑ, με επικεφαλής την Στέφανι Λόντον, ανέλυσαν στοιχεία για περίπου 6.700 έγκυες και τα νεογνά τους από διάφορες χώρες. Το 13% των μητέρων κάπνιζαν σχεδόν καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, το 25% περιστασιακά και το 62% καθόλου. Οι ερευνητές συνέλεξαν δείγματα αίματος από τον ομφάλιο λώρο μετά τον τοκετό και εντόπισαν ότι στην περίπτωση των καπνιστριών μητέρων υπήρχαν πάνω από 6.000

σημεία στο DNA των νεογνών, όπου είχε υπάρξει μεθυστική από ό,τι στα παιδιά των μη καπνιστριών. Οι ερευνητές εξηγούν ότι μολονότι το έμβρυο δεν εισπνέει καπνό, παρόλα αυτά, πολλές από τις αλλαγές στο DNA του -και στα αντίστοιχα γονίδια του- είναι σε μεγάλο βαθμό όμοιες με τις ανάλογες αλλαγές που παρατηρούνται στο DNA των ενηλίκων καπνιστών. Μάλιστα, πολλές από αυτές τις τροποποιήσεις στο DNA των εμβρύων συνέχιζαν να είναι ορατές ακόμη και όταν είχαν πια μεγαλώσει τα παιδιά των γυναικών που κάπνιζαν κατά την εγκυμοσύνη. Παραμένει πάντως ασαφές πώς ακριβώς αυτές οι τροποποιήσεις του DNA λόγω καπνίσματος μπορεί να επηρεάσουν την ανάπτυξη και την υγεία του παιδιού. Στο ίδιο μήκος κύματος και η έρευνα των Rabinerson et al., (2020), όπου αναφέρεται υψηλός κίνδυνος γέννησης ελλιποβαρούς νεογνού, από γυναίκες – μητέρες, οι οποίες είτε ήταν καπνίστριες, είτε ήταν εκτεθειμένες σε παθητικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης.

Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2011 σε 24 κράτη από το Σύστημα Παρακολούθησης Κινδύνου Εγκυμοσύνης (PRAMS), περίπου το 10% των γυναικών ανέφεραν το κάπνισμα τους τελευταίους τρεις μήνες της εγκυμοσύνης. Από τις γυναίκες που κάπνιζαν 3 μήνες πριν από την εγκυμοσύνη, το 55% διέκοψε το κάπνισμα κατά την κύηση και μεταξύ των γυναικών που διέκοψαν το κάπνισμα κατά την κύηση, το 40% άρχισε να καπνίζει ξανά 6 μήνες μετά τον τοκετό. Οι Tojal & Costa (2018), αναφέρουν υψηλά ποσοστά ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων στις εγκυμονούσες καπνίστριες. Και ενώ στους ενήλικες η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα μπορεί να επιδεινώσει ακόμη και υπάρχοντα προβλήματα υγείας (καρδιοαναπνευστικά, πνευμονικά), στην παιδική ηλικία, η έκθεση στον καπνό, δύναται να προκαλέσει υπερωιοσχιστία, αθηροσκλήρωση, ακόμη και καρκίνο του πνεύμονα (Menzies, 2011).

Στην Ελλάδα, μελέτη η οποία ξεκίνησε το 2008 σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της Κρήτης σε 1.600 εγκύους έδειξε ότι το 36% των γυναικών καπνίζουν στην αρχή της εγκυμοσύνης και περίπου οι μισές από το ποσοστό αυτό διακόπτουν το κάπνισμα κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της κύησης. Όπως προκύπτει από σχετική έρευνα των Perera et al. (2021), η συχνότητα έκθεσης εγκύων στο παθητικό κάπνισμα είναι υψηλή, ωστόσο ο επιπολασμός του καπνίσματος στον ίδιο πληθυσμό γυναικών παρέμεινε σε χαμηλά επίπεδα. Μάλιστα, αναφέρεται ότι η κατάρτιση προγραμμάτων ενημέρωσης και εκπαίδευσης των εγκύων γυναικών, γύρω από τις σοβαρές δυσμενείς επιπτώσεις του καπνίσματος -τόσο ενεργητικού όσο και παθητικού-, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει και τους συζύγους αυτών.

Η διακοπή του καπνίσματος, έστω και σε οποιοδήποτε σημείο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι πιο επωφελής σε σχέση με την συνέχιση του καπνίσματος σε όλη την διάρκεια της κύησης, ειδικότερα πιο ωφέλιμη είναι όταν συμβαίνει εντός του πρώτου τριμήνου της κύησης. Πρόσφατη μελέτη έχει δείξει ότι οι γυναίκες που καπνίζουν κατά την διάρκεια του 1ου τριμήνου της κύησης θέτουν το έμβρυό τους σε υψηλότερο κίνδυνο για γενετικές ανωμαλίες, ιδιαίτερα συγγενείς καρδιακές ανωμαλίες, σε σύγκριση με γυναίκες που δεν καπνίζουν ποτέ. Είναι σαφές ότι το τσιγάρο στο περιβάλλον του βρέφους έχει βλαβερή επίδραση σε αυτό, είτε θηλάζει είτε όχι και είναι δεδομένο ότι το παθητικό κάπνισμα από τη μητέρα ή τον πατέρα συνιστά ιδιαίτερα επιβαρυντική περιβαλλοντική παράμετρο.

Η υγεία των παιδιών είναι ιδιαίτερα ευάλωτη στην έκθεση στο παθητικό κάπνισμα, δεδομένο ότι έχουν μικρότερους αεραγωγούς και αναπνέουν ταχύτερα από τους ενήλικες. Συνεπώς εισπνέουν περισσότερες επιβλαβείς ουσίες σε σχέση με τους ενήλικες στο ίδιο χρονικό διάστημα. Τα παιδιά τα οποία εκτίθενται στον καπνό των τσιγάρων στο περιβάλλον του σπιτιού τους χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη επίπτωση νοσημάτων του αναπνευστικού συστήματος. Παράλληλα έχει βρεθεί ότι παιδιά με γονείς καπνιστές παρουσίαζαν υψηλό ποσοστό νοσηρότητας των κατώτερων αναπνευστικών οδών όπως βρογχίτιδα και πνευμονία κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής τους (Strachan, Cook et al., 1997). Ακολούθως, εμφάνιζαν μεγάλη συχνότητα αναπνευστικών λοιμώξεων στην παιδική ηλικία, γεγονός που συνάδει με τη χρόνια φλεγμονή του αναπνευστικού επιθηλίου. Τεκμηριώθηκε από μελέτες ότι η έκθεση των παιδιών στον περιβαλλοντικό καπνό των καπνιστών γονιών τους επιδρά αρνητικά στην ανάπτυξη και ωρίμανση της αναπνευστικής λειτουργίας τους (US Department of Health and Human Services, 2006). Από την άλλη μεριά η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα ευθύνεται για επαναλαμβανόμενα επεισόδια μέσης ωτίτιδας (Lieu & Feinstein, 2002).

Αύξηση του κινδύνου εκδήλωσης άσθματος κατά 20% έως 85% έχει συσχετιστεί με την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα πριν και μετά τη γέννηση των παιδιών. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η έρευνα των Liang, Weber, (2016) οι οποίοι παρατήρησαν τις διαφορές ανάμεσα στις περιόδους πριν και μετά την εφαρμογή των νόμων, που υπήρχαν στην έκθεση των παιδιών σε παθητικό κάπνισμα. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η έκθεση των παιδιών πριν την εφαρμογή του νόμου άγγιζε το 14.2% ενώ μετά, έπεσε στο 7.2%.

Όσον αφορά το κάπνισμα κατά την περίοδο του θηλασμού αξίζει να σημειωθεί ότι αυτό δεν αποτελεί -με τον αυστηρά επιστημονικό ορισμό της έννοιας- “απόλυτη αντένδειξη”, ωστόσο, είναι σαφές ότι αυτό σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να υπάρχει ισχυρή σύσταση αποφυγής αυτού, καθώς φαίνεται ότι σχετίζεται με αυξημένη επίπτωση ανάπτυξης αναπνευστικών αλλεργιών (Guedes et al., 2009) στο βρέφος, με αποτέλεσμα εκδήλωσης επεισοδίων βρογχόσπασμου, βρογχίτιδας και ανάπτυξης βρογχικού άσθματος σε μεταγενέστερα στάδια.

Ταυτόχρονα θεωρείται δεδομένος ο προστατευτικός ρόλος του θηλασμού για την υγεία του παιδιού ενώ -και αντιστρόφως- η διατροφή του μόνο με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος, αποτελεί επιπρόσθετο παράγοντα κινδύνου που αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης σωματικών και ψυχικών προβλημάτων. Για να γίνει πιο κατανοητό αξίζει να παρουσιασθούν τα εξής παραδείγματα: α) ένα βρέφος που θηλάζει από μητέρα μη καπνίστρια δέχεται τόσο την προστατευτική επίδραση του θηλασμού όσο και της εισπνοής καθαρού αέρα στον περιβάλλοντα χώρο του, β) ένα δεύτερο μωρό, από μητέρα καπνίστρια, που δεν θηλάζει αλλά λαμβάνει υποκατάστατο μητρικού γάλακτος, αντιμετωπίζει ταυτόχρονα δύο πιθανούς κινδύνους, δηλαδή και την απουσία των ευεργετικών δράσεων του θηλασμού αλλά και του παθητικού καπνίσματος, γ) ενώ ένα τρίτο μωρό που θηλάζει από μητέρα καπνίστρια προστατεύεται μεν αφού λαμβάνει τον σημαντικό θηλασμό, ωστόσο, την ίδια στιγμή επιβαρύνεται σημαντικά καθώς εισπνέει παθητικά τον καπνό. Έτσι, έστω και αν φαίνεται ίσως “ιατρικά παράδοξο”, θεωρείται ότι τελικά κινδυνεύει λιγότερο συγκριτικά με το δεύτερο μωρό.

Γενικά, η έκθεση ενός βρέφους, που είτε θηλάζει είτε όχι, στο παθητικό κάπνισμα είτε από τον καπνό της μητέρας είτε του πατέρα έχει αποδειχθεί πως αυξάνει τον κίνδυνο να εμφανίζει συχνότερα αναπνευστικές λοιμώξεις, ωτίτιδες, χρόνια βήχα και ερεθισμό ματιών-μύτης. Αξίζει να αναφερθεί ότι η έκθεση στις βλαπτικές ουσίες του καπνίσματος, τόσο κατά την προ- όσο και κατά την μεταγεννητική περίοδο, συγκαταλέγεται μαζί με άλλες αιτίες (όπως η προωρότητα, το χαμηλό βάρος γέννησης, η πρηνής θέση ύπνου κ.ά.) ως ένας σημαντικός -και ισχυρά επιβαρυντικός- περιβαλλοντικός παράγοντας (Liebrechts-Akkerman et al., 2011) που δυνητικά αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης του συνδρόμου αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (Sudden Infant Death Syndrome, SIDS). Σε κάθε περίπτωση το κάπνισμα θα πρέπει να αποφεύγεται παρουσία του βρέφους, ώστε να ελαχιστοποιηθεί η αρνητική επίδραση της δευτερογενούς παθητικής εισπνοής καπνού. Έτσι, γίνεται ακόμα πιο αναγκαία η συνέχιση των ερευνών και η εκπαίδευση τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και των γονέων γύρω από το θέμα.

Επιστημονική ομάδα του Inserm και του Πανεπιστημίου «Pierre & Marie Curie» συνεργάστηκε με το προσωπικό πανεπιστημιακών νοσοκομείων σε έξι πόλεις και ανέλυσαν στοιχεία για την προγεννητική και μεταγεννητική έκθεση στον καπνό στις κατοικίες 5.200 παιδιών δημοτικού. Από την επεξεργασία των στοιχείων προέκυψε ότι η έκθεση των παιδιών στο τσιγάρο σχετιζόταν με διαταραχές της συμπεριφοράς, ειδικότερα, συναισθηματικές και διαταραχές επικοινωνίας. Μάλιστα, ο συσχετισμός ήταν ισχυρότερος όταν η έκθεση στον καπνό είχε συμβεί προγεννητικά και αμέσως μετά την γέννηση του παιδιού. (διαθέσιμο στο: <https://nonsmokersclub.com/provlimata-simperiforas-prokalei-sta-paidia-to-pathitiko-kapnisma/>).

Επιπλέον, σημαντικό στοιχείο αποτελεί το γεγονός πως με την εφαρμογή του νόμου στη Βαυαρία, αυξήθηκε ο αριθμός των σπιτιών “ελεύθερα από κάπνισμα”, που σημαίνει πως υπήρξαν ολικώς αντικαπνιστικά σπίτια. Ακόμη, μικρή αλλά ουσιαστική όσον αφορά το παθητικό κάπνισμα μείωση, επήλθε και σε δημόσιους χώρους αλλά και σε ιδιωτικά αυτοκίνητα. Τελικά ωστόσο, δεν υπήρξε σημαντική διακοπή καπνίσματος από τους γονείς των παιδιών αυτών, ενώ το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η ανεργία αποτελούσαν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου σχετικά με την αντίληψη περί παθητικού καπνίσματος.

Τα παιδιά που εκτίθενται στο κάπνισμα κατά τα πρώτα τέσσερα χρόνια της ζωής τους είναι πιθανότερο να εμφανίσουν συμπτώματα υπερκινητικότητας και προβλήματα συμπεριφοράς, σύμφωνα με μία νέα αμερικανική επιστημονική έρευνα. Οι ερευνητές, με επικεφαλής την καθηγήτρια Λάιζα Γκάτσκε-Κοπ του Ιατρικού Κολλεγίου του Πολιτειακού Πανεπιστημίου της Πενσυλβάνια, που έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο περιοδικό παιδοψυχολογίας και ψυχιατρικής «Journal of Child Psychology and Psychiatry», μελέτησαν 1.096 παιδιά. Διαπιστώθηκε ότι όσο μεγαλύτερη ήταν η δόση νικοτίνης στην οποία τα παιδιά είχαν εκτεθεί (με βάση ανάλυση δειγμάτων από το σάλιο τους) τόσο πιο αισθητή ήταν η εκδήλωση υπερκινητικότητας και συμπεριφορικών προβλημάτων. Αυτό, σύμφωνα με τους ερευνητές, συμφωνεί με ευρήματα από μελέτες σε ζώα, σύμφωνα με τις οποίες η νικοτίνη επιδρά στην ανάπτυξη του εγκεφάλου (Gatzke-Kopp, L., et al., 2020).

Ερευνητές από την Μινεσότα αναφέρουν πως το κάπνισμα μπορεί να βλάψει τις αρτηρίες των παιδιών. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν υπέρηχους για να εξετάσουν την καρωτίδα και άλλες αρτηρίες σε 298 παιδιά, 8 έως 18 ετών εκ των οποίων ορισμένα είχαν εκτεθεί σε παθητικό κάπνισμα και άλλα όχι. Η έρευνα

έδειξε ότι δεν επηρεάστηκαν η καρωτίδα και η βραχιόνιος αρτηρία από έκθεση στον καπνό, ωστόσο υπήρξε μείωση της ελαστικότητας (ενδοτικότητας ή διατασιμότητας) και συγχρόνως αύξηση της σκληρίας στην κοιλιακή αορτή παιδιών που εκτέθηκαν σε παθητικό κάπνισμα. Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι βλαβερές συνέπειες του παθητικού καπνίσματος μπορούν να φανούν σε πρώιμους δείκτες καρδιαγγειακής νόσου, με τη θετική επισήμανση ωστόσο ότι στο στάδιο αυτό οι βλάβες θεωρούνται ακόμα σχετικά αναστρέψιμες, γεγονός που υποστηρίζει την ιδέα ότι η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να αποτρέψει την περαιτέρω εξέλιξη (Harbin, et al., 2020).

Σημαντική αναφορά τα τελευταία κυρίως χρόνια, γίνεται και σε μια ακόμα μορφή παθητικού καπνίσματος, το οποίο αποκαλείται “τριτογενές” κάπνισμα. Το τριτογενές κάπνισμα είναι τα υπολείμματα της νικοτίνης και άλλων χημικών ουσιών που απομένουν από τον καπνό στις εσωτερικές επιφάνειες και αντιδρούν με τους κοινούς ρύπους των εσωτερικών χώρων δημιουργώντας ένα τοξικό μείγμα. Αυτό το τοξικό μείγμα καπνού ονομάζεται τριτογενές και περιέχει καρκινογόνες ουσίες που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία των μη καπνιστών που εκτίθεται σ’ αυτό, ιδιαίτερα τα παιδιά.

Οι μελέτες δείχνουν ότι ο τριτογενής καπνός προσκολλάται στα μαλλιά, το δέρμα, τα ρούχα, τα έπιπλα, τις κουρτίνες, τα κλινοσκεπάσματα, τα χαλιά, τη σκόνη, τα οχήματα και άλλες επιφάνειες ακόμα και αφού έχει περάσει πολύς καιρός, αφότου κάποιος έχει καπνίσει στο συγκεκριμένο χώρο. Τα βρέφη, τα παιδιά και οι ενήλικες μη καπνιστές μπορεί να διατρέχουν κίνδυνο από αυτόν τον καπνό που σχετίζεται με προβλήματα υγείας όταν κανείς τον εισπνεύσει ή όταν αγγίξει ουσίες που τον περιέχουν. Τα κατάλοιπα του καπνού συσσωρεύονται στις επιφάνειες με την πάροδο του χρόνου και αντιστέκονται στον κανονικό καθαρισμό. Ο τριτογενής καπνός δεν μπορεί να εξαλειφθεί από τον αερισμό των δωματίων, το άνοιγμα των παραθύρων, τη χρήση ανεμιστήρων ή τα κλιματιστικά, ούτε περιορίζεται αν το μέλος της οικογένειας που είναι καπνιστής καπνίζει μόνο σε ένα δωμάτιο του σπιτιού. Ο τριτογενής καπνός παραμένει για πολύ καιρό αφότου σταματήσει κανείς το κάπνισμα. Σε αντίθεση μ’ αυτόν, το παθητικό κάπνισμα είναι ο καπνός και άλλα αερομεταφερόμενα προϊόντα που προέρχονται από τον καπνό και επηρεάζουν κάποιον μόνο όταν βρίσκεται κοντά στο σημείο που καίγεται το προϊόν καπνού, όπως τα τσιγάρα. Ο μόνος τρόπος να προστατευθεί ο μη καπνιστής από τον τριτογενή καπνό είναι να δημιουργήσει ένα ολοκληρωτικά μη καπνιστικό περιβάλλον στον ιδιωτικό του χώρο ή στο αυτοκίνητό του, είτε όταν βρίσκεται σε δημόσιους χώρους, να παραμένει αποκλειστικά σε χώρους μη καπνιστών.

Το 81% των συμμετεχόντων σε έρευνα των Wu, Wang (2018) στην Κίνα αποδέχεται τις επιβλαβείς συνέπειες του τριτογενούς καπνίσματος, ενώ το επίπεδο της ενημέρωσης γύρω απ’ αυτό, φαίνεται να συνδέεται με μεγαλύτερη υποστήριξη για χώρους ελεύθερους από κάπνισμα και την εφαρμογή ποινών για καπνιστική συμπεριφορά σε δημόσιους χώρους, ενώ η πιο ισχυρή συσχέτιση αφορούσε τους χώρους στάσεων ΜΜΜ, τους χώρους αναμονής και τα σημεία έξω από μπαρ και καφετέριες.

3. Η σχέση της καπνιστικής συμπεριφοράς με την ενσυναίσθηση

Η ενσυναίσθηση θα μπορούσε να βοηθήσει τους καπνιστές να ελέγξουν την επιθυμία τους να καπνίζουν σε δημόσιους χώρους επειδή θα αναγνώριζαν ότι εκτός από τις βλαβερές συνέπειες στον οργανισμό τους βλάπτουν και τους ανθρώπους γύρω τους (Ramdhani, 2008). Οι καπνιστές οφείλουν να καταλάβουν και να σεβαστούν το γεγονός, πως οι άνθρωποι που βρίσκονται γύρω τους δεν είναι απαραίτητα καπνιστές και οι ίδιοι. Σύμφωνα με αυτό, η ύπαρξη υψηλών επιπέδων ενσυναίσθησης στους καπνιστές, θα μπορούσε να τους οδηγήσει να καταλαβαίνουν τότε οι άλλοι δεν απολαμβάνουν την καπνιστική τους συμπεριφορά καθώς επίσης να δεχθούν και τα συναισθήματα και τις επιθυμίες των μη καπνιστών, όταν καπνίζουν σε δημόσιους χώρους.

Οι ελάχιστες διεθνείς έρευνες στο αντικείμενο, δείχνουν πως παρά την ύπαρξη μεγαλύτερων από τον μέσο όρο επιπέδων ενσυναίσθησης στους καπνιστές, η καπνιστική τους συμπεριφορά σε δημόσιους χώρους παραμένει υψηλή (Ramdhani, 2008). Η εφαρμογή αντικαπνιστικών μηνυμάτων σε νυχτερινά κέντρα θα μπορούσε να μειώσει την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα αλλά και την ίδια τη μείωση του καπνίσματος, ενώ και η ικανότητα ενσυναίσθησης των καπνιστών, μπορεί να τους οδηγήσει στο να ελέγξουν καλύτερα την επιθυμία καπνίσματος σε δημόσιους χώρους (Kelly, 2009). Είναι εντυπωσιακό το γεγονός πως ακόμη και στη θέα αντικαπνιστικών μηνυμάτων οι καπνιστές φαίνεται να “κλείνουν τα μάτια τους” καθώς σε πολλές έρευνες δεν αντιλαμβάνονται (ασυνείδητα θα προσθέταμε) αυτές τις αντικαπνιστικές διαφημίσεις. Οι Schuz, Ferguson et al. (2015), μελέτησαν το αν υπάρχει και ποια είναι η επίδραση της προβολής αντικαπνιστικών μηνυμάτων σε διάφορους χώρους σε καπνιστές και μη. Συγκεκριμένα, 33 καπνιστές και 37 μη καπνιστές, κλήθηκαν να παρατηρήσουν κάθε αντικαπνιστικό μήνυμα που έβλεπαν για 2,5 εβδομάδες. Κατά μέσο όρο οι μη καπνιστές ανέφεραν πως παρατήρησαν σημαντικά λιγότερες προειδοποιήσεις απ’ ότι οι καπνιστές για τις επιβλαβείς συνέπειες του καπνίσματος. Και οι 2 ομάδες, παρατήρησαν τα μηνύματα στα πακέτα των τσιγάρων κυρίως. Οι καπνιστές ανέφεραν ένα σημαντικά υψηλότερο ποσοστό υποτίμησης των μηνυμάτων αυτών και σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό αποδοχής αυτών σε σχέση με τους μη καπνιστές. Από την έρευνα προέκυψε επίσης πως η συχνότητα προβολής των αντικαπνιστικών μηνυμάτων στην καθημερινότητα των Αυστραλών είναι ιδιαίτερα χαμηλή και πως οι καπνιστές είναι πιθανότερο να αποφεύγουν τα μηνύματα αυτά και να ανταποκρίνονται αμυντικά, περιορίζοντας έτσι και την αποτελεσματικότητά τους.

Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα φαίνεται όντως να μειώνεται όταν εφαρμόζονται πολιτικές προστασίας των παθητικών καπνιστών. Χώροι ελεύθεροι από κάπνισμα δυνητικά μειώνουν και την προσβασιμότητα σε αυτούς και την κοινωνική αποδοχή του καπνίσματος. Επίσης, στην προσπάθεια μείωσης της έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα, στη μείωση ή διακοπή του καπνίσματος και στην μη επανέναρξη του, οι χώροι όπου απαγορεύεται το κάπνισμα συνιστούν μια αδιαμφισβήτητη και λογική συνεισφορά στις προσπάθειες ελέγχου του καπνίσματος. Στην ίδια έρευνα, υπογραμμίζεται η ανάγκη εφαρμογής των αντικαπνιστικών νόμων και στη δημιουργία χώρων ελεύθερων από το κάπνισμα καθώς επίσης και ο ρόλος της μείωσης της έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα. Παρόλα αυτά, μέσα από τη συγκεκριμένη έρευνα, φαίνεται πως ένα μεγάλο ποσοστό εφήβων συνεχίζει την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα. Επίσης βρέθηκαν διαφορές

που σχετίζονται με το φύλο, όπου οι γυναίκες φαίνεται να εκτίθενται περισσότερο και συχνότερα από τους άντρες έφηβους, στο παθητικό κάπνισμα (Azagba et al., 2016).

Ενδιαφέροντα στοιχεία προσφέρει η έρευνα των Myers, Rosen et al. (2020), σχετικά με τις απόψεις των γονέων για την σημασία της έκθεσης των παιδιών στο παθητικό κάπνισμα. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν ειδικά διαμορφωμένες κάρτες (“βινιέτες”), που περιλάμβαναν εικόνες και κείμενα με στόχο την αξιολόγηση του βαθμού ευαισθητοποίησης -και επομένως του επιπέδου ενσυναίσθησης- των γονέων γύρω από την έκθεση των παιδιών τους στον καπνό. Σε γενικές γραμμές αναφέρεται ότι τέτοιου τύπου μελέτες συνήθως παρουσιάζουν στους συμμετέχοντες υποθετικές καταστάσεις και τους απευθύνουν ευθείες ερωτήσεις, με σκοπό τη συλλογή δεδομένων που αφορούν τις ιδέες και τις αντιλήψεις γύρω από ένα θέμα – εν προκειμένω την έκθεση των παιδιών τους στο παθητικό κάπνισμα. Το συγκεκριμένο εργαλείο ανίχνευσης, που χρησιμοποιήθηκε στο πλαίσιο της εν λόγω μελέτης, περιλάμβανε κλίμακα με σκορ από 1 έως 7, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν μια ευρύτερη αντίληψη -και άρα υψηλότερο επίπεδο ενσυναίσθησης- ως προς τη σημασία που έχει η έκθεση των παιδιών στο παθητικό κάπνισμα. Οι ερευνητές, αναφέρουν πως γονείς που κάπνιζαν εκτός σπιτιού, πέτυχαν υψηλότερα σκορ στην κλίμακα αξιολόγησης των αντιλήψεων των γονέων για την έκθεση των παιδιών στο κάπνισμα, σε σχέση με τους γονείς που κάπνιζαν εντός των κατοικιών τους, σε συνδυασμό και με τη συχνότητα της καπνιστικής τους συμπεριφοράς (Myers & Rosen, 2020). Βασικό συμπέρασμα της έρευνας ήταν όσο υψηλότερο είναι το τελικό σκορ στην κλίμακα αξιολόγησης τόσο χαμηλότερα είναι και τα επίπεδα έκθεσης των παιδιών στο παθητικό κάπνισμα. Αυτό, προφανώς, υποδηλώνει ότι η κατανόηση από τους γονείς των δυσμενών επιπτώσεων που μπορεί να έχει η έκθεση των παιδιών στο παθητικό κάπνισμα δρα τελικά προστατευτικά και αποτελεί πιθανό στόχο παρέμβασης για την προστασία των παιδιών. Μη καπνιστές που αναγνωρίζουν την εθιστική επίδραση της νικοτίνης, φαίνεται να είναι περισσότερο ενσυναισθητικοί και λιγότερο επικριτικοί σε σχέση με τους καπνιστές (Mccool, Hoek et al., 2012). Η έκθεση των παιδιών στο κάπνισμα είναι ιδιαίτερα υψηλή, αφού το 56.6% των παιδιών σε έρευνα των Precioso et al (2019), ανέφεραν πως ένας τουλάχιστον από τους γονείς τους είναι καπνιστής ενώ η μέση έκθεση σε καπνό εντός των σπιτιών τους ανέρχονταν στο 38,4% και στο αυτοκίνητο σε 27,6%.

3.1 Κάπνισμα και συναισθηματική νοημοσύνη

Σύμφωνα με τον Goleman (1975), η ενσυναίσθηση συνδέεται με τη νοημοσύνη. Κατά αυτή την άποψη, οι Hill, Maggi et al. (2011), ερεύνησαν τη σύνδεση της συναισθηματικής νοημοσύνης και καπνίσματος σε νεαρούς ενήλικες. Αναλόγως της καπνιστικής τους συμπεριφοράς, οι συμμετέχοντες κατηγοριοποιήθηκαν ως καθημερινοί, περιστασιακοί ή μη καπνιστές. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως όσο υψηλότερος ο δείκτης της συναισθηματικής νοημοσύνης, τόσο χαμηλότερα τα επίπεδα καπνιστικής συμπεριφοράς. Σε έρευνα των Tirandaz et al., (2019), ανάμεσα σε 350 άντρες καπνιστές εργαζόμενους στην Ιατρική Uremia, βρέθηκε σημαντική αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη συναισθηματική νοημοσύνη και στο σκορ γενικής υγείας. Συγκεκριμένα, άτομα με υψηλότερο σκορ στην κλίμακα μέτρησης της συναισθηματικής νοημοσύνης, είχαν καλύτερο προφίλ σωματικής και ψυχικής υγείας (Tirandaz, et al., 2019).

3.2 Αντικαπνιστικός νόμος και οικονομικές συνέπειες στους χώρους εστίασης

Σε ολόκληρο τον κόσμο, όπου έχουν γίνει απόπειρες εφαρμογής ενός αντικαπνιστικού νόμου, ο αντίλογος από τους καταστηματαρχές είναι πάντα έντονος, κυρίως το πρώτο διάστημα εφαρμογής του. Στο ιδιαίτερο καθεστώς της ελληνικής κοινωνίας, κάτι τέτοιο όχι μόνο δεν θα μπορούσε να διαφέρει, αλλά πιθανόν να αποτελεί και μία ακόμη παγκόσμια πρωτοτυπία η ανυπακοή σε έναν θεσμοθετημένο νόμο του κράτους. Έτσι λοιπόν, είναι χρήσιμο να διερευνηθούν οι πιθανές οικονομικές συνέπειες της εφαρμογής του νόμου.

Οι Pyles et al. (2007), μελέτησαν τις οικονομικές επιπτώσεις της απαγόρευσης του καπνίσματος στις επιχειρήσεις εστίασης σε μια καπνοπαραγωγό πολιτεία των ΗΠΑ και τα ευρήματά τους αναφέρουν πως αυτό δεν επηρέασε καθόλου τον τζίρο και την ευημερία των επιχειρήσεων. Τα ίδια αποτελέσματα εμφάνισαν πολύ νωρίτερα οι έρευνες των Glantz & Smith (1997) όπως και των Siahpush & Scollo (2004), οι οποίοι ανέφεραν πως η εφαρμογή του νόμου δεν επηρέασε ούτε στο ελάχιστο τον τζίρο των καταστημάτων εστίασης. Οι Eriksen & Chaloupka (2007), μελέτησαν τις επιπτώσεις της απαγόρευσης του καπνίσματος από το 1970 και έπειτα και ανακάλυψαν πως δεν υπήρχε καμιά οικονομική ζημιά στις επιχειρήσεις εστίασης και τουρισμού. Μάλιστα, το αξιοσημείωτο της συγκεκριμένης έρευνας είναι πως σε πολλές περιπτώσεις φάνηκε πως οι καπνοβιομηχανίες υποκινούσαν αντιδράσεις και ασκούσαν πιέσεις προς το αντίθετο. Οι Scollo et al. (2003), ανέλυσαν 97 εμπειρικές μελέτες για τις οικονομικές επιπτώσεις της απαγόρευσης του καπνίσματος σε επιχειρήσεις εστίασης και διασκέδασης και τα αποτελέσματα της μελέτης τους έδειξαν ότι η απαγόρευση του καπνίσματος δεν ζημιώνει οικονομικά τις επιχειρήσεις.

Αντίθετα σε αρκετές περιπτώσεις η απαγόρευση συνοδεύτηκε από σημαντική άνοδο του τζίρου και από το άνοιγμα νέων θέσεων εργασίας. Σε μια εντυπωσιακή έρευνα των Alamar & Glantz το 2004 βρέθηκε πως τα εστιατόρια που εφάρμοζαν την απαγόρευση του καπνίσματος σημείωσαν κατά 16% αύξηση των πωλήσεών τους σε σύγκριση με τα εστιατόρια που επέτρεπαν το κάπνισμα. Οι Fong et al. το 2006, αναφέρουν πως η εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου στην Ιρλανδία, οδήγησε πολλούς Ιρλανδούς καπνιστές να υποστηρίζουν την απαγόρευση και ότι με αυτό το μέτρο βρήκαν την κατάλληλη ευκαιρία να κόψουν επιτέλους το κάπνισμα. Η ομάδα των ερευνητών επίσης έχει παρουσιάσει στοιχεία που δείχνουν ότι ο τζίρος των επιχειρήσεων εστίασης έχει αυξηθεί σημαντικά μετά την ολική απαγόρευση του καπνίσματος. Συμπερασματικά, περισσότερες από 100 επιστημονικές μελέτες σε διαφορετικά κράτη (ακόμη και σε χώρες που το κάπνισμα είναι μέρος της κουλτούρας τους, όπως οι γειτονικές Ιταλία και Τουρκία) έχουν δείξει ότι η απαγόρευση του καπνίσματος είναι πιθανότερο να ωφελήσει παρά να βλάψει τις επιχειρήσεις εστίασης και διασκέδασης. Μάλιστα, οι καπνιστές πελάτες προτιμούν να συνεχίσουν να επισκέπτονται τα αγαπημένα τους μέρη ακόμη και όταν δεν επιτρέπεται να καπνίσουν -ορισμένοι μάλιστα βρίσκουν με αυτό τον τρόπο και την κατάλληλη ευκαιρία να κόψουν το κάπνισμα.

Λόγω της άμεσης απειλής των οικονομικών τους συμφερόντων, οι καπνοβιομηχανίες προσπάθησαν αρκετές φορές να φοβίσουν τις κατά τόπους ενώσεις καταστηματαρχών και τους πολίτες, επικαλούμενες την αβάσταχτη οικονομική ζημιά που θα επιφέρει η απαγόρευση του καπνίσματος. Σε μια μεγάλη και

μακροχρόνια έρευνα των Olivieri, et al. (2019), για τα αποτελέσματα των αντικαπνιστικών νόμων στην έκθεση σε παθητικό κάπνισμα, τόσο σε εργασιακούς χώρους όσο και στις κατοικίες, σε διαχρονική μελέτη και follow up, παρατηρήθηκε μεγάλη μείωση στην έκθεση των ατόμων σε παθητικό κάπνισμα από το 29% σε 18.2% και 8.8% αντίστοιχα. Τα αποτελέσματά τους, δείχνουν πως η εφαρμογή αντικαπνιστικών νόμων σε χώρες της Ευρώπης, επιδρούν στη μείωση του παθητικού καπνίσματος, αν και όπως οι ερευνητές υπογραμμίζουν, χρειάζονται περισσότερες και καλύτερες στρατηγικές για την αποφυγή του παθητικού καπνίσματος στους εσωτερικούς χώρους (Olivieri et al., 2019).

Σε έρευνά τους οι Purselli, Allwright et al., (2007), σχετικά με τις αντιλήψεις των εργαζομένων για το κάπνισμα και τους αντικαπνιστικούς νόμους σε χώρους εστίασης, βρήκαν πως τα 2/3 των συμμετεχόντων πριν την έρευνα, υποστήριζαν πως οι χώροι αυτοί θα ήταν πιο άνετοι για όλους και πως χρειάζεται να προστατευθεί η υγεία των εργαζομένων εκεί. Μετά την εφαρμογή των νόμων, το ποσοστό αυτών έφτανε το 90%, ενώ παρά τις απόψεις για οικονομική ζημιά των επιχειρήσεων, οι περισσότεροι συμφώνησαν στην ανάγκη προστασίας των εργαζομένων από τις βλαβερές συνέπειες του καπνού. Σε παρόμοια έρευνα, οι King, Homa et al. (2014), υποστηρίζουν πως οι ενήλικες εργαζόμενοι θεωρούν πως τα κάπνισμα πρέπει να απαγορεύεται σε εσωτερικούς και εξωτερικούς χώρους εργασίας σε ποσοστό 83.2% και 23.2% αντίστοιχα.

4. Κάπνισμα και ψυχοπαθολογία

4.1 Αγχώδεις διαταραχές και κάπνισμα

Πολλοί από τους καπνιστές, βιώνουν κάποιας μορφής διαταραχή της ψυχικής τους υγείας: 60% από τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι καπνιστές, συγκριτικά με το 25% του γενικού πληθυσμού, και είναι η κατηγορία καπνιστών που καπνίζει πολύ περισσότερο. Άτομα με ζητήματα ψυχικής υγείας αντιπροσωπεύουν το 40.6% του συνολικού αριθμού καπνιστών στις ΗΠΑ και το 44.3% της αγοράς του καπνίσματος (Tsopelas, Kardaras & Kontaxakis, 2008). Συνολικά, τα άτομα που έχουν θέματα ψυχικής υγείας είναι αυτά που είναι περισσότερο πιθανό να καπνίζουν, που καταναλώνουν περισσότερα τσιγάρα, και που διατηρούν την συνήθεια εφ' όρου ζωής (lifetime prevalence). Τέτοιες στατιστικές μπορούν να δείξουν πως υπάρχει μία σχέση μεταξύ καπνίσματος και ψυχικής υγείας.

Πολλές έρευνες έχουν γίνει με σκοπό την αναζήτηση συσχέτισης μεταξύ καπνίσματος και εμφάνισης αγχωδών διαταραχών στον καπνιστή. Η συντριπτική τους πλειοψηφία μάλιστα, συμφωνεί πως το κάπνισμα συνδέεται με αυξημένα επίπεδα άγχους και συναισθηματικών διαταραχών. Πιο συγκεκριμένα, οι Dahne, et al. (2015), μελέτησαν την πιθανή σχέση καπνίσματος και κοινωνικής φοβίας, καθώς ένας μεγάλος αριθμός ατόμων με κοινωνική φοβία είναι καπνιστές ή έχουν κάνει λιγότερες προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος. Για τα άτομα με κοινωνική φοβία το κάπνισμα μπορεί να αποτελεί σύμφωνα με τους ίδιους έναν τρόπο μείωσης του κοινωνικού άγχους κατά τη διάρκεια κοινωνικών συνθηκών. Τα αποτελέσματα μάλιστα της έρευνάς επιβεβαίωσαν αυτή την υπόθεση, καθώς από τα ευρήματα φαίνεται πως τα άτομα που έπασχαν από κοινωνικό άγχος επιχειρούσαν και δήλωναν πως αυτό μειωνόταν καθώς κάπνιζαν ένα τσιγάρο. Σημαντικά ευρήματα προσφέρει και η έρευνα των Farris, et al. (2015), οι οποίοι παρατήρησαν πως πρώην καπνιστές, οι

οποίοι κατάφεραν να διακόψουν το κάπνισμα, ανέφεραν μείωση του άγχους τους μετά από έναν μήνα, και ακόμη λιγότερο άγχος μετά από τρεις μήνες από την διακοπή σε σχέση με τους καπνιστές οι οποίοι είτε δεν κατάφεραν, είτε δεν προσπάθησαν να διακόψουν το κάπνισμα.

Είναι γνωστό πως η νικοτίνη δρα ως ένας ισορροπιστής στη διάθεση του ατόμου· οι καπνιστές αναφέρουν συχνά ότι καταφεύγουν στη χρήση αυτής καθώς θεωρούν ότι τους βοηθά να αισθανθούν καλύτερα τις στιγμές που νιώθουν ψυχικά ευάλωτοι και να μειώσουν την ένταση που νιώθουν (De Biasi, 2011). Βέβαια, αυτά τα “θετικά” αποτελέσματα από τη χρήση της νικοτίνης είναι μόνο προσωρινά. Όπως έχει ήδη αναφερθεί η νικοτίνη μέσα σε λίγα μόλις δευτερόλεπτα από τη στιγμή εισπνοής φτάνει στους νευρώνες του εγκεφάλου όπου και ενεργοποιεί το “σύστημα ανταμοιβής” αυτού, μέσω της έκλυσης του νευροδιαβιβαστή της ντοπαμίνης, όπως δηλαδή συμβαίνει και με άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες (κοκαΐνη και ηρωίνη). Τα συναισθήματα ευχαρίστησης και απόλαυσης που δημιουργούνται από την αύξηση της ντοπαμίνης κάνουν ακολούθως τους καπνιστές να θέλουν να λάβουν επαναλαμβανόμενα ολοένα και περισσότερη ποσότητα νικοτίνης, με αποτέλεσμα τελικά η ουσία αυτή να δρα σε έναν φαύλο κύκλο και να αναπτύσσεται εθισμός και εξάρτηση. Έτσι, ο καπνιστής τη χρησιμοποιεί γιατί νιώθει ότι θα μειώσει το άγχος και την έντασή του, ενώ σχεδόν αμέσως μετά, στην πραγματικότητα, το μόνο που καταφέρνει η νικοτίνη είναι να αυξάνει το άγχος, το οποίο μάλιστα, όπως και η κατάθλιψη, είναι πολύ ισχυρά στους καπνιστές. Ενώ λοιπόν είναι απίθανο το κάπνισμα από μόνο του να πυροδοτεί ψυχικές ασθένειες, υπάρχουν πολλές αποδείξεις ότι μπορεί να κάνει τις συνθήκες, τις διαπροσωπικές σχέσεις και το καθημερινό άγχος σημαντικά πολύ χειρότερο. Στην έρευνά τους λοιπόν, μελέτησαν καπνιστές με καπνιστική συμπεριφορά 1 πακέτο ανά μέρα και μετά από 6 μήνες παρατήρησαν τα επίπεδα άγχους και διάθεσής τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική βελτίωση στο γενικότερο επίπεδο της ψυχικής τους υγείας, μεγαλύτερη ικανοποίηση για τη ζωή, λιγότερο άγχος και σημαντικά αυξημένα θετικά συναισθήματα. Οι Goodwin, Keyes et al. (2007) επιχείρησαν να διερευνήσουν τη συσχέτιση μεταξύ ψυχικών διαταραχών και χρήσης τσιγάρου και εξάρτησης από τη νικοτίνη μεταξύ εγκύων στις ΗΠΑ. Στην έρευνά τους συμμετείχαν 1516 γυναίκες που ήταν έγκυες κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους. Το 21,7% ήταν καπνίστριες και το 12,4% πληρούσε τα κριτήρια για να θεωρηθεί εξαρτημένο από τη νικοτίνη. Ανάμεσα στις καπνίστριες το 45,1% πληρούσε τα κριτήρια για τουλάχιστον μια ψυχική διαταραχή και ανάμεσα στις εξαρτημένες από νικοτίνη το ποσοστό ανήλθε σε 57,5%.

Η εξάρτηση από τη νικοτίνη, προέβλεπε ψυχικές διαταραχές, κυρίως μείζονα κατάθλιψη, δυσθυμία και διαταραχές πανικού κατά το προηγούμενο έτος, δηλαδή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στην παρούσα μελέτη, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως δε βρέθηκε καμία εξάρτηση ανάμεσα σε εξαρτημένες από το τσιγάρο (και όχι από τη νικοτίνη, σύμφωνα με τον σχεδιασμό της έρευνας) και ψυχικών διαταραχών. Παρά το γεγονός λοιπόν, πως είναι παγκοσμίως γνωστές οι αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος για την υγεία, οι περισσότεροι καπνιστές βρίσκουν εξαιρετικά δύσκολη τη διαδικασία διακοπής του (Buckner, 2019).

Οι ερευνητές υποστηρίζουν πως οι καπνιστές καπνίζουν με σκοπό τη μείωση του άγχους που βιώνουν και αυτό ίσως αποδεικνύεται όντως, για πολύ σύντομο όμως χρονικό διάστημα, αφού το κάπνισμα μακροπρόθεσμα αυξάνει το άγχος στον οργανισμό. Ανάμεσα σε 71 λοιπόν καπνιστές, βρέθηκε υψηλή

συσχέτιση ανάμεσα στο άγχος και τις διαδικασίες αποφυγής του που ακολουθούν οι καπνιστές, χρησιμοποιώντας την καπνιστική τους συμπεριφορά.

Τα αποτελέσματα έρευνας των Buckner και Vinci (2013), σχετικά με το κάπνισμα και τη σύνδεσή του με το άγχος ανάμεσα στα 2 φύλα, έδειξε πως το κοινωνικό άγχος σχετίζεται θετικά με το καθημερινό κάπνισμα ανάμεσα σε γυναίκες καθώς επίσης και με τη σοβαρότητα εξάρτησης μεταξύ των αντρών. Οι Yang, Zvolensky & Leyre (2017) μελέτησαν τη συσχέτιση της διαταραχής πανικού με τη καπνιστική συμπεριφορά και βρήκαν υψηλή συσχέτιση. Αξίζει να σημειωθούν μάλιστα, απόψεις των καπνιστών πως η συμπεριφορά τους αυτή λειτουργεί ως αντιμετώπιση των συμπτωμάτων πανικού τους. Στους καθημερινούς καπνιστές, βρέθηκε έμμεση συσχέτιση ανάμεσα στη διαταραχή πανικού και σε μεγάλη δυσπροσαρμοστικότητα στην καθημερινότητά τους εξαιτίας των συμπτωμάτων πανικού. Οι καπνιστές συχνά αποδίδουν στο κάπνισμα μια πιθανή βελτίωση της διάθεσής τους, ελάττωση του άγχους τους και αύξηση στη συγκέντρωση της προσοχής τους. Σε αντίθεση με τους εξαρτημένους π.χ. στην ηρωίνη, που ξεκάθαρα αναγνωρίζουν τα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης και καταλαβαίνουν ότι η καθημερινή χρήση ηρωίνης ευθύνεται για τη στέρηση αυτή, οι εξαρτημένοι στη νικοτίνη δεν αναγνωρίζουν ότι χρησιμοποιούν το κάπνισμα ως θεραπεία για τη στέρηση νικοτίνης που βιώνουν πολυάριθμες φορές μέσα στη μέρα (Ziedonis et al., 2003).

Το κάπνισμα συνδέεται συχνά με ψυχικά συμπτώματα όπως υψηλά επίπεδα αγχωδών διαταραχών, κατάθλιψη, αυξημένη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών, φτωχή φυσική κατάσταση κ.ά. (Cooper, et al., 2012). Σε έρευνα στις ΗΠΑ (Tsopeles, Kardaras, 2008), το 45% των τσιγάρων που καπνίστηκαν σε ένα μήνα έγινε από άτομα με κάποια διάγνωση ψυχικής διαταραχής. Πρόωροι θάνατοι είναι συχνότεροι σε άτομα με κάποια ψυχική διαταραχή ακόμη και αν δεν συμπεριλάβουμε τις περιπτώσεις αυτοκτονίας. Οι περισσότεροι απ' αυτούς τους θανάτους οφείλονται σε καρδιακές ανακοπές και πνευμονολογικά προβλήματα και το κάπνισμα θεωρείται ο σημαντικότερος παράγοντας για αυτούς τους θανάτους. Σε έρευνα των Talati, Keye, Hasin (2016), βρέθηκε πως το κάπνισμα συνδέεται με αυξημένη χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής / υπερκινητικότητα, διπολική διαταραχή και αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας χωρίς το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των συμμετεχόντων να επηρεάζει τα αποτελέσματα. Όσον αφορά τη χρήση ουσιών και αλκοόλ μάλιστα, δεν φαίνεται από την έρευνα να επηρεάζει προηγούμενη εξάρτηση ή μη, από τη νικοτίνη.

4.2 Συναισθηματικές διαταραχές και κάπνισμα

Σε έρευνα των Cati et al. (2014), βρέθηκε πως το 1/4 των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα ανέφερε περιόδους έντονης κατάθλιψης και άλλων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων κατά τη διάρκεια της αντιμετώπισης της ασθένειάς τους, ενώ το άγχος και η κατάθλιψη αυξάνονταν κατά τη διάρκεια των θεραπειών.

Οι Montazeri et al. (2001), περιγράφουν πως κατά το άκουσμα της διάγνωσης του καρκίνου του πνεύμονα, το 23% των ασθενών ανέφερε πως βίωσε κατάθλιψη και το 14% και άγχος, με τα ποσοστά των ασθενών με κατάθλιψη να εκτοξεύονται στο 44% σε διάστημα μετά από 3 μήνες. Οι Jung, Shin & Kang

(2015), μελετώντας τη σχέση καπνίσματος και καταθλιπτικής διαταραχής σε καπνιστές, πρώην και μη καπνιστές ανακάλυψαν συχνότερη εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε γυναίκες οι οποίες ήταν εκτεθειμένες σε παθητικό κάπνισμα σε σχέση με εκείνες που δεν είχαν καμία έκθεση σε αυτό. Αντίθετα, καμία διαφορά δεν φάνηκε να υπάρχει ανάμεσα στο κάπνισμα και σε καταθλιπτικά συμπτώματα στους άντρες. Υπάρχει η άποψη πως το κάπνισμα χαλαρώνει από το καθημερινό άγχος και την πίεση και αυτός είναι και ένας από τους λόγους σύμφωνα με τους καπνιστές για αυτή τους τη συνήθεια. Ερευνητές ωστόσο των Πανεπιστημίων Μπέρμιγχαμ και Οξφόρδης, αξιολόγησαν αρχικά την ψυχική υγεία των καπνιστών πριν σταματήσουν να καπνίζουν και, στη συνέχεια, ξανά μετά τη διακοπή του. Η αξιολόγηση αφορούσε το επίπεδο του άγχους, της κατάθλιψης, της θετικής στάσης απέναντι στη ζωή και της γενικότερης ποιότητας ζωής. Η έρευνα έδειξε ότι η διακοπή του καπνίσματος σαφώς μειώνει την κατάθλιψη και το άγχος, βελτιώνοντας παράλληλα την αισιοδοξία και την ποιότητα ζωής. Σε γενικές γραμμές, όσοι σταμάτησαν να καπνίζουν, έτειναν να βλέπουν πια τον κόσμο με πιο θετικό τρόπο. Η βελτίωση αφορούσε και όσους καπνιστές ήδη είχαν κάποια ψυχική διαταραχή, οι οποίοι, μετά τη διακοπή του καπνίσματος, συχνά εμφάνιζαν βελτίωση των συμπτωμάτων τους. Όπως επεσήμαναν οι ερευνητές, αυτή η διαπίστωση σημαίνει πως οι επαγγελματίες του χώρου της ψυχικής υγείας δεν πρέπει να διστάζουν να συστήσουν τη διακοπή του καπνίσματος, φοβούμενοι επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς. Σχετικά με την επίδραση που έχει το κάπνισμα στην κατάθλιψη, οι Balfour and Ridley (2000), κάνοντας μια εκτεταμένη μελέτη των πειραματικών ερευνών που έγιναν σε εγκεφάλους ζώων, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η νικοτίνη εκτός από την ενισχυτική της ιδιότητα, μέσω ενεργοποίησης των ντοπαμινεργικών νευρωνικών κυκλωμάτων του συστήματος ανταμοιβής του εγκεφάλου, ασκεί επιπλέον δράση και κάτω από συνθήκες στρες, κάτι που εξηγεί την αυξημένα εθιστική της ισχύ σε ανθρώπους με κατάθλιψη. Αναφέρεται ότι η κατάθλιψη ενδεχομένως καθιστά τους ασθενείς «πιο ευάλωτους» απέναντι στις ανεπιθύμητες επιπτώσεις των διαφόρων αγχογόνων ερεθισμάτων και η δυσάρεστη αυτή υποκειμενική αίσθηση των πασχόντων ανακουφίζεται, έστω και παροδικά, από ουσίες -εν προκειμένω της νικοτίνης- που διεγείρουν την έκκριση της ντοπαμίνης στον πρόσθιο εγκέφαλο. Εικάζεται ότι επιτείνεται η αυξημένη επιθυμία για κάπνισμα σε όσους επιχειρούν να απέχουν από αυτό, καθώς σταδιακά γίνονται πιο εξαρτημένοι από την ιδιότητα της νικοτίνης να παράγει ταχεία -αν και παροδική- ανακούφιση από τις ανεπιθύμητες του άγχους.

Η νικοτίνη καθώς διεγείρει την έκκριση ντοπαμίνης στον εγκέφαλο, μπορεί να ανακουφίσει από αυτά τα συμπτώματα. Έτσι, εικάζεται ότι μέσω του μηχανισμού αυτού, όταν οι ασθενείς εκτίθενται σε καταστάσεις που προκαλούν άγχος, έχουν αυξημένη επιθυμία για κάπνισμα, η οποία μάλιστα φαίνεται να είναι εντονότερη σε όσους βρίσκονται σε προσπάθεια αποχής από αυτό. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς έχουν αναπτύξει εξάρτηση και όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται έχουν «εκπαιδευτεί» στο να χρησιμοποιούν το κάπνισμα ως άμεση «θεραπεία», εκμεταλλευόμενοι την ιδιότητα της νικοτίνης για ταχεία -αν και παροδική- ανακούφιση από τις ανεπιθύμητες επιδράσεις του άγχους (Balfour, Ridley, 2000). Στην ίδια μελέτη οι συγγραφείς ερευνούν την πιθανότητα ότι η χρόνια έκθεση στη νικοτίνη πιθανότατα προκαλεί αλλαγές, στον υπόκαμπο σχετικά με την παραγωγή και έκκριση της σεροτονίνης, που αυξάνουν τα συμπτώματα σχετικά με την παραγωγή και έκκριση της σεροτονίνης, που αυξάνουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Τα συμπτώματα

αυτά καλύπτονται από την αντικαταθλιπτική δράση της νικοτίνης αλλά εμφανίζονται έντονα, όταν οι καπνιστές προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα (Balfour, Ridley, 2000). Εντούτοις οι υποθέσεις αυτές στηρίζονται μόνο σε βραχύχρονες μελέτες ασθενών.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι οι επιδράσεις της νικοτίνης φαίνεται να διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία των ατόμων και τα αποτελέσματα αυτών παρουσιάζουν μοναδικά μορφολογικά και λειτουργικά και συμπεριφορικά χαρακτηριστικά, ανάλογα με τη χρονική στιγμή έκθεσης του ατόμου, δηλαδή ανάλογα με το αν αυτή λαμβάνει χώρα κατά την προγεννητική περίοδο, την παιδική ηλικία, την εφηβεία ή την ενήλικη ζωή. Όσον αφορά τη δραστηριότητα που αναπτύσσεται στο επίπεδο των νευρωνικών συνάψεων, περιγράφεται ότι η νικοτίνη επάγει την χολινεργική νευροδιαβίβαση εντός του ιπποκάμπου και έτσι τελικά διαφοροποιεί τον τρόπο με τον οποίο διεκπεραιώνονται επιμέρους γνωσιακές λειτουργίες, στις οποίες διαμεσολαβεί ο ιππόκαμπος (Zeid, et al, 2018). Η έκθεση στη νικοτίνη, τόσο κατά την προγεννητική περίοδο όσο και κατά τη διάρκεια της εφηβείας, φαίνεται ότι διαταράσσει την ομαλή ανάπτυξη του ιπποκάμπου και επιφέρει δομικές και λειτουργικές αλλοιώσεις, οι οποίες μπορούν να εκδηλωθούν ως χρόνια γνωσιακά ελλείμματα, που καθιστούν το άτομο δυνητικά πιο επιρρεπές (πιο ευάλωτο) στην ανάπτυξη ψυχοδιανοητικών διαταραχών (Zeid, et al, 2018). Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να αποσαφηνίσουν τόσο τις επιδράσεις της νικοτίνης στον ιππόκαμπο, σε κάθε αναπτυξιακή περίοδο ξεχωριστά, όσο και των λειτουργικών επιπτώσεων που αυτές έχουν στις γνωσιακές λειτουργίες, τον εθισμό και την ψυχική υγεία.

Οι Cai, et al. (2015) στην Κίνα, μελέτησαν καπνιστές φοιτητές κολεγίων, με σκοπό να διερευνήσουν τη σχέση μεταξύ καπνίσματος και κατάθλιψης. Από το σύνολο 207 καπνιστών, οι 102 αφορούσαν τους «κοινωνικούς καπνιστές», αυτούς δηλαδή που επιλέγουν να καπνίσουν συνήθως όταν βρίσκονται ανάμεσα σε κόσμο και λιγότερο όταν είναι μόνοι. Σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, οι πρώτοι, παρουσίασαν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης. Επίσης, μεταξύ καθημερινών καπνιστών, οι «κοινωνικοί καπνιστές» ήταν λιγότερο πιθανό να έχουν πρόθεση να διακόψουν το κάπνισμα σε σχέση με τους «μη κοινωνικούς καπνιστές».

Η διερεύνηση της πιθανότητας να προκαλεί το κάπνισμα κατάθλιψη απασχόλησε τους Madson, Bay & Flachs (2011), οι οποίοι μελέτησαν σε 26 χρόνια, 18000 άτομα που είχαν καταγραφεί σε νοσοκομεία και ανιχνεύθηκαν με συμπτώματα κατάθλιψης. Στα αποτελέσματά τους, παρατήρησαν πως γυναίκες που κάπνιζαν περισσότερα από 10 τσιγάρα ημερησίως είχαν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν συμπτώματα συναισθηματικών διαταραχών σε σχέση με μη καπνίστριες. Ο κίνδυνος μάλιστα αυξανόταν όσο αυξάνονταν ο αριθμός καπνίσματος τσιγάρων ημερησίως. Όσον αφορά τους άντρες, ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης ήταν επίσης αυξημένος για όσους όμως κάπνιζαν περισσότερα από 20 τσιγάρα τη μέρα. Οι Kamruzzaman et al., (2021), υποστηρίζουν με την έρευνά τους πως το 25.6% των καπνιστών του δείγματός τους ανέφερε πως καπνίζει εξαιτίας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης που και πως τους βοηθά στο να τα αντιμετωπίσουν. Την ίδια στιγμή, στον ίδιο πληθυσμό της έρευνας, οι καπνιστές περιγράφουν έντονα συμπτώματα γαστρεντερικών προβλημάτων, πονοκεφάλων αλλά και καρδιο-αναπνευστικών διαταραχών (Kamruzzaman, 2021).

4.3 Άλλα ψυχοκοινωνικά προβλήματα και η σχέση τους με το κάπνισμα

Το κάπνισμα ευθύνεται και για διάφορες άλλες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στη ζωή του καπνιστή. Οι Tony, George et al. (2007), σε έρευνά τους στην Κίνα, βρήκαν πως καπνιστές με διάγνωση σχιζοφρένειας, παρουσίασαν μεγαλύτερα ποσοστά διαζυγίου, χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, περισσότερα επεισόδια κρίσεων πανικού και έναν μεγαλύτερο αριθμό προηγούμενων ψυχωτικών υποτροπών. Οι Martinez-Ortega, et al. (2008), εντόπισαν αυξημένα ποσοστά χρήσης ψυχοτρόπης φαρμακευτικής αγωγής, ψυχιατρική νοσηρότητα καθώς και συχνές παρελθοντικές απόπειρες αυτοκτονίας σε εξαρτημένα άτομα από νικοτίνη σε σχέση με μη εξαρτημένους. Επίσης, οι εξαρτημένοι καπνιστές, παρουσίασαν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο καθώς και αυξημένα ποσοστά εξάρτησης από αλκοόλ ή άλλες παράνομες ουσίες. Γυναίκες που κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρουσίαζαν έναν καταγισμό αρνητικών ψυχοκοινωνικών δυσκολιών σε σχέση με γυναίκες που δεν κάπνιζαν. Εμφάνιζαν επίσης, μεγαλύτερο άγχος και κατάθλιψη με μικρότερη ικανοποίηση από τη ζωή τους σε σχέση με γυναίκες μη καπνίστριες οι οποίες ήταν λιγότερο νευρωτικές και περισσότερο ικανοποιημένες από τη ζωή τους γενικότερα, εξωστρεφείς και ενσυνείδητες.

Οι μοναχικοί άνθρωποι είναι πιθανότερο να αρχίσουν το τσιγάρο, να καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα μέσα στη μέρα, καθώς επίσης να δυσκολεύονται περισσότερο να κόψουν το κάπνισμα, σύμφωνα με μια νέα βρετανική επιστημονική μελέτη. Αρκετές μελέτες στο παρελθόν έχουν συσχετίσει τη μοναξιά με το κάπνισμα, αλλά είχε έως τώρα αποδειχθεί δύσκολο να βγει οριστικό συμπέρασμα κατά πόσο μόνο η μοναξιά οδηγεί στο κάπνισμα ή συμβαίνει και το αντίστροφο. Το κάπνισμα αποτελεί παγκοσμίως την κυριότερη αιτία πρόωρου θανάτου, που θα μπορούσε να αποφευχθεί. Η μελέτη δείχνει ότι όσοι υποφέρουν από μοναξιά, χρειάζονται πρόσθετη υποστήριξη για να κόψουν το τσιγάρο και έτσι να βελτιώσουν την υγεία τους. Οι Goldenberg et al. (2014), εντόπισαν αρνητική συσχέτιση του καπνίσματος (ενεργητικού και παθητικού) με την καλή ποιότητα ζωής σε καπνιστές. Η καλή ποιότητα ζωής καθώς και η κατάθλιψη σχετίζονται με το κάπνισμα, καθώς και με αποτυχημένες απόπειρες διακοπής καπνίσματος. Στην έρευνά τους οι παραπάνω ερευνητές υπογραμμίζουν τη σημαντικότητα της ανάγκης οι καπνιστές και οι επαγγελματίες που ασχολούνται με την υποστήριξη αυτών, να ενδυναμώσουν τις προσπάθειές τους για διακοπή του καπνίσματος.

5. Αίσθημα ντροπής και στιγματισμού στους καπνιστές

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για να εντοπίσουν πιθανά επίπεδα ντροπής, αυτοενοχών και αυτοκατηγοριών στους καπνιστές. Το κάπνισμα όπως είναι γνωστό συνδέεται άμεσα με την εμφάνιση πολλών ειδών καρκίνου με συχνότερο τον καρκίνο του πνεύμονα. Οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα αναφέρουν τα υψηλότερα επίπεδα ψυχικού πόνου και δυστυχίας από κάθε άλλον ασθενή με άλλου είδους καρκίνου. Σε συνδυασμό με τη κακή πρόγνωση, η αυτοκατηγορία και ο στιγματισμός συνδέονται με το κάπνισμα και πιθανόν αυτή να είναι και η αιτία που αποτρέπει τους ασθενείς να ζητήσουν βοήθεια. Σε έρευνά τους οι Dirkse, et al. (2014), ερεύνησαν τις πιθανές συνδέσεις ανάμεσα στη ντροπή και τις ενοχές στην ανάρρωση των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα σε σχέση με τη ψυχική οδύνη και την κριτική που δέχονται από τον/την σύζυγό τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως μεγαλύτερο αυτοαναφερόμενο αίσθημα ντροπής συνδεόταν με μείωση της συχνότητας επικοινωνίας με τον/τη σύζυγο και με χαμηλότερη ικανοποίηση, και με αυξημένα

επίπεδα κατάθλιψης και καπνιστικής συμπεριφοράς. Πιο πρόσφατη καπνιστική συμπεριφορά συνδεόταν επίσης με υψηλότερη κατάθλιψη. Τη στιγμή που ένας ασθενής δε ζητά βοήθεια για τη δυστυχία του, πιθανόν εξαιτίας της ντροπής που αισθάνεται, η έρευνα προτείνει πως αυτή η ντροπή μπορεί να διακόψει τις σχέσεις με τον σύντροφο και ίσως να αυξήσει την κοινωνική του απομόνωση.

Ο καρκίνος του πνεύμονα όπως έχει ήδη λεχθεί, συνδέεται άμεσα με το κάπνισμα. Λαμβάνοντας υπόψη το καπνιστικό προφίλ τους, οι ασθενείς θεωρούν πως στιγματίζονται από γιατρούς, την οικογένεια και τους φίλους τους εξαιτίας της ισχυρής συσχέτισης ανάμεσα στο κάπνισμα και τον καρκίνο. Οι καπνιστές περιθωριοποιούνται όλο και περισσότερο και η περιθωριοποίηση αυτή εντείνεται στους ασθενείς με καρκίνο. Άτομα μη καπνιστές αναγνωρίζουν παράγοντες που συνδέονται με το στιγματισμό, όπως ότι το κάπνισμα είναι επιλογή και όχι εξάρτηση από τη νικοτίνη, των αντικαπνιστικών νόμων και τη γενική υπόθεση ότι οι καπνιστές είναι άτομα με χαμηλότερα επίπεδα μόρφωσης. Από την έρευνα των Catì et al. (2014), βρέθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στον στιγματισμό, το άγχος και την κατάθλιψη ανάμεσα στους ασθενείς και αρνητική συσχέτιση του στιγματισμού με την ποιότητα ζωής. Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματα δε φαίνεται να επηρεάζουν διαφορετικά καπνιστές και μη, ανάμεσα στο σύνολο των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα. Η στέρηση του τσιγάρου συνδέεται με αρνητικά συναισθήματα όπως θυμός, εκνευρισμός και άγχος. Η ανικανότητα διακοπής του τσιγάρου ήταν πηγή αρνητικών συναισθημάτων, κυρίως στις γυναίκες οι οποίες βίωναν επιπλέον ντροπή και ενοχές για αυτή την ανικανότητα και χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Η κοινωνική έρευνα για το στιγματισμό γεννά ερωτήματα για τις πιθανές ιατρογενείς συνέπειες του καπνίσματος και λίγες μόνο έρευνες έχουν μελετήσει πώς αυτό μπορεί να εσωτερικευθεί και να βιωθεί από έναν καπνιστή, ιδιαίτερα από εκείνους που πιθανόν έχουν στιγματισθεί εξαιτίας άλλων ανισοτήτων που τους έχουν καταλογισθεί (φυλή, εθνικότητα, φύλο, σεξουαλικότητα). Η συνύπαρξη πολλών διαφορετικών ειδών στιγματισμού μπορεί να εντατικοποιήσει την κοινωνική ανισότητα και περιθωριοποίηση. Οι Antin, et al. (2017) παρατήρησαν υψηλή συσχέτιση άγχους και καπνίσματος καθώς επίσης και καπνίσματος και στιγματισμού σε έγχρωμες γυναίκες καπνίστριες. Είναι σημαντικό επίσης να διερευνηθεί και η πιθανότητα και τα επίπεδα βιώματος στιγματισμού από το κάπνισμα σε διαφορετικούς τύπους καπνιστών σε σχέση με τη συχνότητα καπνίσματος. Φαίνεται πως οι καθημερινοί καπνιστές αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά αίσθησης στιγματισμού από άλλους τύπους καπνιστών (πχ. “κοινωνικούς” καπνιστές) καθώς επίσης φυσικά και σε σχέση με τους μη καπνιστές. Επιπλέον, καπνιστές ηλεκτρονικού τσιγάρου, ένα είδος αμφισβητούμενο σε σχέση με τις συνέπειές του, φαίνεται να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά στιγματισμού σε σχέση με μη καπνιστές ή με περιστασιακούς καπνιστές. Μάλιστα, όσοι έχουν επιχειρήσει στο πρόσφατο παρελθόν μια τουλάχιστον προσπάθεια διακοπής καπνίσματος βιώνουν επίσης υψηλότερα, σε σχέση με τον αντίστοιχο μέσο όρο, επίπεδα στιγματισμού. Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε με βάση τη συγκεκριμένη έρευνα να αναφέρουμε πως ο στιγματισμός σε έναν καπνιστή μπορεί να τον αποτρέψει από το να ζητήσει βοήθεια από κάποιον γιατρό, ενώ τον οδηγεί σε χρήση εναλλακτικών προϊόντων καπνού.

6. Νομοθεσία και κάπνισμα

Η απαγόρευση του καπνίσματος στην Ελλάδα εντός των δημοσίων κτιρίων που είναι χώροι εργασίας, ισχύει δια του νόμου ήδη από το 1856 και είχε εισαχθεί με βασιλικό διάταγμα επί του βασιλέως Όθωνος. Ο νόμος του 2002 απαγόρευε φαινομενικά το κάπνισμα, δεδομένου ότι οι διαχειριστές εργασιακών μονάδων μπορούσαν να επιτρέψουν εξαιρέσεις. Στη χώρα μας έχει ψηφιστεί από τη Βουλή των Ελλήνων και είναι νόμος του κράτους η γνωστή Σύμβαση για τον Έλεγχο του Καπνού από το 2005 (Bovet, Paccaud, 2012). Πρόκειται για ένα σύμφωνο επικυρωμένο σε περισσότερες από 130 χώρες που συντάσσονται στη διεθνή αντικαπνιστική πολιτική. Το 2008 ψηφίστηκε αυστηρότερος νόμος ο οποίος άρχισε να εφαρμόζεται την 1η Ιουλίου του 2009. Πράγματι την 1η Ιουλίου 2009 με την απαγόρευση του καπνίσματος σε κάθε κλειστό δημόσιο χώρο και στους χώρους διασκέδασης, η Ελλάδα εισήλθε σε μια νέα αντικαπνιστική εποχή. Ωστόσο εξαιρέσεις όπως το εμβადόν του χώρου, η ζωντανή μουσική, ο τύπος του επαγγελματικού χώρου περιόριζαν τη δυναμικότητα του νομοσχεδίου. Η αποδοχή του νόμου δεν ήταν ιδιαίτερα ικανοποιητική, κυρίως από την πλευρά των καταστηματαρχών. Οι αντιρρήσεις σχετίζονταν με την πρόβλεψη χαμηλότερης συχνότητας προσέλευσης ατόμων στα κέντρα διασκέδασης και εστίασης. Ταυτόχρονα με υπουργική απόφαση απαγορεύτηκε η διαφήμιση προϊόντων καπνού σε εξωτερικούς και υπαίθριους χώρους, αλλά κρίθηκε επιτρεπτή μονάχα μέσα σε χώρους πώλησης καπνού. Ακολούθως, από την 1η Σεπτεμβρίου 2010, η απαγόρευση του καπνίσματος γενικεύτηκε σε κάθε δημόσιο χώρο, σημαίνοντας μια νέα «εποχή» σε όλα τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος. Ο νόμος προβλέπει την καθολική απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους. Ως εσωτερικοί χώροι θεωρούνται τα αίθρια των καταστημάτων και οι χώροι με αποσπώμενη ή συρόμενη οροφή. Βεβαίως εσωτερικοί χώροι καλούνται και οι εξωτερικοί χώροι των καταστημάτων που έχουν οριοθετηθεί περιμετρικά με τζαμαρία, μουσαμά ή νάιλον. Προκειμένου να επιτρέπεται το κάπνισμα έξω από τα καταστήματα, ο χώρος θα πρέπει να είναι ανοιχτός, χωρίς τζάμια, μουσαμά ή διαχωριστικά νάιλον από δύο τουλάχιστον πλευρές. Σχετική σήμανση που απαγορεύει το κάπνισμα θα πρέπει να υπάρχει σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους. Υπεύθυνοι ελέγχου για την εφαρμογή του μέτρου είναι οι ελεγκτές δημόσιας υγείας, η δημοτική αστυνομία, οι λιμενικές αρχές στην περιοχή ευθύνης τους, ενώ τα πρόστιμα είναι συγκεκριμένα και επιβάλλονται επιτόπου από τις αρμόδιες αρχές.

Στην Ελλάδα, το 2011, έναν χρόνο μετά την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, αναφέρθηκε πως το 33.1% των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα των Schoretsaniti, et al. (2014), ζούσε σε σπίτι «ελεύθερο από καπνό», ωστόσο καπνιστές και άτομα που ζούσαν μόνα τους, ήταν πιο απίθανο να απαγορεύσουν το κάπνισμα στις οικίες τους. Επιπλέον, η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα αναφέρθηκε σε ποσοστά 41.6%, 84.2% και 90.5% σε χώρους εργασίας, σε εστιατόρια και σε καφέ-μπαρ αντίστοιχα (Schoretsaniti, et al., 2014).

Φαίνεται πως η ολική απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους αποτέλεσε ένα σημαντικό κέρδος για τους μη καπνιστές, αφού προσέφερε ένα καθαρό περιβάλλον, ελεύθερο από μόλυνση του αέρα εξαιτίας του καπνίσματος. Αντίθετα, μερικοί μόνο περιορισμοί στην καπνιστική συμπεριφορά δεν επιδρούν σημαντικά στη συχνότητα καπνίσματος, ενώ μάλιστα, βρέθηκε πως αυξάνουν την καπνιστική συμπεριφορά

καπνιστών που καπνίζουν καθημερινά (Catalano, Gilleskie, 2021). Στη χώρα μας, και συγκεκριμένα στην πόλη των Τρικάλων, λιγότερο από το 5% των ιδιοκτητών χώρων εστίασης, είχε συμμορφωθεί με τον αντικαπνιστικό νόμο (Skerletopoulos, 2020), πριν από τις παρεμβάσεις των ερευνητών για μια πόλη ελεύθερη από καπνό, ενώ μετά από αυτές τις παρεμβάσεις, το ποσοστό ανέβηκε στο 90%, κάτι που δείχνει πως οι πολίτες χρειάζονται συστηματική εκπαίδευση και αλλαγή νοοτροπίας σχετικά με τις επιβλαβείς συνέπειες του ενεργητικού αλλά και του παθητικού καπνίσματος.

Στην Ιταλία, ο αντικαπνιστικός νόμος εφαρμόζεται από το 2003, με σκοπό φυσικά τη μείωση του καπνίσματος σε εσωτερικούς δημόσιους χώρους. Οι Ruscitti, Castellani (2021), ανέλυσαν περίπου 7000 δεδομένα που συνέλλεξαν από 59 εταιρείες διαφόρων κλάδων (μεταφορών, κατασκευαστικών και υπηρεσιών υγείας), που απευθύνονταν σε καπνιστές και μη καπνιστές. Το 43,7% των εργαζομένων, υποστηρίζουν πως ο νόμος τηρείται και τον σέβονται, με το γυναικείο ωστόσο φύλο, να υποστηρίζει το αντίθετο. Οι καπνιστές, θεωρούν ότι σέβονται τον νόμο, την ίδια στιγμή όμως οι μη καπνιστές νιώθουν ακόμη εκτεθειμένοι στο παθητικό κάπνισμα. Τα αποτελέσματα της έρευνας, επιβάλλουν μια καλύτερη αντιμετώπιση, και ανάγκη μεγαλύτερου σεβασμού του αντικαπνιστικού νόμου, ενώ παράλληλα, υποστηρίζουν την αναγκαιότητα προαγωγής της δημόσιας υγείας (Ruscitti, et al., 2021).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι η εκτίμηση της ενσυναίσθησης των καπνιστών, όσο αυτοί επιλέγουν να καπνίσουν -κυρίως- σε χώρους όπου απαγορεύεται το κάπνισμα και είναι πιθανόν παρόντες και άλλα άτομα. Επιπλέον, η διερεύνηση των ψυχοπαθολογικών χαρακτηριστικών των καπνιστών. Για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια εκτίμησης της ενσυναίσθησης (Toronto Empathy Questionnaire), και των ψυχολογικών χαρακτηριστικών (Symptom Check List 90R, Other As Shamer Scale-OAS και Experience of Shame Scale- ESS).

7. Ερευνητικά ερωτήματα

Μέσα από την συγκεκριμένη έρευνα αναμένεται να απαντηθούν τα εξής ερωτήματα:

-Επιδεικνύουν ενσυναίσθηση οι Έλληνες καπνιστές και σε τι επίπεδο;

-Εντοπίζονται ψυχοπαθολογικές διαταραχές στους καπνιστές και ποιες;

-Βιώνουν οι καπνιστές αισθήματα ντροπής σχετικά με τον εαυτό τους ή/και την καπνιστική τους συμπεριφορά;

Οι ερευνητικές υποθέσεις μας συνίστανται στα εξής:

-Οι καπνιστές με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία εμφανίζουν χαμηλά έως μέτρια επίπεδα ενσυναίσθησης, χωρίς ωστόσο αυτό να μετριάξει ή μειώνει την καπνιστική τους συνήθεια και συμπεριφορά.

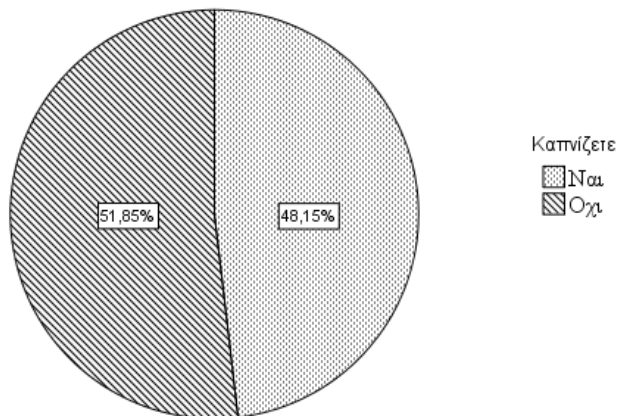
- Οι καπνιστές βιώνουν αισθήματα ντροπής σχετικά με τη δυσκολία διακοπής του καπνίσματος αλλά και με την εικόνα του σώματος και του εαυτού τους γενικότερα.

Ο σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η εκτίμηση της ενσυναίσθησης και των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των καπνιστών.

7.1 Μεθοδολογία

Σε αρχικό στάδιο θελήσαμε να δούμε, εάν τα εργαλεία μας μπορούν να εφαρμοσθούν στον γενικό πληθυσμό. Για τον λόγο αυτό πραγματοποιήσαμε πιλοτική έρευνα.

Το δείγμα της πιλοτικής μας έρευνας αποτέλεσαν 81 άτομα ηλικίας από 18 έως 30 ετών από τους οποίους οι 39 ήταν καπνιστές (48.1%) και οι 42 (51.9%) μη καπνιστές.



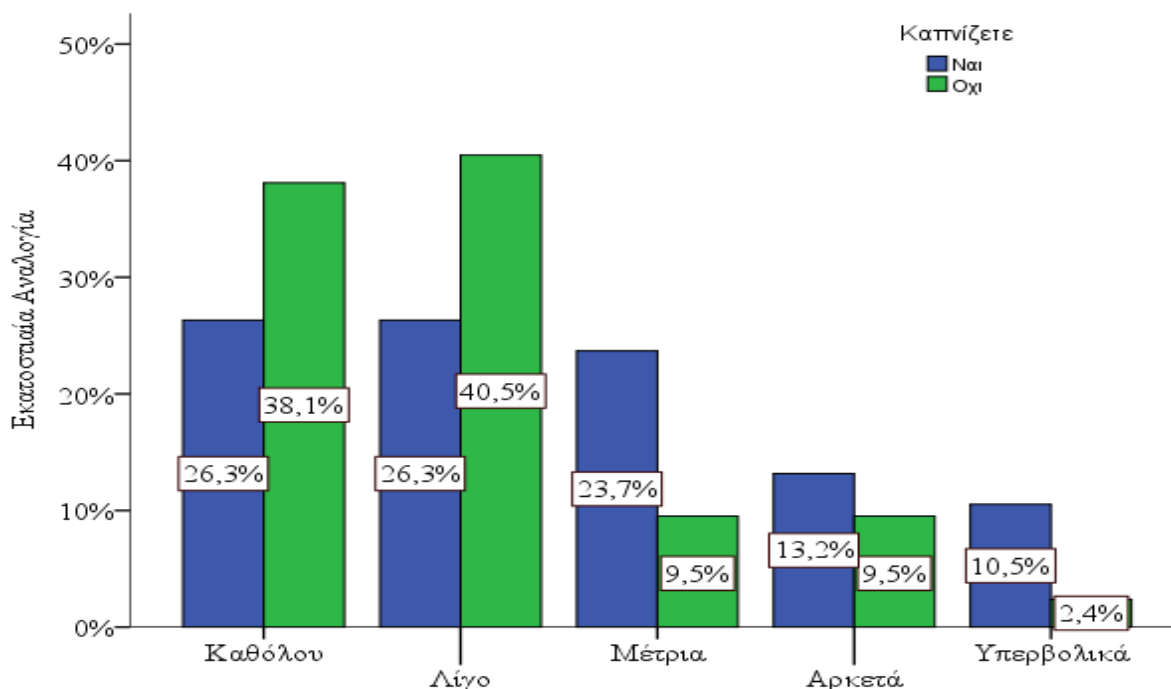
Γράφημα 1. Κυκλικό διάγραμμα κατανομής καπνιστών και μη καπνιστών

Η πιλοτική έρευνα έγινε με τυχαία επιλογή του δείγματος. Επιλέχθηκαν τυχαία, άτομα που βρίσκονταν σε χώρους εστίασης (καφετέριες, μπαρ) και φοιτητές διαφόρων σχολών σε ιδιωτικό κολλέγιο της Θεσσαλονίκης και στα Πανεπιστήμια Θεσσαλίας και Θεσσαλονίκης (σχολές Ιατρικής και Νοσηλευτικής), και τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν και πάλι τυχαία, ενώ δόθηκαν σαφείς οδηγίες συμπλήρωσης. Τα αποτελέσματα της πιλοτικής έρευνας έδειξαν στατιστικώς σημαντική διαφορά στη μέση τιμή του άξονα 3 του TEQ (συμπονετική φυσιολογική διέγερση ανάμεσα στους καπνιστές που καπνίζουν μπροστά στους άλλους και σε αυτούς που δεν το κάνουν), κάτι που σημαίνει πως οι Έλληνες καπνιστές έχουν σχετικά χαμηλά επίπεδα ενσυναίσθησης. Όσον αφορά την πιθανή ύπαρξη βιώματος άγχους από τους συμμετέχοντες βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στη μέση τιμή των απαντήσεων που δόθηκαν στην ερώτηση:

“Νιώθετε νευρικότητα ή εσωτερική τρεμούλα;” ανάμεσα σε εκείνους που δήλωσαν ότι καπνίζουν και σε εκείνους που δήλωσαν ότι δεν καπνίζουν, στοιχείο που δείχνει πως οι καπνιστές βιώνουν συχνότερα και εντονότερα επίπεδα άγχους.

Καπνίζετε;		N	Mean	SD	U	sig.
2.Νιώθετε νευρικότητα ή εσωτερική τρεμούλα;	Ναι	39	1.6	1.3	595	0.042
	Όχι	42	1.0	1.0		

Πίνακας 1. Συχνότητα και σχετική συχνότητα καπνιζόντων και μη σε σχέση με τις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση 2. “Νιώθετε νευρικότητα ή εσωτερική τρεμούλα;”



Γράφημα 2. Συχνότητα βιώματος συμπτωμάτων άγχους ανάμεσα σε καπνιστές και μη καπνιστές

Από τα αποτελέσματα της πιλοτικής μας έρευνας συμπεραίνουμε πως τόσο το ερωτηματολόγιο ενσυναίσθησης TEQ, όσο και τα υπόλοιπα ψυχομετρικά εργαλεία, μπορούν να χρησιμοποιηθούν με επιτυχία στον ελληνικό πληθυσμό.

7.2 Ερευνητικά εργαλεία- Τα Ερωτηματολόγια

7.2.1 Ερωτηματολόγιο ενσυναίσθησης Toronto Empathy Questionnaire

Για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήσαμε το έγκυρο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο μέτρησης της ενσυναίσθησης Toronto Empathy Questionnaire (TEQ) των Spreng, Mckinnon, Mar και Levine (2009). Οι ερευνητές για να σχεδιάσουν και να αναπτύξουν ένα σύντομο εργαλείο μέτρησης της ενσυναίσθησης, χρησιμοποίησαν παράγοντες ανάλυσης σε ένα συνδυασμό αυτοαναφερόμενων διαστάσεων. Το TEQ προτείνει την ενσυναίσθηση ως μια πρωταρχική συναισθηματική διαδικασία. Παρουσιάζει θετική συσχέτιση με συμπεριφορικές διαστάσεις κοινωνικών αποκωδικοποιήσεων, με αυτοαναφερόμενες διαστάσεις

ενσυναίσθησης και αρνητική συσχέτιση με καταστάσεις αυτιστικής συμπτωματολογίας μέσα από αντίστοιχες έρευνες και συγκρίσεις μεταξύ τους. Επιπλέον, παρουσιάζει καλή εσωτερική εγκυρότητα και υψηλή αξιοπιστία σε επανεξέτασή του. Πρόκειται για ένα σύντομο, αξιόπιστο και πολύτιμο εργαλείο για τη μέτρηση της ενσυναίσθησης. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό από τους Ιατρού, Κοτρώτσιου (2016), ενώ παρουσιάζει ικανοποιητική εσωτερική αξιοπιστία σε όλους τους παράγοντες (Iatrou, Kotrotsiou et al., 2022).

7.2.2 Κλίμακα ψυχοπαθολογίας Symptom Check List 90 Revised (SCL-90)

Η κλίμακα ψυχοπαθολογίας (SCL-90) αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977) και αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αξιοποιείται για την αξιολόγηση χρόνιων ασθενών, με σκοπό την ανεύρεση ψυχολογικών, σωματικών και συμπεριφορικών εστιών συμπτωματολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν., 1991).

7.2.3 Κλίμακα εξωτερικής ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS)

Ένας ακόμη στόχος της έρευνας είναι να εκτιμήσουμε τα πιθανά αισθήματα ντροπής που βιώνουν οι καπνιστές. Για τον λόγο αυτό χρησιμοποιήσαμε την κλίμακα εξωτερικής ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) (Goss, Gilbert & Allan, 1994) και την κλίμακα για το βίωμα της ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002). Η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) προέρχεται από ένα προϋπάρχον εργαλείο αξιολόγησης της ντροπής, το ISS (Internalized Shame Scale). Το ISS κατασκευάστηκε το 1993 από τον Cook. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιλαμβάνει 30 δηλώσεις, εκ των οποίων οι 24 μετρούν την ντροπή και οι υπόλοιπες 6 την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Αφορά την εξωτερική ντροπή και οι προτάσεις που περιλαμβάνει αναφέρονται σε γενικές αρνητικές αξιολογήσεις του εαυτού (Goss, Gilbert και Allan, 1994). Οι Goss, Gilbert και Allan (1994) τροποποίησαν αυτό το ερωτηματολόγιο και κατασκεύασαν το OAS (Other As Shamer scale). Αυτό το εργαλείο δημιουργήθηκε για να διερευνήσει τις αντιλήψεις του ατόμου για το πώς το βλέπουν και πώς το κρίνουν οι άλλοι. Οι προτάσεις της κλίμακας ντροπής από το ISS (Cronbach's alpha= 0,96) πήραν τη μορφή «οι άλλοι με θεωρούν...», και έτσι το OAS περιλαμβάνει 18 τέτοιες προτάσεις (οι υπόλοιπες 6 δεν ήταν εφικτό να τροποποιηθούν κατά αυτόν τον τρόπο), οι οποίες απαντώνται σε μια πεντάβαθμη κλίμακα συχνότητας (όπου 0= ποτέ, 1= σπάνια, 2= μερικές φορές, 3= συχνά και 4= πάντα). Οι προτάσεις του OAS κατανέμονται σε τρεις υποκλίμακες, το

αίσθημα κατωτερότητας (inferior), το αίσθημα κενού (empty) και την αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes). Ο τελικός βαθμός του OAS προκύπτει από την άθροιση των βαθμών κάθε ερώτησης. Ο δείκτης Cronbach's alpha του OAS στο ελληνικό δείγμα είναι 0,87 (Gouva et al., 2016). Το OAS έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα της ντροπής (Gilbert et al., 1996, Gilbert & Miles, 2000, Gilbert et al, 2003, Benn et al., 2005).

7.2.4 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)

Κατασκευάστηκε το 2002 από τους Andrews, Qian και Valentine. Αφορμή για την κατασκευή του ήταν η αποτελεσματικότητα της δομημένης συνέντευξης των Andrews και Hunter για την αξιολόγηση του συναισθήματος της ντροπής στην πρόβλεψη της ψυχοπαθολογίας. Το ESS, λοιπόν, κατασκευάστηκε σύμφωνα με τις ίδιες αρχές με την ανωτέρω μέθοδο αξιολόγησης της ντροπής, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η προβλεπτική ισχύς της συνέντευξης για την αξιολόγηση της ντροπής έγκειται στη μέθοδο καθ' αυτή, ή στην αντίληψη για την ντροπή και τις ευθείες ερωτήσεις που έχει αυτή η μέθοδος (Andrews et al, 2002). Το ESS εκτιμά τρεις διαφορετικούς τύπους ντροπής, τη χαρακτηρισολογική (characterological shame) ντροπή, τη συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame), και τη σωματική ντροπή (bodily shame). Κάθε μία από αυτές αναφέρεται σε συγκεκριμένους τομείς, όπως οι συνήθειες του ατόμου (χαρακτηρολογική ντροπή), οι λανθασμένες πράξεις του (συμπεριφορική ντροπή) ή η εικόνα του σώματός του (σωματική ντροπή). Συνολικά καλύπτονται 8 θέματα που αφορούν το συναίσθημα της ντροπής, καθένα από τα οποία έχει ένα βιωματικό, ένα γνωστικό και ένα συμπεριφορικό στοιχείο. Για παράδειγμα, το άτομο ερωτάται αν ένιωσε ντροπή για τις προσωπικές του συνήθειες, εάν τον έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτές και εάν έχει προσπαθήσει να τις κρύψει ή να τις συγκαλύψει (Andrews et al, 2002). Περιλαμβάνει συνολικά 25 ερωτήσεις για τη σωματική ντροπή υπάρχει μία επιπλέον πρόταση που αναφέρεται στην αποφυγή των καθρεπτών- που απαντώνται σε μια τετραβάθμια κλίμακα η οποία υποδηλώνει τη συχνότητα με την οποία το άτομο έχει βιώσει αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση, εντός του περασμένου έτους (όπου 1= καθόλου, 2=λίγο, 3= συγκαταλημένα και 4= πάρα πολύ). Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) εντάσσεται στα ερωτηματολόγια που μετρούν αποκλειστικά την τάση για την ντροπή (και όχι ταυτόχρονα και την τάση για ενοχή), και εκτιμά την ντροπή ως έναν σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ατόμου και όχι ως παροδική αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Tangney & Dearing, 2002). Ο δείκτης Cronbach's Alpha είναι 0,92 (Andrews et al, 2002), και στο ελληνικό δείγμα 0,93, (Gouva et al, 2016).

Σημαντικό κρίνεται σε αυτό το σημείο να αναφέρουμε πως το ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ενσυναίσθησης TEQ, μεταφράστηκε και σταθμίστηκε στον ελληνικό πληθυσμό από τους Ιατρού και Κοτρώτσιου (2019). Οι ερευνητές αφού έλαβαν άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου από τους κατασκευαστές του, προχώρησαν στις απαραίτητες διαδικασίες στάθμισης. Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από ένα γενικό, τυχαίο δείγμα 73 ατόμων. Για τη στάθμιση του ερωτηματολογίου ο ερευνητής προχώρησε σε ενέργειες διασφάλισης της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και της γενικής δομής του ερωτηματολογίου. Για τη διασφάλιση της αξιοπιστίας του ερευνητικού εργαλείου πραγματοποιήθηκε έλεγχος

εσωτερικής συνάφειας, προκειμένου να ελεγχθούν ένα προς ένα τα στοιχεία του ερωτηματολογίου, με τη βοήθεια του δείκτη υπολογισμού Cronbach's alpha (0.769) Η στάθμιση του ερωτηματολογίου TEQ βασίστηκε σε άλλο ερευνητικό εργαλείο που μετρά την ενσυναίσθηση, το ερωτηματολόγιο Jefferson. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως το ερευνητικό εργαλείο TEQ αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο υπολογισμού της ενσυναίσθησης του πληθυσμού.

8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΘΜΙΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ

Για τη στάθμιση του ερωτηματολογίου TEQ, διενεργήθηκαν συγκεκριμένες δοκιμασίες, αξιοπιστίας, εγκυρότητας καθώς και δομής, και επιπροσθέτως συγκρίθηκαν τα αποτελέσματά του με αντίστοιχο ερωτηματολόγιο μέτρησης ενσυναίσθησης (Jefferson's). Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου διενεργήθηκε με τον υπολογισμό της εσωτερικής συνάφειας (internal consistency), εξετάζοντας τα στοιχεία του ερωτηματολογίου, το ένα ενάντια στο άλλο, χρησιμοποιώντας τον δείκτη Cronbach's alpha. Τιμές μεγαλύτερες του 0,7 θεωρούνταν υψηλές και προσδίδουν υψηλή εσωτερική συνάφεια στις ερωτήσεις της κάθε υποκλίμακας. Για την αξιολόγηση της εγκυρότητας της δομής του ερωτηματολογίου, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson's. Τέλος, ακολουθήσαμε την ανάλυση παραγόντων για να διερευνήσουμε τη δομή του ερωτηματολογίου.

		Κλίμακα Jefferson	Άξονας 1 (2,7,10,12,15) Συν.κατ. άλλων	Άξονας 2 (5,14,16) Αλτρουϊσμός	Άξονας 3 (3,6,9,11) Συμπερ. Φυσιολ. διέγερση	Άξονας 4 (1,4) Αντίληψη συναισθ. κατάστασης άλλου	Άξονας 5 (8) Συναισθ. κατάσταση άλλων	Άξονας 6 (13) Συχνότητα συμπεριφορών
Κλίμακα Jefferson	P	1	.478**	.725**	.339**	.204	.324**	.295*
	sig		.000	.000	.003	.084	.005	.011
	N	73	73	73	73	73	73	73
Άξονας 1 (2,7,10,12,15)	P	.478**	1	.255*	.224	.106	.192	.131
	sig	.000		.030	.057	.374	.104	.271
	N	73	73	73	73	73	73	73
Άξονας 2 (5,14,16)	P	.725**	.255*	1	.201	.134	.174	.312**
	sig	.000	.030		.088	.257	.142	.007
	N	73	73	73	73	73	73	73
Άξονας 3 (3,6,9,11)	P	.339**	.224	.201	1	.252*	.185	.220
	sig	.003	.057	.088		.031	.117	.061
	N	73	73	73	73	73	73	73
Άξονας 4 (1,4)	P	.204	.106	.134	.252*	1	.211	.140
	sig	.084	.374	.257	.031		.073	.238
	N	73	73	73	73	73	73	73
Άξονας 5 (8) Συναισθηματική κατάσταση άλλων	P	.324**	.192	.174	.185	.211	1	.370**
	sig	.005	.104	.142	.117	.073		.001
	N	73	73	73	73	73	73	73
Άξονας 6 (13)	P	.295*	.131	.312**	.220	.140	.370**	1
	sig	.011	.271	.007	.061	.238	.001	
	N	73	73	73	73	73	73	73

Πίνακας 2. Συσχέτιση ερωτηματολογίου Jefferson και TEQ

Γραμμικό Μοντέλο Jefferson - TEQ

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
Άξονας 1 (2,7,10,12,15) Συναισθηματική κατάσταση άλλων	10.584	2.989	.267	3.541	.001
Άξονας 2 (5,14,16) Αλτρουϊσμός	22.701	2.803	.605	8.098	.000
Άξονας 3 (3,6,9,11) Συμπονετική φυσιολογική διέγερση	4.386	2.481	.131	1.768	.082
Άξονας 5 (8) Συναισθηματική κατάσταση άλλων	3.601	1.849	.143	1.948	.056

Πίνακας 3. Γραμμικό Μοντέλο

9. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε στο πρόγραμμα IBM SPSS 26. Οι κατηγορικές-ονομαστικές μεταβλητές παρουσιάστηκαν με συχνότητες και ποσοστά ενώ οι μεταβλητές κλίμακας Likert και οι ποσοτικές με μέση τιμή, τυπική απόκλιση, ελάχιστη και μέγιστη τιμή. Η στάθμη σημαντικότητας των ελέγχων ορίστηκε στο 5% και πραγματοποιήθηκε στους παράγοντες της έρευνας. Ελέγχθηκε η αξιοπιστία των μετρήσεων με χρήση του συντελεστή Cronbach Alpha και οι παράγοντες δημιουργήθηκαν στις περιπτώσεις ύπαρξης αποδεκτής αξιοπιστίας ($\alpha > 0,7$). Ο έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών έγινε με χρήση του Shapiro Wilk test. Χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman για έλεγχο συσχέτισης ποσοτικών μη κανονικών μεταβλητών. Ο έλεγχος independent samples t-test χρησιμοποιήθηκε για σύγκριση μέσων τιμών 2 ανεξάρτητων δειγμάτων ενώ για 3 ή περισσότερων ανεξάρτητων δειγμάτων που είτε είναι μεγάλα ($n \geq 30$) είτε ακολουθούν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA). Για σύγκριση διαμέσων τιμών 2 δειγμάτων εκ των οποίων τουλάχιστον 1 είναι μικρό και δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Mann Whitney. Παρόμοια για σύγκριση διαμέσων τιμών 3 ή περισσότερων δειγμάτων εκ των οποίων τουλάχιστον 1 είναι μικρό και δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Kruskal Wallis με Post hoc analysis Bonferonni. Τέλος για έλεγχο της αλληλεπίδρασης της ιδιότητας και του καπνίσματος στην ενσυναίσθηση χρησιμοποιήθηκε πολλαπλή ANOVA 4 X 2 (Field, 2017).

9.1 Περιορισμοί της μελέτης

Αυτή η μελέτη έχει διεξαχθεί κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Οι ισχυρές οικονομικές μεταβολές που έχουν επέλθει επηρεάζουν τις κοινωνικές σχέσεις και την ψυχολογία των συμμετεχόντων, και ενδεχομένως οι απαντήσεις των ερωτηθέντων να επηρεάζονται και από άλλες συνθήκες οι οποίες δε σχετίζονται ούτε αφορούν την έρευνα. Επίσης, η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε μια ιδιαίτερη χρονική περίοδο στην Ελληνική κοινωνία, η οποία ταλαιπωρήθηκε για αρκετά χρόνια από την εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου, με έντονες αντιδράσεις και από τις δυο αντίθετες ομάδες (πληθυσμός υπέρ της απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους και πληθυσμός, κυρίως καπνιστών φυσικά, οι οποίοι αντιτίθενται σε αυτόν τον νόμο).

9.2 Γενικά Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης

Για τους σκοπούς της έρευνάς μας συγκεντρώσαμε 563 ερωτηματολόγια από τα οποία ωστόσο απορρίφθηκαν τα 110 λόγω ελλιπούς ή λανθασμένης συμπλήρωσης. Το τελικό δείγμα της έρευνάς μας

ανέρχεται σε 453 άτομα από τα οποία 140 αφορούσαν εργαζομένους σε χώρους εστίασης (καφετέριες, μπαρ, εστιατόρια), 116 ιδιοκτήτες χώρων εστίασης (καφετέριες, μπαρ, εστιατόρια), 129 φοιτητές ιατρικής και 68 φοιτητές ανθρωπιστικών σπουδών και σπουδών υγείας (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και νοσηλευτές). Το 51,43% (N=233) είναι άνδρες και το 48,57% (N=220) γυναίκες. Όσον αφορά την ηλικία των ερωτηθέντων, αυτή κυμάνθηκε από τα 18 έως και τα 66 έτη, με το μέσο όρο να διαμορφώνεται στα 27,71 έτη (M.O.=27,71±8,13). Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, το 78,81% (N=357) των ερωτηθέντων δήλωσε πως είναι άγαμοι, το 17,00% (N=77) έγγαμοι με παιδιά και το 4,19% (N=19) έγγαμοι χωρίς παιδιά. Αναφορικά με την εκπαίδευση, το 49,89% (N=226) δήλωσε πως έχει πτυχίο ΑΕΙ, το 18,98% (N=86) πτυχίο ΤΕΙ, το 12,58% (N=57) πτυχίο ΙΕΚ, το 9,27% (N=42) έχει τελειώσει το λύκειο, το 7,51% (N=34) έχει μεταπτυχιακό, ενώ μόνο το 1,77% (N=8) έχει τελειώσει το γυμνάσιο. Όσον αφορά το μηνιαίο εισόδημα που έχουν οι ερωτηθέντες, αυτό κυμάνθηκε από τα 0 έως τα 5.000 ευρώ, με το μέσο όρο να διαμορφώνεται στα 520,16 ευρώ (M.O.=520,16±461,71). Ακόμη, αναφορικά με την εργασία τους, το 42,13% (N=190) δήλωσε πως έχει πλήρη απασχόληση, το 32,82% (N=148) είναι άνεργοι, το 13,08% (N=59) έχει μερική απασχόληση και το 11,97% (N=54) έχει περιστασιακή απασχόληση. Ο πίνακας 4 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας των παραγόντων. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχει ικανοποιητική εσωτερική αξιοπιστία, αφού οι τιμές του Cronbach Alpha σε όλες τις διαστάσεις είναι μεγαλύτερες από 0,7. Συγκεκριμένα, ο παράγοντας «Ενσυναίσθηση» είχε αξιοπιστία $\alpha=0,789$, η «Σωματοποίηση» $\alpha=0,868$, η «Ψυχαναγκαστικότητα-καταναγκαστικότητα» $\alpha=0,819$, η «Διαπροσωπική ευαισθησία» $\alpha=0,814$, η «Κατάθλιψη» $\alpha=0,869$, το «Άγχος» $\alpha=0,866$, ο «Θυμός-Επιθετικότητα» $\alpha=0,823$, το «Φοβικό άγχος» $\alpha=0,809$, ο «Παρανοειδής ιδεασμός» $\alpha=0,758$ και ο «Ψυχωτισμός» $\alpha=0,821$. Λόγω της ικανοποιητικής εσωτερικής αξιοπιστίας που προέκυψε σε όλους τους παράγοντες, οι μεταβλητές τους ομαδοποιήθηκαν με τη χρήση του αμερόληπτου εκτιμητή της μέσης τιμής.

Παράγοντας	Ερωτήσεις	Cronbach's Alpha
TEQ		
Ενσυναίσθηση	1, 2R, 3, 4R, 5-6, 7R, 8-9, 10R, 11, 12R, 13, (14-15)R, 16	0.896
Symptom check list 90-R		
Σωματοποίηση	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58	0.868
Ψυχαναγκαστικότητα-καταναγκαστικότητα	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65	0.819
Διαπροσωπική ευαισθησία	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73	0.814
Κατάθλιψη	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79	0.869
Άγχος	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86	0.866
Θυμός-Επιθετικότητα	11, 24, 63, 67, 74, 81	0.823
Φοβικό άγχος	13, 25, 47, 50, 70, 75, 82	0.809
Παρανοειδής ιδεασμός	8, 18, 43, 68, 76, 83	0.758
Ψυχωτισμός	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90	0.821

Πίνακας 4. Αξιοπιστία παραγόντων

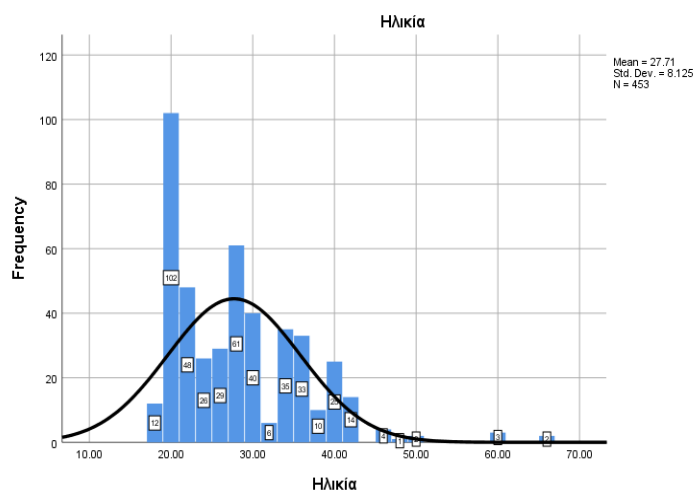
9.3 Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων στην έρευνα

Στοιχείο	Κατηγορία	N	f %
Φύλο	Άνδρας	233	51.43%
	Γυναίκα	220	48.57%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	357	78,81%
	Έγγαμος με παιδιά	77	17.00%
	Έγγαμος χωρίς παιδιά	19	4.19%
Εκπαιδευτική βαθμίδα	Γυμνάσιο	8	1.77%
	Λύκειο	42	9.27%
	ΙΕΚ	57	12.58%
	ΑΕΙ	226	49.89%
	ΤΕΙ	86	18.98%
	Μεταπτυχιακό	34	7.51%
Απασχόληση	Άνεργος	148	32.82%
	Περιστασιακή Απασχόληση	54	11.97%
	Μερικής Απασχόλησης	59	13.08%
	Πλήρους Απασχόλησης	190	42.13%
Ιδιότητα	Εργαζόμενοι	140	30.91%
	Φοιτητές Ιατρικής	129	28.48%
	Ιδιοκτήτες	116	25.61%
	Φοιτητές άλλων σπουδών	68	15.01%

Πίνακας 5. δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

Στοιχείο	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο.	Τ.Α.
Ηλικία	18	66	27.71	8.13
Εισόδημα (μηνιαίο)	0	5000	520.16	461.71

Πίνακας 6. Δημογραφικά στοιχεία



Γράφημα 3. Ηλικία συμμετεχόντων

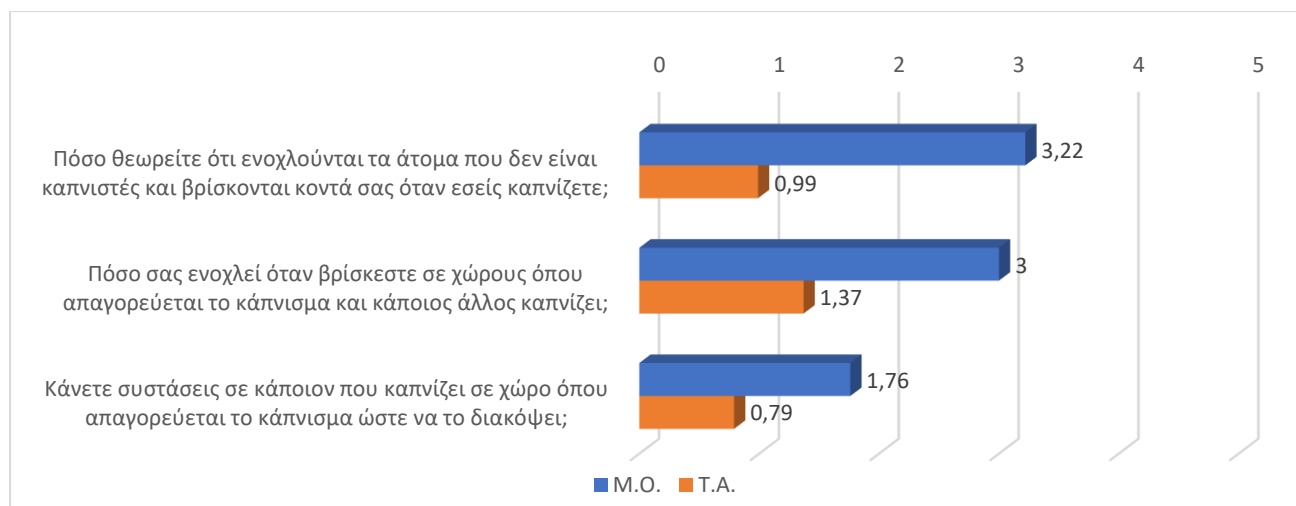
Το 63,58% (N=288) του δείγματός μας σε ερώτηση σχετικά με το εάν καπνίζει, απάντησε αρνητικά, σε αντίθεση με το 36,42% (N=165) που απάντησε θετικά. Όσον αφορά το αν καπνίζουν εντός του χώρου που διαμένουν, το 58,18% (N=96) των ερωτηθέντων που καπνίζουν απάντησε θετικά, ενώ το 41,82% (N=69) αρνητικά (πίνακας 7). Το 64,24% (N=106) καπνίζουν στο χώρο εργασίας τους ενώ το 35,76% (N=59) των καπνιστών, όχι. Για το αν καπνίζουν σε χώρους όπου απαγορεύεται το κάπνισμα βάσει του Ν. 3730/2008, το 59,39% (N=98) όσων καπνίζουν απάντησε θετικά, ενώ το 40,61% (N=67) απάντησε αρνητικά. Επίσης, στην ερώτηση για το ποιοι άλλοι είναι συνήθως παρόντες όταν καπνίζουν στον χώρο όπου απαγορεύεται το κάπνισμα, το 42,42% (N=70) απάντησε ότι είναι παρόντες φίλοι ή συνάδελφοι, το 37,58% (N=62) άγνωστοι, το 4,24% (M=7) παιδιά, το 3,03% (N=5) η οικογένεια και το 12,73% (N=21) ότι δεν είναι κανένας παρόντας (πίνακας 7). Ακόμη, σχετικά με το πόσο θεωρούν ότι ενοχλούνται τα άτομα που δεν είναι καπνιστές και βρίσκονται κοντά τους όταν αυτοί καπνίζουν, οι ερωτηθέντες κατά μέσο όρο θεωρούν πως τους ενοχλούν σε μέτριο βαθμό (Μ.Ο.=3,22±0,99). Επιπλέον, όλοι οι ερωτηθέντες δήλωσαν πως κατά μέσο όρο τους ενοχλεί σε μέτριο βαθμό όταν βρίσκονται σε χώρους όπου απαγορεύεται το κάπνισμα και κάποιος άλλος καπνίζει (Μ.Ο.=3,00±1,37). Τέλος, όλοι οι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι σπάνια κάνουν συστάσεις σε κάποιον που καπνίζει σε χώρο όπου απαγορεύεται το κάπνισμα ώστε να το διακόψει (Μ.Ο.=1,76±0,79), (πίνακας 8).

Ερώτηση	Απάντηση	N	f %
Καπνίζετε;	Ναι	165	36.42%
	Όχι	288	63.58%
Πόσα τσιγάρα κάνετε;	1-5	29	33.72%
	6-10	22	25.58%
	11-15	15	17.44%
	>16	20	23.26%
Πόσα τσιγάρα με καπνό καπνίζετε;	1-5	10	14.49%
	6-10	30	43.48%
	11-15	20	28.99%
	>16	9	13.04%
Κάνετε ηλεκτρονικό τσιγάρο;	Όχι	155	93.94%
	Ναι	10	6.06%
Καπνίζετε εντός του χώρου που διαμένετε;	Όχι	69	41.82%
	Ναι	96	58.18%
Καπνίζετε στον χώρο εργασίας σας;	Ναι	106	64.24%
	Όχι	59	35.76%
Καπνίζετε σε χώρους όπου απαγορεύεται βάση του Ν. 3730/2008 το κάπνισμα;	Ναι	98	59.39%
	Όχι	67	40.61%
Όταν καπνίζετε σε χώρο όπου απαγορεύεται το κάπνισμα ποιοι άλλοι συνήθως είναι παρόντες;	Κανένας	21	12.73%
	Παιδιά	7	4.24%
	Οικογένεια	5	3.03%
	Φίλοι/Συνάδελφοι	70	42.42%
	Άγνωστοι	62	37.58%

Πίνακας 7. Καπνιστική συμπεριφορά συμμετεχόντων

Ερώτηση	M.O.	T.A.
Πόσο θεωρείτε ότι ενοχλούνται τα άτομα που δεν είναι καπνιστές και βρίσκονται κοντά σας όταν εσείς καπνίζετε;	3.22	0.99
Πόσο σας ενοχλεί όταν βρίσκεστε σε χώρους όπου απαγορεύεται το κάπνισμα και κάποιος άλλος καπνίζει;	3.00	1.37
Κάνετε συστάσεις σε κάποιον που καπνίζει σε χώρο όπου απαγορεύεται το κάπνισμα ώστε να το διακόψει;	1.76	0.79

Πίνακας 8. καπνιστική συμπεριφορά συμμετεχόντων



Γράφημα 4. Αντιλήψεις για το κάπνισμα

9.4 Ενσυναίσθηση και ψυχοπαθολογία καπνιστών και μη καπνιστών

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μέση τιμή στους παράγοντες «Ενσυναίσθηση» ($t(451)=-2,450$, $p=0,015<0,05$), «Θυμός-Επιθετικότητα» ($t(270,20)=3,686$, $p<0,001$), «Ενόχληση όταν άλλοι καπνίζουν σε χώρους όπου απαγορεύεται το κάπνισμα» ($t(374,90)=-10,987$, $p<0,001$) και «Σύσταση σε όσους καπνίζουν σε χώρους όπου απαγορεύεται το κάπνισμα» ($t(451)=-5,495$, $p<0,001$), ανάμεσα στους καπνιστές και μη καπνιστές (πίνακας 9).

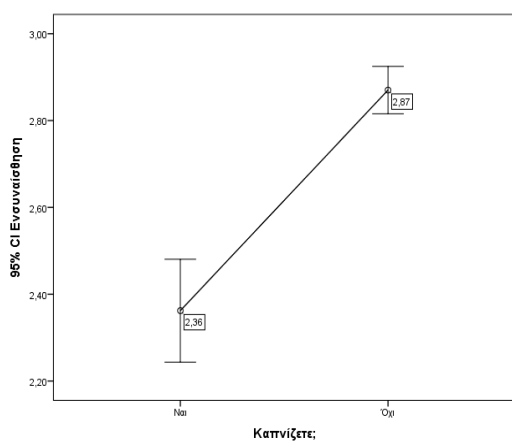
Παράγοντας	t	df	p
Ενσυναίσθηση	-7.685	235.260	<0.001
Σωματοποίηση	1.578	316.05	0.116
Ψυχαναγκαστικότητα-καταναγκαστικότητα	-0.804	451	0.422
Διαπροσωπική ευαισθησία	-1.553	451	0.121
Κατάθλιψη	0.384	451	0.702
Άγχος	-0.083	451	0.934
Θυμός-Επιθετικότητα	3.686	270.20	<0.001
Φοβικό άγχος	-0.401	451	0.688
Παρανοειδής ιδεασμός	0.993	329.66	0.322
Ψυχωτισμός	1.034	451	0.301
Ενόχληση όταν άλλοι καπνίζουν σε χώρους μη καπνιστών	-10.987	374.90	<0.001
Σύσταση σε όσους καπνίζουν σε χώρους μη καπνιστών	-5.495	451	<0.001

Πίνακας 9. Ανάλυση παραγόντων

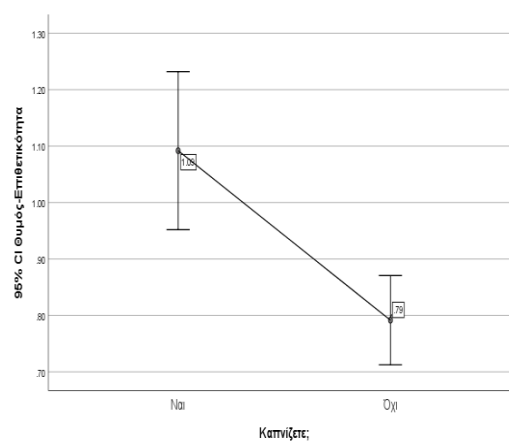
Οι καπνιστές εμφανίζουν στατιστικά μικρότερη μέση τιμή ($t(235,260) = -7,685, p < 0,001$) από την μέση τιμή των μη καπνιστών (Μ.Ο.=2,87) όσον αφορά την επίδειξη ενσυναίσθησης. Επίσης, στον παράγοντα «Θυμός-Επιθετικότητα» η μέση τιμή των καπνιστών (Μ.Ο.=1,09) είναι στατιστικά μεγαλύτερη ($t(270,20) = 3,686, p < 0,001$), από την μέση τιμή των μη καπνιστών (Μ.Ο.=0,79), άρα οι καπνιστές παρουσιάζουν συχνότερα ή και εντονότερα συμπτώματα θυμού και επιθετικής συμπεριφοράς. Τέλος, στον παράγοντα «Ενόχληση όταν άλλοι καπνίζουν σε χώρους μη καπνιστών» η μέση τιμή των καπνιστών (Μ.Ο.=2,19) είναι στατιστικά μικρότερη ($t(374,90) = -10,987, p < 0,001$), από την μέση τιμή των μη καπνιστών (Μ.Ο.=3,47), (πίνακας 10, γραφήματα 5, 6).

Παράγοντας	Καπνιστής	N	Μ.Ο.	t	df	p
Ενσυναίσθηση	Ναι	165	2.36	-7.685	235.3	<0.001
	Όχι	288	2.87			
Θυμός-Επιθετικότητα	Ναι	165	1.09	3.686	270.2	<0.001
	Όχι	288	0.79			
Ενόχληση όταν άλλοι καπνίζουν σε χώρους μη καπνιστών	Ναι	165	2.19	-10.987	374.9	<0.001
	Όχι	287	3.47			
Σύσταση σε όσους καπνίζουν σε χώρους μη καπνιστών	Ναι	165	1.50	-5.495	451	<0.001
	Όχι	288	1.91			

Πίνακας 10. Ενσυναίσθηση και ψυχοπαθολογία καπνιστών και μη καπνιστών



Γράφημα 5. Ενσυναίσθηση-κάπνισμα



Γράφημα 6. Ψυχοπαθολογία-κάπνισμα

Οι καπνιστές στο δείγμα μας που καπνίζουν «μέτρια» (6-10 τσιγάρα/ημερησίως), φαίνεται να παρουσιάζουν την μεγαλύτερη μέση τιμή στον παράγοντα της ενσυναίσθησης, σε σχέση με τους καπνιστές οποιασδήποτε άλλης κατηγορίας αριθμού τσιγάρων (πίνακας 11).

Παράγοντας	Αριθμός Τσιγάρων	N	M.B.	df	H	p
Ενσυναίσθηση	1-5	29	35.29	3	27.873	<0.001
	6-10	22	64.59			
	11-15	15	24.67			
	>16	20	46.33			

Πίνακας 11. Ενσυναίσθηση και αριθμός τσιγάρων

Ανάμεσα στους καπνιστές, φαίνεται πως οι καπνιστές που καπνίζουν πολύ (περισσότερα από 16 τσιγάρα/ημερησίως), εμφανίζουν και περισσότερο άγχος και συχνότερα ή και πιο έντονα συμπτώματα θυμού και επιθετικότητας (πίνακας 12).

Παράγοντας	Αριθμός Τσιγάρων	N	M.B.	df	H	p
Άγχος	1-5	29	36.24	3	14.145	0.003
	6-10	22	47.16			
	11-15	15	31.70			
	>16	20	58.85			
Θυμός- Επιθετικότητα	1-5	29	38.47	3	10.232	0.017
	6-10	22	51.34			
	11-15	15	30.13			
	>16	20	52.20			

Πίνακας 12. Αριθμός τσιγάρων και ψυχοπαθολογία

Από τον Πίνακα 13 προκύπτει ότι στον παράγοντα «Ψυχωτισμός» η μέση τιμή των ατόμων που δεν καπνίζουν εντός του χώρου διαμονής (M.O.=0,76) είναι στατιστικά μεγαλύτερη ($t(163)=1,999$, $p=0,047$) από την αντίστοιχη όσων καπνίζουν (M.O.=0,58).

Παράγοντας	Κάπνισμα εντός του χώρου διαμονής	N	M.O.	t (163)	p-value
Ψυχωτισμός	Όχι	69	0.76	1.999	0.047
	Ναι	96	0.58		

Πίνακας 13. Κάπνισμα εντός χώρου διαμονής και ψυχοπαθολογία

Όσον αφορά την καπνιστική συμπεριφορά των καπνιστών στους χώρους εργασίας τους, από την στατιστική ανάλυση του δείγματός μας προκύπτει πως, στον παράγοντα «Παρανοειδής ιδεασμός» η μέση τιμή όσων καπνίζουν στο χώρο εργασία τους (M.O.=0,82) είναι στατιστικά μικρότερη ($t(163)=-4,190$, $p<0,001$), από την μέση τιμή όσων δεν καπνίζουν (M.O.=1,30), ενώ στον παράγοντα «Ψυχωτισμός» η μέση τιμή όσων καπνίζουν στο χώρο εργασία τους (M.O.=0,57) είναι στατιστικά μικρότερη ($t(163)=-2,667$, $p=0,008<0,01$), από την μέση τιμή όσων δεν καπνίζουν (M.O.=0,81) (πίνακας 14).

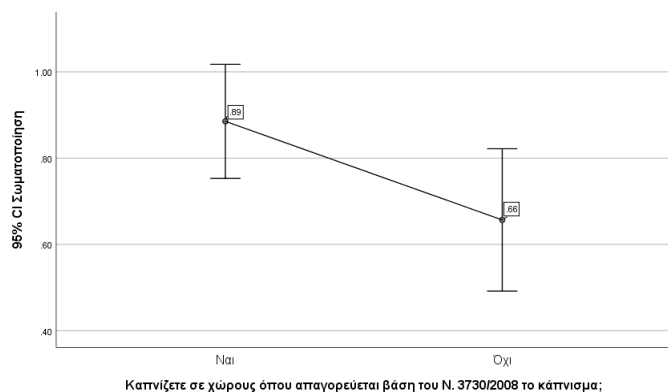
Παράγοντας	Κάπνισμα στον χώρο εργασίας	N	M.O.	t	df	p
Παρανοειδής ιδεασμός	Ναι	106	0.82	-4.190	163	<0.001
	Όχι	59	1.30			
Ψυχωτισμός	Ναι	106	0.57	-2.667	163	0.008
	Όχι	59	0.81			

Πίνακας 14. Κάπνισμα εντός χώρου εργασίας και ψυχοπαθολογία

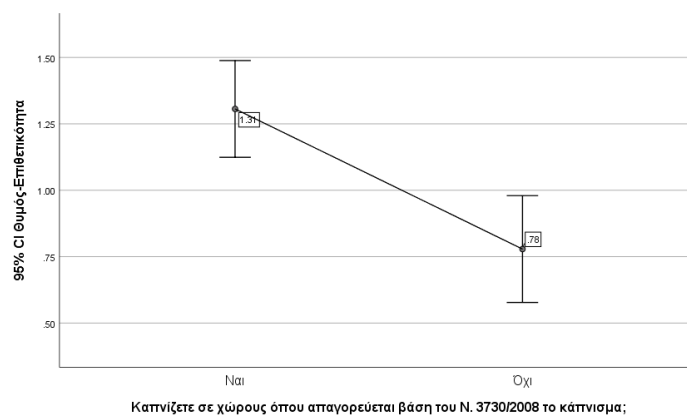
Στον πίνακα 15 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων independent samples t-test των παραγόντων ως προς το αν οι καπνιστές, καπνίζουν σε χώρους που απαγορεύεται βάση του Ν. 3730/2008 (όπως κλειστοί χώροι εστίασης, κλειστός χώρος εργασίας, πανεπιστήμιο κτλ.). Συγκεκριμένα, στον παράγοντα «Σωματοποίηση» η μέση τιμή όσων καπνίζουν σε χώρους που απαγορεύεται (Μ.Ο.=0,89) είναι στατιστικά μεγαλύτερη ($t(163)=2,162, p=0,032<0,05$), από την μέση τιμή όσων δεν καπνίζουν (Μ.Ο.=0,66), στον παράγοντα «Θυμός-Επιθετικότητα» η μέση τιμή όσων καπνίζουν σε χώρους που απαγορεύεται (Μ.Ο.=1,31) είναι στατιστικά μεγαλύτερη ($t(163)=3,800, p<0,001$), από την μέση τιμή όσων δεν καπνίζουν (Μ.Ο.=0,78), ενώ τέλος, στον παράγοντα «Παρανοειδής ιδεασμός» η μέση τιμή όσων καπνίζουν σε χώρους που απαγορεύεται (Μ.Ο.=1,14) είναι στατιστικά μεγαλύτερη ($t(156,10)=3,448, p=0,001<0,01$), από την μέση τιμή όσων δεν καπνίζουν (Μ.Ο.=0,76) (πίνακας 15, γράφημα 7, 8, 9).

Παράγοντας	Κάπνισμα σε χώρους που απαγορεύεται	N	M.O.	t	df	p
Σωματοποίηση	Ναι	98	0.89	2.162	163	0.032
	Όχι	67	0.66			
Θυμός-Επιθετικότητα	Ναι	98	1.31	3.800	163	<0.001
	Όχι	67	0.78			
Παρανοειδής ιδεασμός	Ναι	98	1.14	3.448	156.10	0.001
	Όχι	67	0.76			

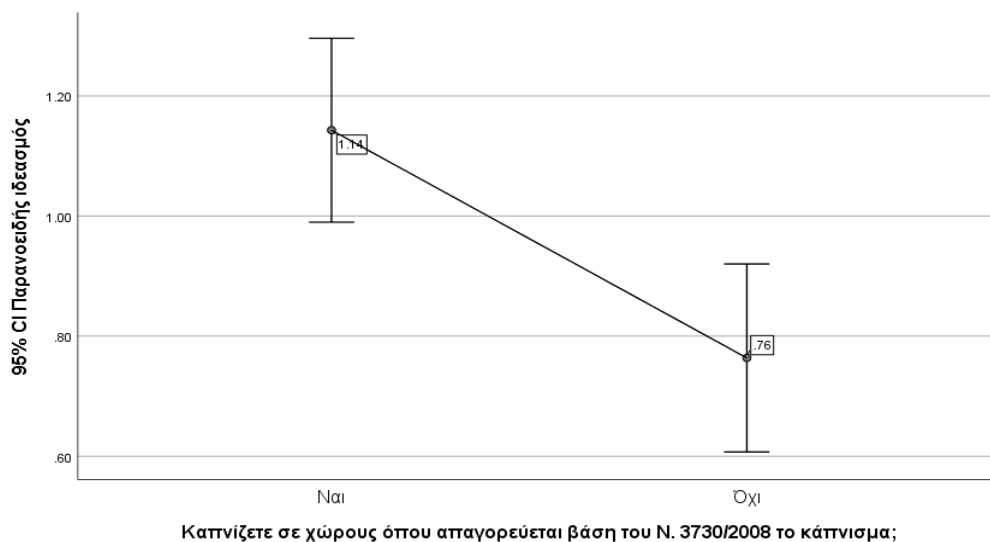
Πίνακας 15. κάπνισμα σε χώρους απαγόρευσης καπνίσματος και ψυχοπαθολογία



Γράφημα 7. Κάπνισμα και ενσυναίσθηση



Γράφημα 8. Κάπνισμα και ψυχοπαθολογία

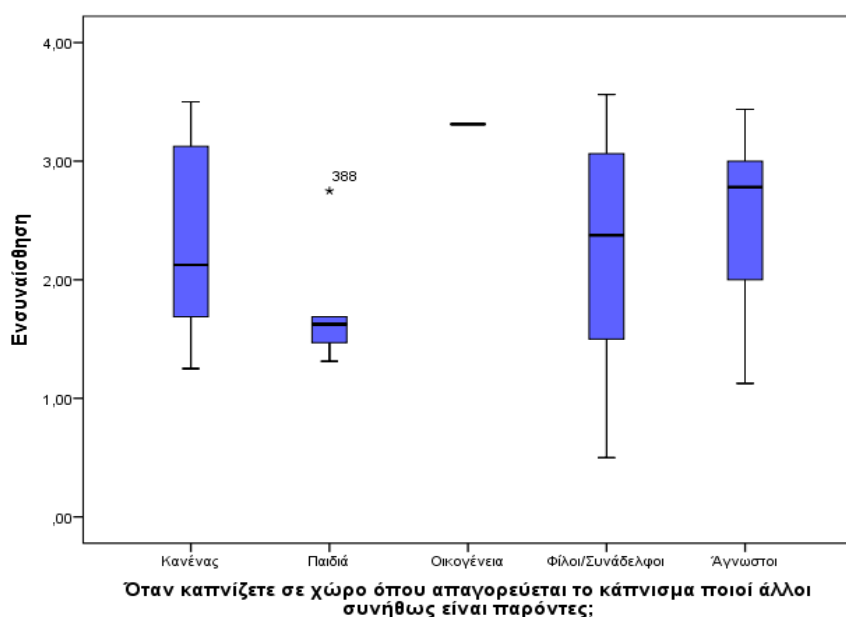


Γράφημα 9. Κάπνισμα και ψυχοπαθολογία

Σημαντικά ευρήματα παρέχει η έρευνά μας σχετικά με συγκεκριμένους παράγοντες ανάλυσης ανάμεσα στους καπνιστές. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται πως όσοι καπνίζουν σε κλειστούς χώρους που απαγορεύεται το κάπνισμα ή εντός των σπιτιών τους όσο είναι παρούσα η οικογένεια τους (M.B.=148,50) παρουσιάζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή στην ενσυναίσθηση από όσους το κάνουν ενώ είναι παρόντες φίλοι/συνάδελφοι (M.B.=78,14) (adj. p=0,015), άγνωστοι (M.B.=90,23) (p=0,009) και όταν δεν είναι κανένας (M.B.=76,12) (p=0,023). Αυτό σημαίνει πως ένας καπνιστής, θεωρητικά, θα επιδείξει μεγαλύτερα επίπεδα ενσυναίσθησης και δεν θα καπνίσει όσο είναι κοντά του μέλη της οικογένειάς του, όμως όχι όταν βρίσκεται με άλλους ανθρώπους. (πίνακας, 16, γράφημα 10).

Παράγοντας	Παρόντες	N	M.B.	df	H	p
Ενσυναίσθηση	Κανένας	21	76.12	4	17.303	0.002
	Παιδιά	7	41.43			
	Οικογένεια	5	148.50			
	Φίλοι/Συνάδελφοι	70	78.14			
	Άγνωστοι	62	90.23			

Πίνακας 16. Ενσυναίσθηση καπνιστών σε χώρους όπου απαγορεύεται το κάπνισμα

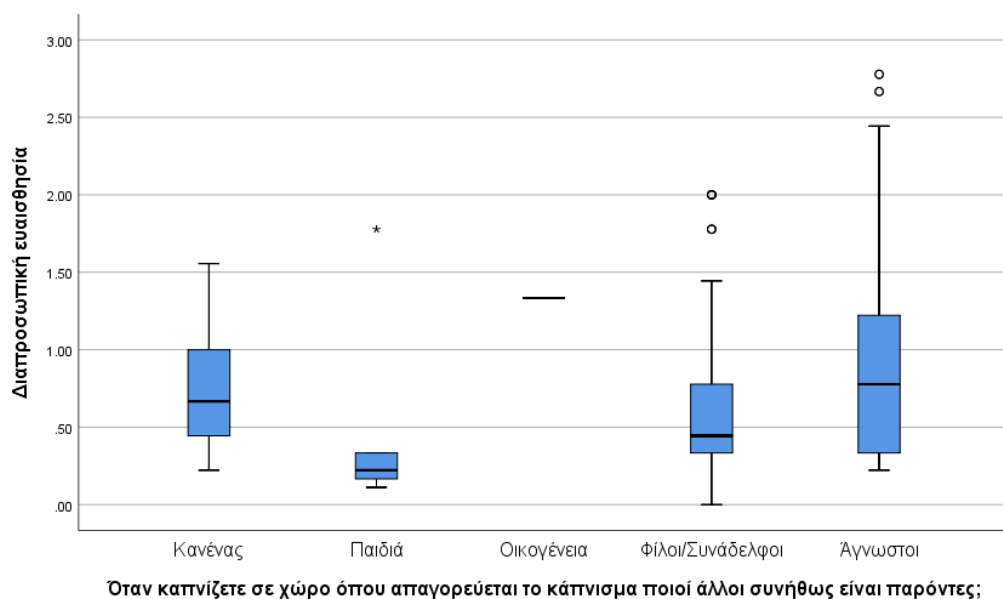


Γράφημα 10. Ενσυναίσθηση και καπνιστική συμπεριφορά

Στο ίδιο μοτίβο, σχετικά με τον παράγοντα ενσυναισθητικής συμπεριφοράς, «Διαπροσωπική ευαισθησία», η μέση τιμή όσων καπνίζουν σε χώρους που απαγορεύεται όσο είναι παρούσα η οικογένεια τους (M.B.=136,00) είναι στατιστικά μεγαλύτερη από εκείνη όσων το κάνουν ενώ είναι παρόντες φίλοι/συνάδελφοι (M.B.=75,50) ($p=0,006$), άγνωστοι (M.B.=89,89) ($p=0,037$) και όταν δεν είναι κανένας (M.B.=88,05) ($p=0,043$) (πίνακας 17, γράφημα 11).

Διαπροσωπική ευαισθησία	Κανένας	21	88.05	4	14.208	0.007
	Παιδιά	7	44.00			
	Οικογένεια	5	136.00			
	Φίλοι/συνάδελφοι	70	75.50			
	Άγνωστοι	62	89.89			

Πίνακας 17. Ενσυναίσθηση καπνιστών σε χώρους όπου απαγορεύεται το κάπνισμα



Γράφημα 11. Ενσυναίσθηση και καπνιστική συμπεριφορά

Στον πίνακα 18 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις Spearman μεταξύ των παραγόντων ως προς την ενόχληση των ερωτηθέντων όταν κάποιος καπνίζει σε χώρο μη καπνιστών. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η ενόχληση συσχετίζεται θετικά με τον παράγοντα της «Ενσυναίσθησης» ($\rho=0,150$, $p=0,001$), ενώ αρνητικά με τους παράγοντες «Σωματοποίηση» ($\rho=-0,119$, $p=0,012$) και «Θυμός-Επιθετικότητα» ($\rho=-0,116$, $p=0,013$) του ερωτηματολογίου ψυχοπαθολογίας.

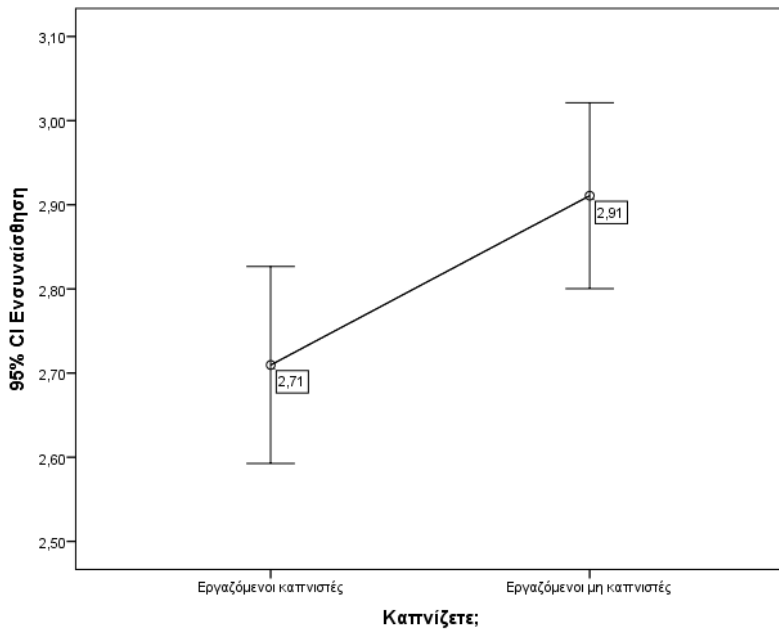
Συσχετίσεις Spearman	Ενόχληση όταν κάποιος καπνίζει σε χώρο που απαγορεύεται
Ενσυναίσθηση	$\rho=0.150$, $p=0.001$
Σωματοποίηση	$\rho=-0.119^*$, $p=0.012$
Ψυχαναγκαστικότητα-καταναγκαστικότητα	$\rho=0.020$, $p=0.670$
Διαπροσωπική ευαισθησία	$\rho=-0.018$, $p=0.699$
Κατάθλιψη	$\rho=0.008$, $p=0.860$
Άγχος	$\rho=-0.044$, $p=0.349$
Θυμός-επιθετικότητα	$\rho=-0.116^*$, $p=0.013$
Φοβικό άγχος	$\rho=-0.032$, $p=0.496$
Παρανοειδής ιδεασμός	$\rho=-0.002$, $p=0.969$
Ψυχωτισμός	$\rho=-0.063$, $p=0.179$

Πίνακας 18. Ενόχληση όταν κάποιος καπνίζει σε χώρο που απαγορεύεται

Σχετικά με τη σύγκριση του παράγοντα της ενσυναίσθησης ανάμεσα σε καπνιστές και μη καπνιστές, καθώς επίσης και ως μια προσπάθεια ερμηνείας του φαινομένου της καπνιστικής συμπεριφοράς των Ελλήνων καπνιστών σε κλειστούς δημόσιους χώρους όπου απαγορεύεται βάση νομοθεσίας η χρήση οποιουδήποτε προϊόντος καπνού, προχωρήσαμε σε μια ανάλυση της συμπεριφοράς αυτής ανάμεσα σε ιδιοκτήτες και εργαζόμενους σε χώρους εστίασης, καπνιστών και μη. Από την έρευνα αυτή προέκυψαν ιδιαίτερα ενδιαφέροντα στοιχεία. Συγκεκριμένα, στον πίνακα 19 και στο γράφημα 12, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων independent samples t-test του επιπέδου ενσυναίσθησης ως προς το αν οι ερωτηθέντες εργαζόμενοι καπνίζουν. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών του παράγοντα «Ενσυναίσθηση» ($t(138)=-2,492$, $p=0,014<0,05$). Ιδιαίτερα, προκύπτει πως η μέση τιμή των καπνιστών εργαζομένων σε χώρους εστίασης ($M.O.=2,71$) είναι στατιστικά μικρότερη ($t(138)=-2,492$, $p=0,014<0,05$) από τη μέση τιμή των εργαζομένων που δεν καπνίζουν ($M.O.=2,91$).

Παράγοντας	Εργαζόμενοι	N	M.O.	t	df	p
Ενσυναίσθηση	Καπνιστές	65	2.71	-2.492	138	0.014
	Μη καπνιστές	75	2.91			

Πίνακας 19. «Ενσυναίσθηση» Εργαζόμενοι καπνιστές-μη καπνιστές

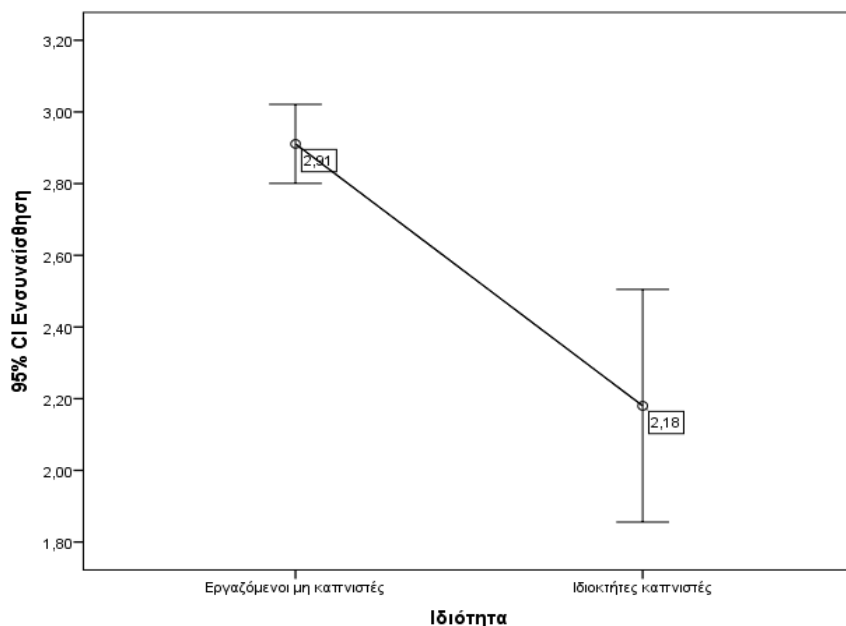


Γράφημα 12. Ενσυναίσθηση εργαζομένων σε χώρους εστίασης

Στον πίνακα 20 και στο γράφημα 13, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων independent samples t-test του επιπέδου ενσυναίσθησης των καπνιστών ιδιοκτητών χώρων εστίασης και των εργαζομένων στους ίδιους χώρους, μη καπνιστές. Από την ανάλυση προκύπτει ότι στον παράγοντα «Ενσυναίσθηση» η μέση τιμή των εργαζομένων μη καπνιστών (Μ.Ο.=2,91) είναι στατιστικά μεγαλύτερη ($t(50,93)=4,298, p<0,001$) από την αντίστοιχη των ιδιοκτητών καπνιστών (Μ.Ο.=2,18), κάτι που σημαίνει πως οι μη καπνιστές και σε αυτό τον πληθυσμό, παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ενσυναισθητικής συμπεριφοράς.

Παράγοντας	Κατηγορία	N	M.O.	t	df	p
Ενσυναίσθηση	Εργαζόμενοι μη καπνιστές	75	2.91	4.298	50.93	<0.001
	Ιδιοκτήτες καπνιστές	42	2.18			

Πίνακας 20. Ενσυναίσθηση μεταξύ εργαζομένων μη καπνιστών και ιδιοκτητών καπνιστών

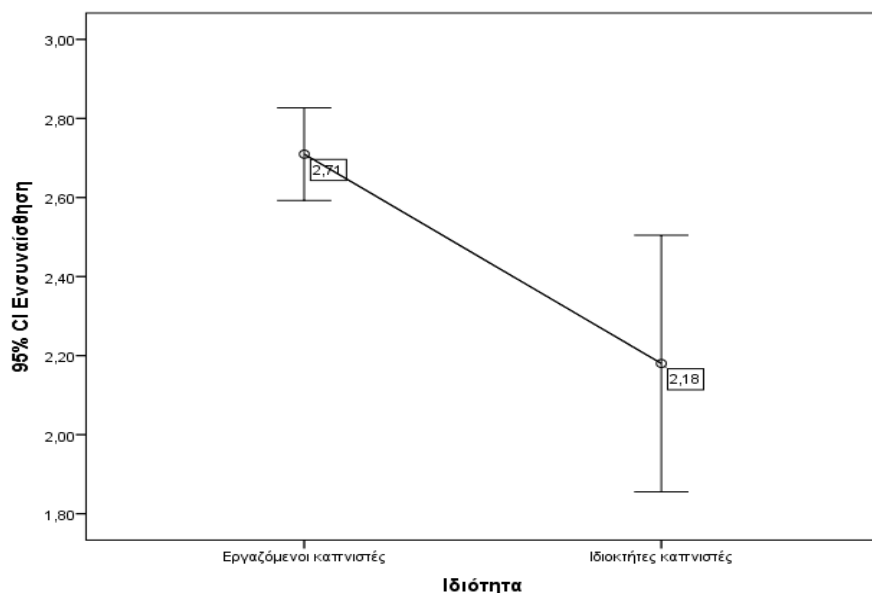


Γράφημα 13. Ενσυναίσθηση μεταξύ εργαζομένων μη καπνιστών και ιδιοκτητών καπνιστών

Επίσης, από τα αποτελέσματα προκύπτει πως στον παράγοντα «Ενσυναίσθηση», η μέση τιμή των εργαζομένων καπνιστών (Μ.Ο.=2,71) είναι στατιστικά μεγαλύτερη ($t(52,04)=3,095, p=0,003$) από την αντίστοιχη των ιδιοκτητών καπνιστών (Μ.Ο.=2,18), (πίνακας 21, γράφημα 14).

Παράγοντας	Καπνιστές	N	M.O.	t	df	p
Ενσυναίσθηση	Εργαζόμενοι	65	2.71	3.095	52.04	0.003
	Ιδιοκτήτες	42	2.18			

Πίνακας 21. Ενσυναίσθηση μεταξύ εργαζομένων καπνιστών και ιδιοκτητών καπνιστών

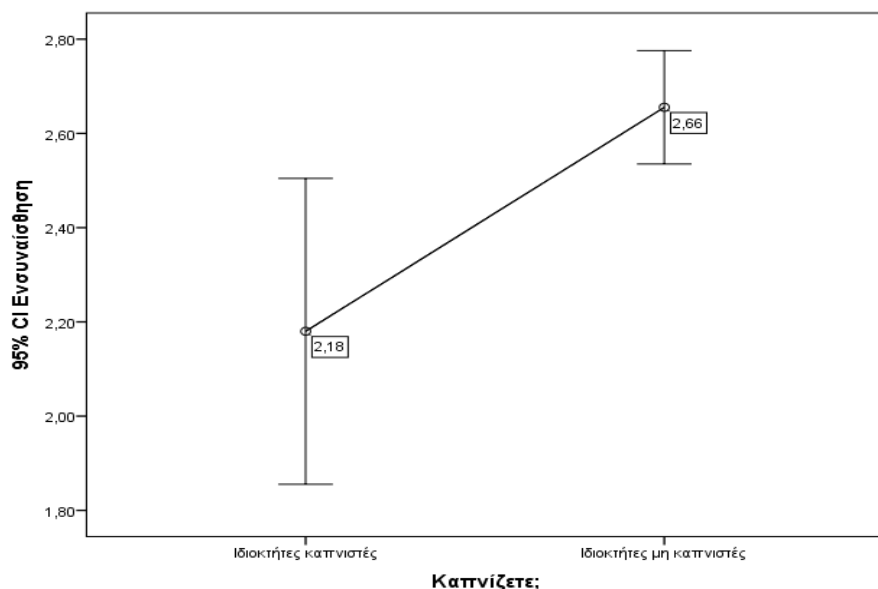


Γράφημα 14. Ενσυναίσθηση» μεταξύ εργαζομένων καπνιστών και ιδιοκτητών καπνιστών σε χώρους εστίασης

Στον πίνακα 22 και στο γράφημα 15 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των επιπέδων ενσυναίσθησης των ιδιοκτητών χώρων εστίασης. Παρατηρούμε πως η μέση τιμή των καπνιστών (Μ.Ο.=2,18) είναι στατιστικά μικρότερη ($t(52,79)=-2,769, p=0,008$) από την αντίστοιχη των μη καπνιστών (Μ.Ο.=2,66). Οι μη καπνιστές λοιπόν και σε αυτή την περίπτωση παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης σε σχέση με τους καπνιστές.

Παράγοντας	Ιδιοκτήτες	N	M.O.	t	df	p
Ενσυναίσθηση	Καπνιστές	42	2.18	-2.769	52.79	0.008
	Μη καπνιστές	74	2.66			

Πίνακας 22. Ενσυναίσθηση μεταξύ ιδιοκτητών καπνιστών και μη καπνιστών

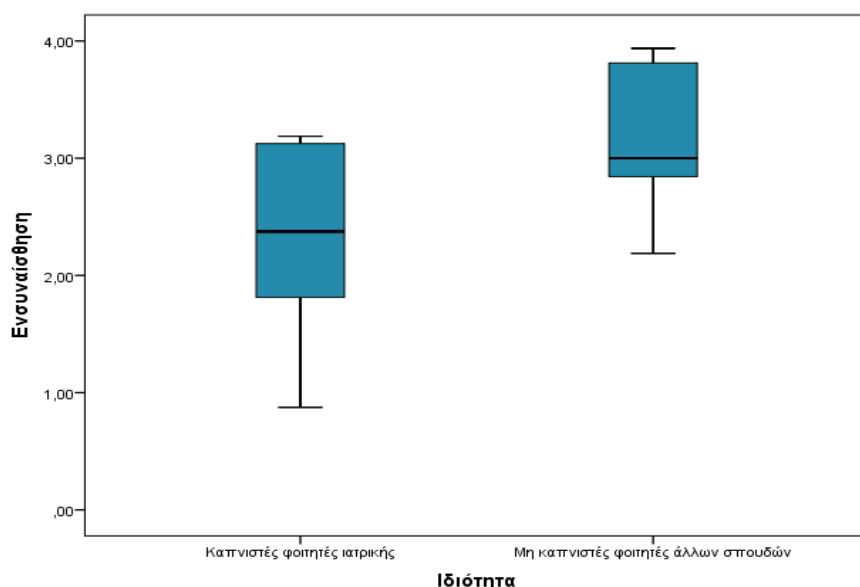


Γράφημα 15. Ενσυναίσθηση μεταξύ ιδιοκτητών καπνιστών και μη καπνιστών

Στον πίνακα 23 και στο γράφημα 16 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου των επιπέδων ενσυναίσθησης ανάμεσα στους καπνιστές φοιτητές ιατρικής και τους μη καπνιστές φοιτητές άλλων σπουδών. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η μέση τιμή των καπνιστών φοιτητών Ιατρικής (M.B.=20,80) είναι στατιστικά μικρότερη ($U=204,5$, $p=0,009$) από την αντίστοιχη των μη καπνιστών φοιτητών άλλων σπουδών (M.B.=32,11). Άρα οι μη καπνιστές και σε αυτή την σύγκριση φαίνεται να επιδεικνύουν υψηλότερα επίπεδα ενσυναισθητικής συμπεριφοράς.

Παράγοντας	Κατηγορία	N	M.B.	U	p
Ενσυναίσθηση	Καπνιστές φοιτητές Ιατρικής	22	20.80	204.50	0.009
	Μη καπνιστές φοιτητές άλλων σπουδών	32	32.11		

Πίνακας 23. Ενσυναίσθηση μεταξύ καπνιστών φοιτητών ιατρικής και μη καπνιστών φοιτητών άλλων σπουδών

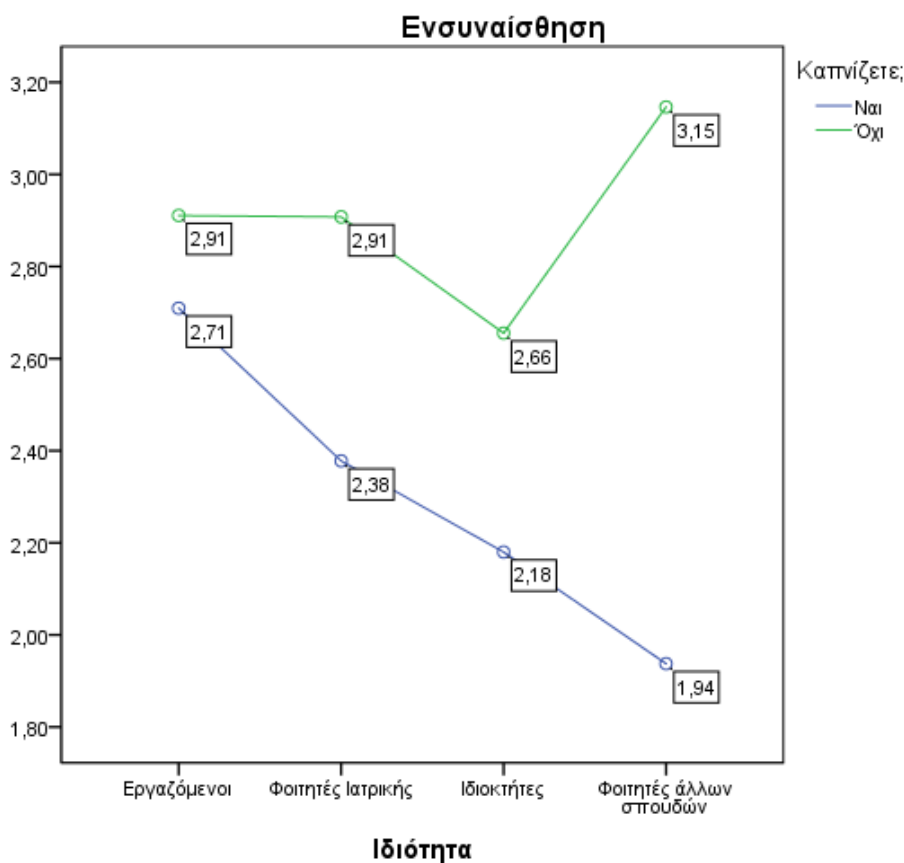


Γράφημα 16. Ενσυναίσθηση καπνιστών φοιτητών ιατρικής και μη καπνιστών φοιτητών άλλων σπουδών

Σύμφωνα με τον πίνακα 24 διαφοροποιείται το επίπεδο ενσυναίσθησης μεταξύ των ιδιοκτητών καπνιστών (2,01, 2,35) και των εργαζομένων μη καπνιστών (2,78, 3,04) λόγω της κενής τομής των 95% διαστημάτων εμπιστοσύνης. Παρομοίως, διαφοροποιείται το επίπεδο ενσυναίσθησης μεταξύ των ιδιοκτητών καπνιστών (2,01, 2,35) και των εργαζομένων καπνιστών (2,57, 2,85) όπως και μεταξύ των ιδιοκτητών καπνιστών (2,01, 2,35) και των ιδιοκτητών μη καπνιστών (2,53, 2,78). Όπως έχει αναφερθεί νωρίτερα, η μέση τιμή των εργαζομένων που καπνίζουν (Μ.Ο.=2,71) είναι στατιστικά μικρότερη ($t(138)=-2,492, p=0,014<0,05$) από τη μέση τιμή των εργαζομένων που δεν καπνίζουν (Μ.Ο.=2,91). Τέλος, διαφέρει το επίπεδο ενσυναίσθησης ανάμεσα σε καπνιστές φοιτητές ιατρικής (2,14, 2,61) και μη καπνιστές φοιτητές άλλων σπουδών (2,95, 3,34). Στο Γράφημα 17 παρουσιάζεται η συνολική εικόνα για τον συνδυασμό των περιπτώσεων της ιδιότητας με το κάπνισμα στον παράγοντα «Ενσυναίθηση».

Ιδιότητα	Κάπνισμα	Μ.Ο.	95% κάτω όριο	95% άνω όριο
Εργαζόμενοι	Ναι	2.71	2.57	2.85
	Όχι	2.91	2.78	3.04
Φοιτητές Ιατρικής	Ναι	2.38	2.14	2.61
	Όχι	2.91	2.80	3.01
Ιδιοκτήτες	Ναι	2.18	2.01	2.35
	Όχι	2.66	2.53	2.78
Φοιτητές άλλων σπουδών	Ναι	1.94	1.75	2.12
	Όχι	3.15	2.95	3.34

Πίνακας 24. Μέσες τιμές και 95% δ.ε. του ελέγχου ANOVA 4X2



Γράφημα 17. «Ενσυναίσθηση» για Ιδιότητα «Κάπνισμα»

9.5 ΒΙΩΜΑ ΝΤΡΟΠΗΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Στην παρούσα έρευνα, ένα από τα ερευνητικά μας ενδιαφέροντα επίσης, αφορούσε και τη συσχέτιση καπνιστικής συμπεριφοράς με το βίωμα της ντροπής των υποκειμένων. Από την ανάλυση έχουν προκύψει επίσης κάποια ενδιαφέροντα σχετικά αποτελέσματα.

Καπνιστές		M.T.	T.A.	N	F	Sig.
Σωματική ντροπή (ESS25)	Ναι	6.3	2.1	39	17.720	0.000
	Όχι	9.3	2.5	26		
Συνολική ντροπή (ESS25)	Ναι	50.8	14.4	39	7.790	0.006
	Όχι	54.3	6.5	26		

Πίνακας 25. Αίσθημα βιώματος ντροπής και καπνιστική συμπεριφορά

Από τον πίνακα 25 προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της σωματικής ντροπής ανάμεσα σε καπνιστές και μη. Τα άτομα που αναφέρουν ότι αισθάνονται περισσότερο

συχνά σωματική ντροπή είναι οι μη καπνιστές. Επίσης υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της συνολικής ντροπής ανάμεσα στα άτομα που καπνίζουν και εκείνους που δεν καπνίζουν με τους μη καπνιστές και πάλι να πετυχαίνουν υψηλότερα σκορ. Επιπλέον, όσον αφορά το βίωμα αισθήματος ντροπής, παρατηρούμε τους εργαζόμενους μη καπνιστές να αναφέρουν συχνότερα η/και εντονότερα βιώματα αισθήματος ντροπής σε σχέση με τους καπνιστές ιδιοκτήτες χώρων εστίασης (πίνακας 26).

		N	Mean	Std. Deviation	t	df	Sig. (2-tailed)
Χαρακτηρολογική ντροπή (ESS25)	Εργαζόμενοι	75	25.22	6.56	2.161	137	0.032
	Μη καπνιστές						
	Ιδιοκτήτες καπνιστές	42	22.64	7.40			

Πίνακας 26. Αίσθημα βιώματος ντροπής

Ανάμεσα σε καπνιστές φοιτητές ιατρικής και καπνιστές φοιτητές άλλων σπουδών παρατηρούμε πως οι φοιτητές ιατρικής αναφέρουν ότι βιώνουν πιο έντονα ή/και πιο συχνά ντροπή αφού οι μέσες τιμές των απαντήσεών τους, είναι υψηλότερες σε κάθε άξονα των ερωτηματολογίων (πίνακας 27).

		N	Mean	Std. Deviation	t	df	Sig. (2-tailed)
Αίσθημα κατωτερότητας (OAS18)	Ιατρικής	22	10.50	2.70	3.911	56	0.000
	Άλλοι	36	5.92	5.06			
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (OAS18)	Ιατρικής	22	8.77	3.12	3.385	56	0.001
	Άλλοι	36	5.67	3.55			
Συνολική βαθμολογία (OAS18)	Ιατρικής	22	24.55	8.13	3.068	56	0.003
	Άλλοι	36	15.86	11.63			
Χαρακτηρολογική ντροπή (ESS25)	Ιατρικής	22	29.14	7.15	3.042	56	0.004
	Άλλοι	36	22.67	8.26			
Συμπεριφορική ντροπή (ESS25)	Ιατρικής	22	23.32	6.18	2.721	56	0.009
	Άλλοι	36	18.53	6.69			
Συνολική ντροπή (ESS25)	Ιατρικής	22	60.68	13.44	2.720	56	0.009

Πίνακας 27. Καπνιστές φοιτητές ιατρικής και φοιτητές καπνιστές

10. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη συμμετείχαν 453 εργαζόμενοι σε χώρους εστίασης, ιδιοκτήτες χώρων εστίασης, φοιτητές ιατρικής και φοιτητές άλλων ανθρωπιστικών σπουδών, σχεδόν ισόποσα κατανομημένοι ως προς το φύλο, μέσης ηλικίας 28 ετών και στην πλειοψηφία τους άγαμοι. Σχετικά με την εκπαίδευση τους, η πλειονότητα δήλωσε τουλάχιστον πανεπιστημιακό επίπεδο μόρφωσης, ενώ αναφορικά με την απασχόληση τους οι περισσότεροι απάντησαν πως είναι εργαζόμενοι πλήρης, μερικής ή περιστασιακής απασχόλησης με μέσο μηνιαίο εισόδημα 520 ευρώ. Σχετικά με τις καπνιστικές συνήθειες του δείγματος, οι καπνιστές αποτελούσαν την μειονότητα του. Η πλειονότητα των καπνιστών, δήλωσε πως καπνίζει 1-10 τσιγάρα την ημέρα και 6-15 τσιγάρα με καπνό. Η συντριπτική πλειοψηφία τους δήλωσε ότι γενικά καπνίζει εντός του χώρου διαμονής τους, στο χώρο εργασίας αλλά και σε χώρους όπου απαγορεύεται το κάπνισμα βάσει του Ν. 3730/2008. Μάλιστα, οι περισσότεροι δήλωσαν πως όταν καπνίζουν σε χώρο όπου απαγορεύεται το κάπνισμα συνήθως είναι παρόντες φίλοι, συνάδελφοι ή και άγνωστοι. Επίσης, οι ερωτηθέντες που καπνίζουν θεωρούν πως τα άτομα που δεν είναι καπνιστές και βρίσκονται κοντά τους όταν αυτοί καπνίζουν ενοχλούνται σε μέτριο βαθμό. Τέλος, όλοι οι ερωτηθέντες δήλωσαν πως ενοχλούνται σε μέτριο βαθμό όταν βρίσκονται σε χώρους όπου απαγορεύεται το κάπνισμα και κάποιος άλλος καπνίζει, ενώ σπάνια κάνουν συστάσεις σε κάποιον που καπνίζει σε χώρο όπου απαγορεύεται το κάπνισμα ώστε να το διακόψει.

Η ενσυναίσθηση των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος βαθμολογήθηκε υψηλά. Συγκεκριμένα, δήλωσαν πως συχνά χαίρονται να κάνουν τους άλλους ανθρώπους να νιώθουν καλύτερα, αναστατώνονται όταν κάποιος συμπεριφέρεται με ασέβεια σε κάποιο άλλο άτομο, ενώ όταν βλέπουν να το εκμεταλλεύονται, νιώθουν την ανάγκη να το προστατεύσουν. Σημαντικά αποτελέσματα έχει να παρουσιάσει η συγκεκριμένη έρευνα, σχετικά με το κατά πόσο διαφέρει το επίπεδο ενσυναίσθησης και ψυχοπαθολογίας των ερωτηθέντων καθώς και η ενόχληση σχετικά με το κάπνισμα, μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών. Οι ελάχιστες έρευνες που μελετούν τα επίπεδα ενσυναίσθησης στους καπνιστές (Ramdhani, 2008), δείχνουν πως παρόλο που υπάρχουν υψηλότερα ποσοστά ενσυναίσθησης από τον μέσο όρο, η καπνιστική συμπεριφορά τους παραμένει σε υψηλά επίπεδα. Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας προέκυψε πως οι καπνιστές εμφάνισαν στατιστικώς σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης και υψηλότερα επίπεδα θυμού και επιθετικότητας σε σχέση με τους μη καπνιστές. Τα άτομα που καπνίζουν στους χώρους που απαγορεύεται το κάπνισμα και είναι παρόντες άλλοι, εμφανίζουν πιο έντονα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, θυμού-επιθετικότητας και παρανοειδούς ιδεασμού. Επίσης, όταν είναι παρούσα η οικογένειά τους εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης και πιο έντονα συμπτώματα διαπροσωπικής ευαισθησίας αλλά λιγότερο έντονα συμπτώματα φοβικού άγχους.

Οι Saito et al., (2018), αναφέρουν πως γονείς με χαμηλότερη εκπαίδευση είναι πιο πιθανόν να καπνίζουν εντός του σπιτιού τους (Saito et al., 2018). Οι ερευνητές υποστηρίζουν πως η καπνιστική συμπεριφορά εντός του σπιτιού και οι αντικαπνιστικοί νόμοι σε δημόσιους χώρους θα πρέπει να αποτελέσουν σημαντικούς στρατηγικούς στόχους για τη μείωση του καπνίσματος με σκοπό και την μείωση των κοινωνικοοικονομικών διαφορών των καπνιστών που καπνίζουν εντός των κατοικιών τους. Επίσης, από την

παρούσα έρευνα, προέκυψε ότι οι μη καπνιστές (όπως είναι άλλωστε φυσιολογικό να συμβαίνει), ενοχλούνται περισσότερο σε σχέση με τους καπνιστές, όταν κάποιος καπνίζει σε χώρο μη καπνιστών και μάλιστα, κάνουν πιο συχνά σύσταση σε κάποιον που καπνίζει για να το διακόψει. Σχετικά με τον βαθμό ενόχλησης των ερωτηθέντων όταν κάποιος καπνίζει σε χώρο που απαγορεύεται, προκύπτει πως όσο πιο έντονος είναι, τόσο υψηλότερο είναι το επίπεδο ενσυναίσθησης τους. Ακόμη, σχετικά με το πλήθος των τσιγάρων που κάνουν οι καπνιστές, όσοι καπνίζουν πάνω από 15 τσιγάρα την ημέρα είναι περισσότερο αγχωμένοι σε σχέση με όσους καπνίζουν λιγότερα τσιγάρα. Από αυτό λοιπόν, συμπεραίνουμε, πως το κάπνισμα δεν αποτελεί όπως υποστηρίζουν οι καπνιστές, μέσο ελέγχου και μείωσης του άγχους, αντιθέτως μάλιστα, φαίνεται να αποτελεί παράγοντα εμφάνισης ή και επιδείνωσης του άγχους στον οργανισμό του καπνιστή.

Όσον αφορά το φύλο των ερωτηθέντων, φαίνεται πως οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθητικής ανταπόκρισης σε σχέση τους άνδρες, ενώ παράλληλα εμφάνισαν πιο έντονα συμπτώματα σωματοποίησης, ψυχαναγκαστικότητας-καταναγκαστικότητας, διαπροσωπικής ευαισθησίας, κατάθλιψης, άγχους, θυμού-επιθετικότητας, φοβικού άγχους και ψυχωτισμού.

Σε όλες τις κατηγορίες του δείγματός μας, οι μη καπνιστές παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης από τους καπνιστές. Πιο συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι μη καπνιστές έχουν υψηλότερο επίπεδο ενσυναίσθησης σε σχέση με τους καπνιστές ιδιοκτήτες των χώρων εστίασης αλλά και σε σχέση με τους καπνιστές συναδέλφους τους. Παρομοίως, οι μη καπνιστές ιδιοκτήτες χώρων εστίασης, έχουν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης σε σχέση με τους καπνιστές συναδέλφους τους, ενώ οι μη καπνιστές φοιτητές άλλων σπουδών εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθητικής ανταπόκρισης από τους καπνιστές φοιτητές ιατρικής. Επίσης, μέσα από την ανάλυση φάνηκε πως οι εργαζόμενοι καπνιστές έχουν υψηλότερο επίπεδο ενσυναίσθησης σε σχέση με τους ιδιοκτήτες καπνιστές ενώ και οι μέσες τιμές των καπνιστών φοιτητών ιατρικής παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με τις αντίστοιχες των καπνιστών φοιτητών άλλων σπουδών.

Το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο στην επίδειξη ενσυναίσθησης των ατόμων, με τη συντριπτική πλειοψηφία των διεθνών ερευνών να υποστηρίζει πως οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης σε σχέση με τους άντρες (Brown, 2009), (Ιατρού, Κοτρώτσιου, 2016). Ακόμη, όσον αφορά την εκπαιδευτική βαθμίδα φαίνεται πως όσοι από τους ερωτηθέντες είχαν τελειώσει το γυμνάσιο ή το λύκειο εμφάνισαν συγκριτικά υψηλότερο βαθμό συμπτωμάτων σωματοποίησης, άγχους, φοβικού άγχους, παρανοειδούς ιδεασμού και ψυχωτισμού, ενώ οι έχοντες πτυχίο ΑΕΙ εμφάνισαν εντονότερα συμπτώματα διαπροσωπικής ευαισθησίας. Επιπροσθέτως, σχετικά με το μηνιαίο εισόδημα των ερωτηθέντων, άτομα με μεγαλύτερο εισόδημα εμφάνισαν λιγότερα συμπτώματα ψυχαναγκαστικότητας - καταναγκαστικότητας, διαπροσωπικής ευαισθησίας και φοβικού άγχους.

Στην Ελλάδα, το κάπνισμα σε κλειστούς δημόσιους χώρους, απαγορεύεται και υπόκειται σε πρόστιμα από το 2003, ωστόσο η αποτελεσματικότητα του νόμου δεν έχει σημαντική επίδραση ακόμη. Παρόλο που οι περισσότεροι μη καπνιστές θεωρούν τους καπνιστές ως ανεύθυνους και ανάξιους συμπάθειας παρατηρούνται διαφορές ανάμεσα στο κάπνισμα και στην προσωπικότητα των καπνιστών. Οι μη καπνιστές που είναι πιο ενσυναίσθητικοί απέναντι στους καπνιστές κατανοούν πως το κάπνισμα είναι μια σύνθετη και ιδιαίτερα

εξαρτητική συμπεριφορά (McCool et al., 2012). Οι μη καπνιστές δέχονται πως το κάπνισμα θα μπορούσε να είναι μια πηγή άγχους, ένας μηχανισμός άμυνας, μια αυθόρμητη ικανοποίηση και φαίνεται πως είναι πιο πιθανό να αντιλαμβάνονται την καπνιστική συμπεριφορά σαν εξάρτηση και να ανταποκριθούν με συμπόνια στους καπνιστές (McCool et al., 2012). Οι Sansone, Fong (2018) σε έρευνά τους στην Ιαπωνία, μια χώρα με ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά ενεργητικού και παθητικού καπνίσματος, υποστηρίζουν την αναγκαιότητα εφαρμογής αντικαπνιστικών νόμων κάτι που συμφωνεί με την συντριπτική πλειοψηφία των παθητικών καπνιστών, ιδιαίτερα σε χώρους εστίασης όπως είναι μπαρ και εστιατόρια (Sansone, Fong, 2018).

Σχετικά με τη ψυχοπαθολογία των καπνιστών πλήθος ερευνών αποδεικνύει τα υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας. Οι καπνιστές εμφανίζουν συχνότερα και περισσότερα συμπτώματα ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς, κυρίως αγχωδών και συναισθηματικών διαταραχών (κατάθλιψη) και ψυχοσωματικών και ψυχωτικών συμπτωμάτων (Dimitriadis, Mamplekou et al., 2016). Οι Yang, Zvolensky και Leyre (2017) μελέτησαν τη σχέση της διαταραχής πανικού με την καπνιστική συμπεριφορά και βρήκαν υψηλή συσχέτιση με σημαντικές μάλιστα τις απόψεις των καπνιστών πως η συμπεριφορά τους αυτή λειτουργεί ως αντιμετώπιση των συμπτωμάτων πανικού τους. Τα αποτελέσματα βρίσκονται σε πλήρη συνάρτηση με τα αποτελέσματα άλλων, διεθνών ερευνών, σύμφωνα με τις οποίες οι καπνιστές εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά συμπτωμάτων ψυχικής υγείας, με πιο συχνά εμφανιζόμενα αυτά του γενικευμένου άγχους, των καταθλιπτικών διαταραχών και κρίσεων πανικού. Συγκεκριμένα, σε έρευνα τις ΗΠΑ (Tsopelas, Kardaras, 2008), το 45% των τσιγάρων που καπνίστηκαν σε ένα μήνα έγινε από άτομα με κάποια διάγνωση ψυχικής διαταραχής, ενώ σύμφωνα με την έρευνα των Gudmundsson (2006), αυτοί που εξακολουθούν να καπνίζουν είναι περισσότερο εκτεθειμένοι στην κατάθλιψη από εκείνους που διέκοψαν το κάπνισμα (πρώην καπνιστές).

Ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον εύρημα έρευνας του ΕΚΠΑ, είναι ότι στην περίοδο του κορονοϊού, covid-19, οι Έλληνες ελάττωσαν το κάπνισμα (-33%), πιθανώς επηρεαζόμενοι από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τις πρώτες επιστημονικές μελέτες, οι οποίες υποστήριζαν ότι το κάπνισμα σχετίζεται με υψηλό κίνδυνο λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος (Alygizakis, Galani, et al., 2021). Σε συνέχεια της έρευνάς μας, παρατηρείται υψηλότερη μέση τιμή στο βίωμα της ντροπής όσον αφορά τους καπνιστές και τους μη καπνιστές, με τους μη καπνιστές να αναφέρουν πως βιώνουν εντονότερα ή και συχνότερα συμπτώματα ντροπής. Επίσης, οι καπνιστές φοιτητές ιατρικής παρουσιάζουν υψηλότερη μέση τιμή σε σχέση με τους καπνιστές φοιτητές ανθρωπιστικών σπουδών. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε υψηλότερη μέση τιμή στην κατηγορία της χαρακτηριστικής και συμπεριφορικής ντροπής ανάμεσα σε καπνιστές φοιτητές ιατρικής και καπνιστές φοιτητές άλλων σπουδών. Οι φοιτητές ιατρικής λοιπόν, αναφέρουν πως βιώνουν υψηλότερα ποσοστά ντροπής σε σχέση με κάθε άλλη κατηγορία του δείγματός μας. Τα υψηλότερα ποσοστά βιώματος ντροπής υπό τη μορφή και του στιγματισμού των ατόμων, επιβεβαιώνονται και από την έρευνα των Cati et al. (2014), στην οποία βρέθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στο στίγμα και τη ντροπή με το κάπνισμα. Και στον παράγοντα της ντροπής, το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο, αφού οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερη μέση τιμή σε σχέση με τους άντρες σε όλες τις κατηγορίες του δείγματός μας κάτι που σημαίνει πως αναφέρουν συχνότερα ή και εντονότερα βιώματα ντροπής. Οι διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα σχετικά

με το αίσθημα ντροπής είναι μάλλον αναμενόμενες λόγω της αυξημένης ευαισθησίας που παρουσιάζουν οι γυναίκες και για την εικόνα του σώματός τους (Alcaraz-Ibanez, 2018). Ερευνητές στη Δανία, υπογραμμίζουν το στιγματισμό που βιώνουν οι καπνιστές, κυρίως νεαρής ηλικίας, καθώς η καπνιστική συμπεριφορά επηρεάζεται πολύ από τους ενσωματωμένους της κανόνες και τους κοινωνικούς υπαινιγμούς για τους καπνιστές, έχοντας ως αποτέλεσμα τη δημιουργία στερεοτύπων και ακόμη περισσότερο, τον στιγματισμό των καπνιστών (Glenstrup et al., 2021).

Δυστυχώς το κάπνισμα είναι ακόμη μία κοινωνικά αποδεκτή συνήθεια. Ο καπνιστής απολαμβάνει την ανοχή των μη καπνιστών. Χρειαζόμαστε νέα κοινωνικά πρότυπα τα οποία θα οικοδομήσουν νέες συνήθειες, ώστε να μπορέσει από τη μια ο καπνιστής να ενσυναισθανθεί τον μη καπνιστή δίπλα του, αλλά και οι μη καπνιστές από την άλλη να πάντων να θεωρούν το κάπνισμα σε κλειστούς δημόσιους χώρους ως κάτι το φυσιολογικό και αποδεκτό.

BIBΛIOΓPAΦIA

1. Alamar B., Glantz St., (2004). Smoke-free Ordinances Increase Restaurant Profit and Value. *Contemporary Economic Policy*. 24(4): 520-525.
2. Alcaraz-Ibanez, M., Sicilia, A., (2018). Psychometric evaluation and sex invariance of the Spanish version of the body and appearance Self-Conscious Emotion Scale. *Body Image*. 25: 78-84.
3. Alligood M., (1992). Empathy: the importance of recognizing two types. *Journal of psychosocial nursing*, 30, 14-17.
4. Alves R., Precioso J., Becona E., (2020). Smoking behavior and secondhand smoke exposure among university students in northern Portugal: Relations with knowledge on tobacco use and attitudes toward smoking. *Pulmonology*.
5. Alygizakis N., Galani A., et al., (2021). Change in the chemical content of untreated wastewater of Athens, Greece under COVID-19 pandemic. *Science of The Total Environment*, 799.
6. Antin T., Annechino R. et. Al., (2017). The genderd experience of smoking stigma: implications for tobacco control. *Critical Public Health*, 27(4): 443-454.
7. Arghir C., Cambrea C., et al., (2013). Parental environmental tobacco smoking and the prevalence of respiratory diseases in primary school children. *Pneumonologia*, 62.
8. Aritonang, M. E. R. (1997). Fenomena Wanita Merokok. skripsi (Tidak Diterbitkan). Yogyakarta: Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada.
9. Azagba S., Kennedy D., Baskerville N., (2016). Smoke-Free School Policy and Exposure to Secondhand Smoke: A Quasi-Experimental Analysis, *Nicotine & Tobacco Research*, 18, (2):170–176.
10. Babb St., et al. (2015). Second hand smoke and smoking restrictions in casinos: a review of the evidence. *Tob Control*, 24(1):11-7.
11. Balfour D.J.K. & Ridley D.L. (2000). The effects of nicotine on neural pathways implicated in depression: A factor in nicotine addiction? *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 66, 79-85.
12. Berridge, M. S., Apana, S. M., Nagano, K. K., Berridge, C. E., Leisure, G. P., & Boswell, M. V. (2010). Smoking produces rapid rise of nicotine in human brain. *Psychopharmacology*, 209(4), 383–394.
13. Boyd W., Lasser K., Woolhandler S., (2000). Smoking and Mental Illness A Population-Based Prevalence Study. *Original Contribution*, 284(20):2606-2610.
14. Bowlby J. Attachment: Attachment and loss, New York, Basic Books, 1969.

15. Brown-Johnson CG, Popova L., (2016). Exploring smoking stigma, alternative tobacco product use, & quit attempts. *Health Behav Policy Rev.* 3:13-20.
16. Buckner J., Vinci C., (2013). Smoking and social anxiety: The role of gender and smoking motives. *Addictive Behaviors*, 38(8):388-2391.
17. Buckner J., Zvolensky M., Lewis E., (2019). Smoking and social anxiety: the role of false safety behaviors. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(5):374-384.
18. Burgerss D., Widome R., et. Al. (2011). Self-stigma and smoking among females. *Journal of health dispuritites 82ractice and 82ractice*, (591): 2011-2012.
19. Burke H., Jo Leonardi-Bee, et al., (2012). Prenatal and Passive Smoke Exposure and Incidence of Asthma and Wheeze: Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatrics*, 129(4)735-744.
20. Catalano M. Gilleskie D., (2021). Impacts of local public smoking bans on smoking behaviors and tobacco smoke exposure. *Health Economics*, (available at: <https://doi.org/10.1002/hec.4280>, ημερομηνία πρόσβασης: 4/7/2021).
21. Cati G., Brodsky J. Cataldo J., (2014). Lung Cancer Stigma, Anxiety, Depression and Quality of Life. *J Psychosoc Oncol.*, 32(1): 59–73.
22. Chapman P., Jones S., et al., (2007). Second-hand smoke at work: The exposure, perceptions and attitudes of bar and restaurant workers to environmental tobacco smoke. *Public Health*, 25(1): 90-93
23. Chen Y. et. Al., (2015). Dose–response relations between second-hand smoke exposure and depressive symptoms among middle-aged women. *Psychiatry Research*, 229(1–2): 533-538.
24. Cooper J., Mancuso S., Borland R., (2012). Tobacco smoking among people living with a psychotic illness: The second Australian survey of psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(9):851-863.
25. Dahne J., Leanna H., et al., (2015). An experimental investigation of the functional relationship between social phobia and cigarette smoking. *Addictive Behaviors*, 43:66-71.
26. De Biasi, M., & Dani, J. A. (2011). Reward, addiction, withdrawal to nicotine. *Annual review of neuroscience*, 34, 105–130.
27. Decety J., Ben-Ami Bartal I., Uzefovsky F., Knafo-Noam A., (2016). Empathy as a driver of prosocial behaviour: highly conserved neurobehavioural mechanisms across species. *Philosophical transactions of the royal society*, 371(1686).

28. Dimitriadis D., Mamplekou E., et al., (2016). The association between smoking and psychopathology adjusted for body mass index and gender. *Australas Psychiatry*, 24(5):441-4.
29. Dirkse D., Lamont L., et al., (2014). Shame, guilt, and communication in lung cancer patients and their partners. *Curr. Oncol.*, 21(5):718-722.
30. Ehmann V. E. (1971). Empathy: its origin, characteristics, and process. *Perspectives in psychiatric care*, 9(2), 72–80.
31. Eisenberg, N., Strayer, J. (1987). Empathy and its development. *Cambridge studies in social and emotional development. Critical issues in the study of empathy*, 3-13.
32. Eriksen M, Chaloupka F (2007). The economic impact of clean indoor air laws. *CA Cancer J Clin*, 57:367–378.
33. Farris S., Allan N., et al. (2015). Does successful smoking cessation reduce anxious arousal among treatment-seeking smokers? *J. Anxiety Disr.*, 36:92-98.
34. Fichtenberg C., Glantz S., (2002). Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 325:188.
35. Field, A. (2017). *Discovering Statistics Using IBM SPSS (5th edition)*. Sage Publications Ltd.
36. Fong GT, Hyland A, Borland R, Hammond D, Hastings G, McNeill A et al (2006). Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the ITC Ireland/UK Survey. *Tob Control* 15(3): iii51-iii58.
37. Frazer K, Callinan JE, McHugh J, van Baarsel S, Clarke A, Doherty K, Kelleher C, (2016). Does legislation to ban smoking reduce exposure to secondhand smoke and smoking behaviour? (available at: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005992.pub3>, ημερομηνία πρόσβασης: 10/9/2020).
38. Fu M., Castellano Y., et al., (2018). Smoking in public places in six European countries: Findings from the EUREST-PLUS ITC Europe Survey. *Tobacco Induced diseases* 16(2): A18.
39. Gallus S., (2015). Second hand smoking in Italy. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 16(4):257.
40. Gatzke-Kopp, L., Willoughby, M. T., Warkentien, S., Petrie, D., Mills Koonce, R., & Blair, C. (2020). Association between environmental tobacco smoke exposure across the first four years of life and manifestation of externalizing behavior problems in school-aged children. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 61(11), 1243–1252.

41. Giraldi G., De Ruggiero G., et al., (2013). Perception of smoke-free policies among workers in an Italian Local Health Agency: survey of opinions, knowledge and behaviours. *Ann Ig*, 25: 397-409.
42. Gladstein G., Feldstein C., (1980). A Comparison of the Construct Validities of Four Measures of Empathy. *Measurement and evaluation in Guidance*, 13(1):49-57.
43. Glantz S., Smith LR., (1997). The effect of ordinances requiring smoke-free restaurants and bars on revenues: a follow-up. *Am J Public Health*, 87:1687–1693.
44. Glenstrup S., Bast S., et al., (2021). Places to Smoke: Exploring Smoking-Related Practices among Danish Adolescents. *Int J Environ Res Public Health*, 6;18(2):386.
45. Global Burden Disease Collaborators, (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258): 1223-1249.
46. Goldenberg M., et al. (2014). Quality of life and smoking. *AM J Addict*, 23(6):540-62.
47. Goldstein, Arnold P. & Michaels, Gerald Y., (1985). Empathy: development, training, and consequences. Hillsdale, N.J: L. Erlbaum Associates.
48. Goleman D., (1995). Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ.
49. Goleman D, Boyatzis R, McKee A (2002). The New Leader. Hellinika Grammata, Athens (In Modern Greek).
50. Goodwin R., Keyes K. Simuro N., (2007). Mental Disorders and Nicotine Dependence Among Pregnant Women in the United States. *Obstetrics & Gynecology*:109(4): 875-883.
51. Gruen R., Mendelsohn G., (1986). Emotional responses to affective displays in others: The distinction between empathy and sympathy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51: 609–614.
52. Gudmundsson et al. (2006). Depression, anxiety and health status after hospitalization for COPD: a multicentre study in the Nordic countries. *Respir Med*, 100(1): 87-93.
53. Guedes, H. T., & Souza, L. S. (2009). Exposure to maternal smoking in the first year of life interferes in breast-feeding protective effect against the onset of respiratory allergy from birth to 5 yr. *Pediatric allergy and immunology: official publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology*, 20(1), 30–34.

54. Harbin, M. M., Kelly, A. S., Dengel, D. R., Rudser, K. D., Evanoff, N. G., & Ryder, J. R. (2020). Relation of secondhand smoke exposure to vascular phenotypes in children and adolescents. *Pediatric research*, 87(4), 760–766.
55. Hill E., Maggi S., (2011). Emotional intelligence and smoking: Protective and risk factors among Canadian young adults. *Personality and Individual Differences*, 51(1): 45-50.
56. Jung S., Shin A., Kang D., (2015). Active smoking and exposure to secondhand smoke and their relationship to depressive symptoms in the Korea national health and nutrition examination survey (KNHANES). *BMC Public Health*, 15:1053.
57. Iatrou G., Kotrotsiou E., Gourgoulianis K., Gouva M., (2022). Weighting of the Empathy Questionnaire Toronto Empathy Questionnaire (TEQ) on the Greek Population. *Open J Cardiol Heart Dis.*, 3(5).
58. Kairouz S., Lasnier B., et al., (2015). Smoking restrictions in homes after implementation of a smoking ban in public places. *Nicotine Tob Res*, 17(1):41-47.
59. Kamruzzaman M., Hossain A., Kabir E., (2021). Smoker's characteristics, general health and their perception of smoking in the social environment: a study of smokers in Rajshahi City, Bangladesh. *Z Gesundh Wiss*, 6;1-12.
60. Kelly B., Weiser J., Parsons J., (2009). Smoking and Attitudes on Smoke-Free Air Laws Among Club-Going Young Adults. *Social Work in Public Health*, 446-453.
61. Kim J., Kwon H., Lee K., et al., (2015). Air Quality, Biomarker Levels, and Health Effects on Staff in Korean Restaurants and Pubs Before and After a Smoking Ban. *Nicotine & Tobacco Research*, 17(11):1337–1346.
62. Komarasari, D. 2000. Hubungan Antara Lingkungan Keluarga, Lingkungan Teman Sebaya Dan Kepuasan Psikologis Dengan Perilaku Merokok Remaja. Skripsi (Tidak Diterbitkan). *Yogyakarta: Fakultas Psikologi UII.*
63. Le Houezec J. (2003). Role of nicotine pharmacokinetics in nicotine addiction and nicotine replacement therapy: a review. *The international journal of tuberculosis and lung disease: the official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease*, 7(9), 811–819.
64. Liang L., Weber A, Herr C., et al. (2016). Children's exposure to second-hand smoke before and after the smoking ban in Bavaria-a multiple cross-sectional study. *Eur J. Public Health*, 26(6): 969-974.
65. Liebrechts-Akkerman, G., Lao, O., Liu, F., van Sleuwen, B. E., Engelberts, A. C., L'hoir, M. P., Tiemeier, H. W., & Kayser, M. (2011). Postnatal parental smoking: an important risk factor for SIDS. *European journal of pediatrics*, 170(10), 1281–1291.

66. Lieu J., Feinstein A., (2002). Effect of Gestational and Passive Smoke Exposure on Ear Infections in Children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156(2):147-154.
67. Lugo A., Liu X., Gallus S., (2018). Second-hand smoke exposure in private and public places in Italy: data from the TackSHS pan-European survey. *Tobacco Induced Diseases*, 16(1):A713.
68. Madson T., Bay von Scholten M., Flachs E., et al. (2011). Tobacco smoking as a risk factor for depression. A 26-year population-based follow-up study. *Journal of psychiatric research*, 45(2):143-149.
69. Marinez J., Dolores O., et al., (2008). Nicotine dependence vs daily smoking as meaning variable: Implications for clinical and epidemiological psychiatric disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and biological Psychiatry*, 32(8):1972-1977.
70. Maxson P., Edwards S. etc. Psychosocial differences between smokers and non-smokers during pregnancy. *Addictive behaviors*, 37(2): 153-159.
71. Menzies D., (2011). The case for a worldwide ban on smoking in public places. *Curr Opin Pulm Med*, 17(2):116-22.
72. Myers V., Rosen L., et al., (2020). Parental Perceptions of Children's Exposure to Tobacco Smoke and Parental Smoking Behaviour. *Int. J. Environ Res Public Health*, 13;17(10):3397.
73. McCool J., Hoek J., et al., (2012). Crossing the smoking divide for young adults: expressions of stigma and identity among smokers and nonsmokers. *Nicotine and tobacco research* (available at: <https://ntp.oxfordjournals.org>, ημερομηνία πρόσβασης: 18/6/2020).
74. Meyers D., (2010). Smoking bans in public places result in a reduced incidence of acute myocardial infarction. *Expert Review of Cardiovascular Therapy*, 8(3):311-313.
75. Montazeri A, Milroy R, Hole D, McEwen J, Gillis CR (2001). Quality of life in lung cancer patients: as an important prognostic factor. *Lung Cancer*, 31, 233-40.
76. Nagelhout G., Wolfson T., Zhuang Y., Gamst A., Willemsen M., Zhu S., (2015). Population support before and after the implementation of smoke-free laws in the United States: trends from 1992-2007. *Nicotine Tob Res*, 17(3): 350-355.
77. Olivieri M., Murgia N., et al., (2019). Effects of smoking bans on passive smoking exposure at work and at home. The European Community respiratory health survey. *Indoor Air*, 29(4):670-679.

78. Palmer J., Lloyd Al., et al., (2019). Differential Risk of ST-Segment Elevation Myocardial Infarction in Male and Female Smokers. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(25): 3259-3266.
79. Palmersheim M., Remington P., Gundersen D., (2006). The Impact of a Smoke-Free Ordinance on the Health and Attitudes of Bartenders. *Tobacco Surveillance and Evaluation Program*, University of Wisconsin Comprehensive Center, Madison.
80. Panagiotakos D., Pitsavos C., Chrysohoou C., Stefanidis C., (2002). Risk Stratification of Coronary Heart Disease in Greece: Final Results from the CARDIO2000 Epidemiological Study. *Preventive Medicine*, 35(6):548-556.
81. Perera An., Jayasinghe M., et al., (2021). Second hand smoking and tobacco use among pregnant women in Yatinuwara Medical Officer of Health (MOH) area in Sri Lanka. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*, 11(3):442-446.
82. Peterson L., Hecht St., (2017). Tobacco, E- cigarettes and child health. *Curr Opin pediatric*, 29(2):225-230.
83. Preciozo J., Frias S., et al., (2019). Prevalence of children exposed to secondhand smoke at home and in the car in Azores (Portugal). *Pulmonology*, 25(5): 283-288.
84. Pursell L. Allwright O., Paul G., Kelly A., Mullally B., D' Eath M., (2007). Before and after study of bar workers' perceptions of the impact of smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland. *BMC Public Health*, 29(7):131.
85. Pyles M., Mullineaux D., Chizimuzo T., Okoli C., Hahn E., (2007). Economic effect of a smoke-free law in a tobacco-growing community. *BMJ*, 16(1).
86. Ramdhani N., Sari A., Mira E., (2008). Empathy and smoking in public. (available at: https://www.researchgate.net/profile/Neila_Ramdhani/publication/266465417_Empathy_and_Smoking_in_Public_Areas/links/54f739d00cf2ccffe9daeb02/Empathy-and-Smoking-in-Public-Areas.pdf (ημερομηνία πρόσβασης: 23/3/2020)).
87. Rabinerson D., From A., Borovich A., (2020). Active and secondhand (passive) smoking during pregnancy. *Harefuah*, 159(7):503-507.
88. Rogers, C. (1951). A theory of personality and behavior, London: coustable.
89. Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, (21), 95-103.

90. Rogers, C (1959) A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework.
91. Roszkowski M., Neubauer L., Zelikovsky N., Perceived Benefits of a Designated Smoking Area Policy on a College Campus: Views of Smokers and Non-smokers. *New York Journal of Student Affairs*, 14(1).
92. Ruscitti L., Castellani F., et al., (2021). Smoking at the workplaces in Italy after the smoking ban in the Lazio Region. *Med Lav*, 112(1):44-57.
93. Saito J., et al., (2018). Education and indoor smoking among parents who smoke: the mediating role of perceived social norms of smoking. *BMC Public Health*, 2;18(1):211.
94. Sansone G., Fong G., et al., (2018). Secondhand Smoke Exposure in Public Places and Support for Smoke-Free Laws in Japan: Findings from the 2018 ITC Japan Survey. *Int J Environ Res Public Health*, 4;17(3):979.
95. Schofield M., Condidine R., Boyle C., (2011). Smoking control in restaurants: the effectiveness of self-regulation in Australia. *American Journal of Public health*, 83(9).
96. Scollo M, Lal A., Hyland A., Glantz S., (2003). Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tobacco Control*, 12:13–20.
97. Shea S, Lionis C., (2010). Restoring humanity in health care through the art of compassion: an issue for the teaching and research agenda in rural health care. *Rural and Remote Health*, 10: 1679.
98. Schoretsaniti S., Fillipidis F., et al., (2014). Prevalence and determinants of SHS exposure in public and private areas after the 2010 smoke-free legislation in Greece. *Tobacco Induced Diseases*, 12(1).
99. Schuz N., Ferguson S., (2015). Australian Smokers' and Nonsmokers' Exposure to Antismoking Warnings in Day-to-Day Life: A Pilot Study. *Nicotine Tob Res*, 17(7):876-881.
100. Skerletopoulos L., Makris A., Khaliq M., (2020). Trikala Quits Smoking": A Citizen Co-Creation Program Design to Enforce the Ban on Smoking in Enclosed Public Spaces in Greece. *Social Marketing Quarterly*, 26(3).
101. Strachan D., Cook D., (1997). Health effects of passive smoking: Parental smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood. *BMJ*, 52(10): 905-914.
102. Talati A., Keyes K., Heasin D., (2016). Changing relationships between smoking and psychiatric disorders across twentieth century birth cohorts: clinical and research implications. *Mol Psychiatry*, 21(4):464-71.

103. Tirandaz S., Areshtanab H., Jafarizadeh H., Jafarabadi M., (2019). Relationship with Emotional Intelligence and General Health among Male Smoker Staff in Urmia University of Medical Sciences. *J. Caring Sci*, 8(4):225-230.
104. Tojal C., Costa R., (2018). Anxiety and depression symptoms among pregnant women with different smoking habits. *Psychology, Health & Medicine*, 25(4).
105. Tony P., Tang Y., Chen Q., et al., (2007). Cigarette smoking in Chinese male inpatients with schizophrenia: A cross-sectional analysis. *Journal of psychiatric research*, 41(1-2):43–48.
106. Tsopelas Ch., Kardaras K., Kontaxakis V., (2008). Smoking in patients with psychiatric disorders: Effects on their psychopathology and quality of life. *Europe PMC*, 19(4):306-312.
107. Unubol H., Sayar G., (2018). Psychological factors associated with smoking and quitting addiction map of Turkey study. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 15:1971-1982.
108. Yang M., Zvolensky M., Leyre T., (2017). The indirect effect of panic disorder on smoking cognition via difficulties in emotion regulation, *Addictive behaviors*, 72: 126-132.
109. Williams B., Brown T., McKenna L., et al., (2014). Empathy levels among health professional students: a cross-sectional study at two universities in Australia. *Adv Med Educ Pract.*, 5: 107–113.
110. Whincup P., Emberson J., Feyerabend C., (2004). Passive smoking and risk of coronary heart disease and stroke: prospective study with cotinine measurement. *BMJ*, 329:200.
111. Wright D., Hanson V., Foss P., Mulheron D., (2001). Smoke Screen: A Smoking Prevention Resource for Stage 3. Curriculum Support Material for Stage 3 Personal Development, Health and Physical Education, *New South Wales Department of Education and Training, Student Services and Equity Programs*.
112. Wu Y., Wang M., et al. (2018). Knowledge on harms of thirdhand smoking is associated with greater support on smokefree policies. *Tob. Induc. Dis.*, 16(1).
113. Zeid, D., Kutlu, M. G., & Gould, T. J. (2018). Differential Effects of Nicotine Exposure on the Hippocampus Across Lifespan. *Current neuropharmacology*, 16(4), 388–402.
114. Ziedonis D., Williams J.M., & Smelson D. (2003). Serious mental illness and tobacco addiction: A model program to address this common but neglected issue. *The American Journal of the Medical Sciences*, 326, 223-230.
115. Γιάλομ Ιρ. (2004). Το Δώρο τις ψυχοθεραπείας. Αθήνα: ΑΓΡΑ.

116. Καράμπελα, Μ. (2014). Παθητικό κάπνισμα: Βαθμός έκθεσης μη καπνιστών εργαζομένων σε ημιυπαίθριους χώρους διασκέδασης. Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή.
117. Μαλικιώση – Λοΐζου Μ. Μια κριτική ματιά στην ενσυναίσθηση. Ψυχολογία. 2003, 10 (2 και 3):295-309.
118. Μπαμπινιώτη Γ., (2002). Λεξικό τις Τις Ελληνικής Γλώσσας. Αθήνα:Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε.
119. Σταλίκας, Α. & Χαμοδράκα, Μ. (2004). Θεμελιώδη θέματα ψυχοθεραπείας. Η ενσυναίσθηση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
120. Ελληνική Στατιστική Αρχή (2019). Ανακτήθηκε από: <https://www.kathimerini.gr/1025784/article/epikairothta/ellada/kapnistes-me-to-etsi-8elw-allwn>, (ημ. Πρόσβασης: 18/12/2019).
121. Παιδεία για έναν κόσμο χωρίς κάπνισμα. Hellenic Action for Research against Tobacco Ανακτήθηκε από: <https://smokefreegreece.gr/wp-content/uploads/2017/07/SMOKE-FREE-GREECE-AGENDA.pdf>, ημ. Πρόσβασης: 4/1/2022)
122. Προβλήματα συμπεριφοράς προκαλεί στα παιδιά το παθητικό κάπνισμα, (2015). Ανακτήθηκε από: <https://nonsmokersclub.com/provlimata-simperiforas-prokalei-sta-paidia-to-pathitiko-kapnisma/> (ημερομηνία πρόσβασης : 7/9/2016).
123. Οι Έλληνες σβήνουν το τσιγάρο αλλά το παθητικό κάπνισμα δεν μειώθηκε, (2017). Ανακτήθηκε από: <https://healthpost.gr/oi-ellhnes-sbhoun-to-tsigaro-alla-to-p/> (ημερομηνία πρόσβασης: 5/10/2021).
124. Το μητρικό κάπνισμα τροποποιεί το DNA του εμβρύου, (2016). Ανακτήθηκε από: <https://nonsmokersclub.com/to-mitriko-kapnisma-tropopoiei-to-dna-tou-emvriou/> (ημερ. Πρόσβασης: 23/3/2020).
125. Ψωμιάδου Εύη: Το παθητικό κάπνισμα μπορεί να βλάψει τις αρτηρίες των παιδιών, (2019). Ανακτήθηκε από: <https://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/epistimi-zwi/news/53399/to-pathitiko-kapnisma-mporei-na-vlapsei-tis-artiries-twn-paidiwn.html> (ημερομηνία πρόσβασης: 4/1/2020).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ενημερωτικό έγγραφο για συμμετοχή στην έρευνα

Συμμετοχή σε έρευνα

Ονομάζομαι Γιώργος Ιατρού και είμαι υποψήφιος Διδάκτωρ του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Με την ερευνητική μας ομάδα μελετάμε την ενσυναίσθηση των καπνιστών και τα ψυχολογικά τους χαρακτηριστικά.

Η ενσυναίσθηση είναι ένας όρος προερχόμενος από τον χώρο της ψυχολογίας και πιο συγκεκριμένα της ψυχοθεραπείας. Είναι η ικανότητα του να "μπαίνεις στα παπούτσια του άλλου", να βλέπεις τον κόσμο μέσα από τα δικά του μάτια. Η ενσυναίσθηση λοιπόν θα μπορούσε να βοηθήσει τους καπνιστές να ελέγχουν την επιθυμία τους να καπνίζουν σε δημόσιους χώρους, επειδή αναγνωρίζουν ότι εκτός από τις βλαβερές συνέπειες στον οργανισμό τους βλάπτουν και τους ανθρώπους γύρω τους.

Στα πλαίσια της έρευνάς μας χρειαζόμαστε και τη δική σας βοήθεια με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Η συμπλήρωσή τους είναι ανώνυμη και η συνολική διάρκεια είναι περίπου 20 λεπτά.

Θα σας παρακαλούσα η συμπλήρωση να είναι προσεκτική και ακριβής.

Δεσμευόμαστε για την τήρηση της ανωνυμίας και πως τα ερωτηματολόγια θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας και θα γνωστοποιηθούν-κοινοποιηθούν μετά το πέρας αυτής.

Σας ευχαριστώ πολύ για τη συμμετοχή σας!

Με εκτίμηση,

Ιατρού Γιώργος

Σύμβουλος Ψυχικής Υγείας- Ψυχοθεραπευτής

Υπ. Διδάκτωρ Ιατρικής

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Ημερομηνία.....

Φύλο: Άντρας Γυναίκα

Ηλικία:.....

Οικογενειακή Κατάσταση (κυκλώστε)

Άγαμος

Έγγαμος με παιδιά

Έγγαμος χωρίς παιδιά

Εκπαιδευτική βαθμίδα (κυκλώστε)

Γυμνάσιο

Λύκειο

ΙΕΚ

ΑΕΙ

ΤΕΙ

Μεταπτυχιακό

Διδακτορικό

Ποιο είναι το μηνιαίο σας εισόδημα; ευρώ

Επάγγελμα

Άνεργος

Περιστασιακή Απασχόληση

Μερικής Απασχόλησης

Πλήρους Απασχόλησης

1) Καπνίζετε **ΝΑΙ** **ΟΧΙ** (αν η απάντηση είναι **ΟΧΙ**, προχώρησε στις ερωτήσεις 5 και 6)

Τσιγάρα **1-5** **6-10** **11-15** **16<**

Καπνό **1-5** **6-10** **11-15** **16<**

Ηλεκτρ. Τσιγάρο

2) Καπνίζετε εντός του χώρου που διαμένετε;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Καπνίζετε στον χώρο εργασίας σας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Καπνίζετε σε χώρους όπου απαγορεύεται βάση του Ν. 3730/2008 το κάπνισμα;

(κλειστοί χώροι εστίασης, κλειστός χώρος εργασίας, πανεπιστήμιο κτλ.)

ΝΑΙ

ΟΧΙ

3) Όταν καπνίζετε σε χώρο όπου απαγορεύεται το κάπνισμα ποιοι άλλοι συνήθως είναι παρόντες;
(κυκλώστε)

Κανένας

Παιδιά

Οικογένεια

Φίλοι/Συνάδελφοι

Άγνωστοι

4) Πόσο θεωρείτε ότι ενοχλούνται τα άτομα που **δεν** είναι καπνιστές και βρίσκονται κοντά σας όταν εσείς καπνίζετε;

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Πολύ

Πάρα πολύ

5) Πόσο σας ενοχλεί όταν βρίσκεστε σε χώρους όπου απαγορεύεται το κάπνισμα και κάποιος άλλος καπνίζει;

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Πολύ

Πάρα πολύ

6) Κάνετε συστάσεις σε κάποιον που καπνίζει σε χώρο όπου απαγορεύεται το κάπνισμα ώστε να το διακόψει;

ΠΟΤΕ

ΣΠΑΝΙΑ

ΣΥΧΝΑ

ΠΑΝΤΑ

TORONTO EMPATHY QUESTIONNAIRE

Παρακάτω υπάρχει μια λίστα με καταστάσεις. Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά κάθε κατάσταση και σημειώστε πόσο συχνά αισθάνεστε ή ενεργείτε με τον τρόπο που περιγράφεται. Κυκλώστε την απάντησή σας στη φόρμα απαντήσεων. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις ή παραπλανητικές ερωτήσεις. Παρακαλώ, απαντήστε κάθε ερώτηση όσο πιο ειλικρινά μπορείτε.

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
1.	Όταν κάποιος ενθουσιάζεται, τείνω να ενθουσιάζομαι και εγώ	0	1	2	3	4
2.	Οι ατυχίες των άλλων δεν με ενοχλούν ιδιαίτερα	0	1	2	3	4
3.	Όταν συμπεριφέρονται με ασέβεια σε κάποιο άτομο αναστατώνομαι	0	1	2	3	4
4.	Δεν συμμερίζομαι και εγώ τη χαρά κάποιου ατόμου που βρίσκεται κοντά μου	0	1	2	3	4
5.	Χαίρομαι να κάνω τους άλλους ανθρώπους να νιώθουν καλύτερα	0	1	2	3	4
6.	Έχω τρυφερά συναισθήματα και νοιάζομαι για τους ανθρώπους που είναι λιγότερο τυχεροί από μένα	0	1	2	3	4
7.	Όταν ένας φίλος αρχίζει να μου μιλά για τα προβλήματά του/της, προσπαθώ να αλλάξω συζήτηση	0	1	2	3	4
8.	Μπορώ να καταλάβω πότε οι άλλοι είναι λυπημένοι ακόμη και αν δεν μου το πουν	0	1	2	3	4
9.	Ανακαλύπτω ότι συντονίζομαι με τα συναισθήματα των άλλων	0	1	2	3	4
10.	Δεν συμπονώ τους ανθρώπους που ευθύνονται οι ίδιοι για τις σοβαρές τους ασθένειες	0	1	2	3	4
11.	Αναστατώνομαι/ταράζομαι όταν κάποιος κλαίει	0	1	2	3	4
12.	Δεν ενδιαφέρομαι πραγματικά για το πως νιώθουν οι άλλοι άνθρωποι	0	1	2	3	4
13.	Νοιώθω μια ισχυρή παρότρυνση να βοηθήσω κάποιο άτομο που φαίνεται αναστατωμένο	0	1	2	3	4
14.	Δεν στενοχωριέμαι για κάποιο άτομο που το μεταχειρίζονται άδικα	0	1	2	3	4
15.	Θεωρώ χαζό οι άνθρωποι να κλαίνε από ευτυχία	0	1	2	3	4
16.	Όταν βλέπω να εκμεταλλεύονται κάποιο άτομο, νιώθω την ανάγκη να το προστατεύσω	0	1	2	3	4

ΟΔΗΓΙΕΣ

Όλοι, κατά περιόδους, μπορεί να έρθουν σε δύσκολη θέση, να νιώσουν συνεσταλμένοι ή να ντροπιαστούν. Αυτές οι ερωτήσεις αφορούν τέτοια συναισθήματα, εάν έχουν εμφανιστεί **οποιαδήποτε στιγμή στο προηγούμενο έτος**. Δεν υπάρχει καμία «σωστή» ή «λανθασμένη» απάντηση. Παρακαλούμε, διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΣΥΓΚΡΑΤΗΜΕΝΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
1. Έχετε νιώσει ντροπή για κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
2. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
3. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
4. Έχετε νιώσει ντροπή για τη συμπεριφορά σας απέναντι στους άλλους;	1	2	3	4
5. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τη συμπεριφορά σας απέναντί τους;	1	2	3	4
6. Έχετε αποφύγει ποτέ ανθρώπους εξαιτίας της συμπεριφοράς σας;	1	2	3	4
7. Έχετε νιώσει ντροπή για αυτό που είστε;	1	2	3	4
8. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτό που είστε;	1	2	3	4
9. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε από τους άλλους αυτό που είστε;	1	2	3	4
10. Έχετε νιώσει ντροπή για τις ικανότητές σας;	1	2	3	4
11. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις ικανότητές σας;	1	2	3	4
12. Έχετε αποφύγει ανθρώπους, εξαιτίας της αδυναμίας σας να κάνετε κάποια πράγματα;	1	2	3	4
13. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν κάνετε κάτι λάθος;	1	2	3	4
14. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για εσάς, όταν κάνετε κάτι λάθος;	1	2	3	4

15. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε πράγματα, τα οποία ντρέπεστε που έχετε κάνει;	1	2	3	4
16. Έχετε νιώσει ντροπή για κάτι ανόητο που είπατε;	1	2	3	4
17. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι για εσάς, όταν είπατε κάτι ανόητο;	1	2	3	4
18. Έχετε αποφύγει την επαφή με οποιονδήποτε γνώριζε ότι είπατε κάτι ανόητο;	1	2	3	4
19. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν αποτύχατε σε κάτι που ήταν σημαντικό για εσάς;	1	2	3	4
20. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι, όταν αποτύχατε;	1	2	3	4
21. Έχετε αποφύγει ανθρώπους που σας είδαν να αποτυχαίνετε;	1	2	3	4
22. Έχετε νιώσει ντροπή για το σώμα σας ή κάποιο σημείο του;	1	2	3	4
23. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για την εμφάνισή σας;	1	2	3	4
24. Έχετε αποφύγει να κοιτάξετε τον εαυτό σας στον καθρέπτη;	1	2	3	4
25. Έχετε την επιθυμία να κρύψετε ή να συγκαλύψετε το σώμα σας ή κάποιο σημείο του σώματός σας;	1	2	3	4

OTHER AS SHAMER (OAS)

Ενδιαφερόμαστε για το πώς οι άνθρωποι θεωρούν ότι οι άλλοι τους βλέπουν. Ακολουθεί ένας κατάλογος δηλώσεων που περιγράφει τα συναισθήματα ή τις εμπειρίες σχετικά με το πώς μπορεί να νοιώθετε για το πώς σας βλέπουν οι άλλοι άνθρωποι. Διαβάστε κάθε δήλωση και βάλτε σε κύκλο τον αριθμό δεξιά που δείχνει τη συχνότητα με την οποία βρίσκεται τον εαυτό σας να νιώθει ή να βιώνει αυτό που περιγράφεται στη δήλωση.

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
1. Νιώθω ότι οι άλλοι με βλέπουν ως όχι αρκετά καλό.	0	1	2	3	4
2. Νομίζω ότι οι άλλοι με βλέπουν υποτιμητικά.	0	1	2	3	4
3. Οι άλλοι με ταπεινώνουν πολύ.	0	1	2	3	4
4. Νιώθω ανασφαλής σε σχέση με τη γνώμη των άλλων για μένα.	0	1	2	3	4
5. Οι άλλοι με βλέπουν σα να μην είμαι του ίδιου επιπέδου με εκείνους.	0	1	2	3	4
6. Οι άλλοι με βλέπουν σα μηδαμινό και ασήμαντο.	0	1	2	3	4
7. Οι άλλοι με βλέπουν σαν κάπως ελαττωματικό.	0	1	2	3	4
8. Οι άνθρωποι με βλέπουν ασήμαντο συγκριτικά με τους άλλους.	0	1	2	3	4
9. Οι άλλοι αναζητούν τα λάθη μου.	0	1	2	3	4
10. Οι άνθρωποι με βλέπουν σα να παλεύω για την τελειότητα, δίχως, όμως, να είμαι ικανός να φθάσω τα δικά μου σταθμά.	0	1	2	3	4
11. Νομίζω ότι οι άλλοι μπορούν να δουν τα μειονεκτήματά μου.	0	1	2	3	4
12. Οι άλλοι είναι επικριτικοί ή τιμωρητικοί, όταν κάνω ένα λάθος.	0	1	2	3	4
13. Οι άνθρωποι απομακρύνονται από εμένα, όταν κάνω λάθη.	0	1	2	3	4
14. Οι άλλοι πάντα θυμούνται τα λάθη μου.	0	1	2	3	4
15. Οι άλλοι με θεωρούν εύθραυστο.	0	1	2	3	4
16. Οι άλλοι με βλέπουν κενό και ανεκπλήρωτο.	0	1	2	3	4
17. Οι άλλοι νομίζουν ότι κάτι μου λείπει.	0	1	2	3	4
18. Οι άλλοι νομίζουν ότι έχω χάσει τον έλεγχο του σώματος και των συναισθημάτων μου.	0	1	2	3	4

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω θα συναντήσετε έναν κατάλογο με προβλήματα και ενοχλήσεις που, ορισμένες φορές, αντιμετωπίζουμε οι άνθρωποι. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτηση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στη δεξιά πλευρά, ο οποίος δείχνει το βαθμό της ενοχλήσης που σας έχει προκαλέσει το συγκεκριμένο πρόβλημα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρική ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή ατημέλητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4
14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4

16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4

38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είστε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τραίνο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4

58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεσθε νευρικότητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4

76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είστε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4

Στα πλαίσια της εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής, πραγματοποιήθηκε ένα project με σκοπό την ευαισθητοποίηση επώνυμων Ελλήνων, κυρίως καπνιστών, οι οποίοι είχαν φωτογραφηθεί σε κλειστούς δημόσιους χώρους να καπνίζουν. Η διαφημιστική αυτή καμπάνια, είχε αποδέκτες 50 επώνυμους Έλληνες καπνιστές, πολιτικούς, αθλητές, δημοσιογράφους, παρουσιαστές κ.ά. και πραγματοποιήθηκε τα Χριστούγεννα του 2017 από την Πνευμονολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και την Επιστημονική Εταιρεία Αναπνευστικών Διαταραχών και Βαρείας Νόσου.

Αποτελούνταν από μια Χριστουγεννιάτικη, ευχετήρια κάρτα, η οποία στο εξωτερικό της μέρος, «φιλοξενούσε» ζωγραφιά μαθητών από αντίστοιχη ενημερωτική για το κάπνισμα δράση, ενώ στο εσωτερικό της, τοποθετήθηκε μηχανισμός ο οποίος κατά το άνοιγμα της κάρτας, προειδοποιούσε με ηχογραφημένο μήνυμα για τις επιπτώσεις του ενεργητικού και παθητικού καπνίσματος.

Σκοπός της δράσης, ήταν η ευαισθητοποίηση των επωνύμων για τήρηση του αντικαπνιστικού νόμου, και τους καλούσε να απαντήσουν με ένα ηλεκτρονικό μέγλ, δηλώνοντας υπέρ της εφαρμογής του.

Ενδεικτικό των χαμηλών επιπέδων ενσυναίσθησης των καπνιστών, είναι ότι παρά την τεράστια απήγηση που είχε μέσω του Τύπου (έντυπου και ηλεκτρονικού) και τις διαστάσεις που έλαβε, καθώς και τα θετικά σχόλια για την πρωτοτυπία της, κανείς από τους επωνύμους δεν έδειξε ενδιαφέρον να απαντήσει!

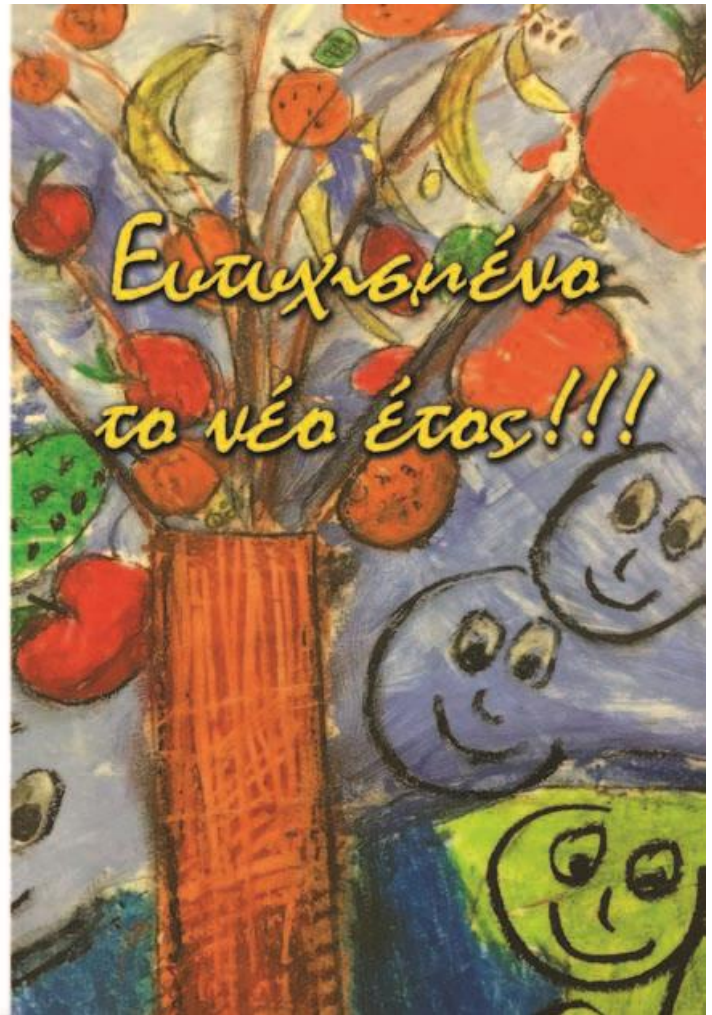
Ενδεικτικές αναφορές του Τύπου:

https://www.taxydromos.gr/m/m_article.php?id=282790

<https://www.kathimerini.gr/society/940120/antikapnistikes-eyches-se-eponymoys/>

<https://fonikastorias.gr/%CE%B5%CE%BF%CF%81%CF%84%CE%B1%CF%83%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%BA%CE%AC%CF%81%CF%84%CE%B1-%CF%84%CE%B7%CF%82-%CF%80%CE%BD%CE%B5%CF%85%CE%BC%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CE%AE/>

<https://www.healthview.gr/37973/christougenniatiki-karta-noima-se-apodektes-50-eponymous-kapnistes/>



Επιμέλεια:

Γουργουλιάνης Κωνσταντίνος - Καθηγητής Πνευμονολογίας Παν. Θεσσαλίας,
Διευθυντής Πνευμονολογικής κλινικής
Ιατρού Γιώργος - Σύμβουλος Ψυχικής Υγείας,
Msc, PhD(c) Ιατρικής Θεσσαλίας

Το οπισθόφυλλο και εμπροσθόφυλλο της «αντικαπνιστικής» ευχετήριας κάρτας με αποδέκτες 50 επώνυμους καπνιστές