



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΓΕΩΡΓΙΑΔΟΥ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ



ΛΑΡΙΣΑ 2011

Μεταπτυχιακή Διατριβή
που υποβλήθηκε στο Τμήμα Ιατρικής
του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
ως μέρος των απαιτήσεων για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην
« Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας »

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ: ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ-ΚΡΕΠΙΑ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

ΜΕΛΗ: ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

ΓΚΟΥΒΑ ΜΑΡΙΑ

Αφιερώνεται
στην κόρη μου Φυλλιώ για την αγάπη
και την αμέριστη συμπαράστασή της.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Είναι πολύ σημαντικό για κάθε άνθρωπο ο οποίος ολοκληρώνει με επιτυχία ακόμη ένα κύκλο της ζωής του, να μην ξεχνά τους ανθρώπους που συνέβαλλαν σε αυτό το αποτέλεσμα.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα μου, **Σαπουντζή-Κρέπια Δέσποινα** καθηγήτρια στο τμήμα Νοσηλευτικής Frederick University Cyprus, για την ανάθεση του θέματος τη βοήθεια, τη στήριξη, την επιστημονική καθοδήγηση, και τη κατανόηση της καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας.

Επίσης ευχαριστώ τις συνεπιβλέπουσες, **Κοτρώτσιου Ευαγγελία** καθηγήτρια στο τμήμα Νοσηλευτικής Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Λάρισας και την **Γκούβα Μαίρη** Επίκουρο Ψυχολόγο, Ψυχοσωματικής και Κοινωνικής Ψυχιατρικής στο Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Ηλείου για τη βοήθεια και τις πραγματικά πολύτιμες συμβουλές.

Θα ήταν παράληψη να μην ευχαριστήσω την **Αργυροπούλου-Πατάκα Παρασκευή** καθηγήτρια Πνευμονολογίας στη Μονάδα Αναπνευστικής Ανεπάρκειας Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, που χωρίς την άδειά της για την πρόσβασή μου στα αρχεία και μητρώα του Ιατρείου Διακοπής Καπνίσματος δεν θα ήταν δυνατή η εκπόνηση αυτής της εργασίας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω επίσης τον συμφοιτητή μου **Καρασαββίδη Σάββα** για τη βοήθεια, τη συμπαράσταση, και κυρίως τις ευχάριστες στιγμές που περάσαμε στη διάρκεια της Μεταπτυχιακής μας Εκπαίδευσης.

Ευχαριστώ θερμά και την συνάδελφό μου **Λαχανά Χρυσανγή** για τη βοήθεια και την προθυμία της να μοιραστεί μαζί μου τις γνώσεις της και την εμπειρία της.

Τέλος ευχαριστώ μέσα από την καρδιά μου την κόρη μου **Φυλλιώ** για την ηθική υποστήριξη στην οποία και αφιερώνω την παρούσα εργασία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΟΡΙΣΜΟΣ- ΚΑΠΝΙΣΤΗ.....	7
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	7
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....	8
Διαφορές μεταξύ των φύλων.....	11
Διαφορές κατά ηλικία.....	12
Κοινωνικές διαφορές.....	13
ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....	14
Κοινωνικο – οικονομικά δεδομένα.....	14
Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία.....	15
Εξάρτηση από το Κάπνισμα (Εθισμός).....	20
Συμπτώματα στέρησης.....	21
ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....	22
ΙΑΤΡΕΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....	25
Πρόγραμμα υποστήριξης διακοπής καπνίσματος Liferwards.....	25
ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΡΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....	26
Στρατηγική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Καταπολέμηση του Καπνίσματος.....	26
Η Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης Κατά του Καπνίσματος.....	28
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΣΚΟΠΟΣ	24
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	30
α) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ.....	31
β) SMOKING ASSESMENT QUESTIONNAIRE.....	31
γ) CIGARETTE SATISFACTION/ NICOTINE WITHDRAWAL/ SMOKING TOLERANCE.....	31
δ) ΕΡΩΜΑΤΟΛΟΓΙΟ FAGERSTROM TOLERANCE QUESTIONNAIRE.....	31
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	32
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	33
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΦΘΗΚΑΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ.....	33
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ FAGERSTROM.....	40
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΟ ΠΟΣΟ ΑΠΟΦΑΣΙΣΜΕΝΟΣ ΕΙΝΑΙ ΝΑ ΚΟΨΕΙ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ.....	55
ΣΗΖΗΤΗΣΗ	75
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	79
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	81

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το κάπνισμα αποτελεί στις μέρες μας ένα από τους βασικότερους παράγοντες που ευθύνονται για σημαντικά προβλήματα υγείας στον ανθρώπινο οργανισμό. Παγκοσμίως αποτελεί μια από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου και εκτιμάται 5.4 εκατομμύρια άνθρωποι χάνουν την ζωής τους εξαιτίας του. Πολλά είναι επίσης τα όργανα στον ανθρώπινο οργανισμό που επιβαρύνονται από το κάπνισμα όπως ο εγκέφαλος οι πνεύμονες και το καρδιαγγειακό σύστημα.

Παρά τις όποιες δυσμενείς για την υγεία και όχι μόνο, επιπτώσεις έχει το κάπνισμα, οι καπνιστές συναντάνε ιδιαίτερη δυσκολία στην απεξάρτηση τους από αυτό, εξαιτίας της εθιστικής δράσης της νικοτίνης στους νικοτινικούς υποδοχείς του εγκεφάλου. Στην προσπάθεια της απεξάρτησης των καπνιστών από τη συνήθεια του τσιγάρου συμβάλλουν τα Κέντρα Διακοπής του Καπνίσματος παρέχοντας φαρμακευτική και ψυχολογική υποστήριξη.

Κατά την επίσκεψη τους στο Εξωτερικό Ιατρείο Απεξάρτησης Καπνιστών της Πνευμονολογικής Κλινικής και ΜΑΑ (Μονάδα Αναπνευστικής Ανεπάρκειας) Α.Π.Θ. του Γενικού Νοσοκομείου «Γ. Παπανικολάου», οι καπνιστές συμπληρώνουν ένα σχετικό ερωτηματολόγιο παρέχοντας κατ' αυτό τον τρόπο πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο ζωής τους (που μπορεί να επηρεάζει το κάπνισμα), τον εθισμό τους στην νικοτίνη και το πόσο αποφασισμένοι είναι να διακόψουν το κάπνισμα. Στην παρούσα Διατριβή χρησιμοποιήθηκαν οι απαντήσεις αυτών των ερωτηματολογίων με σκοπό να διερευνηθεί αν ο βαθμός εξάρτησης των καπνιστών από την νικοτίνη και ο βαθμός αποφασιστικότητάς τους να διακόψουν το κάπνισμα σχετίζονται με κάποιες παραμέτρους που αφορούν την προσωπική τους ζωή. **Σκοπός** της εργασίας είναι να διερευνηθούν τα πιθανά πρότυπα/συνήθειες που επηρεάζουν τους καπνιστές που βρίσκονται στη διαδικασία να διακόψουν το κάπνισμα και να συμβάλει στην γνώση για τη καλύτερη ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών κατά την διάρκεια της θεραπείας τους.

Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι τόσο η εξάρτηση (καθώς και παράμετροι που σχετίζονται με αυτή) όσο και ο βαθμός αποφασιστικότητας του ατόμου να διακόψει το κάπνισμα, σχετίζεται με ποικίλες παραμέτρους που αφορούν την προσωπική ζωή του καπνιστή όπως π.χ. το αν οι γονείς του είναι καπνιστές, αν ο σύντροφος τον πιέζει να κόψει το κάπνισμα ή αν καταναλώνει αλκοόλ.

ΟΡΙΣΜΟΣ- ΚΑΠΝΙΣΤΗ

Καπνιστής θεωρείται αυτός που εισπνέει καπνό του τσιγάρου και η σχετική συνήθεια ονομάζεται κάπνισμα (Τεγόπουλος – Φυτράκης, 2005).

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η διάδοση της καλλιέργειας του καπνού αρχικά στην Ευρώπη και στην συνέχεια στο υπόλοιπο κόσμο σηματοδοτείται από την ανακάλυψη της Αμερικής τον 16^ο αιώνα. Το κάπνισμα ως συνήθεια ήταν ευρύτατα διαδεδομένο στους ιθαγενείς της Αμερικής που καλλιεργούσαν τα δύο είδη καπνού *Nicotiana labacum* και *Nicotiana rustica*. Το κάπνισμα για τους Ινδιάνους ήταν συνδεδεμένο, με κοινωνικές δραστηριότητες, και με θρησκευτικές τελετές και δοξασίες, ενώ πίστευαν ότι ο καπνός είχε και θεραπευτικές ιδιότητες και για αυτό τον χρησιμοποιούσαν ως αφέψημα για την αντιμετώπιση ασθενειών και ως κατάπλασμα για την επούλωση τραυμάτων και για την καταστολή του άλγους. Η άποψη αυτή υιοθετήθηκε και από τους ιεραποστόλους που ακολούθησαν τον Κολόμβο κατά την δεύτερη αποστολή του στην Αμερική και με αυτό τον τρόπο ο καπνός περνάει, κυρίως στους κύκλους της αριστοκρατίας ως ένα θαυματουργό φυτό με εξορκιστικές και θεραπευτικές ιδιότητες, που προσέφερε, επιπρόσθετα, ιδιαίτερη ευχαρίστηση με την εισπνοή του καπνού, που προέρχονταν από την καύση των φύλλων του (Μισαηλίδου 1979, Δαρδαβέσης 2009).

Το φυτό παίρνει το επιστημονικό του όνομα από το Λιναίο που το ονόμασε *Nicotiaa tabacum* εξαιτίας του Γάλλου πρέσβη στην Πορτογαλία Jean Nicot (1530 - 1600) που απέστειλε στη βασίλισσα Αικατερίνη των Μεδικών φύλλα καπνού συνιστώντας τη χρήση τους ως φαρμάκου για την αντιμετώπιση των ισχυρών κεφαλαλγιών της. Στην συνέχεια η Αικατερίνη ικανοποιημένη από τα θετικά αποτελέσματα του καπνού στην υγεία της, συνέβαλλε ποικιλοτρόπως στη διάδοση της καλλιέργειας και της χρήσης του φυτού στη Γαλλία και την Ιταλία (Δαρδαβέσης 2009).

Σταδιακά η χρήση και η καλλιέργεια του καπνού παίρνει μεγάλες διαστάσεις στην Ευρώπη και σε διάφορες κοινωνικοοικονομικές ομάδες ενώ πενήντα περίπου χρόνια μετά την εισαγωγή του καπνού στην Ευρώπη, άρχισε η καλλιέργεια του στην Περσία, την Ινδία, την Ιάβα και ακολούθως σε πολλές περιοχές της Εγγύς και Μέσης Ανατολής. Παράλληλα με τη γενίκευση του καπνίσματος σε μεγάλες πληθυσμιακές

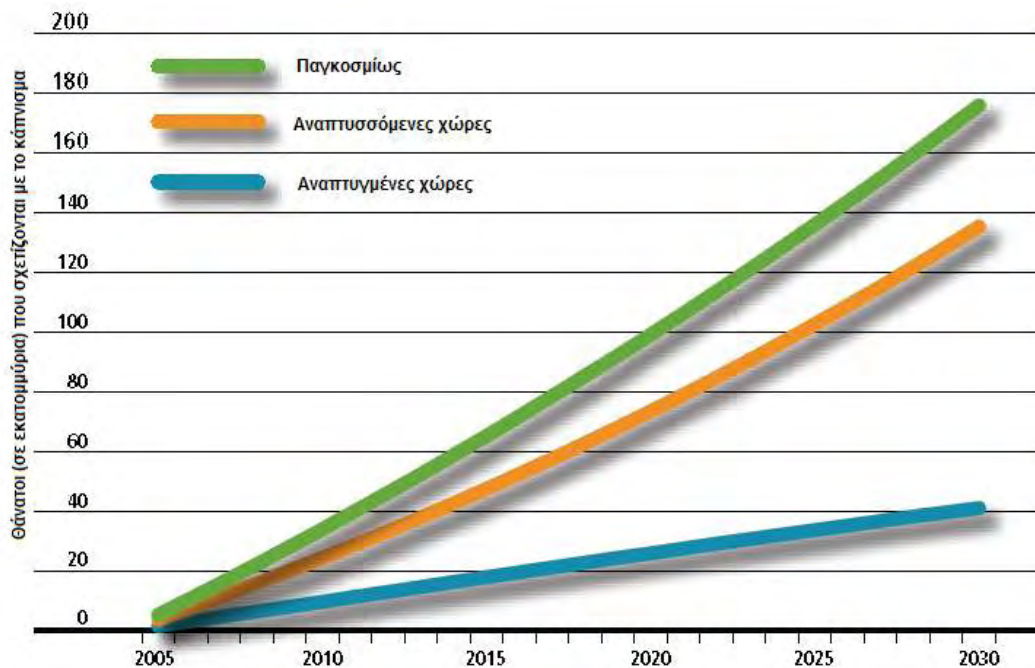
ομάδες, άρχισαν να γίνονται εμφανείς και οι βλαπτικές επιδράσεις του και εμφανίζονται οι πρώτοι επικριτές του. Στο πλευρό των γιατρών της εποχής συντάχθηκαν και οι τότε ιερείς τη καθολικής εκκλησίας ενώ το 1604 ο βασιλιάς της Αγγλίας Ιάκωβος ο Α' φτάνει στο σημείο να επιβάλλει ποινή θανάτου δια απαγχονισμού σε κάθε συστηματικό καπνιστή. Παρόμοιες ποινές επιβλήθηκαν κατά καιρούς σε διάφορα άλλα μέρη του κόσμου όπως στην Ρωσία όπου τσάροι της δυναστείας των Ρομανόφ επέβαλλαν στους καπνιστές ποινές δημοσίου μαστιγώματος και εξορίας, στην Περσία ο Σάχης Αμπάς ο Α' σχίσιμο των χειλιών και τον ακρωτηριασμό της μύτης ως τιμωρία, όσων συλλαμβάνονταν να εισροφούν ρινικά σκόνη καπνού ενώ ο Πάπας Ουρβάνος ο 8^{ος}, ο οποίος επέβαλλε ως ποινή την απαγόρευση της Θείας Μετάληψης σε όλους τους Καθολικούς Χριστιανούς, που ήταν καπνιστές. Παρά τις όποιες όμως κατά καιρούς απαγορεύσεις η χρήση του καπνού συνέχιζε να είναι ιδιαίτερος διαδεδομένη παγκοσμίως (Μισαηλίδου 1979, Δαρδαβέσης 2009).

Το τσιγάρο, ως προϊόν περιτύλιξης τριμμένου καπνού σε χαρτί, εφευρέθηκε τον 18^ο αιώνα στη Βραζιλία, ενώ στην Γερμανία ιδρύθηκε το 1862 το πρώτο εργοστάσιο παραγωγής τσιγάρων στη Δρέσδη από Έλληνα ομογενή της Ρωσίας (Μισαηλίδου 1979).

Στην Ελλάδα ο καπνός ήρθε στις αρχές τού 17ου αιώνα όπου εμφάνισε αμέσως μεγάλη εμπορική επιτυχία και ιδρύθηκαν ειδικά καταστήματα που λέγονταν καπνιστήρια - Tabagles - όπου πήγαιναν άντρες άλλα και αρκετές γυναίκες, για να καπνίσουν (Δαρδαβέσης 2009).

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας 100 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν πεθάνει εξαιτίας του τσιγάρου τον 20 αιώνα και υπολογίζετε ότι στις μέρες μας 5.4 εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν ετησίως από την «συνήθεια» του τσιγάρου (WHO 2008). Οι ερευνητές Mathers & Loncar (2006) προβλέπουν πως το 2030 οι θάνατοι από το τσιγάρο θα φτάσουν του 8 εκατομμύρια ετησίως 80% των οποίων θα αντιστοιχούν στις υπό ανάπτυξη χώρες ενώ κατά τον 21 αιώνα το τσιγάρο θα ευθύνεται για τον θάνατο ενός δισεκατομμυρίου ανθρώπων.



Εικόνα 1. Πρόβλεψη αριθμού θανάτων από το κάπνισμα μέχρι το 2010, παγκοσμίως στις αναπτυσσόμενες και στις αναπτυγμένες χώρες (WHO 2008).

Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στις Η.Π.Α. δείχνουν, ότι το κάπνισμα προκαλεί κάθε χρόνο:

1. 3.000 θανάτους από καρκίνο των πνευμόνων.
2. Αναπνευστικά προβλήματα και ιδιαίτερα βρογχίτιδες και πνευμονίες σε 150.000 -300.000 παιδιά.
3. Εκδήλωση 8.000 - 26.000 νέων περιπτώσεων άσθματος σε παιδιά.
4. Επιδείνωση των συμπτωμάτων σε 400.000 - 1.000.000 ασθματικά παιδιά.
5. 35.000 θανάτους από καρδιαγγειακές παθήσεις, που συνδέονται με το ενεργητικό ή το παθητικό κάπνισμα.

Ανάλογες είναι οι διαπιστώσεις που προέρχονται από υπηρεσίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και οι οποίες αναφέρουν, ότι το κάπνισμα προκαλεί 3 εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο σε ολόκληρο τον κόσμο, ενώ υπολογίζεται ότι μέχρι το έτος 2025 θα έχουν πεθάνει από τις συνέπειες του συνολικά 250.000.000 περίπου άτομα. Ειδικότερα στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες το κάπνισμα αποτελεί την άμεση ή έμμεση αιτία για το 20% των θανάτων, ενώ υπολογίζεται ότι στις Η.Π.Α. κάθε 2 λεπτά χάνεται ένας άνθρωπος λόγω του καπνίσματος.

Στην Ελλάδα, όπου η ετήσια κατανάλωση των τσιγάρων βρίσκεται σε παγκόσμιο επίπεδο και αναλογικά με τον πληθυσμό στην τρίτη θέση μετά την Κύπρο και την Κούβα, οι διαπιστώσεις για τις συνέπειες του καπνίσματος συνοψίζονται στα εξής (Ζορμπάς & Σίμου 2008) :

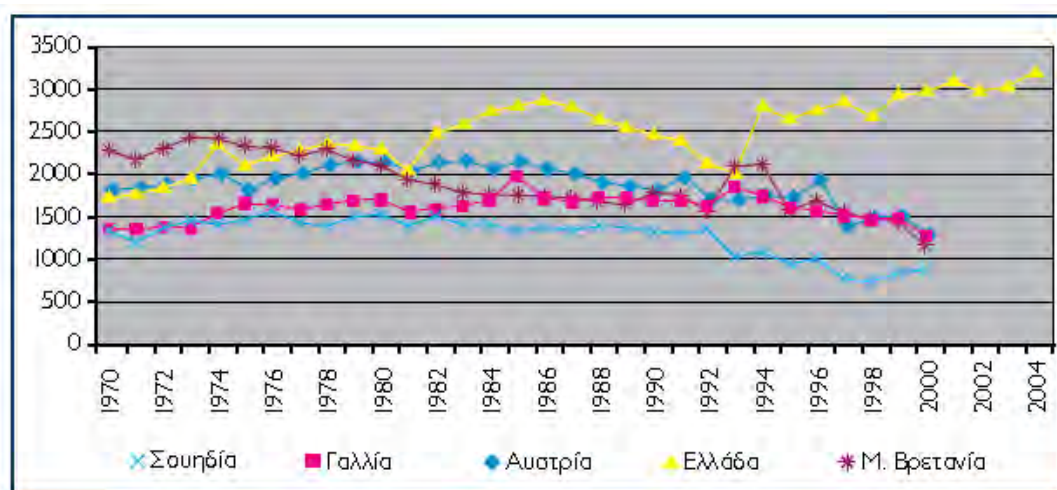
1. Κάθε χρόνο 15.000 άτομα πεθαίνουν από αιτίες που σχετίζονται με το κάπνισμα.
2. Από τις συνολικές ετήσιες εισαγωγές στα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας υπολογίζονται σε 70.000 περίπου οι περιπτώσεις εκείνες, που σχετίζονται με παθήσεις που προκαλεί το χρόνιο κάπνισμα.
3. Από τις δέκα περιπτώσεις καρκίνου πνεύμονα που διαγιγνώσκονται ετησίως, οι οκτώ έχουν ως αιτιολογικό παράγοντα το κάπνισμα.
4. Η εθνική οικονομία επιβαρύνεται ετησίως με 80 περίπου εκατ. ευρώ από την αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, που προκαλεί το κάπνισμα.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας περίπου 215 εκ. Ευρωπαίοι πολίτες καπνίζουν. από τα οποία τα 130 εκατ. είναι άνδρες σε ποσοστό που αντιστοιχεί σε 34% επί του συνολικού πληθυσμού στη Δυτική Ευρώπη και 47% στην Ανατολική, έναντι 25% που είναι στις γυναίκες στη Δυτική Ευρώπη και 20% στην Ανατολική (WHO 2011).

Στον Πίνακα 1 δίνεται το ποσοστό καπνιστών μεταξύ των ατόμων ηλικίας άνω των 15 ετών σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του WHO. Παρόλο που το ποσοστό των καπνιστών στην Ελλάδα φαίνεται να έχει πτωτική τάση συνεχίζει να παραμένει το υψηλότερο σε όλη την Ευρώπη. Αντίθετα ο μέσος ετήσιος αριθμός τσιγάρων ανά κεφαλή έχει αυξητική τάση στην Ελλάδα. Επιπλέον οι έλληνες τα τελευταία χρόνια κατέχουν και το υψηλότερο ποσοστό και στον μέσο ετήσιο αριθμό τσιγάρων ανά κεφαλή (Εικόνα 2)

Πίνακας 1. Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας άνω των 15 ετών που είναι καπνιστές (1980 - 2003). (Πηγή : WHO 2008)

	Έτος	Ποσοστό	Έτος	Ποσοστό
Αυστρία	1986	24,9	2000	29,0
Βέλγιο	1982	40,0	2002	29,0
Γαλλία	1980	32,0	2002	25,9
Γερμανία	1997	36,7	2003	33,9
Δανία	1994	37,0	2003	28,0
Ελλάδα	1991	46,0	2000	37,6
Ιταλία	1993	25,7	2002	24,0
Ισπανία	1993	32,1	2003	28,1
Μ. Βρετανία	1980	39,0	2003	26,0
Ολλανδία	1980	43,0	2003	32,0
Σουηδία	1980	32,4	2003	17,5



Εικόνα 2. Μέσος όρος τσιγάρων κατά κεφαλή σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες 1970 - 2004. (Πηγή : WHO 2008)

Διαφορές μεταξύ των φύλων

Σύμφωνα με τα επίσημα δεδομένα του Π.Ο.Υ. το 2000, το ποσοστό καπνιστών μεταξύ των ανδρών έφτανε στην Ελλάδα το 46,8%, ενώ μεταξύ των γυναικών το 29%. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αττική το 2002 σε άτομα ηλικίας άνω των 18 ετών το ποσοστό καπνιστών βρέθηκε στους άνδρες 51% και στις γυναίκες 39% (Pitsavos et al. 2003). Η Ελλάδα σε σχέση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες φαίνεται να έχει το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών, και στους άνδρες και στις γυναίκες (πίνακας 2).

Γενικά σχεδόν σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (εκτός από την Σουηδία) το ποσοστό των γυναικών που καπνίζουν είναι μικρότερο από αυτό των αντρών.

Πίνακας 2: Ποσοστό καπνιστών μεταξύ των ενηλίκων, κατά φύλο, σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες.

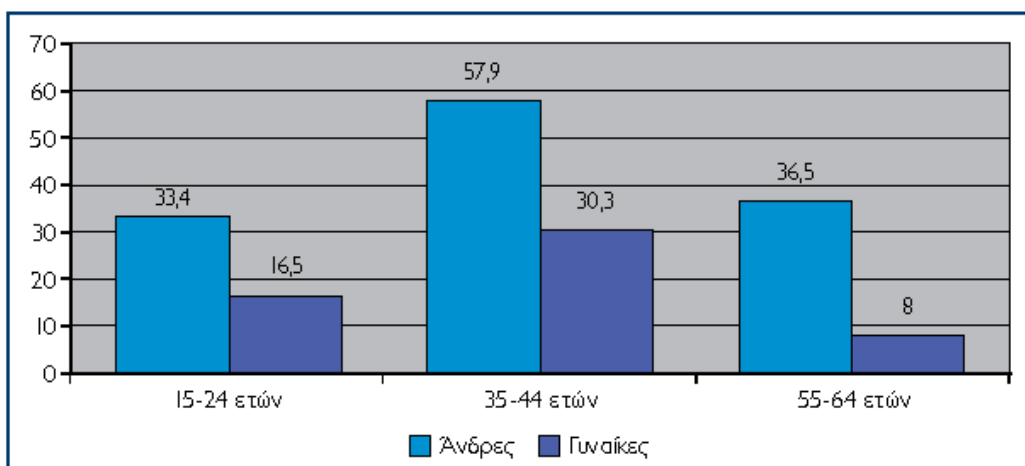
	Έτος	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Βέλγιο	2002	30	25	27
Γαλλία	2005	28,2	21,7	25,0
Γερμανία	2003	33,2	22,1	27,4
Δανία	2005	28,6	24,1	26,3
Ελλάδα	2000	46,8	29,0	37,6
Ιταλία	2005	28,3	16,2	22,0
Ισπανία	2003	34,1	22,4	28,1
Μ. Βρετανία	2003	28	24	26
Ολλανδία	2004	31	25	28
Σουηδία	2004	14	19	16
Φινλανδία	2004	27	20	23

Πηγή: WHO 2007

Διαφορές κατά ηλικία

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας Eurostat (Εικόνα 3), η συχνότητα του καπνίσματος στην Ελλάδα, παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά στις ηλικίες 35 - 44 ετών ενώ σύμφωνα με άλλη μελέτη το υψηλότερο ποσοστό παρατηρείται στις ηλικίες 25 - 35 ετών (Kokkevi et al. 2000).

Μεταξύ των νέων, το κάπνισμα, συνολικά στην Ευρώπη, φαίνεται να φτάνει περίπου το 30%. Το ποσοστό είναι κατά κανόνα υψηλότερο στα αγόρια, αλλά σε πολλές χώρες της Δυτικής Ευρώπης έχει εξισωθεί μεταξύ των δύο φύλων. Στη μελέτη του ESPAD που πραγματοποιήθηκε σε σπουδαστές ηλικίας 17 - 18 ετών, σε 7 χώρες το ποσοστό καπνιστών στην Ελλάδα, ήταν στους άνδρες 50% και στις γυναίκες 47% (Andersson et al. 2007) ενώ σε μελέτη που έγινε το 2001 σε φοιτητές 17 - 30 ετών, το ποσοστό στους άνδρες βρέθηκε 44% και στις γυναίκες 42% (WHO 2008).



Εικόνα 3. Ποσοστό (%) καπνιστών στην Ελλάδα κατά ηλικία και φύλο (Πηγή : Eurostat 2007).

Κοινωνικές διαφορές

Το κάπνισμα είναι άμεσα συνδεδεμένο με το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και την απασχόληση (Ζορμπάς & Σίμου 2008). Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα όπου σύμφωνα με στοιχεία της European Commission (2003) το 2002 στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι κοινωνικές ομάδες με το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών ήταν οι άνεργοι (54%) και οι εργάτες με χειρωνακτική εργασία (51%) όταν ο μέσος όρος των καπνιστών επί του συνολικού πληθυσμού έφτανε το 35%. Επιπλέον σύμφωνα με στοιχεία του υπουργείου υγείας της Βρετανίας (UK DH, 1998) στη Μ. Βρετανία, καπνίζουν μόνο το 10% των γυναικών και το 12% των ανδρών που ανήκουν στα ανώτερα κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων. Το αντίστοιχο ποσοστό στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα είναι πάνω από τριπλάσιο. Μεγάλη διαφορά έχει παρατηρηθεί και στην Ισπανία, το 2003, όπου η απόκλιση του ποσοστού καπνιστών ανάμεσα στα υψηλότερα και χαμηλότερα επαγγελματικά στρώματα έφτανε το 44,4% στους άνδρες και το 10,1% στις γυναίκες. Ακόμα στην Γαλλία το 2003 σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο, η απόκλιση του ποσοστού καπνιστών μεταξύ των αποφοίτων πανεπιστημίου και των αποφοίτων στοιχειώδους εκπαίδευσης έφτανε το 60% ενώ ανάμεσα στα υψηλότερα και χαμηλότερα εισοδήματα το 30% (WHO 2007).

Διαφορές κοινωνικο-οικονομικής φύσεως έχουν βρεθεί ανάμεσα και σε διαφορετικά κράτη. Στην Ευρώπη, σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ. κράτη που εμφανίζουν χαμηλότερο εθνικό ακαθάριστο προϊόν ανά πολίτη και κυρίως κράτη της Ανατολικής Ευρώπης εμφανίζουν ποσοστό ανδρών καπνιστών περίπου 50% επί του

συνολικού πληθυσμού, ενώ στις χώρες με καλύτερη οικονομική ανάπτυξη το αντίστοιχο ποσοστό είναι 34%. (World No Tobacco Day, 2004). Επίσης έχει βρεθεί πως στις πιο ανεπτυγμένες χώρες το κάπνισμα προκαλεί κυρίως καρδιαγγειακές παθήσεις ενώ στα υπό ανάπτυξη ο πρώτος θνησιγενής παράγοντας που σχετίζεται με το κάπνισμα είναι παθήσεις του αναπνευστικού (Parkin, 1985)

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Κοινωνικό – οικονομικά δεδομένα

Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Τράπεζας, το κόστος της φροντίδας υγείας για τα νοσήματα που σχετίζονται με το κάπνισμα ποικίλλει στις διάφορες χώρες μεταξύ 0,1 και 1,1% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (Prahbat & Chalourka 2000). Μελέτες στην Ευρώπη δείχνουν ότι το κόστος αυτό μπορεί να είναι ακόμη υψηλότερο και συγκεκριμένα το άμεσο και έμμεσο κόστος του καπνίσματος στην Ευρωπαϊκή Ένωση υπολογίζεται μεταξύ 97,7 και 130,3 δις. ευρώ το 2000, ποσό που αντιστοιχεί στο 1,04 ως 1,39% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Office for Official Publications of the EC 2004),

Σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ, στη Φινλανδία και τη Γαλλία το κόστος υγείας που οφείλεται στο κάπνισμα είναι 1,1% και 1,3% αντίστοιχα, ενώ υπάρχουν χώρες, όπως η Πολωνία, στις οποίες το αντίστοιχο κόστος φτάνει το 3,2% του ΑΕΠ (WHO 2005). Στη Σουηδία, έχει υπολογισθεί ότι το 2001, το συνολικό κόστος υγείας και απώλειας παραγωγικότητας από το κάπνισμα ήταν 26 δις. κορώνες (WHO 2007).

Σχετικά με το κόστος μιας ολοκληρωμένης πολιτικής κατά του καπνίσματος, υπολογίζεται σε κάτι παραπάνω από 1 Ευρώ/ έτος/ άτομο στο Ηνωμένο Βασίλειο, 1 - 3\$/ έτος/ άτομο στις Η.Π.Α., ενώ σύμφωνα με άλλες έρευνες περίπου 5 - 14 Ευρώ /έτος/άτομο.

Από τα λίγα στοιχεία που διαθέτουμε για την Ελλάδα,

- Η Ελλάδα καταλαμβάνει τη δεύτερη θέση μεταξύ των χωρών της Ε.Ε., ως προς την κατά κεφαλή παραγωγή τσιγάρων.

- Το 9% των φορολογικών εσόδων στην Ελλάδα προέρχονται από τη φορολογία καπνού (φόρος + ΦΠΑ).

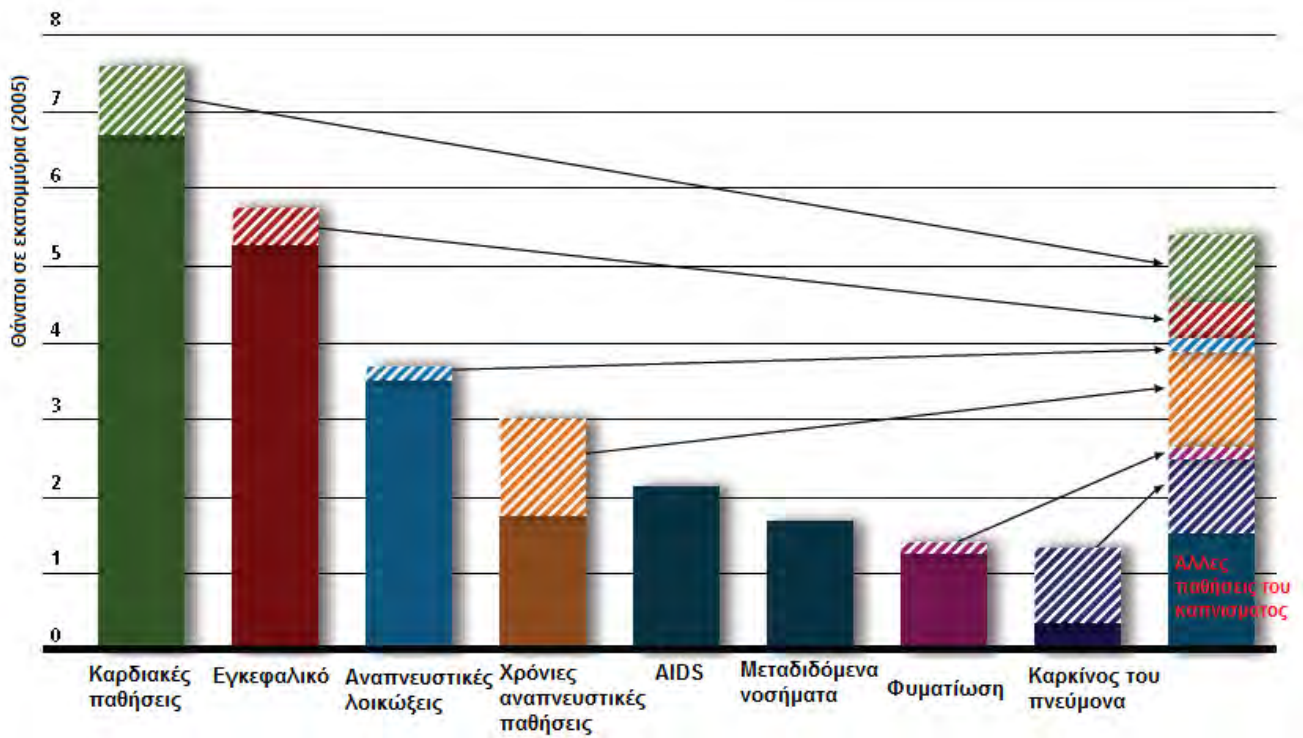
Από τα στοιχεία που αναφέρθηκαν προηγουμένως μπορεί να γίνει κατανοητό γιατί τις περισσότερες φορές η συστηματική προσπάθεια που καταβάλλουν οι κυβερνήσεις σε πολλές χώρες του κόσμου για τον περιορισμό του καπνίσματος,

βρίσκεται συχνά σε αντίφαση με την οικονομική πολιτική των ίδιων των κυβερνήσεων, που άμεσα και ποικιλοτρόπως ευνοούν και ενισχύουν τις καπνοκαλλιέργειες και τις καπνοβιομηχανίες και έμμεσα, με τη συγκεκριμένη επιλογή τους, το κάπνισμα.

Συγκεκριμένα η Ευρωπαϊκή Ένωση διαθέτει σημαντικά κεφάλαια ετησίως για τον αγώνα κατά του καπνίσματος, ενώ ταυτόχρονα προσέφερε επιδοτήσεις στους καπνοπαραγωγούς και στις καπνοβιομηχανίες των χωρών - μελών. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι ότι οι χώρες - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης παράγουν ετησίως 400.000 περίπου τόνους καπνού, ενώ η ετήσια κατανάλωση υπερβαίνει τους 800.000 τόνους. Ενδεχόμενη μείωση της καπνοπαραγωγής χρησιμοποιώντας ως μέσο πίεσης την αναστολή των επιδοτήσεων, πιθανόν να οδηγούσε σε περιορισμό του καπνίσματος, αλλά από την άλλη θα συντελούσε στην αύξηση των εισαγωγών του καπνού (Δαρδαβέσης, 2009).

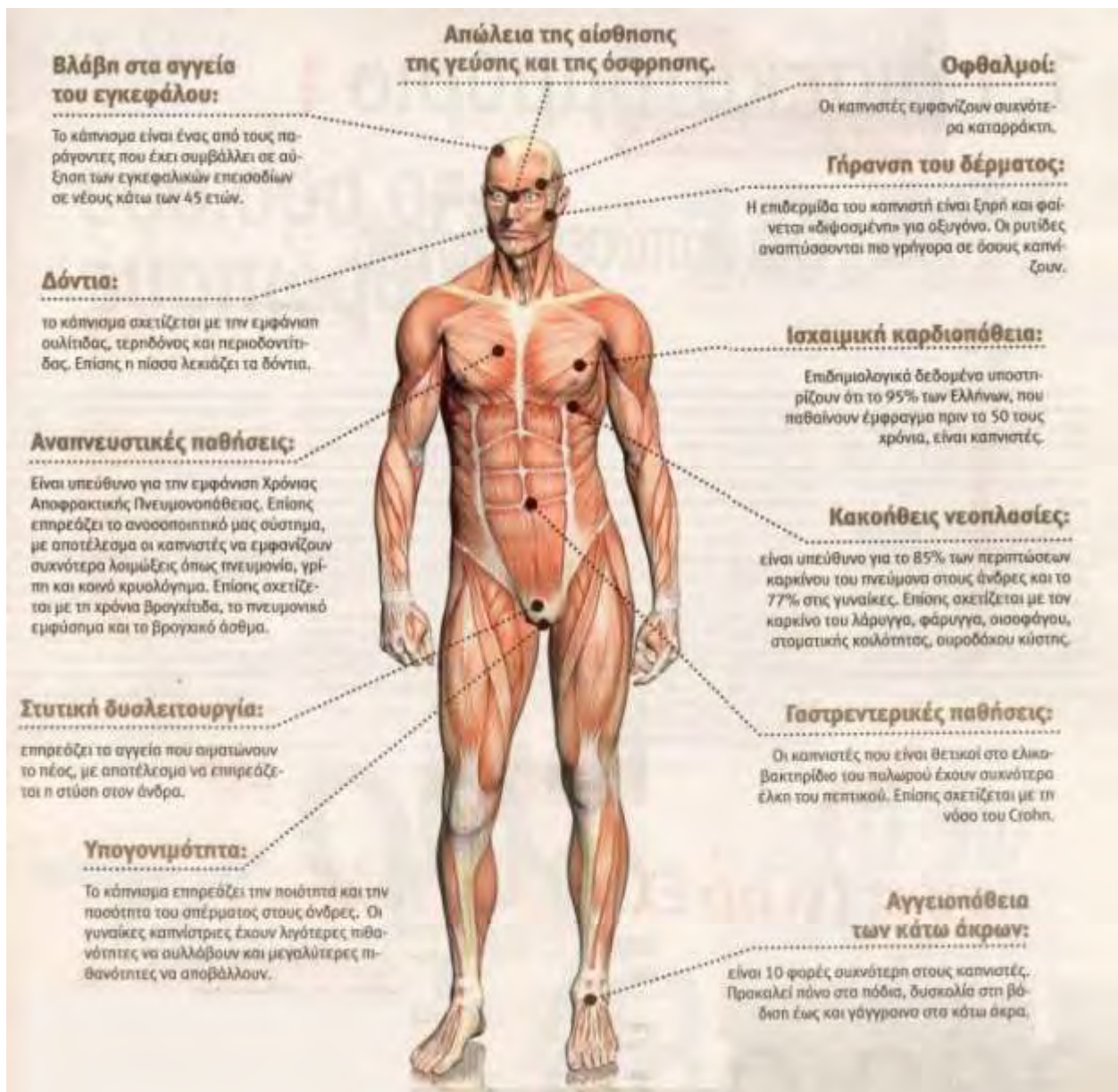
Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν διεξαχθεί οι καπνιστές εμφανίζουν περίπου 20 -25 λιγότερα χρόνια προσδόκιμου ζωής (WHO 1999) ενώ η διακοπή του καπνίσματος στην ηλικία των 50 ετών αυξάνει το προσδόκιμο της ζωής περίπου 6 χρόνια και η διακοπή στην ηλικία των 30 κατά 10 (Doll et al., 2004). Γενικά το κάπνισμα σχετίζεται με ποικίλες ασθένειες. Στην εικόνα 4 δίνονται οι βασικότερες αιτίες θανάτου το 2005 σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. και το ποσοστό που αυτές σχετίζονται με το κάπνισμα. Τα κάπνισμα φαίνεται ότι σχετίζεται με 6 από τις 8 βασικότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως ενώ κατέχει την 3^η θέση ως αιτία θανάτου.



Εικόνα 4. Οχτώ βασικότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως και το ποσοστό που το κάπνισμα συνεισφέρει σε αυτές (πηγή : W.H.O. 2008)

Τα προβλήματα υγείας που προκύπτουν από το κάπνισμα παρουσιάζονται συνοπτικά στην Εικόνα 5 .



Εικόνα 5. Όργανα και λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού που υφίστανται βλάβες από το κάπνισμα (Κεφαλογιάννης 2009)

Συγκεκριμένα τα του όργανα ανθρώπινου οργανισμού που υφίστανται βλάβες από το κάπνισμα είναι :

1. Στοματική κοιλότητα
2. Λάρυγγας
3. Οισοφάγος
4. Βρόγχοι – Πνεύμονες
5. Αγγεία
6. Καρδιά

7. Παχύ έντερο
8. Στομάχι
9. Ουροδόχος κύστη
10. Εγκέφαλος

1.Στοματική κοιλότητα

Κατά την εισπνοή και την εκπνοή του καπνού και η συγκράτηση του τσιγάρου, του πούρου ή της πίπας από τα χείλη έχει σαν αποτέλεσμα η στοματική κοιλότητα να υφίστανται τις αρνητικές συνέπειες το καπνού εξαιτίας :

1. Της υψηλής θερμοκρασίας που αναπτύσσεται.
2. Της αποδέσμευσης των προϊόντων καύσης του καπνού, που περιλαμβάνουν σημαντικό αριθμό καρκινογόνων ουσιών.

Οι παθολογικές καταστάσεις που μπορεί να εκδηλωθούν στη στοματική κοιλότητα ενός καπνιστή, είναι οι εξής:

1. Νικοτινική στοματίτιδα
2. Λευκοπλασία
3. Νόσοι του στοματικού βλεννογόνου
4. Καρκίνος του στόματος
5. Νόσοι του περιοδοντίου.

Επιπλέον εξαιτίας του καπνίσματος παρατηρείται χρώση των δοντιών με αποτέλεσμα να υπάρχουν δυσκολίες στην αφαίρεση της οδοντικής μικροβιακής πλάκας, καθώς και ξηρότητα στην στοματική κοιλότητα, θερμικά εγκαύματα, η γλωσσοδυνία και η κακοσμία. Οι παθολογικές αυτές καταστάσεις υποχωρούν με τη διακοπή του καπνίσματος και δεν αποτελούν απειλή για τη ζωή του καπνιστή (Δαρδαβέσης,2009).

2. Κάπνισμα και αναπνευστικό σύστημα

Οι βλάβες που μπορεί να προκαλέσει το κάπνισμα στους πνεύμονες, μπορεί να καταλήξουν σε βρογχίτιδες και να συντελέσουν στη μείωση της τοπικής άμυνας του οργανισμού, διευκολύνοντας την ανάπτυξη φλεγμονών και επιπλοκών από μικρόβια. Δημιουργεί, επίσης, τις προϋποθέσεις για ανάπτυξη αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, η οποία καταλήγει σε πνευμονικό εμφύσημα. Η θνησιμότητα από τις προαναφερθείσες παθολογικές καταστάσεις στους καπνιστές 20 τσιγάρων ημερησίως είναι 2,2 έως 24,7 μεγαλύτερη σε σχέση με τους μη καπνιστές. Επιπλέον εκτεταμένες επιδημιολογικές έρευνες έχουν τεκμηριώσει τη σχέση του καπνίσματος με τον καρκίνο του πνεύμονα, ο οποίος αφορά σε ποσοστό 97% τους χρόνιους καπνιστές και σε ποσοστό μόλις 3% τους μη καπνιστές (Δαρδαβέσης, 2009).

Πιο συγκεκριμένα τα καρκινογόνα στοιχεία του τσιγάρου καταστρέφουν σταδιακά το κροσσωτό επιθήλιο των βρόγχων και δημιουργούν προϋποθέσεις για την ανάπτυξη καλοηθών ή και κακοηθών όγκων στη θωρακική χώρα, που εντοπίζονται:

1. Στο τοίχωμα του θώρακα
2. Στον ένα ή και στους δύο πνεύμονες
3. Στον υπεζωκότα
4. Στο μεσοθωράκιο
5. Στους βρόγχους

3. Κάπνισμα και καρδιαγγειακό σύστημα

Οι βλάβες που προκαλεί το κάπνισμα στο καρδιαγγειακό σύστημα, οφείλονται στη δράση του μονοξειδίου του άνθρακα και της νικοτίνης, που συντελούν στην πρόκληση των εξής παθολογικών καταστάσεων:

1. Αύξηση της αρτηριακής πίεσης
2. Σύσπαση των στεφανιαίων αρτηριών
3. Επιβάρυνση της καρδιακής λειτουργίας
4. Στηθάγχη
5. Αρρυθμίες
6. Ανεπαρκή οξυγόνωση των ιστών
7. Σταδιακή απόφραξη των αρτηριών

Οι παθολογικές αυτές καταστάσεις καταλήγουν στην εκδήλωση σοβαρών προβλημάτων υγείας, όπως είναι:

1. Το έμφραγμα του μυοκαρδίου
2. Οι αποφρακτικές αρτηριοπάθειες
3. Οι εγκεφαλικές αιμορραγίες (Δαρδαβέσης, 2009).

Εξάρτηση από το Κάπνισμα (Εθισμός)

Τα προϊόντα καπνού έχουν αναγνωριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως εξαρτησιογόνα και βρίσκονται στην ίδια ευρύτερη κατηγορία με ουσίες όπως η κοκαΐνη και τα οπιοειδή στο διεθνές σύστημα κατάταξης νοσημάτων ICD-10. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει περισσότερες από 4.000 χημικές ουσίες, με διαφορετικές ιδιότητες και επιδράσεις στον ανθρώπινο οργανισμό. Η πιο γνωστή και σημαντική ουσία που περιέχεται στα προϊόντα καπνού είναι η νικοτίνη, η οποία θεωρείται, σε μεγάλο βαθμό, υπεύθυνη για την εξάρτηση από το κάπνισμα. Οι περισσότεροι καπνιστές συνεχίζουν να καπνίζουν επειδή είναι εξαρτημένοι από τη νικοτίνη, αν και γνωρίζουν τις συνέπειες που θα έχει στην υγεία τους.

Η νικοτίνη εισέρχεται με τον καπνό στο αναπνευστικό σύστημα και απορροφάται από τους βλεννογόνους, με αποτέλεσμα να φτάνει γρήγορα σε υψηλά επίπεδα στο αίμα και να εισέρχεται στον εγκέφαλο. Η νικοτίνη δρα στον εγκέφαλο διεγείροντας μια σειρά νικοτινικών υποδοχέων. Η επαναλαμβανόμενη πρόσληψη νικοτίνης οδηγεί σε μεταβολές της ευαισθησίας των υποδοχέων στο μεταιχμιακό σύστημα, οι οποίοι επηρεάζουν την έκκριση ντοπαμίνης. Δεδομένου ότι η εκκρινόμενη ντοπαμίνη στην περιοχή αυτή του εγκεφάλου προκαλεί αίσθημα ευχαρίστησης, γίνεται κατανοητό ότι η συγκεκριμένη διαδικασία αποτελεί τον θεμέλιο λίθο της εξάρτησης.

Πιο συγκεκριμένα η νικοτίνη προκαλεί ενεργοποίηση του συμπαθητικού συστήματος με συνακόλουθη απελευθέρωση των νευροδιαβιβαστών, οι οποίοι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εξάρτηση από την νικοτίνη και στην εμφάνιση συμπτωμάτων στέρησης. Στους νευροδιαβιβαστές αυτούς συμπεριλαμβάνονται:

α) η ντοπαμίνη και η νορεπινεφρίνη, οι οποίοι μπορεί να σχετίζονται με την πρόκληση ευχαρίστησης και ανορεξίας,

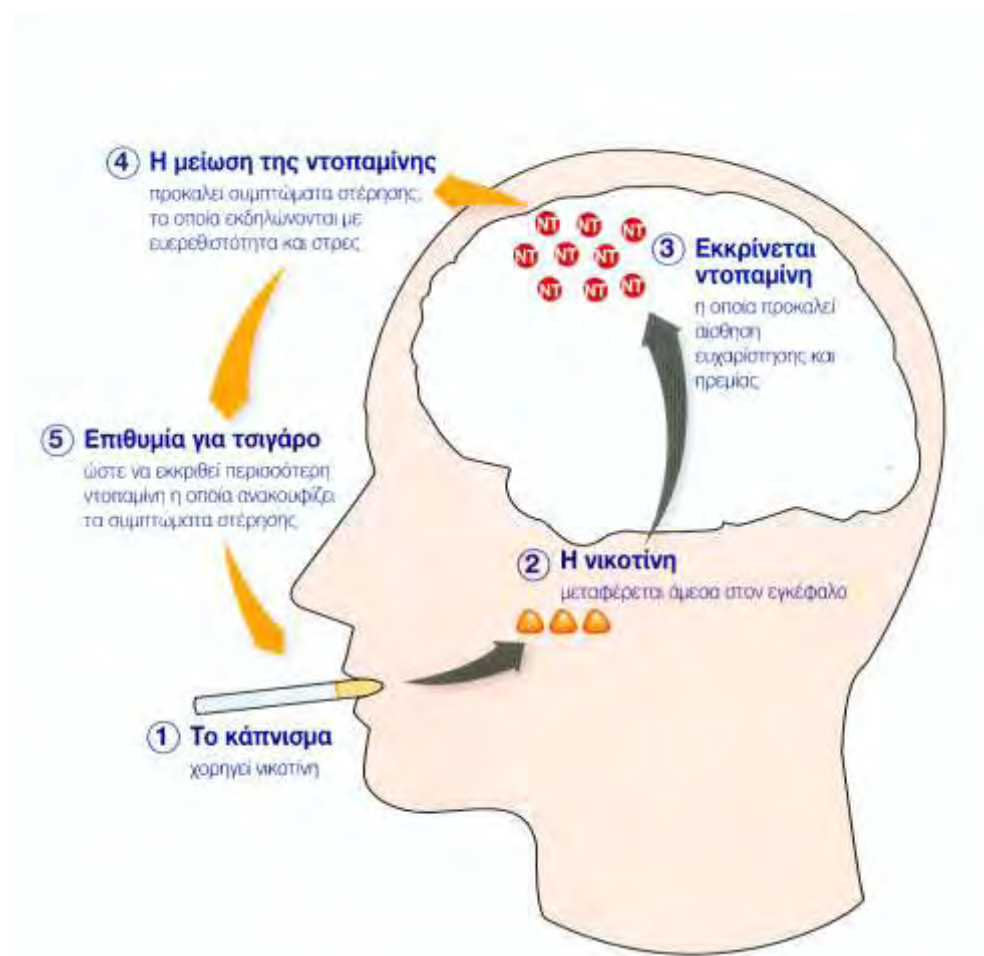
β) η ακετυλοχολίνη, που μπορεί να επιδρά στη βελτίωση της μνήμης καθώς και

γ) η βήτα-ενδορφίνη, που είναι πιθανό να σχετίζεται με την μείωση του άγχους και της νευρικότητας. Ο καπνιστής έχει την τάση να επαναλάβει την

ευχάριστη επίδραση και έτσι ξεκινά ο φαύλος κύκλος της εξάρτησης. Στο σημείο αυτό συνεμφανίζονται η σωματική και η ψυχολογική εξάρτηση. Η ανάγκη για νικοτίνη αποτελεί τη σωματική για το κάπνισμα και η ικανοποίηση της ανάγκης αυτής συνιστά μια ευχάριστη συνέπεια που ενισχύει την ψυχολογική εξάρτηση από το κάπνισμα.

(πηγή:<http://www.neahygeia.gr/page.asp?p=437>, <http://www.neahygeia.gr/page.asp?p=438>)

Σχηματικά η διαδικασία που δρα το τσιγάρο στον οργανισμό όσον αφορά την εξάρτηση δίνεται στην εικόνα 6.



Εικόνα 6. Ανάπτυξη του εθισμού στην νικοτίνη (τροποποιημένο από Jarvis 2004)

Συμπτώματα στέρησης

Όταν διακοπεί το κάπνισμα προκαλούνται μια σειρά από δυσάρεστα, σωματικά (σφίξιμο στο στήθος, ταχυκαρδίες, υπερκινητικότητα, ιδρώτας, κ.α.) αλλά και ψυχικά συμπτώματα (θλίψη, αγωνία, θυμός κ.α.). Οι κρίσεις αυτές έντονης

επιθυμίας, αρχίζουν να εμφανίζονται από τις πρώτες ώρες μετά τη διακοπή. Η διάρκειά τους είναι συνήθως σύντομη, 1-3 λεπτά την πρώτη εβδομάδα, ενώ στη συνέχεια σταθερά εξασθενούν. Μπορεί να είναι συνεχόμενες και ιδιαίτερα ενοχλητικές σε ορισμένους ανθρώπους. Τα συνήθη συμπτώματα που εμφανίζονται κατά την διακοπή του καπνίσματος και η διάρκεια του δίνονται στον πίνακα 3

Πίνακας 3. Συμπτώματα και μέση χρονική διάρκεια τους μετά από την ημέρα διακοπής του καπνίσματος (από Mc Ewen et al. 2006).

Συμπτώματα	Διάρκεια
Αϋπνία	< 1 εβδομάδα
Δυσκολία συγκέντρωσης	< 2 εβδομάδες
Ξαφνική επιθυμία για κάπνισμα	> 2 εβδομάδες
Ευερεθιστότητα, επιθετικότητα	< 4 εβδομάδες
Ανησυχία	< 4 εβδομάδες
Κατάθλιψη	< 4 εβδομάδες
Αυξημένη όρεξη	> 10 εβδομάδες

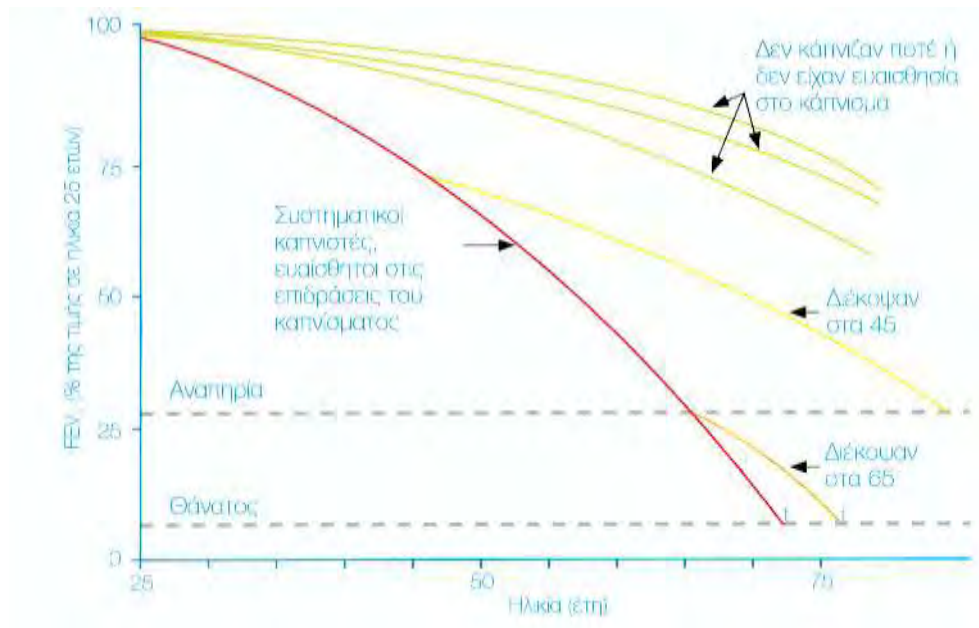
ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Όπως είναι προφανές και από την παράγραφο όπου περιγράφηκαν οι επιπτώσεις του καπνίσματος στον ανθρώπινο οργανισμό, αντίστοιχα και τα οφέλη από την διακοπή του όσον αφορά το θέμα της υγείας είναι πολλά. Η διακοπή του καπνίσματος είναι ίσως η πιο αποτελεσματική και σημαντική παρέμβαση για την υγεία των ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο (Bullen, 2008), έχοντας πολλά σημαντικά μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη στους ασθενείς (Crithney & Carawel, 2003, Twardella et al., 2004.). Τα οφέλη που σχετίζονται με την διακοπή του καπνίσματος παρουσιάζονται συνοπτικά ακολούθως :

- Στα πρώτα 20 λεπτά, η αρτηριακή πίεση και οι παλμοί μειώνονται και η θερμοκρασία των χεριών και των ποδιών αυξάνεται.
- Στις 8 ώρες, το μονοξείδιο του άνθρακα στο αίμα πέφτει στα φυσιολογικά επίπεδα και το οξυγόνο στο αίμα αυξάνεται στα φυσιολογικά επίπεδα.
- Στις 24 ώρες, η πιθανότητα καρδιακού επεισοδίου μειώνεται.

- Στις 48 ώρες, οι νευρικές απολήξεις αρχίζουν να αυξάνονται ξανά και η ικανότητα οσμής και γεύσης βελτιώνεται.
- Μετά από τρεις μήνες: Η κυκλοφορία του αίματος βελτιώνεται, το βάδισμα γίνεται ευκολότερο και η πνευμονική λειτουργία αυξάνεται.
- Μετά από εννέα μήνες: Ο βήχας, η ρινική συμφόρηση, η κόπωση και η δύσπνοια μειώνονται σημαντικά.
- Μετά από 1 έτος: Ο κίνδυνος για στεφανιαία νόσο έχει μειωθεί στο ήμισυ του κινδύνου που έχει ένας καπνιστής (CDC, 2004)..
- Μετά από 5 έτη: ο κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου έχει μειωθεί στο επίπεδο των ατόμων που δεν κάπνισαν ποτέ (CDC, 2004)..
- Μετά από 10 έτη: ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα μειώνεται στο ήμισυ του κινδύνου των καπνιστών που συνεχίζουν το κάπνισμα - ο κίνδυνος για καρκίνο του στόματος, του λαιμού, του οισοφάγου, της ουροδόχου κύστης, του νεφρού και του παγκρέατος μειώνεται επίσης.
- Μετά από 15 έτη: ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου είναι τώρα παρόμοιος με τον κίνδυνο των ατόμων που δεν κάπνισαν ποτέ και ο κίνδυνος θανάτου έχει επιστρέψει σχεδόν στο επίπεδο των ατόμων που δεν κάπνισαν ποτέ (CDC, 2004).

Η διακοπή του καπνίσματος συμβάλλει και στην καλύτερη λειτουργία των πνευμόνων (εικόνα 7). Στην εικόνα 7 δίνεται ο βίαιος εισπνεόμενος όγκος σε δευτερόλεπτα ανά ηλικία στους καπνιστές και στους μη καπνιστές



Εικόνα 7. Βιαιώς εισπνεόμενος όγκος ανά ηλικία (από Fletcher & Peto, 1977)

ΙΑΤΡΕΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Σημαντική βοήθεια στην διακοπή του καπνίσματος παρέχουν τα διάφορα σχετικά Ιατρικά Κέντρα. Στην Ελλάδα λειτουργούν τα ακόλουθα Κέντρα Διακοπής Καπνίσματος :

Ευγενίδειο Θεραπευτήριο

Θεραπευτήριο «Υγεία»

Θριάσιο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας

ΚΑΤ

NIMITΣ

ΝΝΘΑ «Σωτηρία»

ΠΓΝ Νίκαιας

Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού

Σισμανόγλειο ΓΝ

Δημοτικά Ιατρεία Δήμου Καλλιθέας

Νοσοκομείο Γ. Παπανικολάου Θεσσαλονίκης

ΓΠΝ Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Γενικό Νοσοκομείο Χανίων

Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου

Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου

Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου

Πρόγραμμα υποστήριξης διακοπής καπνίσματος Liferwards

Το πρόγραμμα αυτό βασίζεται στην χρήση στην χρήση του ιατρικού σκευάσματος CHAMPIX σε συνάρτηση με ψυχολογική υποστήριξη από το ιατρείο

διακοπής καπνίσματος. Σύμφωνα με το φύλλο οδηγιών χρήσης του φαρμάκου το CHAMPIX είναι ένα φάρμακο με βασικό συστατικό την βαρενικλίνη που δεν περιέχει νικοτίνη και χορηγείται για να βοηθήσει στην διαδικασία διακοπής του καπνίσματος, ανακουφίζοντας την έντονη επιθυμία για κάπνισμα, καθώς και των συμπτωμάτων στέρησης.

Αναλυτικότερα το πρόγραμμα Lifewards διαρκεί 13 εβδομάδες και χωρίζεται σε τρεις επί μέρους φάσεις οι οποίες είναι οι εξής :

Εβδομάδα 1 - Φάση προετοιμασίας (διάρκειας 1 εβδομάδας)

Το πρόγραμμα LifeREWARDS ξεκινά με μια φάση προετοιμασίας μίας εβδομάδας, κατά τη διάρκεια της οποίας ο ενδιαφερόμενος θα καπνίζει ακόμη. Σκοπός αυτής της φάσης είναι η προετοιμασία για την διακοπή του καπνίσματος - κάνοντας τον ενδιαφερόμενο να σκέφτεται σχετικά με τις συνήθειες και το ιστορικό καπνίσματος και επιβεβαιώνοντας τους λόγους για τους οποίους αποφάσισε να διακόψει το κάπνισμα.

Εβδομάδες 2-12 - Φάση διακοπής του καπνίσματος, (διάρκειας 11 εβδομάδας)

Κατά τη διάρκεια της δεύτερης εβδομάδας που θα λαμβάνει το CHAMPIX θα φτάσει στην ημερομηνία στόχο διακοπής του καπνίσματος την ημέρα που θα προσπαθήσει να διακόψει το κάπνισμα για πάντα. Σε αυτή τη φάση, το πρόγραμμα LifeREWARDS παρέχει τις συμβουλές που απαιτούνται κατά την περίοδο των 12 εβδομάδων που θα λαμβάνει το CHAMPIX καθώς και μετά από αυτή.

Εβδομάδες 13-16 - Φάση παρακολούθησης (διάρκειας 4 εβδομάδας)

Μετά από 12 εβδομάδες θα φτάσει στη φάση παρακολούθησης διάρκειας 4 εβδομάδων κατά την οποία δεν θα λαμβάνει πλέον CHAMPIX. Το προσωπικό του προγράμματος LifeREWARDS συνεχίζει να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη.

ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΡΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Στρατηγική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Καταπολέμηση του Καπνίσματος.

Από το 1987 μέχρι το 2002, το Ευρωπαϊκό Τμήμα του Π.Ο.Υ. ανέπτυξε τρία διαδοχικά σχέδια δράσης σχετικά με το κάπνισμα. Το 2002, μετά από απόφαση των

Υπουργών Υγείας των χωρών της Ευρώπης, το Ευρωπαϊκό Τμήμα του Π.Ο.Υ. το 2002, υιοθέτησε την Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τον Έλεγχο του Καπνίσματος. Σε συνέχεια των προσπαθειών αυτών, το Μάιο του 2003, τα κράτη-μέλη του Π.Ο.Υ. συμφώνησαν στη σύναψη και υπογραφή μιας διεθνούς Συνθήκης για τον Έλεγχο του καπνίσματος (WHO Framework Convention on Tobacco Control - FCTC), η οποία υπογράφηκε από τα 192 μέλη του Π.Ο.Υ. και τέθηκε σε εφαρμογή από το Φεβρουάριο του 2005. Η συνθήκη περιλαμβάνει το πλαίσιο για τη θέσπιση ολοκληρωμένης νομοθεσίας από τις χώρες - μέλη και ολοκληρωμένης πολιτικής για τον έλεγχο του καπνίσματος, με την ανάληψη από τα κράτη μιας σειράς μέτρων και πρωτοβουλιών στους ακόλουθους τομείς:

- Θέσπιση απαγορευτικών διατάξεων στη διαφήμιση, την προβολή και τη χορηγία προϊόντων καπνού.

- Υποχρεωτική αναγραφή προειδοποιητικών πινακίδων πάνω στις συσκευασίες προϊόντων καπνού που καλύπτουν τουλάχιστον το 30% και ιδανικά το 50% της επιφάνειας της συσκευασίας, οι οποίες θα περιλαμβάνουν έγχρωμες φωτογραφίες και διαγράμματα.

- Απαγόρευση της χρήσης παραπλανητικών όρων όπως «ελαφρά» ή «μαλακά».

- Προστασία των πολιτών από την έκθεση στον καπνό στους χώρους εργασίας, τις δημόσιες μεταφορές και τους κλειστούς δημόσιους χώρους.

- Καταπολέμηση του λαθρεμπορίου προϊόντων καπνού.

- Αύξηση της φορολογίας στα προϊόντα καπνού.

- Παροχή θεραπευτικών υπηρεσιών απεξάρτησης από τη νικοτίνη.

- Η ενημέρωση - ευαισθητοποίηση του πληθυσμού για τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία.

Η Συνθήκη προβλέπει επιπλέον νομοθετικά μέτρα για τη βιομηχανία καπνού, την αναγραφή των ενδείξεων περιεκτικότητας στα διάφορα συστατικά, την ανταλλαγή πληροφοριών και τη συνεργασία μεταξύ των κρατών.

Η Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τον Έλεγχο του Καπνίσματος (ESTC) περιλαμβάνει επιπλέον ειδικές συστάσεις προς τα κράτη - μέλη σε ότι αφορά την ανάπτυξη προγραμμάτων και υπηρεσιών διακοπής του καπνίσματος και απεξάρτησης. Σύμφωνα με τις συστάσεις αυτές, οι εθνικές πολιτικές πρέπει να περιλαμβάνουν:

- Προγράμματα εκπαίδευσης και προαγωγής υγείας που να ενθαρρύνουν τη διακοπή του καπνίσματος, λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορές ηλικίας και φύλου.

- Ανάπτυξη και ενσωμάτωση καλών πρακτικών θεραπείας της εξάρτησης από τη νικοτίνη και πρόληψης της υποτροπής, με μεθόδους υποστήριξης συμπεριφοράς, συμβουλευτικές υπηρεσίες, τηλεφωνικές γραμμές διακοπής, καθώς και ειδικών προγραμμάτων για τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, την προστασία της μητρότητας, τις αντιφυματικές μονάδες κ.λπ.

- Ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στις μεθόδους διακοπής του καπνίσματος.

- Ίδρυση προγραμμάτων και υπηρεσιών διάγνωσης, ιατρικής συμβουλευτικής και θεραπείας της εξάρτησης από τη νικοτίνη, με προτεραιότητα στις πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας.

- Εφαρμογή μέτρων για τη δωρεάν χορήγηση ή τη μείωση της τιμής των φαρμακευτικών σκευασμάτων που χρησιμοποιούνται για τη διακοπή του καπνίσματος (Ζορμπάς & Σίμου, 2008).

Η Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης Κατά του Καπνίσματος

Ο αγώνας κατά του καπνίσματος αποτελεί προτεραιότητα της πολιτικής δημόσιας υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του '80, στο πλαίσιο της στρατηγικής «Ευρώπη κατά του Καρκίνου». Μετά το πρώτο πρόγραμμα της Ε.Ε, κατά του καπνίσματος το 1987, στην εικοσαετία που ακολούθησε, η Ένωση έχει υιοθετήσει μια σειρά μέτρων και πολιτικών κατά του καπνίσματος, με τη θέσπιση κοινοτικών οδηγιών, στους ακόλουθους τομείς:

- Περιορισμό της παραγωγής καπνού, στα πλαίσια της κοινής αγροτικής πολιτικής.

- Πολιτική αύξησης της φορολογίας και των τιμών των προϊόντων καπνού, με σκοπό τον περιορισμό της ζήτησης.

- Επιβολή περιορισμών στη διαφήμιση και προβολή των προϊόντων καπνού.

- Επιβολή υποχρεωτικών προειδοποιητικών ενδείξεων επικινδυνότητας πάνω στις συσκευασίες των τσιγάρων και των άλλων προϊόντων καπνού.

Μέτρα για τον περιορισμό της πρόσβασης των νέων στα προϊόντα καπνού (Ζορμπάς & Σίμου, 2008).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθούν τα πιθανά πρότυπα/συνήθειες που επηρεάζουν τους καπνιστές που βρίσκονται στη διαδικασία να διακόψουν το κάπνισμα και να συμβάλει στην γνώση για τη καλύτερη ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών κατά την διάρκεια της θεραπείας τους.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Για τη διεξαγωγή της μελέτης λήφθηκε σχετική άδεια από τις αρμόδιες αρχές (Επιστημονικό Συμβούλιο) και τις αρχές του Εξωτερικού Ιατρείου Απεξάρτησης καπνίσματος της πνευμονολογικής κλινικής Α.Π.Θ. του νοσοκομείου «Γ.Παπανικολάου».

ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το δείγμα αποτέλεσαν 110 άτομα που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος του Νοσοκομείου «Γ. Παπανικολάου» Θεσσαλονίκης όπου οι συμμετέχοντες καλούνται να συμπληρώσουν πέντε (5) ανώνυμα ερωτηματολόγια αριθμημένα, τα όποια φυλάσσονται στο αρχείο του ιατρείου όπως και το μητρώο. (παρατίθενται στο παράρτημα της παρούσας εργασίας). Αφού λήφθηκε σχετική άδεια επιλέχτηκαν τυχαία (με κλήρωση σύμφωνα με τον αριθμό μητρώου των ασθενών) 110 ερωτηματολόγια από 249 ασθενείς που είχαν συμμετάσχει στο πρόγραμμα το έτος 2010.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

α) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ- ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

Το πρώτο ερωτηματολόγιο περιέχει ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως το επίπεδο εκπαίδευσης, εργασία, οικογενειακή κατάσταση και τις υγιεινοδιαιτητικές συνήθειες. Ακόμα περιέχει ερωτήσεις για τον τρόπο ζωής του καπνιστή, την άσκηση και την υγιεινοδιαιτητική διατροφή.

β) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ: ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ (SMOKING ASSESMENT QUESTIONNAIRE)

Το ερωτηματολόγιο αυτό περιέχει χρήσιμες πληροφορίες όσον αφορά την συνήθεια του καπνίσματος και κυρίως για το κάπνισμα κατά την διάρκεια της εργασίας καθώς και το αν το ερωτηθέν άτομο έχει προσπαθήσει να διακόψει το κάπνισμα κατά το παρελθόν και με ποιο τρόπο.

γ) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ/ΣΤΕΡΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ/ ΑΝΟΧΗ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ (CIGARETTE SATISFACTION/ NICOTINE WITHDRAWAL/ SMOKING TOLERANCE)

Το τρίτο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τρεις ερωτήσεις σχετικά με την ικανοποίηση του ερωτηθέντος ατόμου στο τελευταίο τσιγάρο που κάπνισε πριν αρχίσει την θεραπεία, το πόσο τον επηρεάζουν τα συμπτώματα από την στέρηση της νικοτίνης και τέλος την ανοχή του οργανισμού του στην νικοτίνη.

δ) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ: ΑΝΟΧΗΣ FRAGERSTROM (FRAGERSTROM TOLERANCE QUESTIONNAIRE).

Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις σε κλίμακα τύπου Likert και ανάλογα με τις απαντήσεις του ερωτηθέντος ατόμου προκύπτει μια βαθμολογία που αντικατοπτρίζει τον βαθμό εξάρτησης του ατόμου από την νικοτίνη. Συγκεκριμένα για βαθμολογία 0-4 θεωρείτε ότι ο καπνιστής έχει μικρή εξάρτηση στην νικοτίνη, για βαθμολογία από 5-6 μέτρια εξάρτηση από 7-8 αρκετή εξάρτηση και από 9-10 υψηλή εξάρτηση. Τέλος ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται με ερωτήσεις 16 επιπλέον ερωτήσεις που αφορούν το πόσο αποφασισμένος και προετοιμασμένος είναι ο ερωτηθέντας να διακόψει το κάπνισμα.

ε) ΕΡΩΜΑΤΟΛΟΓΙΟ: TEST ΚΙΝΗΤΡΩΝ (ετοιμότητας και αποφασιστικότητας).

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

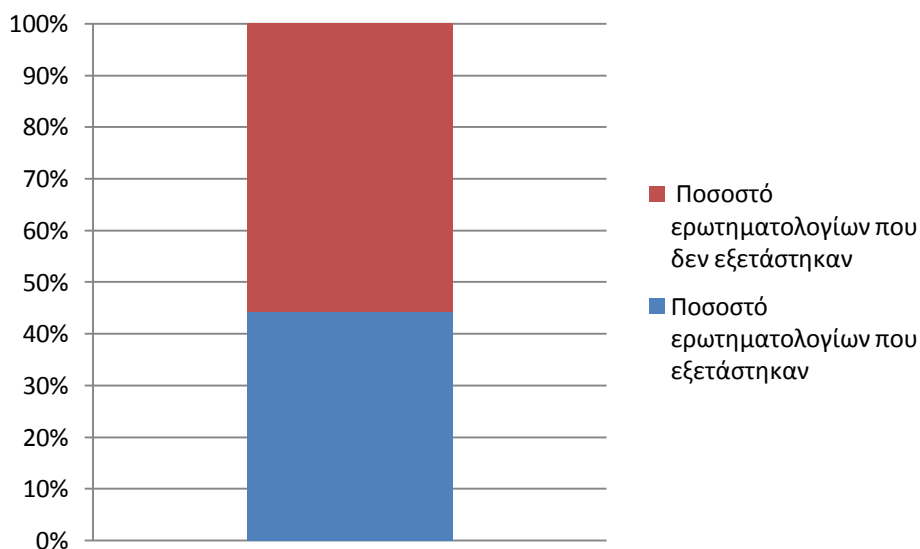
Τα ερωτηματολόγια περάστηκαν σε φύλο Excel (Office 2007) όπου καταγράφηκαν οι απαντήσεις του κάθε ατόμου, για να είναι δυνατή η στατιστική τους ανάλυση. Με τη στατιστική ανάλυση διερευνήθηκε αν τα χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής των ερωτηθέντων (π.χ. επίπεδο εκπαίδευσης, ικανοποίηση εργασίας, κατανάλωση αλκοόλ, οικογενειακή κατάσταση κ.τ.λ.) που καταγράφονται από το 1^ο ερωτηματολόγιο συσχετίζονται και επηρεάζουν την εξάρτηση του καπνιστή και την αποφασιστικότητα του να κόψει το κάπνισμα, όπως αυτά σκιαγραφούνται από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων στα ερωτηματολόγια Fagerstrom και στις τελευταίες 16 ερωτήσεις.

Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης ANOVA ανάμεσα στα δεδομένα του 1^{ου} ερωτηματολογίου και του ερωτηματολογίου Fagerstrom και των τελευταίων 16 ερωτήσεων σχετικών με την αποφασιστικότητα του καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα. Οι απαντήσεις σε κάθε περίπτωση ποσοτικοποιήθηκαν (π.χ. 1 για τους ερωτηθέντες χωρίς σύντροφο, 2 για τους ερωτηθέντες με σύντροφο κλπ). Ως ανεξάρτητες μεταβλητές θεωρήθηκαν οι κατηγορίες που προέκυψαν από τις ερωτήσεις για τον τρόπο ζωής ενώ ως εξαρτημένες οι υπόλοιπες (Fagerstrom και τελευταίες 16 ερωτήσεις). Από την ανάλυση διακύμανσης ελέγχτηκε η τιμή του **p** και στην περίπτωση όπου **p < 0,05** τότε αυτό σήμαινε ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στην διακύμανση των δεδομένων ανά κατηγορία τρόπου ζωής και στην συνέχεια γίνανε τα σχετικά γραφήματα με σκοπό να διερευνηθεί το πρότυπο αυτής της διακύμανσης. Οι ανάλυση διακύμανσης ANOVA έγινε με την χρήση του στατιστικού προγράμματος STATISTICA 8.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

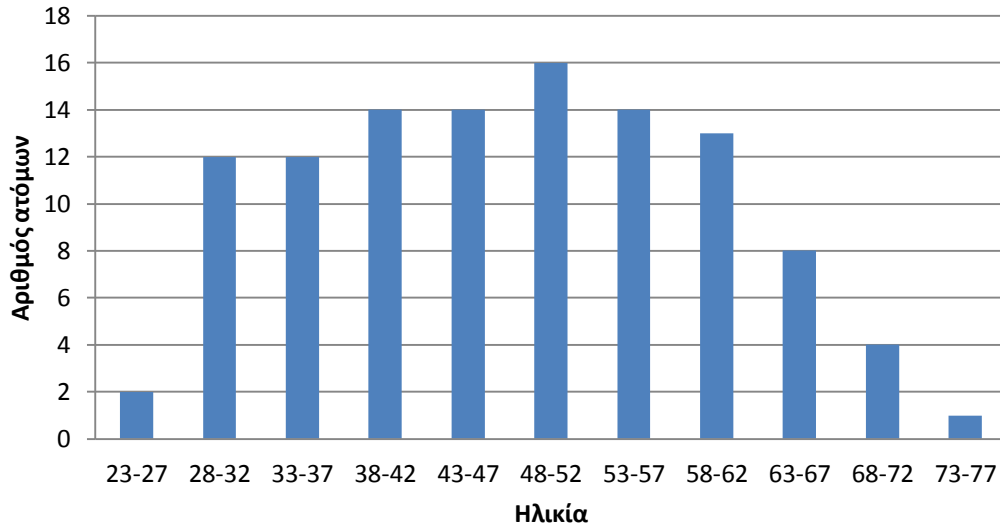
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΦΘΗΚΑΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Συνολικά εξετάστηκαν 110 ερωτηματολόγια από τα 249 που συμπληρώθηκαν στο Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος το έτος 2010 και αντιστοιχούν σε ποσοστό 44,17% επί του συνόλου των ερωτηματολογίων (εικόνα 8)



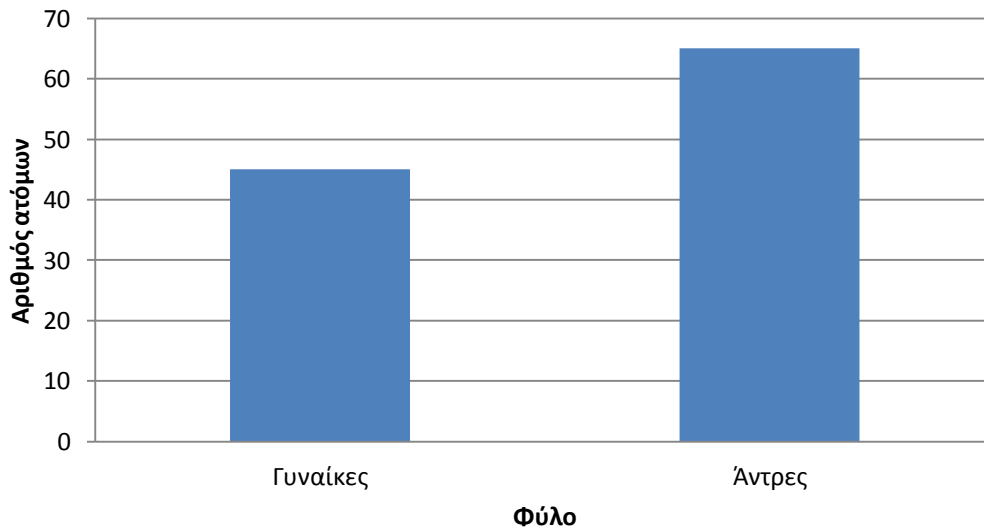
Εικόνα 8. Ποσοστό ερωτηματολογίων που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα έρευνα επί το σύνολο των ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν στο Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος στο Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου» Θεσσαλονίκης το έτος 2010.

Στην εικόνα 9 δίνονται οι ηλικίες των 110 ατόμων που περιλήφθηκαν στην παρούσα έρευνα. Οι περισσότεροι βρίσκονται στη μέση ηλικία και συγκεκριμένα από 48 – 52. Ο αριθμός των ατόμων που απευθύνονται σε Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος μειώνεται όσο προχωράμε στις μεγαλύτερες και στις μικρότερες ηλικίες αντίστοιχα.



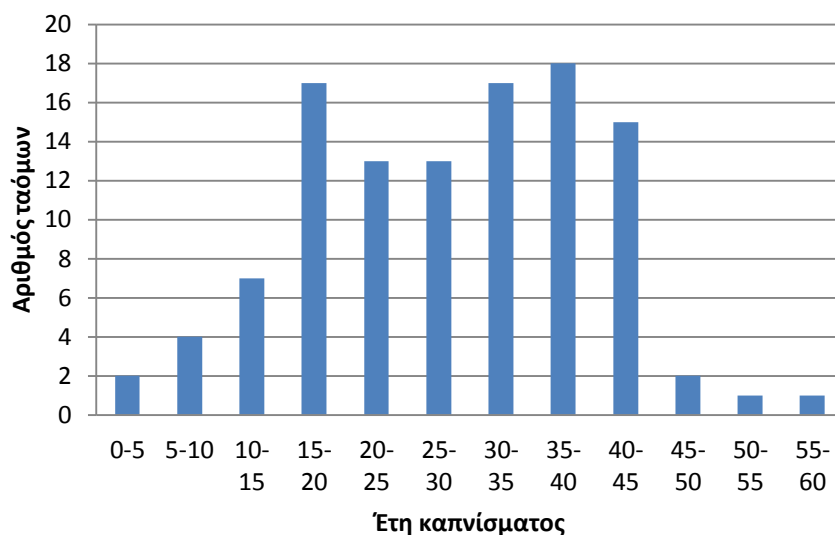
Εικόνα 9. Ηλικίες ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα

Στην εικόνα 10 φαίνεται ο αριθμός των ατόμων ανά φύλο που χρησιμοποιήθηκαν στις στατιστικές αναλύσεις. Στο δείγμα των 110 ατόμων, που χρησιμοποιήθηκε για τις αναλύσεις οι περισσότεροι ήταν άντρες



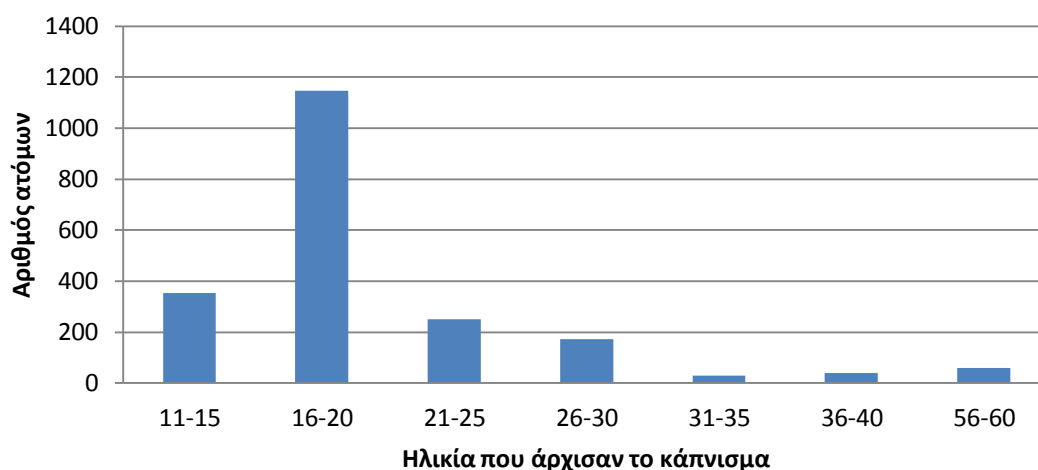
Εικόνα 10. Φύλο ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα

Όσον αφορά τα έτη καπνίσματος των ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα όπως φαίνεται και στην εικόνα 11 δείχνει ότι οι περισσότεροι που απευθύνονται στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος καπνίζουν περισσότερο από 15 έτη.



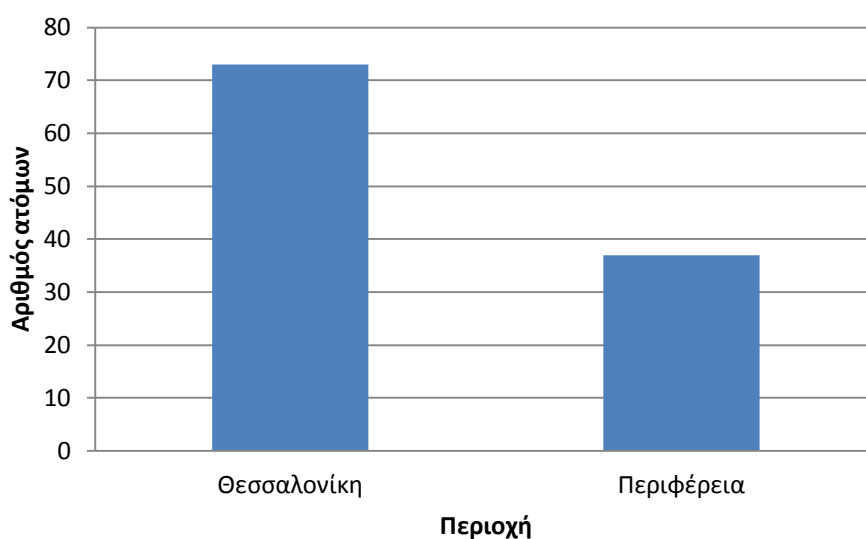
Εικόνα 11. Έτη καπνίσματος ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα.

Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες άρχισαν να καπνίζουν στην εφηβεία (ηλικία 16 – 20 χρονών)



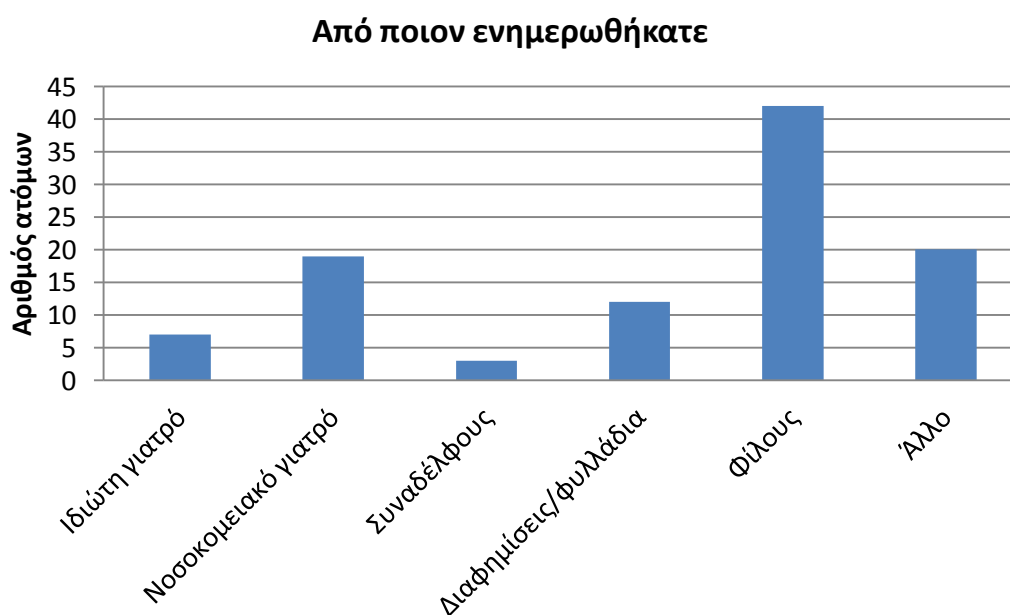
Εικόνα 12. Ηλικία που άρχισαν το κάπνισμα τα άτομα που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα

Σχετικά με την περιοχή των ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα σύμφωνα με το δείγμα που μελετήθηκε η συντριπτική πλειοψηφία προέρχονταν από την πόλη της Θεσσαλονίκης και αρκετά λιγότεροι από την περιφέρεια.



Εικόνα 13. Περιοχή ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα

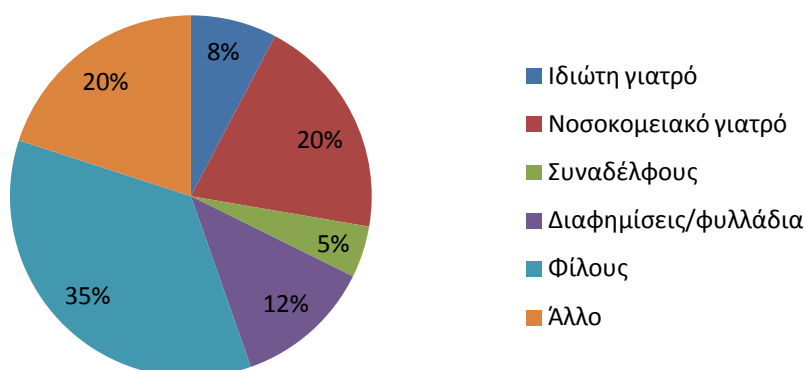
Όπως φαίνεται και στην εικόνα 14 οι περισσότεροι από τους ανθρώπους που αποφάσισαν να συμμετέχουν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος ενημερώθηκαν από του φίλους τους.



Εικόνα 14. Ενημέρωση για το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος των ατόμων που συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα

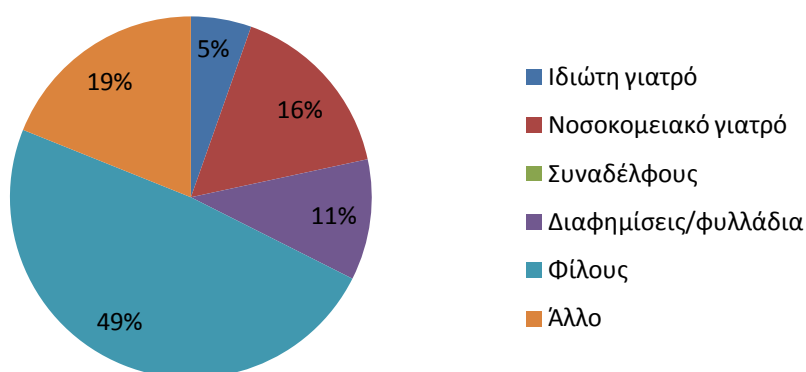
Όπως προκύπτει από τις εικόνες 15 και 16 το ίδιο ισχύει και για την πόλη της Θεσσαλονίκης όσο και για την περιφέρεια της Θεσσαλονίκης με παρόμοια ποσοστά σε κάθε κατηγορία.

Από ποιόν ενημερωθήκατε παρακινήθηκατε να επισκεφθείτε το ιατρείο



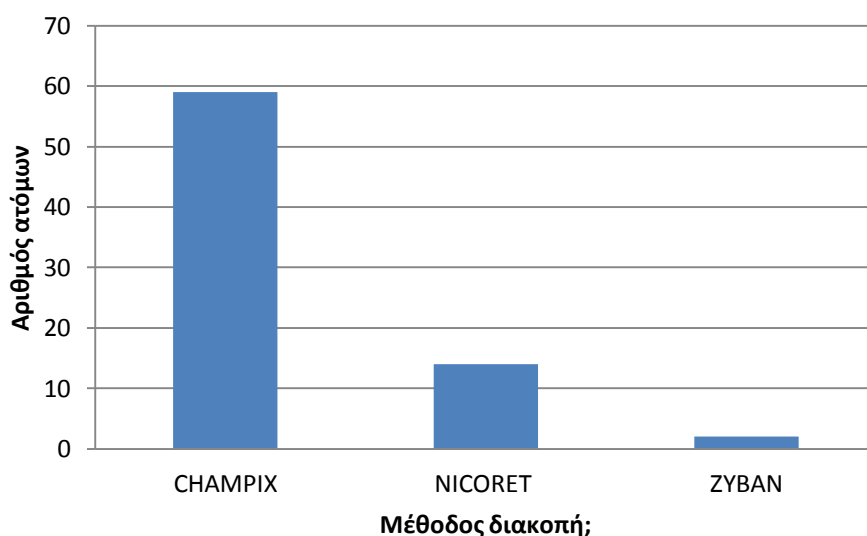
Εικόνα 15. Ενημέρωση για το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος των ατόμων από την πόλη της Θεσσαλονίκης που συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα

Από ποιόν ενημερωθήκατε παρακινήθηκατε να επισκεφθείτε το ιατρείο



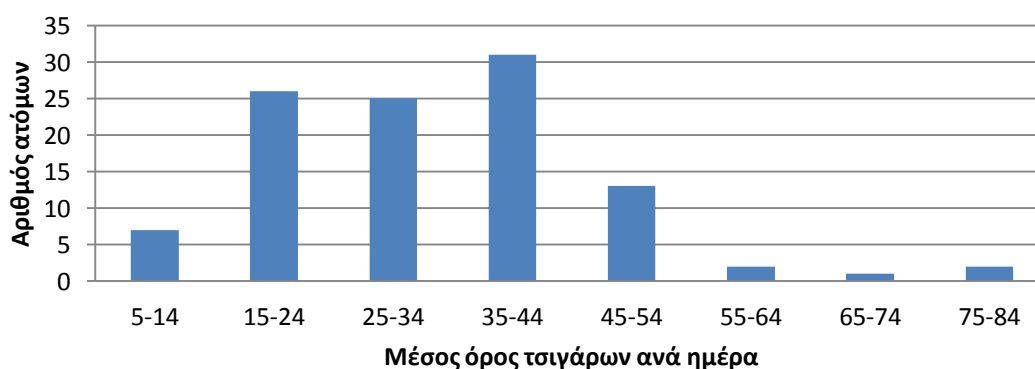
Εικόνα 16. Ενημέρωση για το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος των ατόμων από την περιφέρεια Θεσσαλονίκης που συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα

Στην εικόνα 17 φαίνεται η μέθοδος διακοπής καπνίσματος που ακολούθησαν οι ερωτηθέντες.



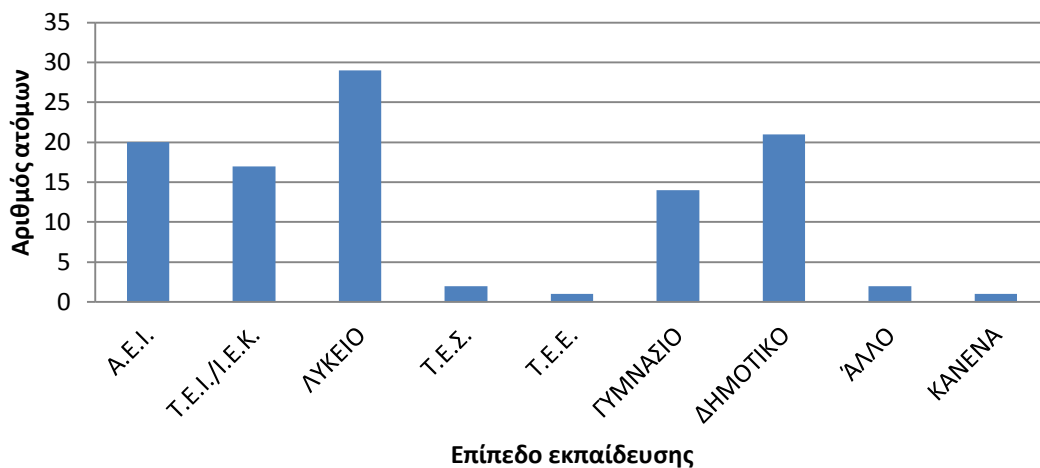
Εικόνα 17. Μέθοδος διακοπής καπνίσματος που διάλεξαν τα άτομα που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα

Από ότι φαίνεται από στο σχήμα οι περισσότεροι που απευθύνονται στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος καπνίζουν πάνω από ένα πακέτο τσιγάρα (35-44 τσιγάρα). Γενικά οι περισσότεροι καπνίζουν πάνω από 15 τσιγάρα την ημέρα.



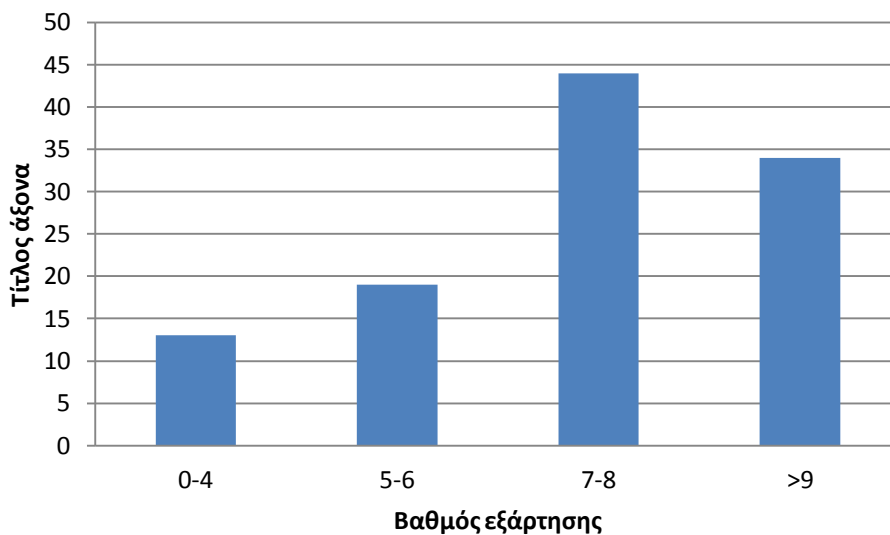
Εικόνα 18. Αριθμός τσιγάρων που κάπνιζαν τα άτομα που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα

Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης (Εικόνα 19) στο πρόγραμμα συμμετέχουν άνθρωποι που έχουν ποικιλία μορφωτικού επιπέδου, οι περισσότεροι όμως είχαν τελειώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση.



Εικόνα 19. Επίπεδο εκπαίδευσης ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα

Τέλος σύμφωνα με την κλίμακα Fagerstorm οι περισσότεροι άνθρωποι που απευθύνθηκαν στο εργαστήριο διακοπής καπνίσματος ήταν αρκετά έως πολύ εξαρτημένοι από την νικοτίνη.



Εικόνα 20. Βαθμός εξάρτησης από την νικοτίνη σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο Fagerstrom των ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ FAGERSTROM

Στον πίνακα 4 δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης διακύμανσης ανάμεσα στα χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής των ερωτηθέντων και τα αποτελέσματα από τις 8 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου του Fagerstorm. Όπως προκύπτει από την ανάλυση διακύμανσης η ικανοποίηση της εργασίας φαίνεται να σχετίζεται με την δυσκολία να καπνίσουν σε μέρη που απαγορεύεται το κάπνισμα καθώς και με το πόσα τσιγάρα καπνίζουν την ημέρα. Η επιθυμία του / της συντρόφου να κόψει το κάπνισμα φαίνεται πως επηρεάζει το αν καπνίζει ο ερωτηθέντας ακόμα και άρρωστος, ενώ το αν ο μη καπνιστής σύντροφος πιέζει στο να κόψει ο ερωτηθέντας το τσιγάρο φαίνεται πως επηρεάζει το ποιες ώρες την ημέρα καπνίζει περισσότερο. Επιπλέον η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών φαίνεται ότι σχετίζεται με το επίπεδο νικοτίνης στα τσιγάρα που καπνίζουν οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα. Όσον αφορά το ολικό σκορ του τεστ Fagerstorm, το αν οι γονείς ήταν καπνιστές βρέθηκε πως σχετίζεται με το πόσο εξαρτημένοι ήταν από την νικοτίνη.

Πίνακας 4. Αποτελέσματα ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA) (δίνεται η τιμή p) για τις διαφορετικές κατηγορίες τρόπου ζωής που ομαδοποιήθηκαν οι ερωτηθέντες σύμφωνα με το αντίστοιχο ερωτηματολόγιο σε σχέση με τις απαντήσεις που έδωσαν στο ερωτηματολόγιο Fagerstrom. Με κόκκινο δίνονται οι περιπτώσεις που το p ήταν στατιστικά σημαντικό. Ο αριθμός στην πρώτη στήλη αντιστοιχεί στο αριθμός της ερώτησης του ερωτηματολογίου Fagerstrom.

	ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΆΓΧΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	Οικογενειακή κατάσταση
1F	0,644	0,789	0,201	0,396
2F	0,755	0,04	0,962	0,707
3F	0,88	0,336	0,401	0,41
4F	0,551	0,02	0,054	0,573
5F	0,657	0,909	0,054	0,42
6F	0,711	0,083	0,476	0,635
7F	0,585	0,374	0,265	0,914
8F	0,232	0,74	0,221	0,973
score	0,184	0,599	0,432	0,723

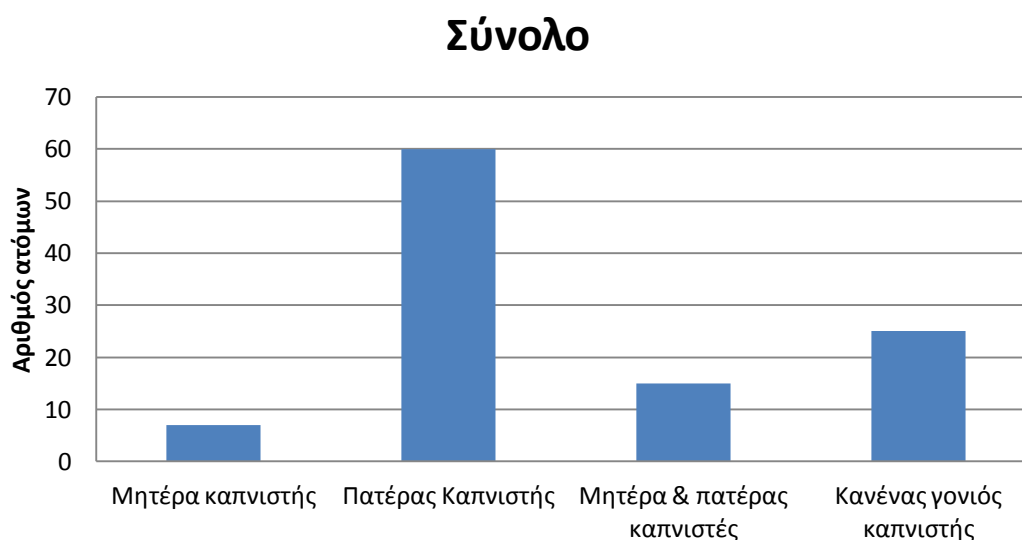
	Ο σύντροφός είναι καπνιστής	αν ναι θέλει να κόψει το κάπνισμα	αν όχι σας πιέζει να το κόψετε εσείς	Οι γονείς ήταν καπνιστές
1F	0,5309	0,732	0,82	0,431
2F	0,181	0,183	0,566	0,39
3F	0,936	0,057	0,311	0,443
4F	0,207	0,616	0,08	0,237
5F	0,77	0,958	0,02	0,21
6F	0,293	0,043	0,307	0,435
7F	0,084	0,37	0,282	0,144
8F	0,624	0,07	0,719	0,995
skore	0,954	0,172	0,762	0,00007

	Κάνετε γυμναστική	Πόση ώρα μετα το περπάτημα ή άσκηση ανάβετε τσιγάρο	Κατ.αλκοολούχα ποτά
1F	0,971	0,678	0,728
2F	0,42	1	0,449
3F	0,563	0,714	0,805
4F	0,144	0,396	0,422
5F	0,675	0,566	0,942
6F	0,702	0,866	0,602
7F	0,897	1	0,042
8F	0,376	0,233	0,114
skore	0,458	0,072	0,533

Στην συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα όσον αφορά τις παραμέτρους που βρέθηκε ότι σχετίζονται μεταξύ τους έτσι ώστε να διερευνηθεί αν υπάρχει κάποιο πρότυπο όσον αφορά αυτές τις συσχετίσεις.

Γονείς καπνιστές – Εξάρτηση από την νικοτίνη

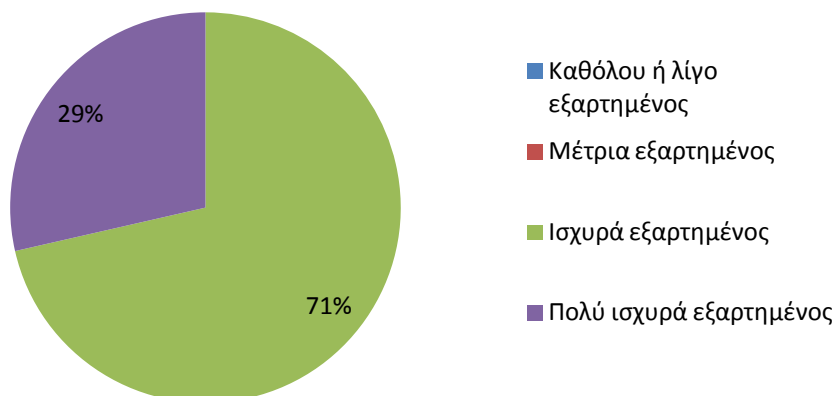
Από το συνολικό δείγμα που εξετάστηκε φαίνεται ότι στους περισσότερους ο πατέρας τους κάπνιζε ενώ στους λιγότερους κάπνιζε μόνο η μητέρα τους.



Εικόνα 21. Αριθμός γονιών καπνιστών των ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα

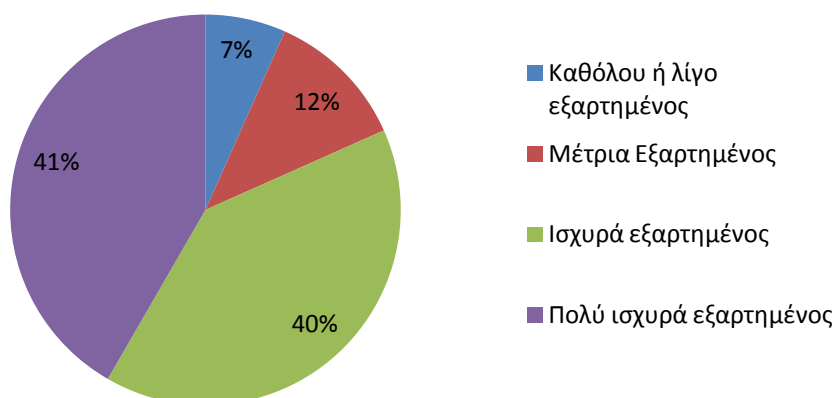
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν για τις διαφορετικές κατηγορίες σε όλες τις περιπτώσεις που οι γονείς τους ήταν καπνιστές οι ερωτηθέντες κατατάχτηκαν (ακολουθώντας την κλίμακα Fagerstrom) ως αρκετά και πολύ εξαρτημένοι από την νικοτίνη. Αντίθετα στην περίπτωση όπου κανένας δεν ήταν καπνιστής ήταν μέτρια και λίγο εξαρτημένοι.

Μητέρα καπνιστής



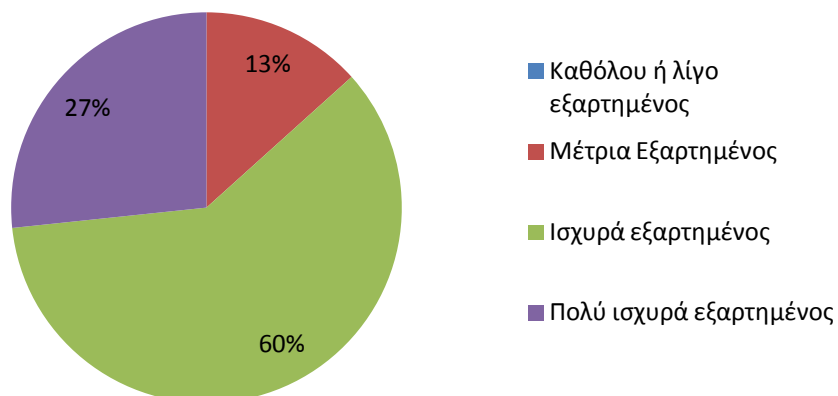
Εικόνα 22. Ποσοστό εξάρτησης από την νικοτίνη σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο Fagerstrom ατόμων που η μητέρα τους ήταν καπνιστής.

Πατέρας καπνιστής



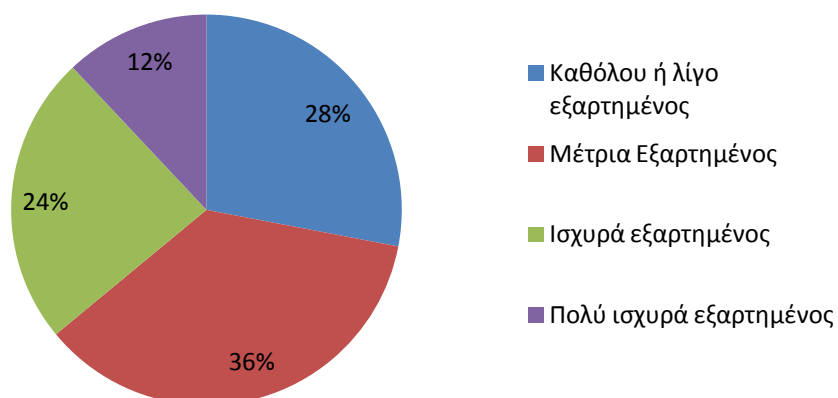
Εικόνα 23. Ποσοστό εξάρτησης από την νικοτίνη σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο Fagerstrom ατόμων που ο πατέρας τους ήταν καπνιστής.

Πατέρας & Μητέρα Καπνιστές



Εικόνα 24. Ποσοστό εξάρτησης από την νικοτίνη σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο Fagerstrom ατόμων που η μητέρα και ο πατέρας τους ήταν καπνιστές

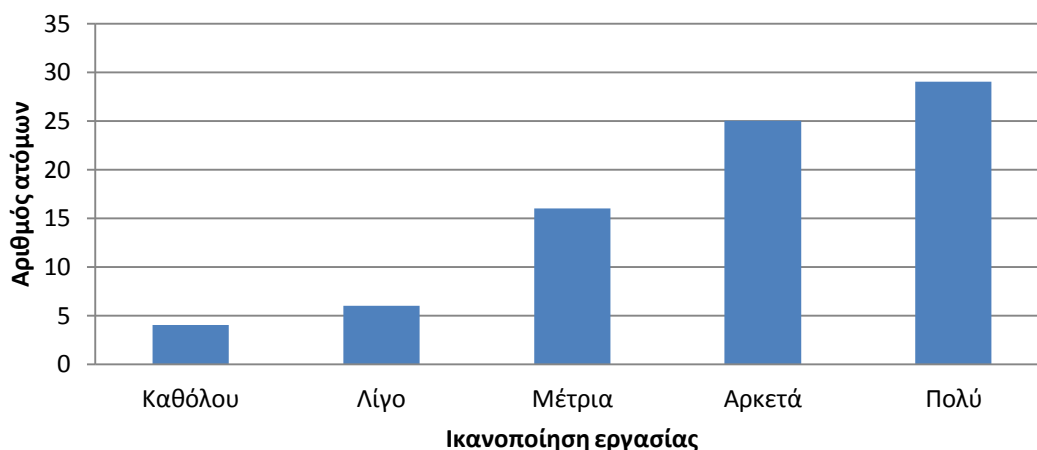
Κανένας γονιός καπνιστής



Εικόνα 25. Ποσοστό εξάρτησης από την νικοτίνη σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο Fagerstrom ατόμων που κανένας γονιός δεν ήταν καπνιστής

Ικανοποίηση εργασίας – Δυσκολία στο να μην καπνίζει σε μέρη που απαγορεύεται το κάπνισμα.

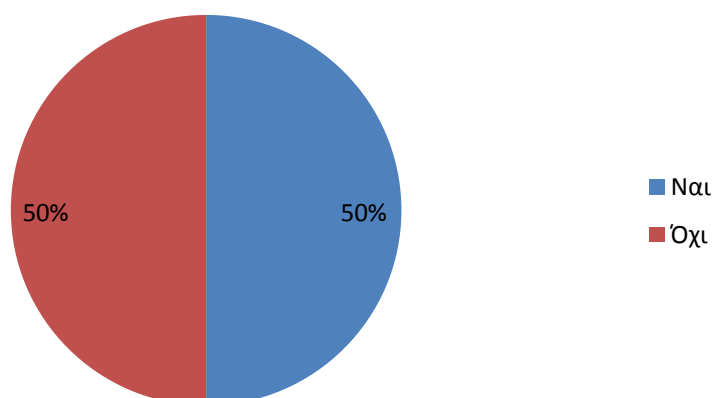
Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες φαίνεται πως ήταν πολύ ικανοποιημένοι από την εργασία τους (εικόνα 26)



Εικόνα 26. Βαθμός ικανοποίησης από την εργασία τους των ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα

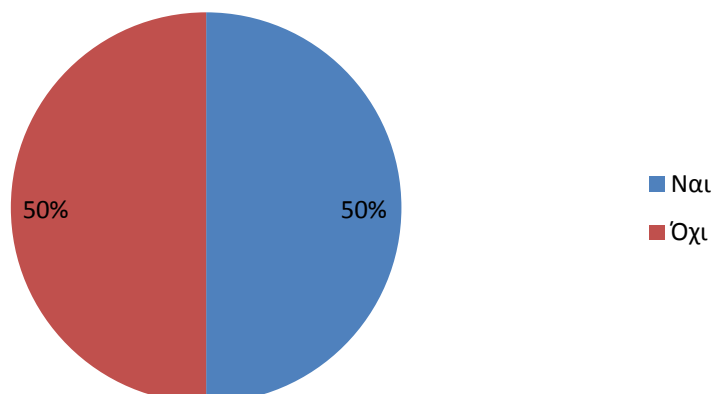
Όπως φαίνεται στις εικόνες 27,28,29,30 και 31 όσοι ήταν από μέτρια και καθόλου ικανοποιημένοι από την δουλειά τους εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό δυσκολίας στο να μην καπνίσουν σε μέρη που απαγορεύεται το κάπνισμα.

Καθόλου ικανοποιημένος



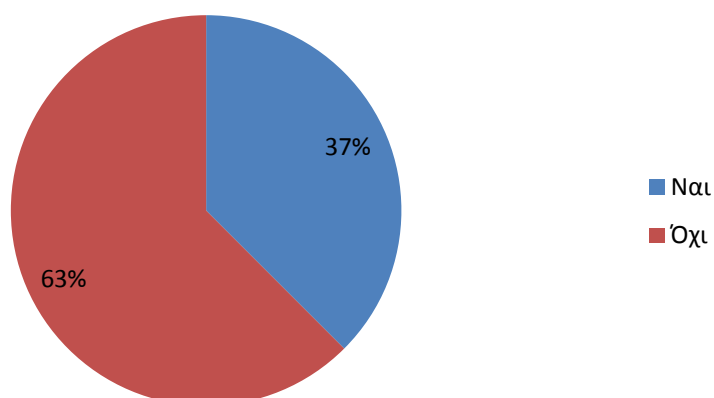
Εικόνα 27. Ποσοστό δυσκολίας ατόμων που δεν είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους να μην καπνίσουν σε μέρη που απαγορεύεται το κάπνισμα (Ναι – δυσκολεύονται, Όχι – δεν δυσκολεύονται).

Λίγο ικανοποιημένος



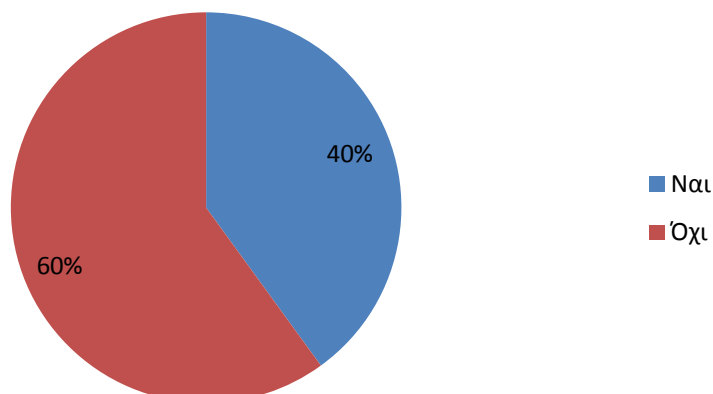
Εικόνα 28. Ποσοστό δυσκολίας ατόμων που είναι λίγο ικανοποιημένοι από την εργασία τους να μην καπνίσουν σε μέρη που απαγορεύεται το κάπνισμα (Ναι – δυσκολεύονται, Όχι – δεν δυσκολεύονται).

Μέτρια ικανοποίηση



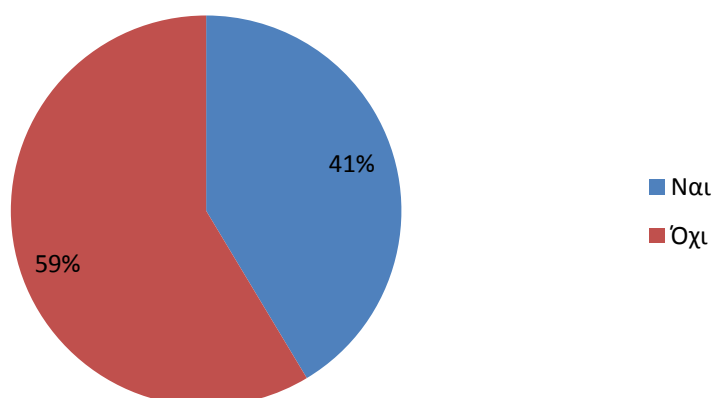
Εικόνα 29. Ποσοστό δυσκολίας ατόμων που είναι μέτρια ικανοποιημένοι από την εργασία τους να μην καπνίσουν σε μέρη που απαγορεύεται το κάπνισμα (Ναι – δυσκολεύονται, Όχι – δεν δυσκολεύονται).

Αρκετά ικανοποιημένος



Εικόνα 30. Ποσοστό δυσκολίας ατόμων που είναι αρκετά ικανοποιημένοι από την εργασία τους να μην καπνίσουν σε μέρη που απαγορεύεται το κάπνισμα (Ναι – δυσκολεύονται, Όχι – δεν δυσκολεύονται).

Πολύ ικανοποιημένος

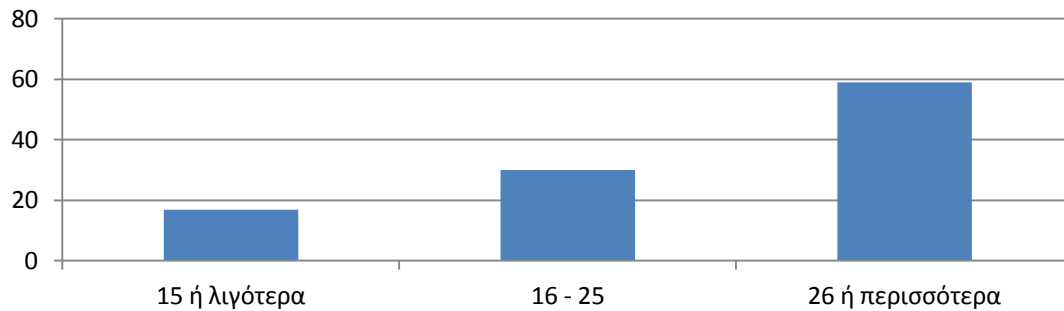


Εικόνα 31. Ποσοστό δυσκολίας ατόμων που είναι πολύ ικανοποιημένοι από την εργασίας τους να μην καπνίσουν σε μέρη που απαγορεύεται το κάπνισμα (Ναι – δυσκολεύονται, Όχι – δεν δυσκολεύονται).

Ικανοποίηση εργασίας – Αριθμός τσιγάρων ανά ημέρα

Όπως έχει ήδη αναφερθεί οι περισσότεροι που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος κάπνιζαν αρκετά τσιγάρα ανά ημέρα (περισσότερα από 26).

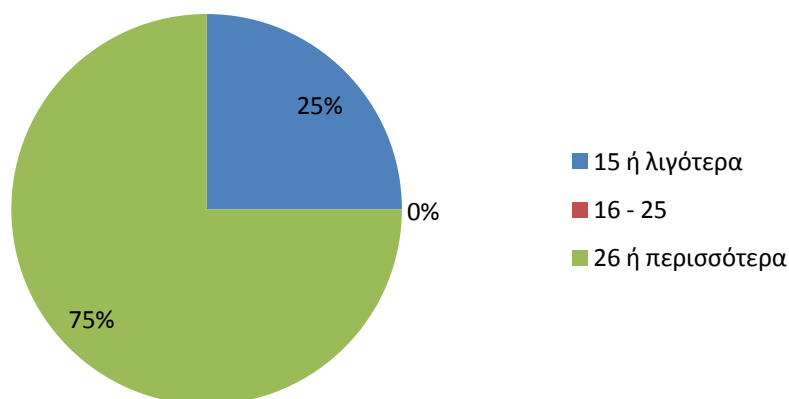
Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα



Εικόνα 32. Αριθμός τσιγάρων που κάπνιζαν τα άτομα που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα.

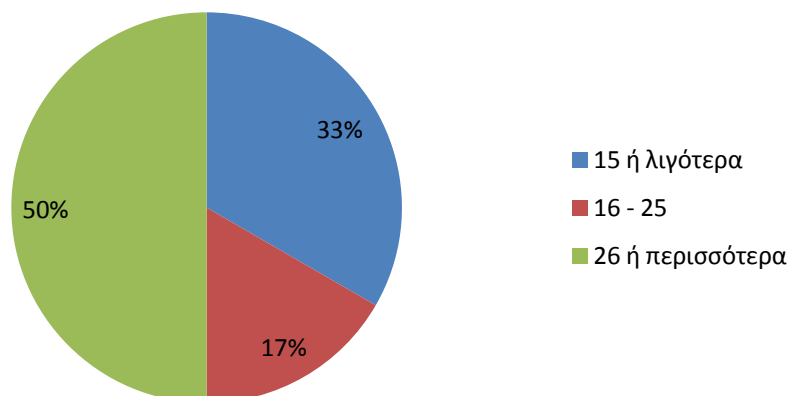
Το αποτέλεσμα αυτό αντικατοπτρίζεται και σε όλες τις κατηγορίες που ομαδοποιήθηκαν οι καπνιστές ανάλογα με την ικανοποίηση της εργασίας τους. Συγκεκριμένα ανεξάρτητα από το πόσο ικανοποιημένοι ήταν από την εργασία τους σε κάθε περίπτωση το υψηλότερο ποσοστό κατείχαν όσοι καπνίζουν περισσότερο από 26 τσιγάρα. Παρόλα αυτά το υψηλότερο ποσοστό ανθρώπων που καπνίζουν περισσότερο από 26 τσιγάρα παρατηρήθηκε σε αυτούς ότι δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένοι από την εργασία τους.

Καθόλου ικανοποιημένος



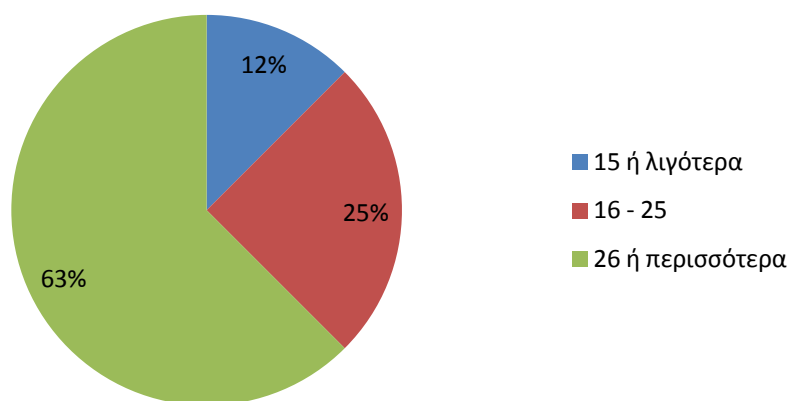
Εικόνα 33. Ποσοστό αριθμού τσιγάρων που κάπνιζαν ανά ημέρα άτομα που δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από την εργασία τους.

Λίγο ικανοποιημένος



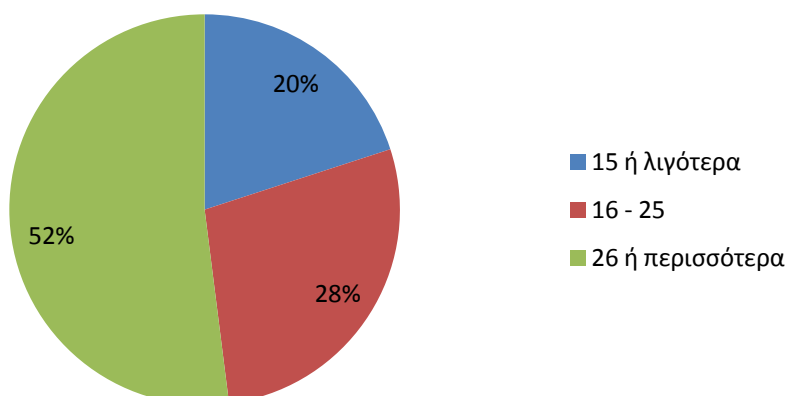
Εικόνα 34. Ποσοστό αριθμού τσιγάρων που κάπνιζαν ανά ημέρα άτομα που είναι λίγο ικανοποιημένα από την εργασίας τους.

Μέτρια ικανοποιημένος



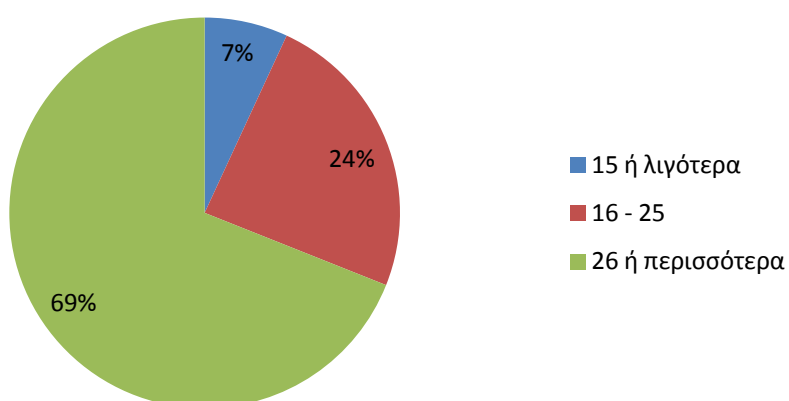
Εικόνα 35. Ποσοστό αριθμού τσιγάρων που κάπνιζαν ανά ημέρα άτομα που είναι μέτρια ικανοποιημένοι από την εργασίας τους.

Αρκετά ικανοποιημένος



Εικόνα 36. Ποσοστό αριθμού τσιγάρων που κάπνιζαν ανά ημέρα άτομα που είναι αρκετά ικανοποιημένοι από την εργασίας τους.

Πολύ ικανοποιημένος



Εικόνα 37. Ποσοστό αριθμού τσιγάρων που κάπνιζαν ανά ημέρα άτομα που είναι λίγο ικανοποιημένοι από την εργασίας τους.

Θέλει ο/η σύζυγος να κόψεις το κάπνισμα - Κάπνισμα κατά τη διάρκεια αρρώστιας

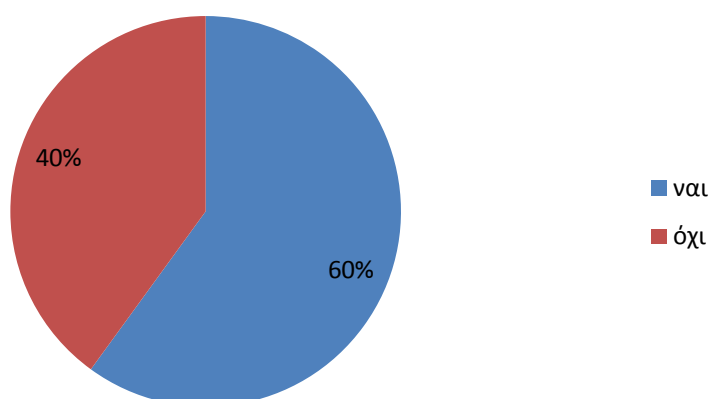
Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες φαίνεται ότι κάπνιζαν ακόμα και άρρωστοι (εικόνα 38)



Εικόνα 38. Απάντηση στην ερώτηση « καπνίζετε ακόμα και άρρωστος; » από τα άτομα που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα.

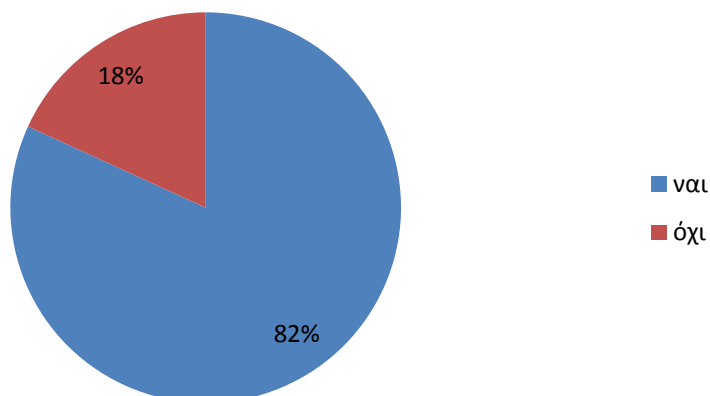
Από τα σχεδιαγράμματα που παρατίθενται ακολούθως φαίνεται πως στην περίπτωση που ο καπνιστής σύζυγος θέλει να κόψει το κάπνισμα αυτό επηρεάζει τον σύντροφό του να καπνίζει ακόμα και άρρωστος. Το γεγονός αυτό προφανώς δεν έχει καμία λογική εξήγηση και πιθανόν η στατιστικά σημαντική διαφορά που έδειξε η ανάλυση διακύμανσης ανάμεσα στις δύο περιπτώσεις που εξετάζονται οφείλεται στο γεγονός ότι η δεύτερη ομάδα (Θέλει να κόψει το κάπνισμα ο σύζυγος) αποτελούνταν από μικρό αριθμό ατόμων (μόλις 11 εκ των οποίων οι 9 απάντησαν ότι καπνίζουν ακόμα και άρρωστοι).

Δεν θέλει να κόψει το κάπνισμα ο σύζυγος



Εικόνα 39. Ποσοστό ατόμων που κάπνιζαν ακόμα και άρρωστοι (ναι) και ποσοστό ατόμων που δεν κάπνισαν άρρωστοι (όχι) στην περίπτωση που ο σύζυγος τους δεν θέλει να κόψει το κάπνισμα

Θέλει να κόψει το κάπνισμα ο σύζυγος

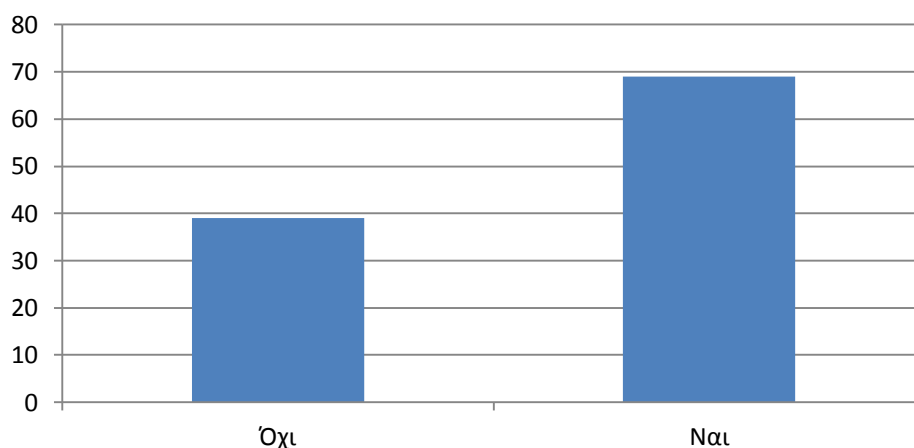


Εικόνα 40. Ποσοστό ατόμων που κάπνιζαν ακόμα και άρρωστοι (ναι) και ποσοστό ατόμων που δεν κάπνιζαν άρρωστοι (όχι) στην περίπτωση που ο σύζυγος τους θέλει να κόψει το κάπνισμα

Ώρες καπνίσματος – Η/Ο σύζυγος πιέζει να διακόψετε το κάπνισμα

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος φαίνεται πως καπνίζουν περισσότερο κατά τις πρωινές ώρες.

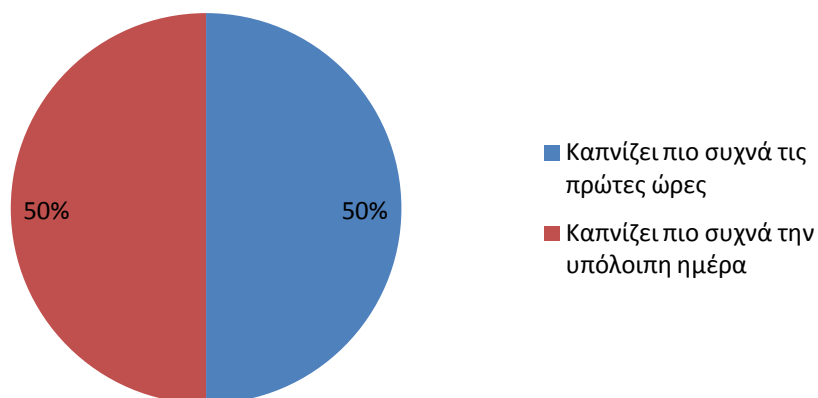
Καπνίζετε πιο συχνά κατά τις πρώτες ώρες μετά το ξύπνημα παρά κατά την υπόλοιπη ημέρα



Εικόνα 41. Περίοδος της ημέρας που κάπνιζαν περισσότερο τα άτομα που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα.

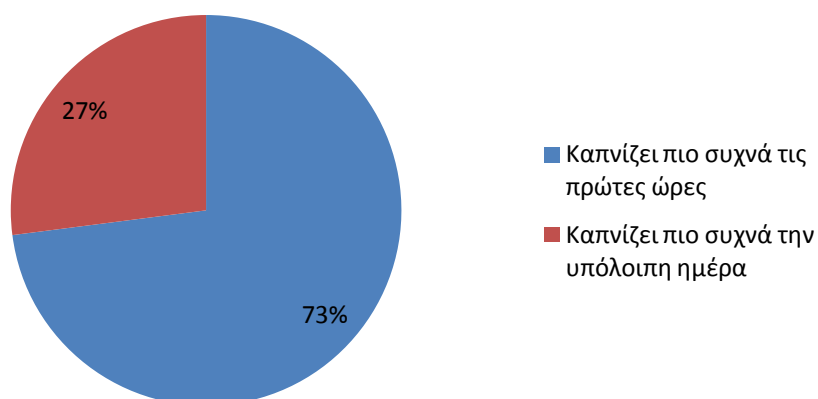
Όπως προκύπτει από τα σχεδιαγράμματα που δίνονται ακολούθως στην περίπτωση που ο/η σύζυγος πιέζει τον ερωτηθέντα να κόψει το κάπνισμα δεν καπνίζει τόσο συχνά τις πρωινές ώρες.

Ο/η σύζυγος τον/την πιέζει να κόψει το κάπνισμα



Εικόνα 42. Ποσοστά περιόδου της ημέρας που κάπνιζαν περισσότερο τα άτομα που ο σύζυγος τους πιέζει να κόψουν το κάπνισμα

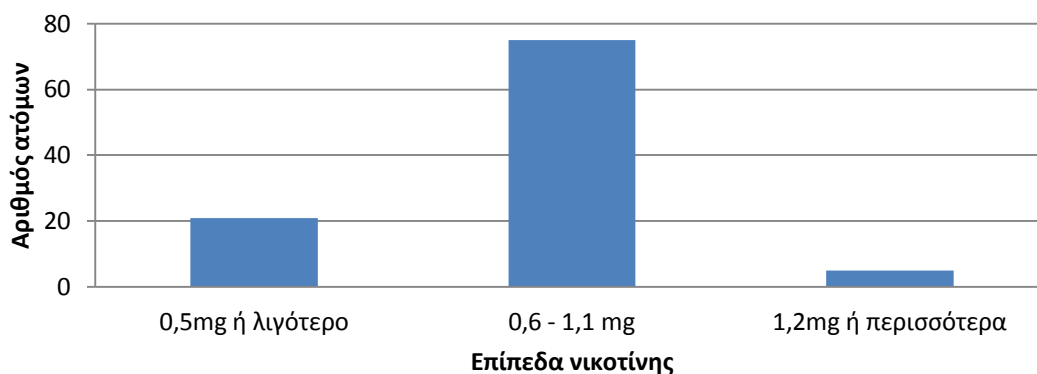
Ο/η σύζυγος δεν τον/την πιέζει να κόψει το κάπνισμα



Εικόνα 43. Ποσοστά περιόδου της ημέρας που κάπνιζαν περισσότερο τα άτομα που ο σύζυγος τους πιέζει να κόψουν το κάπνισμα

Επίπεδα νικοτίνης- κατανάλωση αλκοόλ

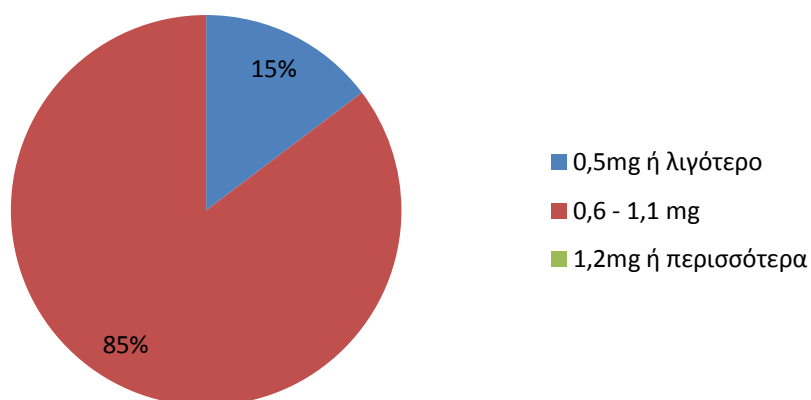
Στην εικόνα 44 δίνονται τα επίπεδα νικοτίνης των τσιγάρων που κάπνιζαν τα άτομα που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα. Τα επίπεδα νικοτίνης των τσιγάρων των περισσότερων ερωτηθέντων κυμαίνονταν από 0,6 – 1,1 mg.



Εικόνα 44. Επίπεδα νικοτίνης στα τσιγάρα των ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα.

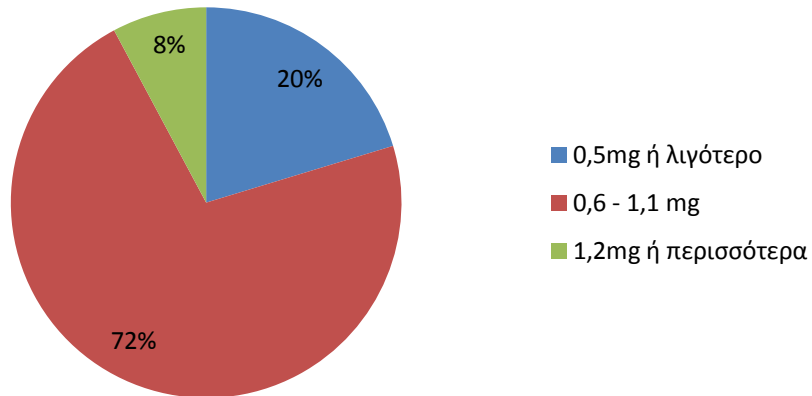
Στην συνέχεια παρουσιάζονται δύο πίτες με το ποσοστό νικοτίνης στα τσιγάρα αυτών που κατανάλωναν αλκοόλ και αυτών που δεν κατανάλωναν αλκοόλ. Όπως προκύπτει από τα σχετικά γραφήματα τσιγάρα με ποσότητα νικοτίνης πάνω από 1,2 mg κάπνιζαν μόνο αυτοί που κατανάλωναν αλκοόλ.

Δεν καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά



Εικόνα 45. Ποσοστά νικοτίνης στα άτομα που δεν κατανάλωναν αλκοόλ

Καταναλώνουν αλκοολούχα



Εικόνα 46. Ποσοστά νικοτίνης στα άτομα που δεν καταναλώναν αλκοόλ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΟ ΠΟΣΟ ΑΠΟΦΑΣΙΣΜΕΝΟΣ ΕΙΝΑΙ ΝΑ ΚΟΨΕΙ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Στον Πίνακα 5 δίνεται ο βαθμός απόκλισης των απαντήσεων των ατόμων στις τελευταίες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ανάλογα με τις διαφορετικές ομαδοποιήσεις του τρόπου ζωής τους. Το επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται πως δεν σχετίζεται με καμία ερώτηση.

Πίνακας 5. Αποτελέσματα ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA) (δίνεται η τιμή p) για της διαφορετικές κατηγορίες τρόπου ζωής που ομαδοποιήθηκαν οι ερωτηθέντες σύμφωνα με το αντίστοιχο ερωτηματολόγιο σε σχέση με τις απαντήσεις που έδωσαν στο τελευταίο ερωτηματολόγιο και σχετίζεται με την αποφασιστικότητα του να διακόψει το κάπνισμα. Με κόκκινο δίνονται οι περιπτώσεις που το p ήταν στατιστικά σημαντικό. Ο αριθμός στην πρώτη στήλη αντιστοιχεί στο αριθμός της ερώτησης του ερωτηματολογίου

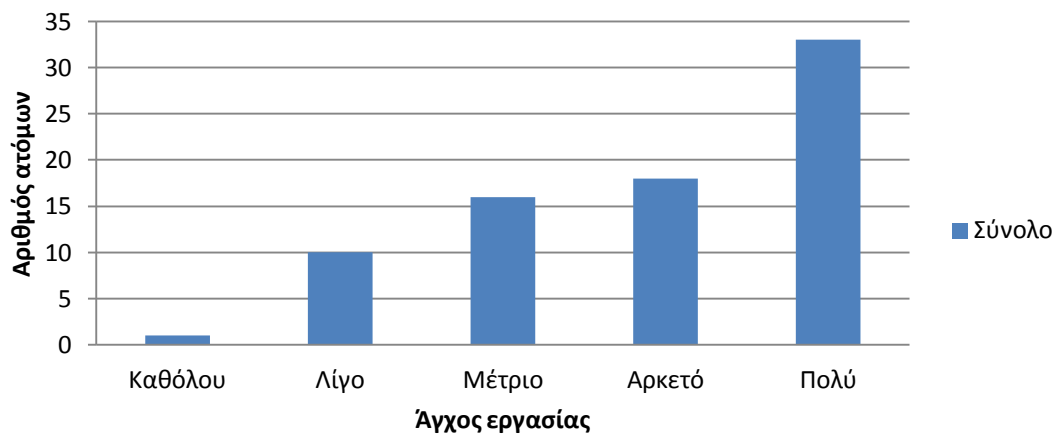
	ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΆΓΧΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	Οικογενειακή κατάσταση
1	0,829	0,099	0,207	0,765
2	0,972	0,647	0,001	0,941
3	0,31	0,184	0,043	0,823
4	0,222	0,762	0,095	0,575
5	0,336	0,755	0,18	0,008
6	0,41	0,727	0,072	0,308
7	0,066	0,449	0,151	0,09
8	0,47	0,86	0,93	0,176
9	0,688	0,824	0,261	0,503
10	0,556	0,288	0,612	0,75
11	0,46	0,23	0,897	0,432
12	0,892	0,41	0,661	0,176
13	0,187	0,843	0,154	0,543
14	0,775	0,125	0,438	0,861
15	0,152	0,038	0,461	0,559
16	0,949	0,076	0,232	0,636

	Ο σύντροφός είναι καπνιστής	αν ναι θέλει να κόψει το κάπνισμα	αν όχι σας πιέζει να το κόψετε εσείς	Οι γονείς ήταν καπνιστές
1	0,417	0,722	0,318	0,532
2	0,461	0,014	0,399	0,507
3	0,977	0,293	0,61	0,99
4	0,862	0,433	0,517	0,719
5	0,67	0,009	0,01	0,25
6	0,884	0,194	0,489	0,936
7	0,559	0,112	0,869	0,652
8	0,602	0,146	0,575	0,384
9	0,496	0,415	0,747	0,38
10	0,807	0,432	0,401	0,671
11	0,894	0,579	0,1	0,64
12	0,288	0,339	0,379	0,661
13	0,69	0,295	0,421	0,972
14	0,811	0,295	0,181	0,285
15	0,957	0,981	0,09	0,063
16	0,913	0,265	0,371	0,603

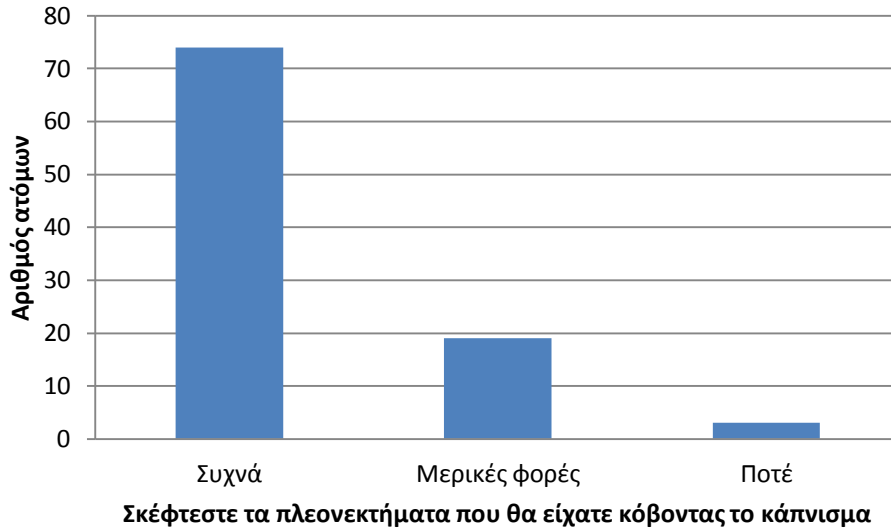
	Κάνετε γυμναστική	Πόση ώρα μετά το περπάτημα ή άσκηση ανάβετε τσιγάρο
1	0,168	0,053
2	0,894	0,599
3	0,867	0,234
4	0,282	0,003
5	0,169	0,711
6	0,375	0,219
7	0,095	0,263
8	0,148	0,272
9	0,397	0,489
10	0,345	0,868
11	0,954	0,645
12	0,32	0,851
13	0,445	0,613
14	0,203	0,92
15	0,1	0,252
16	0,553	0,03

Άγχος εργασίας – σκέφτεστε τα πλεονεκτήματα που θα είχατε αν κόψετε το τσιγάρο

Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες φαίνεται πως είχαν πολύ άγχος στην εργασία τους και επιπλέον οι περισσότεροι σκέφτονται συχνά τα πλεονεκτήματα του να διακόψουν το κάπνισμα.



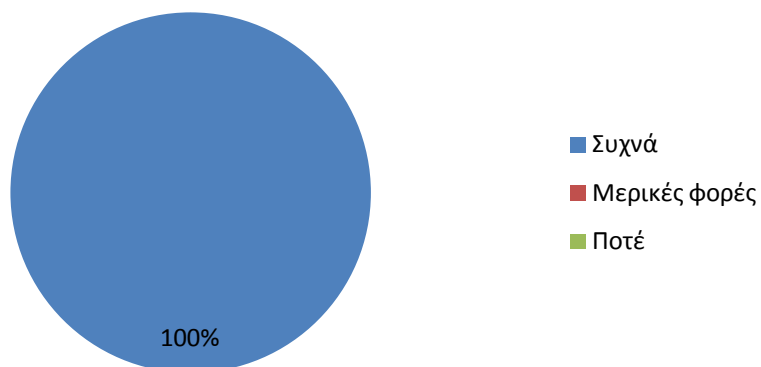
Εικόνα 47. Άγχος εργασίας των ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα.



Εικόνα 48. Απάντηση στην ερώτηση «σκέφτεστε τα πλεονεκτήματα που θα είχατε αν κόψετε το τσιγάρο;» των ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα.

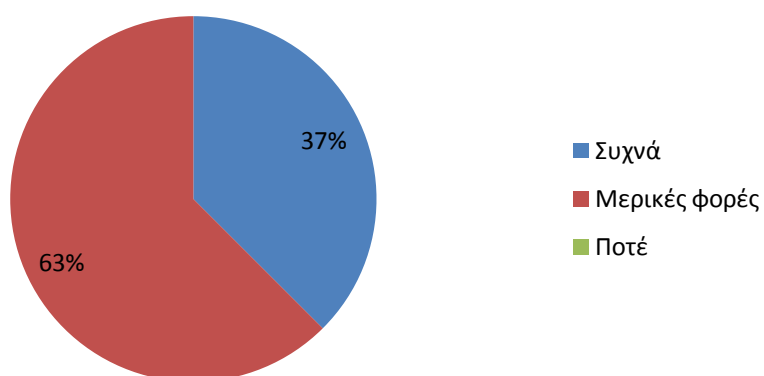
Οι απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτηθέντες σχετικά με το αν σκέφτονται τα πλεονεκτήματα του να διακόψουν το κάπνισμα, ανά ομάδες που διακρίθηκαν σχετικά με το πόσο άγχος είχαν στην εργασία τους δίνονται ακολούθως. Σχετικά με το γράφημα της εικόνας 49 αυτό δεν θα πρέπει να το λάβουμε υπόψη μας δεδομένου ότι μόνο ένα άτομο απάντησε ότι δεν έχει καθόλου άγχος στην εργασία του. Γενικά φαίνεται πως άνθρωποι που έχουν περισσότερο άγχος στην εργασία τους σκέφτονται περισσότερο τα πλεονεκτήματα της διακοπής του τσιγάρου από ότι αυτοί που έχουν μέτριο άγχος. Παρόλα αυτά όμως το μικρό ποσοστό των ανθρώπων που δεν σκέφτονται ποτέ τα πλεονεκτήματα παρουσιάστηκε μόνο στους ανθρώπους που έχουν άγχος στην εργασία τους.

Λίγο άγχος



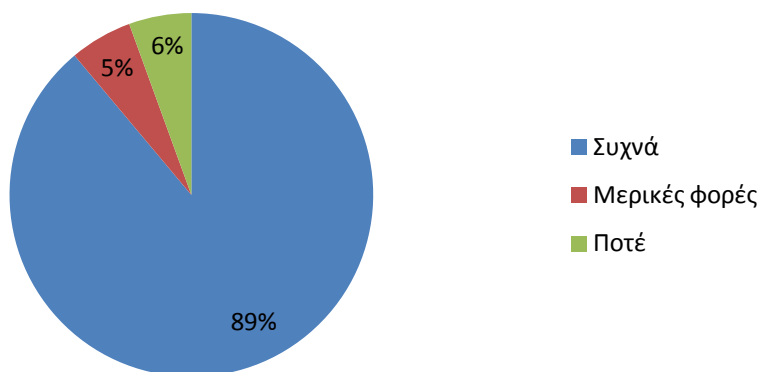
Εικόνα 49. Ποσοστά ατόμων που έχουν λίγο άγχος για την εργασία τους όσον αφορά το πόσο συχνά σκέφτονται τα πλεονεκτήματα του να κόψουν το τσιγάρο

Μέτριο άγχος



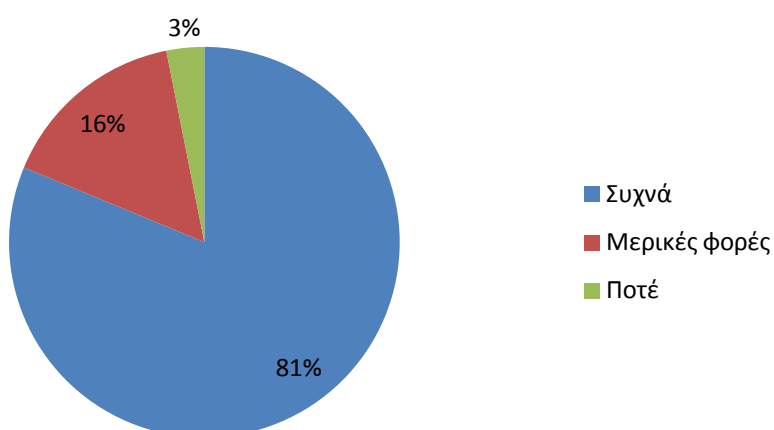
Εικόνα 50. Ποσοστά ατόμων που έχουν μέτριο άγχος για την εργασία τους όσο αφορά το πόσο συχνά σκέφτονται τα πλεονεκτήματα του να κόψουν το τσιγάρο

Αρκετό άγχος



Εικόνα 51. Ποσοστά ατόμων που έχουν αρκετό άγχος για την εργασία τους όσο αφορά το πόσο συχνά σκέφτονται τα πλεονεκτήματα του να κόψουν το τσιγάρο

Πολύ άγχος



Εικόνα 52. Ποσοστά ατόμων που έχουν πολύ άγχος για την εργασία τους όσο αφορά το πόσο συχνά σκέφτονται τα πλεονεκτήματα του να κόψουν το τσιγάρο

Οικογενειακή κατάσταση - νιώθετε ενοχές όταν καπνίζετε μπροστά σε φίλους

Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες, όπως φαίνεται και στην εικόνα 53 φαίνεται ότι έχουν κάποιο σύντροφο στη ζωή τους ενώ οι περισσότεροι νιώθουν μερικές φορές ενοχές όταν καπνίζουν μπροστά σε φίλους ή την οικογένεια τους (εικόνα 54).



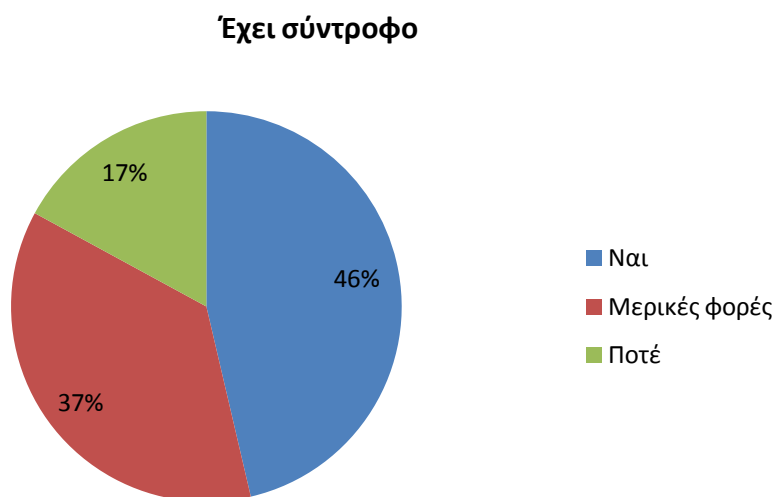
Εικόνα 53. Οικογενειακή κατάσταση των ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα.



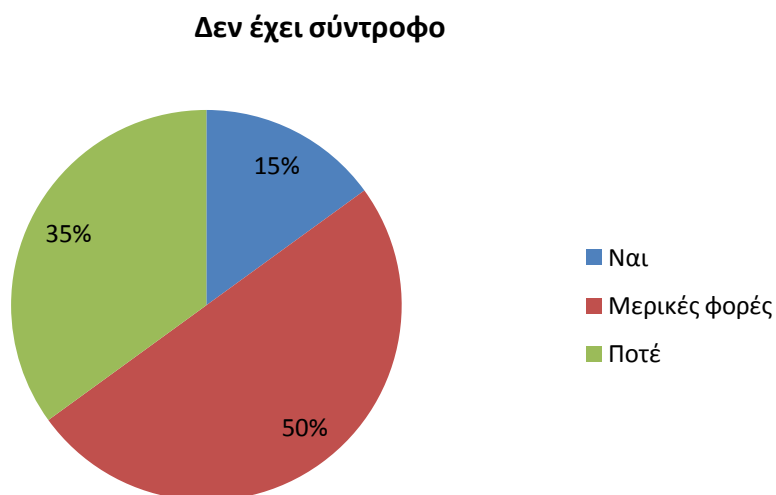
Εικόνα 54. Απάντηση στην ερώτηση «Νιώθετε ενοχές όταν καπνίζετε μπροστά στους φίλους και την οικογένεια σας;» των ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα.

Το πώς επηρεάζει ο/η σύντροφος το κάπνισμα των ερωτηθέντων μπροστά σε τρίτα οικεία πρόσωπα φαίνεται στις εικόνες 55 και 56. Είναι προφανές πως στην περίπτωση της ομάδας των ανθρώπων που έχουν σύντροφο το ποσοστό των ατόμων που νιώθουν ενοχές είναι υψηλότερο (46%) έναντι (15%) αυτών που δεν έχουν. Επιπλέον το ποσοστό αυτών που δεν τους ενδιαφέρει όταν καπνίζουν μπροστά σε συγγενείς και φίλους είναι πολύ υψηλότερο (35%) από αυτούς που έχουν σύντροφο

(17%). Φαίνεται πως η παρουσία συντρόφου επηρεάζει θετικά τον καπνιστή σε αυτή την περίπτωση.



Εικόνα 55. Ποσοστά της απάντησης στην ερώτηση «Νιώθετε ενοχές όταν καπνίζετε μπροστά στους φίλους και την οικογένεια σας;» των ατόμων που έχουν σύντροφο



Εικόνα 56. Ποσοστά της απάντησης στην ερώτηση «Νιώθετε ενοχές όταν καπνίζετε μπροστά στους φίλους και την οικογένεια σας;» των ατόμων που δεν έχουν σύντροφο

Θέλει ο σύντροφος να κόψει το κάπνισμα - νιώθετε ενοχές όταν καπνίζετε μπροστά σε φίλους

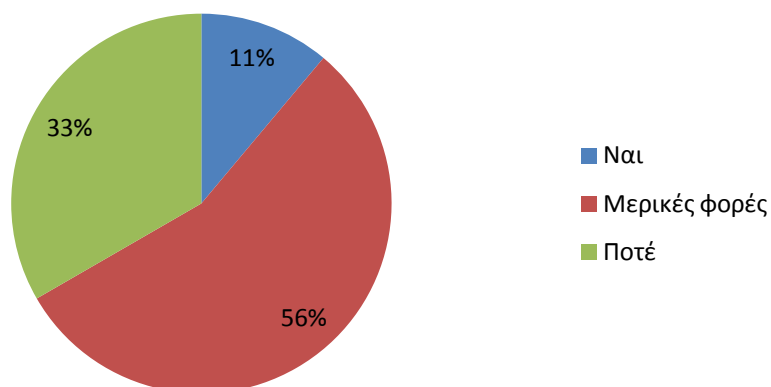
Από του ερωτηθέντες που έχουν καπνιστή σύζυγο στους περισσότερους αυτός δεν θέλει να κόψει το κάπνισμα.



Εικόνα 57. Αριθμός συζύγων που θέλουν να κόψουν το κάπνισμα των ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα.

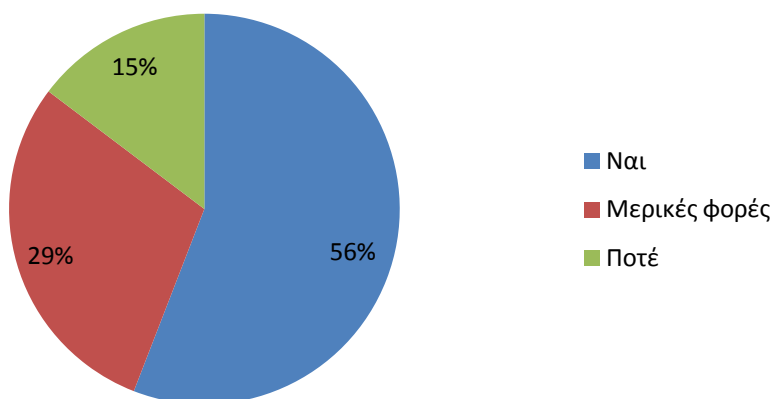
Περνώντας στις απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτηθέντες που θέλει ή όχι να κόψει ο σύζυγος τους το κάπνισμα φαίνεται πως στις περιπτώσεις όπου ο σύζυγος θέλει να κόψει το κάπνισμα οι άνθρωποι αυτοί νιώθουν λιγότερες ενοχές όταν καπνίζουν μπροστά σε τρίτους. Προφανώς το αποτέλεσμα αυτό δεν έχει κάποια λογική εξήγηση και προφανώς οφείλεται στο ότι ο αριθμός των ανθρώπων που θέλει ο/η σύζυγος να κόψει το κάπνισμα είναι μόλις 9 άτομα και προφανώς αυτό επηρεάζει την στατιστική ανάλυση.

Θέλει να κόψει το κάπνισμα ο σύζυγος



Εικόνα 58. Ποσοστά της απάντησης στην ερώτηση «Νιώθετε ενοχές όταν καπνίζετε μπροστά στους φίλους και την οικογένεια σας;» των ατόμων που ο σύζυγος του θέλει να κόψει το κάπνισμα

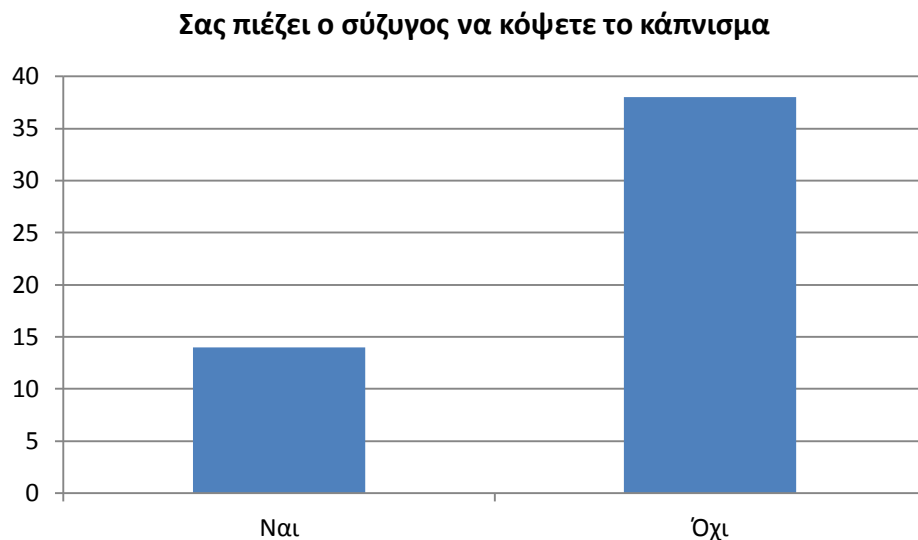
Δεν θέλει να κόψει το κάπνισμα ο σύζυγος



Εικόνα 59. Ποσοστά της απάντησης στην ερώτηση «Νιώθετε ενοχές όταν καπνίζετε μπροστά στους φίλους και την οικογένεια σας;» των ατόμων που ο σύζυγος τους δεν θέλει να κόψει το κάπνισμα

Σας πιέζει ο σύζυγος (που δεν καπνίζει να κόψετε το κάπνισμα)

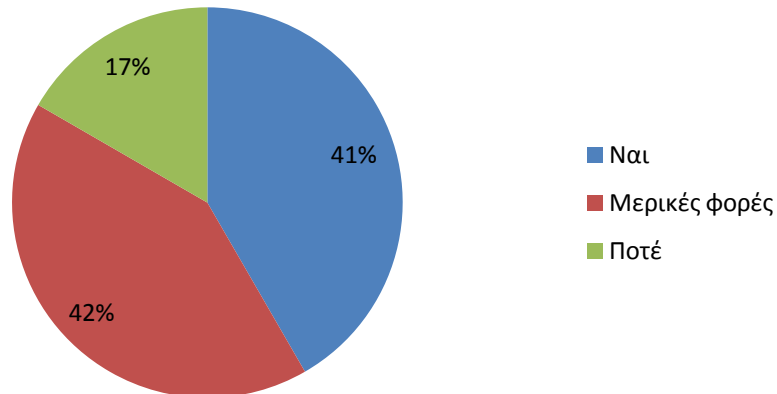
Από την εικόνα 60 φαίνεται πως στις περισσότερες περιπτώσεις ο σύζυγος δεν πιέζει τον ερωτηθέντα στο να κόψει το κάπνισμα.



Εικόνα 60. Αριθμός συζύγων που πιέζουν το σύντροφο τους να κόψει το κάπνισμα στα άτομα που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα.

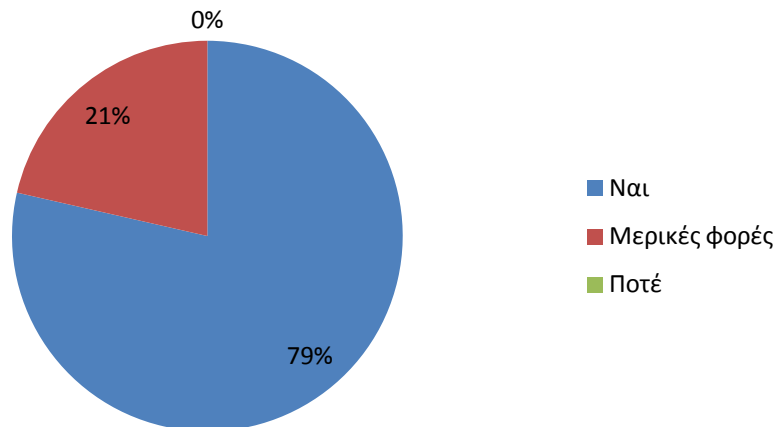
Επιπλέον στις εικόνες 60 και 61 φαίνεται πως στις περιπτώσεις που ο/η σύζυγος πιέζει τον σύντροφο του να κόψει το κάπνισμα είναι πιθανότερο ο δεύτερος να νιώθει ενοχές όταν καπνίζει μπροστά σε φίλους ή οικογένεια.

Ο σύζυγος δεν πιέζει να κόψει το κάπνισμα



Εικόνα 61. Ποσοστά της απάντησης στην ερώτηση «Νιώθετε ενοχές όταν καπνίζετε μπροστά στους φίλους και την οικογένεια σας;» των ατόμων που ο σύζυγος τους, δεν τους πιέζει να κόψουν το κάπνισμα.

Ο σύζυγος πιέζει να κόψει το κάπνισμα



Εικόνα 62. Ποσοστά της απάντησης στην ερώτηση «Νιώθετε ενοχές όταν καπνίζετε μπροστά στους φίλους και την οικογένεια σας;» των ατόμων που ο σύζυγος τους, τους πιέζει να κόψουν το κάπνισμα.

Πόση ώρα μετά το περπάτημα ή την άσκηση ανάβετε τσιγάρο – σας ενοχλεί να εξαρτάστε από το κάπνισμα

Σε συμφωνία με το όσα προαναφέρθηκαν και στα αποτελέσματα για το test Fagerstrom οι περισσότεροι που συμμετείχαν στο πρόγραμμα ήταν αρκετά εξαρτημένοι από την νικοτίνη και έτσι οι περισσότεροι των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι ανάβουν τσιγάρο σε χρόνο λιγότερο των 30 λεπτών μετά το περπάτημα ή την άσκηση. Επιπλέον για τους περισσότερους από αυτούς φαίνεται πως τους ενοχλεί που εξαρτώνται από το κάπνισμα.



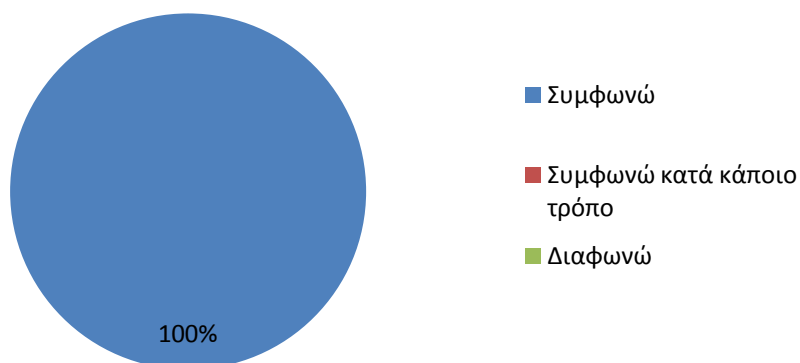
Εικόνα 63. Αριθμός ατόμων που ανάβουν τσιγάρο σε λιγότερο και περισσότερο από 30 λεπτά από αυτούς που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα.



Εικόνα 64. Αριθμός ατόμων που τους ενοχλεί ή όχι να εξαρτώνται από το κάπνισμα από αυτούς που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα.

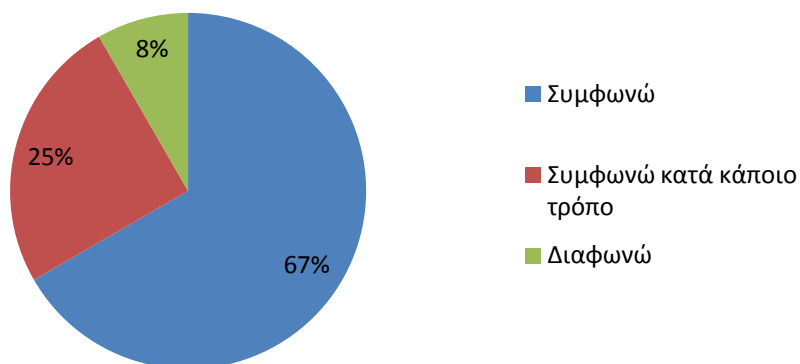
Οι διαφορές στην διακύμανση μεταξύ των δύο κατηγοριών που παρουσιάζονται στις εικόνες 65 και 66 έγκειται στο ότι όλοι οι ερωτηθέντες που ανάβουν τσιγάρο μετά από 30 λεπτά από την άσκηση τους ενοχλεί η εξάρτησή τους από αυτό.

Σε περισσότερο απο 30 λεπτά μετά από περπάτημα ή άσκηση ανάβουν τσιγάρο



Εικόνα 65. Ποσοστά της απάντησης, στην ερώτηση «σας ενοχλεί να εξαρτάστε από το κάπνισμα;» των ατόμων που ανάβουν τσιγάρο σε περισσότερα από 30 λεπτά μετά το περπάτημα ή την άσκηση.

Σε λιγότερο απο 30 λεπτά μετά από περπάτημα ή άσκηση ανάβουν τσιγάρο



Εικόνα 66. Ποσοστά της απάντησης, στην ερώτηση «σας ενοχλεί να εξαρτάστε από το κάπνισμα;» των ατόμων που ανάβουν τσιγάρο σε λιγότερα από 30 λεπτά μετά το περπάτημα ή την άσκηση.

Ικανοποίηση εργασίας – γνωρίζετε τα ερεθίσματα που σας κάνουν να θέλετε να καπνίσετε και είστε πρόθυμοι να προσπαθήσετε να τα αποφύγετε

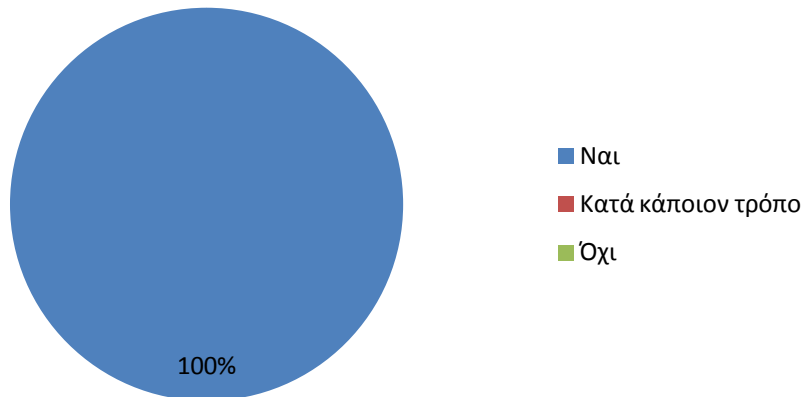
Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες όπως έχει ήδη αναφερθεί φαίνεται πως είναι πολύ ικανοποιημένοι από την εργασία τους. Βέβαια εν μέρει αυτό έρχεται και σε αντίθεση με τα αποτελέσματα που αναφέρθηκαν προηγουμένως ότι οι περισσότεροι νιώθουν πολύ άγχος στην εργασία τους. Επιπλέον φαίνεται πως οι περισσότεροι γνωρίζουν τι τους κάνει να καπνίσουν και είναι πρόθυμοι να το αντιμετωπίσουν.



Εικόνα 67. Απάντηση στην ερώτηση «γνωρίζετε τα ερεθίσματα που σας κάνουν να θέλετε να καπνίσετε και είστε πρόθυμοι να προσπαθήσετε να τα αποφύγετε» των ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και συμπεριλήφθησαν στην παρούσα έρευνα.

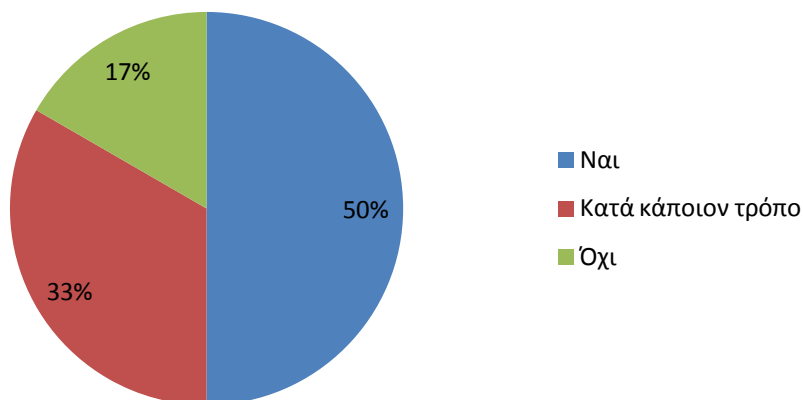
Στα επιμέρους αποτελέσματα ανά ομαδοποίηση των ερωτηθέντων σύμφωνα με την ικανοποίηση της εργασίας δεν θα πρέπει να λάβουμε υπόψη την ομάδα των ανθρώπων που δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένοι με την εργασία τους δεδομένου ότι μόνος ένας άνθρωπος απάντησε ότι δεν ήταν ικανοποιημένος από την εργασία του. Όσον αφορά τις επόμενες κατηγορίες το υψηλότερο ποσοστό αποφασιστικότητας στο να κόψουν το κάπνισμα φαίνεται ότι κατείχαν αυτοί που ήταν πολύ ικανοποιημένοι από την εργασία τους.

Καθόλου ικανοποιημένος



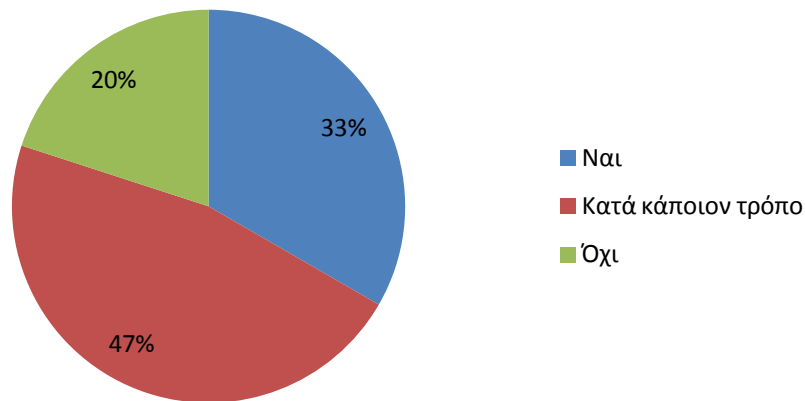
Εικόνα 68. Ποσοστά της απάντησης, στην ερώτηση «γνωρίζετε τα ερεθίσματα που σας κάνουν να θέλετε να καπνίσετε και είστε πρόθυμοι να προσπαθήσετε να τα αποφύγετε» των ατόμων που δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από την εργασία τους.

Λίγο ικανοποιημένος



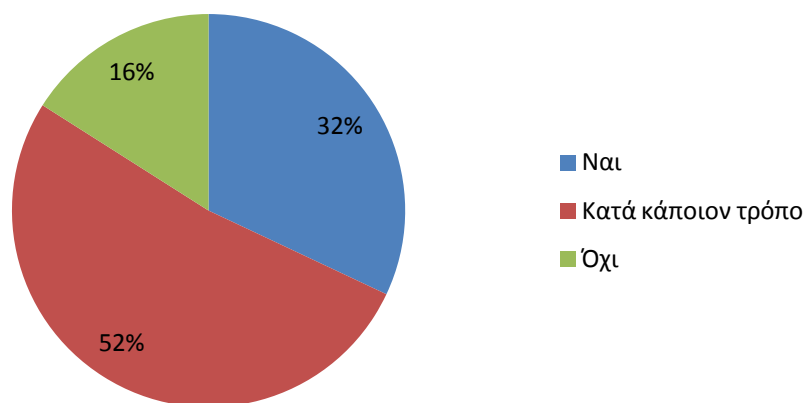
Εικόνα 69. Ποσοστά της απάντησης, στην ερώτηση «γνωρίζετε τα ερεθίσματα που σας κάνουν να θέλετε να καπνίσετε και είστε πρόθυμοι να προσπαθήσετε να τα αποφύγετε» των ατόμων που είναι λίγο ικανοποιημένοι από την εργασία τους.

Μέτρια ικανοποιημένος



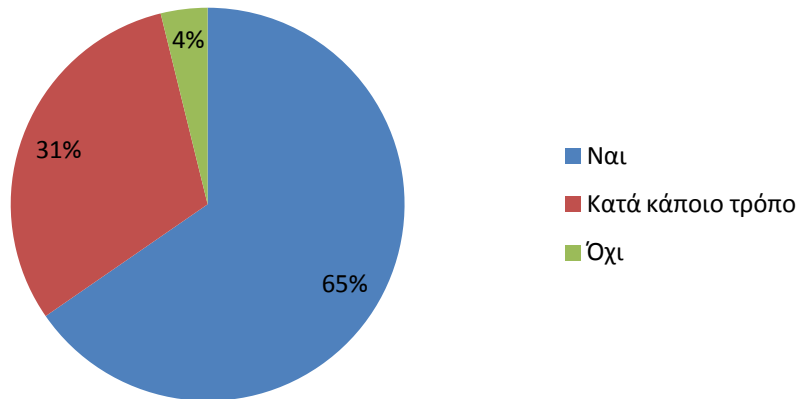
Εικόνα 70. Ποσοστά της απάντησης, στην ερώτηση «γνωρίζετε τα ερεθίσματα που σας κάνουν να θέλετε να καπνίσετε και είστε πρόθυμοι να προσπαθήσετε να τα αποφύγετε» των ατόμων που είναι μέτρια ικανοποιημένοι από την εργασία τους.

Αρκετά ικανοποιημένος



Εικόνα 71. Ποσοστά της απάντησης, στην ερώτηση «γνωρίζετε τα ερεθίσματα που σας κάνουν να θέλετε να καπνίσετε και είστε πρόθυμοι να προσπαθήσετε να τα αποφύγετε» των ατόμων που είναι αρκετά ικανοποιημένοι από την εργασία τους.

Πολύ ικανοποιημένος



Εικόνα 72. Ποσοστά της απάντησης, στην ερώτηση «γνωρίζετε τα ερεθίσματα που σας κάνουν να θέλετε να καπνίσετε και είστε πρόθυμοι να προσπαθήσετε να τα αποφύγετε» των ατόμων που είναι πολύ ικανοποιημένοι από την εργασία τους.

Από ότι προέκυψε από τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας οι άνθρωποι που αποφάσισαν να κόψουν το κάπνισμα απευθυνόμενοι στο Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος ήταν μέσης ηλικίας (30 – 60 χρονών) που καπνίζουν αρκετά χρόνια (περισσότερο από 15) και με υψηλό βαθμό εξάρτησης σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου Fagerstrom.

Το μεγαλύτερο ποσοστό προέρχονταν από την πόλη της Θεσσαλονίκης σε σχέση με την περιφέρεια, οι οποίοι είχαν ενημερωθεί από φίλους τους ενώ η μέθοδος διακοπής καπνίσματος που ακολούθησαν ήταν η λήψη χαπιών Champrix.

Σχετικά με την διερεύνηση της συσχέτισης του τρόπου ζωής των ερωτηθέντων με τον βαθμό εξάρτησης τους με το κάπνισμα και με το κατά πόσο αποφασισμένοι είναι να διακόψουν το κάπνισμα βρέθηκε ότι σε κάποιο βαθμό επηρεάζει το γεγονός αν οι γονείς ήταν καπνιστές, αν τους ικανοποιούσε η εργασία τους, η στάση του συντρόφου τους απέναντι στο κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και το άγχος της εργασίας τους.

Κάπνισμα και εκπαίδευση

Σύμφωνα με τους Gilman et al. 2008 διαφορές στα ποσοστά του καπνίσματος ανάμεσα σε ομάδες ανθρώπων με διαφορετικό μορφωτικό επίπεδο δεν παρατηρούνταν πριν ανακαλυφθεί ότι το κάπνισμα προκαλεί θάνατο. Παρόλα αυτά από το 1964 στην Αμερική έχει αρχίζει να παρατηρείται διαφορά όσο αφορά το μορφωτικό επίπεδο των καπνιστών και των μη καπνιστών (United States. Surgeon General's Advisory Committee on Smoking and Health, 1964). Πιο συγκεκριμένα από το 1974 μέχρι το 1985 οι άνθρωποι που διέκοψαν το κάπνισμα και ανήκαν στις ομάδες του πληθυσμού με την υψηλότερη εκπαίδευση ήταν πέντε φορές περισσότεροι από αυτούς που ήταν στην κατώτερη εκπαίδευση (Pierce et al. 1989), ενώ η αύξηση της διαφοράς του ποσοστού αυτού από τότε συνεχίζει να αυξάνει (Giovinio et al. 1995, Iribarren et al. 1997, Escobedo & Peddicord 1996). Σε συμφωνία με τα όσα αναφέρονται προηγουμένως και στην παρούσα εργασία ο αριθμός των ατόμων που απευθύνθηκαν στο Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος και είχαν τελειώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση ήταν μεγαλύτερος από αυτούς που είχαν τελειώσει την δευτεροβάθμια, την πρωτοβάθμια ή δεν είχαν πάει καθόλου σχολείο.

Όπως προέκυψε από τα αποτελέσματα το επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται να μην σχετίζεται με καμιά επιπλέον παράμετρο από αυτές που μελετήθηκαν. Οι επιδόσεις ενός μαθητή κατά την σχολική ηλικία αποτελούν ουσιαστικά έναν δείκτη για το αν θα συνεχίσει κάποιος στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Σύμφωνα με τους Farrell & Fuchs (1982) τα πρότυπα της συμπεριφοράς του ανθρώπου ως προς το κάπνισμα διαμορφώνονται συνήθως μετά το 17 έτος της ηλικίας και γι' αυτό δεν μπορεί να επηρεάζονται από τις αποδόσεις στη σχολική ηλικία. Η διαπίστωση αυτή εν μέρει φαίνεται πως προκύπτει και από την παρούσα έρευνα δεδομένου ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων άρχισε να καπνίζει μετά το δέκατο έβδομο έτος της ηλικίας τους. Επιπροσθέτως ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν πως υπάρχουν άλλοι τρίτοι παράγοντες που επηρεάζουν ταυτόχρονα την σχολική ηλικία και την συνήθεια του καπνίσματος, όπως π.χ. ο βαθμός ευφυΐας (IQ) του μαθητή ή το πως συνηθίζει να περνάει τον ελεύθερο χρόνο του (Farrell & Fuchs 1982, Kubicka et al. 2001, Khwaja, et al. 2007). Βέβαια θα πρέπει να σημειωθεί πως το δείγμα των ανθρώπων που μελετήθηκε στην παρούσα εργασία ήταν άνθρωποι που επισκέφτηκαν στο Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος και συνεπώς ήταν άνθρωποι που ήθελαν να διακόψουν το κάπνισμα (ανεξαρτήτως επιπέδου εκπαίδευσης).

Γονείς και κάπνισμα

Παγκοσμίως το μεγαλύτερο ποσοστό των καπνιστών ξεκινά το κάπνισμα κατά την εφηβική ηλικία (Giovinio et al. 1995, Escobedo et al. 1990, Gilpin et al. 1994) και συνεπώς η πρόληψη του καπνίσματος σε αυτή την ηλικία είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας. Στην βιβλιογραφία υπάρχουν πάρα πολλές αναφορές που σχετίζουν το κάπνισμα στην εφηβική ηλικία με την μιμητική συμπεριφορά ως προς το πρότυπο των γονιών καπνιστών (Bricker et al. 2007, Otten et al. 2007, Fidler et al. 2008, Volk et al. 2007, Peterson et al. 2006, McGee et al. 2006, Bricker et al. 2006, Shakib et al. 2005, Hill et al. 2005), παρόλα αυτά σύμφωνα με τους Avenevoli & Merikangas (2003) δεν έχει διερευνηθεί πλήρως η φύση και το πόσο ισχυρή είναι η σύνδεση μεταξύ αυτών των δύο παραμέτρων. Σε ορισμένες μελέτες έχει βρεθεί ότι η πιθανότητα ένα παιδί να γίνει καπνιστής αυξάνει με τον αριθμό των γονιών καπνιστών (Kardia et al. 2003, Rossow & Rise, 1994) και τα χρόνια που αυτοί καπνίζουν (Fergusson et al. 2007).

Από την άλλη πλευρά υπάρχουν και έρευνες που αναφέρουν πως η μητέρα καπνιστής επηρεάζει σε μεγαλύτερο βαθμό την πιθανότητα ένα παιδί να γίνει

καπνιστής (Kandel & Wu 1995, Rohde et al. 2003), άλλες πάλι αναφέρουν πως και οι δύο γονείς επηρεάζουν εξίσου τα παιδιά σε αυτόν τον τομέα (Hu et al. 2006). Στην παρούσα εργασία βρέθηκε ότι όταν ένας από τους δύο ή και οι δύο γονείς ήταν καπνιστές τότε η εξάρτηση τους από την νικοτίνη ήταν μεγαλύτερη από ότι όταν κανένας γονιός δεν ήταν καπνιστής. Επιπλέον θα πρέπει να τονιστεί πως το αν οι γονείς ήταν ή όχι καπνιστές ήταν η μοναδική από της παραμέτρους, που περιγράφουν των τρόπο ζωής των ερωτηθέντων, που βρέθηκε να σχετίζεται άμεσα με τον βαθμό εξάρτησης, όπως αυτός προκύπτει από τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου Fagerstrom.

Σύζυγος και κάπνισμα

Είναι κοινά αποδεκτό πως η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να συμβάλλει θετικά στην διακοπή του καπνίσματος (Cohen & Lichtenstein 1990, Lichtenstein et al., 1986). Πιο συγκεκριμένα η στήριξη από τον σύντροφο μπορεί να βοηθήσει στο να καταπολεμηθεί το άγχος και το στρες που δημιουργείται κατά την διάρκεια της προσπάθειας της διακοπής του καπνίσματος, ενώ σημαντικό ρόλο παίζει και η πιθανή εναντίωση του στο κάπνισμα (Cohen & Lichtenstein, 1990). Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας έδειξαν ότι η ύπαρξη συντρόφου και η περίπτωση που αυτός ασκεί πίεση στο να κόψει το κάπνισμα, συμβάλλει στο να νιώθει άβολα όταν καπνίζει μπροστά σε τρίτους.

Κάπνισμα και αλκοόλ

Το κάπνισμα και το αλκοόλ είναι η οι δύο πιο διαδεδομένες εξαρτησιογόνες ουσίες στις μέρες μας (Anthony and Echeagaray-Wagner, 2000) ενώ συνδυασμένη χρήση τους είναι ιδιαίτερα εμφανής σε ανθρώπους που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ ή καπνίζουν πολύ (Istvan & Matarazzo 1984, Shiffman et al. 1994, Sobell et al. 1990). Ο λόγος που συχνά έχει παρατηρηθεί ταυτόχρονη χρήση αλκοόλ και νικοτίνης δεν έχει πλήρως διερευνηθεί παρόλο που ως πιθανή εξήγηση έχει προταθεί η επίδραση και των δύο ουσιών στους χολινεργικούς υποδοχείς της νικοτίνης στον εγκέφαλο (Dohrman & Reiter 2003, Schaefer and Michael, 1992). Συγκεκριμένα πιστεύεται ότι οι δύο αυτές ουσίες δρουν κατά κάποιο τρόπο ανταγωνιστικά και η χρήση της μιας μειώνει το ευχάριστο αίσθημα που συνεπάγεται με αποτέλεσμα οι καπνιστές να τείνουν να πίνουν περισσότερο από τους μη καπνιστές και όσοι καταναλώνουν αλκοόλ να τείνουν να καπνίζουν περισσότερο από

όσους δεν καταναλώνουν (Parnell et al. 2006). Στην παρούσα εργασία βρέθηκε επίσης συσχέτιση της κατανάλωσης αλκοόλ με την χρήση νικοτίνης δεδομένου του ότι όσοι από τους ερωτηθέντες απάντησαν ότι καταναλώνουν αλκοόλ εμφάνισαν μια τάση να καπνίζουν τσιγάρα με μεγαλύτερη ποσότητα νικοτίνης από αυτούς που δεν καταναλώναν αλκοόλ.

Υπόλοιπες συσχετίσεις

Η ικανοποίηση από την εργασία φαίνεται ότι κατέχει επίσης κάποιο ρόλο στην διαδικασία διακοπής του καπνίσματος. Συγκεκριμένα όσοι ήταν ικανοποιημένοι από την εργασία τους εμφάνισαν μια τάση να μπορούν πιο εύκολα να μην καπνίσουν σε χώρους που απαγορεύεται το κάπνισμα (συμπεριλαμβανομένου προφανώς και του χώρου εργασίας τους) και ταυτόχρονα παρουσιάζονται πιο αποφασισμένοι να διακόψουν το κάπνισμα. Αντίθετα όσοι δεν ήταν ικανοποιημένοι από την εργασία τους φαίνεται ότι είχαν την τάση να καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα την ημέρα.

Επιπλέον σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA) βρέθηκε ότι όσοι συνήθιζαν να ανάβουν τσιγάρο σε περισσότερο από 30 λεπτά μετά από κάποια μορφή σωματικής άσκησης, τους ενοχλούσε περισσότερο το γεγονός ότι ήταν καπνιστές. Το πρότυπο αυτής της συσχέτισης δεν είναι ξεκάθαρο και ενδεχομένως να οφείλεται στο γεγονός ότι όσοι μπορούν να μην ανάψουν τσιγάρο για 30 λεπτά μετά από άσκηση ή περπάτημα έχουν μεγαλύτερη θέληση να διακόψουν το κάπνισμα. Βεβαία δεν θα πρέπει να αποκλειστεί η περίπτωση η συσχέτιση αυτή να οφείλεται σε κάποιον τρίτο παράγοντα που δεν διερευνήθηκε στην παρούσα εργασία και ο οποίος επηρεάζει ταυτόχρονα και τις δύο παραμέτρους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Οι περισσότεροι άνθρωποι που συμμετέχουν στο πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος είναι άντρες, ηλικίας από 30 έως 60, που καπνίζουν περισσότερο από 15 χρόνια και πάνω από 15 τσιγάρα ημερησίως. Ο βαθμός εξάρτησης των περισσοτέρων σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο Fagerstrom ήταν από αρκετά έως πολύ εξαρτημένοι.
- Όσο αφορά τον πληθυσμό των ερωτηθέντων οι περισσότεροι που απευθύνονται στο Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος είναι από την πόλη της Θεσσαλονίκης και λιγότεροι από την περιφέρεια. Η ενημέρωσή τους για το πρόγραμμα τις περισσότερες φορές προέρχεται από φίλους.
- Οι περισσότεροι από τους ανθρώπους που απευθύνθηκαν στον Ιατρείο διακοπής καπνίσματος ακολούθησαν την λήψη δισκίων Champix για να διακόψουν το κάπνισμα και λιγότεροι άλλα υποκατάστατα όπως Nicorette.
- Το επίπεδο εκπαίδευσης τους προέρχονταν από όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης περισσότεροι όμως προέρχονταν από την τριτοβάθμια εκπαίδευση.
- Από τις ερωτήσεις για τον τρόπο ζωής των ερωτηθέντων προέκυψε ότι ο βαθμός εξάρτησης από την νικοτίνη σχετίζεται με το αν οι γονείς ήταν καπνιστές. Συγκεκριμένα στην περίπτωση όπου κανένας γονιός δεν καπνίζει το ποσοστό των μέτρια και λίγο εξαρτημένων από την νικοτίνη είναι αισθητά μεγαλύτερο από ότι στις περιπτώσεις που ένας ή και οι δύο γονείς καπνίζουν. Αντίθετα στην περίπτωση που καπνίζουν οι γονείς κυριαρχούν τα ποσοστά των αρκετά και πολύ εξαρτημένων από την νικοτίνη.
- Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες δήλωναν πως είναι πολύ ικανοποιημένοι από την εργασία τους. Από ότι φάνηκε από τα αποτελέσματα αυτοί που ήταν πολύ ικανοποιημένοι από την εργασία τους, τους φαίνονταν και πιο εύκολο να μην καπνίζουν σε χώρους που απαγορεύεται το κάπνισμα (προφανώς σε μερικές περιπτώσεις συμπεριλαμβανομένου και του χώρου εργασίας τους). Αυτοί που δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένοι από την εργασία τους έδειξαν μια τάση να καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα ανά ημέρα. Επιπλέον υψηλότερο ποσοστό αποφασιστικότητας στο να κόψουν το κάπνισμα φαίνεται ότι κατείχαν αυτοί που ήταν πολύ ικανοποιημένοι από την εργασία τους.

- Η πίεση του/της συζύγου στο να κόψουν οι ερωτηθέντες το κάπνισμα φαίνεται ότι αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στο να καπνίζουν οι δεύτεροι πολλά τσιγάρα κατά τις πρώτες ώρες της ημέρας.
- Όσοι από τους ερωτηθέντες απάντησαν ότι καταναλώνουν αλκοόλ είχαν επίσης την τάση να καπνίζουν τσιγάρα με υψηλότερο ποσοστό νικοτίνης.
- Οι περισσότεροι από τους ανθρώπους που συμμετείχαν στο πρόγραμμα φαίνεται πως είχαν πολύ άγχος στην εργασία τους (παρόλο που δήλωναν ικανοποιημένοι). Παρόλα αυτά οι άνθρωποι που έχουν περισσότερο άγχος στην εργασία τους σκέφτονται περισσότερο τα πλεονεκτήματα της διακοπής του τσιγάρου από ότι αυτοί που έχουν μέτριο άγχος.
- Η ύπαρξη συντρόφου φαίνεται ότι επηρεάζει θετικά το αν νιώθει ενοχές ο καπνιστής όταν ανάβει τσιγάρο μπροστά σε τρίτα οικεία πρόσωπα.
- Όσοι μπορούν και ανάβουν τσιγάρο 30 λεπτά μετά από το περπάτημα ή την άσκηση φαίνεται ότι τους ενοχλεί περισσότερο ότι καπνίζουν. Το αποτέλεσμα αυτό ενδεχομένως να έχει να κάνει με το ότι όσοι μπορούν να μην ανάψουν τσιγάρο για 30 λεπτά μετά από άσκηση ή περπάτημα έχουν μεγαλύτερη θέληση να διακόψουν το κάπνισμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Δαρδαβέσης Ι.Θ., (2009). Κάπνισμα και Υγεία. Επιτροπή Κοινωνικής Πολιτικής. Εκδόσεις Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Θεσσαλονίκη. 27 σελ.

Ζορμπάς Α., & Σίμου Ε., (συντονιστές έργου). 2008. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το κάπνισμα 2008 – 2012. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. 47 σελ.

Κεφαλογιάννης Μ., Οδηγός διακοπής καπνίσματος. Περιοδικό : In Vitro. Ιούλιος 2009.

Μισαηλίδου Δ., (1979), Ιστορία του καπνίσματος. Το κάπνισμα είναι εθισμός ή ψυχοκοινωνικό πρόβλημα. Σεμινάρια με θέμα : Κάπνισμα και Καρκίνος. Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Θεσσαλονίκη. 55 σελ.

Τεγόπουλος & Φυτράκης , (2005) . Μικρό ελληνικό λεξικό. Εκδόσεις Αρμονία. Αθήνα. 1127 σελ.

Anthony JC, Echeagaray-Wagner F., 2000. Epidemiologic analysis of alcohol and tobacco use: patterns of co-occurring consumption and dependence in the United States. *Alcohol Res Health* 24:201–208.

Avenevoli S, & Merikangas KR. 2003. Familial influences on adolescent smoking. *Addiction*.;98(suppl 1):S1–S20

Bricker JB, Peterson AV Jr, Leroux BG, Andersen MR, Rajan KB, Sarason IG. 2006. Prospective prediction of children's smoking transitions: role of parents' and older siblings' smoking. *Addiction*.;101(1):128–136

Bricker JB, Peterson AV Jr, Sarason IG, Andersen MR, Rajan KB. 2007 Changes in the influence of parents' and close friends' smoking on adolescent smoking transitions. *Addict Behav*.; 32(4):740–757

Bullen C., 2008. Impact of tobacco smoking and smoking cessation on cardiovascular risk and disease. *Expert Rev Cardiovascular Ther*, 6 : 883 - 895

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2004. The 2004 Surgeon General Report, The Health Consequences of Smoking : What it means to you, www.thriveri.org

Cohen , S. , & Lichtenstein , E. 1990 . Partner behaviors that support quitting smoking . *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 58 , 295 – 304 .

Crithney, J.A. & Capawel S., 2003. Mortality Risk Reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease. A systematic review. *JAMA*, 290: 86-97

Doll R., Borenham J., Sutherland, I., 2004. Mortality in relation to smoking : 50 years observations on male British doctors. *BMJ*, 328 : 883 – 895.

Dohrman DP, Reiter CK., 2003. Chronic ethanol reduces nicotineinduced dopamine release in PC12 cells. *Alcohol Clin Exp Res* 27: 1846–1851.

Escobedo LG, & Peddicord JP. 1996. Smoking prevalence in US birth cohorts: the influence of gender and education. *Am J Public Health*;86:231–36.

Escobedo LG, Anda RF, Smith PF, Remington PL, 1990. Mast EE. Sociodemographic characteristics of cigarette smoking initiation in the United States: implications for smoking prevention policy. *JAMA*.;264(12):1550–1555

European Commission 2003. Smoking and the environment : actions and attitudes. Brussels. Special Eurobarometer 183 / Wave 58.2 - European Opinion Research Group EEIG.

Farrell P, Fuchs VR. 1982. Schooling and health: the cigarette connection. *J Health Econ*;1:217–30.

Fidler JA, West R, van Jaarsveld CH, Jarvis MJ, Wardle J. 2008 Smoking status of step parents as a risk factor for smoking in adolescence. *Addiction*. 2008;103(3):496–501

Fletcher C., & Peto R., 1977. The natural history of chronic airflow obstruction. *Br. Med. J.* 1 : 1645 – 1648.

Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM, Jenkin G. 2007. Childhood social disadvantage and smoking in adulthood: results of a 25-year longitudinal study. *Addiction*.;102(3):475–482

Gilman, S.E., Martin TL, Abrams D.B., Kawachi I., Kubzansky L., Loucks, E., Rende, R., Rudd R., Buka, SL., 2008. Educational attainment and cigarette smoking: a causal association? *International Journal of Epidemiology*, 37:615–624.

Gilpin EA, Lee L, Evans N, Pierce JP. 1994. Smoking initiation rates in adults and minors: United States, 1944–1988. *Am J Epidemiol*.;140(6):535–543

Giovino GA, Henningfield JE, Tomar SL, Escobedo LG, Slade J. 1995. Epidemiology of tobacco use and dependence. *Epidemiol Rev*;17:48–65.

Hill KG, Hawkins JD, Catalano RF, Abbott RD, Guo J. 2005. Family influences on the risk of daily smoking initiation. *J Adolesc Health*.;37(3):202–210

Hu MC, Davies M, Kandel DB., 2006. Epidemiology and correlates of daily smoking and nicotine dependence among young adults in the United States. *Am J Public Health*.;96(2):299–308

Iribarren C, Luepker RV, McGovern PG, Arnett DK, Blackburn H. 1997. Twelve-year trends in cardiovascular disease risk factors in the Minnesota Heart Survey. Are socioeconomic differences widening? *Arch Intern Med*;157:873–81.

Istvan J, Matarazzo JD, 1984. Tobacco, alcohol and caffeine use: a review of their interrelationship. *Psychol Bull* 95:301–326.

Jarvis M.J., 2004. Why people smoke. *BMJ*, 328 : 277- 279.

Kandel D.B., & Wu P. 1995. The contributions of mothers and fathers to the intergenerational transmission of cigarette smoking in adolescence. *J Res Adolesc.*; 5(2):225–252

Kardia SL, Pomerleau CS, Rozek LS, Marks JL. 2003. Association of parental smoking history with nicotine dependence, smoking rate, and psychological cofactors in adult smokers. *Addict Behav.*;28(8):1447–1452

Khwaja A, Silverman D, Sloan F. 2007. Time preference, time discounting, and smoking decisions. *J Health Econ* ;26:927–49.

Kokkevi A., Loukadakis M., Plagianidou, S., Politikou K., Stefanis C., 2000. Sharp increase in illicit drug use in Greece : Trends from a general population survey on licit and illicit drug use. *European Addiction Research* 6., pp. 429

Kubicka L, Matejcek Z, Dytrych Z, Roth Z. 2001 IQ and personality traits assessed in childhood as predictors of drinking and smoking behaviour in middle-aged adults: a 24-year follow-up study. *Addiction*. 96:1615–28

Lichtenstein , E., Glasgow , R. E., Abrams, D. B. 1986. Social support in smoking cessation: In search of effective interventions . *Behavior Therapy* , 17 , 518 – 527 .

Mathers CD, Loncar D. 2006. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):e442.

Mc Ewen A., Hajek P., Mc Robbie H., 2006. *Manual of smoking cessation : A guide for counselors and practitioners*, Addiction Press Bluckwell Publishing.

- McGee R, Williams S, Reeder A., 2006. Parental tobacco smoking behaviour and their children's smoking and cessation in adulthood. *Addiction*.;101(8):1193–1201
- Otten R, Engels RC, van de Ven MO, Bricker JB. 2007 Parental smoking and adolescent smoking stages: the role of parents' current and former smoking, and family structure. *J Behav Med*.;30(2):143–154
- Parkin DM 1994. At least one in seven cases of cancer is caused by smoking. Global estimates for 1985. *International journal of cancer*, 59(4): 494–504.
- Parnell S.E., West J.R., & Chen W.J.A. 2006. Nicotine Decreases Blood Alcohol Concentrations in Adult Rats: A Phenomenon Potentially Related to Gastric Function. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 30 (8) : 1408 – 1413.
- Peterson AV Jr, Leroux BG, Bricker J., 2006. Nine-year prediction of adolescent smoking by number of smoking parents. *Addict Behav*.;31(5):788–801
- Pierce JP, Fiore MC, Novotny TE, Hatziandreu EJ, Davis RM. 1989. Trends in cigarette smoking in the United States. Educational differences are increasing. *JAMA*;261:56–60.
- Pitsavos, C., Panagiotakis, D.B., Chrysohoou C., & Stefanis C., 2003. Epidemiology of Cardiovascular risk factors in Greece : aims, design and baseline characteristics of the ATTICA study. *BMC Public Health* 3 p. 32.
- Prahabat J. & Chaloupka F.J., 2000. Tobacco control in developing countries. Oxford University Press, 97 – 99.
- Rohde P, Lewinsohn PM, Brown RA, Gau JM, Kahler CW., 2003. Psychiatric disorders, familial factors and cigarette smoking: I. Associations with smoking initiation. *Nicotine Tob Res*.; 5(1):85–98
- Rossow I, Rise J. 1994. Concordance of parental and adolescent health behaviors. *Soc Sci Med*.;38(9):1299–1305

Schaefer GJ & Michael RP., 1992. Interactions between alcohol and nicotine on intracranial self-stimulation and locomotor activity in rats. *Drug Alcohol Depend* 30:37–47.

Shakib S, Zheng H, Johnson CA, 2005. Family characteristics and smoking among urban and rural adolescents living in China. *Prev Med.*;40(1):83–91

Shiffman S, Fischer LA, Paty JA, Gnys M, Kassel JD, Hickcox M, Perz W.1994. Drinking and smoking: a field study of their association. *Ann Behav Med* 16:203–209.

Sobell LC, Sobell MB, Kozlowski LT, Toneatto T. 1990. Alcohol or tobacco research versus alcohol and tobacco research. *Br J Addict* 85:263–269.

Twardella, D., Küpper-Nybelen J, Rothenbacher D, Hahmann H, Wüsten B, Brenner H. 2004. Short-term benefit of smoking cessation in patients with coronary heart disease: estimates based on self-reported smoking data and serum cotinine measurements. *Eur. Heart J.*, 25 : 2101 – 2108.

United States. Surgeon General's Advisory Committee on Smoking and Health. *Smoking and Health; Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service.* Washington: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, 1964

Volk HE, Scherrer JF, Bucholz KK, 2007. Evidence for specificity of transmission of alcohol and nicotine dependence in an offspring of twins design. *Drug Alcohol Depend.*;87(2–3): 225–232

World Health Organization (WHO) 1999. *Combating the tobacco epidemic. The World Health Report.*

World No Tobacco Day 2004. European Region Fact Sheet. Tobacco and Poverty. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (WHO) 2007. The European Tobacco Control Report. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (WHO) 2008. WHO report on the global tobacco epidemic.

World Health Organization (WHO), 2011. World's Health Statistics.

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

<http://www.neahygeia.gr/page.asp?p=437>

<http://www.worldhealthdays.gr/kapnisma/ofeli-diakopis-kapnismatos>

<http://www.neahygeia.gr/page.asp?p=438>