



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΑΠΝΙΣΜΑ, ΕΘΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ
ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

Κυριακοπούλου Σταματίνα Ραφαηλία

Λίτσο Βέσπινα

ΕΠΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Δρ. Μιχαλοπούλου Έλενα

ΠΑΤΡΑ - 2020

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Οθωμανική αυτοκρατορία αποτελεί ένα παράδειγμα σφοδρής διακίνησης των παραγόντων του καπνού. Η εισαγωγή του είδους χρονολογείται στο τέλος του 16^{ου} αιώνα και εικάζεται ότι η πρώτη εισαγωγή πραγματοποιήθηκε στο βασικό διακομιστικό κέντρο Δύσης και Ανατολής που ήταν το λιμάνι της Κωνσταντινούπολης ενώ η εισαγωγή πραγματοποιήθηκε πιθανότατα από Γενοβέζους εμπόρους. Το 1867 ο Σουλτάνος Σουλεϊμάν ο Β΄ αντιλαμβανόμενος τη μεγάλη επιρροή του καπνού στο λαό του επιτρέπει την καλλιέργεια του και ξεκινά την επιβολή φόρων καπνού και δασμών ως προς την εισαγωγή και την εξαγωγή του από την αυτοκρατορία.

Η άνθιση της καπνοκαλλιέργειας στη Μικρά Ασία ευνοήθηκε λόγω κλιματολογικών συνθηκών που είχε σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία νέων αρωματικών ποικιλιών καπνού και την εδραίωση μονοπωλίου στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης.

Στην Ελλάδα ο καπνός εισήχθη το 1579 από τη Γαλλία και η πρώτη καλλιέργεια παρουσιάστηκε στη Θεσσαλονίκη το 1589. Πλήθος αναφορών τοποθετούν τη Μακεδονία σαν τη μεγαλύτερη περιοχή με εκτάσεις φυτείας καπνού ενώ το 1842 η καλλιέργεια του καπνού παρουσιάζεται σε Άργος και Λιβαδειά. Μετά το πέρας των Βαλκανικών Πολέμων το εμπόριο του καπνού γίνεται ο σημαντικότερος οικονομικός παράγοντας της χώρας. Το 1883 παρουσιάζεται η πρώτη βιομηχανία μεταποίησης φύλλων καπνού ενώ ταυτόχρονα παρουσιάζεται και η πρώτη φορολόγηση του καπνού από το ελληνικό κράτος (Filippidis, 2016).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το κάπνισμα αποτελεί μια επιβλαβή συνήθεια της εποχής μας, η οποία επηρεάζει τόσο την σωματική όσο και την ψυχική υγεία των ανθρώπων καθ' όλη την διάρκεια της ζωής τους. Το φαινόμενο αυτό αυξάνεται καθημερινά με ραγδαίους ρυθμούς επηρεάζοντας όλες τις ηλικιακές ομάδες. Η επικινδυνότητα του καπνίσματος για την υγεία είναι αυξημένη καθώς όσο πιο μεγάλη είναι η διάρκεια και η ποσότητα του καπνίσματος τόσο αυξάνεται και η θνησιμότητα.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων των φοιτητών σχετικά με τις στάσεις τις συμπεριφορές και τον εθισμό στο κάπνισμα.

Μεθοδολογία: Για την υλοποίηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο δόθηκε σε φοιτητές του πανεπιστήμιου Πατρών και τα δεδομένα αναλύθηκαν μέσω επαγωγικής στατιστικής ανάλυσης.

Συμπεράσματα: Η πλειοψηφία φοιτητών όλων των ετών φοίτησης είναι μη καπνιστές. Η κατανομή των φοιτητών σε μη καπνιστές-καπνιστές-πρώην καπνιστές δεν φαίνεται να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το αν καπνίζουν και οι δύο γονείς ή ο ένας ή κανείς από τους δύο. Η πλειοψηφία των πρώην καπνιστών θεωρεί πως εφόσον κάποιος ξεκινήσει το κάπνισμα, είναι εύκολο να το διακόψει. Τέλος η πλειοψηφία όλων των φοιτητών, τόσο των μη καπνιστών όσο και των καπνιστών και των πρώην καπνιστών απαντά πως μέλη της οικογένειάς τους τους έχουν αναφέρει τις επιβλαβείς επιπτώσεις του καπνίσματος

Λέξεις κλειδιά: κάπνισμα, εθισμός, φοιτητές, επικινδυνότητα, νομοθεσία

ABSTRACT

Introduction: Smoking is a harmful habit of our time, affecting both the physical and mental health of people throughout their lives. This phenomenon is increasing day by day, affecting all age groups. The health risk of smoking is increased as the longer the duration and amount of smoking increases the mortality.

Purpose: The purpose of this study is to investigate students' attitudes about attitudes, behaviors and addiction to smoking.

Methodology: A structured questionnaire was used to carry out the study, which was given to students of the University of Patras and the data were analyzed by inductive statistical analysis.

Conclusions: The majority of students of all years of study are non-smokers. The distribution of students to non-smokers-smokers-ex-smokers does not appear to be statistically significant in relation to whether both parents smoke or one or both of them. The majority of former smokers think that once someone starts smoking, it is easy to quit. Finally, the majority of all students, both non-smokers and non-smokers and former smokers, responded that their family members reported the harmful effects of smoking.

Keywords: smoking, addiction, students, risk, legislation

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--|----|
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ..... | 2 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | 3 |
| ABSTRACT | 4 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 7 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1..... | 9 |
| ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ | 9 |
| 1.1 Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ | 9 |
| 1.2 ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ | 10 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2..... | 13 |
| ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗ | 13 |
| 2.1 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ | 13 |
| 2.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ | 13 |
| 2.3 ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ | 14 |
| 2.4 ΜΕΤΡΗΣΙΜΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ | 16 |
| 2.5 ΜΕΘΟΔΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ | 17 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3..... | 18 |
| Η ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ..... | 18 |
| 3.1 Η ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ | 18 |
| 3.2 Η ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ | 20 |
| 3.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ | 23 |
| 3.4 ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ..... | 27 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4..... | 29 |
| ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ..... | 29 |
| 4.1 ΣΚΟΠΟΣ | 29 |
| 4.2 ΔΕΙΓΜΑ | 29 |
| 4.3 ΜΕΘΟΔΟΣ | 30 |
| 4.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ..... | 30 |
| 4.5 ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ | 30 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5..... | 32 |
| ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ | 32 |
| ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ | 78 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 79 |

| | |
|--|-----------|
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ | 83 |
| ΚΑΠΝΙΣΜΑ: ΣΤΑΣΕΙΣ, ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΕΘΙΣΜΟΣ | 83 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το τσιγάρο αποτελεί παράγωγο των φύλλων του καπνού το οποίο διασπάται σε μικρά κομμάτια και τυλίγεται σε ένα προκαθορισμένο μήκος χαρτιού υπό μορφή κυλίνδρου. Θεωρείται από τις κυριότερες εξαρτησιογόνες ουσίες παγκοσμίως και περιέχει περίπου 4.000 χημικές ενώσεις, τοξικές και μη τοξικές. Κυριότερη ουσία του τσιγάρου είναι η νικοτίνη η οποία ευθύνεται για την εμφάνιση παθήσεων στις βλεννογόνους, τα ζωτικά όργανα και τη στοματική κοιλότητα.

Το τσιγάρο εμφανίζεται σε αναφορές του 13^{ου} αιώνα όπου η χρήση του γινόταν από ινδιάνους κυρίως για τις χαλαρωτικές του ιδιότητες. Η κατάλυση της Αμερικανικής Ηπείρου από τις ευρωπαϊκές φυλές στις αρχές του 15^{ου} αιώνα μετέφεραν τη συνήθεια του καπνίσματος στην Ευρώπη η οποία στη συνέχεια εξαπλώθηκε σε όλο τον κόσμο (Rachiotis et al., 2017).

Η παραγωγή του καπνού έγινε επιχειρηματικό αντικείμενο σε πάρα πολλές χώρες. Στην Ευρώπη οι σπόροι του καπνού μεταφέρθηκαν κυρίως σε Ολλανδία και Βέλγιο ενώ μετά το 1550 παρουσιάζονται οι πρώτες καλλιέργειες καπνού στην Πορτογαλία και την Ισπανία. Έως το 16^ο αιώνα η κύρια παραγωγή του καπνού γινόταν στην Πορτογαλία και την Ισπανία ενώ η επικρατούσα αντίληψη ήταν ότι ο καπνός έχει θεραπευτικές έως και θαυματουργικές δράσεις.

Με το πέρασμα του χρόνου η θεραπευτική αξία του καπνού άρχισε να αμφισβητείται και παρουσιάστηκε η κατάχρηση του. Η οξεία κατάχρηση κορυφώνεται στη Μεγάλη Βρετανία το 1600 όπου οι μαθητές μετέφεραν στο σχολείο πίπες καπνού τις οποίες θα χρησιμοποιούσαν υπό την εποπτεία και την προτροπή του εκπαιδευτικού τους.

Οι ισχυρές αντιδράσεις κατά του καπνίσματος δεν άργησαν να εμφανιστούν. Το 16^ο αιώνα ο Πάπας αφορίζει τους καπνιστές και επιβάλλει πρόστιμα με νομοθετική εγκύκλιο. Την περίοδο εκείνη γίνεται μια βαθιά συσχέτιση μεταξύ υγείας και θρησκείας και το κάπνισμα αρχίζει να θεωρείται ανίερη, μη ηθική πράξη. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην Οθωμανική αυτοκρατορία οι καπνιστές απαγχονίζονταν ενώ στην Περσία τους έκαναν μια μεγάλη τομή στα χείλη και στη Ρωσία σαν παραδειγματισμό έκοβαν τη μύτη του καπνιστή (Tzoulaki et al., 2016).

Παρόλες τις έντονες αντιδράσεις η πορεία του καπνού δεν ανακόπηκε. Η γενικευμένη χρήση του καπνού και οι εναλλακτικοί τρόποι καπνίσματος έγιναν

σημείο ένωσης του κοινωνικού συνόλου. Για το λόγο αυτό επινοήθηκαν και άλλοι τρόποι ούτως ώστε να εξασφαλιστεί μέγιστη απόλαυση από το μέρος του καπνιστή όπως ο ναργιλές, οι πίπες κλπ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

1.1 Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ

Η επιβλαβής συνήθεια του καπνίσματος έχει τις ρίζες της από την εποχή των ιθαγενών της Αμερικής, οι οποίοι χρησιμοποιούσαν τον καπνό, ιερό για αυτούς φυτό στις θρησκευτικές τελετουργίες καθώς και στην θεραπεία ασθενειών και πληγών. Ειδικότερα, η επιστημονική ορολογία του φυτού είναι *Nicotiana Tampracum* και *Nicotiana Rustica*. Το 1492 ένα χρόνο μετά την ανακάλυψη του Νέου κόσμου, ο Χριστόφορος Κολόμβος και ένας από τους ναύτες του ο Rodrigo de Jerez εισήγαγαν τον καπνό για πρώτη φορά στην Ευρώπη. Η πρωτόγνωρη αυτή ανακάλυψη εξελίχθηκε ραγδαία στην Ευρώπη όπου είχε ως αποτέλεσμα την μεγάλη κατάχρηση του καπνού μέχρι και την σημερινή εποχή. Οι πρώτες καπνοκαλλιέργειες έκαναν σταδιακά την εμφάνιση τους το 1550 στην Πορτογαλία και στην Ισπανία καθώς και στην υπόλοιπη Ευρώπη και στην Οθωμανική αυτοκρατορία. Στην Ελλάδα ωστόσο, την εισαγωγή του καπνού έκαναν δυο Γάλλοι οι οποίοι μεταξύ του 1573 και του 1589 καλλιεργούσαν καπνό στην Θεσσαλονίκη. Ακόμη το 1883 επί κυβερνήσεως Τρικούπη όπου φορολογήθηκε ο καπνός δημιουργήθηκε και μια βιομηχανία καπνού η οποία επέφερε μεγάλα κέρδη στη χώρα. Ένα μεγάλο μέρος της εργατικής δύναμης της χώρας αποτελούνταν από καπνεργάτες. Σημαντικές ημερομηνίες στην ιστορία του καπνού στην Ελλάδα αποτελούν το 1931 όπου κυκλοφόρησε για πρώτη φορά διαφήμιση εταιρίας τσιγάρων, το 1950 όπου κυκλοφόρησε το πρώτο τσιγάρο με φίλτρο καθώς και το 1978 όπου ο τότε Υπουργός Υγείας Κος Δοξιάδης έκανε την πρώτη εκστρατεία κατά του καπνίσματος όπου και είχε αποτελέσματα.

Το τσιγάρο αποτελούσε και συνεχίζει να αποτελεί μέχρι και σήμερα κοινωνικό και πολιτιστικό παράγοντα. Πιο συγκεκριμένα, κατά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο το κάπνισμα συνδέθηκε άμεσα με τους στρατιώτες, οι οποίοι το χρησιμοποιούσαν σε πολύ μεγάλο βαθμό θεωρώντας ότι τους προσφέρει ενέργεια και αυτοπεποίθηση. Επιπλέον το ελληνικό τραγούδι αλλά και ο ελληνικός κινηματογράφος έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην διάδοση και στην καθιέρωση του καπνίσματος στην κοινωνία. Έτσι, επηρεάστηκε και ο γυναικείος πληθυσμός όπου το κάπνισμα τους προσέδιδε τα

χαρακτηριστικά μιας χειραφετημένης και ελεύθερης προσωπικότητας αποτελώντας έτσι κομμάτι της γυναικείας επανάστασης. Τέλος το τσιγάρο στην δεκαετία του 60, υπήρξε σύμβολο νεανικής επανάστασης κάτι το οποίο φαίνεται να επηρεάζει ακόμη και σήμερα την ιστορία του καπνού καθώς πολλοί νέοι ξεκινούν το κάπνισμα πριν την ενηλικίωση τους (Pharmateam 2012).

1.2 ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Με την πρακτική του καπνίσματος εννοούμε την εισπνοή του καπνού και των διάφορων ουσιών που εμπεριέχονται σε αυτόν, η οποία πραγματοποιείται με την καύση. Η πρακτική αυτή μπορεί να γίνει κυρίως με τσιγάρο αλλά και με άλλες μορφές προϊόντων καπνού όπως είναι το ηλεκτρονικό τσιγάρο, το πούρο, ο καπνός χωρίς καπνό, ο ναργιλές, το bidis (Laugesen, 2015).

Τσιγάρο:

Το τσιγάρο εμπεριέχει επεξεργασμένα φύλλα καπνού που είναι τυλιγμένα σε χαρτί. Η διαδικασία καπνίσματος ξεκινά από το στόμα με μια ρουφηξιά και καταλήγει στους πνεύμονες ενώ στην συνέχεια εκπνέετε από τη μύτη και το στόμα (Laugesen, 2015).

Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει πάνω από 7.000 χημικές ουσίες, όπου οι περισσότερες από αυτές είναι τοξικές και καρκινογόνες για τον ανθρώπινο οργανισμό. Οι πιο γνωστές από αυτές είναι η νικοτίνη, η πίσσα, η αμμωνία, το μονοξείδιο του άνθρακα, το αρσενικό, το βενζόλιο, οι αρωματικές αμίνες και το κυανιούχο υδρογόνο (Mitova et al. 2016).

Ηλεκτρονικό τσιγάρο:

Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα χαρακτηρίζονται ως υποκατάστατα του τσιγάρου καθώς στόχος αυτών είναι να βοηθήσουν τους καπνιστές σε μια προσπάθεια διακοπής της καπνιστικής τους συνήθειας. Το ηλεκτρονικό τσιγάρο αποτελείται από τρία μέρη, τον μηχανισμό ατμοποίησης, τον θάλαμο για τα υγρά αναπλήρωσης και την μπαταρία όπου φορτίζεται. Η βασική διαφορά ανάμεσα στο κανονικό τσιγάρο και στο ηλεκτρονικό είναι ότι ο χρήστης ηλεκτρονικού τσιγάρου εισπνέει τον ατμό και όχι τον καπνό που καίγεται, καθώς ο ατμός του ηλεκτρονικού τσιγάρου δεν περιέχει τόσες τοξικές ουσίες όσες περιέχει ο καπνός του τσιγάρου αφού κύριο συστατικό των

υγρών φίλτρων είναι η φυτική γλυκερίνη, το νερό, η προπυλενογλυκόλη και η νικοτίνη. Ειδικότερα, οι ατμιστές όπως λέγονται επιλέγουν οι ίδιοι τα υγρά αναπλήρωσης (ανταλλακτικά) που θα χρησιμοποιήσουν καθώς και την γεύση αλλά και την ποσότητα νικοτίνης που θα εμπεριέχεται στα υγρά αυτά έχοντας ως κύριο στόχο να διακόψουν πλήρως την νικοτίνη και να επιτύχουν έτσι την διακοπή καπνίσματος σταδιακά μειώνοντας την όλο και περισσότερο (Rachiotis, et al. 2017).

Πούρα:

Διακρίνονται σε πούρα πριματοδότησης, μικρά φιλτραρισμένα πούρα (LFC) και σιγαρίλος. Τα πούρα κατασκευάζονται με έναν τύπο καπνού αεριούχα η ζυμωμένα και το περιτύλιγμα τους αποτελείται από φύλλα καπνού. Ο καπνός του πούρου περιέχει σχεδόν τα ίδια τοξικά συστατικά με τον καπνό του τσιγάρου αλλά έρευνες έχουν δείξει ότι ο καπνός του πούρου αν και δεν εισπνέεται περιέχει υψηλότερα επίπεδα τοξικών ουσιών συγκριτικά με τον καπνό του τσιγάρου καθώς κατά την διαδικασία ζύμωσης παράγονται υψηλές συγκεντρώσεις νιτροζαμινών και τα περιτυλίγματα είναι λιγότερο πορώδη γεγονός το οποίο επηρεάζει στην καύση. Οι συστηματικοί καπνιστές πούρου ιδίως εκείνοι που εισπνέουν τον καπνό είναι πιθανόν να εμφανίσουν καρδιακές και πνευμονικές παθήσεις (Vivilaki et al. 2016).

Καπνός χωρίς καπνό:

Είναι ο καπνός ο οποίος δεν καίγεται, είναι διαλυτός και μπορεί να μασηθεί με το στόμα. Παρ' ότι δεν καίγεται είναι ικανό να προκαλέσει διάφορα είδη καρκίνων κυρίως καρκίνο του στόματος και της γλώσσας (Vivilaki et al. 2016).

Ναργιλές ή waterpipe :

Ο ναργιλές είναι μια συσκευή όπου τοποθετείται ο καπνός στο πάνω μέρος όπου συχνά είναι αρωματισμένος με γεύσεις. Ο καπνιστής πριν εισπνεύσει από τον σωλήνα ο καπνός περνά από ένα μερικώς γεμάτο με νερό κύπελλο. Παρά τις απόψεις ότι ο ναργιλές δεν είναι τόσο εθιστικός και επιβλαβής σε σύγκριση με τον καπνό του τσιγάρου έρευνες έχουν δείξει ότι περιέχει εξίσου τοξικές χημικές ουσίες (Vivilaki et al. 2016).

Bidis:

Είναι ένα αρωματισμένο τσιγάρο, όπου ο καπνός του αποτελείται από ξηρό φύλλο που προέρχεται από το δέντρο tendu από την Ινδία.

Η ποσότητα κάθε ουσίας που υπάρχει στον καπνό διαφέρει από προϊόν σε προϊόν. Η έκθεση της ουσίας εξαρτάται από τον τύπο του προϊόντος, το εμπόριο (τύπος, φίλτρο, πρόσθετα) καθώς και από τη συμπεριφορά του ατόμου (Vivilaki et al. 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗ

2.1 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ

Η πρώτη κατηγορία καπνιστών που διαπιστώνουμε είναι οι γνώστες οι οποίοι γνωρίζουν πληροφορίες σχετικά με το κάπνισμα αλλά δεν κατατάσσουν τον εαυτό τους στην κατηγορία των καπνιστών ή μη καπνιστών. Στη συνέχεια υπάρχουν οι λεγόμενοι πειραματιζόμενοι οι οποίοι, καπνίζουν σπάνια σε εξαιρετικές περιπτώσεις απέχοντας για μεγάλα χρονικά διαστήματα από το κάπνισμα. Μια ακόμα κατηγορία είναι οι τακτικοί καπνιστές οι οποίοι καπνίζουν συχνά μέσα στην μέρα. Τέλος μια πολύ μεγάλη κατηγορία είναι οι εθισμένοι οι οποίοι εμφανίζουν το λεγόμενο σύνδρομο στέρησης αφού έχουν εθιστεί στην νικοτίνη (Tzoulaki et al. 2016).

2.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Το πρωτογενές κάπνισμα αποτελείται από τους ίδιους τους καπνιστές οι οποίοι παρ' ότι γνωρίζουν τις επιβλαβείς επιπτώσεις του καπνίσματος συνεχίζουν αυτή την βλαβερή συνήθεια αγνοώντας την εμφάνιση σοβαρών νοσημάτων (Fotiou et al. 2015).

Ως δευτερογενές ορίζεται το παθητικό κάπνισμα ή αλλιώς το second hand smoke που είναι ο καπνός που εκπνέετε από τους καπνιστές των τσιγάρων, των πούρων και άλλων προϊόντων καπνού και που εισπνέετε από τους μη καπνιστές. Το παθητικό κάπνισμα μπορεί να συμβεί σε εσωτερικούς χώρους όπως στο σπίτι, στα μαγαζιά αλλά και στο αυτοκίνητο. Επιπλέον ο παθητικός καπνός μπορεί να προκαλέσει σοβαρότατες ασθένειες και επιπλοκές στην υγεία όπως ο καρκίνος, αφού περιέχει πολλές τοξικές ουσίες οι οποίες μπορούν να αποβούν μοιραίες για την υγεία αυτών που τις εισπνέουν. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι οι επιπτώσεις στην υγεία από το παθητικό κάπνισμα είναι πολυάριθμες. Αρχικά ο παθητικός καπνός συνδέεται άμεσα με τον πρόωρο θάνατο στους ενήλικες και στα παιδιά, αφού σχετίζεται με διάφορες καρδιακές παθήσεις όπως το εγκεφαλικό επεισόδιο και είναι δυνατόν να προκαλέσει αναπνευστικά προβλήματα όπως άσθμα, βρογχίτιδα και πνευμονία με συμπτώματα βήχα, συριγμού και δύσπνοιας. Θα πρέπει να τονίσουμε ότι ο κίνδυνος δεν εξαρτάται

από το εάν είναι μεγαλύτερος ή μικρότερος ο βαθμός έκθεσης του ατόμου στο παθητικό κάπνισμα διότι οι βλαβερές επιπτώσεις εξακολουθούν να είναι οι ίδιες. Όσον αφορά την προστασία από το παθητικό κάπνισμα υπάρχουν διάφορες συμπεριφορές που μπορούν να υιοθετήσουν τα άτομα ώστε να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους. Ξεκινώντας, το άτομο μπορεί να απαγορεύσει το κάπνισμα στους προσωπικούς του χώρους όπως το σπίτι, το γραφείο και το αυτοκίνητο καθώς και να αποφεύγει τους χώρους που βρίσκονται καπνιστές (Fotiou et al. 2015).

Τριτογενές είναι το είδος κατά το οποίο όλα τα συστατικά του καπνού έχουν κατακάτσει και απορροφηθεί από όλα τα αντικείμενα που βρίσκονται σε εσωτερικούς χώρους. Τα συστατικά αυτά εισπνέονται από τα άτομα που βρίσκονται στον χώρο ακόμα και αν κάποιος δεν καπνίζει τη δεδομένη στιγμή. Αξίζει να σημειωθεί ότι το τριτογενές είδος καπνίσματος προκαλεί βλάβες στα κύτταρα και στο DNA. Τέλος, ο αερισμός του χώρου δεν είναι επαρκή μέτρο για να εξουδετερώσει πλήρως τα υπολείμματα του καπνού από τα διάφορα αντικείμενα και της επιφάνειες (Fotiou et al. 2015).

2.3 ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Ο εθισμός διαχωρίζεται σε δύο βασικές κατηγορίες τον εθισμό σε διάφορες ουσίες όπως η ηρωίνη το αλκοόλ ή η νικοτίνη αλλά και τον εθισμό σε διάφορες δραστηριότητες. Ως εθισμός λοιπόν ορίζεται η χρήση διάφορων ουσιών από το άτομο που του προσφέρουν ευχάριστα συναισθήματα και ψυχική ανάταση. Η χρήση αυτή σταδιακά γίνεται μη ελεγχόμενη και καταναγκαστική και οδηγεί σε δυσλειτουργικές καταστάσεις και συμπεριφορές που προκαλούν επιπτώσεις στο ίδιο το άτομο αλλά και στον περίγυρο του (Gauthier, 2012).

Το συστατικό λοιπόν που είναι υπεύθυνο είναι η νικοτίνη, η οποία το 1988 χαρακτηρίστηκε ως ναρκωτική ουσία και η οποία έχει την ίδια δράση με την ηρωίνη και την κοκαΐνη (Gauthier, 2012).

Στον οργανισμό του καπνιστή με κάθε τσιγάρο που καπνίζει εισέρχονται 1-2 mg νικοτίνης τα οποία απορροφούνται από τους βλεννογόνους του αναπνευστικού συστήματος και καταλήγουν με γρήγορους ρυθμούς στον εγκέφαλο όπου με τη σειρά τους ενεργοποιούν το συμπαθητικό σύστημα με την απελευθέρωση των νευροδιαβιβαστών όπως η ντοπαμίνη και η ακετυλοχολίνη οι οποίες είναι υπεύθυνες τόσο για την εξάρτηση όσο και για τα συμπτώματα στέρησης.

Με το κάπνισμα, τα επίπεδα της νικοτίνης στο αίμα αυξάνονται ταχύτατα. Όσο γρήγορα όμως εισέρχεται η νικοτίνη στον οργανισμό άλλο τόσο γρήγορα αποβάλλεται από αυτόν. Ειδικότερα, σε ποσοστό 80-90% η διάσπαση της νικοτίνης γίνεται στο συκώτι και απομακρύνεται από τον οργανισμό μέσω των ούρων. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι σβήνοντας κάποιος το τσιγάρο η ποσότητα της νικοτίνης που βρίσκεται στον οργανισμό μειώνεται δραματικά καθώς σε διάρκεια 2-3 ωρών η ποσότητα ελαττώνεται και στην πορεία απομακρύνεται πλήρως από τον οργανισμό. Αυτό μπορεί να εξηγήσει τον λόγο για τον οποίο οι καπνιστές εξαρτώνται από το τσιγάρο καθώς βιώνουν συμπτώματα στέρησης λόγω της απουσίας της νικοτίνης. Επίσης, συμβαίνει διότι η άμεση δράση της νικοτίνης παραμένει στο σώμα μέχρι και 30 λεπτά μετά την άφιξή της στον εγκέφαλο.

Με την απομάκρυνση της νικοτίνης από τον οργανισμό ξεκινούν την εμφάνιση τους τα συμπτώματα στέρησης. Έτσι το άτομο βιώνει το λεγόμενο στερητικό σύνδρομο όπως είναι ευρέως γνωστό με συναισθήματα νευρικότητας, μη πληρότητας και ευερεθιστότητας (Cragg et al. 2016).

Ως στερητικό σύνδρομο λοιπόν ορίζεται το άθροισμα των συμπτωμάτων που διακρίνονται τόσο σε σωματικά όσο και σε ψυχολογικά από την απότομη διακοπή η μείωση της εκάστοτε προσλαμβανόμενης εθιστικής ουσίας. Τα συμπτώματα που δημιουργούνται από την στέρηση είναι αντίθετα από αυτά που δημιουργούνται από την χρήση της ουσίας. Τα συμπτώματα που προκαλούνται από το στερητικό σύνδρομο αποτελούν ανασταλτικό παράγοντα για όλους όσους επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα. Αναλυτικά τα πιο κοινά συμπτώματα στέρησης που μπορεί να εμφανίσει κάποιος είναι αρχικά η δυσκολία συγκέντρωσης αφού οι λειτουργίες του εγκεφάλου παύουν πλέον να είναι οι ίδιες. Η δυσκολία αυτή γίνεται αισθητή από την πρώτη κιόλας εβδομάδα συνήθως τις πρώτες 24 ώρες και μπορεί να διαρκέσει και για τις επόμενες 2 εβδομάδες μετά την διακοπή του καπνίσματος ενώ σταματά να υπάρχει μέσα σε ένα μήνα. Άλλο ένα σύμπτωμα που παρατηρούμαι είναι η αϋπνία. Η διαταραχή αυτή είναι πιθανόν να κάνει την εμφάνισή της εντός 48 ωρών ενώ σε διάστημα μίας εβδομάδας ο ύπνος του ατόμου θα παρουσιάζει αισθητή βελτίωση έως ότου το σύμπτωμα εξαφανιστεί πλήρως μέχρι το τέλος του μήνα. Ένα άλλο πιθανό σύμπτωμα το οποίο οφείλεται στην νικοτίνη είναι η κατάθλιψη καθώς η ουσία αυτή μπορεί να μεταβάλλει τις ορμονικές λειτουργίες του εγκεφάλου επηρεάζοντας έτσι την διάθεση του ατόμου. Το σύμπτωμα αυτό συνήθως αρχίζει από τις πρώτες κιόλας 24 ώρες και εξακολουθεί να υπάρχει 1-2 εβδομάδες ενώ εξαλείφεται μέσα σε έναν

μήνα. Τέλος κάποιο από τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα που παρουσιάζει ένα μεγάλο ποσοστό καπνιστών (50-80%) είναι ο θυμός, η ευερεθιστότητα, η απογοήτευση και η ανησυχία (Cragg et al. 2016).

2.4 ΜΕΤΡΗΣΙΜΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Για να μπορέσουμε να εντοπίσουμε τον εθισμό από μια εξαρτησιογόνο ουσία όπως η νικοτίνη υπάρχουν κάποια κριτήρια. Το άτομο για να θεωρηθεί εθισμένο σε αυτήν την ουσία θα πρέπει να εμφανίζει τουλάχιστον δύο από αυτά τα κριτήρια τους τελευταίους δώδεκα μήνες. Αρχικά ένα από τα κριτήρια εθισμού είναι όταν κάποιος κάνει αλόγιστη χρήση καπνού για μεγάλο χρονικό διάστημα μη μπορώντας να ελέγξει ή να μειώσει την εθιστική αυτή συμπεριφορά. Έχοντας το άτομο έντονη επιθυμία να καπνίσει σπαταλά αρκετό χρόνο για την εύρεση και για την κατανάλωση καπνού που συχνά οδηγεί στο να παραμελεί σημαντικές υποχρεώσεις τις καθημερινότητάς του και άλλες δραστηριότητες που μπορεί να είναι κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές. Ένα ακόμη κριτήριο είναι ότι παρά τις εντάσεις και τις έντονες διαφωνίες που μπορεί να εκδηλωθούν τόσο σε κοινωνικό όσο και σε διαπροσωπικό επίπεδο λόγω του καπνίσματος το άτομο εξακολουθεί να επαναλαμβάνει την ίδια επιβλαβή συμπεριφορά. Επιπλέον, ένα από τα πιο σημαντικά κριτήρια εθισμού αποτελεί το γεγονός ότι ενώ ο καπνιστής μπορεί να εμφανίζει διάφορα προβλήματα υγείας που οφείλονται στο κάπνισμα εκείνος επιλέγει να συνεχίσει τη χρήση του καπνού αδιαφορώντας για την υγεία του. Τέλος, δύο ακόμα βασικά κριτήρια εθισμού είναι η ανοχή και η απόσυρση. Ανοχή είναι όταν ο ανθρώπινος οργανισμός αποκτά ανοχή στην συγκεκριμένη ουσία απαιτώντας κάθε φορά και μεγαλύτερη ποσότητα για να φτάσει στο επιθυμητό αποτέλεσμα διότι η ίδια πλέον ποσότητα έχει μικρότερη δράση. Απόσυρση είναι τα συμπτώματα στέρησης σωματικά και ψυχολογικά που εμφανίζει κάποιος κατά τη διακοπή του καπνίσματος. Η εξαρτησιογόνος ουσία όπως η νικοτίνη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανακούφιση των συμπτωμάτων αυτών. Στο σημείο αυτό αξίζει να τονίσουμε ότι τα άτομα τα οποία είναι εξαρτημένα από άλλες ουσίες πχ. Αλκοόλ, ηρωίνη είναι σε θέση να αναγνωρίσουν ευκολότερα τα συμπτώματα στέρησης που βιώνουν συγκριτικά με τους εθισμένους στην νικοτίνη οι οποίοι δεν συνειδητοποιούν ότι χρησιμοποιούν το κάπνισμα για να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα στέρησης που προκαλεί η έλλειψη της νικοτίνης (Brooks et al. 2017).

2.5 ΜΕΘΟΔΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Για να μπορέσει κάποιος να εντοπίσει τον βαθμό εθισμού στην νικοτίνη μπορεί να χρησιμοποιήσει δύο διαδεδομένες μεθόδους. Η πρώτη γνωστή μέθοδος είναι η μέθοδος 4 C's η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί εξίσου για όλες τις εξαρτησιογόνες ουσίες. Η μέθοδος αυτή αποτελείται από τέσσερις κατηγορίες όπου οι ονομασίες τους ξεκινούν με το γράμμα C. Η πρώτη κατηγορία ονομάζεται καταναγκασμός (Compulsion) όπου σχετίζεται με την έντονη επιθυμία για χρήση της ουσίας αψηφώντας την λογική και το συναίσθημα. Η δεύτερη κατηγορία αφορά τον έλεγχο (Control) που αναφέρεται στην ευκολία ή δυσκολία του ατόμου να ελέγξει την χρήση της ουσίας. Συνεχίζοντας η τρίτη κατηγορία σχετίζεται με την μείωση (Cutting down) δηλαδή τα συμπτώματα στέρησης. Η τελευταία κατηγορία αφορά τις συνέπειες (Consequences) δηλαδή αν το άτομο συμφωνεί ή διαφωνεί ότι η εξαρτησιογόνος ουσία είναι επιβλαβής για την υγεία του. Εκτός από την μέθοδο 4 C's υπάρχει μια ακόμη πιο κατατοπιστική μέθοδος για τον βαθμό εθισμού στην νικοτίνη η οποία είναι το ερωτηματολόγιο Fagerstrom Test For Nicotine Dependence (FTND) που περιλαμβάνει μια κλίμακα βαθμολόγησης (Filippidis, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

3.1 Η ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η πρώτη θεωρητική απαγόρευση του καπνίσματος στην Ελλάδα εισάγεται με το βασιλικό διάταγμα του 1856 και επικεντρώνεται κυρίως στην απαγόρευση σε δημόσια κτίρια, χώρους εργασίας και εντός των κρατικών αρχών. Ο ουσιαστικός λόγος όπως αναφέρεται στο βασιλικό διάταγμα είναι η θεμελίωση των μέτρων πρόληψης πυρκαγιάς εντός των κτιρίων. Η κάθε νομοθετική εισαγωγή απαγόρευσης κινείται γύρω από το πρίσμα της πρόληψης της δημόσιας υγείας και της καθολικής απαγόρευσης στους δημόσιους χώρους (Καρατζά, 2005).

Το 2002 παρουσιάζεται μέσω νομοθετικής ρύθμισης ένα εκτενές σχέδιο απαγόρευσης του καπνίσματος το οποίο στο μεγαλύτερο κορμό του παρέμεινε ανεφάρμοστο. Σύμφωνα με το νόμο αυτό δεν επιτρέπεται το κάπνισμα σε δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους εργασίας, σε χώρους υγείας, σε εκπαιδευτικά ιδρύματα και μέσα μεταφοράς. Ο νόμος αφήνει το περιθώριο στο διαχειριστή της εργασιακής μονάδας να κάνει άρση της απαγόρευσης (Κέντρο Ευρωπαϊκού και Συνταγματικού Δικαίου, 2010).

Το 2008 ψηφίζεται νέος συμπληρωματικός νόμος ο οποίος έρχεται να συμπληρώσει την ανεπάρκεια του προηγούμενου. Το σχετικό νομοσχέδιο του Υπουργείου Υγείας αναθεωρεί την προηγούμενη ημερομηνία 01/01/2010 σαν την ημερομηνία ισχύος του και θέτει την 01/07/2009. Ο νόμος 3730/2008 απαγορεύει την καθολοκληρία, κατανάλωση των προϊόντων καπνού και την με κάθε τρόπο κατανάλωσης τους σε όλους τους ανοιχτούς και κλειστούς δημόσιους χώρους συμπεριλαμβανομένων και των χώρων νυχτερινής διασκέδασης. Ο νόμος καθαιρεί τη δυνατότητα επιλογής του διαχειριστή της μονάδας (π.χ. αναψυχής) να επιλέξει την εφαρμογή του. Ο ίδιος νόμος απαγορεύει την είσοδο παιδιών σε χώρους καπνιστών συμπεριλαμβανομένων ιδιωτικών εκδηλώσεων ενώ απαγορεύει και την κατά οποιονδήποτε τρόπο αγορά προϊόντων καπνού από ανηλίκους (Ν. 3730/2008).

Η εφαρμογή του νόμου επιβάλλει τη συνεργασία δημοσίων φορέων όπως Νομαρχία και Δήμοι για τη διεξαγωγή ελέγχου των προβλέψεων του. Ταυτόχρονα επιβάλλει στον τομέα Ελέγχου Καπνού και Αλκοόλ του ΣΕΥΥΠ τους ολικούς ελέγχους για τυχόν παραβιάσεις του νόμου. Η υπουργική απόφασης της 1^{ης}

Σεπτεμβρίου 2009 επιβάλλει την απαγόρευση της διαφήμισης καπνού και προϊόντων καπνού τόσο σε εξωτερικούς όσο και σε υπαίθριους χώρους με μοναδική εξαίρεση το εσωτερικό των χώρων πώλησης καπνού.

Με την ισχύουσα νομοθετική διάταξη επιτρέπεται το κάπνισμα εντός των καζίνων της χώρας αλλά όχι σε καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος που υπάρχουν μέσα σε αυτά. Τέλος, επιτρέπεται το κάπνισμα σε ψυχιατρικές κλινικές με την προϋπόθεση ότι υπάρχει έγγραφη γνωμάτευση του ιατρού και αποκλειστικά για θεραπευτικούς λόγους.

Ο αντικαπνιστικός νόμος του 2013 έρχεται για να συμπληρώσει ατέλειες και να προσδώσει πιο αυστηρά μέτρα στον υπάρχων νόμο. Ο νόμος επικεντρώνεται αυστηρά στο θέμα του ελέγχου και ειδικότερα σε:

- Λιανικό και χονδρικό εμπόριο, υπεραγορές τροφίμων, μονάδες αρτοποιίας, πρατήρια κλπ
- Χώρους μαζικής εστίασης οικονομικού ενδιαφέροντος (επιχειρήσεις) όπου προσφέρεται ή παρασκευάζεται τροφή και ποτό (εστιατόρια κλπ.)
- Χώροι αποθήκευσης και διανομής τροφίμων και ποτών
- Μεταφορικές επιχειρήσεις
- Επιχειρήσεις αναψυχής
- Επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών υγειονομικού ενδιαφέροντος
- Λιανοπωλητές με κινητούς ή προσωρινούς χώρους (καντίνες κλπ) (Ν. 4419/2016)

Το σχέδιο δράσης για την καταπολέμηση του καπνίσματος θέτει όρους δράσης που έχουν στόχο οργανωτικό, κοινωνικό, πολιτικό και επιδημιολογικό. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης επιβάλλει τη συναίνεση μεταξύ όλων των πολιτικών κομμάτων ώστε να υπάρχει ενιαία διαχείριση του. Ταυτόχρονα σηματοδοτεί τη συνεχή συνεργασία πολιτών και κράτους για την ανάδειξη του κοινωνικού προβλήματος του καπνίσματος. Επίσης σηματοδοτεί την ανάπτυξη οργανωτικών δομών οι οποίοι θα εργαστούν για την υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης ενώ τέλος, επιδιώκεται η προσπάθεια μελέτης των χαρακτηριστικών και της εξέλιξης των ατόμων που συνεχίζουν να καπνίζουν ώστε να τεθεί ο επιδημιολογικός στόχος του Εθνικού Σχεδίου Δράσης (Ν. 4419/2016).

Οι αρχές του Σχεδίου Δράσης στηρίζονται:

- Στην έμπρακτη προώθηση της ωφελιμότητας από τη διακοπή του καπνίσματος προς όλους τους πολίτες.
- Στη λήψη μέτρων πρόληψης με σκοπό την κατάλυση της έναρξης του καπνίσματος.
- Την προστασία των κοινωνικά ευπαθών ομάδων και των νέων μέσω της ενημέρωσης για την πρόληψη του καπνίσματος.
- Την λήψη διοικητικών πρακτικών για την οικονομική αποτελεσματικότητα της άρσης του καπνίσματος.
- Τη διατομεακή συνεργασία μεταξύ πολιτικών και πολιτικής (N. 4419/2016).

Οι άξονες δράσης σύμφωνα με το νόμο επικεντρώνονται στην πρόληψη, στη θεραπεία-απεξάρτηση, στην κοινωνική συμμετοχή και την καθολική εκπαίδευση (N. 4419/2016)

3.2 Η ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Σε όλη την Ευρώπη έχουν ληφθεί αντικαπνιστικά μέτρα ενώ οι νόμοι που εφαρμόζονται σε πολλές περιπτώσεις παρουσιάζονται ιδιαίτερα αυστηροί. Στην Αυστρία απαγορεύεται το κάπνισμα σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους ενώ στη Γερμανία ο αντικαπνιστικός νόμος έχει διχάσει κοινή και πολιτική γνώμη επειδή οι αρχές δεν υποστηρίζουν τη δράση του. Στην Ολλανδία απαγορεύονται όλα τα είδη καπνίσματος στα δημόσια κτίρια και τις συγκοινωνίες ενώ στην Πολωνία έχει απαγορευτεί καθολικά σε δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους το κάπνισμα (Pearson et al., 2016)

Στην Ισπανία έχει εφαρμοστεί η απαγόρευση σε δημόσιους χώρους, νοσοκομεία και μέσα μεταφοράς αλλά παραμένει η δυνατότητα διαμόρφωσης ειδικών χώρων καπνίζόντων σε χώρους εστίασης. Η ίδια λογική ακολουθείται και από τη Σουηδία ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο ο νόμος λειτουργεί σε όλη τη χώρα και η απαγόρευση του καπνίσματος είναι καθολική. Η Γαλλία από το 2008 επέβαλλε ολική απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους ενώ το 2003 είχε προβεί σε αύξηση της τιμής των τσιγάρων κατά 20% (Laugesen, 2015).

Η Εσθονία απαγορεύει το κάπνισμα σε όλους τους δημόσιους χώρους ενώ δίνει τη δυνατότητα ειδικών διαμορφωμένων χώρων καπνιστών σε σταθμούς μετρό

και χώρους αναψυχής. Η Ιρλανδία έθεσε τον αντικαπνιστικό νόμο σε λειτουργία από το 2004 επιβάλλοντας στους καπνιστές που δεν υπακούουν στο νόμο ένα από τα αυστηρότερα πρόστιμα που έχουν επιβληθεί της τάξεως των 3000 ευρώ. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο ιρλανδικός νόμος δεν επιτρέπει στους καπνιστές να έχουν τσιγάρο στα χέρια τους όταν το τσιγάρο απαγορεύεται (Mitova et al., 2016).

Η Λιθουανία εφάρμοσε το νόμο το 2007 για όλους τους δημόσιους χώρους και η Νορβηγία το 2004. Αξίζει να σημειωθεί ότι στη Νορβηγία οι διαφημίσεις τσιγάρου και καπνού απαγορεύονται εδώ και 30 χρόνια. Η Πορτογαλία εισάγει το νόμο το 2008 και θεωρείται η χώρα με τις πιο ελαστικές διατάξεις. Τέλος, η Σερβία εισάγει το νόμο το 2004 με σκοπό να αλλάξουν οι συνήθειες των σέρβων πολιτών οι οποίοι είναι πάνω από το 40% καπνιστές ενώ ταυτόχρονα απαγορεύει τις διαφημίσεις και την προβολή καπνίσματος στην τηλεόραση της χώρας π.χ. τηλεοπτικές σειρές.

Το 2014 το ελληνικό κοινοβούλιο ζητά ψήφιση επί της Αρχής για το σύνολο του Σχεδίου Νόμου ο οποίος τιτλοφορείται «Προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας προς την Οδηγία 2014/40/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 3ης Απριλίου 2014 για την προσέγγιση των νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων των κρατών-μελών σχετικά με την κατασκευή, την παρουσίαση και την πώληση προϊόντων καπνού και συναφών προϊόντων και την κατάργηση της Οδηγίας 2001/37/ΕΚ (αριθμ. L 127/1 της 29.4.2014)» (Cragg et al., 2016).

Στο συγκεκριμένο νομοθετικό πλαίσιο προσδιορίζονται οι διατάξεις που σχετίζονται με το ηλεκτρονικό τσιγάρο στους δημόσιους χώρους. Συνεπώς, το ηλεκτρονικό τσιγάρο απαγορεύεται στους ίδιους χώρους που απαγορεύεται και το συμβατικό (Laugesen, 2015).

Το Σεπτέμβριο του 2009 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή συστήνει Οδηγίες σύμφωνα με τις οποίες οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης θα πρέπει να μορφοποιήσουν τον ισχύον νομοθετικό πλαίσιο σχετικά με τους αντικαπνιστικούς κανονισμούς. Η Οδηγία της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναφέρει ότι 17 χώρες έχουν θεσπίσει καθολοκληρία νομοθετικό πλαίσιο απαγόρευσης του καπνίσματος ενώ η Ουγγαρία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ιρλανδία, η Ισπανία, η Βουλγαρία, η Μάλτα και η Ελλάδα είναι οι χώρες που διαθέτουν τις πιο αυστηρές απαγορευτικές διατάξεις περί καπνίσματος (Mitova et al., 2016).

Η εφαρμογή των κανονισμών της Ευρωπαϊκής Ένωσης σύμφωνα με την Έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής αναφέρει ότι οι χώρες διαφέρουν ως προς την

επιβολή της νομοθεσίας τους και το πεδίο εφαρμογής της ενώ η προσπάθεια των χωρών να μορφοποιήσουν πολύπλοκα τους νόμους τους (εξαιρέσεις) δυσχεραίνουν την επιβολή των κανονισμών. Για χώρες όπως η Ισπανία, το Βέλγιο και η Πολωνία η καθολοκληρία θέσπιση της νομοθεσίας δεν οδήγησε σε αύξηση των μη καπνιστών (Cragg et al., 2016).

Το 2009 συστήνεται η Έκθεση του Συμβουλίου της Ευρώπης με τίτλο «Σύσταση του Συμβουλίου για ένα Περιβάλλον χωρίς Καπνό». Σύμφωνα με αυτή οι πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης οφείλουν να προστατευτούν πλήρως από τις βλαβερές συνέπειες του καπνού και οι νομοθετικές διατάξεις θα πρέπει να εφαρμοστούν εντός τριών ετών. Οι νέες νομοθετικές διατάξεις μέσα από τη σχετική νομοθετική διαδικασία και τη διαβούλευση υπαγορεύει τη λήψη συνοδευτικών μέτρων που επιβάλλουν την εικονογράφηση των συσκευασιών προϊόντων καπνού για την προειδοποίηση των καταναλωτών για τους κινδύνους που ελλοχεύει, την ενθάρρυνση των πολιτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης να διακόψουν το κάπνισμα και την προστασία παιδιών και ευπαθών κοινωνικών ομάδων (Laugesen, 2015).

Τέλος, το Συμβούλιο ενισχύει τη συνεργασία μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης με τη συγκρότηση δικτύου εθνικών σημείων επαφής για την καταπολέμηση του καπνίσματος. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι η Σύσταση του Συμβουλίου λαμβάνει υπόψη της οδηγίες και συστάσεις τόσο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής όσο και της ΕΟΚ. Παράδειγμα αποτελεί η Οδηγία 89/391/ΕΟΚ του Συμβουλίου (12 Ιουλίου 1989) σχετικά με την ασφάλεια των εργαζομένων και τους κινδύνους που ελλοχεύει το τσιγάρο στους χώρους εργασίας τους (Pearson et al., 2016).

Η τελευταία έκδοση της Ευρωπαϊκής Ένωσης αφορά την αντικαπνιστική εκστρατεία με τίτλο «Αν το σταματήσεις δεν σε σταματάει τίποτα». Η συγκεκριμένη εκστρατεία είχε περίοδο δράσης 2014-2016 και βασική επιδίωξη της ήταν η προβολή των πλεονεκτημάτων της ζωής χωρίς τσιγάρο για καπνιστές ηλικίας 25-34 ετών καθώς και της παροχής μέσων στους νέους για να κόψουν το κάπνισμα. Το κόστος της εκστρατείας υπολογίστηκε σε 544 δισεκατομμύρια ευρώ και είναι η προέκταση της προηγούμενης εκστρατείας με τον ίδιο τίτλο 2011-2013 η οποία είχε σκοπό να ευαισθητοποιήσει τους πολίτες σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος καθώς και να ενημερώσει τους πολίτες ότι «κάθε καπνιστής που αποφασίζει να κόψει το κάπνισμα συμβάλλει στη μείωση της οικονομικής επιβάρυνσης των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και των οικονομιών της Ευρώπης» (Cragg et al., 2016).

3.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η ολοκληρωμένη ΠΦΥ βρίσκεται σήμερα στο επίκεντρο της προσοχής τόσο από τα μέσα ενημέρωσης στο Ηνωμένο Βασίλειο, όσο και από κυβερνητικούς φορείς σε παγκόσμιο επίπεδο (συμπεριλαμβάνονται περιοχές όπως η Αυστραλία, ο Καναδάς, οι ΗΠΑ και χώρες της Βόρειας Ευρώπης), αλλά δυστυχώς δεν φαίνεται να αποτελεί προτεραιότητα για το ελληνικό υγειονομικό σύστημα. Η συζήτηση για την ολοκληρωμένη φροντίδα εν γένει δεν έχει τύχει της προσοχής ούτε των σχεδιαστών των υπηρεσιών υγείας αλλά ούτε και της προπτυχιακής εκπαίδευσης, και απαιτεί επαγγέλματα υγείας ευαισθητοποιημένα αλλά και εκπαιδευμένα στην άσκησή της (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2015).

Η ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας, σε συνδυασμό με την εστιασμένη στον άνθρωπο φροντίδα υγείας, έχει απασχολήσει πρόσφατα και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, που κυκλοφόρησε δύο σχετικές εκδόσεις (WHO, 2015a, 2015b). Άρρηκτα δεμένη με την έννοια της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας είναι και η εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα (patient-centered care) (Lionis & Petelos, 2015). Πρόκειται για έναν όρο θεμελιωμένο από παλιά, που όμως επιστρέφει με προσθήκες στις παραδοσιακές αξίες και διαστάσεις που τον συνοδεύουν. Η αναφορά στον ασθενή νοείται με τον ευρύτερο όρο της αναφοράς στον άνθρωπο ή στο άτομο και την οικογένειά του (παρακάτω διατηρήθηκε η πιστή απόδοση του όρου «patient»).

Το Institute of Medicine ορίζει την εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα ως την παροχή φροντίδας που σέβεται και ανταποκρίνεται στις ατομικές προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες, διασφαλίζοντας την καθοδήγηση όλων των αποφάσεων από αυτές. Ανάμεσα στα έξι βασικά χαρακτηριστικά της υψηλής ποιότητας φροντίδας, το Ινστιτούτο συγκαταλέγει, ανάμεσα σε άλλα, την ασφάλεια, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την ισότητα και, φυσικά, την εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα (Institute of Medicine, 2001).

Είναι αναγνωρισμένο ότι ο ιατρός, αλλά και γενικά ο επαγγελματίας υγείας, δεν αποτελεί το επίκεντρο της σχέσης με τον ασθενή και με τους αποδέκτες φροντίδας υγείας, οι οποίοι διατηρούν το δικαίωμα να απολαμβάνουν υπηρεσίες φροντίδας αντίστοιχες με τις επιθυμίες, τις ανάγκες και τις προτιμήσεις τους (Bardes, 2012). Πολλές απόπειρες ορισμού της εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας έχουν γίνει σήμερα. Το Picker Institute αναφέρεται στον σεβασμό στις αξίες, στις

προτιμήσεις και στις εκφρασμένες ανάγκες του ασθενούς. Το Commonwealth Fund δίνει έμφαση στη συμμετοχή του ασθενούς στη φροντίδα του, στην υποστήριξη και βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας και της τεκμηριωμένης εκπαίδευσης, καθώς και στον συντονισμό της φροντίδας ενώ το Institute for Family-Centered Care κάνει αναφορά στην αξιοπρέπεια και τον σεβασμό μέσω της ενεργού συμμετοχής και της συνεργασίας του ασθενούς και της διάχυσης της πληροφορίας (Scholle et al., 2010). Το υπόδειγμα που έχει καθιερωθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και συζητείται ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια είναι το γνωστό στη βιβλιογραφία ως Patient-Centered Medical Home (PCMH) (Lionis & Petelos, 2015).

Το υπόδειγμα αυτό χαρακτηρίζεται από τις πέντε ακόλουθες βασικές αξίες: εστίαση στον ασθενή, άμεση πρόσβαση, ολοκληρωμένη φροντίδα, συντονισμός υπηρεσιών υγείας και δέσμευση στον ασθενή και γενικά σε όλους τους αποδέκτες φροντίδας υγείας για την ποιότητα και την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Το υπόδειγμα αυτό περιλαμβάνει (Brown, Oliver-Baxter & Bywood, 2013):

- Εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα (στο ίδιο το άτομο, στην οικογένεια και στις προτιμήσεις του).
- Ολοκληρωμένη φροντίδα (πρόληψη και προαγωγή σωματικής και ψυχικής υγείας, διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής, θεραπεία και αποκατάσταση).
- Συντονισμένη φροντίδα (ειδικοί ιατροί, νοσοκομεία, υπηρεσίες κοινότητας).
- Προσβασιμότητα στη φροντίδα (ελαχιστοποίηση χρόνου αναμονής, τηλεφωνικής και ηλεκτρονικής επικοινωνίας). Επιπλέον, το υπόδειγμα αυτό δίνει έμφαση στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και στην ασφάλεια του ασθενούς (με τον ευρύτερο όρο του ανθρώπου και, φυσικά, του αποδέκτη των υπηρεσιών φροντίδας υγείας) μέσω της τεκμηριωμένης ή βασισμένης στις αποδείξεις πρακτικής και της από κοινού λήψης κλινικής απόφασης, που θα οδηγήσουν στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, στη μείωση του κόστους των υπηρεσιών υγείας και στη βελτίωση της πρόσβασης, του χρόνου αναμονής και των εμπειριών των αποδεκτών των υπηρεσιών ΠΦΥ (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2015).

Το υπόδειγμα αυτό κατανοείται ακόμη και από τις δεσμεύσεις του στις παρακάτω αρχές (Clarke & Cohen, 2010), που αναφέρονται στον άνθρωπο με την ευρεία έννοια και όχι μόνο στον ασθενή:

- Συνεχής σχέση με προσωπικό ιατρό, εκπαιδευμένο στην πρώτη συνάντησή του με τον ασθενή, και γενικά με όλους τους αποδέκτες φροντίδας υγείας.

- Παρουσία επαγγελματιών υγείας που εργάζονται ως ομάδα και αναλαμβάνουν την ευθύνη της συνεχιζόμενης φροντίδας.

- Προσανατολισμός στο σύνολο των αναγκών του ατόμου, συμπεριλαμβανομένων όλων των σταδίων της ζωής, όπως η άμεση φροντίδα, η χρόνια φροντίδα, η πρόληψη και η φροντίδα στο τέλος της ζωής.

- Παρουσία συμπονετικής και εύρωστης συνεργασίας μεταξύ γενικών ιατρών/προσωπικών ιατρών, ασθενών και γενικά όλων των αποδεκτών φροντίδας υγείας και των οικογενειών τους.

- Ενεργός συμμετοχή των ασθενών και γενικά όλων των αποδεκτών φροντίδας υγείας στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα υγείας τους.

- Ανατροφοδότηση για τη διασφάλιση της ποιότητας και την ικανοποίηση των προσδοκιών του ασθενούς και γενικά όλων των αποδεκτών φροντίδας υγείας.

- Βελτιωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Μια κριτική προσέγγιση του αμερικάνικου μοντέλου για την εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα, ιδωμένη μέσα από την ολοκληρωμένη φροντίδα και την ευρωπαϊκή εμπειρία, είναι υπό δημοσίευση σε βιβλίο που έχει ως γενικό τίτλο *Integrated Primary and Behavioral Care* (Lionis & Petelos, 2015).

Ο όρος «ολοκληρωμένη και εστιασμένη στον άνθρωπο φροντίδα» είναι φανερό ότι συνδέεται και με τον όρο «συμπονετική φροντίδα» (Lionis & Petelos, 2015), υποδεικνύοντας ότι θα έπρεπε να δοθεί περισσότερη έμφαση εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας που υπηρετούν την ΠΦΥ σε αξίες που δεν σχετίζονται με τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του ασθενούς, αλλά με τη διαχείρισή του ως ολοκληρωμένης οντότητας, όπως αυτή περιγράφεται μέσα από τις ψυχοκοινωνικές επιστήμες (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2015).

Η ολοκληρωμένη —ή απαρτιωμένη όπως αποδίδεται από κάποιους ο όρος «integrated»— ΠΦΥ είναι η φροντίδα που προσφέρει μια ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας συνεργαζόμενη με άλλους επαγγελματίες υγείας, καθώς και με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, με τη χρήση μιας συστηματικής και αποδοτικής προσέγγισης φροντίδας υγείας εστιασμένης στον ασθενή (Peek and the National Integration Academy Council, 2013).

Αρκετή συζήτηση γίνεται σήμερα στη βιβλιογραφία αλλά και στους διεθνείς οργανισμούς, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, για τη σύζευξη ολοκληρωμένης και εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας, που από κοινού

αναφέρονται στην αποτελεσματική συνεργασία της ομάδας επαγγελματιών υγείας με τον προσωπικό ιατρό του ασθενούς και τον προσανατολισμό στο άτομο ως ολοκληρωμένη οντότητα. Ακόμη, κλειδί της επιτυχίας και των δύο προσεγγίσεων αποτελεί η ηγεσία, η οποία καλείται να σχεδιάσει προσεκτικά και να συντονίσει αποτελεσματικές συνεργασίες (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2015).

Η ηγεσία πρέπει να καλλιεργήσει το ομαδικό πνεύμα εργασίας και να εμφυσήσει στην ομάδα το όραμα και τη φιλοσοφία της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας, με κομβικό σημείο τον προσανατολισμό στον ασθενή και τη σύγχρονη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας υγείας και την υιοθέτηση κοινών στόχων. Η λήψη κλινικής απόφασης και ευθύνης από κοινού με τον ασθενή είναι επίσης απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη της ολοκληρωμένης φροντίδας και απαιτεί έναν επαρκώς ενημερωμένο από τους επαγγελματίες υγείας ασθενή. Η ενσωμάτωση δράσεων για ευνοϊκές αλλαγές της συμπεριφοράς μέσω αμοιβών και οικονομικών κινήτρων (Baird et al., 2014) και, μάλιστα, με τη χρήση της τεχνολογίας της πληροφορίας και εκπαιδευμένων επαγγελματιών της συμπεριφοράς συζητείται ιδιαίτερα στη βιβλιογραφία στις ΗΠΑ (patient-centered medical home). (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2015).

Σημαντικό κομμάτι στην ανάπτυξη ενός συστήματος ολοκληρωμένης φροντίδας φαίνεται να είναι και η θεσμική ανάπτυξη της ομάδας υγείας, στην οποία συμπεριλαμβάνεται η επιλογή των κατάλληλων μελών της ομάδας, η ανάπτυξη ισχυρών διαπροσωπικών σχέσεων, η σαφήνεια των ρόλων και των ευθυνών και η από κοινού εκπαίδευση. Κάθε ομάδα ΠΦΥ είναι μοναδική, ωστόσο οι Mitchell και συν. (2012) καταλήγουν στις εξής πέντε αρχές που θα πρέπει να τη διέπουν:

- Κοινοί στόχοι: Η ομάδα (συμπεριλαμβανομένων των ατόμων της κοινότητας) συνεργάζεται για τη δημιουργία κοινών στόχων που αντανakλούν τις προτεραιότητες της κοινότητας. Οι στόχοι διατυπώνονται με σαφήνεια, είναι κατανοητοί και υποστηρίζονται από όλα τα μέλη της ομάδας.
- Διακριτοί ρόλοι: Υπάρχουν σαφείς προσδοκίες για τη δραστηριότητα και τις ευθύνες του κάθε μέλους της ομάδας, οι οποίες βελτιστοποιούν την απόδοση της ομάδας και συμβάλλουν θετικά στον καταμερισμό της εργασίας.
- Αμοιβαία εμπιστοσύνη: Τα μέλη της ομάδας έχουν αναπτύξει εμπιστοσύνη μεταξύ τους, δημιουργώντας κανόνες αμοιβαιότητας και ευκαιρίες για από κοινού επιτεύξεις.

- Αποτελεσματική επικοινωνία: Η ομάδα δίνει προτεραιότητα στην επικοινωνία και φροντίζει να βελτιώνει συνεχώς τις δεξιότητες επικοινωνίας. Έχει συνεπή, ειλικρινή και ολοκληρωμένη επικοινωνία την οποία σέβονται όλα τα μέλη της.

- Μετρήσιμες διαδικασίες και αποτελέσματα: Η ομάδα συμφωνεί και υλοποιεί αξιόπιστη αξιολόγηση όσον αφορά τη λειτουργία της αλλά και την επίτευξη των στόχων της. Συνεπώς, τα μέλη της ομάδας είναι σε θέση να παρακολουθούν και να βελτιώνουν τις διαδικασίες και την αποτελεσματικότητα της ομάδας βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2015).

3.4 ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Η μελέτη των Guebaly et.al. (2012) πραγματοποιήθηκε με συστηματική μελέτη σε 22 έρευνες σχετικά με το κάπνισμα. Είκοσι δύο μελέτες που διερευνούν τον αντίκτυπο των απαγορεύσεων καπνίσματος συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση Από αυτές, οι 14 διεξήχθησαν σε νοσοκομειακό περιβάλλον, 3 σε νοσοκομειακές εγκαταστάσεις ασθενών και 5 σε κέντρα εθισμού . Τα ερωτηματολόγια έδειξαν μικτά συναισθήματα μεταξύ των ασθενών στις απαγορεύσεις του καπνίσματος. Μία μελέτη έδειξε αύξηση του άγχους στους καπνιστές. Από τις μελέτες φαίνεται ότι οι ασθενείς αναφέρουν ενοχλητική τη διακοπή του καπνίσματος και θεωρούν ότι επιδρά αρνητικά στην ψυχική τους υγεία.

Στη μελέτη των Banham et al. 2010 οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η θεραπεία του καπνίσματος ήταν αποτελεσματική σε ασθενείς με σοβαρή ψυχική ασθένεια. Η αντιμετώπιση της εξάρτησης από τον καπνό σε ασθενείς με σταθερές ψυχιατρικές καταστάσεις δεν επιδείνωσε την ψυχική κατάσταση.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Vivilaki et al.2016 το κάπνισμα διαθέτει έως και σήμερα φανατικούς υποστηρικτές και φανατικούς επικριτές. Πλέον τα καθημερινά επιστημονικά άρθρα όπου αναφέρουν τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος τόσο για τον ενεργητικό καπνιστή όσο και για τον παθητικό επηρεάζουν τους καπνιστές και μη καπνιστές. Η πιο σύγχρονη εκδοχή της νομοθετικής ρύθμισης περί καπνίσματος παρουσιάζει ένα εκτενές σχέδιο σύμφωνα με το οποίο το κάπνισμα

απαγορεύεται στους δημόσιους χώρους, τα εκπαιδευτικά ιδρύματα, τα μέσα μεταφοράς και τους χώρους υγείας (Vivilaki et al.2016).

Σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε 23 ευρωπαϊκές χώρες από το 2006 έως το 2015 από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας σε άτομα από 15 έως 24 ετών γύρω από το κάπνισμα παρατηρήθηκαν τα ακόλουθα:

Στα δείγματα των ερευνών στους ανήλικους και νέους σε 19 από τις 23 περιπτώσεις παρατηρήθηκε πως τα αγόρια-νέοι καπνίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό έναντι των κοριτσιών (εκτός της Τσεχίας, της Αυστρίας, της Ιταλίας και της Γαλλίας όπου συμβαίνει το αντίθετο)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων των φοιτητών του ΤΕΙ δυτικής Ελλάδος σχετικά με το κάπνισμα. Πιο συγκεκριμένα μελετώνται οι πεποιθήσεις των φοιτητών σχετικά με το κάπνισμα και τον εθισμό.

4.2 ΔΕΙΓΜΑ

Στην έρευνα συμμετείχαν 480 φοιτητές του πανεπιστημίου Πατρών. Οι 362 (ποσοστό 75,4%) φοιτούν σε σχολές επαγγελματιών υγείας και οι υπόλοιποι 118 (ποσοστό 24,6%) φοιτούν σε σχολές μη σχετικές με επαγγέλματα υγείας.

Στο σύνολο των συμμετεχόντων φοιτητών οι 197 (ποσοστό 41%) είναι άνδρες και οι 283 (ποσοστό 59%) είναι γυναίκες. Η μέση ηλικία τους είναι $20,0 \pm 1,6$ έτη (ελάχιστη ηλικία: 17 έτη και μέγιστη ηλικία: 26 έτη).

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων φοιτητών (388 φοιτητές, ποσοστό 80,8%) κατανέμεται στο Πρώτο, Δεύτερο και Τρίτο έτος φοίτησης, μόνο 44 φοιτητές (ποσοστό 9,2%) φοιτούν στο Τέταρτο έτος και 48 φοιτητές (ποσοστό 10%) είναι επί πτυχίο φοιτητές (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Κατανομή φοιτητών ως προς το έτος φοίτησης

| Έτος φοίτησης | Συχνότητα (N) | Σχετική (%) | Συχνότητα |
|---------------|---------------|-------------|-----------|
| Πρώτο | 121 | 25,2 | |
| Δεύτερο | 137 | 28,5 | |
| Τρίτο | 130 | 27,1 | |
| Τέταρτο | 44 | 9,2 | |
| Άλλο | 48 | 10,0 | |
| Σύνολο | 480 | 100,0 | |

4.3 ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την υλοποίηση της στατιστικής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που μοιράστηκε στους φοιτητές των τμημάτων. Το ερωτηματολόγιο είχε 46 ερωτήσεις από τις οποίες 8 αφορούσαν δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Για τη συνολική μορφή του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Fagerstrom το οποίο αποτελείται από 8 ερωτήσεις σχετικά με τον εθισμό και το ερωτηματολόγιο Core Questionnaire with optional questions από το οποίο αντλήθηκαν 30 ερωτήσεις που αφορούν πεποιθήσεις σχετικά με το κάπνισμα. Το ερωτηματολόγιο ξεκινά με τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος (8 ερωτήσεις). Στη συνέχεια ακολουθούν 18 ερωτήσεις σχετικά με τις πεποιθήσεις των ερωτηθέντων. Ακολούθως υπάρχουν 4 ερωτήσεις οι οποίες απευθύνονται στους μη καπνιστές. Το επόμενο μέρος αποτελείται από 13 ερωτήσεις που απευθύνονται σε καπνιστές και το τρίτο μέρος με 3 ερωτήσεις απευθυνόταν σε πρώην καπνιστές.

4.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Τα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν και καταχωρήθηκαν προς επεξεργασία στο λογισμικό στατιστικής επεξεργασίας και ανάλυσης δεδομένων SPSS ver25. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν ο έλεγχος καλής προσαρμογής χ^2 (Chi square goodness-of-fit test) και ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 (Chi square test of independence) για την ανίχνευση στατιστικά σημαντικών διαφορών στις απαντήσεις του δείγματος και των υποομάδων του δείγματος καθώς και μεταξύ των απαντήσεων των υποομάδων του δείγματος. Κατά την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ως βάση το επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,05$.

4.5 ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε ο Συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α (*coefficient of internal consistency Cronbach's Alpha*).

Για τις ερωτήσεις που αφορούν Στάσεις-Συμπεριφορές και απαντήθηκαν από τους μη καπνιστές φοιτητές ο συντελεστής υπολογίστηκε ίσως με $\alpha = 0,708$

Για τις ερωτήσεις που αφορούν Στάσεις-Συμπεριφορές και απαντήθηκαν από τους καπνιστές φοιτητές ο συντελεστής υπολογίστηκε ίσως με $\alpha = 0,701$

Για τις ερωτήσεις που αφορούν Στάσεις-Συμπεριφορές και απαντήθηκαν από τους πρώην καπνιστές φοιτητές ο συντελεστής υπολογίστηκε ίσως με $\alpha = 0,690$

Για τις ερωτήσεις που αφορούν Εθισμό και απαντήθηκαν από τους μη καπνιστές φοιτητές ο συντελεστής υπολογίστηκε ίσως με $\alpha = 0,695$

Οι παραπάνω συντελεστές βρίσκονται στο αποδεκτό όριο τιμών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Από τα 497 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν τα 17 αποκλείστηκαν από την ανάλυση λόγω μη ολοκληρωμένης ή/και συνεπούς συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Συνεπώς στην ανάλυση συμμετείχαν ερωτηματολόγια από 480 φοιτητές.

Τα δεδομένα αναλύθηκαν για το σύνολο των φοιτητών του δείγματος αλλά και για τις δυο ομάδες φοιτητών χωριστά. Οι ομάδες των φοιτητών αφορούν σε φοιτητές σχολών επαγγελματιών υγείας (σε φοιτητές σχολών μη σχετικών με επαγγέλματα υγείας).

Στα επόμενα δίνονται τα αποτελέσματα που αφορούν:

- α. το σύνολο των συμμετεχόντων φοιτητών
- β. συγκρίσεις μεταξύ των δυο ομάδων φοιτητών
- γ. συγκρίσεις των Στάσεων – Συμπεριφορών μεταξύ Μη καπνιστών, Καπνιστών και Πρώην καπνιστών
- δ. θέματα εθισμού των καπνιστών φοιτητών.

Περιγραφή του δείγματος

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων φοιτητών (308 φοιτητές, ποσοστό 64,2%) δήλωσε πως η οικονομική τους κατάσταση είναι μέτρια, 136 φοιτητές (ποσοστό 28,3%) δήλωσαν πως η οικονομική τους κατάσταση είναι καλή και μόνο 36 φοιτητές (ποσοστό 7,5%) δήλωσαν πως η οικονομική τους κατάσταση είναι κακή (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Κατανομή φοιτητών ως προς την οικονομική κατάσταση

| Οικονομική κατάσταση | Συχνότητα (N) | Σχετική Συχνότητα (%) |
|----------------------|---------------|-----------------------|
| Κακή | 36 | 7,5 |
| Μέτρια | 308 | 64,2 |
| Καλή | 136 | 28,3 |

| | | |
|--------|-----|-------|
| Σύνολο | 480 | 100,0 |
|--------|-----|-------|

Το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα για τους περισσότερους φοιτητές ήταν αυτό της Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (202 φοιτητές, ποσοστό 42,1%) ή αυτό της Τριτοβάθμιας (174 φοιτητές, ποσοστό 36,3%). Μόνο για 46 φοιτητές (ποσοστό 9,6%) το μορφωτικό επίπεδο πατέρα ήταν μεταπτυχιακού επιπέδου και μόνο για 58 φοιτητές (ποσοστό 12,1%) ήταν αυτό της Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (Πίνακας 3).

Πίνακας 3: Κατανομή φοιτητών ως προς το μορφωτικό επίπεδο πατέρα

| Μορφωτικό επίπεδο πατέρα | Συχνότητα (N) | Σχετική Συχνότητα (%) |
|--------------------------|---------------|-----------------------|
| Πρωτοβάθμια εκπαίδευση | 58 | 12,1 |
| Δευτεροβάθμια εκπαίδευση | 202 | 42,1 |
| Τριτοβάθμια εκπαίδευση | 174 | 36,3 |
| Μεταπτυχιακές σπουδές | 46 | 9,6 |
| Σύνολο | 480 | 100,0 |

Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας για τους περισσότερους φοιτητές ήταν αυτό της Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (206 φοιτητές, ποσοστό 42,9%) ή αυτό της Δευτεροβάθμιας (169 φοιτητές, ποσοστό 35,2%). Μόνο για 53 φοιτητές (ποσοστό 11%) το μορφωτικό επίπεδο μητέρας ήταν μεταπτυχιακού επιπέδου και μόνο για 52 φοιτητές (ποσοστό 10,8%) ήταν αυτό της Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Κατανομή φοιτητών ως προς το μορφωτικό επίπεδο μητέρας

| Μορφωτικό επίπεδο μητέρας | Συχνότητα (N) | Σχετική Συχνότητα (%) |
|---------------------------|---------------|-----------------------|
| Πρωτοβάθμια εκπαίδευση | 52 | 10,8 |

| | | |
|-----------------------------|-----|-------|
| Δευτεροβάθμια εκπαίδευση | 169 | 35,2 |
| ΊΤριτοβάθμια εκπαίδευση | 206 | 42,9 |
| Μεταπτυχιακές σπουδές | 53 | 11,0 |
| Σύνολο | 480 | 100,0 |

Στους Πίνακες 5 και 6 φαίνεται η κατανομή των φοιτητών ως προς το επάγγελμα του πατέρα και της μητέρας αντίστοιχα. Για την πλειοψηφία των φοιτητών ο πατέρας ήταν ελεύθερος επαγγελματίας (173 φοιτητές, ποσοστό 36%) και η μητέρα ιδιωτική υπάλληλος (164 φοιτητές, ποσοστό 34,1%) ή άνεργη/οικιακά (156 φοιτητές, ποσοστό 32,5%).

Πίνακας 5: Κατανομή φοιτητών ως προς το επάγγελμα πατέρα

| Επάγγελμα πατέρα | Συχνότητα (N) | Σχετική Συχνότητα (%) |
|----------------------------|------------------|--------------------------|
| Άνεργος | 22 | 4,6 |
| Ιδιωτικός Υπάλληλος | 132 | 27,5 |
| Δημόσιος Υπάλληλος | 138 | 28,8 |
| Ελεύθερος Επαγγελματίας | 173 | 36,0 |
| Συνταξιούχος | 15 | 3,1 |
| Σύνολο | 480 | 100,0 |

Πίνακας 6: Κατανομή φοιτητών ως προς το επάγγελμα μητέρας

| Επάγγελμα μητέρας | Συχνότητα (N) | Σχετική Συχνότητα (%) |
|----------------------|------------------|--------------------------|
| Άνεργη/οικιακά | 156 | 32,5 |

| | | |
|---------------|-----|-------|
| Ιδιωτικός | 164 | 34,1 |
| Υπάλληλος | | |
| Δημόσιος | 109 | 22,7 |
| Υπάλληλος | | |
| Ελεύθερος | 43 | 9,0 |
| Επαγγελματίας | | |
| Συνταξιούχος | 8 | 1,7 |
| Σύνολο | 480 | 100,0 |

Για την πλειοψηφία των φοιτητών (199 φοιτητές, ποσοστό 41,5%) κανείς από τους δυο γονείς δεν καπνίζει, για 118 φοιτητές (ποσοστό 24,6%) καπνίζει μόνο ο πατέρας, για 66 φοιτητές (ποσοστό 13,8%) καπνίζει μόνο η μητέρα και για 97 φοιτητές (ποσοστό 20,2%) καπνίζουν και οι δυο γονείς (Πίνακας 7).

Πίνακας 7: Κατανομή φοιτητών ως προς το αν καπνίζουν οι γονείς

| Καπνίζουν οι γονείς σας; | Συχνότητα (N) | Σχετική Συχνότητα (%) |
|---|---------------|-----------------------|
| Κανείς από τους δυο γονείς δεν καπνίζει | 199 | 41,5 |
| Ο πατέρας μόνο | 118 | 24,6 |
| Η μητέρα μόνο | 66 | 13,8 |
| Και οι δυο γονείς καπνίζουν | 97 | 20,2 |
| Σύνολο | 480 | 100,0 |

Στα αποτελέσματα που ακολουθούν η μελέτη, επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων βασίστηκε στην ιδιότητα του καπνιστή για κάθε φοιτητή. Από τους 480 φοιτητές οι περισσότεροι (320 φοιτητές, ποσοστό 66,7%) είναι μη καπνιστές, οι 141 φοιτητές (118 φοιτητές (ποσοστό 29,4%) είναι καπνιστές και μόνο 19 φοιτητές (ποσοστό 4%) δήλωσαν πως είναι πρώην καπνιστές (Πίνακας 8).

Πίνακας 8: Κατανομή φοιτητών ως προς την ιδιότητα του καπνιστή

| | Συχνότητα (N) | Σχετική Συχνότητα (%) |
|--|---------------|-----------------------|
| | | |

| | | |
|--------------------|-----|-------|
| Μη καπνιστής | 319 | 66,5 |
| Καπνιστής | 141 | 29,4 |
| πρώην καπνιστής | 20 | 4,2 |
| Σύνολο | 480 | 100,0 |

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης «καλής προσαρμογής» (χ^2 goodness of fit test) υποδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή των φοιτητών ως προς την ιδιότητα του καπνιστή ($\chi^2(2) = 282,76; n = 480; p < ,0001$). Βασιζόμενοι στις πραγματικές συχνότητες διαπιστώνουμε ότι οι φοιτητές στην πλειοψηφία τους είναι μη καπνιστές.

Κατανομή των γενικών χαρακτηριστικών των φοιτητών και συγκρίσεις ως την ιδιότητα του καπνιστή.

Η πλειοψηφία τόσο των φοιτητών σχολών Επιστημών Υγείας όσο και των σχολών μη Επιστημών Υγείας είναι μη καπνιστές. Η κατανομή των φοιτητών σε μη καπνιστές-καπνιστές-πρώην καπνιστές δε διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($\chi^2=1,53; df=2; p>0,05$) για τους δύο τύπους σχολών (Πίνακας 9).

Πίνακας 9: Ιδιότητα καπνιστή και Σχολή

| Σχολή | Ιδιότητα Καπνιστή | | | Σύνολο |
|---------------------|-------------------|--------------|-----------------|--------------|
| | Μη καπνιστής | Καπνιστής | πρώην καπνιστής | |
| Επιστημών Υγείας | 246 68,0% | 102 28,2% | 14 3,9% | 362 100,0 |
| Μη Επιστημών Υγείας | 73 61,9% | 39 33,1% | 6 5,1% | 118 100,0 |
| Σύνολο | 319 66,5% | 141 29,4% | 20 4,2% | 480 100,0 |

$\chi^2=1,53; df=2; p=0,465>0,05$

Η πλειοψηφία τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών είναι μη καπνιστές. Η κατανομή των φοιτητών σε μη καπνιστές-καπνιστές-πρώην καπνιστές διαφέρει όμως στατιστικά σημαντικά ($\chi^2=6,61; df=2; p <0,05$) ανάμεσα στα δύο φύλα αφού το ποσοστό των μη καπνιζόντων γυναικών είναι στατιστικά σημαντικά υψηλότερο από αυτό των ανδρών (Πίνακας 10).

Πίνακας 10: Ιδιότητα καπνιστή και Φύλο

| Φύλο | Ιδιότητα Καπνιστή | | | Σύνολο |
|---------|-------------------|--------------|-----------------|---------------|
| | Μη καπνιστής | Καπνιστής | πρώην καπνιστής | |
| Άνδρας | 118 59,9% | 70 35,5% | 9 4,6% | 197 100,0% |
| Γυναίκα | 201 71,0% | 71 25,1% | 11 3,9% | 283 100,0% |
| Σύνολο | 319 66,5% | 141 29,4% | 20 4,2% | 480 100,0% |

$\chi^2=6,61; df=2; p =0,037 <0,05$

Η πλειοψηφία φοιτητών όλων των ετών φοίτησης είναι μη καπνιστές. Η κατανομή των φοιτητών σε μη καπνιστές-καπνιστές-πρώην καπνιστές δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($\chi^2=12,45; df=8; p >0,05$) ανάμεσα στα έτη φοίτησης (Πίνακας 11). Το ποσοστό των μη καπνιστών φαίνεται να μειώνεται καθώς το έτος φοίτησης αυξάνει με αντίστοιχα το ποσοστό των καπνιστών να αυξάνει καθώς αυξάνει το έτος φοίτησης χωρίς όμως οι διαφορές να προκύπτουν στατιστικά σημαντικές.

Πίνακας 11: Ιδιότητα καπνιστή και Έτος φοίτησης

| Έτος φοίτησης | Ιδιότητα Καπνιστή | | | Σύνολο |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------|---------------|
| | Μη καπνιστής | Καπνιστής | πρώην καπνιστής | |
| Πρώτο | 81 66,9% | 36 29,8% | 4 3,3% | 121 100,0% |
| Δεύτερο | 98 71,5% | 34 24,8% | 5 3,6% | 137 100,0% |
| Τρίτο | 90 69,2% | 36 27,7% | 4 3,1% | 130 100,0% |
| Τέταρτο | 23 52,3% | 16 36,4% | 5 11,4% | 44 100,0% |
| Άλλο | 27 56,2% | 19 39,6% | 2 4,2% | 48 100,0% |
| Σύνολο | 319 66,5% | 319 66,5% | 141 29,4% | 20 4,2% |

$$\chi^2=12,45; df=8; p=0,132>0,05$$

Η πλειοψηφία φοιτητών είναι μη καπνιστές σε κάθε κατηγορία οικονομικής κατάστασης (κακής-μέτριας-καλής). Η κατανομή των φοιτητών σε μη καπνιστές-καπνιστές-πρώην καπνιστές εμφανίζει στατιστικά σημαντικές διαφορές ($\chi^2=9,87; df=4; p=<0,05$) ανάμεσα στις κατηγορία οικονομικής κατάστασης. Σχεδόν το 50% (47,2%) των φοιτητών με κακή οικονομική κατάσταση είναι καπνίζοντες ενώ τα ποσοστά καπνίζοντων φοιτητών με μέτρια και καλή οικονομική κατάσταση είναι αρκετά χαμηλότερα (Πίνακας 12).

Πίνακας 12: Ιδιότητα καπνιστή και οικονομική κατάσταση

| Οικονομική κατάσταση | Ιδιότητα Καπνιστή | | | Σύνολο |
|----------------------|-------------------|-----------|-----------------|--------|
| | Μη καπνιστής | Καπνιστής | πρώην καπνιστής | |
| | | | | |

| | | | | |
|--------|-------|-------|-------|--------|
| Κακή | 18 | 17 | 1 | 36 |
| | 50,0% | 47,2% | 2,8% | 100,0% |
| Μέτρια | 201 | 91 | 16 | 308 |
| | 65,3% | 29,5% | 5,2% | 100,0% |
| Καλή | 100 | 33 | 3 | 136 |
| | 73,5% | 24,3% | 2,2% | 100,0% |
| Σύνολο | 319 | 319 | 141 | 20 |
| | 66,5% | 56,5% | 29,4% | 4,2% |

$$\chi^2=9,87; df=4; p=0,043 < 0,05$$

Η κατανομή των φοιτητών σε μη καπνιστές-καπνιστές-πρώην καπνιστές δεν φαίνεται να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά ($\chi^2=8,23; df=6; p>0,05$) με το αν καπνίζουν και οι δύο γονείς ή ο ένας ή κανείς από τους δύο (Πίνακας 13).

Πίνακας 13: Ιδιότητα καπνιστή και καπνιστές γονείς

| Οι γονείς καπνίζουν; | Ιδιότητα Καπνιστή | | | Σύνολο |
|---|-------------------|-----------|-----------------|--------|
| | Μη καπνιστής | Καπνιστής | πρώην καπνιστής | |
| Κανείς από τους δύο γονείς δεν καπνίζει | 139 | 56 | 4 | 199 |
| | 69,8% | 28,1% | 2,0% | 100,0% |
| Ο πατέρας μόνο | 74 | 38 | 6 | 118 |
| | 62,7% | 32,2% | 5,1% | 100,0% |
| Η μητέρα μόνο | 44 | 16 | 6 | 66 |
| | 66,7% | 24,2% | 9,1% | 100,0% |
| Και οι δύο γονείς καπνίζουν | 62 | 31 | 4 | 97 |
| | 63,9% | 32,0% | 4,1% | 100,0% |
| Σύνολο | 319 | 141 | 141 | 20 |
| | 66,5% | 56 | 56 | 4,2% |

$$\chi^2=8,23; df=6; p=0,222 > 0,05$$

Η κατανομή των φοιτητών σε μη καπνιστές-καπνιστές-πρώην καπνιστές δεν φαίνεται να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά ($\chi^2=11,56; df=6; p>0,05$) με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα (Πίνακας 14). Αυξημένο είναι το ποσοστό καπνιστών φοιτητών με πατέρα μεταπτυχιακού μορφωτικού επιπέδου (43,5%) χωρίς όμως οι διαφορές να προκύπτουν στατιστικά σημαντικές.

Πίνακας 14: Ιδιότητα καπνιστή και Μορφωτικό επίπεδο πατέρα

| Μορφωτικό επίπεδο πατέρα | Ιδιότητα Καπνιστή | | | Σύνολο |
|--------------------------------|-------------------|--------------|--------------------|---------------|
| | Μη καπνιστής | Καπνιστής | πρώην καπνιστής | |
| Πρωτοβάθμια εκπαίδευση | 38 65,5% | 15 25,9% | 5 8,6% | 58 100,0% |
| Δευτεροβάθμια α εκπαίδευση | 133 65,8% | 58 28,7% | 11 5,4% | 202 100,0% |
| Τριτοβάθμια εκπαίδευση | 123 70,7% | 48 27,6% | 3 1,7% | 174 100,0% |
| Μεταπτυχιακές σπουδές | 25 54,3% | 20 43,5% | 1 2,2% | 46 100,0% |
| Σύνολο | 319 66,5% | 319 66,5% | 141 29,4% | 20 4,2% |

$\chi^2=11,56; df=6; p=0,072>0,05$

Αντίθετα η κατανομή των φοιτητών σε μη καπνιστές-καπνιστές-πρώην καπνιστές φαίνεται να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά ($\chi^2=20,59; df=6; p<0,01$) με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας (Πίνακας 15). Αυξημένο είναι επίσης το ποσοστό καπνιστών φοιτητών με μητέρα μεταπτυχιακού μορφωτικού επιπέδου (45,3%) με τις διαφορές με τα ποσοστά των υπολοίπων επιπέδων να προκύπτουν στατιστικά σημαντικές.

Πίνακας 15: Ιδιότητα καπνιστή και Μορφωτικό επίπεδο μητέρας

| Μορφωτικό επίπεδο μητέρας | Ιδιότητα Καπνιστή | | | Σύνολο |
|---------------------------------|-------------------|-------------|--------------------|---------------|
| | Μη καπνιστής | Καπνιστής | πρώην καπνιστής | |
| Πρωτοβάθμια εκπαίδευση | 30 57,7% | 15 28,8% | 52 100,0% | 58 100,0% |
| Δευτεροβάθμια εκπαίδευση | 115 68,0% | 49 29,0% | 169 100,0% | 202 100,0% |
| Τριτοβάθμια εκπαίδευση | 146 70,9% | 53 25,7% | 206 100,0% | 174 100,0% |
| Μεταπτυχιακές σπουδές | 28 52,8% | 24 45,3% | 53 100,0% | 46 100,0% |
| | 319 | 319 | 141 | 480 |
| Σύνολο | 66,5% | 66,5% | 29,4% | 100,0% |

$\chi^2=20,59; df=6; p=0,002<0,01$

Στάσεις – Συμπεριφορές των φοιτητών και συγκρίσεις ως την ιδιότητα του καπνιστή.

Η πλειοψηφία των πρώην καπνιστών θεωρεί πως εφόσον κάποιος ξεκινήσει το κάπνισμα, είναι εύκολο να το διακόψει. Η πλειοψηφία των καπνιστών φαίνεται να εκφράζει προβληματισμό σχετικά με το θέμα (οι περισσότερες απαντήσεις τους μοιράζονται στο πιθανώς όχι και πιθανών ναι) ενώ η πλειοψηφία των μη καπνιζόντων θεωρεί πως μάλλον είναι δύσκολο (Πίνακας 16). Οι παρατηρούμενες διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=38,23; df=6; p<0,01$)

Πίνακας 16: Θεωρείτε ότι, εφόσον κάποιος ξεκινήσει το κάπνισμα, είναι εύκολο να το διακόψει;

| Ιδιότητα Καπνιστή | Σίγουρα όχι | Πιθανώς όχι | Πιθανώς ναι | Σίγουρα ναι | Σύνολο |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|---------------|
| Μη καπνιστής | 72 22,6% | 125 39,3% | 95 29,9% | 26 8,2% | 318 100,0% |
| Καπνιστής | 27 19,1% | 37 26,2% | 61 43,3% | 16 11,3% | 141 100,0% |
| πρώην καπνιστής | 2 10,0% | 3 15,0% | 6 30,0% | 9 45,0% | 20 100,0% |
| Σύνολο | 101 21,1% | 165 34,4% | 162 33,8% | 51 10,6% | 479 100,0% |

$\chi^2=38,23; df=6; p=0,001<0,01$

Η πλειοψηφία των πρώην καπνιστών θεωρεί πως είναι ασφαλές αν καπνίζει κάποιος ένα με δύο χρόνια και το διακόψει μετά. Η πλειοψηφία των καπνιστών φαίνεται να εκφράζει προβληματισμό σχετικά με το θέμα (οι περισσότερες απαντήσεις τους μοιράζονται στο πιθανώς όχι, πιθανών ναι αλλά και σίγουρα ναι) ενώ η πλειοψηφία των μη καπνιζόντων εκφράζει γενικότερο προβληματισμό με τις απαντήσεις των περισσότερων να βρίσκονται στο Πιθανώς ναι – Σίγουρα ναι (Πίνακας 17). Οι παρατηρούμενες διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=13,48; df=6; p<0,05$)

Πίνακας 17: Είναι ασφαλές αν καπνίζει κάποιος ένα με δύο χρόνια και το διακόψει μετά;

| Ιδιότητα Καπνιστή | Σίγουρα όχι | Πιθανώς όχι | Πιθανώς ναι | Σίγουρα ναι | Σύνολο |
|----------------------|--------------|-------------|--------------|--------------|---------------|
| Μη καπνιστής | 50 15,7% | 88 27,7% | 132 41,5% | 48 15,1% | 318 100,0% |
| Καπνιστής | 19 13,5% | 37 26,2% | 50 35,5% | 35 24,8% | 141 100,0% |
| πρώην καπνιστής | 2 10,0% | 2 10,0% | 8 40,0% | 8 40,0% | 20 100,0% |
| Σύνολο | 101 21,1% | 71 14,8% | 127 26,5% | 190 39,7% | 91 19,0% |

$$\chi^2=13,48; df=6; p=0,036 < 0,05$$

Η πλειοψηφία των καπνιστών απαντούν πως οι περισσότεροι φίλοι τους καπνίζουν, η πλειοψηφία των μη καπνιστών και των πρώην καπνιστών απαντά πως καπνίζουν μερικοί από τους φίλους τους (Πίνακας 18). Οι παρατηρούμενες διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=94,77; df=6; p < 0,01$).

Πίνακας 18: Καπνίζει κάποιος από τους στενούς σας φίλους;

| Ιδιότητα Καπνιστή | Κανείς αυτούς | από Μερικοί από αυτούς | Οι περισσότεροι από αυτούς | Όλοι οι στενοί φίλοι μου | Σύνολο |
|----------------------|------------------|---------------------------|----------------------------------|-----------------------------|---------------|
| Μη καπνιστής | 55 17,2% | 197 61,8% | 60 18,8% | 7 2,2% | 319 100,0% |
| Καπνιστής | 3 2,1% | 49 34,8% | 66 46,8% | 23 16,3% | 141 100,0% |
| πρώην καπνιστής | 0 0,0% | 10 50,0% | 6 30,0% | 4 20,0% | 20 100,0% |
| Σύνολο | 58 | 256 | 132 | 34 | 480 |

12,1% 53,3% 27,5% 7,1% 100,0%

$\chi^2=94,77; df=6; p=0,001<0,01$

Η πλειοψηφία όλων των φοιτητών, - μη καπνιστών, καπνιστών αλλά και πρώην καπνιστών – θεωρεί δεν υπάρχει καμία διαφορά ως προς τον αριθμό των φίλων ανάμεσα σε καπνιστές και μη καπνιστές νέους (Πίνακας 19). Οι παρατηρούμενες διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=4,68; df=4; p=0,322>0,05$).

Πίνακας 19: Πιστεύετε ότι οι νέοι που καπνίζουν έχουν περισσότερους ή λιγότερους φίλους;

| | Λιγότερους φίλους | Καμία διαφορά τους καπνιστές | Περισσότερους με φίλους μη καπνιστές | Σύνολο |
|-------------------|-------------------|------------------------------|--------------------------------------|---------------|
| Ιδιότητα Καπνιστή | | | | |
| Μη καπνιστής | 9 2,8% | 276 86,5% | 34 10,7% | 319 100,0% |
| Καπνιστής | 4 2,8% | 117 83,0% | 20 14,2% | 140 100,0% |
| πρώην καπνιστής | 1 5,0% | 14 70,0% | 5 25,0% | 20 100,0% |
| Σύνολο | 14 2,9% | 407 84,8% | 59 12,3% | 480 100,0% |

$\chi^2=4,68; df=4; p=0,322>0,05$

Η πλειοψηφία όλων των φοιτητών, - μη καπνιστών, καπνιστών αλλά και πρώην καπνιστών – θεωρεί δεν υπάρχει καμία διαφορά ως την ελκυστικότητα μεταξύ σε καπνιστές και μη καπνιστές νέους (Πίνακας 20). Οι παρατηρούμενες διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=4,57; df=4; p=0,334>0,05$).

Πίνακας 20: Πιστεύετε ότι το κάπνισμα κάνει τους νέους να δείχνουν περισσότερο ή λιγότερο ελκυστικοί;

| | Λιγότερο ελκυστικοί | Καμία διαφορά από τους μη καπνιστές | Περισσότερο ελκυστικοί | Σύνολο |
|----------------------|------------------------|--|---------------------------|---------------|
| Ιδιότητα Καπνιστή | | | | |
| Μη καπνιστής | 80 25,2% | 206 64,5% | 33 10,4% | 319 100,0% |
| Καπνιστής | 26 18,4% | 97 68,8% | 18 12,8% | 141 100,0% |
| πρώην καπνιστής | 3 15,0% | 13 65,0% | 4 20,0% | 20 100,0% |
| Σύνολο | 109 22,8% | 316 65,8% | 55 11,3% | 480 100,0% |

$\chi^2=4,57; df=4; p=0,334>0,05$

Η πλειοψηφία όλων των φοιτητών, - μη καπνιστών, καπνιστών αλλά και πρώην καπνιστών – θεωρεί δεν υπάρχει καμία διαφορά ως το να αισθάνονται περισσότερο ή λιγότερο άνετα σε εκδηλώσεις, πάρτι ή άλλες κοινωνικές συγκεντρώσεις είτε καπνίζουν είτε όχι (Πίνακας 21). Οι παρατηρούμενες διαφορές στις απαντήσεις του πίνακα δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=3,14; df=4; p>0,05$).

Πίνακας 21: Θεωρείτε ότι το κάπνισμα βοηθά τους ανθρώπους να αισθάνονται περισσότερο ή λιγότερο άνετα σε εκδηλώσεις, πάρτι ή άλλες κοινωνικές συγκεντρώσεις;

| | Λιγότερο άνετα | Καμία διαφορά είτε καπνίζουν είτε όχι | Περισσότερο άνετα | Σύνολο |
|----------------------|----------------|---|----------------------|--------|
| Ιδιότητα καπνιστή | | | | |
| Μη καπνιστής | 32 | 162 | 125 | 319 |

| | | | | |
|-----------|-------|-------|-------|--------|
| | 10,0% | 50,8% | 39,2% | 100,0% |
| Καπνιστής | 13 | 71 | 57 | 141 |
| | 9,2% | 50,4% | 40,4% | 100,0% |
| πρώην | 4 | 7 | 9 | 20 |
| καπνιστής | 20,0% | 35,0% | 45,0% | 100,0% |
| | 49 | 240 | 191 | 480 |
| Σύνολο | 10,2% | 50,0% | 39,8% | 100,0% |

$\chi^2=3,14; df=4; p=0,534>0,05$

Η πλειοψηφία του συνόλου των φοιτητών απαντά πως δεν βλέπει ποτέ τη μητέρα να καπνίζει στο σπίτι (Πίνακας 22). Το αν ο φοιτητής βλέπει την μητέρα του να καπνίζει στο σπίτι φαίνεται να μην σχετίζεται με το αν ο φοιτητής είναι καπνιστής ή όχι. Οι παρατηρούμενες διαφορές στις απαντήσεις του πίνακα δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=3,14; df=4; p>0,05$).

Πίνακας 22: Πόσο συχνά βλέπετε τη μητέρα σας να καπνίζει στο σπίτι σας;

| Ιδιότητα | Ποτέ | Μερικές φορές | Σχεδόν κάθε μέρα | Σύνολο |
|--------------|-------|---------------|------------------|--------|
| Καπνιστή | | | | |
| Μη καπνιστής | 213 | 23 | 83 | 319 |
| | 66,8% | 78,2% | 26,0% | 100,0% |
| Καπνιστής | 90 | 12 | 39 | 141 |
| | 63,8% | 8,5% | 27,7% | 100,0% |
| πρώην | 11 | 0 | 9 | 20 |
| καπνιστής | 55,0% | 0,0% | 45,0% | 100,0% |
| | 314 | 35 | 131 | 480 |
| Σύνολο | 65,4% | 7,3% | 27,3% | 100,0% |

$\chi^2=4,72 df=4; p=0,317>0,05$

Η πλειοψηφία του συνόλου των φοιτητών απαντά πως δεν βλέπει ποτέ τον πατέρα να καπνίζει στο σπίτι (Πίνακας 23). Το αν ο φοιτητής βλέπει τον πατέρα του να καπνίζει

στο σπίτι φαίνεται να σχετίζεται με το αν ο φοιτητής είναι καπνιστής ή όχι. Το ποσοστό των καπνιστών που βλέπει τον πατέρα του να καπνίζει στο σπίτι είναι υψηλότερο από το αντίστοιχο των μη καπνιστών και των πρώην καπνιστών. Οι παρατηρούμενες διαφορές στον πίνακα είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=9,8$; $df=4$; $p<0,05$).

Πίνακας 23: Πόσο συχνά βλέπετε τον πατέρα σας να καπνίζει στο σπίτι σας;

| Ιδιότητα Καπνιστή | Ποτέ | Μερικές φορές | Σχεδόν μέρα | κάθε Σύνολο |
|-------------------|--------------|---------------|-------------|---------------|
| Μη καπνιστής | 193 60,5% | 37 11,6% | 89 27,9% | 319 100,0% |
| Καπνιστής | 73 51,8% | 13 9,2% | 55 39,0% | 141 100,0% |
| πρώην καπνιστής | 11 55,0% | 5 25,0% | 4 20,8% | 20 100,0% |
| | 277 | 55 | 148 | 480 |
| Σύνολο | 57,7% | 11,5% | 30,8% | 100,0% |

$\chi^2=9,8$; $df=4$; $p=0,043<0,05$

Η πλειοψηφία του συνόλου των φοιτητών απαντά πως δεν βλέπει τα αδέλφια τους να καπνίζουν στο σπίτι (Πίνακας 24). Το αν ο φοιτητής όμως βλέπει τα αδέλφια του να καπνίζουν στο σπίτι φαίνεται να σχετίζεται με το αν ο φοιτητής είναι καπνιστής ή όχι. Το ποσοστό των καπνιστών και των πρώην καπνιστών που βλέπει τα αδέλφια του να καπνίζουν σχεδόν κάθε μέρα στο σπίτι είναι υψηλότερο από το αντίστοιχο των μη καπνιστών. Οι παρατηρούμενες διαφορές στον πίνακα είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=12,17$ $df=4$; $p<0,05$).

Πίνακας 24: Πόσο συχνά βλέπετε αδέρφια σας να καπνίζουν στο σπίτι σας;

| Ιδιότητα Καπνιστή | Ποτέ | Μερικές φορές | Σχεδόν μέρα | κάθε Σύνολο |
|----------------------|--------------|------------------|----------------|----------------|
| Μη καπνιστής | 258 80,9% | 39 14,5% | 22 6,9% | 319 100,0% |
| Καπνιστής | 98 69,5% | 19 16,2% | 24 17,0% | 141 100,0% |
| πρώην καπνιστής | 15 75,0% | 2 11,8% | 3 15,0% | 20 100,0% |
| Σύνολο | 371 77,3% | 60 12,5% | 49 10,2% | 480 100,0% |

$$\chi^2=12,17 \text{ df}=4; p=0,016<0,05$$

Η πλειοψηφία του συνόλου των φοιτητών απαντά πως βλέπει φίλους/συγγενείς να καπνίζουν μερικές φορές στο σπίτι (Πίνακας 25). Το αν ο φοιτητής όμως βλέπει φίλους/συγγενείς να καπνίζουν στο σπίτι φαίνεται να σχετίζεται με το αν ο φοιτητής είναι καπνιστής ή όχι. Το ποσοστό των καπνιστών που βλέπει φίλους/συγγενείς να καπνίζουν σχεδόν κάθε μέρα στο σπίτι είναι υψηλότερο από το αντίστοιχο των μη καπνιστών και των πρώην καπνιστών. Οι παρατηρούμενες διαφορές στον πίνακα είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=36,33 \text{ df}=4; p<0,01$).

Πίνακας 25: Πόσο συχνά βλέπετε φίλους/συγγενείς να καπνίζουν στο σπίτι σας;

| Ιδιότητα Καπνιστή | Ποτέ | Μερικές φορές | Σχεδόν μέρα | κάθε Σύνολο |
|----------------------|-------------|------------------|----------------|----------------|
| Μη καπνιστής | 91 28,5% | 176 55,1% | 52 16,3% | 319 100,0% |
| Καπνιστής | 22 15,6% | 61 43,3% | 58 41,1% | 141 100,0% |
| πρώην καπνιστής | 3 15,0% | 13 65,0% | 4 20,0% | 20 100,0% |

| | | | | |
|--------|-------|-------|-------|--------|
| | 116 | 250 | 114 | 480 |
| Σύνολο | 24,2% | 52,1% | 23,8% | 100,0% |

$$\chi^2=36,33 \text{ df}=4; p=0,001<0,01$$

Η πλειοψηφία όλων των φοιτητών, τόσο των μη καπνιστών όσο και των καπνιστών και των πρώην καπνιστών απαντά πως μέλη της οικογένειάς τους τους έχουν αναφέρει τις επιβλαβείς επιπτώσεις του καπνίσματος. Χαρακτηριστικό είναι πως για τους καπνιστές το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο έναντι των μη καπνιστών και των πρώην καπνιστών (90,8%). Οι διαφορές που παρατηρούνται όμως δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=3,83 \text{ df}=2; p>0,05$) (Πίνακας 26).

Πίνακας 26: Σας έχει αναφέρει μέλος της οικογένειάς σας τις επιβλαβείς επιπτώσεις του καπνίσματος;

| Ιδιότητα Καπνιστή | Όχι | Ναι | Σύνολο |
|----------------------|-------------|--------------|---------------|
| Μη καπνιστής | 49 15,4% | 270 84,6% | 319 100,0% |
| Καπνιστής | 13 9,2% | 128 90,8% | 141 100,0% |
| πρώην καπνιστής | 4 20,0% | 16 80,0% | 20 100,0% |
| Σύνολο | 66 13,8% | 413 86,2% | 480 100,0% |

$$\chi^2=3,83 \text{ df}=2; p=0,147>0,05$$

Χαρακτηριστικό είναι πως η πλειοψηφία των καπνιστών και των πρώην καπνιστών φοιτητών, κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 12 μηνών, έχει διαβάσει κείμενα ή βιβλία για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία. Οι διαφορές στα ποσοστά όμως δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=2,53 \text{ df}=2; p>0,05$) Οι απαντήσεις των μη καπνιστών είναι ουσιαστικά μοιρασμένες ανάμεσα στο ναι (έχουν διαβάσει) και στο όχι (δεν έχουν διαβάσει) (Πίνακας 27).

Πίνακας 27: Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 12 μηνών, έχετε διαβάσει κείμενα ή βιβλία για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία;

| Ιδιότητα | Όχι | Ναι | Σύνολο |
|-----------------|--------------|--------------|---------------|
| Καπνιστή | | | |
| Μη καπνιστής | 161 50,5% | 158 49,5% | 319 100,0% |
| Καπνιστής | 60 42,6% | 81 57,4% | 141 100,0% |
| πρώην καπνιστής | 9 45,0% | 11 55,0% | 20 100,0% |
| Σύνολο | 230 47,9% | 250 52,1% | 480 100,0% |

$\chi^2=2,53$ $df=2$; $p=0,283>0,05$

Η πλειοψηφία όλων των φοιτητών, τόσο των μη καπνιστών όσο και των καπνιστών και των πρώην καπνιστών απαντά πως κατά την διάρκεια των προηγούμενων 30 ημερών έχει δει ή ακούσει αντικαπνιστικά μηνύματα στην τηλεόραση, το ραδιόφωνο, στο internet, σε διαφημιστικές πινακίδες, αφίσες, εφημερίδες, περιοδικά ή ταινίες. Οι διαφορές που παρατηρούνται στις απαντήσεις των τριών ομάδων (μη καπνιστές, καπνιστές, πρώην καπνιστές) δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=2,81$ $df=2$; $p>0,05$) (Πίνακας 28).

Πίνακας 28: Κατά την διάρκεια των προηγούμενων 30 ημερών, έχετε δει ή ακούσει αντικαπνιστικά μηνύματα στην τηλεόραση, το ραδιόφωνο, στο internet, σε διαφημιστικές πινακίδες, αφίσες, εφημερίδες, περιοδικά ή ταινίες;

| Ιδιότητα | Όχι | Ναι | Σύνολο |
|-----------------|--------------|--------------|---------------|
| καπνιστή | | | |
| Μη καπνιστής | 103 32,3% | 216 67,7% | 319 100,0% |
| Καπνιστής | 46 32,6% | 95 67,4% | 141 100,0% |
| πρώην καπνιστής | 9 | 11 | 20 |

| | | | |
|-----------|-------|-------|--------|
| καπνιστής | 45,0% | 55% | 100,0% |
| | 158 | 322 | 480 |
| Σύνολο | 33,0% | 67,0% | 100,0% |

$$\chi^2=2,81 \text{ df}=2; p=0,684>0,05$$

Η πλειοψηφία όλων των φοιτητών, τόσο των μη καπνιστών όσο και των καπνιστών και των πρώην καπνιστών απαντά τις τελευταίες 30 ημέρες έχετε δει προειδοποιήσεις για την υγεία στα πακέτα των τσιγάρων αλλά δεν το σκέφτηκε πολύ. Το ποσοστό των καπνιστών που έχει δει προειδοποιήσεις για την υγεία στα πακέτα των τσιγάρων αλλά δεν το σκέφτεται πολύ (75,9%) είναι στατιστικά σημαντικά υψηλότερο από τα αντίστοιχα ποσοστά των μη καπνιστών και των πρώην καπνιστών ($\chi^2=29,07; df=4; p<0,01$). Το ποσοστό των μη καπνιστών που έχει δει προειδοποιήσεις για την υγεία στα πακέτα των τσιγάρων και το οδήγησαν να σκεφτούν να διακόψουν το κάπνισμα ή να μην ξεκινήσουν το κάπνισμα είναι υψηλότερο των υπολοίπων (33,2%) (Πίνακας 29).

Πίνακας 29: Τις τελευταίες 30 ημέρες έχετε δει προειδοποιήσεις για την υγεία στα πακέτα των τσιγάρων; (φωτογραφίες, προειδοποιητικές ετικέτες)

| Ιδιότητα Καπνιστή | Όχι | Ναι, αλλά δεν τα σκέφτηκα πολύ | Ναι, και με οδήγησαν να σκεφτώ να διακόψω το κάπνισμα ή να μην ξεκινήσω το κάπνισμα | |
|----------------------|-------|-----------------------------------|---|--------|
| | | | Σύνολο | |
| Μη | 56 | 157 | 106 | 319 |
| καπνιστής | 17,6% | 49,2% | 33,2% | 100,0% |
| Καπνιστής | 12 | 107 | 22 | 141 |
| | 8,5% | 75,9% | 15,6% | 100,0% |
| πρώην | 3 | 13 | 4 | 20 |
| καπνιστής | 15,0% | 65,0% | 20,0% | 100,0% |
| Σύνολο | 71 | 277 | 132 | 480 |
| | 14,9% | 57,7% | 27,4% | 100,0% |

$$\chi^2=29,07; df=4; p=0,001<0,01$$

Η πλειοψηφία των καπνιστών πιστεύει πως η τιμή των προϊόντων καπνού δεν πρέπει να αυξηθεί (75,9%). Αντίθετα η πλειοψηφία των μη καπνιστών (56,4%) και των πρώην καπνιστών (65,0%) πιστεύει πως ότι η τιμή των προϊόντων καπνού πρέπει να αυξηθεί. Οι διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=45,28$; $df=2$; $p<0,01$) (Πίνακας 30).

Πίνακας 30: Πιστεύετε ότι η τιμή των προϊόντων καπνού πρέπει να αυξηθεί;

| Ιδιότητα Καπνιστή | Όχι | Ναι | Σύνολο |
|----------------------|--------------|--------------|---------------|
| Μη καπνιστής | 139 43,6% | 180 56,4% | 319 100,0% |
| Καπνιστής | 107 75,9% | 34 24,1% | 141 100,0% |
| πρώην καπνιστής | 7 35,0% | 13 65,0% | 20 100,0% |
| Σύνολο | 253 52,7 | 227 47,3% | 480 100,0% |

$$\chi^2=45,28; df=2; p=0,001<0,01$$

Η πλειοψηφία όλων των φοιτητών, τόσο των μη καπνιστών όσο και των καπνιστών και των πρώην καπνιστών κατά την διάρκεια των προηγούμενων 30 ημερών, δεν έχει δει πινακίδα που να δηλώνει ότι δεν επιτρέπεται οι έφηβοι να αγοράζουν προϊόντα καπνού. Τα ποσοστά όμως των καπνιστών και πρώην καπνιστών που έχουν δει τέτοιες πινακίδες (24,11% και 20,0% αντίστοιχα) είναι υψηλότερα του ποσοστού των μη καπνιστών (12,23%). Οι διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=18,93$; $df=2$; $p<0,01$) (Πίνακας 31).

Πίνακας 31: Κατά την διάρκεια των προηγούμενων 30 ημερών, έχετε δει πινακίδα που να δηλώνει ότι δεν επιτρέπεται οι έφηβοι να αγοράζουν προϊόντα καπνού;

| Ιδιότητα καπνιστή | Όχι | Ναι | Σύνολο |
|----------------------|---------------|--------------|---------------|
| Μη καπνιστής | 280 87,77% | 39 12,23% | 319 100,0% |
| Καπνιστής | 107 | 34 | 141 |

| | | | |
|-----------|--------|--------|--------|
| | 75,89% | 24,11% | 100,0% |
| πρώην | 16 | 4 | 20 |
| καπνιστής | 80,0% | 20,0% | 100,0% |
| Σύνολο | 403 | 77 | 480 |
| | 83,96% | 16,04 | 100,0% |

$$\chi^2=18,93; df=2; p=0,004<0,01$$

Η ισχυρή πλειοψηφία όλων των φοιτητών, τόσο των μη καπνιστών όσο και των καπνιστών και των πρώην καπνιστών πιστεύει ότι το κάπνισμα είναι επιβλαβές για την υγεία. Ένα 10% των πρώην καπνιστών εκφράζει προβληματισμό πως πιθανώς να μην είναι επιβλαβές για την υγεία. Οι διαφορές φαίνονται να είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=13,48; df=6; p<0,05$) (Πίνακας 32).

Πίνακας 32: Πιστεύετε ότι το κάπνισμα είναι επιβλαβές για την υγεία;

| Ιδιότητα | Σίγουρα όχι | Πιθανώς όχι | Πιθανώς ναι | Σίγουρα ναι | Σύνολο |
|-----------|-------------|-------------|----------------|-------------|--------|
| Καπνιστή | | | | | |
| Μη | 7 | 5 | 19 | 288 | 319 |
| καπνιστής | 2,2% | 1,6% | 6,0% | 90,6% | 100,0% |
| Καπνιστής | 3 | 7 | 13 | 118 | 141 |
| | 2,1% | 5,0% | 9,2% | 83,7% | 100,0% |
| πρώην | 0 | 2 | 0 | 18 | 20 |
| καπνιστής | 0,0% | 10,0% | 0,0% | 90,0% | 100,0% |
| Σύνολο | 12 | 12 | 32 | 424 | 480 |
| | 2,5% | 2,5% | 6,7% | 88,3% | 100,0% |

$$\chi^2=13,48; df=6; p=0,036<0,05$$

Η πλειοψηφία των μη καπνιστών (56,74%) έχει δοκιμάσει ή πειραματιστεί να καπνίσουν έστω μια ή δύο ρουφηξιές. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης «καλής προσαρμογής» (χ^2 goodness of fit test) υποδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή των μη καπνιστών ως προς το αν έχουν δοκιμάσει ή πειραματιστεί να καπνίσουν έστω μια ή δύο ρουφηξιές ($\chi^2(1) = 5,79; n = 319; p<0,05$). Βασιζόμενοι

στις πραγματικές συχνότητες διαπιστώνουμε ότι οι μη καπνιστές στην πλειοψηφία τους έχουν δοκιμάσει ή πειραματιστεί (Πίνακας 33).

Πίνακας 33: Έχετε δοκιμάσει ή πειραματιστεί να καπνίσετε έστω μια ή δύο ρουφηξιάς;

| Ιδιότητα Καπνιστή | Όχι | Ναι | Σύνολο |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|
| Μη καπνιστής | 138 43,26% | 181 56,74% | 319 100,0% |

$\chi^2=5,79; df=1 p=0,016<0,05$

Η πλειοψηφία όλων των φοιτητών, τόσο των μη καπνιστών όσο και των καπνιστών και των πρώην καπνιστών γνωρίζει τι είναι το ηλεκτρονικό τσιγάρο. Οι διαφορές που παρατηρούνται στις απαντήσεις των τριών ομάδων (μη καπνιστές, καπνιστές, πρώην καπνιστές) δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=2,10; df=2; p>0,05$) (Πίνακας 34).

Πίνακας 34: Γνωρίζετε τι είναι το ηλεκτρονικό τσιγάρο;

| Ιδιότητα Καπνιστή | Όχι | Ναι | Σύνολο |
|----------------------|-------------|---------------|---------------|
| Μη καπνιστής | 9 2,82% | 310 97,18% | 319 100,0% |
| Καπνιστής | 7 4,96% | 134 95,04% | 141 100,0% |
| πρώην καπνιστής | 0 0,00% | 20 100,00% | 20 100,0% |
| Σύνολο | 16 3,33% | 464 96,67% | 480 100,0% |

$\chi^2=2,10; df=2; p=0,350>0,05$

Η πλειοψηφία των μη καπνιστών (62,38%) δεν έχει δοκιμάσει ή πειραματιστεί με οποιαδήποτε μορφή άλλων προϊόντων καπνού εκτός από το τσιγάρο. Αντίθετα η πλειοψηφία των καπνιστών (79,43%) και των πρώην καπνιστών (90,00%) έχουν δοκιμάσει ή πειραματιστεί με οποιαδήποτε μορφή άλλων προϊόντων καπνού εκτός

από το τσιγάρο. Οι διαφορές που παρατηρούνται στις απαντήσεις των τριών ομάδων (μη καπνιστές, καπνιστές, πρώην καπνιστές) είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=81,54$; $df=4$; $p<0,01$) (Πίνακας 35).

Πίνακας 35: Έχετε δοκιμάσει ή πειραματιστεί με οποιαδήποτε μορφή άλλων προϊόντων καπνού εκτός από το τσιγάρο; (Ηλεκτρονικό τσιγάρο, IQOS, πούρα)

| Ιδιότητα Καπνιστή | Όχι | Ναι | Σύνολο |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|
| Μη καπνιστής | 199 62,38% | 120 37,62% | 319 100,0% |
| Καπνιστής | 29 20,57% | 112 79,43% | 141 100,0% |
| πρώην καπνιστής | 2 10,00% | 18 90,00% | 20 100,0% |
| Σύνολο | 230 47,92% | 250 52,08% | 480 100,0% |

$\chi^2=81,54$; $df=4$; $p=0,001<0,01$

Η πλειοψηφία των μη καπνιστών (68,65%) δεν χρησιμοποιήσει ηλεκτρονικό τσιγάρο σε όλη του τη ζωή, ποσοστό στατιστικά σημαντικά υψηλότερο από τα αντίστοιχα των καπνιστών και των πρώην καπνιστών ($\chi^2=132,84$; $df=12$; $p<0,01$). Η κατανομή των απαντήσεων των φοιτητών που έχουν χρησιμοποιήσει ηλεκτρονικό τσιγάρο φαίνονται στον Πίνακα 36.

Πίνακας 36: Συνολικά πόσες ημέρες έχετε χρησιμοποιήσει ηλεκτρονικό τσιγάρο σε όλη σας τη ζωή;

| Ιδιότητα Καπνιστή | Καμία ημέρα | 1 ημέρα | 2-10 ημέρες | 11-20 ημέρες | 21-50 ημέρες | 51-100 ημέρες | Πάνω από 100 | Σύνολο |
|-------------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|---------------|
| Μη καπνιστής | 219 68,65% | 60 18,81% | 30 9,40% | 1 0,31% | 4 1,25% | 3 0,94% | 2 0,63% | 319 100,0% |
| Καπνιστής | 37 26,24% | 27 19,15% | 29 20,57% | 8 5,67% | 21 14,89% | 7 4,96% | 12 8,51% | 141 100,0% |
| πρώην καπνιστής | 6 30,00% | 1 5,00% | 6 30,00% | 2 10,00% | 1 5,00% | 2 10,00% | 2 10,00% | 20 100,0% |
| Σύνολο | 262 54,58% | 88 18,33% | 65 13,54% | 11 2,29% | 26 5,42% | 12 2,50% | 16 3,33% | 480 100,0% |

$$\chi^2=132,84; df=12; p=0,0014<0,01$$

Επιπλέον θέματα που αφορούν Στάσεις – Συμπεριφορές των μη καπνιστών φοιτητών

Για την πλειοψηφία των μη καπνιστών (59,6%) κατά την διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, καμία μέρα δεν έχει καπνίσει κάποιος κατά την παρουσία τους μέσα στο σπίτι τους. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης «καλής προσαρμογής» (χ^2 goodness of fit test) υποδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή των μη καπνιστών ως προς το ερώτημα αυτό ($\chi^2(4)=325,62$; $n=319$; $p=0,001<0,01$). Βασιζόμενοι στις πραγματικές συχνότητες διαπιστώνουμε ότι για στην πλειοψηφία των μη καπνιστών κανείς δεν κάπνισε μπροστά τους κατά τη διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών (Πίνακας 37).

Πίνακας 37: Κατά την διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, πόσες ημέρες έχει καπνίσει κάποιος κατά την παρουσία σας μέσα στο σπίτι σας;

| | Συχνότητα (N) | Σχετική Συχνότητα (%) |
|-------------|---------------|-----------------------|
| Καμία ημέρα | 190 | 59,6 |
| 1-2 ημέρες | 49 | 15,4 |
| 3-4 ημέρες | 32 | 10,0 |
| 5-6 ημέρες | 9 | 2,8 |
| 7 ημέρες | 39 | 12,2 |
| Σύνολο | 319 | 100,0 |

$\chi^2(4)=325,62$; $n=319$; $p=0,001<0,01$

Για την πλειοψηφία των μη καπνιστών κατά την διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, έχει καπνίσει κάποιος κατά την παρουσία τους μέσα σε οποιοδήποτε εσωτερικό δημόσιο χώρο εκτός του σπιτιού του (πχ. Σχολή, μαγαζιά, εστιατόρια, θέατρα). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης «καλής προσαρμογής» (χ^2 goodness of fit test) υποδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή των μη καπνιστών ως προς το ερώτημα αυτό ($\chi^2(4)=14,17$; $n=319$; $p=0,007<0,01$). Βασιζόμενοι στις πραγματικές συχνότητες διαπιστώνουμε ότι για την πλειοψηφία των μη καπνιστών, όπως είναι φυσικό, έχει καπνίσει κάποιος κατά την παρουσία τους μέσα σε

οποιοδήποτε εσωτερικό δημόσιο χώρο εκτός του σπιτιού του (πχ. Σχολή, μαγαζιά, εστιατόρια, θέατρα). (Πίνακας 38).

Πίνακας 38: Κατά την διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, πόσες ημέρες έχει καπνίσει κάποιος κατά την παρουσία σας μέσα σε οποιοδήποτε εσωτερικό δημόσιο χώρο εκτός του σπιτιού σας (πχ. Σχολή, μαγαζιά, εστιατόρια, θέατρα);

| | Συχνότητα (N) | Σχετική Συχνότητα (%) |
|-------------|---------------|-----------------------|
| Καμία ημέρα | 50 | 15,7 |
| 1-2 ημέρες | 84 | 26,4 |
| 3-4 ημέρες | 66 | 20,7 |
| 5-6 ημέρες | 48 | 15,1 |
| 7 ημέρες | 71 | 22,3 |
| Σύνολο | 319 | 100,0 |

$\chi^2(4)=14,17; n=319; p=0,007<0,01$

Για την πλειοψηφία των μη καπνιστών ο καπνός από τους καπνιστές είναι σίγουρα επιβλαβής για αυτούς (69,0%) και πιθανώς επιβλαβής για αυτούς (25,0%). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης «καλής προσαρμογής» (χ^2 goodness of fit test) υποδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή των μη καπνιστών ως προς το ερώτημα αυτό ($\chi^2(3)=369,37; n=319; p=0,001<0,01$). Βασιζόμενοι στις πραγματικές συχνότητες διαπιστώνουμε ότι για την πλειοψηφία των μη καπνιστών ο καπνός από τους καπνιστές είναι επιβλαβής για αυτούς (Πίνακας 38).

Πίνακας 38: Πιστεύετε ότι ο καπνός από τους καπνιστές είναι επιβλαβής για εσάς;

| | Συχνότητα (N) | Σχετική Συχνότητα (%) |
|-------------|---------------|-----------------------|
| Σίγουρα όχι | 7 | 2,2 |
| Πιθανώς όχι | 12 | 3,8 |
| Πιθανώς ναι | 80 | 25,0 |
| Σίγουρα ναι | 220 | 69,0 |
| Σύνολο | 319 | 100,0 |

$\chi^2(3)=369,37; n=319; p=0,001<0,01$

Η πλειοψηφία των μη καπνιστών είναι υπέρ της απαγόρευσης του καπνίσματος μέσα σε εσωτερικούς δημόσιους χώρους όπως για παράδειγμα στη σχολή, σε μαγαζιά, εστιατόρια ή θέατρα (89,0%). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης «καλής προσαρμογής» (χ^2 goodness of fit test) υποδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή των μη καπνιστών ως προς το ερώτημα αυτό ($\chi^2(1)=193,41$; $n=319$; $p=0,001<0,01$). Βασιζόμενοι στις πραγματικές συχνότητες διαπιστώνουμε ότι η πλειοψηφία των μη καπνιστών είναι υπέρ της απαγόρευσης του καπνίσματος μέσα σε εσωτερικούς δημόσιους χώρους όπως για παράδειγμα στη σχολή, σε μαγαζιά, εστιατόρια ή θέατρα (Πίνακας 39).

Πίνακας 39: Είστε υπέρ της απαγόρευσης του καπνίσματος μέσα σε εσωτερικούς δημόσιους χώρους όπως για παράδειγμα στη σχολή, σε μαγαζιά, εστιατόρια ή θέατρα;

| | Συχνότητα (N) | Σχετική Συχνότητα (%) |
|--------|---------------|-----------------------|
| Όχι | 35 | 11,0 |
| Ναι | 284 | 89,0 |
| Σύνολο | 319 | 100,0 |

$\chi^2(1)=193,41$; $n=319$; $p=0,001<0,01$

Επιπλέον θέματα που αφορούν Στάσεις – Συμπεριφορές των καπνιστών φοιτητών

Η μέση ηλικία έναρξης του καπνίσματος είναι η 16,3 + 1,90 έτη με ελάχιστη ηλικία εκείνη των 11 ετών και μέγιστη εκείνη των 24 ετών.

Η πλειοψηφία των καπνιστών φοιτητών (55,3%) άρχισε το κάπνισμα από περιέργεια και για δοκιμή. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης «καλής προσαρμογής» (χ^2 goodness of fit test) υποδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή των καπνιστών ως προς το λόγο που άρχισαν να καπνίζουν ($\chi^2(4)=123,62$; $n=141$; $p<0,01$). Βασιζόμενοι στις πραγματικές συχνότητες διαπιστώνουμε ότι οι

περισσότεροι φοιτητές άρχισαν να καπνίζουν από περιέργεια ή/και για δοκιμή (Πίνακας 40).

Πίνακας 40: Για ποιους λόγους ξεκινήσατε το κάπνισμα;

| | Συχνότητα (N) | Σχετική Συχνότητα (%) |
|--|---------------|-----------------------|
| Κοινωνική αποδοχή | 9 | 6,4 |
| Μείωση άγχους και νευρικότητας ή στρες | 29 | 20,6 |
| Αδυνάτισμα | 4 | 2,8 |
| Περιέργεια, δοκιμή | 78 | 55,3 |
| Μιμητισμός, κακές επιρροές | 21 | 14,9 |
| Σύνολο | 141 | 100,0 |

$$\chi^2(4)=123,62; n=141; p=0,001<0,01$$

Οι περισσότεροι καπνιστές φοιτητές (56,7%) απάντησαν πως επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα τώρα. Τα αποτελέσματα όμως της ανάλυσης «καλής προσαρμογής» (χ^2 goodness of fit test) δεν υποδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή των καπνιστών ως προς την επιθυμία να διακόψουν το κάπνισμα ($\chi^2(1)=2,56; n=141; p>0,05$). Βασιζόμενοι στις πραγματικές συχνότητες διαπιστώνουμε ότι το ποσοστό των καπνιστών που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα δεν διαφέρει από το ποσοστό αυτών που δεν επιθυμούν (Πίνακας 41).

Πίνακας 41: Επιθυμείτε να διακόψετε το κάπνισμα τώρα;

| | Συχνότητα (N) | Σχετική (%) | Συχνότητα |
|--------|---------------|-------------|-----------|
| Όχι | 80 | 56,7 | |
| Ναι | 61 | 43,3 | |
| Σύνολο | 141 | 100,0 | |

$$\chi^2(1)=2,56; n=141; p=0,110>0,05$$

Οι περισσότεροι καπνιστές φοιτητές (51,8%) απάντησαν πως κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών έχουν προσπαθήσει να διακόψουν το κάπνισμα. Τα αποτελέσματα όμως της ανάλυσης «καλής προσαρμογής» (χ^2 goodness of fit test) δεν υποδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή των καπνιστών ως προς την προσπάθεια να διακόψουν το κάπνισμα κατά τους τελευταίους 12 μήνες ($\chi^2(1)=0,177; n=141; p>0,05$). Βασιζόμενοι στις πραγματικές συχνότητες διαπιστώνουμε ότι το ποσοστό των καπνιστών που έχουν προσπαθήσει να διακόψουν το κάπνισμα δεν διαφέρει από το ποσοστό αυτών που δεν έχουν προσπαθήσει (Πίνακας 42).

Πίνακας 42: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών έχετε προσπαθήσει να διακόψετε το κάπνισμα;

| | Συχνότητα (N) | Σχετική (%) | Συχνότητα |
|--------|---------------|-------------|-----------|
| Όχι | 73 | 51,8 | |
| Ναι | 68 | 48,2 | |
| Σύνολο | 141 | 100,0 | |

$$\chi^2(1)=0,177; n=141; p=0,674>0,05$$

Οι περισσότεροι καπνιστές φοιτητές (83,7%) θεωρούν ότι θα μπορούσαν να διακόψουν το κάπνισμα αν το επιθυμούσαν. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης «καλής προσαρμογής» (χ^2 goodness of fit test) υποδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή των καπνιστών ως προς το ερώτημα αυτό ($\chi^2(1)=64,01$; $n=141$; $p<0,05$). Βασιζόμενοι στις πραγματικές συχνότητες διαπιστώνουμε ότι η πλειοψηφία των καπνιστών φοιτητών θεωρεί ότι θα μπορούσε να διακόψει το κάπνισμα αν το επιθυμούσε (Πίνακας 43).

Πίνακας 43: Θεωρείτε ότι θα μπορούσατε να διακόψετε το κάπνισμα αν το επιθυμούσατε;

| | Συχνότητα (N) | Σχετική (%) | Συχνότητα |
|--------|---------------|----------------|-----------|
| Όχι | 23 | 16,3 | |
| Ναι | 118 | 83,7 | |
| Σύνολο | 141 | 100,0 | |

$\chi^2(1)=64,01$; $n=141$; $p=0,001<0,05$

Οι περισσότεροι καπνιστές φοιτητές (39,7%) δηλώνουν ότι δεν έχουν λάβει ποτέ βοήθεια ή συμβουλή που να βοηθούσε στη διακοπή καπνίσματος. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης «καλής προσαρμογής» (χ^2 goodness of fit test) υποδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή των καπνιστών ως προς το ερώτημα αυτό ($\chi^2(4)=52,51$; $n=141$; $p<0,01$). Βασιζόμενοι στις πραγματικές συχνότητες διαπιστώνουμε ότι η πλειοψηφία των καπνιστών φοιτητών θεωρεί ότι δεν έχει λάβει ποτέ βοήθεια ή συμβουλή που να βοηθούσε στη διακοπή καπνίσματος (Πίνακας 44).

Πίνακας 44: Έχετε λάβει ποτέ βοήθεια ή συμβουλή που να βοηθούσε στη διακοπή καπνίσματος;

| | Συχνότητα (N) | Σχετική (%) | Συχνότητα |
|--|---------------|----------------|-----------|
|--|---------------|----------------|-----------|

| | | |
|--|-----|-------|
| Όχι, δεν έχω λάβει ποτέ βοήθεια ή συμβουλή | 56 | 39,7 |
| Ναι, από μέλος της οικογένειας | 29 | 20,6 |
| Ναι, από φίλο | 30 | 21,3 |
| Ναι, από πρόγραμμα ή επαγγελματία υγείας | 2 | 1,4 |
| Ναι, από όλα τα παραπάνω | 24 | 17,0 |
| Σύνολο | 141 | 100,0 |

$\chi^2(4)=52,51; n=141; p=0,001<0,01$

Επιπλέον θέματα που αφορούν Στάσεις – Συμπεριφορές των πρώην καπνιστών φοιτητών

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης «καλής προσαρμογής» (χ^2 goodness of fit test) δεν υποδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή των καπνιστών ως προς το πόσο καιρό πριν διακόψαν το κάπνισμα ($\chi^2(4)=1,00; n=20; p>0,05$). Βασιζόμενοι στις πραγματικές συχνότητες μπορούμε να θεωρήσουμε πως οι συμμετέχοντες πρώην καπνιστές φοιτητές κατανέμονται σε διάφορα χρονικά διαστήματα ως προς το πότε διέκοψαν το κάπνισμα (Πίνακας 45).

Πίνακας 45: Πριν από πόσο καιρό διακόψατε το κάπνισμα;

| | Συχνότητα (N) | Σχετική Συχνότητα (%) |
|------------|---------------|-----------------------|
| 1-3 μήνες | 4 | 20,0 |
| 4-11 μήνες | 3 | 15,0 |
| 1 χρόνο | 5 | 25,0 |

| | | |
|---------------------|----|-------|
| 2 χρόνια | 3 | 15,0 |
| 3 χρόνια ή παραπάνω | 5 | 25,0 |
| Σύνολο | 20 | 100,0 |

$$\chi^2(4)=1,00; n=20; p=0,910>0,05$$

Η πλειοψηφία των πρώην καπνιστών (65%) θεωρεί πως η βελτίωση της υγείας είναι ο κύριος λόγος διακοπής καπνίσματος. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης «καλής προσαρμογής» (χ^2 goodness of fit test) δεν υποδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή των καπνιστών διέκοψε το κάπνισμα για να βελτιώσω την υγεία του ($\chi^2(2)=9,1; n=20; p<0,05$). Βασιζόμενοι στις πραγματικές συχνότητες μπορούμε να θεωρήσουμε η βελτίωση της υγείας φαίνεται να είναι ο κύριος λόγος διακοπής καπνίσματος από τους πρώην καπνιστές φοιτητές. (Πίνακας 46).

Πίνακας 46: Ποιος ήταν ο κύριος λόγος που αποφασίσατε να διακόψετε το κάπνισμα;

| | Συχνότητα (N) | Σχετική Συχνότητα (%) |
|-------------------------------|---------------|-----------------------|
| Για να βελτιώσω την υγεία μου | 13 | 65,0 |
| Για οικονομία χρημάτων | 3 | 15,0 |
| Άλλο | 4 | 20,0 |
| Σύνολο | 20 | 100,0 |

$$\chi^2(2)=9,1; n=20; p=0,011<0,05$$

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης «καλής προσαρμογής» (χ^2 goodness of fit test) δεν υποδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή των καπνιστών ως προς την θεώρησή τους πως η διαδικασία διακοπής καπνίσματος είναι δύσκολη ή εύκολη ($\chi^2(3)=4,80; n=20; p>0,05$). Βασιζόμενοι στις πραγματικές συχνότητες μπορούμε να θεωρήσουμε πως για άλλους πρώην καπνιστές η διαδικασία διακοπής καπνίσματος ήταν εύκολη ενώ για άλλους δύσκολη (Πίνακας 47).

Πίνακας 47: Πώς σας φάνηκε η διαδικασία διακοπής καπνίσματος;

| | Συχνότητα (N) | Σχετική (%) | Συχνότητα |
|----------------------|---------------|----------------|-----------|
| Ήταν πολύ εύκολη | 7 | 35,0 | |
| Ήταν σχετικά εύκολη | 5 | 25,0 | |
| Ήταν σχετικά δύσκολη | 7 | 35,0 | |
| Ήταν πολύ δύσκολη | 1 | 5,0 | |
| Σύνολο | 20 | 100,0 | |

$\chi^2(3)=4,80; n=20; p=0,187>0,05$

Θέματα που αφορούν Εθισμό στο κάπνισμα

Η πλειοψηφία των καπνιστών φοιτητών (45,4%) καπνίζει το πρώτο τσιγάρο 60 λεπτά μετά, αφού έχει ξυπνήσει. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης «καλής προσαρμογής» (χ^2 goodness of fit test) υποδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή των καπνιστών ως προς το χρόνο του πρώτου τσιγάρου μετά το ξύπνημα ($\chi^2(3)=71,09$; $n=141$; $p<0,01$) (Πίνακας 48).

Πίνακας 48: Πόσο σύντομα, αφού έχετε ξυπνήσει, καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;

| | Συχνότητα (N) | Σχετική Συχνότητα (%) |
|-------------------|---------------|-----------------------|
| Μέσα σε 5 λεπτά | 21 | 14,9 |
| 6-30 λεπτά | 29 | 20,6 |
| 31-60 λεπτά | 27 | 19,1 |
| Μετά από 60 λεπτά | 64 | 45,4 |
| Σύνολο | 141 | 100,0 |

$\chi^2(3)=71,09$; $n=141$; $p=0,001<0,01$

Η πλειοψηφία των καπνιστών φοιτητών (73,8%) δεν δυσκολεύεται να αποφύγει το κάπνισμα σε χώρους όπου απαγορεύεται (πχ. Εκκλησία, σινεμά, βιβλιοθήκη, κλπ.). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης «καλής προσαρμογής» (χ^2 goodness of fit test) υποδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή των καπνιστών ως προς τη δυσκολία αποφυγής καπνίσματος το κάπνισμα σε χώρους όπου απαγορεύεται ($\chi^2(1)=116,72$; $n=141$; $p<0,01$) (Πίνακας 49).

Πίνακας 49: Δυσκολεύεστε να αποφύγετε το κάπνισμα σε χώρους όπου απαγορεύεται (πχ. Εκκλησία, σινεμά, βιβλιοθήκη, κλπ.);

| | Συχνότητα (N) | Σχετική Συχνότητα (%) |
|--------|---------------|-----------------------|
| Όχι | 104 | 73,8 |
| Ναι | 37 | 26,2 |
| Σύνολο | 141 | 100,0 |

$\chi^2(1)=116,72; n=141; p=0,001<0,01$

Η πλειοψηφία των καπνιστών φοιτητών (63,8%) δυσκολεύεται περισσότερο να αποφύγει κάπνισμα κατά τη διάρκεια της ημέρας μετά το πρωί. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης «καλής προσαρμογής» (χ^2 goodness of fit test) υποδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή των καπνιστών ως προς αυτό το ερώτημα ($\chi^2(1)=10,79; n=141; p<0,01$). Βασιζόμενοι στις παρατηρούμενες συχνότητες θα υποστηρίζαμε πως για τους περισσότερους καπνιστές είναι ευκολότερο να αποφύγουν το πρωινό τσιγάρο (Πίνακας 50).

Πίνακας 50: Πιο τσιγάρο θα ήταν δύσκολο για εσάς να μην καπνίσετε κατά τη διάρκεια της ημέρας;

| | Συχνότητα (N) | Σχετική Συχνότητα (%) |
|-------------|---------------|-----------------------|
| Το πρωινό | 51 | 36,2 |
| Κάποιο άλλο | 90 | 63,8 |
| Σύνολο | 141 | 100,0 |

$\chi^2(1)=10,79; n=141; p=0,001<0,01$

Η πλειοψηφία των καπνιστών φοιτητών (63,8%) καπνίζει 10 ή λιγότερα τσιγάρα. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης «καλής προσαρμογής» (χ^2 goodness of fit test) υποδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή των καπνιστών ως

προς αυτό το ερώτημα ($\chi^2(3)=132,74; n=141; p<0,01$). Βασιζόμενοι στις παρατηρούμενες συχνότητες μπορούμε να υποστηρίξουμε πως οι περισσότεροι καπνιστές φοιτητές καπνίζουν 10 ή λιγότερα τσιγάρα την ημέρα (Πίνακας 51).

Πίνακας 51: Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;

| | Συχνότητα (N) | Σχετική (%) | Συχνότητα |
|---------------|---------------|-------------|-----------|
| 10 ή λιγότερα | 90 | 63,8 | |
| 11-20 | 39 | 27,7 | |
| 21-30 | 10 | 7,1 | |
| 31 ή παραπάνω | 2 | 1,4 | |
| Σύνολο | 141 | 100,0 | |

$\chi^2(3)=132,74; n=141; p=0,001<0,01$

Η πλειοψηφία των καπνιστών φοιτητών (68,8%) δεν καπνίζει πιο συχνά το πρωί. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης «καλής προσαρμογής» (χ^2 goodness of fit test) υποδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή των καπνιστών ως προς αυτό το ερώτημα ($\chi^2(1)=19,92; n=141; p<0,01$). Βασιζόμενοι στις παρατηρούμενες συχνότητες μπορούμε να υποστηρίξουμε πως οι περισσότεροι καπνιστές φοιτητές καπνίζουν πιο συχνά κατά την διάρκεια της ημέρας μετά το πρωί (Πίνακας 52).

Πίνακας 52: Καπνίζετε πιο συχνά το πρωί;

| | Συχνότητα (N) | Σχετική (%) | Συχνότητα |
|--------|---------------|-------------|-----------|
| Όχι | 97 | 68,8 | |
| Ναι | 44 | 31,2 | |
| Σύνολο | 141 | 100,0 | |

$\chi^2(1)=19,92; n=141; p=0,001<0,01$

Η πλειοψηφία των καπνιστών φοιτητών (83,7%) δεν συνεχίζει να καπνίζει όταν είναι άρρωστοι και στο κρεβάτι το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης «καλής προσαρμογής» (χ^2 goodness of fit test) υποδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή των καπνιστών ως προς αυτό το ερώτημα ($\chi^2(1)=161,53$; $n=141$; $p<0,01$). Βασιζόμενοι στις παρατηρούμενες συχνότητες μπορούμε να υποστηρίξουμε πως οι περισσότεροι καπνιστές φοιτητές δεν συνεχίζουν να καπνίζουν όταν είναι άρρωστοι και στο κρεβάτι το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας (Πίνακας 53).

Πίνακας 53: Όταν είστε άρρωστοι και στο κρεβάτι το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας συνεχίζετε να καπνίζετε;

| | Συχνότητα (N) | Σχετική (%) | Συχνότητα |
|--------|---------------|-------------|-----------|
| Όχι | 118 | 83,7 | |
| Ναι | 23 | 16,3 | |
| Σύνολο | 141 | 100,0 | |

$\chi^2(1)=161,53$; $n=141$; $p=0,001<0,01$

Η πλειοψηφία των καπνιστών φοιτητών αφού έχει καπνίσει, αρχίζει να νιώθει έντονη επιθυμία να καπνίσει το επόμενο τσιγάρο που δύσκολα μπορεί να αγνοήσει μέσα σε 60 λεπτά (31,2%) ή μέσα σε 1-2 ώρες (33,3%). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης «καλής προσαρμογής» (χ^2 goodness of fit test) υποδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή των καπνιστών ως προς αυτό το ερώτημα ($\chi^2(5)=103,53$; $n=141$; $p<0,01$). Βασιζόμενοι στις παρατηρούμενες συχνότητες μπορούμε να υποστηρίξουμε πως οι περισσότεροι καπνιστές φοιτητές αρχίζουν να νιώθουν έντονη επιθυμία να καπνίσουν το επόμενο τσιγάρο που δύσκολα μπορούν να αγνοήσουν, το πολύ μέσα στις 2 πρώτες ώρες. (Πίνακας 54).

Πίνακας 54: Πόσο σύντομα, αφού έχετε καπνίσει, αρχίζετε να νιώθετε έντονη επιθυμία να καπνίσετε το επόμενο τσιγάρο που δύσκολα μπορείτε να αγνοήσετε;

| | Συχνότητα (N) | Σχετική Συχνότητα (%) |
|---|---------------|-----------------------|
| Εντός 60 λεπτών | 44 | 31,2 |
| 1-2 ώρες | 47 | 33,3 |
| Πάνω από 2-4 ώρες | 17 | 12,1 |
| Πάνω από 4 ώρες αλλά λιγότερο από μια ολόκληρη μέρα | 20 | 14,2 |
| 1-3 ημέρες | 5 | 3,5 |
| 4 ή παραπάνω ημέρες | 7 | 5,0 |
| Σύνολο | 141 | 100,0 |

$\chi^2(5)=103,53; n=141; p=0,001<0,01$

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα συμμετείχαν 480 φοιτητές του πανεπιστημίου Πατρών, το 75,4% των οποίων φοιτούν σε σχολές επαγγελματιών υγείας και το 24,6% σε σχολές μη σχετικές με επαγγέλματα υγείας. Στο σύνολο των συμμετεχόντων φοιτητών το 41% είναι άνδρες και το 59% είναι γυναίκες. Η μέση ηλικία τους είναι $20,0 \pm 1,6$ έτη (ελάχιστη ηλικία: 17 έτη και μέγιστη ηλικία: 26 έτη). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων φοιτητών (ποσοστό 80,8%) κατανέμεται στο Πρώτο, Δεύτερο και Τρίτο έτος φοίτησης, μόνο τον 19,2% φοιτούν στο Τέταρτο έτος ή είναι επί πτυχίο φοιτητές.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων φοιτητών (ποσοστό 64,2%) δήλωσε πως η οικονομική τους κατάσταση είναι μέτρια, το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα ήταν αυτό της Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ποσοστό 42,1%) ή αυτό της Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ποσοστό 36,3%), το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας ήταν αυτό της Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ποσοστό 42,9%) ή αυτό της Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ποσοστό 35,2%). Για την πλειοψηφία των φοιτητών (ποσοστό 41,5%) κανείς από τους δυο γονείς δεν καπνίζει.

Στα συμπεράσματα που ακολουθούν η μελέτη, επεξεργασία, ανάλυση και ερμηνεία των δεδομένων βασίστηκε στην ιδιότητα του καπνιστή για κάθε φοιτητή. Από τους 480 φοιτητές οι περισσότεροι (319 φοιτητές, ποσοστό 66,5%) είναι μη καπνιστές, οι 141 φοιτητές (ποσοστό 29,4%) είναι καπνιστές και μόνο 20 φοιτητές (ποσοστό 4,2%) δήλωσαν πως είναι πρώην καπνιστές. Η πλειοψηφία λοιπόν των φοιτητών ήταν μη καπνιστές.

Κατανομή των γενικών χαρακτηριστικών των φοιτητών και συγκρίσεις ως την ιδιότητα του καπνιστή.

Η πλειοψηφία τόσο των φοιτητών σχολών Επιστημών Υγείας όσο και των σχολών μη Επιστημών Υγείας είναι μη καπνιστές. Η κατανομή των φοιτητών σε μη καπνιστές-καπνιστές-πρώην καπνιστές δε διαφέρει στατιστικά σημαντικά για τους δύο τύπους σχολών.

Η πλειοψηφία τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών είναι μη καπνιστές αλλά το ποσοστό των μη καπνιζόντων γυναικών είναι στατιστικά σημαντικά υψηλότερο από αυτό των ανδρών.

Η πλειοψηφία φοιτητών όλων των ετών φοίτησης είναι μη καπνιστές. Η κατανομή των φοιτητών σε μη καπνιστές-καπνιστές-πρώην καπνιστές δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά ανάμεσα στα έτη φοίτησης. Το ποσοστό των μη καπνιστών φαίνεται να μειώνεται καθώς το έτος φοίτησης αυξάνει με αντίστοιχα το ποσοστό των καπνιστών

να αυξάνει καθώς αυξάνει το έτος φοίτησης χωρίς όμως οι διαφορές να προκύπτουν στατιστικά σημαντικές.

Η πλειοψηφία φοιτητών είναι μη καπνιστές σε κάθε κατηγορία οικονομικής κατάστασης (κακής-μέτριας-καλής). Σχεδόν το 50% (47,2%) των φοιτητών με κακή οικονομική κατάσταση είναι καπνίζοντες ενώ τα ποσοστά καπνιζόντων φοιτητών με μέτρια και καλή οικονομική κατάσταση είναι αρκετά χαμηλότερα.

Η κατανομή των φοιτητών σε μη καπνιστές-καπνιστές-πρώην καπνιστές δεν φαίνεται να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το αν καπνίζουν και οι δύο γονείς ή ο ένας ή κανείς από τους δύο.

Η κατανομή των φοιτητών σε μη καπνιστές-καπνιστές-πρώην καπνιστές δεν φαίνεται να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα φαίνεται να σχετίζεται όμως με αυτό της μητέρας. Αυξημένο είναι το ποσοστό καπνιστών φοιτητών με μητέρα μεταπτυχιακού μορφωτικού επιπέδου (45,3%). Σε παρεμφερή αποτελέσματα καταλήγει και η μελέτη των Cragg et al. (2016) σύμφωνα με την οποία το μορφωτικό επίπεδο των γονέων όπως και το οικονομικό τους υπόβαθρο δεν φαίνεται να επηρεάζει τα παιδιά ώστε να ξεκινήσουν το κάπνισμα.

Στάσεις – Συμπεριφορές των φοιτητών και συγκρίσεις ως την ιδιότητα του καπνιστή.

Η πλειοψηφία των πρώην καπνιστών θεωρεί πως εφόσον κάποιος ξεκινήσει το κάπνισμα, είναι εύκολο να το διακόψει. Η πλειοψηφία των καπνιστών φαίνεται να εκφράζει προβληματισμό σχετικά με το θέμα (οι περισσότερες απαντήσεις τους μοιράζονται στο πιθανώς όχι και πιθανών ναι) ενώ η πλειοψηφία των μη καπνιζόντων θεωρεί πως μάλλον είναι δύσκολο. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και η μελέτη των Guebaly et al. (2012) οι οποίοι ανέλυσαν 22 έρευνες που απευθύνονταν σε καπνιστές και μη. Στην έρευνα τους η πλειοψηφία των μη καπνιζόντων θεωρεί δύσκολη τη διακοπή του καπνίσματος στους καπνιστές.

Η πλειοψηφία των πρώην καπνιστών θεωρεί πως είναι ασφαλές αν καπνίζει κάποιος ένα με δύο χρόνια και το διακόψει μετά. Η πλειοψηφία των καπνιστών φαίνεται να εκφράζει προβληματισμό σχετικά με το θέμα (οι περισσότερες απαντήσεις τους μοιράζονται στο πιθανώς όχι, πιθανών ναι αλλά και σίγουρα ναι) ενώ η πλειοψηφία των μη καπνιζόντων εκφράζει γενικότερο προβληματισμό με τις απαντήσεις των περισσότερων να βρίσκονται στο Πιθανώς ναι – Σίγουρα ναι. Η Banham et al. 2010

καταδεικνύει παρόμοια αποτελέσματα με τους καπνιστές να θεωρούν το λίγο χρονικό διάστημα καπνίσματος σαν μη σοβαρό θέμα και πιστεύουν ότι η διακοπή του καπνίσματος δεν επιδεινώνει την ψυχική υγεία.

Η ιδιότητα του καπνιστή φαίνεται να σχετίζεται με το κάπνισμα των φίλων. Η πλειοψηφία των καπνιστών απαντούν πως οι περισσότεροι φίλοι τους καπνίζουν, η πλειοψηφία των μη καπνιστών και των πρώην καπνιστών απαντά πως καπνίζουν μερικοί από τους φίλους τους. Η μελέτη των Vivilaki et al. (2016) δείχνει πως ο αντικαπνιστικός νόμος στην Ευρώπη επηρεάζει το σύνολο των δυνητικών καπνιστών και δείχνει πως στο περιβάλλον των μη καπνιστών τα περισσότερα άτομα δεν καπνίζουν όπως και στην παρούσα μελέτη.

Ο αριθμός των φίλων δεν φαίνεται να σχετίζεται με την ιδιότητα του καπνιστή φοιτητή. Η πλειοψηφία όλων των φοιτητών, - μη καπνιστών, καπνιστών αλλά και πρώην καπνιστών – θεωρεί δεν υπάρχει καμία διαφορά ως προς τον αριθμό των φίλων ανάμεσα σε καπνιστές και μη καπνιστές νέους.

Όμοια, Η πλειοψηφία όλων των φοιτητών, - μη καπνιστών, καπνιστών αλλά και πρώην καπνιστών – θεωρεί δεν υπάρχει καμία διαφορά ως την ελκυστικότητά μεταξύ σε καπνιστές και μη καπνιστές νέους.

Επίσης, η πλειοψηφία όλων των φοιτητών, - μη καπνιστών, καπνιστών αλλά και πρώην καπνιστών – θεωρεί δεν υπάρχει καμία διαφορά ως το να αισθάνονται περισσότερο ή λιγότερο άνετα σε εκδηλώσεις, πάρτι ή άλλες κοινωνικές συγκεντρώσεις είτε καπνίζουν είτε όχι.

Το αν ο φοιτητής βλέπει την μητέρα του να καπνίζει στο σπίτι φαίνεται να μην σχετίζεται με το αν ο φοιτητής είναι καπνιστής ή όχι. Παρόλα αυτά, η πλειοψηφία του συνόλου των φοιτητών απαντά πως δεν βλέπει ποτέ τη μητέρα να καπνίζει στο σπίτι.

Το αν ο φοιτητής βλέπει τον πατέρα του να καπνίζει στο σπίτι φαίνεται να σχετίζεται με το αν ο φοιτητής είναι καπνιστής ή όχι. Το ποσοστό των καπνιστών που βλέπει τον πατέρα του να καπνίζει στο σπίτι είναι υψηλότερο από το αντίστοιχο των μη καπνιστών και των πρώην καπνιστών.

Το αν ο φοιτητής όμως βλέπει τα αδέρφια του να καπνίζουν στο σπίτι φαίνεται να σχετίζεται με το αν ο φοιτητής είναι καπνιστής ή όχι. Το ποσοστό των καπνιστών και των πρώην καπνιστών που βλέπει τα αδέρφια του να καπνίζουν σχεδόν κάθε μέρα στο σπίτι είναι υψηλότερο από το αντίστοιχο των μη καπνιστών.

Το αν ο φοιτητής όμως βλέπει φίλους/συγγενείς να καπνίζουν στο σπίτι φαίνεται να σχετίζεται με το αν ο φοιτητής είναι καπνιστής ή όχι. Το ποσοστό των καπνιστών που βλέπει φίλους/συγγενείς να καπνίζουν σχεδόν κάθε μέρα στο σπίτι είναι υψηλότερο από το αντίστοιχο των μη καπνιστών και των πρώην καπνιστών.

Η πλειοψηφία όλων των φοιτητών, τόσο των μη καπνιστών όσο και των καπνιστών και των πρώην καπνιστών απαντά πως μέλη της οικογένειάς τους τους έχουν αναφέρει τις επιβλαβείς επιπτώσεις του καπνίσματος. Χαρακτηριστικό είναι πως για τους καπνιστές το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο έναντι των μη καπνιστών και των πρώην καπνιστών (90,8%) χωρίς όμως οι διαφορές να είναι στατιστικά. Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας στη μελέτη του 2015 δείχνει πως στα άτομο των οποίων η οικογένεια ή το περιβάλλον έχει αναδείξει ή αναφέρει τις βλαβερές συνέπειες του καπνού είναι λιγότερο πιθανό να στραφούν στο κάπνισμα.

Χαρακτηριστικό είναι πως η πλειοψηφία των καπνιστών και των πρώην καπνιστών φοιτητών, κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 12 μηνών, έχει διαβάσει κείμενα ή βιβλία για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία. Οι διαφορές στα ποσοστά όμως δεν είναι στατιστικά σημαντικές.

Η πλειοψηφία όλων των φοιτητών, τόσο των μη καπνιστών όσο και των καπνιστών και των πρώην καπνιστών απαντά πως κατά την διάρκεια των προηγούμενων 30 ημερών έχει δει ή ακούσει αντικαπνιστικά μηνύματα στην τηλεόραση, το ραδιόφωνο, στο internet, σε διαφημιστικές πινακίδες, αφίσες, εφημερίδες, περιοδικά ή ταινίες. Οι διαφορές που παρατηρούνται στις απαντήσεις των τριών ομάδων (μη καπνιστές, καπνιστές, πρώην καπνιστές) όμως δεν είναι στατιστικά σημαντικές.

Η πλειοψηφία όλων των φοιτητών, τόσο των μη καπνιστών όσο και των καπνιστών και των πρώην καπνιστών απαντά τις τελευταίες 30 ημέρες έχετε δει προειδοποιήσεις για την υγεία στα πακέτα των τσιγάρων αλλά δεν το σκέφτηκε πολύ. Το ποσοστό των καπνιστών που έχει δει προειδοποιήσεις για την υγεία στα πακέτα των τσιγάρων αλλά δεν το σκέφτεται πολύ (75,9%) είναι στατιστικά σημαντικά υψηλότερο από τα αντίστοιχα ποσοστά των μη καπνιστών και των πρώην καπνιστών. Το ποσοστό των μη καπνιστών που έχει δει προειδοποιήσεις για την υγεία στα πακέτα των τσιγάρων και το οδήγησαν να σκεφτούν να διακόψουν το κάπνισμα ή να μην ξεκινήσουν το κάπνισμα είναι υψηλότερο των υπολοίπων. Σε όμοια αποτελέσματα καταλήγει και η μελέτη των Fotiou et al. (2015) στην οποία οι έλληνες μη καπνιστές και οι εν δυνάμει καπνιστές θεωρούν ότι οι προειδοποιητικές

σημάνσεις στα πακέτα λειτουργούν ανασταλτικά στο να ξεκινήσει κάποιος το κάπνισμα.

Η ιδιότητα του καπνιστή φαίνεται να σχετίζεται με την άποψη πως η τιμή των προϊόντων καπνού δεν πρέπει να αυξηθεί. Η πλειοψηφία των καπνιστών πιστεύει πως η τιμή των προϊόντων καπνού δεν πρέπει να αυξηθεί ενώ η πλειοψηφία των μη καπνιστών και των πρώην καπνιστών πιστεύει πως η τιμή των προϊόντων καπνού πρέπει να αυξηθεί. Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας στη μελέτη του το 2015 για την Τσεχία αναφέρει, όπως και στην παρούσα μελέτη, ότι σύμφωνα με τους καπνιστές οι τιμή των προϊόντων καπνού δεν πρέπει να αυξηθεί.

Η πλειοψηφία όλων των φοιτητών, τόσο των μη καπνιστών όσο και των καπνιστών και των πρώην καπνιστών κατά την διάρκεια των προηγούμενων 30 ημερών, δεν έχει δει πινακίδα που να δηλώνει ότι δεν επιτρέπεται οι έφηβοι να αγοράζουν προϊόντα καπνού. Τα ποσοστά όμως των καπνιστών και πρώην καπνιστών που έχουν δει τέτοιες πινακίδες υψηλότερα του ποσοστού των μη καπνιστών. Αυτό μπορεί να στηριχθεί στο γεγονός πως οι καπνιστές και πρώην καπνιστές πηγαίνουν σε χώρους που υπάρχουν τέτοιες πινακίδες (πχ. Χώρους προμήθειας ειδών καπνού). Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας στη μελέτη του το 2015 για την Κύπρου αναφέρει παρόμοια αποτελέσματα με την παρούσα μελέτη. Συγκεκριμένα αναφέρουν ότι δεν έχουν δει κάποια σήμανση για το ότι δεν επιτρέπεται οι έφηβοι να αγοράζουν προϊόντα καπνού.

Η ισχυρή πλειοψηφία όλων των φοιτητών, τόσο των μη καπνιστών όσο και των καπνιστών και των πρώην καπνιστών πιστεύει ότι το κάπνισμα είναι επιβλαβές για την υγεία. Ένα 10% των πρώην καπνιστών εκφράζει προβληματισμό πως πιθανώς να μην είναι επιβλαβές για την υγεία.

Η πλειοψηφία των μη καπνιστών (56,74%) έχει δοκιμάσει ή πειραματιστεί να καπνίσουν έστω μια ή δύο ρουφηξιές.

Η πλειοψηφία όλων των φοιτητών, τόσο των μη καπνιστών όσο και των καπνιστών και των πρώην καπνιστών γνωρίζει τι είναι το ηλεκτρονικό τσιγάρο.

Η πλειοψηφία των μη καπνιστών (62,38%) δεν έχει δοκιμάσει ή πειραματιστεί με οποιαδήποτε μορφή άλλων προϊόντων καπνού εκτός από το τσιγάρο. Αντίθετα η πλειοψηφία των καπνιστών (79,43%) και των πρώην καπνιστών (90,00%) έχουν δοκιμάσει ή πειραματιστεί με οποιαδήποτε μορφή άλλων προϊόντων καπνού εκτός από το τσιγάρο. Παρόμοια αποτελέσματα δείχνει και η μελέτη των Cragg, et al.

(2016) με την πλειοψηφία των καπνιστών να μην έχει δοκιμάσει κάποιο άλλο είδος προϊόντων καπνού

Η πλειοψηφία των μη καπνιστών (68,65%) δεν έχει χρησιμοποιήσει ηλεκτρονικό τσιγάρο σε όλη του τη ζωή, ποσοστό στατιστικά σημαντικά υψηλότερο από τα αντίστοιχα των καπνιστών και των πρώην καπνιστών.

Ειδικότερα για τους μη καπνιστές φοιτητές

Για την πλειοψηφία των μη καπνιστών (59,6%) κατά την διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, καμία μέρα δεν έχει καπνίσει κάποιος κατά την παρουσία τους μέσα στο σπίτι τους.

Για την πλειοψηφία των μη καπνιστών κατά την διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, έχει καπνίσει κάποιος κατά την παρουσία τους μέσα σε οποιοδήποτε εσωτερικό δημόσιο χώρο εκτός του σπιτιού του (πχ. Σχολή, μαγαζιά, εστιατόρια, θέατρα).

Για την πλειοψηφία των μη καπνιστών ο καπνός από τους καπνιστές είναι σίγουρα επιβλαβής για αυτούς (69,0%) και πιθανώς επιβλαβής για αυτούς (25,0%).

Η πλειοψηφία των μη καπνιστών είναι υπέρ της απαγόρευσης του καπνίσματος μέσα σε εσωτερικούς δημόσιους χώρους όπως για παράδειγμα στη σχολή, σε μαγαζιά, εστιατόρια ή θέατρα (89,0%). Σε παρόμοια αποτελέσματα καταλήγει και η μελέτη των Brooks et al. (2017) σύμφωνα με την οποία οι μη καπνιστές θα επιθυμούσαν την ολική απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους χώρους κλειστούς και ανοιχτούς.

Ειδικότερα για τους καπνιστές φοιτητές

Η μέση ηλικία έναρξης του καπνίσματος είναι η 16,3 + 1,90 έτη με ελάχιστη ηλικία εκείνη των 11 ετών και μέγιστη εκείνη των 24 ετών.

Η πλειοψηφία των καπνιστών φοιτητών (55,3%) άρχισε το κάπνισμα από περιέργεια και για δοκιμή.

Το ποσοστό των καπνιστών που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά από το ποσοστό αυτών που δεν επιθυμούν.

το ποσοστό των καπνιστών που έχουν προσπαθήσει να διακόψουν το κάπνισμα δεν διαφέρει από το ποσοστό αυτών που δεν έχουν προσπαθήσει.

Η πλειοψηφία των καπνιστών φοιτητών θεωρεί ότι θα μπορούσε να διακόψει το κάπνισμα αν το επιθυμούσε.

Η πλειοψηφία των καπνιστών φοιτητών θεωρεί ότι δεν έχει λάβει ποτέ βοήθεια ή συμβουλή που να βοηθούσε στη διακοπή καπνίσματος.

Ειδικότερα για τους πρώην καπνιστές φοιτητές

Η βελτίωση της υγείας φαίνεται να είναι ο κύριος λόγος διακοπής καπνίσματος από τους πρώην καπνιστές φοιτητές.

Για άλλους πρώην καπνιστές η διαδικασία διακοπής καπνίσματος ήταν εύκολη ενώ για άλλους δύσκολη.

Θέματα που αφορούν Εθισμό στο κάπνισμα

Η πλειοψηφία των καπνιστών φοιτητών (45,4%) καπνίζει το πρώτο τσιγάρο 60 λεπτά μετά, αφού έχει ξυπνήσει. Δεν υπάρχουν όμως στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανομή των καπνιστών ως προς το χρόνο του πρώτου τσιγάρου μετά το ξύπνημα.

Η πλειοψηφία των καπνιστών φοιτητών (73,8%) δεν δυσκολεύεται να αποφύγει το κάπνισμα σε χώρους όπου απαγορεύεται (πχ. Εκκλησία, σινεμά, βιβλιοθήκη, κλπ.).

Η πλειοψηφία των καπνιστών φοιτητών (63,8%) δυσκολεύεται περισσότερο να αποφύγει κάπνισμα κατά τη διάρκεια της ημέρας μετά το πρωί, θα υποστηρίξαμε λοιπόν πως για τους περισσότερους καπνιστές είναι ευκολότερο να αποφύγουν το πρωινό τσιγάρο.

Οι περισσότεροι καπνιστές φοιτητές καπνίζουν 10 ή λιγότερα τσιγάρα την ημέρα.

Η πλειοψηφία των καπνιστών φοιτητών (68,8%) δεν καπνίζει πιο συχνά το πρωί. Συνεπώς μπορούμε να υποστηρίξουμε πως οι περισσότεροι καπνιστές φοιτητές καπνίζουν πιο συχνά κατά την διάρκεια της ημέρας μετά το πρωί.

Οι περισσότεροι καπνιστές φοιτητές (83,7%) δεν συνεχίζουν να καπνίζουν όταν είναι άρρωστοι και στο κρεβάτι το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας.

Οι περισσότεροι καπνιστές φοιτητές (64,4%) αρχίζουν να νιώθουν έντονη επιθυμία να καπνίσουν το επόμενο τσιγάρο που δύσκολα μπορούν να αγνοήσουν, το πολύ μέσα στις 2 πρώτες ώρες. Στα αντίθετα αποτελέσματα καταλήγει η μελέτη των Cragg et al. (2016) η οποία αναφέρει ότι οι καπνιστές νιώθουν έντονη επιθυμία να καπνίσουν το επόμενο τσιγάρο μέσα σε 6 ώρες.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το ζήτημα της διακοπής το καπνίσματος αφορά το σύνολο της ευρωπαϊκής ένωσης. Το μεγαλύτερο τμήμα των καπνιστών φαίνεται να έχουν επιρροές καπνίσματος στη ζωή τους. Για τη βελτίωση των στάσεων της νεολαία σχετικά με το θέμα του εθισμού θα πρέπει να δημιουργηθούν εκ νέου φορείς ενημέρωσης τόσο στην δευτεροβάθμια όσο και στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Ταυτόχρονα πρέπει να ενημερώνεται το σύνολο του πληθυσμού με ημερίδες και συνέδρια για όλους τους εμπλεκόμενους φορείς.

Τέλος σημαντική είναι και η δράση των υπουργείων στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης με τα οποία μπορούν να ενημερωθούν πιο άμεσα και άρτια οι νέοι. Συνεπώς, διαδικτυακές δράσεις των εμπλεκόμενων υπουργείων στα μέσα αυτά μπορούν να έχουν θετικό αντίκτυπο στην ενημέρωση των νέων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Agrawal, A., Budney, A. and Lynskey, M. T. (2012), 'The co-occurring use and misuse of cannabis and tobacco: a review', *Addiction*, 107 (7), 221-1 233.

Anderson, P. and Baumberg, B. (2006), 'Alcohol in Europe: public health perspective: report summary', *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 13 (6), 483-488.

Anderson, P., Møller, L. and Galea, G. (2012), *Alcohol in the European Union — Consumption, harm and policy approaches*, World Health Organisation, Regional, 1 (5), 22-27.

Office for Europe, Copenhagen. Ariyabuddhiphongs, V. (2013), 'Adolescent gambling: a narrative review of behavior and its predictors', *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11 (1), 97-109.

Beck, F., Legleye, S., Chomynova, P. and Miller, P. (2014), 'A quantitative exploration of attitudes out of line with the prevailing norms toward alcohol, tobacco, and cannabis use among European students', *Substance Use and Misuse*, 49 (7), 877-890.

Bergh, C. and Kühlhorn, E. (1994), 'Social, psychological and physical consequences of pathological gambling in Sweden', *Journal of Gambling Studies*, 10 (3), 275-285.

Brooks, E., Gundersen, D.C., Flynn, E., Brooks-Russell, A., (2017) The clinical implications of legalizing marijuana: Are physician and non-physician providers prepared? *Addictive Behaviors*, 72 (8), 1-7 .

Cragg, L., Williams, S., Chavannes, N.H. (2016) FRESH AIR: An implementation research project funded through Horizon 2020 exploring the prevention, diagnosis and treatment of chronic respiratory diseases in low-resource settings, *npj Primary Care Respiratory Medicine*, 26 (6), 35-38.

Derevensky, J., Gupta, R., Messerlian, C. and Gillespie, M. (2004), 'Youth gambling problems: a need for responsible social policy', in Derevensky, J. and Gupta, R. (eds), *Gambling problems in youth: theoretical and applied perspectives*, Kluwer Academic, New York, 45 (5), 231-252.

Dey, M., Gmel, G., Studer, J., Dermota, P. and Mohler-Kuo, M. (2014), 'Beverage preferences and associated drinking patterns, consequences and other substance use behaviours', *European Journal of Public Health*, 24 (3), 496-501.

Dickson-Swift, V. A., James, E. L. and Kippen, S. (2005), 'The experience of living with a problem gambler: spouses and partners speak out', *Journal of Gambling Studies*, 10 (12), 1-22.

Eaton, D. K., Brener, N. D., Kann, L., Denniston, M. M., McManus, T., Kyle, T. M. et al. (2010), 'Comparison of paper-and-pencil versus web administration of the Youth Risk Behavior Survey (YRBS): risk behavior prevalence estimates', *Evaluation Review*, 34 (2), 137-153.

Elekes, Z. and Kovacs, L. (2002), 'Old and new drug consumption habits in Hungary, Romania and Moldova', *European Addiction Research*, 8 (4), 166-169.

Filippidis, F.T. (2016) Tobacco control: A victim of political instability in Greece, *The Lancet*, 3 (6), 338-339 .

Fotiou, A., Kanavou, E., Stavrou, M., Richardson, C., Kokkevi, A. (2015) Prevalence and correlates of electronic cigarette use among adolescents in Greece: A preliminary cross-sectional analysis of nationwide survey data, *Addictive Behaviors*, 8 (11), 88-92.

Gauthier, (2012). *Marlboro Canada Limited v. Philip Morris Products S.A.* Federal Court of Appeal, Canada

Laugesen, M. (2015) Nicotine and toxicant yield ratings of electronic cigarette brands in Europe, *New Zealand Medical Journal*, 10 (11), 77-82.

Mitova, M.I., Campelos, P.B., Goujon-Ginglinger, C.G., Tharin, M., Tricker, A.R. (2016) Comparison of the impact of the Tobacco Heating System 2.2 and a cigarette on indoor air quality, *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, 7 (8), 91-101.

Pearson, J.L., Richardson, A., Feirman, S.P., Tacosky, M., Kirchner, T.R. (2016) American spirit pack descriptors and perceptions of harm: A crowdsourced comparison of modified packs, *Nicotine and Tobacco Research*, 18 (8), 1749-1756.

Rachiotis, G., Barbouni, A., Katsioulis, A., Kremastinou, J., Hadjichristodoulou, C. (2017) Prevalence and determinants of current and secondhand smoking in Greece: Results from the Global Adult Tobacco Survey (GATS) study, *BMJ Open*, 7 (1), 22-29.

Tzoulaki, I. Filippidis, F.T., (2016) Greece giving up on tobacco control, *Addiction*, 11 (7), 1306-1307.

Vivilaki, V.G., Diamanti, A., Tzeli, M., Lykeridou, K., Katsaounou, P. (2016) Exposure to active and passive smoking among Greek pregnant women, *Tobacco Induced Diseases*, 14 (1), 12.

Καρατζά, Λ. (2005) 4 Κώδικες ΑΚ, ΚΠολΔ, ΠΚ & ΚΠΔ. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

Κέντρο Ευρωπαϊκού και Συνταγματικού Δικαίου. (2010). Εισαγωγή στην πολιτική καλής νομοθέτησης. Αθήνα: Χ.Ε.

Νόμος 3730/2008 (ΦΕΚ Α' 262). «Προστασία ανηλίκων από τον καπνό & αλκοόλ και άλλες διατάξεις».

Νόμος 4419/2016 (ΦΕΚ Α' 174). «Εθνικό μέτρο προσαρμογής της Οδηγίας 2014/40/ΕΕ για τα προϊόντα καπνού και άλλα συναφή προϊόντα αναφορικά με χρήση και κατανάλωση αυτών».

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΚΑΠΝΙΣΜΑ: ΣΤΑΣΕΙΣ, ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΕΘΙΣΜΟΣ

Στα πλαίσια εκπόνησης του προπτυχιακού προγράμματος του τμήματος Νοσηλευτικής θα διεξαχθεί έρευνα με στόχο τη μελέτη των πεποιθήσεων για το κάπνισμα και τον εθισμό των νέων.

Παρακαλείσθε να συμμετέχετε στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου που είναι ανώνυμο και τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της έρευνας.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συμμετοχή σας.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α. Δημογραφικά στοιχεία:

Φύλο: α. Γυναίκα β. Άνδρας

Παρακαλώ συμπληρώστε την ηλικία σας: _____

Ακαδημαϊκό έτος: α. Πρώτο β. Δεύτερο γ. Τρίτο δ. Τέταρτο
ε. Άλλο

Ποια θεωρείτε ότι είναι η οικονομική σας κατάσταση;

α. Καλή β. Μέτρια γ. Κακή

Οι γονείς σας καπνίζουν;

- α. Κανείς από τους δυο γονείς δεν καπνίζει
- β. Και οι δυο γονείς καπνίζουν
- γ. Ο πατέρας μόνο
- δ. Η μητέρα μόνο

Μορφωτικό επίπεδο γονέων:

| | Πατέρας | Μητέρα |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Πρωτοβάθμια εκπαίδευση | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Δευτεροβάθμια εκπαίδευση | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Τριτοβάθμια εκπαίδευση | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Μεταπτυχιακές σπουδές | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ποιο είναι το επάγγελμα του πατέρα σας;
_____ (συμπληρώστε)

Ποιο είναι το επάγγελμα της μητέρας σας;
_____ (συμπληρώστε)

Απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις κυκλώνοντας μια από τις επιλογές.

1. Θεωρείτε ότι, εφόσον κάποιος ξεκινήσει το κάπνισμα, είναι εύκολο να το διακόψει;

- α. Σίγουρα όχι
- β. Πιθανώς όχι
- γ. Πιθανώς ναι
- δ. Σίγουρα ναι

2. Είναι ασφαλές αν καπνίζει κάποιος ένα με δύο χρόνια και το διακόψει μετά;

- α. Σίγουρα όχι
- β. Πιθανώς όχι
- γ. Πιθανώς ναι
- δ. Σίγουρα ναι

3. Καπνίζει κάποιος από τους στενούς σας φίλους;

- α. Κανείς από αυτούς
- β. Μερικοί από αυτούς
- γ. Οι περισσότεροι από αυτούς
- δ. Όλοι οι στενοί φίλοι μου

4. Πιστεύετε ότι οι νέοι που καπνίζουν έχουν περισσότερους ή λιγότερους φίλους;

- α. Περισσότερους φίλους
- β. Λιγότερους φίλους
- γ. Καμία διαφορά με τους μη καπνιστές

5. Πιστεύετε ότι το κάπνισμα κάνει τους νέους να δείχνουν περισσότερο ή λιγότερο ελκυστικοί;

- α. Περισσότερο ελκυστικοί
- β. Λιγότερο ελκυστικοί
- γ. Καμία διαφορά από τους μη καπνιστές

6. Θεωρείτε ότι το κάπνισμα βοηθά τους ανθρώπους να αισθάνονται περισσότερο ή λιγότερο άνετα σε εκδηλώσεις, πάρτι ή άλλες κοινωνικές συγκεντρώσεις;

- α. Περισσότερο άνετα

β. Λιγότερο άνετα

γ. Καμία διαφορά είτε καπνίζουν είτε όχι

7. Πόσο συχνά βλέπετε άλλους να καπνίζουν στο σπίτι σας; (βάλτε X στην απάντησή σας)

| | Μητέρα | Πατέρα | Αδέρφια | Φίλους/ συγγενείς |
|------------------|---------------|---------------|----------------|--------------------------|
| Σχεδόν κάθε μέρα | | | | |
| Μερικές φορές | | | | |
| Ποτέ | | | | |

8. Σας έχει αναφέρει μέλος της οικογένειάς σας τις επιβλαβείς επιπτώσεις του καπνίσματος;

α. Ναι

β. Όχι

9. Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 12 μηνών, έχετε διαβάσει κείμενα ή βιβλία για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία;

α. Ναι

β. Όχι

10. Κατά την διάρκεια των προηγούμενων 30 ημερών, έχετε δει ή ακούσει αντικαπνιστικά μηνύματα στην τηλεόραση, το ραδιόφωνο, στο internet, σε διαφημιστικές πινακίδες, αφίσες, εφημερίδες, περιοδικά ή ταινίες;

α. Ναι

β. Όχι

11. Τις τελευταίες 30 ημέρες έχετε δει προειδοποιήσεις για την υγεία στα πακέτα των τσιγάρων; (φωτογραφίες, προειδοποιητικές ετικέτες)

α. Ναι, αλλά δεν τα σκέφτηκα πολύ

β. Ναι, και με οδήγησαν να σκεφτώ να διακόψω το κάπνισμα ή να μην ξεκινήσω το κάπνισμα

γ. Όχι

12. Πιστεύετε ότι η τιμή των προϊόντων καπνού πρέπει να αυξηθεί;

α. Ναι

β. Όχι

13. Κατά την διάρκεια των προηγούμενων 30 ημερών, έχετε δει πινακίδα που να δηλώνει ότι δεν επιτρέπεται οι έφηβοι να αγοράζουν προϊόντα καπνού;

α. Ναι

β. Όχι

14. Πιστεύετε ότι το κάπνισμα είναι επιβλαβές για την υγεία;

- α. Σίγουρα όχι
- β. Πιθανώς όχι
- γ. Πιθανώς ναι
- δ. Σίγουρα ναι

15. Έχετε δοκιμάσει ή πειραματιστεί να καπνίσετε έστω μια ή δύο ρουφηξιές;

- α. Ναι
- β. Όχι

16. Γνωρίζετε τι είναι το ηλεκτρονικό τσιγάρο;

- α. Ναι
- β. Όχι

17. Έχετε δοκιμάσει ή πειραματιστεί με οποιαδήποτε μορφή άλλων προϊόντων καπνού εκτός από το τσιγάρο; (Ηλεκτρονικό τσιγάρο, IQOS, πούρα)

- α. Ναι
- β. Όχι

18. Συνολικά πόσες ημέρες έχετε χρησιμοποιήσει ηλεκτρονικό τσιγάρο σε όλη σας τη ζωή;

- α. Καμία ημέρα
- β. 1 ημέρα
- γ. 2-10 ημέρες
- δ. 11-20 ημέρες
- ε. 21-50 ημέρες
- ζ. 51-100 ημέρες
- η. Πάνω από 100 ημέρες

Αν είστε μη καπνιστής απαντάτε τις ερωτήσεις: 19-22

Αν είστε καπνιστής απαντάτε τις ερωτήσεις: 23-35

Αν είστε πρώην καπνιστής απαντάτε τις ερωτήσεις: 36-38

19. Κατά την διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, πόσες ημέρες έχει καπνίσει κάποιος κατά την παρουσία σας μέσα στο σπίτι σας;

- α. Καμία ημέρα
- β. 1-2 ημέρες
- γ. 3-4 ημέρες
- δ. 5-6 ημέρες
- ε. 7 ημέρες

20. Κατά την διάρκεια των τελευταίων 7 ημερών, πόσες ημέρες έχει καπνίσει κάποιος κατά την παρουσία σας μέσα σε οποιοδήποτε εσωτερικό δημόσιο χώρο εκτός του σπιτιού σας (πχ. Σχολή, μαγαζιά, εστιατόρια, θέατρα);

- α. Καμία ημέρα
- β. 1-2 ημέρες
- γ. 3-4 ημέρες
- δ. 5-6 ημέρες
- ε. 7 ημέρες

21. Πιστεύετε ότι ο καπνός από τους καπνιστές είναι επιβλαβής για εσάς;

- α. Σίγουρα όχι
- β. Πιθανώς όχι
- γ. Πιθανώς ναι
- δ. Σίγουρα ναι

22. Είστε υπέρ της απαγόρευσης του καπνίσματος μέσα σε εσωτερικούς δημόσιους χώρους όπως για παράδειγμα στη σχολή, σε μαγαζιά, εστιατόρια ή θέατρα;

- α. Ναι
- β. Όχι

ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ

23. Σε ποια ηλικία ξεκινήσατε το κάπνισμα;
_____ (συμπληρώστε)

24. Για ποιους λόγους ξεκινήσατε το κάπνισμα;

- α. Κοινωνική αποδοχή
- β. Μείωση άγχους και νευρικότητας ή στρες
- γ. Αδυναμία
- δ. Περιέργεια, δοκιμή
- ε. Μιμητισμός, κακές επιρροές

25. Πόσο σύντομα, αφού έχετε ξυπνήσει, καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;
- α. Μέσα σε 5 λεπτά
 - β. 6-30 λεπτά
 - γ. 31-60 λεπτά
 - δ. Μετά από 60 λεπτά
26. Δυσκολεύεστε να αποφύγετε το κάπνισμα σε χώρους όπου απαγορεύεται; (πχ. Εκκλησία, σινεμά, βιβλιοθήκη, κλπ.)
- α. Ναι
 - β. Όχι
27. Πιο τσιγάρο θα ήταν δύσκολο για εσάς να μην καπνίσετε κατά τη διάρκεια της ημέρας;
- α. Το πρωινό
 - β. Κάποιο άλλο
28. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;
- α. 10 ή λιγότερα
 - β. 11-20
 - γ. 21-30
 - δ. 31 ή παραπάνω
29. Καπνίζετε πιο συχνά το πρωί;
- α. Ναι
 - β. Όχι
30. Όταν είστε άρρωστοι και στο κρεβάτι το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας συνεχίζετε να καπνίζετε;
- α. Ναι
 - β. Όχι
31. Πόσο σύντομα, αφού έχετε καπνίσει, αρχίζετε να νιώθετε έντονη επιθυμία να καπνίσετε το επόμενο τσιγάρο που δύσκολα μπορείτε να αγνοήσετε;
- α. Εντός 60 λεπτών
 - β. 1-2 ώρες
 - γ. Πάνω από 2-4 ώρες
 - δ. Πάνω από 4 ώρες αλλά λιγότερο από μια ολόκληρη μέρα
 - ε. 1-3 ημέρες
 - ζ. 4 ή παραπάνω ημέρες
32. Επιθυμείτε να διακόψετε το κάπνισμα τώρα;
- α. Ναι
 - β. Όχι

33. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών έχετε προσπαθήσει να διακόψετε το κάπνισμα;

- α. Ναι β. Όχι

34. Θεωρείτε ότι θα μπορούσατε να διακόψετε το κάπνισμα αν το επιθυμούσατε;

- α. Ναι β. Όχι

35. Έχετε λάβει ποτέ βοήθεια ή συμβουλή που να βοηθούσε στη διακοπή καπνίσματος;

- α. Ναι, από πρόγραμμα ή επαγγελματία υγείας
β. Ναι, από φίλο
γ. Ναι, από μέλος της οικογένειας
δ. Ναι, από όλα τα παραπάνω
ε. Όχι, δεν έχω λάβει ποτέ βοήθεια ή συμβουλή

ΠΡΩΗΝ ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ

36. Πριν από πόσο καιρό διακόψατε το κάπνισμα;

- α. 1-3 μήνες β. 4-11 μήνες γ. 1 χρόνο δ. 2 χρόνια ε. 3 χρόνια
ή παραπάνω

37. Ποιος ήταν ο κύριος λόγος που αποφασίσατε να διακόψετε το κάπνισμα;

- α. Για να βελτιώσω την υγεία μου
β. Για οικονομία χρημάτων
γ. Επειδή δεν άρεσε στην οικογένεια μου
δ. Επειδή δεν άρεσε στους φίλους μου
ε. Άλλο

38. Πώς σας φάνηκε η διαδικασία διακοπής καπνίσματος;

- α. Ήταν πολύ δύσκολη
β. Ήταν σχετικά δύσκολη
γ. Ήταν σχετικά εύκολη
δ. Ήταν πολύ εύκολη

Σας ευχαριστούμε για τον χρόνο σας.