

Πανεπιστήμιο Μακεδονίας
Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας



Μεταπτυχιακή εργασία

***«Η μελέτη της Πρόθεσης για Διακοπή
Καπνίσματος σε Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας
μέσα από τη Θεωρία της (προ)Σχεδιασμένης
Συμπεριφοράς»***

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια:

Τσινούλη Άννα

Επιβλέπων καθηγητής:

Αλετράς Βασίλειος

Θεσσαλονίκη

Ιανουάριος 2019

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής μου εργασίας κ. Αλετρά Βασίλειο, που χωρίς τη σημαντική καθοδήγησή του δε θα ήταν εφικτή η διεκπεραίωσή της. Θα ήθελα επίσης να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου σε όλους τους επαγγελματίες υγείας που ανταποκρίθηκαν στο κάλεσμά μου για συμμετοχή στην έρευνα. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, η οποία με υποστήριξε στη διεξαγωγή της έρευνας παρά τις αντιξοότητες που προέκυψαν στην πορεία.

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της πρόθεσης για διακοπή καπνίσματος σε Έλληνες επαγγελματίες υγείας, μέσα από τη Θεωρία της (προ)Σχεδιασμένης συμπεριφοράς. Για τις ανάγκες της έρευνας δημιουργήθηκε, σε συμφωνία με προηγούμενες έρευνες, ερωτηματολόγιο το οποίο συμπεριελάμβανε όλους τους παράγοντες της Θεωρίας, οι οποίοι είναι: η Στάση απέναντι στη διακοπή καπνίσματος, ο Αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς, η Υποκειμενική νόρμα και η Πρόθεση για διακοπή καπνίσματος. Στο ερωτηματολόγιο προστέθηκαν και ερωτήσεις σχετικά με τις πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής από τις αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος. Το ερωτηματολόγιο συμπλήρωσαν 125 επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων. Για τον έλεγχο εγκυρότητας του ερωτηματολογίου προβήκαμε σε παραγοντική ανάλυση, από την οποία προέκυψαν τρεις κλίμακες αντί για τέσσερις που υπήρχαν στην αρχική μορφή του ερωτηματολογίου. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι οι Έλληνες επαγγελματίες υγείας και οι οικείοι τους τηρούν πολύ θετική στάση απέναντι στη διακοπή καπνίσματος, κι ότι αντιλαμβάνονται τις αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία. Εντούτοις, είναι ουδέτεροι ή αρνητικώς διακείμενοι απέναντι στην πρόθεση για διακοπή. Οι μη παραμετρικοί έλεγχοι έδειξαν περισσότερες στατιστικώς σημαντικές διαφορές στην κατανομή των σκορ όσον αφορά τις καπνιστικές συνήθειες και λιγότερες όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία. Η ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι σημαντική επίδραση στην πρόθεση ασκεί η στάση απέναντι στο κάπνισμα και οι πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής. Εντέλει για τη γενίκευση των αποτελεσμάτων κρίνεται αναγκαία η επανάληψη της έρευνας σε μεγαλύτερο δείγμα, ενώ σημαντική θα ήταν και η εκτενέστερη διερεύνηση των πεποιθήσεων αυτοαπαλλαγής στον ελληνικό πληθυσμό.

Λέξεις-κλειδιά: Κάπνισμα, Διακοπή, Πρόθεση, Θεωρία (Προ)Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς, Πεποιθήσεις Αυτοαπαλλαγής, Επαγγελματίες Υγείας

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	σελ. 2
Περίληψη.....	σελ. 3
Πίνακας Περιεχομένων.....	σελ. 4
Εισαγωγή.....	σελ. 6

A. Γενικό μέρος

1. Τσιγάρο και εξάρτηση.....	σελ. 7
1.1. Γενικές πληροφορίες.....	σελ. 7
1.2. Ορισμός και διάγνωση της εξάρτησης από το κάπνισμα.....	σελ. 7
1.3. Οι επιπτώσεις στην υγεία και η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των καπνιστών.....	σελ. 9
1.4. Τάσεις και επιπολασμός του καπνίσματος.....	σελ. 10
2. Οικονομικές διαστάσεις του καπνού.....	σελ. 12
2.1. Ο καπνός στην ελληνική αγορά.....	σελ. 12
2.2. Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην εθνική οικονομία...	σελ.12
2.3. Δημοσιονομική πολιτική για τον περιορισμό του καπνίσματος.....	σελ. 13
3. Παράγοντες συσχέτισης με την έναρξη και τη διακοπή του καπνίσματος.....	σελ. 17
4. Εξάρτηση από το κάπνισμα στα επαγγέλματα υγείας.....	σελ. 19
5. Θεωρητικά μοντέλα για τη διακοπή του καπνίσματος.....	σελ. 21
5.1. Το Διαθεωρητικό Μοντέλο Αλλαγής της Συμπεριφοράς...	σελ. 21
5.2. Η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς.....	σελ. 22
5.3. Πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής.....	σελ. 24
5.4. Ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας...	σελ. 25

B. Ειδικό μέρος

1. Μεθοδολογία.....	σελ. 28
1.1. Σκοπός έρευνας και ερευνητικές υποθέσεις.....	σελ. 28
1.2. Σχέδιο έρευνας.....	σελ. 30

1.3. Δείγμα.....	σελ. 30
1.4. Εργαλεία/Υλικό.....	σελ. 31
1.5. Δεοντολογία έρευνας.....	σελ. 37
2. Αποτελέσματα έρευνας.....	σελ. 38
2.1. Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, περιβάλλον και καπνιστικές συνήθειες του δείγματος.....	σελ. 38
2.2. Απαντήσεις των συμμετεχόντων στην Κλίμακα (προ)Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς.....	σελ. 41
2.3. Παραγοντική ανάλυση.....	σελ. 44
2.4. Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής.....	σελ. 46
2.5. Περιγραφικά μέτρα αθροιστικών κλιμάκων.....	σελ. 48
2.6. Έλεγχος κανονικότητας των αθροιστικών κλιμάκων.....	σελ. 52
2.7. Μη παραμετρικοί έλεγχοι για την κατανομή των σκορ στις αθροιστικές κλίμακες.....	σελ. 52
2.8. Γραμμική παλινδρόμηση.....	σελ. 55
3. Συζήτηση/Συμπεράσματα.....	σελ. 58
3.1 Σύνοψη και ερμηνεία αποτελεσμάτων.....	σελ. 58
3.2. Περιορισμοί έρευνας.....	σελ. 60
3.3. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	σελ. 61
Βιβλιογραφία.....	σελ. 63
Παράρτημα.....	σελ. 69

Εισαγωγή

Η εξάρτηση από το κάπνισμα έχει πολλές πτυχές και αγγίζει σημαντικούς τομείς της κοινωνίας, όπως η οικονομία και, προπαντός, η υγεία του πληθυσμού. Ο επιπολασμός του καπνίσματος έχει απασχολήσει πολύ τη διεθνή και ελληνική ερευνητική κοινότητα, με τις μελέτες να εστιάζουν εν γένει σε ενήλικες και εφήβους. Ωστόσο λίγες έρευνες έχουν διεξαχθεί για τον επιπολασμό του καπνίσματος στα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα. Η παρούσα έρευνα αφορά επαγγελματίες υγείας καπνιστές αποκλειστικά βιομηχανικών τσιγάρων και όχι άλλων καπνικών ειδών όπως τα πούρα ή το ηλεκτρονικό τσιγάρο. Παρά το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας θεωρούνται πρότυπα προς μίμηση σε συμπεριφορές υγείας, και παρόλο που το αναγνωρίζουν και οι ίδιοι (La Torre et al., 2012), εντούτοις τα ποσοστά καπνιστών στον τομέα της υγείας παραμένουν υψηλά (Cattaruzza & West, 2013).

Στο θεωρητικό μέρος της εργασίας γίνεται αναφορά σε έρευνες που αφορούν τον επιπολασμό του καπνίσματος, και στο γενικό πληθυσμό αλλά και στους επαγγελματίες υγείας. Γίνεται προσπάθεια εντοπισμού εκείνων των παραγόντων στο περιβάλλον των επαγγελματιών που συμβάλλουν στην υιοθέτηση και τη διατήρηση καπνιστικής συμπεριφοράς, όπως το στρες ή η δυσαρέσκεια στην εργασία.

Ακόμη, πέρα από τους παράγοντες που ωθούν στην υιοθέτηση καπνιστικής συμπεριφοράς, γίνεται προσπάθεια εντοπισμού, μέσα από θεωρητικά μοντέλα, εκείνων των παραγόντων που θα συμβάλουν στη διακοπή του καπνίσματος. Ένα από αυτά τα θεωρητικά μοντέλα είναι και η Θεωρία της (προ)Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior), η οποία κατά κύριο λόγο θα μας απασχολήσει στην παρούσα έρευνα. Σκοπός είναι η διερεύνηση της επίδρασης των παραγόντων της Θεωρίας στην πρόθεση για διακοπή καπνίσματος. Λαμβάνοντας υπόψη και λοιπούς παράγοντες σχετικούς με το κάπνισμα που παρουσιάζονται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, θα γίνει μια προσπάθεια σύνδεσης της πρόθεσης για διακοπή με δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία, καθώς και με καπνιστικές συνήθειες, όπως προηγούμενες προσπάθειες για διακοπή.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Τσιγάρο και εξάρτηση

1.1. Γενικές πληροφορίες

Ο καπνός είναι βιομηχανικό φυτό που ταξινομικά ανήκει στην οικογένεια Solanaceae και στο γένος *Nicotiana*. Καλλιεργείται για τα ξερά του φύλλα και η κατανάλωση γίνεται μέσω του καπνίσματος, μασήματος ή εισρόφησης με μορφή σκόνης. Η καλλιέργεια καπνού αποτελεί σημαντική πηγή εσόδων για την Ελλάδα, με το *Nicotiana tabacum* να αποτελεί το είδος που καλλιεργείται περισσότερο (Παπαστυλιανού και συν., 2015). Το *Nicotiana tabacum*, ευρέως γνωστό ως καπνός της Virginia, ήταν το πρώτο είδος αμερικάνικου καπνού που μεταφέρθηκε στην Ευρώπη στα μέσα του 16^{ου} αιώνα. Το διαδεδομένο κάπνισμα στην Ευρώπη και παγκοσμίως ξεκινά εκείνη την εποχή.

Οι μελέτες δείχνουν ότι το τσιγάρο, ως προϊόν επεξεργασίας καπνού, περιλαμβάνει περίπου 7000 χημικές ουσίες. Από αυτές, τουλάχιστον οι 250 θεωρούνται επιβλαβείς. Τέτοιες ουσίες μπορεί να είναι πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες, 16 εκ των οποίων μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο, τοξικά μέταλλα όπως το κάδμιο, του οποίου τα επίπεδα εξαρτώνται κατά πολύ από το έδαφος της καλλιέργειας, αρσενικό, φορμαλδεΰδη, και αρωματικές ουσίες που προστίθενται κατά την επεξεργασία όπως η μενθόλη, οι οποίες αν και θεωρούνται γενικά ασφαλείς, μπορούν να έχουν τοξικές ιδιότητες. Τα φύλλα καπνού περιέχουν πολλά αλκαλοειδή, το βασικότερο των οποίων είναι η νικοτίνη. Αυτή αποτελεί ουσία που προκαλεί εθισμό διότι ένα τμήμα του μορίου της είναι παρόμοιο με τον νευροδιαβιβαστή ακετυλοχολίνη (U.S. Department of Health and Human Services, 2010).

1.2. Ορισμός και διάγνωση της εξάρτησης από το κάπνισμα

Ο ορισμός και η μέτρηση της εξάρτησης από το κάπνισμα μπορούν να πραγματοποιηθούν μέσα από αρκετές προσεγγίσεις. Η πρώτη αφορά τη σωματική εξάρτηση, ερμηνεύοντας τα διαφορετικά επίπεδα εξάρτησης ως αντανάκλαση της σωματικής εξάρτησης και ανοχής του κάθε οργανισμού. Παρόλο που προσπαθεί να

δώσει μία ερμηνεία της εξάρτησης, η δεύτερη προσέγγιση, στην οποία χρησιμοποιείται κυρίως το Fagerstrom Test for Nicotine Dependence, παραβλέπει σημαντικούς παράγοντες, όπως η ψυχολογική διάσταση της εξάρτησης. Έπειτα, έχει προταθεί και η προσέγγιση που κατά βάση αφορά κίνητρα στην εξάρτηση και προσμετράται με την κλίμακα Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives [WISDM-68]. Η πιο διαδομένη είναι η ιατρική-ψυχιατρική προσέγγιση, η οποία ταξινομεί την εξάρτηση μέσα από τα κριτήρια της 5^{ης} έκδοσης του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών [DSM-5] ή της 10^{ης} αναθεώρησης της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας [ICD-10] (Piper et al, 2004).

Σύμφωνα με την κλίμακα DSM-5, για τη διάγνωση της εξάρτησης απαιτούνται για περίοδο 12 μηνών, δύο από τα εξής κριτήρια: κάπνισμα σε μεγαλύτερη ποσότητα ή για περισσότερο χρόνο απ' όσο σκόπευε το άτομο, μεγάλο μέρος του χρόνου αφιερώνεται στην απόκτηση ή χρήση καπνού, ανεπιτυχείς προσπάθειες για διακοπή, σφοδρή επιθυμία για κάπνισμα, εγκατάλειψη των καθημερινών δραστηριοτήτων εξαιτίας της χρήσης, συνέχεια του καπνίσματος παρά τα επαναλαμβανόμενα διαπροσωπικά προβλήματα που δημιουργούνται, αδυναμία ανταπόκρισης σε σημαντικές υποχρεώσεις, επαναλαμβανόμενη χρήση της ουσίας σε καταστάσεις που είναι σωματικά επικίνδυνη, συνέχεια της χρήσης παρά την ύπαρξη σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος που οφείλεται στην ουσία, ανοχή και απόσυρση. Όταν κάποιος πληροί 2-3 κριτήρια διαγιγνώσκεται με διαταραχή ήπιας βαρύτητας, τα 4-5 κριτήρια συνιστούν διαταραχή μέσης βαρύτητας και τα 6 ή περισσότερα βαριάς (Κοκκώλης, 2017).

Στην ταξινόμηση ICD-10, το κάπνισμα τοποθετείται στις ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς, όπου γίνεται διάκριση με διαφορετικούς κωδικούς μεταξύ χρήσης και εξάρτησης από το κάπνισμα. Κάποια από τα κριτήρια που λαμβάνονται υπόψη στην κωδικοποίηση είναι: αν η εξάρτηση βρίσκεται σε ύφεση (αποχή από το κάπνισμα τουλάχιστον για 3 μήνες, αλλά λιγότερο από 12), αν υπάρχουν συμπτώματα απόσυρσης (καθημερινή χρήση για αρκετές εβδομάδες και απότομη διακοπή, ακολουθούμενη τις πρώτες 24 ώρες από 4 ή παραπάνω από τα εξής συμπτώματα: ευερεθιστότητα, άγχος, δυσκολίες στη συγκέντρωση, χαμηλός καρδιακός ρυθμός, αυξημένη όρεξη, καταθλιπτική διάθεση, απνία, νευρικότητα), ή

αν υπάρχει διαταραχή προκαλούμενη από τη νικοτίνη όπως π.χ. χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (Center of excellence for health systems improvement).

1.3. Οι επιπτώσεις στην υγεία και η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των καπνιστών

Το ενεργητικό κάπνισμα έχει ταυτοποιηθεί ως αιτία πολλών ασθενειών του ανθρώπινου σώματος. Συνδέεται με δέκα είδη καρκίνου μεταξύ των οποίων είναι η λευχαιμία, ο καρκίνος στομάχου και οισοφάγου, με τέσσερις καρδιαγγειακές ασθένειες, όπως η στεφανιαία νόσος, και ασθένειες του αναπνευστικού, όπως η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Άλλες επιδράσεις του καπνίσματος αφορούν το αναπαραγωγικό σύστημα, με χαρακτηριστικό παράδειγμα το θάνατο νεογνών, και άλλες λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού, όπως η όραση. Η μακροχρόνια χρήση νικοτίνης μπορεί να προκαλέσει οξεία δηλητηρίαση, ενώ έχει αποδειχτεί ότι συνδέεται μέσα από πολλά βιολογικά «μονοπάτια» με επιδείνωση της υγείας (U.S. Department of Health and Human Services, 2004). Η επιδείνωση της συνολικής υγείας γίνεται εμφανής μέσα από αύξηση της χρήσης και των δαπανών σε υπηρεσίες υγείας, αυτοαναφορές για κακή υγεία και μεγαλύτερα διαστήματα απουσιών από την εργασία. Το τσιγάρο αυξάνει την θνησιμότητα σε άνδρες και γυναίκες, ενώ τα τελευταία 50 χρόνια ο κίνδυνος θανάτου από το κάπνισμα στις Η.Π.Α συνεχώς αυξάνεται (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

Σύμφωνα με τα ευρήματα των Strine et al. (2005), οι καπνιστές αναφέρουν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους μη καπνιστές, και είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, ή εξαρτητικές συμπεριφορές. Επιπλέον, είναι πιθανότερο να εμφανίσουν διαταραχές στον ύπνο, καθιστική ζωή και ανθυγιεινή διατροφή.

Οι Doll et al. (2004) μελέτησαν τα ποσοστά θνησιμότητας σε ένα δείγμα 25.000 περίπου ανδρών καπνιστών, πρώην καπνιστών και μη καπνιστών γεννηθέντων μεταξύ 1900 και 1930. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν τον κίνδυνο που διατρέχουν οι καπνιστές. Οι μη καπνιστές ζουν κατά μέσο όρο δέκα χρόνια παραπάνω απ' όσους καπνίζουν τσιγάρα κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Όταν το παρατεταμένο κάπνισμα ξεκινά από τη νεαρή ενήλικη ζωή τα ποσοστά θνησιμότητας τριπλασιάζονται, ενώ αν

η διακοπή γίνεται στα 50 έτη ο κίνδυνος μειώνεται στο μισό, και στα 30 έτη σχεδόν εξαφανίζεται. Παρόμοια είναι τα ευρήματα και για τις γυναίκες στο Ηνωμένο Βασίλειο, για τις οποίες τα 2/3 των θανάτων οφείλονται σε ασθένειες που προκαλούνται από το κάπνισμα (Pirie et al., 2013).

Η έρευνα των Tillmann και Silcock (1997) σύγκρινε μια ομάδα 1.500 καπνιστών και μια ομάδα 1.500 πρώην καπνιστών, που είχαν κόψει το κάπνισμα τουλάχιστον πέντε χρόνια πριν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η διακοπή καπνίσματος συμβάλλει στη βελτίωση αναπνευστικών προβλημάτων και οδηγεί σε βελτίωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, όπως μετρήθηκε με τα εργαλεία SF-36 και EuroQol. Αντίστοιχα ήταν και τα ευρήματα των Sarna et al. (2008), οι οποίοι, χρησιμοποιώντας δεδομένα (n= 158.736) από δύο έρευνες (1976 και 1989) για την υγεία των νοσηλευτριών στις Η.Π.Α., μέτρησαν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής καπνιστριών, μη καπνιστριών και πρώην καπνιστριών. Η μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής στο δείγμα ξεκίνησε από το 1992. Αναλυτικά, βρέθηκε σημαντικά χαμηλότερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής στις καπνίστριες, απ' ότι στις μη καπνίστριες και στις πρώην καπνίστριες. Ωστόσο, διαχρονικά παρατηρήθηκε επιδείνωση όσον αφορά τη σωματική υγεία και βελτίωση στην ψυχική υγεία και στις καπνίστριες και σε όσες είχαν διακόψει.

1.4. Τάσεις και επιπολασμός του καπνίσματος

Σύμφωνα με δεδομένα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, κάθε χρόνο πεθαίνουν 6.000.000 πολίτες από το ενεργητικό κάπνισμα και 600.000 επιπλέον από το παθητικό.

Στην έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2018) παρακολουθούμε τον επιπολασμό του καπνίσματος από το 2000 σε κάθε ήπειρο, αλλά και μελλοντικές τάσεις για τα έτη 2020 και 2025. Τα ευρήματα δείχνουν ότι υπάρχει καθοδική τάση στον αριθμό των καπνιστών στην Ευρώπη. Αναφέρεται ότι το 2005 ο αριθμός των καπνιστών ανέρχεται στους 236.000.000, ενώ το 2025 εκτιμάται ότι θα μειωθεί στους 182.000.000 καπνιστές. Από τον αριθμό αυτό εκτιμάται ότι το 65% περίπου θα είναι άνδρες, ενώ οι γυναίκες εξακολουθούν να σημειώνουν χαμηλότερα ποσοστά. Ο

υψηλότερος αριθμός καπνιστών συγκεντρώνεται σταθερά στα μεσαία προς υψηλότερα οικονομικά στρώματα.

Υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα το 2016 το 27% των Ελλήνων κάπνιζε καθημερινά, αριθμός μειωμένος σε σχέση με το 2006, όπου το ποσοστό ανερχόταν στο 40%. Σε αντίστοιχη παλαιότερη έρευνα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2015) παρακολουθούμε τον επιπολασμό και τις τάσεις του καπνίσματος σε κάθε χώρα ξεχωριστά. Η έρευνα προβλέπει ότι η καθοδική τάση θα συνεχιστεί και τα επόμενα χρόνια, με τον αριθμό να μειώνεται στους 3.493.000 το 2025. Το 2016 περίπου το 35% των ανδρών και το 20% των γυναικών στην Ελλάδα κάπνιζαν καθημερινά (OECD/EU, 2018). Όσον αφορά ηλικιακές ομάδες, το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών παραμένει σταθερό από το 2000 μέχρι το 2025 στις ηλικίες 25-39 ετών.

Τα δεδομένα της έρευνας για το προφίλ υγείας της Ευρώπης συμφωνούν με τα ευρήματα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στη μείωση του ποσοστού καπνιστών από το 2008 στο 2014. Στην Ελλάδα, το προσδόκιμο ζωής αγγίζει περίπου τα 82 έτη, με τους περισσότερους θανάτους να επέρχονται από ισχαιμική καρδιοπάθεια, εγκεφαλικά επεισόδια και καρκίνο του πνεύμονα. Ο υψηλός επιπολασμός του καπνίσματος έχει ως αντίκτυπο υψηλές δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη και έναν τεράστιο αριθμό θανάτων. Χαρακτηριστικά, υπολογίζεται ότι το 2011 το 18% των θανάτων άνω των 35 ετών στην Ελλάδα, περίπου 20.000 θάνατοι, αποδίδονται σε ασθένειες σχετικές με το κάπνισμα (Harvard School of Public Health, 2011). Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί την πρωταρχική αιτία αποτρέψιμης θνησιμότητας στην Ελλάδα.

2. Οικονομικές διαστάσεις του καπνού

2.1. Ο καπνός στην ελληνική αγορά

Στην ελληνική αγορά καπνού, το μεγαλύτερο μερίδιο κατέχει η Philip Morris International (Papastratos SA) με ποσοστό περίπου 37%, με την British American Tobacco Hellas SA και την Japan Tobacco International Hellas SA να ακολουθούν με ποσοστό περίπου 15% η καθεμία. Η πρώτη αποτελεί τη μεγαλύτερη βιομηχανία καπνού στην Ελλάδα, ενώ οι υπόλοιπες εισάγουν προϊόντα από τη διεθνή αγορά. Η αγορά καπνού στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερος ανταγωνιστική, με αποτέλεσμα την ύπαρξη 300 περίπου κωδικών αποθέματος στα καταστήματα [Stock Keeping Unit].

Ο καπνός αποτελούσε σημαντική καλλιέργεια και πηγή εσόδων για την ελληνική οικονομία, με το μεγαλύτερο μέρος των καλλιεργειών να βρίσκεται στην Βόρειο Ελλάδα. Ωστόσο, με την εφαρμογή της Κοινής Αγροτικής Πολιτικής το 2006 και τη μείωση των επιδοτήσεων, η καλλιέργεια καπνού μειώθηκε κατά 58%. Τα 544 εκατομμύρια τετραγωνικά μίλια καλλιέργειας καπνού το 2005 μειώθηκαν στα 234 εκατομμύρια το 2006 και στα 185 εκατομμύρια το 2007. Η παραγωγή καπνού από τους 125.000 τόνους το 2005, έπεσε στους 31.000 το 2007. Κι ενώ ο μέσος αγρότης έχει κέρδος περίπου 3.000€ το χρόνο από την παραγωγή καπνού, οι πολυεθνικές εταιρίες καπνού έχουν κέρδος κατά προσέγγιση μισό εκατομμύριο ευρώ την ημέρα (Harvard School of Public Health, 2011). Όσο περιορίζεται de facto η ελληνική παραγωγή καπνού λόγω αλλαγών στην ευρωπαϊκή πολιτική, τόσο μειώνεται το κέρδος για την ελληνική οικονομία, ενώ παράλληλα αξιοσημείωτο είναι τόσο το άμεσο, όσο και το έμμεσο οικονομικό κόστος του καπνίσματος.

2.2. Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην εθνική οικονομία

Το οικονομικό κόστος του καπνίσματος μπορεί να υπολογισθεί μέσα από τρεις κατηγορίες δαπανών: δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη από ασθένειες που οφείλονται στο ενεργητικό και παθητικό κάπνισμα, κόστος λόγω μείωσης της παραγωγικότητας και παρατεταμένων απουσιών από την εργασία, και, τέλος, λοιπά κόστη, όπως παραδείγματος χάριν αυτά που σχετίζονται με την επιβάρυνση του περιβάλλοντος (Harvard School of Public Health, 2011).

Οι κυβερνήσεις διεθνώς δαπανούν υπέρογκα ποσά για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην κοινωνία. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι κατά την τετραετία 1995-1999, το ετήσιο οικονομικό κόστος του καπνίσματος στις Η.Π.Α. κυμαινόταν περίπου στα 160 δις δολάρια, από τα οποία τα 76 σπαταλήθηκαν για την άμεση ιατρική φροντίδα, 82 λόγω χαμμένης παραγωγικότητας, ενώ αρκετά εκατομμύρια σπαταλήθηκαν και στη φροντίδα νεογνών (U.S. Department of Health and Human Services, 2004). Το ετήσιο κόστος για το διάστημα 2009-2012 υπολογίζεται μεταξύ 289-333 δις δολάρια, εκ των οποίων 133-176 δαπανήθηκαν στην ιατρική φροντίδα για ενήλικες, ενώ υπήρξε απώλεια 151 δις δολαρίων λόγω χαμμένης παραγωγικότητας από τους πρόωπους θανάτους κατά το διάστημα 2005-2009 (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

Στην Ελλάδα, το άμεσο κόστος του καπνίσματος που αφορά την υγειονομική περίθαλψη ανήλθε το 2010 περίπου στα τρία δις ευρώ, ποσό που κατέλαβε περίπου το 15% των συνολικών δαπανών για την υγεία. Υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα 20.000 θάνατοι ετησίως οφείλονται σε ασθένειες σχετικές με το κάπνισμα. Το 2010 οι Έλληνες πολίτες κάπνισαν περίπου 28 δις τσιγάρα, ποσότητα που αντιστοιχεί σε δαπάνες πέντε δις ευρώ, ενώ κατά μέσο όρο κάθε νοικοκυριό ξόδευε περίπου 1.000€ ετησίως σε τσιγάρα (Harvard School of Public Health, 2011). Το 2015 οι δαπάνες στην Ελλάδα για υγειονομική περίθαλψη ανήλθαν περίπου στα 1.700€ ανά κεφαλή, ενώ στην Ευρώπη δαπανήθηκαν κατά προσέγγιση 2.800€. Η οικονομική κρίση είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση του ΑΕΠ κι έτσι, ενώ οι δαπάνες για την υγεία καταλαμβάνουν περίπου το 8% του ΑΕΠ, ουσιαστικά μειώθηκαν. Σε σύγκριση με το 2008, οι δαπάνες του 2015 για την υγεία κατά κεφαλή μειώθηκαν περίπου στο 30% (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017).

2.3. Δημοσιονομική πολιτική για τον περιορισμό του καπνίσματος

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2017) έχει διατυπώσει κάποιες βασικές αρχές πάνω στις οποίες πρέπει να βασιστούν οι πολιτικές των χωρών για τον περιορισμό του καπνίσματος. Πρόκειται για έξι αρχές, οι οποίες συμπληρώνουν το ακρωνύμιο “MPOWER”. Η πρώτη αρχή αφορά τον έγκαιρο έλεγχο και την πρόληψη του καπνίσματος (Monitoring) και ακολουθείται από την ανάγκη για προστασία των πολιτών από την έκθεση στον καπνό (Protect). Η επόμενη αρχή ζητά από τα κράτη

την προσφορά βοήθειας στους πολίτες για τη διακοπή (Offer), καθώς και την ενημέρωση για τους κινδύνους του καπνίσματος (Warn). Τα επόμενα μέτρα που προτείνονται σχετίζονται με την απαγόρευση στη διαφήμιση καπνικών προϊόντων (Enforce) και την αύξηση στη φορολογία (Raise).

Η τελευταία εγκύκλιος που αφορά τον περιορισμό του καπνίσματος αναρτήθηκε στο διαδίκτυο από το Υπουργείο Υγείας την 31/01/2018 με θέμα «Απαγόρευση καπνίσματος - εφαρμογή της Αντικαπνιστικής Νομοθεσίας». Η εγκύκλιος περιλαμβάνει αρκετά μέτρα για τον περιορισμό του καπνίσματος στην Ελλάδα, ακολουθώντας αρκετές από τις αρχές MPOWER. Ειδικότερα, απαγορεύονται:

1. α) η πώληση προϊόντων καπνού σε ανηλίκους και από ανηλίκους
β) η τοποθέτηση προϊόντων καπνού σε προθήκες επιχειρήσεων μαζικής εστίασης και επιχειρήσεων αναψυχής,
γ) η κατασκευή, προβολή, εμπορία και πώληση αντικειμένων που έχουν την εξωτερική μορφή προϊόντων καπνού,
δ) η διαφήμιση και πώληση προϊόντων καπνού σε χώρους Υπηρεσιών Υγείας και εκπαιδευτικών ιδρυμάτων όλων των βαθμίδων Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου, καθώς και στα κυλικεία των Ιδρυμάτων και των Υπηρεσιών αυτών,
ε) η πώληση προϊόντων καπνού και το κάπνισμα σε χώρους παροχής υπηρεσιών διαδικτύου και παιχνιδιών τεχνητής νοημοσύνης και
στ) η κατανάλωση προϊόντων καπνού σε κλειστούς χώρους διεξαγωγής αθλοπαιδιών, ομαδικών αθλημάτων και αθλητικών εκδηλώσεων,
ζ) η κάθε είδους διαφήμιση και προώθηση προϊόντων καπνού σε όλους τους εξωτερικούς, υπαίθριους και εσωτερικούς χώρους. Εξαιρούνται οι εσωτερικοί χώροι των σημείων πώλησης προϊόντων καπνού.
η) η προβολή διαφημιστικών μηνυμάτων προϊόντων καπνού στους κινηματογράφους.
2. α) Κάθε συνοδευτική ένδειξη σε συσκευασίες προϊόντων καπνού, καθώς και κάθε μορφή διαφημιστικής προβολής ή καταχώρισης, σύμφωνα με τις οποίες η χρήση των προϊόντων καπνού εμφανίζει μειωμένο κίνδυνο για την υγεία και
β) η κυκλοφορία προϊόντων, που διατίθενται για τη διακοπή του καπνίσματος.

3. Η πώληση προϊόντων καπνού με μηχανήματα αυτόματης πώλησης, καθώς και η πώληση μεμονωμένων σιγαρέτων ή σιγαρέτων σε συσκευασία μικρότερη των είκοσι τεμαχίων.
4. Η δωρεάν διανομή προϊόντων καπνού, με εξαίρεση τη διανομή που γίνεται για σκοπούς έρευνας αγοράς.»

Με τις νομοθετικές μεταρρυθμίσεις που περιγράφονται άνωθεν, διαφαίνεται η προσπάθεια της ελληνικής κυβέρνησης να προστατέψει τους πολίτες από το παθητικό κάπνισμα (Protect) και να μειώσει την επαφή των ανηλίκων με τα προϊόντα καπνού, ακολουθώντας έτσι την αρχή «Protect». Ταυτόχρονα έχει εγκαθιδρύσει μέτρα για την απαγόρευση της διαφήμισης καπνικών προϊόντων (Enforce). Επιπλέον, μέσα από την αύξηση της φορολογίας (τα τσιγάρα πλέον αποτελούν το πιο φορολογημένο προϊόν) και την επιβολή προστίμων για την παράβαση των απαγορεύσεων, ακολουθείται η αρχή «Raise». Χαρακτηριστικά παραδείγματα επιβολής προστίμων αποτελούν η πώληση καπνικών προϊόντων σε ανηλίκους ή η διαφήμισή τους, με το πρόστιμο να ανέρχεται μέχρι και 10.000€.

Τα μέτρα αυτά, εκτός από την κοινωνική προστασία, αποφέρουν κέρδος και για το κράτος. Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις η υψηλή φορολογία, αντί να λειτουργήσει ως ανασταλτικός παράγοντας του καπνίσματος, μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση του λαθρεμπορίου καπνού, το οποίο παρά τις απαγορεύσεις, ανθεί στην Ελλάδα.

Όσον αφορά τη θεραπεία εξάρτησης από τον καπνό, αναφέρεται ότι στην Ελλάδα λειτουργούν περίπου 30 ιατρεία διακοπής καπνίσματος σε δημόσια νοσοκομεία (Offer), ωστόσο, σύμφωνα με δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2017), απέχει από τις χώρες που σημειώνουν επιτυχία στη θεραπεία απεξάρτησης από τον καπνό. Η ίδια έρευνα αναφέρει ότι στο ζήτημα της ενημέρωσης με καμπάνιες κατά του καπνίσματος η Ελλάδα υστερεί (Warn). Ωστόσο, συμπεριλαμβάνεται στις χώρες με τη μεγαλύτερη επιτυχία στην τοποθέτηση ετικετών - προειδοποιήσεων για την υγεία στις συσκευασίες προϊόντων καπνού. Όσον αφορά την πρόληψη (Monitoring), οι περισσότερες από τις υπάρχουσες παρεμβάσεις επικεντρώνονται σε μαθητές, ωστόσο δεν θεωρούνται επαρκώς αποτελεσματικές, καθώς τα 2/3 των εφήβων θεωρούν το περιστασιακό κάπνισμα ακίνδυνο. Κι ενώ το ποσοστό των εφήβων που καπνίζουν καθημερινά το 2015 βρισκόταν στο 11,1%, σ' αντίθεση με το 2011 που βρισκόταν στο 13,5%, το ποσοστό αυτό εξακολουθεί να

θεωρείται πολύ υψηλό διότι συνεπάγεται ότι ένας στους 9 εφήβους καπνίζει συστηματικά (Κοκκέβη και συν., 2016).

Παρά το γεγονός ότι τα ποσοστά των καπνιστών στην Ελλάδα έχουν μειωθεί, είναι γεγονός ότι παραμένουν από τα υψηλότερα στην Ευρώπη. Η οικονομική κατάσταση της χώρας δυσχεραίνει την αποτελεσματικότητα της δημοσιονομικής πολιτικής για τον περιορισμό του καπνίσματος στην Ελλάδα. Ο αντικαπνιστικός νόμος για την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους όπως τα κέντρα διασκέδασης, με εξαίρεση τους χώρους υγείας και τις αστικές συγκοινωνίες, δεν έχει τηρηθεί (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017). Αξίζει να αναφερθεί ότι, ενώ οι κρατικές πολιτικές είναι κρίσιμες, απαραίτητη για τον περιορισμό του καπνίσματος είναι η αλλαγή της νοοτροπίας κάθε ατόμου ξεχωριστά, η οποία επέρχεται κατά βάση από εσωτερικά κίνητρα, καθώς και η ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος.

3. Παράγοντες συσχέτισης με την έναρξη και τη διακοπή του καπνίσματος

Όσον αφορά τα κίνητρα για διακοπή καπνίσματος, η έρευνα των Hyland et al. (2006) που μελέτησε ατομικά κίνητρα για διακοπή σε τέσσερις χώρες (Η.Π.Α., Αυστραλία, Ηνωμένο Βασίλειο και Καναδάς), σημείωσε ότι η προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος συνδέεται και με την πρόθεση αλλά και με προηγούμενες προσπάθειες. Σημασία έχει και η διάρκεια της αποχής από το κάπνισμα στις προηγούμενες προσπάθειες. Βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ αρνητικών στάσεων απέναντι στη διακοπή, ηλικίας και βαθμού εξάρτησης με την προσπάθεια για διακοπή καπνίσματος, υπό το πρίσμα ότι όσο χαμηλότερα τα επίπεδα στους παραπάνω παράγοντες, τόσο μεγαλύτερες οι πιθανότητες για διακοπή.

Ο βαθμός εξάρτησης από το τσιγάρο και η προσπάθεια για διακοπή καπνίσματος μελετήθηκε ξανά στις τέσσερις χώρες, αλλά αυτή τη φορά σχετικά με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και άλλα δημογραφικά στοιχεία. Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν την υπόθεση ότι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης συσχετίζονται αρνητικά με το κάπνισμα. Στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα και στα άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο η εξάρτηση από τη νικοτίνη ήταν υψηλότερη. Επιπλέον, οι δύο παράγοντες συσχετίζονται θετικά με την προσπάθεια για διακοπή του καπνίσματος, υπό την έννοια ότι όσο χαμηλότερα τα επίπεδά τους, τόσο χαμηλότερες είναι και οι πιθανότητες για προσπάθεια διακοπής. Οι κοινωνικές ανισότητες επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα του ατόμου αναφορικά με τη διακοπή, με αποτέλεσμα την πεποίθηση ότι οι προσπάθειες δεν θα ευδοκιμήσουν. Το γεγονός ότι τα άτομα που ανήκουν σε χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα και έχουν χαμηλότερο εισόδημα καπνίζουν περισσότερο, μπορεί να αποδοθεί στο στρες που βιώνουν για να ανταπεξέλθουν οικονομικά στις απαιτήσεις της καθημερινότητας. Παράλληλα με το στρες για τις οικονομικές υποχρεώσεις, συμβάλλει και η πεποίθηση ότι η νικοτίνη μπορεί να λειτουργήσει σαν αγχολυτικό (Siahpush et al., 2006).

Η έρευνα των Myung et al. (2012) που διεξήχθη στην Κορέα αναφορικά με τους παράγοντες που συσχετίζονται με τη διακοπή καπνίσματος, επιβεβαιώνει τα παραπάνω ευρήματα. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η πρόθεση για διακοπή καπνίσματος συνδέεται με κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία, αλλά και με πεποιθήσεις

εαυτού αναφορικά με το κάπνισμα. Οι νεότεροι σε ηλικία, όσοι είχαν υψηλότερα εισοδήματα, μορφωτικό επίπεδο και κάπνιζαν λιγότερο σημείωσαν υψηλότερη πρόθεση για διακοπή καπνίσματος. Παράλληλα, η έρευνα εισάγει και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις ως παράγοντα που συνδέεται με υψηλότερη πρόθεση για διακοπή, καθώς και την απαγόρευση στο κάπνισμα εντός της κατοικίας. Τέλος, σημαντικό στοιχείο για την πρόθεση ήταν οι χαμηλές πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής (self-exempting beliefs) και η υψηλότερη αυτοαποτελεσματικότητα (self-efficacy).

Ο παράγοντας του άγχους έχει συσχετισθεί με πολλές πτυχές του καπνίσματος. Συχνά, η έναρξη καπνίσματος αποδίδεται στο άγχος, ενώ πολλές φορές το άγχος συνδέεται και με την ένταση στο κάπνισμα και τον βαθμό εξάρτησης. Η διεθνής βιβλιογραφία δίνει μεγάλη έμφαση στο εργασιακό στρες ως επιβαρυντικό παράγοντα. Τα εκτενή ωράρια εργασίας, η έλλειψη στήριξης στο εργασιακό περιβάλλον, ο περιορισμός στη λήψη πρωτοβουλιών και η εργασιομανία αποτελούν στοιχεία που συσχετίζονται θετικά με την ένταση του καπνίσματος, όπως βρέθηκε μέσα από δείγμα 560 ανδρών καπνιστών. Αντίστοιχα, το εκτενές ωράριο εργασίας, ο βαρύς φόρτος, η μεγάλη ανάληψη ευθύνης, οι συγκρούσεις στο εργασιακό περιβάλλον και το χαμηλό στάτους λειτούργησαν ως παράγοντες αρνητικής συσχέτισης με τη διακοπή καπνίσματος (Westman et al., 1985). Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι Ayyagari και Sindelar (2010): όσο υψηλότερο το εργασιακό στρες, τόσο δυσκολότερη η διακοπή καπνίσματος. Ωστόσο, ειδικότερα ευρήματα δείχνουν ότι το εργασιακό στρες επιδρά περισσότερο σε όσους καπνίζουν ελαφρά, γεγονός που σημαίνει ότι η έγκαιρη υποστήριξη μπορεί να αποτρέψει την επιδείνωση ή και να οδηγήσει στη διακοπή (Azagba, & Sharaf, 2011). Η συσχέτιση του καπνίσματος με το στρες που δημιουργείται μέσα στο εργασιακό περιβάλλον, μας δείχνει τη σημασία που έχει ένα υποστηρικτικό περιβάλλον σε συμπεριφορές υγείας.

4. Η εξάρτηση από το κάπνισμα στα επαγγέλματα υγείας

Όσον αφορά στο κάπνισμα στον χώρο της υγείας, φαίνεται ότι υπάρχουν δύο κυρίαρχες τάσεις. Στις περισσότερες αναπτυγμένες περιοχές όπως η Αγγλία, η Αυστραλία και οι Η.Π.Α. τα ποσοστά των επαγγελματιών υγείας που καπνίζουν έχουν καθοδική τάση. Αντίθετα, σε αναπτυσσόμενες χώρες όπως η Κίνα ή η Τουρκία, τα ποσοστά παραμένουν υψηλά. Εξαιρέση αυτών των τάσεων αποτελούν ευρωπαϊκές χώρες όπως η Ιταλία και η Ελλάδα. Από τη μετα-ανάλυση των Smith και Leggat (2007) προκύπτει ότι στην Ελλάδα υπάρχει ο υψηλότερος επιπολασμός, με περίπου το 50% των ιατρών να καπνίζουν. Στην Ιταλία σημειώνεται ο υψηλότερος επιπολασμός σε γυναίκες επαγγελματίες υγείας. Το 2010 στο Ηνωμένο Βασίλειο ο επιπολασμός των επαγγελματιών υγείας που κάπνιζαν ήταν σχεδόν μηδενικός. Ωστόσο, σε άλλες χώρες της Ευρώπης, όπως στην Ιταλία, το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που κάπνιζαν το 2010 άγγιζε το 45%, ποσοστό σχεδόν διπλάσιο απ' ότι στον υπόλοιπο πληθυσμό της Ιταλίας. Σε ίδια περίπου κατάσταση βρίσκονται κι άλλες χώρες της Ευρώπης, μεταξύ των οποίων βρίσκεται και η Ελλάδα, όπου ο επιπολασμός των καπνιστών στα επαγγέλματα υγείας είναι ίδιος ή υψηλότερος σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Cattaruzza & West, 2013). Τα ευρήματα είναι σύμφωνα και με την έρευνα των Beletsioti-Stika και Scriven (2006), η οποία, παίρνοντας δείγμα νοσηλευτών από νοσοκομεία της Αθήνας, υπέδειξε ότι περίπου το 50% των νοσηλευτών είναι καπνιστές και ακόμη το 25% πρώην καπνιστές. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι, παρά την ανάπτυξη, το ποσοστό των Ελλήνων επαγγελματιών υγείας που καπνίζουν παρέμεινε το ίδιο τουλάχιστον από το 2004 μέχρι το 2013, σ' αντίθεση με άλλες αναπτυγμένες χώρες όπου σημειώθηκε μείωση.

Επιπλέον, από τη διεθνή βιβλιογραφία προκύπτει πως τα ποσοστά των καπνιστών διαφέρουν ανά ειδικότητα. Συγκρίνοντας ομάδες επαγγελματιών υγείας, προκύπτει ότι οι ιατροί καπνίζουν λιγότερο και τείνουν να εγκαταλείπουν ευκολότερα το κάπνισμα απ' ότι οι νοσηλευτές. Αν και τα ευρήματα δεν συμφωνούν πάντοτε, στην πλειονότητά τους υποδεικνύουν ότι σε δομές υγείας οι γιατροί σημειώνουν τα χαμηλότερα ποσοστά καπνίσματος σε σχέση με τις υπόλοιπες ειδικότητες. Στήριξη σε αυτή την υπόθεση παρέχει η έρευνα των Ficcaro et al. (2011), η οποία

πραγματοποιήθηκε σε επτά νοσοκομεία της Ιταλίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές, φοιτητές και πτυχιούχοι, καθώς και το βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό στατιστικά κάπνιζαν περισσότερο απ' ό τι οι γιατροί.

Το ποσοστό των καπνιστών σε σπουδαστές σχολών υγείας είναι υψηλό. Αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι το ποσοστό των φοιτητών Ιατρικής σε χώρες όπως η Ιταλία, η Γερμανία, η Ισπανία και η Πολωνία αγγίζει κατά μέσο όρο το 29%, με την Ιταλία να σημειώνει τα υψηλότερα ποσοστά, περίπου 31%. Αξιοσημείωτο καθίσταται το γεγονός ότι η πλειονότητα των φοιτητών που καπνίζουν έχουν γνώση των μεθόδων διακοπής και θεωρούν ότι οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν πρότυπα προς μίμηση για τον υπόλοιπο πληθυσμό (La Torre et al., 2012).

Οι λόγοι που μπορεί να ωθούν τους επαγγελματίες υγείας στο κάπνισμα και να δικαιολογούν τα υψηλά ποσοστά σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό ποικίλλουν. Όσον αφορά τη νοσηλευτική υπηρεσία στην Ελλάδα, ως κυριότεροι λόγοι αναφέρονται το στρες στον χώρο εργασίας και η απόλαυση του καπνίσματος (Beletsioti-Stika & Scriven, 2006).

5. Θεωρητικά μοντέλα για τη διακοπή του καπνίσματος

5.1. Το Διαθεωρητικό Μοντέλο Αλλαγής της Συμπεριφοράς

Το 1991 η έρευνα των DiClemente et al. (1991), επιχείρησε να ερμηνεύσει και να προβλέψει τη διακοπή καπνίσματος, όχι χωρίζοντας τους συμμετέχοντες σε καπνιστές και μη καπνιστές όπως παλαιότερα, αλλά μελετώντας τη διαδικασία της διακοπής μέσα από στάδια αλλαγής. Το 1994, ακολουθώντας το Διαθεωρητικό Μοντέλο Αλλαγής της Συμπεριφοράς (Transtheoretical Model of Behavior Change), η έρευνα των Prochaska et al. επιβεβαίωσε τις ομοιότητες στα στάδια αλλαγής και στην αποφασιστικότητα σε 12 προβληματικές συμπεριφορές, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται και το κάπνισμα. Η προσπάθεια για διακοπή καπνίσματος ακολουθεί πέντε στάδια, τα οποία περιγράφονται ως εξής. Κατά την περίοδο της «προπερίσκεψης» (precontemplation), οι καπνιστές δεν σκέφτονται να κόψουν το κάπνισμα, τουλάχιστον όχι για τους επόμενους έξι μήνες. Το διάστημα των έξι μηνών χρησιμοποιείται γιατί υπολογίζεται ότι μέχρι τόσο μπορεί κάποιος να προγραμματίσει την αλλαγή μιας συμπεριφοράς. Ακολουθεί το στάδιο της «περίσκεψης» (contemplation), κατά το οποίο ο καπνιστής αναγνωρίζει το πρόβλημά του και σκέφτεται σοβαρά να κόψει το κάπνισμα μέσα στους επόμενους έξι μήνες. Η «προετοιμασία» (preparation) ορίζεται ως η στιγμή κατά την οποία οι καπνιστές που προσπάθησαν τον προηγούμενο χρόνο να κόψουν το κάπνισμα, σκέφτονται σοβαρά να το κόψουν μέσα στον επόμενο μήνα. Ως «δράση» (action) ορίζεται η περίοδος από μηδέν έως έξι μήνες, κατά την οποία το άτομο έχει ήδη κόψει το κάπνισμα. Το τελικό στάδιο της διαδικασίας αλλαγής είναι η «συντήρηση» (maintenance), μια περίοδος που ξεκινά έξι μήνες μετά την έναρξη της δράσης και συνεχίζεται μέχρι να εξαιρεθεί τελείως η προβληματική συμπεριφορά.

Επίσης, σύμφωνα με το Διαθεωρητικό Μοντέλο Αλλαγής της Συμπεριφοράς, υπάρχουν παράγοντες σχετικοί και με τον εαυτό αλλά και με τον περίγυρο που επηρεάζουν την απόφαση. Τέτοιοι είναι τα χρηστικά οφέλη ή απώλειες για τον εαυτό, τα χρηστικά οφέλη ή απώλειες για τους σημαντικούς οικείους του καπνιστή, η αποδοχή ή μη από τον εαυτό και η αποδοχή ή μη από τους σημαντικούς οικείους. Οι παράγοντες αυτοί βρίσκονται σε μεγάλο βαθμό σε συμφωνία με τη Θεωρία της (προ)Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς, η οποία αναλύεται στη συνέχεια.

5.2. Η Θεωρία της (προ)Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς

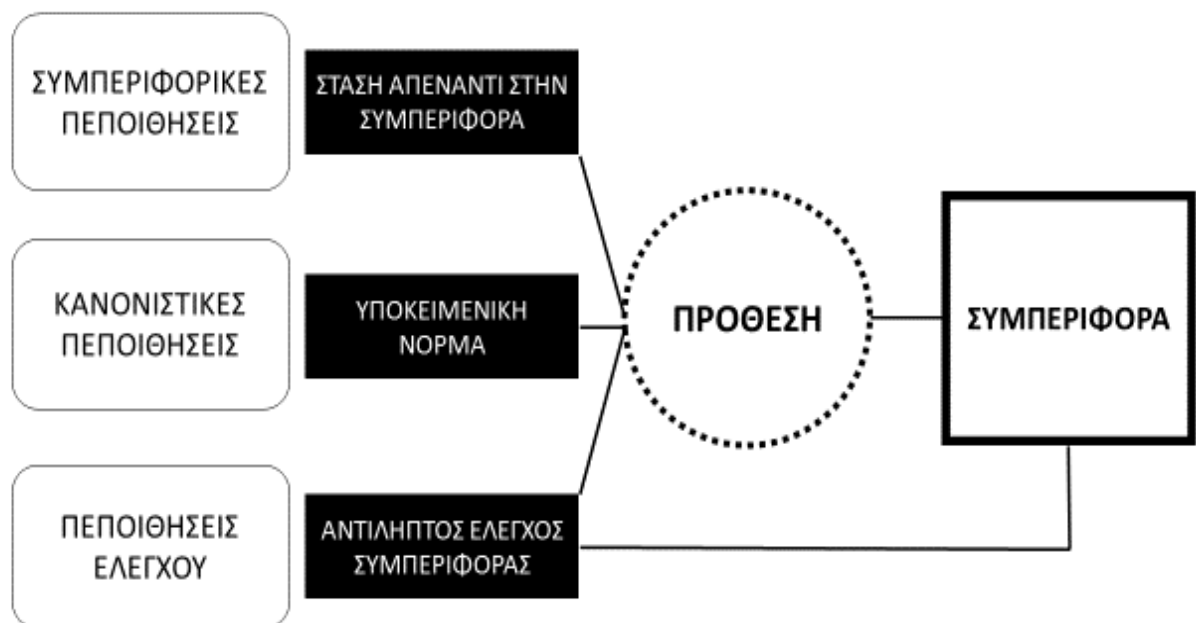
Η Θεωρία της (προ)Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior), η οποία διατυπώθηκε από τον Ajzen το 1988, αποτελεί μια εξέλιξη της Θεωρίας της Λελογισμένης Δράσης των Ajzen και Fishbein το 1975. Σε αντίθεση με τις θεωρίες των χαρακτηριστικών προσωπικότητας οι οποίες προσπαθούν να ερμηνεύσουν γενικευμένες συμπεριφορές, οι κοινωνικογνωστικές θεωρίες της Λελογισμένης Δράσης και της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς επιχειρούν να προβλέψουν την πρόθεση για συγκεκριμένη δράση του ατόμου, προς συγκεκριμένο στόχο, σε ειδικό πλαίσιο και περίσταση (Ajzen, 1991). Η συμπεριφορά ορίζεται καλύτερα μέσα από την Αρχή της Συμβατότητας -TACT principle- η οποία κατά τον Ajzen (2002) αποτελείται ακριβώς από τα στοιχεία που προαναφέρθηκαν: στόχος (Target), δράση (Action), πλαίσιο (Context) και χρόνος (Time), αν και η διάκριση στα κριτήρια συχνά δεν είναι εύκολα προσδιοριζόμενη.

Στη Θεωρία της Λελογισμένης Δράσης (Theory of Reasoned Action), η υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς επηρεάζεται από την πρόθεση του ατόμου γι' αυτή (Intention), ενώ οι παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της πρόθεσης είναι η στάση του ατόμου απέναντι στην συμπεριφορά (Attitude) και η υποκειμενική νόρμα (Subjective norm). Ο τρόπος με τον οποίο το άτομο αξιολογεί μία συμπεριφορά επηρεάζεται από τις συμπεριφορικές πεποιθήσεις, δηλαδή τις πεποιθήσεις για τα θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα που μπορεί να προκύψουν από την συμπεριφορά. Η υποκειμενική νόρμα αφορά την αντίληψη του ατόμου για την κοινωνική πίεση που θα δεχτεί από τους σημαντικούς του ανθρώπους. Η υποκειμενική νόρμα επηρεάζεται από τις κανονιστικές πεποιθήσεις, δηλαδή τις πεποιθήσεις του ατόμου για τις προσδοκίες των άλλων και την πρόθεση να συμμορφωθεί το άτομο σε αυτές. Η Θεωρία της Λελογισμένης Δράσης έχει αποδειχτεί χρήσιμη στην πρόβλεψη συμπεριφορών σε καταστάσεις όπου το άτομο έχει τον πλήρη έλεγχο.

Ωστόσο επειδή ο πλήρης έλεγχος δεν είναι πάντα εφικτός, για την επίλυση αυτού του περιορισμού προστέθηκε στους παράγοντες που διαμορφώνουν την πρόθεση και ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς (Perceived behavioral control). Ο αντιληπτός έλεγχος της συμπεριφοράς, δηλαδή κατά πόσο τελικά είναι στο χέρι του ατόμου η υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς, επηρεάζεται από την αξιολόγηση των

παραγόντων που θα διευκολύνουν ή θα εμποδίσουν την συμπεριφορά. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι εμπειρίες του παρελθόντος σε παρόμοιες καταστάσεις αλλά και τωρινά εμπόδια. Με την προσθήκη αυτής της τρίτης μεταβλητής, η Θεωρία της Λελογισμένης Δράσης εξελίχθηκε στη Θεωρία της (προ)Σχεδιασμένης συμπεριφοράς (Κουτρομάνος & Παπαϊωάννου, 2006; Ajzen, 2002). Ο αντιληπτός έλεγχος της συμπεριφοράς δύναται να επιδράσει τόσο στην πρόθεση, όσο και στην ίδια την συμπεριφορά (Hogg & Vaughan, 2010). Η θεωρία παρουσιάζεται συνοπτικά στο παρακάτω σχήμα.

Σχήμα 1. Σχηματική αναπαράσταση της Θεωρίας της (προ)Σχεδιασμένης συμπεριφοράς



5.3. Πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής

Ανάμεσα στα κίνητρα που λειτουργούν ως επιβαρυντικοί παράγοντες για επικίνδυνες συμπεριφορές συμπεριλαμβάνονται και οι πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής (Self-exempting beliefs), οι οποίες συμβάλλουν στην αγνόηση του κινδύνου. Οι πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής αφορούν κυρίως καπνιστές και αποτελούν συχνά αντικείμενο ερευνών για την πρόθεση διακοπής καπνίσματος. Παρακάτω παρουσιάζονται οι τέσσερις κατηγορίες πεποιθήσεων, συνοδευόμενες από χαρακτηριστικά παραδείγματα.

A) πεποιθήσεις «ανοσίας» στις επιπτώσεις που έχει το κάπνισμα στην υγεία (Bulletproof beliefs)

*π.χ. Έχω καλά γονίδια άρα μπορώ να καπνίζω χωρίς να πάθω κάτι.
ή Δεν καπνίζω αρκετά για να θέσω τον εαυτό μου σε κίνδυνο*

B) σκεπτικισμός σχετικά με τα ιατρικά δεδομένα για το κάπνισμα (Skeptic beliefs)

*π.χ. Τα ιατρικά δεδομένα πολλές φορές είναι υπερβολικά.
ή Και οι ιατροί καπνίζουν, οπότε δεν πρέπει να είναι επιβλαβές.*

Γ) πεποιθήσεις εκμηδενισμού του κινδύνου, γιατί «έτσι κι αλλιώς η ζωή είναι γεμάτη κινδύνους» (Jungle beliefs)

*π.χ. Τα πάντα προκαλούν καρκίνο σήμερα.
ή Αν το κάπνισμα ήταν τόσο επιβλαβές, η κυβέρνηση θα το απαγόρευε.*

Δ) πεποιθήσεις για το αν αξίζει τελικά κάποιος να εστιάζει στις βλαπτικές συνέπειες του τσιγάρου (Worth it beliefs)

*π.χ. Θα πεθάνω έτσι κι αλλιώς, οπότε γιατί να μην απολαύσω το κάπνισμα;
ή Προτιμώ να ζήσω μια συντομότερη ζωή και να το απολαύσω, παρά να ζήσω περισσότερο και να στερούμαι.*

Οι πεποιθήσεις «αξίας» (Worth it beliefs) έχουν την υψηλότερη αρνητική συσχέτιση με την πρόθεση για διακοπή καπνίσματος, καθώς είναι καθοριστικής σημασίας κατά το στάδιο της περίσκεψης, όπου το άτομο αρχίζει να σκέφτεται την πιθανότητα να κόψει το κάπνισμα. Η ανάγκη για σωστή ενημέρωση των πολιτών για τους κινδύνους του καπνίσματος είναι αναγκαία, γιατί τελικά οι πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής, και ειδικότερα οι πεποιθήσεις «αξίας» διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στη λήψη της απόφασης για διακοπή. Τα ερευνητικά δεδομένα έδειξαν ότι άτομα μεγαλύτερα σε ηλικία και με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο

τείνουν να διακατέχονται σε μεγάλο βαθμό από τις πεποιθήσεις αυτές (Oakes et al., 2004). Ωστόσο, οι πεποιθήσεις αξίας δεν φαίνονται να αντιπροσωπεύουν τις ομάδες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, στις οποίες υπάρχει και ο υψηλότερος επιπολασμός στο κάπνισμα. Σύμφωνα με τους Guillaumier et al. (2016), στις ομάδες αυτές συναντάμε πεποιθήσεις εκμηδενισμού του κινδύνου, καθώς και σκεπτικισμού σε ακόμη μεγαλύτερο βαθμό, οι οποίες μειώνουν την πρόθεση για διακοπή καπνίσματος.

5.4. Ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας

Η Θεωρία της (προ)Σχεδιασμένης συμπεριφοράς έχει μελετηθεί από ένα μεγάλο μέρος της διεθνούς βιβλιογραφίας με στόχο την πρόβλεψη και την πρόθεση για δράση. Τα ευρήματα παρέχουν στήριξη στη χρησιμότητα του μοντέλου, με την κάθε έρευνα να αποδίδει διαφορετικό μέγεθος επίδρασης σε κάθε παράγοντα, αλλά με την πλειονότητα να συμφωνεί στο ότι η πρόθεση και ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες για την πρόβλεψη της συμπεριφοράς. Αντίστοιχα, η μετα-ανάλυση των Armitage και Conner (2001) για την αποτελεσματικότητα του μοντέλου δείχνει ότι η υποκειμενική νόρμα αποτελεί τον πιο αδύναμο παράγοντα επίδρασης στην πρόθεση για συμπεριφορά. Τα ευρήματα αποδεικνύουν πως η προσθήκη του παράγοντα του αντιληπτού ελέγχου αποτελεί βελτίωση στη Θεωρία της Δελογισμένης Δράσης.

Το μοντέλο έχει εφαρμοστεί σε πολλές συμπεριφορές υγείας όπως η σωματική άσκηση, η υιοθέτηση ασφαλούς σεξουαλικής συμπεριφοράς, η διακοπή αλκοόλ και καπνίσματος. Η ανασκόπηση 56 ερευνών από τους Godin και Kok (1996) μελέτησε την αποτελεσματικότητα της θεωρίας σε ένα εύρος συμπεριφορών υγείας, οι οποίες ταξινομήθηκαν ως εξής: εθιστική συμπεριφορά (κάπνισμα, αλκοόλ κλπ), συμπεριφορές οδήγησης, πρόληψη και ιατρικός έλεγχος, φαγητό, σωματική άσκηση, στοματική υγιεινή και HIV. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι στάσεις και ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες επίδρασης στην πρόθεση, και η πρόθεση σε συνδυασμό με τον αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς μπορούν να λειτουργήσουν ως προβλεπτικοί παράγοντες μιας συμπεριφοράς. Ωστόσο, η πρόθεση παραμένει ο πιο σημαντικός παράγοντας, επιδεικνύοντας ότι

τουλάχιστον οι συμπεριφορές σχετικές με την υγεία εναπόκεινται κατά μεγάλο βαθμό στον βουλητικό έλεγχο του ατόμου.

Παράδειγμα εφαρμογής της θεωρίας στην ελληνική βιβλιογραφία αποτελεί η έρευνα του Theodorakis (1994), η οποία χρησιμοποίησε το μοντέλο για την πρόβλεψη συμμετοχής σε πρόγραμμα σωματικής άσκησης σε ένα δείγμα περίπου 400 Ελληνίδων. Η ανάλυση έδειξε ότι ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς ήταν ο σημαντικότερος προβλεπτικός παράγοντας για την πρόθεση αλλά και για την υιοθέτηση της συμπεριφοράς. Αντίστοιχα, η μεταπτυχιακή διατριβή της Αποστολάκη (2007) έδειξε ότι ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς και η στάση επιδρούν σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ότι η υποκειμενική νόρμα στην πρόβλεψη για υιοθέτηση σωματικής άσκησης. Οι Καρκαλέτση και συν. (2008), χρησιμοποίησαν το μοντέλο για την πρόβλεψη υιοθέτησης υγιεινής διατροφής στον ελληνικό πληθυσμό. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι γενικά υπάρχει η πρόθεση για υγιεινή διατροφή στον ελληνικό πληθυσμό, κι ο παράγοντας που συνετέλεσε περισσότερο στη διαμόρφωση της πρόθεσης ήταν ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς.

Η Θεωρία της (προ)Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς έχει αποδειχτεί αρκετά χρήσιμη και για τη διακοπή καπνίσματος. Οι Norman et al. (1999) χρησιμοποίησαν τους παράγοντες της θεωρίας σε συνδυασμό με την αντιληπτή ευαισθησία σε ασθένειες σχετιζόμενες με το κάπνισμα και τις προηγούμενες προσπάθειες για διακοπή. Στόχος της έρευνας ήταν η πρόβλεψη της πρόθεσης για διακοπή καπνίσματος, της προσπάθειας για διακοπή καπνίσματος και η επιτυχία της προσπάθειας σε έξι μήνες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 60% περίπου προσπάθησε να κόψει το κάπνισμα μέσα στην περίοδο των έξι μηνών, αλλά μόνο το 20% εξ αυτών παρέμεναν πρώην καπνιστές την στιγμή της δεύτερης μέτρησης. Στην ερμηνεία της πρόθεσης, ως πιο σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας αναδείχθηκε ο αντιληπτός έλεγχος της συμπεριφοράς, επιβεβαιώνοντας πως όσο περισσότερο κάποιος θεωρεί πως η προσπάθεια που θα κάνει θα είναι χωρίς εμπόδια και εντός των δυνατοτήτων του, τόσο αυξάνεται και η πρόθεση να πραγματοποιήσει τη συμπεριφορά. Σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας αναδείχθηκε και η αντιληπτή ευαισθησία, παρέχοντας κίνητρο για διακοπή. Η πρόθεση αποδείχτηκε προβλεπτικός παράγοντας στην προσπάθεια για διακοπή καπνίσματος, ωστόσο η θεωρία δεν μπόρεσε να εξηγήσει τη διάρκεια της αποχής. Προβλεπτικός παράγοντας για τη

διάρκεια της αποχής στάθηκε η διάρκεια των προηγούμενων προσπαθειών για διακοπή.

Η διδακτορική διατριβή της Bierman (2012), χρησιμοποιώντας τη Θεωρία της (προ)Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και των πεποιθήσεων αυτοαπαλλαγής διερεύνησε το ζήτημα της διακοπής καπνίσματος σε ένα δείγμα 90 γυναικών επαγγελματιών υγείας. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η Θεωρία της (προ)Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς ερμήνευσε το 30% περίπου της πρόθεσης για διακοπή καπνίσματος. Και σε αυτή την έρευνα, ο παράγοντας με στατιστική σημαντικότητα ήταν ο αντιληπτός έλεγχος της συμπεριφοράς. Περίπου οι μισές συμμετέχουσες ήταν απρόθυμες να κόψουν το κάπνισμα, από φόβο αύξησης βάρους, συμπτωμάτων απόσυρσης όπως άγχος και ευερεθιστότητα, και δυσκολίας συνύπαρξης με άλλους καπνιστές στο ίδιο περιβάλλον.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Μεθοδολογία

1.1. Σκοπός έρευνας και ερευνητικές υποθέσεις

Η πρόθεση για διακοπή καπνίσματος μέσα από τη Θεωρία της (προ)Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς έχει μελετηθεί εκτενώς, ωστόσο λίγες έρευνες έχουν εστιάσει σε ομάδες πληθυσμών όπως οι επαγγελματίες υγείας. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει την πρόθεση για διακοπή καπνίσματος σε Έλληνες επαγγελματίες υγείας, χρησιμοποιώντας τη Θεωρία της (προ)Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Βασιζόμενοι στους παράγοντες της Θεωρίας, θα μελετηθεί η σχέση των παραγόντων «υποκειμενική νόρμα», «στάσεις» απέναντι στο κάπνισμα και «αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς» με την «πρόθεση» για διακοπή του καπνίσματος. Παράλληλα, ερευνώνται και οι πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής από τις αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος. Στα στοιχεία της μελέτης προστίθενται ακόμη δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, πληροφορίες για την εργασία και το περιβάλλον των συμμετεχόντων, καθώς και καπνιστικές συνήθειες.

Λαμβάνοντας υπόψη τη βιβλιογραφία και τα ερευνητικά δεδομένα που παρουσιάστηκαν στο γενικό μέρος, η διακοπή καπνίσματος συνδέεται με πλήθος παραγόντων από διαφορετικές κατηγορίες. Αναφέρεται συσχέτιση με δημογραφικά στοιχεία όπως το φύλο και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, καθώς και με στοιχεία που αφορούν την εργασία, όπως η ειδικότητα, η εργασιακή ικανοποίηση και το στρες. Ακόμη, γίνεται αναφορά στις καπνιστικές συνήθειες του ατόμου, όπως οι προηγούμενες προσπάθειες για διακοπή και ο βαθμός εξάρτησης από το τσιγάρο. Έτσι αρχικά αναμένουμε ότι υψηλότερη πρόθεση για διακοπή καπνίσματος όσον αφορά τα δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία θα έχουν:

- (1) Οι γυναίκες σε σχέση με τους άντρες
- (2) Οι νεότεροι σε ηλικία
- (3) Τα άτομα με το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο
- (4) Τα άτομα που θεωρούν ότι έχουν υψηλό εισόδημα
- (5) Όσοι έχουν υψηλή εργασιακή ικανοποίηση
- (6) Συμμετέχοντες με λιγότερα χρόνια εργασίας στην τρέχουσα θέση

Τόσο. Αντίθετα χαμηλότερη πρόθεση αναμένεται:

- (7) Σε νοσηλευτές, βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό, κοινωνική υπηρεσία και εργαζόμενους των ανθρωπιστικών επιστημών συγκριτικά με εργαζόμενους της ιατρικής υπηρεσίας, της υπηρεσίας αποκατάστασης και του εργαστηριακού τομέα

Όσον αφορά τις καπνιστικές συνήθειες και το περιβάλλον του ατόμου αναμένουμε υψηλότερη πρόθεση για διακοπή καπνίσματος στους συμμετέχοντες που:

- (8) Καπνίζουν λιγότερα τσιγάρα καθημερινά
- (9) Είναι λιγότερο καιρό καπνιστές
- (10) Έχουν λιγότερους καπνιστές στον περίγυρό τους
- (11) Βιώνουν χαμηλό στρες
- (12) Έχουν πραγματοποιήσει προσπάθειες διακοπής στο παρελθόν

Παράλληλα, θα διερευνηθεί και η σχέση των δημογραφικών και επαγγελματικών στοιχείων, των καπνιστικών συνηθειών και του περιβάλλοντος με τις υπόλοιπες μεταβλητές της θεωρίας.

Τα ευρήματα από τις έρευνες που αφορούν τη Θεωρία της (προ)Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Bierman, 2012; Armitage & Conner, 2001; Norman et al., 1999; Theodorakis, 1994), υποστηρίζουν ότι η πρόθεση για διακοπή καπνίσματος μπορεί να προβλεφθεί από τους υπόλοιπους παράγοντες της θεωρίας, με ιδιαίτερη έμφαση στον αντιληπτό έλεγχο της συμπεριφοράς, και συχνά στις στάσεις απέναντι στη διακοπή καπνίσματος. Όσον αφορά στη διακοπή καπνίσματος και τις πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής, οι πεποιθήσεις που αφορούν το αν αξίζει να διακόψει κάποιος το κάπνισμα σημειώνουν την υψηλότερη συσχέτιση με την πρόθεση για διακοπή. Λαμβάνοντας αυτά τα στοιχεία υπόψη αναμένουμε ότι:

Ο παράγοντας του αντιληπτού ελέγχου της συμπεριφοράς, οι στάσεις απέναντι στη διακοπή καπνίσματος και οι πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής θα αποτελέσουν τους σημαντικότερους παράγοντες πρόβλεψης της πρόθεσης για διακοπή καπνίσματος.

1.2. Σχέδιο έρευνας

Για να μετρηθεί η πρόθεση των επαγγελματιών υγείας για διακοπή καπνίσματος μέσα από μία σειρά χαρακτηριστικών, σχεδιάστηκε ερωτηματολόγιο βασισμένο σε προηγούμενες αντίστοιχες έρευνες (βλ. ενότητα 1.4.Γ), το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις για όλα τα στοιχεία που αναφέρονται στην υπόθεση. Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε σε ηλεκτρονική μορφή ώστε να διαμοιραστεί σε επαγγελματίες υγείας καπνιστές ηλεκτρονικά. Η διανομή πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο Νοεμβρίου-Δεκεμβρίου 2018. Για την συμπλήρωση απαιτούνταν κατά προσέγγιση πέντε λεπτά. Με την ολοκλήρωση της διανομής των ερωτηματολογίων διεξήχθησαν στατιστικοί έλεγχοι με το λογισμικό SPSS v.25.

1.3. Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας ήταν ευκαιριακό και αποτελείτο από 125 καπνιστές επαγγελματίες υγείας (N=125). Ειδικότερα, το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων αναφορικά με την υγεία, οι οποίοι ταξινομήθηκαν στις ακόλουθες κατηγορίες: Ιατρική Υπηρεσία, στην οποία συμπεριλαμβάνονται επαγγέλματα όπως ιατρός και οδοντίατρος, Νοσηλευτική Υπηρεσία, με ειδικότητες όπως νοσηλεύτης, μαία ή βρεφονηπιοκόμος, Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό, όπως μεταφορέας ασθενών και βοηθός θαλάμου, Κοινωνική Υπηρεσία και Ανθρωπιστικές Επιστήμες, με επαγγέλματα όπως αυτό του κοινωνικού λειτουργού και του ψυχολόγου, Τομέας Εργαστηρίων, με Φαρμακοποιούς, Βιολόγους ή τεχνολόγους ιατρικών εργαστηρίων και, τέλος, Υπηρεσία Αποθεραπείας/Αποκατάστασης, με ειδικότητες όπως φυσικοθεραπευτής και εργοθεραπευτής.

Για την εύρεση του δείγματος, το ερωτηματολόγιο αναρτήθηκε στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, σε ομάδες επαγγελματιών υγείας. Κατά τη διανομή του ερωτηματολογίου, το μεγαλύτερο ενδιαφέρον για συμμετοχή παρουσιάστηκε από τους νοσηλευτές και τους κοινωνικούς επιστήμονες. Συγκεκριμένα, συμμετείχαν 59 άτομα από την Νοσηλευτική Υπηρεσία, οκτώ από την Ιατρική Υπηρεσία, δύο άτομα από το Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό, 31 άτομα από την Κοινωνική Υπηρεσία και τις Ανθρωπιστικές Επιστήμες, 22 άτομα από τον τομέα εργαστηρίων και τρία από

την Υπηρεσία Αποκατάστασης. Η πλειονότητα του δείγματος ήταν γυναίκες (106 συμμετέχουσες), ενώ συμμετείχαν 19 άντρες. Το εύρος ηλικίας κυμάνθηκε μεταξύ 18 και 55 ετών.

1.4. Εργαλεία/Υλικό

Με την έναρξη της συμμετοχής, το δείγμα ενημερωνόταν για την έρευνα μέσα από μία συνοδευτική επιστολή από τους ερευνητές. Για τη μέτρηση των μεταβλητών της έρευνας επινοήθηκε από τους ερευνητές ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείτο από τρεις ενότητες:

- A. Δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία
- B. Περιβάλλον και καπνιστικές συνήθειες
- Γ. Κλίμακα Θεωρίας της (προ)Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς για τη διακοπή καπνίσματος

A. Δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία

Η ενότητα αυτή αποτελείτο από οκτώ ερωτήσεις που αφορούσαν δημογραφικά στοιχεία και πληροφορίες για την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων. Στα δημογραφικά περιλαμβάνονταν ερωτήσεις για το φύλο, την ηλικία και την οικογενειακή και οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων. Για την ηλικία οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να διαλέξουν μέσα από πέντε τάξεις, η πρώτη εκ των οποίων ξεκινούσε από τα 18 έτη και η τελευταία έκλεινε με τα 65. Για την εκτίμηση της οικονομικής κατάστασης, η ερώτηση αφορούσε το πώς το ίδιο το άτομο αντιλαμβάνεται το εισόδημά του και κατά πόσο μπορεί να ανταπεξέλθει στις οικονομικές του υποχρεώσεις, ενώ υπήρχε και η δυνατότητα επιλογής της απάντησης «δεν γνωρίζω/δεν απαντώ»

Εκτός από τα δημογραφικά στοιχεία, στην πρώτη ενότητα συμπεριλαμβάνονταν και τρεις ερωτήσεις αναφορικά με την επαγγελματική κατάσταση του ατόμου. Οι ερωτήσεις αφορούσαν την ειδικότητα και τη θέση του ατόμου στον οργανισμό του, τα έτη εργασίας και την επαγγελματική ικανοποίηση. Οι απαντήσεις για τα έτη εργασίας διαρθρώθηκαν σε πέντε τάξεις, η πρώτη εκ των

οποίων ήταν «λιγότερο από ένα χρόνο» και η τελευταία «πάνω από δέκα» χρόνια εργασίας. Για την επαγγελματική ικανοποίηση, οι απαντήσεις διαρθρώθηκαν σε πεντάβαθμη κλίμακα, που ξεκινούσε από «καθόλου» και έφτανε μέχρι «πάρα πολύ».

B. Περιβάλλον και καπνιστικές συνήθειες

Η δεύτερη ενότητα του ερωτηματολογίου αφορούσε όχι μόνο τις καπνιστικές συνήθειες του ατόμου, αλλά και μεταβλητές του περιβάλλοντός του που θα επηρέαζαν την πρόθεσή του να διακόψει το κάπνισμα. Περιλάμβανε συνολικά έξι ερωτήσεις από τις οποίες οι τέσσερις αφορούσαν τις καπνιστικές συνήθειες του ατόμου και οι δύο παράγοντες του περιβάλλοντος. Η πρώτη ερώτηση αφορούσε το τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζει κάποιος ημερησίως και οι απαντήσεις ξεκινούσαν από «πέντε ή λιγότερα» και έφταναν μέχρι «πάνω από ένα πακέτο». Στη συνέχεια ο συμμετέχοντας καλούνταν να δηλώσει πόσο καιρό καπνίζει, με τις απαντήσεις να ξεκινάνε από «λιγότερο από ένα χρόνο» και να φτάνουν μέχρι «πάνω από 20 χρόνια». Έπειτα ακολουθούσε ερώτηση για τις ενδεχόμενες προσπάθειες διακοπής καπνίσματος στο παρελθόν, με τις απαντήσεις να ξεκινούν από «καμία» και να φτάνουν έως «δύο και περισσότερες». Η τελευταία ερώτηση για τις καπνιστικές συνήθειες του ατόμου αφορούσε την αντίληψή του για τον εθισμό του στο τσιγάρο, με τις απαντήσεις σε πεντάβαθμη κλίμακα από «καθόλου» έως «πάρα πολύ».

Στην ίδια πεντάβαθμη κλίμακα διαμορφώθηκαν και οι δύο ερωτήσεις σχετικά με παράγοντες του περιβάλλοντος, με την πρώτη να αφορά το άγχος που βιώνει το άτομο και την δεύτερη το κατά πόσο καπνίζουν οι οικείοι του.

Γ. Κλίμακα Θεωρίας της (προ)Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς για τη διακοπή καπνίσματος

Η κλίμακα βασίστηκε στη Θεωρία της (προ)Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς, συμπεριλαμβάνοντας όλους τους παράγοντες που την απαρτίζουν, σύμφωνα με τις οδηγίες του δημιουργού της Ajzen (2002). Η κλίμακα είχε σταθμιστεί και προσαρμοστεί στα ελληνικά δεδομένα από τον Theodorakis (1994), ωστόσο αφορούσε αποκλειστικά παραμέτρους της άσκησης. Για τον σχεδιασμό ενός ερωτηματολογίου που αφορά την πρόθεση για διακοπή καπνίσματος,

χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις από τη σταθμισμένη κλίμακα της προαναφερθείσας έρευνας, προσαρμοσμένες στη διακοπή καπνίσματος, καθώς και από ερωτηματολόγια αντίστοιχων ερευνών της διεθνούς βιβλιογραφίας (Bierman, 2012; Norman & Conner, 1999). Δημιουργήθηκαν τέσσερις υποενότητες, αντίστοιχα με τους τέσσερις παράγοντες της θεωρίας: «Στάση απέναντι στη διακοπή καπνίσματος», «Υποκειμενική νόρμα», «Αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς» και «Πρόθεση για διακοπή καπνίσματος». Η κλίμακα συνολικά περιελάμβανε 14 ερωτήσεις σε επτάβαθμη κλίμακα Likert.

Ως διακοπή καπνίσματος ορίστηκε η πλήρης αποχή από το κάπνισμα για έξι μήνες. Το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα καθορίστηκε διότι, σύμφωνα με τα ευρήματα του Rochaska και των συνεργατών του (1994), όσον αφορά τα στάδια αλλαγής μιας συμπεριφοράς όπως η διακοπή καπνίσματος, ο άνθρωπος μπορεί να προγραμματίσει μέχρι τους επόμενους 6 μήνες.

Στην υποενότητα των στάσεων απέναντι στη διακοπή καπνίσματος ενσωματώθηκαν πέντε ερωτήσεις (βλ. Παράρτημα, ερ. 1), στις οποίες ο συμμετέχοντας καλούνταν να διαλέξει από επτά απαντήσεις, στα άκρα των οποίων βρίσκονταν δύο αντίθετα επίθετα. Παραδείγματος χάριν, καλούνταν να επιλέξει πόσο ευχάριστη ή δυσάρεστη θεωρεί τη διακοπή καπνίσματος, με τον αριθμό ένα να σημαίνει απολύτως δυσάρεστη, τον αριθμό επτά απολύτως ευχάριστη, και τον αριθμό τέσσερα να δηλώνει ουδετερότητα.

Στην υποενότητα της υποκειμενικής νόρμας τοποθετήθηκαν τρεις ερωτήσεις (ερ. 2, 4, 6) αναφορικά με τον τρόπο που οι οικείοι του συμμετέχοντα αντιμετωπίζουν τη διακοπή καπνίσματος. Στο ίδιο μοτίβο απαντήσεων, ο συμμετέχων καλούνταν να διαλέξει μεταξύ επτά απαντήσεων, εκ των οποίων στο ένα άκρο υπήρχε η φράση «συμφωνώ απόλυτα» ή «εξαιρετικά πιθανό» και στο άλλο η φράση «διαφωνώ απόλυτα» ή «εξαιρετικά απίθανο». Χαρακτηριστικά, μία εκ των ερωτήσεων διατυπώθηκε ως «Πολλά άτομα σημαντικά για εμένα θα σταματούσαν να καπνίζουν», με τις απαντήσεις να κυμαίνονται από το «εξαιρετικά πιθανό» στο «εξαιρετικά απίθανο».

Αντίστοιχα, στην υποενότητα του αντιληπτού ελέγχου συμπεριφοράς τοποθετήθηκαν τρεις ερωτήσεις (ερ. 3, 7, 9) σχετικά με το βαθμό στον οποίο το άτομο θεωρεί ότι είναι στον έλεγχό του η διακοπή καπνίσματος, με την αντίστοιχη

διαβάθμιση στις απαντήσεις. Ως παράδειγμα αναφέρεται η ερώτηση 7 «Η διακοπή καπνίσματος εξαρτάται αποκλειστικά από εμένα.», στην οποία ο συμμετέχοντας καλούνταν να διαλέξει μεταξύ επτά απαντήσεων, στα άκρα των οποίων βρίσκονταν οι φράσεις «συμφωνώ απόλυτα» και «διαφωνώ απόλυτα».

Τέλος, στην υποενότητα της πρόθεσης συμπεριλήφθηκαν τρεις ερωτήσεις (ερ. 5, 10, 12), στις οποίες ο συμμετέχοντας καλούνταν να δηλώσει μέσα από την επιλογή του πόσο διατεθειμένος είναι να κόψει το κάπνισμα. Η ενότητα περιλάμβανε ερωτήσεις όπως «Είμαι αποφασισμένος/η να κόψω το κάπνισμα για 6 μήνες.»

Στην κλίμακα προστέθηκαν δύο ακόμη ερωτήσεις (ερ. 8, 11) που αφορούν πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής του ατόμου από τις αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος. Ειδικότερα, οι Oakes et al. (2004), μελέτησαν τις πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής, που αποτρέπουν το άτομο από το να συνειδητοποιεί τις αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος. Μέσα από παραγοντική ανάλυση, προέκυψαν τέσσερις κατηγορίες πεποιθήσεων αυτοαπαλλαγής. Στην παρούσα έρευνα εξετάστηκαν οι πεποιθήσεις που αφορούν το πόσο αξίζει κάποιος να κόψει το κάπνισμα. Οι δύο ερωτήσεις που ανήκουν στην κατηγορία, μεταφράστηκαν ως εξής: «Προτιμώ να ζήσω λιγότερο και να απολαύσω τη ζωή, παρά να στερούμαι την απόλαυση του καπνίσματος» και «Έτσι κι αλλιώς θα πεθάνω από κάτι, οπότε γιατί να μην απολαύσω το κάπνισμα;».

Για την βαθμολόγηση, οι ερωτήσεις των υποενοτήτων «υποκειμενική νόρμα», «αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς», «πρόθεση» και «πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής» αντιστράφηκαν, ώστε ο θετικός πόλος των απαντήσεων π.χ. «συμφωνώ απόλυτα» να λαμβάνει το υψηλότερο σκορ και ο αρνητικός π.χ. «εξαιρετικά απίθανο» να λαμβάνει το χαμηλότερο σκορ στην κλίμακα likert. Οι υποενότητες δεν ήταν διακριτές, με τις ερωτήσεις να είναι τοποθετημένες σε τυχαία σειρά. Για το τελικό σκορ της κάθε υποενότητας, χρησιμοποιήθηκε ο αριθμητικός μέσος των απαντήσεων που δόθηκαν σε κάθε ερώτησή της.

Δ. Αξιοπιστία και Εγκυρότητα των ερευνητικών εργαλείων

Προκειμένου τα αποτελέσματα μιας έρευνας να είναι έγκυρα και να μπορούν να γενικευτούν στον πληθυσμό, απαιτούνται τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται να διακρίνονται από αξιοπιστία και εγκυρότητα.

Με τον όρο «αξιοπιστία» εννοείται η σταθερότητα ή η συνέπεια ενός εργαλείου στη μέτρηση του στοιχείου για το οποίο έχει σχεδιαστεί. Όσο αυξάνεται η αξιοπιστία ενός εργαλείου, τόσο μειώνεται ο βαθμός τυχαίου σφάλματος. Η αξιοπιστία, σύμφωνα με τους Ουζούνη και Νακάκης (2011), διακρίνεται στους εξής τύπους:

1. *Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (test-retest reliability)*: Αναφέρεται στο εάν κατά την επανάληψη της χορήγησης ενός εργαλείου στον ίδιο πληθυσμό μετά από συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, τα αποτελέσματα παραμένουν ίδια. Ωστόσο παραμένει η πιθανότητα οι συμμετέχοντες να έχουν εξοικειωθεί και να θυμούνται τις αρχικές τους απαντήσεις, με αποτέλεσμα να δίνουν τις ίδιες.
2. *Αξιοπιστία εναλλακτικών τύπων (alternate form reliability)*: Προκειμένου να αποφευχθεί ο παραπάνω περιορισμός, οι ερευνητές κατά την επανάληψη χορήγησης του εργαλείου, αλλάζουν τη σειρά ή τη διατύπωση των προτάσεων.
3. *Αξιοπιστία των ημίσεων (split-half reliability)*: Οι ερευνητές χωρίζουν τις απαντήσεις των συμμετεχόντων σε δύο ομάδες, συνήθως τοποθετώντας στη μία ομάδα τις μονές και στην άλλη τις ζυγές ερωτήσεις. Όταν ο συντελεστής αξιοπιστίας είναι ίδιος και για τις δύο ομάδες, τότε έχουμε αξιοπιστία των ημίσεων.
4. *Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (internal consistency)*: Φανερώνει κατά πόσο διαφορετικές προτάσεις σε ένα εργαλείο μέτρησης μετρούν το ίδιο χαρακτηριστικό. Χρησιμοποιώντας τον συντελεστή Cronbach's_alpha ελέγχουμε την ομοιογένεια των ερωτήσεων μιας κλίμακας ή υποκλίμακας. Για να είναι αξιόπιστη, πρέπει ο συντελεστής να είναι ≥ 0.7 . Αν όχι, τότε πρέπει να προστεθούν ερωτήσεις ή να γίνει αναδιατύπωση.
5. *Αξιοπιστία μετρήσεων μεταξύ βαθμολογητών (inter-rater reliability)*: Προκύπτει όταν, από δύο ή περισσότερους ερευνητές, οι βαθμολογήσεις των απαντήσεων των συμμετεχόντων είναι παρόμοιες.

Η εγκυρότητα μας δείχνει κατά πόσο ένα εργαλείο μετράει το χαρακτηριστικό το οποίο έχει σχεδιαστεί να μετράει. Αντίστοιχα, σύμφωνα με τους Ουζούνη και Νακάκης (2011), η εγκυρότητα διακρίνεται στους εξής τύπους:

1. *Εγκυρότητα περιεχομένου (content validity)*: Αναφέρεται στο κατά πόσο ένα ερωτηματολόγιο καλύπτει όλες τις διαστάσεις της μεταβλητής την οποία προτίθεται να μετρήσει.
2. *Φαινομενική εγκυρότητα (face validity)*: Παρόμοια με την εγκυρότητα περιεχομένου, αυτός ο τύπος εγκυρότητας μετρά το κατά πόσο οι ερωτήσεις ενός ερωτηματολογίου είναι σχετικές με τη μεταβλητή που προσμετράται. Η φαινομενική εγκυρότητα είναι επιφανειακή, σ' αντίθεση με την εγκυρότητα περιεχομένου η οποία είναι αναλυτικότερη, εις βάθος αξιολόγηση.
3. *Εγκυρότητα κριτηρίου (criterion validity)*: Το εργαλείο μέτρησης συνήθως συγκρίνεται με ένα άλλο εργαλείο το οποίο μετρά το ίδιο χαρακτηριστικό. Όταν η χορήγηση των δύο εργαλείων γίνεται ταυτόχρονα, τότε κάνουμε λόγο για συντρέχουσα εγκυρότητα (*concurrent validity*), ενώ όταν μεταξύ των συγκρίσεων μεσολαβεί χρονικό διάστημα για να διαπιστωθεί η ικανότητα του ερωτηματολογίου να προβλέψει συμπεριφορές, τότε κάνουμε λόγο για προβλεπτική εγκυρότητα (*predictive validity*).
4. *Εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (construct validity)*: Μετρά «τον βαθμό που ένα εργαλείο μέτρησης αποτυπώνει τις ιδέες ενός θεωρητικού πλαισίου ή μιας θεωρίας». Αυτός ο τύπος εγκυρότητας εφαρμόζεται περισσότερο σε ψυχομετρικά εργαλεία που έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί σε διαφορετικούς πληθυσμούς και βελτιωθεί. Μέσα από την παραγοντική ανάλυση διερευνάται κατά πόσο οι προτάσεις ενός ερωτηματολογίου ταξινομούνται με τέτοιο τρόπο, ώστε να αναδεικνύουν τις διαστάσεις του χαρακτηριστικού που προσμετράται (*factorial validity*).

Το εργαλείο δημιουργήθηκε για τους σκοπούς της τρέχουσας έρευνας έπειτα από συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, από ερωτήσεις από έγκυρα και αξιόπιστα ερωτηματολόγια, οι οποίες προσαρμόστηκαν πάνω στο θέμα της έρευνας, τη διακοπή καπνίσματος. Για να ελεγχθεί η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής του ερωτηματολογίου, διεξήχθη παραγοντική ανάλυση, ώστε να διαπιστωθεί αν οι προτάσεις του ερωτηματολογίου έχουν ομαδοποιηθεί σωστά στις αρχικές κατηγορίες, οι οποίες ήταν τέσσερις: στάσεις απέναντι στη διακοπή καπνίσματος, υποκειμενική

νόρμα, αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς και πρόθεση για διακοπή καπνίσματος. Ταυτόχρονα προστέθηκε και ένας πέμπτος παράγοντας, οι πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής. Επιπλέον, για ελεγχθεί η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής, διεξήχθη έλεγχος αξιοπιστίας με δείκτη Cronbach's alpha στις κατηγορίες που προέκυψαν μετά την παραγοντική ανάλυση (Γναρδέλλης, 2013).

1.5. Δεοντολογία έρευνας

Πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου υπήρχε ενημερωτική επιστολή, η οποία εξηγούσε στους συμμετέχοντες τους βασικούς στόχους της έρευνας και οδηγίες για τη συμπλήρωση. Τονίστηκε ότι η έρευνα διεξάγεται ανώνυμα κι ότι μπορούσαν να αποχωρήσουν από αυτή οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς να υπάρχει κάποια επίπτωση για εκείνους. Παράλληλα, στην επιστολή αναγράφονταν και τα στοιχεία επικοινωνίας της ερευνήτριας, ενθαρρύνοντας τους συμμετέχοντες να επικοινωνήσουν για οποιαδήποτε ερώτηση ή πληροφορία.

2. Αποτελέσματα

2.1. Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, περιβάλλον και καπνιστικές συνήθειες του δείγματος

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Οι συμμετέχοντες ήταν στην πλειονότητά τους γυναίκες, με ποσοστό περίπου 85% έναντι των αντρών. Το εύρος ηλικιών ήταν από 18 έως 67 έτη και κατανεμήθηκε σε πέντε τάξεις: 18-25 ετών, 26-35 ετών, 36-45 ετών, 46 έως 55 ετών και 56-67 ετών. Οι δύο κυρίαρχες ηλικιακές ομάδες ήταν η ομάδα 18-25 ετών, με ποσοστό 36% και η ομάδα 26-35 ετών, με ποσοστό κατά προσέγγιση 34%. Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, οι περισσότεροι ανέφεραν ότι έχουν ολοκληρώσει σπουδές ανώτατης εκπαίδευσης, ενώ οι απόφοιτοι λυκείου σημείωσαν το χαμηλότερο ποσοστό. Επιπλέον, 65% των συμμετεχόντων δήλωσαν άγαμοι, με τους έγγαμους να ακολουθούν με ποσοστό 27%. Τέλος, αναφορικά με την οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού, οι μισοί περίπου συμμετέχοντες δήλωσαν ότι τα βγάζουν πέρα, χωρίς ωστόσο να τους μένουν πολλά χρήματα στην άκρη. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται αναλυτικότερα στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1
Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος

Μεταβλητή	N	%
Φύλο		
Άρρεν	19	15,2
Θήλυ	106	84,8
Ηλικία		
18-25 ετών	45	36,0
26-35 ετών	42	33,6
36-45 ετών	22	17,6
46-55 ετών	16	12,8
56-67 ετών	0	0,0
Μορφωτικό επίπεδο		
Απόφοιτος Λυκείου	5	4,0
Ανώτερη Εκπαίδευση	12	9,6
Ανώτατη Εκπαίδευση	72	57,6
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	36	28,8

Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/-η	83	66,4
Έγγαμος/-η	34	27,2
Διαζευγμένος/-η	7	5,6
Χήρος/-α	1	0,8
Οικονομική κατάσταση		
Δεν τα βγάζω πέρα	7	5,6
Τα βγάζω πέρα με πολύ μεγάλες δυσκολίες	34	27,2
Τα βγάζω πέρα αλλά δεν μου μένουν και πολλά στην άκρη	68	54,4
Είμαι άνετος οικονομικά	15	12,0
ΔΓ/ΔΑ	1	0,8

Επαγγελματική κατάσταση

Σε συνδυασμό με τα δημογραφικά, μετρήθηκαν και τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος, τα οποία κατά βάση έδειξαν ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος αποτελείτο από ειδικότητες που ανήκουν στην Νοσηλευτική Υπηρεσία, με ποσοστό 47%. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι εργάζονται στην τρέχουσα θέση εργασίας τους λιγότερο από έναν χρόνο, ωστόσο το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό ανήκε σε εκείνους που εργάζονται πάνω από 10 χρόνια. Το 44% του δείγματος δήλωσε αρκετά ικανοποιημένο από την εργασία του. Αναλυτικότερα, τα χαρακτηριστικά του δείγματος σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2

Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος

Μεταβλητή	N	%
Ειδικότητα/Θέση		
Ιατρική Υπηρεσία	8	6,4
Νοσηλευτική Υπηρεσία	59	47,2
Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	2	1,6
Κοινωνική Υπηρεσία και Ανθρωπιστικές Επιστήμες	31	24,8
Τομέας Εργαστηρίων	22	17,6
Υπηρεσία	3	2,4
Αποθεραπείας/Αποκατάστασης		

Έτη εργασίας		
<1	49	39,2
1-2	20	16,0
3-5	16	12,8
6-10	12	9,6
>10	28	22,4

Ικανοποίηση από την εργασία		
Καθόλου	3	2,4
Λίγο	25	20,0
Αρκετά	55	44,0
Πολύ	31	24,8
Πάρα πολύ	11	8,8

Καπνιστικές συνήθειες και στοιχεία από το περιβάλλον των συμμετεχόντων

Το 39% των Ελλήνων επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφεραν ότι καπνίζουν λιγότερο από πέντε τσιγάρα την ημέρα. Ακολουθούν οι ομάδες εκείνων που καπνίζουν μισό πακέτο την ημέρα και εκείνων που καπνίζουν ένα πακέτο, με την καθεμία να σημειώνει ποσοστό 27%. Όπως παρουσιάζεται και στον Πίνακα 3, οι συμμετέχοντες στην πλειονότητά τους είναι μακροχρόνιοι καπνιστές. Ωστόσο, το 38% αναγνωρίζει ότι καπνίζει αρκετά, και το 38% περίπου του δείγματος δηλώνει ότι έχει προσπαθήσει τουλάχιστον μία φορά να κόψει το κάπνισμα. Όσον αφορά τον περίγυρο τους, οι συμμετέχοντες ανέφεραν μικρό αριθμό καπνιστών. Τέλος, ερωτώμενοι για το πόσο αγχωμένοι αισθάνονται, το 40% δήλωσε αρκετό άγχος.

Πίνακας 3

Καπνιστικές Συνήθειες και Περιβάλλον των συμμετεχόντων

Μεταβλητή	N	%
Αριθμός τσιγάρων/ημέρα		
≤ 5 τσιγάρα	49	39,2
Μισό πακέτο	34	27,2
Ένα πακέτο	34	27,2
>1 πακέτο	8	6,4
Έτη καπνίσματος		
<1	11	8,8
2-5	32	25,6
6-10	26	20,8
11-20	36	28,8

>20	20	16,0
Προσπάθειες για διακοπή		
Καμία	39	31,2
1	48	38,4
≥2	38	30,4
Αυτοαντίληψη εθισμού		
Καθόλου	11	8,8
Λίγο	29	23,2
Αρκετά	47	37,6
Πολύ	18	14,4
Πάρα πολύ	20	16,0
Στρες τον περισσότερο καιρό		
Καθόλου	2	1,6
Λίγο	28	22,4
Αρκετά	50	40,0
Πολύ	29	23,2
Πάρα πολύ	16	12,8
Σημαντικοί άλλοι καπνιστές		
Κανένας	12	9,6
Λίγοι	47	37,6
Αρκετοί	34	27,2
Πολλοί	22	17,6
Πάρα πολλοί	10	8,0

2.2. Απαντήσεις των συμμετεχόντων στην Κλίμακα (προ)Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς

Όπως προαναφέρθηκε, οι συμμετέχοντες απάντησαν συνολικά σε 16 ερωτήσεις, οι οποίες ήταν χωρισμένες σε πέντε υποκλίμακες: «στάση απέναντι στην διακοπή καπνίσματος», «υποκειμενική νόρμα», «αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς», «πρόθεση για διακοπή καπνίσματος» και «πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής». Οι απαντήσεις ήταν διαρθρωμένες σε επτάβαθμη κλίμακα τύπου likert. Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των απαντήσεων παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 4.

Πίνακας 4

Χαρακτηριστικά των απαντήσεων του δείγματος

Ερώτηση	Median	IQR	Mean	SD	Min	Max
---------	--------	-----	------	----	-----	-----

1. Για εμένα, το να διακόψω το κάπνισμα είναι κακό-καλό:	7	2	6,11	1,345	1	7
2. Για εμένα, το να διακόψω το κάπνισμα είναι ανόητο-έξυπνο:	7	1	6,36	1,240	1	7
3. Για εμένα, το να διακόψω το κάπνισμα είναι επιβλαβές-ωφέλιμο:	7	1	6,46	1,044	1	7
4. Για εμένα, το να διακόψω το κάπνισμα είναι δυσάρεστο-ευχάριστο:	5	4	4,58	1,948	1	7
5. Για εμένα, το να διακόψω το κάπνισμα είναι ανθυγιεινό-υγιεινό:	7	0	6,62	0,887	3	7
6. Πολλά άτομα σημαντικά για εμένα θα σταματούσαν να καπνίζουν.	3	3	3,38	1,735	1	7
7. Πολλά άτομα των οποίων την άποψη εκτιμώ θα ενέκριναν την αποχή μου από το κάπνισμα για 6 μήνες.	7	2	5,88	1,899	1	7
8. Πολλά σημαντικά στη ζωή μου άτομα πιστεύουν ότι πρέπει να κόψω το κάπνισμα.	6	2	5,66	1,652	1	7

9. Αν το ήθελα θα μπορούσα να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες.	5	5	4,48	2,158	1	7
10. Η διακοπή καπνίσματος εξαρτάται αποκλειστικά από εμένα.	7	1	6,34	1,431	1	7
11. Για εμένα, η διακοπή καπνίσματος είναι πάρα πολύ εύκολη.	3	4	3,14	2,078	1	7
12. Είμαι αποφασισμένος/η να κόψω το κάπνισμα για 6 μήνες.	4	4	3,96	2,168	1	7
13. Θα προσπαθήσω να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες.	4	4	3,96	1,965	1	7
14. Σκοπεύω να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες.	4	3	3,98	1,943	1	7
15. Προτιμώ να ζήσω λιγότερο και να απολαύσω τη ζωή, παρά να στερούμαι την απόλαυση του καπνίσματος.	2	3	2,58	1,802	1	7
16. Έτσι κι αλλιώς θα πεθάνω από κάτι, οπότε γιατί να μην απολαύσω το κάπνισμα;	2	3	2,38	1,569	1	7

2. 3. Παραγοντική ανάλυση

Προκειμένου να ελέγξουμε την εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής του ερωτηματολογίου της Θεωρίας της (προ)Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς, προχωρήσαμε σε παραγοντική ανάλυση. Εφαρμόστηκε διερευνητική παραγοντική ανάλυση με τη μέθοδο των κυρίων αξόνων (principal axis factoring) και η αρχική λύση περιστράφηκε με τη μέθοδο promax. Εφόσον έχουμε ορίσει πλάγια περιστροφή, το μοντέλο μας στηρίχτηκε στον pattern matrix.

Όπως προαναφέρθηκε στην ενότητα Μεθοδολογία, το ερωτηματολόγιο της (προ)Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς περιλαμβάνει τέσσερις υποκλίμακες: «Στάση απέναντι στη διακοπή καπνίσματος» (πέντε μεταβλητές), «υποκειμενική νόρμα» (τρεις μεταβλητές), «αντιληπτός έλεγχος της συμπεριφοράς» (τρεις μεταβλητές) και «πρόθεση για διακοπή καπνίσματος» (τρεις μεταβλητές). Από την παρούσα παραγοντική ανάλυση προέκυψαν τρεις υποκλίμακες. Η παραγοντική φόρτιση (factor loading) κάθε μεταβλητής παρουσιάζεται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5

Παραγοντική φόρτιση των μεταβλητών του ερωτηματολογίου της Θεωρίας της (προ)Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς

Μεταβλητή	Παράγων		
	1	2	3
1. Για εμένα, το να διακόψω το κάπνισμα είναι κακό-καλό:	0,104	0,788*	-0,032
2. Για εμένα, το να διακόψω το κάπνισμα είναι ανόητο-έξυπνο:	0,016	0,721*	0,255
3. Για εμένα, το να διακόψω το κάπνισμα είναι επιβλαβές-ωφέλιμο:	0,004	0,746*	0,053
4. Για εμένα, το να διακόψω το κάπνισμα είναι δυσάρεστο-ευχάριστο:	0,353	0,359	-0,262
5. Για εμένα, το να διακόψω το κάπνισμα είναι ανθυγιεινό-υγιεινό:	-0,137	0,831*	0,028
6. Πολλά άτομα σημαντικά για εμένα θα σταματούσαν να καπνίζουν.	0,334	-0,071	0,125

7. Πολλά άτομα των οποίων την άποψη εκτιμώ θα ενέκριναν την αποχή μου από το κάπνισμα για 6 μήνες.	0,097	0,031	0,368
8. Πολλά σημαντικά στη ζωή μου άτομα πιστεύουν ότι πρέπει να κόψω το κάπνισμα.	-0,058	0,165	0,623*
9. Αν το ήθελα θα μπορούσα να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες.	0,517*	0,153	-0,196
10. Η διακοπή καπνίσματος εξαρτάται αποκλειστικά από εμένα.	0,146	0,213	0,105
11. Για εμένα, η διακοπή καπνίσματος είναι πάρα πολύ εύκολη.	0,641*	-0,128	-0,332
12. Είμαι αποφασισμένος/η να κόψω το κάπνισμα για 6 μήνες.	0,696*	0,176	-0,087
13. Θα προσπαθήσω να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες.	0,898*	-0,053	0,225
14. Σκοπεύω να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες.	0,927*	-0,097	0,258

*factor loading>0.5

Κατά την ανάλυση των δεδομένων, προέκυψε ότι ο δείκτης Keiser-Meyer-Olkin έχει ικανοποιητική τιμή 0,816 (>0,60), το οποίο μας δείχνει ότι το δείγμα της έρευνας ήταν επαρκές. Παράλληλα, στον έλεγχο Bartlett's Test of Sphericity βρέθηκε επίσης στατιστική σημαντικότητα, με $p=0,000<0,05$ αποδεικνύοντας ότι οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών είναι επαρκείς ώστε να πραγματοποιηθεί η παραγοντική ανάλυση. Το κριτήριο για να θεωρηθεί ότι μια μεταβλητή έχει σημαντική συσχέτιση με έναν παράγοντα είναι να σημειώνει βαθμό συσχέτισης >0,5. Τίθεται ωστόσο ως περιορισμός η μεταβλητή που θα παρουσιάζει σημαντική συσχέτιση με έναν παράγοντα, να έχει τουλάχιστον διαφορά φορτίσεων 0,2 από οποιονδήποτε άλλο παράγοντα, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η διακριτική εγκυρότητα των υποκλιμάκων. Έτσι, οι παράγοντες και οι μεταβλητές διαμορφώνονται ως εξής:

1. Η αθροιστική κλίμακα «Στάσεις», που περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 1, 2, 3 και 5, οι οποίες, όπως ήταν διαμορφωμένο εξ αρχής το ερωτηματολόγιο, υπάγονταν στην υποκλίμακα των «Στάσεων απέναντι στη διακοπή καπνίσματος».
2. Η κλίμακα «Υποκειμενική νόρμα», η οποία περιλαμβάνει μόνο την ερώτηση 8. Επειδή ο παράγοντας συσχετίζεται μόνο με μία ερώτηση, κανονικά θα έπρεπε να εξαλειφθεί, καθώς δεν μπορεί να αποτελέσει κλίμακα από μόνη της, ωστόσο θα την κρατήσουμε για να δούμε τα αποτελέσματά της.
3. Η αθροιστική κλίμακα «Έλεγχος και Πρόθεση για διακοπή καπνίσματος», η οποία προέρχεται από την συγχώνευση των υποκλιμάκων «Πρόθεση για διακοπή καπνίσματος» και «Αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς» παλαιότερων μελετών. Η νέα αυτή αθροιστική κλίμακα περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 9 και 11, οι οποίες αρχικά συμπεριλαμβάνονταν στην υποκλίμακα του «Αντιληπτού ελέγχου της συμπεριφοράς», και τις ερωτήσεις 12, 13 και 14 οι οποίες συμπεριλαμβάνονταν στην υποκλίμακα τη «Πρόθεση για διακοπή καπνίσματος».

Το μοντέλο με τους τρεις παράγοντες που προέκυψε από την παραγοντική ανάλυση εξηγεί το 49,7% της συνολικής διακύμανσης.

4. Παραγοντική ανάλυση διεξήχθη και για τις δύο ερωτήσεις (15 και 16) της υποκλιμάκας «Πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής», στις οποίες σημειώθηκε φόρτιση 0,817, άρα η υποκλίμακα διατηρεί την αρχική της μορφή.

2.4. Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής

Στην συνέχεια υπολογίστηκε ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach στους τρεις παράγοντες οι οποίοι προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση, ώστε να ελεγχθεί η αξιοπιστία των κλιμάκων στη νέα τους μορφή. Για τον πρώτο παράγοντα ο οποίος μετονομάστηκε σε «έλεγχος και πρόθεση για διακοπή καπνίσματος» και περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 9, 11, 12, 13 και 14, η τιμή του συντελεστή ήταν 0,845, οπότε μπορούμε να πούμε ότι η συγκεκριμένη κλίμακα χαρακτηρίζεται από εσωτερική συνοχή. Για τον δεύτερο παράγοντα που διατήρησε την ονομασία «στάση απέναντι στη διακοπή καπνίσματος», και, όπως προαναφέρθηκε, περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 1, 2, 3 και 5, ο συντελεστής αξιοπιστίας έλαβε υψηλή τιμή 0,862. Ο τρίτος παράγοντας, ο οποίος διατήρησε την ονομασία «υποκειμενική νόρμα», περιλαμβάνει

μόνο την ερώτηση 8, οπότε δεν μπορεί να ελεγχθεί με τον συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach καθώς δεν αποτελεί αθροιστική κλίμακα. Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται αναλυτικά τα στοιχεία των τριών νέων παραγόντων.

Πίνακας 6

Συντελεστές Cronbach των κλιμάκων του ερωτηματολογίου της Θεωρίας της (προ)Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς μετά την παραγοντική ανάλυση

Μεταβλητή	Συντελεστής Cronbach κλίμακας	Συντελεστής Cronbach με την αφαίρεση του στοιχείου
Στάση απέναντι στη διακοπή καπνίσματος		
1. Για εμένα, το να διακόψω το κάπνισμα είναι κακό-καλό:	0,862	0,831
2. Για εμένα, το να διακόψω το κάπνισμα είναι ανόητο-έξυπνο:		0,813
3. Για εμένα, το να διακόψω το κάπνισμα είναι επιβλαβές-ωφέλιμο:		0,828
5. Για εμένα, το να διακόψω το κάπνισμα είναι ανθυγιεινό-υγιεινό:		0,825
Υποκειμενική νόρμα*		
8. Πολλά σημαντικά στη ζωή μου άτομα πιστεύουν ότι πρέπει να κόψω το κάπνισμα.	-	-
Έλεγχος και Πρόθεση για διακοπή καπνίσματος		
9. Αν το ήθελα θα μπορούσα να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες.	0,845	0,843
11. Για εμένα, η διακοπή καπνίσματος είναι πάρα πολύ εύκολη.		0,849
12. Είμαι αποφασισμένος/η να κόψω το κάπνισμα για 6 μήνες.		0,805

13. Θα προσπαθήσω να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες.		0,780
14. Σκοπεύω να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες.		0,788

* Δεν είναι δυνατός ο έλεγχος με συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach, ο παράγοντας περιέχει μόνο μία μεταβλητή.

Έλεγχος με τον συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach πραγματοποιήθηκε και για τις δύο μεταβλητές (ερωτήσεις 15 και 16) που προστέθηκαν από τους ερευνητές για τις πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής. Τα αποτελέσματα δείχνουν υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής, με $\alpha=0,834$. Άρα η κλίμακα έχει εσωτερική συνοχή.

2.5. Περιγραφικά μέτρα αθροιστικών κλιμάκων

Το συνολικό σκορ κάθε υποκλίμακας προέκυψε από τον μέσο όρο των απαντήσεων στις ερωτήσεις που την συνθέτουν. Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται τα περιγραφικά μέτρα των αθροιστικών κλιμάκων που προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση.

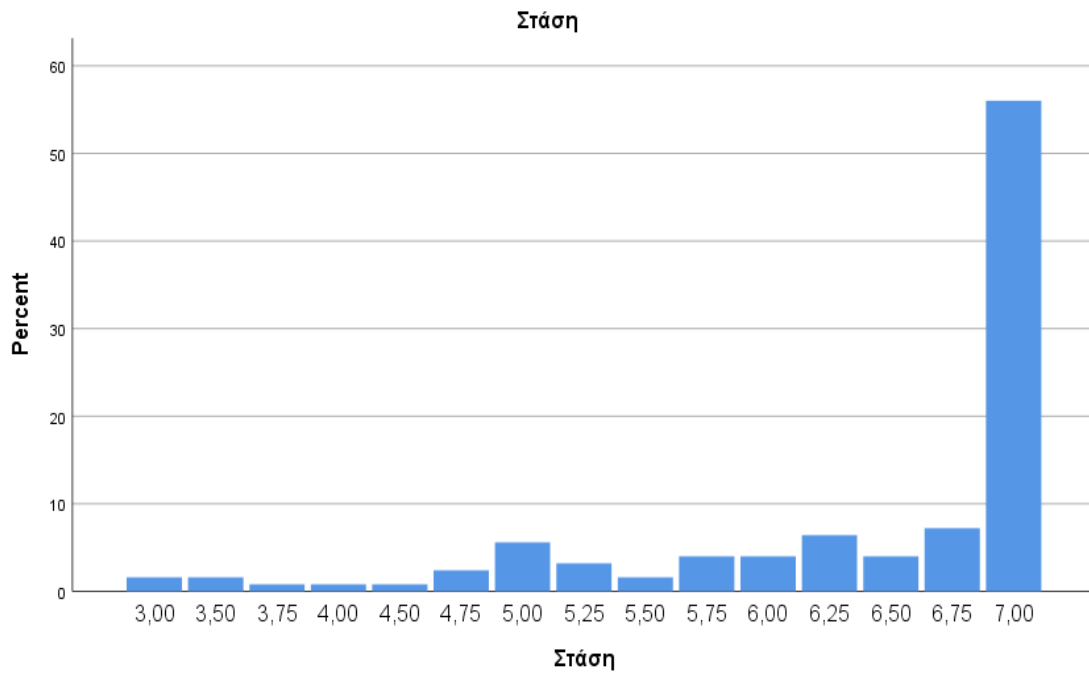
Πίνακας 7
Περιγραφικά μέτρα αθροιστικών κλιμάκων

	Στάση	Υποκειμενική Νόρμα	Έλεγχος και Πρόθεση	Πεποιθήσεις Αυτοαπαλλαγής
Μέσος όρος	6,38	5,65	3,90	2,47
Διάμεσος	7,00	6,00	3,80	2,00
Διακύμανση	0,924	2,727	2,633	2,447
Τυπική απόκλιση	0,961	1,651	1,622	1,564
Μικρότερη τιμή	3,00	1,00	1,00	1,00
Μέγιστη τιμή	7,00	7,00	7,00	7,00
Εύρος	4,00	6,00	6,00	6,00
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	1,00	2,00	2,50	2,50
Ασυμμετρία	-1,744	-1,202	0,218	0,904
Κυρτότητα	2,507	0,715	-0,723	-0,083

Όπως προαναφέρθηκε, οι συμμετέχοντες καλούνταν να απαντήσουν μέσα από επτάβαθμη κλίμακα Likert, με χαμηλότερη την τιμή 1 και υψηλότερη την 7, ενώ ο αριθμός 4 δήλωνε ουδέτερη στάση. Όσον αφορά τις στάσεις των επαγγελματιών

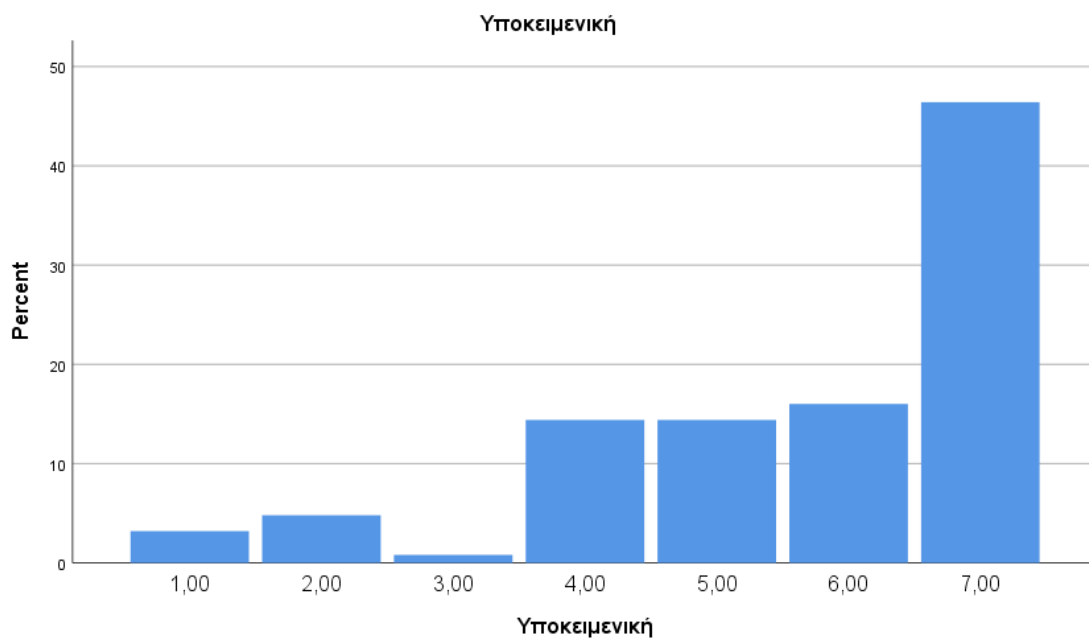
υγείας απέναντι στη διακοπή καπνίσματος, η διάμεσος βρέθηκε 7,00, εύρημα το οποίο μεταφράζεται ως απόλυτα θετική στάση απέναντι στη διακοπή καπνίσματος. Επιπλέον, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος (IQR=1) μας δείχνει ότι υπήρχε ομοιογένεια στις απόψεις των συμμετεχόντων. Στην υποκλίμακα «Υποκειμενική νόρμα» η διάμεσος στις απαντήσεις υπολογίστηκε στο 6,00. Άρα οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι οι οικείοι τους είναι θετικοί απέναντι στη διακοπή καπνίσματος. Όσον αφορά τον έλεγχο που νιώθουν οι συμμετέχοντες και την πρόθεσή τους για διακοπή καπνίσματος, η διάμεσος υπολογίστηκε στο $3,80 < 4,00$, εύρημα που δείχνει ότι οι συμμετέχοντες είναι ουδέτεροι ή ελαφρώς αρνητικοί στην προσπάθεια για διακοπή καπνίσματος. Τέλος, η διάμεσος στις πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής εντοπίστηκε στο $2,00 < 4,00$, εύρημα που δείχνει ότι οι συμμετέχοντες δεν συμφωνούν με την ιδέα ότι οι αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος δεν επαρκούν ώστε να αξίζει η προσπάθεια διακοπής. Για τις τρεις υποκλίμακες «Υποκειμενική νόρμα», «Έλεγχος και Πρόθεση για διακοπή καπνίσματος» και «Πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής» το ενδοτεταρτημοριακό εύρος (IQR=2, IQR=2,50, και IQR=2,50 αντίστοιχα) δείχνει σχετική ανομοιογένεια στις απαντήσεις.

Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 1, στην υποκλίμακα των στάσεων απέναντι στη διακοπή καπνίσματος, το 92% περίπου των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν βαθμολογία μεταξύ 5 και 7, υποδηλώνοντας θετική στάση απέναντι στη διακοπή καπνίσματος. Τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στο διάγραμμα 2 δείχνουν ότι το 77% των επαγγελματιών υγείας δήλωσαν βαθμολογία μεταξύ 5 και 7, ποσοστό που υποδηλώνει ότι, σύμφωνα με την αντίληψη των συμμετεχόντων, οι σημαντικοί τους άλλοι τηρούν θετική στάση απέναντι στη διακοπή καπνίσματος. Τα αποτελέσματα στο διάγραμμα 3 δείχνουν ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων δεν διακατέχεται από πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής, με ποσοστό 76% να δίνει απαντήσεις < 4 . Σύμφωνα με το διάγραμμα 4, μόνο το 28% των συμμετεχόντων δήλωσε βαθμολογία μεταξύ 5 και 7, γεγονός που σημαίνει ότι μόνο το $\frac{1}{4}$ περίπου των συμμετεχόντων θεωρεί ότι η διακοπή καπνίσματος είναι υπό τον έλεγχό του και είναι διατεθειμένο να κόψει το κάπνισμα. Αντίθετα, η πλειονότητα δήλωσε ότι δεν είναι διατεθειμένη να σταματήσει το κάπνισμα, με ποσοστό 63% των συμμετεχόντων να απαντά με βαθμολογίες < 4 .



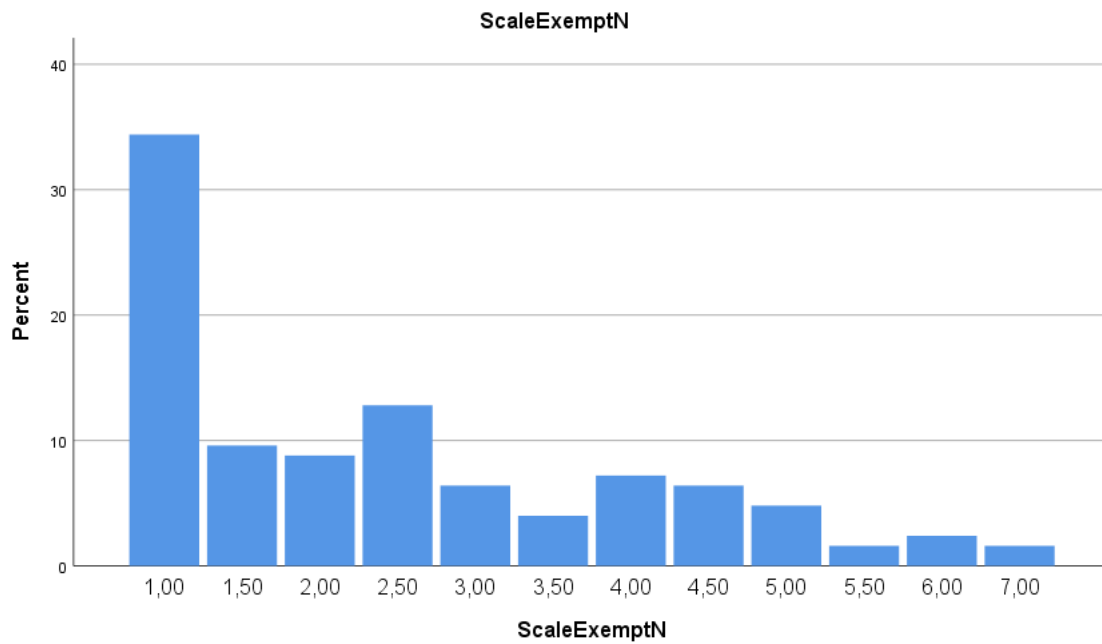
Διάγραμμα 1

Ποσοστό % των απαντήσεων στην αθροιστική κλίμακα «Στάση απέναντι στη διακοπή καπνίσματος»

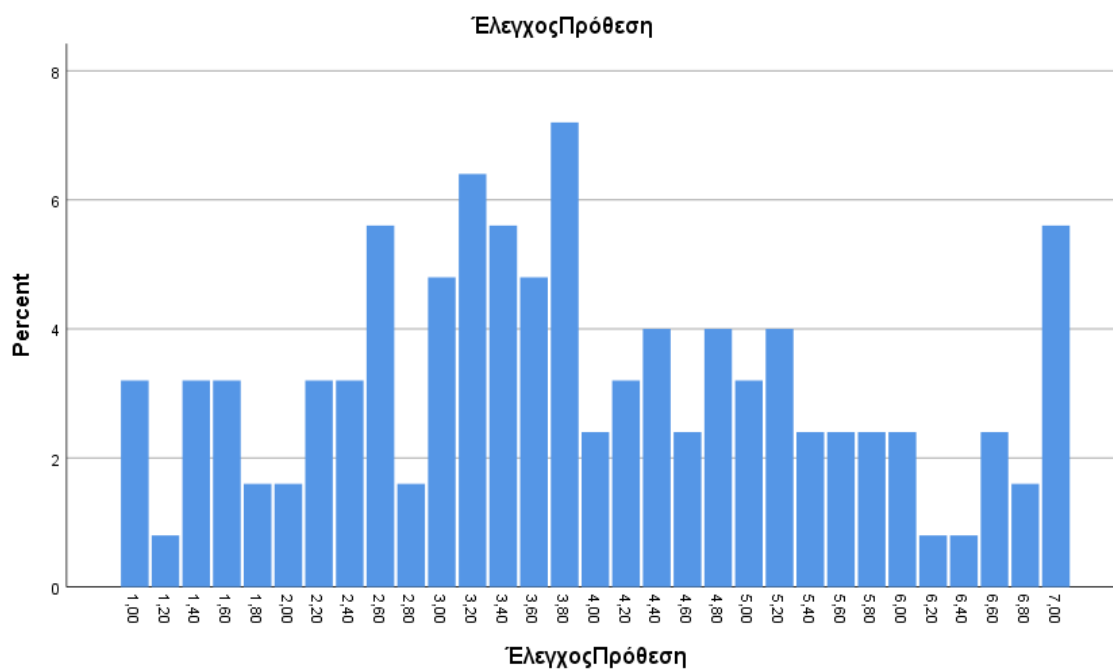


Διάγραμμα 2

Ποσοστό % των απαντήσεων στην αθροιστική κλίμακα «Υποκειμενική νόρμα»



Διάγραμμα 3
 Ποσοστό % των απαντήσεων στην αθροιστική κλίμακα «Πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής»



Διάγραμμα 4
 Ποσοστό % των απαντήσεων στην αθροιστική κλίμακα «Έλεγχος και Πρόθεση για διακοπή καπνίσματος»

2.6. Έλεγχος κανονικότητας των αθροιστικών κλιμάκων

Προκειμένου να ελεγχθεί αν οι μεταβλητές, όπως προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση, ακολουθούν κανονική κατανομή διεξήχθη έλεγχος με το κριτήριο Kolmogorov- Smirnov (Πίνακας 8). Παρατηρούμε ότι καμία από τις μεταβλητές δεν ακολουθεί κανονική κατανομή, αν και ο παράγοντας του Ελέγχου-Πρόθεσης τείνει περισσότερο προς αυτή απ' ότι οι άλλες μεταβλητές, με $p=0,024$.

Πίνακας 8

Έλεγχος κανονικότητας των παραγόντων του ερωτηματολογίου όπως προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Statistic	Df	Sig.
Στάση	,298	125	,000
Υποκειμενική νόρμα	,256	125	,000
Έλεγχος και Πρόθεση	,086	125	,024
Πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής	,174	125	,000

2.7. Μη παραμετρικοί έλεγχοι για την κατανομή των σκορ στις αθροιστικές κλίμακες

Εφόσον το δείγμα στις αθροιστικές κλίμακες δεν ακολουθεί κανονική κατανομή, προκειμένου να ελέγξουμε την κατανομή των σκορ στις αθροιστικές κλίμακες αναφορικά με τα δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία, τις καπνιστικές συνήθειες και το περιβάλλον, εφαρμόσαμε μη παραμετρικούς ελέγχους Mann-Whitney και Kruskal-Wallis.

Η μεταβλητή φύλο είναι διχοτομική, οπότε για να ελέγξουμε την κατανομή των σκορ στις κλίμακες βάσει του φύλου των συμμετεχόντων, εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στην κατανομή των σκορ στις τέσσερις αθροιστικές κλίμακες.

Για τις υπόλοιπες μεταβλητές, εφόσον είναι κατηγορικές και έχουν πάνω από δύο επίπεδα, εφαρμόστηκε έλεγχος Kruskal-Wallis. Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα του ελέγχου σε όλες τις μεταβλητές.

Πίνακας 9

Αποτελέσματα μη παραμετρικού ελέγχου Kruskal-Wallis

Μεταβλητή	Στάση απέναντι στη διακοπή καπνίσματος	Υποκειμενική νόρμα	Πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής	Έλεγχος και Πρόθεση για διακοπή καπνίσματος
Δημογραφικά στοιχεία				
Ηλικία	0,824	0,304	0,050	0,118
Μορφωτικό επίπεδο	0,839	0,998	0,146	0,090
Οικογενειακή κατάσταση	0,853	0,078	0,330	0,027*
Οικονομική κατάσταση	0,439	0,860	0,618	0,589
Επαγγελματικά στοιχεία				
Ειδικότητα/Θέση	0,262	0,003*	0,112	0,281
Έτη εργασίας	0,476	0,968	0,154	0,269
Ικανοποίηση από την εργασία	0,001*	0,045*	0,936	0,674
Καπνιστικές συνήθειες και περιβάλλον				
Αριθμός τσιγάρων/ημέρα	0,969	0,002*	0,518	0,001*
Έτη καπνίσματος	0,213	0,107	0,148	0,013*
Προσπάθειες για διακοπή	0,030*	0,021*	0,172	0,540
Αυτοαντίληψη εθισμού	0,068	0,040*	0,040*	0,000*
Στρες τον περισσότερο καιρό	0,935	0,360	0,574	0,643
Σημαντικοί άλλοι καπνιστές	0,333	0,016*	0,133	0,160

* $p < 0.05$

Όσον αφορά στην ηλικία, δεν βρέθηκε οριακά στατιστικώς σημαντική διαφορά, με $p=0.05$, που μας δείχνει ότι οι ηλικιακές ομάδες δεν διαφέρουν σημαντικά ως προς τη βαθμολογία τους στην αθροιστική κλίμακα των πεποιθήσεων αυτοαπαλλαγής. Ωστόσο, εφόσον ο έλεγχος βρισκόταν στο όριο της στατιστικής σημαντικότητας, παρουσιάζει ενδιαφέρον το γεγονός ότι υψηλότερη βαθμολογία στην αθροιστική κλίμακα «πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής» σημείωσε η ηλικιακή τάξη

των 18-25 ετών. Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στην κατανομή των απαντήσεων της αθροιστικής κλίμακας «έλεγχος και πρόθεση για διακοπή καπνίσματος». Ειδικότερα, υψηλότερη βαθμολογία στην αθροιστική κλίμακα σημείωσε η τάξη των έγγαμων.

Όσον αφορά στην ειδικότητα των συμμετεχόντων, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στην κατανομή των βαθμολογιών της κλίμακας «υποκειμενική νόρμα», ανάμεσα στις διάφορες ειδικότητες. Ειδικότερα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι στην υπηρεσία αποθεραπείας/αποκατάστασης σημείωσαν υψηλότερα σκορ σε σχέση με τις υπόλοιπες ειδικότητες. Διαφορά επίσης διαπιστώθηκε στην κατανομή των βαθμολογιών των κλιμάκων «στάση απέναντι στη διακοπή καπνίσματος» και «υποκειμενική νόρμα», όσον αφορά την εργασιακή ικανοποίηση. Και στις δύο κλίμακες οι εργαζόμενοι που δήλωσαν ότι δεν λαμβάνουν καθόλου ικανοποίηση από την εργασία σημείωσαν υψηλότερα σκορ.

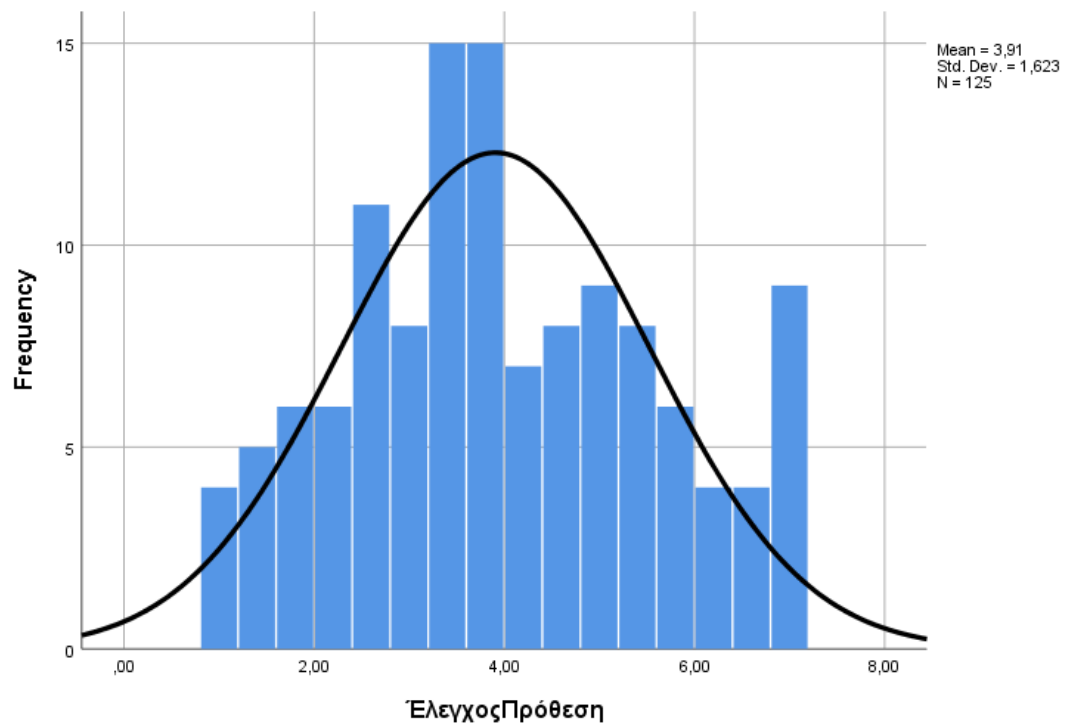
Όσον αφορά στον αριθμό τσιγάρων που καπνίζουν οι συμμετέχοντες, στατιστικώς σημαντική διαφορά σημειώθηκε στην κατανομή των απαντήσεων των κλιμάκων «υποκειμενική νόρμα» και «έλεγχος και πρόθεση για διακοπή καπνίσματος». Υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα «έλεγχος και πρόθεση για διακοπή καπνίσματος» σημείωσαν όσοι δήλωσαν ότι καπνίζουν πέντε τσιγάρα την ημέρα ή λιγότερα. Αντίθετα, στην «υποκειμενική νόρμα», υψηλότερο σκορ σημείωσαν όσοι καπνίζουν ένα πακέτο την ημέρα. Σχετικά με τα έτη καπνίσματος των συμμετεχόντων, διαφορά διαπιστώθηκε στην κατανομή των βαθμολογιών της αθροιστικής κλίμακας «έλεγχος και πρόθεση για διακοπή καπνίσματος», με όσους καπνίζουν λιγότερο από ένα χρόνο να σημειώνουν υψηλότερη βαθμολογία. Όσον αφορά τις προσπάθειες των συμμετεχόντων για διακοπή καπνίσματος στο παρελθόν, διαφορά σημειώθηκε και στην κατανομή των απαντήσεων των κλιμάκων «στάση απέναντι στη διακοπή καπνίσματος» και στην «υποκειμενική νόρμα». Και στις δύο αθροιστικές κλίμακες υψηλότερες βαθμολογίες σημείωσαν όσοι στο παρελθόν είχαν προσπαθήσει να κόψουν το κάπνισμα δύο ή περισσότερες φορές. Όσον αφορά την αυτοαντίληψη εθισμού, ο έλεγχος βρέθηκε στατιστικά σημαντικός ως προς τις κλίμακες «υποκειμενική νόρμα», «πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής» και «έλεγχος και πρόθεση για διακοπή καπνίσματος». Υψηλότερο σκορ στην «υποκειμενική νόρμα» σημείωσαν όσοι θεωρούσαν τον εαυτό τους παρά πολύ εθισμένο, στις «πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής» όσοι θεωρούσαν τον εαυτό τους αρκετά εθισμένο και, τέλος, στην

«πρόθεση» όσοι δεν θεωρούσαν τον εαυτό τους καθόλου εθισμένο. Τέλος, όσον αφορά τους οικείους του συμμετέχοντα, σημαντική διαφορά διαπιστώθηκε στην κατανομή των βαθμολογιών της κλίμακας «υποκειμενική νόρμα», με υψηλότερο σκορ να σημειώνουν όσοι δεν έχουν κανέναν σημαντικό τους άνθρωπο να καπνίζει.

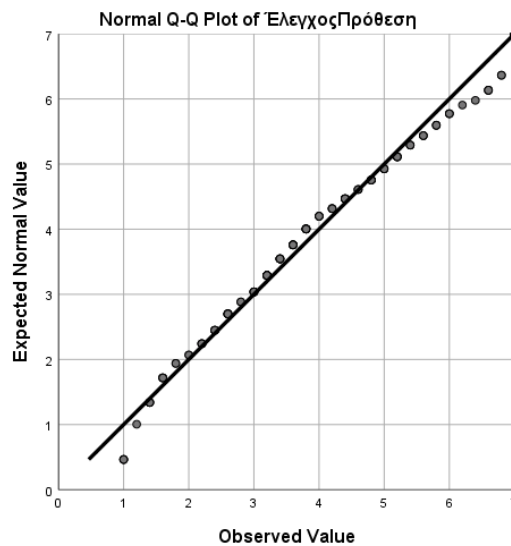
2.8. Γραμμική παλινδρόμηση

Αρχική υπόθεση της έρευνας ήταν ότι, μέσα από ανάλυση παλινδρόμησης, θα προέκυπτε ότι οι παράγοντες που είχαν διαμορφωθεί από την βιβλιογραφία «Στάση απέναντι στη διακοπή καπνίσματος», «Αντιληπτός έλεγχος της συμπεριφοράς» και «Πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής» θα αποτελέσουν παράγοντες πρόβλεψης της εξαρτημένης μεταβλητής «Πρόθεση για διακοπή καπνίσματος».

Ωστόσο, με την παραγοντική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, η υποκλίμακα «Αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς» συγχωνεύτηκε με την υποκλίμακα της «Πρόθεσης». Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 8, το τεστ κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov για την εξαρτημένη μεταβλητή βρέθηκε στατιστικά σημαντικό με $p=.024<.05$, άρα η υπόθεση κανονικής κατανομής των δεδομένων απορρίπτεται. Ωστόσο, μέσα από το διάγραμμα Q-Q Plots και μέσα από το ιστόγραμμα με την καμπύλη της κανονικής κατανομής, βλέπουμε ότι τα δεδομένα της μεταβλητής δεν αποκλίνουν πολύ από την κανονική κατανομή. Επομένως, δεν θα προβούμε σε μετασχηματισμό της εξαρτημένης μεταβλητής στην ανάλυση παλινδρόμησης.



Διάγραμμα 5
Ιστόγραμμα με την καμπύλη της κανονικής κατανομής



Διάγραμμα 6
Κατασκευή Q-Q Plots για τον έλεγχο κανονικής κατανομής των καταλοίπων της παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την αθροιστική κλίμακα «Έλεγχος και Πρόθεση για διακοπή καπνίσματος»

Για την τρέχουσα ανάλυση παλινδρόμησης θα οριστεί ως εξαρτημένη μεταβλητή η αθροιστική κλίμακα «Έλεγχος και Πρόθεση για διακοπή καπνίσματος», ενώ οι «Στάση απέναντι στη διακοπή καπνίσματος», η «Υποκειμενική νόρμα» και οι «Πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής» θα συμπεριληφθούν ως ανεξάρτητες. Όπως προέκυψε από την ανάλυση, ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού R^2 δείχνει ότι το 18,6% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής «Έλεγχος και Πρόθεση για διακοπή καπνίσματος» εξηγείται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές.

Πίνακας 10

Αποτελέσματα γραμμικής παλινδρόμησης

Μεταβλητή	Συντελεστής		Τυποποιημένοι	t	p
	B	Std. Error	συντελεστές		
	Beta				
1 Σταθερά	3,084	1,043		2,957	0,004
Υποκειμενική νόρμα	-0,125	0,085	-0,127	-1,469	0,144
Στάση	0,375	0,155	0,222	2,411	0,017
Πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής	-0,349	0,090	-0,337	-3,893	0,000

Adj. $R^2=0,186$

Από τον Πίνακα 10 συμπεραίνουμε ότι οι ανεξάρτητες μεταβλητές «Στάση απέναντι στη διακοπή καπνίσματος» και «Πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής» έχουν στατιστικώς σημαντική επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή. Η μεταβλητή «Στάση απέναντι στη διακοπή καπνίσματος» έχει θετική επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή κι ο συντελεστής B δείχνει ότι αν το σκορ στην αθροιστική κλίμακα στάση αυξηθεί κατά μία μονάδα, τότε αναμένουμε ότι κατά μέσο όρο το σκορ στην κλίμακα «Έλεγχος και Πρόθεση για διακοπή καπνίσματος» θα αυξηθεί κατά 0,375 μονάδες. Αντίθετα, η μεταβλητή «Πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής» έχει αρνητική επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή, κι αν το σκορ της αυξηθεί κατά μία μονάδα, τότε κατά μέσο όρο το σκορ της εξαρτημένης μεταβλητής θα μειωθεί κατά 0,349 μονάδες.

3. Συμπεράσματα/Συζήτηση

3.1. Σύνοψη και ερμηνεία των αποτελεσμάτων

Μέσα από την παρούσα έρευνα έγινε προσπάθεια διερεύνησης της πρόθεσης των Ελλήνων επαγγελματιών υγείας να κόψουν το κάπνισμα. Στόχος ήταν η μέτρηση της πρόθεσης μέσα από την Θεωρία της (προ)Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και των πεποιθήσεων αυτοαπαλλαγής από τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος.

Το ερωτηματολόγιο που δημιουργήσαμε βασιζόμενοι σε κλίμακες αντίστοιχων μελετών (Theodorakis, 1994) και όπως διαμορφώθηκε από την δική μας παραγοντική ανάλυση, εφόσον ελέγχθηκε για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε παρόμοιες έρευνες. Ωστόσο, χρήσιμος θα ήταν ο επανασχεδιασμός του ώστε να παραμένουν αυτούσιες όλες οι κλίμακες, «Στάση», «Υποκειμενική νόρμα», «Αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς» και «Πρόθεση για συμπεριφορά». Από την άλλη, η κλίμακα των πεποιθήσεων αυτοαπαλλαγής βρέθηκε έγκυρη και αξιόπιστη στην αρχική μορφή της, χωρίς να μετασχηματισθεί κατά την παραγοντική ανάλυση.

Μέσα από την μέτρηση των απαντήσεων διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος δήλωσε μικρή κατανάλωση τσιγάρων μέσα στη μέρα, ενώ ένα μεγάλο μέρος του δείγματος αναγνωρίζει τον εαυτό του ως αρκετά εθισμένο στο κάπνισμα. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι οι Έλληνες επαγγελματίες υγείας τηρούν πολύ θετική στάση απέναντι στη διακοπή καπνίσματος. Οι στατιστικώς σημαντικές διαφορές που βρέθηκαν στους μη παραμετρικούς ελέγχους έδειξαν ότι όσοι είχαν προσπαθήσει στο παρελθόν να κόψουν το κάπνισμα δύο ή περισσότερες φορές τηρούν πιο θετική στάση απέναντι στη διακοπή, εύρημα λογικό υπό το πρίσμα ότι εάν η στάση απέναντι στη διακοπή ήταν αρνητική, τότε δεν θα γίνονταν προσπάθειες γι' αυτή. Εύρημα που προκαλεί ενδιαφέρον αφορά στην εργασιακή ικανοποίηση. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει τονίσει την αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο εργασιακό στρες και την στάση απέναντι στη διακοπή καπνίσματος (Ayyagari & Sindelar, 2010). Ωστόσο, στη δική μας έρευνα, οι συμμετέχοντες με τα χαμηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης σημείωσαν υψηλό σκορ στην κλίμακα των στάσεων και, ταυτόχρονα, οι μη παραμετρικοί έλεγχοι δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά το στρες.

Οι συμμετέχοντες σε μεγάλο βαθμό θεωρούν πως οι οικείοι τους είναι θετικά διακείμενοι απέναντι στη διακοπή καπνίσματος και πως θα στήριζαν την προσπάθειά τους. Όπως αναμενόταν, οι συμμετέχοντες που ανέφεραν ότι οι οικείοι τους δεν καπνίζουν καθόλου σημείωσαν υψηλότερα σκορ στην κλίμακα «Υποκειμενική νόρμα». Ταυτόχρονα θεωρείται λογικό οι συμμετέχοντες που καπνίζουν ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα, όσοι έχουν κάνει προσπάθειες διακοπής στο παρελθόν και όσοι θεωρούν τον εαυτό τους πάρα πολύ εθισμένο να σημειώνουν υψηλά σκορ στην κλίμακα, έχοντας την πεποίθηση ότι θα ήθελαν οι οικείοι τους για εκείνους να κόψουν το κάπνισμα. Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες που ανήκουν στην υπηρεσία αποθεραπείας/αποκατάστασης σημείωσαν υψηλότερα σκορ στην κλίμακα, αν και λόγω του μικρού αριθμού συμμετεχόντων της εν λόγω ειδικότητας, αυτό το εύρημα δεν μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστο.

Οι Έλληνες επαγγελματίες υγείας σημείωσαν αρκετά χαμηλό σκορ στην κλίμακα των πεποιθήσεων αυτοαπαλλαγής, υποδηλώνοντας ότι λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τις αρνητικές συνέπειες που έχει το κάπνισμα στην υγεία. Οι αρνητικές αυτές συνέπειες φαίνεται πως αγγίζουν λιγότερο εκείνους που δήλωσαν αρκετά εθισμένοι στο κάπνισμα. Όπως εξηγούν και οι Charman et al. (1993), το εύρημα αυτό μπορεί να ερμηνευθεί ως μια προσπάθεια μείωσης της γνωστικής ασυμφωνίας που βιώνει όποιος καπνίζει έχοντας γνώση των επιπτώσεων του καπνίσματος. Ακόμη, ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι οι νεότεροι σε ηλικία καπνιστές σημείωσαν υψηλότερο σκορ στις πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Το εύρημα αυτό έχει λογική υπό την έννοια ότι οι νεότεροι άνθρωποι συνήθως τείνουν να αγνοούν τον κίνδυνο. Ωστόσο, έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα των Oakes et al. (2004) και των Borland et al. (2009), τα οποία υποστηρίζουν ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία καπνιστές τείνουν να ελαχιστοποιούν περισσότερο τον κίνδυνο και να ενστερνίζονται πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής είτε λόγω κουλτούρας (παλαιότερα υπήρχε μεγάλος επιπολασμός του καπνίσματος χωρίς να είναι γνωστές οι επιπτώσεις στην υγεία), είτε λόγω των περιορισμένων εναλλακτικών πηγών απόλαυσης στην καθημερινότητα.

Παρά τη θετική στάση απέναντι στη διακοπή καπνίσματος, την υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα της υποκειμενικής νόρμας και τα χαμηλά σκορ στις πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής, οι Έλληνες επαγγελματίες υγείας καπνιστές δεν είναι διατεθειμένοι να κόψουν το κάπνισμα, δηλώνοντας μάλλον ουδετερότητα στην

πρόθεση για διακοπή. Οι μη παραμετρικοί έλεγχοι που διεξήχθησαν για τον έλεγχο των κατανομών στο δείγμα έδειξαν ότι υψηλότερο σκορ στην κλίμακα της πρόθεσης σημείωσαν οι έγγαμοι επαγγελματίες συγκριτικά με τους άγαμους, τους διαζευγμένους ή τους χήρους. Ακόμη, εκείνοι που κάπνιζαν τα λιγότερα τσιγάρα και εκείνοι που κάπνιζαν το λιγότερο χρονικό διάστημα (λιγότερο από ένα χρόνο) σημείωσαν υψηλότερη πρόθεση για διακοπή, εύρημα σύμφωνο με την έρευνα των Myung et al. (2012). Υψηλότερη πρόθεση σημείωσαν και όσοι δεν θεωρούσαν τον εαυτό τους καθόλου εθισμένο, εύρημα το οποίο θα μπορούσε να ερμηνευθεί από τον παράγοντα του αντιληπτού ελέγχου, υπό το πρίσμα ότι όσο μικρότερη η εξάρτηση, τόσο ευκολότερη η διακοπή.

Η ανάλυση διακύμανσης έδειξε ότι παράγοντες που επιδρούν στην πρόθεση για διακοπή καπνίσματος είναι η στάση απέναντι στη διακοπή και οι πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με την σχετική βιβλιογραφία, η οποία υποστηρίζει ότι οι στάσεις απέναντι στο κάπνισμα έχουν θετική επίδραση (Godin & Kok, 1996) και οι πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής αρνητική επίδραση στην πρόθεση (Bierman, 2010). Όπως ήταν αναμενόμενο, η υποκειμενική νόρμα ήταν ο πιο αδύναμος παράγοντας επίδρασης στην πρόθεση, εύρημα σύμφωνο με την μετα-ανάλυση των Armitage και Conner (2001). Ωστόσο, η πλειονότητα των ερευνών έκανε λόγο για τον αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς ως τον παράγοντα με την ισχυρότερη επίδραση στην πρόθεση, ο οποίος όμως στη δική μας παραγοντική ανάλυση συγχωνεύτηκε με την πρόθεση.

3.2. Περιορισμοί έρευνας

Η παρούσα έρευνα εναπόκειται σε συγκεκριμένους περιορισμούς. Καταρχάς, το γεγονός ότι το μέγεθος του δείγματος ήταν μικρό (N=125) και ήταν ευκαιριακό, δυσκολεύει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στον πληθυσμό των επαγγελματιών υγείας. Επίσης, το δείγμα αποτελείτο από διάφορες ειδικότητες του τομέα υγείας, στις οποίες όμως τα άτομα δεν ήταν ομοιογενώς κατανεμημένα. Παραδείγματος χάριν, συμμετείχαν 59 άτομα με ειδικότητες που υπάγονται στην νοσηλευτική υπηρεσία, αλλά μόνο 2 από το βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό. Ο ίδιος περιορισμός αφορά και σε άλλα δημογραφικά στοιχεία όπως το φύλο. Στην έρευνα συμμετείχαν 106 γυναίκες και μόνο 19 άντρες.

Επιπλέον, περιορισμοί σημειώνονται και στο ζήτημα του υλικού και της ανάλυσης της έρευνας. Δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο χρησιμοποίησε ερωτήσεις από αντίστοιχη έρευνα (Theodorakis, 1994), ωστόσο η έρευνα αυτή αφορούσε στη Θεωρία της (προ)Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς σε συνδυασμό με την σωματική άσκηση και όχι με τη διακοπή καπνίσματος, που αποτελεί θέμα το οποίο δεν έχει ξαναεξεταστεί στον ελληνικό πληθυσμό. Αντίστοιχη έρευνα διεξήχθη σε Αμερικανίδες επαγγελματίες υγείας (Bierman, 2012), ωστόσο, όπως αναφέρει και ο ιδρυτής της Θεωρίας της (προ)Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς Ajzen, τα αποτελέσματα είναι πολύ πιθανό να ποικίλλουν από πληθυσμό σε πληθυσμό (1991). Επιπλέον, οι δυο ερωτήσεις (15 και 16) που αφορούσαν τις πεποιθήσεις αυτοαπαλλαγής διατυπώθηκαν βάσει της έρευνας των Oakes et al. (2004), χωρίς ωστόσο να έχει σταθμιστεί ή μεταφραστεί επίσημα κάποιο ερωτηματολόγιο στον πληθυσμό. Ακόμη, η ανάλυση διεξήχθη κάτω από συγκεκριμένους περιορισμούς. Από την παραγοντική ανάλυση η οποία εφαρμόστηκε στο αρχικό ερωτηματολόγιο, στην κλίμακα «Υποκειμενική νόρμα» παρέμεινε μόνο μία ερώτηση, και γι' αυτό το λόγο θα έπρεπε να εξαλειφθεί. Ωστόσο επιλέξαμε να την κρατήσουμε ώστε να δούμε την επίδρασή της στην πρόθεση για διακοπή καπνίσματος.

Για την επίλυση των προαναφερθέντων περιορισμών αλλά και για την διατήρηση αυτούσιας της εξαρτημένης μεταβλητής «Πρόθεση» κρίνεται επιτακτική η ανάγκη για την κατασκευή ενός σταθμισμένου στον ελληνικό πληθυσμό ερωτηματολογίου που να αφορά αποκλειστικά την διακοπή καπνίσματος σε συνδυασμό με την Θεωρία της (προ)Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς.

3.3. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Μελλοντικά συνίσταται η επανάληψη της έρευνας σε μεγαλύτερο δείγμα ώστε να είναι τα αποτελέσματα γενικεύσιμα και να είναι εφικτή και η διερεύνηση του παράγοντα του αντιληπτού ελέγχου της συμπεριφοράς. Επίσης, προτείνεται όχι μόνο η διερεύνηση της πρόθεσης βάσει της Θεωρίας, αλλά και κατά πόσο τελικά μπορεί να προβλεφθεί η διακοπή καπνίσματος. Άρα θα ήταν χρήσιμο να μετρηθεί αρχικά η πρόθεση, και μετά από διάστημα έξι μηνών ο αριθμός των συμμετεχόντων που κατόρθωσαν τελικά να κόψουν το κάπνισμα.

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

Τέλος, σημαντική θα ήταν και η διερεύνηση του στρες αλλά και της ικανοποίησης στον εργασιακό χώρο των επαγγελματιών υγείας, από ειδικότητα σε ειδικότητα, σχετικά με την πρόθεση για διακοπή καπνίσματος. Η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι το εργασιακό στρες αποτελεί παράγοντα αρνητικής συσχέτισης με την διακοπή καπνίσματος, ωστόσο στη δική μας έρευνα, δεν είχε καμία επίδραση στην πρόθεση για διακοπή.

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

Βιβλιογραφία

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Ajzen, I. (2002). Constructing a TPB questionnaire: Conceptual and methodological considerations. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/0574/b20bd58130dd5a961f1a2db10fd1fcbae95d.pdf>
- Αποστολάκη, Μ. (2007). *Η εφαρμογή της Θεωρίας της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και η σχέση της με παραμέτρους της άσκησης* (Μεταπτυχιακή διατριβή). Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Ανακτήθηκε από <http://ikee.lib.auth.gr/record/73687>
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471–499. doi: 10.1348/014466601164939
- Ayyagari, P., & Sindelar, J. L. (2010). The impact of job stress on smoking and quitting: Evidence from the HRS. *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, 10, 1-27. doi: 10.2202/1935-1682.2259
- Azagba, S., & Sharaf, M. F. (2011). The effect of job stress on smoking and alcohol consumption. *Health Economics Review*, 1, doi: 10.1186/2191-1991-1-15
- Beletsioti-Stika, P., & Scriven, A. (2006). Smoking among Greek nurses and their readiness to quit [Abstract]. *International Nursing Review*, 53, 150-156. doi: 10.1111/j.1466-7657.2006.00483.x
- Bierman, V. H. (2012). *Explaining Intention to Stop Smoking with the Theory of Planned Behavior and Self-exempting Beliefs* (Διδακτορική διατριβή). University of North Carolina. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Daryn_Dyer/post/Can_anyone_suggest_a_standard_measurement_tool_questionnaire_to_investigate_and_compare_entrepreneurial_intentions_on_the_theory_of_planned_behaviour/attachment/59d645c8c49f478072eae0e6/AS%3A273828616310784%401442297237846/download/Sample+Smoking+TPB+Question+Format+design.pdf
- Borland, R., Yong, H.-H., Balmford, J., Fong, G. T., Zanna, M. P., & Hastings, G. (2009). Do risk-minimizing beliefs about smoking inhibit quitting? Findings from the

International Tobacco Control (ITC) Four-Country Survey. *Preventive Medicine*, 49, 219-223. doi: 10.1016/j.ypmed.2009.06.015

Cattaruzza, M. S., & West, R. (2013). Why do doctors and medical students smoke when they must know how harmful it is? *European Journal of Public Health*, 23, 188–189. doi: 10.1093/eurpub/ckt001

Center of Excellence for Health Systems Improvement. *Documenting, coding, & billing for tobacco dependence treatment*. New York: Cicatelli Associates Inc. Retrieved from <https://www.tobaccofreeNY.org/images/hsi/Resources/Documenting-Coding-Billing-For-Tobacco-Dependence-Treatment.pdf>

Chapman, S., Wong, W. L., & Smith, W. (1993). Self-exempting beliefs about smoking and health: differences between smokers and ex-smokers. *American Journal of Public Health*, 83, 215-219. doi: 10.2105/AJPH.83.2.215

Γναρδέλλης, Χ. (2013). *Ανάλυση δεδομένων με το IBM Statistics 21*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

DiClemente, C. C., Pochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304. doi: 10.1037/0022-006X.59.2.295

Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 328, 1519-1533. doi: 10.1136/bmj.38142.554479.AE

ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ Αθήνα, 31 / 01 / 2018. Αριθμ. Πρωτ.: Γ.Π. /Δ2β/οικ.8809 «Απαγόρευση καπνίσματος - εφαρμογή της Αντικαπνιστικής Νομοθεσίας».

Ficarra, M. G., Gualano, M. R., Capizzi, S., Siliquini, R., Liguori, G., Manzoli, L., . . . La Torre, G. (2011). Tobacco use prevalence, knowledge and attitudes among Italian hospital healthcare professionals. *European Journal of Public Health*, 21, 29-34. doi: 10.1093/eurpub/ckq01

Godin, G., & Kok, G. (1996). The Theory of Planned Behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 11, 87-98. doi: 10.4278/0890-1171-11.2.87

- Guillaumier, A., Bonevski, B., Paul, C., D'Este, C., Twyman, L., Palazzi, K., & Oldmeadow, C. (2016). Self-exempting beliefs and intention to quit smoking within a socially disadvantaged Australian sample of smokers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *13*, 118. doi:10.3390/ijerph13010118
- Harvard School of Public Health, The Hellenic Ministry of Health and Social Solidarity, The Hellenic Ministry of Education, Life-time Learning and Religious Affairs, & The Hellenic Anti-Cancer Society (2011). The greek tobacco epidemic. Retrieved from http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/greece_annex1_the_greek_tobacco_epidemic_2011.pdf
- Hogg, M. A., & Vaughan, G. M. (2010). *Κοινωνική ψυχολογία* (Α. Χατζή, Επιμ.). Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Gutenberg
- Hyland, A., Borland, R., Li, Q., Yong, H-H., McNeill, A., Fong, G. T., O'Connor, R. J., & Cummings, K. M. (2006). Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, *15*, iii83-iii94. doi: 10.1136/tc.2005.013516
- Καρκαλέτση, Φ., Σκορδίλης, Ε., & Κουτσούκη, Δ. (2008). Η εφαρμογή της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς για την υιοθέτηση υγιεινής διατροφής σε ενήλικες. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, *6*, 195-205. Ανακτήθηκε από http://www.pe.uth.gr/hape/images/stories/emag/vol6_2/Hape226.pdf
- Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Α., Καναβού, Ε., Σταύρου, Μ., & Richardson, C. (2016). *Πανελλήνια έρευνα στο μαθητικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές (16χρονοι) – έρευνα ESPAD 2015*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- Κοκκώλης, Κ. (2017). Είναι η εξάρτηση ασθένεια ή επιλογή; Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών. Ανακτήθηκε από https://www.okana.gr/psifiakibibliothiki/doc_download/793-----
- Κουτρομάνος, Γ., & Παπαϊωάννου, Γ. (2006). Η φοίτηση μαθητών σε ελληνικό παρoικιακό σχολείο του Λονδίνου: Εφαρμογή και σύγκριση της Θεωρίας της Έλλογης Δράσης (Theory of Reasoned Action) και της Θεωρίας της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior). *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, *42*, 125-142. Ανακτήθηκε από <https://ojs.lib.uom.gr/index.php/paidagogiki/article/download/6977/7006>

- La Torre, G., Kirch, W., Bes-Rastrollo, M., Ramos, R. M., Czaplicki, M., Gualano, M. R., Thummler, K., Ricciardi, W., Boccia, A., & GHPSS Collaborative Group. (2012). Tobacco use among medical students in Europe: Results of a multicentre study using the Global Health Professions Student Survey. *Public Health, 126*, 159-64. doi: 10.1016/j.puhe.2011.10.009
- Myung, S.-K., Seo, H. G., Cheong, Y.-S., Park, S., Lee, W. B., & Fong, G. T. (2012). Association of sociodemographic factors, smoking-related beliefs, and smoking restrictions with intention to quit smoking in Korean adults: Findings from the ITC Korea Survey. *Journal of Epidemiology, 22*, 21-27. doi: 10.2188/jea.JE20110026
- Norman, P., Conner, M., & Bell, R. (1999). The Theory of Planned Behavior and smoking cessation. *Health Psychology, 18*, 89-94. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/13364266_The_Theory_of_Planned_Behavior_and_Smoking_Cessation
- Oakes, W., Chapman, S., Borland, R., Balmford, J., & Trotter, L. (2004). “Bulletproof skeptics in life’s jungle”: Which self-exempting beliefs about smoking most predict lack of progression towards quitting? *Preventive Medicine, 39*, 776-782. doi:10.1016/j.ypmed.2004.03.001
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2017). *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017*, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. doi: 10.1787/9789264285224-el
- OECD/EU. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing. Retrieved from https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Ουζούνη, Χ., & Νακάκης, Κ. (2011). Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των εργαλείων μέτρησης σε ποσοτικές μελέτες. *Νοσηλευτική, 50*, 231–239. Ανακτήθηκε από <http://knakakis.advancednursing.teiste.gr/wp-content/uploads/2014/01/07.pdf>
- Παπαστυλιανού, Π. Θ., Μπιλάλης, Δ., Τραυλός, Η., & Παπαθεοχάρη, Α. Γ. (2015). *Ειδική γεωργία II: Εαρινά σιτηρά-βιομηχανικά-ελαιούχα φυτά και εαρινά ζιζάνια*. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Ανακτήθηκε από https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/5153/7/00_master_document.docx-KOY.pdf

- Piper, M. E., Piasecki, T. M., Federman, E. B., Bolt, D. M., Smith, S. S., Fiore, M. C., & Baker, T. B. (2004). A multiple motives approach to tobacco dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 139–154. doi: 10.1037/0022-006X.72.2.139
- Pirie, K., Peto, R., Reeves, G. K., Green, J., & Beral, V. (2013). The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *Lancet, 381*, 133–141. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61720-6
- Pochaska, J. O., et al. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology, 13*, 39-46. doi: 10.1037//0278-6133.13.1.39
- Sarna, L., Bialous, S. A., Cooley, M. E., Jun, H., & Feskanich, D. (2008). Impact of smoking and smoking cessation on health-related quality of life in women in the Nurses' Health Study. *Quality of Life Research, 17*, 1217-1227. doi: 10.1007/s11136-008-9404-8
- Siahpush, M., McNeill, A., Borland, R., & Fong, G. T. (2006). Socioeconomic variations in nicotine dependence, self-efficacy, and intention to quit across four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control, 15*, iii71-iii75. doi: 10.1136/tc.2004.008763
- Smith, D. R., & Leggat, P. A. (2007). An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974–2004. *BMC Public Health, 7*. doi: 10.1186/1471-2458-7-115
- Strine, T. W., Okoro, C. A., Chapman, D. P., Balluz, L. S., Ford, E. S., Ajani, U. A., & Mokdad, A. H. (2005). Health-related quality of life and health risk behaviors among smokers [Abstract]. *American Journal of Preventive Medicine, 28*, 182-187. doi: 10.1016/j.amepre.2004.10.002
- Tagliacozzo, R., & Vaughn, S. (1982). Stress and smoking in hospital nurses. *American Journal of Public Health, 72*, 441-448. doi: 10.2105/AJPH.72.5.441
- Theodorakis, Y. (1994). Planned behavior, attitude strength, role identity, and the prediction of exercise behavior. *The Sport Psychologist, 8*, 149-165. doi: 10.1123/tsp.8.2.149
- Tillmann, M., & Silcock, J. (1997). A comparison of smokers' and ex-smokers' health-related quality of life. *Journal of Public Health Medicine, 19*, 268-273. Retrieved from <https://academic.oup.com/jpubhealth/article-pdf/19/3/268/4336250/19-3-268.pdf>

- U.S. Department of Health and Human Services. (2010). *How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/pdf/TOC.pdf>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2004). *The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *The health consequences of smoking: 50 years of progress: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Westman, M., Eden, D., & Shirom, A. (1985). Job stress, cigarette smoking and cessation: The conditioning effects of peer support [Abstract]. *Social Science and Medicine*, 20, 637-644. doi: 10.1016/0277-9536(85)90402-2
- World Health Organization. (2015). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf
- World Health Organization. (2017). *WHO report on the global tobacco epidemic 2017: Monitoring tobacco use and prevention policies*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255874/1/9789241512824-eng.pdf>
- World Health Organization. (2018). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025, second edition*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272694/9789241514170-eng.pdf?ua=1>

Παράρτημα

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
Π.Μ.Σ. ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



Η Πρόθεση για Διακοπή Καπνίσματος σε Επαγγελματίες Υγείας

Η παρούσα έρευνα διεξάγεται στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών του Πανεπιστημίου Μακεδονίας στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, από τη μεταπτυχιακή φοιτήτρια Τσινούλη Άννα. Απευθύνεται σε επαγγελματίες υγείας καπνιστές, με στόχο τη διερεύνηση της πρόθεσης για διακοπή του καπνίσματος. Θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε ερωτήσεις σχετικά με εσάς, τις καπνιστικές σας συνήθειες και την στάση σας απέναντι στη διακοπή καπνίσματος.

Τα ερωτηματολόγια που απαρτίζουν την έρευνα συμπληρώνονται ανώνυμα και τα αποτελέσματά τους θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Υπενθυμίζεται ότι μπορείτε οποιαδήποτε στιγμή να αποχωρήσετε από την έρευνα, ακόμα και χωρίς να ολοκληρώσετε τις απαντήσεις σας.

Για οποιαδήποτε ερώτηση ή πληροφορία παρακαλώ μην διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μου στο 6983724274 ή μέσω e-mail στη διεύθυνση mhm18012@uom.edu.gr

Ευχαριστώ εκ των προτέρων για τον χρόνο σας!

Με εκτίμηση,

Τσινούλη Άννα

Ψυχολόγος

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια "Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας" του Πανεπιστημίου Μακεδονίας

Θεσσαλονίκη

2018

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο:

- Άρρεν
- Θήλυ

2. Ηλικία:

- 18-25 ετών
- 26-35 ετών
- 36-45 ετών
- 46-55 ετών
- 56-67 ετών

3. Επίπεδο εκπαίδευσης:

- Απόφοιτος Λυκείου
- Ανώτερη Εκπαίδευση (ΙΕΚ κ.α.)
- Ανώτατη Εκπαίδευση (ΑΕΙ/ΤΕΙ)
- Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό

4. Οικογενειακή κατάσταση:

- Άγαμος/-η
- Έγγαμος/-η
- Διαζευγμένος/-η
- Χήρος/-α

5. Ειδικότητα/θέση:

- Ιατρική Υπηρεσία
(*Ιατρός, Οδοντίατρος κ.α.*)
- Νοσηλευτική Υπηρεσία
(*Νοσηλεύτης/-τρια, Μαιευτήρας/Μαία, Επισκέπτης/-τρια Υγείας, Βρεφονηπιοκόμος κ.α.*)
- Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό

(Μεταφορέας ασθενών, Βοηθός θαλάμου, κ.α.)

- Κοινωνική Υπηρεσία και Ανθρωπιστικές Επιστήμες
(Ψυχολόγος, Κοινωνικός λειτουργός κ.α.)
- Τομέας Εργαστηρίων
(Φαρμακοποιός, Βιολόγος, Βιοχημικός, Τεχνολόγος ιατρικών
εργαστηρίων, Τεχνολόγος ακτινοθεραπείας, Οδοντοτεχνίτης κ.α.)
- Υπηρεσία Αποθεραπείας/Αποκατάστασης
(Φυσικοθεραπευτής/-τρια, Εργοθεραπευτής/-τρια,
Λογοθεραπευτής/-τρια, Διαιτολόγος/Διατροφολόγος κ.α.)

6. Πόσο καιρό εργάζεστε στην τρέχουσα θέση εργασίας;

- Λιγότερο από 1 χρόνο
- 1-2 χρόνια
- 3-5 χρόνια
- 6-10 χρόνια
- Πάνω από 10 χρόνια

7. Πόσο ικανοποιημένος/-η νιώθετε από την εργασία σας;

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ
- Πάρα πολύ

8. Ποια από τις παρακάτω φράσεις εκφράζει καλύτερα την οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού σας;

- Δεν τα βγάζω πέρα
- Τα βγάζω πέρα με πολύ μεγάλες δυσκολίες
- Τα βγάζω πέρα αλλά δεν μου μένουν και πολλά στην άκρη
- Είμαι άνετος οικονομικά
- ΔΓ/ΔΑ

B. ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΟΙ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΑΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

1. Πόσα τσιγάρα κατά προσέγγιση καπνίζετε την ημέρα;
 - 5 ή λιγότερα
 - Μισό πακέτο
 - Ένα ολόκληρο πακέτο
 - Πάνω από ένα πακέτο

2. Πόσο καιρό είστε καπνιστής/-τρια;
 - Λιγότερο από 1 χρόνο
 - 2-5 χρόνια
 - 6-10 χρόνια
 - 11-20 χρόνια
 - Πάνω από 20 χρόνια

3. Πόσες φορές έχετε προσπαθήσει να κόψετε το κάπνισμα στο παρελθόν;
 - Καμία
 - Μία
 - Δύο ή περισσότερες

4. Πόσο αγχωμένος/-η νιώθετε τον περισσότερο καιρό;
 - Καθόλου
 - Λίγο
 - Μέτρια
 - Πολύ
 - Πάρα πολύ

5. Πόσο εθισμένος/-η θα λέγατε ότι είστε στο κάπνισμα;
 - Καθόλου
 - Λίγο
 - Μέτρια

- Πολύ
- Πάρα πολύ

6. Πόσοι από τους σημαντικούς σας ανθρώπους καπνίζουν;

- Κανένας
- Λίγοι
- Έτσι κι έτσι
- Αρκετοί
- Πάρα πολλοί

Γ. ΚΛΙΜΑΚΑ ΘΕΩΡΙΑΣ ΤΗΣ (ΠΡΟ)ΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Ακολουθούν προτάσεις που εκφράζουν προθέσεις και πεποιθήσεις απέναντι στη διακοπή καπνίσματος. Παρακαλώ επιλέξτε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο.

ΩΣ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΟΡΙΖΕΤΑΙ Η ΠΛΗΡΗΣ ΑΠΟΧΗ ΑΠΟ ΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΓΙΑ 6 ΜΗΝΕΣ.

1. Για μένα το να διακόψω το κάπνισμα είναι:

Απολύτως Κακό	1	2	3	4	5	6	7	Απολύτως καλό
Απολύτως Ανόητο	1	2	3	4	5	6	7	Απολύτως έξυπνο
Απολύτως επιβλαβές	1	2	3	4	5	6	7	Απολύτως ωφέλιμο
Απολύτως Δυσάρεστο	1	2	3	4	5	6	7	Απολύτως ευχάριστο
Απολύτως ανθυγιεινό	1	2	3	4	5	6	7	Απολύτως υγιεινό

2. Πολλά άτομα σημαντικά για εμένα θα σταματούσαν να καπνίζουν.

Εξαιρετικά πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Εξαιρετικά απίθανο
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

3. Αν το ήθελα θα μπορούσα να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες.

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

4. Πολλά άτομα των οποίων την άποψη εκτιμώ θα ενέκριναν την αποχή μου από το κάπνισμα για 6 μήνες.

Εξαιρετικά πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Εξαιρετικά απίθανο
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

5. Είμαι αποφασισμένος/η να κόψω το κάπνισμα για 6 μήνες.

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

6. Πολλά σημαντικά στη ζωή μου άτομα πιστεύουν ότι πρέπει να κόψω το κάπνισμα.

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

7. Η διακοπή καπνίσματος εξαρτάται αποκλειστικά από εμένα.

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

8. Προτιμώ να ζήσω λιγότερο και να απολαύσω τη ζωή, παρά να στερούμαι την απόλαυση του καπνίσματος.

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

9. Για εμένα, η διακοπή καπνίσματος είναι πάρα πολύ εύκολη.

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

10. Θα προσπαθήσω να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες.

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

11. Έτσι κι αλλιώς θα πεθάνω από κάτι, οπότε γιατί να μην απολαύσω το κάπνισμα;

Συμφωνώ απόλυτα	1	2	3	4	5	6	7	Διαφωνώ απόλυτα
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

12. Σκοπεύω να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες.

Εξαιρετικά πιθανό	1	2	3	4	5	6	7	Εξαιρετικά απίθανο
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

Ευχαριστώ πολύ για την συμμετοχή σας!