



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΠΡΟΑΓΩΓΗ & ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ & ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ, ΕΚΠΑ
ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ &
ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΕΙ ΑΘΗΝΩΝ**

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

Δ Ι Π Λ Ω Μ Α Τ Ι Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΜΠΙΣΣΑ ΜΑΡΙΑ

**ΑΝΑΠΤΥΞΗ, ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ, ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΜΕ ΘΕΜΑ ΜΕΙΩΣΗ-
ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗΣ ΣΥΝΗΘΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΕΓΚΥΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΣΤΟ
ΝΟΜΟ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ ΒΑΣΕΙ ΤΟΥ ΔΙΑΘΕΩΡΗΤΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ**

ΑΘΗΝΑ, 2017

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το κάπνισμα κατά την κύηση αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για το έμβρυο, αφού έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με τη δημιουργία επιπλοκών, τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης, όσο και κατά τον τοκετό. Οι περισσότερες από αυτές τις επιπλοκές μπορούν να προληφθούν, εάν επιτευχθεί η διακοπή του καπνίσματος κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης.

Σκοπός: Στόχος της παρούσας εργασίας έρευνας είναι, μέσω της εφαρμογής μιας συμβουλευτικής παρέμβασης, να αυξηθούν οι γνώσεις των εγκύων γυναικών σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της κύησης, αλλά και γενικότερα, να τροποποιηθούν οι στάσεις και οι αντιλήψεις τους σε σχέση με την καπνιστική συνήθεια και τελικά να αυξηθεί το ποσοστόν αυτών που θα διακόψουν το κάπνισμα.

Υλικό/Μέθοδος: Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 40 έγκυες γυναίκες του νομού Μαγνησίας που επισκέφτηκαν το νοσοκομείο του Βόλου. Εφαρμόστηκε ημι-πειραματικός σχεδιασμός ισοδύναμων ομάδων με μετρήσεις πριν και μετά την παρέμβαση. Οι 40 συμμετέχουσες χωρίστηκαν με τυχαίο τρόπο σε 2 ομάδες: ομάδα ελέγχου (N=20) και ομάδα παρέμβασης (N=20). Η παρέμβαση αποτελούνταν από έναν έντυπο οδηγό αυτοβοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη και 3-5 λεπτά συμβουλευτική. Στην ομάδα ελέγχου μοιράστηκε ένας οδηγός γενικός διακοπής καπνίσματος. Η παρέμβαση και η αξιολόγησή της βασίστηκε στο Διαθεωρητικό μοντέλο. Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης έγινε συγκρίνοντας τις διαφορές (μετά-πριν) στις υπό εξέταση μεταβλητές ανάμεσα στις 2 ομάδες. Μετρήθηκαν οι εξής μεταβλητές: διάθεση για διακοπή του καπνίσματος, στάδιο αλλαγής (Μη προβληματισμός-Προβληματισμός-Προετοιμασία), Διαδικασίες αλλαγής, Λήψη απόφασης (Πλεονεκτήματα & Μειονεκτήματα του καπνίσματος).

Αποτελέσματα: Και στις 2 ομάδες παρατηρήθηκε βελτίωση των περισσότερων υπο εξέταση μεταβλητών. Στην ομάδα παρέμβασης παρατηρήθηκε μεγαλύτερη αύξηση της διάθεσης για διακοπή του καπνίσματος σε σχέση με την ομάδα ελέγχου ($p=0.001$). Μετά την παρέμβαση, μόνο 2 άτομα της ομάδας ελέγχου πέρασαν στο στάδιο προετοιμασίας (11.1%), ενώ στην ομάδα παρέμβαση 9 άτομα πέρασαν στο στάδιο προετοιμασίας (45%). Όσον αφορά τις διαδικασίες αλλαγής, παρατηρήθηκε μεγαλύτερη αύξηση στην ομάδα παρέμβασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου στις εξής κλίμακες: *Συνειδητοποίηση* ($p=0.047$), *Επαναξιολόγηση περιβάλλοντος* ($p=0.042$), *Απελευθέρωση εαυτού* ($p=0.002$), *Δημιουργία ανταγωνιστικών συνδέσεων* ($p=0.003$)

και *Έλεγχος ερεθισμάτων* ($p=0.001$). Τέλος, στην ομάδα παρέμβασης παρατηρήθηκε σημαντικά μεγαλύτερη μείωση του σκορ *Μειονεκτήματα* σε σχέση με την ομάδα ελέγχου ($p=0.012$).

Συμπεράσματα: Στη σημερινή περίοδο κρίσης η όποια προσπάθεια προαγωγής υγείας έχει τεραστία συμβολή, ιδιαιτέρως διότι η πρόληψη είναι προτιμότερη και οικονομικότερη από τη θεραπεία. Αρκετές συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα, εμπεριέχουν σε μεγάλο βαθμό το στοιχείο της συνήθειας το οποίο μπορεί να προηγείται της ορθολογικής διεργασίας της λήψης μιας απόφασης. Πολλές συμπεριφορές υιοθετούνται από τα άτομα και εμποδίζουν την υιοθέτηση μιας υγιούς συμπεριφοράς. Όλα τα μοντέλα συμπεριφορών υγείας έχουν ως κεντρικό σημείο αναφοράς τις πεποιθήσεις, τις στάσεις, τις αξίες και τις προθέσεις κάθε ατόμου. Η παρούσα μελέτη ενισχύει την υπάρχουσα βιβλιογραφία που υποστηρίζει ότι προγράμματα παρέμβασης για διακοπή καπνίσματος με τη χρήση του Διαθεωρητικού μοντέλου μπορεί να είναι αποτελεσματικά. Στο μέλλον θα είχε ενδιαφέρον να εφαρμοστούν τέτοιες παρεμβάσεις στην χώρα μας, καθώς από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δεν φαίνεται να έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι στιγμής.

Λέξεις-κλειδιά: εγκυμοσύνη, κάπνισμα, παρεμβάσεις προαγωγής και αγωγής υγείας, Διαθεωρητικό μοντέλο.

ABSTRACT

Introduction: Smoking during pregnancy is a major risk factor for the fetus, as has been shown to be associated with complications both during pregnancy and at childbirth. Most of these complications can be prevented if smoking cessation is achieved during the first trimester of pregnancy.

Aim: The aim of the present study is through the implementation of a counseling intervention to increase the knowledge of pregnant women about the effects of smoking during pregnancy, and in general, to change their attitudes and perceptions towards smoking and eventually to increase the rate of those who quit smoking.

Material & Methods: The sample consisted of 40 pregnant women of Magnesia who visited the hospital of Volos. This was a quasi-experimental study with equivalent control group design study, with measurements before and after the intervention. The 40 participants were randomly divided into 2 groups: control group (N=20) and intervention group (N=20). The intervention consisted of a self-health manual self related to smoking cessation during pregnancy and 3-5 minutes of counselling. In the control group, a general guide about smoking cessation was given. The intervention and its evaluation is based on the Transtheoretical model. The evaluation of the effectiveness of intervention was performed by comparing the difference (after-before) of the study variables between the 2 groups. The following variables were measured: intention to stop smoking, stages of change (Precontemplation– contemplation - preparation), processes of change, decision making (Pros and Cons of smoking).

Results: An improvement in most study variables was observed in both groups. In the intervention group, a greater increase was observed in the the intention to stop smoking compared to the control group ($p = 0.001$). After the intervention, only two subjects in the control group moved to the preparation stage (11.1%), while 9 subjects of the intervention group moved to the preparation stage (45%). Regarding the processes of change, a greater increase was observed in the intervention group compared to the control group in the following processes: Consciousness Raising ($p=0.047$), Environmental Reevaluation ($p=0.042$), Self-Liberation ($p=0.002$), Counter Conditioning ($p=0.003$) and Stimulus Control ($p=0.001$). Finally, in the intervention group a significantly greater reduction in Disadvantages score was observed compared to the control group ($p = 0.012$).

Conclusions: In the current period of economic crisis any health promotion effort has an enormous contribution, particularly because prevention is optimal than cure, in both quality of life and economic terms. Several behaviours such as smoking, involve the element of habit,

which may precede the rational process of making a decision. Many behaviours adopted by individuals prevent the adoption of a healthy behaviour. All health behaviour models focus on the beliefs, attitudes, values and intentions of each person. The present study adds to the existing literature, suggesting that intervention programs for smoking cessation based on the Transtheoretical model may be effective. In the future, it would be interesting to implement such interventions in Greece, since after conducting a review of the literature, we did not find any evidence of such interventions to have been implemented in Greece.

Key-words: pregnancy, smoking, health promotion interventions, Transtheoretical model.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας μια προσπάθεια που ξεκίνησε πριν τέσσερα χρόνια, κλείνει ο κύκλος των μεταπτυχιακών σπουδών μου στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών με την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Δράττομαι της ευκαιρίας να ευχαριστήσω του συνοδοιπόρους και καθοδηγητές μου σε αυτό το δρόμο της γνώσης που βρέθηκαν στο μονοπάτι της μεταπτυχιακής μου αναζήτησης. Ιδιαίτερος να ευχαριστήσω την κα. Δημητρακάκη Χριστίνα για την καθοδήγηση, την υποστήριξη και την βοήθεια για την διεκπεραίωση της παρούσας εργασίας. Ευχαριστώ επίσης το διοικητικό προσωπικό του ΕΚΠΑ για την αρωγή του όταν την χρειάστηκα.

Επίσης, ευχαριστώ τη διοίκηση του νοσοκομείο και της μαιευτική κλινικής, και ιδιαίτερος τις συναδέλφους Στάμου Δήμητρα, Γκουρίτσα Ουρανία και Μάγγου Χαρίκλεια, διότι χωρίς τη συμβολή τους η επίτευξη της παρούσας εργασίας δεν θα ήταν δυνατή.

Τέλος, νιώθω ευγνωμοσύνη για την κατανόηση, τη στήριξη και κυρίως την υπομονή που επέδειξε η οικογένεια μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT.....	5
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	7
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	11
1.1 ΚΑΠΝΙΣΜΑ & ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.....	12
1.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ-ΤΟ ΟΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ	16
1.3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ - ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΙ & ΥΛΙΚΑ.....	27
2.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	28
2.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.....	28
2.3 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	29
2.4 Η ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	29
2.4.2 Θεωρητικά μοντέλα αλλαγής συμπεριφοράς.....	30
2.4.3 Το υλικό της παρέμβασης.....	35
2.4.1 Μέθοδος παρέμβασης.....	36
2.4.4 Επίπεδα Επιρροής της παρέμβασης.....	37
2.5 ΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	37
2.6 ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ, ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	39
2.6.1 Ερωτηματολόγιο	39
2.6.2 Μεταβλητές.....	41
2.6.3 Αξιολόγηση της παρέμβασης – Στατιστική Ανάλυση	41
2.7 ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ & ΚΙΝΗΤΡΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	44
3.1 Περιγραφικά στοιχεία του δείγματος.....	44
3.2 Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης.....	46
3.2.1 Στάδια Αλλαγής.....	47
3.2.2 Διαδικασία Αλλαγής.....	49
3.2.3 Λήψη απόφασης.....	50
3.3 Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της Διαδικασίας αλλαγής και των σταδίων αλλαγής..	51
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	54
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	58
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ.....	58
ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ.....	74
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	75
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	75
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β- ΟΔΗΓΟΣ.....	77
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ- ΕΓΚΡΙΣΗ	88
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ – ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΟΜΑΔΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ	89
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε	116
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	117

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Βιωματικές Διαδικασίες Αλλαγής.....	33
Πίνακας 2: Συμπεριφορικές Διαδικασίες Αλλαγής.....	34
Πίνακας 3: Σχέση μεταξύ Διαδικασιών και Σταδίων Αλλαγής.....	34
Πίνακας 4: Βασικά δημογραφικά στοιχεία, καθώς και στοιχεία για το καπνιστικό προφίλ των συμμετεχόντων στις 2 ομάδες.....	44
Πίνακας 5: Διαφορές ως προς το στάδιο αλλαγής, τη διαδικασία αλλαγής και τη λήψη απόφασης ανάμεσα στις 2 ομάδες κατά την έναρξη της μελέτης.....	46
Πίνακας 6: Μεταβολή των απαντήσεων των γυναικών στην ερώτηση «Σκέφτεστε σοβαρά να κόψετε το κάπνισμα;» (μετά-πριν) στις 2 ομάδες (within groups comparisons) και σύγκριση των μέσων διαφορών μεταξύ των 2 ομάδων (between groups comparisons).....	47
Πίνακας 7: Μεταβολή των Σταδίων Αλλαγής μετά την παρέμβαση σε σχέση με πριν, στην ομάδα ελέγχου.....	48
Πίνακας 8: Μεταβολή των Σταδίων Αλλαγής μετά την παρέμβαση σε σχέση με πριν, στην ομάδα παρέμβασης.....	48
Πίνακας 9: Μεταβολή της Διαδικασίας Αλλαγής (μετά-πριν) στις 2 ομάδες (within groups comparisons) και σύγκριση των μέσων διαφορών μεταξύ των 2 ομάδων (between groups comparisons).....	50
Πίνακας 10: Μεταβολή στη Λήψη Απόφασης (μετά-πριν) στις 2 ομάδες (within groups comparisons) και σύγκριση των μέσων διαφορών μεταξύ των 2 ομάδων (between groups comparisons).....	51
Πίνακας 11: Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των σταδίων αλλαγής και της διαδικασίας αλλαγής, στο σύνολο του δείγματος.....	52
Πίνακας 12: Αποτελέσματα post-hoc ανάλυσης.....	53

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κάπνισμα κατά την κύηση αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για το έμβρυο, αφού έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με τη δημιουργία επιπλοκών κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού π.χ. πρόωρος τοκετός ή λιποβαρή βρέφη, ενώ παράλληλα είναι υπεύθυνο και για αρκετά προβλήματα υγείας τόσο κατά τη νεογνική όσο και κατά τη παιδική ηλικία (Λουκοπούλου, Βασιλείου & Μπεχράκης, 2011). Οι περισσότερες από αυτές τις επιπλοκές μπορούν να προληφθούν, εάν επιτευχθεί η διακοπή του καπνίσματος κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης.

Τα πρόβλημα αυτό έχει αναγνωριστεί παγκοσμίως και ποικίλες παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη έχουν εφαρμοστεί, ώστε να εντοπιστούν οι περισσότεροι αποτελεσματικές (Ershoff et al., 2004). Όλες οι παρεμβάσεις έχουν ως κύρια χαρακτηριστικά την παροχή πληροφοριών σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος στο έμβρυο και στην έκβαση του τοκετού, δίνοντας ταυτόχρονα έμφαση στα πλεονεκτήματα της διακοπής του καπνίσματος.

Παρά την ενημέρωση που υπάρχει σήμερα σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος, εκτιμάται ότι ένα ποσοστό της τάξης του 20%-30% των εγκύων συνεχίζει το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη (Coleman, & Joyce, 2003). Ορμώμενοι από τη σημαντικότητα του προβλήματος, επιλέχθηκε στην παρούσα μελέτη να πραγματοποιηθεί η εφαρμογή μιας συμβουλευτικής παρέμβασης διακοπής καπνίσματος στον πληθυσμό εγκύων του νομού Μαγνησίας. Επιλέχθηκε μια συμβουλευτική παρέμβαση γνωσιακού-συμπεριφοριστικού τύπου που εμπεριέχει πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία, συναντήσεις με τις συμμετέχουσες, παροχή εξατομικευμένων συμβουλών και παροχή ενός έντυπου οδηγού αυτοβοήθειας, καθώς αυτού του τύπου οι παρεμβάσεις θεωρούνται ως οι πιο αποτελεσματικές (Ukoununne & Thompson, 2001; Vardavas et al., 2011; Λουκοπούλου και συν., 2011). Στόχος είναι να αυξηθούν οι γνώσεις των εγκύων γυναικών σχετικά με τα προβλήματα που επιφέρει το κάπνισμα στη ζωή τους, αλλά και στο έμβρυο, και να τροποποιηθούν οι στάσεις και οι αντιλήψεις τους σε σχέση με την καπνιστική συνήθεια. Απώτερος σκοπός της παρούσας έρευνας είναι τελικά η διακοπή του καπνίσματος από τις συμμετέχουσες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.1 ΚΑΠΝΙΣΜΑ & ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Ο 21^{ος} αιώνας χαρακτηρίστηκε ως μια εποχή οικονομικής και επιστημονικής ανάπτυξης. Τα συστήματα υγείας όμως και η υγεία που αποτελεί το πιο σημαντικό αγαθό του ανθρώπου αντιμετωπίζουν σήμερα πολλαπλά προβλήματα. Η παγκοσμιοποίηση, η γήρανση του πληθυσμού, τα χρόνια νοσήματα, οι μεγάλες κοινωνικό-οικονομικές ανισότητες στην υγεία, το stress και οι ολοένα αυξανόμενες απαιτήσεις δημιουργούν τεράστιες πιέσεις στις σύγχρονες υπηρεσίες υγείας.

Το κάπνισμα αποτελεί τον πιο συχνά χρησιμοποιούμενο παράγοντα από τις εγκύους, με δεδομένο ότι ο καπνός περιέχει μεγάλο αριθμό δυνητικά τοξικών ουσιών. Παρότι οι περισσότερες θεωρίες για την βλαπτική του επίδραση στο κύημα έχουν εστιαστεί κυρίως στην αγγειοσυσπαστική δράση της νικοτίνης και στην υποξία που προκαλείται είτε από αυτή είτε από το μονοξείδιο του άνθρακα, δεν μπορεί να αποκλειστεί η πιθανότητα άμεσης τοξικής δράσης του καπνού του τσιγάρου στο κυτταρικό επίπεδο του εμβρύου (Martinez. A et al, 1998). Οι πρώτες αναφορές στη βιβλιογραφία για τις βλαπτικές συνέπειες του καπνού του τσιγάρου στο ανθρώπινο έμβρυο, έγιναν από τον Simpson το (1957) και τον Lowe το (1959).

Έκτοτε έχει πραγματοποιηθεί μεγάλος αριθμός μελετών για τις επιπλοκές και τις συνέπειες του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στις περισσότερες δυτικές χώρες έχει καταγραφεί η μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος στο γενικό πληθυσμό και ιδιαίτερα μεταξύ των γυναικών που είναι έγκυες. Το 16% όλων των εγκύων γυναικών φαίνεται πως δεν διακόπτουν το κάπνισμα (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013). Κατά τη διάρκεια της περιόδου 2000-2005 το ποσοστό του επιπολασμού μειώθηκε από 15,2% σε 13,8% (Murin et al., 2011). Το ποσοστό του επιπολασμού των εγκύων που καπνίζουν είναι 11% στον Καναδά (Al-Sahab et al., 2010), 16% στη Δανία (Ejebjerg Jensen et al., 2008) και 20% στην Αυστραλία (Laws et al., 2007). Αντίθετη τάση καταγράφηκε στην Ιαπωνία , όπου ο επιπολασμός του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξήθηκε από 5,6% το 1991 σε 10% το 2001 (Kaneita et al 2007). Επιπλέον αυξητικές τάσεις σημειώθηκαν στην Ανατολική Ευρώπη και στις Ασιατικές χώρες (Murin et al., 2011). Σύμφωνα με την τελευταία έκθεση της Ευρωπαϊκής Εταιρείας για την Περιγεννητική Υγεία, περισσότερο από το 10% των γυναικών καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στη Λιθουανία το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 5% ενώ στη Γαλλία στο 22% (EURO-PERISTAT, 2011).

Στην Ιταλία ο επιπολασμός του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μειώθηκε από 9,2% το 2000 σε 6,5% το 2005. Το ποσοστό των καπνιστών που σταμάτησαν αυτή τη συνήθεια κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξήθηκε από 63,4% το 2000 στο 70,7% το 2005.

Επιπλέον το ένα τρίτο των πρώην καπνιστών διατήρησαν μόνιμα αυτή τους τη συνήθεια, δηλαδή δεν κάπνισαν ξανά (Istituto Nazionale di Statistica, 2007). Το 2009 παρατηρήθηκε αύξηση του καπνίσματος στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας (Istituto Nazionale di Statistica, 2009, Istituto Superiore di Sanita, 2009).

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε γενικές γραμμές, στην Ευρώπη, τη Νότιο Αφρική και την Αυστραλία το ποσοστό των γυναικών που καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι 20-45% ενώ δεν συμβαίνει το ίδιο για τη Νότιο Αμερική και τον Καναδά που το ποσοστό αυτό ανέρχεται πιο κάτω από το 20% (Chatenoud et al., 1999, DeFarias Aragao et al., 2005, Grange et al., 2005, Hoyert et al., 2006. Pichini & Garcia-Algar, 2006, Schuz et al., 1999, Viljoen & Odendaal, 2005). Στη Σουηδία ενώ το 1994 κάπνιζε το 29% των εγκύων σε καθημερινή βάση, το 1997 το ποσοστό αυτό μειώθηκε στο 15% (Cnattingius & Haglund, 1997).

Αρκετές μελέτες έδειξαν ότι η εγκυμοσύνη είναι μια περίοδος όπου οι γυναίκες διακόπτουν το κάπνισμα. Περίπου το 40% των καπνιστριών σταματούν αυτή τη συνήθεια, αλλά το 45% από αυτούς υποτροπιάζουν 3 μήνες μετά τη γέννηση του παιδιού τους, το 60-70% μετά από 6 μήνες και σχεδόν το 80% μετά από ένα έτος (Letourneau et al., 2007). Επιπλέον οι Ayoola et al. (2010), Crozier et al. (2009), Kaneita et al. (2007), Kost et al. (1998), Nettleman et al. (2010) και Pirie et al. (2000) έδειξαν ότι οι γυναίκες συχνά διακόπτουν το κάπνισμα αμέσως μόλις μάθουν ότι είναι έγκυες. Οι Solomon & Quinn (2004) έδειξαν ότι περίπου το 20% των εγκύων που είναι καπνίστριες διακόπτουν το κάπνισμα αμέσως μόλις μάθουν για την κατάστασή τους. Ωστόσο αυτές που συνεχίζουν να καπνίζουν φαίνεται πως μειώνουν την κατανάλωση τσιγάρων στα 10-20 την ημέρα (Dornelas et al., 2006, Heil et al., 2008, Higgins et al., 2004, Pollak et al., 2007, Rigotti et al., 2006).

Τα αποτελέσματα της έρευνας των Heil et al., (2014) έδειξαν ότι το 84% των συμμετεχόντων αλλάζει ριζικά τις συνήθειες του καπνίσματος και μάλιστα τις δύο πρώτες ημέρες μετά τη γνωστοποίηση της εγκυμοσύνης. Σε μεγάλο βαθμό μάλιστα διατηρούν αυτές τις αλλαγές καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Κατά συνέπεια επιβεβαιώθηκαν τα αποτελέσματα των Higgins et al. (2006), Kenford et al. (1994) και Yudkin et al. (1996). Επιπλέον είναι σημαντικό να τονιστεί η σχέση μεταξύ της αλλαγής στις συνήθειες καπνίσματος και της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης των εγκύων. Το 58% των εγκύων που διέκοψαν το κάπνισμα, το 71% αυτών που το μείωσαν και το 94% αυτών που συνέχισαν να καπνίζουν καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είχαν συμπληρώσει 12 ή λιγότερα έτη εκπαίδευση. Κατά συνέπεια επιβεβαιώθηκε η συσχέτιση μεταξύ του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και της αποτυχίας της διακοπής του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Higgins et al. 2009, Solomon & Quinn, 2004).

Επιπλέον το ποσοστό των εγκύων γυναικών που καπνίζουν στην Ελλάδα τόσο κατά την έναρξη της εγκυμοσύνης όσο και πριν από αυτή είναι αρκετά υψηλό σε σύγκριση με τα ποσοστά άλλων χωρών. Ο επιπολασμός των εγκύων που καπνίζουν κυμαίνεται από 23-39% (Vardavas & Kafatos, 2006). Τα συμπεράσματα στα οποία κατέληξαν οι Vardavas et al. (2010) ήταν ότι τόσο το κάπνισμα όσο και η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα είναι ευρέως διαδεδομένη μεταξύ των Ελληνίδων εγκύων. Γι' αυτό το λόγο κρίνεται αναγκαία η στήριξη αυτού του πληθυσμού μέσω εκπαιδευτικών παρεμβάσεων που αποσκοπούν στη διακοπή του καπνίσματος και στους δύο γονείς καθώς και στην πρόληψη του καπνίσματος τόσο στους ιδιωτικούς όσο και στους δημόσιους χώρους. Κατά συνέπεια γι' αυτό το λόγο είναι σημαντικό να υλοποιηθεί και η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία.

Στις επιπτώσεις του καπνίσματος ανήκουν η εμφάνιση καρκίνου και καρδιαγγειακών διαταραχών (International Agency for Research on Cancer, 1986). Πιο συγκεκριμένα ο καπνός του τσιγάρου περιέχει αρκετές καρκινογόνες ουσίες (Nazaroff & Singer, 2004) μερικές από τις οποίες είναι γνωστό ότι διαπερνούν τον πλακούντα και καταλήγουν στο αίμα του εμβρύου (Meberg et al., 1979). Η έρευνα του Chang (2009) έδειξε ότι το κάπνισμα των εγκύων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι δυνατόν να προκαλέσει λευχαιμία στα έμβρυά τους. Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα της έρευνας των Antonopoulos et al., (2011). Ωστόσο έχουν διεξαχθεί πολλές μελέτες που είτε δείχνουν συσχέτιση του καπνίσματος των εγκύων με την ύπαρξη λεμφωμάτων κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας είτε όχι. Με άλλα λόγια δεν υπάρχει συνέπεια στα αποτελέσματα των ερευνών και δεν μπορούν να εξαχθούν σαφή συμπεράσματα. Το κάπνισμα των εγκύων δεν σχετίζεται πάντα με την εμφάνιση των λεμφωμάτων (John et al., 1991), Magnani et al., 1990, McKinney & Stiller, 1986, Mucci et al., 2004, Pang et al., 2003, Rudant et al., 2008, Schuz et al., 1999, Sorahan et al., 1997, Stavrou et al., 2009).

Επιπλέον η έκθεση του εμβρύου στο τσιγάρο έχει συνδεθεί με έναν αριθμό ανεπιθύμητων παρενεργειών όσον αφορά την έκβαση της εγκυμοσύνης, πιο συχνή από αυτές είναι η αποβολή του εμβρύου (Andres, 2005, Castles et al., 1999, Chattingius, 2004, Λουκοπούλου και συν., 2011, Salihu & Wilson, 2007). Το έμβρυο εμφανίζει στρες (Ayeicek & Ipek, 2008) καθώς επίσης και άλλες διαταραχές που αφορούν την ομαλή ανάπτυξη του. Οι διαταραχές αυτές μπορεί να είναι νευροαναπτυξιακές (Herrmann et al., 2008), νευροσυμπεριφορικές (Stroud et al., 2009) και καρδιαγγειακές (Alverson et al., 2011, Cohen et al., 2008, Little et al., 2004, Malik et al., 2008). Η εγκυμοσύνη θεωρείται από πολλούς επιστήμονες ότι είναι η μοναδική δυνατότητα που μπορεί να είναι η αιτία της διακοπής του καπνίσματος στον πληθυσμό των γυναικών. Αυτό συμβαίνει γιατί κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου οι γυναίκες έχουν το κίνητρο για να

φροντίζουν το έμβρυό τους και κατά συνέπεια τείνουν να βελτιώσουν τις συνθήκες διαβίωσής τους (Hannover et al., 2008).

Η διακοπή του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελεί σημαντική μέθοδο για τη μείωση των ανεπιθύμητων βλαβών. Με άλλα λόγια φαίνεται ότι μειώνεται ο κίνδυνος του αιφνίδιου θανάτου των βρεφών (Agrawal et al., 2010, Andres, 2005, Castles et al., 1999, Cnattingius, 2004, DiFranza & Lew, 1995, Einarson & Riordan, 2009, Gaysina et al., 2013, Johansson et al., 2009, Karmaus et al., 2008, Lotfipour et al., 2014, Λουκοπούλου και συν., 2011, Magee et al., 2014, Salihu & Wilson, 2007, U.S. Department of Health and Human Services, 2010, Wynyski et al., 1997, Zhang & Wang, 2013) και προλαμβάνεται η γέννηση παιδιών με χαμηλό βάρος, ο πρόωρος τοκετός (Bada et al., 2002, Chiolero et al., 2005, Cnattingius, 2004, Einarson & Riordan, 2009, England et al., 2001, Figueras et al., 2008, Hammoud et al. 2005, Horta et al., 1997, Karmaus et al., 2008, Kyrklund-Blomberg et al., 2005, Lindley et al., 2000, Λουκοπούλου και συν., 2011, Mamelie et al., 2006, Raatikainen et al., 2007, Salihu & Wilson, 2007, Suzuki et al., 2008, U.S. Department of Health and Human Services, 2010, Windhan et al., 2000, Wynyski et al., 1997) και η αποκόλληση του πλακούντα (Bada et al., 2002, Hammoud et al., 2005, Λουκοπούλου και συν., 2011, Raatikainen et al., 2007, Salihu & Wilson, 2007, Tikkanen et al., 2006, Wynyski et al., 1997). Επιπλέον αποφεύγεται η μειωμένη ανάπτυξη του εμβρύου και του πλακούντα (Bada et al., 2002, Hammoud et al., 2005, Λουκοπούλου και συν., 2011, Salihu & Wilson, 2007, Zdravkovic et al., 2005), οι αναπνευστικές λοιμώξεις (U.S. Department of Health and Human Services, 2011, Karmaus et al., 2008, Cnattingius, 2004, Einarson & Riordan, 2009), η μείωση της ροής αίματος και η μειωμένη παροχή οξυγόνου και άλλων θρεπτικών συστατικών από τη μητέρα στο έμβρυο (Zdravkovic et al., 2005).

Η έκθεση στο κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης έχει συσχετισθεί με σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία του νεογνού, με μεγαλύτερο κίνδυνο των δυσπλασιών του κυκλοφορικού συστήματος και των γεννητικών οργάνων (Tountas, 2015). Ένα αναμμένο τσιγάρο παράγει >4.000 διαφορετικές ουσίες: τα αέρια και τα μικροσωματίδια. Οι 2000 είναι τοξικές ενώ οι 43 είναι καρκινογόνες (Σχήμα 1).



Σχήμα 1: Ουσίες που παράγονται από ένα αναμμένο τσιγάρο.

Οι βλαβερές συνέπειες της έκθεσης των παιδιών στον καπνό του τσιγάρου αρχίζουν από την ενδομήτρια ζωή και μπορεί να έχει και γενετικές ανωμαλίες, (λαγώχειλο / λυκόστομα, ραιβοιπποποδία, γαστροσχιστία, ανωμαλίες της καρδιάς και κρυσορχία) (Kucience & Dulskiene, 2008). Η νικοτίνη και το μονοξείδιο του άνθρακα διαπερνούν το φραγμό του πλακούντα, αυξάνουν την εμβρυική ανθρακυλαιμοσφαιρίνη, μειώνουν την κυκλοφορία του αίματος και οδηγούν σε περιορισμένη οξυγόνωση των ιστών του αναπτυσσόμενου εμβρύου (Dybing & Sanner, 1999). Ιδιαίτερο όμως ενδιαφέρον παρουσιάζει η τεκμηρίωση υποθέσεων που αφορούν τις μακροχρόνιες επιπτώσεις του τσιγάρου στην σωματική και νοητική ανάπτυξη των βρεφών και των παιδιών. Όσον αφορά τη διερεύνηση του κατά πόσο οι ανωτέρω συνέπειες έχουν παροδικό ή μόνιμο χαρακτήρα, αποτελεί σύγχρονο ερώτημα με εκτενείς κοινωνικές επιπτώσεις. Η επίταση των προσπαθειών για τον περιορισμό του καπνίσματος στις έγκυες γυναίκες, είναι άμεσα συνδεδεμένη με την καλύτερη κατανόηση των επιπτώσεων του καπνίσματος στο κυοφορούμενο έμβρυο και στο παιδί.

1.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ-ΤΟ ΟΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Η οικολογική θεωρία και τα οικολογικά μοντέλα τα οποία επικεντρώνονται τόσο σε ατομικές επιδράσεις όσο και σε επιδράσεις του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος, διευκολύνουν είτε εμποδίζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά (Owen et al., 2004, Saelens et al, 2003), χαρακτηριστικό είναι το θεωρητικό μοντέλο του Bronfenbrenner (1977), που αποτελεί ένα παράδειγμα οικολογικού μοντέλου. Τα οικολογικά μοντέλα υποστηρίζουν ότι τα άτομα υποστηρίζουν ή μετατρέπουν την συμπεριφορά τους ανάλογα με τις πηγές του έξω-ατομικού

τους περιβάλλοντος. Μια αλλαγή στο περιβάλλον μπορεί να δημιουργήσει καταστάσεις οι οποίες είναι περισσότερο ευνοϊκές για μια ομάδα ατόμων και λιγότερο ευνοϊκές για μια άλλη ομάδα (Spence and Lee, 2003). Σύμφωνα με τα ανωτέρω γίνεται αντιληπτό ότι η υγεία επηρεάζεται από την αλληλεπίδραση μεταξύ της συμπεριφοράς και του περιβάλλοντος κάνοντας ξεκάθαρη την σημασία τόσο σε ενδοπροσωπικό/διαπροσωπικό όσο και σε κοινοτικό επίπεδο, την διαμόρφωση των συμπεριφορών υγείας. Οι οικολογικές προσεγγίσεις που αφορούν την προαγωγή υγείας εστιάζουν σε ατομικούς και κοινωνικούς – περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορούν να συμβάλλουν στην προώθηση αυτής της συμπεριφοράς, θεωρώντας ότι μέσα από την αλλαγή των κοινωνικών – περιβαλλοντικών παραγόντων, θα υπάρξει η δυνατότητα για αλλαγή της ατομικής συμπεριφοράς (Hovell, Wahlgren & Gehrman, 2002).

Η εξάρτηση από τον καπνό είναι ουσιαστικά μια χρόνια νόσος που συχνά απαιτεί επανειλημμένες προσπάθειες διακοπής. Το οικολογικό μοντέλο βρίσκει καλύτερη εφαρμογή σε προηγμένες χώρες, στις οποίες ο πληθυσμός έχει συνειδητοποιήσει τον κίνδυνο που διατρέχει – έχει ήδη μεταβάλλει τις πεποιθήσεις του – και επιχειρείται η μεταβολή παραμέτρων στο περιβάλλον του ατόμου που ευνοούν τη συνέχιση του καπνίσματος. Αντίθετα, στις ανεπτυγμένες χώρες, οι γνώσεις των ατόμων δεν έχουν ακόμα μεταβληθεί σημαντικά προκειμένου το μοντέλο αλλαγής πεποιθήσεων να έχει σημαντική εφαρμογή (Kadushin & Kadushin, 1997). Έρευνες σε ευρωπαϊκό επίπεδο έχουν δείξει ότι ο ρόλος των εκπαιδευτικών ανισοτήτων, το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών, αλλά και οι αγροτικές / αστικές διαφορές, με άλλα λόγια το αν οι γυναίκες κατοικούν σε αγροτικές ή σε αστικές περιοχές, επιδρούν στον επιπολασμό του καπνίσματος (Hecht et al., 1999, Huisman et al., 2005, Gikas et al., 2007).

Η έρευνα των Vardavas et al. (2010) έδειξε ότι το 36% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι κάπνισαν κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ενώ το 17% ότι επρόκειτο να ξεκινήσει το κάπνισμα μέχρι τη 12^η εβδομάδα της κύησης. Οι έγκυες που ήταν λιγότερο πιθανό να σταματήσουν το κάπνισμα ήταν αυτές που κάπνιζε ο σύζυγός τους, εκείνες που είχαν πολλά παιδιά και εκείνες που είχαν μικρότερους ηλικιακά συζύγους. Το 64% των εγκύων που ήταν μη καπνιστές εκτέθηκαν στο παθητικό κάπνισμα είτε στο σπίτι τους (72%) είτε σε κάποιο δημόσιο χώρο (64%). Οι λιγότερο μορφωμένες γυναίκες και αυτές που είχαν μικρότερη ηλικία εκτίθονταν πιο συχνά στο παθητικό κάπνισμα. Άλλοι παράγοντες που ευνοούσαν την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα ήταν το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, η ηλικία και η εθνικότητα.

Παρόμοια ήταν και τα ευρήματα των Papaioannou et al. (2008) που διεξήχθη στα δυο μεγάλα νοσοκομεία του Ηρακλείου Κρήτης (ΠΑΓΝΗ, Βενιζέλειο Νοσοκομείο) με δείγμα από Ελληνίδες μητέρες και αλλοδαπές. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν ότι τα ποσοστά καπνίσματος μειώθηκαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ωστόσο το 25% των Ελλήνων

εγκύων και το 15% των αλλοδαπών ανέφεραν ότι συνέχισαν να καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Ο επιπολασμός του παθητικού καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ήταν εξίσου υψηλός και ιδιαίτερα μεταξύ των Ελληνίδων (69%). Ο επιπολασμός του ενεργητικού και του παθητικού καπνίσματος ήταν χαμηλότερος μεταξύ των γυναικών που είχαν υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης. Στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν μεταξύ των κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων, του τρόπου ζωής και της χρήσης υπηρεσιών υγείας για τις δυο ομάδες του δείγματος. Με άλλα λόγια οι αλλοδαπές έγκυες δεν ήταν ασφαλισμένες και δεν υποβάλλονταν σε εργαστηριακούς ελέγχους όσο συχνά οι Ελληνίδες έγκυες. Εξαιτίας του μικρού αριθμού του δείγματος των αλλοδαπών γυναικών δεν κατέστη δυνατόν να εντοπιστούν επιμέρους διαφοροποιήσεις μεταξύ τους.

Όσον αφορά τους βιολογικούς παράγοντες του καπνίσματος η νικοτίνη σε συνδυασμό με άλλα χημικά συστατικά έχει επίδραση στην εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών (Douglas & Jill, 2003). Η νικοτίνη προκαλεί μεγαλύτερο εθισμό στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες και για αυτό το λόγο οι γυναίκες χρειάζονται περισσότερο χρόνο προκειμένου να διακόψουν το κάπνισμα (Liebmann-Smith, 2006). Κατά τη διάρκεια που οι καπνιστές εκδηλώνουν τη συμπεριφορά τους τα επίπεδα της νικοτίνης είναι αυξημένα στο αίμα ενώ η διακοπή της συμπεριφοράς τους θα οδηγήσει τα επίπεδα της νικοτίνης σε φυσιολογικά όρια (Marks et al., 2000). Η έρευνα των (Solvic, 2001) έδειξε ότι το 82% των καπνιστών πιστεύουν ότι η νικοτίνη τους εθίζει ενώ το 60% πιστεύουν ότι αν οι καπνιστές αποφασίσουν να διακόψουν το κάπνισμα τότε θα το επιτύχουν εύκολα αν το θελήσουν πραγματικά.

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της διακοπής του καπνίσματος είναι η ευερεθιστότητα, η οξυθυμία και η έλλειψη συγκέντρωσης. Οι καπνιστές προκειμένου να αποφύγουν αυτές τις δυσάρεστες συνέπειες αποφεύγουν τη διακοπή της συμπεριφοράς τους (Denscombe, 2001). Το κίνητρο της διακοπής του καπνίσματος και η εξάρτησή του συνδέονται συχνά μεταξύ τους. Οι γυναίκες που καπνίζουν συνήθως έχουν έλλειψη αυτοπεποίθησης ως προς την ικανότητά τους να διακόψουν το κάπνισμα και ταυτόχρονα έχουν μειωμένο κίνητρο. Από την άλλη μεριά οι γυναίκες που καπνίζουν λιγότερο πιστεύουν ότι μπορούν να διακόψουν το κάπνισμα όποια στιγμή το θελήσουν και αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο δείχνουν μειωμένο κίνητρο (West, 2004).

Το πρόγραμμα κάπνισμα και εγκυμοσύνη της υπηρεσίας αγωγής και εκπαίδευσης της υγείας της Μεγάλης Βρετανίας παρουσιάζει στο ενημερωτικό του πρόγραμμα πέντε λόγους για τους οποίους οι έγκυες δεν μπορούν να σταματήσουν το κάπνισμα. Οι λόγοι αυτοί είναι: Δεν έχουν καθόλου θέληση και εμφανίζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και έλλειψη αυτοελέγχου. Κάποιες έγκυες καπνίστριες θεωρούν ότι αν δεν το σταματήσουν κατά τη διάρκεια των τριών

πρώτων μηνών τότε δεν αξίζει να το διακόψουν. Αισθάνονται ότι το κάπνισμα μειώνει το στρες. Αισθάνονται ότι έχουν την ανάγκη να καπνίσουν προκειμένου να αντιμετωπίσουν την πλήξη της εγκυμοσύνης και την πρόσληψη βάρους. Δεν εκτιμώνται σωστά από τις εγκύους οι πραγματικοί κίνδυνοι για το έμβρυο και μελλοντικό παιδί (Health Education Authority, 1999).

Έρευνες έχουν δείξει ότι σημαντικοί παράγοντες για τη διακοπή του καπνίσματος είναι οι ψυχοκοινωνικές πιέσεις που δέχεται η έγκυος, όπως για παράδειγμα το άγχος, η υψηλή πίεση, η έκθεση στη βία και ο φόβος των γυναικών ότι θα αυξηθεί υπερβολικά το βάρος τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Arnold et al., 2008, Berg et al., 2008, Giglia et al., 2007, Goedhart et al., 2009, Handel et al., 2009, Ockene.J. et al., 2002, Raatikainen et al., 2007, Solomon & Quinn, 2004). Ο λόγος για τον οποίο ξεκινά κανείς να καπνίζει είναι η επιρροή από τους γονείς ή από τις συνομήλικες παρέες, από τους φίλους του. Οι γυναίκες πιστεύουν ότι η ανθυγιεινή αυτή συνήθεια εκπέμπει ερωτισμό και κοινωνικό status χωρίς όμως να σκέφτονται τα κιτρινωπά τους δάχτυλα, δόντια, την άσχημη αναπνοή κ.λ.π. (Liebmann-Smith, 2006). Αυτό που κάνει τις γυναίκες να καπνίζουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους είναι η ίδια η κοινωνία καθώς το κάπνισμα αποτελούσε πάντα αναγνωριστικό των πετυχημένων επιχειρηματιών στην κοινωνία. Ακόμα συνδεόταν με το άγχος και την πίεση των ισχυρών αλλά και καλοπληρωμένων εργασιών. Επομένως σύμφωνα με αυτή την άποψη οι γυναίκες επιθυμούν να μοιάζουν με αυτά τα άτομα και προσπαθούν να καπνίζουν σαν αυτά.

Οι πιο συχνοί παράγοντες που σχετίζονται με τη διακοπή του καπνίσματος είναι το επίπεδο εκπαίδευσης των γονιών, η κοινωνικοοικονομική τους θέση (Health Education Authority, 1999), η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της παραμονής των εγκύων στο σπίτι καθώς επίσης και οι συνήθειες των δύο γονιών απέναντι στο κάπνισμα (Vardavas et al., 2010). Άλλοι παράγοντες είναι η οικογενειακή κατάσταση των γυναικών, η ηλικία, η εργασία τους (Health Education Authority, 1999, Kaneko et al., 2008, Murin et al., 2011), το αν έχουν γονείς που και οι δύο καπνίζουν (Health Education Authority, 1999) και ο θηλασμός (DiSantis et al., 2010, Horta et al., 2001, Kaneko et al., 2008, Murin et al., 2011). Ωστόσο δεν είναι σαφές αν ο θηλασμός προάγει τη διακοπή του καπνίσματος ή η διακοπή του καπνίσματος παρατείνει το θηλασμό ή αν υπάρχει ένας τρίτος παράγοντας που παρεμβαίνει μεταξύ αυτών των δύο μεταβλητών, όπως για παράδειγμα το άγχος ή η υποστήριξη από τα μέλη της οικογένειας (Higgins et al., 2010, Ratner et al., 1999). Η μόρφωση των γυναικών αποτελεί βασικό παράγοντα για τη φροντίδα της υγείας των εγκύων. Τις περισσότερες φορές όσο υψηλότερη είναι η κοινωνική τάξη στην οποία ανήκει μια γυναίκα τόσο περισσότερο μορφωμένη είναι και κατά συνέπεια υπάρχει περισσότερο ενδιαφέρον και ικανότητα για προσοχή

προκειμένου να γεννήσει ένα υγιές παιδί. Εξάλλου η υψηλή κοινωνικοοικονομική τάξη συνεπάγεται, συνήθως, μεγαλύτερο ενδιαφέρον για προσωπικά θέματα υγείας (Kerr, 2002).

1.3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ - ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Αναγνωρίζοντας τη σοβαρότητα του προβλήματος το θέμα αυτό έχει απασχολήσει περισσότερο από 30 χρόνια τους ερευνητές στις Η.Π.Α., στη προσπάθειά τους να εντοπίσουν τις καλύτερες παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος στις έγκυες (Ershoff et al., 2004). Η πρώτη έρευνα που δημοσιεύτηκε πριν 26 χρόνια και έγινε βάση μιας εντατικής παρέμβασης διακοπής καπνίσματος, πέτυχε την αντιστροφή της μείωσης του βάρους γέννησης εξαιτίας της διακοπής καπνίσματος, (Sexton, M. et al., 1984). Κάποιες έρευνες δεν αρκέστηκαν μόνο στα αποτελέσματα των παρεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος αλλά κατέγραψαν τόσο το βάρος των νεογνών (Hajek, P. Et al., 2001, Moore LO, 2002) όσο και τον πρόωρο τοκετό (Thornton L., 1997). Στη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση των Lumley και των συνεργατών του αποδεικνύεται ότι οι παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος αυξάνουν τη μέση τιμή του βάρους γέννησης των νεογνών κατά 33 γραμμάρια και ταυτόχρονα μειώνουν τον πρόωρο τοκετό στις εγκύους που διέκοψαν το κάπνισμα (Lumley, J. Et al., 2009). Οι τελευταίες αναθεωρημένες κατευθυντήριες οδηγίες του 2000, βασίστηκαν κυρίως σε μετά-αναλύσεις ενός συνόλου 6000 άρθρων και τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών και είχαν σαν στόχο τη θεραπεία της χρήσης καπνού σε ειδικές ομάδες όπως έγκυες γυναίκες ,παιδιά και εφήβους (JAMA, 2000). Με βάση αυτές τις κατευθυντήριες γραμμές δημοσιεύθηκε στο περιοδικό «Chest» το 2002, ένα άρθρο τοποθέτησης του ACCP με τίτλο «Η θεραπεία της Χρήσης και Εξάρτησης από τον καπνό: κατευθυντήριες οδηγίες που βασίζονται σε δεδομένα της κλινικής πράξης για τη διακοπή του καπνίσματος» (Public Health Service, 2000) με σκοπό να τονιστούν οι πιο σημαντικές στρατηγικές και προτάσεις των κλινικών γιατρών για την παροχή αποτελεσματικών παρεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος. Οι κατευθυντήριες οδηγίες υπαγορεύουν στους ασφαλιστικούς φορείς την αναγκαιότητα, να καλύπτουν όλες τις προτεινόμενες θεραπείες συμπεριλαμβανομένου και της συμβουλευτικής παραίνεσης.(Anderson et al. 2002, JAMA 2000, Public Health Service 2000)

Παρόλο που το 40% των εγκύων διακόπτουν αυθορμήτως το κάπνισμα πριν την πρώτη τους επίσκεψη στον γυναικολόγο (Solomon et al., 2004), οι υπόλοιπες συνεχίζουν να καπνίζουν. Σε αυτές απευθύνονται τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος κατά την κύηση με αρκετά σημαντικό ποσοστό επιτυχίας (Lumley, 2004, Fiore MC, 2008). Ο Π.Ο.Υ. στην Ευρωπαϊκή στρατηγική του για τη διακοπή του καπνίσματος συνιστά έρευνες για την αποφυγή του

καπνίσματος στην εγκυμοσύνη και την υποτροπή μετά τον τοκετό (WHO, 2004). Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση συμπεριελήφθησαν τυχαιοποιημένες δοκιμές (R.C.Ts), που αφορούν παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος στις έγκυες (Parahoo et al., 1997). Οι νέες κατευθυντήριες οδηγίες που χρηματοδοτήθηκαν από την Αμερικανική Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας, το Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών, παρέχουν μια γενική εικόνα με κλινικές παρεμβάσεις και εντατικές παρεμβάσεις για την διακοπή του καπνίσματος.

A) Οι παρεμβάσεις που υλοποιούνται εκεί περιλαμβάνουν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα στοιχεία: σύντομες προφορικές συμβουλές για τους κινδύνους του καπνίσματος στη μητέρα, το έμβρυο ή το νεογνό από τους γιατρούς, τους νοσηλευτές ή τις μαίες συνοδευόμενες από προτροπή να το διακόψουν, ένα ενημερωτικό φυλλάδιο που εξηγεί τους κινδύνους του καπνίσματος γενικά, ένα εγχειρίδιο που περιγράφει ένα μάθημα αυτοδιδασκαλίας για το πώς μπορεί κανείς να διακόψει το κάπνισμα, προσωπική συμβουλευτική, υποστήριξη μέσω της χρήσης έντυπου υλικού που αποστέλλεται ταχυδρομικώς στις μητέρες και ενημερωτικό υλικό για τις βιολογικές συνέπειες του καπνίσματος (Ukoumunne & Thompson, 2001). Στη συστηματική ερευνητική ανασκόπηση των (Lancaster & Stead, 2005), ως υλικό αυτοβοήθειας καθορίζεται η παροχή δομημένου υλικού έντυπο ή οπτικό-ακουστικό με γραπτά μηνύματα, βίντεο ή μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή (Ferreira & Borgers, 2005). Το υλικό αυτοβοήθειας δεν περιορίζεται μόνο στην ενημέρωση για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στο νεογνό αλλά και στις επιπτώσεις στην υγεία των ίδιων των γυναικών (Greaves & Barry, 2000), ένας τέτοιος οδηγός χρησιμοποιήθηκε από τον (Windsor 1985), σε παρέμβαση για τη διακοπή καπνίσματος στη κύηση. Υπήρξε διπλάσια αποτελεσματικός σε σχέση με μια απλή συμβουλευτική παρέμβαση. Έπειτα από αρκετά χρόνια χρήσης αποδεικνύεται όχι μόνο αποτελεσματικός αλλά και ιδιαίτερα επιτυχημένο εργαλείο για τη διακοπή του καπνίσματος (Windsor R. 2001). Αυτό οφείλεται στην αμεσότητά του, στη σφαιρική ενημέρωση, στην επίλυση ερωτημάτων των εγκύων καθώς και στη σταδιακή προετοιμασία για τη διακοπή καπνίσματος δίνοντας λύση, συμβουλές για τον χειρισμό συγκεκριμένων καταστάσεων (Ferreira & Borgers, 2005). Για να φέρει όμως τα προσδοκώμενα αποτελέσματα πρέπει να προσαρμοστεί στα δεδομένα του πληθυσμού που απευθύνεται. Στην R.C.T. του Gielen και των συνεργατών του στη Βαλτιμόρη (Gielen AC & Windsor R. 1997), τα αποτελέσματα μεταξύ των ομάδων είχαν ελάχιστη διαφορά. Συμμετείχαν χαμηλού εισοδήματος Αφρό-αμερικανίδες, η πειραματική ομάδα έλαβε οδηγό αυτοβοήθειας που ήταν ιδιαίτερα επιτυχής στο Birmingham και η ομάδα ελέγχου έλαβε μόνο τη συνήθη παρέμβαση. Το ποσοστό διακοπής ήταν 6,2% στην πειραματική ομάδα και 5,6% στην ομάδα ελέγχου. Στην έρευνα του Windsor και των συνεργατών του αξιολογήθηκε η

αποτελεσματικότητα ενός οδηγού κλινικών οδηγιών για την διακοπή του καπνίσματος κατά την κύηση. Η ομάδα ελέγχου έλαβε τη συνήθη φροντίδα ενώ η πειραματική ομάδα έλαβε την εντατική παρέμβαση, υλικό αυτοβοήθειας και μια βιντεοκασέτα για τη διακοπή του καπνίσματος. Με αποτέλεσμα τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος να είναι σημαντικά υψηλότερα στη πειραματική ομάδα (17,3%) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (8,86) (Windsor RA & Woodby Miller 2000).

B) Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική παρέμβαση. Είναι βασισμένη στο γνωσιακό – συμπεριφοριστικό μοντέλο. Επικεντρώνεται στον εντοπισμό και την τροποποίηση τόσο των πεποιθήσεων που αφορούν την επίδραση του καπνίσματος και την αντίληψή του ως εξάρτηση όσο και αυτών που αφορούν τις μη ρεαλιστικές προσδοκίες για τα καταστροφικά αποτελέσματα που θα φέρει η στέρηση ή η αποχή από το τσιγάρο. Αποτελείται από ένα συνδυασμό γνωσιακών – συμπεριφοριστικών τεχνικών, που στόχο έχει την τροποποίηση συμπεριφοράς με επίκεντρο το άτομο που αναζητά βοήθεια για ένα συγκεκριμένο θέμα. (Beck JS--. Cognitive therapy, 1995). Πολλές έρευνες χρησιμοποίησαν συμπεριφοριστικού – γνωσιακού τύπου παρεμβάσεις με θετικά αποτελέσματα (Windsor RA 1993 & Hegaard, H 2003). Όπως στην R.C.T. των Hegaard 2003 και συνεργατών του, στην οποία οι παρεμβάσεις και στις δυο ομάδες ήταν γνωσιακού – συμπεριφοριστικού τύπου. Επίσης γνωσιακού – συμπεριφοριστικού τύπου παρεμβάσεις χρησιμοποίησαν οι Windsor και συνεργάτες. Στην έρευνα συμμετείχαν 810 καπνίστριες από 4 δημόσιες μαιευτικές κλινικές, η καπνιστική κατάσταση των οποίων επιβεβαιώθηκε βιοχημικά με έλεγχο της κοτινίνης στο σάλιο στην αρχή, στη μέση και στο τέλος της εγκυμοσύνης. Η έρευνα απέδειξε ότι οι μέθοδοι της παρέμβασης για την διακοπή καπνίσματος είναι επωφελής οικονομικά και αποτελεσματικές διότι το 14,3% από την πειραματική ομάδα και 8,5% από την ομάδα ελέγχου διέκοψαν το κάπνισμα. Οι αντιλήψεις απέναντι στο κάπνισμα και στη διακοπή του εξετάζονται διεξοδικά με τη βοήθεια γνωσιακών τεχνικών με στόχο, την τροποποίησή τους και την αντικατάστασή τους με ρεαλιστικές πεποιθήσεις, διότι δεν θα έχουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα, όπως στην R.C.T. των Walsh και των συνεργατών του. Στην έρευνα αυτή τα δημογραφικά δεδομένα δεν είχαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, εφόσον στην πειραματική ομάδα η αποχή από το κάπνισμα ήταν σημαντικά υψηλότερη ενώ στην ομάδα ελέγχου κρίθηκε αναποτελεσματική, αφού η αποχή ήταν 0% (Walsh RA, 1997)

Τα προγράμματα και οι πολιτικές που έχουν εφαρμοστεί έως σήμερα στηρίζονται στις αρχές των θεωριών για αλλαγή της συμπεριφοράς. Και περιλαμβάνουν στρατηγικές για αλλαγή της συμπεριφοράς σε όλα τα στάδια αλλαγής (στοχοθεσία προετοιμασία, δράση, διατήρηση της

αλλαγής και ολοκλήρωση του προγράμματος). Η αυτο-αποτελεσματικότητα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για την αλλαγή της συμπεριφοράς. (Prochaska, L. Et al., 2008).

Ένα μοντέλο που έχει προταθεί για την προαγωγή της υγείας των εγκύων και τη διακοπή του καπνίσματος είναι το Δια θεωρητικό μοντέλο (Attitudinal and Behavioral Change) (Αλλαγή Τάσεων και Συμπεριφορών). Το μοντέλο αυτό για πρώτη φορά υιοθετήθηκε από τους Prochaska & DiClemente (Donner et al., 1998) και καθορίζει ένα αριθμό σταδίων από τα οποία πρέπει να περάσει μια γυναίκα προκειμένου να αποφασίσει τη διακοπή του καπνίσματος.

Το πρώτο στάδιο είναι αυτό του προ του προβληματισμού (pre-contemplation). Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου η έγκυος δεν σκέφτεται καθόλου να αλλάξει την ανθυγιεινή της συνήθεια.

Το δεύτερο στάδιο είναι του προβληματισμού (contemplation). Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου η έγκυος σκέφτεται την αλλαγή αλλά την απορρίπτει καθώς δεν είναι απόλυτα σίγουρη για την τελική της απόφαση.

Το τρίτο στάδιο είναι του σχεδιασμού και της προετοιμασίας. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου σχεδιάζεται και προετοιμάζεται η αλλαγή της συνήθειας του καπνίσματος. Στη συνέχεια ακολουθεί το στάδιο της δράσης (action) και έτσι επέρχεται

Το τέταρτο στάδιο της διατήρησης (maintenance). Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου η έγκυος δεν αποκτά πάλι τη συνήθεια του καπνίσματος. Ωστόσο κάποιες φορές η επαναφορά της συνήθειας του καπνίσματος μπορεί να επέλθει σε οποιοδήποτε στάδιο του κύκλου της αλλαγής (Sosa-Estani et al., 2008). Η στρατηγική των σταδίων αλλαγής στην διακοπή καπνίσματος κατά την κύηση εφαρμόστηκε από τον Hagek και τους συνεργάτες του, οι οποίοι στήριξαν την παρέμβασή τους για να διερευνήσουν την αποτελεσματικότητα της σύντομης παρέμβασης που παρέχει το προσωπικό των νοσοκομείων. Οι έγκυες που δεν ήθελαν να διακόψουν το έλαβαν σύντομη παρέμβαση για να τις βοηθήσει να κινητοποιηθούν. Αυτές που ήθελαν να διακόψουν το κάπνισμα μέσω της παρέμβασης ενώ εκείνες που είχαν διακόψει το κάπνισμα έλαβαν παρέμβαση για αποφυγή υποτροπής. Οι ανωτέρω παρεμβάσεις αποδείχτηκαν αναποτελεσματικές καθώς διέκοψε το κάπνισμα μόνο 7,8% από την ομάδα παρέμβασης και 5,8 από την ομάδα ελέγχου. (Hajel. P. et al., 2001). Στην έρευνα του Lawrence και των συνεργατών του συγκρίθηκε η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που βασίστηκαν στα στάδια αλλαγής σε σχέση με τη συνήθη φροντίδα. Στην έρευνα συμμετείχαν 918 έγκυες, που χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες. Η πρώτη ομάδα έλαβε τη συνήθη φροντίδα, η δεύτερη ομάδα τους οδηγούς αυτοβοήθειας βάσει του Διαθεωρητικού μοντέλου των σταδίων αλλαγής ενώ η τρίτη ομάδα έλαβε την ίδια παρέμβαση με τη δεύτερη ομάδα συν εκπαίδευση με ένα πρόγραμμα στον ηλεκτρονικό υπολογιστή.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το κάπνισμα διέκοψαν 3,5% από την πρώτη ομάδα και το 4,7% από τη δεύτερη ομάδα και το 8,1% από την Τρίτη ομάδα (Lawrence, T et al., 2003). Επίσης γνωσιακού – συμπεριφοριστικού τύπου παρεμβάσεις χρησιμοποίησαν ο Windsor και οι συνεργάτες του για την αξιολόγηση του αντίκτυπου των μεθόδων αγωγής υγείας στη συμπεριφορά. Στην έρευνα συμμετείχαν 814 καπνίστριες από 4 δημόσιες μαιευτικές κλινικές. Σύμφωνα με τα ευρήματα το 14,3% από την πειραματική ομάδα και 8,5% από την ομάδα ελέγχου διέκοψε το κάπνισμα (Windsor, RA. Et al., 1993).

Ένα άλλο μοντέλο που φαίνεται πως είναι αποτελεσματικό για την προαγωγή της υγείας των εγκύων είναι το Knowledge-Attitude-Behavior (Γνώση – Πρόθεση – Συμπεριφορά). Κατά τη διάρκεια εφαρμογής αυτού του μοντέλου από επαγγελματίες υγείας προάγεται η υγεία της εγκύου. Η προαγωγή αυτή βασίζεται στη γνώση, την πρόθεση και τη συμπεριφορά. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο προκειμένου να προαχθεί η υγεία και η πρόληψη των ασθενειών θα πρέπει να υπάρχει ενημέρωση στους πολίτες. Με άλλα λόγια η αύξηση της παρεχόμενης γνώσης είναι δυνατόν να οδηγήσει σε αλλαγή της στάσης αλλά και της πρόθεσης των ανθρώπων που με τη σειρά τους θα συντελέσουν στην αλλαγή συμπεριφοράς στα θέματα υγείας (Althabe et al., 2004). Ορισμένες φορές το μοντέλο αυτό αναφέρεται ως «ιατρικό» (medical) καθώς εφαρμόζεται από τους περισσότερους επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους και της πρακτικής άσκησής τους (AHRQ, 2015, Smoking cessation in pregnancy, 2015).

Ένα ακόμα μοντέλο είναι το Rational – Educational (ορθολογιστικό – εκπαιδευτικό μοντέλο) που έχει ως στόχο την ενημέρωση των εγκύων, την επιβεβαίωση της γνώσης και της βαθιάς κατανόησης των ιατρικών θεμάτων. Μέσα από τη γνώση οι έγκυες θα είναι σε θέση να λάβουν τις σωστές και εμπεριστατωμένες αποφάσεις (Kestler, 1993). Με άλλα λόγια ο Entzminger (2015) έδειξε ότι αν οι γνώσεις των ανθρώπων πάνω σε ένα θέμα αυξηθούν τότε υπάρχει πιθανότητα να αλλάξουν οι προθέσεις και οι στάσεις των ανθρώπων και κατά συνέπεια να αλλάξει η συμπεριφορά τους. Όσοι επαγγελματίες υγείας υποστηρίζουν αυτό το μοντέλο καλλιεργούν τις δυνατότητες της εγκύου να λαμβάνει αποφάσεις και την ίδια στιγμή σέβονται το προσωπικό της δικαίωμα να επιλέγει τη στάση και τη συμπεριφορά της απέναντι σε θέματα υγείας (Kestler, 1993).

Επιπλέον το Health Belief χρησιμοποιείται εκτενώς από τους επαγγελματίες υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο προκειμένου να απαγορευθεί το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τα άτομα τείνουν να υιοθετούν πιο υγιεινές συμπεριφορές ,που σχεδιάζεται να προλαμβάνουν συγκεκριμένες ασθένειες, μόνον αν πιστέψουν ότι είναι ευπαθή και επιρρεπή στη συγκεκριμένη ασθένεια ή δυσλειτουργία (Manual de capacitation del equipo de salud, 2008). Με άλλα λόγια προκειμένου να τροποποιηθεί η συμπεριφορά της εγκύου θα πρέπει εκείνη να έχει το

κίνητρο, να αισθάνεται ότι απειλείται από τη συμπεριφορά που εκδηλώνει, να πιστεύει ότι θα ωφεληθεί από την αλλαγή στη συμπεριφορά της και να αισθάνεται ότι είναι σε θέση και έχει τη δύναμη να το πράξει. Αν οι έγκυες αντιληφθούν ότι το κάπνισμα έχει πολλές παρενέργειες για την κατάσταση στην οποία βρίσκονται και ότι έχει επικίνδυνες συνέπειες για το έμβρυό τους τότε δέχονται ότι η προτεινόμενη προληπτική πράξη θα είναι αποτελεσματική και ότι τα πλεονεκτήματά της θα είναι περισσότερα από τα μειονεκτήματα της στέρησης του τσιγάρου.

Ένα όμως από τα μειονεκτήματα αυτού του μοντέλου είναι ότι δεν λαμβάνει υπόψη και άλλους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τα κίνητρα της εγκύου. Προκειμένου όμως να εξαλειφθεί αυτό το μειονέκτημα θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να ερευνήσουν τις προσωπικές στάσεις και τις απόψεις των εγκύων πριν αποφασίσουν να προάγουν τη διακοπή του καπνίσματος (Cooke et al., 2008).

Οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι δυνατόν να αλλάξουν συμπεριφορές από τη μια στιγμή στην άλλη και χωρίς τη συμμετοχή και τη θέληση των εγκύων. Αυτό που μπορούν να κάνουν είναι να βοηθήσουν τα άτομα και να τα εκπαιδεύσουν κατάλληλα ώστε να διαχειριστούν τις καταστάσεις παρά να τις αλλάξουν (Open Clinica, 2008, όπως αναφέρεται στους Althabe et al., 2013). Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να ενημερώσουν, να συμβουλέψουν, να δώσουν κατευθύνσεις αλλά δεν μπορούν σε καμία περίπτωση να πιέσουν ένα άτομο προκειμένου να αλλάξει συμπεριφορά. Το μοντέλο empowerment έχει επομένως ως στόχο την αύξηση της ικανότητας των ατόμων να επιλέγουν σωστά και να μπορούν να επηρεάσουν το περιβάλλον τους (Althabe et al., 2004). Αυτό το μοντέλο είναι πολύ χρήσιμο για τους επαγγελματίες υγείας προκειμένου να παράσχουν στις εγκύους καπνίστριες τα κατάλληλα εφόδια και όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες που θα τις δώσουν τη δύναμη να αποκτήσουν τον αυτοέλεγχο και να διακόψουν την ανθυγιεινή τους συνήθεια. Σε αυτό το μοντέλο ο ρόλος του επαγγελματία υγείας είναι διευκολυντικός – διαμεσολαβητικός (Entzminger, 2015).

Σύμφωνα με το Health Action Model η διαδικασία της διακοπής του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης προϋποθέτει την πρόθεση του ατόμου να αλλάξει τη συμπεριφορά του (Donner & Klar, 2000). Πολλοί είναι οι παράγοντες που μπορούν να διευκολύνουν τη διαδικασία και που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη βοήθεια των εγκύων. Μερικοί από αυτούς, όπως έχει αναφερθεί ήδη, είναι το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, οι γνώσεις πάνω σε αυτό το θέμα και τα ψυχικά εφόδια που η κάθε γυναίκα διαθέτει (Τζεναλής & Σωτηριάδου, 2010). Το 2010 το Αμερικανικό Κολέγιο Μαιευτήρων – Γυναικολόγων, προτείνει τα «5Ας» ως παρέμβαση εκλογής, ώστε να εφαρμόζονται συστηματικά σε κάθε έγκυο καθώς θεωρούνται σύγχρονα και εύχρηστα (American College of Obstetricians and Gynecologists Committee, 2010).

Η παρέμβαση αυτή θεωρείται πρότυπο της περίθαλψης των ΗΠΑ για όλους τους ασθενείς που έρχονται σε επικοινωνία με γιατρούς, συμπεριλαμβανομένων των εγκύων κατά τη διάρκεια της προγεννητικής φροντίδας (Fiore et al., 2000). Τα θετικά αποτελέσματα αυτής της παρέμβασης αποδείχθηκαν από τις έρευνες των Fiore et al. (2000) και Melvin et al. (2000). Η παρέμβαση αυτή είναι αποτελεσματική και σε διάφορες εθνοτικές ομάδες (Αφροαμερικανοί, μη ισπανόφωνοι λευκοί) και μπορεί να εφαρμοστεί από πολλούς επαγγελματίες υγείας, όπως για παράδειγμα γιατρούς, μαίες και νοσηλεύτες. Επίσης είναι αποτελεσματική για τα άτομα που προέρχονται από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα ή έχουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο (Althabe et al., 2013).

Στο πρώτο στάδιο ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να ρωτήσει την έγκυο πληροφορίες σχετικά με τις καπνιστικές της συνήθειες.

Μία από αυτές τις ερωτήσεις θα μπορούσε να είναι η ακόλουθη:

- A. Δεν έχω καπνίσει ποτέ ή έχω καπνίσει λιγότερο από 100 τσιγάρα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής μου.
- B. Είχαν σταματήσει να καπνίζω πριν μάθω πως είμαι έγκυος και τώρα δεν καπνίζω.
- Γ. Σταμάτησα να καπνίζω αφού έμαθα πως είμαι έγκυος και τώρα δεν καπνίζω.
- Δ. Καπνίζω περιστασιακά, αλλά ελάττωσα τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνω από τη στιγμή που έμαθα πως είμαι έγκυος.
- E. Καπνίζω σε τακτική βάση, όπως και πριν μάθω πως είμαι έγκυος (Melvin et al., 2000).

Το δεύτερο στάδιο είναι των συμβουλών και για αυτό το λόγο ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να δώσει ξεκάθαρες συμβουλές υγείας μέσα από τη χρήση προσωπικών του μηνυμάτων προκειμένου να επηρεάσει τις γυναίκες που καπνίζουν ώστε εκείνες να διακόψουν αυτή τη συνήθεια.

Το τρίτο στάδιο είναι αυτό της αξιολόγησης επομένως ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να αξιολογήσει την επιθυμία της εγκύου να διακόψει το κάπνισμα κατά τη διάρκεια των επόμενων 30 ημερών (Melvin et al., 2000).

Το τέταρτο στάδιο είναι αυτό της εκτίμησης και γι' αυτό το λόγο ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να προωθεί την κατάλληλη έκβαση της εγκυμοσύνης χρησιμοποιώντας ποικίλες μεθόδους διακοπής του καπνίσματος, θα πρέπει να προτείνει και να ενθαρρύνει τη χρήση των μεθόδων επίλυσης προβλημάτων και τις απαιτούμενες δεξιότητες για τη διακοπή του, να εξασφαλίζει την κοινωνική υποστήριξη από το περιβάλλον της εγκύου και να παρέχει κοινωνική στήριξη ως μέρος της θεραπείας του.

Στο πέμπτο και τελευταίο στάδιο ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να αξιολογεί περιοδικά τη συμπεριφορά της εγκύου (το αν καπνίζει ή όχι) και αν αυτή συνεχίζει να καπνίζει τότε να την ενθαρρύνει ώστε να διακόψει την κατανάλωση καπνού (Melvin et al., 2000).

Στα τέσσερα βήματα των Glynn και Manley (Glynn, TJ et al., 1999) που συστήνονται από το εθνικό αντικαρκινικό ινστιτούτο των ΗΠΑ, συμπεριλαμβανομένου του εκτιμήστε τα 5Ας συστήνεται η εφαρμογή τους, στις οδηγίες που εξέδωσε για τους επαγγελματίες υγείας το τμήμα δημόσιας υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (Fiore, MC et al., 2000). Η παρέμβαση των 5Ας θεωρείται πρότυπο στις ΗΠΑ. Σχεδιάστηκε, πραγματοποιήθηκε και δημοσιεύτηκε ώστε να μελετήσει έγκυες γυναίκες στις προγεννητικές κλινικές Αργεντινής, Ουρουγουάης έδειξε ότι καπνίζουν το 10,3% στην Αργεντινή και 16,3% στην Ουρουγουάη. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν 70%-80% στα ποσοστά διακοπής σε αυτές που λάμβαναν την παρέμβαση (Bakker, M. et al., 2001 Cincipini, PM et al., 2000). Παρόλα αυτά οι στρατηγικές της πρόληψης στην υγεία δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ως επαρκής.

Τέλος, να σημειωθεί ότι δεν καταφέραμε να εντοπίσουμε στη βιβλιογραφία κάποια παρέμβαση διακοπής καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη που να πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα. Το μόνο που εντοπίσαμε ήταν ένα πρωτόκολλο τέτοιας παρέμβασης (Λουκοπούλου και συν., 2011), αλλά δεν κατέσται δυνατόν να εξακριβώσουμε αν πράγματι αυτή η μελέτη πραγματοποιήθηκε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΙ & ΥΛΙΚΑ

2.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στόχος της παρέμβασης είναι, μέσω της εφαρμογής μιας συμβουλευτικής παρέμβασης, να αυξηθούν οι γνώσεις των εγκύων γυναικών σχετικά με τα προβλήματα που επιφέρει το κάπνισμα στη ζωή τους, να τροποποιηθούν οι στάσεις και οι αντιλήψεις τους σε σχέση με την καπνιστική συνήθεια, προκειμένου να συνειδητοποιήσουν το νέο τους κοινωνικό ρόλο ως μητέρες.

Ειδικότερα, οι στόχοι της παρούσας εργασίας είναι:

1. Οι συμμετέχουσες να διακόψουν το κάπνισμα ή να αυξήσουν τη διάθεσή τους για να το διακόψουν.
2. Να προβληματιστούν σχετικά με το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη, αλλά και γενικότερα.
3. Να αναθεωρήσουν τις απόψεις τους και τις στάσεις τους απέναντι στο κάπνισμα.
4. Να κατανοήσουν σε μεγαλύτερο βαθμό τα μειονεκτήματα του καπνίσματος.
5. Να μεταβούν σε «ανώτερο» στάδιο αλλαγής.
6. Να αξιολογηθεί τελικά η αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής παρέμβασης.

Απώτερος σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η πρόληψη των νοσημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα σε έγκυες γυναίκες, η διαμόρφωση υγιών στάσεων και συμπεριφορών καθώς και η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τη συμμετοχή των εγκύων για διακοπή καπνίσματος με την εφαρμογή του δια θεωρητικού μοντέλου (Prochaska, JO et al., 2008).

2.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Η συμβουλευτική παρέμβαση που θα εφαρμοστεί αναμένεται να βελτιώσει τις απόψεις, τις αντιλήψεις, τις συμπεριφορές όσον αφορά τη καπνιστική συνήθεια. Η ομάδα παρέμβασης αναμένεται να εμφανίσει βελτιωμένες στάσεις στη καπνιστική συνήθεια σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Ειδικότερα οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας εργασίας είναι:

- 1) Αναμένεται τα άτομα της ομάδας παρέμβασης να εμφανίσουν μεγαλύτερη διάθεση να κόψουν το κάπνισμα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου στην μετά από τη παρέμβαση μέτρηση.

- 2) Αναμένεται τα άτομα της ομάδας παρέμβασης να εμφανίσουν μεγαλύτερη βελτίωση στο «Στάδιο Αλλαγής» σε σχέση με την ομάδα ελέγχου στην μετά από τη παρέμβαση μέτρηση.
- 3) Αναμένεται τα άτομα της ομάδας παρέμβασης να εμφανίσουν μεγαλύτερη βελτίωση στις «Διαδικασίες Αλλαγής» σε σύγκριση με τα άτομα της ομάδας ελέγχου στην μετά από τη παρέμβαση μέτρηση. Ειδικότερα, αναμένεται μεγαλύτερη αύξηση των σκορ των 10 επιμέρους κλιμάκων των «Διαδικασιών Αλλαγής» στην ομάδα παρέμβασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου στην μετά από την παρέμβαση μέτρηση.
- 4) Αναμένεται τα άτομα της ομάδας παρέμβασης να εμφανίσουν μεγαλύτερη αύξηση στο σκορ «Μειονεκτήματα» σε σύγκριση με τα άτομα της ομάδας ελέγχου στην μετά από τη παρέμβαση μέτρηση. Αντίστοιχα, αναμένεται τα άτομα της ομάδας παρέμβασης να εμφανίσουν μεγαλύτερη μείωση στο σκορ «Πλεονεκτήματα» σε σύγκριση με τα άτομα της ομάδας ελέγχου στην μετά από τη παρέμβαση μέτρηση.
- 5) Αναμένουμε να υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ των «Σταδίων Αλλαγής» και των «Διαδικασιών Αλλαγής» στο σύνολο του δείγματος.

2.3 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Το δείγμα της έρευνας αποτελούταν από 40 εγκύους που επισκέφτηκαν το νοσοκομείο του Βόλου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Πρόκειται για ένα δείγμα ευκολίας, καθώς τα άτομα συμμετείχαν εθελοντικά στην έρευνα. Τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη ήταν:

- να είναι έγκυες
- να είναι οποιασδήποτε ηλικίας
- να είναι οποιασδήποτε εθνικότητας
- να διανύουν τον 1^ο έως τον 8^ο μήνα κύησης
- να έχουν τόπο διαμονής στο Νομό Μαγνησίας
- να επισκέπτονται το Νοσοκομείο του Βόλου

Οι 40 συμμετέχουσες μοιράστηκαν με τυχαίο τρόπο σε 2 ομάδες: την ομάδα ελέγχου και την ομάδα παρέμβασης.

2.4 Η ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

2.4.2 Θεωρητικά μοντέλα αλλαγής συμπεριφοράς

Το μοντέλο για την αλλαγή της συμπεριφοράς που χρησιμοποιήθηκε είναι το Διαθεωρητικό Μοντέλο. Παρέχει το θεωρητικό πλαίσιο για την κατανόηση της διαδικασίας τροποποίησης της συμπεριφοράς και η συνέντευξη παροχής κινήτρων αποτελεί το εργαλείο για την διευκόλυνση της πραγματοποίησης της τροποποίησης αυτής. Η κεντρική οργανωτική δομή του μοντέλου είναι τα στάδια αλλαγής της συμπεριφοράς. Στο πλαίσιο του μοντέλου αυτού, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στη διαδικασία λήψης αποφάσεων στην οποία προβαίνει το ίδιο το άτομο. Η τροποποίηση της συμπεριφοράς θεωρείται ως μια διαδοχική διεργασία που εξελίσσεται σε 5 στάδια. Η έννοια των σταδίων αλλαγής όπως περιγράφονται στο διαθεωρητικό μοντέλο έχει ενσωματωθεί στην ανάπτυξη της συνέντευξης κινητοποίησης (<http://www.Motivationalinterview.Org>)

Η κινητοποίηση αποτελεί την κινητήρια δύναμη για την επικέντρωση, την προσπάθεια και την ενέργεια που απαιτείται προκειμένου το άτομο να ολοκληρώσει τη διαδικασία της τροποποίησης της συμπεριφοράς του (Miller, WR et al., 1991). Επιλέχθηκε το συγκεκριμένο μοντέλο διότι υιοθετήθηκε από τον Prochaska και Diclemente (1992), προκειμένου να βοηθήσει τις έγκυες αποτελεσματικά για την αλλαγή της στάσης και της συμπεριφοράς τους. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό η αλλαγή συμπεριφοράς και η δημιουργία κινήτρου για το κόψιμο του τσιγάρου αναπτύσσεται σταδιακά σε τρία επίπεδα.

Το πρώτο επίπεδο περιγράφει τα έξι Στάδια Αλλαγής, διάθεσης, συμμετοχής:

- **1^ο στάδιο (αδιαφορίας/ μη προβληματισμός)**, χωρίς ενδιαφέρον η έγκυος καπνίστρια χρειάζεται κίνητρο για να κόψει το κάπνισμα. Ρωτήστε την τι γνωρίζει για τις επιδράσεις του καπνίσματος στο παιδί και στον εαυτό της. Πληροφορήστε την ανάλογα με το επίπεδο γνώσεών της.
- **2^ο στάδιο (σκέψης/ προβληματισμός)**, θα βοηθήσουμε την έγκυο να καταλάβει τα υπέρ και τα κατά σε 1-2 συναντήσεις.
- **3^ο στάδιο (προετοιμασίας)**, αποφασίζοντας να διακόψει θα συμφωνηθεί μαζί τους η ημερομηνία που θα το κόψουν και θα κάνουμε σχέδιο δράσης.
- **4^ο στάδιο (δράσης)**, δοκιμάζοντας να σταματήσει. Προσέξτε ένα τσιγάρο μπορεί να δείχνει κίνδυνο για υπαναχώρηση. Προσφέρουμε υποστήριξη όσο μπορούμε.
- **5^ο στάδιο (διατήρησης)**, σταματώντας το και διατηρώντας το. Η υποστήριξη και η ενθάρρυνση είναι σημαντική. Ο κίνδυνος υπαναχώρησης παρουσιάζει διακυμάνσεις, θα τους τονίσουμε πως είναι σημαντικό εάν ο σύντροφός τους δεν καπνίζει.

- **6^ο στάδιο (Λήξης ή Τερματισμός)**, υπαναχώρηση θα βεβαιωθούν οι έγκυες πως η υπαναχώρηση δεν είναι αποτυχία. Θα βοηθηθούν να αναγνωρίσουν ποια προβλήματα την οδήγησαν εκεί. Μπορούν να μάθουν από αυτά.

Το δεύτερο επίπεδο του μοντέλου περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις που επηρεάζουν την αλλαγή στην συμπεριφορά:

A) Τις διαδικασίες αλλαγής, όπου τα άτομα για να τροποποιήσουν την προβληματική σκέψη και συμπεριφορά τους δοκιμάζουν μια σειρά από λύσεις. Οι διαδικασίες αλλαγής, σύμφωνα με τον Prochaska (1979), είναι δέκα και χωρίζονται σε δυο κατηγορίες.

Η 1η κατηγορία περιλαμβάνει την **Γνωστική / Εμπειρική** και περιέχει τις εξής διαδικασίες αλλαγής:

- 1) **Αύξηση επίγνωσης**, η έγκυος θυμάται πληροφορίες που της έδωσαν πως να κόψει το κάπνισμα.
- 2) **Συναισθηματική διέγερση**, οι έγκυες αντιδρούν συναισθηματικά σε προειδοποιήσεις για το κάπνισμα.
- 3) **Περιβαλλοντική επανεκτίμηση**, οι έγκυες σκέφτονται ότι το κάπνισμα είναι επιβλαβές για το περιβάλλον και την κοινωνία.
- 4) **Προσωπική επανεκτίμηση**, οι έγκυες νιώθουν απογοήτευση για τον εαυτό τους από την εξάρτηση που έχουν για το τσιγάρο και
- 5) **Κοινωνική απελευθέρωση**, οι έγκυες βρίσκουν την κοινωνία να αλλάζει και να γίνεται περισσότερο φιλική προς τους καπνιστές.

Η 2η κατηγορία είναι η **Συμπεριφορική / Περιβαλλοντική** και περιλαμβάνει τις διαδικασίες της:

- 1) **Αντικατάσταση**, οι έγκυες θα αφαιρέσουν από το σπίτι τους πράγματα που θυμίζουν το κάπνισμα (π.χ. τασάκι).
- 2) **Σχέσεων Βοήθειας**, θα έχουν κάποιον να τις ακούσει όταν θέλουν να μιλήσουν για το κάπνισμα.
- 3) **Διαχείριση ενίσχυσης**, βρίσκουν ένα καλό υποκατάστατο του καπνίσματος π.χ. (τσίχλα).
- 4) **Αυτο-Απελευθέρωση**, δεσμεύονται να μην καπνίσουν και
- 5) **Ανταμοιβής – Ελέγχου Κινήτρου**, ανταμείβουν τον εαυτό τους όταν δεν καπνίζουν. (Marcus et al., 1992).

B) Την Αυτο-Αποτελεσματικότητα, όπου ορίζεται η πίστη ενός ατόμου στην ικανότητά του να πραγματοποιήσει κάποιους στόχους (Bandura, 1997). Αντιπροσωπεύει τον βαθμό αυτοπεποίθησης των εγκύων σε μια συγκεκριμένη περίπτωση.

Γ) Την ισορροπία στην λήψη αποφάσεων, που βασίζεται στο μοντέλο σύγκρουσης (Janis et Mann, 1977). Οι έγκυες αποφασίζουν ποια είναι τα οφέλη και ποιο το κόστος από τη διακοπή του καπνίσματος.

Το τρίτο επίπεδο του Δια θεωρητικού μοντέλου αναφέρεται στο γενικό πλαίσιο της συμπεριφοράς. Καθορίζεται από το τι χρειάζονται τα άτομα για να αλλάξουν ολοκληρωτικά και να ξεπεράσουν την προβληματική τους συμπεριφορά (Prochaska 1979).

Σύμφωνα με το Μοντέλο η ετοιμότητα για αλλαγή εκλαμβάνεται ως η έκταση στην οποία το άτομο έχει μπει στη διαδικασία σκέψης, σχετικά με την αναγκαιότητα για τροποποίηση της συμπεριφοράς του, έχοντας αξιολογήσει τα θετικά και τα αρνητικά σημεία που σχετίζονται με την τροποποίηση αυτή. Η τροποποίηση συμπεριφοράς θεωρείται ως μια διαδοχική διεργασία που εξελίσσεται στα 5 παραπάνω στάδια. Οι έγκυες θα κάνουν αλλαγές θα μεταπηδούν από στάδιο σε στάδιο πριν καταφέρουν να αποκτήσουν το κίνητρο και την ικανότητα για μια αποτελεσματική δράση. Με το συγκεκριμένο μοντέλο μπορούμε να ερμηνεύσουμε και να προβλέψουμε την αλλαγή στις εγκυμονούσες σε κάθε στάδιο της εστιάζοντας γρήγορα και αποτελεσματικά και επιλέγοντας την κατάλληλη παρέμβαση για να βοηθήσουμε τις έγκυες να περάσουν στο τελικό στάδιο (Dossey, M. et al., 1999).

Το Δια θεωρητικό μοντέλο δεν αντιμετωπίζει την αλλαγή ως ένα γεγονός, αλλά ως μια διαδικασία. Για το λόγο αυτό η μέτρησή της αλλαγής δεν γίνεται μόνο με μια μεταβλητή (π.χ. καπνίζω, δεν καπνίζω), όπως σε άλλα μοντέλα, αλλά από μια σειρά μεταβλητών που είναι ευαίσθητες στη μετάβαση μεταξύ των σταδίων (και αποτελούν ενδείξεις/ εκφράσεις αυτής της αλλαγής). Το Δια Θεωρητικό μοντέλο βασίζεται στις εξής μεταβλητές:

Ενδιάμεσες / εξαρτημένες μεταβλητές: αποφασίζοντας πότε συμβαίνει η αλλαγή

Οι έννοιες μέτρησης της αλλαγής περιλαμβάνουν τα υπέρ και τα κατά της ισορροπίας απόφασης, την αυτο-αποτελεσματικότητα ή τον πειρασμό και την στοχευόμενη συμπεριφορά (μετάβαση από ένα οποιοδήποτε στάδιο σε ένα επόμενο). Συγκεκριμένα, η έννοια της ισορροπίας απόφασης περιλαμβάνει το ζύγισμα των υπέρ και κατά της αλλαγής. Προέρχεται από το μοντέλο λήψης απόφασης Janis & Mann (1985). Η κλίμακα ισορροπίας απόφασης αναφέρεται στο ζύγισμα της σημαντικότητας των υπέρ και των κατά. Έχει παρατηρηθεί ένας προβλέψιμος τρόπος με τον οποίο τα υπέρ και τα κατά σχετίζονται με τα στάδια αλλαγής, όπως

στα αρχικά στάδια τα κατά βαρύνουν περισσότερο από τα υπέρ. Ενώ στα τελευταία στάδια τα υπέρ βαρύνουν περισσότερο τα κατά. Η έννοια της αυτο-αποτελεσματικότητας, αντιπροσωπεύει την συγκεκριμένη για την κατάσταση αυτο-πεποίθηση ότι το άτομο μπορεί να ανταπεξέλθει σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου χωρίς να υποτροπιάσει (π.χ. η έγκυος αντιμετωπίζει μια στρεσογόνο κατάσταση χωρίς να καπνίζει). Η έννοια αυτή προσαρμόστηκε από τη θεωρία του Bandura (1977-1982), και αντιπροσωπεύεται είτε με μια κλίμακα μέτρησης αυτο-αποτελεσματικότητας είτε με μια κλίμακα πειρασμού. Η έννοια του πειρασμού αντικατοπτρίζει την ένταση της επιθυμίας για πραγματοποίηση της μη επιθυμητής συμπεριφοράς όταν βρίσκεται στη μέση μιας δύσκολης κατάστασης. Συνεπώς αποτελεί έννοια αντίστροφη με αυτή της αυτο-αποτελεσματικότητας και μετρούνται με τις ίδιες ερωτήσεις. Η δομή των εργαλείων μέτρησης της αυτο-αποτελεσματικότητας και του πειρασμού παρουσιάζει τρεις παράγοντες που αντιπροσωπεύουν τους πιο κοινούς τύπους δύσκολων καταστάσεων: α) Αρνητικό συναίσθημα, β) Θετικές κοινωνικές περιστάσεις και γ) Έντονη επιθυμία. Τα εργαλεία μέτρησης της αυτο-αποτελεσματικότητας / πειρασμού είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα στην ανίχνευση αλλαγών στις μετακινήσεις των τελευταίων σταδίων και προβλέπουν αποτελεσματικά τις υποτροπές.

Ανεξάρτητες μεταβλητές: Πως προκύπτει η αλλαγή

Οι διαδικασίες αλλαγής αποτελούν έκδηλες και άδηλες δραστηριότητες που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι να μετακινηθούν μεταξύ σταδίων. Αποτελούν σημαντικούς οδηγούς για προγράμματα παρεμβάσεων καθώς αυτές είναι οι ανεξάρτητες μεταβλητές που οδηγούν τους ανθρώπους από το ένα στάδιο στο άλλο. Τη μεγαλύτερη εμπειρική υποστήριξη έχουν λάβει 10 διαδικασίες έως τώρα. Πέντε ταξινομούνται ως βιωματικές διαδικασίες και έχουν μεγαλύτερη χρήση στα πρώιμα στάδια, ενώ οι άλλες πέντε ταξινομούνται ως συμπεριφορικές διαδικασίες και εφαρμόζονται κυρίως στις μεταβάσεις μεταξύ μεταγενέστερων σταδίων (Πίνακες 1, 2 και 3).

Πίνακας 1: Βιωματικές Διαδικασίες Αλλαγής.

Διαδικασία	Περιγραφή
1. Συνειδητοποίηση	Εύρεση και μάθηση νέων δεδομένων και πληροφοριών που υποστηρίζουν την αλλαγή π.χ. ανάγνωση βιβλίου.

2. Εκδραμάτωση	Βίωση και έκφραση αρνητικών συναισθημάτων σχετικά με το πρόβλημα όπως άγχος και φόβος π.χ. επικοινωνία με ένα φίλο.
3. Επαναξιολόγηση εαυτού	Συνειδητοποίηση ότι η αλλαγή συμπεριφοράς είναι μέρος της ταυτότητας του ατόμου π.χ. να δει η έγκυος τον εαυτό της ως μη καπνιστή.
4. Επαναξιολόγηση περιβάλλοντος	Αξιολόγηση του πως το πρόβλημα του ατόμου επηρεάζει όλο το περιβάλλον π.χ. συνειδητοποίηση ότι ο καπνός επηρεάζει τα παιδιά.
5. Απελευθέρωση εαυτού	Επιλογή και δέσμευση για δράση με τη πεποίθηση ότι η αλλαγή είναι εφικτή π.χ. δέσμευση σε μέλος της οικογένειας.

Πίνακας 2: Συμπεριφορικές Διαδικασίες Αλλαγής.

Διαδικασία	Περιγραφή
1. Κοινωνική απελευθέρωση	Κοινωνική υποστήριξη προς τις υγιείς συμπεριφορές π.χ. απαγόρευση καπνίσματος στα σχολεία, χώρο εργασίας κ.τ.λ.
2. Δημιουργία ανταγωνιστικών συμπεριφορών	Αντικατάσταση προβληματικών συμπεριφορών με υγιείς π.χ. χρήση τεχνικών χαλάρωσης αντί για κάπνισμα.
3. Έλεγχος ερεθισμάτων	Αποφυγή αφορμών και ερεθισμάτων που οδηγούν στη προβληματική συμπεριφορά π.χ. αποφυγή ατόμων που αυτόματα οδηγούν στην επιθυμία για κάπνισμα.
4. Διαχείριση ενισχύσεων	Αύξηση των ενισχύσεων για την θετική αλλαγή συμπεριφοράς και μείωση ενισχύσεων για την ανθυγιεινή συμπεριφορά π.χ. αγορά ρούχων, περίπατος αντί για κάπνισμα.
5. Υποστηρικτικές σχέσεις	Αναζήτηση και χρήση ενός ισχυρού υποστηρικτικού συστήματος από την οικογένεια τους φίλους και τους συνεργάτες π.χ. φίλοι που δεν καπνίζουν μπροστά στην έγκυο.

Πίνακας 3: Σχέση μεταξύ Διαδικασιών και Σταδίων Αλλαγής.

	Στάδια Αλλαγής				
Διαδικασίες Αλλαγής	Μη προβληματισμός	Προβληματισμός	Προετοιμασία	Δράση	Διατήρηση
1. Συνειδητοποίηση					
2. Κοινωνική απελευθέρωση					
3. Δραματική απελευθέρωση					
4. Επαναξιολόγηση περιβάλλοντος					
5. Επαναξιολόγηση εαυτού					
6. Απελευθέρωση εαυτού					
7. Δημιουργία ανταγωνιστικών συνδέσεων					
8. Έλεγχος ερεθισμάτων					
9. Υποστηρικτικές σχέσεις					
10. Διαχείριση ενισχύσεων					

2.4.3 Το υλικό της παρέμβασης

Το υλικό της παρέμβασης αποτελείται από ένα έντυπο υλικό αυτό-βοήθειας με φωτογραφίες, το οποίο βασίζεται στη συστηματική ανασκόπηση των (Lancaster et al, 2005) και είναι ειδικά προσαρμοσμένο για τη διακοπή του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς δεν περιορίζεται μόνο στην παροχή πληροφοριών σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος στο έμβρυο αλλά και πιθανές επιπλοκές στη γυναίκα συμπεριλαμβανομένων και συμβουλών, προκειμένου ν' αποφευχθεί μια υποτροπή (Oncken et al., 2008). Βασίζεται επίσης και σε ένα αποτελεσματικό εγχειρίδιο κλινικών κατευθυντηρίων γραμμών για τη διακοπή της καπνιστικής συνήθειας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Windsor et al., 2000).

Βάσει των παραπάνω γενικών κανόνων, η ερευνήτρια δημιούργησε το εγχειρίδιο αυτοβοήθειας λαμβάνοντας υπόψη και τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των εγκύων του νομού Μαγνησίας (βλ.

Παράρτημα Β). Είναι απλό αλλά και επιστημονικά προσανατολισμένο και περιέχει επιπλέον και φωτογραφικό υλικό από το διαδίκτυο. Το εγχειρίδιο αυτοβοήθειας του πρωτοκόλλου χωρίστηκε σε τέσσερα μέρη:

- **Α. μέρος:** Περιέχει τις επιπτώσεις που έχει το κάπνισμα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και τα οφέλη που προκύπτουν από τη διακοπή του καπνίσματος τόσο στο μωρό όσο και στη μητέρα.
- **Β. μέρος:** Έχει στόχο να προετοιμάσει την έγκυο να σταματήσει την καπνιστική συνήθεια παρέχοντας πρακτικές λύσεις για τον χειρισμό των συμπτωμάτων όπως πονοκέφαλος, εκνευρισμός και να αξιολογηθούν οι απόψεις της και οι πεποιθήσεις της.
- **Γ. μέρος:** Ορίζεται ημερομηνία διακοπής καπνίσματος δίνοντας πρακτικές προτάσεις που έχει στόχο την ημερομηνία διακοπής με μεγαλύτερη έμφαση στη δύναμη της θέλησης να παραμείνει εγκρατής.
- **Δ. μέρος:** Περιλαμβάνει έγγραφο του CDC με τίτλο 20 λεπτά από την εγκατάλειψη είναι αναφορά η οποία παρουσιάζει περιγραφικά τι συμβαίνει στο σώμα 20 λεπτά μετά το κάπνισμα Centers for Disease Control and Prevention. Surgeons' General Report Within 20 minutes of quitting. Αυτό το υλικό αυτοβοήθειας ,οι έγκυες της πειραματικής ομάδας θα το πάρουν μαζί τους ,να το διαβάσουν όσες φορές θέλουν και να σημειώνουν πάνω σ' αυτό ώστε να μην λησμονήσουν τις μεθόδους αυτές.

2.4.1 Μέθοδος παρέμβασης

Ως μέθοδος παρέμβασης επιλέχθηκε μια συμβουλευτική παρέμβαση με χρήση ενός οδηγού αυτοβοήθειας, η οποία βασίστηκε στο Διαθεωρητικό Μοντέλο, στα στάδια αλλαγής και της αξιολόγησής τους. Τέτοιου τύπου παρεμβάσεις είναι ευρέως χρησιμοποιούμενες και καλύπτουν ένα μεγάλο φάσμα προληπτικών και θεραπευτικών δραστηριοτήτων μέσω της παροχής εκπαίδευσης σε θέματα υγείας και υποστήριξης της αλλαγής συμπεριφοράς. Πολλές έρευνες στήριξαν την παρέμβασή τους στην χρήση οδηγού αυτοβοήθειας (self health manual), με την παροχή δομημένου έντυπου υλικού προσαρμοσμένου στα δεδομένα του πληθυσμού, βοηθώντας το άτομο στην προσπάθειά του να διακόψει το κάπνισμα, να το στηρίξει και να απέχει από αυτό χωρίς τη βοήθεια από τους επαγγελματίες υγείας. Το έντυπο ενημερωτικό υλικό που μετά την παρουσίασή του και την επεξήγησή του από την ερευνήτρια, η έγκυος το παίρνει μαζί της και μπορεί να το διαβάσει όσες φορές θελήσει και να τρέξει σε αυτό οποτεδήποτε χρειαστεί. (Windsor, 1985).

Η χρησιμότητα του οδηγού αυτοβοήθειας έγκειται στην αμεσότητά του, στη σφαιρική ενημέρωση, στη σταδιακή προετοιμασία για τη διακοπή του καπνίσματος δίνοντας πρακτικές λύσεις συμβουλές για τον χειρισμό συγκεκριμένων καταστάσεων, στην καθοδήγηση για απόκτηση κοινωνικής στήριξης από το φιλικό, οικογενειακό περιβάλλον καθώς και στην επίλυση ενδεχομένων ερωτημάτων των εγκύων (Ferreira – Borges 2005). Επίσης συμπεριλαμβάνει την ενημέρωση για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στο νεογνό και τις επιπτώσεις στην υγεία των ίδιων των γυναικών με σκοπό να εμποδιστεί η επανέναρξη του καπνίσματος μετά τον τοκετό. (Greavy, 2000). Η παρέμβαση αυτή προσδοκά στην κινητοποίηση των εγκύων γυναικών ώστε να αλλάξουν την καπνιστική τους συμπεριφορά, προκειμένου να μειωθούν οι αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος τόσο για τη δική τους υγεία όσο και για την υγεία των εμβρύων τους.

2.4.4 Επίπεδα Επιρροής της παρέμβασης

Το επίπεδο στο οποίο έγινε η εφαρμογή του μοντέλου είναι το ατομικό – ενδοπροσωπικό. Στις συμμετέχουσες παρασχέθηκε παροχή κινήτρων με εξειδικευμένες συμβουλές μέσω του υλικού αυτοβοήθειας. Βάση του Διαθεωρητικού Μοντέλου το οποίο χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα παρέμβαση και επιδρά στο ατομικό – ενδοπροσωπικό επίπεδο, το άτομο θα υιοθετήσει μια θετική στάση ώστε να τροποποιηθεί η καπνιστική του συμπεριφορά ως μια διαδοχική διεργασία που εξελίσσεται σε 5 στάδια (Αδιαφορίας – Σκέψης – Προετοιμασίας – Δράσης και Διατήρησης), αλλά και στην προοδευτική μετακίνηση του ατόμου ανάμεσα στα στάδια διαδοχικά, καθώς και στην υποτροπή που είναι πιθανό να συμβεί σε όποιο στάδιο και αν βρίσκεται.

2.5 ΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η συγκεκριμένη μελέτη είναι μια ημι-πειραματική μελέτη (quasi-experimental) με χρήση ισοδύναμης ομάδας ελέγχου (equivalent control group design study, NCGD). Η έρευνα ήταν ποσοτική με τη χρήση ερωτηματολογίου αυτο-αναφοράς. Έγινε εφαρμογή μιας συμβουλευτικής παρέμβασης στην πειραματική ομάδα και στη συνέχεια αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς της με χρήση μετρήσεων σε 2 χρονικές στιγμές: πριν την παρέμβαση (T0) και 4 εβδομάδες μετά την παρέμβαση (T1). Αντίστοιχα, και για την ομάδα ελέγχου πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις τις χρονικές στιγμές T0 και T1. Η χρησιμοποίηση της ομάδας ελέγχου, εξασφαλίζει τον έλεγχο της

διερεύνησης αιτίας – αποτελέσματος, και επιτρέπει να αξιολογηθεί η επίδραση της ανεξάρτητης μεταβλητής στην εξαρτημένη.

Η εφαρμογή της παρέμβασης πραγματοποιήθηκε στα εξωτερικά ιατρεία της μαιευτικής κλινικής του Νοσοκομείου Βόλου την περίοδο 2/11/2016 έως 7/12/2016. Το νοσοκομείο του Βόλου επιλέχθηκε λόγω του μεγάλου αριθμού γεννήσεων που καλύπτουν ευρύτερα την περιοχή του νομού Μαγνησίας. Το πρόγραμμα είχε συνολική διάρκεια πέντε (5) εβδομάδες (1 εβδομάδα για τη συλλογή του δείγματος και 4 εβδομάδες για την εφαρμογή της παρέμβασης) και πραγματοποιήθηκε σε 2 συναντήσεις.

Αναλυτικά, ακολουθήθηκαν τα παρακάτω βήματα:

1. Αρχικά εγκρίθηκε η παρέμβαση από την επιστημονική επιτροπή του Νοσοκομείου Βόλου (βλ. Παράρτημα Γ). Υποβλήθηκε έγγραφη ενημέρωση του διευθυντή του νοσοκομείου σχετικά με το σκοπό, τα ερευνητικά εργαλεία και τον τρόπο διεξαγωγής της παρέμβασης. Επιπλέον η ερευνήτρια εγγυήθηκε ότι δεν θα παρεμβαίνει στην εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου καθώς επίσης και ότι δεν θα προκαλέσει καμία βλάβη στις εγκύους. Μετά την έγκριση, επικοινωνήσε με τη μαιευτική κλινική του νοσοκομείου, ενημερώνοντας αντίστοιχα τους γιατρούς και τις μαίες.
2. Η ερευνήτρια και οι δύο μαίες που είχαν εκπαιδευτεί ενημέρωναν τις εγκύους που επισκέπτονταν το νοσοκομείο Βόλου ότι πραγματοποιείται ένα πρόγραμμα για μείωση ή διακοπή της καπνιστικής συνήθειας και όποιες θέλουν μπορούν να συμμετάσχουν. Όσες δέχονταν να συμμετάσχουν έστελναν e-mail στην ερευνήτρια, ενώ στη συνέχεια ενημερώθηκαν τηλεφωνικά για τον χρόνο και τόπο διεξαγωγής της 1^{ης} συνάντησης.
3. Κατόπιν, με όλα τα άτομα που δέχτηκαν να συμμετάσχουν, έγινε μια 1^η συνάντηση. Στην πρώτη αυτή συνάντηση οι συμμετέχουσες ενημερώθηκαν για τη διαδικασία της έρευνας. Δόθηκαν σύντομες, απλές συμβουλές ν' αλλάξουν τη συμπεριφορά τους ως προς την καπνιστική συνήθεια, όπως:
«Νομίζω πως είναι σημαντικό για σας να κόψετε το κάπνισμα και μπορώ να σας βοηθήσω».
«Ως επαγγελματίας υγείας θέλω να ξέρετε πως η διακοπή καπνίσματος είναι το πιο σημαντικό πράγμα που μπορείτε να κάνετε για να προστατέψετε την υγεία του μωρού σας και του εαυτού σας».
«Είμαι εδώ για να σας βοηθήσω»
«Υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες που θα σας διευκολύνουν στην διαδικασία διακοπής από το κάπνισμα .

Όλες οι έγκυες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο της έρευνας (pre). Η διαδικασία συμπλήρωσης διήρκησε περίπου 10-15'. Επιπλέον τους δόθηκε 3-5 λεπτά συμβουλευτικής.

4. Στη συνέχεια οι 40 συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε 2 ομάδες: ελέγχου και παρέμβασης.
 - a. Στη **ομάδα ελέγχου** δόθηκε το ενημερωτικό υλικό, ο οδηγός διακοπής καπνίσματος «Ζωή χωρίς τσιγάρο» (του Ινστιτούτο Κοινωνικής και προληπτικής Ιατρικής, Κέντρο ελέγχου και πρόληψης νοσημάτων, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής ασφάλειας, βλ. Παράρτημα Δ).
 - b. Στην **ομάδα παρέμβασης** πραγματοποιήθηκε επιπλέον και συμβουλευτική παρέμβαση με διανομή του υλικού αυτοβοήθειας «Μπορείτε να τα καταφέρετε!!!» (βλ. Παράρτημα Β). Η παροχή συμβουλών στην ομάδα παρέμβασης είχε διάρκεια 5 λεπτά. Επιπλέον, στα μέσα της 2ης εβδομάδας μετά την παρέμβαση τους στάλθηκε επιστολή υπενθύμισης (βλ. Παράρτημα Ε).
5. 4 εβδομάδες μετά την παρέμβαση πραγματοποιήθηκε μια 2^η συνάντηση, όπου μοιράστηκαν εκ' νέου τα ερωτηματολόγια και στις 2 ομάδες (post).
6. Τέλος, όλο το υλικό του προγράμματος μοιράστηκε και στην ομάδα ελέγχου.

2.6 ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ, ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

2.6.1 Ερωτηματολόγιο

Η μέτρηση των υπό εξέταση μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με χρήση ερωτηματολογίου. Ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου υλοποιήθηκε λαμβάνοντας υπόψη την ήδη υπάρχουσα σχετική βιβλιογραφία και τους αντικειμενικούς σκοπούς της έρευνας. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει διάφορους τύπους ερωτήσεων όπως ερωτήσεις τύπου ναι και όχι, ερωτήσεις ονομαστικού τύπου και ερωτήσεις κλίμακας Likert. Επιλέχθηκε ως ερευνητικό εργαλείο καθώς έχει πλήθος πλεονεκτημάτων:

- Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ταυτόχρονα σε όλο το δείγμα εξασφαλίζοντας χρόνο και χρήματα.
- Έχει αυξημένη ακρίβεια προς τα ερωτήματα εφόσον στηρίζεται στον ίδιο τρόπο απάντησης για όλους τους συμμετέχοντες (Σταλίκας, 2011).
- Ταυτόχρονα εξασφαλίζει για όλους τους συμμετέχοντες κοινό σύνολο ερωτήσεων με μια δομημένη σειρά ώστε η διαδικασία να μην είναι μακροσκελής

και περίπλοκη και οι ερωτώμενοι να μην κουράζονται από εξαντλητικού είδους έρευνα (Cohen L. Et al 2007).

Τα ερωτηματολόγια της έρευνας διαμορφώθηκαν από την ίδια την ερευνήτρια με βάση την πτυχιακή εργασία των Θανάση και συν. (2008) και το άρθρο των Higgins et al., (2004).

Περιλαμβάνει τις εξής 5 ενότητες (βλ. Παράρτημα ΣΤ):

Ενότητα Α: Περιλαμβάνει 13 ερωτήσεις (ερωτήσεις 1-13) για τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, η οικογενειακή και οικονομική κατάσταση.

Ενότητα Β: Περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις (ερωτήσεις 14-18) που αφορούν το καπνιστικό προφίλ των εγκύων.

Ενότητα Γ: Περιλαμβάνει 3 ερωτήσεις (ερωτήσεις 19-21) για την αξιολόγηση του της διάθεσης των συμμετεχόντων να διακόψουν το κάπνισμα (ερωτήσεις 19, 20), καθώς και του σταδίου αλλαγής στο οποίο βρίσκονται (ερώτηση 21) (Velicer et al., 1985). Ειδικότερα η ερώτηση 21 περιλαμβάνει 3 υπο-ερωτήσεις με απάντηση ΝΑΙ/ ΟΧΙ. Τα 3 στάδια αλλαγής υπολογίστηκαν ως εξής:

- Μη προβληματισμός: ΟΧΙ στην 1^η υπο-ερώτηση.
- Προβληματισμός: : ΝΑΙ στην 1^η υπο-ερώτηση, ΟΧΙ στην 2^η ή στην 3^η.
- Προετοιμασία: ΝΑΙ και στις 3 υπο-ερωτήσεις.

Λόγω της μικρής χρονικής διάρκειας της παρέμβασης, επιλέχθηκε να αξιολογηθούν τα 3 πρώτα (πρώιμα) στάδια αλλαγής (μη προβληματισμός, προβληματισμός, προετοιμασία).

Ενότητα Δ: Περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις για την αξιολόγηση της διαδικασίας αλλαγής.

Ειδικότερα, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Processes of change Questionnaire (PCO Marcus et al., 1992). Το εργαλείο μέτρησης περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις που αποτελούν 10 κλίμακες, οι οποίες αναφέρονται στις 10 διαδικασίες αλλαγής, από τις οποίες οι 5 πρώτες αναφέρονται ως Γνωστική / Εμπειρική και οι υπόλοιπες 5 Συμπεριφορική / Περιβαλλοντική. Οι

10 κλίμακες που σχηματίζονται είναι οι εξής:

- Συνειδητοποίηση: ερωτήσεις 4, 11.
- Επαναξιολόγηση περιβάλλοντος: ερωτήσεις 6, 12
- Επαναξιολόγηση εαυτού: ερωτήσεις 8, 15.
- Κοινωνική απελευθέρωση: ερωτήσεις 3, 14.
- Δραματική απελευθέρωση: ερωτήσεις 7, 18.
- Υποστηρικτικές σχέσεις: ερωτήσεις 10, 16.
- Απελευθέρωση εαυτού: ερωτήσεις 2, 13.

- Δημιουργία ανταγωνιστικών σχέσεων: ερωτήσεις 1, 17
- Διαχείριση ενισχύσεων: ερωτήσεις 5, 20.
- Έλεγχος ερεθισμάτων: ερωτήσεις 9, 19

Όλες οι ερωτήσεις είναι σε 5βάθμια κλίμακα τύπου Likert.

Το ερωτηματολόγιο ανακτήθηκε αυτούσιο από το διαδίκτυο, καθώς είναι ελεύθερο και διαθέσιμο στην ελληνική γλώσσα (<http://www.uri.edu/research/cprc/TTM>).

Ενότητα Ε: Περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις για την αξιολόγηση της Λήψης απόφασης. Οι 6 ερωτήσεις αυτές σχηματίζουν 2 κλίμακες: Μειονεκτήματα καπνίσματος (ερωτήσεις 2,4,6) και Πλεονεκτήματα καπνίσματος (ερωτήσεις 1,3,5) (Velicer et al., 1985).

2.6.2 Μεταβλητές

Οι μεταβλητές μετρήθηκαν με ανώνυμο, αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο.

Ειδικότερα:

- Για τον έλεγχο της 1^{ης} και της 2^{ης} ερευνητικής υπόθεσης χρησιμοποιήθηκαν, αντίστοιχα, οι ερωτήσεις 20 και 21 της Γ ενότητας του ερωτηματολογίου. Η ερώτηση 20 χρησιμοποιήθηκε για την μέτρηση της διάθεσης των εγγύων να διακόψουν το κάπνισμα (5βαθμια κλίμακα τύπου Likert, διατάξιμη μεταβλητή). Η ερώτηση 21 χρησιμοποιήθηκε για να μετρηθεί το «Στάδιο Αλλαγής» στο οποίο βρίσκονταν η συμμετέχουσα (κατηγορική/ διατάξιμη μεταβλητή με 3 επίπεδα: Μη προβληματισμός, Προβληματισμός, Προετοιμασία).
- Για τον έλεγχο της 3^{ης} ερευνητικής υπόθεσης χρησιμοποιήθηκαν οι 20 ερωτήσεις της Δ ενότητας του ερωτηματολογίου. Η κάθε ερώτηση μετρήθηκε σε 5βάθμια κλίμακα Likert και δημιουργήθηκαν στη συνέχεια οι 10 κλίμακες των «Διαδικασιών Αλλαγής» ως άθροισμα των 20 επιμέρους ερωτήσεων, όπως περιγράφονται στην προηγούμενη ενότητα (2.6.1).
- Για τον έλεγχο της 4^{ης} ερευνητικής υπόθεσης χρησιμοποιήθηκαν οι 6 ερωτήσεις της Ε ενότητας του ερωτηματολογίου. Τα «Μειονεκτήματα» μετρήθηκαν ως το άθροισμα των ερωτήσεων 2, 4 και 6 και τα «Πλεονεκτήματα» μετρήθηκαν ως το άθροισμα των ερωτήσεων 1, 3 και 5.

2.6.3 Αξιολόγηση της παρέμβασης – Στατιστική Ανάλυση

Η αξιολόγηση της παρέμβασης έγινε χρησιμοποιώντας τα ερωτηματολόγια πριν και μετά την παρέμβαση για κάθε συμμετέχοντα. Συγκεκριμένα, αρχικά υπολογίστηκαν οι διαφορές

(μετά την παρέμβαση (T1)-πριν την παρέμβαση (T0)) για την ομάδα ελέγχου και για την ομάδα παρέμβασης για κάθε μία συνεχή/ διατάξιμη μεταβλητή. Στη συνέχεια συγκρίθηκαν οι διαφορές (μετά-πριν) μεταξύ των δυο ομάδων με χρήση του παραμετρικού t-test για δυο ανεξάρτητα δείγματα για να ελεγχθεί αν η μεταβολή των παραπάνω μεταβλητών ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στην ομάδα παρέμβασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Για τη σύγκριση των μεταβολών πριν και μετά την παρέμβαση εντός των ομάδων χρησιμοποιήθηκε το paired samples t-test για να ελεγχθεί αν υπήρξε σημαντική μεταβολή μετά την παρέμβαση, σε σχέση με πριν, εντός της κάθε ομάδας.

Για τον έλεγχο της σχέσης μεταξύ των σταδίων αλλαγής και των διαδικασιών αλλαγής πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης ενός παράγοντα (One-way ANOVA). Τα 3 στάδια αλλαγής (Μη προβληματισμός- Προβληματισμός-Προετοιμασία) ήταν η εξαρτημένη μεταβλητή και οι 10 διαδικασίες αλλαγής οι ανεξάρτητες μεταβλητές. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε post-hoc ανάλυση για τον έλεγχο όλων των ανά δυο διαφορών μεταξύ των τριών σταδίων αλλαγής με διόρθωση Bonferroni για τους πολλαπλούς ελέγχους.

Όλες οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το πρόγραμμα SPSS 22. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $\alpha=5\%$

2.7 ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ & ΚΙΝΗΤΡΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Στην αρχή της έρευνας η ερευνήτρια ενημέρωσε τις έγκυες που επισκέπτονταν τα εξωτερικά ιατρεία της μαιευτικής κλινικής σχετικά με το σκοπό της έρευνάς. Επίσης, τους κατέστη σαφές ότι η έρευνα θα είναι ανώνυμη και η συμμετοχή τους εθελοντική και δεν επρόκειτο να κοινοποιηθούν οι απαντήσεις των εγκύων σε τρίτα άτομα. Ακόμα ενημερώθηκαν ότι τα δεδομένα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της έρευνας και για κανέναν άλλο λόγο. Τέλος, αν επιθυμούσαν μπορούσαν στο τέλος της έρευνας να ενημερωθούν για τα αποτελέσματά της. Η ερευνήτρια τους εγγυήθηκε ότι δεν επρόκειτο να πάθουν καμία βλάβη κατά τη διάρκεια της συμμετοχής στην έρευνα, ενώ μπορούσαν να αποχωρήσουν από την έρευνα οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Όσες έγκυες έδιναν τη συγκατάθεσή τους υπέγραφαν την αντίστοιχη φόρμα. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ανώνυμη και εμπιστευτική και πραγματοποιήθηκε στην αίθουσα αναμονής της μαιευτικής κλινικής.

Το βασικό κίνητρο συμμετοχής, ώστε να συμμετέχουν οι έγκυες στην έρευνα είναι τα οφέλη υγείας των ιδίων και των εμβρύων τους. Η ερευνήτρια με την παροχή κατάλληλου υλικού ενθάρρυνε τις καπνίστριες να αναγνωρίσουν τα δυνητικά οφέλη από τη διακοπή καπνίσματος. Τις προέτρεψε να συνειδητοποιήσουν τις θετικές συνέπειες από τη διακοπή του καπνίσματος, οι

οποίες δεν είναι άμεσα ορατές αλλά μακροπρόθεσμες. Δόθηκαν κίνητρα ώστε να εξαλείψουν τυχόν αμφιβολίες, όπως για παράδειγμα ανησυχίες των εγκύων σχετικά με την εικόνα τους, την εικόνα που έχουν για το κάπνισμα και για τα προβλήματα που θα προκύψουν (π.χ. στερήσεις, αύξηση βάρους).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 Περιγραφικά στοιχεία του δείγματος

Το δείγμα της παρούσας εργασίας αποτελείται συνολικά από 40 γυναίκες και είναι χωρισμένο σε δύο ισοπληθείς ομάδες, με 20 άτομα στην ομάδα παρέμβασης και 20 στην ομάδα ελέγχου. Η μέση ηλικία των γυναικών ήταν τα 27 για την ομάδα ελέγχου και 26 για την ομάδα παρέμβασης. Αντίστοιχα, οι γυναίκες τόσο της ομάδας ελέγχου όσο και της ομάδας παρέμβασης βρίσκονταν λίγο μετά την 28^η εβδομάδα κύησης κατά μέσο όρο, κατά την έναρξη της μελέτης. Συνολικά και στις δύο ομάδες το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών ήταν έγγαμες, ανέφεραν οικογενειακό εισόδημα άνω των 500 ευρώ, ήταν καπνίστριες αρκετά χρόνια (άνω των 10 ετών), ενώ άρχισαν να καπνίζουν στην εφηβική ηλικία. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι γυναίκες και των δύο ομάδων ανέφεραν ότι καπνίζουν αρκετά τσιγάρα ημερησίως, με το μέσο πλήθος να είναι περίπου 8.2 τσιγάρα στην ομάδα ελέγχου και 9.7 στην ομάδα παρέμβασης, ενώ οι γυναίκες και των δύο ομάδων παρουσίαζαν κυρίως αδιαφορία με τάση να διαφωνούν στην πρόταση «Έχω μειώσει το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης» (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Βασικά δημογραφικά στοιχεία, καθώς και στοιχεία για το καπνιστικό προφίλ των συμμετεχόντων στις 2 ομάδες.

	Ομάδα Ελέγχου (N=20)	Ομάδα Παρέμβασης (N=20)
	N (%) ή M.O (T.A)	N (%) ή M.O (T.A)
Δημογραφικά Στοιχεία		
Ηλικία	27 (3.55)	26.05 (3.7)
Εβδομάδα κύησης	28.5 (4.39)	28.21 (5.06)
Τωρινό βάρος	70.24 (6.04)	68.02 (5.53)
Βάρος πριν την εγκυμοσύνη	67.68 (6.35)	63.55 (4.19)
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμη	18 (90%)	15 (75%)
Άγαμη	0 (0%)	2 (10%)
Συζώ με το σύντροφό μου	2 (10%)	2 (10%)
Άλλο	0 (0%)	1 (5%)
Έχετε παιδιά		
Όχι	10 (50%)	14 (70%)
Ναι	10 (50%)	6(30%)
Μορφωτικό επίπεδο		
Απόφοιτος Δημοτικού	1 (5%)	5 (25%)
Απόφοιτος Γυμνασίου	1 (5%)	2 (10%)
Απόφοιτος Λυκείου	1 (5%)	3 (15%)
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	4 (20%)	5 (25%)

Απόφοιτος ΙΕΚ ή άλλης ιδιωτικής σχολής	8 (40%)	3 (15%)
Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών	3 (15%)	2 (10%)
Κάτοχος διαδακτορικού τίτλου σπουδών	2 (10%)	0 (0%)
Επάγγελμα		
Μαθήτρια-φοιτήτρια	1 (5%)	
Ελεύθερος επαγγελματίας	4 (20%)	3 (15%)
Δημόσιος υπάλληλος	3 (15%)	3 (15%)
Ιδιωτικός υπάλληλος	5 (25%)	5 (25%)
Άνεργη	4 (20%)	5 (25%)
Οικιακά	3 (15%)	4 (20%)
Άδεια εγκυμοσύνης		
Όχι	14 (70%)	16 (80%)
Ναι	6 (30%)	4 (20%)
Ασφάλιση		
Όχι	4 (20%)	10 (50%)
Ναι	16 (80%)	10 (50%)
Οικογενειακό εισόδημα		
Δεν υπάρχει	0 (0%)	0 (0%)
Έως 500 ευρώ	2 (10%)	4 (20%)
501-1000 ευρώ	10 (50%)	13 (65%)
1001-1500 ευρώ	8 (40%)	3 (15%)
Καπνιστικό Προφίλ		
Έτη καπνίσματος	11.15 (3.03)	10.3 (4.41)
Ηλικία έναρξης καπνίσματος	15.85 (1.81)	16.25 (2.57)
Έχω μειώσει το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης	2.47 (0.51)	2.95 (0.89)
(1: Διαφωνώ απόλυτα-5: Συμφωνώ απόλυτα)		
Αριθμός τσιγάρων/ ημέρα κατά την εγκυμοσύνη	8.17 (3.49)	9.72 (5.64)

M.O.: Μέσος όρος, T.A.: Τυπική απόκλιση

Κατά την έναρξη της μελέτης οι γυναίκες των δύο ομάδων διέφεραν σημαντικά ως προς τις τιμές των περισσότερων σκορ, τόσο αναφορικά με τη διαδικασία αλλαγής, όσο και με τη λήψη απόφασης διακοπής. Αναλυτικά, οι τιμές των χαρακτηριστικών αυτών κατά την έναρξη της μελέτης παρουσιάζονται στον Πίνακα 5. Φαίνεται ότι το μοναδικό χαρακτηριστικό του οποίου ο μέσος όρος δεν διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό μεταξύ των δύο ομάδων είναι αυτό της *Επαναξιολόγησης εαυτού*, ενώ για τα περισσότερα από τα άλλα χαρακτηριστικά, οι γυναίκες της ομάδας παρέμβασης παρουσιάζουν υψηλότερο μέσο σκορ από τα τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου.

Πίνακας 5: Διαφορές ως προς το στάδιο αλλαγής, τη διαδικασία αλλαγής και τη λήψη απόφασης ανάμεσα στις 2 ομάδες κατά την έναρξη της μελέτης.

	Ομάδα ελέγχου Μ.Ο. (Τ.Α.)	Ομάδα παρέμβασης Μ.Ο. (Τ.Α.)	p-value
Στάδιο Αλλαγής			
Μη προβληματισμός	12 (60%)	6(30%)	
Προβληματισμός	8 (40%)	13 (65%)	0.12
Προετοιμασία	0 (0%)	1 (5%)	
Διαδικασία Αλλαγής (1: Ποτέ-5: Επανειλημμένα)			
Συνειδητοποίηση	2.85 (1.14)	4.8 (1.94)	0.001
Επαναξιολόγηση περιβάλλοντος	2.75 (0.91)	3.7 (1.26)	0.009
Επαναξιολόγηση εαυτού	7.05 (0.999)	6.9 (1.12)	0.657
Κοινωνική απελευθέρωση	4.15 (1.69)	5.45 (1.5)	0.014
Δραματική απελευθέρωση	4.3 (1.17)	5.7 (1.38)	0.001
Υποστηρικτικές σχέσεις	3.05 (0.999)	4.7 (1.22)	<0.001
Απελευθέρωση εαυτού	4.35 (0.75)	5.25 (1.59)	0.03
Δημιουργία ανταγωνιστικών συνδέσεων	2.75 (1.02)	3.8 (0.89)	0.001
Διαχείριση ενισχύσεων	4.1 (1.07)	5.8 (1.2)	<0.001
Έλεγχος ερεθισμάτων	2.85 (1.23)	3.75 (1.16)	0.022
Λήψη Απόφασης (1: Δεν έχει σημασία- 5: Πάρα πολύ σημαντικό)			
Πλεονεκτήματα	12.7 (1.45)	11.4 (1.7)	0.013
Μειονεκτήματα	7.55 (1.23)	8.95 (1.7)	0.005

Μ.Ο.: Μέσος όρος, Τ.Α.: Τυπική απόκλιση

3.2 Αποτελεσματικότητα της παρέμβασης

3.2.1 Στάδια Αλλαγής

Από τον Πίνακα 6 φαίνεται ότι οι γυναίκες και των δύο ομάδων γενικά στην αρχή της μελέτης δεν ήταν ιδιαίτερα διατεθειμένες να διακόψουν το κάπνισμα, ενώ παρουσίασαν βελτίωση, δηλώνοντας περισσότερο διατεθειμένες να διακόψουν το κάπνισμα μετά την παρέμβαση. Βέβαια, στην ομάδα παρέμβασης η τάση αυτή προς βελτίωση της συμπεριφοράς των γυναικών αναφορικά με τη διακοπή του καπνίσματος παρουσίασε πιο έντονη βελτίωση σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο.

Πίνακας 6: Μεταβολή των απαντήσεων των γυναικών στην ερώτηση «Σκέφτεστε σοβαρά να κόψετε το κάπνισμα;» (μετά-πριν) στις 2 ομάδες (within groups comparisons) και σύγκριση των μέσων διαφορών μεταξύ των 2 ομάδων (between groups comparisons).

	Ομάδα Παρέμβασης (N=13) Μέσος Όρος				Ομάδα Ελέγχου (N=17) Μέσος Όρος				Ομάδα ελέγχου vs Ομάδα παρέμβασης
	Πριν	Μετά	Διαφορά	P- value ¹	Πριν	Μετά	Διαφορά	P- value ¹	p-value ²
Σκέφτεστε σοβαρά να κόψετε το κάπνισμα; (1: Καθόλου- 5: Πολύ)	2.54	4.77	2.23	<0.001	2.59	3.71	1.12	<0.001	0.001

¹ Paired
samples t-
test

² Independent
samples t-
test

Παρατηρώντας τον Πίνακα 7 φαίνεται ότι στην ομάδα ελέγχου, από τις 12 συνολικά γυναίκες που δεν ήταν προβληματισμένες αναφορικά με το να διακόψουν το κάπνισμα στην αρχή της μελέτης, 7 (58.3%) παρέμειναν στο ίδιο στάδιο, 4 (33.3%) βρέθηκαν στο στάδιο του προβληματισμού και τέλος 1 (8.3%) μετατοπίστηκε στο στάδιο της προετοιμασίας μετά την παρέμβαση. Αντίστοιχα, από τις 6 γυναίκες που δήλωναν προβληματισμένες αναφορικά με τη διάθεσή τους να αλλάξουν τις καπνιστικές ιδιότητες, η 1 (16.7%) μετατοπίστηκε στο στάδιο μη προβληματισμού, οι 4 (66.7%) παρέμειναν στο στάδιο προβληματισμού και μόλις 1 (16.7%)

μετατέθηκε στο στάδιο προετοιμασίας. Τέλος, καμία από τις 18 γυναίκες δεν ήταν στο στάδιο προετοιμασίας κατά την έναρξη της μελέτης.

Πίνακας 7: Μεταβολή των Σταδίων Αλλαγής μετά την παρέμβαση σε σχέση με πριν, στην ομάδα ελέγχου.

		Μετά την παρέμβαση			Σύνολο N(%)
		Μη προβληματισμός N(%)	Προβληματισμός N(%)	Αλλαγή N(%)	
Πριν την παρέμβαση	Στάδιο				
	Μη προβληματισμός	7 (38.9%)	4 (22.2%)	1 (5.6%)	12 (66.7%)
	Προβληματισμός	1 (5.6%)	4 (22.2%)	1 (5.6%)	6 (33.3%)
	Προετοιμασία	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Σύνολο	8 (44.4%)	8 (44.4%)	2 (11.1%)	18 (100%)

Αντίστοιχα, στην ομάδα παρέμβασης (Πίνακας 8), οι μισές από τις γυναίκες που δεν ήταν προβληματισμένες αναφορικά με το να διακόψουν το κάπνισμα στην αρχή της μελέτης, βρέθηκαν στο στάδιο της αλλαγής μετά την παρέμβαση. Αντίστοιχα, από τις 13 γυναίκες που δήλωναν προβληματισμένες αναφορικά με τη διάθεσή τους να αλλάξουν τις καπνιστικές ιδιότητες, οι 5 (38.5%) μετατοπίστηκαν στο στάδιο προετοιμασίας μετά την παρέμβαση. Τέλος, μόλις μία γυναίκα βρισκόταν από την αρχή στο στάδιο προετοιμασίας και παρέμεινε εκεί.

Πίνακας 8: Μεταβολή των Σταδίων Αλλαγής μετά την παρέμβαση σε σχέση με πριν, στην ομάδα παρέμβασης.

		Μετά την παρέμβαση			Σύνολο N(%)
		Μη προβληματισμός N(%)	Προβληματισμός N(%)	Αλλαγή N(%)	

Στάδιο					
Πριν την παρέμβαση	Μη προβληματισμός	0 (0%)	3 (15%)	3 (15%)	6 (30%)
	Προβληματισμός	0 (0%)	8 (40%)	5 (25%)	13 (65%)
	Προετοιμασία	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	1 (5%)
	Σύνολο	0 (0%)	11 (55%)	9 (45%)	20 (100%)

3.2.2 Διαδικασία Αλλαγής

Παρατηρώντας τον Πίνακα 9 προκύπτει ότι τόσο στην ομάδα παρέμβασης όσο και στην ομάδα ελέγχου μεταβλήθηκαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό οι τιμές όλων των σκορ αναφορικά με τα στάδια αλλαγής. Μάλιστα η μεταβολή των αντίστοιχων χαρακτηριστικών ήταν πάντα στην ίδια κατεύθυνση για τις δύο ομάδες. Δηλαδή, όταν το σκορ για ένα χαρακτηριστικό παρουσίαζε αύξηση μετά την παρέμβαση στη μία ομάδα, το ίδιο παρατηρούνταν για το χαρακτηριστικό αυτό και στην άλλη ομάδα. Επιπλέον, φαίνεται ότι η παρατηρούμενη διαφορά των χαρακτηριστικών πριν και μετά την παρέμβαση παρουσιαζόταν διαφορετική για τις δύο ομάδες σε στατιστικά σημαντικό βαθμό για τις κλίμακες της *Συνειδητοποίησης* (p -value=0.047), της *Επαναξιολόγησης περιβάλλοντος* (p -value=0.042), της *Απελευθέρωσης εαυτού* (p -value=0.002), της *Δημιουργίας ανταγωνιστικών συνδέσεων* (p -value=0.003) και του *Ελέγχου ερεθισμάτων* (p -value=0.001)

Πίνακας 9: Μεταβολή της Διαδικασίας Αλλαγής (μετά-πριν) στις 2 ομάδες (within groups comparisons) και σύγκριση των μέσων διαφορών μεταξύ των 2 ομάδων (between groups comparisons).

Διαδικασία αλλαγής	Ομάδα Παρέμβασης (N=20) Μέσος Όρος				Ομάδα Ελέγχου (N=18) Μέσος Όρος				Ομάδα ελέγχου vs Ομάδα παρέμβασης
	Πριν	Μετά	Διαφ ορά	p- value ¹	Πριν	Μετ ά	Διαφορ ά	p- value ¹	p-value ²
1. Συνειδητοποίηση	4.8	9.45	4.65	<0.00 1	2.67	5.39	2.72	0.002	0.047
2.Επαναξιολόγηση περιβάλλοντος	3.7	6.85	3.15	<0.00 1	2.67	4.39	1.72	0.002	0.042
3. Επαναξιολόγηση εαυτού	6.9	5.1	-1.8	0.001	7.28	6.22	-1.06	0.012	0.24
4. Κοινωνική απελευθέρωση	5.45	6.95	1.5	0.01	4.39	5.56	1.17	0.001	0.59
5. Δραματική απελευθέρωση	5.7	7.6	1.9	<0.00 1	4.28	6.39	2.11	0.001	0.75
6. Υποστηρικτικές σχέσεις	4.7	7.9	3.2	<0.00 1	3	5.28	2.28	0.001	0.19
7. Απελευθέρωση εαυτού	5.25	9.2	3.95	<0.00 1	4.3	6.11	1.78	0.002	0.002
8. Δημιουργία ανταγωνιστικών συνδέσεων	3.8	8.65	4.85	<0.00 1	2.67	5.33	2.67	0.001	0.003
9. Διαχείριση ενισχύσεων	5.8	8	2.2	<0.00 1	4	5.94	1.94	0.001	0.68
10. Έλεγχος ερεθισμάτων	3.75	8.95	5.2	<0.00 1	2.78	5.44	2.67	<0.00 1	0.001

¹ Paired samples t-test

² Independent
samples t-test

3.2.3 Λήψη απόφασης

Αναφορικά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του καπνίσματος, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μεταβολή μετά την παρέμβαση σε σύγκριση με την έναρξη της μελέτης

και στις δύο ομάδες, με τη μεταβολή αυτή να διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό μεταξύ των ομάδων μόνο αναφορικά με τα πλεονεκτήματα (Πίνακας 10).

Πίνακας 10: Μεταβολή στη Λήψη Απόφασης (μετά-πριν) στις 2 ομάδες (within groups comparisons) και σύγκριση των μέσων διαφορών μεταξύ των 2 ομάδων (between groups comparisons).

Λήψη Απόφασης	Ομάδα Παρέμβασης (N=20) Μέσος Όρος				Ομάδα Ελέγχου (N=18) Μέσος Όρος				Ομάδα ελέγχου vs Ομάδα παρέμβασης
	Πριν	Μετ ά	Διαφο ρά	p- value ¹	Πριν	Μετ ά	Διαφορ ά	p- value ¹	p-value ²
Πλεονεκτήματα	11.4	5.75	-5.65	<0.001	12.97	9.39	-3.56	<0.001	0.012
Μειονεκτήματα	8.95	10.4	1.45	0.002	7.44	8.5	1.06	0.015	0.49

¹ Paired samples t-test

² Independent samples t-test

3.3 Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της Διαδικασίας αλλαγής και των σταδίων αλλαγής

Χρησιμοποιώντας τις μετά την παρέμβαση μετρήσεις, διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ των σταδίων αλλαγής και της διαδικασίας αλλαγής, στο σύνολο του δείγματος. Επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθούν οι μετά την παρέμβαση μετρήσεις, καθώς πριν την παρέμβαση υπήρχε μόνο 1 άτομο στο στάδιο της προετοιμασίας. Παρατηρούμε ότι με εξαίρεση την κλίμακα *Επαναξιολόγηση εαυτού* που είναι οριακά μη στατιστικά σημαντική ($p=0.059$), οι υπόλοιπες 9 κλίμακες της Διαδικασίας αλλαγής φαίνεται να διαφέρουν σε σημαντικό βαθμό ανάλογα με το στάδιο αλλαγής στο οποίο βρίσκεται η συμμετέχοντα (Πίνακας 11).

Πίνακας 11: Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των σταδίων αλλαγής και της διαδικασίας αλλαγής, στο σύνολο του δείγματος.

Διαδικασία Αλλαγής	Στάδιο Αλλαγής			p-value
	Μη προβληματισμός (N=8)	Προβληματισμός (N=19)	Προετοιμασία (N=11)	
	M.O. (T.A.)	M.O. (T.A.)	M.O. (T.A.)	
1. Συνειδητοποίηση	3.87 (2.99)	8.26 (2.49)	8.91(2.12)	<0.001
2.Επαναξιολόγηση περιβάλλοντος	3.75 (1.83)	6.05 (1.92)	6.45(1.81)	0.008
3. Επαναξιολόγηση εαυτού	6.75 (1.58)	5.11(1.59)	5.73 (1.56)	0.059
4. Κοινωνική απελευθέρωση	5.13 (2.10)	6.63 (1.67)	6.55 (1.21)	0.095
5. Δραματική απελευθέρωση	5.63 (1.99)	7.16 (1.42)	7.82 (1.40)	0.015
6. Υποστηρικτικές σχέσεις	4.62 (2.45)	7.0 (2.26)	7.55(1.97)	0.019
7. Απελευθέρωση εαυτού	5.12 (1.81)	8.21 (2.04)	8.82 (1.25)	<0.001
8. Δημιουργία ανταγωνιστικών συνδέσεων	4.37 (2.33)	7.53 (2.34)	8.27 (1.95)	0.002
9. Διαχείριση ενισχύσεων	5.12 (1.46)	7.53 (1.95)	7.55 (1.44)	0.005
10. Έλεγχος ερεθισμάτων	4.75 (1.98)	7.89 (2.42)	8.09 (1.87)	0.003

M.O.: Μέσος όρος, T.A.: Τυπική απόκλιση

Τέλος, πραγματοποιήθηκε post-hoc ανάλυση για την εξέταση των επιμέρους ανά δύο διαφορών μεταξύ των τριών σταδίων αλλαγής. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής παρουσιάζονται στον Πίνακα 12.

Πίνακας 12: Αποτελέσματα *post-hoc* ανάλυσης.

Διαδικασία Αλλαγής	Συγκρίσεις		
	Μη προβληματισμός vs. Προβληματισμός	Μη προβληματισμός vs. Προετοιμασία	Προβληματισμός vs. Προετοιμασία
	Μ.Δ. (p-value)	Μ.Δ. (p-value)	Μ.Δ. (p-value)
1. Συνειδητοποίηση	-4.39 (0.001)	-5.03 (<0.001)	-0.65 (>0.99)
2. Επαναξιολόγηση περιβάλλοντος	-2.3 (0.019)	-2.7 (0.011)	-0.4 (>0.99)
3. Επαναξιολόγηση εαυτού	1.64 (0.056)	1.02 (0.52)	-0.62 (0.92)
4. Κοινωνική απελευθέρωση	-1.51 (0.114)	-1.42 (0.22)	0.09 (>0.99)
5. Δραματική απελευθέρωση	-1.53 (0.074)	-2.19 (0.013)	-0.66 (0.81)
6. Υποστηρικτικές σχέσεις	-2.38 (0.047)	-2.92 (0.023)	-0.55 (>0.99)
7. Απελευθέρωση εαυτού	-3.09 (0.01)	-3.69 (<0.001)	-0.61 (>0.99)
8. Δημιουργία ανταγωνιστικών συνδέσεων	-3.15 (0.006)	-3.90 (0.002)	-0.75 (>0.99)
9. Διαχείριση ενισχύσεων	-2.40 (0.007)	-2.42 (0.014)	-0.02 (>0.99)
10. Έλεγχος ερεθισμάτων	-3.14 (0.005)	-3.34 (0.007)	-0.20 (>0.99)

Μ.Δ.: Μέση Διαφορά

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν συνολικά 40 έγκυες γυναίκες οι οποίες κάπνιζαν. Το δείγμα διαχωρίστηκε σε δύο ισοπληθείς ομάδες. Στη μία ομάδα εφαρμόστηκε μία συμβουλευτική παρέμβαση διάρκειας 3-5' και δόθηκε ένας οδηγός αυτοβοήθειας σχετικός με τη διακοπή του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της κύησης. Για λόγους ηθικής, οι γυναίκες της ομάδας ελέγχου ενημερώθηκαν επίσης και τους δόθηκε ένας γενικός οδηγός διακοπής καπνίσματος. Η ηλικία των γυναικών του δείγματος κυμαινόταν από 20-33 έτη, με μέση ηλικία περίπου τα 27 έτη, ενώ η διάρκεια κύησης κατά την έναρξη της μελέτης κυμαινόταν μεταξύ 18 και 36 εβδομάδων, με μέσο χρόνο κύησης περίπου τις 28 εβδομάδες.

Αν και η κατανομή των γυναικών του δείγματος στις δύο ομάδες έγινε τυχαία, βρέθηκε ότι οι δύο ομάδες παρουσίαζαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε πολλές από τις υπό εξέταση μεταβλητές αναφορικά με το στάδιο αλλαγής, τη διαδικασία αλλαγής και τη λήψη απόφασης. Επίσης και στις δύο ομάδες παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση στους περισσότερους παράγοντες αναφορικά τόσο με τη διαδικασία αλλαγής όσο και με τη λήψη απόφασης. Το εύρημα αυτό είναι πιθανό να οφείλεται σε δύο βασικές αιτίες. Αρχικά, στην ομάδα ελέγχου δόθηκε ένας οδηγός για τη διακοπή καπνίσματος, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω και είναι πιθανό να βοήθησε τις γυναίκες να ενημερωθούν και να προβληματισθούν για το κάπνισμα, ακόμη και αν δεν επρόκειτο για μια στοχευμένη παρέμβαση. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της κύησης, είναι σχεδόν βέβαιο ότι ο επιβλέπων γιατρός γυναικολόγος μιας γυναίκας θα την ενημερώσει σχετικά με τους κίνδυνους και τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος στην ανάπτυξη και γενικότερα στην υγεία του εμβρύου.

Βέβαια, στους περισσότερους παράγοντες αναφορικά τόσο με τη διαδικασία αλλαγής όσο και με τη λήψη απόφασης, φάνηκε ότι τα άτομα της ομάδας παρέμβασης είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου. Ειδικότερα, στην ομάδα παρέμβασης παρατηρήθηκε μεγαλύτερη αύξηση της διάθεσης για διακοπή του καπνίσματος σε σχέση με την ομάδα ελέγχου ($p=0.001$). Μετά την παρέμβαση, μόνο 2 άτομα της ομάδας ελέγχου πέρασαν στο στάδιο προετοιμασίας (11.1%), ενώ στην ομάδα παρέμβαση 9 άτομα πέρασαν στο στάδιο προετοιμασίας (45%). Όσον αφορά τις διαδικασίες αλλαγής, παρατηρήθηκε μεγαλύτερη αύξηση στην ομάδα παρέμβασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου στις εξής κλίμακες: *Συνειδητοποίηση* ($p=0.047$), *Επαναξιολόγηση περιβάλλοντος* ($p=0.042$), *Απελευθέρωση εαυτού* ($p=0.002$), *Δημιουργία ανταγωνιστικών συνδέσεων* ($p=0.003$) και *Έλεγχος ερεθισμάτων* ($p=0.001$). Τέλος, στην ομάδα παρέμβασης παρατηρήθηκε σημαντικά μεγαλύτερη μείωση του σκορ *Μειονεκτήματα* σε σχέση με την ομάδα ελέγχου ($p=0.012$).

Συνεπώς, η συμβουλευτική παρέμβαση φαίνεται να ήταν αποτελεσματική και να βελτίωσε σε σημαντικό βαθμό τις στάσεις και τις απόψεις των συμμετεχόντων απέναντι στο κάπνισμα. Επιπλέον, εντοπίστηκε σημαντική σχέση μεταξύ των *Σταδίων Αλλαγής* και των *Διαδικασιών Αλλαγής*.

Στην παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε μια παρέμβαση με κύριο στόχο την ενημέρωση και τη βελτίωση των καπνιστικών συνηθειών έγκυων γυναικών. Λόγω τόσο του περιορισμένου χρόνου αλλά και μιας σειράς δυσκολιών που αφορούσαν τη συλλογή του δείγματος, τελικά στη μελέτη συμμετείχε ένας σχετικά μικρός αριθμός γυναικών.

Πιο αναλυτικά, προέκυψαν αρκετά προβλήματα και δυσκολίες πριν και κατά τη διάρκεια της παρούσας μελέτης. Αρχικά, απαιτήθηκε αρκετά προσεκτική προσέγγιση από την ερευνήτρια ώστε να μπορέσει να λάβει έγγραφη κατάθεση του διευθυντή του νοσοκομείου ώστε να υλοποιήσει την έρευνά της. Ο λόγος ήταν ίσως η ανησυχία του διευθυντή για την πιθανή δημιουργία προβλημάτων στην εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου, λόγω πιθανής ενόχλησης των εγκύων που το επισκέπτονται από την παρουσία της ίδιας της ερευνήτριας, ως μεταπτυχιακής φοιτήτριας, και όχι ως προσωπικό του νοσοκομείου. Το πρόβλημα αυτό ξεπεράστηκε αφού δόθηκαν οι αναγκαίες διαβεβαιώσεις τόσο αναφορικά με την διακριτική προσέγγιση των γυναικών όσο και με την προστασία των ευαίσθητων προσωπικών τους στοιχείων. Ακολούθως, ήταν πολύ συχνό φαινόμενο οι γυναίκες που έφθαναν στο νοσοκομείο να αρνούνταν τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Προκειμένου να ξεπεραστεί το πρόβλημα αυτό η ερευνήτρια φρόντιζε να επισημάνει ότι οι απαντήσεις τους είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές. Ακόμη, αν επιθυμούσαν να ενημερωθούν για τα αποτελέσματα της έρευνας θα μπορούσαν να τα λάβουν μόνο από την ίδια. Τέλος, ακόμη και αν μια γυναίκα συμφωνούσε να συμμετάσχει τελικά στη μελέτη και πληρούσε τα κριτήρια εισαγωγής (να είναι έγκυος και να καπνίζει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης), η διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων και οι απαιτήσεις σε χρόνο και προσοχή της ίδιας της παρέμβασης αποτελούσαν εκ νέου αποτρεπτικούς παράγοντες για την τελική συμμετοχή των γυναικών. Έτσι, η χορήγηση ερωτηματολογίων έγινε στο νοσοκομείο όσο το δυνατόν πιο διακριτικά, με σεβασμό στις συμμετέχουσες και σε συνεννόηση με τους εργαζόμενους, ώστε να μην υπάρξουν προβλήματα στην εργασία τους. Συνεπώς, τα ερωτηματολόγια σχεδιάστηκαν ώστε να είναι σύντομα, ενώ το ίδιο έγινε και για την παρέμβαση. Τελευταίο εμπόδιο αποτέλεσε το γεγονός ότι ο επιβλέπων γιατρός μια γυναίκα που κυοφορεί συνήθως φροντίζει να ενημερώσει και να επιχειρήσει να αποτρέψει τη γυναίκα από το να καπνίζει κατά τη διάρκεια της κύησης. Συμπερασματικά, είναι πιθανό μέρος της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης να μην ήταν εφικτό να αναδειχθεί σε ένα σχετικά περιορισμένο δείγμα και σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα.

Οι δυσκολίες και το σχετικά μικρό πλήθος συμμετεχόντων, κατέστησαν αρκετά δύσκολη την πλήρη αξιολόγηση του πόσο μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση των καπνιστικών συνηθειών των γυναικών κατά τη διάρκεια της κύησης μια παρέμβαση σαν αυτή που προτείνεται στην παρούσα εργασία. Βέβαια, τα αποτελέσματα που προέκυψαν είναι σημαντικά και μπορούν οπωσδήποτε να αποτελέσουν βάση για τα επόμενα βήματα αναφορικά με το συγκεκριμένο πρόβλημα το οποίο μπορεί να επηρεάσει τόσο τη γυναίκα όσο και το έμβρυο. Στην παρούσα μελέτη λοιπόν φάνηκε ότι μια στοχευμένη και σωστά οργανωμένη παρέμβαση μπορεί να επιφέρει πολύ θετικά αποτελέσματα αναφορικά με τις καπνιστικές συνήθειες εγκύων, ακόμη και αν αυτές αρχικά δεν είχαν σκοπό καν να περιορίσουν ή να κόψουν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης. Μάλιστα, φάνηκε ότι, αν και παρατηρήθηκε βελτίωση και στις δύο ομάδες γυναικών, αναφορικά με τις καπνιστικές τους συνήθειες, η βελτίωση αυτή φάνηκε σε πολλές περιπτώσεις να είναι σημαντικά εντονότερη στην ομάδα παρέμβασης.

Συνεπώς, η παρούσα έρευνα μπορεί να αποτελέσει το έναυσμα ενημέρωσης ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, ώστε να συνεργαστούν για την δημιουργία ενός ενιαίου οδηγού και τη διαμόρφωση κατάλληλων στρατηγικών και να αρχίσουν να διεξαγάγουν στο μέλλον αντίστοιχες συμβουλευτικές παρεμβάσεις εντός των μαιευτικών κλινικών. Ο οδηγός αυτοβοήθειας της παρούσας έρευνας φαίνεται να αποτελεί ένα πολύ καλό αρχικό υλικό, πάνω στο οποίο μπορεί να βασιστούν αυτές μελλοντικές παρεμβάσεις. Ακόμα θα είχε ενδιαφέρον να πραγματοποιηθούν μεγαλύτερης διάρκειας παρεμβάσεις, κατά τις οποίες οι γυναίκες θα παρακολουθούνται και μετά τον τοκετό, με στόχο να αξιολογηθεί η διακοπή του καπνίσματος (στάδιο Δράσης) αλλά και η διατήρηση της διακοπής αυτής (στάδιο Διατήρησης).

Δεν πρέπει επίσης να αγνοηθεί το γεγονός ότι, πέρα από τα σημαντικά οφέλη υγείας για την μητέρα και το έμβρυο, η διακοπή του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη έχει και θετικές οικονομικές επιδράσεις, αφού έχει ως αποτέλεσμα λιγότερους πρόωρους τοκετούς και θνησιμότητα. Η εκπαίδευση, η καθοδήγηση και η επιμόρφωση πάνω στο αντικείμενο είναι αυτό που χρειάζονται οι επαγγελματίες υγείας, ενώ όλα αυτά θα πρέπει να τους παρέχονται στο μέλλον στα πλαίσια ενός οργανωμένου σχεδίου και συγκεκριμένων οδηγιών από την πολιτεία και τους θεσμούς. Τέλος, δεδομένου της καλής σχέσης κόστους – αποτελεσματικότητας (cost-effectiveness) που προσφέρουν οι θεραπείες της εξάρτησης από τον καπνό και τα ειδικά προγράμματα διακοπής καπνίσματος, θα ήταν ιδανικό να καλύπτονταν από τους ασφαλιστικούς φορείς, κάνοντας τα προσιτά σε όλους τους καπνιστές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Agrawal, A., Scherrer, J.F., Grant, J.D., Sartor, C.E., Pergadia, M.L. & Duncan, A.E. (2010). The effects of maternal smoking during pregnancy on offspring outcomes. *Preventive Medicine*, 50(1-2): 13-18.

AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) (2015). «*Treating tobacco use and dependence: clinician's packet. A how-to guide for implementing the Public Health Service Clinical Practice Guideline*» Διαθέσιμο στο: <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-provides/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/update/index.html>. (1/7/16)

Al-Sahab, B., Saqib, M., Hauser, G. & Tamim, H. (2010). Prevalence of smoking during pregnancy and associated risk factors among Canadian women: a national survey. *British Medical Council Pregnancy and Childbirth*, 10(24).

Alhabe, F., Belizan, J.M., Villar, J., Alexander, S., Bergel, E., Ramos, S., Romero, M., Donner, A., Lindmark, G., Langer, A., Farnot, U., Cecatti, J.G., Carroli, G. & Kestler, E. (2004) «Mandatory second opinion to reduce rate of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomized controlled trial». *Lancet*, 363: 1934-1940.

Alhabe, F., Aleman, A., Mazzoni, A., Berrueta, M., Morello, P., Colomar, M., Ciganda, A., Becu, A., Gibbons, L., Llambi, L., Bittar Gonzalez, M.G., Tong, V.T., Farr, S.L., Smith, R.A., Dietz, P.M., Johnson, C., Buekens, P. & Belizan, J.M. (2013). «Tobacco cessation intervention for pregnant women in Argentina and Uruguay: study protocol». *Reproductive Health*, 10: 44-57.

Alverson, C.J., Strickland, M.J., Gilboa, S.M. & Correa, A. (2011). «Maternal smoking and congenital heart defects in the Baltimore-Washington Infant Study». *Pediatrics*, 127:647-653.

American College of Obstetricians and Gynecologists Committee (2010). Opinion No 471. «Smoking cessation during pregnancy». *Obstet Gynecol* 116:1241-4.

Anderson JE, Jorncy DE, Scon WJ and Fiore MC (2002). «Treating tobacco use and dependence-an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation». (3):932-941

Andres, R.L. (2005). «Perinatal complications associated with maternal smoking». *Seminars Neonatology*, 5: 231-241.

Antonopoulos, C.N., Sergentanis, T.N., Papadopoulou, C., Andrie, E., Dessypris, N., Panagopoulou, P., Polychronopoulou, S., Pourtsidis, A., Athanasiadou-Piperopoulou, F.,

Kalmanti, M., Sidi, V., Moschovi, M. & Petridou, E.T. (2011). «Maternal smoking during pregnancy and childhood lymphoma: a meta-analysis». *International Journal of Cancer*, 129: 2694-2703.

Arnold, C.L., Davis, T.C., Berkel, H.J., Jackson, R.H., Nandy, I. & London, S. (2001). «Smoking status, reading level and knowledge of tobacco effects among low-income pregnant women». *Preventive Medicine*, 32(4): 313-320.

Ayoola, A.B., Nettleman, M.D., Stommel, M. & Canady, R.B. (2010). «Time of pregnancy recognition and prenatal care use: a population-based study in the United States». *Birth*, 37: 37-42.

Aycicek, A. & Ipek, A. (2008). «Maternal active or passive smoking causes oxidative stress in cord blood». *European Journal of Pediatrics*, 167(1): 81-85.

Bada, H.S., Das, A., Bauer, C.R., Shankaran, S., Lester, B. & Wright, L.L. (2002). «Gestational cocaine exposure and intrauterine growth: Maternal lifestyle study». *Obstetrics and Gynecology*, 100(5): 916-924.

Bakker, M.(2001). «Pregnancy: a window of opportunity to quit smoking. The development, implementation and evaluation of a minimal intervention strategy for pregnant women and partners». Maastrich Health Research Institute for Prevention and Care, Netherlands.

Belizan, J.M., Farnot, U., Carroli, G. & al-Mazrou, Y. (1998). «Antenatal care in developing countries». *Pediatric Perinatal Epidemiology*, 12(2):1-3.

Berg, C.J., Park, E.R., Chang, Y. & Rigotti, N.A. (2008). «Is concern about post-cessation weight gain a barrier to smoking cessation among pregnant women?» *Nicotine Tobacco Respiratory*, 10(7): 1159-1163.

Bronfenbrenner, U (1977). «Toward an experimental ecology of human development». *American Psychologist* 32: 513-531.

Cabana, M.D., Rand, C.S., Powe, N.R., Wu, A.W., Wilson, M.H., Abboud, P.A. & Rubin, H.R. (1999). «Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement». *Journal of American Medical Association*, 282(15): 1458-1465.

Canaher, M. (1994). «Nursing and health promotion practice: the creations of victims and winners in a political context». *Journal of Advanced Nursing*, 19: 405-468.

Carr, A. & Band Ebbert, J. (2012). «Interventions for tobacco Cessation in the dental setting Cochrane Database of Systematic Review». *Journal of Arts Respiratory*, doi: 10.1002/14651858 CD00SO84.

Castles, A., Adams, E.K. & Melvin, C.L. (1999). «Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analysis». *American Journal of Preventive Medicine*, 16: 208-215.

Cavelaars, A.E., Kunst, A.E., Geurts, J.J., Crialesi, R., Grotvedt, L. & Helmert, U.(2000). «Educational differences in smoking: international comparison». *British Medical Journal*, 320(7242): 1102-1107

«Centers for Disease Control and Prevention Gigarette Smoking-Attributable Mortality and Years of Potential Life Lost-United States». *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1993; 42 (33): 645-649. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00021441.htm> (5/9/16)

«Centers for Disease Control and Prevention; Surgeons' General Report-Within 20 minutes of quitting Atlanta, USA,2004» Διαθέσιμο στο:<http://cdc.gov/tobacco/data-statistics/sgr/2004posters/20mints/index.htm>

Chang. J.S. (2009). «Parental smoking and childhood leukemia». *Methods Molecular Biology*, 472: 103-137.

Chatenoud, L., Chiaffarino, F. & Parazzini, F. (1999). «Prevalence of smoking among pregnant women in lower in Italy than England». *British Medical Journal*, 318: 1012.

Chiolero, A., Bovet, P. & Paccaud, F. (2005). «Association between maternal smoking and low birth weight in Switzerland: the EDEN study». *Swiss Medical Weekly*, 135: 525-530.

Cohen, L. Manion, L. Morrison, K, (2007). «Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας». Μτφρ.: Κυρανάκης, Σ., Μαυράκη, Μ., Μητσοπούλου, Χ., Μπιθαρά, Π., Φιλοπούλου, Μ. Αθήνα: Μεταίχμιο.

Cohen, G., Vella, S., Jeffery, H., Lagercrantz, H. & Katz-Salamon, M. (2008). «Cardiovascular stress hyperreactivity in babies of smokers and in babies born preterm». *Circulation*, 118(18): 1848-1853.

Coleman GJ, Joyce T. Trends before, during and after pregnancy in ten states *Am J Prev Med* 2003;24:29-35

Cooke, M., Mattick, R. & Walsh, R. (2001). «Differential uptake of a smoking cessation programme disseminated to doctors and midwives in antenatal clinics». *Addiction*, 96: 495-505.

Cooke, F., Bullen, C., Whittaker, R., McRobbie, H., Chen, M. & Walker, N. (2008). «Diagnostic accuracy of NicAlert cotinine test strips in saliva for verifying smoking status». *Nicotine Tobacco Respiratory*, 10: 607-612.

Counselling To Promote Non-smoking During Pregnancy and Postpartum - Guidelines and Recommendations Διαθέσιμο στο: http://www.famp.es/famp/programas/euroscip/textospdf/guide_irl.pdf (10/9/16)

Cnattingius, S. & Haglund, B. (1997). «Decreasing smoking prevalence during pregnancy in Sweden: the effect on small-for-gestational-age births». *American Journal of Public Health*, 87: 410-413.

Cnattingius, S. (2004). «The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes». *Nicotine and Tobacco Research*, 6(2): 125-140.

Crozier, S.R., Robinson, S.M. & Borland, S.E. (2009). «Do women change their health behaviours in pregnancy? Finding from the Southampton Women's Survey». *Paediatric Perinatal Epidemiology*, 23: 446-453. Dossey, M., Keegan, L., Guzzeta C., (1999). "Holistic nursing", New York, Aspen, 725-747.

DeFarias Aragao, V.M., Barbieri, M.A. & MouraDa Silva, A.A. (2005). «Risk Factors for intrauterine growth restriction: a comparison between two Brazilian cities». *Pediatric Respiratory*, 57: 674-679.

Denscombe, M. (2001). «Smoking cessation among young people». *Health Education Journal*, 60(3): 221-231.

DiClemente, CC. Prochaska, JO. Fairhurst, S. Velicer, WF, Rossi, JS. Velasquez, M. (1991). «Η διαδικασία της διακοπής του καπνίσματος: Η ανάλυση της λήψης απόφασης, περισυλλογή και στοχασμό /δράση». Εφημερίδα της Consulting και Κλινικής Ψυχολογίας, 59, 295-304

DiFranza, J.R. & Lew, R.A. (1995). «Effect of maternal cigarette smoking on pregnancy complications and sudden infant death syndrome». *Journal of Family Practice*, 40(4): 385-394.

Donner, A., Piaggio, G. & Villar, J. (1998). «Methodological considerations in the design of the WHO antenatal care randomized controlled trial». *Paediatric Perinatal Epidemiology*, 12(2): 59-74.

Donner, A. Klar, N. (2000). «Design and analysis of cluster randomization trials in Health Research, London: Arnold»

Dornelas, E.A., Magnavita, J. & Beazoglou, T. (2006). «Efficacy and cost-effectiveness of a clinic-based counselling intervention tested in an ethnically diverse sample of pregnant smokers». *Patient Education Counsellors*, 64: 342-349.

Dossey, M., Keegan, L. & Guzzetta, C. (1999). «Holistic nursing» (pp. 725-747). New York: Aspen.

Douglas, Z. & Jill, W. (2003). «Management of smoking in people with psychiatric disorders». *Current Opinion Psychiatry*, 16:305-315.

Dunkley J. Training (1997). «Midwives to help pregnant women stop smoking». *Nurse Times* 1997,93;64-66.

Dybing, E. & Sanner, T. (1999). «Passive smoking, sudden infant death syndrome (SIDS) and childhood infections». *Human Experimental Toxicology*, 18: 202-205.

Duncley, J. (2000). «Health promotion in midwifery practice» (pp. 108-124). London: Bailliere Tindall.

Ershoff DH et al (2004). «Helping pregnant women quit smoking: An overview. *Nikotine Tob Res*» 2004; 6: 101-105.

Einarson, A. & Riordan, S. (2009). «Smoking in pregnancy and lactation: a review of risks and cessation strategies». *European Journal of Clinical Pharmacology*, 65(4): 325-330.

England, L.J., Kendrick, J.S., Wilson, H.G. & Merritt, R.K. (2001). «Effects of smoking reduction during pregnancy on the birth weight of term infants». *American Journal of Epidemiology*, 154: 694-701.

Entzminger, L. (2015). «Time women invest in antenatal care at a public hospital in Buenos Aires, Argentina». Assessed on 5/8/15 at <http://www.iecs.org.ar/administracion/files>.

European Commission (2010). «Directorate general health and consumers. Special Eurobarometer 332/Wave 72.3-Tobacco». Διαθέσιμο στο: http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/ebs332_en.pdf. (12/8/16)

Ewles, L. & Simnett, I. (1999). «Promoting health» pp. 23-55 London: Bailliere Tindall.

Ewles, L & Simnett, L. (2011). «Προάγοντας την υγεία». Ένας πρακτικός οδηγός (επιστημονική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Μερακου Α. Κ, Μπαρμπούνη, Κ, Α.& Κουρέα - Κρεμαστινού Αθηνά Π. Χ. Πασχαλίδης Α.Ε.

Ferreira-Borgees C. (2005) «Effectiveness of a brief counselling and behavioural intervention for smoking cessation in pregnant women». *Prev Med* 41;295-302.

Figueras, F., Meler, E. & Eixarch, E. (2008). «Association of smoking during pregnancy and fetal growth restriction : subgroups of higher susceptibility». *European Journal of Obstetrics and Gynecology Reproductive Biology*, 138(2): 171-175.

Filippidis, F.T., Tzavara, C., Dimitrakaki, C. & Tountas, Y. (2011). «Compliance with a healthy lifestyle in a representative sample of the Greek population: Preliminary results of the Hellas Health I study». *Public Health*, 125(7): 436-441.

Filippidis, F.T., Vardavas, C.I., Loukopoulou, A., Behrakis, P., Connolly, G.N. & Tountas, Y. (2012). «Prevalence and determinants of tobacco use among adults in Greece: 4 year trends». *European Journal of Public Health*, 31.

Fiore M.C., Jaen CR, Baker TB, et al (2008 Update.). «Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline. Rockville MD: US». Department of Health and Human Services. A public Health Service Report. Διαθέσιμο στο: http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf (30/9/16)

Fiore, M.C., Bailey, W.C. & Cohen, S.J. (2000). «Treating tobacco use and dependence a Clinical practice Guideline U.S. Department of Health and Human Service». A Public Health Service Report. Διαθέσιμο στο <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treatingtobaccouse.pdf>. (15/5/16)

Gaysina, D., Fergusson, D.M., Lave, L.D., Horwood, J., Reiss, D. & Shaw, D.S. (2013). «Maternal smoking during pregnancy and offspring conduct problems: Evidence from 3 independent genetically sensitive research designs». *Journal of American Medicine Association Psychiatry*, 70(9): 956-963.

Gikas, A., Merkouris, P., Skliros, E. & Sotiropoulos, A. (2007). «Urban-rural differences in smoking prevalence in Greece». *European Journal of Public Health*, 17(4): 402.

Gielen AC, Windsor R, Gaden RR, O'Campo P, Repke J, Davis M. (1997) «Evaluation of a smoking cessation intervention for pregnant women in an urban prenatal Clinic». *Health Educ Res*, 12(Suppl.2) :247-254.

Greaves L, Barr V. (2000) «Filtered policy: Women and tobacco in Canada, BC Centre of Excellence for Woman's Health Manitoba, Canada» Διαθέσιμο στο: <http://www.cwhn.ca/cewhp-pcesf/filtered-policy/summary.html> (20/9/16)

Giglia, R.C., Binns, C.W., Alfonso, H.S. & Zhao, Y. (2007). «Which mothers smoke before, during and after pregnancy?» *Public Health*, 121(12): 942-949.

Goedhart, G., van der Wal, M.F., Guijpers, P. & Bonsel, G.J. (2009). «Psychosocial problems and continued smoking during pregnancy». *Addictive Behavior*, 34(4): 403-406.

Grange, G., Vayssiere, C. & Borgne, A. (2005) «Description of tobacco addiction in pregnant women». *European Journal of Gynecology Reproductive Biology*, 120: 146-151.

Hammoud, A.O., Bojold, E., Sorokin, Y., Schild, C., Krapp, M. & Baumann, P. (2005). «Smoking in pregnancy revisited: Findings from a large population-based study». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(6) 1856-1863.

Hajek, P., West, R., Lee, A. (2001). «Randomized controlled trial of a midwife-delivered brief smoking cessation intervention in pregnancy». *Addiction* 96: 485-494.

Handel, G., Hannover, W., Roske, K., Thyrian, J.R., Rumpf, H.J. & Fusch, C. (2009). «Intention to change smoking in pregnant and postpartum women according to number of pregnancies». *European Journal of Public Health*, 19(2): 218-221.

Hannover, W., Thyrian, J.R., Ebner, A., Roske, K., Grempler, J. & Kuhl, R. (2008). «Smoking during pregnancy and postpartum: smoking rates and intention to quit smoking or resume after pregnancy». *Journal of Women's Health*, 17(4): 631-640.

Health Education Authority (1999). «Action on smoking and pregnancy». London: Information Pack.

Hecht, S.S., Carmella, S.G., Chen, M., Dor Koch, J.F., Miller, A.T. & Murphy, S.E. (1999). «Quantitation of urinary metabolites of a tobacco-specific lung carcinogen after smoking cessation». *Cancer Respiratory*, 59: 590-596.

Hegaard, H. Hjaergaad, H. Moller, L. Et al(2003). «Multimodel intervention raises smoking cessation rate during pregnancy». *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 82: 813-819

Heil, S.H., Higgins, S.t. & Bernstein, L.M. (2008). «Effects of voucher-based incentives on abstinence from cigarette smoking and fetal growth among pregnant women». *Addiction*, 103: 1009-1018.

Hovell, MF et al (2002). «The Behavioral Ecological Model: Integrating Public Health and Behavioral Science. In R.J. Diclemente, R.A. Crosby & M.C. Kegler, Emerging theories in health promotion practice and research» (p.p. 347-385) San Francisco, Jossey-Bass: A Wiley Company.

Heil, S.H., Herrmann, E.S., Badger, G.J., Solomon, L.J., Bernstein, I.M. & Higgins, S.T. (2014). «Examining the timing of changes in cigarette smoking upon learning of pregnancy». *Preventive Medicine*, 68: 58-61.

Herrmann, M., King, K. & Weitzman, M. (2008). «Prenatal tobacco smoke and postnatal secondhand smoke exposure and child neurodevelopment». *Current Opinion Pediatrics*, 20(2): 184-190.

Higgins, S.T., Heil, S.H. & Solomon, L. (2004). «A pilot study on voucher-based incentives to promote abstinence from cigarette smoking during pregnancy and postpartum». *Nicotine Tobacco Respiratory*, 6: 1015-1020.

Higgins, S.T., Heil, S.H., Dumeer, A.M., Thomas, C.S., Solomon, L.J. & Bernstein, I.M. (2006). «Smoking status in the initial weeks of quitting as a predictor of smoking-cessation outcomes in pregnant women». *Drug Alcohol Dependence*, 85: 138-141.

Higgins, S.T., Heil, S.H., Badger, G.J., Skelly, J.M., Solomon, L.J. & Bernstein, L.M. (2009). «Educational disadvantage and cigarette smoking during pragnancy. *Drug Alcohol Dependence*, 104(S1): 100-105.

Higgins, T.M., Higgins, S.T. & Heil, S.H. (2010). «Effects of cigarette smoking cessation on breastfeeding duration». *Nicotine and Tobacco Research*, 12(5): 483-488.

Horta, B.L., Victora, C.G. & Menezes, A.M. (1997). «Low birthweight, preterm births and intrauterine growth retardation in relation to maternal smoking». *Paediatrics Perinatal Epidemiology*, 11: 140-151.

Horta, B.L., Kramer, M.S. & Platt, R.W. (2001). «Maternal smoking and the risk of early weaning: a meta-analysis». *American Journal of Public Health*, 91(2): 304-307.

Hoyert, D.L., Mathews, T.J. & Menacker, F. (2006). «Annual summary of vital statistics: 2004». *Pediatrics*, 117: 168-183.

Huisman, M., Kunst, A.E. & Mackenbach, J.P. (2005). «Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries». *Tobacco Control*, 14(2): 106-113.

International Agency for Research on Cancer (1986). «Monographs on the evaluation of the carcinogenic risks to humans: Tobacco smoking». Lyon: International Agency for Research on Cancer.

Janis, I.L. Mann, L. (1977). «Decision making: a psychological analysis of conflict choice and commitment». New York: Collier Macmillan.

Johansson, A.L., Dickman, P.W., Kramer, M.S. & Cnattingius, S. (2009). «Maternal smoking and infant mortality: does quitting smoking reduce the risk of infant death» *Epidemiology*, 20(4): 590-597.

John, E.M., Savitz, D.A. & Sandler, D.P. (1991). «Prenatal exposure to parents' smoking and childhood cancer». *American Journal of Epidemiology*, 133: 123-132.

Kaneita, Y., Tomofumi, S. & Takemura, S. (2007). «Prevalence of smoking and associated factors among pregnant women in Japan». *Preventive Medicine*, 45(1): 15-20.

Karmaus, W., Dobai, A.L., Ogbuanu, I., Arsard, S.H., Matthews, S. & Ewart, S. (2008). «Long-term effects of breastfeeding, maternal smoking during pregnancy, and recurrent lower respiratory tract infections on asthma in children». *Journal of Asthma*, 45(8): 688-695.

Katz, J., Peberdy, A. & Douglas, J. (2000). «Promoting health pp. 80-94. London: Palgrave.

Kadushin, A. & Kadushin, G. (1997). «The Social Work interview – A Guide for human service professionals». New York: Columbia University Press.

Kenford, S.L., Fiore, M.C., Jorenby, D.E., Smith, S.S., Wetter, D. & Baker, T.B. (1994). «Predicting smoking cessation. Who will quit with and without the nicotine patch». *Journal of American Medical Association*, 271: 589-594.

Kerr, J. (2002). «Community health promotion» (pp. 51-64). London: Bailliere Tindall.

Kestler, E. (1993). «Wanted: better care for pregnant women». *World Health Forum*, 14(4): 356-359.

Kost, K., Landry, D.J. & Darroch, J.E. (1998). «Predicting maternal behaviors during pregnancy: does intention status matter». *Family Planning Perspect*, 30: 79-88.

Kucience, R. & Dulskiene, V. (2008). «Selected environmental risk factors and congenital heart defects». *Medicina Kaunas*, 44(11): 827-832.

Kyrklund-Blomberg, N.B., Granath, F. & Cnattingius, S. (2005). «Maternal smoking and causes of very preterm birth». *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84: 572-577.

Lancaster T, Stead L; «Self-help interventions for smoking cessation, Cochrane». *Syst Rev* 2005; Issue 3:CD00 1118.

Lawrence, T. Aveyard, P. Evans, O, Cheng, KK (2003). «A cluster randomised controlled trial of smoking cessation in pregnant women comparing interventions based on the transtheoretical (stages of change) model to standard care». *Tobacco Control* 12:168-177

Liebmann-Smith, J. (2006). «Women and smoking. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18(5): 221-227.

Lindley, A.A., Becker, S., Gray, R.H. & Herman, A.A. (2000). «Effect of continuing or stopping smoking during pregnancy on infant birth weight, crown-heel length, head circumference, ponderal index, and brain: body weight ratio». *American Journal of Epidemiology*, 152(3): 219-225.

Little, J., Cardy, A., Arslan, M.T., Gilmour, M. & Mossey, P.A. (2004). «Smoking and orofacial clefts: a United Kingdom-based case-control study». *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 41: 381-386.

Lowe, C. «Effect of mother's smoking habits on birth weight of their children». *BMJ* 1959; 2:673-676.

Lotfipour, S., Ferguson, E., Leonard, G., Miettunen, J., Perron, M. & Pike, G.B. (2014). «Maternal cigarette smoking during pregnancy predicts drug use via externalizing behavior in two community-based samples of adolescents» (*Addiction*, Epub ahead of print).

Loukopoulou, A. N., Vardavas, C. I., Farmakides, G., Rossolymos, C., Chrelias, C., Tzatzarakis, M. N., ... & Behrakis, P. K. (2011). Design and study protocol of the maternal smoking cessation during pregnancy study, (M-SCOPE). *BMC public health*, 11(1), 1.

Lumley J. Chamberlain C., Dowswell T., et al (2009). «Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy». *The Cochrane Library* 3; John Wiley & Sons Ltd Chichester, UK.

Lumley J. Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. (2004). «Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy». *Cochrane Database Syst Rev* 18:4 CD001055. Review. John Wiley & Sons, Chichester, UK.

MacDonald, T. (1998). «Rethinking health promotion" (pp. 146-159). London: Routledge.

Martinez, A. Partridge, J.C. Bean, X. Tausch, H.W. (1998). «Prenatal substance abuse. In : Tausch H.W. and Ballard eds. *Avery's Diseases of the newborn*». 7th ed. Philadelphia: W.B. Saunders 103-118.

Magee, S.R., Bublitz, M.H., Orazine, C., Brush, B., Salisbury, A. & Niaura, R. (2014). «The relationship between maternal-fetal attachment and cigarette smoking over pregnancy». *Maternal and Child Health Journal*, 18(4): 1017-1022.

Magnani, C., Pastore, G., Luzzatto, L. & Terracini, B. (1990). «Parental occupation and other environmental factors in the etiology of leukemias and non-Hodgkin's lymphomas in childhood: a case-control study». *Tumori*, 76: 413-419.

Malik, S., Cleves, M.A. & Honein, M.A. (2008). «Maternal smoking and congenital heart defects». *Pediatrics*, 121: 810-816.

Marcus, B.H. Rakowski, W. Rossi, J.S. (1992). «Assessing motivational readiness and decision-making for exercise. *Health Psychology*». *Health Psychology*, 11. 257-261.

Marcus, B.H. Rossi, J.S. Selby, V.C. Niaura, R.S. Abrams, D.B. (1992). «The stage and processes of exercise adoption and maintenance in a worksite sample». *Health Psychology*, 11. 386-395”.

Mamelle, N., Boniol, M. & Riviere, O. (2006). «Identification of newborns with fetal growth restriction (FGR) in weight and/or length based on constitutional growth potential». *European Journal of Pediatrics*, 165(10): 717-725.

Manual de capacitación del equipo de salud (2008). «Tratamiento de la adicción al tabaco». CD: programa nacional de Control del Tabaco. Ministerio de Salud de la Nación.

Marks, D., Murray, M., Evans, B. & Willig, C. (2000). «Health psychology» (173-201). London: Sage.

Meberg, A., Sande, H. & Foss, O.P. (1979). «Smoking during pregnancy – Effects on the fetus and on thiocyanate levels in mother and baby». *Acta Paediatrica Scandinavica*, 68: 547-552.

Melvin, C., Dolan-Mullen, P., Windsor, R., Pennington Whiteside, H.J. & Goldenberg, R. (2000). «Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke: a review of the evidence». *Tobacco Control*, 9: 80-84.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991). «Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour». New York: Guilford Press.

Michael C. Fiore et al. (2008). «Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update U.S.» Department of Health and Human Services Public Health Service Διαθέσιμο στο: <http://bphc.hrsa.gov/buckets/treatingtobacco.pdf> (3/9/16)

Mucci, L.A., Granath, F. & Cnattingius, S. (2004). «Maternal smoking and childhood leukemia and lymphoma risk among 1.440.542 Swedish children». *Cancer Epidemiology Biomarkers Preventive*, 13: 1528-1533.

Murin, S., Rafii, R. & Bilello, K. (2011). «Smoking and smoking cessation in pregnancy». *Clinics in Chest Medicine*, 32(1): 75-91.

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: Finding from the ITC Korea survey». *Journal of Epidemiology/Japan Epidemiological Association*, 22(1): 21-27.

Nagelhout, G.E., de Korte-de boer, D., Kunst, A.E., van de Meer, R.M., de Vries, H. & van Gelder, B.M. (2012). «Trends in socioeconomic inequalities in smoking prevalence, consumption, initiation, and cessation between 2001 and 2008 in the Netherlands. Findings from a national population survey». *British Medical Council of Public Health*, 12:33.

Naidoo, J. & Wills, J. (1994). «Health promotion» (pp. 83-100). London: Bailliere Tindall.

Naidoo, J. & Wills, J. (2001). «Health promotion» (p. 223). London: Bailliere Tindall.

Nazarroff, W.W. & Singer, B.C. (2004). «Inhalation of hazardous air pollutants from environmental tobacco smoke in US residences». *Journal of Exposure Anal Environmental Epidemiology*, 15: 71-77.

Nettleman, M.D., Brewer, J. & Stafford, M. (2010). «Scheduling the first prenatal care visit: office-based delays». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 203: 1-3.

Oncken C, Dornelas E, Greene J, et al. (2008). «Nicotine Gum for Pregnant Smokers A Randomized Controlled Trial». *Obstetrics and Gynecology*, 112:859-867.

Ockene, J., Ma, Y., Zapka, J., Pbert, L., Valentine Goins, K. & Stoddard, A. (2002). «Spontaneous cessation of smoking and alcohol use among low-income pregnant women». *American Journal of Preventive Medicine*, 23(3): 150-159.

Owen, N. et al., (2004). «Understanding environmental influences on walking: Review and research agenda». *American Journal of Preventive Medicine* 27: 67-76, 2004.

Organization for Economic Co-Operation and Development. Health at a Glance 2007; OECD indicators Διαθέσιμο στο: http://www.Oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2007_health_glance_2007-en (13/9/16)

Pang, D., McNally, R. & Birch, J.M. (2003). «Parental smoking and childhood cancer: results from the United Kingdom Childhood Cancer Study». *British Journal of Cancer*, 88: 373-381.

Papaioannou, A., Patelarou, E., Chatzi, L., Koutis, A., Kafatos, A. & Kogevinas, M. (2008). «Use of healthcare services and risk factors among pregnant women in Crete». *Brief Communications*, 254-255.

Parahoo K. Et al (1997). «Nursing Research, Principles, Process and Issues» Mackmillan, Houndmills, New York.

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2002). «Health promotion in nursing» (pp. 33-58). London: Prentice Hall.

Pichini, S. & Garcia-Algar, O. (2006). «In Utero exposure to smoking and newborn neurobehavior: how to assess neonatal withdrawal syndrome» *Therapy Drug Monit*, 28: 288-290.

Pirie, P.L., Lando, H., Curry, S.J., McBride, C.M. & Grothaus, L.C. (2000). «Tobacco, alcohol and caffeine use and cessation in early pregnancy». *American Journal of Preventive Medicine*, 18: 54-61.

Pitsavos, C., Panagiotakos, D.B., Chrysohoou, C. & Stefanidis, C. (2003). «Epidemiology of cardiovascular risk factors in Greece: Aims, design and baseline characteristics of the ATTICA study». *British Medical Council Public Health*, 3: 32.

Pollak, K.I., Oncken, C.A. & Lipkus, I.M. (2007). «Nicotine replacement and behavioural therapy for smoking cessation in pregnancy». *American Journal of Preventive Medicine*, 33: 297-305.

Public Health Service (2000) «Treating tobacco use and dependence clinical practice guideline. Rockville [MD]: US Department of Health and Human» Services.

Prochaska, J.O., Redding, C.A. & Evers, K.E. (2008). «The transtheoretical model and stages of change». In K. Glanz, B.K. Rimer & K. Viswanath (eds), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice* (4th ed), (pp 97-117). San Francisco: Jossey-Bass, John Wiley & Sons.

Prochaska, J.O., DiClemente, CC, & Norcross, JC. (1992). «In search of how people change. Applications to addictive Behaviors». *Am Psychol*. 47 (9), 1102-1114.

Prochaska JO, Norcross JK, DiClemente CC (1994). «Changing for Good. William Marrow and Company. New York.

Prochaska, J.O., Velicer, W.F., DiClemente, C.C., & Fava, J.L. (1988). «Measuring the processes of change: Applications to the cessation of smoking». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528.

Raatikainen, K., Huurinainen, P. & Heinonen, S. (2007). «Smoking in early gestation or through pregnancy: a decision crucial to pregnancy outcome». *Preventive Medicine*, 44(1): 59-63.

Ratner, P.A., Johnson, J.L. & Bottorff, J.L. (1999). «Smoking relapse and early weaning among postpartum women: is there an association» *Birth*, 26(2): 76-82.

Rigotti, N.A., Park, E.R. & Regan, S. (2006). «Efficacy of telephone counselling for pregnant smokers: a randomized controlled trial». *Obstetrics and Gynecology*, 108: 83-92.

Rudant, J., Menegaux, F., Leverger, G., Baruchel, A., Lambilliotte, A., Bertrand, Y., Patte, C., Pacquement, H., Verite, C., Robert, A., Michel, G. & Margueritte, G. (2008). «Childhood hematopoietic malignancies and parental use of tobacco and alcohol : the ESCALE study (SFCE)». *Cancer Causes Control*, 19: 1277-1290.

Saelens, Be et al., (2003). «Neighbourhood-based differences in physical activity: An environment scale evaluation». *American Journal of Public Health* 93: 1552-1558, 2003.

Salihu, H.M. & Wilson, R.E. (2007). «Epidemiology of prenatal smoking and perinatal outcomes». *Early Human Development*, 83(11): 713-720.

Schoretsaniti, S., Filippidis, F.T., Vardavas, C.I., Dimitrakaki, C., Behrakis, P., Connolly, G.N. & Tountas, Y. (2014). «5-Year trends in the intention to quit smoking amidst the economic crisis and after recently implemented tobacco control measures in Greece». *Addictive Behaviors*, 39: 140-145.

Schuz, J., Kaatsch, P. & Kaletsch, U. (1999). «Association of childhood cancer with factors related to pregnancy and birth». *International Journal of Epidemiology*, 28: 631-639.

Sexton M. et al (1984). «A clinical trial of change in maternal smoking and its effect on birth weight». *JAMA* 251:911-5.

Sichletidis, L.T., Chloros, D., Tsiotsios, I., Kottakis, I., Kaiafa, O., Kaouri, S., Karamanlidis, A., Kalkanis, D. & Posporelis, S. (2006). «High prevalence of smoking in Northern Greece». *Primary Care Respiratory Journal*, 15: 92-97.

Smoking cessation in pregnancy (2015). «Supporting NICE public health smoking cessation services». Guidance 10. National Institute for Health and Clinical Excellence. Διαθέσιμο στο: <http://www.nice.org.uk/PH1> (13/5/16)

Smoking: processes of change (short form) Διαθέσιμο στο: <http://web.uri.edu/cprc/smoking-processes-of-change-short-form> (14/5/16)

Solomon, L.J. & Quinn, V.P. (2004). «Spontaneous quitting: self-initiated smoking cessation in early pregnancy». *Nicotine Tobacco Respiratory*, 6(2): 203-216.

Solomon LJ et al (2004). «Spontaneous quitting: Self-initiated smoking cessation in early pregnancy». *Nicotine Tob Res* 6:S 203-S216

Solvic, P. (2001). «Smoking» (pp. 51-63). London: Sage.

Sorahan, T., Prior, P., Lancashire, R.J., Faux, S.P., Hulten, M.A., Peck, I.M. & Stewart, A.M. (1997). «Childhood cancer and parental use of tobacco: deaths from 1971 to 1976». *British Journal of Cancer*, 76: 1525-1531.

Sorensen, G., Allen, J.D., Adamkiewicz, G., Yang, M., Tamers, S.L. & Stoddard, A.M. (2013). «Intention to quit smoking and concerns about household environment risks: Findings from the Health in Common study in low-income housing». *Cancer Causes & Control*, 24(4): 805-811.

Sosa-Estani, S., Gamboa-Leon, M.R., del Cid-Lemus, J., Althabe, F., Alger, J., Almendares, O., Cafferata, M.L., Chippaux, J.P., Dumonteil, E., Gibbons, L., Padilla-Raygoza, N., Schneider, D., Belizan, J.M. & Buekens, P. (2008). «Short report: Use of a rapid test on umbilical cord blood to screen for *Trypanosoma cruzi* infection in pregnant women in Argentina, Bolivia, Honduras and Mexico». *American Journal of Tropical Medical Hygiene*, 79(5): 755-759.

Sotiropoulos, A., Gikas, A., Spanou, E., Dimitrellos, D., Karakostas, F. & Skliros, E. (2007). «Smoking habits and associated factors among Greek physicians». *Public Health*, 121(5): 333-340.

Stavrou, E.P., Baker, D.F. & Bishop, J.F. (2009). «Maternal smoking during pregnancy and childhood cancer in New South Wales: a record linkage investigation». *Cancer Causes Control*, 20: 1551-1558.

Steptoe, A., Wardle, J., Cui, W., Baha, A., Glass, K., Tezler, C., Tsuda, A. & Vinck, J. (2002). «An international comparison for tobacco smoking, beliefs and risk awareness in university students from 23 countries». *Addiction*, 97: 1561-1571.

Stroud, L.R., Paster, R.L., Papandonatos, G.D., Niaura, R., Salisbury, A.L. & Battle, C. (2009). «Maternal smoking during pregnancy and newborn neurobehavior: effects at 10 to 27 days». *Journal of Pediatrics*, 154(1): 10-16.

Simpson, W.J.A (1957). «Preliminary report of cigarette smoking and the incidence of prematurity». *Am J Obstet Gynecol* 73: 808-815.

Spence JC et al (2003). «Toward a comprehensive model of physical activity». *Psychology of Sport and Exercise* 4: 7-24.

Sutton, S. (2008). «How does the health action process approach bridge the intention behaviour gap? An examination of the model's casual structure». *Applied psychology" an international review*, 57(1): 66-74.

Suzuki, K., Tanaka, T. & Kondo, N. (2008). «Is maternal smoking during early pregnancy a risk factor for all low birth weight infants» *Journal of Epidemiology*, 8(3): 89-96.

- Tikkanen, M., Nuutila, M., Hiilesmaa, V., Paavonen, J. & Ylikorkala, O. (2006). «Pregnancy risk factors for placental abruption». *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85: 40-44.

Tones, K. & Tilford, S. (2001). «*Health promotion*» (pp. 74-148). London: Nelson Thornes.

Vardavas, C.I. & Kafatos, A.G. (2006). «Smoking policy and prevalence in Greece: an overview». *European Journal of Public Health*, 17(2): 211-213.

Vardavas, C.I., Patelarou, E., Chatzi, L., Roumeliotaki, T., Sarri, K., Murphy, S., Koutis, A., Kafatos, A.G. & Kogevinas, M. (2010). «Factors associated with active smoking, quitting, and secondhand smoke exposure among pregnant women in Greece». *Journal of Epidemiology*, 20(5): 355-362.

Valliser, WF, Fava, JL. Prochaska, JO. Abrams, DB. Emmons, KM. Pierce, J (1995). «Κατανομή των καπνιστών από το στάδιο σε τρία αντιπροσωπευτικά δείγματα ». *Προληπτική Ιατρικής*, 24, 401-411

Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Brandenburg, N. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of personality and social psychology*, 48(5), 1279.

Viljoen, J.E. & Odendaal, H.J. (2005). «Smoking in pregnancy – what does my patient know» *South Africa Medical Journal*, 95: 308-310.

Ukoumunne, O.C. & Thompson, S.G. (2001). «Analysis of cluster randomized trials with repeated cross-sectional binary measurements». *Statistical Medicine*, 20(3): 417-433.

JAMA (2000) «A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence|» A US Public Health Service report 263: 3244-54.

U.S. Department of Health and Human Services (2015). «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. Διαθέσιμο στο: <http://www.surgeongeneral.gov/library/tobaccosmokie/report/fullreport.pdf> (5/8/15)

- U.S. Department of Health and Human Services: «The Health Benefits of Smoking Cessation.

A report of the Surgeon General. Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health». Atlanta; Georgia, 1990
Διαθέσιμο στο : <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBCT.pdf> (7/8/16)

Walsh, RA. Rendam, S. Brinsmead, MW, et al (1997). «A smoking cessation program at a public antenatal clinic». *Am J. Public Health* 87: 1201-4

West, R. (2004). «Assessment of dependence and motivation to stop smoking». *British Medical Journal*, 328: 338-339.

Whent, H. (1994). «Smoking and pregnancy guidance for purchasers and providers». Great Britain, London: Health Education Authority.

Wisborg K. Henriksen TB, Jespersen I.B. Secher NJ. (2000) «Nicotine patches for pregnant smokers. A randomized controlled study». *Bull World Health Organ* 2000, 96 (Suppl 6): 967-971

Windsor R. A. (1985). «Pregnant woman's guide to quit smoking». Society for Public HEALTH Education, Washington, 5

Windsor RA, Woodby I. Miller T, Hardin J, Crawford M, DiClemente CC, (2000). «Effectiveness of agency for health care policy and research clinical practice guideline and patient education methods for pregnant smokers in Medicaid maternity care». *Am J. Obstetrics and Gynecology*

Windham, G.C., Hopkins, B., Fenster, L. & Swan, S.J. (2000). «Prenatal active or passive tobacco smoke exposure and the risk of preterm delivery or low birth weight». *Epidemiology*, 11: 427-433.

Woods, L.M., Rachet, B. & Coleman. M.P. (2006). «Origins of socio-economic inequalities in cancer survival: A review. *Annals of Oncology*». *Official Journal of the European Society for Medical Oncology/ESMO*, 17(1): 5-19.

Wyszynski, D.F., Duffy, D.L. & Beaty, T.J. (1997). «Maternal cigarette smoking and oral clefts: a meta-analysis». *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 34: 206-210.

World Health Organization. WHO European Strategy for smoking Cessation Policy 2004, European Tobacco Control Policy Series No. 1 World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen Διαθέσιμο στο: <http://www.euro.who.int> (12/8/16)

Yudkin, P.L., Jones, L., Lancaster, T. & Fowler, G.H. (1996). «Which smokers are helped to give up smoking using transdermal nicotine patches? Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial». *British Journal of General practice*, 46: 145-148.

Zdravkovic, T., Genbacev, O., McMaster, M.T. & Fisher, S.J. (2005). «The adverse effects of maternal smoking on the human placenta: a review». *Placenta*, 26: 81-86.

Zhang, K. & Wang, X. (2013). «Maternal smoking and increased risk of sudden infant death syndrome: A meta-analysis». *Legal Medicine*, 15(3): 115-121.

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

Αλεξόπουλος, Δ.Σ. (2011). «Ψυχομετρία». Αθήνα: Εκδόσεις, Πεδίο.

Δαφέρμος, Β. (2005). *Κοινωνική στατιστική με το SPSS*. Αθήνα: Ζήτη.

Ευαγγελοπούλου, Β., Λουκοπούλου, Α., (2014). «Οδηγός αυτοβοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη». Αθήνα.

«Ευρωπαϊκή Δράση για την διακοπή του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη. Συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης» Διαθέσιμο στο: http://www.famp.es/famp/programas/euroscip/textospdf/greek_1.pdf Πρόσβαση 30/9/16

Θανάση, Η., Σουλτάνη, Κ. & Τζαφέρη, Σ. (2008). *Αλκοόλ, κάπνισμα και καφεΐνη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης*. Πτυχιακή εργασία. Σητεία: Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολόγιας - Κατσουγιαννοπούλου Β.[2001]. [2^η εκδ.] Υγιεινή και Κοινωνική Ιατρική. Τόμος Πρώτος Υγιεινή Αθήνα Αδελφών Κυριακίδη Α.Ε.

Λουκοπούλου, Α., Ευαγγελοπούλου, Β. & Μπεχράκης, Π. (2011). «Κάπνισμα και κύηση». *Πνεύμων*, 23(2): 153-167.

Σταλίκας, Α. (2011). «Μέθοδοι έρευνας στην Κλινική Ψυχολογία». Ψυχολογία. Αθήνα. Εκδόσεις: Τόπος.

Τζεναλής, Α. & Σωτηριάδου, Χ. (2010). «Αγωγή υγείας κατά του καπνίσματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης». *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 9(1): 5-20.

Τούντας Γ. (2002). Πολιτική υγείας . Εκδόσεις: Οδυσσέας/ Νέα Υγεία.Αθήνα

Τούντας Γ.(2000). « Κοινωνία και Υγεία» .Εκδόσεις: Οδυσσεας/Νέα Υγεία Αθήνα

Τούντας Γ. (2010). «Η ολιστική αντίληψη για την Υγεία». *Ελευθεροτυπία*, 13 Αυγούστου 2010.

Τουντας Γ (2004). «Ολυμπιακό ιδεώδες και προαγωγή Υγείας». *Αρχείο Ελληνικής Ιατρικής* 21 (4)317-319

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ

- Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία

<http://www.addgr.com/org/hc>

- Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας

<http://www.elikar.gr>

- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

<http://www.who.ch>

- American Dental Association

<http://www.ada.org>

Lifesaver

<http://www.lifesaver.co.uk>

Υποστήριξη και κίνητρα που χρειάζονται οι καπνιστές για να σταματήσουν.

- The Quit Guide to Stopping Smoking

<http://healthnet.org.uk/quit/guide.htm>

Συμβουλές και πρακτικές οδηγίες για να σταματήσει κανείς το κάπνισμα.

- Quit now

<http://quitnow.info.au>

Συμβουλές και πληροφορίες για διακοπή.

- How to Quit smoking

<http://www.cdc.gov/nccdphp/osh/tobacco.ht>

ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΓΡΑΦΕΙΩΝ

- **Ελληνική Εταιρία Προαγωγής και Αγωγή Υγείας**

Αλεξάνδρουπόλεως 25, 11527 Αθήνα

Τηλ. 7482015

Φαξ: 7485872

e-mail: ispm@compulink.gr

☐ **Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία**

A. Τσόχα 18-20, 11521 Αθήνα

Τηλ. 69456713-5

Φαξ: 6410011

e-mail: hellas-cancer@ath.forthnet.gr

☐ **Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας**

Βασ. Σοφίας 133, 11521 Αθήνα

Τηλ. 6401477-6450118

e-mail: elika@elika.gr

☐ **Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρία**

A. Τσόχα 18-20, 11521 Αθήνα

Τηλ. 6456713-5

Φαξ: 6410011

☐ **Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρία**

Μεσογείων 152, Αθήνα

Τηλ. 7487723

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β- ΟΔΗΓΟΣ

***ΟΔΗΓΟΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗΣ ΣΥΝΗΘΕΙΑΣ ΣΤΗ
ΚΥΗΣΗ***



*Το ωραιότερο
δύρο της ζωής!*

ΜΠΙΣΣΑ ΜΑΡΙΑ

ΒΟΛΟΣ 2016

ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΤΑ ΚΑΤΑΦΕΡΕΤΕ!!!

Η εγκυμοσύνη, είναι από τα σημαντικότερα γεγονότα στη ζωή της γυναίκας και στη ζωή της οικογένειας. Είναι η χαρά μιας καινούργιας ζωής. Αυτό το μωρό λοιπόν αξίζει να νοιώσει τη χαρά μας και την αγάπη μας. Ο οδηγός που κρατάτε στα χέρια σας περιέχει χρήσιμες συμβουλές για να σταματήσετε το κάπνισμα και πως θα δημιουργήσετε συνθήκες για ήρεμο ερχομό του μωρού σας χωρίς περιγεννητικούς κινδύνους, καλύτερο βάρος, καλύτερη καρδιακή λειτουργία, καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία. Παρουσιάζονται λύσεις και απαντήσεις για πολλά προβλήματα που μπορεί ν' αντιμετωπίσετε στην προσπάθειά σας να σταματήσετε το κάπνισμα, καθώς και όλες τις βλαβερές συνέπειες στην υγεία του μωρού σας.

Όσα περιέχονται στον οδηγό αυτό έχω βοηθήσει πολλές έγκυες καπνίστριες σ' όλο τον κόσμο να διακόψουν το κάπνισμα.

Μην χάνεται το θάρρος σας. Κανείς δεν τα κατάφερε με την πρώτη φορά, μην κάνετε πίσω.

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΚΟΤΩΝΕΙ

1. ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ ΝΑ ΔΙΑΚΟΨΕΤΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ; (ΣΚΕΨΗ)

1.1. Ο καπνός περιέχει 7.600 χημικές ουσίες (Νικοτίνη μονοξείδιο – άνθρακας), οι οποίες 70 έχουν επιβεβαιωθεί ότι είναι καρκινογόνες. Επομένως, όταν καπνίζεις καπνίζει και το έμβryo μέσα στο πλακούντα.

Συγκεκριμένα, η καπνιστική συνήθεια κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι η σημαντικότερη αιτία για τη δημιουργία επιπλοκών στην κύηση όπως, περιγεννητική θνησιμότητα, πρόωρος τοκετός, χαμηλό βάρος γέννησης, αιφνίδιος θάνατος του βρέφους. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η επίδραση του καπνίσματος της μητέρας κατά τη κύηση στην εμφάνιση συγγενών ανωμαλιών, αυτισμού. Επιπλέον μεγαλώνοντας και τα παιδιά ακολουθούν διάφορα προβλήματα αναπνευστικά π.χ. άσθμα, βρογχικά, καρδιαγγειακά (αυξημένη αρτηριακή πίεση) διαταραχή συμπεριφοράς, υπερκινητικότητα κ.α



1.2. Οφέλη από τη διακοπή καπνίσματος κατά τη κύηση στο μωρό και στη μητέρα



α) Οφέλη για το έμβρυο

- Επιστροφή στο σπίτι ενός υγιές μωρού χωρίς να παραμείνει για νοσηλεία σε μονάδα εντατικής θεραπείας.
- Μείωση περιγεννητικής θνησιμότητας και νοσηρότητας.
- Μείωση πρόωρου τοκετού.
- Μείωση χαμηλού βάρους γέννησης.
- Πάσχουν λιγότερο από χρόνια νοσήματα.
- Έχουν λιγότερες μαθησιακές δυσμενείες.

β) Οφέλη για τη μητέρα.

- Καλύτερη έκβαση τοκετού.
- Μείωση πιθανότητας για χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις, καρδιοπάθειες, καρκίνο μήτρας, πρόωρη εμμηνόπαυση.
- Αποταμίευση χρημάτων που ξοδεύει για τσιγάρα.
- Υπερήφανη για την απόφαση που πήρε να κόψει το κάπνισμα αφού έκανε αυτό που έπρεπε για το μωρό της και την ίδια.

γ) Επιπλέον πρέπει να σκεφτείτε ποιες ερωτήσεις σας προβληματίζουν



- *Θα παχύνω αν κόψω το κάπνισμα; Μύθος.*

Το βάρος κατά την εγκυμοσύνη μετράται και ελέγχεται η διατροφή άρα τώρα είναι η κατάλληλη στιγμή να διακόψετε το κάπνισμα καθώς το βάρος που θα πάρετε δεν είναι τόσο φοβερό όσο οι κίνδυνοι από τη συνέχιση του καπνίσματος.

- *Γιατί πρέπει να διακόψω τελείως το κάπνισμα και να μην το μειώσω αρκετά;*

Άμεσα είναι τα οφέλη από τη διακοπή καπνίσματος στην εγκυμοσύνη όσον αφορά το βάρος γέννησης του μωρού διότι η μείωση του αριθμού τσιγάρων δεν παρουσιάζει καμία αύξηση στο βάρος γέννησης του μωρού.

- *Ποια είναι η κατάλληλη στιγμή να διακόψω το κάπνισμα;*

Αν έχουμε διακοπή του καπνίσματος στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τα νεογνά που θα γεννηθούν θα έχουν το ίδιο βάρος με εκείνα των οποίων οι μητέρες δεν κάπνισαν ποτέ . Ποτέ δεν είναι αργά να διακόψει κανείς το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη διότι τα οφέλη είναι πάρα πολλά που αποκομίζει, από ότι η συνέχιση του καπνίσματος.

2. ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΖΟΜΑΙ ΝΑ ΔΙΑΚΟΨΩ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

2.1. *Σκεφτείτε για ποιους λόγους θέλετε να διακόψετε το κάπνισμα και σημειώστε ώστε όταν είστε έτοιμη για τη διακοπή να τους θυμάστε (π.χ. για να μη γεννηθεί το μωρό μου με χαμηλό βάρος.*

-
-
-
-

2.2. *Σκεφτείτε πότε θεωρείται περισσότερο την ανάγκη για κάπνισμα και με ποιες συνήθειες το συνδέεται (π.χ. με το καφέ, όταν ενοχλείστε με κάτι ή κάποιον) αυτό θα σας βοηθήσει ώστε να κάνετε κάτι άλλο εκείνη τη στιγμή που δεν θα καπνίζετε.*

-
-
-

➤

2.3. Απασχολείστε το στόμα σας και τα χέρια σας.

- Όταν νοιώσετε την ανάγκη να καπνίσετε μην το κάνετε, μασήστε μια τσίγλα, φάτε μια καραμέλα ή ένα φρούτο ή ένα καρότο, πιέστε νερό ή χυμό.
- Όταν νοιώσετε νευρικότητα λόγω της εξάρτησης από τη νικοτίνη και θέλετε ν' ανάψετε τσιγάρο μη το κάνετε. Απασχολείστε τα χέρια σας διαβάζοντας ένα βιβλίο, να κεντήσετε, να ζωγραφίσετε ή να κάνετε δουλειές.

Ποιες από τις παραπάνω εναλλακτικές προτάσεις σας εκφράζουν περισσότερο, κάντε την επιλογή σας και σημειώστε την.

-
-
-

2.4 Το κάπνισμα συνδυάζεται με ορισμένες συνήθειες (π.χ. να πίνεις καφέ και να καπνίζεις).

Εναλλακτικές προτάσεις αντικατάστασης του καπνίσματος.

- Εάν συνηθίζετε να καπνίζετε σε μια συνηθισμένη θέση π.χ. στη συγκεκριμένη καρέκλα βλέποντας τη θέα από το παράθυρο τότε αλλάξτε θέση ή δωμάτιο.
- Εάν συνηθίζετε να καπνίζετε με τον καφέ προσπαθήστε να πίνετε άλλα ροφήματα (π.χ. σοκολάτα, τσάι, χυμό).
- Εάν συνηθίζετε να καπνίζετε βλέποντας τηλεόραση προσπαθήστε να κάνετε κάτι άλλο με τα χέρια σας (π.χ. κάνετε μασάζ στα δάχτυλα ή κρατήστε ένα στυλό).
- Εάν συνηθίζετε να καπνίζετε για να χαλαρώσετε ή να κάνετε ένα διάλλειμα προσπαθήστε να περιποιηθείτε τον εαυτό σας, κάντε ένα ντους, πάτε ένα περίπατο, πάρτε βαθειά αναπνοή από τη μύτη και αργή εκπνοή από το στόμα.

Ποιες από τις παραπάνω προτάσεις σας εκφράζουν περισσότερο, σημειώστε τις.

Αντί να καπνίζω όταν θα ασχοληθώ

-
-
-

2.5 Αντιμετωπίστε την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα.

- Ζητήστε από την οικογένεια, φίλους, συγγενείς να μην καπνίζουν στο σπίτι και στο αυτοκίνητο
- Να κάθεστε σε χώρους για μη καπνίζοντες όταν βγαίνετε για φαγητό ή καφέ.
- Πέστε σ' αυτούς που καπνίζουν δίπλα σας να μην καπνίζουν γιατί είστε έγκυες.

2.6 Αντιμετωπίστε τα συμπτώματα στέρησης από την έλλειψη νικοτίνης.

- Η νικοτίνη προκαλεί στερητικό σύνδρομο που αρχίζει μέσα σε 24 ώρες μετά τη διακοπή καπνίσματος συνήθως και σταδιακά μειώνεται σε κάποιες μέρες – εβδομάδες. Τα

συμπτώματα αυτά είναι ανησυχία, άγχη, πονοκέφαλος, νευρικότητα, αύξηση όρεξης. Θα προσπαθήσετε να ηρεμήσετε παίρνοντας αργά βαθιά αναπνοή ακούγοντας κλασική μουσική. Καταπολεμείτε την πείνα πίνοντας αρκετό νερό και τρώγοντας φρούτα. Να έχετε δίπλα σας ανθρώπους που σας αρέσει να περνάτε χρόνο μαζί τους. Αυτός είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος στη διαχείριση του stress.

2.7 Ζητήστε βοήθεια από το σύντροφό σας.

- Η καπνιστική συμπεριφορά του συντρόφου συμβάλλει καθοριστικά στο αν η έγκυος θα διακόψει το κάπνισμα. Ζητήστε του να συνεργαστεί και να στηρίξει την απόφασή σας για τη διακοπή του καπνίσματος.
- Διαβάστε μαζί τον οδηγό αυτοβοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος έτσι ώστε να συνειδητοποιήσει και εκείνος το μέγεθος του προβλήματος και να δει πως μπορεί να σας βοηθήσει.

2.8 Ζητήστε βοήθεια από το περιβάλλον σας.

- Ανακοινώστε την απόφασή σας στους φίλους και στην οικογένεια.
- Να τους εκφράσετε την ανάγκη για συμπαράσταση ώστε να σεβαστούν να μη καπνίζουν μπροστά σας.
- Μιλήστε τους για κάποιες δυσκολίες που αντιμετωπίζετε.
- Να τους εκφράσετε την ανάγκη ότι χρειάζεστε παρέα.
- Να τους εκφράσετε την ανάγκη για επιβράβευση της προσπάθειας που κάνετε.

2.9 Επιβραβεύω τον εαυτό μου. Μια μαρτυρία της Keisha 25 ετών, που κάπνιζε ένα πακέτο την ημέρα τα τελευταία 5 χρόνια.



«Εδώ που μένω ένα πακέτο τσιγάρα κοστίζουν 5 ευρώ. Υπολόγισα ότι αν συνεχίσω να καπνίζω μέχρι το παιδί μου να φτάσει στο γυμνάσιο θα έχω ξοδέψει 50.000 ευρώ. Είναι ανόητο. Δεν μπορώ να το αντέξω οικονομικά αυτό!» Ο μέσος καπνιστής ξοδεύει γύρω στα 1.800 ευρώ το χρόνο.

- Υπολογίστε τα χρήματα που θα ξοδεύατε το μήνα για τσιγάρα και να τα αποταμιεύσετε σ' ένα κουμπαρά. Με τα χρήματα αυτά που θα μαζέψετε μπορείτε στο τέλος του χρόνου να πάτε ένα ταξίδι ή να πάρετε στον εαυτό σας ένα ακριβό δώρο.

Ότι και να επιλέξετε θα είναι η δικιά σας επιβράβευση.

Λίστα επιβράβευσης.

-
-
-

1) ΤΩΡΑ ΕΙΜΑΙ ΕΤΟΙΜΗ ΝΑ ΔΙΑΚΟΨΩ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ. ΠΡΑΞΗ



- Μπορώ να διακόψω το κάπνισμα και θα τα καταφέρω.
- Η απόφαση είναι δική μου.
- Η αγάπη μου για το παιδί μου να είναι υγιείς στο μέλλον είναι πιο δυνατή από μια συνήθεια που έγινε εξάρτιση.
- Η απόφαση είναι δική μου.

3.1 Ορίζω ημερομηνία διακοπής

- Διακοπή καπνίσματος στις

- Την προηγούμενη ημέρα θα πετάξετε τα τσιγάρα και τα τασάκια, θα ξαναδιαβάσετε τον οδηγό αυτοβοήθειας για να θυμίσετε στον εαυτό σας για ποιους λόγους θέλετε να το διακόψετε.
- Θα κάνεις κάτι ευχάριστο τη μέρα αυτή. Θα είσαι χαλαρή, θα πίνεις νερό αρκετό, θα τρως φρούτα όχι αναψυκτικά τύπου cola.
- Θα επισκεφθείτε μέρη με ανθρώπους που δεν καπνίζουν.

4. ΥΠΟΤΡΟΠΗ

- Έχετε κάνει μεγάλη προσπάθεια και μην την εγκαταλείψετε
- Ξαναδιαβάστε τον οδηγό αυτοβοήθειας
- Μάθετε να αρνείστε όταν επιθυμείτε να καπνίσετε.

- Μη φοβάστε να αναζητήσετε βοήθεια στο περίγυρο. Καλέστε την οικογένεια σας , η συζητήστε με ένα δικό σας άνθρωπο μπορεί να σας βοηθήσει να ανταπεξέλθετε στις δύσκολες στιγμές.
 - Να αντιμετωπίσετε το πρόβλημα σας με άλλες έγκυες ή νέες μητέρες. Βρείτε 30 λεπτά για να μοιραστείτε ένα γεύμα να κάνετε μαζί περίπατο ή απλά να μιλήσετε. Αξίζει να αφιερώσετε αυτόν τον χρόνο.!!!
 - Αναζητήστε στήριξη έχοντας δίπλα σας
 ανθρώπους που σας αρέσει να περνάτε χρόνο μαζί τους. Ανεξάρτητα αν είστε ντροπαλή η εξωστρεφής πρέπει να βρείτε ανθρώπους που μπορείτε να μιλήσετε και που σας υποστηρίζουν.
 - Με ποιον θέλετε να περνάτε το χρόνο σας
 ➤
 ➤
 - Ποιον εμπιστεύεστε για να μοιραστείτε τις ανησυχίες σας
 ➤
 ➤
 ➤
 - Ποιος μπορεί να σας βοηθήσει να αποκτήσετε και να διατηρήσετε υγιείς συνήθειες.
 ➤
 ➤
 ➤
 - Τι πήγε λάθος; Είχατε μια αποτυχία; Τι πιστεύετε ότι την προκάλεσε, ήταν μια καινούρια κατάσταση όπως μια καινούρια δουλειά ή πρόγραμμα ή ήταν μια στενάχωρη περίοδος;
 ➤
 ➤
 ➤
 - Τι συνέβη εξαιτίας του ολισθήματος. Έκανες ανθυγιεινή διατροφή; Ήσουν σε κακή διάθεση κι εργάζομαι σε διένεξη με τούς οικείου σου;
 ➤
 ➤
 - Ποιους ανθυγιεινούς τρόπους χρησιμοποίησες για να διαχειριστείς το stress;
 ➤
 ➤
 ➤
 - Μπορείς να βρεις τρόπους για να εμποδίσεις την κατάσταση να συμβεί ξανά ;
 ➤
 ➤
 ➤
- Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε τις μεθόδους που μάθατε εδώ και μετά τον τοκετό και για την υπόλοιπη ζωή σας.

5.ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ

Ο καλύτερος τρόπος για να αντιμετωπίσετε την ορμή για κάπνισμα είναι να το αντικαταστήσετε με κάτι άλλο. Παρακάτω είναι κάποια παραδείγματα συμπεριφορών που είχατε με την καπνιστική συνήθεια και πως μπορείτε να τα αντικαταστήσετε.

- Όταν τελειώνω ένα γεύμα θα αφήσω το τραπέζι και θα καθαρίσω το σπίτι.
 - Όταν μιλάω στο τηλέφωνο θα πιω ένα ποτήρι νερό.
 - Όταν πεινάω θα φάω ένα υγιές γεύμα.
 - Όταν οδηγώ θα μασήσω τσίχλα.
 - Όταν ξυπνάω το πρωί θα βουρτσίσω τα δόντια μου.
 - Όταν είμαι αγχωμένη θα πάρω βαθιές ανάσες.



Μέσα σε 20 λεπτά αφότου διακόψεις το κάπνισμα.....ξεκινά μια σειρά από αλλαγές στο σώμα σου.

20 λεπτά μετά τη διακοπή του καπνίσματος.....
Οι σφυγμοί σου μειώνονται και επανέρχονται στα φυσιολογικά επίπεδα.

12 ώρες μετά τη διακοπή του καπνίσματος..... Τα επίπεδα του μονοξειδίου του άνθρακα μειώνονται στα φυσιολογικά επίπεδα.

2 εβδομάδες με 3 μήνες μετά τη διακοπή του καπνίσματος .. Μειώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης εμφράγματος του μυοκαρδίου και αρχίζει να βελτιώνεται η λειτουργία των πνευμόνων.

1-9 μήνες μετά τη διακοπή του καπνίσματος..... Ο βήχας και η δύσπνοια αρχίζουν να μειώνονται.

1 χρόνο μετά τη διακοπή του καπνίσματος.....
Ο κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου μειώνεται στο μισό σε σχέση με αυτόν που έχει ένας καπνιστής.

5 χρόνια μετά τη διακοπή του καπνίσματος.....
Έπειτα από 5-15 χρόνια διακοπής ο κίνδυνος του εγκεφαλικού είναι ίδιος με αυτόν τον μη καπνιστών.

10 χρόνια μετά τη διακοπή του καπνίσματος
Η πιθανότητα θανάτου από καρκίνο του πνεύμονα είναι η μισή από αυτή που έχει ένας καπνιστής .Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του στόματος του λάρυγγα, του οισοφάγου, της ουροδόχου κύστης, των νεφρών και του καρκίνου του παγκρέατος μειώνεται.

15 χρονιά μετά τη διακοπή του καπνίσματος
Ο κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου είναι ίδιος με τον κίνδυνο που διατρέχει κάποιος που δεν κάπνισε ποτέ.

<http://www.cdc.gov/tobacco/datastatistics/sgr/sgr2004/posters/20mins.htm>

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. «**How smoking during pregnancy affects you and your baby**». Διαθέσιμο στο :
http://www.babycenter.com/o_how_smoking_during_pregnancy_affects_you_and_your_baby_1405720.bc (25/9/2013)

2. «**Stopping smoking to the best thing you can do for your baby**» . Διαθέσιμο στο: <http://www.uhs.uk/smokefree/why-quit/smoking-in-pregnancy> (25/9/2016)
3. «**Benefits of stopping smoking in pregnancy**». <http://www.uhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/smoking-pregnant.aspx> (25/9/2016)
4. **Expectants Mothers Guide**, Smoking and Pregnancy, 2006 (25/9/2016)
5. **Weinfeld C.** Need help putting out that cigarette? Smoke-free families, The University of North Carolina, 2001 Διαθέσιμο στο www.smokefreefamily.org. (25/9/2016)
6. **Help For Pregnant Smokers.**Support and Advice from Your Prenatal Care Provider Public health Service (Consumer Tear Sheet) U.S.A. 2002 Διαθέσιμο στο: <http://surgeongeneral.gov/tobacco/prenatal.htm> (25/9/2016)
7. **Arborelius E,Brandell Eklund A.** Εγκυμοσύνη χωρίς καπνό –Ενας οδηγός για μαίες μετάφραση στα ελληνικά Γεωργούλη- Πρωτανοταρίου.Μ, Πιλαλη Μ, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία 2000.
8. **Centers for Disease Control and Prevention** Cigarette Smoking-Attributable Mortality and Years of Potential Life Lost-United States. Morbidity and Mortality Weekly Report 1993; 42 (33) 645-649 . Διαθέσιμο στο: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00021441.htm> (26/9/2016)
9. **Help for pregnant smokers.** Support and advice from your prenatal care provider. Consumer tear sheet, Public Health service U.S; March 2002. <http://www.Surgeongeneral.gov/tocacco/prenatal.htm> (26/9/2016)
10. **Windsor R.** A pregnant Woman's guide to guite smoking 5th ed. Washington. Society for Public Health Education. U.S.A; 2005.
11. **Leonardi-Bee J,Smyth A.Britton J.Coleman T.** Environmental tobacco smoke and fetal health: systematic review and meta-analysis. Arch Diw Child Fetal Neonatal Ed.2008;93(5);F351-61.
12. **Knollmueller R. Stanhope R.** Public Community Health Nurses Consultant, Mosby Year Book. Ink 1997
13. **Μπιλαλής Π.Γ.** Κάπνισμα και εγκυμοσύνη και υγεία γ' έκδοση. Αθήνα, 1997.
14. **Ευρωπαϊκή δράση για τη διακοπή του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη.** Συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ- ΈΓΚΡΙΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5η Υ.ΠΕ. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»
ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ: ΜΙΓ

15
482

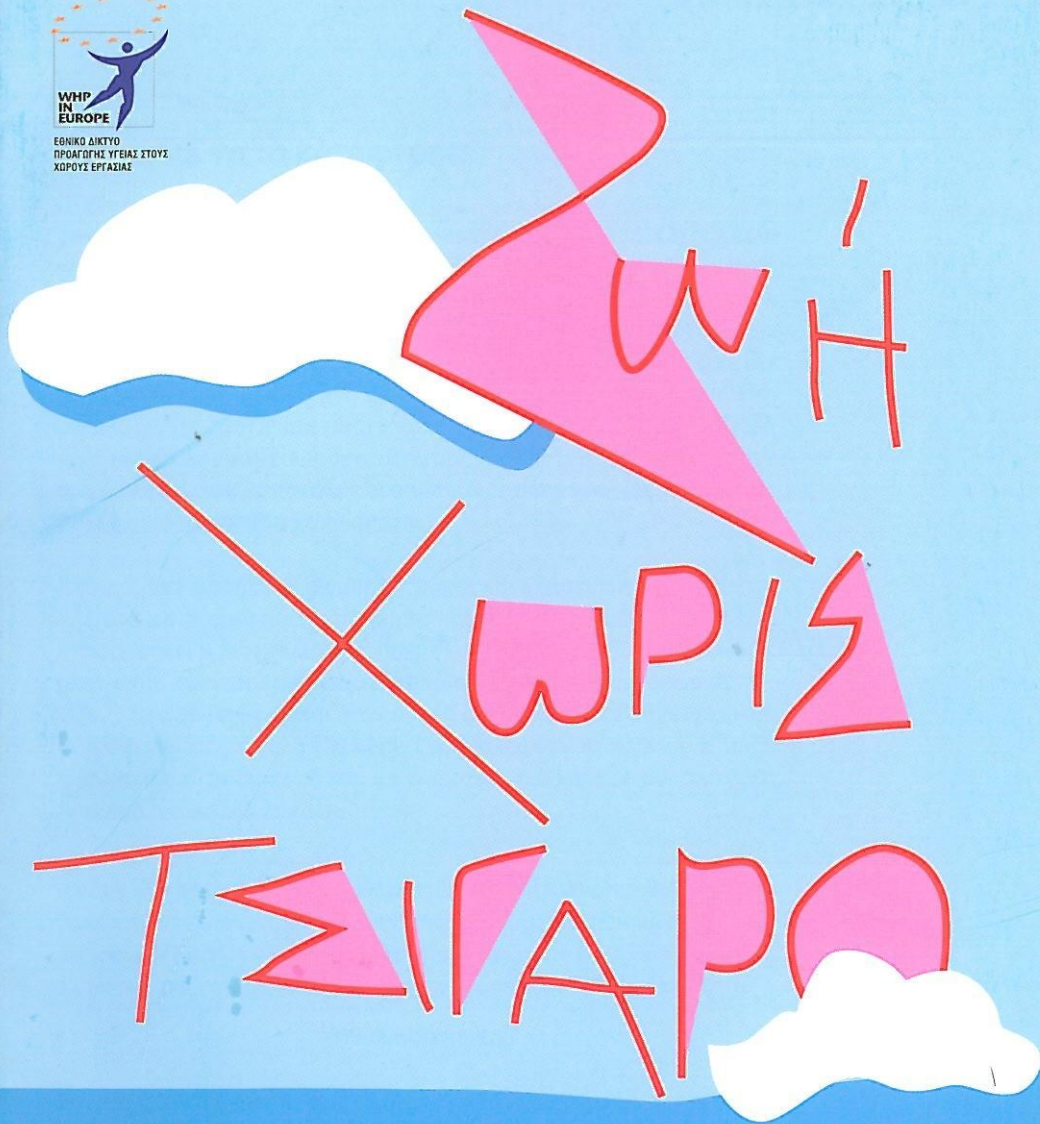
ΠΟΛΥΜΕΡΗ 134 - ΒΟΛΟΣ ΤΚ 38222 - Τηλ.: 24210 35100, Fax: 24210 36870

Εγκρίνω στη Νοσηλεύτρια
κ. Μίρια Μαρία η οποία για
αίτιας του Μετασχηματισμού του
Αραχνοειδούς για παράφραση,
με αίτη «Μείωση της καρδιακής
συχνότητας στη εγκύηση, για εξωτερική
λαπαροσκόπηση στην ΜΙΓ Κλινική.
Η παράφραση θα περιλαμβάνει
μείωση εξωτερικού και
υψηλού αυτοβήχους στη εγκύηση
που είναι κανονική.
Βολος 7/11/16

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5η Υ.ΠΕ. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»
ΔΑΝΤΕΛΙΟΣ ΛΑΖΑΡΟΣ
ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ
Α.Μ. ΤΣΑΥ 79621
ΑΔΤΚΑ: 1.0036001090

ΚΩΔ.: 482
ΕΚΤΥΠΩΣΗ: Μ & Ρ ΚΩΝΣΤΟΣ Ο.Ε. ☐ 210 42 09 412

ΠΟΛΥΜΕΡΗ 134 - ΒΟΛΟΣ ΤΚ 38222 - Τηλ.: 24210 35100, Fax: 24210 36870



οδηγός διακοπής καπνίσματος

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ – ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΟΜΑΔΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ

Μπορείτε να τα καταφέρετε

Το τσιγάρο δεν είναι απλά μία ανθυγιεινή συνήθεια. Αποτελεί τη δεύτερη μεγαλύτερη αιτία αρρώστιας και θανάτων σε όλο τον κόσμο μετά τη φτώχεια. Για την αντιμετώπιση της επιδημίας του καπνίσματος, η καλύτερη λύση είναι η πρόληψη. Να μην αρχίσει κανείς να καπνίζει. Όταν όμως ήδη καπνίζετε, ο οδηγός που κρατάτε στα χέρια σας περιέχει χρήσιμες συμβουλές για να σταματήσετε το κάπνισμα. Παρουσιάζονται λύσεις και απαντήσεις για πολλά από τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσετε στην προσπάθεια σας να σταματήσετε το κάπνισμα, καθώς και όλες οι σημαντικές πληροφορίες για τις βλαβερές επιδράσεις του καπνίσματος.

Βέβαια, δεν υπάρχουν σίγουροι τρόποι και εξασφαλισμένες συνταγές, για να σταματήσει κάποιος το κάπνισμα. Κάθε άνθρωπος έχει διαφορετική προσωπικότητα, συνήθειες και τρόπο ζωής, επομένως στον κάθε καπνιστή αντιστοιχεί και διαφορετικό σχέδιο δράσης.

Όμως, τα όσα περιέχονται στον οδηγό αυτό έχουν βοηθήσει εκατομμύρια καπνιστές σε όλο τον κόσμο να διακόψουν το κάπνισμα. Τα δε φάρμακα για τη διακοπή του καπνίσματος, καθιστούν την όλη προσπάθεια ακόμα πιο εύκολη.

Αν δεν τα καταφέρετε από μόνοι σας, μπορείτε να απευθυνθείτε για βοήθεια στα προγράμματα διακοπής καπνίσματος που οργανώνει το **Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής** (Υψηλάντου 63, 115 21 Αθήνα, τηλ.: 210 7222727, Fax: 210 7487658, e-mail: info@isprm.gr).

www.neahygeia.gr

Και μην ξεχνάτε πως κανείς σχεδόν δεν τα κατάφερε με την πρώτη.

Γιάννης Τούντας
Αν. Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής
Διευθυντής του Ινστιτούτου
Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής

1

ο βήμα η απόφαση

γιατί να κόψω
το κάπνισμα

5 ΒΑΣΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ

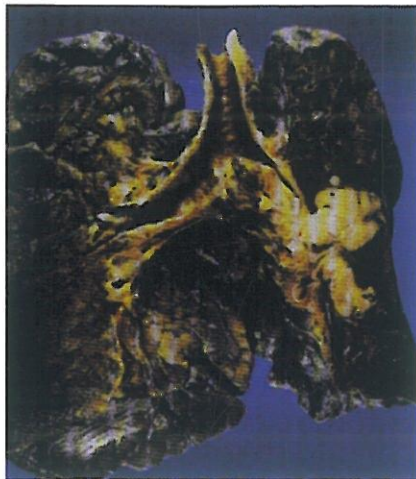
1. Το κάπνισμα σκοτώνει

Σύμφωνα με τα δεδομένα σήμερα:

- 3.000.000 άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο σ'όλο τον κόσμο εξαιτίας του καπνίσματος. Αυτό σημαίνει ένας θάνατος κάθε 10 δευτερόλεπτα.
- Στην Ευρώπη 500.000 άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο και 100 εκατομμύρια θα πεθάνουν 20 χρόνια νωρίτερα από το μέσο όρο ζωής εξαιτίας του καπνίσματος
- Στην Ελλάδα το 20% των θανάτων στους άνδρες οφείλεται στο κάπνισμα
- Στην Ελλάδα κάθε χρόνο 15.000 άτομα πεθαίνουν εξαιτίας του καπνίσματος
- Έχει υπολογιστεί ότι κάθε τσιγάρο κόβει 5 λεπτά από τη ζωή του καπνιστή

Ξέρατε ότι...οι άντρες καπνιστές που σταματούν το κάπνισμα στην ηλικία μεταξύ 35 και 40 ετών προσθέτουν κατά μέσο όρο 5 χρόνια στην ζωή τους. Οι γυναίκες που σταματούν στην ίδια ηλικία προσθέτουν τρία χρόνια αντίστοιχα.

*Πνεύμονας καπνιστή.
Διακρίνεται το καρκί-
νωμα (λευκή μάζα)
που φράζει την πα-
ροχή αέρα στο δεξιό
πνεύμονα*



2. Ο καπνός είναι τοξικός

Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει περίπου 4.000 ουσίες, πολλές από τις οποίες είναι καρκινογόνες. Στις πιο σημαντικές ουσίες του καπνού περιλαμβάνονται:

Μονοξειδίο του άνθρακα. Μειώνει την ικανότητα του αίματος να οξυγονώνει τους ιστούς και προκαλεί υποξαιμία, που ευνοεί τη δημιουργία ενδοθηλιακών βλαβών στα αγγεία, με συνέπεια την πρόκληση αθηρωματοσκλήρυνσης.

Ερεθιστικές ουσίες. Αυξάνουν την παραγωγή βλέννας στους βρόγχους και μειώνουν την αποβολή της. Έτσι εξηγείται ο βήχας των καπνιστών και η αυξημένη συχνότητα λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος, που μπορεί να καταλήξουν σε χρόνια βρογχίτιδα.

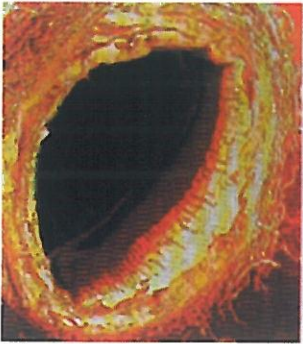
Πίσσα. Στην πίσσα οφείλεται η καρκινογόνος δράση του καπνού και είναι υπεύθυνη κατά 90% για την πρόκληση του καρκίνου των πνευμόνων. Η πίσσα επίσης εγκαθίσταται στο βλεννογόνο του αναπνευστικού και πεπτικού συστήματος και είναι η αιτία για το 50% των χρόνιων βρογχίτιδων.

Νικοτίνη. Απορροφάται γρήγορα από τη στοματική κοιλότητα και τους πνεύμονες. Σε καθαρή μορφή είναι ιδιαίτερα τοξική και λίγες μόνο σταγόνες μπορούν να σκοτώσουν έναν ενήλικα. Ευθύνεται για τις βλάβες που προκαλεί ο καπνός στα αγγεία. Είναι υπεύθυνη για την εξάρτηση από τον καπνό.

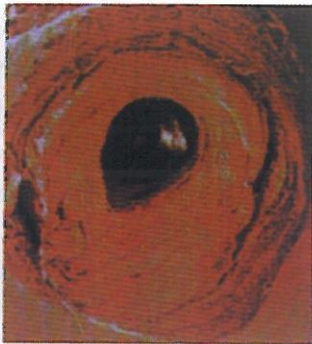
3. Το κάπνισμα προκαλεί σοβαρές παθήσεις

Πολλές παθήσεις σχετίζονται αιτιολογικά με το κάπνισμα.
Στις κυριότερες απ'αυτές περιλαμβάνονται:

- **Ισχαιμική καρδιοπάθεια**
- **Καρκίνος του πνεύμονα** (85% των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα στους άντρες και 77% στις γυναίκες)
- **Βλάβη των εγκεφαλικών αγγείων**
- **Αγγειοπάθεια κάτω άκρων**
- **Καρκίνος του λάρυγγα, φάρυγγα, οισοφάγου, στοματικής κοιλότητας, ουροδόχου κύστης**
- **Χρόνια βρογχίτιδα, πνευμονικό εμφύσημα, βρογχικό άσθμα**



Τομή υγιούς αρτηρίας



Αρτηρία φραγμένη από λίπος κατά τα 3/4, με συνέπεια η κυκλοφορία του αίματος να είναι προβληματική



Ολοκληρωτικά φραγμένη αρτηρία από θρόμβωση

Το κάπνισμα προκαλεί επίσης:

- Μείωση της φυσικής άμυνας του οργανισμού
- Μείωση της αντοχής και των επιδόσεων
- Ενοχλητικό πρωινό βήχα
- Απώλεια της αίσθησης της γεύσης και της όσφρησης

4. Το κάπνισμα προκαλεί εξάρτηση

Τα 2/3 περίπου των καπνιστών επιθυμούν να σταματήσουν το κάπνισμα, πολύ λιγότεροι όμως τα καταφέρνουν. Ο κύριος λόγος της αποτυχίας αυτής οφείλεται στην εξάρτηση, κυρίως από τη νικοτίνη.

Ψυχολογική και συμπεριφορολογική εξάρτηση. Συνδέεται με επαναλαμβανόμενες κινήσεις (αναζήτηση του πακέτου και του αναπτήρα, άναμμα του τσιγάρου, εισπνοές, εκπνοές του καπνού, σβήσιμο κλπ). Καθώς οι κινήσεις αυτές επαναλαμβάνονται 5, 10 ή 15.000 φορές το χρόνο, αποκτούν ένα χαρακτήρα ιεροτελεστίας, γίνονται αυτόματα και πολλές φορές συσχετίζονται ασυνείδητα με ορισμένες ειδικές καταστάσεις: Το πρώτο τσιγάρο το πρωί, το τσιγάρο με τον καφέ, το τσιγάρο με τους φίλους, το τσιγάρο μπροστά στην τηλεόραση κλπ.

Φαρμακολογική εξάρτηση. Αφορά την εξάρτηση από τη νικοτίνη. Όταν τα επίπεδα της νικοτίνης στο αίμα μειώνονται, εμφανίζεται το αίσθημα της στέρησης και η ακατανίκητη παρόρμηση για το άναμμα ενός τσιγάρου. Ο καπνιστής καταναλώνει με τέτοιο τρόπο τα τσιγάρα του, ώστε να διατηρεί σε συγκεκριμένα επίπεδα τη νικοτίνη στο αίμα του.

Τα χαρακτηριστικά της φαρμακολογικής και ψυχολογικής εξάρτησης από τη νικοτίνη είναι τα ίδια με εκείνα που χαρακτηρίζουν τη εξάρτηση από τα παράνομα ναρκωτικά, όπως είναι η ηρωίνη και η κοκαΐνη!

5. Το κάπνισμα βλάπτει και τους γύρω σας

Είναι το λεγόμενο παθητικό κάπνισμα. Μη καπνιστές που αναπνέουν καθημερινά και για ώρες τον καπνό του τσιγάρου των άλλων είναι σαν να καπνίζουν ορισμένο αριθμό τσιγάρων, με όλες τις αρνητικές συνέπειες για την υγεία τους. Αυτό οφείλεται στο ότι ο καπνός που εκπνέει ο καπνιστής έχει μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε καρκινογόνες και τοξικές ουσίες από τον καπνό που εισπνέει: 2 φορές περισσότερη νικοτίνη και πίσσα, 40 με 170 φορές περισσότερη αμμωνία, 5 φορές περισσότερο μονοξειδίο του αζώτου και 30 φορές περισσότερη ναφθιλαμίνη (εξακριβωμένα καρκινογόνα ουσία).

Το **παθητικό κάπνισμα** εκτός από τις άμεσες συνέπειες στην υγεία του μη καπνιστή (ερεθισμός των ματιών, του αναπνευστικού συστήματος κ.ά), αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου και καρκίνου του πνεύμονα.

Ξέρατε ότι...οι άνθρωποι που πάσχουν ήδη από καρδιοπάθεια, αν σταματήσουν το κάπνισμα μειώνουν κατά 50% τις πιθανότητες να πάθουν άλλη καρδιακή προσβολή, ή να πεθάνουν από καρδιοπάθεια.

Τα παιδιά με γονείς καπνιστές παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης βρογχίτιδας και πνευμονίας, καθώς και άλλων παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος.

5 επιπλέον λόγοι για να το σταματήσετε

Αυτοπεποίθηση. Σκεφτείτε μόνο πόσο μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση θα αποκτήσετε αν καταφέρετε να σταματήσετε το κάπνισμα. Πόσο θα νιώθετε ότι έχετε τον έλεγχο της ζωής σας.

Φυσική κατάσταση. Το κάπνισμα δυσκολεύει την άσκηση και γι' αυτό οι καπνιστές γυμνάζονται πολύ λιγότερο από τους μη καπνιστές, με τις ανάλογες συνέπειες για την υγεία τους: από το να μην μπορούν να ανέβουν με άνεση τις σκάλες μέχρι την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Εμφάνιση. Η επιδερμίδα του καπνιστή και της καπνίστριας φαίνεται: είναι μια επιδερμίδα ξερή που διψάει για οξυγόνο. Ρυτίδες αναπτύσσονται πολύ γρηγορότερα στους καπνιστές και η πίσσα λεκιάζει τα δόντια και τα δάχτυλα.

Γονιμότητα και εγκυμοσύνη. Οι άνδρες που καπνίζουν έχουν πιθανότητες να παρουσιάσουν ανικανότητα, αφού το κάπνισμα επηρεάζει την ποσότητα και την ποιότητα του σπέρματος. Οι γυναίκες καπνίστριες έχουν λιγότερες πιθανότητες να συλλάβουν και μεγαλύτερες πιθανότητες να αποβάλλουν. Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συμβάλλει στο μειωμένο βάρος γέννησης του νεογνού, επηρεάζει την αναπνευστική λειτουργία των νεογνών, αυξάνει τον κίνδυνο αυτόματης έκτρωσης και την περιγεννητική θνησιμότητα.

Χρήματα. Για έναν μέσο καπνιστή που καπνίζει περίπου ένα πακέτο την ημέρα, το πάθος του κοστίζει όσο μία πολύ καλή αύξηση μισθού σε ένα χρόνο, ένα υπερατλαντικό ταξίδι ή τόσα άλλα πράγματα που θα μπορούσε να απολαύσει, αντί για τις καταστροφικές συνέπειες του καπνίσματος...

1η ΕΒΔΟΜΑΔΑ

«Αποφασίζω να κόψω το κάπνισμα»

Σημειώστε εδώ τους δικούς σας πιο σημαντικούς λόγους για να κόψετε το κάπνισμα

2

ο βήμα η προετοιμασία

- Το δεύτερο βήμα είναι και το πιο σημαντικό. Προετοιμαστείτε σωστά.
- Η σωστή προετοιμασία οδηγεί στην επιτυχία αφού μειώνει τις πιθανότητες υποτροπής. Η πλειονότητα όσων αποτυγχάνουν να σταματήσουν το κάπνισμα δεν είχε προετοιμαστεί σωστά να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που δημιουργεί η διακοπή του.

Το καλύτερο «ατού» για τη διακοπή του καπνίσματος είναι ο ίδιος ο καπνιστής. ΜΟΝΟ ΑΥΤΟΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΑΡΕΙ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΝΑ ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΙ ΚΑΙ ΝΑ ΤΗΝ ΤΗΡΗΣΕΙ.

Τί να κάνετε

- Βοηθήστε την απόφαση της διακοπής του καπνίσματος να ωριμάσει, με το να την σκέφτεστε συχνά και να ξεκαθαρίζετε τα πραγματικά σας κίνητρα (μείωση του κινδύνου εμφάνισης σοβαρής ασθένειας, βελτίωση της φυσικής κατάστασης και της αναπνοής, απελευθέρωση απ'τη σκλαβιά του τσιγάρου, οικονομία κ.α.).
- Μην προσπαθείτε να αλλάξετε πολλές συνήθειες μαζί. Η διακοπή του καπνίσματος είναι από μόνη της μια πολύ σημαντική αλλαγή στον τρόπο ζωής ενός ανθρώπου που απαιτεί όπως λένε παλιοί καπνιστές πολύ ενέργεια και συγκέντρωση.
- Αναλογιστείτε τις παλιές αποτυχημένες σας προσπάθειες και καταγράψτε τους λόγους για τους οποίους αποτύχατε. Σχεδιάστε μετά τις λύσεις που θα μπορούσαν να προσφέρουν διέξοδο στα προβλήματα που σας οδήγησαν παλαιότερα στην αποτυχία.
- Συμβουλευτείτε τους ειδικούς για τα φάρμακα κατά του καπνίσματος, τα οποία μπορούν να σας βοηθήσουν σημαντικά τόσο κατά το διάστημα της προετοιμασίας, όσο και στη συνέχεια κατά τη διακοπή.

2η ΕΒΔΟΜΑΔΑ

«Προετοιμάζομαι να κόψω το κάπνισμα»

Σημειώστε εδώ τους δικούς σας τρόπους προετοιμασίας
για να κόψετε το κάπνισμα

3

ο βήμα η πράξη

Κόβω
το κάπνισμα

«Μαχαίρι» ή σταδιακά;

Οι περισσότεροι καπνιστές που αποφασίζουν να κόψουν το κάπνισμα το κόβουν «μαχαίρι». Αυτή είναι και η πιο δημοφιλής και επιτυχημένη «στρατηγική» διακοπής του καπνίσματος. Αν παρόλα αυτά πιστεύετε ότι μπορείτε να το ελαττώσετε μέχρι να το κόψετε τελείως, σιγουρευτείτε ότι αυτό θα γίνει το λιγότερο σε δύο εβδομάδες από την ημέρα που θα ξεκινήσετε την προσπάθειά σας.

Ξέρατε ότι...
οι καπνιστές
θεωρούνται
τοξικομανείς
της νικοτίνης

- **Δημιουργήστε** ένα ευνοϊκό περιβάλλον. Μειώστε τους πειρασμούς. Εξαφανίστε τα τσιγάρα και τα τασάκια απ'το περιβάλλον σας.
- **Αποφεύγετε** μέρη που καπνίζουν και γεμίστε το χρόνο σας με δραστηριότητες που σας ταιριάζουν (διάβασμα, μουσική, άσκηση, σινεμά).
- **Σταματήστε** το κάπνισμα μαζί μ'ένα άλλο μέλος της οικογένειας, ένα φίλο, ένα συνάδελφο. Η ψυχολογική αλληλοβοήθεια είναι αποτελεσματική. **Ανακοινώστε** επίσης στο περιβάλλον σας ότι σταματήσατε να καπνίζετε.

Ξέρατε ότι...η διακοπή του καπνίσματος συμβάλλει στη θεραπεία του έλκους και μειώνει τον κίνδυνο επανεμφάνισης του προβλήματος.

- Διαλέξτε την κατάλληλη στιγμή της διακοπής, μακριά από επαγγελματικά και οικογενειακά προβλήματα. Η περίοδος των διακοπών θεωρείται ιδιαίτερα ευνοϊκή και αυτό γιατί σε μια ήρεμη περίοδο θα μπορέσετε να αντιμετωπίσετε το άγχος και τα συμπτώματα στέρησης που νιώθουν ορισμένοι καπνιστές που προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα.

- Εάν χρησιμοποιήσετε τα φάρμακα διακοπής καπνίσματος, φροντίστε να ακολουθείται προσεκτικά τις οδηγίες και να συμβουλευέστε τους ειδικούς.

- Η πιο αποτελεσματική μέθοδος διακοπής καπνίσματος, για όσους δεν μπορούν να τα καταφέρουν από μόνοι τους, είναι ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και συμβουλευτικής υποστήριξης από τα κέντρα διακοπής καπνίσματος.

- **Πάνω απ' όλα όμως, το μυστικό της επιτυχίας είναι η θέληση και η αποφασιστικότητα.**

Σταματήστε το κάπνισμα για εσάς τους ίδιους, αναλογιστείτε και ξεπεράστε όλους εκείνους τους λόγους που σας έστρεψαν αρχικά στο κάπνισμα και σκεφτείτε όλα όσα θα μπορέσετε να κάνετε καλύτερα όταν δεν καπνίζετε.

**Έχετε το δικαίωμα
σε μια πιο υγιεινή ζωή
απαλλαγμένη
από εθισμούς.
Το αξίζετε.**

Ξέρατε ότι... περίπου το 5% των νεογνικών θανάτων θα μπορούσε να αποφευχθεί, αν οι μέλλουσες μητέρες σταματούσαν το κάπνισμα στην διάρκεια της εγκυμοσύνης τους.

3η ΕΒΔΟΜΑΔΑ

«Κόβω το κάπνισμα»
Σημειώστε εδώ τι κάνετε
για να μην σκέφτεστε το κάπνισμα

Πώς να κόψω το κάπνισμα χωρίς να πάρω βάρος;

Η νικοτίνη είναι ναρκωτική ουσία που έχει τη δυνατότητα να καταστέλλει το αίσθημα της πείνας, και να αλλάζει το μεταβολισμό, με αποτέλεσμα ο οργανισμός να καίει λιγότερες θερμίδες. Ερευνητές λένε επίσης ότι η τροφή παραμένει στο στομάχι των καπνιστών για περισσότερη ώρα από ότι στους μη καπνιστές, μετριάζοντας έτσι το αίσθημα της πείνας.

Είναι λίγοι οι άνθρωποι που παίρνουν βάρος όταν σταματούν το κάπνισμα, και λίγα τα επιπλέον κιλά που παίρνουν όταν αυτό συμβαίνει. Υπάρχουν εύκολοι τρόποι για να ελέγξετε το βάρος σας όταν σταματήσετε το κάπνισμα.

Για παράδειγμα:

- Αρχίστε να τρώτε υγιεινά ΠΡΙΝ αποφασίσετε να κόψετε το κάπνισμα.
- Τρώτε μικρότερες μερίδες, σε μικρότερα πιάτα.
- Προτιμείτε τα φρούτα αντί τα γλυκά και τις καραμέλες.
- Αρχίστε γυμναστική.

Για να μην σκέφτεστε το κάπνισμα:

- Απασχολήστε με κάτι άλλο τα χέρια σας (π.χ. με ένα κομπολόι).
- Παρακολουθήστε μαθήματα πάνω σε κάτι που σας ενδιαφέρει (π.χ. ξένες γλώσσες, μουσικό όργανο).
- Ασχοληθείτε με τα φυτά σας ή τον κήπο σας.
- Κάντε ένα μπάνιο ή ένα ντους.
- Χορέψτε.

Να ασκείστε

Η άσκηση εξασφαλίζει την επιτυχία της προσπάθειάς σας να κόψετε το κάπνισμα. Σας βοηθά να χαλαρώσετε και να μην σκέφτεστε το κάπνισμα.

Δεν είναι απαραίτητο να γυμνάζεστε έντονα.

Μπορείτε να:

- Περπατάτε με γρήγορο ρυθμό.
- Ανεβαίνετε τις σκάλες με τα πόδια αντί με το ασανσέρ.
- Ξεκινήστε κάποιο σπορ.
- Αποφύγετε το λεωφορείο για τις μικρές διαδρομές ή κατεβείτε 1-2 στάσεις πριν την δική σας.

Τι να τρώτε

Βελτιώστε τη διατροφή σας. Τρώτε ελαφρά και μασάτε αργά τις τροφές. Αντικαταστήστε τον καφέ και τα οινοπνευματώδη ποτά με **χυμούς φρούτων και πολύ νερό**. Καταναλώστε πολλά **φρούτα και λαχανικά**.

Για να μην πάρετε βάρος μην τρώτε ανάμεσα στα γεύματα και μειώστε τη ζάχαρη, τα γλυκά και ό,τι παχαίνει.

Καταναλώστε τροφές που περιέχουν **βιταμίνη Β**. Η βιταμίνη Β βρίσκεται στο **γάλα, συκώτι, λαχανικά, φρούτα, ξηρούς καρπούς**.

Πλένετε συχνά τα δόντια σας. Η επιθυμία για κάπνισμα είναι μειωμένη όταν αισθάνεστε το στόμα σας καθαρό.

Μασήστε **κανέλα ή γαρίφαλο** όταν αισθανθείτε την επιθυμία να καπνίσετε.

Στο σπίτι

Υπολογίστε πόσα χρήματα ξοδεύετε το μήνα για τσιγάρα. Σημειώστε το ποσό σε ένα χαρτί με έντονα γράμματα και κρεμάστε το σε ένα εμφανές σημείο.

Καθαρίστε τα ρούχα σας, το εσωτερικό του αυτοκινήτου σας, στείλτε τις κουρτίνες στο καθαριστήριο, έτσι ώστε όλα να μυρίζουν φρεσκάδα. Καθορίστε μέρη στο σπίτι όπου θα απαγορεύεται το κάπνισμα σε όλους, ακόμα και στους επισκέπτες. **Κοιμηθείτε καλά**. Ξαπλώστε σχετικά νωρίς και αποφύγετε τα ξενύχτια.

Ξέρατε ότι... αν μια γυναίκα σταματήσει το κάπνισμα πριν μείνει έγκυος ή κατά τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης, θα μειώσει την πιθανότητα να γεννήσει μωρό με χαμηλό βάρος περίπου στα ίδια επίπεδα με εκείνα που έχει μια γυναίκα που δεν καπνίζει.

4η ΕΒΔΟΜΑΔΑ

«Κόβω το κάπνισμα»

Σημειώστε εδώ τι κάνετε
για να μην πάρετε βάρος κόβοντας το κάπνισμα

4

ο βήμα η συντήρηση

Αντιτέκομαι
στον πειρασμό
να κενύσω

Πως να αντιδράσετε σε δύσκολες κοινωνικές καταστάσεις

- Προτιμήστε όταν βγαίνετε να πηγαίνετε σε μέρη που δεν επιτρέπεται το κάπνισμα.
- Βγείτε με φίλους που δεν καπνίζουν.
- Αποφασίστε να σταματήσετε το τσιγάρο μαζί με τον/την φίλη σας ή τον/την σύντροφό σας.
- Βοηθείστε έναν φίλο να το κόψει. Είναι ο καλύτερος τρόπος να ενισχύσετε την προσπάθειά σας.
- Σκεφτείτε ποιές κοινωνικές ή προσωπικές σας στιγμές είναι άμεσα συνδεδεμένες με το κάπνισμα και σχεδιάστε από πριν πως θα αντιδράσετε ώστε να μην υποκύψετε στον πειρασμό να καπνίσετε.

Αντιμετωπίστε το άγχος και τις δύσκολες καταστάσεις

- Αναγνωρίστε τις καταστάσεις που σας δημιουργούν άγχος.
- Πάρτε πολλές βαθιές αναπνοές.
- Πίνετε πολύ νερό.
- Μάθετε να εκφράζετε τα συναισθήματά σας.
- Αποκτήστε ένα χόμπι.
- Κάντε συχνά γυμναστική.

Ο νέος εαυτός σας

- Κάντε ένα δώρο στον εαυτό σας στο τέλος κάθε μήνα με τα χρήματα που εξοικονομείτε μη καπνίζοντας.
- Προγραμματίστε ένα ταξίδι ή δεσμευτείτε για μια αγορά με τα χρήματα που θα εξοικονομήσετε από τη διακοπή.

Και αν θέλετε να παραμείνετε νικητής, μάθετε να αρνείστε το πρώτο τσιγάρο που θα σας προσφέρουν.

4 μύθοι που αφορούν στο κάπνισμα

1

«Γιατί να σταματήσω το κάπνισμα; Ζημιά στον οργανισμό μου έχει ήδη γίνει!»

Μύθος.

Διαβάστε τι γίνεται στον οργανισμό από τις πρώτες κιόλας ώρες που σταματάτε το κάπνισμα:

Είκοσι λεπτά από το τελευταίο τσιγάρο:

- η αρτηριακή πίεση γίνεται κανονική
- οι καρδιακοί παλμοί επανέρχονται στο φυσιολογικό τους ρυθμό
- η θερμοκρασία του σώματος επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα.

Μετά από 8 ώρες:

- το επίπεδο του μονοξειδίου του άνθρακα στο αίμα επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα
- το οξυγόνο στο αίμα αυξάνεται.

Μετά από 24 ώρες:

- η γεύση και όσφρηση βελτιώνονται.

Μετά από 72 ώρες:

- η αναπνοή γίνεται ευκολότερη αφού οι αεραγωγοί των πνευμόνων χαλαρώνουν.

Μετά από δύο μήνες

- βελτιώνεται η κυκλοφορία του αίματος
- ο πρώην καπνιστής νιώθει μεγαλύτερη ζωντάνια, μπορεί να ανεβαίνει τις σκαλές, να περπατά γρηγορότερα, να γυμνάζεται χωρίς να λαχανιάζει
- η λειτουργία των πνευμόνων αυξάνεται μέχρι και 30%.

Μετά από 5 χρόνια:

- Μειώνεται σχεδόν στο μισό ο κίνδυνος του αιφνιδίου θανάτου από καρδιακή προσβολή.

Μετά από 10 χρόνια:

- αντικαθίστανται με φυσιολογικά τα προ-καρκινικά κύτταρα που δημιουργούνται από το κάπνισμα
- ο κίνδυνος από καρκίνο του πνεύμονα, καρδιοπάθειες, και εγκεφαλικά επεισόδια γίνεται σχεδόν ο ίδιος με αυτόν που διατρέχουν τα άτομα που δεν κάπνισαν ποτέ.

2

~~«Το κάπνισμα μου προσφέρει απόλαυση και διέξοδο από το άγχος και το στρες»~~

Μύθος.

Όταν η νικοτίνη στο αίμα σας πέφτει σε χαμηλά επίπεδα αρχίζετε να έχετε συμπτώματα στέρησης, να είστε νευρικοί και να έχετε άγχος. Καπνίζοντας αυξάνονται τα επίπεδα νικοτίνης και νιώθετε λιγότερο νευρικοί με λιγότερο στρες και άγχος. Επομένως το κάπνισμα είναι ο τρόπος που ικανοποιείται ο εθισμός στη νικοτίνη και η απόλαυση που δημιουργείται είναι αποτέλεσμα αυτού του εθισμού.

3

~~«Δεν έχω την δύναμη να σταματήσω το κάπνισμα».~~

Μύθος.

Η θέληση και η αποφασιστικότητα εξελίσσονται και αλλάζουν. Μπορείτε να αυξήσετε την αποφασιστικότητά σας να διακόψετε το κάπνισμα. **Σκεφτείτε όλα όσα έχετε καταφέρει μέχρι σήμερα στη ζωή σας.** Αντλήστε δύναμη και βάλτε τους στόχους σας. Μετά τις πρώτες δύσκολες μέρες θα νιώθετε δικαιολογημένοι περήφανοι για τον εαυτό σας.

Μετά από 10 χρόνια:

- αντικαθίστανται με φυσιολογικά τα προ-καρκινικά κύτταρα που δημιουργούνται από το κάπνισμα
- ο κίνδυνος από καρκίνο του πνεύμονα, καρδιοπάθειες, και εγκεφαλικά επεισόδια γίνεται σχεδόν ο ίδιος με αυτόν που διατρέχουν τα άτομα που δεν κάπνισαν ποτέ.

2

~~«Το κάπνισμα μου προσφέρει απόλαυση και διέξοδο από το άγχος και το στρες»~~

Μύθος.

Όταν η νικοτίνη στο αίμα σας πέφτει σε χαμηλά επίπεδα αρχίζετε να έχετε συμπτώματα στέρησης, να είστε νευρικοί και να έχετε άγχος. Καπνίζοντας αυξάνονται τα επίπεδα νικοτίνης και νιώθετε λιγότερο νευρικοί με λιγότερο στρες και άγχος. Επομένως το κάπνισμα είναι ο τρόπος που ικανοποιείται ο εθισμός στη νικοτίνη και η απόλαυση που δημιουργείται είναι αποτέλεσμα αυτού του εθισμού.

3

~~«Δεν έχω την δύναμη να σταματήσω το κάπνισμα».~~

Μύθος.

Η θέληση και η αποφασιστικότητα εξελίσσονται και αλλάζουν. Μπορείτε να αυξήσετε την αποφασιστικότητά σας να διακόψετε το κάπνισμα. **Σκεφτείτε όλα όσα έχετε καταφέρει μέχρι σήμερα στη ζωή σας.** Αντλήστε δύναμη και βάλτε τους στόχους σας. Μετά τις πρώτες δύσκολες μέρες θα νιώθετε δικαιολογημένα περήφανοι για τον εαυτό σας.

4

~~«Δεν υπάρχει κανείς που
να με βοηθήσει
να κόψω το κάπνισμα».~~

Μύθος.

Πολλοί πρώην καπνιστές λένε ότι κατάφεραν να διακόψουν το κάπνισμα όταν σταμάτησαν να ψάχνουν γύρω τους για βοήθεια και στράφηκαν στον εαυτό τους για να βρουν τη δύναμη να κόψουν το τσιγάρο. Αν πραγματικά όμως χρειαστείτε βοήθεια υπάρχουν:

- **Για την αντιμετώπιση των στερητικών συμπτωμάτων** που οφείλονται στην εξάρτηση από τη νικοτίνη: διάφορα υποκατάστατα όπως, τσίχλες νικοτίνης και δερματικά αυτοκόλλητα νικοτίνης, αλλά και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα διακοπής του καπνίσματος. Η χρήση τους είναι καλό να γίνεται με βάση τις οδηγίες από γιατρό ή φαρμακοποιό.

- **Οργανωμένα σεμινάρια διακοπής καπνίσματος**, προσωπικά ή ομαδικά, όπως το σεμινάριο που οργανώνει το **Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών** σε συνεργασία με την **Ελληνική Εταιρία Προαγωγής και Αγωγής Υγείας**. [Διεύθυνση: Αλεξανδρουπόλεως 25, 11527 Αθήνα, τηλ.: (01)7482 015, fax: (01)7485 872].

5η ΕΒΔΟΜΑΔΑ

«Παραμένω μη καπνιστής»

Σημειώστε εδώ τους πειρασμούς που σας κάνουν να καπνίσετε και τι κάνετε για να τους νικήσετε.

ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΕ ΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ (Κλίμακα Fagerström)

1. Πόσο γρήγορα, αφού ξυπνήσετε, καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;
Μέσα στα πρώτα 5 λεπτά (3 βαθμοί)
6 - 30 λεπτά (2 βαθμοί)
31 - 60 λεπτά (1 βαθμός)
Μετά από 60 λεπτά (0 βαθμοί)
2. Σας είναι δύσκολο να μην καπνίσετε, σε μέρη όπου το κάπνισμα απαγορεύεται;
(π.χ. εκκλησία, βιβλιοθήκες, σινεμά)
Ναι (1 βαθμός)
Όχι (0 βαθμοί)
3. Ποιο τσιγάρο σας είναι πιο δύσκολο να μην το καπνίσετε;
Το πρώτο της ημέρας (1 βαθμός)
Οποιοδήποτε άλλο (0 βαθμοί)
4. Πόσα τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε;
10 ή λιγότερα (0 βαθμοί)
11 - 20 (1 βαθμός)
21 - 30 (2 βαθμοί)
31 ή περισσότερα (3 βαθμοί)
5. Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί απ' ό,τι το απόγευμα;
Ναι (1 βαθμός)
Όχι (0 βαθμοί)
6. Καπνίζετε ακόμη και όταν μία ασθένεια σας αναγκάζει να μείνετε στο κρεβάτι;
Ναι (1 βαθμός)
Όχι (0 βαθμοί)

Σύνολο Βαθμών

Το άθροισμα των βαθμών κάθε ερώτησης υποδεικνύει το βαθμό εξάρτησης.

Σύνολο Βαθμών:

- 7 - 10 Καπνιστής πολύ εξαρτημένος
4 - 6 Καπνιστής μέτρια εξαρτημένος
0 - 3 Καπνιστής λίγο εξαρτημένος

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε

Παράδειγμα επιστολής υπενθύμισης για διακοπή του καπνίσματος

_____ (Ημερομηνία)

_____ (Διεύθυνση)

Αγαπητέ/ή _____ (όνομα ασθενούς), Χαίρομαι ιδιαίτερα που αποφάσισες να διακόψεις το κάπνισμα. Είναι το πιο σημαντικό βήμα που μπορείς να κάνεις για να βελτιώσεις την υγεία την δική σου και του μωρού σου. Θα διαπιστώσεις ότι η διακοπή του καπνίσματος θα σου προσφέρει και πολλά ευεργετήματα. Ξέρω ότι η διακοπή μιας συνήθειας δεν είναι πάντοτε εύκολη, όμως είμαι σίγουρη ότι εσύ μπορείς να την σταματήσεις και θα το κάνεις. Πιστεύω ότι θα σταματήσεις το κάπνισμα στις _____, την ημερομηνία που συμφώνησες κατά την διάρκεια της τελευταίας μας συνάντησης, και ότι θα τηρήσεις το πρόγραμμα που ορίσαμε. Το έντυπο υλικό που πήρες θα βρεις πολλές χρήσιμες πρακτικές συμβουλές και στρατηγικές που θα σε βοηθήσουν να αντιμετωπίσεις τις δυσκολίες που θα έχεις στα αρχικά στάδια διακοπής. Αν έχεις συμπτώματα θυμίσου ότι αυτό είναι κάτι το σύνηθες και ότι θα σταματήσουν σταδιακά μέσα σε δυο περίπου εβδομάδες. Τα συμπτώματα στέρησης είναι σημάδι ότι ο οργανισμός επανέρχεται στο φυσιολογικό μετά από την έκθεση του στην νικοτίνη. Η διαδικασία αυτή αρχίζει μέσα σε 24 ώρες από την διακοπή. Αν έχεις ερωτήματα ή αντιμετωπίζεις κάποιο πρόβλημα, μην διστάσεις να απευθυνθείς σε μένα για βοήθεια. Θα σε δω στην επόμενη συνάντησή μας στις -----..

·
Με εκτίμηση,

.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ»

Οι παρακάτω πληροφορίες θα χρησιμοποιηθούν στο πλαίσιο εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας για το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ» του Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις, λαμβάνοντας υπόψη, ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Η ανταπόκρισή σας είναι πολύ σημαντική για τη διεξαγωγή της έρευνας.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και θα τηρηθούν οι δεοντολογικές προϋποθέσεις της αρχής των προσωπικών δεδομένων. Οι απαντήσεις σας είναι αυστηρά εμπιστευτικές και δεν πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για άλλους σκοπούς, πέρα από αυτούς της έρευνας.

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΕΚ ΤΩΝ ΠΡΟΤΕΡΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ ΚΑΙ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΑΣ!

Με εκτίμηση,

Μπίσσα Μαρία,

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Ε.Κ.Π.Α.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α.ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Στις ερωτήσεις που ακολουθούν σημειώστε X το τετραγωνάκι που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Στις ερωτήσεις που έχουν κενό συμπληρώστε κατάλληλα.

1. Κατοικώ:
Στο νομό Μαγνησίας
2. Βρίσκομαι στην εβδομάδα κύησης.
3. Χώρα γέννησης :
Στην Ελλάδα
Σε άλλη χώρα (παρακαλώ προσδιορίστε).....
4. Ηλικία.....
5. Τωρινό βάρος.....
6. Βάρος πριν την εγκυμοσύνη:.....
7. Οικογενειακή κατάσταση:
Έγγαμη
Άγαμη
Συζώ με το σύντροφό μου
Διαζευγμένη
8. Έχετε παιδιά:
Ναι
Όχι
9. Μορφωτικό επίπεδο
Απόφοιτος Δημοτικού
Απόφοιτος Γυμνασίου
Απόφοιτος Λυκείου
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ
Απόφοιτος ΙΕκ ή άλλης ιδιωτικής σχολής
Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών
Κάτοχος διδακτορικού τίτλου σπουδών
10. Επάγγελμα:
Μαθήτρια-φοιτήτρια
Ελεύθερος επαγγελματίας
Δημόσιος υπάλληλος
Ιδιωτικός υπάλληλος
Άνεργη
Οικιακά
11. Έχετε άδεια εγκυμοσύνης από την εργασίας σας
Ναι
Όχι
12. Είστε ασφαλισμένες;
Ναι
Όχι

13. Οικογενειακό εισόδημα

Δεν υπάρχει

Έως 500 ευρώ

501-1000 ευρώ

1001-5000 ευρώ

Άνω των 1500 ευρώ

B. ΤΟΚΑΠΝΙΣΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΕΓΚΥΩΝ

Στις ερωτήσεις που ακολουθούν κυκλώστε τον αριθμό που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2 =Διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ, 4 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα) Για τις υπόλοιπες ερωτήσεις σημειώστε Χ στο τετραγωνάκι που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο. Θυμηθείτε ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις.

14. Καπνίζατε πριν την έναρξη της εγκυμοσύνης

Ναι

Όχι

15. Αν ναι, πόσα χρόνια καπνίζετε;

16. Σε ποια ηλικία αρχίσατε το κάπνισμα ;

17. Έχω μειώσει το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Διαφωνώ απόλυτα 1 2 3 4 5 Συμφωνώ απόλυτα

18. Αν συνεχίσετε να καπνίζετε πόσα τσιγάρα κάνετε την ημέρα ;

Γ. ΣΤΑΔΙΑ ΑΛΛΑΓΗΣ

19 . Είστε καπνίστρια;

Ναι καπνίζω

Όχι το έχω κόψει περισσότερο από 2 μήνες

Μόνο για κάποιες μέρες

20. Σκέφτεστε σοβαρά να κόψετε το κάπνισμα:

Απαντήστε σε 5βαθμια κλίμακα

1. Καθόλου, 2.Λίγο, 3.Μέτρια, 4.Αρκετά, 5.Πολύ

21. Παρακαλώ απαντήστε Ναι ή Όχι

Σκοπεύετε σοβαρά να αλλάξετε στις επόμενες 35 ημέρες;

Σχεδιάζετε να αλλάξετε στην επόμενη εβδομάδα;

Έχετε προσπαθήσει να αλλάξετε την καπνιστική συνήθεια τους προηγούμενους 12 μήνες.

Δ.ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΛΛΑΓΗΣ

Οι ακόλουθες εμπειρίες μπορεί να επηρεάζουν τις συνήθειες του καπνίσματος κάποιων ανθρώπων . Σκέφτεστε για τυχόν παρόμοιες εμπειρίες που μπορεί να έχετε σήμερα ή κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Στη συνέχεια να αξιολογήσετε την συχνότητα αυτής της εμπειρίας σχετικά με την ακόλουθη κλίμακα. Πέντε σημεία.

1.Ποτέ

2.Σπάνια

3.Περιστασιακά

4. Συχνά

5. Επανειλημμένα.

1	Όταν μπαίνω στον πειρασμό να καπνίσω σκέφτομαι κάτι άλλο	
2	Μπορώ να σταματήσω να καπνίζω αν θέλω	
3	Παρατηρώ ότι οι μη καπνιστές διεκδικούν τα δικαιώματά τους	
4	Θυμάμαι πληροφορίες σχετικά με τα οφέλη της διακοπής του καπνίσματος.	
5	Μπορεί να ανταμείβομαι από τους άλλους αν εγώ δεν καπνίζω	
6	Να σκέφτομαι ότι το κάπνισμα βλάπτει το περιβάλλον	
7	Σκέφτομαι προειδοποιήσεις σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος στην υγεία μου.	
8	Είμαι αναστατωμένη όταν σκέφτομαι ότι πρέπει να κόψω το τσιγάρο	
9	Μπορώ να αφαιρέσω πράγματα από το σπίτι ή το χώρο εργασίας μου που μου θυμίζουν το κάπνισμα(π.χ το τασάκι)	
10	Έχω κάποιον αν με ακούσει όταν θέλω να μιλήσω για...	
11	Σκέφτομαι πληροφορίες, άρθρα, διαφημίσεις για το πώς να σταματήσω το κάπνισμα	
12	Θεωρώ ότι η άποψη ότι το κάπνισμα βλάπτει το περιβάλλον είναι σωστή.	
13	Λέω στον εαυτό μου ότι αν προσπαθήσω θα κόψω το τσιγάρο	
14	Θεωρώ την αλλαγή της κοινωνίας με τρόπους που καθιστούν ευκολότερη την διακοπή της καπνιστικής συνήθειας.	
15	Η ανάγκη για τσιγάρο με κάνει να νιώθω απογοητευμένη με τον εαυτό μου	
16	Έχω κάποιον να βασίζομαι όταν δεν μπορώ να κόψω το τσιγάρο	
17	Να κάνω κάτι άλλο αντί να καπνίζω όταν χρειάζομαι να χαλαρώσω	
18	Αντιδρώ συναισθηματικά με προειδοποιήσεις για τις βλάβες που προκαλεί στην υγεία το κάπνισμα.	
19	Κρατάω σημειώσεις πράγματα στο σπίτι ή στην εργασία που μου θυμίζουν να μην καπνίζω	
20	Είμαι χαρούμενη όταν επιβραβεύεται η προσπάθεια από τους άλλους όταν δεν καπνίζω	

Ε. ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΗΣ

Οι ακόλουθες ερωτήσεις αντιπροσωπεύουν διάφορες απόψεις σχετικά με το κάπνισμα.

Παρακάτω αξιολογήστε πόσο σημαντικό είναι να μην καπνίζετε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα.

1. Δεν έχει σημασία

2. Λίγο σημαντικό
3. Μέτρια σημαντικό
4. Πολύ σημαντικό
5. Πάρα πολύ σημαντικό

1	Το κάπνισμα με ανακουφίζει από την ένταση
2	Είμαι σε δύσκολη θέση όταν πρέπει να μη καπνίσω
3	Το κάπνισμα με βοηθά να συγκεντρώνομαι καλύτερα στην δουλειά μου
4	Το κάπνισμα ενοχλεί άλλους ανθρώπους γύρω μου
5	Είμαι χαλαρή και πιο ευχάριστη όταν καπνίζω
6	Οι φίλοι μου νομίζουν ότι είμαι ανόητη γιατί καπνίζω αδιαφορώντας για τις προειδοποιήσεις για το κίνδυνο της υγείας μου και των γύρω μου.