



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ &
ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ & ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**Σύγκριση Της Καπνιστικής Συνήθειας Των Εγκύων Ρομά Και Των Εγκύων Του
Γενικού Πληθυσμού Και Ο Σημαντικός Ρόλος Των Μαιών Για Τη Διακοπή
Καπνίσματος**

Συγγραφέας/είς

Χριστοπούλου Χριστίνα

ΑΜ: 20075

Επιβλέπων/ουσα:

Βιβιλάκη Βικτωρία, RMPgCertMMedScPhD
Αναπλ. Καθηγήτρια Κοινωνικής Μαιευτικής Φροντίδας
Τμήμα Μαιευτικής Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Αθήνα, Ιούνιος 2023



**UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL
DEPARTMENT OF MIDWIFERY
MSc in Advanced and Evidence Based Midwifery Care**

Diploma Thesis

Comparison of the Smoking Habit of Pregnant Roma and Pregnant Women of the General Population and the Important Role of Midwives in Smoking Cessation

Student name and surname:

Christopoulou Christina

Registration Number:

20075

Supervisor name and surname:

Vivivilaki Viktoria

**Associate Professor of Community Midwifery Care
Department of Midwifery, University of West Attica**

Athens, June 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ &
ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ & ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Σύγκριση Της Καπνιστικής Συνήθειας Των Εγκύων Ρομά Και Των Εγκύων Του Γενικού Πληθυσμού Και Ο Σημαντικός Ρόλος Των Μαιών Για Τη Διακοπή Καπνίσματος

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

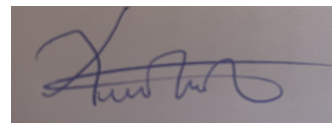
Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
	Βιβιλάκη Βικτωρία	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Μαιευτικής του Πνεπιστημίου Δυτικής Αττικής	
	Δελτσίδου Άννα	Καθηγήτρια Τμήματος Μαιευτικής του Πνεπιστημίου Δυτικής Αττικής	
	Διαμαντή Αθηνά	Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Μαιευτικής του Πνεπιστημίου Δυτικής Αττικής	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Χριστοπούλου Χριστίνα – Παναγιώτα του Γεωργίου, με αριθμό μητρώου 20075 φοιτητής/τρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Ο/Η Δηλών/ούσα



(Υπογραφή)

https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85_final.pdf

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Πλήθος μελετών την τελευταία δεκαετία έχει ασχοληθεί με την ολοένα αυξανόμενη καπνιστική συνήθεια των εγκύων γυναικών στην Ελλάδα, αλλά και στις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες. Παρόλα αυτά, στην βιβλιογραφία υπάρχει περιορισμένος αριθμός μελετών που έχουν ερευνήσει την καπνιστική συνήθεια στον πληθυσμό των εγκύων Ρομά. Η αυξημένη κατανάλωση προϊόντων καπνού στην εγκυμοσύνη στις γυναίκες της λαϊκής τάξης, οφείλεται όπως επιβεβαιώνεται και από μεγάλο αριθμό μελετών στην ελλιπή ενημέρωση των γυναικών για τις αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος, Τόσο στον ίδιο τους τον οργανισμό, όσο και στην υγεία του εμβρύου και αργότερα νεογνού. Στην έρευνά μας επισημαίνεται ότι στον πληθυσμό των Ρομά και πιο συγκεκριμένα των εγκύων Ρομά οι παρεμβάσεις είναι ακόμα πιο περιορισμένες καθώς είναι μία μειονότητα η οποία δεν χρησιμοποιεί συχνά τις υπηρεσίες των δομών της υγείας με αποτέλεσμα να μειώνονται οι ευκαιρίες για μετάδοση πληροφοριών και προτροπής για διακοπή του καπνίσματος.

Σκοπός λοιπόν της παρούσας έρευνας είναι αφενός η αξιολόγηση της καπνιστικής συνήθειας των εγκύων γυναικών Ρομά σε σύγκριση με τις έγκυες του πλειοψηφικού πληθυσμού και αφετέρου η πληροφόρησή τους για τις βλαβερές επιδράσεις της κατανάλωσης προϊόντων καπνού, ιδίως στην διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η παρέμβαση διήρκησε περίπου έξι μήνες. σαν ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο το οποίο περιείχε ερωτήσεις που προσέδιδαν πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας των γυναικών στη διάρκεια της κύησης, και την εμφάνιση πιθανών προβλημάτων, καθώς και ερωτήσεις που στόχευαν στην αξιολόγηση της εξάρτησης τις εκάστοτε εγκύου από τα προϊόντα καπνού. Επιπλέον μας ενημέρωνε για το επίπεδο μόρφωσης και την οικονομική τους κατάσταση, που σύμφωνα με τη βιβλιογραφία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το κάπνισμα. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από έγκυες Ρομά και έγκυες του γενικού πληθυσμού. Άλλοτε συμπληρώνονταν από την ίδια την έγκυο και άλλοτε αναλόγως τις μορφωτικές τις ικανότητες, υπό την δική μας καθοδήγηση, από κάποια άλλη έγκυο Ρομά που μπορούσε να ανταπεξέλθει στην ανάγνωση και συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας γίνεται αντιληπτό ότι μεταξύ των εγκύων Ρομά και των εγκύων του πλειοψηφικού πληθυσμού υπάρχουν σημαντικές διαφορές ως προς το καπνιστικό τους προφίλ και την συνήθεια κατανάλωσης προϊόντων καπνού. Οι έγκυες Ρομά είναι πιο επιρρεπείς στις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, καθώς πέραν του αυξημένου ποσοστού του ενεργητικού καπνίσματος εκτίθενται αρκετά και στο παθητικό κάπνισμα. Αυτό συμβαίνει λόγω συμβίωσης με μεγάλο αριθμό ατόμων στον ίδιο χώρο αλλά και λόγω ότι ο λαός των Ρομά υιοθετεί το κάπνισμα ως τρόπο και στάση ζωής. Η ελλιπής ενημέρωση από τους επαγγελματίες υγείας για τις επιπτώσεις του καπνίσματος το χαμηλό μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο είναι βασικοί ανασταλτικοί παράγοντες για την διακοπή του τσιγάρου σε σχέση με τις έγκυες του γενικού πληθυσμού. Η σπουδαιότητα του ρόλου των μαίων είναι ύψιστης σημασίας και για τις δύο ομάδες των συμμετεχόντων καθώς θεωρούν πολύ σημαντική την βοήθεια της μαίας για την αποχή από τα προϊόντα καπνού.

ABSTRACT

Many studies in the last decade have dealt with the ever-increasing smoking habit of pregnant women in Greece, but also in the rest of the European countries. However, in the literature there is a limited number of studies that have investigated the smoking habit in the pregnant Roma population. The increased consumption of tobacco products during pregnancy among women of the popular class is due, as confirmed by a large number of studies, to women's lack of information about the negative effects of smoking, both on their own body and on the health of the fetus and later the newborn. In our research it is pointed out that in the Roma population and more specifically in pregnant Roma, the interventions are even more limited as they are a minority that does not often use the services of the health structures, as a result of which the opportunities for transmitting information and exhortation to stop smoking.

The purpose of this research is, on the one hand, to evaluate the smoking habit of pregnant Roma women compared to pregnant women of the majority population and, on the other hand, to inform them about the harmful effects of the consumption of tobacco products, especially during pregnancy.

The intervention lasted about six months. as a research tool, the questionnaire was used, which contained questions that provided information about the state of health of women during pregnancy, and the appearance of possible problems, as well as questions aimed at evaluating the dependence of each pregnant woman on tobacco products. In addition, he informed us about their level of education and economic status, which according to the literature is inextricably linked to smoking. The questionnaire was completed by pregnant Roma and pregnant women from the general population. Sometimes they were completed by the pregnant woman herself and sometimes, depending on her educational abilities, under our guidance, by another pregnant Roma woman who could cope with reading and completing the questionnaire.

From the results of the research, it can be seen that between pregnant Roma and pregnant women of the majority population there are significant differences in terms of their smoking profile and the habit of consuming tobacco products. Pregnant Roma women are more susceptible to the harmful effects of smoking, as in addition

to the increased rate of active smoking, they are also exposed to passive smoking. This happens because of coexistence with a large number of people in the same space but also because the Roma people adopt smoking as a way of life and attitude. Insufficient information from health professionals about the effects of smoking, low educational and economic level are key inhibiting factors for smoking cessation in relation to pregnant women in the general population. The importance of the role of midwives is of the utmost importance for both groups of participants as they consider the midwife's help to abstain from tobacco products very important.

Πίνακας Περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	7
ΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	15
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	15
1.1 Ιστορική αναδρομή.....	16
1.2. Ορισμοί.....	18
1.3. Τύποι καπνιστών.....	18
1.4. Σύνδρομο στέρησης.....	19
2. ΧΡΗΣΗ ΚΑΠΝΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	20
2.1. Χημικές ουσίες του καπνού.....	20
3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΚΑΠΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	22
3.1. Ποσοστά διακοπής καπνίσματος στην εγκυμοσύνη	24
3.2. Ποσοστά υποτροπής στη λοχεία	25
4. ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ ΣΥΝΗΘΕΙΑ	26
4.1. Επιπτώσεις στην υγεία και στην ανάπτυξη του εμβρύου.....	26
4.2. Επιπτώσεις στην υγεία της γυναίκας στην διάρκεια της εγκυμοσύνης	30
4.3. Επιπτώσεις του καπνίσματος στην παιδική και εφηβική ηλικία	32
4.4. Οφέλη στην υγεία της γυναίκας και του εμβρύου από την διακοπή καπνίσματος	37
5. ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ	40
5.1. Κοινωνικο- οικονομικοί παράγοντες.....	40
5.2. Ψυχολογικοί παράγοντες.....	43
5.3. Κατανάλωση καπνού από τον σύζυγο και το οικογενειακό περιβάλλον της εγκύου.....	45
5.4. Σχέση καπνίσματος με την χρήση ουσιών/ οινόπνεύματος στην κύηση.....	46

5.5. Λανθασμένες αντιλήψεις των εγκύων για το κάπνισμα.....	47
6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	49
6.1. Ο ρόλος της μαίας στη διακοπή του καπνίσματος	50
6.2. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	56
6.3. ΤεστFagerström :Εξάρτηση από την νικοτίνη(FTND)	59
7. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ.....	61
7.1. Προσέγγιση των εγκύων καπνιστριών	62
7.2. Χρήσιμες συμβουλές και πρακτικοί τρόποι για την διακοπή καπνίσματος των εγκύων.	63
7.3. Εκπαίδευση των εγκύων για διακοπή του καπνίσματος	67
7.4. Συμβουλευτικές παρεμβάσεις για την διακοπή καπνίσματος στην εγκυμοσύνη.	68
7.5. Μορφές παρέμβασης για την διακοπή καπνίσματος	70
7.6. Παρεμβάσεις για την μείωση έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα.	73
7.7 Πρόληψη υποτροπής στην λοχεία	74
8. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	74
8.1. Χορήγηση φαρμάκων στην κύηση και τον θηλασμό.....	75
8.2.Σημεία υπερδοσολογίας και υποδοσολογίας	80
8.3.Αποτελεσματικότητα και ασφάλεια των υποκατάστατων νικοτίνης	80
8.4.Κίνδυνοι και οφέλη των υποκατάστατων.	81
9.ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	85
9.1 Ερευνητικά ερωτήματα	85
9.2 Σκοπός και αντικειμενικοί στόχοι της έρευνας	85
9.3 Πληθυσμός μελέτης και μέθοδοι	86
10.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	91
ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ.....	91
11. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	254

11.1 Περιορισμοί της έρευνας	254
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	264
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ.....	265
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ	270
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ.....	274
Βιβλιογραφία.....	275

Ευχαριστίες

Με την ευκαιρία ολοκλήρωσης της διπλωματικής μου εργασίας θα ήθελα να εκφράσω ιδιαίτερες ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλαν στην διεκπεραίωση της . Πρωτίστως θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά και ιδιαιτέρως την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ.Βιβιλάκη Βικτωρία για την άριστη συνεργασία τόσων ετών από τις πρώτες μου σπουδαστικές μέρες ως φοιτήτρια μέχρι και σήμερα που πραγματοποιώ την δική μου έρευνα στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών κάτω από τις πολύτιμες συμβουλές της. Η εμπιστοσύνη που μου έχει δείξει τόσα χρόνια μου έχει δώσει δύναμη να συνεχίσω το έργο μου ως μαία με απόλυτη προσήλωση και επαγγελματισμό που αρμόζει σε εμάς την νέα γενιά για να αυξήσουμε την δυναμική του επαγγέλματός μας .

Επιπλέον θα ήθελα να ευχαριστήσω ξεχωριστά και προσωπικά τις υπόλοιπες καθηγήτριες μου του μεταπτυχιακού προγράμματος οι οποίες είναι άξιες θαυμασμού για την αξιοπρέπεια τους και την άριστη μετάδοση γερών βάσεων και γνώσεων με σκοπό την δημιουργία σωστών επαγγελματιών υγείας.

Ακόμη ένα ευχαριστώ αξίζει οι έγκυες ρομα οι οποίες αποτέλεσαν ένα μέρος του πληθυσμού στόχου στην ερευνα μου οι οποίες στην πλειοψηφία τους παρα τις όποιες δυσκολίες αντιμετώπιζαν με το μαθησιακό επίπεδο ήταν πρόθυμες να με βοηθήσουν συμπληρώνοντας το ερευνητικό εργαλείο –ερωτηματολόγιο και ύστερα να ακούσουν τις συμβουλές μου ως μαία για την διακοπή καπνίσματος στην εγκύμοσυνη αλλά και τις έγκυες του γενικού πληθυσμού οι οποίες με ευχαρίστηση και σεβασμό προς το έργο μου δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην ερευνά μου.

Τέλος, νιώθω την ανάγκη να πώ ένα τεράστιο και αληθινό ευχαρίστω στην οικογενειά μου την αγαπημένη μου μητέρα ,τους δυο σημαντικούς πυλώνες της ζωής μου τα αδέρφια μου και τον υπεροχο συνοδοιπόρο της καθημερινής μου ζωής τον άντρα μου.

*Αφιερώνω την διπλωματική μου εργασία στον αγαπημένο μου πατέρα
που έφυγε από την ζωή πριν λίγους μήνες
και στην υπέροχη ψυχή που κουβαλώ μέσα μου,
η οποία θα έρθει στην ζωή μας σε λίγους μήνες μετά από πολύ αγώνα.*

Μέρος Α'
Θεωρητικό μέρος

ΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αδιαμφισβήτητα, τα τελευταία χρόνια η κατανάλωση προϊόντων καπνού έχει αυξηθεί σημαντικά σε όλες τις χώρες του κόσμου. Ως κάπνισμα ορίζεται η πρακτική καύσης και εισπνοής του καπνού, καθώς και η μετέπειτα απελευθέρωσή του από το στόμα (Gatelyetal, 2003).

Η καπνιστική συνήθεια έχει παρατηρηθεί ότι είναι υπεύθυνη για την αύξηση των ποσοστών νοσηρότητας και θνησιμότητας σε όλον τον κόσμο. Ιδιαίτερος, σε πληθυσμούς/ μειονότητες όπως είναι οι ρομά που υιοθετούν την κατανάλωση καπνού ως τρόπο και στάση ζωής. Το προσδόκιμο ζωής τους είναι έως και 15 έτη χαμηλότερο από το γενικό πληθυσμό(HoltE. 2005).

Σε αυτό έχει συμβάλει κατά κύριο λόγο η προώθηση του καπνίσματος από τις μεγάλες καπνοβιομηχανίες (DollR.etal. 2004). Πιο συγκεκριμένα, οι συνεχόμενες διαφημίσεις που προβάλλονταν μέχρι πρότινος στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, κατάφεραν να προωθήσουν στο καταναλωτικό κοινό την αντίληψη ότι η χρήση καπνού σε οποιαδήποτε μορφή εκπροσωπεί μια καινούργια στάση ζωής και μόδα. Παρόλα αυτά, το κάπνισμα δεν παύει να αποτελεί μια κατάσταση νόσου και εθισμού. Στις χώρες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο τα Μ.Μ.Ε. έχουν μεγαλύτερη απήχηση καθώς από έρευνες διαπιστώθηκε ότι τα ποσοστά καπνίσματος στην διάρκεια της κύησης είναι αυξημένα λόγω ελλιπής ενημέρωσης από επαγγελματίες υγείας αλλά και των περιορισμένων επισκέψεων των εγκύων γυναικών που ανήκουν σε χαμηλά κοινωνικά στρώματα στις δομές υγείας (Recheletal. 2009).

Η πιο διαδεδομένη μορφή καύσης του καπνού είναι το βιομηχανικό τσιγάρο, καθώς αποτελεί την πιο εύκολη και γρήγορη επιλογή συγκριτικά με τις υπόλοιπες μεθόδους. Σπανιότερες μέθοδοι αποτελούν το ηλεκτρονικό τσιγάρο το οποίο έκανε την εμφάνιση του τα τελευταία χρόνια, αλλά και ο ναργιλές, η πίπα και το πούρο. Μια έκθεση το 2007 αναφέρει ότι κάθε χρόνο περίπου 4.9 εκατομμύρια άνθρωποι χάνουν την ζωή τους λόγω της καπνιστικής τους συμπεριφοράς (Westetal, 2007). Τέλος, η δύναμη των επαγγελματιών υγείας που έχουν πρόσβαση σε έγκυες του γενικού πληθυσμού οι οποίες χρειάζονται ιατρική βοήθεια και συμβουλευτική για την διακοπή του καπνίσματος αλλά και σε μειονότητες του πληθυσμού, όπως είναι

οι έγκυες Ρομά, είναι πολύ σημαντική. Με σωστή καθοδήγηση και στοχευμένες παρεμβάσεις μπορούν να αυξήσουν τα ποσοστά διακοπής καπνίσματος στην διάρκεια της εγκυμοσύνης μειώνοντας με αυτόν τον τρόπο τις επιπλοκές στην προγεννητική και περιγεννητική περίοδο.

1.1 Ιστορική αναδρομή

Η ιστορία του καπνίσματος χρονολογείται ήδη από το 5000 π.χ. ως μέρος διάφορων τελετουργιών (Wilbertetal. 2007). Οι πρώτοι που ανακάλυψαν τις χαλαρωτικές ιδιότητες του καπνού ήταν οι Ινδιάνοι που συνήθιζαν να καπνίζουν πίπα ή πούρο.

Οι Ρομά σύμφωνα με τη βιβλιογραφία κατάγονται από τη Βόρεια Ινδία και μετανάστευσαν προς τα δυτικά περίπου τον 11ο αιώνα κατά τη διάρκεια της Βυζαντινής Αυτοκρατορίας. Εγκαταστάθηκαν στην Ανατολική Ευρώπη όπου αρχικά καλωσόρισαν την Ευρώπη υπό την παπική προστασία. Ωστόσο αυτό το καλωσόρισμα δεν κράτησε για πολύ. Οι Ρομά έγιναν αντικείμενο δουλείας και διώξεων. Κατά τον 18ο αιώνα στην Αυστροουγγαρία παιδιά Ρομά άνω των 5 ετών αφαιρέθηκαν από τους γονείς τους και ανατράφηκαν σε οικογένειες μη Ρομά. Τον 20ο αιώνα μισό εκατομμύριο Ρομά σκοτώθηκαν κατά τη διάρκεια του ολοκαυτώματος. Εν τω μεταξύ κατά τη διάρκεια του Κομμουνιστικού καθεστώτος στην Τσεχοσλοβακία η καταναγκαστική στείρωση των γυναικών Ρομά ήταν μία κυβερνητική πολιτική και υπήρξαν αναφορές ότι αυτή η πρακτική στην Τσεχική δημοκρατία συνεχίστηκε έως και τον 21ο αιώνα. Ο Τζορτζ Σόρος, ιδρυτής του Ινστιτούτου ανοιχτής κοινωνίας δήλωσε: << Σε κάθε χώρα όπου ζουν οι Ρομά, ο γενικός πληθυσμός είναι εχθρικός απέναντί τους. Αυτές οι συνθήκες κοροϊδεύουν τις Ευρωπαϊκές αξίες και λερώνουν τη συνείδηση της Ευρώπης>>. Παράλληλα, επικρατεί η άποψη ότι η υγεία των Ρομά είναι συχνά χειρότερη από την πλειονότητα του πληθυσμού από τότε έως και σήμερα με τις ανισότητες αυτές να παραμένουν ανεξιχνίαστες (SteveHajiovetal. 2000).

Οι Ρομά (συχνά υποτιμητικά αποκαλούνται καιτσιγγάνοι) είναι μια ετερογενής εθνική ομάδα που ζεί κυρίως στην Κεντρική Ανατολική και Νοτια Ευρώπη, η οποία πρόσφατα βρέθηκε στο επίκεντρο της πολιτικής προσοχής. Αυτή την στιγμή οι ρομά είναι η μεγαλύτερη εθνική μειονότητα της Ευρώπης και εκτιμάται ότι έχουν πληθυσμό λίγο περισσότερο από 11 εκατομμύρια (1,35% του συνολικού πληθυσμού

της Ευρώπης). Ωστόσο, υπάρχει αβεβαιότητα ως προς τον ακριβή αριθμό, καθώς πολλοί ρομά δεν έχουν εθνική τεκμηρίωση και διστάζουν να ταυτοποιηθούν ως πολίτες του κράτους στο οποίο διαμένουν (MasseriaC,MladovskyP, HernaC, 2010).

Η καπνιστική συνήθεια αποτελεί στάση ζωής για τους Ρομά, παρά τις βλαβερές επιπτώσεις που έχει στην υγεία τους.

Με την άφιξη των πρώτων Ευρωπαίων στην Αμερικανική ήπειρο τον 15ο αιώνα, η συνήθεια αυτή πέρασε στην Ευρώπη και κατόπιν εξαπλώθηκε βαθμιαία σε όλο τον κόσμο. Από τότε ακόμα υπήρξαν και οι πρώτες αντιδράσεις. Το 1604, ο βασιλιάς της Αγγλίας Ιάκωβος Α' κατήγγειλε τη χρήση του καπνού ως απαίσια για τα μάτια, μισητή για τη μύτη, καταστροφική για το μυαλό και επικίνδυνη για τους πνεύμονες (SurgeonGeneral'sreport, 2010).

Το πέρασμα από το κάπνισμα ακατέργαστου καπνού σε τσιγάρο έγινε μόλις τον 20ο αιώνα, όταν με την πρόοδο της τεχνολογίας έγινε δυνατό να παραχθεί σε μεγάλες ποσότητες. Τότε δημιουργήθηκαν και οι πρώτες καπνοβιομηχανίες, που σημείωσαν μεγάλη άνοδο στην παραγωγή τους κατά τη διάρκεια του Α' Παγκοσμίου Πολέμου, όταν κάτω από το στρες της μάχης, οι στρατιώτες κάπνιζαν όλο και περισσότερο, με συνέπεια να εθιστούν στη νικοτίνη.

Μετά τον πόλεμο και κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '20 το τσιγάρο πέρασε στο χώρο της διαφήμισης κι έγινε το σύμβολο μιας ελεύθερης επιλογής. Η κατάσταση αυτή συνεχίστηκε ως τη δεκαετία του '60, όταν η ιατρική κοινότητα και οι κυβερνήσεις με πρωταγωνίστριες τις ΗΠΑ, άρχισαν να συνειδητοποιούν τις βλαβερές συνέπειες του καπνού και να επιβάλουν σταδιακά απαγορεύσεις και μέτρα για τη δημόσια υγεία. Η πρώτη επιστημονική έρευνα επί του θέματος παρουσιάστηκε το 1962, από τον ιατρικό σύλλογο της Μ. Βρετανίας. Δύο χρόνια αργότερα, στις 31 Ιανουαρίου 1964, η Αμερικανική κυβερνητική έκθεση με τίτλο «Καπνός και Υγεία» συνέδεσε για πρώτη φορά το κάπνισμα με τον καρκίνο των πνευμόνων και τη χρόνια βρογχίτιδα. Τότε άρχισαν να κάνουν την εμφάνισή τους και οι πρώτες αντικαπνιστικές καμπάνιες, που οδήγησαν το 1965 σε νόμο, ο οποίος προέβλεπε -μεταξύ άλλων- την αναγραφή σε όλα τα πακέτα των τσιγάρων ότι «το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία». Στις 6 Φεβρουαρίου 1987 τέθηκαν σε εφαρμογή τα πρώτα μέτρα κατά του καπνίσματος στις Αμερικανικές δημόσιες υπηρεσίες. Στην Ελλάδα, το κάπνισμα απαγορεύτηκε στους κλειστούς δημόσιους χώρους και τους χώρους εργασίας από την 1η Σεπτεμβρίου 2010. Αντίστοιχος νόμος είχε τεθεί σε εφαρμογή και στην Κύπρο από την 1η Ιανουαρίου 2010.

1.2. Ορισμοί

Ως ενεργητικό-πρωτογενές κάπνισμα ορίζεται η κατανάλωση προϊόντων καπνού άμεσα από το ίδιο το άτομο, το οποίο εκτίθεται στις βλαβερές ουσίες που περιέχει ο καπνός.

Απεναντίας, ως παθητικό-δευτερογενές κάπνισμα ορίζεται η εισπνοή του καπνού έμμεσα από κάποιο άλλο πρόσωπο που καπνίζει στο ίδιο περιβάλλον, όπου παρευρίσκονται άνθρωποι οι οποίοι αναγκάζονται να εισπνέουν τον καπνό που απελευθερώνεται από το τσιγάρο (BlaakmanS, BorreliB, WiesentalE, etal. 2015).

Το τριτογενές κάπνισμα αποτελεί έναν ορισμό ο οποίος έγινε γνωστός το τελευταίο χρονικό διάστημα και απασχόλησε πολλούς ερευνητές. Αυτοί οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι το τριτογενές κάπνισμα αφορά τα υπολείμματα ρύπων οι οποίοι παραμένουν σε επιφάνειες όπως είναι τα έπιπλα, οι τοίχοι, οι κουρτίνες, τα υφάσματα, το κρεβάτι, ο καναπές, τα χαλιά, ο χώρος του αυτοκινήτου, αλλά ακόμη και τα μαλλιά και το δέρμα των ατόμων που καπνίζουν (MattG. Eetal, 2011).

1.3. Τύποι καπνιστών

Υπάρχουν διάφοροι τύποι καπνιστών οι οποίοι έχουν κατανεμηθεί στις παρακάτω κατηγορίες:

- i. *Γνώστες*: Γνωρίζουν σχετικά με το κάπνισμα, αλλά δεν έχουν αποφασίσει αν θα το αρχίσουν ή όχι.
- ii. *Πειραματιζόμενοι*: Καπνίζουν σποραδικά, πιθανώς μόνο σε χώρους εστίασης, συχνά μεσολαβούν αρκετοί μήνες χωρίς να έχουν καπνίσει.
- iii. *Τακτικοί*: Καπνίζουν τακτικά, για παράδειγμα το σαββατοκύριακο ή τακτικά μέσα στην ημέρα.
- iv. *Εθισμένοι*: Έχουν εθιστεί στη νικοτίνη και υποφέρουν από στερητικά συμπτώματα όταν δεν μπορούν να καπνίσουν.

Έρευνα στις Η.Π.Α., μάλιστα, αποφαινεται ότι μεσολαβούν περίπου 2 χρόνια για τη μετάβαση από την κατηγορία του γνώστη στον εθισμένο. Ένα άτομο θεωρείται εξαρτημένο από την νικοτίνη όταν παρουσιάζει ιστορικό χρόνιας κατανάλωσης, με χαρακτηριστικά όπως κατάχρηση της ουσίας, συνέχιση της αυτοχορήγησης παρά τις αρνητικές επιπτώσεις που γίνονται αντιληπτές, υψηλή ανοχή προς την ουσία και εκδήλωση συμπτωμάτων στέρησης στην προσπάθειά του να σταματήσει τη χρήση (Troforetal, 2005).

1.4. Σύνδρομο στέρησης

Το σύνδρομο στέρησης από τη νικοτίνη μπορεί να εκδηλωθεί μέσα στις πρώτες τέσσερις έως δώδεκα ώρες μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν οξεία/ ανεξέλεγκτη ανάγκη για κάπνισμα, ευερεθιστότητα, ανησυχία, θυμό, αισθήματα άγχους, κόπωση, αυξημένη όρεξη και αύξηση του σωματικού βάρους, προβλήματα συγκέντρωσης και εστίασης μνήμης, κατάθλιψη, κεφαλαλγία, αϋπνία και ζάλη. Φυσικά αυτά τα συμπτώματα μπορεί να ποικίλλουν ανάλογα με το άτομο. Κάποιοι καπνιστές αισθάνονται το σύνδρομο στέρησης πιο έντονα από άλλους. Όλες αυτές οι εκδηλώσεις είναι βέβαια παροδικές και φθάνουν στη μέγιστη έντασή τους κατά τις πρώτες 24 έως 72 ώρες. Ο βαθμός έντασής τους μειώνεται μέσα στις επόμενες τρεις έως τέσσερις εβδομάδες.

2. ΧΡΗΣΗ ΚΑΠΝΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

2.1. Χημικές ουσίες του καπνού

Αναμφισβήτητα η χρήση τσιγάρου αποτελεί τοξική και εξαρτησιογόνο συνήθεια. Ο καπνός του τσιγάρου είναι ένα τοξικό μείγμα, αποτελούμενο από περισσότερες από 7000 χημικές ουσίες (Betobaccofree,2014). Αυτές περιλαμβάνουν καρκινογόνες χημικές ουσίες όπως είναι η φορμαλδεΰδη, το βενζόλιο, το πολώνιο και το γλωριούχο βινύλιο. Στα τοξικά μέταλλα υπάγονται το χρώμιο, το αρσενικό, ο μόλυβδος και το κάδμιο. Τέλος, περιλαμβάνονται δηλητηριώδεις χημικές ουσίες όπως μονοξείδιο του άνθρακα, υδροκυάνιο, αμμωνία, βουτάνιο και ταλουόλιο.

2.1.1. Νικοτίνη

Κύρια και εξαιρετικά εθιστική ουσία που περιλαμβάνεται στον καπνό του τσιγάρου είναι η νικοτίνη, η οποία φθάνει στην αρτηριακή κυκλοφορία του εγκεφάλου σε επτά δευτερόλεπτα μέσω των πνευμόνων. Η νικοτίνη προσδέεται σε ειδικούς υποδοχείς ακετυλοχολίνης (κυρίως στους υποδοχείς νικοτίνης $\alpha 4/\beta 2$) στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) και, συγκεκριμένα, στη λειτουργική περιοχή που ονομάζεται ντοπαμινεργική ζώνη ανταμοιβής. Ο εθισμός που προκαλεί η νικοτίνη διαταράσσει τη χημική ισορροπία του εγκεφάλου και με τον τρόπο αυτό ακόμη κι αν οι καπνιστές επιθυμούν τη διακοπή του καπνίσματος, τους είναι σχεδόν αδύνατον. Κάθε τσιγάρο που καταναλώνουν μειώνει αμέσως την έντονη επιθυμία που νιώθουν, συγχρόνως όμως, απευαισθητοποιεί τους υποδοχείς νικοτίνης και αυξάνει τον αριθμό τους, αυξάνοντας έτσι την επιθυμία για το επόμενο τσιγάρο. Αυτή η διέγερση του ΚΝΣ που προκαλείται από τη χρήση του τσιγάρου οδηγεί στη χρόνια κατανάλωσή του. Είναι γεγονός ότι η νικοτίνη αλλάζει τον τρόπο που λειτουργεί το μυαλό, αναγκάζοντας τον καπνιστή να επιθυμεί την χρήση της όλο και περισσότερο. Γι' αυτό, άλλωστε, οι περισσότεροι άνθρωποι που καπνίζουν χρειάζονται συνήθως περισσότερες από μία προσπάθειες για να διακόψουν αυτή τη συμπεριφορά, καθώς η κατανάλωση καπνού πολλές φορές προκαλεί σωματική και

ψυχική εξάρτηση. Ο χρόνος ημιζωής της νικοτίνης στο αίμα είναι περίπου 2 ώρες και εξαιτίας αυτού η μέτρηση των επιπέδων της μπορούν μόνο να μας δώσουν πληροφορίες για μια πρόσφατη έκθεση στον καπνό.

2.1.2. Κοτινίνη

Ο κύριος μεταβολίτης της νικοτίνης είναι η κοτινίνη, η οποία ταυτόχρονα αποτελεί και δείκτη αξιολόγησης της έκθεσης στον καπνό για περισσότερη ώρα συγκριτικά με την ανίχνευση της νικοτίνης. Πιο συγκεκριμένα, η κοτινίνη ανιχνεύεται 15 έως και 20 ώρες από την κατανάλωση τσιγάρου σε διάφορα υγρά του σώματος όπως, το αίμα, την τρίχα, το σίελο και τα ούρα. Η μέτρησή της, λοιπόν, θεωρείται πιο αξιόπιστη για την αξιολόγηση της καπνιστικής συνήθειας, καθώς μπορεί να μετρηθεί καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας αφού μεταβολίζεται σε περισσότερο χρόνο από την νικοτίνη. Αυτό σημαίνει πως μέσα στη μέρα ένας καπνιστής έχει σταθερά επίπεδα κοτινίνης, γεγονός που δεν συμβαίνει με τη νικοτίνη. Ωστόσο, η θεραπεία που ενδεχομένως δοθεί δεν μπορεί να προσαρμοστεί με βάση τα επίπεδα της κοτινίνης αλλά είναι περισσότερο αποτελεσματικό να παρακολουθούνται τα κλινικά συμπτώματα των καπνιστών για την επιλογή της δοσολογίας της φαρμακευτικής αγωγής. Επομένως, στην κλινική πρακτική δεν εφαρμόζεται η μέτρηση της κοτινίνης για την αξιολόγηση και επιτήρηση της δοκιμής διακοπής του καπνίσματος (BerlinI. Etal. 2011). Έχει βρεθεί ότι η συγκέντρωση κοτινίνης στα σωματικά υγρά μιας εγκύου διαφέρει από αυτή ενός κοινού ενήλικα. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι τόσο ο μεταβολισμός όσο και η συγκέντρωση της νικοτίνης και της κοτινίνης στην εγκυμοσύνη αλλάζει με υψηλότερα ποσοστά εκκαθάρισης της κοτινίνης σε σύγκριση με μη έγκυες καπνίστριες.

2.1.3. Μονοξειδίο του άνθρακα

Το μονοξειδίο του άνθρακα (CO) αποτελεί έναν επίσης βιοδείκτη, ο οποίος μπορεί να ελεγχθεί με μεγαλύτερη ευχέρεια, καθώς με την απουσία του μονοξειδίου του άνθρακα στο περιβάλλον, μπορεί να μετρηθεί η κατανάλωση καπνού στο άτομο.

Η μέτρηση αυτή πραγματοποιείται με την εκπνοή ενός καπνιστή σε έναν αναλυτή μονοξειδίου του άνθρακα. Το CO μετράται σε ppm και η τιμή αναφοράς για το διαχωρισμό καπνιστών και μη καπνιστών είναι τα 7 ppm (Vivilaki V. Etal, 2015). Η μέτρηση αυτή έχει μεγάλη σημασία για την αντικειμενική εκτίμηση της αποχής από το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης αλλά και σε θεραπευτικό επίπεδο, αφενός γιατί η μαία μπορεί να διαμορφώσει την θεραπευτική της παρέμβαση ανάλογα με τα αποτελέσματα των μετρήσεων και αφετέρου γιατί ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να εκτιμήσει την βελτίωση της υγείας του οργανισμού του.

3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΚΑΠΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η αντιμετώπιση της χρήσης καπνού και του παθητικού καπνίσματος στην εγκυμοσύνη είναι μια σημαντική προτεραιότητα για την δημόσια υγεία (Wagijō M. Aetal. 2015). Η χρήση καπνού κατά την διάρκεια της λοχείας ποικίλει από χώρα σε χώρα. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Προγεννητική Έρευνα Υγείας (2010) σχετικά με το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη στην Ευρώπη, στις περισσότερες χώρες, πάνω από 10% των εγκύων συνεχίζουν να καπνίζουν στην εγκυμοσύνη (Miyazaki Yetal. 2015). Στις μειονότητες ανά τον κόσμο όπως είναι οι Ρομά δεν υπάρχει μεγάλος αριθμός ερευνών (Zoon I, 2001) . Παρ' όλα αυτά σε μελέτες που έχουν γίνει στον συγκεκριμένο πληθυσμό έχει βρεθεί αυξημένο ποσοστό καπνιστικής συνήθειας σε έγκυες Ρομά από τι στον γενικό πληθυσμό τόσο στην διάρκεια της εγκυμοσύνης όσο και στην λοχεία.

Αυτό συμβαίνει αφενός γιατί ο πληθυσμός των Ρομά αντιμετωπίζει το κάπνισμα ως τρόπο ζωής και αφετέρου διότι ιδίως οι γυναίκες Ρομά δεν ενημερώνονται τόσο πριν την εγκυμοσύνη όσο και στην διάρκεια αυτής αλλά και στην λοχεία. Η ελλιπής ενημέωση οφείλεται στις μειωμένες επισκέψεις τους στις δομές υγείας με αποτέλεσμα να μην υπάρχει σωστή ενημέρωση στον πληθυσμό αυτόν από τους επαγγελματίες υγείας. (Davorina P, Danica R. Etal.2006).

Σύμφωνα με μια πολυεθνική διαδικτυακή έρευνα, η οποία αξιολόγησε έγκυες γυναίκες και νέες μητέρες του γενικού πληθυσμού σε 15 Ευρωπαϊκές χώρες το 2011-

2012, το κάπνισμα πριν την εγκυμοσύνη αναφέρθηκε από το 35,3% των γυναικών. Η έρευνα βρήκε ότι το 26,2% των γυναικών συνέχισαν να καπνίζουν στην εγκυμοσύνη και το 11,4% αυτών που ρωτήθηκαν ανέφεραν ότι κάπνιζαν πάνω από 10 τσιγάρα την ημέρα. Υπήρξε μεγάλη διακύμανση μεταξύ των 15 Ευρωπαϊκών χωρών στον επιπολασμό της χρήσης καπνού με ποσοστά από 25%(Σουηδία) σε 50% (Κροατία) πριν την εγκυμοσύνη και 42% (Ισλανδία) σε 18,9% (Κροατία) στην εγκυμοσύνη(SmedbergJ. Etal. 2014). Τετοιες ακριβείς έρευνες στο πληθυσμό των ρομά δεν υπάρχουν λόγω μικρού αριθμού ερευνητών που ασχολούνται με τη συγκεκριμένη ομάδα ατόμων αλλά και λόγω της μειωμένης καταγραφής των Ρομά που οι ίδιοι επιλέγουν να μην δηλώνονται σαν πολίτες του κράτους, όπως φάνηκε από έρευνα σε Ρομά που έγινε στην Σλοβενία σύμφωνα με την απογραφή του 2002. Ωστόσο με βάση τις αναφορές κοινωνικών κέντρων και σχολείων, ο πραγματικός αριθμός τους θα μπορούσε να είναι έως και τέσσερις φορές μεγαλύτερος . (ZadvarecJ, 2005).

Ο επιπολασμός του καπνίσματος στις Σκανδιναβικές χώρες στην αρχή της εγκυμοσύνης έχει μειωθεί τα τελευταία 20 χρόνια. Τα ποσοστά της χρήσης καπνού στην εγκυμοσύνη στην Δανία μειώθηκε από 30,6% σε 12,5%, στην Νορβηγία από το 20,6% σε 16,5% και στη Σουηδία από 31,4% σε 6,9% εκτός της Φινλανδίας που ο επιπολασμός παραμένει στο 15%. Τα υψηλότερα ποσοστά σημειώθηκαν σε εφήβους (24% στη Σουηδία, 49% στη Φινλανδία και στη Νορβηγία). Επιπλέον, οι άγαμες γυναίκες ήταν 2 με 3 φορές πιο πιθανό να καπνίσουν από τις παντρεμένες, ενώ οι γυναίκες των χαμηλότερων κοινωνικο-οικονομικών στρωμάτων ήταν 6-7 φορές πιο πιθανό να καπνίσουν από τις γυναίκες των υψηλότερων κοινωνικο-οικονομικών στρωμάτων σε Φινλανδία και Νορβηγία (EkbladM, GisslerM, KorkeilaJ, LehtonenL, 2014).

Πολλές έγκυες Ρομά αποκτούν παιδιά χωρίς να έχουν συνάψει γάμο η να έχουν κάνει σύμφωνο συμβίωσης. έτσι, πολλά παιδιά αποκτώνται εκτός γάμου. Επομένως στατιστικά προκύπτει αύξηση του ποσοστού της καπνιστικής συνήθειας στις έγκυες Ρομά από ότι στις γυναίκες του υπολοίπου πληθυσμού. Σύμφωνα με ανασκοπήσεις οι Ρομά ανήκουν σε χαμηλό κοινωνικά οικονομικά στρώματα και ζούν κάτω από κακές συνθήκες υγιεινής και διαβίωσης στο μεγαλύτερο ποσοστό τους. Η χρήση καπνού η κατανάλωση τροφών εμπλουτισμένων με λίπη και η χρήση αλκοόλ και διαφόρων εθιστικών ουσιών είναι μέρος της εθνικής και ατομικής τους ταυτότητας(OlisarovaV, TothovaV,

BartlovaS,DolakF,KajanovaA,NovakovaD,ProkrsovaR, SedovaL 2018) . Το κάπνισμα συγκεκριμένα είναι αποδεκτό για άντρες, γυναίκες, ενήλικες και παιδιά. Αποτελεί μέρος της οικογενειακής τους ζωής. είναι μία συνήθεια που εισήχθη από ηλικιωμένα μέλη της οικογένειας στα νεότερα (Davorina Petek. Danica R et al 2006)

Παρά το γεγονός ότι ο μελλοντικός πατέρας μπορεί να εκθέσει τη συντροφό του και το έμβρυο σε παθητικό κάπνισμα, δεν υπάρχουν πολλές έρευνες που να εξετάζουν τις συνήθειες καπνίσματος του πριν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

3.1. Ποσοστά διακοπής καπνίσματος στην εγκυμοσύνη

Ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών θα σταματήσουν το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη, σε αντίθεση με άλλες στιγμές στη ζωή τους. Πάνω από το 49% των γυναικών που καπνίζουν πριν την εγκυμοσύνη, «αυθόρμητα» το σταματάνε πριν την πρώτη τους προγεννητική επίσκεψη, ένα ποσοστό αρκετά υψηλότερο από ότι στον υπόλοιπο πληθυσμό (ChamberlainC, OliverSetal. 2013). Η αντίληψη των εγκύων καπνιστών αναφορικά με τους κινδύνους στην υγεία από την προσωπική χρήση αλλά και από την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα έχουν αναγνωριστεί ως σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν μια αντικαπνιστική συμπεριφορά (Leonardi-BeeJ, JereMetal 2011).

Απεναντίας, οι έγκυες Ρομά καθυστερούν να αντιληφθούν την εγκυμοσύνη τους στην πλειοψηφία με αποτέλεσμα να αργούν να προγραμματίσουν ραντεβού για την επιβεβαίωση της εγκυμοσύνης. Εφόσον, η εγκυμοσύνη βρίσκεται σχετικά σε προχωρημένο στάδιο οι συστάσεις των επαγγελματιών υγείας αφορούν την άμεση διακοπή του καπνίσματος για τη βελτίωση της υγείας της ίδιας της εγκύου αλλά και του εμβρύου. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι έγκυες Ρομά στην πλειοψηφία τους δεν ακολουθούν τις ιατρικές συμβουλές με αποτέλεσμα να απειλούνται οι βασικοί δείκτες υγείας μητρικής και βρεφικής θνησιμότητας συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό (Fundacion Secretariodo Gitano 2004) .

3.2. Ποσοστά υποτροπής στη λοχεία

Κατά τη διάρκεια των πρώτων 12 μηνών της λοχείας υπάρχει αυξημένος κίνδυνος υποτροπής στη χρήση καπνού από τις γυναίκες που διέκοψαν το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη ή μια αύξηση του αριθμού των τσιγάρων, εκείνων που το μείωσαν αισθητά στην εγκυμοσύνη (WHO 2010). Έχει αναφερθεί ότι ανάμεσα στο 29% με 85% των γυναικών που το έκοψαν υποτροπιάζουν στη λοχεία.

Οι παράγοντες που οδήγησαν μία γυναίκα στην απόφαση να διακόψει το κάπνισμα δεν είναι απαραίτητα οι ίδιοι με εκείνους που την ωθούν να ξανακαπνίσει (FangW. etal 2004). Οι γυναίκες που έλαβαν παρέμβαση διακοπής καπνίσματος στην εγκυμοσύνη έκοψαν το κάπνισμα σε ποσοστό 6,2% με 37,2%. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι υπάρχει μια σύνδεση της χρήσης καπνού και της απόφασης για μητρικό θηλασμό. Οι μητέρες που καπνίζουν μετά τον τοκετό είναι 2 φορές πιο πιθανό να μην θηλάσουν (Weiseretal. 2005) (HortaB, KramerMetal 2001). Η αξία του μητρικού γάλατος για όλα τα νεογνά, ειδικά τα πρόωρα είναι εξακριβωμένη και τεκμηριωμένη (VohrBetal. 2006). Έτσι η υποστήριξη στις προσπάθειες μιας μητέρας να παραμείνει νηφάλια και να μην υποτροπιάσει στο καθεστώς της καπνίστριας κατά την διάρκεια της λοχείας, ίσως είναι ένας σημαντικός παράγοντας παράτασης της περιόδου του μητρικού θηλασμού.

Οι περισσότερες έγκυες Ρομά ανήκουν στην κατηγορία χαμηλού μορφωτικού και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου με αποτέλεσμα να μη λαμβάνουν τις απαραίτητες γνώσεις για την διάρκεια της λοχείας και του θηλασμού. Η πρόσβαση τους σε φυσικούς χώρους ενημερώσεις από μαία όπως για παράδειγμα το κέντρο υγείας ή σε διαδικτυακούς χώρους είναι αρκετά περιορισμένη μειώνοντας έτσι τα ποσοστά θηλασμού στην διάρκεια της λοχείας αλλά ταυτόχρονα στην αύξηση ποσοστού αποτυχίας διακοπής του καπνίσματος. Όπως διαπιστώθηκε από έρευνα η διαφορά που υπάρχει μεταξύ των εγκύων του γενικού πληθυσμού και των εγκύων Ρομά στο στάδιο της κύησης και της λοχείας σε σχέση με το κάπνισμα οφείλεται εν μέρει σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και σε μειωμένη ενασχόληση των αρμοδίων αρχών με την μειονότητα των Ρομά (Kasa Z, Szeles G, Kardos L et al 2007) .

4. ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ ΣΥΝΗΘΕΙΑ

Όπως είναι ευρέως γνωστό η χρήση του καπνού κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης θέτει σε κίνδυνο όχι μόνο την υγεία της ίδιας της γυναίκας αλλά και την υγεία του εμβρύου που κυοφορεί. Όταν μια έγκυος γυναίκα καπνίζει, το έμβρυο αυτομάτως γίνεται παθητικός καπνιστής (UniteNations 2003). Έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα στην περίοδο της εγκυμοσύνης επιδρά αρνητικά στην υγεία και στην ανάπτυξη του εμβρύου, προκαλώντας πολυάριθμες επιλοκές στην κύηση κάτι το οποίο μπορεί να αποβεί μοιραίο τόσο για την ίδια την γυναίκα όσο και για το έμβρυο/νεογνό της. Σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα της βιβλιογραφίας, το παθητικό κάπνισμα έχει φανεί ότι εγκυμονεί σημαντικούς κινδύνους και για τους δύο. Αξιοσημείωτο είναι το αποτέλεσμα της μελέτης των Fried και Makin (1987), στην οποία σύγκριναν τις επιπτώσεις του καπνίσματος, της λήψης αλκοόλ και μαριχουάνας στο έμβρυο, κατά την οποία βρέθηκε ότι η νικοτίνη είχε πιο σοβαρές αρνητικές επιδράσεις από το αλκοόλ και τα μαλακά ναρκωτικά.

4.1. Επιπτώσεις στην υγεία και στην ανάπτυξη του εμβρύου

Πλήθος ερευνών έχει αποδείξει ότι η καπνιστική συνήθεια της μητέρας έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση σοβαρών προβλημάτων στην υγεία του εμβρύου (Smokingandpregnancy 2006). Πιο συγκεκριμένα, η νικοτίνη του τσιγάρου και οι υπόλοιπες 7.000 χημικές ουσίες που περιέχονται σε αυτό, εισέρχονται στην κυκλοφορία της μητέρας και εν συνεχεία μεταφέρονται δια μέσω του τροφοδοτικού οργάνου, του πλακούντα, στην κυκλοφορία του εμβρύου (Betobaccofree, 2014). Αναλυτικότερα, η καύση του καπνού από την εγκυμονούσα είναι υπεύθυνη για την σύσπαση των αγγείων του πλακούντα. Αυτό έχει ως συνέπεια τη μείωση της ροής του καλά οξυγονωμένου αίματος στο έμβρυο, καθώς επίσης και των θρεπτικών ουσιών που περιέχονται σε αυτό.

Επιπλέον, η αυξημένη ποσότητα του μονοξειδίου του άνθρακα (CO) στην αιματική κυκλοφορία της καπνίστριας μητέρας, και επομένως και του εμβρύου, έχει ως αποτέλεσμα το έμβρυο να βρίσκεται σε μια μόνιμη κατάσταση ενδομήτριας υποξίας. Η ταχυκαρδία και η αύξηση της αρτηριακής πίεσης που παρατηρείται έπειτα από την κατανάλωση καπνού από την έγκυο, παρεμποδίζουν και αυτές με την σειρά τους την σωστή και ολοκληρωμένη ανάπτυξη του εμβρύου.

Το κάπνισμα της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη είναι ένας τεκμηριωμένος παράγοντας κινδύνου αποβολής/ προγεννητικής θνησιμότητας, χαμηλού βάρους γέννησης, πρόωρου τοκετού και μικρά έμβρυα (Lumley 2004). Πιο συγκεκριμένα, υπολογίζεται από έρευνες ότι το ποσοστό της προγεννητικής θνησιμότητας είναι 150% πιο μεγάλο όταν η μητέρα είναι καπνίστρια και ότι η κατανάλωση καπνού από την έγκυο ευθύνεται για το 15% όλων των περιπτώσεων πρόωρου τοκετού (VanturaandMartin, 1993). Σύμφωνα με ευρήματα μια πληθυσμιακής μελέτης κοόρτης, που πραγματοποιήθηκε στην πολιτεία του Οχάιο της Αμερικής κατά την οποία συγκεντρώθηκαν αρχεία γεννήσεων από το 2006 έως το 2012, προέκυψε ότι το κάπνισμα ανεξάρτητα από την διάρκειά του στην περίοδο της εγκυμοσύνης έχει συσχετιστεί με την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ενδομήτριας υπολειπόμενης ανάπτυξης του εμβρύου(Blatt, MooreandChen, 2015).

Αδιαμφισβήτητα ανά τον κόσμο και ιδίως τις τέσσερις χώρες Ισπανία(24 εργασίες) Τσεχία(19 εργασίες) Σλοβακία(16 εργασίες) και Ουγγαρία(14 εργασίες) στις οποίες έχει γίνει το 70% των ερευνών για τον πληθυσμό των Ρομά, υπογραμμίζεται ότι υπάρχει διαφορά στην υγεία μεταξύ της συγκεκριμένης μειονότητας και του πλειοψηφικού πληθυσμού. Συγκεκριμένα, σε έρευνα που έχει λάβει χώρα στην Ουγγαρία τα βρέφη Ρομα έχουν διπλάσιες πιθανότητες να γεννηθούν πρόωρα και υπήρξε σημαντική περίσσεια γεννήσεων κάτω των 2.500gr ακόμα και σε τελειωμένες κύψεις(Jouberk K et Biosoc J, 1991) . Το γεγονός αυτό το αποδίδουν στον ανθυγιεινό τρόπο ζωής που επιλέγουν συχνά οι έγκυες Ρομά σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους, στη συχνή κατανάλωση τροφίμων πλούσιες σε λίπη, στην ελλιπή ενημέρωση της μητέρας από επαγγελματίες υγείας και κυρίως στην υιοθέτηση της καπνιστικής συνήθειας από μικρή ηλικία και τη συνέχιση της στην διάρκεια της εγκυμοσύνης με αποτέλεσμα την μειωμένη παροχή οξυγόνου και σημαντικών ουσιών στο έμβρυο μέσω του μηχανισμού του πλακούντα.

Επιπλέον, ο πληθυσμός Ρομά ζει σε οικισμούς στους οποίους επικρατούν σημαντικά χειρότερες κοινωνικο-οικονομικά συνθήκες συγκριτικά με την πλειοψηφία του γενικού πληθυσμού (Krienger N, Williams PR, Moss N, 1997). Οι καθημερινές διατροφικές συνήθειες των εγκύων Ρομά υιοθετώντας την τάση του λαού τους να καταναλώνουν τροφές που δεν ευνοούν την ανάπτυξη του εμβρύου αυξάνει τα ποσοστά εμβρυϊκής θνησιμότητας.

Σε αυτό συντελεί και η συνήθεια των Ρομά να προβαίνουν σε χρήση ναρκωτικών ουσιών είτε συνδυαστικά με το κάπνισμα είτε ανεξαρτήτως από αυτό. Η κατάσταση αυτή οδηγεί στην αύξηση ποσοστών νοσηρότητας των εγκύων Ρομά από ηπατίτιδα Β, η οποία χρήζει ιδιαίτερη μεταχείριση και προσοχή στην κύηση προς όφελος του νεογνού κάτι το οποίο οι έγκυες Ρομά δεν φροντίζουν σε ικανοποιητικό βαθμό (Cruz M, Dieguez A, Fos E, Hierro F, 1998). Ένας προτεινόμενος λόγος για τον σχετικά υψηλό όροεπιπολασμό στους Ρομά μπορεί να θεωρηθεί και το τατουάζ (Rosario P et al 1996). Η Ηπατίτιδα C επίσης είναι πιο διαδεδομένη στους Ρομά.

Επιπροσθέτως, η καπνιστική συνήθεια των γυναικών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι άμεσα συνδεδεμένη με τα αυξημένα ποσοστά των ενδομήτριων θανάτων, που σχετίζονται με την μόνιμη κατάσταση υποξίας και την «φτωχή» τροφοδοσία σε πλούσιες θρεπτικές ουσίες, οι οποίες είναι απαραίτητες για την σωστή ανάπτυξη του εμβρύου.

Οι βιολογικοί μηχανισμοί του τρόπου με τον οποίο ο καπνός του τσιγάρου επηρεάζει την ανάπτυξη του εμβρύου έχουν εξεταστεί σε εκτεταμένες μελέτες σε ανθρώπους και εργαστήρια, οι οποίες δείχνουν ότι πολλές από τις 70.000 χημικές ουσίες του τσιγάρου μπορούν να διαπεράσουν τον πλακούντα και έχουν άμεση επιβλαβή επίδραση στο αγέννητο μωρό. Σχετικά λίγο εκπαιδευτικό υλικό δημόσιας υγείας αναφέρεται σε γενετικές ανωμαλίες ως πιθανή έκβαση μεταξύ των εγκύων γυναικών που καπνίζουν, και εκείνες που προκαλούν δεν είναι σχεδόν ποτέ συγκεκριμένες. Αυτό συμβαίνει πιθανόν λόγω της αβεβαιότητας για το αν οι συγγενείς ανωμαλίες αιτιολογικά σχετίζονται με το κάπνισμα της μητέρας. Παραδόξως, παρά τις έρευνες που εκτείνονται σε 50 χρόνια, δεν έχει υπάρξει ποτέ μια ολοκληρωμένη συστηματική ανασκόπηση του καπνίσματος και συγγενείς ανωμαλίες, εκτός από στοματοπροσωπικές σχισμές.

Το μητρικό κάπνισμα σχετίζεται με σημαντική αύξηση του κινδύνου για ανωμαλίες του καρδιαγγειακού, σκελετικού και γαστρεντερικού συστήματος, του προσώπου, συμπεριλαμβανομένων στοματοπροσωπικές σχισμές, και κρυφορχία.

Όσον αφορά το καρδιαγγειακό σύστημα από έρευνες φάνηκε ότι δεν είναι σαφές εάν κάποια συγκεκριμένη καρδιακή ανωμαλία (π.χ. κοιλιακές διαφραγματικές ανωμαλίες) έχει μεγαλύτερη σχέση με το κάπνισμα της μητέρας. Σύμφωνα με την μελέτη που διεξήχθη από τους Malietal. το 2008, με το μεγαλύτερο αριθμό των προσβεβλημένων περιπτώσεων, πρότεινε ότι η σοβαρότερη επίδραση θα μπορούσε να υπάρξει στη μεσοκοιλιακή επικοινωνία και έλλειμμα στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα.

Οι σκελετικές ανωμαλίες περιλαμβάνουν μια σειρά από προβλήματα που σχετίζονται με τους μυς, τα οστά και τα άκρα. Υπάρχει μια σημαντική αύξηση κατά 16% του κινδύνου που συνδέεται με το κάπνισμα της μητέρας. Πιο συχνή μυοσκελετική ανωμαλία φάνηκε να είναι η ραιβοϊποποδία, η εμφάνιση της, όμως, είχε άμεση σχέση με την δόση- απόκριση.

Γαστρεντερικές ανωμαλίες περιλαμβάνουν ανωμαλίες στο κοιλιακό τοίχωμα και μια σειρά από ανωμαλίες του φάρυγγα, του οισοφάγου, του εντέρου, του παχέος εντέρου, των χοληφόρων οδών, της χοληδόχου κύστης και του ήπατος. Ωστόσο, δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες που να τεκμηριώνουν αυτά τα στοιχεία. Παρόλα αυτά, γίνεται μια σχετική αναφορά στην γαστροσχισση ως συχνότερη ανωμαλία του γαστρεντερολογικού συστήματος χωρίς όμως επαρκή στοιχεία στην βιβλιογραφία.

Όταν όλα τα ελαττώματα του ΚΝΣ εξετάστηκαν μαζί, φάνηκε να υπάρχει μια μικρή αύξηση του κινδύνου. Ωστόσο, μεταξύ των 17 ερευνών που μελετήθηκαν για δισχιδή ράχη και ανεγκεφαλία (οι πιο κοινές ανωμαλίες του ΚΝΣ) φάνηκε ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ αυτών και της κατανάλωσης καπνού. Όμως, ίσως να υπάρχει μια μικρή επίδραση του μητρικού καπνίσματος σε μερικά ελαττώματα του ΚΝΣ, τα στοιχεία όμως δεν είναι αρκετά σαφή.

Επιπλέον, ποικίλες μελέτες κατέδειξαν ότι όταν η μητέρα καπνίζει στην εγκυμοσύνη ο βαθμός των συγγενών ανωμαλιών αυξάνεται, συγκεκριμένα η εμφάνιση λυκοστόματος και λαγώχειλου.(Himmelberger 1978)

Κοινή αναφορά όλων των ερευνών σχετικά με το κάπνισμα και τις συγγενείς ανωμαλίες είναι η διαπίστωση ότι η συχνότητα της εμφάνισης των παραπάνω ανωμαλιών είναι άμεσα συσχετιζόμενη με τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνονται στο χρονικό διάστημα της εγκυμοσύνης.

Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι το κάπνισμα είναι η αιτία για αρκετά προβλήματα τόσο στην κύηση όσο ανεξάρτητα από αυτή την περίοδο της ζωής, της γυναίκας Ρομά. Η συχνή χρήση των προϊόντων καπνού από τους Ρομά σύμφωνα με έρευνα

πραγματοποιήθηκε στη Βουλγαρία, αποτελεί παραδοσιακό τρόπο ζωής με το 70% του συνόλου του πληθυσμού των Ρομά να είναι καπνιστές και παράλληλα εκτεθειμένοι σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων στην υγεία τους π.χ. καρδιαγγειακή νόσο (Zeljkovic H, Scaric - Jiricic et al 2008).

Απόρροια αυτού του τρόπου ζωής είναι η υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα καθώς και η μικρή διάρκεια ζωής. Η κορύφωση της θνησιμότητας αυτής της ομάδας είναι 40 έως 49 ετών με συχνότερη αιτία τα καρδιαγγειακά προβλήματα, που επιδεινώνονται στη διάρκεια της κύησης όταν δεν βρίσκονται υπό παρακολούθηση. Μόνο το 3% φτάνει να ζει μέχρι 60 έως 70 έτη. Αυτό οδηγεί τις γυναίκες να μένουν έγκυες σε μικρή ηλικία (Dobranici M, Buzea A et Popescu R, 2012) .

4.2. Επιπτώσεις στην υγεία της γυναίκας στην διάρκεια της εγκυμοσύνης

Παρά το γεγονός ότι οι κίνδυνοι που προκαλούνται τόσο στην υγεία της ίδιας της εγκύου όσο και του εμβρύου της από την κατανάλωση καπνού στην διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι διαδεδομένοι και αρκετά σαφείς, οι γυναίκες συνεχίζουν να καπνίζουν. Πιο συγκεκριμένα, από έρευνα που έλαβε χώρα στην Αμερική αναφέρεται ότι το 19% των γυναικών συνεχίζουν να καπνίζουν κατά την εγκυμοσύνη σε σχέση με μία άλλη πολύ σημαντική έρευνα που διεξήχθη στις ΗΠΑ, η οποία μελέτησε πέντε επιπλοκές την εγκυμοσύνης που έχουν άμεση σχέση με το κάπνισμα, προέκυψαν τα ακόλουθα αποτελέσματα: 1,58% για προδρομικό πλακούντα, 1,62% για πρόωρη αποκόλληση, 1,7% για πρόωρη ρήξη υμένων, 1,77% για έκτοπη κύηση, ενώ το ποσοστό συσχέτισης του καπνίσματος με την προεκταμένα ανέρχεται στο 0,52% (Castles,Adamsetal. 1999).

Μια μετά-ανάλυση οκτώ ερευνών έρχεται να ενισχύσει τα παραπάνω αποτελέσματα της σχέσης του καπνίσματος με την πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα και κατ' επέκταση της αιμορραγίας, η οποία είναι πιο αυξημένη στις έγκυες καπνίστριες κατά 1,62% συγκριτικά με αυτές που δεν καπνίζουν. Σύμφωνα με μια αμερικανική μελέτη κοόρτης, η οποία έδωσε βάση σε δεδομένα από αρχεία γεννήσεων από το 1989 έως το 1998, ο αριθμός των τσιγάρων ανά ημέρα

παρουσίασε σημαντική στατιστική συσχέτιση με περιστατικά προδρομικού πλακούντα.

Επιπλέον, πλήθος μελετών έχουν αποδείξει ότι η πιθανότητα για έκτοπη κύηση είναι 1,6 φορές μεγαλύτερη στις γυναίκες που καπνίζουν 1-5 τσιγάρα στην διάρκεια της ημέρας συγκριτικά με τις γυναίκες οι οποίες απέχουν από την κατανάλωση καπνού, και 2-3 φορές μεγαλύτερη για εκείνες που καπνίζουν 11-20 τσιγάρα ημερησίως (SaraiyaMetal. 1998). Ο κίνδυνος είναι επίσης αυξημένος και για την εμφάνιση του προώρου τοκετού, ο οποίος αποτελεί μια ανεπιθύμητη έκβαση κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, καθώς το 15% όλων των περιπτώσεων του πρόωρου τοκετού οφείλεται στην καπνιστική συμπεριφορά των εγκύων γυναικών (Vanturaetal,1995).

Ακόμη, ο κίνδυνος προγεννητικού θανάτου φαίνεται να είναι αυξημένος κατά 20% σε γυναίκες που καπνίζουν κάτω από 20 τσιγάρα ημερησίως, και κατά 35% σε γυναίκες που καπνίζουν περισσότερα από 20 τσιγάρα την ημέρα.(Brewer 1983, Fox 1991)

Επομένως, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι μια γυναίκα που είναι καπνίστρια στην διάρκεια της κύησης, εγκυμονεί πολλούς και σοβαρούς κινδύνους που επηρεάζουν την ικανότητά της να φέρει εις πέρας μια εγκυμοσύνη χωρίς την εμφάνιση επιπλοκών.

Παρόλα αυτά, όλες οι έρευνες συμφωνούν στο γεγονός ότι δεν υπάρχει ασφαλής αριθμός τσιγάρων που μπορούν οι έγκυες να καταναλώνουν μέσα στην διάρκεια της ημέρας (Aliyu,LunchandWilson 2011). Οι τελευταίες συστάσεις προτρέπουν τους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν συμβουλευτική και βοήθεια στις έγκυες καπνίστριες με απώτερο σκοπό την πλήρη διακοπή της καπνιστικής συνήθειάς τους και όχι απλώς την μείωση του αριθμού των τσιγάρων (Μαλλιαρού 1994). Άλλωστε είναι ευρέως αποδεκτό από την επιστημονική κοινότητα ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζει μια γυναίκα ημερησίως, τόσο αυξάνεται η συχνότητα εμφάνισης των προαναφερθέντων επιπλοκών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Στον πληθυσμό που αφορά τις έγκυες Ρομά δεν υπάρχει μεγάλος αριθμός ερευνών που να αναφέρει ποσοστά των συγκεκριμένων προβλημάτων. Παρόλα αυτά όλες οι μελέτες που έχουν ασχοληθεί με αυτήν την ομάδα, επισημαίνουν ομόφωνα ότι τα ποσοστά επιπλοκών στη διάρκεια της κύησης των γυναικών Ρομά είναι αυξημένα συγκριτικά με τις έγκυες του γενικού πληθυσμού. Αυτό επιβεβαιώνεται

και από την αυξημένη μητρική θνησιμότητα των εγκύων Ρομά. Αξίζει να επισημανθεί ότι η προσπάθεια ένταξης των Ρομά στην κοινωνία και η προτροπή για αύξηση της συμμετοχής τους στις υγειονομικές υπηρεσίες αναμένεται να μειώσει τα ποσοστά νεογνικής και μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Τέλος δεν θα πρέπει να προσπεράσουμε ότι τα αρνητικά αποτελέσματα του καπνού είναι αναστρέψιμα εάν γίνει διακοπή του νωρίς στην εγκυμοσύνη και συγκεκριμένα στο πρώτο τρίμηνο (CDC, 1993). Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, οι γυναίκες που σταματούν το κάπνισμα στους πρώτους 3-4 μήνες της εγκυμοσύνης τους γεννούν παιδιά ίδιου βάρους με εκείνων που ποτέ δεν κάπνισαν. (USDHHS 1990).

4.3. Επιπτώσεις του καπνίσματος στην παιδική και εφηβική ηλικία

Οι επιπτώσεις του καπνίσματος δεν σχετίζονται μόνο με την υγεία της ίδιας της γυναίκας και του εμβρύου της, αλλά γίνονται αισθητές και στην βρεφική και παιδική ηλικία. Τεκμήριο αυτής της διατύπωσης αποτελούν τα χαρακτηριστικά ευρήματα που παρουσιάζουν τα νεογνά των μητέρων που εκτίθενται στο καπνό. Το σύνδρομο εμβρυικού καπνίσματος όπως αυτό ονομάζεται «FetalTobaccoSyndrome», έχει παρατηρηθεί ότι εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στα νεογνά που έχουν υπάρξει παθητικοί καπνιστές μέσω του πλακούντα (DifranzaetLew, 1995). Ο αριθμός των τσιγάρων που καταναλώνει η γυναίκα ημερησίως είναι άμεσα συνδεδεμένος με την ένταση των συμπτωμάτων που θα εμφανιστούν στο νεογνό. Επομένως, εύκολα αντιλαμβάνεται κανείς ότι το έμβρυο μιας βαριάς καπνίστριας κινδυνεύει περισσότερο από εκείνης της γυναίκας που καπνίζει λιγότερο αριθμό τσιγάρων.

Στην κατηγορία του βαρύ καπνιστή ανήκουν και οι έγκυες Ρομά οι οποίες παρουσιάζουν μεγάλη δυσκολία στην διακοπή του καπνίσματος.

Παρόλα αυτά, στην διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν έχει φάνει να υπάρχει ασφαλής αριθμός τσιγάρων που να επιτρέπεται να καπνίζει η έγκυος, για αυτό τον λόγο οι οδηγίες προς τους επαγγελματίες υγείας είναι σαφείς ως προς την παροχή συμβουλευτικής στις γυναίκες που παρακολουθούν για την πλήρη και οριστική διακοπή του καπνίσματος (Rogers,2009) (USDHHS,2010).

Η συνήθεια του καπνίσματος στην διάρκεια της κύησης, αυξάνει την πιθανότητα γέννησης λιποβαρούς νεογνού, τα οποία είναι πιο επιρρεπή στην εμφάνιση προβλημάτων υγείας. Πιο συγκεκριμένα, τα νεογέννητα που έχουν μικρότερο βάρος από το αναμενόμενο για την ηλικία τους αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη δυσκολία ως προς την σταθεροποίηση της θερμοκρασίας του σώματός τους μετά την διαδικασία του τοκετού, καθώς επίσης και στην ρύθμιση του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών. Μια μετά-ανάλυση έδειξε μια αντίστροφη σχέση μεταξύ του καπνίσματος και του βάρους γέννησης.

Από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ανατολική Ευρώπη αποδείχθηκε ότι τα παιδιά Ρομά διατρέχουν υψηλό κίνδυνο υποσιτισμού (Janevic T, Petrovic O, Bjelic I, Kubera A, 2010). Στη Σερβία έξι φορές περισσότερα παιδιά είναι λιποβαρή σε σύγκριση με τον εθνικό μέσο όρο και στην Π.Γ.Δ.Μ τρεις φορές περισσότερα παιδιά Ρομά είναι λιποβαρή (UNICEF 2010). Η ανεπαρκής ανάπτυξη αυτών των παιδιών συνδέεται με την οικονομική υπό επίδοση και φτωχότερη υγεία στην ενήλικη ζωή (Janevicetal, 2010).

Επιπλέον, η έκθεση του εμβρύου στον καπνό από την ίδια του τη μητέρα έχει βρεθεί ότι μπορεί να επηρεάσει εκτός από το βάρος του και την μετέπειτα ανάπτυξη του, όπως το ύψος του, δηλαδή τα νεογνά των εγκύων καπνιστριών παρουσιάζουν χαμηλό ανάστημα λόγω της μη σωστής τροφοδότησής τους όσο ήταν έμβρυα (Chamberlajetal,1986). Στην ηλικία των επτά με έντεκα ετών τα παιδιά των εγκύων καπνιστριών υπολείπονται σε σωματική ανάπτυξη. Η περίμετρος της κεφαλής, η περίμετρος του θώρακα, καθώς επίσης και η περίμετρος των ώμων επηρεάζονται σημαντικά από την έκθεση του εμβρύου στο κάπνισμα. Οι επιβλαβείς επιδράσεις από τις ουσίες του τσιγάρου είναι δυνατόν να επηρεάσουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου (Browneetal, 2000) και να προκαλέσουν διανοητική στέρηση (Dombrowski,MartinetHuttunen, 2005) και νευρολογικές διαταραχές που ενδεχομένως αποβούν μοιραίες για την ποιότητα της ζωής του παιδιού (OLDW,1997) (Brennanetal, 1999).

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε πληθυσμούς Ρομά έγινε γνωστό ότι τα παιδιά των Ρομά αρχίζουν να καπνίζουν στην ηλικία 5-7 ετών με αποτέλεσμα, αυτό να επιδεινώνει την κατάσταση υγείας τους με επιπλέον σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα να προέρχονται από μητέρα η οποία κάπνιζε στη διάρκεια της κύησης (Davorina Pete et al 2006).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι παρότι τα παιδιά των Ρομά γεννιούνται με χαμηλό ανάστημα και υπολείπονται σε σωματική ανάπτυξη στην πορεία της ζωής τους εμφανίζουν υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας λόγω των κακών διατροφικών συνθηκών που υιοθετούν από μικρή ηλικία (Vlada et al 2010-2013). Στην Τσεχική Δημοκρατία στην οποία ο αριθμός των Ρομά υπολογίζεται 250000-280000 (Kalibova K. Kolic 2008) έχουν γίνει αρκετές μελέτες για τις συνήθειες των Ρομά.

Όπως επισημαίνεται από έρευνες που έχουν σχεδιαστεί για την παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας τους δείχνουν ότι παρά τις κυβερνητικές προσπάθειες σε ολόκληρη την Ευρώπη, υποφέρουν από φτωχότερη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και συχνά υφίστανται διακρίσεις(Sedova L et al 2014) (Vazarova decourten et al 2003). Η παχυσαρκία φάνηκε ότι οφείλεται σε υψηλή κατανάλωση ποτών και τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη τα οποία συνηθίζουν οι Ρομά να καταναλώνουν.

Επιπροσθέτως ,πολλές επιδημιολογικές έρευνες που έχουν δημοσιευθεί αναφέρουν ότι η έκθεση του εμβρύου στον καπνό του τσιγάρου κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης δρα αρνητικά στο ΚΝΣ, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται διαταραχές στην συμπεριφορά του νηπίου, του παιδιού και μετέπειτα εφήβου (BaghurstP et al, 1992) (Browneetal, 2000). Κίνδυνοι στην ανάπτυξη του παιδιού που σχετίζονται με το κάπνισμα είναι και η ελλειμματική προσοχή που παρατηρείται σε παιδιά των οποίων οι μητέρες εκτίθονταν στον καπνό όσο ήταν έγκυες (LambeetHultmanetal, 2006). Μεγαλύτερος φαίνεται να είναι ο κίνδυνος τα παιδιά αυτά να αναπτύξουν υπερκινητικότητα με μαθησιακές δυσκολίες (Ananthetal, 2007) και διάσπαση προσοχής(FergussonandLloyd, 1991).

Το πιο σημαντικό διάστημα στην περίοδο της εγκυμοσύνης είναι το πρώτο τρίμηνο κατά το οποίο συμβαίνει η οργανογένεση του εμβρύου. Ακόμη και αν ο κίνδυνος εμφάνισης αυτισμού γενικά θεωρείται χαμηλός, περίπου 1/1,000 γεννήσεις, σύμφωνα με μια εθνική μελέτη παρατήρησης που πραγματοποιήθηκε στην Σουηδία, η έκθεση του εμβρύου στο κάπνισμα κατά την διάρκεια του πρώτου τριμήνου σε καθημερινή βάση βρέθηκε ότι σχετίζεται σημαντικά με αυτό (HultmanCMetat, 2002).

Όσον αφορά το σύνδρομο του αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (sudden infant death syndrome-SIDS) που περιλαμβάνει βρέφη ηλικίας μικρότερης του ενός έτους, δεν έχει βρεθεί η ακριβής αίτια που προκαλεί το σύνδρομο. Όμως, μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί κάνουν λόγο για άμεση σύνδεση με ανωμαλίες του κεντρικού

νευρικού συστήματος, του καρδιαγγειακού και συγγενών ανωμαλιών. Ως πρώτο και βασικό παράγοντα κινδύνου αναφέρουν την καθημερινή έκθεση του εμβρύου στις βλαβερές ουσίες του τσιγάρου που διέρχονται άμεσα δια μέσω του πλακούντα στην κυκλοφορία του. Ωστόσο, η αιτιολογία του SIDS παραμένει άγνωστη και χρειάζονται περαιτέρω έρευνες και στοιχεία για την πλήρη κατανόηση του.

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα ο λαός των Ρομά χαρακτηρίζεται από υψηλά ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας. για παράδειγμα στη Ρουμανία το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας για τους Ρουμάνους ήταν 27,1 ανά 1000 γεννήσεις ζώντων νεογνών σε σύγκριση με το 72,8 ανά 1000 γεννήσεις ζώντων νεογνών του πληθυσμού των Ρομά(Sepkowiez K, 2006)

Η λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος μπορεί να επηρεαστεί από τον αριθμό των τσιγάρων που η γυναίκα καταναλώνει στη διάρκεια μια ημέρας και ο βαθμός επίδρασης σχετίζεται άμεσα με την μείωση ή αύξηση των τσιγάρων που καπνίζει (Bisgaard, DalgaardetNYboe.1987). Κατά συνέπεια, η εμφάνιση αναπνευστικών προβλημάτων στη νεογνική και παιδική ηλικία γίνεται πιο συχνή και σοβαρή στους απογόνους γυναικών που κάπνιζαν στην διάρκεια της εγκυμοσύνης ακόμα και στην γαλουχία. Συγκεκριμένα, αναπνευστικά προβλήματα που αναφέρονται από μελέτες είναι το βρογχικό άσθμα στη παιδική ηλικία και η ασθματική βρογχίτιδα στο πρώτο έτος ζωής τους (Stick,BurtonetGyrrinetal,1996). Επιπλέον, τα παιδιά των καπνιστριών έχουν την τάση να είναι πιο επιρρεπή σε ασθένειες του αναπνευστικού, όπως ρινίτιδες, φαρυγγίτιδες και ωτίτιδες.

Στηριζόμενοι σε μια μελέτη παρατήρησης με 1.974 παιδιά, των Weisbergetal. βρέθηκε ότι υπάρχει σχέση μεταξύ του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη και της νοσηλείας των νεογνών στην μονάδα εντατικής (MENN). Συγκεκριμένα, το 8% των παιδιών νοσηλεύτηκαν κατά την διάρκεια των οκτώ πρώτων μηνών της ζωής τους. Αξιοσημείωτη είναι η πληροφορία ότι τα παιδιά των εγκύων που καπνίζουν 15 η περισσότερα τσιγάρα ημερησίως φάνηκε ότι έχουν διπλάσια πιθανότητα να εισαχθούν στο νοσοκομείο σε σύγκριση με αυτά των οποίων η μητέρα δεν έχει καπνίσει ποτέ (Wisborgetal 1999). Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι ο παιδικός καρκίνος είναι συχνότερος στα παιδιά των καπνιστών (DOH,1992).

Είναι από όλους αποδεκτή η αντίληψη ότι το κάπνισμα επηρεάζει δυσμενώς την λειτουργία του αναπαραγωγικού συστήματος τόσο στις γυναίκες όσο και στους άντρες, εμποδίζοντας την ικανότητα και την αποτελεσματικότητά τους για γονιμοποίηση με αρνητικές επιδράσεις που αφορούν το γενετικό υλικό των ωαρίων

και των σπερματοζωαρίων (Ramlau-Hansen, Thylstrup, BondeetOlsen, 2002). Με βάση μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Δανία, η καπνιστική συμπεριφορά της μητέρας μπορεί να επηρεάζει μελλοντικά την γονιμότητα των αγοριών. Απέδειξαν ότι όσο περισσότερο η μητέρα εκτίθεται στην κατανάλωση καπνού στην διάρκεια της εγκυμοσύνης τόσο αυξάνεται η πιθανότητα αρνητικής επιρροής στο σπέρμα, ως προς την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων και την συγκέντρωσή τους. Οι αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος είναι αισθητές τόσο στην γυναίκα όσο και στο έμβρυο/ νεογνό και μετέπειτα στον νεαρό ενήλικα. Παρόλα αυτά, παρατηρείται συνέχιση της καπνιστικής συμπεριφοράς των γυναικών κάνοντας με αυτό τον τρόπο τα έμβρυα/ παιδιά τους παθητικούς καπνιστές δημιουργώντας τους ποικίλα προβλήματα. Στη συνέχεια, ο πίνακας 2 παρουσιάζει μια σύνοψη των επιπτώσεων στην υγεία από το κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Πίνακας 1: Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία του εμβρύου νεογνού και παιδιού

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΕΚΒΑΣΕΙΣ
Ανωμαλίες πλακούντα
Προδρομικός πλακούντας
Αποκόλληση πλακούντα
Έκτοπη κύηση
Υπολειπομένη ενδομήτρια ανάπτυξη
ΕΚΒΑΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ
Πρόωρος τοκετός
Γέννηση λιποβαρών νεογνών
Προγεννητική θνησιμότητα
Σύνδρομο αιφνίδιου νεογνικού θανάτου
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΖΩΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ
Συγγενείς ανωμαλίες
Βρογχικό άσθμα στην παιδική ηλικία
Ασθματική ραχίτιδα στο 1 ^ο έτος ζωής
Ανωμαλίες κεντρικού νευρικού συστήματος
Διαταραχή συμπεριφοράς
Ελλειμματική προσοχή και υπερκινητικότητα
Αυξημένη συχνότητα νοσηλείας
Παιδικός καρκίνος
Ανδρική στειρότητα

4.4. Οφέλη στην υγεία της γυναίκας και του εμβρύου από την διακοπή καπνίσματος

Όπως είναι ευρέως γνωστό στον τομέα στην υγείας οι επιδράσεις της νικοτίνης και των υπόλοιπων ουσιών του τσιγάρου μπορεί, ανάλογα με την χρήση του από την μητέρα, να προκαλέσουν ανεπανόρθωτες βλάβες στην υγεία της ίδιας αλλά και στην ανάπτυξη του εμβρύου και κατ' επέκταση στην ποιότητα ζωής του (NICE 2010). Κοινώς αποδεκτό από τους επαγγελματίες υγείας είναι ότι η διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης των κινδύνων

που αφορούν την γυναίκα και το έμβρυό της (NewZealandMinistryofHealth 2014). Σύμφωνα με πηγές της βιβλιογραφίας, ο αριθμός των τσιγάρων που καταναλώνονται καθημερινά από την έγκυο γυναίκα, είναι άμεσα συνδεδεμένος με την συχνότητα των βλαβών που προκαλούνται και στους δύο. Ωστόσο, η πιο ιδανική περίπτωση είναι η διακοπή της καπνιστικής συνήθειας της εγκύου γυναίκας πριν από την σύλληψη. Οι γυναίκες που σταματούν το κάπνισμα στους 3-4 πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης τους, γεννούν παιδιά ίδιου βάρους με αυτές τις γυναίκες οι οποίες δεν καπνίζουν καθόλου (CDC, 1993).

Επιπλέον, πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση από τους Lumleyetal. (2009) οδήγησε στην παρατήρηση ότι οι παρεμβάσεις από τους επαγγελματίες υγείας για την διακοπή του καπνίσματος μειώνουν την πιθανότητα να προκληθεί τοκετός πρόωρα στις έγκυες που καταφέρνουν να διακόψουν το κάπνισμα, ενώ παράλληλα αυξάνουν το βάρος γέννησης των νεογνών κατά 33 γραμμάρια. Μια σημαντική πληθυσμιακή μελέτη κούρτης, που έλαβε χώρα στην Φιλανδία με δείγμα 1.164,953 μονήρεις κυήσεις από το 1991 έως το 2010, οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η διακοπή του καπνίσματος στα πρώτα στάδια της κύησης και κυρίως στην διάρκεια του πρώτου τρίμηνου μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης μαιευτικών επιπλοκών, όπως είναι ο πρόωρος τοκετός, το χαμηλό βάρος γέννησης και η περιγεννητική θνησιμότητα σε παρόμοια επίπεδα με αυτά των μη καπνιστριών (Raisanen, Sankilampi, Gisslereta., 2014). Ιδιαίτερα η διακοπή του καπνίσματος πριν την 15^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης θέτει τον κίνδυνο για πρόωρο τοκετό στα ίδια επίπεδα με τις γυναίκες που δεν καπνίζουν (McCowan, Dekkler, Chanetal, 2009)

Ο πληθυσμός των Ρομά αποτελεί μία ομάδα ανθρώπων με δική τους κουλτούρα και ιδιαίτερες συνθήκες διαβίωσης. Οι επαγγελματίες υγείας αρκετές φορές δεν έχουν την δυνατότητα να προβούν σε σωστή και επαρκή πληροφόρηση στις έγκυες Ρομά σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος λόγω της απότομης και αρνητικής συμπεριφοράς τους προς το υγειονομικό προσωπικό. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ελλιπή ενημέρωση των εγκύων Ρομά για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, αφήνοντας έτσι τα ποσοστά καπνιστικής συνήθειας στην διάρκεια της εγκυμοσύνης σε υψηλά επίπεδα.

Η κατανάλωση καπνού από την έγκυο γυναίκα στην αρχόμενη εγκυμοσύνη αυξάνει τον κίνδυνο για εισαγωγή του νεογνού στην μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών μέχρι και 19% περισσότερο και την εμφάνιση συγγενών ανωμαλιών κατά 22% συγκριτικά με τις μη καπνίστριες. Επομένως, ο δεσμός μητέρας-νεογνού

εδραιώνεται πιο εύκολα σε γυναίκες που δεν αντιμετωπίζουν δυσκολίες σχετικά με την υγεία του νεογνού τους (Raisanen, Sankilampi, Gissler et al., 2014). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ευκολότερη εγκατάσταση του θηλασμού που αποτελεί βασική θρεπτική πηγή τροφής για τα βρέφη, ιδιαίτερα στους πρώτους μήνες της ζωής τους. Τα παιδιά αυτά μεγαλώνοντας έχουν λιγότερη ανάγκη για φροντίδα υγείας, καθώς έχει φάνει ότι πάσχουν σπανιότερα από χρόνιες ασθένειες και έχουν γενικότερα καλύτερη ποιότητα ζωής.

Πέρα από τα οφέλη της διακοπής του καπνίσματος στον τομέα της υγείας της εγκύου και του εμβρύου, υπάρχουν και οικονομικά οφέλη τα οποία στην εποχή που διανύουμε είναι άξια λόγου. Υπολογίζεται ότι μια γυναίκα που καπνίζει περίπου 20 τσιγάρα ημερησίως, τα οποία αντιστοιχούν σε ένα πακέτο τσιγάρα εξοικονομεί ετησίως 1,533€ εάν το διακόψει (Helpforpregnant smokers, 2004). Επιπλέον, τα οφέλη στην υγεία της γυναίκας από την διακοπή του καπνίσματος είναι άμεσα για όλη της την ζωή. Τα οφέλη στην υγεία της γυναίκας μπορεί να είναι τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την USDHHS αναφέρει ότι με την διακοπή του καπνίσματος μέσα σε διάστημα 20 μόλις λεπτών, η αρτηριακή πίεση και οι σφίξεις που σημειώνουν ανοδική πορεία κατά την κατανάλωση καπνού, επανέρχονται στα φυσιολογικά επίπεδα. Επίσης, το μονοξείδιο του άνθρακα (CO) όπως και τα επίπεδα οξυγόνου (O₂) στο αίμα επιστέφουν και αυτά στα φυσιολογικά επίπεδα μετά το πέρας των 8 ωρών. Ύστερα από 24 ώρες το CO αποβάλλεται από το σώμα και οι πνεύμονες είναι πιο καθαροί από τα υπολείμματα που προέρχονται από την κατανάλωση καπνού και η πιθανότητα καρδιακής προσβολής παρουσιάζει σημαντική μείωση. Η νικοτίνη μια βλαβερή ουσία για την υγεία, μετά από 48 ώρες από το τελευταίο τσιγάρο δεν ανιχνεύεται στο σώμα.

Πέρα, όμως, από τα οφέλη που παρατηρούνται σε χρονικό διάστημα λίγων μόλις ωρών από την διακοπή στον οργανισμό της γυναίκας, υπάρχουν και μακροπρόθεσμα οφέλη που γίνονται αντιληπτά. Ειδικότερα, σε διάστημα 3-9 μηνών τα αναπνευστικά προβλήματα, ο βήχας και η δύσπνοια που είναι βασικά γνωρίσματα των ατόμων που καπνίζουν μειώνονται εμφανώς. Η πνευμονική λειτουργία στο διάστημα αυτό βελτιώνεται κατά 10%. Βελτίωση επίσης εμφανίζεται στην ανάπλαση και την υφή του δέρματος.

Επιπροσθέτως, μειώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης νόσων που είναι άμεσα συνδεδεμένες με το κάπνισμα. Πιο συγκεκριμένα, ο κίνδυνος εκδήλωσης καρκίνου

του πνεύμονα, εμφυσήματος, ΧΑΠ και χρόνιας βρογχίτιδας είναι μειωμένος. Εκτός από αυτές τις νόσους οι οποίες είναι πολύ σοβαρές και χρήζουν ιδιαίτερης φροντίδας στην εγκυμοσύνη, η οποία μετατρέπεται αυτομάτως σε κύηση υψηλού κινδύνου. Εάν συμβεί διακοπή του καπνίσματος κατά την διάρκεια αυτής, μειώνεται και ο κίνδυνος για στεφανιαία νόσο, αιφνίδιο θάνατο λόγω καρδιακής προσβολής, αρτηριοσκλήρυνσης και εγκεφαλικό επεισόδιο.

Η διακοπή του τσιγάρου από την ίδια την γυναίκα και τον περίγυρό της συμβάλει στην δημιουργία ενός πιο καθαρού περιβάλλοντος και πιο φιλικού προς το έμβρυο και μετέπειτα βρέφος, καθώς ο αέρας είναι πλούσιος σε οξυγόνο χωρίς τις επιπλέον βλαβερές ουσίες που προκύπτουν από την καύση του καπνού (JonesL.etal, 2011).

5. ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η διακοπή του καπνίσματος για τις έγκυες γυναίκες που κάπνιζαν αρκετό διάστημα πριν από την εγκυμοσύνη αποτελεί μια δύσκολη διαδικασία. Ωστόσο, οι πιθανότητες της συνέχισης του καπνίσματος δεν αποτελούν μόνο προσωπική υπόθεση της γυναίκας αλλά εξαρτώνται και από άλλους σημαντικούς παράγοντες που είναι ικανοί να καθυστερήσουν ή ακόμα και να εμποδίσουν την διακοπή της καπνιστικής συνήθειας της εγκύου. Ενώ ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών εκδηλώνουν έντονη επιθυμία για διακοπή του καπνίσματος στην περίοδο της εγκυμοσύνης τους, μικρό ποσοστό καταφέρνει να το διακόψει πλήρως αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα για μια καλή έκβαση της εγκυμοσύνης χωρίς επιπλοκές.

5.1. Κοινωνικο- οικονομικοί παράγοντες

Από τη πρώτη κιόλας συνάντηση της μαίας με μια έγκυο που καπνίζει θα πρέπει να λαμβάνονται στα πλαίσια λήψης ιστορικού πληροφορίες για τις συνθήκες ζωής της εγκύου, προκειμένου να αναγνωριστούν παράγοντες κινδύνου που πιθανόν δυσχεραίνουν την οριστική διακοπή του καπνίσματος στην περίοδο της

εγκυμοσύνης. Θα πρέπει να παρέχεται εξατομικευμένη φροντίδα από την μαία στην έγκυο, καθώς κάθε γυναίκα αποτελεί μια ξεχωριστή οντότητα και έχει διαφορετικές ανάγκες.

Οι κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες είναι άμεσα συνδεδεμένοι με το κάπνισμα (Abrahamsson et al, 2005). Σύμφωνα με πηγές της βιβλιογραφίας, οι γυναίκες οι οποίες ζουν σε ένα περιβάλλον που αποτελείται από καπνιστές είναι ευάλωτες στην χρήση προϊόντων καπνού. Τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος κατά την κύηση συνδέονται με την φυλή και την κοινωνικό-οικονομική τάξη. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι η χρήση καπνού μεταξύ των γυναικών κατώτερου κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου είναι τριπλάσια συγκριτικά με τις γυναίκες που ανήκουν σε υψηλά κοινωνικά στρώματα (WHO, 2002).

Σύμφωνα με τις πηγές της βιβλιογραφίας οι Ρομά στην πλειοψηφία τους ανήκουν στη χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη. Συνήθως ζουν σε καταυλισμούς και η κατάσταση υγείας των ατόμων αυτών είναι χειρότερη από του γενικού πληθυσμού (Voko Z, Csepe P et al 2003-2004). Αυτές οι συνθήκες έχουν μεγάλο αντίκτυπο στη συνέχιση της καπνιστικής συνήθειας στην διάρκεια της εγκυμοσύνης με αποτέλεσμα τα ποσοστά καπνίσματος στις έγκυες Ρομά να παραμένουν σε υψηλά επίπεδα σε σχέση με τις έγκυες του υπολοίπου πληθυσμού. Στις οικογένειες Ρομά το φαινόμενο της συγκατοίκησης με μεγάλο αριθμό ατόμων είναι αρκετά συχνό και σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ουγγαρία στους Ρομά η κατανάλωση προϊόντων καπνού από τα μέλη του πληθυσμού τους σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό είναι τριπλάσια σε ποσοστά. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι η έγκυος Ρομά πέραν της καύσης καπνού που κάνει η ίδια εκτίθεται και κινδυνεύει και ως παθητικός καπνιστής.

Επιπλέον, στρεσογόνοι παράγοντες που εμποδίζουν τις γυναίκες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου να διακόψουν το κάπνισμα αποτελούν η έλλειψη μεταφορικού μέσου και η επικράτηση άσχημων συνθηκών μέσα στο σπίτι ή στο ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον. Οι παράγοντες αυτοί οδηγούν την γυναίκα σε συναισθήματα απομόνωσης και αισθήματα απουσίας κοινωνικής υποστήριξης (Pletschet. al, 2004).

Η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει την καπνιστική συνήθεια της γυναίκας, καθώς είναι υπεύθυνη για τα συναισθήματα που την περικλείουν στην περίοδο της εγκυμοσύνης. Γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι οι γυναίκες οι οποίες αντιμετωπίζουν προβλήματα στην συζυγική τους ζωή είναι πιο επιρρεπείς σε αποτυχία διακοπής της

κατανάλωσης καπνού κατά την κύηση. Συγκεκριμένα, γυναίκες ανύπαντρες, διαζευγμένες ή εν διαστάσει μητέρες και χήρες καταφεύγουν στην συνήθεια του καπνίσματος καθώς θεωρούν ότι το κάπνισμα προσδίδει ηρεμία και συναισθηματική χαλάρωση (Irwinet. al, 2002).

Ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής η στάση και οι αντιλήψεις των Ρομά για την ποιότητα ζωής τους οδηγούν σε χαμηλό όριο προσδόκιμο ζωής. Οι γυναίκες τεκνοποιούν σε μικρές ηλικίες κατά τις οποίες δεν έχουν σωστή ενημέρωση για τις αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος από τους ειδικούς στον τομέα της υγείας και ούτε στήριξη από την οικογένεια για προτροπή διακοπής καπνιστικής δραστηριότητας.

Ο εργασιακός τομέας, επίσης, είναι πολύ σημαντικός στην συνέχιση του καπνίσματος και σε όλη τη ζωή της γυναίκας αλλά και στην εγκυμοσύνη της. Τα προβλήματα και οι δυσκολίες στον εργασιακό χώρο επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την ψυχολογία των γυναικών. Αναλυτικότερα, γυναίκες που είναι άνεργες έχει φανεί ότι έχουν υψηλότερα ποσοστά στην χρήση τσιγάρου σε σύγκριση με εκείνες που έχουν αποκατασταθεί επαγγελματικά (Gillieset. al, 1989).

Η κύρια πηγή εσόδων των οικογενειών Ρομά είναι τα επιδόματα που λαμβάνουν από κρατικούς φορείς (Madarasova Geckova A, Babinska I, Bobakova D, et al, 2014). Αξίζει να σημειωθεί ότι παρά την δύσκολη οικονομική κατάσταση με την οποία έρχονται αντιμέτωποι επιλέγουν τις περισσότερες φορές την ανεργία παρά την προσπάθεια εύρεσης εργασίας (Madarasova A et al, 2014). Σύμφωνα με έρευνα στην Σερβία σημαντικός λόγος για αναζήτηση δουλειάς είναι η απόκτηση χρημάτων με σκοπό την αγορά προϊόντων καπνού .

Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο εντάσσεται και αυτό στους ανασταλτικούς παράγοντες που ενισχύουν την συνέχιση της καπνιστικής συνήθειας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Έρευνες αναφέρουν ότι γυναίκες με έλλειψη μόρφωσης αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη δυσκολία στο να διακόψουν το κάπνισμα, διότι δεν μπορούν να διαχειριστούν την έντονη επιθυμία τους για τσιγάρο.

Επιπλέον, οι Ρομά υστερούν στον τομέα της εκπαίδευσης καθώς σπάνια εντοπίζουμε άτομα προερχόμενα από οικογένειες Ρομά στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση και ακόμη πιο σπάνιες στην τριτοβάθμια (Forray R K. 2012). Από τις ίδιες τις οικογένειες δεν υπάρχει προτροπή των παιδιών μορφωθούν καθώςσαν λαός είναι αντίθετος με αυτή την νοοτροπία. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά αντιμετωπίζουν δυσκολία στην διακοπή η μείωση του καπνίσματος και βασικός ανασταλτικός παράγοντας είναι η μόρφωση.

Οι έγκυες που έχουν πολυμελή οικογένεια, με δύο ή περισσότερα παιδιά και έχουν έλλειψη χρόνου για τον εαυτό τους λόγω της έντονης πίεσης που νιώθουν από το βαρύ πρόγραμμα, είναι ευάλωτες στη συνήθεια του καπνίσματος. Η κατανάλωση προϊόντων καπνού γίνεται επίσης και από γυναίκες οι οποίες έρχονται αντιμέτωπες με διάφορες ασθένειες και επιπλοκές της κύησης (Zonierczuk-Kieliszek et. al, 2004).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων που καταφέρνουν να διακόψουν το κάπνισμα είναι συνήθως παντρεμένες ή με σοβαρή σχέση, και περιβάλλονται από ένα υποστηρικτικό οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, το οποίο έχει πολύ σημαντικό ρόλο στην διατήρηση της θετικής ψυχολογίας της γυναίκας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι γυναίκες που ξεκίνησαν το τσιγάρο σε μεγαλύτερη ηλικία υπολογίζεται ότι έχουν μικρότερου βαθμού εξάρτηση από την εθιστική ουσία του τσιγάρου, τη νικοτίνη, επομένως είναι πιο πιθανόν αυτή η κατηγορία των γυναικών να κατορθώσουν να σταματήσουν το κάπνισμα σε σύγκριση με τις γυναίκες που έκαναν χρήση τσιγάρου σε μικρότερη ηλικία (Graham et. al, 2007).

5.2. Ψυχολογικοί παράγοντες

Η εγκυμοσύνη στη ζωή της γυναίκας αποτελεί μια περίοδο που χαρακτηρίζεται από ψυχολογικές διακυμάνσεις και αλλαγές στη διάθεση και στην συμπεριφορά. Τα συναισθήματα που βιώνει η κάθε γυναίκα είναι ανάλογα με την φυσιολογική εξέλιξη της εγκυμοσύνης. Κατά το διάστημα των 9 αυτών μηνών οι περισσότερες γυναίκες εμφανίζουν συμπτώματα αμφιθυμίας, υπνηλίας, κούρασης, εξάντλησης και έντονου άγχους. Εκτός από τις αλλαγές της διάθεσής τους, οι γυναίκες κατακλύζονται από συναισθήματα άγχους, αφενός λόγω των αλλαγών που παρατηρούν στην σωματική τους διάπλαση και αφετέρου λόγω της προσωπικής τους ανησυχίας για την σεξουαλικότητά τους.

Η καπνιστική συμπεριφορά των γυναικών καθ' όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι συνδεδεμένη με τα υψηλά επίπεδα άγχους που παρατηρούνται σε αυτές. Σύμφωνα με έρευνες μεγάλο ποσοστό γυναικών αναφέρει το άγχος ως έναν από τους βασικότερους παράγοντες που τις δυσκολεύουν στην οριστική διακοπή

του καπνίσματος. Οι έγκυες καπνίστριες αναφέρουν πως η χρήση του τσιγάρου αποτελεί ένα μέσο χαλάρωσης και διαφυγής από τα αρνητικά συναισθήματα όταν τα επίπεδα άγχους αυξάνονται. Η άποψη ότι το τσιγάρο είναι ένα μέσο ηρεμίας έχει υιοθετηθεί από ένα πολύ μεγάλο ποσοστό γυναικών που καπνίζουν και ιδιαίτερα εγκύων (Irwinet. al, 2005).

Στην προγεννητική περίοδο, οι πιο συχνές ψυχολογικές διαταραχές που εμφανίζονται είναι η κατάθλιψη και το άγχος, λόγω των πολλαπλών φυσιολογικών σωματικών και ορμονικών αλλαγών που συμβαίνουν. Το άγχος που βιώνουν οι μέλλουσες μητέρες κατά την εγκυμοσύνη τους μπορεί να αποτρέψει την διακοπή του καπνίσματος, αλλά και να αποτελέσει αιτία υποτροπής σε όσες κατόρθωσαν να απέχουν από αυτό. Η κακή ποιότητα συζυγίας και οι δυσάρεστες καταστάσεις στη ζωή της γυναίκας κατά την εγκυμοσύνη αποτελούν αίτια παλινδρόμησης στην συνήθεια της κατανάλωσης καπνού (NewZealandMinistryofHealth, 2014).

Τα αυξημένα επίπεδα άγχους στον οργανισμό της εγκύου και η χρόνια εντόπιση του, μπορούν να οδηγήσουν σε καταθλιπτική συμπεριφορά της γυναίκας, γεγονός που πιθανόν να προκαλέσει επιπλοκές στην εγκυμοσύνη της. Οι γυναίκες που κάνουν χρήση καπνού για να αντιμετωπίσουν δυσάρεστα συναισθήματα και καταστάσεις έχουν διπλάσιες πιθανότητες να συνεχίσουν να καπνίζουν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι έγκυες, όμως, που παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης έχουν τετραπλάσια πιθανότητα να μην διακόψουν το κάπνισμα στην κύηση από τις μη-καταθλιπτικές γυναίκες (NICE, 2010).

Γενικότερα, αναφέρεται ότι το χρόνιο στρες και η καταθλιπτική συμπτωματολογία στην εγκυμοσύνη συνοδεύονται από την κατανάλωση μεγάλου αριθμού τσιγάρων ημερησίως (Supleeeet. al, 2005). Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα που διεξήχθη στην Νορβηγία σε 71.757 μητέρες, μελετώντας τα επίπεδα άγχους και τα συμπτώματα κατάθλιψης, απέδειξε ότι η επιστροφή στην καπνιστική συνήθεια σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τα υψηλά ποσοστά άγχους και κατάθλιψης των γυναικών. Η μελέτη αυτή κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι μαίες ήταν αυτές που είχαν την δυνατότητα να διπλασιάσουν τα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα στην περίοδο της λοχείας (Tappinet. al, 2005).

Τα υψηλά επίπεδα άγχους και η προγεννητική εμφάνιση της κατάθλιψης των γυναικών, σε περίπτωση που δεν υποχωρήσουν μέσα σε λίγες εβδομάδες μετά την γέννηση του εμβρύου, είναι πολύ πιθανόν να οδηγήσουν την γυναίκα σε επιλόχειο

κατάθλιψη, μια νόσο που εγκυμονεί πολλούς κινδύνους τόσο για την ίδια όσο και για το μωρό της.

Παρόλα αυτά, οι ψυχολογικές διαταραχές που ενδεχομένως αντιμετωπίζει μια γυναίκα στην εγκυμοσύνη της είναι μια κατάσταση που χρήζει ιδιαίτερης φροντίδας από τους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα από τις μαίες. Ωστόσο, οι διαθέσιμες πηγές που αφορούν αυτές τις γυναίκες και την καπνιστική τους συμπεριφορά είναι περιορισμένες, αφού στον συγκεκριμένο πληθυσμό δεν γίνονται πολλές παρεμβάσεις καθώς αποτελεί μια ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα.

5.3. Κατανάλωση καπνού από τον σύζυγο και το οικογενειακό περιβάλλον της εγκύου

Ο σύντροφος της εγκύου είναι ένα από τα πιο σημαντικά πρόσωπα στην ζωή της γυναίκας, ίσως και το σημαντικότερο και μπορεί να συμβάλει με τον τρόπο συμπεριφοράς του στην ομαλή εξέλιξη της κύησης. Η ψυχολογία της εγκύου παρουσιάζει διάφορες διακυμάνσεις, στις οποίες η στάση του συντρόφου διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο. Η καπνιστική συμπεριφορά στην εγκυμοσύνη αποτελεί μια κακή συνήθεια της μέλλουσας μητέρας. Η στάση του συντρόφου απέναντι σε αυτό το θέμα μπορεί είτε να δυσκολεύσει είτε να διευκολύνει την προσπάθεια της εγκύου στην διακοπή του καπνίσματος. (Flemminget. al, 2013). Έρευνες αναφέρουν ότι οι πιθανότητες της συνέχισης της κατανάλωσης καπνού από την έγκυο αυξάνονται όταν και ο σύντροφός της καθ' όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης καπνίζει (Leonardi-Beeet. al, 2011). Επίσης, οι γυναίκες οι οποίες δεν έχουν σύντροφο ή είναι διαζευγμένες καλούνται να διανύσουν όλη αυτή την σημαντική περίοδο της εγκυμοσύνης μόνες τους, χωρίς την ψυχολογική υποστήριξη του συντρόφου. Αυτό κάνει τις γυναίκες πιο ευάλωτες στην χρήση του καπνού, λόγω του έντονου άγχους που βιώνουν. (Shihet. al, 2008)

Σύμφωνα με μελέτες, οι έγκυες που καπνίζουν προέρχονται συνήθως από οικογένειες καπνιζόντων, στις οποίες ένα ή και περισσότερα άτομα πέραν της ίδιας της γυναίκας καπνίζουν. Εκτός του συντρόφου λοιπόν, ένας άλλος καταλυτικός παράγοντας που επηρεάζει την συνέχιση της καπνιστικής συνήθειας της εγκύου ή τη διακοπή της είναι το οικογενειακό περιβάλλον (LaiMCet. al, 2013). Μεγάλο ρόλο στην ζωή της γυναίκας έχει και το φιλικό περιβάλλον της, το οποίο την

αναγκάζει πολλές φορές να εκτίθεται ακόμα και χωρίς την θέλησή της στο παθητικό κάπνισμα. (Pennet. al, 2002).

Επομένως ο σύντροφος, η οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον μπορούν να συμβάλλουν είτε θετικά είτε αρνητικά στην προσπάθεια της εγκύου να διακόψει το κάπνισμα τόσο στην περιγεννητική περίοδο όσο και στην περίοδο της λοχείας.

5.4. Σχέση καπνίσματος με την χρήση ουσιών/οινοπνεύματος στην κύηση

Η χρήση αλκοόλ στην διάρκεια της κύησης εγκυμονεί πολλαπλούς κινδύνους για την σωστή ανάπτυξη του εμβρύου. Η αιθυλική αλκοόλη που περιέχεται στο ποτό ανήκει και αυτή στην κατηγορία των πιο εθιστικών ουσιών. Συνήθως, η κατανάλωση αλκοόλ συνοδεύεται από την χρήση προϊόντων καπνού. Αντιλαμβάνεται λοιπόν κανείς ότι οι γυναίκες οι οποίες καταναλώνουν ποσότητα αλκοόλ στην κύηση είναι πιο επιρρεπείς στην χρήση καπνού. Οι κίνδυνοι τόσο για την υγεία την δική της όσο και την υγεία του εμβρύου σε αυτήν την περίπτωση διπλασιάζονται, καθώς η γυναίκα είναι αντιμέτωπη με δύο εξαιρετικά εθιστικές ουσίες. Η προσπάθεια, λοιπόν, που πρέπει να καταβάλει η έγκυος για την διακοπή τους είναι ακόμα μεγαλύτερη και ενδεχομένως δυσκολότερη.

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στους Ρομά σε σύγκριση με τους μη Ρομά αποδείχθηκε ότι οι Ρομά καπνίζουν περισσότερο και είναι πιο βαρείς καπνιστές σε σύγκριση με την πλειοψηφία του πληθυσμού. Η χρήση αλκοόλ στους άνδρες Ρομά ήταν παρόμοια με τους άντρες του γενικού πληθυσμού όμως οι γυναίκες Ρομά ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερη χρήση αλκοόλ σε σύγκριση με την πλειοψηφία. (Babinska I, Madarasova A, Jarchska P, Pella D, Marekova M, Stefkova G et al 2014).

Η καφεΐνη προκαλεί εθισμό και η αυξημένη κατανάλωση συνδέεται με καταστάσεις αϋπνίας, συχνών και έντονων πονοκεφάλων με αποτέλεσμα να δρα αρνητικά στο νευρικό σύστημα. Επακόλουθο είναι η αύξηση των επιπέδων του άγχους της εγκύου, οδηγώντας την σε μεγαλύτερη κατανάλωση αριθμού τσιγάρων ημερησίως. Από αναφορές γυναικών έχει γίνει γνωστό ότι ο καφές συχνά συνοδεύεται με την καύση προϊόντων καπνού και έτσι καθίσταται δύσκολη η

διακοπή του τσιγάρου στην εγκυμοσύνη χωρίς την παράλληλη διακοπή ή ελάττωση του καφέ.

Ακόμη μια εθιστική συνήθεια που χρήζει ιδιαίτερης φροντίδας και συμβουλευτικής παρέμβασης στην διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι η χρήση ναρκωτικών ουσιών που είναι απειλητικές για την υγεία της εγκύου αλλά και την ομαλή ανάπτυξη του εμβρύου. Η χρήση τους μπορεί να οδηγήσει στην γέννηση παθολογικού νεογνού συνοδευόμενου από πολύμορφες ατέλειες. Οι ναρκωτικές ουσίες μπορεί να ασκούν κατασταλτική, διεγερτική ή παραισθησιογόνο δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα (FriedetMakin, 1987). Η έκθεση της γυναίκας σε τέτοιου είδους ουσίες οδηγεί σε απώλεια του αυτοελέγχου της, καθιστώντας σχεδόν ανέφικτη την διακοπή του καπνίσματος σε αυτήν την πληθυσμιακή ομάδα. Γενικότερα, τα στοιχεία των μελετών για αυτές τις κατηγορίες των γυναικών είναι περιορισμένα, αναφορικά με την σχέση της καπνιστικής συνήθειας και την λήψη ουσιών και οινοπνεύματος.

5.5. Λανθασμένες αντιλήψεις των εγκύων για το κάπνισμα

Μύθος 1: Τα 1-5 τσιγάρα ημερησίως δεν επηρεάζουν το έμβρυο.

Η αντίληψη αυτή είναι γενικά υιοθετημένη από αρκετούς επαγγελματίες υγείας και κατ' επέκταση από μεγάλο αριθμό γυναικών που τους συμβουλεύονται. Ωστόσο, στις πηγές της βιβλιογραφίας αναγράφεται ότι δεν υπάρχει ασφαλής αριθμός τσιγάρων στην διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η πιο αποτελεσματική και επιθυμητή επιλογή είναι η πλήρης και οριστική διακοπή του καπνίσματος κατά την κύηση. Ακόμη και με την κατανάλωση μικρού αριθμού τσιγάρων ημερησίως, οι βλαβερές ουσίες που περιέχονται μέσα σε αυτό διαπερνούν τον πλακούντα και επηρεάζουν την υγεία του εμβρύου (CDC, 1993).

Μύθος 2: Μετά το πέρας του πρώτου τρίμηνου δεν έχει νόημα η διακοπή του καπνίσματος.

Δεν υπάρχει συγκεκριμένη χρονική στιγμή για την διακοπή του καπνίσματος στην περιγεννητική περίοδο. Όσο πιο νωρίς γίνει η διακοπή του καπνίσματος τόσο περισσότερα οφέλη υπάρχουν για την υγεία της εγκύου και του εμβρύου (WeinfeldC., 2006). Το ιδανικότερο, βέβαια, είναι η αποχή από τον καπνό να γίνει ακόμη και 3-4 μήνες πριν την εγκυμοσύνη, εάν αυτή είναι προγραμματισμένη, ή σε άλλη περίπτωση η διακοπή να γίνει με την θετική απάντηση του τεστ κύησης.

Ωστόσο, οποιαδήποτε χρονική στιγμή κι αν αποφασίσει η μητέρα να το διακόψει είναι προτιμότερο από την συνέχιση της κατανάλωσης καπνού. Αν οι έγκυες καταφέρουν να διακόψουν το κάπνισμα κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης τότε τα νεογνά τους αναμένεται να έχουν παρόμοιο βάρος με εκείνα των μητέρων που δεν κάπνισαν ποτέ (USDHHS, 1990).

Μύθος 3: Ο τοκετός είναι πιο εύκολος εξαιτίας του μικρού βάρους των νεογνών των καπνιστριών.

Υπάρχει η λανθασμένη αντίληψη ότι ο τοκετός των μικρών σε βάρος νεογνών είναι ευκολότερος και πιο γρήγορος. Για αυτόν τον λόγο, πολλές γυναίκες αναφέρουν ότι εάν καπνίζουν δεν θα αυξηθεί αρκετά το βάρος του μωρού και έτσι δεν θα δυσκολευτούν με την διαδικασία του τοκετού. Όμως, αγνοούν ότι δεν είναι πάντοτε εύκολος ο τοκετός ενός λιποβαρούς νεογνού και ότι τα νεογνά αυτά αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα υγείας που αρκετά συχνά χρειάζεται να νοσηλευτούν για μεγάλο χρονικό διάστημα σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ExpectantsMothersGuide, 2006).

Μύθος 4: Το βάρος των εγκύων αυξάνεται εξαιτίας της διακοπής του καπνίσματος.

Η αύξηση του βάρους κατά την εγκυμοσύνη είναι απολύτως φυσιολογική και αποτελεί ένδειξη μιας υγιούς πορείας την κύησης. Η προγεννητική περίοδος είναι μια πολύ καλή ευκαιρία για την διακοπή του τσιγάρου, καθώς ούτως ή άλλως το βάρος αναμένεται να αυξηθεί (ExpectantsMothersGuide, 2006). Οι γυναίκες αυτές υποβάλλονται σε συχνή μέτρηση του βάρους τους και έλεγχο της διατροφής τους, με αποτέλεσμα να περιορίζεται η μη φυσιολογική αύξηση του βάρους τους. Αξίζει,

ωστόσο, να τονιστεί ότι η λήψη βάρους δεν ενέχει τόσο σοβαρούς κινδύνους όσο η συνέχιση του καπνίσματος (WeinfeldC, 2006).

Μύθος 5: Το κάπνισμα προσφέρει ηρεμία και χαλάρωση.

Μεγάλο ποσοστό γυναικών αναφέρει ότι καταφεύγουν στην χρήση προϊόντων καπνού, προκειμένου να ανταπεξέλθουν ή να μειώσουν τα επίπεδα του στρες που προκαλεί η ίδια η εγκυμοσύνη σαν γεγονός. Στην πραγματικότητα, όμως, αυτό που συμβαίνει είναι το ακριβώς αντίθετο με αυτή την άποψη. Η νικοτίνη που περιέχεται στο τσιγάρο, εκτός από τις ενδεχόμενες επιβλαβείς συνέπειες που μπορεί να προκαλέσει στην υγεία του εμβρύου, αποτελεί μια διεγερτική ουσία για τον οργανισμό. Συγκεκριμένα, όταν η νικοτίνη εισέρχεται στην κυκλοφορία της εγκύου, παρατηρείται αύξηση της αρτηριακής πίεσης και των καρδιακών παλμών. Η νικοτίνη, λοιπόν, αυξάνει την κορτιζόλη στον οργανισμό, εμποδίζοντας την χαλάρωση και την ηρεμία που αναζητούν οι γυναίκες στο τσιγάρο (WindsorR., 2005).

6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Για μια γυναίκα που καπνίζει η εγκυμοσύνη αποτελεί μια ιδιαίτερη και σημαντική περίοδο για την διακοπή του καπνίσματος, καθώς το κάπνισμα αυξάνει τα ποσοστά επιπλοκών που αφορούν αφενός την μητέρα και αφετέρου το έμβρυο (Ershoff, AshrordandGoldenderg, 2004). Η εγκυμοσύνη αποτελεί χρυσή ευκαιρία για την αποχή από την καπνιστική συνήθεια, αφού η πλειοψηφία των γυναικών αυτή την χρονική περίοδο έχει ως προτεραιότητα την υγεία και την σωστή ανάπτυξη του παιδιού της. Οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με έγκυες γυναίκες μπορούν να αυξήσουν τα ποσοστά διακοπής καπνίσματος στην διάρκεια της εγκυμοσύνης και ιδανικά πριν από αυτήν (FiorreMCetal. 2008).

Σε μεγάλο αριθμό εγκύων γυναικών έχει παρατηρηθεί ότι η συνέχιση της καπνιστικής τους συμπεριφοράς οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην έλλειψη ολοκληρωμένης ενημέρωσης για τους κινδύνους αλλά και συμβουλευτικής για τους τρόπους διακοπής του καπνίσματος από τους επαγγελματίες υγείας (FlowerA, ShaweJ, etal. 2013). Κρίνεται, λοιπόν, απαραίτητο όλοι οι επαγγελματίες υγείας που

συναναστρέφονται με έγκυες γυναίκες να είναι ενήμεροι για τις τελευταίες έρευνες και την βιβλιογραφία σχετικά με την διακοπή του τσιγάρου. Η σωστή πληροφόρηση και οι παρεμβάσεις που καλούνται να πραγματοποιήσουν οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν σημαντικές παραμέτρους για την παροχή βοήθειας και υποστήριξης των εγκύων με στόχο την μείωση και την οριστική διακοπή του καπνού.

6.1. Ο ρόλος της μαίας στη διακοπή του καπνίσματος

Η διακοπή του καπνίσματος στην περιγεννητική περίοδο θα πρέπει να προγραμματίζεται από την πρώτη επίσκεψη της εγκύου και να διατηρείται μέχρι τον τοκετό αλλά και γενικότερα στη μετέπειτα ζωή. Ο ρόλος της μαίας τόσο στην διάρκεια της εγκυμοσύνης όσο και την στιγμή του τοκετού είναι πολύ σημαντικός. Η παρέμβαση της μαίας για την διακοπή του καπνίσματος φάνηκε να είναι αποτελεσματική, καθώς αυξήθηκαν τα ποσοστά διακοπής του τσιγάρου. Οι μαίες είναι στην μοναδική θέση να μπορούν να εκπαιδεύσουν και να συμβουλευθούν τις γυναίκες να προχωρήσουν στην οριστική διακοπή του τσιγάρου στην διάρκεια της κύησης αλλά και της λοχείας, εντός και εκτός του μαιευτηρίου αλλά και σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Petersen, Nilsson, Everett and Emmelin, 2009).

Υπάρχει ένα μέρος του πληθυσμού το οποίο συνήθως ανήκει στη χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη το οποίο απευθύνεται κυρίως στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Στην τάξη αυτή ανήκει και ο πληθυσμός των Ρομά. Σε έρευνα που έχει διεξαχθεί στον πληθυσμό, δήλωσαν ότι προτιμούν να απευθύνονται σε τοπικούς οικογενειακούς γιατρούς και μαίες διότι είναι ασφαλές και γνωστό μέρος για αυτούς αντί για τα μεγάλα χαοτικά νοσοκομεία. (Perihan Elif Ekmekci, 2016)

Η μαία θα πρέπει να είναι σωστά ενημερωμένη για τα τελευταία δεδομένα της βιβλιογραφίας και των σχετικών μελετών, προκειμένου να είναι πιο αποτελεσματική η παρέμβασή της στην έγκυο καπνίστρια. Συγκεκριμένα, πρέπει να παρέχει πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν τόσο στην ίδια την έγκυο γυναίκα όσο και στο έμβρυο και κατ'επέκταση νεογέννητο της. Η υπομονή και η επιμονή της μαίας στο θέμα διακοπής του καπνίσματος είναι δύο αρετές που είναι απαραίτητες για την επίτευξη αυτού του στόχου. Η ικανότητα της μαίας να εκπαιδεύει, να ενθαρρύνει και να καθοδηγεί την έγκυο να διακόψει το

κάπνισμα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση την νοσηρότητας, της θνησιμότητας και της ποιότητας ζωής για όλες τις καπνίστριες και τα παιδιά τους (VivilakiV, 2015).

Η παρότρυνση των εγκύων από τις μαίες να σταματήσουν το κάπνισμα θα πρέπει να εκτελείται ως συνηθισμένη κλινική πρακτική φροντίδα. Σε κάθε επίσκεψη από την αρχή της εγκυμοσύνης αλλά και στην συνέχειά της, οι μαίες θα πρέπει να καταγράφουν την καπνιστική συμπεριφορά της μητέρας, του συντρόφου αλλά και των υπόλοιπων μελών του οικογενειακού περιβάλλοντος(NICE 2010). Ωστόσο, θα πρέπει να είναι γνωστό σε όλες τις μαίες ότι η κάθε γυναίκα αποτελεί μια ξεχωριστή περίπτωση και οι λόγοι οι όποιοι την ωθούν στην καπνιστική συμπεριφορά κάθε φορά είναι διαφορετικοί. Η εξατομικευμένη φροντίδα από τις μαίες στις έγκυες είναι πολύ σημαντική για την μείωση του αριθμού των γυναικών που καπνίζουν στην εγκυμοσύνη.

6.1.1. Η στρατηγική 5A's

Ένας καλός τρόπος λήψης πληροφοριών από την έγκυο γυναίκα, προκειμένου να γίνει θεραπεία σε κλινικό περιβάλλον, αποτελεί το μοντέλο 5 As (Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange), δηλαδή (ρωτήστε, συμβουλευέψτε, εκτιμήστε, βοηθήστε, οργανώστε), και είναι κατάλληλο για χρήση στην έγκυες καπνίστριες. Το μοντέλο αυτό είναι εύκολο στην χρήση του και σχετικά σύντομο, γι' αυτό το Αμερικανικό Κολέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων το προτείνει, καθώς αποτελεί μια τεκμηριωμένη πρακτική (2014).

Αρχικά, το συγκεκριμένο μοντέλο παραπέμπει τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με έγκυες γυναίκες να τις ρωτούν για την καπνιστική τους συμπεριφορά σε κάθε συνάντηση που πραγματοποιείται μαζί τους, να αναγνωρίζουν τον βαθμό εξάρτησής τους και να καταγράφουν στο μαιευτικό ιστορικό τα ευρήματα που προκύπτουν. Στο πρώτο βήμα αυτής της στρατηγικής, εάν αποκαλυφθεί ότι η γυναίκα η οποία προ της κύησης κάπνιζε αλλά με την γνωστοποίηση της εγκυμοσύνης διέκοψε το κάπνισμα, τότε θα πρέπει να συγχαίρεται για αυτή της την ενέργεια και να ενθαρρύνεται να συνεχίσει την αποχή από τον καπνό και μετά την εγκυμοσύνη. Εάν, όμως, συνεχίζει να καπνίζει, τότε εφαρμόζεται το δεύτερο βήμα του αλγόριθμου που συμπεριλαμβάνει την σωστή και ολοκληρωμένη συμβουλευτική παρέμβαση από την μαία, με σκοπό την διακοπή του τσιγάρου καθώς και την ενημέρωση για τις αρνητικές συνέπειές του στην υγεία της γυναίκας

και του εμβρύου. Είναι απαραίτητο η μαία να περάσει ένα ξεκάθαρο, ισχυρό και εξατομικευμένο μήνυμα στην έγκυο να διακόψει το κάπνισμα όσο το δυνατόν πιο σύντομα. Ιδανικό θα ήταν, βέβαια, να παρέχεται συμβουλευτική για την διακοπή ακόμα και πριν την εγκυμοσύνη, προκειμένου να γίνει αποχή από το τσιγάρο 3-4 μήνες πριν την σύλληψη.

Το τρίτο βήμα του μοντέλου 5 As αφορά την αξιολόγηση της θέλησης και της αποφασιστικότητας της εγκύου να σταματήσει το κάπνισμα μέσα στο χρονικό διάστημα του ενός μήνα. Η μαία σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να είναι σε ετοιμότητα, ανεξαρτήτως την απάντηση που θα λάβει, είτε θετική είτε αρνητική, για την παροχή συμβουλευτικής που θα ακολουθήσει. Στην περίπτωση που η γυναίκα εκφράσει θέληση και προθυμία να προχωρήσει στην διακοπή της καπνιστικής συνήθειας, η μαία οφείλει να δηλώσει εμφανώς την ικανοποίηση και την ευχαρίστηση από την στάση που επιλέγει η γυναίκα να ακολουθήσει και να δείξει προθυμία να την βοηθήσει σε αυτήν την προσπάθειά της. Η βοήθεια που μπορεί να προσφέρει η μαία περιλαμβάνει την παροχή έντυπου υλικού αυτοβοήθειας, την συμβουλευτική παρέμβαση και στην συνέχεια, εάν κριθεί απαραίτητο, θεραπεία με υποκατάστατα φάρμακα νικοτίνης.

Πίνακας 2: Το μοντέλο «5 A» στη διακοπή καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

1.ΡΩΤΗΣΤΕ την έγκυο γυναίκα για την καπνιστική της συμπεριφορά κατά την πρώτη επίσκεψη και ξαναρωτήστε στις επόμενες επισκέψεις.

Η έγκυος θα πρέπει να διαλέξει την πρόταση που περιγράφει καλύτερα την καπνιστική της συμπεριφορά.

A. Δεν έχω καπνίσει ΠΟΤΕ ή έχω καπνίσει ΛΙΓΟΤΕΡΑ από 100 τσιγάρα στη ζωή μου.

B. Σταμάτησα το κάπνισμα ΠΡΙΝ μάθω ότι ήμουν έγκυος και δεν καπνίζω πλέον.

Γ. Σταμάτησα το κάπνισμα ΑΦΟΤΟΥ έμαθα ότι είμαι έγκυος και δεν καπνίζω πλέον.

Δ. Καπνίζω λίγο τώρα, αλλά έχω ελαττώσει τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζω ΑΠΟ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ που έμαθα ότι είμαι έγκυος.

Ε. Καπνίζω κανονικά τώρα, περίπου όσο κάπνιζα και ΠΡΙΝ ανακαλύψω ότι είμαι έγκυος.

Εάν η έγκυος γυναίκα σταμάτησε το κάπνισμα πριν ή αφότου έμαθε ότι ήταν έγκυος (B ή Γ) ενίσχυσε την απόφαση της να διακόψει το κάπνισμα, επιβράβευσε την στην πετυχημένη διακοπή του καπνίσματος και ενθάρρυνε την να παραμείνει χωρίς να καπνίσει καθ' όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας.

Εάν η έγκυος γυναίκα καπνίζει ακόμα (Δ ή Ε), προχωρήστε στα επόμενα βήματα Συμβουλευστε, Αξιολογήστε, Βοηθήστε, Κανονίστε.

2. **ΣΥΜΒΟΥΛΕΨΤΕ** την έγκυο γυναίκα που καπνίζει, να διακόψει το κάπνισμα παρέχοντας της ισχυρές συμβουλές για να τα κόψει όσο πιο σύντομα μπορεί. Η διακοπή του καπνίσματος στην αρχή της εγκυμοσύνης είναι πολύ ωφέλιμη για το έμβρυο.

3. **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΤΕ** τη θέληση της εγκύου να διακόψει το κάπνισμα σε 30 μέρες.

4. **ΒΟΗΘΗΣΤΕ** την έγκυο γυναίκα να το διακόψει παρέχοντας της ειδικά εγχειρίδια αυτοβοήθειας εξειδικευμένα στην εγκυμοσύνη και εντατική συμβουλευτική υποστήριξη. Το NRT να θεωρείται ως θεραπεία δεύτερης γραμμής .

5. **ΟΡΓΑΝΩΣΤΕ** επόμενες επισκέψεις για να δείτε την εξέλιξη στην προσπάθεια της εγκύου να διακόψει το κάπνισμα και ενισχύστε τα βήματα για τη διακοπή του καπνίσματος. Σκεφτείτε την παραπομπή σε εξειδικευμένο ιατρείο διακοπής καπνίσματος.

Πηγή: The 5 A's Model for treating tobacco Use and dependence." In: Treating Tobacco Use and Dependence—2008 Update. October 2014. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.(for the United States Public Health Service). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>⁹

6.1.2. Η στρατηγική 5R

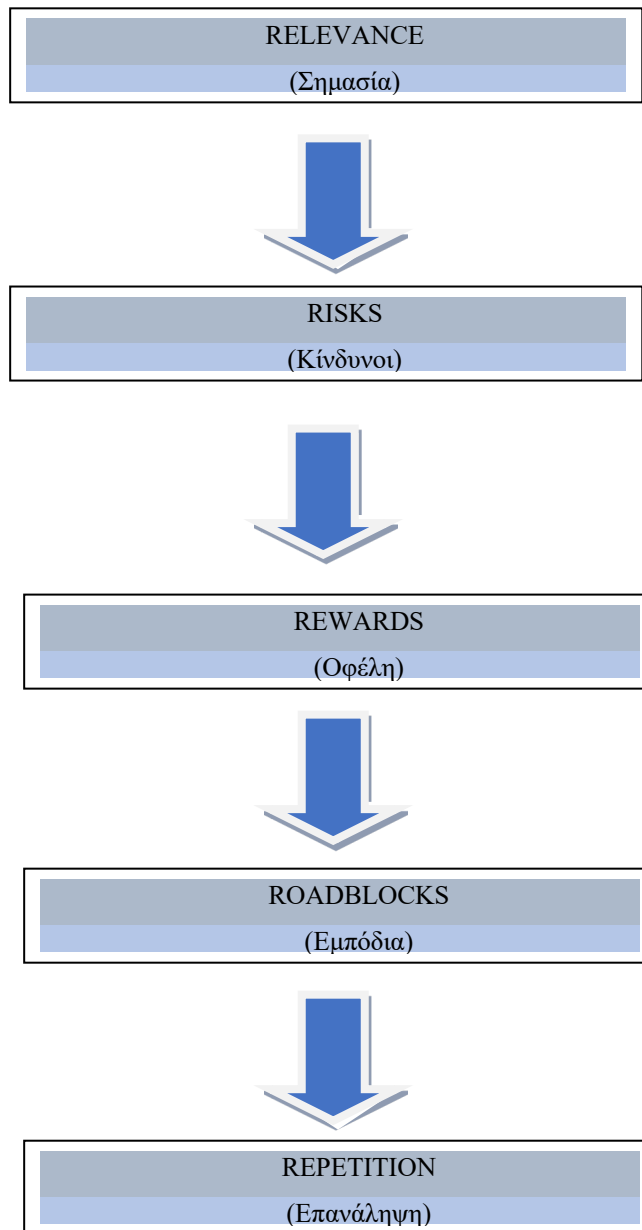
Στην περίπτωση όμως που η έγκυος γυναίκα είναι αρνητική στην προσπάθεια διακοπής τους καπνίσματος, η μαία θα πρέπει να ακολουθήσει μια άλλη στρατηγική, αυτή των 5 R, για να ενισχύσει τις πιθανότητες διακοπής. Με βάση αυτό το μοντέλο, το οποίο αφορά γυναίκες που αρνούνται να σταματήσουν το κάπνισμα, παρέχεται ειδική βοήθεια για την διακοπή του τσιγάρου στην περιγεννητική περίοδο. Συγκεκριμένα, πραγματοποιείται συμβουλευτική παρέμβαση προκειμένου να εξεταστούν τα πιθανά εμπόδια, οι ανησυχίες σχετικά με την αποχή από το κάπνισμα και ακολούθως να πραγματοποιηθούν επαναληπτικές συναντήσεις (VivilakiV, 2015).

Στις επισκέψεις που θα οργανωθούν από την μαία θα πρέπει να γίνεται επαναληπτικός έλεγχος της κατάστασης της εγκύου καπνίστριας καθώς και της επιθυμητής βελτίωσης που αναμένεται να έχει. Ωστόσο, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι οι γυναίκες που παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό εξάρτησης από το τσιγάρο διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής και ενδέχεται να χρειαστούν εντατική συμβουλευτική και φαρμακοθεραπεία, ακόμα και παραπομπή σε ειδικά κέντρα διακοπής του καπνίσματος.

Αυτή η μέθοδος που προτείνεται στα πλαίσια προσπάθειας για την διακοπή καπνίσματος στις έγκυες είναι ο αλγόριθμος 5R. Η εφαρμογή της στρατηγικής των 5R αφορά έγκυες, οι οποίες αρνούνται να διακόψουν το κάπνισμα και χρειάζονται περαιτέρω συμβουλευτική και ειδική βοήθεια.

Πρώτο βήμα αυτού του αλγόριθμου αποτελεί η επισήμανση της σημασίας της διακοπής του καπνίσματος από την μαία στην έγκυο, κάνοντας αναφορά σε προσωπικά στοιχεία της εγκύου, για παράδειγμα την ύπαρξη άλλων παιδιών, το κόστος των τσιγάρων κ.α. Επόμενο βήμα είναι η μαία να αξιολογήσει και να βεβαιωθεί ότι η έγκυος καπνίστρια ή το ζευγάρι έχει κατανοήσει πλήρως τους κινδύνους που ελλοχεύει η κατανάλωση προϊόντων καπνού και να δώσει ιδιαίτερη έμφαση σε αυτούς. Τρίτο βήμα αυτού του μοντέλου αποτελεί ο εντοπισμός των οφελών από την διακοπή του καπνίσματος που θα προκύψουν με την αποχή από τον καπνό, τόσο στην περιγεννητική περίοδο όσο και στην μετέπειτα ζωή της εγκύου και των παιδιών της. Τέταρτο και σημαντικό βήμα είναι να γίνει αντιληπτό από την γυναίκα μέσω της συμβουλευτικής, ότι η εμφάνιση τυχόν εμποδίων κατά την προσπάθεια της είναι πιθανή, όμως αυτά μπορούν να ξεπεραστούν με ποικίλους τρόπους και μέσα. Πέμπτο και τελευταίο βήμα της στρατηγικής αποτελεί η αναγκαιότητα για την επανάληψη των βημάτων αυτών, έως ότου η γυναίκα και ο σύντροφός της κατανοήσουν πλήρως την σημασία της διακοπής του καπνίσματος στη περίοδο της εγκυμοσύνης καθώς και την μετέπειτα συνέχιση της αποχής.

Πίνακας 3: Η στρατηγική 5R.

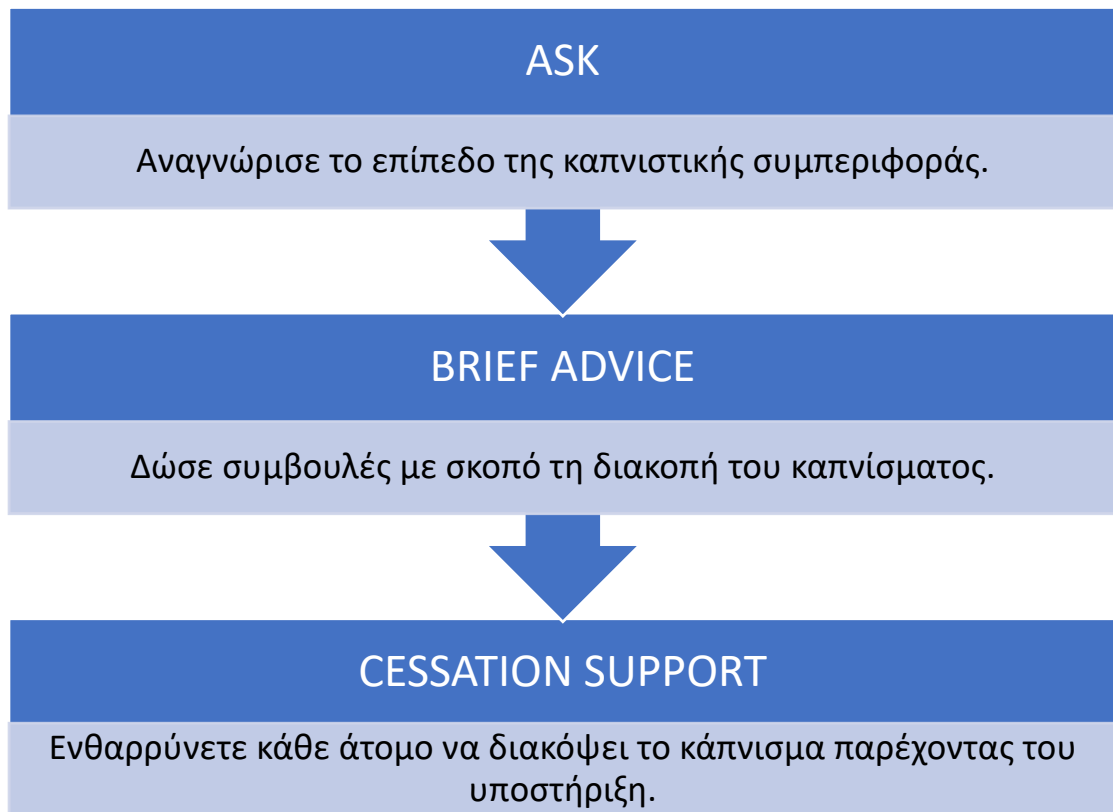


6.1.3. Η στρατηγική ABC.

Ένας πιο απλοποιημένος τρόπος, συγκριτικά με τους αλγόριθμους 5 As και 5 R, για την προσέγγιση, την αναγνώριση και την παρέμβαση στην χρήση του καπνού είναι η στρατηγική ABC. Χρησιμοποιώντας αυτή, η μαία έχει την δυνατότητα εύκολα και γρήγορα να αξιολογήσει και να εκτιμήσει τον βαθμό της καπνιστικής συμπεριφοράς της εγκύου. Εκτελώντας το πρώτο βήμα της μεθόδου αυτής, η μαία προχωρά στο αμέσως επόμενο βήμα που αφορά την παροχή χρήσιμων συμβουλών

με στόχο την διακοπή του καπνίσματος. Τέλος, σκόπιμο είναι να ενθαρρύνει όλες τις γυναίκες και τους συντρόφους τους να προβούν σε οριστική αποχή από τα προϊόντα καπνού, παρέχοντάς τους την κατάλληλη υποστήριξη.

Πίνακας 4 : Η στρατηγική ABC



6.2. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Είναι κοινώς αποδεκτό ότι στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας οι σχέσεις των μαιών με τον πληθυσμό τον οποίο εξυπηρετούν είναι πιο άμεσες συγκριτικά με τις υπόλοιπες βαθμίδες υγείας. Η μαία του Κέντρου Υγείας έχει την δυνατότητα επιρροής των εγκύων για την διακοπή καπνίσματος σε μεγαλύτερο βαθμό, καθώς η κοινοτική μαία αποτελεί ένα πρόσωπο που βρίσκεται πιο κοντά στην ίδια την γυναίκα αλλά και στην οικογένεια της.

Το θέμα της διακοπής καπνίσματος θα πρέπει από την πρώτη κιόλας επίσκεψη να τεθεί από την κοινοτική μαία, προκειμένου να σχεδιαστεί ένα πλάνο διακοπής καπνίσματος για την έγκυο. Εκτός από το πρώτο ραντεβού, σε κάθε επομένη επίσκεψη της εγκύου στη μαία πρέπει να αξιολογούνται τα αποτελέσματα από την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος της μέλλουσας μητέρας. Το πρόγραμμα διακοπής του καπνού στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα πρέπει να τίθεται σε εφαρμογή από την πρώτη συνάντηση μέχρι και έναν χρόνο μετά τον τοκετό. Η περιγεννητική περίοδος αποτελεί μια πολύ καλή ευκαιρία για την αποχή από τον καπνό, καθώς τα ζευγάρια θέτουν ως προτεραιότητα την υγεία του παιδιού τους. Επιπλέον, σε άντρες και γυναίκες που προγραμματίζουν μια εγκυμοσύνη το επόμενο χρονικό διάστημα, ιδανικό θα ήταν να συστηθεί από την μαία η διακοπή του καπνίσματος 3-4 μήνες πριν από την σύλληψη(CDC,1993). Στα υπογόνημα ζευγάρια τα οποία εκτίθενται στην κατανάλωση προϊόντων καπνού θα πρέπει να γίνει πλήρης αποχή από το τσιγάρο, καθώς σύμφωνα με έρευνες φάνηκε ότι το κάπνισμα επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την γονιμότητα(Ramlauetal, 2007).

Είναι αναγκαίο να τονιστεί ότι, για να υπάρχουν καλύτερα αποτελέσματα στην αύξηση του ποσοστού διακοπής καπνίσματος στην περίοδο της εγκυμοσύνης, θα πρέπει η συμβουλευτική να αφορά όχι μόνο τις γυναίκες που είναι έγκυες ή αυτές που προγραμματίζουν μία εγκυμοσύνη, αλλά και εκείνες που διανύουν τη περίοδο της λοχείας, τις έφηβες και τον σύντροφο(NationalInstituteofHealthandCareExcellence, 2011).

Επιπλέον, στην πρώτη συνάντηση η μαία του κέντρου υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να εκτιμήσει το βαθμό εξάρτησης της γυναίκας από τη χρήση καπνού καθώς και τους παράγοντες που συμβάλλουν στη συνέχιση της καπνιστικής συνήθειας. Το πρώτο βήμα είναι η λήψη ενός αναλυτικού ιστορικού από την κοινοτική μαία. Όπως είναι γνωστό, η κάθε γυναίκα αποτελεί μία ξεχωριστή περίπτωση, επηρεασμένη από διάφορους παράγοντες κινδύνου. Στο ιστορικό θα πρέπει να καταγράφονται το χρονικό διάστημα χρήσης τσιγάρου, ο αριθμός κατανάλωσης των τσιγάρων ανά ημέρα, το μορφωτικό και το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο της γυναίκας, καθώς επίσης και η καπνιστική συμπεριφορά του συντρόφου και του οικείου περιβάλλοντός της. Ερωτήσεις σχετικά με την ψυχολογική της διάθεση δεν θα πρέπει να παραληφθούν, εφόσον η διάθεση παίζει καταλυτικό ρόλο στη κατανάλωση προϊόντων καπνού (TOB.G 2015).

Σύμφωνα με έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί στην Τουρκία οι πληθυσμοί χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου όπως είναι στην πλειοψηφία οι Ρομά απευθύνονται συνήθως σε μεγάλο βαθμό σε δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας διότι νιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια και οικειότητα τόσο με το χώρο όσο και με το προσωπικό. Ιδιαίτερα οι γυναίκες Ρομά επιλέγουν την παρακολούθηση από την μαία της πρωτοβάθμιας όταν διαπιστώσουν ότι βρίσκονται σε περίοδο κύησης. (PerihanElifEkmeka ,2016). Σε αυτήν την περίπτωση η μαία θα πρέπει να πραγματοποιήσει λήψη του ιστορικού από τις γυναίκες αυτής της κοινωνικής τάξης με τέτοιο τρόπο προσέγγισης που να τους είναι κατανοητός προκειμένου να μην νιώσουν αποξένωση με αποτέλεσμα την καλή συνεργασία (PerihanElifEkmeka, 2016).

Το αμέσως επόμενο βήμα είναι η ενημέρωση της εγκύου από την μαία όσον αφορά τις πιθανές επιπτώσεις που μπορούν να προκληθούν από την χρήση τσιγάρου στην υγεία της ίδιας και του εμβρύου της. Εξίσου επικίνδυνη είναι και η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η παροχή πληροφοριών σε διαφορεές μορφές, όπως οι αφίσες, τα φυλλάδια κ.α., που να μοιράζονται στο ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον της εγκύου (NewZealandGuidelines, 2014). Για να επιτευχθεί η διακοπή καπνίσματος από την έγκυο θα πρέπει να γίνουν κατανοητά, από την ίδια αλλά και από τον περίγυρό της, η ωφελιμότητα και οι θετικές εκβάσεις που προκύπτουν από την αποχή από τον καπνό.

Η κοινοτική μαία οφείλει να ενθαρρύνει και να συγχαίρει τις γυναίκες οι οποίες έχουν καταφέρει να απαλλαχθούν από την κακή συνήθεια του καπνίσματος.

Ωστόσο, θα πρέπει να τους παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη, ώστε να αποτρέψει μια ενδεχόμενη μελλοντική υπότροπη. Η παροχή πρακτικών συμβουλών ενισχύει σε μεγαλύτερο βαθμό την διατήρηση της αποχής. Τέτοιου είδους πρακτικές που φάνηκε να βοηθούν είναι η ξεκούραση, οι θετικές σκέψεις για το μέλλον και η αναζήτηση υποστήριξης από το περιβάλλον της, τόσο το οικογενειακό όσο και το κοινωνικό. Ακόμη, η ενασχόληση με ευχάριστες δραστηριότητες που την ικανοποιούν έχει θετικά αποτελέσματα στην υιοθέτηση αντικαπνιστικής συμπεριφοράς. Στην περίπτωση που η έγκυος έρχεται αντιμέτωπη με μεγαλύτερη ένταση των συμπτωμάτων του συνδρόμου στέρησης ή ακόμη αντιμετωπίζει σοβαρού βαθμού δυσκολία στην διακοπή του καπνίσματος, σκόπιμο είναι η κοινοτική μαία να γνωρίζει τις ειδικές υπηρεσίες ή κέντρα διακοπής καπνίσματος, ώστε να την παραπέμψει για περαιτέρω βοήθεια και εντατικότερη φροντίδα.

Τέλος, κάθε μαία είναι υποχρεωμένη να παρέχει συμβουλές για την διακοπή καπνίσματος σε όλα τα ζευγάρια και ιδιαίτερα σε εκείνα τα οποία αντιμετωπίζουν μεγαλύτερα προβλήματα και χρειάζονται περισσότερη υποστήριξη προκειμένου να τα καταφέρουν (Lumleyetal 2007). Η λήψη ιστορικού από την μαία είναι καθοριστικής σημασίας για την επιλογή των διαθέσιμων τρόπων και μέσων που θα βοηθήσουν τα ζευγάρια να διακόψουν από κοινού το κάπνισμα. Η μη αντιμετώπιση ή η αγνόηση της καπνιστικής συμπεριφοράς αποτελεί κακή πρακτική από την μαία και το μόνο που μπορεί να επιφέρει είναι μεγαλύτερου βαθμού εξάρτηση από τα προϊόντα καπνού.

6.3. ΤεστFagerström :Εξάρτηση από την νικοτίνη(FTND)

Το τεστ Fagerström είναι ένα σύντομο και ευρέως χρησιμοποιημένο ερωτηματολόγιο (6 ερωτήσεις) για να αξιολογήσει το επίπεδο εξάρτησης στην νικοτίνη από καπνιστές. Το ερωτηματολόγιο μετράει και συμπεριφορικές και ψυχολογικές πτυχές του εθισμού (π.χ. το βαθμό που καπνίζει, το πρωινό κάπνισμα και την δυσκολία της αποχή από αυτό). Το σκορ υπολογίζεται από την ταξινόμηση των απαντήσεων με βαθμό από το 0 έως το 10. Από 7 έως 10 δείχνει μέγιστη εξάρτηση, 4 έως 6 μέση εξάρτηση και λιγότερο από 4 την ελάχιστη.

Το ερωτηματολόγιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να καθορίσει την κατάλληλη αρχική δόση των θεραπειών υποκατάστασης της νικοτίνης και πιθανόν να προβλέψει την ανάγκη για πιο έντονη υποστήριξη. Οι Berlin et al. 2015 εξέτασαν το ερωτηματολόγιο σε δείγμα εγκύων (n=476). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συντελεστές του Cronbach alpha για το τεστ Fagerström ήταν 0.55 και ότι συνδεόταν με συγκέντρωση κοτινίνης στο σάλιο αλλά απέτυχε να προβλέψει την καπνιστική κατάσταση 2 εβδομάδες μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Μία πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση των Yang et Hall (2016) που περιελάμβανε 55 μελέτες, παρέχει μία ανάλυση των μετρήσεων εξάρτησης της νικοτίνης, που χρησιμοποιούνται για τη διακοπή καπνίσματος στην εγκυμοσύνη και των ψυχομετρικών τους ιδιοτήτων.

Η πλειοψηφία των ερευνών είχαν χρησιμοποιήσει το τεστ Fagerström, ωστόσο η ανασκόπηση έδειξε ότι το FTND ίσως να μην είναι ο καλύτερος τρόπος μέτρησης

προτείνοντας σε μελλοντικές έρευνες να αξιολογήσουν την εγκυρότητα του στην εγκυμοσύνη και την λοχεία.

Πίνακας 5: Το τεστ Fagerström για την εξάρτηση της νικοτίνης (FTND)

<p>1. Πόσο σύντομα από τη στιγμή που ξυπνήσατε, κάνετε το πρώτο σας τσιγάρο;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μέσα στα 5 λεπτά (3 βαθμούς) • 5 με 30 λεπτά (2 βαθμούς) • 31 με 60 λεπτά (1 βαθμό) • Μετά από 60 λεπτά (0 βαθμούς) 	<p>4. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε κάθε μέρα;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 ή λιγότερα (0 βαθμοί) • 11 με 20 (1 βαθμός) • 21 με 30 (2 βαθμοί) • 31 ή περισσότερα (3 βαθμοί)
<p>2. Το βρίσκετε δύσκολο να μην καπνίσετε σε μέρη όπου απαγορεύεται όπως μέσα στην εκκλησία, στο σχολείο, στον κινηματογράφο, στη βιβλιοθήκη, στο λεωφορείο, στο δικαστήριο ή σε νοσοκομείο;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ναι (1 βαθμός) • Όχι (0 βαθμοί) 	<p>5. Καπνίζετε περισσότερο τις πρώτες ώρες της ημέρας αφότου ξυπνήσατε ή κατά τη διάρκεια της υπόλοιπης μέρας;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ναι (1 βαθμός) • Όχι (0 βαθμοί)
<p>3. Ποιο τσιγάρο δεν θα μπορούσες να κόψεις, ποιο είναι για σένα το πιο σημαντικό;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Το πρώτο το πρωί (1 βαθμός) • Οποιοδήποτε άλλο (0 βαθμοί) 	<p>6. Καπνίζετε ακόμα και όταν είστε τόσο άρρωστοι που περνάτε όλη την ημέρα στο κρεβάτι, ή εάν έχετε κάποιο κρύωμα και δυσκολεύεστε να αναπνεύσετε;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ναι (1 βαθμός) • Όχι (0 βαθμοί)
<p style="text-align: center;">Βαθμολογία 7-10 βαθμοί = πολύ εξαρτημένοι, 4-6 βαθμοί= μέτρια εξαρτημένοι, λιγότεροι από 4 βαθμοί= λίγο εξαρτημένοι</p>	

Πηγή: HeathertonTF, KozlowskiLT, FreckerRC, FagerströmKO. *The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire.* BrJAddict 1991; 86:1119–27.

7. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Η περίοδος της εγκυμοσύνης έχει χαρακτηριστεί από πολλούς επιστήμονες ως μια ευαίσθητη περίοδος στην ζωή της γυναίκας. Ιδιαίτερα για μια γυναίκα που καπνίζει, η συνέχιση του καπνίσματος στη διάρκεια της κύησης αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων τόσο στην ίδια την έγκυο όσο και στο έμβρυο. Πλήθος γυναικών υποστηρίζει ότι οι ψυχολογικές διακυμάνσεις της περιγεννητικής περιόδου είναι από τις κυριότερες αιτίες που δυσκολεύουν την διακοπή του καπνίσματος.

Ορισμένες γυναίκες αναφέρουν ότι αισθάνονται άσχημα να παραδεχτούν ότι καπνίζουν ενώ είναι έγκυες, διότι η πίεση για την διατήρηση αντικαπνιστικής συμπεριφοράς κατά την εγκυμοσύνη είναι ιδιαίτερα έντονη (McCurryet. al, 1999). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δυσχεραίνει την παροχή κατάλληλης υποστήριξης από τους επαγγελματίες υγείας (NICE 2010). Από έρευνες και μετα-αναλύσεις φάνηκε ότι οι έγκυες γυναίκες που καταναλώνουν προϊόντα καπνού δείχνουν μεγαλύτερη προθυμία να διακόψουν το κάπνισμα συγκριτικά με άλλες γυναίκες τις ίδιας ηλικιακής ομάδας που δεν είναι έγκυες. Παρόλα αυτά, μόνο ένα ποσοστό της τάξεως του 30% των εγκύων καπνιστριών προχωρούν στην διακοπή του (Hauget. al, 1994).

Επιπλέον υπάρχουν ορισμένες μειονότητες οι οποίες καταναλώνουν προϊόντα καπνού διότι αυτή η πρακτική αποτελεί μέρος της ατομικής και εθνικής τους ταυτότητας και δεν το θεωρούν επικίνδυνο για την υγεία τους (BelakA, 2005). Σε αυτές τις μειονότητες η προσπάθεια διακοπής καπνίσματος από τους επαγγελματίες υγείας είναι πιο δύσκολη και χρήζει εξατομικευμένη προσέγγιση συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό.

Σύμφωνα με μια έρευνα, η οποία έλαβε χώρα στην Σουηδία, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες γυναίκες που συμμετείχαν σε προγράμματα συμβουλευτικής και εκπαίδευσης για την διακοπή του καπνίσματος στην περιγεννητική περίοδο, κατάφεραν με μεγαλύτερη ευκολία να διακόψουν το κάπνισμα. Τον ρόλο της συμβουλευτικής είχαν αναλάβει μαίες, οι οποίες ήταν ειδικά

εκπαιδευμένες στην παροχή συμβουλών και βοήθειας στην ιδιαίτερη αυτή ομάδα των γυναικών (NationalBoardofHealthandWelfare, 1998).

7.1. Προσέγγιση των εγκύων καπνιστριών

Αδιαμφισβήτητο το θέμα για την διακοπή του καπνίσματος σε γυναίκες οι οποίες διασχίζουν την περίοδο της εγκυμοσύνης θα πρέπει να τίγεται από την πρώτη κιόλας επίσκεψη, αλλά και σε κάθε επόμενη συνάντηση των επαγγελματιών υγείας και την γυναίκα. Αυτό θα πρέπει να είναι στους πρωταρχικούς στόχους των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να γίνεται η διακοπή καπνίσματος όσο το δυνατόν νωρίτερα στην διάρκεια της κύησης, έτσι ώστε να αυξηθούν οι πιθανότητες εξέλιξης μιας ομαλής και φυσιολογικής εγκυμοσύνης. Είναι απαραίτητο, όμως, να γίνει αντιληπτό από όλους τους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα από αυτούς που έρχονται σε επαφή με τις υποψήφιες έγκυες, ότι η συμβουλευτική για την αντικαπνιστική συμπεριφορά θα πρέπει να αποτελεί μέρος της καθημερινής πρακτικής τους. Οι συστάσεις για την διακοπή του καπνίσματος δε θα πρέπει να αφορούν μόνο τις έγκυες γυναίκες αλλά και την πληθυσμιακή ομάδα των γυναικών οι οποίες προγραμματίζουν μια εγκυμοσύνη στο μέλλον, ακόμα και γυναίκες οι οποίες διανύουν την περίοδο της λοχείας. Σημαντική παράμετρος για την πρόληψη της καπνιστικής συνήθειας αποτελεί η ενημέρωση από τους επαγγελματίες υγείας για τις επιβλαβείς συνέπειες του καπνίσματος στις γυναίκες της εφηβικής ηλικίας (NationalInstituteofHealthandCareExcellence, 2011).

Από τους επαγγελματίες υγείας, ένα από τα πιο σημαντικά πρόσωπα που βρίσκονται πιο κοντά στην γυναίκα στην περίοδο της εγκυμοσύνης είναι η μαία. Συνεπώς, ο ρόλος της στην διακοπή καπνίσματος είναι πολύ σπουδαίος και καθοριστικός καθώς έχει την δυνατότητα να συμβάλει στην καλή έκβαση της εγκυμοσύνης. Για να υπάρχουν όμως τα επιθυμητά αποτελέσματα σχετικά με την διακοπή του τσιγάρου θα πρέπει οι μαίες να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένες και καταρτισμένες σχετικά με ό,τι αφορά αυτό το θέμα, ώστε να καταφέρουν να αυξήσουν τα ποσοστά επιτυχίας της διακοπής καπνίσματος στη περιγεννητική περίοδο ή και πριν από αυτήν (FiorreMCetal, 2008).

Η πρώτη επίσκεψη της γυναίκας στον γυναικολόγο ιατρό ή τη μαία της είναι μεγάλης σημασίας καθώς, αντλώντας πλήθος πληροφοριών για τον τρόπο ζωής της,

την ψυχολογική της κατάσταση, τον περίγυρό της αλλά και την καπνιστική της συνήθεια, καλούνται να αναγνωρίσουν τον βαθμό εξάρτησης της γυναίκας από την κατανάλωση προϊόντων καπνού. Η λήψη, λοιπόν, ενός καλού και αναλυτικού ιστορικού αποτελεί το πρώτο βήμα και μια αποτελεσματική πρακτική, προκειμένου να ληφθεί μια ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης της γυναίκας. Αυτή η πρακτική οδηγεί σε έναν ευκολότερο σχεδιασμό ενός πλάνου που αφορά την διακοπή του καπνίσματος για την εκάστοτε γυναίκα. Γίνεται, λοιπόν, κατανοητό ότι η εξατομικευμένη φροντίδα επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα στην αντιμετώπιση των εγκύων καπνιστριών. Όσον αφορά το αναλυτικό ιστορικό, που λαμβάνεται από τον εκάστοτε επαγγελματία υγείας, θα πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο της εγκύου, το μορφωτικό της επίπεδο, την καπνιστική συμπεριφορά του συντρόφου της ή των άλλων ατόμων που πλαισιώνουν τον περίγυρό της, την ψυχολογική της διάθεση καθώς και το χρονικό διάστημα χρήσης του τσιγάρου αλλά και τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνει ανά ημέρα.

Στη συνέχεια, αμέσως επόμενο βήμα αποτελεί η παροχή πληροφοριών από τους επαγγελματίες υγείας στην γυναίκα σχετικά με τους κινδύνους που ενέχει η συνέχιση της καπνιστικής συνήθειας τόσο για την ίδια όσο και για το έμβρυό της, καθώς και τους κινδύνους από την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα. Μεγάλη σημασία έχει να γίνουν αντιληπτά από την γυναίκα τα πλεονεκτήματα που θα προκύψουν από την διακοπή του καπνίσματος. Ωστόσο, σε γυναίκες οι οποίες έχουν ήδη προβεί στην διακοπή του τσιγάρου θα πρέπει να παρέχεται η κατάλληλη υποστήριξη, ώστε να διατηρήσουν την αντικαπνιστική τους συμπεριφορά. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι η διαθεσιμότητα των πληροφοριών σε ποικίλες μορφές (φυλλάδια, αφίσες, ηλεκτρονικές σελίδες κτλ) αυξάνει την αποτελεσματικότητα (NewZealandGuidelines, 2014).

7.2. Χρήσιμες συμβουλές και πρακτικοί τρόποι για την διακοπή καπνίσματος των εγκύων.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που είναι πρόθυμο να σταματήσει το κάπνισμα στην περιγεννητική περίοδο ή και νωρίτερα αναζητά όχι τόσο θεωρητικές

λύσεις αλλά κυρίως πρακτικούς τρόπους. Οι πρακτικοί τρόποι αφορούν κυρίως ενέργειες που θα οδηγήσουν στη σταδιακή μείωση του καπνίσματος και σύντομα στην οριστική απόγνωση από αυτό. Αρχικά, είναι χρήσιμο η γυναίκα να σκεφτεί τους λόγους για τους οποίους επιθυμεί να διακόψει το κάπνισμα και να τους αποτυπώσει σε ένα χαρτί, το οποίο μπορεί να τοποθετήσει σε ένα εμφανές σημείο μέσα στον χώρο του σπιτιού, ώστε να έχει την ευκαιρία πολλές φορές μέσα στη μέρα να τους διαβάζει (PublicHealthserviceU.S, 2002).

Στον γυναικείο πληθυσμό ο οποίος δεν διαθέτει τη δυνατότητα γραφής και ανάγνωσης ένας τρόπος υπενθύμισης των ωφελειών από τη διακοπή του καπνίσματος είναι ηχογράφηση μέσω τεχνολογικού αντικειμένου π.χ. κινητού τηλεφώνου ή gadget αναπαραγωγής ήχου.

Άλλος ένας ακόμη τρόπος που θα βοηθούσε στη μείωση του καπνίσματος είναι η αξιολόγηση των τσιγάρων που θεωρεί περισσότερο απαραίτητα μέσα στην διάρκεια της ημέρας σε συνδυασμό με τις συνήθειες που τα συνοδεύουν, όπως για παράδειγμα το πρώτο πρωινό τσιγάρο συνοδευόμενο με τον καφέ ή το τσιγάρο μετά το μεσημεριανό γεύμα. Αυτό θα την βοηθούσε να νιώσει περισσότερο έτοιμη να διακόψει το κάπνισμα απασχολούμενη την συγκεκριμένη χρονική στιγμή που το έχει ανάγκη με κάποια άλλη δραστηριότητα (WeinfeldC., 2006).

Ένας από τους πιο αποτελεσματικούς πρακτικούς τρόπους στην διακοπή του καπνίσματος είναι η αλλαγή των καθημερινών συνηθειών που σχετίζονται με το κάπνισμα. Σκόπιμο είναι να δοθούν στην γυναίκα συγκεκριμένες οδηγίες και παραδείγματα προκειμένου να γίνει πιο εύκολη η υλοποίηση του στόχου της. Σε γυναίκες οι οποίες αναφέρουν ότι επιθυμούν να καπνίζουν αμέσως μετά το φαγητό θα μπορούσε να συστηθεί να σηκώνονται αμέσως από το τραπέζι, να πηγαίνουν σε άλλο δωμάτιο ή ακόμη να πραγματοποιούν έναν ολιγόλεπτο περίπατο. Επιπροσθέτως, σε όσες ανήκουν στην κατηγορία των γυναικών που επιθυμούν να καπνίζουν πίνοντας τον καφέ τους θα μπορούσε να συστηθεί η αποχή από τον καφέ ή η αντικατάστασή του από ένα άλλο ρόφημα, όπως χυμό ή τσάι. Επίσης, ορισμένες γυναίκες αναφέρουν ότι νιώθουν έντονη την επιθυμία να καπνίσουν καθώς βλέπουν τηλεόραση. Χρήσιμη συμβουλή σε αυτήν την ομάδα θα ήταν η προσπάθεια απασχόλησης των χεριών τους (π.χ. να κεντήσσει, να γράψει) και του στόματος τους (π.χ. να φάει μια τσίγλα, ένα καρτότο ή φρούτο). Ακόμη, μεγάλο ποσοστό γυναικών αναφέρει ότι θεωρεί το τσιγάρο ως ένα χαλαρωτικό μέσο και το επιλέγει τις στιγμές που νιώθει ότι θέλει να χαλαρώσει ή να κάνει ένα διάλειμμα από την εργασία. Σε

αυτές τι γυναίκες οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να προτείνουν τρόπους, όπως να περιποιηθούν τον εαυτό τους ή να κάνουν ένα μπάνιο ή να ακούσουν μουσική, να κουβεντιάσουν με φίλους ή συναδέλφους, ακόμη και να πάρουν βαθιές αναπνοές (WindsorR., 2005).

Αξίζει να σημειωθεί ότι ένα από τα πιο συχνά φαινόμενα που παρατηρείται σε όσες γυναίκες προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα είναι τα συμπτώματα στέρησης, ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια της προσπάθειάς τους. Το στερητικό σύνδρομο από την νικοτίνη εμφανίζεται τις πρώτες 24 ώρες μετά την διακοπή του καπνίσματος και σταδιακά μειώνεται σε ένταση μετά από μερικές μέρες έως κάποιες εβδομάδες. Ωστόσο, οι γυναίκες θα πρέπει να ενημερώνονται από την αρχή της προσπάθειάς τους για τα ενδεχόμενα συμπτώματα από την διακοπή της κατανάλωσης καπνού, ώστε να είναι σε θέση να τα αναγνωρίσουν και να τα αντιμετωπίσουν με επιτυχία. Τέτοιου είδους συμπτώματα μπορεί να είναι ο πονοκέφαλος, η ανησυχία, η ευερεθιστότητα, το άγχος και η αύξηση τους βάρους λόγω της αυξημένης κατανάλωσης τροφών (Μάνος Ν., 1997). Σε αυτήν την περίπτωση συστήνεται στις γυναίκες να προσπαθούν να ηρεμούν ακούγοντας απαλή μουσική και παίρνοντας βαθιές ανάσες έως ότου παρατηρήσουν ότι μειώνεται η έντονη αυτή επιθυμία που τους ωθεί στην χρήση των προϊόντων καπνού. Η αυξημένη όρεξη για κατανάλωση τροφών που απασχολεί πολλές γυναίκες, ιδιαίτερα αυτές οι οποίες διανύουν την περίοδο της εγκυμοσύνης όπου φυσιολογικά αναμένεται αύξηση του βάρους τους θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί με την αυξημένη κατανάλωση τροφών πλούσιων σε θρεπτικές ουσίες και φτωχών σε θερμίδες και λιπαρά, όπως τα φρούτα και τα λαχανικά (Μπιλαλης Π.Γ., 1997).

Ακόμα ένας λόγος που οι γυναίκες δυσκολεύονται να διατηρήσουν την αποχή από το κάπνισμα είναι η συνεχόμενη και καθημερινή έκθεσή τους στο παθητικό κάπνισμα. Αυτή η λανθασμένη πρακτική θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί ζητώντας η ίδια η γυναίκα από όσους καπνίζουν στο οικείο περιβάλλον της να μην κάνουν χρήση προϊόντων καπνού ενώ βρίσκονται στον ίδιο χώρο λόγω της εγκυμοσύνης της. Οι πιο συνηθισμένοι χώροι που η γυναίκα εκτίθεται στο παθητικό ή στο τριτογενές κάπνισμα είναι ο χώρος του σπιτιού και ο χώρος του αυτοκινήτου (HelpForPregnantSmokers, 2002). Συστήνεται επίσης στις έγκυες γυναίκες που δεν καπνίζουν αλλά και σε αυτές που κάνουν προσπάθεια διακοπής καπνίσματος, όταν επισκέπτονται κλειστούς χώρους να επιλέγουν τους χώρους μη καπνιζόντων (WeinfeldC., 2006).

Αξιοσημείωτη είναι η πληροφορία που προκύπτει από μια μεγάλη έρευνα, η οποία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η έκθεση των εγκύων μη καπνιστριών γυναικών στον καπνό αποτελεί αιτία για τη μείωση του μέσου βάρους γέννησης του νεογνού κατά 33γρ ή περισσότερο και ο κίνδυνος βάρους γέννησης νεογνού κάτω των 2.500γρ αυξάνεται σε ποσοστό 22% (Leonardi-BeeJetal, 2008).

Αυτό επιβεβαιώνεται και από μία ακόμα έρευνα που έχει γίνει στην Ανατολική Ευρώπη σε πληθυσμό εγκύων Ρομά οι οποίες παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά καπνίσματος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό με αποτέλεσμα να υπάρχει αύξηση τόσο της γέννησης λιποβαρών νεογνών και πρόωρων τοκετών όσο και εμβρυικών θανάτων (UNICEF 2007) .

Επίσης, η παθητική έκθεση της εγκύου στα προϊόντα καπνού έχει αποδειχθεί ότι έχει σχέση με τον αιφνίδιο νεογνικό θάνατο (DybingEetal, 1999).

Ένας πολύ σημαντικός άνθρωπος στην περιγεννητική περίοδο της γυναίκας είναι ο σύντροφός της. Στην προσπάθεια της εγκύου να διακόψει το κάπνισμα οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ενημερώνουν και τον σύντροφο για τις σοβαρές επιπτώσεις που ενδέχεται να προκαλέσει το κάπνισμα στο παιδί τους. Έρευνες έχουν δείξει ότι στην περίπτωση που και οι δυο σύντροφοι είναι καπνιστές, τα αποτελέσματα επιτυχίας των εγκύων γυναικών στην διακοπή καπνίσματος αυξάνονται όταν η προσπάθεια γίνεται από κοινού. Η γυναίκα δεν θα πρέπει να διστάσει να ζητήσει βοήθεια από τον σύντρόφό της είτε είναι καπνιστής είτε όχι, προκειμένου να συνεργήσει και να στηρίξει με την συμπεριφορά του την απόφασή της για οριστική διακοπή του καπνίσματος, η οποία στα αρχικά στάδια μοιάζει να είναι μια εξαιρετικά δύσκολη υπόθεση (Ευρωπαϊκή δράση για την διακοπή του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη, 2000). Επιπλέον, μεγάλη επιρροή στην έγκυο γυναίκα έχει το οικογενειακό-φιλικό περιβάλλον της, στο οποίο θα πρέπει να ανακοινώσει την απόφασή της με σκοπό να την σεβαστούν και να αποφεύγουν να καπνίζουν μπροστά της με πιθανό κίνδυνο της υπότροπη της σε μια στιγμή αδυναμίας. Ένας ακόμη αποτελεσματικός τρόπος είναι η επαφή της εγκύου με κάποιον φίλο ή γνωστό, ο οποίος κατάφερε να διακόψει το κάπνισμα μετά από προσπάθεια. Η επικοινωνία τους είναι καλό να γίνεται αρκετά συχνά μέχρι να καταφέρει να απέχει πλήρως από το κάπνισμα η έγκυος (WeinfeldC, 2001).

Τέλος, σημαντική είναι η επιβράβευση της γυναίκας για την προσπάθειά της να διακόψει το κάπνισμα. Μια χρήσιμη συμβουλή προς την γυναίκα αλλά και τον σύντροφο της θα ήταν η συλλογή των χρημάτων, τα οποία θα χρησιμοποιούνταν για

την αγορά προϊόντων καπνού. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την εξασφάλιση ενός χρηματικού ποσού, το οποίο θα μπορούσε να αξιοποιηθεί είτε παίρνοντας ένα δώρο στον εαυτό της ή να χρησιμοποιηθεί ως μια επιπλέον οικονομική ενίσχυση της καινούργιας οικογένειας που πρόκειται να δημιουργηθεί (Helpforpregnantismokers, 2002).

7.3. Εκπαίδευση των εγκύων για διακοπή του καπνίσματος

Η μαία ως ένα από τα πιο υποστηρικτικά πρόσωπα της γυναίκας και κατ' επέκταση του ζευγαριού, έχει την δυνατότητα να εφαρμόσει απλές στρατηγικές για την εκπαίδευση του ζευγαριού, με σκοπό την άμεση υιοθέτηση αντικαπνιστικής συμπεριφοράς (WestR. Etal, 2006).

Η εκπαίδευση ξεκινά με την προώθηση 7 βημάτων από την μαία :

1. Επεξήγηση της νόσου εξάρτησης από τον καπνό.
2. Ανάλυση των λόγων για τους οποίους προβαίνουν στην χρήση προϊόντων καπνού.
3. Κατανόηση των επιπτώσεων του καπνίσματος στην υγεία.
4. Αναγνώριση των οφελών από την διακοπή του καπνίσματος.
5. Επεξήγηση της θεραπείας διακοπής καπνίσματος.
6. Επεξήγηση της διαχείρισης της χρόνιας εξάρτησης από τον καπνό για την πρόληψη της υποτροπής.
7. Παρουσίαση των μέσων για την υιοθέτηση αντικαπνιστικής συμπεριφοράς που είναι διαθέσιμα.

Κάθε μαία θα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζει τους επιπλέον επιβαρυντικούς παράγοντες που ωθούν την γυναίκα ή και τον σύζυγο της στην κατανάλωση προϊόντων καπνού. καθώς επίσης και τον βαθμό εξάρτησής τους από το τσιγάρο. Είναι υποχρέωση όλων των μαιών να παρέχουν χρήσιμες συμβουλές και εξατομικευμένη φροντίδα σε όλα τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν αυτή την νόσο με σκοπό την οριστική θεραπεία της. Γίνεται, λοιπόν, αντιληπτό ότι από την πρώτη κιόλας συνάντηση της μαίας με την έγκυο γυναίκα θα πρέπει να συστήνει την αποχή

από τα προϊόντα καπνού μέσω παροχής ξεκάθαρων συμβουλών και στρατηγικών. Πρόσφατα επιστημονικά στοιχεία ερευνών υποστηρίζουν ότι η παροχή κατάλληλων συμβουλών και εργαλείων από ειδικά εκπαιδευμένο πρόσωπο, όπως η μαία αυξάνει τα ποσοστά επιτυχίας στην διακοπή καπνίσματος. Αντίθετα, η αδιαφορία και η παράλειψη της αντιμετώπισης αυτής της νόσου από τη μαία αποτελεί κακή πρακτική και οδηγεί στην επιδείνωση του μεγέθους του προβλήματος (FiorreMCetal, 2008).

7.4. Συμβουλευτικές παρεμβάσεις για την διακοπή καπνίσματος στην εγκυμοσύνη.

Οι γνωστικές συμπεριφορικές παρεμβάσεις αποτελούν ένα κοινώς αποδεκτό μοντέλο συμβουλευτικής και χρησιμοποιείται ευρέως στη διακοπή του καπνίσματος στις έγκυες αλλά και στον ευρύτερο πληθυσμό (ChamberlainC. Etal, 2013). Οι παρεμβάσεις αυτές βασίζονται κυρίως στην αντίληψη ότι η σκέψη καθορίζει την συμπεριφορά του ατόμου. Αυτού του είδους οι παρεμβάσεις έχουν εφαρμοστεί σε έγκυες καπνίστριες με θετικά αποτελέσματα.

Σύμφωνα με το διαθεωρητικό μοντέλο των Prochaska και Diclemente τα στάδια αλλαγής που προτάθηκαν έχουν χρησιμοποιηθεί για παρεμβάσεις που βασίζονται στην συμβουλευτική (ProchaskaJetal, 1994). Σύμφωνα με αυτό, ένας άνθρωπος στην προσπάθειά του να αλλάξει την συμπεριφορά του μπορεί να περάσει από 5 στάδια αλλαγής και οι παρεμβάσεις που θα γίνουν σε αυτόν είναι ανάλογες με το στάδιο στο οποίο αυτός βρίσκεται κάθε φορά. Στο πρώτο στάδιο εντοπίζεται αδιαφορία σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος και ο ίδιος ο καπνιστής παρουσιάζει άρνηση στο να αναγνωρίσει την προβληματική συμπεριφορά και τον εθισμό του. Αυτό το στάδιο ονομάζεται «προ στοχασμός». Περνώντας στο δεύτερο στάδιο, που ονομάζεται «στοχασμός», ο εκάστοτε επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να εντοπίσει εάν υπάρχει η παραμικρή σκέψη για αποχή από το κάπνισμα, η οποία πρέπει να ενισχυθεί. Το κυριότερο χαρακτηριστικό του ατόμου που βρίσκεται σε αυτό το στάδιο είναι ότι σκέφτεται σοβαρά τη διακοπή του καπνίσματος. Το στάδιο «σχεδιασμού και προετοιμασίας» είναι το τρίτο κατά σειρά, στο οποίο ο επαγγελματίας υγείας καλείται να αναγνωρίσει εάν υπάρχει θέληση για διακοπή του καπνίσματος τις επόμενες 30 ημέρες. Το τέταρτο στάδιο ονομάζεται

«δράση» και είναι πιο πρακτικό, καθώς στη διάρκειά του πραγματοποιείται η διακοπή του καπνίσματος και γίνονται προσπάθειες για αποφυγή της υποτροπής. Το πέμπτο και τελευταίο στάδιο καλείται «διατήρηση», καθώς κυρίαρχο μέλημα είναι η διατήρηση της αποχής από το κάπνισμα χωρίς την εμφάνιση της υποτροπής (EuropeanNetworkonSmokingPrevention, 2012).

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Lawrenceetal. έγινε σύγκριση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων με βάση τα στάδια αλλαγής και αυτών που πρόεκυψαν από την συνηθισμένη φροντίδα. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 918 έγκυες καπνίστριες, οι οποίες χωρίστηκαν σε 3 ομάδες. Οι έγκυες της πρώτης ομάδας έλαβαν τη συνηθισμένη συμβουλευτική φροντίδα. Στις έγκυες της δεύτερης ομάδας δόθηκαν οδηγοί αυτοβοήθειας βάσει του αναθεωρητικού μοντέλου των σταδίων αλλαγής, ενώ στην τρίτη ομάδα πραγματοποιήθηκε η ίδια παρέμβαση με αυτή της δεύτερης ομάδας συν την εκπαίδευσή τους με ένα πρόγραμμα στον ηλεκτρονικό υπολογιστή, το οποίο παρείχε εξατομικευμένες συμβουλές στην καθεμία για την διακοπή του καπνίσματος. Τα αποτελέσματα που πρόεκυψαν από την συγκεκριμένη έρευνα 10 ημέρες μετά τον τοκετό, έδειξαν ότι το κάπνισμα το διέκοψε το 3,5% των εγκύων που βρίσκονταν στην πρώτη ομάδα, ένα ποσοστό της τάξεως του 4,7% των εγκύων από την δεύτερη ομάδα και το 8,1% των εγκύων από την τρίτη ομάδα με την εκτενέστερη εκπαίδευση (LawrenceT. Etal, 2003). Το συμπέρασμα που προκύπτει από την συγκεκριμένη έρευνα είναι ότι η παροχή συνδυασμένων εργαλείων για την διακοπή του καπνίσματος επιφέρει πιο θετικά και περισσότερα αποτελέσματα.

Επιπρόσθετα, οι περισσότερες έρευνες που έχουν διεξαχθεί καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι μια εντατική παρέμβαση στις έγκυες καπνίστριες με διάρκεια περίπου 15 λεπτών και άνω, είναι σαφώς αποτελεσματικότερη συγκριτικά με μικρότερης διάρκειας (<5 λεπτών) και λιγότερο εξατομικευμένες στις ιδιαίτερες ανάγκες τους παρεμβάσεις (HegaardHKetal, 2003). Στη συστηματική ανασκόπηση και μετά-ανάλυση των Melvinal., αναφέρεται ως αποτελεσματικότερη η εντατική παρέμβαση για την υιοθέτηση της αντικαπνιστικής συμπεριφοράς στην εγκυμοσύνη, κατά την οποία χορηγείται έντυπο υλικό και η διάρκειά της ανέρχεται στα 15 λεπτά. Συγκεκριμένα, εστιάζει στην επεξεργασία της σκέψης και κατ' επέκταση στην αλλαγή της καπνιστικής συμπεριφοράς της εγκύου (MelvinCLetal, 2000)

7.5. Μορφές παρέμβασης για την διακοπή καπνίσματος

7.5.1. Ατομικές παρεμβάσεις

Ορισμένες Cochrane ανασκοπήσεις που έχουν πραγματοποιηθεί έδειξαν ότι οι ατομικές παρεμβάσεις στην διάρκεια της κύησης έχουν μέτρια αλλά στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στην ελάττωση της καπνιστικής συνήθειας στην κύηση, στον πρόωρο τοκετό και στα χαμηλού βάρους έμβρυα. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να παρέχουν στις έγκυες καπνίστριες πρόσωπο με πρόσωπο ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που υπερβαίνουν την απλή συμβουλευτική για την διακοπή του καπνίσματος (LumleyJetal, 2009).

7.5.2. Ομαδικές παρεμβάσεις.

Οι ομαδικές παρεμβάσεις έχουν μια μικρή αλλά θετική επίδραση στην διακοπή του καπνίσματος από τις έγκυες γυναίκες. Στις ομαδικές παρεμβάσεις περιλαμβάνεται εκπαίδευση σε θέματα υγείας από τους επαγγελματίες υγείας, σχετικά με τους κινδύνους που ενέχει το κάπνισμα για την υγεία της ίδιας της γυναίκας και για το έμβρυό της. Επιπλέον, παρέχονται υποστηρικτικές συμβουλές για το πώς θα γίνει η αλλαγή της συμπεριφοράς με στόχο την διακοπή του καπνίσματος. Κατά την διάρκεια των ομαδικών συζητήσεων δίνονται σαφείς πληροφορίες σχετικά με την υγεία του εμβρύου καθώς και μετρήσεις της έκθεσης στον καπνό για να ενισχυθεί αυτή η αλλαγή της συμπεριφοράς. Τέλος, οι ομαδικές παρεμβάσεις μπορεί να συμπεριλαμβάνουν ασκήσεις, έλεγχο του βάρους καθώς και εναλλακτικές θεραπείες με σκοπό την οριστική αποχή από τα προϊόντα καπνού. Οι παρεμβάσεις κοινωνικής υποστήριξης αποδείχτηκαν αποτελεσματικές όταν έγιναν από ομάδες γυναικών οι οποίες βρίσκονταν στην ίδια ηλικιακή ομάδα (ChamberlainCetal, 2013).

7.5.3. Παρεμβάσεις βασισμένες στον σύντροφο.

Σχετικά με τις παρεμβάσεις που είναι βασισμένες στην επιρροή του συντρόφου ως προς την καπνιστική συνήθεια της γυναίκας δεν υπάρχει επαρκής αξιολόγησή τους, αλλά φαίνεται να είναι χρήσιμες ιδιαίτερα όταν και οι δύο σύντροφοι έχουν υιοθετήσει την καπνιστική συμπεριφορά. Σύμφωνα με μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη, φάνηκε ότι οι παρεμβάσεις αυτής της μορφής, που βασίζονται κατά κύριο λόγο στον σύντροφο, είναι υπεύθυνες για την αύξηση των ποσοστών αποχής από το κάπνισμα κατά την διάρκεια και μετά τον τοκετό σε σύγκριση με τις ατομικές παρεμβάσεις και τις παρεμβάσεις με την συνηθισμένη φροντίδα (McBrideCMetal, 1998). Ωστόσο, χρειάζεται μεγαλύτερος αριθμός ερευνών σχετικά με τις παρεμβάσεις στον σύντροφο για να αξιολογηθεί εκτενέστερα η αξία της θεραπείας του καπνιστή συντρόφου.

7.5.4. Τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης για διακοπή καπνίσματος στην εγκυμοσύνη.

Η ύπαρξη τηλεφωνικών γραμμών υποστήριξης για διακοπή του καπνίσματος φάνηκε να έχει σημαντικό ρόλο στη μείωση του καπνίσματος κυρίως σε πολιτείες τις Αμερικής. Πιο συγκεκριμένα, οι τηλεφωνικές γραμμές διακοπής καπνίσματος απαρτίζονται από ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας ως προς την αποχή από τα προϊόντα καπνού. Οι επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται σε αυτές τις υπηρεσίες προσφέρουν τηλεφωνική συμβουλευτική υποστήριξη στις έγκυες καπνίστριες που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα και αντιμετωπίζουν πρόβλημα. Μια μετα-ανάλυση 77 ερευνών βρήκε ότι στον γενικό πληθυσμό των καπνιστών, η συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου με 3 ή περισσότερες κλήσεις έφερε στατιστικά καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με μια μικρή παρέμβαση ή με μια σύντομη συμβουλή (SteadLFetal, 2013). Τέτοιου είδους τηλεφωνικές υπηρεσίες στην Αμερική και το Ηνωμένο Βασίλειο προσφέρουν ένα ειδικά διαμορφωμένο πρωτόκολλο, στο οποίο το εκπαιδευμένο προσωπικό παρέχει συμβουλές για να υποστηρίξει την διακοπή καπνίσματος στην περιγεννητική περίοδο αλλά και στην διάρκεια της λοχείας, ώστε να προληφθεί η υπότροπη. Οι Bombardetal. (2013) εξέτασαν τα χαρακτηριστικά, την αξιοποίηση των υπηρεσιών και τα αυτό-αναφερόμενα ποσοστά διακοπής σε 1.718 έγκυες και 24.321 μη έγκυες καπνίστριες

που έκαναν εγγραφή σε αυτές τις γραμμές από το 2006 έως το 2008 σε 10 πολιτείες της Αμερικής (BombardJMetal, 2013). Επτά μήνες μετά την εγγραφή, τα ποσοστά αυτό-αναφοράς ήταν 26,4% σε έγκυες και 22,6% σε μη έγκυες γυναίκες. Σε πολλές χώρες, τα Κέντρα Υγείας και οι επαγγελματίες υγείας συνεργάζονται με αυτές τις γραμμές και παραπέμπουν ασθενείς συστηματικά για να τους βοηθήσουν (CumminsSetal, 2002).

7.5.5. Εγχειρίδια αυτοβοήθειας.

Η παροχή εγχειριδίων αυτοβοήθειας στις έγκυες καπνίστριες έχει αποδειχτεί ότι είναι πολύ αποτελεσματική στην διακοπή του καπνίσματος. Τα εγχειρίδια αυτοβοήθειας είναι σε μορφή έντυπου υλικού ή οπτικοακουστικού τύπου, σχεδιασμένα με δομή, τα οποία δίνουν την ευκαιρία στις έγκυες γυναίκες να υιοθετήσουν αντικαπνιστικές συμπεριφορές και να τις διατηρήσουν, χωρίς να έχουν απαραίτητα την βοήθεια των επαγγελματιών υγείας (Hartmann-BoyceJetal, 2014). Κατά την διεξαγωγή ερευνών, αρκετοί προτιμούν την παροχή εγχειριδίων αυτοβοήθειας στον πληθυσμό που μελετούν. Στα εγχειρίδια αυτά αναλύονται τα στάδια διακοπής του καπνίσματος και διάφοροι τρόποι, οι οποίοι θα βοηθήσουν τις γυναίκες να διακόψουν το κάπνισμα. Επιπλέον, μέσα σε αυτό καταγράφονται πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους και τις επιπτώσεις του καπνίσματος τόσο στην ίδια την έγκυο όσο και στο έμβρυο, αλλά και τις αρνητικές επιπτώσεις στην διάρκεια την εγκυμοσύνης και του τοκετού. Πέραν αυτών των πληροφοριών, περιλαμβάνει διάφορες τεχνικές με σκοπό την πρόληψη μιας πιθανής υποτροπής στην περίοδο της λοχείας. Οι επαγγελματίες υγείας με τα εγχειρίδια αυτά δίνουν την δυνατότητα στις έγκυες να τα έχουν συνεχώς μαζί τους και να έχουν εύκολη πρόσβαση σε αυτές τις πληροφορίες σε οποιαδήποτε στιγμή τους είναι απαραίτητο. Σύμφωνα με τους Chamberlainetal., η χρήση εγχειριδίων αυτοβοήθειας που προορίζονται μόνο για τις έγκυες γυναίκες είναι πιο αποτελεσματική από αυτά που απευθύνονται στον γενικό πληθυσμό.

7.5.6. Παρεμβάσεις μέσω διαδικτύου .

Το διαδίκτυο στις μέρες μας είναι το εργαλείο που διαθέτει την πιο εύκολη και γρήγορη πρόσβαση σε πληροφορίες λόγω της αυξημένης διάδοσης και χρήσης του. Ωστόσο, η χρήση του διαδικτύου δεν αποτελεί μορφή παρέμβασης για την διακοπή του καπνίσματος, απλώς προσφέρει ανώνυμη πρόσβαση και κυρίως χωρίς κριτική βοήθεια στις γυναίκες (ButterworthSetal, 2014), γεγονός που είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τις έγκυες καπνίστριες, οι οποίες κατακλύζονται από αισθήματα ενοχής για αυτή τους την πράξη, χωρίς να χρειάζεται να απευθυνθούν προσωπικά στις υπηρεσίες διακοπής (TomborIetal, 2014).

7.6. Παρεμβάσεις για την μείωση έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα.

Ο αριθμός των ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με τις παρεμβάσεις για την μειωμένη έκθεση στο παθητικό κάπνισμα είναι σχετικά πολύ μικρός. Παρόλα αυτά, ορισμένες πρόσφατες έρευνες αναφέρουν ότι οι παρεμβάσεις μειώνουν το παθητικό κάπνισμα των εγκύων. Οι παρεμβάσεις με σκοπό την ελάττωση της έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα στην περιγεννητική περίοδο πρέπει να είναι ειδικά διαμορφωμένες και να περιλαμβάνουν την παροχή βοήθειας της εγκύου από τους επαγγελματίες υγείας με απαγορεύσεις καπνίσματος σε άλλα άτομα στους κλειστούς χώρους, όπως το σπίτι και το εργασιακό περιβάλλον, αλλά και την μείωση επαφών με καπνιστές ειδικά για τα νεογνά. Σε αυτήν την περίπτωση οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να παρέχουν περαιτέρω βοήθεια ξεκινώντας τις κατ' οίκων επισκέψεις από την περιγεννητική περίοδο, ιδιαίτερα σε ομάδες που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο όπως τα πρόωρα νεογνά (BlaakmanSWetal, 2015)

7.7 Πρόληψη υποτροπής στην λοχεία .

Η λοχεία αποτελεί μια επιπλέον περίοδο πέραν αυτής της εγκυμοσύνης, η οποία χαρακτηρίζεται από έντονες συναισθηματικές διακυμάνσεις. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι στις γυναίκες που διέκοψαν το κάπνισμα στην περιγεννητική περίοδο θα πρέπει να παρέχεται επιπλέον φροντίδα, ώστε να μην υποτροπιάσουν στην καπνιστική συνήθεια μετά τον τοκετό (NewZealandMinistryofHealth, 2014). Οι γυναίκες οι οποίες ανήκουν σε αυτήν την κατηγορία αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου, καθώς έχουν αυξημένες πιθανότητες υποτροπής στην περίοδο της λοχείας. Σημαντικό ρόλο στη μείωση των πιθανοτήτων υποτροπής διαδραματίζει η σωστή συμβουλευτική και υποστήριξη των γονέων όσο χρονικό διάστημα παραμένουν στο μαιευτήριο (WinickoffJPetal,2010). Τέλος, σημαντικό αποτέλεσμα έχει φάνει ότι έχουν οι κατ' οίκον επισκέψεις των επαγγελματιών υγείας μετά τον τοκετό για την πιθανή πρόληψη της υποτροπής και των δυο γονέων (EdwardsNetal, 1998). Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι χρειάζονται περισσότερες μελέτες για την πρόληψη της υποτροπής στην λοχεία και για τους δύο γονείς που κάνουν χρήση καπνού (VivilakiV. 2015).

8. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.

Αδιαμφισβήτητα η καπνιστική συνήθεια αποτελεί μια ξεχωριστή κατηγορία στην ομάδα των νόσων. Όπως η κάθε νόσος χρήζει ιδιαίτερης αντιμετώπισης και χορήγησης της σωστής φαρμακοθεραπείας, έτσι και στην περίπτωση του καπνίσματος επιβάλλεται μια θεραπευτική αντιμετώπιση πολλαπλών μορφών, μεταξύ των οποίων σημαντικό ρόλο έχει και η θεραπεία με φάρμακα. Η φαρμακευτική θεραπεία για την εξάρτηση από την νικοτίνη αποτελεί ένα ευρύ φάσμα φαρμακευτικών σκευασμάτων με κυριότερα τα υποκατάστατα νικοτίνης. Τα υποκατάστατα νικοτίνης χρησιμοποιούνται σε διαφορές μορφές όπως τσίχλες, επιθέματα, υπογλώσσια δισκία και ρινικό εναιώρημα.

Οι κατηγορίες φαρμάκων που χορηγούνται για την διακοπή της καπνιστικής συνήθειας είναι δύο. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα φάρμακα της πρώτης

γραμμής, τα οποία έχουν αποδείξει τη αποτελεσματικότητά τους στην θεραπεία για την διακοπή καπνίσματος, έχουν εγκριθεί από το FDA, είναι ασφαλέστερα και θα πρέπει να επιλέγονται ως φάρμακα πρώτης γραμμής για την θεραπεία εξάρτησης από την νικοτίνη. Στην δεύτερη κατηγορία φαρμάκων ανήκουν αυτά που είναι δεύτερης γραμμής, τα οποία είναι λιγότερο αποτελεσματικά σε σχέση με αυτά της πρώτης γραμμής. Τα φάρμακα δεύτερης κατηγορίας δεν έχουν πάρει έγκριση από το FDA, καθώς είναι ύποπτα για σοβαρότερες παρενέργειες σε σχέση με αυτά της πρώτης κατηγορίας. Γενικότερα, οι επαγγελματίες υγείας προτείνουν για την θεραπεία εξάρτησης από τα προϊόντα καπνού τα φάρμακα της πρώτης γραμμής.

Στα φάρμακα πρώτης γραμμής ανήκουν, η υδροχλωρική βουπροπιόνη (bupropion) και η βαρενικλίνη (varenicline) . Αυτά τα φάρμακα είναι πολυχρησιμοποιημένα, είναι ευρέως γνωστά και αποτελεσματικά εκτός εγκυμοσύνης. Ωστόσο, λίγες έρευνες έχουν γίνει σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την επαρκή ασφάλειά τους όταν χρησιμοποιούνται σε έγκυες στην προσπάθεια διακοπής καπνίσματος (Colemanet. al, 2015).

8.1. Χορήγηση φαρμάκων στην κύηση και τον θηλασμό.

Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης θα πρέπει να δίνεται στις έγκυες ασθενείς που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα αλλά και σε αυτές οι οποίες δεν έχουν κινητοποιηθεί. Η φαρμακοθεραπεία πέρα από την οριστική διακοπή μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για ένα χρονικό διάστημα σε έγκυες ή θηλάζουσες ασθενείς οι οποίες εκτίθενται σε μεγάλη ποσότητα προϊόντων καπνού με σκοπό την ελάττωσή του.

Η θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης (NRT's) δεν αποτελεί αντένδειξη για μια έγκυο ή θηλάζουσα γυναίκα και ο επαγγελματίας υγείας έχει την δυνατότητα να χορηγήσει στην γυναίκα αυτού του είδους την φαρμακοθεραπεία ανάλογα με τον βαθμό εξάρτησης. Στα σκευάσματα υποκατάστασης περιλαμβάνονται τα επιθέματα νικοτίνης, τα από του στόματος υποκατάστατα (τσίχλες, παστίλιες), τα σπρίνικων ψεκάσμων και τέλος η συσκευή εισπνοής νικοτίνης.

Αναλυτικότερα, τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα φάρμακα για την θεραπεία εξάρτησης από την νικοτίνη είναι τα από του στόματος υποκατάστατα νικοτίνης. Στην κατηγορία υποκατάστατων από το στόμα ανήκουν οι τσίχλες, τα υπογλώσσια

δισκία, οι παστίλιες και οι συσκευές εισπνοής. Τα παραπάνω προϊόντα υποκατάστασης της νικοτίνης απορροφώνται από τον στοματικό βλεννογόνο όταν αυτός έχει ουδέτερο pH. Γι' αυτόν τον λόγο, είναι ιδιαίτερα χρήσιμο οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τις έγκυες καπνίστριες να δίνουν χρήσιμες και σωστές συμβουλές για την χρήση των υποκατάστατων με σκοπό την καλύτερη αποτελεσματικότητά τους. Θα πρέπει η ασθενής να συμβουλευέται να αποφεύγει γεύματα και ποτά όπως τα αναψυκτικά, τα οποία είναι όξινα, για έως και 30 λεπτά πριν την χρήση των υποκατάστατων νικοτίνης από το στόμα.

8.1.1. Τσίχλα νικοτίνης

Η τσίχλα νικοτίνης είναι από τα πλέον διαδεδομένα φάρμακα για την αντιμετώπιση της διακοπής καπνίσματος τόσο στην περίοδο της εγκυμοσύνης όσο και πέρα αυτής. Η λήψη της τσίχλας από το στόμα χρειάζεται σωστή και καλή τεχνική προκειμένου να έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Η τσίχλα όταν λαμβάνεται από το στόμα θα πρέπει να μασιέται μία ή δύο φορές, στη συνέχεια τοποθετείται ανάμεσα στο μάγουλο και την περιοχή των ούλων για 3 λεπτά και έπειτα μασιέται μια φορά το λεπτό επί είκοσι λεπτά. Ο επαγγελματίας υγείας που θα συστήσει την τσίχλα νικοτίνης θα πρέπει να ενημερώσει την ασθενή για τις ανεπιθύμητες ενέργειες που ενδέχεται να εμφανιστούν. Ορισμένες από αυτές είναι η εμφάνιση πόνου στην γνάθο και στην περιοχή του στόματος, επιγαστραλγία ή λόξυγκας. Ο λόξυγκας αποτελεί τις περισσότερες φορές αποτέλεσμα της κακής χρήσης της τσίχλας. Πιο συγκεκριμένα, η ποσότητα του σιέλου που γίνεται κατάποση και στη συνέχεια απορρόφηση από το στομάχι θα πρέπει να περιορίζεται στο ελάχιστο καθώς δημιουργεί ερεθισμό και λόξυγκας.

Η τσίχλα νικοτίνης υπάρχει στο εμπόριο σε διάφορες δοσολογίες. Η τσίχλα των 2 mg καταναλώνεται κυρίως από καπνιστές χαμηλού και μεσαίου κίνδυνου ενώ η τσίχλα των 4 mg συστήνεται σε άτομα τα οποία έχουν μεγάλου βαθμού εξάρτησης από την νικοτίνη. Τέλος, η τσίχλα νικοτίνης κυκλοφορεί σε διάφορες γεύσεις όπως, φυσική γεύση ή γεύση μέντας, πορτοκαλιού, φρούτων ή κανέλας (Onckenet. al, 2008).

8.1.2. Υπογλώσσια δισκία.

Τα υπογλώσσια δισκία νικοτίνης αποτελούν μια δεύτερη μορφή υποκατάστατων νικοτίνης από το στόμα. Τα δισκία αυτά δεν έχουν καμία γεύση, είναι μη επικαλυμμένα και πρέπει να τοποθετούνται σωστά κάτω από την γλώσσα. Η ανεπιθύμητη ενέργεια που ίσως προκληθεί από την χρήση των δισκίων είναι τα νυγμώδη άλγη. Τα υπογλώσσια δισκία δεν χρειάζονται μάσηση, έτσι αποφεύγεται η ανεπιθύμητη ενέργεια του λόξυγκα που προκαλείται από την υπερβολική κατάποση σιέλου. Τα υπογλώσσια δισκία λιώνουν σε 15-30 λεπτά, είναι μικρά και υπάρχουν σε δοσολογία 2 mg.

8.1.3. Παστίλιες.

Άλλη μια μορφή υποκατάστατων νικοτίνης από το στόμα αποτελούν οι παστίλιες. Οι παστίλιες υπάρχουν διαθέσιμες στο εμπόριο σε δοσολογίες 1 έως 4 mg ανάλογα με τον βαθμό εξάρτησης του εκάστοτε ασθενή. Έχει παρατηρηθεί ότι έχει καλύτερη απορρόφηση από την τσίχλα. Η χορήγηση γίνεται με πολύ εύκολο τρόπο και είναι επικαλυμμένη με μεμβράνη. Η κατανάλωση γίνεται αργά και χωρίς μάσηση.

8.1.4. Συσκευή εισπνοής.

Μια ακόμη μορφή υποκατάστατου νικοτίνης από το στόμα αποτελεί η συσκευή εισπνοής. Είναι σε μορφή τσιγάρου, στην άκρη του οποίου υπάρχει μια εσοχή που ανοίγει για να τοποθετηθεί ένα φυσίγγιο νικοτίνης. Το φυσίγγιο νικοτίνης περιέχει 10 mg νικοτίνης. Η διαφορά έγκειται στην εξάρτηση του καπνιστή. Δηλαδή μια ασθενής, η οποία καταναλώνει μεγάλη ποσότητα καπνού ημερησίως, ίσως να καταναλώσει το φυσίγγιο σε μια ώρα ακόμη και σε μίση ώρα, ενώ μια άλλη ασθενής με μικρότερο βαθμό εξάρτησης από τον καπνό να κάνει κατανάλωση του φυσιγγίου σε μια ολόκληρη μέρα. Καθώς ο χρήστης αυτής της συσκευής εισπνέει από το φυσίγγιο μια μικρή ποσότητα νικοτίνης διοχετεύεται στο βλεννογόνο του στόματος και από εκεί απορροφάται. Το βασικό πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι ο χρήστης κάνει ακριβώς τις ίδιες χειρονομίες με αυτές ενός καπνιστή.

8.1.5. Επιδερμικά επιθέματα.

Ακόμη μια διαδεδομένη μορφή χρήσης υποκατάστατου νικοτίνης αποτελούν τα επιδερμικά επιθέματα. Το επιδερμικό αυτοκόλλητο άρχισε να χρησιμοποιείται περισσότερο λόγω της δύσκολης χρήσης της τσίγλας. Η νικοτίνη που περιέχεται στο επιδερμικό επίθεμα περνά σταδιακά μέσω του δέρματος και του υποδόριου ιστού και στη συνέχεια στο αίμα και στον εγκέφαλο. Ακόμα και στην περίπτωση όπου το επίθεμα νικοτίνης δεν είναι τοποθετημένο στο δέρμα η νικοτίνη συνεχίζει να περνά μέσα από αυτό και να καταλήγει στον εγκέφαλο. Το επιδερμικό επίθεμα είναι εύκολο στην χρήση του αλλά παρόλα αυτά θα πρέπει ο επαγγελματίας υγείας να συμβουλευτεί σωστά την καπνίστρια έγκυο προκειμένου να αυξήσει την αποτελεσματικότητά του. Ο χρήστης πρέπει να γνωρίζει ότι χρειάζεται να γίνεται συνεχής αλλαγή του σημείου εφαρμογής του επιθέματος καθημερινά, εναλλάσσοντας σημεία στα χέρια, στους ώμους και στο στήθος, μειώνοντας κατά αυτόν τον τρόπο τον κίνδυνο της τοπικής δερματικής αντίδρασης. Η τοποθέτηση του επιθέματος πρέπει να γίνεται πρωί πριν ή μετά το ντους, θα πρέπει να αποφεύγεται η τοποθέτηση του επιθέματος σε περιοχές του σώματος όπου ασκείται μεγάλη πίεση. Εάν το επίθεμα, για οποιαδήποτε αιτία, αφαιρεθεί από το σώμα υπάρχει δυνατότητα να χρησιμοποιηθεί ξανά το ίδιο με τη βοήθεια ενός τσιρότου.

Υπάρχουν επιθέματα προς χρήση για 24 ώρες με δυνατότητα διοχέτευσης μέγιστης δόσης 21mg νικοτίνης ανά ημέρα και άλλα προς χρήση για 16 ώρες που διοχετεύουν για μέγιστη δόση 25mg νικοτίνης. Τέλος, πλεονέκτημα του επιδερμικού επιθέματος είναι ότι παρέχει πιο σταθερές συγκεντρώσεις νικοτίνης αποτελεσματικότερες στη διακοπή του καπνίσματος, αλλά λιγότερο αποτελεσματικές από τα υποκατάστατα που λαμβάνονται από το στόμα, στη περίπτωση επείγουσας ανάγκης για νικοτίνη από τον χρήστη.

8.1.6. Ρινικοί ψεκασμοί.

Οι ρινικοί ψεκασμοί αποτελούν και αυτοί μορφή υποκατάστατου της νικοτίνης, οι οποίοι χορηγούνται με ιατρική συνταγή και είναι διαθέσιμοι σε ορισμένες χώρες, έχουν το πλεονέκτημα ότι είναι πολύ αποτελεσματικοί στην περίπτωση όπου ο χρήστης έντονη συμπτωματολογία έντονου στερητικού συνδρόμου. Υπάρχουν όμως και μειονεκτήματα. Αρχικά προκαλεί ρινικό ερεθισμό και επιπλέον διοχετεύεται πολύ γρήγορα νικοτίνη στον εγκέφαλο, γεγονός που δικαιολογεί τον έντονο εθισμό σε αυτό το προϊόν (Colemanet. al, 2015).

8.1.7. Ηλεκτρονικό τσιγάρο.

Μια ιδιαίτερη αναφορά που αξίζει να γίνει σχετίζεται με το ηλεκτρικό τσιγάρο, ένα καινούργιο προϊόν το οποίο διατίθενται μαζικά πλέον στο εμπόριο και παρουσιάζεται ως προϊόν αντικατάστασης των προϊόντων καπνού αλλά και ταυτόχρονα ως χρήσιμο προϊόν για την διακοπή καπνίσματος. Το ηλεκτρονικό τσιγάρο λειτουργεί με την χορήγηση υγρών στην υποδοχή που διαθέτει. Τα υγρά που περιέχει το ηλεκτρονικό τσιγάρο περιέχουν νικοτίνη σε διάφορα επίπεδα που ενίοτε είναι απροσδιόριστα. Τα συγκεκριμένα υγρά υπάρχουν στην αγορά και σε διαφορές γεύσεις οι οποίες δίνουν την δυνατότητα επιλογής στον καταναλωτή. Ταυτόχρονα όμως είναι και η αιτία εθισμού των ατόμων σε αυτήν την μορφή τσιγάρου λόγω της γλυκαντικής ουσίας που περιέχουν τα υγρά νικοτίνης. Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα έχουν γίνει πλέον ένα προϊόν όποιο καταφεύγει ένα μεγάλο ποσοστό καπνιστών καθώς είναι μια μορφή επιτρεπομένου καπνίσματος σε χώρους που είναι κλειστοί και η κατανάλωση προϊόντων καπνού. Η έλλειψη όμως αξιόπιστων ερευνών σχετικά με την χρήση του ηλεκτρονικού τσιγάρου έχει ως αποτέλεσμα οι εθνικές αρχές να απαγορεύουν την προώθηση του συγκεκριμένου προϊόντος με σκοπό την διακοπή του καπνίσματος. Πάραυτα δεν υπάρχει καμία σχετική αναφορά για ενδεχόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες που ενδέχεται να προκύψουν από την χρήση αυτού του προϊόντος. Οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία του καταναλωτή από το ηλεκτρονικό τσιγάρο είναι άγνωστες και αξίες περαιτέρω έρευνας. Γι' αυτούς τους λόγους οι επαγγελματίες υγείας δεν θα πρέπει να συστήνουν αυτήν την μορφή υποκατάστατου νικοτίνης σε καμία έγκυο καπνίστρια μέχρι αναλύσεως νεότερων δεδομένων (AnnIg, 2012).

Τέλος, σύμφωνα με τα τελευταία έγκυρα δεδομένα, οι επιστήμονες επισημαίνουν ότι δεν υπάρχουν αντενδείξεις για την χρήση των υποκατάστατων νικοτίνης στην εγκυμοσύνη, εκτός από ορισμένες περιπτώσεις όπου αναφέρονται περιστατικά αλλεργίας. Η εμφάνιση των ανεπιθύμητων ενεργειών περιλαμβάνει συνήθως ήπια συμπτώματα, τα οποία έχουν καλή έκβαση. Αναφέρεται κίνδυνος διατήρησης του εθισμού στην νικοτίνη με την χρήση από του στόματος υποκατάστατων νικοτίνης (ACOG, 2010). Ωστόσο ο συνολικός κίνδυνος για την υγεία από τα υποκατάστατα νικοτίνης είναι σημαντικά χαμηλότερος από αυτών της άμεσης κατανάλωσης προϊόντων καπνού (USDHHS, 2008).

8.2. Σημεία υπερδοσολογίας και υποδοσολογίας

Η χρήση υποκατάστατων νικοτίνης με σκοπό την οριστική διακοπή των προϊόντων καπνού ενδέχεται να προκαλέσει ορισμένα συμπτώματα αναλόγως την πληρότητα ή την έλλειψη νικοτίνης στον οργανισμό της εγκύου. Πιο συγκεκριμένα, οι καπνιστές του γενικού πληθυσμού αλλά και ειδικότερα οι έγκυες καπνίστριες αναφέρουν πως ορισμένες στιγμές νιώθουν ότι η ποσότητα νικοτίνης που λαμβάνει ο οργανισμός από τα υποκατάστατα δεν τους καλύπτει. Οι ασθενείς με σημεία υπερδοσολογίας αναφέρουν έντονη επιθυμία να καπνίσουν και εντονότερη επιθυμία για κατανάλωση τροφής μεγαλύτερης ποσότητας από αυτήν που τους είναι απαραίτητη. Επιπλέον, εμφανίζονται σημάδια έντονης συναισθηματικής αλλαγής και ακραίας νευρικότητας προς τον περίγυρο τους, καθώς και έντονη δυσκολία στον ύπνο.

Οι ασθενείς με υπερδοσολογία νικοτίνης συνήθως δεν αισθάνονται καμία επιθυμία να καπνίσουν ή έχουν την εντύπωση ότι έχουν καταναλώσει μεγάλη ποσότητα νικοτίνης σε μορφή υποκατάστατου. Αυτή η αίσθηση ίσως να συνοδεύεται από ναυτία και ταχυκαρδία. Ωστόσο, αυτά τα σημεία είναι παροδικά και διαρκούν για λίγη μόνο ώρα και η εξάλειψή τους απαιτεί παύση της χρήσης υποκατάστατου νικοτίνης για λίγες ώρες και έπειτα συνέχιση της θεραπείας με μειωμένη δόση νικοτίνης (ZhangL. Etal, 2006).

8.3. Αποτελεσματικότητα και ασφάλεια των υποκατάστατων νικοτίνης

Η Cochrane ανασκόπηση του Coleman (2015) μελέτησε 8 μελέτες που συμμετείχαν 2.199 άτομα στις οποίες εξέταζαν την αποτελεσματικότητα των υποκατάστατων νικοτίνης στις έγκυες. Το συμπέρασμα που προέκυψε από την ανάλυση των παραπάνω ερευνών έδειξε ότι η χρήση των υποκατάστατων νικοτίνης σε συνδυασμό με την συμπεριφορά και την συνεχόμενη υποστήριξη ήταν πιο αποτελεσματική στην διατήρηση της αποχής από το κάπνισμα.

Το 2015 η ανασκόπηση από το Coleman, δεν βρήκε κανένα αξιόλογο αποτέλεσμα που να αναφέρει είτε αρνητική είτε ευεργετική επίδραση από την χρήση των

υποκατάστατων για την διακοπή του καπνίσματος στην έκβαση των γεννήσεων. Αυτή η ανασκόπηση συμπεριλάμβανε 6 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες στις οποίες συμμετείχαν 2.068 γυναίκες. Από την ανασκόπηση διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές μελέτες σχετικά με τις αποβολές, την θνησιγένεια, τον πρόωρο τοκετό, τα χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά, την εισαγωγή στην μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών ή τον νεογνικό θάνατο (Colemanetal, 2015). Μια τυφλή κλινική δοκιμή των Onckenetal. (2008) βρήκε θετικά αποτελέσματα στην γέννηση στην ομάδα που χορηγήθηκε η θεραπεία με υποκατάστατα της νικοτίνης. Η ομάδα παρέμβασης που έλαβε υποκατάστατα νικοτίνης σε μορφή τσίχλας παρουσίασε μεγαλύτερη αύξηση βάρους των νεογνών από αυτά της ομάδας έλεγχου και μείωση των πρόωρων τοκετών στην ομάδα παρέμβασης σε σχέση με την ομάδα έλεγχου (Onckenetal, 2008). Έχοντας υπόψη μας την αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, η οποία συνδέεται με το χαμηλό βάρος, τα αποτελέσματα αυτά είναι πολύ σημαντικά για την κλινική πράξη.

8.4. Κίνδυνοι και οφέλη των υποκατάστατων

Υπάρχει γενική ομοφωνία σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των υποκατάστατων της νικοτίνης στην περίοδο της εγκυμοσύνης. Τα υποκατάστατα της νικοτίνης εκθέτουν την έγκυο γυναίκα μόνο στη εθιστική ουσία, τη νικοτίνη, ενώ το κάπνισμα την εκθέτει όχι μόνο στη νικοτίνη αλλά και στις υπόλοιπες βλαβερές ουσίες που περιέχονται μέσα στα τσιγάρα (FioreMCetal, 2008). Η γενική επικρατούσα άποψη προς το παρόν είναι ότι προτιμάται η χρήση των υποκατάστατων από το συνεχιζόμενο κάπνισμα εάν η έγκυος γυναίκα δεν είναι σε θέση ή δεν επιθυμεί να το διακόψει οριστικά. Το USPreventiveServiceTaskForce κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η χρήση των υποκατάστατων νικοτίνης ή άλλων φαρμακευτικών ειδών για την ενίσχυση της διακοπής του καπνίσματος στην διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού δεν έχει αξιολογηθεί αρκετά, προκειμένου να αξιολογηθεί επαρκώς η αποτελεσματικότητα και η ασφάλειά τους (U.S.PreventiveServicesTaskForce, 2009). Γι' αυτόν τον λόγο, το 2010 το Αμερικανικό κολλέγιο Μαιευτήρων- Γυναικολόγων ανακοίνωσε ότι η χρήση των υποκατάστατων νικοτίνης από τις έγκυες καπνίστριες θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή και συνεχιζόμενη παρακολούθηση και μόνο σε περιπτώσεις όπου

η έγκυος είναι αρκετά σίγουρη για την διακοπή του καπνίσματος. Τόνισε μάλιστα ότι θα πρέπει να προηγείται από τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τις έγκυες γυναίκες μια ολοκληρωμένη ενημέρωση σχετικά με τους κινδύνους που ενέχει το κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και για τις πιθανές επιπτώσεις στην υγεία της ίδιας και του εμβρύου της από την χρήση των υποκατάστατων. Αυτή η σύσταση βασίζεται στην αντίληψη ότι τα υποκατάστατα είναι λιγότερο επικίνδυνα από την συνέχιση του καπνίσματος (Petersenetal, 2006). Με γνώμονα την έλλειψη επαρκών δεδομένων, οι κατευθυντήριες οδηγίες συστήνουν περιορισμό της χρήσης των υποκατάστατων ή την χρήση διαλείπουσας μορφής δοσολογίας των υποκατάστατων (δηλαδή τσίγλα, παστίλιες) (Wisborgetal, 2000). Ωστόσο, κλινικές δοκιμές που πραγματοποιήθηκαν σε ασθενείς με την χρήση των υποκατάστατων για λίγες μόνο ώρες δεν έδειξαν καμία θετική επίδραση στα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος. Δεδομένου ότι οι γυναίκες στην περίοδο της εγκυμοσύνης έχει φάνει ότι μεταβολίζουν την νικοτίνη και την κοτινίνη πολύ πιο εύκολα και πιο γρήγορα, δεν είναι σαφές εάν αυτή η στρατηγική είναι κατάλληλη και εάν τα υποκατάστατα είναι εξίσου αποτελεσματικά στον γενικό πληθυσμό (Colemanetal, 2015).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Ανεπιθύμητες ενέργειες των υποκατάστατων νικοτίνης.

Κοινές ανεπιθύμητες ενέργειες (>1 άτομο στα 100). <ul style="list-style-type: none">• Κεφαλαλγία.• Ζάλη• Λόξυγκας• Πονόλαιμο• Πόνο στο στόμα ή ξηροστομία.• Ναυτία, εμετός, γαστρεντερικά ενοχλήματα
Ασυνήθιστες ανεπιθύμητες ενέργειες (>1 άτομο στα 1000) <ul style="list-style-type: none">• Αίσθημα παλμών
Σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες (>1 άτομο στα 10000) <ul style="list-style-type: none">• Εμφάνιση καρδιακών αρρυθμιών

Πηγή: Βιβλιάκη Βικτωρία, Πρωτοβάθμια Μαιευτική Φροντίδα ,2015.

Μέρος Β'
Ερευνητικό μέρος

9.ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

9.1 Ερευνητικά ερωτήματα

Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην εύρεση απαντήσεων των παρακάτω ερωτημάτων:

- 1) Ποια είναι η καπνιστική συμπεριφορά των εγκύων Ρομά σε σύγκριση με αυτή των εγκύων μη Ρομά ;
- 2) Πόσο εξαρτημένες είναι οι έγκυες Ρομά από την κατανάλωση καπνού σε σχέση με τα ποσοστά εξάρτησης των εγκύων του γενικού πληθυσμού από το τσιγάρο;
- 3) Πόσο σημαντική θεωρούν τη διακοπή καπνίσματος οι έγκυες Ρομά και οι έγκυες μη Ρομά;
- 4) Υπάρχει διαφορά στα ποσοστά εμφάνισης προβλημάτων στην κύηση στις έγκυες Ρομά σε σύγκριση με τις μη Ρομά;
- 5) Ποια η σπουδαιότητα του ρόλου της μαίας στη διακοπή καπνίσματος τόσο στην ομάδα των εγκύων Ρομά και όσο και σε αυτή των εγκύων της πλειονότητας;

9.2 Σκοπός και αντικειμενικοί στόχοι της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η αξιολόγηση της καπνιστικής συμπεριφοράς των εγκύων Ρομά σε σύγκριση με τις έγκυες του γενικού πληθυσμού καθώς και η ανεύρεση των αιτιών που τους οδηγούν στην υιοθέτηση κατανάλωσης προϊόντων καπνού. Επιπλέον, στόχος είναι η αξιολόγηση της σπουδαιότητας του ρόλου της μαίας στη διακοπή του καπνίσματος τόσο στις έγκυες Ρομά όσο και στις έγκυες μη Ρομά. Στους αντικειμενικούς στόχους της έρευνας περιλαμβάνονται :

- 1) Η ανίχνευση της στάσης και της συμπεριφοράς των εγκύων Ρομά σε σχέση με τις έγκυες του γενικού πληθυσμού απέναντι στη χρήση του καπνού.
- 2) Η σύγκριση του βαθμού εξάρτησης των εγκύων Ρομά και των μη Ρομά.
- 3) Η καταγραφή προβλημάτων- επιπλοκών στη διάρκεια της κύησης που οφείλονται σε μεγάλο ποσοστό στην κατανάλωση προϊόντων καπνού.

- 4) Η αναζήτηση πηγών παθητικού καπνίσματος των εγκύων Ρομά και μη Ρομά.
- 5) Η καταγραφή της καπνιστικής κατάστασης του περιβάλλοντος των εγκύων των δύο ομάδων.
- 6) Η αναζήτηση των λόγων που θα οδηγήσουν τόσο τις έγκυες Ρομά όσο και της μη Ρομά να διακόψουν το κάπνισμα.
- 7) Η ανίχνευση των φόβων/ ανησυχιών των εγκύων σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος.
- 8) Η αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με τους επαγγελματίες υγείας που επιλέγουν οι Ρομά για την παρακολούθηση της κύησης τους σε σχέση με τις έγκυες του γενικού πληθυσμού.
- 9) Ο προσδιορισμός του ρόλου της μαίας στη διακοπή του καπνίσματος πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης.

9.3 Πληθυσμός μελέτης και μέθοδοι

9.3.1 Τόπος διεξαγωγής

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε διάφορους οικισμούς Ρομά ύστερα από προσωπική επίσκεψη στο χώρο τους. Η συλλογή του δείγματος που αφορά τις έγκυες Ρομά έγινε από τις περιοχές Κάτω Αχαΐα, Σαγαίικα Αχαΐας, Γερουσέικα Αχαΐας, Στεναίτικα Αχαΐας, Οβρυά Πατρών, Βραχναίικα Πατρών, Αμαλιάδα Ηλείας, Μανωλάδα Ηλείας, Πύργο Ηλείας και Μεσολόγγι Αιτωλοακαρνανίας. Η δειγματοληψία των εγκύων του γενικού πληθυσμού πραγματοποιήθηκε στην ευρύτερη περιοχή Πατρών, Ναυπάκτου και Αχαΐας.

9.3.2 Πληθυσμός μελέτης

Ο πληθυσμός της μελέτης αφορούσε αποκλειστικά έγκυες. Την πρώτη ομάδα του πληθυσμού αποτελούσαν έγκυες Ρομά, το δείγμα των οποίων συλλέχθηκε στην περιοχή όπου διέμεναν και την δεύτερη ομάδα του δείγματος αποτελούσαν οι έγκυες του γενικού πληθυσμού. Σκοπός ήταν η σύγκριση των δύο ομάδων του πληθυσμού στόχου ως προς την καπνιστική τους συμπεριφορά και την αξιολόγηση των παραγόντων που τους οδηγούν σε αυτή τη στάση. Το δείγμα αποτελείται από

142 έγκυες συνολικά. Οι 71 έγκυες είναι Ρομά και οι υπόλοιπες 71 είναι έγκυες γενικού πληθυσμού. Αρχικά, προκειμένου να τεθεί ένας πραγματικός στόχος όσον αφορά τον αριθμό του δείγματος που αφορούσε την ομάδα των Ρομά, πραγματοποιήθηκε προσωπική επίσκεψη στον τόπο όπου διέμεναν για να αξιολογηθεί η προθυμία τους ως προς τη συμμετοχή της έρευνας και να γίνει προσπάθεια μιας πρώτης επαφής με τις έγκυες Ρομά. Ο αρχικός στόχος ήταν η συλλογή 50 εγκύων Ρομά και 50 εγκύων του γενικού πληθυσμού. Τέλος, ο στόχος επιτεύχθηκε και ο αριθμός των εγκύων επήλθε στις 71 έγκυες Ρομά και 71 μη ρόμα.

9.3.3 Μεθοδος

Όπως ήδη αναφέρθηκε ο σκοπός της έρευνας ήταν η σύγκριση και αξιολόγηση της καπνιστικής συμπεριφοράς των εγκύων Ρομά σε σχέση με τις έγκυες του γενικού πληθυσμού. Γνωρίζοντας εξ αρχής ότι ο πληθυσμός των Ρομά αποτελεί μία ομάδα ατόμων η οποία είναι δύσκολα προσβάσιμη λόγω των διαφορών στη νοοτροπία και στον τρόπο ζωής τους από τους λαϊκούς, χρειάστηκε να γίνουν τουλάχιστον δύο επισκέψεις σε κάθε τοποθεσία συλλογής του δείγματος. Η πρώτη επίσκεψη πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια ενημέρωσης για την έρευνα που πρόκειται να λάβει χώρα βασιζόμενη στις έγκυες Ρομά και στις έγκυες της πλειονότητας. Η επίσκεψη περιείχε συζήτηση και δωρεάν διανομή στις έγκυες Ρομά διαφόρων ειδών κρέμες, μπουκάλια, πιπίλες, και είδη βρεφικής περιποίησης του νεογνού. Η δεύτερη επίσκεψη περιλάμβανε την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τις έγκυες Ρομά και ενημέρωση αυτών για τα οφέλη της διακοπής καπνίσματος σε συνδυασμό με δωρεάν προσφορά ενός κουμπαρά για αποταμίευση των χρημάτων που θα εξοικονομήσουν από την οριστική διακοπή της χρήσης καπνού. Τέλος, η συλλογή των εγκύων του γενικού πληθυσμού πραγματοποιήθηκε με μεγαλύτερη ευκολία καθώς χρειάστηκε μία προσπάθεια προσέγγισης τους για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Και στις δύο ομάδες της έρευνας τονίστηκε εξ αρχής η οικειοθελής συμμετοχή τους στην έρευνα με πλήρη εχεμύθεια και απόκρυψη των προσωπικών τους στοιχείων. Στην ηλικιακή ομάδα κάτω των 18 ετών δόθηκε η ειδική φόρμα συγκατάθεσης η οποία έπρεπε να υπογράψει υποχρεωτικά από τουλάχιστον τον ένα γονέα.

9.3.4 Ερευνητικό εργαλείο- ερωτηματολόγιο

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας ήταν το ερωτηματολόγιο το οποίο μετά τη συμπλήρωση του έγινε επεξεργασία των απαντήσεων για την ανεύρεση των τελικών αποτελεσμάτων. Η συμπλήρωση του πραγματοποιήθηκε από τις ίδιες τις έγκυες του γενικού πληθυσμού ενώ στην ομάδα των εγκύων Ρομά στις περιπτώσεις όπου υπήρχε δυσκολία αναγνώσης ή και γραφής χρειάστηκε η παρέμβαση από κάποια άλλη έγκυο Ρομά που υπήρχε στον οικισμό και μπορούσε να ολοκληρώσει τη συμπλήρωση των απαντήσεων.

I.Μαιευτικό ιστορικό

Αμέσως μετά την ενυπόγραφη συναίνεση της γυναίκας, συμπληρώνονταν το ερωτηματολόγιο το οποίο αρχικά αποτελούνταν από ερωτήσεις που αφορούσαν το μαιευτικό ιστορικό και στη συνέχεια ένα σύντομο ιστορικό για την παρούσα κύηση. Οι ερωτήσεις που πλαισίωναν το μαιευτικό ιστορικό αφορούν τον τόκο της γυναίκας (ερώτηση 1), την ηλικία της (ερώτηση 31), την εμφάνιση προβλημάτων σε προηγούμενες κυήσεις (ερώτηση 4) καθώς και την ύπαρξη αυτόματων αποβολών στο παρελθόν (ερώτηση 5). Το ιστορικό της παρούσας κύησης περιέχει πληροφορίες σχετικά με το τρίμηνο/ εβδομάδες που διανύει έγκυος (ερώτηση 2), την λήψη φαρμακευτικής αγωγής στην παρούσα κύηση (ερώτηση 3) και ενδεχόμενα προβλήματα που να έχουν παρουσιαστεί ως τώρα στην εγκυμοσύνη (ερώτηση 6 και ερώτηση 7).

II) Εκτίμηση της εξάρτησης από τη νικοτίνη

Το αμέσως επόμενο σκέλος του ερωτηματολογίου περιέχει ερωτήσεις που μας δίνουν πληροφορίες για την εξάρτηση της εγκύου από τα προϊόντα καπνού καθώς και το καπνιστικό της προφίλ. Οι ερωτήσεις είναι βασισμένες στο ήδη σταθμισμένο ερωτηματολόγιου Fagerström και αφορούν το καπνιστικό προφίλ της γυναίκας προ εγκυμοσύνης, αλλά και στη διάρκεια της υπάρχουσας

κήσης. Αρχικά καταγράφεται η συνήθεια κατανάλωσης προϊόντων καπνού στην εγκυμοσύνη (ερώτηση 8) καθώς και πριν την επίτευξη εγκυμοσύνης (ερώτηση 9). Επιπλέον, συλλέγονται πληροφορίες σχετικά με τον αριθμό των τσιγάρων που έκανε πριν την εγκυμοσύνη (ερώτηση 10) αλλά και στη διάρκεια της κήσης (ερώτηση 11). Ακολούθως οι ερωτήσεις αφορούν την εξάρτηση της εγκύου από τη νικοτίνη, οι οποίες καταγράφουν το χρονικό διάστημα που περνά από την ώρα που η έγκυος ξυπνά μέχρι να καταναλώσει το πρώτο τσιγάρο (ερώτηση 12).

Επίσης καταγράφεται η δυσκολία απαγόρευσης του καπνίσματος σε χώρους όπου απαγορεύεται το κάπνισμα (ερώτηση 13), η συχνότητα κατανάλωσης καπνού τις πρωινές ώρες (ερώτηση 14), η καπνιστική συνήθεια σε περίπτωση ασθένειας (ερώτηση 15) και το πιο σημαντικό τσιγάρο της ημέρας για την ίδια τη γυναίκα (ερώτηση 16). Ανάλογα με τις απαντήσεις που δίνονται από τη έγκυο υπολογίζεται ένα συνολικό σκορ που εκτιμά τον βαθμό εξάρτησης της καθεμιάς σύμφωνα με τη βαθμολογική κλίμακα του Fagerström .

III) Ιστορικό ψυχικής υγείας

Η ερώτηση που πλαισιώνει το ιστορικό ψυχικής υγείας αφορά κατά κύριο λόγο ψυχολογικές παθήσεις όπως το άγχος την κατάθλιψη αλλά και τη σχέση της εγκύου με ναρκωτικές ουσίες και αλκοόλ (ερώτηση 17) ,τα οποία αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες για την αποχή από το κάπνισμα.

IV) Ιστορικό διακοπής και υποτροπής

Σημαντική πληροφορία είναι η ύπαρξη άλλων καπνιστών στο σπίτι οι οποίοι επηρεάζουν αρνητικά την έγκυο να διακόψει το κάπνισμα (ερώτηση 18, ερώτηση 19 ερώτηση 20). Σημαντικό στοιχείο επίσης αποτελεί πληροφορία για τον λόγο που ξεκίνησε η κάθε γυναίκα το κάπνισμα (ερώτηση 21) και η πιθανότητα σκέψης για οριστική διακοπή του καπνίσματος (ερώτηση 22).

V) Κίνητρα

Στο επόμενο μέρος του ερωτηματολογίου υπάρχουν ερωτήσεις οι οποίες αφορούν τους λόγους για τους οποίους η έγκυος καπνίστρια επιθυμεί να διακόψει το

κάπνισμα όπως είναι η υγεία η δική της, η υγεία του παιδιού της, οι οικονομικοί λόγοι και υγεία του συζύγου της (ερώτηση 23). Επιπλέον, καταγράφονται οι ανησυχίες της εγκύου σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος που αφορούν την αύξηση βάρους, το σύνδρομο στέρησης, το άγχος και την κατάθλιψη(ερώτηση 24). Στις επόμενες ερωτήσεις γίνεται αξιολόγηση της σημαντικότητας για κάθε έγκυο να διακόψει το κάπνισμα (ερώτηση 25) καθώς και πόσο σίγουρη νιώθει ότι μπορεί να το διακόψει (ερώτηση 26).

VI) Ο ρόλος των μαιών

Στο τελευταίο σκέλος του ερωτηματολογίου συλλέγονται πληροφορίες σχετικά με την παρακολούθηση της κύησης από τους επαγγελματίες υγείας (ερώτηση 27) για το αν έχει συζητηθεί μεταξύ εγκύου και επαγγελματία υγείας η πιθανότητα διακοπή καπνίσματος (ερώτηση 28) και η σπουδαιότητα του ρόλου της μαιάς στην στήριξη της εγκύου και της λεχώνας στην προσπάθεια διακοπής των προϊόντων καπνού

(ερώτηση 30). Τέλος, αναζητούνται πληροφορίες σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο (ερώτηση 32) και το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα (ερώτηση 33) της κάθε εγκύου με σκοπό να μας δώσουν χρήσιμα στοιχεία για τους παράγοντες που εμποδίζουν τις έγκυες να διακόψουν το κάπνισμα.

10.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS version 21 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ

Ακολουθούν οι πίνακες συχνοτήτων για όλες τις μεταβλητές των ερωτηματολογίων. Παρουσιάζονται ανά δύο συγκρητικά οι πίνακες για τους μη Ρομά πρώτα και τους Ρομά έπειτα.

Frequency Table

		ΠΑΙΔΙ			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	24	33,8	33,8	33,8
	2	25	35,2	35,2	69,0
	3	13	18,3	18,3	87,3
	4	6	8,5	8,5	95,8
	5+	3	4,2	4,2	100,0
	Total		71	100,0	100,0

(Πίνακας 1)

Από τον παραπάνω πίνακα συχνοτήτων διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων του γενικού πληθυσμού που εξετάστηκαν της τάξεως του 35,2% ήταν δευτεροτόκες ενώ το 33,8% ήταν πρωτοτόκες. Το μικρότερο ποσοστό (4,2%) κατείχαν οι γυναίκες που ήταν έγκυες στο πέμπτο παιδί και άνω.

ΠΑΙΔΙ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	9	12,7	12,7	12,7
	2	11	15,5	15,5	28,2
	3	19	26,8	26,8	54,9
	4	20	28,2	28,2	83,1
	5+	12	16,9	16,9	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

(Πίνακας 2)

Αντίθετα, από την έρευνα προκύπτει ότι οι έγκυες Ρομά που συμμετείχαν στην μελέτη στο μεγαλύτερο ποσοστό ήταν τεταρτοτόκες (28,2%) και τριτοτόκες (26,8%) ενώ το μικρότερο ποσοστό είχαν οι γυναίκες που κυοφορούσαν το πρώτο τους παιδί (12,7%)

ΤΡΙΜΗΝΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	20	28,2	28,6	28,6
	2	30	42,3	42,9	71,4
	3	20	28,2	28,6	100,0
	Total	70	98,6	100,0	
Missing	System	1	1,4		
	Total	71	100,0		

(Πίνακας 3)

Από τις έγκυες μη Ρομά που εξετάστηκαν το 42,9% ανέφερε ότι βρίσκονταν στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τους ενώ στο πρώτο τρίμηνο βρίσκονταν το 28,6%. Το υπόλοιπο 28,6% διένυαν το τρίτο τρίμηνο της κύησης τους.

ΤΡΙΜΗΝΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	24	33,8	33,8	33,8
	2	32	45,1	45,1	78,9
	3	15	21,1	21,1	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

(Πίνακας 4)

Το 45,1% των εγκύων Ρομά του δείγματος βρίσκονταν στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης ενώ το 33,8% στο πρώτο και το 21,1% στο τρίτο τρίμηνο της κύησης.

ΑΓΩΓΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	57	80,3	81,4	81,4
	OXI	13	18,3	18,6	100,0
	Total	70	98,6	100,0	
Missing	System	1	1,4		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 5)

Οι περισσότερες έγκυες μη ρομά (81,4%) ανέφεραν ότι λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή στην διάρκεια της κύησης τους ενώ το 18,6% απάντησε αρνητικά στην λήψη φαρμάκων.

ΑΓΩΓΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	46	64,8	64,8	64,8
	OXI	25	35,2	35,2	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

(Πίνακας 6)

Το 64,8% των εγκύων Ρομά δήλωσαν ότι λαμβάνουν φαρμακευτικά σκευάσματα στην εγκυμοσύνη τους ενώ ένα αξιόλογο ποσοστό της τάξεως του 35,2% δεν λαμβάνουν φάρμακα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	30	42,3	61,2	61,2
	OXI	19	26,8	38,8	100,0
	Total	49	69,0	100,0	
Missing	System	22	31,0		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 7)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων του γενικού πληθυσμού (61,2%) ανέφερε ότι υπήρχαν προβλήματα σε προηγούμενες κύσεις. Αντίθετα ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 38,8% απάντησε αρνητικά στην ύπαρξη προβλημάτων σε προηγούμενες εγκυμοσύνες.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	28	39,4	43,8	43,8
	OXI	36	50,7	56,3	100,0
	Total	64	90,1	100,0	
Missing	System	7	9,9		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 8)

Οι έγκυες Ρομά σε ποσοστό 56,3% ανέφερε την απουσία προβλημάτων σε προηγούμενες κύσεις ενώ το 43,8% αντιμετώπισε προβλήματα.

ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΑΠΟΒΟΛΕΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	25	35,2	35,7	35,7
	OXI	45	63,4	64,3	100,0
	Total	70	98,6	100,0	
Missing	System	1	1,4		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 9)

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα συχνοτήτων το 64,3% των εγκύων μη Ρομά που εξετάστηκαν δεν είχαν κάποια αυτόματη αποβολή στο παρελθόν ενώ ένα πολύ σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 35,7% ανέφερε ότι είχε τουλάχιστον μια αποβολή πριν την παρούσα κύηση.

ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΑΠΟΒΟΛΕΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	25	35,2	35,2	35,2
	OXI	46	64,8	64,8	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

(Πίνακας 10)

Παρομοίως, από τις 71 έγκυες Ρομά που εξετάστηκαν το 64,8% δεν είχε κάποια αυτόματη αποβολή στο παρελθόν ενώ το 35,2% απάντησε θετικά στην ύπαρξη αυτόματης αποβολής .

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	37	52,1	52,1	52,1
	OXI	34	47,9	47,9	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

(Πίνακας 11)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων του γενικού πληθυσμού (52,1%) ανέφερε πως αντιμετωπίζει πρόβλημα στην παρούσα κύηση ενώ ένα μικρότερο ποσοστό(47,9%) απάντησε αρνητικά στην ύπαρξη κάποιου προβλήματος κατά την διάρκεια της κύησης τους.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	29	40,8	40,8	40,8
	OXI	42	59,2	59,2	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

(Πίνακας 12)

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα συχνοτήτων το 59,2% των εγκύων ρομά δεν αντιμετωπίζει προβλήματα στην εγκυμοσύνη αντίθετα το 40,8% έχει αντιμετώπισει δυσκολίες στην παρούσα κύηση.

ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΙΕΣΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	7	9,9	23,3	23,3
	OXI	23	32,4	76,7	100,0
	Total	30	42,3	100,0	
Missing	System	41	57,7		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 13)

Από τις έγκυες μη Ρομά του δείγματος το 23,3 % έχει εμφανίσει αυξημένη αρτηριακή πίεση.

ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΙΕΣΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	2	2,8	8,7	8,7
	OXI	21	29,6	91,3	100,0
	Total	23	32,4	100,0	
Missing	System	48	67,6		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 14)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων Ρομά (91,3%) ανέφερε ότι δεν αντιμετωπίζει πρόβλημα υπέρτασης στην διάρκεια της εγκυμοσύνης.

ΣΑΚΧΑΡΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	8	11,3	26,7	26,7
	OXI	22	31,0	73,3	100,0
	Total	30	42,3	100,0	
Missing	System	41	57,7		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 15)

Ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 26,7% των εγκύων του γενικού πληθυσμού αντιμετωπίζει προβλήματα με τον σακχαρώδη διαβήτη κύησης.

ΣΑΚΧΑΡΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	2	2,8	8,7	8,7
	OXI	21	29,6	91,3	100,0
	Total	23	32,4	100,0	
Missing	System	48	67,6		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 16)

Ενώ στις έγκυες Ρομά μόνο το 8,7% αναφέρει προβλήματα με το σάκχαρο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους.

ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΠΡΟΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	6	8,5	20,0	20,0
	OXI	24	33,8	80,0	100,0
	Total	30	42,3	100,0	
Missing	System	41	57,7		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 17)

Από το δείγμα των εγκύων του γενικού πληθυσμού το 20% έχει αυξημένη πιθανότητα για πρόωρο τοκετό ενώ το 80% δεν αντιμετωπίζει προβλήματα προωρότητας.

ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΠΡΟΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	8	11,3	34,8	34,8
	OXI	15	21,1	65,2	100,0
	Total	23	32,4	100,0	
Missing	System	48	67,6		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 18)

Ένα αξιόλογο ποσοστό της τάξεως του 34,8% των εγκύων Ρομά έχει αυξημένη πιθανότητα για πρόωρο τοκετό σε σχέση με το 65,2% που δεν αναφέρει προβλήματα προωρότητας.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	9	12,7	30,0	30,0
	OXI	21	29,6	70,0	100,0
	Total	30	42,3	100,0	
Missing	System	41	57,7		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 19)

Το 30% των εγκύων του γενικού πληθυσμού εμφάνισε αιμορραγικές εκκρίσεις στην διάρκεια της παρούσας εγκυμοσύνης.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	13	18,3	56,5	56,5
	OXI	10	14,1	43,5	100,0
	Total	23	32,4	100,0	
Missing	System	48	67,6		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 20)

Ο παραπάνω πίνακας συχνοτήτων μας δίνει σαφή εικόνα για την εμφάνιση αιμορραγίας των εγκύων Ρομά στην παρούσα εγκυμοσύνη. Αντίθετα με τις έγκυες του γενικού πληθυσμού το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων Ρομά(56,5%) αντιμετώπισαν θέματα με αιμορραγίες στην διάρκεια της ήδη εξελισσόμενης εγκυμοσύνης τους.

ΕΜΒΡΥΟ ΜΕ ΧΑΜΗΛΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	4	5,6	13,3	13,3
	OXI	26	36,6	86,7	100,0
	Total	30	42,3	100,0	
Missing	System	41	57,7		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 21)

Η πλειοψηφία (86,7%) των εγκύων μη Ρομά ανέφερε ότι δεν αντιμετωπίζει προβλήματα ανάπτυξης του εμβρύου σε σχέση με την ηλικία κύησης όπου βρίσκονται.

ΕΜΒΡΥΟ ΜΕ ΧΑΜΗΛΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	5	7,0	21,7	21,7
	OXI	18	25,4	78,3	100,0
	Total	23	32,4	100,0	
Missing	System	48	67,6		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 22)

Παρότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων ρομά (78,3%) αναφέρει καλή εμβρυική ανάπτυξη στην παρούσα κύηση ένα αξιόλογο ποσοστό της τάξεως του 21,7% του δείγματος αντιμετωπίζει προβλήματα με την ανάπτυξη του εμβρύου.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	29	40,8	40,8	40,8
	ΟΧΙ	42	59,2	59,2	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

(Πίνακας 23)

Σύμφωνα με το παραπάνω πίνακα συχνότητας μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (59,2%) των εγκύων μη Ρομά δεν καταναλώνει προϊόντα καπνού στην διάρκεια της εγκύμοσυνής τους.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	50	70,4	70,4	70,4
	ΟΧΙ	21	29,6	29,6	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

(Πίνακας 24)

Όπως γίνεται αντιληπτό από τα παραπάνω στατιστικά δεδομένα αντίθετα με τις έγκυες της πλειονότητας, το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων Ρομά της τάξεως του 70,4% καπνίζει κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ενώ μόνο το 29.6% απάντησε αρνητικά στην κατανάλωση προϊόντων καπνού κατά την κύηση.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	38	53,5	53,5	53,5
	ΟΧΙ	33	46,5	46,5	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

(Πίνακας 25)

Το 53,5% του δείγματος των εγκύων του γενικού πληθυσμού ανέφερε ότι κάπνιζε πριν την εγκυμοσύνη ενώ το 46,5% απάντησε αρνητικά στο κάπνισμα προ κύησης.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	49	69,0	69,0	69,0
	ΟΧΙ	22	31,0	31,0	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

(Πίνακας 26)

Η πλειοψηφία (69%) των εγκύων ρομά που εξέταστηκαν δήλωσαν ότι κατανάλωναν προϊόντα καπνού πριν από την παρούσα εγκυμοσύνη.

ΤΣΙΓΑΡΑ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<10	7	9,9	17,9	17,9
	11-20	13	18,3	33,3	51,3
	21-30	11	15,5	28,2	79,5
	>31	8	11,3	20,5	100,0
	Total	39	54,9	100,0	
Missing	System	32	45,1		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 27)

Το μεγαλύτερο ποσοστό της τάξεως του 33,3% των εγκύων καπνιστριών μη Ρομά πριν την εγκυμοσύνη έκαναν από 11-20 τσιγάρα ημερησίως, το 28,2% έκανε 21-30 τσιγάρα ανά ημέρα, το 20,5% >31 τσιγάρα την ημέρα, ενώ μόνο το 17,9% κατανάλωνε <10 τσιγάρα ημερησίως.

ΤΣΙΓΑΡΑ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<10	14	19,7	26,9	26,9
	11-20	15	21,1	28,8	55,8
	21-30	15	21,1	28,8	84,6
	>31	8	11,3	15,4	100,0
	Total	52	73,2	100,0	
Missing	System	19	26,8		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 28)

Οι καπνίστριες έγκυες Ρομά σε ποσοστό 28,8% δήλωσαν ότι καπνίζουν καθημερινά από 11-20 και από 21-30 τσιγάρα την ημέρα ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 26,9% ανέφερε κατανάλωση <10 τσιγάρων ημερησίως. Το 15,4% του δείγματος καπνίζει >31 τσιγάρα καθημερινά.

ΤΣΙΓΑΡΑ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<10	18	25,4	62,1	62,1
	11-20	10	14,1	34,5	96,6
	21-30	1	1,4	3,4	100,0
	Total	29	40,8	100,0	
Missing	System	42	59,2		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 29)

Σύμφωνα με τον πίνακα συχνοτήτων οι έγκυες καπνίστριες του γενικού πληθυσμού που εξετάστηκαν στο μεγαλύτερο ποσοστό της τάξεως του 62,1% κάνουν <10 τσιγάρα την ημέρα στην διάρκεια της κύησης ενώ >31 τσιγάρα την ημέρα δεν καταναλώνει καμία έγκυος του δείγματος. Μόνο το 3,4% κάνει 21-30 τσιγάρα ημερησίως στην παρούσα εγκυμοσύνη.

ΤΣΙΓΑΡΑ ΑΝΑ ΗΜΕΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<10	28	39,4	56,0	56,0
	11-20	12	16,9	24,0	80,0
	21-30	5	7,0	10,0	90,0
	>31	5	7,0	10,0	100,0
	Total	50	70,4	100,0	
Missing	System	21	29,6		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 30)

Από τις καπνίστριες έγκυες ρομά το 56% δήλωσε ότι καταναλώνει <10 τσιγάρα/ημέρα και το 24% από 11-20 τσιγάρα/ημέρα στην διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ένα αξιόλογο ποσοστό του 10% δήλωσε ότι υπερβαίνει τα 31 τσιγάρα/ημέρα.

ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΩΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	>60	9	12,7	23,1	23,1
	31-60	16	22,5	41,0	64,1
	5-30	13	18,3	33,3	97,4
	<5	1	1,4	2,6	100,0
	Total	39	54,9	100,0	
Missing	System	32	45,1		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 31)

Οι περισσότερες έγκυες καπνίστριες του γενικού πληθυσμού (41%) κάνουν το πρώτο τους τσιγάρο σε διάστημα 31-60λεπτών από την ώρα που ξυπνούν. Μόνο το 2,6% καταναλώνει προϊόντα καπνού στα πρώτα πεντε λεπτά από την έγερση τους.

ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΩΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	>60	20	28,2	37,0	37,0
	31-60	19	26,8	35,2	72,2
	5-30	12	16,9	22,2	94,4
	<5	3	4,2	5,6	100,0
	Total	54	76,1	100,0	
Missing	System	17	23,9		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 32)

Το 37% των εγκύων Ρομά που καπνίζουν ανέφεραν ότι κάνουν το πρώτο τους τσιγάρο μετά το πέρας της μιάς ώρας από την στιγμή που ξυπνούν. Αντίθετα το 5,6% καταναλώνει το πρώτο του τσιγάρο μέσα στα πρώτα πέντε λεπτά.

ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΑΥΤΟΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗ ΣΕ ΧΩΡΟΥΣ ΠΟΥ ΑΠΟΓΟΡΕΥΕΤΑΙ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OXI	7	9,9	17,9	17,9
	NAI	32	45,1	82,1	100,0
	Total	39	54,9	100,0	
Missing	System	32	45,1		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 33)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων του γενικού πληθυσμού (82,1%) που καπνίζουν ανέφεραν ότι δυσκολεύονται να μην καπνίζουν σε χώρους όπου απαγορεύεται το κάπνισμα ενώ το 17,9% δήλωσε ότι δεν αντιμετωπίζει κάποια δυσκολία παραόμης σε χώρους όπου δεν επιτρέπεται η κατανάλωση προϊόντων καπνίου.

**ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΑΥΤΟΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗ ΣΕ ΧΩΡΟΥΣ ΠΟΥ
ΑΠΟΓΟΡΕΥΕΤΑΙ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OXI	30	42,3	55,6	55,6
	NAI	24	33,8	44,4	100,0
	Total	54	76,1	100,0	
Missing	System	17	23,9		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 34)

Από τις καπνίστριες έγκυες Ρομά που εξετάστηκαν το 55,6% ανέφεραν ότι δεν τους είναι δύσκολο να βρίσκονται σε χώρους όπου απαγορεύεται το κάπνισμα ενώ αντίθετα το 44,4% του δείγματος αντιμετωπίζει δυσκολία.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΤΟ ΠΡΩΙ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OXI	4	5,6	10,3	10,3
	NAI	35	49,3	89,7	100,0
	Total	39	54,9	100,0	
Missing	System	32	45,1		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 35)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων καπνιστριών μη Ρομά (89,7%)δήλωσαν ότι το πρωί καπνίζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα ενώ μόνο το 10,3% καπνίζει πιο συχνά μέσα στο υπόλοιπο διάστημα της ημέρας.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΤΟ ΠΡΩΙ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OXI	14	19,7	25,9	25,9
	NAI	40	56,3	74,1	100,0
	Total	54	76,1	100,0	
Missing	System	17	23,9		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 36)

Οι καπνίστριες έγκυες Ρομά σε ποσοστό 74,1% ανέφεραν ότι καπνίζουν πιο συχνά το πρωί ενώ το 25,9% καπνίζει με μεγαλύτερη συχνότητα στο υπόλοιπο διάστημα της ημέρας.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OXI	17	23,9	43,6	43,6
	NAI	22	31,0	56,4	100,0
	Total	39	54,9	100,0	
Missing	System	32	45,1		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 37)

Το 56,4% των εγκύων μη Ρομά που καπνίζουν αναφέρει ότι καταναλώνει προϊόντα καπνού ακόμα κι όταν είναι άρρωστες σε αντίθεση με το 43,6% που αποφεύγει το κάπνισμα σε περιόδους ασθένειας.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OXI	31	43,7	57,4	57,4
	NAI	23	32,4	42,6	100,0
	Total	54	76,1	100,0	
Missing	System	17	23,9		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 38)

Αντίθετα, το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων ρομά(57,4%) δήλωσαν ότι δεν καπνίζουν όταν είναι άρρωστες ενώ ένα σημαντικό ποσοστο της τάξεως του 42,6% του δείγματος συνεχίζει την καπνιστική του δραστηριότητα.

ΤΟ ΠΙΟ ΔΥΣΚΟΛΟ ΤΣΙΓΑΡΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ	6	8,5	15,4	15,4
	ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ	33	46,5	84,6	100,0
	Total	39	54,9	100,0	
Missing	System	32	45,1		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 39)

Από την έρευνα προκύπτει ότι το πρωινό τσιγάρο είναι το πιο δύσκολο τσιγάρο να μην καπνίσουν οι περισσότερες έγκυες του γενικού πληθυσμου (84,6%).

ΠΙΟ ΔΥΣΚΟΛΟ ΤΣΙΓΑΡΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΟ	20	28,2	37,0	37,0
	ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΠΡΩΙΝΟ	34	47,9	63,0	100,0
	Total	54	76,1	100,0	
Missing	System	17	23,9		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 40)

Σύμφωνα με την έρευνα το 63% των εγκύων Ρομά δυσκολεύονται να μην καπνίσουν το πρώτο πρωινό τσιγάρο ενώ το 37% οποιοδήποτε άλλο τσιγάρο μεσα στην ημέρα.

ΣΚΟΡ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΙΚΡΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ	3	4,2	7,7	7,7
	ΜΙΚΡΗ ΠΡΟΣ ΜΕΤΡΙΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗ	6	8,5	15,4	23,1
	ΜΕΤΡΙΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗ	21	29,6	53,8	76,9
	ΜΕΓΑΛΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ	9	12,7	23,1	100,0
	Total		39	54,9	100,0
Missing	System	32	45,1		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 41)

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα συχνοτήτων οι έγκυες καπνίστριες του γενικού πληθυσμού παρουσιάζουν μέτρια εξάρτηση σε ποσοστό 53,8%, μεγάλη εξάρτηση σε ποσοστό 23,1% μικρή προς μέτρια εξάρτηση το 15,4% και μικρή εξάρτηση το 7,7%.

ΣΚΟΡ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΙΚΡΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ	15	21,1	27,8	27,8
	ΜΙΚΡΗ ΠΡΟΣ ΜΕΤΡΙΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗ	11	15,5	20,4	48,1
	ΜΕΤΡΙΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗ	15	21,1	27,8	75,9
	ΜΕΓΑΛΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ	13	18,3	24,1	100,0
	Total	54	76,1	100,0	
Missing	System	17	23,9		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 42)

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος των εγκύων Ρομά της τάξεως του 27,8% έχει μέτρια εξάρτηση ενώ αντίστοιχο ποσοστό έχει μικρή εξάρτηση από την νικοτίνη. Μεγάλη εξάρτηση αναφέρεται από το 24,1% και μικρή προς μέτρια από το 20,4% των εγκύων ρομά.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΓΧΟΣ	19	26,8	26,8	26,8
	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	5	7,0	7,0	33,8
	ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ/ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ	5	7,0	7,0	40,8
	ΚΑΝΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	42	59,2	59,2	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

(Πίνακας 43)

Οι έγκυες μη Ρομά που εξετάστηκαν ανέφεραν στη πλειοψηφία τους (59,2% ότι δεν αντιμετώπισαν κανένα πρόβλημα στο παρελθόν ενώ ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 26,8% δήλωσε ότι ήρθε αντιμέτωπο με συναισθηματική διαταραχή λόγω άγχους. Ένα ποσοστό 7% αντιμετώπισε καταθλιπτική συμπτωματολογία και ένα ακόμη 7% έκανε χρήση ναρκωτικών ουσιών και υπερβολικής ποσότητας αλκόολ.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΓΧΟΣ	21	29,6	29,6	29,6
	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	3	4,2	4,2	33,8
	ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ/ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ	12	16,9	16,9	50,7
	ΚΑΝΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	35	49,3	49,3	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

(Πίνακας 44)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων Ρομά (49,3%) αναφέρει απουσία κάποιου προβλήματος στο παρελθόν ενώ το 29,6% δήλωσε προβλήματα άγχους και ένα αξιοσημείωτο ποσοστό του δείγματος που ανέρχεται στο 16,9% έκανε χρήση ναρκωτικών ουσιών και οινόπνεύματος στο παρελθόν.

ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΙΣΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	71	100,0	100,0	100,0

(Πίνακας 45)

Το 100% των εγκύων του γενικού πληθυσμού που εξετάστηκαν δήλωσε ότι συγκατοικεί με ένα ή περισσότερα άτομα στον ίδιο χώρο.

ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΙΣΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	71	100,0	100,0	100,0

(Πίνακας 46)

Όλες οι έγκυες ρομά του δείγματος (100%) ανέφεραν ότι συγκατοικούν μαζί με άλλα άτομα.

ΣΥΖΥΓΟΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	67	94,4	94,4	94,4
	OXI	4	5,6	5,6	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

(Πίνακας 47)

Το 94,4% των εγκύων μη ρομά συγκατοικεί με τον σύζυγό τους.

ΣΥΖΥΓΟΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	63	88,7	88,7	88,7
	OXI	8	11,3	11,3	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

(Πίνακας 48)

Το μεγαλύτερο ποσοστό της τάξεως του 88.7% των εγκύων ρομά μένει στον ίδιο χώρο και με τον σύζυγό τους.

ΓΟΝΕΙΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	6	8,5	8,6	8,6
	OXI	64	90,1	91,4	100,0
	Total	70	98,6	100,0	
Missing	System	1	1,4		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 49)

Μόνο το 8,6% των εγκύων του γενικού πληθυσμού που συμμετείχε στην έρευνα δήλωσε ότι στον ίδιο χώρο μαζί τους συγκατοικούν και οι γονείς τους.

ΓΟΝΕΙΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	14	19,7	19,7	19,7
	OXI	57	80,3	80,3	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

(Πίνακας 50)

Το 80,3% των εγκύων Ρομά συγκατοικεί κι με τους γονείς τους μαζί.

ΠΕΘΕΡΙΚΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	14	19,7	19,7	19,7
	OXI	57	80,3	80,3	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

(Πίνακας 51)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων μη Ρομά δεν συζούν με τα πεθερικά τους ενώ μόνο το 19.7% απάντησε θετικά στην συγκατοίηση με τους γονείς των συζύγων τους.

ΠΕΘΕΡΙΚΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	38	53,5	53,5	53,5
	OXI	33	46,5	46,5	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

(Πίνακας 52)

Ένα αξιοσημείωτο ποσοστό των εγκύων Ρομά το οποίο αντιπροσωπεύει κι την πλειοψηφία (53,5%) ανέφερε ότι συγκατοικεί πέραν του συζύγου και των γονέων και με τα πεθερικά τους.

ΑΛΛΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	2	2,8	2,8	2,8
	OXI	69	97,2	97,2	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

(Πίνακας 53)

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα συχνοτήτων το 97,2% των εγκύων του γενικού πληθυσμού δεν συγκατοικεί με άλλους συγγενείς πέραν του συζύγου των γονέων και των πεθερικών τους.

ΑΛΛΟΥΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	24	33,8	33,8	33,8
	ΟΧΙ	47	66,2	66,2	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

(Πίνακας 54)

Οι έγκυες ρομά σε ποσοστό 33,8% αναφέρουν ότι συγκατοικούν και μαζί με άλλους συγγενείς.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	49	69,0	69,0	69,0
	ΟΧΙ	22	31,0	31,0	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

(Πίνακας 55)

Το μεγαλύτερο ποσοστό της τάξεως του 69% που συγκατοικούν με τις έγκυες μη Ρομά κάνει κατανάλωση προϊόντων καπνού στον χώρο όπου μένουν ενώ το 31% των συγκατοικων δεν είναι καπνιστές.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	59	83,1	83,1	83,1
	ΟΧΙ	12	16,9	16,9	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

(Πίνακας 56)

Αξιόλογο ποσοστό της τάξεως του 83,1% των συγκατοικων των εγκύων ρομά καπνίζει ενώ μόνο το 16.9% δεν καταναλώνει προϊόντα καπνού.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	42	59,2	85,7	85,7
	OXI	7	9,9	14,3	100,0
	Total	49	69,0	100,0	
Missing	System	22	31,0		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 57)

Από τις έγκυες μη Ρομά που ανέφεραν ότι συγκατοικούν με τους συζύγους τους το 85,7% δηλώνει ότι ο συζυγός τους είναι καπνιστής.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	47	66,2	79,7	79,7
	OXI	12	16,9	20,3	100,0
	Total	59	83,1	100,0	
Missing	System	12	16,9		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 58)

Το 79,7% των συζύγων των εγκύων Ρομά που συγκατοικούν μαζί τους κάνουν χρήση τσιγάρου ενώ μόνο το 20,3% δεν καπνίζει.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΓΟΝΙΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	5	7,0	10,2	10,2
	OXI	44	62,0	89,8	100,0
	Total	49	69,0	100,0	
Missing	System	22	31,0		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 59)

Το 89,8% των γονέων που συγκατοικούν με τις έγκυες του γενικού πληθυσμού δεν καπνίζει.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΓΟΝΕΙΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	7	9,9	11,9	11,9
	OXI	52	73,2	88,1	100,0
	Total	59	83,1	100,0	
Missing	System	12	16,9		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 60)

Το μεγαλύτερο ποσοστό (88,1%) των γονέων των εγκύων Ρομά δεν καπνίζουν.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΕΘΕΡΙΚΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	8	11,3	16,3	16,3
	OXI	41	57,7	83,7	100,0
	Total	49	69,0	100,0	
Missing	System	22	31,0		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 61)

Από τα πεθερικά των εγκύων του γενικού πληθυσμού που συγκατοικούν μαζί τους το 83,7% αναφέρει ότι δεν καπνίζει ενώ το 16,3% καταναλώνει προϊόντα καπνού.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΕΘΕΡΙΚΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	28	39,4	47,5	47,5
	OXI	31	43,7	52,5	100,0
	Total	59	83,1	100,0	
Missing	System	12	16,9		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 62)

Το 52,5% των πεθερικών που συγκατοικούν με τις έγκυες Ρομά δεν καπνίζουν ενώ ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 47,5% καταναλώνουν προϊόντα καπνού.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΑΛΛΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	1	1,4	2,0	2,0
	OXI	48	67,6	98,0	100,0
	Total	49	69,0	100,0	
Missing	System	22	31,0		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 63)

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα συχνοτήτων μόνο το 2% των άλλων συγγενών που ζούν στον ίδιο χώρο με τις έγκυες του γενικού πληθυσμού καπνίζουν.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΑΛΛΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	15	21,1	25,4	25,4
	OXI	44	62,0	74,6	100,0
	Total	59	83,1	100,0	
Missing	System	12	16,9		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 64)

Το μεγαλύτερο ποσοστό (74,6%) των άλλων συγγενών που συγκατοικούν με τις έγκυες ρομά σύμφωνα με την παρούσα έρευνα δεν είναι καπνιστές.

ΛΟΓΟΣ ΕΚΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΗΘΕΛΑ ΝΑ ΔΟΚΙΜΑΣΩ	19	26,8	47,5	47,5
	ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΥΣ ΦΙΛΟΥΣ	7	9,9	17,5	65,0
	ΕΒΛΕΠΑ ΤΟΥΣ ΓΥΡΩ ΜΟΥ	6	8,5	15,0	80,0
	ΑΓΧΟΣ	8	11,3	20,0	100,0
	Total		40	56,3	100,0
Missing	System	31	43,7		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 65)

Όπως προκύπτει από την έρευνα ο σημαντικότερος λόγος που οι έγκυες του γενικού πληθυσμού ξεκίνησαν να καπνίζουν είναι η επιθυμία τους να δοκιμάσουν σε ποσοστό 47,5%, ενώ ο λόγος με την μικρότερη συχνότητα είναι ο επηρεασμός από τον περίγυρο τους με ποσοστό 15%.

ΛΟΓΟΣ ΕΚΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΗΘΕΛΑ ΝΑ ΔΟΚΙΜΑΣΩ	20	28,2	37,0	37,0
	ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΥΣ ΦΙΛΟΥΣ	6	8,5	11,1	48,1
	ΕΒΛΕΠΑ ΤΟΥΣ ΓΥΡΩ ΜΟΥ	19	26,8	35,2	83,3
	ΑΓΧΟΣ	9	12,7	16,7	100,0
	Total	54	76,1	100,0	
Missing	System	17	23,9		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 66)

Ενώ, οι σημαντικότεροι λόγοι εκκίνησης του καπνίσματος στην έγκυες Ρομά είναι η θέληση τους να δοκιμάσουν το τσίγαρο σε ποσοστό 37%, με τον επηρεασμό από τους γύρω τους να είναι ο δεύτερος λόγος σε συχνότητα με ποσοστό 35,2%. Αντίθετα η απόκτηση φίλων αποδείχθηκε ο λιγότερο συχνός λόγος έναρξης του καπνίσματος στις έγκυες ρομά με ποσοστό 11,1%.

ΣΚΕΨΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	31	43,7	77,5	77,5
	ΟΧΙ	9	12,7	22,5	100,0
	Total	40	56,3	100,0	
Missing	System	31	43,7		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 67)

Ένα αξιόλογο ποσοστό των έγκυων μη Ρομά της τάξεως του 77,5% που καπνίζουν έχουν σκεφτεί να διακόψουν το κάπνισμα στο μέλλον ενώ το 22,5% είναι αρνητικές σε μια ενδεχόμενη προσπάθεια.

ΣΚΕΨΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	41	57,7	75,9	75,9
	ΟΧΙ	13	18,3	24,1	100,0
	Total	54	76,1	100,0	
Missing	System	17	23,9		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 68)

Το 75,9% των εγκύων Ρομά έχουν σκεφτεί να προβούν σε διακοπή του καπνίσματος ενώ το 24,1% δεν το έχει σκεφτεί ποτέ.

ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΟΥ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	11	15,5	35,5	35,5
	OXI	20	28,2	64,5	100,0
	Total	31	43,7	100,0	
Missing	System	40	56,3		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 69)

Από την έρευνα προκύπτει ότι οι έγκυες του γεικού πληθυσμού σε ποσοστό 64,5% δεν θα διέκοπταν το κάπνισμα για την προσωπική τους υγεία ενώ το 35,5% θεωρεί την υγεία βασικό λόγο για οριστική διακοπή του καπνίσματος.

ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΟΥ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	18	25,4	43,9	43,9
	OXI	23	32,4	56,1	100,0
	Total	41	57,7	100,0	
Missing	System	30	42,3		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 70)

Η πλειοψηφία των έγκυων Ρομά που καπνίζουν σε ποσοστό 56,1% δεν θα διέκοπταν το κάπνισμα για την βελτίωση την ατομικής τους υγείας ενώ το 43,9% επιθυμεί να διακόψει το κάπνισμα για λόγους υγείας.

ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΟΥ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	25	35,2	80,6	80,6
	OXI	6	8,5	19,4	100,0
	Total	31	43,7	100,0	
Missing	System	40	56,3		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 71)

Αξιόλογο ποσοστό της τάξεως του 80,6% οι έγκυες καπνίστριες μη Ρομά έχουν σκεφτεί να διακόψουν το κάπνισμα για την υγεία του παιδιού τους.

ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΟΥ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	29	40,8	70,7	70,7
	OXI	12	16,9	29,3	100,0
	Total	41	57,7	100,0	
Missing	System	30	42,3		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 72)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των μη Ρομά (70,7%) που σκέφτεται να δिकόψει το κάπνισμα θεωρεί την υγεία του παιδιού τους πολύ σημαντικό παράγοντα.

ΓΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	20	28,2	64,5	64,5
	OXI	11	15,5	35,5	100,0
	Total	31	43,7	100,0	
Missing	System	40	56,3		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 73)

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα συχνοτήτων τα οικονομικά ζητήματα αποτελούν σημαντικό λόγο διακοπής του καπνίσματος στον πληθυσμό των εγκύων που δεν ανήκουν στην ομάδα των Ρομά, καθώς σε ποσοστό 64,5% επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα για οικονομία.

ΓΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	19	26,8	46,3	46,3
	OXI	22	31,0	53,7	100,0
	Total	41	57,7	100,0	
Missing	System	30	42,3		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 74)

Οι έγκυες Ρομά στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (63,4%) επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα για οικονομικούς λόγους ενώ ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 36,6% δεν σκέφτεται να διακόψει το κάπνισμα για λόγους οικονομίας.

ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΟΥ ΚΑΙ ΤΟΝ ΣΥΖΥΓΟ ΜΟΥ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	9	12,7	29,0	29,0
	OXI	22	31,0	71,0	100,0
	Total	31	43,7	100,0	
Missing	System	40	56,3		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 75)

Οι έγκυες του γενικού πληθυσμού δεν επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα για την επιθυμία των παιδιών και των συζύγων τους αντίθετα με το 29% που το θεωρεί σημαντικό λόγο για την διακοπή.

ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΟΥ ΚΑΙ ΤΟΝ ΣΥΖΥΓΟ ΜΟΥ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	7	9,9	17,5	17,5
	OXI	33	46,5	82,5	100,0
	Total	40	56,3	100,0	
Missing	System	31	43,7		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 76)

Η επιθυμία των παιδιών και των συζύγων για διακοπή του καπνίσματος των εγκύων Ρομά από το 82,5% των ιδίων δεν θεωρείται σημαντικός λόγος για να προβούν στην διακοπή κατανάλωσης προϊόντων καπνού.

ΦΟΒΟΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	37	52,1	92,5	92,5
	OXI	3	4,2	7,5	100,0
	Total	40	56,3	100,0	
Missing	System	31	43,7		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 77)

Από τις 71 έγκυες καπνίστριες του γενικού πληθυσμού που απάντησαν στην έρευνα βρέθηκε ότι το 92,5% φοβάται να προσπαθήσει να διακόψει το κάπνισμα., ενώ μόνο το 7,5% νιώθει σιγουριά.

ΦΟΒΟΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	50	70,4	94,3	94,3
	OXI	3	4,2	5,7	100,0
	Total	53	74,6	100,0	
Missing	System	18	25,4		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 78)

Το 70,4% των εγκύων Ρομά ανέφεραν ότι νιώθουν φόβο να πεοσπαθήσουν να δικάψουν το κάπνισμα.

ΑΥΞΗΣΗ ΚΙΛΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	22	31,0	62,9	62,9
	OXI	13	18,3	37,1	100,0
	Total	35	49,3	100,0	
Missing	System	36	50,7		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 79)

Η αύξηση κιλών μετα από προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος από τις έγκυες του γενικού πληθυσμού απασχολεί το 62,9% ενώ το 37,1% δεν θεωρεί ότι θα αντιμετωπίσει προβλήματα σχετικά με την αύξηση σωματικού βάρους.

ΑΥΞΗΣΗ ΚΙΛΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	24	33,8	48,0	48,0
	OXI	26	36,6	52,0	100,0
	Total	50	70,4	100,0	
Missing	System	21	29,6		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 80)

Το μεγαλύτερο ποσοστό της τάξεως του 52% από τον πληθυσμό των εγκύων Ρομά δεν αισθάνεται φόβο για ενδεχόμενη αύξηση των κιλών τους.

ΑΓΧΟΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	20	28,2	55,6	55,6
	OXI	16	22,5	44,4	100,0
	Total	36	50,7	100,0	
Missing	System	35	49,3		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 81)

Το 55,6% του ποσοστού των εγκύων του γενικού πληθυσμού που καπνίζουν θεωρούν ότι με την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος θα αυξηθεί το καθημερινό τους άγχος, αντίθετα με το 44,4% που πιστεύει ότι τα επίπεδα άγχους τους δεν θα επηρεαστούν.

ΑΓΧΟΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	27	38,0	54,0	54,0
	OXI	23	32,4	46,0	100,0
	Total	50	70,4	100,0	
Missing	System	21	29,6		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 82)

Η πλειοψηφία των εγκύων Ρομά που καπνίζει αναφέρει ότι θα αισθάνεται περισσότερο άγχος στην διάρκεια προσπάθειας της διακοπής του τσιγάρου. Ένα αξιόλογο ποσοστό της τάξεως του 46% θεωρεί πως δεν θα επηρεαστούν τα επίπεδα άγχους από την διακοπή του καπνίσματος.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	6	8,5	16,7	16,7
	OXI	30	42,3	83,3	100,0
	Total	36	50,7	100,0	
Missing	System	35	49,3		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 83)

Η συμπτωματολογία της κατάθλιψης στην πεοσπάθεια αποχής από το τσιγάρο απασχολεί τις έγκυες του γενικού πληθυσμού που καπνίζουν σε ποσοστό 16,7% ενώ το 83,3% δεν θεωρεί ότι θα επηρεαστεί σε τόσο μεγάλο βαθμό ώστε να εμφανιστεί κατάθλιψη.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	12	16,9	24,0	24,0
	OXI	38	53,5	76,0	100,0
	Total	50	70,4	100,0	
Missing	System	21	29,6		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 84)

Το 76% των εγκύων Ρομά που καπνίζουν δεν φοβούνται για εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων λόγω της προσπάθειας τους για διακοπή του καπνίσματος.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΕΡΗΣΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	13	18,3	37,1	37,1
	OXI	22	31,0	62,9	100,0
	Total	35	49,3	100,0	
Missing	System	36	50,7		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 85)

Παρά το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων του γενικού πληθυσμού που καπνίζουν δεν φοβάται ότι θα αντιμετωπίσει συμπτώματα στέρησης ένα αξιοσημείωτο ποσοστό της τάξεως του 37,1% θεωρεί ότι θα έρθει αντιμέτωπο με την έντονη συμπτωματολογία του συνδρόμου στέρησης.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΕΡΗΣΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	14	19,7	28,0	28,0
	1,00	36	50,7	72,0	100,0
	Total	50	70,4	100,0	
Missing	System	21	29,6		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 86)

Το 72% των εγκύων Ρομά που έχουν σκεφτεί να διακόψουν το κάπνισμα δεν φοβούνται ότι θα νιώσουν συμπτώματα στέρησης.

ΣΗΜΑΣΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	2	2,8	5,0	5,0
	3	1	1,4	2,5	7,5
	4	1	1,4	2,5	10,0
	5	1	1,4	2,5	12,5
	6	1	1,4	2,5	15,0
	7	7	9,9	17,5	32,5
	8	13	18,3	32,5	65,0
	9	10	14,1	25,0	90,0
	10	4	5,6	10,0	100,0
	Total	40	56,3	100,0	
Missing	System	31	43,7		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 87)

Όπως γίνεται αντιληπτό από το παραπάνω πίνακα συχνοτήτων στην βαθμολογική κλίμακα από 1-10 για την σημασία διακοπής καπνίσματος, οι έγκυες του γενικού πληθυσμού επέλεξαν σε μεγάλα ποσοστά την στήλη 8 το 32,5% και την στήλη 9 το 25%. Αντίθετα τις στήλες με την κατώτερη βαθμολογία από την 3-6 συμπλήρωσαν μόνο το 1,4% αντίστοιχα για κάθε στήλη.

ΣΗΜΑΣΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	1,4	1,9	1,9
	2	1	1,4	1,9	3,7
	3	3	4,2	5,6	9,3
	4	6	8,5	11,1	20,4
	5	3	4,2	5,6	25,9
	6	10	14,1	18,5	44,4
	7	9	12,7	16,7	61,1
	8	11	15,5	20,4	81,5
	9	5	7,0	9,3	90,7
	10	5	7,0	9,3	100,0
Total	54	76,1	100,0		
Missing	System	17	23,9		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 88)

Οι έγκυες Ρομά, όπως προκύπτει από τον πίνακα της βαθμολογικής κλίμακας από το 1-10 σχετικά με την σημασία διακοπής του καπνίσματος, με μεγαλύτερη συχνότητα επέλεξαν την στήλη 8 σε ποσοστό 20,4% και την στήλη 6 με ποσοστό

18,5%. Αντίθετα τις κλίμακες με την υψηλότερη βαθμολογία 9 και 10 συμπλήρωσαν μόνο το 9,3% αντίστοιχα κι στις δύο.

ΣΙΓΟΥΡΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	4	5,6	10,3	10,3
	3	3	4,2	7,7	17,9
	4	3	4,2	7,7	25,6
	5	5	7,0	12,8	38,5
	6	13	18,3	33,3	71,8
	7	6	8,5	15,4	87,2
	8	4	5,6	10,3	97,4
	9	1	1,4	2,6	100,0
	Total	39	54,9	100,0	
Missing	System	32	45,1		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 89)

Οι έγκυες καπνίστριες του γενικού πληθυσμού σύμφωνα με τον πίνακα συχνότητων σχετικά με το πόσο σίγουρες νιώθουν ότι μπορούν να διακόψουν το κάπνισμα, το μεγαλύτερο ποσοστό της τάξεως του 33,3% επέλεξε την στήλη μετρίου βαθμού σιγουρίας με τον αριθμό 6, την στήλη 7 επέλεξε το 15,4% ενώ τις στήλες υψηλής σιγουρίας 8 και 9 επέλεξαν το 10,3% και το 2,6% αντίστοιχα.

ΣΙΓΟΥΡΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	3	4,2	5,6	5,6
	2	10	14,1	18,5	24,1
	3	13	18,3	24,1	48,1
	4	6	8,5	11,1	59,3
	5	5	7,0	9,3	68,5
	6	2	2,8	3,7	72,2
	7	6	8,5	11,1	83,3
	8	7	9,9	13,0	96,3
	9	2	2,8	3,7	100,0
	Total		54	76,1	100,0
Missing	System	17	23,9		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 90)

Αντίθετα, οι έγκυες Ρομά όπως προκύπτει από την μελέτη σε μεγαλύτερη συχνότητα έχουν επιλέξει χαμηλές βαθμολογικές κλίμακες σχετικά με την σιγουριά διακοπής του καπνίσματος. Το 24,1% έχει επιλέξει την κλίμακα 3, το 18,5% την κλίμακα 2 ενώ μόνο το 3,7% από τον πληθυσμό των εγκύων Ρομά που καπνίζουν νιώθει μεγάλη σιγουριά για την διακοπή του τσιγάρου επιλέγοντας την κλίμακα 9.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΑΙΑ	2	2,8	2,8	2,8
	ΟΠΟΙΟΣΔΗΠΟΤΕ ΓΙΑΤΡΟΣ ΣΕ ΕΦΗΜΕΡΕΥΟΝ	13	18,3	18,3	21,1
	ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	22	31,0	31,0	52,1
	ΙΔΙΩΤΗΣ ΓΙΑΤΡΟΣ	34	47,9	47,9	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

(Πίνακας 91)

Το 47,9% των εγκύων του γενικού πληθυσμού επιλέγει να παρακολουθείται από ιδιώτη ιατρό, το 31% από συγκεκριμένο γιατρό του δημόσιου νοσοκομείου ενώ ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 2,8% από μαια.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΑΙΑ	18	25,4	25,7	25,7
	ΟΠΟΙΟΣΔΗΠΟΤΕ ΓΙΑΤΡΟΣ ΣΕ ΕΦΗΜΕΡΕΥΟΝ	40	56,3	57,1	82,9
	ΣΥΓΚΡΕΚΡΙΜΕΝΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	9	12,7	12,9	95,7
	ΙΔΙΩΤΗΣ ΓΙΑΤΡΟΣ	3	4,2	4,3	100,0
	Total	70	98,6	100,0	
Missing	System	1	1,4		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 92)

Απεναντίας, η επιλογή του οποιουδήποτε γιατρού εφήμερευει στο δημόσιο νοσοκομείο είναι η επικρατέστη στον πληθυσμό των εγκύων Ρομα με ποσοστό 57,1%. Ενώ, ο ιδιώτης γιατρός δεν επιλέγεται συχνά από τις έγκυες ρομά. Ένα αξιόλογο ποσοστό της τάξεως του 25,7% παρακολουθείται από μαία είτε σε κέντρο υγείας είτε σε δημόσιο νοσοκομείο.

ΣΗΖΗΤΗΣΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	41	57,7	68,3	68,3
	ΟΧΙ	18	25,4	30,0	98,3
	4,00	1	1,4	1,7	100,0
	Total	60	84,5	100,0	
Missing	System	11	15,5		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 93)

Όπως γίνεται αντιληπτό από τον παραπάνω πίνακα το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων του γενικού πληθυσμού (68,3%) έχει κάνει συζητήσεις για διακοπή καπνίσματος ενώ το 30% ανέφερε ότι δεν έχει συζητήσει για το κάπνισμα με κάποιον επαγγελματία υγείας.

ΣΗΖΗΤΗΣΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	45	63,4	76,3	76,3
	OXI	14	19,7	23,7	100,0
	Total	59	83,1	100,0	
Missing	System	12	16,9		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 94)

Το 76,3 των εγκύων Ρομά που εξετάστηκε ανέφερε ότι έχουν συζητήσει με κάποιον επαγγελματία υγείας το θέμα διακοπής καπνίσματος ιδιαίτερα στην εγκυμοσύνη.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΑΙΑ	19	26,8	44,2	44,2
	ΓΙΑΤΡΟ	22	31,0	51,2	95,3
	ΟΠΟΙΟΝΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΟΝ	2	2,8	4,7	100,0
	Total	43	60,6	100,0	
Missing	System	28	39,4		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 95)

Το 51,2% των εγκύων του γενικού πληθυσμού δήλωσε ότι έχει συζητήσει για την διακοπή του καπνίσματος με τον γιατρό τους ενώ ένα αξιόλογο ποσοστό της τάξεως του 44,2% δήλωσε ότι το θέμα του τσιγάρου το έχει συζητήσει με κάποια μαια.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΜΑΙΑ	26	36,6	56,5	56,5
	ΓΙΑΤΡΟ	16	22,5	34,8	91,3
	ΟΠΟΙΟΝΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΟΝ	3	4,2	6,5	97,8
	3,00	1	1,4	2,2	100,0
	Total	46	64,8	100,0	
Missing	System	25	35,2		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 96)

Ένα αξιοσημείωτο ποσοστό των εγκύων Ρομά που αποτελεί την πλειοψηφία του δείγματος (56,5%) ανέφερε ότι η μαία ως επαγγελματίας υγείας την έχει ενημερώσει σχετικά με την διακοπή καπνίσματος ενώ το 34,8% ανέφερε τον γιατρό ως τον άνθρωπο που της έχει αναφέρει για την απόχλη από το τσιγάρο.

ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΜΑΙΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	1	1,4	2,4	2,4
	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	2	2,8	4,8	7,1
	ΛΙΓΟ	6	8,5	14,3	21,4
	ΑΡΚΕΤΑ	8	11,3	19,0	40,5
	ΠΟΛΥ	11	15,5	26,2	66,7
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	14	19,7	33,3	100,0
	Total		42	59,2	100,0
Missing	System	29	40,8		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 97)

Σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 19,7% των εγκύων μη Ρομά θεωρούν την υποστήριξη της μαίας πάρα πολύ σημαντική σχετικά με την διακοπή του καπνίσματος ενώ ένα ακόμη μεγάλο ποσοστό 26,2% την θεωρούν ως πολύ σημαντική. Καθόλου σημαντική την υποστήριξη της μαίας στο θέμα του καπνίσματος την θεωρεί μόνο το 2,4% του συνόλου.

ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΜΑΙΑΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	3	4,2	5,7	5,7
	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	4	5,6	7,5	13,2
	ΛΙΓΟ	7	9,9	13,2	26,4
	ΑΡΚΕΤΑ	14	19,7	26,4	52,8
	ΠΟΛΥ	6	8,5	11,3	64,2
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	19	26,8	35,8	100,0
	Total		53	74,6	100,0
Missing	System	18	25,4		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 98)

Οι έγκυες Ρομά σε ποσοστό 35,8% θεωρούν παρα πολύ σημαντική την βοήθεια της μαίας στην διακοπή καπνίσματος και το 26,4% χαρακτήρισε την βοήθεια της μαίας ως αρκετά σημαντική. Μόνο το 5,7% των εγκύων ρόμα θεωρεί καθόλου σημαντική της υποστήριξη από μαία στην προσπάθειά τους να διακόψουν το κάπνισμα.

ΗΛΙΚΙΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	19-23	7	9,9	10,0	10,0
	24-28	17	23,9	24,3	34,3
	29-33	14	19,7	20,0	54,3
	34-38	22	31,0	31,4	85,7
	39+	10	14,1	14,3	100,0
	Total		70	98,6	100,0
Missing	System	1	1,4		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 99)

Στα 34-38 ηλικιακά έτη άνηκαν οι περισσότερες έγκυες του γενικού πληθυσμού που συμμετείχαν στην έρευνα με το ποσοστό να φτάνει το 31,4% του συνόλου. Αντίθετα οι πιο μικρές ηλικίες εμφανίζονται σε μικρότερη συχνότητα με το 10% των εγκύων να βρίσκεται σε ηλικίες μεταξύ 19-23% ενώ κάτω των 18ετών δεν εντοπίστηκε καμία έγκυος.

ΗΛΙΚΙΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	14-18	9	12,7	12,7	12,7
	19-23	21	29,6	29,6	42,3
	24-28	18	25,4	25,4	67,6
	29-33	14	19,7	19,7	87,3
	34-38	5	7,0	7,0	94,4
	39+	4	5,6	5,6	100,0
	Total		71	100,0	100,0

(Πίνακας 100)

Αντιθέτως, τα μεγαλύτερα ποσοστά των εγκύων Ρομά εμφανίζονται στις μικρότερες ηλικιακές ομάδες. Το 29,6% των εγκύων ρομά βρίσκεται μεταξύ 19-23 ετών, το 25,4% μεταξύ 24-28 ετών ενώ ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 12,7% ανήκει στην ανήλικη ομάδα όπου είναι 14-18 ετών. Μονο το 5,6 % είναι πάνω από 39 ετών.

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ	1	1,4	1,4	1,4
	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	8	11,3	11,4	12,9
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	9	12,7	12,9	25,7
	ΛΥΚΕΙΟ	15	21,1	21,4	47,1
	ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	37	52,1	52,9	100,0
	Total		70	98,6	100,0
Missing	System	1	1,4		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 101)

Σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 52,9% των εγκύων του γενικού πληθυσμού βρίσκεται στο ανώτερο μορφωτικό επίπεδο της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ενώ μόνο το 1,4% ανήκει στην κατηγορία των αναλφάβητων.

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ	9	12,7	12,7	12,7
	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	28	39,4	39,4	52,1
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	20	28,2	28,2	80,3
	ΛΥΚΕΙΟ	11	15,5	15,5	95,8
	ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	3	4,2	4,2	100,0
	Total		71	100,0	100,0

(Πίνακας 102)

Απεναντίας, στην ομάδα των εγκύων Ρομά που εξετάστηκαν μόνο το 4,2% έχει φτάσει ως την τριτοβάθμια εκπαίδευση ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό έχει καταφέρει να φτάσει ως την εκαπιδευτική βαθμίδα του δημοτικού σχολείου. Ένα αξιόλογο ποσοστό του 12,7% ανήκει στην κατηγορία των αναλφάβητων.

ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-5000	8	11,3	11,4	11,4
	5000-10000	10	14,1	14,3	25,7
	10000-15000	25	35,2	35,7	61,4
	15000+	27	38,0	38,6	100,0
	Total		70	98,6	100,0
Missing	System	1	1,4		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 103)

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα συχνοτήτων το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων του γενικού πληθυσμού ξεπερνούν τα 15.000 ευρώ ως ετήσιο οικογενειακό εισόδημα. Αντίθετα, το 11,4% του συνόλου ανέφερε ότι το ετήσιο οικογενειακό τους εισόδημα κυμένεται μεταξύ 0-5.000 ευρώ.

ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

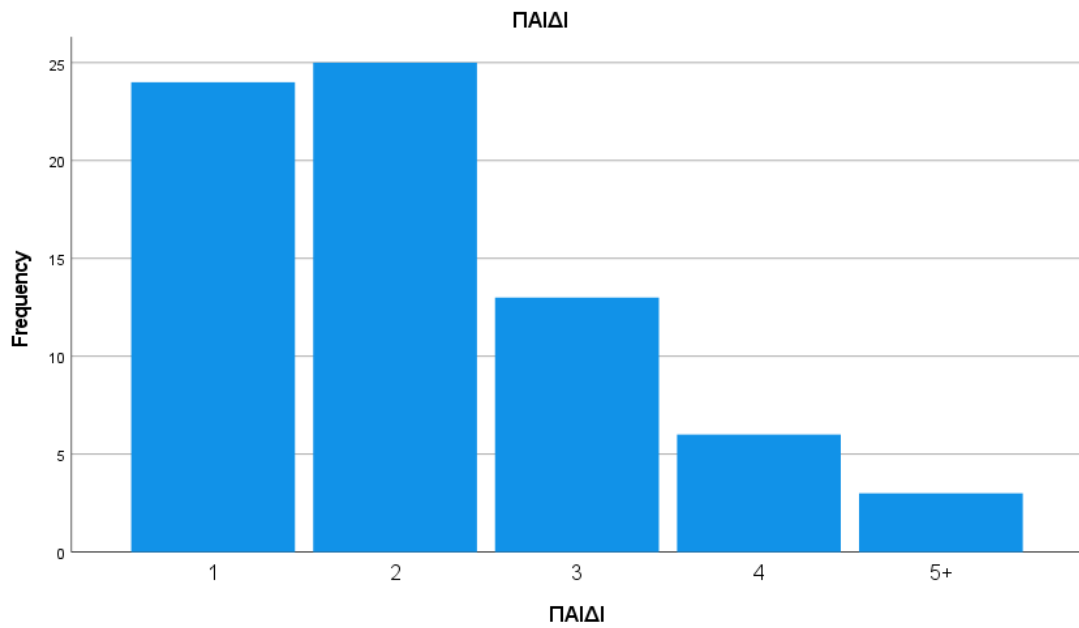
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-5000	6	8,5	8,6	8,6
	5000-10000	33	46,5	47,1	55,7
	10000-15000	22	31,0	31,4	87,1
	15000+	9	12,7	12,9	100,0
	Total	70	98,6	100,0	
Missing	System	1	1,4		
Total		71	100,0		

(Πίνακας 104)

Σε αντίθεση με τις έγκυες του γενικού πληθυσμού, το μεγαλύτερο ποσοστό (47,1%) των οικογενείων των εγκύων Ρομά έχει ετήσιο εισόδημα από 5.000-10.000 ευρώ, ενώ το 31,4% αναφέρει ετήσιες οικογενειακές εισφορές από 10.000-15.000 ευρώ. Αντίθετα, τα 15.000 ευρώ ετησίως ξεπερνούν μόνο το 12,9% των οικογενείων των εγκύων Ρομά.

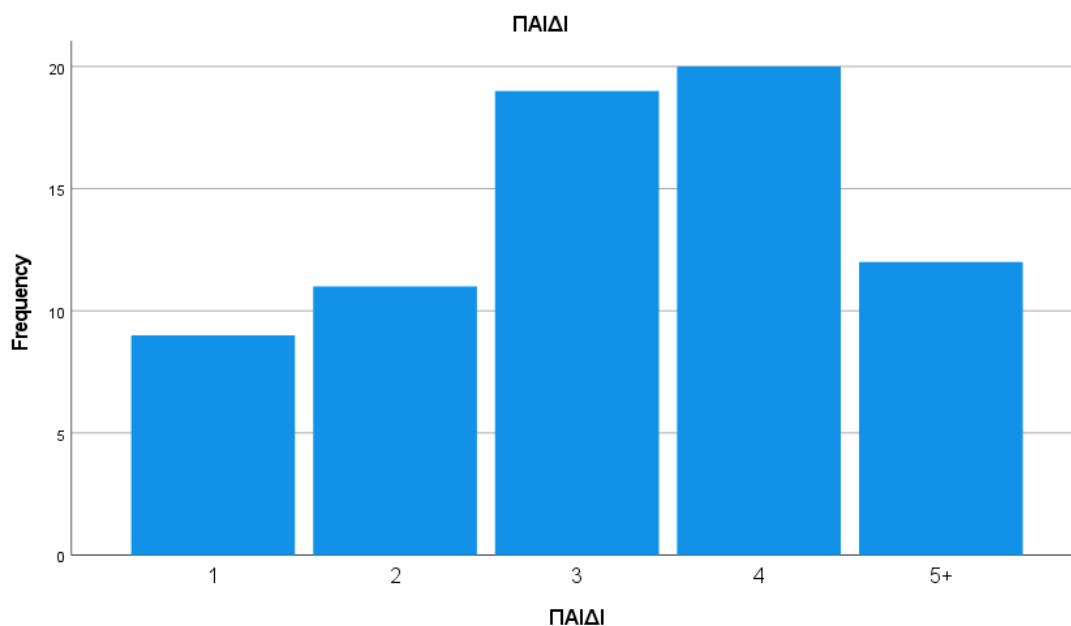
Bar Chart

Ακολουθούν ραβδογράμματα για όλες τις μεταβλητές των ερωτηματολογίων. Παρουσιάζονται ανά δύο συγκρητικά τα γραφήματα για τους μη Ρομά πρώτα και τους Ρομά έπειτα.



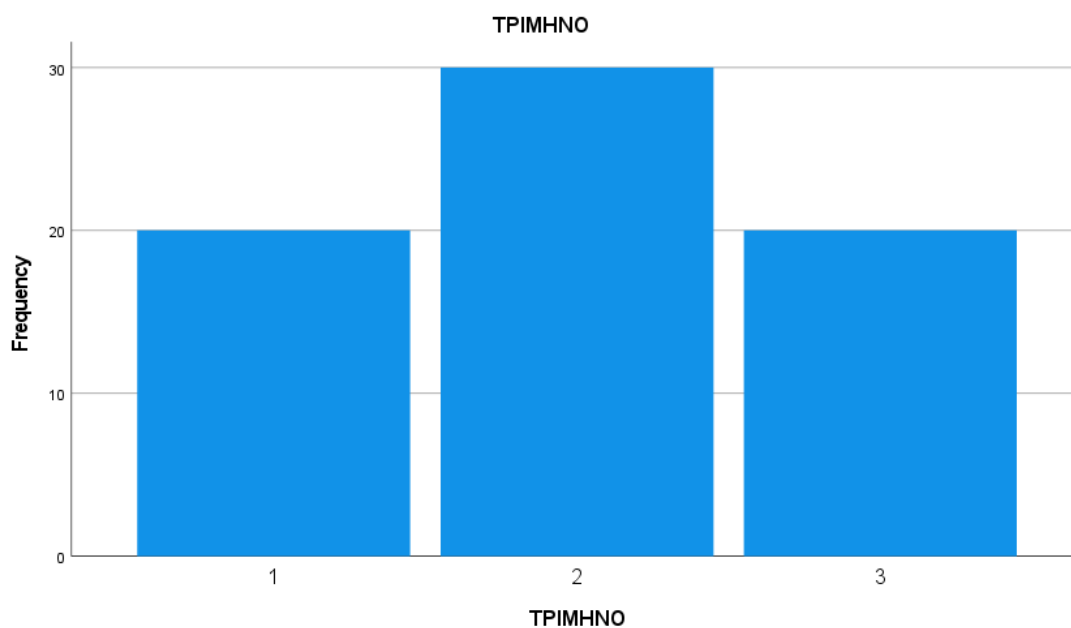
(Σχήμα 1)

Όπως διαπιστώνεται από το παραπάνω διάγραμμα το μεγαλύτερο ποσοστό των μη Ρομά έγκύων είναι δευτεροτόκες ενώ το μικρότερο ποσοστών διανύουν την εγκυμοσύνη του πέμπτου παιδιού τους.



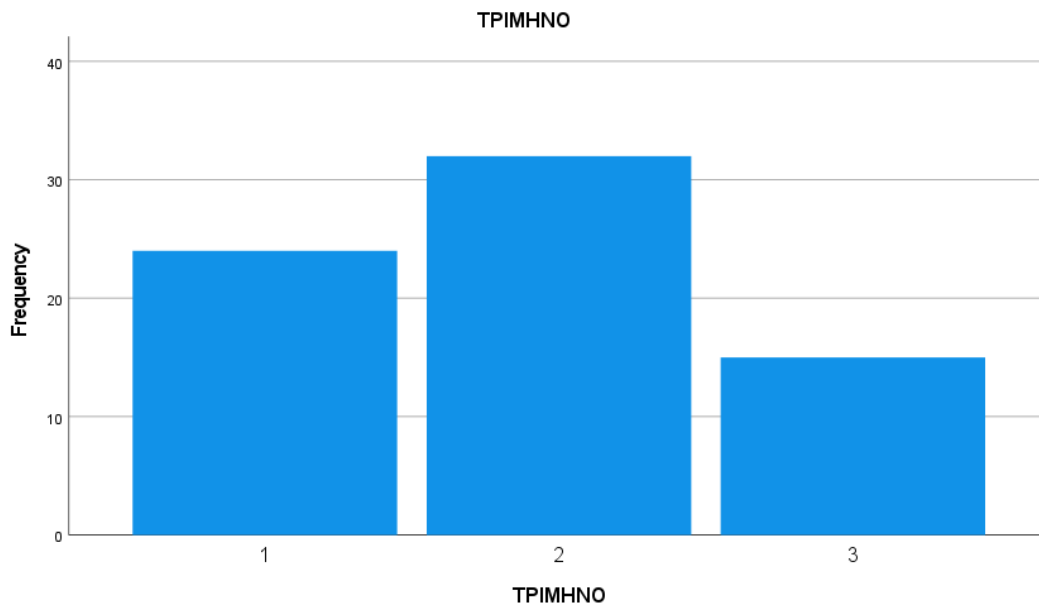
(Σχήμα 2)

Αντίθετα, στον πληθυσμό των εγκύων Ρομά το μεγαλύτερο ποσοστό ανήκει στις γυναίκες που διανύουν την 4 εγκυμοσύνη τους με αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό να έχουν οι τριτοτόκες ρομά. Ενώ οι πρωτοτόκες Ρομά είχαν το μικρότερο ποσοστό.



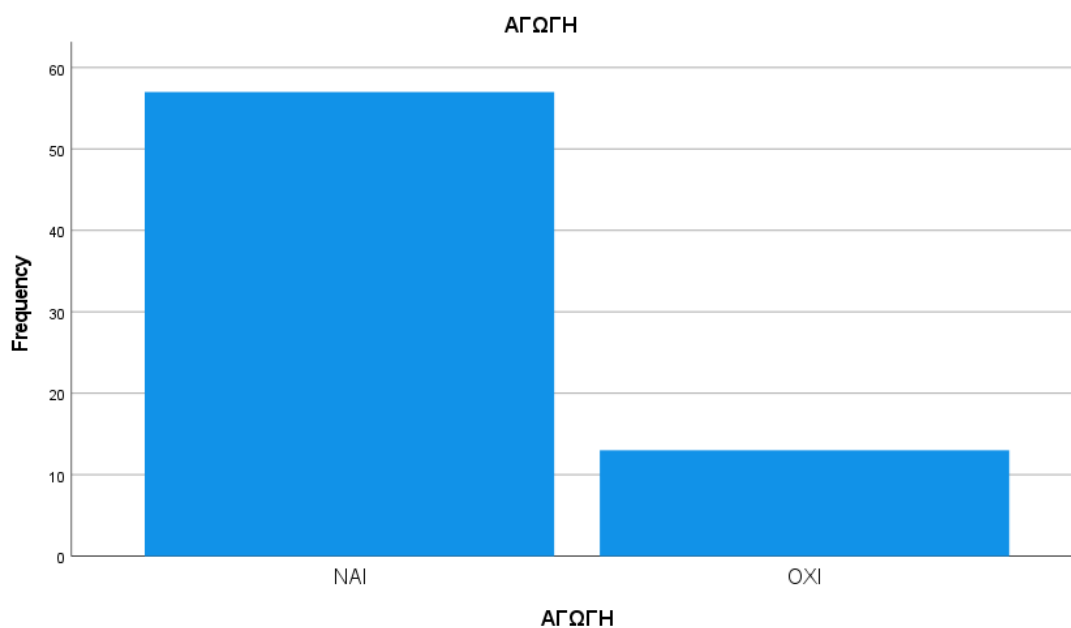
(Σχήμα 3)

Απο τις μη Ρομά έγκυες οι περισσότερες βρίσκοντας στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τους, ενώ ο ίδιος αριθμός εγκύων απάντησε ότι βρίσκεται στο πρώτο και στο τρίτο τρίμηνο.



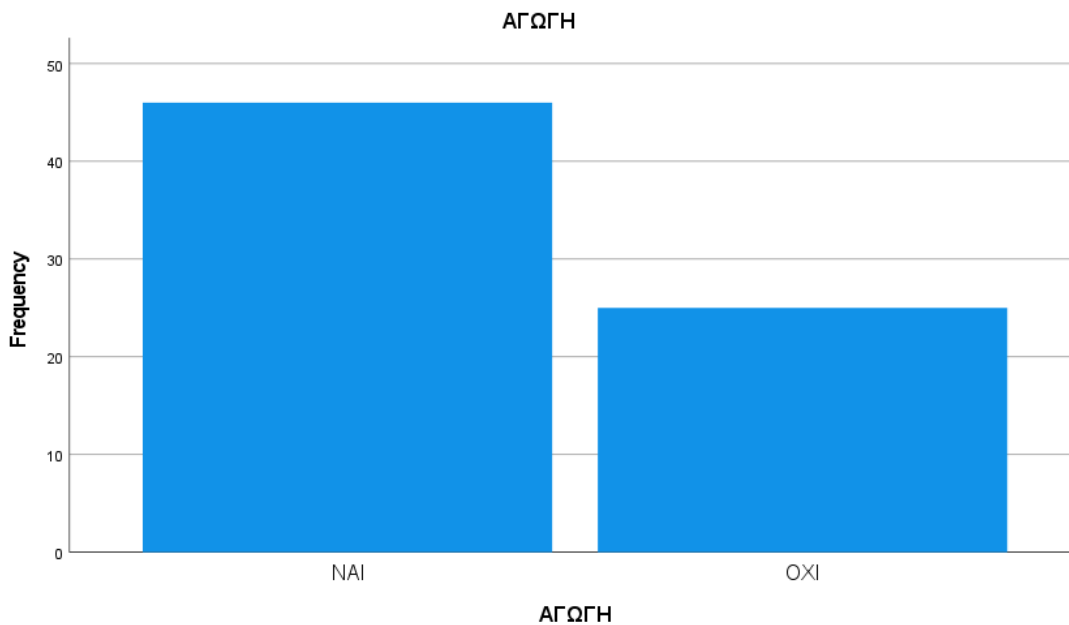
(Σχήμα 4)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων Ρομα αναφέρει ότι βρίσκονταν στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τους ενώ το μικρότερο ποσοστό στο τρίτο τρίμηνο της κύησης.



(Σχήμα 5)

Όπως διαπιστώνεται από το παραπάνω διάγραμμα σε μεγάλο ποσοστό οι έγκυες μη Ρομα απάντησαν θετικά στην λήψη φαρμακευτικής αγωγής στην διάρκεια της κύησης ενώ ένας πολύ μικρός αριθμός ανέφερε ότι δεν λαμβάνει φάρμακα.



(Σχήμα 6)

Οι περισσότερες έγκυες Ρομά στην διάρκεια της κύησης λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή.



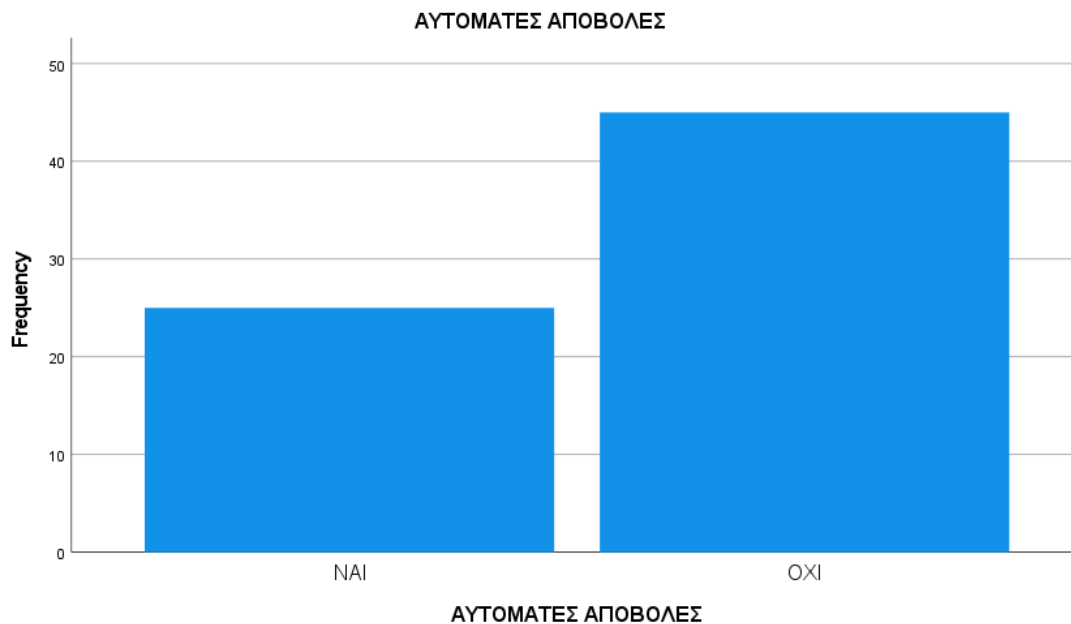
(Σχήμα 7)

Από την έρευνα προκύπτει ότι οι έγκυες μη Ρομά αντιμετώπησαν προβλήματα σε προηγούμενες κυήσεις σε ένα μεγάλο ποσοστό αλλά αρνητικά απάντησαν και ένας σημαντικός αριθμός των έγκυων του γενικού πληθυσμού.



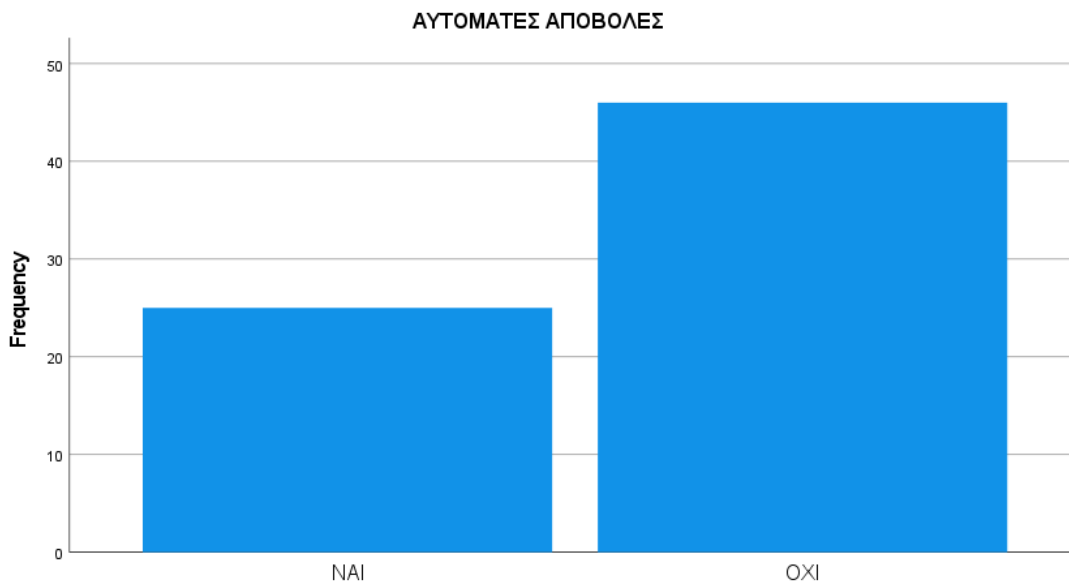
(Σχήμα 8)

Ο μεγαλύτερος αριθμός εγκύων Ρομα ανέφεραν ότι δεν είχαν προβλήματα σε προηγούμενες κυήσεις.



(Σχήμα 9)

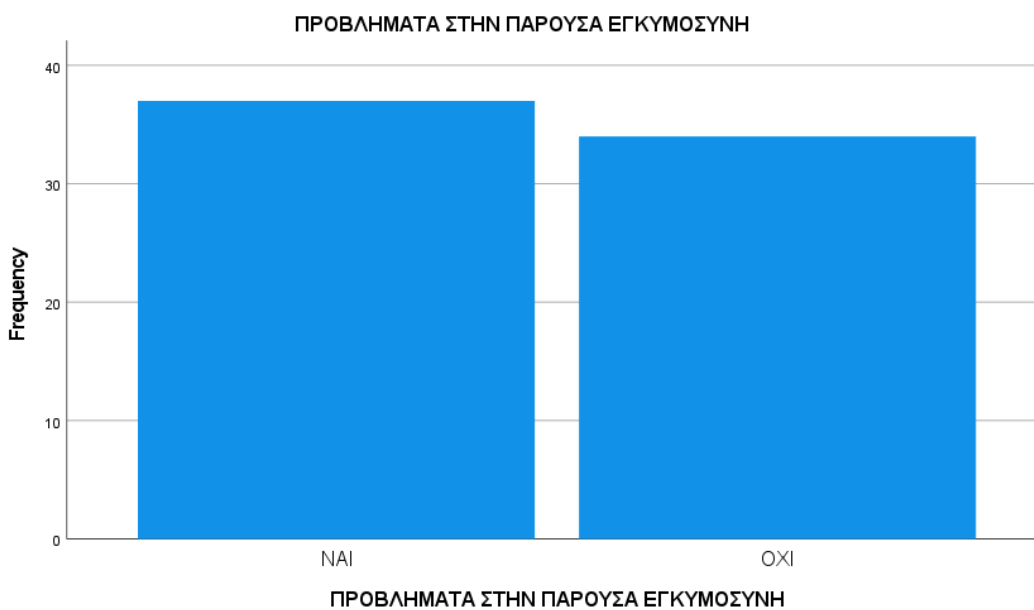
Από τις 71 έγκυες του γενικού πληθυσμού ο μεγαλύτερος αριθμός ανέφερε πως δεν είχε αυτόματες αποβολές στο παρελθόν, ενώ λιγότερες απάντησαν θετικά.



ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΑΠΟΒΟΛΕΣ

(Σχήμα 10)

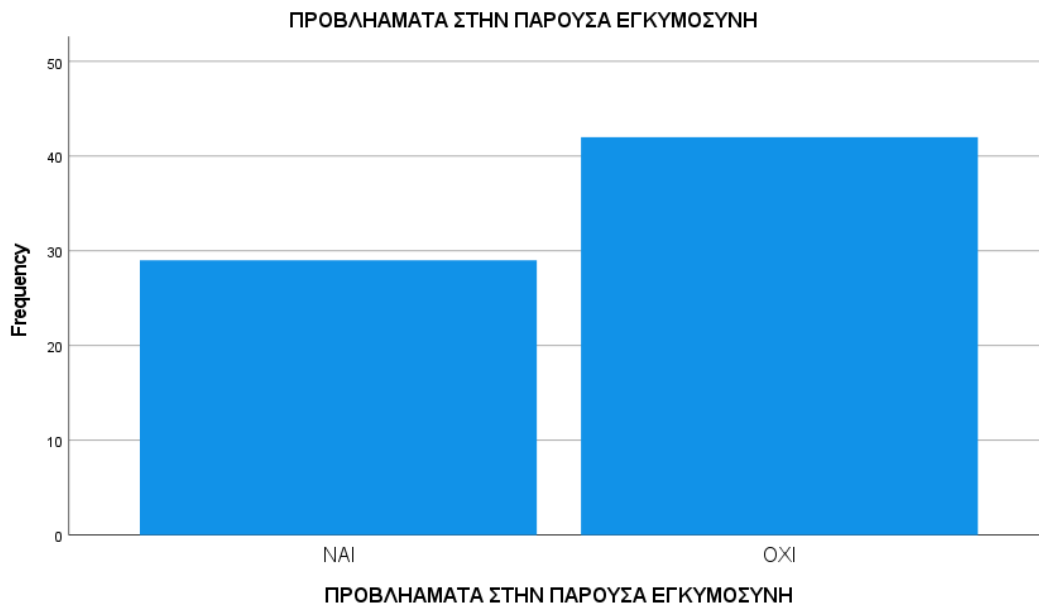
Το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων μη Ρομά που εξετάστηκε αναφέρει την απουσία προβλημάτων στην παρούσα κυηση.



ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

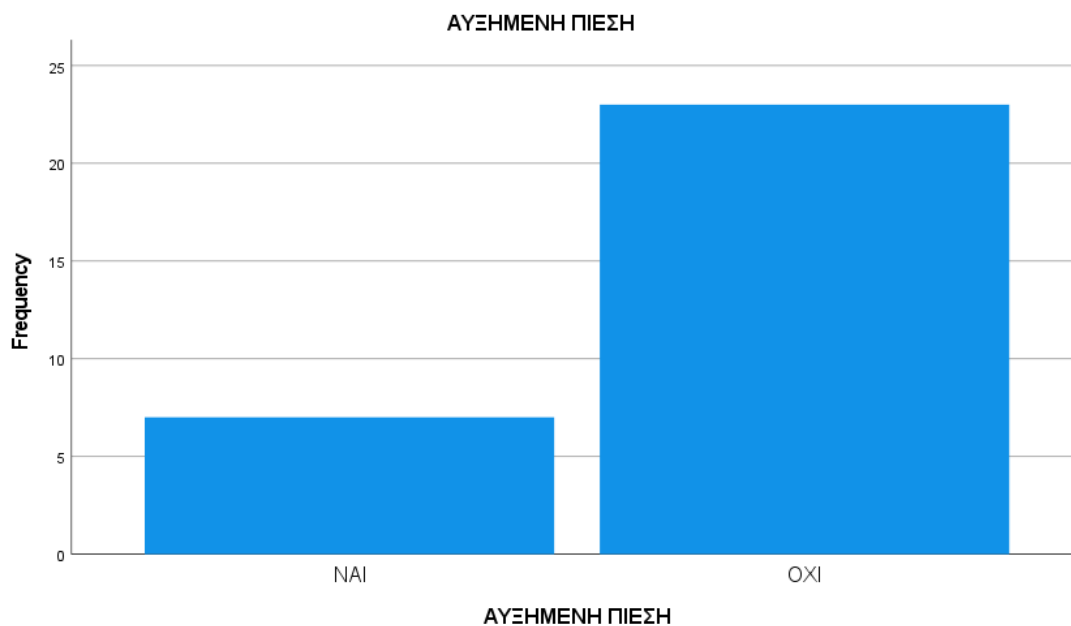
(Σχήμα 11)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων μη Ρομά που εξετάστηκε αναφέρει την παρουσία προβλημάτων στην παρούσα κυηση.



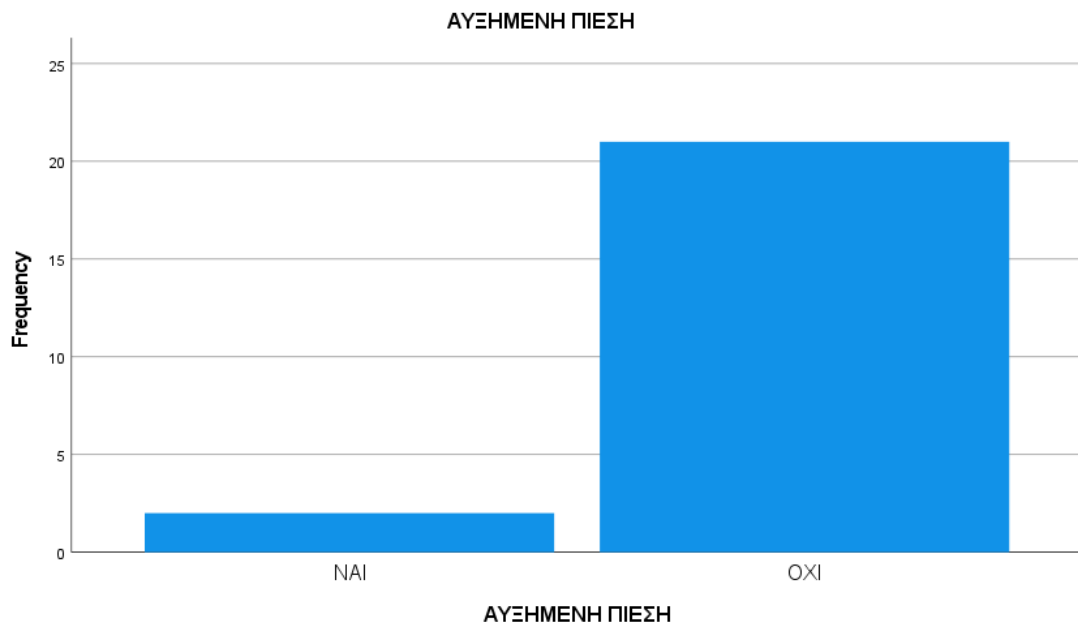
(Σχήμα 12)

Η πλειοψηφία των εγκύων Ρομά που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφερε πως δεν αντιμετωπίζει πεοβλήματα στην παρούσα κυηση.



(Σχήμα 13)

Από το παραπάνω διάγραμμα γίνεται σαφές πως οι έγκυες μη Ρομα δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα με την αρτηριακή τους πίεση στο μεγαλύτερο ποσοστό.



(Σχήμα 14)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων Ρομά αναφέρει πως δεν εμφανίζει αυξημένη αρτηριακή πίεση ενώ ένας πολύ μικρός αριθμός αντιμετωπίζει προβλήματα με την πίεση.



(Σχήμα 15)

Οι περισσότερες έγκυες μη Ρομά που συμμετείχαν στην έρευνα δεν ανέφεραν προβλήματα σχετικά με το σάκχαρο.



ΣΑΚΧΑΡΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

(Σχήμα 16)

Από το παραπάνω διάγραμμα το μεγαλύτερο ποσοστό από τις έγκυες Ρομά δεν αντιμετωπίζει θέματα με τον διαβήτη κύησης ενώ ένας πολύ μικρός αριθμός από συμμετέχουσες απάντησε θετικά.



ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΠΡΟΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

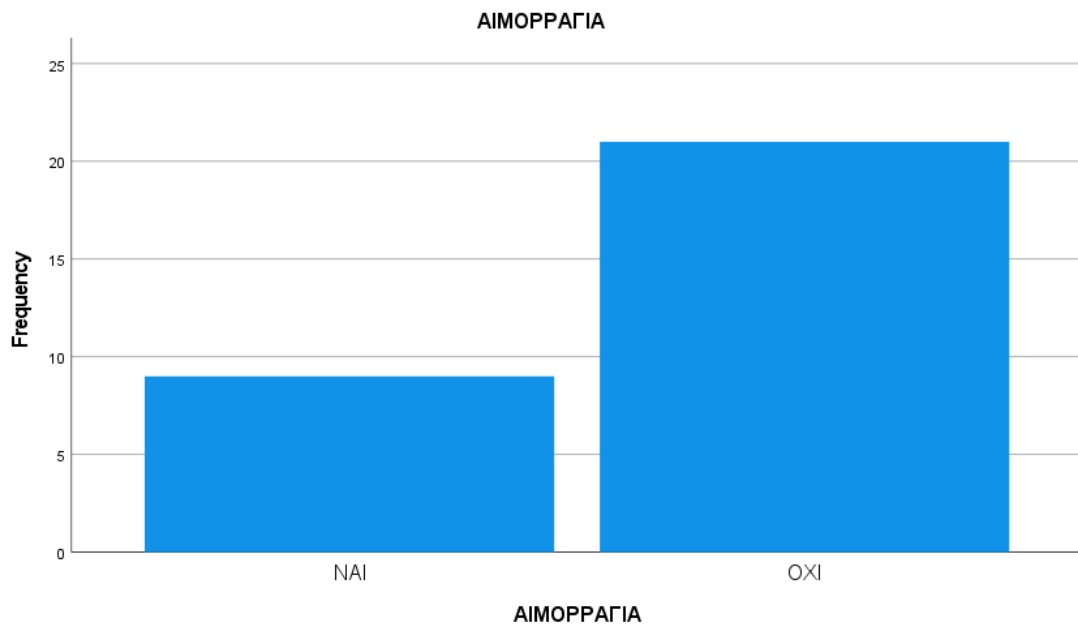
(Σχήμα 17)

Από την έρευνα προκύπτει ότι από τις συμμετέχουσες έγκυες του γενικού πληθυσμού οι περισσότερες δεν έχουν αυξημένη πιθανότητα για πρόωρο τοκετό.



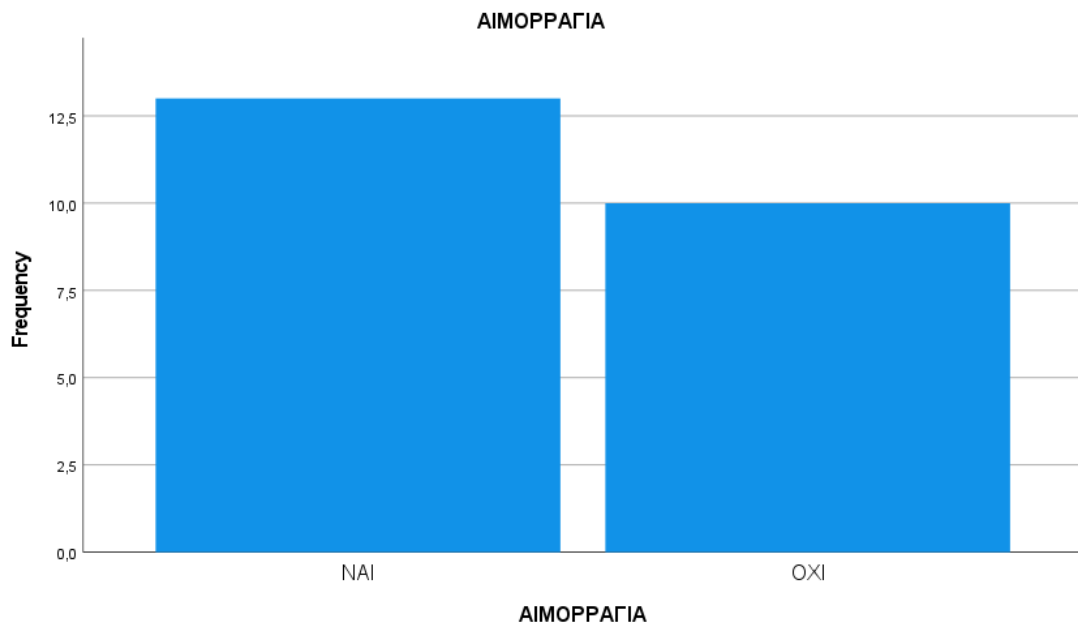
(Σχήμα 18)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων Ρομά αναφέρει πως δεν έχει αυξημένη πιθανότητα να γεννήσει νωρίτερα από την πιθανή ημερομηνία τοκετού παρόλα αυτά ένα μικρότερο αλλά αρκετά αξιολογικό ποσοστό απαντήσε θετικά .



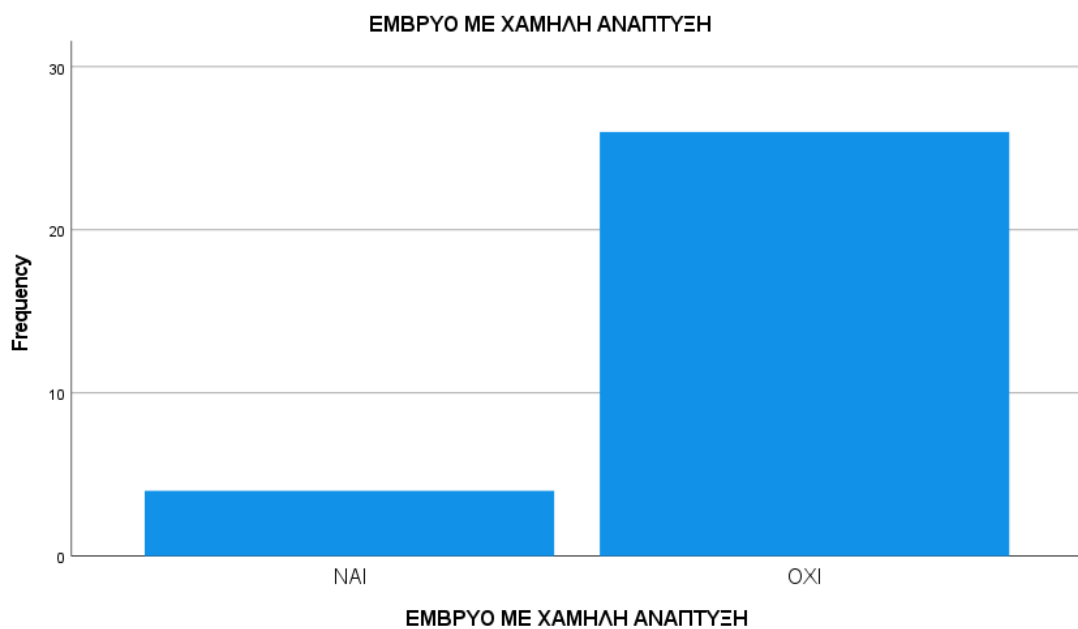
(Σχήμα 19)

Όπως διαπιστώνουμε οι περισσότερες έγκυες του γενικού πληθυσμού που συμμετείχαν στην έρευνα δεν εμφάνισαν συμπτώματα αιμορραγίας. Μικρότερο αλλά αξιόλογο ποσοστό ανέφεραν αιμορραγικές εκκρίσεις στην διάρκεια της κύησης.



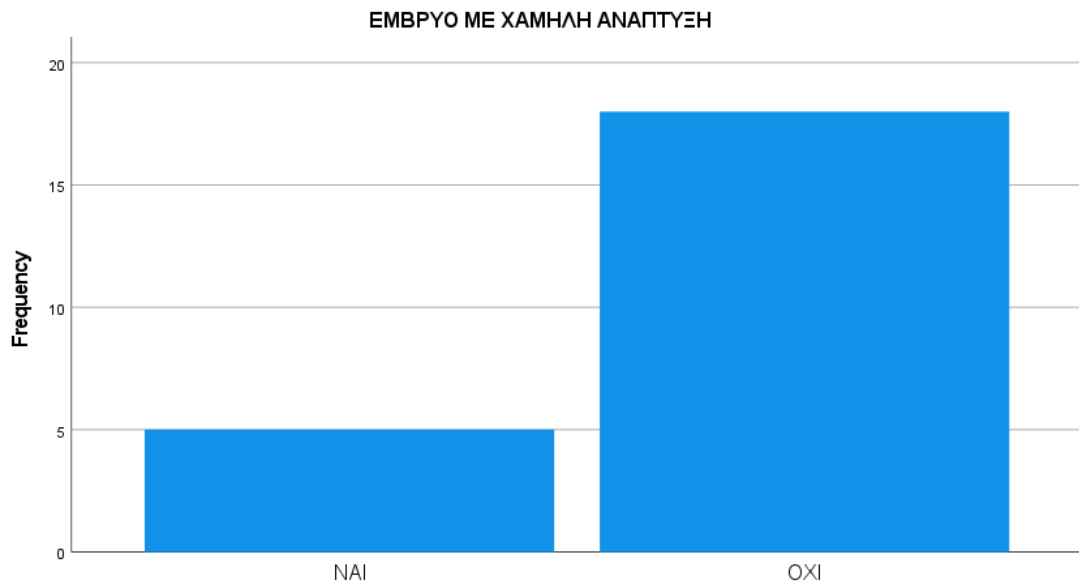
(Σχήμα 20)

Αντίθετα, σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα καθώς οι περισσότερες έγκυες Ρομα αναφέρουν ότι στην διάρκεια της κύησης εμφάνισαν συμπτωματολογία αιμορραγίας.



(Σχήμα 21)

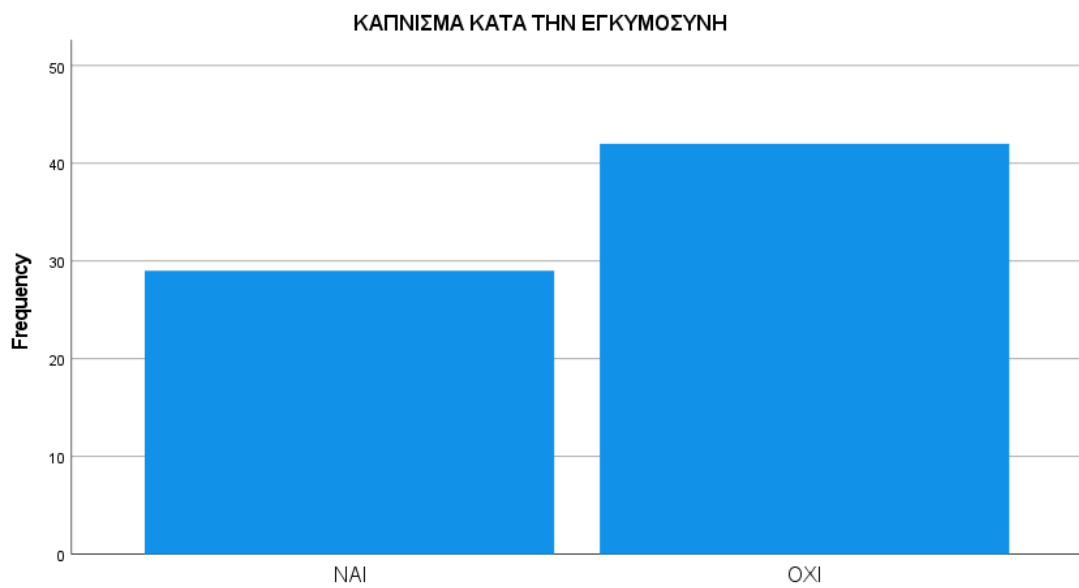
Οι περισσότερες έγκυες του γενικού πληθυσμού σύμφωνα με το δείγμα της έρευνας δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα σχετικά με την ανάπτυξη του εμβρύου τους.



ΕΜΒΡΥΟ ΜΕ ΧΑΜΗΛΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

(Σχήμα 22)

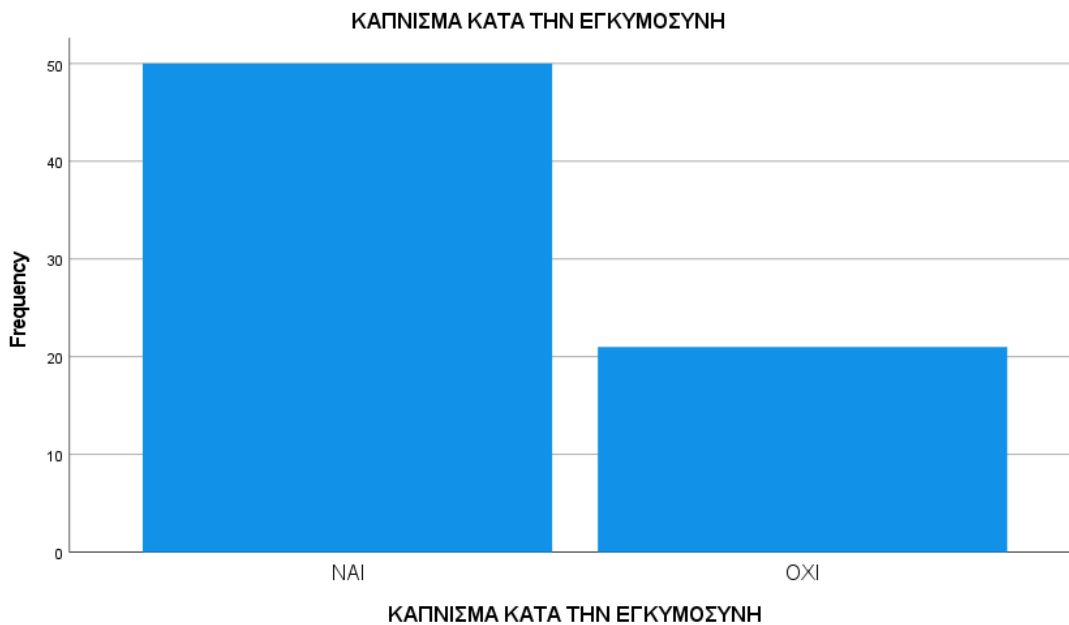
Το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων Ρομα αναφέρει καλή εμβρυική ανάπτυξη.



ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

(Σχήμα 23)

Από τις έγκυες του γενικού πληθυσμού ένα αρκετά αξιόλογο ποσοστό ανέφερε πως δεν καπνίζει στην διάρκεια της εγκυμοσύνης.



(Σχήμα 24)

Αντιθέτως, απο το παραπάνω διάγραμμα γίνεται αντιληπτό ότι οι έγκυες Ρομά είναι στην πλειοψηφία τους καπνίστριες στην διάρκεια της κύησης.



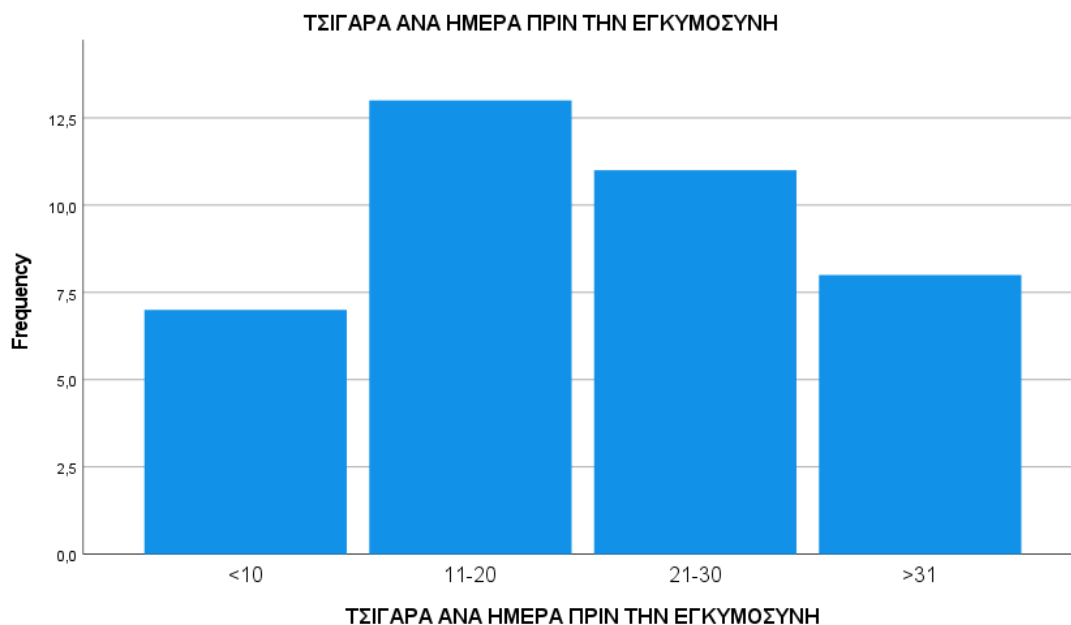
(Σχήμα 25)

Οι περισσότερες έγκυες ρομά ανέφεραν ότι κάπνιζαν πριν την εγκυμοσύνη παρόλα αυτά ένα ποσοστό λίγο μικρότερο από αυτά απάντησε αρνητικά στο κάπνισμα πριν την εγκυμοσύνη.



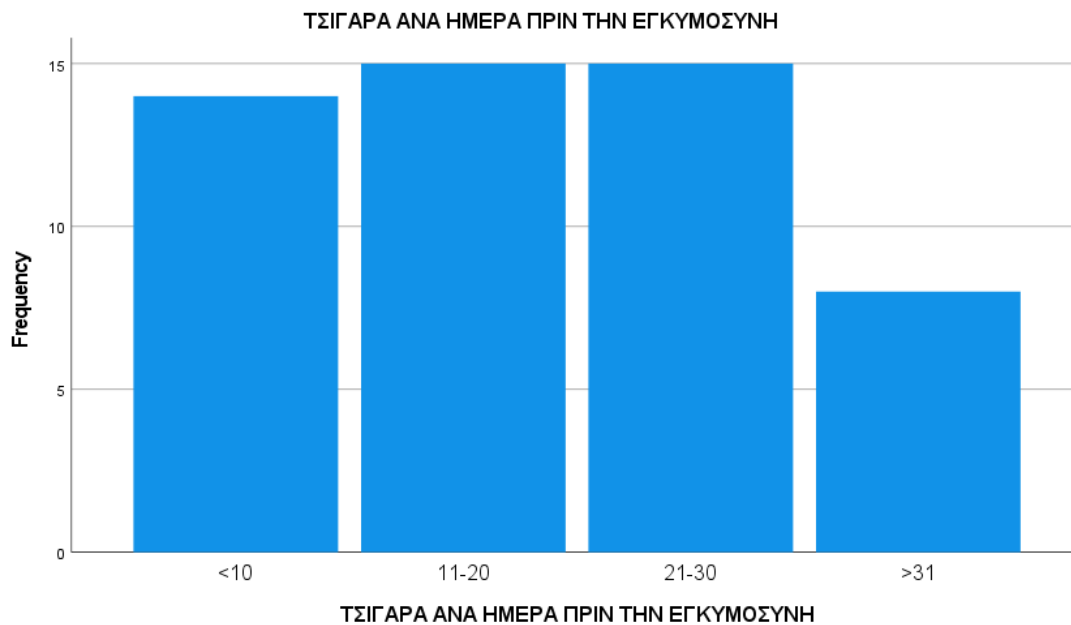
(Σχήμα 26)

Γίνεται αντιληπτό από το παραπάνω διάγραμμα ότι οι έγκυες Ρομά στην πλειοψηφία τους κατανάλωναν προϊόντα καπνού ακόμα κι πριν την εγκυμοσύνη.



(Σχήμα 27)

Από τις 71 έγκυες του γενικού πληθυσμού που συμμετείχαν στην έρευνα σχετικά με τα πόσα τσιγάρα κατανάλωναν ημερησίως πριν την εγκυμοσύνη οι περισσότερες απάντησαν ότι κάπνιζαν 11-20 τσιγάρα ανα ημέρα, ενώ οι λιγότερες ανέφεραν ότι κατανάλωναν <10 τσιγάρα ανα ημέρα.



(Σχήμα 28)

Οι έγκυες Ρομά της έρευνας απάντησαν ότι πριν την εγκυμοσύνη κάπνιζαν 11-20 τσιγάρα ανα ημέρα και 21-30 τσιγάρα ανα ημέρα στο ίδιο ποσοστό ενώ οι λιγότερες σε αριθμό ανέφεραν την κατανάλωση >31 τσιγάρα ανα ημέρα.



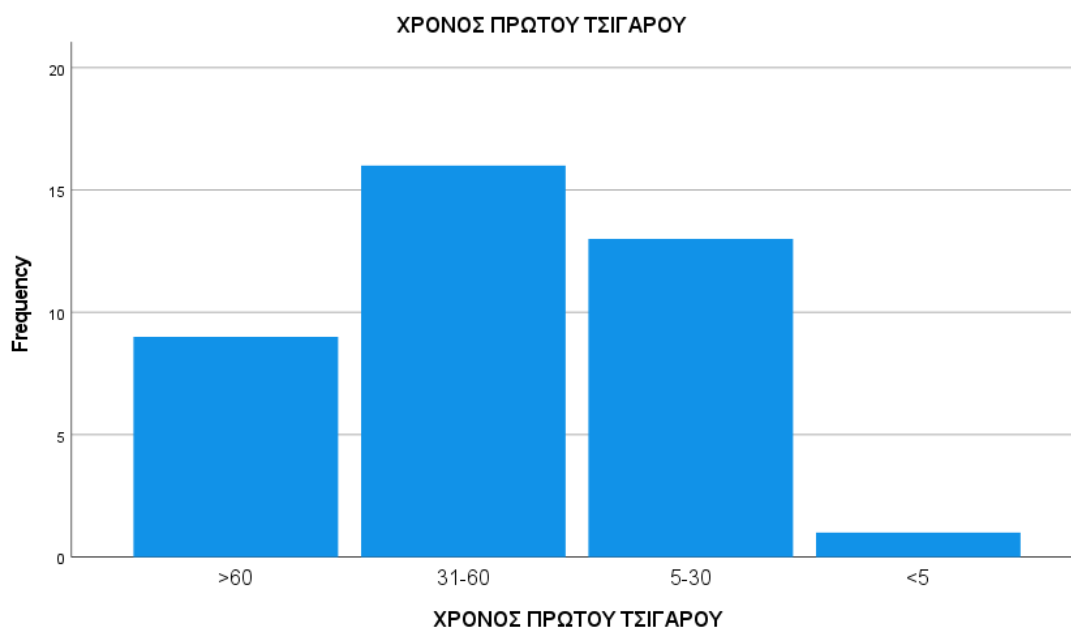
(Σχήμα 29)

Από τις καπνίζουσες έγκυες του γενικού πληθυσμού οι περισσότερες καπνίζουν <10 τσιγάρα ανα ημέρα ενώ ένας πολύ μικρός αριθμός καταναλώνει >31 τσιγάρα στην διάρκεια της κύησης.



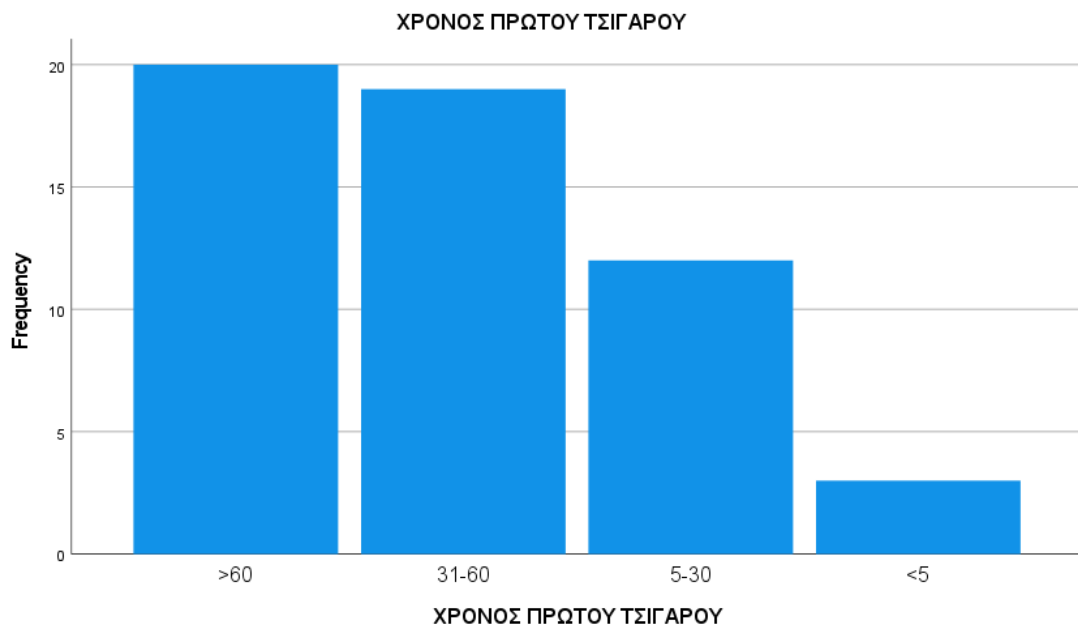
(Σχήμα 30)

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος από τις έγκυες Ρομά στην διάρκεια της εγκυμοσύνης καπνίζουν <10 τσιγάρα/ημέρα ενώ 21-30 τσιγάρα/ημέρα και >31 τσιγάρα/ημέρα ανέφεραν οι λιγότερες έγκυμονούσες ότι καπνίζουν αλλά είναι ένα αξιόλογο ποσοστό.



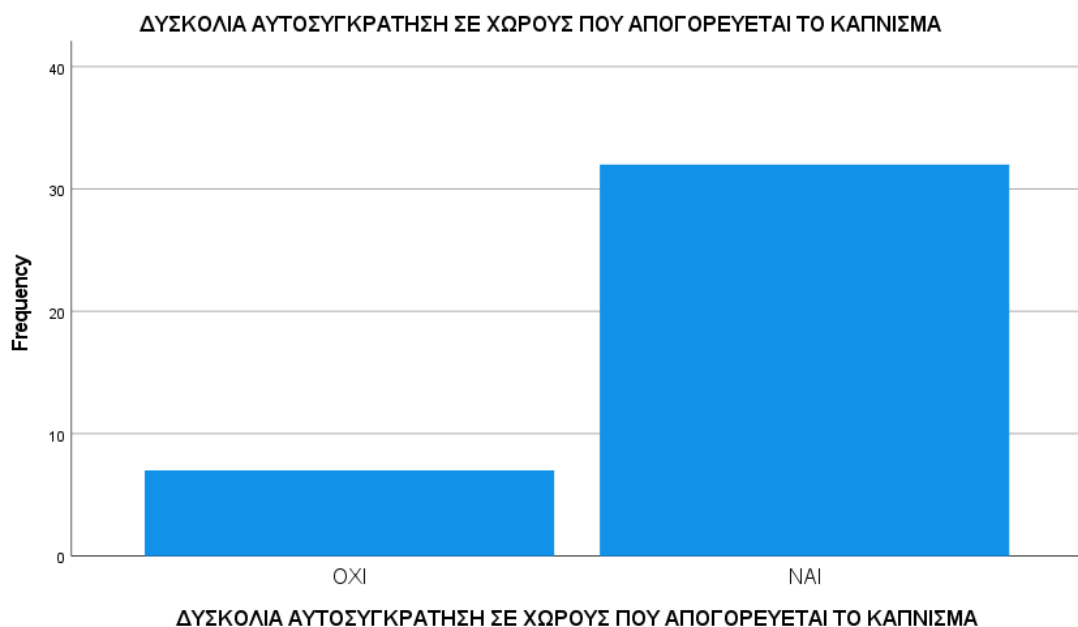
(Σχήμα 31)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων μη ρομά κάνουν το πρώτο τους τσιγάρο μέσα στα πρώτα 31-60 λεπτά από την ώρα που ξυπνούν ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό ανέφερε κατανάλωση καπνού μέσα στα πρώτα 5 λεπτα.



(Σχήμα 32)

Απεναντίας, οι περισσότερες έγκυες Ρομά κάνουν το πρώτο τους τσιγάρο σε διάστημα >60λεπτών από την ώρα που ξυπνούν ενώ ένα μικρό ποσοστό ανέφερε ότι καπνίζει μέσα στα πρώτα πέντε λεπτά από το πρωινό τους ξύπνημα.



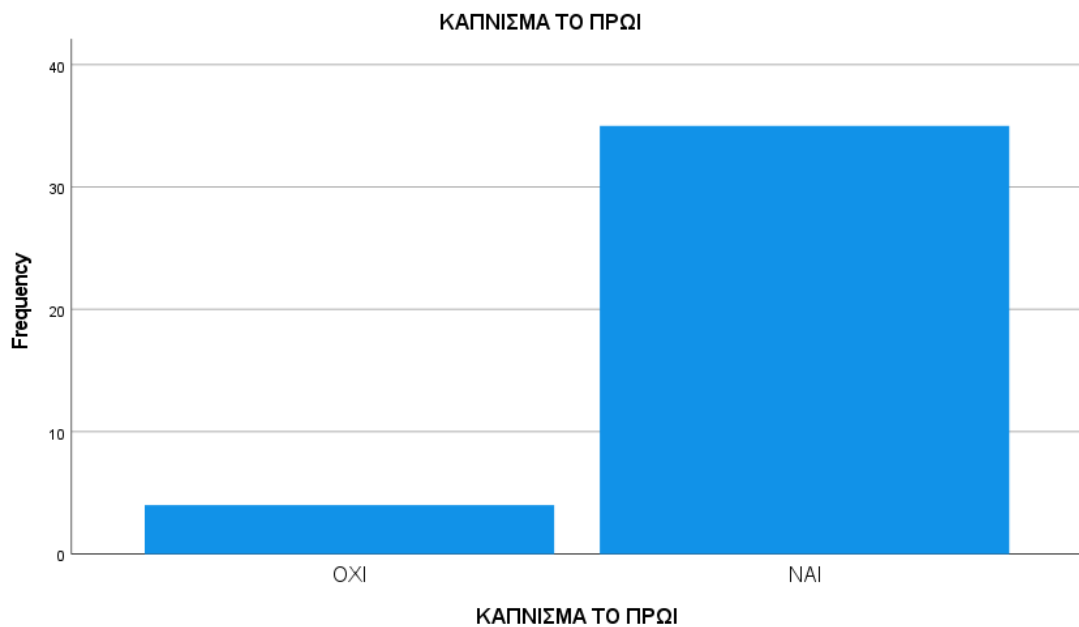
(Σχήμα 33)

Το μεγαλύτερο ποσοστό έγκυων μη Ρομα καπνιστριών αναφέρει ότι δυσκολεύεται να παραμείνει σε χώρους όπου απαγορεύεται το καπνισμα.



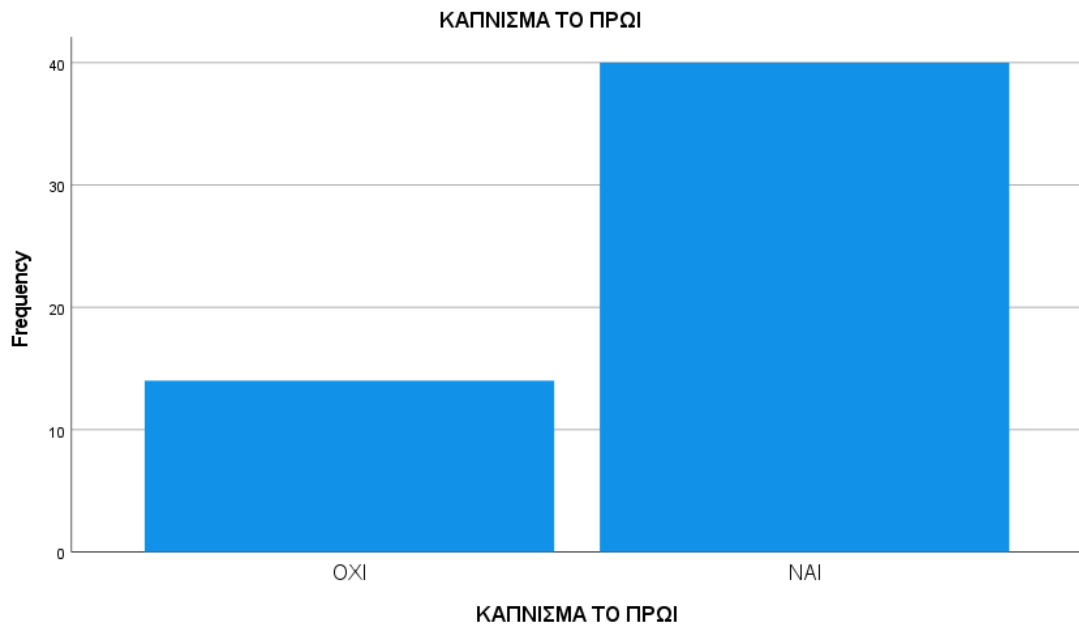
ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΕ ΧΩΡΟΥΣ
(Σχήμα 34)

Οι περισσότερες έγκυες Ρομά που καπνίζουν δεν δυσκολεύονται να παραμείνουν σε χώρους όπου απαγορεύεται το κάπνισμα ενώ λιγότερες ,αλλα αξιόλογος αριθμος, αναφέρει σημαντική δυσκόλια.



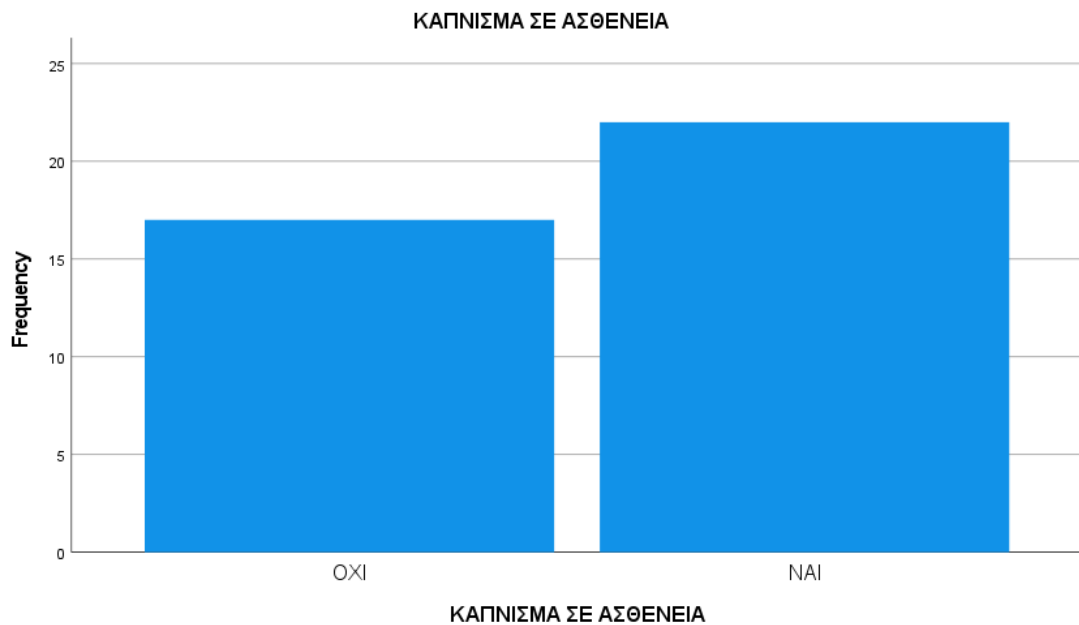
ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΤΟ ΠΡΩΙ
(Σχήμα 35)

Από τις έγκυες καπνίστριες του γενικού πληθυσμού οι περισσότερες σύμφωνα με την έρευνα καπνίζουν πιο συχνά το πρωί σε σχέση με την υπόλοιπη μερα.



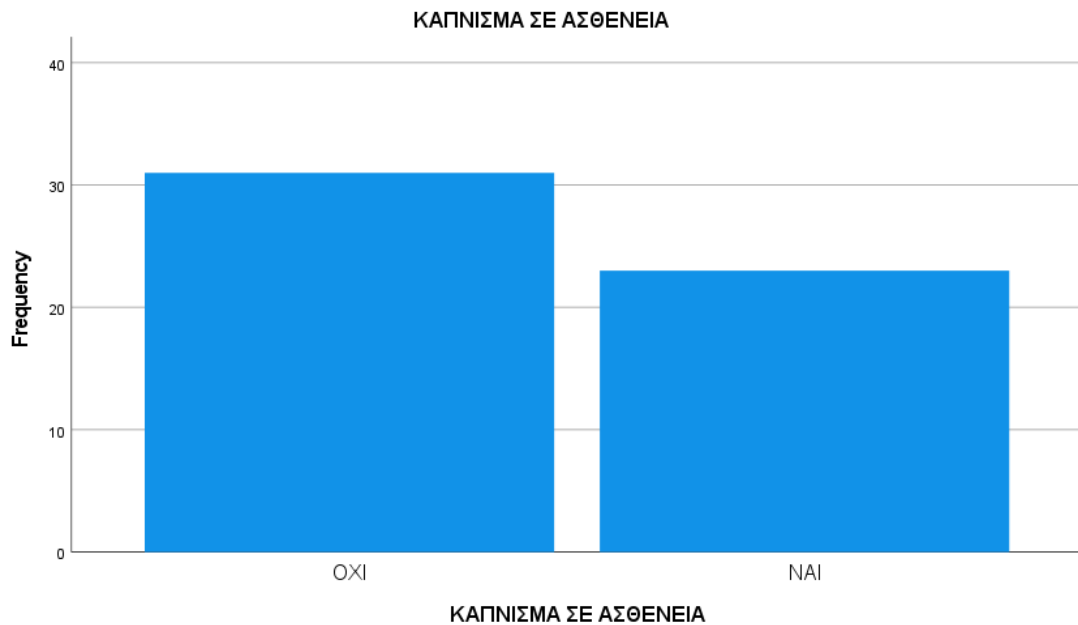
ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΤΟ ΠΡΩΙ
(Σχήμα 36)

Από την έρευνα προκύπτει ότι οι έγκυες Ρομά που καπνίζουν καταναλώνουν προϊόντα καπνού σε μεγαλύτερη συχνότητα τις πρωινές ώρες.



ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΑ
(Σχήμα 37)

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος από τις έγκυες καπνίστριες που δεν ανήκουν στην ομάδα των Ρομα καπνίζουν ακόμα κι όταν είναι άρρωστες χωρίς όμως το ποσοστό αυτών που ανέφεραν ότι δεν καπνίζουν να διαφέρει σημαντικά.



ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

(Σχήμα 38)

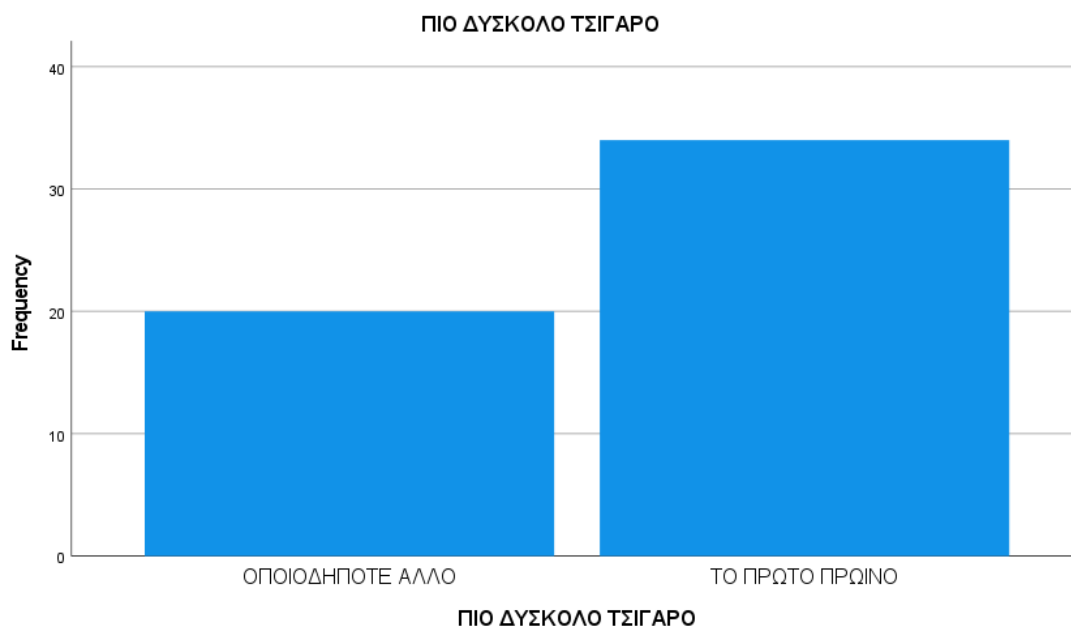
Αντίθετα, οι έγκυες ρομά οι οποίες είναι καπνίστριες οι περισσότερες ανέφεραν πως όταν βρίσκονται σε περίοδο ασθένειας δεν καταναλώνουν προϊόντα καπνού.



ΤΟ ΠΙΟ ΔΥΣΚΟΛΟ ΤΣΙΓΑΡΟ

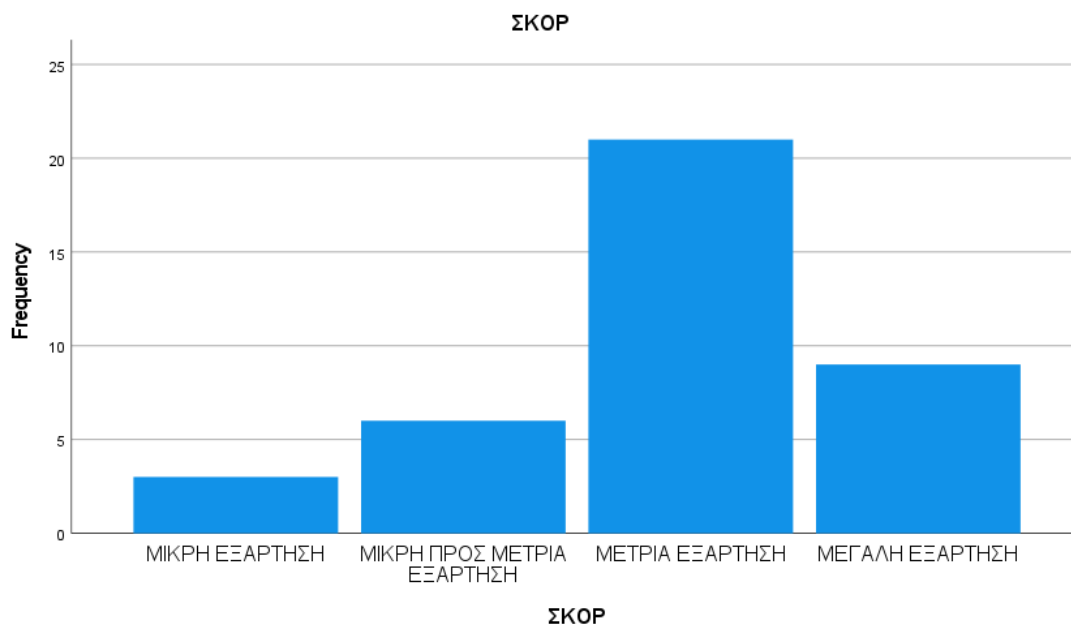
(Σχήμα 39)

Όπως γίνεται κατανοητό από το παραπάνω διάγραμμα οι έγκυες καπνίστριες του γενικού πληθυσμού απάντησαν ότι το πρωινό είναι το τσιγάρο που θα δυσκολευτούν πιο πολύ να κόψουν ενώ ένα μικρό ποσοστό ανέφερε ότι με δυσκολία θα κόψουν οποιοδήποτε άλλο τσιγάρο μέσα στην μέρα.



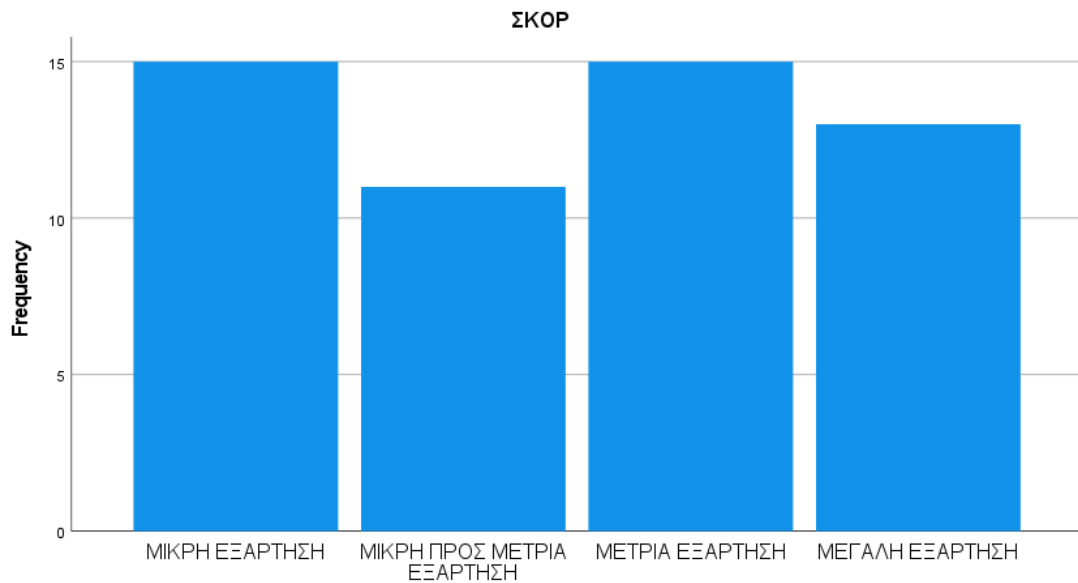
(Σχήμα 40)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των έγκυων Ρομά θα δυσκολευτούν να κόψουν το πρώτο πρωινό τσιγάρο ενά ένα μικρότερο ποσοστό χωρίς όμως μεγάλη διαφορά απάντησε πως θα έχει δυσκολία στην διακοπή οποιουδήποτε τσιγάρου μέσα στην ημέρα.



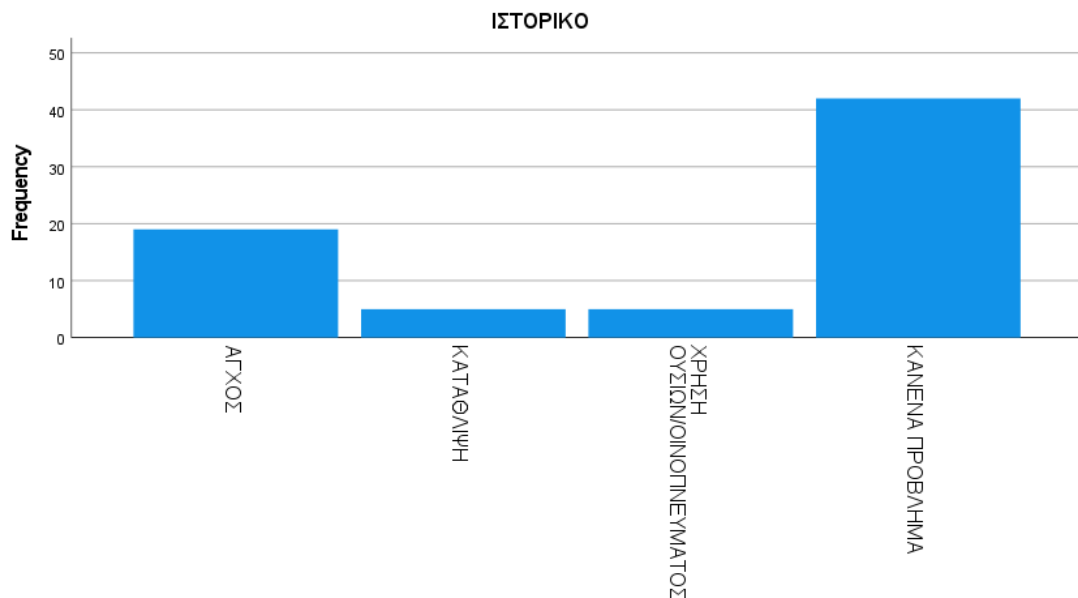
(Σχήμα 41)

Από τον παραπάνω πίνακα γίνεται σαφές ότι οι έγκυες του γενικού πληθυσμού που καπνίζουν έχουν μετρίου βαθμού εξάρτηση από τα προϊόντα καπνού ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό φάνηκε να έχει μικρή εξάρτηση από από το τσιγάρο.



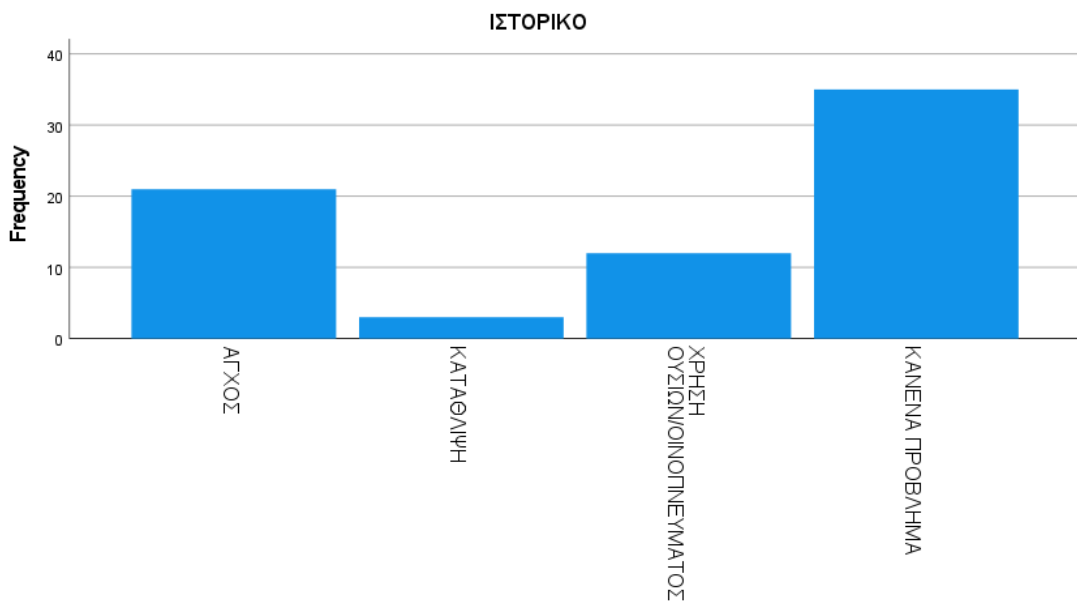
ΣΚΟΡ
(Σχήμα 42)

Όσον αφορά τις έγκυες ρομά το μεγαλύτερο ποσοστό ανέφερε μέτρια και μικρή εξάρτηση ενώ ένα αξιόλογο ποσοστό με μικρή διαφορά από τα προηγούμενα φάνηκε να έχει μεγάλου βαθμού εξάρτηση.



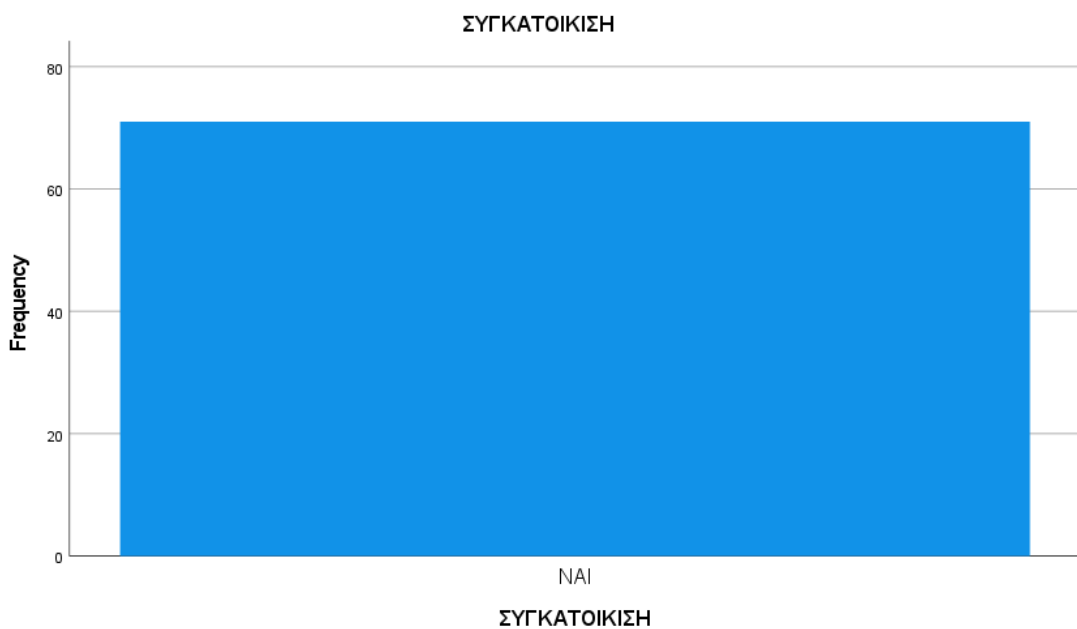
ΙΣΤΟΡΙΚΟ
(Σχήμα 43)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων του γενικού πληθυσμού ανέφερε πως δεν αντιμετώπισε κανένα πρόβλημα στο παρελθόν ενώ ένας αξιοσημείωτος αριθμός εγκύων τόνισε το άγχος ως βασικότερο πρόβλημα.



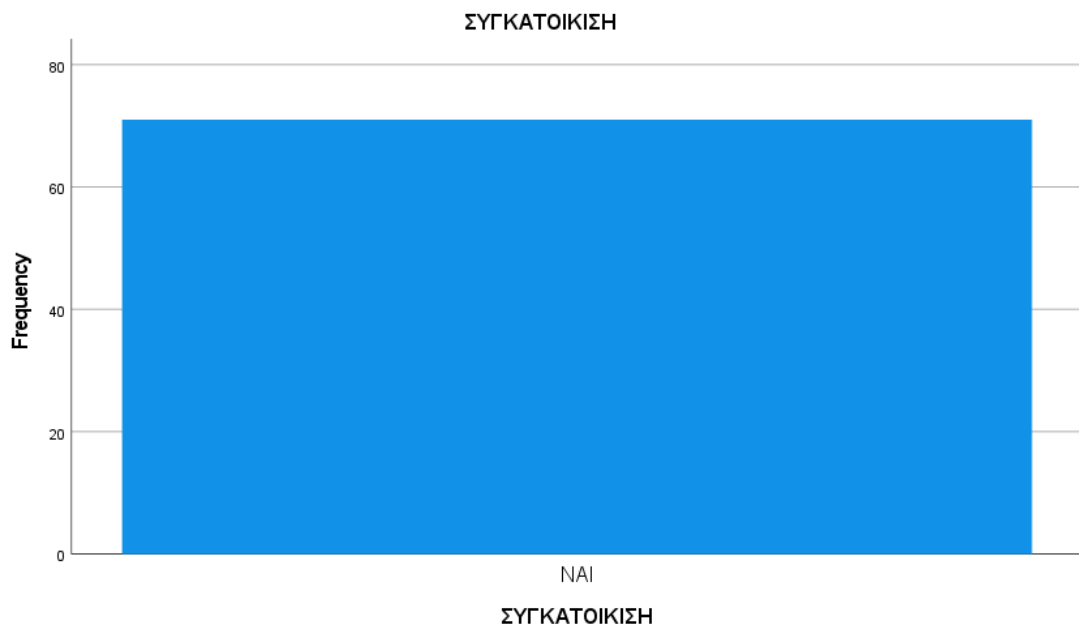
ΙΣΤΟΡΙΚΟ
(Σχήμα 44)

Οι περισσότερες έγκυες Ρομά δεν ανέφεραν κάποιο πρόβλημα στο παρελθόν ,ενώ ένας σημαντικός αριθμός αντιμετώπισε προβλήματα με το άγχος και την χρήση ουσιών και οινοπνεύματος.



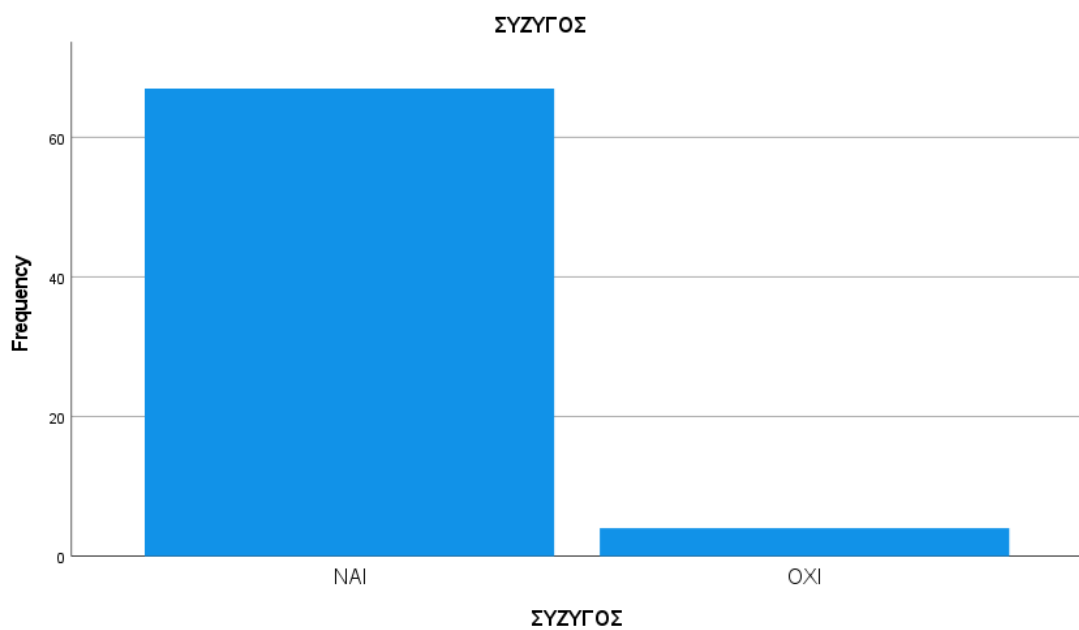
ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΙΣΗ
(Σχήμα 45)

Όλες οι έγκυες του γενικού πληθυσμού που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι συγκατοικούν.



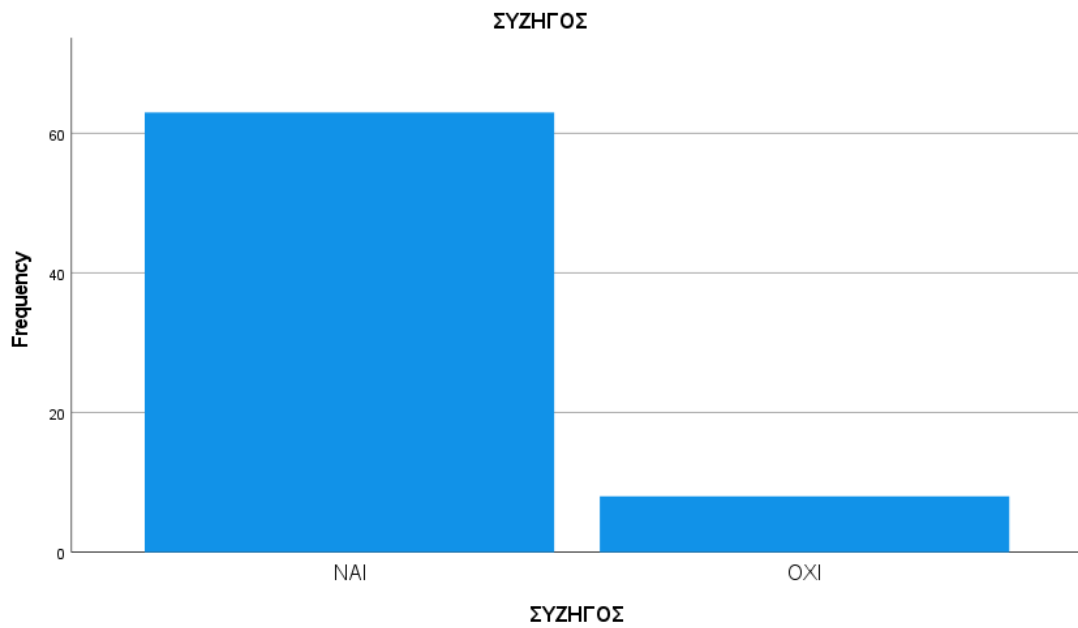
(Σχήμα 46)

Οι έγκυες Ρομά απάντησαν όλες θετικά στην συγκατοίκηση με άλλο ή αλλα άτομα.



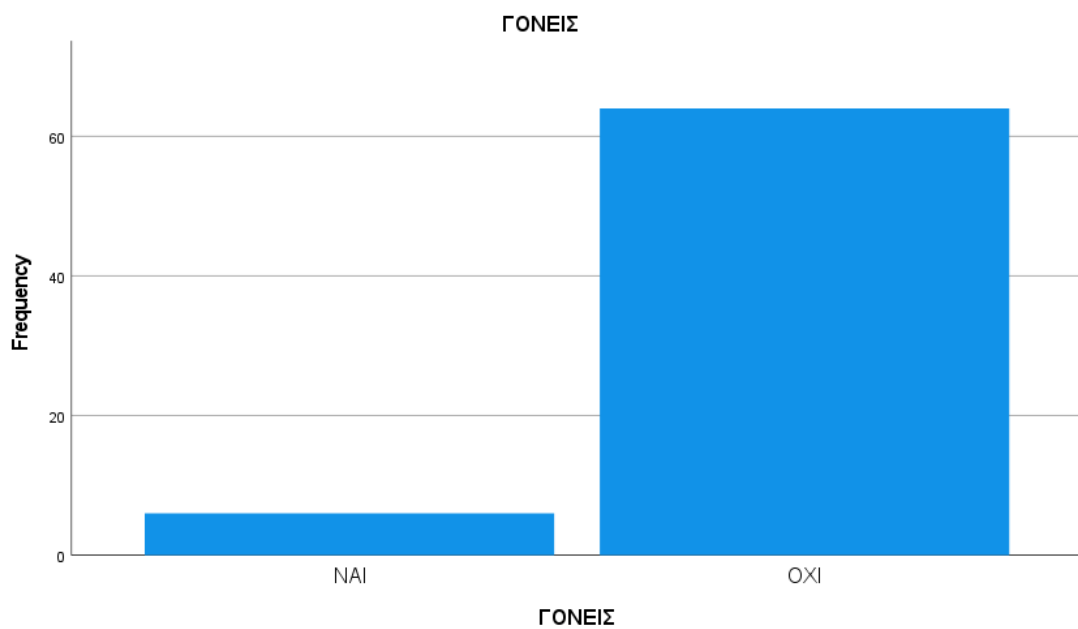
(Σχήμα 47)

Η πλειονότητα των εγκύων μη Ρομά δήλωσε ότι συγκατοικεί με τον σύζυγο ενώ ένας πολύ μικρός αριθμός από το σύνολο ανέφερε απουσία συζύγου στην κατοικία τους.



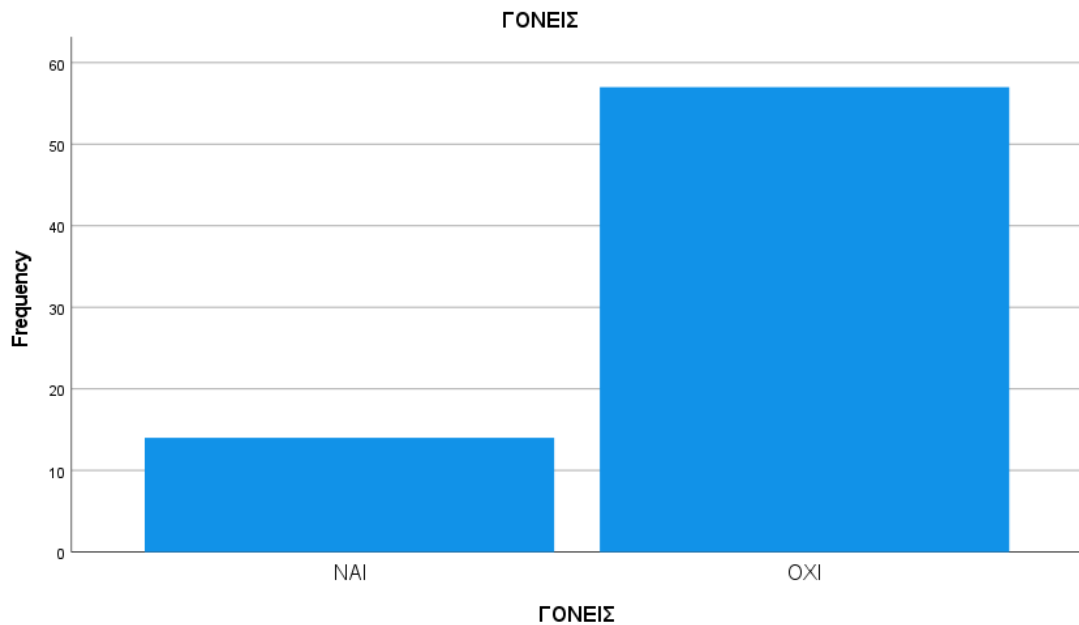
(Σχήμα 48)

Στην ομάδα των εγκύων Ρομά ο μεγαλύτερος αριθμός συγκατοικεί με τον σύζυγο.



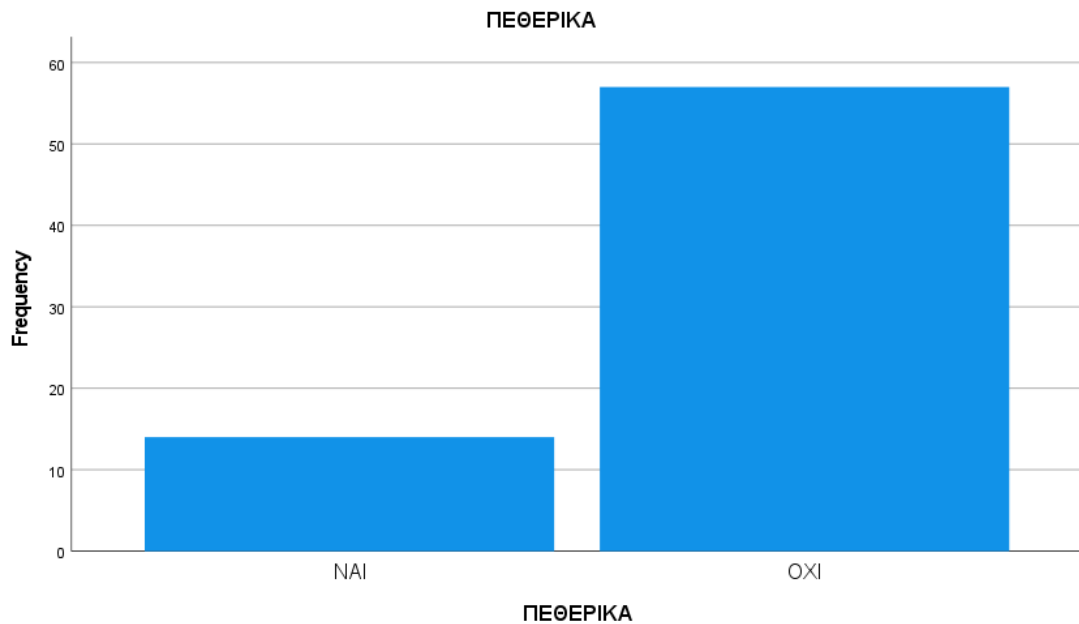
(Σχήμα 49)

Από την έρευνα προκύπτει πως οι έγκυες του γενικού πληθυσμού δεν συγκατοικούν με τους γονείς τους σε μεγάλο βαθμό.



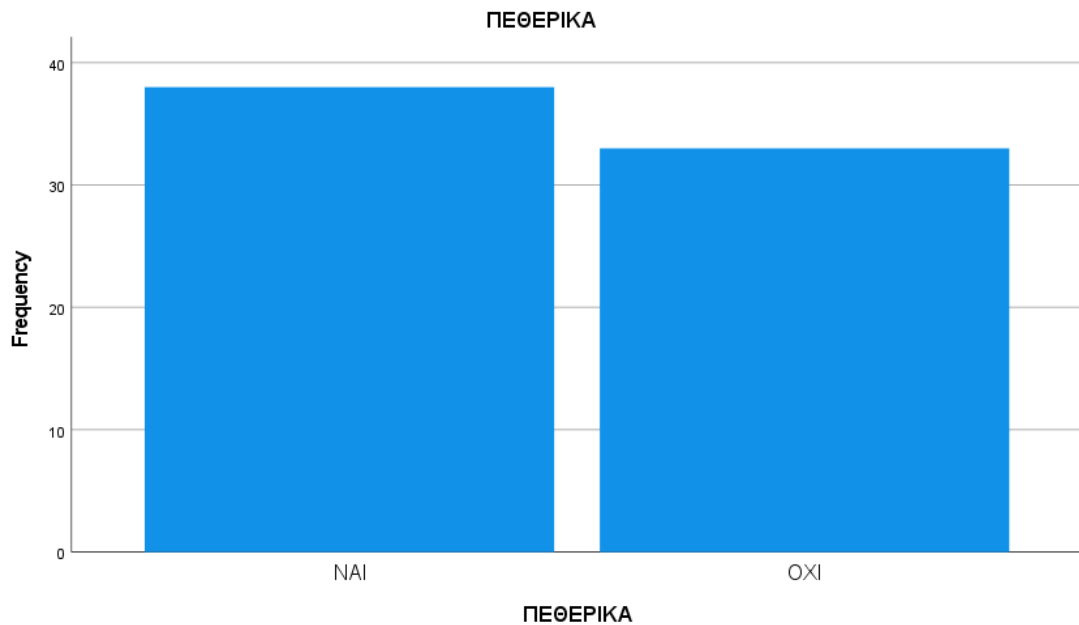
(Σχήμα 50)

Το παραπάνω διάγραμμα μας δίνει πληροφορίες σχετικά με παρουσία των γονέων της εγκύου Ρομά στο ίδιο σπίτι μαζί της. Οι περισσότερες έγκυες Ρομά δήλωσαν πως δεν μένουν με τους γονείς τους.



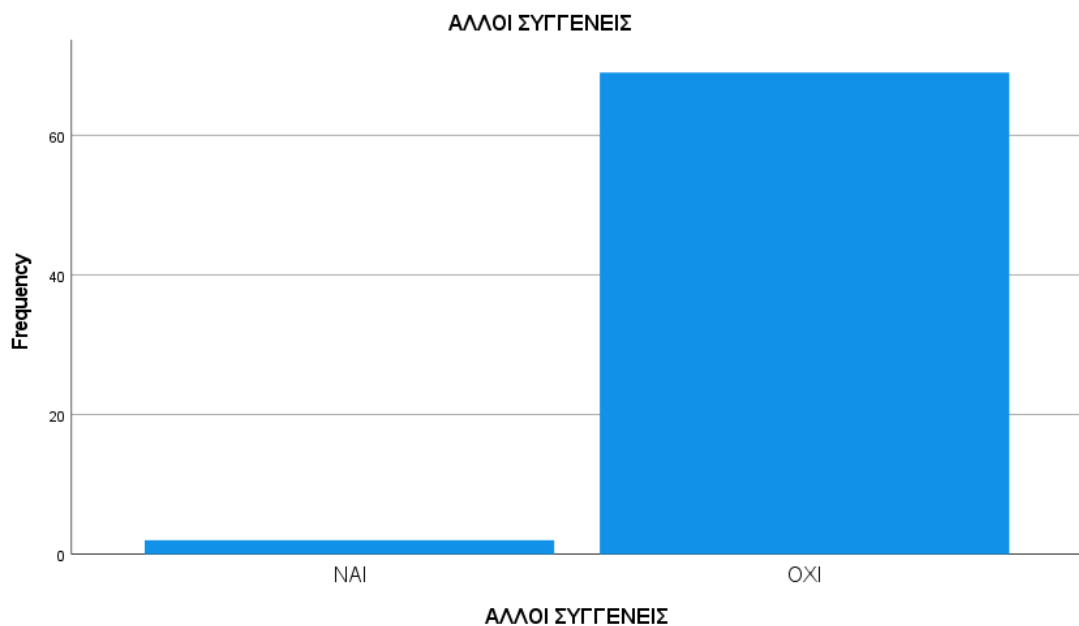
(Σχήμα 51)

Από τις έγκυες μη Ρομά που συμμετείχαν στην έρευνα ένα πολύ μικρό ποσοστό απάντησε θετικά στην συγκατοίηση με τα πεθερικά τους.



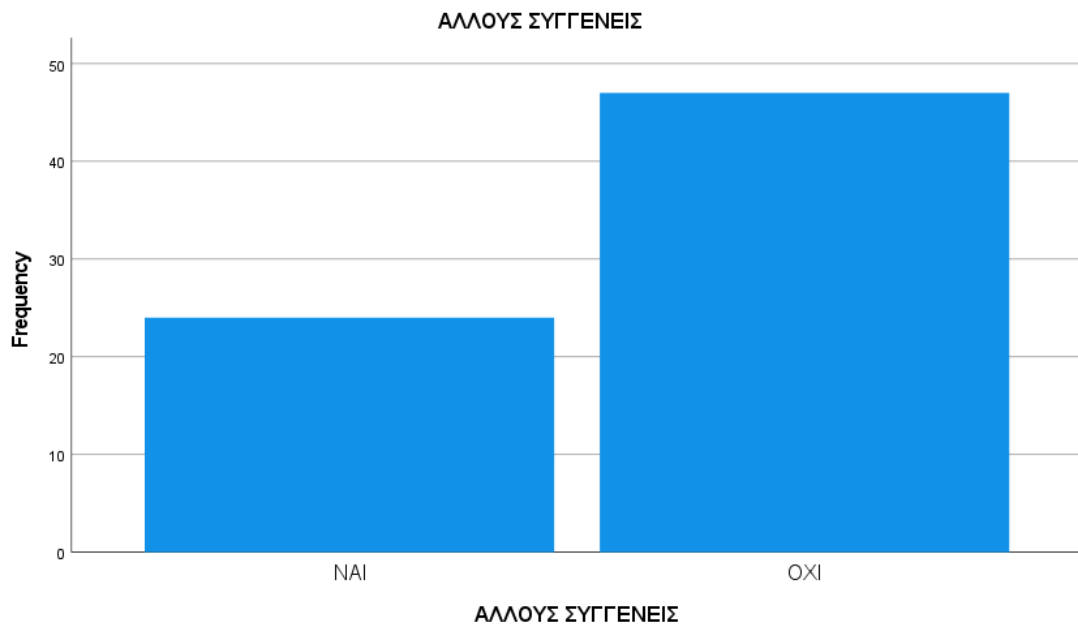
(Σχήμα 52)

Αντίθετα, το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων Ρομά δήλωσε ότι συγκατοικεί και μαζί με τα πεθερικά τους.



(Σχήμα 53)

Σχεδόν όλες οι έγκυες μη Ρομά ανέφεραν ότι δεν συγκατοικούν μαζί με άλλους συγγενείς ενώ ένας παρα πολύ μικρός αριθμός ανέφερε ύπαρξη άλλων συγγενών στο σπίτι.



(Σχήμα 54)

Οι περισσότερες έγκυες Ρομά δήλωσαν ότι δεν μένουν με άλλους συγγενείς στο σπίτι πέρα από τον σύζυγο, τα πεθερικά ή τους γονείς τους αλλά σημαντικό ποσοστό αυτών ανέφερε ύπαρξη και άλλων συγγενων στο σπίτι πέρα των προαναφερόμενων.



(Σχήμα 55)

Όπως διαπιστώνεται από το παραπάνω διάγραμμα το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων μη Ρομά ανέφερε την ύπαρξη ατόμου που καπνίζει στο σπίτι όπου συγκατοικούν.



(Σχήμα 56)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων Ρομά δήλωσαν ότι στον χώρο όπου κατοικούν υπάρχουν και άλλα άτομα τα οποία κάνουν χρήση προϊόντων καπνού.



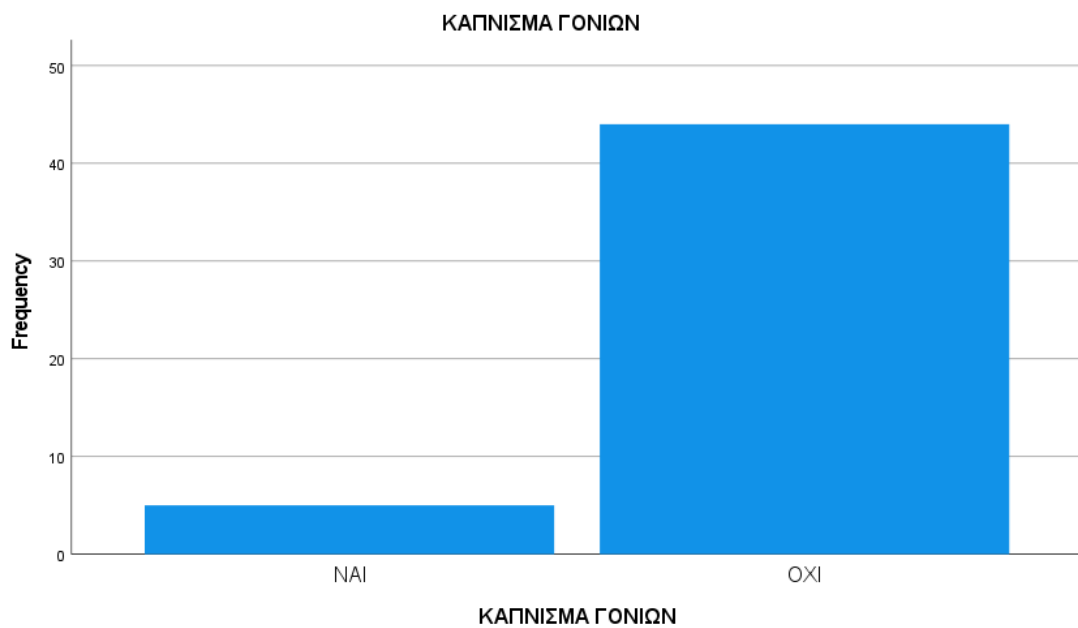
(Σχήμα 57)

Οι έγκυες του γενικού πληθυσμού ως βασικό καπνιστή του σπιτιού ανέφεραν σε μεγάλο ποσοστό τον σύζυγό τους.



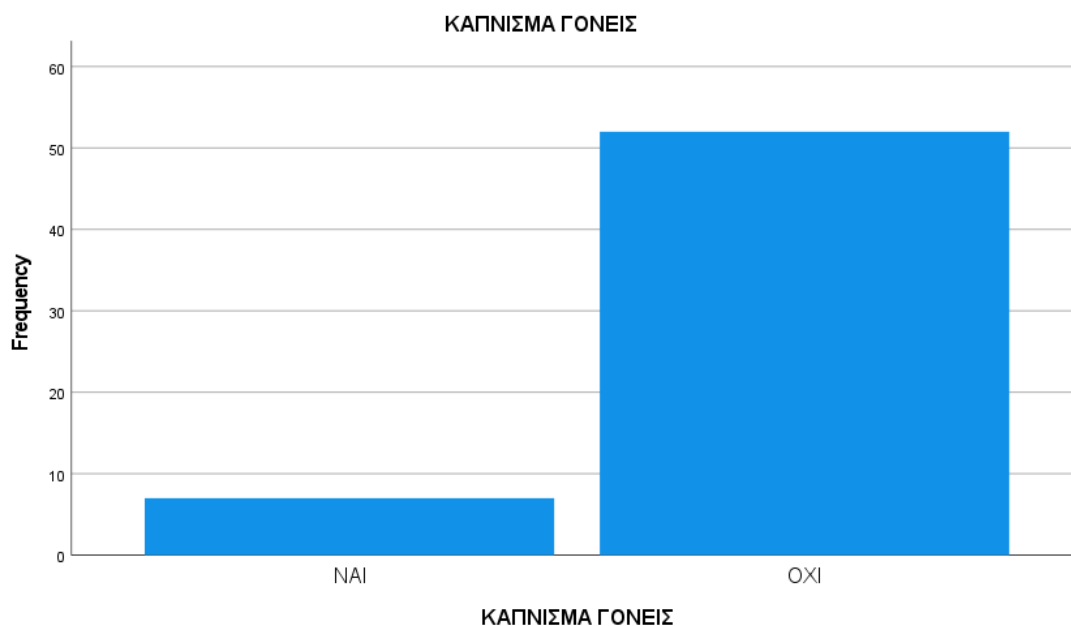
(Σχήμα 58)

Από τις έγκυες Ρόμα που συμμετείχαν στην έρευνα οι περισσότερες ανέφεραν ότι ο σύζυγος τους που μένουν μαζί καπνίζει.



(Σχήμα 59)

Σε μικρότερη συχνότητα οι έγκυες μη Ρομά αναφέρουν ότι καπνίζουν στο σπίτι οι γονείς τους με τους οποίους συγκατοικούν.



ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΓΟΝΕΙΣ
(Σχήμα 60)

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα ένα πολύ μικρό ποσοστό από τις έγκυες Ρομα που συγκατοικούν και με τους γονείς τους αναφέρουν ότι εκείνοι καταναλώνουν προϊόντα καπνού.



ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΕΘΕΡΙΚΩΝ
(Σχήμα 61)

Όπως προκύπτει από την έρευνα ένας πολύ μικρός αριθμός των πεθερικών που συγκατοικούν με τις έγκυες του γενικού πληθυσμού καπνίζουν.



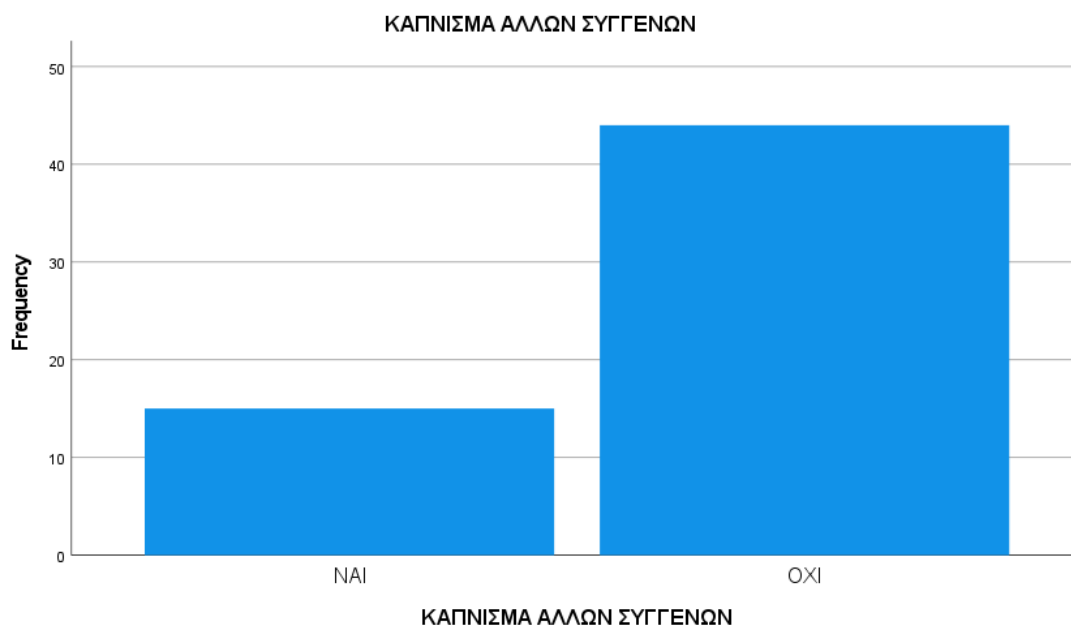
(Σχήμα 62)

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος των εγκύων Ρομά αναφέρει ότι τα πεθερικά με τα οποία συγκατοικούν δεν καπνίζουν. Ένα αξιόλογο ποσοστό όμως το οποίο δεν διαφέρει σημαντικά από την απάντηση της πλειοψηφίας απάντησε θετικά στην χρήση καπνού από τα πεθερικά τους με τα οποία μένουν στον ίδιο χώρο.



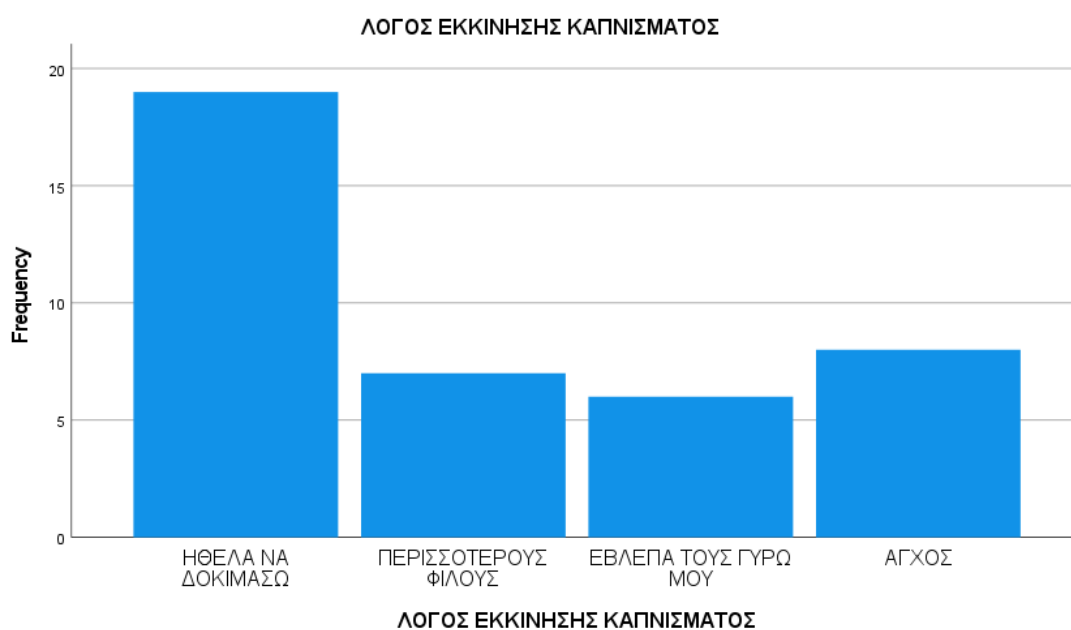
(Σχήμα 63)

Σημαντικά μικρός αριθμός του δείγματος των εγκύων μη Ρομά ανέφερε την παρουσία άλλων συγγενών στο σπίτι πέραν του συζύγου, των πεθερικών και των γονέων τους, οι οποίοι κάνουν χρήση προϊόντων καπνού.



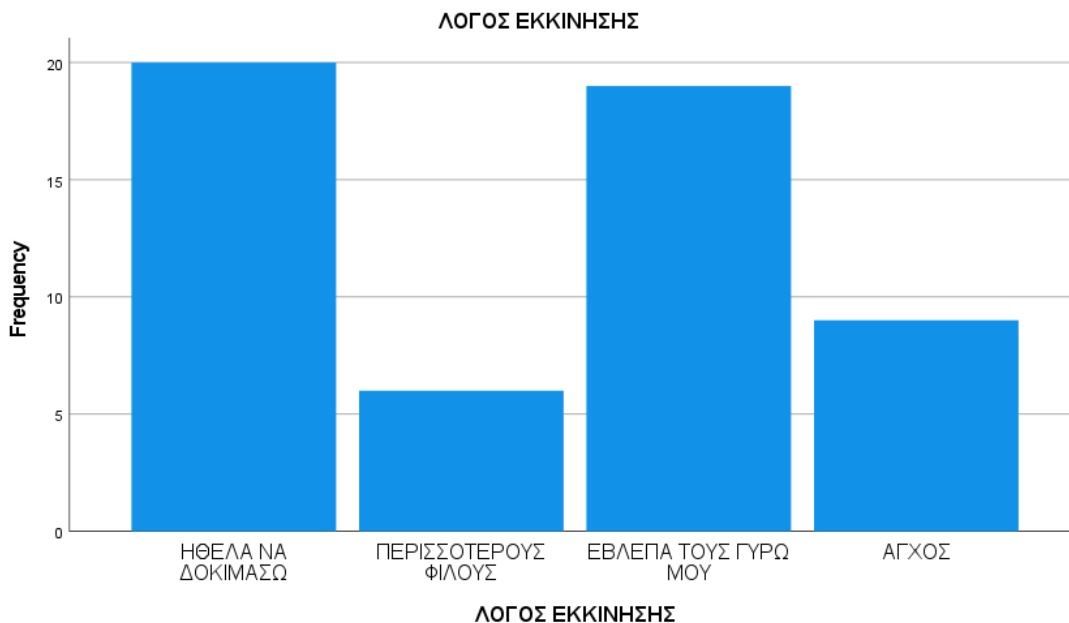
(Σχήμα 64)

Η πλειοψηφία των εγκύων Ρομά αναφέρει ότι οι υπόλοιποι συγγενείς εκτός από τους γονείς, τα πεθερικά και τον σύζυγο που μένουν μαζί δεν καπνίζουν.



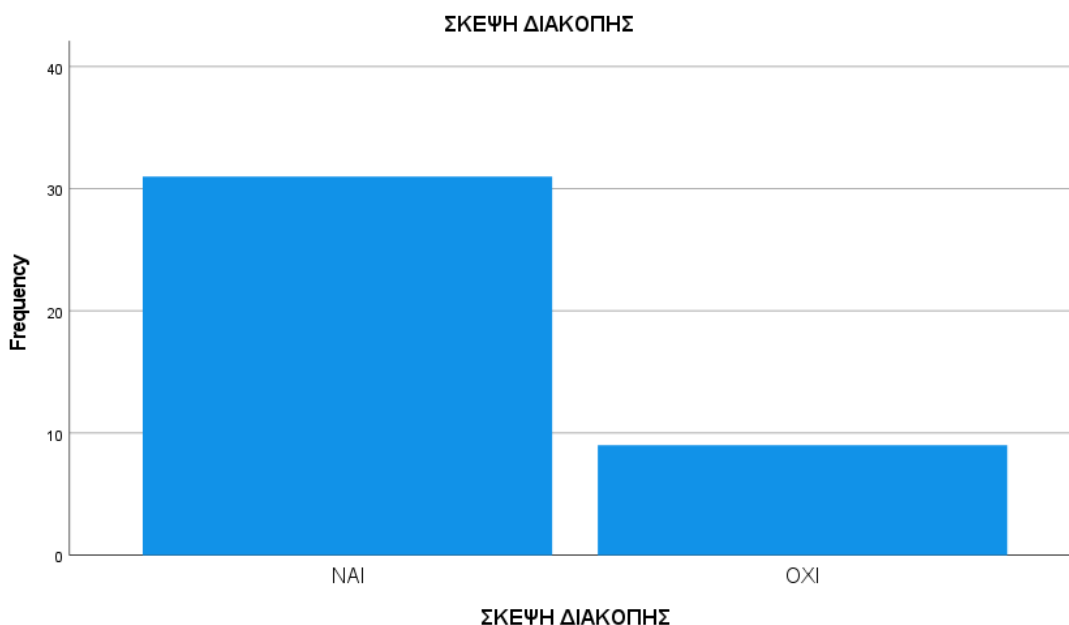
(Σχήμα 65)

Ο λόγος με την μεγαλύτερη συχνότητα για τον οποίο οι έγκυες μη Ρομά που συμμετείχαν στην έρευνα ξεκίνησαν το κάπνισμα είναι όπως ανέφεραν γιατί ήθελαν να δοκιμάσουν, ενώ αμέσως μετά ανέφεραν σαν σημαντικό λόγο το άγχος. Αντίθετα, ο επηρεασμός από τους γυρω τους που τους έβλεπαν να καπνίζουν αναφέρετε από το μικρότερο ποσοστό του δείγματος ως λόγος εκκίνησης του τσιγάρου.



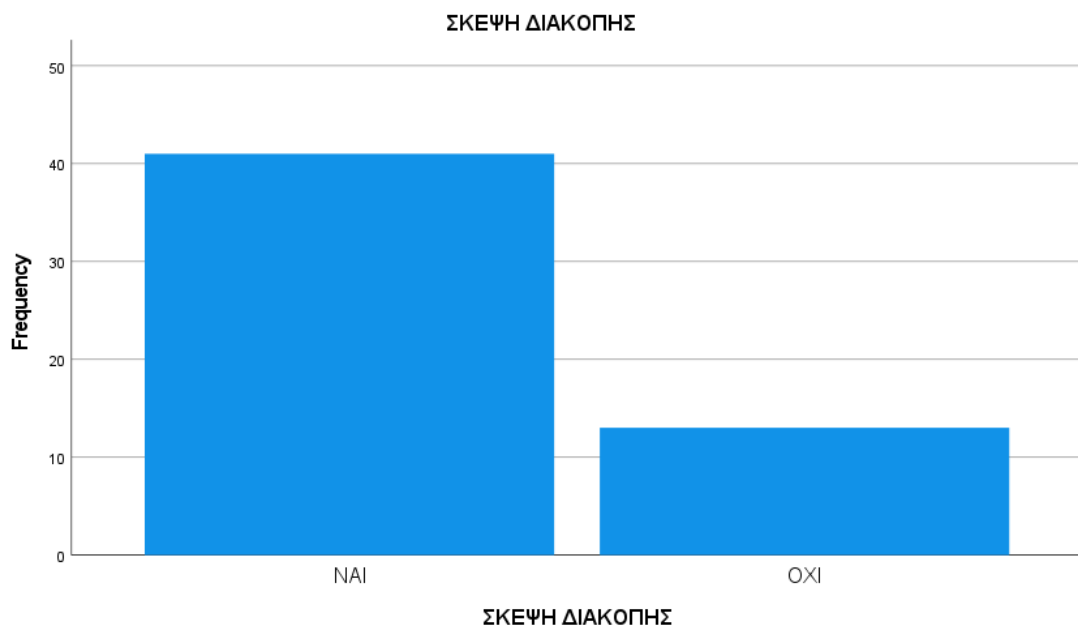
(Σχήμα 66)

Ενώ, το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων καπνιστριών Ρομά δήλωσαν ως βασικό λόγο εκκίνησης του καπνίσματος την θέληση τους να δοκιμάσουν και με λίγο μικρότερο ποσοστό τον επηρεασμό από τους γύρω τους οι οποίοι κάπνιζαν. Αντίθετα η ανεύρεση φίλων μέσω του καπνίσματος αναφέρθηκε από τις λιγότερες έγκυες Ρομά ως λόγος εκκίνησης.



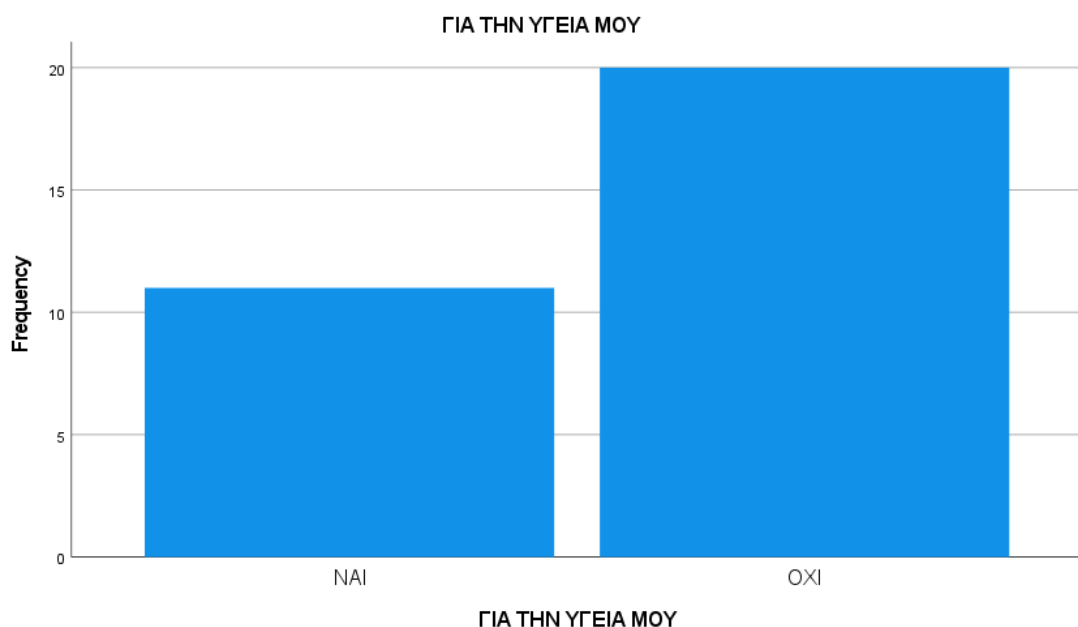
(Σχήμα 67)

Σύμφωνα με τον πίνακα ένα αξιόλογο ποσοστό εγκύων του γενικού πληθυσμού σκέφτεται για προβεί σε διακοπή του τσιγάρου.



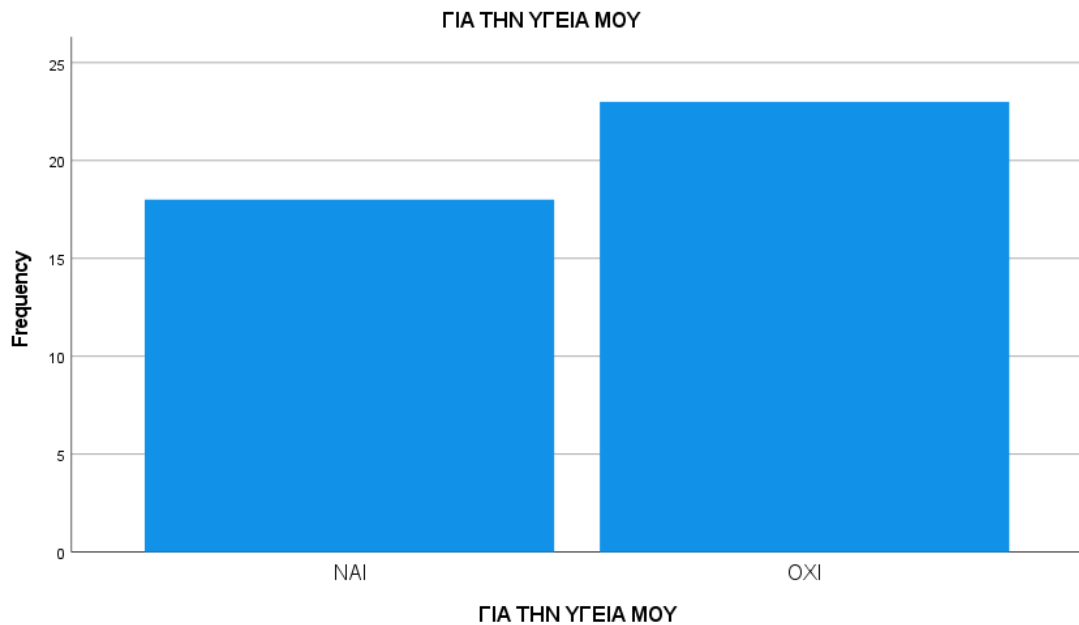
ΣΚΕΨΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ
(Σχήμα 68)

Ο μεγαλύτερος αριθμός των εγκύων Ρομά που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσε ότι έχει σκεφτεί να διακόψει το κάπνισμα ενώ ένα αξιόλογο αλλά μικρότερο ποσοστό ήταν αρνητικές στην διακοπή των προϊόντων καπνού.



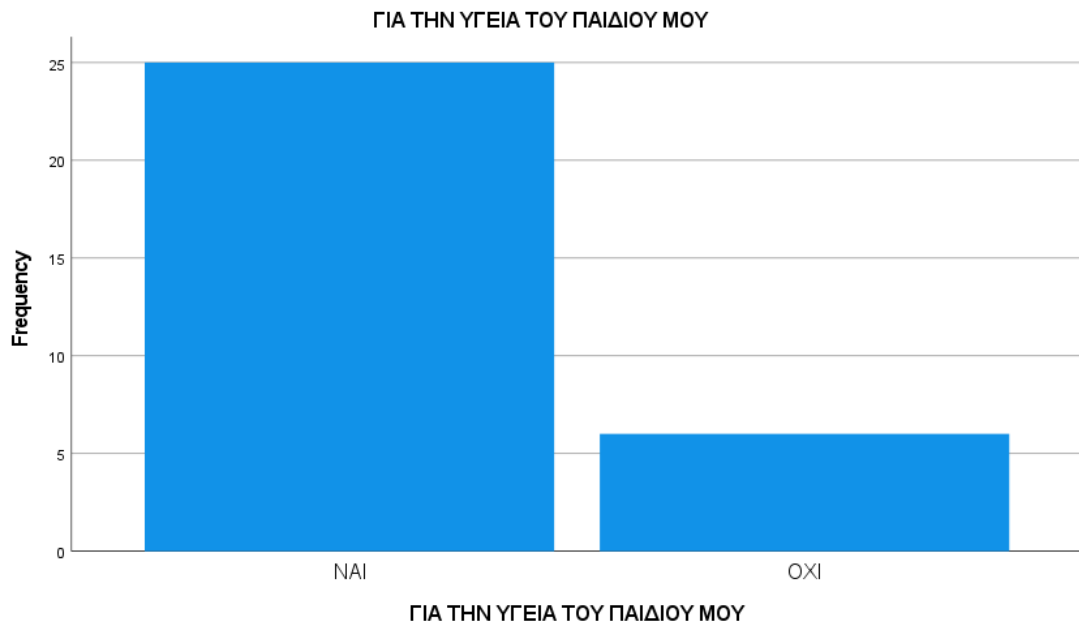
ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΟΥ
(Σχήμα 69)

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα οι έγκυες του γενικού πληθυσμού δεν θα ήθελαν να διακόψουν το κάπνισμα με βασικότερο λόγο την υγεία τους.



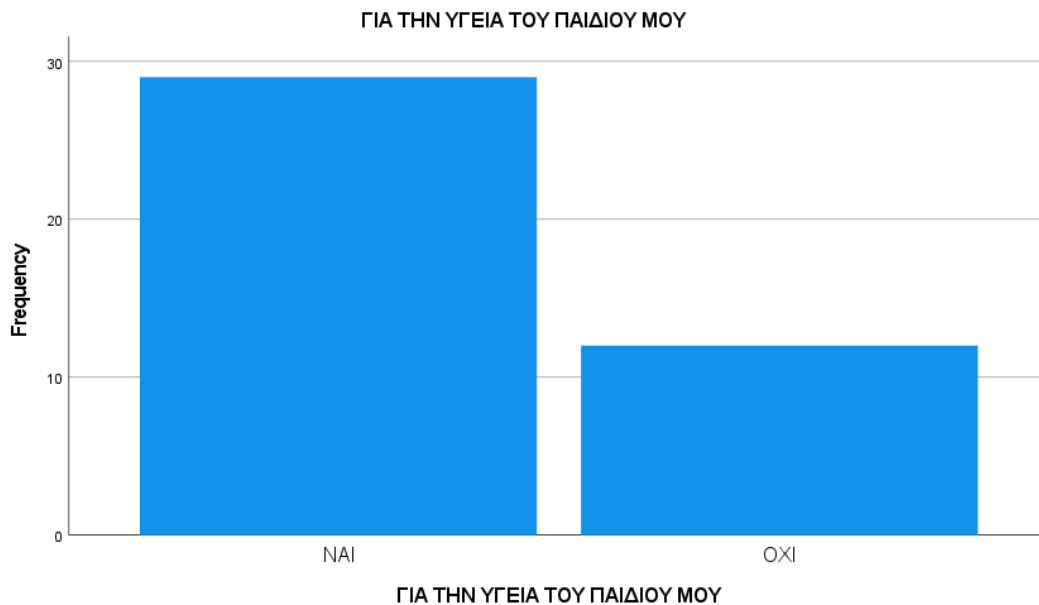
(Σχήμα 70)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων Ρομά που θα ήθελαν να διακόψουν το κάπνισμα ανέφεραν ότι δεν θεωρούν βασικό λόγο την υγεία τους ενώ ένα αξιόλογο ποσοστό απάντησε θετικά στην διακοπή καπνίσματος λόγω της υγείας τους.



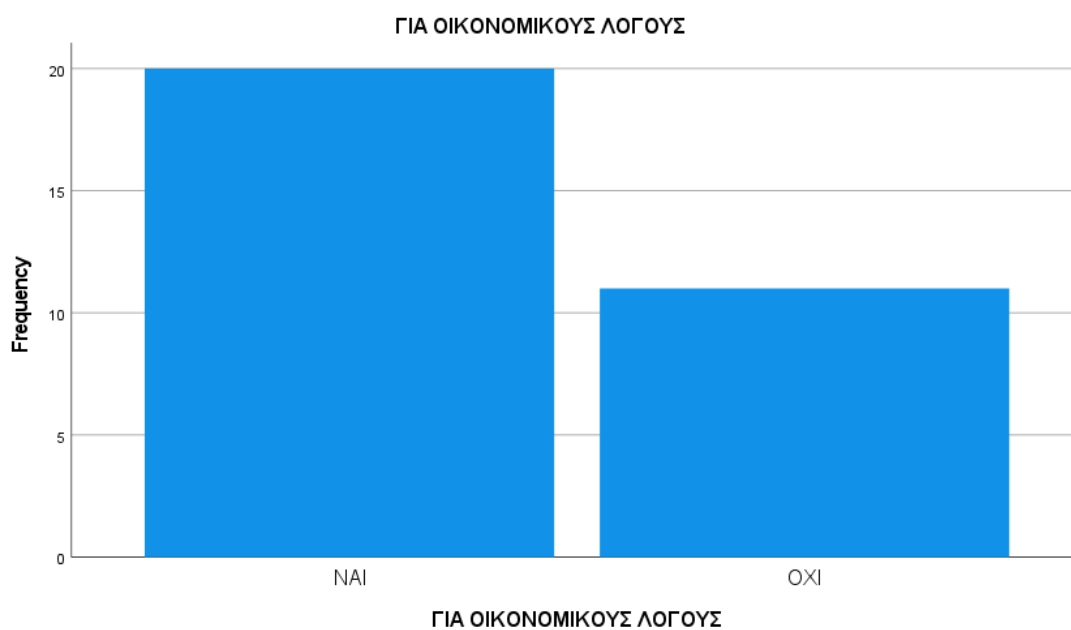
(Σχήμα 71)

Η πλειοψηφία των εγκύων μη Ρομά που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα ανέφεραν ως βασικό κίνητρο την υγεία του παιδιού τους.



(Σχήμα 72)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων Ρομά θεωρούν την υγεία του παιδιού τους πολύ σημαντικό λόγο για δικαστή του καπνίσματος.



(Σχήμα 73)

Οι οικονομικοί λόγοι σύμφωνα με τις έγκυες του γενικού πληθυσμού που συμμετείχαν στην έρευνα είναι σημαντικός λόγος για την διακοπή του καπνίσματος ενώ ένα μικρότερο ποσοστό απάντησε πως παρότι επιθυμεί να διακόψει το κάπνισμα δεν θα το έκανε για οικονομικούς λόγους.



(Σχήμα 74)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων Ρομά που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα θεώερον σημαντικό παράγοντα το οικονομικό όφελος.



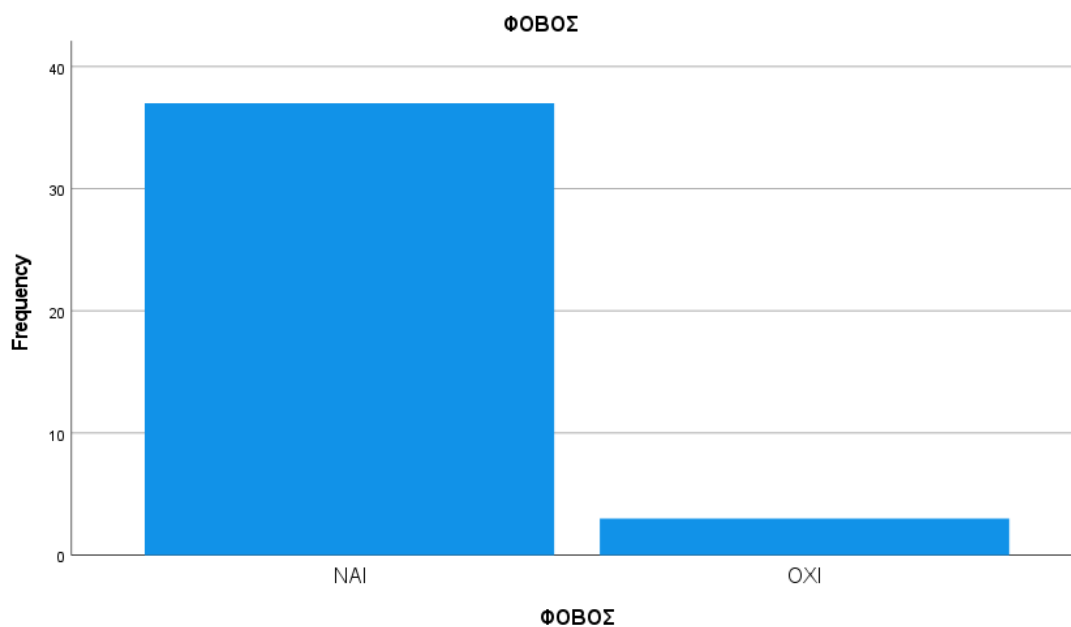
(Σχήμα 75)

Οι έγκυες μη Ρομά στην πλειοψηφία τους που έχουν σκεφτεί την διακοπή του καπνίσματος αναφέρουν ότι τα παιδιά και ο σύζυγος δεν αποτελούν σημαντικό λόγο.



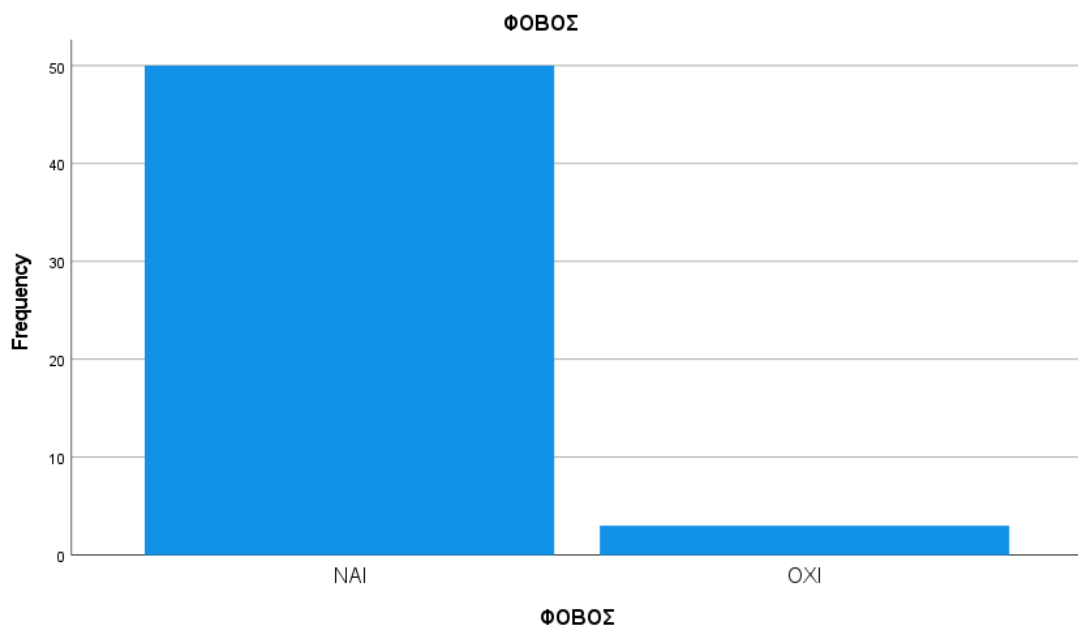
(Σχήμα 76)

Όπως γίνεται σαφές από το παραπάνω διάγραμμα οι έγκυες Ρομά που θα προέβαιναν σε διακοπή του καπνού δεν θεωρούν σημαντικό λόγο την παρουσία των παιδιών και του συζύγου στο σπίτι.



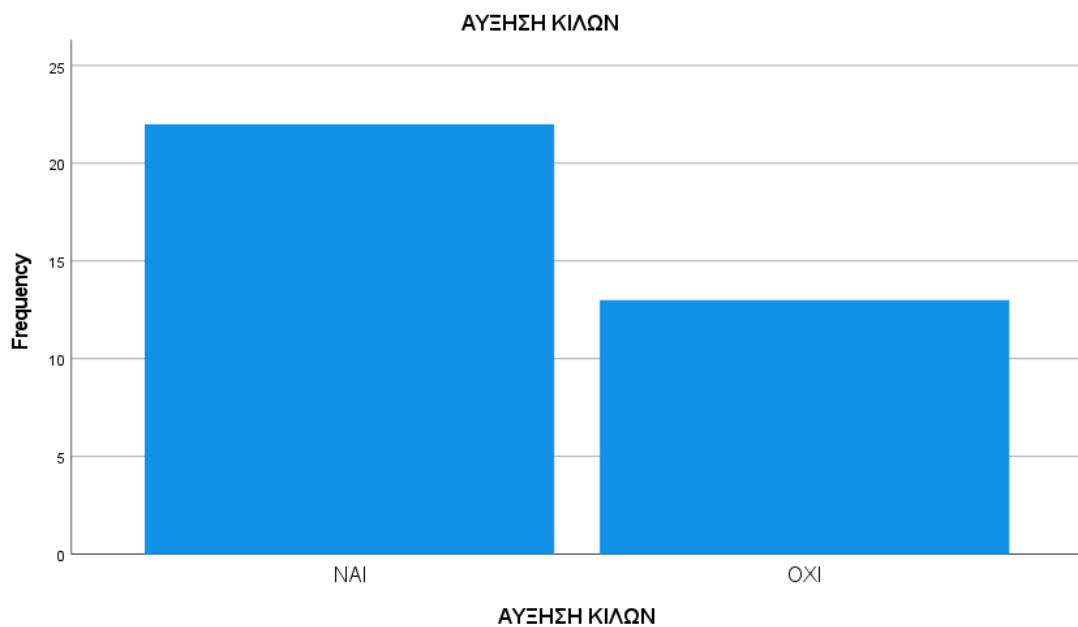
(Σχήμα 77)

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος των εγκύων μη ρομά δηλώνει πως φοβάται ότι θα έχει συνέπειες η διακοπή του καπνίσματος στην ψυχική και σωματική τους υγεία.



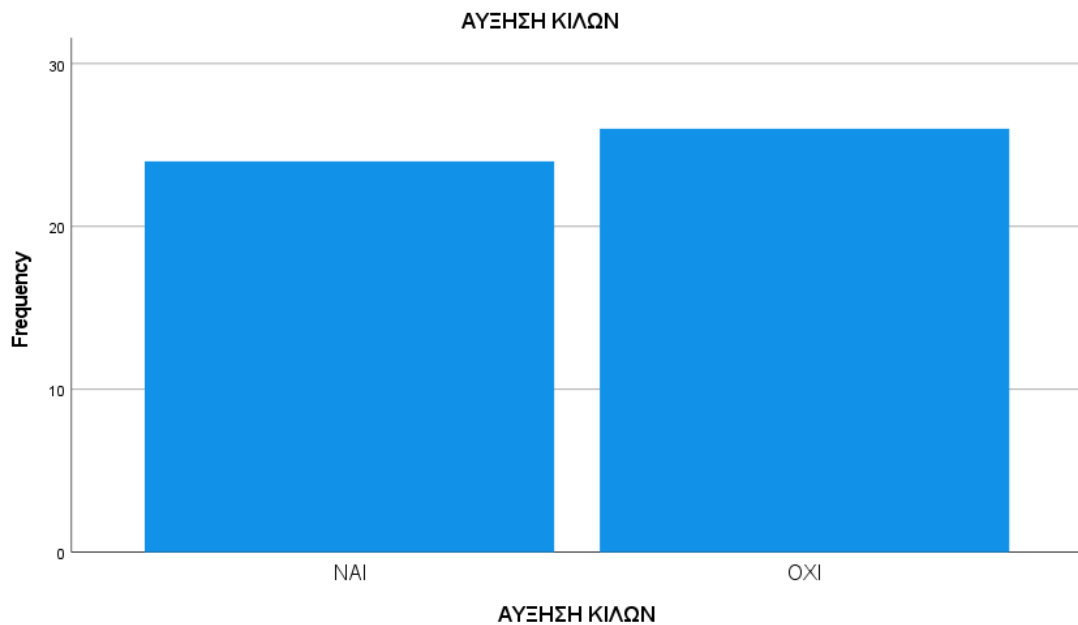
(Σχήμα 78)

Σχεδόν όλες οι έγκυες Ρομά ανέφεραν ότι παρότι θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα φοβούνται τις συνέπειες στον οργανισμό τους.



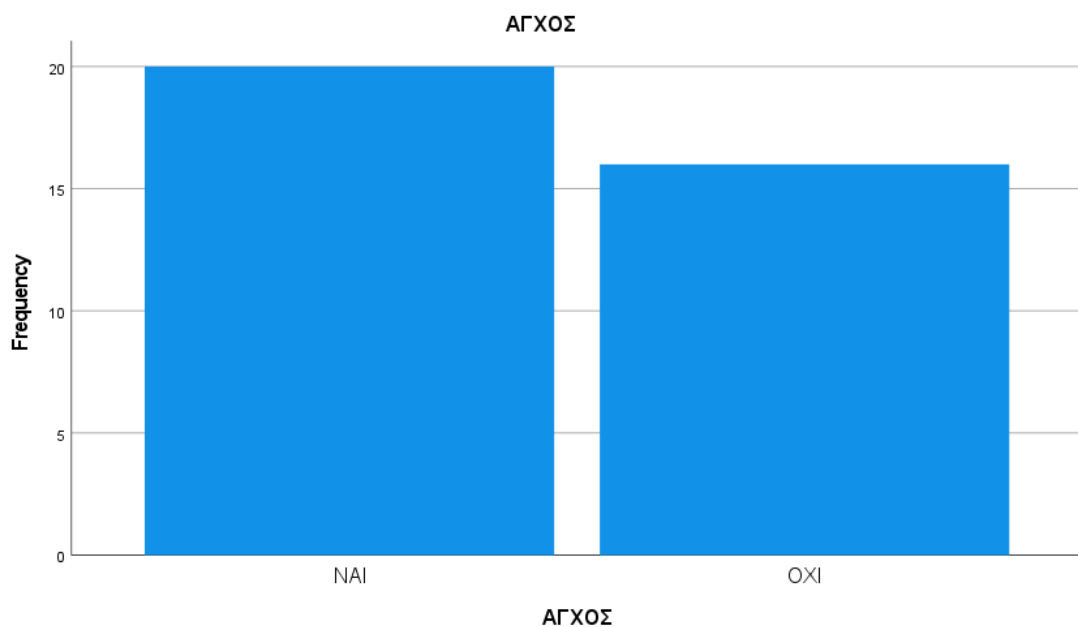
(Σχήμα 79)

Σύμφωνα με τις έγκυες του γενικού πληθυσμού που συμμετείχαν στην έρευνα η αύξηση του σωματικού τους βάρους μετά την διακοπή του καπνίσματος ανησυχεί τις έγκυες σε μεγάλο ποσοστό.



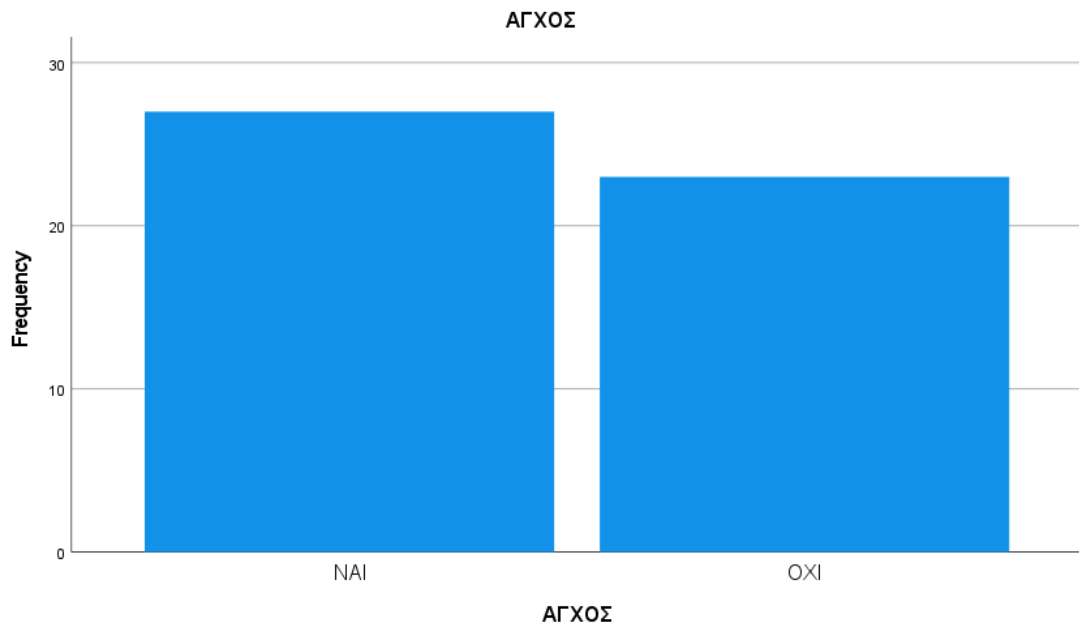
ΑΥΞΗΣΗ ΚΙΛΩΝ
(Σχήμα 80)

Αντίθετα, οι περισσότερες έγκυες Ρομά οι οποίες δήλωσαν ότι επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα δεν αναφέρουν ιδιαίτερη ανησυχία για αύξηση των κιλών τους ενώ ένα σημαντικό αλλά μικρότερο ποσοστό σημείωσε φόβο για αύξηση σωματικού βάρους.



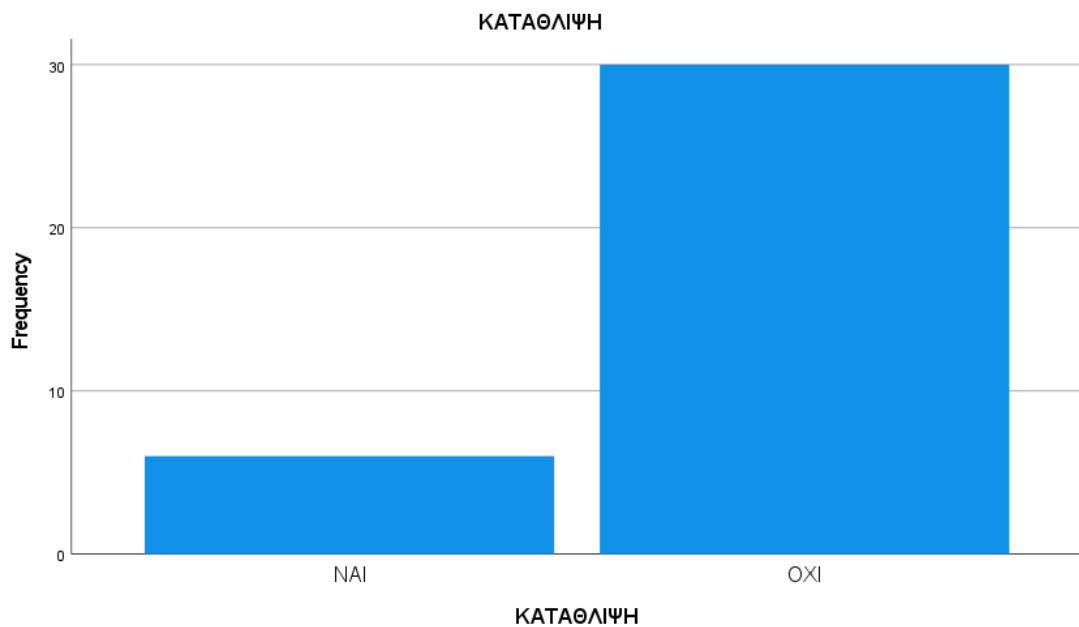
ΑΓΧΟΣ
(Σχήμα 81)

Η εμφάνιση άγχους μετά την διακοπή καπνίσματος ανήσυχει τις περισσότερες έγκυες μη Ρομά ενώ ένα σημαντικό αλλά μικρότερο ποσοστό των εγκύων δήλωσε ότι δεν φοβούνται για σημάδια άγχους.



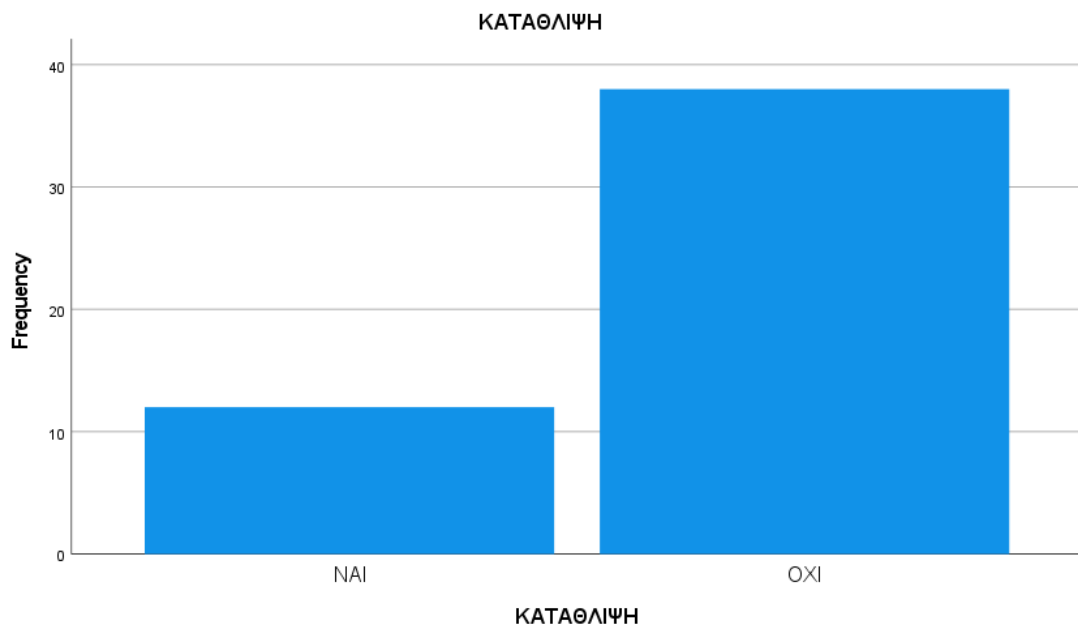
(Σχήμα 82)

Στην πλειοψηφία τους οι έγκυες Ρομά φοβούνται ότι θα έρθουν αντιμέτωπες με το αγχος μετά την διακοπή καπνίσματος ενώ λιγότερες ανέφεραν ότι δεν ανησυχούν για την εμφάνιση συμπτωμάτων αγχους.



(Σχήμα 83)

Η καταθλιπτική συμπτωματολογία, σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα, δεν ανήσυχει τις περισσότερες έγκυες του γενικού πληθυσμού μετά την διακοπή του καπνίσματος.



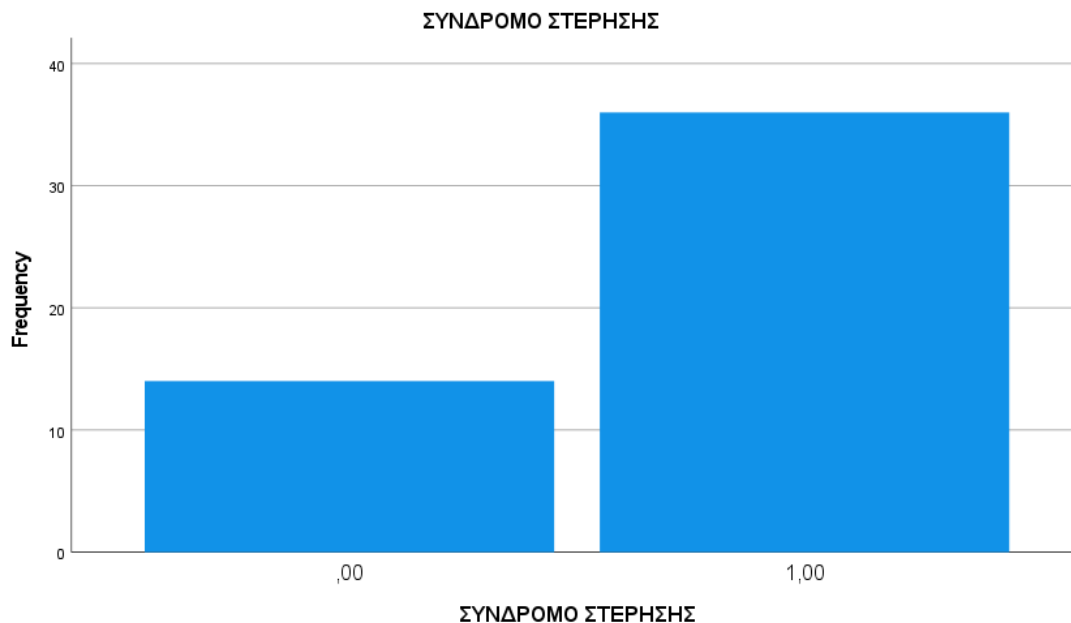
(Σχήμα 84)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων Ρομά αναφέρει ότι δεν φοβάται ότι θα αντιμετωπίσει προβλήματα κατάθλιψης στην προσπάθειά τους για διακοπή καπνισματος. Όμως μικρό αλλά σημαντικό ποσοστό των εγκύων ρομά φοβάται την εμφάνιση της κατάθλιψης.



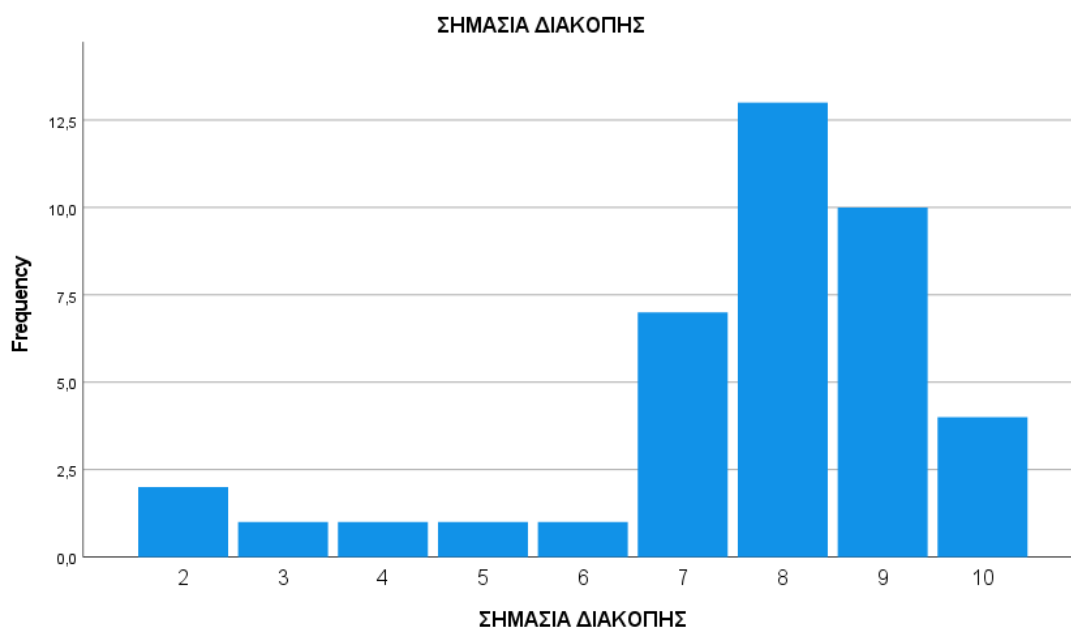
(Σχήμα 85)

Οι έγκυες μη Ρομά στο μεγαλύτερο ποσοστο τους δηλώνουν ότι δεν φοβούνται συμπτώματα στέρησης μετά την διακόπη των προϊόντων καπνού.



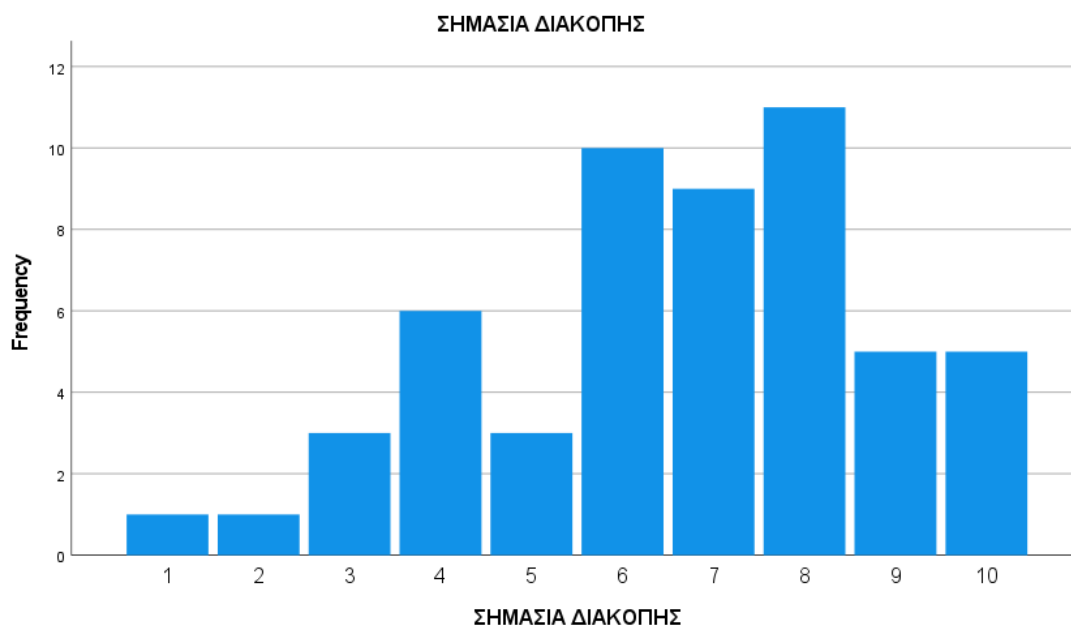
(Σχήμα 86)

Η πλειοψηφία των εγκύων Ρομά αναφέρει πως δεν ανησυχεί για την εμφάνιση συμπτωμάτων του συνδρόμου στέρησης στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος.



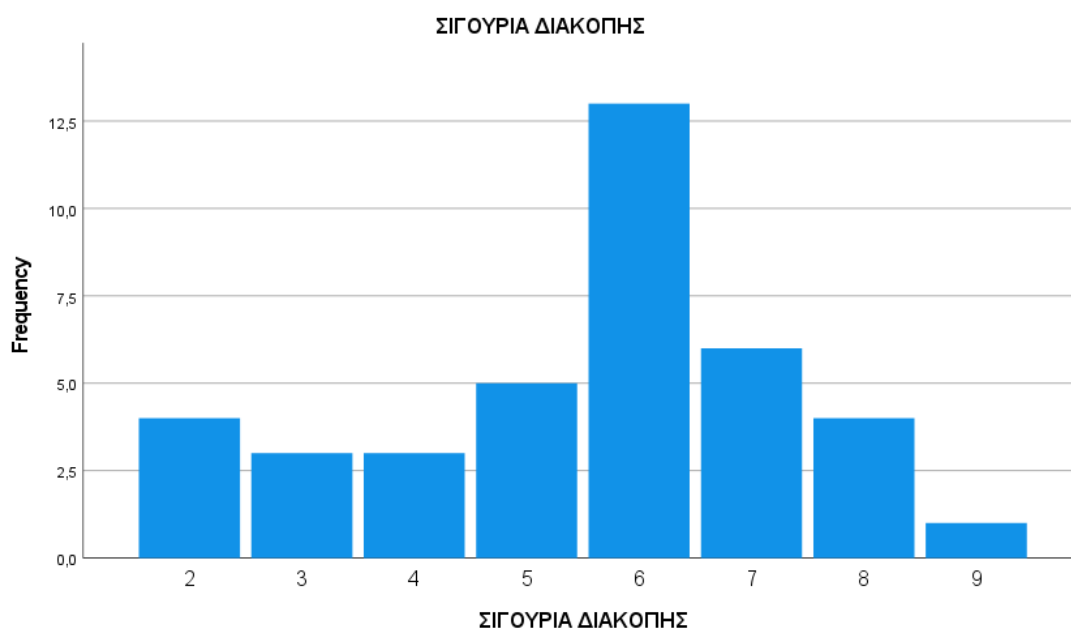
(Σχήμα 87)

Οι έγκυες του γενικού πληθυσμού ανέφεραν ότι είναι αρκετά σημαντικό για εκείνες να δικάσουν το κάπνισμα γεγονός που φαίνεται από το παραπάνω διάγραμμα στο οποίο από την κλίμακα 1-10 η στήλη 8 και 9 εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα.



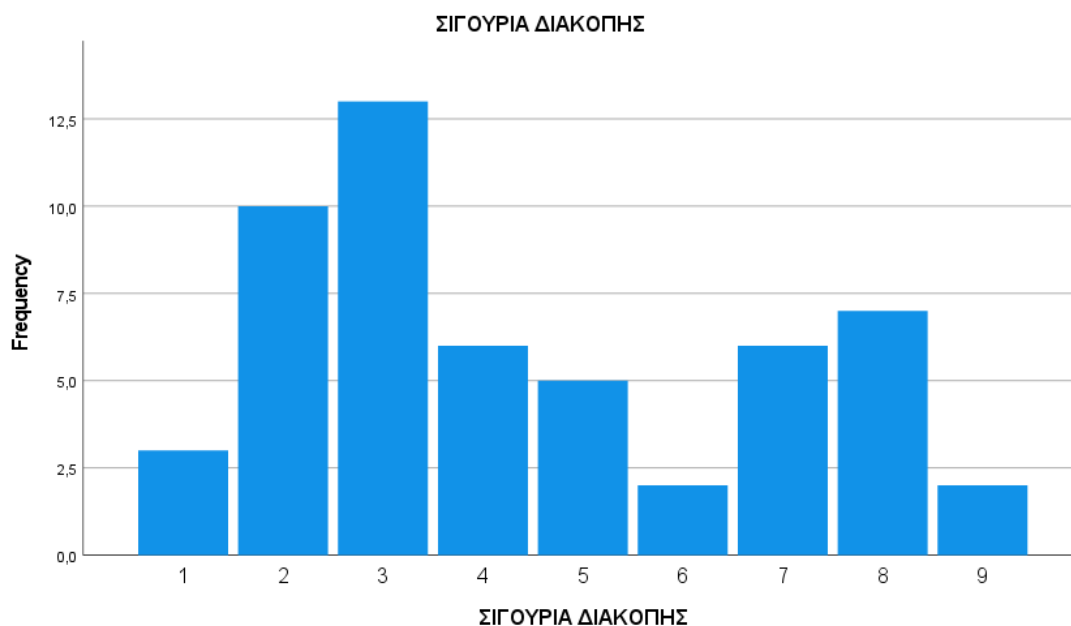
(Σχήμα 88)

Ενώ, οι έγκυες Ρομά στην κλίματα από 1-10 σχετικά με το πόσο σημαντικό θεωρούν την διακοπή του καπνίσματος ο βαθμός 8, 6, 4 εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα ενώ το 1,2 με την μικρότερη συχνότητα.



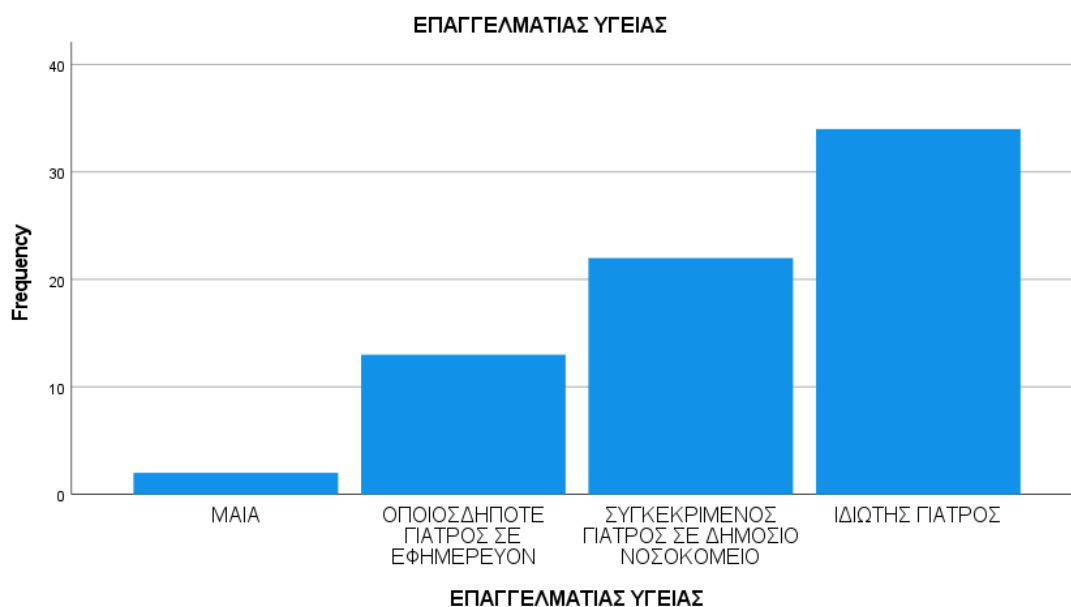
(Σχήμα 89)

Στην βαθμολογική κλίματα από 1-10 οι έγκυες του γενικού ανέφεραν την βαθμολογία 6 για το πόσο σίγουρες είναι ότι μπορούν να διακόψουν το κάπνισμα ενώ η βαθμολογία 9 εμφανίζεται με μικρότερη συχνότητα.



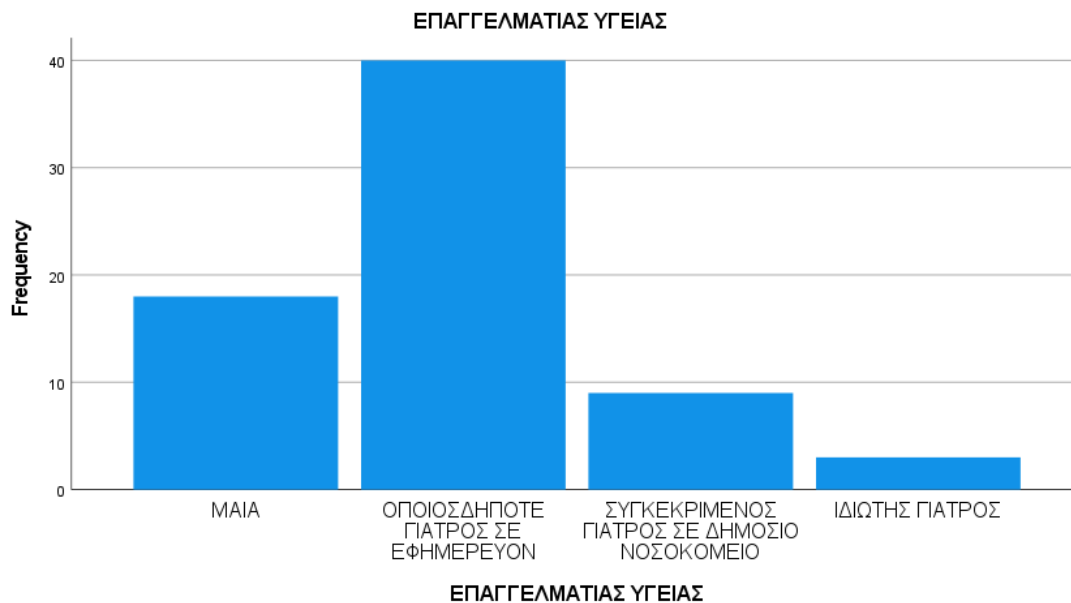
(Σχήμα 90)

Αντίθετα, οι έγκυες Ρομά που συμμετείχαν στην έρευνα στην βαθμολογική κλίμακα από 1-10 με μεγαλύτερη συχνότητα σχετικά με το πόσο σίγουρες νιώθουν ότι μπορούν να διακόψουν το κάπνισμα επέλεξαν χαμηλή βαθμολογία με την στήλη 3 και 2 να συγκεντρώνουν τις περισσότερες απαντήσεις. Αντίθετα η βαθμολογία 10 δεν αναφέρθηκε από κανέναν.



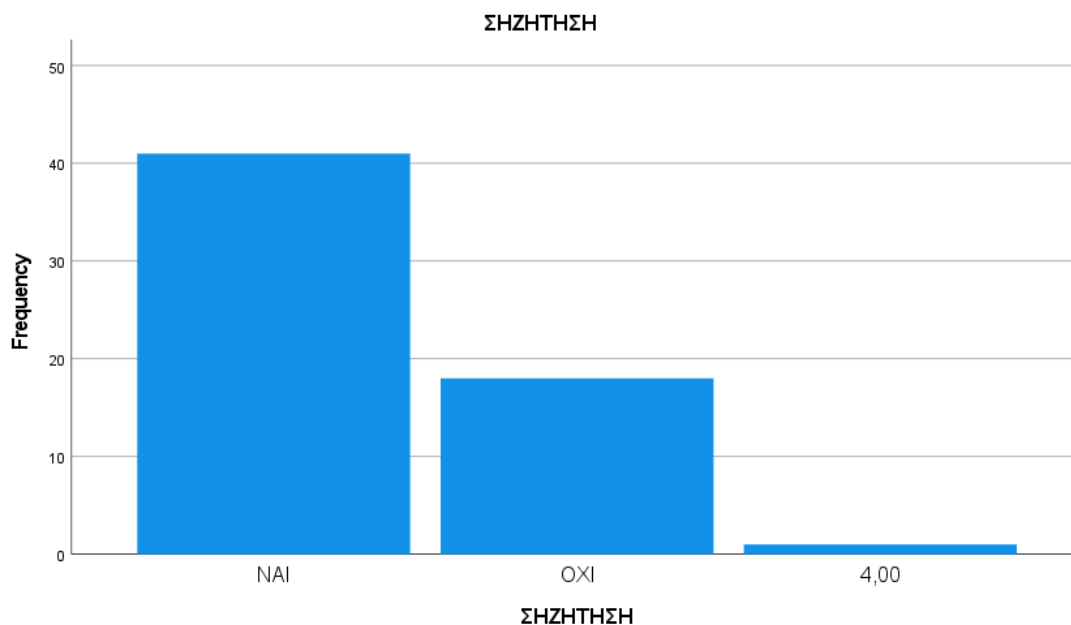
(Σχήμα 91)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων του γενικού πληθυσμού παρακολουθείτε από ιδιώτη γιατρο ενώ η παρακολούθηση από μαία αναφέρεται από πολύ λίγες έγκυες.



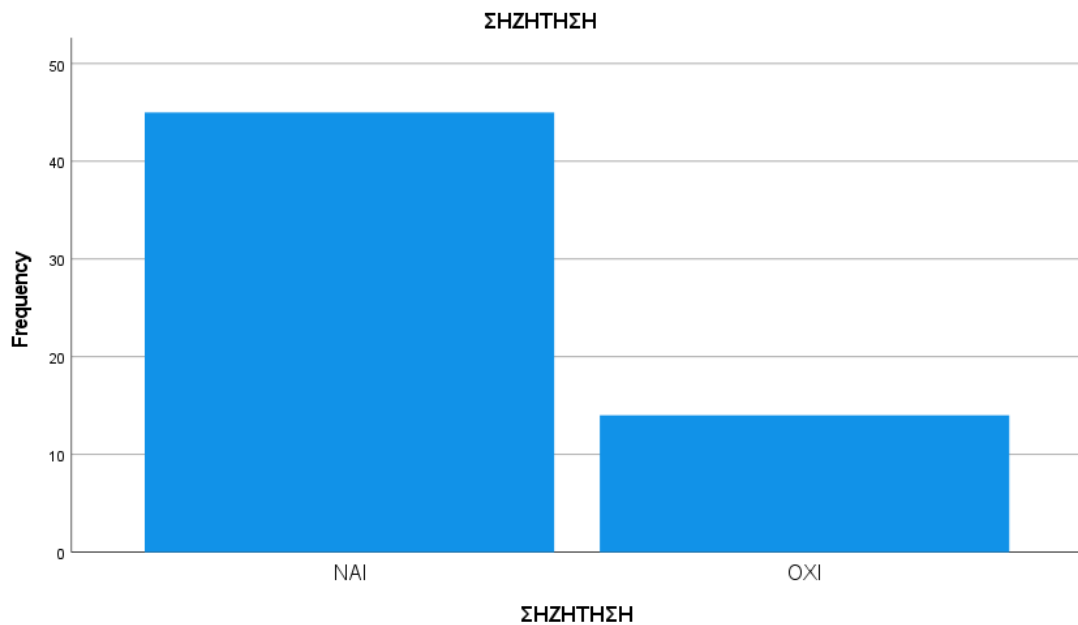
(Σχήμα 92)

Αντιθέτως, ο πληθυσμός των εγκύων Ρομά στην πλειοψηφία τους επιλέγουν να παρακολουθούνται από οποιονδήποτε γιατρό σε δημόσιο νοσοκομείο και ένα αξιόλογο ποσοστό δήλωσε πως επιλέγουν τις μαιές για την παρακολούθηση της πορείας της κυήσής τους. Ελάχιστες έγκυες Ρομά επισκέπτονται ιδιώτη γιατρό.



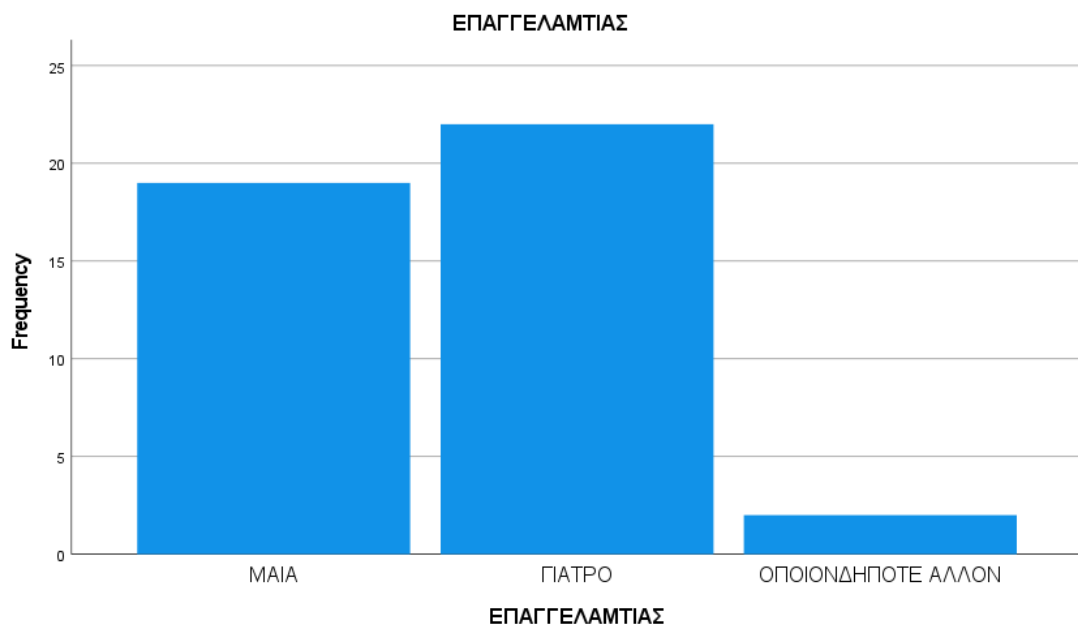
(Σχήμα 93)

Από το παραπάνω διάγραμμα γίνεται σαφές ότι οι έγκυες μη Ρομά έχουν συζητήσει στην πλειοψηφία τους με τους επαγγελματίες υγείας για την διακοπή του καπνίσματος.



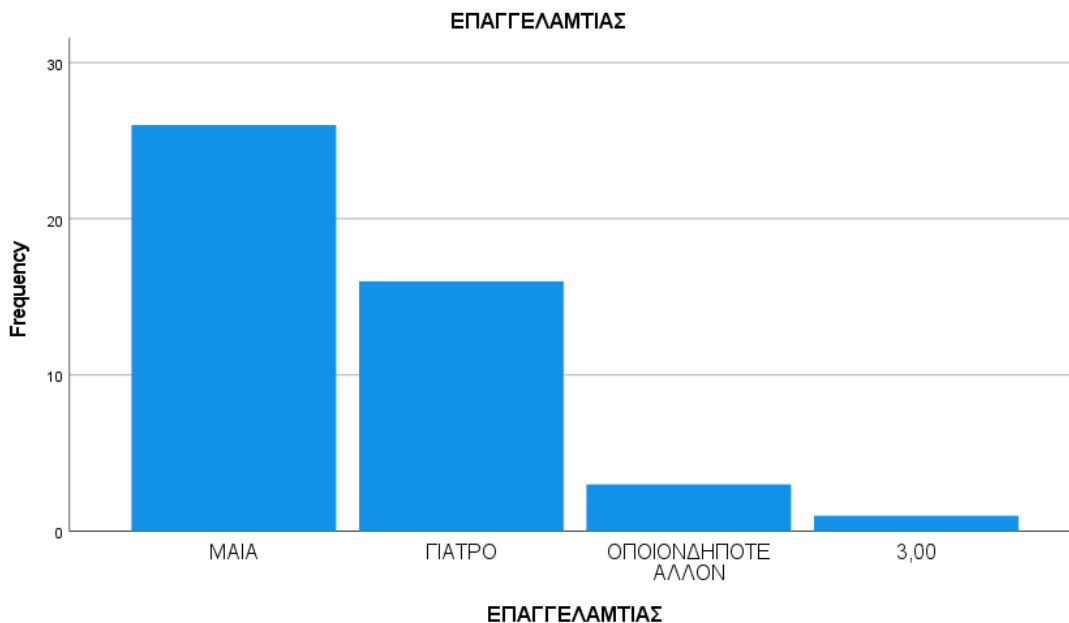
(Σχήμα 94)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων Ρομά ανέφερε ότι έχει συζητήσει με τον επαγγελματία υγείας που τους παρακολουθεί για την διακοπή του καπνίσματος.



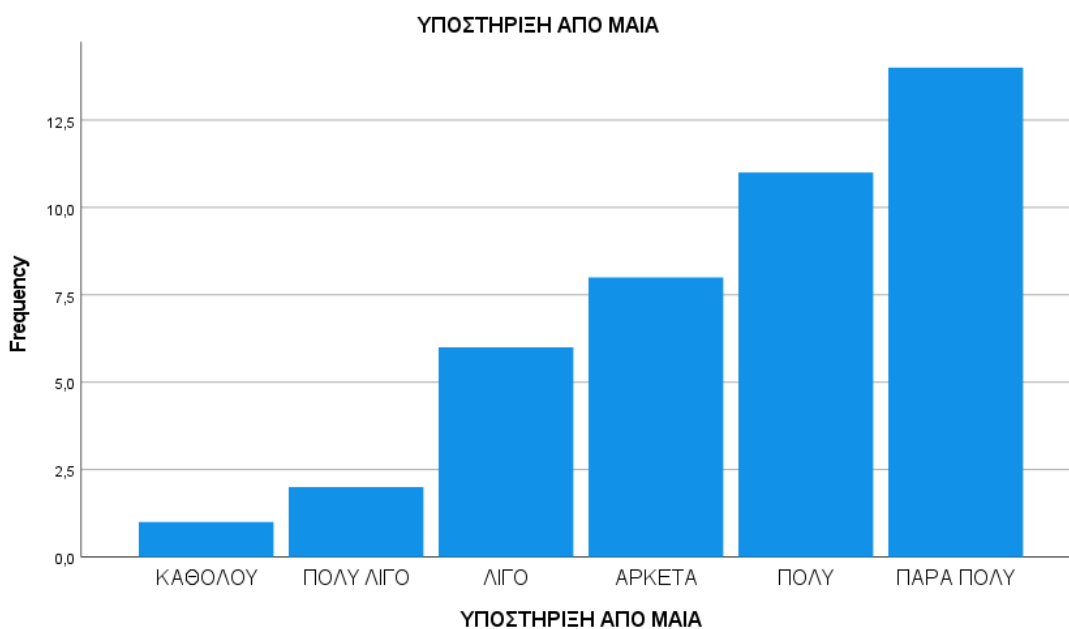
(Σχήμα 95)

Οι περισσότερες έγκυες του γενικού πληθυσμού έχουν συζητήσει με τον γιατρό τους για διακοπή του καπνίσματος και ένα μεγάλο ποσοστό ανέφερε ότι έχει συζητήσει με την μαία τους.



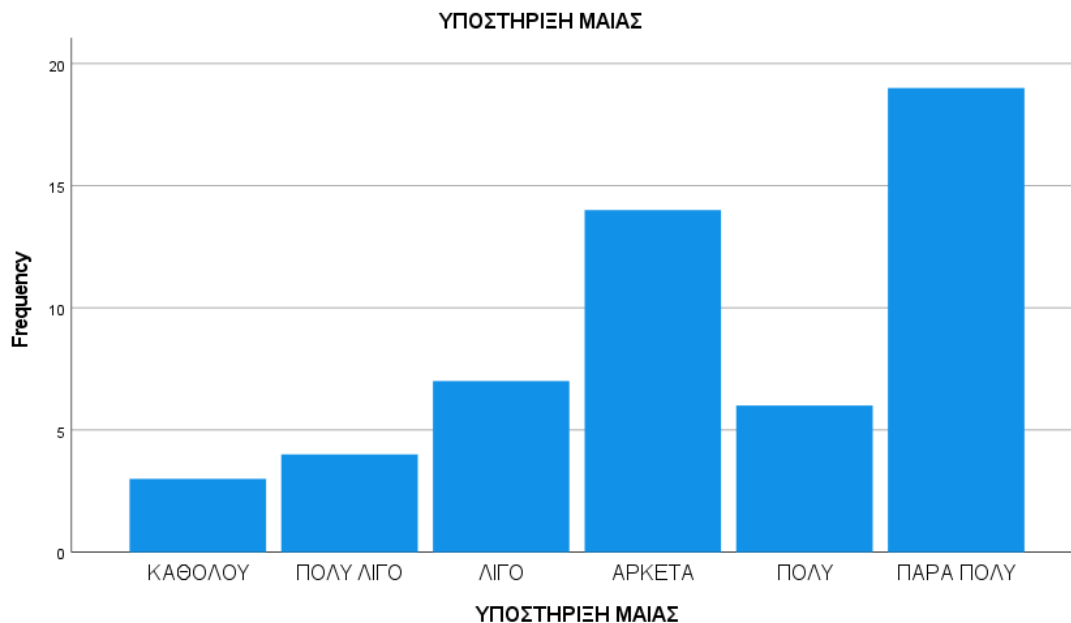
(Σχήμα 96)

Η συζήτηση από την μαία για προτροπή διακοπής καπνίσματος αναφέρεται σε μεγαλύτερη συχνότητα απο τις έγκυες Ρομά ενώ ένα μικρότερο ποσοστό αναφέρει την συζήτηση με τον θερλαπων ιατρό.



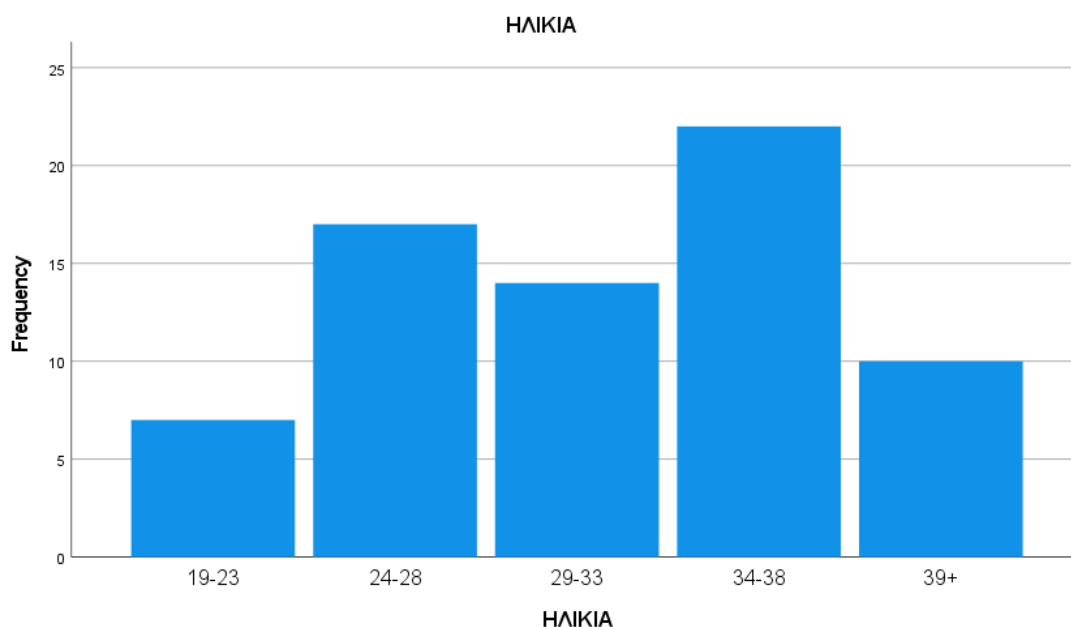
(Σχήμα 97)

Όπως γίνεται αντιληπτό από το παραπάνω διάγραμμα οι έγκυες του γενικού πληθυσμού θεωρούν πάρα πολύ σημαντική την στήριξη της μαίας στην διακοπή του καπνίσματος ενώ ένας εξαιρετικά μικρός αριθμός αναφέρει ότι δεν θεωρεί καθόλου σημαντική την βοήθεια της μαίας.



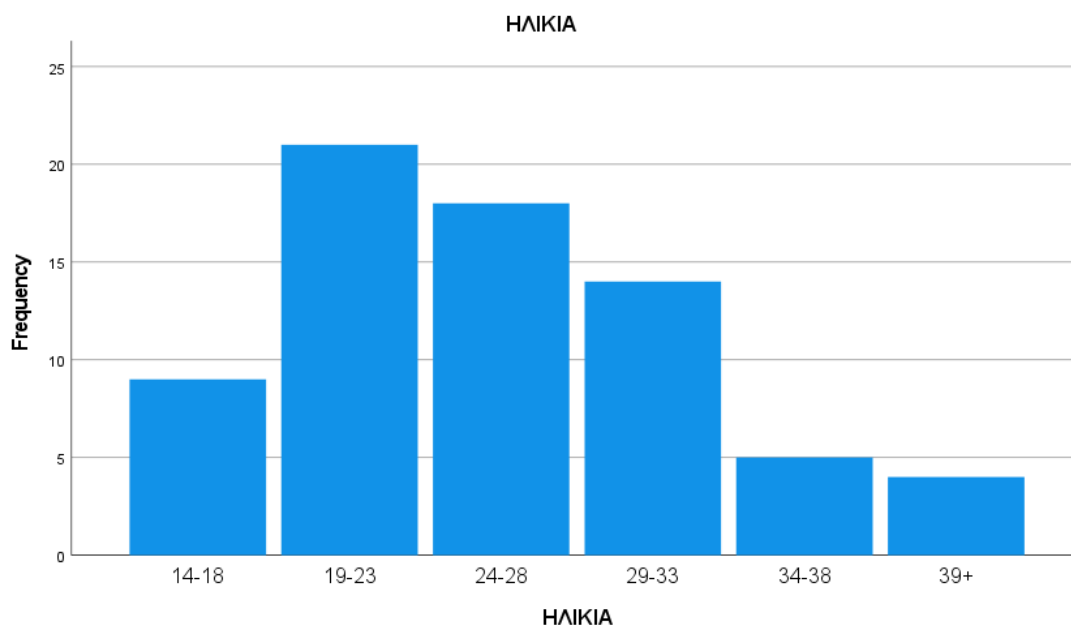
(Σχήμα 98)

Οι έγκυες Ρομά στην πλειοψηφία τους απάντησαν ότι η υποστηριξή τους από την μαία για διακοπή του καπνίσματος είναι πάρα πολύ σημαντική ενώ με αμέσως μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίζεται η πεποίθηση των εγκύων Ρομά ότι η υποστήριξη των μαιών είναι αρκετά σημαντική. Ένα μικρό ποσοστό απάντησε ότι δεν θεωρεί καθόλου σημαντική την βοήθεια από την μαία.



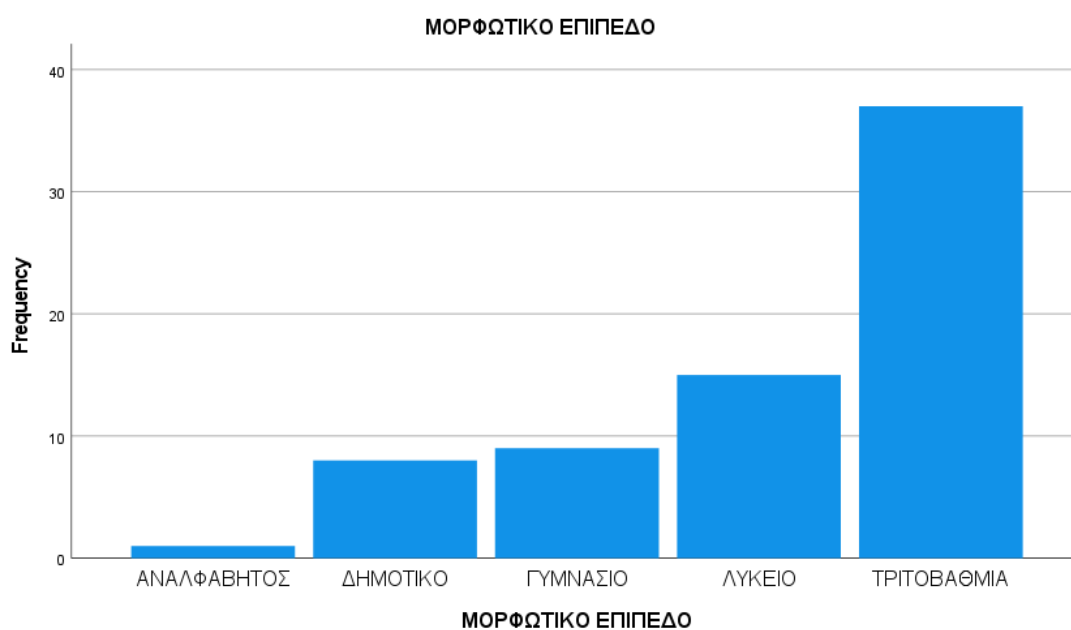
(Σχήμα 99)

Οι έγκυες μη Ρομά του δείγματος άνηκαν στην πλειοψηφία σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες από 34-38 ετών ενώ καμία δεν άνηκε στην ηλικιακή τάξη των 14-18 ετών.



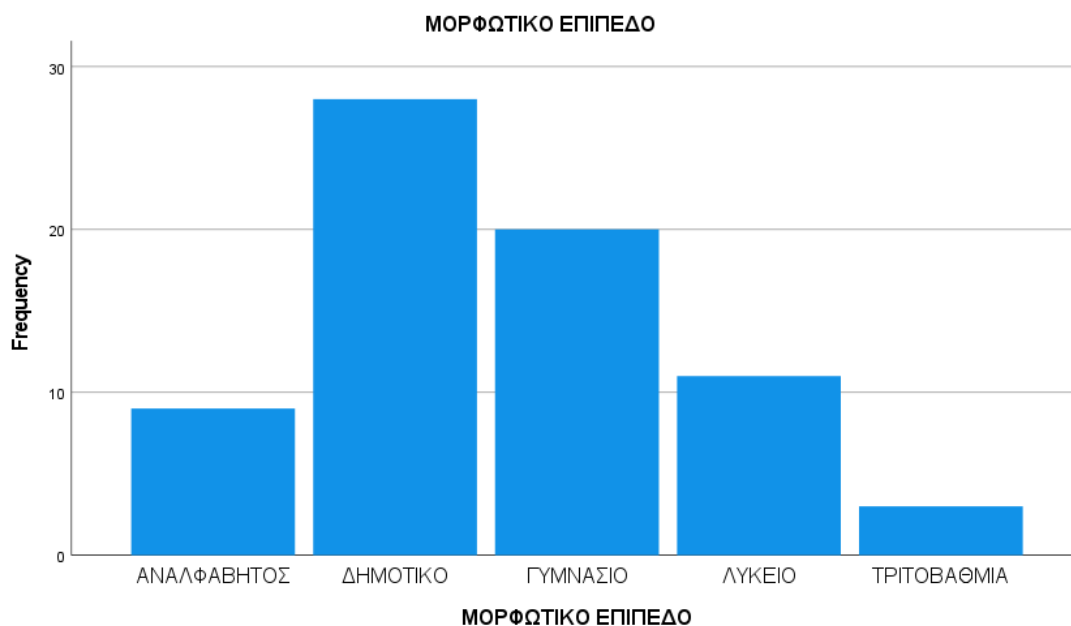
(Σχήμα 100)

Αντίθετα, όπως διαπιστώνεται από το παραπάνω διάγραμμα η μεγαλύτερη συχνότητα των εγκύων ρομα που εξετάστηκαν άνηκαν στο ηλικιακό φάσμα 19-23 ετών ενώ την μικρότερη συχνότητα εμφανίζει ηλικιακά ταξη των 39+.



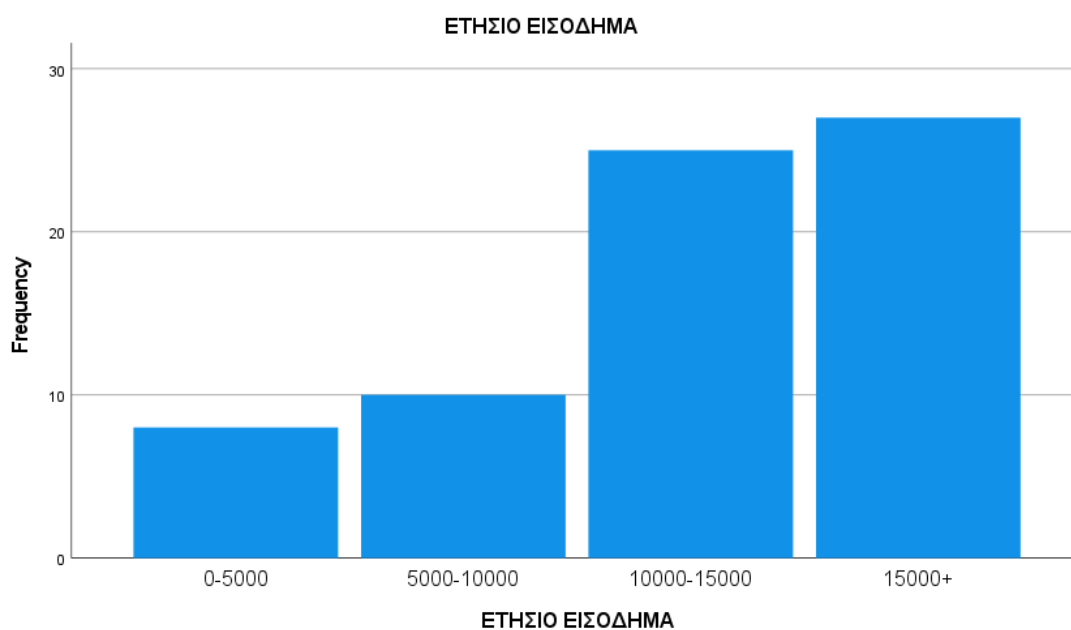
(Σχήμα 101)

Το μεγαλύτερο με διαφορά ποσοστό του δείγματος που εξετάστηκε από τις έγκυες του γενικού πληθυσμού έχει φτάσει στην ανώτερη βαθμίδα εκπαίδευσης ενώ μονός αριθμός του δείγματος ανέφερε ότι έχει φτάσει ως την εκπαίδευση του δημοτικού σχολείου.



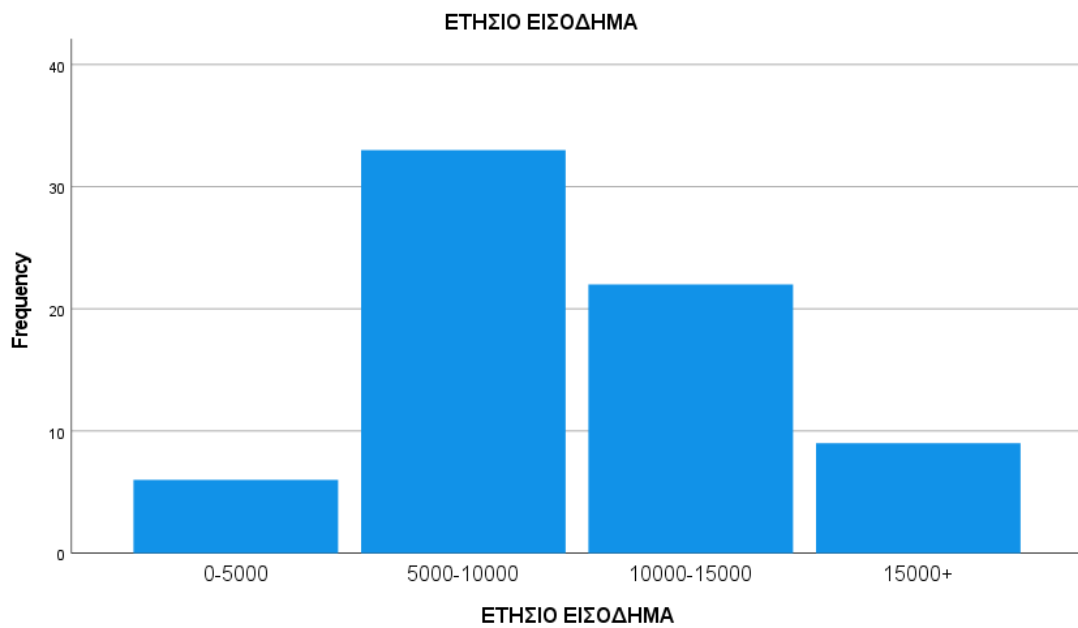
(Σχήμα 102)

Ενώ, από τις έγκυες Ρομά οι περισσότερες έχουν φτάσει ως την μορφωτική εκπαίδευση του δημοτικού σχολείου ενώ ένα πάρα πολύ μικρό ποσοστό έχει καταφέρει να φτάσει ως την τριτοβάθμια εκπαίδευση.



(Σχήμα 103)

Από το παραπάνω διάγραμμα γίνεται σαφές ότι οι πλειοψηφία των εγκύων μη Ρομά ξεπερνά τα 15.000 ευρώ σαν ετήσιο οικογενειακό εισόδημα ενώ αρκετές έγκυες ανέφεραν ότι φτάνουν τα 10.000-15.000 ευρώ σε ετήσιο οικογενειακό εισόδημα. Το μικρότερο ποσοστό από τις έγκυες που συμμετείχαν στην έρευνα κατατάσσεται στην τάξη του 0-5.000 ευρώ ετησίως.



(Σχήμα 104)

Αντίθετα, από την έρευνα προκύπτει ότι το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα των εγκύων Ρομά ανέρχεται στην πλειονότητα από 5.000-10.000 ευρώ ενώ σε μικρότερο ποσοστό το ετήσιο εισοδημά τους φτάνει τα 10.000-15.000 ευρώ. Ένας πολύ μικρός αριθμός εγκύων Ρομά ανέφερε ότι το οικογενειακό εισοδημά τους ξεπερνά τα 15.000 ευρώ.

Oneway

Anova

Ακολουθεί ανάλυση anova σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΠΑΙΔΙ (ΤΟΚΟΣ) και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ANOVA					
ΠΑΙΔΙ	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	41,704	1	41,704	29,435	<,001
Within Groups	196,934	139	1,417		
Total	238,638	140			

Αφού η τιμή $F= 29,435$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= <0.001$. Τότε , $0,001 < 0,05$ αυτό σημαίνει πως παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς τον αριθμό παιδίων που έχουν.

Ακολουθεί ανάλυση anova σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΤΡΙΜΗΝΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ANOVA					
ΤΡΙΜΗΝΟ	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,457	1	,457	,818	,367
Within Groups	77,086	138	,559		
Total	77,543	139			

Αφού η τιμή $F= 0,818$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,367$. Τότε , $0,367 > 0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς το τρίμηνο της εγκυμοσύνης που διανύουν .

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ANOVA

ΑΓΩΓΗ	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1,029	1	1,029	5,325	,023
Within Groups	26,657	138	,193		
Total	27,686	139			

Αφού η τιμή $F= 5,325$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,023$. Τότε , $0,023 < 0,05$ αυτό σημαίνει πως παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς την λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ANOVA

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,930	1	,930	3,780	,054
Within Groups	27,061	110	,246		
Total	27,991	111			

Αφού η τιμή $F= 3,780$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,054$. Τότε , $0,054 > 0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς την εμφάνιση προβλημάτων σε προηγούμενες κυήσεις. Παρόλα αυτά αφού η τιμή του Sig είναι πολύ κοντά στο καθορισμένο όριο στατιστικής σημαντικότητας μπορούμε να πούμε υπάρχει μια τάση διαφοράς μεταξύ των εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς τα προβλήματα σε προηγούμενες κυήσεις.

Ακολουθεί ανάλυση άνονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΑΠΟΒΟΛΕΣ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ΑΝΟΝΑ

ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΑΠΟΒΟΛΕΣ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,000	1	,000	,000	1,000
Within Groups	32,143	138	,233		
Total	32,143	139			

Αφού η τιμή $F = 0,000$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig = 1,000$. Τότε, $1 > 0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς αυτόματες αποβολές.

Ακολουθεί ανάλυση άνονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ΑΝΟΝΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,517	1	,517	2,082	,151
Within Groups	34,518	139	,248		
Total	35,035	140			

Αφού η τιμή $F = 2,082$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig = 0,151$. Τότε $0,151 > 0,05$, αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς τα προβλήματα που εμφανίζονται στην παρούσα κύηση.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΙΕΣΗ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ΑΝΟΒΑ

ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΙΕΣΗ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,279	1	,279	1,978	,166
Within Groups	7,193	51	,141		
Total	7,472	52			

Αφού η τιμή $F= 1,978$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,166$. Τότε , $0,166 > 0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς εμφάνιση αυξημένης αρτηριακής πίεσης στην διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΣΑΚΧΑΡΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ΑΝΟΒΑ

ΣΑΚΧΑΡΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,420	1	,420	2,787	,101
Within Groups	7,693	51	,151		
Total	8,113	52			

Αφού η τιμή $F= 2,787$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,101$. Τότε , $0,101 > 0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη στην εγκυμοσύνη.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΠΡΩΩΡΟ ΤΟΚΕΤΟ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ.**

ANOVA

ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΠΡΩΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,284	1	,284	1,448	,234
Within Groups	10,017	51	,196		
Total	10,302	52			

Αφού η τιμή $F= 1,448$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,234$. Τότε , $0,234 > 0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς την πιθανότητα πρόωρου τοκετού.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ.**

ANOVA

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,916	1	,916	3,908	,053
Within Groups	11,952	51	,234		
Total	12,868	52			

Αφού η τιμή $F=3,908$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,053$. Τότε , $0,053 > 0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς την εμφάνιση αιμορραγίας στην διάρκεια της κύησης. Παρόλα αυτά αφού η τιμή του Sig είναι πολύ κοντά στο καθορισμένο όριο στατιστικής σημαντικότητας μπορούμε να πούμε υπάρχει μια τάση διαφοράς μεταξύ των εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς την αιμορραγία στην εγκυμοσύνη.

Ακολουθεί ανάλυση ανομα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΕΜΒΡΥΟ ΜΕ ΧΑΜΗΛΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ΑΝΟΜΑ

ΕΜΒΡΥΟ ΜΕ ΧΑΜΗΛΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,092	1	,092	,636	,429
Within Groups	7,380	51	,145		
Total	7,472	52			

Αφού η τιμή $F=0,636$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,429$. Τότε , $0,429 > 0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης εμβρύου με χαμηλή ανάπτυξη στην διάρκεια της κύησης.

Ακολουθεί ανάλυση ανομα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ΑΝΟΜΑ

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1,803	1	1,803	7,764	,006
Within Groups	32,507	140	,232		
Total	34,310	141			

Αφού η τιμή $F=7,764$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,006$. Τότε , $0,006 < 0,05$ αυτό σημαίνει πως παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς καπνιστική τους συνήθεια στην διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ.**

ΑΝΟΒΑ

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,313	1	,313	1,347	,248
Within Groups	32,241	139	,232		
Total	32,553	140			

Αφού η τιμή $F=1,347$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,248$. Τότε, $0,248 > 0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς το κάπνισμα πριν την παρούσα εγκυμοσύνη.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΣΚΟΡ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ.**

ΑΝΟΒΑ

ΣΚΟΡ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4,203	1	4,203	3,940	,050
Within Groups	96,015	90	1,067		
Total	100,217	91			

Αφού η τιμή $F=3,940$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,05$. Τότε, $0,05 = 0,05$ αυτό σημαίνει πως παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς το σκόρ εξάρτησης από το κάπνισμα.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΠΑΛΙΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ.**

ΑΝΟΒΑ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2,184	1	2,184	,689	,408
Within Groups	440,767	139	3,171		
Total	442,950	140			

Αφού η τιμή $F=0,689$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,408$. Τότε, $0,408 > 0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς παλίο τους ιστορικό άγχους κατάθλιψης κ.α.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΗΣΗ ΜΕ ΣΥΖΥΓΟ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ANOVA

ΣΥΖΥΓΟΣ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,118	1	,118	1,515	,220
Within Groups	10,860	139	,078		
Total	10,979	140			

Αφού η τιμή $F=1,515$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,220$. Τότε , $0,220 > 0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς συγκατοίκηση με σύζυγο

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΗΣΗ ΜΕ ΓΟΝΕΙΣ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ANOVA

ΓΟΝΕΙΣ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,457	1	,457	3,781	,054
Within Groups	16,686	138	,121		
Total	17,143	139			

Αφού η τιμή $F=3,781$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,054$. Τότε , $0,054 > 0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς την συγκατοίκηση και με τους γονείς τους. Παρόλα αυτά αφού η τιμή του Sig είναι πολύ κοντά στο καθορισμένο όριο στατιστικής σημαντικότητας μπορούμε να πούμε υπάρχει μια τάση διαφοράς μεταξύ των εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς την συνύπαρξη στην ίδια οικεία με τους γονείς τους.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΗΣΗ ΜΕ ΠΕΘΕΡΙΚΑ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ.**

ΑΝΟΒΑ

ΠΕΘΕΡΙΚΑ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4,212	1	4,212	20,462	<,001
Within Groups	28,611	139	,206		
Total	32,823	140			

Αφού η τιμή $F=20,462$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= <0,001$. Τότε , $0,001<0,05$ αυτό σημαίνει πως παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς την συγκατοίκηση με τα πεθερικά τους.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΑΛΛΟΥΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ.**

ΑΝΟΒΑ

ΑΛΛΟΥΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3,181	1	3,181	25,430	<,001
Within Groups	17,387	139	,125		
Total	20,567	140			

Αφού η τιμή $F=25,430$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= <0,001$. Τότε , $0,001<0,05$ αυτό σημαίνει πως παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς την συγκατοίκηση με άλλους συγγενείς.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΩΝ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ΑΝΟΒΑ

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΩΝ					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,675	1	,675	3,737	,055
Within Groups	25,126	139	,181		
Total	25,801	140			

Αφού η τιμή $F=3,737$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,055$. Τότε , $0,055 > 0,05$ αυτό σημαίνει πως παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς την καπνιστική συνήθεια των συγκατοίκων. Παρόλα αυτά αφού η τιμή του Sig είναι πολύ κοντά στο καθορισμένο όριο στατιστικής σημαντικότητας μπορούμε να πούμε υπάρχει μια τάση διαφοράς μεταξύ των εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς την έκθεση τους σε παθητικό κάπνισμα λόγω καπνιστικής συνήθειας των συγκατοίκων τους.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ΑΝΟΒΑ

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,058	1	,058	,410	,524
Within Groups	14,914	105	,142		
Total	14,972	106			

Αφού η τιμή $F=0,410$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,524$. Τότε , $0,524 > 0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς την κατανάλωση προϊόντων καπνού από τον σύζυγο τους.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΓΟΝΕΩΝ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ΑΝΟΒΑ

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΓΟΝΕΙΣ					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,009	1	,009	,091	,763
Within Groups	10,645	105	,101		
Total	10,654	106			

Αφού η τιμή $F=0,091$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,763$. Τότε , $0,763 > 0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς κάπνισμα των γονίων τους με τους οποίους συγκατοικούν.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΕΘΕΡΙΚΩΝ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ΑΝΟΒΑ

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΕΘΕΡΙΚΑ					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2,711	1	2,711	13,443	<,001
Within Groups	21,177	105	,202		
Total	23,888	106			

Αφού η τιμή $F=13,443$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= <0,001$. Τότε , $0,001 < 0,05$ αυτό σημαίνει πως παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς καπνιστική συνήθεια των πεθερικών τους με τους οποίους συγκατοικούν.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΑΛΛΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ΑΝΟΒΑ

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΑΛΛΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1,297	1	1,297	11,739	<,001
Within Groups	11,600	105	,110		
Total	12,897	106			

Αφού η τιμή $F=11,739$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= <0,001$. Τότε , $0,001<0,05$ αυτό σημαίνει πως παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς καπνιστική συνήθεια των υπολοίπων συγγενών τους με τους οποίους συγκατοικούν.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΛΟΓΟΣ ΕΚΚΙΝΗΣΗΣ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ΑΝΟΒΑ

ΛΟΓΟΣ ΕΚΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1,173	1	1,173	,848	,360
Within Groups	125,945	91	1,384		
Total	127,118	92			

Αφού η τιμή $F=0,848$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,360$. Τότε , $0,360>0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς τον λόγο εκκίνησης του καπνίσματος.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΣΚΕΨΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ANOVA

ΣΚΕΨΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,009	1	,009	,051	,822
Within Groups	16,786	91	,184		
Total	16,796	92			

Αφού η τιμή $F=0,051$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,822$. Τότε , $0,822 > 0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς την σκέψη διακοπής του καπνίσματος.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΟΥ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ANOVA

ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΟΥ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,086	1	,086	,352	,555
Within Groups	16,872	69	,245		
Total	16,958	70			

Αφού η τιμή $F=0,352$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,555$. Τότε , $0,555 > 0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς σκέψη διακοπής του καπνίσματος με βασικό λόγο την υγεία τους.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΟΥ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ.**

ΑΝΟΒΑ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΟΥ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,116	1	,116	,624	,432
Within Groups	12,814	69	,186		
Total	12,930	70			

Αφού η τιμή $F=0,624$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,432$. Τότε , $0,432>0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς σκέψη διακοπής του καπνίσματος με βασικό λόγο την υγεία του παιδιού τους.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΓΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ.**

ΑΝΟΒΑ

ΓΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,665	1	,665	2,700	,105
Within Groups	16,997	69	,246		
Total	17,662	70			

Αφού η τιμή $F=2,700$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,105$. Τότε , $0,105>0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς σκέψη διακοπής του καπνίσματος με βασικό λόγο την εξοικονόμηση χρημάτων.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΣΥΖΥΓΟ ΜΟΥ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ.**

ΑΝΟΒΑ

ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΟΥ ΚΑΙ ΤΟΝ ΣΥΖΥΓΟ ΜΟΥ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,322	1	,322	1,908	,172
Within Groups	11,464	68	,169		
Total	11,786	69			

Αφού η τιμή $F=1,908$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,172$. Τότε , $0,172 > 0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς σκέψη διακοπής του καπνίσματος με βασικό λόγο την υγεία των παιδιών τους και του συζύγου τους.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΦΟΒΟΣ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ.**

ΑΝΟΒΑ

ΦΟΒΟΣ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,007	1	,007	,109	,742
Within Groups	5,602	90	,062		
Total	5,609	91			

Αφού η τιμή $F=0,109$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,742$. Τότε , $0,742 > 0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς τα αισθήματα φόβου σε πιθανή διακοπή του καπνίσματος.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΑΥΞΗΣΗ ΚΙΛΩΝ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ANOVA

ΑΥΞΗΣΗ ΚΙΛΩΝ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,393	1	,393	1,579	,212
Within Groups	20,416	82	,249		
Total	20,810	83			

Αφού η τιμή $F=1,579$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,212$. Τότε , $0,212 > 0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς τον φόβο αύξησης βάρους σε πιθανή διακοπή καπνίσματος.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΑΓΧΟΣ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ANOVA

ΑΓΧΟΣ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,013	1	,013	,051	,822
Within Groups	21,093	83	,254		
Total	21,106	84			

Αφού η τιμή $F=0,051$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,822$. Τότε , $0,822 > 0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς τον φόβο εμφάνισης άγχους σε πιθανή διακοπή καπνίσματος.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ANOVA

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,127	1	,127	,750	,389
Within Groups	14,061	83	,169		
Total	14,188	84			

Αφού η τιμή $F=0,750$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,389$. Τότε , $0,389 > 0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς τον φόβο εμφάνισης κατάθλιψης σε πιθανή διακοπή καπνίσματος.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΕΡΗΣΗΣ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ANOVA

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΕΡΗΣΗΣ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,150	1	,150	,677	,413
Within Groups	18,171	82	,222		
Total	18,321	83			

Αφού η τιμή $F=0,677$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,413$. Τότε , $0,413 > 0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς τον φόβο εμφάνισης συνδρόμου στέρησης σε πιθανή διακοπή καπνίσματος.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΣΗΜΑΣΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ΑΝΟΒΑ

ΣΗΜΑΣΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	23,774	1	23,774	5,328	,023
Within Groups	406,054	91	4,462		
Total	429,828	92			

Αφού η τιμή $F=5,328$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,023$. Τότε, $0,023 < 0,05$ αυτό σημαίνει πως παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς την σημασία διακοπής καπνίσματος.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΣΙΓΟΥΡΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ΑΝΟΒΑ

ΣΙΓΟΥΡΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	26,151	1	26,151	5,489	,021
Within Groups	428,762	90	4,764		
Total	454,913	91			

Αφού η τιμή $F=5,489$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,021$. Τότε, $0,021 < 0,05$ αυτό σημαίνει πως παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς την σιγουρία διακοπής καπνίσματος.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ.**

ΑΝΟΒΑ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	57,594	1	57,594	88,508	<,001
Within Groups	89,799	138	,651		
Total	147,393	139			

Αφού η τιμή $F=88,508$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig=<0,001$. Τότε, $0,001<0,05$ αυτό σημαίνει πως παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς την επιλογή του επαγγελματία υγείας που επιλέγουν να παρακολουθήσει την εγκυμοσύνη τους.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ.**

ΑΝΟΒΑ

ΣΗΖΗΤΗΣΗ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,599	1	,599	1,929	,167
Within Groups	36,020	116	,311		
Total	36,619	117			

Αφού η τιμή $F=1,929$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,167$. Τότε, $0,167>0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς το άτομο που έχει συζητήσει για διακοπή καπνίσματος.

Ακολουθεί ανάλυση άνοβα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ΑΝΟΒΑ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,153	1	,153	,394	,532
Within Groups	33,757	87	,388		
Total	33,910	88			

Αφού η τιμή $F=0,394$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,532$. Τότε , $0,532 > 0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς σύζητηση για διακοπή καπνίσματος με κάποιον επαγγελματία υγείας.

Ακολουθεί ανάλυση άνοβα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΜΑΙΑΣ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ΑΝΟΒΑ

ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΜΑΙΑΣ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1,495	1	1,495	,695	,407
Within Groups	197,962	92	2,152		
Total	199,457	93			

Αφού η τιμή $F=0,695$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig= 0,407$. Τότε , $0,407 > 0,05$ αυτό σημαίνει πως δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς το πόσο σημαντική θεωρούν την υποστήριξη της μαίας για την διακοπή καπνίσματος.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΗΛΙΚΙΑ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ΑΝΟΒΑ

ΗΛΙΚΙΑ					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	49,207	1	49,207	29,369	<,001
Within Groups	231,214	138	1,675		
Total	280,421	139			

Αφού η τιμή $F=29,369$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig=<0,001$. Τότε, $0,001<0,05$ αυτό σημαίνει πως παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς την ηλικία που επιλέγουν να τεκνοποιήσουν.

Ακολουθεί ανάλυση απονα σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ΑΝΟΒΑ

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	81,779	1	81,779	70,252	<,001
Within Groups	160,643	138	1,164		
Total	242,421	139			

Αφού η τιμή $F=70,252$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig=<0,001$. Τότε, $0,001<0,05$ αυτό σημαίνει πως παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς το μορφωτικό τους επίπεδο.

Ακολουθεί ανάλυση ANOVA σε μονόπλευρο έλεγχο για τις **ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ και ΡΟΜΑ ΚΑΙ ΜΗ ΡΟΜΑ**.

ANOVA

ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	9,451	1	9,451	11,140	,001
Within Groups	116,232	137	,848		
Total	125,683	138			

Αφού η τιμή $F=11,140$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $Sig=<0,001$. Τότε, $0,001<0,05$ αυτό σημαίνει πως παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ εγκύων Ρομά και μη Ρομά ως προς ετήσιο οικογενειακό τους εισόδημα.

REGRESSION

ΕΓΚΥΕΣ ΜΗ ΡΟΜΑ

Ακολουθεί η ανάλυση συσχέτισης και ευθεία παλινδρομήσεως για την εξαρτημένη μεταβλητή **ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ** και ανεξάρτητες **ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΚΑΙ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,138 ^a	,019	-,010	,50601	,329

a. Predictors: (Constant), ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ, ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

b. Dependent Variable: ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η τιμή R αντιπροσωπεύει την απλή συσχέτιση και είναι 0,138, η οποία δείχνει ασθενή βαθμό συσχέτισης.

Η τιμή R² υποδεικνύει πόση από τη συνολική διακύμανση της εξαρτημένης μεταβλητής, μπορεί να εξηγηθεί από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Στην περίπτωση αυτή, μπορεί να εξηγηθεί το 1,9%, το οποίο είναι πολύ μικρό.

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,331	2	,165	,646	,527 ^b
	Residual	17,155	67	,256		
	Total	17,486	69			

a. Dependent Variable: ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

b. Predictors: (Constant), ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ, ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Η σημαντικότητα της Sig= 0.527 είναι μεγαλύτερη από 0,05 και υποδεικνύει ότι, συνολικά, το μοντέλο παλινδρόμησης δεν προβλέπει στατιστικά σημαντική την ανεξάρτητη μεταβλητή.

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,430	,181		2,371	,021
	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	-,031	,079	-,069	-,391	,697
	ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	,090	,089	,179	1,018	,312

a. Dependent Variable: ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η τιμή Sig για τις ανεξάρτητες μεταβλητές ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ και ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ είναι μεγαλύτερη από 0,05 που σημαίνει ότι δεν επηρεάζουν σημαντικά την εξαρτημένη μεταβλητή ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ.

Ακολουθεί η ανάλυση συσχέτισης και ευθεία παλινδρομήσεως για την εξαρτημένη μεταβλητή **ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ** και ανεξάρτητες **ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ, ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙ (ΤΟΚΟΣ)**.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,158 ^a	,025	-,019	,50823	,329

a. Predictors: (Constant), ΗΛΙΚΙΑ, ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΑΙΔΙ

b. Dependent Variable: ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η τιμή R αντιπροσωπεύει την απλή συσχέτιση και είναι 0,158, η οποία δείχνει ασθενή βαθμό συσχέτισης.

Η τιμή R² υποδεικνύει πόση από τη συνολική διακύμανση της εξαρτημένης μεταβλητής, μπορεί να εξηγηθεί από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Στην περίπτωση αυτή, μπορεί να εξηγηθεί το 2,5%, το οποίο είναι πολύ μικρό.

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,438	3	,146	,566	,640 ^b
	Residual	17,047	66	,258		
	Total	17,486	69			

a. Dependent Variable: ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

b. Predictors: (Constant), ΗΛΙΚΙΑ, ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΑΙΔΙ

Η σημαντικότητα της Sig= 0.640 είναι μεγαλύτερη από 0,05 και υποδεικνύει ότι, συνολικά, το μοντέλο παλινδρόμησης δεν προβλέπει στατιστικά σημαντική την ανεξάρτητη μεταβλητή.

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,447	,224		1,992	,050
	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	-,008	,072	-,013	-,109	,914
	ΠΑΙΔΙ	-,065	,057	-,144	-1,128	,263
	ΗΛΙΚΙΑ	,050	,052	,123	,963	,339

a. Dependent Variable: ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η τιμή Sig για τις ανεξάρτητες μεταβλητές ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ είναι μεγαλύτερη από 0,05 που σημαίνει ότι δεν επηρεάζουν σημαντικά την εξαρτημένη μεταβλητή ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Ακολουθεί η ανάλυση συσχέτισης και ευθεία παλινδρομήσεως για την εξαρτημένη μεταβλητή **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ** και ανεξάρτητες **ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΚΑΙ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,228 ^a	,052	,024	,49742	2,202

a. Predictors: (Constant), ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ, ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

b. Dependent Variable: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η τιμή R αντιπροσωπεύει την απλή συσχέτιση και είναι 0,228 η οποία δείχνει ασθενή βαθμό συσχέτισης.

Η τιμή R² υποδεικνύει πόση από τη συνολική διακύμανση της εξαρτημένης μεταβλητής, μπορεί να εξηγηθεί από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Στην περίπτωση αυτή, μπορεί να εξηγηθεί το 5,2%, το οποίο είναι πολύ μικρό.

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,908	2	,454	1,835	,167 ^b
	Residual	16,577	67	,247		
	Total	17,486	69			

a. Dependent Variable: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

b. Predictors: (Constant), ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ, ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Η σημαντικότητα της Sig= 0.167 είναι μεγαλύτερη από 0,05 και υποδεικνύει ότι, συνολικά, το μοντέλο παλινδρόμησης δεν προβλέπει στατιστικά σημαντικά την ανεξάρτητη μεταβλητή

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,386	,178		2,169	,034
	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	,134	,078	,298	1,720	,090
	ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	-,159	,087	-,316	-1,829	,072

a. Dependent Variable: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η τιμή Sig για τις ανεξάρτητες μεταβλητές ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΙ ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ είναι μεγαλύτερη από 0,05 που σημαίνει ότι δεν επηρεάζουν σημαντικά την εξαρτημένη μεταβλητή ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ.

Ακολουθεί η ανάλυση συσχέτισης και ευθεία παλινδρομήσεως για την εξαρτημένη μεταβλητή **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ** και ανεξάρτητες **ΣΚΟΡ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ**.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,482 ^a	,233	,169	,44867	2,418

a. Predictors: (Constant), ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ, ΣΚΟΡ

b. Dependent Variable: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η τιμή R αντιπροσωπεύει την απλή συσχέτιση και είναι 0,482, η οποία δείχνει μέτριο βαθμό συσχέτισης.

Η τιμή R² υποδεικνύει πόση από τη συνολική διακύμανση της εξαρτημένης μεταβλητής, μπορεί να εξηγηθεί από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Στην περίπτωση αυτή, μπορεί να εξηγηθεί το 23,3%.

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1,465	2	,732	3,639	,042 ^b
	Residual	4,831	24	,201		
	Total	6,296	26			

a. Dependent Variable: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

b. Predictors: (Constant), ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ, ΣΚΟΡ

Η σημαντικότητα της Sig= 0.042 είναι μικρότερη από 0,05 και υποδεικνύει ότι, συνολικά, το μοντέλο παλινδρόμησης προβλέπει στατιστικά σημαντικά τις ανεξάρτητες μεταβλητες .

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-,028	,273		-,104	,918
	ΣΚΟΡ	,105	,121	,156	,868	,394
	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ	,465	,177	,473	2,631	,015

a. Dependent Variable: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η τιμή Sig για την ανεξάρτητη μεταβλητη ΣΚΟΡ (Sig=0.394) είναι μεγαλύτερη από 0,05που σημαίνει ότι δεν επηρεάζει σημαντικά την εξάρτημένη μεταβλητή

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ. Η ανεξάρτητη μεταβλητή ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ έχει Sig=0.015 και είναι μικρότερη από το 0.05 επομένως επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την εξαρτημένη μεταβλητή ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ.

Ακολουθεί η ανάλυση συσχέτισης και ευθεία παλινδρομήσεως για την εξαρτημένη μεταβλητή ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ και ανεξάρτητες ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙ.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,015 ^a	,000	-,030	,51080	2,175

a. Predictors: (Constant), ΗΛΙΚΙΑ, ΠΑΙΔΙ

b. Dependent Variable: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η τιμή R αντιπροσωπεύει την απλή συσχέτιση και είναι 0,015 η οποία δείχνει ασθενή βαθμό συσχέτισης.

Η τιμή R² υποδεικνύει πόση από τη συνολική διακύμανση της εξαρτημένης μεταβλητής, μπορεί να εξηγηθεί από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Στην περίπτωση αυτή, μπορεί να εξηγηθεί το 0%, το οποίο είναι πολύ μικρό.

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,004	2	,002	,008	,992 ^b
	Residual	17,482	67	,261		
	Total	17,486	69			

a. Dependent Variable: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

b. Predictors: (Constant), ΗΛΙΚΙΑ, ΠΑΙΔΙ

Η σημαντικότητα της Sig= 0.992 είναι μεγαλύτερη από 0,05 και υποδεικνύει ότι, συνολικά, το μοντέλο παλινδρόμησης δεν προβλέπει στατιστικά σημαντικά την ανεξάρτητη μεταβλητή

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	
	B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	,466	,169		2,754	,008
	ΠΑΙΔΙ	-,001	,058	-,001	-,009	,993
	ΗΛΙΚΙΑ	,006	,052	,016	,122	,903

a. Dependent Variable: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η τιμή Sig για τις ανεξάρτητες μεταβλητές ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ είναι μεγαλύτερη από 0,05 που σημαίνει ότι δεν επηρεάζουν σημαντικά την εξαρτημένη μεταβλητή ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ .

Ακολουθεί η ανάλυση συσχέτισης και ευθεία παλινδρομήσεως για την εξαρτημένη μεταβλητή **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ και ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ**.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,242 ^a	,058	,045	,49172

a. Predictors: (Constant), ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η τιμή R αντιπροσωπεύει την απλή συσχέτιση και είναι 0,242, η οποία δείχνει ασθενή βαθμό συσχέτισης.

Η τιμή R² υποδεικνύει πόση από τη συνολική διακύμανση της εξαρτημένης μεταβλητής, μπορεί να εξηγηθεί από την ανεξάρτητες μεταβλητές. Στην περίπτωση αυτή, μπορεί να εξηγηθεί το 5,8%, το οποίο είναι πολύ μικρή.

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1,035	1	1,035	4,279	,042 ^b
	Residual	16,684	69	,242		
	Total	17,718	70			

a. Dependent Variable: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

b. Predictors: (Constant), ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η σημαντικότητα της $p = 0.042$ είναι μικρότερη από 0,05 και υποδεικνύει ότι, συνολικά, το μοντέλο παλινδρόμησης προβλέπει στατιστικά σημαντικά την ανεξάρτητη μεταβλητή.

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,353	,084		4,185	<,001
	ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	,242	,117	,242	2,069	,042

a. Dependent Variable: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Αφού η τιμή $p=0.042$ σημαίνει πως η ανεξάρτητη μεταβλητή ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ επηρεάζει σημαντικά την εξαρτημένη ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΥΗΣΗ.

REGRESSION ROMA

ΕΓΚΥΕΣ ΡΟΜΑ

Ακολουθεί η ανάλυση συσχέτισης και ευθεία παλινδρομήσεως για την εξαρτημένη μεταβλητή ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ και ανεξάρτητες ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΚΑΙ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,371 ^a	,137	,112	,43505	,323

a. Predictors: (Constant), ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ, ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

b. Dependent Variable: ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η τιμή R αντιπροσωπεύει την απλή συσχέτιση και είναι 0,371, η οποία δείχνει μετρίου βαθμού συσχέτισης.

Η τιμή R² υποδεικνύει πόση από τη συνολική διακύμανση της εξαρτημένης μεταβλητής, μπορεί να εξηγηθεί από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Στην περίπτωση αυτή, μπορεί να εξηγηθεί το 13,7%, το οποίο είναι πολύ μικρό.

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2,019	2	1,009	5,333	,007 ^b
	Residual	12,681	67	,189		
	Total	14,700	69			

a. Dependent Variable: ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

b. Predictors: (Constant), ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ, ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Η σημαντικότητα της Sig= 0.007 είναι μικρότερη από 0,05 και υποδεικνύει ότι, συνολικά, το μοντέλο παλινδρόμησης προβλέπει στατιστικά σημαντικές τις ανεξάρτητες μεταβλητές

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-,018	,114		-,162	,872
	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	,116	,059	,261	1,974	,053
	ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	,090	,074	,161	1,219	,227

a. Dependent Variable: ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η τιμή Sig για τις ανεξάρτητες μεταβλητές ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ και ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ είναι μεγαλύτερη από 0,05 που σημαίνει ότι δεν επηρεάζουν σημαντικά την εξαρτημένη μεταβλητή ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ. Ωστόσο η μεταβλητή ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ είναι οριακά μεγαλύτερη από το 0,05 γεγονός που μας δείχνει ότι έχει την τάση να επηρεάζει σημαντικά την εξαρτημένη μεταβλητή.

Ακολουθεί η ανάλυση συσχέτισης και ευθεία παλινδρομήσεως για την εξαρτημένη μεταβλητή **ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ** και ανεξάρτητες **ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ, ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙ (ΤΟΚΟΣ)**.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,322 ^a	,103	,062	,44890	,161

a. Predictors: (Constant), ΠΑΙΔΙ, ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΗΛΙΚΙΑ

b. Dependent Variable: ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η τιμή R αντιπροσωπεύει την απλή συσχέτιση και είναι 0,322, η οποία δείχνει μετρίου βαθμού συσχέτισης.

Η τιμή R² υποδεικνύει πόση από τη συνολική διακύμανση της εξαρτημένης μεταβλητής, μπορεί να εξηγηθεί από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Στην περίπτωση αυτή, μπορεί να εξηγηθεί το 10,3%, το οποίο είναι πολύ μικρό.

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1,511	3	,504	2,499	,067 ^b
	Residual	13,098	65	,202		
	Total	14,609	68			

a. Dependent Variable: ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

b. Predictors: (Constant), ΠΑΙΔΙ, ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΗΛΙΚΙΑ

Η σημαντικότητα της Sig= 0.067 είναι μεγαλύτερη από 0,05 και υποδεικνύει ότι, συνολικά, το μοντέλο παλινδρόμησης δεν προβλέπει στατιστικά σημαντική την ανεξάρτητη μεταβλητή

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,160	,138		1,162	,249
	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	,121	,074	,194	1,630	,108
	ΗΛΙΚΙΑ	,099	,050	,290	1,968	,053
	ΠΑΙΔΙ	-,073	,054	-,202	-1,359	,179

a. Dependent Variable: ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η τιμή Sig για τις ανεξάρτητες μεταβλητές ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ είναι μεγαλύτερη από 0,05 που σημαίνει ότι δεν επηρεάζουν σημαντικά την εξαρτημένη μεταβλητή ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ.

Ακολουθεί η ανάλυση συσχέτισης και ευθεία παλινδρομήσεως για την εξαρτημένη μεταβλητή **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ** και ανεξάρτητες **ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΚΑΙ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,329 ^a	,108	,082	,47544	2,241

a. Predictors: (Constant), ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ, ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

b. Dependent Variable: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η τιμή R αντιπροσωπεύει την απλή συσχέτιση και είναι 0,329, η οποία δείχνει μετρίου βαθμού συσχέτισης.

Η τιμή R² υποδεικνύει πόση από τη συνολική διακύμανση της εξαρτημένης μεταβλητής, μπορεί να εξηγηθεί από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Στην περίπτωση αυτή, μπορεί να εξηγηθεί το 10,8%, το οποίο είναι πολύ μικρό.

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1,841	2	,920	4,072	,021 ^b
	Residual	15,145	67	,226		
	Total	16,986	69			

a. Dependent Variable: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

b. Predictors: (Constant), ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ, ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Η σημαντικότητα της Sig= 0.021 είναι μικρότερη από 0,05 και υποδεικνύει ότι, συνολικά, το μοντέλο παλινδρόμησης προβλέπει στατιστικά σημαντική τις ανεξάρτητες μεταβλητές.

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,640	,124		5,148	<,001
	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	,156	,064	,326	2,428	,018
	ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	-,204	,080	-,341	-2,534	,014

a. Dependent Variable: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η τιμή Sig για τις ανεξάρτητες μεταβλητές ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ (Sig=0.018) ΚΑΙ ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ (Sig=0.014) είναι μικρότερες από 0,05 που σημαίνει ότι επηρεάζουν σημαντικά την εξαρτημένη μεταβλητή ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ.

Ακολουθεί η ανάλυση συσχέτισης και ευθεία παλινδρομήσεως για την εξαρτημένη μεταβλητή **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ** και ανεξάρτητες **ΣΚΟΡ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ**.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,226 ^a	,051	,008	,48945	2,028

a. Predictors: (Constant), ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ, ΣΚΟΡ

b. Dependent Variable: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η τιμή R αντιπροσωπεύει την απλή συσχέτιση και είναι 0,226, η οποία δείχνει ασθενή βαθμό συσχέτισης.

Η τιμή R² υποδεικνύει πόση από τη συνολική διακύμανση της εξαρτημένης μεταβλητής, μπορεί να εξηγηθεί από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Στην περίπτωση αυτή, μπορεί να εξηγηθεί το 5,1%, το οποίο είναι πολύ μικρό

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,566	2	,283	1,181	,317 ^b
	Residual	10,541	44	,240		
	Total	11,106	46			

a. Dependent Variable: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

b. Predictors: (Constant), ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ, ΣΚΟΡ

Η σημαντικότητα της Sig= 0.317 είναι μεγαλύτερη από 0,05 και υποδεικνύει ότι, συνολικά, το μοντέλο παλινδρόμησης δεν προβλέπει στατιστικά σημαντική την ανεξάρτητη μεταβλητή

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,393	,163		2,404	,021
	ΣΚΟΡ	,070	,063	,172	1,125	,267
	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ	,198	,151	,200	1,309	,197

a. Dependent Variable: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η τιμή Sig για την ανεξάρτητη μεταβλητή ΣΚΟΡ (Sig=0.267) είναι μεγαλύτερη από 0,05 που σημαίνει ότι δεν επηρεάζει σημαντικά την εξαρτημένη μεταβλητή ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ. Η ανεξάρτητη μεταβλητή ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΚΥΗΣΕΙΣ έχει Sig=0.197 και είναι μεγαλύτερη από το 0.05 επομένως ούτε αυτή επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την εξαρτημένη μεταβλητή ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ.

Ακολουθεί η ανάλυση συσχέτισης και ευθεία παλινδρομήσεως για την εξαρτημένη μεταβλητή **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ** και ανεξάρτητες **ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙ**.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,138 ^a	,019	-,010	,49867	2,338

a. Predictors: (Constant), ΗΛΙΚΙΑ, ΠΑΙΔΙ

b. Dependent Variable: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η τιμή R αντιπροσωπεύει την απλή συσχέτιση και είναι 0,138, η οποία δείχνει ασθενή βαθμό συσχέτισης.

Η τιμή R² υποδεικνύει πόση από τη συνολική διακύμανση της εξαρτημένης μεταβλητής, μπορεί να εξηγηθεί από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Στην περίπτωση αυτή, μπορεί να εξηγηθεί το 1,9%, το οποίο είναι πολύ μικρό

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,325	2	,162	,653	,524 ^b
	Residual	16,661	67	,249		
	Total	16,986	69			

a. Dependent Variable: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

b. Predictors: (Constant), ΗΛΙΚΙΑ, ΠΑΙΔΙ

Η σημαντικότητα της Sig= 0.524 είναι μεγαλύτερη από 0,05 και υποδεικνύει ότι, συνολικά, το μοντέλο παλινδρόμησης δεν προβλέπει στατιστικά σημαντική την ανεξάρτητη μεταβλητή

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,595	,124		4,803	<,001
	ΠΑΙΔΙ	,051	,059	,130	,857	,394
	ΗΛΙΚΙΑ	-,062	,055	-,170	-1,119	,267

a. Dependent Variable: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η τιμή Sig για τις ανεξάρτητες μεταβλητές ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ είναι μεγαλύτερη από 0,05 που σημαίνει ότι δεν επηρεάζουν σημαντικά την εξαρτημένη μεταβλητή ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ .

Ακολουθεί η ανάλυση συσχέτισης και ευθεία παλινδρομήσεως για την εξαρτημένη μεταβλητή **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ και ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.**

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,209 ^a	,044	,030	,48877	2,376

a. Predictors: (Constant), ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

b. Dependent Variable: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η τιμή R αντιπροσωπεύει την απλή συσχέτιση και είναι 0,209, η οποία δείχνει ασθενή βαθμό συσχέτισης.

Η τιμή R² υποδεικνύει πόση από τη συνολική διακύμανση της εξαρτημένης μεταβλητής, μπορεί να εξηγηθεί από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Στην περίπτωση αυτή, μπορεί να εξηγηθεί το 4,4%, το οποίο είναι πολύ μικρό

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,741	1	,741	3,101	,083 ^b
	Residual	16,245	68	,239		
	Total	16,986	69			

a. Dependent Variable: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

b. Predictors: (Constant), ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η σημαντικότητα της Sig= 0.083 είναι μεγαλύτερη από 0,05 και υποδεικνύει ότι, συνολικά, το μοντέλο παλινδρόμησης δεν προβλέπει στατιστικά σημαντική την ανεξάρτητη μεταβλητή

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,653	,070		9,353	<,001
	ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	-,224	,127	-,209	-1,761	,083

a. Dependent Variable: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Αφού η τιμή Sig=0.083 >0.05 σημαίνει πως η ανεξάρτητη μεταβλητή ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ δεν επηρεάζει σημαντικά την εξαρτημένη ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΥΗΣΗ.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ²

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΠΑΙΔΙ

ΠΑΙΔΙ * ΡΟΜΑ Crosstabulation

Count		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΠΑΙΔΙ	1	9	24	33
	2	11	25	36
	3	19	13	32
	4	20	6	26
	5+	12	3	15
Total		71	71	142

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	26,326 ^a	4	<,001
Likelihood Ratio	27,533	4	<,001
N of Valid Cases	142		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,50.

Η τιμή Sig είναι <0,001. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μικρότερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Επομένως οι έγκυες Ρομά από τις μη Ρομά διαφέρουν ως προς τον αριθμό παιδιών που κάνουν.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΡΙΜΗΝΟ

ΤΡΙΜΗΝΟ * ΡΟΜΑ Crosstabulation

Count		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΤΡΙΜΗΝΟ	1	24	20	44
	2	32	30	62
	3	15	20	35
Total		71	70	141

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,135 ^a	2	,567
Likelihood Ratio	1,138	2	,566
Linear-by-Linear Association	1,011	1	,315
N of Valid Cases	141		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,38.

Η τιμή Sig είναι 0,567. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Επομένως οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά δεν διαφέρουν ως προς το τρίμηνο της κύησης που διανύουν.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

ΑΓΩΓΗ * POMA Crosstabulation

Count		POMA		Total
		NAI	OXI	
ΑΓΩΓΗ	NAI	46	57	103
	OXI	25	13	38
Total		71	70	141

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,957 ^a	1	,026		
Continuity Correction ^b	4,148	1	,042		
Likelihood Ratio	5,025	1	,025		
Fisher's Exact Test				,036	,020
Linear-by-Linear Association	4,922	1	,027		
N of Valid Cases	141				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18,87.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,020. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μικρότερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την

άλλη. Επομένως οι έγκυες Ρομά και οι μη Ρομά διαφέρουν ως προς την λήψη φαρμακευτικής αγωγής στην κύηση.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ *

POMA Crosstabulation

Count		POMA		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΕΣ	ΝΑΙ	28	30	58
	ΟΧΙ	36	19	55
Total		64	49	113

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,392 ^a	1	,066		
Continuity Correction ^b	2,729	1	,099		
Likelihood Ratio	3,414	1	,065		
Fisher's Exact Test				,087	,049
Linear-by-Linear Association	3,362	1	,067		
N of Valid Cases	113				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23,85.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,049. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι οριακά μικρότερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Επομένως οι έγκυες Ρομά και οι μη Ρομά διαφέρουν ως προς την παρουσία προβλημάτων σε προηγούμενη εγκυμοσύνη.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΑΠΟΒΟΛΕΣ

ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΑΠΟΒΟΛΕΣ * ΡΟΜΑ Crosstabulation

Count

		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΑΠΟΒΟΛΕΣ	ΝΑΙ	25	25	50
	ΟΧΙ	46	45	91
Total		71	70	141

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,004 ^a	1	,950		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,004	1	,950		
Fisher's Exact Test				1,000	,545
Linear-by-Linear Association	,004	1	,950		
N of Valid Cases	141				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24,82.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,545. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά δεν διαφέρουν στα ποσοστά των αυτόματων αποβολών.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ * ΡΟΜΑ Crosstabulation

Count

		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	ΝΑΙ	29	37	66
	ΟΧΙ	42	34	76
Total		71	71	142

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,812 ^a	1	,178		
Continuity Correction ^b	1,387	1	,239		
Likelihood Ratio	1,816	1	,178		
Fisher's Exact Test				,239	,119
Linear-by-Linear Association	1,799	1	,180		
N of Valid Cases	142				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 33,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,119. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά δεν διαφέρουν ως προς την εμφάνιση προβλημάτων στην παρούσα κύηση.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ

ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΙΕΣΗ * POMA Crosstabulation

Count		POMA		Total
		NAI	OXI	
ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΙΕΣΗ	NAI	2	7	9
	OXI	21	23	44
Total		23	30	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,979 ^a	1	,160		
Continuity Correction ^b	1,077	1	,299		
Likelihood Ratio	2,106	1	,147		
Fisher's Exact Test				,270	,150
Linear-by-Linear Association	1,941	1	,164		
N of Valid Cases	53				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,91.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,150. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig

είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά δεν διαφέρουν σημαντικά ως προς την πιθανότητα εμφάνισης αυξημένης αρτηριακής πίεσης.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΣΑΚΧΑΡΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

ΣΑΚΧΑΡΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ * POMA Crosstabulation

Count		POMA		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΣΑΚΧΑΡΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	ΝΑΙ	2	8	10
	ΟΧΙ	21	22	43
Total		23	30	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,747 ^a	1	,097		
Continuity Correction ^b	1,698	1	,193		
Likelihood Ratio	2,951	1	,086		
Fisher's Exact Test				,158	,094
Linear-by-Linear Association	2,695	1	,101		
N of Valid Cases	53				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,34.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,094. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά δεν διαφέρουν σημαντικά ως προς την πιθανότητα εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη στην κύηση.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΠΡΩΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΠΡΟΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ * ΡΟΜΑ
Crosstabulation

Count

		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΠΡΟΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	ΝΑΙ	8	6	14
	ΟΧΙ	15	24	39
Total		23	30	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	1,464 ^a	1	,226		
Continuity Correction ^b	,802	1	,371		
Likelihood Ratio	1,455	1	,228		
Fisher's Exact Test				,346	,185
Linear-by-Linear Association	1,436	1	,231		
N of Valid Cases	53				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,08.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,185. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά δεν διαφέρουν σημαντικά ως προς την πιθανότητα πρόωρου τοκετού.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ * POMA Crosstabulation

Count

		POMA		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ	ΝΑΙ	13	9	22
	ΟΧΙ	10	21	31
Total		23	30	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,772 ^a	1	,052		
Continuity Correction ^b	2,758	1	,097		
Likelihood Ratio	3,794	1	,051		
Fisher's Exact Test				,091	,048
Linear-by-Linear Association	3,701	1	,054		
N of Valid Cases	53				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,55.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,048. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μικρότερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά διαφέρουν σημαντικά ως προς την πιθανότητα εμφάνισης αιμορραγίας στην διάρκεια της εγκυμοσύνης.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΜΒΡΥΟ ΜΕ ΧΑΜΗΛΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

ΕΜΒΡΥΟ ΜΕ ΧΑΜΗΛΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ * ΡΟΜΑ Crosstabulation

Count

		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΜΒΡΥΟ ΜΕ ΧΑΜΗΛΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ	ΝΑΙ	5	4	9
	ΟΧΙ	18	26	44
Total		23	30	53

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,653 ^a	1	,419		
Continuity Correction ^b	,192	1	,661		
Likelihood Ratio	,647	1	,421		
Fisher's Exact Test				,478	,328
Linear-by-Linear Association	,640	1	,424		
N of Valid Cases	53				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,91.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,328. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά δεν διαφέρουν σημαντικά ως προς την πιθανότητα εντοπισμού εμβρύου με χαμηλή ανάπτυξη.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ**ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ * ΡΟΜΑ Crosstabulation**

Count

		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	ΝΑΙ	50	34	84
	ΟΧΙ	21	37	58
Total		71	71	142

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,461 ^a	1	,006		
Continuity Correction ^b	6,558	1	,010		
Likelihood Ratio	7,538	1	,006		
Fisher's Exact Test				,010	,005
Linear-by-Linear Association	7,409	1	,006		
N of Valid Cases	142				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 29,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,005. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά διαφέρουν σημαντικά ως προς την υιοθέτηση καπνιστικής συνήθειας στην διάρκεια της κύησης.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ * ΡΟΜΑ Crosstabulation

Count		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	ΝΑΙ	49	42	91
	ΟΧΙ	22	29	51
Total		71	71	142

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,499 ^a	1	,221		
Continuity Correction ^b	1,101	1	,294		
Likelihood Ratio	1,503	1	,220		
Fisher's Exact Test				,294	,147
Linear-by-Linear Association	1,489	1	,222		
N of Valid Cases	142				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 25,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,147. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά δεν διαφέρουν σημαντικά ως προς την καπνιστική τους συνήθεια προ κύησης.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΣΚΟΡ

ΣΚΟΡ * ΡΟΜΑ Crosstabulation

Count		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΣΚΟΡ	ΜΙΚΡΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ	15	3	18
	ΜΙΚΡΗ ΠΡΟΣ ΜΕΤΡΙΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗ	11	6	17
	ΜΕΤΡΙΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗ	15	21	36
	ΜΕΓΑΛΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ	13	9	22
Total		54	39	93

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,013 ^a	3	,029
Likelihood Ratio	9,532	3	,023
Linear-by-Linear Association	4,036	1	,045
N of Valid Cases	93		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,13.

Η τιμή Sig είναι 0,029. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μικρότερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά διαφέρουν σημαντικά ως προς το σκορ εξάρτησης από την νικοτίνη.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΠΑΛΙΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ * ΡΟΜΑ Crosstabulation

Count		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΑΓΧΟΣ	21	19	40
	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	3	5	8
	ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ/ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ	12	5	17
	ΚΑΝΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	35	42	77
Total		71	71	142

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,119 ^a	3	,249
Likelihood Ratio	4,213	3	,239
Linear-by-Linear Association	,571	1	,450
N of Valid Cases	142		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,00.

Η τιμή Sig είναι 0,249. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά δεν διαφέρουν σημαντικά ως προς το παλίο ιστορικό ψυχικής υγείας.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΗΣΗ ΜΕ ΣΥΖΥΓΟ

ΣΥΖΥΓΟΣ * ΡΟΜΑ Crosstabulation

Count		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΣΥΖΥΓΟΣ	ΝΑΙ	63	67	130
	ΟΧΙ	8	4	12
Total		71	71	142

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,456 ^a	1	,228		
Continuity Correction ^b	,819	1	,365		
Likelihood Ratio	1,482	1	,223		
Fisher's Exact Test				,366	,183
Linear-by-Linear Association	1,446	1	,229		
N of Valid Cases	142				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,183. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά δεν διαφέρουν σημαντικά ως προς την συγκατοίκηση με τον συζυγό τους.

ΕΛΕΓΧΟΣ χ^2 ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΗΣΗ ΜΕ ΓΟΝΕΙΣ

ΓΟΝΕΙΣ * POMA Crosstabulation

Count		POMA		Total
		NAI	OXI	
ΓΟΝΕΙΣ	NAI	14	6	20
	OXI	57	64	121
Total		71	70	141

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,598 ^a	1	,058		
Continuity Correction ^b	2,741	1	,098		
Likelihood Ratio	3,689	1	,055		
Fisher's Exact Test				,089	,048
Linear-by-Linear Association	3,573	1	,059		
N of Valid Cases	141				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,93.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,048. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μικρότερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως θα δεχτούμε τη μηδενική

υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά διαφέρουν σημαντικά ως προς την πιθανότητα συγκατοίκησης με τους γονείς τους.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΗΣΗ ΜΕ ΠΕΘΕΡΙΚΑ

ΠΕΘΕΡΙΚΑ * ΡΟΜΑ Crosstabulation

Count		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΠΕΘΕΡΙΚΑ	ΝΑΙ	38	14	52
	ΟΧΙ	33	57	90
Total		71	71	142

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	17,477 ^a	1	<,001		
Continuity Correction ^b	16,051	1	<,001		
Likelihood Ratio	17,986	1	<,001		
Fisher's Exact Test				<,001	<,001
Linear-by-Linear Association	17,354	1	<,001		
N of Valid Cases	142				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι <0,001. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μικρότερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά διαφέρουν σε σημαντικό βαθμό ως προς την επιλογή τους για συγκατοίκηση με τα πεθερικά τους.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΗΣΗ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ

ΑΛΛΟΥΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ * POMA Crosstabulation

Count

		POMA		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΑΛΛΟΥΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	ΝΑΙ	24	2	26
	ΟΧΙ	47	69	116
Total		71	71	142

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	22,788 ^a	1	<,001		
Continuity Correction ^b	20,763	1	<,001		
Likelihood Ratio	26,140	1	<,001		
Fisher's Exact Test				<,001	<,001
Linear-by-Linear Association	22,627	1	<,001		
N of Valid Cases	142				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι <0,001. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μικρότερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά διαφέρουν σε σημαντικό βαθμό ως προς την επιλογή τους για συγκατοίκηση με άλλους συγγενείς τους.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΩΝ**ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΩΝ * POMA Crosstabulation**

Count

		POMA		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΩΝ	ΝΑΙ	59	49	108
	ΟΧΙ	12	22	34
Total		71	71	142

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,867 ^a	1	,049		
Continuity Correction ^b	3,132	1	,077		
Likelihood Ratio	3,912	1	,048		
Fisher's Exact Test				,076	,038
Linear-by-Linear Association	3,840	1	,050		
N of Valid Cases	142				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,038. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μικρότερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά διαφέρουν σε σημαντικό βαθμό ως προς τα ποσοστά συγκατοίκων καπνιστών.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ * ΡΟΜΑ Crosstabulation

Count		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ	ΝΑΙ	47	42	89
	ΟΧΙ	12	7	19
Total		59	49	108

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,677 ^a	1	,411		
Continuity Correction ^b	,323	1	,570		
Likelihood Ratio	,685	1	,408		
Fisher's Exact Test				,456	,286
Linear-by-Linear Association	,670	1	,413		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,62.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,286. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη

μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Ετσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά δεν διαφέρουν σημαντικά ως προς τα ποσοστά των συζύγων τους που καπνίζουν .

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΓΟΝΕΩΝ

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΓΟΝΕΙΣ * ΡΟΜΑ Crosstabulation

Count		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΓΟΝΕΙΣ	ΝΑΙ	7	5	12
	ΟΧΙ	52	44	96
Total		59	49	108

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,075 ^a	1	,785		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,075	1	,784		
Fisher's Exact Test				1,000	,517
Linear-by-Linear Association	,074	1	,786		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,44.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,517. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Ετσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά δεν διαφέρουν σημαντικά ως προς τα ποσοστά των γονέων τους που καπνίζουν στο σπίτι.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΕΘΕΡΙΚΩΝ

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΕΘΕΡΙΚΑ * ΡΟΜΑ Crosstabulation

Count		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΕΘΕΡΙΚΑ	ΝΑΙ	28	8	36
	ΟΧΙ	31	41	72
Total		59	49	108

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11,674 ^a	1	<,001		
Continuity Correction ^b	10,315	1	,001		
Likelihood Ratio	12,234	1	<,001		
Fisher's Exact Test				<,001	<,001
Linear-by-Linear Association	11,566	1	<,001		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,33.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι <0,001. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μικρότερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά διαφέρουν σε σημαντικό βαθμό ως προς τα ποσοστά των πεθερικών που καπνίζουν στο σπίτι.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΑΛΛΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΑΛΛΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ * ΡΟΜΑ Crosstabulation

Count

		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΑΛΛΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ	ΝΑΙ	15	1	16
	ΟΧΙ	44	48	92
Total		59	49	108

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11,597 ^a	1	<,001		
Continuity Correction ^b	9,819	1	,002		
Likelihood Ratio	13,946	1	<,001		
Fisher's Exact Test				<,001	<,001
Linear-by-Linear Association	11,490	1	<,001		
N of Valid Cases	108				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,26.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι <0,001. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μικρότερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά διαφέρουν σε σημαντικό βαθμό ως προς τα ποσοστά των άλλων συγγενών που καπνίζουν στο σπίτι.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΛΟΓΟΣ ΕΚΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΛΟΓΟΣ ΕΚΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ * ΡΟΜΑ Crosstabulation

Count		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΛΟΓΟΣ ΕΚΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	ΗΘΕΛΑ ΝΑ ΔΟΚΙΜΑΣΩ	20	19	39
	ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΥΣ ΦΙΛΟΥΣ	6	7	13
	ΕΒΛΕΠΑ ΤΟΥΣ ΓΥΡΩ ΜΟΥ	19	6	25
	ΑΓΧΟΣ	9	8	17
Total		54	40	94

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,946 ^a	3	,176
Likelihood Ratio	5,172	3	,160
Linear-by-Linear Association	,962	1	,327
N of Valid Cases	94		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,53.

Η τιμή Sig είναι 0,176. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά δεν διαφέρουν σημαντικά ως προς τον λόγο εκκίνησης του καπνίσματος.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΣΚΕΨΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ

ΣΚΕΨΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ * ΡΟΜΑ Crosstabulation

Count

		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΣΚΕΨΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ	ΝΑΙ	41	31	72
	ΟΧΙ	13	9	22
Total		54	40	94

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,032 ^a	1	,859		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,032	1	,858		
Fisher's Exact Test				1,000	,530
Linear-by-Linear Association	,031	1	,859		
N of Valid Cases	94				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,36.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,530. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά δεν διαφέρουν σημαντικά ως προς βαθμό σκέψης διακοπής καπνίσματος.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΟΥ * ΡΟΜΑ Crosstabulation

Count

		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΟΥ	ΝΑΙ	18	11	29
	ΟΧΙ	23	20	43
Total		41	31	72

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,520 ^a	1	,471		
Continuity Correction ^b	,229	1	,632		
Likelihood Ratio	,523	1	,470		
Fisher's Exact Test				,628	,317
Linear-by-Linear Association	,513	1	,474		
N of Valid Cases	72				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,49.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,317. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι ούτε οι έγκυες Ρομά ούτε μη Ρομά θεωρούν την υγεία τους ως βασικό λόγο διακοπής του καπνίσματος.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΟΥ * ΡΟΜΑ Crosstabulation

Count

		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΟΥ	ΝΑΙ	29	25	54
	ΟΧΙ	12	6	18
Total		41	31	72

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,925 ^a	1	,336		
Continuity Correction ^b	,472	1	,492		
Likelihood Ratio	,942	1	,332		
Fisher's Exact Test				,416	,248
Linear-by-Linear Association	,912	1	,339		
N of Valid Cases	72				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,75.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,248. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig

είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι ούτε οι έγκυες Ρομά ούτε μη Ρομά θεωρούν την υγεία του παιδιού τους ως βασικό λόγο διακοπής του καπνίσματος.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ

ΓΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ * POMA Crosstabulation

Count		POMA		Total
		NAI	OXI	
ΓΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ	NAI	19	20	39
	OXI	22	11	33
Total		41	31	72

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,349 ^a	1	,125		
Continuity Correction ^b	1,674	1	,196		
Likelihood Ratio	2,370	1	,124		
Fisher's Exact Test				,155	,098
Linear-by-Linear Association	2,316	1	,128		
N of Valid Cases	72				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,21.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,098. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι ούτε οι έγκυες Ρομά ούτε μη Ρομά θεωρούν τους οικονομικούς λόγους ως βασικό λόγο διακοπής του καπνίσματος.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΥΖΥΓΟΥ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

**ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΟΥ ΚΑΙ ΤΟΝ ΣΥΖΥΓΟ ΜΟΥ * ΡΟΜΑ
Crosstabulation**

Count		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΟΥ ΚΑΙ ΤΟΝ ΣΥΖΥΓΟ ΜΟΥ	ΝΑΙ	7	9	16
	ΟΧΙ	33	22	55
Total		40	31	71

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,331 ^a	1	,249		
Continuity Correction ^b	,752	1	,386		
Likelihood Ratio	1,322	1	,250		
Fisher's Exact Test				,268	,193
Linear-by-Linear Association	1,312	1	,252		
N of Valid Cases	71				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,99.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,317. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι ούτε οι έγκυες Ρομά ούτε μη Ρομά θεωρούν την υγεία του συζύγου και των παιδιών τους ως βασικό λόγο διακοπής του καπνίσματος.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΦΟΒΟΣ ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΦΟΒΟΣ * ΡΟΜΑ Crosstabulation

Count		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΟΒΟΣ	ΝΑΙ	50	37	87
	ΟΧΙ	3	3	6
Total		53	40	93

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,128 ^a	1	,721		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,127	1	,722		
Fisher's Exact Test				1,000	,520
Linear-by-Linear Association	,126	1	,722		
N of Valid Cases	93				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,58.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,520. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά δεν διαφέρουν ως προς τον βαθμό φόβου που νιώθουν σε περίπτωση διακοπής του καπνίσματος.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΦΟΒΟΣ ΓΙΑ ΑΥΞΗΣΗ ΚΙΛΩΝ

ΑΥΞΗΣΗ ΚΙΛΩΝ * POMA Crosstabulation

Count

		POMA		Total
		NAI	OXI	
ΑΥΞΗΣΗ ΚΙΛΩΝ	NAI	24	22	46
	OXI	26	13	39
Total		50	35	85

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,830 ^a	1	,176		
Continuity Correction ^b	1,281	1	,258		
Likelihood Ratio	1,843	1	,175		
Fisher's Exact Test				,193	,129
Linear-by-Linear Association	1,809	1	,179		
N of Valid Cases	85				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,06.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,129. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig

είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά δεν διαφέρουν ως προς τον βαθμό φόβου που νιώθουν για αύξηση κιλών σε περίπτωση διακοπής του καπνίσματος.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΓΧΟΣ

ΑΓΧΟΣ * ΡΟΜΑ Crosstabulation

Count		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΑΓΧΟΣ	ΝΑΙ	27	20	47
	ΟΧΙ	23	16	39
Total		50	36	86

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,020 ^a	1	,886		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,020	1	,886		
Fisher's Exact Test				1,000	,531
Linear-by-Linear Association	,020	1	,887		
N of Valid Cases	86				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,33.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,531. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά δεν διαφέρουν ως προς τον βαθμό φόβου που νιώθουν για εμφάνιση άγχους σε περίπτωση διακοπής του καπνίσματος.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ * POMA Crosstabulation

Count

		POMA		Total
		NAI	OXI	
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	NAI	12	6	18
	OXI	38	30	68
Total		50	36	86

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,680 ^a	1	,410		
Continuity Correction ^b	,309	1	,578		
Likelihood Ratio	,693	1	,405		
Fisher's Exact Test				,592	,292
Linear-by-Linear Association	,672	1	,412		
N of Valid Cases	86				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,53.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,292. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά δεν διαφέρουν ως προς τον βαθμό φόβου που νιώθουν για εμφάνιση κατάθλιψης σε περίπτωση διακοπής του καπνίσματος.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΕΡΗΣΗΣ

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΕΡΗΣΗΣ * POMA Crosstabulation

Count

		POMA		Total
		NAI	OXI	
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΕΡΗΣΗΣ	,00	14	13	27
	1,00	36	22	58
Total		50	35	85

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,794 ^a	1	,373		
Continuity Correction ^b	,428	1	,513		
Likelihood Ratio	,789	1	,374		
Fisher's Exact Test				,478	,256
Linear-by-Linear Association	,785	1	,376		
N of Valid Cases	85				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,12.

b. Computed only for a 2x2 table

Η τιμή Sig είναι 0,256. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά δεν διαφέρουν ως προς τον βαθμό φόβου που νιώθουν για εμφάνιση συνδρόμου στέρησης σε περίπτωση διακοπής του καπνίσματος.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΣΗΜΑΣΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ * ΡΟΜΑ Crosstabulation

Count		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΣΗΜΑΣΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ	1	1	0	1
	2	1	2	3
	3	3	1	4
	4	6	1	7
	5	3	1	4
	6	10	1	11
	7	9	7	16
	8	11	13	24
	9	5	10	15
	10	5	4	9
Total		54	40	94

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,704 ^a	9	,099
Likelihood Ratio	16,464	9	,058
Linear-by-Linear Association	5,111	1	,024
N of Valid Cases	94		

a. 12 cells (60,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,43.

Η τιμή Sig είναι 0,099. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά δεν διαφέρουν ως προς το πόσο σημαντικό είναι για εκείνες η διακοπή καπνίσματος

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΣΙΓΟΥΡΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΣΙΓΟΥΡΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ * ΡΟΜΑ Crosstabulation

Count		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΣΙΓΟΥΡΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ	1	3	0	3
	2	10	4	14
	3	13	3	16
	4	6	3	9
	5	5	5	10
	6	2	13	15
	7	6	6	12
	8	7	4	11
	9	2	1	3
Total		54	39	93

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,144 ^a	8	,010
Likelihood Ratio	22,326	8	,004
Linear-by-Linear Association	5,401	1	,020
N of Valid Cases	93		

a. 7 cells (38,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,26.

Η τιμή Sig είναι 0,010. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μικρότερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά διαφέρουν ως προς τον βαθμό σιγουριάς που νιώθουν για την διακοπή του καπνίσματος.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ * POMA Crosstabulation

Count		POMA		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΜΑΙΑ	18	2	20
	ΟΠΟΙΟΣΔΗΠΟΤΕ ΓΙΑΤΡΟΣ ΣΕ ΕΦΗΜΕΡΕΥΟΝ	40	13	53
	ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	9	22	31
	ΙΔΙΩΤΗΣ ΓΙΑΤΡΟΣ	3	34	37
Total		70	71	141

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	57,975 ^a	3	<,001
Likelihood Ratio	65,230	3	<,001
Linear-by-Linear Association	54,914	1	<,001
N of Valid Cases	141		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,93.

Η τιμή Sig είναι <0,001. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μικρότερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά διαφέρουν σε σημαντικό βαθμό ως προς την επιλογή του επαγγελματία υγείας για την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης τους.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΣΗΖΗΤΗΣΗ * ΡΟΜΑ Crosstabulation

Count		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΣΗΖΗΤΗΣΗ	ΝΑΙ	45	41	86
	ΟΧΙ	14	18	32
	4,00	0	1	1
Total		59	60	119

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,678 ^a	2	,432
Likelihood Ratio	2,065	2	,356
Linear-by-Linear Association	1,583	1	,208
N of Valid Cases	119		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

Η τιμή Sig είναι 0,432. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά δεν διαφέρουν σε σημαντικό βαθμό ως προς το ποσοστό συζήτησης για διακοπή καπνίσματος.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΜΑΙΑ

ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΜΑΙΑΣ * POMA Crosstabulation

Count

		POMA		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΜΑΙΑΣ	ΚΑΘΟΛΟΥ	3	1	4
	ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	4	2	6
	ΛΙΓΟ	7	6	13
	ΑΡΚΕΤΑ	14	8	22
	ΠΟΛΥ	6	11	17
	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	19	14	33
Total		53	42	95

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,393 ^a	5	,494
Likelihood Ratio	4,437	5	,488
Linear-by-Linear Association	,644	1	,422
N of Valid Cases	95		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,77.

Η τιμή Sig είναι 0,494. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μεγαλύτερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως δεν θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά δεν διαφέρουν σε σημαντικό βαθμό ως προς το πόσο σημαντική θεωρούν την υποστήριξη της μαία για διακοπή του καπνίσματος.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

ΗΛΙΚΙΑ * POMA Crosstabulation

Count

		POMA		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΗΛΙΚΙΑ	14-18	9	0	9
	19-23	21	7	28
	24-28	18	17	35
	29-33	14	14	28
	34-38	5	22	27
	39+	4	10	14
Total		71	70	141

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	29,298 ^a	5	<,001
Likelihood Ratio	34,035	5	<,001
Linear-by-Linear Association	25,098	1	<,001
N of Valid Cases	141		

a. 2 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,47.

Η τιμή Sig είναι <0,001. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μικρότερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά διαφέρουν σε σημαντικό βαθμό ως προς την ηλικία που επιλέγουν να τεκνοποιήσουν.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ * ΡΟΜΑ Crosstabulation

Count

		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ	9	1	10
	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	28	8	36
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	20	9	29
	ΛΥΚΕΙΟ	11	15	26
	ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	3	37	40
Total		71	70	141

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	51,194 ^a	4	<,001
Likelihood Ratio	58,160	4	<,001
Linear-by-Linear Association	47,726	1	<,001
N of Valid Cases	141		

a. 1 cells (10,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,96.

Η τιμή Sig είναι <0,001. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μικρότερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά διαφέρουν σε σημαντικό βαθμό ως προς το μορφωτικό τους επίπεδο.

ΕΛΕΓΧΟΣ Χ² ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ * ΡΟΜΑ Crosstabulation

Count		ΡΟΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	0-5000	6	8	14
	5000-10000	33	10	43
	10000-15000	22	25	47
	15000+	9	27	36
Total		70	70	140

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,780 ^a	3	<,001
Likelihood Ratio	22,865	3	<,001
Linear-by-Linear Association	10,766	1	,001
N of Valid Cases	140		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,00.

Η τιμή Sig είναι <0,001. Το αποτέλεσμα είναι σημαντικό εάν αυτή η τιμή είναι ίση ή μικρότερη από το καθορισμένο επίπεδο 0,05. Σε αυτήν την περίπτωση, η τιμή Sig είναι μικρότερη από την τυπική τιμή άλφα, επομένως θα δεχτούμε τη μηδενική υπόθεση που ισχυρίζεται ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι οι έγκυες Ρομά και μη Ρομά διαφέρουν σε σημαντικό βαθμό ως προς το οικογενειακό ετήσιο εισόδημα τους.

Μέρος Γ'
Συζήτηση- Αποτελέσματα

11. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

11.1 Περιορισμοί της έρευνας

Στα πλαίσια της διεκπεραίωσης της συγκεκριμένης έρευνας, η επιλογή των συμμετεχόντων περιοριζόταν αποκλειστικά σε εγκύες ανεξαρτήτως την εβδομάδα στην οποία βρίσκονταν και την ηλικία τους. Ωστόσο, επειδή ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η σύγκριση των εγκύων του γενικού πληθυσμού και των εγκύων Ρομά ως προς την καπνιστική τους συμπεριφορά, το δείγμα χωρίστηκε σε δύο ομάδες.

Η πρώτη ομάδα του δείγματος αφορούσε έγκυες του γενικού πληθυσμού. Η συλλογή των γυναικών της πλειονότητας που βρίσκονταν σε περίοδο εγκυμοσύνης, υπήρξε σχετικά εύκολη καθώς ο πληθυσμός στόχος αυτής της ομάδας συλλέχθηκε σε σύντομο χρονικό διάστημα σχεδόν 2 μηνών. Δεν χρειάστηκε να γίνουν κατ'οίκον επισκέψεις, καθώς όλο το σύνολο των εγκύων μη Ρομά εντοπίστηκε σε μικροβιολογικά εργαστήρια, σε κέντρα ανώδυνου τοκετού και σε χώρους συγκέντρωσης εγκύων, όπως τα γυμναστήρια και τα κολυμβητήρια.

Η δεύτερη ομάδα του δείγματος, αποτελούνταν από έγκυες Ρομά. Η συγκέντρωση του συνολικού αριθμού αυτής της ομάδας είχε εξαιρετικά μεγάλο βαθμό δυσκολίας. Οι Ρομά αποτελούν μία μειονότητα με ιδιαίτερη νοοτροπία, ήθη και έθιμα. Είναι ένας λαός που χρήζει ιδιαίτερης μεταχείρισης και προσεκτικό τρόπο προσέγγισης.

Αρχικά, προκειμένου να γίνει η συλλογή των εγκύων Ρομά πραγματοποιήθηκε μία πρώτη επίσκεψη στους καταυλισμούς όπου διέμεναν με σκοπό μία πρώτη επαφή- γνωριμία και να δωθούν διευκρινήσεις για την παρούσα έρευνα. Οι έγκυες Ρομά στην αρχή ήταν διστακτικές διότι φοβόντουσαν την πιθανή διέρευση στοιχείων. Ακόμη ένας σημαντικός λόγος που δεν διευκόλυνε την συμμετοχή τους ήταν η δυσκολία ως προς τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, όπου προϋπέθετε η έγκυος να γνωρίζει ανάγνωση προκειμένου να διαβάσει τις ερωτήσεις. Παρόλα αυτά, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε στην δεύτερη επίσκεψη που χρειάστηκε να γίνει στο χώρο όπου διέμεναν.

Η δεύτερη επίσκεψη εξελίχθηκε πιο ομαλά, καθώς είχε προηγηθεί μία στοιχειώδης πρώτη γνωριμία μαζί τους και είχε επέλθει οικειότητα. Παρά όμως τις προσπάθειες, υπήρχαν και αρκετές έγκυες τόσο του γενικού πληθυσμού αλλά και της ομάδας των Ρομά που αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Κύριο κοινό

χαρακτηριστικό αυτών των γυναικών ήταν η συναισθηματική τους ενοχή για την καπνιστική τους συνήθεια.

Το δικαίωμα του κάθε ανθρώπου για ιδιωτικότητα ,καθώς επίσης και το απόρρητο για πληροφορίες που αφορούν τον ίδιο και κοντινά του πρόσωπα, προβάλλεται ως πρωταρχικό αίτιο για την άρνηση συμμετοχής σε έρευνες (Marsh 2002, σελ. 281). Για τον λόγο αυτό και σε κάθε περίπτωση, η έγκυος που συμμετείχε στην έρευνα ενημερωνόταν για τον σκοπό της έρευνας, γινόταν περαιτέρω επεξήγηση σε ερωτήσεις όταν ήταν αναγκαίο, και δίνονταν πληροφορίες σχετικά με την διαδικασία της έρευνας. Εξαρχής γνωστοποιούνταν στην έγκυο το δικαίωμα αποχώρησης της από την έρευνα σε οποιοδήποτε στάδιο αυτή επιθυμούσε.

Η έρευνα είχε ως στόχο αρχικά την συλλογή 100 εγκύων, όπου οι μισές θα άνηκαν στη μειονότητα των Ρομά και οι υπόλοιπες θα αποτελούσαν δείγμα των εγκύων του γενικού πληθυσμού με σκοπό την διερεύνηση της καπνιστικής τους συμπεριφοράς. Ο στόχος, στέφθηκε με επιτυχία καθώς ο πληθυσμός του δείγματος που τελικά καταφέραμε να συλλέξουμε ήταν 142 έγκυες (n=142) όπου 71 ήταν έγκυες Ρομά και οι υπόλοιπες 71 έγκυες μη Ρομά.

11.2. Συζήτηση- προτάσεις

Ολοκληρώνοντας την παρέμβασή μας, διαπιστώσαμε ότι υπάρχουν αρκετές και σημαντικές διαφορές μεταξύ των εγκύων του πλειοψηφικού πληθυσμού και των εγκύων Ρομά όσον αφορά τη στάση τους και τη συμπεριφορά τους απέναντι στην κατανάλωση προϊόντων καπνού.

Αρχικά, ύστερα από τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και την επεξεργασία των αποτελεσμάτων οδηγηθήκαμε σε μία πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Οι έγκυες Ρομά στην πλειοψηφία τους ,κατά τη διάρκεια της περιόδου της εγκυμοσύνης κάνουν καύση προϊόντων καπνού σε ένα εξαιρετικά σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 70,4%. Απεναντίας, οι έγκυες του γενικού πληθυσμού παρότι σε ποσοστό 53,5% δηλώνουν πριν την εγκυμοσύνη ότι κάπνιζαν , κατά την διάρκεια της κύησης, παρατηρούμε μείωση αυτού του ποσοστού, το οποίο σύμφωνα με την παρούσα έρευνα φτάνει στο 40,8%.

Το συμπέρασμα αυτό επιβεβαιώνεται και από έρευνες του παρελθόντος που έχουν πραγματοποιηθεί σε διάφορες χώρες. Πιο συγκεκριμένα, πολλοί ερευνητές αναφέρουν ότι ο πληθυσμός των Ρομά υιοθετεί την καπνιστική συνήθεια σε μεγάλο βαθμό, καθώς τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες αλλά και τα ανήλικα παιδιά τους έχουν το κάπνισμα ως τρόπο και στάση ζωής (Holt E, 2005). Σύμφωνα με τους μελετητές, αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι Ρομά αποτελούν τη μεγαλύτερη εθνική μειονότητα της Ευρώπης (> 11 εκατομμύρια) η οποία με βάση τις συνθήκες της καθημερινής τους ζωής αλλά και τη συγκεκριμένη νοοτροπία που έχουν υιοθετήσει ανήκουν στα χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα.

Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ελλιπή ενημέρωση από τους επαγγελματίες υγείας με επακόλουθο την αύξηση του ποσοστού καπνίσματος κατά την κύηση (Rechel et al, 2009). Η αντίληψη αυτή επιβεβαιώνεται και από μία ακόμη έρευνα που αναφέρει ότι η διαφορά που υπάρχει μεταξύ των εγκύων του γενικού πληθυσμού και των εγκύων Ρομά στο στάδιο της κύησης και της λοχείας σε σχέση με το κάπνισμα οφείλεται εν μέρει σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και σε μειωμένη ενασχόληση των αρμοδίων αρχών με την μειονότητα των Ρομά (Kaza Z, Szeles G, Kardos L et al, 2007).

Εκτός από τη συνήθεια της κατανάλωσης καπνού στη διάρκεια της κύησης, στην παρούσα έρευνα εξετάσαμε και τον βαθμό εξάρτησης των εγκύων από το τσιγάρο, ο οποίος έχει πολύ σημαντικό ρόλο καθώς όσο μεγαλύτερη εξάρτηση έχει η έγκυος από το κάπνισμα τόσο μειώνονται οι πιθανότητες να προχωρήσει σε μείωση ή οριστική διακοπή του καπνίσματος προς όφελος της ίδιας και του εμβρύου.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας μας, το 62,1% του ποσοστού των εγκύων καπνιστριών του γενικού πληθυσμού καπνίζει κάτω από δέκα τσιγάρα ημερησίως ενώ μόνο το 3,4% καταναλώνει 21-30 τσιγάρα την ημέρα. Καμία έγκυος από αυτήν την ομάδα δεν ανέφερε ότι κάνει >31 τσιγάρα την ημέρα. Αντιθέτως, όσον αφορά τον πληθυσμό των εγκύων Ρομά οι περισσότερες (56%) ανέφεραν κατανάλωση <10 τσιγάρων ανά ημέρα, ένα 10% 21-30 τσιγάρα την ημέρα και ένα αξιόλογο ποσοστό της τάξης του 10% δήλωσε ότι υπερβαίνει τα 31 τσιγάρα ημερησίως.

Όσον αφορά το σκορ εξάρτησης των δύο ομάδων που συμμετείχαν στην έρευνα φάνηκε πως δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές σύμφωνα με τα αποτελέσματα. Οι έγκυες μη Ρομά στο μεγαλύτερο της ποσοστό (53,8%) χαρακτηρίζονται καπνίστριες μετρίου βαθμού εξάρτησης, ενώ μικρού βαθμού εξάρτηση έχει μόνο το 7,7% και

μεγάλο βαθμό το 23,1%. Ενώ, οι έγκυες καπνίστριες Ρομά σε ποσοστό 27,8% έχουν μέτρια εξάρτηση από τα προϊόντα καπνού ενώ μικρού βαθμού έχει το 27,8% και μεγάλο βαθμό εξάρτηση έχει το 24,1%. Όπως γίνεται φανερό τα ποσοστά και των δύο ομάδων στην κλίμακα του μεγάλου βαθμού εξάρτησης είναι σχεδόν παρόμοια με μόνο 1% διαφορά. Στην κλίμακα του μικρού βαθμού εξάρτησης σημειώνεται μία αξιόλογη διαφορά. Όπως συμπεραίνουμε, οι έγκυες μη Ρομά σε μικρό ποσοστό 7,7% αναφέρουν μικρή εξάρτηση από τα τσιγάρα ενώ οι έγκυες Ρομά που έχουν μικρού βαθμού εξάρτησης αγγίζουν το 27,8%.

Ύστερα από την ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας, καταφέραμε να αντλήσουμε πληροφορίες για την ύπαρξη σημαντικών προβλημάτων τόσο στη διάρκεια της παρούσας κύησης όσο και σε προηγούμενες κυήσεις όπου σημαντικός επιβαρυντικός παράγοντας για την εμφάνισή τους είναι το κάπνισμα των εγκύων.

Πιο αναλυτικά ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα στην διάρκεια της κύησης είναι η εμφάνιση αιμορραγιών που αρκετές φορές στο αρχόμενο στάδιο της κύησης οδήγησε αυτόματες αποβολές. Περισσότερες από τις μισές έγκυες Ρομά (56,3%) ανέφεραν σε προηγούμενες κυήσεις ότι είχαν αντιμετωπίσει θέματα με αιμορραγίες σε σύγκριση με τις μη Ρομά έγκυες όπου μικρότερο ποσοστό (30%) ανέφεραν αιμορραγική συμπτωματολογία. Εύκολα λοιπόν, δικαιολογείται το ποσοστό των αυτόματων αποβολών των εγκύων Ρομά σε προηγούμενες εγκυμοσύνες που σύμφωνα με την έρευνα αγγίζει το 35,2% το οποίο είναι εξαιρετικά σημαντικό ποσοστό.

Τα στοιχεία αυτά επιβεβαιώνονται και από μία σπουδαία έρευνα όπου πραγματοποιήθηκε από την Lumley το 2004 όπου αναφέρει χαρακτηριστικά ότι το κάπνισμα της μητέρας στην κύηση είναι ένας τεκμηριωμένος παράγοντας κινδύνου αποβολής, προγεννητικής θνησιμότητας, χαμηλού βάρους γέννησης νεογνού, πρόωρου τοκετού και μικρών εμβρύων (IUGR).

Ένα ακόμα πολύ σημαντικό πρόβλημα στη διάρκεια της κύησης, που μπορεί να επιφέρει σοβαρές συνέπειες τόσο στην ίδια την έγκυο όσο και στο έμβρυο είναι η αυξημένη αρτηριακή πίεση. Με βάση την έρευνά μας, ένα αξιόλογο ποσοστό των εγκύων του γενικού πληθυσμού (23,3%) ανέφερε ότι αντιμετωπίζει προβλήματα με την αρτηριακή πίεση ενώ από τις έγκυες Ρομά θετικά απάντησαν μόνο ένας μικρός αριθμός αυτών (8,7%). Με βάση βιβλιογραφικά δεδομένα του 2014 το κάπνισμα συντελεί στην απότομη και μεγάλη αύξηση της αρτηριακής πίεσης και στην υποξία

του εμβρύου με αποτέλεσμα να παρεμποδίζουν με τη σειρά τους στην σωστή και ολοκληρωμένη ανάπτυξη του (Betobaccofree, 2014).

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ,ότι ομόφωνα οι μελετητές που έχουν ασχοληθεί με τον πληθυσμό των Ρομά υπογραμμίζουν ότι οι έγκυες Ρομά στην πλειοψηφία τους δεν ακολουθούν τις σωστές και τυπικές οδηγίες παρακολούθησης της κύησης ανά τρίμηνο. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην βρίσκονται έγκαιρα οι έγκυες Ρομά με αυξημένη αρτηριακή πίεση και έτσι δεν υπάρχει σωστή αντιμετώπιση καθώς αρκετές είναι εκείνες που δεν γνωρίζουν ότι έχουν θέμα με την πίεση τους. Συμπεραίνουμε, ότι το μικρό ποσοστό των εγκύων Ρομά που ανέφεραν πρόβλημα με την πίεσή τους με βάση τα δεδομένα της βιβλιογραφίας τους αντιπροσωπεύει σε μεγάλο βαθμό.

Το κάπνισμα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ,έχει ενοχοποιηθεί για τα αυξημένα ποσοστά πρόωρου τοκετού και χαμηλού βάρους γέννησης νεογνών. Αυτό επιβεβαιώνεται και από την έρευνα μας σύμφωνα με την οποία εντοπίζονται σημαντικές διαφορές μεταξύ των εγκύων Ρομά οι οποίες καπνίζουν περισσότερο στην κύηση συγκριτικά με τις έγκυες του πλειοψηφικού πληθυσμού οι οποίες καταναλώνουν σχετικά μικρότερη ποσότητα καπνού στην περίοδο της εγκυμοσύνης.

Πιο αναλυτικά οι έγκυες Ρομά ανέφεραν ότι γέννησαν πρόωρα σε ποσοστό 34,8% ενώ οι μη Ρομά σε ποσοστό 20%. Αυτή η ποσοστιαία διαφορά που βρέθηκε είναι εξαιρετικά σημαντική και επιβεβαιώνεται και από προϋπάρχουσες μελέτες. Συγκεκριμένα υπολογίζεται από έρευνες ότι το ποσοστό της περιγεννητικής θνησιμότητας είναι 150% πιο μεγάλο, όταν η μητέρα είναι καπνίστρια και ότι η κατανάλωση καπνού από την έγκυο ευθύνεται για το 15% όλων των περιπτώσεων πρόωρου τοκετού.

Επιπλέον στις τέσσερις χώρες Ισπανία (24 εργασίες) Τσεχία (19 εργασίες) Σλοβακία (16 εργασίες) και Ουγγαρία (14 εργασίες) που έχει γίνει το 70% των ερευνών για τον πληθυσμό των Ρομά υπογραμμίζεται ότι υπάρχει διαφορά στην υγεία της συγκεκριμένης μειονότητας και του πλειοψηφικού πληθυσμού. Συγκεκριμένα στην Ουγγαρία τα βρέφη Ρομα έχουν διπλάσιες πιθανότητες για πρόωρο τοκετό και περίσσεια γεννήσεων < 2.500 γραμμαρίων ακόμα και σε τελειωμένες κύσεις. Αυτό σύμφωνα με τους μελετητές οφείλεται στον ανθυγιεινό τρόπο ζωής τους, στη συχνή κατανάλωση τροφών με λίπη και

κυρίως στην υιοθέτηση καπνιστικής συνήθειας από μικρή ηλικία (Jourbek K. et Biosoc J, 1991).

Επιπροσθέτως, με βάση το αποτέλεσμα της έρευνας μας σημαντική διαφορά εντοπίστηκε και στη γέννηση νεογνών με υπολειπόμενη ανάπτυξη (IUGR). Οι έγκυες του γενικού πληθυσμού ανέφεραν τη γέννηση IUGR σε ποσοστό 13,3% ενώ οι έγκυες Ρομά σε αυξημένο ποσοστό της τάξεως του 21,7%. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι, η πιθανότητα γέννησης νεογνού υπολειπόμενης ανάπτυξης είναι αυξημένη στις έγκυες που καπνίζουν. Το πόρισμα αυτό ενισχύει και μία σχετικά πρόσφατη έρευνα που έλαβε χώρα στο Οχάιο της Αμερικής κατά την οποία συγκεντρώθηκαν αρχεία γεννήσεων από το 2006 έως το 2012, όπου προέκυψε ότι το κάπνισμα ανεξάρτητα από την διάρκεια του στην περίοδο της εγκυμοσύνης έχει συσχετιστεί με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ενδομήτριας υπολειπόμενης ανάπτυξης (Blatt, Moore and Chen, 2015).

Τέλος, μία ακόμη μελέτη αναφέρει ότι ο λαός των Ρομά έχει αυξημένα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας στη Ρουμανία. Για τους ρουμάνους ήταν 27,1% ανά 1.000 γεννήσεις και στον πληθυσμό των Ρομά 72,8% ανά 1000 γεννήσεις ζώντων νεογνών (Sepkowitz K, 2006).

Αξιοσημείωτη είναι η επισήμανση ότι ,το αυξημένο ποσοστό καπνιστικής συνήθειας που εντοπίζουμε στην έρευνά μας στον πληθυσμό των εγκύων Ρομά οφείλεται σε ορισμένους επιβαρυντικούς παράγοντες, μερικούς από τους οποίους καταφέραμε να εξετάσουμε.

Οι ηλικιακές διαφορές που ανιχνεύονται μεταξύ των εγκύων Ρομά και μη Ρομά είναι αρκετά μεγάλες και σημαντικές. Το μεγαλύτερο ποσοστό (29,6%)μ των εγκύων Ρομά της έρευνας ήταν μεταξύ 19- 23 ετών ενώ το μικρότερο ποσοστό (5,6%) ξεπερνούσε τα 39 έτη. Πολύ σημαντικό ποσοστό της τάξης του 12,7 βρέθηκε να ανήκει στην κατηγορία των ανηλίκων εγκύων Ρομά <18 ετών. Αντιθέτως στον πληθυσμό των εγκύων μη Ρομά δεν εντοπίστηκε καμία ανήλικη έγκυος ενώ οι περισσότερες άνηκαν στην ηλικιακή κλίμακα 34-38 (31,4%) και 28-33 (20%) ετών. Το 14,3% των εγκύων του γενικού πληθυσμού ήταν > 39 ετών. Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν, ότι το νεαρό της ηλικίας των εγκύων Ρομά δεν ήταν ωφέλιμος παράγοντας για την αποφυγή ή διακοπή του καπνίσματος τόσο στη διάρκεια της εγκυμοσύνης όσο και πριν και μετά από αυτήν.

Σύμφωνα και με άλλες έρευνες, ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής, η στάση και οι αντιλήψεις των Ρομά για την ποιότητα ζωής και η έντονη καπνιστική τους

δραστηριότητα τους ,οδηγούν σε χαμηλό προσδόκιμο ζωής.Για τον λόγο αυτό,οι γυναίκες τεκνοποιούν σε αρκετά μικρές ηλικίες κατά τις οποίες δεν έχουν σωστή ενημέρωση τόσο για θέματα της εγκυμοσύνης αλλά πιο συγκεκριμένα για το κάπνισμα και τις επιπτώσεις του. Το προσδόκιμο ζωής των Ρομά είναι τα 40 έως 49 έτη και σπάνια φτάνουν 60-70 ετών.

Πέρα των αρνητικών συνεπειών από το ενεργητικό κάπνισμα ,ο οργανισμός των εγκύων ζημιώνεται και από το παθητικό κάπνισμα. Στηριζόμενοι στην έρευνά μας διαπιστώσαμε ότι οι έγκυες Ρομά εκτίθονται σε μεγάλο βαθμό σε παθητικό κάπνισμα σε σχέση με τις έγκυες του γενικού πληθυσμού. Αυτό είναι απόρροια της συγκατοίκησης τους με μεγάλο αριθμό ατόμων. Οι έγκυες του γενικού πληθυσμού στο μεγαλύτερο ποσοστό τους δήλωσαν ότι συγκατοικούν με το σύζυγό τους ενώ ένα μικρό ποσοστό (19,7%) ανέφερε ότι οι συγκατοικοί και με τους γονείς ή τα πεθερικά. Στον πληθυσμό των εγκύων Ρομά συνέβη το ακριβώς αντίθετο ,καθώς οι περισσότεροι σε εγκύες δήλωσαν ότι στο σπίτι πέραν του συζύγου τους συμβιώνουν και με τα πεθερικά τους (53,5%) και με άλλους συγγενείς όπως για παράδειγμα αδέρφια συζύγου ή άλλους από το οικογενειακό του περιβάλλον (33,8%).

Στην έρευνά μας , το 83,7% των συγκατοίκων των εγκύων Ρομά κάνει χρήση καπνού με αποτέλεσμα οι έγκυες να επιβαρύνονται από τις επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος ενώ το 69% των εγκύων του γενικού πληθυσμού αναφέρει ότι υπάρχει κάποιος καπνιστής στο χώρο του σπιτιού ,με κυριότερο να υποδεικνύουν τον σύζυγό τους ως βασικό.

Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Fried και Makin το 1987 στην οποία σύγκριναν τις επιπτώσεις του καπνίσματος στις λήψεις αλκοόλ και της μαριχουάνας κατά την οποία βρέθηκε ότι η νικοτίνη έχει πιο σοβαρές αρνητικές επιδράσεις από το αλκοόλ και τα μαλακά ναρκωτικά.

Επιπλέον, η αντιμετώπιση της χρήσης καπνού και του παθητικού καπνίσματος στην εγκυμοσύνη είναι μία σημαντική προτεραιότητα για την δημόσια υγεία (Wagijo U. A. et al ,2015) . Στις μειονότητες ανά τον κόσμο όπως είναι οι Ρομά δεν υπάρχει μεγάλος αριθμός ερευνών (Zoon I, 2001). Όπως επίσης και για το ρόλο του συζύγου δεν υπάρχουν πολλές μελέτες τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και στους Ρομά παρότι είναι ο πρώτος που εκθέτει την σύντροφο/ σύζυγο και το έμβρυο του σε παθητικό κάπνισμα.

Τέλος, τα ερευνητικά μας αποτελέσματα επιβεβαιώνονται και από μία πολύ μεγάλη έρευνα που αναφέρει ότι, οι Ρόμα συγκατοικούν με πολλούς, ζουν σε πολυάριθμες

οικογένειες και το κάπνισμα αποτελεί για αυτούς τρόπο ζωής που εισήχθη από τα ηλικιωμένα μέλη της οικογένειας στα νεότερα (DavorinaP,2006).

Σημαντικοί ανασταλτικοί παράγοντες που είναι άμεσα συνδεδεμένοι με το κάπνισμα είναι το μορφωτικό και το οικονομικό επίπεδο. Στις δύο ομάδες των εγκύων που εξετάζουμε υπάρχουν σημαντικές διαφορές. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων Ρομά (39,4%) έφτασε ως την εκπαίδευση του δημοτικού σχολείου. Αρκετές ανέφεραν ότι ανήκουν στους αναλφάβητους ενώ μόνο το 4,2% των εγκύων Ρομά ακολούθησε την τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Απεναντίας οι έγκυες του γενικού πληθυσμού στην πλειοψηφία τους (52,9%) κατάφεραν να ενταχθούν στην ανώτερη εκπαιδευτική βαθμίδα και μόνο το 1,4% δήλωσε πως δεν γνωρίζει γραφή και ανάγνωση. Έτσι, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι ,το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ενισχύει τη συνέχιση της καπνιστικής συνήθειας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Διάφορες έρευνες αναφέρουν ότι οι γυναίκες με έλλειψη μόρφωσης αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη δυσκολία στο να διακόψουν το κάπνισμα, διότι δεν μπορούν να διαχειριστούν την έντονη επιθυμία τους. Οι Ρομά υστερούν στον τομέα της εκπαίδευσης ,καθώς σπάνια εντοπίζουμε άτομα προερχόμενα από οικογένειες Ρομά στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση και ακόμη πιο σπάνιες στην τριτοβάθμια (Fonray R K, 2012) . Ο ίδιος ο λαός των Ρομά είναι αντίθετος με τη νοοτροπία της εκπαίδευσης.

Επιπροσθέτως η οικονομική επιφάνεια της κάθε εγκύου συντελεί σημαντικά σε θέματα που αφορούν την καπνιστική συνήθεια. Βασιζόμενοι στα στοιχεία της έρευνας μας οι οικογένειες των εγκύων Ρομά ανήκουν στα κατώτερα οικονομικά στρώματα καθώς το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα τους στην πλειοψηφία τους δεν ξεπερνά τα 10.000 ευρώ, συμπεριλαμβανομένων και τα έσοδα από κρατικούς φορείς λόγω πολυτεκνίας και ανηλίκων τέκνων.

Στις οικογένειες των εγκύων του γενικού πληθυσμού στο μεγαλύτερο ποσοστό (38,6%) ξεπερνά τα 15.000 ευρώ ετησίως. Αυτή η διαφορά που εντοπίζεται στις δύο συμμετέχουσες ομάδες είναι ουσιαστικής σημασίας για θέματα που αφορούν τη διακοπή καπνίσματος. Τα στοιχεία αυτά επιβεβαιώνονται και από έρευνες άλλων μελετών που έχουν ασχοληθεί με τον πληθυσμό των Ρομά σύμφωνα με τους οποίους η κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες είναι άμεσα συνδεδεμένοι με το κάπνισμα (Abrahamsson et al,2005) .

Τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος κατά την κύηση συνδέονται με την φυλή και την κοινωνικο-οικονομική τάξη. Η χρήση καπνού μεταξύ των γυναικών κατώτερου κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου είναι διπλάσια συγκριτικά με τις γυναίκες που ανήκουν σε υψηλά κοινωνικά στρώματα (WHO,2002). Γενικότερα, οι Ρομά ανήκουν σε χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη, ζουν σε καταυλισμούς και έχουν χειρότερη υγεία από το γενικό πληθυσμό (Vaza Z, Lsert P. et al, 2003-2004).

Η κύρια πηγή εισόδων των οικογενειών Ρομά είναι τα επιδόματα που λαμβάνουν από κρατικούς φορείς. Αξίζει να σημειωθεί ότι παρά την δύσκολη οικονομική κατάσταση με την οποία έρχονται αντιμέτωποι επιλέγουν τις περισσότερες φορές την ανεργία παρά την προσπάθεια εύρεσης εργασίας (Madarasova et al, 2014). Σύμφωνα με έρευνα στη Σερβία σημαντικός λόγος για αναζήτηση δουλειάς είναι η απόκτηση χρημάτων με σκοπό την αγορά καπνού.

Το σημαντικότερο βήμα για τη λύση των προβλημάτων που επιφέρει η ολοένα αυξανόμενη καπνιστική συνήθεια είναι η ανεύρεση του λόγου που οδηγεί τις έγκυες στην κατανάλωση προϊόντων καπνού. Σπουδαίο ρόλο για αυτή την κίνηση έχουν οι επαγγελματίες υγείας, που με βάση το αντικείμενό τους ασχολούνται με την υγεία των γυναικών είτε είναι έγκυες ή προετοιμάζονται για τεκνοποίηση είτε έχουν γεννήσει και βρίσκονται σε περίοδο λοχείας.

Με βάση τα στοιχεία της έρευνας μας οι περισσότερες έγκυες (47,9%) του γενικού πληθυσμού επιλέγουν η παρακολούθηση της κύησης τους να πραγματοποιείται από ιδιώτη γιατρό και να ακολουθούν με συνέπεια τις οδηγίες του. Ένα μικρό αλλά σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 2,8% των εγκύων επιλέγει ως βασικό φροντιστή για την ίδια και το έμβρυο της την μαία. Τα στοιχεία αυτά έρχονται σε αντίθεση με τη νοοτροπία των εγκύων Ρομά που στην πλειοψηφία τους (57,1%) επιλέγουν να μεταβούν στο εφημερεύον νοσοκομείο προκειμένου να εξεταστούν από τον εκάστοτε εφημερεύοντα γυναικολόγο- μαιευτήρα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα λόγω μη ύπαρξης ακριβή ιστορικού της κάθε εγκύου να μην δίνονται σωστές πληροφορίες στην ίδια για την πορεία της κύησης.

Σε αρκετές περιπτώσεις η συζήτηση για την διακοπή του καπνίσματος ή παραλείπεται ή είναι ελλιπής από τους επαγγελματίες υγείας καθώς θεωρούν ότι ο εθισμός του πληθυσμού Ρομά στη νικοτίνη δεν μπορεί εύκολα να μεταβληθεί. Σε αυτό εδώ το σημείο αξίζει να σημειώσουμε ότι, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (25,7%) των εγκύων Ρομά επιλέγουν τη μαία της κοντινότερης δομής υγείας για παρακολούθηση τους στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Σύμφωνα με τις έγκυες Ρομά ο λόγος επιλογής των μαιών γίνεται διότι νιώθουν μεγαλύτερη οικειότητα και ασφάλεια μαζί τους. Εύκολα μπορεί κανείς να αντιληφθεί λοιπόν τη δυναμική του ρόλου των μαιών από τα κατώτερα έως τα πιο υψηλά κοινωνικά στρώματα. Το στοιχείο αυτό επιβεβαιώνει και μία πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία η οποία αναφέρει ότι οι πληθυσμοί χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, όπως είναι στην πλειοψηφία τους, οι Ρομά απευθύνονται συνήθως σε μεγάλο βαθμό σε δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας διότι νιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια και οικειότητα τόσο με το χώρο όσο και με το προσωπικό.

Ιδιαίτερα οι γυναίκες Ρομά επιλέγουν την παρακολούθηση από την μαία της πρωτοβάθμιας όταν διαπιστώσουν ότι βρίσκονται σε περίοδο κύησης. (Perihan Elif Ekmeka ,2016). Σε αυτήν την περίπτωση η μαία θα πρέπει να πραγματοποιήσει λήψη του ιστορικού από τις γυναίκες αυτής της κοινωνικής τάξης με τέτοιο τρόπο προσέγγισης, που να τους είναι κατανοητός προκειμένου να μην νιώσουν αποξένωση εξασφαλίζοντας την καλή συνεργασία (Perihan Elif Ekmeka, 2016).

Ωστόσο, η διακοπή του καπνίσματος στην περιγεννητική περίοδο, θα πρέπει να προγραμματίζεται από την πρώτη επίσκεψη της εγκύου και να διατηρείται μέχρι τον τοκετό αλλά και γενικότερα στη μετέπειτα ζωή. Ο ρόλος της μαιίας τόσο στην διάρκεια της εγκυμοσύνης, όσο και την στιγμή του τοκετού είναι πολύ σημαντικός. Η παρέμβαση της μαιίας για την διακοπή του καπνίσματος φάνηκε να είναι αποτελεσματική, καθώς αυξήθηκαν τα ποσοστά διακοπής του τσιγάρου. Οι μαιίες έχουν ευκαιριακή θέση να μπορούν να εκπαιδεύσουν και να συμβουλευθούν τις γυναίκες να προχωρήσουν στην οριστική διακοπή του τσιγάρου στην διάρκεια της κύησης αλλά και της λοχείας, εντός και εκτός του μαιευτηρίου αλλά και σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας(Petersen, Nilsson, Everett and Emmelin, 2009).

Τέλος, υπάρχει ένα μέρος του πληθυσμού το οποίο συνήθως ανήκει στη χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη το οποίο απευθύνεται κυρίως στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Στην τάξη αυτή ανήκει και ο πληθυσμός των Ρομά. Σε έρευνα που έχει διεξαχθεί στον πληθυσμό, δήλωσαν ότι προτιμούν να απευθύνονται σε τοπικούς οικογενειακούς γιατρούς και μαιίες διότι είναι ασφαλές και γνωστό μέρος για αυτούς αντί για τα μεγάλα χαοτικά νοσοκομεία. (Perihan Elif Ekmeka,2016).

Ωστόσο παρα τις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί υπάρχουν ακόμα σημαντικά κενά στην βιβλιογραφία που εύλογο θα ήταν να καλύφθούν με περισσότερες μελέτες.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία του έμβρυο νεογνού και Παιδιού.

Πίνακας 2 : Το μοντέλο «5 A» στη διακοπή καπνίσματος κατά τη διάρκεια της Εγκυμοσύνης.

Πίνακας 3: Στρατηγική 5 R.

Πίνακας 4: Στρατηγική ABC.

Πίνακας 5: Το τεστ Fagerström για την εξάρτηση της νικοτίνης (FTND).

Πίνακας 6: Ανεπιθύμητες ενέργειες των υποκατάστατων νικοτίνης.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ

- Πίνακας συχνότητας 1: Σε ποίο παιδί είστε έγκυος; (Έγκυες μη Ρομά)
- Πίνακας συχνότητας 2: Σε ποίο παιδί είστε έγκυος; (Έγκυες Ρομά)
- Πίνακας συχνότητας 3: Τρίμηνο εγκυμοσύνης (Έγκυες μη Ρομά)
- Πίνακας συχνότητας 4: Τρίμηνο εγκυμοσύνης (Έγκυες Ρομά)
- Πίνακας συχνότητας 5: Φαρμακευτική αγωγή (Έγκυες μη Ρομά)
- Πίνακας συχνότητας 6: Φαρμακευτική αγωγή (Έγκυες Ρομά)
- Πίνακας συχνότητας 7: Προβλήματα σε προηγούμενες κύσεις (Έγκυες μη Ρομά)
- Πίνακας συχνότητας 8: Προβλήματα σε προηγούμενες κύσεις (Έγκυες Ρομά)
- Πίνακας συχνότητας 9: Αυτόματες αποβολές (Έγκυες μη Ρομά)
- Πίνακας συχνότητας 10: Αυτόματες αποβολές (Έγκυες Ρομά)
- Πίνακας συχνότητας 11: Προβλήματα στην παρούσα κύηση (Έγκυες μη Ρομά)
- Πίνακας συχνότητας 12: Προβλήματα στην παρούσα κύηση (Έγκυες Ρομά)
- Πίνακας συχνότητας 13: Αυξημένη αρτηριακή πίεση (Έγκυες μη Ρομά)
- Πίνακας συχνότητας 14: Αυξημένη αρτηριακή πίεση (Έγκυες Ρομά)
- Πίνακας συχνότητας 15: Αυξημένη αρτηριακή πίεση (Έγκυες μη Ρομά)
- Πίνακας συχνότητας 16: Σάκχαρο εγκυμοσύνης (Έγκυες Ρομά)
- Πίνακας συχνότητας 17: Αυξημένη πιθανότητα πεώωρου τοκετού. (Έγκυες μη Ρομά)
- Πίνακας συχνότητας 18: Αυξημένη πιθανότητα πεώωρου τοκετού. (Έγκυες Ρομά)
- Πίνακας συχνότητας 19: Αιμορραγία στην παρούσα κύηση. (Έγκυες μη Ρομά)
- Πίνακας συχνότητας 20: Αιμορραγία στην παρούσα κύηση. (Έγκυες Ρομά)
- Πίνακας συχνότητας 21: Έμβρυο που παρουσιάζει σημεία χαμηλής ανάπτυξης. (Έγκυες μη Ρομά)
- Πίνακας συχνότητας 22: Έμβρυο που παρουσιάζει σημεία χαμηλής ανάπτυξης. (Έγκυες Ρομά)
- Πίνακας συχνότητας 23: Κάπνισμα στην διάρκεια της κύησης. (Έγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 24:Κάπνισμα στην διάρκεια της κύησης.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 25:Κάπνισμα πριν την κύηση.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 26:Κάπνισμα πριν την κύηση.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 27:Αριθμός τσιγάρων ανα ημέρα πριν την εγκυμοσύνη.
(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 28:Αριθμός τσιγάρων ανα ημέρα πριν την εγκυμοσύνη.
(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 29:Αριθμός τσιγάρων στην διάρκεια της κύησης.(Εγκυες
μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 30:Αριθμός τσιγάρων στην διάρκεια της κύησης.(Εγκυες
Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 31:Χρόνος πρώτου τσιγάρου.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 32:Χρόνος πρώτου τσιγάρου.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 33:Δυσκολία αυτοσυγκράτησης καπνίσματος σε χώρους
που απαγορεύεται το κάπνισμα.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 34:Δυσκολία αυτοσυγκράτησης καπνίσματος σε χώρους
που απαγορεύεται το κάπνισμα.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 35:Κάπνισμα πιο συχνά το πρωί.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 36:Κάπνισμα πιο συχνά το πρωί.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 37:Κάπνισμα σε ασθένεια.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 38:Κάπνισμα σε ασθένεια.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 39:Πιο δύσκολο τσιγάρο της ημέρας.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 40:Πιο δύσκολο τσιγάρο της ημέρας.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 41:Σκορ εξάρτησης.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 42:Σκόρ εξάρτησης.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 43:Παλίο ή πρόσφατο ιστορικό.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 44:Παλίο ή πρόσφατο ιστορικό.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 45:Συγκατοίκηση με άλλα άτομα.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 46:Συγκατοίκηση με άλλα άτομα.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 47:Συγκατοίκηση με σύζυγο. (Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 48:Συγκατοίκηση με σύζυγο.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 49:Συγκατοίκηση με γονείς.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 50:Συγκατοίκηση με γονείς.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητων 51:Συγκατοίκηση με πεθερικά.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 52:Συγκατοίκηση με πεθερικά.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 53:Συγκατοίκηση με άλλους συγγενείς.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 54:Συγκατοίκηση με άλλους συγγενείς.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 55:Κάπνισμα συγκατοίκων.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 56:Κάπνισμα συγκατοίκων.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 57:Κάπνισμα συζύγου.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 58:Κάπνισμα συζύγου.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 59:Κάπνισμα των γονίων.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 60:Κάπνισμα των γονίων.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 61:Κάπνισμα πεθερικών.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 62:Κάπνισμα πεθερικών.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 63:Κάπνισμα άλλων συγγενών.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 64:Κάπνισμα άλλων συγγενών.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 65:Λόγος εκκίνησης καπνίσματος.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 66:Λόγος εκκίνησης καπνίσματος.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 67:Σκέψη διακοπής τσιγάρου.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 68:Σκέψη διακοπής τσιγάρου.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 69:Σκέψη διακοπής καπνίσματος για την υγεία της εγκύου.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 70:Σκέψη διακοπής καπνίσματος για την υγεία της εγκύου.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 71:Σκέψη διακοπής καπνίσματος για την υγεία του παιδιού.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 72:Σκέψη διακοπής καπνίσματος για την υγεία του παιδιού.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 73:Σκέψη διακοπής καπνίσματος για οικονομικούς λόγους.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 74:Σκέψη διακοπής καπνίσματος για οικονομικούς λόγους.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 75:Σκέψη διακοπής καπνίσματος για την υγεία του παιδιού και του συζύγου.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 76:Σκέψη διακοπής καπνίσματος για την υγεία του παιδιού και του συζύγου.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 77:Φόβος εμφάνισης συμπτωμάτων σε διακοπή

καπνίσματος.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 78:Φόβος εμφάνισης συμπτωμάτων σε διακοπή καπνίσματος.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 79:Φόβος αύξησης κιλών.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 80:Φόβος αύξησης κιλών.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 81:Φόβος εμφάνισης άγχους.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 82:Φόβος εμφάνισης άγχους.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 83:Φόβος εμφάνισης κατάθλιψης.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 84:Φόβος εμφάνισης κατάθλιψης.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 85:Φόβος εμφάνισης συνδρόμου στέρησης.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 86:Φοβος εμφάνισης συνδρόμου στέρησης.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 87:Σημασία διακοπής καπνίσματος.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 88:Σημασία διακοπής καπνίσματος.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 89:Σιγουριά διακοπής καπνίσματος.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 90:Σιγουριά διακοπής καπνίσματος.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 91:Επιλογή επαγγελματία υγείας για παρακολούθηση.
(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 92:Επιλογή επαγγελματία υγείας για παρακολούθηση.
(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 93:Συζήτηση με επαγγελματία υγείας για διακοπή καπνίσματος.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 94:Συζήτηση με επαγγελματία υγείας για διακοπή καπνίσματος.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 95:Άτομο για συζήτηση διακοπής καπνίσματος.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 96:Άτομο για συζήτηση διακοπής καπνίσματος.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 97:Υποστήριξη μαίας για διακοπή καπνίσματος.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 98:Υποστήριξη μαίας για διακοπή καπνίσματος.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνότητας 99: Ηλικία.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνοτήτων 100:Ηλικία.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνοτήτων 101: Μορφωτικό επίπεδο.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνοτήτων 102:Μορφωτικό επίπεδο.(Εγκυες Ρομά)

Πίνακας συχνοτήτων 103:Οικονομικό επίπεδο.(Εγκυες μη Ρομά)

Πίνακας συχνοτήτων 104:Οικονομικό επίπεδο.(Εγκυες Ρομά)

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

- Σχήμα 1: Σε ποίο παιδί είστε έγκυος; (Έγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 2: Σε ποίο παιδί είστε έγκυος; (Έγκυες Ρομά)
- Σχήμα 3: Τρίμηνο εγκυμοσύνης (Έγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 4: Τρίμηνο εγκυμοσύνης (Έγκυες Ρομά)
- Σχήμα 5: Φαρμακευτική αγωγή (Έγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 6: Φαρμακευτική αγωγή (Έγκυες Ρομά)
- Σχήμα 7: Προβλήματα σε προηγούμενες κυήσεις (Έγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 8: Προβλήματα σε προηγούμενες κυήσεις (Έγκυες Ρομά)
- Σχήμα 9: Αυτόματες αποβολές (Έγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 10: Αυτόματες αποβολές (Έγκυες Ρομά)
- Σχήμα 11: Προβλήματα στην παρούσα κύηση (Έγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 12: Προβλήματα στην παρούσα κύηση (Έγκυες Ρομά)
- Σχήμα 13: Αυξημένη αρτηριακή πίεση (Έγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 14: Αυξημένη αρτηριακή πίεση (Έγκυες Ρομά)
- Σχήμα 15: Αυξημένη αρτηριακή πίεση (Έγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 16: Αυξημένη αρτηριακή πίεση (Έγκυες Ρομά)
- Σχήμα 17: Αυξημένη πιθανότητα πεώωρου τοκετού. (Έγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 18: Αυξημένη πιθανότητα πεώωρου τοκετού. (Έγκυες Ρομά)
- Σχήμα 19: Αιμορραγία στην παρούσα κύηση. (Έγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 20: Αιμορραγία στην παρούσα κύηση. (Έγκυες Ρομά)
- Σχήμα 21: Έμβρυο που παρουσιάζει σημεία χαμηλής ανάπτυξης. (Έγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 22: Έμβρυο που παρουσιάζει σημεία χαμηλής ανάπτυξης. (Έγκυες Ρομά)
- Σχήμα 23: Κάπνισμα στην διάρκεια της κύησης. (Έγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 24: Κάπνισμα στην διάρκεια της κύησης. (Έγκυες Ρομά)
- Σχήμα 25: Κάπνισμα πριν την κύηση. (Έγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 26: Κάπνισμα πριν την κύηση. (Έγκυες Ρομά)
- Σχήμα 27: Αριθμός τσιγάρων ανα ημέρα πριν την εγκυμοσύνη. (Έγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 28: Αριθμός τσιγάρων ανα ημέρα πριν την εγκυμοσύνη. (Έγκυες Ρομά)
- Σχήμα 29: Αριθμός τσιγάρων στην διάρκεια της κύησης. (Έγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 30: Αριθμός τσιγάρων στην διάρκεια της κύησης. (Έγκυες Ρομά)
- Σχήμα 31: Χρόνος πρώτου τσιγάρου. (Έγκυες μη Ρομά)

- Σχήμα 32::Χρόνος πρώτου τσιγάρου.(Εγκυες Ρομά)
- Σχήμα 33:Δυσκολία αυτοσυγκράτησης καπνίσματος σε χώρους που απαγορεύεται το κάπνισμα.(Εγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 34:Δυσκολία αυτοσυγκράτησης καπνίσματος σε χώρους που απαγορεύεται το κάπνισμα.(Εγκυες Ρομά)
- Σχήμα 35:Κάπνισμα πιο συχνά το πρωί.(Εγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 36:Κάπνισμα πιο συχνά το πρωί.(Εγκυες Ρομά)
- Σχήμα 37:Κάπνισμα σε ασθένεια.(Εγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 38:Κάπνισμα σε ασθένεια.(Εγκυες Ρομά)
- Σχήμα 39:Πιο δύσκολο τσιγάρο της ημέρας.(Εγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 40:Πιο δύσκολο τσιγάρο της ημέρας.(Εγκυες Ρομά)
- Σχήμα 41:Σκορ εξάρτησης.(Εγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 42:Σκορ εξάρτησης.(Εγκυες Ρομά)
- Σχήμα 43:Παλίο ή πρόσφατο ιστορικό.(Εγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 44:Παλίο ή πρόσφατο ιστορικό.(Εγκυες Ρομά)
- Σχήμα 45:Συγκατοίκηση με άλλα άτομα.(Εγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 46:Συγκατοίκηση με άλλα άτομα.(Εγκυες Ρομά)
- Σχήμα 47:Συγκατοίκηση με σύζυγο. (Εγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 48:Συγκατοίκηση με σύζυγο. (Εγκυες Ρομά)
- Σχήμα 49:Συγκατοίκηση με γονείς.(Εγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 50:Συγκατοίκηση με γονείς.(Εγκυες Ρομά)
- Σχήμα 51:Συγκατοίκηση με πεθερικά.(Εγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 52:Συγκατοίκηση με πεθερικά.(Εγκυες Ρομά)
- Σχήμα 53:Συγκατοίκηση με άλλους συγγενείς.(Εγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 54:Συγκατοίκηση με άλλους συγγενείς.(Εγκυες Ρομά)
- Σχήμα 55:Κάπνισμα συγκατοίκων.(Εγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 56:Κάπνισμα συγκατοίκων.(Εγκυες Ρομά)
- Σχήμα 57:Κάπνισμα συζύγου.(Εγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 58:Κάπνισμα συζύγου.(Εγκυες Ρομά)
- Σχήμα 59:Κάπνισμα των γονίων.(Εγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 60:Κάπνισμα των γονίων.(Εγκυες Ρομά)
- Σχήμα 61:Κάπνισμα πεθερικών.(Εγκυες μη Ρομά)
- Σχήμα 62:Κάπνισμα πεθερικών.(Εγκυες Ρομά)
- Σχήμα 63::Κάπνισμα άλλων συγγενών.(Εγκυες μη Ρομά)

Σχήμα 64::Κάπνισμα άλλων συγγενών.(Εγκυες Ρομά)

Σχήμα 65:Λόγος εκκίνησης καπνίσματος.(Εγκυες μη Ρομά)

Σχήμα 66:Λόγος εκκίνησης καπνίσματος.(Εγκυες Ρομά)

Σχήμα 67:Σκέψη διακοπής τσιγάρου.(Εγκυες μη Ρομά)

Σχήμα 68:Σκέψη διακοπής τσιγάρου.(Εγκυες Ρομά)

Σχήμα 69:Σκέψη διακοπής καπνίσματος για την υγεία της εγκύου.(Εγκυες μη Ρομά)

Σχήμα 70:Σκέψη διακοπής καπνίσματος για την υγεία της εγκύου.(Εγκυες Ρομά)

Σχήμα 71:Σκέψη διακοπής καπνίσματος για την υγεία του παιδιού.(Εγκυες μη Ρομά)

Σχήμα 72:Σκέψη διακοπής καπνίσματος για την υγεία του παιδιού.(Εγκυες Ρομά)

Σχήμα 73:Σκέψη διακοπής καπνίσματος για οικονομικούς λόγους.(Εγκυες μη Ρομά)

Σχήμα 74:Σκέψη διακοπής καπνίσματος για οικονομικούς λόγους.(Εγκυες Ρομά)

Σχήμα 75:Σκέψη διακοπής καπνίσματος για την υγεία του παιδιού και του συζύγου.(Εγκυες μη Ρομά)

Σχήμα 76:Σκέψη διακοπής καπνίσματος για την υγεία του παιδιού και του συζύγου.(Εγκυες Ρομά)

Σχήμα 77:Φόβος εμφάνισης συμπτωμάτων σε διακοπή καπνίσματος.(Εγκυες μη Ρομά)

Σχήμα 78:Φόβος εμφάνισης συμπτωμάτων σε διακοπή καπνίσματος.(Εγκυες Ρομά)

Σχήμα 79:Φόβος αύξησης κιλών.(Εγκυες μη Ρομά)

Σχήμα 80:Φόβος αύξησης κιλών.(Εγκυες Ρομά)

Σχήμα 81:Φόβος εμφάνισης άγχους.(Εγκυες μη Ρομά)

Σχήμα 82:Φόβος εμφάνισης άγχους.(Εγκυες Ρομά)

Σχήμα 83:Φόβος εμφάνισης κατάθλιψης.(Εγκυες μη Ρομά)

Σχήμα 84:Φόβος εμφάνισης κατάθλιψης.(Εγκυες Ρομά)

Σχήμα 85:Φόβος εμφάνισης συνδρόμου στέρησης.(Εγκυες μη Ρομά)

Σχήμα 86:Φόβος εμφάνισης συνδρόμου στέρησης.(Εγκυες Ρομά)

Σχήμα 87:Σημασία διακοπής καπνίσματος.(Εγκυες μη Ρομά)

Σχήμα 88:Σημασία διακοπής καπνίσματος.(Εγκυες Ρομά)

Σχήμα 89:Σιγουριά διακοπής καπνίσματος.(Εγκυες μη Ρομά)

Σχήμα 90:Σιγουριά διακοπής καπνίσματος.(Εγκυες Ρομά)

Σχήμα 91::Επιλογή επαγγελματία υγείας για παρακολούθηση.(Εγκυες μη Ρομά)

Σχήμα 92::Επιλογή επαγγελματία υγείας για παρακολούθηση.(Εγκυες Ρομά)

Σχήμα 93:Συζήτηση με επαγγελματία υγείας για διακοπή καπνίσματος.(Εγκυες μη Ρομά)

Σχήμα 94:Συζήτηση με επαγγελματία υγείας για διακοπή καπνίσματος.(Εγκυες Ρομά)

Σχήμα 95:Άτομο για συζήτηση διακοπής καπνίσματος.(Εγκυες μη Ρομά)

Σχήμα 96:Άτομο για συζήτηση διακοπής καπνίσματος.(Εγκυες Ρομά)

Σχήμα 97:Υποστήριξη μαίας για διακοπή καπνίσματος.(Εγκυες μη Ρομά)

Σχήμα 98:Υποστήριξη μαίας για διακοπή καπνίσματος.(Εγκυες Ρομά)

Σχήμα 99:Ηλικία.(Εγκυες μη Ρομά)

Σχήμα 100:Ηλικία.(Εγκυες Ρομά)

Σχήμα 101:: Μορφωτικό επίπεδο.(Εγκυες μη Ρομά)

Σχήμα 102: : Μορφωτικό επίπεδο.(Εγκυες Ρομά)

Σχήμα 103:Οικονομικό επίπεδο.(Εγκυες μη Ρομά)

Σχήμα 104:Οικονομικό επίπεδο.(Εγκυες Ρομά)

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

ΚΝΣ =Κεντρικό νευρικό σύστημα

NRT (Nicotine Replacement Therapy) = Υποκατάστατα νικοτίνης.

SIDS (Sudden infant death syndrome) = Σύνδρομο αιφνίδιου νεογνικού θανάτου.

Ppm= μονάδα μέτρησης CO.

CO= Διοξείδιο του άνθρακα.

MENN= Μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών.

O₂= Οξυγόνο.

ΧΑΠ= Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.

M.M.E= Μέσα μαζικής ενημέρωσης

Βιβλιογραφία

AhrensD, BandiP, UllsvikJ, MobergDP. Who smokes? A demographic analysis of Wisconsin smokers. *WMJ*. 2005; 104:18-22

AliyuMH, LynchO, WilsonRE, et al. Association between tobacco use in pregnancy and placenta-associated syndromes: A population-based study. *Arch Gynecol Obstet*. 2011; 283(4):729-734.

Analysis of action proposals. Madrid: Directorate-General

Ananth CV, Cnattingius S. Influence of maternal smoking on placental abruption in successive pregnancies: A population-based prospective cohort study in Sweden. *Am J Epidemiol*. 2007; 166(3):289-295.

Babinská I, Madarasová Gecková A, Jarčuška P, Pella D, Mareková M, Štefková G, et al.; HepaMeta Team. Does the population living in Roma settlements differ in physical activity, smoking and alcohol consumption from the majority population in Slovakia? *Cent Eur J Public Health*. 2014 Mar; 22 Suppl: S22-7.

Belák A. Health through eyes of those excluded. A Medical-anthropological survey of Romani rural settlement in Central Slovakia [dissertation]. Prague: Charles University; 2005. (In Slovak.)

Bennett, P.H.; Vozar, J. Higher prevalence of type 2 diabetes, metabolit syndrome and cardiovascular diseases

Berlin I, Singleton EG, Heishman SJ. A comparison of the Fagerström test for cigarette dependence and cigarette dependence scale in a treatment-seeking sample of pregnant smokers. *Nicotine Tob Res*. 2016; 18(4):477-483.

Bisgaard H, Dalgaard P, Nyboe J. Risk factors for wheezing during infancy. A study of 5,953 infants. *Acta Paediatr Scand*. 1987; 76(5):719-726.

Blaakman S, Borrelli B, Wiesenthal E, et al. Secondhand smoke exposure reduction after NICU discharge: Results of a randomized trial. *Acad Pediatr*. 2015; 15(6):605-612.

Blatt K, Moore E, Chen A, Van Hook J, DeFranco EA. Association of reported trimester-specific smoking cessation with fetal growth restriction. *Obstet Gynecol*. 2015; 125(6):1452-1459.

Bombard JM, Farr SL, Dietz PM, Tong VT, Zhang L, Rabius V. Telephone smoking cessation quitline use among pregnant and non-pregnant women. *Matern Child Health J.* 2013; 17(6):989-995.

Brennan PA, Grekin ER, Mednick SA. Maternal smoking during pregnancy and adult male criminal outcomes. *Arch Gen Psychiatry.* 1999; 56(3):215-219.

Browne CA, Colditz PB, Dunster KR. Infant autonomic function is altered by maternal smoking during pregnancy. *Early Hum Dev.* 2000; 59(3):209-218.

Butterworth S, Sparkes E, Trout A, Brown K. Pregnant smokers' perceptions of specialist smoking cessation services. *J. Smok. Cessat.* 2014; 9(2):85-89.

C, et al. Origins and Divergence of the Roma (Gypsies) *Am J*

Castles A, Adams EK, Melvin CL, Kelsch C, Boulton ML. Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses. *Am J Prev Med.* 1999; 16(3):208-215.

CDC. Cigarette smoking-attributable mortality and years of potential life Lost-United states. Morbidity and mortality weekly report. 1993.

Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Oliver S, et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 10:CD001055.

Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;12:CD010078.

Coleman T, Lewis S, Hubbard R, Smith C. Impact of contractual financial incentives on the ascertainment and management of smoking in primary care. *Addiction.* 2007; 102(5):803-808.

Committee on Environmental Health Health, Committee on Substance Abuse, Committee on Adolescence, Committee on Native American Child. From the American academy of pediatrics: Policy statement--tobacco use: A pediatric disease. *Pediatrics.* 2009; 124(5):1474-1487.

Creatas G. Modern obstetrics and gynecology. In: Paschalidis P, ed. *Obstetrics.* Athens: 1998:162-280.

Cruz M, Dieguez A, Fos E, Hierro F. Epidemiologic survey

Cummins S, Zhu S, Tedeschi G, et al. Proactive recruitment of pregnant smokers into cessation services through the healthcare setting. *Nicotine Tob Res.* 2002; 4:363-383.

Disgrace of health care for Roma in Europe. Budapest, European Roma Rights Centre

Dombrowski SC, Martin RP, Huttunen MO. Gestational exposure to cigarette smoke imperils the long-term physical and mental health of offspring. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2005; 73(3):170-176.

Dybing E, Sanner T. Passive smoking, sudden infant death syndrome (SIDS) and childhood infections. *Hum Exp Toxicol* 1999; 18:202-205.

Edwards N, Sims-Jones N. Smoking and smoking relapse during pregnancy and postpartum: Results of a qualitative study. *Birth*. 1998; 25(2):94-100.

Einarson A, Riordan S. Smoking in pregnancy and lactation: A review of risks and cessation strategies. *Eur J Clin Pharmacol*. 2009; 65(4):325-330.

Ekblad M, Gissler M, Korkeila J, Lehtonen L. Trends and risk groups for smoking during pregnancy in Finland and other Nordic countries. *Eur J Public Health*. 2014; 24(4):544-551.

Etter JF, Duc TV, Perneger TV. Validity of the Fagerström test for nicotine dependence and of the heaviness of smoking index among relatively light smokers. *Addiction*. 1999; 94(2):269-281.

Europe: findings from a qualitative study in Bulgaria. *Int J Equity Health* 8:24

European Network on Smoking Prevention. European smoking cessation guidelines. 2012.

European Roma Rights Centre (2006) Ambulance not on the way: the

Euro-Peristat project with SCPE and EUROCAT. *European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in 2010*. May 2013. Available www.europersistat.com

Expectants Mothers Guide, Smoking and Pregnancy, 2006 (13/5/2006) <http://www.expectantsmothersguide.com/library/EUSmoking.htm>

Fagerstrom K. How to measure nicotine dependence. In: Wilhelmsen L, ed. *Smoking as a cardiovascular risk factor –New strategies for smoking cessation*. New York (NY): Hogrefe and Huber Publishers; 1991

Fang WL, Goldstein AO, Butzen AY, et al. Smoking cessation in pregnancy: A review of postpartum relapse prevention strategies. *J Am Board Fam Pract*. 2004; 17(4):264-275.

Fedačko J, Pella D, Jarčuška P, Siegfried L, Janičko M, Veselíny E, et al.; HepaMeta Team. Prevalence of cardiovascular risk factors in relation to metabolic

syndrome in the Roma population compared with the non-Roma population in the eastern part of Slovakia. *Cent Eur J Public Health*. 2014 Mar; 22 Suppl: S69-74.

Findings from a qualitative study in Bulgaria. *Int J Equity Health*

Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. *Treating tobacco use and dependence: 2008 update*. Clinical practice guideline. . 2008.

Flemming K, Graham H, Heirs M, Fox D, Sowden A. Smoking in pregnancy: A systematic review of qualitative research of women who commence pregnancy as smokers. *J Adv Nurs*. 2013; 69(5):1023-1036.

Flower a, Shawe J, Stephenson J, Doyle P. Pregnancy planning, smoking behavior during pregnancy, and neonatal outcome: UK millennium cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013; 13:238-2393-13-238.for Public Health Ministry of Health and Consumer Affairs Area

Fundación Secretariado Gitano. Health and the Roma Community.

Gebauer C, Kwo CY, Haynes EF, Wewers ME. A nurse-managed smoking cessation intervention during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1998; 27(1):47-53.

Graham H, Francis B, Inskip HM, Harman J, SWS Study Group. Socioeconomic life course influences on women's smoking status in early adulthood. *J Epidemiol Community Health* 2006.

Gresham D, Morar B, Underhill PA, Passarino G, Lin AA, Wise

Hajioff S, McKee M. The health of the Roma people: a review of the publisher literature. *J Epidemiol Community Health*. 2000 Nov; 54(11):864-9.

Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Stead LF. Print-based self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;6:CD001118.

Haug, K. et al. Secular trends in breastfeeding and parental smoking. *Acta Paediatr* 1998.

Haug, K., Aaro, L.E. and Fugelli, P. (1994) Pregnancy-a golden opportunity for promoting the cessation of smoking? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*.

Health care for Roma children in Central and Eastern Europe:

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Rickert W, Robinson J. Measuring the heaviness of smoking: Using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *Br J Addict*. 1989; 84(7):791-799.

Hegaard HK, Kjaergaard H, Moller LF, Wachmann H, Ottesen B. Multimodal intervention raises smoking cessation rate during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003; 82(9):813-819.

Help For Pregnant Smokers. Support and Advice from Your Prenatal Care Provider Public health Service (Consumer Tear Sheet) U.S.A. 2002 <http://surgeongeneral.gov./tobacco/prenatal.htm> (10/09/2006).

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/tobacco/prenatal.htm>

Hijova E, Madarasova Geckova A, Babinska I; HEPA-META team. Do eating habits of the population living in Roma settlements differ from those of the majority population in Slovakia? *Cent Eur J Public Health.* 2014 Mar; 22 Suppl: S65-8.

Himmelberger DU, Brown BW, Jr, Cohen EN. Cigarette smoking during pregnancy and the occurrence of spontaneous abortion and congenital abnormality. *Am J Epidemiol.* 1978; 108(6):470-479.

Holt E. Roma women reveal that forced sterilization remains. *Lancet.* 2005 Mar 12-18; 365(9463):927-8

Horta BL, Kramer MS, Platt RW. Maternal smoking and the risk of early weaning: A meta-analysis. *Am J Public Health.* 2001; 91(2):304-307.

Hotham E, Ali R, White J, Robinson J. Pregnancy-related changes in tobacco, alcohol and cannabis use reported by antenatal patients at two public hospitals in SouthAustralia. *Aust NZ J Obstet Gynaecol.* 2008; 48(3):248-254.

Hultman CM, Sparen P, Cnattingius S. Perinatal risk factors for infantile autism. *Epidemiology.* 2002; 13(4):417-423.

Hum Genet 2001; 69:1314-31

Hungary – a comparative health survey. *Am J Public Health* 2007; 97:853–9?

In gypsies in Hungary. *J Biosoc Sci* 1991; **23:39–47.**

In gypsies that in non-gypsies in Slovakia. *Diabetes Res. Clin. Pract.* **2003**, 62, 95–103.

Inquiry. *Annu Rev Anthropol* 2013; 42:415-32.

Irwin L, Johnson J, Bottorff J. Mothers who smoke: confessions and justifications. *Health Care Women Int* 2005;

Janevic T, Petrovic O, Bjelic I, Kubera A. Risk factors for childhood malnutrition in Roma settlements in Serbia. *BMC Public Health.* 2010 Aug 22; 10:509.

- Joubert K. Size at birth and some sociodemographic factors
- Kalibová, K. Kolik Romu° žije v C` esku? *Geogr. Rozhl.* **2008**, 17, 8–9.
- Knollmueller R. Stanhope R. *Public Community Health Nurses Consultant*, Mosby Year Book. Ink 1997.
- Ko'sa Z, Sze'les G, Kardos L, et al. Health of the inhabitants of Roma settlements in Kolarcik P, Madarasova Geckova A, Orosova O, van Dijk JP, Reijneveld SA (2010) Predictors of health-endangering behavior among Roma and non-Roma adolescents in Slovakia by gender. *J Epidemiol Community Health* 64:1043–1048
- Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US public health
- Kristian P, Dankulinová Veselská Z, Paraličová Z, Jarčuška P, Virág L, Valková I, et al. Regional and ethnic aspects of viral hepatitis B among pregnant women. *Cent Eur J Public Health.* 2013 Mar; 21(1):22-5.
- Lai MC, Chou FS, Yang YJ, Wang CC, Lee MC. Tobacco use and environmental smoke exposure among Taiwanese pregnant smokers and recent quitters: Risk perception, attitude, and avoidance behavior. *Int J Environ Res Public Health.* 2013; 10(9):4104-4116.
- Lawrence T, Aveyard P, Evans O, Cheng KK. A cluster randomized controlled trial of smoking cessation in pregnant women comparing interventions based on the Trans theoretical (stages of change) model to standard care. *Tob Control.* 2003; 12(2):168-177.
- Leonardi-Bee J, Jere ML, Britton J. Exposure to parental and sibling smoking and the risk of smoking uptake in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *Thorax.* 2011; 66(10):847-855.
- Leonardi-Bee J, Smyth A, Britton J, Coleman T. Environmental tobacco smoke and fetal health: systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2008; 93 (53):F351-61.
- Liu F, Ma LJ, Yi MJ. Association of breastfeeding with behavioral problems and temperament development in children aged 4-5 years. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi.* 2006; 8(4):334-337.
- Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 ;(3):CD001055. Doi (3):CD001055.

M Carmen Miguez, Beatriz Pepeira , Barbara Figueiredo et al. Tobacco consumption and spontaneous quitting at the first trimester of pregnancy. *August 2016*

Macedonia. Vol. 92. New York: Open Society Institute, 2001.

Madarasová Gecková A, Babinská I, Bobáková D, Dankulincová Veselská Z, Bosáková L, Kolarčík P, et al.; HepaMeta Team. Socioeconomic characteristics of the population living in Roma settlements and their association with health and health-related behaviour. *Cent Eur J Public Health*. 2014 Mar; 22 Suppl: S57-64.

Madarasová Gecková A, Babinská I, Bobáková D, Dankulincová Veselská Z, Bosáková L, Kolarčík P, et al.; HepaMeta Team. Socioeconomic characteristics of the population living in Roma settlements and their association with health and health-related behaviour. *Cent Eur J Public Health*. 2014 Mar; 22 Suppl: S57-64.

Masseria C, Mladovsky P, Hernández-Quevedo C. The socio-economic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania. *Eur J Public Health*. 2010 Oct; 20(5):549-54.1997;18:341–78.2009;8:24.2017).314–17.

Masseria C, Mladovsky P, Hernández-Quevedo C. The socio-economic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania. *Eur J Public Health*. 2010 Oct; 20(5):549-54

Matt GE, Quintana PJ, Destailats H, et al. Thirdhand tobacco smoke: Emerging evidence and arguments for a multidisciplinary research agenda. *Environ Health Perspect*. 2011; 119(9):1218-1226.

McBride CM, Curry SJ, Grothaus LC, Nelson JC, Lando H, Pirie PL. Partner smoking status and pregnant smoker's perceptions of support for and likelihood of smoking cessation. *Health Psychol*. 1998; 17(1):63-69.

McCowan LM, Dekker GA, Chan E, et al. Spontaneous preterm birth and small for gestational age infants in women who stop smoking early in pregnancy: Prospective cohort study. *BMJ*. 2009;338:b1081.

Melvin CL, Dolan-Mullen P, Windsor RA, Whiteside HP, Jr, Goldenberg RL. Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke: A review of the evidence. *Tob Control*. 2000; 9 Suppl 3:III80-4

Miyazaki Y, Hayashi K, Imazeki S. Smoking cessation in pregnancy: Psychosocial interventions and patient-focused perspectives. *Int J Women's Health*. 2015; 7:415-427.

National Board of Health and Welfare (1998) Tobaksförelbyggande arbete på MVC. Socialstyrelsen följder upp och utvärderar 1998:1 [Anti-tobacco initiatives at antenatal clinics- summary in English]. Socialstyrelsen, Stockholm.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Quitting smoking in pregnancy and following childbirth, 2010.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2010) *PH26 Quitting smoking in pregnancy and following childbirth*. London: NICE. Available www.nice.org.uk/PH26. Reproduced with permission. NICE guidance is prepared for the National Health Service in England and Wales. NICE guidance does not apply to Greece and NICE has not been involved in the development or adaptation of any guidance for use in Greece.

National Institutes of Health (NIH).

New Zealand Guidelines, 2014.

New Zealand Ministry of Health.
Background and recommendation of the New Zealand guidelines for helping people to stop smoking: Providing stop-smoking support to pregnant and breastfeeding women. . 2014.

Of Health 2004.

Olds D. Tobacco exposure and impaired development: A review of the evidence. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 1997; 3:257-269.

On hepatitis B in gypsy women. *Eur J Epidemiol* 1988; 4:

Oncken C, Dornelas E, Greene J, et al. Nicotine gum for pregnant smokers: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2008; 112(4):859-867.

Outbreak of Hepatitis B from the tattoo in gypsy families.

Penn G, Owen L. Factors associated with continued smoking during pregnancy: Analysis of socio-demographic, pregnancy and smoking-related factors. *Drug Alcohol Rev*. 2002; 21(1):17-25.

Perihan Elif Ekmekçi Health and Roma People in Turkey Copyright 2016 © *Trakya University Faculty of Medicine Balkan Med J* 2016;33:377-82

Petersen R, Garrett JM, Melvin CL, Hartmann KE. Medicaid reimbursement for prenatal smoking intervention influences quitting and cessation. *Tob Control*. 2006; 15(1):30-34.

Petersen Z, Nilsson M, Everett K, Emmelin M. Possibilities for transparency and trust in the communication between midwives and pregnant women: The case of smoking. *Midwifery*. 2009; 25(4):382-391.

Pletsch P, Morgan S, Pieper A. Context and beliefs about smoking and smoking cessation. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2003.

Pomerleau CS, Pomerleau OF, Majchrzak MJ, Kloska DD, Malakuti R. Relationship between nicotine tolerance questionnaire scores and plasma cotinine. *Addict Behav*. 1990; 15(1):73-80.

Prochaska J, Norcross J, DiClemente C. *Changing for good*. New York: William Morrow and Company; 1994.

Rachel B, Blackburn CM, Spencer NJ, Rechel B. Access to

Raisanen S, Sankilampi U, Gissler M, et al. Smoking cessation in the first trimester reduces most obstetric risks, but not the risks of major congenital anomalies and admission to neonatal care: A population-based cohort study of 1,164,953 singleton pregnancies in Finland. *J Epidemiol Community Health*. 2014; 68(2):159-164.

Ramlau-Hansen CH, Thulstrup AM, Bonde JP, Olsen J. Parental infertility and semen quality in male offspring: A follow-up study. *Am J Epidemiol*. 2007; 166(5):568-570.

Rechel B, Blackburn CM, Spencer NJ, Rechel B (2009) Access to health care for Roma children in Central and Eastern

Research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annu Rev Public Health Rev Esp Salud Publica* 1996; 70:63–9.

Ringold D, Orenstein MA, Wilkens E. Roma in an expanding Europe: breaking the poverty cycle. Washington: The World Bank; 2005.

Rogers JM. Tobacco and pregnancy. *Reprod Toxicol*. 2009; 28(2):152-160.

romadecade.org/cms/upload/file/9323_file8_roma_czech_republic_strategy_cs.pdf (accessed on 11 January

Rosario-Pac M, Arnedo A, Montaner MD, et al. Epidemic

Saraiya M, Berg CJ, Kendrick JS, Strauss LT, Atrash HK, Ahn YW. Cigarette smoking as a risk factor for ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1998; 178(3):493-498.

Sarna L, Bialous SA, Rice VH, Wewers ME. Promoting tobacco dependence treatment in nursing education. *Drug Alcohol Rev*. 2009; 28(5):507-516.

Sepkowitz KA. Health of the world's Roma population. *Lancet*. 2006 May 27; 367(9524):1707-8.

Shih SF, Chen L, Wen CP, Yang WC, Shih YT. An investigation of the smoking behaviours of parents before, during and after the birth of their children in Taiwan. *BMC Public Health*. 2008; 8:67-2458-8-67.

Simko V, Ginter E. Short life expectancy and metabolic syndrome in Romanies (gypsies) in Slovakia. *Cent Eur J Public Health*. 2010 Mar; 18(1):16-8.

Simko V, Ginter E. Short life expectancy and metabolic syndrome in Romanies (Gypsies) in Slovakia. *Cent Eur J Public Health*. 2010 Mar; 18(1):16-8.

Smedberg J, Lupattelli A, Mardby AC, Nordeng H. Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: A cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15 European countries. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014; 14:213-2393-14-213.

Smith DR. Tobacco control and the nursing profession. *Nurs Health Sci*. 2010; 12(1):1-3.

Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;8:CD002850.

Stewart M. Roma and Gypsy "Ethnicity" as a Subject of Anthropological

Szilagyi T. Peer education of tobacco issues in Hungarian communities of Roma and socially disadvantaged children. *Cent Eur J Public Health*. 2002; 10:117-20.

Table 3.1 The 5 A's Model for treating tobacco Use and dependence." *In: Treating Tobacco Use and Dependence—2008 Update*. October 2014. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. (For the United States Public Health Service). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>.

The United Nations Children's Fund. Breaking the cycle of exclusion: Roma children in Southeast Europe. Belgrade: UNICEF Serbia; 2007.

Tombor I, Neale J, Shahab L, Ruiz M, West R. Healthcare providers' views on digital smoking cessation interventions for pregnant women. *Journal Smoking Cessation*. 2014.

Tong VT, England LJ, Dietz PM, Asare LA. Smoking patterns and use of cessation interventions during pregnancy. *Am J Prev Med*. 2008; 35(4):327-333.

U.S. Preventive Services Task Force. Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S.

preventive services task force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2009; 150(8):551-555.

United Nations. Framework convention on tobacco control of world health organization. . 2003.

USDHHS. How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: A report of the surgeon general. 2. 2010.

USDHHS. The health benefits of smoking cessation. A report of the surgeon general. 1990.

USDHHS. Women and smoking a report of the surgeon General. 2001

Věra Olišarová, Valérie Tóthová, Sylva Bártlová , František Dolák , Alena Kajanová ,Dita Nováková, Radka Prokešová and Lenka Šedová, Cultural Features Influencing Eating, Overweight, and Obesity in the Roma People of South Bohemia, 22 March 2018

Vazarova de Courten, B.; de Courten, M.; Hanson, R.L.; Zahorakova, A.; Egyenes, H.P.; Tataranni, P.A.;

Ventura S, Martin J, Taffel S, Mathews T, Clarke S. Advance report of final natality statistics, 1993. . *Monthly Vital Stat Rep.* 1995; 44(suppl 5):1-88

Vivilaki et al. Exposure to active and passive smoking among Greek pregnant women, May 2016.

Vláda České Republiky. Koncepce Romské Integrace na Období 2010–2013. Available online: <http://www>.

Vohr BR, Poindexter BB, Dusick AM, et al. Beneficial effects of breast milk in the neonatal intensive care unit on the developmental outcome of extremely low birth weight infants at 18 months of age. *Pediatrics.* 2006;118(1):e115-23.

Vohr BR, Poindexter BB, Dusick AM, et al. Persistent beneficial effects of breast milk ingested in the neonatal intensive care unit on outcomes of extremely low birth weight infants at 30 months of age. *Pediatrics.* 2007;120(4):e953-9.

Wagijo MA, Sheikh A, Duijts L, Been JV. Reducing tobacco smoking and smoke exposure to prevent preterm birth and its complications. *Paediatr Respir Rev.* 2015.

Walsh RA, Redman S, Brinsmead MW, Byrne JM, Melmeth A. A smoking cessation program at a public antenatal clinic. *Am J Public Health.* 1997; 87(7):1201-1204.

Weinfeld C. Need help putting out that cigarette? Smoke- free families, The University of North Carolina, 2001 <http://www.smokefreefamilies.org> (2/5/2006).

Weiser TM, Lin M, Garikapaty V, Feyerharm RW, Bensyl DM, Zhu BP. Association of maternal smoking status with breastfeeding practices: Missouri, 2005. *Pediatrics*. 2009; 124(6):1603-1610.

West R., New Approaches to Smoking Cessation, <http://www.tmed.com/respiratory/print.cfm> ID_Dis=8&ID_Cou=23&ID_Art=1598 16/09/2006.

WHO. FCTC/COP4 (8) guidelines for implementation of article 14 of the WHO framework convention on tobacco control (demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation). . 2010.

WHO. The European Health report 2002. Denmark: World Health Organization; 2002.

WHO. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009.

Windsor R. A pregnant woman's guide to quit smoking, 5th ed. Washington. Society for Public Health Education. U.S.A; 2005.

Windsor RA, Woodby LL, Miller TM, Hardin JM, Crawford MA, DiClemente CC. 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 Obstet Gynecol*. 2000; 182(1 Pt 1):68-75.

Winickoff JP, Healey EA, Regan S, et al. Using the postpartum hospital stay to address mothers' and fathers' smoking: The NEWS study. *Pediatrics*. 2010; 125(3):518-525.

Wisborg K, Henriksen TB, Jespersen LB, Secher NJ. Nicotine patches for pregnant smokers: A randomized controlled study. *Obstet Gynecol*. 2000;96(6):967-971.

Wisborg K, Henriksen TB, Obel C, Skajaa E, Ostergaard JR. Smoking during pregnancy and hospitalization of the child. *Pediatrics*. 1999;104(4):e46.

Yang I, Hall LA. Nicotine dependence measures for perinatal women. *Clin Nurs Res*. 2016.

Zhang L, Samet J, Caffo B et Punjabi NM. Cigarette smoking and nocturnal sleep architecture. *AmJEpidemiol* (2006; 164: 529-37)

Zoon I. On the margins - Roma and public services in Romania, Bulgaria

Ευρωπαϊκή δράση για την διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη. Συμβουλευτική για την διακοπή του καπνίσματος κατά την διάρκεια της

εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό 2000. http://www.bips.uni-bremende/euro-scip/guide_gr.pdf

Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής. UniversityStudioPress, Θεσσαλονίκη 1997.

ΜπελαλήςΠ.Γ. Κάπνισμακαυγεία, γ' έκδοση. Αθήνα, 1997.