



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ & ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία

«Παρέμβαση διακοπής καπνίσματος σε γονείς των οποίων τα νεογνά τους νοσηλεύονται στην μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών (MENN) και στη σταθεροποίηση»

Συγγραφείς:

Κουλεντιανού Διαμάντω AM 21031

Δεληβελιώτη Σοφία AM 21013

Επιβλέπουσα:

Βιβιλάκη Βικτωρία, RMPgCertMMedScPhD

Καθηγήτρια Κοινοτικής Μαιευτικής Φροντίδας

Τμήμα Μαιευτικής Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Αθήνα, Ιανουάριος 2024



UNIVERSITY OF WEST ATTICA

FACULTY OF HEALTH & CARING SCIENCES

DEPARTMENT OF MIDWIFERY

MSc in ADVANCED & EVIDENCE BASED MIDWIFERY CARE

### Diploma Thesis

«Smoking cessation intervention for parents whose newborns are hospitalized in the neonatal intensive care unit (NICU) and in stabilization»

Students name and surnames:

Koulentianou Diamanto

Registration Number:21031

Delivelioti Sofia

Registration Number: 21013

Supervisor name and surname:

Vivilaki Viktoria

Professor of Community Midwifery Care

Department of Midwifery, University of West Attica

Athens, January 2024



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ & ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

### ΤΙΤΛΟΣ

«Παρέμβαση διακοπής καπνίσματος σε γονείς των οποίων τα νεογνά τους νοσηλεύονται στην μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών (MENN) και στη σταθεροποίηση»

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

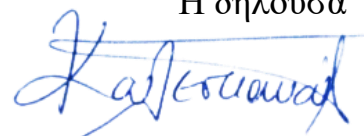
Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
	Βιβιλάκη Βικτωρία	Καθηγήτρια Τμήματος Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής	
	Διαμάντη Αθηνά	Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής	
	Κύρκου Γιαννούλα	Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής	

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

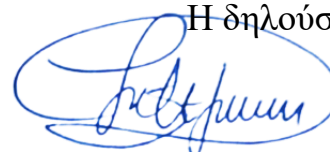
Οι κάτωθι υπογεγραμμένες Κουλεντιανού Διαμάντω του Δημητρίου, με αριθμό μητρώου 21031 και η Δεληβελιώτη Σοφία του Κωνσταντίνου, με αριθμό μητρώου 21013 φοιτήτριες του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνουμε η κάθε μια 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».

Η δηλούσα



ΚΟΥΛΕΝΤΙΑΝΟΥ ΔΙΑΜΑΝΤΩ

Η δηλούσα



ΔΕΛΗΒΕΛΙΩΤΗ ΣΟΦΙΑ

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Αρχικά, θα θέλαμε να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη μας προς στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μας κ. Βιβιλάκη Βικτωρία, για την αμέριστη και ουσιώδη συμβολή της στην εκπόνηση και ολοκλήρωση της διπλωματικής μας εργασίας, καθώς και για την καθοδήγησή της καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μας. Στο σημείο αυτό θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε βαθύτατα τα παιδιά και τους συζύγους μας για την συμπαράσταση και την στήριξη τους στην μέχρι τώρα πορεία μας. Τέλος, θα θέλαμε να αναφερθούμε και στην μεταξύ μας συμπόρευση όλο αυτό το διάστημα της διπλωματικής μας εργασίας που ήταν ουσιώδης και καταλυτική, φτάνοντας αισίως στο τέλος αυτού του όμορφου ταξιδιού.

## Περίληψη

Παρά την μείωση του επιπολασμού τα τελευταία χρόνια, το κάπνισμα παραμένει η κύρια αιτία κακής υγείας και πρόωρου θανάτου παγκοσμίως. Παράλληλα, είναι γνωστό πως το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης και της λοχείας επηρεάζει τη γυναίκα, το έμβρυο και το νεογνό παρόλα αυτά, ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών συνεχίζει να καπνίζει κατά την περίοδο αυτή. Ακόμη, το κάπνισμα μπορεί να είναι ιδιαίτερα επικίνδυνο για βρέφη που εξέρχονται από τις MENN, ενώ ταυτόχρονα αυξάνει τον κίνδυνο νεογνικών αναπνευστικών προβλημάτων, λοιμώξεων του αναπνευστικού, άσθματος και σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου. Στην έρευνά μας προσπαθήσαμε να προσεγγίσουμε γονείς νεογνών που κάπνιζαν την περίοδο της λοχείας και πιο συγκεκριμένα τις πρώτες ημέρες ζωής των νεογνών τους.

Σκοπός λοιπόν της παρούσας έρευνας ήταν να γίνει μια στοχευμένη παρέμβαση διακοπής καπνίσματος επικεντρωμένη στους κύριους φροντιστές των νεογνών(μητέρα-πατέρα) που νοσηλεύονταν στη MENN και τη σταθεροποίηση. Ενώ, οι επιμέρους στόχοι ήταν να περιοριστεί η πιθανότητα υποτροπής του καπνίσματος μετά τον τοκετό, να ελαχιστοποιηθεί η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα των νεογνών που νοσηλεύονται στη MENN και την σταθεροποίηση και να διατηρηθεί το οικιακό περιβάλλον χωρίς καπνό. Τέλος, να προσδιοριστεί η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης διακοπής καπνίσματος στους κύριους φροντιστές των νεογνών που νοσηλεύονται στη MENN και να συγκριθεί με αυτή των νεογνών της σταθεροποίησης.

Η ερευνητική διαδικασία διήρκησε περίπου έξι μήνες ενώ, το κύριο εργαλείο μέτρησης ήταν τα ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν ύστερα από συνέντευξη με τους γονείς των νεογνών που κάπνιζαν εντός του μαιευτηρίου καθώς και στο οικιακό τους περιβάλλον κατά τη διαδικασία της επανεξέτασης( follow up) ύστερα από 20 ημέρες. Οι ερωτήσεις είχαν ενημερωτικό και συμβουλευτικό χαρακτήρα ενώ ταυτόχρονα δίνονταν σημασία και στην ψυχολογία των γυναικών κατά τη διάρκεια της λοχείας. Όλες οι ερωτήσεις συμπληρώνονταν από τις ερευνήτριες.

Μέσα από τα αποτελέσματα της ερευνητικής διαδικασίας παρατηρήθηκαν διαφορές στις δύο ομάδες γονέων. Έτσι, η ομάδα που μας απασχόλησε περισσότερο ήταν εκείνη των γονέων της σταθεροποίησης όπου σε σύγκριση με την ομάδα των γονέων της εντατικής, δήλωσαν σε υψηλότερο ποσοστό ότι χρησιμοποίησαν οποιαδήποτε μορφή καπνού από την τελευταία τους επίσκεψη με τη μαία(follow up). Ταυτόχρονα, οι

παρενέργειες που ένοιωσαν ήταν μεγαλύτερες ενώ, οι ένταση αυτών ήταν υψηλότερη. Παράλληλα, η εναλλαγή της διάθεσής τους ήταν μεγαλύτερη κατά τη διαδικασία της διακοπής ενώ, ο φόβος να καπνίσουν ξανά ήταν εντονότερος. Τέλος, απαιτούνται καινοτόμες στρατηγικές παρεμβάσεις\_ως προς τη διακοπή του καπνίσματος ώστε, να μειωθεί και να ελαττωθεί η έκθεση των νεογνών στο παθητικό κάπνισμα κυρίως μέσω των γονέων και φροντιστών αυτών. Θα πρέπει να τροφοδοτηθούν περισσότερες ενέργειες συμβουλευτικής διακοπής καπνίσματος στους γονείς και φροντιστές των νεογνών που βρίσκονται στη MENN και στη σταθεροποίηση μέσω, κυρίως του προσωπικού των νοσοκομείων καθώς και των μαιών-των που βρίσκονται κοντά στους γονείς ώστε, να έχουμε περισσότερα σπίτια χωρίς καπνό και δυνητικά έναν εφικτό στόχο που θα ωφελήσει την υγεία και τη ζωή των νεογνών και των οικογενειών τους. Οι προσπάθειες για την ενθάρρυνση των γονέων-φροντιστών των νεογνών ενάντια στο κάπνισμα πρέπει να συνεχιστούν ενώ επιπλέον οι στρατηγικές διακοπής καπνίσματος επιβάλλεται να είναι ένα στοιχείο φροντίδας και μέριμνας για όλα τα νεογνά και να εφαρμόζεται σε κάθε γονέα-φροντιστή όταν το νεογνό του εισάγεται στη MENN και τη σταθεροποίηση.

## **Abstract**

Despite the decline in prevalence in recent years, smoking remains the leading cause of ill health and premature death worldwide. At the same time, it is known that smoking during pregnancy and childbirth affects the woman, the fetus and the newborn, however, a large percentage of women continue to smoke during this period. Furthermore, smoking can be particularly dangerous for infants leaving NICUs, while at the same time increasing the risk of neonatal respiratory problems, respiratory infections, asthma and sudden infant death syndrome. In our research we tried to approach parents of newborns who smoked during the delivery period and more specifically in the first days of life of their newborns.

Therefore, the purpose of the present research was to make a targeted smoking cessation intervention focused on the main caregivers of newborns (mother - father) who were hospitalized in the NICU and stabilization. Whereas, the sub-objectives were to reduce the likelihood of postpartum smoking relapse, to minimize secondhand smoke exposure of neonates in the NICU and to stabilize and maintain a smoke-free home environment. Finally, to determine the effectiveness of the smoking cessation intervention in the primary caregivers of neonates hospitalized in the NICU and to compare it with that of stabilization neonates.

The research process lasted approximately six months while the main measurement tool was the questionnaires collected after interviewing the parents of newborns who smoked in the maternity ward as well as in their home environment during the review process (follow up) after 20 days. The questions were informative and advisory in nature, while at the same time importance was also given to the psychology of women during childbirth. All questions were completed by the researchers.

Through the results of the research process, differences were observed in the two groups of parents. Thus, the group that concerned us the most was that of the stabilization parents where compared to the group of intensive care parents, a higher percentage stated that they had used any form of tobacco since their last visit with the midwife (follow up). At the same time, the side effects they felt were greater while their intensity was higher.



At the same time, their mood swings were greater during the cessation process, while the fear of smoking again was stronger. Finally, innovative strategic interventions regarding smoking cessation are needed to reduce and reduce the exposure of newborns to passive smoking mainly through their parents and caregivers. More smoking cessation counseling should be provided to parents and caregivers of newborns in the NICU and stabilization through mainly hospital staff as well as midwives close to the parents so that we have more smoke-free homes and potentially an achievable goal that will benefit the health and lives of newborns and their families. Efforts to encourage parents-caregivers of newborns against smoking should continue, and smoking cessation strategies should be an element of care and concern for all newborns and applied to each parent-caregiver when their newborn is admitted to the NICU and stabilization.

# Περιεχόμενα

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b> .....	5
<b>Περίληψη</b> .....	6
<b>Abstract</b> .....	8
<b>Περιεχόμενα</b> .....	10
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	12
<b>1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b> .....	12
1.1. Κάπνισμα και υγεία.....	12
1.2. Εθισμός στη νικοτίνη.....	13
1.3. Επιπολασμός.....	16
<b>2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b> .....	17
2.1. Κάπνισμα και νοσηλεία νεογνών στις MENN.....	17
2.2. Επιδημιολογικά στοιχεία κατά την κύηση και τη λοχεία.....	18
2.3. Προβλήματα από το παθητικό κάπνισμα των νεογνών στην κύηση και στη λοχεία και πως συνδέεται με την εισαγωγή τους στις MENN.....	21
2.4. Τριτογενή έκθεση του νεογνού στον καπνό.....	28
2.5. Αίτια αδυναμίας διακοπής του καπνίσματος κατά τη λοχεία.....	30
2.6. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στη διακοπή του καπνίσματος.....	31
<b>3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b> .....	33
3.1. Στρατηγικές παρεμβάσεις για την διακοπή του καπνίσματος κατά τη λοχεία.....	33
3.2. Παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος.....	34
3.2.1. Πηγές αυτοβοήθειας.....	34
3.2.2. Συμβουλευτική βασισμένη στη τεχνολογία.....	34
3.2.3. Συμβουλευτική Πρόσωπο με Πρόσωπο.....	35
3.2.4. Μέθοδος 5Α.....	36
3.3. Ερευνητικά αποτελέσματα για παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος σε διάφορους πληθυσμούς.....	38
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	41
<b>4. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</b> .....	41
4.1. Ο σκοπός και οι αντικειμενικοί στόχοι της έρευνας.....	41
<b>5. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5</b> .....	42
5.1. Μεθοδολογία της έρευνας.....	42
5.2. Δείγμα.....	42

5.3.	Εργαλεία Μέτρησης – Συλλογή δεδομένων .....	43
5.4.	Ηθική – Δεοντολογία της έρευνας.....	45
5.5.	Στατιστική ανάλυση.....	46
<b>6.</b>	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>47</b>
6.1.	Δείγμα γονέων εντατικής.....	47
6.1.1.	Δημογραφικά χαρακτηριστικά .....	47
6.1.2.	Εκτίμηση .....	50
6.1.3.	Πλάνο διακοπής καπνίσματος.....	55
6.1.4.	Επίσκεψη επανεξέτασης.....	56
6.1.5.	Συσχετίσεις με δημογραφικά .....	63
6.2.	Δείγμα γονέων σταθεροποίησης νεογνών .....	68
6.2.1.	Δημογραφικά χαρακτηριστικά .....	68
6.2.2.	Εκτίμηση .....	72
6.2.3.	Πλάνο διακοπής καπνίσματος.....	76
6.2.4.	Επίσκεψη επανεξέτασης .....	77
6.2.5.	Συσχετίσεις με δημογραφικά .....	84
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	89
6.3.	Σύγκριση των δύο δειγμάτων μεταξύ τους.....	90
<b>7.</b>	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>103</b>
7.1.	Περιορισμοί της έρευνας.....	103
7.2.	Συζήτηση - Προτάσεις.....	106
	<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>114</b>
	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....</b>	<b>127</b>
	ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ .....	128
	ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ .....	132
	Κλίμακα Λοχειακής Κατάθλιψης του Εδιμβούργου [EPDS] .....	134
	Έντυπα TITAN CRETE.....	136

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## 1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### 1.1. Κάπνισμα και υγεία

Η επιδημία του καπνίσματος είναι μια από τις μεγαλύτερες απειλές για τη δημόσια υγεία που έχει αντιμετωπίσει ποτέ ο κόσμος, σκοτώνοντας περισσότερους από 8 εκατομμύρια ανθρώπους ετησίως, συμπεριλαμβανομένων περίπου 1,2 εκατομμυρίων θανάτων από την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα. Πάνω από το 80% των 1,3 δισεκατομμυρίων χρηστών καπνού παγκοσμίως ζουν σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, όπου το βάρος των ασθενειών και των θανάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα είναι βαρύτερο. Το οικονομικό κόστος της χρήσης καπνού είναι σημαντικό και συμβάλλει καθοριστικά και στην υγειονομική περίθαλψη για τη θεραπεία των ασθενειών που προκαλούνται από τη χρήση του (WHO, 2022).

Παρά τη μείωση του επιπολασμού τα τελευταία χρόνια, το κάπνισμα παραμένει μια από τις κύριες αιτίες κακής υγείας και πρόωρου θανάτου που μπορούν να προληφθούν παγκοσμίως. Οι περισσότεροι καπνιστές γνωρίζουν το κακό που προκαλούν στον εαυτό τους και πολλοί λένε ότι δεν το απολαμβάνουν, παρόλα αυτά καπνίζουν (Ussher, Brown, Rajamanoharan, & West, 2013). Η αιτία είναι ότι η νικοτίνη από τα τσιγάρα ωθεί τα άτομα στο κάπνισμα αποδυναμώνοντας και υπερτερώντας των ανησυχιών για τους κινδύνους του καπνίσματος (West & Shiffman, 2016). Ο επιπολασμός του καπνίσματος μειώνεται, αλλά υπάρχει ακόμη πολύς δρόμος μέχρι να πάψει να είναι μία από τις κύριες αιτίες ασθενειών και πρόωρου θανάτου παγκοσμίως (Gowing et al., 2015).

Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης ποικίλων ασθενειών, πολλές από τις οποίες είναι θανατηφόρες. Οποιαδήποτε ηλικία μπορεί να ωφεληθεί από τη διακοπή του καπνίσματος έναντι της συνέχισης του καπνίσματος. Ενώ ο κίνδυνος ορισμένων ασθενειών μπορεί να αντιστραφεί, ο κίνδυνος άλλων είναι ουσιαστικά σταθερός τη στιγμή που διακόπηκε το κάπνισμα (Duke et al., 2015).

Εκτιμάται ότι 6 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως και 96.000 στο Ηνωμένο Βασίλειο πεθαίνουν πρόωρα ως αποτέλεσμα της χρήσης καπνού κάθε χρόνο (West & Shiffman, 2016). Αυτοί οι πρόωροι θάνατοι έχουν ως αποτέλεσμα απώλεια 10 ετών ζωής κατά

μέσο όρο. Πολλοί από αυτούς τους θανάτους περιλαμβάνουν καπνιστές των οποίων η υγεία έχει ήδη τεθεί σε κίνδυνο από το κάπνισμα, αλλά που το έχουν κόψει. Επιπλέον, οι καπνιστές χάνουν κατά μέσο όρο 10 χρόνια από το προσδόκιμο ζωής τους σε σύγκριση με τους μη καπνιστές και αρχίζουν να αναπτύσσουν ασθένειες γήρατος περίπου 10 χρόνια νωρίτερα από τους μη καπνιστές (Jha & Peto, 2014).

Ο καρκίνος του πνεύμονα, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και η καρδιαγγειακή νόσος (κυρίως στεφανιαία νόσος) είναι οι τρεις ασθένειες που προκαλούν την πλειοψηφία των θανάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα. Το κάπνισμα είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για εγκεφαλικό επεισόδιο, περιφερική αγγειακή νόσο (που μπορεί να οδηγήσει σε ακρωτηριασμό), τύφλωση, κώφωση, πόνο στην πλάτη και οστεοπόρωση. Οι καπνιστές βιώνουν περισσότερο πόνο και ανικανότητα από ότι οι μη καπνιστές κατά μέσο όρο μετά την ηλικία των 40 ετών (Gowing et al., 2015). Το κάπνισμα είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου τόσο για τη νόσο Αλτσχάιμερ όσο και για την αγγειακή άνοια, σε αντίθεση με τη δημοφιλή πεποίθηση, η οποία κάποτε πίστευε ότι ήταν προστατευτικό έναντι της νόσου του Αλτσχάιμερ. Ακόμα, μειώνει τη γονιμότητα τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Τόσο τα παιδιά όσο και οι ενήλικες κινδυνεύουν σημαντικά από την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα. Έτσι, οι μη καπνιστές που εκτίθενται σε περιβάλλον με καπνό έχουν αυξημένο κίνδυνο καρκίνου, καρδιακών παθήσεων και αναπνευστικών παθήσεων (Duke et al., 2015).

## **1.2. Εθισμός στη νικοτίνη**

Παρά την αύξηση των κανονισμών για την αγορά προϊόντων καπνού και των συνεχιζόμενων εκστρατειών κατά του καπνίσματος, 34 εκατομμύρια Αμερικανοί συνεχίζουν να καπνίζουν. Είναι ενδιαφέρον, ότι ενώ είναι γνωστές οι μακροπρόθεσμες βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία και παρόλο τις ευρέως διαθέσιμες φαρμακοθεραπείες, λιγότεροι από 1 στους 5 καπνιστές καταφέρνουν να διακόψουν το κάπνισμα με επιτυχία (Scarlata et al., 2021) (Thorgeirsson et al., 2013). Κύριο αίτιο της αποτυχίας αυτής είναι ο εθισμός που συνοδεύει την καπνιστική συνήθεια (Malone et al., 2018).

Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει 7000 ουσίες, εκ των οποίων οι 70 είναι αποδεδειγμένα καρκινογόνες για τον ανθρώπινο οργανισμό και δηλητηριώδη αέρια θανατηφόρα για τον οργανισμό σε βάθος χρόνου. Η νικοτίνη αποτελεί το βασικό συστατικό που

ενισχύει τη χρήση καπνού, παράγοντας μια ευχάριστη εμπειρία και οδηγώντας στον εθισμό. Πρόκειται για μια αλκολοειδής ουσία που η μεγαλύτερη συγκέντρωσή της βρίσκεται στα φύλλα του φυτού (Judith Prochaska et al., 2019). Παρόλο που τα ποσοστά καπνίσματος μειώνονται καθημερινά, ο εθισμός στη νικοτίνη εξακολουθεί να επηρεάζει το 20% των ανθρώπων στις ΗΠΑ σήμερα. Επιπλέον, η εξάρτηση από τη νικοτίνη εμφανίζει και υψηλά ποσοστά ψυχικών παθήσεων συμπεριλαμβανομένων της ελλειμματικής προσοχής, της υπερκινητικότητας, της αγχώδους διαταραχής και της κατάθλιψης (Kutlu et al., 2015).

Η εξάρτηση στη νικοτίνη αποτελεί σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα κοινωνικά προβλήματα καθώς η εξάρτηση αυτή μπορεί να γίνει σωματική ή ψυχολογική. Ανάμεσα στις ουσίες με τη μεγαλύτερη εθιστική ικανότητα, η νικοτίνη κατατάσσεται τρίτη μετά την ηρωίνη και την κοκαΐνη (Scarлата et al., 2021).

Παρόμοια με άλλους φαρμακολογικούς εθισμούς, ο εθισμός στη νικοτίνη θεωρείται ως μια ετερογενής συλλογή αλλαγών που συμβαίνουν σε διαφορετικά εγκεφαλικά κυκλώματα και δίκτυα που υποστηρίζουν διάφορες γνωστικές και συναισθηματικές διαδικασίες. Εξαιτίας αυτού, οι νευροανατομικές εστίες αποτυχίας είναι πιο πιθανό να περιλαμβάνουν αλληλεπιδράσεις εντός και μεταξύ ενός αριθμού προσβεβλημένων κυκλωμάτων και συστημάτων παρά συγκεκριμένες βλάβες ή μοτίβα ενεργοποίησης σε καθορισμένες περιοχές του εγκεφάλου (Picciotto & Mineur, 2014). Έτσι, κατά τον τρόπο αυτό, η νικοτίνη από τον καπνό του τσιγάρου περνάει γρήγορα από τους πνεύμονες στον εγκέφαλο μέσα από ένα πολύπλοκο μηχανισμό συνδεσιμότητας των νευροδιαβιβαστών. Με λίγα λόγια, είναι ο πιο άμεσος τρόπος παροχής νικοτίνης στον εγκέφαλο. Η νικοτίνη διαχέεται εύκολα στον εγκεφαλικό ιστό όπου συνδέεται με τους νικοτινικούς υποδοχείς ακετυλοχολίνης και μέσα από ένα ειδικό κύκλωμα συνδέσεων απελευθερώνεται στον εγκέφαλο η ντοπαμίνη, η ουσία της ευχαρίστησης (Swan & Lessov-Schlaggar, 2007). Η συνεχής επαφή της νικοτίνης με τα νευρικά εγκεφαλικά κύτταρα οδηγεί στη δημιουργία νέων υποδοχέων της, με αποτέλεσμα την σταδιακή αύξηση της κατανάλωσης τσιγάρων, συντελώντας έτσι, στην διατήρηση της καπνιστικής συνήθειας (Wills et al., 2022) (Picciotto & Kenny, 2021).

Αξίζει να αναφερθεί ότι η συγκέντρωση της νικοτίνης στον ανθρώπινο οργανισμό δεν είναι σταθερή, αντιθέτως παρουσιάζει διακυμάνσεις. Η συγκέντρωση της νικοτίνης στο αίμα μετά την τελευταία εισπνοή καπνού μειώνεται στο 50% με το πέρας των 30

λεπτών και στο 75% έπειτα από 45 λεπτά. Η μείωση της συγκέντρωσης της νικοτίνης στο αίμα οδηγεί τον καπνιστή στη χρήση επόμενου τσιγάρου, προκειμένου να αυξήσει τα επίπεδα της νικοτίνης ξανά και να αντιμετωπίσει έτσι το αίσθημα στέρησης (Picciotto & Kenny, 2021) (Scarlata et al., 2021) (Troelstra et al., 2019). Αυτό δικαιολογεί και την έντονη επιθυμία για τσιγάρο την πρωινή ώρα μετά την βραδινή κατάκλιση (Wills et al., 2022) (Picciotto & Kenny, 2021).

Ενώ τα υποπροϊόντα της καύσης καπνού είναι η κύρια αιτία ασθένειας που προκαλείται από το κάπνισμα, ο εθισμός στη νικοτίνη οδηγεί τους ανθρώπους να χρησιμοποιούν καπνό. Ο εθισμός στη νικοτίνη προκαλεί μεγαλύτερη βλάβη στην υγεία του κοινού από οποιαδήποτε άλλη εξάρτηση από ουσίες (Kutlu et al., 2015). Η καπνοβιομηχανία διεξήγαγε έρευνα και συνειδητοποίησε ότι η νικοτίνη είναι ένα εθιστικό ναρκωτικό δεκαετίες πριν αναγνωριστεί ευρέως στην επιστημονική κοινότητα, τουλάχιστον από τη δεκαετία του 1950. Για τον καθορισμό των στόχων φαρμακολογικής και συμπεριφορικής θεραπείας, είναι σημαντικό να κατανοηθούν τα κλινικά χαρακτηριστικά του εθισμού στη νικοτίνη και η προσαρμογή της συμπεριφοράς που προκύπτει από την επαναλαμβανόμενη κατάποση νικοτίνης (Fedota & Stein, 2016).

Παράλληλα, μέσα από κλινικές μελέτες και έρευνες έχει διαπιστωθεί κοινή συμπτωματολογία ατόμων με ΔΕΠΥ, καθώς και ατόμων που έχουν υποστεί στέρηση από τη νικοτίνη. Δηλαδή, τα άτομα που στερούνται νικοτίνης εκδηλώνουν την ίδια συμπτωματολογία με εκείνη της ΔΕΠΥ. Ταυτόχρονα, άλλες έρευνες υποδεικνύουν ότι αντιμετωπίζοντας τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ είναι ο πιθανότερος τρόπος αντιμετώπισης του καπνίσματος. Ωστόσο, ένα σημαντικό ερώτημα που παραμένει είναι εάν το κάπνισμα είναι αποτέλεσμα της ΔΕΠΥ ή εάν η ΔΕΠΥ είναι αποτέλεσμα του καπνίσματος (Kutlu et al., 2015).

Τέλος, οι χρόνιοι καπνιστές είναι οι πλέον εθισμένοι καπνιστές στη νικοτίνη. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα μακροχρόνιες τροποποιήσεις στα νευρικά συστήματα του εγκεφάλου των χρόνιων καπνιστών. Αυτό κάνει το κάπνισμα πιο εθιστικό και κατά κάποιο τρόπο δύσκολο στην διακοπή του. Επιπλέον, τα άτομα που είναι εθισμένα στην νικοτίνη είναι περισσότερο ευάλωτα στη χρήση και άλλων ουσιών. Αυτό συμβαίνει διότι λειτουργούν ακριβώς οι ίδιοι μηχανισμοί του εθισμού στη νικοτίνη και για άλλες ουσίες, με αποτέλεσμα το άτομο γίνεται ευάλωτο και σε άλλες καταστάσεις όπως το αλκοόλ και την κοκαΐνη (Manivannan Subramaniyan et al., 2015).

### 1.3. Επιπολασμός

Η χρήση καπνού εξακολουθεί να είναι μία από τις κύριες παγκόσμιες αιτίες πρόωρου θανάτου και αναπηρίας δεκαετίες, αφότου εντοπίστηκαν για πρώτη φορά οι επιβλαβείς επιπτώσεις του στην ανθρώπινη υγεία (Gowing et al., 2015). Το κάπνισμα συνδέθηκε με 7,3% (95% UI, 6,8%-7,8%) όλων των ετών ζωής προσαρμοσμένης στην αναπηρία και 7,1% (95% UI, 6,8%-7,4%) εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως το 2017. Εκτός από τις επιβλαβείς επιπτώσεις του στην υγεία, η χρήση καπνού έχει επίσης, συνδεθεί με οικονομικές βλάβες, όπως η απώλεια παραγωγικότητας και το υψηλότερο κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Αυτά τα αποτελέσματα τονίζουν την ανάγκη για βελτιωμένο έλεγχο του καπνού, η οποία είναι μια κρίσιμη και έγκαιρη δράση, καθώς τα έθνη εργάζονται για την επίτευξη των Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης του 2030 (Tsakiridis et al., 2018).

Η έκθεση του ΠΟΥ το 2018 έδειξε ότι ο επιπολασμός του καπνίσματος τσιγάρων στις γυναίκες στις ηπείρους της Αφρικής, της Αμερικής, της Ανατολικής Μεσογείου, της Ευρώπης, της Νοτιοανατολικής Ασίας και του Δυτικού Ειρηνικού ήταν 1,4%, 10,2%, 1,5%, 17,5%, 0,9% και 2,5%, αντίστοιχα. Ο χαμηλότερος επιπολασμός είναι στον Δυτικό Ειρηνικό και την ήπειρο της Αφρικής, ενώ η Ευρώπη έχει τον υψηλότερο επιπολασμό. Με βάση την έκθεση του ΠΟΥ, το ποσοστό καπνίσματος των γυναικών στις ευρωπαϊκές χώρες είναι υψηλότερο από αυτό των άλλων χωρών στον κόσμο. Με βάση την έκθεση της Παγκόσμιας Τράπεζας, ο επιπολασμός του καπνίσματος μεταξύ των γυναικών σε χώρες με υψηλό εισόδημα, ανώτερο μεσαίο εισόδημα, χαμηλότερο μεσαίο και χαμηλό εισόδημα ήταν ίσως με 16,1%, 4,4%, 1,3% και 2% αντίστοιχα, γεγονός που υποδηλώνει υψηλή επικράτηση της κατανάλωσης σε χώρες υψηλού εισοδήματος. Τα διαφορετικά ποσοστά επικράτησης σε διαφορετικές ηπείρους και χώρες μπορεί να οφείλονται στα επίπεδα εισοδήματος, στις αυξήσεις φόρων σε ορισμένες χώρες, στην εφαρμογή διαφόρων περιφερειακών νόμων και στην εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης και πρόληψης (Jafari, Rajabi, & Gholian-Aval, 2021).

Φαίνεται ότι το κάπνισμα είναι ο δεύτερος σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου θανάτου παγκοσμίως. Ο Παγκόσμιος οργανισμός υγείας (ΠΟΥ) εκτιμά ότι περισσότεροι από 8 εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν πρόωρα λόγω της χρήσης καπνού κάθε χρόνο. Περίπου 1,2 εκατομμύρια είναι μη καπνιστές που πεθαίνουν επειδή εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα (Services, 2022) ( Ritchie & Roser, 2022).



## 2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.1. Κάπνισμα και νοσηλεία νεογνών στις MENN

Είναι γενικά γνωστό ότι η προγεννητική κατανάλωση καπνού έχει αρνητικές επιπτώσεις. Η διακοπή του καπνίσματος τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει λάβει μεγάλη προσοχή από τα μέσα ενημέρωσης (Cooper et al., 2017).

Το κάπνισμα είναι η μόνη αναστρέψιμη ασθένεια που μπορεί μέσω της παρέμβασης να αλλάξει και να ανατραπεί. Δυστυχώς, πολλές έγκυες γυναίκες καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης γνωρίζοντας τις επιζήμιες και καταστροφικές συνέπειες του καπνού. Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας μέσω ενημερώσεων συμβουλεύει τις έγκυες γυναίκες για τις επιβλαβείς συνέπειες του καπνίσματος για τις ίδιες, το έμβρυο και κατ' επέκταση το νεογνό.

Ενώ είναι γνωστό πως το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης προκαλεί δυσμενής επιπτώσεις στην υγεία της εγκύου καθώς και στο κυοφορούμενο έμβρυό της, δεν αποτελεί μια ασυνήθιστη συμπεριφορά μεταξύ του γυναικείου πληθυσμού παγκοσμίως. Ταυτόχρονα, μέσα από έρευνες καταγράφεται ένα αυξημένο ποσοστό εγκύων καπνιστριών, οι οποίες αρνούνται ή αδυνατούν να κατανοήσουν ότι η συνέχιση των καπνιστικών συνηθειών τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να θέσει το έμβρυό τους σε κίνδυνο (Scherman et al., 2018). Έως και σήμερα κανένα επίπεδο εμβρυικής έκθεσης στον καπνό δεν θεωρείται ασφαλές για το έμβρυο. Παρόλα αυτά, πολλές είναι εκείνες οι γυναίκες που κατά τη διάρκεια της κύησης μειώνουν την κατανάλωση τσιγάρων σε ένα μέγιστο αριθμό κατανάλωσης των 5 τσιγάρων ανά μέρα, ώστε να μειώσουν τα επίπεδα έκθεσης του εμβρύου στον καπνό. Ακόμη, πολλοί είναι οι επαγγελματίες υγείας που μη θέλοντας να βάλουν την έγκυο σε μια στρεσογόνο και δυσμενή θέση, κατά τη διάρκεια της κύησης ενισχύουν αυτή την τακτική (Frandsen et al., 2017).

Μέσα από μία σύμβαση πλαισίου για τον έλεγχο του καπνού, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), προσπάθησε να περιορίσει τη χρήση του. Έτσι, με την απαγόρευση διαφημίσεων, αύξηση των φόρων και των τιμών του καπνού, προστασία από το παθητικό κάπνισμα και διαθεσιμότητα υπηρεσιών διακοπής του καπνίσματος, έθεσε το στόχο για την προστασία των πληθυσμών παγκοσμίως από τους οικονομικούς,

υγειονομικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς κινδύνους της έκθεσης στον καπνό (Ohakim et al., 2014).

Το κάπνισμα της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου για την ενδομήτρια ανάπτυξη, ο οποίος με τη σειρά του επηρεάζει τη βρεφική θνησιμότητα και τα προβλήματα υγείας των επιζώντων νεογνών (Hamadneh, 2021). Στο 30% των περιπτώσεων, η ενδομήτρια καθυστέρηση στην ανάπτυξη περνά απαρατήρητη, ενώ σε ποσοστό 70% γίνεται αντιληπτή από τον παρατηρητή. Ένα έμβρυο μπορεί να μη μεγαλώνει σωστά, εάν δεν προσλαμβάνει το οξυγόνο και τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται (Γρυπάρης, 2022) (Kanellorou, 2020). Όπως στην κύηση έτσι και στη λοχεία, η χρήση καπνού που γίνεται από τους κύριους φροντιστές του νεογνού μπορεί να οδηγήσει σε μια μη αναστρέψιμη κατάσταση για το νεογνό ή το βρέφος. Η χρήση καπνού σε περιβάλλοντα ειδικά με υποανάπτυκτα αναπνευστικά συστήματα βρεφών μπορεί να αποβούν μοιραία για αυτό. Έτσι, μια τέτοια κατάσταση μπορεί να συμβεί κατά την διαμονή του νεογνού στο νοσοκομείο ή και κατά τη διαμονή του στο οικιακό περιβάλλον μέσω του παθητικού και του τριτογενές καπνίσματος των φροντιστών του (Northrup et al., 2021).

## **2.2. Επιδημιολογικά στοιχεία κατά την κύηση και τη λοχεία**

Ενώ είναι γνωστό πως το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης και της λοχείας επηρεάζει τη γυναίκα, το έμβρυο και το νεογνό, ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών συνεχίζει να καπνίζει αυτή την περίοδο. Ένα σημαντικό ποσοστό μειώνει τη συχνότητα και τον αριθμό των τσιγάρων, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό το διακόπτει τελείως.

Ο εκτιμώμενος μέσος επιπολασμός του καπνίσματος στις έγκυες γυναίκες στην Ευρώπη κυμαίνεται από 10% έως 27%. Οι χώρες με τη μεγαλύτερη έκθεση στο ενεργό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι η Γαλλία, η Σκωτία, η Ουαλία, η Βόρεια Ιρλανδία και η Ισπανία (Tsakiridis et al., 2018). Πράγματι, η ευρωπαϊκή έκθεση περιγεννητικής υγείας έδειξε ότι πάνω από το 10% των γυναικών καπνίζουν κατά τη διάρκεια της κύησης (Banderali G., 2015).

Το 26% των γυναικών του Ηνωμένου Βασιλείου αναφέρουν πως διέκοψαν το κάπνισμα 12 μήνες πριν από την εγκυμοσύνη και πολλές γυναίκες κατάφεραν να το διακόψουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το 2017 το 10,8% των εγκύων γυναικών του Ηνωμένου Βασιλείου ήταν ακόμη καπνίστριες έως και τον τοκετό

(Nichols A., et al., 2019). Το 85% των γυναικών που κάπνιζαν πριν την κύηση υποτροπίασαν μετά τον τοκετό, ενώ το είχαν κόψει σε ποσοστό 40% κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Anders et al., 2015) (Phillips R.M., et al., 2011). Παρά το γεγονός ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει αρνητικά αποτελέσματα, το 70,2% των γυναικών καπνίζουν κατά τη διάρκεια της επόμενης εγκυμοσύνης τους (Xuan et al., 2016).

Έτσι, μέσα από έρευνες έχει αναδειχθεί ότι όσες γυναίκες έκοψαν το κάπνισμα στην κύηση, το ξανάρχισαν στη λοχεία στις 2 με 8 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Οι καπνίζουσες μητέρες έχουν διπλάσιες πιθανότητες να σταματήσουν το θηλασμό μέσα στις 10 πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό (Phillips R.M., et al., 2011). Σε μία αντίστοιχη μελέτη, όσες έγκυες γυναίκες κατάφεραν να διακόψουν το κάπνισμα στην κύηση σε μεγάλο ποσοστό, το ξανάρχισαν μέσα στους 6 πρώτους μήνες της λοχείας (Jones M., et al., 2016). Παράλληλα, κατά τους Cooper et al (2017) και ενώ ένα μεγάλο ποσοστό εγκύων γυναικών σταματούν το κάπνισμα στη κύηση, είναι πιθανό να το ξαναρχίσουν κατά τη διάρκεια της λοχείας, όταν η διακοπή του τσιγάρου έχει γίνει προς το τέλος της κύησης.

Σε συνέχεια των παραπάνω, η υποτροπή των μητέρων που διέκοψαν το κάπνισμα κατά την κύηση, αυξάνεται στη λοχεία. Η επανέναρξη του καπνού κυρίως, σχετίζεται με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και το άγχος των μητέρων που βιώνουν την περίοδο αυτή. Η περίοδος που διανύουν οι γονείς με νεογνά στις εντατικές μονάδες είναι ιδιαίτερα αγχωτική, γεμάτη από έντονη ανησυχία, φόβο, αγωνία, απογοήτευση ή ακόμη και συναισθήματα θυμού (Notley C. et al., 2022). Σε μία ακόμη μελέτη, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που κάπνιζαν είχαν υψηλότερο ποσοστό πρόωρων τοκετών από τις γυναίκες που δεν κάπνιζαν τα προηγούμενα δέκα χρόνια. Στις περισσότερες μελέτες τα «πρόωρα» αναφέρονταν σε βρέφη χαμηλού βάρους γέννησης που ζύγιζαν 2500 γραμμάρια ή λιγότερο. Η συνέπεια είναι σοβαρή επειδή η νεογνική θνησιμότητα ή η πιθανότητα θανάτου κατά τον πρώτο μήνα της ζωής, είναι γνωστό ότι είναι περισσότερο από 20 φορές υψηλότερη σε βρέφη που ζυγίζουν 2500 γραμμάρια ή λιγότερο από μεγαλύτερα βρέφη (Wojtyła et al., 2018).

Παράλληλα, ο επιπολασμός του καπνίσματος σε μητέρες με πρόωρα βρέφη κυμαίνεται μεταξύ 34% και 49%. Είναι όμως, σημαντικό να αναφερθεί και το αυξημένο ποσοστό των πατέρων και των υπολοίπων φροντιστών του νεογνού που καπνίζουν. Έτσι, η

συνολική έκθεση του βρέφους στον καπνό από τους γονείς και τους κύριους φροντιστές του, μπορεί να φτάσει και το 75% (Ling, 2008).

Ταυτόχρονα, μια σειρά από μελέτες επιβεβαιώνουν τη συσχέτιση μεταξύ πρόωρου τοκετού και καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Delpisheh, Brabin, & Brabin, 2006). Στη μελέτη του Soneji (2019), οι ερευνητές επεδίωξαν να αξιολογήσουν την πιθανότητα πρόωρης γέννησης μεταξύ των μελλοντικών μητέρων που κάπνιζαν πριν από την εγκυμοσύνη και σταμάτησαν κατά την έναρξη ή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και αυτών που συνέχιζαν να καπνίζουν χωρίς να το έχουν ελαττώσει ή να το έχουν σταματήσει. Χρησιμοποιώντας δεδομένα από το Εθνικό Κέντρο Στατιστικών Υγείας των ΗΠΑ, διεξήχθη μια μελέτη στην οποία συμμετείχαν 25 εκατομμύρια έγκυες γυναίκες (ηλικιακή ομάδα 25-29 ετών) όπου γέννησαν κατά τη διάρκεια μιας εξαετούς περιόδου (2011-2017). Μετρώντας τη συχνότητα του καπνίσματος τους τρεις μήνες πριν από την εγκυμοσύνη και για κάθε τρίμηνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η ανάλυσή τους έδειξε ότι η διακοπή του καπνίσματος συνδέεται με μειωμένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού, ο οποίος μειώνεται μέχρι και 20% εάν η διακοπή γίνει στην αρχή της εγκυμοσύνης (Soneji et al., 2019).

Σύμφωνα με ένα σύστημα επιτήρησης στις ΗΠΑ, που έχει ως κέντρο του την παρακολούθηση γυναικείου πληθυσμού και ονομάζεται Σύστημα Παρακολούθησης Αξιολόγησης Κινδύνου Εγκυμοσύνης (PRAMS), το 13,1% των Αμερικανίδων γυναικών που είναι έγκυες καπνίζουν κατά τη διάρκεια της κύησης, ενώ το 23,2% των γυναικών καπνίζουν πριν μείνουν έγκυες (Avşar et al., 2021).

Τέλος, υπάρχουν πειστικά στοιχεία ότι το κάπνισμα από τη μητέρα έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη του εμβρύου και στην υγεία του βρέφους. Ο μεγαλύτερος ελεγχόμενος παράγοντας που συμβάλλει στην κακή έκβαση της εγκυμοσύνης είναι πιθανώς το προγεννητικό κάπνισμα. Η πρόωμη νεογνική θνησιμότητα θα μειωνόταν κατά 5% και οι καθυστερημένοι εμβρυϊκοί θάνατοι θα μειωνόταν κατά 11% εάν το κάπνισμα απαγορευόταν σε όλη την εγκυμοσύνη (Anders et al., 2015).

### **2.3. Προβλήματα από το παθητικό κάπνισμα των νεογνών στην κύηση και στη λοχεία και πως συνδέεται με την εισαγωγή τους στις ΜΕΝΝ**

Πολλά νεογνά διατρέχουν καθημερινά υψηλό κίνδυνο έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα, το οποίο δημιουργεί ποικίλα προβλήματα υγείας. Ωστόσο, τα βρέφη στις ΜΕΝΝ είναι ιδιαίτερα ευάλωτα. Οποιαδήποτε χρήση καπνού από τους γονείς ή τους φροντιστές τους μπορεί να αποβεί μοιραία. Το κάπνισμα των γονέων κατά την κύηση και μετά τον τοκετό παραμένει ένας σημαντικός επιβαρυντικός παράγοντας για την κατάσταση της υγείας του πρόωρου νεογνού (Ling, 2008).

Ο πιο συχνός αποτρέψιμος παράγοντας κινδύνου για δυσκολίες εγκυμοσύνης είναι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το κάπνισμα έχει επίσης, ποικίλες αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του παιδιού, μερικές από τις οποίες μπορεί να έχουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις. Μια έγκυος γυναίκα που καπνίζει ή βρίσκεται γύρω από το παθητικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να εκθέσει ένα έμβρυο σε χημικές ουσίες καπνού (Scheffers-van Schayck et al., 2019). Κατ' επέκταση η χρήση καπνού μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικά και θανατηφόρα αποτελέσματα για τη ζωή του αγέννητου παιδιού (Xuan et al., 2016). Πολλοί είναι οι γονείς που θέλουν να σταματήσουν το κάπνισμα και είναι πρόθυμοι να συμμετάσχουν σε προγράμματα διακοπής του καπνίσματος (Yerushalmy, 2014).

Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να έχει επιπτώσεις που διαρκούν στην παιδική ηλικία και ακόμη και στην ενήλικη ζωή. Τα παιδιά των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν χαμηλότερη πνευμονική λειτουργία και συριγμό στην παιδική ηλικία, που συνδέεται με το κάπνισμα της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σύμφωνα με έρευνα, τα βρέφη των καπνιστών έχουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά νεογνικής θνησιμότητας από τα βρέφη των μη καπνιστών, επειδή έχουν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες να είναι λιποβαρή κατά τον τοκετό. Το κάπνισμα κατά την προγεννητική ανάπτυξη μπορεί να οδηγήσει σε γενετικά ελαττώματα που οδηγούν σε συγγενείς παραμορφώσεις, όπως σχιστία χείλους και υπερώας και χρωμοσωμική αστάθεια σε νεογνά μητέρων που καπνίζουν πολύ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια του μήνα πριν από τη σύλληψη έως το πρώτο τρίμηνο σχετίζεται με συγγενείς καρδιακές ανωμαλίες (Ko et al., 2014).

Η προγεννητική έκθεση στη νικοτίνη μέσω του μητρικού καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει περιγραφεί ως «η πιο διαδεδομένη προγεννητική προσβολή φαρμάκων στον κόσμο» (Stroud et al., 2011). Το κάπνισμα από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει συνδεθεί με χαμηλό βάρος γέννησης νεογνών, εισαγωγή σε μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών, αυξημένο κίνδυνο για σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου και μακροχρόνιες δυσμενείς νευροσυμπεριφορικές εκβάσεις στους απογόνους, συμπεριλαμβανομένων ελλειμμάτων προσοχής, υπερκινητικότητας, διαταραχής συμπεριφοράς, και χρήση ουσίας/νικοτίνης (Stroud et al., 2011). Αυτές οι επιδράσεις μπορεί να αντιπροσωπεύουν πρώιμους προδρόμους για μακροπρόθεσμες δυσμενείς εκβάσεις από το κάπνισμα της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Stroud et al., 2011).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα βρέθηκε να σχετίζεται με αρκετές επιπλοκές εγκυμοσύνης και δυσμενή έκβαση του εμβρύου (Kharrazi , DeLorenze , & Kaufman , 2004). Στη μελέτη των Sobh et al. (2021) διερευνήθηκαν οι επιπτώσεις της έκθεσης των εμβρύων στο παθητικό κάπνισμα. Σε αυτή τη μελέτη, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες που εκτέθηκαν στο παθητικό κάπνισμα εμφάνισαν υψηλότερη συχνότητα εισαγωγής των παιδιών τους στη MENN σε σχέση με αυτές που δεν είχαν εκτεθεί (Sobh, Mohammed, & Adawy, 2021). Ακόμη, οι Ashford et al. (2020) μελέτησαν τις γυναίκες που είχαν εκτεθεί στο παθητικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και βρήκαν πως εμφάνισαν υψηλά ποσοστά ανάπτυξης επιπλοκών. Τα βρέφη που γεννήθηκαν από γυναίκες που εκτέθηκαν στο παθητικό κάπνισμα είχαν σημαντικά χαμηλότερο μέσο βάρος γέννησης από εκείνα των μη εκτεθειμένων γυναικών (Ashford , Hahn, & Hall , 2020). Επίσης, γυναίκες που έκαναν χρήση τσιγάρου ή ζούσαν σε περιβάλλοντα με καπνό εμφάνισαν διαταραχές του πλακούντα, πρόωρο τοκετό, έκτοπη κύηση, πρόωρη ρήξη εμβρυικών υμένων, προεκλαμψία, καθώς επίσης και σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (Papadakis et al., 2018). Οι έγκυες γυναίκες που καπνίζουν είναι πολύ πιθανό να γεννήσουν μωρά χαμηλού βάρους, να υποστούν πρόωρους τοκετούς, θνησιγενή νεογνά, πρόωρη ρήξη εμβρυικών υμένων, περιγεννητική θνησιμότητα, συγγενής ανωμαλίες και νοσηρότητα (Tsakiridis I. et al., 2018). Παράλληλα, σε μια αναδρομική μελέτη, οι (Norsa'Adah & Salinah , 2020) ανέφεραν ότι τα βρέφη που γεννήθηκαν από γυναίκες που εκτέθηκαν στο παθητικό κάπνισμα είχαν σημαντικά χαμηλότερο βάρος γέννησης από ότι τα μη εκτεθειμένα. Ταυτόχρονα, μια άλλη μελέτη έδειξε ότι οι εκτεθειμένες γυναίκες είχαν 1,6 φορές

περισσότερες πιθανότητες να γεννήσουν μωρά με χαμηλό βάρος από τις μη εκτεθειμένες γυναίκες (Khader , Al-Akour , & AlZubi , 2011). Σε μια μελέτη στη Σαουδική Αραβία, διαπιστώθηκε ότι η έκθεση από το παθητικό κάπνισμα συσχετίστηκε με μειωμένο βάρος γέννησης, δυσανάλογη περιφέρεια κεφαλιού νεογνού, μικρότερο μήκος και με αυξημένο ποσοστό χαμηλού βάρους γέννησης (Wahabi , Alzeidan , & Fayed , 2013). Οι δυσμενείς επιπτώσεις στο παιδί όταν καπνίζει η μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν περιορίζονται μόνο στο βάρος γέννησης (Monasso, Felix, & Gaillard, 2022). Οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι η προγεννητική έκθεση στο κάπνισμα αποτελεί μοναδικό κίνδυνο για τη νευρολογική ανάπτυξη και τις πνευματικές ικανότητες που αποδίδονται σε βλάβες του κεντρικού νευρικού συστήματος. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι οι δυσκολίες συμπεριφοράς της παιδικής ηλικίας συμπεριλαμβανομένων διαταραχών συμπεριφοράς, ελλειμματικής προσοχής, διαταραχή και νοητική υστέρηση εμφανίζονται συχνότερα σε παιδιά που καπνίζουν οι μητέρες τους (Liu, Ren, & Wu, 2022).

Βρέφη που γεννιούνται πρόωρα ή χαμηλού βάρους γέννησης είναι πιο πιθανό να χρειαστούν πρόσθετη φροντίδα και υποστήριξη στην πρώιμη ζωή ενώ, πολλά από αυτά χρειάζονται εισαγωγή σε μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών (MENN). Ο χρόνος παραμονής τους στις μονάδες εντατικής νοσηλείας πολλές φορές είναι για αρκετές εβδομάδες ή και μήνες (Notley C. et al., 2022).

Μετά τη γέννηση, τα νεογνά μπορεί να εκτεθούν σε συστατικά καπνού στο μητρικό γάλα, γονικό παθητικό κάπνισμα στο σπίτι, παθητικό κάπνισμα στην οικιακή σκόνη και σε εσωτερικές επιφάνειες, υψηλότερα βακτηριακά φορτία που μεταφέρονται από έναν γονέα ή κηδεμόνα που καπνίζει. Η έκθεση σε ορισμένες ουσίες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά μπορεί να επηρεάσει την υγεία του παιδιού με διάφορους τρόπους (Jones et al., 2013).

Τα παιδιά των καπνιστών διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο αναπνευστικών επιπλοκών σε σύγκριση με τα παιδιά των μη καπνιστών. Αυτά περιλαμβάνουν ανεπαρκή πνευμονική λειτουργία, άσθμα, αυξημένη συχνότητα εμφάνισης πνευμονίας και αναπνευστικών συμπτωμάτων, συριγμό και πνευμονικές επιπλοκές (Banderali, Martelli, & Landi, 2015) (A F Hoo, 1998) (Delpisheh, Brabin, & Brabin, 2006).

Η υγεία του νεογνού επηρεάζεται από τις ενέργειες και τις αποφάσεις του τρόπου ζωής της μητέρας. Το κάπνισμα έχει αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία του μωρού πριν και

μετά τη γέννηση (Xuan et al., 2016). Κάθε χρόνο παγκοσμίως 5000 θάνατοι παιδιών αποδίδονται στην έκθεσή τους στον καπνό του τσιγάρου (Stotts A.L. et al., 2012). Πάνω από το ένα τρίτο όλων των παιδιών ζει τουλάχιστον με έναν γονέα που καπνίζει (Stotts A.L., et al., 2012). Ερευνητικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορούν να είναι αποτελεσματικές (Miyahara et al., 2017). Ο κίνδυνος εισαγωγής νεογνών σε μονάδες εντατικής θεραπείας από μητέρες που κάπνιζαν στην κύηση είναι αυξημένος κατά τουλάχιστον 20% σε σύγκριση με τα νεογνά μη καπνιζουσών μητέρων. Ακόμη, τα νεογνά που γεννιούνται από γονείς που καπνίζουν, έστω και ένας από τους δύο, είναι πιθανό να χρειάζονται μεγαλύτερη παραμονή σε μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών (MENN) (Ling S.K., 2008).

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Νεογνών (MENN) έχουν δυσανάλογα μεγαλύτερο αριθμό γονέων που καπνίζουν σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό σύμφωνα με τους Notley et al. (2022). Η εισαγωγή ενός νεογνού στη MENN δίνει τη δυνατότητα για να προκληθεί αλλαγή συμπεριφοράς και να τονιστούν οι κίνδυνοι για την υγεία από την περιβαλλοντική έκθεση στον καπνό του τσιγάρου σε ευάλωτα βρέφη. Έτσι, αναζητήθηκαν οι απόψεις των μητέρων, των πατέρων, των μελών της ευρύτερης οικογένειας και των επαγγελματιών του τομέα της υγείας για να αναπτυχθεί μια παρέμβαση για την προώθηση των οικογενειών που δεν καπνίζουν, η οποία παραδόθηκε στη MENN (Notley C. et al., 2022). Αυτό το άρθρο αναφέρει τα ευρήματα μιας ποιοτικής συνέντευξης και μελέτης ομάδας εστίασης με γονείς των οποίων τα βρέφη βρίσκονταν στη MENN (n = 42) και επαγγελματίες υγείας της MENN (n = 23). Τα ευρήματα έδειξαν ότι τόσο οι γονείς όσο και οι επαγγελματίες υγείας υποστήριξαν την ανάγκη παρέμβασης. Θεώρησαν ότι θα έπρεπε να τοποθετηθεί γύρω από την προώθηση σπιτιών χωρίς καπνό αλλά για να επιτευχθεί αυτός ο τελικός στόχος, θα έπρεπε να συνδυάσει και την άμεση υποστήριξη διακοπής του τσιγάρου κατά τη διάρκεια της παραμονής των νεογνών στη MENN. Η ποιοτική ανάλυση αντιστοιχίστηκε καλά σε μια παρέμβαση που βασίζεται στην προσέγγιση «3As» (ρωτήστε, συμβουλευέστε, ενεργήστε) (Notley C. et al., 2022).

Σύμφωνα με τους Northrup et al. (2020), η νοσηλεία στη MENN (NICU) παρέχει ευκαιρίες συμμετοχής ατόμων/οικογενειών που καπνίζουν με θεραπείες διακοπής που βασίζονται σε στοιχεία για την προστασία των βρεφών από την έκθεση στον καπνό του τσιγάρου (Northrup et al., 2020). Ο στόχος αυτής της πιλοτικής μελέτης ήταν να διαπιστωθεί η σκοπιμότητα και η πιθανή αποτελεσματικότητα της παροχής



παρακινητικών συμβουλών και NRT (MA + NRT) σε οικογένειες βρεφών ΜΕΘ. Το πρωταρχικό αποτέλεσμα ήταν η αποδοχή επιθεμάτων NRT (MA + NRT) και η χρήση NRT. Οι αναλύσεις Bayes μοντελοποίησαν τη χρήση NRT ως συνάρτηση της ομάδας θεραπείας. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες MA + NRT (81,3%· n = 13) αποδέχθηκαν τα patches. Η χρήση NRT διέφερε μεταξύ των ομάδων, υποδεικνύοντας ότι υπάρχει θετική επίδραση για MA + NRT (RR = 2,32, 95% CI = [0,68–11,34]). Αυτή η μελέτη έδειξε τη σκοπιμότητα και την αποδοχή της παροχής συμβουλών NRT και κινήτρων στους γονείς της ΜΕΝΝ και υποστήριξε την περαιτέρω βελτίωση της παρέμβασης στις οικογένειες της ΜΕΝΝ (Northrup et al., 2020).

Οι πιο μειονεκτούσες οικογένειες κινδυνεύουν περισσότερο από την έκθεση στον καπνό και τις επακόλουθες ανισότητες υγείας που σχετίζονται με το κάπνισμα (Stotts et al., 2011). Πάνω από το ένα τρίτο (34,4%) όλων των παιδιών ζουν με τουλάχιστον έναν γονέα που καπνίζει τσιγάρα (King et al., 2009). Σχεδόν τα μισά (49,4%) των παιδιών που ζουν στο επίπεδο της φτώχειας ή κάτω από το επίπεδο της φτώχειας ζουν με έναν καπνιστή και συχνά με πολλούς καπνιστές (King et al., 2009). Τα παιδιά που εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα έχουν μειωμένη πνευμονική λειτουργία και είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από λοιμώξεις του αναπνευστικού, άσθμα, νόσο του μέσου ωτός, κακή ανάπτυξη, νευρογνωστικά ελλείμματα και σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (Cook & Strachan, 1999) (Spindel et al., 2015). Πράγματι, 50.000–300.000 περιπτώσεις βρογχίτιδας και πνευμονίας ετησίως αποδίδονται στην έκθεση στο παθητικό κάπνισμα (SHSe) μεταξύ γενικά υγιών παιδιών ηλικίας  $\leq 18$  μηνών (Emmons et al., 2001) (Kuniyoshi et al., 2019).

Το κάπνισμα μπορεί να είναι ιδιαίτερα επικίνδυνο για βρέφη με χαμηλό βάρος γέννησης και βρέφη που εξέρχονται από μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών (ΜΕΝΝ). Οι τάσεις στις ΗΠΑ δείχνουν μια σταθερή αύξηση στον πρόωρο τοκετό και στα ποσοστά LBW, με χαμηλότερα βάρη γέννησης και υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας μεταξύ των αφροαμερικανών βρεφών (Martin et al., 2005). Τα βρέφη της ΜΕΘ είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στο κάπνισμα τόσο για κοινωνικούς όσο και για ιατρικούς λόγους (Stotts et al., 2012). Το κάπνισμα είναι πιο συχνό σε αυτές τις ομάδες και είναι γνωστό ότι μειώνει το βάρος γέννησης και αυξάνει τον κίνδυνο νεογνικών αναπνευστικών προβλημάτων, που συχνά απαιτούν θεραπεία με οξυγόνο και μηχανικό αερισμό (DiFranza, Aligne, & Weitzman, 2004). Αυτές οι θεραπείες δυστυχώς μπορούν να προκαλέσουν τραυματισμό των πνευμόνων, ο οποίος έχει συσχετιστεί με

μειωμένους πνευμονικούς όγκους, απόφραξη χαμηλότερου αεραγωγού, υπερφούσκωμα και υπολειπόμενες ανωμαλίες ποικίλης σοβαρότητας που μπορεί να επιμείνουν μέχρι αργότερα την παιδική ηλικία ή ακόμα και την ενήλικη ζωή (Koumbourlis et al., 1996). Πάνω από το 50% των βρεφών VLBW χρειάζονται μηχανικό αερισμό και το 22% θα αναπτύξει βρογχοπνευμονική δυσπλασία (BPD). Τα βρέφη με BPD διατρέχουν ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο για πνευμονία, άσθμα, επαναλαμβανόμενες νοσηλεύσεις, νευροαναπτυξιακά ελλείμματα και θάνατο (Martin et al., 2005). Υπάρχει έλλειψη έρευνας σε αυτόν τον τομέα και κατά συνέπεια, οι ειδικές επιδράσεις του καπνίσματος στα βρέφη που εξέρχονται από τις ΜΕΘ είναι σχετικά άγνωστες (Stotts et al., 2011).

Τέλος, είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί το κόστος της εισαγωγής των νεογνών στις ΜΕΝΝ και η παραμονή τους σε αυτές εξαιτίας του καπνίσματος στην κύηση και κατά τη διάρκεια της λοχείας (Notley C. et al., 2022). Η ανάλυση μιας έρευνας έδειξε ότι το κάπνισμα από τη μητέρα αύξησε τον σχετικό κίνδυνο εισαγωγής σε ΜΕΝΝ κατά σχεδόν 20%. Για τα βρέφη που εισήχθησαν στη ΜΕΝΝ, το κάπνισμα της μητέρας αύξησε τη διάρκεια παραμονής ενώ για τα βρέφη που δεν ήταν στη ΜΕΝΝ φάνηκε να τη μειώνει. Σε όλες τις γεννήσεις, ωστόσο, το κάπνισμα αύξησε τη διάρκεια παραμονής των βρεφών κατά 1,1%. Ο συνδυασμός της αυξημένης χρήσης ΜΕΝΝ, της μεγαλύτερης διάρκειας παραμονής και του υψηλότερου κόστους έχει ως αποτέλεσμα ένα θετικό αποδιδόμενο κλάσμα καπνίσματος (SAF) για το κόστος των νεογνών. Το SAF σε όλες τις πολιτείες των Η.Π.Α. είναι 2,2%. Έτσι, το SAF κυμαινόταν από το χαμηλό του 1,3% στο Τέξας έως το υψηλό του 4,6% στην Ιντιάνα (Adams et al., 2002). Αυτά τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν περαιτέρω τις δυσμενείς επιπτώσεις του καπνίσματος. Αυτά τα κόστη μπορούν να προληφθούν σε μεγάλο βαθμό, καθώς οι δυσμενείς επιπτώσεις του μητρικού καπνίσματος συμβαίνουν βραχυπρόθεσμα και μπορούν να αποφευχθούν ακόμη και με μια προσωρινή διακοπή του καπνίσματος από τη μητέρα. Αυτές οι εκτιμήσεις κόστους μπορούν να χρησιμοποιηθούν από σχέδια διαχειριζόμενης φροντίδας, κρατικούς και τοπικούς αξιωματούχους δημόσιας υγείας και άλλους για την αξιολόγηση εναλλακτικών προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος (Adams et al., 2002).

Έτσι, σύμφωνα με όλα όσα αναφέρθηκαν, το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η έκθεση στον περιβαλλοντικό καπνό του τσιγάρου έχουν βλαβερές και μερικές φορές καταστροφικές επιπτώσεις στην υγεία του νεογέννητου (Forest,

2011). Η νοσηλεία ενός νεογέννητου παρέχει την ευκαιρία να υπογραμμιστεί πόσο σημαντικό είναι για τα μωρά να βρίσκονται σε περιβάλλοντα χωρίς καπνό. Η ενίσχυση της σχέσης μεταξύ μιας μητέρας και του παιδιού της μπορεί να μειώσει το άγχος της μητέρας και να ενθαρρύνει τις μαμάδες να σταματήσουν το κάπνισμα ώστε να θηλάσουν τα μωρά τους (Anders et al., 2015).

Ενώ η νοσηλεία ενός νεογνού στη MENN είναι αγχωτική για τους γονείς, προσφέρει ένα «παράθυρο ευκαιρίας» για την αντιμετώπιση των προβλημάτων καπνίσματος των γονέων. Οι παρεμβάσεις των επαγγελματιών υγείας στη MENN συνδέονται ευνοϊκά με το κίνητρο των γονέων να σταματήσουν το κάπνισμα (Miyahara et al., 2017). Τα ευρήματα προσθέτουν στον αυξανόμενο όγκο της έρευνας που δείχνει ότι οι μητέρες με ιστορικό καπνίσματος μπορεί να είναι πιο δεκτικές στην ενθάρρυνση και την υποστήριξη για να σταματήσουν το κάπνισμα κατά την περίοδο μετά τον τοκετό.

Αν και οι παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης καταδεικνύουν αποτελεσματικότητα στην αύξηση της αποχής από το κάπνισμα, η πλειοψηφία των γυναικών υποτροπιάζει κατά την περίοδο μετά τον τοκετό. Πολλοί γονείς είναι πρόθυμοι να κόψουν το κάπνισμα και είναι πρόθυμοι να συμμετάσχουν σε παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος (Forest, 2011). Μέσω μιας πληθυσμιακής προσέγγισης στην υγειονομική περίθαλψη, οι μαίες και οι νοσηλεύτριες νεογνών, βρίσκονται σε ιδανική θέση για την πρόληψη της υποτροπής και την προώθηση της αποχής από το κάπνισμα. Μπορούν να συντονίσουν και να ηγηθούν των προσπάθειών για τη θέσπιση στρατηγικών διακοπής του καπνίσματος που ενσωματώνουν μαιευτικές, νεογνικές και παιδιατρικές υπηρεσίες (Forest, 2011) (Miyahara et al., 2017). Ο καλύτερος τρόπος δράσης είναι να προσφέρουν στους γονείς που καπνίζουν εξατομικευμένες θεραπείες με τη χρήση μιας διεπιστημονικής προσέγγισης σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και των ρυθμίσεων που χρησιμοποιούνται από αυτόν τον πληθυσμό ασθενών (Wojtyła et al., 2018). Σύμφωνα με έρευνες, η διακοπή του καπνίσματος σε οποιοδήποτε σημείο της εγκυμοσύνης βελτιώνει τα αποτελέσματα και οι θεραπείες διακοπής του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι συχνά επιτυχείς βοηθώντας τις γυναίκες να διακόψουν το κάπνισμα (Ko et al., 2014).

#### 2.4. Τριτογενή έκθεση του νεογνού στον καπνό

Στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Νεογνών (MENN), όπου η μόλυνση από το κάπνισμα (THS) εξακολουθεί να είναι πιθανή και θα μπορούσε να δημιουργήσει ανησυχίες για την υγεία των βρεφών που είναι ήδη ιατρικά «ευερέθιστα», δεν επιβάλλεται αυστηρά η νομοθεσία για το κάπνισμα (Northrup et al., 2020).

Η τριτογενής έκθεση στο κάπνισμα (THS), η οποία έχει καταστεί σαφής απειλή για τη δημόσια υγεία, είναι ένα υπόλειμμα του παλιού παθητικού καπνίσματος (SHS) που παραμένει σε εσωτερικούς χώρους (Miyake et al., 2013). Αφορά ένα μείγμα τοξικών χημικών ουσιών που κολλάει στο δέρμα, τα μαλλιά και τα ρούχα εκείνου που καπνίζει και μπορεί να μεταφερθεί σε άλλα άτομα και επιφάνειες με άμεση επαφή ή μέσω του αέρα. Τα βρέφη στη MENN μπορεί να έρθουν σε επαφή με τον καπνό, εάν το άτομο που τα κρατά, φορά μολυσμένα ρούχα ή έρχεται σε επαφή με μολυσμένη επιφάνεια. Η τριτογενής έκθεση μπορεί να εισέλθει στο σώμα των βρεφών, εάν καταποθεί, εισπνευστεί ή απορροφηθεί από το δέρμα (Greiner et al., 2018).

Οι πολιτικές απαγόρευσης του καπνίσματος επιβάλλονται αυστηρά στις μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών (MENN), οι οποίες μπορεί να μολυνθούν από το παθητικό κάπνισμα (THS), θέτοντας δυνητικούς κινδύνους για την υγεία των ιατρικά εύθραυστων βρεφών. Στόχοι της μελέτης των Northrup et al. (2019) ήταν η διερεύνηση των τρόπων μόλυνσης με την νικοτίνη (THS proxy) που βρέθηκαν στα δάχτυλα του ιατρικού προσωπικού της ΜΕΘ και η αξιολόγηση των συσχετισμών δακτύλου-νικοτίνης. Σχεδόν τέσσερα στα πέντε μέλη του προσωπικού της ΜΕΘ είχαν μετρήσιμη νικοτίνη στα δάχτυλα, με την επιφάνεια των δακτύλων και τη συχνότητα αναφοράς έκθεσης στον καπνό του τσιγάρου στα σπίτια φίλων/μελών της οικογένειας να εμφανίζονται ως σημαντικές συσχετίσεις (Northrup et al., 2019). Τα βρέφη που θα διαμένουν με οικιακούς καπνιστές μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ θα αντιμετωπίσουν υψηλά επίπεδα THS, ακόμη και αν το σπίτι απαγορεύει το κάπνισμα σε εσωτερικούς χώρους. Δεν υπάρχει ασφαλές επίπεδο έκθεσης σε SHS και λόγω της σημαντικής καρκινογόνου επικάλυψης μεταξύ SHS και THS, είναι πιθανό ότι δεν υπάρχει ασφαλές επίπεδο έκθεσης σε THS για νοσηλεύόμενα βρέφη, πολλά από τα οποία μπορεί να είναι ανοσοκατεσταλμένα και όλα να υποβάλλονται σε αναπνευστική ανάπτυξη (Northrup et al., 2019). Η έκθεση σε THS θα πρέπει να ελαχιστοποιείται στο μέγιστο δυνατό

βαθμό, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια μιας κρίσιμης περιόδου όπως οι πρώτες ημέρες, εβδομάδες και μήνες μετά τον τοκετό (Northrup et al., 2019).

Η διερεύνηση των οδών μόλυνσης και έκθεσης είναι ζωτικής σημασίας για την κατανόηση του πιθανού ρόλου της έκθεσης σε THS στα αποτελέσματα υγείας για τα νεογνά που εκτίθενται κατά τη διάρκεια παρατεταμένων νοσηλειών (Jones et al., 2016). Αυτά τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν τις δυσκολίες της πλήρους εξάλειψης της μόλυνσης από τη νικοτίνη των μη καπνιστών μελών του ιατρικού προσωπικού που εργάζονται σε νοσοκομειακό περιβάλλον χωρίς καπνό και έρχονται καθημερινά σε επαφή με το τριτογενές κάπνισμα μέσω των καθημερινών τους συνηθειών και συναναστροφών (Miyahara et al., 2017).

Οι Northrup et al. μελέτησαν τους επισκέπτες της MENN για να μάθουν περισσότερα σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο η μόλυνση από τρίτο χέρι εισάγεται στο νοσοκομείο. Οι ερευνητές ήθελαν να μάθουν εάν τα υπολείμματα παθητικού καπνού θα μπορούσαν να ανιχνευθούν σε μια μονάδα νεογνών ενός νοσοκομείου χωρίς καπνό και, κατά συνέπεια, εάν αυτό το είδος έκθεσης θα ήταν εμφανές στα νεογνά που νοσηλεύονται εκεί. Ως εκ τούτου, μέτρησαν την επιφανειακή νικοτίνη στα δάχτυλα πέντε μητέρων που κάπνιζαν και των οποίων τα νεογνά είχαν εισαχθεί σε εντατική θεραπεία νεογνών σε ένα νοσοκομείο. Οι μητέρες, οι περισσότερες από τις οποίες επισκέπτονταν τα μωρά τους καθημερινά, είπαν ότι ήταν ελαφριές καπνίστριες και κάπνιζαν λιγότερα από 10 τσιγάρα την ημέρα. Η επιφανειακή νικοτίνη βρέθηκε σε όλα τα δάχτυλα των μητέρων που έλαβαν δείγμα. Έλεγξαν επίσης, τις επιφάνειες των θερμοκοιτίδων των μωρών και άλλα έπιπλα στη μονάδα, όπως καρέκλες και καναπέδες και πήραν δείγματα ούρων από τα πέντε μωρά για να ελέγξουν για τα χημικά υποπροϊόντα της νικοτίνης. Η ανάλυση έδειξε ότι η νικοτίνη ήταν ανιχνεύσιμη στις επιφάνειες των θερμοκοιτίδων, των κρεβατιών και άλλων επίπλων που δοκιμάστηκαν (Northrup, Khan, & Peyton, 2015).

Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, παρά τις απαγορεύσεις χρήσης καπνού στους χώρους του νοσοκομείου, η ακούσια έκθεση στον καπνό είναι ιδιαίτερα αυξημένη και πλήττει τα νοσηλευόμενα νεογνά και βρέφη γεγονός που επιφέρει συνέπειες στην πορεία της υγείας τους (Northrup T. , Stotts , Suchting , Khan , & Green , 2021)

## 2.5. Αίτια αδυναμίας διακοπής του καπνίσματος κατά τη λοχεία

Παρόλο που, είναι αρκετές οι γυναίκες που θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της λοχείας συνυπάρχουν κάποιοι παράγοντες που δεν το καθιστούν πάντα εφικτό (Nichols et al., 2019). Ταυτόχρονα όμως, υπάρχουν και εκείνες οι γυναίκες που υποτροπιάζουν στο διάστημα της λοχείας και ξεκινούν ξανά το κάπνισμα (Forest, 2011). Οι αποτρεπτικοί παράγοντες διακοπής του καπνίσματος μπορεί να είναι κοινωνικοί, οικονομικοί και ψυχο-συναισθηματικοί (Nichols et al., 2019).

Έτσι, γυναίκες με χαμηλό εισόδημα είναι πολύ δύσκολο να μειώσουν ή να διακόψουν το κάπνισμα διότι οι συνθήκες διαβίωσής τους είναι τέτοιες που μέσω του καπνίσματος μειώνεται το άγχος και επέρχεται η ψυχική ηρεμία από την ήδη επιβαρυσμένη καθημερινότητα που βιώνουν. Σε τέτοιες δύσκολες οικονομικές καταστάσεις που πρέπει να διαχειριστούν το τσιγάρο αποτελεί μια λύση στο πρόβλημά τους (Ahlund et al., 2009) (Alexander et al., 2020).

Ακόμη, γονείς που βιώνουν πρόωρη γέννηση νεογνών, νεογνά με χαμηλό βάρος γέννησης έχουν να διαχειριστούν τον κίνδυνο για οξεία διαταραχή άγχους που είναι μεγαλύτερη στις μητέρες των νεογνών από ότι στους πατέρες αυτών. Ενώ, ο κίνδυνος για διαταραχή μετατραυματικού στρες είναι το ίδιο αυξημένος και στους δύο γονείς. Έτσι, είναι πιο δύσκολο να διακόψουν το κάπνισμα κατά την περίοδο της εισαγωγής του νεογνού στη ΜΕΝΝ, ενώ είναι εμφανής ο κίνδυνος της επανέναρξης του τσιγάρου στην περίοδο αυτή και από τους δύο γονείς (Helle et al., 2018).

Συνήθως, οι περισσότερες γυναίκες που καπνίζουν στην κύηση έχουν ένα οικογενειακό περιβάλλον εθισμένο στην νικοτίνη. Έτσι, δέχονται πολύ μικρή ενθάρρυνση έως και καθόλου για τη διακοπή του καπνίσματος (Lyll et al., 2021). Αυτό συμβαίνει και κατά τη διάρκεια της λοχείας. Εάν η γυναίκα, μετά τον τοκετό έχει ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, μπορεί να καταφέρει μείωση ή και διακοπή του τσιγάρου (Notley et al., 2022) (Scheffers et al., 2019).

Επιπρόσθετα, μία άλλη παράμετρος της δυσκολίας διακοπής του τσιγάρου στη διάρκεια της λοχείας είναι και η μεταβαλλόμενη ψυχολογική κατάσταση της μητέρας. Η απομάκρυνση της μητέρας από το παιδί της και η εισαγωγή του στη ΜΕΝΝ, την κάνει αδύναμη, εύθραυστη και ευάλωτη στην κυριαρχία των συναισθημάτων της και των ορμονικών αλλαγών που επέρχονται. Έτσι, η προσπάθεια διακοπής μιας τέτοιας

εθιστικής συνήθειας είναι ένας καθημερινός και διαρκής αγώνας (Bauld I., Oncken C., 2017).

## **2.6. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στη διακοπή του καπνίσματος**

Η ανάγκη κινητοποίησης των επαγγελματιών υγείας και κυρίως των Μαιών σε θέματα που αφορούν τη διακοπή του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της κύησης και της λοχείας είναι επιτακτική. Ο ρόλος τους πρέπει να είναι κεντρικός και συμβουλευτικός, ώστε να ενισχύουν και να ενθαρρύνουν τις γυναίκες και τους συντρόφους τους στο να διακόψουν το κάπνισμα κατά την περίοδο της κύησης και της λοχείας (Cooper et al., 2017). Καθημερινά, οι επαγγελματίες υγείας στην εργασία τους έρχονται σε επαφή με ασθενείς, όμως, αμελούν να αναφερθούν στην εξάρτησή τους από το κάπνισμα. Γι' αυτό το λόγο είναι επιτακτική η ανάγκη μιας συμβουλευτικής παρέμβασης στους χώρους εργασίας, αρχικά, ως μία σύντομη καθημερινή ενημέρωση στις γυναίκες και τους συντρόφους τους και στη συνέχεια, παρέχοντάς τους συμβουλές και τρόπους αντιμετώπισης. Η εξατομικευμένη παροχή παρέμβασης στους γονείς είναι η καλύτερη μορφή προσέγγισης, δίνοντάς τους τη δυνατότητα διεπιστημονικής ενημέρωσης (Forest, 2009). Δίνοντας λοιπόν στους γονείς τη δυνατότητα να ενημερωθούν μέσω πληροφοριών για την αλλαγή της καπνιστικής τους συμπεριφοράς και παρέχοντας τους ένα περιβάλλον εμπιστοσύνης και στήριξης, δημιουργούνται οι κατάλληλες συνθήκες, ώστε να επιτευχθεί ο στόχος της διακοπής του καπνίσματος. Κατά τον ίδιο τρόπο πρέπει να γίνεται και ο περιορισμός και αποκλεισμός του παθητικού καπνίσματος. Σε γονείς που τα νεογνά τους νοσηλεύονται στις ΜΕΝΝ, η προσέγγισή τους θα πρέπει να γίνεται μέσα στους χώρους του νοσοκομείου, δημιουργώντας μία σχέση εμπιστοσύνης (Forest, 2009).

Παράλληλα, πρέπει να ενισχυθεί η υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας και των Μαιών στην ανάπτυξη του δεσμού μητέρας -βρέφους. Αυτό θα έχει ως συνέπεια τη μείωση του άγχος που βιώνει η μητέρα κατά την εισαγωγή του νεογνού της στη ΜΕΝΝ, ενώ ταυτόχρονα θα ενισχυθεί και η αίσθηση της διακοπής του τσιγάρου με συνέπεια τη συνέχιση του θηλασμού (Phillips et al., 2011).

Λόγω της εδραιωμένης σχέσης με τους γονείς και της ανησυχίας για το παιδί τους, οι επαγγελματίες υγείας νεογνών και οι Μαιές μπορεί να είναι πολύ χρήσιμοι για τη διατήρηση της συνέχειας (Neuman et al., 2012). Η παροχή δραστικών θεραπειών μπορεί να γίνει ευκολότερη με τη διατήρηση συχνής επαφής με την οικογένεια κατά τη

μεταβατική φάση. Η επιθυμία των γονέων να σταματήσουν το κάπνισμα, καθώς και η κατανόησή τους για τους κινδύνους της υγείας του παιδιού τους από το τσιγάρο συσχετίζονται θετικά με την παρέμβαση των παροχών υγειονομικής περίθαλψης στη MENN (Ko et al., 2014).

Έτσι οι επαγγελματίες υγείας και οι Μαιές-τες μπορούν και πρέπει να συμμετάσχουν στις προσπάθειες πρόληψης και υποτροπής των γονέων από το τσιγάρο στις MENN, στο νοσοκομειακό περιβάλλον, καθώς είναι ένα μοναδικό περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης όπου οι Μαιές-τες μπορούν να αλληλοεπιδράσουν με την οικογένεια και τους φίλους των ασθενών (Greenhalgh et al., 2022).



### 3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

#### 3.1. Στρατηγικές παρεμβάσεις για την διακοπή του καπνίσματος κατά τη λοχεία

Λιγότερο από το 10% των καπνιστών που προσπαθούν να σταματήσουν το κάπνισμα πετυχαίνουν να το κόψουν για έξι μήνες ή περισσότερο, παρά το γεγονός ότι τα δύο τρίτα των ενηλίκων καπνιστών εκφράζουν την επιθυμία να σταματήσουν το τσιγάρο και περισσότεροι από τους μισούς προσπαθούν να το κάνουν κάθε χρόνο, σύμφωνα με δεδομένα για τη διακοπή του καπνίσματος (Babb et al., 2017). Η πλειοψηφία των καπνιστών προσπαθούν να σταματήσουν το κάπνισμα χωρίς βοήθεια με ποσοστό επιτυχίας 7-8%, ενώ τα ποσοστά υποτροπής είναι σημαντικά (πάνω από 50%) (Garcia-Rodriguez et al. 2013, Prochaska & Benowitz 2016, Caraballo et al., 2017). Αρκετές μελέτες καταδεικνύουν την αποτελεσματικότητα διαφόρων θεραπειών, οι οποίες μπορούν να διπλασιάσουν ή να τριπλασιάσουν το ποσοστό επιτυχίας της διακοπής του καπνίσματος (Fiore et al. 2008, Prochaska & Benowitz 2016).

Οι Nichols et al. (2018) θέλησαν να τονίσουν την ανάγκη να γίνει ρουτίνα, η υποστήριξη διακοπής καπνίσματος στις ΜΕΝΝ. Επικοινωνήσαν με 20 NICU του Ηνωμένου Βασιλείου για να ρωτήσουν σχετικά με τις πολιτικές καπνίσματος της μονάδας τους. Δεκαπέντε κέντρα (75%) απάντησαν πως κανένα δεν είχε την δική του αποκλειστική πολιτική απαγόρευσης καπνίσματος. Μόνο τρεις μονάδες (20%) ανέφεραν πως πρόσφεραν υποστήριξη διακοπής και επτά (47%) έδωσαν κάποιες συμβουλές κατά την έξοδο. Παράλληλα, πήραν συνέντευξη από 32 γονείς που τα μωρά τους εισήχθησαν σε ΜΕΝΝ και κανένας δεν είχε ερωτηθεί αν καπνίζει, ενώ δεκαπέντε γονείς (47%) δήλωσαν ότι θα επιθυμούσαν υποστήριξη διακοπής καπνίσματος κατά τη διάρκεια παραμονής του νεογνού τους στη ΜΕΝΝ.

Στην ποιοτική μελέτη των Notley et al. (2022) οι ίδιοι οι γονείς πρότειναν, ότι η εισαγωγή του νεογνού τους στη ΜΕΝΝ αποτελεί μια μοναδική ευκαιρία διακοπής καπνίσματος. Η συνέχεια της υποστήριξης και στο οικιακό περιβάλλον όχι μόνο στις μητέρες, αλλά και στους πατέρες θεωρήθηκε σημαντική.

Ο Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ έχει εγκρίνει διάφορες συμπεριφορικές θεραπείες, όπως ατομική, ομαδική και τηλεφωνική συμβουλευτική, ως τρέχουσες θεραπευτικές επιλογές για τη διακοπή του καπνίσματος (FDA). Σύμφωνα

με στοιχεία, τα μεγαλύτερα αποτελέσματα διακοπής επιτυγχάνονται όταν συνδυάζονται συμπεριφορικές και φαρμακευτικές θεραπείες (Fiore et al., 2008, Stead et al., 2016).

### **3.2. Παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος**

Σύμφωνα με έρευνες, οι προσεγγίσεις συμπεριφορικής θεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος μπορούν να υλοποιηθούν αποτελεσματικά μέσω της προσωπικής συμβουλευτικής (ατομικής ή ομαδικής) και σύντομων κλινικών παρεμβάσεων (Fiore et al. 2008). Επιπλέον, προσεγγίσεις με τη διαμεσολάβηση της τεχνολογίας, όπως τηλεφωνικές γραμμές διακοπής καπνού, mHealth, κείμενα υπηρεσίας σύντομων μηνυμάτων (SMS), παρεμβάσεις μέσω web και εφαρμογές έξυπνων τηλεφώνων, καθώς και, σε ορισμένες περιπτώσεις, προσαρμοσμένο υλικό αυτοβοήθειας, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την παροχή προσεγγίσεων συμπεριφορικής θεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος (Whittaker et al. 2012, Stead et al. 2017, Lancaster & Stead 2017). Έχει υποστηριχθεί ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της έντασης της συμβουλευτικής και της επιτυχίας στη διακοπή του καπνίσματος, που σημαίνει ότι όσο πιο έντονη είναι η συμβουλευτική, τόσο πιο πιθανό είναι να κόψει κάποιος το κάπνισμα (Fiore et al. 2008).

#### **3.2.1. Πηγές αυτοβοήθειας**

Γενικά, όταν οι πηγές αυτοβοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος δεν συνδυάζονται με προσωπικές ή τεχνολογικές παρεμβάσεις, είναι μόνο εν μέρει αποτελεσματικές για να βοηθήσουν τον χρήστη (Fiore et al. 2008). Σε μια σύγκριση μη προσαρμοσμένων πηγών αυτοβοήθειας και μη υλικών αυτοβοήθειας, η αξιολόγηση των Patnode et al. (2015) των συμπεριφορικών συμβουλευτικών παρεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος σε ενήλικες δεν ανακάλυψε καμία ένδειξη μεγαλύτερης διακοπής. Ωστόσο, έχει αποδειχθεί ότι οι εξατομικευμένοι πόροι αυτοβοήθειας που εστιάζονται σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ή ανησυχίες των καπνιστών είναι χρήσιμοι (Patnode et al. 2013).

#### **3.2.2. Συμβουλευτική βασισμένη στη τεχνολογία**

Καθώς στις μέρες μας όλο και περισσότερος πληθυσμός χρησιμοποιεί υπολογιστές, tablet και smartphone, παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος αναπτύσσονται και φαίνεται να χρησιμοποιούνται από τον γενικό πληθυσμό. Παρόλο όμως, που είναι

εύκολες στη χρήση, αφού μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον χρήστη οποιαδήποτε στιγμή και σε μεγάλο δείγμα, η αποτελεσματικότητά τους είναι αμφιλεγόμενη. Μετά από συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση οι Guo et al. (2023), αξιολόγησαν 9 τυχαιοποιημένες μελέτες από 6 χώρες μεταξύ 2018-2022. Με σκοπό να εξετάσουν την αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων μέσω smartphone, οι ερευνητές διαπίστωσαν πως δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ της ομάδας εφαρμογών smartphone και της ομάδας με την τυπική συμβουλευτική. Υψηλότερα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα βρέθηκαν μόνο σε 3 έρευνες που εφάρμοσαν συνδυασμένη παρέμβαση (smartphone εφαρμογές και φαρμακοθεραπεία). Αρκετές μελέτες έχουν διερευνήσει το ρόλο των μηνυμάτων (sms) στη διακοπή του καπνίσματος. Σε μια πειραματική μελέτη, 100 ασθενείς μετά από στεφανιαία αγγειοπλαστική, χωρίστηκαν σε ομάδα παρέμβασης (n=50) και ομάδα ελέγχου (n=50). Και οι δύο ομάδες δέχτηκαν συμβουλευτική εκπαίδευση ρουτίνας. Η ομάδα παρέμβασης έλαβε επιπλέον 32 συμβουλευτικά-εκπαιδευτικά μηνύματα. Στην ομάδα παρέμβασης το 61,7% έκοψε το κάπνισμα, έναντι του 4,3% στην ομάδα ελέγχου (p<0,001). Τα ευρήματα τεκμηρίωσαν ότι ένα πρόγραμμα γραπτών μηνυμάτων μέσω sms μπορεί να ενισχύσει τη διακοπή του καπνίσματος (Mobaraki et al. 2023).

### **3.2.3. Συμβουλευτική Πρόσωπο με Πρόσωπο**

Η πρόσωπο με πρόσωπο συμβουλευτική είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη συμπεριφορική θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη και η αποτελεσματικότητά της είναι καλά τεκμηριωμένη στην επιστημονική βιβλιογραφία. Η οδηγία Κλινικής Πρακτικής κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η προσωπική συμβουλευτική κατέληγε σε ένα μέσο ποσοστό αποχής για το κάπνισμα τσιγάρων 16,8%, σε σύγκριση με 10,8% για τις συνθήκες ελέγχου (OR=1,7, 95% CI, 1,4-2,0), σημειώνοντας ουσιαστική μεταβλητότητα στο συγκεκριμένο περιεχόμενο της παροχής συμβουλευτικής και στις δεξιότητες εκείνων που παρέχουν συμβουλευτική (Fiore et al. 2008). Στη μελέτη τους, οι Lancaster και Stead (2017) αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα της εντατικής θεραπείας ένας προς έναν που παρέχεται από έναν σύμβουλο διακοπής. Διαπιστώθηκε ότι η ατομική συμβουλευτική ήταν πιο αποτελεσματική από την περιορισμένη επαφή (σύντομη συμβουλή, κανονική φροντίδα ή πόροι αυτοβοήθειας) (RR=1,57, 95% CI, 1,40-1,77).

### 3.2.4. Μέθοδος 5A

Η μέθοδος 5As (Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange) είναι μια σύντομη συμβουλευτική συνεδρία διακοπής καπνίσματος που προτείνεται από το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων γυναικολόγων. Αποτελεί μια αποτελεσματική παρέμβαση διακοπής καπνίσματος σε εγκύους που καπνίζουν, όταν εκτελείται από επαγγελματίες υγείας με την κατάλληλη εκπαίδευση (ACOG 2020).

Τα 5As συνοψίζουν όλες τις δραστηριότητες που μπορεί να κάνει ένας πάροχος μαιευτικής φροντίδας προκειμένου να αναγνωρίσει τους χρήστες καπνού ή νικοτίνης και να τους βοηθήσει εντός 5-15 λεπτών. Αποτελείται από τα ακόλουθα βήματα:

- Ρωτήστε όλους τους ασθενείς σχετικά με τη χρήση καπνού.
- Συμβουλευστε τους χρήστες του καπνού να σταματήσουν το κάπνισμα.
- Αξιολογήστε την προθυμία του ασθενούς να κάνει μια προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος.
- Βοηθήστε στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος με συμβουλές, φάρμακα και παραπομπές σε προγράμματα συμπεριφορικής θεραπείας.
- Κανονίστε την παρακολούθηση (Fiore et al. 2008). (πίνακας 1)

Τα 5As είναι χρήσιμα στην ενθάρρυνση των ασθενών να σταματήσουν τη χρήση καπνού, καθώς και στην ενθάρρυνση τους να συμμετάσχουν σε άλλη εμπειρικά αποδεδειγμένη θεραπεία διακοπής (Quinn et al., 2009). Η παροχή και των 5A προσφέρει αυξημένη λήψη συμβουλευτικής από τους ασθενείς (OR = 11,2; 95% CI, 7,1-17,5), χρήση εγκεκριμένων φαρμάκων διακοπής (OR = 6,2, 95% CI, 4,3-9,0) και συνδυασμένη χρήση συμβουλευτικής και φαρμακευτικής αγωγής (OR = 14,6; 95% CI, 9,3-23,0) σε σύγκριση με ασθενείς που έλαβαν μόνο ένα ή κανένα από τα 5 A (Kruger et al., 2016).

Καθώς τα ποσοστά υποτροπής μετά τον τοκετό είναι εξαιρετικά υψηλά (29-85%) η παρέμβαση πρέπει να διευρύνεται και στην περίοδο της λοχείας, όπου και οι δύο γονείς πριν από την απομάκρυνση από το νοσοκομείο και κατά την διάρκεια επισκέψεων στο σπίτι, ενθαρρύνονται να μείνουν απαλλαγμένοι από το κάπνισμα (Papadakis et al. 2018).

## Πίνακας 1: Τα πέντε Α για την διακοπή καπνίσματος και νικοτίνης

1. **ΡΩΤΗΣΤΕ** την ασθενή για όλους τους τύπους χρήσης καπνού ή νικοτίνης\* στην πρώτη προγεννητική επίσκεψη και παρακολουθήστε την σε επόμενες επισκέψεις. Η ασθενής θα πρέπει να επιλέξει τη δήλωση που περιγράφει καλύτερα την κατάσταση χρήσης καπνού ή νικοτίνης:

A. Δεν έχω χρησιμοποιήσει ποτέ καπνό ή νικοτίνη ή έχω ελάχιστες ποσότητες καπνού ή νικοτίνης στη ζωή μου (για παράδειγμα, λιγότερα από 100 τσιγάρα στη ζωή μου).

B. Σταμάτησα να χρησιμοποιώ καπνό ή νικοτίνη πριν μάθω ότι είμαι έγκυος και δεν χρησιμοποιώ καπνό ή νικοτίνη τώρα.

Γ. Σταμάτησα να χρησιμοποιώ καπνό ή νικοτίνη αφού έμαθα ότι είμαι έγκυος και δεν χρησιμοποιώ καπνό ή νικοτίνη τώρα.

Δ. Χρησιμοποιώ λίγο καπνό ή νικοτίνη τώρα, αλλά έχω περιορίσει την ποσότητα καπνού ή νικοτίνης που χρησιμοποιώ από τότε που έμαθα ότι είμαι έγκυος.

E. Χρησιμοποιώ καπνό ή νικοτίνη τακτικά τώρα, περίπου το ίδιο όπως πριν μάθω ότι είμαι έγκυος.

Εάν η ασθενής σταμάτησε να χρησιμοποιεί καπνό ή νικοτίνη πριν ή αφού ανακάλυψε ότι είναι έγκυος (B ή Γ), ενισχύστε την απόφασή της να το κόψει, συγχαρείτε την για την επιτυχία στο κόψιμο και ενθαρρύνετε την να μείνει χωρίς καπνό και νικοτίνη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό. Εάν η ασθενής εξακολουθεί να χρησιμοποιεί καπνό ή νικοτίνη (Δ ή E), προχωρήστε στην παροχή συμβουλών, αξιολόγησης, βοήθειας και διευθέτησης.

2. **ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕ** τον ασθενή που χρησιμοποιεί καπνό ή νικοτίνη να σταματήσει παρέχοντας συμβουλές σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος με πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους από τη συνέχιση της χρήσης καπνού και νικοτίνης για τη γυναίκα, το έμβρυο και το νεογνό.

3. **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΤΕ** την προθυμία του ασθενούς να προσπαθήσει να διακόψει το κάπνισμα ή τη νικοτίνη εκείνη τη στιγμή.

4. **ΒΟΗΘΗΣΤΕ** την ασθενή που ενδιαφέρεται να διακόψει το κάπνισμα παρέχοντας ειδικά για την εγκυμοσύνη υλικά αυτοβοήθειας καπνού και διακοπής της νικοτίνης. Υποστηρίξτε τη σημασία του να υπάρχει χώρος χωρίς καπνό και νικοτίνη στο σπίτι. Ενθαρρύνετε τον ασθενή να μιλήσει για τη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος.

5. **KANONΙΣΤΕ** επισκέψαι παρακολούθησης για να παρακολουθείτε την πρόοδο της προσπάθειας του ασθενούς να διακόψει τη χρήση καπνού και νικοτίνης, παρέχοντας ευκαιρίες συγχαρητηρίων και υποστήριξης της επιτυχίας, ενίσχυσης των βημάτων που έγιναν προς τη διακοπή του καπνίσματος και ενθάρρυνσης εκείνων που εξακολουθούν να σκέφτονται να το διακόψουν.

Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008. Available at: <https://www.ahrq.gov/prevention/guidelines/tobacco/index.html>. Retrieved November 7, 2019;

### 3.3. Ερευνητικά αποτελέσματα για παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος σε διάφορους πληθυσμούς

Στόχος της έρευνας των Santi et al. (2022), ήταν να αξιολογήσει τα ποσοστά διακοπής καπνίσματος μετά από μια εντατική κλινική παρέμβαση διακοπής καπνού σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου (n=503). Από αυτούς τους ασθενείς 186 (37,0%) ανέφεραν ότι κάπνιζαν τη στιγμή της παρέμβασης, ενώ οι 317 (63,0%) είχαν διακόψει το κάπνισμα πρόσφατα. Οι συμμετέχοντες έλαβαν συμβουλευτική βασισμένη στη μέθοδο 3As (Ask, Advice, Arrange), καθώς και θεραπεία με NRT και φαρμακοθεραπεία ή συνδυαστική θεραπεία ή ακόμα και «ψυχρή αποτοξίνωση». Σε διάρκεια παρακολούθησης 6 μηνών 41 ασθενείς που κάπνιζαν κατάφεραν να διακόψουν το κάπνισμα με ποσοστό 23,7% (n=173) και σε 12 μήνες το ποσοστό ήταν 23,9% (n=163). Περίπου το 50% των ασθενών επέλεξε την «ψυχρή αποτοξίνωση», ενώ το 35% την φαρμακοθεραπεία. Η μελέτη απέδειξε ότι οι ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου και υψηλά επίπεδα εξάρτησης στη νικοτίνη, κατάφεραν να διακόψουν το κάπνισμα με επιτυχία.

Μια μελέτη παρατήρησης διεξήχθη στην Ταϊλάνδη από τους Chaisai et al. (2022) με σκοπό να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα του προγράμματος διακοπής καπνίσματος της χώρας. Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από 1.540 συμμετέχοντες που λάμβαναν υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος από 24 κλινικές διακοπής καπνίσματος, και εφάρμοζαν παρεμβάσεις βασισμένες στο μοντέλο 5As. Πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης αφού αναγνώρισαν τους καπνιστές, αξιολόγησαν

τον βαθμό εξάρτησης στη νικοτίνη και παρείχαν συμβουλευτική για αποχή από τον καπνό. Στη συνέχεια, αφού αξιολόγησαν την ετοιμότητα του ασθενή προχώρησαν στον σχεδιασμό του χρονοδιαγράμματος παρακολούθησης προσφέροντας συμβουλευτική ή φαρμακοθεραπεία. Τα αποτελέσματα αφού αξιολογήθηκαν και με βιοχημική μέτρηση του μονοξειδίου του άνθρακα (CO) έδειξαν ποσοστό αποχής 17,49% και 8,33% στους 3 και 6 μήνες αντίστοιχα. Για τους ασθενείς με ΧΑΠ το ποσοστό κυμαινόταν από 32,69% στους 3 μήνες έως 17,31% στους 6 μήνες, ενώ για τους ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο η αποχή από το κάπνισμα ήταν 26,36% και 13,81% στους 3 και 6 μήνες αντίστοιχα. Ως εκ τούτου, η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα πως τέτοιου είδους παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές και πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στο σύνολο των παροχών υγειονομικής περίθαλψης.

Οι Chen και Wu (2015) θέλησαν να αξιολογήσουν ποσοτικά την αποτελεσματικότητα των ειδών προσέγγισης-παρέμβασης διακοπής σε καπνιστές 50 ετών και άνω. Για το λόγο αυτό πραγματοποίησαν έρευνα στις βιβλιοθήκες Cochrane, MEDLINE και PsycINFO και εντόπισαν 21 έρευνες με τρεις τύπους παρέμβασης. Τα ποσοστά διακοπής μετά από φαρμακοθεραπεία ήταν 29,69% (n=11), χωρίς φαρμακοθεραπεία 23,72% (n=46), ενώ μετά από παρεμβάσεις που περιλάμβαναν συμβουλευτική και φαρμακοθεραπεία το ποσοστό διακοπής κυμαινόταν στο 36,67% (n=45). Επομένως, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι ο συνδυασμός συμβουλευτικής όπως παρακινητική συνέντευξη ή γνωστικές συμπεριφορικές θεραπείες και φαρμακευτικής αγωγής ήταν πιο αποτελεσματικές για τη διακοπή του καπνίσματος. Επιπρόσθετα, σε υψηλότερα ποσοστά διακοπής οδήγησαν οι προσωπικές παρεμβάσεις έναντι των τηλεφωνικών παρεμβάσεων.

Σκοπός της έρευνας των Jimenez-Muro et al. (2013), ήταν να εξετάσει την αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης μετά τον τοκετό με στόχο να αποτρέψει μια υποτροπή σε πρόσφατη διακοπή του καπνίσματος και να οδηγήσει σε αλλαγή συμπεριφοράς των καπνιστριών. Η παρέμβαση ξεκίνησε με την έναρξη της λοχείας και διάρκεσε 3 μήνες. Περιελάμβανε παρακινητική συνέντευξη, ενημέρωση για τους κινδύνους από την έκθεση στο καπνό, στο παθητικό κάπνισμα, και οδηγίες για στρατηγικές αντιμετώπισης καταστάσεων υψηλού κινδύνου. Η ομάδα παρέμβασης (n=205) δέχτηκε 4 τηλεφωνικές κλήσεις διάρκειας 15 λεπτών στις 3,6,9 και 12 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Η ομάδα ελέγχου (n=207) δέχτηκε 2 κλήσεις, διάρκειας 2 λεπτών, στις 3 και 12 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η

πιθανότητα παραμονής της αποχής για 3,6,9 και 12 εβδομάδες ήταν 92%, 91%, 88% και 74% αντίστοιχα για την ομάδα παρέμβασης, ενώ για την ομάδα ελέγχου ήταν 63% στις 3 εβδομάδες και 37% στις 12 εβδομάδες μετά τον τοκετό ( $p<0,001$ ). Για τις καπνίστριες το 90,7% της ομάδας παρέμβασης δήλωσε ότι ήταν έτοιμο να κόψει το κάπνισμα τους επόμενους 6 μήνες, έναντι 18,3% για την ομάδα ελέγχου ( $p<0,001$ ). Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα πως τέτοιου είδους παρεμβάσεις θα πρέπει να περιλαμβάνονται συστηματικά στις υπηρεσίες υγείας μητέρας-παιδιού, καθώς μειώνουν την πιθανότητα υποτροπής και οδηγούν τις γυναίκες καπνίστριες σε συμπεριφορική διαδικασία αλλαγής.



## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **4. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

#### **4.1. Ο σκοπός και οι αντικειμενικοί στόχοι της έρευνας**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να πραγματοποιηθεί μια στοχευμένη παρέμβαση διακοπής καπνίσματος, επικεντρωμένη στους κύριους φροντιστές (μητέρα-πατέρα) των νεογνών που νοσηλεύονται στη ΜΕΝΝ και στη σταθεροποίηση.

Επιμέρους ερευνητικοί στόχοι:

- Να περιοριστεί η πιθανότητα υποτροπής του καπνίσματος μετά τον τοκετό, να ελαχιστοποιηθεί η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα των νεογνών που νοσηλεύονται στη ΜΕΝΝ και την σταθεροποίηση και να διατηρηθεί το οικιακό περιβάλλον χωρίς καπνό.
- Να προσδιοριστεί η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης διακοπής καπνίσματος στους κύριους φροντιστές νεογνών που νοσηλεύονται στη ΜΕΝΝ και να συγκριθεί με αυτή των νεογνών στη σταθεροποίηση.

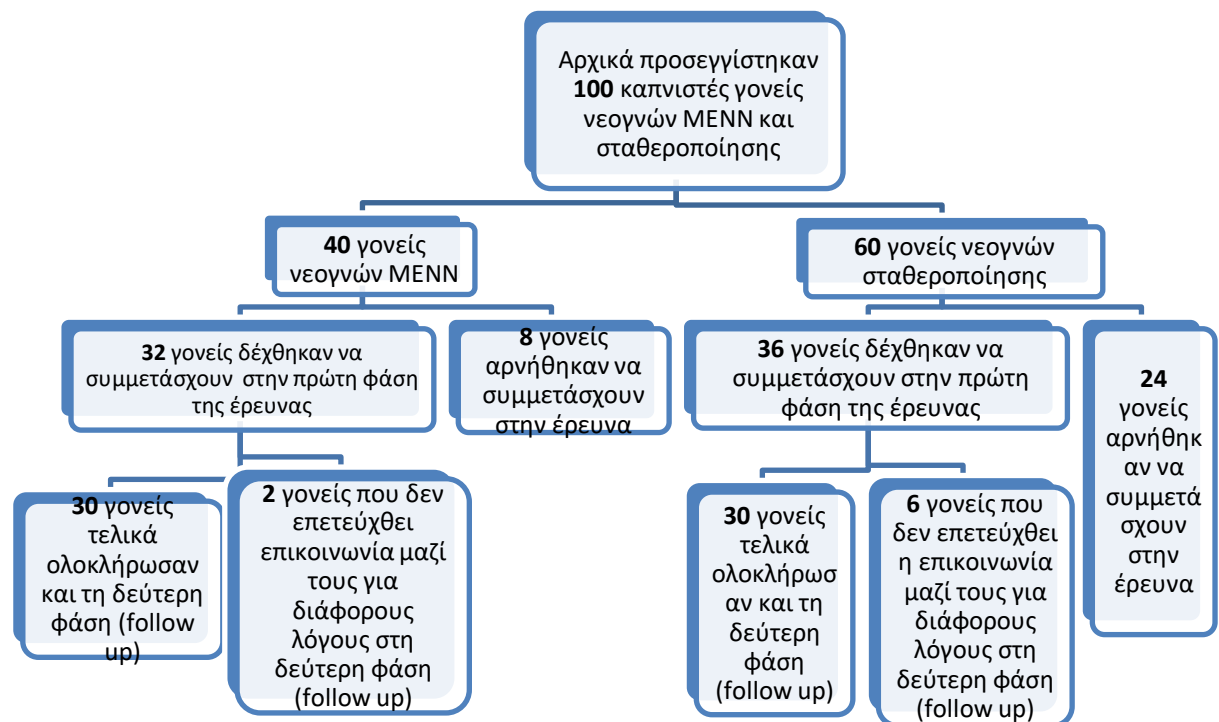
## 5. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### 5.1. Μεθοδολογία της έρευνας

Η έρευνα που διεξήχθη αφορά μια ποσοτική μελέτη. Το δείγμα μελέτης αποτελείται από 60 γονείς ενός δημόσιου νοσοκομείου. Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε σαν κύριο ερευνητικό εργαλείο προκειμένου να επιτευχθούν οι σκοποί και οι στόχοι της παρούσας έρευνας. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τρία ερωτηματολόγια τα οποία διανεμήθηκαν στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) και στο τμήμα σταθεροποίησης του Νεογνολογικού τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου Αλεξάνδρα Αττικής το διάστημα Δεκέμβριος 2022 – Μάιος 2023.

### 5.2. Δείγμα

Ο πληθυσμός μελέτης ήταν γονείς καπνιστές ή παθητικοί καπνιστές όπου τα νεογνά τους γεννήθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, και κάποια από αυτά νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα Εντατικής νοσηλείας Νεογνών και η κατάστασή τους δεν ήταν κρίσιμη (δεν κινδύνευε η ζωή τους), ενώ κάποια άλλα νεογνά παρέμειναν για λίγο διάστημα στη σταθεροποίηση του Νεογνολογικού τμήματος και ύστερα, μεταφέρθηκαν δίπλα στη μητέρα τους.



Σχήμα 1. Προσδιορισμός των γονέων για την έρευνα

*Κριτήρια συμπερίληψης:* ενήλικοι γονείς, ελληνικής εθνικότητας ή γονείς άλλης εθνικότητας που γεννήθηκαν στην Ελλάδα και τελείωσαν τουλάχιστον το ελληνικό δημοτικό σχολείο

*Κριτήρια μη συμπερίληψης:* γονείς με σοβαρή γνωστική ή ψυχιατρική έκπτωση

Η μελέτη διήρκησε από την γέννηση του νεογνού έως και 20 ημέρες μετά την έξοδο του από τη ΜΕΝΝ και το Νεογνολογικό τμήμα. Η αξιολόγηση των γονέων πραγματοποιήθηκε από την 1<sup>η</sup> - 4<sup>η</sup> ημέρα ζωής του νεογνού καθώς και την 20<sup>η</sup> ημέρα ζωής του (follow up), όπου και βρισκόταν στο οικιακό περιβάλλον.

### **5.3. Εργαλεία Μέτρησης – Συλλογή δεδομένων**

Η παρέμβαση πραγματοποιήθηκε από την κύρια ερευνήτρια, εφαρμόζοντας την επιστημονικά τεκμηριωμένη πρακτική των 5As. Το μοντέλο των 5As που αποτελείται από 5 στρατηγικές, συνιστάται για την θεραπεία εξάρτησης από την νικοτίνη και διακοπή του καπνίσματος στην κλινική πράξη. Ο αλγόριθμος των 5As έχει χρησιμοποιηθεί σε ποικίλα προγράμματα παρέμβασης διακοπής καπνίσματος (σύντομη συμβουλευτική, ατομική ή ομαδική εξειδικευμένη συμβουλευτική) ακολουθώντας τα βήματα: Ρωτήστε (Ask), Συμβουλευέστε (Advice), Αξιολογήστε (Assess), Βοηθήστε (Assist), Προγραμματίστε (Arrange). Για την συγκέντρωση των πληροφοριών σχετικά με τους συμμετέχοντες χρησιμοποιήθηκαν τα κάτωθι ερωτηματολόγια.

#### A) Η κλίμακα Fagerstrom ( FTND )

Η συγκεκριμένη κλίμακα χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να αξιολογηθεί το επίπεδο σωματικής εξάρτησης από τη νικοτίνη. Η κλίμακα Fagerstrom είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο για την εξάρτηση από τη νικοτίνη και αποτελεί πολύτιμο εργαλείο στην κλινική πράξη για συμπεριφορικές και ψυχολογικές πτυχές του εθισμού στη νικοτίνη. Το ερωτηματολόγιο κατηγοριοποιεί το άτομο σε διάφορα επίπεδα εξάρτησης. Με τον τρόπο αυτό, υπολογίζει το σκορ σε μια κλίμακα από το 0 έως το 10 με τη βοήθεια 6 ερωτήσεων. Έτσι, από το 0 έως το 2 δείχνει την ελάχιστη ή τη μηδενική εξάρτηση, από το 3 έως το 4 τη μικρή προς μέτρια εξάρτηση, από το 5 έως το 7 δείχνει τη μέτρια εξάρτηση και από 8 έως 10 δείχνει τη μέγιστη εξάρτηση από τον καπνό.

B) Συμβουλευτική φόρμα διακοπής καπνίσματος «TITAN CRETE» ( University of Ottawa Heart Institute, 2015)

Η συμβουλευτική φόρμα διακοπής καπνίσματος «TITAN CRETE» αποτελεί το επιστημονικό εργαλείο του επιτυχημένου προγράμματος παρέμβασης, που αναπτύχθηκε από το Καρδιολογικό Ινστιτούτο του Πανεπιστημίου της Οτάβα σε συνεργασία με την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης. Με την συγκεκριμένη φόρμα, μέσω συνέντευξης, αρχικά, εκτιμήθηκε η εξάρτηση από τη νικοτίνη με την βοήθεια της κλίμακας Fagerstrom. Ακολούθησαν οι ερωτήσεις που αφορούν το ιστορικό ψυχικής υγείας, το ιστορικό διακοπής και υποτροπής, καθώς και τα κίνητρα διακοπής καπνίσματος. Στη συνέχεια, στο πλάνο διακοπής καπνίσματος που αποτελεί το τρίτο κομμάτι της φόρμας, ο κάθε συμμετέχων όρισε την ημερομηνία διακοπής καπνίσματος και επέλεξε τον δικό του τρόπο διακοπής, είτε αυτός ήταν με φαρμακοθεραπεία, είτε μείωση έως διακοπή ή απλή αποχή. Σε αυτό το σημείο, τονίστηκε η σπουδαιότητα της απόφασης και τα προσωπικά οφέλη, αναφέρθηκαν τα πιθανά συμπτώματα στέρησης και οι στρατηγικές αντιμετώπισής τους, δημιουργήθηκε ένα πλάνο διαχείρισης καταστάσεων υψηλού κινδύνου και δόθηκε η ημερομηνία επανεξέτασης σε 20 ημέρες (Follow up). Η επίσκεψη επανεξέτασης διάρκειας 5 – 10 λεπτών πραγματοποιήθηκε τηλεφωνικά και καταγράφηκε η οποιαδήποτε μορφή χρήσης καπνού από την πρώτη επίσκεψη και ο λόγος της υποτροπής. Ακόμα, συγκεντρώθηκαν πληροφορίες για την φαρμακευτική αγωγή που χρησιμοποιήθηκε και για τις παρενέργειές της, για πιθανές εναλλαγές της διάθεσης και πιθανή έντονη επιθυμία καπνίσματος. Τέλος, με την βοήθεια μιας κλίμακας από το 1 – 10 ο συμμετέχων απάντησε πόσο σίγουρος ήταν ότι μπορεί να συνεχίσει να μην καπνίζει. Το παρόν ερωτηματολόγιο που αποτελεί και το κύριο εργαλείο της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε μετά από την απαιτούμενη άδεια των επιστημονικά υπεύθυνων.

Γ) Κλίμακα επιλόχειας κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS)(Ελληνική στάθμιση Vivilaki G. Victoria 2009)

Η κλίμακα του Εδιμβούργου δημιουργήθηκε το 1987 στη Σκωτία από ειδικούς ψυχικής υγείας και είναι σταθμισμένη στα Ελληνικά αλλά και σε πολλές άλλες γλώσσες και χρησιμοποιείται ευρέως σήμερα για τον έγκαιρο εντοπισμό της κατάθλιψης της λοχειάς. Η βαθμολόγηση γίνεται με μία κλίμακα που περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις. Οι

απαντήσεις δίνονται μέσω μιας κλίμακας Likert τριών διαβαθμίσεων από το 0 έως το 3. Ανάμεσα στις 10 ερωτήσεις υπάρχουν απαντήσεις με αντίστροφη βαθμολόγηση. Η διαβάθμιση αυτή γίνεται με βάση τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Έτσι, το σκορ των απαντήσεων όταν ξεπερνά το 8.5 θεωρείται πως υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης ήπιας, μέτριας και σοβαρής κατάθλιψης και κρίνεται απαραίτητη η περαιτέρω παρατήρηση από ειδικούς.

Το παρόν ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε από τη συγκεκριμένη έρευνα προκειμένου να αποκλειστεί η συμμετοχή γυναικών με ψυχιατρικές παθήσεις. Επομένως, γυναίκες με βαθμολογία που υπερέβαινε τις 12 μονάδες δεν συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα. Στις περιπτώσεις εκείνες που διαπιστώθηκε αυξημένος κίνδυνος κατάθλιψης ή ψυχιατρικό νόσημα, η γυναίκα παραπέμφθηκε σε αρμόδιο ειδικό επαγγελματία υγείας.

#### 4) Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά

Μια ακόμη παράμετρος που λήφθηκε υπόψη στην ερευνητική διαδικασία είναι τα δημογραφικά στοιχεία των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα, όπως στοιχεία που αφορούν την ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, την οικονομική κατάσταση, την εθνικότητα, τον τόπο διαμονής, συλλέχθηκαν με την βοήθεια ερωτηματολογίου, προκειμένου να υπάρξει η δυνατότητα ελέγχου των επιδράσεών τους στη καπνιστική συμπεριφορά των γονέων της συγκεκριμένης μελέτης.

#### **5.4. Ηθική – Δεοντολογία της έρευνας**

Οι υποψήφιοι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν αρχικά για το θέμα, τον σκοπό και την μεθοδολογία της παρούσας μελέτης, καθώς και για τη σημασία και σπουδαιότητα της συμμετοχής τους σε αυτή. Επίσης, ενημερώθηκαν για τα ζητήματα διασφάλισης της ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας των προσωπικών τους πληροφοριών με την διαδικασία της κωδικοποίησης. Στη συνέχεια, η εισαγωγή τους στην μελέτη έγινε μετά από ενυπόγραφη συγκατάθεση των συμμετεχόντων, τονίζοντας την απόλυτα εθελοντική συμμετοχή τους, έχοντας τη δυνατότητα να σταματήσουν όποτε θελήσουν. Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε μετά από έγκριση από το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου στο οποίο διεξήχθη.

## 5.5. Στατιστική ανάλυση

Οι συνεχείς μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη, περιγράφονται μέσω των μέτρων κεντρικής θέσης (διάμεσος), καθώς και των μέτρων διασποράς (ενδοτεταρτημοριακό εύρος), ενώ οι ποιοτικές μεταβλητές εκφράζονται ως πλήθος και ποσοστό των συμμετεχόντων σε κάθε κατηγορία της μεταβλητής.

Στη συνέχεια, ελέγχθηκε η υπόθεση της κανονικότητας για τις ποσοτικές μεταβλητές, καθώς η επιλογή των κατάλληλων στατιστικών ελέγχων καθορίζεται με βάση την ισχύ ή όχι της συγκεκριμένης υπόθεσης. Ο έλεγχος της υπόθεσης κανονικότητας των μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του ελέγχου Shapiro-Wilk.

Για τον έλεγχο της ισότητας της κατανομής δύο δειγμάτων χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney για να αξιολογηθούν πιθανές διαφορές στις διάμεσες τιμές.

Για τον έλεγχο της ισότητας της κατανομής παραπάνω των δύο δειγμάτων χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal Wallis για να αξιολογηθούν πιθανές διαφορές στις διάμεσες τιμές.

Επιπλέον, για την αξιολόγηση των ερευνητικών ερωτημάτων της μελέτης εφαρμόστηκε ο έλεγχος Fischer's exact. Ο συγκεκριμένος έλεγχος χρησιμοποιείται στην περίπτωση που πρέπει να αξιολογηθεί η συσχέτιση μεταξύ δύο ποιοτικών μεταβλητών.

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε στο στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 25.0. Επιπλέον, ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας χρησιμοποιήθηκε το  $p < 0.05$ .

## **6. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Το συγκεκριμένο κεφάλαιο περιλαμβάνει τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων. Αρχικά, παρουσιάζεται η περιγραφική ανάλυση των μεταβλητών και στη συνέχεια τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τους κατάλληλους στατιστικούς ελέγχους.

### **6.1. Δείγμα γονέων εντατικής**

#### **6.1.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά**

Τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων εντατικής παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Όπως παρατηρείται, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (N=17/30, 56.7%), ηλικίας άνω των 40 ετών (N=15/30, 50%). Κατά κύριο λόγο οι γονείς ήταν Ελληνικής καταγωγής (N=27/30, 90%). Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, το 50% (N=15/30) είχαν ολοκληρώσει Πανεπιστημιακή εκπαίδευση και το 40% (N=12/30) ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου-Λυκείου. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, το 86.7% (N=26/30) διαμένει σε αστική περιοχή. Επιπλέον, η πλειοψηφία των γονέων ήταν έγγαμοι (N=27/30, 90%) και δεν είχαν άλλα τέκνα (N=20/30, 66.7%). Το 63.3% (N=19/30) ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι και με μικρότερα ποσοστά ακολουθούν οι δημόσιοι υπάλληλοι (N=5/30, 16.7%) και οι ελεύθεροι επαγγελματίες (N=4/30, 13.3%). Η οικονομική τους κατάσταση αξιολογήθηκε ως μέτρια κατά κύριο λόγο (N=22/30, 73.3%). Όσον αφορά τις γυναίκες γονείς, το 29.4% (N=5/17) έχει ιστορικό αποβολών, με το 40% (N=2/5) να έχει κάνει μία αποβολή, το 40% (N=2/5) δύο αποβολές και το 20% (N=1/5) τρεις αποβολές. Τέλος, σχετικά με το ιστορικό χρόνιων παθήσεων, 6 από τους 30 γονείς (20%) δήλωσαν ότι είχαν Hasimoto (N=1/6, 20%), Διαβήτη τύπου 1 (N=1/6, 20%), Θρομβοφλεβίτιδα (N=1/6, 20%), Θυροειδή (N=1/6, 20%) και Υποθυροειδισμό & παχυσαρκία (N=1/6, 20%).

**Πίνακας 1.** Δημογραφικά στοιχεία γονέων εντατικής

	N	%
<b>Φύλο</b>		
Γυναίκα	17	56.7
Άνδρας	13	43.3
<b>Ηλικία</b>		
25-29	4	13.3
30-34	6	20.0
35-39	5	16.7
>40	15	50.0
<b>Εθνικότητα</b>		
Ελληνική	27	90.0
Άλλο	3	10.0
<b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>		
Γυμνάσιο-Λύκειο	12	40.0
Πτυχίο	15	50.0
Μεταπτυχιακό	3	10.0
<b>Κατοικία</b>		
Αστική περιοχή	26	86.7
Αγροτική περιοχή	4	13.3
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Έγγαμος/η	27	90.0
Άγαμος/η	3	10.0
<b>Έχετε άλλα τέκνα;</b>		
Ναι	10	33.3
Όχι	20	66.7
<b>Επάγγελμα</b>		
Οικιακά	2	6.7
Ιδιωτικός Υπάλληλος	19	63.3
Δημόσιος Υπάλληλος	5	16.7
Ελεύθερος επαγγελματίας	4	13.3
<b>Οικονομική κατάσταση</b>		
Κακή	1	3.3
Μέτρια	22	73.3
Καλή	7	23.3
<b>Ιστορικό αποβολών</b>		
Όχι	12	70.6
Ναι	5	29.4
<b>Αριθμός αποβολών</b>		
1	2	40.0
2	2	40.0
3	1	20.0
<b>Ιστορικό χρόνιων παθήσεων</b>		
Ναι	6	20.0
Όχι	24	80.0
<b>Ποιες ήταν οι χρόνιες παθήσεις;</b>		
Hasimoto	1	20.0
Διαβήτης τύπου 1	1	20.0



Θρομβοφλεβίτιδα	1	20.0
Θυροειδή	1	20.0
Υποθ/σμός, παχυσαρκία	1	20.0

Κατά μέσο όρο, οι συμμετέχοντες καπνίζουν περίπου 17 έτη, με ελάχιστα και μέγιστα έτη καπνίσματος από 3-34. Το 53.3% (N=16) καπνίζει έως 10 τσιγάρα την ημέρα, το 23.3% (N=7) καπνίζει από 21-30 τσιγάρα, το 20% (N=6) καπνίζει από 11-20 τσιγάρα, και τέλος 1 συμμετέχοντας δήλωσε ότι καπνίζει πάνω από 31 τσιγάρα (3.3%). Επιπλέον, το 43.3% (N=13) καπνίζει το πρώτο τσιγάρο της ημέρας τα πρώτα 5-30 λεπτά, το 30% (N=9) καπνίζει μέσα σε διάστημα μεγαλύτερο των 60 λεπτών, το 23.3% (N=7) καπνίζει σε διάστημα 5 λεπτών και τέλος ένας συμμετέχοντας δήλωσε ότι καπνίζει μέσα στα πρώτα 31-60 λεπτά (3.3%). Ένα ποσοστό της τάξεως του 33.3% (N=10) δήλωσε ότι του είναι δύσκολο να απέχει από το κάπνισμα σε χώρους όπου απαγορεύεται, επίσης, το 33.3% (N=10) δήλωσε ότι καπνίζει πιο συχνά το πρωί και το 53.3% (N=16) δήλωσε ότι καπνίζει ακόμη και όταν είναι άρρωστο. Ακόμη, το 60% (N=18) δήλωσε ότι του είναι πιο δύσκολο να μην καπνίσει το πρώτο τσιγάρο της ημέρας. Κατά μέσο όρο η εξάρτηση του δείγματος είναι περίπου 5, υποδηλώνοντας μέτρια εξάρτηση. Πιο αναλυτικά, με βάση το βαθμό εξάρτησης, παρατηρήθηκε ότι το 50% (N=15) έχει μέτρια εξάρτηση από το τσιγάρο, το 30% (N=9) έχει μικρή προς μέτρια εξάρτηση, το 10% (N=3) έχει μεγάλη εξάρτηση, και τέλος το υπόλοιπο 10% (N=3) έχει μικρή εξάρτηση.

**Πίνακας 2.** Περιγραφικά μέτρα για τις ερωτήσεις που αφορούν την εξάρτηση από τη νικοτίνη

	N	%
<b>Έτη καπνίσματος, Μ.Ο. (Τ.Α.)</b>	16.83(6.98)	
<b>Ελάχιστη-Μέγιστη</b>	3-34	
<b># τσιγάρα/ημέρα</b>		
10 ή λιγότερα	16	53.3
11-20	6	20.0
21-30	7	23.3
31 ή περισσότερα	1	3.3
<b>Πόσο σύντομα από την ώρα που ξυπνάτε, κάνετε το πρώτο σας τσιγάρο;</b>		
> 60 λεπτά	9	30.0
31-60 λεπτά	1	3.3
5-30 λεπτά	13	43.3
σε διάστημα 5 λεπτών	7	23.3
<b>Είναι δύσκολο για εσάς, να απέχετε από το κάπνισμα, σε χώρους όπου απαγορεύεται;</b>		
Όχι	20	66.7

Ναι	10	33.3
<b>Καπνίζετε πιο συχνά, το πρωί;</b>		
Όχι	20	66.7
Ναι	10	33.3
<b>Καπνίζετε, ακόμα και όταν είστε άρρωστος/η;</b>		
Όχι	14	46.7
Ναι	16	53.3
<b>Κατά την διάρκεια της ημέρας, ποιο τσιγάρο σας είναι πιο δύσκολο να μην καπνίσετε; (π.χ. το πρώτο αφότου ξυπνήσετε ή μετά το φαγητό)</b>		
Οποιοδήποτε άλλο	12	40.0
Το πρώτο της ημέρας	18	60.0
<b>Εκτίμηση εξάρτησης, M.O. (T.A.)</b>	5.1(1.94)	
<b>Ελάχιστη-Μέγιστη Εκτίμηση εξάρτησης</b>	2-9	
Μικρή εξάρτηση	3	10.0
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	9	30.0
Μέτρια εξάρτηση	15	50.0
Μεγάλη εξάρτηση	3	10.0

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal Wallis προκειμένου να διερευνηθούν τα επίπεδα λοχειακής κατάθλιψης σύμφωνα με την εξάρτηση των γυναικών από το κάπνισμα. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Kruskal-Wallis = 4.226,  $p = 0.238$ ). Παρατηρείται, όμως, να υπάρχει μία τάση στα δεδομένα, όσο αυξάνεται η εξάρτηση από το κάπνισμα να αυξάνεται και η λοχειακή κατάθλιψη.

**Πίνακας 3.** Αποτελέσματα ελέγχου Kruskal Wallis για τη λοχειακή κατάθλιψη σε σχέση με την εξάρτηση

	Εκτίμηση εξάρτησης				Kruskal-Wallis	p
	Μικρή	Μικρή προς μέτρια	Μέτρια	Μεγάλη		
Κλίμακα Λοχειακής Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS)	2(2-2)	4(1-6)	7(4-7)	8(8-8)	4.226	0.238

### 6.1.2. Εκτίμηση

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να διερευνηθεί εάν σχετίζεται το παλαιότερο ή το πρόσφατο ιστορικό με την εξάρτηση των γονέων από το κάπνισμα. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά

σημαντικές διαφορές ( $X^2 = 4.617$ ,  $p = 0.148$ ). Φαίνεται ότι περισσότεροι γονείς με άγχος/ κατάθλιψη είχαν μικρή ή μεγάλη εξάρτηση, ενώ υψηλότερο ποσοστό γονέων χωρίς παλαιότερο ή πρόσφατο ιστορικό είχαν μικρή προς μέτρια ή μέτρια εξάρτηση.

**Πίνακας 4.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για το παλιό η πρόσφατο ιστορικό σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Παλιό ή πρόσφατο ιστορικό από:		$X^2$	p
	Άγχος/ Κατάθλιψη	Όχι		
Μικρή εξάρτηση	2(22.2)	1(4.8)	4.617	0.148
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	2(22.2)	7(33.3)		
Μέτρια εξάρτηση	3(33.3)	12(57.1)		
Μεγάλη εξάρτηση	2(22.2)	1(4.8)		

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να διερευνηθεί κατά πόσο η εξάρτηση από το κάπνισμα μπορεί να σχετίζεται με την ύπαρξη και άλλων καπνιστών στο σπίτι. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 2.209$ ,  $p = 0.673$ ).

**Πίνακας 5.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για το αν υπάρχουν άλλοι καπνιστές στο σπίτι σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Υπάρχουν άλλοι καπνιστές στο σπίτι;		$X^2$	p
	Ναι	Όχι		
Μικρή εξάρτηση	3(16.7)	0(0)	2.209	0.673
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	5(27.8)	4(33.3)		
Μέτρια εξάρτηση	8(44.4)	7(58.3)		
Μεγάλη εξάρτηση	2(11.1)	1(8.3)		

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να διερευνηθεί εάν η προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος σχετίζεται με την εξάρτηση που έχουν από το κάπνισμα. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 1.467$ ,  $p = 0.748$ ). Παρατηρείται από τα δεδομένα, ότι υψηλότερα ποσοστά γονέων με μικρή ή μικρή προς μέτρια εξάρτηση είχαν προσπαθήσει να διακόψουν το κάπνισμα κατά το παρελθόν, χωρίς ωστόσο η συγκεκριμένη διαφορά να είναι σημαντική.

**Πίνακας 6.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για το αν έχουν προσπαθήσει να διακόψουν το κάπνισμα σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Έχετε προσπαθήσει να διακόψετε το κάπνισμα κατά το παρελθόν;		X <sup>2</sup>	p
	Όχι	Ναι		
Μικρή εξάρτηση	0(0)	3(13.6)	1.467	0.748
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	2(25)	7(31.8)		
Μέτρια εξάρτηση	5(62.5)	10(45.5)		
Μεγάλη εξάρτηση	1(12.5)	2(9.1)		

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact για την αξιολόγηση διαφορών στους λόγους διακοπής καπνίσματος σε σχέση με την εξάρτηση που έχουν από το κάπνισμα. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 5.203$ ,  $p = 0.816$ ). Παρατηρείται από τα δεδομένα, ότι οι περισσότεροι γονείς θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα για λόγους υγείας.

**Πίνακας 7.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για το λόγο που θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Γιατί θέλετε να διακόψετε το κάπνισμα;			X <sup>2</sup>	p
	Υγεία	Παιδιά/ σύζυγος	Οικονομικοί λόγοι		
Μικρή εξάρτηση	2(12.5)	3(11.1)	0(0)	5.203	0.816
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	6(37.5)	7(25.9)	1(50)		
Μέτρια εξάρτηση	6(37.5)	14(15.9)	1(50)		
Μεγάλη εξάρτηση	2(12.5)	3(11.1)	0(0)		

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact για τις ανησυχίες που έχουν σχετικά με τη διακοπή καπνίσματος σε σχέση με την εξάρτηση. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 12.190$ ,  $p = 0.091$ ). Παρατηρείται από τα δεδομένα, ότι όσοι είχαν μικρή ή μεγάλη εξάρτηση κατά κύριο λόγο δεν είχαν καμία ανησυχία, ενώ όσοι είχαν μικρή προς μέτρια εξάρτηση ανησυχούν περισσότερο για το επικείμενο άγχος/ κατάθλιψη έπειτα από τη διακοπή και τέλος οι μέτρια εξαρτημένοι ανησυχούν περισσότερο για το σύνδρομο στέρησης.

**Πίνακας 8.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για τις ανησυχίες που έχουν σχετικά με τη διακοπή καπνίσματος σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Ποιες είναι οι ανησυχίες σας, σχετικά με την διακοπή του καπνίσματος;				X <sup>2</sup>	p
	Καμία	Σύνδρομο στέρησης	Άγχος/ Κατάθλιψη	Άλλο		
Μικρή εξάρτηση	2(28.6)	0(0)	1(16.7)	0(0)	12.190	0.091
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	2(28.6)	1(11.1)	3(50)	3(37.5)		
Μέτρια εξάρτηση	1(14.3)	7(77.8)	2(33.3)	5(62.5)		
Μεγάλη εξάρτηση	2(28.6)	1(11.1)	0(0)	0(0)		

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να βρεθεί εάν υπάρχουν διαφορές στο πλάνο διακοπής ανάλογα με την εξάρτηση. Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 6.821$ ,  $p = 0.048$ ). Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι όσοι είχαν μικρή εξάρτηση ή μικρή προς μέτρια εξάρτηση θα ήθελαν να διακόψουν το κάπνισμα μέσα στις επόμενες 30 ημέρες, ενώ αντίθετα όσοι είχαν μέτρια εξάρτηση θα ήθελαν να διακόψουν το κάπνισμα τους επόμενους 6 μήνες.

**Πίνακας 9.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για το ενδεχόμενο διακοπής καπνίσματος σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Πως βλέπετε το ενδεχόμενο διακοπής του καπνίσματος, αυτή τη στιγμή;		X <sup>2</sup>	p
	Θα ήθελα να διακόψω το κάπνισμα τις επόμενες 30 ημέρες	Θα ήθελα να διακόψω το κάπνισμα τους επόμενους 6 μήνες		
Μικρή εξάρτηση	3(17.6)	0(0)	6.821	<b>0.048</b>
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	7(41.2)	2(15.4)		
Μέτρια εξάρτηση	5(29.4)	10(76.9)		
Μεγάλη εξάρτηση	2(11.8)	1(7.7)		

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal Wallis προκειμένου να διερευνηθεί ποια ομάδα εξάρτησης θεωρεί πιο σημαντικό να διακόψει το κάπνισμα. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Kruskal-Wallis = 2.525,  $p = 0.471$ ). Παρατηρείται, ότι οι γονείς με μικρή προς μέτρια έως μεγάλη

εξάρτηση θεωρούν πιο σημαντική τη διακοπή του καπνίσματος, ωστόσο η συγκεκριμένη διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική.

**Πίνακας 10.** Αποτελέσματα ελέγχου Kruskal Wallis για την ερώτηση «Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σημαντικό είναι για σας να διακόψετε το κάπνισμα;» σε σχέση με την εξάρτηση

	Εκτίμηση εξάρτησης				Kruskal-Wallis	p
	Μικρή	Μικρή προς μέτρια	Μέτρια	Μεγάλη		
Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σημαντικό είναι για σας να διακόψετε το κάπνισμα;	7(5)	10(9-10)	10(8-10)	9(5)	2.525	0.471

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal Wallis προκειμένου να διερευνηθεί ποια ομάδα εξάρτησης είναι πιο σίγουρη ότι μπορεί να διακόψει το κάπνισμα. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Kruskal-Wallis = 4.551, p = 0.208). Παρατηρείται, ότι οι γονείς με μικρή ή μεγάλη εξάρτηση θεωρούν ότι είναι πιο σίγουροι ότι μπορούν να διακόψουν το κάπνισμα σε σχέση με όσους έχουν μικρή προς μέτρια ή μέτρια εξάρτηση, ωστόσο η συγκεκριμένη διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική.

**Πίνακας 11.** Αποτελέσματα ελέγχου Kruskal Wallis για την ερώτηση «Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σίγουρος/η είστε ότι μπορείτε να διακόψετε το κάπνισμα;» σε σχέση με την εξάρτηση

	Εκτίμηση εξάρτησης				Kruskal-Wallis	p
	Μικρή ή	Μικρή προς μέτρια	Μέτρια	Μεγάλη		
Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σίγουρος/η είστε ότι μπορείτε να διακόψετε το κάπνισμα;	10(9)	7(5-8)	6(1-10)	10(4)	4.551	0.208

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να βρεθεί εάν υπήρχαν διαφορές στο βάρος των γονέων κατά την εκτίμηση σε σχέση με την εξάρτηση. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των ομάδων ( $X^2 = 1.609$ , p = 0.885).

**Πίνακας 12.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για το βάρος σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Βάρος κατά την εκτίμηση		X <sup>2</sup>	p
	Φυσιολογικός/ή	Υπέρβαρος/η		
Μικρή εξάρτηση	3(12)	0(0)	1.609	0.885
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	8(32)	1(20)		
Μέτρια εξάρτηση	11(44)	4(80)		
Μεγάλη εξάρτηση	3(12)	0(0)		

### 6.1.3. Πλάνο διακοπής καπνίσματος

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να διερευνηθεί εάν υπάρχουν διαφορές στην επιλογή του τρόπου διακοπής καπνίσματος ανάλογα με την εξάρτηση. Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 9.248$ ,  $p = 0.011$ ). Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι όσοι είχαν μικρή εξάρτηση ή μικρή προς μέτρια ή μεγάλη εξάρτηση επιλέγουν να ορίσουν ημερομηνία διακοπής, ενώ αντίθετα όσοι είχαν μέτρια εξάρτηση επιλέγουν την μείωση έως τη διακοπή του καπνίσματος.

**Πίνακας 13.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για την επιλογή τρόπου καπνίσματος σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Επιλογή τρόπου διακοπής καπνίσματος:		X <sup>2</sup>	p
	Μείωση έως διακοπή	Ορισμός ημ/νιας διακοπής		
Μικρή εξάρτηση	0(0)	3(21.4)	9.248	<b>0.011</b>
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	3(18.8)	6(42.9)		
Μέτρια εξάρτηση	12(75)	3(21.4)		
Μεγάλη εξάρτηση	1(6.3)	2(14.3)		

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται η λήψη φαρμακοθεραπείας σε σχέση με την ομάδα εξάρτησης. Παρατηρείται ότι 1 γονέας με μέτρια εξάρτηση έλαβε εισπνεόμενα, 1 γονέας με μέτρια επίσης εξάρτηση έλαβε σπρέι και τέλος 2 γονείς με μέτρια εξάρτηση πήραν τσίχλα 2mg. Οι υπόλοιποι 26 γονείς δεν έλαβαν κανένα φάρμακο.

**Πίνακας 14.** Περιγραφικά μέτρα για τη φαρμακοθεραπεία σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Φαρμακοθεραπεία			
	Εισπνεόμενο	Όχι	Σπρέι	Τσίχλα 2mg
Μικρή εξάρτηση	0(0)	3(11.5)	0(0)	0(0)
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	0(0)	9(34.6)	0(0)	0(0)
Μέτρια εξάρτηση	1(100)	11(42.3)	1(100)	2(100)
Μεγάλη εξάρτηση	0(0)	3(11.5)	0(0)	0(0)

#### 6.1.4.Επίσκεψη επανεξέτασης

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να βρεθεί εάν υπήρχαν διαφορές στη χρήση οποιαδήποτε μορφής καπνού από την τελευταία επίσκεψη με τη μαία σε σχέση με την εξάρτηση. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 3.695$ ,  $p = 0.293$ ). Ωστόσο παρατηρείται ότι μόνον οι γονείς με μέτρια εξάρτηση δήλωσαν σε υψηλότερο ποσοστό ότι έχουν χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε μορφή καπνού.

**Πίνακας 15.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για ερώτηση «Έχετε χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε μορφή καπνού από την τελευταία σας επίσκεψη με τη μαία;» σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Έχετε χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε μορφή καπνού από την τελευταία σας επίσκεψη με τη μαία;		$X^2$	p
	Όχι	Ναι		
Μικρή εξάρτηση	2(15.4)	1(5.9)	3.695	0.293
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	5(38.5)	4(23.5)		
Μέτρια εξάρτηση	4(30.8)	11(64.7)		
Μεγάλη εξάρτηση	2(15.4)	1(5.9)		

Στον Πίνακα 16 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να αξιολογηθεί κατά πόσο χρησιμοποιούν ακόμα την φαρμακευτική αγωγή που τους συνταγογραφήθηκε σε σχέση με την εξάρτηση. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 2.567$ ,  $p = 0.431$ ). Ωστόσο παρατηρείται ότι μόνον οι γονείς με μέτρια εξάρτηση δήλωσαν σε υψηλότερο ποσοστό ότι χρησιμοποιούν ακόμη την φαρμακευτική αγωγή.



**Πίνακας 16.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για ερώτηση «Χρησιμοποιείτε ακόμα την φαρμακευτική αγωγή που σας συνταγογραφήθηκε;» σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Χρησιμοποιείτε ακόμα την φαρμακευτική αγωγή που σας συνταγογραφήθηκε;		X <sup>2</sup>	p
	Ναι	Όχι		
Μικρή εξάρτηση	0(0)	3(11.5)	2.567	0.431
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	0(0)	9(34.6)		
Μέτρια εξάρτηση	3(100)	11(42.3)		
Μεγάλη εξάρτηση	0(0)	3(11.5)		

Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να αξιολογηθεί κατά πόσο έχουν αισθανθεί παρενέργειες από τη διακοπή καπνίσματος σε σχέση με την εξάρτηση. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 2.199$ ,  $p = 0.678$ ). Ωστόσο παρατηρείται ότι γονείς με μικρή προς μέτρια ή μεγάλη εξάρτηση δήλωσαν σε υψηλότερο ποσοστό ότι αισθάνθηκαν κάποιες παρενέργειες.

**Πίνακας 17.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για ερώτηση «Έχετε αισθανθεί κάποιο από τα ακόλουθα;» σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Έχετε αισθανθεί κάποιο από τα ακόλουθα;		X <sup>2</sup>	p
	Όχι	Ναι		
Μικρή εξάρτηση	2(18.2)	1(5.3)	2.199	0.678
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	2(18.2)	7(36.8)		
Μέτρια εξάρτηση	6(54.5)	9(47.4)		
Μεγάλη εξάρτηση	1(9.1)	2(10.5)		

Στον Πίνακα 18 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να διερευνηθεί εάν υπάρχουν διαφορές στις παρενέργειες που αισθάνθηκαν ανάλογα με την εξάρτηση. Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 21.337$ ,  $p = 0.011$ ). Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι όσοι είχαν μικρή εξάρτηση ένιωσαν σε υψηλότερο ποσοστό νευρικότητα, όσοι είχαν μικρή προς μέτρια εξάρτηση ένιωσαν πονοκέφαλο, ενώ όσοι είχαν μέτρια ή μεγάλη εξάρτηση ένιωσαν άγχος.

**Πίνακας 18.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για ερώτηση «Αν ναι ποιο;» σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Αν ναι ποιο;			X <sup>2</sup>	p
	Πονοκέφαλος	Νευρικότητα	Άγχος		
Μικρή εξάρτηση	0(0)	1(20)	0(0)	21.337	<b>0.011</b>
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	4(100)	2(40)	2(16.7)		
Μέτρια εξάρτηση	0(0)	2(40)	8(66.7)		
Μεγάλη εξάρτηση	0(0)	0(0)	2(16.7)		

Στον Πίνακα 19 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal Wallis προκειμένου να διερευνηθεί η ένταση των παρενεργειών διακοπής του καπνίσματος σε σχέση με την ομάδα εξάρτησης. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Kruskal-Wallis = 5.747, p = 0.125). Παρατηρείται, ότι οι γονείς με μικρή προς μέτρια έως και μεγάλη εξάρτηση δήλωσαν ότι είχαν πιο έντονες παρενέργειες σε σχέση με όσους είχαν μικρή εξάρτηση, χωρίς ωστόσο η συγκεκριμένη διαφορά να είναι σημαντική.

**Πίνακας 19.** Αποτελέσματα ελέγχου Kruskal Wallis για την βαθμολογία της ερώτησης «Έχετε αισθανθεί κάποιο από τα ακόλουθα;» σε σχέση με την εξάρτηση

	Εκτίμηση εξάρτησης				Kruskal-Wallis	p
	Μικρή	Μικρή προς μέτρια	Μέτρια	Μεγάλη		
Έχετε αισθανθεί κάποιο από τα ακόλουθα; (Βαθμολογία)	1(1-1)	2(1-2)	2(2-3)	2(2-2)	5.747	0.125

Στον Πίνακα 20 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να αξιολογηθεί εάν υπήρξαν εναλλαγές στη διάθεσή τους σε σχέση με την εξάρτηση. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις (X<sup>2</sup> = 1.096, p = 0.939). Ωστόσο, παρατηρείται ότι οι γονείς με μέτρια ή μεγάλη εξάρτηση δήλωσαν σε υψηλότερο ποσοστό ότι έχουν παρατηρήσει αλλαγές στην διάθεση τους από τότε που διέκοψαν το κάπνισμα.

**Πίνακας 20.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για ερώτηση «Έχετε εσείς, η οικογένεια ή οι φίλοι σας, παρατηρήσει αλλαγές στην διάθεση σας από τότε που διακόψατε το κάπνισμα;» σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Έχετε εσείς, η οικογένεια ή οι φίλοι σας, παρατηρήσει αλλαγές στην διάθεση σας από τότε που διακόψατε το κάπνισμα;		X <sup>2</sup>	p
	Όχι	Ναι		
Μικρή εξάρτηση	2(15.4)	1(5.9)	1.096	0.939
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	4(30.8)	5(29.4)		
Μέτρια εξάρτηση	6(46.2)	9(52.9)		
Μεγάλη εξάρτηση	1(7.7)	2(11.8)		

Στον Πίνακα 21 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να αξιολογηθεί εάν υπήρξαν εναλλαγές στη διάθεσή τους σε σχέση με την εξάρτηση. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 2.651$ ,  $p = 0.735$ ). Ωστόσο, βρέθηκε όσοι είχαν μέτρια ή μεγάλη εξάρτηση ένιωσαν σε υψηλότερο ποσοστό άγχος.

**Πίνακας 21.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για ερώτηση «Αν ναι ποιο;» σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Αν ναι ποιο;		X <sup>2</sup>	p
	Θυμός/ Εχθρικότητα/ Ανησυχία	Άγχος		
Μικρή εξάρτηση	0(0)	1(7.1)	2.651	0.735
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	2(66.7)	3(21.4)		
Μέτρια εξάρτηση	1(33.3)	8(57.1)		
Μεγάλη εξάρτηση	0(0)	2(14.3)		

Στον Πίνακα 22 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal Wallis προκειμένου να διερευνηθεί η ένταση των εναλλαγών διάθεσης λόγω της διακοπής σε σχέση με την ομάδα εξάρτησης. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Kruskal-Wallis = 4.596,  $p = 0.204$ ). Παρατηρείται σχεδόν ήπια εναλλαγή διάθεσης σε όλες τις ομάδες εξάρτησης.

**Πίνακας 22.** Αποτελέσματα ελέγχου Kruskal Wallis για την βαθμολογία της ερώτησης «Έχετε εσείς, η οικογένεια ή οι φίλοι σας, παρατηρήσει αλλαγές στην διάθεση σας από τότε που διακόψατε το κάπνισμα;» σε σχέση με την εξάρτηση

	Εκτίμηση εξάρτησης				Kruskal-Wallis	p
	Μικρή	Μικρή προς μέτρια	Μέτρια	Μεγάλη		
Έχετε εσείς, η οικογένεια ή οι φίλοι σας, παρατηρήσει αλλαγές στην διάθεση σας από τότε που διακόψατε το κάπνισμα; (Βαθμολογία)	2(2-2)	1(1-1.5)	2(1-2)	2(2-2)	4.596	0.204

Στον Πίνακα 23 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal Wallis προκειμένου να αξιολογηθεί εάν υπήρχαν διαφορές στην επιθυμία να καπνίσουν ανάλογα με την ομάδα εξάρτησης. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Kruskal-Wallis = 7.020, p = 0.071). Παρατηρείται ότι γονείς με μικρή προς μέτρια έως και μεγάλη εξάρτηση είχαν εντονότερη επιθυμία καπνίσματος.

**Πίνακας 23.** Αποτελέσματα ελέγχου Kruskal Wallis για την ερώτηση «Είχατε κάποια έντονη επιθυμία να καπνίσετε; Βαθμολογήστε την σοβαρότητα με μια κλίμακα από το 1 έως το 4» σε σχέση με την εξάρτηση

	Εκτίμηση εξάρτησης				Kruskal-Wallis	p
	Μικρή	Μικρή προς μέτρια	Μέτρια	Μεγάλη		
Είχατε κάποια έντονη επιθυμία να καπνίσετε; Βαθμολογήστε την σοβαρότητα με μια κλίμακα από το 1 έως το 4	1(1)	2(1-2.5)	3(2-4)	2(2)	7.020	0.071

Στον Πίνακα 24 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να βρεθεί εάν υπήρχαν διαφορές στο βάρος των γονέων κατά την επίσκεψη επανεξέτασης σε σχέση με την εξάρτηση. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 1.061$ , p < 0.999).

**Πίνακας 24.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για το βάρος σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Βάρος κατά την επίσκεψη επανεξέτασης		X <sup>2</sup>	p
	Φυσιολογικός/ή	Υπέρβαρος/η		
Μικρή εξάρτηση	3(11.5)	0(0)	1.061	<0.999
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	8(30.8)	1(25)		
Μέτρια εξάρτηση	12(46.2)	3(75)		
Μεγάλη εξάρτηση	3(11.5)	0(0)		

Στον Πίνακα 25 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να διερευνηθεί εάν οι γονείς αντιμετώπισαν καταστάσεις ικανές να τους οδηγήσουν στο κάπνισμα ξανά ανάλογα με την ομάδα εξάρτησης. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 2.660$ ,  $p = 0.526$ ). Παρατηρείται από τα δεδομένα ότι γονείς με μικρή εξάρτηση δεν αντιμετώπισαν τέτοιου είδους καταστάσεις, ενώ υψηλότερο ποσοστό γονέων με μεγάλη εξάρτηση δήλωσε ότι αντιμετώπισε τέτοια κατάσταση.

**Πίνακας 25.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για ερώτηση «Υπήρξαν καταστάσεις, που σας έκαναν να νιώσετε ότι υπήρχε κίνδυνος να καπνίσετε ξανά;» σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Υπήρξαν καταστάσεις, που σας έκαναν να νιώσετε ότι υπήρχε κίνδυνος να καπνίσετε ξανά;		X <sup>2</sup>	p
	Όχι	Ναι		
Μικρή εξάρτηση	2(20)	1(5)	2.660	0.526
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	3(30)	6(30)		
Μέτρια εξάρτηση	5(50)	10(50)		
Μεγάλη εξάρτηση	0(0)	3(15)		

Στον Πίνακα 26 παρουσιάζονται οι καταστάσεις που οδήγησαν τους γονείς να επιθυμούν να καπνίσουν ξανά σε σχέση με την ομάδα εξάρτησης. Παρατηρείται ότι 1 γονέας με μικρή προς μέτρια εξάρτηση και 2 γονείς με μεγάλη εξάρτηση δήλωσαν πως μία τέτοια κατάσταση ήταν η δουλειά τους. Επιπλέον, 1 γονέας με μικρή προς μέτρια εξάρτηση και 1 γονέας με μέτρια εξάρτηση δήλωσαν πως λόγω κούρασης ένιωσαν ότι υπήρξε κίνδυνος να ξανακαπνίσουν.

**Πίνακας 26.** Περιγραφικά μέτρα για τις καταστάσεις που οδήγησαν στο κάπνισμα ξανά σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Αν ναι ποιο;	
	Δουλειά	Κούραση
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	1(33.3)	1(50)
Μέτρια εξάρτηση	0(0)	1(50)
Μεγάλη εξάρτηση	2(66.7)	0(0)

Στον Πίνακα 27 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal Wallis προκειμένου να διερευνηθεί εάν οι γονείς αντιμετώπισαν καταστάσεις ικανές να τους οδηγήσουν στο κάπνισμα ξανά ανάλογα με την ομάδα εξάρτησης. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Kruskal-Wallis = 1.280,  $p = 0.734$ ).

**Πίνακας 27.** Αποτελέσματα ελέγχου Kruskal Wallis για τη βαθμολογία της ερώτησης «Υπήρξαν καταστάσεις, που σας έκαναν να νιώσετε ότι υπήρχε κίνδυνος να καπνίσετε ξανά;» σε σχέση με την εξάρτηση

	Εκτίμηση εξάρτησης				Kruskal-Wallis	p
	Μικρή	Μικρή προς μέτρια	Μέτρια	Μεγάλη		
Υπήρξαν καταστάσεις, που σας έκαναν να νιώσετε ότι υπήρχε κίνδυνος να καπνίσετε ξανά; (Βαθμολογία)	2(2-2)	2(1.8-2.3)	2(2-3)	2(2)	1.280	0.734

Στον Πίνακα 28 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal Wallis προκειμένου να διερευνηθεί εάν διαφέρει η σιγουριά των γονέων ότι μπορούν να συνεχίσουν να μην καπνίζουν ανάλογα με την ομάδα εξάρτησης. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Kruskal-Wallis = 4.906,  $p = 0.179$ ). Παρατηρείται ότι όσοι είχαν μέτρια εξάρτηση δήλωσαν λιγότερο σίγουροι χωρίς ωστόσο η συγκεκριμένη διαφορά να είναι σημαντική.

**Πίνακας 28.** Αποτελέσματα ελέγχου Kruskal Wallis για τη βαθμολογία της ερώτησης «Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σίγουρος/η είστε ότι μπορείτε να συνεχίσετε να μην καπνίζετε;» σε σχέση με την εξάρτηση

	Εκτίμηση εξάρτησης				Kruskal-Wallis	p
	Μικρή	Μικρή προς μέτρια	Μέτρια	Μεγάλη		
Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σίγουρος/η είστε ότι μπορείτε να συνεχίσετε να μην καπνίζετε;	10(3)	8(2.5-9)	3(2-7)	7(2)	4.906	0.179

### 6.1.5. Συσχετίσεις με δημογραφικά

Στον Πίνακα 29 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να διερευνηθεί εάν διαφέρει ο βαθμός εξάρτησης μεταξύ ανδρών και γυναικών. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 3.099$ ,  $p = 0.417$ ). Παρατηρείται ότι οι γυναίκες σε υψηλότερο ποσοστό είχαν μικρή ή μικρή προς μέτρια εξάρτηση, ενώ οι άνδρες ήταν περισσότερο εξαρτημένοι καθώς συγκέντρωσαν ψηλότερα ποσοστά στις κατηγορίες μέτρια ή μεγάλη εξάρτηση.

**Πίνακας 29.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για τη διαφορά των ποσοστών εξάρτησης ανά φύλο

Εκτίμηση εξάρτησης	Φύλο		$X^2$	p
	Γυναίκα	Άνδρας		
Μικρή εξάρτηση	2(11.8)	1(7.7)	3.099	0.417
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	7(41.2)	2(15.4)		
Μέτρια εξάρτηση	7(41.2)	8(61.5)		
Μεγάλη εξάρτηση	1(5.9)	2(15.4)		

Στον Πίνακα 30 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να διερευνηθεί εάν διαφέρει ο βαθμός εξάρτησης ανάλογα με την ηλικία. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 1.057$ ,  $p < 0.999$ ). Παρατηρείται ότι όσοι ήταν κάτω των 40 ετών είχαν περισσότερο μικρή προς μέτρια ή μέτρια εξάρτηση.

**Πίνακας 30.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για τη διαφορά των ποσοστών εξάρτησης ανά ηλικία

Εκτίμηση εξάρτησης	Ηλικία		X <sup>2</sup>	p
	<40	>40		
Μικρή εξάρτηση	1(6.7)	2(13.3)	1.057	<0.999
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	5(33.3)	4(26.7)		
Μέτρια εξάρτηση	8(53.3)	7(46.7)		
Μεγάλη εξάρτηση	1(6.7)	2(13.3)		

Στον Πίνακα 31 παρουσιάζονται ο βαθμός εξάρτησης σε σχέση με την εθνικότητα. Παρατηρείται ότι και οι τρεις συμμετέχοντες με μικρή εξάρτηση ήταν Ελληνικής εθνικότητας. Από τους 9 συμμετέχοντες με μικρή προς μέτρια εξάρτηση, οι 8 ήταν επίσης Ελληνικής εθνικότητας και ο 1 άλλης εθνικότητας. Από τους 14 συμμετέχοντες με μέτρια εξάρτηση, οι 13 ήταν Ελληνικής εθνικότητας και οι 2 άλλης, και τέλος όλοι οι συμμετέχοντες μεγάλης εξάρτησης ήταν Έλληνες.

**Πίνακας 31.** Περιγραφικά μέτρα για τη διαφορά των ποσοστών εξάρτησης ανά εθνικότητα

Εκτίμηση εξάρτησης	Εθνικότητα	
	Ελληνική	Άλλο
Μικρή εξάρτηση	3(11.1)	0(0)
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	8(29.6)	1(33.3)
Μέτρια εξάρτηση	13(48.1)	2(66.7)
Μεγάλη εξάρτηση	3(11.1)	0(0)

Στον Πίνακα 32 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να διερευνηθεί εάν διαφέρει ο βαθμός εξάρτησης ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 2.209$ ,  $p = 0.673$ ). Παρατηρείται ότι όσοι είχαν αποφοιτήσει από γυμνάσιο-λύκειο είχαν υψηλότερη εξάρτηση.

**Πίνακας 32.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για τη διαφορά των ποσοστών εξάρτησης ανά επίπεδο εκπαίδευσης

Εκτίμηση εξάρτησης	Επίπεδο εκπαίδευσης		X <sup>2</sup>	p
	Γυμνάσιο-Λύκειο	Πτυχίο-Μεταπτυχιακό		
Μικρή εξάρτηση	0(0)	3(16.7)	2.209	0.673
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	4(33.3)	5(27.8)		
Μέτρια εξάρτηση	7(58.3)	8(44.4)		
Μεγάλη εξάρτηση	1(8.3)	2(11.1)		



Στον Πίνακα 33 παρουσιάζονται ο βαθμός εξάρτησης σε σχέση με την κατοικία των συμμετεχόντων. Παρατηρείται ότι και οι τρεις συμμετέχοντες με μικρή εξάρτηση διέμεναν σε αστική περιοχή. Από τους 9 συμμετέχοντες με μικρή προς μέτρια εξάρτηση, οι 8 ήταν κάτοικοι αστικής περιοχής και ο 1 κάτοικος αγροτικής περιοχής. Από τους 15 συμμετέχοντες με μέτρια εξάρτηση, οι 12 ήταν κάτοικοι αστικής περιοχής και οι 3 αγροτικής, και τέλος όλοι οι συμμετέχοντες μεγάλης εξάρτησης ήταν κάτοικοι αστικής περιοχής.

**Πίνακας 33.** Περιγραφικά μέτρα για τη διαφορά των ποσοστών εξάρτησης ανά κατοικία

Εκτίμηση εξάρτησης	Κατοικία	
	Αστική περιοχή	Αγροτική περιοχή
Μικρή εξάρτηση	3(11.5)	0(0)
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	8(30.8)	1(25)
Μέτρια εξάρτηση	12(46.2)	3(75)
Μεγάλη εξάρτηση	3(11.5)	0(0)

Στον Πίνακα 34 παρουσιάζονται ο βαθμός εξάρτησης σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση. Παρατηρείται ότι και οι τρεις συμμετέχοντες με μικρή εξάρτηση ήταν έγγαμοι. Από τους 9 συμμετέχοντες με μικρή προς μέτρια εξάρτηση, οι 6 ήταν έγγαμοι και 3 άγαμοι. Τέλος, όλοι οι συμμετέχοντες με μέτρια ή μεγάλη εξάρτηση ήταν έγγαμοι.

**Πίνακας 34.** Περιγραφικά μέτρα για τη διαφορά των ποσοστών εξάρτησης ανά οικογενειακή κατάσταση

Εκτίμηση εξάρτησης	Οικογενειακή κατάσταση	
	Έγγαμος/η	Άγαμος/η
Μικρή εξάρτηση	3(11.1)	0(0)
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	6(22.2)	3(100)
Μέτρια εξάρτηση	15(55.6)	0(0)
Μεγάλη εξάρτηση	3(11.1)	0(0)

Στον Πίνακα 35 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να διερευνηθεί εάν διαφέρει ο βαθμός εξάρτησης ανάλογα με το αν έχουν άλλα τέκνα. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 0.463$ ,  $p < 0.999$ ), καθώς παρατηρήθηκαν παρόμοια ποσοστά εξάρτησης ανεξαρτήτως από το εάν είχαν άλλα τέκνα.

**Πίνακας 35.** Αποτελέσματα ελέγχου Fisher's exact για τη διαφορά των ποσοστών εξάρτησης σε σχέση με το αν έχουν άλλα τέκνα

Εκτίμηση εξάρτησης	Έχετε άλλα τέκνα;		X <sup>2</sup>	p
	Ναι	Όχι		
Μικρή εξάρτηση	1(10)	2(10)	0.463	<0.999
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	3(30)	6(30)		
Μέτρια εξάρτηση	5(50)	10(50)		
Μεγάλη εξάρτηση	1(10)	2(10)		

Στον Πίνακα 36 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fisher's exact προκειμένου να διερευνηθεί εάν διαφέρει ο βαθμός εξάρτησης ανάλογα με το επάγγελμα. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις (X<sup>2</sup> = 6.721, p = 0.748).

**Πίνακας 36.** Αποτελέσματα ελέγχου Fisher's exact για τη διαφορά των ποσοστών εξάρτησης σε σχέση με το επάγγελμα

Εκτίμηση εξάρτησης	Επάγγελμα				X <sup>2</sup>	p
	Οικιακά	Ιδ. Υπάλληλος	Δημ. Υπάλληλος	Ελεύθερος επαγγελματίας		
Μικρή εξάρτηση	1(50)	2(10.5)	0(0)	0(0)	6.721	0.748
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	1(50)	5(26.3)	2(40)	1(25)		
Μέτρια εξάρτηση	0(0)	9(47.4)	3(60)	3(75)		
Μεγάλη εξάρτηση	0(0)	3(15.8)	0(0)	0(0)		

Στον Πίνακα 37 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fisher's exact προκειμένου να διερευνηθεί εάν διαφέρει ο βαθμός εξάρτησης ανάλογα με την οικονομική κατάσταση. Αφαιρέθηκε 1 άτομο με κακή οικονομική κατάσταση και μεγάλη εξάρτηση. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις (X<sup>2</sup> = 5.939, p = 0.096). Παρατηρείται όμως ότι όσοι είχαν καλή οικονομική κατάσταση είχαν μεγαλύτερη εξάρτηση σε σχέση με όσους είχαν μέτρια οικονομική κατάσταση.

**Πίνακας 37.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για τη διαφορά των ποσοστών εξάρτησης σε σχέση με την οικονομική κατάσταση

Εκτίμηση εξάρτησης	Οικονομική κατάσταση		X <sup>2</sup>	p
	Μέτρια	Καλή		
Μικρή εξάρτηση	3(13.6)	0(0)	5.939	0.096
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	8(36.4)	1(14.3)		
Μέτρια εξάρτηση	11(50)	4(57.1)		
Μεγάλη εξάρτηση	0(0)	2(28.6)		

Στον Πίνακα 38 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Pearson X<sup>2</sup> για τη διαφορά των ποσοστών της ερώτησης «Έχετε χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε μορφή καπνού από την τελευταία σας επίσκεψη με τη μαϊά;» σε σχέση με το φύλο. Βρέθηκαν σημαντικές διαφορές (X<sup>2</sup> = 3.833, p = 0.050), καθώς το ποσοστό των ανδρών που χρησιμοποίησε κάποια μορφή καπνού από την τελευταία επίσκεψη με τη μαϊά ήταν υψηλότερο συγκριτικά με το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών.

**Πίνακας 38.** Αποτελέσματα ελέγχου Pearson X<sup>2</sup> για τη διαφορά των ποσοστών της ερώτησης «Έχετε χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε μορφή καπνού από την τελευταία σας επίσκεψη με τη μαϊά;» σε σχέση με το φύλο

Έχετε χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε μορφή καπνού από την τελευταία σας επίσκεψη με τη μαϊά;	Φύλο		X <sup>2</sup>	p
	Γυναίκα	Άνδρας		
Όχι	10(58.8)	3(23.1)	3.833	<b>0.050</b>
Ναι	7(41.2)	10(76.9)		

**Πίνακας 1.** Έλεγχος κανονικότητας για τις μεταβλητές

	Εκτίμηση εξάρτησης	Tests of Normality		
		Statistic	df	p
Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σημαντικό είναι για σας να διακόψετε το κάπνισμα;	Μικρή εξάρτηση	0.987	3	0.780
	Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	0.557	9	0.000
	Μέτρια εξάρτηση	0.769	15	0.002
	Μεγάλη εξάρτηση	0.893	3	0.363
Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σίγουρος/η είστε ότι μπορείτε να διακόψετε το κάπνισμα;	Μικρή εξάρτηση	0.750	3	0.000
	Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	0.913	9	0.338
	Μέτρια εξάρτηση	0.859	15	0.023
	Μεγάλη εξάρτηση	0.750	3	0.000
	Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	0.600	7	0.000
	Μέτρια εξάρτηση	0.913	9	0.338

Έχετε αισθανθεί κάποιο από τα ακόλουθα; (Βαθμολογία)	Μεγάλη εξάρτηση		2	
Έχετε εσείς, η οικογένεια ή οι φίλοι σας, παρατηρήσει αλλαγές στην διάθεσή σας από τότε που διακόψατε το κάπνισμα; (Βαθμολογία)	Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	0.552	5	0.000
	Μέτρια εξάρτηση	0.813	9	0.028
Υπήρξαν καταστάσεις, που σας έκαναν να νιώσετε ότι υπήρχε κίνδυνος να καπνίσετε ξανά; (Βαθμολογία)	Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	0.827	6	0.101
	Μέτρια εξάρτηση	0.890	10	0.172
Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σίγουρος/η είστε ότι μπορείτε να συνεχίσετε να μην καπνίζετε;	Μικρή εξάρτηση	0.750	3	0.000
	Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	0.793	9	0.017
Κλίμακα Λοχειακής Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS)	Μέτρια εξάρτηση	0.869	15	0.033
	Μεγάλη εξάρτηση	0.942	3	0.537
Είχατε κάποια έντονη επιθυμία να καπνίσετε; Βαθμολογήστε την σοβαρότητα με μια κλίμακα από το 1 έως το 4	Μικρή εξάρτηση	0.750	3	0.000
	Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	0.808	9	0.025
	Μέτρια εξάρτηση	0.882	15	0.052
	Μεγάλη εξάρτηση	0.750	3	0.000

## 6.2. Δείγμα γονέων σταθεροποίησης νεογνών

### 6.2.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων απλής νοσηλείας. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (N=18/30, 60%). Οι πιο συχνές ηλικιακές ομάδες των ασθενών ήταν από 35-39 ετών (N=10/30, 33.3%), 25-29 ετών (N=8/30, 26.7%) και 30-34 ετών (N=7/30, 23.3%). Σχεδόν όλοι οι γονείς ήταν Ελληνικής καταγωγής (N=29/30, 96.7%). Το επίπεδο εκπαίδευσης που έχουν ολοκληρώσει οι μισοί γονείς (N=15/30) ήταν Πανεπιστημιακή εκπαίδευση και το 46.7% (N=14/30) ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου-Λυκείου. Σχετικά με τον τόμο κατοικίας, το 90% (N=27/30) διαμένει σε αστική περιοχή. Την πλειοψηφία των γονέων αποτελούν οι έγγαμοι (N=26/30, 86.7%), χωρίς άλλα τέκνα (N=21/30, 70%). Το 53.3% (N=16/30) ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι και με μικρότερα ποσοστά ακολουθούν οι δημόσιοι

υπάλληλοι (N=5/30, 16.7%) και οι ελεύθεροι επαγγελματίες (N=5/30, 16.7%). Η οικονομική τους κατάσταση αξιολογήθηκε ως μέτρια (N=21/30, 70%). Όσον αφορά τις γυναίκες γονείς, το 33.3% (N=6/18) έχει ιστορικό αποβολών, με το 66.7% (N=4/6) να έχει κάνει μία αποβολή και το 33.3% (N=2/6) να έχει κάνει δύο αποβολές. Τέλος, σχετικά με το ιστορικό χρόνιων παθήσεων, 2 από τους 30 γονείς (6.7%) δήλωσαν ότι είχαν ψωρίαση (N=2/2, 100%).

**Πίνακας 39.** Δημογραφικά στοιχεία γονέων απλής νοσηλείας

	N	%
<b>Φύλο</b>		
Γυναίκα	18	60.0
Άνδρας	12	40.0
<b>Ηλικία</b>		
<24	1	3.3
25-29	8	26.7
30-34	7	23.3
35-39	10	33.3
>40	4	13.3
<b>Εθνικότητα</b>		
Ελληνική	29	96.7
Άλλο	1	3.3
<b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>		
Γυμνάσιο-Λύκειο	14	46.7
Πτυχίο	15	50.0
Μεταπτυχιακό	1	3.3
<b>Κατοικία</b>		
Αστική περιοχή	27	90.0
Αγροτική περιοχή	3	10.0
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Έγγαμος/η	26	86.7
Άγαμος/η	4	13.3
<b>Έχετε άλλα τέκνα;</b>		
Ναι	9	30.0
Όχι	21	70.0
<b>Επάγγελμα</b>		
Οικιακά	3	10.0
Ιδιωτικός Υπάλληλος	16	53.3
Δημόσιος Υπάλληλος	5	16.7
Άνεργος-η	1	3.3
Ελεύθερος επαγγελματίας	5	16.7
<b>Οικονομική κατάσταση</b>		
Μέτρια	21	70.0
Καλή	9	30.0
<b>Ιστορικό αποβολών</b>		
Όχι	12	66.7
Ναι	6	33.3

<b>Αριθμός αποβολών</b>		
1	4	66.7
2	2	33.3
<b>Ιστορικό χρόνιων παθήσεων</b>		
Ναι	2	6.7
Όχι	28	93.3
<b>Ποιες ήταν οι χρόνιες παθήσεις;</b>		
Ψωρίαση	2	100.0

Στο δείγμα της σταθεροποίησης των νεογνών, οι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι καπνίζουν κατά μέσο όρο 14 περίπου έτη, με ελάχιστα και μέγιστα έτη καπνίσματος από 4-25. Το 46.7% (N=14) καπνίζει έως 10 τσιγάρα την ημέρα και με ίδιο ποσοστό (46.7%, N=14) ακολουθούν όσοι καπνίζουν 11-20 τσιγάρα. Με χαμηλότερα ποσοστά ακολουθούν 2 συμμετέχοντες, εκ των οποίων ο ένας καπνίζει από 21-30 τσιγάρα ημερησίως (3.3%, N=1) και ο άλλος περισσότερα από 31 τσιγάρα (3.3%, N=1). Το 40% (N=12) καπνίζει το πρώτο τσιγάρο της ημέρας σε διάστημα μεγαλύτερο των 60 λεπτών, το 30% (N=9) καπνίζει σε διάστημα 5 έως 30 λεπτών, το 23.3% (N=7) καπνίζει σε διάστημα από 31-60 λεπτά και τέλος 2 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι καπνίζουν μέσα στα πρώτα 5 λεπτά (6.7%). Για τους περισσότερους ερωτηθέντες, δεν είναι δύσκολο να απέχουν από το κάπνισμα σε χώρους όπου απαγορεύεται (63.3%, N=19), επίσης, το 23.3% (N=7) καπνίζει πιο συχνά το πρωί και το 43.3% (N=13) καπνίζει ακόμη και όταν είναι άρρωστο. Το 50% (N=15) δήλωσε ότι του είναι πιο δύσκολο να μην καπνίσει το πρώτο τσιγάρο της ημέρας. Κατά μέσο όρο η εξάρτηση του δείγματος είναι περίπου 4.33, υποδηλώνοντας μικρή προς μέτρια εξάρτηση. Πιο αναλυτικά, με βάση το βαθμό εξάρτησης, παρατηρήθηκε ότι το 40% (N=12) έχει μέτρια εξάρτηση από το τσιγάρο, το 33.3% (N=10) έχει μικρή προς μέτρια εξάρτηση, το 20% (N=6) έχει μικρή εξάρτηση, και τέλος το υπόλοιπο 6.7% (N=2) έχει μεγάλη εξάρτηση.

**Πίνακας 40.** Περιγραφική ανάλυση των ερωτήσεων για την εξάρτηση από τη νικοτίνη

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Έτη καπνίσματος, Μ.Ο. (Τ.Α.)</b>	13.57(5.37)	
<b>Ελάχιστη-Μέγιστη</b>	4-25	
<b># τσιγάρα/ημέρα</b>		
10 ή λιγότερα	14	46.7
11-20	14	46.7
21-30	1	3.3
31 ή περισσότερα	1	3.3
<b>Πόσο σύντομα από την ώρα που ξυπνάτε, κάνετε το πρώτο σας τσιγάρο;</b>		

> 60 λεπτά	12	40.0
31-60 λεπτά	7	23.3
5-30 λεπτά	9	30.0
σε διάστημα 5 λεπτών	2	6.7
<b>Είναι δύσκολο για εσάς, να απέχετε από το κάπνισμα, σε χώρους όπου απαγορεύεται;</b>		
Όχι	19	63.3
Ναι	11	36.7
<b>Καπνίζετε πιο συχνά, το πρωί;</b>		
Όχι	23	76.7
Ναι	7	23.3
<b>Καπνίζετε, ακόμα και όταν είστε άρρωστος/η;</b>		
Όχι	17	56.7
Ναι	13	43.3
<b>Κατα την διάρκεια της ημέρας, ποίο τσιγάρο σας είναι πιο δύσκολο να μην καπνίσετε; (π.χ. το πρώτο αφότου ξυπνίσετε ή μετά το φαγητό)</b>		
Οποιοδήποτε άλλο	15	50.0
Το πρώτο της ημέρας	15	50.0
<b>Εκτίμηση εξάρτησης, M.O. (T.A.)</b>	4.33(1.92)	
<b>Ελάχιστη-Μέγιστη</b>	2-9	
<b>Εκτίμηση εξάρτησης</b>		
Μικρή εξάρτηση	6	20.0
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	10	33.3
Μέτρια εξάρτηση	12	40.0
Μεγάλη εξάρτηση	2	6.7

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal Wallis προκειμένου να αξιολογηθεί εάν η εξάρτηση από το κάπνισμα επηρεάζει τα επίπεδα λοχειακής κατάθλιψης. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Kruskal-Wallis = 0.658,  $p = 0.719$ ).

**Πίνακας 41.** Αποτελέσματα ελέγχου Kruskal Wallis για τη λοχειακή κατάθλιψη σε σχέση με την εξάρτηση

	Εκτίμηση εξάρτησης			Kruskal-Wallis	p
	Μικρή	Μικρή προς μέτρια	Μέτρια		
Κλίμακα Λοχειακής Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS)	5(2-8)	4(2-7)	4(0.5-5.5)	0.658	0.719

### 6.2.2. Εκτίμηση

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact για την αξιολόγηση πιθανής συσχέτισης του ιστορικού (παλαιότερο ή πρόσφατο) με την εξάρτηση των γονέων από το κάπνισμα. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $X^2 = 3.107$ ,  $p = 0.433$ ). Φαίνεται ότι περισσότεροι γονείς με άγχος είχαν μικρή ή μέτρια εξάρτηση, ενώ υψηλότερο ποσοστό γονέων χωρίς παλαιότερο ή πρόσφατο ιστορικό είχαν μικρή προς μέτρια ή μεγάλη εξάρτηση.

**Πίνακας 42.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact test για το παλιό η πρόσφατο ιστορικό σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Παλιό ή πρόσφατο ιστορικό από:		$X^2$	p
	Άγχος	Όχι		
Μικρή εξάρτηση	4(33.3)	2(11.1)	3.107	0.433
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	3(25)	7(38.9)		
Μέτρια εξάρτηση	5(41.7)	7(38.9)		
Μεγάλη εξάρτηση	0(0)	2(11.1)		

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να διερευνηθεί εάν η εξάρτηση από το κάπνισμα σχετίζεται με την ύπαρξη και άλλων καπνιστών στο σπίτι. Βρέθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 9.602$ ,  $p = 0.011$ ) με τους περισσότερους γονείς που έχουν άλλους καπνιστές στο σπίτι να δηλώνουν μέτρια ή μεγάλη εξάρτηση.

**Πίνακας 43.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact test για το αν υπάρχουν άλλοι καπνιστές στο σπίτι σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Υπάρχουν άλλοι καπνιστές στο σπίτι;		$X^2$	p
	Ναι	Όχι		
Μικρή εξάρτηση	4(20)	2(20)	9.602	<b>0.011</b>
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	3(15)	7(70)		
Μέτρια εξάρτηση	11(55)	1(10)		
Μεγάλη εξάρτηση	2(10)	0(0)		

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να διερευνηθεί εάν η προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος σχετίζεται με την εξάρτηση που έχουν από το κάπνισμα. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 2.189$ ,  $p = 0.563$ ). Παρατηρείται ότι υψηλότερα ποσοστά



γονέων με μικρή ή μέτρια εξάρτηση είχαν προσπαθήσει να διακόψουν το κάπνισμα κατά το παρελθόν, χωρίς ωστόσο η συγκεκριμένη διαφορά να είναι σημαντική.

**Πίνακας 44.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact test για το αν έχουν προσπαθήσει να διακόψουν το κάπνισμα σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Έχετε προσπαθήσει να διακόψετε το κάπνισμα κατά το παρελθόν		X <sup>2</sup>	p
	Όχι	Ναι		
Μικρή εξάρτηση	1(9.1)	5(26.3)	2.189	0.563
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	5(45.5)	5(26.3)		
Μέτρια εξάρτηση	4(36.4)	8(42.1)		
Μεγάλη εξάρτηση	1(9.1)	1(5.3)		

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact για την αξιολόγηση διαφορών στους λόγους διακοπής καπνίσματος σε σχέση με την εξάρτηση που έχουν από το κάπνισμα. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις (X<sup>2</sup> = 12.652, p = 0.179).

**Πίνακας 45.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact test για το λόγο που θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Γιατί θέλετε να διακόψετε το κάπνισμα;			X <sup>2</sup>	p
	Υγεία	Παιδιά/σύζυγος	Άλλο		
Μικρή εξάρτηση	1(12.5)	3(13.6)	2(50)	12.652	0.179
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	4(50)	7(31.8)	1(25)		
Μέτρια εξάρτηση	3(37.5)	11(50)	0(0)		
Μεγάλη εξάρτηση	0(0)	1(4.5)	1(25)		

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact για τις ανησυχίες που έχουν σχετικά με τη διακοπή καπνίσματος σε σχέση με την εξάρτηση. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις (X<sup>2</sup> = 10.809, p = 0.217).

**Πίνακας 46.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact test για τις ανησυχίες που έχουν σχετικά με τη διακοπή καπνίσματος σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Ποιες είναι οι ανησυχίες σας, σχετικά με την διακοπή του καπνίσματος;				X <sup>2</sup>	p
	Καμία	Σύνδρομο στέρησης	Άγχος/ Κατάθλιψη	Άλλο		
Μικρή εξάρτηση	3(33.3)	2(40)	0(0)	1(10)	10.809	0.217
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	2(22.2)	2(40)	3(50)	3(30)		
Μέτρια εξάρτηση	4(44.4)	0(0)	2(33.3)	6(60)		
Μεγάλη εξάρτηση	0(0)	1(20)	1(16.7)	0(0)		

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να βρεθεί εάν υπάρχουν διαφορές στο πλάνο διακοπής ανάλογα με την εξάρτηση. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 4.558$ ,  $p = 0.177$ ). Παρατηρείται ότι όσοι είχαν μικρή εξάρτηση θα ήθελαν να διακόψουν το κάπνισμα μέσα στις επόμενες 30 ημέρες, ενώ αντίθετα όσοι είχαν μικρή προς μέτρια ή μεγάλη εξάρτηση θα ήθελαν να διακόψουν το κάπνισμα τους επόμενους 6 μήνες.

**Πίνακας 47.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact test για το ενδεχόμενο διακοπής καπνίσματος σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Πως βλέπετε το ενδεχόμενο διακοπής του καπνίσματος, αυτή τη στιγμή;		X <sup>2</sup>	p
	Θα ήθελα να διακόψω το κάπνισμα τις επόμενες 30 ημέρες	Θα ήθελα να διακόψω το κάπνισμα τους επόμενους 6 μήνες		
Μικρή εξάρτηση	5(33.3)	1(6.7)	4.558	0.177
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	4(26.7)	6(40)		
Μέτρια εξάρτηση	6(40)	6(40)		
Μεγάλη εξάρτηση	0(0)	2(13.3)		

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal Wallis προκειμένου να διερευνηθεί ποια ομάδα εξάρτησης θεωρεί σημαντική τη διακοπή του καπνίσματος. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Kruskal-Wallis = 4.857,  $p = 0.182$ ). Παρατηρείται, ότι όσο αυξάνεται η εξάρτηση τόσο λιγότερο σημαντικό θεωρούν να διακόψουν το κάπνισμα, ωστόσο η συγκεκριμένη διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική.

**Πίνακας 48.** Αποτελέσματα ελέγχου Kruskal Wallis για την ερώτηση «Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σημαντικό είναι για σας να διακόψετε το κάπνισμα;» σε σχέση με την εξάρτηση

	Εκτίμηση εξάρτησης				Kruskal-Wallis	p
	Μικρή	Μικρή προς μέτρια	Μέτρια	Μεγάλη		
Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σημαντικό είναι για σας να διακόψετε το κάπνισμα;	10(8-10)	8(6.5-9.25)	7.5(5-9.75)	5.5(5)	4.857	0.182

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal Wallis προκειμένου να διερευνηθεί ποια ομάδα εξάρτησης είναι πιο σίγουρη ότι μπορεί να διακόψει το κάπνισμα. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Kruskal-Wallis = 3.283, p = 0.349). Παρατηρείται, ότι όσο αυξάνεται η εξάρτηση τόσο λιγότερο σίγουροι είναι ότι μπορούν να διακόψουν το κάπνισμα, ωστόσο η συγκεκριμένη διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική.

**Πίνακας 49.** Αποτελέσματα ελέγχου Kruskal Wallis για την ερώτηση «Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σίγουρος/η είστε ότι μπορείτε να διακόψετε το κάπνισμα;» σε σχέση με την εξάρτηση

	Εκτίμηση εξάρτησης				Kruskal-Wallis	p
	Μικρή	Μικρή προς μέτρια	Μέτρια	Μεγάλη		
Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σίγουρος/η είστε ότι μπορείτε να διακόψετε το κάπνισμα;	8.5(5.75-9.25)	7(1.75-10)	5(2.25-9.5)	3(2)	3.283	0.349

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να βρεθεί εάν υπήρχαν διαφορές στο βάρος των γονέων κατά την εκτίμηση σε σχέση με την εξάρτηση. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 3.155$ , p = 0.378).

**Πίνακας 50.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact test για το βάρος σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Βάρος κατά την εκτίμηση		X <sup>2</sup>	p
	Φυσιολογικός/ή	Υπέρβαρος/η		
Μικρή εξάρτηση	6(23.1)	0(0)	3.155	0.378
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	9(34.6)	1(25)		
Μέτρια εξάρτηση	10(38.5)	2(50)		
Μεγάλη εξάρτηση	1(3.8)	1(25)		

### 6.2.3. Πλάνο διακοπής καπνίσματος

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να διερευνηθεί ποιον τρόπο διακοπής καπνίσματος επιλέγουν οι γονείς ανάλογα με το βαθμό εξάρτησής τους. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 6.382$ ,  $p = 0.078$ ). Βρέθηκε ότι όσοι είχαν μικρή εξάρτηση επιλέγουν να ορίσουν ημερομηνία διακοπής, ενώ αντίθετα όσοι είχαν μέτρια ή μεγάλη εξάρτηση επιλέγουν την μείωση έως τη διακοπή του καπνίσματος, η συγκεκριμένη διαφορά δεν ήταν σημαντική.

**Πίνακας 51.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact test για την επιλογή τρόπου καπνίσματος σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Επιλογή τρόπου διακοπής καπνίσματος:		X <sup>2</sup>	p
	Μείωση έως διακοπή	Ορισμός ημ/νιας διακοπής		
Μικρή εξάρτηση	1(5.6)	5(41.7)	6.382	0.078
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	6(33.3)	4(33.3)		
Μέτρια εξάρτηση	9(50)	3(25)		
Μεγάλη εξάρτηση	2(11.1)	0(0)		

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται η λήψη φαρμακοθεραπείας σε σχέση με την ομάδα εξάρτησης. Παρατηρείται ότι κανένας γονέας δεν έλαβε φαρμακοθεραπεία ανεξαρτήτως της εξάρτησης.

**Πίνακας 52.** Περιγραφικά μέτρα για τη φαρμακοθεραπεία σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Φαρμακοθεραπεία
	όχι
Μικρή εξάρτηση	6(20)
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	10(33.3)
Μέτρια εξάρτηση	12(40)
Μεγάλη εξάρτηση	2(6.7)

#### 6.2.4. Επίσκεψη επανεξέτασης

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να βρεθεί εάν υπήρχαν διαφορές στη χρήση οποιαδήποτε μορφής καπνού από την τελευταία επίσκεψη με τη μαία σε σχέση με την εξάρτηση. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 6.714$ ,  $p = 0.062$ ). Ωστόσο παρατηρείται ότι γονείς με μέτρια ή μεγάλη εξάρτηση σε υψηλότερο ποσοστό ότι έχουν χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε μορφή καπνού.

**Πίνακας 53.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact test για ερώτηση «Έχετε χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε μορφή καπνού από την τελευταία σας επίσκεψη με τη μαία;» σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	«Έχετε χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε μορφή καπνού από την τελευταία σας επίσκεψη με τη μαία;»		$X^2$	p
	Όχι	Ναι		
Μικρή εξάρτηση	4(50)	2(9.1)	6.714	0.062
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	3(37.5)	7(31.8)		
Μέτρια εξάρτηση	1(12.5)	11(50)		
Μεγάλη εξάρτηση	0(0)	2(9.1)		

Στον Πίνακα 16 παρουσιάζεται το κατά πόσο οι γονείς χρησιμοποιούν ακόμα την φαρμακευτική αγωγή που τους συνταγογραφήθηκε σε σχέση με την εξάρτηση. Παρατηρείται ότι όλοι οι γονείς δεν χρησιμοποιούν ακόμα την φαρμακευτική αγωγή που τους συνταγογραφήθηκε ανεξαρτήτως της εξάρτησης.

**Πίνακας 54.** Περιγραφικά μέτρα για την φαρμακευτική αγωγή που τους συνταγογραφήθηκε σε σχέση με την εξάρτηση

		Χρησιμοποιείτε ακόμα την φαρμακευτική αγωγή που σας συνταγογραφήθηκε;
		Όχι
Εκτίμηση εξάρτησης	Μικρή εξάρτηση	6(20)
	Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	10(33.3)
	Μέτρια εξάρτηση	12(40)
	Μεγάλη εξάρτηση	2(6.7)

Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact για τις πιθανές παρενέργειες μπορεί να αισθάνθηκαν από τη διακοπή καπνίσματος σε σχέση με το βαθμό εξάρτησης. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 2.091$ ,  $p = 0.572$ ). Ωστόσο παρατηρείται ότι γονείς με μέτρια ή μεγάλη εξάρτηση δήλωσαν σε υψηλότερο ποσοστό ότι έχουν αισθανθεί παρενέργειες.

**Πίνακας 55.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact test για ερώτηση «Έχετε αισθανθεί κάποιο από τα ακόλουθα;» σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Έχετε αισθανθεί κάποιο από τα ακόλουθα;		$X^2$	p
	Όχι	Ναι		
Μικρή εξάρτηση	3(30)	3(15)	2.091	0.572
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	4(40)	6(30)		
Μέτρια εξάρτηση	3(30)	9(45)		
Μεγάλη εξάρτηση	0(0)	2(10)		

Στον Πίνακα 18 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να διερευνηθεί εάν υπάρχουν διαφορές στις παρενέργειες που αισθάνθηκαν ανάλογα με την εξάρτηση. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 11.825$ ,  $p = 0.460$ ).

**Πίνακας 56.** Αποτελέσματα ελέγχου Fisher's exact test για ερώτηση «Αν ναι ποιο;» σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Αν ναι ποιο;				X <sup>2</sup>	p
	Πονοκέφαλος	Διαταραχές ύπνου	Νευρική κατάσταση	Άγχος		
Μικρή εξάρτηση	0(0)	0(0)	2(18.2)	1(14.3)	11.825	0.460
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	2(40)	1(25)	2(18.2)	4(57.1)		
Μέτρια εξάρτηση	3(60)	3(75)	5(45.5)	2(28.6)		
Μεγάλη εξάρτηση	0(0)	0(0)	2(18.2)	0(0)		

Στον Πίνακα 19 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal Wallis προκειμένου να διερευνηθεί εάν η ένταση των παρενεργειών διακοπής καπνίσματος σχετίζεται με το βαθμό εξάρτησης. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Kruskal-Wallis = 6.801, p = 0.079). Γονείς με μέτρια ή μεγάλη εξάρτηση είχαν πιο έντονες παρενέργειες σε σχέση με όσους είχαν μικρή εξάρτηση, χωρίς ωστόσο η συγκεκριμένη διαφορά να είναι σημαντική.

**Πίνακας 57.** Αποτελέσματα ελέγχου Kruskal Wallis για την βαθμολογία της ερώτησης «Έχετε αισθανθεί κάποιο από τα ακόλουθα;» σε σχέση με την εξάρτηση

	Εκτίμηση εξάρτησης				Kruskal-Wallis	p
	Μικρή	Μικρή προς μέτρια	Μέτρια	Μεγάλη		
Έχετε αισθανθεί κάποιο από τα ακόλουθα;(Βαθμολογία)	2(1)	2.5(2-3)	3(2-3)	3(3-3)	6.801	0.079

Στον Πίνακα 20 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fisher's exact προκειμένου να αξιολογηθεί οι εναλλαγές στη διάθεση σχετίζονται με το βαθμό εξάρτησης. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις (X<sup>2</sup> = 1.044, p = 0.941). Ωστόσο παρατηρείται ότι όλοι οι γονείς με μεγάλη εξάρτηση παρατήρησαν αλλαγές στην διάθεση τους μετά τη διακοπή.

**Πίνακας 58.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact test για ερώτηση «Έχετε εσείς, η οικογένεια ή οι φίλοι σας, παρατηρήσει αλλαγές στην διάθεση σας από τότε που διακόψατε το κάπνισμα;» σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Έχετε εσείς, η οικογένεια ή οι φίλοι σας, παρατηρήσει αλλαγές στην διάθεση σας από τότε που διακόψατε το κάπνισμα;		X <sup>2</sup>	p
	Όχι	Ναι		
Μικρή εξάρτηση	2(20)	4(20)	1.044	0.941
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	4(40)	6(30)		
Μέτρια εξάρτηση	4(40)	8(40)		
Μεγάλη εξάρτηση	0(0)	2(10)		

Στον Πίνακα 21 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να αξιολογηθεί εάν υπήρξαν εναλλαγές στη διάθεσή τους σε σχέση με την εξάρτηση. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 3.470$ ,  $p = 0.396$ ). Ωστόσο βρέθηκε όσος είχαν μέτρια εξάρτηση ένιωσαν σε υψηλότερο ποσοστό άγχος.

**Πίνακας 59.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact test για ερώτηση «Αν ναι ποιο;» σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Αν ναι ποιο;		X <sup>2</sup>	p
	Θυμός/ Εχθρικότητα/ Ανησυχία	Άγχος		
Μικρή εξάρτηση	1(33.3)	3(17.6)	3.470	0.396
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	0(0)	6(35.3)		
Μέτρια εξάρτηση	1(33.3)	7(41.2)		
Μεγάλη εξάρτηση	1(33.3)	1(5.9)		

Στον Πίνακα 22 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal Wallis προκειμένου να διερευνηθεί εάν η ένταση των εναλλαγών διάθεσης σχετίζεται με την ομάδα εξάρτησης. Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Kruskal-Wallis = 8.274,  $p = 0.041$ ), με τους γονείς με μεγάλη εξάρτηση να παρατηρούν σημαντικά εντονότερες αλλαγές στη διάθεσή τους σε σύγκριση με όσους είχαν μικρή εξάρτηση ( $p = 0.056$ ).

**Πίνακας 60.** Αποτελέσματα ελέγχου Kruskal Wallis για την βαθμολογία της ερώτησης «Έχετε εσείς, η οικογένεια ή οι φίλοι σας, παρατηρήσει αλλαγές στην διάθεση σας από τότε που διακόψατε το κάπνισμα;» σε σχέση με την εξάρτηση



	Εκτίμηση εξάρτησης				Kruskal-Wallis	p
	Μικρή	Μικρή προς μέτρια	Μέτρια	Μεγάλη		
Έχετε εσείς, η οικογένεια ή οι φίλοι σας, παρατηρήσει αλλαγές στην διάθεση σας από τότε που διακόψατε το κάπνισμα; (Βαθμολογία)	1(0.25-1.75)	2(2-3)	2(2-3)	3(3-3)	8.274	<b>0.041</b>

Στον Πίνακα 23 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal Wallis προκειμένου να αξιολογηθεί εάν υπήρχαν διαφορές στην επιθυμία να καπνίσουν ανάλογα με την ομάδα εξάρτησης. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Kruskal-Wallis = 7.117,  $p = 0.068$ ). Παρατηρείται ότι γονείς με μικρή προς μέτρια έως και μεγάλη εξάρτηση είχαν εντονότερη επιθυμία καπνίσματος.

**Πίνακας 61.** Αποτελέσματα ελέγχου Kruskal Wallis για την ερώτηση «Είχατε κάποια έντονη επιθυμία να καπνίσετε; Βαθμολογήστε την σοβαρότητα με μια κλίμακα από το 1 έως το 4» σε σχέση με την εξάρτηση

	Εκτίμηση εξάρτησης				Kruskal-Wallis	p
	Μικρή	Μικρή προς μέτρια	Μέτρια	Μεγάλη		
Είχατε κάποια έντονη επιθυμία να καπνίσετε; Βαθμολογήστε την σοβαρότητα με μια κλίμακα από το 1 έως το 4	2(1.75-2.5)	2.5(2-3)	3(2-3.75)	4(4-4)	7.117	0.068

Στον Πίνακα 24 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να βρεθεί εάν υπήρχαν διαφορές στο βάρος των γονέων κατά την επίσκεψη επανεξέτασης σε σχέση με την εξάρτηση. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 1.472$ ,  $p = 0.823$ ).

**Πίνακας 62.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact test για το βάρος σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Βάρος κατά την επίσκεψη επανεξέτασης		X <sup>2</sup>	p
	Φυσιολογικός/ή	Υπέρβαρος/η		
Μικρή εξάρτηση	6(22.2)	0(0)	1.472	0.823
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	9(33.3)	1(33.3)		
Μέτρια εξάρτηση	10(37)	2(66.7)		
Μεγάλη εξάρτηση	2(7.4)	0(0)		

Στον Πίνακα 25 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να διερευνηθεί εάν οι γονείς αντιμετώπισαν καταστάσεις ικανές να τους οδηγήσουν στο κάπνισμα ξανά ανάλογα με το βαθμό εξάρτησης. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 1.871$ ,  $p = 0.782$ ). Όλοι οι γονείς με μεγάλη εξάρτηση δήλωσαν ότι αντιμετώπισαν τέτοιες καταστάσεις.

**Πίνακας 63.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact test για ερώτηση «Υπήρξαν καταστάσεις, που σας έκαναν να νιώσετε ότι υπήρχε κίνδυνος να καπνίσετε ξανά;» σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Υπήρξαν καταστάσεις, που σας έκαναν να νιώσετε ότι υπήρχε κίνδυνος να καπνίσετε ξανά;		X <sup>2</sup>	p
	Όχι	Ναι		
Μικρή εξάρτηση	2(40)	4(16)	1.871	0.782
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	1(20)	9(36)		
Μέτρια εξάρτηση	2(40)	10(40)		
Μεγάλη εξάρτηση	0(0)	2(8)		

Στον Πίνακα 26 παρουσιάζονται οι καταστάσεις που οδήγησαν τους γονείς να καπνίσουν ξανά σε σχέση με την ομάδα εξάρτησης. Φαίνεται ότι οι γονείς με μικρή έως μέτρια εξάρτηση ένιωσαν λόγω νέας καθημερινότητας ότι θα ήθελαν να ξανακαπνίσουν. Γονείς με μεγάλη εξάρτηση δήλωσαν πως ο λόγος ήταν η δουλειά τους.

**Πίνακας 64.** Αποτελέσματα ελέγχου Fisher's exact test για ερώτηση «Ποιες καταστάσεις σας έκαναν να νιώσετε ότι υπήρχε κίνδυνος να καπνίσετε ξανά;» σε σχέση με την εξάρτηση

Εκτίμηση εξάρτησης	Αν ναι ποιο;					
	Δουλειά	Νέα καθημερινότητα	Προωρότητα	Κούραση	Λοχεία	Συνήθεια
Μικρή εξάρτηση	0(0)	3(21.4)	0(0)	0(0)	0(0)	1(50)
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	3(50)	5(35.7)	0(0)	0(0)	0(0)	1(50)
Μέτρια εξάρτηση	1(16.7)	6(42.9)	1(100)	1(100)	1(100)	0(0)
Μεγάλη εξάρτηση	2(33.3)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)

Στον Πίνακα 27 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal Wallis προκειμένου να διερευνηθεί εάν οι γονείς αντιμετώπισαν καταστάσεις ικανές να τους οδηγήσουν στο κάπνισμα ξανά ανάλογα με την ομάδα εξάρτησης. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Kruskal-Wallis = 5.803,  $p = 0.122$ ). Φαίνεται ότι όσοι είχαν μέτρια ή μεγάλη εξάρτηση διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να ξανακαπνίσουν.

**Πίνακας 65.** Αποτελέσματα ελέγχου Kruskal Wallis για τη βαθμολογία της ερώτησης «Υπήρξαν καταστάσεις, που σας έκαναν να νιώσετε ότι υπήρχε κίνδυνος να καπνίσετε ξανά;» σε σχέση με την εξάρτηση

	Εκτίμηση εξάρτησης				Kruskal-Wallis	p
	Μικρή	Μικρή προςμέτρια	Μέτρια	Μεγάλη		
Υπήρξαν καταστάσεις, που σας έκαναν να νιώσετε ότι υπήρχε κίνδυνος να καπνίσετε ξανά; (Βαθμολογία)	2.5(2-3)	2(2-3.5)	3(2.75-3)	4(4-4)	5.803	0.122

Στον Πίνακα 28 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal Wallis προκειμένου να διερευνηθεί εάν ανάλογα με το βαθμό εξάρτησης αλλάζει και η σιγουριά στον εαυτό τους πως δεν θα καπνίσουν ξανά. Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Kruskal-Wallis = 11.216,  $p = 0.011$ ), με όσους έχουν μέτρια εξάρτηση να νιώθουν λιγότερο σίγουροι ότι μπορούν να συνεχίσουν να μην καπνίζουν συγκριτικά με όσους είχαν μικρή εξάρτηση.

**Πίνακας 66.** Αποτελέσματα ελέγχου Kruskal Wallis για τη βαθμολογία της ερώτησης «Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σίγουρος/η είστε ότι μπορείτε να συνεχίσετε να μην καπνίζετε;» σε σχέση με την εξάρτηση

	Εκτίμηση εξάρτησης				Kruskal-Wallis	p
	Μικρή	Μικρή προς μέτρια	Μέτρια	Μεγάλη		
Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σίγουρος/η είστε ότι μπορείτε να συνεχίσετε να μην καπνίζετε;	7.5(5.25-8.5)	4.5(3-7.5)	2(2-4)	2.5(2)	11.216	<b>0.011</b>

### 6.2.5. Συσχετίσεις με δημογραφικά

Στον Πίνακα 29 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact για την αξιολόγηση πιθανών διαφορών στο βαθμό εξάρτησης μεταξύ ανδρών και γυναικών. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ( $X^2 = 4.396$ ,  $p = 0.194$ ). Ωστόσο, παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες σε υψηλότερο ποσοστό είχαν μικρή ή μέτρια εξάρτηση, ενώ οι άνδρες σε υψηλότερα ποσοστά είχαν μικρή προς μέτρια ή μεγάλη εξάρτηση.

**Πίνακας 67.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για τις διαφορές στο βαθμό εξάρτησης ανά φύλο

Εκτίμηση εξάρτησης	Φύλο		$X^2$	p
	Γυναίκα	Άνδρας		
Μικρή εξάρτηση	5(27.8)	1(8.3)	4.396	0.194
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	5(27.8)	5(41.7)		
Μέτρια εξάρτηση	8(44.4)	4(33.3)		
Μεγάλη εξάρτηση	0(0)	2(16.7)		

Στον Πίνακα 30 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact για την αξιολόγηση πιθανών διαφορών στο βαθμό εξάρτησης ανάλογα με την ηλικία. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ( $X^2 = 7.571$ ,  $p = 0.612$ ).

**Πίνακας 68.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για τις διαφορές στο βαθμό εξάρτησης ανά ηλικία

Εκτίμηση εξάρτησης	Ηλικία				X <sup>2</sup>	p
	<29	30-34	35-39	>40		
Μικρή εξάρτηση	3(33.3)	1(14.3)	1(10)	1(25)	7.571	0.612
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	4(44.4)	3(42.9)	2(20)	1(25)		
Μέτρια εξάρτηση	2(22.2)	3(42.9)	6(60)	1(25)		
Μεγάλη εξάρτηση	0(0)	0(0)	1(10)	1(25)		

Στον Πίνακα 31 παρουσιάζονται τα ποσοστά εξάρτησης σε σχέση με την εθνικότητα των ερωτηθέντων. Παρατηρήθηκε ότι έξι συμμετέχοντες με μικρή εξάρτηση ήταν Ελληνικής εθνικότητας. Επιπλέον, βρέθηκε ότι από το σύνολο των 10 συμμετεχόντων με μικρή προς μέτρια εξάρτηση, ήταν όλοι Ελληνικής εθνικότητας. Από τους 12 συμμετέχοντες με μέτρια εξάρτηση, οι 11 ήταν Ελληνικής εθνικότητας και ο ένας άλλης εθνικότητας, και τέλος όλοι οι συμμετέχοντες μεγάλης εξάρτησης ήταν Έλληνες.

**Πίνακας 69.** Περιγραφικά μέτρα για τις διαφορές στο βαθμό εξάρτησης ανά εθνικότητα

Εκτίμηση εξάρτησης	Εθνικότητα	
	Ελληνική	Άλλο
Μικρή εξάρτηση	6(20.7)	0(0)
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	10(34.5)	0(0)
Μέτρια εξάρτηση	11(37.9)	1(100)
Μεγάλη εξάρτηση	2(6.9)	0(0)

Στον Πίνακα 32 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact για την αξιολόγηση πιθανών διαφορών στο βαθμό εξάρτησης ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης. Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $X^2 = 2.343$ ,  $p = 0.628$ ), ωστόσο βρέθηκε ότι όσοι είχαν πτυχίο ή μεταπτυχιακό είχαν υψηλότερη εξάρτηση.

**Πίνακας 70.** Περιγραφικά μέτρα για τις διαφορές στο βαθμό εξάρτησης ανά επίπεδο εκπαίδευσης

Εκτίμηση εξάρτησης	Επίπεδο εκπαίδευσης		X <sup>2</sup>	p
	Γυμνάσιο- Λύκειο	Πτυχίο- Μεταπτυχιακό		
Μικρή εξάρτηση	3(21.4)	3(18.8)	2.343	0.628
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	6(42.9)	4(25)		
Μέτρια εξάρτηση	5(35.7)	7(43.8)		
Μεγάλη εξάρτηση	0(0)	2(12.5)		

Στον Πίνακα 33 παρουσιάζονται τα ποσοστά εξάρτησης στις δύο κατηγορίες κατοικίας. Παρατηρείται ότι από τους 6 συμμετέχοντες με μικρή εξάρτηση, οι 5 διέμεναν σε αστική και ο ένας σε αγροτική περιοχή. Οι 10 συμμετέχοντες με μικρή προς μέτρια εξάρτηση διέμεναν όλοι σε αστική περιοχή, όπως επίσης και οι 2 συμμετέχοντες με μεγάλη εξάρτηση ήταν κάτοικοι αστικής περιοχής. Τέλος, από τους 12 συμμετέχοντες με μέτρια εξάρτηση, οι 10 ήταν κάτοικοι αστικής περιοχής και οι 2 αγροτικής.

**Πίνακας 71.** Περιγραφικά μέτρα για τις διαφορές στο βαθμό εξάρτησης ανά κατοικία

Εκτίμηση εξάρτησης	Κατοικία	
	Αστική περιοχή	Αγροτική περιοχή
Μικρή εξάρτηση	5(18.5)	1(33.3)
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	10(37)	0(0)
Μέτρια εξάρτηση	10(37)	2(66.7)
Μεγάλη εξάρτηση	2(7.4)	0(0)

Στον Πίνακα 34 παρουσιάζονται τα ποσοστά εξάρτησης σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση. Παρατηρείται ότι από τους 6 συμμετέχοντες με μικρή εξάρτηση, οι 5 ήταν έγγαμοι και ο ένας άγαμος. Από τους 10 συμμετέχοντες με μικρή προς μέτρια εξάρτηση, οι 7 ήταν έγγαμοι και οι 3 άγαμοι. Οι 12 συμμετέχοντες με μέτρια εξάρτηση ήταν όλοι έγγαμοι, όπως επίσης και οι 2 συμμετέχοντες με μεγάλη εξάρτηση.

**Πίνακας 72.** Περιγραφικά μέτρα για τις διαφορές στο βαθμό εξάρτησης ανά οικογενειακή κατάσταση

Εκτίμηση εξάρτησης	Οικογενειακή κατάσταση	
	Έγγαμος/η	Άγαμος/η
Μικρή εξάρτηση	5(19.2)	1(25)
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	7(26.9)	3(75)
Μέτρια εξάρτηση	12(46.2)	0(0)
Μεγάλη εξάρτηση	2(7.7)	0(0)

Στον Πίνακα 35 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να αξιολογηθεί εάν διαφέρει ο βαθμός εξάρτησης ανάλογα με το αν έχουν άλλα τέκνα. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $X^2 = 2.317$ ,  $p = 0.510$ ), ωστόσο παρατηρήθηκε ότι όσοι είχαν άλλα τέκνα είχαν υψηλότερη εξάρτηση.

**Πίνακας 73.** Περιγραφικά μέτρα για τις διαφορές στο βαθμό εξάρτησης σε σχέση με το αν έχουν άλλα τέκνα

Εκτίμηση εξάρτησης	Έχετε άλλα τέκνα;		$X^2$	p
	Ναι	Όχι		
Μικρή εξάρτηση	1(11.1)	5(23.8)	2.317	0.510
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	2(22.2)	8(38.1)		
Μέτρια εξάρτηση	5(55.6)	7(33.3)		
Μεγάλη εξάρτηση	1(11.1)	1(4.8)		

Στον Πίνακα 36 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να διερευνηθεί εάν διαφέρει ο βαθμός εξάρτησης ανάλογα με το επάγγελμα. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 13.176$ ,  $p = 0.280$ ).

**Πίνακας 74.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για τη διαφορά των ποσοστών εξάρτησης σε σχέση με το επάγγελμα

Εκτίμηση εξάρτησης	Επάγγελμα					X <sup>2</sup>	p
	Οικιακός	Ιδ. Υπάλληλος	Δημ. Υπάλληλος	Άνεργος-η	Ελεύθερος επαγγελματίας		
Μικρή εξάρτηση	2(66.7)	1(6.3)	1(20)	0(0)	2(40)	13.176	0.280
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	1(33.3)	7(43.8)	1(20)	0(0)	1(20)		
Μέτρια εξάρτηση	0(0)	7(43.8)	3(60)	1(100)	1(20)		
Μεγάλη εξάρτηση	0(0)	1(6.3)	0(0)	0(0)	1(20)		

Στον Πίνακα 37 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να διερευνηθεί εάν διαφέρει ο βαθμός εξάρτησης ανάλογα με την οικονομική κατάσταση. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 1.563$ ,  $p = 0.737$ ).

**Πίνακας 75.** Περιγραφικά μέτρα για τις διαφορές στο βαθμό εξάρτησης σε σχέση με την οικονομική κατάσταση

Εκτίμηση εξάρτησης	Οικονομική κατάσταση		X <sup>2</sup>	p
	Μέτρια	Καλή		
Μικρή εξάρτηση	5(23.8)	1(11.1)	1.563	0.737
Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	6(28.6)	4(44.4)		
Μέτρια εξάρτηση	8(38.1)	4(44.4)		
Μεγάλη εξάρτηση	2(9.5)	0(0)		

Στον Πίνακα 38 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Pearson X<sup>2</sup> για τη διαφορά των ποσοστών της ερώτησης «Έχετε χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε μορφή καπνού από την τελευταία σας επίσκεψη με τη μαϊά;» σε σχέση με το φύλο. Δεν εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές ( $X^2 = 3.438$ ,  $p = 0.099$ ), ωστόσο φαίνεται ότι το ποσοστό των ανδρών που έκανε χρήση κάποιας μορφής καπνού από την τελευταία επίσκεψη ήταν υψηλότερο συγκριτικά με το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών.



**Πίνακας 76.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για τη διαφορά των ποσοστών της ερώτησης «Έχετε χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε μορφή καπνού από την τελευταία σας επίσκεψη με τη μαϊά;» σε σχέση με το φύλο

Έχετε χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε μορφή καπνού από την τελευταία σας επίσκεψη με τη μαϊά;	Φύλο		X <sup>2</sup>	p
	Γυναίκα	Ανδρας		
Όχι	7(38.9)	1(8.3)	3.438	0.099
Ναι	11(61.1)	11(91.7)		

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

**Πίνακας 1.** Έλεγχος κανονικότητας για τις μεταβλητές

	Εκτίμηση εξάρτησης	Tests of Normality		
		Statistic	df	p
Σε μια κλίμακα από το 1-10. πόσο σημαντικό είναι για σας να διακόψετε το κάπνισμα;	Μικρή εξάρτηση	0.611	6	0.001
	Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	0.924	10	0.394
	Μέτρια εξάρτηση	0.877	12	0.080
	Μεγάλη εξάρτηση		2	
Σε μια κλίμακα από το 1-10. πόσο σίγουρος/η είστε ότι μπορείτε να διακόψετε το κάπνισμα;	Μικρή εξάρτηση	0.912	6	0.452
	Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	0.849	10	0.057
	Μέτρια εξάρτηση	0.890	12	0.119
	Μεγάλη εξάρτηση		2	
Έχετε αισθανθεί κάποιο από τα ακόλουθα; (Βαθμολογία)	Μικρή εξάρτηση	0.750	3	0.000
	Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	0.683	6	0.004
	Μέτρια εξάρτηση	0.617	9	0.000
Έχετε εσείς, η οικογένεια ή οι φίλοι σας. παρατηρήσει αλλαγές στην διάθεση σας από τότε που διακόψατε το κάπνισμα; (Βαθμολογία)	Μικρή εξάρτηση	0.945	4	0.683
	Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	0.640	6	0.001
	Μέτρια εξάρτηση	0.906	8	0.324
Υπήρξαν καταστάσεις, που σας έκαναν να νιώσετε ότι υπήρχε κίνδυνος να καπνίσετε ξανά; (Βαθμολογία)	Μικρή εξάρτηση	0.729	4	0.024
	Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	0.748	9	0.005
	Μέτρια εξάρτηση	0.752	10	0.004
	Μικρή εξάρτηση	0.947	6	0.719

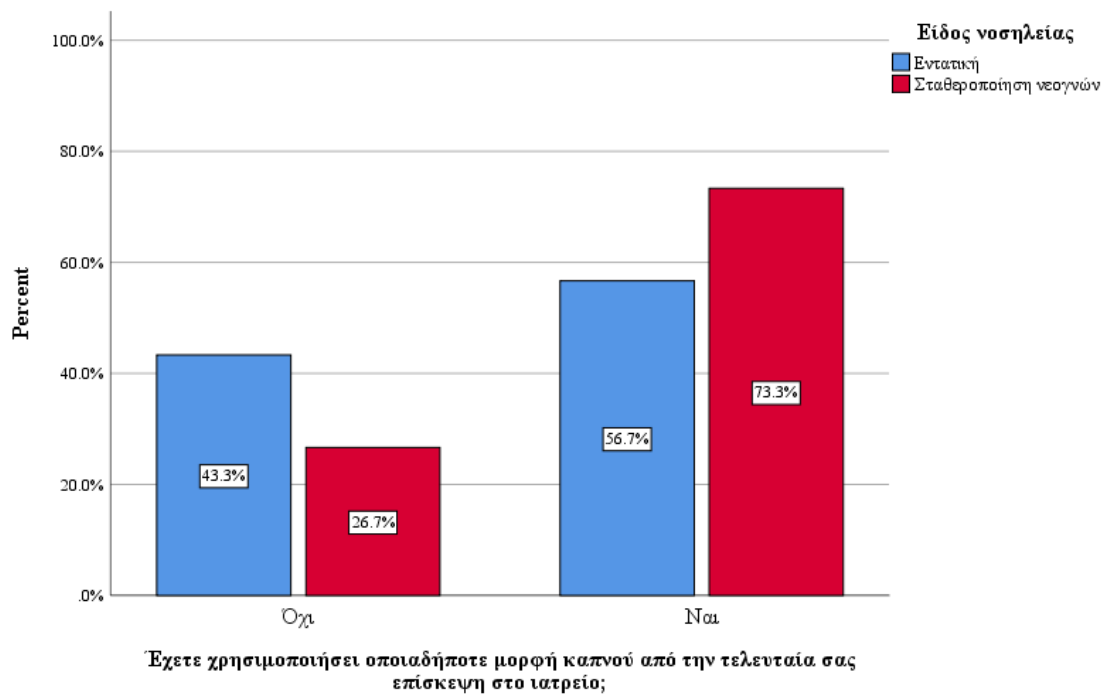
Σε μια κλίμακα από το 1-10. πόσο σίγουρος/η είστε ότι μπορείτε να συνεχίσετε να μην καπνίζετε;	Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	0.927	10	0.415
	Μέτρια εξάρτηση	0.635	12	0.000
	Μεγάλη εξάρτηση		2	
Κλίμακα Λοχειακής Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS)	Μικρή εξάρτηση	0.987	5	0.967
	Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	0.956	5	0.777
	Μέτρια εξάρτηση	0.846	8	0.087
Είχατε κάποια έντονη επιθυμία να καπνίσετε; Βαθμολογήστε την σοβαρότητα με μια κλίμακα από το 1 έως το 4	Μικρή εξάρτηση	0.770	6	0.031
	Μικρή προς μέτρια εξάρτηση	0.906	10	0.258
	Μέτρια εξάρτηση	0.824	12	0.018

### 6.3. Σύγκριση των δύο δειγμάτων μεταξύ τους

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να εξεταστούν πιθανές διαφορές στη χρήση οποιαδήποτε μορφής καπνού σε σχέση με το είδος νοσηλείας. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $X^2 = 1.832$ ,  $p = 0.279$ ), ωστόσο παρατηρήθηκε ότι όσοι γονείς είχαν το βρέφος τους σε μονάδα σταθεροποίησης νεογνών δήλωσαν σε υψηλότερο ποσοστό ότι έχουν χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε μορφή καπνού συγκριτικά με όσους είχαν το βρέφος τους στην εντατική (Γράφημα 1).

**Πίνακας 77.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για ερώτηση «Έχετε χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε μορφή καπνού από την τελευταία σας επίσκεψη με τη μαία;» σε σχέση με το είδος νοσηλείας

Έχετε χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε μορφή καπνού από την τελευταία σας επίσκεψη με τη μαία;	Είδος νοσηλείας		$X^2$	p
	Εντατική	Σταθεροποίηση νεογνών		
Όχι	13(43.3)	8(26.7)	1.832	0.279
Ναι	17(56.7)	22(73.3)		

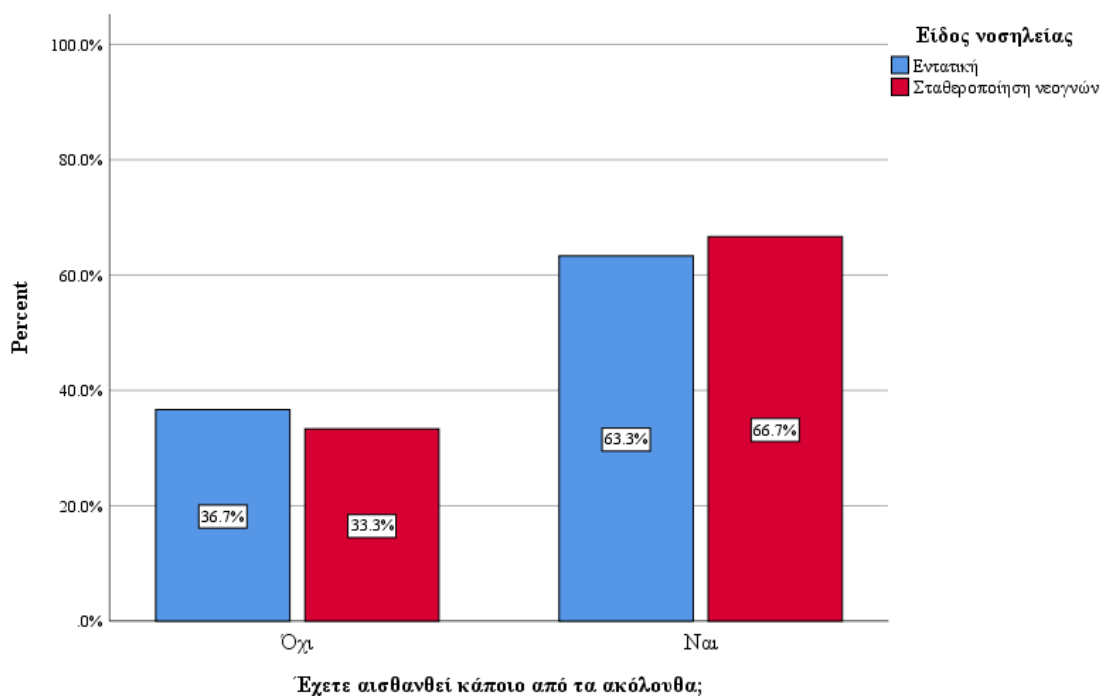


**Γράφημα 1.** Κατανομή της ερώτησης «Έχετε χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε μορφή καπνού από την τελευταία σας επίσκεψη με τη μαία;» σε σχέση με το είδος νοσηλείας

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να αξιολογηθεί ανάλογα με το είδος νοσηλείας εάν οι γονείς είχαν αισθανθεί παρενέργειες από τη διακοπή καπνίσματος. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 0.073$ ,  $p < 0.999$ ) (Γράφημα 2).

**Πίνακας 78.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για ερώτηση «Έχετε αισθανθεί κάποιο από τα ακόλουθα;» σε σχέση με το είδος νοσηλείας

Έχετε αισθανθεί κάποιο από τα ακόλουθα;	Είδος νοσηλείας		$X^2$	p
	Εντατική	Σταθεροποίηση νεογνών		
Όχι	11(36.7)	10(33.3)	0.073	<0.999
Ναι	19(63.3)	20(66.7)		

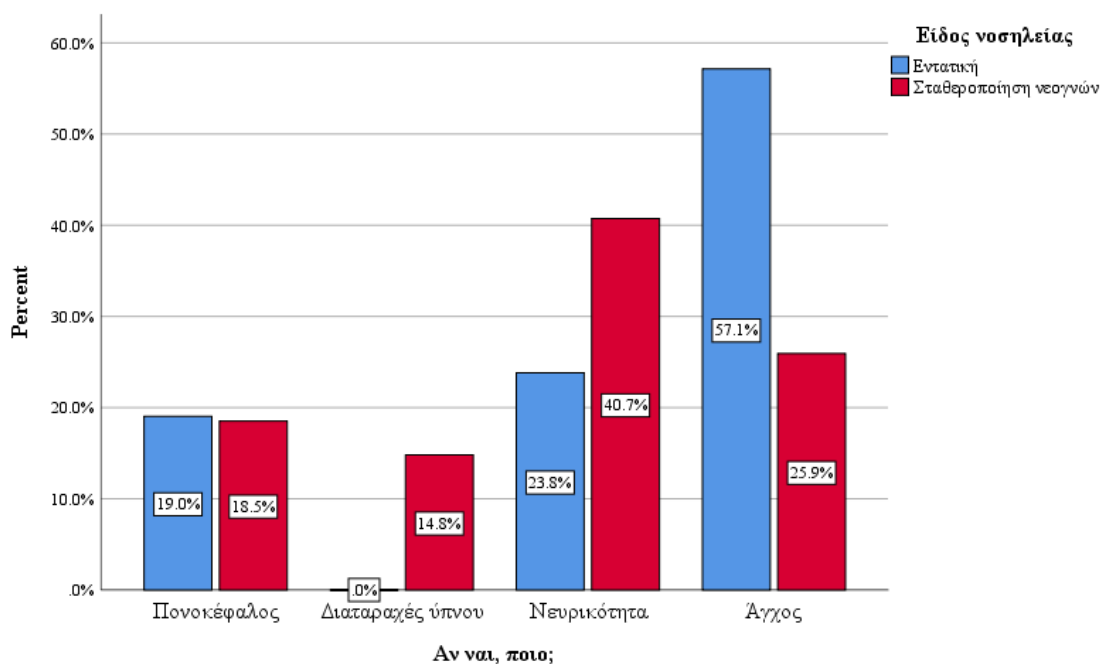


**Γράφημα 2.** Κατανομή της ερώτησης «Έχετε αισθανθεί κάποιο από τα ακόλουθα;» σε σχέση με το είδος νοσηλείας

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να διερευνηθεί εάν υπάρχουν διαφορές στις παρενέργειες που αισθάνθηκαν ανάλογα με το είδος νοσηλείας. Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $\chi^2 = 10.725$ ,  $p = 0.030$ ). Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι στη μονάδα σταθεροποίησης νεογνών, οι γονείς αντιμετώπισαν πιο συχνά διαταραχή ύπνου ή νευρικότητα ως παρενέργεια της διακοπής (Γράφημα 3).

**Πίνακας 79.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για ερώτηση «Αν ναι, ποιο;» σε σχέση με το είδος νοσηλείας

Αν ναι, ποιο;	Είδος νοσηλείας		$\chi^2$	p
	Εντατική	Σταθεροποίηση νεογνών		
Πονοκέφαλος	4(19)	5(18.5)	10.725	<b>0.030</b>
Διαταραχές ύπνου	0(0)	4(14.8)		
Νευρικότητα	5(23.8)	11(40.7)		
Άγχος	12(57.1)	7(25.9)		

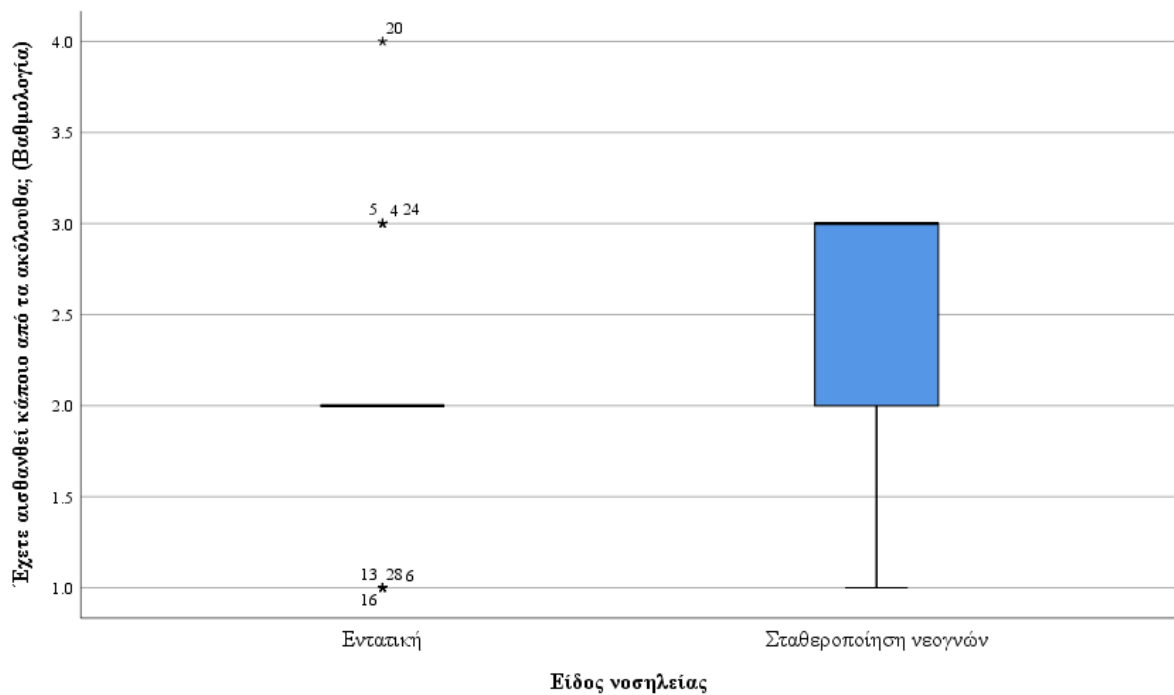


**Γράφημα 3.** Κατανομή της ερώτησης «Αν ναι, ποιο;» σε σχέση με το είδος νοσηλείας

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Mann-Whitney προκειμένου να διερευνηθεί η ένταση των παρενεργειών διακοπής του καπνίσματος σε σχέση με το είδος νοσηλείας. Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $z = -2.135$ ,  $p = 0.033$ ), και πιο συγκεκριμένα στη μονάδα σταθεροποίησης νεογνών, οι ερωτηθέντες είχαν αισθανθεί σε μεγαλύτερη ένταση τις παρενέργειες (Γράφημα 4).

**Πίνακας 80.** Αποτελέσματα ελέγχου Mann-Whitney για τη βαθμολογία της ερώτησης «Έχετε αισθανθεί κάποιο από τα ακόλουθα;» σε σχέση με το είδος νοσηλείας

	Είδος νοσηλείας		z	p
	Εντατική	Σταθεροποίηση νεογνών		
Έχετε αισθανθεί κάποιο από τα ακόλουθα; (Βαθμολογία)	2(2-2)	3(2-3)	-2.135	<b>0.033</b>

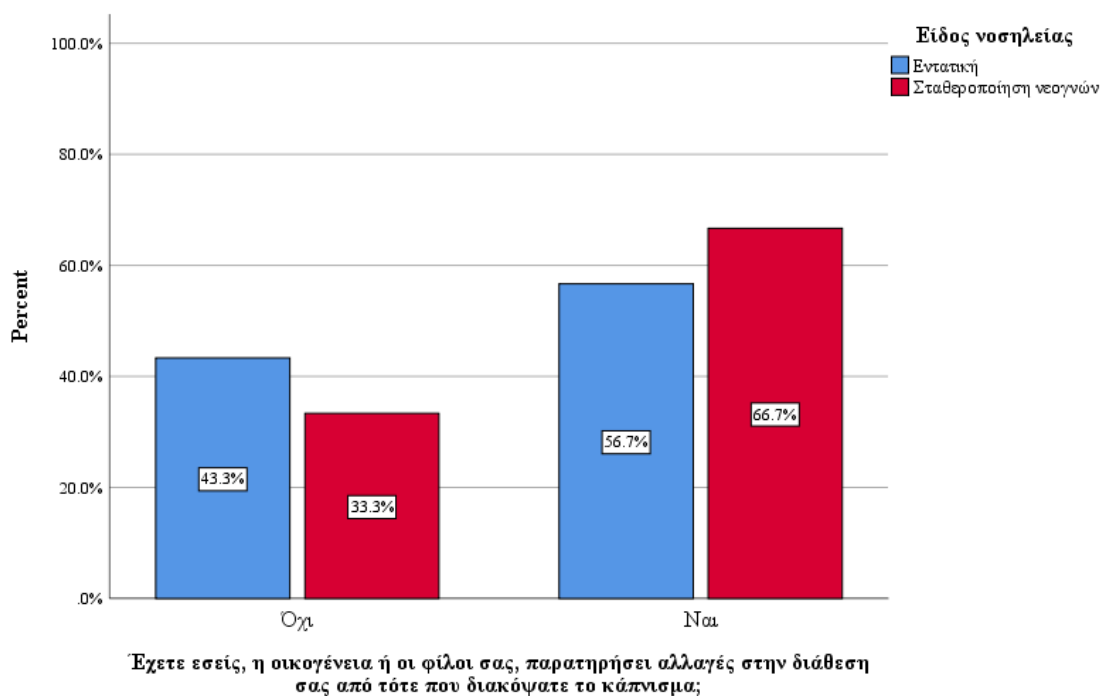


**Γράφημα 4.** Κατανομή της ερώτησης «Έχετε αισθανθεί κάποιο από τα ακόλουθα; (Βαθμολογία)» σε σχέση με το είδος νοσηλείας

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να αξιολογηθεί εάν υπήρξαν εναλλαγές στη διάθεσή τους σε σχέση με το είδος νοσηλείας. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 0.635$ ,  $p = 0.596$ ), ωστόσο παρατηρείται ότι στην μονάδα σταθεροποίησης νεογνών είχαν σε υψηλότερο ποσοστό παρατηρήσει αλλαγές στην διάθεση τους από τότε που διέκοψαν το κάπνισμα (Γράφημα 5).

**Πίνακας 81.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για ερώτηση «Έχετε εσείς, η οικογένεια ή οι φίλοι σας, παρατηρήσει αλλαγές στην διάθεση σας από τότε που διακόψατε το κάπνισμα;» σε σχέση με το είδος νοσηλείας

Έχετε εσείς, η οικογένεια ή οι φίλοι σας, παρατηρήσει αλλαγές στην διάθεση σας από τότε που διακόψατε το κάπνισμα;	Είδος νοσηλείας		$X^2$	p
	Εντατική	Σταθεροποίηση νεογνών		
Όχι	13(43.3)	10(33.3)	0.635	0.596
Ναι	17(56.7)	20(66.7)		

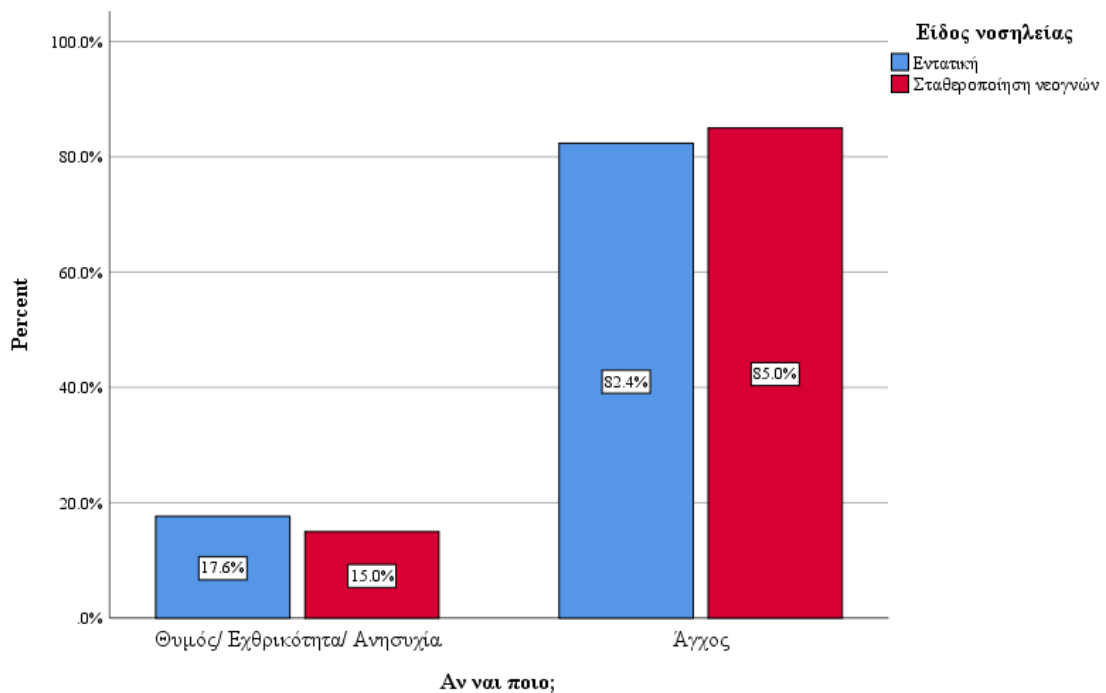


**Γράφημα 5.** Κατανομή της ερώτησης «Έχετε εσείς, η οικογένεια ή οι φίλοι σας, παρατηρήσει αλλαγές στην διάθεση σας από τότε που διακόψατε το κάπνισμα;» σε σχέση με το είδος νοσηλείας

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fischer's exact προκειμένου να αξιολογηθεί εάν υπήρξαν εναλλαγές στη διάθεσή τους σε σχέση με το είδος νοσηλείας. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 0.047$ ,  $p < 0.999$ ) (Γράφημα 6).

**Πίνακας 82.** Αποτελέσματα ελέγχου Fischer's exact για ερώτηση «Αν ναι ποιο;» σε σχέση με το είδος νοσηλείας

Αν ναι ποιο;	Είδος νοσηλείας		$X^2$	p
	Εντατική	Σταθεροποίηση νεογνών		
Θυμός/ Εχθρικότητα/ Ανησυχία	3(17.6)	3(15)	0.047	<0.999
Άγχος	14(82.4)	17(85)		



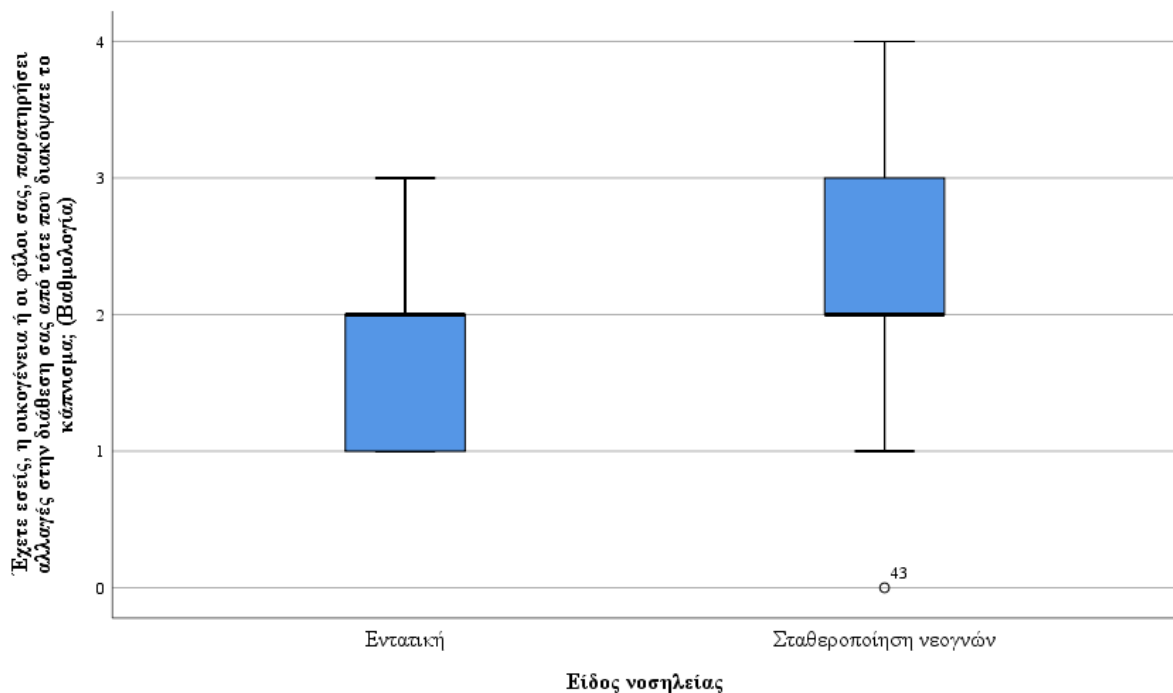
**Γράφημα 6.** Κατανομή της ερώτησης «Αν ναι ποιο;» σε σχέση με το είδος νοσηλείας

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Mann-Whitney προκειμένου να διερευνηθεί η ένταση των εναλλαγών της διάθεσης λόγω της διακοπής καπνίσματος σε σχέση με το είδος νοσηλείας. Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $z = -1.973$ ,  $p = 0.048$ ), με τους γονείς από τη μονάδα σταθεροποίησης νεογνών να έχουν αντιμετωπίσει σοβαρότερες εναλλαγές στη διάθεσή τους (Γράφημα 7).

**Πίνακας 83.** Αποτελέσματα ελέγχου Mann-Whitney για τη βαθμολογία της ερώτησης «Έχετε εσείς, η οικογένεια ή οι φίλοι σας, παρατηρήσει αλλαγές στην διάθεση σας από τότε που διακόψατε το κάπνισμα;» σε σχέση με το είδος νοσηλείας

	Είδος νοσηλείας		z	p
	Εντατική	Σταθεροποίηση νεογνών		
Έχετε εσείς, η οικογένεια ή οι φίλοι σας, παρατηρήσει αλλαγές στην διάθεση σας από τότε που διακόψατε το κάπνισμα; (Βαθμολογία)	2(1-2)	2(2-3)	-1.973	<b>0.048</b>



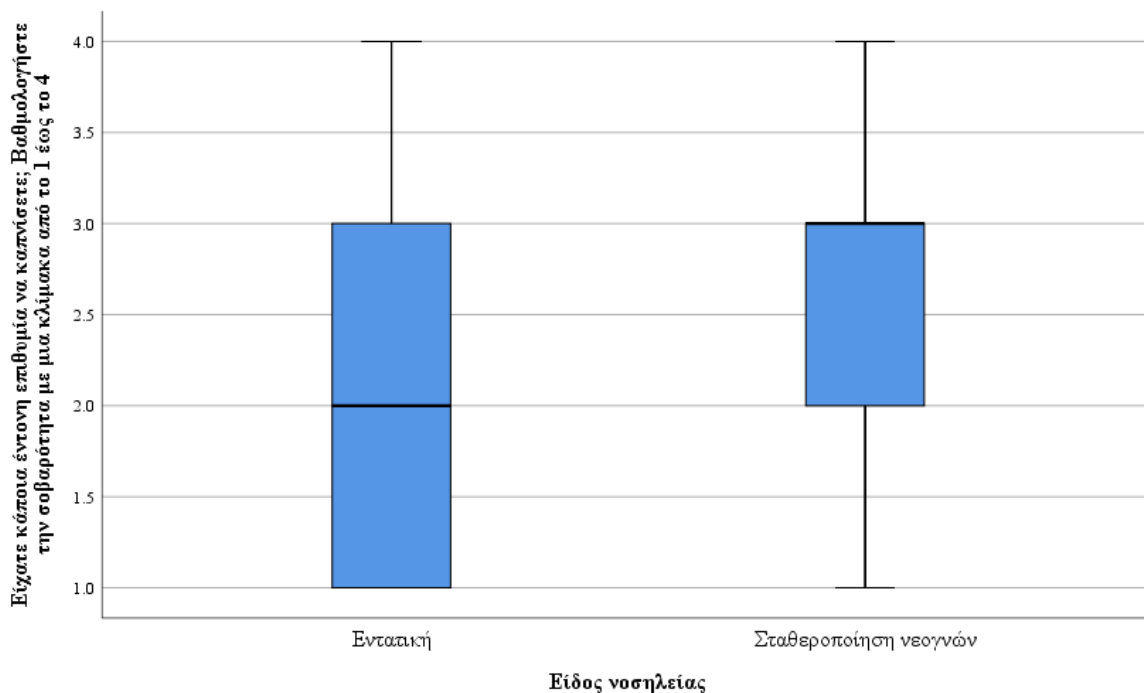


**Γράφημα 7.** Κατανομή της ερώτησης «Έχετε εσείς, η οικογένεια ή οι φίλοι σας, παρατηρήσει αλλαγές στην διάθεση σας από τότε που διακόψατε το κάπνισμα; (Βαθμολογία)» σε σχέση με το είδος νοσηλείας

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Mann-Whitney προκειμένου να αξιολογηθεί εάν υπήρχαν διαφορές στην επιθυμία καπνίσματος ανάλογα με το είδος της νοσηλείας. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $z = -1.832$ ,  $p = 0.067$ ). Βρέθηκε ότι οι γονείς από τη μονάδα σταθεροποίησης νεογνών είχαν εντονότερη επιθυμία καπνίσματος (Γράφημα 8).

**Πίνακας 84.** Αποτελέσματα ελέγχου Mann-Whitney για την ερώτηση «Είχατε κάποια έντονη επιθυμία να καπνίσετε;» σε σχέση με το είδος νοσηλείας

	Είδος νοσηλείας		z	p
	Εντατική	Σταθεροποίηση νεογνών		
Είχατε κάποια έντονη επιθυμία να καπνίσετε; Βαθμολογήστε την σοβαρότητα με μια κλίμακα από το 1 έως το 4	2(1-3)	3(2-3.3)	-1.832	0.067

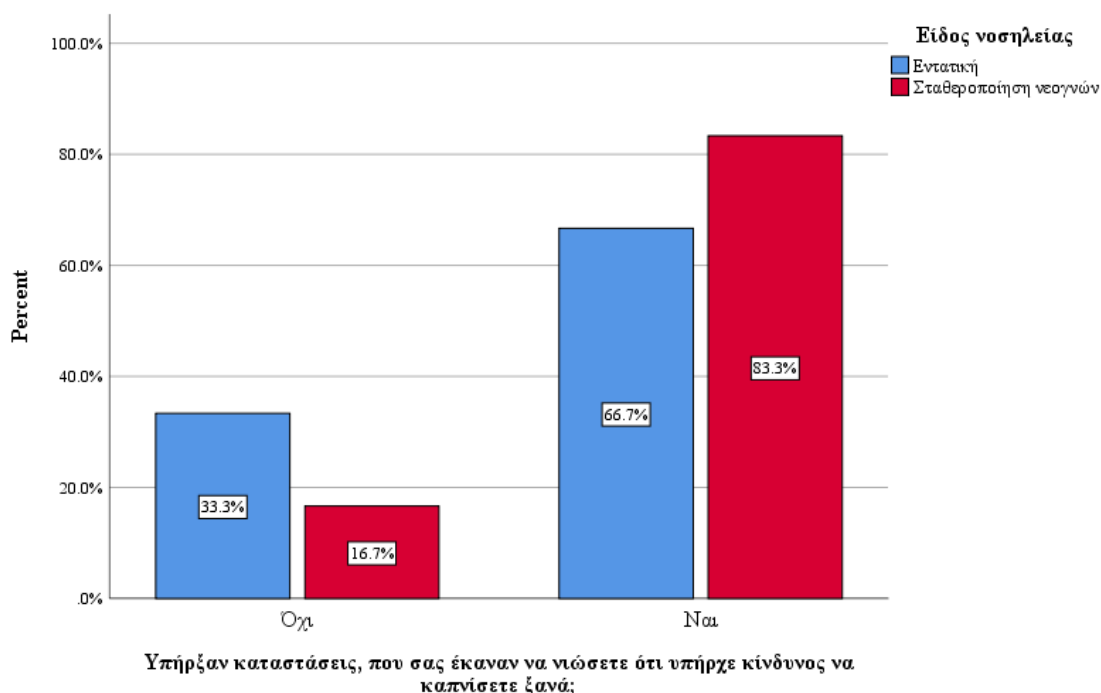


**Γράφημα 8.** Κατανομή της ερώτησης «Είχατε κάποια έντονη επιθυμία να καπνίσετε; Βαθμολογήστε την σοβαρότητα με μια κλίμακα από το 1 έως το 4» σε σχέση με το είδος νοσηλείας

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Fisher's exact προκειμένου να διερευνηθεί εάν οι ασθενείς αντιμετώπισαν καταστάσεις ικανές να τους οδηγήσουν στο κάπνισμα ξανά ανάλογα με το είδος νοσηλείας. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ( $X^2 = 2.222$ ,  $p = 0.233$ ), ωστόσο το ποσοστό των ατόμων που ένιωσαν την ανάγκη να καπνίσουν ξανά ήταν υψηλότερο στη μονάδα σταθεροποίησης νεογνών (Γράφημα 9).

**Πίνακας 85.** Αποτελέσματα ελέγχου Fisher's exact για την ερώτηση «Υπήρξαν καταστάσεις, που σας έκαναν να νιώσετε ότι υπήρχε κίνδυνος να καπνίσετε ξανά;» σε σχέση με το είδος νοσηλείας

Υπήρξαν καταστάσεις, που σας έκαναν να νιώσετε ότι υπήρχε κίνδυνος να καπνίσετε ξανά;	Είδος νοσηλείας		$X^2$	p
	Εντατική	Σταθεροποίηση νεογνών		
Όχι	10(33.3)	5(16.7)	2.222	0.233
Ναι	20(66.7)	25(83.3)		

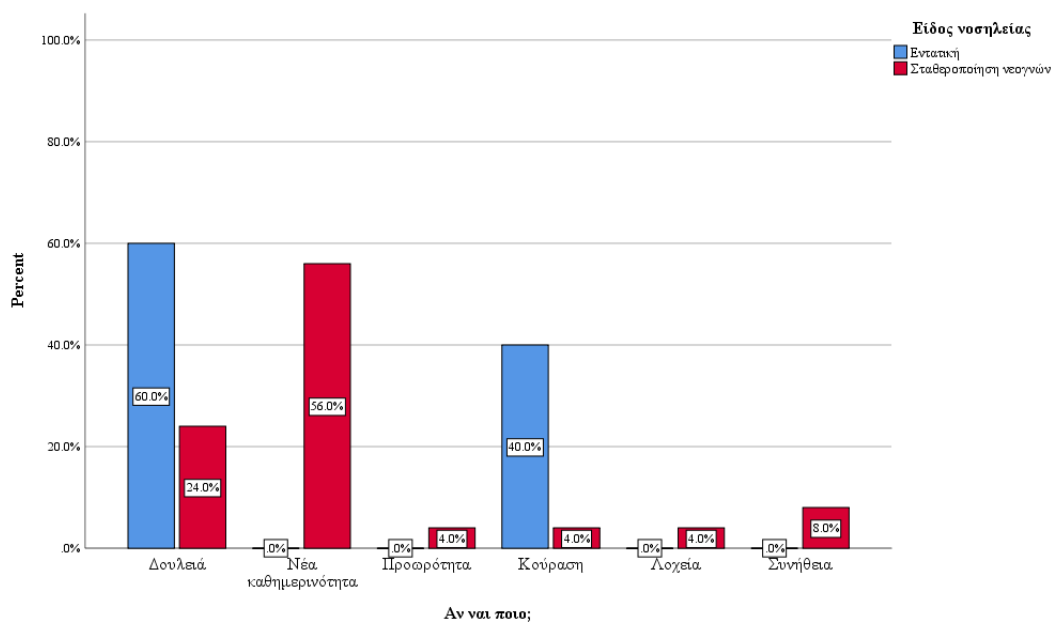


**Γράφημα 9.** Κατανομή της ερώτησης «Υπήρξαν καταστάσεις, που σας έκαναν να νιώσετε ότι υπήρχε κίνδυνος να καπνίσετε ξανά;» σε σχέση με το είδος νοσηλείας

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται οι καταστάσεις που οδήγησαν τους ερωτηθέντες να επιθυμούν να καπνίσουν ξανά σε σχέση με το είδος νοσηλείας. Παρατηρείται ότι οι περισσότεροι δήλωσαν πως είναι η δουλειά και η νέα καθημερινότητα και φαίνεται, επίσης, ότι στην μονάδα σταθεροποίησης νεογνών, οι ερωτηθέντες αντιμετώπισαν περισσότερες καταστάσεις ικανές να τους οδηγήσουν στο κάπνισμα (Γράφημα 10).

**Πίνακας 86.** Περιγραφικά μέτρα για την ερώτηση «Αν ναι ποιο;» σε σχέση με το είδος νοσηλείας

Αν ναι ποιο;	Είδος νοσηλείας	
	Εντατική	Σταθεροποίηση νεογνών
Δουλειά	3(60)	6(24)
Νέα καθημερινότητα	0(0)	14(56)
Προωρότητα	0(0)	1(4)
Κούραση	2(40)	1(4)
Λοχεία	0(0)	1(4)
Συνήθεια	0(0)	2(8)

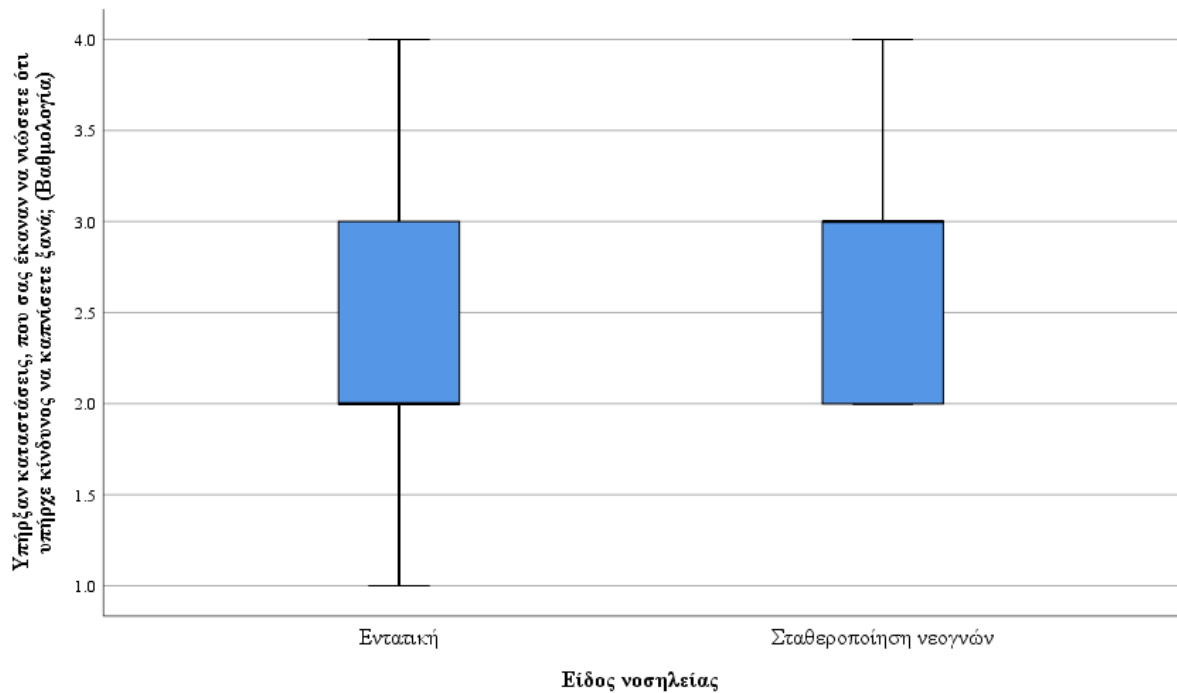


**Γράφημα 10.** Κατανομή της ερώτησης «Αν ναι ποιο;» σε σχέση με το είδος νοσηλείας

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Mann-Whitney προκειμένου να διερευνηθεί εάν η ένταση των καταστάσεων που αντιμετώπισαν ήταν ικανές να τους οδηγήσουν στο κάπνισμα ξανά ανάλογα με το είδος νοσηλείας. Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $z = -2.500$ ,  $p = 0.012$ ), με τους ερωτηθέντες από τη μονάδα σταθεροποίησης νεογνών να δηλώνουν πιο έντονα πως υπήρξαν καταστάσεις που τους έκαναν να νιώσουν ότι υπάρχει κίνδυνος να καπνίσουν ξανά (Γράφημα 11).

**Πίνακας 87.** Αποτελέσματα ελέγχου Mann-Whitney για τη βαθμολογία της ερώτησης «Υπήρξαν καταστάσεις, που σας έκαναν να νιώσετε ότι υπήρχε κίνδυνος να καπνίσετε ξανά;» σε σχέση με το είδος νοσηλείας

	Είδος νοσηλείας		z	p
	Εντατική	Σταθεροποίηση νεογνών		
Υπήρξαν καταστάσεις, που σας έκαναν να νιώσετε ότι υπήρχε κίνδυνος να καπνίσετε ξανά; (Βαθμολογία)	2(2-3)	3(2-3)	-2.500	<b>0.012</b>

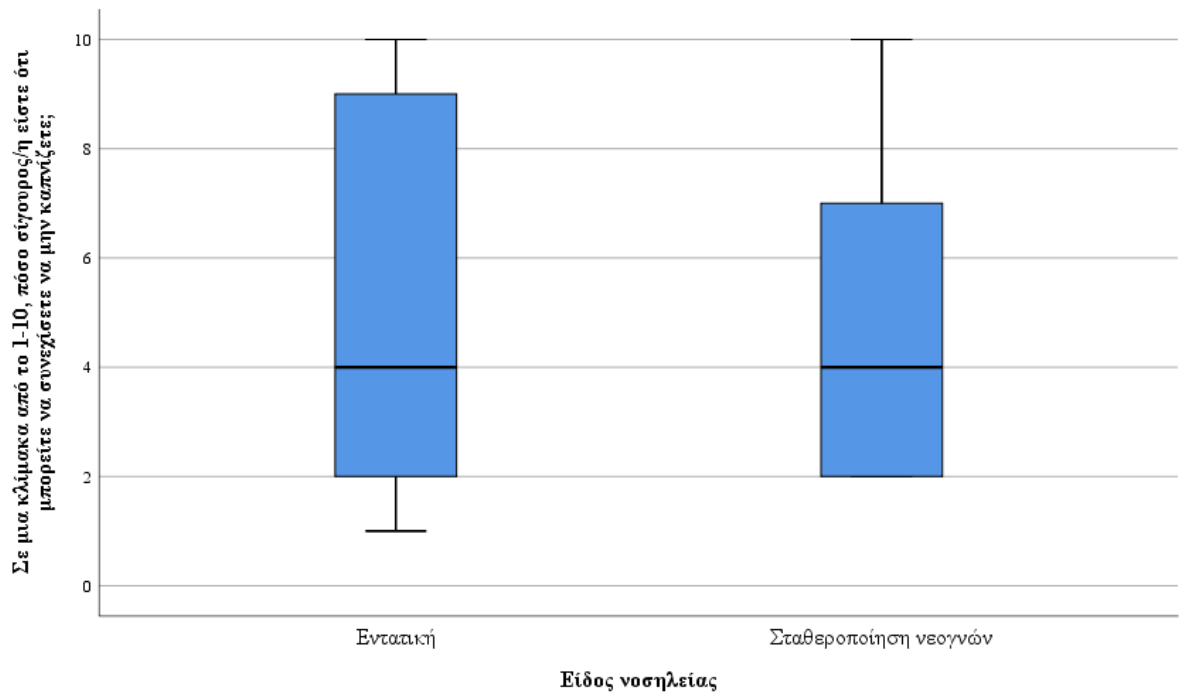


**Γράφημα 11.** Κατανομή της ερώτησης «Υπήρξαν καταστάσεις, που σας έκαναν να νιώσετε ότι υπήρχε κίνδυνος να καπνίσετε ξανά; (Βαθμολογία)» σε σχέση με το είδος νοσηλείας

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου Mann-Whitney προκειμένου να διερευνηθεί εάν διαφέρει η σιγουριά των γονέων ότι μπορούν να συνεχίσουν να μην καπνίζουν ανάλογα με το είδος νοσηλείας. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $z = -0.628$ ,  $p = 0.530$ ). Παρατηρείται ωστόσο ότι στο τμήμα εντατικής, οι ερωτηθέντες ήταν λίγο πιο σίγουροι (Γράφημα 12).

**Πίνακας 88.** Αποτελέσματα ελέγχου Mann-Whitney για την ερώτηση «Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σίγουρος/η είστε ότι μπορείτε να συνεχίσετε να μην καπνίζετε;» σε σχέση με το είδος νοσηλείας

	Είδος νοσηλείας		z	p
	Εντατική	Σταθεροποίηση νεογνών		
Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σίγουρος/η είστε ότι μπορείτε να συνεχίσετε να μην καπνίζετε;	4(2-9)	4(2-7)	-0.628	0.530



**Γράφημα 12.** Κατανομή της ερώτησης «Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σίγουρος/η είστε ότι μπορείτε να συνεχίσετε να μην καπνίζετε;» σε σχέση με το είδος νοσηλείας

## 7. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

### 7.1. Περιορισμοί της έρευνας

Αρχικά, η ερευνητική διαδικασία ξεκίνησε έχοντας κάποιους περιορισμούς όσον αφορά τη δειγματοληψία. Έτσι, το δείγμα περιορίστηκε στα πλαίσια των ενηλίκων, γονιών-φροντιστών των νεογνών που αποτελούνταν από Έλληνες και αλλοδαπούς, οι οποίοι είχαν τελειώσει τουλάχιστον την πρωτοβάθμια εκπαίδευση στην Ελλάδα. Οι γονείς-φροντιστές των νεογνών ήταν καπνιστές και τα νεογνά τους γεννήθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα». Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν κρίθηκε ακατάλληλος ψυχικά για την έρευνα λόγω εμφάνισης κάποιας σοβαρής γνωστικής ή ψυχιατρικής νόσου. Με παρόμοιους περιορισμούς λειτούργησαν και άλλες ερευνητικές ομάδες όπως αυτή των Northrup TF et al. (2020), όπου οι συμμετέχοντες δεν ήταν επιλέξιμοι εάν είχαν βαριά ψυχιατρική ή γνωστική νόσο ή δεν ήξεραν να γράφουν και να διαβάζουν την αγγλική γλώσσα.

Η έρευνα διήρκησε από την ώρα της γέννησης των νεογνών έως και τις πρώτες 20 ημέρες ζωής τους. Η αξιολόγηση των γονέων έγινε από την 1<sup>η</sup> έως και την 4<sup>η</sup> ημέρα ζωής των νεογνών στο χώρο του νοσοκομείου καθώς και την 20<sup>η</sup> ημέρα ζωής τους (follow up) μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας, είτε τα νεογνά τους βρίσκονταν εντός νοσοκομείου είτε βρίσκονταν πλέον στο οικιακό τους περιβάλλον. Σε όλους τους γονείς δόθηκαν ενημερωτικά φυλλάδια για τη σύσταση του καπνού και για τους τρόπους διακοπής, καθώς και για τα κέντρα διακοπής καπνού. Με τον ίδιο τρόπο λειτούργησε και η ομάδα των Northrup TF et al. (2020) στους συμμετέχοντες του προγράμματός του.

Σκοπός της έρευνάς μας ήταν να γίνει μια στοχευμένη παρέμβαση διακοπής καπνίσματος επικεντρωμένη στους κύριους φροντιστές των νεογνών(μητέρα -πατέρα) που νοσηλεύονταν στη MENN και τη σταθεροποίηση. Έτσι, το δείγμα χωρίστηκε σε δύο ομάδες. Η μία ομάδα ήταν επικεντρωμένη στους γονείς των νεογνών της εντατικής νοσηλείας και η άλλη ομάδα είχε επίκεντρο τους γονείς των νεογνών της σταθεροποίησης. Κάθε μία από τις ερευνήτριες, χειρίστηκε την ομάδα της από την αρχή της ερευνητικής διαδικασίας έως και το πέρας αυτής. Κατά παρόμοιο τρόπο λειτούργησαν και άλλες ερευνητικές ομάδες διακοπής καπνίσματος σε γονείς και φροντιστές νεογνών που νοσηλεύονταν στη MENN. Έτσι, σε μία αντίστοιχη μελέτη οι ομάδες αποτελούνταν από γονείς και φροντιστές νεογνών που νοσηλεύονταν στην

MENN και οι οποίοι κατανεμήθηκαν τυχαία σε δύο κατηγορίες, η μία ήταν ομάδα πληροφόρησης και ενημέρωσης για τον καπνό και τα NRTs μέσω διαπροσωπικών συνεδριών και η άλλη ομάδα διακοπής καπνίσματος και έναρξη φαρμακοθεραπείας NRTs μέσω τηλεφωνικών συνεδριών (Northrup TF et al, 2020).

Η συλλογή του δείγματος διήρκησε περίπου 6 μήνες. Οι φροντιστές των νεογνών δεν ήταν σε μεγάλο βαθμό πρόθυμοι να συμμετέχουν στην έρευνα και ο λόγος πιθανολογούμε πως ήταν η μειωμένη προσέλευση των γονέων- φροντιστών στο χώρο του νεογνολογικού τμήματος λόγω των μέτρων προστασίας ενάντια στον covid 19. Με τον τρόπο αυτό δεν έγινε γρήγορα εφικτό να αναπτυχθεί οικία σχέση με τους γονείς, ώστε να μπορέσουμε να προβούμε άμεσα σε προσωπικές ερωτήσεις με βάση τα ερωτηματολόγια.

Η πρώτη συνάντηση με τους γονείς γινόταν δια ζώσης στο χώρο, κυρίως, του νεογνολογικού τμήματος καθώς και στα τμήματα των πτερύγων του νοσοκομείου στα οποία νοσηλεύονταν οι λεχωίδες. Οι γονείς, αφού πρώτα, επισκέπτονταν τα νεογνά τους στο χώρο του νεογνολογικού τμήματος, ύστερα, γινόταν η προσέγγιση από τους ερευνητές με ενσυναίσθηση και κατανόηση για την κατάσταση των νεογνών τους, είτε νοσηλεύονταν στην MENN, είτε νοσηλεύονταν στην σταθεροποίηση. Έτσι, κάθε μία από τις ερευνήτριες είχε να διαχειριστεί την ομάδα της. Εάν οι γονείς δεν ήταν σε θέση να επισκεφτούν τα νεογνά τους στο τμήμα, τότε κάθε ερευνήτρια αναλάμβανε να μετακινηθεί στις πτέρυγες των λεχωίδων του νοσοκομείου, ώστε να συλλέξει το δείγμα ανάλογα με την ομάδα της. Στις πτέρυγες των λεχωίδων οι καταστάσεις δεν ήταν πάντα ιδανικές για τη συλλογή του δείγματος, διότι πολλές φορές στο χώρο του δωματίου βρίσκονταν και άλλα άτομα. Έτσι, γίνονταν πιο δύσκολη η επικοινωνία με τους φροντιστές των νεογνών. Όμως, και σε αυτό το κομμάτι που ήταν αρκετά δύσκολο βρέθηκε τρόπος επικοινωνίας με τους φροντιστές χωρίς κανένα πρόβλημα μετακινώντας τους, εφόσον, ήταν εφικτό, σε κάποιο άλλο χώρο του τμήματος των λεχωίδων. Μέσα από την επαφή με τα άτομα που αποτέλεσαν το δείγμα, διαπιστώθηκε πως ένας ακόμη λόγος άρνησης συμμετοχής στην έρευνα ήταν ενδεχομένως, η ενοχή που ένιωθαν κάποιοι γονείς – φροντιστές ως καπνιστές απέναντι στα νεογνά τους.

Ο χρόνος συζήτησης με κάθε γονέα – φροντιστή διαρκούσε περίπου 10 έως 15 λεπτά. Κατά τη διάρκεια της παρέμβασης στόχος ήταν οι ερωτήσεις να μην κουράσουν τους γονείς-φροντιστές, ενώ, ταυτόχρονα, να είναι κατανοητές από όλους τους



συμμετέχοντες. Επίσης, μέσα από τις συνεντεύξεις μπορέσαμε να διαχειριστούμε με κατανόηση και ηρεμία τον πόνο που βίωναν οι γονείς των νεογνών της MENN. Εκτός από τις ερωτήσεις, γινόταν και ενημέρωση στους γονείς- φροντιστές των νεογνών, για τους τρόπους με τους οποίους μπορεί κάποιος να διακόψει το κάπνισμά, καθώς και για τα κέντρα διακοπής καπνίσματος στα οποία μπορεί να απευθυνθεί. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο κάποιοι γονείς ήταν δεκτικοί να ακούσουν και κάποιοι άλλοι έλεγαν πως ήταν ήδη γνώστες και αρνούσαν τη συνέχιση της συζήτησης. Έτσι, με παρόμοιο τρόπο συμβουλευτικής παρέμβασης λειτούργησαν και άλλες ερευνητικές ομάδες για την μείωση της έκθεσης των νεογνών στο παθητικό κάπνισμα, όπου μετά την έξοδό τους από τη μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών, φροντιστές και νεογνά κατανεμήθηκαν τυχαία σε δύο ομάδες, σύγκρισης και θεραπείας (Blaakman et al., 2015). Μία ακόμη μελέτη των Stroud et al. (2018) κινήθηκε στα μονοπάτια της συνέντευξης και ενημέρωσης των μητέρων, ώστε να διαπιστωθεί μέσω της παρέμβασης η εξάρτηση τους από τη νικοτίνη ενώ, παράλληλα, αξιολογήθηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, καθώς και το ιστορικό υγείας και κατάθλιψης της μητέρας.

Το δεύτερο κομμάτι της έρευνάς και το πιο σημαντικό ήταν το follow up. Δηλαδή, πως ανταποκρίθηκε το δείγμα των γονέων-φροντιστών των νεογνών στο κομμάτι της παρέμβασης. Η επαφή με το δείγμα των γονέων-φροντιστών γίνονταν μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας σε βάθος χρόνου 20 ημερών από την τελευταία επαφή τους με τους ερευνητές δια ζώσης. Σε αυτή τη φάση της έρευνας διαπιστώθηκαν κάποια προβλήματα. Κάποιοι γονείς-φροντιστές δεν ανταποκρίθηκαν καθόλου στις τηλεφωνικές κλήσεις. Ο αριθμός των ατόμων που δεν ανταποκρίθηκε στο δεύτερο μέρος της ερευνητικής διαδικασίας(follow up) δεν ξεπέρασε τα 8 άτομα. Έτσι, μέσα στα πλαίσια της διεκπεραίωσης της ερευνητικής διαδικασίας συνεχίστηκε η αναζήτηση νέου δείγματος για την παρέμβαση.

Οι ερωτήσεις ήταν σύντομες και κατανοητές για όλες τις ομάδες των συμμετεχόντων. Ενημερώνονταν μέσα από το έντυπο της συγκατάθεσης για κάθε πληροφορία των ερωτηματολογίων που χρειαζόνταν. Σε κάποιες περιπτώσεις γινόντουσαν και διευκρινήσεις. Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν έχουν παραμείνει ανώνυμες και εμπιστευτικές και η επεξεργασία τους έγινε μόνο από τα μέλη του ερευνητικού προγράμματος. Η προσπάθεια της ομάδας επετεύχθη και ο πληθυσμός του δείγματος που είχε οριστεί αρχικά στέφθηκε με επιτυχία. Το σύνολο του πληθυσμού του

δείγματος ήταν 60 άτομα (n= 60), όπου τα 30 ήταν γονείς-φροντιστές της MENN (n=30) και τα άλλα 30 γονείς-φροντιστές της σταθεροποίησης(n=30).

## 7.2. Συζήτηση - Προτάσεις

Έχοντας ολοκληρώσει την ερευνητική μας διαδικασία διαπιστώσαμε πως η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (μητέρες) και για τις δύο ομάδες σε ποσοστό 56,7% για την εντατική και 60 % για τη σταθεροποίηση. Μια τέτοια συνθήκη επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Northrup et al. (2020), όπου οι πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (μητέρες) ενώ, σε ένα μικρότερο ποσοστό ήταν οι σύντροφοι και άλλα μέλη του νοικοκυριού. Η ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 50% άνω των 40 ετών για την εντατική και 33,3 % μεταξύ 35-39 ετών για την σταθεροποίηση. Σε μία άλλη μελέτη η μέση ηλικία των γονέων με νεογνά στη MENN ήταν τα 33 έτη ενώ η εθνικότητα τους στο 79 % ήταν λευκοί (Notley et al ,2022). Και για τις δύο ομάδες η καταγωγή των συμμετεχόντων ήταν ελληνική σε ποσοστό για την εντατική νοσηλεία 90% και σε ποσοστό 96,7 % για την σταθεροποίηση. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν καπνιστές. Η πανεπιστημιακή εκπαίδευση των συμμετεχόντων άγγιζε το ποσοστό του 50% και για τις δύο ομάδες, ενώ στην μελέτη των Notley et al. (2022) το ποσοστό της πανεπιστημιακής εκπαίδευσης άγγιζε μόλις το 19%. Αντίθετα, σε μια άλλη έρευνα των Schilling L et al. (2020) το ποσοστό υψηλής εκπαίδευσης άγγιζε το 68,9% των συμμετεχόντων, όπου επιβεβαιώνει και τα ποσοστά της ερευνάς μας. Το σύνολο των συμμετεχόντων της εντατικής σε ποσοστό 86,7% διέμενε σε αστική περιοχή όπως και το σύνολο των συμμετεχόντων της σταθεροποίησης σε ποσοστό 90%. Μέτρια οικονομική κατάσταση δήλωσαν και οι δύο ομάδες σε ποσοστό 73,3% για την εντατική και 70% για την σταθεροποίηση. Επίσης, σε ποσοστό 66,7% της εντατικής δήλωσαν πως δεν είχαν άλλα τέκνα όπως και της σταθεροποίησης σε ποσοστό 70%.

Κατά μέσο όρο οι γονείς της εντατικής κάπνιζαν 17 έτη σε σχέση με τους γονείς της σταθεροποίησης που ο μέσος όρος ήταν τα 14 έτη. Το 53,6% της εντατικής κάπνιζε έως 10 τσιγάρα την ημέρα ενώ δεν παρατηρήθηκε μεγάλη διαφορά στο ποσοστό των ατόμων της σταθεροποίησης που άγγιζε το 46,7%. Αυτό επιβεβαιώνεται και από την ποιοτική μελέτη των Notley et al. του 2022 όπου μέσα από την ερευνητική τους διαδικασία διαπιστώθηκε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των γονέων-φροντιστών έκανε χρήση έως 10 τσιγάρα ημερησίως σε ποσοστό 24%. Αντίθετα σε μία άλλη μελέτη παρατηρείται ένα υψηλό ποσοστό συμμετεχόντων να καπνίζουν περισσότερα από 10

τσιγάρα την ημέρα(Schilling et al., 2020). Ακόμη, σε ποσοστό 43,3% των συμμετεχόντων της εντατικής έκαναν το πρώτο τσιγάρο της ημέρας στα πρώτα 5-30 λεπτά ενώ, οι συμμετέχοντες της σταθεροποίησης έκαναν το πρώτο τσιγάρο της ημέρας σε διάστημα μεγαλύτερο των 60 λεπτών σε ποσοστό 40%.

Έπειτα, μέσα από τη διαδικασία αναζήτησης πληροφοριών προχωρήσαμε σε μία ομαδοποίηση του δείγματος ανάλογα με την εξάρτησή από τη νικοτίνη. Έτσι, πιο αναλυτικά για το δείγμα της σταθεροποίησης παρατηρήθηκε ότι το 40% είχε μέτρια εξάρτηση από το τσιγάρο, το 33,3% μικρή προς μέτρια, το 20% είχε μικρή εξάρτηση και μόλις το 6,7% είχε μεγάλη εξάρτηση από τη νικοτίνη. Το αντίστοιχο ποσοστό για την εντατική ήταν 50% με μέτρια εξάρτηση από το τσιγάρο,30% μικρή προς μέτρια εξάρτηση, 10% μεγάλη εξάρτηση από το τσιγάρο και το υπόλοιπο 10% μικρή εξάρτηση από το τσιγάρο. Σε μια πιο γενική βάση δεδομένων παρατηρήθηκε μια μέτρια εξάρτηση από τη νικοτίνη και στις δύο ομάδες σε ποσοστό 50% για τους συμμετέχοντες της εντατικής και 40% για τα άτομα της σταθεροποίησης. Σε μία αντίστοιχη μελέτη, παρατηρήθηκε πως οι περισσότεροι συμμετέχοντες ξεκίνησαν το πρώτο τους τσιγάρο σε μικρή ηλικία περίπου τα 20 χρόνια και ταξινομήθηκαν ως μέτριοι και βαρείς καπνιστές σε ποσοστό 43% και 33% αντίστοιχα(Hamadneh et al,2021).

Με κύριο γνώμονα λοιπόν, τον βαθμό εξάρτησης από το τσιγάρο διαπιστώθηκαν για την ομάδα της εντατικής τα παρακάτω αποτελέσματα. Αρχικά, οι γυναίκες είχαν σε υψηλότερα ποσοστά μικρή και μικρή προς μέτρια εξάρτηση, ενώ οι άνδρες είχαν σε υψηλότερα ποσοστά μέτρια και μεγάλη εξάρτηση. Παράλληλα, παρατηρήθηκε πως όσοι είχαν τελειώσει το Γυμνάσιο και το Λύκειο είχαν υψηλότερα ποσοστά εξάρτησης. Ακόμη, καταγράφεται μέσα από τις στατιστικές αναλύσεις πως εκείνοι που είχαν καλή οικονομική κατάσταση είχαν και μεγαλύτερη εξάρτηση από το τσιγάρο σε σχέση με εκείνους που είχαν μέτρια οικονομική κατάσταση. Αντίθετα, μέσα από την έρευνα των Hamadneh et al. (2021) διαπιστώθηκε πως όσοι είχαν χαμηλό εισόδημα ήταν περισσότερο εξαρτημένοι από το τσιγάρο σε σχέση με όσους είχαν υψηλό εισόδημα. Επιπρόσθετα, μέσα από την ανάλυση φαίνεται να υπάρχει μία τάση στα δεδομένα δηλαδή, όσο αυξάνεται η εξάρτηση τόσο αυξάνονται και τα επίπεδα της λοχειακής κατάθλιψης για τις γυναίκες του δείγματός μας. Αντίστοιχα, μέσα από την παρατήρηση των αποτελεσμάτων της ομάδας των Stroud et al. (2018) μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι χρησιμοποιήθηκε με παρόμοιο τρόπο η μέτρηση της κατάθλιψης των μητέρων που έκαναν χρήση καπνού ως έναν πιθανό συγχυτικό παράγοντα στην ερευνητική τους

διαδικασία. Επίσης, δεν βρέθηκαν διαφοροποιήσεις στην εξάρτηση με βάση το ιστορικό ψυχικής υγείας των γονέων αλλά και δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις και με άλλους καπνιστές στο σπίτι. Σε μία αντίστοιχη μελέτη παρατηρήθηκε πως όσες μητέρες ήταν καπνίστριες σε ποσοστό 63% είχαν και άλλο καπνιστή στο σπίτι και κυρίως ήταν ο σύζυγος-σύντροφος (Hamadneh et al., 2021). Επίσης, οι περισσότεροι συμμετέχοντες της έρευνας που είχαν τη θέληση να διακόψουν το κάπνισμα απάντησαν πως θα το έκαναν κυρίως για λόγους υγείας. Αυτό φαίνεται και από την μελέτη των Fallin-Bennett et al. (2017), όπου οι περισσότεροι συμμετέχοντες απάντησαν πως θα ήθελαν να διακόψουν το κάπνισμα για λόγους υγείας καθώς και για τα παιδιά τους. Μέσα από την ερευνητική μας διαδικασία διαπιστώσαμε ότι όσοι είχαν μικρή και μικρή προς μέτρια εξάρτηση ήθελαν να διακόψουν το κάπνισμα στις επόμενες 30 ημέρες ενώ, αντίθετα όσοι είχαν μέτρια εξάρτηση ήθελαν να διακόψουν το κάπνισμα τους επόμενους 6 μήνες ( $p=0,048$ ). Αυτό αποδεικνύεται και από τη μελέτη των Northrup et al. (2020), όπου αρκετοί συμμετέχοντες δήλωσαν πως θέλουν να κάνουν προσπάθεια διακοπής του τσιγάρου εντός 30 ημερών. Αναλυτικότερα, όσο αφορά το πλάνο διακοπής του καπνίσματος όσοι είχαν μικρή, μικρή προς μέτρια και μεγάλη εξάρτηση επέλεξαν να ορίσουν ημερομηνία διακοπής, ενώ όσοι είχαν μέτρια εξάρτηση επέλεξαν τη μείωση έως τη διακοπή του τσιγάρου ( $p=0,011$ ). Με βάση μία ακόμη έρευνα διαπιστώθηκε ότι όσες μητέρες δεν είχαν ορίσει συγκεκριμένη ημερομηνία διακοπής του τσιγάρου είχαν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να υποτροπιάσουν (Petersen et al., 2022). Ταυτόχρονα, 2 συμμετέχοντες με μέτρια εξάρτηση δήλωσαν πως θα ξεκινήσουν τη χρήση NRTs με εισπνεόμενο και σπρέι αντίστοιχα ενώ, 2 συμμετέχοντες με μέτρια εξάρτηση δήλωσαν πως θα κάνουν χρήση τσίχλας 2mg. Ακόμη, στην επανεξέταση (follow up) του δείγματος παρατηρήθηκε πως όσοι γονείς είχαν μέτρια εξάρτηση στη νικοτίνη δήλωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι χρησιμοποίησαν οποιαδήποτε μορφή καπνού από την τελευταία τους επίσκεψη με τη μαία σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες εξάρτησης ενώ, σε σχέση με το φύλο βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις. Έτσι, το ποσοστό των ανδρών που χρησιμοποίησε οποιαδήποτε μορφή καπνού ήταν υψηλότερο συγκριτικά με το ποσοστό των γυναικών της έρευνας ( $p=0.050$ ). Σε μία αντίστοιχη μελέτη δεν διαπιστώθηκε στατιστική σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο, τα ποσοστά ήταν 61,9% έναντι 62,9% (Ling et al., 2008). Μέσα από μια σειρά ερευνών όπως αυτή των Blaakman et al. (2015) παρατηρήθηκε ότι ενώ η ομάδα θεραπείας αρχικά, είχε θετικά αποτελέσματα ως προς τη μείωση του

καπνού μέσα στο οικιακό περιβάλλον καθώς και την μείωση της επαφής των βρεφών με καπνιστές, τα αποτελέσματα αυτά δεν είχαν μακροχρόνια θετική εξέλιξη σε βάθος χρόνου τους 8 μήνες, όμως, ακόμη και για αυτό το διάστημα παρατηρήθηκε μείωση νικοτίνης στο σάλιο των βρεφών. Αναφορά γίνεται και από άλλες ερευνητικές ομάδες σε μία αρχική διακοπή του καπνίσματος μετά την έξοδο των νεογνών από τη μονάδα εντατικής θεραπείας ύστερα από διαδικασία παρέμβασης διακοπής καπνίσματος χωρίς όμως αυτή η διακοπή να συνεχίζεται σε βάθος χρόνου (Stotts et al., 2013). Επίσης, για όσους γονείς προσπάθησαν να διακόψουν το κάπνισμα βρέθηκε ότι εκείνοι που είχαν μικρή εξάρτηση ένιωσαν περισσότερο νευρικότητα, όσοι είχαν μικρή προς μέτρια ένιωσαν πονοκέφαλο, ενώ, όσοι είχαν μέτρια και μεγάλη εξάρτηση ένιωσαν άγχος( $p=0,011$ ). Ακόμη, γονείς με μέτρια και μεγάλη εξάρτηση δήλωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι έχουν παρατηρήσει αλλαγές στη διάθεσή τους από τότε που διέκοψαν το κάπνισμα καθώς και ότι βίωναν έντονα το άγχος. Σε μια αντίστοιχη έρευνα διαπιστώθηκε πως πολλοί γονείς θέλησαν να διακόψουν το κάπνισμα κατά την παραμονή των νεογνών τους στη MENN αλλά δυστυχώς αντιμετώπισαν πολλά προβλήματα συμπεριλαμβανομένων πολλών στρεσογόνων καταστάσεων που βίωσαν λόγω της παραμονής των νεογνών τους στη MENN(Fallin-Bennett et al., 2017). Ενώ παρατηρήθηκε πως γονείς με μικρή προς μέτρια έως και μεγάλη εξάρτηση βίωναν περισσότερο την επιθυμία να καπνίσουν ξανά και οι συνθήκες που τους οδήγησαν σε αυτό ήταν η δουλειά και η κούραση. Στην ερώτηση πόσο σίγουροι ήταν στο να συνεχίσουν να μην καπνίζουν, οι γονείς που είχαν μέτρια εξάρτηση από τη νικοτίνη ήταν οι λιγότερο σίγουροι.

Μία παρόμοια συνθήκη παρατηρήθηκε και στο δείγμα των γονέων-φροντιστών της σταθεροποίησης όπου, οι γυναίκες είχαν σε υψηλότερα ποσοστά μικρή και μέτρια εξάρτηση ενώ οι άνδρες είχαν σε υψηλότερα ποσοστά μικρή προς μέτρια και μεγάλη εξάρτηση από το τσιγάρο. Αντίθετα, κάποιες έρευνες όπως αυτή των Ling et al. (2008) δεν συσχέτισε καθόλου το φύλο με την εξάρτηση. Ταυτόχρονα, όσοι είχαν πτυχίο ή μεταπτυχιακό τίτλο είχαν υψηλότερα ποσοστά εξάρτησης από τη νικοτίνη. Παράλληλα, όσο αφορά την οικονομική κατάσταση και την εξάρτηση από τη νικοτίνη δεν παρατηρήθηκε κάποια σημαντική διαφορά στο δείγμα μας ενώ, παρόμοια κατάσταση συνέβη και στην περίπτωση της λοχειακής κατάθλιψης και της εξάρτησης των γυναικών από τη νικοτίνη χωρίς να υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά. Παράλληλα, γονείς που βίωναν καθημερινά άγχος βρέθηκε να έχουν μικρή

και μέτρια εξάρτηση από τη νικοτίνη. Μέσα από μια πρόσφατη μελέτη διαπιστώθηκε πως μητέρες που είχαν διακόψει το κάπνισμα στην κύηση υποτροπίασαν στη λοχεία και η υποτροπή σχετίστηκε άμεσα με το άγχος που βίωναν και τις κοινωνικές και υγειονομικές ανισότητες (Nichols et al., 2019). Ακόμη, μέσα από την ερευνητική μας διαδικασία διαπιστώσαμε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις της εξάρτησης και την ύπαρξη και άλλων καπνιστών στο σπίτι με τους περισσότερους γονείς να δηλώνουν μέτρια και μεγάλη εξάρτηση από το τσιγάρο ( $p=0,011$ ). Έτσι, η έρευνα των Hamadneh et al. (2021) επιβεβαιώνει το αποτέλεσμα των γονέων της σταθεροποίησης διότι οι περισσότερες καπνίστριες της μελέτης είχαν τουλάχιστον έναν καπνιστή στο σπίτι σε ποσοστό 80%. Όσον αφορά τις ανησυχίες των γονέων ως προς τη διακοπή του καπνίσματος όσοι είχαν μικρή εξάρτηση δήλωσαν σε ποσοστό 40% πως ανησυχούσαν για το σύνδρομο στέρησης, όσοι είχαν μέτρια εξάρτηση σε ποσοστό 50% ανησυχούσαν για άγχος/κατάθλιψη, όσοι είχαν μέτρια εξάρτηση σε ποσοστό 44,4% δεν είχαν καμία ανησυχία ενώ όσοι είχαν μεγάλη εξάρτηση σε ποσοστό 20% ανησυχούσαν για σύνδρομο στέρησης. Ταυτόχρονα, μέσα από μία άλλη έρευνα φαίνεται, πως μητέρες δήλωσαν ότι συνέχιζαν να καπνίζουν λόγω ανακούφισής που ένιωθαν από το άγχος που βίωναν καθημερινά (Fallin Bennett et al., 2017). Επίσης, παρατηρήθηκε πως όσοι γονείς είχαν μικρή εξάρτηση ήθελαν να διακόψουν το κάπνισμα τις επόμενες 30 ημέρες ενώ, για τις υπόλοιπες εξαρτήσεις ήθελαν να διακόψουν το κάπνισμα σε βάθος χρόνου τους 6 μήνες. Ακόμη, μέσα από τα δεδομένα φαίνεται πως όσο μεγαλώνει η εξάρτηση τόσο λιγότερο σημαντικό θεωρούν οι γονείς τη διακοπή του καπνίσματος. Ταυτόχρονα όσο αυξάνεται η εξάρτηση τόσο λιγότερο σίγουροι είναι ότι μπορούν να το διακόψουν. Σε μία αντίστοιχη μελέτη, παρατηρήθηκε πως γονείς όταν ρωτήθηκαν πόσο σημαντική είναι για αυτούς η διακοπή καπνίσματος σε μία κλίμακα από το 0 έως το 10 απάντησαν κατά μέσο όρο το 8, ενώ όταν ρωτήθηκαν τον επόμενο μήνα κατέταξαν τον εαυτό τους στο επίπεδο κατά μέσο όρο 5,5 με το 0 να δείχνει καθόλου αυτοπεποίθηση και το 10 τη μέγιστη αυτοπεποίθηση (Fallin Bennett et al., 2017). Όσο αφορά το πλάνο διακοπής παρατηρήθηκε πως όσοι είχαν μικρή εξάρτηση επέλεξαν να ορίσουν ημερομηνία διακοπής ενώ, αντίθετα όσοι είχαν μέτρια και μεγάλη εξάρτηση επέλεξαν τη μείωση ως τη διακοπή. Ακόμη, κανείς από τους γονείς της σταθεροποίησης δεν έκανε χρήση NRTs. Στην επανεξέταση (follow up) παρατηρήθηκε πως όσοι γονείς είχαν μέτρια και μεγάλη εξάρτηση από τη νικοτίνη χρησιμοποίησαν σε υψηλότερο ποσοστό οποιαδήποτε μορφή καπνού από την τελευταία τους επίσκεψή με τη μαία. Ενώ, σε σχέση με το φύλο δεν διαπιστώθηκαν

στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις. Έπειτα, γονείς με μέτρια και μεγάλη εξάρτηση δήλωσαν πως αισθάνθηκαν κάποια μορφή παρενέργειας από τη διακοπή του τσιγάρου έτσι, η διαταραχή ύπνου έφτασε το 70% για τη μέτρια εξάρτηση και η νευρικότητα το 18,2% στην μεγάλη εξάρτηση. Και στις δύο αυτές περιπτώσεις οι γονείς αισθάνονταν πιο έντονα τα συμπτώματα αυτά κατά τη διάρκεια της διακοπής καθώς αντιλαμβάνονταν και αλλαγή στη συμπεριφορά τους. Κυρίως στην μεγάλη εξάρτηση οι γονείς αισθάνθηκαν σε ποσοστό 33,3% θυμό, εχθρότητα και ανησυχία ενώ στην μέτρια εξάρτηση σε ποσοστό 41,2% άγχος. Τα ποσοστά της έρευνάς μας επιβεβαιώνονται και από τη μελέτη των Barroso-Hurtado M et al. (2023) όπου το αντιληπτικό άγχος συσχετίστηκε με την αποχή από το πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος έτσι, το άγχος θεωρήθηκε βασικός λόγος υποτροπής των ατόμων της έρευνας και το ποσοστό άγγιξε το 35,37%. Μέσα από τα στατιστικά δεδομένα φάνηκε πως γονείς με μεγάλη εξάρτηση παρατήρησαν πιο έντονες αλλαγές στη διάθεσή τους σε σύγκριση με τους γονείς που είχαν μικρή εξάρτηση από το τσιγάρο ( $p=0,041$ ). Σχεδόν όλες οι ομάδες εξάρτησης ένιωσαν τη διάθεση να καπνίσουν ξανά καθώς υπήρξαν καταστάσεις που τους ώθησαν σε αυτό. Όσοι είχαν μεγάλη εξάρτηση δήλωσαν πως η δουλειά ήταν ένας από τους λόγους αυτούς. Έτσι, μέσα από τα δεδομένα φάνηκε πως όσοι είχαν μέτρια ή μεγάλη εξάρτηση διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο. Τέλος, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με τους γονείς που είχαν μέτρια εξάρτηση να νιώθουν λιγότερο σίγουροι ότι μπορούν να συνεχίσουν να μην καπνίζουν σε σχέση με τους γονείς που είχαν μικρή εξάρτηση ( $p=0,011$ ).

Παράλληλα, με όλες τις διαδικασίες επεξεργασίας του δείγματα, προβήκαμε στη σύγκριση των δύο ομάδων, σταθεροποίησης και εντατικής, ώστε να διαπιστωθεί σε ποια από τις δύο αυτές ομάδες επετεύχθη ο σκοπός της ερευνητικής μας διαδικασίας.

Έτσι, έχοντας συγκρίνει τα δείγματα παρατηρήθηκε πως οι γονείς-φροντιστές της σταθεροποίησης δήλωσαν σε υψηλότερο ποσοστό ότι χρησιμοποίησαν οποιαδήποτε μορφή καπνού από τη στιγμή της διακοπής έως τη συνάντηση με τη μαία (follow up) σε ποσοστό 73,3%, συγκριτικά με τους γονείς-φροντιστές της εντατικής νοσηλείας όπου το ποσοστό άγγιξε το 56,7%. Παρόμοια αποτελέσματα είχε και η έρευνα των Liao et al. (2018) όπου ανάμεσα στις ομάδες παρέμβασης διαπιστώθηκε μικρή διαφορά καθώς και χαμηλά ποσοστά διακοπής του καπνίσματος παρόλα, αυτά θεωρήθηκε μία πετυχημένη παρέμβαση αφού έστω και ένα μικρό ποσοστό των ατόμων της έρευνας κατάφεραν να διακόψουν το κάπνισμα. Σε μία αντίστοιχη μελέτη μέσω συνεντεύξεων

σε μητέρες νεογνών στη MENN διαπιστώθηκε πως η παρέμβαση είχε αποτέλεσμα μόνο σε εκείνες που πραγματικά εξ αρχής δήλωσαν πρόθυμες να διακόψουν το κάπνισμα και να προστατεύσουν τα νεογνά τους ενώ, μητέρες που στο οικιακό περιβάλλον είχαν κάποιον καπνιστή, τους ήταν πιο δύσκολη η διακοπή του καπνίσματος (Stotts et al., 2019). Ακόμη, σε μία άλλη μελέτη, μητέρες όψιμων νεογνών που δεν εισήχθησαν στη MENN αλλά πέρασαν από τη σταθεροποίηση δεν διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά ως προς τη διακοπή του καπνίσματος σε σχέση με μητέρες που τα νεογνά τους νοσηλεύτηκαν στη MENN (Hannan et al., 2020). Παράλληλα, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρενέργειες που αισθάνθηκαν οι γονείς-φροντιστές της σταθεροποίησης σε σχέση με τους γονείς-φροντιστές της εντατικής νοσηλείας ( $p=0,030$ ), όπου η νευρική και η διαταραχή ύπνου ήταν οι πιο συχνές. Παράλληλα, παρατηρήθηκαν και στατιστικά σημαντικές διαφορές στα δύο δείγματα όσο αφορά την ένταση των παρενεργειών που αισθάνθηκαν οι γονείς-φροντιστές με εκείνους της σταθεροποίησης να έχουν αισθανθεί τις παρενέργειες πιο έντονα ( $p=0,033$ ). Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνονται και από τη μελέτη των Fallin-Bennett et al. (2017) όπου τα άτομα του δείγματος ένιωσαν έντονα συμπτώματα, με το άγχος να είναι εκείνο που κυριάρχησε. Ακόμη, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στις δύο ομάδες όσο αφορά την εναλλαγή της διάθεσης που αντιμετώπισαν οι γονείς-φροντιστές από τη στιγμή που διέκοψαν το κάπνισμα, με εκείνους της σταθεροποίησης να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη εναλλαγή στη διάθεση τους έναντι των γονέων φροντιστών της εντατικής ( $p=0,048$ ). Επίσης παρατηρήθηκε μέσα από τα δεδομένα και μία αύξηση επιθυμίας και ανάγκη των γονέων της σταθεροποίησης να καπνίσουν ξανά έναντι των γονέων-φροντιστών της εντατικής. Ενώ, οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν πως οι καταστάσεις αυτές ήταν η δουλειά και η νέα καθημερινότητα. Ταυτόχρονα, μέσα από τα δεδομένα παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις των δύο ομάδων ως προς την ένταση των καταστάσεων που τους έκαναν να νιώσουν ότι υπάρχει κίνδυνος να καπνίσουν ξανά. Και σε αυτή την περίπτωση η ομάδα της σταθεροποίησης ήταν εκείνη που ένιωσε πιο έντονα αυτές τις καταστάσεις ( $p=0,012$ ). Παρόμοιες, καταστάσεις παρατηρήθηκαν και στην μελέτη των Fallin-Bennett et al. (2017) που διαπιστώθηκαν πολλά εμπόδια στους συμμετέχοντες ως προς τη διακοπή του καπνού ενώ, κάποιιοι απάντησαν πως το κάπνισμα τους ηρεμεί. Τέλος, όσον αφορά τη σιγουριά στο να μπορούν να συνεχίσουν να μην καπνίζουν, δεν παρατηρήθηκε σημαντική στατιστική διαφορά των δύο ομάδων.



Συμπερασματικά, απαιτούνται καινοτόμες στρατηγικές παρεμβάσεις ως προς τη διακοπή του καπνίσματος ώστε, να μειωθεί και να ελαττωθεί η έκθεση των νεογνών στο παθητικό κάπνισμα κυρίως μέσω των γονέων και φροντιστών αυτών. Μέσα από έρευνες έχει αποδειχθεί πως οι μητέρες κυρίως που θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα έχουν χαμηλή υποστήριξη από το κοινωνικό τους περιβάλλον ενώ ταυτόχρονα έχουν και τη μεγαλύτερη ευθύνη φροντίδας απέναντι στα βρέφη τους (Northrup et al., 2014). Μέσα από μια πρόσφατη μελέτη για την έκθεση των παιδιών στο παθητικό κάπνισμα παρατηρήθηκε πως ολοένα και περισσότεροι φροντιστές παιδιών μειώνουν ή διακόπτουν το κάπνισμα στο οικιακό περιβάλλον μετά από παρεμβάσεις ειδικών έτσι, με τον τρόπο αυτό περιορίζεται η έκθεση ολοένα και περισσότερων παιδιών στο παθητικό κάπνισμα κατά την παραμονή τους στο οικιακό περιβάλλον (El Sharkawy et al., 2021). Ταυτόχρονα, μια νέα μελέτη ανέδειξε και την ακούσια μεταφορά σωματιδίων καπνού από τα χέρια και τα ρούχα του προσωπικού και των γονέων όταν έρχονταν σε επαφή με τα νεογνά τους στη MENN χωρίς γάντια και ρόμπα. Το ποσοστό εκπομπής των σωματιδίων καπνού μειώθηκε αισθητά όταν πάρθηκαν τα κατάλληλα μέτρα προστασίας και έγιναν οι πρόεπουσες ενημερώσεις από το προσωπικό της MENN (Northrup et al., 2022). Με βάση τα δεδομένα αυτά θα πρέπει να τροφοδοτηθούν περισσότερες ενέργειες συμβουλευτικής διακοπής καπνίσματος στους γονείς και φροντιστές των νεογνών που βρίσκονται στη MENN και στη σταθεροποίηση μέσω κυρίως του προσωπικού των νοσοκομείων ώστε να έχουμε περισσότερα σίτια χωρίς καπνό και δυνητικά έναν εφικτό στόχο που θα ωφελήσει την υγεία και τη ζωή των νεογνών και των οικογενειών τους. Οι προσπάθειες για την ενθάρρυνση των γονέων-φροντιστών των νεογνών ενάντια στο κάπνισμα πρέπει να συνεχιστούν ενώ επιπλέον οι στρατηγικές διακοπής καπνίσματος επιβάλλεται να είναι ένα στοιχείο φροντίδας και μέριμνας για όλα τα νεογνά και να εφαρμόζεται σε κάθε γονέα-φροντιστή όταν το νεογνό του εισάγεται στη MENN και τη σταθεροποίηση.

## Βιβλιογραφία

- A F Hoo, M. H. (1998). Respiratory function among preterm infants whose mothers smoked during pregnancy. *Am J Respir Crit Care Med*, 700-5.
- Alexander A.L., Clarke P., Rushworth I., Mastroyannopoulou K. PTSS in fathers of VLBW infants two to four years postpartum: A pilot study. *Clin. Pract. Pediatric Psychol.* 2020;8:25–36. doi: 10.1037/cpp0000299
- Anders, K. L., Nguyen, H. L., Nguyen, N. M., Van Thuy, N. T., Hong Van, N. T., Hieu, N. T., ... Simmons, C. P. (2015). Epidemiology and Virology of Acute Respiratory Infections During the First Year of Life. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 34(4), 361–370. <https://10.1097/inf.0000000000000643>.
- Anders, K. L., Nguyen, H. L., Nguyen, N. M., Van Thuy, N. T., Hong Van, N. T., Hieu, N. T., ... Simmons, C. P. (2015). Epidemiology and Virology of Acute Respiratory Infections During the First Year of Life. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 34(4), 361–370. <https://10.1097/inf.0000000000000643>.
- Ashford, K., Hahn, E., & Hall, L. (2020). The effects of prenatal secondhand smoke exposure on preterm birth and neonatal outcomes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 525–535.
- Avşar, T. S., McLeod, H., & Jackson, L. (2021). Health outcomes of smoking during pregnancy and the postpartum period: an umbrella review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1). <https://10.1186/s12884-021-03729-1>.
- Babb, S., Malarche, A., Schauer, G., Asman, K., & Jamal, A. (2017). Quitting smoking among adults—United States, 2000–2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(52), 1457–64.
- Banderali, G., Martelli, A., & Landi, M. (2015). Short and long term health effects. *J Transl Med*, 327.
- Banderali, G., Martelli, A., & Landi, M. (2015). Short and long term health effects. *J Transl Med*, 327.
- Barroso-Hurtado, M., Suárez-Castro, D., Martínez-Vispo, C., Becoña, E., & López-Durán A. Perceived Stress and Smoking Cessation: The Role of Smoking Urges. *Int J Environ Res Public Health*, 20(2), 1257. doi: 10.3390/ijerph20021257.

- Bauld, L., & Oncken, C. (2017). Smoking in Pregnancy: An Ongoing Challenge. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(5), 495
- Bauld, L., & Oncken, C. (2017). Smoking in Pregnancy: An Ongoing Challenge. *Nicotine & Tobacco Research*, 495–496.
- Blaakman, S.W., Borrelli, B., Wiesenthal, E.N., Fagnano, M., Tremblay, P.J., Stevens, T.P., & Halterman, J.S. (2015). Secondhand Smoke Exposure Reduction After NICU Discharge: Results of a Randomized Trial. *Acad Pediatr*, 15(6), 605-12. doi: 10.1016/j.acap.2015.05.001.
- Caraballo, R.S., Shafer, P.R., Patel, D., Davis, K.C., & McAfee, T.A. (2017). Quit methods used by U.S. adult cigarette smokers, 2014–2016. *Preventing Chronic Disease*, 14, 160600.
- Chaisai, C., Thavorn, K., Wattanasirichaigoon, S., Rungruanghiranya, S., Thongphiew, A., Dilokthornsakul, P., Lee, S.W.H., & Chaiyakunapruk, N. (2022). The impact of Thai multidisciplinary smoking cessation program on clinical outcomes: A multicentre prospective observational study. *Front Public Health*, 10, 965020. doi: 10.3389/fpubh.2022.965020.
- Chen, D., & Wu, L.T. (2015). Smoking cessation interventions for adults aged 50 or older: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 154, 14-24. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.06.004.
- Cooper, S., Orton, S., Leonardi-Bee, J., et al. (2017). Smoking and quit attempts during pregnancy and postpartum: a longitudinal UK cohort. *BMJ Open*, 7, e018746. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018746>.
- Delpisheh, A., Brabin, L., & Brabin, B. (2006). Pregnancy, smoking and birth outcomes. *Women's Health*, 389–403.
- Duke, J. C., Alexander, T. N., Zhao, X., Delahanty, J. C., Allen, J. A., MacMonegle, A. J., & Farrelly, M. C. (2015). Youth's Awareness of and Reactions to The Real Cost National Tobacco Public Education Campaign. *PLOS ONE*, 10(12), e0144827. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144827>.
- El Sharkawy, M., Heinze, S., Hendrowarsito, L. et al. Change in exposure of children to second-hand smoke with impact on children's health and change in parental smoking

habits after smoking ban in Bavaria – a multiple cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21(2134). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12130-8>.

Fallin-Bennett, A., & Ashford, K. (2017). Tailoring a NICU-Based Tobacco Treatment Program for Mothers Who Are Dependent on Opioids. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 46(5), 660-668. doi: 10.1016/j.jogn.2017.06.007.

Fedota, J. R., Ding, X., Matous, A. L., Salmeron, B. J., McKenna, M. R., Gu, H., ... Stein, E. A. (2018). Nicotine Abstinence Influences the Calculation of Salience in Discrete Insular Circuits. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(2), 150–159. <https://10.1016/j.bpsc.2017.09.010>.

Fiore, M.C., Jaén, C.R., Baker, T.B., Bailey, W.C., Benowitz, N.L., Curry, S.J., Dorfman, S.F., Froelicher, E.S., Goldstein, M.G., & Heaton, C.G. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services.

Forest, S. R. (2011). Neonatal Nurses Preventing Maternal Smoking. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 40, S78. doi:10.1111/j.1552-6909.2011.01242\_109.x. [https://www.researchgate.net/profile/Sharron-Forest-2/publication/264577515\\_Neonatal\\_Nurses\\_Preventing\\_Maternal\\_Smoking/links/61e837edc5e3103375a6f6a1/Neonatal-Nurses-Preventing-Maternal-Smoking.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Sharron-Forest-2/publication/264577515_Neonatal_Nurses_Preventing_Maternal_Smoking/links/61e837edc5e3103375a6f6a1/Neonatal-Nurses-Preventing-Maternal-Smoking.pdf).

Frandsen, M, Thow, M., & Ferguson, S.G. (2017). Profile of Maternal Smokers Who Quit During Pregnancy: A Population-Based Cohort Study of Tasmanian Women, 2011-2013. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 19(5), 532–538. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw22>.

García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Flórez-Salamanca, L., Okuda, M., Liu, S.M., & Blanco, C. (2013). Probability and predictors of relapse to smoking: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and Alcohol Dependence*, 132(3), 479–85.

Gowing, L. R., Ali, R. L., Allsop, S., Marsden, J., Turf, E. E., West, R., & Witton, J. (2015). Global statistics on addictive behaviours: 2014 status report. *Addiction*, 110(6), 904–919. <https://10.1111/add.12899>.

- Greenhalgh, E.M., Scollo, M.M., & Winstanley, M.H. (2022). *Tobacco in Australia: Facts and issues*. Melbourne: Cancer Council Victoria. Available from [www.TobaccoInAustralia.org.au](http://www.TobaccoInAustralia.org.au).
- Greiner, K. S., Speranza, R. J., Rincón, M., Beeraka, S. S., & Burwick, R. M. (2018). Association between insurance type and pregnancy outcomes in women diagnosed with hypertensive disorders of pregnancy. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 1–201. doi:10.1080/14767058.2018.1519544.
- Guo, Y.Q., Chen, Y., Dabbs, A.D., & Wu, Y. (2023). The Effectiveness of Smartphone App-Based Interventions for Assisting Smoking Cessation: Systematic Review and Meta-analysis. *J Med Internet Res*, 25, e43242. doi: 10.2196/43242.
- Hamadneh, J. (2021). Active and Passive Maternal Smoking During Pregnancy and Birth Outcomes: A Study From a Developing Country. *Ann Glob Health*, 87(1), 122. doi: 10.5334/aogh.3384.
- Hannan, K.E., Smith, R.A., Barfield, W.D., & Hwang, S.S. (2020). Association between Neonatal Intensive Care Unit Admission and Supine Sleep Positioning, Breastfeeding, and Postnatal Smoking among Mothers of Late Preterm Infants. *J Pediatr*, 227, 114-120.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2020.07.053.
- Helle, N., Barkmann, C., Ehrhardt, S., & Bindt, C. (2018). Postpartum posttraumatic and acute stress in mothers and fathers of infants with very low birth weight: Cross-sectional results from a controlled multicenter cohort study. *J Affect Disord*, 1(235), 467-473. doi: 10.1016/j.jad.2018.04.013.
- Jafari, A., Rajabi, A., & Gholian-Aval, M. (2021). National, regional, and global prevalence of cigarette smoking among women/females in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 1.
- Jha, P., & Peto, R. (2014). Global Effects of Smoking, of Quitting, and of Taxing Tobacco. *New England Journal of Medicine*, 370(1), 60–68. <https://10.1056/nejmra1308383>
- Jiménez-Muro, A., Nerín, I., Samper, P., Marqueta, A., Beamonte, A., Gargallo, P., Oros, D., & Rodríguez, G. (2013). A proactive smoking cessation intervention in postpartum women. *Midwifery*, 29(3), 240-5. doi: 10.1016/j.midw.2012.01.003.

- Jones, H. E., Heil, S. H., Tuten, M., Chisolm, M. S., Foster, J. M., O'Grady, K. E., & Kaltenbach, K. (2013). Cigarette smoking in opioid-dependent pregnant women: Neonatal and maternal outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, *131*(3), 271–277. <https://10.1016/j.drugalcdep.2012.11>.
- Jones, M., Lewis, S., Parrott, S., Wormall, S., & Coleman, T. (2016). Re-starting smoking in the postpartum period after receiving a smoking cessation intervention: a systematic review. *Addiction*, *111*(6), 981–990. <https://10.1111/add.13309>.
- Kanellopoulos, V. (2020, 12 21). Υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη – IUGR. Ανάκτηση από Vkanellopoulos: <https://www.vkanellopoulos.gr/%CF%85%CF%80%CE%BF%CE%BB%CE%B5%CE%B9%CF%80%CF%8C%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%B7-%CE%B5%CE%BD%CE%B4%CE%BF%CE%BC%CE%AE%CF%84%CF%81%CE%B9-%CE%B1%CE%BD%CE%AC%CF%80%CF%84%CF%85%CE%BE%CE%B7-iugr/>.
- Khader, Y., Al-Akour, N., & AlZubi, I. (2011). The association between second hand smoke and low birth weight and preterm delivery. *Matern Child Health J*, 453–459.
- Kharrazi, M., DeLorenze, G., & Kaufman, F. (2004). Environmental tobacco smoke and pregnancy outcome. *Epidemiology*, 660–670.
- Ko, T.-J., Tsai, L.-Y., Chu, L.-C., Yeh, S.-J., Leung, C., Chen, C.-Y., ... Hsieh, W.-S. (2014). Parental Smoking During Pregnancy and Its Association with Low Birth Weight, Small for Gestational Age, and Preterm Birth Offspring: A Birth Cohort Study. *Pediatrics & Neonatology*, *55*(1), 20–27. <https://10.1016/j.pedneo.2013.05.005>.
- Kruger, J., O'Halloran, A., Rosenthal, A.C., Babb, S.D., & Fiore, M.C. Receipt of evidence-based brief cessation interventions by health professionals and use of cessation assisted treatments among current adult cigarette-only smokers: National Adult Tobacco Survey, 2009–2010. *BMC Public Health*, *16*, 141.
- Kruger, J., O'Halloran, A., Rosenthal, A.C., Babb, S.D., & Fiore, M.C. (2016). Receipt of evidence-based brief cessation interventions by health professionals and use of cessation assisted treatments among current adult cigarette-only smokers: National

Adult Tobacco Survey, 2009-2010. *BMC Public Health*, 16, 141. doi: 10.1186/s12889-016-2798-2.

Kuniyoshi, K.M, & Rehan, V.K. (2019). The impact of perinatal nicotine exposure on fetal lung development and subsequent respiratory morbidity. *Birth Defects Research*, 111, 1270– 1283. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1595>.

Kutlu, M. G., & Gould, T. J. (2015). Nicotine modulation of fear memories and anxiety: Implications for learning and anxiety disorders. *Biochemical Pharmacology*, 97(4), 498–511. <https://10.1016/j.bcp.2015.07.029>.

Lancaster, T., & Stead, L.F. (2017). Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub3.

Liao, Y., Wu, Q., Kelly, B.C., Zhang, F., Tang, Y.Y., Wang, Q., Ren, H., Hao, Y., Yang, M., Cohen, J., & Tang, J. (2018). Effectiveness of a text-messaging-based smoking cessation intervention ("Happy Quit") for smoking cessation in China: A randomized controlled trial. *PLoS Med.*, 15(12), e1002713. doi: 10.1371/journal.pmed.1002713.

Liu, D., Ren, Y., & Wu, T. (2022). Parental smoking exposure before and during pregnancy and offspring attention-deficit/hyperactivity disorder risk: A Chinese child and adolescent cohort study. *Front Public Health*, 1.

Lyall, V, Guy, J, Egert, S, Pokino, LA, Rogers, L, & Askew, D. (2021). “They Were Willing to Work with Me and Not Pressure Me”: A Qualitative Investigation into the Features of Value of a Smoking Cessation in Pregnancy Program for Aboriginal and Torres Strait Islander Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 49-56. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010049>

Malone, V, Harrison, R., & Daker-White, G. (2018). Mental health service user and staff perspectives on tobacco addiction and smoking cessation: A meta-synthesis of published qualitative studies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25, 270– 282. <https://doi.org/10.1111/jpm.12458>.

Miyahara, R., Takahashi, K., Anh, N. T. H., Thiem, V. D., Suzuki, M., Yoshino, H., ... Yasunami, M. (2017). Exposure to paternal tobacco smoking increased child

hospitalization for lower respiratory infections but not for other diseases in Vietnam. *Scientific Reports*, 7(1). <https://10.1038/srep45481>.

Miyake, Y., Tanaka, K., & Arakawa, M. (2013). Active and passive maternal smoking during pregnancy and birth outcomes: the Kyushu Okinawa Maternal and Child Health Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1). <https://10.1186/1471-2393-13-157>

Mobaraki, M.S., Khademian, Z., & Shirazi, F. (2023). The effectiveness of a motivational text-messaging program for smoking cessation after coronary angioplasty: a quasi-experimental study. *BMC Res Notes*, 16(1), 1. doi: 10.1186/s13104-022-06267-x.

Monasso, G., Felix, J., & Gaillard, R. (2022). Fetal and Childhood Exposure to Parental Tobacco Smoking and Arterial Health at Age 10 Years. *Am J Hypertens*, 867–874.

Neuman, Å., Hohmann, C., Orsini, N., Pershagen, G., Eller, E., ... Kjaer, H. F. (2012). Maternal Smoking in Pregnancy and Asthma in Preschool Children. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 186(10), 1037–1043. <https://doi.org/10.1164/rccm.201203-0501OC>.

Nichols, A., Clarke, P., & Notley, C. (2019). Parental smoking and support in the NICU. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.*, 104(3), F342. doi: 10.1136/archdischild-2018-316413.

Norsa'Adah , B., & Salinah, O. (2020). The effect of second-hand smoke exposure during pregnancy on the newborn weight in Malaysia. *Malaysian J Med Sci*, 44–53.

Northrup, J. B., Ridley, J., Foley, K., Moses-Kolko, E. L., Keenan, K., & Hipwell, A. E. (2019). A transactional model of infant still-face response and maternal behavior during the first year. *Infancy*. doi:10.1111/inf.12306.

Northrup, T. F., Stotts, A. L., Suchting, R., Khan, A. M., Green, C., Klawans, M. R., ... Matt, G. E. (2020). Thirdhand smoke contamination and infant nicotine exposure in a neonatal intensive care unit: An observational study. *Nicotine & Tobacco Research*. <https://10.1093/ntr/ntaa167>.

Northrup, T., Khan, A. M., & Peyton, J. (2015). Thirdhand smoke contamination in hospital settings: assessing exposure risk for vulnerable paediatric patients. *Tobacco Control*.

Northrup, T., Stotts, A., Suchting, R., Khan, A., & Green, C. (2021). Thirdhand Smoke Contamination and Infant Nicotine Exposure in a Neonatal Intensive Care Unit: An Observational Study. *Nicotine Tob Res.*, 373-82. doi:10.1093/ntr/ntaa167.



- Northrup, T.F., Stotts, A.L., Suchting, R., Khan, A.M., Klawans, M.R., Green, C., Hoh, E., Hovell, M.F., Matt, G.E., & Quintana, P.J.E. (2022). Handwashing Results in Incomplete Nicotine Removal from Fingers of Individuals who Smoke: A Randomized Controlled Experiment. *Am J Perinatol*, 39(15), 1634-1642. doi: 10.1055/s-0041-1736287.
- Northrup, T.F., Suchting, R., Klawans, M.R., Khan, A.M., Villarreal, Y.R., Green, C., & Stotts, A.L. (2020b). Proactive delivery of nicotine replacement therapy to families of hospitalized infants in a NICU: A randomized controlled pilot trial. *J Neonatal Nurs*. 26(4), 201-206. doi: 10.1016/j.jnn.2020.01.002.
- Notley, C., Brown, T.J., Bauld, L., Boyle, E.M., Clarke, P., Hardeman, W., Holland, R., Hubbard, M., Naughton, F., Nichols, A. et al. (2022). Development of a Smoke-Free Home Intervention for Families of Babies Admitted to Neonatal Intensive Care. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 3670. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063670>
- Papadakis, S., Vyzikidou, V., Vivilaki, V., & Vardavas, C. (2018). A pilot study of the Tobacco Treatment Guidelines for High-Risk Groups(TOB-G) for pregnant and postpartum women. *Eur J Midwifery*, 4-9. doi:10.18332/ejm/99543
- Patnode, C.D., Henderson, J.T., Thompson, J.H., Senger, C.A., Fortmann, S.P., & Whitlock, E.P. (2015). Behavioral Counseling and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Cessation in Adults, Including Pregnant Women: A Review of Reviews for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Syntheses No. 134. Rockville (MD): *Agency for Healthcare Research and Quality*, Report No. 14-05200-EF-1.
- Patnode, C.D., O'Connor, E., Whitlock, E.P., Perdue, L.A., Soh, C., & Hollis, J. (2013). Primary care-relevant interventions for tobacco use prevention and cessation in children and adolescents: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 158(4), 253–60.
- Petersen, A.B., Ogunrinu, T., Wallace, S., Yun, J., Belliard, J.C., & Singh, P.N. (2022). Implementation and Outcomes of a Maternal Smoking Cessation Program for a Multi-ethnic Cohort in California, USA, 2012-2019. *J Community Health*, 47(2), 257-265. doi: 10.1007/s10900-021-01042-8.
- Phillips, R. M., Merritt, T. A., Goldstein, M. R., Deming, D. D., Slater, L. E., & Angeles, D. M. (2011). Prevention of postpartum smoking relapse in mothers of infants in the

neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology*, 32(5), 374–380.  
<https://www.nature.com/articles/jp2011106>.

Picciotto, M. R., & Mineur, Y. S. (2014). Molecules and circuits involved in nicotine addiction: The many faces of smoking. *Neuropharmacology*, 76, 545–553.  
<https://10.1016/j.neuropharm.2013.04>.

Picciotto, M.R., & Kenny, P.J. (2021). Mechanisms of Nicotine Addiction. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 11, a039610.  
<https://doi.10.1101/cshperspect.a039610>

Postpartum posttraumatic and acute stress in mothers and fathers of infants with very low birth weight: Cross-sectional results from a controlled multicenter cohort study

Prochaska, J. J., Das, S., & Young-Wolff, K. C. (2017). Smoking, Mental Illness, and Public Health. *Annual Review of Public Health*, 38(1), 165–185. <https://10.1146/annurev-publhealth-031816-044618>.

Prochaska, J.J., & Benowitz, N.L. (2016). The past, present, and future of nicotine addiction therapy. *Annual Review of Medicine*, 67, 467–86.

Quinn, V.P., Hollis, J.F., Smith, K.S., Rigotti, N.A., Solberg, L.I., Hu, W., & Stevens, V.J. (2009). Effectiveness of the 5-As tobacco cessation treatments in nine HMOs. *Journal of General Internal Medicine*, 24(2), 149–54.

Ritchie, H., & Roser, M. (2022, 1 1). *Smoking*. Ανάκτηση από Our world in data:  
<https://ourworldindata.org/smoking>

Santi, S.A., Conlon, M.S.C., Meigs, M.L., Davidson, S.M., Mispel-Beyer, K., & Saunders, D.P. (2022). Rates of Smoking Cessation at 6 and 12 Months after a Clinical Tobacco Smoking Cessation Intervention in Head and Neck Cancer Patients in Northern Ontario, Canada. *Curr Oncol*, 29(3), 1544-1558. doi: 10.3390/curroncol29030130.

Scarlata, M.J., Keeley, R.J., & Stein, E.A. (2021). Nicotine addiction: Translational insights from circuit neuroscience. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 204, 173- 171.  
<https://doi.org/10.1016/j.pbb.2021.173171>

Scheffers-Van Schayck, T., Tuithof, M., Otten, R., Engels, R., & Kleinjan, M. (2019). Smoking Behavior of Women Before, During, and after Pregnancy: Indicators of Smoking, Quitting, and Relapse. *Eur Addict Res.*, 132-44.

- Scherman, A., Tolosa, J.E., & McEvoy, C. (2018). Smoking cessation in pregnancy: a continuing challenge in the United States. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 457–474. <https://doi.org/10.1177/2042098618775366>.
- Schilling, L., Spallek, J., Maul, H., Tallarek, M., & Schneider, S. (2020). Active and Passive Exposure to Tobacco and e-Cigarettes During Pregnancy. *Matern Child Health J*, 25(4), 656-665. doi: 10.1007/s10995-020-03037-8.
- Services, U. D. (2022, 10 5). *Smoking and Cigarettes*. Ανάκτηση από Centers for disease control and prevention: [https://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/fast\\_facts/index.htm?CDC\\_AA\\_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Ftobacco%2Fdata\\_statistics%2Ffact\\_sheets%2Findex.htm](https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/fast_facts/index.htm?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Ftobacco%2Fdata_statistics%2Ffact_sheets%2Findex.htm).
- Sobh, E., Mohammed, A., & Adawy, Z. (2021). The impact of secondhand smoke exposure on the pregnancy outcome: a prospective cohort study among Egyptian community. *The Egyptian Journal of Bronchology*, 1.
- Soneji, S., & Beltrán-Sánchez, H. (2019). Association of Maternal Cigarette Smoking and Smoking Cessation With Preterm Birth. *JAMA Network Open*, 2(4), e192514. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.2514
- Spindel, E.R., & McEvoy, C.T. (2015). The Role of Nicotine in the Effects of Maternal Smoking during Pregnancy on Lung Development and Childhood Respiratory Disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 193(5), 24-32. <https://doi.org/10.1164/rccm.201510-2013PP>.
- Stead, L.F., Carroll, A.J., & Lancaster, T. (2017). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub3.
- Stead, L.F., Koilpillai, P., Fanshawe, T.R., & Lancaster, T. (2016). Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 3(3), CD008286. doi: 10.1002/14651858.
- Stotts, A. L., Evans, P. W., Green, C. E., Northrup, T. F., Dodrill, C. L., Fox, J. M., ... Hovell, M. F. (2011). Secondhand Smoke Risk in Infants Discharged from an NICU: Potential

for Significant Health Disparities? *Nicotine & Tobacco Research*, 13(11), 1015–1022. doi:10.1093/ntr/ntr116.

Stotts, A.L., Green, C., Northrup, T.F., Dodrill, C.L., Evans, P., Tyson, J., Velasquez, M., Hammond, S.K., & Hovell, M.F. (2013). Feasibility and efficacy of an intervention to reduce secondhand smoke exposure among infants discharged from a neonatal intensive care unit. *J Perinatol*, 33(10), 811-6. doi: 10.1038/jp.2013.43.

Stotts, A.L., Northrup, T.F., Green, C., Suchting, R., Hovell, M.F., Khan, A., Villarreal, Y.R., Schmitz, J.M., Velasquez, M.M., Hammond, S.K., Hoh, E., & Tyson, J. (2019). Reducing Tobacco Smoke Exposure in High-Risk Infants: A Randomized, Controlled Trial. *J Pediatr*, 218, 35-41.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2019.10.070.

Stroud, C. B., Durbin, C. E., Wilson, S., & Mendelsohn, K. A. (2011). Spillover to triadic and dyadic systems in families with young children. *Journal of Family Psychology*, 25(6), 919–930. doi:10.1037/a0025443.

Stroud, L.R., Papandonatos, G.D., McCallum, M., Kehoe, T., Salisbury, A.L., & Huestis, M.A. (2018). Prenatal tobacco and marijuana co-use: Impact on newborn neurobehavior. *Neurotoxicol Teratol*, 70, 28-39. doi: 10.1016/j.ntt.2018.09.003.

Subramaniam, M., & Dani, J.A. (2015). Dopaminergic and cholinergic learning mechanisms in nicotine addiction. *Ann N Y Acad Sci*, 1349(1), 46-63. doi: 10.1111/nyas.12871.

Swan, G.E., & Lessov-Schlaggar, C.N. (2007). The effects of tobacco smoke and nicotine on cognition and the brain. *Neuropsychol Rev.*, 17(3), 259-73. doi: 10.1007/s11065-007-9035-9.

Thorgeirsson, T. E., Gudbjartsson, D. F., Sulem, P., Besenbacher, S., ... Styrkarsdottir, U. (2013). A common biological basis of obesity and nicotine addiction. *Translational Psychiatry*, 3(10), e308–e308. <https://doi.org/10.1038/tp.2013.81>.

Troelstra, S.A., Harting, J., & Kunst, A.E. (2019). Effectiveness of a Large, Nation-Wide Smoking Abstinence Campaign in the Netherlands: A Longitudinal Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 368-378. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030378>

- Tsakiridis, I., Mamopoulos, A., Papazisis, G., Petousis, S., Liozidou, A., & Athanasiadis, A. (2018). Prevalence of smoking during pregnancy and associated risk factors: A. *Eur J Public Health*, 321-5. doi:10.1093/eurpub/cky004.
- Ussher, M., Brown, J., Rajamanoharan, A., & West, R. (2013). How Do Prompts for Attempts to Quit Smoking Relate to Method of Quitting and Quit Success? *Annals of Behavioral Medicine*, 47(3), 358–368. <https://10.1007/s12160-013-9545-z>.
- Vivilaki, V. G., Dafermos, V., Kogevinas, M., Bitsios, P., & Lionis, C. (2009). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and validation for a Greek sample. *BMC Public Health*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-329>.
- Wahabi, H., Alzeidan, R., & Fayed, A. (2013). Effects of secondhand smoke on the birth weight of term infants and the demographic profile of Saudi exposed women. *BMC Public Health*, 341.
- West, R., & Shiffman, S. (2016). *Fast Facts: Smoking Cessation*. Basel, Switzerland: Karger Medical and Scientific Publishers.
- Whittaker, R., McRobbie, H., Bullen, C., Borland, R., Rodgers, A., & Gu, Y. (2012). Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD006611. DOI: 10.1002/14651858.CD006611.pub3.
- WHO. (2022, 5 24). Tobacco. Ανάκτηση από WHO: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
- Wills, L, Ables, JL, Braunscheidel, KM, Caligiuri, SP, Elayouby, KS, & Fillinger, C. (2022). Neurobiological Mechanisms of Nicotine Reward and Aversion. *Pharmacological Reviews*, 74(1), 271-310. <https://doi.org/10.1124/pharmrev.121.000299>
- Wojtyła, C., Wojtyła-Buciora, P., Ciebiera, M., Orzechowski, S., & Wojtyła, A. (2018). The effect of active and passive maternal smoking before and during pregnancy on neonatal weight at birth. *Archives of Medical Science*. <https://10.5114/aoms.2018.79629>.
- Xuan, Z., Zhongpeng, Y., Yanjun, G., Jiaqi, D., Yuchi, Z., Bing, S., et al. (2016). Maternal active smoking and risk of oral clefts: a meta-analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*, 122(6), 680–90.

Xuan, Z., Zhongpeng, Y., Yanjun, G., Jiaqi, D., Yuchi, Z., Bing, S., et al. (2016). Maternal active smoking and risk of oral clefts: a meta-analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*, 122(6), 680–90.

Yerushalmy, J. (2014). The relationship of parents' cigarette smoking to outcome of pregnancy—implications as to the problem of inferring causation from observed associations<sup>1</sup>. *International Journal of Epidemiology*, 43(5), 1355–1366.  
<https://10.1093/ije/dyu160>.

Γρυπάρης, Ι. (2022, 9 20). Υπολειπόμενη ανάπτυξη εμβρύου – IUGR. Ανάκτηση από Maternalcare: <https://maternacare.gr/klinikes-plhrofories/pathologia-kyhshs/ypoleipomeni-anaptyksi-iugr/>.

[http://journals.cambridge.org/abstract\\_S1834261200000438](http://journals.cambridge.org/abstract_S1834261200000438)

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
1<sup>η</sup> Υ.Π.Ε. ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
«ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ-ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
Γ.Ν.Α. «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ της 7<sup>ης</sup>/27-07-2022 Συνεδρίασης

**ΘΕΜΑ 25<sup>ο</sup>:** Έγκριση διεξαγωγής έρευνας στις Μεταπτυχιακές Φοιτήτριες Σοφία Δεληβελιώτη και Διαμάντω Κουλεντιανού στο πλαίσιο διπλωματικής εργασίας με τίτλο: «Παρέμβαση διακοπής καπνίσματος σε γονείς των οποίων τα νεογνά τους νοσηλεύονται στην μονάδα εντατικής νοσηλείας (MENN) και στη Σταθεροποίηση».

**ΣΧΕΤΙΚΑ:** 1.- Το αριθ. 412/13-07-2022 έγγραφο των Μεταπτυχιακών Φοιτητριών Σοφίας Δεληβελιώτη και Διαμάντως Κουλεντιανού  
2.- Τη σύμφωνη γνώμη του Καθηγητή Α. Ροδολάκη Δ/ντή της Α' Μ/Γυναικολογικής Κλινικής  
3.- Πρωτόκολλο Μελέτης Διδακτορικής Διατριβής  
4.- Βεβαίωση ΕΚΠΑ  
5.- Συμφωνία Εμπιστευτικότητας για την προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

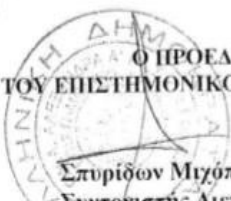
Κατά την 7<sup>η</sup>/27.07.2022 συνεδρίαση, του Επιστημονικού Συμβουλίου παρόντες ήσαν:

- 1.- Μιχόπουλος Σπυρίδων – Πρόεδρος - Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ Γαστρ/κού Τμήματος
- 2.- Σταματάκης Εμμανουήλ – Αντιπρόεδρος – Διευθυντής ΕΣΥ Αναισθησιολογίας
- 3.- Μαρινόπουλος Σπυρίδων - Επιμελητής Α' Μ-Γ
- 4.- Ρέντζιου Γιαννούλα- Επιμελητής Β' Παθολογίας
- 5.- Θεοχάρη Ελένη -ΠΕ χημείας – Βιοχημείας - Βιολογίας
- 6.- Ζαφειράτου Ζηνοβία – ΤΕ Νοσηλευτικής
- 7.- Βρακά Αλεξάνδρα –ΤΕ Ραδιολογίας Ακτινολογίας
- 8.- Αγγέλου Κυβέλη - Ειδικευόμενη Μ-Γ

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα,

### ΟΜΟΦΩΝΑ

Εγκρίνει τη διεξαγωγή έρευνας στις Μεταπτυχιακές Φοιτήτριες Σοφία Δεληβελιώτη και Διαμάντω Κουλεντιανού στο πλαίσιο διπλωματικής εργασίας με τίτλο: «Παρέμβαση διακοπής καπνίσματος σε γονείς των οποίων τα νεογνά τους νοσηλεύονται στην μονάδα εντατικής νοσηλείας (MENN) και στη Σταθεροποίηση».

  
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ  
Σπυρίδων Μιχόπουλος  
Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ  
στο Γ.Ν. «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ - ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»  
Οργανική Μονάδα Γ.Ν.Α «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

## ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας

(τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 4 σελίδες)

Καλείστε να συμμετάσχετε σε ένα ερευνητικό πρόγραμμα. Πιο κάτω (βλ. «πληροφορίες για ασθενείς ή / και εθελοντές) θα σας δοθούν εξηγήσεις σε απλή γλώσσα σχετικά με το τι θα ζητηθεί από εσάς ή / και τι θα σας συμβεί εάν συμφωνήσετε να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα. Ο χρόνος συμπλήρωσης των εντύπων δε θα ξεπερνάει τα δέκα (10) λεπτά. Θα σας περιγραφούν οποιοδήποτε κίνδυνοι μπορεί να υπάρξουν ή ταλαιπωρία που τυχόν θα υποστείτε από τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα. Θα σας εξηγηθεί με κάθε λεπτομέρεια τι θα ζητηθεί από εσάς και ποιος ή ποιοι θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες. Θα σας δοθεί χρονική περίοδος για την οποία οι υπεύθυνοι του προγράμματος θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες που θα δώσετε. Θα σας εξηγηθεί τι ελπίζουμε να μάθουμε από το πρόγραμμα σαν αποτέλεσμα και της δικής σας συμμετοχής. Επίσης, θα σας δοθεί μια εκτίμηση για το όφελος που μπορεί να υπάρξει για τους ερευνητές. **Δεν πρέπει να συμμετάσχετε, εάν δεν επιθυμείτε ή εάν έχετε οποιουδήποτε ενδοιασμούς αφορούν την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα.** Εάν αποφασίσετε να συμμετάσχετε, πρέπει να αναφέρετε εάν είχατε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλο πρόγραμμα έρευνας τους τελευταίους 12 μήνες. **Είστε έτοιμοι να αποσύρετε οποιαδήποτε στιγμή εσείς επιθυμείτε την συγκατάθεση για τη συμμετοχή σας στο ερευνητικό πρόγραμμα.**

Πρέπει όλες οι σελίδες των εντύπων συγκατάθεσης να φέρουν το ονοματεπώνυμο και την υπογραφή σας.

Σύντομος τίτλος του ερευνητικού προγράμματος που πρέπει να συμμετάσχετε
Παρέμβαση διακοπής καπνίσματος σε γονείς των οποίων τα νεογνά τους νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών και στη Σταθεροποίηση.
Υπεύθυνος του ερευνητικού προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετέχετε.
Δεληβελιώτη Σοφία και Κουλεντιανού Διαμάντω, Μαίεις

Επίθετο		Όνομα	
Υπογραφή		Ημερομηνία	
Τηλέφωνα επικοινωνίας			



## ΕΝΤΥΠΙΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας

(τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 4 σελίδες)

Σύντομος τίτλος του ερευνητικού προγράμματος που πρέπει να συμμετάσχετε
Παρέμβαση διακοπής καπνίσματος σε γονείς των οποίων τα νεογνά τους νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών και στη Σταθεροποίηση.

Δίνεται την συγκατάθεση για τον εαυτό σας;	
--------------------------------------------	--

Ερώτηση	Ναι ή Όχι
Συμπληρώσατε το έντυπο συγκατάθεσης εσείς προσωπικά;	
Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε συμμετάσχει σε άλλο ερευνητικό πρόγραμμα;	
Διαβάσατε και καταλάβατε τις πληροφορίες για ασθενείς ή / και εθελοντές;	
Είχατε την ευκαιρία να ρωτήσετε ερωτήσεις και να συζητήσετε το ερευνητικό πρόγραμμα;	
Δόθηκαν ικανοποιητικές απαντήσεις και εξηγήσεις στα τυχόν ερωτήματά σας;	
Καταλαβαίνετε ότι μπορείτε να αποσυρθείτε από το ερευνητικό πρόγραμμα όποτε το επιθυμείτε;	
Καταλαβαίνετε ότι, εάν αποσυρθείτε, δεν είναι αναγκαίο να δώσετε οποιαδήποτε εξήγηση για την απόφασή σας αυτή;	
<b>Συμφωνείτε να συμμετάσχετε στο ερευνητικό πρόγραμμα;</b>	
Με ποιόν υπεύθυνο μιλήσατε:	

Επίθετο		Όνομα	
Υπογραφή		Ημερομηνία	
Τηλέφωνα επικοινωνίας			

## ΕΝΤΥΠΙΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας

(τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 4 σελίδες)

Σύντομος τίτλος του ερευνητικού προγράμματος που πρέπει να συμμετάσχετε
Παρέμβαση διακοπής καπνίσματος σε γονείς των οποίων τα νεογνά τους νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών και στη Σταθεροποίηση.

### ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ή / και ΓΙΑ ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να πραγματοποιηθεί μια στοχευμένη παρέμβαση διακοπής καπνίσματος, επικεντρωμένη στους κύριους φροντιστές (μητέρα-πατέρα) των νεογνών που νοσηλεύονται στη ΜΕΝΝ και στη Σταθεροποίηση. Να περιοριστεί η πιθανότητα υποτροπής του καπνίσματος μετά τον τοκετό, να ελαχιστοποιηθεί η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα των νεογνών που νοσηλεύονται στη ΜΕΝΝ και στη Σταθεροποίηση και να διατηρηθεί το οικιακό περιβάλλον χωρίς καπνό. Ενώ ταυτόχρονα να προσδιοριστεί η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης διακοπής καπνίσματος στους κύριους φροντιστές που νοσηλεύονται στις ΜΕΝΝ και να συγκριθεί με αυτή των νεογνών στη Σταθεροποίηση..

Με τη συμμετοχή σας στο ερευνητικό πρόγραμμα καλείστε να δώσετε πληροφορίες για την εξάρτησή σας από τη νικοτίνη. Ενώ ταυτόχρονα καλείστε να αναφέρετε και το ιστορικό σας για διακοπή και υποτροπή του καπνίσματος. Τα στοιχεία σας αυτά θα ληφθούν υπόψη στην ερευνητική μας εργασία ανώνυμα, ώστε μέσω της ανάλυσης τους να αποφέρουν το αποτέλεσμα που αναζητάμε.

Τα έντυπα που καλείστε να συμπληρώσετε στον αριθμό είναι τρία(3) και διατίθενται από την 1<sup>η</sup> έως την 4<sup>η</sup> ημέρα ζωής. Ενώ το τηλέφωνό σας έχει ζητηθεί για να επικοινωνήσουμε μαζί σας 20 ημέρες μετά ώστε να διενεργηθεί το follow up στο οικιακό περιβάλλον του νεογνού.

Αποτελέσματα σχετικά με τις αναλύσεις των δεδομένων θα χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς χωρίς όμως να λαμβάνετε εσείς τα αποτελέσματα.

Οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν θα παραμείνουν εμπιστευτικές και ανώνυμες και η επεξεργασία τους θα γίνεται μόνο από τα μέλη του ερευνητικού προγράμματος.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και έχετε το δικαίωμα να αποσύρετε τη συναίνεσή σας και να μην χρησιμοποιηθούν τα δεδομένα σας οποτεδήποτε επιθυμείτε.

Το παρόν έντυπο θα υπογράφεται σε δύο αντίτυπα ώστε το ένα να παραδίδεται σε εσάς. Για οποιεσδήποτε ερωτήσεις-απορίες θα σας δοθεί όσος χρόνος χρειαστεί για διευκρινήσεις, καθώς επίσης μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας στα κάτωθι στοιχεία επικοινωνίας.

Επίθετο		Όνομα	
Υπογραφή		Ημερομηνία	
Τηλέφωνα επικοινωνίας			

## ΕΝΤΥΠΙΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας

(τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 4 σελίδες)

Σύντομος τίτλος του ερευνητικού προγράμματος που πρέπει να συμμετάσχετε
Παρέμβαση διακοπής καπνίσματος σε γονείς των οποίων τα νεογνά τους νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών και στη Σταθεροποίηση.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμβολή και το χρόνο σας.

Με εκτίμηση,

Δεληβελιώτη Σοφία/Κουλεντιανού Διαμάντω.

Μαίες στο ΓΝΑλεξάνδρας.

Μεταπτυχιακές φοιτήτριες στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.

Τμήμα Μαιευτικής.

[delivelioti@yahoo.gr](mailto:delivelioti@yahoo.gr), Τηλ 6976880342

[mantokoulientianou80@gmail.com](mailto:mantokoulientianou80@gmail.com), Τηλ 6946740787

Δηλώνω υπεύθυνα ότι μελέτησα και κατανόησα τις παραπάνω πληροφορίες και συναινώ να συμπεριληφθώ σε αυτή την ερευνητική μελέτη.

Επίθετο		Όνομα	
Υπογραφή		Ημερομηνία	
Τηλέφωνα επικοινωνίας			

## ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Χαρακτηριστικά των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα:

1. Ηλικία

- <24
- 25-29
- 30-34
- 35-39
- >40

2. Φύλο

- Γυναίκα
- Άνδρας

3. Εθνικότητα

- Ελληνική
- Άλλο

4. Επίπεδο εκπαίδευσης

- Γυμνάσιο-Λύκειο
- Πτυχίο
- Μεταπτυχιακό
- Διδακτορικό

5. Κατοικία

- Αστική περιοχή
- Αγροτική περιοχή

6. Οικογενειακή κατάσταση

- Έγγαμος/η
- Άγαμος/η

7. Έχετε άλλα τέκνα

- Ναι
- Όχι

8. Επάγγελμα

- Οικιακά
- Φοιτητής-τρια
- Ιδ. Υπάλληλος
- Δημ. Υπάλληλος
- Άνεργος-η
- Ελεύθερος επαγγελματίας

9. Οικονομική κατάσταση

- Κακή
- Μέτρια
- Καλή
- Πολύ καλή

10. Ιστορικό αποβολών

- Ναι
- Όχι

11. Ιστορικό χρόνιων παθήσεων

- Ναι
- Όχι

## Κλίμακα Λοχειακής Κατάθλιψης του Εδιμβούργου [EPDS]

### **ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΤΕΛΕΥΤΙΑΣ ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ:**

#### **1. Μπορούσα να γελάω και να βλέπω την αστεία πλευρά των πραγμάτων**

Τόσο, όσο μπορούσα πάντα	(0)
Όχι πάρα πολύ πια	(1)
Σίγουρα όχι και τόσο πια	(2)
Καθόλου	(3)

#### **2. Προσδοκούσα διάφορα πράγματα με ευχαρίστηση**

Τόσο, όσο μου συνέβαινε πάντα	(0)
Κάπως λιγότερο από προηγουμένως	(1)
Σίγουρα λιγότερο από προηγουμένως	(2)
Καθόλου	(3)

#### **3. Κατηγορούσα χωρίς λόγο τον εαυτό μου για ό,τι πήγαινε στραβά**

Ναι, τον περισσότερο καιρό	(3)
Ναι, αρκετά συχνά	(2)
Όχι πολύ συχνά	(1)
Όχι, καθόλου	(0)

#### **4. Ήμουν αγχωμένη ή ανήσυχη χωρίς συγκεκριμένο λόγο**

Όχι, καθόλου	(0)
Σπάνια	(1)
Ναι, μερικές φορές	(2)
Ναι, πολύ συχνά	(3)

**5. Ένωθα φόβο πανικό χωρίς σπουδαίο λόγο**

Ναι, πολύ συχνά	(3)
Ναι, μερικές φορές	(2)
Όχι πολύ	(1)
Όχι, καθόλου	(0)

**6. Δεν μπορούσα να ανταποκριθώ στις υποχρεώσεις μου**

Ναι, τον περισσότερο καιρό δεν μπορούσα καθόλου να ανταπεξέλθω	(3)
Ναι, μερικές φορές δεν τα κατάφερα τόσο καλά όσο παλιά	(2)
Όχι, τον περισσότερο καιρό τα κατάφερα αρκετά καλά	(1)
Όχι, τα κατάφερα τόσο καλά όπως πάντα	(0)

**7. Ήμουν τόσο κακόκεφη που είχα δυσκολία στον ύπνο**

Ναι, τον περισσότερο καιρό	(3)
Ναι, μερικές φορές	(2)
Όχι, πολύ συχνά	(1)
Όχι, καθόλου	(0)

**8. Ένωθα θλιμμένη ή δυστυχισμένη**

Ναι, τον περισσότερο καιρό	(3)
Ναι, αρκετά συχνά	(2)
Όχι πολύ συχνά	(1)
Όχι, καθόλου	(0)

**9. Ήμουν τόσο κακόκεφη που έκλαιγα**

Ναι, τον περισσότερο καιρό	(3)
Ναι, αρκετά συχνά	(2)
Μόνο μερικές φορές	(1)
Όχι, καθόλου	(0)

**10. Μου πέρασε η σκέψη να κάνω κακό στον εαυτό μου**

Ναι, αρκετά συχνά	(3)
Μερικές φορές	(2)
Σχεδόν ποτέ	(1)
Ποτέ	(0)

**ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ**

# ΤΙΤΑΝ CΡΕΤΕ

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΦΟΡΜΑ  
ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΕΠΩΣΙΑ ΑΣΘΕΝΗΣ

Επίκληση	Ημερομηνία
<p>Όχι καπνιστής</p> <p>Αποφασιστικά _____</p> <p>Εάν κάπνισα από την ηλικία που θυμάμαι, πόσο το πρώτο σας πακέτο</p> <p>Εάν κάπνισα για σας, να πείτε από το πόσο καιρό, σε πόσους όillos απορροφήσατε</p> <p>Καπνίζετε για τη δουλειά, το σπίτι</p> <p>Καπνίζετε, ακόμα κι όταν είναι άρρωστος/ή</p> <p>Και τη διάρκεια της ημέρας, ποιο πακέτο και, και σε πόσο και για πόσο καιρό, π.χ. το πρώτο πακέτο θυμάστε (1 μολύβι το φύλλο)</p>	<p>Ποσότητα πακέτων/ημέρας (π.χ.)</p> <p>10 ή λιγότερα = 0 11-20 = 1 21-30 = 2 31 ή περισσότερα = 3</p> <p>σε διάρκεια 3 μηνών</p> <p>0-20 πακέτα = 2 21-40 πακέτα = 1 &gt;40 πακέτα = 0</p> <p>Ναι = 1 Όχι = 0</p> <p>Ναι = 3 Όχι = 0</p> <p>Ναι = 1 Όχι = 0</p> <p>3 ημερες της ημέρας Προσθήκη 0,5 = 0,5</p>
<b>Συνολικό σκορ</b>	
<b>1-2+ μικρή εξάρτηση, 3-4+ μικρή κρού, μέτρια εξάρτηση, 5-7+ μέτρια εξάρτηση, 8+ μεγάλη εξάρτηση</b>	
<p>Ιστορικό ψυχικής υγείας</p> <p>Πολύ ή μέτρια ιστορική από</p> <p>Υπάρχουν Άλλες καταστάσεις, στο σπίτι</p>	<p><input type="checkbox"/> Ναι/ν</p> <p><input type="checkbox"/> Κατά μέτρον</p> <p><input type="checkbox"/> Μήδυνα</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι → Όχι: Για πόσο</p>
<p>Ιστορικό διακοπής &amp; υποτροπής</p> <p>Έχετε προσπαθήσει να διακόψετε το κάπνισμα κατά τα παρελθόν</p> <p>Πώς (προσπαύσατε να καπνίζετε πάλι, (άλως υποτροπή)</p> <p>Έχετε χρησιμοποιήσει φάρμακα για να διακόψετε το κάπνισμα κατά τα παρελθόν</p> <p>Υπάρχει υποτροπή στο προηγούμενο χρόνο, φαρμακευτικά</p>	<p><input type="checkbox"/> Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Κατά μέτρον (Χρόνος)</p> <p><input type="checkbox"/> Κατά μέτρον (Χρόνος)</p> <p><input type="checkbox"/> Άλλο _____</p> <p><input type="checkbox"/> Φάρμακα υποστηρίχθηκε</p> <p><input type="checkbox"/> Φάρμακα υποστηρίχθηκε</p> <p><input type="checkbox"/> Φάρμακα</p> <p><input type="checkbox"/> Φάρμακα</p> <p><input type="checkbox"/> Φάρμακα</p> <p><input type="checkbox"/> Φάρμακα</p> <p><input type="checkbox"/> Φάρμακα</p>
<p>Κλίση</p> <p>Πώς θέλετε να διακόψετε το κάπνισμα, αυτή τη στιγμή</p> <p>Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σημαντικό είναι για σας να διακόψετε το κάπνισμα</p> <p>Σε μια κλίμακα από το 1-10, πόσο σημαντικό είναι να υποφέρετε να διακόψετε το κάπνισμα</p>	<p><input type="checkbox"/> Ναι</p> <p><input type="checkbox"/> Κατά μέτρον</p> <p><input type="checkbox"/> Άλλο _____</p> <p><input type="checkbox"/> Αύγουστο</p> <p><input type="checkbox"/> Σεπτέμβριο</p> <p><input type="checkbox"/> Οκτώβριο</p> <p><input type="checkbox"/> Νοέμβριο</p> <p><input type="checkbox"/> Δεκέμβριο</p> <p><input type="checkbox"/> Ιανουάριο</p> <p><input type="checkbox"/> Φεβρουάριο</p> <p><input type="checkbox"/> Μάρτιο</p> <p><input type="checkbox"/> Απρίλιο</p> <p><input type="checkbox"/> Μαΐιο</p> <p><input type="checkbox"/> Ιούνιο</p> <p><input type="checkbox"/> Ιούλιο</p> <p><input type="checkbox"/> Αύγουστο</p> <p><input type="checkbox"/> Σεπτέμβριο</p> <p><input type="checkbox"/> Οκτώβριο</p> <p><input type="checkbox"/> Νοέμβριο</p> <p><input type="checkbox"/> Δεκέμβριο</p> <p><input type="checkbox"/> Ιανουάριο</p> <p><input type="checkbox"/> Φεβρουάριο</p> <p><input type="checkbox"/> Μάρτιο</p> <p><input type="checkbox"/> Απρίλιο</p> <p><input type="checkbox"/> Μαΐιο</p> <p><input type="checkbox"/> Ιούνιο</p> <p><input type="checkbox"/> Ιούλιο</p> <p><input type="checkbox"/> Αύγουστο</p> <p><input type="checkbox"/> Σεπτέμβριο</p> <p><input type="checkbox"/> Οκτώβριο</p> <p><input type="checkbox"/> Νοέμβριο</p> <p><input type="checkbox"/> Δεκέμβριο</p>
<p>Φυσική κατάσταση</p> <p>Ηλικία _____</p>	<p>Συνολικό ΣΚ _____</p> <p>Παύση Καπνίσματος _____</p>

© 2018 University of Illinois at Chicago. All rights reserved. Smoking cessation program materials adapted with permission of the University of Illinois at Chicago.



