

# ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ ΣΥΝΗΘΕΙΑ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΓΙΩΤΑΚΗΣ\* , ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΔΟΥΖΕΝΗΣ\*\*, ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΤΣΕΛΕΜΠΗΣ\*, ΑΡΓΥΡΩ ΠΑΧΗ\*, ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΣ\*, ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ ΜΠΡΑΤΗΣ\*, ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΟΥΣΣΑΣ\* , ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΚΑΡΚΑΝΙΑΣ\*

## Περίληψη

Η Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη αναλογία καπνιστών μεταξύ των χωρών της Δυτικής Ευρώπης με ποσοστό 37,6% και τον υψηλότερο αριθμό κατανάλωσης τσιγάρων κατ' άτομο ανάμεσα στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αναδείξει το πρόβλημα της καπνιστικής συνήθειας σε επαγγελματίες υγείας, αλλά και να εξετάσει την συμβολή ψυχολογικών παραγόντων στη διατήρηση και τη διακοπή του καπνίσματος. Στο δείγμα της μελέτης συμπεριελήφθησαν 104 επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι επιλέχθηκαν με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας από τους καταλόγους του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους (φύλο, ηλικία), το εάν καπνίζουν ή όχι, και εφόσον καπνίζουν, ο ημερήσιος αριθμός τσιγάρων, και η ύπαρξη επιθυμίας ή προσπάθειας για τη διακοπή του. Στη συνέχεια κλήθηκαν να συμπληρώσουν την κλίμακα ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist 90 και το ερωτηματολόγιο εκτίμησης εξάρτησης από την νικοτίνη (κλίμακα Fagerstrom). Το 52% του δείγματος δήλωναν καπνιστές, ενώ 48% όχι. Από τους καπνιστές, ποσοστό 50% επιθυμούσε να διακόψει το κάπνισμα. Οι καπνιστές που επιθυμούσαν να διακόψουν το κάπνισμα ήταν αυτοί που παρουσίασαν υψηλότερες τιμές σωματοποίησης, άγχους, κατάθλιψης και θυμού. Η ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων, στο σύνολο των καπνιστών, φαίνεται να παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την καταναναγκαστικότητα, την διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, το άγχος, αλλά και τον θυμό, τον παρανοειδή ιδεασμό και τον ψυχωτισμό. Συμπερασματικά, το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που εξακολουθούν να καπνίζουν παραμένει υψηλό. Ενδιαφέρον και ελπιδοφόρο, ωστόσο, παρουσιάζεται το γεγονός πως ένας στους δύο καπνιστές επιθυμεί να διακόψει το κάπνισμα. Η ομάδα των καπνιστών που επιθυμεί να διακόψει το κάπνισμα διαφοροποιείται σε ψυχολογικό επίπεδο από τον υπόλοιπο πληθυσμό.

## Εισαγωγή

### Η Ιστορία του Καπνίσματος

Ξεκινώντας μια μελέτη για την συνήθεια του καπνίσματος θεωρούμε σημαντικό, με περιληπτικό τρόπο, να

αναφερθούμε στις κατά καιρούς απόψεις και διαμάχες που επικράτησαν γύρω από το θέμα.

Η εισαγωγή του καπνού γίνεται στην Ευρώπη τον 16 αιώνα από την Αμερική, όπου οι ιθαγενείς Ινδιάνοι συνήθιζαν να καπνίζουν σε συγκεκριμένες περιστάσεις, μέσω τελετουργικών διαδικασιών. Η εισοδος του καπνού στην Ευρώπη συνοδεύεται και από τις πρώτες εκστρατείες εναντίον του. Στα 1627 ο Johan Joachin Von Rusdorf στρέφεται εναντίον του καπνού, αποκαλώντας τον κολαστήριο, ενώ την ίδια γνώμη φαίνεται να έχει και ο συγγραφέας Moschevoshi, ο οποίος το 1640 μιλάει για δαιμονισμένο καπνό. Το 1611 η Ελβετία, όπως και άλλες χώρες, απαγορεύει τη χρήση του καπνού. Ποινές και αστυνομικά μέτρα παίρνονται με σκοπό το σταμάτημα της εξάπλωσης του καπνίσματος. Ωστόσο, επιστήμονες της εποχής του 17ου - 18ου αιώνα «ανακαλύπτουν» ότι ο καπνός έχει την ιδιότητα να αποξηραίνει το σώμα από υγρά που προκαλούν παθήσεις όπως την υδρωπικία, τις υγρές πνευμονικές παθήσεις κλπ. Στη Γαλλία, το 1700, στις ευμενείς επιδράσεις του τσιγάρου συγκαταλέγονται η αύξηση της κριτικής ικανότητας, η καθαρότητα σκέψης, το δυνάμωμα της ψυχής, η μείωση της ερωτικής ζωής ώστε το άτομο να στρέφεται σε πνευματικές δραστηριότητες. Η νομιμοποίηση όμως του καπνίσματος δεν φαίνεται να ήταν αποτέλεσμα των «επιστημονικών» απόψεων της εποχής, αλλά των προσδοκώμενων οικονομικών επιπτώσεων από το εμπόριο του καπνού [1-3].

### Κάπνισμα σε Επαγγελματίες Υγείας

Η σχέση μεταξύ επαγγελματιών υγείας και καπνίσματος αρχίζει να διερευνάται τις τελευταίες δεκαετίες σε αγγλοσαξονικές χώρες, ιδιαίτερα σε νοσηλευτικό προσωπικό [4-6], ενώ διεθνείς έρευνες σε 21 χώρες προτείνουν πως η καπνιστική συνήθεια είναι υψηλή σε μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών [7].

Σε Έλληνες επαγγελματίες υγείας η καπνιστική συνήθεια φαίνεται να αγγίζει το 40-50% σε ιατρικό προσωπικό [8-9] ενώ για νοσηλευτές, το αντίστοιχο ποσοστό φαίνεται να είναι κοντά στο 45% [10].

Οι μελέτες για τον έλεγχο των ψυχολογικών παραμέτρων που σχετίζονται με την διατήρηση της καπνιστικής συνήθειας, τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και σε επαγγελματίες υγείας περιορίζονται στη διερεύνηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης [8, 10]. Υπάρχουν μελέτες στις οποίες ανευρίσκεται σχέση μεταξύ της αγχώδους και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και του καπνίσματος.

Ωστόσο, δεν υπάρχουν ανάλογες αναφορές σε σχέση με άλλες ψυχολογικές παραμέτρους σε επαγγελματίες υγείας, όπως τα ψυχαναγκαστικά ή ακόμα και τα ψυχωτικά

\* Ψυχιατρικός Τομέας, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», Αθήνα, Ελλάδα

\*\* Β' Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αττικό Νοσοκομείο, Αθήνα, Ελλάδα

χαρακτηριστικά που έχουν μελετηθεί σε κλινικούς πληθυσμούς, σε σχέση με το κάπνισμα [11].

Ο καθορισμός και άλλων παραμέτρων, που συντελούν στη διατήρηση της καπνιστικής συνήθειας, θα βοηθήσει στη κατανόηση αλλά και στην προσπάθεια παρέμβασης για τη διακοπή του καπνίσματος.

### Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αναδείξει το πρόβλημα της καπνιστικής συνήθειας σε επαγγελματίες υγείας, αλλά και να εξετάσει την συμβολή ψυχολογικών παραγόντων στο κάπνισμα.

Συγκεκριμένα, στόχοι της μελέτης είναι :

- α) Η ανεύρεση του ποσοστού καπνιστών σε άτομα που γνωρίζουν, λόγω της εκπαίδευσής τους και της επαγγελματικής ιδιότητάς τους, τις επιπτώσεις του καπνίσματος.
- β) Η ανεύρεση ποσοτικής και ποιοτικής διαφοροποίησης των ψυχολογικών χαρακτηριστικών μεταξύ ατόμων που δεν καπνίζουν, ατόμων που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα και ατόμων που συνεχίζουν να καπνίζουν και δεν ενδιαφέρονται να διακόψουν.
- γ) Η ανεύρεση σχέσεων μεταξύ των ψυχολογικών παραμέτρων και του βαθμού εξάρτησης από την νικοτίνη.

### Υλικό-Μέθοδος

Η μελέτη διεξήχθη στο Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία».

Συμπεριελήφθησαν 104 επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι επιλέχθηκαν με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας από τους καταλόγους του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους (φύλο, ηλικία), το εάν καπνίζουν ή όχι, και εφόσον καπνίζουν, ο ημερήσιος αριθμός τσιγάρων, και η ύπαρξη επιθυμίας ή προσπάθειας για τη διακοπή του.

Στη συνέχεια κλήθηκαν να συμπληρώσουν την κλίμακα ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist 90 – R (SCL 90 – R) [12] και το ερωτηματολόγιο εκτίμησης εξάρτησης από την νικοτίνη (κλίμακα Fagerstrom).

Η κλίμακα SCL 90 - R είναι μια ευρέως χρησιμοποιούμενη αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα, η οποία περιλαμβάνει 90 θέματα, βαθμολογούμενα από 0 έως 4, που περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις. Τα 90 αυτά θέματα ομαδοποιούνται σε 9 μείζονες συμπτωματολογικές διαστάσεις – υποκλίμακες, οι οποίες είναι οι ακόλουθες:

1. Σωματοποίηση: αιτιάσεις που αφορούν σωματική δυσλειτουργία.
2. Ψυχαναγκαστικότητα- Καταναγκαστικότητα: απηχεί το αντίστοιχο κλινικό σύνδρομο
3. Διαπροσωπική Ευαισθησία: αιτιάσεις ανεπάρκειας, κατωτερότητας και αυτουποτίμησης σε σύγκριση και σε σχέση με τους άλλους.
4. Κατάθλιψη
5. Άγχος
6. Θυμός - Επιθετικότητα: εκδηλώσεις και αισθήματα θυμού και επιθετικότητας.

7. Φοβικό Άγχος: απηχεί το αγοραφοβικό σύνδρομο.
8. Παρανοειδής Ιδεασμός: αιτιάσεις και συμπεριφορές που αντιπροσωπεύουν παρανοειδή τρόπο σκέψης.
9. Ψυχωτισμός: αντιπροσωπεύει μια σύμμιξη των συμπτωμάτων «Α τάξης» της σχιζοφρένειας με χαρακτηριστικά κυρίως στοιχεία αλλοτρίωσης και απόστασης στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Η κλίμακα έχει σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό [13] και έχει χρησιμοποιηθεί σε άλλες μελέτες [14]. Η εγκυρότητα κριτηρίου είναι ικανοποιητική, ενώ έχει διαπιστωθεί ικανοποιητική συγκλίνουσα εγκυρότητα, με σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI [13].

Το ερωτηματολόγιο εκτίμησης εξάρτησης από την νικοτίνη (κλίμακα Fagerstrom) είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο και περιλαμβάνει έξι ερωτήσεις. Μπορεί να πάρει βαθμολογίες από 0 έως 10. Βαθμολογία 7-10 αντιπροσωπεύει σημαντικό βαθμού εξάρτηση από την νικοτίνη, ενώ τιμές από 0-3 δείχνουν πολύ μικρή εξάρτηση [15,16]. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει θετική συσχέτιση με βιοχημικούς δείκτες της εξάρτησης από τη νικοτίνη, όπως το εκπνεόμενο μονοξειδίο του άνθρακα, και έχει χρησιμοποιηθεί σε ελληνικό πληθυσμό [17].

Η επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

Το επίπεδο σημαντικότητας ήταν  $\alpha=0,05$  (2-tailed).

### Αποτελέσματα

Στο δείγμα περιελήφθησαν 45 (43,3%) άνδρες και 59 (56,7%) γυναίκες. Το 52% του δείγματος δήλωναν καπνιστές, ενώ 48% όχι. Από τους καπνιστές, ποσοστό 50% (N=27) επιθυμούσε να διακόψει το κάπνισμα. Ο μέσος όρος ηλικίας και η καπνιστική συνήθεια του δείγματος παρουσιάζεται στον πίνακα 1.

Η ομάδα του δείγματος που επιθυμούσε να διακόψει το κάπνισμα παρουσίασε μεγαλύτερο μέσο όρο ηλικίας, έναντι των καπνιστών που δεν επιθυμούσαν να διακόψουν, όσο και έναντι των μη καπνιστών (Bonferoni ,ANOVA test  $p<0.05$  ). Η ίδια ομάδα παρουσίασε μεγαλύτερη ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων, αλλά και κάπνιζε περισσότερα έτη από τους καπνιστές που δεν είχαν πρόθεση να διακόψουν το κάπνισμα (T test  $p<0,05$ , πίνακας 1).

Ως προς φύλο, δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια αριθμητική υπεροχή ανάμεσα στις τρεις ομάδες (test  $\chi^2 p>0.05$ , πίνακας 2). Στην ομάδα των καπνιστών, ο γυναικείος πληθυσμός δεν φάνηκε να παρουσιάζει στατιστική διαφορά, τόσο ως προς την ηλικία, όσο και ως προς τον αριθμό ημερησίας κατανάλωσης τσιγάρων αλλά και των συνολικών ετών καπνίσματος (T-test  $p>0.05$ ,). Στην ομάδα των μη καπνιστών, επίσης δεν παρουσιάστηκε στατιστική διαφορά στο μέσο όρο ηλικίας ως προς το φύλο (T-test  $p>0.05$ ).

Στην κλίμακα Fagerstrom ο μέσος όρος για την ομάδα των καπνιστών ήταν  $4,39\pm 3,0$ . Οι άνδρες καπνιστές παρουσίασαν στην κλίμακα Fagerstrom μέσο όρο  $5,08\pm 3,29$  έναντι  $3,79\pm 2,65$ , διαφορά όμως που δεν ήταν στατιστικά σημαντική (T-test  $p>0.05$ ). Αντίθετα, οι καπνιστές που επιθυμούσαν να διακόψουν το κάπνισμα παρουσίασαν

υψηλότερες τιμές ( $5.3 \pm 2.83$ ) στην ίδια κλίμακα έναντι των καπνιστών που δεν επιθυμούσαν ( $3,48 \pm 2,95$ , T-test  $p < 0.05$ ).

Ο μέσος όρος των κλιμάκων της SCL 90-R παρουσιάζεται στον πίνακα 3. Στο σύνολο του δείγματος, στατιστικά υψηλότερη τιμή στην κλίμακα της σωματοποίησης παρουσίασε ο γυναικείος πληθυσμός (T-test  $p < 0.05$ , πίνακας 4).

Ως προς τις καπνιστικές συνήθειες του δείγματος, το σύνολο των καπνιστών παρουσίασε υψηλότερες τιμές άγχους ( $0,74 \pm 0,5$  VS  $0,40 \pm 0,35$ ) και κατάθλιψης ( $0,85 \pm 0,59$  VS  $0,61 \pm 0,53$ ) έναντι των μη καπνιστών (T-test  $p < 0.05$ ), ενώ δεν υπήρχε διαφορά στις υπόλοιπες κλίμακες (T-test  $p > 0.05$ ).

Οι καπνιστές που επιθυμούσαν να διακόψουν το κάπνισμα ήταν αυτοί που παρουσίασαν υψηλότερες τιμές σωματοποίησης, άγχους, κατάθλιψης και θυμού (Bonferoni, ANOVA test  $p \leq 0.01$ , πίνακας 3).

Η ηλικία των καπνιστών παρουσίασε θετική συσχέτιση με τα έτη καπνίσματος, τον αριθμό των ημερησίων τσιγάρων, την κλίμακα εξάρτησης, αλλά και το φοβικό άγχος (Pearson correlation  $p < 0.05$ , πίνακας 5).

Η ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων, στο σύνολο των καπνιστών, φαίνεται να παρουσιάζει θετική συσχέτιση με τις περισσότερες κλίμακες της SCL 90 - R. Συγκεκριμένα παρουσίασε θετική συσχέτιση με την καταναγκαστικότητα, την διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, το άγχος, αλλά και τον θυμό, τον παρανοειδή ιδεασμό και τον ψυχωτισμό (Pearson correlation  $p < 0.05$ , πίνακας 5). Οι κλίμακες της SCL 90 - R παρουσίασαν μεταξύ τους θετική συσχέτιση (Pearson correlation  $p < 0.05$ , πίνακας 5).

## Συζήτηση

Μια δεκαετία μετά τις πρώτες μελέτες [7-9] για την καπνιστική συνήθεια σε έλληνες επαγγελματίες υγείας και τα αυστηρότερα νομοθετικά πλαίσια για την χρήση καπνού, δεν φαίνεται να μεταβάλλεται η καπνιστική συνήθειά τους. Συγκεκριμένα, ένας στους δύο επαγγελματίες εξακολουθούν να καπνίζουν. Παράλληλα, ο γυναικείος πληθυσμός φαίνεται πως έχει υιοθετήσει τις καπνιστικές συνήθειες του ανδρικού πληθυσμού αλλά και την ίδια εξαρτητική συμπεριφορά.

Ενδιαφέρον και ελπιδοφόρο ωστόσο παρουσιάζεται το γεγονός πως ένας στους δύο καπνιστές θέλει να σταματήσει το κάπνισμα. Ωστόσο, θα πρέπει να παρατηρήσουμε πως η ομάδα των καπνιστών που θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα διαφοροποιούνται σε ψυχολογικό επίπεδο από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Συγκεκριμένα, παρουσίασαν υψηλότερες τιμές στις κλίμακες σωματοποίησης, άγχους, κατάθλιψης και θυμού. Θα μπορούσε να ειπωθεί πως πρόκειται για μια ομάδα καπνιστών που βιώνουν δυσφορικά την εξάρτησή τους από τον καπνό αν και η υπόθεση αυτή θα πρέπει να διερευνηθεί με διαφορετικού τύπου μελέτες. Το γεγονός ότι πρόκειται για καπνιστές μεγαλύτερης ηλικίας ενδέχεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο.

Η ύπαρξη ισχυρής συσχέτισης μεταξύ καταναγκαστικότητας, διαπροσωπικής ευαισθησίας, κατάθλιψης, άγχους, αλλά και θυμού, παρανοειδούς ιδεασμού και ψυχωτισμού και ημερήσιας κατανάλωσης τσιγάρων, αν και δεν μπορεί να αιτιολογήσει την καπνιστική συνήθεια, μπορεί

να δώσει στις ψυχολογικές παραμέτρους μια κεντρική θέση μεταξύ των παραγόντων που συμβάλουν στη διατήρηση αλλά και την βαρύτητα του καπνίσματος. Η συσχέτιση αυτή δεν επιτρέπει σε καμιά περίπτωση τη διατύπωση αιτιολογικών υποθέσεων, αλλά μάλλον αναδεικνύει μια αλληλεπίδραση μεταξύ παραγόντων. Ίσως το άτομο να αποβλέπει στην άμεση αγχολυτική επίδραση του καπνίσματος ή το κάπνισμα να ενεργοποιεί κάποιους άλλους αγχολυτικούς μηχανισμούς.

## Συμπεράσματα

Η γνώση των πιθανών συνεπειών του καπνίσματος δεν φαίνεται να επηρεάζει την καπνιστική συνήθεια, κατά συνέπεια κάθε πρόγραμμα πρόληψης ή και η ατομική προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος είναι καταδικασμένη σε αποτυχία αν και εφόσον αυτή στηριχτεί αποκλειστικά στη διοχέτευση πληροφοριών για τις επιπτώσεις του τσιγάρου. Από την άλλη, φαίνεται να υπάρχει μια σαφής συσχέτιση μεταξύ άγχους και καπνίσματος. Σε κάθε περίπτωση, η ύπαρξη ή μη αιτιολογικής σχέσης μεταξύ ψυχολογικών χαρακτηριστικών και καπνίσματος θα μπορούσε να τεκμηριωθεί μόνο μέσα από κατάλληλα σχεδιασμένες μελέτες.

Πίνακας 1: Ηλικία, έτη καπνίσματος και αριθμός τσιγάρων

		ΗΛΙΚΙΑ	ΕΤΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΣΙΓΑΡΩΝ
<b>ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ</b>	Mean	34.62	0.00	0.00
	N	50	50	50
	SD	8.30	0.00	0.00
<b>ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ</b>	Mean	35.00	14.17	17.89
	N	27	27	27
	SD	6.66	7.24	9.77
<b>ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΟΥΝ ΝΑ ΔΙΑΚΟΨΟΥΝ</b>	Mean	40.77	20.88	24.62
	N	27	27	27
	SD	9.39	9.65	10.27
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	Mean	36.32	18.05	21.92
	N	104	104	104
	SD	36.32	18.05	21.92

Πίνακας 2: Φύλο και καπνιστική συνήθεια

	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
<b>ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ</b>	20	30	50
<b>ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ</b>	14	13	27
<b>ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΟΥΝ ΝΑ ΔΙΑΚΟΨΟΥΝ</b>	11	16	27
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	45	59	104

Πίνακας 3: Μέσες τιμές (SD) των υποκλιμάκων SCL-90R

		ΣΩΜ	ΚΑΤ/Ψ	Δ.ΕΥ	ΚΑΤ	ΑΓΧ	ΘΥΜ	Φ.ΑΓ	ΠΑΡ.Ι	ΨΥΧ
<b>ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ</b>	Mean	.52	.65	.55	.61	.40	.52	.11	.53	.17
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	SD	.49	.51	.45	.52	.35	.59	.20	.53	.23
<b>ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ ΜΕ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ</b>	Mean	.50	.73	.52	.67	.60	.52	.12	.40	.24
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27
	SD	.44	.62	.53	.56	.56	.57	.26	.50	.44
<b>ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ ΧΩΡΙΣ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ</b>	Mean	.83	.95	.81	1.03	.87	.97	.20	.76	.41
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27
	SD	.53	.63	.61	.56	.55	.79	.26	.73	.46
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	Mean	.59	.75	.61	.73	.57	.64	.14	.56	.25
	N	104	104	104	104	104	104	104	104	104
	SD	.50	.58	.52	.56	.50	.67	.23	.59	.37

ΣΩΜ: Σωματοποίηση, ΚΑΤ/Ψ: Καταναγκαστικότητα - Ψυχαναγκαστικότητα, Δ.ΕΥ: Διαπροσωπική Ευαισθησία, ΚΑΤ: Κατάθλιψη, ΑΓΧ: Άγχος, ΘΥΜ: Θυμός, Φ.ΑΓ: Φοβικό Άγχος, ΠΑΡ.Ι: Παρανοειδής Ιδεασμός, ΨΥΧ: Ψυχωτισμός

Πίνακας 4: Μέσες τιμές (SD) στις υποκλίμακες SCL-90R κατά φύλο

	ΦΥΛΟ	N	Mean	SD
<b>Σωματοποίηση</b>	Άνδρες	45	.46	.43
	Γυναίκες	59	.70	.53
<b>Καταναγκαστικότητα - Ψυχαναγκαστικότητα</b>	Άνδρες	45	.78	.64
	Γυναίκες	59	.72	.53
<b>Διαπροσωπική Ευαισθησία</b>	Άνδρες	45	.57	.50
	Γυναίκες	59	.64	.55
<b>Κατάθλιψη</b>	Άνδρες	45	.66	.52
	Γυναίκες	59	.79	.59
<b>Άγχος</b>	Άνδρες	45	.50	.47
	Γυναίκες	59	.63	.52
<b>Θυμός - Επιθετικότητα</b>	Άνδρες	45	.54	.55
	Γυναίκες	59	.71	.74
<b>Φοβικό Άγχος</b>	Άνδρες	45	.12	.25
	Γυναίκες	59	.15	.22
<b>Παρανοειδής Ιδεασμός</b>	Άνδρες	45	.48	.54
	Γυναίκες	59	.61	.62
<b>Ψυχωτισμός</b>	Άνδρες	45	.23	.38
	Γυναίκες	59	.26	.37

**Πίνακας 5:** Συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων της SCL-90R, της κλίμακας Fagerstrom, των ετών καπνίσματος, του αριθμού ημερήσιας κατανάλωσης τσιγάρων και της ηλικίας των συμμετεχόντων.

		Ηλικία	ΕΤ	ΑΤ	ΣΩΜ	ΚΑΤ/Ψ	Δ.ΕΥ	ΚΑΤ	ΑΓΧ	ΘΥΜ	Φ.ΑΓ	ΠΑΡ.Ι	ΨΥΧ
Έτη Καπνίσματος (ΕΤ)	r	.916											
	p	.000											
Αριθμός Τσιγάρων (ΑΤ)	r	.289	.356										
	p	.034	.008										
Σωματοποίηση (ΣΩΜ)	r	.146	.083	.133									
	p	.293	.549	.338									
Καταναγκαστικότητα - Ψυχαναγκαστικότητα (ΚΑΤ/Ψ)	r	.024	.039	.363	.580								
	p	.861	.781	.007	.000								
Διαπροσωπική Ευαισθησία (Δ.ΕΥ)	r	.020	.012	.339	.520	.566							
	p	.885	.933	.012	.000	.000							
Κατάθλιψη (ΚΑΤ)	r	.054	.019	.310	.736	.747	.649						
	p	.697	.893	.023	.000	.000	.000						
Άγχος (ΑΓΧ)	r	.127	.085	.314	.701	.631	.587	.849					
	p	.359	.543	.021	.000	.000	.000	.000					
Θυμός (ΘΥΜ)	r	-.024	-.054	.270	.441	.561	.629	.610	.646				
	p	.865	.700	.048	.001	.000	.000	.000	.000				
Φοβικό Άγχος (Φ.ΑΓ)	r	.271	.277	.263	.390	.483	.453	.446	.563	.241			
	p	.047	.042	.055	.004	.000	.001	.001	.000	.080			
Παρανοειδής Ιδεασμός (ΠΑΡ.Ι)	r	+.040	.008	.470	.361	.526	.763	.574	.578	.679	.287		
	p	.774	.955	.000	.007	.000	.000	.000	.000	.000	.035		
Ψυχωπισμός (ΨΥΧ)	r	.113	.068	.379	.309	.463	.617	.472	.527	.558	.642	.594	
	p	.417	.627	.005	.023	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
Fagerstrom	r	.311	.366	.423	.130	.089	-.206	.121	.068	-.142	-.085	-.115	-.080
	p	.022	.006	.001	.351	.524	.135	.385	.626	.306	.543	.409	.565

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Stolberg VB. A cross-cultural and historical survey of tobacco use among various ethnic groups. *J Ethn Subst Abuse*, 2007; 6(3-4):9-80.
2. Mulder WJ. Smoking and doctors: from "therapeutic panacea" to "tobacco use discouragement in the individual". *Ned Tijdschr Geneeskd*, 2008; 152(26):1485-8.
3. Παπαγεωργίου Ε (1990). Εξαρτήσεις στη ζωή μας: Το κάπνισμα. Αθήνα: Πασχαλίδης.
4. Cantin, B., Mitcell, M. Nurses' smoking behaviour. *Can Nurse*, 1989; 85: 20-31.
5. Cooreman, J., Peters, S., Levallois, M., Marsac, J. Smoking among hospital nurses. *Am J Public Health*, 1989; 79: 782.
6. Schwartz- Barcott, D, Schwartz, TP. Are nurses healthier and happier than the general public? *Nurs Forum*, 1990; 25(4): 19-24, 34.
7. Adriaanse, H., Van-Reek, J., Zanbelt, L., Evers, G. Nurses' smoking worldwide. *Int J Nurs Stud*, 1991; 28: 361-75.
8. Tselebis, A., Papaleftheris, E., Balis, E., Theotoka, I., Ilias, I. Smoking related to anxiety and depression in Greek medical staff. *Psychol Rep*, 2003; 92(2): 529-32.
9. Sotiropoulos, A., Gikas, A., Spanou, E., Dimitrellos, D., Karakostas, F., Skliros, E., Apostolou, O., Politakis, P., Pappas, S. Smoking habits and associated factors among Greek physicians. *Public Health*, 2007; 121(5): 333-40.
10. Tselebis, A., Panaghiotou, A., Theotoka, I., Ilias, I. Nursing staff anxiety versus smoking habits. *Int J Nurs Pract*, 2001; 7(3): 221-3.
11. Tsoi, D.T., Porwal, M., Webster, A.C. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010; 16(6): CD007253.
12. Derogatis, L.R. (1977). *The SCL-90 Manual I. Scoring, Administration and Procedures for the SCL-90*. Baltimore, MD: John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.
13. Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α., Μάνος, Ν. Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom checklist 90-R σε ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, 1991; 2: 42-48.
14. Tselebis A, Bratis D, Kosmas E, Harikiopoulou M, Theodorakopoulou E, Dumitru S, Moussas G, Karkanias A, Ilias I, Siafakas N, Vgontzas A, Tzanakis N. Psychological symptom patterns and vital exhaustion in outpatients with chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Gen Psychiatry*, 2011; 10:32
15. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav*. 1978; 3(3-4): 235-41.
16. Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*. 1989; 12(2):159-82.
17. Χ.Χατζόγλου, Κ.Κατσάνου, Ε.Αποστολίδου, Ε.Γώγου, Η.Μακρής, Σ.Ζαρογιάννης,, Κ.Γουργουλιάνης Κάπνισμα και μέθοδοι αντιμετώπισης. Εμπειρία Ιατρείου Διακοπής Καπνίσματος ΠΠΓΝ Λάρισης Χ. *Interscientific Health Care*, 2009; 1: 21-27.