

## Παρέμβαση για την εκτίμηση και τη βελτίωση των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας στη σύντομη συμβουλευτική για διακοπή καπνίσματος: Το πρόγραμμα B.O.A.T (Brief Opportunistic Advice Training Program for smoking cessation)

Κοκκίνη-Πάσχου Κωνσταντίνα<sup>1</sup>, Παππά Μαρσίντα<sup>2</sup>, Στεριούλα Ζωή<sup>3</sup>

1. Επισκέπτρια Υγείας, MSc Προαγωγή & Αγωγή Υγείας
2. Επισκέπτρια Υγείας, MSc Δημόσια Υγεία
3. Επισκέπτρια Υγείας

Φορέας: Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Προαγωγής & Αγωγής Υγείας της Ιατρικής Σχολής και του Τμήματος Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής & Ψυχολογίας του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών σε σύμπραξη με τα Τμήματα Επισκεπτών/τριών Υγείας και Δημόσιας Υγιεινής του TEI Αθηνών.

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το κάπνισμα είναι η πρώτη προλήψιμη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να συμβάλλουν στον έλεγχο της επιδημίας του καπνίσματος εφαρμόζοντας σύντομη συμβουλευτική στην κλινική πρακτική.

**Σκοπός:** Το πρόγραμμα B.O.A.T υλοποιήθηκε με στόχο την αύξηση των γνώσεων και τη θετικοποίηση των στάσεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη σύντομη συμβουλευτική για διακοπή καπνίσματος. Σκοπός της παρέμβασης είναι η ενίσχυση της πρόθεσης των συμμετεχόντων για εφαρμογή της συμβουλευτικής.

**Υλικό και Μέθοδος:** Το ερευνητικό σχέδιο είναι ημιπειραματικό ισοδύναμων ομάδων με μετρήσεις πριν και μετά την παρέμβαση. Το δείγμα αποτέλεσαν 33 επαγγελματίες υγείας διάφορων ειδικοτήτων. Η παρέμβαση αφορούσε ένα δίωρο εκπαιδευτικό σεμινάριο και διανομή έντυπου υλικού και βασίστηκε στη θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Μετρήθηκαν οι στάσεις, ο υποκειμενικός κανόνας, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος και η πρόθεση των επαγγελματιών υγείας για εφαρμογή συμβουλευτικής για διακοπή καπνίσματος.

**Αποτελέσματα:** Η στατιστική ανάλυση έδειξε αύξηση του αντιλαμβανόμενου ελέγχου στην ομάδα παρέμβασης ( $p=0,031$ ) και αύξηση της πρόθεσής της για εφαρμογή συμβουλευτικής σε σχέση με την ομάδα σύγκρισης ( $p=0,003$ ). Στις μεταβλητές των στάσεων και του υποκειμενικού κανόνα δεν υπήρξε καμία διαφορά μεταξύ και εντός των ομάδων, πριν και μετά την παρέμβαση. Η αξιολόγηση κατέδειξε επίσης αύξηση των γνώσεων στην πειραματική ομάδα.

**Συμπέρασμα:** Η παρούσα μελέτη ενισχύει την υπάρχουσα βιβλιογραφία που υποστηρίζει ότι προγράμματα κατάρτισης επαγγελματιών υγείας σε θέματα συμβουλευτικής για διακοπή καπνίσματος μπορούν να είναι αποτελεσματικά. Σημαντικό αποδεικνύεται το θεωρητικό υπόβαθρο. Μελλοντικά θα πρέπει να επενδυθούν περισσότεροι πόροι και χρόνος για την αύξηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας αντίστοιχων προγραμμάτων.

**Λέξεις Κλειδιά:** Κάπνισμα, συμβουλευτική, επαγγελματίες υγείας, Θεωρία Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς.

**Υπεύθυνος αλληλογραφίας:** Κοκκίνη-Πάσχου Κωνσταντίνα, Επισκέπτρια Υγείας MSc, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, Αντικάλamos Μεσσηνίας TK 24100. E-mail: kokkinikonstantina@yahoo.com και kkokkinh@med.uoa.gr

## Intervention to assess and improve the knowledge and attitudes of health professionals in brief counseling for smoking cessation: The B.O.A.T program (Brief Opportunistic Advice Training Program for smoking cessation)

Kokkini-Paschou Konstantina,<sup>1</sup> Pappa Marsinta,<sup>2</sup> Sterioula Zoi<sup>3</sup>

1. Health Visitor, MSc in Health Promotion & Health Education



2. Health Visitor, MSc in Public Health
3. Health Visitor

*MSc Health Promotion and Health Education- Medical School and Department of Philosophy, Pedagogy and Psychology of National Kapodistrian University of Athens in collaboration with the Health Visitors' and Public Hygiene Department of Technological Institution of Athens.*

## ABSTRACT

Smoking is the leading preventable cause of morbidity and mortality worldwide. Health care professionals can contribute to controlling the epidemic of smoking by applying brief counseling for smoking cessation in clinical practice.

**Purpose:** The program B.O.A.T was implemented to increase knowledge and enhance health professionals' attitudes on the brief counseling for smoking cessation. The purpose of the intervention was to enforce participants' intention to implement counseling.

**Material and Method:** The research project was a pretest-posttest equivalent groups design. The sample consisted of 33 health professionals of various specialties. The intervention consisted of a two-hour training course and distribution of printed material. Attitudes, subjective norm, perceived control and intention of health professionals were measured, regarding the counseling in smoking cessation.

**Results:** Statistical analysis showed an increase of perceived control in the experimental group ( $p = 0.031$ ) and increase of its intention to implement smoking cessation counseling compared to the comparison group ( $p = 0.003$ ). There was no difference between and within groups before and after the intervention for the variables of attitudes and subjective norm. The evaluation also showed an increase of knowledge in the experimental group.

**Conclusion:** This study reinforces the current literature which supports that training health professionals on smoking cessation counseling can be effective. The theoretical background turns out to be important. In the future more time and resources should be invested to increase effectiveness and efficiency of such programs.

**Keywords:** Smoking, counseling, health professionals, theory of Planned Behavior.

**Corresponding Author:** Kokkini-Paschou Konstantina, Health Visitor MSc, General Hospital of Kalamata, Antikalamos Messinias, 24100, Kalamata, Phone number: 6932383400, E-mail: kokkinikonstantina@yahoo.com and kkokkinh@med.uoa.gr

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κάπνισμα είναι η πρώτη προλήψιμη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στον κόσμο. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) εκτιμά ότι το 1/3 του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού, δηλ. 1,1 δισεκατομμύρια άνθρωποι, είναι καπνιστές.<sup>1</sup> Στην Ευρώπη, ο ΠΟΥ εκτιμά ότι το 12,3% των Χρόνων Ζωής Απαλλαγμένων από Ανικανότητα (DALYs) που χάνονται κάθε χρόνο οφείλονται στο κάπνισμα.<sup>2</sup> Στην Ελλάδα εκτιμάται ότι 3,8 εκατομμύρια είναι περίπου ο συνολικός αριθμός των καπνιστών, ενώ 19.000 Ελληνίδες και Έλληνες κάθε χρόνο πεθαίνουν από αιτίες αποδιδόμενες στο κάπνισμα.<sup>2</sup>

Οι Κατευθυντήριες Οδηγίες για την προαγωγή της διακοπής του καπνίσματος εκδόθηκαν για πρώτη φορά το 1996 από το Υπουργείο Υγείας & Ανθρώπινων Υπηρεσιών των ΗΠΑ και ανανεώθηκαν τελευταία το 2008.<sup>3</sup> Πρωταρχικός στόχος αυτών των συστάσεων είναι όλοι οι επαγγελματίες υγείας να συνιστούν τη χρήση αποτελεσματικών θεραπειών (φαρμακευτικών και συμπεριφορικών) για την απεξάρτηση από το κάπνισμα στους καπνιστές ασθενείς. Ο ορισμός που δίνει το Cochrane Tobacco Addiction Group για τη σύντομη συμβουλευτική είναι «Λεκτικές οδηγίες για τη

διακοπή καπνίσματος με ή χωρίς πρόσθετες πληροφορίες για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος».<sup>4</sup> Ο απαιτούμενος χρόνος είναι περίπου 3 λεπτά για μια απλή συμβουλή, έως 5 λεπτά για μια σύντομη παρέμβαση (σε κάθε περίπτωση λιγότερο από 10 λεπτά) και μπορεί να περιλαμβάνει: απλές περιστασιακές συμβουλές για διακοπή καπνίσματος, αξιολόγηση της δέσμευσης του ασθενούς για διακοπή, προσφορά φαρμακευτικής θεραπείας ή συμπεριφορικής υποστήριξης, παροχή υλικού αυτοβοήθειας και παραπομπή σε εντατικότερη υποστήριξη, όπως για παράδειγμα εξειδικευμένα ιατρεία διακοπής καπνίσματος.<sup>5</sup>

Αν και οι Κατευθυντήριες Οδηγίες εδώ και μια δεκαετία περίπου έχουν διαμορφώσει κλινικές συστάσεις, οι επαγγελματίες υγείας υστερούν εμφανώς στην εφαρμογή τους. Πλήθος ερευνών αποδεικνύει ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν ασκούν συμβουλευτική για διακοπή καπνίσματος.<sup>6,7</sup> Από τις βασικές αιτίες θεωρούνται η έλλειψη γνώσεων και εξοικείωσης με το θέμα.<sup>8-11</sup> Πολλοί επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι η συζήτηση για το κάπνισμα με τους ασθενείς είναι αναποτελεσματική<sup>12</sup> και ότι το πρωτόκολλο για τη διακοπή καπνίσματος είναι πολύπλοκο.<sup>13</sup> Ως εμπόδια, στη βιβλιογραφία αναφέρονται επίσης η αρνητική στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη συμβουλευτική και η δυσφορία τους για

την εφαρμογή της (για παράδειγμα νιώθουν άβολα να κάνουν ερωτήσεις στους ασθενείς),<sup>6,14,15</sup> η άποψη ότι είναι μια δυσάρεστη διαδικασία ή ότι υπάρχει έλλειψη ενθουσιασμού από τους ασθενείς,<sup>12</sup> η έλλειψη χρόνου,<sup>16</sup> ο όγκος της δουλειάς<sup>17</sup> και πολλά άλλα.<sup>18-22</sup>

Το θεωρητικό πλαίσιο που επιλέχθηκε για το παρόν πρόγραμμα περιλαμβάνει τη θεωρία της Έλλογης Δράσης/ Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Reasoned Action/Planned Behavior- TPB).<sup>23</sup> Η θεωρία προσπαθεί να εξηγήσει και να προβλέψει εάν θα εκδηλώσει το άτομο την αντίστοιχη προς τη δηλωμένη στάση συμπεριφορά και υποστηρίζει ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά επηρεάζεται από την πρόθεση (intention) του ατόμου να εκδηλώσει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Η πρόθεση, επηρεάζεται από τρεις δομές: 1) τη στάση του ατόμου απέναντι στη συμπεριφορά (attitude towards the behaviour) και πώς την αξιολογεί, θετικά ή αρνητικά 2) τον υποκειμενικό κανόνα (subjective norms) ο οποίος αφορά στην προσλαμβανόμενη κοινωνική πίεση που δέχεται το άτομο από σημαντικά για εκείνο πρόσωπα ως προς την εκδήλωση της συμπεριφοράς 3) τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο που έχει το άτομο πάνω στη συμπεριφορά (perceived behavioral control) ο οποίος αφορά στην αντιλαμβανόμενη ικανότητα του ατόμου να εφαρμόσει τη



συμπεριφορά και να ελέγξει τους παράγοντες που το διευκολύνουν ή το εμποδίζουν στην υιοθέτησή της. Σύμφωνα με βιβλιογραφική ανασκόπηση των Godin και συν.,<sup>24</sup> είναι η θεωρία που χρησιμοποιείται συχνότερα σε θέματα που αφορούν τη συμπεριφορά επαγγελματιών υγείας.

## Σκοπός

Το πρόγραμμα B.O.A.T (Brief Opportunistic Advice Training program for Smoking Cessation) είναι ένα πρωτότυπο πρόγραμμα παρέμβασης. Το ακρωνύμιο δόθηκε από την ομάδα που δημιούργησε και υλοποίησε το πρόγραμμα, σε μια προσπάθεια να τονιστεί ο όρος «σύντομη ευκαιριακή συμβουλευτική», που αποτελεί σημαντική συνιστώσα των Κατευθυντήριων Οδηγιών. Απευθύνεται σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε υπηρεσίες υγείας, ώστε να εκτιμηθούν και να βελτιωθούν οι γνώσεις και οι στάσεις τους για τη σύντομη συμβουλευτική στη διακοπή καπνίσματος και να αυξηθεί η πρόθεσή τους να την εφαρμόσουν. Επιμέρους στόχοι του προγράμματος ήταν να αυξηθούν οι γνώσεις σε ότι αφορά το κάπνισμα και τη διακοπή του. Επιπλέον, η αλλαγή των στάσεων και υιοθέτηση θετικών πεποιθήσεων αναφορικά με το ρόλο των επαγγελματιών υγείας, τη σπουδαιότητά του και τις κοινωνικές σχέτικά με το τι επιθυμούν οι «σημαντικοί άλλοι» των επαγγελματιών υγείας. Τέλος, στόχο αποτέλεσε η βελτίωση της αυτό-

αντιλαμβανόμενης ικανότητάς τους για παροχή συμβουλευτικής και η ενίσχυση της πρόθεσής τους να εφαρμόσουν συμβουλευτική για διακοπή καπνίσματος στην κλινική πρακτική.

## Υλικό- Μέθοδος

Για τη μελέτη επιλέχτηκε ημipeραματικό σχέδιο, δηλαδή μη τυχαιοποιημένη μελέτη (πειραματική και ομάδα σύγκρισης), με μέτρηση πριν και μετά την παρέμβαση. Οι ομάδες της μελέτης συγκροτήθηκαν με δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling), η οποία επιτρέπει τη χρησιμοποίηση οποιασδήποτε διαθέσιμης ομάδας μελών του πληθυσμού μιας έρευνας. Η δειγματοληψία έγινε από δύο διαφορετικά νοσοκομεία (επαρχία και Αθήνα). Στο νοσοκομείο της επαρχίας, οι επαγγελματίες υγείας ενημερώθηκαν για την υλοποίηση του σεμιναρίου και όσοι ενδιαφέρονταν να το παρακολουθήσουν δήλωναν συμμετοχή, συγκροτώντας έτσι την ομάδα παρέμβασης. Στο νοσοκομείο της Αθήνας, η ομάδα σύγκρισης συγκροτήθηκε μετά από ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας για τη διεξαγωγή έρευνας σχετικά με τη σύντομη συμβουλευτική στη διακοπή καπνίσματος. Στην ομάδα παρέμβασης, εφαρμόστηκαν δύο στρατηγικές, διανομή έντυπου υλικού και δίωρη διάλεξη, ενώ στην ομάδα σύγκρισης, δεν εφαρμόστηκε τίποτα από τα δύο.

Το δείγμα αποτέλεσαν συνολικά 33 επαγγελματίες υγείας διάφορων ειδικοτήτων, 16 στην πειραματική ομάδα και 17 στην ομάδα σύγκρισης. Η επιλογή του έγινε από τμήματα των νοσοκομείων, στα οποία οι επαγγελματίες υγείας έρχονται σε επαφή με ασθενείς. Το περιεχόμενο τόσο των διαλέξεων όσο και του φυλλαδίου βασίστηκε στις Κατευθυντήριες Οδηγίες για την σύντομη συμβουλευτική διακοπής καπνίσματος,<sup>3</sup> στα Ευρωπαϊκά Προγράμματα Εκπαίδευσης στη Διακοπή Καπνίσματος του Ευρωπαϊκού Δικτύου Νοσοκομείων Προαγωγής Υγείας,<sup>25</sup> σε εγχειρίδιο του ΠΟΥ για την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας,<sup>26</sup> αλλά και στο υλικό του πρότυπου προγράμματος Rx for Change.<sup>27</sup> Το ερευνητικό εργαλείο της μελέτης B.O.A.T αποτέλεσε ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς το οποίο δημιουργήθηκε από τρία επιμέρους ερωτηματολόγια<sup>21,28,29</sup> η άδεια χρήσης των οποίων εξασφαλίστηκε από τους ερευνητές μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Το νέο ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε, αποτελούνταν από τρία μέρη: Τα δημογραφικά στοιχεία, τη μέτρηση των μεταβλητών του μοντέλου της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς και τη μέτρηση των γνώσεων σχετικά με το κάπνισμα και τη διακοπή του. Οι ερωτήσεις των γνώσεων χωρίζονταν σε δύο ενότητες. Η πρώτη αποτελούνταν από 7 προτάσεις-δηλώσεις, με τις οποίες οι επαγγελματίες

υγείας καλούνταν να απαντήσουν εάν συμφωνούν, διαφωνούν ή δε γνωρίζουν (πχ τα «ελαφριά» τσιγάρα είναι μια ασφαλής εναλλακτική για τη διακοπή του καπνίσματος). Η δεύτερη ενότητα αποτελούνταν από 17 ασθένειες ή παθολογικές καταστάσεις, όπου οι συμμετέχοντες καλούνταν να απαντήσουν, εάν το κάπνισμα σχετίζεται με κάποια από αυτές, σημειώνοντας πάλι μία από τις απαντήσεις «συμφωνώ», «διαφωνώ» και «δε γνωρίζω». Στη συνέχεια έγινε πιλοτική δοκιμή του ερωτηματολογίου σε δείγμα ευκολίας και στη συνέχεια έγινε ο έλεγχος αξιοπιστίας του (στάσεις: Cronbach's alpha=0,89, υποκειμενικός κανόνας: Cronbach's alpha=0,795, αντισταθμισμένος έλεγχος: Cronbach's alpha=0,913, πρόθεση: Cronbach's alpha=0,854).

### Στατιστική ανάλυση

Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα PASW statistics 18/SPSS v18.0. Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Ο έλεγχος της κανονικότητας της κατανομής



των μετρήσεων έγινε χρησιμοποιώντας το Kolmogorov-Smirnov test. Όπου δεν ικανοποιούνταν οι προϋποθέσεις κανονικής κατανομής των δεδομένων, έγιναν μη παραμετρικοί έλεγχοι. Συγκρίσεις κατηγορικών μεταβλητών μεταξύ των ομάδων καθώς και συγκρίσεις ποσοστών, πραγματοποιήθηκαν με τη στατιστική δοκιμασία chi-square ( $\chi^2$ ). Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το Mann-Whitney U test. Για τη σύγκριση μεταβολών πριν και μετά την παρέμβαση εντός των ομάδων χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο Wilcoxon signed rank tests. Τέλος, εξαιτίας της μη κανονικής κατανομής των μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκαν λογαριθμικοί μετασχηματισμοί των μεταβλητών του μοντέλου της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς στην ανάλυση διακύμανσης δύο κατευθύνσεων (2 way-ANOVA), προκειμένου να ελεγχθεί εάν ο βαθμός μεταβολής στο χρόνο των υπό μελέτη παραμέτρων ήταν διαφορετικός μεταξύ δυο ομάδων.

## Αποτελέσματα

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ανά ομάδα. Οι δύο ομάδες ήταν παρόμοιες, καθώς και στις δυο οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες, μέσης ηλικίας 40-42 έτη, οι περισσότεροι ήταν

νοσηλευτές/τριες, με μέσο όρο προϋπηρεσίας τα 15-18 έτη και οι περισσότεροι ήταν κάτοχοι του βασικού πτυχίου σπουδών τους. Όσον αφορά την καπνιστική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας, τη συχνότητα άσκησης συμβουλευτικής και τη γνώση των Κατευθυντήριων Οδηγιών (Πίνακας 2), οι δύο ομάδες επίσης δε διαφέρανε στατιστικά σημαντικά, με την πλειοψηφία των συμμετεχόντων να είναι μη καπνιστές, να αναφέρουν ότι συμβουλεύουν πάντα, ή σχεδόν πάντα τους ασθενείς να διακόψουν το κάπνισμα και να μη γνωρίζουν τις Κατευθυντήριες Οδηγίες.

Στους πίνακες 3,4 και 5, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης των μεταβλητών της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Όπως παρατηρούμε στον πίνακα 3, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τη μεταβλητή της πρόθεσης μετά την παρέμβαση ( $p=0,003$ ). Δηλαδή μετά την παρέμβαση η πειραματική ομάδα αύξησε σημαντικά την πρόθεσή της για άσκηση συμβουλευτικής. Για τις υπόλοιπες μεταβλητές του μοντέλου της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων. Στον πίνακα 4 που αφορά στον έλεγχο εντός των ομάδων, παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μετά την παρέμβαση στην πειραματική ομάδα στις μεταβλητές του αντιλαμβανόμενου ελέγχου ( $p=0,03$ ) και της πρόθεσης ( $p=0,04$ ). Στην

ομάδα σύγκρισης αντίθετα, δεν παρατηρείται σε καμία μεταβλητή στατιστικά σημαντική διαφορά μετά την παρέμβαση. Τέλος, στον πίνακα 5, σύμφωνα με την εφαρμογή του κριτηρίου της ανάλυσης διακύμανσης κατά δύο παράγοντες (2-way ANOVA) για τον έλεγχο της αλληλεπίδρασης μεταξύ του χρόνου και της ομάδας για τις μεταβλητές της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων ως προς τη μεταβλητή της πρόθεσης για άσκηση συμβουλευτικής, με  $p=0,015$ . Αυτό σημαίνει ότι η πρόθεση μεταβλήθηκε ανάμεσα στις δύο χρονικές στιγμές με διαφορετικό τρόπο στις δύο ομάδες και αυξήθηκε σημαντικά στην ομάδα παρέμβασης.

Τα αποτελέσματα που αφορούν τα δύο τμήματα των γνώσεων, παρουσιάζονται στους πίνακες 6 και 7. Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σε επτά δηλώσεις για το κάπνισμα και τη διακοπή του. Όπως παρατηρούμε, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων μετά την παρέμβαση στη δήλωση 6 (*Η θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης, μπορεί να αυξήσει το ποσοστό διακοπής του καπνίσματος*) με  $p=0,008$  και στη δήλωση 7 (*Η σύντομη συμβουλευτική (πχ 3 λεπτά) από επαγγελματίες υγείας για να βοηθήσουν τους ασθενείς να διακόψουν το κάπνισμα, είναι*

*αποτελεσματική*) με  $p=0,001$ . Στις δηλώσεις αυτές τα άτομα στην πειραματική ομάδα που έδωσαν σωστές απαντήσεις είναι σημαντικά περισσότερα από τα αντίστοιχα της ομάδας σύγκρισης. Για όλες τις υπόλοιπες δηλώσεις δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά. Στο δεύτερο τμήμα των γνώσεων οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν εάν υπάρχει συσχέτιση του καπνίσματος με 17 ασθένειες-παθολογικές καταστάσεις. Αυτές παρουσιάζονται στον πίνακα 7 όπου παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων μετά την παρέμβαση στην ερώτηση 5 (*Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και αυξημένου κινδύνου για καρκίνο οισοφάγου;*) με  $p=0,038$ , την ερώτηση 6 (*Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και αυξημένου κινδύνου για καρκίνο νεφρών;*) με  $p=0,001$ , την ερώτηση 8 (*Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και αυξημένου κινδύνου για εγκεφαλικό;*) με  $p=0,015$ , την ερώτηση 12 (*Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και αυξημένου κινδύνου για σεξουαλική ανικανότητα;*) με  $p=0,001$ , την ερώτηση 16 (*Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και αυξημένου κινδύνου για περιοδοντικές παθήσεις;*) με  $p=0,004$  και την ερώτηση 17 (*Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και αυξημένου κινδύνου για νεογνικό θάνατο;*) με  $p=0,002$ . Στην ερώτηση 4 (*Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και αυξημένου κινδύνου για καρκίνο θυρεοειδούς;*)



παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με  $p=0,001$ . Όμως επειδή στη συγκεκριμένη ερώτηση υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά και πριν την παρέμβαση μεταξύ των ομάδων ( $p=0,049$ ) δε μπορεί να ληφθεί υπόψη και δε μπορεί να αξιολογηθεί. Στις υπόλοιπες ερωτήσεις δεν παρατηρείται καμία διαφορά πριν και μετά την παρέμβαση.

## Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι μετά από ένα δίωρο σεμινάριο και διανομή έντυπου υλικού σχετικά με τη σύντομη συμβουλευτική στη διακοπή καπνίσματος, οι συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης αύξησαν κάποιες συγκεκριμένες γνώσεις, και την πρόθεσή τους να εφαρμόσουν τη συγκεκριμένη συμβουλευτική σε σχέση με την ομάδα σύγκρισης μετά την παρέμβαση. Επιπλέον, η πειραματική ομάδα μετά την παρέμβαση παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σύγκριση με τις μετρήσεις πριν από την παρέμβαση στον αντιλαμβανόμενο έλεγχο. Όσον αφορά την αλλαγή των στάσεων, του υποκειμενικού κανόνα και του αντιλαμβανόμενου ελέγχου μεταξύ των ομάδων, δεν παρατηρήθηκε καμία μεταβολή μετά την παρέμβαση.

Η αύξηση των γνώσεων, που παρατηρήθηκε στη μελέτη Β.Ο.Α.Τ. είναι εύρημα των περισσότερων ερευνών. Σε διάφορες συστηματικές ανασκοπήσεις, αναφέρεται ότι οι επαγγελματίες υγείας που έλαβαν κάποιο

είδος εκπαίδευσης για τη διακοπή καπνίσματος, αύξησαν όχι μόνο τις γνώσεις τους, αλλά και την εφαρμογή παρεμβάσεων και συμβουλευτικής.<sup>30-33</sup> Είναι ενδεικτικό ότι οι δύο δηλώσεις στις οποίες βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων (*«Η θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης, μπορεί να αυξήσει το ποσοστό διακοπής του καπνίσματος»* και *«Η σύντομη συμβουλευτική (πχ 3 λεπτά) από επαγγελματίες υγείας για να βοηθήσουν τους ασθενείς να διακόψουν το κάπνισμα, είναι αποτελεσματική»*) αφορούν πιο εξειδικευμένα θέματα στη διακοπή καπνίσματος και τη σύντομη συμβουλευτική, τα οποία πιθανώς μετά τη δίωρη εκπαίδευση στην ομάδα παρέμβασης αποσαφηνίστηκαν και έγιναν πιο ξεκάθαρα για τους συμμετέχοντες. Στο δεύτερο μέρος των γνώσεων η ομάδα παρέμβασης φάνηκε επίσης να έχει μια πιο ξεκάθαρη εικόνα για το ποιες ασθένειες και παθολογικές καταστάσεις συσχετίζονται με το κάπνισμα, σε σχέση με την ομάδα σύγκρισης. Αυτό αντικατοπτρίζεται στην στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων σε 6 από τις 17 ερωτήσεις αυτού του τμήματος του ερωτηματολογίου.

Η αύξηση της πρόθεσης της ομάδας παρέμβασης για εφαρμογή συμβουλευτικής είναι ένα σημαντικό αποτέλεσμα που επέφερε η εκπαίδευση των συμμετεχόντων. Οι πιο πολλές μελέτες όμως που χρησιμοποιούν το μοντέλο της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς,



στοχεύουν κυρίως στον καθορισμό των παραγόντων που επεξηγούν την πρόθεση και όχι στην ενίσχυσή της μέσω των επιμέρους μεταβλητών.<sup>33-35</sup> Σε κάποιες από αυτές τις μελέτες έχει βρεθεί ο υποκειμενικός κανόνας ως ο καλύτερος προβλεπτικός παράγοντας για την πρόθεση και τη συμπεριφορά,<sup>34,35</sup> ενώ σε άλλες ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος.<sup>36-39</sup> Μια πιθανή ερμηνεία για την αύξηση της πρόθεσης, θα μπορούσε να είναι η αύξηση που παρατηρήθηκε στον αντιλαμβανόμενο έλεγχο των ατόμων της πειραματικής ομάδας μετά την παρέμβαση. Πιθανώς η μεθοδευμένη στόχευση μέσω βέλτιστων πρακτικών και εργαλείων, όπως είναι ο αλγόριθμος των 5A (Πρωτόκολλο σύντομης συμβουλευτικής για τη διακοπή καπνίσματος: Ask-Advice-Access-Assist-Arrange) και η συνέντευξη κινήτρων (Motivational Interviewing) για την αλλαγή/ενίσχυση του αντιλαμβανόμενου ελέγχου των ατόμων της πειραματικής ομάδας, να επέφερε και την αύξησή του. Μέσω αυτού, βάσει της θεωρίας, ενισχύθηκε και η πρόθεση της ομάδας να εφαρμόσει συμβουλευτική για διακοπή καπνίσματος. Εξάλλου, σύμφωνα με το θεωρητικό πλαίσιο, είναι δυνατόν να υπάρχει απευθείας σύνδεση ανάμεσα στον αντιλαμβανόμενο έλεγχο και την πρόθεση για εφαρμογή της συμπεριφοράς.<sup>40</sup>

Αν και η παρέμβαση προσπάθησε να στοχεύσει στην αλλαγή των στάσεων, του

υποκειμενικού κανόνα και του αντιλαμβανόμενου ελέγχου, δεν παρατηρήθηκε καμία μεταβολή στις μεταβλητές αυτές μεταξύ των ομάδων μετά την παρέμβαση, σε αντίθεση με άλλες έρευνες.<sup>34, 41</sup> Οι περισσότερες μελέτες ωστόσο δεν χρησιμοποιούν ομάδα ελέγχου, κάτι που καθιστά δύσκολη τη σύγκριση. Κάτι τελευταίο που αξίζει να αναφερθεί, είναι πως δεν βρέθηκε να υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ της καπνιστικής κατάστασης των συμμετεχόντων και της συχνότητας άσκησης συμβουλευτικής, σε αντίθεση με τις περισσότερες μελέτες οι οποίες υποστηρίζουν ότι οι επαγγελματίες υγείας που καπνίζουν, είναι λιγότερο πιθανό να ασκήσουν συμβουλευτική για διακοπή καπνίσματος στους καπνιστές ασθενείς.<sup>7,19</sup> Πιθανώς αυτό να οφείλεται στο γεγονός ότι το δείγμα της μελέτης ήταν μικρό και κατά συνέπεια δεν καθίσταται ικανό να ανιχνεύσει σημαντικές διαφορές.

Το πρόγραμμα BOAT στηρίχθηκε βιβλιογραφικά σε στοιχεία και τεκμήρια που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα αντίστοιχων προγραμμάτων και χρησιμοποίησε θεωρητικό πλαίσιο που είναι κατάλληλο για επίτευξη αλλαγής στον κλάδο των επαγγελματιών υγείας. Αυτές οι δύο παράμετροι συνιστούν βέλτιστη πρακτική υλοποίησης των παρεμβάσεων. Το περιεχόμενο της διάλεξης και του φυλλαδίου,



βασίστηκε στις Κατευθυντήριες Οδηγίες, αλλά και στο περιεχόμενο άλλων πετυχημένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων, γεγονός που συνέβαλε στην καλή δόμησή τους. Αν και η ξενόγλωσση βιβλιογραφία είναι ιδιαίτερα πλούσια, στην Ελλάδα δεν έχει εφαρμοστεί κάποιο αντίστοιχο πρόγραμμα το οποίο να βασίζεται στη θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Αυτό μπορεί να αποτελεί καινοτομία, ωστόσο καθιστά και αδύνατη τη σύγκριση με αντίστοιχες ελληνικές μελέτες. Ακόμη, το γεγονός ότι οι δύο ομάδες συγκροτήθηκαν από δύο διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές, αποκλείει το ενδεχόμενο διάχυσης πληροφοριών μεταξύ των ομάδων. Αφετέρου δε, τίθεται θέμα ισοδυναμίας των ομάδων, καθώς ανεξάρτητα από την ομοιότητά τους στα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, πιθανώς να υπάρχουν διαφορές ως προς το κοινωνικό και εργασιακό τους περιβάλλον, οι οποίες μπορεί να αποτελούν συγχυτικούς παράγοντες, επηρεάζοντας έτσι τα αποτελέσματα. Οι διαφορές αυτές δυστυχώς είναι δύσκολο να ανιχνευτούν σε προγράμματα με περιορισμένους πόρους.

Βασικός περιορισμός της μελέτης είναι το μικρό δείγμα που περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων και μειώνει την ισχύ τους. Επιπλέον, δεν υπήρξε τυχαιοποίηση του δείγματος καθώς οι ομάδες συστάθηκαν από συγκεκριμένα νοσηλευτικά ιδρύματα. Το ερωτηματολόγιο που

χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη, αν και μεταφράστηκε (Forward/Back Translation), δεν σταθμίστηκε στην ελληνική γλώσσα λόγω των περιορισμένων πόρων.

## Συμπεράσματα

Το θέμα της διακοπής του καπνίσματος και της κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας έχει απασχολήσει πολλούς ερευνητές και μετρά πολλά άρθρα στη βιβλιογραφία. Το παρόν παρεμβατικό πρόγραμμα έρχεται να επιβεβαιώσει τα περισσότερα από αυτά, που υποστηρίζουν ότι ακόμα και μία ώρα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, μπορεί να επιφέρει κάποια αποτελέσματα. Η αύξηση της πρόθεσης των επαγγελματιών υγείας να ασκήσουν συμβουλευτική για διακοπή καπνίσματος είναι το ενθαρρυντικό δεδομένο που προκύπτει υπογραμμίζοντας την αποτελεσματικότητα των καλών πρακτικών στα προγράμματα προαγωγής υγείας. Αναμφίβολα, τα αποτελέσματα θα μπορούσαν να είναι πιο ενθαρρυντικά, εάν στο πρόγραμμα συμπεριλαμβάνονταν παρεμβάσεις και στο κοινοτικό επίπεδο, ξεκινώντας από την οργανωτική πολιτική του νοσοκομείου η οποία παίζει σημαντικό ρόλο στην υιοθέτηση καλών πρακτικών και εφαρμογής των Κατευθυντήριων Οδηγιών. Ένα οργανωμένο σύστημα καταγραφής της καπνιστικής κατάστασης του ασθενούς, υπενθυμίσεις για τους επαγγελματίες υγείας, κίνητρα και επανατροφοδότηση για την

εφαρμογή των Κατευθυντήριων Οδηγιών, μέριμα για την εκπαίδευση και κατάρτισή τους πάνω στην σύντομη συμβουλευτική για διακοπή καπνίσματος, είναι μερικές μόνο από τις στρατηγικές που οι νοσοκομειακές μονάδες θα μπορούσαν να υιοθετήσουν ώστε να συμβάλουν στον έλεγχο της επιδημίας του καπνίσματος. Μελλοντικά προγράμματα, θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους παραπάνω παράγοντες, για μια πιο ολοκληρωμένη και αποτελεσματική προσέγγιση στο θέμα της προαγωγής της διακοπής του καπνίσματος από τους επαγγελματίες υγείας.

#### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. World Health Organization (WHO). Report on the Global Tobacco Epidemic. Implementing smoke-free environments. Geneva: WHO. 2009.
2. World Health Organization (WHO). Report on the Global Tobacco Epidemic. Warning about the dangers of tobacco. Geneva: WHO. 2011.
3. Fiore C M, Carlos RJ, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ et al. Clinical Practice Guideline. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. 2008.
4. Coleman T. Use of simple advice and behavioral support. ABC of smoking cessation. BMJ 2004; 328(14): 397-399
5. National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE public health intervention guidance – Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings Issued: March 2006; Manchester.
6. Coleman T, Wilson A. Anti-smoking advice in general practice consultations: general practitioners' attitudes, reported practice and perceived problems. Br J Gen Pract 1996;46(403): 87-91.
7. Sarna L, Bialous A S, Rice HV, Wewers M E. Promoting tobacco dependence treatment in nursing education. Drug and Alcohol Review 2009; 28(5): 507–516.
8. Helgason R A, Lund E K. General practitioners' perceived barriers to smoking cessation - results from four Nordic countries. Scand J Public Health 2002;30(2): 141- 147.
9. Sotiropoulos A, Gikas A, Spanou E, Dimitrelos D, Karakostas F, Skliros E et al. Smoking habits and associated factors among Greek physicians. Public Health 2007; 121(5): 333–340.
10. Coulter A, Schofield T. Prevention in general practice: the views of doctors in the Oxford region. Br J Gen Pract 1991; 41(345): 140-143.
11. Roddy E, Rubin P, Britton J. The Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. A study of smoking and



- smoking cessation on the curricula of UK medical schools. *Tob Control* 2004; 13(1): 74-77.
12. Vogt F, Hall S, Marteau M T. General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. *Society for the Study of Addiction* 2005;100(10): 1423-1431.
  13. Bolman C, De Vries H, Mesters I. Factors determining cardiac nurses' intentions to continue using a smoking cessation protocol. *Heart Lung* 2002; 31(1):15 - 24.
  14. Stead M, Angus K, Holme I, Cohen D, Tait G, the PESCE European Research Team. Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: a multi-country literature review. *Br J Gen Pract* 2009; 59(566): 682-690.
  15. Ward MM, Vaughn ET, Uden-Holma T, Doebbeling NB, Clarke RW, Woolson FR. Physician knowledge, attitudes and practices regarding a widely implemented guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2002; 8 (2): 155-162.
  16. Pizzo AM, Chellini E, Grazzini G, Cardone A, Badellino F. Italian general practitioners and smoking cessation strategies. *Tumori* 2003; 89(3): 250-254.
  17. Brotons C, Björkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Preventive Medicine* 2005; 40(5): 595-601.
  18. Berlin I. Physicians' perceived barriers to promoting smoking cessation. *Journal of Smoking Cessation* 2008; 3(2): 92-100.
  19. Kawakami M, Nakamura S, Fumimoto H, Takizawa J, Baba M. Relation between Smoking Status of Physicians and Their Enthusiasm to Offer Smoking Cessation. *Advice Internal Medicine* 1997; 36 (3):162-165.
  20. Applegate WB, Sheffer EC, Crews MK, Payne JT, Smith OP. A survey of tobacco-related knowledge, attitudes and behaviours of primary care providers in Mississippi. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2008; 14(4): 1356-1294.
  21. Vogt F, McEwen A, Michie S. What general practitioners can do to deliver more brief stop-smoking interventions: An exploratory study. *Journal of Smoking Cessation* 2008; 3(2): 110-116.
  22. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *A Practical Guide to Working with Health-Care Systems on Tobacco-Use Treatment*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health 2006.

- 
23. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991; 50(2):179-211.
  24. Godin G, Bélanger-Gravel A, Eccles M, Grimshaw J. Healthcare professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implementation Science* 2008; 3:36:1-12 doi: 10.1186/1748-5908-3-36.
  25. Gunning M. Smoking Cessation Training Programmes Available within Europe. *European Smoke-free Hospital Network* 2007; 11th issue: 4-5.
  26. Pip M. Helping Smokers Change: A resource pack for training health professionals. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2001.
  27. The Regents of the University of California. The Rx For Change: Clinician-assisted tobacco cessation 2004. <http://rxforchange.ucsf.edu/>
  28. Johnston MJ, Chan SCS, Chan KKS, Lam TH, Chi I, Leung MG. Training nurses and social workers in smoking cessation counseling: a population needs assessment in Hong Kong. *Preventive Medicine* 2005; 40(4): 389-406.
  29. Chan SCS, Sarna L, Wong CND, Lam TH. Nurses' Tobacco-Related Knowledge, Attitudes and Practice in Four Major Cities in China. *Journal Of Nursing Scholarship* 2007; 39(1): 46-53.
  30. Lancaster T, Fowler G. Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000; 3 :193-198 doi: 10.1002/14651858.CD000214.
  31. Freund M, Campbell E, Paul C, Sakrouge R, McElduff P, Walsh A Raoul et al. Increasing smoking cessation care provision in hospitals: A meta-analysis of intervention effect. *Nicotine & Tobacco Research* 2009; 11(6): 650-662.
  32. Silagy C, Lancaster T, Gray S, Fowler G. Effectiveness of training health professionals to provide smoking cessation interventions: systematic review of randomised controlled trials. *Quality in Health Care* 1994; 3(4): 193-198.
  33. Godin G, Beaulieu D, Touchette JS, Lambert LD, Dodin S. Intention to Encourage Complementary and Alternative Medicine Among General Practitioners and Medical Students. *Behavioral Medicine* 2007; 33(2): 67-79.
  34. Limbert C, Lamb R. Doctors' use of clinical guidelines: two applications of the Theory of Planned Behaviour. *Psychology, health & medicine* 2002; 7(3):301-310.
  35. Sable RM, Schwartz RL, Kelly JP, Lisbon E, Hall AM. Using the Theory of Reasoned Action to Explain Physician Intention to Prescribe Emergency Contraception.
-



- Perspectives on Sexual and Reproductive Health 2006; 38(1):20-27. Science 2010; 5:51: 1-20 doi: 10.1186/1748-5908-5-51.
36. Ajzen I, Driver BL. Application of the theory of planned behavior to leisure choice. Journal of Leisure Research 1992; 24(3): 207-224.
37. Watson PWB, Myers LB. Which cognitive factors predict clinical glove use amongst nurses? Psychology, Health and Medicine 2001; 6(4): 399-409.
38. Puffer S, Rashidian A. Practice nurses' intentions to use clinical guidelines. Journal of Advanced Nursing 2004; 47(5): 500-509.
39. Rashidian A, Russell I. General Practitioners' Intentions and Prescribing for Asthma: Using the Theory of Planned Behavior to Explain Guideline Implementation. International Journal of Preventive Medicine 2011; 3(1):17-28.
40. McKenzie J, Neiger B, Thackeray R. Κεφ.7: 159-199 στο Planning, Implementing and Evaluating Health Promotion Programs, 5th ed. USA, San Francisco Pearson Benjamin Cummings Publications 2009
41. Kortteisto T, Kaila M, Komulainen J, Mantyranta T, Rissanen P. Healthcare professionals' intentions to use clinical guidelines: a survey using the theory of planned behavior. Implementation

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

**Πίνακας 1:** Κατανομή κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος.

Μεταβλητή		Πειραματική N(%)	Σύγκρισης N(%)	p (x <sup>2</sup> test)
<b>Φύλο</b>	Άντρες	2 (6,1)	4 (12,1)	0,412
	Γυναίκες	14 (42,4)	13 (39,4)	
<b>Ηλικία</b>	Μέσος Όρος (Τυπική Απόκλιση)	40,94 (6,56)	41,82 (9,48)	0,759*
<b>Ειδικότητα</b>	Επισκέπτες/τριες Υγείας	1 (3)	0 (0)	0,057
	Νοσηλευτές/τριες	7 (21,2)	16 (48,5)	
	Φυσικοθεραπευτές/τριες	1 (3,0)	0 (0)	
	Κοινωνικοί λειτουργοί	3 (9,1)	0 (0)	
	Τεχνολόγοι Ιατρικών	1 (3)	0 (0)	
	Εργαστηρίων	1 (3)	0 (0)	
	Μαίες	2 (6,1)	0 (0)	
	Διαιτολόγος	1 (3)	0 (0)	
Γιατρός	0 (0)	1 (3)		
<b>Μορφωτικό Υπόβαθρο</b>	Βασικό πτυχίο	15 (45,5)	14 (42,4)	0,367
	Μεταπτυχιακό	0(0)	2 (6,1)	
	Βασικό & άλλο πτυχίο	1 (3)	1 (3)	
<b>Έτη υπηρεσίας</b>	Μέσος Όρος (Τυπική Απόκλιση)	15,75 (7,83)	17,41 (11,09)	0,625*
*student's t-test				

**Πίνακας 2:** Κατανομή των δύο ομάδων ως προς την καπνιστική κατάσταση, την άσκηση συμβουλευτικής και τη γνώση των Κατευθυντήριων Οδηγιών.

	Πειραματική N(%)	Σύγκρισης N(%)	p *
<b>Καπνιστική κατάσταση</b>			
Καπνιστής	7 (21,2)	3 (9,1)	0,103
Μη καπνιστής	9 (27,3)	14 (42,4)	
<b>Άσκηση συμβουλευτικής</b>			
Πάντα- Σχεδόν πάντα	13(39,4)	10(30,3)	0,161
Μερικές φορές - Σπάνια	3 (9,1)	7 (21,2)	
<b>Γνώση Κατευθυντήριων Οδηγιών</b>			
Ναι	1 (3)	3 (9,1)	0,316
Όχι	15 (45,5)	14 (42,4)	
*x <sup>2</sup> test			



**Πίνακας 3:** Σύγκριση μεταξύ των ομάδων ως προς τις μεταβλητές της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς πριν και μετά την παρέμβαση.

Μεταβλητές Μοντέλου Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς	Μέτρηση πριν την παρέμβαση		Μέτρηση μετά την παρέμβαση	
	Μ. Όρος (ΤΑ)	p value *	Μ. Όρος(ΤΑ)	p value *
<b>Στάσεις</b> Πειραματική Σύγκρισης	4,3(0,58) 3,94(0,95)	0,236	4,38 (0,48) 3,92 (0,86)	0,067
<b>Υποκειμενικός Κανόνας</b> Πειραματική Σύγκρισης	3,81(0,75) 3,55 (0,89)	0,495	4,2 (0,64) 3,78 (0,68)	0,096
<b>Αντιλαμβανόμενος Έλεγχος</b> Πειραματική Σύγκρισης	4,03 (0,64) 5,52 (7,64)	0,544	4,4 (0,63) 3,72 (0,56)	0,005
<b>Πρόθεση</b> Πειραματική Σύγκρισης	4,22 (0,82) 3,9 (1,06)	0,451	4,53 (0,61) 3,57 (0,94)	0,003
<b>*Mann Whitney U- test</b>				

**Πίνακας 4:** Σύγκριση εντός των ομάδων ως προς τις μεταβλητές της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς πριν και μετά την παρέμβαση.

	Πριν την παρέμβαση Μ.Ο (Τ.Α)	Μετά την παρέμβαση Μ.Ο (Τ.Α)	p value *
<b>Στάσεις</b> Πειραματική Σύγκρισης	4,3(0,58) 3,94(0,95)	4,38 (0,48) 3,92 (0,86)	0,60 0,68
<b>Υποκειμενικός Κανόνας</b> Πειραματική Σύγκρισης	3,81(0,75) 3,55 (0,89)	4,2 (0,64) 3,78 (0,68)	0,05 0,17
<b>Αντιλαμβανόμενος Έλεγχος</b> Πειραματική Σύγκρισης	4,03 (0,64) 5,52 (7,64)	4,4 (0,63) 3,72 (0,56)	0,03 0,6
<b>Πρόθεση</b> Πειραματική Σύγκρισης	4,22 (0,82) 3,9 (1,06)	4,53 (0,61) 3,57 (0,94)	0,04 0,17
<b>*Wilcoxon Signed Ranks Test</b>			



**Πίνακας 5:** Έλεγχος αλληλεπίδρασης χρόνου- ομάδας ως προς τις μεταβλητές της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς.

	Πριν την παρέμβαση M.O (T.A)	Μετά την παρέμβαση M.O (T.A)	p value*
<b>Στάσεις</b> Πειραματική Σύγκριση	4,3(0,58) 3,94(0,95)	4,38 (0,48) 3,92 (0,86)	0,64
<b>Υποκειμενικός Κανόνας</b> Πειραματική Σύγκριση	3,81(0,75) 3,55 (0,89)	4,2 (0,64) 3,78 (0,68)	0,43
<b>Αντιλαμβαν Έλεγχος</b> Πειραματική Σύγκριση	4,03 (0,64) 5,52 (7,64)	4,4 (0,63) 3,72 (0,56)	0,28
<b>Πρόθεση</b> Πειραματική Σύγκριση	4,22 (0,82) 3,9 (1,06)	4,53 (0,61) 3,57 (0,94)	0,015

**\*2-way ANOVA**

**Πίνακας 6:** Σύγκριση των ομάδων πριν και μετά την παρέμβαση ως προς τις σωστές και λάθος απαντήσεις στις επτά δηλώσεις για το κάπνισμα και τη διακοπή του.

<b>Δηλώσεις για το κάπνισμα και τη διακοπή του</b>			Εάν οι καπνιστές συνεχίσουν να καπνίζουν, ο 1 στους 2 θα πεθάνει τελικά εξαιτίας του καπνίσματος	Το κάπνισμα είναι η Νο1 προληψίμη αιτία θανάτου	Εάν ένας καπνιστής καπνίζει πολύ καιρό (π.χ 10 χρόνια) δεν έχει νόημα πια να διακόψει το κάπνισμα	Τα «ελαφριά» τσιγάρα είναι μια ασφαλής εναλλακτική για τη διακοπή του καπνίσματος.	Η νικοτίνη που βρίσκεται στα τσιγάρα, μπορεί να προκαλέσει εθισμό.	Η θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης, μπορεί να αυξήσει το ποσοστό διακοπής του καπνίσματος	Η σύντομη συμβουλευτική από τους επαγγελματίες υγείας για να βοηθήσουν τους ασθενείς να διακόψουν το κάπνισμα, είναι αποτελεσματική
<b>Πριν την παρέμβαση</b>	Πειρ N(%)	Σωσ.	12 (36,4)	10 (30,3)	16 (48,5)	15 (45,5)	15 (45,5)	7 (21,2)	8 (24,2)
		Λάθ.	4 (12,1)	6 (18,2)	0 (0)	1 (3)	1 (3)	9 (27,3)	8 (24,2)
	Σύγκ N(%)	Σωσ.	14 (42,4)	8 (24,2)	17 (51,5)	15 (45,5)	15 (45,5)	4 (12,1)	6 (18,2)
		Λάθ.	3 (9,1)	9 (27,3)	0 (0)	2 (6,1)	2 (6,1)	13 (39,4)	11 (33,3)
<b>p value</b>			0,606	0,373	-	0,582	0,582	0,218	0,393
<b>Μετά την παρέμβαση</b>	Πειρ. N(%)	Σωσ.	16 (48,5)	15 (45,5)	16 (48,5)	16 (48,5)	16 (48,5)	13(39,4)	16(48,5)
		Λάθ.	0 (0)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (9,1)	0 (0)
	Σύγκ N(%)	Σωσ.	15 (45,5)	15 (45,5)	17 (51,5)	15 (45,5)	17 (51,5)	6 (18,2)	5 (15,2)
		Λάθ.	2 (6,1)	2 (6,1)	0 (0)	2 (6,1)	0 (0)	11 (33,3)	12 (36,4)
<b>p value</b>			0,157	0,582	-	0,157	-	<b>0,008</b>	<b>0,001</b>



**Πίνακας 7:** Σύγκριση των ομάδων πριν και μετά την παρέμβαση ως προς τις σωστές και λάθος απαντήσεις στις 17 ασθένειες- παθολογικές περιπτώσεις σχετικά με το κάπνισμα.

<b>Συσχέτιση ασθενειών- παθολογικών περιπτώσεων με το κάπνισμα</b>	<b>Πριν την παρέμβαση</b>			<b>Μετά την παρέμβαση</b>		
	<b>Πειρ. N(%)</b>	<b>Σύγκ. N(%)</b>	<b><math>\chi^2</math> p value</b>	<b>Πειρ. N(%)</b>	<b>Σύγκ. N(%)</b>	<b><math>\chi^2</math> p value</b>
Υπάρχει συσχέτιση καπνίσματος & αυξημένου κινδύνου για καρκίνο πνεύμονα; <b>Σωστό</b> <b>Λάθος</b>	16 (48,5) 0 (0)	17 (51,5) 0 (0)	-	16 (48,5) 0 (0)	17 (51,5) 0 (0)	-
Υπάρχει συσχέτιση καπνίσματος & αυξημένου κινδύνου για καρκίνο λάρυγγα; <b>Σωστό</b> <b>Λάθος</b>	16 (48,5) 0 (0)	16 (48,5) 0 (0)	0,325	16 (48,5) 0 (0)	16 (48,5) 1 (3)	0,325
Υπάρχει συσχέτιση καπνίσματος & αυξημένου κινδύνου για καρκίνο στόματος; <b>Σωστό</b> <b>Λάθος</b>	16 (48,5) 0 (0)	15 (45,5) 2 (6,1)	0,157	16 (48,5) 0 (0)	15 (45,5) 2 (6,1)	0,175
Υπάρχει συσχέτιση καπνίσματος & αυξημένου κινδύνου για καρκίνο θυρεοειδούς; <b>Σωστό</b> <b>Λάθος</b>	13 (39,4) 4(12,1)	3 (9,1) 14 (42,4)	0,049	16 (48,5) 0 (0)	7 (21,2) 10 (30,3)	0,001*
Υπάρχει συσχέτιση καπνίσματος & αυξημένου κινδύνου για καρκίνο οισοφάγου; <b>Σωστό</b> <b>Λάθος</b>	8 (24,2) 8 (24,2)	10 (30,3) 7 (21,2)	0,161	16 (48,5) 0 (0)	13 (39,4) 4 (12,1)	0,038
Υπάρχει συσχέτιση καπνίσματος & αυξημένου κινδύνου για καρκίνο νεφρών <b>Σωστό</b> <b>Λάθος</b>	4 (12,5) 11 (34,4)	3 (9,1) 14 (42,4)	0,606	13 (40,6) 2 (6,3)	3 (9,4) 14 (43,8)	0,001

Υπάρχει συσχέτιση καπνίσματος & αυξημένου κινδύνου για στεφανιαία νόσο; <b>Σωστό</b> <b>Λάθος</b>	16 (48,5) 0 (0)	16 (48,5) 0 (0)	0,325	16 (48,5) 0 (0)	14 (42,4) 3 (9,1)	0,078
Υπάρχει συσχέτιση καπνίσματος & αυξημένου κινδύνου για εγκεφαλικό; <b>Σωστό</b> <b>Λάθος</b>	13 (40,6) 2 (6,3)	3 (9,1) 14 (42,4)	0,475	16 (48,5) 0 (0)	11 (34,4) 5 (15,6)	<b>0,015</b>
Υπάρχει συσχέτιση καπνίσματος & αυξημένου κινδύνου για περιφερική αγγειακή νόσο; <b>Σωστό</b> <b>Λάθος</b>	15 (45,5) 2(6,1)	1(3) 15 (45,5)	0,166	16 (48,5) 0 (0)	16 (48,5) 1 (3)	0,325
Υπάρχει συσχέτιση καπνίσματος & αυξημένου κινδύνου για εμφύσημα; <b>Σωστό</b> <b>Λάθος</b>	11 (33,3) 5(15,2)	15 (45,5) 2 (6,1)	0,171	14(42,4) 2(6,1)	13(39,4) 4(12,1)	0,412
Υπάρχει συσχέτιση καπνίσματος & αυξημένου κινδύνου για χρόνια βρογχίτιδα; <b>Σωστό</b> <b>Λάθος</b>	16 (48,5) 0 (0)	17 (51,5) 0 (0)	-	16 (48,5) 0(0)	16 (48,5) 1(3)	0,325
Υπάρχει συσχέτιση καπνίσματος & αυξημένου κινδύνου για σεξ. ανικανότητα; <b>Σωστό</b> <b>Λάθος</b>	9(27,3) 7(21,2)	5(15,2) 12 (36,4)	0,119	16 (48,5) 0(0)	5(15,2) 12 (36,4)	<b>0,001</b>
Υπάρχει συσχέτιση καπνίσματος & αυξημένου κινδύνου για αποβολή εμβρύου; <b>Σωστό</b> <b>Λάθος</b>	14 (42,4) 3 (9,1)	12(36,4) 5(15,2)	0,235	14 (42,4) 2(6,1)	13 (39,4) 4(12,1)	0,412



Υπάρχει συσχέτιση καπνίσματος & αυξημένου κινδύνου για χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά; <b>Σωστό</b> <b>Λάθος</b>	15 (45,5) 2(6,1)	15 (45,5) 2(6,1)	0,582	16 (48,5) 0(0)	15 (45,5) 2(6,1)	0,157
Υπάρχει συσχέτιση καπνίσματος & αυξημένου κινδύνου για οφθαλμικό καταρράκτη; <b>Σωστό</b> <b>Λάθος</b>	1(3) 15 (45,5)	2(6,1) 15 (45,5)	0,582	4 (12,5) 11 (34,4)	2 (6,3) 15 (46,9)	0,281
Υπάρχει συσχέτιση καπνίσματος & αυξημένου κινδύνου για περιοδοντικές παθήσεις; <b>Σωστό</b> <b>Λάθος</b>	10 (30,3) 7 (21,2)	12 (36,4) 5 (15,2)	0,622	16 (48,5) 0(0)	10 (30,3) 7 (21,2)	<b>0,004</b>
Υπάρχει συσχέτιση καπνίσματος & αυξημένου κινδύνου για νεογνικό θάνατο; <b>Σωστό</b> <b>Λάθος</b>	6 (18,2) 10 (30,3)	5 (15,2) 12 (36,4)	0,622	14 (42,4) 2(6,1)	2(6,1) 11 (33,3)	<b>0,002</b>
<i>*Δεν λαμβάνεται υπόψην καθώς υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά και πριν την παρέμβαση.</i>						