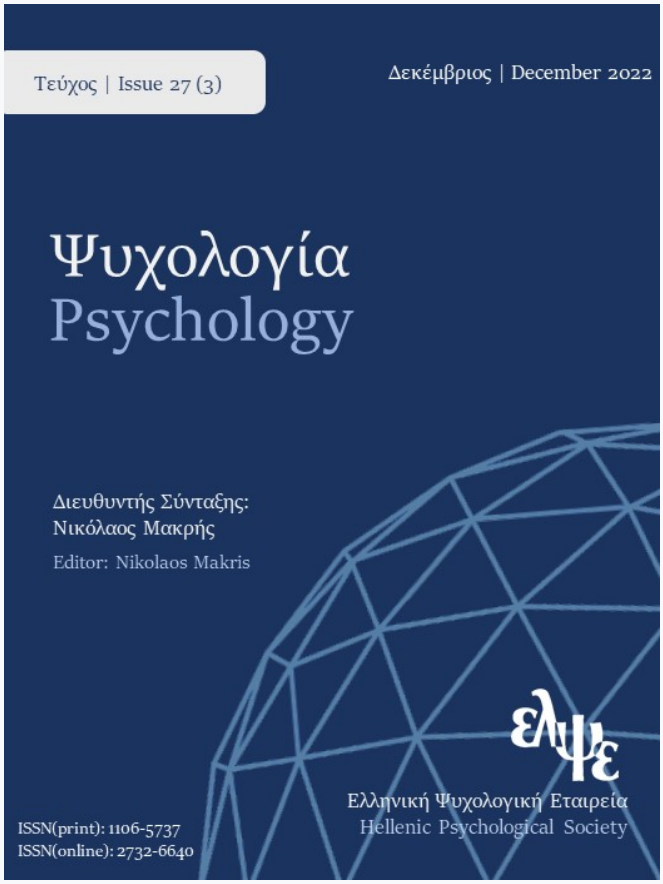
ePublishing

**Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society**

Vol 27, No 3 (2022)

December 2022




# Intention to Quit Smoking among Greek Police Officers. The role of the Theory of Planned Behavior, dependence and self-efficacy

*George Koulierakis, Christina Bakola, Elena Zagorianakou*

doi: 10.12681/psy_hps.26970

Copyright © 2022, Γεώργιος Κουλιεράκης, Χριστίνα Μπακόλα, Έλενα Ζαγοριανάκου

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0.

**To cite this article:**

Koulierakis, G., Bakola, C., & Zagorianakou, E. (2022). Intention to Quit Smoking among Greek Police Officers. The role of the Theory of Planned Behavior, dependence and self-efficacy. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, *27*(3), 118–143. https://doi.org/10.12681/psy_hps.26970

https://epublishing.ekt.gr | **e-Publisher:** EKT | **Downloaded at:** 26/03/2026 16:53:36

**ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ | PSYCHOLOGY**, 27(3), 118-143

Ελληνική Ψυχολογική Εταιρεία
Hellenic Psychological Society

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ | RESEARCH PAPER

# Πρόθεση διακοπής καπνίσματος σε Έλληνες αστυνομικούς. Ο ρόλος της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, της εξάρτησης και των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας

Γεώργιος ΚΟΥΛΙΕΡΑΚΗΣ[1], Χριστίνα ΜΠΑΚΟΛΑ[2], Έλενα ΖΑΓΟΡΙΑΝΑΚΟΥ[3]

[1] Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα, Ελλάδα
[2] Κεντρικό Ιατρείο Αθηνών, ΕΛ.ΑΣ, Αθήνα, Ελλάδα
[3] Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Σχολή Διοικητικών Οικονομικών & Κοινωνικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα, Ελλάδα

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Θεωρία Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, διακοπή καπνίσματος, αυτοαποτελεσματικότητα, εξάρτηση από τη νικοτίνη

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Γεώργιος Κουλιεράκης, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Λεωφ. Αλεξάνδρας 196, 11521 Αθήνα, Ελλάδα
gkoulierakis@uniwa.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει την πρόθεση διακοπής καπνίσματος σε Έλληνες εν ενεργεία αστυνομικούς, μέσω της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Συμμετείχαν 150 άτομα, ηλικίας 21-58 ετών. Χρησιμοποιήθηκαν τέσσερεις αυτοαναφορικές κλίμακες: (α) ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων, (β) η κλίμακα Fagerström μέτρησης εξάρτησης από τη νικοτίνη, (γ) η κλίμακα MacArthur Scale of Subjective Social Status για τη μέτρηση του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου και (δ) κλίμακα της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Βρέθηκε ότι 33,3% των αστυνομικών κάπνιζε περισσότερα από 20 χρόνια και 42% είχε αποπειραθεί να διακόψει το κάπνισμα δύο ή και περισσότερες φορές. Τα αποτελέσματα έδειξαν μέτρια έως υψηλή εξάρτηση και αυτοαντίληψη εθισμού για την πλειοψηφία των αστυνομικών (72,6% και 68,7%, αντίστοιχα). Οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, τόσο μεταξύ τους, όσο και με τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας, ήταν υψηλές. Η ανάλυση παλινδρόμησης ανέδειξε τον αντιληπτό έλεγχο της συμπεριφοράς ($\beta$ = 0,53, $p$ < 0,0001), τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας ($\beta$ = 0,34, $p$ < 0,0001) και τις προηγούμενες προσπάθειες διακοπής ($\beta$ = 0,22, $p$ < 0,0001), ως τους ισχυρότερους προβλεπτικούς παράγοντες της πρόθεσης για διακοπή του καπνίσματος, επιβεβαιώνοντας προηγούμενες έρευνες, ακολουθούμενους από το χρόνο που κάποιος/α είναι καθημερινός καπνιστής ($\beta$ = 0,18, $p$ < 0,05) και τις στάσεις ως προς τη διακοπή του καπνίσματος ($\beta$ = 0,14, $p$ < 0,05). Δεδομένου ότι η συνήθεια του καπνίσματος επηρεάζεται από ψυχολογικούς (πεποιθήσεις, συναισθήματα) και κοινωνικούς παράγοντες (κοινωνική πίεση, πρότυπα), είναι επιβεβλημένη η εσωτερική κινητοποίηση των καπνιστών αστυνομικών για τη διακοπή του καπνίσματος μέσω παρεμβάσεων βασισμένων στη θεωρία σε θεσμοθετημένα ιατρεία διακοπής καπνίσματος.

## Εισαγωγή

Το κάπνισμα αποτελεί, διεθνώς, το σημαντικότερο ζήτημα δημόσιας υγείας. Ήδη από τις δεκαετίες 1940 και 1950, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνώρισε στον καπνό εξαρτησιογόνες και τοξικές ουσίες, ενώ το 1960 το Υπουργείο Υγείας των ΗΠΑ κατέδειξε συσχέτιση του καπνού με διάφορα νοσήματα (Κουράκος και συν., 2016).

Τα επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι στην Ευρώπη, σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat (2014), 24% του πληθυσμού ηλικίας άνω των 15 ετών είναι καθημερινοί καπνιστές, με τα ποσοστά να κυμαίνονται από 8,7% στην Σουηδία, έως 27% στην Ελλάδα και 27,3% στην Βουλγαρία. Στις Η.Π.Α., 14 στους 100 ενήλικες άνω των 18 ετών (14%) (περίπου 34,1 εκατομύρια άτομα) είναι καπνιστές (Cornelius et al., 2019). Σύμφωνα με Έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, 20,2% του παγκόσμιου πληθυσμού άνω των 15 ετών, ήταν καπνιστές το 2015, υποδεικνύοντας μια πτώση κατά 6,7% σε σχέση με το 2000 και κατά 4,1% συγκριτικά με το 2005 (WHO, 2018).

Τέλος, τα επιδημιολογικά στοιχεία φανερώνουν υψηλό συνολικό επιπολασμό (21%) σε εργαζόμενους στο χώρο της υγείας. Ειδικότερα, υψηλότερα ποσοστά βρέθηκαν σε άνδρες γιατρούς από χώρες μεσαίου και χαμηλού εισοδήματος (35% και 45%, αντίστοιχα) και σε γυναίκες νοσηλεύτριες από χώρες υψηλού και μεσαίου εισοδήματος (21% και 25%, αντίστοιχα) (Nilan et al., 2019). Η Ελλάδα εξακολουθεί να κατέχει διεθνώς υψηλή θέση στον επιπολασμό του καπνίσματος, σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες, με μέση ηλικία έναρξης του καπνίσματος τα 19 χρόνια (Τούντας και συν., 2016). Ο επιπολασμός του καπνίσματος στην Ελλάδα ήταν 37,9% το 2009, 36,7% το 2012, 32,5% το 2014 και 27,1% το 2017, καταδεικνύοντας μια συνολική μείωση 28,5%, ενώ τα άτομα ηλικίας 16-24 ετών εμφάνισαν μείωση της τάξης του 33% από το 2009 ως το 2014, η οποία αποδίδεται σε παρεμβάσεις αγωγής υγείας στα σχολεία (Demi et al., 2018). Επιπλέον, στην Ελλάδα, καταγράφηκε μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος, από 42,6 σε 38,5% την περίοδο 2008-15, υποδεικνύοντας την επίδραση της οικονομικής κρίσης στη συγκεκριμένη συμπεριφορά (Filippidis et al., 2014, 2017).

Αναφορικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία, εκτιμάται ότι κατά τη διάρκεια του 20ού αιώνα, το κάπνισμα σκότωσε, παγκοσμίως, περίπου 100 εκατομμύρια ανθρώπους, οι περισσότεροι από τους οποίους από τις σημερινές ανεπτυγμένες χώρες (Jha, 2009). Το υγειονομικό φορτίο του καπνίσματος μεταφέρεται σήμερα, από τις χώρες υψηλού εισοδήματος στις χώρες χαμηλού έως μεσαίου εισοδήματος, ενώ ορισμένες εκτιμήσεις δείχνουν ότι ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι θα μπορούσαν να πεθάνουν εξαιτίας του καπνίσματος κατά τη διάρκεια του 21ου αιώνα (Jha & Peto, 2014· Mathers & Loncar, 2006).

Η χρήση προϊόντων καπνού έχει συνδεθεί με σωρεία σοβαρών επιπτώσεων στην υγεία. Σύμφωνα με την Μελέτη Global Burden of Disease, περισσότερα από 8 εκατομμύρια άνθρωποι πέθαναν πρόωρα, εξαιτίας του καπνίσματος, το 2017 (GBD 2017 Risks Factor Collaborators, 2018). Επιπλέον, το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα πρόωρης θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνο και χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες (Βαρβαρήγος, 2016· Doll et al., 2004· Eriksen et al., 2015· Pirie et al., 2013)· αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο του πνεύμονα, παγκοσμίως, αφού ευθυνεται για τα 2/3 των περιπτώσεων του συγκεκριμένου νοσήματος (Cancer Atlas, 2020· Χατζηλιά, 2017). Επιπλέον, το κάπνισμα συμβάλλει στην εμφάνιση διαταραχών του πεπτικού, μυοσκελετικού και νευρικού συστήματος και στην καταστροφή του ανοσοποιητικού συστήματος (Σχορετσανίτη, 2014). Κατά τους Strine et al. (2005) και Πιερράκο και συν. (2011), οι καπνιστές, συγκριτικά με τους μη καπνιστές, αναφέρουν σημαντικά χαμηλότερη σωματική υγεία και ποιότητα ζωής.

Το κάπνισμα συσχετίζεται με τον επιπολασμό του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) (Kaderli et al., 2014), ο οποίος ευθύνεται για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ενώ αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου σε ασθενείς που πάσχουν από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (Feng et al., 2017).

Το κάπνισμα επηρεάζει αρνητικά την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (Ευαγγελοπούλου, 2018), θεωρείται η βασική αιτία για το το 15% του συνόλου των πρόωρων τοκετών, ενώ εξαιτίας του καπνίσματος αναφέρεται 150% αύξηση της περιγεννητικής θνησιμότητας (Pitsiou & Argyropoulou-Pataka, 2007). Τέλος, το κάπνισμα σχετίζεται με την εξωμήτρια κύηση, το χαμηλό βάρος νεογνού, το σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου κ.ά. (Βαρβαρήγος, 2016), ενώ μειώνει κατά 50% τη γυναικεία γονιμότητα και την πιθανότητα αποβολής ή εμφάνισης επιπλοκών (Χατζηλιά, 2017).

Το παθητικό κάπνισμα επιφέρει ένα σημαντικό αριθμό θανάτων, που σε παγκόσμια κλίμακα αγγίζει τα 1,2 εκατομμύρια και συμβάλλει στην πρόκληση σοβαρών καρδιαγγειακών και αναπνευστικών παθήσεων (WHO, 2020). Όσον αφορά την υγεία των παθητικών καπνιστών, ο κίνδυνος προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα και ο κίνδυνος ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι κατά 20-30% και 25-30%, αντίστοιχα, μεγαλύτερος, συγκριτικά με τους μη καπνιστές (U.S. Department of Health and Human Services, 2010).

Το άμεσο κόστος από τις συνέπειες του καπνίσματος καταγράφεται ως προς τις δαπάνες θεραπειών και νοσηλειών και το έμμεσο κόστος μέσω της νοσηρότητας που οδηγεί σε μείωση της παραγωγικότητας, της πρόκλησης αναπηριών και της θνησιμότητας (Κυριόπουλος & Αθανασάκης, 2018). Το παγκόσμιο, σχετιζόμενο με το κάπνισμα, οικονομικό κόστος είναι ανυπολόγιστο και πιθανώς ανέρχεται σε περισσότερο από 1 τρις δολάρια ανά έτος (Eriksen et al., 2015). Εκτιμάται ότι οι ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα ευθύνονται για το 1,5 - 6,8% των δαπανών του εθνικού συστήματος υγείας και το 0,22 - 0,88% του ΑΕΠ μιας χώρας (Rezaei et al., 2016). Στην Ελλάδα, το κόστος του καπνίσματος ανέρχεται στο 14,4% της συνολικής δαπάνης υγείας (Κυριόπουλος & Αθανασάκης, 2018). Η εκτίμηση αυτή διαφέρει σε ένα βαθμό, σε σύγκριση με τα στοιχεία που παρουσιάζονται στην συστηματική ανασκόπηση των Rezaei et al. (2016), λόγω του ότι (α) περιλαμβάνει άλλα είδη δαπανών φροντίδας, όπως η άτυπη περίθαλψη, που συνήθως δεν ενσωματώνονται στις μελέτες Κόστους-Ασθένειας, οι οποίες αποσκοπούν στον ακριβή υπολογισμό του άμεσου κόστους, (β) αναφέρεται σε μια χώρα,

την Ελλάδα, με πολύ υψηλό επιπολασμό καπνιστών τις τελευταίες δεκαετίες - στην πραγματικότητα, έναν από τους υψηλότερους στην Ευρώπη, (γ) αναφέρεται στην περίοδο πριν από το πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής της Ελλάδας, δηλαδή μια περίοδο υψηλών ιατρικών δαπανών και υψηλών τιμών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Ο έλεγχος και η απαγόρευση του καπνίσματος, ιδιαίτερα σε δημόσιους χώρους, μέσω νομοθετικών παρεμβάσεων, αποτελεί ένα πρόσφατο ζήτημα που αποσκοπεί στην προαγωγή της δημόσιας υγείας και τη μείωση των ποσών που δαπανούνται κάθε χρόνο από το κράτος για την αντιμετώπιση νοσημάτων που σχετίζονται με αυτό. Μόλις το 2003 υπογράφτηκε από 168 χώρες, ανάμεσά τους και η Ελλάδα, η Παγκόσμια συνθήκη για τον Έλεγχο του Καπνίσματος στη Γενεύη, με δεσμευτικές υποχρεώσεις των μελών (WHO, 2003).

Στην Ελλάδα, ισχύει ο Ν. 3730/2008, το άρθρο 3 του οποίου απαγορεύει το κάπνισμα και την κατανάλωση προϊόντων καπνού σε όλους τους κλειστούς ή στεγασμένους δημόσιους ή ιδιωτικούς χώρους καθώς και στα πάσης φύσεως οχήματα όταν επιβαίνουν ανήλικοι κάτω των 12 ετών. Τον Ιούλιο του 2011, με την αναθεώρηση του Ν. 3868/2010 και την ψήφιση του Ν. 3986/2011 επιβάλλεται καθολική απαγόρευση του καπνίσματος με εξαίρεση τα καζίνο και τα μπαρ με ζωντανή μουσική και εμβαδόν άνω των 300τ.μ. με το ανάλογο τέλος.

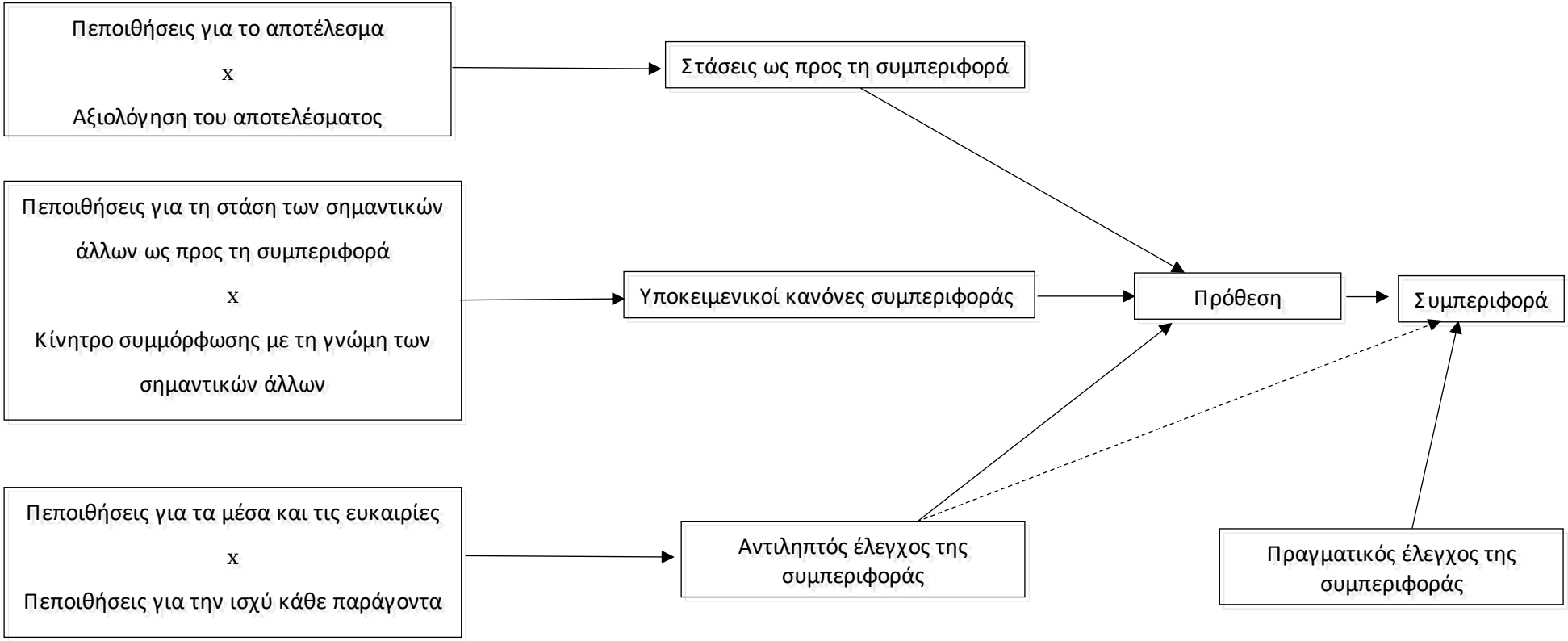
Τα προϊόντα του καπνού που έχουν αναγνωριστεί ως εξαρτησιογόνα, κατατάσσονται ως τέτοια και από τα διεθνή συστήματα κατάταξης ψυχικών νοσημάτων ICD-10 και DSM-5 (Μπαρμπαγιάννη, 2014). Έτσι ο βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη και οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας αποτελούν σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες για τη διακοπή του καπνίσματος (Lindberg et al., 2015· Põld & Pärna, 2020· Τζιάλλας και συν., 2006· Χατζηλιά, 2017) και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στον σχεδιασμό θεραπευτικών παρεμβάσεων (Αγγελοπούλου και συν., 2020· Behrakis et al., 2012), προκειμένου οι καπνιστές να μπορούν ευκολότερα να διακόψουν τη χρήση του τσιγάρου (Fagerström & Furberg, 2008).

## Η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς

Η κατανόηση της καπνιστικής συμπεριφοράς (έναρξη, συνέχιση και ενδεχόμενος τερματισμός) περιλαμβάνει ψχολογικούς, φαρμακολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες (West, 2017). Από τα διαθέσιμα κοινωνικο-γνωστικά μοντέλα, η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς αποτελεί την πιο δημοφιλή, την συχνότερα αναφερόμενη και την πιο επιδραστική θεωρία (Aizen, 2011) και για τους λόγους αυτούς επιλέχθηκε ως ερμηνευτικό πλαίσιο στην παρούσα μελέτη.

Η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς αναπτύχθηκε από τον Ajzen (1985, 1991) και αποτελεί εξέλιξη της θεωρίας της έλλογης δράσης (Ajzen & Fishbein, 1977). Πρόκειται για δύο ψυχολογικές θεωρίες που έχουν τη βάση τους στο θεωρητικό πλαίσιο της αναμενόμενης αξίας (expectancy-value) (Peak, 1955) και δίνουν έμφαση στην δράση, ως αποτέλεσμα της βουλητικής διαδικασίας σκέψης και αξιολόγησης των διαθέσιμων πληροφοριών. Η θεωρία της έλλογης δράσης περιορίζεται σε καταστάσεις όπου το άτομο έχει τον πλήρη έλεγχο για την εκτέλεση μιας συμπεριφοράς, συνεπώς δεν μπορεί να προβλέψει συμπεριφορές που είτε απαιτούν επιπλέον δεξιότητες, είτε η πρόθεση να υιοθετηθούν επηρεάζεται από την αντίληψη του ατόμου για την δυνατότητα εκτέλεσής τους (Armitage & Conner, 2001). Η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς αίρει αυτό τον περιορισμό με την προσθήκη της μέτρησης του αντιληπτού ελέγχου συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με την Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, η πρόθεση ενός ατόμου να εκτελέσει μια συμπεριφορά αντιπροσωπεύει το πιο κοντινό αίτιό της. Όσο ισχυρότερη είναι η πρόθεση κάποιου να πραγματοποιήσει μια συμπεριφορά, τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες έχει να εμπλακεί στη συγκεκριμένη δράση, προς συγκεκριμένο στόχο, σε ειδικό πλαίσιο και περίσταση (αρχή της συμβατότητας) (Ajzen & Fishbein, 1977). Οι παράμετροι που διαμορφώνουν την πρόθεση είναι: α) οι στάσεις (attitudes), δηλαδή οι γενικές αξιολογήσεις της συμπεριφοράς (π.χ. θετική, αρνητική, ουδέτερη) από το άτομο· β) οι υποκειμενικοί κανόνες συμπεριφοράς (subjective norms), δηλαδή η αντίληψη του ατόμου σχετικά με την κοινωνική πίεση που θα δεχθεί από τους σημαντικούς άλλους και η επιθυμία του να συμμορφωθεί με αυτό που οι άλλοι επιθυμούν για το ίδιο· και γ) ο αντιληπτός έλεγχος της συμπεριφοράς (perceived behavioural control), ο οποίος αντικατοπτρίζει την αντίληψη του ατόμου για τον έλεγχο που μπορεί να ασκήσει στις υπάρχουσες συνθήκες, ώστε να υιοθετήσει ή όχι μια συμπεριφορά (Βλ. Γράφημα 1).




**Γράφημα 1.** Η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς

Η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς έχει αποδειχτεί χρήσιμη ως προβλεπτικό εργαλείο για μια σειρά συμπεριφορών υγείας, όπως η υγιεινή διατροφή (Karpinski & Milliner, 2016), η φυσική δραστηριότητα (Shafieinia et al., 2016), η κατανάλωση αλκοόλ (Cooke et al., 2016), ο εμβολιασμός (Wiemken et al., 2015) και η συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή (Lin et al., 2016).

Αναφορικά με το κάπνισμα, ένας σημαντικός αριθμός ερευνών και ανασκοπήσεων καταδεικνύουν την χρήση της Θεωρίας και διαπιστώνουν την συχέτιση των επιμέρους στοιχείων της με την πρόθεση διακοπής (Chiu et al., 2019· Lareyre et al., 2021· Μποζιονέλος, 2015· Tapera et al., 2020· Tseng et al., 2018).

Επιπλέον των στοιχείων της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, η πρόθεση για διακοπή του καπνίσματος έχει βρεθεί να σχετίζεται θετικά με το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο (Reid et al., 2010· Siahpush et al., 2006) και τις προηγούμενες προσπάθειες για διακοπή, με μικρή όμως αύξηση στη διακύμανσή της (Hagger et al., 2018· Layoun et al., 2017).

Στην Ελλάδα, η πρόθεση διακοπής του καπνίσματος στον γενικό πληθυσμό έχει αυξηθεί από το 2006, σε όλα τα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα, ως συνδυαστικό αποτέλεσμα των σχετικών αντικαπνιστικών πολιτικών και της οικονομικής λιτότητας (Schoretsaniti et al., 2014). Την ίδια στιγμή, απ΄όσο είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε, στην ελληνική βιβλιογραφία, υπάρχουν ελάχιστες μελέτες που να αξιοποίησαν την Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς ως ερμηνευτικό πλαίσιο για την διακοπή καπνίσματος, σε υγιείς ενήλικες (Πασπαράκη, 2020), σε μαθητές (Hassandra et al., 2011· Ζαρδαβά, 2018) και σε επαγγελματίες υγείας (Τσινούλη, 2019). Επιπλέον, σε μια μελέτη χρησιμοποιήθηκε η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς σε παρέμβαση για την εκτίμηση και βελτίωση των γνώσεων και των στάσεων των επαγγελματιών υγείας στη σύντομη συμβουλευτική για διακοπή καπνίσματος (Κοκκίνη-Πάσχου και συν., 2014). Από την άλλη πλευρά, μόνο μια μελέτη κατέγραψε τις στάσεις και τις προθέσεις αναφορικά με το κάπνισμα και την άσκηση, με βάση τη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, σε δόκιμους αστυνομικούς (Μπεμπέτσος, 2020).

### *Οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας*

Η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας, προέρχεται από την κοινωνικογνωστική θεωρία του Bandura (1977) και αναφέρεται τόσο σε εξωτερικούς παράγοντες ελέγχου, όσο και στην πεποίθηση του ατόμου ότι μπορεί να πραγματοποιήσει την επιθυμητή συμπεριφορά (Bandura, 1986). Εννοιολογικά, η σχέση μεταξύ του αντιληπτού ελέγχου και της αυτοαποτελεσματικότητας είναι ασαφής: για τον Ajzen (2002α), ο αντιληπτός έλεγχος αποτελείται από δύο αλληλοσυσχετιζόμενες μεταβλητές: την αντιληπτή αυτοαποτελεσματικότητα (την πεποίθηση κάποιου για τη δική του ικανότητα) και την αντιληπτή δυνατότητα ελέγχου (την πεποίθηση ότι η συμπεριφορά κάποιου είναι βουλητική και μπορεί να προβλέψει τη συμπεριφορά, άμεσα ή έμμεσα (μέσω της πρόθεσης). Για τους Hagger and Chatzisarantis (2005) και Kraft et al. (2005), η αυτοαποτελεσματικότητα και ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς είναι έννοιες διακριτές, ενώ για τον Bandura (1992), η αυτοαποτελεσματικότητα περιλαμβάνει τις γνωστικές αντιλήψεις του ελέγχου, με βάση τους εσωτερικούς παράγοντες ελέγχου, ενώ ο αντιληπτός έλεγχος αντανακλά γενικότερους εξωτερικούς παράγοντες. Στην περίπτωση της πρόθεσης διακοπής του καπνίσματος, η αυτοαποτελεσματικότητα αφορά άμεσα τη θέληση του καπνιστή να εμπλακεί στη διαδικασία αλλαγής συμπεριφοράς και την ικανότητά του να το πράξει και να διατηρήσει την αποχή (Στεφανίδου, 2014). Στην παρούσα έρευνα, η αυτοαποτελεσματικότητα θεωρήθηκε ως διακριτή έννοια, σε σχέση με το στοιχείο του αντιληπτού ελέγχου της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς.

## Η παρούσα έρευνα

Σκοπός της παρούσας συγχρονικής έρευνας ήταν η διερεύνηση της επίδρασης των παραγόντων της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς στην πρόθεση για διακοπή καπνίσματος, σε Έλληνες αστυνομικούς. Με βάση τη Θεωρία, μελετήθηκε η σχέση των στάσεων, των υποκειμενικών κανόνων συμπεριφοράς και του αντιληπτού ελέγχου συμπεριφοράς με την πρόθεση για διακοπή του καπνίσματος. Επιπλέον, σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να αξιολογήσει το ρόλο άλλων μεταβλητών που έχει αναδείξει η σχετική βιβλιογραφία, όπως ο βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη, οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας, οι προηγούμενες προσπάθειες διακοπής, καθώς και δημογραφικές μεταβλητές, όπως το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, στην πρόβλεψη της πρόθεσης διακοπής. Στη συγκεκριμένη έρευνα, ως «κάπνισμα» θεωρήθηκε η κατανάλωση προϊόντων καπνού, ενώ εξαιρέθηκαν τα ηλεκτρονικά τσιγάρα επειδή οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία από τη χρήση τους, δεν έχουν επαρκώς τεκμηριωθεί (Bold et al., 2018).

Οι βασικές ερευνητικές υποθέσεις ήταν:

- Υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των στοιχείων της Θεωρίας, δηλ. των στάσεων, των υποκειμενικών κανόνων συμπεριφοράς, και του αντιληπτού ελέγχου της συμπεριφοράς, έναντι της πρόθεσης για διακοπή του καπνίσματος.
- Από τα στοιχεία της Θεωρίας, ο αντιληπτός έλεγχος της συμπεριφοράς και οι στάσεις απέναντι στη διακοπή καπνίσματος αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες πρόβλεψης της πρόθεσης για διακοπή καπνίσματος.
- Η πρόθεση διακοπής του καπνίσματος σχετίζεται αρνητικά με το επίπεδο εξάρτησης από τη νικοτίνη και θετικά με τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας, τις προηγούμενες προσπάθειες διακοπής και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο.

## *Μέθοδος*

### Συμμετέχοντες

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 150 εν ενεργεία Έλληνες αστυνομικοί, καπνιστές, οι οποίοι/ες προσήλθαν στα ιατρεία της Αστυνομίας, για οποιοδήποτε λόγο (π.χ., εξέταση, συνταγογράφηση, φυσιοθεραπεία κ.α.). Η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε με σκόπιμη δειγματοληψία, με βάση την προσωπική κρίση της βασικής ερευνήτριας (ΧΜ). Κατά την επιλογή των συμμετεχόντων, δεν υπήρξε καμία σύνδεση της καπνιστικής συμπεριφοράς τους, με οποιοδήποτε θέμα υγείας τους.

Από τους 150 συμμετέχοντες, 122 (81,3%) ήταν άνδρες και 27 (18%) γυναίκες. Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαίνονταν από 21 έως 58 έτη, με μέση ηλικία τα 34,07 έτη (*SD* = 8,13). Η πλειοψηφία ήταν άγαμοι (88 - 58,7%) και χωρίς παιδιά (98 – 65,3%). Ο μέσος χρόνος προϋπηρεσίας ήταν 12,6 χρόνια (*SD* = 7,74). Σε ότι αφορά το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, 109 αστυνομικοί (72,7%) βαθμολόγησαν από το σκαλί 4 έως 7, υποδηλώνοντας μέτριο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο.

### Μέσα Συλλογής Δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα εξής εργαλεία:

α) **Δημογραφικά χαρακτηριστικά και καπνιστικές συνήθειες**. Πρόκειται για ερωτηματολόγιο το οποίο κατασκευάστηκε από την βασική ερευνήτρια (ΧΜ), με βάση προηγούμενες έρευνες και περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις σχετικά με το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, προηγούμενες προσπάθειες διακοπής καπνίσματος κ.ά.

β) **Εξάρτηση από τη νικοτίνη**. Χρησιμοποιήθηκε η ελληνική μετάφραση της κλίμακας Fagerström Tolerance Questionnaire στην μορφή των 7 ερωτήσεων (Fagerström, 1978· Fagerström & Schneider, 1989), η οποία έχει χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενες έρευνες στην Ελλάδα (Νάνου, 2015) (π.χ. «Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;» *0 = Λιγότερα από 15, 1 = 16-25, 2 = Πάνω από 25· «Ποιο τσιγάρο σας φαίνεται το πιο απαραίτητο;» 1 = Το πρώτο, 0 = Κάποιο άλλο*) (*M* = 5,29, *SD* = 2,42, *Εύρος* = 10). Υψηλότερο σκορ στην κλίμακα, υποδηλώνει μεγαλύτερη εξάρτηση. Ειδικότερα, βαθμολογία 0-3 υποδηλώνει χαμηλή εξάρτηση, 4-6, μέτρια, ενώ βαθμολογία υψηλότερη του 7, υποδηλώνει ισχυρή εξάρτηση από την νικοτίνη. Η εσωτερική αξιοπιστία της κλίμακας στην παρούσα έρευνα ήταν αποδεκτή (Cronbach's α = 0,61) και όμοια (Cronbach's α = 0,61) με αυτή που αναφέρεται σε προηγούμενες μελέτες αξιοπιστίας (Pomerleau et al., 1994).

Επιπλέον, η αυτοαντίληψη των συμμετεχόντων σχετικά με τον εθισμό τους στο κάπνισμα αξιολογήθηκε με την ερώτηση «Πόσο εθισμένος/η θα λέγατε ότι είστε στο κάπνισμα;» (*Καθόλου – Λίγο – Μέτρια – Αρκετά – Πολύ*).

γ) **Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο**. Για την υποκειμενική εκτίμηση του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, χρησιμοποιήθηκε μια ερώτηση, με τη μορφή της κοινωνικο-οικονομικής «σκάλας» (MacArthur Scale of Subjective Social Status, Adler et al., 2000), η οποία είχε χρησιμοποιηθεί σε σειρα ερευνών με τίτλο «Υγεία και Ευημερία», του Τομέα Οικονομικών της Υγείας, της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (Charonis et al., 2017).

δ) **Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς**. Για την αξιολόγηση των παραγόντων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο 20 ερωτήσεων, με επταβάθμια κλίμακα απαντήσεων, το οποίο σχεδιάστηκε για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, με βάση τις οδηγίες του Ajzen (2002β). Η διατύπωση των ερωτήσεων στα ελληνικά βασίστηκε σε προηγούμενη έρευνα που χρησιμοποίησε το ερωτηματολόγιο της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Τσινούλη, 2019). Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε τους εξής παράγοντες, για καθένα από τους

οποίους, το τελικό σκορ διαμορφώθηκε ως το άθροισμα των απαντήσεων στις αντίστοιχες ερωτήσεις, δια το πλήθος των ερωτήσεων:

***Πρόθεση***. Αποτυπώθηκε με τέσσερεις ερωτήσεις (π.χ., «Είμαι αποφασισμένος/η να κόψω το κάπνισμα για 6 μήνες» - *Συμφωνώ απόλυτα-Διαφωνώ απόλυτα*) (*M* = 4,03, *SD* = 1,74, *Εύρος* = 6). Υψηλότερο σκορ υποδηλώνει ισχυρότερη πρόθεση των ερωτώμενων να διακόψουν το κάπνισμα.

***Στάσεις απέναντι στη διακοπή του καπνίσματος***. Καταγράφηκαν με το σύνολο των απαντήσεων σε έξι ερωτήσεις, οι οποίες αξιολογούν τη διακοπή του καπνίσματος (π.χ., «Το να διακόψω το κάπνισμα είναι για μένα:...» *Απολύτως κακό-καλό, ωφέλιμο-ανώφελο, ανόητο-έξυπνο, απαραίτητο-μη απαραίτητο, άχρηστο-χρήσιμο, ευχάριστο-δυσάρεστο*) (*M* = 5,93, *SD* = 1,23, *Εύρος* = 6). Υψηλότερο σκορ υποδηλώνει ευνοϊκότερη στάση προς την διακοπή του καπνίσματος.

***Υποκειμενικοί κανόνες συμπεριφοράς***. Ο παράγοντας αυτός μετρήθηκε με πέντε ερωτήσεις αναφορικά με την επίδραση των σημαντικών άλλων που το άτομο εκτιμά και των οποίων τη γνώμη θα ακολουθούσε σε ότι αφορά στη διακοπή του καπνίσματος [π.χ., «Πολλά άτομα των οποίων την άποψη εκτιμώ (φίλοι, γονείς, παιδιά) θα ενέκριναν την αποχή μου από το κάπνισμα» - *Συμφωνώ απόλυτα-Διαφωνώ απόλυτα*] (*M* = 5,57, *SD* = 1,42, *Εύρος* = 6). Υψηλότερο σκορ σημαίνει μεγαλύτερη επίδραση των σημαντικών άλλων για την υιοθέτηση της συμπεριφοράς.

***Αντιληπτός Έλεγχος Συμπεριφοράς***. Η υποκειμενική αντίληψη των ερωτώμενων αναφορικά με τον έλεγχό τους πάνω στη διακοπή του καπνίσματος μετρήθηκε με τέσσερεις ερωτήσεις (π.χ., Η διακοπή καπνίσματος είναι πέρα από τον έλεγχό μου» - *Συμφωνώ απόλυτα-Διαφωνώ απόλυτα*) (*M* = 4,25, *SD* = 1,62, *Εύρος* = 6). Υψηλότερο σκορ αντανακλά μεγαλύτερη αντίληψη ελέγχου.

Για τη διερεύνηση της εννοιολογικής δομής του ερωτηματολογίου εφαρμόστηκε διερευνητική παραγοντική ανάλυση με τη μέθοδο της Ανάλυσης κύριων αξόνων (Principal Axis Factoring) και ορθογώνια περιστροφή των αξόνων (varimax rotation), για τις ερωτήσεις της πρόθεσης, των στάσεων, των υποκειμενικών κανόνων συμπεριφοράς και του αντιληπτού ελέγχου της συμπεριφοράς. Η συγκεκριμένη ανάλυση επιλέχθηκε επειδή οι υπό διερεύνση μεταβλητές (αντιλήψεις) είναι λανθάνουσες και επιπλέον, επειδή η διαδικασία επηρεάζεται λιγότερο από μη κανονικές κατανομές (Fabrigar et al., 1999). Για τον έλεγχο της Συνολικής Δειγματικής Καταλληλότητας χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Kaiser- Mayer- Olkin – KMO (0,81), ενώ για περαιτέρω εξέταση της καταλληλότητας των δεδομένων για παραγοντική ανάλυση, έγινε ο έλεγχος Σφαιρικότητας του Bartlett (Bartlett's Test of Sphericity), που αποδείχθηκε στατιστικά σημαντικός ($\chi^2(120) = 1137{,}62$, $p < 0{,}001$). Η ανάλυση αυτή υπέδειξε τέσσερεις κύριους παράγοντες, οι οποίοι αναφέρονταν στους τέσσερεις παράγοντες της Θεωρίας (πρόθεση, στάσεις, υποκειμενικοί κανόνες συμπεριφοράς, αντιληπτός έλεγχος της συμπεριφοράς). Οι παράγοντες αυτοί εξηγούσαν συνολικά το 67,9% της διακύμανσης των δεδομένων. Ο έλεγχος αξιοπιστίας των παραγόντων, μέσω του δείκτη α του Cronbach, έδειξε ότι αυτή ήταν υψηλή με τιμές ίσες ή άνω του 0,70 που δείχνει πολύ καλή συνοχή των ερωτήσεων. Τέσσερεις από τις αρχικές ερωτήσεις, αναφορικά με τις στάσεις (1), τον αντιληπτό έλεγχο της συμπεριφοράς (1) και τους υποκειμενικούς κανόνες συμπεριφοράς (2), παρουσίασαν χαμηλές φορτίσεις και απαλείφθηκαν. Η παραγοντική δομή παρουσιάζεται στον Πίνακα 1.

*ε)* **Προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας.** Μετρήθηκαν με μια ερώτηση με επταβάθμια κλίμακα απαντήσεων (π.χ., «Είμαι πεπεισμένος-η/σίγουρος-η ότι θα κόψω το κάπνισμα» - *Απόλυτα σίγουρος/η-Καθόλου σίγουρος/η*), η διατύπωση της οποίας βασίστηκε σε προηγούμενη έρευνα για αποχή από χρήση ουσιών και αλκοόλ (Hoeppner et al., 2011). Κατά την ανάλυση, έγινε αντιστροφή της κλίμακας, έτσι ώστε υψηλότερη βαθμολογία να αντανακλά ισχυρότερη πεποίθηση ότι ο/η ερωτώμενος/-η θα διακόψει το κάπνισμα. Η ερώτηση ενσωματώθηκε (ως τελευταία) στο ερωτηματολόγιο της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς.

## Διαδικασία

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε τους μήνες Μάιο και Ιούνιο 2020, στο κτίριο όπου στεγάζονται τα ιατρεία της Αστυνομίας. Εξαιτίας του COVID-19, η είσοδος των ατόμων σε κάθε όροφο γινόταν ελεγχόμενα, με κάρτα εισόδου, ενώ επιτρεπόταν η παραμονή μόνο 12 ατόμων, ανά όροφο. Η διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε από την ερευνήτρια (ΧΜ), ως εξής: οι εισερχόμενοι στα ιατρεία αστυνομικοί ρωτήθηκαν, αρχικά, αν καπνίζουν και στη συνέχεια, αν επιθυμούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Στην περίπτωση θετικής ανταπόκρισης, τους εξηγούνταν προφορικά, ο σκοπός της έρευνας και δίνονταν οδηγίες συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Στην αρχική σελίδα του ερωτηματολογίου δίνονταν επίσης πληροφορίες σχετικά με τον σκοπό της έρευνας, τη διασφάλιση της ανωνυμίας και του εμπιστευτικού χαρακτήρα των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων. Τα ερωτηματολόγια χορηγούνταν σε σκληρόδετο ντοσιέ, ώστε

οι αστυνομικοί να μπορούν να το συμπληρώσουν είτε την ώρα της αναμονής, πριν την εξέταση, είτε προσερχόμενοι στο γραφείο των νοσηλευτριών, μετά την ολοκλήρωση της ιατρικής αξιολόγησής τους. Για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, απαιτούνταν περίπου 10 λεπτά.

**Πίνακας 1**

*Παραγοντική δομή του ερωτηματολογίου της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς*

| Ερωτήσεις | Παράγοντας | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Παράγοντας 1: Πρόθεση | | | | |
| 7. Είμαι αποφασισμένος/η να κόψω το κάπνισμα για 6 μήνες | **0,77** | 0,16 | 0,14 | 0,19 |
| 9. Θα προσπαθήσω να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες | **0,83** | 0,12 | | 0,25 |
| 11. Είναι πιθανό να κόψω το τσιγάρο για 6 μήνες | **0,68** | 0,05 | 0,16 | 0,30 |
| 14. Σκοπεύω να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες | **0,83** | 0,22 | 0,13 | 0,36 |
| Παράγοντας 2: Στάσεις απέναντι στη διακοπή καπνίσματος | | | | |
| $1^{\alpha}$. Το να διακόψω το κάπνισμα είναι για μένα: Καλό-Κακό | 0,20 | **0,57** | 0,17 | |
| $1^{\beta}$. Το να διακόψω το κάπνισμα είναι για μένα: Ωφέλιμο-Ανώφελο | 0,77 | **0,59** | 0,07 | |
| $1^{\gamma}$. Το να διακόψω το κάπνισμα είναι για μένα: Ανόητο-Έξυνο | 0,03 | **0,89** | | |
| $1^{\delta}$. Το να διακόψω το κάπνισμα είναι για μένα: Απαραίτητο-Μη απαραίτητο | 0,26 | **0,56** | 0,29 | |
| $1^{\varepsilon}$. Το να διακόψω το κάπνισμα είναι για μένα: Άχρηστο-Χρήσιμο | 0,06 | **0,73** | 0,11 | |
| Παράγοντας 3: Υποκειμενικοί κανόνες συμπεριφοράς | | | | |
| 4. Πολλά σημαντικά στη ζωή μου άτομα πιστεύουν ότι πρέπει να κόψω το κάπνισμα | 0,12 | 0,14 | **0,62** | |
| 5. Ο γιατρός μου πιστεύει ότι είναι απαραίτητο να κόψω το κάπνισμα | 0,19 | 0,08 | **0,66** | |
| 6. Θέλω να ακολουθήσω τη συμβουλή/επιθυμία των δικών μου ανθρώπων (φίλων, οικογένειας) να κόψω το κάπνισμα | 0,35 | 0,21 | **0,47** | |
| Παράγοντας 4: Αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς | | | | |
| 8. Η απόφαση να κόψω το κάπνισμα είναι πέρα από τον έλεγχό μου | 0,16 | | | **0,47** |
| 10. Αν το ήθελα θα μπορούσα να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες | 0,34 | | 0,18 | **0,80** |
| 13. Για εμένα, η διακοπή καπνίσματος είναι πάρα πολύ εύκολη | 0,26 | | | **0,58** |
| % εξηγούμενης διακύμανσης | 30,18 | 20,34 | 7,3 | 10,1 |
| Αξιοπιστία (Cronbach's α) | 0,91 | 0,82 | 0,71 | 0,71 |

**Σημείωση*. Παρουσιάζονται μόνο οι θετικές φορτίσεις. Συμπεριλαμβάνονται οι προτάσεις με αρχικές εξαγωγικές κοινές διακυμάνσεις άνω του 0,40

## *Δεοντολογία έρευνας*

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατόπιν έγγραφης έγκρισής της από την Διεύθυνση Υγειονομικού, καθώς και το Αρχηγείο της Ελληνικής Αστυνομίας (Αρ. Πρωτ.1821/20/505121). Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για την διαδικασία και το σκοπό της έρευνας, ενώ η απόφασή τους να συμπληρώσουν και να επιστρέψουν το ερωτηματολόγιο θεωρήθηκε συναίνεση συμμετοχής. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και οι συμμετέχοντες μπορούσαν να σταματήσουν την συμπληρωση του ερωτηματολογίου οποιαδήποτε στιγμή. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων διασφαλίστηκε με την μη καταγραφή στοιχείων ταυτοπροσωπίας στο ερωτηματολόγιο.

## Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα ανοικτού κώδικα Στατιστικής επεξεργασίας PSPP v.1.4.0.

## Αποτελέσματα

### *Εξάρτηση από τη νικοτίνη*

Αναφορικά με το κάπνισμα, τρεις στους δέκα (47 - 31,4%) δήλωσαν ότι ήταν καπνιστές έως 10 χρόνια, ενώ 50 συμμετέχοντες (33,3%) δήλωσαν ότι κάπνιζαν περισσότερα από 20 χρόνια. Σαράντα τέσσερεις αστυνομικοί (29,3%) δήλωσαν ότι δεν είχαν κάνει καμία απόπειρα να διακόψουν το κάπνισμα, ενώ εξήντα τρεις (42%) είχαν αποπειραθεί να διακόψουν δύο ή και περισσότερες φορές.

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα ποσοστά των απαντήσεων στην κλίμακα εξάρτησης. 53,3% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι καπνίζει λιγότερα από 15 τσιγάρα, την μέρα, 70%, ότι εισπνέουν τον καπνό πάντα, 42,6%, ότι καπνίζει περισσότερο τις πρωινές ώρες, 62,7%, ότι ξεκινά το κάπνισμα στα πρώτα 30 λεπτά που ξυπνάει, ενώ το πρώτο τσιγάρο της ημέρας αναφέρθηκε ως το πιο δύσκολο να διακοπεί κατά 67,8%. 44,7% δήλωσε ότι καπνίζει ακόμη και όταν είναι κλινήρης, αλλά μόνο 31,3% δυσκολεύεται να μη καπνίζει σε χώρους όπου απαγορεύεται το κάπνισμα.

Με βάση τη συνολική βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο της εξάρτησης, 27,3% των συμμετεχόντων (n=41) εμφάνισαν χαμηλή εξάρτηση, 39,3% (n=59) ήταν μέτρια εξαρτημένοι, ενώ 33,3% (n=50) είχαν υψηλή εξάρτηση από το κάπνισμα. Από την άλλη πλευρά, αναφορικά με την αυτοαντίληψη του εθισμού, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (103 – 68,7%) ανέφερε ότι ήταν μέτρια έως αρκετά εθισμένοι, ενώ είκοσι οκτώ αστυνομικοί (18,7%) δήλωσαν ότι ήταν πολύ εξαρτημένοι. Με βάση τα στατιστικά κριτήρια Mann-Whitney U test και $\chi^2$, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες αστυνομικούς, αναφορικά με εξάρτησή τους (άνδρες: $Mdn$ = 5,00, γυναίκες: $Mdn$ = 6,00, $U$ = 1632,000, $p$ = 0,941) και την αυτοαντίληψη του εθισμού ($\chi^2$ = 3,67, $df$ = 4, $p$ = 0,453).

### Δείκτες συσχέτισης

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των τεσσάρων παραγόντων της Θεωρίας της Προχεδιασμένης Συμπεριφοράς, του βαθμού εξάρτησης, της καπνιστικής συμπεριφοράς (διάρκεια καπνίσματος και προηγούμενες προσπάθειες διακοπής) και δημογραφικών μεταβλητών. Ο έλεγχος κανονικότητας με το κριτήριο Kolmogorov-Smirnof έδειξε $p$ < 0,05, δηλαδή μη κανονική κατανομή των δεδομένων. Συνεπώς, χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό τεστ Spearman's rho.

Όπως δείχνει ο Πίνακας 3, η πρόθεση για διακοπή καπνίσματος συσχετίζεται θετικά με όλους τους υπόλοιπους παράγοντες της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Ειδικότερα, με τις στάσεις απέναντι στη διακοπή (rho = 0,25, $p$ < 0,01), τους υποκειμενικούς κανόνες συμπεριφοράς (rho = 036, $p$ < 0,01), τον αντιληπτό έλεγχο της συμπεριφοράς (rho = 0,51, $p$ < 0,01), αλλά και τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας ως προς τη διακοπή (rho = 0,74, $p$ < 0,01). Η πρόθεση, συσχετίζεται, ακόμη, θετικά με τις προηγούμενες προσπάθειες διακοπής (rho = 0,25, $p$ < 0,01), αλλά αρνητικά, τόσο με την αυτοαντίληψη περί εθισμού (rho = -0,32, $p$ < 0,01) όσο και τον βαθμό εξάρτησης (rho = -0,28, $p$ < 0,01).

Στατιστικά σημαντικά υψηλή και θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας και του αντιληπτού ελέγχου συμπεριφοράς (rho = 0,55, $p$ < 0,01) και των υποκειμενικών κανόνων συμπεριφοράς (rho = 0,30, $p$ < 0,01), ενώ χαμηλή ήταν η συσχέτιση των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας με τις στάσεις (rho = 0,18, $p$ < 0,05).

Η αυτοαντίληψη του εθισμού συσχετίζεται θετικά με την εξάρτηση (rho = 0,69, $p$ < 0,01) και τη διάρκεια του καπνίσματος (rho = 0,39, $p$ < 0,01) και αρνητικά με τον αντιληπτό έλεγχο (rho = -0,53, $p$ < 0,01) και τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας (rho = -0,38, $p$ < 0,01). Οι δύο τελευταίοι παράγοντες συσχετίζονται επίσης αρνητικά με την εξάρτηση (rho = -0,41 και -0,28 αντίστοιχα, $p$ < 0,01).

Τέλος, η διάρκεια του καπνίσματος συσχετίζεται θετικά με την ηλικία (rho = 0,74, $p$ < 0,01), την προϋπηρεσία (rho = 0,72, $p$ < 0,01) και την εξάρτηση (rho = 0,26, $p$ < 0,01), αλλά αρνητικά με τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας (rho = -0,22, $p$ < 0,01).

### Ανάλυση παλινδρόμησης

Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης προκειμένου να διερευνηθεί η πρόβλεψη της πρόθεσης για διακοπή του καπνίσματος, με ανεξάρτητες μεταβλητές τους παράγοντες της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, την αυτοαποτελεσματικότητα, την αυτοαντίληψη του εθισμού, τον βαθμό εξάρτησης, τις προηγούμενες απόπειρες διακοπής και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά (βλ. Πίνακα 4).

Οι προβλεπτικοί παράγοντες εισήχθησαν ταυτόχρονα στην εξίσωση. Δεν υπήρξαν ενδείξεις πολυσυγγραμμικότητας (multicollinearity) στα δεδομένα, καθώς η ανοχή (tolerance) ήταν > 0,1 και ο Εκτιμητής Διόγκωσης της Διακύμανσης (VIF) ήταν < 3 για όλες τις μεταβλητές (Γρηγοριάδου, 2014). Αναφορικά με το μέγεθος του δείγματος της παρούσας έρευνας, σε σχέση με το πλήθος των ανεξάρτητων μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν στο μοντέλο (10), θεωρήθηκε επαρκές, με βάση τους εμπειρικούς κανόνες που έχουν προταθεί (Austin & Steyerberg, 2015· Green, 1991). Προέκυψε ότι πέντε παράγοντες – κατά φθίνουσα προβλεπτική ισχύ - η αυτοαποτελεσματικότητα, οι προηγούμενες προσπάθειες διακοπής, ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς, οι στάσεις και ο χρόνος που κάποιος/α είναι καθημερινός καπνιστής, προέβλεψαν συνολικά το 62% της διακύμανσης της πρόθεσης για διακοπή του καπνίσματος [$R^2$ = 0,619, F(10, 112) = 25,59, $p$ < 0,001]. Ειδικότερα, όσο μεγαλύτερη αίσθηση αποτελεσματικότητας και ελέγχου είχαν οι αστυνομικοί, όσο περισσότερες προσπάθειες είχαν κάνει στο παρελθόν να διακόψουν το κάπνισμα, όσο θετικότερες στάσεις είχαν για τη διακοπή και όσο περισσότερα χρόνια κάπνιζαν, τόσο ισχυρότερη ήταν η πρόθεσή τους να διακόψουν το κάπνισμα.

**Πίνακας 2**

*Βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη σύμφωνα με την κλίμακα Fagerström*

| | **N** | % |
|---|---|---|
| Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα; | | |
| < 15 | 80 | 53,3 |
| 16 - 25 | 54 | 36 |
| > 25 | 16 | 10,7 |
| Πόσο συχνά εισπνέεις τον καπνό ; | | |
| Ποτέ | 18 | 12,1 |
| Μερικές φορές | 26 | 17,4 |
| Πάντα | 105 | 70 |
| Καπνίζεις περισσότερο κατά τη διάρκεια του πρωινού απ' ότι κατά τη διάρκεια του υπόλοιπου της ημέρας ; | | |
| Ναι | 63 | 42,6 |
| 'Οχι | 85 | 57,4 |
| Πόσο γρήγορα μετά το πρωινό ξύπνημα καπνίζεις το πρώτο σου τσιγάρο; | | |
| ~30 λεπτά αφού σηκωθώ | 94 | 62,7 |
| Αργότερα | 56 | 37,3 |
| Ποιο τσιγάρο δυσκολεύεσαι περισσότερο να κόψεις; | | |
| Το πρώτο πρωινό | 101 | 67,8 |
| Κάποιο άλλο | 48 | 32,2 |
| Καπνίζεις τις μέρες που είσαι τόσο άρρωστος ώστε να χρειάζεται να μείνεις στο κρεβάτι; | | |
| Ναι | 67 | 44,7 |
| Όχι | 83 | 55,3 |
| Το βρίσκεις δύσκολο να απέχεις από το κάπνισμα εκεί όπου το απαγορεύουν, όπως βιβλιοθήκη, θέατρο, αίθουσες αναμονής; | | |
| Ναι | 47 | 31,3 |
| 'Οχι | 103 | 68,7 |

**Πίνακας 3**

*Περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες και Συσχετίσεις (Spearman's rho) μεταξύ των παραγόντων της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, του βαθμού εξάρτησης και δημογραφικών χαρακτηριστικών*

| Μεταβλητές | N | M | SD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Πρόθεση | 149 | 4,03 | 1,74 | | | | | | | | | | | |
| 2. Στάσεις | 144 | 5,93 | 1,23 | 0,25** | | | | | | | | | | |
| 3. Υποκειμενικοί κανόνες συμπεριφοράς | 147 | 5,57 | 1,42 | 0,36** | 0,53** | | | | | | | | | |
| 4. Αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς | 150 | 4,25 | 1,62 | 0,51** | -0,17* | -0,09 | | | | | | | | |
| 5. Αυτοαποτελεσματικότητα | 150 | 4,00 | 1,89 | 0,74** | 0,18* | 0,30** | 0,55** | | | | | | | |
| 6. Ηλικία | 147 | 34,07 | 8,13 | 0,05 | 0,11 | 0,11 | -0,18* | -0,01 | | | | | | |
| 7. Προϋπηρεσία | 149 | 12,59 | 7,74 | 0,02 | 0,12 | 0,06 | -0,16 | -0,06 | 0,90** | | | | | |
| 8. Διάρκεια καθημερινού καπνίσματος | 137 | 12,16 | 8,11 | -0,09 | 0,15 | 0,03 | -0,33** | -0,22** | 0,74** | 0,72** | | | | |
| 9. Προηγούμενες προσπάθειες διακοπής[α] | 149 | 1,13 | 0,84 | 0,25** | 0,11 | 0,19* | 0,07 | 0,77 | 0,18 | -0,01 | -0,04 | | | |
| 10. Αυτοαντίληψη εθισμού[β] | 149 | 2,29 | 0,99 | -0,32** | 0,12 | 0,18* | -0,53** | -0,38** | 0,18* | 0,22** | 0,39** | 0,13 | | |
| 11. Εξάρτηση (κλίμακα Fagerström) | 150 | 5,25 | 2,43 | -0,28** | 0,15 | 0,17* | -0,41** | -0,28** | 0,08 | 0,09 | 0,26** | 0,07 | 0,69** | |
| 12. Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο | 140 | 6,20 | 1,44 | 0,77 | -0,17* | -0,03 | 0,17* | 0,07 | 0,03 | 0,03 | -0,06 | 0,02 | -0,04 | -0,09 |

*Σημείωση. α *0 = Καμμία, 1 = Μια, 2 = Πάνω από 2, β 0 = Καθόλου έως 4 = Πολύ*, * $p<0,05$, ** $p<0,01$

**Πίνακας 4**
*Ανάλυση Παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της πρόθεσης διακοπής καπνίσματος*

| | B | SE | β | 95% Δ.Ε. | | *p* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | LL | UL | |
| Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο | 0,003 | 0,067 | 0,002 | -0,129 | 0,134 | |
| Προϋπηρεσία | -0,019 | 0,017 | -0,087 | -0,52 | 0,013 | |
| Διάρκεια καθημερινού καπνίσματος | 0,041* | 0,018 | 0,179 | 0,006 | 0,077 | 0,024 |
| Προηγούμενες προσπάθειες διακοπής | 0,476** | 0,112 | 0,222 | 0,253 | 0,699 | 0,0001 |
| Αυτοαντίληψη εθισμού | 0,052 | 0,157 | 0,027 | -0,259 | 0,363 | |
| Εξάρτηση | -0,039 | 0,054 | -0,052 | -0,146 | 0,068 | |
| Στάσεις | 0,196* | 0,082 | 0,136 | 0,033 | 0,359 | 0,019 |
| Υποκειμενικοί κανόνες συμπεριφοράς | 0,159 | 0,086 | 0,115 | -0,011 | 0,330 | |
| Αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς | 0,378** | 0,085 | 0,342 | 0,210 | 0,546 | 0,0001 |
| Αυτοαποτελεσματικότητα | 0,497** | 0,070 | 0,527 | 0,359 | 0,635 | 0,0001 |

**Σημείωση.* $p<0,05$, ** $p<0,01$, Durbin-Watson 1,955

## *Συζήτηση*

Η παρούσα έρευνα παρέχει δεδομένα από την διερεύνηση των παραγόντων της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας, την εξάρτηση από την νικοτίνη και δημογραφικές μεταβλητές, σε σχέση με την πρόθεση ελλήνων αστυνομικών να διακόψουν το κάπνισμα. Τα αποτελέσματα της έρευνας προσδιορίζουν το δείγμα να είναι μέτρια έως υψηλά εξαρτημένο κατά 72,6% σύμφωνα με την κλίμακα Fagerström, εύρημα το οποίο ερμηνεύεται μέσω της συσχέτισης του βαθμού εξάρτησης με τα έτη καπνίσματος και το οποίο συνάδει με την αντίληψη των ίδιων των αστυνομικών αναφορικά με τον βαθμό εθισμού τους. Την ίδια στιγμή, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των αστυνομικών δεν συσχετίστηκε με καμμιά από τις μεταβλητές της εξάρτησης (κλίμακα Fagerström, αυτοαντίληψη εθισμού) και της καπνιστικής συμπεριφοράς (διάρκεια καθημερινού καπνίσματος), παρά μόνο με τον αριθμό των τσιγάρων ανά ημέρα (η κατανάλωση περισσότερων τσιγάρων έτεινε να συμβαίνει σε άτομα με χαμηλότερη κοινωνική θέση). Επιπλέον, η ηλικία των αστυνομικών συσχετίστηκε θετικά μόνο με τη διάρκεια καθημερινού καπνίσματος και την αυτοαντίληψη του εθισμού. Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνουν ευρήματα άλλων ερευνών, τα οποία συσχετίζουν τον βαθμό εξάρτησης με τη μεγαλύτερη ηλικία και τα περισσότερα μέλη στην οικογένεια (Papadopoulos et al., 2009· Τριπόδης, 2016).

Στην παρούσα έρευνα ισχυρότερη πρόθεση για διακοπή δήλωσαν όσοι/ες αστυνομικοί είχαν χαμηλά επίπεδα εξάρτησης από τη νικοτίνη, επιβεβαιώνοντας τη σχετική υπόθεση. Το εύρημα συμφωνεί με τη μελέτη των Fagerström and Furberg, (2008), σύμφωνα με την οποία καπνιστές με χαμηλή εξάρτηση τείνουν να διακόπτουν το κάπνισμα ευκολότερα, συμβάλλοντας με τον τρόπο αυτό στη μείωση του του επιπολασμού του καπνίσματος στις χώρες τους, αλλά και με μια πολύ προσφατη έρευνα που επιβεβαιώνει πως η χαμηλή εξάρτηση σχετίζεται τόσο με την πρόθεση διακοπής του καπνίσματος, όσο και με την προσπάθεια διακοπής του (Lin et al., 2021) Αντίθετα, στην έρευνα των Τζιάλλα και συν. (2006), η αυξημένη εξάρτηση βρέθηκε να σχετίζεται με μεγαλύτερη πρόθεση για διακοπή, γεγονός που εξηγείται από τον πληθυσμό που μελετήθηκε, ο οποίος αφορούσε ασθενείς με καρδιολογικό νόσημα. Στην παρούσα έρευνα, δεν έγινε συσχετισμός της καπνιστικής συνήθειας με οποιοδήποτε νόσημα, γεγονός που επιτρέπει μόνο να εικάζουμε πως υπάρχει θετική σχέση της πρόθεσης με θέματα υγείας. Άλλα ερευνητικά ευρήματα έδειξαν ότι ο εθισμός αποτελεί εμπόδιο για τη διακοπή (Γρατσάνη, 2015) και ότι η υψηλή εξάρτηση συνδέονταν αρνητικά με τη διακοπή ή με δυσκολίες για απόφαση διακοπής (Pataka et al., 2017· Υποφάντη, 2015). Σε άλλες έρευνες, για τη διακοπή ή μη του καπνίσματος έπαιζε ρόλο και η αναγνώριση του εθισμού (Battle et al., 2015), ο οποίος δεν ήταν πάντα αντιληπτός στους καπνιστές (Γρατσάνη, 2015). Στην παρούσα έρευνα, οι αστυνομικοί έδειξαν να έχουν αντίληψη του εθισμού τους, αφού 87,4% αυτοπροσδιορίστηκαν ως μέτρια - πολύ εθισμένοι, ενώ βρέθηκε και θετική συσχέτιση με την κλίμακα εξάρτησης Fagerström. Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να ερμηνευτεί από την επιβεβαιωμένη με ποιοτικές έρευνες (Berg et al., 2013) σύνθετη αλληλεπίδραση της αντίληψης του εθισμού, της εξάρτησης και εν τέλει της προσπάθειας

διακοπής του καπνίσματος. Το γεγονός ότι οι αστυνομικοί στην παρούσα έρευνα έχουν επίγνωση του εθισμού τους, διευκολύνει τη δημιουργία κινήτρων (π.χ. ενημερωτικές ημερίδες σχετικά με τρόπους διακοπής καπνίσματας, δωρεάν φαρμακευτική αγωγή ή διακοπή με συμβουλευτική υποστήριξη) τα οποία θα μπορούσαν να οδηγήσουν πολλούς αστυνομικούς στη διακοπή του καπνίσματος.

Οι συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, αλλά και με τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας, ήταν υψηλές, επιβεβαιώνοντας την σχετική υπόθεση. Ειδικότερα, ο αντιληπτός έλεγχος της συμπεριφοράς συσχετίστηκε αρνητικά με τις στάσεις και τους υποκειμενικούς κανόνες συμπεριφοράς, αλλά παρουσίασε ισχυρή θετική συσχέτιση με την πρόθεση για διακοπή. Φαίνεται ότι οι αστυνομικοί στην παρούσα έρευνα είχαν θετικές στάσεις απέναντι στη διακοπή του καπνίσματος, γεγονός που επιβεβαιώνεται από το ότι η πλειοψηφία είχε κάνει προσπάθειες διακοπής κατά το παρελθόν. Επιπλέον, οι αστυνομικοί θεώρησαν ότι τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος είναι, ξεκάθαρα, περισσότερα, παρόλο που συχνά υπάρχουν παράγοντες, που λειτουργούν ως εμπόδια, όπως η ευχαρίστηση που προσφέρει η συνήθεια. Επίσης, θεώρησαν ότι οι σημαντικοί άνθρωποι στη ζωή τους είναι θετικά διακείμενοι στη διακοπή του καπνίσματος και οι ίδιοι θέλουν να ακολουθήσουν τη συμβουλή τους.

Αναφορικά με τους προβλεπτικούς παράγοντες της πρόθεσης για διακοπή, μόνο δύο στοιχεία της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς – ο αντιληπτός έλεγχος και οι στάσεις βρέθηκαν σημαντικοί, με τον έλεγχο να ασκεί την πιο ισχυρή επίδραση. Το αποτέλεσμα είναι σύμφωνο με τη βιβλιογραφία. Σε παλαιότερη μετανάλυση 185 ερευνών των Armitage and Conner (2001), οι στάσεις εξηγούσαν το 24% της διακύμανσης της πρόθεσης, με τον αντιλαμβανόμενο έλεγχο να έπεται (18%) και τελευταίες τις υποκειμενικές νόρμες (12%). Επιπλέον, σε έρευνα των ter Doest et al. (2009), ο αντιληπτός έλεγχος της συμπεριφοράς φάνηκε να είναι ισχυρός προβλεπτικός δείκτης της πρόθεσης για την αποχή από το κάπνισμα (not-smoking), ενώ και πιο πρόσφατες έρευνες επιβεβαιώνουν ότι ο αντιληπτός έλεγχος αποτελεί παράγοντα με μεγάλη στατιστική σημαντικότητα, με τις στάσεις να ακολουθούν (Bierman, 2012· Tseng et al., 2018). Στην μελέτη του Μπεμπέτσου (2020), σε δόκιμους αστυνομικούς, καταγράφηκαν, επίσης θετικές στάσεις αναφορικά με το κάπνισμα, χωρίς όμως να αναφέρεται τυχόν προβλεπτική ισχύ τους ως προς την πρόθεση διακοπής. Ο αντιληπτός έλεγχος συμπεριφοράς καταγράφεται ως σημαντικός παράγοντας στη συστηματική ανασκόπηση του Μποζιονέλου (2015), με ποσοστό 86% στην πλειοψηφία των ανασκοπούμενων ερευνών. Από την άλλη πλευρά, σε έρευνες που μελετούν μία συμπεριφορά με την οποία ο ερωτώμενος δεν έχει εμπλακεί (π.χ., «σκοπεύω να καπνίσω»), ο αντιληπτός έλεγχος της συμπεριφοράς συνεισφέρει αμυδρά στην πρόβλεψη της πρόθεσης (Kosmidou & Theodorakis, 2007).

Επιπλέον, σε αντίθεση με προηγούμενες έρευνες (Poggiolini & Wu, 2019), ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας αναδείχθηκαν οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας, οι οποίες έχουν προταθεί ως δομικό συστατικό στοιχείο για τη θεραπεία διακοπής του καπνίσματος και της μείωσης της εξάρτησης (Elshatarat et al., 2016). Αυτή η διαφορά ενδεχομένως να οφείλεται στα διαφορετικά χαρακτηριστικά των υπό διερεύνηση δειγμάτων στις δύο έρευνες (γενικός πληθυσμός, αστυνομικοί) και στον τρόπο μέτρησης της αυτοαποτελεσματικότητας. Ακόμη, μπορεί να εξηγείται από το γεγονός ότι στην παρούσα έρευνα δεν μελετήθηκε η αίσθηση κινδύνου από το κάπνισμα, όπως έγινε στην έρευνα των Poggiolini and Wu (2019), η διαμεσολάβηση της οποίας μείωσε την επίδραση των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας στην πρόθεση για διακοπή του καπνίσματος. Επιπλέον, ο υπό διερεύνηση πληθυσμός στην παρούσα έρευνα, εξαιτίας των χαρακτηριστικών του επαγγέλματος (δύναμη επιβολής, υψηλή επικινδυνότητα), ενδεχομένως να θεωρεί τη διακοπή καπνίσματος μια δράση - πράξη εντός των δυνατοτήτων του, αίσθηση η οποία πιθανόν σχετίζεται με την νεαρή ηλικία των αστυνομικών (74,8% των συμμετεχόντων ήταν ηλικίας από 18- 39 ετών).

Στην παρούσα έρευνα, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο δεν βρέθηκε να αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα της πρόθεσης διακοπής του καπνίσματος, απορρίπτοντας την σχετική υπόθεση. Παρόμοια ευρήματα έδειξε και η μελέτη της Σχορετσανίτη (2014), στην οποία φάνηκε πως δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά στοιχεία δεν επηρεάζουν την πρόθεση. Θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι τα ευρήματα μπορούν να διαφοροποιούνται σε πληθυσμούς με διαφορετικά κοινωνικο-οικονομικά και πολιτιστικά στοιχεία και ίσως η διερεύνηση περισσότερων ατομικών χαρακτηριστικών, σε μελλοντικές έρευνες να προσδώσει διαφορετική ισχύ στον συγκεκριμένο παράγοντα.

Τέλος, αυξημένη πρόθεση διακοπής δείχνουν να έχουν όσοι/ες έχουν κάνει απόπειρες διακοπής στο παρελθόν, επιβεβαιώνοντας προηγούμενες μελέτες, στις οποίες όμως η συνεισφορά του συγκεκριμένου παράγοντα στην πρόθεση δεν ήταν μεγάλη (Hagger et al. 2018).

## Περιορισμοί και Προτάσεις

Η παρούσα έρευνα παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς που θα πρέπει να επισημανθούν. Πρώτον, το μέγεθος του δείγματος ήταν μικρό και ευκαιριακό, ενώ η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε με σκόπιμη δειγματοληψία, μεταξύ αστυνομικών που υπηρετούσαν στην Αθήνα, αποκλείοντας άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ή με αθλητικό παρουσιαστικό , καθώς κρίθηκε ότι οι μεν ήταν συνταξιούχοι και άρα αποκλείονται από την έρευνα και οι δε ότι είχαν λίγες πιθανότητες να είναι καπνιστές. Συνεπώς, είναι δύσκολη η γενίκευση των αποτελεσμάτων. Από την άλλη πλευρά, η μεγάλη διαφορά μεταξύ ανδρών (N=122) και γυναικών (N=27) που συμμετείχαν στην έρευνα, δικαιολογείται αφού η πλειοψηφία των εν ενεργεία αστυνομικών είναι άντρες. Το ερωτηματολόγιο για τη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, αν και δημιουργήθηκε βάσει οδηγιών (Ajzen, 2002β), εμφάνισε κάποια ζητήματα εννοιολογικής κατασκευής, αφού ορισμένες από τις αρχικές ερωτήσεις δεν παρουσίασαν ικανοποιητικές φορτίσεις στους παράγοντες που αναμένονταν με βάση τη Θεωρία και απαλείφθηκαν. Τέλος, ο συγχρονικός σχεδιασμός της μελέτης, δεν επιτρέπει την παρακολούθηση διαχρονικών μεταβολών των πεποιθήσεων των συμμετεχόντων καπνιστών αστυνομικών.

Παρά τους παραπάνω περιορισμούς, και το είδος των στατιστικών αναλύσεων που επιλέχθηκαν, τα προκαταρκτικά ευρήματα της παρούσας έρευνας υποδεικνύουν την Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς ως ένα ερμηνευτικό πλαίσιο των απόψεων μιας ειδικής ομάδας πληθυσμού - των αστυνομικών, αναφορικά με την διαχείριση ενός σημαντικού ζητήματος δημόσιας υγείας.

Σε επίπεδο πρόληψης, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας δίνουν την δυνατότητα σχεδιασμού στοχευμένων αντικαπνιστικών παρεμβάσεων, βασισμένων στη θεωρία. Ειδικότερα:

Αρχικά, θα μπορούσαν να υιοθετηθούν πολιτικές αξιολόγησης της καπνιστικής συμπεριφοράς, του βαθμού εξάρτησης και των κινήτρων διακοπής, έγκαιρα, εντός των Αστυνομικών Σχολών, δηλαδή σε ένα πλαίσιο όπου είναι εύκολη η πρόσβαση σε μεγαλύτερες ομάδες ατόμων/καπνιστών και η στόχευση αφορά σε δυνητικούς καπνιστές ή νεότερους σε ηλικία καπνιστές. Η αξιολόγηση θα μπορούσε να οδηγήσει στην υλοποίηση ομαδικών προγραμμάτων αγωγής υγείας και παροχή δυνατοτήτων διακοπής του καπνίσματος, μέσω της πρόσβασης στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος της Αστυνομίας.

Στην Ελληνική Αστυνομία, λειτουργεί μόνο ένα ιατρείο διακοπής καπνίσματος στην Αθήνα, με τη συμβολή ψυχολόγου που εργάζεται εκεί. Δεδομένου ότι ο κύριος όγκος των αστυνομικών βρίσκεται Αθήνα θα μπορούσε να λειτουργήσει εντός Αττικής και άλλο ένα ιατρείο, ενώ ανάλογες ανάγκες υπάρχουν και σε άλλες πόλεις που όμως δεν ικανοποιούνται, λόγω έλλειψης προσωπικού και κινήτρων.

Με σημείο αναφοράς τα ιατρεία διακοπής καπνίσματος, σε ατομικό επίπεδο, οι προληπτικές προσωποποιημένες παρεμβάσεις εκπαιδευτικού-ενημερωτικού χαρακτήρα για τη διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να ενισχυθούν και να συντονίζονται από επαγγελματίες ψυχολόγους υγείας. Οι παρεμβάσεις αυτές στοχεύουν στη βελτίωση των γνώσεων και αντιλήψεων των καπνιστών, σχετικά με την αναγνώριση της εθιστικής συνήθειας, τις βλάβες του καπνίσματος στην υγεία και των ωφελειών από τη διακοπή του. Επιπλέον η συμβολή των ψυχολόγων κρίνεται απαραίτητη, καθώς είναι οι πλέον κατάλληλοι να κατανοήσουν και να αντιληφθούν τα αίτια της καπνιστικής συμπεριφοράς, αλλά και τους κρίσιμους παράγοντες για την εξάλειψή της και να παρέχουν συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη, για αντιμετώπιση των εμποδίων της διακοπής, ή των συμπτωμάτων στέρησης, λαμβάνοντας, επίσης, υπόψη το βαθμό εξάρτησης των καπνιστών. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην ενίσχυση των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας, καθώς φαίνεται πως αυτές μπορούν να ενισχύσουν τον έλεγχο πάνω στη διαδικασία διακοπής και να κινητοποιήσουν τα άτομα είτε στην αναζήτηση υποστηρικτικού πλασίου ανάμεσα στους σημαντικούς άλλους, ή στην αναζήτηση εξειδικευμένης επαγγελματικής βοήθειας για τη διακοπή. Την ίδια στιγμή, ο σχεδιασμός των παρεμβάσεων πρέπει να λαμβάνει υπόψη κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά, του πληθυσμού των αστυνομικών.

Η παρούσα έρευνα χρησιμοποίησε για πρώτη φορά στην Ελλάδα μια εδραιωμένη ψυχολογική θεωρία (Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς), συνδυαστικά με την έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας και μεταβλητές όπως η εξάρτηση, προκειμένου να διαπιστώσει την προβλεπτική τους ισχύ αναφορικά με τη διακοπή του καπνίσματος σε εν ενεργεία αστυνομικούς. Έχοντας ως σημείο εκκίνησης την παρούσα μελέτη, μελλοντικά, είναι απαραίτητος ο σχεδιασμός και υλοποίηση διαχρονικών μελετών, προκειμένου να διευρευνηθεί ο δυναμικός χαρακτήρας της μεταβολής των πεποιθήσεων των καπνιστών, ιδιαίτερα σε σχέση με την μείωση της κοινωνικής αποδοχής του καπνίσματος. Επιπλέον, προτείνεται η κατασκευή σταθμισμένου στα ελληνικά ερωτηματολογίου σχετικά με την διακοπή του καπνίσματος που να βασίζεται στη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς.

Η κινητοποίηση των αστυνομικών για τη διακοπή του καπνίσματος ενισχύεται μόνο με τη συνεχιζόμενη και συνεπή εφαρμογή των αντικαπνιστικών μέτρων και πολιτικών, ενώ η διακοπή του καπνίσματος πρέπει να αντιμετωπιστεί σε συνάρτηση με τα οφέλη που εξασφαλίζονται τόσο σε προσωπικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Το κράτος και οι δομές υγείας θα πρέπει να μεριμνούν για την μείωση του ποσοστού των καπνιστών στα κρίσιμα επαγγέλματα που αφορούν την υγεία και την ασφάλεια, μέσα από εκπαίδευση σε τεχνικές διακοπής και διαμόρφωση ενός υποστηρικτικού, ευνοϊκού για διακοπή καπνίσματος περιβάλλοντος.

## Βιβλιογραφία

Αγγελοπούλου, Π., Μαρόγλου, Φ., & Μακρογιάννη, Χ. (2020). Πιλοτικό ομαδικό πρόγραμμα ψυχολογικής υποστήριξης για τη διακοπή καπνίσματος. *Ψυχολογία: το περιοδικό της Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας*, *25*(2), 159-185. https://doi.org/10.12681/psy_hps.25595

Adler, N. E., Epel, E. S., Castellazzo, G., & Ickovics, J. R. (2000). Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: Preliminary data in healthy, White women. *Health Psychology*, *19*(6), 586-592. https://doi.org/10.1037/0278-6133.19.6.586

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1977). Attitude-behaviour relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, *84*(5), 888-918. https://doi.org/10.1037/0033-2909.84.5.888

Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to* behavior (pp. 11–39). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3_2

Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *50*(2), 179-211. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T

Ajzen I. (2002α). Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology, 32*(4), 665-683. https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x

Ajzen I. (2002β). *Constructing a Theory of Planned Behavior Questionnaire*. http://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf

Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections, *Psychology & Health, 26*(9), 1113-1127. https://doi.org/10.1080/08870446.2011.613995

Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, *40*(Pt4), 471–499. https://doi.org/10.1348/014466601164939

Austin, P. C., & Steyerberg, E. W. (2015). The number of subjects per variable required in linear regression analyses. *Journal of Clinical Epidemiology, 68*(6), 627-636. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.12.014

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, *84*(2), 191-215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.

Bandura, A. (1992). On rectifying the comparative anatomy of perceived control: Comments on Cognates of personal control. *Applied and Preventive Psychology*, *1*, 121–126. https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80153-2

Βαρβαρήγος, Β. (2016). Το Κάπνισμα και οι Επιπτώσεις στην Υγεία. Στο Π. Μπεχράκης, Β. Ευαγγελοπούλου (Επιμ.), *Παιδεία για έναν Κόσμο Χωρίς Κάπνισμα* (σσ. 18-31). Λυχνία.

Battle, R., Cunradi, C., Moore, R. & Yerger, V. (2015). Smoking Cessation among Transit Workers: Beliefs and Perceptions among an at-risk Occupational Group. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, *10*(19), 1-7. https://doi.org/10.1186/s13011-015-0012-7

Behrakis, P., Bilir, N., Clancy, L., Dautzenberg, B., Demin, A. K., Gilljam, H., & Trofor, A. (2012). *Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διακοπή του Καπνίσματος*. European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl (ENSP).

Berg, C. J., Schauer, G. L., Buchanan, T. S., Sterling, K., DeSisto, C., Pinsker, E. A., & Ahluwalia, J. S. (2013). Perceptions of addiction, attempts to quit, and successful quitting in nondaily and daily smokers. *Psychology of Addictive Behaviors, 27*(4), 1059–1067. https://doi.org/10.1037/a0033790

Bierman, V. H. (2012). *Explaining Intention to Stop Smoking with the Theory of Planned Behavior and Self-exempting Beliefs*. (Dissertation) University of North Carolina.

Bold, K. W., Krishnan-Sarin, S., & Stoney, C. M. (2018). E-cigarette use as a potential cardiovascular disease risk behavior. *The American Psychologist, 73*(8), 955-967. https://doi.org/10.1037/amp0000231

Cancer Atlas (2020). *Lung cancer*. Ανακτήθηκε 20 Δεκεμβρίου 2021 από: https://canceratlas.cancer.org/the-burden/lung-cancer/

Charonis, A., Kyriopoulos, II., Spanakis, M., Zavras, D., Athanasakis, K., Pavi, E., & Kyriopoulos, J. (2017). Subjective social status, social network and health disparities: empirical evidence from Greece. *International Journal for Equity in Health 16*, 40. https://doi.org/10.1186/s12939-017-0533-y

Chiu, Y. L., Chou, Y. C., Chang, Y. W., Chu, C. M., Lin, F. G., Lai, C. H., Hwang, S. L., Fang, W. H., & Kao, S. (2019). Using an extended theory of planned behaviour to predict smoking cessation counsellors' intentions to offer smoking cessation support in the Taiwanese military: a cross-sectional study. *BMJ Open*, *9*(5), Article e026203. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026203

Cooke, R., Dahdah, M., Norman, P., & French, D.P. (2016). How well does the theory of planned behaviour predict alcohol consumption? A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review, 10*(2), 148-67. https://doi.org/10.1080/17437199.2014.947547

Cornelius, M. E., Wang, T. W., Jamal, A., Loretan, C., & Neff, L. (2019). Tobacco Product Use Among Adults – United States, 2019. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 69*(46), 1736–1742. http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6946a4

Γρατσάνη, Σ. (2015). *Συμβουλευτική Υποστήριξη σε Ενήλικες για τη Διακοπή Καπνίσματος* [Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας]. Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.

Γρηγοριάδου, Μ. (2014). *Παραβιάσεις των βασικών υποθέσεων του Γραμμικού Μοντέλου Παλινδρόμησης* [Διπλωματική Εργασία]. ΝΗΜΕΡΤΗΣ Ιδρυματικό Αποθετήριο Πανεπιστημίου Πατρών.

Demi, M., Teloniatis, S., Vyzikidou, V., Bakelas, G., Evangelopoulou, V., Vardavas, C., Tzortzi, A., & Behrakis, P. (2018). Smoking Prevalence in Greece. *Tobacco Prevention & Cessation, 4*(Supplement), A7. https://doi.org/10.18332/tpc/90109

Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal, 328*, 1519-1533. https://doi.org/10.1136/bmj.38142.554479.AE

Elshatarat, R. A., Yacoub, M. I., Khraim, F. M., Saleh, Z. T., & Afaneh, T. R. (2016). Self-efficacy in treating tobacco use: A review article. *Proceedings of Singapore Healthcare*, *25*(4), 243–248. https://doi.org/10.1177/2010105816667137

Eriksen, M., Mackay, J., Schluger, N., Gomeshtapeh, FI. & Drope, J. (2015). *The Tobacco Atlas* (5th ed). The American Cancer Society. https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/TA5_2015_WEB.pdf

Ευαγγελοπούλου, Β. (2018). Κάπνισμα και νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος. Στο Π. Μπεχράκης, Ε. Κουκία, Θ. Σταθόπουλος (Επιμ.), *Κάπνισμα, Νοσηλευτική Προσέγγιση* (σσ. 53-63). ΙΙΒΕΑΑ.

Eurostat (2014). *Tobacco consumption statistics*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Tobacco_consumption_statistics

Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods, 4*, 272- 299. https://doi.org/10.1037/1082-989X.4.3.272

Fagerström, K. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictrive Behaviors, 3*(3-4), 235-241.

Fagerström, K. O., & Schneider, N. G. (1989). Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine, 12*(2), 159-82. https://doi.org/10.1007/BF00846549

Fagerström, K., & Furberg, H. (2008). A comparison of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and smoking prevalence across countries. *Addiction*, *103*(5), 841–845. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02190.x

Feng, R. M., Hu, S. Y., Zhao, F. H., Zhang, R., Zhang, X., Wallach, A. I., & Qiao, Y. L. (2017). Role of active and passive smoking in high-risk human papillomavirus infection and cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or worse. *Journal of Gynecologic Oncology*, *28*(5), Article e47. https://doi.org/10.3802/jgo.2017.28.e47

Filippidis, F. T., Schoretsaniti, S., Dimitrakaki, C., Vardavas, C. I., Behrakis, P., Connolly, G. N., & Tountas, Y. (2014). Trends in cardiovascular risk factors in Greece before and during the financial crisis: the impact of

social disparities. *European Journal of Public Health, 24*(6), 974-979. https://doi.org/10.1093/eurpub/cku028

Filippidis, F. T., Gerovasili, V., Millett, C., & Tountas, Y. (2017). Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece. *Scientific Reports*, 10(7), 46423. https://doi.org/10.1038/srep46423

Ζαρδαβά, Γ. (2018). *Γνώσεις, στάσεις και συμπεριφορές αναφορικά με το κάπνισμα σε έφηβους μαθητές γυμνασίου με βάση τη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς* [Διπλωματική εργασία]. ΑΠΟΘΕΣΙΣ Ιδρυματικό Αποθετήριο, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

GBD 2017 Risks Factor Collaborators (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, *392*(10159), 1923-1994. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6

Green, S. B. (1991). How Many Subjects Does It Take To Do A Regression Analysis. *Multivariate Behavioral Research, 26*(3), 499-510. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2603_7

Hagger, M. S. and Chatzisarantis, N. L. D. (2005). First- and higher-order models of attitudes, normative influence, and perceived behavioural control in the theory of planned behavior. *British Journal of Social Psychology*, *44*, 513–535. https://doi.org/10.1348/014466604X16219

Hagger, M. S., Polet, J., & Lintunen, T., (2018). The reasoned action approach applied to health behavior. Role of past behavior and tests of some key moderators using meta-analytic structural equation modeling. *Social Science & Medicine*, *213*, 85-94. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.038

Hassandra, M., Vlachopoulos, S. P., Kosmidou, E., Hatzigeorgiadis, A., Goudas, M., & Theodorakis, Y. (2011). Predicting students intention to smoke by theory of planned behaviour variables and parental influences across school grade levels. *Psychology & Health*, *26*(9), 1241-1258. https://doi.org/10.1080/08870446.2011.605137

Hoeppner, B. B., Kelly, J. F., Urbanoski, K. A., & Slaymaker, V. (2011). Comparative utility of a single-item versus multiple-item measure of self-efficacy in predicting relapse among young adults. *Journal of Substance Abuse Treatment, 41*(3), 305–312. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.04.005

Jha, P. (2009). Avoidable global cancer deaths and total deaths from smoking. *Nature Reviews Cancer*, *9*(9), 655. https://doi.org/10.1038/nrc2703

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://doi.org/10.1056/NEJMra1308383

Kaderli, R., Schnüriger, B., & Brügger, L. E., (2014). The impact of smoking on HPV infection and the development of anogenital warts. *International Journal of Colorectal Disease*, *29*(8), 899-908. https://doi.org/10.1007/s00384-014-1922-y

Karpinski, C. A., & Milliner, K. (2016). Assessing Intentions to Eat a Healthful Diet Among National Collegiate Athletic Association Division II Collegiate Athletes. *Journal of Athletic Training, 51*(1), 89-96. https://doi.org/10.4085/1062-6050-51.2.06

Κοκκίνη-Πάσχου, Κ., Παππά, Μ., & Στεριούλα, Ζ. (2014). 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). *Το Βήμα του Ασκληπιού*, *13*(1), 82-101.

Kosmidou, E., & Theodorakis, Y. (2007). Differences in smoking attitudes adolescents and young adults. *Psychological Reports, 101*(2), 475-481. https://doi.org/10.2466/pr0.101.2.475-481

Κουράκος, Μ., Καυκία, Θ., & Φραδέλος, Α. (2016). Εξάρτηση από την νικοτίνη και στρατηγικές διακοπής καπνίσματος. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, *9*(1), 8-16.

Kraft P., Rise J., Sutton S. and Roysamb E. (2005). Perceived difficulty in the theory of planned behaviour: Perceived behavioural control or affective attitude? *British Journal of Social Psychology, 44*(Pt 3), 479–496. https://doi.org/10.1348/014466604X17533

Κυριόπουλος, Η., Αθανασάκης, Κ. (2018). Το κόστος του καπνίσματος και οι πολιτικές αντιμετώπισής του. Στο Π. Μπεχράκης, Ε. Κουκία, Θ. Σταθόπουλος (Επιμ.), *Κάπνισμα, Νοσηλευτική Προσέγγιση* (σσ. 192-204). ΙΙΒΕΑΑ.

Lareyre, O., Gourlan, M., Stoebner-Delbarre, A., & Cousson-Gélie, F. (2021). Characteristics and impact of theory of planned behavior interventions on smoking behavior: A systematic review of the literature. *Preventive*

*Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory, 143*, Article e106327. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106327

Layoun, N., Hallit, S., Waked, M., Aoun Bacha, Z., Godin, I., Leveque, A., Dramaix, M., & Salameh, P. (2017). Predictors of past quit attempts and duration of abstinence among cigarette smokers, *Journal of Epidemiology and Global Health, 7*(3), 199-206. https://doi.org/10.1016/j.jegh.2017.06.003

Lin, C. Y., Updegraff, J. A., & Pakpour, A.H. (2016). The relationship between the theory of planned behavior and medication adherence in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior, 61*, 231-236. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.05.030

Lin, H., Chen, M., Yun, Q., Zhang, L., & Chang, C. (2021) Tobacco dependence affects determinants related to quitting intention and behaviour. *Scientific Reports, 11*, Article 20202. https://doi.org/10.1038/s41598-021-99766-z

Lindberg, A., Niska B., Stridsman, C., Eklund, B. M., Eriksson, B., & Hedman, L. (2015). Low nicotine dependence and high self efficassy can predict smoking cessation independent of the presence of chronic obstructive pulmonary disease: a three year follow up of population-based study. *Tobacco Induced Diseases*, *13*(1), 27. https://doi.org/10.1186/s12971-015-0055-6

Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, *3*(11), Article e442. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442

Μπαρμπαγιάννη, Ε. (2014). *Διερεύνηση επιβαρυντικών για την υγεία παραγόντων και προβλεψιμότητα χρήσης καπνού και αλκοόλ σε μετεφηβους φοιτητές* [Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου]. Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.

Μπεμπέτσος, Ε. (2020). Καταγραφή στάσεων και προθέσεων σχετικές με συμπεριφορές υγείας δοκίμων αστυνομικών. Μια εφαρμογή της Θεωρίας της «Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, *37*(5), 671-676.

Μποζιονέλος, Γ., (2015). *Η Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς σε Σχέση με το Κάπνισμα. Μια συστηματική ανασκόπηση* [Αδημοσίευτη Διπλωματική Εργασία]. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Νάνου, Α. (2015). *Καπνιστικές συνήθειες και χρήση αλκοόλ από νέους, σε περίοδο οικονομικής κρίσης* [Διπλωματική Εργασία]. ΑΜΗΤΟΣ Ιδρυματικό Αποθετήριο Πανεπιστημίου Πελοποννήσου].

Nilan, K., McKeever, T. M., McNeill, A., Raw, M., & Murray, R. L. (2019). Prevalence of tobacco use in healthcare workers: A systematic review and metaanalysis. *PLoS ONE, 14*(7), Article e0220168. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220168

Papadopoulos, A., Katsardi, M. & Koutsojannis, C. (2009). Nicotine Addiction among Physicians in Greece. *Annals of General Psychiatry, 7*(1), S340. https://doi.org/10.1186/1744-859X-7-S1-S340

Pomerleau, C. S., Carton, S. M., Lutzke, M. L., Flessland, K. A., & Pomerleau, O. F. (1994). Reliability of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire and the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence. *Addictive Behaviors, 19*(1), 33-39. https://doi.org/10.1016/0306-4603(94)90049-3

Πασπαράκη, Ε. (2020). *Στάσεις και συμπεριφορές ως προς το κάπνισμα των υγιών καπνιστών αναφορικά με το μοντέλο προσχεδιασμένης συμπεριφοράς* [Διπλωματική εργασία]. ΑΠΟΘΕΣΙΣ Ιδρυματικό Αποθετήριο, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Pataka, A., Kotoulas, S., Stefanidou, E., Trakada, G., Zarogoulidis, P. & Argyropoulou, P. (2017). Smoking Cessation During the Years of Economic Crisis: A Smoking Cessation Clinical Experience. *EC Pulmonology and Respiratory Medicine*, *3*(3), 96-103.

Peak, H. (1955). Attitude and motivation. In M. R. Jones (Ed.), *Nebraska symposium on motivation* (pp. 149-189), University of Nebraska Press.

Πιερράκος, Γ., Μιχοπούλου, Ε., Κονδύλη, Ι., Γκανάς, Α., & Σαρρής, Μ. (2011). Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία Καπνιστών και Μη Καπνιστών. *Νοσηλευτική*, *50*(2), 203–213.

Pirie, K., Peto, R., Reeves, G. K., Green, J., & Beral, V. (2013). The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *Lancet, 381*, 133–141. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61720-6

Pitsiou G., & Argyropoulou-Pataka P., (2007). Woman and Smoking. *PNEUMON*, *20*(1).

Poggiolini, C., & Wu, A. M. S. (Reviewing editor) (2019). High self-efficacy regarding smoking cessation may weaken the intention to quit smoking. *Cogent Psychology*, *6*(1). https://doi.org/10.1080/23311908.2019.1574096

Põld, M., & Pärna, K. (2020). Nicotine Dependence and Factors Related to Smoking Cessation among Physicians in Estonia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(9), 3217. http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17093217

Reid, J. L., Hammond, D., Boudreau, C., Fong, G. T., Siahpush, M., & ITC Collaboration. (2010). Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine & Tobacco Research, 12*(Suppl 1), S20-33. https://doi.org/10.1093/ntr/ntq051

Rezaei, S., Akbari Sari, A., Arab, M., Majdzadeh, R., & Mohammad Poorasl, A. (2016). Economic burden of smoking: a systematic review of direct and indirect costs. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, *30*, 397.

Schoretsaniti, S., Filippidis, F. T., Vardavas, C.I., Dimitrakaki, C., Behrakis, P., Connolly, G. N., & Tountas Y. (2014). 5-Year trends in the intention to quit smoking amidst the economic crisis and after recently implemented tobacco control measures in Greece. *Addiction Behaviors*, *39*(1), 140-145. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.09.015

Shafieinia, M., Hidarnia, A., Kazemnejad, A., & Rajabi, R. (2016). Effects of a Theory Based Intervention on Physical Activity Among Female Employees: A Quasi-Experimental Study. *Asian Journal of Sports Medicine*, *7*(2), Article e31534. https://doi.org/10.5812/asjsm.31534

Siahpush, M., McNeill, A., Borland, R., & Fong, G. T. (2006). Socioeconomic variations in nicotine dependence, self-efficacy, and intention to quit across four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, *15*(3), 71-75. http://dx.doi.org/10.1136/tc.2004.008763

Στεφανίδου, Α. Ε. (2014). *Ο Ρόλος των Ψυχολογικών Χαρακτηριστικών (Traits) Ελλήνων Καπνιστών στην Επιτυχημένη Διακοπή Καπνίσματος* [Διδακτορική Διατριβή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης]. Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.

Strine, T. W., Okoro, C. A., Chapman, D. P., Balluz, L. S., Ford, E. S., Ajani, U. A., & Mokdad, A. H. (2005). Health-related quality of life and health risk behaviors among smokers. *American Journal of Preventive Medicine*, *28*(2), 182-187. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.10.002

Σχορετσανίτη, Σ., (2014). *Μελέτη των Καπνιστικών Συνηθειών και των Παραγόντων που Σχετίζονται με Αυτές σε Αντιπροσωπευτικό Δείγμα του Ενήλικου Ελληνικού Πληθυσμού* [Διδακτορική Διατριβή, ΕΚΠΑ]. Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.

Tapera, R., Mbongwe, B., Mhaka-Mutepfa, M., Lord, A., Phaladze, N. A., & Zetola, N. M. (2020). The theory of planned behavior as a behavior change model for tobacco control strategies among adolescents in Botswana. *PLoS ONE*, *15*(6), Article e0233462. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233462

ter Doest, L., Dijkstra, A., Gebhardt, W. A. & Vitale, S. (2009). Cognitions About Smoking and Not Smoking in Adolescence. *Health Education & Behavior*, *36*(4), 660-672. https://doi.org/10.1177/1090198107301329

Τζιάλλας, Δ., Καστανιώτη, Α., Αλεβιζάτου, Α., Κατσαράκη, Α., & Σκαπινάκης, Π. (2006). Η Εκτίμηση του Βαθμού Εξάρτησης από τη Νικοτίνη σε Ασθενείς με Στεφανιαία Νόσο. *Νοσηλευτική*, *45*(2), 428-253.

Τούντας, Γ., Βαρδαβάς, Κ., Γιαννοπούλου, Κ., Γώτη, Γ., Καντζανού, Μ., Καστανιώτη, Κ., Μαυριδόγλου, Γ., Μεράκου, Κ., & Μπαρμπούνη, Α. (2016). *Η Υγεία των Ελλήνων στην Κρίση: Μια Χαρτογράφηση της Κατάστασης της Υγείας των Ελλήνων και των Δομών Υγείας της Χώρας*. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής.

Τριπόδης, Γ., (2016). *Κοινωνικό - δημογραφικοί και κλινικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη διακοπή καπνίσματος σε ασθενείς που παρακολουθούνται σε ιατρείο διακοπής καπνίσματος γενικού νοσοκομείου* Λαμίας [Διπλωματική εργασία]. ΑΠΟΘΕΣΙΣ Ιδρυματικό Αποθετήριο, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Tseng, Y. F, Wang, K. L., Lin, C. Y., Lin, Y. T., Pan, H. C., & Chang, C. J. (2018). Predictors of smoking cessation in Taiwan: using the theory of planned behavior. *Psychology, Health & Medicine*, *23*(3), 270-276. https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1378820

Τσινούλη, Α. (2019). *Η μελέτη της Πρόθεσης για Διακοπή Καπνίσματος σε Έλληνες Επαγγελματίες Υγείας μέσα από τη Θεωρία της (προ)Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς* [Διπλωματική εργασία]. ΨΗΦΙΔΑ Ιδρυματικό Αποθετήριο Πανεπιστημίου Μακεδονίας.

Υποφάντη, Μ. (2015). *Γνωσιακή-Συμβουλευτική Παρέμβαση σε Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος: Ο Ρόλος των Χαρακτηριστικών Προσωπικότητας και της Φυσικής Δραστηριότητας* [Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας]. Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.

U.S. Department of Health and Human Services (2010). *How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: A report of the Surgeon General.* 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.

Χατζηλιά, Δ., (2017). *Εκτίμηση ευερεθιστότητας, άγχους, κατάθλιψης και ποιότητα ζωής σε καπνιστές κατά τη θεραπεία διακοπής καπνίσματος* [Διδακτορική διατριβή, ΕΚΠΑ]. Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.

West, R. (2017). Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & Health, 32(*8), 1018-1036. https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1325890

Wiemken, T. L., Carrico, R. M., Kelley, R. R., Binford, L. E., Peyrani, P., Ford, K. D., Welch, V., & Ramirez, J. A. (2015). Understanding why low-risk patients accept vaccines: a socio-behavioral approach. *BMC Research Notes*, *8*, 813. https://doi.org/10.1186/s13104-015-1816-2

WHO (2003). *WHO Framework Convention on Tobacco control.* Ανακτήθηκε 20 Δεκεμβρίου 2021 από https://fctc.who.int/publications/i/item/9241591013

WHO (2018). *Global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025*, 2nd edition. Geneva. Ανακτήθηκε 10 Δεκεμβρίου 2021 από https://apps.who.int/iris/handle/10665/272694

WHO (2020). *Tobacco Fact Sheet.* https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco

## Παράρτημα

### *Α. Δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία*

*Αγαπητή/έ συνάδελφε,*

*Στην ενότητα αυτή θα θέλαμε να καταγράψουμε κάποια στοιχεία για εσάς. Παρακαλούμε, συμπληρώστε τα κενά και σημειώστε με (Χ) στο αντίστοιχο τετραγωνάκι, δίπλα στην απάντηση που σας αντιπροσωπεύει.*

1. Φύλο: Άνδρας [ Γυναίκα [

2. Ηλικία: .....(ετών).

3. Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος/η [

Παντρεμένος/η [

Διαζευγμένος/η [

Χήρος/α [

4. Έχετε παιδιά; Ναι [ Όχι [

5. Πόσο καιρό εργάζεστε ως αστυνομικός; ..... χρόνια

6. Πόσα χρόνια καπνίζετε καθημερινά/σχεδόν καθημερινά; ..... χρόνια

7. Πόσες φορές έχετε προσπαθήσει να κόψετε το κάπνισμα στο παρελθόν;

Καμία [

Μια [

Δύο ή περισσότερες ☐

8. Πόσο εθισμένος/η θα λέγατε ότι είστε στο κάπνισμα;

Καθόλου ☐

Λίγο ☐

Μέτρια ☐

Αρκετά ☐

Πολύ ☐

***Β. Κλίμακα Fagerstrom***

*Αγαπητή/έ συνάδελφε,*

*Παρακαλώ σημειώστε Χ δίπλα στην απάντηση που σας αντιπροσωπεύει.*

1. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;

* Λιγότερα από 15.....

* 16 έως 25 .....

* Πάνω από 25 .....

2. Καταπίνετε τον καπνό;

* Ποτέ .....

* Μερικές φορές .....

* Πάντα .....

3. Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί απ' ότι το απόγευμα;

* Ναι .....

* Όχι .....

4. Πότε καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;

* Μέσα σε μισή ώρα αφού σηκωθώ το πρωί .....

* Αργότερα .....

5. Ποιο τσιγάρο σας φαίνεται το πιο απαραίτητο;

* Το πρώτο .....

* Κάποιο άλλο .....

6. Καπνίζετε ακόμη και όταν μια αρρώστια (γρίπη, κρυολόγημα) σας υποχρεώνει να μείνετε στο κρεβάτι;

* Ναι .....

* Όχι .....

7. Σας είναι δύσκολο να μην καπνίζετε σε χώρους που απαγορεύεται το κάπνισμα (σινεμά, θέατρο, αίθουσες αναμονής);

* Ναι .....

* Όχι .....

**Γ. Κλίμακα SES**

*Σκεφθείτε μια σκάλα με 10 σκαλιά, που δείχνει σε ποια κοινωνική θέση βρίσκονται οι άνθρωποι στην Ελλάδα. Στην κορυφή, στο σκαλί 10, βρίσκονται αυτοί με την ψηλότερη κοινωνική θέση – δηλαδή με τα περισσότερα χρήματα, την περισσότερη μόρφωση και τις καλύτερες δουλειές. Στη βάση, στο σκαλί 1, βρίσκονται οι άνθρωποι με τη χαμηλότερη κοινωνική θέση – δηλαδή με τα λιγότερα χρήματα, τη λιγότερη μόρφωση και τις χειρότερες δουλειές ή χωρίς δουλειά. Σε πιο σκαλί αυτής της σκάλας θα τοποθετούσατε τον εαυτό σας;*

**Κυκλώστε τον αριθμό που σας αντιπροσωπεύει**

10. Σκαλί 10 – η ψηλότερη κοινωνική θέση
9. Σκαλί 9
8. Σκαλί 8
7. Σκαλί 7
6. Σκαλί 6
5. Σκαλί 5
4. Σκαλί 4
3. Σκαλί 3
2. Σκαλί 2
1. Σκαλί 1 – η χαμηλότερη κοινωνική θέση

*99 Δεν απαντώ*

### *Δ. Κλίμακα Θεωρίας Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς για τη διακοπή καπνίσματος*

*Οι παρακάτω προτάσεις εκφράζουν πεποιθήσεις σχετικές με το κάπνισμα. Παρακαλώ επιλέξτε αυτή που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο. . (Κυκλώστε τον αριθμό που ανταποκρίνεται περισσότερο στις πεποιθήσεις σας. Αν για παράδειγμα το να διακόψετε το κάπνισμα είναι για εσάς εξίσου κακό όσο καλό , τότε κυκλώνεται τον αριθμό 4 ).*

1. Το να διακόψω το κάπνισμα είναι για μένα:

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Απολύτως κακό | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Απολύτως καλό |
| Απολύτως ωφέλιμο | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Απολύτως ανώφελο |
| Απολύτως ανόητο | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Απολύτως έξυπνο |
| Απολύτως απαραίτητο | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Απολύτως μη απαραίτητο |
| Απολύτως άχρηστο | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Απολύτως χρήσιμο |
| Απολύτως ευχάριστο | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Απολύτως δυσάρεστο |

2. Πολλά άτομα σημαντικά για μένα θα σταματούσαν να καπνίζουν.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Εξαιρετικά πιθανό | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Εξαιρετικά απίθανο |

3. Πολλά άτομα των οποίων την άποψη εκτιμώ (π.χ. φίλοι, γονείς, παιδιά) θα ενέκριναν την αποχή μου από το κάπνισμα.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Συμφωνώ απόλυτα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Διαφωνώ απόλυτα |

4. Πολλά σημαντικά στη ζωή μου άτομα πιστεύουν ότι πρέπει να κόψω το κάπνισμα.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Συμφωνώ απόλυτα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Διαφωνώ απόλυτα |

5. Ο γιατρός μου πιστεύει ότι είναι απαραίτητο να κόψω το κάπνισμα.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Συμφωνώ απόλυτα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Διαφωνώ απόλυτα |

6. Θέλω να ακολουθήσω τη συμβουλή/επιθυμία των δικών μου ανθρώπων (φίλων, οικογένειας) να κόψω το κάπνισμα.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Συμφωνώ απόλυτα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Διαφωνώ απόλυτα |

7. Είμαι αποφασισμένος/η να κόψω το κάπνισμα για 6 μήνες

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Συμφωνώ απόλυτα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Διαφωνώ απόλυτα |

8. Η απόφαση να κόψω το κάπνισμα είναι πέρα από τον έλεγχό μου.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Συμφωνώ απόλυτα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Διαφωνώ απόλυτα |

9. Θα προσπαθήσω να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Συμφωνώ απόλυτα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Διαφωνώ απόλυτα |

10. Αν το ήθελα θα μπορούσα να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Συμφωνώ απόλυτα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Διαφωνώ απόλυτα |

11. Είναι πιθανό να κόψω το τσιγάρο για 6 μήνες.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Εξαιρετικά πιθανό | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Εξαιρετικά απίθανο |

12. Η διακοπή καπνίσματος εξαρτάται αποκλειστικά από εμένα

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Συμφωνώ απόλυτα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Διαφωνώ απόλυτα |

13. Για εμένα, η διακοπή καπνίσματος είναι πάρα πολύ εύκολη.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Συμφωνώ απόλυτα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Διαφωνώ απόλυτα |

14. Σκοπεύω να απέχω από το κάπνισμα για 6 μήνες.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Συμφωνώ απόλυτα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Διαφωνώ απόλυτα |

15. Είμαι πεπεισμένος-η / σίγουρος-η ότι θα κόψω το κάπνισμα.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Απόλυτα σίγουρος/η | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Καθόλου σίγουρος/η |

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ | RESEARCH PAPER

# Intention to Quit Smoking among Greek Police Officers. The role of the Theory of Planned Behavior, dependence and self-efficacy

George KOULIERAKIS[1], Christina BAKOLA[2], Elena ZAGORIANAKOU[3]

[1] Department of Public Health Policy, School of Public Health, University of West Attica, Athens, Greece
[2] Central Health Clinic of Athens, Hellenic Police, Athens, Greece
[3] Department of Social Work, School of Administrative, Economics and Social Sciences, University of West Attica, Athens, Greece

KEYWORDS

Theory of Planned Behavior,
smoking cessation,
self-efficacy,
nicotine depedence

CORRESPONDENCE

George Koulierakis
University of West Attica,
196 Alexandras Avenue,
115 21 Athens, Greece,
gkoulierakis@uniwa.gr

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the intention to quit smoking among Greek practicing police officers through the Theory of Planned Behaviour. 150 subjects aged 21-58 years participated. Four self-administered scales were used: (a) a questionnaire on demographic characteristics, (b) the Fagerström Tolerance Questionnaire, (c) the MacArthur Scale of Subjective Social Status and (d) a scale of the Theory of Planned Behaviour. It was found that 33,3% of police officers were smoking more than 20 years and 42% had attempted to quit smoking twice or more. Results showed moderate to high dependence and self-perception of addiction for the majority of police officers (72,6% and 68,7%, respectively). The inter-correlations between the factors of the Theory of Planned Behaviour and self-efficacy, were high. Regression analysis demonstrated perceived behavioural control ($\beta$ = 0,53, $p$ < 0,0001), self-efficacy ($\beta$ = 0,34, p < 0,0001) and previous quit attempts ($\beta$ = 0,22, $p$ < 0,0001), as the strongest predictors of intention to quit smoking, followed by the period during which a person smokes daily ($\beta$ = 0,18, $p$ < 0,05) and attitudes towards quitting smoking ($\beta$ = 0,14, $p$ < 0,05). Given that the habit of smoking is influenced , by psychological (beliefs, emotions) and social factors (social pressure, patterns), it is imperative that smokers police officers are motivated to quit smoking through theory-based interventions within established smoking cessation clinics.

© 2022, George Koulierakis, Christina Bakola, Elena Zagorianakou
Licence CC-BY-SA 4.0