



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Έκθεση σε παθητικό κάπνισμα εγκύων γυναικών,
κατοίκων του Νομού Ηρακλείου»**

**Ιωάννα Καθαρού
Βιολόγος**

Επιβλέπωντας : **Μ. Κογεβινας, Καθηγητής**
Επιδημιολογίας, Τομέας Κοινωνικής
Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστήμιο Κρήτης

Ηράκλειο, Ιούνιος 2005

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος Εργασίας: «Έκθεση σε παθητικό κάπνισμα εγκύων γυναικών κατοίκων του Νομού Ηρακλείου».

της: Ιωάννας Καθαρού, Βιολόγου Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Υπό την επίβλεψη του: Μανόλη Κογεβίνα, Καθηγητή Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κρήτης.

Ημερομηνία: Ιούνιος 2005

Εισαγωγή: Η έκθεση των μη-καπνιστών στο παθητικό κάπνισμα (Environmental Tobacco Smoke, ETS) έχει συσχετιστεί με σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία. Η έκθεση της εγκύου στον καπνό σχετίζεται με τη γέννηση ελλειποβαρούς βρέφους, αναπνευστική νοσηρότητα, αυτόματες αποβολές εμβρύων και με το Σύνδρομο Αιφνίδιου Θανάτου. Στις περισσότερες μελέτες για παθητικό κάπνισμα, δεν έχει αξιολογηθεί ποσοτικά η έκθεση των εγκύων γυναικών σε διαφορετικούς δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους. Διερευνήσαμε αν οι έγκυες γυναίκες στην Κρήτη ήταν εκτεθειμένες σε παθητικό κάπνισμα κάνοντας μια τοπογραφική αξιολόγηση των εκθέσεων στη διάρκεια της καθημερινότητας των γυναικών.

Μέθοδος: Επιλέξαμε 156 έγκυες μη καπνίστριες που εξετάστηκαν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία της Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του ΠΑΓΝΗ, Ηράκλειο, στο διάστημα Ιουλίου- Αυγούστου 2004. 128 γυναίκες (συμμετοχή 82%) απάντησαν σε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο που είχε προηγουμένως αξιολογηθεί. Συλλέχθηκαν δεδομένα σχετικά με την έκθεση των εγκύων σε παθητικό κάπνισμα τις 3 προηγούμενες ημέρες από την συνέντευξη, και από τέσσερις πηγές: 1) κάπνισμα συζύγου στο σπίτι, 2) κάπνισμα φίλων/συγγενών στο σπίτι, 3) κάπνισμα τρίτων στον εργασιακό χώρο και 4) κάπνισμα σε ΙΧ οχήματα και χώρους εστίασης.

Αποτελέσματα: Από τις γυναίκες του τελικού δείγματος που συμμετείχαν στη μελέτη ($n=128$, μέση ηλικία 26,9 ετών, εύρος ηλικιών 17-38 ετών), μόνο 1 ανέφερε ότι δεν ήταν εκτεθειμένη σε παθητικό κάπνισμα. Με την εξαίρεση δύο γυναικών, οι υπόλοιπες ήταν παντρεμένες, 46 % ($n=59$) ήταν απόφοιτες Λυκείου, 56 % ($n=72$) δεν εργαζόνταν τη στιγμή που ερωτήθηκαν, 33 % ($n=42$) είχαν μη χειρονακτική εργασιακή απασχόληση. Ο επιπολασμός του παθητικού καπνίσματος υπολογίστηκε 50% (70/128) από τον σύντροφο στο σπίτι, 90 % (117/128) από άλλους καπνιστές στο σπίτι, 80% (42/56) από καπνιστές στον εργασιακό χώρο και 80% (102/128) από χώρους εστίασης και ΙΧ οχήματα. Μια γυναίκα βρέθηκε να εκτίθεται σε μία μόνο πηγή και 41% ($n=53$) των γυναικών του δείγματος ήταν εκτεθειμένες σε τρεις πηγές. Η μέση χρονική διάρκεια πρόσφατης έκθεσης στο σύνολο των πηγών που διερευνήθηκαν ήταν 9,2 ώρες με τη μέγιστη επιβάρυνση προερχόμενη από το χώρο του σπιτιού (σύντροφος-καπνιστής στο σπίτι 2,6 ώρες, φίλοι-συγγενείς καπνιστές στο σπίτι 2,09) και ακολούθως, έκθεση στον εργασιακό χώρο (4,1 ώρες) και έκθεση σε χώρους εστίασης ή/και ΙΧ οχήματα (0,28 ώρες). Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι ορισμένα από τα χαρακτηριστικά των γυναικών του δείγματος σχετίζονται με την έκθεση σε παθητικό κάπνισμα στο σπίτι, όπως είναι η ηλικία της γυναίκας ($\chi^2=9,156$, $df=2$, $p<0,05$) και το εκπαιδευτικό της επίπεδο ($\chi^2=11,429$, $df=5$, $p<0,05$).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν την ανάγκη διερεύνησης και άλλων πηγών έκθεσης των εγκύων πέραν του συντρόφου και προτείνουν την αξιολόγηση της κάθε έκθεσης ξεχωριστά και όχι αθροιστικά. Από άποψη Δημόσιας Υγείας, είναι επιτακτική η υιοθέτηση πολιτικών περιορισμού των εκθέσεων σε παθητικό κάπνισμα και σύγχρονα, οι παρεμβάσεις που στοχεύουν σε αλλαγές συμπεριφοράς έναντι του παθητικού καπνίσματος, να επικεντρώνονται στην ίδια τη γυναίκα.

Λέξεις κλειδιά: παθητικό κάπνισμα, εγκυμοσύνη, ελλειποβαρή βρέφη, κοτινίνη

Abstract

Title: «Passive smoking exposure in pregnant women living in Heraklion area, Crete».

by: Ioanna Katharou, Biologist, Aristotle University of Thessaloniki

Supervisor: Professor M.Kogevinas, MD, Faculty of Medicine, University of Crete

Date: June 2005

Background: The exposure to environmental tobacco smoke (ETS), referred to as passive smoking, is causally associated with a variety of health outcomes in non-smokers. Those most at risk from ETS exposure appear to be neonates, children and pregnant women. Maternal passive smoking has been epidemiologically linked to reduce birth weight, enhanced susceptibility to respiratory disease and adverse reproductive effects, such as spontaneous abortion and sudden infant death syndrome. In most studies on passive smoking published to date, exposure to passive smoking has been assessed by questionnaire. However, self-reported exposure has been compared to biochemical validation of biological markers in body fluids, such as cotinine.

Objectives: The aim of this cross-sectional study was to investigate whether non-smoking pregnant women attending a prenatal care in Obstetrics and Gynecology Clinic, PEPAGNI Hospital, Heraklion, Crete, during July-August 2004, were exposed to passive smoking during pregnancy. Another attempt has been made to assess the topography of exposure to ETS in daily life.

Methods: A structured interview questionnaire was used to obtain information on duration of exposure to passive smoking in the last 3 days to four sources: 1) partner's smoking at home, 2) others' smoking at home, 3) others' smoking at work, and 4) others' smoking in vehicles and in indoor public places.

Results: Of the final sample of 128 women (mean age 26,9 years, range 17-38), only 1 women reported no exposure to any sources of passive smoking. All except two had a stable partner, 46,2 percent (n=59) had completed high school, 56,2 percent (n=72) were not working at the time of the interview, 32,8 percent (n=42) had a nonmanual job and 44,6 percent (n=57) were nulliparous. The prevalence of passive smoking had been estimated 50 percent (70/128) from partner's tobacco smoke at home, 90 percent (117/128) to others' smoke at home, 80 percent (42/56) in the workplace and 80 percent (102/128) in public places and/or vehicles. Only 1 women reported exposure to just one source and 41,4 percent (n=53) had been exposed to three sources. The mean duration of recent exposure from all sources was 9,2 hours, with the highest total contribution coming from home (partner's smoke 2,6 hours, others' smoke 2,09), followed by exposure in the workplace (4,1 hours) and public places (0,28 hours). Our results indicated that some of the presented characteristics of pregnant women were found to be associated with exposure to passive smoking at home, such as women's age ($\chi^2=9,156$, $df=2$, $p<0,05$) and educational level ($\chi^2=11,429$, $df=5$, $p<0,05$).

Conclusions: The results underline the need to consider sources of exposure other than partner's tobacco smoke and to assess them individually rather than as an unweighted summative measure. From a public health point of view, policies are needed to limit pregnant women's exposures and behavioral interventions to avoid tobacco smoke should target women.

Key words: passive smoking, pregnancy, low birth weight, cotinine

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τη συντονιστική επιτροπή και ιδιαίτερα τον συντονιστή του μεταπτυχιακού προγράμματος, καθηγητή κ. Αναστάσιο Φιλαλήθη για την ευκαιρία που μου έδωσε να παρακολουθήσω το πρόγραμμα.

Αρωγός στην ολοκλήρωση τη εργασίας στάθηκε ο καθηγητής κ. Μανόλης Κογεβίνας, τον οποίο ευχαριστώ θερμά, τόσο για την επιλογή του θέματος όσο και για το αμείωτο ενδιαφέρον που έδειξε σε όλη την πορεία της εργασίας. Τον ευχαριστώ για τις πολύτιμες συμβουλές του.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες απευθύνω στον καθηγητή κ. Ευγένιο Κουμαντάκη και σε όλο το προσωπικό της Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του ΠΑΓΝΗ, χωρίς τη συμβολή των οποίων δε θα ήταν δυνατό να πραγματοποιηθεί η εργασία.

Ευχαριστώ τον κ Αθανάσιο Αλεγκάκη για τις επισημάνσεις στο στατιστικό σκέλος της εργασίας και φυσικά, την κ .Κική Τασσέλη για την υποστήριξη που έδειξε σε όλους μας.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ που ίσως δεν είναι αρκετό, το οφείλω στον σύντροφό μου Αλέξανδρο Τάτλη που με ενθάρρυνε από την αρχή σε αυτή την προσπάθεια.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

A.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
A.1.Παθητικό κάπνισμα	6
A.1.1. Γενικά	6
B.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	8
B.1.Επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στο παιδί.....	8
B.1.1. Αναπνευστική νοσηρότητα στη βρεφική ηλικία.....	8
B.1.2. Σύνδρομο Αιφνίδιου θανάτου (<i>sudden infant death syndrome, SIDS</i>).....	9
B.1.3. Αναπνευστική νοσηρότητα στο μεγαλύτερο παιδί.....	9
B.2. Επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στους ενήλικες.....	10
B.3. Το έμβρυο ως παθητικός καπνιστής	10
B.4. Τεκμηρίωση του παθητικού καπνίσματος.....	12
B.4.1. Μετρήσεις σε κλειστούς χώρους (<i>indoor air monitoring</i>).....	12
B.4.2. Βιολογικοί δείκτες (<i>biologic markers or biomarkers</i>).....	13
B.4.3. Ερωτηματολόγια	15
Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	16
Γ.1. Εισαγωγή	16
Γ.2. Σχεδιασμός της μελέτης	17
Γ.2.α. Επιλογή δείγματος.....	17
Γ.2.β. Κριτήρια εισαγωγής-αποκλεισμού από τη μελέτη	18
Γ.3. Μέθοδος συλλογής δεδομένων	19
Γ.3.α Ερωτηματολόγιο	19
Γ.3.β Προ-μελέτη (<i>pilot study</i>).....	19
Γ.4. Ορισμοί έκθεσης.....	20
Γ.5. Στατιστική ανάλυση.....	20
Δ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	21
Δ.1. Περιγραφική ανάλυση αποτελεσμάτων.....	21
Δ.1.1 Μέγεθος δείγματος.....	21
Δ.1.2 Δημογραφικά στοιχεία	22
Δ.2 Πηγές παθητικού καπνίσματος.....	25
Δ.2.1 Σπίτι.....	25
Δ.2.2 Έκθεση οφειλόμενη στο εργασιακό περιβάλλον.....	28
Δ.2.3 Έκθεση οφειλόμενη σε χώρους εστίασης και ΙΧ μέσα μεταφοράς.....	29
Δ.3. Πιθανές πηγές έκθεσης παθητικού καπνίσματος.....	30
Δ.4. Διάρκεια έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα	31
Δ.4.α) Πρόσφατη έκθεση	31
Δ.4.β) Μέση εβδομαδιαία έκθεση σε παθητικό κάπνισμα	32
Δ.5 Έκθεση σε παθητικό κάπνισμα-Παράγοντες κινδύνου (<i>risk factors</i>)	33
Δ.5.1 Σπίτι-σύντροφος	33
Δ.5.2 Σπίτι-κοινωνικός περίγυρος.....	34
Δ.5.3 Εργασία.....	34
Δ.5.4 Χώροι εστίασης και ΙΧ μέσα μεταφοράς.....	34
Ε. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	35
ΣΤ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	43
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	44
Π Α Ρ Α Ρ Τ Η Μ Α	51

A.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

A.1.Παθητικό κάπνισμα

A.1.1. Γενικά

Ο καπνός του τσιγάρου αποτελεί μια από τις κυριότερες πηγές ρύπανσης των εσωτερικών χώρων . Με τον όρο «**παθητικό κάπνισμα**» (**passive smoking, second-hand smoke or, involuntary smoking**) περιγράφουμε την έκθεση ενός μη καπνιστή στον καπνό του τσιγάρου των καπνιστών σε εσωτερικούς χώρους . Ο καπνός των τσιγάρων των εσωτερικών χώρων που περιγράφεται διεθνώς με τον όρο **Environmental Tobacco Smoke (ETS)**, αποτελείται από το «κύριο ρεύμα» (mainstream) και είναι ο εκπνεόμενος καπνός απο τον καπνιστή αφού ήδη έχει εισέλθει στους πνεύμονές του και το «δευτερεύον ρεύμα» (sidestream) που παράγεται από την καιόμενη άκρη του τσιγάρου . Η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την υγεία. Η ρύπανση από τον καπνό των τσιγάρων των εσωτερικών χώρων (ETS) ταξινομείται ως καρκινογόνο για τον άνθρωπο τάξης Α, μαζί με την άσβεστο, το αρσενικό, το βενζένιο και το ραδόνιο (US.EPA, 1992).

Πρόσφατα, το Διεθνές Γραφείο Έρευνας για τον Καρκίνο, μετά από ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας για τη σχέση καπνίσματος και καρκίνου, ανακοίνωσε ότι το κάπνισμα, τόσο το ενεργητικό όσο και το παθητικό, είναι καρκινογόνο για τον άνθρωπο (IARC, 2004). Στο ενεργητικό κάπνισμα, εκτός από τους θανάτους λόγω καρκίνου, αποδίδεται ένας ακόμα μεγαλύτερος αριθμός πρόωρων θανάτων από ασθένειες που προσβάλλουν το καρδιαγγειακό, νοσήματα του αναπνευστικού και εγκεφαλικά επεισόδια. Δυστυχώς, οι κίνδυνοι από το κάπνισμα είναι μεγαλύτεροι από ότι πίστευαν οι ερευνητές παλαιότερα και νέα όργανα-στόχοι επιβεβαιώνεται ότι προσβάλλονται από καρκίνο λόγω του καπνίσματος. Στην ίδια ανακοίνωση, οι επιστήμονες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας αναφέρουν ότι το κάπνισμα προσβάλλει τα περισσότερα όργανα-στόχους από οποιοδήποτε άλλο καρκινογόνο. Επιπλέον, ο De Marini (2004) εντόπισε συνολικά 8 όργανα που είναι ευπαθή σε γονοτοξικές αλλοιώσεις (στοματική / ρινική κοιλότητα, οισοφάγος, φάρυγγας / λάρυγγας, πνεύμονες, πάγκρεας, όργανα του νωτιαίου μυελού, ουροδόχος κύστη και τράχηλος της μήτρας). Σε αυτή τη λίστα, ο ίδιος ερευνητής πρόσθεσε τα σωματικά, επιθηλιακά κύτταρα των εμβρύων που κυοφορούνται από μητέρες που καπνίζουν.

Οι παθητικοί καπνιστές εκτίθενται σε ποσοτικά μικρότερο αλλά ποιοτικά διαφορετικό καπνό συγκριτικά με τους ενεργητικούς καπνιστές. Η εκτίμηση του βαθμού έκθεσης του παθητικού καπνιστή στα συστατικά του καπνού παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες. Ο αριθμός των τσιγάρων, το είδος των τσιγάρων και φίλτρων, το μέγεθος των εσωτερικών χώρων και οι συνθήκες αερισμού τους, ο χρόνος παραμονής στη ρυπαρή ατμόσφαιρα είναι καθοριστικοί παράγοντες για τον προσδιορισμό της έκθεσης στον καπνό.

Έχει υπολογιστεί ότι το 85% του καπνού των εσωτερικών χώρων παράγεται από το δευτερεύον ρεύμα. Τα δύο ρεύματα διαφέρουν ως προς την ποσοτική και ποιοτική σύνθεση των συστατικών τους. Πολλά δυνητικά τοξικά συστατικά βρίσκονται σε μεγαλύτερη συγκέντρωση στο δευτερεύον συγκριτικά με το κύριο ρεύμα όπως είναι το μονοξείδιο του άνθρακα και η νικοτίνη (Weiss et al, 1983). Ένα αναμμένο τσιγάρο παράγει περισσότερες από 4000 διαφορετικές ουσίες οι οποίες διακρίνονται σε **αέρια** και **μικροσωματίδια**. Από αυτές, οι 2000 είναι τοξικές και οι 43 έχουν χαρακτηριστεί καρκινογόνες (US.EPA, 1992). Ως εκ τούτου, ο καπνός των τσιγάρων των εσωτερικών χώρων (ETS) είναι ένα σύνθετο μίγμα αέριων συστατικών και στερεών σωματιδίων και ο υπολογισμός της έκθεσης γίνεται έμμεσα, με την μέτρηση κάποιων συστατικών, όπως είναι η νικοτίνη και τα αιωρούμενα σωματίδια (**Respirable Suspended Particulates, RSPs**) (WHO, 2000).

Από τα παραπάνω, γίνεται κατανοητό ότι η ποσοτική εκτίμηση του παθητικού καπνίσματος συναντά δυσκολίες και εγγενείς αδυναμίες. Οι περισσότερες μελέτες που ασχολήθηκαν στο παρελθόν με το παθητικό κάπνισμα έχουν υπολογίσει την έκθεση στον καπνό του τσιγάρου βάσει ερωτηματολογίων χωρίς να λαμβάνονται υπ' όψιν χαρακτηριστικά όπως ο πραγματικός χρόνος έκθεσης, ο αριθμός των τσιγάρων και ο αριθμός των καπνιστών που συνυπάρχουν με τον μη καπνιστή, τα φυσικά χαρακτηριστικά του χώρου που ρυπαίνεται από τον καπνό (θερμοκρασία, αερισμός) (Coultas, Peake, Samet, 1989). Τα ερωτηματολόγια θεωρούνται πλέον αξιόπιστα μέσα για την αξιολόγηση του παθητικού καπνίσματος και έχουν χρησιμοποιηθεί σε πλήθος επιδημιολογικών μελετών (Peterson, Johnson, Owenby, 1997). Παρολαυτά, εντοπίστηκαν αρκετά μεθοδολογικά προβλήματα στη διερεύνηση της επίδρασης του παθητικού καπνίσματος στην υγεία με αποτέλεσμα να θεωρείται σήμερα απαραίτητη η αξιολόγηση και η τεκμηρίωση με αντικειμενικό τρόπο του βαθμού της έκθεσης στον καπνό του τσιγάρου.

B.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

B.1 Επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στο παιδί

B.1.1. Αναπνευστική νοσηρότητα στη βρεφική ηλικία

Οι επιπτώσεις στην υγεία από την έκθεση στον καπνό έχουν μελετηθεί εκτεταμένα κυρίως σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, όπως είναι τα παιδιά και τα βρέφη. Είναι γνωστό ότι η δράση βλαπτικών παραγόντων του καπνού στο ανώριμο αναπνευστικό σύστημα των βρεφών έχει επιπτώσεις στην αναπνευστική λειτουργία οι οποίες μπορεί να παραμείνουν μέχρι την ενήλικη ζωή (Kattan, 1979). Η συχνότητα πνευμονίας και βρογχίτιδας τον πρώτο χρόνο ζωής βρέθηκε να σχετίζεται με τις καπνιστικές συνήθειες των γονέων. Από το 1974, οι ερευνητές Harlap και Davies αναφέρουν ότι υπάρχει δόσοεξαρτώμενη σχέση μεταξύ του καπνίσματος της μητέρας και των εισαγωγών βρεφών στο νοσοκομείο για βρογχίτιδα και πνευμονία και ότι τα βρέφη καπνιστριών είχαν κατά 28% περισσότερες εισαγωγές απ' ό,τι των μη καπνιστριών (Harlap, Davies, 1974). Ο αριθμός τσιγάρων της μητέρας και συγκεκριμένα αν καπνίζει περισσότερα από 20 τσιγάρα ημερησίως σχετίζεται με πρόωμη έναρξη της νόσου από το κατώτερο αναπνευστικό στη βρεφική ηλικία. Το κάπνισμα της μητέρας αυξάνει τον κίνδυνο για βρογχιολίτιδα στα βρέφη ανεξάρτητα από τη δράση άλλων παραγόντων, όπως το οικογενειακό ιστορικό άσθματος (Charlton, 1994). Επιπλέον θεωρείται σημαντικός παράγοντας για την εκδήλωση ασθματικής βρογχίτιδας (wheezing) στον πρώτο χρόνο ζωής, εξίσου σημαντικός με την χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και την παρακολούθηση παιδικού σταθμού (Grimfeld, 1997).

Παραμένει αδιευκρίνιστο αν η διαπιστωθείσα νοσηρότητα του κατώτερου αναπνευστικού στη βρεφική ηλικία οφείλεται στην επίδραση του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της κύησης ή στην έκθεση στον καπνό του τσιγάρου μετά τη γέννηση. Υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν την άποψη ότι οι βλάβες στον ανώριμο εμβρυϊκό πνεύμονα προκαλούνται πριν από την γέννηση, όμως οι γυναίκες που καπνίζουν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους εξακολουθούν να καπνίζουν και μετά τη γέννηση του παιδιού τους (Tager et al, 1993). Όπως υποστηρίζουν οι Nafstad et al. (1996), ο μητρικός θηλασμός ασκεί προστατευτική δράση έναντι των λοιμώξεων του κατώτερου αναπνευστικού τον πρώτο χρόνο ζωής και η προστασία είναι έκδηλη σε βρέφη που είναι εκτεθειμένα σε παθητικό κάπνισμα από τους γονείς τους .

B.1.2. Σύνδρομο Αιφνίδιου θανάτου (sudden infant death syndrome, SIDS)

Το κάπνισμα της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και η παθητική έκθεση στον καπνό του τσιγάρου κατά την πρώτη βρεφική ηλικία έχουν συσχετιστεί με τον ξαφνικό θάνατο βρεφών χωρίς νεκροτομικά ευρήματα. Το σύνδρομο αυτό αποτελεί συχνή αιτία θανάτου των βρεφών στον δυτικό κόσμο και εξαρτάται από προδιαθεσικούς παράγοντες, όπως η προωρότητα, το χαμηλό βάρος και η πλημμελής παρακολούθηση της εγκύου κατά τη διάρκεια της κύησης. Το σύνολο των μελετών έχει δείξει ότι υπάρχει δόσοεξάρτηση ανάμεσα στον αριθμό των καπνιστών που υπάρχουν στην οικογένεια, τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν και την εκδήλωση του συνδρόμου (Dybin, Sanner, 1999).

B.1.3. Αναπνευστική νοσηρότητα στο μεγαλύτερο παιδί

Η διερεύνηση της σχέσης παθητικού καπνίσματος και αναπνευστικής νόσου σε παιδιά σχολικής ηλικίας έχει δείξει ότι τα παιδιά καπνιστών είχαν τριπλάσιες ημέρες περιορισμένης δραστηριότητας και κατ' οίκον νοσηλείας εξαιτίας οξείας αναπνευστικής λοίμωξης συγκριτικά με τα παιδιά μη καπνιστών (odds ratio=3.39) (Jedrychowski, Flak, 1997). Μελέτη που έγινε στην Ελλάδα σε ένα σύνολο 2108 παιδιών ηλικίας έως 14 ετών (mean \pm SD, 7.4 \pm 3.2) βρέθηκε ότι το 73% των παιδιών είναι εκτεθειμένα σε παθητικό κάπνισμα στο σπίτι από τον ένα τουλάχιστον γονέα (Bakoula, Kafritsa, Kavadias, Haley, Matsaniotis, 1997).

Κλινικές και εμπειρικές παρατηρήσεις συνδέουν το παθητικό κάπνισμα με την έναρξη και την πορεία του άσθματος στην παιδική ηλικία. Φαίνεται ότι υπάρχει αθροιστική βλαπτική επίδραση της έκθεσης στον καπνό με την πάροδο της ηλικίας αφού το άσθμα στα παιδιά καπνιστών καθίσταται βαρύτερο ανάλογα με τα χρόνια έκθεσης ενώ αντίθετα στα παιδιά μη καπνιστών τα συμπτώματα και η πνευμονική λειτουργία προοδευτικά βελτιώνονται (Murray, Morrison, 1989).

Βρέθηκε, επίσης, ότι το παθητικό κάπνισμα σε συνδυασμό με έκθεση σε κάποιο αλλεργιογόνο μπορεί να προκαλέσει αλλεργική ευαισθητοποίηση (Wjst et al, 1994). Ο καπνός του τσιγάρου προκαλεί διαταραχή στο αναπνευστικό επιθήλιο, αυξημένη διαπερατότητα σε αλλεργιογόνα και πιθανόν διαταράσσει τους μηχανισμούς ανοσολογικής απάντησης. Διαπιστώθηκε άλλωστε ότι τα παιδιά των καπνιστών εμφανίζουν αυξημένη αντιδραστικότητα σε δερματικές δοκιμασίες για κοινά αλλεργιογόνα (Ronchetti et al, 1992).

B.2. Επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στους ενήλικες

Υπάρχει ένας σχετικά μικρός αριθμός μελετών για τις επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στην αναπνευστική υγεία των ενηλίκων, συγκριτικά με το πλήθος αντίστοιχων μελετών στα παιδιά (Coultas, 1998). Αν και ως το 1992 η βιβλιογραφία ήταν περιορισμένη, υπάρχει βεβαιότητα ότι το παθητικό κάπνισμα σχετίζεται με την έναρξη άσθματος στους ενήλικες και επιβαρύνει την αναπνευστική λειτουργία των πασχόντων. Ειδικότερα, οι ενήλικες που είναι εκτεθειμένοι σε παθητικό κάπνισμα στο σπίτι ή, στην εργασία έχουν 40-60% αυξημένο κίνδυνο για άσθμα σε σχέση με τους μη εκτεθειμένους. Έχει βρεθεί ότι υπάρχει δόσοεξάρτηση μεταξύ της εκδήλωσης άσθματος και των ωρών ημερήσιας έκθεσης σε περιβάλλον με καπνό (Janson et al, 2001).

Το 1981 Έλληνες ερευνητές διερεύνησαν πρώτοι τη σχέση παθητικού καπνίσματος και καρκίνου και κατέληξαν ότι γυναίκες μη καπνίστριες με συζύγους καπνιστές έχουν αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο των πνευμόνων (Trichopoulos, Kalandidi, Sparos, MacMabon, 1981). Σε παρόμοια ευρήματα κατέληξαν ταυτόχρονα και Ιάπωνες ερευνητές σύμφωνα με τους οποίους ο σχετικός κίνδυνος για καρκίνο των πνευμόνων σε γυναίκες καπνιστών αυξάνει κατά δύο έως τρεις φορές συγκριτικά με γυναίκες μη καπνιστών (Hirayama, 1981). Νεότερες μελέτες σημειώνουν ότι ο κίνδυνος για καρκίνο του πνεύμονα αυξάνει με τα χρόνια έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα (odds ratio=1,1 95%CI, για έκθεση από 18-21 χρόνια και odds ratio=2,4 95%CI, όταν η έκθεση έχει διάρκεια μεγαλύτερη από 22 χρόνια). Παρολαυτά, δεν θα πρέπει να υποεκτιμάται η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα από την παιδική ηλικία, όταν αξιολογείται ο κίνδυνος για καρκίνο του πνευμόνα και αναζητάται η δόση που επάγει την καρκινογένεση (Andrade et al, 2004).

B.3. Το έμβρυο ως παθητικός καπνιστής

Οι βλαβερές συνέπειες της παθητικής έκθεσης των παιδιών στον καπνό του τσιγάρου αρχίζουν από τη μήτρα. Μερικές από τις ουσίες που βρίσκονται στο δευτερεύον ρεύμα καπνού, όπως η νικοτίνη και το μονοξείδιο του άνθρακα διαπερνούν το φραγμό του πλακούντα, αυξάνουν την εμβρυϊκή ανθρακυλ-αιμοσφαιρίνη, μειώνουν την κυκλοφορία του αίματος και οδηγούν σε περιορισμένη οξυγόνωση των ιστών του αναπτυσσόμενου εμβρύου (Andersen et al, 1982). Η μεταφορά ουσιών διαμέσου του πλακούντα από τη μητέρα προς το έμβρυο και αντίστροφα, εγκαθίσταται περίπου τη πέμπτη εβδομάδα της εμβρυϊκής ζωής. Επιπλέον, προκαταρκτικά αποτελέσματα ερευνών έδειξαν ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια

της εγκυμοσύνης σχετίζεται με αυξημένη χρωμοσωμική αστάθεια (ελλείψεις και μετατοπίσεις) σε δείγματα αμνιακών κυττάρων που συλλέχθηκαν για αμνιοκέντηση. Τα αποτελέσματα αυτά, υποστηρίζουν την άμεση επίπτωση του καπνού στην πρόκληση ενδομήτριας μεταλλαξογένεσης και τις επιπλοκές που συνεπάγεται κάτι τέτοιο στην υγεία, τόσο του παιδιού όσο και της μητέρας (De la Chica et al, 2005). Επίσης, υψηλά επίπεδα μεταλλαξογόνων ουσιών που σχετίζονται με το κάπνισμα αλλά και κοτινίνη, βρέθηκαν στο αμνιακό υγρό, στην εμβρυϊκή ουρία, ή στο αίμα του εμβρύου γυναικών που κάπνιζαν, επιβεβαιώνοντας τον εντοπισμό των ουσιών αυτών στη μήτρα (Lackman et al, 1999; Milunsky et al, 2000). Τέλος, πρωτεϊνικά σύμπλοκα με συστατικά του καπνού (protein adducts) έχουν εντοπιστεί στον ομφάλιο λώρο, γεγονός που υποδηλώνει ότι τα συστατικά του καπνού αντιδρούν με μακρομόρια του εμβρύου με πιθανές μεταλλαξογόνες επιπτώσεις (Tavares et al, 1996).

Το «**Σύνδρομο εμβρυϊκού καπνίσματος**» (**Fetal Tobacco Syndrome**), χαρακτηρίζει νεογνά με σωματικό βάρος μικρότερο των 2500 γραμμαρίων που προέρχονται από μητέρες οι οποίες κάπνιζαν στην εγκυμοσύνη τους, έχουν μειωμένο ύψος, κρανιακή και θωρακική περίμετρο καθώς και έντονη ρυτίδωση στο πρόσωπο συνοδευόμενη από έκφραση δυσαρέσκειας (Nieburg et al, 1985). Πέρα, όμως, από το ενεργό κάπνισμα των γυναικών στην εγκυμοσύνη, έχει βρεθεί ότι η συγκέντρωση της κοτινίνης (μεταβολίτης της νικοτίνης) στο αμνιακό υγρό μη καπνίζουσων εγκύων γυναικών είναι εκτεθειμένες σε περιβαλλοντικό καπνό, είναι διπλάσια συγκριτικά με εκείνη γυναικών που δεν εκτίθενται (Jordanov, 1990).

Οι περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες που εξετάζουν τις επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος της μητέρας στο έμβryo, συγκρίνουν τη διαφορά στο μέσο βάρος των νεογνών γυναικών που εκτέθηκαν και μη εκτεθειμένων γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Η μέση ελάττωση στο βάρος κυμαίνεται από 24 γραμμάρια στη Βόρεια Αμερική (Martin, Bracken, 1986) και 30 γραμμάρια στην Κίνα (Zhang, Ratcliffe, 1993) έως 185 γραμμάρια στη Φιλανδία (Bardy et al, 1993). Το Εθνικό Ινστιτούτο για τον Καρκίνο των ΗΠΑ (NCI, 1999) αναφέρει ότι από την μετανάλυση 15 συνολικά μελετών αξιολόγησης της επίπτωσης του παθητικού καπνίσματος της μητέρας στο βάρος του παιδιού προέκυψε ότι ο κίνδυνος για γέννηση παιδιού με χαμηλό βάρος (**low birth weight, LBW**) στις εκτεθειμένες γυναίκες είτε είναι αυξημένος κατά 1,4-1,5 φορές είτε δεν υπάρχει καμία επίπτωση. Πρόσφατες μελέτες αναφέρουν ότι οι γυναίκες που εκτέθηκαν σε περιβαλλοντικό καπνό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να γεννήσουν πρόωρα και ότι το μέσο βάρος των νεογέννητων υπολείπεται συγκριτικά με τις γυναίκες που δεν εκτέθηκαν σε καπνό κατά 138 γραμμάρια (2632 ± 577 γραμμάρια vs. 2770 ± 562

γραμμάρια, odds ratio=2,1; 95%, CI:1,27-3,48) (Goel, Radotra, Singh, Aggarwal, Dua, 2004). Οι διαφορές αυτές μπορεί να μην φαίνονται κλινικά σημαντικές και να αμφισβητούνται από κάποιους, αποκτούν όμως σημασία όταν οι τιμές βάρους γέννησης ενός νεογνού είναι οριακές (≤ 2500 χιλιόγραμμα βάρος).

Μελέτες σε πειραματικά μοντέλα ζώων και σε διάφορα αναπτυξιακά στάδια, έδειξαν ότι η ημερήσια έκθεση στον καπνό κατά την έναρξη της κύησης οδηγεί σε καθυστερημένη ενδομήτρια ανάπτυξη που σχετίζεται με καθυστερημένη οστεοποίηση και ως εκ τούτου σε έμβρυα χαμηλού βάρους (Nelson, Jodscheit, Yuanjian, 1999). Στον άνθρωπο, η έκθεση της μητέρας στην έναρξη της εγκυμοσύνης (8 πρώτες εβδομάδες) μπορεί να είναι καθοριστικής σημασίας για το τελικό βάρος του παιδιού ενώ, οι επιπτώσεις στο έμβρυο λόγω της μακρόχρονης έκθεσης σε βλαπτικές καταστάσεις, όπως είναι ο καπνός του τσιγάρου, μπορεί να οδηγήσουν σε λεπτές μεταβολές στην εμβρυϊκή ανάπτυξη, που είναι δύσκολα ανιχνεύσιμες (Nelson, Goubet, Guo, Jodscheit, 1999). Το δεύτερο και το τρίτο τρίμηνο κύησης θεωρούνται κρίσιμα για την έκθεση στον καπνό, διότι κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου ολοκληρώνεται η εμβρυϊκή ανάπτυξη. Γυναίκες που ξεκίνησαν να καπνίζουν στο δεύτερο ή τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τους, παρουσίασαν μεγαλύτερο κίνδυνο για καθυστερημένη ανάπτυξη του εμβρύου τους ενώ γυναίκες που σταμάτησαν το κάπνισμα έως το τρίτο τρίμηνο δεν εκτέθηκαν στον αντίστοιχο κίνδυνο (Lieberman, Gremy, Lang et al, 1994). Είναι επίσης γνωστό ότι η καθυστερημένη ανάπτυξη του εμβρύου (**small-for-gestational age, SGA**) σχετίζεται με τον πρόωρο εμβρυϊκό θάνατο (Cnattingius et al, 1985) και ότι η γέννηση πρόωρων παιδιών (**preterm delivery, PD**) αυξάνει τη θνησιμότητα κατά τη νεογνική περίοδο (Cnattingius, Haglund, Meirik, 1988). Η έκθεση της εγκύου σε παθητικό κάπνισμα συσχετίζεται και με τους δύο προαναφερθέντες παράγοντες κινδύνου.

B.4. Τεκμηρίωση του παθητικού καπνίσματος

B.4.1. Μετρήσεις σε κλειστούς χώρους (indoor air monitoring)

Όπως αναφέρθηκε προηγούμενα, στον καπνό του τσιγάρου περιέχονται περισσότερα από 4000 χημικά συστατικά σε σωματιδιακή και αεριοδμή μορφή και η ποσοτική μέτρηση ορισμένων εξ αυτών χρησιμοποιήθηκε ως δείκτης για την τεκμηρίωση της έκθεσης στον καπνό του τσιγάρου. Η τεχνική αυτή όμως, παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες εξαιτίας της ασταθούς μορφής του αέριου μίγματος του καπνού και των φυσικοχημικών μεταβολών που υφίσταται με την πάροδο του χρόνου (Sterling, Dimich, Kobayashi, 1982). Το μονοξείδιο του

άνθρακα και η νικοτίνη χρησιμοποιούνται κυρίως ως δείκτες έκθεσης στον περιβαλλοντικό καπνό και επιπλέον, η νικοτίνη είναι «ειδική» για το φυτό του καπνού. Παρολαυτά, η νικοτίνη είναι ασταθής στον αέρα και η συγκέντρωσή της μειώνεται πολύ πιο γρήγορα από την αναμενόμενη απλή διάχυση στον αέρα (Rando, Menon, Poovey, Lehrer, 1992). Επιπρόσθετα, η συγκέντρωση της νικοτίνης σε κλειστό χώρο εξαρτάται από ποικιλία παραγόντων, όπως το μέγεθος του χώρου, ο εξαερισμός και η απορρόφηση του καπνού από τις επιφάνειες του χώρου. Από την άλλη, η έκθεση ενός ατόμου στον καπνό δεν περιορίζεται σε έναν χώρο αλλά προκύπτει από διάφορες πηγές και η απόσταση από την πηγή της έκθεσης, η ένταση καθώς και η διάρκεια έκθεσης είναι παράγοντες καθοριστικοί αλλά προβληματικοί στον υπολογισμό τους. Τέλος, απαιτούνται πολλαπλές μετρήσεις στο χώρο προκειμένου να αξιολογηθεί η συνήθης έκθεση στον καπνό (Marbury, Hammond, Haley, 1993).

B.4.2. Βιολογικοί δείκτες (biologic markers or biomarkers)

Η αξιολόγηση του παθητικού καπνίσματος μπορεί να γίνει άμεσα με αναλυτικές μεθόδους προσδιορισμού των συστατικών του καπνού ή, μεταβολιτών τους (**βιολογικοί ή, βιοχημικοί δείκτες, biomarkers**), στα υγρά του σώματος (ούρα, σίελος, πλάσμα αίματος). Συνήθεις χρησιμοποιούμενοι δείκτες αυτής της κατηγορίας, είναι οι ακόλουθοι : νικοτίνη, κοτινίνη, θειοκυανιούχα, ανθρακυλ-αιμοσφαιρίνη, υδροξυ-προλίνη, αρωματικές αμίνες, ορισμένες πρωτεΐνες ή, DNA adducts. Η παρουσία ενός βιολογικού δείκτη στα σωματικά υγρά δεν υποδηλώνει παρουσία νόσου ούτε σχετίζεται με αυξημένη ευαισθησία του ατόμου λόγω έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος. Ανάλογα με το είδος της έκθεσης που αξιολογείται (πρόσφατη ή, μακροχρόνια έκθεση) επιλέγεται και ο κατάλληλος δείκτης (Benowitz, 1999).

Το Εθνικό Συμβούλιο Έρευνας των ΗΠΑ προτείνει κριτήρια που πρέπει να πληροί ένας βιολογικός δείκτης προκειμένου να θεωρείται αξιόπιστος : α) να είναι «ειδικός» για τον καπνό του τσιγάρου, β) να προσδιορίζεται εύκολα, γ) να απελευθερώνεται σε παρόμοιες αναλογίες από διαφορετικά προϊόντα καπνού και δ) η αναλογία του προς τα υπόλοιπα συστατικά του καπνού να είναι σταθερή κάτω από διαφορετικές περιβαλλοντικές συνθήκες (NRC, 1986). Παράγοντες που επηρεάζουν τον ποσοτικό προσδιορισμό ενός δείκτη είναι οι ιδιαιτερότητες σε ατομικό επίπεδο σε ότι αφορά τον μεταβολικό ρυθμό και την απέκκριση από τον οργανισμό, η παρουσία άλλων πηγών έκθεσης (π.χ. διατροφικές συνήθειες), η ευαισθησία και η ειδικότητα της αναλυτικής μεθόδου μέτρησης. Στις μελέτες αξιολόγησης

των κινδύνων από την έκθεση στον καπνό, ο «ιδανικός» δείκτης θα πρέπει να δίνει πληροφορίες για μακροχρόνιες εκθέσεις καθώς και να προβλέπει με ακρίβεια την πιθανότητα νόσου αποδιδόμενης στην έκθεση στον καπνό του τσιγάρου.

Η **κοτινίνη** είναι ο κύριος μεταβολίτης της νικοτίνης και προέρχεται από τη μεταβολική οξείδωση της νικοτίνης μέσω του κυτοχρώματος P-450 στον ανθρώπινο οργανισμό. Η κοτινίνη έχει μεγάλο χρόνο ημίσειας ζωής συγκριτικά με την νικοτίνη (15-40 ώρες έως 160 ώρες στα βρέφη vs. 2-3 ώρες) και ο ποσοτικός προσδιορισμός της σε βιολογικά υγρά δίνει πληροφορίες για έκθεση σε περιβάλλον καπνού τις προηγούμενες 3-4 ημέρες (Jarvis et al, 1988). Τα επίπεδα κοτινίνης στο πλάσμα του αίματος και στη σίελο είναι παρόμοια (κυμαίνονται στους μη καπνίζοντες από 0,5ng/ml έως 10-15ng/ml), ενώ στα ούρα η συγκέντρωσή της είναι έως και 6 φορές μεγαλύτερη (≥ 50 ng/ml) (Repace, Lowrey, 1993). Έως σήμερα, η κοτινίνη αποδεικνύεται ότι είναι ο πιο ευαίσθητος και ο πιο ειδικός βιολογικός δείκτης για τον καπνό του τσιγάρου.

Οι βιολογικοί δείκτες χρησιμοποιούνται στις επιδημιολογικές μελέτες προκειμένου να ελεγχθεί η εγκυρότητα των αναφορών σχετικά με την χρήση προϊόντων καπνού. Ειδικότερα, η χρήση της κοτινίνης θεωρείται από πολλούς ως μέθοδος αναφοράς (gold standard) ενώ άλλοι ερευνητές επισημαίνουν ότι η κοτινίνη απλά παρέχει πληροφορίες για τις καπνιστικές συνήθειες των ατόμων για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο πλησίον του χρόνου συλλογής του δείγματος (Benowitz, 1983). Η ευρεία χρήση των βιολογικών δεικτών περιορίζεται επιπλέον λόγω της αδυναμίας τους να προσδιορίσουν τα πολύ χαμηλά επίπεδα των προϊόντων της νικοτίνης στα βιολογικά υγρά των «περιστασιακά» καπνιστών (occasional smokers). Σε πληθυσμιακή μελέτη των Vartiainen, Seppala, Lillsunde et al., το 20% των ανδρών και 30% των γυναικών ανέφεραν ότι καπνίζουν περιστασιακά. Επιπλέον, το κόστος εφαρμογής των βιοχημικών μετρήσεων σε συνδυασμό με το ότι είναι δύσκολο να ληφθούν δείγματα από όλους τους συμμετέχοντες σε μία μελέτη, έχει οδηγήσει τους ερευνητές σε εναλλακτικές στρατηγικές (Patrick, Cheadle, Thompson et al., 1994).

Το 70-80% της νικοτίνης που εισέρχεται στον οργανισμό από τους πνεύμονες μετατρέπεται σε κοτινίνη, το 5-10% απεκκρίνεται με τα ούρα ενώ το υπόλοιπο ποσοστό μετατρέπεται σε άλλους μεταβολίτες της νικοτίνης (Benowitz, Jacob, Fong, 1994). Η παρουσία ατομικών διαφορών στο ρυθμό μετατροπής της νικοτίνης προς κοτινίνη από άτομο σε άτομο (55-92%), όπως και στο ρυθμό απομάκρυνσης της κοτινίνης από τον οργανισμό (19-75ml/min), καθιστά προβληματική τη χρήση της κοτινίνης για ποσοτικούς προσδιορισμούς (Etzel, 1990). Οι Benowitz και συνεργάτες (Benowitz, Perez, Herrera et al, 1995) παρατήρησαν διαφορές στο ρυθμό μεταβολισμού της νικοτίνης μεταξύ μαύρων

(χαμηλότερος ρυθμός) και λευκών. Το σφάλμα στον υπολογισμό της ποσότητας της νικοτίνης μπορεί να περιοριστεί με την αύξηση του δείγματος των ατόμων που εκτέθηκαν στον καπνό στον περιβάλλοντα χώρο. Τέλος, η απουσία μιας αναλυτικής μεθόδου-πρότυπο για τον προσδιορισμό της νικοτίνης και των μεταβολιτών της δημιουργεί σύγχυση μεταξύ των δημοσιευμένων μελετών όταν συγκρίνονται τιμές που έχουν υπολογιστεί με διαφορετικές μεθόδους (Benowitz, 1996).

B.4.3. Ερωτηματολογία

Στις περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες προκειμένου να αξιολογηθεί η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα, γίνεται συνδυασμός των αναλυτικών μεθόδων προσδιορισμού με τη χρήση ερωτηματολογίων από τα οποία λαμβάνονται λεπτομερείς πληροφορίες για το ιστορικό της έκθεσης και τις καπνιστικές συνήθειες των ατόμων. Σε αυτή την περίπτωση, οι βιοχημικοί δείκτες ενισχύουν την εγκυρότητα (**validity**) των απαντήσεων που δίνονται στα ερωτηματολόγια (Coultas, Samet, McCarthy, Spengler, 1990). Έχει παρατηρηθεί ότι ένα ποσοστό των ατόμων που δεν αναφέρει ότι εκτίθεται σε περιβάλλον καπνού σε αντίστοιχες ερωτήσεις, εμφανίζει παρολαυτά μετρήσιμες συγκεντρώσεις βιολογικών δεικτών (Cummings, Markello, Mahoney, Bhargava, McElroy, Marshall, 1990).

Όταν τα ερωτηματολόγια είναι η μόνη μέθοδος αξιολόγησης της έκθεσης υπάρχει πιθανότητα σφάλματος ταξινόμησης (misclassification bias) της πραγματικής έκθεσης που μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, όπως σε απόκριση των καπνιστικών συνηθειών του συντρόφου (self-deception), αδυναμία ανάκλησης πληροφοριών (recall bias) ή/και άγνοια της έκθεσης (awareness of exposure) από μέρος του ερωτηθέντα. Κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων λαμβάνονται υπόψιν τα παραπάνω και σταθμίζονται οι αντίστοιχοι παράγοντες προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί το σφάλμα.

Ένας τρόπος για να ελεγχθεί η αξιοπιστία (**reliability**) των πληροφοριών που παρέχονται μέσω των ερωτηματολογίων είναι η τεχνική του «ελέγχου-επανέλεγχου» (test-retest). Όπως υποστηρίζουν οι Coultas και συνεργάτες (1989), ερωτήσεις που σχετίζονται με ποιοτικά στοιχεία (π.χ. αν οι γονείς κάπνιζαν στο σπίτι όταν οι ερωτηθέντες ήταν παιδιά) παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά συνταύτισης (ενίσχυση αξιοπιστίας ερωτηματολογίου) ενώ αντίθετα, ερωτήσεις που αναφέρονται σε ποσοτικά στοιχεία (π.χ. αριθμός τσιγάρων που καπνίζει ο σύντροφος την ημέρα, αριθμός ετών που καπνίζει κλπ) φαίνεται να είναι λιγότερο αξιόπιστες.

Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Γ.1. Εισαγωγή

Μελέτες που ασχολήθηκαν με την ανάλυση της έκθεσης στον καπνό του τσιγάρου ως παράγοντα ρύπανσης εσωτερικών χώρων, έδειξαν ότι το επαγγελματικό περιβάλλον, το σπίτι καθώς και διάφοροι εσωτερικοί χώροι (π.χ. χώροι εστίασης) συμβάλλουν σημαντικά στην έκθεση των ενηλίκων. Τα δεδομένα που υπάρχουν σχετικά με τις επιπτώσεις της έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα της εγκύου στην έκβαση της κύησης, είναι ελλιπή και αντιφατικά μεταξύ των μελετών. Αυτό οφείλεται κυρίως στην απουσία μιας πρότυπης μεθόδου μέτρησης της έκθεσης αλλά και στην έλλειψη αξιοπιστίας των διαφόρων μεθόδων που χρησιμοποιούνται. Ως μέτρο της έκθεσης της εγκύου, πολλές μελέτες εστιάζονται στις καπνιστικές συνήθειες του συντρόφου. Λίγες μελέτες έχουν διερευνήσει "τοπογραφικά" την έκθεση σε παθητικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της καθημερινότητας της γυναίκας. Συνήθως, οι μελέτες αυτές υπολογίζουν αθροιστικά την έκθεση σε ώρες από τις διάφορες πηγές. Η ένταση της έκθεσης σχετίζεται με διάφορους παράγοντες χώρου, όπως το μέγεθος και ο εξαερισμός του δωματίου αλλά και ο αριθμός των ατόμων που καπνίζουν. Επιπλέον, η συχνότητα της έκθεσης σε διαφορετικά περιβάλλοντα ποικίλλει σημαντικά κατά τη διάρκεια της ημέρας. Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό γιατί ένας δείκτης που απλά αθροίζει τη χρονική διάρκεια των εκθέσεων, χωρίς να συνυπολογίζει αυτούς τους παράγοντες, είναι απίθανο να εκτιμά την πραγματική έκθεση.

Η έκθεση των γυναικών στον καπνό του τσιγάρου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους και οι δυνητικές επιπτώσεις στο έμβryo, παθητικό καπνιστή έχουν γίνει αντικείμενο ερευνών στη διεθνή βιβλιογραφία. Στην Ελλάδα σημειώνεται ένα βιβλιογραφικό κενό και στην παρούσα προσπάθεια καταφύγαμε στη διεθνή εμπειρία για την προσέγγιση του θέματος.

Από στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας προκύπτει ότι το 60% των Ελλήνων καπνιστών είναι άνδρες και το 40% γυναίκες και είναι γνωστό ότι η Ελλάδα κατέχει την πρώτη θέση στην κατά κεφαλήν κατανάλωση τσιγάρων στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα. Από τα παραπάνω, αναμένεται ότι ο επιπολασμός του παθητικού καπνίσματος στη χώρα μας να είναι υψηλός σε συνδυασμό με τα πλημμελή μέτρα περιορισμού του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους.

Αναφορές για τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κρητικού πληθυσμού υπάρχουν σε μεγάλο αριθμό επιδημιολογικών ερευνών (μελέτες εθνικές ή διεθνείς στις οποίες περιλαμβάνονταν Κρητικοί, κάτοικοι της Κρήτης ή ακόμα και άτομα κρητικής καταγωγής). Ιδιαίτερης σημασίας λόγω των σημαντικών αποτελεσμάτων της θεωρείται η Έρευνα των Επτά Χώρων που ξεκίνησε πριν το 1970 (Kafatos A., Diacatou A., Vlachonikolis I.G et al, 1997) και οδήγησε σε πλήθος δημοσιεύσεων που αφορούσαν στην κατάσταση της υγείας των κρητικών, σε σωματικές και αιματολογικές μετρήσεις, στον τρόπο ζωής, διατροφικές συνήθειες κ.ά . Σε μεγάλο βαθμό οι ευεργετικές επιδράσεις του Κρητικού περιβάλλοντος στην υγεία έγιναν παγκοσμίως γνωστές από τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας. Επιπλέον αναφορές ερευνητικών ομάδων της Κρήτης σημειώνουν υψηλά ποσοστά καπνίσματος και χρήσης αλκοόλ σε συνδυασμό με ένα κλειστό οικογενειακό-κοινωνικό περιβάλλον (Diacatou A, Mamalakis G, Kafatos A, Vlachonikolis IG et al, 1993) . Η οικονομία του νησιού βασίζεται στην αγροτική παραγωγή και πρόσφατα στις τουριστικές υπηρεσίες.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η καταγραφή της έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα μη καπνίζουσων γυναικών, κατοίκων του Νομού Ηρακλείου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους.

Επιμέρους στόχοι ήταν:

- η διερεύνηση των πιθανών πηγών έκθεσης στον καπνό με επικέντρωση στο σπίτι, στην εργασία και σε χώρους εστίασης,
- ο υπολογισμός της διάρκειας της έκθεσης στον καπνό από την πιθανή πηγή κατά τη διάρκεια της εβδομάδας και τέλος,
- από την επεξεργασία των δημογραφικών και άλλων χαρακτηριστικών του δείγματος, η αναζήτηση χαρακτηριστικών των γυναικών που σχετίζονται με διαφορετικές εκθέσεις σε παθητικό κάπνισμα.

Γ.2. Σχεδιασμός της μελέτης

Γ.2.α. Επιλογή δείγματος

Η μελέτη διεξήχθη κατά τη χρονική περίοδο Ιουλίου-Σεπτεμβρίου, 2004 στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία της Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του ΠΑΓΝΗ. Το δείγμα αποτελούνταν από γυναίκες που προσέρχονταν στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία για τον προγραμματισμένο προγενετικό έλεγχο. Η κλινική του συγκεκριμένου Νοσοκομείου

επιλέχθηκε λόγω της δυναμικότητας της (1000 γεννήσεις ετησίως σε σύνολο 1900 γεννήσεων του Νομού Ηρακλείου, σύμφωνα με στοιχεία του έτους 2003 προερχόμενα από την Γραμματεία της κλινικής και από τη Εθνική Στατική Υπηρεσία, αντιστοίχως) καθώς και της γεωγραφικής εγγύτητας και πρόσβασης στη συλλογή στοιχείων. Επιπλέον, όπως φάνηκε από το μαιευτικό ιστορικό των εγκύων, οι γυναίκες επέλεξαν το ΠΑΓΝΗ, είχαν σε προηγούμενη εγκυμοσύνη τους επιλέξει είτε το Βενιζέλειο, είτε Ιδιωτικό μαιευτήριο.

Γ.2.β. Κριτήρια εισαγωγής-αποκλεισμού από τη μελέτη

Ο ορισμός του πληθυσμιακού πεδίου της μελέτης είναι δευτερογενής και έγινε σύμφωνα με τα ακόλουθα κριτήρια εισαγωγής: οι γυναίκες-υποψήφιες να συμμετέχουν στη μελέτη ήταν ελληνικής καταγωγής, μόνιμοι κάτοικοι του Ν. Ηρακλείου και σκόπευαν να γεννήσουν στο ΠΑΓΝΗ. Σε σχέση με τις καπνιστικές τους συνήθειες, εντάχθηκαν στη μελέτη οι μη καπνίζουσες. Ως «μη-καπνίζουσες» στο παρόν πρωτόκολλο, ορίζονται οι γυναίκες που δεν κάπνιζαν από τη στιγμή που πληροφορήθηκαν την εγκυμοσύνη τους. Γυναίκες που ανέφεραν διακοπή του καπνίσματος ενώ η εγκυμοσύνη τους ήταν σε εξέλιξη, αποκλείονταν από τη μελέτη. Σύμφωνα με τον Κώδικα Ηθικής και Δεοντολογίας, οι γυναίκες ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και την πιθανή ωφέλεια μέσα από αυτήν, τους δόθηκαν όλες οι απαντήσεις στις ερωτήσεις τους σχετικές με το αντικείμενο της έρευνας και μόνον όσες συμφώνησαν να υπογράψουν το Έντυπο Συγκατάθεσης μετά από πληροφόρηση (βλ. Παράρτημα) έλαβαν μέρος στη μελέτη.

Γ.3. Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Γ.3.α Ερωτηματολόγιο

Σε όλη τη διάρκεια της μελέτης, πραγματοποιούνταν τρεις εβδομαδιαίες επισκέψεις (Δευτέρα, Τετάρτη και Παρασκευή) στις ώρες λειτουργίας των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων. Οι γυναίκες που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής απάντησαν σε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο που αποτελούνταν από 4 βασικά μέρη και διερευνούσε την πρόσφατη έκθεση των γυναικών στον καπνό τσιγάρων από 4 διαφορετικές πηγές: α) έκθεση στο σπίτι από τον σύντροφο, β) έκθεση στο σπίτι από συγγενείς και φίλους, γ) έκθεση στην εργασία και τέλος δ) έκθεση σε χώρους εστίασης. Παράλληλα, οι γυναίκες καλούνταν να απαντήσουν για το πόσες ώρες βρίσκονται ημερησίως σε ρυπασμένα από τον καπνό περιβάλλοντα, ποιά η συχνότητα έκθεσής τους και αν τις ενοχλεί ο καπνός του τσιγάρου. Επιπλέον στοιχεία που συλλέχθηκαν, αφορούσαν πληροφορίες για τα βασικά δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος, όπως: ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση των γυναικών και του συντρόφου τους, απασχόληση των γυναικών και του συντρόφου τους, τόπος κατοικίας (αγροτικός, αστικός πληθυσμός).

Συνολικά απάντησαν 128 γυναίκες από τις 156 που εξετάστηκαν τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Γυναίκες που εξετάζονταν την Δευτέρα ήταν συχνά απρόθυμες να συμμετάσχουν στην μελέτη λόγω της σοβαρής επιβάρυνσης της υγείας τους με επιπλοκές της κύησης (Ιατρεία Υψηλού Κινδύνου). Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν συνολικά από 60 ερωτήσεις «κλειστού» τύπου και περιελάμβανε ερωτήσεις διχοτομικές (ναι/όχι), ερωτήσεις διαβάθμισης (rating) και ερωτήσεις θέσης σειράς (rank order) (βλ. Παράρτημα). Η επιλογή των «κλειστών» ερωτήσεων ενθάρρυνε στην επικέντρωση πάνω στα θέματα που κυρίως θέλαμε να αναδείξουμε με την παρούσα μελέτη. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί σε αντίστοιχες μελέτες στην Ισπανία (Rebagliato M, Bolumar F and Florey CV, 1995) μεταφράστηκε από δύο ανεξάρτητους μεταφραστές ενώ προτού το χρησιμοποιήσουμε στο δείγμα, προηγήθηκε μια προ-μελέτη.

Γ.3.β Προ-μελέτη (pilot study)

Σε ενδεικτικό δείγμα 10 γυναικών έγινε η πρώτη δοκιμασία του «οργάνου» της μελέτης, προκειμένου να μετρηθούν η κατανόηση, η αποδοχή, η οικονομία του ερωτηματολογίου καθώς και ο ρυθμός απόκρισης. Τα άτομα στα οποία έγινε η δοκιμασία είχαν τα ίδια

χαρακτηριστικά με τις γυναίκες που ερωτήθηκαν στη συνέχεια και προσέρχονταν στα εξωτερικά ιατρεία για τον προγραμματισμένο προγενετικό έλεγχο. Τα συμπεράσματα ήταν πολύ χρήσιμα και οδήγησαν στην αναδιατύπωση ερωτήσεων που δε γίνονταν κατανοητές όπως και στη βελτίωση του «εισαγωγικού κειμένου» το οποίο εξασφάλιζε την ομαλή μετάβαση του ερωτώμενου στις απαιτήσεις του ερωτηματολογίου. Η διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε σε 10 λεπτά.

Γ.4. Ορισμοί έκθεσης

Στο συγκεκριμένο πρωτόκολλο εργασίας ως «**έκθεση**» σε μία οποιαδήποτε πηγή καπνού, ορίζεται χρονική περίοδος τουλάχιστον ενός μηνός όπου μία γυναίκα εκτίθεται σε περιβάλλον καπνού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και με μία συχνότητα τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα.

Με τον όρο «**πρόσφατη έκθεση**» σε μία οποιαδήποτε πηγή καπνού περιγράφεται ο αριθμός των ωρών (κατά μ.ό) όπου μία γυναίκα εκτέθηκε σε περιβάλλον καπνού από την ημέρα της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου έως τις προηγούμενες δύο ημέρες.

Τα επίπεδα «πρόσφατης έκθεσης» διακρίνονται σε 4 κατηγορίες: α) χαμηλή έκθεση, διάρκειας από 0 έως λιγότερο από 1 ώρα, β) μέτρια έκθεση, διάρκειας από 1 έως και 2 ώρες, γ) υψηλή έκθεση, διάρκειας από 3 έως και 4 ώρες και δ) πολύ υψηλή, διάρκειας από 4 έως 8 ώρες.

Γ.5. Στατιστική ανάλυση

Για την επεξεργασία των δεδομένων, έγινε καταχώρησή τους στο Data editor του προγράμματος SPSS version 12.0, όπου κάθε στήλη αποτελούσε μια μεταβλητή (var) και κάθε γραμμή μια διαφορετική γυναίκα (case). Οι μεταβλητές οργανώθηκαν σε ποσοτικές και ποιοτικές (ή ονομαστικές) και για την επεξεργασία τους εφαρμόστηκε διαφορετική μεθοδολογία. Ακολούθησε περιγραφική στατιστική και τα αποτελέσματα οργανώθηκαν σε μορφή πινάκων. Για τα ποσοτικά δεδομένα, υπολογίστηκαν στατιστικά μέτρα, όπως συχνότητα, ποσοστά, αριθμητικός μέσος (mean), τυπική απόκλιση (SD), εύρος (range). Εφαρμόστηκε ο έλεγχος υποθέσεων (paired t-test) για τον υπολογισμό των μέσων τιμών, με επίπεδο σημαντικότητας $p=0,05$. Για τα δεδομένα ονομαστικής κλίμακας, εφαρμόστηκε ο έλεγχος χ^2 (Pearson's χ^2) αναζητώντας συσχετίσεις (correlation) μεταξύ των μεταβλητών και της έκθεσης καθώς και OR (odds ratio). Τέλος, προκειμένου να διερευνηθούν οι μεταβλητές που επηρεάζουν την πιθανότητα της έκθεσης, εφαρμόσαμε τη μέθοδο της λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression).

Δ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δ.1. Περιγραφική ανάλυση αποτελεσμάτων

Δ.1.1 Μέγεθος δείγματος

Η συλλογή των δεδομένων ξεκίνησε στις 14-7-2004 και ολοκληρώθηκε στις 30-9-2004. Οι ελληνίδες γυναίκες που επισκέφτηκαν τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία της Γυναικολογικής και Μαιευτικής Κλινικής του ΠΑΓΝΗ για τον τακτικό, προγενετικό έλεγχο, αποτέλεσαν μια διαθέσιμη ομάδα η οποία χρησιμοποιήθηκε ως δείγμα της εργασίας μας. Από το Αρχείο των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων που διενεργούνταν τρεις φορές την εβδομάδα (ημέρες Δευτέρα, Τετάρτη και Παρασκευή), έγινε αριθμητική καταγραφή των γυναικών, όπως καταγράφονταν με βάση τις επισκέψεις τους στα ιατρεία. Σύμφωνα με αυτά τα στοιχεία, οι αλλοδαπές γυναίκες αντιστοιχούσαν στο 1/3 των ελληνίδων και προέρχονταν από χώρες, όπως Συρία, Λίβανος, Ρουμανία, Ηνωμένο Βασίλειο, Γερμανία. Οι αριθμοί που παραθέτονται (Πίν.1.1) αφορούν πολλαπλές καταχωρήσεις, διότι υπήρχαν γυναίκες οι οποίες έκαναν τακτικό έλεγχο δύο φορές τον μήνα, ενώ για τις τελειόμηνες γυναίκες ο έλεγχος της εγκυμοσύνης τους ήταν εβδομαδιαίος.

Πίν.1.1 Κίνηση εγκύων στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του ΠΑΓΝΗ , στο διάστημα 14-7 έως 30-9-2004 (περιλαμβάνονται πολλαπλές καταχωρήσεις).

<i>Μήνας</i>	<i>Ελληνίδες</i>	<i>Αλλοδαπές</i>	<i>Σύνολο</i>
<i>Ιούλιος</i>	<i>112</i>	<i>30</i>	<i>142</i>
<i>Αύγουστος</i>	<i>144</i>	<i>58</i>	<i>202</i>
<i>Σεπτέμβριος</i>	<i>119</i>	<i>47</i>	<i>166</i>
<i>Σύνολο</i>	<i>375</i>	<i>135</i>	<i>510</i>

Ο πραγματικός αριθμός των γυναικών που εξετάστηκαν στο διάστημα διεξαγωγής της εργασίας ήταν συνολικά 226 γυναίκες και η αναλογία των αλλοδαπών γυναικών διατηρήθηκε στο 1/3 των ελληνίδων εγκύων (Πίν.1.2). Το δείγμα της μελέτης αριθμούσε τελικά 128 γυναίκες, καθώς από τις 156 γυναίκες που επισκέφτηκαν τα Ιατρεία, αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη οι 28 γυναίκες (80% ποσοστό απαντήσεων). Οι γυναίκες αυτές, παρακολουθούνταν στα Ιατρεία Κύησης Υψηλού Κινδύνου (ημέρα Δευτέρα) και η επιβαρημένη κατάσταση της υγείας τους ήταν ο μόνος παράγοντας που τις διαφοροποιούσε

από τις υπόλοιπες γυναίκες του δείγματος. Οι συχνότερες παθήσεις αυτών των γυναικών ήταν διαβήτης κύησης και υπέρταση, ενώ καταστάσεις όπως, προηγούμενη κύηση με καισαρική και η δίδυμη κύηση καθιστούσαν την εγκυμοσύνη υψηλού κινδύνου.

Πίν.1.2 Αριθμός εγκύων που εξετάστηκαν στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία ΠΑΓΝΗ, στο παραπάνω διάστημα (ονομαστικές, μοναδικές καταχωρήσεις).

Ελληνίδες	Αλλοδαπές	Σύνολο
156 (69%)	70 (31%)	226 (100%)

Δ.1.2 Δημογραφικά στοιχεία

Αναζητήσαμε τα χαρακτηριστικά των ελληνίδων εγκύων γυναικών, κατοίκων του Ν. Ηρακλείου που εξετάστηκαν στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία της Γυναικολογικής και Μαιευτικής Κλινικής του ΠΑΓΝΗ στο διάστημα διεξαγωγής της μελέτης. Η μέση ηλικία των γυναικών του δείγματος ήταν 26,9 ετών (εύρος 17-38 ετών), στην πλειοψηφία έγγαμες και για το 44,6% (n=57), επρόκειτο να αποκτήσει το πρώτο του παιδί. Ως προς την εκπαίδευσή τους, ήταν απόφοιτες Λυκείου (46,2%, n=59) και 12 γυναίκες (9,3%) είχαν ανώτατη εκπαίδευση. Στις «εργαζόμενες» καταμετρήθηκαν και οι γυναίκες που ανέφεραν ότι ασκούσαν κάποιο επάγγελμα στο παρελθόν και σταμάτησαν να εργάζονται για κάποιο λόγο, τουλάχιστον μέχρι τη στιγμή της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Ο πραγματικός αριθμός των γυναικών που εργάζονταν τη στιγμή της διεξαγωγής της έρευνας ήταν n=56 (43,8%) ενώ οι υπόλοιπες δήλωσαν «οικιακά» (n=72, 56,2%). Τα επαγγέλματα που ασκούσαν, διακρίνονταν σε *χειρονακτικά* (22,6%, n=29), όπως αγρότισσα, καθαρίστρια, μαγείρισσα, κομμώτρια και *μη-χειρονακτικά*, όπως Υπάλληλοι / μισθωτοί (32,8%, n=42, υπάλληλος γραφείου, ξενοδοχοϋπάλληλος, εκπαιδευτικός, νοσηλεύτρια, μαία, υπάλληλος καταστήματος) και Ανώτεροι υπάλληλοι (1,6%, n=2, τραπεζικός υπάλληλος). Ο τόπος διαμονής των γυναικών ήταν κατά το ήμισυ αστικός, κάτοικοι της πόλης του Ηρακλείου (48,5%, n=62) και αγροτικός, κάτοικοι του ευρύτερου Νομού (51,5%, n=66). Ένα σημαντικό ποσοστό, δήλωσε ότι ήταν πρώην καπνίστριες (36,8%, n=47) και διέκοψε το κάπνισμα μόλις έμαθε για την εγκυμοσύνη (Πίν.2.1).

Πίν.2.1 Χαρακτηριστικά των γυναικών του δείγματος

<i>1. Ηλικιακή ομάδα</i>	No	%
17-20	18	14,1
21-30	67	52,3
>30	43	33,6
<i>2. Οικογενειακή κατάσταση</i>	No	%
Άγαμες	2	1,6
Έγγαμες	126	98,4
<i>3. Αριθμός παιδιών</i>	No	%
0	57	44,6
1	51	39,8
2	13	10,1
3	4	3,2
4	3	2,3
<i>4. Έτη εκπαίδευσης</i>	No	%
Αναλφάβητες	2	1,5
6 έτη	26	20,3
9 έτη	29	22,6
12 έτη	59	46,2
Ανώτερη/Ανώτατη	12	9,3
<i>5. Επαγγελματική κατάσταση</i>	No	%
Εργαζόμενες ¹	81	63,3
Μη εργαζόμενες	47	36,7
<i>6. Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο</i>	No	%
Οικιακά	47	36,7
Χειρονακτικές εργασίες	29	22,6
Υπάλληλοι/μισθωτοί	42	32,8
Οικογενειακή επιχείρηση	8	6,3
Ανώτεροι υπάλληλοι	2	1,6
<i>7. Τόπος διαμονής</i>	No	%
Ηράκλειο	62	48,5
Περίχωρα του Νομού	66	51,5
<i>8. Ιστορικό καπνίσματος</i>	No	%
Πρώην καπνίστριες*	47	36,8
Δεν έχουν καπνίσει	81	63,3
<i>9. Ηλικία έναρξης καπνίσματος*</i>	No	%
14-17	19	40,4
18-21	21	44,7
22-25	7	14,9
<i>10. Κατανάλωση αλκοόλ</i>	No	%
Ναι	80	62,5
Όχι	48	37,5

Όπως προέκυψε από τα χαρακτηριστικά των ανδρών του δείγματος, στην πλειοψηφία τους ήταν καπνιστές (59,3%, $n=76$) και το 25% ($n=19$) κατατάσσονταν στους «βαρείς καπνιστές» (31-40 τσιγάρα ημερησίως). Στην πλειοψηφία τους, ήταν απόφοιτοι δημοτικής εκπαίδευσης (40,6%, $n=52$). Ως προς το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, όπως αυτό περιγράφεται από το

επάγγελμα, το 42,4% (n=53) ήταν υπάλληλοι / μισθωτοί (σερβιτόρος, μπάρμαν, τεχνικός, ιερέας, εκπαιδευτικός, κηπουρός, αποθηκάριος, αστυνομικός, μάγειρας), το 35,2% (n=44) ασκούσαν χειρονακτικές εργασίες (αγρότες, κτηνοτρόφοι, οικοδόμοι) και το 22,6% (n=28) ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες (Πίν.2.2).

Πίν.2.2 Χαρακτηριστικά των συζύγων των γυναικών του δείγματος.

<i>1. Καπνιστικές συνήθειες</i>	No	%
Καπνίζοντες	76	59,3
Μη καπνίζοντες	52	40,7
<i>2. Κατανάλωση τσιγάρων</i>	No	%
<10	1	1,4
10-20	45	59,2
21-30	8	10,5
31-40	19	25,0
≥41	3	3,9
<i>3. Έτη εκπαίδευσης</i>	No	%
Αναλόφαβητοι	8	6,3
6 έτη	52	40,6
9 έτη	23	18,0
12 έτη	38	29,7
Ανώτερη/Ανώτατη	7	5,4
<i>4. Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο</i>	No	%
Αγρότες	8	6,2
Κτηνοτρόφοι	13	10,4
Οικοδόμοι	23	18,6
Υπάλληλοι/μισθωτοί	53	42,4
Ελεύθεροι επαγγελματίες	28	22,6
<i>5. Επαγγελματική κατάσταση</i>	No	%
Εργαζόμενοι	125	97,7
Άνεργοι	3	2,3

Υπάλληλοι/μισθωτοί : σερβιτόρος, μπάρμαν, τεχνικός, ιερέας, εκπαιδευτικός, κηπουρός, αποθηκάριος, αστυνομικός, μάγειρας.

Ελεύθεροι επαγγελματίες : φούρναρης, οδηγός, μουσικός, υδραυλικός, φυσικοθεραπευτής.

Δ.2 Πηγές παθητικού καπνίσματος

Δ.2.1 Σπίτι

Δ.2.1.α) Έκθεση οφειλόμενη στο σύντροφο

i) Γενικά

Οι καπνιστές, σύντροφοι των γυναικών του δείγματος υπολογίστηκαν σε 59,3% (n=76) με μέση ημερήσια κατανάλωση 18 τσιγάρα (95%CI: 14-21). Από αυτούς, το 92,1% (n=70) κάπνιζαν καθημερινά στο σπίτι και όπως ανέφεραν οι γυναίκες τους, στην πλειοψηφία (68,6%, n=48) δεν ελάμβαναν μέτρα προστασίας της συντρόφου τους από τον καπνό (π.χ. κάπνισμα σε συγκεκριμένο χώρο του σπιτιού με επαρκή αερισμό). Επιπλέον, από την σύνθεση των νοικοκυριών του δείγματος προέκυψε ότι στο 90,6% των περιπτώσεων (n=116) δεν υπήρχε άλλο μέλος της οικογένειας που να καπνίζει στο σπίτι. Τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι ο παράγοντας «Σύντροφος-καπνιστής» στο σπίτι, επιβαρύνει σημαντικά την έκθεση της εγκύου σε παθητικό κάπνισμα, αλλά όπως θα δούμε στη συνέχεια, δεν αποτελεί την μοναδική πηγή έκθεσης στο σπίτι.

ii) Διάρκεια έκθεσης

Οι γυναίκες ανέφεραν ότι η πρόσφατη έκθεσή τους στον καπνό από τον σύντροφο στο σπίτι ήταν διάρκειας $2,63 \pm 1,88$ ωρών ημερησίως (80%, n=56) ενώ ένα ποσοστό 19,8% (n=14), δήλωσε ότι εκτέθηκε $3,1 \pm 1,5$ ώρες ημερησίως (Πίν.2.1).

Η έκθεση των γυναικών στον καπνό το σαββατοκύριακο ($3,81 \pm 2,45$ ώρες) είναι υψηλότερη σε σύγκριση τόσο με την πρόσφατη έκθεση ($2,63 \pm 1,88$, $p=0,044$) όσο και με την έκθεση μια οποιαδήποτε ημέρα της εβδομάδας ($2,69 \pm 1,62$, $p=0,020$). Επίσης, το σαββατοκύριακο ο μέσος όρος έκθεσης των γυναικών είναι $3,81 \pm 2,45$ ώρες ημερησίως (εύρος 1-8 ώρες) (Πίν.2.1).

Κατά τη διάρκεια του σαββατοκύριακου, «πολύ υψηλές» εκθέσεις (άνω των 4 ωρών) αναφέρονται από το 24,4% (n=17) των γυναικών, ποσοστό περίπου διπλάσιο από την αντίστοιχη έκθεση μια οποιαδήποτε ημέρα της εβδομάδας (12,9% , n=9) (Πίν.2.2).

Πίν.2.1 Έκθεση γυναικών σε παθητικό κάπνισμα στο σπίτι, οφειλόμενη στον σύντροφο.

Μέσος όρος έκθεσης	Ώρες (εύρος) mean±SD (range)	95%CI
Πρόσφατη έκθεση	2,63 ± 1,88 (1-8)	1,88-3,37
Ημερήσια έκθεση	2,69 ± 1,62 (1-7)	2,07-3,31
Έκθεση το ΣΚ	3,81 ± 2,45 (1-8)	2,82-4,80

Πρόσφατη έκθεση : τις προηγούμενες 2 ημέρες από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Ημερήσια έκθεση : μια οποιαδήποτε ημέρα της εβδομάδας εκτός του σαββατοκύριακου (ΣΚ).

Πίν.2.2 Επίπεδα έκθεσης γυναικών σε παθητικό κάπνισμα από τον σύντροφο κατά τη διάρκεια της εβδομάδος συγκριτικά με το σαββατοκύριακο.

Επίπεδα έκθεσης	Ώρες έκθεσης	Ημερήσια έκθεση		Έκθεση ΣΚ	
		No	%	No	%
Χαμηλή	0-λιγότερο από 1	12	17,1	19	27,1
Μέτρια	1-2	30	42,9	22	31,4
Υψηλή	3-4	19	27,1	12	17,1
Πολύ υψηλή	4-8	9	12,9	17	24,4

4.2.1.β) Έκθεση οφειλόμενη στον κοινωνικό περίγυρο (φίλοι-συγγενείς)

i) Γενικά

Ένα υψηλό ποσοστό των γυναικών του δείγματος (91,4% , n=117) ανέφερε τη συνάφεια στο σπίτι με επισκέπτες, καπνιστές (φίλοι, συγγενείς) και το 16,4% των γυναικών (n=19) δήλωσε ότι οι επισκέψεις ελάμβαναν χώρα σε καθημερινή βάση. Η συχνότητα των επισκέψεων ήταν κατά μέσο όρο 2 ± 1 φορές την εβδομάδα (εκτός σαββατοκύριακου). Στην ερώτηση αν οι γυναίκες ενοχλούνταν από τον καπνό του τσιγάρου στο σπίτι τους, η απάντηση ήταν καταφατική στο 71% (n=83) των περιπτώσεων, αν και δεν ανέφεραν να αντιμετωπίζουν συμπτώματα δυσφορίας (61%, n=71). Επίσης, το 28,2% (n=36) των γυναικών του δείγματος ανέφερε ότι στην οικογένεια υπάρχουν τουλάχιστον δύο συγγενείς πρώτου βαθμού-καπνιστές (συνήθως πατέρας ή/και αδέρφια).

ii) Διάρκεια έκθεσης

Η πρόσφατη έκθεση των γυναικών στο σπίτι από τον κοινωνικό περίγυρο υπολογίστηκε σε $2,09 \pm 1,28$ ώρες ημερησίως (εύρος 1-5 ώρες), όπως αναφέρει το 55,5 % (n=71) των εγκύων (Πίν.2.3). Επίσης, ο μέσος όρος έκθεσης των γυναικών σε παθητικό κάπνισμα από

φίλους/συγγενείς το σαββατοκύριακο υπολογίστηκε σε $2,97 \pm 1,65$ ώρες ημερησίως (με εύρος 1-7 ώρες) (Πίν.2.3).

Ο βαθμός έκθεσης κυμαίνεται για τις περισσότερες γυναίκες (89,7%, $n=105$), από «χαμηλή» έως «μέτρια» έκθεση, με διάρκεια από 0 έως 2 ώρες ημερησίως. Οι «υψηλές» έως «πολύ υψηλές» εκθέσεις διάρκειας από 3 έως 8 ώρες περιορίζονται σε ένα ποσοστό 10,3% ($n=12$) των γυναικών του δείγματος (Πίν.2.4).

Το προφίλ της έκθεσης από τον κοινωνικό περίγυρο διαφοροποιείται κατά τη διάρκεια του σαββατοκύριακου. Η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα από τον κοινωνικό περίγυρο το σαββατοκύριακο ($2,97 \pm 1,65$ ώρες) ήταν υψηλότερη σε σύγκριση τόσο με την πρόσφατη έκθεση ($2,09 \pm 1,28$ ώρες, $p=0,005$) όσο και με την έκθεση μια οποιαδήποτε ημέρα της εβδομάδας ($1,97 \pm 1,35$, $p=0,004$). Το 26,5% ($n=31$) των γυναικών ανέφερε «υψηλή» έως «πολύ υψηλή» έκθεση το σαββατοκύριακο (από 3-4 ώρες έως άνω των 4 ωρών) σε σχέση με μια οποιαδήποτε ημέρα της εβδομάδας, όπου μόνο το 10,3% των γυναικών ($n=12$) ανέφερε αντίστοιχες εκθέσεις (Πίν.2.4).

Πίν.2.3 Έκθεση γυναικών σε παθητικό κάπνισμα, οφειλόμενη στον κοινωνικό περίγυρο.

Μέσος όρος έκθεσης	Ώρες (εύρος) mean \pm SD (range)	95%CI
Πρόσφατη έκθεση	$2,09 \pm 1,28$ (1-5)	1,63-2,55
Ημερήσια έκθεση	$1,97 \pm 1,35$ (1-7)	1,49-2,45
Έκθεση το ΣΚ	$2,97 \pm 1,65$ (1-7)	2,37-3,57

Πρόσφατη έκθεση : τις προηγούμενες 2 ημέρες από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Ημερήσια έκθεση : μια οποιαδήποτε ημέρα της εβδομάδας εκτός του σαββατοκύριακου (ΣΚ).

Πίν.2.4 Επίπεδα έκθεσης γυναικών σε παθητικό κάπνισμα από τον κοινωνικό περίγυρο κατά τη διάρκεια της εβδομάδος συγκριτικά με το σαββατοκύριακο.

Επίπεδα έκθεσης	Ώρες έκθεσης	Ημερήσια έκθεση		Έκθεση ΣΚ	
		No	%	No	%
Χαμηλή	0-λιγότερο από 1	52	44,4	55	47,0
Μέτρια	1-2	53	45,3	31	26,5
Υψηλή	3-4	8	6,8	21	17,9
Πολύ υψηλή	4-8	4	3,5	10	8,6

Δ.2.2 Έκθεση οφειλόμενη στο εργασιακό περιβάλλον

i) Γενικά

Το 75% (v=42) των εργαζόμενων γυναικών ανέφερε έκθεση σε παθητικό κάπνισμα στο χώρο εργασίας κατά μέσο όρο από $5,0 \pm 3,5$ καπνιστές (με εύρος 1-15 άτομα) .

Το 43,8% (v=56) των γυναικών τη στιγμή που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν εργαζόμενες και ήταν προγραμματισμένο να λάβουν άδεια κύησης πριν τον τοκετό. Όπως ανέφερε το 83,9% (n=47) των γυναικών εργάζονταν κατά τη διάρκεια του 1^{ου} τριμήνου της εγκυμοσύνης τους. Με την πρόοδο της εγκυμοσύνης, οι γυναίκες επρόκειτο να ζητήσουν άδεια από την εργασία τους (53,2% , n=30) κατά το 2^ο τρίμηνο. Όμως στην πράξη, από τις εργαζόμενες γυναίκες του δείγματος (n=56), μόνο οι 8 βρίσκονταν σε άδεια κύησης αν και το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που εξετάζονταν στα εξωτερικά ιατρεία κατά την περίοδο διεξαγωγής της εργασίας μας, βρίσκονταν ήδη στο 2^ο τρίμηνο (24 εβδομάδες+10 ημερών). Πάντως, δεν συναντήσαμε γυναίκα η οποία εργαζόταν κατά τη διάρκεια του 3^{ου} τριμήνου κύησης.

ii) Διάρκεια έκθεσης

Η πρόσφατη έκθεση των γυναικών σε παθητικό κάπνισμα στον εργασιακό χώρο ήταν κατά μέσο όρο $4,18 \pm 3,02$ ώρες ημερησίως (εύρος 0-8 ώρες) (Πίν.2.5). Παρολαυτά, το 47,9% (v=23) των γυναικών που εργαζόντουσαν κατά τη διάρκεια της μελέτης ανέφερε ότι δέχεται «χαμηλής διάρκειας» έκθεση στον καπνό στον χώρο εργασία κατά τη διάρκεια της εβδομάδας (Πίν.2.6). Σε αυτή την κατηγορία εντάσσονταν κυρίως γυναίκες που εργάζονταν σε ανοιχτούς χώρους (αγρότισσες, σερβιτόρες).

Ένα υψηλό ποσοστό του συνόλου των εργαζομένων γυναικών που απασχολούνται σε εποχικές εργασίες (καθαρίστριες, ξενοδοχοϋπάλληλοι, σερβιτόρες) (41,0%, v=23) ανέφερε ότι εργάζεται και το σαββατοκύριακο. Η εργασία το σαββατοκύριακο επιβαρύνει την έκθεση των γυναικών κατά μέσο όρο $5,00 \pm 3,25$ ώρες (εύρος 0-8 ώρες), διάρκεια που ξεπερνά τη συνήθη έκθεση που δέχονται μια οποιαδήποτε ημέρας της εβδομάδας ($3,85 \pm 3,00$, p=0,356). Το 47,8% (v=11) των γυναικών που εργάζονται το σαββατοκύριακο είναι εκτεθειμένο σε «πολύ υψηλή» έκθεση (άνω των 4 ωρών), ενώ σε αντίστοιχη έκθεση κατά τη διάρκεια της εβδομάδας είναι εκτεθειμένο το 16,7% (v=8) των γυναικών (Πίν.2.6).

Πίν.2.5 Έκθεση γυναικών σε παθητικό κάπνισμα, οφειλόμενη στο εργασιακό περιβάλλον.

Μέσος όρος έκθεσης	Ώρες (εύρος) mean±SD (range)	95%CI
Πρόσφατη έκθεση	4,18 ± 3,02 (1-8)	2,15-6,22
Ημερήσια έκθεση	3,85 ± 3,00 (1-8)	2,02-5,67
Έκθεση το ΣΚ	5,00 ± 1,65 (1-8)	2,28-7,72

Πρόσφατη έκθεση : τις προηγούμενες 2 ημέρες από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Ημερήσια έκθεση : μια οποιαδήποτε ημέρα της εβδομάδας εκτός του σαββατοκύριακου (ΣΚ).

Πίν.2.6 Επίπεδα έκθεσης γυναικών σε παθητικό κάπνισμα από το εργασιακό περιβάλλον κατά τη διάρκεια της εβδομάδος συγκριτικά με το σαββατοκύριακο¹.

Επίπεδα έκθεσης	Ώρες έκθεσης	Ημερήσια έκθεση ²		Έκθεση ΣΚ	
		No	%	No	%
Χαμηλή	0-λιγότερο από 1	23	47,9	5	21,7
Μέτρια	1-2	13	27,1	7	30,5
Υψηλή	3-4	4	8,3	0	0
Πολύ υψηλή	>4	8	16,7	11	47,8

²απουσιάζουν οι γυναίκες που είναι σε άδεια (n=8).

¹για όσες δήλωσαν ότι εργάζονται και το σαββατοκύριακο.

Δ.2.3 Έκθεση οφειλόμενη σε χώρους εστίασης και ΙΧ μέσα μεταφοράς

i) Γενικά

Το 79,5% (n=102) των γυναικών απάντησε θετικά στην ερώτηση αν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εκτέθηκε σε παθητικό κάπνισμα τόσο κατά την παρουσία του σε χώρους εστίασης όσο και κατά τη μετακίνησή του με οχήματα ιδιωτικής χρήσης. Η πλειοψηφία των γυναικών (60,8%, n=62) εκτίθεται με συχνότητα 1-2 φορές την εβδομάδα και όπως αναφέρουν οι γυναίκες, το Σάββατο είναι η πιο πιθανή ημέρα όπου θα εκτεθούν σε αυτή την κατηγορία των πηγών.

ii) Διάρκεια έκθεσης

Η πρόσφατη έκθεση των γυναικών σε ρυπασμένα από καπνό περιβάλλοντα και μέσα μεταφοράς υπολογίστηκε σε 0,28±0,61 ώρες (0-3 ώρες) (Πίν.2.7). Το 98% (n=100) των γυναικών ημερησίως εκτίθεται από «χαμηλά» έως «μέτρια» επίπεδα ενώ καμία γυναίκα

δεν ανέφερε πολύ υψηλής διάρκειας έκθεση (άνω των 4 ωρών) κατά τη διάρκεια της εβδομάδας (Πίν.2.8).

Σε ότι αφορά την έκθεση το σαββατοκύριακο, το 61,7% (n=63) συμφωνεί ότι η έκθεση που δέχτηκε το προηγούμενο σαββατοκύριακο δε διέφερε από την έκθεση που είχε κατά την διάρκεια της εβδομάδας ($1,33 \pm 0,57$, $p=0,205$) (Πίν.2.7). Όμως, το 14,7% (n=15) των γυναικών ανέφερε ότι το σαββατοκύριακο εκτέθηκε σε «υψηλή» έως «πολύ υψηλή» έκθεση, διάρκειας κατά μέσο όρο $3,11 \pm 1,85$ ώρες (0-5 ώρες), ενώ στην αντίστοιχη έκθεση κατά τη διάρκεια της εβδομάδας, εκτέθηκε μόνο το 2% (n=2) των γυναικών (Πίν.2.7).

Πίν.2.7 Έκθεση γυναικών σε παθητικό κάπνισμα από χώρους εστίασης και οχημάτων μεταφοράς.

Μέσος όρος έκθεσης	Ώρες (εύρος) mean±SD (range)	95%CI
Πρόσφατη έκθεση	0,28 ± 0,61 (0-3)	0,12-0,44
Ημερήσια έκθεση	1,33 ± 0,57 (0-3)	0,0-2,77
Έκθεση το ΣΚ	3,11 ± 1,85 (0-5)	2,21-4,00

Πρόσφατη έκθεση : τις προηγούμενες 2 ημέρες από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Ημερήσια έκθεση : μια οποιαδήποτε ημέρα της εβδομάδας εκτός του σαββατοκύριακου (ΣΚ).

Πίν.2.8 Επίπεδα έκθεσης γυναικών σε παθητικό κάπνισμα από χώρους εστίασης και μέσα μεταφοράς κατά τη διάρκεια της εβδομάδος συγκριτικά με το σαββατοκύριακο.

Επίπεδα έκθεσης	Ώρες έκθεσης	Ημερήσια έκθεση		Έκθεση ΣΚ	
		No	%	No	%
Χαμηλή	0-λιγότερο από 1	66	64,7	58	56,9
Μέτρια	1-2	34	33,3	29	28,4
Υψηλή	3-4	2	2	7	6,9
Πολύ υψηλή	>4	0	0	8	7,8

Δ.3. Πιθανές πηγές έκθεσης παθητικού καπνίσματος

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των γυναικών, η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα δεν προέρχεται από μία μόνο πηγή αλλά, όπως ανέφερε το 41,4% (n=53) εκτίθεται καθημερινά σε τρεις

πηγές, ανεξαρτήτως προέλευσης. Χαρακτηριστικό είναι ότι μόνο μία γυναίκα (0,8%) δήλωσε απουσία έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα. Δεν είναι αμελητέο το ποσοστό των γυναικών (16,4%, n=21) που βρίσκεται εκτεθειμένο στο σύνολο των πηγών που εξετάστηκαν (Πίν.3.1).

Πίν.3.1 Πηγές έκθεσης (αθροιστικά) σε παθητικό κάπνισμα δείγματος εγκύων γυναικών (n=128), κατοίκων του Ν. Ηρακλείου.

Αριθμός πηγών έκθεσης	Εκτεθείσες	Μη Εκτεθείσες
0		0,8%(n=1)
1	9,4% (n=12)	
2	32,0% (n=41)	
3	41,4% (n=53)	
4	16,4% (n=21)	
Σύνολο	99,2% (n=127)	0,8% (n=1)

Εκτεθείσες : έκθεση σε μία έως και τέσσερις γνωστές πηγές παθητικού καπνίσματος .

Ο επιπολασμός του παθητικού καπνίσματος (γυναίκες εκτεθειμένες σε παθητικό κάπνισμα προς το σύνολο των γυναικών, εκτεθειμένων και μη), έδειξε ότι συνολικά ο χώρος του σπιτιού συμβάλλει στο μέγιστο βαθμό στην έκθεση των γυναικών, είτε μέσω του συντρόφου (50%) ή/και μέσω του κοινωνικού περιγύρου (90%). Ιδιαίτερα, σε περιπτώσεις όπου ο σύντροφος δεν είναι καπνιστής (40,7%), η επιβάρυνση προέρχεται αποκλειστικά από τον κοινωνικό περίγυρο. Οι γυναίκες που εργάζονται είναι εκτεθειμένες σε παθητικό κάπνισμα στον εργασιακό χώρο και ο επιπολασμός υπολογίστηκε σε 80% (Πίν.3.2). Τη στιγμή διεξαγωγής της μελέτης το 43,8% (n=56) των γυναικών δεν εργάζονταν και συνεπώς, δεν ήταν εκτεθειμένο σε παθητικό κάπνισμα στον χώρο εργασίας.

Πίν.3.2 Επιπολασμός (prevalence) παθητικού καπνίσματος δείγματος εγκύων γυναικών (n=128), κατοίκων του Ν. Ηρακλείου.

Πηγή έκθεσης	Επιπολασμός
Σπίτι-σύντροφος	50% (70/128)
Σπίτι-κοινωνικός περίγυρος	90% (117/128)
Εργασία	80% (42/56)
Χώροι εστίασης & ΙΧ οχήματα	80% (102/128)

Δ.4. Διάρκεια έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα

Δ.4.α) Πρόσφατη έκθεση

Οι γυναίκες ερωτήθηκαν για τη διάρκεια της έκθεσης (σε ώρες) τις προηγούμενες από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δύο ημέρες. Οι απαντήσεις αφορούν κυρίως τις ημέρες

Τετάρτη και Παρασκευή και αντικατοπτρίζουν την πρόσφατη έκθεση κατά τη διάρκεια της εβδομάδας και όχι το σαββατοκύριακο. Η έκθεση από το χώρο του σπιτιού υπολογίστηκε σε 4,7 ώρες και ακολουθεί η έκθεση στον εργασιακό χώρο 4,18 ώρες. Όπως έδειξαν τα αποτελέσματα, οι χώροι εστίασης ή/και η μετακίνηση με οχήματα, δεν επιβαρύνουν την καθημερινή έκθεση σε παθητικό κάπνισμα της γυναίκας. (Πίν.4.1).

Πίν.4.1 Πρόσφατη έκθεση (ώρες/ημέρα) γυναικών του δείγματος σε παθητικό κάπνισμα τις προηγούμενες 2 ημέρες (πλην ΣΚ^α).

Πηγή έκθεσης	Ώρες / ημέρα
Σπίτι-σύντροφος	2,63 ± 1,88
Σπίτι-κοινωνικός περίγυρος	2,09 ± 1,28
Εργασία	4,18 ± 3,02
Χώροι εστίασης & ΙΧ οχήματα	0,28±0,61

ΣΚ^α: σαββατοκύριακο

Δ.4.β) Μέση εβδομαδιαία έκθεση σε παθητικό κάπνισμα

Σύμφωνα με τις αναφορές των γυναικών για τη συχνότητα και τη διάρκεια της έκθεσής τους αλλά και τον αριθμό των μηνών που εκτέθηκαν σε κάθε πηγή, υπολογίστηκε ο μέσος όρος εβδομαδιαίας έκθεσης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, λαμβάνοντας υπόψιν ότι η πλειοψηφία των γυναικών διένυε τον 6^ο μήνα κύησης (24 εβδομάδων±10,7). Πολλαπλασιάστηκαν οι ώρες ημερήσιας έκθεσης με τον αριθμό των εβδομάδων έκθεσης και το γινόμενο διαιρέθηκε με 36 εβδομάδες (κάθε μήνας θεωρήθηκε ότι έχει 4 εβδομάδες). Για τον υπολογισμό των εβδομάδων έκθεσης, έγινε η παραδοχή ότι η γυναίκα θα συνεχίσει έως το τέλος της εγκυμοσύνης να εκτίθεται σε παθητικό κάπνισμα στο σπίτι και σε χώρους εστίασης ενώ για την έκθεση στον εργασιακό χώρο, υπολογίστηκαν οι μήνες άδειας μητρότητας. Ο μέσος όρος εβδομαδιαίας έκθεσης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης υπολογίστηκε σε 11,5 ώρες για το σύνολο των εκθέσεων (Πίν.4.2).

Πίν.4.2 Μέση διάρκεια εβδομαδιαίας έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα γυναικών του δείγματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Πηγή έκθεσης	Ημερήσια έκθεση (95% CI) (ώρες)	Εβδομαδιαία έκθεση (ώρες)
Σπίτι-σύντροφος	2,69 (2,07-3,31)	12,5
Σπίτι-κοινωνικός περίγυρος	1,97 (1,49-2,45)	9,2
Εργασία	3,85 (2,02-5,67)	18,0
Χώροι εστίασης & ΙΧ οχήματα	1,33 (0,0-2,77)	6,2
Μέσος όρος εβδομαδιαίας έκθεσης		11,50 (3,43-19,51)*

* ($t=4,5$ $df=3$, $p=0,02$)

Δ.5 Έκθεση σε παθητικό κάπνισμα-Παράγοντες κινδύνου (risk factors)

Σε δεύτερη φάση, έγινε μια προσπάθεια να αναζητήσουμε τα χαρακτηριστικά των γυναικών (επεξηγηματικές μεταβλητές) που "ερμηνεύουν" την έκθεση σε παθητικό κάπνισμα. Πιο απλά, αν οι γυναίκες που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα έχουν κάποια χαρακτηριστικά που απουσιάζουν από τις μη-εκτεθειμένες. Ο εντοπισμός τέτοιου είδους χαρακτηριστικών – παραγόντων κινδύνου (risk factors) σε έναν πληθυσμό είναι πολύ σημαντικός στα προγράμματα πρόληψης.

Ο έλεγχος των μεταβλητών έγινε με τη χρήση crosstabulation (Pearson's χ^2).

Δ.5.1 Σπίτι-σύντροφος

Ο έλεγχος χ^2 έδειξε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα στο σπίτι από τον σύντροφο και της ηλικίας της γυναίκας ($\chi^2=9,156$, $df=2$, $p=0,010$). Αντίθετα, η έκθεση δε σχετίζεται με κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά όπως αυτά προκύπτουν από την εργασία της γυναίκας ($\chi^2=4,134$, $df=4$, $p=0,388$) και το εκπαιδευτικό της επίπεδο ($\chi^2=5,101$, $df=5$, $p=0,404$). Τέλος, ο τόπος διαμονής των γυναικών (αστική/αγροτική περιοχή) δε σχετίζεται με την έκθεση σε παθητικό κάπνισμα στο σπίτι ($\chi^2=0,076$, $df=1$, $p=0,782$), οπότε δεν μπορεί να υποστηριχθεί ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος (risk estimate) για έκθεση σε παθητικό κάπνισμα στο σπίτι μεταξύ γυναικών, κατοίκων διαφορετικών περιοχών.

Δ.5.2 Σπίτι-κοινωνικός περίγυρος

Ο έλεγχος χ^2 έδειξε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα στο σπίτι από τον κοινωνικό περίγυρο (φίλοι/συγγενείς) και του εκπαιδευτικού επιπέδου της γυναίκας ($\chi^2=11,429$, $df=5$, $p=0,044$) ενώ η έκθεση αυτής της κατηγορίας δε σχετίζεται με την επαγγελματική κατάσταση της γυναίκας (εργαζόμενη/οικιακά).

Δ.5.3 Εργασία

Ο έλεγχος χ^2 έδειξε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα στον εργασιακό χώρο και του είδους της εργασίας, αν λαμβάνει χώρα σε ανοιχτό ή κλειστό χώρο ($\chi^2=4,441$, $df=1$, $p=0,035$). Επίσης, ο κίνδυνος έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα γυναικών που εργάζονται σε κλειστούς χώρους είναι αυξημένος (OR: 1,6 95%CI 1,095-2,339).

Δ.5.4 Χώροι εστίασης και ΙΧ μέσα μεταφοράς

Σε αντίθεση με ο,τι υποστηρίζουν οι ερευνητές ότι η έκθεση σε χώρους εστίασης συνδέεται με το νεαρό της ηλικίας και με ορισμένα πρότυπα ζωής (lifestyle), στην παρούσα εργασία δεν αποδείχθηκε. Επίσης, δε υπήρχε συσχέτιση του τόπου διαμονής και της έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα δηλ. δεν αποδείχθηκε ότι η κάλυψη μεγάλων χιλιομετρικών αποστάσεων με ΙΧ οχήματα γυναικών που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές, αποτελεί παράγοντα κινδύνου αυξημένης έκθεσης ($\chi^2=1,352$, $df=1$, $p=0,245$).

Ε. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο καπνός του τσιγάρου είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες ρύπανσης των εσωτερικών χώρων και το παθητικό κάπνισμα αναγνωρίζεται πλέον ως παράγοντας νοσηρότητας. Το πρόβλημα παίρνει ουσιαστικές αλλά και ηθικές διαστάσεις όταν ευαίσθητες ομάδες του πληθυσμού, όπως είναι τα παιδιά και οι έγκυες γυναίκες, εκτίθενται ανοικειοθελώς στον καπνό των τσιγάρων από τον κοινωνικό περίγυρο και υφίστανται τις συνέπειες (ορατές και μη) του παθητικού καπνίσματος. Το υψηλό ποσοστό καπνιστών στην ελληνική οικογένεια και η έλλειψη δεδομένων σχετικά με την έκθεση σε παθητικό κάπνισμα των εγκύων, έδωσε το έναυσμα και ταυτόχρονα το κίνητρο για τη διεξαγωγή της παρούσας εργασίας.

Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας επιβεβαίωσαν την αρχική μας υπόθεση ότι ο επιπολασμός του παθητικού καπνίσματος σε δείγμα γυναικών, κατοίκων του νομού Ηρακλείου, είναι υψηλός για όλες τις εκθέσεις που εξετάστηκαν. Ειδικότερα, το 41,4% (n=53) αναφέρει έκθεση σε τρεις διαφορετικές πηγές ενώ το 16,4% (n=21) δηλώνει έκθεση σε όλες τις πηγές παθητικού καπνίσματος. Ο χώρος του σπιτιού (σύντροφος, οικογένεια, φίλοι) αποτελεί την κατεξοχήν πηγή καπνού τσιγάρων καθώς συμβάλλει σε 21,7 ώρες έκθεσης την εβδομάδα. Επίσης, το εργασιακό περιβάλλον επιβαρύνει τη συνολική έκθεση των εργαζόμενων γυναικών με 18 ώρες την εβδομάδα, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Επιπλέον, για ένα ποσοστό γυναικών, η μοναδική πηγή έκθεσης στον καπνό τσιγάρων προέρχεται από τους χώρους εστίασης (πχ. εστιατόρια, καφετέριες), γεγονός που επιβεβαιώνει την αναγκαιότητα των ερωτήσεων που σχετίζονται με άλλες πιθανές εκθέσεις πέρα από τις γνωστές (σπίτι, εργασία). Τέλος, το γεγονός ότι μόνο μια από τις 128 γυναίκες του δείγματος δήλωσε ότι δεν ήταν εκτεθειμένη σε παθητικό κάπνισμα, επιβεβαιώνει την έκταση του προβλήματος.

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Rebagliato et al. (1995), η δυσκολία ερμηνείας των αποτελεσμάτων σε μελέτες έκθεσης των εγκύων σε παθητικό κάπνισμα οφείλεται στην ελλιπή γνώση σχετικά με την επίδραση του παθητικού καπνίσματος στο έμβρυο. Όπως σχολιάζουν οι ίδιοι, αν υποθέσουμε ότι οι εκθέσεις υψηλής έντασης είναι περισσότερο βλαπτικές για το έμβρυο ανεξάρτητα από τη διάρκεια της έκθεσης, τότε ο συγχρωτισμός της εγκύου σε κλειστούς χώρους με πολλούς καπνίζοντες, όπως είναι πχ. οι χώροι εστίασης, αυξάνει τις επιπτώσεις στο έμβρυο. Αν όμως, η διάρκεια της έκθεσης είναι το ζητούμενο

ανεξάρτητα από την ένταση, τότε μία διαρκής-σταθερή έκθεση της εγκύου από τον σύντροφο στο σπίτι συνιστά μέγιστο κίνδυνο για το έμβρυο. Εκείνο που γνωρίζουμε είναι ότι η παραμονή σε χώρους με υψηλή ρύπανση καπνού τσιγάρων, αυξάνει τη συγκέντρωση της νικοτίνης στο αίμα σε ποσότητα που ισοδυναμεί με κάπνισμα 1-2 τσιγάρων, γεγονός που επιδρά άμεσα στην αιμοδυναμική ισορροπία μεταξύ εμβρύου/πλακούντα (Linblad, Marsal, Andersson, 1988).

Σε αντίθεση με τα αποτελέσματα άλλων μελετών που αναδεικνύουν την έκθεση στον εργασιακό χώρο ως την κύρια πηγή παθητικού καπνίσματος (Berace, Lowrey, 1993), στην παρούσα εργασία ο χώρος του σπιτιού σε συνδυασμό με τις συχνές και μεγάλης διάρκειας επισκέψεις κοινωνικού χαρακτήρα αποτελεί την σημαντικότερη πηγή. Τα αποτελέσματα από το συγκεκριμένο δείγμα γυναικών κατοίκων του Ν. Ηρακλείου, δηλώνουν ότι ο κίνδυνος έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα ελλοχεύει στους χώρους κατοικίας. Πράγματι, ο επιπολασμός του παθητικού καπνίσματος στο σπίτι από τον κοινωνικό περίγυρο είναι ο υψηλότερος του δείγματος και ανέρχεται σε ποσοστό 90%. Αν συνυπολογιστεί το γεγονός ότι οι άνδρες των γυναικών του δείγματος είναι στη πλειοψηφία βαρείς καπνιστές (μέση ημερήσια κατανάλωση 18 τσιγάρα) και ότι το 56,2% των γυναικών δεν εργάζονταν, αντιλαμβανόμαστε ότι η έκθεση των εγκύων μεγιστοποιείται υπό αυτές τις συνθήκες. Επίσης, όταν οι γυναίκες ερωτήθηκαν αν τους ενοχλεί ο καπνός του τσιγάρου στο σπίτι, απάντησαν θετικά σε ποσοστό 71% (n=83). Όπως προέκυψε από τα αποτελέσματα πληθυσμιακών μελετών, οι γυναίκες εκτίθενται πιο συχνά σε περιβάλλον καπνού στο σπίτι σε σχέση με τους άνδρες (31% vs 19%) και αναφέρουν περισσότερα αναπνευστικά συμπτώματα εξαιτίας της έκθεσής τους (37,7% vs 21,6%) (Larsson, Loit, Meren et al, 2003). Ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη των Ogawa et al., σχετικά με το παθητικό κάπνισμα στην Ιαπωνία, μία χώρα όπου το 70% των ανδρών και 16% των γυναικών, ηλικίας 20-39 ετών είναι καπνιστές. Στη μελέτη αυτή, το 30% των γυναικών των οποίων οι άνδρες είναι καπνιστές, αναφέρουν ότι δεν εκτίθενται στο σπίτι στον καπνό του τσιγάρου από τον σύντροφο ενώ γυναίκες των οποίων οι σύντροφοι δεν είναι καπνιστές, αναφέρουν ότι εκτίθενται στο σπίτι στον καπνό του τσιγάρου από άλλα άτομα, σε ποσοστό 13%. Είναι φανερό, ότι οι καπνιστές-σύντροφοι αποφεύγουν το κάπνισμα στο σπίτι για την προστασία της υγείας της εγκύου και του εμβρύου. Επιπλέον, η ασιατική κουλτούρα παραδοσιακά επιβάλλει στην γυναίκα που βρίσκεται σε αναπαραγωγική ηλικία να διατηρεί μια καλή υγεία, κάτι το οποίο δε συμβαίνει στις δυτικές χώρες. Στην εργασία μας, οι έλληνες καπνιστές-σύζυγοι δε φαίνεται να έχουν ευαισθητοποιηθεί σε αντίστοιχο βαθμό και το 92,1% (n=70) καπνίζει στο σπίτι. Όπως αναφέρουν οι γυναίκες τους, το 31,4% (n=22) των

καπνιστών λαμβάνει κάποια μέτρα προστασίας από τον καπνό, επιλέγοντας να καπνίζει σε χώρους με επαρκή αερισμό.

Ένα άλλο στοιχείο που προκύπτει είναι ότι κατά τον υπολογισμό της έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα στο σπίτι, δεν αρκεί να ληφθεί υπόψιν μόνον ο παράγοντας «σύντροφος-καπνιστής». Το 55,5 % (n=71) των γυναικών του δείγματος ανέφερε ότι η έκθεση που δέχτηκε τις δύο προηγούμενες ημέρες από τον καπνό φίλων και συγγενών στο σπίτι ήταν διάρκειας $2,09 \pm 1,28$ ώρες. Επιπλέον, η επιβάρυνση σε παθητικό κάπνισμα που δέχεται η γυναίκα κατά τη διάρκεια του σαββατοκύριακου από τον κοινωνικό περίγυρο είναι αυξημένη και υπολογίστηκε σε $2,97 \pm 1,65$ ώρες. Σε ότι αφορά την παρούσα εργασία, φαίνεται ότι χρειάζεται ενημέρωση του πληθυσμού ως προς τις αρχές προστασίας της υγείας των εγκύων και την αλόγιστη έκθεσή τους στο παθητικό κάπνισμα στο χώρο κατοικίας. Οι προσπάθειες αφορούν στην αλλαγή νοοτροπίας ακόμη και των ίδιων των γυναικών που πολλές φορές υποβαθμίζουν την σημασία της έκθεσής τους σε ρυπασμένα από τον καπνό περιβάλλοντα.

Η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα στο σπίτι και στον εργασιακό χώρο είναι από τις υψηλότερες στα κράτη της ευρωπαϊκής κοινότητας, όπως αναφέρεται σε πανευρωπαϊκές επιδημιολογικές μελέτες (Leuening et al., 1994). Στη Γερμανία, η έκθεση στον καπνό του τσιγάρου (Environmental Tobacco Smoke, ETS) έχει χαρακτηριστεί ως καρκινογόνος και το παθητικό κάπνισμα στο χώρο εργασίας έχει ρυθμιστεί νομοθετικά και περιορίζεται στους χώρους των κυλικείων (Radon et al., 2002). Το περιβάλλον του σπιτιού και της εργασίας θεωρούνται οι πιο σημαντικοί χώροι έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα, λόγω της καθημερινής και παρατεταμένης παραμονής σε αυτό (Leaderer, Samet, 1994). Σε περιπτώσεις όπου η έκθεση στο σπίτι απουσιάζει, το εργασιακό περιβάλλον αποτελεί την κυριότερη πηγή παθητικού καπνίσματος (Jenkins, Philips, Mullberg et al, 1992). Οι White et al, έδειξαν ότι το παθητικό κάπνισμα στην εργασία σχετίζεται με αναπνευστικά συμπτώματα σε μεγαλύτερο βαθμό από την έκθεση στο σπίτι. Πάντως, στις περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες για την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα στον εργασιακό χώρο, δεν λαμβάνονται υπόψιν συγχυτικοί παράγοντες, όπως η παρουσία άλλων αέριων ρυπογόνων ουσιών (π.χ. υλικά κατασκευής, βαφές κλπ.) (Radon et al., 2002). Στην παρούσα εργασία, το 75% (n=42) των εργαζόμενων γυναικών του δείγματος ανέφερε έκθεση σε παθητικό κάπνισμα κατά μέσο όρο από 5 ± 3 καπνιστές στον εργασιακό χώρο ενώ η διάρκεια της έκθεσης τις δυο προηγούμενες ημέρες υπολογίστηκε σε περίπου 4 ± 3 ώρες. Είναι γεγονός ότι κατά τους θερινούς μήνες στο νομό Ηρακλείου υπάρχει αυξημένη ζήτηση εποχικών υπαλλήλων που απασχολούνται και κατά τα σαββατοκύριακα. Το 47,8% (n=11) των γυναικών που εργάζονται το σαββατοκύριακο,

αναφέρουν ότι δέχονται «πολύ υψηλή έκθεση» (άνω των 4 ωρών ημερησίως) ενώ αντίστοιχη έκθεση κατά τη διάρκεια της εβδομάδας δέχεται το 16,7% (n=8) των γυναικών.

Σε αρκετές μελέτες, η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα σε χώρους εκτός σπιτιού, π.χ. χώροι εστίασης, υποεκτιμάται κυρίως λόγω της μη κανονικότητας της έκθεσης και της μικρότερης επιβάρυνσης σε ώρες, συγκριτικά με την έκθεση στο σπίτι (Rebagliato, Bolumar, Florey, 1995). Οι ίδιοι ερευνητές σε μελέτη που διεξήγαγαν στην Ισπανία, χώρα με παρόμοιες καπνιστικές συμπεριφορές με την Ελλάδα, υπολόγισαν ότι η έκθεση των εγκύων σε παθητικό κάπνισμα σε δημόσιους χώρους είναι της ίδιας ή και μεγαλύτερης χρονικής βαρύτητας, σε σχέση με την έκθεση που δέχονται στο σπίτι. Όπως αναφέρουν στην εργασία τους, τα αποτελέσματα αυτά αναμένεται να διαφέρουν ανάμεσα σε διαφορετικούς πληθυσμούς, σε υποομάδες αλλά και μεταξύ των χωρών, όπου υπάρχουν σημαντικές διαφορές στη θέσπιση και στο σεβασμό των αντικαπνιστικών κανόνων. Στην παρούσα εργασία, η πρόσφατη έκθεση των εγκύων γυναικών του δείγματος υπολογίστηκε σε 30 λεπτά και η μέση εβδομαδιαία έκθεση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε 6,2 ώρες.

Η παρούσα μελέτη έχει αρκετούς περιορισμούς. Η διεξαγωγή της έγινε κατά τους θερινούς μήνες όπου η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα είναι ελαττωμένη, συνεπώς τα όποια συμπεράσματα παρουσιάζουν εποχικότητα και δεν μπορούν να γενικευτούν. Με την αλλαγή των εποχών τα μοντέλα έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα αλλάζουν. Από την συγκεκριμένη εργασία, απουσιάζει ένας αντικειμενικός τρόπος υπολογισμού της έκθεσης στις διάφορες πηγές (π.χ. η χρησιμοποίηση ενός δείκτη έκθεσης) και επιπλέον, η αξιοπιστία (validity) των αναφορών με τη χρήση του ερωτηματολογίου, δεν μπόρεσε να αξιολογηθεί με μία μέθοδο αναφοράς (gold standard), όπως είναι η μέτρηση κοτινίνης σε βιολογικά υγρά. Επιπλέον, ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου απαιτούσε από τις γυναίκες την ανάκληση πληροφοριών όπου πιθανόν να μην μπόρεσαν να αναπαραγάγουν με ακρίβεια, γεγονός που οδηγεί σε σφάλμα ανάκλησης (recall bias). Παρολαυτά, αρκετές μελέτες υποστηρίζουν ότι η αξιοπιστία των ερωτηματολογίων θεωρείται αρκετά υψηλή σε ότι αφορά την ομολογία της έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα (Pirkle, Flegal, Bernert, et al, 1996). Από την άλλη, νεότερες μελέτες αντιμετωπίζουν με καχυποψία τις απαντήσεις των εγκύων γυναικών μέσα από τα ερωτηματολόγια υποστηρίζοντας ότι οι γυναίκες υποκρύπτουν τις εκθέσεις τους. Ιδιαίτερα, μάλιστα για τις γυναίκες που ήταν καπνίστριες και δηλώνουν ότι σταμάτησαν το κάπνισμα μόλις πληροφορήθηκαν την εγκυμοσύνη τους, τα ποσοστά απόκρυψης της καπνιστικής τους συνήθειας στο ερωτηματολόγιο είναι υψηλά (35% σύμφωνα με τους Britton, Brinthaup, Steble et al, 2004, σε μελέτη που έγινε σε αγροτική περιοχή των Ηνωμένων Πολιτειών).

Στη συγκεκριμένη εργασία, δεν μπορούμε να γνωρίζουμε αν οι γυναίκες που ερωτήθηκαν απέκρυψαν τις καπνιστικές τους συνήθειες. Το φαινόμενο αναφέρεται στη βιβλιογραφία με τον όρο «self-deception» (αυτο-εξαπάτηση) και είναι ιδιαίτερα συχνό στις έγκυες γυναίκες συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Η εξήγηση που δίνεται αφορά στην πίεση που ασκεί το κοινωνικό περιβάλλον με αφορισμούς κατά του καπνίσματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Ford et al., 1997). Υπο αυτές τις συνθήκες, το προφίλ της «μη-καπνίστριας» γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αντικατοπτρίζει απλά μια «κοινωνικά αποδεκτή» κατάσταση και απέχει από την πραγματικότητα. Οι Shaffer et al. (2000), αναφέρουν ότι η αξιοπιστία των απαντήσεων στα ερωτηματολόγια συλλογής δεδομένων σχετικά με τις καπνιστικές συνήθειες, εξαρτάται από τον πληθυσμό μελέτης και το σύνολο των κοινωνικών περιστάσεων κάτω από τις οποίες συλλέχθηκαν τα στοιχεία. Το δείγμα γυναικών της εργασίας μας, αποτελούνταν από πληθυσμό που κατοικούσε στα περίχωρα του Νομού, σε αγροτικές και ημιαγροτικές περιοχές, σε ποσοστό 51,5%. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, αναμένεται ένα υψηλό ποσοστό εξαπάτησης στις απαντήσεις των γυναικών οι οποίες παρουσιάζουν ένα συγκεκριμένο δημογραφικό προφίλ. Οι γυναίκες αυτές ζουν στην επαρχία, σε περιοχές με γεωγραφική απομόνωση, βιώνουν καταστάσεις κοινωνικής απομόνωσης και συνήθως, καταναλώνουν προϊόντα καπνού στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, γεγονός που το αποκρύπτουν συχνά από τον σύντροφό τους (McCormick, Wallace, 1990).

Εκτός από τις γυναίκες του δείγματος, καταγράφηκαν 20 γυναίκες (12,8%) που δήλωσαν ότι είναι καπνίστριες. Ισχυρό επιχείρημα για τις γυναίκες αυτές αποτελούσε το γεγονός ότι ο/οι προηγούμενος-οι τοκετοί τους είχαν αίσια έκβαση και κανένα από τα παιδιά τους δεν αντιμετώπισε κάποιο πρόβλημα υγείας που να αποδίδεται στις καπνιστικές τους συνήθειες. Επιπλέον, η ίδια η εγκυμοσύνη όπως και η ανατροφή των παιδιών φαίνεται ότι ενισχύει το άγχος της γυναίκας η οποία χρησιμοποιεί το τσιγάρο ως αγχολυτικό, με την συγκατάθεση πολλές φορές του γυναικολόγου-μαιευτήρα. Στη περίπτωση όπου στο σπίτι υπάρχουν και άλλοι καπνιστές που αρνούνται να σταματήσουν το κάπνισμα, η γυναίκα αποτυγχάνει στην προσπάθειά της. Συμπερασματικά, όταν απουσιάζει η κοινωνική στήριξη από το οικείο περιβάλλον, υπάρχει πρόσβαση σε τσιγάρα και διάχυτη μυρωδιά καπνού στο σπίτι, τότε παρεμποδίζεται η όποια προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος (Britton, Brinthaup, Steble et al, 2004).

Σύμφωνα με βιβλιογραφικές αναφορές, οι γυναίκες που δηλώνουν ότι εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα πιθανό να έχουν χαρακτηριστικά που τις διαφοροποιούν σε σχέση με τις γυναίκες που δεν αναφέρουν έκθεση (Forastiere, Mallone, Lo Presti et al, 2000). Στην παρούσα μελέτη, το δείγμα παρουσίαζε ομοιογένεια στο βαθμό που μόνο μια γυναίκα

ανέφερε απουσία έκθεσης από οποιαδήποτε πηγή παθητικού καπνίσματος. Το 41,4% (n=53) ανέφερε ότι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εκτέθηκε σε τρεις πηγές παθητικού καπνίσματος και το 32% (n=41) σε δύο πηγές ενώ μόλις το 9,4% (n=12) ανέφερε έκθεση σε μια μόνο πηγή. Επιπλέον, το μικρό μέγεθος του δείγματος στις υποομάδες δεν επέτρεψε την ανάδειξη τέτοιου είδους διαφορών με εξαίρεση την κατανομή των ηλικιών όπου εκεί κάναμε κάποιες παρατηρήσεις. Από τα χαρακτηριστικά που εξετάστηκαν, η ηλικία της γυναίκας φαίνεται ότι σχετίζεται με την έκθεση σε παθητικό κάπνισμα από τον σύντροφο στο σπίτι. Το 52,3% (n=67) των γυναικών ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 21-30 ετών και στην πλειοψηφία τους ήταν πρωτότοκες. Οι περισσότερες ήταν απόφοιτες λυκείου (46,2%) και εργάζονταν κυρίως ως υπάλληλοι/μισθωτοί ενώ κάποιες από αυτές απασχολούνταν σε χειρονακτικές εργασίες. Όπως αναφέρουν οι Hanke et al (1999) σε μελέτη στην Πολωνία, οι γυναίκες που είναι εκτεθειμένες σε παθητικό κάπνισμα, είναι συνήθως νεαρής ηλικίας, έχουν 1 ή καθόλου παιδιά, έχουν ολοκληρώσει λιγότερα έτη εκπαίδευσης, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν εκτείνονται και εργάζονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σε παρόμοια συμπεράσματα ως προς τα «κοινά» χαρακτηριστικά των εκτεθειμένων γυναικών καταλήγουν και οι Sadler et al (1999) σε μελέτη που διεξήχθη στο Connecticut των ΗΠΑ. Σε ό,τι αφορά πάντως, τη σύγκριση αποτελεσμάτων από διαφορετικές επιδημιολογικές μελέτες, οι ερευνητές επιστούν την προσοχή μας, διότι τόσο οι πληθυσμοί όσο και το μέγεθος του δείγματος, η επιλογή, ο σχεδιασμός της μελέτης, οι συγχυτικοί παράγοντες και οι αναλυτικές μέθοδοι που έχουν χρησιμοποιηθεί, είναι πιθανό να διαφέρουν μεταξύ διαφορετικών μελετών (Goel et al, 2004). Σε ό,τι αφορά την έκθεση σε παθητικό κάπνισμα στο σπίτι τόσο από τον σύντροφο όσο και από τον κοινωνικό περίγυρο, το χαρακτηριστικό που φαίνεται να σχετίζεται είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο της γυναίκας. Είναι φανερό ότι οι γυναίκες του δείγματος είχαν περισσότερα έτη εκπαίδευσης από τους συζύγους τους (12 έτη, 46,2% vs.29,7%) και επιπλέον, γυναίκες υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης έχουν την τάση να παντρεύονται συζύγους που δεν καπνίζουν ή συζύγους που δεν καπνίζουν στο σπίτι (OR:0,179, P<0,05, 95%CI 0,040-0,789) και οι γυναίκες αυτές δεν ανέφεραν έκθεση σε παθητικό κάπνισμα στο σπίτι από τον κοινωνικό περίγυρο. Το γεγονός ότι στην παρούσα εργασία δεν φάνηκε ιδιαίτερη συσχέτιση των κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών των γυναικών του δείγματος με την έκθεση σε παθητικό κάπνισμα, οφείλεται πιθανόν στο ότι η έκθεση είναι εξαιρετικά συχνή και αφορά στην πλειοψηφία των γυναικών. Αν ανατρέξουμε στο παρελθόν, όταν η κοινή γνώμη άρχισε να ενημερώνεται για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία, οι υψηλές κοινωνικές τάξεις ήταν εκείνες που ευαισθητοποιήθηκαν συντομότερα και σταμάτησαν το κάπνισμα σε σχέση τις ασθενέστερες κοινωνικές ομάδες.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) αναφέρει ότι για το έτος 2000, 1.6 εκατομμύρια θάνατοι στην Ευρώπη αποδόθηκαν στο κάπνισμα και με πρόσφατη ανακοίνωσή του, θέτει ως στόχο τη μείωση κατά το ήμισυ της κατανάλωσης καπνού ανά ενήλικα έως το 2020. Το όφελος μιας τέτοιας παρέμβασης υπολογίζεται σε πρόληψη 7-10 εκατομμυρίων θανάτων μέχρι το 2025 στην Ευρώπη (WHO, 2004). Η Ελλάδα, όπως ήδη τονίστηκε, έχει το μεγαλύτερο ποσοστό καπνιστών σε όλη την Ευρώπη. Από επιδημιολογικές μελέτες που έγιναν τα τελευταία χρόνια διαπιστώθηκε ότι έξι στους δέκα άνδρες και περίπου τέσσερις στις δέκα γυναίκες ηλικίας 25-35 ετών καπνίζουν συστηματικά. Η αυξημένη κατανάλωση τσιγάρων στην Ελλάδα δημιουργεί δυσμενείς προοπτικές για την επίπτωση των νοσημάτων του αναπνευστικού καθώς και την ισχαιμική νόσο του μυοκαρδίου.

Υπάρχουν αρκετές βιβλιογραφικές αναφορές για πιλοτικά προγράμματα παρέμβασης σε πληθυσμιακές ομάδες στα πλαίσια της αντικαπνιστικής εκστρατείας. Ένα από τα πιο επιτυχημένα προγράμματα διεξήχθη στην περιοχή North Karelia της Φιλανδίας (The North Karelia Youth Project) και αφορούσε νέους, ηλικίας 12-13 ετών (Vartiainen et al, 1998). Το πρόγραμμα διάρκειας 2 ετών έλαβε χώρα σε σχολεία της περιοχής και στόχευε στην ανάπτυξη συμπεριφορών και δεξιοτήτων από τους έφηβους ώστε να αντιστέκονται στη χρήση προϊόντων καπνού μέσα από κατάλληλες τεχνικές. Οι έφηβοι εμπλέκονταν σε ρόλους μέσα από ένα διαδραστικό μοντέλο μάθησης και ελάμβαναν, τόσο από τους δασκάλους τους όσο και από εκπαιδευμένο προσωπικό για θέματα υγείας, πληροφορίες για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία. Παράλληλα, ένα πρόγραμμα πρόληψης καρδιαγγειακών νοσημάτων για τους ενήλικες της ίδιας περιοχής παρείχε εντατική πληροφόρηση έναντι του καπνίσματος με ταυτόχρονη στήριξη των κοινωνικών φορέων και των ΜΜΕ. Σύμφωνα με τους ερευνητές, ο συνδυασμός των δύο προγραμμάτων παρέμβασης σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες μέσα στην κοινότητα είχε ως αποτέλεσμα το πρόγραμμα αντικαπνιστικής εκστρατείας για τους εφήβους να στεφθεί με επιτυχία, όπως βεβαιώνουν τα αποτελέσματα με την πάροδο 15 ετών από την ολοκλήρωση του προγράμματος. Επειδή το κάπνισμα προκαλεί εθισμό, η καλύτερη πρόληψη είναι η αποφυγή της έναρξης του καπνίσματος και οι παρεμβάσεις πρέπει να ξεκινούν από τη νεαρή ηλικία.

Η εγκυμοσύνη δίνει στις γυναίκες καπνίστριες μία μοναδική ευκαιρία να διακόψουν το κάπνισμα έχοντας ως σημαντικό κίνητρο την υγεία του παιδιού τους. Τα προγράμματα παρέμβασης σε συνδυασμό με την προγενετική φροντίδα (prenatal care) στοχεύουν στη διακοπή του καπνίσματος των εγκύων στην έναρξη της εγκυμοσύνης και έχουν δείξει αποτελέσματα στο 50% των γυναικών και επιπλέον, έχουν συμβάλει σε αύξηση του τελικού βάρους των νεογέννητων (Windsor et al, 1993). Η περιορισμένη εμβέλεια αυτών των

παρεμβάσεων οφείλεται στο ότι αφενός, δεν ξεκινούν όλες οι γυναίκες προγράμματα προγενετικής φροντίδας κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης και αφετέρου, τα ποσοστά υποτροπής μετά την εγκυμοσύνη είναι υψηλά. Γι' αυτό και οι παρεμβάσεις στην έγκυο γυναίκα χαρακτηρίζονται ως λύσεις ανάγκης χωρίς μακροπρόθεσμα οφέλη.

Η παρέμβαση με πληροφόρηση πρέπει να ξεκινά αρκετά νωρίτερα, κατά τη διάρκεια των επισκέψεων ρουτίνας στο γυναικολόγο, ο ρόλος του οποίου οφείλει να είναι συμβουλευτικός. Δυστυχώς, ελάχιστοι γυναικολόγοι αξιοποιούν την ευκαιρία να αποτρέψουν τη γυναίκα από το κάπνισμα πολύ πριν την έναρξη μιας εγκυμοσύνης δίνοντας μια συμβουλή και αυτό έγινε φανερό και από τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας. Υπάρχουν αναφορές στη βιβλιογραφία με το παράδειγμα των γενικών ιατρών και τις δυνατότητες που έχουν σε συμβουλευτικό επίπεδο. Ο γενικός ιατρός βλέπει κατά μέσο όρο μια αφορά ετησίως το 83% των κοριτσιών, ηλικίας κάτω των 18 ετών και έχει τη δυνατότητα να ρωτήσει για την πιθανή έναρξη του καπνίσματος, να πληροφορηθεί αν καπνίζουν οι γονείς στο σπίτι, να συμβουλέψει ώστε να αποτρέψει την έναρξη του καπνίσματος στην έφηβη, να ενθαρρύνει ώστε να ενισχύσει την αποφυγή του καπνίσματος και να ανανεώσει τις πληροφορίες σε επόμενη επίσκεψη. Μία πρόταση προς αυτή την κατεύθυνση είναι η καταγραφή της καπνιστικής συνήθειας (smoking status) στον φάκελο του ασθενούς, όπως γίνεται και με τα υπόλοιπα ζωτικά σημεία (vital signs) της εξέτασης (πχ. πίεση, θερμοκρασία, αναπνευστικός ρυθμός). Μελέτες που έγιναν σε καπνιστές, μετά από μία επίσκεψη ρουτίνας στο γενικό ιατρό και κατόπιν συμβουλής, το 2% των καπνιστών διέκοψε το κάπνισμα χωρίς να υποτροπιάσει για τον επόμενο χρόνο (Kendrick, Merritt, 1996). Επανερχόμενη στην περίπτωση των γυναικών που επισκέπτονται τον γυναικολόγο μαζί με το σύντροφο-σύζυγο, η ενημέρωση για τις επιπτώσεις του καπνίσματος πρέπει να απευθύνεται και προς τον μελλοντικό πατέρα ώστε να γίνεται συμμετοχος στην προσπάθεια διαβίωσης σε ένα οικογενειακό περιβάλλον ελεύθερου καπνού. Η πλειονότητα των ανδρών που κάπνιζε στο χώρο του σπιτιού αμελούσε να λάβει μέτρα προστασίας της συζύγου από τον καπνό και αυτό πιθανό να οφείλεται σε άγνοια.

ΣΤ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Διερευνήθηκαν οι πιθανές πηγές έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα των γυναικών ως προς τη διάρκεια και την ένταση της έκθεσης. Ο χώρος του σπιτιού συνολικά αναδείχτηκε ότι επιφέρει τη μεγαλύτερη επιβάρυνση, κυρίως λόγω των κοινωνικών συναναστροφών, σύμφυτων με τα χαρακτηριστικά της τοπικής κοινωνίας του νησιού.
- Η ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο της γυναίκας πιθανόν αποτελούν παράγοντες κινδύνου που διαφοροποιούν τις εκτεθειμένες σε παθητικό κάπνισμα γυναίκες από τις μη-εκτεθειμένες. Γυναίκες με περισσότερα έτη εκπαίδευσης έχουν συνήθως συζύγους που δεν καπνίζουν.
- Η ομοιογένεια του δείγματος ως προς την καθολική έκθεση των γυναικών εντείνει την ανησυχία και επιβάλλει τη λήψη μέτρων προστασίας των εγκύων.
- Η έλευση του σαββατοκύριακου συνοδεύεται από αλλαγή προτύπων συμπεριφοράς που επιδεινώνουν την έκθεση των γυναικών σε ρυπασμένα με καπνό περιβάλλοντα.

Κυρίαρχο μήνυμα της παρούσας εργασίας είναι η αναγκαιότητα κοινωνικής εγρήγορσης και συντονισμένης δράσης σε ότι αφορά την προστασία της υγείας από το κάπνισμα που πλέον έχει λάβει διαστάσεις επιδημίας. Παρολαυτά, δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι το κάπνισμα είναι ένας παράγοντας κινδύνου που μπορεί να προληφθεί, κάτι που δε συμβαίνει με άλλους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με ασθένειες. Αυτό ακριβώς το στοιχείο αφήνει ένα παράθυρο αισιοδοξίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Air Quality Guidelines for Europe, 2nd Edition WHO (2000), (date: 9-09-2004) www.euro.who.int/document.
2. Andersen BD et al. Cotinine in amniotic fluids from passive smokers. *Lancet* 1982; 1: 791-792.
3. Andrade M. et al. Environmental tobacco smoke exposure in women with lung cancer. *Lung cancer* 2004; 43: 127-134.
4. Bakoula CG, Kafritsa YJ, Kavadias GD, Haley NJ, Matsaniotis NS. Factors modifying exposure to environmental tobacco smoke in children (Athens, Greece). *Cancer Causes and Control* 1997; 8: 73-76.
5. Bardy AH et al. Objectively measured tobacco exposure during pregnancy: neonatal effects and relation to maternal smoking. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1993; 100: 721-726.
6. Benowitz NL. Cotinine as a biomarker of Environmental Tobacco Smoke Exposure. *Epidemiologic Reviews* 1996; 18(2): 188-204.
7. Benowitz NL. Biomarkers of environmental tobacco smoke exposure. *Environ. Health Perspect* 1999; 107 (suppl.): 349-355.
8. Benowitz NL. The use of biologic fluid samples in accessing tobacco smoke consumption. In: Grubowski J, Bell CS eds. *Measurements in the Analysis and Treatment of Smoking Behavior*. Washington, DC: US Dept of Health and Human Services; 1983; 6-26 NIDA research monograph 48.
9. Bepace JL, Lowrey AH. An enforceable indoor air quality standard for environmental tobacco smoke in the workplace. *Risk Anal.* 1993; 13: 463-475.
10. Berowitz NL, Perez SE, Herrera B et al. African American-Caucasian differences in nicotine and cotinine metabolism. *Clin. Pharm. Ther.* 1995; 57: 159.
11. Benowitz NL, Jacob P III, Fong I et al. Nicotine metabolic profile in man: comparison of cigarette smoking and transdermal nicotine. *J. Pharmacol. Exp. Ther.* 1994; 268: 296-303.
12. Britton GR, Brinthaup J, Steble JM, James GD. *JOGNN* 2004; 33: 306-311. Comparison of self-reported smoking and urinary cotinine levels in a rural pregnant population.

13. Charlton A. Children and passive smoking: a review. *Journal of Family Practice* 1994; 267-277.
14. Cnattingius S. et al. Smoking, maternal age and fetal growth. *Obstet. Gynecol.* 1985; 66: 449-452.
15. Cnattingius S, Haglund B. and Meirik O. Cigarette smoking as risk factor for late fetal and early neonatal death. *Br.Med.J.* 1988; 297: 258-261.
16. Coultas DB. Passive smoking and risk of adult asthma and COPD: an update. *Thorax.* 1998; 53: 381-387.
17. Coultas DB, Samet JM, McCarthy JF and Spengler JD. Variability of measures of exposure to environmental tobacco smoke in the home. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1990; 142: 602-606.
18. Coultas DB, Peake GT, Samet JM. Questionnaire assessment of lifetime and recent exposure to environmental tobacco smoke. *Am. J. Epidemiol.* 1989; 130(2): 338-47.
19. Cummings KM, Markello SJ, Mahoney M, Bhargava AK, McElroy PD, Marshall JR. Measurements of current exposure to environmental tobacco smoke. *Archives of Environmental Health* 1990; 45: 74-79.
20. Dalla-Voria P, Sasco AJ, Scalkidis J, Katsouyianni K, Trichopoulos D. An evaluation of the effectiveness of tobacco control legislative policies in European Community Countries. *Scand. J. Soc. Med.* 1990; 18: 81-9.
21. de la Chica RA, Ribas I, Giraldo J, Egozcue J, Fuster C. Chromosomal instability in amniocytes from fetuses of mothers who smoke. *JAMA.* 2005; 293:1212-1222.
22. DeMarini DM. Genotoxicity of tobacco smoke and tobacco smoke condensate: a review. *Mutat Res.* 2004; 567:447-474.
23. Diacatou A, Mamalakis G, Kafatos A, Vlachonicolis IG et al. Alcohol, tobacco, and father's aggressive behavior in relation to socioeconomic variables in Cretan low versus medium income families. *Int. J. Addict* 1993; 28: 293-304.
24. Dybin E, Sanner T. Passive smoking, sudden infant death syndrome (SIDS) and childhood infections. *Human & Experimental Toxicology* 1999; 18: 202-205.
25. European Strategy for Smoking Cessation Policy. Geneva: WHO (2004), (date: 7/03/2005), www.who.int/tobacco.
26. Environmental tobacco smoke. Health effects and prevention policies. Council of Scientific Affairs. *Arch. Fam. Med.* 1994; 3: 865-71.
27. Etzel RA. A review of the use of saliva cotinine as a marker of tobacco smoke exposure. *Prev. Med.* 1990; 19: 190-197.

28. Forastiere F, Mallone S, Lo Presti E et al. Characteristics of non-smoking women exposed to spouses who smoke: epidemiologic study on environment and health in women from four Italian areas. *Environ. Health Perspect* 2000; 108: 1171-1177.
29. Ford RP, Tapin DM, Schluter PJ and Wild CJ. Smoking during pregnancy: How reliable are maternal self-reports in New Zealand? *J. Epidemiol. Com. Health* 1997; 51: 246-251.
30. Glantz SA, Parmley WW. Passive smoking and Heart Disease: epidemiology, physiology and biochemistry. *Circulation* 1991; 83(1): 1-12.
31. Goel P, Radotra A, Singh I, Aggarwal A, Dua D. Effects of passive smoking on outcome in pregnancy. *Journal of Postgraduate Medicine* 2004; 50(1); 12-16.
32. Grimfeld A. The wheezing child and pediatric respiratory infections. *Allerg Immunol (Paris)* 1997; 29: 73-74.
33. Hanke W, Kalinka J, Florek E, Sobala W. Passive smoking and pregnancy outcome in central Poland. *Human and Experimental Toxicology* 1999; 18: 265-271.
34. Harlap S., Davis AM. Infant admissions to hospital and maternal smoking. *Lancet* 1974; 1: 529-532.
35. Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *Br. Med. J.* 1981; 282: 183-185.
36. Idle JR. Titrating exposure to tobacco smoke using cotinine. A minefield of misunderstandings. *J. Clin. Epidemiol.* 1990; 43: 313-317.
37. International Agency for Research on Cancer (IARC). Tobacco Smoking and Tobacco Smoke. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2004. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks of Chemicals to Humans, Vol.83.
38. Janson C, Chinn S, Jarvis D, Zock JP, Toren K, Burney P. Community Respiratory Health Survey. Effect of passive smoking on respiratory symptoms, bronchial responsiveness, lung function and total serum IgE in the European Community Respiratory Health Survey: a cross-sectional study. *Lancet* 2001;358(9299):2103-9.
39. Jarvis MJ et al. Elimination of cotinine from body fluids: implications for noninvasive measurement of tobacco smoke exposure. *Am. J. Publ. Health* 1988; 78: 696-698.
40. Jedrychowski W, Flak E. Maternal smoking during pregnancy and postnatal exposure to environmental tobacco smoke as predisposition factors to acute respiratory infection. *Environmental Health Perspectives* 1997; 105: 302-306.

41. Jenkins P, Philips TJ, Mullberg EJ et al. Activity patterns of Californians: use of and proximity to indoor pollutant sources. *Atmos. Environ.* 1992; 26A: 2141-2148.
42. Jordanov JS. Cotinine concentrations in amniotic fluid and urine of smoking, passive smoking and non-smoking pregnant women and term and in the urine of their neonates on 1st day of life. *European Journal of Paediatrics* 1990; 149: 734-737.
43. Kafatos A, Diacatou A, Vlachonicolis IG et al. Heart disease risk-factor status and dietary changes in the Cretan population over the past 30y: the Seven Countries Study. *Am. J. Clin. Nutr.* 1997; 65: 1882-6.
44. Kattan M. Longterm sequelae of respiratory illness in infancy and childhood. *Ped Clinics North America* 1979; 26: 3: 525-35.
45. Kendrick J, Merritt R. Women and smoking: An update for 1990s. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:528-35.
46. Lackmann GM, Salzberger U, Tollner U, Chen M, Carmella SG, Hecht SS. Metabolites of a tobacco-specific carcinogen in urine from newborns. *J Nat Cancer Inst.* 1999; 91:459-465.
47. Larsson ML, Loit HM, Meren M et al. Passive smoking and respiratory symptoms in the finEsS Study. *Eur. Resp. J.* 2003; 21: 672-676.
48. Leaderer BP, Samet JM. Passive smoking and adults: new evidence for adverse events. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1994; 150: 1216-1218.
49. Leuenberger P. et al. Passive smoking exposure in adults and chronic respiratory symptoms (SAPALDIA Study). *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1994; 150: 1222-8.
50. Lieberman E, Gremy I, Lang JM et al. Low birth weight at term and the timing of fetal exposure to maternal smoking. *Am. J. Public Health* 1994; 84: 1127-31.
51. Linblad A, Marsal K, Andersson KE. Effect of nicotine on human fetal blood flow. *Obstet. Gynecol.* 1988; 72: 371-82.
52. Marbury MC, Hammond SK and Haley NJ. Measuring exposure to environmental tobacco smoke in studies of acute health effects. *Am. J. Epidemiol.* 1993; 137: 1089-97.
53. Martin TR, Bracken MB. Association of low birth weight with passive smoke exposure in pregnancy. *Am. J. Epidemiol* 1986; 124: 633-642.
54. McCormick MC & Wallace CY. Factors associated with smoking in low-income women pregnant women: Relationship to birth weight, stressful life events, social support, health behaviors and mental distress. *J. Clin. Epidemiol.* 1990; 43(5): 441-448.

55. Milunsky A, Carmella SG, Ye M, Hecht SS. A tobacco-specific carcinogen in the fetus. *Prenat. Diagn.* 2002; 20:307-310.
56. Murray AB, Morrison BJ. Passive smoking by asthmatics: Its greater effect on boys than on girls and on older than on younger children. *Pediatrics* 1989; 84: 451-59.
57. Nafstad P. et al. Breast feeding, maternal smoking and lower respiratory track infections. *Europeau Respiratory Journal* 1996; 9: 2623-2629.
58. National Research Council. Environmental tobacco smoke. Measuring exposures and assessing health effects. Washington: National Academy Press, 1986.
59. NCI. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke: the Report of the California Environmental protection agency. Smoking and tobacco control.
60. Nelson E, Jodscheit K, Guo U. Maternal passive smoking during pregnancy and fetal developmental toxicity. Part 1: gross morphological effects. *Human and Experimental Toxicology* 1999; 18: 252-256.
61. Nelson E, Goubet-Wiemens G, Guo Y and Jodscheit Maternal passive smoking during pregnancy and foetal developmental toxicity. Part 2: histological chauges. *Human & Experimental Toxicology* 1999; 18: 257-264.
62. Ogawa H et al. Passive smoking by pregnaut women and fetal growth. *J. Epidemiol. Commun Health* 1991; 45: 164-168.
63. Patrick DL, Chadle A, Thompson DC et al. The validity of self reported smoking: A review and meta-analysis.
64. Peterson EL, Johnson CC, Qwenby DR. Use of urinary cotinine and questionnaires in the evaluation of infant exposure to tobac smoke in epidemiology studies. *J. Clin. Epidemiol.* 1997 Aug; 50(8): 917-23.
65. Pirkle JL, Flegal KM, Bernert JT et al. Exposure of the US population to ETS: the Third National Health and Nutrition Examination Surey, 1988 to 1991. *JAMA* 1996; 275: 1233-1240.
66. Publication ERA/600/6-90/006F, Washington DC: United States Environmental Protection Agency, December 1992.
67. Radon K, Büsching K, Heinrich J. et al. Passive smoking exposure: a risk factor for chronic broncluitis and asthenia in adults? *Chest* 2002; 122: 1086-1090.
68. RandoRJ, Menon PK, Poovey HG, Lehrer SB. Assessment of multiple markers of environmental tobacco smoke (ETS) in controlled, steady-state atmospheres in a dynamic test chamber. *Am. Ind. Hyg. Assoc. J.* 1992; 53(11): 699-704.

69. Rebagliato M, Bolumar F and Florey CV. Assessment of exposure to Environmental Tobacco Smoke in Non-smoking Pregnant Women in different environments of daily living. *Am. J. Epidemiol.* 1995; 142: 525-30.
70. Rebagliato M, Florey CV and Bolumar F. Exposure to environmental tobacco smoke in non-smoking pregnant women in relation to birth weight. *Am. J. Epidemiol.* 1995; 142: 531-7.
71. Repace JL and Lowrey AH. An enforceable indoor air quality standard for environmental tobacco smoke in the workplace. *Risk analysis* 1993; 13(4): 463-475.
72. Ronchetti R. et al. Enhanced allergic sensitization related to parental smoking. *Arch. Dis. Child.* 1992; 67: 496-500.
73. Rubin HD, Krasilnikoff PA, Leventahl JM, Berget A. Effect of passive smoking on birth-weight. *Lancet* 1986; ii: 415-7.
74. Shaffer HJ, Eber GB, Hall NM and Vanderbilt J. Smoking behaviour among casino employees: self-report validations using plasma cotinine. *Addictive Behaviors* 2000; 25(5): 693-704.
75. Sadler L et al. Environmental Tobacco Smoke exposure and small-for-Gestational-Age birth. *Am. J. Epidemiol.* 1999; 150: 695-705.
76. Snattingus S, Haglund B and Heirik O. Cigarette smoking as risk factor for late fetal and early neonatal death. *Br. Med. J.* 1988; 297: 258-261.
77. Sterling TD, Dimich H and Kobayashi D. Indoor byproduct levels of tobacco smoke: a critical review of the literature. *J. Air. Pollut. Control. Assoc.* 1982; 32: 250-59.
78. Tager IB, Hanrahan JP, Tosteson TD, Castle RG, Brown RW, Weiss ST, Speizer FE. Lung function, pre-and post-natal smoke exposure and wheezing in the first year of life. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1993; 147: 811-17.
79. Tavares R, Borba H, Monteiro M, et al. Monitoring of exposure to acrylonitrile by determination of N-terminal position of haemoglobin. *Carcinogenesis.* 1996; 17:2655-2660.
80. Τούντας Γ. Κοινωνία και Υγεία, Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα, 2000.
81. Trichopoulos D, Kalandidi A, Sparros L, MacMabon B. Lung cancer and passive smoking. *Int. J. Cancer* 1981; 27: 1-4.
82. United States Environmental Protection Agency. Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung cancer and other disorders.

- 83.** Vartiainen E, Seppala T, Lillsunde P, Puska P. Validation of self-reported smoking by serum cotinine measurement in a community-based study. *J Epidemiol Community Health* 2005;56:167-170
- 84.** Vartiainen E, Paavola M, McAlister A, Puska P. Fifteen-Year follow-up of smoking prevention effects in the North Karelia Youth Project. 1998;88:81-85.
- 85.** Weiss ST, Tager IB, Scheuker M, Speizer FE. The health effects of involuntary smoking. *Am Rev. Resp. Dis.* 1983; 128: 933-42.
- 86.** White JR, Froeb HF, Kulik JA. Respiratory illness in non-smokers chronically exposed to tobacco smoke in the workplace. *Chest.* 1991; 100: 39-43.
- 87.** Windsor RA, Lowe JB, Perkins LL, Smith-Yoder D, Artz L, Crawford M et al. Health education for pregnant smokers: its behavioral impact and cost benefit. *Am J Public Health* 1993 ;83: 201-6.
- 88.** Wjst M. et al. Indoor factors and IgE levels in children. *Allergy* 1994; 49: 766-71.
- 89.** Zhaug J, Ratcliffe J. Paternal smoking and birth weight in Shanghai. *Am. J. Public Health* 1993; 83: 207-210.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΕΓΚΥΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ Ν.ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

Αριθμός ασθενούς

ΔΗΛΩΝΩ ΟΤΙ:

- Έχω ενημερωθεί για το περιεχόμενο της μελέτης.
ΝΑΙ/ΟΧΙ
- Μου δόθηκε η δυνατότητα να υποβάλλω ερωτήσεις και να συζητήσω τα θέματα που αφορούν στη μελέτη με τον ερευνητή.
ΝΑΙ/ΟΧΙ.
- Μου δόθηκαν ικανοποιητικές απαντήσεις σε όλες μου τις ερωτήσεις.
ΝΑΙ/ΟΧΙ.
- Γνωρίζω ότι διατηρώ το δικαίωμα να αποσύρω τη συμμετοχή μου στη μελέτη.
ΝΑΙ/ΟΧΙ.
- Είχα αρκετό χρόνο στη διάθεση μου ώστε να αποφασίσω για τη συμμετοχή μου.
ΝΑΙ/ΟΧΙ.
- Δέχομαι να συμμετάσχω σ' αυτή τη μελέτη.
ΝΑΙ/ΟΧΙ

Όνοματεπώνυμο (ΚΕΦΑΛΑΙΑ):.....

Διεύθυνση:.....

Τηλέφωνο:.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:.....

Όνοματεπώνυμο ερευνητή:

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Καλείστε να συμμετέχετε σε μια μελέτη συλλογής στοιχείων. Η απόφασή σας να συμμετέχετε είναι εθελοντική.

ΣΚΟΠΟΣ:

Σκοπός της μελέτης είναι να ερευνηθεί η έκθεση των εγκύων γυναικών στο παθητικό κάπνισμα δηλ. στον καπνό του τσιγάρου από άλλους καπνιστές και σε διάφορους χώρους, όπως στο σπίτι, στο χώρο εργασίας και άλλους δημόσιους χώρους.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΟΥ ΘΑ ΑΚΟΛΟΥΘΗΘΕΙ:

Αν συμφωνήσετε να συμμετάσχετε στη μελέτη θα σας γίνει ένα ερωτηματολόγιο που αφορά στις καπνιστικές συνήθειες του συντρόφου, ατόμων της οικογένειας και συναδέλφων σας. Επίσης, εφόσον συμφωνείτε, θα χρειαστεί να δώσετε δείγμα ούρων και αίματος.

ΠΙΘΑΝΑ ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ:

Οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν από τη μελέτη θα βοηθήσουν στη γνώση των πιθανών εκθέσεων της εγκύου και κατ' επέκτασιν, στη λήψη προφυλακτικών μέτρων για την υγεία της και κυρίως για την προστασία του εμβρύου, με στόχο την ομαλή έκβαση της κύησης.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗΣ:

Η συμμετοχή σας σε αυτή τη μελέτη είναι εθελοντική. Έχετε το δικαίωμα να αρνηθείτε τη συμμετοχή σας ή να αποχωρήσετε από αυτή τη μελέτη σε οποιαδήποτε φάση της.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ:

Το όνομα σας θα φυλαχτεί εμπιστευτικά και δε θα αναγνωρίζεται προσωπικά σε καμία από τις παρουσιάσεις ή τις αναφορές που σχετίζονται μ' αυτή την έρευνα. Επιπλέον οι πληροφορίες που παρέχετε ή συλλέγονται δε θα αποκαλύπτονται σε κανένα τρίτο χωρίς τη σαφή σας συγκατάθεση.

ΑΠΟΡΡΗΤΟ

ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΓΝΗ

Συμφωνείτε να συμμετέχετε;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΟΧΙ:

Καπνίζετε; ΝΑΙ ΟΧΙ

Τόπος διαμονής

Ηλικία

ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ

ΗΜ.ΓΕΝ.ΜΗΤΕΡΑΣ

ΗΛΙΚΙΑ

ΗΜ.ΣΥΝΝΕΤΕΥΞΗΣ

ΗΜΕΡΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ

(Δευτ. 1, Τρ. 2, Τετ. 3, Πέμ.4, Παρ.5,
Σάβ.6, Κυρ.7)

ΩΡΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΣΥΝΝΕΤΕΥΞΗΣ

ΠΙΘΑΝΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΟΚΕΤΟΥ

ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΚΥΗΣΗΣ

ΠΡΟΓΕΝΕΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

(1,2)

**ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΚΑΠΝΟΥ**

1. Καπνίζετε ; όχι (0) ναι (1)

2. Έχετε καπνίσει ποτέ ; όχι (0) ναι (1)-E3

3. Σε ποια ηλικία ξεκινήσατε το κάπνισμα ;

4. Από την αρχή της εγκυμοσύνης σας, έχετε καπνίσει; Όχι (0)-E6

Ναι (1)

5. Σε ποιο μήνα της εγκυμοσύνης σας σταματήσατε το κάπνισμα;

Πόσα τσιγάρα καπνίζατε την ημέρα (ή την εβδομάδα) ;

ΤΕΛΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

ΜΕΡΟΣ Α : ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΠΝΟ ΤΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ/ΣΥΖΥΓΟΥ

ΓΕΝΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ

6. Ο σύντροφός σας καπνίζει ;

Όχι (0)-E17

Ναι (1)

Τι καπνίζει συνήθως;

A. τσιγάρα

B. πίπα

Γ. πούρα

Δ. πάνω από ένα είδος (προσδιορίστε)

7. Πόσα τσιγάρα καπνίζει ο σύντροφός σας την ημέρα (ή την εβδομάδα) κατά μέσω όρο;

τσιγάρα/ημέρα

τσιγάρα/εβδομ

8. Καπνίζει στο σπίτι;

Όχι (0)-E11

Ναι (1)

9. Όταν καπνίζει πηγαίνει σε κάποιο σημείο του σπιτιού με καλό αερισμό; (πχ. παράθυρα)

Όχι (0)

Ναι (1)

10. Στο σπίτι σας έχετε κλιματιστικό ;

Ο σύντροφός σας καπνίζει μέσα στο δωμάτιο όταν λειτουργεί το κλιματιστικό ;

Όχι (0) Ναι (1)

11. Ποιούς μήνες της εγκυμοσύνης σας εκτεθήκατε στον καπνό του τσιγάρου από τον σύντροφό σας;

1^ο τρίμηνο 1 2 3

2^ο τρίμηνο 4 5 6

3^ο τρίμηνο 7 8 9

ΜΕΡΟΣ Α : ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΠΝΟ ΤΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ/ΣΥΖΥΓΟΥ

**ΗΜΕΡΑ ΔΕΥΤΕΡΑ
ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΕΚΘΕΣΗ**

12. Είσαστε στο ίδιο δωμάτιο με τον σύντροφό σας ενώ κάπνιζε; Σήμερα Δευτέρα Χθές Κυριακή Προχθές Σάββατο
- | | | | |
|---------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Όχι (0) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ναι (1) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
- Πόσες ώρες περίπου; 1 2 3 4 5 6 7 8

13. Εχθές- Κυριακή η έκθεσή σας στο σπίτι από τον καπνό του συντρόφου σας ήταν η ίδια με αυτή που έχετε συνήθως τα σαββατοκύριακα;
- | | |
|-------------|----------------------|
| Όχι (0) | <input type="text"/> |
| Ναι (1)-E15 | <input type="text"/> |

14. Το ΣΚ πόσες ώρες (κατά μέσο όρο) βρίσκεστε στο ίδιο δωμάτιο με τον σύντροφό σας ενώ εκείνος καπνίζει;
- | | |
|----------------|--|
| Καμία (0) | |
| Λιγότερο από 1 | |
| 1 2 3 4 5 6 7 | |
| Πάνω από 7 | |

15. Η έκθεση που έχετε στον καπνό τα σαββατοκύριακα είναι παρόμοια με αυτή των άλλων ημερών της εβδομάδας;
- | | |
|-------------|----------------------|
| Όχι (0) | <input type="text"/> |
| Ναι (1)-E17 | <input type="text"/> |

16. Μέσα στην εβδομάδα, πόσες ώρες (κατά μέσο όρο) βρίσκεστε με τον σύντροφό σας στο ίδιο δωμάτιο ενώ καπνίζει;
- | | |
|----------------|--|
| Καμία (0) | |
| Λιγότερο από 1 | |
| 1 2 3 4 5 6 7 | |
| Πάνω από 7 | |

ΜΕΡΟΣ Α : ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΠΝΟ ΤΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ/ΣΥΖΥΓΟΥ

**ΗΜΕΡΑ ΤΡΙΤΗ
ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΕΚΘΕΣΗ**

12. Είσαστε στο ίδιο δωμάτιο με τον σύντροφό σας ενώ κάπνιζε; Σήμερα Χθές Προχθές
 Τρίτη Δευτέρα Κυριακή

Όχι (0)

Ναι (1)

Πόσες ώρες περίπου; 1 2 3 4 5 6 7 8

13. Εχθές-Δευτέρα η έκθεσή σας στο σπίτι από τον καπνό του συντρόφου σας ήταν η ίδια με αυτή που έχετε συνήθως μέσα στην εβδομάδα;

Όχι (0)

Ναι (1)-E15

14. Πόσες ώρες (κατά μέσο όρο) βρίσκεστε στο ίδιο δωμάτιο με τον σύντροφό σας ενώ εκείνος καπνίζει μέσα στην εβδομάδα;

Καμία (0)

Λιγότερο από 1

1 2 3 4 5 6 7

Πάνω από 7

15. Η έκθεση που είχατε στον καπνό προχθές Κυριακή ήταν παρόμοια με αυτή που έχετε συνήθως τα σαββατοκύριακα;

Όχι (0)

Ναι (1)-E17

16. Πόσες ώρες (κατά μέσο όρο) βρίσκεστε με τον σύντροφό σας στο ίδιο δωμάτιο ενώ καπνίζει μια ημέρα του σαββατοκύριακου;

Καμία (0)

Λιγότερο από 1

1 2 3 4 5 6 7

Πάνω από 7

ΜΕΡΟΣ Α : ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΠΝΟ ΤΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ/ΣΥΖΥΓΟΥ

**ΗΜΕΡΑ ΤΕΤΑΡΤΗ-ΠΕΜΠΤΗ-ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΕΚΘΕΣΗ**

12. Είσαστε στο ίδιο δωμάτιο με τον σύντροφό σας ενώ κάπνιζε; Σήμερα Χθές Προχθές

Όχι (0)

Ναι (1)

Πόσες ώρες περίπου; 1 2 3 4 5 6 7 8

13. Εχθές, η έκθεση που είχατε στο σπίτι από τον καπνό του συντρόφου σας ήταν η ίδια με αυτή που έχετε συνήθως μέσα στην εβδομάδα;

Όχι (0)

Ναι (1)-E15

14. Μέσα στην εβδομάδα, πόσες ώρες (κατά μέσο όρο) βρίσκεστε στο ίδιο δωμάτιο με τον σύντροφό σας ενώ εκείνος καπνίζει;

Καμία (0)

Λιγότερο από 1

1 2 3 4 5 6 7

Πάνω από 7

15. Η έκθεση που έχετε στον καπνό μέσα στην εβδομάδα είναι ίδια με αυτή που έχετε τα σαββατοκύριακα;

Όχι (0)

Ναι (1)-E17

16. Το ΣΚ, πόσες ώρες βρίσκεστε με τον σύντροφό σας στο ίδιο δωμάτιο ενώ καπνίζει (κατά μέσο όρο);

Καμία (0)

Λιγότερο από 1

1 2 3 4 5 6 7

Πάνω από 7

ΜΕΡΟΣ Β: ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ

ΓΕΝΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ

17. Περνάτε μέρος του χρόνου σας στο σπίτι με άλλους καπνιστές (πχ. φίλοι) εκτός του συντρόφου σας;

Όχι (0)-E18

Ναι (1)

Πόσο συχνά συμβαίνει αυτό μέσα στην εβδομάδα, τώρα που είστε έγκυος;

• Κάθε μέρα ; Όχι (0)
Ναι(1)-E18

• Πόσες ημέρες της εβδομάδας (εκτός ΣΚ); 1 2 3 4 5

• Ποιες μέρες του σαββατοκύριακου; 1 2 0

18. Υπάρχουν στο σπίτι μέλη της οικογένειας ,εκτός του συντρόφου σας, που καπνίζουν στο σπίτι;

Όχι (0)-E22

Ναι(1)

Πόσα άτομα της οικογένειάς σας καπνίζουν, συνολικά;

19. Σας ενοχλεί ο καπνός του τσιγάρου μέσα στο σπίτι;

Όχι (0)

Ναι(1)

20. Έχετε κάποια συμπτώματα από τον καπνό του τσιγάρου μέσα στο σπίτι; (δάκρυσμα ματιών, δυσφορία ή άλλο)

Όχι (0)

Ναι(1)

21. Ποιους μήνες της εγκυμοσύνης σας εκτεθήκατε στον καπνό τσιγάρου στο σπίτι σας από άλλα άτομα (φίλους και συγγενείς);

1ο τρίμηνο 1 2 3

2^ο τρίμηνο 4 5 6

3^ο τρίμηνο 7 8 9

(τμ. διαμερίσματος)

ΜΕΡΟΣ Β: ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ

**ΗΜΕΡΑ ΔΕΥΤΕΡΑ
ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΕΚΘΕΣΗ**

22. Είσατε στο ίδιο δωμάτιο με άλλα άτομα που κάπνιζαν;
- | | Σήμερα
Δευτέρα | Χθές
Κυριακή | Προχθές
Σάββατο |
|---------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Όχι (0) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ναι (1) | | | |
- Πόσες ώρες περίπου; 1 2 3 4 5 6 7 8

23. Εχθές- Κυριακή η έκθεση στον καπνό από άτομα που κάπνιζαν στο σπίτι, εκτός του συντρόφου σας, ήταν η ίδια με αυτή που έχετε συνήθως τα σαββατοκύριακα;
- | | |
|-------------|----------------------|
| Όχι (0) | <input type="text"/> |
| Ναι (1)-E25 | <input type="text"/> |

24. Πόσες ώρες (κατά μέσο όρο) τα σαββατοκύριακα βρίσκεστε στο ίδιο δωμάτιο στο σπίτι σας με άλλους καπνιστές;
- | | |
|----------------|--|
| Καμία (0) | |
| Λιγότερο από 1 | |
| 1 2 3 4 5 6 7 | |
| Πάνω από 7 | |

25. Το ΣΚ η έκθεση που έχετε στον καπνό στο σπίτι σας είναι η ίδια με αυτή των άλλων ημερών της εβδομάδας;
- | | |
|-------------|----------------------|
| Όχι (0) | <input type="text"/> |
| Ναι (1)-E27 | <input type="text"/> |

26. Μέσα στην εβδομάδα, πόσες ώρες (κατά μέσο όρο) βρίσκεστε στο ίδιο δωμάτιο με άλλα άτομα που καπνίζουν;
- | | |
|----------------|--|
| Καμία (0) | |
| Λιγότερο από 1 | |
| 1 2 3 4 5 6 7 | |
| Πάνω από 7 | |

ΜΕΡΟΣ Β: ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ

**ΗΜΕΡΑ ΤΡΙΤΗ
ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΕΚΘΕΣΗ**

22. Είσατε στο ίδιο δωμάτιο με άλλα άτομα που κάπνιζαν; Σήμερα Χθές Προχθές
Τρίτη Δευτέρα Κυριακή

Όχι (0)
Ναι (1)

Πόσες ώρες περίπου; 1 2 3 4 5 6 7 8

23. Εχθές- Δευτέρα η έκθεση στον καπνό από άτομα που κάπνιζαν στο σπίτι ήταν η ίδια με αυτή που έχετε συνήθως μέσα στην εβδομάδα;

Όχι (0)

Ναι (1)-E25

24. Πόσες ώρες (κατά μέσο όρο) βρίσκεστε στο ίδιο δωμάτιο στο σπίτι σας με άτομα που καπνίζουν μια μέρα της εβδομάδας;

Καμία (0)
Λιγότερο από 1
1 2 3 4 5 6 7
Πάνω από 7

25. Προχθές Κυριακή, η έκθεση που είχατε στον καπνό από άτομα που κάπνιζαν στο σπίτι σας ήταν παρόμοια με αυτή των άλλων σαββατοκύριακων;

Όχι (0)

Ναι (1)-E27

26. Πόσες ώρες (κατά μέσο όρο) βρίσκεστε στο ίδιο δωμάτιο στο σπίτι με άτομα που καπνίζουν μια μέρα του σαββατοκύριακου;

Καμία (0)
Λιγότερο από 1
2 2 3 4 5 6 7
Πάνω από 7

ΜΕΡΟΣ Β: ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ

**ΗΜΕΡΑ ΤΕΤΑΡΤΗ-ΠΕΜΠΤΗ-ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΕΚΘΕΣΗ**

22. Είσαστε στο ίδιο δωμάτιο με άλλα άτομα που κάπνιζαν; Σήμερα Χθές Προχθές

Όχι (0)-E24

Ναι (1)

Πόσες ώρες περίπου; 1 2 3 4 5 6 7 8

23. Εχθές, η έκθεση στον καπνό στο σπίτι σας ήταν η ίδια με αυτή που έχετε συνήθως μέσα στην εβδομάδα;

Όχι (0)

Ναι (1)-E25

24. Μέσα στην εβδομάδα, πόσες ώρες (κατά μέσο όρο) βρίσκεστε στο ίδιο δωμάτιο στο σπίτι σας με άλλους καπνιστές;

Καμία (0)

Λιγότερο από 1

1 2 3 4 5 6 7

Πάνω από 7

25. Μέσα στην εβδομάδα, η έκθεση που έχετε στον καπνό στο σπίτι σας είναι παρόμοια με αυτή των σαββατοκύριακων;

Όχι (0)

Ναι (1)-E27

26. Το ΣΚ πόσες ώρες (κατά μέσο όρο) βρίσκεστε στο ίδιο δωμάτιο με άτομα που καπνίζουν ;

Καμία (0)

Λιγότερο από 1

1 2 3 4 5 6 7

Πάνω από 7

ΜΕΡΟΣ Γ : ΕΚΘΕΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

ΓΕΝΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ

27.Εργάζεστε εκτός σπιτιού;

Όχι (0)-E38

Ναι (1)

Δουλεύετε σε ανοιχτό Α ή κλειστό Κ χώρο

28. Στη δουλειά σας υπάρχουν άτομα που καπνίζουν;

Όχι (0)-E32

Ναι (1)

Πόσα άτομα συνολικά καπνίζουν στον ίδιο χώρο που εργάζεστε;

29.Σας ενοχλεί ο καπνός του τσιγάρου στον χώρο που εργάζεστε;

Όχι (0)

Ναι (1)

30.Έχετε κάποια συμπτώματα από τον καπνό του τσιγάρου στο χώρο της εργασίας σας (δάκρυσμα ματιών, δυσφορία, ή, άλλο);

Όχι (0)

Ναι (1)

31. Ποιους μήνες της εγκυμοσύνης σας εκτεθήκατε στον καπνό του τσιγάρου από τους συναδέλφους σας;

1 ^ο τρίμηνο	1	2	3
2 ^ο τρίμηνο	4	5	6
3 ^ο τρίμηνο	7	8	9

Εάν εργάζεστε τώρα:

Πότε σκέφτεστε να πάρετε άδεια κύησης

- 1 Πριν τον τοκετό
- 2 Μετά τον τοκετό

ΜΕΡΟΣ Γ : ΕΚΘΕΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

**ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΕΚΘΕΣΗ
ΗΜΕΡΑ ΔΕΥΤΕΡΑ**

32. Σήμερα Δευτέρα στη δουλειά σας, είσαστε στον ίδιο χώρο με άτομα που κάπνιζαν;

Σήμερα Χθές Προχθές

Όχι (0)
Ναι (1)

Δευτέρα	Κυριακή	Σάββατο
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Πόσες ώρες περίπου; 1 2 3 4 5 6 7 8

33. Δουλεύετε εκτός σπιτιού τα σαββατοκύριακα ;

Όχι (0)-E37
Ναι (1)

Ποιες μέρες ; 1 Σάββατο 2 Κυριακή 3 και τις δύο

Πόσες φορές τον μήνα ;

Σάββατα/μήνα

Κυριακές/μήνα

34. Η έκθεση που είχατε χθές στον καπνό στη δουλειά σας ήταν παρόμοια με αυτή των άλλων σαββατοκύριακων;

Όχι (0)

Ναι (1)-E36

35. Το ΣΚ, πόσες ώρες (κατά μέσο όρο) βρίσκεστε στη δουλειά σας με άτομα που κάπνιζουν στον ίδιο χώρο;

Καμία (0)

Λιγότερο από 1

1 2 3 4 5 6 7

Πάνω από 7

36. Η έκθεση στον καπνό στη δουλειά σας τα σαββατοκύριακα, είναι παρόμοια με αυτή που έχετε οποιαδήποτε άλλη εργάσιμη μέρα;

Όχι (0)

Ναι (1)-E38

37. Μέσα στην εβδομάδα, πόσες ώρες (κατά μέσο όρο) βρίσκεστε στον χώρο εργασίας με συναδέλφους που κάπνιζουν;

Καμία (0)

Λιγότερο από 1

1 2 3 4 5 6 7

Πάνω από 7

ΜΕΡΟΣ Γ : ΕΚΘΕΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

**ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΕΚΘΕΣΗ
ΗΜΕΡΑ ΤΡΙΤΗ**

32. Σήμερα Τρίτη βρεθήκατε στη δουλειά στον ίδιο χώρο με άτομα που κάπνιζαν;

Σήμερα Χθες Προχθές

Όχι (0)
Ναι (1)

Τρίτη	Δευτέρα	Κυριακή
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Πόσες ώρες περίπου; 1 2 3 4 5 6 7 8

33. Δουλεύετε εκτός σπιτιού τα σαββατοκύριακα ;

Όχι (0)-E37
Ναι (1)

Ποιες μέρες ; 1 Σάββατο 2 Κυριακή 3 και τις δύο

Πόσες φορές τον μήνα ;

Σάββατα/μήνα

Κυριακές/μήνα

34. Η έκθεση που είχατε στον καπνό προχθές Κυριακή στη δουλειά σας ήταν παρόμοια με αυτή που έχετε συνήθως μια μέρα του σαββατοκύριακου;

Όχι (0)

Ναι (1)-E36

35. Πόσες ώρες (κατά μέσο όρο) βρίσκεστε το σαββατοκύριακο με συναδέλφους που καπνίζουν στον ίδιο χώρο;

Καμία (0)

Λιγότερο από 1

1 2 3 4 5 6 7

Πάνω από 7

36. Εχθές-Δευτέρα, η έκθεση στον καπνό που είχατε στο χώρο της δουλειάς σας, ήταν παρόμοια με αυτή που έχετε συνήθως τις εργάσιμες μέρες;

Όχι (0)

Ναι (1)-E38

37. Πόσες ώρες (κατά μέσο όρο) βρίσκεστε στον ίδιο χώρο της δουλειάς με συναδέλφους που καπνίζουν μια οποιαδήποτε ημέρα της εβδομάδας;

Καμία (0)

Λιγότερο από 1

1 2 3 4 5 6 7

Πάνω από 7

ΜΕΡΟΣ Γ : ΕΚΘΕΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

**ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΕΚΘΕΣΗ
ΗΜΕΡΑ ΤΕΤΑΡΤΗ-ΠΕΜΠΤΗ-ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ**

32. Χθές στην εργασία σας είσαστε στον ίδιο χώρο με άτομα που κάπνιζαν;

Σήμερα Χθες Προχθές

Όχι (0)

Ναι (1)

Πόσες ώρες περίπου; 1 2 3 4 5 6 7 8

33. Δουλεύετε εκτός σπιτιού τα σαββατοκύριακα ;

Όχι (0)

Ναι (1)

Ποιες μέρες ; 1 Σάββατο 2 Κυριακή 3 και τις δύο

Πόσες φορές τον μήνα ;

Σάββατα/μήνα

Κυριακές/μήνα

34. Χθές, η έκθεση που είχατε στον καπνό στη δουλειά σας ήταν ίδια με αυτή που έχετε συνήθως μια εργάσιμη μέρα;

Όχι (0)

Ναι (1)-E36

35. Πόσες ώρες (κατά μέσο όρο) βρίσκεστε με συναδέλφους που καπνίζουν στο ίδιο δωμάτιο μια ημέρα της εβδομάδας;

Καμία (0)

Λιγότερο από 1

1 2 3 4 5 6 7

Πάνω από 7

Εάν δουλεύει τα σαββατοκύριακα :

36. Μέσα στην εβδομάδα, η έκθεση στον καπνό στη δουλειά σας, είναι παρόμοια με αυτή που έχετε τα σαββατοκύριακα;

Όχι (0)

Ναι (1)-E38

37. Το ΣΚ πόσες ώρες (κατά μέσο όρο) βρίσκεστε στη δουλειά σας με άτομα που καπνίζουν ;

Καμία (0)

Λιγότερο από 1

1 2 3 4 5 6 7

Πάνω από 7

ΜΕΡΟΣ Δ : ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΠΝΟ ΑΠΟ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΜΕ ΟΧΗΜΑΤΑ-ΧΩΡΟΥΣ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑΣ
--

ΓΕΝΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ

38. Κατά την εγκυμοσύνη σας, βρεθήκατε μέσα σε οχήματα ή, σε κλειστούς χώρους (όπως εστιατόρια, μπάρ, σπίτια φίλων ή συγγενών κλπ) ανάμεσα σε άτομα που κάπνιζαν;

Όχι (0)-E42

Ναι (1)

39. Πόσο συχνά συμβαίνει αυτό
Κάθε εβδομάδα

Όχι (0)

Ναι (1)

Πόσες εβδομάδες τον μήνα

εβδομάδες/μήνα

40. Πόσο συχνά συμβαίνει, μέσα στην εβδομάδα;
Κάθε μέρα ;

Όχι (0)

Ναι (1)

Πόσες μέρες στην εβδομάδα 1 2 3 4 5

Πόσες μέρες τα σαββατοκύριακα 1 2 3

41. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας, ποιους μήνες βρεθήκατε μέσα σε οχήματα ή, άλλους κλειστούς χώρους (εκτός σπιτιού και εργασίας) ανάμεσα σε άτομα που κάπνιζαν;

1^ο τρίμηνο 1 2 3

2^ο τρίμηνο 4 5 6

3^ο τρίμηνο 7 8 9

ΜΕΡΟΣ Δ : ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΠΝΟ ΑΠΟ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΜΕ ΟΧΗΜΑΤΑ-ΧΩΡΟΥΣ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑΣ
--

**ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΕΚΘΕΣΗ
ΗΜΕΡΑ ΔΕΥΤΕΡΑ**

42. Μετακινηθήκατε με κάποιο όχημα ή, βρεθήκατε σε κάποιο κλειστό χώρο με άλλα άτομα που κάπνιζαν;

Όχι (0)
Ναι (1)

Σήμερα Δευτέρα	Χθές Κυριακή	Προχθές Σάββατο
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Πόσες ώρες περίπου; 1 2 3 4 5 6 7 8

43. Εχθές, η έκθεσή σας στον καπνό ήταν η ίδια με αυτή που έχετε συνήθως τα σαββατοκύριακα;

Όχι (0)

Ναι (1)-E45

44. Πόσες ώρες (κατά μέσο όρο) το σαββατοκύριακο μετακινήστε με οχήματα ή, βρίσκεστε σε κλειστούς χώρους εκτός σπιτιού ή εργασίας, με άτομα που καπνίζουν;

Καμία (0)

Λιγότερο από 1

1 2 3 4 5 6 7

Πάνω από 7

45. Η έκθεση που είχατε στον καπνό αυτό το σαββατοκύριακο ήταν παρόμοια με αυτή των άλλων ημερών της εβδομάδας;

Όχι (0)

Ναι (1)-E47

46. Μέσα στην εβδομάδα, πόσες ώρες (κατά μέσο όρο) βρίσκεστε σε χώρους εκτός σπιτιού και εργασίας, με άλλα άτομα που καπνίζουν;

Καμία (0)

Λιγότερο από 1

1 2 3 4 5 6 7

Πάνω από 7

ΜΕΡΟΣ Δ : ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΠΝΟ ΑΠΟ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΜΕ ΟΧΗΜΑΤΑ-ΧΩΡΟΥΣ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑΣ
--

**ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΕΚΘΕΣΗ
ΗΜΕΡΑ ΤΡΙΤΗ**

42. Μετακινηθήκατε με κάποιο όχημα ή, βρεθήκατε σε κλειστό χώρο με άλλα άτομα που κάπνιζαν;

Σήμερα	Χθές	Προχθές
Τρίτη	Δευτέρα	Κυριακή

Όχι (0)

Ναι (1)

Πόσες ώρες περίπου; 1 2 3 4 5 6 7 8

43. Πιστεύετε ότι εχθές Δευτέρα η έκθεσή σας στον καπνό σε κλειστό χώρο (εκτός σπιτιού και εργασίας), ήταν η ίδια με αυτή που έχετε συνήθως μια οποιαδήποτε ημέρα της εβδομάδας;

Όχι (0)

Ναι (1)-E45

44. Πόσες ώρες (κατά μέσο όρο) ημερησίως μετακινήστε με οχήματα ή, βρίσκεστε σε κλειστούς χώρους εκτός σπιτιού ή εργασίας, με άτομα που καπνίζουν;

Καμία (0)

Λιγότερο από 1

2 2 3 4 5 6 7

Πάνω από 7

45. Η έκθεση που είχατε στον καπνό προχθές Κυριακή ήταν ίδια με αυτή που έχετε συνήθως το σαββατοκύριακο;

Όχι (0)

Ναι (1)-E47

46. Πόσες ώρες (κατά μέσο όρο) το σαββατοκύριακο βρίσκεστε σε κλειστούς χώρους εκτός σπιτιού και εργασίας, με άλλα άτομα που καπνίζουν;

Καμία (0)

Λιγότερο από 1

2 2 3 4 5 6 7

Πάνω από 7

ΜΕΡΟΣ Δ : ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΠΝΟ ΑΠΟ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΜΕ ΟΧΗΜΑΤΑ-ΧΩΡΟΥΣ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑΣ
--

**ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΕΚΘΕΣΗ
ΗΜΕΡΑ ΤΕΤΑΡΤΗ-ΠΕΜΠΤΗ-ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ**

42. Μετακινηθήκατε με κάποιο όχημα ή, βρεθήκατε σε κλειστό χώρο με άτομα που κάπνιζαν;
Σήμερα Χθές Προχθές

Όχι (0)

Ναι (1)

Πόσες ώρες περίπου; 1 2 3 4 5 6 7 8

43. Εχθές, η έκθεση στον καπνό σε κλειστούς χώρους (εκτός σπιτιού και εργασίας), ήταν η ίδια με αυτή που έχετε συνήθως μέσα στην εβδομάδα;

Όχι (0)

Ναι (1)-E45

44. Πόσες ώρες (κατά μέσο όρο) ημερησίως μετακινήστε με οχήματα ή, βρίσκεστε σε κλειστούς χώρους, με άτομα που καπνίζουν;

Καμία (0)

Λιγότερο από 1

1 2 3 4 5 6 7

Πάνω από 7

45. Η έκθεση που είχατε στον καπνό προχθές Δευτέρα ήταν παρόμοια με αυτή που είχατε το σαββατοκύριακο;

Όχι (0)

Ναι (1)-E47

46. Το ΣΚ πόσες ώρες (κατά μέσο όρο) βρίσκεστε σε κλειστούς χώρους (εκτός σπιτιού και εργασίας), με άτομα που καπνίζουν;

Καμία (0)

Λιγότερο από 1

1 2 3 4 5 6 7

Πάνω από 7

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ-ΦΑΡΜΑΚΩΝ

47. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας έχετε καταναλώσει αλκοόλ σε κάποια περίπτωση;

Όχι (0)-E48

Ναι (1)

Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε αλκοόλ;

Λιγότερη 1, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)

Πόσα ποτά συνήθως πίνετε;

2 ή λιγότερο, 3 ή 4, 5 ή περισσότερα

(1, 2, 3)

Τι πίνετε συνήθως;

1.μπύρα

2.κρασί

3.τσικουδιά

4.ουϊσκι

5.διάφορα

48. Καταναλώνετε κάποια φάρμακα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας;

Όχι (0)

Ναι (1)

Σας τα συνέστησε ο γιατρός σας;

Όχι (0)

Ναι (1)

49. Ο γιατρός σας , σας συμβούλεψε να μην καταναλώνετε αλκοόλ στην εγκυμοσύνη σας;

Όχι (0)

Ναι (1)

50.Ο γιατρός σας, σας ενημέρωσε για τους κινδύνους που έχει το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη;

Όχι (0)

Ναι (1)

51. Ο γιατρός σας, σας ενημέρωσε ότι το παθητικό κάπνισμα στην εγκυμοσύνη είναι κάτι που πρέπει να το αποφεύγετε;

Όχι (0)

Ναι (1)

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

52. Σε ότι αφορά την εκπαίδευσή σας:

- 0. δεν πήγε σχολείο
- 1. δημοτικό
- 2. γυμνάσιο
- 3. λύκειο ή, τεχνική σχολή
- 4. ανώτερη
- 5. ανώτατη

53. Εργάζεστε;

- Όχι (0)
- Ναι (1)

54. Ψάχνετε για δουλειά;

- Όχι (0)
- Ναι (1)

55. Τι δουλειά κάνετε ή, ποια ήταν η εργασία σας όταν δουλεύατε;

- Χειρονακτική (0)
- Μη-χειρονακτική (1)

56. Είστε παντρεμένη/ελεύθερη/διαζευγμένη

57. Τι εκπαίδευση έχει ο σύζυγος/σύντροφος

- 0. δεν πήγε σχολείο
- 1. δημοτικό
- 2. γυμνάσιο
- 3. λύκειο ή, τεχνική σχολή
- 4. ανώτερη
- 5. ανώτατη

58. Εργάζεται ο σύζυγός/σύντροφός σας;

- Όχι (0)
- Ναι (1)

59. Ψάχνει εργασία

- Όχι (0)
- Ναι (1)

60. Τι δουλειά κάνει ή, ποια ήταν η εργασία του όταν δούλευε;

- Χειρονακτική (0)
- Μη-χειρονακτική (1)