



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με τη συμπεριφορά
του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης»
Μελέτη Μητέρας Παιδιού Κρήτης - Μελέτη ΡΕΑ**

Κύρου Ιωάννα
Κοινωνική Λειτουργός

- Επιβλέποντες:
1. ΧΑΤΖΗ ΛΗΔΑ, Λέκτορας Επιδημιολογίας της Διατροφής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστημίου Κρήτης
 2. ΒΑΣΙΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ, Ιατρός PhD Επιδημιολογίας
 3. ΚΡΙΤΣΩΤΑΚΗΣ ΓΙΩΡΓΟΣ, PhD Καθηγητής Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης

Στον σύζυγό μου
για την κατανόηση
την υπομονή και
την υποστήριξή του

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	1
Abstract	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΚΥΗΣΗ	5
1. Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στη μητέρα και στο έμβρυο.....	5
1.1 Οι προσδιοριστικοί παράγοντες του καπνίσματος.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	8
2. Η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου.....	8
2.1 Η μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου.....	11
2.2 Η σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την υγεία.....	13
2.3 Η σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με το κάπνισμα.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	17
3. Ο ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στη Δημόσια Υγεία.....	17
3.1 Η σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την Κοινωνική Εργασία.....	18
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	20
4. Σκοπός της έρευνας.....	20
4.1 Ερευνητική υπόθεση και ερευνητικά ερωτήματα.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	21
5. Μελέτη Μητέρας – Παιδιού Κρήτης (Μελέτη ΡΕΑ).....	21
5.1 Πληθυσμός μελέτης.....	22
5.2 Συλλογή δεδομένων.....	22
5.3 Μεταβλητές έκθεσης - Μεταβλητές αποτελεσμάτων.....	23
5.4 Συγχυτικοί παράγοντες.....	23

5.5 Στατιστική ανάλυση.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	25
6. Δοκιμές Αξιοπιστίας.....	25
6.1 Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης.....	26
6.2 Αποτελέσματα μονοπαραγοντικής ανάλυσης.....	29
6.3 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	40
7. Συζήτηση.....	40
7.1 Συμπεράσματα.....	42
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	43

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: Η συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με τη συμπεριφορά του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης» Μελέτη Μητέρας Παιδιού Κρήτης.

Μελέτη ΡΕΑ

Της: Ιωάννα Κύρου

Υπό τη επίβλεψη των: 1. Χατζή Λήδα

2 Βασιλάκη Μαρία

3. Κριτωτάκης Γιώργος

Ημερομηνία: Νοέμβριος 2011

Εισαγωγή: Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση για τη δημόσια υγεία. Μέχρι σήμερα μια σειρά από παράγοντες έχουν βρεθεί να επηρεάζουν τη συμπεριφορά του καπνίσματος κατά την κύηση, ιδιαίτερο ερευνητικό, όμως, ενδιαφέρον έχει η σχέση του καπνίσματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης με το κοινωνικό κεφάλαιο της μητέρας, κυρίως μετά τη συνεχή αναγνώριση των κοινωνικών παραγόντων στην ερμηνεία και αιτιολόγηση διαφόρων αποτελεσμάτων και μεταβλητών στο χώρο της υγείας.

Μεθοδολογία: Η έρευνα διεξάγεται στα πλαίσια της προοπτικής μελέτης Μητέρας Παιδιού Κρήτης (Μελέτη ΡΕΑ) (n=550). Για τη πραγματοποίησή της χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια της 12^{ης} και 30^{ης} εβδομάδας κύησης, ενώ η μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου της μητέρας έγινε με το ερωτηματολόγιο του Κοινωνικού Κεφαλαίου (SCQ-G) στη 12^η εβδομάδα. Έγινε πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση για να εκτιμηθεί η σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου της μητέρας με τη συμπεριφορά του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη μετά από έλεγχο για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες.

Αποτελέσματα: Μεσαία επίπεδα συμμετοχής στην τοπική κοινότητα (βαθμολογία ανάμεσα στο 10^ο και στο 90^ο εκατοστημόριο των παρατηρήσεων) σχετίζονταν σημαντικά με το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μετά και τον έλεγχο των συγχυτικών παραγόντων (OR 2.73, 95%CI= 1.18-6.27, p=0.02). Επίσης, για κάθε αύξηση κατά μία μονάδα στον παράγοντα αίσθημα ασφάλειας του κοινωνικού κεφαλαίου, υπήρχε μια αύξηση της πιθανότητας κατά 12% στη συμπεριφορά του καπνίσματος κατά την κύηση, μετά και τον έλεγχο των συγχυτικών παραγόντων (Adjusted OR 1.12 95% CI= 0.97-1.30), αν και αυτή η εκτίμηση δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Συμπεράσματα: Η μελέτη μας δείχνει ότι η συμμετοχή στην κοινότητα μπορεί να συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα για χρήση καπνού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Χρειάζονται μελλοντικές έρευνες για τη διάκριση μεταξύ των διαφόρων τύπων της συμμετοχής και των διαφόρων παραγόντων του κοινωνικού κεφαλαίου για την καλύτερη κατανόηση της σχέσης τους με τα αποτελέσματα της συμπεριφοράς του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Λέξεις κλειδιά: Κοινωνικό κεφάλαιο, κάπνισμα, εγκυμοσύνη, Μελέτη ΡΕΑ

Abstract

Title: The correlation of social capital in the behavior of smoking during pregnancy".

Cohort Mother-Child Study Crete (Rhea Study)

By: Ioanna Kirou

Supervisors: 1. Chatzi Leda
2. Vasilaki Maria
3. Kritsotakis Giorgos

Date: November 2011

Introduction: Smoking during pregnancy is still a challenge for public health. A series of factors have been found to affect smoking behavior during pregnancy; yet of notable research interest is the relation of smoking during pregnancy with the social background of the mother, especially after acknowledging the social factors in interpretation and justification of various results and constants concerning health.

Methodology: The present research is conducted within a prospective cohort Mother-Child study (Rhea Study) (n=550). Questionnaires of the 12th and 30th week of pregnancy were used, while the measurement of the mother's social capital was performed using the Social Capital Questionnaire (SCQ-G) during the 24th week. Multiple logistic regression was used to evaluate the relation of the mother's social capital with the smoking behavior during pregnancy, after checking for possible confounding factors.

Results: Medium participation levels to the local community (between the 10th and 90th percentile of observations) were strongly associated with smoking during pregnancy, after checking for confounding factors (OR 2.73, 95%CI= 1.18-6.27, p= 0.02). Furthermore, for every increase by a unit to the social capital feelings of safety, there was a 12% increase to the probability of smoking behavior during pregnancy, after checking for confounding factors (Adjusted OR 1.12 95% CI= 0.97-1.30), even though this assessment was not statistically important.

Conclusion: Results of the present study suggest that participation to the community may be associated with an increased probability of smoking during pregnancy. Future studies are required to distinguish the various types of participation and factors of social capital, so to better understand their relation with the smoking behavior during pregnancy.

Key words: Social capital, smoking, pregnancy, Rhea Cohort Study

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρήση του καπνού είναι η πιο τροποποιήσιμη αιτία θανάτου στον κόσμο σήμερα (WHO, 2008). Οι προβλέψεις που βασίζονται σε μεγάλες πληθυσμιακές μελέτες (CDC 2010) δείχνουν ότι το ήμισυ των μακροχρόνιων καπνιστών, ιδίως αυτών που άρχισαν το κάπνισμα στην εφηβεία, θα πεθάνουν λόγω του καπνίσματος. Επιπλέον έχει υπολογιστεί ότι σε παγκόσμιο επίπεδο, η χρήση του καπνού προκάλεσε 100 εκατομμύρια θανάτους τον εικοστό αιώνα και ότι μπορεί να προκαλέσει μέχρι και ένα δισεκατομμύριο θανάτους τον εικοστό πρώτο αιώνα χωρίς την ανάληψη δράσης (CDC 2010, WHO 2011).

Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση για τη δημόσια υγεία. Αν και κατά τις τελευταίες δεκαετίες έχει μειωθεί σημαντικά εκτιμάται ότι 13 – 34% των εγκύων γυναικών εξακολουθούν να καπνίζουν καθημερινά (Bastra et al, 2003). Οι αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος κατά την κύηση περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων αυξημένο κίνδυνο αποβολής, πρόωρους τοκετούς, βρεφική θνησιμότητα, χαμηλό σωματικό βάρος και αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα (Ward et al 2007, Noakes et al 2007, George et al 2006).

Μέχρι σήμερα μια σειρά από παράγοντες έχουν βρεθεί να επηρεάζουν τη συμπεριφορά του καπνίσματος κατά την κύηση ανάμεσα στους οποίους είναι η ηλικία της μητέρας, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το εισόδημα και το πολιτισμικό υπόβαθρο. Ιδιαίτερο ερευνητικό, όμως, ενδιαφέρον έχει η σχέση του καπνίσματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης με το κοινωνικό κεφάλαιο της μητέρας.

Η αναγνώριση των κοινωνικών παραγόντων στην ερμηνεία και αιτιολόγηση διαφόρων αποτελεσμάτων και μεταβλητών στο χώρο της υγείας, καθιστά το κοινωνικό κεφάλαιο ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα πρόκληση. Αν και αρκετές έρευνες έχουν μελετήσει τη σχέση του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη με διάφορους κοινωνικούς παράγοντες, η σχέση με το κοινωνικό κεφάλαιο της μητέρας δεν έχει διερευνηθεί.

Η έλλειψη παρόμοιων ερευνών δίνει στην παρούσα μελέτη μια ιδιαίτερη θέση στην αναζήτηση της πληροφορίας για τη συμπεριφορά του καπνίσματος

κατά την εγκυμοσύνη αλλά και στη διαδικασία μέτρησης του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου σε παράγοντες που αφορούν τις συμπεριφορές υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΚΥΗΣΗ

1. Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στη μητέρα και στο έμβρυο

Το κάπνισμα της εγκύου συνδέεται με διάφορες επιπλοκές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ανάπτυξη του εμβρύου, στο νεογέννητο και μακροχρόνια στην ανάπτυξη του στην παιδική ηλικία. Κάποιες από τις πιο συχνές επιπλοκές κατά την κύηση είναι η αυτόματη αποβολή, η αποκόλληση του πλακούντα και ο πρόωρος τοκετός. Αυτόματη αποβολή ορίζεται η ακούσια λύση μιας ενδομήτριας εγκυμοσύνης πριν από την 20^η εβδομάδα κύησης (CDC, 2010). Μελέτες έχουν αναφέρει διαγνωσμένη αυτόματη αποβολή σε περίπου 12 τοις εκατό των κυήσεων, και οι περισσότερες εμφανίζονται πριν την 12^η εβδομάδα κύησης (Regan et al, 1989). Αρκετές μελέτες έχουν δείξει μια μέτρια συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και της αυτόματης αποβολής (Di Franza, Lew, 1995) λαμβάνοντας, όμως, υπόψη και το κάπνισμα πριν την εγκυμοσύνη. Οι εκτιμήσεις για την αύξηση του κινδύνου των αυτόματων αποβολών είναι από 30 έως 100 τοις εκατό περίπου σε ένα σχήμα δόσης – απόδοσης (CDC, 2010).

Η αποκόλληση του πλακούντα, ο πρόωρος διαχωρισμός από τα τοιχώματα της μήτρας επηρεάζει το 0.5 με 2 τοις εκατό των κυήσεων (CDC, 2010). Η περιγεννητική θνησιμότητα αναφέρεται σε 8 με 12 τοις εκατό (Annanth, Wilcox, 2001; Kyrklund-Blomberg et al, 2001). Αρκετές μελέτες έχουν συνδέσει το κάπνισμα με αυξημένο κίνδυνο αποκόλλησης του πλακούντα. Το εύρος του σχετικού κινδύνου είναι από 1.4 έως 1.9 (Raymond, Mills, 1993; Annanth et al, 1999; Adres, Daj, 2000)

Ο πρόωρος τοκετός (<37 εβδομάδες κύησης) είναι η κύρια αιτία νεογνικής θνησιμότητας και νοσηρότητας στις ανεπτυγμένες χώρες (CDC, 2010). Οι ερευνητές έχουν συνδέσει το κάπνισμα με τον πρόωρο τοκετό (Ancel et al, 1999;

Gardosi, Francis, 2000). Σε μια μετά-ανάλυση από δεδομένα 20 προοπτικών μελετών, η εκτίμηση για οποιαδήποτε μορφή καπνίσματος της μητέρας σε σχέση με αυτές που δεν κάπνιζαν ήταν 1.27 (95% CI 1.21 έως 1.33) (Shah, Bracken, 2000).

Αρκετές είναι και οι επιπτώσεις του καπνίσματος της μητέρας στο έμβρυο, το νεογνό και το αναπτυσσόμενο παιδί.

Το κάπνισμα της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ο πιο σημαντικός τροποποιήσιμος παράγοντας κινδύνου για την σωματική ανάπτυξη και το χαμηλό βάρος κατά την γέννηση στις δυτικές χώρες (Prabhu et al, 2010; Jaakkola, Gissler, 2004; Gray et al, 2010; Agrawal et al, 2010; Ward et al, 2007; Machado et al, 2011; Langley et al, 2007; Matijaserich et al, 2011). Τα ευρήματα της μελέτης Generation R (2002-2006) δείχνουν ότι το μητρικό κάπνισμα σχετίζεται με μειωμένη αύξηση της περιμέτρου του κρανίου του εμβρύου, της κοιλιακής περιφέρειας και το μήκος του μηρού (Jadoe et al, 2007, Vardavas et al, 2010)

Γενετικές μελέτες επιβεβαιώνουν, επίσης, πως ο καπνός του τσιγάρου είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ευαισθητοποίηση του οργανισμού σε ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος. Τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες συνεχίζουν να κάπνιζουν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, έχουν αυξημένα αναπνευστικά συμπτώματα και μειωμένη πνευμονική λειτουργία σε σύγκριση με τα παιδιά των οποίων οι μητέρες δεν κάπνιζαν (Prabhu et al, 2010). Η έκθεση στο μητρικό κάπνισμα συσχετίστηκε με αυξημένο συριγμό στα 2 έτη της ηλικίας των παιδιών (Lanero et al, 2006) καθώς και την εμφάνιση παιδικού άσθματος και αλλεργικών νόσων (Jaakola, Gissler, 2004; Preschott, Noakes, 2007; Karmaus et al, 2008).

Η συνολική οξειδωτική κατάσταση των εμβρύων επηρεάζεται από την ενεργητική έκθεση στο καπνό των τσιγάρων κατά την εγκυμοσύνη και τα έμβρυα υπόκεινται σε σοβαρό οξειδωτικό στρες (Noakes et al, 2007).

Τέλος, υπάρχουν αρκετές μελέτες που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο τα παιδιά που ήταν εκτεθειμένα στο ενεργητικό κάπνισμα κατά την κύηση να αναπτύξουν προβλήματα συμπεριφοράς, υπερκινητικότητας, διαταραχές προσοχής και μαθησιακές δυσκολίες (Altink et al, 2009; Batstra et al, 2003; Agrawal et al, 2010; Langley et al, 2007; Huijbregts, Seguin, 2007; Boutwell, Beaver, 2010). Οι Huizink και Mulder (2006), οι οποίοι είχαν την ευκαιρία να

ανασκοπήσουν κριτικά ένα μεγάλο αριθμό μελετών, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το μητρικό κάπνισμα κατά την κύηση σχετίζεται με την διάσπαση της προσοχής, τον παρορμητισμό, προβλήματα συμπεριφοράς-επιθετικότητας, υπερκινητικότητα, μειωμένες γνωστικές ικανότητες και τις μαθησιακές δυσκολίες των απογόνων.

1.1 Οι προσδιοριστικοί παράγοντες του καπνίσματος

Ανάμεσα στους πιο συχνούς καθοριστικούς παράγοντες, που έχουν καταγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία, για το κάπνισμα είναι η ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας. Οι γυναίκες οι οποίες αρχίζουν να καπνίζουν σε νεαρότερη ηλικία έχουν περισσότερες πιθανότητες να συνεχίζουν να καπνίζουν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (Taioli, Wynder, 1991; Cnattingius et al, 1992; Lindstrom et al, 2000, Cnattingius, 2004).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Λίβανο για τη διερεύνηση των δημογραφικών παραγόντων και του ψυχοκοινωνικού προφίλ του καπνίσματος μεταξύ των εγκύων έδειξε ότι η ηλικία και η εκπαίδευση είναι ανεξάρτητοι παράγοντες του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη (Chaaya et al, 2003). Η αύξηση της ηλικίας κατά ένα έτος συσχετίστηκε με μείωση κατά 10% της πιθανότητας καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη, ενώ για τις γυναίκες χαμηλής ή μέσης εκπαίδευσης η πιθανότητα να συνεχίζουν να καπνίζουν καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ήταν κατά 3,77 φορές αυξημένη σε σύγκριση με τις γυναίκες με υψηλή εκπαίδευση. Παρόμοια αποτελέσματα βρήκαν και οι Kendel et al (2009) για το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας και το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης, καθώς και οι Higgins και συν. (2009) στη διερεύνηση της σχέσης του καπνίσματος με τα εκπαιδευτικά μειονεκτήματα.

Οι κοινωνικό-οικονομικοί καθοριστικοί παράγοντες για το κάπνισμα των εγκύων διερευνήθηκαν σε μια επιτόπια έρευνα που έγινε στη Τουρκία (Ergin et al, 2010). Οι νέες μητέρες (<20), οι χαμηλή μόρφωσης γυναίκες και οι μετανάστριες είχαν αυξημένο κίνδυνο για το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη. Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και η ιδιότητα του μετανάστη, ήταν παράγοντες κινδύνου για την καθημερινή κατανάλωση. Για τη σχέση της εθνικότητας με τη συμπεριφορά του

καπνίσματος έχουν αναφερθεί και οι Lindstrom και Sundquist (2002) σε έρευνα που πραγματοποίησαν στη Σουηδία. Στα αποτελέσματα της έρευνας βρήκαν διαφορές στη διακύμανση της καθημερινής καπνιστικής συνήθειας, ανάλογα με την ομάδα εθνικότητας.

Στη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, από το 1997 έως το 2006, που έκαναν οι Schneider και Scgutz (2008) διαχώρισαν τους προσδιοριστικούς παράγοντες του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη σε τέσσερις κατηγορίες: βιολογικούς παράγοντες, υλικούς/διαθροωτικούς, ψυχοκοινωνικούς και συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τα ευρήματα τους, οι γυναίκες νεότερης ηλικίας, με χαμηλή κοινωνική θέση, με μεγάλο αριθμό παιδιών, χωρίς σύντροφο ή με σύντροφο που καπνίζει και ελλιπή προγεννητική φροντίδα, έχουν υψηλότερες πιθανότητες να συνεχίσουν το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη, συγκριτικά με τις γυναίκες στις αντίστοιχες κατηγορίες αναφοράς.

Τέλος στην Ελλάδα, τα ευρήματα της Μελέτης PEA (Vardavas et al, 2010) δείχνουν ότι οι λιγότερο πιθανό να διακόψουν το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη ήταν εκείνες οι γυναίκες που ήταν παντρεμένες με καπνιστή (OR=1.76, P =0.008), εκείνες που ήταν πολύτοκες (OR=1.7, P=0.011) και εκείνες που ήταν παντρεμένες με νέους σε ηλικία συζύγου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

2. Η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου

Το κοινωνικό κεφάλαιο περιλαμβάνει έννοιες, όπως κοινότητα, κοινωνικά δίκτυα, συμμετοχή εμπιστοσύνη, αμοιβαιότητα, κοινωνική ενσωμάτωση, κοινωνική απομόνωση και δικαιοσύνη, που έχουν μακρά ιστορία που χρονολογείται από το έργο των Durkheim, Marx και Weber (Baum, Zierch, 2003, Portes, 1998). Ωστόσο η έρευνα για το κοινωνικό κεφάλαιο είναι σχετικά πρόσφατη. Μόνο κατά τα τελευταία 20 χρόνια, η έννοια έχει την προσοχή των επαγγελματιών και των ακαδημαϊκών από διάφορους χώρους.

Η έλλειψη ενός κοινού αποδεκτού και καθιερωμένου ορισμού του κοινωνικού κεφαλαίου έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη διαφορετικών ερμηνειών της

έννοιας. Οι ορισμοί που προκύπτουν, οι οποίοι είναι πιο συχνά συμπληρωματικοί παρά αντιφατικοί, έχουν χρησιμοποιηθεί σε ένα αυξανόμενο αριθμό ερευνητικών έργων και τομέων δραστηριοτήτων, για να προσπαθήσουν να συλλάβουν την ουσία και τη δυναμική ανάπτυξη της έννοιας. (Grootaert, Bastelaer, 2002)

Η πρώτη συστηματική ανάλυση του κοινωνικού κεφαλαίου έγινε από τον Pierre Bourdieu, ο οποίος όρισε το κοινωνικό κεφάλαιο ως το σύνολο των πραγματικών ή δυναμικών πόρων που συνδέονται με την ύπαρξη ενός ανθεκτικού δικτύου, περισσότερο ή λιγότερο θεσμοθετημένων σχέσεων αμοιβαίας εξοικείωσης και αναγνώρισης (Portes, 1998).

Σε μια πιο εις βάθος ανάλυση προχώρησε ο Coleman (1988), σύμφωνα με τον οποίο το κοινωνικό κεφάλαιο ορίζεται από τη λειτουργία του. Δεν είναι ένα ενιαίο σύνολο αλλά μια ποικιλία διαφορετικών συνόλων που έχουν δύο κοινά χαρακτηριστικά: όλα αποτελούνται από κάποιες πτυχές της κοινωνικής δομής και διευκολύνουν ορισμένες δράσεις των ατόμων, που είναι μέσα στη δομή αυτή (Smith, 2000 -2009; Portes, 1998).

Ο Putnam, επίσης από τους πιο σημαντικούς θεωρητικούς του κοινωνικού κεφαλαίου, όρισε το κοινωνικό κεφάλαιο ως την ύπαρξη δικτύων στη κοινότητα, τη συμμετοχή των πολιτών στα κοινά, την καλλιέργεια ισχυρής τοπικής ταυτότητας, την αίσθηση του ανήκειν σε μια κοινότητα ή σε μια ομάδα, χρησιμοποιώντας τους διαθέσιμους πόρους καλύτερα από το κάθε άτομο χωριστά. (Kritsotakis et al, 2009)

Για τον Field (2004) η θεωρία του κοινωνικού κεφαλαίου είναι απλή γιατί συνοψίζεται σε δύο λέξεις: θέμα σχέσεων. Οι άνθρωποι δημιουργώντας σχέσεις και διατηρώντας αυτές στη πάροδο του χρόνου, είναι σε θέση να εργαστούν από κοινού για να επιτύχουν που είτε δεν θα μπορούσαν μόνοι τους, είτε θα μπορούσαν με μεγάλη δυσκολία. Οι άνθρωποι συνδέονται μεταξύ του μέσω μιας σειράς δικτύων και μοιράζονται κοινές αξίες με άλλα μέλη των δικτύων αυτών. Για τον Field (2004) τα κοινωνικά δίκτυα αποτελούν ένα περιουσιακό στοιχείο.

Ο ευρύτερος ορισμός του κοινωνικού κεφαλαίου που δίνει η World Bank, κατά τον οποίο το κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρεται στους θεσμούς τις σχέσεις και τους κανόνες που διαμορφώνουν την ποιότητα και την ποσότητα των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων μια κοινωνίας, για τη λειτουργία και την ανάπτυξη της οποίας οι παραπάνω συνθήκες είναι απαραίτητες (World Bank), διακρίνει δύο στοιχεία ή μορφές του κοινωνικού κεφαλαίου, το δομικό κοινωνικό κεφάλαιο και το γνωστικό

κοινωνικό κεφάλαιο (Grootaert, Bastelaer, 2002; Grootaert et al, 2004). Το δομικό κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρεται σε σχετικά παρατηρούμενες κοινωνικές δομές, όπως τα δίκτυα, οι ενώσεις και οι θεσμοί, καθώς και στους κανόνες και τις διαδικασίες που εμπεριέχουν. Το γνωστικό κοινωνικό κεφάλαιο περιλαμβάνει περισσότερες υποκειμενικές έννοιες, όπως συνήθειες, αποδεκτές συμπεριφορές, κοινές αξίες, την αμοιβαιότητα και την εμπιστοσύνη (Grant, 2001).

Μια πιο ευρέως καθιερωμένη διάκριση του κοινωνικού κεφαλαίου, είναι αυτή σε ατομικό και συλλογικό. Κατά τη μια προσέγγιση – με εκπροσώπους των Bourdieu και Coleman – το κοινωνικό κεφάλαιο υπολογίζεται σε ατομικό επίπεδο με μετρήσεις που αφορούν τις κοινωνικές διασυνδέσεις και τη κοινωνική υποστήριξη. (Coleman, 1998, Ferlander, 2007) Η δεύτερη προσέγγιση, με κύριο εκπρόσωπο των Putnam, θεωρεί ότι η ύπαρξη συγκεκριμένων συνθηκών – συμμετοχή, αλληλεπίδραση, αμοιβαία βοήθεια, ενσωμάτωση – στον πληθυσμό, προάγει τη συλλογική αποδοτικότητα, όπου τα μέλη μιας κοινότητας μπορούν να λειτουργήσουν αποτελεσματικότερα από το κάθε άτομο ξεχωριστά. (Putnam, 1995, Ferlander, 2007). Για τον Putnam το κοινωνικό κεφάλαιο είναι ένα συλλογικό χαρακτηριστικό που έχουν οι κοινωνίες. Μια κοινωνία των πολλών ενάρετων, αλλά μεμονωμένων ατόμων δεν είναι αναγκαστικά πλούσια σε κοινωνικό κεφάλαιο. (Smith, 2000-2009).

Υπάρχει, βέβαια και μια τρίτη προσέγγιση, η οποία αποδέχεται τη συνύπαρξη του ατομικού και συλλογικού κεφαλαίου. Σύμφωνα με τη προσέγγιση αυτή ο ορισμός του κοινωνικού κεφαλαίου δίνεται μέσα από τους εσωτερικούς και τους εξωτερικούς δεσμούς ή, όπως αναφέρει ο Woolcock (1998), τους εσω-κοινοτικούς και εξω-κοινοτικούς δεσμούς. (Adler, Krown, 2002)

Σε εξέλιξη της προσέγγισης αυτής, ο Woolcock (2001) δίνει κι άλλη διάκριση του κοινωνικού κεφαλαίου ανάμεσα στο δεσμευτικό, το συνδετικό και το ενωτικό κοινωνικό κεφάλαιο. Το δεσμευτικό χαρακτηρίζει τις σχέσεις ανάμεσα στους ανθρώπους που βρίσκονται σε παρόμοια κατάσταση, όπως οι σχέσεις μέσα σε μια οικογένεια. Το συνδετικό κεφάλαιο αναφέρεται σε πιο απόμακρες σχέσεις ανάμεσα σε ανθρώπους που δεν βιώνουν τις ίδιες συνθήκες, όπως οι σχέσεις που αναπτύσσονται στον εργασιακό χώρο. Τέλος, το ενωτικό κεφάλαιο αναφέρεται σε διαφορετικούς ανθρώπους που βιώνουν τελείως ανόμοιες καταστάσεις, όπως οι σχέσεις που αναπτύσσονται τα μέλη μιας κοινότητας με άτομα που βρίσκονται έξω

από τη κοινότητα και έχουν έτσι τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν ένα ευρύτερο φάσμα πόρων από αυτό που είναι διαθέσιμο στην κοινότητα.

Οι παραπάνω θεωρητικές αναλύσεις επιβεβαιώνουν τη μη ύπαρξη μιας κοινά αποδεκτής θεωρητικής προσέγγισης του κοινωνικού κεφαλαίου. Η μεθοδολογική αυτή ανεπάρκεια οδηγεί στο πρακτικό ερώτημα εάν το κοινωνικό κεφάλαιο είναι ένα ατομικό ή συλλογικό χαρακτηριστικό. (Kritsotakis et al., 2009). Για τον Portes (2000), αυτό το οποίο έχει σημασία είναι η συνέχιση των ερευνών του κοινωνικού κεφαλαίου, σε όποια μορφή δίνεται αυτό, διότι η απόδοση θετικών επιδράσεων του κοινωνικού κεφαλαίου, είτε ατομικό είτε συλλογικό, είναι πρόωρη εφόσον οι παρατηρούμενες επιδράσεις μπορεί να είναι φαινομενικές ή συμβατές με εναλλακτικές εξηγήσεις που προέρχονται από διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις.

2.1 Η μέτρηση του Κοινωνικού Κεφαλαίου

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου, που αναπτύχθηκαν μέσα σε διαφορετικά πλαίσια με στόχο την καλύτερη κατανόηση του τρόπου λειτουργίας του. Η μεθοδολογική τάση που προωθείται τα τελευταία χρόνια για την ερμηνεία και την αιτιολόγηση διαφόρων παραγόντων και μεταβλητών, βασίζεται στη συνεκτίμηση τόσο ατομικών χαρακτηριστικών, όσο και κοινωνικών παραγόντων αντιμετωπίζοντας το κοινωνικό κεφάλαιο ως ατομικό και ως οικολογικό χαρακτηριστικό (Kritsotakis et al., 2009).

Οι δυο πιο γνωστές μετρήσεις του κοινωνικού κεφαλαίου ως οικολογικό χαρακτηριστικό είναι αυτές των Sampson et al (Harpham et al, 2002) και Kawachi et al (1997). Σε μια ποσοτική έρευνα για τη βία και το κοινωνικό κεφάλαιο οι Sampson et al μέτρησαν τη συλλογική αποτελεσματικότητα μετρώντας τη κοινωνική συνοχή και τον ανεπίσημο κοινωνικό έλεγχο. Για τη μέτρηση της κοινωνικής συνοχής οι ερωτώμενοι έπρεπε να απαντήσουν, πόσο πολύ συμφωνούν σε πέντε ενότητες

- οι άνθρωποι σε αυτή τη γειτονιά μπορούν να εμπιστευθούν
- είναι μια κλειστή γειτονιά
- οι άνθρωποι της γειτονιάς είναι πρόθυμοι να βοηθήσουν τους γείτονές τους

- οι άνθρωποι σε αυτή τη γειτονιά δεν τα πηγαίνουν καλά μεταξύ τους
- οι άνθρωποι σε αυτή τη γειτονιά δεν μοιράζονται τις ίδιες αξίες

Ο ανεπίσημος κοινωνικός έλεγχος μετρήθηκε ρωτώντας για τη πιθανότητα οι γείτονες να παρέμβαιναν αν:

- τα παιδιά εγκατέλειπαν το σχολείο και κυκλοφορούσαν στους δρόμους
- τα παιδιά έγραφαν με γκράφιτι στα δημόσια κτίρια
- αν τα παιδιά έδειχναν ασέβεια στους ενήλικες
- μια διαμάχη ξέσπαγε μπροστά από το σπίτι τους
- ο κοντινός πυροσβεστικός σταθμός απειλείται να κλείσει

Σε μια επίσης ποσοτική έρευνα οι Kawachi et al (1997) μελέτησαν το κοινωνικό κεφάλαιο από (α) τη κατά κεφαλή συμμετοχή σε εθελοντικές ομάδες, (β) τη διαπροσωπική εμπιστοσύνη και (γ) τους αντιληπτούς κανόνες αμοιβαιότητας.

Μια γενική εικόνα δείχνει ότι οι μεγάλες κλίμακας μελέτες συνηθίζουν να χρησιμοποιούν ένα ή δύο μέτρα του κοινωνικού κεφαλαίου (συνήθως εμπιστοσύνη και συμμετοχή), ενώ μελέτες μικρότερης κλίμακας, που εστιάζουν στο ζήτημα του κοινωνικού κεφαλαίου, έχουν τη δυνατότητα να μετρήσουν το κοινωνικό κεφάλαιο με μια ολιστική προσέγγιση (Harpham et al, 2002).

Μια τέτοια προσέγγιση ακολούθησαν οι Oxgh και Bullen (2000) στην Αυστραλία, οι οποίοι χρησιμοποίησαν ένα εργαλείο για τη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου, το οποίο περιλαμβάνει οκτώ διακριτά στοιχεία του:

1. Συμμετοχή στη τοπική κοινότητα
2. Σχέσεις στη γειτονιά
3. Οικογενειακές και φιλικές σχέσεις
4. Σχέσεις στον εργασιακό χώρο
5. Κοινωνική δράση
6. Αίσθημα εμπιστοσύνης και ασφάλειας
7. Ανοχή στη διαφορετικότητα
8. Αξία της ζωής

Το ερωτηματολόγιο αυτό, το οποίο έχει σταθμιστεί στην Ελλάδα (Kritsotakis et al, 2008, 2010) και αποτελεί εργαλείο της παρούσας μελέτης, μετράει το κοινωνικό κεφάλαιο ποσοτικά και σε ατομικό επίπεδο.

Οι Grootaert et al (2004) παρουσίασαν ένα ολοκληρωμένο ερωτηματολόγιο μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου (SC-IQ). Το ερωτηματολόγιο αυτό σχεδιάστηκε για να συλλάβει τον πολυδιάστατο χαρακτήρα του κοινωνικού

κεφαλαίου, σε ατομικό επίπεδο και επίπεδο νοικοκυριού. Διερευνά α) των τύπο των ομάδων και των δικτύων που ανήκουν οι άνθρωποι, καθώς και τη φύση των σχέσεων που αναπτύσσονται μέσα στις ομάδες αυτές και τα δίκτυα, και β) την υποκειμενική αντίληψη των ερωτηθέντων για την αξιοπιστία των άλλων ανθρώπων και των βασικών θεσμών που διαμορφώνουν τη ζωή τους, όπως για τους κανόνες συνεργασίας και αμοιβαιότητας που υπάρχουν όταν επιχειρούν να συνεργαστούν για την επίλυση προβλημάτων.

Πιο πρόσφατα οι Chen et al (2009) παρουσίασαν μια Κλίμακα Προσωπικού Κοινωνικού Κεφαλαίου για ποσοτικές έρευνες που μελετούν τους κοινωνικούς παράγοντες της υγείας και της συμπεριφοράς. Το εργαλείο περιλαμβάνει δώδεκα σύνθετα χαρακτηριστικά, βασισμένα σε 42 στοιχεία για την εκτίμηση του προσωπικού κοινωνικού κεφαλαίου, συμπεριλαμβανομένων αυτών που ανήκουν στο δεσμευτικό (bonding) και συνδετικό (bridging) κεφάλαιο. Οι δώδεκα μεταβλητές διακρίνονται σε τρεις ομάδες. Η πρώτη ομάδα αποτελείται από δύο ενδο-προσωπικούς παράγοντες, κοινωνική επαφή και ανθρώπινες δεξιότητες, δεύτερη ομάδα αποτελείται από δύο θετικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες της κοινότητας, υποστήριξη και συνεργασία, και η Τρίτη ομάδα περιλαμβάνει οκτώ δραστηριότητες, που θεωρητικά συνδέονται με τη συσσώρευση του κοινωνικού κεφαλαίου.

Για κάθε εργαλείο μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε κάθε πλαίσιο, ούτε είναι κατάλληλο σε όλους τους χώρους, αλλά απαιτείται η προσαρμογή του και σε ορισμένες περιπτώσεις πιθανόν η χρήση περισσότερων από ένα εργαλεία.

2.2 Η σχέση του Κοινωνικού Κεφαλαίου με την υγεία

Η σχέση των κοινοτικών παραγόντων για την ερμηνεία της κατάστασης της υγείας σε μια κοινότητα δεν είναι νέο φαινόμενο. Η σχέση μεταξύ των κοινωνικών δικτύων και της υγείας έχει καταγραφεί από το 1901, όταν ο Durkheim εντόπισε σχέση μεταξύ ποσοστών αυτοκτονιών και το επίπεδο της κοινωνικής ένταξης σε μια κοινωνία (Islam et al, 2006).

Η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου στη δημόσια υγεία προσήλκυσε τη προσοχή μετά το έργο των Coleman και Putnam. Ο Wilkinson και οι συνεργάτες

του (1998) διαπίστωσαν ότι η κοινωνική εμπιστοσύνη ήταν στενά συνδεδεμένη με τη θνησιμότητα στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ο Kawachi και οι συνεργάτες του (1999) βρήκαν μια σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου, σε συνολικό επίπεδο, με την υγεία στις Ηνωμένες Πολιτείες. Απέδειξαν ότι η μεγάλη ανισότητα μειώνει την εμπιστοσύνη και τη συμμετοχή σε εθελοντικές οργανώσεις οι οποίες επηρεάζουν την υγεία (θνησιμότητα). Στο ατομικό επίπεδο ανάλυσης ο Rose (2000) έδειξε ότι το κοινωνικό κεφάλαιο σχετίζεται με την καλύτερη αυτοαναφερόμενη υγεία στη Ρωσία.

Παρόμοια αποτελέσματα έχουν βρεθεί και σε άλλες μελέτες για τη σχέση του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου και την υγεία. Ο McCulloch (2001) χρησιμοποιώντας τη Βρετανική Μελέτη για τα Νοικοκυριά (1998-1999), διαπίστωσε ότι το χαμηλότερο επίπεδο ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο της ψυχιατρικής νοσηρότητας. Στη Φιλανδία οι Hygrra και Maki (2001) ισχυρίστηκαν ότι η θνησιμότητα για τους δίγλωσσους Φιλανδούς και μη, εξαρτάται από την έκταση του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου.

Ο Bolin et al (2003), βρήκαν ότι ατομικά το κοινωνικό κεφάλαιο συνδέεται θετικά με το επίπεδο της υγείας. Επίσης ο Poortinga (2006) χρησιμοποιώντας στοιχεία από την Έρευνα για τη Υγεία στην Αγγλία (2000-2002), διαπίστωσε ότι ο παράγοντας της κοινωνικής υποστήριξης και το κοινωνικό κεφάλαιο, σε ατομικό επίπεδο, συμβάλλουν στη καλύτερη αυτοαναφερόμενη κατάσταση της υγείας.

Το κοινωνικό κεφάλαιο έχει σχετιστεί και με διάφορες, σχετικές με την υγεία, συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα, τη σωματική δραστηριότητα, τις διατροφικές συνήθειες, καθώς και με την επικράτηση διαφόρων ασθενειών (Ferlander, 2007).

Δεν είναι, όμως, μόνο το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο το οποίο έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον των ερευνητών στον τομέα της υγείας. Αρκετές έρευνες έχουν γίνει για τη διερεύνηση της σχέσης του κοινωνικού κεφαλαίου, σε επίπεδο γειτονιάς και σε επίπεδο κοινότητας, με την υγεία (Campell, Gillies, 2001; Altchuler et al, 2004; Viswanath et al, 2006; Capriano, 2007).

Οικολογικές έρευνες που έχουν γίνει στις ΗΠΑ, κατά κύριο λόγο σε επίπεδο κράτους, έχουν χρησιμοποιήσει στη μελέτη των επιπτώσεων του κοινωνικού κεφαλαίου, το συγκεντρωτικό κοινωνικό κεφάλαιο (Islam et al, 2006). Ο Kawachi et al (1999) ανέφερε ότι κάθε ένα από τα μέτρα του συγκεντρωτικού κοινωνικού κεφαλαίου συνδέθηκε με την εισοδηματική ανισότητα και τη θνησιμότητα. Η Mansyur et al (2008) βρήκε ότι για ένα μεγάλο αριθμό διαφορετικών χωρών, τα

μέτρα του κοινωνικού κεφαλαίου, που χρησιμοποιούνται συνήθως, και η εισοδηματική ανισότητα έχουν ισχυρές επιπτώσεις στην αυτοαναφερόμενη υγεία.

Ο Folland (2007) επεδίωξε να διερευνήσει κατά πόσο το κοινοτικό κοινωνικό κεφάλαιο συμβάλλει στην υγεία του πληθυσμού και απέδειξε ότι τα αποτελέσματα για την υγεία επηρεάζονται ταυτόχρονα από το ατομικό και το κοινοτικό κοινωνικό κεφάλαιο.

Δεν έχουν, βέβαια δείξει όλες οι έρευνες ισχυρή σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την υγεία. Κάποιες έρευνες έχουν δείξει μικρή ή ανύπαρκτη συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με υγειονομικούς δείκτες (Kritsotakis et al., 2009) ή ακόμα και αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία.

2.3 Η σχέση του Κοινωνικού Κεφαλαίου με το κάπνισμα

Αρκετές μελέτες έχουν διερευνήσει την επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην ατομική συμπεριφορά του καπνίσματος, εντοπίζοντας σημαντικές συσχετίσεις τόσο στην εμφάνιση της συμπεριφοράς του καπνίσματος, όσο και στον έλεγχό της.

Οι Lindström και Östergren (2001) σε έρευνα που πραγματοποίησαν για να διερευνήσουν τις κοινωνικο-οικονομικές διαφορές ανάμεσα στο περιστασιακό και καθημερινό κάπνισμα, αλλά και να αξιολογήσουν τη σχέση μεταξύ της κοινωνικής συμμετοχής και των δύο αυτών συμπεριφορών του καπνίσματος, διαπίστωσαν ότι οι συμπεριφορές του καπνίσματος, που καθορίζονται από κοινωνικούς, οικονομικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, συνδέονται στενά με τη κοινωνική συμμετοχή και το κοινωνικό κεφάλαιο.

Σε άλλη έρευνα (Lindström, Isacson, Elmståhl, 2003) διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με μεγάλη κοινωνική συμμετοχή δεν καπνίζουν. Επομένως η ενίσχυση της συμμετοχής στη κοινότητα θα μπορούσε να βοηθήσει στη διακοπή του καπνίσματος. Παρόμοια αποτελέσματα βρήκαν, σε μεταγενέστερη έρευνα, οι Giordano και Lindström (2010) επιβεβαιώνοντας τη θετική επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στη διακοπή του καπνίσματος. Μετρώντας ανεξάρτητα τα στοιχεία του κοινωνικού κεφαλαίου, (κοινωνική συμμετοχή και εμπιστοσύνη,

βρήκαν ότι σχετίζονται θετικά με τη διακοπή του καπνίσματος, ενώ η έλλειψη ενεργούς συμμετοχής, συνδέεται με την έναρξη του καπνίσματος.

Και άλλες έρευνες, όπως αυτή των Greiner et al (2004), χρησιμοποιούν τους παράγοντες κοινωνική συμμετοχή και εμπιστοσύνη, για τη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου και τη διερεύνηση της σχέσης του με τη χρήση του καπνού. Οι Sarag et al (2010) ένα διαφορετικό μοντέλο στηριζόμενο σε πέντε παράγοντες του κοινωνικού κεφαλαίου (αντιληπτή εμπιστοσύνη στη γειτονιά – αντιληπτή εμπιστοσύνη στις οργανώσεις – αμοιβαιότητα στο πλαίσιο της γειτονιάς – ενσωμάτωση στη γειτονιά – κοινωνική συμμετοχή) για τη μελέτη του καπνίσματος σε αστικές γειτονιές του Σαντιάγο και της πιθανής προστατευτικής ιδιότητας του κοινωνικού κεφαλαίου. Τα ευρήματα της έρευνας αυτής έδειξαν ότι τα άτομα με υψηλά επίπεδα εμπιστοσύνης στη γειτονιά ήταν λιγότερο πιθανό να καπνίζουν σε γειτονιές χαμηλού εισοδήματος.

Μια διαφορετική προσέγγιση μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου ακολούθησαν και οι Lindström και Janson (2007), όπου εξέτασαν την εμπιστοσύνη στα θεσμικά όργανα (κάθετη) με τη συμπεριφορά του καπνίσματος. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που είχαν εμπιστοσύνη στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είχαν περισσότερες πιθανότητες να καπνίζουν καθημερινά.

Όσον αφορά τις καπνιστικές συνήθειες στις γυναίκες, οι Chuang και Chuang (2008) διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες με χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής συμμετοχής και οι γυναίκες με υψηλότερα επίπεδα εμπιστοσύνης στη κοινότητα, είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να καπνίζουν. Τα αποτελέσματα της κοινωνικής συμμετοχής είναι σύμφωνα και επιβεβαιώνουν προγενέστερα αποτελέσματα των Lindström και Östergren (2001), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες με χαμηλή κοινωνική συμμετοχή είχαν κατά 60% μεγαλύτερη πιθανότητα να καπνίζουν.

Αν και τα περισσότερα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών δείχνουν μια θετική επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στη συμπεριφορά του καπνίσματος, θα πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη μας ότι υπάρχουν εμπειρικά δεδομένα που δείχνουν μια βλαπτική επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία και στην ποιότητα ζωής (Kritsotakis et al, 2009). Έτσι το κοινωνικό κεφάλαιο, ή κάποιοι από τους παράγοντες αυτού, μπορεί να έχουν μια αρνητική επίδραση στη καπνιστική συμπεριφορά. Οι Siahpush et al (2006) διαπίστωσαν ότι τα άτομα που κατοικούν σε μια κοινότητα με ένα υψηλότερο επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου,

το οποίο μετράται από την εμπιστοσύνη και την ασφάλεια, ήταν συνδεδεμένα με μια μεγαλύτερη πιθανότητα να καπνίζουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

3. Ο ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στη Δημόσια Υγεία

Το 1931 σε συνέδριο των κοινωνικών λειτουργών στην Καλιφόρνια ο Kelly Frank (1931) παρουσίασε τη σχέση της κοινωνικής εργασίας με τις δράσεις της δημόσιας υγείας. Σύμφωνα με τον Kelly η δημόσια υγεία αποτελείται από την υγεία του κάθε ατόμου στη κοινότητα και δεν μπορεί να υπάρξει καλή δημόσια υγεία αν δεν υπάρχει καλή ατομική υγεία. Στηριζόμενος στην άποψη αυτή συνέδεσε το ρόλο της κοινωνικής εργασίας και των κοινωνικών επιστημών με την προληπτική ιατρική. Τα κοινωνικά προβλήματα έγιναν σημαντικά από την άποψη της δημόσιας υγείας και η συνεργασία των επιστημόνων υγείας με τους κοινωνικούς λειτουργούς απαραίτητη για τον έλεγχο φαινομένων της εποχής, όπως η φυματίωση, η ελονοσία, ο τυφοειδής πυρετός και η παιδική θνησιμότητα.

Οι Hooyman και συν. (1981) στήριξαν την άποψη ότι η επιστήμη της κοινωνικής εργασίας και ο τομέας της δημόσιας υγείας έχουν πολλά να συνεισφέρουν προς την κατεύθυνση εξεύρεσης λύσης για σύνθετα προβλήματα κοινωνικά και υγείας. Η κοινωνική εργασία αναφέρεται στο επίπεδο των κοινωνικών λειτουργιών ή δυσλειτουργιών κατά την αξιολόγηση της ευημερίας μιας κοινότητας ή ενός ατόμου, ενώ η δημόσια υγεία αναφέρεται σε ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας, καθώς και άλλα στατιστικά στοιχεία ως δείκτες της κοινοτικής ή ατομικής υγείας. Στην πραγματικότητα όμως οι κοινωνικοί λειτουργοί ενδιαφέρονται για τους φυσικούς παράγοντες και τις κοινωνικές συνθήκες και οι επαγγελματίες της δημόσιας υγείας ασχολούνται με τους κοινωνικούς παράγοντες και το φυσικό περιβάλλον κατά την αξιολόγηση της υγείας και τον καθορισμό αιτιότητας. Ο κοινά αποδεκτός ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 1958) για την υγεία «ως κατάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας» εστιάζει στην ολοκληρωμένη προσέγγιση, η οποία βρίσκεται στο επίκεντρο τόσο της κοινωνικής εργασίας όσο και της δημόσιας υγείας.

Το κύριο χαρακτηριστικό της κοινωνικής εργασίας στη δημόσια υγεία είναι η επιδημιολογική προσέγγιση στον προσδιορισμό των κοινωνικών προβλημάτων που επηρεάζουν την υγεία και την κοινωνική λειτουργικότητα όλων των ομάδων του πληθυσμού με έμφαση σε παρεμβάσεις σε πρωτοβάθμιο επίπεδο (Ruth et al 2008). Δίνοντας έμφαση στη πρόληψη και προαγωγή της υγείας μέσα από μια πολυτομεακή και διεπιστημονική προσέγγιση, η κοινωνική εργασία στη δημόσια υγεία είναι ιδιαίτερα σημαντική για την σύγχρονη πρακτική (Ruth et al 2008).

Οι κοινωνικοί λειτουργοί στη δημόσια υγεία εστιάζουν στη προώθηση της θετικής συμπεριφοράς σε θέματα υγείας για την ανάπτυξη τρόπου ζωής από άτομα, οικογένειες και ομάδες, στην ενίσχυση του περιβάλλοντος και στην αποφυγή των κινδύνων (Schild, Sable, 2006).

Η πρακτική της κοινωνικής εργασίας στη δημόσια υγεία είναι μια ανάμειξη ρόλων (Rounds, 2005): παροχή άμεσων υπηρεσιών, ερευνητή, σύμβουλος, διαχειριστής, αρμόδιος για τον σχεδιασμό του προγράμματος, αξιολόγηση και χάραξη πολιτικής. Κάθε λειτουργία εξαρτάται από την άλλη για την εξασφάλιση κάλυψης των κοινωνικών αναγκών και των αναγκών υγείας για το σύνολο του πληθυσμού.

Η εμφάνιση νέων, πολύπλοκων κοινωνικών ανησυχιών για την υγεία απαιτεί από τον τομέα της δημόσιας υγείας να ενισχύσει την ικανότητα του να ανταποκριθεί. Η κοινωνική εργασία με την μακρόχρονη συμμετοχή της στη δημόσια υγεία και την έμφαση στις οικολογικές προσεγγίσεις, αποτελεί σημαντικό εταίρο στις, στηριζόμενες σε μια διεπιστημονική βάση, προσπάθειες μέσα στην κοινότητα.

3.1 Η σχέση του Κοινωνικού Κεφαλαίου με τη Κοινωνική Εργασία

Η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου συνίσταται στην ύπαρξη δικτύων στη κοινότητα, στη συμμετοχή των πολιτών στα κοινά, στην ανταποδοτικότητα και στην εμπιστοσύνη των ατόμων, στην ενίσχυση των κοινοτήτων (Kritsotakis et al, 2009). Οι ιδέες αυτές του κοινωνικού κεφαλαίου έχουν αποκτήσει, κατά την τελευταία δεκαετία, μεγαλύτερη σημασία στις κοινωνικές επιστήμες και τη κοινωνική πολιτική. Διάφοροι οργανισμοί έχουν στρέψει την προσοχή στο ρόλο του κοινωνικού κεφαλαίου για την επίτευξη της κοινωνικής ανάπτυξης (Healy,

Hampshire, 2002). Ως εκ τούτου αυτές οι ιδέες αποτελούν ένα πλαίσιο στο οποίο εμφανίζεται η πρακτική και η ανάπτυξη πολιτικής της κοινωνικής εργασίας.

Για την κοινωνική εργασία η κοινοτική εργασία αποτελεί μια διαμεθοδική, διεπιστημονική προσέγγιση που χρησιμοποιείται για να υποδηλώσει τη συστηματική αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων τα οποία απασχολούν τα μέλη μιας κοινότητας, την κινητοποίηση των μελών της κοινότητας για την επίλυση τοπικών προβλημάτων, την παρέμβαση και την ανάπτυξη αποτελεσματικής συνεργασίας μεταξύ κοινοτικών οργανώσεων και φορέων κοινωνικής δράσης (Σταθόπουλος, 2001). Ως διαδικασία η κοινοτική εργασία επιδιώκει την ανάπτυξη συναισθηματικών δεσμών και κοινωνικής αλληλεγγύης μεταξύ των μελών της κοινότητας.

Η κοινοτική ανάπτυξη στην οποία αποσκοπούν οι κοινοτικοί κοινωνικοί λειτουργοί, έχει ομοιότητες με τις έννοιες, «δεσμευτικό» και «συνδετικό» που υποστηρίζει ο τομέας του κοινωνικού κεφαλαίου. (Midgley, Livermor, 1998). Ομοίως οι έννοιες της υπεράσπισης και του πολιτικού ακτιβισμού που εντάσσονται στο πλαίσιο των συνδετικών διαστάσεων του κοινωνικού κεφαλαίου, είναι επίσης ευρέως αποδεκτές ιδέες στην προοδευτική μορφή της κοινοτικής κοινωνικής εργασίας (Healy, Hampshire, 2002).

Τα προσωπικά κοινωνικά δίκτυα είναι συχνά κρίσιμα για την κατανόηση της παραγωγής των κοινωνικών προβλημάτων και τη μορφή του πλαισίου παρεμβάσεων για την κοινωνική εργασία. Το ενδιαφέρον για τα δίκτυα προκύπτει από το πρόσφατο σχετικά ενδιαφέρον για τις οικολογικές προσεγγίσεις στην κοινωνική εργασία και στο κοινωνικό κεφάλαιο (Hill, 2002).

Η ανάλυση των δικτύων έχει εξαιρετικό ενδιαφέρον για την κοινωνική εργασία. Οι άτυποι δεσμοί των ατόμων και τα δίκτυα επικοινωνίας με τα οποία η κάθε οικογένεια, ομάδα ή άτομο προσπαθούν να επιλύσουν τα προβλήματά τους αποτελούν το χώρο μέσα στον οποίο συστήνονται και αναπτύσσονται οι παρεμβατικές πρακτικές (Ζαϊμάκης, 2002). Μια έννοια χρήσιμη για την ανάλυση των τοπικών δικτύων είναι το κοινωνικό κεφάλαιο. Κάθε κοινότητα έχει ορισμένο κοινωνικό κεφάλαιο που μπορεί να προσδιοριστεί ως ένα δυναμικό μοιρασμένης γνώσης, αξιών, κανόνων και κοινωνικών δικτύων που αναπτύσσονται σε μια κοινωνία, διευκολύνουν την ανάληψη συλλογικών δράσεων και συμβάλλουν στη συσσώρευση κοινωνικών αγαθών (Ζαϊμάκης, 2002; Dheshi, 2000; Murray, 2000).

Από τη γέννηση της η επαγγελματική κοινωνική εργασία έχει χρησιμοποιήσει στοιχεία του κοινωνικού κεφαλαίου σε παρεμβάσεις στο μικρό – μέσο και μακρό – επίπεδο, αν και σπάνια οι παρεμβάσεις αυτές συζητούνται από την άποψη του κοινωνικού κεφαλαίου (Ersing, Loeffler, 2008). Τα τελευταία χρόνια το κοινωνικό κεφάλαιο έχει γίνει ευρέως αποδεκτό ως αναπόσπαστο τμήμα μιας αποτελεσματικής στρατηγικής για την καταπολέμηση της φτώχειας. (World Bank, 2003) και έχει χρησιμοποιηθεί για την ενίσχυση της κοινωνικής δικαιοσύνης (Ersing, Loeffler, 2008). Υπό το πρίσμα αυτό, οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να ενσωματώσουν το κοινωνικό κεφάλαιο πληρέστερα στις πολιτικές πρακτικές της κοινωνικής εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4. Σκοπός της έρευνας

Η αναγκαιότητα της εργασίας αυτής, έρχεται αρχικά μέσα από την έλλειψη διερεύνησης του κοινωνικού κεφαλαίου σε σχέση με το κάπνισμα, αλλά και γενικότερα από την έλλειψη διερεύνησης του κοινωνικού κεφαλαίου σε μεγάλες προοπτικές μελέτες, οι οποίες θα μπορούσαν να εξαλείψουν προβλήματα ανάστροφης αιτιότητας που υπάρχουν στις έρευνες χρονικής στιγμής, ενώ ταυτόχρονα λαμβάνουν υπόψη τους πολλούς συγχυτικούς παράγοντες που παρεμβαίνουν.

Βασικός σκοπός της μελέτης αυτής αποτελεί η διερεύνηση της σχέσης που υπάρχει μεταξύ του κοινωνικού κεφαλαίου της μητέρας και τη συμπεριφορά του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

4.1 Ερευνητική υπόθεση και ερευνητικά ερωτήματα

Η ερευνητική υπόθεση της παρούσας μελέτης διαμορφώνεται ως εξής: «Το κοινωνικό κεφάλαιο της μητέρας συσχετίζεται αρνητικά με τη συμπεριφορά του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης».

Τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης ήταν τα εξής:

1. Συσχετίζεται το ολικό κοινωνικό κεφάλαιο ή κάποιος από τους παράγοντές του (Συμμετοχή στη τοπική κοινότητα – Αίσθημα ασφάλειας – Ανοχή στη διαφορετικότητα – Κοινωνική αξία) με τη συμπεριφορά του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;
2. Οι γυναίκες με χαμηλό κοινωνικό κεφάλαιο έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5. Μελέτη Μητέρας – Παιδιού Κρήτης (Μελέτη ΡΕΑ)

Η εργασία διεξάγεται στα πλαίσια της προοπτικής μελέτης Μητέρας Παιδιού Κρήτης (Μελέτη ΡΕΑ), η οποία είναι η πρώτη και μοναδική μελέτη μητέρας-παιδιού που πραγματοποιείται στην Ελλάδα και περιλαμβάνει ένα δείγμα περίπου 1.500 εγκύων γυναικών (Ελληνίδων και αλλοδαπών) και των παιδιών τους στο νομό Ηρακλείου.

Κεντρικός στόχος της μελέτης Ρέα είναι να εκτιμήσει την επίδραση των περιβαλλοντικών και διατροφικών παραγόντων στην υγεία των παιδιών ξεκινώντας από την περίοδο της εγκυμοσύνης και συνεχίζοντας με την παρακολούθηση των παιδιών σε τακτά χρονικά διαστήματα. Ταυτόχρονα, γίνεται προσπάθεια να περιγραφούν και να αξιολογηθούν οι κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες και πολιτισμικές πρακτικές που ακολουθούνται από το άτομο ή την οικογένεια κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και κατά την παιδική ηλικία. Μέρος της προσπάθειας αυτής αποτελεί και η παρούσα μελέτη.

Στον πληθυσμό της μελέτης ΡΕΑ ανήκουν οι έγκυες γυναίκες κάτοικοι του νομού Ηρακλείου κατά τη διάρκεια ενός έτους ξεκινώντας τον Φεβρουάριο του 2007. Η μελέτη Μητέρας Παιδιού Κρήτης συμπεριλαμβάνει ζεύγη μητέρας-παιδιού για τα οποία ο τοκετός πραγματοποιήθηκε στο νομό Ηρακλείου, σε ένα από τα δημόσια νοσοκομεία (ΠΑΓΝΗ-ΒΓΝΗ) ή σε μία από τις 2 μεγαλύτερες ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές (Μητέρα-Ασκληπιείο). Τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη είναι:

1. Τόπος διαμονής: νομός Ηρακλείου

2. Ηλικία: μεγαλύτερη από 16 έτη
3. Πραγματοποίηση πρώτης επίσκεψης στο γυναικολόγο μετά τη διαπίστωση της εγκυμοσύνης (κύηση 9-13 εβδομάδων) σε ένα από τα 4 νοσοκομεία της πόλης του Ηρακλείου
4. Γνώση ελληνικής γλώσσας και ικανότητα επικοινωνίας σε αυτή.

5.1 Πληθυσμός μελέτης

Στη παρούσα μελέτη περιλαμβάνονται 550 έγκυες γυναίκες, από τον συνολικό πληθυσμό της Μελέτης ΡΕΑ, οι οποίες συμπλήρωσαν και το ερωτηματολόγιο του Κοινωνικού Κεφαλαίου.

5.2 Συλλογή δεδομένων

Βασικό εργαλείο ερευνάς της Μελέτης Ρέα αποτελεί η αναλυτική συλλογή δεδομένων που αφορούν τη μητέρα, την κύηση και το έμβρυο. Για τη συλλογή των δεδομένων συμπληρώθηκαν εκτεταμένα ερωτηματολόγια από εκπαιδευμένους συνεντευκτές, με τη μέθοδο της προσωπικής επαφής. Τα ερωτηματολόγια αφορούσαν ερωτήσεις σχετικά με τη διατροφή, τις επαγγελματικές και περιβαλλοντικές εκθέσεις, τον τρόπο ζωής, κοινωνικο-οικονομικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Επιπλέον έχουν συλλεχθεί δείγματα αίματος και ούρων, δεδομένα από τα υπερηχογραφήματα, καθώς και στοιχεία από τα αρχεία των νοσοκομείων και των κλινικών.

Για τη πραγματοποίηση της παρούσας εργασίας χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια της 12^{ης} και 30^{ης} εβδομάδας κύησης. Η μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου της μητέρας έγινε με το ερωτηματολόγιο του Κοινωνικού Κεφαλαίου (Social Capital Questionnaire, SCQ), το οποίο είναι αυτοσυμπληρούμενο.

Το ερωτηματολόγιο του κοινωνικού κεφαλαίου, το οποίο έχει σταθμιστεί στην Ελλάδα (SCQ-G), περιλαμβάνει έξι παράγοντες σε 36 ερωτήσεις: Συμμετοχή στη τοπική κοινότητα, Αίσθημα Ασφάλειας, Κοινωνική Αξία, Κοινωνικές Σχέσεις, Ανοχή στη διαφορετικότητα και Σχέσεις στην εργασία (Kritsotakis et al, 2008). Επειδή κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου σχεδόν ο μισός

πληθυσμός της μελέτης δεν εργαζόταν, έχουν αποκλειστεί τέσσερις ερωτήσεις που αφορούν τον παράγοντα Σχέσεις στην εργασία και μία ερώτηση που αφορά τον παράγοντα της Κοινωνικής αξίας και αναφέρεται στην εργασία. Επομένως στην ανάλυση αυτή περιλαμβάνονται 31 ερωτήσεις για το κοινωνικό κεφάλαιο.

5.3 Μεταβλητές έκθεσης - Μεταβλητές αποτελέσματος

Οι μεταβλητές έκθεσης είναι το συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο και οι τέσσερις από τους έξι παράγοντες που καθορίζουν αυτό (συμμετοχή στη τοπική κοινότητα, αίσθημα ασφάλειας, κοινωνική αξία, ανοχή στη διαφορετικότητα) και είναι συνεχείς μεταβλητές. Η μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου και των παραγόντων αυτού, γίνεται με 4-βαθμη κλίμακα τύπου Likert. Οι υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν υψηλότερο κοινωνικό κεφάλαιο.

Η μεταβλητή αποτέλεσμα είναι η συμπεριφορά του καπνίσματος ως διχοτόμος μεταβλητή (καπνίστρια – μη καπνίστρια), και είναι συγκεντρωτική μεταβλητή για τη συμπεριφορά του καπνίσματος σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (ερωτηματολόγια 12^{ης} και 30^{ης} εβδομάδας κύησης). Με τον όρο «καπνίστρια» χαρακτηρίζονται οι γυναίκες που κάποια στιγμή στη διάρκεια της εγκυμοσύνης κάπνισαν, ενώ με το όρο «μη καπνίστρια» αυτές οι οποίες δεν κάπνισαν καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης.

5.4 Πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες

Η επιλογή των συγχυτικών παραγόντων βασίστηκε στη βιβλιογραφία και στις παρεχόμενες πληροφορίες από τα ερωτηματολόγια. Στους πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες περιλαμβάνονται όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά που η συσχέτισή τους με τη μεταβλητή του καπνίσματος, αλλά και με το κοινωνικό κεφάλαιο της μητέρας, ήταν στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 10% ($\alpha=0,1$), ενώ χρησιμοποιήθηκαν *a priori* οι μεταβλητές που αφορούσαν την ηλικία (συνεχή μεταβλητή) και το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας (χαμηλή: έως Γυμνάσιο, μέση: Λύκειο/Ανωτέρα, και ανώτερη: ΑΕΙ – ΤΕΙ).

Οι μεταβλητές που εξετάστηκαν στη παρούσα μελέτη ως πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες είναι η εθνικότητα της μητέρας (Ελληνική – άλλο) και η εθνικότητα του

πατέρα (Ελληνική – Άλλο), η οικογενειακή κατάσταση (έγγαμη – άλλο), η ηλικία (συνεχή μεταβλητή) και το επίπεδο εκπαίδευσης (χαμηλή: έως Γυμνάσιο, μέση: Λύκειο/Ανωτέρα, και ανώτερη: ΑΕΙ – ΤΕΙ) του πατέρα, η εργασιακή κατάσταση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (ναι-όχι), καθώς και αν ήταν ο πρώτος τοκετός (ναι – όχι). Επιπλέον ελέγχθηκαν οι μεταβλητές που αφορούσαν τον τόπο κατοικίας και συγκεκριμένα περιοχή κατοικίας (αστική - αγροτική) και υψόμετρο περιοχής (πεδινό- ημιορεινό – ορεινό), καθώς και η μεταβλητή για τη φυσική άσκηση πριν την εγκυμοσύνη (ναι-όχι).

5.5 Στατιστική ανάλυση

Αρχικά πραγματοποιήθηκαν δοκιμές αξιοπιστίας για τη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου και των παραγόντων του, χρησιμοποιώντας τη μέθοδο του Cronbach (Cronbach's α).

Έγινε περιγραφική ανάλυση των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών στο σύνολο των γυναικών του δείγματος, καθώς και των μεταβλητών έκθεσης και αποτελέσματος. Τα συνεχή αποτελέσματα παρουσιάζονται ως μέσες τιμές (τυπική απόκλιση), ενώ στις κατηγορικές μεταβλητές τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως αριθμός ατόμων (ποσοστό τοις εκατό), $n(\%)$. Εκτός από τις συνεχείς μεταβλητές για το κοινωνικό κεφάλαιο και τους παράγοντές του, κατηγοριοποιήθηκαν επίσης σε τρίτιμες μεταβλητές σύμφωνα με το 10° και το 90° εκατοστημόριο των παρατηρήσεων, κατασκευάζοντας έτσι μία τρίτιμη μεταβλητή ως εξής: χαμηλό κοινωνικό κεφάλαιο ή παράγοντας $\leq 10\%$ των τιμών), μεσαίο κοινωνικό κεφάλαιο ή παράγοντας (τιμές μεταξύ 10° και 90° εκατοστημόριο), υψηλό ($\geq 90\%$ των τιμών).

Στους αρχικούς ελέγχους (μονοπαραγοντική ανάλυση) για τη διερεύνηση της πιθανής σχέσης μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών και του κοινωνικού κεφαλαίου, καθώς και της πιθανής σχέσης των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών με τη συμπεριφορά του καπνίσματος κατά την κύηση χρησιμοποιήθηκαν πίνακες συνάφειας και ο έλεγχος χ^2 ή το Fisher's exact test (ύπαρξη κελιών με αναμενόμενη συχνότητα < 5), ανάλογα με τα δεδομένα. Για τον έλεγχο των διαφορών στις μέσες τιμές συνεχών μεταβλητών με

κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκαν, ανάλογα με την περίπτωση το t-test για ανεξάρτητα δείγματα και ανάλυση διακύμανσης κατά μια διεύθυνση (One-Way ANOVA), ενώ για συνεχείς μεταβλητές με μη κανονική κατανομή το Mann-Whitney's test για ανεξάρτητα δείγματα και ανάλυση διακύμανσης κατά μια διεύθυνση (Kruskall-Wallis).

Τέλος, έγινε πολυπαραγοντική ανάλυση και συγκεκριμένα πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση για να εκτιμηθεί η σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου της μητέρας με τη συμπεριφορά του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη, χρησιμοποιώντας το κοινωνικό κεφάλαιο και τους παράγοντές τους ως συνεχείς μεταβλητές, αλλά και τη τρίτημη κατηγοριοποίησή τους σε χαμηλό επίπεδο, μεσαίο επίπεδο και υψηλό επίπεδο. Στα δύο μοντέλα (Α' Μοντέλο & Β' Μοντέλο) λογιστικής παλινδρόμησης που πραγματοποιήθηκαν, χρησιμοποιήθηκαν *a priori* οι μεταβλητές της ηλικίας και της εκπαίδευσης της μητέρας. Για το Α' Μοντέλο οι συγχυτικοί παράγοντες είχαν συσχέτιση τόσο με την έκθεση όσο και με το αποτέλεσμα, με $P < 0,05$, ενώ στο Β' Μοντέλο οι συγχυτικοί παράγοντες είχαν συσχέτιση είτε με την έκθεση είτε με το αποτέλεσμα, με $P < 0,05$. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως Odds Ratios (OR) και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (95% CI).

Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο Statistical Package for Social Sciences (SPSS) έκδοση 17.0 και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για τον έλεγχο των συσχετίσεων ορίστηκε στο $\alpha = 0,05$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

6. Δοκιμές Αξιοπιστίας

Όπως φαίνεται στον πίνακα (Πίνακας 1), στις δοκιμές αξιοπιστίας για τη μέτρηση του Κοινωνικού Κεφαλαίου και των παραγόντων αυτού, στη παρούσα μελέτη, το α του Cronbach ήταν 0,82 για το σύνολο της κλίμακας. Οι παράγοντες του Κοινωνικού Κεφαλαίου είχαν α μεταξύ 0,67 και 0,72 (Πίνακας 1), μετρήσεις οι

οποίες είναι αποδεκτές, ενώ ο παράγοντας σχέσεις με συγγενείς και φίλους δεν περιλήφθηκε λόγω της μικρής αξιοπιστίας.

Πίνακας 1. Δοκιμασίες αξιοπιστίας

Παράγοντες Κοινωνικού Κεφαλαίου	Cronbach's a
Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα	0.693
Αισθήματα ασφάλειας	0.727
Ανοχή στην διαφορετικότητα	0.671
Αξία της ζωής	0.703
Συνολικό Κοινωνικό Κεφάλαιο	0.843

6.1 Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης

Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε για τη μελέτη αποτελείται από Ελληνίδες κυρίως, σε ποσοστό 93,3%, ενώ το 6,7% είναι διαφορετικής εθνικότητας (Πίνακας 2). Η ηλικία των γυναικών κατά 32,9% είναι μέχρι 28 ετών, κατά 30,9% από 28 – 31 ετών και κατά 36,2% είναι μεγαλύτερη των 32 ετών, με το μέσο όρο ηλικίας να είναι τα 29,84 έτη. Το 78,6% κατοικεί σε αστική περιοχή και το 21,4% σε αγροτική περιοχή, ενώ το υψόμετρο της περιοχής κατοικίας είναι κατά 82,4% πεδινό, κατά 13,3% ημι-ορεινό και κατά 4,3% ορεινό.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των μητέρων έχει διαπροσωπική σχέση με τη μορφή γάμου, ενώ σε ποσοστό 11,6% δήλωσαν κάποια άλλη μορφή διαπροσωπικής σχέσης ή καμία μορφή. Το μορφωτικό τους επίπεδο χαρακτηρίζεται κατά 16,8% χαμηλό, κατά 49,1% μέσο και κατά 34,1% ανώτερο. Σε ότι αφορά την επαγγελματική απασχόληση των μητέρων, κατά τη διάρκεια της κύησης, σε ποσοστό 51,6% δήλωσαν ότι εργάζονταν και το υπόλοιπο 48,4% ότι δεν εργάζονταν.

Για το 48,4% το παιδί που μόλις γεννήθηκε είναι το πρώτο, ενώ το 51,6% των μητέρων είχαν τουλάχιστον ένα ακόμη παιδί.

Τέλος σε ότι αφορά τους πατέρες, διαπιστώθηκε ότι το 96,4% είναι Έλληνες και ο μέσος όρος ηλικίας αυτών είναι τα 33,74 έτη. Η εκπαίδευσή τους κατά 33,2% χαρακτηρίζεται χαμηλή, κατά 43,2% μέση και κατά 23,6% ανώτερη.

Πίνακας 2. Δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού μελέτης (N= 550)

		% (n)
Ηλικία μητέρας (Mean=29.84, SD=5.12)	<28 ετών	32.9 (179)
	28-31 ετών	30.9 (168)
	32+ ετών	36.2 (197)
Ηλικία πατέρα (Mean=33.74, SD=5.24)	<28 ετών	9.1(49)
	28-31 ετών	27.4 (148)
	32+ ετών	63.6 (344)
Εκπαίδευση μητέρας	Χαμηλή (έως Γυμνάσιο)	16.8 (92)
	Μέση (Λύκειο/Ανωτέρα)	49.1 (269)
	Ανώτερη(AEI-TEI)	34.1 (187)
Εκπαίδευση πατέρα	Χαμηλή	33.2 (180)
	Μέση	43.2 (234)
	Ανώτερη	23.6 (128)
Εργασιακή κατάσταση κατά την εγκυμοσύνη	Ναι	51.6 (283)
	Όχι	48.4 (265)
Οικογενειακή Κατάσταση	Παντρεμένη	88.4(482)
	Άλλο	11.6 (63)
Πρώτος τοκετός	Ναι	48.4 (265)
	Όχι	51.6 (283)
Εθνικότητα μητέρας	Ελληνική	93.3 (513)
	Όχι Ελληνική	6.7 (37)
Εθνικότητα πατέρα	Ελληνική	96.4 (530)
	Όχι Ελληνική	3.6 (20)
Περιοχή κατοικίας	Αγροτική	21.4 (109)
	Αστική	78.6 (401)
Υψόμετρο (περιοχή κατοικίας)	Πεδινό	82.4 (420)
	Ημι-ορεινό	13.3 (68)
	Ορεινό	4.3 (22)
Φυσική άσκηση πριν την εγκυμοσύνη	Όχι	76.6 (410)
	Ναι	23.4 (125)
Φυσική άσκηση μετά την εγκυμοσύνη	Όχι	92.4 (496)
	Ναι	7.6 (41)

Στον πίνακα 3 περιγράφεται το εύρος τιμών του ολικού κοινωνικού κεφαλαίου και των παραγόντων του. Η μέση τιμή για το ολικό κοινωνικό κεφάλαιο είναι περίπου 70 (\pm 9.28).

Πίνακας 3. Το κοινωνικό κεφάλαιο των μητέρων

	N	μτ	ΤΑ
Κοινωνικό Κεφάλαιο (46-105)	483	69.9	9.28
Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα (12-38)	538	18.79	4.14
Αίσθημα ασφάλειας (2-8)	545	5.18	1.42
Ανοχή στην διαφορετικότητα (2-8)	546	4.01	1.28
Κοινωνική αξία (19-42)	522	32.10	4.14

Για τη καπνιστική συνήθεια των μητέρων, κατά την κύηση, διαπιστώνεται ότι συνολικά το 77,3% των γυναικών δεν κάπνιζαν. Σε ποσοστό 59,1% δεν κάπνιζαν μέχρι τρεις μήνες πριν την εγκυμοσύνη. Όσον αφορά τον αριθμό των τσιγάρων για τις καπνίστριες μητέρες δεν έχουμε ακριβή στοιχεία, φαίνεται όμως ότι ο μέσος αριθμός τσιγάρων για τη 12^η εβδομάδα κύησης είναι 14,47 (n= 68) ενώ τη 30^η εβδομάδα μειώνεται σε 8,71 (n= 68) (Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Στοιχεία για τη συμπεριφορά του καπνίσματος στο δείγμα της μελέτης

		N	%
Κάπνισμα	Όχι	422	77.3
	Ναι	124	22.7
Κάπνισμα πριν (3μήνες)	Όχι	322	59.1
	Ναι	223	40.9
		N	μ.τ (ΤΑ)
Αριθμ. Τσιγάρων ανά ημέρα (12^η)		68	14.47 (14.73)
Αριθμ. Τσιγάρων ανά ημέρα (30^η)		68	8.71 (6.58)

6.2 Αποτελέσματα μονοπαραγοντικής ανάλυσης

Στον Πίνακα 5 φαίνεται η σχέση του μητρικού καπνίσματος με διάφορους κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες. Το κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας ($p=0,008$). Κατά 15% περισσότερες γυναίκες ανώτερης εκπαίδευσης δεν καπνίζουν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στατιστικώς σημαντική συσχέτιση, με τη συμπεριφορά του καπνίσματος της μητέρας, φαίνεται να έχει και το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα ($p=0,001$). Η οικογενειακή κατάσταση της μητέρας, δηλαδή αν είναι παντρεμένη ή όχι, φαίνεται να έχει μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη καπνιστική συνήθεια της μητέρας ($p=0,026$). Το 90,2% των γυναικών που δεν καπνίζουν κατά την κύηση είναι παντρεμένες.

Το συνολικό Κοινωνικό Κεφάλαιο της μητέρας (Πίνακας 6) φαίνεται να έχει σχέση, στατιστικά σημαντική, με την ηλικία του πατέρα ($r_{ho}=0.114$, $p=0.000$). Επιπλέον, στις μεταβλητές που αφορούν την περιοχή και το υψόμετρο της περιοχής κατοικίας της μητέρας παρατηρούνται στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($p=0,001$). Οι γυναίκες οι οποίες ζουν σε αγροτική περιοχή έχουν υψηλότερο μέσο όρο Κοινωνικού Κεφαλαίου ($\mu.t=72.68$, $TA=9.31$), όπως επίσης και οι γυναίκες οι οποίες ζουν σε ορεινές περιοχές ($\mu.t=76.88$, $TA=3.57$). Ο μέσος όρος συνολικού Κοινωνικού Κεφαλαίου των γυναικών που γυμνάζονταν πριν την εγκυμοσύνη είναι περίπου 73 μονάδες ($p=0,001$).

Πίνακας 5. Σχέση κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων με τη συμπεριφορά του καπνίσματος της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη

	Μη Καπνίστρια	Καπνίστρια	p*
	μ.τ (ΤΑ)	μ.τ (ΤΑ)	
Ηλικία μητέρας (540)	30.06 (4.98)	29.29 (5.47)	0.161
Ηλικία πατέρα (539)	33.94 (4.99)	33.20 (5.98)	0.097
	N (%)	N (%)	
Εκπαίδευση μητέρας (545)			0.008
Χαμηλή (έως Γυμνάσιο)	66 (15.7)	26 (21.0)	
Μέση (Λύκειο/Ανωτέρα)	197 (46.8)	70 (56.5)	
Ανώτερη(ΑΕΙ-ΤΕΙ)	158 (37.5)	28 (22.5)	
Εκπαίδευση πατέρα (540)			0.001
Χαμηλή (έως Γυμνάσιο)	125 (29.8)	53 (44.2)	
Μέση (Λύκειο/Ανωτέρα)	182 (43.3)	52 (43.3)	
Ανώτερη(ΑΕΙ-ΤΕΙ)	113 (26.9)	15 (12.5)	
Εργασία (545)			0.267
Ναι	223 (52.8)	58 (47.2)	
Όχι	199 (47.2)	65 (52.8)	
Οικογενειακή Κατάσταση(542)			0.026
Παντρεμένη	378 (90.2)	102 (82.9)	
Άλλο	41 (9.8)	21 (17.1)	
Πρώτος τοκετός			0.262
Ναι	181 (43.9)	45 (38.1)	
Όχι	231 (56.1)	73 (61.9)	
Εθνικότητα μητέρας(546)			0.569
Ελληνική	392 (92.9)	117 (94.4)	
Όχι Ελληνική	30 (7.1)	7 (5.6)	
Εθνικότητα πατέρα(546)			0,089**
Ελληνική	405 (96.0)	117 (99.2)	
Όχι Ελληνική	17 (4.0)	1 (0.8)	
Περιοχή κατοικίας (507)			0.658
Αγροτική	83 (21.1)	26 (23.0)	
Αστική	311(78.9)	87 (77.0)	
Φυσική άσκηση πριν την εγκυμοσύνη(534)			0.054
Όχι	310 (74.7)	99 (83.2)	
Ναι	105 (25.3)	20 (16.8)	
Φυσική άσκηση κατά την εγκυμοσύνη(536)			0.109
Όχι	381 (91.4)	114 (95.8)	
Ναι	36 (8.6)	5 (4.2)	

*Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σε επίπεδο σημαντικότητας 5% βασισμένα στο Pearson's Chi-Square test και το Mann-Whitney test για δύο ανεξάρτητα δείγματα.

**Χρήση ακριβή ελέγχου του Fisher (Fisher exact test) σε επίπεδο σημαντικότητας α=5%.

Πίνακας 6. Συνολικό Κοινωνικό Κεφάλαιο σύμφωνα με τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού

Μεταβλητές	Κοινωνικό Κεφάλαιο				ρ
	rho ^Λ				
Ηλικία μητέρας	r= 0.029				0.523
Ηλικία πατέρα	r= 0.114				0.000
	N	%	μ.τ.	TA	
Εκπαίδευση μητέρας					0.600
Χαμηλή (έως Γυμνάσιο)	78	16.18	69.36	9.22	
Μέση (Λύκειο/Ανωτέρα)	236	48.96	69.86	9.72	
Ανώτερη(ΑΕΙ-ΤΕΙ)	168	34.86	70.55	8.66	
Εκπαίδευση πατέρα					0.995
Χαμηλή (έως Γυμνάσιο)	153	32.14	70.03	10.39	
Μέση (Λύκειο/Ανωτέρα)	214	44.96	70.03	8.63	
Ανώτερη(ΑΕΙ-ΤΕΙ)	109	22.90	70.13	8.99	
Εργασία					0.509
Ναι	249	51.77	70.31	8.91	
Όχι	232	48.23	69.75	9.65	
Οικογενειακή Κατάσταση					0.718
Παντρεμένη	423	88.31	70.07	9.30	
Άλλο	56	11.69	69.59	9.27	
Πρώτος τοκετός					0.205
Ναι	205	43.90	70.69	8.56	
Όχι	262	56.10	69.58	9.94	
Εθνικότητα μητέρας					0.357
Ελληνική	451	93.37	70.10	9.44	
Όχι Ελληνική	32	6.63	68.53	6.71	
Εθνικότητα πατέρα					0.289
Ελληνική	466	96.48	70.08	9.30	
Όχι Ελληνική	17	3.52	67.65	8.59	
Περιοχή κατοικίας					0.001
Αγροτική	94	21.08	72.68	9.31	
Αστική	352	78.92	69.16	9.03	
Υψόμετρο					0.001
Πεδινό	370	82.96	69.27	4.03	
Ημι-ορεινό	59	13.23	71.75	4.53	
Ορεινό	17	3.81	76.88	3.57	
Φυσική άσκηση πριν την εγκυμοσύνη					0.001
Όχι	362	77.02	69.33	9.16	
Ναι	108	22.98	72.63	9.50	

* Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σε επίπεδο σημαντικότητας α=5%, βασισμένα σε δοκιμασίες t-test για δύο ανεξάρτητα δείγματα (Independent samples t-test), ανάλυση διακύμανσης κατά μια διεύθυνση (OneWay Anova) και συντελεστή συσχέτισης Spearman's rho.

Η Κοινωνική Αξία (Πίνακας 7) φαίνεται να έχει υψηλό δείκτη συσχέτισης με την ηλικία του πατέρα (rho=0.091, p=0.040). Οι γυναίκες οι οποίες δεν έχουν κάνει κι άλλους τοκετούς φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο στο σκορ της Κοινωνικής Αξίας (μ.τ=32,68, TA=3,78) σε σχέση με αυτές που έχουν προηγούμενους τοκετούς (μ.τ=31.64, TA=4.39). Υψηλότερο επίσης μέσο όρο στη Κοινωνική Αξία έχουν και οι γυναίκες οι οποίες έχουν Ελληνική καταγωγή

($\mu.T=32.21$, $TA=4.17$, $p=0,024$) σε σχέση με εκείνες που κατάγονται από άλλες χώρες. Σχέση υπάρχει και ανάμεσα στη φυσική δραστηριότητα της μητέρας πριν την εγκυμοσύνη με τον παράγοντα της Κοινωνικής Αξίας ($p=0,017$).

Πίνακας 7. Κοινωνική αξία σύμφωνα με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού

Μεταβλητές	Κοινωνική Αξία				p
	rho^				
Ηλικία μητέρας	r= 0.075				0.090
Ηλικία πατέρα	r= 0.091				0.040
	N	%	μ.τ.	TA	
Εκπαίδευση μητέρας					0.727
Χαμηλή (έως Γυμνάσιο)	87	16.73	31.79	4.80	
Μέση (Λύκειο/Ανωτέρα)	251	48.27	32.17	4.26	
Ανώτερη(ΑΕΙ-ΤΕΙ)	182	35.00	32.20	3.60	
Εκπαίδευση πατέρα					0.377
Χαμηλή (έως Γυμνάσιο)	170	33.01	31.75	4.89	
Μέση (Λύκειο/Ανωτέρα)	222	43.11	32.30	3.75	
Ανώτερη(ΑΕΙ-ΤΕΙ)	123	23.88	32.29	3.63	
Εργασία					0.252
Ναι	264	50.77	32.33	3.83	
Όχι	256	49.23	31.91	4.41	
Οικογενειακή Κατάσταση					0.237
Παντρεμένη	456	88.37	32.19	4.15	
Άλλο	60	11.63	31.52	4.08	
Πρώτος τοκετός					0.005
Ναι	221	43.76	32.68	3.78	
Όχι	284	56.24	31.64	4.39	
Εθνικότητα μητέρας					0.024
Ελληνική	487	93.30	32.21	4.17	
Όχι Ελληνική	35	6.70	30.57	3.38	
Εθνικότητα πατέρα					0.241
Ελληνική	503	96.36	32.14	4.14	
Όχι Ελληνική	19	3.64	31.00	4.11	
Περιοχή κατοικίας					0.525
Αγροτική	101	20.91	32.32	4.08	
Αστική	382	79.09	32.03	4.08	
Υψόμετρο					0.349
Πεδινό	399	82.61	31.99	4.03	
Ημι-ορεινό	64	13.25	32.28	4.53	
Ορεινό	20	4.14	33.30	3.57	
Φυσική άσκηση πριν την εγκυμοσύνη					0.017
Όχι	386	75.98	31.83	4.17	
Ναι	122	24.02	32.85	3.99	

* Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=5\%$, βασισμένα σε δοκιμασίες t-test για δύο ανεξάρτητα δείγματα (Independent samples t-test), ανάλυση διακύμανσης κατά μια διεύθυνση (OneWay Anova) και συντελεστή συσχέτισης Spearman's rho.

Ο παράγοντας της συμμετοχής στην τοπική κοινότητα (πίνακας 8) φαίνεται να έχει θετική συσχέτιση με την ηλικία του πατέρα ($\rho=0.140$, $p=0,001$). Οι μητέρες οι οποίες ζουν σε αγροτική περιοχή έχουν υψηλότερο μέσο όρο στο

βαθμό συμμετοχής στην τοπική κοινότητα ($\mu.τ=20.36$, $TA=3.99$) σε σχέση με τις μητέρες που ζουν σε αστική περιοχή ($p=0,000$). Επίσης, υψηλότερο μέσο όρο στο σκορ συγκεντρώνει και το ορεινό υψόμετρο της περιοχής κατοικίας ($\mu.τ=21.05$, $TA=4.16$) σε σχέση με το πεδινό και το ημι-ορεινό ($p=0,000$).

Πίνακας 8. Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα σύμφωνα με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού

Μεταβλητές	Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα				p
	rho [^]				
Ηλικία μητέρας			$r= 0.035$		0.418
Ηλικία πατέρα			$r= 0.140$		0.001
	N	%	μ.τ.	TA	
Εκπαίδευση μητέρας					0.222
Χαμηλή (έως Γυμνάσιο)	91	16.95	19.18	4.23	
Μέση (Λύκειο/Ανωτέρα)	262	48.79	18.50	4.07	
Ανώτερη(ΑΕΙ-ΤΕΙ)	184	34.26	19.04	4.23	
Εκπαίδευση πατέρα					0.479
Χαμηλή (έως Γυμνάσιο)	174	33.01	19.10	4.32	
Μέση (Λύκειο/Ανωτέρα)	232	43.11	18.76	3.96	
Ανώτερη(ΑΕΙ-ΤΕΙ)	124	23.88	18.54	4.29	
Εργασία					0.572
Ναι	279	52.05	18.88	4.12	
Όχι	257	47.95	18.73	4.16	
Οικογενειακή Κατάσταση					0.776
Παντρεμένη	472	88.39	18.82	4.22	
Άλλο	62	11.61	18.63	3.41	
Πρώτος τοκετός					0.617
Ναι	224	42.99	18.63	3.76	
Όχι	297	57.01	19.03	4.45	
Εθνικότητα μητέρας					0.385
Ελληνική	503	93.50	17.85	4.21	
Όχι Ελληνική	35	6.50	17.97	2.88	
Εθνικότητα πατέρα					0,136
Ελληνική	518	96.28	18.84	4.16	
Όχι Ελληνική	20	3.72	17.50	3.26	
Περιοχή κατοικίας					0.000
Αγροτική	107	21.77	20.36	3.99	
Αστική	392	78.56	18.31	3.99	
Υψόμετρο					0.000
Πεδινό	411	82.36	18.46	4.03	
Ημι-ορεινό	67	13.43	19.78	3.99	
Ορεινό	21	4.21	21.05	4.16	
Φυσική άσκηση πριν την εγκυμοσύνη					0.029
Όχι	405	77.44	18.58	4.02	
Ναι	118	22.56	19.68	4.46	

* Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=5\%$, βασισμένα σε δοκιμασίες t-test για δύο ανεξάρτητα δείγματα (Mann-Whitney's test), ανάλυση διακύμανσης κατά μια διεύθυνση (Kruskal-Wallis test) και συντελεστή συσχέτισης Spearman's rho.

Όσο αφορά το αίσθημα ασφάλειας της μητέρας (Πίνακας 9) φαίνεται να υπάρχει πολύ ισχυρή συσχέτιση με τη περιοχή κατοικίας της και το υψόμετρο της

περιοχής ($p=0,000$). Ο μέσος όρος στο σκορ του παράγοντα αίσθημα ασφάλειας είναι 5,6 (1,49) για τις μητέρες οι οποίες ζουν σε αγροτική περιοχή και 5,0 (1,34) για τις μητέρες που ζουν σε αστική περιοχή. Οι γυναίκες που ζουν σε πεδινή και ημι-ορεινή περιοχή συγκεντρώνουν χαμηλότερη μέση βαθμολογία, 5,02 (1,36) και 5,67 (1,38) αντίστοιχα σε σχέση με αυτές που ζουν σε ορεινή περιοχή ($\mu.τ=6.00$, $TA=1.54$). Υψηλότερη επίσης μέση βαθμολογία συγκεντρώνουν και οι μητέρες που είχαν φυσική δραστηριότητα πριν την εγκυμοσύνη ($\mu.τ=5.43$, $TA=1.35$) σε σχέση με αυτές που δεν είχαν ($p=0,028$).

Πίνακας 9. Αίσθημα ασφάλειας σύμφωνα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Μεταβλητές	Αίσθημα Ασφάλειας			
	rho ^Λ		μ.τ	TA
Ηλικία μητέρας	r= - 0.045			0.302
Ηλικία πατέρα	r= 0.063			0.146
	N	%	μ.τ	TA
Εκπαίδευση μητέρας				0.385
Χαμηλή (έως Γυμνάσιο)	89	16.39	5.09	1.67
Μέση (Λύκειο/Ανωτέρα)	267	49.17	5.22	1.44
Ανώτερη(AEI-TEI)	187	34.44	5.17	1.24
Εκπαίδευση πατέρα				0.284
Χαμηλή (έως Γυμνάσιο)	177	32.96	5.29	1.56
Μέση (Λύκειο/Ανωτέρα)	232	43.20	5.10	1.38
Ανώτερη(AEI-TEI)	128	23.84	5.14	1.24
Εργασία				0.231
Ναι	282	51.93	5.11	1.32
Όχι	261	48.07	5.25	1.52
Οικογενειακή Κατάσταση				0.205
Παντρεμένη	477	88.33	5.15	1.41
Άλλο	63	11.67	5.38	1.47
Πρώτος τοκετός				0.243
Ναι	227	42.99	5.25	1.45
Όχι	301	57.01	5.11	1.41
Εθνικότητα μητέρας				0.752
Ελληνική	509	93.39	5.17	1.42
Όχι Ελληνική	36	6.61	5.22	1.33
Εθνικότητα πατέρα				0.543
Ελληνική	525	96.93	5.17	1.42
Όχι Ελληνική	20	3.67	5.30	1.41
Περιοχή κατοικίας				0.000
Αγροτική	108	21.39	5.61	1.49
Αστική	397	78.61	5.03	1.34
Υψόμετρο				0.000
Πεδινό	416	82.38	5.02	1.36
Ημι-ορεινό	67	13.27	5.67	1.38
Ορεινό	22	4.35	6.00	1.54
Φυσική άσκηση πριν την εγκυμοσύνη				0.028
Όχι	405	76.42	5.12	1.43
Ναι	125	23.58	5.43	1.35

* Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=5\%$, βασισμένα σε δοκιμασίες t-test για δύο ανεξάρτητα δείγματα (Mann-Whitney's test), ανάλυση διακύμανσης κατά μια διεύθυνση (Kruskal-Wallis test) και συντελεστή συσχέτισης Spearman's rho.

Τέλος σχετικά με την ανοχή στη διαφορετικότητα (Πίνακας 10) φαίνεται ότι μεγαλύτερη μέση βαθμολογία συγκεντρώνουν οι μητέρες που έχουν ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης ($\mu.τ=4.31$, $TA=1.31$) σε αντίθεση με αυτές που έχουν μεσαίο ή χαμηλό ($p=0,000$). Το ίδιο ισχύει και για το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα ($p=0,002$). Οι μητέρες, οι οποίες ασκούσαν πριν την εγκυμοσύνη έχουν μέσο όρο στη βαθμολογία του παράγοντα ανοχή στη διαφορετικότητα 4,21 (1,25), υψηλότερο από αυτόν των γυναικών που δεν είχαν φυσική άσκηση.

Πίνακας 10. Ανοχή στη διαφορετικότητα σύμφωνα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Μεταβλητές	Ανοχή στη διαφορετικότητα				p
	rho ^Λ				
Ηλικία μητέρας	r= 0.052				0.229
Ηλικία πατέρα	r= 0.006				0.896
	N	%	μ.τ	TA	
Εκπαίδευση μητέρας					0.000
Χαμηλή (έως Γυμνάσιο)	90	16.73	3.53	1.13	
Μέση (Λύκειο/Ανωτέρα)	265	49.26	3.97	1.25	
Ανώτερη(AEI-TEI)	183	34.01	4.31	1.31	
Εκπαίδευση πατέρα					0.002
Χαμηλή (έως Γυμνάσιο)	177	16.73	3.82	1.25	
Μέση (Λύκειο/Ανωτέρα)	231	49.26	3.99	1.26	
Ανώτερη(AEI-TEI)	124	34.01	4.34	1.31	
Εργασία					0.711
Ναι	261	48.51	4.00	1.28	
Όχι	277	51.49	4.03	1.27	
Οικογενειακή Κατάσταση					0.307
Παντρεμένη	474	88.60	3.99	1.27	
Άλλο	61	11.40	4.20	1.35	
Πρώτος τοκετός					0.321
Ναι	223	42.64	4.06	1.18	
Όχι	300	57.36	3.97	1.35	
Εθνικότητα μητέρας					0.140
Ελληνική	503	93.15	4.27	1.23	
Όχι Ελληνική	37	6.85	3.99	1.27	
Εθνικότητα πατέρα					0.373
Ελληνική	521	96.48	4.01	1.28	
Όχι Ελληνική	19	3.52	4.21	1.13	
Περιοχή κατοικίας					0.543
Αγροτική	107	21.40	4.04	1.33	
Αστική	393	78.60	3.92	1.12	
Υψόμετρο					0.207
Πεδινό	413	82.60	4.00	1.30	
Ημι-ορεινό	66	13.20	4.00	1.32	
Ορεινό	21	4.20	4.43	1.02	
Φυσική άσκηση πριν την εγκυμοσύνη					0.028
Όχι	403	76.62	3.95	1.28	
Ναι	123	23.38	4.21	1.25	

* Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=5\%$, βασισμένα σε δοκιμασίες t-test για δύο ανεξάρτητα δείγματα (Mann-Whitney's test), ανάλυση διακύμανσης κατά μια διεύθυνση (Kruskal-Wallis test) και συντελεστή συσχέτισης Spearman's rho.

6.3 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης

Από την πολυπαραγοντική ανάλυση που ακολούθησε φαίνεται ότι, τόσο για το Α' Μοντέλο όσο και για το Β', το κοινωνικό κεφάλαιο, η κοινωνική συμμετοχή, η ανοχή στη διαφορετικότητα και η κοινωνική αξία, ως συνεχείς μεταβλητές, δεν συσχετίζονται με τη συμπεριφορά του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της κύησης (Πίνακας 11 και Πίνακας 12). Σε αντίθεση με την υπόθεσή μας, βρέθηκε ότι για κάθε αύξηση κατά μία μονάδα στον παράγοντα αίσθημα ασφάλειας, υπήρχε μια αύξηση 12% στη συμπεριφορά του καπνίσματος κατά την κύηση για το Α' μοντέλο, μετά τον έλεγχο για τους συγχυτικούς παράγοντες (Adjusted OR 1.12 95% CI= 0.97-1.30), αν και αυτή η εκτίμηση δεν είναι στατιστικά σημαντική (Πίνακας 11). Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και για το Β' μοντέλο, με μια αύξηση όμως 13% (Adjusted OR 1.13, 95% CI= 0.96-1.33) μετά τον έλεγχο για τους συγχυτικούς παράγοντες (Πίνακας 12), χωρίς επίσης η εκτίμηση αυτή να είναι στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 11. Συσχέτιση κοινωνικού κεφαλαίου με τη συμπεριφορά του καπνίσματος (καπνιστής - μη καπνιστής) κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, πολυπαραγοντική ανάλυση(Α' Μοντέλο)

	ΚΑΠΝΙΣΜΑ (καπνίστρια – μη καπνίστρια)	
	Crude OR 95% (CI)	Adjusted OR 95% (CI)
Κοινωνικό κεφάλαιο (45-105)	0.99 (0.97-1.02) p= 0.93	1.00 (0.98-1.03) p=0.61
Κοινωνική συμμετοχή (12-38)	1.02 (0.97-1.07) p=0.37	1.03 (0.98-1.08) p=0.22
Αίσθημα ασφάλειας (2-8)	1.10 (0.96-1.27) p= 0.15	1.12 (0.97-1.30) p=0.11
Ανοχή στη Διαφορετικότητα (2-8)	0.95 (0.81-1.11) p=0.54	0.99 (0.84-1.18) p=0.96
Κοινωνική αξία (19-42)	0.96 (0.91-1.01) p=0.17	0.97 (0.93-1.03) p=0.32

Σημείωση: OR=odds ratio, CI= confidence interval

Ελέγχοντας για: ηλικία μητέρας, εκπαίδευση μητέρας, φυσική δραστηριότητα πριν την εγκυμοσύνη

Πίνακας 12. Συσχέτιση κοινωνικού κεφαλαίου με συμπεριφορά καπνίσματος (καπνίστρια – μη καπνίστρια) κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Β΄ Μοντέλο)

	ΚΑΠΝΙΣΜΑ (καπνίστρια – μη καπνίστρια)	
	Crude OR 95% (CI)	Adjusted OR 95% (CI)
Κοινωνικό κεφάλαιο¹ (45-105)	0.99 (0.97-1.02) p= 0.93	1.01 (0.98-1.03) p=0.60
Κοινωνική συμμετοχή² (12-38)	1.02 (0.97-1.07) p=0.37	1.04 (0.98-1.10) p=0.21
Αίσθημα ασφάλειας² (2-8)	1.10 (0.96-1.27) p= 0.15	1.13 (0.96-1.33) p=0.13
Ανοχή στη Διαφορετικότητα³ (2-8)	0.95 (0.81-1.11) p=0.54	0,97 (0.82-1.15) p=0.76
Κοινωνική αξία⁴ (19-42)	0.96 (0.91-1.01) p=0.17	0.97 (0.92-1.02) p=0.30

Σημείωση: OR=odds ratio, CI= confidence interval

¹ **Ελέγχοντας για:** ηλικία μητέρας, εκπαίδευση μητέρας, οικογενειακή κατάσταση, πρώτος τοκετός, περιοχή κατοικίας, υψόμετρο περιοχής κατοικίας, φυσική δραστηριότητα πριν την εγκυμοσύνη ² **Ελέγχοντας για:** ηλικία μητέρας, εκπαίδευση μητέρας, οικογενειακή κατάσταση, περιοχή κατοικίας, υψόμετρο περιοχής κατοικίας, φυσική δραστηριότητα πριν την εγκυμοσύνη ³ **Ελέγχοντας για:** ηλικία μητέρας, εκπαίδευση μητέρας, οικογενειακή κατάσταση, φυσική δραστηριότητα πριν την εγκυμοσύνη ⁴ **Ελέγχοντας για:** ηλικία μητέρας, εκπαίδευση μητέρας, εθνικότητα μητέρας, οικογενειακή κατάσταση, φυσική δραστηριότητα πριν την εγκυμοσύνη

Χρησιμοποιώντας την τρίτη μεταβλητή (χαμηλό επίπεδο, μεσαίο επίπεδο, υψηλό επίπεδο) για το συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο και τους παράγοντές του, σε αντίθεση με την αρχική μας υπόθεση βρήκαμε μια στατιστικά σημαντική αύξηση της πιθανότητας για κάπνισμα κατά τη κύηση για το μεσαίο επίπεδο συμμετοχής στη τοπική κοινότητα, μετά τον έλεγχο για τους συγχυτικούς παράγοντες, τόσο για το Α μοντέλο, όσο και για το Β. Πιο συγκεκριμένα, με το Α μοντέλο (Πίνακας 13) βρήκαμε ότι η πιθανότητα να καπνίζουν οι μητέρες κατά τη κύηση αυξάνει κατά 2.73 φορές στις μητέρες με μεσαίο επίπεδο συμμετοχής σε σχέση με τις μητέρες με χαμηλό επίπεδο (OR= 2.73, 95%CI= 1.18-6.27) και με το Β μοντέλο (Πίνακας 14) βρήκαμε παρόμοιες εκτιμήσεις (OR= 2.73, 95%CI= 1.11-6.72).

Επίσης για τις γυναίκες με υψηλό αίσθημα ασφάλειας βρέθηκε ότι η πιθανότητα να καπνίζουν κατά τη κύηση αυξάνει κατά 88% (OR= 1.88, 95%CI =

0.82-4.34) (Πίνακας 13), σε σχέση με τις μητέρες που έχουν χαμηλό αίσθημα ασφάλειας, στο Α μοντέλο, και 95% (OR= 1.95, 95%CI= 0.78-4.91) στο Β μοντέλο (Πίνακας 14). Και για τα δύο μοντέλα, όμως, τα αποτελέσματα αυτά δεν είναι στατιστικά σημαντικά. Για το συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο και τους υπόλοιπους παράγοντες (ως κατηγοριοποιημένες μεταβλητές), δεν βρέθηκε κάποια στατιστικά σημαντική σχέση με τη καπνιστική συνήθεια της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Πίνακας 13. Συσχέτιση κοινωνικού κεφαλαίου (τρίτημη κατηγοριοποίηση) με συμπεριφορά καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, Α' μοντέλο

	ΚΑΠΝΙΣΜΑ (καπνίστρια – μη καπνίστρια)	
	Crude OR 95% (CI)	Adjusted OR 95% (CI)
Κοινωνικό Κεφάλαιο		
Χαμηλό (46-60)	1.00	1.00
Μεσαίο (61-82)	0.96 (0.51-1.80)	1.04 (0.54-2.01)
	p= 0.90	p=0.90
Υψηλό (83-105)	0.82 (0.33 – 2.01)	0.96 (0.38-2.45)
	p=0.66	p=0.94
Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα		
Χαμηλό (12-14)	1.00	1.00
Μεσαίο (15-23)	2.12 (0.97-1.02)	2.73 (1.18-6.27)
	p= 0.06	p=0.02
Υψηλό (24-38)	1.82 (0.70-4.70)	2.37 (0.86-6.54)
	p=0.22	p=0.10
Αίσθημα ασφάλειας		
Χαμηλό (2-3)	1.00	1.00
Μεσαίο (4-6)	1.11 (0.55-2.24)	1.32 (0.63-2.78)
	p= 0.77	p=0.46
Υψηλό (7-8)	1.70 (0.76-3.77)	1.88 (0.82-4.34)
	p=0.19	p=0.14
Ανοχή στην διαφορετικότητα		
Χαμηλό (2-2)	1.00	1.00
Μεσαίο (3-5)	0.68 (0.37-1.23)	0.63 (0.34-1.18)
	p= 0.20	p=0.15
Υψηλό (6-8)	0.57 (0.26-1.26)	0.58 (0.26-1.34)
	p=0.17	p=0.20
Κοινωνική αξία		
Χαμηλό (15-27)	1.00	1.00
Μεσαίο (28-36)	0.78 (0.43-1.41)	0.89 (0.48-1.64)
	p= 0.41	p=0.71
Υψηλό (37-42)	0.72 (0.34-1.54)	0.81 (0.37-1.79)
	p=0.40	p=0.61

Σημείωση: OR=odds ratio, CI= confidence interval

Ελέγχοντας για: ηλικία μητέρας, εκπαίδευση μητέρας, φυσική δραστηριότητα πριν την εγκυμοσύνη

Πίνακας 14. Συσχέτιση κοινωνικού κεφαλαίου (τρίτημη κατηγοριοποίηση) με συμπεριφορά καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, Β' μοντέλο

	ΚΑΠΝΙΣΜΑ (καπνίστρια – μη καπνίστρια)	
	Crude OR 95% (CI)	Adjusted OR 95% (CI)
Κοινωνικό Κεφάλαιο¹		
Χαμηλό (46-60)	1.00	1.00
Μεσαίο (61-82)	0.96 (0.51-1.80)	1.14 (0.55-2.34)
	p= 0.90	p=0.72
Υψηλό (83-105)	0.82 (0.33 – 2.01)	1.26 (0.44-3.57)
	p=0.66	p=0.66
Συμμετοχή στην τοπική² κοινότητα		
Χαμηλό (12-14)	1.00	1.00
Μεσαίο (15-23)	2.12 (0.97-1.02)	2.73 (1.11-6.72)
	p= 0.06	p=0.03
Υψηλό (24-38)	1.82 (0.70-4.70)	2.57 (0.84-7.81)
	p=0.22	p=0.10
Αίσθημα ασφάλειας²		
Χαμηλό (2-3)	1.00	1.00
Μεσαίο (4-6)	1.11 (0.55-2.24)	1.37 (0.62-3.03)
	p= 0.77	p=0.44
Υψηλό (7-8)	1.70 (0.76-3.77)	1.95 (0.78-4.91)
	p=0.19	p=0.15
Ανοχή στην διαφορετικότητα³		
Χαμηλό (2-2)	1.00	1.00
Μεσαίο (3-5)	0.68 (0.37-1.23)	0.62 (0.33-1.15)
	p= 0.20	p=0.13
Υψηλό (6-8)	0.57 (0.26-1.26)	0.54 (0.23-1.24)
	p=0.17	p=0.15
Κοινωνική αξία⁴		
Χαμηλό (15-27)	1.00	1.00
Μεσαίο (28-36)	0.78 (0.43-1.41)	0.88 (0.47-1.65)
	p= 0.41	p=0.70
Υψηλό (37-42)	0.72 (0.34-1.54)	0.79 (0.35-1.76)
	p=0.40	p=0.57

Σημείωση: OR=odds ratio, CI= confidence interval

¹ **Ελέγχοντας για:** ηλικία μητέρας, εκπαίδευση μητέρας, οικογενειακή κατάσταση, πρώτος τοκετός, περιοχή κατοικίας, υψόμετρο περιοχής κατοικίας, φυσική δραστηριότητα πριν την εγκυμοσύνη ² **Ελέγχοντας για:** ηλικία μητέρας, εκπαίδευση μητέρας, οικογενειακή κατάσταση, περιοχή κατοικίας, υψόμετρο περιοχής κατοικίας, φυσική δραστηριότητα πριν την εγκυμοσύνη ³ **Ελέγχοντας για:** ηλικία μητέρας, εκπαίδευση μητέρας, οικογενειακή κατάσταση, φυσική δραστηριότητα πριν την εγκυμοσύνη ⁴ **Ελέγχοντας για:** ηλικία μητέρας, εκπαίδευση μητέρας, εθνικότητα μητέρας, οικογενειακή κατάσταση, φυσική δραστηριότητα πριν την εγκυμοσύνη

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο : ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

7. Συζήτηση

Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση της σχέσης που υπάρχει ανάμεσα στο κοινωνικό κεφάλαιο της μητέρας και τη συμπεριφορά του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η μελέτη αυτή παρουσιάζει τα πρώτα αποτελέσματα για τη σχέση του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου με τη καπνιστική συνήθεια κατά τη κύηση.

Με τη χρήση του SCQ-G (Cronbach's α 0.84) εκτιμήσαμε αρκετές διαστάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου, δηλαδή τη συμμετοχή στη κοινότητα, το αίσθημα ασφάλειας / εμπιστοσύνη, την ανοχή στη διαφορετικότητα, την κοινωνική αξία. Δεν διαπιστώθηκε καμιά στατιστικά σημαντική συσχέτιση του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου της μητέρας με τη συμπεριφορά του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ελέγχοντας επίσης για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες.

Σε αντίθεση, λοιπόν, με την ερευνητική μας υπόθεση δεν βρέθηκε προστατευτική σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με το κάπνισμα κατά τη κύηση. Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι οι μητέρες με μια μέση συμμετοχή στη τοπική κοινότητα έχουν αυξημένη πιθανότητα να καπνίζουν κατά τη κύηση (Adjusted OR= 2.32, 95%CI= 1.18-6.27). Το ίδιο αποτέλεσμα βρέθηκε και για τις μητέρες με μεγάλη συμμετοχή (OR= 2.57, 95%CI= 0.84-7.81), χωρίς όμως το αποτέλεσμα αυτό να είναι στατιστικά σημαντικό.

Η αυξημένη συμμετοχή αναμενόταν να έχει έναν προστατευτικό ρόλο στα αποτελέσματα της καπνιστικής συνήθειας των μητέρων, μέσω της εύκολης πρόσβασης στις πληροφορίες και την καλύτερη ενημέρωση για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στο έμβryo και την υγεία της μητέρας. Άλλωστε η πρακτική των ανθυγιεινών συμπεριφορών, όπως η κατανάλωση καπνού και αλκοόλ, είναι ένα χαρακτηριστικό των πιο απομονωμένων ανθρώπων (Kawachi, Kennedy, Glass, 1999).

Σε έρευνες που έχουν γίνει στη διερεύνηση της σχέσης του κοινωνικού κεφαλαίου με το κάπνισμα, έχει βρεθεί ότι η κοινωνική συμμετοχή έχει θετική

επίδραση στη συμπεριφορά του καπνίσματος. Τα άτομα με υψηλά επίπεδα κοινωνικής συμμετοχής δεν καπνίζουν (Lindström, Isacsson, Elmståhl, 2003, Poortinga, 2006), ενώ η έλλειψη ενεργούς συμμετοχής συνδέεται με την έναρξη του καπνίσματος (Giordano, Lindström, 2010). Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα των ερευνών που αφορούν την καπνιστική συνήθεια των γυναικών. Οι γυναίκες με χαμηλή συμμετοχή στη κοινότητα εμφανίζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να κάνουν χρήση καπνού (Lindström, Östergren 2001, Chuang, Chuang 2008).

Αν και τα παραπάνω αποτελέσματα δεν αφορούν τη συμπεριφορά των εγκύων γυναικών, λόγω έλλειψης τέτοιων στοιχείων, μπορούν να αποτελέσουν μία βάση πάνω στην οποία μπορεί να στηριχτεί μια ερμηνεία των αποτελεσμάτων της έρευνάς μας. Σε αντίθεση, λοιπόν, με τα ευρήματα αρκετών ερευνών, τα αποτελέσματά μας δείχνουν μια θετική συσχέτιση της κοινωνικής συμμετοχής με τη συμπεριφορά του καπνίσματος. Το γεγονός αυτό μπορεί να μας οδηγήσει στο σχετικό συμπέρασμα, ότι η συμπεριφορά του καπνίσματος επηρεάζεται τόσο από το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο, αλλά είναι αποτέλεσμα ατομικών επιλογών. Άλλωστε και οι Lindström et al (2003b), σε σχετική έρευνα για το κοινωνικό κεφάλαιο και το κάπνισμα, έδειξαν ότι η διακύμανση του καθημερινού καπνίσματος σε επίπεδο γειτονιάς επηρεάζεται από ατομικούς παράγοντες, παρά από το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο.

Μια άλλη ερμηνεία, των αποτελεσμάτων αυτών, είναι ότι οι διάφορες μορφές του κοινωνικού κεφαλαίου μπορεί να έχουν θετικό ή αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία. Πιο συγκεκριμένα η μεγαλύτερη κοινωνική συμμετοχή μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερα επίπεδα «κοινωνικού καπνίσματος» ανάλογα με τα πρότυπα της κοινότητας που εντάσσονται τα άτομα (Sarag et al, 2010). Στην Ελλάδα, ο επιπολασμός του καπνίσματος στις γυναίκες είναι πολύ υψηλός, 39% των γυναικών καπνίζουν (WHO, 2011), γεγονός που μπορεί να συνδέεται με τη μεγάλη κινητικότητα και συμμετοχή των γυναικών στην κοινότητα. Άλλωστε έρευνα έδειξε ότι οι γυναίκες, οι οποίες έχουν μεγαλύτερη αυτονομία και συμμετοχή στη κοινότητα είναι περισσότερο εκτεθειμένες στο κάπνισμα (Afifi, Nakkash, Khawaja, 2010).

Βέβαια δεν διαθέτουμε αρκετά στοιχεία για περαιτέρω στήριξη οποιασδήποτε ερμηνείας. Άλλωστε η εκτίμηση της επίδρασης του αντίστοιχου συνεχή παράγοντα δεν δείχνει ανάλογη θετική συσχέτιση με την συνήθεια του καπνίσματος γεγονός που δεν μας βοηθάει στη διερεύνηση αυτής της συσχέτισης,

καθώς δεν μπορούμε να αποκλείσουμε την επίδραση της κατηγοριοποίησης στην εκτίμηση αυτή.

Στην έρευνά μας βρήκαμε ίσως ότι με κάθε μονάδα αύξησης στον παράγοντα αίσθημα ασφάλειας υπήρχε μια αύξηση 12-13% στη κατανάλωση καπνού της εγκύου μητέρας. Επειδή όμως η εκτίμηση της σχέσης αυτής δεν είναι στατιστικά σημαντική, δεν μπορούμε να αποκλείσουμε μια υπολειμματική σύγχυση ή ότι πρόκειται για ένα τυχαίο εύρημα.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι ιδιαίτερα σημαντικά, λαμβάνοντας όμως υπόψη και κάποιους περιορισμούς. Το SCQ-G είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο στην ελληνική γλώσσα, επομένως αποκλείει τη συμπλήρωσή του από άτομα τα οποία δεν γνωρίζουν τη γλώσσα, και οδηγεί σε σχετικό αποκλεισμό των μητέρων που κατάγονται από άλλες χώρες.

Επιπλέον, στα δεδομένα μας δεν καταγράφονται τα χρόνια διαμονής στη περιοχή κατοικίας, ένα χαρακτηριστικό που συνδέεται με την ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου (Kritsotakis et al, 2008). Τέλος, δεν υπάρχουν στοιχεία για το εισόδημα των γυναικών, το οποίο αποτελεί επίσης παράγοντα που συνδέεται με την ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου (Kawachi, Kennedy, 1999; Shiahpush et al, 2006).

7.1 Συμπεράσματα

Η μελέτη μας δείχνει ότι η συμμετοχή στην κοινότητα μπορεί να συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα για χρήση καπνού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Δεν βρήκαμε καμία άλλη στατιστικά σημαντική συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου της μητέρας με τα αποτελέσματα για τη συμπεριφορά του καπνίσματος. Ωστόσο, αυτό δεν αποκλείει το ενδεχόμενο ότι σε άλλα περιβάλλοντα, το κοινωνικό κεφάλαιο δεν θα έχει προστατευτικό ρόλο για τη συμπεριφορά του καπνίσματος της μητέρας κατά τη κύηση. Χρειάζονται μελλοντικές έρευνες για τη διάκριση μεταξύ των διαφόρων τύπων της συμμετοχής και των διαφόρων παραγόντων του κοινωνικού κεφαλαίου για την καλύτερη κατανόηση της σχέσης τους με τα αποτελέσματα της συμπεριφοράς του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Adler P. S., Kwon S., (2002), Social Capital: Prospects for a New Concept, *The Academy of Management Review*, 27 (1):17-40
2. Afifi A. R., Nakkash R. T., Khawaja M., (2010), Social capital, women's autonomy and smoking among married women in low-income urban neighborhoods of Beirut, Lebanon, *Women's Health*, 20:156–167
3. Agrawal A., Scherrer J., Grant J. D., Sartor C., Pergadia M. L., Duncan Alexis E., et al, (2010), The Effects of Maternal Smoking During Pregnancy on Offspring Outcomes, *Prev. Med.*, 50(1-2): 13.
4. Altink M. E., Slaats-Willemse D. I.E., Rommelse N. N. J., Buschgens C. J.M., Fliers E. A., Arias-Va'squez A., et al, (2009), Effects of maternal and paternal smoking on attentional control in children with and without ADHD *Eur Child Adolesc Psychiatry* 18:465–475
5. Altschuler A., Somkin C. P., Adler N. E., (2004), Local services and amenities, neighborhood social capital, and health, *Social Science & Medicine*, 59:1219–1229
6. Ananth C. V., Smulian J. C., Vintzileos A. M., (1999) Incidence of placental abruption in relation to cigarette smoking and hypertensive disorders during pregnancy: a meta-analysis of observational studies, *Obstetrics and Gynecology*, 93(4):622–8.
7. Ananth C. V., Wilcox A. J., (2001), Placental abruption and perinatal mortality in the United States, *American Journal of Epidemiology*, 153(4):332–7.
8. Ancel P. Y., Saurel-Cubizolles M. J., Di Renzo G. C., Papiernik E., Bréart G., (1999), Very and moderate preterm births: are the risk factors different?, *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 106(11):1162–70.
9. Anderson, A.K., Damio G., Himmelgreen D.A., Peng Y., Segura-Perez S., Perez-Escamilla R., (2004), Social capital, acculturation, and breastfeeding initiation among Puerto Rican Women in the United States, *Journal of Human Lactation*, 20(1).
10. Andres R. L., Day M. C., (2000), Perinatal complications associated with maternal tobacco use, *Seminars in Neonatology*, 5(3):231–41.
11. Batstra L., Hadders-Algra M., Neeleman J., (2003), Effect of antenatal exposure to maternal smoking on behavioral problems and academic achievement in childhood: prospective evidence from a Dutch birth cohort, *Early Human Development*, 75: 21–33.
12. Baum F E, Ziersch A M, (2003), Social capital, *J Epidemiol Community Health*;57:320–323

13. Bolin K., Lindgren B, Lindström M., Nystedt P., (2003), Investments in social capital—implications of social interactions for the production of health, *Social Science & Medicine* 56 (12): 2379-2390
14. Boutwell B. B., Beaver K. M., (2010), Maternal Cigarette Smoking during Pregnancy and Offspring Externalizing Behavioral Problems: A Propensity Score Matching Analysis, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 7, 146-163
15. Campell C., Gillies P., (2001), Conceptualizing 'social capital' for health promotion in small local communities: a micro-qualitative study, *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11(5):329-346
16. Carpiano M. R., (2007), Neighborhood social capital and adult health: An empirical test of a Bourdieu-based model, *Health & Place*, 13: 639–655
17. Chaaya M., Awwad J., Campbell O. M.R., Sibai A., Kaddour A., (2003), Demographic and Psychosocial Profile of Smoking Among Pregnant Women in Lebanon: Public Health Implications, *Maternal and Child Health Journal*, 7, 3
18. Chen X., Stanton B., Gong J., Fang X., Li X., (2009), Personal Social Capital Scale: an instrument for health and behavioral research, *Health Education Research*, 24(2):306–317
19. Chuang Y-C, Chuang K -Y, (2008), Gender differences in relationships between social capital and individual smoking and drinking behavior in Taiwan *Social, Science & Medicine*, 67 :1321–1330
20. Cnattingius S., Lindmark G., Meirik O., (1992), Who continues to smoke while pregnant?, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46:218-221
21. Cnattingius S., (2004), The epidemiology of smoking during pregnancy: Smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes, *Nicotine & Tobacco Research*, 6, 2:125–140
22. Coleman, J.S., (1988), Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94:95–120
23. De Silva, M. J., Harpham, T., (2007), Maternal social capital and child nutritional status in four developing countries. *Health & Place*, 13:341-55.
24. Dhesi A., (2000), Social capital and community development, *Community Development Journal*, 35 (3): 199-214
25. Di Franza J. R., Lew R. A., (1995), Effect of maternal cigarette smoking on pregnancy complications and sudden infant death syndrome, *Journal of Family Practice*, 40(4):385–94
26. Ergin I., Hassoy H., Tanik F. A, Aslan G., (2010), Maternal age, education level and migration: Socioeconomic determinants for smoking during pregnancy in a field study from Turkey, *BMC Public Health*, 10:325

27. Ersing R. L., Loeffler D. N., (2008), Teaching Students to Become Effective in Policy Practice: Integrating Social Capital into Social Work Education and Practice, *Journal of Policy Practice*, 7:2-3, 226-238
28. Ferlander S, (2007), The Importance of Different Forms of Social Capital for Health, *Acta Sociologica*, 50: 115
29. Field J., (2004), *Social Capital*, Routledge Press, London
30. Folland, S., (2007), Does “community social capital” contribute to population health? *Social Science & Medicine*, 64, 2342–54.
31. Gardosi J., Francis A., (2000), Early pregnancy predictors of preterm birth: the role of a prolonged menstruation–conception interval, *BJOG*, 107(2):228–37.
32. George L, Granath F, Johansson AL, Anneren G, Cnattingius S., (2006), Environmental tobacco smoke and risk of spontaneous abortion. *Epidemiology*, 17(5):500–5.
33. Giordano G. N., Lindström M., (2010), The impact of social capital on changes in smoking behaviour: a longitudinal cohort study, *European Journal of Public Health*, 21(3): 347–354
34. Grant E., (2001), *Social Capital and Community Strategies: Neighborhood Development in Guatemala City*, *Development and Change*, 32:975-977
35. Gray T. R., Eiden R. D., Leonard K. E., Connors G., Shisler S., Huestis M. A., (2010), Nicotine and metabolites in meconium as evidence of maternal cigarette smoking during pregnancy and predictors of neonatal growth deficits, *Nicotine & Tobacco Research*, 12:6
36. Greiner K. A., Li C., Kawachi I., Hunt D. C., Ahluwalia J. S., (2004), The relationships of social participation and community ratings to health and health behaviors in areas with high and low population density, *Social Science & Medicine*, 59:2303–2312
37. Grootaert C, Bastelaer T, (2002), *Understanding and Measuring Social Capital A Multidisciplinary Tool for Practitioners*, *Directions in Development*, World Bank, Washington
38. Grootaert C, Narayan D, Jones V N, Woolcock M, (2004), *Measuring Social Capital An Integrated Questionnaire*, World Bank working paper No .18
39. Halpern D., (2005), *Social Capital*, Policy Press
40. Harpham, T., Grant, E., & Thomas, E. (2002), Measuring social capital within health surveys: Key issues. *Health Policy Plan*, 17(1), 106–111.
41. Harpham, T., De Silva, M. J., Tuan, T., (2006), Maternal social capital and child health in Vietnam, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60:865–871.
42. Healy K., Hampshire A., (2002), Social capital: a useful concept for social work?, *Australian Social Work*, 55:3

43. Higgins S. T., Heil S. H., Badger G. J., Skelly J. M., Solomon L. J., Bernstein I. M., (2009), Educational Disadvantage and Cigarette Smoking During Pregnancy, *Drug Alcohol Depend.*, 104, 1:100–105.
44. Hill M., (2002), Network Assessments and Diagrams, A Flexible Friend for Social Work Practice and Education, *Journal of Social Work*, 2: 233
45. Hooyman G., Schwanke R. W., Yesner H., (1981), Public Health Social Work, *Social Work in Health Care*, 6:2, 87-99
46. Huijbregts S. C. J., Séguin J. R., Zoccolillo M., Boivin M., Tremblay R. E., (2007) Associations of Maternal Prenatal Smoking with Early Childhood Physical Aggression, Hyperactivity-Impulsivity and Their Co-Occurrence, *J Abnorm Child Psychol*, 35:203–215
47. Huizink A. C., Mulder E. J.H., (2006), Maternal smoking, drinking or cannabis use during pregnancy and neurobehavioral and cognitive functioning in human offspring, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30, 1:24-41
48. Hyyppa M, Maki J., (2001), Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community, *Prev Med*, 32:148–155
49. Jaakkola J. J. K., Gissler M., (2004), Maternal Smoking in Pregnancy, Fetal Development and Childhood Asthma, *Am J Public Health*, 94:136–140
50. Jaddoe V. W.V., Verburg B. O., de Ridder M. A.J., Hofman A., Mackenbach J. P., Moll H. A., Steegers E. A.P., Witteman J. C. M., (2007), Maternal Smoking and Fetal Growth Characteristics in Different Periods of Pregnancy, The Generation R Study, *Am J Epidemiol*, 165:1207–1215
51. Islam MK, Merlo J, Kawachi I, Lindstrom M, Gerdtham U-G., (2006), Social capital and health. Does egalitarianism matter? A literature review, *Int J Equity Health*; 5: 3
52. Kandel D. B., Griesler P. C., Schaffranc C., (2009), Educational Attainment and Smoking Among Women: Risk Factors and consequences for Offspring, *Drug Alcohol Depend.*, 104, 11:24–33
53. Karmaus W., Dobai A. L., Ogbuanu I., Arshard S. H., Matthews S., Ewart S., (2008), Long-Term Effects of Breastfeeding, Maternal Smoking During Pregnancy and Recurrent Lower Respiratory Tract Infections on Asthma in Children, *J Asthma.*, 45(8): 688–695
54. Kawachi I., Kennedy B. P., Lochner K., Prothrow-Stith D., (1997), Social capital, income inequality, and mortality, *American Journal of Public Health*, 87(9):1491-1498
55. Kawachi I, Kennedy B, Glass R. (1999), Social capital and self-rated health: A contextual analysis. *Am J Public Health*, 89:1187–1193
56. Kelly F. L., (1931), Medical social work and public Health activities, *California and Western Medicine*, XXXV:3

57. Kritsotakis, G., Gamarnikow, E. (2004). What is social capital and how does it relate to health? *International Journal of Nursing Studies*, 41, 43–50
58. Kritsotakis G., Koutis A. D., Alegakis A. K., & Philalithis A. E., (2008), Development of the social capital questionnaire in Greece. *Research in Nursing & Health*, 31:217-225.
59. Kritsotakis, G., Koutis, A. D., Maiovis, P., Philalithis, A. E., (2009), Individual and contextual influences of social variables in health outcomes: The impact of social capital, *Archives of Hellenic Medicine*, 26, 523–535, (in Greek)
60. Kyrklund-Blomberg N. B., Gennser G., Cnattingius S., (2001), Placental abruption and perinatal death, *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 15(3):290–7.
61. Lannerö E., Wickman M., Pershagen G., Nordvall L., (2006), Maternal smoking during pregnancy increases the risk of recurrent wheezing during the first years of life (BAMSE), *Respiratory Research*, 7:3
62. Langley K., Holmans P. A, van den Bree M. B.M., Thapar A., (2007), Effects of low birth weight, maternal smoking in pregnancy and social class on the phenotypic manifestation of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and associated antisocial behaviour: investigation in a clinical sample, *BMC Psychiatry*, 7:26
63. Lindstrom M, Hanson BS, Ostergren P-O, Berglund G., (2000), Socioeconomic differences in smoking cessation: the role of social participation. *Scand J Public Health*, 28:200 – 8
64. Lindström M., Östergren P., (2001), Intermittent and daily smokers: two different socioeconomic patterns, and diverging influence of social participation, *Tobacco Control*, 10:258–266
65. Lindstrom M, Sundquist J., (2002), Ethnic differences in daily smoking in Malmo, Sweden: varying influence of psychosocial and economic factors. *Eur J Public Health*, 12(4): 287 – 94
66. Lindström M., Isacson S-O, Elmståhl S., (2003), Impact of different aspects of social participation and social capital on smoking cessation among daily smokers: a longitudinal study, *Tobacco Control*, 12:274-281
67. Lindström M., Moghaddassi M., Bolin K., Lindgren B., Merlo J., (2003b), Social participation, social capital and daily tobacco smoking: a population-based multilevel analysis in Malmo, Sweden, *Scand J Public Health*, 31: 444–450
68. Lindström M., Janzon E., (2007), Social capital, institutional (vertical) trust and smoking: A study of daily smoking and smoking cessation among ever smokers, *Scand J Public Health*, 35: 460

69. Lloyd- Odgers, J. (2005), How are the concepts of social capital, primary health care and health promotion relevant to the goals and activities of child and family health nurses? *Nuritinga Issue 6*, Tasmanian School of Nursing
70. Lu Y., Tong S., Oldenburg B., (2001) Determinants of smoking and cessation during and after pregnancy, *Health Promotion International*, 16(4): 355-365
71. Machado J., Filho P. V.M., Petersen G., O., Chatkin J. M., (2011), Quantitative effects of tobacco smoking exposure on the maternal-fetal circulation, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11:24
72. Mansyur C., Amick B. C., Harrist R. B., Franzini L., (2008), Social capital, income inequality, and self-rated health in 45 countries, *Social Science & Medicine* 66: 43–56
73. Matijasevich A., Brion M., Menezes A. M., Barros A. J.D., Santos I. S., Barros F. C., (2011), Maternal smoking during pregnancy and offspring growth in childhood: 1993 and 2004 Pelotas cohort studies, *Arch Dis Child*, 96:519–525
74. McCulloch A., (2001), Social environments and health: cross sectional national survey, *BMJ*, 323:208–9
75. Midgley J., Livermore M., (1998), Social Capital and Local Economic Development: Implications for Community Social Work Practice, *Journal of Community Practice*, 5(1-2)
76. Murray M., 2000, Social Capital and Healthy Communities: Insights from the Colorado Healthy Communities Initiative, *Community Development Journal*, 35 (2):99-108
77. Nielsen A., Hannibal C. G., Lindekilde B. E., Tolstrup J., Frederiksen K., Munk C., Bergholt T., Buss L., Ottesen B., Gronback M., et al., (2006), Maternal smoking predicts the risk of spontaneous abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(9):1057–65.
78. Noakes P. S., Thomas R., Lane C., Mori T. A., Barden A. E., Devadason S. G., Prescott S. L., (2007), Association of maternal smoking with increased infant oxidative stress at 3 months of age, *Thorax*, 62:714–717.
79. Onyx, J., Bullen, P., (2000), Measuring social capital in five communities, *The Journal of applied behavioral science*, 36, 23-42.
80. Poortinga, W. (2006), Do health behaviors mediate the association between social capital and health? *Preventive Medicine*, 43:488–93.
81. Portes A., (1998), SOCIAL CAPITAL: Its Origins and Applications in Modern Sociology, *Annu. Rev. Sociol.*, 24:1-24
82. Prabhu N., Smith N., Campbell D., Craig L. C., Seaton A., Helms P. J., Devereux G., Turner S. W., (2010), First trimester maternal tobacco smoking habits and fetal growth, *Thorax*, 65:235-240.

83. Prescott S. L., Noakes P. S., (2007), Maternal Smoking in Pregnancy: Do the Effects on Innate (Toll-Like Receptor) Function Have Implications for Subsequent Allergic Disease?, *Allergy, Asthma, and Clinical Immunology*, 3,1:10–18
84. Putnam R., (1995), 'Bowling Alone: America's Decline in Social Capital', *Journal of Democracy*; 6: 65–78
85. Raymond E. G., Mills J. L., (1993), Placental abruption: maternal risk factors and associated fetal conditions, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 72(8):633–9.
86. Regan L., Braude P. R., Trembath P. L., (1989), Influence of past reproductive performance on risk of spontaneous abortion, *BMJ (British Medical Journal)*, 299:541–5
87. Rose R., (2000), How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians, *Soc Sci Med*, 51:1421–1435
88. Rounds K., (2005), Public Health Social Work Standards and Competencies, Available at: http://oce.sph.unc.edu/cetac/phswcompetencies_may05.pdf, [accessed 3/9/2011]
89. Ruth B. J., Sisco S., Wyatt J., Bethke C., Bachman S. S., Piper T. M., (2008), Public Health and Social Work: Training Dual Professionals for the Contemporary Workplace, *Public Health Reports*, 2 (123)
90. Sapag J. C., Poblete F. C., Eicher C., Aracena M., Caneo C., Vera G., (2010) Tobacco smoking in urban neighborhoods: Exploring social capital as a protective factor in Santiago, Chile, *Nicotine & Tobacco Research*, 12(9):927–936
91. Schild D. R., Sable M. R., (2006), Public Health and Social Work, Gehlert S., Browne T. A., *Handbook of health social work*, John Wiley & Sons, Inc.
92. Schneider S., Schütz J., (2008), Who smokes during pregnancy? A systematic literature review of population-based surveys conducted in developed countries between 1997 and 2006, *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13(2):138–147
93. Shah N. R., Bracken M. B., A systematic review and meta-analysis of prospective studies on the association between maternal cigarette smoking and preterm delivery, *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2000, 182(2):465–72
94. Siahpush M, Borland R, Taylor J, et al., (2006), The association of smoking with perception of income inequality, relative material well-being, and social capital. *Soc Sci Med.*, 63(11): 2801–12
95. Smith, M. K. (2000-2009). 'Social capital', the encyclopedia of informal education, accessed at: www.infed.org/biblio/social_capital.htm.

96. Stroud LR, Paster RL, Papandonatos GD, Niaura R, Salisbury AL, Battle C, et al., (2009), Maternal smoking during pregnancy and newborn neurobehavior: effects at 10 to 27 days. *J Pediatr.*, 154(1):10–6.
97. Taioli E., Wynder E. L., (1991), Effect of the Age at Which Smoking Begins on Frequency of Smoking in Adulthood, *N Engl J Med*, 325:968-969
98. Tillgren P, Haglund BJA, Lundberg M, et al, (1996), The sociodemographic pattern of tobacco cessation in the 1980s: results from a panel study of living condition surveys in Sweden, *J Epidemiol Community Health*, 50: 625 – 30.
99. U.S. Department of Health and Human Services, How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease : a report of the Surgeon General - Rockville, MD: Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Office of Surgeon General, 2010.
100. Vardavas CI, Chatzi L, Patelarou E, Plana E, Sarri K, Kafatos A, Koutis AD, Kogevinas M., (2010), Smoking and smoking cessation during early pregnancy and its effect on adverse pregnancy outcomes and fetal growth. *Eur J Pediatr.*, 169(6):741-8
101. Viswanath K., Steele W. R., Finnegan J. R., (2006), Social Capital and Health: Civic Engagement, Community Size, and Recall of Health Messages, *Am J Public Health*, 96:1456–1461
102. Ward C., Lewis S., Coleman T., (2007), Prevalence of maternal smoking and environmental tobacco smoke exposure during pregnancy and impact on birth weight: retrospective study using Millennium Cohort, *BMC Public Health*, 7:81
103. Wilkinson, R.G., Kawachi, I., Kennedy, B.P., (1998), Mortality, the social environment, crime and violence. *Sociology of Health and Illness Sociology of Health & Illness* 20 (5):578–597
104. Woolcock, M., (1998), Social capital and economic development: Toward a theoretical synthesis and policy framework, *Theory and Society*, 27 (2):151-208
105. Woolcock, M., (2001), 'The place of social capital in understanding social and economic outcomes', *Isuma: Canadian Journal of Policy Research* 2:1, 1-17
106. World Bank, What is Social Capital, World Bank, Washington, www.worldbank.org/poverty/scapital/whatsc.htm.
107. World Health Organization, (2008), *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Package* Geneva: World Health Organization
108. World Health Organization, (2011), *WHO Report on the global tobacco epidemic 2011, Warning about the dangers of tobacco*, WHO

109. Ζαϊμάκης Γ., (2002), Κοινοτική Εργασία και Τοπικές Κοινωνίες: Ανάπτυξη, Συλλογική Δράση, Πολυπολιτισμικότητα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
110. Σταθόπουλος Π. Α, (2001), Κοινοτική Εργασία: Θεωρία και Πράξη, Εκδόσεις Έλλην