



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΔΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΕΘΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ
ΝΙΚΟΤΙΝΗ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΑΓΧΟΥΣ, ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΑΣ ΑΝΤΩΝΙΟΥ

ΦΛΩΡΙΝΑ
ΙΟΥΝΙΟΣ 2023

Περιεχόμενα

Πρόλογος	7
Θεωρητική Εισαγωγή	9
Άγχος.....	9
<i>Εννοιολογική αποσαφήνιση</i>	9
<i>Συμπτώματα</i>	10
<i>Προγνωστικός ρόλος των δημογραφικών χαρακτηριστικών στα συμπτώματα άγχους</i>	10
<i>Αιτιοπαθογένεια</i>	10
<i>Θεραπεία</i>	12
Στρες.....	12
<i>Εννοιολογική αποσαφήνιση</i>	12
<i>Προγνωστικός ρόλος των δημογραφικών χαρακτηριστικών στα συμπτώματα στρες</i> 14	
<i>Θετικό και αρνητικό στρες</i>	14
<i>Στρατηγικές διαχείρισης</i>	15
<i>Θεραπεία</i>	16
Κατάθλιψη.....	16
<i>Εννοιολογική αποσαφήνιση</i>	16
<i>Συμπτώματα</i>	17
<i>Προγνωστικός ρόλος των δημογραφικών χαρακτηριστικών στα συμπτώματα κατάθλιψης</i>	18
<i>Αιτιοπαθογένεια</i>	18
<i>Θεραπεία</i>	19
Εξάρτηση στην νικοτίνη	21
<i>Ορισμοί</i>	21
<i>Διαγνωστικά κριτήρια</i>	21
<i>Επιπολασμός</i>	22
<i>Αιτιοπαθογένεια</i>	23
<i>Διακοπή καπνίσματος</i>	24
Κάπνισμα, εξάρτηση από τη νικοτίνη και σχέση με τα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και στρες.....	25
<i>Σύνδεση και αιτιοπαθογένεια του καπνίσματος και της εξάρτησης στην νικοτίνη με τα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και στρες</i>	25
<i>Εξάρτηση στην νικοτίνη και συμπτώματα άγχους</i>	28
<i>Αιτιοπαθογένεια της σύνδεσης μεταξύ της εξάρτησης στην νικοτίνη και συμπτωμάτων άγχους</i>	30
<i>Εξάρτηση στη νικοτίνη και συμπτώματα στρες</i>	31

<i>Αιτιοπαθογένεια της σύνδεσης μεταξύ εξάρτησης στην νικοτίνη και συμπτωμάτων στρες</i>	32
<i>Εξάρτηση στη νικοτίνη και συμπτώματα κατάθλιψης</i>	33
<i>Αιτιοπαθογένεια σύνδεσης μεταξύ της εξάρτησης στην νικοτίνη και συμπτωμάτων κατάθλιψης</i>	34
Σκοπός, Στόχοι και Ερευνητικά Ερωτήματα	36
<i>Σκοπός</i>	36
<i>Στόχοι και Ερευνητικά Ερωτήματα</i>	37
Μέθοδος	39
<i>Δείγμα</i>	39
<i>Μέσα Συλλογής Δεδομένων</i>	39
<i>Διαδικασία</i>	41
<i>Στατιστική ανάλυση δεδομένων</i>	42
Αποτελέσματα	44
<i>Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση</i>	44
<i>Επαγωγική Στατιστική Ανάλυση</i>	55
Συζήτηση	65
<i>Συμβολή έρευνας</i>	78
<i>Περιορισμοί- Μελλοντική έρευνα</i>	80
<i>Συμπεράσματα</i>	82
Βιβλιογραφία	84
Παράρτημα	121

Περίληψη

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποσκοπούσε στην διερεύνηση της σχέσης της εξάρτησης στην νικοτίνη, του καπνίσματος και συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους και στρες σε ενήλικες, καθώς και της επίδρασης των δημογραφικών στοιχείων. Παράλληλα, εξετάστηκε η επίδραση του αριθμού τσιγάρων που καπνίζονται ημερησίως και της απόπειρας διακοπής του καπνίσματος στην εξάρτηση στο κάπνισμα και στα συμπτώματα άγχους, στρες και κατάθλιψης. Το δείγμα αποτελούνταν από 458 ενήλικους συμμετέχοντες καπνιστές και μη καπνιστές. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα αποτελούνταν από δημογραφικές ερωτήσεις, την Κλίμακα Εκτίμησης Βαθμού Εξάρτησης από το Κάπνισμα (Heatherton, et al., 1991) και την Κλίμακα Μέτρησης του Άγχους, της Κατάθλιψης και του Στρες (Lovibond & Lovibond, 1995). Μολονότι καταγράφηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και των συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης και στρες, δεν προέκυψε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των παραπάνω συμπτωμάτων και του βαθμού εξάρτησης στην νικοτίνη. Ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζονται ημερησίως διαπιστώθηκε πως επιδρά στον βαθμό εξάρτησης και στο άγχος, ωστόσο για την κατάθλιψη και το στρες δεν προέκυψαν σημαντικές διαφορές. Οι καπνιστές που διέκοψαν επιτυχώς το κάπνισμα κατέγραψαν χαμηλότερη εξάρτηση, σε σχέση με τους τρέχοντες καπνιστές ή αυτούς που αποπειράθηκαν ανεπιτυχώς. Η απόπειρα διακοπής φάνηκε να επιδρά στα συμπτώματα άγχους και στρες, όχι όμως στα συμπτώματα κατάθλιψης. Καταληκτικά, αναδείχθηκε η αλληλένδετη σύνδεση μεταξύ του καπνίσματος και της απόπειρας διακοπής του με την ψυχική υγεία. Τα ευρήματα αποτέλεσαν σημείο αναφοράς για την περαιτέρω μελέτη της σχέσης μεταξύ εξάρτησης στην νικοτίνη και κατάθλιψης, άγχους και στρες, καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν.

Λέξεις κλειδιά: Άγχος, Στρες, Κατάθλιψη, Εθισμός στην νικοτίνη, Διακοπή καπνίσματος

Abstract

The present thesis aimed to investigate the relationship among nicotine addiction, smoking and symptoms of depression, anxiety and stress in adults, as well as the effect of demographic factors. Meanwhile, the impact of the number of cigarettes smoked daily and the attempts to quit smoking on nicotine addiction and the symptoms of anxiety, stress, and depression were examined. The sample consisted of 458 adult smoking and non-smoking participants. The questionnaire used for the survey consisted of demographic questions, the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (Heatherton, et al., 1991) and the Depression Anxiety Stress Scale (Lovibond & Lovibond, 1995). Despite the results indicating a statistically significant correlation between smoking and symptoms of anxiety, depression, and stress, no significant correlation emerged between these symptoms and the degree of nicotine addiction. The number of cigarettes smoked per day was found to affect the degree of addiction and anxiety, but no significant differences were observed for depression and stress. Smokers who successfully quit smoking reported lower levels of addiction, compared to current smokers or those who unsuccessfully attempted to quit. The attempt to quit appeared to impact anxiety and stress symptoms, but not depression symptoms. In conclusion, the interconnected link between smoking and attempted quitting with mental health was highlighted. The findings have provided a benchmark for further study on the relationship between nicotine addiction and depression, anxiety, and stress, along with the factors that influence it.

Keywords: Anxiety, Stress, Depression, Nicotine Addiction, Smoking Cessation

Πρόλογος

Βασικό έναυσμα για την επισκόπηση του συγκεκριμένου θέματος αποτελεί το γεγονός ότι η νικοτίνη ανάγεται ως μια από τις πιο εθιστικές ουσίες παγκόσμια, καθώς επιδρά στην χημεία του εγκεφάλου και αλλάζει τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί. Οδηγεί σε σταδιακή και ισχυρή εδραίωση της καπνιστικής έξης. Η παρατεταμένη χρήση της νικοτίνης και η εξάρτηση σε αυτή συνεπάγεται με τον κίνδυνο εμφάνισης συναισθηματικών, νευρολογικών και γνωστικών δυσκολιών (Molas et al., 2017).

Μεγάλο ποσοστό καπνιστών δηλώνουν πως το κάπνισμα τους βοηθάει να περιορίσουν τα συμπτώματα του άγχους, του στρες και της κατάθλιψης (Clancy et al., 2013). Στην πραγματικότητα, η ευχαρίστηση είναι παροδική και το τσιγάρο μειώνει την κακή διάθεση που δημιουργείται από την έλλειψη νικοτίνης, καθώς η απόλαυση αυτή είναι αποτέλεσμα της ικανοποίησης του εθισμού (Le Foll et al., 2014). Διάφορα ερευνητικά ευρήματα έχουν παρατηρήσει σύνδεση, ενώ έχουν εντοπιστεί αντιφατικά δεδομένα αναφορικά με το εάν υπάρχει σχέση αιτίου- αιτιατού ή αμφίδρομη σχέση (Garey et al., 2016· Langdon et al., 2016· Molas et al., 2017· Sinha, 2008· Wilkinson et al., 2016· Wu et al., 2023).

Ο βαθμός εθισμού που μπορεί να προκαλέσει το κάπνισμα, όπως και η επικινδυνότητα του αποτυπώνονται στην δυσκολία διακοπής του. Η σύνδεση των μεταβλητών που μελετώνται στην παρούσα εργασία, διαφαίνονται και κατά την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, εφόσον τα άτομα με συμπτώματα άγχους, στρες και κατάθλιψης είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν υποτροπές, αρνητικές επιδράσεις στην διάθεση και εντονότερη δυσκολία διακοπής (Buhelt et al., 2021· Cooper et al., 2016· Schlam et al., 2012). Το παρόν ερευνητικό πόνημα στοχεύει να διερευνήσει τη σύνδεση της εξάρτησης στην νικοτίνη και του άγχους, στρες και

κατάθλιψης για τους Έλληνες καπνιστές, και ακολούθως να επιβεβαιώσει την ανάγκη ένταξης της ψυχοθεραπείας στην διαδικασία απεξάρτησης, για την επιτυχή διακοπή καπνίσματος.

Η ελληνική βιβλιογραφία υστερεί ως προς την διερεύνηση της σχέσης της εξάρτησης στην νικοτίνη και της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες. Τα ποσοστά καθημερινού καπνίσματος στην Ελλάδα είναι αυξημένα. Σύμφωνα με έρευνα της ΕΛΣΤΑΤ, η συχνότητα καθημερινού καπνίσματος για άτομα 15 ετών και άνω αγγίζει υψηλά ποσοστά (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2020). Τα παραπάνω αυξημένα ποσοστά αποτελούν έναυσμα και καθιστούν επιβεβλημένη την εξέταση του παραπάνω θέματος στον Ελληνικό πληθυσμό.

Η συγγραφή της παρούσας εργασίας αποτελεί απόρροια προσωπικής προσπάθειας, καθώς και ανεκτίμητης βοήθειας μιας σειράς ατόμων. Με αφορμή την περάτωση της, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια, Αικατερίνη Φλωρά, που πίστεψε στις δυνατότητες μου και μου έδωσε την ευκαιρία να εξετάσω ένα θέμα που με ενδιαφέρει ιδιαίτερα. Την ευγνωμοσύνη μου θα ήθελα να εκφράσω, ακόμη, στους συμμετέχοντες της έρευνας που διεξήχθη στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας, για τον χρόνο που αφιέρωσαν. Τέλος, ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στον σύντροφο, στους φίλους, καθώς και στην οικογένεια μου για την αμέριστη συναισθηματική υποστήριξη, την κατανόηση και την συνεχή ενθάρρυνση στην επίτευξη των στόχων μου. Χωρίς την εμπιστοσύνη και την πολύμορφη στήριξη τους, δεν θα είχα φέρει εις πέρας το παρών ερευνητικό πόνημα.

Θεωρητική Εισαγωγή

Άγχος

Εννοιολογική αποσαφήνιση

Το άγχος αποτελεί ένα δυσάρεστο αίσθημα φόβου και ανησυχίας, που συνοδεύεται από αυξημένη σωματική διέγερση. Στην θεωρία της μάθησης θεωρείται μια ενόρμηση που μεσολαβεί ανάμεσα σε μία απειλητική συνθήκη και σε μία συμπεριφορά αποφυγής. Το άγχος μπορεί να αξιολογηθεί μέσα από αυτοαναφορές, μέσα από μετρήσεις σωματικής διέγερσης και μέσα από την παρατήρηση της έκδηλης συμπεριφοράς. (Kring et al., 2010, pp. 917)

Ο Spielberger πρότεινε την έννοια του άγχους κατάστασης [state anxiety] και του άγχους ως χαρακτηριστικό [trait anxiety]. Προσδιόρισε το άγχος κατάστασης ως παροδική αντίδραση σε μια ενδεχόμενη απειλή ή δυσμενή κατάσταση, με επακόλουθη την εμφάνιση συναισθημάτων φόβου και νευρικότητας. Το άγχος κατάστασης συνεπάγεται με διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος και ποικίλλει ως προς την ένταση και την διάρκεια, αναλόγως με την αντίληψη του ατόμου για την κατάσταση που του προκαλεί άγχος (Spielberger, 1985).

Το χαρακτηριστικό άγχος αποτελεί σταθερό στοιχείο της προσωπικότητας και ιδιοσυγκρασίας ενός ατόμου που εντείνει την εμφάνιση του άγχους κατάστασης σε πιθανές απειλητικές καταστάσεις και το προδιαθέτει να αντιμετωπίσει διάφορες καταστάσεις ως επικίνδυνες, ακόμη και όταν αυτές δεν είναι. Ο Spielberger ανέφερε πως τα άτομα που χαρακτηρίζονται από αυξημένα επίπεδα χαρακτηριστικού άγχους είναι περισσότερο επιρρεπή στο να βιώνουν αυξημένο άγχος σε διαφορετικές περιστάσεις (Spielberger, 1985).

Συμπτώματα

Τα συμπτώματα του άγχους μπορεί να περιλαμβάνουν την παρουσία ανήσυχων σκέψεων που είναι δύσκολο να τεθούν υπό έλεγχο, την αδυναμία συγκέντρωσης, τις διαταραχές στον ύπνο, την ευερεθιστότητα, το αίσθημα κόπωσης, την ανησυχία, την εμφάνιση ανεξήγητων πόνων σε διάφορα σημεία του σώματος και τη δύσπνοια. Τα άτομα που βιώνουν άγχος είναι σύνηθες, ακόμη, να παρουσιάζουν γαστρεντερικές διαταραχές και ταχυκαρδία (Sadock & Sadock, 2007).

Προγνωστικός ρόλος των δημογραφικών χαρακτηριστικών στα συμπτώματα

άγχους

Κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η πλειοψηφία των ερευνών υποστηρίζει πως υπάρχουν διαφορές φύλου, όσον αφορά το άγχος, με τις γυναίκες να είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους και αγχωδών διαταραχών (BlackDeer et al., 2021· Johansson et al., 2013· McLean et al., 2011). Η εμφάνιση άγχους μπορεί να πραγματοποιηθεί σε οποιαδήποτε ηλικία, ωστόσο μεγαλύτερα ποσοστά συμπτωμάτων άγχους, συνήθως, παρουσιάζονται στις νεότερες ηλικιακές ομάδες (Andrade et al., 2012· Jacobi et al., 2014· Shah et al., 2021). Επίσης, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο δημογραφικός παράγοντας της εκπαίδευσης, καθώς τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει ανώτερη εκπαίδευση είναι λιγότερο πιθανό να εμφανίζουν συμπτώματα άγχους (Bjelland et al., 2008· Gerontoukou et al., 2015).

Αιτιοπαθογένεια

Η αιτιοπαθογένεια των αγχωδών διαταραχών αποδίδεται στην αλληλεπίδραση της γενετικής ευπάθειας και του περιβάλλοντος. Η κληρονομικότητα φαίνεται να κυμαίνεται σε ποσοστό 30 έως 50% (Hettema et al., 2001). Μελέτες έχουν παρατηρήσει την εμπλοκή την σεροτονίνης στην παθογένεση του άγχους (Overstreet et al., 2003). Επιπλέον, έχει εντοπιστεί ένα πλήθος γενετικών παραλλαγών (Levey et

al., 2020) και πολυμορφισμών σε γονίδια που είναι σημαντικά για τη ρύθμιση και τη δραστηριότητα του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια [HPA axis] (Lindholm et al., 2020).

Στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες συγκαταλέγεται η κακοποίηση (Berber Çelik & Odacı, 2020· Gal et al., 2011) και ο εκφοβισμός από συνομηλίκους κατά την παιδική ηλικία ή εφηβική ηλικία (Copeland et al., 2013). Κομβικό ρόλο διαδραματίζει το είδος προσκόλλησης που αναπτύσσει το βρέφος με το φροντιστή, καθώς η ανάπτυξη αγχώδους τύπου προσκόλλησης συνδέεται με τις αγχώδεις διαταραχές. Συγκριμένα, ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν πως τα παιδιά, των οποίων οι γονείς τα παραμελούν, ασκούν αρνητική κριτική και δεν είναι συναισθηματικά διαθέσιμοι για εκείνα, είναι πιο πιθανόν να παρουσιάσουν συμπτώματα άγχους ή αγχώδη διαταραχή στην ενήλικη ζωή (Schimmenti & Bifulco, 2013). Εκτός από την παραμέληση (Kisely et al., 2018), αρνητικές συνέπειες για την ψυχική υγεία μπορεί να προκαλεί και η γονεϊκή υπερπροστατευτικότητα που φαίνεται να συνδέεται με τον βαθμό σοβαρότητας των συμπτωμάτων άγχους (Fulton et al., 2014).

Επιπλέον, η βίωση είτε σωματικών είτε συναισθηματικών τραυματικών εμπειριών, αλλά και οικονομικών δυσκολιών στην διάρκεια της παιδικής ηλικίας λειτουργούν επιβαρυντικά και ενισχύουν την εμφάνιση αγχώδους διαταραχής (Lähdepuro et al., 2019). Άλλα γεγονότα ζωής που συμβάλλουν την αύξηση του κινδύνου συνιστούν η σεξουαλική επίθεση και κακοποίηση (Nobels et al., 2022· Tarzia et al., 2018). Συμπληρωματικά, υψηλά επίπεδα άγχους μπορούν να προκληθούν λόγω χρόνιων νοσημάτων όπως η υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης (Gerontoukou et al., 2015). Τέλος, υποστηρίζεται πως ο νευρωτισμός, ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας ενός ατόμου, όταν βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα

είναι είτε προβλεπτικός παράγοντας (Goldstein et al., 2018) είτε παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη αγχώδους διαταραχής (Prince et al., 2021).

Θεραπεία

Σύμφωνα με δεδομένα μετά-ανάλυσης, για την θεραπεία των αγχώδων διαταραχών και συμπτωμάτων άγχους συνίσταται η χορήγηση εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης και εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης νορεπινεφρίνης. Οι βενζοδιαζεπίνες ενέχουν κινδύνους και δεν αποτελούν θεραπεία πρώτης επιλογής, λόγω των παρενεργειών και του εθισμού που προκαλούν. Χρησιμοποιούνται, ακόμη, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, η πρεγκαμπαλίνη κ.α. (Bandelow et al., 2015).

Η γνωσιακή- συμπεριφορική προσέγγιση αποτελεί ένα ωφέλιμο και αποτελεσματικό είδος θεραπείας (Carpenter et al., 2018). Οι τεχνικές της περιλαμβάνουν ασκήσεις έκθεσης σε αγχωτικές καταστάσεις, γνωστική αναδιάρθρωση κ.α. (Van Dis et al., 2020). Η ψυχοθεραπευτική αυτή προσέγγιση μπορεί να πραγματοποιηθεί, ακόμη, μέσω του διαδικτύου και του υπολογιστή. Συγκεκριμένα, η γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία με βάση το διαδίκτυο και τον υπολογιστή περιλαμβάνει εξίσου τις ίδιες πρακτικές, όπως συμπεριφορική ενεργοποίηση, έκθεση, ψυχοεκπαίδευση κ.α. και παρουσιάζει ευεργετικά αποτελέσματα αναφορικά με την μείωση των συμπτωμάτων άγχους σε πληθυσμό εφήβων και νεαρών ενηλίκων (Christ et al., 2020).

Στρες

Εννοιολογική αποσαφήνιση

Το στρες ορίζεται ως φυσιολογική ή ψυχολογική απάντηση σε εσωτερικούς ή εξωτερικούς στρεσογόνους παράγοντες. Το στρες περιλαμβάνει αλλαγές που

επηρεάζουν σχεδόν κάθε σύστημα του σώματος, επηρεάζοντας το πώς οι άνθρωποι αισθάνονται και συμπεριφέρονται. Για παράδειγμα, μπορεί να εκδηλωθεί με αίσθημα παλμών, εφίδρωση, ξηροστομία, δύσπνοια, ταραχή, επιταχυνόμενη ομιλία, αύξηση αρνητικών συναισθημάτων και μεγαλύτερη διάρκεια της κόπωσης από στρες.

(VandenBos, 2015, pp. 1036)

Η συνεισφορά των Cannon και ο Selye στο ερευνητικό πεδίο του στρες ήταν σημαντική, καθώς άσκησαν μεγάλη επιρροή στην ανάπτυξη της έννοιας αυτής. Ο Cannon υποστήριξε πως αποτελεί μια φυσιολογική απόκριση σε ένα απειλητικό ερέθισμα. Εκείνη στοχεύει στην προετοιμασία του ατόμου να τραπεί σε φυγή ή να παλέψει, προκειμένου να αντιμετωπίσει την επικίνδυνη κατάσταση. Κατά την αντίληψη της απειλής, μέσω του συμπαθητικού νευρικού συστήματος απελευθερώνονται ορμόνες, όπως η ανδρεναλίνη, με συνέπεια την πρόκληση μιας σειράς φυσιολογικών αλλαγών στο σώμα. Αυτές οι αλλαγές περιλαμβάνουν την μεταβολή στα επίπεδα σακχάρου αίματος, αύξηση του καρδιακού ρυθμού κ.α. (Cannon, 1915· Cannon, 1932).

Ο Selye ήταν ο πρώτος που εισήγαγε την έννοια «στρες». Εκείνος περιέγραψε το στρες ως μια πολύπλοκη έννοια που συνεπάγεται με σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις σε εξωτερικές πιέσεις και διάφορους παράγοντες που είναι δυνατόν να βλάψουν την υγεία (Selye, 1956). Το 1936 πρότεινε το Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής. Αυτό αποτελεί μια θεωρία η οποία περιγράφει τις φυσιολογικές αλλαγές που βιώνει το σώμα σε στρεσογόνες συνθήκες (Selye, 1936).

Προγνωστικός ρόλος των δημογραφικών χαρακτηριστικών στα συμπτώματα στρες

Από τα ερευνητικά δεδομένα φαίνεται πως η εμφάνιση των συμπτωμάτων στρες είναι συχνότερη στις γυναίκες, παρά στους άνδρες (Saleh et al., 2017· Shamsuddin et al., 2013). Σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει και το εκπαιδευτικό επίπεδο, καθώς συμπτώματα στρες παρατηρούνται συχνότερα σε άτομα με χαμηλότερη μόρφωση (Roohafza et al., 2007). Σε ότι αφορά τον δημογραφικό παράγοντα της ηλικίας, τα ερευνητικά δεδομένα συντείνουν προς την άποψη ότι η νεότερη ηλικία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τα συμπτώματα στρες, καθώς τα ηλικιακά μικρότερα άτομα είναι συχνότερο να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα στρες (Cheung & Yip, 2015· Mirzaei et al., 2019).

Θετικό και αρνητικό στρες

Σύμφωνα με τον Selye, το στρες μπορεί να είναι θετικό [eustress] και αρνητικό [distress]. Θεωρούσε πως το στρες δεν είχε αποκλειστικά αρνητικές επιπτώσεις στον οργανισμό, αλλά ο τρόπος που τα άτομα το διαχειρίζονται καθορίζει το εάν θα είναι ευεργετικό ή επιβλαβές. Το θετικό στρες αποτελεί μια κατάλληλη γνωστική ανταπόκριση σε ένα στρεσογόνο συμβάν και μπορεί να προκύψει από διάφορες εμπειρίες, όπως την επιδίωξη επίτευξης ενός στόχου ή την προσωπική ανάπτυξη. Παρέχει κίνητρο στο άτομο να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις και συμβάλλει στην παραγωγικότητα του, οδηγώντας το σε υψηλότερα αισθήματα ικανοποίησης (Selye, 1974· Selye, 1975a· Selye, 1975b).

Αντίθετα, το αρνητικό στρες συνεπάγεται με διάφορες δυσμενείς σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις και επιβαρύνει την υγεία και την ευημερία του ατόμου (Selye, 1974· Selye, 1975a· Selye, 1975b). Συγκεκριμένα, το χρόνιο και οξύ στρες

είναι δυνατόν να προκαλέσει συναισθηματικές δυσλειτουργίες και να οδηγήσει στην εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης (Seo et al., 2017).

Στρατηγικές διαχείρισης

Υπάρχουν διάφοροι τύποι στρατηγικών που χρησιμοποιούνται, προκειμένου να μειωθεί ή αντιμετωπιστεί το στρες. Δύο κύριες κατηγορίες είναι οι στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα και οι στρατηγικές που επικεντρώνονται στο συναίσθημα. Οι πρώτες εστιάζουν στο πρόβλημα στοχεύοντας στην τροποποίηση της κατάστασης που ενισχύει την εμφάνιση του στρεσογόνου παράγοντα ή την αποτροπή της εμφάνισης του. Σε εκείνες συγκαταλέγεται ο σχεδιασμός των βημάτων επίλυσης του προβλήματος, η απομάκρυνση από την πηγή του στρες, η αναζήτηση εναλλακτικών επιλογών, όπως και η προσπάθεια για ανεύρεση πληροφοριών και βοήθειας σχετικά με τον κατάλληλο τρόπο διαχείρισης της κατάστασης (Lazarus & Folkman, 1984).

Αντίθετα, οι στρατηγικές που εστιάζουν στο συναίσθημα, επικεντρώνονται στην αλλαγή του αρνητικού συναισθήματος που επιφέρει ο στρεσογόνος παράγοντας. Το άτομο, σε αυτή την περίπτωση, επιχειρεί να μειώσει τις αρνητικές επιδράσεις του στρες μέσω συναισθηματικών αντιδράσεων όπως την αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης και την εκτόνωση των αρνητικών συναισθημάτων π.χ. μέσω του κλάματος, την θετικής επανεκτίμηση της κατάστασης, της άρνησης της πραγματικότητας κ.α. (Lazarus & Folkman, 1984).

Εξίσου σημαντικές είναι οι στρατηγικές που εστιάζουν στο νόημα. Οι άνθρωποι επιχειρούν να διαχειριστούν τον στρεσογόνο παράγοντα, αντλώντας θετικά στοιχεία ή μια αίσθηση σκοπού, μέσα από αυτή την αρνητική εμπειρία. Στηρίζονται στις πεποιθήσεις και τις αξίες τους, στοχεύοντας στην προστασία της ψυχικής τους

ισορροπίας (Park & Folkman, 1997). Οι στρατηγικές αυτές προσβλέπουν στην μεταβολή του τρόπου που ένα άτομο αξιολογεί μια στρεσογόνα κατάσταση. Κάποιες από αυτές είναι η θετική επανεκτίμηση, η ενδυνάμωση πνευματικών πεποιθήσεων και εμπειριών, η αναθεώρηση των στόχων και η θετική νοηματοδότηση των καθημερινών γεγονότων (Folkman, 1997· Folkman, 2008).

Θεραπεία

Η γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία (CBT) και η μείωση του στρες με τη χρήση ενσυνειδητότητας (MBSR) αποτελούν δύο ευρέως διαδεδομένους τύπους θεραπείας και διαχείρισης των συμπτωμάτων που επισύρει το στρες. Οι γνωστικές παρεμβάσεις εστιάζουν στον εντοπισμό των δυσλειτουργικών μοτίβων σκέψης, που ενισχύουν την παρουσία του στρες και στην επαναδιατύπωση της σκέψης τους με πιο λειτουργικό τρόπο. Οι συμπεριφορικές στρατηγικές περιλαμβάνουν τεχνικές χαλάρωσης και ασκήσεις αναπνοής, στοχεύοντας στην κατάλληλη διαχείριση των αντιδράσεων του σώματος στο στρες (Regehr et al., 2013).

Σημαντικό εργαλείο αποτελεί, επίσης, η μείωση του στρες με την χρήση ενσυνειδητότητας, που αναπτύχθηκε από τον Kabat-Zinn. Η προσέγγιση αυτή περιλαμβάνει την επίγνωση των αισθημάτων του σώματος, δηλαδή της χαλάρωσης ή της δυσφορίας λόγω του στρες. Πρόσθετες τεχνικές, που εφαρμόζονται στα πλαίσια της, αποτελούν η εστίαση στην αναπνοή και η γιόγκα (Kabat-Zinn, 1982· Regehr et al., 2013).

Κατάθλιψη

Εννοιολογική αποσαφήνιση

Η κατάθλιψη συνεπάγεται με «αρνητική συναισθηματική κατάσταση, που κυμαίνεται από δυστυχία και δυσαρέσκεια έως ένα ακραίο αίσθημα θλίψης,

απαισιοδοξίας και απελπισίας, η οποία παρεμβαίνει στη καθημερινή ζωή» (VandenBos, 2015, pp. 298). Ο Φρόντ υποστήριξε πως εμφανίζεται ως συνέπεια είτε συμβολικής είτε πραγματικής απώλειας ενός αντικειμένου ή ατόμου. Το καταθλιπτικό άτομο αντιλαμβάνεται την απώλεια αυτή ως απόρριψη και απόσυρση της εκτίμησης από το πρόσωπο αυτό. Το άτομο, προκειμένου να διαχειριστεί την απώλεια, ενδοβάλλει, δηλαδή, στρέφει τα συναισθήματα που έχει για το σημαντικό πρόσωπο στον εαυτό του. Ανάμεσα στα συναισθήματα αυτά, περιλαμβάνεται και ο θυμός. Μέσω αυτής της διαδικασίας, το άτομο οδηγείται στην ανάπτυξη αυτοκριτικής και κατάθλιψης (Freud, 1917).

Με την κατάθλιψη ασχολήθηκε, επίσης, ο Beck, ο οποίος υποστήριξε πως η κατάθλιψη είναι συνέπεια δυσλειτουργικών γνωστικών αντιδράσεων. Οι αντιδράσεις των ατόμων με κατάθλιψη στα γεγονότα διακρίνονται από γνωσιακές διαστρεβλώσεις. Ειδικότερα, αντιλαμβάνονται τις αυτόματες αρνητικές σκέψεις ως άμεσες και έγκυρες, ωστόσο αυτές οδηγούν σε παρερμηνεία των γεγονότων. Τέτοια είδη σκέψης αποτελούν η επιλεκτική αφαίρεση, η υπεργενίκευση κ.α. Οι συγκεκριμένοι τύποι σκέψης επηρεάζουν αρνητικά την γνωστική τριάδα, γι' αυτό και τα άτομα με συμπτώματα κατάθλιψης παρουσιάζουν αρνητικές πεποιθήσεις για τον εαυτό τους, τα γεγονότα ή τους άλλους ανθρώπους και το μέλλον (Beck, 1967· Beck, 1976· Beck et al., 1979).

Συμπτώματα

Τα συμπτώματα κατάθλιψης περιλαμβάνουν την απότομη αύξηση ή μείωση της όρεξης ή του βάρους, αισθήματα λύπης, ευερεθιστότητα και εκρήξεις θυμού, διαταραχές στον ύπνο, απώλεια ενδιαφέροντος από δραστηριότητες που το άτομο θεωρούσε ευχάριστες, μειωμένη επιθυμία για σεξουαλική επαφή, κόπωση, χαμηλή ενέργεια, δυσκολία στην σκέψη και προσοχή και κοινωνική απόσυρση. Στα

συμπτώματα που, συνήθως, εμφανίζει το άτομο με κατάθλιψη συγκαταλέγονται και ο πονοκέφαλος, τα συναισθηματικά ξεσπάσματα, το αδικαιολόγητο αίσθημα ενοχής ή ματαιότητας, η επιβράδυνση της ομιλίας, της κίνησης του σώματος ή της σκέψης και ο αυτοκτονικός ιδεασμός (Sadock & Sadock, 2007).

Προγνωστικός ρόλος των δημογραφικών χαρακτηριστικών στα συμπτώματα κατάθλιψης

Έχει παρατηρηθεί πως ο επιπολασμός των καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι υψηλότερος στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες (Lim et al., 2018), τόσο στην εφηβεία (Black et al., 2012), όσο και στην ενήλική ζωή (Brody et al., 2018· Salk et al., 2017). Επιπλέον, η εκπαίδευση φαίνεται να λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας έναντι της κατάθλιψης, εφόσον τα αποτελέσματα πλήθους ερευνών τεκμηριώνουν πως τα άτομα με χαμηλή μόρφωση παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα σε μεγαλύτερο βαθμό (Bauldry, 2015· McFarland & Wagner, 2015· Obeid et al., 2018). Αναφορικά με τις ηλικιακές ομάδες, τα άτομα που ανήκουν στην εφηβική και νεαρή ενήλική ηλικία είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη (Steffen et al., 2020· Weinberger et al., 2017).

Αιτιοπαθογένεια

Μελέτες διδύμων έχουν επιβεβαιώσει την σημαντική εμπλοκή της γενετικής κληρονομικότητας στην κατάθλιψη. Η γενετική κληρονομικότητα εκτιμάται πως κυμαίνεται από 31 έως 42 % (Sullivan et al., 2000). Σε πρόσφατη έρευνα, εντοπίστηκαν διακόσιες εξήντα εννιά γονίδια και εκατό δύο γονιδιακές παραλλαγές που σχετίζονται με την εμφάνιση της κατάθλιψης (Howard et al., 2019). Η κατάθλιψη έχει συνδεθεί, ακόμη, με την ανισορροπία νευροδιαβιβαστών, δηλαδή της ντοπαμίνης (Pearson-Fuhrhop et al., 2014), της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης (Ruhé et al., 2007).

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, συχνά, επενεργούν στην εμφάνιση κατάθλιψης. Αρνητικά συμβάντα ζωής, όπως η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου (Keyes et al., 2014) και η συναισθηματική (Dye, 2020), σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση αποδυναμώνουν την ψυχική υγεία και καθιστούν τα άτομα επιρρεπή στην κατάθλιψη (Charlin et al., 2021). Άλλοι παράγοντες που συνδέονται με τον κίνδυνο κατάθλιψης συνιστούν ο εκφοβισμός (Hidayati et al., 2021), η κοινωνική απομόνωση (Noguchi et al., 2021), η καθιστική ζωή (Lee & Kim, 2019) και η κατάχρηση ή έκθεση σε νικοτίνη (Wilkinson et al., 2016). Επίσης, αρκετά φάρμακα, όπως τα αντισυλληπτικά χάπια, είναι πιθανόν να επαυξάνουν την πιθανότητα πρόκλησης κατάθλιψης (Skovlund et al., 2016).

Ψυχολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία και λειτουργούν επιβαρυντικά αποτελούν η τελειομανία (Smith et al., 2021), ο νευρωτισμός (Hakulinen et al., 2015), καθώς και ο μηρυκασμός (Takagishi et al., 2013). Ακόμη, είναι γενικά παραδεκτό πως υπάρχει σύνδεση ανάμεσα στη μαθημένη αβοηθησία και την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Συγκριμένα, μέσω έρευνας διαπιστώθηκε πως η χαμηλότερη μητρική εμπλοκή με το παιδί και η εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων από την μητέρα, συνδεόταν με υψηλότερα συμπτώματα κατάθλιψης από τα παιδιά. Η υιοθέτηση δυσπροσαρμοστικού γνωστικού ύφους από το παιδί και η αυξημένη ευαλωτότητα στην κατάθλιψη είναι πιθανή, όταν οι γονείς δεν καλύπτουν τις ανάγκες και υπονομεύουν το αίσθημα αυτό-αποτελεσματικότητας του (River et al., 2018).

Θεραπεία

Η φαρμακευτική αγωγή που προτείνεται, συνήθως, για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης περιλαμβάνει τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, τους αναστολείς επαναπρόσληψης

σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης, τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης κ.α. (Linde et al., 2015). Σύμφωνα με μετά-ανάλυση, η θεραπεία με εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης είναι περισσότερο ανεκτή και αποτελεσματική, σε σχέση με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (Qin et al., 2014).

Η θεραπεία της κατάθλιψης μπορεί να περιλαμβάνει και την ψυχοθεραπεία. Ειδικότερα, πλήθος μελετών υποστηρίζουν πως η βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία έχει ευεργετικά αποτελέσματα, όσον αφορά την υποχώρηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η προσέγγιση αυτή επικεντρώνεται στην ερμηνεία των εσωτερικών συγκρούσεων που προκύπτουν και στις άμυνες που αναπτύσσει το άτομο για την αντιμετώπιση του άγχους. Έμφαση δίνεται, ακόμη, στην λειτουργία του Εγώ, την μείωση του αισθήματος κατωτερότητας και την αποδοχή του εαυτού από το άτομο (Driessen et al., 2015).

Επιπλέον, τελέσφορη είναι η δράση της γνωσιακής- συμπεριφορικής θεραπείας, καθώς αποτελεί έναν από τους πιο διαδεδομένους τύπους ψυχοθεραπείας στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης (Cuijpers et al., 2013). Η θεραπεία περιλαμβάνει την τροποποίηση των δυσπροσαρμοστικών πεποιθήσεων, τον καθορισμό στόχων, την ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων, την θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης κ.α. (López-López et al., 2019). Υπάρχει, ακόμη, μια προσέγγιση της γνωσιακής- συμπεριφορικής θεραπείας που εστιάζει στον μηρυκασμό, η οποία παρουσιάζει ωφέλιμα αποτελέσματα στην μείωση του μηρυκασμού και του κινδύνου υποτροπής της κατάθλιψης, τόσο σε ενήλικες (Roberts et al., 2021) όσο και σε εφήβους (Topper et al., 2017).

Εξάρτηση στην νικοτίνη

Ορισμοί

Σε αντίθεση με το DSM-IV, το DSM-V δεν διαχωρίζει τις διαγνώσεις εξάρτησης και κατάχρησης ουσιών. Στο DSM-V συγκαταλέγεται η ενότητα «Συνδεδεμένες με ουσίες διαταραχές και εθιστικές διαταραχές», η οποία περιέχει δέκα διακριτές ταξινομήσεις ουσιών. Ειδικότερα, γίνεται αναφορά στην καφεΐνη, το αλκοόλ, την κάνναβη, τα οπιοειδή, τα ψευδαισθησιογόνα, εισπνεόμενα, νικοτίνη, υπνωτικά και αγχολυτικά, διεγερτικά, ηρεμιστικά κ.α. (American Psychiatric Association, 2013).

Διαγνωστικά κριτήρια

Ο όρος «εξάρτηση» συνεπάγεται με την «κατάσταση κατά την οποία απαιτείται η λήψη μιας ουσίας για την αποφυγή συμπτωμάτων στέρησης» (Kolb & Whishaw, 2009, pp. 851). Επιπροσθέτως, η κατάχρηση ουσιών αναφέρεται ως «ένα μοτίβο καταναγκαστικής χρήσης ουσιών που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές, νομικές ή διαπροσωπικές αρνητικές συνέπειες, όπως επαναλαμβανόμενες απουσίες από την εργασία ή το σχολείο, συλλήψεις και συζυγικές δυσκολίες» (VandenBos, 2015, pp. 1045).

Ο εθισμός συνεπάγεται με μια κατάσταση ψυχολογικής ή σωματικής εξάρτησης (ή και των δύο) από τη χρήση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών. Ο όρος χρησιμοποιείται συχνά ως ισοδύναμος όρος για την εξάρτηση από ουσίες και μερικές φορές εφαρμόζεται σε διαταραχές συμπεριφοράς, όπως οι εθισμοί στο σεξ, στο διαδίκτυο και στα τυχερά παιχνίδια. Μια χημική ουσία με σημαντική πιθανότητα να προκαλέσει εξάρτηση ονομάζεται εθιστικό ναρκωτικό. (VandenBos, 2015, pp. 19).

Στην κατηγορία «Συνδεδεμένες με ουσίες διαταραχές και εθιστικές διαταραχές» του DSM-V περιέχεται και η διαταραχή χρήσης νικοτίνης. Η διάγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής προϋποθέτει την εκδήλωση τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω διαγνωστικά κριτήρια σε διάστημα δώδεκα μηνών. Τα διαγνωστικά αυτά κριτήρια περιλαμβάνουν την χρήση μεγάλων ποσοτήτων νικοτίνης ή για μεγάλα χρονικά διαστήματα, την έντονη ανάγκη για χρήση νικοτίνης ή την αδυναμία ελέγχου ή διακοπής, την αφιέρωση μεγάλου χρονικού διαστήματος σε δραστηριότητες σχετικές με την απόκτηση ή χρήση νικοτίνης, την έντονη επιθυμία για νικοτίνη και την παρεμπόδιση της ικανότητας εκπλήρωσης μείζονος σημασίας υποχρεώσεων λόγω της χρήσης νικοτίνης (American Psychiatric Association, 2013).

Κριτήρια διάγνωσης αποτελούν, ακόμη, η συνέχιση χρήσης νικοτίνης παραβλέποντας τα κοινωνικά και διαπροσωπικά προβλήματα που προκαλεί την μείωση ή αποφυγή κοινωνικών ή επαγγελματικών δραστηριοτήτων εξαιτίας του καπνίσματος, η χρήση νικοτίνης σε καταστάσεις που την καθιστούν σωματικά επικίνδυνη και η χρήση της παρά τα ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα που προκάλεσε ή επιδείνωσε. Τέλος, στα κριτήρια συγκαταλέγεται η εμφάνιση ανοχής που συνεπάγεται με μειωμένη επίδραση με την συνεχόμενη χρήση της ίδιας ποσότητας ή την αύξηση της ποσότητας για να επιτευχθεί το ίδιο αποτέλεσμα και η στέρηση που αφορά την χρήση νικοτίνης για τουλάχιστον μερικές εβδομάδες ή την εκδήλωση σωματικών συμπτωμάτων στέρησης, όπως αυπνία, πονοκέφαλοι κ.α. (American Psychiatric Association, 2013).

Επιπολασμός

Ο επιπολασμός της χρήσης νικοτίνης είναι πολύ υψηλός, καθώς αποτελεί την δεύτερη πιο συχνά χρησιμοποιούμενη ψυχοδραστική ουσία διεθνώς. Για το 2019 ο αριθμός των καπνιστών παγκοσμίως κυμαίνονταν περίπου στο 1,1 δισεκατομμύριο. Η

μέση ηλικία έναρξης του καπνίσματος εντοπίζεται κατά την εφηβεία και την πρόωμη ενηλικίωση (Reitsma et al., 2021). Όσον αφορά τις διαφορές φύλου, οι άνδρες παρουσιάζουν μεγαλύτερη εξάρτηση στην νικοτίνη (Islam et al., 2019· Shahwan et al., 2019). Έχει παρατηρηθεί, επίσης, πως άτομα που ανήκουν σε σεξουαλική μειονότητα ή μειονότητα φύλου εμφανίζουν μεγάλη χρήση νικοτίνης και άλλες εξαρτήσεις (Evans-Polce et al., 2020).

Παλαιότερα, οι περισσότεροι καπνιστές ήταν άτομα με υψηλή μόρφωση και ανήκαν σε ανώτερα οικονομικά στρώματα (United States National Cancer Institute, 2017). Τις τελευταίες δεκαετίες, το κάπνισμα εντοπίζεται ως μια συνήθεια, κυρίως, των ατόμων με χαμηλή εκπαίδευση και οικονομικό επίπεδο (Chen et al., 2019· Shahwan et al., 2019· Sim et al., 2021· Tee et al., 2016). Επιπλέον, στην πλειονότητα των ερευνών, οι συμμετέχοντες με υψηλότερη εξάρτησης την νικοτίνη ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 35 έως 60 (Liu et al., 2017· Schnoll et al., 2013).

Αιτιοπαθογένεια

Η αιτιοπαθογένεια της εξάρτησης στην νικοτίνη φαίνεται να συνδέεται στενά με γενετικούς παράγοντες. Συγκεκριμένα, έρευνα υποδεικνύει πως η κληρονομικότητα συμβάλλει περίπου στο 75 % του κινδύνου εξάρτησης (Vink, 2005). Παράλληλα, και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται να εμπλέκονται στην εμφάνιση της εξάρτησης στην νικοτίνη. Τέτοιες μεταβλητές είναι η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα, το εάν οι συνομήλικοι που ανήκουν στην παρέα καπνίζουν ή όχι, η επιθυμία για κοινωνική αποδοχή, καθώς και οι γνώσεις που έχει το άτομο, σχετικά με τις επιδράσεις του καπνίσματος (Polańska et al., 2022). Επίσης, σωματική, σεξουαλική και συναισθηματική κακοποίηση ή σωματική παραμέληση κατά την παιδική ηλικία φαίνεται να αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση εξάρτησης από τη νικοτίνη (Elliott et al., 2014).

Διακοπή καπνίσματος

Αναφορικά με τα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος, επιτακτική θεωρείται η εκπαίδευση των καπνιστών σχετικά με την αναποτελεσματικότητα του καπνίσματος στον έλεγχο της διάθεσης και στην ανακούφιση από τα αρνητικά συναισθήματα, καθώς και η αποτελεσματική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης. Εξίσου αναγκαίος κρίνεται ο έλεγχος του βαθμού εξάρτησης στην νικοτίνη, προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός της εξάρτησης και ανάλογα με αυτόν τα άτομα να τεθούν σε προτεραιότητα (Jamal et al., 2012). Εξέταση θα πρέπει να πραγματοποιηθεί και για τα συμπτώματα κατάθλιψης, ώστε να σχεδιαστεί κατάλληλα η παρέμβαση (Zhang et al., 2022).

Σημαντικό ρόλο, για την μείωση της ευαισθησίας στο άγχος, διαδραματίζει η ένταξη γνωστικών-συμπεριφορικών θεραπευτικών στρατηγικών, όπως ψυχοεκπαίδευση και ενίσχυση των δεξιοτήτων στα προγράμματα θεραπείας (Langdon et al., 2016). Για τους καπνιστές που παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης, στα πλαίσια των προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος, κρίνεται ωφέλιμη η ενσωμάτωση της γνωσιακής- συμπεριφορικής θεραπείας με την προσθήκη της παρέμβασης της συμπεριφορικής ενεργοποίησης (Martínez-Vispo et al., 2019). Στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος σκόπιμη είναι, ακόμη, η εκπαίδευση των καπνιζόντων με υψηλά επίπεδα στρες, σχετικά με την αποδοχή και όχι την αποφυγή των ενοχλητικών εσωτερικών συναισθημάτων και σκέψεων (Garey et al., 2016).

Η θεραπεία έναντι της εξάρτησης στην νικοτίνη μπορεί να έχει την μορφή ψυχοθεραπείας ή/και φαρμακοθεραπείας. Ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής φαίνεται να είναι συμβάλει καθοριστικά στην αντιμετώπιση του εθισμού στην νικοτίνη (Bala et al., 2022· Prasad et al., 2022). Αυτό επιβεβαιώνεται από πρόσφατη έρευνα, όπου πραγματοποιήθηκε παρέμβαση, που

περιλάμβανε βουπροπιόνη και γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία. Η εφαρμογή και των δύο μεθόδων ήταν σημαντικά αποτελεσματικότερη από ότι όταν χορηγήθηκε μόνο βουπροπιόνη (Pirnia et al., 2019).

Αναφορικά με την θεραπεία μέσω φαρμάκων, η βαρενικλίνη έχει αναδειχθεί ως η πλέον ασφαλής και αποτελεσματική στην διακοπή του καπνίσματος, σε σχέση με τα εικονικά φάρμακα, την θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης και την βουπροπιόνη, τα οποία χορηγούνται εξίσου για την απεξάρτηση από την νικοτίνη (Jordan & Xi, 2018). Άλλα ερευνητικά ευρήματα υποστηρίζουν πως ο συνδυασμός βαρενικλίνης και δερματικού επιθέματος νικοτίνης φαίνεται να είναι η αποτελεσματικότερη μέθοδος (Chang et al., 2015).

Κάπνισμα, εξάρτηση από τη νικοτίνη και σχέση με τα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και στρες

Σύνδεση και αιτιοπαθογένεια του καπνίσματος και της εξάρτησης στην νικοτίνη με τα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και στρες

Στην διεθνή βιβλιογραφία διαφαίνεται πως υπάρχει μεγάλος επιπολασμός ανάμεσα στο κάπνισμα, στις αγχώδεις διαταραχές και στις διαταραχές διάθεσης (Yuan et al., 2020). Συγκεκριμένα, σε ποιοτική έρευνα, το κάπνισμα συχνά προσδιοριζόταν ως μαθημένη αντίδραση σε συναισθήματα άγχους, στρες, κατάθλιψης, καθώς και θυμού, παρόλο που η ανακούφιση που παρείχε ήταν μικρή (Clancy et al., 2013). Άλλη έρευνα επιβεβαιώνει πως η κατάθλιψη και το άγχος εντοπίστηκαν περισσότερο σε συμμετέχοντες με εξάρτηση στην νικοτίνη, καθώς και η ένταση τόσο του άγχους ως χαρακτηριστικό όσο και του άγχους ως κατάσταση ήταν υψηλότερη στους καπνιστές (Pietras et al., 2011).

Επιπλέον, ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν την σύνδεση μεταξύ εξάρτησης στη νικοτίνη και την μετέπειτα εμφάνιση κατάθλιψης και άγχους. Οι εξαρτημένοι από την νικοτίνη καπνιστές φαίνεται να παρουσιάζουν σοβαρότερα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους από τους μη εξαρτημένους και έχουν επιβραδυμένη ανάκαμψη των συμπτωμάτων (Pedersen & Von Soest, 2009). Ωστόσο, η τυχαιοποιημένη μελέτη των Bjørngaard et al. (2013), βασιζόμενης στην επίδραση της γενετικής παραλλαγής rs1051730, πρότεινε ότι το κάπνισμα δεν αποτελεί αιτία για την εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης (Bjørngaard et al., 2013). Σχετικά με την διαδικασία της αυτοθεραπείας που αποτελεί κίνητρο για το κάπνισμα, φαίνεται πως η σοβαρή σε βαθμό χρήση καπνού δεν συμβάλλει στην ανακούφιση από τα δυσάρεστα συναισθήματα και σκέψεις, αλλά αντίθετα έχει πολλές αρνητικές συνέπειες (Jamal et al., 2012).

Υπάρχουν, ακόμη, στοιχεία που αναφέρουν πως οι συμμετέχοντες που είχαν κάποια διαταραχή διάθεσης ή αγχώδη διαταραχή, ήταν πιο πιθανό να δηλώσουν την παρουσία συμπτωμάτων στέρησης ή περισσότερων συμπτωμάτων στέρησης από τους συμμετέχοντες που δεν έπασχαν από διαταραχή. Η ύπαρξη διαταραχής διάθεσης ή άγχους συνδέθηκε με μεγαλύτερα επίπεδα δυσφορίας, σχετικά με την στέρηση και την υποτροπή του καπνίσματος (Weinberger et al., 2010).

Συμπληρωματικά, σημαντικός είναι και ο ρόλος του αριθμού τσιγάρων ημερησίως στον βαθμό εξάρτησης, του άγχους, του στρες και της κατάθλιψης. Η νικοτίνη αποτελεί μια εξαιρετικά εθιστική ουσία. Ο μεγαλύτερος αριθμός τσιγάρων συνεπάγεται με αυξημένη έκθεση στη νικοτίνη και κατ' επέκταση με την πιθανότητα εμφάνισης υψηλότερου επιπέδου εξάρτησης (Salim et al., 2022· Subedi et al., 2021). Επιπλέον, σύμφωνα με έρευνες τα άτομα που κάπνιζαν παραπάνω από είκοσι τσιγάρα την ημέρα, εμφάνιζαν υψηλότερα συμπτώματα κατάθλιψης (De Boer et al., 2023·

Kang et al., 2021). Το ίδιο έχει παρατηρηθεί και για τα συμπτώματα του στρες (Jahnel et al., 2019· Kouvonen et al., 2005· Steptoe & Kivimäki, 2012). Όσον αφορά το άγχος, τα άτομα που καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα ανά ημέρα βιώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και είναι δύο έως τρεις φορές πιο πιθανόν να πληρούν τα κριτήρια για αγχώδη διαταραχή (Bakhshai et al., 2016· Mojtabai & Crum, 2013).

Άλλη μια παράμετρος που εξετάζουν οι διαθέσιμες μελέτες αποτελεί η διακοπή του καπνίσματος. Σύμφωνα με εμπειρικές έρευνες μερικοί συμμετέχοντες παρουσίαζαν σύγχυση λόγω του οφέλους που θεωρούσαν ότι τους παρείχε το κάπνισμα. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες το περιέγραφαν σαν ένα μέσο ελέγχου και κάλυψης του κενού της ανίας. Άλλοι ένιωθαν απελπισία και θεωρούσαν πως δεν είχαν την δύναμη να διακόψουν το κάπνισμα, λόγω και προηγούμενων αποτυχημένων αποπειρών (Clancy et al., 2013).

Επιπροσθέτως, η υψηλή εξάρτηση στην νικοτίνη έχει συνδεθεί με υψηλότερη πιθανότητα υποτροπής και ανεπιτυχούς προσπάθειας διακοπής (Kim et al., 2019· Pekel et al., 2015). Οι καπνιστές που καταφέρνουν να διακόψουν με επιτυχία το κάπνισμα παρουσιάζουν λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και συμπτώματα άγχους και στρες απ' ό,τι οι τρέχοντες καπνιστές και οι καπνιστές που ανεπιτυχώς επιχείρησαν να το διακόψουν. Μάλιστα, οι τελευταίοι παρουσίαζαν κατάθλιψη για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα. Από την βιβλιογραφία υποστηρίζεται, ακόμη, ότι διακοπή του καπνίσματος σε καταθλιπτικούς καπνιστές είναι δυσκολότερη, καθώς παρουσιάζουν μεγαλύτερη εξάρτηση στη νικοτίνη (McClave et al., 2009· Kim et al., 2019).

Εξάρτηση στην νικοτίνη και συμπτώματα άγχους

Πλήθος ερευνητικών δεδομένων, υποστηρίζουν πως τα άτομα με πιο έντονα συμπτώματα άγχους καπνίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό και είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν εξάρτηση από την νικοτίνη, καθώς και να αντιμετωπίσουν σοβαρότερα εμπόδια διακοπής του καπνίσματος (Richardson et al, 2019). Σύμφωνα με έρευνα, η συσχέτιση μεταξύ άγχους και εξάρτησης στην νικοτίνη κρίνεται ως θετική, εφόσον όσο εντονότερα είναι τα συμπτώματα άγχους, τόσο υψηλότερη είναι και η εξάρτηση (Sushanthi et al., 2022). Ακόμη, υπογραμμίζεται πως οι καπνιστές είναι δύο φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα άγχους, ανεξαρτήτως διαφόρων δημογραφικών παραγόντων (Gouveia et al., 2022). Ωστόσο, δεν απουσιάζουν και έρευνες που διατείνονται πως δεν υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ άγχους και εξάρτησης στην νικοτίνη (Pawlina et al., 2014).

Έρευνα που διεξήχθη στην Αυστραλία υπέδειξε πως το ένα πέμπτο των καπνιστών έπασχαν από αγχώδεις διαταραχές. Τα στοιχεία παρουσίασαν πως ο βαθμός καπνίσματος αυξάνονταν όσο μεγάλωνε και ο βαθμός σοβαρότητας της διαταραχής. Ωστόσο, ακόμη και σε άτομα με ήπιες αγχώδεις διαταραχές, ο βαθμός καπνίσματος ήταν διπλάσιος από τους συμμετέχοντες χωρίς ιστορικό νόσησης από κάποια ψυχική διαταραχή. Η μέση διάρκεια καπνίσματος για τους καπνιστές με αγχώδεις διαταραχές ήταν κατά πολύ μεγαλύτερη από ότι για τους καπνιστές χωρίς ψυχική διαταραχή, ενώ παράλληλα για τους πρώτους ήταν λιγότερο πιθανή η διακοπή του καπνίσματος (Lawrence et al., 2010). Με βάση ερευνητική μελέτη, από τους συμμετέχοντες που τηλεφώνησαν στη Γραμμή Βοήθειας για Καπνιστές στην περιοχή της Καλιφόρνια, το περίπου το 50% δήλωσε πως πάσχει από τουλάχιστον μια πάθηση ψυχικής υγείας. Η αγχώδης διαταραχή ήταν η δεύτερη πάθηση που αναφέρθηκε πιο

συχνά από τους συμμετέχοντες. Στην πρώτη θέση βρίσκονταν η κατάθλιψη (Tedeschi et al., 2016).

Επιπροσθέτως, επισημαίνεται πως οι καπνιστές με ευαισθησία στο άγχος εμφανίζουν συχνότερα εξάρτηση στην νικοτίνη. Ταυτόχρονα, παρουσιάζουν επιπλοκές και δυσκολεύονται σε μεγαλύτερο βαθμό να διακόψουν το κάπνισμα (Zvolensky et al., 2022), καθώς αντιλαμβάνονται τις περιόδους αποχής από την νικοτίνη ως περισσότερο αγχωτικές και απειλητικές (Guillot et al., 2016). Τα άτομα με υψηλά επίπεδα ευαισθησίας παρουσιάζουν εντονότερα αντιλήψεις σχετικά με τη ρυθμιστική ικανότητα του καπνίσματος, όσον αφορά την διάθεση και, συνεπώς, έχουν μεγαλύτερο κίνητρο να εμπλακούν ξανά σε συμπεριφορά καπνίσματος, προκειμένου να μειωθούν τα αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις που απορρέουν από την αποχή (Langdon et al., 2016).

Παράλληλα, δεν είναι λίγα τα άτομα που χρησιμοποιούν το κάπνισμα λόγω του άγχους που βιώνουν κατά τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις (Buckner & Vinci, 2013). Τα άτομα που καπνίζουν, προκειμένου να μειώσουν τα συμπτώματα κοινωνικού άγχους, είναι πιθανότερο να διατηρήσουν την καπνιστική συμπεριφορά και να παρουσιάσουν υποτροπές, εφόσον βιώνουν ισχυρή επιθυμία για κάπνισμα, όταν παρευρίσκονται σε κοινωνικές περιστάσεις που τους προκαλούν άγχος (Watson et al., 2018). Οι καπνιστές με κοινωνικό άγχος είναι πιθανότερο να καπνίζουν σε καθημερινή βάση (Buckner et al., 2020) και αναμένονται υψηλότερα ποσοστά εξάρτησης από την νικοτίνη από εκείνους (Buckner & Vinci, 2013).

Αιτιοπαθογένεια της σύνδεσης μεταξύ της εξάρτησης στην νικοτίνη και συμπτωμάτων άγχους

Μια προσπάθεια ερμηνείας της σύνδεσης μεταξύ της ευαισθησίας στο άγχος και του καπνίσματος είναι πως το κάπνισμα χρησιμοποιείται ως στρατηγική διαχείρισης των αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων (Langdon et al., 2016). Ερευνητικά η ευαισθησία στο άγχος φαίνεται να σχετίζεται με την βιωματική αποφυγή μέσω της καπνιστικής συμπεριφοράς (Farris et al., 2015). Ωστόσο, το κάπνισμα φαίνεται να προκαλεί αρνητικές επιπτώσεις στην συναισθηματική κατάσταση του ατόμου (Langdon et al., 2016).

Η νικοτίνη προσκολλάται στους νικοτινικούς υποδοχείς ακετυλοχολίνης με απόρροια την πρόκληση νευρικών αποκρίσεων (Molas et al., 2017). Η χορήγηση της νικοτίνης προκαλεί την απελευθέρωση και αύξηση της ντοπαμίνης, οδηγώντας, κατά συνέπεια, στην βελτίωση της διάθεσης (Le Foll et al., 2014), καθώς και την ανακούφιση από το άγχος. Η αγχολυτική δράση της νικοτίνης συντείνει στην επικράτηση της καπνιστικής συμπεριφοράς μέσω της θετικής ενίσχυσης, καθώς αποτελεί ένα μέσο αυτοθεραπείας. Εντούτοις, η παρατεταμένη χρήση της νικοτίνης επιφέρει αλλοιώσεις σε διάφορες εγκεφαλικές περιοχές (Molas et al., 2017).

Η παρατεταμένη έκθεση στην νικοτίνη προκαλεί αναπροσαρμογή και στοχευμένη πλαστικότητα του νευρωνικού κυκλώματος habenula-interpeduncular, που υπογραμμίζει αυξημένα ποσοστά άγχους κατά τη διάρκεια της απόσυρσης από την νικοτίνη. Η διακοπή από το κάπνισμα οδηγεί στο σύνδρομο στέρησης, κατά το οποίο τα άτομα με ευαισθησία στο άγχος επηρεάζονται συναισθηματικά σε μεγαλύτερο βαθμό. Υπό το πρίσμα των παραπάνω επισημάνσεων, η αλληλεπίδραση μεταξύ της ευαισθησίας στο άγχος και της σοβαρότητας των συμπτωμάτων στέρησης από τη νικοτίνη είναι πιθανόν να ευθύνεται στα αλληλεπικαλυπτόμενα νευρικά

κυκλώματα που θεμελιώνουν το άγχος τόσο σε βασικές συνθήκες όσο και σε συνθήκες στέρησης νικοτίνης (Molas et al., 2017).

Εξάρτηση στη νικοτίνη και συμπτώματα στρες

Ένας σημαντικός αριθμός επιστημονικών ερευνών υποδηλώνουν πως οι καπνιστές εμφανίζουν περισσότερο στρες απ' ό τι οι μη καπνιστές (El-Sherbiny & Elsary, 2022) και ότι μεταξύ των επιπέδων στρες και του βαθμού εξάρτησης υπάρχει ισχυρή συσχέτιση (Dupont et al., 2012· Kim et al., 2006). Αναλυτικότερα, τα άτομα με υψηλή εξάρτηση στην νικοτίνη παρουσιάζουν ιδιαίτερος μεγάλα ποσοστά στρες (El-Sherbiny & Elsary, 2022). Κάποια ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν πως το στρες αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης συμπτωμάτων εξάρτησης από την νικοτίνη, αλλά και την παρόρμηση για κάπνισμα. Τονίζεται πως ισχυροποιεί την ανάπτυξη άκαμπτων προτύπων καπνίσματος, ενώ ταυτόχρονα οδηγεί σε μείωση της ανοχής (Hwang & Yun, 2015).

Ο μεγάλος βαθμός καπνίσματος φαίνεται να συνδέεται με υψηλότερο ψυχοκοινωνικό στρες (psychosocial stress) σε παράγοντες όπως οι σχέσεις, η οικονομική κατάσταση κ.α. Η επίδραση των στρεσογόνων αυτών παραγόντων συσχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα αποτυχίας διακοπής του καπνίσματος (Slopen et al., 2013). Τα κυριότερα κίνητρα σχετικά με την χρήση καπνού που ανέφεραν οι συμμετέχοντες σε έρευνα ήταν η ανακούφιση από το στρες και η απόλαυση. Αναφορικά με τον παράγοντα του φύλου, οι άνδρες ανέφεραν συχνότερα την απόλαυση, ενώ οι γυναίκες την μείωση του στρες και τον έλεγχο του βάρους. Σχετικά με τις διαφοροποιήσεις με βάση την ηλικία, οι νεότεροι σε ηλικία καπνιστές δήλωσαν, κυρίως, την κοινωνικοποίηση και την διαχείριση του στρες, ενώ οι μεγαλύτεροι την απόλαυση (Fidler & West, 2009).

Έρευνα εντόπισε σημαντική σύνδεση μεταξύ του στρες και της συμπτωματολογίας της στέρησης νικοτίνης, κυρίως σε γυναίκες. Η οξεία στέρηση από την νικοτίνη προκαλεί αύξηση των επιπέδων στρες. Διαπιστώθηκε πως τα άτομα που καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα μέσα στην ημέρα είναι πιθανό να βιώνουν λιγότερο στρες, εφόσον οι περίοδοι στέρησης της νικοτίνης είναι λιγότεροι. Δεδομένα αναφέρουν ότι κάποια από τα συμπτώματα που εμφανίζονται κατά την στέρηση της νικοτίνης όπως η ευερεθιστότητα ή κάποια σωματικά συμπτώματα, μοιάζουν με αυτά που παρουσιάζονται μετά την έκθεση στο στρες και έχουν ως απότοκο την αύξηση της επιθυμίας για κάπνισμα (Lawless et al., 2015).

Αιτιοπαθογένεια της σύνδεσης μεταξύ εξάρτησης στην νικοτίνη και συμπτωμάτων στρες

Η σχέση μεταξύ στρες και καπνίσματος είναι περίπλοκη. Από την μια πλευρά, οι καπνιστές με μεγάλα ποσοστά στρες είναι πιθανό να αντιλαμβάνονται τις καθημερινές εμπειρίες και τα ανεπιθύμητα εσωτερικά συναισθήματα ως ενοχλητικά, με αποτέλεσμα να καταφεύγουν χρήση καπνού ως μέσο διαφυγής, προκειμένου να καταστείλουν τα δυσάρεστα συναισθήματα και να ανταπεξέλθουν από το στρες. Η βιωματική αποφυγή αποτελεί έναν μηχανισμό που επεξηγεί την σύνδεση μεταξύ στρες και καπνίσματος, ενώ παράλληλα το στρες είναι δυνατόν να οδηγήσει σε σοβαρό βαθμό καπνίσματος (Garey et al., 2016).

Από την άλλη πλευρά, η νικοτίνη επιδρά στο σύστημα ανταμοιβής του εγκεφάλου, ειδικότερα στις ντοπαμινεργικές οδούς και επηρεάζει το σύστημα του στρες. Ειδικότερα, μπορεί να επηρεάσει τον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA), ο οποίος σχετίζεται άμεσα με τις αντιδράσεις του σώματος στο στρες, και να οδηγήσει σε αλλαγές στην απελευθέρωση των ορμονών που σχετίζονται με το στρες. Οι αλλαγές που προκαλεί η χρόνια χρήση της νικοτίνης είναι δυνατόν να

επιτείνουν τις εθιστικές ιδιότητες της ουσίας αυτής και να οδηγήσουν σε αυξημένη ή μειωμένη απόκριση στο στρες από τους καπνιστές (Sinha, 2008).

Επιπλέον, κατά την διάρκεια έρευνας, προκλήθηκε στρες σε καπνιστές συμμετέχοντες και αυτό είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της επιθυμίας να καπνίσουν, την πιο έντονη χρήση καπνού και την μειωμένη αντίσταση για κάπνισμα. Τα υψηλά επίπεδα στρες οδήγησαν σε αύξηση της απόκρισης του άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης- επινεφριδίων, επιθυμία για κάπνισμα, αρνητικό συναίσθημα και φυσιολογική απόκριση. Ομοίως, η αυξημένη κορτιζόλη, η φλοιοεπινεφριδιοτρόπος ορμόνη και η λαχτάρα για νικοτίνη συσχετίστηκαν με τη μειωμένη ικανότητα του ατόμου να αντισταθεί στο κάπνισμα μετά από την έκθεση σε στρεσογόνα κατάσταση. Τα παραπάνω ερευνητικά στοιχεία, υποστηρίζουν πως ότι το στρες μπορεί να ενισχύσει τις εθιστικές επιδράσεις της νικοτίνης, καθιστώντας το κάπνισμα πιο ικανοποιητικό σε στρεσογόνες καταστάσεις (McKee et al., 2011).

Εξάρτηση στη νικοτίνη και συμπτώματα κατάθλιψης

Τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες τα συμπτώματα κατάθλιψης έχουν συσχετιστεί με αυξήσεις στη συχνότητα καπνίσματος (Wilkinson et al., 2016). Υψηλή συννοσηρότητα μεταξύ εξάρτησης στην νικοτίνη και καταθλιπτικών συμπτωμάτων εντοπίζεται κυρίως στις ηλικίες 18, 21 και 25 ετών (Boden et al., 2010). Ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν πως η κατάθλιψη εμφανίζεται, κυρίως, σε καπνιστές εξαρτημένους στην νικοτίνη. Ωστόσο, στην ίδια έρευνα παρουσιάστηκε κατάθλιψη και σε άτομα που δεν είναι εθισμένα στη νικοτίνη, αλλά αυτό συνέβη μόνο συμμετέχοντες άνω των 45 ετών (Kang & Lee, 2010).

Πλήθος εμπειρικών ερευνών συγκλίνουν στη άποψη πως η εξάρτηση στην νικοτίνη σχετίζεται θετικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, εφόσον τα άτομα

με υψηλή εξάρτηση στην νικοτίνη είναι πιθανότερο να εκδηλώσουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης (Webb Hooper, 2014· Piirtola et al., 2021). Επισημαίνεται πως το κάπνισμα προκαλεί την εμφάνιση κατάθλιψης, ενώ ένας περιορισμένος αριθμός στοιχείων της έρευνας αναφέρουν το αντίθετο (Kang & Lee, 2010). Ωστόσο, παρατηρήθηκε πως οι καπνιστές με ιστορικό κατάθλιψης έτειναν να υποστηρίζουν περισσότερο πως το κάπνισμα δρα μειώνοντας τα αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις, καθώς και την ανία απ' ότι οι καπνιστές χωρίς κατάθλιψη. Παράλληλα, ανέφεραν περισσότερο πως τους βοηθάει στην κοινωνική αλληλεπίδραση και στην μείωση της έντασης (Weinberger et al., 2011).

Αιτιοπαθογένεια σύνδεσης μεταξύ της εξάρτησης στην νικοτίνη και συμπτωμάτων κατάθλιψης

Έχουν διεξαχθεί έρευνες που επιχειρήσαν να εξηγήσουν την σχέση μεταξύ κατάθλιψης και εξάρτησης στη νικοτίνη. Ευρήματα συντείνουν στην άποψη ότι μεταξύ καπνίσματος και κατάθλιψης υπάρχει σχέση αιτίας- αιτιατού, με το κάπνισμα να ενισχύει την πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης (Flensburg-Madsen et al., 2011· Goodman & Capritman, 2000· Park et al., 2013· Wu et al., 2023). Η αιτιοπαθογένεια της σύνδεσης τους δεν έχει προσδιοριστεί με ακρίβεια, ωστόσο θα μπορούσε να αποδοθεί στον τρόπο που επιδρά και στις αλλαγές που επιφέρει η νικοτίνη στη δραστηριότητα των νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου και στο σύστημα ανταμοιβής, αυξάνοντας τον κίνδυνο κατάθλιψης (Boden et al., 2010)

Μελέτη που διεξήχθη σε έφηβους αρουραίους, στους οποίους χορηγήθηκε νικοτίνη, υπέδειξε πως η χρήση νικοτίνης κατά την διάρκεια της εφηβικής ηλικίας μπορεί να προκαλέσει, στην μετέπειτα ζωή, μια κατάσταση που προσομοιάζει με αυτή της κατάθλιψης και κάνει την εμφάνιση της με χαμηλότερη ευαισθησία στη φυσική ανταμοιβή και αυξημένη ευαισθησία σε αγχωτικές και στρεσογόνες

καταστάσεις (Iñiguez et al., 2009). Περιορισμένες μελέτες υποστηρίζουν πως το κοινωνικό στίγμα των ατόμων, λόγω του καπνίσματος είναι πιθανόν να οδηγήσει σε κατάθλιψη (Kang & Lee, 2010).

Ωστόσο, τα παραπάνω δεδομένα δεν έρχονται σε συμφωνία με την υπόθεση πως η κατάθλιψη οδηγεί στην εξάρτηση από την νικοτίνη μέσω την αυτοθεραπείας (Audrain-McGovern et al., 2009· Boden et al., 2010). Συγκεκριμένα, η νικοτίνη δρα ενεργοποιώντας τους νικοτινικούς υποδοχείς ακετυλοχολίνης, προκαλεί την απελευθέρωση της ντοπαμίνης και αλληλεπιδρά άμεσα με το μεσομεταιχμιακό σύστημα ντοπαμίνης, μέσω της κοιλιακής καλυπτρικής περιοχής (Corrigall et al., 1994) και του επικλινούς πυρήνα (Pidoplichko et al., 2004), προκειμένου να πυροδοτηθούν οι ενισχυτικές ιδιότητες της ουσίας (Corrigall et al., 1994). Κατ' επέκταση, η νικοτίνη φαίνεται να βελτιώνει παροδικά την διάθεση και έχει αντικαταθλιπτική δράση, γεγονός που επιβεβαιώνεται από έρευνα σε μη καπνιστές με καταθλιπτικά συμπτώματα, οι οποίοι μετά από θεραπεία με έμπλαστρα νικοτίνης παρουσίασαν βελτίωση στα συμπτώματα αυτά (Salín-Pascual et al., 1996).

Σε άλλη έρευνα φανερώνεται μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ των συμπτωμάτων κατάθλιψης και του καπνίσματος, όσον αφορά τις γυναίκες. Αυτό θα μπορούσε να θεωρηθεί ως τεκμήριο ότι η αυτοθεραπεία της κατάθλιψης μέσω της νικοτίνης δεν μειώνει τα συμπτώματα. Όσον αφορά την εξήγηση πως το κάπνισμα προκαλεί τα καταθλιπτικά συμπτώματα, παρατηρήθηκε ότι η αύξηση της συχνότητα του καπνίσματος συνδέθηκε με την αύξηση των συμπτωμάτων μετέπειτα και για τα δύο φύλα, με την σύνδεση να είναι ισχυρότερη για τις γυναίκες (Wilkinson et al., 2016).

Επιπρόσθετα, έχει βρεθεί ερευνητικά πως η σχέση μεταξύ τακτικής χρήσης καπνού, εξάρτησης στην νικοτίνη και κατάθλιψης αποδίδεται σε ένα μέτριο ποσοστό

σε κοινούς γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, με την γενετική επιρροή να υπερέχει ελαφρώς. Όσον αφορά το φύλο, παρατηρήθηκε διαφορά σχετικά με την κατάθλιψη και την τακτική χρήση καπνού. Για τους άνδρες δεν υπήρχε αιτιώδης σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών, αλλά η σύνδεση αποδόθηκε σε γενετικούς παράγοντες. Για τις γυναίκες εντοπίστηκε η εμπλοκή τόσο γενετικών όσο και περιβαλλοντικών παραγόντων. Παρόλα αυτά, η έρευνα αυτή δεν αποκλείει την παρουσία αιτιολογικών παραγόντων (Edwards et al., 2011).

Αξίζει, ακόμη, να σημειωθεί ότι κάποια δεδομένα κατέληξαν πως η σύνδεση των μεταβλητών ερμηνεύεται από ένα σύνθετο μοντέλο που περιλαμβάνει τις εξηγήσεις, οι οποίες αφορούν την παρουσία συγχυτικών παραγόντων και αιτιολογικών εξηγήσεων, καθώς υπάρχουν στοιχεία και για τις δύο. Η πρώτη εξήγηση υποστηρίζει πως η σύνδεση του καπνίσματος και της κατάθλιψης επηρεάζεται από την παρουσία κοινών γενετικών ή/και περιβαλλοντικών παραγόντων, οι οποίοι συντείνουν στην εμφάνιση των δύο αυτών καταστάσεων. Αναφορικά με την αιτιολογική εξήγηση, αυτή αναφέρει πως είτε το κάπνισμα προκαλεί την κατάθλιψη είτε το αντίστροφο. Τέλος, δεν μπορεί να αποκλειστεί το ενδεχόμενο αμφίδρομης σχέσης μεταξύ των μεταβλητών (Munafò & Araya, 2010· Munafò et al., 2008).

Σκοπός, Στόχοι και Ερευνητικά Ερωτήματα

Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εξετάσει την σχέση μεταξύ του καπνίσματος και της εξάρτησης στην νικοτίνη με τα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και στρες σε ενήλικες. Η εξέταση του συγκεκριμένου ζητήματος κρίνεται σημαντική, δεδομένου ότι η νικοτίνη χαρακτηρίζεται ως μια πολύ εθιστική ουσία, γεγονός που αποτυπώνεται στο μεγάλο ποσοστό των καπνιζόντων, που δυσκολεύονται με την διακοπή του καπνίσματος. Παρά τα επιβλαβή απότοκά της,

τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο, αποτελεί μια ουσία που διακινείται νόμιμα. Επιπροσθέτως, βασικό έρεισμα για την ενασχόληση με το δεδομένο ερευνητικό θέμα είναι η ανάγκη για περαιτέρω διεύρυνση της ελληνικής βιβλιογραφίας, η κάλυψη τυχόν κενών σχετικά με το υπό εξέταση ζήτημα, καθώς και η ανάδειξη ομοιοτήτων και διαφορών με τα στοιχεία από την διεθνή βιβλιογραφία.

Στόχοι και Ερευνητικά Ερωτήματα

Οι στόχοι της παρούσας έρευνας είναι:

1. Να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της εξάρτησης στην νικοτίνη με τα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και στρες σε ενήλικες.
2. Να εξεταστεί η σχέση καπνίσματος με τα συμπτώματα άγχους, στρες και κατάθλιψης.
3. Να εξεταστεί η επίδραση των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων για τα συμπτώματα άγχους, στρες και κατάθλιψης.
4. Να διερευνηθεί η επίδραση του αριθμού τσιγάρων που καταναλώνονται ημερησίως στα συμπτώματα άγχους, στρες και κατάθλιψης.
5. Να διερευνηθεί η επίδραση της απόπειρας διακοπής του καπνίσματος στην εξάρτηση στο κάπνισμα και στα συμπτώματα άγχους, στρες και κατάθλιψης.

Με γνώμονα την διερεύνηση των παραπάνω στόχων, τα ερευνητικά ερωτήματα διαμορφώνονται ως εξής:

1. Ποια είναι η επίδραση των δημογραφικών μεταβλητών του φύλου, της ηλικίας και του εκπαιδευτικού επιπέδου στον βαθμό εξάρτησης στο κάπνισμα;
2. Ποια είναι η επίδραση των δημογραφικών μεταβλητών του φύλου, της ηλικίας και του εκπαιδευτικού επιπέδου στην κατάθλιψη, το άγχος και το στρες;
3. Ποια είναι η σχέση της εξάρτησης στην νικοτίνη με τα συμπτώματα κατάθλιψης, στρες και άγχους;

4. Ποια είναι σχέση του καπνίσματος με τα συμπτώματα κατάθλιψης, στρες και άγχους;
5. Ποια είναι επίδραση του αριθμού τσιγάρων που καταναλώνονται ημερησίως στον βαθμό εξάρτησης στο κάπνισμα, καθώς και στα συμπτώματα: α) κατάθλιψης, β) άγχους και γ) στρες.
6. Ποια είναι η επίδραση της απόπειρας διακοπής του καπνίσματος στον βαθμό εξάρτησης στο κάπνισμα, καθώς και στα συμπτώματα: α) κατάθλιψης, β) άγχους και γ) στρες.

Μέθοδος

Δείγμα

Η εν λόγω ερευνητική εργασία απευθύνθηκε σε ενήλικους καπνιστές/ριες και μη καπνιστές/ριες που διαμένουν στην Ελλάδα. Προϋπόθεση για την συμμετοχή των καπνιστών ήταν η χρήση συμβατικών τσιγάρων. Οι συμμετέχοντες ήταν συνολικά τετρακόσιοι πενήντα οχτώ (εκατό τριάντα ένα άνδρες, τριακόσιες είκοσι τέσσερις γυναίκες, ένα μη δυαδικό άτομο και δύο άτομα με ρευστή ή/και εναλλασσόμενη ταυτότητα), από τους οποίους οι διακόσιοι τριάντα ένας ήταν καπνιστές και οι διακόσιοι είκοσι επτά μη καπνιστές. Η ηλικία τους κυμαίνονταν από 18 έως 66 ετών. Το είδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε ήταν πιθανοτική και συγκεκριμένα, απλή τυχαία δειγματοληψία, καθώς υπάρχει γεωγραφική διασπορά στο δείγμα. Στους συμμετέχοντες διευκρινίστηκε ο καθοριστικός ρόλος της συμβολής τους, μέσω της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, στην επίτευξη του ερευνητικού αυτού εγχειρήματος.

Μέσα Συλλογής Δεδομένων

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου συνίστατο από μια σειρά ερωτήσεων σχετικά με τα δημογραφικά και κοινωνικά στοιχεία, που είχαν ως στόχο τον προσδιορισμό του δημογραφικού προφίλ των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι ερωτήσεις αυτές ήταν οχτώ σε αριθμό και αφορούσαν το φύλο, την ηλικία, τον τόπο διαμονής, το επίπεδο εκπαίδευσης, την οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση, τον αριθμό των γονέων καπνιστών και το εάν καπνίζουν ή όχι. Για τους καπνιστές υπήρχαν τέσσερις επιπλέον ερωτήσεις, σχετικά με το εάν είχαν αποπειραθεί να διακόψουν το κάπνισμα, την ηλικία έναρξης και το χρονικό διάστημα καπνίσματος, καθώς και το βασικό κίνητρο έναρξης. Εν συνεχεία, στο δεύτερο μέρος ακολούθησαν τα ερευνητικά εργαλεία. Χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Εκτίμησης Βαθμού

Εξάρτησης από το Κάπνισμα και η Κλίμακα Μέτρησης του Άγχους, της Κατάθλιψης και του Στρες. Το πρώτο εργαλείο απευθύνονταν αποκλειστικά στους καπνιστές συμμετέχοντες, ενώ το δεύτερο σε καπνιστές και μη καπνιστές εξίσου.

Ειδικότερα, η Κλίμακα Μέτρησης του Άγχους, της Κατάθλιψης και του Στρες (DASS-21) έχει κατασκευαστεί από τους Lovibond και Lovibond το 1995. Το DASS-21 πρόκειται για ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς με είκοσι μια δηλώσεις και αποτελεί την σύντομη έκδοχή του ερωτηματολογίου DASS-42. Περιλαμβάνει τρεις υποκλίμακες με επτά προτάσεις για την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες αντίστοιχα. Το ερωτηματολόγιο αυτό εξετάζει την παρουσία ή απουσία των συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους και στρες κατά την τελευταία εβδομάδα. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται μέσω κλίμακας τύπου Likert τεσσάρων σημείων, όπου το μηδέν σημαίνει «καθόλου» και το τέσσερα «πάντα» (Lovibond & Lovibond, 1995). Η μετάφραση και στάθμιση του εργαλείου για τον ελληνικό πληθυσμό έχει υλοποιηθεί από τους Λυράκο, Αρβανίτη, Σμυρνιώτη και Κωστοπαναγιώτη 2011, με τον δείκτη καλής εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's α) να βρίσκεται στην τιμή 0,968 (Lyraeos et al., 2011).

Η Κλίμακα Εκτίμησης Βαθμού Εξάρτησης από το Κάπνισμα (Fagerström Test for Nicotine Dependence) έχει κατασκευαστεί από τους Heatherton, Kozlowski, Frecker και Fagerström το 1991 και αποτελεί αναθεωρημένη έκδοση του Ερωτηματολογίου Ανοχής Fagerström (FTQ), που κατασκευάστηκε από τον Fagerström το έτος 1978. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της κλίμακας χαρακτηρίζονται ως καλές (Pomerleau et al., 1994). Επιπρόσθετα, παραθέτει έξι ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής (Heatherton, et al., 1991) και η συνολική βαθμολογία δύναται να κυμαίνεται από μηδέν έως δέκα. Η βαθμολογία κάτω του τέσσερα υποδεικνύει χαμηλή εξάρτηση, η βαθμολογία τέσσερα έως έξι συνεπάγεται με μεσαία

εξάρτηση και η βαθμολογία επτά έως δέκα φανερώνει υψηλή εξάρτηση (Κουράκος και συν., 2016). Η μετάφραση της δεδομένης δοκιμασίας πραγματοποιήθηκε από τους Τζιάλλας, Καστανιώτη, Αλεβιζάτου, Κατσαράκη και Σκαπινάκης το 2006, με βάση τις οδηγίες International Society for Quality-of-Life (ISQOL) και η εσωτερική αξιοπιστία της κρίθηκε ως ικανοποιητική. Η κλίμακα δεν έχει σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό (Τζιάλλας και συν., 2006), ωστόσο χρησιμοποιείται ευρέως σε έρευνες στην Ελλάδα (Saridi et al., 2017). Σε πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα, η εσωτερική αξιοπιστία της κλίμακας φάνηκε να είναι καλή (Cronbach's $\alpha = 0,61$) (Κουλιεράκης και συν., 2022). Με βάση τα παραπάνω κριτήρια, οι κλίμακες αυτές επιλέχθηκαν ως κατάλληλα εργαλεία για την διερεύνηση του συγκεκριμένου ερευνητικού θέματος.

Διαδικασία

Αρχικά, για την διεξαγωγή της έρευνας εξασφαλίστηκε η σχετική άδεια από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας (ΕΗΔΕ) του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας. Η συλλογή και ανάλυση των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με την συμφοιτήτρια, Στυλιανή Καρβελά. Οι συμμετέχοντες προσεγγίστηκαν μέσω των αναρτήσεων συμμετοχής στην έρευνα στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης όπως Facebook, Instagram κ.α.

Η παρούσα έρευνα ακολούθησε την ποσοτική μεθοδολογία και για τις ανάγκες της, δημιουργήθηκε ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο μέσω της ηλεκτρονικής πλατφόρμας Google forms. Το ερωτηματολόγιο διαμοιράστηκε μέσω του διαδικτύου, συγκεκριμένα μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωσης, προκειμένου να διασφαλιστεί ένας ικανοποιητικός αριθμός συμμετεχόντων και να εξοικονομηθεί χρόνος. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου εκτιμήθηκε σε πέντε έως δέκα λεπτά. Η συλλογή των δεδομένων διήρκεσε συνολικά δύο μήνες.

Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν, μέσω του εισαγωγικού κειμένου του ερωτηματολογίου, για τον σκοπό της έρευνας και τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής τους, την χρήση των αποτελεσμάτων αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, καθώς και την δυνατότητα αποχώρησης οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς καμία συνέπεια ή κύρωση. Ακόμη, στο ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο παρέχονταν πληροφορίες σχετικά με τα μέσα (e-mails) που μπορούν να χρησιμοποιήσουν, προκειμένου να έρθουν σε επικοινωνία με τους ερευνητές για την επίλυση ενδεχόμενων αποριών ή την ανακοίνωση της αποχώρησής τους. Παράλληλα, τους ζητήθηκε να δηλώσουν την συναίνεση τους, προτού ξεκινήσουν την διαδικασία της συμπλήρωσης.

Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Μετά τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων ακολούθησε η κωδικοποίηση των δεδομένων και η εισαγωγή τους στο στατιστικό πακέτο IBM SPSS version 29. Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (std. deviation) και οι ελάχιστες/μέγιστες τιμές (minimum/maximum) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφική ανάλυση των ποσοτικών μεταβλητών, ενώ για την περιγραφική ανάλυση των κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι σχετικές συχνότητες και τα ποσοστά τους. Όσον αφορά τις ποσοτικές μεταβλητές, πραγματοποιήθηκε έλεγχος για το εάν ακολουθούν κανονική κατανομή με το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov.

Για τη σύγκριση των μέσων τιμών των ποσοτικών μεταβλητών σε δύο ομάδες ανεξάρτητων δειγμάτων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t-test (Independent-Samples T-test) και ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann - Whitney, ενώ για τη σύγκριση μέσων τιμών ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ τριών ή παραπάνω ομάδων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος ANOVA και ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal – Wallis.

Επιπλέον, προκειμένου να διερευνηθεί το είδος αλλά και η ένταση της σχέσης που υπάρχει μεταξύ δυο ή περισσότερων ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος σημαντικότητας για τον συντελεστή συσχέτισης του Spearman (Spearman's rank correlation coefficient). Για την αξιολόγηση της εσωτερικής εγκυρότητας (internal consistency) των ερωτηματολογίων υπολογίστηκε ο συντελεστής Cronbach's alpha (0,742). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα (Sig.2-tailed) και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Η στατιστική επεξεργασία και η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS version 29.

Αποτελέσματα

Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Η πλειοψηφία του δείγματος αποτελείται από γυναίκες με ποσοστό 71,0% και ακολουθούν οι άνδρες με ποσοστό 28,4% αντίστοιχα. Ο τόπος διαμονής για τους περισσότερους συμμετέχοντες είναι οι πόλεις άνω των 10.000 κατοίκων ενώ οι άλλες περιοχές συγκεντρώνουν χαμηλά ποσοστά απαντήσεων. Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος είναι απόφοιτοι Λυκείου (40,2%) και έπονται οι πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (30,1%) και οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών (15,9%).

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων το 57,9% του δείγματος δήλωσε πως είναι άγαμο ενώ έγγαμο δήλωσε το 34,9%. Επιπλέον, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος εργάζεται με καθεστώς πλήρους απασχόλησης (47,2%), και ακολουθούν οι φοιτητές/τριες και οι εργαζόμενοι μερικής απασχόλησης με ποσοστά 30,1% και 11,1% αντίστοιχα (Πίνακας 1).

Πίνακας 1

Συχνότητα και ποσοστά των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων

Φύλο	N	%
Γυναίκα	325	71,0
Άνδρας	130	28,4
Άτομο με ρευστή ή/και εναλλασσόμενη ταυτότητα φύλου	2	0,4
Μη δυαδικό άτομο	1	0,2
Τόπος Διαμονής		
Πόλη (τουλάχιστον 10.000 κάτοικοι)	355	77,5
Κωμόπολη (>3.000)	44	9,6
Χωριό (<3.000)	55	12,0
Άλλο	4	0,9
Επίπεδο Εκπαίδευσης		
Απόφοιτος Δημοτικού	2	0,4
Απόφοιτος Γυμνασίου	7	1,5
Απόφοιτος Λυκείου	184	40,2
Απόφοιτος ΙΕΚ	52	11,4
Πτυχιούχος ΑΕΙ/ΑΤΕΙ	138	30,1
Κάτοχος Μεταπτυχιακού	73	15,9
Κάτοχος Διδακτορικού	2	0,4
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/η	265	57,9
Έγγαμος/η	160	34,9
Διαζευγμένος/η	24	5,2
Άλλο	9	2,0
Επαγγελματική κατάσταση		
Εργασία πλήρους απασχόλησης	216	47,2
Εργασία μερικής απασχόλησης	51	11,1
Φοιτητής/τρια	138	30,1
Άνεργος/η	40	8,7
Συνταξιούχος	7	1,5
Αδυναμία εργασίας	2	0,4
Άλλο	4	0,9

Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαίνεται μεταξύ των 18 και 66 ετών με μέση τιμή τα 33,45 έτη ($T.A. = 12,114$).

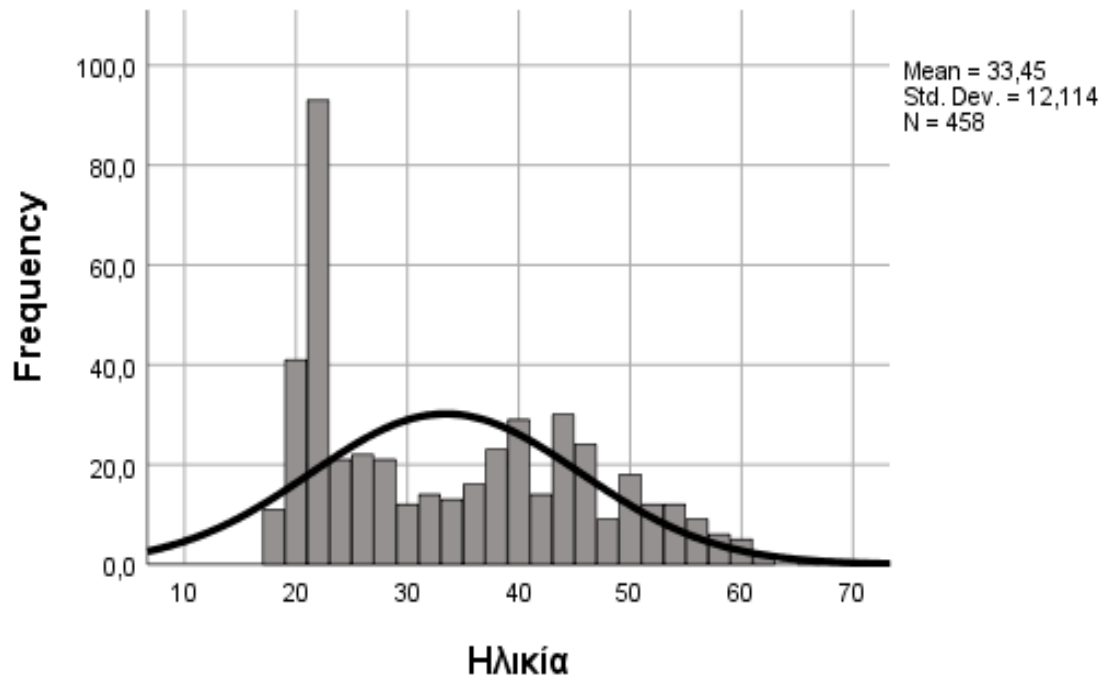
Πίνακας 2

Ελάχιστη και μέγιστη τιμή, μέσος όρος και τυπική απόκλιση της ηλικίας των συμμετεχόντων

Ηλικία	Minimum	Maximum	Mean	Std.Deviation
	18	66	33,45	12,114

Γράφημα 1

Ιστόγραμμα ηλικίας συμμετεχόντων



Καπνιστικές συνήθειες

Σχετικά με τις καπνιστικές συνήθειες των συμμετεχόντων/ουσών και του περιβάλλοντος τους, από τα αποτελέσματα της έρευνας, προκύπτει πως το 41,3% έχει/είχε τουλάχιστον έναν γονέα/φροντιστή καπνιστή, ενώ το 37,1% έχει/είχε δύο. Επιπλέον, οι καπνιστές/τριες αποτελούν το 50,4% του δείγματος, ενώ ποσοστό της τάξεως του 41,5% έχει αποπειραθεί να διακόψει το κάπνισμα ανεπιτυχώς (Πίνακας 3).

Πίνακας 3

Συχνότητες και ποσοστά των απαντήσεων των συμμετεχόντων για τις καπνιστικές συνήθειες τους

Αριθμός γονέων/φροντιστών καπνιστών	N	%
0	99	21,6
1	189	41,3
2	170	37,1
Είστε καπνιστής/τρια;		
Ναι	231	50,4
Όχι	227	49,6
Έχετε αποπειραθεί να διακόψετε το κάπνισμα;		
Ναι, με επιτυχία	85	28,4
Ναι, ανεπιτυχώς	124	41,5
Όχι	90	30,1

Η ηλικία έναρξης του καπνίσματος κυμαίνεται μεταξύ τα 11 και 41 έτη με μέση ηλικία τα 17,725 έτη ($T.A. = 3,630$), ενώ το χρονικό διάστημα καπνίσματος (σε μήνες) κυμαίνεται μεταξύ των 3 και 576 μηνών με μέση τιμή τους 209,32 μήνες (17,5 έτη περίπου) ($T.A. = 144,578$) (Πίνακας 4).

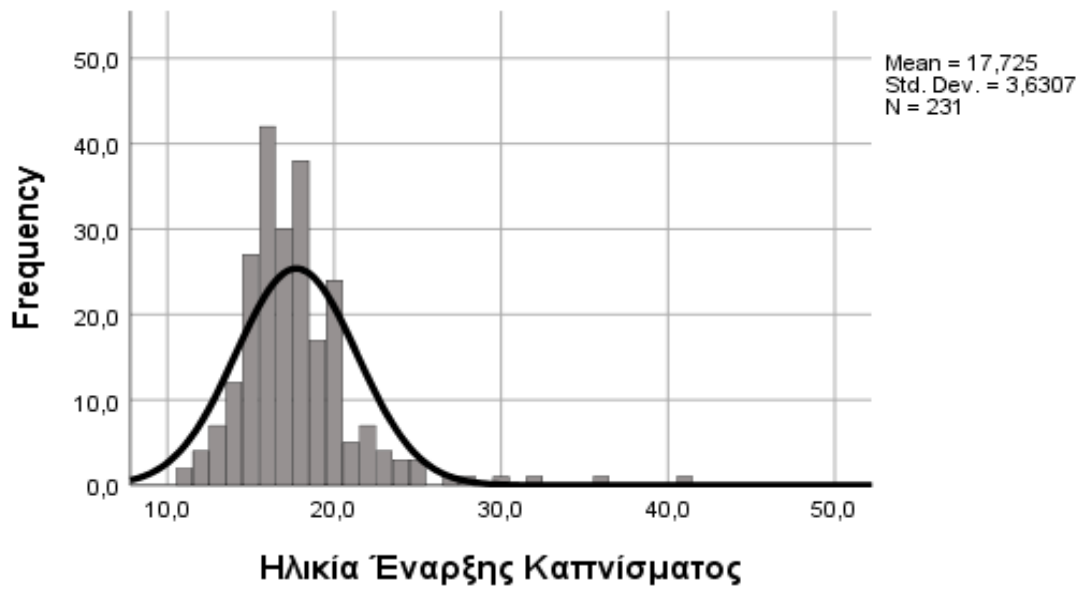
Πίνακας 4

Ελάχιστη και μέγιστη τιμή, μέσος όρος και τυπική απόκλιση της ηλικίας έναρξης και του χρονικού διαστήματος καπνίσματος

	Minimum	Maximum	Mean	Std.Deviation
Ηλικία έναρξης καπνίσματος (έτη)	11	41	17,725	3,630
Χρονικό διάστημα καπνίσματος (μήνες)	3	576	209,32	144,578

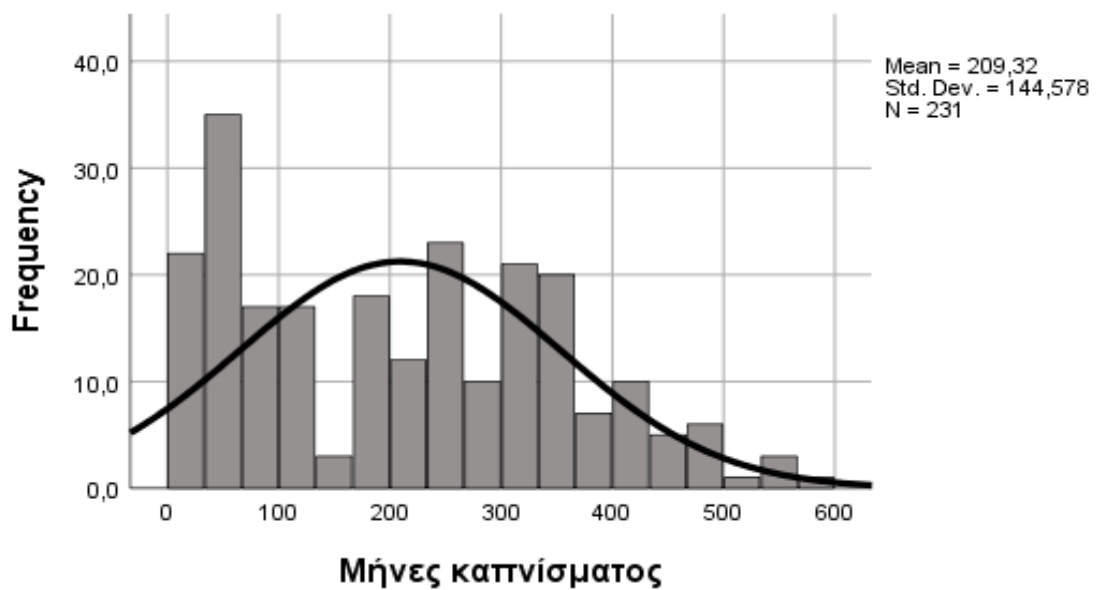
Γράφημα 2

Ιστόγραμμα ηλικίας έναρξης καπνίσματος των συμμετεχόντων



Γράφημα 3

Ιστόγραμμα χρονικού διαστήματος καπνίσματος των συμμετεχόντων



Βασικό κίνητρο έναρξης του καπνίσματος αποτελεί η περιέργεια/πειραματισμός με ποσοστό 57,5% και ακολουθούν η περιστασιακή/κοινωνική χρήση με ποσοστό 39,6% και η διαχείριση του άγχους με ποσοστό 21,7% αντίστοιχα. Η θλίψη και τα οικογενειακά προβλήματα, ως βασικό κίνητρο έναρξης του καπνίσματος, καταγράφουν ποσοστά απαντήσεων της τάξεως

του 13,2% και 7,9%, ενώ το πένθος, το εργασιακό άγχος και η κοινωνική απομόνωση σημειώνουν χαμηλότερα ποσοστά απαντήσεων (5,8%, 4,5% και 3,5%) (Πίνακας 5).

Πίνακας 5

Ποσοστά και συχνότητες απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με το βασικό κίνητρο έναρξης του καπνίσματος

Βασικό κίνητρο έναρξης καπνίσματος	N	%
Περιστασιακή/Κοινωνική χρήση	90	39,6
Διαχείριση Άγχους	49	21,7
Εργασιακό Άγχος	10	4,5
Οικογενειακά προβλήματα	18	7,9
Πένθος	13	5,8
Θλίψη	30	13,2
Κοινωνική απομόνωση	8	3,5
Περίεργεια/Πειραματισμός	130	57,5
Άλλο	9	4,0

Κλίμακα εκτίμησης βαθμού εξάρτησης από το κάπνισμα (Κλίμακα Fagerstorm)

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά απαντήσεων στις ερωτήσεις της Κλίμακας εκτίμησης βαθμού εξάρτησης από το Κάπνισμα (Κλίμακα Fagestorm). Από τα στοιχεία της έρευνας προκύπτει πως η πλειοψηφία των καπνιστών του δείγματος (37,2%) καπνίζει το πρώτο τσιγάρο αφού ξυπνήσει μέσα στα πρώτα 6-30 λεπτά, ενώ το 20,3% δήλωσε πως μέσα στα πρώτα 5 λεπτά αφού ξυπνήσει καπνίζει το πρώτο του τσιγάρο.

Για την πλειοψηφία των συμμετεχόντων (53,2%) δεν είναι δύσκολο να μην καπνίσει σε μέρη όπου απαγορεύεται το κάπνισμα, ενώ είναι πιο δύσκολο να μην καπνίσει το πρώτο τσιγάρο της ημέρας (55,4%). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (40,3%) καπνίζουν 11-20 τσιγάρα ημερησίως και ακολουθούν οι καπνιστές που καπνίζουν 10 ή λιγότερα τσιγάρα με ποσοστό 39,4%. Επιπλέον, ποσοστό της τάξεως του 59,7% δήλωσε πως δεν καπνίζει πιο πολύ το πρωί από το απόγευμα, ενώ το

53,2% του δείγματος καπνίζει ακόμα και όταν μια ασθένεια το αναγκάζει να μείνει στο κρεβάτι (Πίνακας 6).

Πίνακας 6

Συχνότητες και ποσοστά απαντήσεων των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της Κλίμακας εκτίμησης βαθμού εξάρτησης από το Κάπνισμα

Πόσο γρήγορα αφού ξυπνήσετε καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;	N	%
Μετά τα 60'	60	2,6
Μέσα στα πρώτα 31-60'	38	16,5
Μέσα στα πρώτα 6-30'	86	37,2
Μέσα στα πρώτα 5'	47	20,3
Είναι δύσκολο να μην καπνίσετε σε μέρη όπου το κάπνισμα απαγορεύεται;		
Ναι	108	46,8
Όχι	123	53,2
Ποιο τσιγάρο σας είναι πιο δύσκολο να μην το καπνίσετε;		
Το πρώτο της ημέρας	128	55,4
Οποιοδήποτε άλλο	103	44,6
Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;		
10 ή λιγότερα	91	39,4
11-20	93	40,3
21-30	36	15,6
31 ή περισσότερα	11	4,8
Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί από το απόγευμα;		
Ναι	93	40,3
Όχι	138	59,7
Καπνίζετε ακόμα και όταν μια ασθένεια σας αναγκάζει να μείνετε στο κρεβάτι;		
Ναι	123	53,2
Όχι	108	46,8

Με βάση τη βαθμολογία που συγκέντρωσαν οι συμμετέχοντες στην Κλίμακα Fagerstorm διαπιστώνεται πως το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος με ποσοστό 54,1% έχει μικρή εξάρτηση στο κάπνισμα, ποσοστό της τάξεως του 32,5% έχει μέτρια εξάρτηση ενώ το υπόλοιπο 13,45% έχει μεγάλη εξάρτηση (Πίνακας 7).

Πίνακας 7

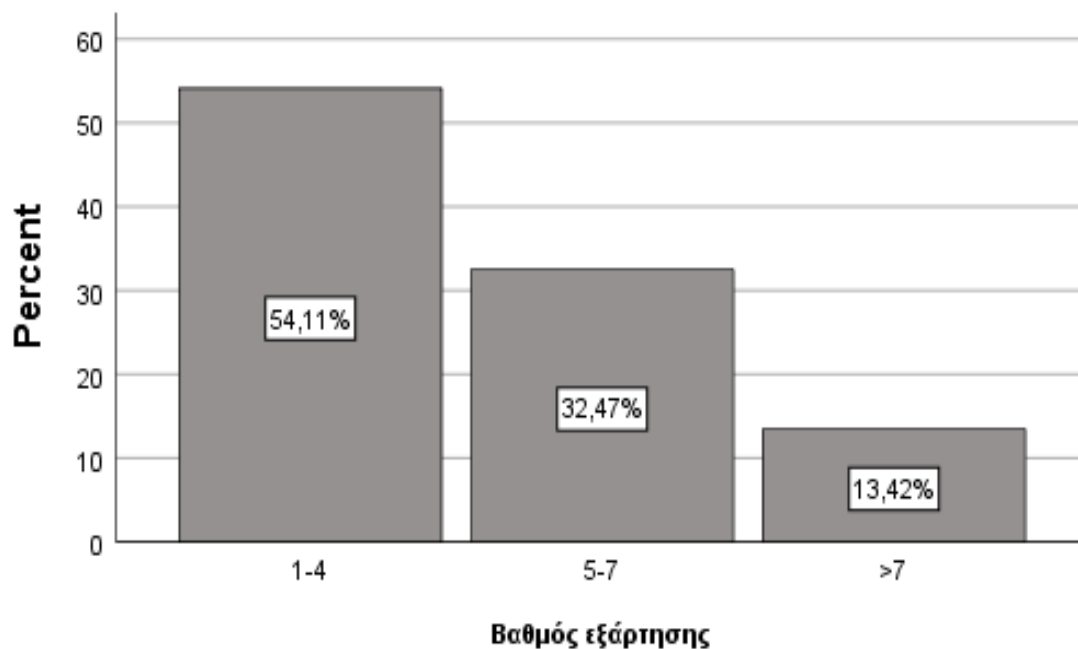
Επίπεδα εξάρτησης των συμμετεχόντων στο κάπνισμα σύμφωνα με την Κλίμακα

Fagerstorm

	N	%
Μικρή εξάρτηση (1-4)	125	54,1
Μέτρια εξάρτηση (5-7)	75	32,5
Μεγάλη εξάρτηση (>7)	31	13,4

Γράφημα 4

Ποσοστά εξάρτησης των συμμετεχόντων στο κάπνισμα



Κλίμακα μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες (DASS-21)

Στον Πίνακα 8 που ακολουθεί αναφέρονται οι συχνότητες και τα ποσοστά των απαντήσεων της Κλίμακας μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες (DASS-21).

Ειδικότερα, παρατηρείται πως στην Κλίμακα μέτρησης της Κατάθλιψης (όπου αποτελείται από τις ερωτήσεις 3,5,10,13,16,17, και 21) η πλειοψηφία των

συμμετεχόντων δήλωσε πως οι συγκεκριμένες προτάσεις δεν ίσχυαν καθόλου για αυτούς, συγκεντρώνοντας μέση βαθμολογία 10,417 μονάδες.

Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα της Κλίμακας μέτρησης του Άγχους (όπου αποτελείται από τις ερωτήσεις 2,4,7,9,15,19 και 20) καθώς και σε αυτή την περίπτωση η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε πως οι συγκεκριμένες προτάσεις δεν ισχύουν καθόλου για αυτούς, συγκεντρώνοντας μέση βαθμολογία 9,038 μονάδες.

Διαφορετικά παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της Κλίμακας μέτρησης του Στρες (όπου αποτελείται από τις ερωτήσεις 1,6,8,11,12,14 και 18), καθώς παρατηρείται ότι στις ερωτήσεις 8 και 11 το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος δήλωσε πως οι συγκεκριμένες δηλώσεις ισχύουν σε έναν ορισμένο βαθμό, συγκεντρώνοντας μέση βαθμολογία 13,124 μονάδες.

Πίνακας 8

Συχνότητες και ποσοστά των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της Κλίμακας μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες

	0	1	2	3
1. Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου	167 (36,5)	159 (34,7)	93 (20,3)	39 (8,5)
2. Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό	263 (57,4)	105 (22,9)	60 (13,1)	30 (6,6)
3. Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα	243 (53,1)	111 (24,2)	68 (14,8)	36 (7,9)
4. Δυσκολευόμουν να ανασάνω	262 (57,2)	111 (24,2)	49 (10,7)	36 (7,9)
5. Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα	215 (46,9)	135 (29,5)	73 (15,9)	35 (7,6)
6. Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα	161 (35,2)	136 (29,7)	100 (21,8)	61 (13,3)
7. Αισθάνθηκα τρεμούλα	296 (64,6)	85 (18,6)	49 (10,7)	28 (6,1)
8. Αισθανόμουν συχνά νευρικήτητα	147 (32,1)	159 (34,7)	92 (20,1)	60 (13,1)

9.Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους	238 (52,0)	97 (21,2)	71 (15,5)	52 (11,4)
10.Ένωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον	239 (52,2)	114 (24,9)	59 (12,9)	46 (10,0)
11.Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος	138 (30,1)	169 (36,9)	94 (20,5)	57 (12,4)
12.Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω	144 (31,4)	142 (31,0)	91 (19,9)	81 (17,7)
13.Ένωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος	171 (37,3)	125 (27,3)	79 (17,2)	83 (18,1)
14.Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα	235 (51,3)	128 (27,9)	73 (15,9)	22 (4,8)
15.Ένωσα πολύ κοντά στον πανικό	268 (58,5)	80 (17,5)	63 (13,8)	47 (10,3)
16.Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό	246 (53,7)	101 (22,1)	66 (14,4)	45 (9,8)
17.Ένωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο	270 (59,0)	87 (19,0)	54 (11,8)	47 (10,3)
18.Ένωσα ότι ήμουν αρκετά ευρέθιστος	181 (39,5)	143 (31,2)	79 (17,2)	55 (12,0)
19.Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση	239 (52,2)	109 (23,8)	58 (12,7)	52 (11,4)
20.Ένωσα φοβισμένος χωρίς να υπάρχει λόγος	266 (58,1)	94 (20,5)	54 (11,8)	44 (9,6)
21.Ένωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα	311 (67,9)	61 (13,3)	49 (10,7)	37 (8,1)

Με βάση τη βαθμολογία της κλίμακας DASS-21 διαπιστώνεται πως ο βαθμός κατάθλιψης των συμμετεχόντων είναι ήπιος, καθώς συγκεντρώνει μέση βαθμολογία 10,417 (range 10-13) ($T.A. = 10,345$). Ο βαθμός άγχους χαρακτηρίζεται, επίσης, ως ήπιος με μέση βαθμολογία 9,038 (range 8-9) ($T.A. = 9,323$) και το μέγεθος του στρες φυσιολογικό συγκεντρώνοντας μέση βαθμολογία 13,124 (range 0-14) ($T.A. = 10,181$).

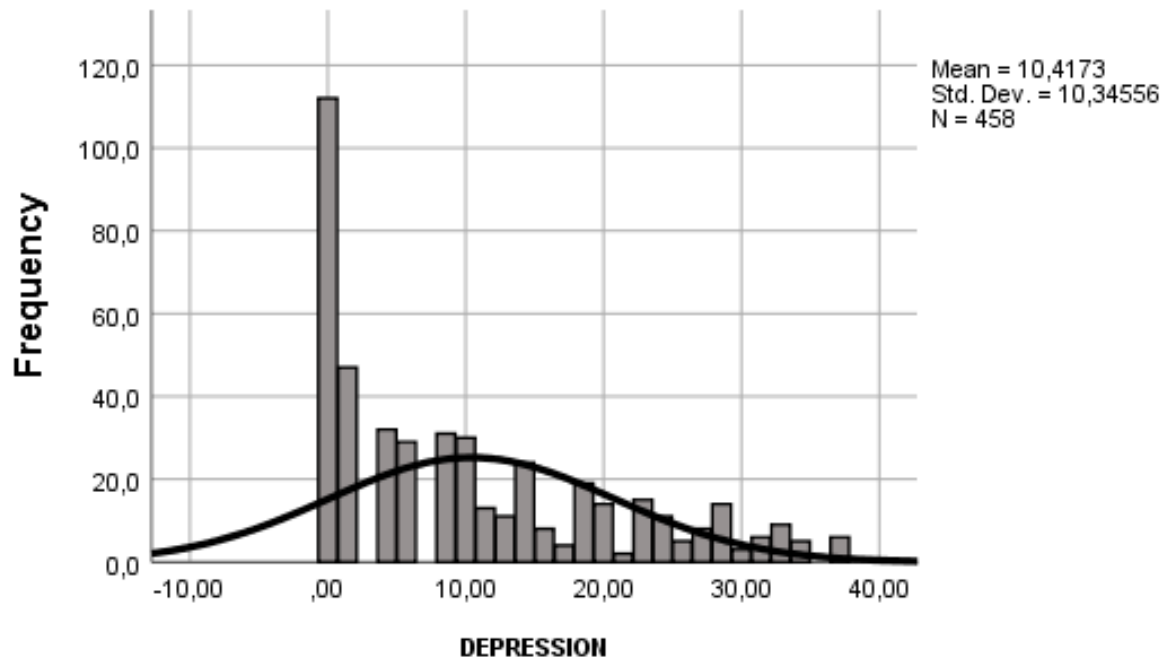
Πίνακας 9

Ελάχιστη και μέγιστη τιμή, μέσος όρος και τυπική απόκλιση των βαθμολογιών της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες μεταξύ των συμμετεχόντων

	Minimum	Maximum	Mean	Std.Deviation
Depression	0,0	36,86	10,417	10,345
Anxiety	0,0	36,86	9,038	9,323
Stress	0,0	36,86	13,124	10,181

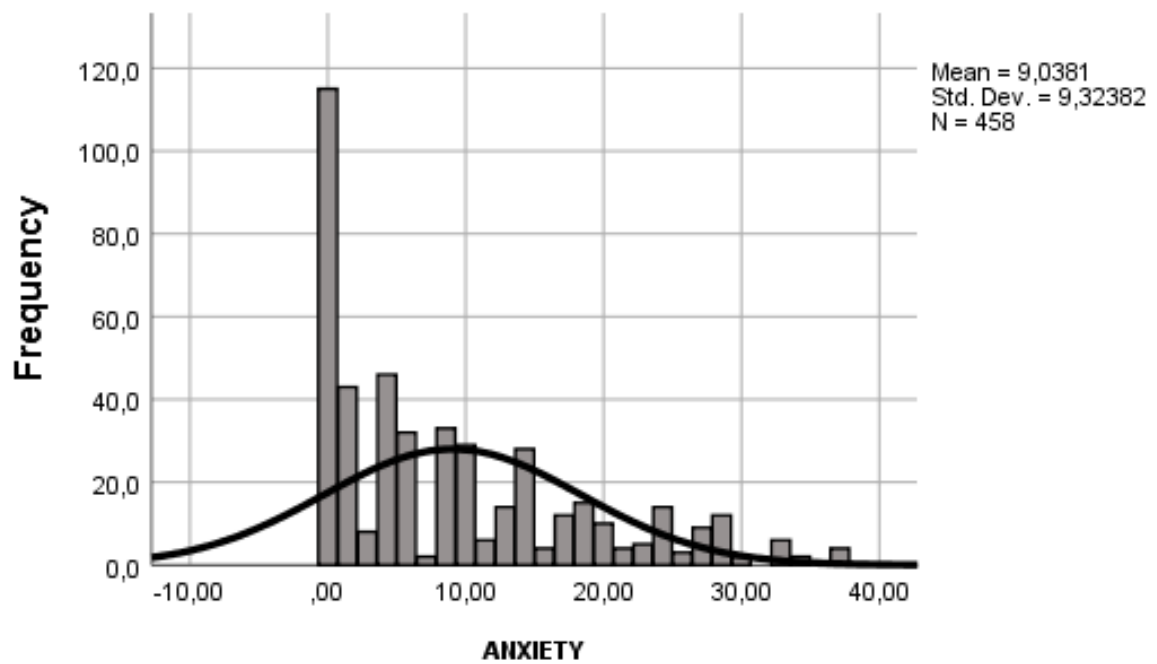
Γράφημα 5

Ιστόγραμμα βαθμολογιών των συμμετεχόντων στην κατάθλιψη



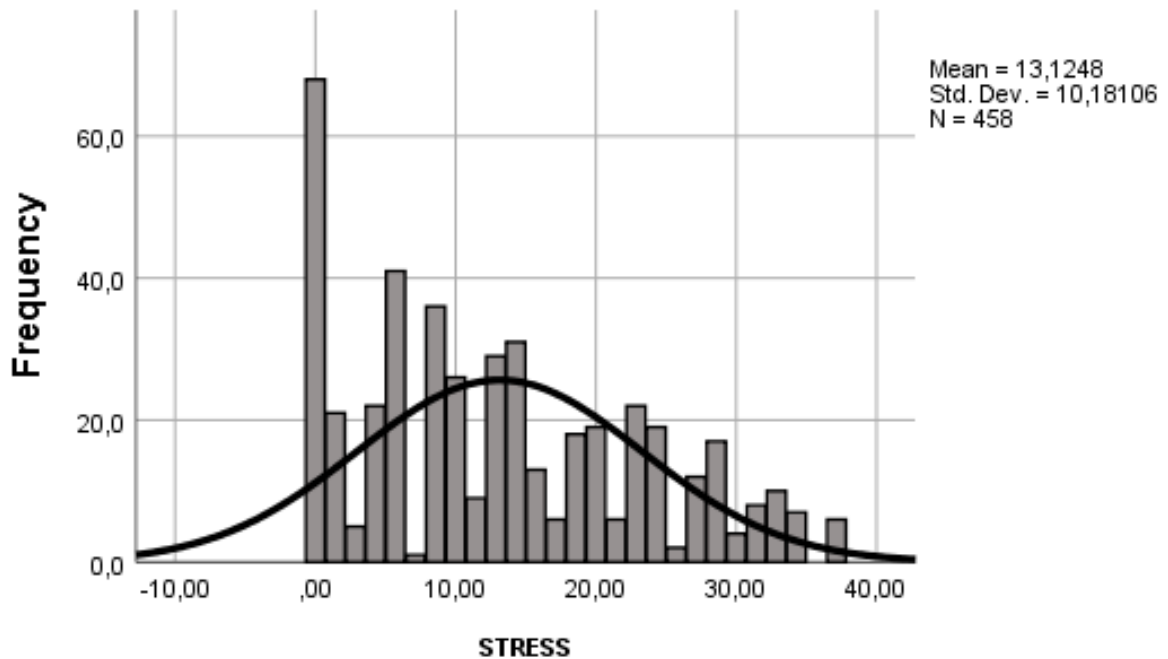
Γράφημα 6

Ιστόγραμμα βαθμολογιών των συμμετεχόντων στο άγχος



Γράφημα 7

Ιστόγραμμα βαθμολογιών των συμμετεχόντων στο στρες



Επαγωγική Στατιστική Ανάλυση

Κλίμακα εκτίμησης βαθμού εξάρτησης από το κάπνισμα (Fagestorm) και

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Για να διερευνηθεί το πρώτο ερευνητικό ερώτημα διεξήγαμε ελέγχους t-test και ANOVA. Οι μεταβλητές που εξετάστηκαν είναι το φύλο, η ηλικιακή ομάδα και το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων. Για το φύλο διεξήχθη έλεγχος t-test, ενώ για την ηλικιακή ομάδα και το εκπαιδευτικό επίπεδο πραγματοποιήθηκε έλεγχος ANOVA.

Για τις ανάγκες της έρευνας η ηλικία των συμμετεχόντων χωρίστηκε σε 4 ηλικιακές ομάδες (18-25 ετών, 26-35 ετών, 36-45 ετών και άνω των 46 ετών) και το εκπαιδευτικό επίπεδο σε 3 κατηγορίες (Απόφοιτοι Α/βάθμιας και Β/βάθμιας Εκπαίδευσης, Πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΑΤΕΙ/ΙΕΚ και Κάτοχοι Μεταπτυχιακών/Διδακτορικών

Τίτλων Σπουδών). Επιπλέον, από τη μεταβλητή φύλο εξαιρέθηκαν οι συμμετέχοντες που είχαν δηλώσει "άτομο με ρευστή ή/και εναλλασσόμενη ταυτότητα φύλου" και "μη δυαδικό άτομο".

Από τα στοιχεία που παρατίθενται στον Πίνακα 10 διαπιστώνεται πως η ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων καπνιστών επιδρά στο βαθμό εξάρτησης από το κάπνισμα. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni, προέκυψε πως τα άτομα που ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες 36-45 ετών ($M.O.= 4,452$, $T.A.= 2,317$) και άνω των 46 ετών ($M.O.= 4,559$, $T.A.= 2,322$) είχαν στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της κλίμακας εξάρτησης, σε σχέση με τους συμμετέχοντες που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 18-25 ετών ($M.O.= 2,931$, $T.A.= 2,228$) (4,452 και 4,559 έναντι 2,931). Ωστόσο, οι υπόλοιπες μεταβλητές (φύλο και εκπαιδευτικό επίπεδο) δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές, καθώς $p > 0,05$.

Πίνακας 10

Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην εξάρτηση στο κάπνισμα με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα και το εκπαιδευτικό επίπεδο

Βαθμός εξάρτησης καπνίσματος	N	Mean	Std.Deviation	P.Value
Φύλο				
Ανδρας	72	3,882	2,448	0,991*
Γυναίκα	157	3,878	2,392	
Ηλικιακή ομάδα				
18-25	65	2,931	2,228	0,001**
26-35	47	3,670	2,411	
36-45	66	4,452	2,317	
>46	53	4,559	2,322	
Εκπαιδευτικό επίπεδο				
Απόφοιτοι Α/Βάθμιας Εκπαίδευσης	85	3,492	2,473	0,076**
Πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΑΤΕΙ/ΙΕΚ	100	3,943	2,273	
Κάτοχοι Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού	46	4,507	2,426	

*T-test **Kruskal-Wallis

Κλίμακα μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες (DASS-21) και Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Προκειμένου να απαντηθεί το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, διεξήγαμε ελέγχους ANOVA. Συγκεκριμένα, διερευνήθηκε εάν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων επιδρούν στην Κλίμακα μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες και τα αποτελέσματα των ελέγχων παρατίθενται στους ακόλουθους πίνακες (Πίνακας 11, Πίνακας 12 και Πίνακας 13).

Από τα δεδομένα που αποτυπώνονται στον πίνακα 11, φαίνεται πως προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή των επιπέδων κατάθλιψης μεταξύ των συμμετεχόντων που βρίσκονται στην ηλικιακή ομάδα 18-25 ετών και αυτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 36-45 ετών ($p < 0,05$). Οι συμμετέχοντες ηλικίας 18-25 ετών σημείωσαν μέση τιμή στην κατάθλιψη 14,795 μονάδες ($T.A.= 10,337$), ενώ οι συμμετέχοντες ηλικιακής ομάδας από 36 έως 45 ετών 9,588 μονάδες ($T.A.= 10,085$). Επιπλέον, οι μεταβλητές του φύλου και του εκπαιδευτικού επιπέδου δεν φάνηκε να επιδρούν στην κλίμακα της κατάθλιψης, εφόσον δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p > 0,05$).

Πίνακας 11

Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κατάθλιψη με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα και το εκπαιδευτικό επίπεδο

Κατάθλιψη	N	Mean	Std.Deviation	P.Value
Φύλο				
Άνδρας	72	10,861	10,493	0,112**
Γυναίκα	157	13,195	10,877	
Ηλικιακή ομάδα				
18-25	65	14,795	10,337	0,020**
26-35	47	12,194	11,005	
36-45	66	9,588	10,085	
>46	53	13,445	11,538	
Εκπαιδευτικό επίπεδο				
Απόφοιτοι Πρώτο/Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	85	13,435	11,373	0,577**
Πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΑΤΕΙ/ΙΕΚ	100	12,014	9,909	
Κάτοχοι Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού	46	11,671	11,720	

**Kruskal-Wallis

Όσον αφορά την βαθμολογία του άγχους, από τα στοιχεία της έρευνας προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή των δυο φύλων ($p < 0,05$). Ειδικότερα, οι γυναίκες παρουσίασαν μέση τιμή άγχους 12,123 μονάδες ($T.A. = 9,328$) έναντι 9,222 των ανδρών ($T.A. = 10,876$). Ωστόσο, δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα επίπεδα άγχους και των ηλικιακών ομάδων και του εκπαιδευτικού επιπέδου των συμμετεχόντων.

Πίνακας 12

Βαθμολογία των συμμετεχόντων στο άγχος με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα και το εκπαιδευτικό επίπεδο

Άγχος	N	Mean	Std.Deviation	P.Value
Φύλο				
Άνδρας	72	9,222	10,876	0,002**
Γυναίκα	157	12,123	9,328	
Ηλικιακή ομάδα				
18-25	65	13,160	9,681	0,134**
26-35	47	10,194	9,502	
36-45	66	10,116	10,374	
>46	53	11,126	9,976	
Εκπαιδευτικό επίπεδο				
Απόφοιτοι Πρώτο/Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	85	11,862	11,055	0,536**
Πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΑΤΕΙ/ΙΕΚ	100	11,560	9,683	
Κάτοχοι Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού	46	9,298	8,074	

**Kruskal-Wallis

Τα στοιχεία στον πίνακα 13 καταδεικνύουν την στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών, αναφορικά με τη μέση τιμή της βαθμολογίας του στρες. Μέσω των ελέγχων που πραγματοποιήθηκαν, παρατηρήθηκε πως οι γυναίκες κατέγραψαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία ($M.O.= 17,031$, $T.A.= 9,801$), σε σύγκριση με τους άνδρες ($M.O.= 13,940$, $T.A.= 10,600$) (17,031 έναντι 13,940). Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,05$) μεταξύ της ηλικιακής ομάδας και της μέσης τιμής της βαθμολογίας του στρες. Οι συμμετέχοντες που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 18-25 ετών κατέγραψαν μέση τιμή 18,593 μονάδες ($T.A.= 8,533$), σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες ηλικίας από 36-45 ετών που σημείωσαν 13,649 μονάδες ($T.A.= 10,644$). Συνεπώς, παρατηρείται πως οι συμμετέχοντες που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 18-24 ετών παρουσίασαν μεγαλύτερα επίπεδα στρες, σε σχέση με τους συμμετέχοντες ηλικίας 36-46 ετών. Ωστόσο, για το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p > 0,05$).

Πίνακας 13

Βαθμολογία των συμμετεχόντων στο στρες με βάση το φύλο, την ηλικιακή ομάδα και το εκπαιδευτικό επίπεδο

Στρες	N	Mean	Std.Deviation	P.Value
Φύλο				
Άνδρας	72	13,940	10,600	0,014**
Γυναίκα	157	17,031	9,801	
Ηλικιακή ομάδα				
18-25	65	18,593	8,533	0,013**
26-35	47	14,571	9,740	
36-45	66	13,649	10,644	
>46	53	17,245	11,026	
Εκπαιδευτικό επίπεδο				
Απόφοιτοι Α/Βάθμιας Εκπαίδευσης	85	16,568	9,645	0,521**
Πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΑΤΕΙ/ΙΕΚ	100	16,225	10,209	
Κάτοχοι Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού	46	14,726	11,007	

**Kruskal-Wallis

Συσχέτιση Βαθμού Εξάρτησης Καπνίσματος με Κλίμακα μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες (DASS-21)

Στοχεύοντας στην διερεύνηση του τρίτου ερευνητικού ερωτήματος, πραγματοποιήσαμε έλεγχο σημαντικότητας για το συντελεστή συσχέτισης του Spearman, εφόσον οι μεταβλητές δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή. Βάσει των δεδομένων του πίνακα 14, τα οποία προέκυψαν από τον έλεγχο σημαντικότητας για το συντελεστή συσχέτισης του Spearman, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p > 0,005$) μεταξύ της Κλίμακας μέτρησης της εξάρτησης και της Κλίμακας μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες. Εντούτοις, ανάμεσα στις διαστάσεις της Κλίμακας DASS-21, δηλαδή την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες, προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Επομένως, παρατηρείται ότι όταν τα επίπεδα της μιας διάστασης αυξάνονταν, έτειναν να αυξάνονται και τα επίπεδα των άλλων δύο διαστάσεων και αντίστροφα.

Πίνακας 14

Συσχέτιση του βαθμού εξάρτησης με την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες

		Βαθμός εξάρτησης	Κατάθλιψη	Άγχος	Στρες
Βαθμός εξάρτησης	Spearman's rho	1	0,054	0,081	0,084
	Sig. (2-tailed)		0,412	0,220	0,204
	N	231	231	231	231,
Κατάθλιψη	Spearman's rho	0,054	1	0,695	0,773
	Sig. (2-tailed)	0,412		0,000	0,000
	N	231	231	231	231
Άγχος	Spearman's rho	0,081	0,695	1	0,802
	Sig. (2-tailed)	0,220	0,000		0,000
	N	231	231	231	231
Στρες	Spearman's rho	0,084	0,773	0,802	1
	Sig. (2-tailed)	0,204	0,000	0,000	
	N	231	231	231	231

Σύγκριση Καπνιστών-Μη καπνιστών με την Κλίμακα μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες (DASS-21)

Για να απαντηθεί το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα, διεξήγαμε έλεγχο t- Test. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε πως οι συμμετέχοντες που καπνίζουν σημείωσαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη μέση βαθμολογία στις διαστάσεις της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες της Κλίμακας DASS-21, σε σύγκριση με τους μη καπνιστές (Πίνακας 15).

Αναλυτικότερα, η μέση τιμή των επιπέδων της κατάθλιψης ήταν 12,468 για τους καπνιστές ($T.A.= 10,814$) και 8,329 για τους μη καπνιστές ($T.A.= 9,419$) ($p= 0,000$). Όσον αφορά την βαθμολογία του άγχους, οι καπνιστές σημείωσαν μεγαλύτερη μέση τιμή ($M.O.= 11,221$, $T.A.= 9,934$), σε σύγκριση με τους μη καπνιστές ($M.O.= 6,816$, $T.A.= 8,0947$) (11,221 έναντι 6,816). Με βάση τους ελέγχους που διενεργήθηκαν, η μέση τιμή των επιπέδων στρες ήταν 16,053 για τους καπνιστές ($T.A.= 10,149$) και 10,145 για τους μη καπνιστές ($T.A.= 9,332$).

Πίνακας 15

Βαθμολογία των καπνιστών και μη καπνιστών στην κατάθλιψη, το άγχος και το στρες

	Καπνιστές			Μη καπνιστές			P.Value
	N	Mean	Std.Deviation	N	Mean	Std.Deviation	
Κατάθλιψη	231	12,468	10,814	227	8,329	9,419	0,000*
Άγχος	231	11,221	9,934	227	6,816	8,0947	0,000*
Στρες	231	16,053	10,149	227	10,145	9,332	0,000*

*T-test

Κλίμακα εκτίμησης βαθμού εξάρτησης από το κάπνισμα (Κλίμακα Fagerstorm) και Κλίμακα μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες (DASS-21)-Αριθμός τσιγάρων ημερησίως

Για να εξετάσουμε το πέμπτο ερευνητικό ερώτημα, διεξήγαμε έλεγχο ANOVA. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τους ελέγχους ANOVA, ο αριθμός τσιγάρων ημερησίως επιδρά στον βαθμό εξάρτησης από το κάπνισμα ($p < 0.05$). Η αύξηση του αριθμού τσιγάρων που καπνίζει ένα άτομο ημερησίως συνδέθηκε με μεγαλύτερο βαθμό εξάρτησης.

Όσον αφορά την κλίμακα DASS-21, παρατηρήθηκε πως τα επίπεδα της κατάθλιψης και του στρες δεν επηρεάζονταν από τον ημερήσιο αριθμό τσιγάρων, εφόσον δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p > 0,05$) από τον έλεγχο. Ωστόσο, διαπιστώθηκε πως ο αριθμός τσιγάρων που καπνίζονται ημερησίως επηρεάζει την διάσταση του Άγχους, καθώς προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά. Συγκεκριμένα, οι καπνιστές άνω των 31 τσιγάρων/ημερησίως (Μ.Ο.= 19,558, Τ.Α.= 9,146) κατέγραψαν μέση τιμή 19,558 έναντι των συμμετεχόντων που καπνίζουν 11-20 (Μ.Ο.= 10,617, Τ.Α.=9,575) και 21-30 τσιγάρα ημερησίως (Μ.Ο.= 9,698, Τ.Α.= 11,056), όπου οι μέσες τιμές της κλίμακας είναι 10,617 και 9,698 αντίστοιχα (Πίνακας 16).

Πίνακας 16

Επίδραση του αριθμού τσιγάρων ημερησίως στο βαθμό εξάρτησης στην νικοτίνη, την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες

	N	Mean	Std.Deviation	P.Value
Αριθμός τσιγάρων ημερησίως			Βαθμός εξάρτησης	
10ή λιγότερα	91	1,778	1,744	0,000**
11-20	93	4,813	1,504	
21-30	36	5,731	1,484	
31 ή περισσότερα	11	7,515	1,031	
Αριθμός τσιγάρων ημερησίως			Κατάθλιψη	
10ή λιγότερα	91	11,782	10,022	0,063**
11-20	93	12,153	11,377	
21-30	36	12,492	11,068	
31 ή περισσότερα	11	20,753	9,242	
Αριθμός τσιγάρων ημερησίως			Άγχος	
10ή λιγότερα	91	11,431	9,582	0,016**
11-20	93	10,617	9,575	
21-30	36	9,698	11,056	
31 ή περισσότερα	11	19,558	9,146	
Αριθμός τσιγάρων ημερησίως			Στρες	
10ή λιγότερα	91	15,899	9,964	0,089**
11-20	93	15,394	10,208	
21-30	36	15,571	9,562	
31 ή περισσότερα	11	24,467	10,674	

**Kruskal-Wallis

Κλίμακα εκτίμησης βαθμού εξάρτησης από το κάπνισμα (Κλίμακα Fagerstorm) και Κλίμακα μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες (DASS-21)-Απόπειρα διακοπής καπνίσματος

Τέλος, προκειμένου να διερευνήσουμε το έκτο ερευνητικό ερώτημα, δηλαδή εάν η απόπειρα διακοπής του καπνίσματος επιδρά στη βαθμολογία της Κλίμακας Fagerstorm και DASS-21, χρησιμοποιήσαμε ελέγχους ANOVA. Από τα στοιχεία του πίνακα 17 παρατηρείται πως οι καπνιστές που διέκοψαν επιτυχώς το κάπνισμα ($M.O.= 2,542$, $T.A.= 2,0633$), παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη μέση τιμή στη κλίμακα εξάρτησης σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που είτε αποπειράθηκαν να διακόψουν το κάπνισμα χωρίς επιτυχία ($M.O.= 4,227$, $T.A.= 2,433$) είτε δεν προσπάθησαν ($M.O.= 4,125$, $T.A.= 2,238$) ($2,542$ έναντι $4,227$ και $4,125$ αντίστοιχα).

Από τα αποτελέσματα του ελέγχου που διεξήχθη, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p > 0,05$), μεταξύ της απόπειρας διακοπής του καπνίσματος και της κατάθλιψης. Ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι οι καπνιστές που προσπάθησαν να διακόψουν το κάπνισμα ανεπιτυχώς, εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες μέσες τιμές στα επίπεδα άγχους ($M.O.= 12,857$, $T.A.= 10,485$) και στρες ($M.O.= 17,929$, $T.A.= 10,219$) σε σχέση με τις μέσες τιμές άγχους ($M.O.= 8,694$, $T.A.= 9,314$) και στρες ($M.O.= 12,058$, $T.A.= 9,676$) των καπνιστών που κατάφεραν επιτυχώς να διακόψουν το κάπνισμα (12,857 έναντι 8,694 για την κλίμακα άγχους και 17,929 έναντι 12,058 για την κλίμακα στρες).

Πίνακας 17

Επίδραση της απόπειρας διακοπής καπνίσματος στο βαθμό εξάρτησης στην νικοτίνη, την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες

	N	Mean	Std.Deviation	P.Value
Απόπειρα διακοπής καπνίσματος				
Βαθμός εξάρτησης				
Ναι, με επιτυχία	44	2,542	2,0633	0,000**
Ναι, ανεπιτυχώς	121	4,227	2,433	
Όχι	65	4,125	2,238	
Κατάθλιψη				
Ναι, με επιτυχία	44	9,467	10,105	0,094**
Ναι, ανεπιτυχώς	121	13,400	10,881	
Όχι	65	12,514	10,846	
Απόπειρα διακοπής καπνίσματος				
Άγχος				
Ναι, με επιτυχία	44	8,694	9,314	0,024**
Ναι, ανεπιτυχώς	121	12,857	10,485	
Όχι	65	9,811	8,854	
Απόπειρα διακοπής καπνίσματος				
Στρες				
Ναι, με επιτυχία	44	12,058	9,676	0,003**
Ναι, ανεπιτυχώς	121	17,929	10,219	
Όχι	65	15,160	9,607	

**Kruskal-Wallis

Συζήτηση

Κλίμακα εκτίμησης βαθμού εξάρτησης από το κάπνισμα (Fagestorm) και Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Στην προσπάθεια διερεύνησης το πρώτου ερευνητικού ερωτήματος, από την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας ανέκυψε το εύρημα ότι η ηλικία επιδρά στον βαθμό εξάρτησης από το κάπνισμα, σε αντίθεση με το φύλο και το εκπαιδευτικό επίπεδο. Αναλυτικότερα, τα άτομα που ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες 36 έως 45 ετών και 45 ετών και άνω, παρουσιάζουν ισχυρότερη εξάρτηση στην νικοτίνη. Η ανάλυση των απαντήσεων των συμμετεχόντων ενισχύει τις θέσεις της βιβλιογραφίας, οι οποίες υποστηρίζουν πως τα άτομα των παραπάνω ηλικιακών ομάδων και, ειδικότερα οι μεσήλικες, συγκεντρώνουν μεγαλύτερες βαθμολογίες στην εξάρτηση στο κάπνισμα. Συνεπώς, οι ηλικίες αυτές αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την εξάρτηση στην νικοτίνη (Huijie et al., 2015· Liu et al., 2017· Park et al., 2012).

Οι αναλύσεις σχετικά με την δημογραφική μεταβλητή του φύλου δεν επιβεβαιώνουν τα υπάρχοντα στοιχεία προηγούμενων εμπειρικών ερευνών, τα οποία διατείνονταν πως οι άνδρες είναι πιο πιθανόν να εμφανίσουν υψηλότερα επίπεδα εξάρτησης (Islam et al., 2019· Schnoll et al., 2013· Shahwan et al., 2019). Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων της παρούσας έρευνας δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε γυναίκες και άνδρες. Ωστόσο, αντίστοιχα ευρήματα έχουν προκύψει και από άλλες έρευνες (Aryal et al., 2015· Saha et al., 2017). Το αποτέλεσμα αυτό ενδέχεται να οφείλεται στο γεγονός πως η πλειοψηφία, δηλαδή το 70% του δείγματος, απαρτίζεται από γυναίκες. Επομένως, είναι πιθανόν η απουσία στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ ανδρών και γυναικών να σχετίζεται με την μη ισότιμη κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο.

Επιπλέον, τα ευρήματα της έρευνας υποστηρίζουν πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και της εξάρτησης στο κάπνισμα, σε αντίθεση με την πλειονότητα των ερευνών, οι οποίες υπογραμμίζουν πως το εκπαιδευτικό επίπεδο αποτελεί προστατευτικό παράγοντα για την εξάρτηση στην νικοτίνη και ότι τα άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου εμφανίζουν μεγαλύτερη εξάρτηση (Marzo et al., 2022· Pennanen et al., 2014). Συγκεκριμένα, αναφέρεται πως τα άτομα που έχουν λάβει τριτοβάθμια εκπαίδευση είναι πιθανότερο να διακρίνονται από μεγαλύτερη επίγνωση των κινδύνων που ελλοχεύει το κάπνισμα και, συνεπώς, να επιδεικνύουν ισχυρότερη προσπάθεια να αποφύγουν την εξάρτηση στην νικοτίνη (Salim et al., 2022). Παρά την επικράτηση της παραπάνω άποψης, η παρούσα έρευνα υποδεικνύει πως το εκπαιδευτικό επίπεδο δεν επιδρά στην εξάρτηση στην νικοτίνη. Παρόμοια δεδομένα αντλούνται και από μερικές άλλες έρευνες, στις οποίες απουσιάζουν εξίσου στατιστικά σημαντικές διαφορές (Gilman et al., 2008· Wei et al., 2012). Ωστόσο, η απουσία σημαντικής επίδρασης είναι πιθανόν να οφείλεται στον μικρό αριθμό συμμετεχόντων που να έχουν ολοκληρώσει μόνο την πρωτοβάθμια εκπαίδευση.

Κλίμακα μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες (DASS-21) και Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Όσον αφορά την απάντηση του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος, σχετικά με την επίδραση των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων της έρευνας στα συμπτώματα κατάθλιψης, τα αποτελέσματα κατέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για την ηλικιακή ομάδα, αλλά όχι για το φύλο και την εκπαίδευση. Ειδικότερα, σε αντιστοιχία με αρκετές έρευνες, μέσω της ανάλυσης διαπιστώθηκε πως τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 18-25 ετών εμφανίζουν υψηλότερα συμπτώματα κατάθλιψης, σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες. Παρατηρείται πως τα

άτομα που βρίσκονται στην εφηβική και νεαρή ενήλικη ζωή διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο ανάπτυξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Steffen et al., 2020· Weinberger et al., 2017).

Ένα ιδιαίτερο εύρημα σχετίζεται με την απουσία στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ ανδρών και γυναικών στην κατάθλιψη. Ανάλογα αποτελέσματα έχουν εξαχθεί και από άλλες μελέτες (Marganska et al., 2013· Wahed & Hassan, 2017· Shamsuddin et al., 2013). Αντίθετες με τα πορίσματα της έρευνας αυτής είναι πλήθος μελετών, οι οποίες συντείνουν στην άποψη ότι οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στην κατάθλιψη (Brody et al., 2018· Salk et al., 2017). Επιπλέον, είναι ενδιαφέρον ότι υποστηρίζεται πως οι άνδρες βιώνουν διαφορετικά την κατάθλιψη και εμφανίζουν κάποια εναλλακτικά συμπτώματα της, όπως κρίσεις θυμού κ.α., τα οποία δεν περιλαμβάνονται στα διαγνωστικά κριτήρια. Σε έρευνα, όταν πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, συμπεριλαμβανομένων και των εναλλακτικών, διαπιστώθηκε πως απουσίαζαν οι διαφορές φύλου στον επιπολασμό της κατάθλιψης (Martin et al., 2013). Ωστόσο, το εύρημα της παρούσας έρευνας είναι πιθανόν να έχει επηρεαστεί από την μη ισομερή κατανομή του δείγματος, με τις γυναίκες να υπερτερούν αριθμητικά έναντι των ανδρών.

Αναφορικά με την επίδραση της εκπαίδευσης στην κατάθλιψη, δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Παρόλο που τα αποτελέσματα μεγάλου αριθμού ερευνών υποδηλώνουν ότι η εκπαίδευση λειτουργεί προστατευτικά έναντι της κατάθλιψης και τα υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης συνδέονται με χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης (Freeman et al., 2016· Grønli et al., 2022· Lin et al., 2016), στα παρόντα ευρήματα δεν εντοπίστηκε επίδραση της μόρφωσης. Ωστόσο, το εύρημα αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε

πληθυσμό ηλικιωμένων και παρατηρήθηκε πως η εκπαίδευση δεν είχε σημαντική επίδραση (Azad et al., 2015).

Απαντώντας το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, για τα συμπτώματα άγχους εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τον δημογραφικό παράγοντα του φύλου, αλλά όχι στην εκπαίδευση και την ηλικιακή ομάδα. Από την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας προκύπτει ότι η ηλικιακή ομάδα 18-25 ετών εμφανίζει μεγαλύτερο μέσο όρο σε σχέση με τις ηλικιακές ομάδες 26-35 ετών και 36-45 ετών, ωστόσο αυτή η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική. Τα παραπάνω στοιχεία υποδεικνύουν πως η ηλικία δεν επιδρά στα συμπτώματα άγχους, εφόσον δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με την πλειονότητα των ερευνών που υποστηρίζουν πως οι συμμετέχοντες, των οποίων οι ηλικίες κυμαίνονταν από 18-24 ετών, είναι πιο ευάλωτοι και εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους (Jacobi et al., 2014· Shah et al., 2021· Slee et al., 2021). Επιπλέον, είναι χρήσιμο να επισημανθεί πως έρευνα των Mirzaei et al., (2019) κατέληξε σε αντικρουόμενα με τα παραπάνω ευρήματα, καθώς από τα αποτελέσματα της προέκυψε ότι όσο η ηλικία στους συμμετέχοντες μεγαλώνει, σε μεγάλο βαθμό αυξάνονται και τα ποσοστά άγχους και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων (Mirzaei et al., 2019).

Επιπροσθέτως, βάσει των ερευνητικών αποτελεσμάτων, οι γυναίκες παρουσίασαν μεγαλύτερους μέσους όρους στα συμπτώματα άγχους, γεγονός που υποδηλώνει πως εκείνες είναι περισσότερο ευάλωτες στην εμφάνιση άγχους. Τα παραπάνω ευρήματα συνάδουν με τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών (BlackDeer et al., 2021· Martínez-Moreno et al., 2020· Quek et al., 2019). Ωστόσο, θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθούν δεδομένα άλλων ερευνών, σύμφωνα με τα οποία δεν

παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων και του άγχους (Marganska et al., 2013· Shamsuddin et al., 2013).

Το εύρημα σχετικά με την απουσία στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ εκπαιδευτικού επιπέδου και άγχους, είναι συνεπές με αποτελέσματα άλλης έρευνας, μέσω των οποίων διαπιστώθηκε ότι, ενώ τα άτομα πρωτοβάθμιας/δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης παρουσίαζαν υψηλότερη πιθανότητα εμφάνισης άγχους, οι διαφορές ήταν μη στατιστικά σημαντικές (Gerontoukou et al., 2015). Εντούτοις, τα ευρήματα αυτά αντιτίθενται στις πλειοψηφία των ερευνητικών δεδομένων, που συγκλίνουν στην άποψη πως η μόρφωση δρα προστατευτικά έναντι του άγχους (Bjelland et al., 2008).

Σχετικά με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, από τα αποτελέσματα που προέκυψαν για τα συμπτώματα του στρες, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους δημογραφικούς παράγοντες του φύλου και της ηλικιακής ομάδας και μη στατιστικά σημαντικές για την εκπαίδευση. Ειδικότερα, ο μέσος όρος των συμμετεχόντων που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 18-24 ετών ήταν κατά πολύ μεγαλύτερος από εκείνων την ομάδα 36-45 ετών. Τα δεδομένα αυτά συμβάλλουν στην εξαγωγή του συμπεράσματος πως η νεότερη ηλικία αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση υψηλών επιπέδων στρες και έρχεται σε συμφωνία με προϋπάρχουσες έρευνες που έχουν διενεργηθεί (Cheung & Yip, 2015· Mirzaei et al., 2019· Shah et al., 2021). Ωστόσο, ασυνεπή με τα παραπάνω είναι τα αποτελέσματα έρευνας, που τεκμηριώνει ότι μεταξύ ηλικίας και στρες υπάρχει αρνητική συσχέτιση (El-Sherbiny & Elsary, 2022).

Επιπροσθέτως, έρευνα έχει τεκμηριώσει πως ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα, τα άτομα εμφανίζουν στρες λόγω διαφορετικών παραγόντων. Αναλυτικότερα, οι

νεαροί ενήλικες αναφέρθηκαν συχνότερα σε στρεσογόνους παράγοντες που σχετίζονται με οικογένεια, σύντροφο και εργασία σε σχέση με τις άλλες ηλικιακές ομάδες και εμφάνισαν υψηλότερο στρες ως προς τα οικονομικά σε σύγκριση με τα άτομα που ανήκουν στην όψιμη μέση ηλικία. Τα άτομα μέσης ηλικίας ανέφεραν, ως στρεσογόνο παράγοντα, τα οικονομικά σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι τα άτομα που βρίσκονται στην όψιμη μέση ηλικία και την σχέση με τον/την σύντροφο συχνότερα σε σύγκριση με τα ηλικιωμένα άτομα (Stefaniak et al., 2022).

Εξίσου στατιστικά σημαντική ήταν και η διαφορά που εντοπίστηκε μεταξύ των φύλων και των συμπτωμάτων στρες. Λαμβάνοντας υπόψη το παραπάνω εύρημα, γίνεται αντιληπτό πως οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερο μέσο όρο στα συμπτώματα στρες, γεγονός που καταδεικνύει πως είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν στρες, σε σχέση με τους άνδρες (Saleh et al., 2017· Shamsuddin et al., 2013). Η διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών στα συμπτώματα στρες ενδέχεται να είναι απόρροια διαφόρων βιολογικών, κοινωνικών, πολιτισμικών παραγόντων ή συνδυασμού αυτών (Fawzy & Hamed, 2017).

Εξετάζοντας τους μέσους όρους των εκπαιδευτικών επιπέδων των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα, είναι ευδιάκριτο πως δεν προκύπτει κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων και ότι η εκπαίδευση δεν φαίνεται να επιδρά στην βαθμολογία των συμπτωμάτων στρες. Τα παραπάνω βρίσκονται σε συμφωνία με έρευνα των Stefaniak et al. (2022), η οποία εξίσου δεν εντόπισε σημαντική επίδραση της μόρφωσης στα επίπεδα του στρες (Stefaniak et al., 2022). Δεν αποκλείεται, ακόμη, το ενδεχόμενο να οφείλεται η απουσία σημαντικής επίδρασης στο γεγονός ότι ο αριθμός των συμμετεχόντων, που έχουν ολοκληρώσει μόνο την πρωτοβάθμια, είναι μικρός.

Ωστόσο, το παραπάνω εύρημα δεν είναι συνεπές με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας, τα οποία είναι αντικρουόμενα. Από τη μια πλευρά, η πλειονότητα των εμπειρικών ερευνών υποδεικνύουν ότι η υψηλότερη εκπαίδευση συνεπάγεται με χαμηλά επίπεδα στρες, καθώς τα άτομα με χαμηλή μόρφωση είναι πιθανότερο να βιώσουν στρες λόγω της έλλειψης δεξιοτήτων διαχείρισης και αντιμετώπισης του (Roohafza et al., 2007). Από την άλλη πλευρά, πρόσφατη επιστημονική έρευνα διαπίστωσε το αντίθετο, δηλαδή πως οι συμμετέχοντες που είχαν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση εμφάνισαν υψηλότερο στρες, σε σύγκριση με αυτούς που είχαν ολοκληρώσει δευτεροβάθμια (Lopuszanska-Dawid et al., 2022).

Συσχέτιση Βαθμού Εξάρτησης Καπνίσματος με Κλίμακα μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες (DASS-21)

Διερευνώντας το τρίτο ερευνητικό ερώτημα, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας κατέληξαν στην απουσία στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ του βαθμού εξάρτησης στη νικοτίνη και των συμπτωμάτων άγχους, στρες και κατάθλιψης.

Σχετικά με την κατάθλιψη, το εν λόγω εύρημα βρίσκεται σε αναντιστοιχία με το μεγαλύτερο τμήμα της βιβλιογραφίας. Η πλειοψηφία των ερευνητών έχει συμφωνήσει πως υπάρχει ιδιαίτερος σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της εξάρτησης στην νικοτίνη, καθώς οι ομάδες των συμμετεχόντων με υψηλή εξάρτηση εκδηλώνουν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης (El-Sherbiny & Elsary, 2022· Gülsen & Uygur, 2018· Piirtola et al., 2021).

Συμπληρωματικά, είναι σημαντικό να ειπωθεί, πως σε έρευνα τα αυξημένα συμπτώματα κατάθλιψης ήταν οριακά προγνωστικά για την ανάπτυξη υψηλότερης εξάρτησης από τη νικοτίνη (Bierhoff et al., 2019).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι το άγχος δεν παρουσίασε σημαντική συσχέτιση με την εξάρτηση στην νικοτίνη. Τα δεδομένα της βιβλιογραφίας σχετικά με το παρόν ζήτημα είναι αντικρουόμενα, καθώς άλλοτε αναφέρεται ο εντοπισμός θετικής συσχέτισης και άλλοτε η απουσία αισθητής διαφοράς μεταξύ των δύο υπό εξέταση μεταβλητών. Ορισμένες μελέτες προτείνουν ότι οι συμμετέχοντες με τα υψηλότερα επίπεδα στρες, είναι τα άτομα που παρουσιάζουν και μεγαλύτερη εξάρτηση στο κάπνισμα. Ωστόσο, το εύρημα της παρούσας έρευνας συνάδει με έναν σημαντικό αριθμό μελετών, οι οποίες παρατήρησαν την απουσία στατιστικά σημαντικής συσχέτισης του άγχους και της εξάρτησης στην νικοτίνη (Karaman et al., 2019· Nikčević et al., 2017· Pawlina et al., 2014). Μάλιστα, έχει αναφερθεί πως είναι πιθανόν η εξάρτηση στην νικοτίνη να συνδέεται σε συγκεκριμένες αγχώδεις διαταραχές, όπως η διαταραχή πανικού και όχι με το γενικό άγχος (Moylan et al., 2012).

Η απουσία σημαντικής συσχέτισης μεταξύ συμπτωμάτων στρες και επιπέδου εξάρτησης στην νικοτίνη εγείρει προβληματισμούς, καθώς η πλειονότητα των διαθέσιμων επιστημονικών δεδομένων έχουν επισημάνει την ισχυρή σχέση ανάμεσα στις δύο αυτές μεταβλητές (Dupont et al., 2012). Ειδικότερα, το παρόν εύρημα βρίσκεται σε αναντιστοιχία με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών που τονίζουν τα μεγάλα ποσοστά στρες που καταγράφουν οι συμμετέχοντες με υψηλή εξάρτηση (El-Sherbiny & Elsary, 2022· Kim et al., 2006). Η απουσία στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ της εξάρτησης στην νικοτίνη και των συμπτωμάτων άγχους, στρες και κατάθλιψης ενδέχεται να οφείλεται στον μικρό αριθμό συμμετεχόντων της παρούσας έρευνας ή στην παρουσία παραγόντων που διαμεσολαβούν στη σχέση τους, όπως ατομικές και ψυχοκοινωνικές μεταβλητές.

Σύγκριση Καπνιστών-Μη καπνιστών με την Κλίμακα μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες (DASS-21)

Όπως προκύπτει από την διερεύνηση του τέταρτου ερευνητικού ερωτήματος, οι καπνίζοντες καταγράφουν ιδιαίτερος μεγαλύτερη συμπτωματολογία κατάθλιψης, άγχους και στρες, σε σχέση με τους μη καπνιστές. Το εύρημα αυτό είναι συνεπές με την μέχρι τώρα έρευνα. Μέσω των μετά-αναλύσεων που εξετάστηκαν, διαπιστώνεται πως πλήθος μελετών έχουν καταλήξει ότι το κάπνισμα συνδέεται με διπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης, σε σχέση με τους μη καπνιστές (Firth et al., 2020· Luger et al., 2014).

Βασιζόμενοι στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η οποία έρχεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της έρευνας, έγινε εμφανής η άμεση συσχέτιση των συμπτωμάτων άγχους και του καπνίσματος, με τους καπνιστές να συγκεντρώνουν υψηλότερη βαθμολογία κατά την αξιολόγηση του άγχους (Goldenberg et al., 2014· Gouneia et al., 2022). Συνεπή ήταν, ακόμη, τα ευρήματα με την πλειονότητα των υπαρχόντων στοιχείων από προηγούμενες εμπειρικές έρευνες αναφορικά με το στρες (El-Sherbiny & Elsary, 2022· Pruthi, 2020).

Κλίμακα εκτίμησης βαθμού εξάρτησης από το κάπνισμα (Κλίμακα Fagerstorm) και Κλίμακα μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες (DASS-21)-Αριθμός τσιγάρων ημερησίως

Κατά την εξέταση του πέμπτου ερευνητικού ερωτήματος, τα αποτελέσματα των αναλύσεων αποκαλύπτουν ότι ο αριθμός των τσιγάρων ημερησίως επιδρά στον βαθμό εξάρτησης και στο άγχος, ωστόσο για την κατάθλιψη και το στρες δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Αναλυτικά, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ επιπέδου εξάρτησης και του ημερησίου αριθμού

τσιγάρων που έκαναν οι συμμετέχοντες, με εκείνους που κάπνιζαν περισσότερα τσιγάρα να παρουσιάζουν υψηλότερη εξάρτηση στην νικοτίνη. Όπως είναι αναμενόμενο, όσο περισσότερα τσιγάρα καπνίζει ένα άτομο ημερησίως τόσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός εξάρτησης καθιστώντας το κάπνισμα μια εξαιρετικά εθιστική συνήθεια. Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν τις θέσεις της βιβλιογραφίας (González-Roz et al., 2019· Piotrkowska et al., 2022· Salim et al., 2022). Ανάλογη έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα πως ο βαθμός εξάρτησης στην νικοτίνη ήταν σε σημαντικό βαθμό μεγαλύτερος, όταν ο αριθμός των τσιγάρων ξεπέρασε τα δέκα ημερησίως (Subedi et al., 2021).

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε, επίσης, μεταξύ του αριθμού τσιγάρων ημερησίως και των συμπτωμάτων άγχους. Συγκεκριμένα, ο μέσος όρος που καταγράφηκε για τους καπνιστές άνω των 31 τσιγάρων ημερησίως ήταν σε μεγάλο βαθμό μεγαλύτερος από ότι οι μέσοι όροι των συμμετεχόντων που καπνίζουν 11-20 και 21-30 τσιγάρα ημερησίως. Τα πορίσματα αυτά βρίσκονται σε αντιστοιχία με αποτελέσματα άλλων ερευνών, τα οποία υποδεικνύουν πως τα άτομα με ευαισθησία στο άγχος καπνίζουν μεγαλύτερο αριθμό τσιγάρων ανά ημέρα (Bakhshaie et al., 2016), εκδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους (Watson et al., 2012) και είναι πιθανότερο να πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για κάποια αγχώδη διαταραχή (Mojtabai & Crum, 2013).

Όσον αφορά την επίδραση του αριθμού τσιγάρων ημερησίως στην κατάθλιψη, παρόλο που εντοπίστηκαν μεγάλες διαφορές μεταξύ του καπνίσματος παραπάνω από 31 τσιγάρων και των άλλων ομάδων, οι διαφορές αυτές κρίθηκαν ως μη στατιστικά σημαντικές. Επομένως, μέσω των αποτελεσμάτων υποδηλώνεται πως ο αριθμός των τσιγάρων δεν επιδρά στα καταθλιπτικά συμπτώματα. Τα δεδομένα αυτά αντικρούονται με αρκετές εμπειρικές μελέτες που υπογραμμίζουν πως τα άτομα που

κάπνιζαν σημαντικά περισσότερα τσιγάρα ανά ημέρα, εμφάνιζαν υψηλότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία (De Boer et al., 2023· Kenney & Holahan, 2008). Αναλυτικά, σε έρευνα των Kang et al. (2021) διαπιστώθηκε πως τα άτομα που καπνίζουν περισσότερα από 20 τσιγάρα ημερησίως παρουσίαζαν υψηλότερη κατάθλιψη (Kang et al., 2021).

Από τα αποτελέσματα των αναλύσεων της έρευνας, δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά της επίδρασης του αριθμού τσιγάρων ούτε για το στρες. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με προϋπάρχουσες έρευνες, οι οποίες υποδεικνύουν πως τα άτομα που κάνουν περισσότερα τσιγάρα έτειναν παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά στρες (Jahnel et al., 2019· Hayes & Borrelli, 2013· Kouvonen et al., 2005). Σύμφωνα με τους Steptoe και Kivimäki (2012), οι καπνιστές που ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα στρες κάπνιζαν πάνω από 20 τσιγάρα καθημερινά (Steptoe & Kivimäki, 2012). Ωστόσο, άλλη εμπειρική έρευνα έχει καταλήξει σε ασυνεπή στοιχεία σχετικά με τα παραπάνω ευρήματα. Ειδικότερα, τα αποτελέσματα της υποδηλώνουν πως τα άτομα που κάπνιζαν μεγαλύτερο αριθμό τσιγάρων, εμφάνιζαν λιγότερα συμπτώματα στρες. Μια ερμηνεία που μπορεί να δοθεί σε αυτό είναι ότι τα άτομα που κάπνιζαν περισσότερα τσιγάρα ημερησίως, είχαν λιγότερες περιόδους στέρησης νικοτίνης, και κατ' επέκταση λιγότερο στρες (Lawless et al., 2015).

Κλίμακα εκτίμησης βαθμού εξάρτησης από το κάπνισμα (Κλίμακα Fagerstorm) και Κλίμακα μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες (DASS-21)-Απόπειρα διακοπής καπνίσματος

Στην προσπάθεια να απαντηθεί το έκτο ερευνητικό ερώτημα προέκυψαν τα παρακάτω ευρήματα. Αναλυτικότερα, οι καπνιστές που διέκοψαν επιτυχώς το κάπνισμα παρουσίασαν χαμηλότερη εξάρτηση σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες

που αποπειράθηκαν να διακόψουν το κάπνισμα χωρίς επιτυχία και αυτούς που δεν προσπάθησαν. Τα ερευνητικά αποτελέσματα είναι σύμφωνα με την βιβλιογραφία, η οποία υποδεικνύει πως τα υψηλότερα επίπεδα εξάρτησης σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα ανεπιτυχούς διακοπής του καπνίσματος και υποτροπής (Kim et al., 2019· Marques-Vidal et al., 2011· Pekel et al., 2015). Επιπρόσθετα, όσο πιο υψηλή είναι η εξάρτηση, τόσο μειώνονται και οι προσπάθειες διακοπής. Αντίθετα, η επιτυχημένη διακοπή του καπνίσματος συνδέεται περισσότερο με χαμηλή εξάρτηση στη νικοτίνη (Arancini et al., 2021).

Εξετάζοντας το έκτο ερώτημα, από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων της έρευνας δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά, μεταξύ της απόπειρας διακοπής του καπνίσματος και της κατάθλιψης. Τα στοιχεία της πλειοψηφίας των ερευνών αποκλίνουν από το παραπάνω εύρημα (McClave et al., 2009). Συγκεκριμένα, υποδηλώνουν πως η μη επιτυχημένη απόπειρα διακοπής του καπνίσματος συνδέεται με επιδείνωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και αυξημένη ψυχολογική δυσφορία, σε αντίθεση με την επιτυχημένη (Berlin et al., 2010· Carron et al., 2014). Η διακοπή του καπνίσματος, τόσο για άτομα με διάγνωση ψυχιατρικής διαταραχής όσο και χωρίς, συνδέεται με μειωμένη καταθλιπτική συμπτωματολογία, αυξημένη αυτοεκτίμηση και βελτιωμένη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τη συνέχιση της καπνιστικής συμπεριφοράς (Cooper et al., 2016· Taylor et al., 2014). Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί πως τα άτομα με διάγνωση κατάθλιψης ή καταθλιπτικά συμπτώματα, είναι πιθανότερο να εκδηλώσουν υποτροπή και να αποπειραθούν περισσότερες φορές να διακόψουν το κάπνισμα (Cooper et al., 2016). Για την απουσία σημαντικής διαφοράς ενδέχεται να οφείλεται ο χρόνος παρακολούθησης μετά τις προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος, καθώς και οι

μέθοδοι που είχαν χρησιμοποιηθεί για τη διακοπή του καπνίσματος από τους συμμετέχοντες της δεδομένης έρευνας.

Απαντώντας στο έκτο ερευνητικό ερώτημα, οι συμμετέχοντες που διέκοψαν επιτυχώς το κάπνισμα κατέγραψαν χαμηλότερο άγχος, σε σύγκριση με αυτούς που δεν τα κατάφεραν. Το συγκεκριμένο εύρημα έρχεται σε αντιστοιχία με προϋπάρχουσες εμπειρικές έρευνες (McClave et al., 2009· Schlam et al., 2012). Συμπληρωματικά, επιστημονικά δεδομένα διατείνονται πως τα άτομα που απέτυχαν στην απόπειρα διακοπής παρουσίασαν υψηλότερο άγχος από εκείνους που δεν αποπειράθηκαν να διακόψουν το κάπνισμα. Το μεγαλύτερο βαθμό άγχους λόγω της αποτυχίας διακοπής σημειώνουν τα άτομα με τρέχουσα διάγνωση ψυχιατρικής διαταραχής, που χρησιμοποιούν το κάπνισμα ως μέσο διαχείρισης του άγχους (McDermott et al., 2013). Συμπληρωματικά, σύμφωνα με έρευνα, η διακοπή του καπνίσματος από άτομα με καλή ψυχική υγεία δεν συνδέθηκε με αύξηση των συμπτωμάτων άγχους (Bolan et al., 2011).

Στην προσπάθεια διερεύνησης του έκτου και τελευταίου ερευνητικού ερωτήματος, έγινε αντιληπτό πως τα ευρήματα αναφορικά με το στρες και την διακοπή καπνίσματος υποδηλώνουν ότι τα άτομα που διέκοψαν επιτυχώς το κάπνισμα παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα στρες, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν κατάφεραν να το διακόψουν επιτυχώς. Παρομοίως, σημαντικός αριθμός διεθνών αναφορών ενισχύουν το παραπάνω εύρημα (Kim et al., 2019· Pawlina et al., 2015). Οι Hajek et al. (2010) παρατήρησαν πως στα άτομα που ανήκαν στην ομάδα διακοπής του καπνίσματος εμφανίστηκε ελάττωση των συμπτωμάτων στρες, σε σχέση με την ομάδα των καπνιζόντων. Διαπίστωσαν, ακόμη, ότι η διακοπή της νικοτίνης στους υψηλότερα εξαρτημένους καπνιστές, οι οποίοι υποστήριζαν πως καπνίζουν προκειμένου να διαχειριστούν το στρες, συνέβαλε στην μείωση του στρες

που βίωναν (Hajek et al., 2010). Επιπλέον, μελέτες διατείνονται πως τα άτομα με υψηλό στρες είναι δύο φορές πιθανότερο να αποπειραθούν να διακόψουν το κάπνισμα χωρίς επιτυχία (Buhelt et al., 2021).

Συμβολή έρευνας

Η παρούσα εργασία αξιοποίησε την διαθέσιμη βιβλιογραφία και προχώρησε στην διεξαγωγή έρευνας, στοχεύοντας στην κάλυψη διαφόρων ερευνητικών κενών και την διεύρυνση της ελληνικής βιβλιογραφίας. Παράλληλα, επικεντρώθηκε σε ένα ιδιαίτερος ενδιαφέρον ζήτημα, καθώς η νικοτίνη αποτελεί μια εξαιρετικά εθιστική και συχνά χρησιμοποιούμενη ουσία, με σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία. Στα δυνατά σημεία της έρευνας περιλαμβάνεται η ανάδειξη της επίδρασης της ηλικίας, όσον αφορά την εξάρτηση στην νικοτίνη, καθώς και τα συμπτώματα άγχους, στρες και κατάθλιψης. Μέσω της έρευνας, επισημαίνεται πως οι ηλικιακές ομάδες που εντοπίστηκαν ως ευάλωτες, χρήζουν περαιτέρω εστίαση της προσοχής. Αναμφίβολα, η αναγνώριση της σημασίας, που διαδραματίζει η ηλικία, συμβάλλει στον σχεδιασμό και εφαρμογή στοχευμένων προγραμμάτων πρόληψης και παρεμβάσεων, οι οποίες θα λαμβάνουν υπόψη τον δεδομένο παράγοντα κινδύνου.

Επιπροσθέτως, τα ευρήματα τεκμηριώνουν την σχέση του καπνίσματος και των συμπτωμάτων άγχους, στρες και κατάθλιψης. Αναδεικνύουν την αναγκαιότητα για αυξημένη ευαισθητοποίηση, αναφορικά με τη σχέση μεταξύ καπνίσματος και ψυχικής υγείας. Η γνώση αυτή μπορεί να αποτελέσει αφορμή για τον σχεδιασμό εκστρατειών σχετικών με την ψυχική υγεία και εκπαιδευτικών προγραμμάτων, επικεντρωμένων στην ανάδειξη ότι το κάπνισμα δεν αποτελεί λόγο ανησυχίας μόνο για τη σωματική υγεία, αλλά και για προβλήματα ψυχικής υγείας. Αδιαμφισβήτητα, τα ευρήματα αναδεικνύουν την επιτακτικότητα αρωγής του κράτους και της πολιτείας με την εφαρμογή μέτρων για τον περιορισμό της διαθεσιμότητας των προϊόντων

καπνού (π.χ. μέσω της φορολογίας και του αποτελεσματικού ελέγχου σχετικά με την απαγόρευση των πωλήσεων σε ανηλίκους κ.α.), καθώς και την πραγματοποίηση επιμορφωτικών παρεμβάσεων στα σχολεία και στην κοινότητα, που να επικεντρώνονται σε πρακτικές κατευθυντήριες γραμμές.

Μια από τις σημαντικές συνεισφορές έγκειται στην επισήμανση της ανάγκης για ενσωμάτωση της αξιολόγησης της ψυχικής υγείας στα προγράμματα διακοπής καπνίσματος και επακολούθως, του σχεδιασμού εξατομικευμένων παρεμβάσεων, με στόχο την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων άγχους, στρες και κατάθλιψης. Επιπλέον, η ένταξη του προσυμπτωματικού ελέγχου είναι ζήτημα μείζονος σημασίας για την έγκαιρη ανίχνευση των συμπτωμάτων και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της διακοπής. Στην έρευνα βαρύνουσα έμφαση δόθηκε στην ανάγκη διασφάλισης μιας ολοκληρωμένης θεραπείας. Το εγχείρημα αυτό μπορεί να επιτευχθεί παρέχοντας συμβουλευτικές υπηρεσίες και ενσωματώνοντας ομάδες ψυχολογικής στήριξης στα προγράμματα διακοπής καπνίσματος, προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα και κατά συνέπεια, να μεγιστοποιηθούν τα ποσοστά επιτυχίας της διακοπής του καπνίσματος και να μειωθούν οι πιθανότητες υποτροπής. Τα προγράμματα αυτά είναι επιτακτικό να δίνουν έμφαση στην ενίσχυση των κινήτρων και των προσωπικών δεξιοτήτων, όπως και στην αλλαγή στάσης και του τρόπου σκέψης του καπνιστή. Οι υπεύθυνοι υγειονομικής περίθαλψης είναι αναγκαίο να συμπεριλάβουν την εκμάθηση δεξιοτήτων διαχείρισης του άγχους και στρες, τεχνικών γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας και ασκήσεων χαλάρωσης στα προγράμματα διακοπής, παράλληλα με τις συμβατικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται.

Παρόλο που δεν εντοπίστηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της εξάρτησης στην νικοτίνη και των συμπτωμάτων άγχους, στρες και κατάθλιψης, αναγνωρίζοντας

την αξία του ευρήματος, υπογραμμίζεται η αδήριτη ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης της πολύπλοκης αλληλεπίδρασης τους και εντοπισμού πιθανών μεταβλητών που ενδέχεται να μεσολαβούν στη σχέση όπως ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Η παρουσία ατομικών διαφορών υποδηλώνει πως ίσως δεν βιώνουν όλα τα άτομα με εξάρτηση από τη νικοτίνη σημαντικά επίπεδα κατάθλιψης, στρες ή άγχους, καθώς και ότι και άλλοι παράγοντες, εκτός από την εξάρτηση, μπορεί να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην έξαρση της κατάθλιψης, του στρες και του άγχους. Η ενδεδειγμένη εξέταση και κατανόηση της σχέσης και των παραγόντων που την επηρεάζουν, δύναται να προάγει τον σχεδιασμό περισσότερο στοχευμένων και τελέσφορων παρεμβάσεων.

Περιορισμοί- Μελλοντική έρευνα

Η παρούσα έρευνα ανέδειξε μια σειρά σημαντικών ευρημάτων, όσον αφορά την σχέση της εξάρτησης στην νικοτίνη και της ψυχικής υγείας. Εντούτοις, παρουσιάζει αδυναμίες, καθιστώντας επιτακτική τη δρομολόγηση και διενέργεια μελλοντικών ερευνών αναφορικά με το υπό μελέτη θέμα. Αρχικά, παρατηρήθηκε απόκλιση ως προς τον αριθμό των γυναικών και ανδρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες συμμετέχουσες ήταν περισσότερες, καθώς απάρτιζαν τα δύο τρίτα του δείγματος. Η μεγαλύτερη προθυμία συμπλήρωσης ερωτηματολογίων σε έρευνες από γυναίκες έχει διαπιστωθεί και σε άλλες ερευνητικές εργασίες και επιβεβαιώνεται από την βιβλιογραφία (Fan & Yan, 2010· Wu et al., 2022).

Επιπλέον, ο διαδικτυακός διαμοιρασμός του ερωτηματολογίου στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, παρόλο που συμβάλλει στην συλλογή ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος, εγείρει προβληματισμούς αναφορικά με την πρόσβαση και την χρήση του διαδικτύου. Συγκεκριμένα, δεν έχει όλος ο πληθυσμός πρόσβαση στο διαδίκτυο και είναι πιθανόν άτομα που, ενώ έχουν πρόσβαση στο

διαδίκτυο, να μην το χρησιμοποιούν συχνά, με αποτέλεσμα να μην ενημερώθηκαν για την έρευνα. Ακόμη, η ηλεκτρονική μορφή του ερωτηματολογίου πιθανώς λειτούργησε σαν περιορισμός για τα άτομα που δεν είναι εξοικειωμένα με το διαδίκτυο ή δεν διαθέτουν λογαριασμό στα μέσα κοινωνικής δικτύωση. Ως απόρροια αυτού, το δείγμα δεν θεωρείται απόλυτα αντιπροσωπευτικό. Σε συνδυασμό με τα παραπάνω, ο μικρός αριθμός των συμμετεχόντων συνεπάγεται με αδυναμία πραγματοποίησης ασφαλών γενικεύσεων στον ευρύτερο πληθυσμό. Συνεπώς, τα ευρήματα μπορούν να γενικευθούν μόνο στον πληθυσμό από όπου προήλθε το δείγμα (Andrade, 2020).

Άλλος ένας περιορισμός, στον οποίο υπόκεινται τα ευρήματα της έρευνας, σχετίζεται με πιθανότητα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου από άτομα που δεν καπνίζουν συμβατικά τσιγάρα, αλλά ηλεκτρονικά, ναργιλέ κλπ. Παρόλο που στο εισαγωγικό κείμενο του ερωτηματολογίου αναφερόταν ως προϋπόθεση η χρήση συμβατικού τσιγάρου για την συμμετοχή στην έρευνα ως καπνιστής, στις εισαγωγικές ερωτήσεις για τους καπνιστές, δεν περιλαμβανόταν ερώτηση για το είδος των τσιγάρων που χρησιμοποιούν. Συνεπώς, ενδέχεται κάποιοι καπνιστές συμμετέχοντες που δεν κάνουν χρήση συμβατού τσιγάρου, να μην διάβασαν την προϋπόθεση συμμετοχής και να συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο. Αυτό είναι δυνατόν να έχει επηρεάσει την εγκυρότητα των ευρημάτων, καθώς το εργαλείο που έχει χρησιμοποιηθεί, εξετάζει αποκλειστικά την εξάρτηση σε συμβατά τσιγάρα.

Οι παραπάνω περιορισμοί υποδεικνύουν πως το συγκεκριμένο πεδίο επιδέχεται περαιτέρω μελέτης και η συνεισφορά από μελλοντικές έρευνες κρίνεται πολύτιμη. Με βάση την αδυναμία ισομερούς κατανομής του δείγματος στην παρούσα έρευνα, με τις γυναίκες να υπερτερούν αριθμητικά έναντι των ανδρών, αναγκαία είναι η διεξαγωγή μελετών με ίσο αριθμό ανδρών και γυναικών. Αυτό θα συμβάλει στην

διεξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων, σχετικά με την επίδραση του φύλου στις υπό εξέταση μεταβλητές. Θα ήταν σκόπιμο, επίσης, σε μελλοντική έρευνα να συμπεριληφθούν και άλλα μέσα καπνίσματος όπως το ηλεκτρονικό τσιγάρο, ο ναργιλές κ.α., πέρα από τα συμβατικά τσιγάρα στα οποία επικεντρώθηκε η δεδομένη έρευνα. Η εξέταση των διαφόρων μορφών παροχής νικοτίνης θα συμβάλει στην επίτευξη μιας ολιστικής προσέγγισης της εξάρτησης στην νικοτίνη και κατ' επέκταση ενός ολοκληρωμένου σχεδιασμού αποτελεσματικών στρατηγικών πρόληψης και παρεμβάσεων, καθώς και της εμβριθούς εξέτασης της σχέσης της εξάρτησης στην νικοτίνη με την ψυχική υγεία. Τέλος, ερευνητικό ενδιαφέρον θα είχε η εξέταση του διαμεσολαβητικού ρόλου που ενδέχεται να διαδραματίζουν διάφορες ατομικές και ψυχοκοινωνικές μεταβλητές, μεταξύ της σχέσης της εξάρτησης στην νικοτίνη και της διακοπής του καπνίσματος με τα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και στρες.

Συμπεράσματα

Εν κατακλείδι, η έρευνα κατέδειξε την επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών, ειδικότερα του φύλου και της ηλικίας, στην ανάπτυξη της εξάρτησης στη νικοτίνη, των συμπτωμάτων στρες, άγχους και κατάθλιψης. Μολονότι το κάπνισμα συνδέθηκε με τα παραπάνω συμπτώματα και ο αριθμός τσιγάρων ημερησίως με τον βαθμό εξάρτησης και άγχους, δεν καταγράφηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού εξάρτησης και των συμπτωμάτων κατάθλιψης, στρες και άγχους. Αυτό εικάζεται πως αποδίδεται είτε σε ατομικές διαφορές και μεταβλητές που ενδέχεται να μεσολαβούν αυτή την σχέση είτε στο περιορισμένο αριθμό συμμετεχόντων.

Επομένως, από τις παραπάνω επισημάνσεις προκύπτει η αδήριτη ανάγκη για περαιτέρω έρευνα σχετικά με την περίπλοκη σχέση μεταξύ του βαθμού εξάρτησης

στην νικοτίνη και της διακοπής καπνίσματος με τα συμπτώματα άγχους, στρες και κατάθλιψης, όπως και των μεταβλητών που ενδέχεται να παρεμβαίνουν σε αυτή την σχέση. Σκόπιμη είναι η υλοποίηση εκστρατειών ευαισθητοποίησης για θέματα ψυχικής υγείας και την σχέση μεταξύ καπνίσματος και συμπτωμάτων άγχος, στρες και κατάθλιψης, εστιάζοντας την προσοχή στα άτομα ευάλωτων ηλικιακών ομάδων και φύλου.

Τέλος, θα ήταν ωφέλιμος ο σχεδιασμός ολοκληρωμένων προγραμμάτων διακοπής, που να περιλαμβάνουν αξιολόγηση της ψυχικής υγείας και συμβουλευτική υποστήριξη των καπνιζόντων, με παράλληλη εκμάθηση στρατηγικών και δεξιοτήτων αντιμετώπισης του άγχους, αυξάνοντας, έτσι, τις πιθανότητες επιτυχίας της διακοπής του καπνίσματος. Τα εν λόγω σημεία δύνανται να αποτελέσουν ακρογωνιαίο λίθο, για την έγκαιρη πρόληψη του καπνίσματος, την μείωση των αντιλαμβανόμενων δυσκολιών που σχετίζονται με την διακοπή και την διαχείριση της αποχής.

Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andrade, C. (2020). The limitations of online surveys. *Indian journal of psychological medicine*, 42(6), 575-576. <https://doi.org/10.1177/0253717620957496>
- Andrade, L. H., Wang, Y. P., Andreoni, S., Silveira, C. M., Alexandrino-Silva, C., Siu, E. R., Nishimura, R., Anthony, J. C., Gattaz, W. F., Kessler, R. C., & Viana, M. C. (2012). Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLOS ONE*, 7(2), e31879. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031879>
- Arancini, L., Borland, R., Grande, M. L., Mohebbi, M., Dodd, S., Dean, O. M., Berk, M., McNeill, A., Fong, G. T., & Cummings, K. M. (2021). Age as a predictor of quit attempts and quit success in smoking cessation: findings from the International Tobacco Control Four-Country survey (2002–14). *Addiction*, 116(9), 2509–2520. <https://doi.org/10.1111/add.15454>
- Aryal, U. R., Bhatta, D. N., Shrestha, N., & Gautam, A. (2015). Assessment of nicotine dependence among smokers in Nepal: a community based cross-sectional study. *Tobacco Induced Diseases*, 13(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12971-015-0053-8>
- Audrain-McGovern, J., Rodriguez, D., & Kassel, J. D. (2009). Adolescent smoking and depression: evidence for self-medication and peer smoking mediation. *Addiction*, 104(10), 1743-1756. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02617.x>

- Azad, A. H., Hasan, S., & BiBi, I. (2015). Prevalence and predictors of depression among elderly. *Journal of Islamabad Medical & Dental College*, 4(2), 77-80. Retrieved from [https://jimdc.org.pk/jimdc/Volumes/4-2/Prevalence and Predictors of Depression amongst Elderly.pdf](https://jimdc.org.pk/jimdc/Volumes/4-2/Prevalence%20and%20Predictors%20of%20Depression%20amongst%20Elderly.pdf)
- Bakhshaie, J., Zvolensky, M. J., Langdon, K. J., Leventhal, A. M., Smits, J. A. J., Allan, N., & Schmidt, N. B. (2016). Anxiety sensitivity class membership moderates the effects of pre-quit reduction in anxiety sensitivity on quit-day tobacco craving. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 79–87.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.009>
- Bala, N., Bansal, R., Sharma, P. K., Kansal, D., & Prajapati, H. (2022). A study on the effectiveness of nicotine and counselling in tobacco smoking cessation. *International Journal of Basic & Clinical Pharmacology*, 11(3), 255.
<https://doi.org/10.18203/2319-2003.ijbcp20221041>
- Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y., & Wedekind, D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *International clinical psychopharmacology*, 30(4), 183-192.
<https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000078>
- Bauldry, S. (2015). Variation in the protective effect of higher education against depression. *Society and Mental Health*, 5(2), 145–161.
<https://doi.org/10.1177/2156869314564399>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. Staples Press

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press
- Berber Çelik, Ç., & Odacı, H. (2020). Does child abuse have an impact on self-esteem, depression, anxiety and stress conditions of individuals? *International journal of social psychiatry*, 66(2), 171-178. <https://doi.org/10.1177/0020764019894618>
- Berlin, I., Chen, H., & Covey, L. S. (2010). Depressive mood, suicide ideation and anxiety in smokers who do and smokers who do not manage to stop smoking after a target quit day. *Addiction*, 105(12), 2209–2216. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03109.x>
- Bierhoff, J., Haardörfer, R., Windle, M., & Berg, C. J. (2019). Psychological risk factors for alcohol, cannabis, and various tobacco use among young adults: a longitudinal analysis. *Substance Use & Misuse*, 54(8), 1365–1375. <https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1581220>
- Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A. A., Tell, G. S., & Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1334–1345. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.12.019>
- Bjørngaard, J. H., Gunnell, D., Elvestad, M. B., Smith, G. D., Skorpen, F., Krokan, H., Vatten, L., & Romundstad, P. (2013). The causal role of smoking in anxiety and depression: a Mendelian randomization analysis of the HUNT study. *Psychological Medicine*, 43(4), 711–719. <https://doi.org/10.1017/s0033291712001274>

- Black, G., Roberts, R. M., & Li-Leng, T. (2012). Depression in rural adolescents: relationships with gender and availability of mental health services. *Rural and Remote Health, 12*(3), 1-11. <https://doi.org/10.22605/rrh2092>
- BlackDeer, A. A., Wolf, D. C., Maguin, E., & Beeler-Stinn, S. (2021). Depression and anxiety among college students: Understanding the impact on grade average and differences in gender and ethnicity. *Journal of American College Health, 1–12*. <https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1920954>
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2010). Cigarette smoking and depression: tests of causal linkages using a longitudinal birth cohort. *The British Journal of Psychiatry, 196*(6), 440-446. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.065912>
- Bolam, B., West, R., & Gunnell, D. (2011). Does Smoking Cessation Cause Depression and Anxiety? Findings from the ATTEMPT Cohort. *Nicotine & Tobacco Research, 13*(3), 209–214. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq244>
- Brody, D. J., Pratt, L. A., & Hughes, J. (2018). Prevalence of Depression Among Adults Aged 20 and Over: United States, 2013-2016. *NCHS Data Brief, 303*, 1–8. Retrieved from <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db303.pdf>
- Buckner, J. D., & Vinci, C. (2013). Smoking and social anxiety: The roles of gender and smoking motives. *Addictive Behaviors, 38*(8), 2388–2391. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.03.007>
- Buckner, J. D., Zvolensky, M. J., & Lewis, E. M. (2020). Smoking and social anxiety: the role of false safety behaviors. *Cognitive behaviour therapy, 49*(5), 374-384. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1696396>

Buhelt, L. P., Pisinger, C., & Andreasen, A. H. (2021). Smoking and stress in the general population in Denmark. *Tobacco Prevention and Cessation*, 7(April), 1–9.

<https://doi.org/10.18332/tpc/132712>

Cannon, W. B. (1915). *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage. An Account of Recent Researches Into the Function of Emotional Excitement*. D. Appleton & Company. <https://doi.org/10.1037/10013-000>

Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. W. W. Norton & Co

Capron, D. W., Allan, N. P., Norr, A. M., Zvolensky, M. J., & Schmidt, N. B. (2014). The effect of successful and unsuccessful smoking cessation on short-term anxiety, depression, and suicidality. *Addictive Behaviors*, 39(4), 782–788.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.12.014>

Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and anxiety*, 35(6), 502-514. <https://doi.org/10.1002/da.22728>

Chang, P. H., Chiang, C. H., Ho, W. C., Wu, P. Z., Tsai, J. S., & Guo, F. R. (2015). Combination therapy of varenicline with nicotine replacement therapy is better than varenicline alone: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC public health*, 15(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2055-0>

Chaplin, A. B., Jones, P. B., & Khandaker, G. M. (2021). Sexual and physical abuse and depressive symptoms in the UK Biobank. *BMC psychiatry*, 21(1), 248.

<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03207-0>

- Chen, A., Machiorlatti, M., Krebs, N. M., & Muscat, J. E. (2019). Socioeconomic differences in nicotine exposure and dependence in adult daily smokers. *BMC Public Health*, *19*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6694-4>
- Cheung, T., & Yip, P. S. F. (2015). Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *12*(9), 11072–11100. <https://doi.org/10.3390/ijerph120911072>
- Christ, C., Schouten, M. J. C., Blankers, M., Van Schaik, D. J. F., Beekman, A. T., Wisman, M. A., Stikkelbroek, Y., & Dekker, J. (2020). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, *22*(9), e17831. <https://doi.org/10.2196/17831>
- Clancy, N., Zwar, N., & Richmond, R. (2013). Depression, smoking and smoking cessation: a qualitative study. *Family practice*, *30*(5), 587-592. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmt032>
- Cooper, J., Borland, R., Yong, H. H., & Fotuhi, O. (2016). The impact of quitting smoking on depressive symptoms: findings from the International Tobacco Control Four-Country Survey. *Addiction*, *111*(8), 1448–1456. <https://doi.org/10.1111/add.13367>
- Copeland, W. E., Wolke, D., Angold, A., & Costello, E. J. (2013). Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA psychiatry*, *70*(4), 419-426. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.504>

- Corrigall, W. A., Coen, K. M., & Adamson, K. L. (1994). Self-administered nicotine activates the mesolimbic dopamine system through the ventral tegmental area. *Brain research*, 653(1-2), 278-284. [https://doi.org/10.1016/0006-8993\(94\)90401-4](https://doi.org/10.1016/0006-8993(94)90401-4)
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376-385. <https://doi.org/10.1177/070674371305800702>
- De Boer, N., Vermeulen, J., Lin, B., Van Os, J., Have, M. T., De Graaf, R., Van Dorsselaer, S., Bak, M., Rutten, B., Batalla, A., Guloksuz, S., & Luykx, J. J. (2021). Longitudinal associations between alcohol use, smoking, genetic risk scoring and symptoms of depression in the general population: a prospective 6-year cohort study. *Psychological Medicine*, 53(4), 1409–1417. <https://doi.org/10.1017/s0033291721002968>
- Driessen, E., Hegelmaier, L. M., Abbass, A., Barber, J. P., Dekker, J., Van, H. L., Jansma, E. P., & Cuijpers, P. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clinical psychology review*, 42, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.07.004>
- Dupont, P., Reynaud, M., & Aubin, H. J. (2012). Stress and smoking in treatment-seeking smokers. *Revue Medicale de Liege*, 67(4), 195–201. Retrieved from https://rmlg.uliege.be/download/2287/1592/P.-Dupont_2012_67_4_0.pdf
- Dye, H. L. (2020). Is emotional abuse as harmful as physical and/or sexual abuse? *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 13(4), 399-407. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00292-y>

- Edwards, A. C., Maes, H. H., Pedersen, N. L., & Kendler, K. S. (2011). A population-based twin study of the genetic and environmental relationship of major depression, regular tobacco use and nicotine dependence. *Psychological Medicine*, *41*(2), 395-405. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000589>
- Elliott, J. C., Stohl, M., Wall, M. M., Keyes, K. M., Goodwin, R. D., Skodol, A. E., Krueger, R. F., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2014). The risk for persistent adult alcohol and nicotine dependence: the role of childhood maltreatment. *Addiction*, *109*(5), 842–850. <https://doi.org/10.1111/add.12477>
- El-Sherbiny, N. A., & Elsary, A. Y. (2022). Smoking and nicotine dependence in relation to depression, anxiety, and stress in Egyptian adults: A cross-sectional study. *Journal of Family & Community Medicine*, *29*(1), 8–16. https://doi.org/10.4103/jfcm.jfcm_290_21
- Evans-Polce, R. J., Kcomt, L., Veliz, P. T., Boyd, C. J., & McCabe, S. E. (2020). Alcohol, tobacco, and comorbid psychiatric disorders and associations with sexual identity and stress-related correlates. *American Journal of Psychiatry*, *177*(11), 1073-1081. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20010005>
- Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2020). *Ερευνα Υγείας: Έτος 2019*. Ανακτήθηκε από <https://www.statistics.gr/documents/20181/5856c8ff-59cd-ae0-2883-f90e4b265706>
- Fan, W., & Yan, Z. (2010). Factors affecting response rates of the web survey: A systematic review. *Computers in human behavior*, *26*(2), 132-139. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2009.10.015>
- Farris, S. G., Langdon, K. J., DiBello, A. M., & Zvolensky, M. J. (2015). Why do anxiety sensitive smokers perceive quitting as difficult? The role of expecting

“interoceptive threat” during acute abstinence. *Cognitive Therapy and Research*, 39(2), 236-244. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9644-6>

Fawzy, M., & Hamed, S. A. (2017). Prevalence of psychological stress, depression and anxiety among medical students in Egypt. *Psychiatry Research*, 255, 186–194. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.027>

Fidler, J. A., & West, R. (2009). Self-perceived smoking motives and their correlates in a general population sample. *Nicotine & Tobacco Research*, 11(10), 1182–1188. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntp120>

Firth, J., Solmi, M., Wootton, R. E., Vancampfort, D., Schuch, F. B., Hoare, E., Gilbody, S., Torous, J., Teasdale, S. B., Jackson, S. E., Smith, L., Eaton, M., Jacka, F. N., Veronese, N., Marx, W., Ashdown-Franks, G., Siskind, D., Sarris, J., Rosenbaum, S., . . . Stubbs, B. (2020). A meta-review of “lifestyle psychiatry”: the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry*, 19(3), 360–380. <https://doi.org/10.1002/wps.20773>

Flensborg-Madsen, T., Von Scholten, M. B., Flachs, E. M., Mortensen, E. L., Prescott, E., & Tolstrup, J. S. (2011). Tobacco smoking as a risk factor for depression. A 26-year population-based follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(2), 143–149. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.06.006>

Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine*, 45(8), 1207–1221. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(97\)00040-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(97)00040-3)

Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, stress, and coping*, 21(1), 3-14. <https://doi.org/10.1080/10615800701740457>

- Freeman, A., Tyrovolas, S., Koyanagi, A., Chatterji, S., Leonardi, M., Ayuso-Mateos, J. L., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Rummel-Kluge, C., & Haro, J. M. (2016). The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC Public Health, 16*(1).
<https://doi.org/10.1186/s12889-016-3638-0>
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, 14*(1914–1916), 237-258.
- Fulton, J. J., Kiel, E. J., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2014). Associations between perceived parental overprotection, experiential avoidance, and anxiety. *Journal of Experimental Psychopathology, 5*(2), 200-211. <https://doi.org/10.5127/jep.034813>
- Gal, G., Levav, I., & Gross, R. (2011). Psychopathology among adults abused during childhood or adolescence: results from the Israel-based World Mental Health Survey. *The Journal of nervous and mental disease, 199*(4), 222-229.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31820c7543>
- Garey, L., Farris, S. G., Schmidt, N. B., & Zvolensky, M. J. (2016). The role of smoking-specific experiential avoidance in the relation between perceived stress and tobacco dependence, perceived barriers to cessation, and problems during quit attempts among treatment-seeking smokers. *Journal of contextual behavioral science, 5*(1), 58-63. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.11.001>
- Gerontoukou, E. I., Michaelidou, S., Rekleiti, M., Saridi, M., & Souliotis, K. (2015). Investigation of anxiety and depression in patients with chronic diseases. *Health Psychology Research, 3*(2). <https://doi.org/10.4081/hpr.2015.2123>
- Gilman, S. E., Martin, L. T., Abrams, D. B., Kawachi, I., Kubzansky, L. D., Loucks, E. B., Rende, R., Rudd, R. E., & Buka, S. L. (2008). Educational attainment and

- cigarette smoking: a causal association? *International Journal of Epidemiology*, 37(3), 615–624. <https://doi.org/10.1093/ije/dym250>
- Goldenberg, M., Danovitch, I., & IsHak, W. W. (2014). Quality of life and smoking. *American Journal on Addictions*, 23(6), 540–562. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2014.12148.x>
- Goldstein, B. L., Kotov, R., Perlman, G., Watson, D., & Klein, D. N. (2018). Trait and facet-level predictors of first-onset depressive and anxiety disorders in a community sample of adolescent girls. *Psychological medicine*, 48(8), 1282-1290. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002719>
- González-Roz, A., Jackson, J., Murphy, C., Rohsenow, D. J., & MacKillop, J. (2019). Behavioral economic tobacco demand in relation to cigarette consumption and nicotine dependence: a meta-analysis of cross-sectional relationships. *Addiction*, 114(11), 1926–1940. <https://doi.org/10.1111/add.14736>
- Goodman, E., & Capitman, J. (2000). Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics*, 106(4), 748-755. <https://doi.org/10.1542/peds.106.4.748>
- Gouveia, T. D. S., Pontes, N. D. S., Lima, M. B. P. D., Santos, C. P., Ramos, E. M. C., Christofaro, D. G. D., & Ramos, D. (2022). Association between demographic factors, anxiety and depression in smokers. *Cadernos Saúde Coletiva*, 30(2), 173-180. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230020591>
- Grønli, O. K., Bramness, J. G., Wynn, R., & Høyve, A. (2022). Depressive symptoms in the general population: The 7th Tromsø Study. *Journal of Affective Disorders Reports*, 8, 100322. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2022.100322>

- Guillot, C. R., Leventhal, A. M., Raines, A. M., Zvolensky, M. J., & Schmidt, N. B. (2016). Anxiety sensitivity facets in relation to tobacco use, abstinence-related problems, and cognitions in treatment-seeking smokers. *Addictive behaviors*, *56*, 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.01.005>
- Gülşen, A., & Uygur, B. (2018). Psychological features of smokers. *Respiratory Care*, *63*(12), 1492–1497. <https://doi.org/10.4187/respcare.06287>
- Hajek, P., Taylor, T., & McRobbie, H. (2010). The effect of stopping smoking on perceived stress levels. *Addiction*, *105*(8), 1466–1471. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02979.x>
- Hakulinen, C., Elovainio, M., Pulkki-Råback, L., Virtanen, M., Kivimäki, M., & Jokela, M. (2015). Personality and depressive symptoms: Individual participant meta-analysis of 10 cohort studies. *Depression and anxiety*, *32*(7), 461-470. <https://doi.org/10.1002/da.22376>
- Hayes, R. B., & Borrelli, B. (2013). Differences between Latino daily light and heavier smokers in smoking attitudes, risk perceptions, and smoking cessation outcome. *Nicotine & Tobacco Research*, *15*(1), 103–111. <https://doi.org/10.1093/ntr/nts095>
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K. O. (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British journal of addiction*, *86*(9), 1119-1127. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American journal of Psychiatry*, *158*(10), 1568-1578. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1568>

- Hidayati, E., Nihayatuzzulfa, R. D., Mubin, M. F., & Abdullah, B. F. (2021). The impact of bullying on teenagers depression level. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 17(18), 48-51. Retrieved from https://medic.upm.edu.my/upload/dokumen/2021061711350711_MJMHS_0289.pdf
- Howard D.M., Adams M.J., Clarke T.K., Hafferty J.D., Gibson J., Shirali M., (2019). Genome-wide meta-analysis of depression identifies 102 independent variants and highlights the importance of the prefrontal brain regions. *Nature Neuroscience*, 22(3): 343–352. <https://doi.org/10.1038/s41593-018-0326-7>
- Huijie, L. I., Yunping, Z. H. O. U., Suyun, L. I., Qiang, W. A. N. G., Lulu, P. A. N., Xiaorong, Y. A. N. G., ... & Chongqi, J. I. A. (2015). The relationship between nicotine dependence and age among current smokers. *Iranian journal of public health*, 44(4), 495. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441962/>
- Hwang, J., & Yun, Z. S. (2015). Mechanism of psychological distress-driven smoking addiction behavior. *Journal of Business Research*, 68(10), 2189-2197. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2015.03.019>
- Iñiguez, S. D., Warren, B. L., Parise, E. M., Alcantara, L. F., Schuh, B., Maffeo, M. L., Manojlovic, Z., & Bolaños-Guzmán, C. A. (2009). Nicotine Exposure during Adolescence Induces a Depression-Like State in Adulthood. *Neuropsychopharmacology*, 34(6), 1609–1624. <https://doi.org/10.1038/npp.2008.220>
- Islam, K., Datta, A. K., Seth, S., Roy, A., & Das, R. (2019). A study on the prevalence and correlates of nicotine dependence among adolescents of Burdwan Town, West

Bengal. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(1), 89–93.

https://doi.org/10.4103/psychiatry.indianjpsychiatry_112_18

Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Hapke, U., Maske, U. E., Seiffert, I., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3), 304–319.
<https://doi.org/10.1002/mpr.1439>

Jahnel, T., Ferguson, S. G., Shiffman, S., & Schüz, B. (2019). Daily stress as link between disadvantage and smoking: an ecological momentary assessment study. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7631-2>

Jamal, M., Van der Does, A. W., Cuijpers, P., & Penninx, B. W. (2012). Association of smoking and nicotine dependence with severity and course of symptoms in patients with depressive or anxiety disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 126(1-2), 138-146. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.05.001>

Johansson, R., Carlbring, P., Heedman, Å., Paxling, B., & Andersson, G. (2013). Depression, anxiety and their comorbidity in the Swedish general population: point prevalence and the effect on health-related quality of life. *PeerJ*, 1, e98.
<https://doi.org/10.7717/peerj.98>

Jordan, C. J., & Xi, Z. X. (2018). Discovery and development of varenicline for smoking cessation. *Expert opinion on drug discovery*, 13(7), 671-683.
<https://doi.org/10.1080/17460441.2018.1458090>

- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33-47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kang, E. J., & Lee, J. H. (2010). A longitudinal study on the causal association between smoking and depression. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 43(3), 193-204. <https://doi.org/10.3961/jpmph.2010.43.3.193>
- Kang, S. H., Jeong, W., Jang, S. I., & Park, E. C. (2021). The effect of depression status change on daily cigarette smoking amount according to sex: an eleven-year follow up study of the Korea Welfare Panel Study. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11362-y>
- Karaman, S. T., Simsek, C., & Toprak, D. (2020). Anxiety Levels and Related Factors in People Who Want To Quit Smoking. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 6(4), 257-271. <https://doi.org/10.5152/addicta.2020.19122>
- Kenney, B. A., & Holahan, C. J. (2008). Depressive symptoms and cigarette smoking in a college sample. *Journal of American College Health*, 56(4), 409–414. <https://doi.org/10.3200/JACH.56.44.409-414>
- Keyes, K. M., Pratt, C., Galea, S., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., & Shear, M. K. (2014). The burden of loss: unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the life course in a national study. *American Journal of Psychiatry*, 171(8), 864-871. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13081132>
- Kim, O., Kim, J. H., & Jung, J. H. (2006). Stress and cigarette smoking in Korean men with diabetes. *Addictive Behaviors*, 31(5), 901–906. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.06.006>

- Kim, S. J., Chae, W., Park, W. H., Park, M. H., Park, E. C., & Jang, S. I. (2019). The impact of smoking cessation attempts on stress levels. *BMC Public Health*, *19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6592-9>
- Kisely, S., Abajobir, A. A., Mills, R., Strathearn, L., Clavarino, A., & Najman, J. M. (2018). Child maltreatment and mental health problems in adulthood: birth cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, *213*(6), 698-703. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.207>
- Kolb, B., & Whishaw, I. Q. (2009). *Βασικές αρχές νευροψυχολογίας του ανθρώπου* (pp. 851). Μετάφραση: Κοπάση, Ε. & Μυλωνά, Α. Gutenberg.
- Kouvonen, A., Kivimäki, M., Virtanen, M., Pentti, J., & Vahtera, J. (2005). Work stress, smoking status, and smoking intensity: an observational study of 46 190 employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *59*(1), 63–69. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.019752>
- Kring, A. M., Davison, G. C., Neale, J. M., & Johnson, S. L. (2010). *Ψυχοπαθολογία* (pp. 917). Μετάφραση: Καραμπά, Θ. Gutenberg.
- Κουλιεράκης, Γ., Μπακόλα, Χ., & Ζαγοριανάκου, Ε. (2022). Πρόθεση διακοπής καπνίσματος σε Έλληνες αστυνομικούς. Ο ρόλος της Θεωρίας της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς, της εξάρτησης και των προσδοκιών αυτο-αποτελεσματικότητας. *Ψυχολογία. Το Περιοδικό Της Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας*, *27*(3), 118–143. https://doi.org/10.12681/psy_hps.26970
- Κουράκος, Μ., Καυκιά, Θ., & Φραδέλος, Ε. (2016). Εξάρτηση από τη Νικοτίνη και Στρατηγικές Διακοπής Καπνίσματος. *Ελληνικό Περιοδικό Της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, *9*(1), 8–16. Ανακτήθηκε από <http://hdl.handle.net/11642/143>

- Lähdepuro, A., Savolainen, K., Lahti-Pulkkinen, M., Eriksson, J. G., Lahti, J., Tuovinen, S., Kajantie, E., Pesonen, A., Heinonen, K., & Räikkönen, K. (2019). The Impact of Early Life Stress on Anxiety Symptoms in Late Adulthood. *Scientific Reports*, 9(1), 4395. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-40698-0>
- Langdon, K. J., Farris, S. G., Øverup, C. S., & Zvolensky, M. J. (2016). Associations between anxiety sensitivity, negative affect, and smoking during a self-guided smoking cessation attempt. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(5), 1188-1195. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv253>
- Lawless, M. H., Harrison, K. A., Grandits, G. A., Eberly, L. E., & Allen, S. S. (2015). Perceived stress and smoking-related behaviors and symptomatology in male and female smokers. *Addictive Behaviors*, 51, 80–83. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.07.011>
- Lawrence, D., Considine, J., Mitrou, F., & Zubrick, S. R. (2010). Anxiety disorders and cigarette smoking: results from the Australian Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(6), 520-527. <https://doi.org/10.3109/00048670903571580>
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. 1984. *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer
- Le Foll, B., Guranda, M., Wilson, A. A., Houle, S., Rusjan, P., Wing, V. C., Zawertailo, L., Busto, U. E., Selby, P., Brody, A. L., George, T. P., & Boileau, I. (2014). Elevation of dopamine induced by cigarette smoking: novel insights from a [11C]-+-PHNO PET study in humans. *Neuropsychopharmacology*. 39(2), 415-424. <https://doi.org/10.1038/npp.2013.209>

- Lee, E., & Kim, Y. (2019). Effect of university students' sedentary behavior on stress, anxiety, and depression. *Perspectives in psychiatric care*, 55(2), 164–169. <https://doi.org/10.1111/ppc.12296>
- Levey, D. F., Gelernter, J., Polimanti, R., Zhou, H., Cheng, Z., Aslan, M., Quaden, R., Concato, J., Radhakrishnan, K., Bryois, J., Sullivan, P. F., & Stein, M. B. (2020). Reproducible Genetic Risk Loci for Anxiety: Results From ~200,000 Participants in the Million Veteran Program. *American Journal of Psychiatry*, 177(3), 223–232. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19030256>
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific reports*, 8(1), 2861. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21243-x>
- Lin, L. Y., Sidani, J. E., Shensa, A., Radovic, A., Miller, E., Colditz, J. B., Hoffman, B. J., Giles, L. M., & Primack, B. A. (2016). Association between social media use and depression among US young adults. *Depression and Anxiety*, 33(4), 323–331. <https://doi.org/10.1002/da.22466>
- Linde, K., Kriston, L., Rucker, G., Jamil, S., Schumann, I., Meissner, K., Sigterman, K., & Schneider, A. (2015). Efficacy and Acceptability of Pharmacological Treatments for Depressive Disorders in Primary Care: Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Annals of Family Medicine*, 13(1), 69–79. <https://doi.org/10.1370/afm.1687>
- Lindholm, H., Krettek, A., Malm, D., Novembre, G., & Handlin, L. (2020). Genetic risk-factors for anxiety in healthy individuals: polymorphisms in genes important for the HPA axis. *BMC Medical Genetics*, 21(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12881-020-01123-w>

- Liu, G., Wasserman, E., Kong, L., & Foulds, J. (2017). A comparison of nicotine dependence among exclusive E-cigarette and cigarette users in the PATH study. *Preventive Medicine, 104*, 86–91.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.04.001>
- López-López, J., Davies, S. W., Caldwell, D. M., Churchill, R., Peters, T. J., Tallon, D., Dawson, S., Wu, Q., Li, J., Taylor, A., Lewis, G., Kessler, D. A., Wiles, N. J., & Welton, N. J. (2019). The process and delivery of CBT for depression in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Psychological Medicine, 49*(12), 1937–1947. <https://doi.org/10.1017/s003329171900120x>
- Lopuszanska-Dawid, M., Kupis, P., Lipowicz, A., Kołodziej, H., & Szklarska, A. (2022). How Stress Is Related to Age, Education, Physical Activity, Body Mass Index, and Body Fat Percentage in Adult Polish Men? *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(19), 12149.
<https://doi.org/10.3390/ijerph191912149>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Luger, T. M., Suls, J., & Weg, M. W. V. (2014). How robust is the association between smoking and depression in adults? A meta-analysis using linear mixed-effects models. *Addictive Behaviors, 39*(10), 1418–1429.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.05.011>
- Lyrakos, G. N., Arvaniti, C., Smyrnioti, M., & Kostopanagiotou, G. (2011). Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the Greek general

- population and in a psychiatric patient's sample. *European Psychiatry*, 26(S2), 1731. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)73435-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)73435-6)
- Marganska, A., Gallagher, M., & Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(1), 131–141. <https://doi.org/10.1111/ajop.12001>
- Marques-Vidal, P., Melich-Cerveira, J., Paccaud, F., Waeber, G., Vollenweider, P., & Cornuz, J. (2011). Prevalence and factors associated with difficulty and intention to quit smoking in Switzerland. *BMC public health*, 11(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-227>
- Martin, L. J., Neighbors, H. W., & Griffith, D. M. (2013). The experience of symptoms of depression in men vs women: analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry*, 70(10), 1100. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1985>
- Martínez-Moreno, A., Ibáñez-Pérez, R. J., Cavas-García, F., & Cano-Noguera, F. (2020). Older adults' gender, age and physical activity effects on anxiety, optimism, resilience and engagement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7561. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207561>
- Martínez-Vispo, C., Rodríguez-Cano, R., López-Durán, A., Senra, C., del Río, E. F., & Becoña, E. (2019). Cognitive-behavioral treatment with behavioral activation for smoking cessation: Randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 14(4), e0214252. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214252>
- Marzo, R. R., El-Fass, K. A., Osman, N. A., Kyaw, T. M., Arivanandan, P. K., Morgan, L. M., Latchumana, K., Arasu, K., Obaromi, A. D., & Lin, Y. (2022). Identifying

- the barriers of smoking cessation and predictors of nicotine dependence among adult Malaysian smokers: A cross-sectional study. *Tobacco Induced Diseases*, 20 (December), 1–8. <https://doi.org/10.18332/tid/154964>
- McClave, A. K., Dube, S. R., Strine, T. W., Kroenke, K., Caraballo, R. S., & Mokdad, A. H. (2009). Associations between smoking cessation and anxiety and depression among U.S. adults. *Addictive Behaviors*, 34(6–7), 491–497. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.01.005>
- McDermott, M. S., Marteau, T. M., Hollands, G. J., Hankins, M., & Aveyard, P. (2013). Change in anxiety following successful and unsuccessful attempts at smoking cessation: cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 202(1), 62–67. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.114389>
- McFarland, M. J., & Wagner, B. G. (2015). Does a college education reduce depressive symptoms in American young adults? *Social Science & Medicine*, 146, 75–84. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.09.029>
- McKee, S. A., Sinha, R., Weinberger, A. H., Sofuoglu, M., Harrison, E. L., Lavery, M., & Wanzer, J. (2011). Stress decreases the ability to resist smoking and potentiates smoking intensity and reward. *Journal of Psychopharmacology*, 25(4), 490–502. <https://doi.org/10.1177/02698811110376694>
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027–1035. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>
- Mirzaei, M., Ardekani, S. M. Y., Mirzaei, M., & Dehghani, A. (2019). Prevalence of depression, anxiety and stress among adult population: results of Yazd health

study. *Iranian journal of psychiatry*, 14(2), 137.

<https://doi.org/10.18502/ijps.v14i2.993>

Mojtabai, R., & Crum, R. M. (2013). Cigarette smoking and onset of mood and anxiety disorders. *American Journal of Public Health*, 103(9), 1656-1665.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300911>

Molas, S., DeGroot, S. R., Zhao-Shea, R., & Tapper, A. R. (2017). Anxiety and Nicotine Dependence: Emerging Role of the Habenulo-Interpeduncular Axis. *Trends in Pharmacological Sciences*, 38(2), 169–180.

<https://doi.org/10.1016/j.tips.2016.11.001>

Moylan, S., Jacka, F. N., Pasco, J. A., & Berk, M. (2012). Cigarette smoking, nicotine dependence and anxiety disorders: a systematic review of population-based, epidemiological studies. *BMC Medicine*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-123>

<https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-123>

Munafò, M. R., & Araya, R. (2010). Cigarette smoking and depression: a question of causation. *The British Journal of Psychiatry*, 196(6), 425-426.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074880>

Munafò, M., Heron, J., & Araya, R. (2008). Smoking patterns during pregnancy and postnatal period and depressive symptoms. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(11), 1609–1620. <https://doi.org/10.1080/14622200802412895>

<https://doi.org/10.1080/14622200802412895>

Nikčević, A. V., Alma, L., Marino, C., Kolubinski, D., Yılmaz-Samancı, A. E., Caselli, G., & Spada, M. M. (2017). Modelling the contribution of negative affect, outcome expectancies and metacognitions to cigarette use and nicotine dependence. *Addictive Behaviors*, 74, 82–89.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.06.002>

- Nobels, A., Lemmens, G., Thibau, L., Beaulieu, M., Vandeviver, C., & Keygnaert, I. (2022). "Time Does Not Heal All Wounds": Sexual Victimization Is Associated with Depression, Anxiety, and PTSD in Old Age. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2803. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052803>
- Noguchi, T., Saito, M., Aida, J., Cable, N., Tsuji, T., Koyama, S., Ikeda, T., Osaka, K., & Kondo, K. (2021). Association between social isolation and depression onset among older adults: a cross-national longitudinal study in England and Japan. *BMJ Open*, 11(3), e045834. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045834>
- Obeid, S., Hallit, C. a. E., Haddad, C., Hany, Z., & Hallit, S. (2018). Validation of the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and sociodemographic factors associated with Lebanese depressed patients. *L'Encéphale*, 44(5), 397–402. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.10.010>
- Overstreet, D. H., Commissaris, R. L., De La Garza, R., File, S. E., Knapp, D. J., & Seiden, L. S. (2003). Involvement of 5-HT 1A Receptors in Animal Tests of Anxiety and Depression: Evidence from Genetic Models. *Stress*, 6(2), 101–110. <https://doi.org/10.1080/1025389031000111311>
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the Context of Stress and Coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115–144. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.2.115>
- Park, S., Lee, J. Y., Song, T. M., & Cho, S. I. (2012). Age-associated changes in nicotine dependence. *Public Health*, 126(6), 482–489. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.02.007>
- Park, S., Romer, D., & Lim, S. (2013). Does Smoking Initiation in Adolescence Increase Risk for Depression Across the Lifespan? Evidence From the South Korean

- National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of Addictions Nursing*, 24(3), 142–148. <https://doi.org/10.1097/jan.0b013e3182a4cad3>
- Pawlina, M. M. C., Rondina, R. D. C., Espinosa, M. M., & Botelho, C. (2014). Nicotine dependence and levels of depression and anxiety in smokers in the process of smoking cessation. *Revista De Psiquiatria Clinica*, 41(4), 101–105. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000020>
- Pawlina, M. M. C., Rondina, R. D. C., Espinosa, M. M., & Botelho, C. (2015). Depression, anxiety, stress, and motivation over the course of smoking cessation treatment. *Jornal Brasileiro De Pneumologia*, 41(5), 433–439. <https://doi.org/10.1590/s1806-37132015000004527>
- Pearson-Fuhrhop, K. M., Dunn, E. C., Mortero, S. D., Devan, W. J., Falcone, G. J., Lee, P. H., Holmes, A. J., Hollinshead, M. O., Roffman, J. L., Smoller, J. W., Rosand, J., & Cramer, S. C. (2014). Dopamine genetic risk score predicts depressive symptoms in healthy adults and adults with depression. *PLOS ONE*, 9(5), e93772. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0093772>
- Pedersen, W., & Von Soest, T. (2009). Smoking, nicotine dependence and mental health among young adults: a 13-year population-based longitudinal study. *Addiction*, 104(1), 129–137. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02395.x>
- Pekel, Ö., Ergör, G., Günay, T., Baydur, H., Choussein, B., Budak, R., & Doganay, S. (2015). Smoking cessation and the effect of nicotine dependence on relapse rate in İzmir, Turkey. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 45, 895–901. <https://doi.org/10.3906/sag-1408-55>
- Pennanen, M., Broms, U., Korhonen, T., Haukkala, A., Partonen, T., Tuulio-Henriksson, A., Laatikainen, T., Patja, K., & Kaprio, J. (2014). Smoking, nicotine dependence

- and nicotine intake by socio-economic status and marital status. *Addictive Behaviors*, 39(7), 1145–1151. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.03.005>
- Pidoplichko, V. I., Noguchi, J., Areola, O. O., Liang, Y., Peterson, J. D., Zhang, T., & Dani, J. A. (2004). Nicotinic cholinergic synaptic mechanisms in the ventral tegmental area contribute to nicotine addiction. *Learning & memory*, 11(1), 60–69. <https://doi.org/10.1101/lm.70004>
- Pietras, T., Witusik, A., Panek, M., Szemraj, J., & Górski, P. (2011). Anxiety, depression and methods of stress coping in patients with nicotine dependence syndrome. *Medical Science Monitor*, 17(5), CR272–CR276. <https://doi.org/10.12659/msm.881767>
- Piirtola, M., Kaprio, J., Baker, T. B., Piasecki, T. M., Piper, M. E., & Korhonen, T. (2021). The associations of smoking dependence motives with depression among daily smokers. *Addiction*, 116(8), 2162–2174. <https://doi.org/10.1111/add.15390>
- Piotrkowska, R., Mędrzycka-Dąbrowska, W., Jarzynkowski, P., & Ślusarz, R. (2022). Nicotine Dependence and the Level of Motivation for Ceasing Smoking in the Case of Patients Undergoing Vascular Surgeries Versus the Optimisation of Perioperative Care—Pilot Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 10393. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610393>
- Pirnia, B., Akhondi, M., Pirnia, K., Malekanmehr, P., Farzaneh, S., Deilam, K., Bazargan, M., Komeilizadeh, L., & Zahiroddin, A. (2019). A single-case experimental design to study the combination of cognitive-behavioral therapy and pharmacotherapy for smoking cessation. *Crescent Journal of Medical and*

Biological Sciences, 6(1), 136–139. Retrieved from

http://www.cjmb.org/uploads/pdf/pdf_CJMB_331.pdf

Polańska, K., Znyk, M., & Kaleta, D. (2022). Susceptibility to tobacco use and associated factors among youth in five central and eastern European countries. *BMC Public Health*, 22(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12493-6>

Pomerleau, C. S., Carton, S., Lutzke, M. L., Flessland, K. A., & Pomerleau, O. F. (1994). Reliability of the fagerstrom tolerance questionnaire and the fagerstrom test for nicotine dependence. *Addictive Behaviors*, 19(1), 33–39. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(94\)90049-3](https://doi.org/10.1016/0306-4603(94)90049-3)

Prasad, N., Sinha, S., Kumar, S., & Kumar, B. (2022). Prevalence and correlates of nicotine dependence among the construction site workers at IGIMS, Patna. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(7), 3476-3481 https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_304_22

Prince, E., Siegel, D. M., Carroll, C., Sher, K. J., & Bienvenu, O. J. (2020). A longitudinal study of personality traits, anxiety, and depressive disorders in young adults. *Anxiety Stress and Coping*, 34(3), 299–307. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1845431>

Pruthi, G. K. (2020). A study of perceived stress among smokers and non-smokers in Delhi NCR. *International Journal of Indian Psychology*, 8(3). <https://doi.org/10.25215/0803.207>

Qin, B., Zhang, Y., Zhou, X., Cheng, P., Liu, Y., Chen, J., Fu, Y., Luo, Q., & Xie, P. (2014). Selective Serotonin Reuptake Inhibitors Versus Tricyclic Antidepressants in Young Patients: A Meta-analysis of Efficacy and Acceptability. *Clinical*

Therapeutics, 36(7), 1087-1095. e4.

<https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2014.06.001>

Quek, T. T. C., Tam, W. W., Tran, B. X., Zhang, M., Zhang, Z., Ho, C. S., & Ho, R. C.

(2019). The global prevalence of anxiety among medical students: a meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(15), 2735. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152735>

Regehr, C., Glancy, D., & Pitts, A. (2013). Interventions to reduce stress in university students: A review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 148(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.026>

Reitsma, M. B., Kendrick, P. J., Ababneh, E., Abbafati, C., Abbasi-Kangevari, M., Abdoli, A., ... & Gorini, G. (2021). Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 397(10292), 2337-2360.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01169-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01169-7)

Richardson, S., McNeill, A., & Brose, L. S. (2019). Smoking and quitting behaviours by mental health conditions in Great Britain (1993-2014). *Addictive Behaviors*, 90, 14-19. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.10.011>

River, L. M., Borelli, J. L., Vazquez, L. C., & Smiley, P. A. (2018). Learning helplessness in the family: Maternal agency and the intergenerational transmission of depressive symptoms. *Journal of Family Psychology*, 32(8), 1109–1119.

<https://doi.org/10.1037/fam0000479>

Roberts, H., Jacobs, R. H., Bessette, K. L., Crowell, S. E., Westlund-Schreiner, M., Thomas, L. C., Easter, R., Pocius, S., Dillahun, A., Frandsen, S., Schubert, B.,

- Farstead, B., Kerig, P. K., Welsh, R. C., Jago, D., Langenecker, S. A., & Watkins, E. R. (2021). Mechanisms of rumination change in adolescent depression (RuMeChange): study protocol for a randomised controlled trial of rumination-focused cognitive behavioural therapy to reduce ruminative habit and risk of depressive relapse in high-ruminating adolescents. *BMC Psychiatry*, *21*(1) 1-14.
<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03193-3>
- Roohafza, H., Sadeghi, M., Sarrafzadegan, N., Baghaei, A., Kelishadi, R., Mahvash, M., Sajjadi, F., Toghianifar, N., & Talaei, M. (2007). Relation between stress and other life style factors. *Stress and Health*, *23*(1), 23–29.
<https://doi.org/10.1002/smi.1113>
- Ruhé, H. G., Mason, N. S., & Schene, A. H. (2007). Mood is indirectly related to serotonin, norepinephrine and dopamine levels in humans: a meta-analysis of monoamine depletion studies. *Molecular Psychiatry*, *12*(4), 331–359.
<https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001949>
- Sadock, B., & Sadock, V. (2007). *Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής*. 4η Έκδοση. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
- Saha, I., Islam, K., Paul, B., & Som, T. K. (2017). Nicotine dependence and its correlates among the adult tobacco users in a slum of Burdwan district, West Bengal, India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *6*(4), 813.
<https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe 42 17>
- Saleh, D., Camart, N., & Romo, L. (2017). Predictors of stress in college students. *Frontiers in psychology*, *8*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00019>
- Salim, M. R., Hashim, H. M., & Dawood, H. (2022). Assessment of Smoking Dependence by FAGERSTRÖM Test and its Association with Some

Comorbidities and Educational level. *Journal of the Faculty of Medicine Baghdad*, 64(2), 74–80. <https://doi.org/10.32007/jfacmedbagdad.6421903>

Salín-Pascual, R. J., Rosas, M., Jimenez-Genchi, A., & Rivera-Meza, B. L. (1996). Antidepressant effect of transdermal nicotine patches in nonsmoking patients with major depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 57(9), 387–389.

Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783–822. <https://doi.org/10.1037/bu10000102>

Saridi, M., Nanou, A., Vasilopoulos, C., Kourakos, M., Skliros, E., Toska, A., & Souliotis, K. (2017). Smoking Habits among Greek University Students after the Financial Crisis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18(5), 1329–1335. <https://doi.org/10.22034/apjcp.2017.18.5.1329>

Schimmenti, A., & Bifulco, A. (2015). Linking lack of care in childhood to anxiety disorders in emerging adulthood: the role of attachment styles. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(1), 41–48. <https://doi.org/10.1111/camh.12051>

Schlam, T. R., Piper, M. E., Cook, J. W., Fiore, M. C., & Baker, T. B. (2012). Life 1 year after a quit attempt: Real-time reports of quitters and continuing smokers. *Annals of Behavioral Medicine*, 44(3), 309–319. <https://doi.org/10.1007/s12160-012-9399-9>

Schnoll, R. A., Goren, A., Annunziata, K., & Suaya, J. A. (2013). The prevalence, predictors and associated health outcomes of high nicotine dependence using three measures among US smokers. *Addiction*, 108(11), 1989–2000. <https://doi.org/10.1111/add.12285>

- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138(3479), 32. <https://doi.org/10.1038/138032a0>
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. McGraw-Hill.
- Selye, H. (1975a). Confusion and controversy in the stress field. *Journal of Human Stress*, 1(2), 37–44. <https://doi.org/10.1080/0097840X.1975.9940406>
- Selye, H. (1975b). Stress and distress. *Comprehensive therapy*, 1(8), 9-13.
- Selye, H. (1976). Stress without Distress. *Psychopathology of Human Adaptation*, 137–146. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2238-2_9
- Seo, J., Wei, J., Qin, L. Q., Kim, Y., Yan, Z., & Greengard, P. (2017). Cellular and molecular basis for stress-induced depression. *Molecular Psychiatry*, 22(10), 1440–1447. <https://doi.org/10.1038/mp.2016.118>
- Shah, S. M. A., Mohammad, D., Qureshi, M. F. H., Abbas, M., Z., & Aleem, S. (2021). Prevalence, psychological responses and associated correlates of depression, anxiety and stress in a global population, during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. *Community Mental Health Journal*, 57(1), 101–110. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00728-y>
- Shahwan, S., Abdin, E., Shafie, S., Chang, S., Sambasivam, R., Zhang, Y., Vaingankar, J. A., Teo, Y. Y., Heng, D., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2019). Prevalence and correlates of smoking and nicotine dependence: results of a nationwide cross-sectional survey among Singapore residents. *BMJ Open*, 9(10), e032198. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032198>
- Shamsuddin, K., Fadzil, F., Ismail, W. K. W., Shah, S. A., Omar, K., Muhammad, N., Jaffar, A., Ismail, A., & Mahadevan, R. (2013). Correlates of depression, anxiety

- and stress among Malaysian university students. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(4), 318–323. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.01.014>
- Sim, Y. S., Yoo, S., Lee, K., Rhee, C. K., & Kim, Y. H. (2021). Associations of clinical, psychological, and socioeconomic characteristics with nicotine dependence in smokers. *Scientific Reports*, 11(1), 18544. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-97387-0>
- Sinha, R. (2008). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the new York Academy of Sciences*, 1141(1), 105-130. <https://doi.org/10.1196/annals.1441.030>
- Skovlund, C. W., Mørch, L. S., Kessing, L. V., & Lidegaard, Ø. (2016). Association of Hormonal Contraception With Depression. *JAMA Psychiatry*, 73(11), 1154-1162. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2387>
- Slee, A., Nazareth, I., Freemantle, N., & Horsfall, L. (2021). Trends in generalised anxiety disorders and symptoms in primary care: UK population-based cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 218(3), 158–164. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.159>
- Slopen, N., Kontos, E. Z., Ryff, C. D., Ayanian, J. Z., Albert, M. A., & Williams, D. R. (2013). Psychosocial stress and cigarette smoking persistence, cessation, and relapse over 9–10 years: a prospective study of middle-aged adults in the United States. *Cancer Causes & Control*, 24(10), 1849–1863. <https://doi.org/10.1007/s10552-013-0262-5>
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Ray, C., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2021). Is perfectionism a vulnerability factor for depressive symptoms, a complication of depressive

- symptoms, or both? A meta-analytic test of 67 longitudinal studies. *Clinical psychology review*, 84, 101982. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101982>
- Spielberger, C. D. (1985). Anxiety, cognition and affect: A state-trait perspective. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 171–182). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Stefaniak, A. R., Blaxton, J. M., & Bergeman, C. S. (2022). Age Differences in Types and Perceptions of Daily Stress. *International Journal of Aging & Human Development*, 94(2), 215–233. <https://doi.org/10.1177/00914150211001588>
- Steffen, A., Thom, J., Jacobi, F., Holstiege, J., & Bätzing, J. (2020). Trends in prevalence of depression in Germany between 2009 and 2017 based on nationwide ambulatory claims data. *Journal of Affective Disorders*, 271, 239–247. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.082>
- Steptoe, A., & Kivimäki, M. (2012). Stress and cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology*, 9(6), 360–370. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2012.45>
- Subedi, K. P., Shrestha, A., & Bhagat, T. (2021). Assessment of nicotine dependence among tobacco users visiting outreach programs in Dharan, Nepal: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11535-9>
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552–1562. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552>
- Sushanthi, S., Doraikannan, S., & Indiran, M. A. (2022). Assessment of anxiety, depression and nicotine dependence among construction workers in Chennai - A

cross sectional study. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*, 12(2), 263–267. <https://doi.org/10.1016/j.jobcr.2022.03.004>

Takagishi, Y., Sakata, M., & Kitamura, T. (2013). Influence of rumination and self-efficacy on depression in Japanese undergraduate nursing students. *Asian Journal of Social Psychology*, 16(3), 163-168. <https://doi.org/10.1111/ajsp.12000>

Tarzia, L., Thuraisingam, S., Novy, K., Valpied, J., Quake, R., & Hegarty, K. (2018). Exploring the relationships between sexual violence, mental health and perpetrator identity: a cross-sectional Australian primary care study. *BMC Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6303-y>

Taylor, G. M. J., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N., & Aveyard, P. (2014). Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 348(feb13 1), g1151. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1151>

Tedeschi, G. J., Cummins, S. E., Anderson, C. M., Anthenelli, R. M., Zhuang, Y. L., & Zhu, S. H. (2016). Smokers with self-reported mental health conditions: a case for screening in the context of tobacco cessation services. *PLOS ONE*, 11(7), e0159127. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159127>

Tee, G. H., Aris, T., Rarick, J., & Irimie, S. (2016). Social determinants of health and tobacco use in five low and middle-income countries-results from the Global Adult Tobacco Survey (GATS), 2011 - 2012. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(3), 1269–1276. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2016.17.3.1269>

Topper, M., Emmelkamp, P. M. G., Watkins, E. R., & Ehring, T. (2017). Prevention of anxiety disorders and depression by targeting excessive worry and rumination in adolescents and young adults: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 90, 123–136. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.12.015>

- Τζιάλλας, Δ., Καστανιώτη, Α., Αλεβιζάτου, Α., Κατσαράκη, Α. & Σκαπινάκης, Π. (2006). Η Εκτίμηση του Βαθμού Εξάρτησης από τη Νικοτίνη, σε Ασθενείς με Στεφανιαία Νόσο, *Νοσηλευτική*, 45(2), 428-253. Ανακτήθηκε από https://www.researchgate.net/profile/Dimitrios-Tziallas/publication/232707289_The_value_of_nicotine_dependence_rate_measurement_in_coronary_artery_disease_patients/links/09e41508bd32771224000000/The-value-of-nicotine-dependence-rate-measurement-in-coronary-artery-disease-patients.pdf
- United States National Cancer Institute. (2017). A socioecological approach to addressing tobacco-related health disparities. *National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 22. NIH Publication No. 17-CA-8035A*. Retrieved from https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-08/m22_complete.pdf
- Van Dis, E. A., Van Veen, S. C., Hagenars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L. H., Van Den Heuvel, R. M., Cuijpers, P., & Engelhard, I. M. (2020). Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 265-273. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986>
- VandenBos, G. R. (Ed.). (2015). APA dictionary of psychology (2nd ed.) (pp. 19, 298, 1036, 1045). *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/14646-000>
- Vink, J. M., Willemsen, G., & Boomsma, D. I. (2005). Heritability of smoking initiation and nicotine dependence. *Behavior genetics*, 35(4), 397–406. <https://doi.org/10.1007/s10519-004-1327-8>

- Wahed, W. Y. A., & Hassan, S. K. (2017). Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among medical Fayoum University students. *Alexandria Journal of Medicine*, 53(1), 77–84. <https://doi.org/10.1016/j.ajme.2016.01.005>
- Watson, N. L., DeMarree, K. G., & Cohen, L. M. (2018). Cigarette craving and stressful social interactions: The roles of state and trait social anxiety and smoking to cope. *Drug and Alcohol Dependence*, 185, 75-81. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.11.037>
- Watson, N. L., VanderVeen, J. W., Cohen, L. M., DeMarree, K. G., & Morrell, H. E. R. (2012). Examining the interrelationships between social anxiety, smoking to cope, and cigarette craving. *Addictive Behaviors*, 37(8), 986–989. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.03.025>
- Webb Hooper, M. (2014). Psychosocial correlates of perceived stress and depressive symptoms among help-seeking Hispanic smokers. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, 8(1), 7. Retrieved from <https://digitalscholarship.unlv.edu/jhdrp/vol8/iss1/7>
- Wei, J., Chu, C., Wang, Y., Yang, Y., Wang, Q., Li, T., Zhang, L., & Ma, X. (2012). Association study of 45 candidate genes in nicotine dependence in Han Chinese. *Addictive Behaviors*, 37(5), 622–626. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.01.009>
- Weinberger, A. H., Desai, R. A., & McKee, S. A. (2010). Nicotine withdrawal in U.S. smokers with current mood, anxiety, alcohol use, and substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 108(1–2), 7–12. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.11.004>

- Weinberger, A. H., Gbedemah, M., Martinez, A. J., Nash, D., Galea, S., & Goodwin, R. D. (2017). Trends in depression prevalence in the USA from 2005 to 2015: widening disparities in vulnerable groups. *Psychological Medicine*, *48*(8), 1308–1315. <https://doi.org/10.1017/s0033291717002781>
- Weinberger, A. H., George, T. P., & McKee, S. A. (2011). Differences in smoking expectancies in smokers with and without a history of major depression. *Addictive Behaviors*, *36*(4), 434–437. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.12.024>
- Wilkinson, A., Halpern, C. T., & Herring, A. H. (2016). Directions of the relationship between substance use and depressive symptoms from adolescence to young adulthood. *Addictive Behaviors*, *60*, 64–70. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.03.036>
- Wu, M., Zhao, K., & Fils-Aime, F. (2022). Response rates of online surveys in published research: A meta-analysis. *Computers in Human Behavior Reports*, *7*, 100206. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2022.100206>
- Wu, Z., Yue, Q., Zhao, Z., Wen, J., Tang, L., Zhong, Z., Yang, J., Yuan, Y., & Zhang, X. (2023). A cross-sectional study of smoking and depression among US adults: NHANES (2005-2018). *Frontiers in Public Health*, *11*, 161. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1081706>
- Yuan, S., Yao, H., & Larsson, S. C. (2020). Associations of cigarette smoking with psychiatric disorders: evidence from a two-sample Mendelian randomization study. *Scientific Reports*, *10*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-70458-4>
- Zhang, H., Gilbert, E., Hussain, S., Veldhuizen, S., Foll, B. L., Selby, P., & Zawertailo, L. (2022). Effectiveness of Bupropion and Varenicline for Smokers With Baseline

Depressive Symptoms. *Nicotine & Tobacco Research*. 25(5), 937-944.

<https://doi.org/10.1093/ntr/ntac288>

Zvolensky, M. J., Shepherd, J. M., Clausen, B. K., Garey, L., Kauffman, B. Y.,

Heggeness, L. F., Viana, A. G., & Bizier, A. (2023). Anxiety symptoms and anxiety sensitivity in relation to cigarette dependence, perceived barriers for smoking cessation and quit problems among adult Latinx smokers. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 1–21.

<https://doi.org/10.1080/15332640.2022.2159911>

Παράρτημα

ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Εισαγωγικό Κείμενο Ερωτηματολογίου/ Δήλωση Συγκατάθεσης Για Συμμετοχή Σε Επιστημονική Έρευνά

Αγαπητή/ -έ

Καλείσαι να συμμετέχεις σε μία επιστημονική έρευνα στο πλαίσιο των πτυχιακών εργασιών των φοιτητριών Αντωνίου Γεωργίας και Καρβελάς Στυλιανής. Σκοπός της παραπάνω έρευνας αποτελεί η είναι εξέταση της σχέσης μεταξύ των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες, με την εξάρτηση από το κάπνισμα. Κατά την έρευνα, θα γίνει σύγκριση μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών. Προϋπόθεση συμμετοχής στην έρευνα για τους καπνιστές είναι να κάνουν χρήση συμβατικών τσιγάρων. Ο τίτλος της έρευνας είναι: «Διερεύνηση της σύνδεσης μεταξύ του εθισμού στην νικοτίνη και των συμπτωμάτων άγχους, στρες και κατάθλιψης σε ενήλικο πληθυσμό».

Σε παρακαλούμε να συμπληρώσεις το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο που ακολουθεί.

Η συμπλήρωσή του αναμένεται να διαρκέσει 5- 10 λεπτά.

Προστασία προσωπικών δεδομένων

Η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική και ανώνυμη. Οι ερευνητές δεσμεύονται να τηρήσουν πλήρη εμπιστευτικότητα για όλες τις πληροφορίες που θα αποκτηθούν στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας. Οποιαδήποτε στιγμή θελήσεις, μπορείς να εγκαταλείψεις την συμπλήρωση χωρίς να έχει γίνει καμία απολύτως καταγραφή των στοιχείων σου και χωρίς καμία κύρωση. Επειδή δεν πρόκειται να καταγραφεί κανένα στοιχείο που να παραπέμπει σε συγκεκριμένο άτομο, δεν είναι δυνατή η απόσυρση

των απαντήσεών σου μετά την υποβολή τους. Ο μόνος τρόπος για να λάβουμε τις απαντήσεις σας είναι εάν επιλέξετε το «υποβολή» στο τέλος του ερωτηματολογίου, ενώ στην ίδια σελίδα σας δίνεται η επιλογή να διαγράψετε τις απαντήσεις σας.

Εμπιστευτικότητα

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα στην έρευνα τυγχάνουν επεξεργασίας από το Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας (Υπεύθυνος Επεξεργασίας), με έδρα στην Τοπική Κοινότητα Κοίλων του Δήμου Κοζάνης και στοιχεία επικοινωνίας 24610 - 56201 και rector@uowm.gr. Το Π.Δ.Μ. έχει ορίσει ως Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων με διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου dpo@uowm.gr. Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα προορίζονται για τον σκοπό διεξαγωγής επιστημονικής έρευνας με τίτλο: «Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της εξάρτησης στη νικοτίνη και συμπτωμάτων άγχους, στρες και κατάθλιψης σε ενήλικο πληθυσμό». Στο πλαίσιο αυτό η ερευνητική δραστηριότητα περιλαμβάνει την συμπλήρωση ερωτηματολογίου όπου η καταγραφή των απαντήσεων είναι ανώνυμη και δεν μπορεί να υποδείξει την πηγή προέλευσης. Τα συλλεγόμενα δεδομένα θα είναι προσβάσιμα μόνο από τους ερευνητές και τον επιστημονικό υπεύθυνο της έρευνας και θα διαφυλαχθούν από οποιαδήποτε εξωτερική πρόσβαση. Η επεξεργασία των δεδομένων αυτών για τον ανωτέρω σκοπό και η συμμετοχή στην έρευνα δεν συνεπάγονται δικαίωμα αποζημίωσης ή οικονομικά οφέλη οποιασδήποτε μορφής. Η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων σας διενεργείται, εφόσον την παράσχετε, με τη ρητή συγκατάθεσή σας κατ' άρθρο 6 § 1 περίπτωση α' του Κανονισμού (ΕΕ) για την Προστασία Δεδομένων (ΓΚΠΔ), την οποία δικαιούστε να ανακαλέσετε οποτεδήποτε και αζημίως, εκτός αν αυτό καθιστά αδύνατη ή παρακωλύει σοβαρά την έρευνα. Μπορείτε να ασκείτε τα δικαιώματά σας αποστέλλοντας σχετικό αίτημα προς τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Πανεπιστημίου στη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου dpo@uowm.gr.

Παράλληλα, αν θεωρείτε ότι η επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορά παραβαίνει τον ΓΚΠΔ, έχετε δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (www.dpa.gr) ή στην εποπτική αρχή του κράτους μέλους της ΕΕ όπου διαμένετε ή εργάζεστε ή στην εποπτική αρχή του τόπου της εικαζόμενης παράβασης.

Επικοινωνία:

Αν έχετε οποιαδήποτε ερώτηση και απορία σχετικά με την έρευνά μας ή του παρόντος ερωτηματολογίου παρακαλώ επικοινωνήστε μαζί μας στα mail: antwnioygewrgia17@gmail.com και psy00038@uowm.gr.

Η συμβολή σου είναι πολύτιμη σε αυτήν την ερευνητική προσπάθεια. Σε ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

Δημογραφικές- Κοινωνικές Ερωτήσεις

Οι παρακάτω ερωτήσεις συμπληρώνονται από όλους τους συμμετέχοντες.

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα Μη Δυαδικό Άτομο Άτομο με ρευστή ή/και
εναλλασσόμενη ταυτότητα φύλου

Ηλικία:

Τόπος Διαμονής: Πόλη (τουλάχιστον 10.000 κάτοικοι) Κωμόπολη (>3.000)

Χωριό (<3.000) Άλλο

Επίπεδο Εκπαίδευσης: Απόφοιτος Δημοτικού Απόφοιτος Γυμνασίου

Απόφοιτος Λυκείου Απόφοιτος ΙΕΚ Πτυχιούχος ΑΕΙ/ΤΕΙ Κάτοχος
μεταπτυχιακού Κάτοχος διδακτορικού

Οικογενειακή Κατάσταση: Άγαμος/η Έγγαμος/η Διαζευγμένος/η

Άλλο

Επαγγελματική κατάσταση (Μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από μία επιλογές):

Εργασία Πλήρους Απασχόλησης Εργασία Μερικής Απασχόλησης

Φοιτητής/ρια Άνεργος/η Συνταξιούχος Αδυναμία να εργαστώ λόγω ψυχικών
ή και σωματικών περιορισμών Άλλο

Αριθμός Γονέων/φροντιστών Καπνιστών (κάποια στιγμή στη ζωή του/ης):

0 1 2

Είστε καπνιστής/τρια;

Ναι Όχι

Έχετε αποπειραθεί να διακόψετε το κάπνισμα (Μόνο για τους/τις Καπνιστές/τριες ή
και πρώην Καπνιστές/τριες):

Ναι, με επιτυχία Ναι, ανεπιτυχώς Όχι

**Οι παρακάτω ερωτήσεις συμπληρώνονται αποκλειστικά από καπνιστές
συμμετέχοντες.**

Ηλικία Έναρξης Καπνίσματος:

Χρονικό Διάστημα Καπνίσματος (Διευκρινίστε χρόνια ή μήνες):

Βασικό Κίνητρο Έναρξης του Καπνίσματος: Περιστασιακή/ Κοινωνική χρήση

Διαχείριση άγχους Εργασιακό άγχος Οικογενειακά προβλήματα Πένθος

Θλίψη Κοινωνική απομόνωση Περιέργεια/ Πειραματισμός Άλλο

Κλίμακα Μέτρησης του Άγχους, της Κατάθλιψης και του Στρες (DASS 21)

Παρακαλώ διάβασε την κάθε πρόταση και κύκλωσε έναν αριθμό 0,1,2 ή 3 που δείχνει σε ποιο βαθμό η πρόταση ισχύει για εσένα την τελευταία εβδομάδα. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Μην ξοδεύεις πολύ χρόνο στην κάθε πρόταση.

Βαθμολογήστε με βάση την παρακάτω κλίμακα:

0 = Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα

1= Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό, ή για μικρό χρονικό διάστημα.

2 = Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή για μεγάλο χρονικό διάστημα.

3 = Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές.

1. Δυσκολεύτηκα να ηρεμήσω	0	1	2	3
2. Αντιλήφθηκα ότι το στόμα μου ήταν στεγνό	0	1	2	3
3. Μου φαινόταν ότι δεν μπορούσα να νιώσω καθόλου θετικά συναισθήματα	0	1	2	3
4. Αισθάνθηκα ότι αναπνέω δύσκολα (π.χ. υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, δύσπνοια ενώ δεν υπήρχε φυσική άσκηση)	0	1	2	3
5. Δυσκολεύτηκα να αναπτύξω πρωτοβουλία να κάνω πράγματα	0	1	2	3
6. Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις	0	1	2	3
7. Ένιωσα να τρέμω (π.χ. στα χέρια)	0	1	2	3
8. Ένιωσα ότι ήμουν πολύ νευρικός	0	1	2	3
9. Ανησυχούσα για καταστάσεις στις οποίες μπορεί να με έπιανε πανικός και ένιωθα τον εαυτό μου γελοίο	0	1	2	3
10. Ένιωσα ότι δεν υπήρχε τίποτα που να περιμένω με χαρά	0	1	2	3
11. Ένιωθα τον εαυτό μου να αναστατώνεται	0	1	2	3

12. Δυσκολεύτηκα να χαλαρώσω	0	1	2	3
13. Ένωθα αποθαρρυσμένος και άκεφος	0	1	2	3
14. Ήμουν μη ανεκτικός με οτιδήποτε με εμπόδιζε να συνεχίσω ό,τι έκανα	0	1	2	3
15. Ένωσα ότι βρίσκομαι κοντά στον πανικό	0	1	2	3
16. Δεν μπορούσα να ενθουσιαστώ με οτιδήποτε	0	1	2	3
17. Ένωσα ότι δεν αξίζω πολύ σαν άτομο	0	1	2	3
18. Ένωσα ότι είμαι υπερβολικά ευερέθιστος	0	1	2	3
19. Αντιλήφθηκα τον χτύπο της καρδιάς μου ενώ δεν υπήρχε φυσική άσκηση (π.χ. αίσθηση ότι ο ρυθμός της καρδιάς αυξάνεται, η καρδιά παραλείπει ένα χτύπο)	0	1	2	3
20. Ένωσα τρομαγμένος χωρίς να υπάρχει κάποιος λόγος	0	1	2	3
21. Ένωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα	0	1	2	3

**Κλίμακα Εκτίμησης Βαθμού Εξάρτησης από το Κάπνισμα (Fagerstrom Test For
Nicotine Dependence)**

Η παρακάτω κλίμακα συμπληρώνεται αποκλειστικά από καπνιστές.

1. Πόσο σύντομα μετά το πρωινό ξύπνημα καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;

- Μετά από 60 min
- Μετά από 31-60 min
- Μετά από 6-30 min
- Μέσα σε 5 min

2. Σας είναι δύσκολο να απέχετε από το κάπνισμα σε χώρους όπου είναι απαγορευμένο;

- Όχι
- Ναι

3. Ποιο τσιγάρο δυσκολεύεστε περισσότερο να κόψετε;

- Το πρώτο πρωινό
- Οποιοδήποτε

4. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;

- 10 ή λιγότερα
- 11-20
- 21-30
- 31 ή περισσότερα

5. Καπνίζετε συχνότερα τις πρώτες ώρες μετά το πρωινό ξύπνημα παρά στο υπόλοιπο της ημέρας;

- Όχι
- Ναι

6. Καπνίζετε όταν είστε τόσο άρρωστος, ώστε να χρειάζεται να μείνετε στο κρεβάτι όλη την ημέρα;

Όχι

Ναι