Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Θέμα: «Ο ρόλος του κοινωνικού κεφαλαίου στη σχέση του εφήβου με το κάπνισμα».

Ονόματα Σπουδαστών:

Καραβία Παναγιώτα

Κλεάνθους Παρασκευή

Σάββα Νικολέττα

Υπ. Καθηγήτρια:

κ. Κούτρα Κλειώ

Ηράκλειο, 2008

Αφιέρωση

Στα πλαίσια της ολοκλήρωσης της μελέτης αυτής, η οποία αποτελεί την πτυχιακή μας εργασία, θα θέλαμε να την αφιερώσουμε στους γονείς μας που μας συμπαραστάθηκαν σε όλους τους τομείς κυρίως ψυχολογικά, με υπομονή και επιμονή αλλά και σε αγαπημένα μας πρόσωπα που ήταν δίπλα μας.

Ευχαριστίες

Για την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στους ανθρώπους που συνέβαλαν στην πραγματοποίηση της. Την καθηγήτρια μας κα. Κούτρα Κλειώ, την υπεύθυνη του Γραφείου Διακοπής Καπνίσματος στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου κα. Μητρούσκα Ιωάννα, και το σύνδεσμο ιδιωτικών φροντιστηρίων «Πλάτων»

Περιεχόμενα

Περίληψη

Εισαγωγή

Α. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1ο Κεφάλαιο – Κάπνισμα.

1.1 Τα φυτά του καπνού και η προέλευση τους.
1.1.1 Η αρχή.
1.1.2 Η ανακάλυψη του Νέου Κόσμου.
1.1.3 Η πορεία του καπνού.
1.1.4 Αποκάλυψη των κινδύνων υγείας
1.1.5 Γυναίκες που κερδίζονται από το τσιγάρο.
1.2 Θεωρητικές προσεγγίσεις πρόληψης καπνίσματος.

2ο Κεφάλαιο - Παράγοντες που οδηγούν τους έφηβους στο κάπνισμα.

2.1 Οικογένεια.
2.2 Κυριότεροι παράγοντες που οδηγούν στην διαφοροποίηση των οικογενειακών ρόλων.
2.2.1 Είδη οικογενειών.
2.3 Παρέα εφήβων.
2.4 Διαφήμιση καπνού και εφηβική έναρξη.
2.5 Αποφυγή άγχους.
2.6 Κοινωνικοποίηση.
2.7 Βαρεμάρα.
2.8 Απώλεια βάρους.
2.9 Ευχαρίστηση.
2.10 Ηρεμία.
2.11 Συγκέντρωση.
2.12 Περιέργεια.

3ο Κεφάλαιο - Εθισμός και νικοτίνη.

3.1 Πιθανές επιπτώσεις από την νικοτίνη.
3.2 Η επικινδυνότητα της νικοτίνης.
3.3 Προβλήματα που δημιουργούνται από το κάπνισμα..
3.3.1 Πνεύμονας.
3.3.2 Καρδιακή ανεπάρκεια.
3.3.3 Στοματική κοιλότητα (και φάρυγγας).
3.3.4 Λάρυγγας
3.3.5 Οισοφάγος.
3.3.6 Ουροδόχος κύστη.
3.3.7 Ήπαρ.
3.3.8 Σεξουαλική ανικανότητα ανδρών.
3.4 Εγκυμοσύνη.
3.5 Φυσικές και ψυχολογικές συνέπειες στους καπνιστές.
3.6 Παθητικό Κάπνισμα.

4ο Κεφάλαιο - Πολιτικές υγείας και κάπνισμα.

4.1 Μέτρα και πολιτικές κατά του καπνίσματος στην Ελλάδα.
4.2 Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.
4.2.1 Δραστηριότητες.
4.3 Αγωγή Υγείας.
4.3.1 Ιατρείο Διακοπής καπνίσματος στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠαΓΝΗ).

5ο Κεφάλαιο - Κοινωνικό κεφάλαιο νέοι και κάπνισμα.

5.1 Κοινωνικό Κεφάλαιο.
5.1.1 Τύποι κοινωνικού κεφαλαίου.
5.1.2 Μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου.
5.1.3 Κοινωνικό κεφάλαιο και εκπαίδευση.
5.2 Κοινωνικό κεφάλαιο και νέοι.
5.2.1 Εισαγωγή για την Εφηβεία.
5.2.2 Περίοδοι και φάσεις της εφηβείας.
5.2.3 Αναπτυξιακά επιτεύγματα που αναμένονται από κάθε έφηβο.
5.2.4 Οι έφηβοι με δύσκολο χαρακτήρα.
5.2.5 Επιρροές των εφήβων από την ομάδα των συνομηλίκων.
5.2.6 Επιρροή της οικογένειας στην ζωή του εφήβου.
5.2.7 Το σχολείο στην ζωή του εφήβου.
5.2.7.1 Ο ρόλος του σχολείου, των οργανώσεων και της οικογένειας στην δόμηση του κοινωνικού κεφαλαίου.
Σχολείο και Κοινωνικό Κεφάλαιο.
Εξωσχολικές δραστηριότητες και κοινωνικό κεφάλαιο.
Οικογένεια και Κοινωνικό Κεφάλαιο.
5.2.7.2 Αρχές Κοινωνικού Κεφαλαίου μεταξύ των εφήβων.
5.2.7.3 Κοινωνικό κεφάλαιο και κοινωνικά δίκτυα.
5.3 Κοινωνικό κεφάλαιο και κάπνισμα (πρόσφατες έρευνες).
5.3.1 Εφηβική συμπεριφορά κινδύνου.
5.3.2 Μελέτη συσχέτισης χρήσης μαριχουάνας – τσιγάρου.
5.3.3 Μελέτη συσχέτισης τσιγάρου – εφηβείας.
5.3.4 Συσχέτιση Κοινωνικού Κεφαλαίου – εφήβων.
5.3.5 Συσχέτιση Κοινωνικού Κεφαλαίου – οικογένειας.
5.3.6 Συσχέτιση Κοινωνικού Κεφαλαίου – γειτονίας.
5.3.7 Συσχέτιση Κοινωνικού Κεφαλαίου – καπνίσματος.

Β. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6ο Κεφάλαιο – Ο σκοπός της έρευνας.

6.1 Σκοπός και στόχοι της έρευνας.
6.2 Ερευνητική υπόθεση και ερευνητικά ερωτήματα.

7ο Κεφάλαιο - Μεθοδολογία έρευνας.

7.1 Ερευνητική στρατηγική.
7.2 Στατιστική ανάλυση.
7.3 Ο πληθυσμός και το πλαίσιο της μελέτης.
7.4 Η επιλογή του δείγματος.

7.5 Το ερευνητικό εργαλείο.
7.5.1. Μέσο έρευνας.
7.5.2 Θεματικές ενότητες εργαλείου.
7.5.3 Η δομή του εργαλείου.
7.6 Χρονοδιάγραμμα ενεργειών.

8ο Κεφάλαιο – Παρουσίαση αποτελεσμάτων.

8.1 Αποτελέσματα.
8.1.1 Ατομικές πληροφορίες.
8.1.2 Κοινωνικό Κεφάλαιο.
Α) Συμμετοχή στη κοινότητα.
Β) Social agency or Proactivity in a Social context.
Γ) Εμπιστοσύνη.
Δ) Γειτονιά.
Ε) Οικογένεια και φίλοι.
ΣΤ) Ανοχή στη διαφορετικότητα.
Ζ) Αξία της ζωής.
8.1.3 Οικογένεια.
8.1.4 Κάπνισμα.
8.2 Ανάλυση συσχετίσεων.

9ο Κεφάλαιο – Συζήτηση.

9.1 Συζήτηση.
9.1.1 Ατομικές πληροφορίες.
9.1.2 Κοινωνικό Κεφάλαιο.
Συμμετοχή στη κοινότητα.
Social agency or Proactivity in a Social context.
Εμπιστοσύνη.
Γειτονιά.
Οικογένεια και φίλοι.
Ανοχή στη διαφορετικότητα.
Αξία της ζωής.
9.1.3 Οικογένεια.
9.1.4 Κάπνισμα.
9.2 Συμπεράσματα.
9.3 Προτάσεις.

Βιβλιογραφία

Παράρτημα

Περίληψη

Στην παρούσα μελέτη ερευνήθηκε το κοινωνικό κεφάλαιο και οι δείκτες του σε συσχέτιση με τις ατομικές πληροφορίες των ερωτηθέντων, την οικογένεια και το κάπνισμα και τις απαντήσεις που έδωσαν σχετικά με την οικογένεια και το κάπνισμα.

Μεθοδολογία: το δείγμα αποτέλεσε το σύνολο των μαθητών γυμνασίου που παρακολουθούν μαθήματα στα φροντιστήρια μέσης εκπαίδευσης που είναι εγγεγραμμένα στο σύλλογο ιδιοκτητών φροντιστηρίων «Πλάτων». Για την υλοποίηση της ερευνάς χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο εξέτασε τους εξής τομείς: δημογραφικά στοιχεία, κοινωνικό κεφάλαιο, οικογένεια και κάπνισμα. Το πλήθος των ερωτηθέντων ήταν 290.

Αποτελέσματα: Οι αρχικές μας ερευνητικές υποθέσεις επαληθεύονται μέσα από τα δεδομένα της έρευνας.

Το κοινωνικό κεφάλαιο φαίνεται ότι συσχετίζεται με το κάπνισμα, καθώς οι μαθητές που δεν είχαν πολύ καλή σχέση με την οικογένεια τους, βρέθηκε ότι ήταν πιο επιρρεπής στο ξεκίνημα του τσιγάρου. Ακόμη σημαντικός λόγος έναρξης του καπνίσματος, είναι η περιέργεια που είναι αυξημένη σε αυτή τη διάρκεια ζωής του ανθρώπου και οι παρέες τους, καθώς η επιθυμία τους να ενταχθούν σε ένα άλλο κοινωνικό σύνολο εκτός της οικογένειας τους οδηγεί στην αποδοχή κάποιων στάσεων και νορμών με στόχο την ένταξη σε μια ομάδα συνομηλίκων. Πιο συγκεκριμένα,

- ✓ Το 49,3% των πατέρων, το 31,7 των μητέρων και το 12,8% των αδερφών καπνίζει.
- ✓ Το 35% δηλώνει ότι οι περισσότεροι φίλοι καπνίζουν, το 25% λίγοι και το 20% μερικοί.
- ✓ Το 21,4% δηλώνει ότι καπνίζει.
- ✓ Το 27,4% δοκίμασε πρώτη φορά στα 14 έτη το τσιγάρο, το 16,1% στα 16 και άνω, το 14,5% στα 11, το 12,9% στα 15 και τέλος το 9,7% στα 12.
- ✓ Το 45,5% δήλωσε ότι ξεκίνησε από περιέργεια, το 29,1% λόγω των φίλων, και το 25% για άλλο λόγο.
- ✓ Το 69,6% δήλωσε ότι δεν γνωρίζει η μητέρα ότι καπνίζουν, και αντίστοιχα το 79,2% από τους πατέρες.
- ✓ Το 88,6% γνωρίζει ότι προκαλεί εξάρτηση, το 88,2% ότι είναι επικίνδυνο και το 87,2% ότι είναι αρρώστεια.
- ✓ Το 92,4% αισθάνεται ασφαλές στην γειτονιά του.
- ✓ Το 81,6% έχει πολύ καλές σχέσεις με την οικογένεια του, ενώ το 15,7% μέτριες και το 2,8% κακές.
- ✓ Το 95,2% δήλωσε ότι το κάπνισμα επιδρά στους πνεύμονες και τους βρόγχους, το 81,4% στην καρδιά, το 72,8% στη φυσική κατάσταση, το 27,2% στην όσφρηση και γεύση, το 7,9% στην όραση.

- ✓ Το 84,5% δήλωσε ότι τούς εκτιμούν οι φίλοι τους, ενώ το 15,2% λίγο εώς καθόλου.

- ✓ Το 63,3% πιστεύει ότι οπωσδήποτε αξίζει να ζεις, το 24,6% μάλλον ναι, το 7,3% μάλλον όχι και το 4,8% όχι.

- ✓ Το 72,3% εκφράζει άνετα την αντίθετη γνώμη του, ενώ το 35,8% μάλλον ναι.

- ✓ Το 41,4% δήλωσε ότι καπνίζει λιγότερα από 5 τσιγάρα την ημέρα, το 24,1% από 10-15, το 20,7% από 5-10 και το 13,8% πάνω από 20.

- ✓ Το 40,7 δεν συμμετείχε σε κάποια δραστηριότητα της κοινότητας του τους τελευταίους 6 μήνες, ενώ το 59,3% συμμετείχε από 1 φορά εώς πολύ συχνά.

- ✓ Το 49,8%δεν συμμετέχει σε κανένα διοικητικό συμβούλιο και το 50,2% συμμετέχει σε 1 μέχρι και πάνω από 3.

- ✓ Το 50,2% θεωρεί ότι άνθρωποι είναι άξιοι εμπιστοσύνης, το 25,3% καθόλου και το 17,0% πολύ και το 6,9% πάρα πολύ.

Στην έρευνα μας αυτή συσχετίσαμε το κοινωνικό κεφάλαιο και τους δείκτες του με τις ατομικές πληροφορίες των ερωτηθέντων, την οικογένειας και το κάπνισμα.

Αρνητική ή θετική συσχέτιση: Βρέθηκε ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ του δείκτη κοινωνικού κεφαλαίου και των εφτά υποκατηγοριών του. Επίσης, υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των υποκατηγοριών, εκτός από την «εμπιστοσύνη» και την «οικογένεια και φίλοι».

Συμπεράσματα: Το κοινωνικό κεφάλαιο και το κάπνισμα συσχετίζονται, είναι πραγματικό γεγονός που συμβαίνει βάση αυτών που βρέθηκαν και πρέπει να υπάρξει πρόληψη, για αυτό το φαινόμενο.

Εισαγωγή

Ένας από τους λόγους που μας ώθησε να επιλέξουμε το συγκεκριμένο θέμα είναι ο προβληματισμός μας γύρω από την ολοένα αυξητική τάση, που παρατηρείται σύμφωνα με έρευνες, των εφήβων προς το κάπνισμα. Έπειτα θεωρήσαμε ενδιαφέρον να μελετήσουμε την εφηβεία και μάλιστα τους μαθητές Γυμνασίου που δεν έχουν κατασταλάξει ακόμη στο τι είναι αυτό που θέλουν. Η εφηβεία είναι η περίοδος πειραματισμού, είναι η μετάβαση από τον κόσμο του παιδιού στον κόσμο των ενηλίκων, ο έφηβος ψάχνει να βρει την ταυτότητα του, το «εγώ» του και αρχίζει να διαμορφώνει τη δική του ιδεολογία και φιλοσοφία ζωής.

Καθημερινοί καπνιστές στην Ελλάδα σε ποσοστό 14% είναι δεκαπεντάχρονοι ενώ το 4% των εντεκάχρονων έχει δοκιμάσει τσιγάρο, οι Έλληνες κατέχουν τα πρωτεία στην Ευρώπη στο κάπνισμα. Σύμφωνα με έρευνα του American Lung Association κάθε μέρα κοντά στις 6000 παιδιά κάτω των 18 ετών αρχίζουν το κάπνισμα. Από αυτούς κοντά στις 2000 θα γίνουν συχνοί καπνιστές δηλαδή σχεδόν 800000 ετησίως. Επίσης, σύμφωνα με την ίδια έρευνα ανάμεσα σε μαθητές Γυμνασίου παρουσιάστηκαν οι εξής αυξήσεις, κατά 32% μεταξύ 1991 και 1997, εώς 40% ως το 1997, και το 2004 11.7% σε μαθητές που καπνίζουν.

Σύμφωνα με την έρευνα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) κάθε 6,5 δευτερόλεπτα πεθαίνει ένας άνθρωπος λόγω της βλαβερής συνήθειας του καπνίσματος. Ειδικότερα 3,5 εκατομμύρια θάνατοι καταγράφονται ετησίως στο κόσμο που σχετίζονται άμεσα με την χρήση καπνού, ενώ εκτιμάται ότι 10000 ετησίως χάνουν καθημερινά τη ζωή τους στον πλανήτη εξαιτίας του καπνίσματος. Σύμφωνα με την έρευνα της Παγκόσμιας Υγείας (ΠΟΥ) το 84% του συνολικού πληθυσμού των καπνιστών ζει στις υπανάπτικτες χώρες, όπου οι εκστρατείες κατά του καπνίσματος είναι ανύπαρκτες.

Παρακάτω θα ερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν και οδηγούν τον έφηβο/ή στο κάπνισμα. Εν κατακλείδι οι προβληματισμοί μας περιστρέφονται τριγύρω από την μη υπογραφή μνημονίου συνεργασίας μεταξύ του Υπουργείου Παιδείας, του Υπουργείου Υγείας και του Ο.ΚΑ.ΝΑ. (Οργανισμός Κατά Των Ναρκωτικών) αυτό υφίσταται από το 2004 όπου και δεν επιτρέπεται πλέον η πρόσβαση Κέντρων Πρόληψης στα σχολεία. Αυτό αποτελεί κατασταλτικό παράγοντα, και έχει ως αποτέλεσμα την αυξητική τάση των εφήβων προς το κάπνισμα, αφού δεν υπάρχει ενημέρωση και ευαισθητοποίηση για το συγκεκριμένο θέμα.

Το κοινωνικό κεφάλαιο είναι η ύπαρξη ισχυρών ή όχι κοινωνικών δικτύων, το αίσθημα του ανήκειν στην κοινότητα, αισθήματα εμπιστοσύνης και ασφάλειας και συμμετοχής στην κοινότητα διευκολύνοντας το συντονισμό και τη συνεργασία προς το κοινό καλό. Το κοινωνικό κεφάλαιο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην απόφαση και στη έναρξη του καπνίσματος. Οι έφηβοι θεωρούν ότι προκειμένου να ανήκουν σε μια ομάδα πρέπει να αποκτήσουν τις συνήθειες της ομάδας αυτής, το οικογενειακό περιβάλλον ίσως επηρεάζει αρνητικά την απόφαση των εφήβων να γίνουν καπνιστές, στις περιπτώσεις ειδικά που οι γονείς καπνίζουν.

Το αίσθημα του ανήκειν στην κοινότητα αναφέρεται στα συναισθήματα του κάθε ανθρώπου να ανήκει σε μια ομάδα (παρέα). Η απουσία του αισθήματος του ανήκειν έχει βρεθεί ότι προκαλεί συναισθήματα αλλοτρίωσης, απομόνωσης και μοναξιάς ενώ αντίθετα ισχυρό αίσθημα του ανήκειν στην κοινότητα έχει συνδεθεί με μια σειρά θετικών εκβάσεων συμπεριλαμβανομένης της βελτιωμένης ευημερίας, της ενδυνάμωσης, της αποτελεσματικότητας, της ικανοποίησης από τη ζωή και της ευτυχίας.(1)

Στην έρευνα αυτή, θα εξετασθεί η συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με την εφηβεία, την οικογένεια, τη γετονιά και το κάπνισμα, όπως επίσης και η συσχέτιση του τσιγάρου με την εφηβεία. Εν κατακλείδι, θα ακολουθήσει μία σειρά από προτά-

σεις στις οποίες σημαντική θα είναι η αναφορά στην αναζωπύρωση των οικογενειακών σχέσεων και της γειτονιάς, στην προβολή προτύπων που να οδηγούν τους εφήβους σε υγιής συμπεριφορές, στην ευαισθητοποίηση της κοινότητας με στόχο, αλλά και απώτερο σκοπό την πρόληψη και όχι την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Στο πρώτο μέρος το θεωρητικό θα ασχοληθούμε με τα εξής θέματα. Στο πρώτο κεφάλαιο με το κάπνισμα, όπου αναφέρεται η ιστορική αναδρομή και οι θεωρητικές προσεγγίσεις πρόληψης του καπνού. Στο δεύτερο κεφάλαιο θα αναλυθούν οι σημαντικότεροι παράγοντες που οδηγούν τους έφηβους στο κάπνισμα. Στο τρίτο κεφάλαιο θα ασχοληθούμε με τον εθισμό και την νικοτίνη, ειδικότερα ποιες είναι οι επιπτώσεις της νικοτίνης και ποια η επικινδυνότητα της και ποια είναι τα προβλήματα που δημιουργούνται από το κάπνισμα. Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται μία αναφορά στις πολιτικές υγείας που ακολουθούνται από το Υπουργείο Υγείας όσον αφορά το κάπνισμα και τα μέτρα αγωγής υγείας που θα μπορούσε να λεχθεί ότι βρίσκονται σε εκκολαπτόμενο στάδιο, στη παρούσα στιγμή. Στο πέμπτο κεφάλαιο θα προσεγγίσουμε την έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου και θα προσπαθήσουμε να προβάλουμε την σημαντικότητα του αναλύοντας το και συσχετίζοντας το με την οικογένεια, τους εφήβους, τη γειτονιά και το κάπνισμα, έτσι ώστε να γίνει φανερό πόσο ιδιαίτερη και αναγκαία είναι η ανάπτυξη ισχυρών κοινωνικών σχέσεων, καθώς οδηγούν στην ανάπτυξη, στην ενδυνάμωση της κοινωνίας, αλλά και στην ευημερία αυτής με αποτέλεσμα το ευ ζην κάθε πολίτη της.

Έπειτα συνεχίζουμε με το δεύτερο μέρος στο οποίο καταγράφεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε και αμέσως μετά θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της έρευνας.

Α ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1ο Κεφάλαιο - Κάπνισμα.

1.1 Τα φυτά του καπνού και η προέλευση τους.

Τα φυτά του καπνού χρησιμοποιούνται από τους αρχαίους χρόνους στην Κεντρική και Νότια Αμερική, δεν εμφανίζονται φυσικά αλλά είναι ένα προϊόν της ανθρώπινης καλλιέργειας. Είναι της ίδιας οικογένειας με την πατάτα, την ντομάτα, τη μελιτζάνα, το πιπέρι, την πετούνια και το δηλητηριώδες νυχτολούλουδο, ένα εξαιρετικά θανατηφόρο φυτό. Όλα ανήκουν στην οικογένεια των φυτών Solanaceae (οικογένεια night-shade) και το προϊόν που κατασκευάζεται από το φύλλο του χρησιμοποιείται στα πούρα, τα τσιγάρα, τον ταμπάκο, και τον καπνό σωλήνων και μασήματος. Είναι ένα υβρίδιο Nicotiana των sylvestris και Nicotiana του tomentosifosa. Οι εγκαταστάσεις καπνού χρησιμοποιούνται επίσης σε βιομηχανικές εγκαταστάσεις. Το γένος Nicotiana περιλαμβάνει περίπου 100 είδη, από τα οποία μόνο δύο έχουν καλλιεργηθεί σε ευρεία κλίμακα, η Nicotiana Tabacam και η Nicotiana rustica. Από αυτά η Nicotiana Tabacam είναι ο κυρίαρχος τύπος για παραγωγή τσιγάρων και καπνού. Η Nicotiana rustica (αναπτύχθηκε αργότερα στη Ρωσία με ονομασία machorka) ήταν η ποικιλία που καλλιεργήθηκε στη Βόρεια Αμερική και αυτή έχει την πιο υψηλή περιεκτικότητα σε νικοτίνη από όλα τα άλλα φυτά καπνού. Η περιεκτικότητα σε νικοτίνη των φύλλων του καπνού αυξάνεται, εάν ο κύριος μίσχος των φυτών και οι πλευρικοί βλαστοί τους αφαιρούνται (μια διαδικασία γνωστή ως «κάλυμμα και απορρόφηση»), και η ξήρανση βελτιώνει τη γεύση των φύλλων. Ο χυμός των ασβεστών χρησιμοποιείται για να ενισχύσει τη γεύση κάποιων ποικιλιών καπνού. [(5)] Ο rustica είναι ήπιος-αρωματικός, είδος γρήγορου-καψίματος, ήταν ο καπνός που παράχθηκε αρχικά στη Βιρτζίνια, αλλά παράγεται τώρα κυρίως στην Τουρκία, την Ινδία, και τη Ρωσία. Η νικοτίνη αλακαλοειδών είναι το χαρακτηριστικότερο συστατικό του καπνού και είναι αρμόδια για την εθιστική φύση της. Τα πιθανά επιβλαβή αποτελέσματα της νικοτίνης, των πισσωδών ενώσεων, και του μονοξειδίου του άνθρακα στον καπνό τσιγάρου ποικίλλουν ανάλογα με την ανοχή του ατόμου. [(6)] Το όνομά του το οφείλει στο Γάλλο πρεσβευτή Jean Nicot, ο οποίος τον εισήγαγε και τον διέδωσε στη Γαλλία το 1560. Ο σπόρος του καπνού είναι πολύ μικρός. Μία ουγγιά δείγματος περιέχει περίπου 300.000 σπόρους, βρίσκεται στη τροπική Αμερική, όπως και οι περισσότερες εγκαταστάσεις της nicotiana, αλλά από πόσο καιρό έχει καλλιεργηθεί στις άγρια περιοχές δεν είναι γνωστό.

1.1.1 Η αρχή.

Πιστεύεται ότι ο καπνός άρχισε να φυτρώνει στην Αμερική περίπου το 6000 π.Χ. Ήδη πριν την εποχή του Χριστού, οι Ινδιάνοι της Αμερικής είχαν αρχίσει να χρησιμοποιούν τον καπνό με πολλούς διαφορετικούς τρόπους, όπως σε θρησκευτικές και ιατρικές πρακτικές. Ο καπνός θεωρήθηκε πανάκεια και χρησιμοποιήθηκε για την επικάλυψη πληγών και ως παυσίπονο. Το μάσημα του καπνού πίστευαν ότι ανακούφιζε τον πονόδοντο. Όταν οι εξερευνητές έφθασαν στο Νέο Κόσμο, οι ιθαγενείς Ινδιάνοι καλλιεργούσαν και χρησιμοποιούσαν ήδη τον καπνό αιώνες. Τον χρησιμοποιούσαν σε θρησκευτικές τελετές για να επικοινωνούν με τα πνεύματα. Επίσης ήταν απαραίτητο στοιχείο σε περιπτώσεις σύναψης ειρήνης - είναι γνωστή η πίπα της ειρήνης - καθώς και όταν γίνονταν νέες συμφωνίες. Τον καπνό τον εισέπνεαν από καιόμενα φύλλα, ενώ άλλος τρόπος ήταν να εισπνέουν σκόνη καπνού.

Πολλές φορές χρησιμοποιούσαν μία ξύλινη σύριγγα σε σχήμα διχάλας (Y), ώστε από τα δύο άκρα, τα οποία ήταν τυλιγμένα με φύλλο αραβοσίτου, να εισπνέουν. Εν αντιθέσει με τους ιθαγενείς, οι οποίοι χρησιμοποιούσαν τον καπνό για "ιερούς" σκο-

πούς, όπως αυτούς που αναφέρθηκαν αλλά και για άλλους, όπως π.χ. για να ενισχύσουν τη γονιμότητα, να προβλέψουν τον καιρό, να πάρουν αποφάσεις σε πολεμικά συμβούλια ή να γίνουν "άξιοι ενοράσεων", οι Ευρωπαίοι τον χρησιμοποιούσαν κυρίως επειδή τον απολάμβαναν και όχι σε τελετές. Βέβαια γρήγορα υπέστησαν τις εθιστικές ιδιότητές του χωρίς όμως να έχουν συναίσθηση αυτού του γεγονότος.. Οι εξερευνητές στην αρχή έβλεπαν τους ιθαγενείς να καπνίζουν κι αυτό τους προκαλούσε τρόμο. Ήταν γι' αυτούς πρωτόγνωρο και λίγο πολύ ήταν σαν να τους έβλεπαν να καταπίνουν φωτιά. Όμως, και έμαθαν να καπνίζουν, και μετέφεραν τον καπνό στην Ευρώπη.

1.1.2 Η ανακάλυψη του Νέου Κόσμου.

Για προφανείς λόγους, εώς ότου ο Κολόμβος πήγε στο Σαν Σαλβαδόρ το 1492, τα φυτά του καπνού δεν προσέλκυσαν το ενδιαφέρον των Ευρωπαίων, αν και μπορεί να διαπιστωθεί ότι οι ινδιάνοι χρησιμοποίησαν το παγκόσμιο καπνό για να περιγράψουν την πίπα που χρησιμοποιήθηκε για το κάπνισμα παρά τα ίδια τα φυτά. [(7)] Στις 15 Οκτωβρίου 1492, προσφέρθηκε στο Χριστόφορο Κολόμβο σα δώρο αποξηραμένος καπνός από τους Ινδιάνους της Αμερικής που συνάντησε. Σύντομα μετά οι ναύτες έφεραν τον καπνό στην Ευρώπη και το φυτό άρχισε να καλλιεργείται σε όλη την ήπειρο. Ο κύριος λόγος προτίμησης καλλιεργειών του καπνού στην Ευρώπη ήταν οι υποτιθέμενες θεραπευτικές του ικανότητες. Οι Ευρωπαίοι πίστευαν ότι μπορούσε να θεραπεύσει σχεδόν τα πάντα, από κακοσμία μέχρι καρκίνο. Πρώτοι οι Ισπανοί μετέφεραν τον καπνό στην Ευρώπη το 1519. Στη Γαλλία μεταφέρθηκε το 1560. Στην Ιταλία καλλιεργήθηκε το 1575. Οι Σάξωνες καλλιέργησαν τον καπνό το 1613. Στην Ολλανδία καλλιεργήθηκε το 1615. Στην Ελλάδα μεταφέρθηκε ο καπνός στα τέλη του 16ου αιώνα. Στα μέσα του 17ου αιώνα ο καπνός ήταν γενικά διαδεδομένος στη Δύση. [(3)]

Το 1571, ένας Ισπανός γιατρός, ο Nicolas Monardes έγραψε ένα βιβλίο σχετικά με την ιστορία των χρησιμοποιημένων στην ιατρική φυτών του νέου κόσμου, στο οποίο υποστήριζε ότι ο καπνός μπορούσε να θεραπεύσει 36 προβλήματα υγείας. Το 1588, ο Thomas Harriet προώθησε το κάπνισμα του καπνού ως τον τρόπο προμήθειας της καθημερινής δόσης του, σε αντιδιαστολή με το μάσημα ή την εισπνοή του από τη μύτη. Δυστυχώς, πέθανε από καρκίνο της ρινός (επειδή αυτός συνήθιζε να "ρουφά" τον καπνό από την μύτη). [(3)]

Γύρω στο 1600, ο καπνός ήταν τόσο δημοφιλής που χρησιμοποιήθηκε ως μέσον συναλλαγής, θεωρούμενος μάλιστα ισάξιος του χρυσού, ή του αργύρου. Για να αγοράσει κανείς καπνό στην Αγγλία έπρεπε να βάλει στον ένα δίσκο της ζυγαριάς ασημένια νομίσματα και στον άλλο καπνό, δηλαδή αγόραζε καπνό ισοβαρώς με το ασήμι. Οι άνθρωποι που κάπνιζαν, στην αρχή τουλάχιστον, αποτελούσαν αξιοπερίεργο θέαμα. Ακολουθούνταν και παρατηρούνταν στο δρόμο, ως σαν έτρωγαν ή έπιναν φωτιά. Το κάπνισμα έγινε κάτι που έκαναν μόνο πλούσιοι αριστοκράτες, ήταν κάτι ακραίο, σαν να κρεμούσαν στη γλώσσα ένα χαλκά, θεωρήθηκε δε ένδειξη σκληρού ανδρισμού. Οι νοτιότερες αμερικανικές αποικίες συν τω χρόνω, είχαν σαν κύριο έσοδο για την επιβίωσή τους την πώληση καπνού. Σε δυο θεμέλια στηρίζονταν και αυτά ήταν, οι σκλάβοι που μετέφεραν βιαίως από την Αφρική για να καλλιεργούν τον καπνό και οι «Ευρωπαίοι σκλάβοι» της καπνιστικής έξης. Προοδευτικά το κάπνισμα, μέσα σε ένα αιώνα από την ανακάλυψη της Αμερικής από τον Κολόμβο, έγινε παγκόσμια κουλτούρα, φαινόμενο πραγματικά μοναδικό. Τα αίτια του φαινομένου αυτού δεν οφείλονται αποκλειστικά στις εθιστικές ιδιότητες της νικοτίνης αλλά και σε ένα πολιτισμικό εποικοδόμημα, που πολύ γρήγορα αναπτύχθηκε γύρω από αυτό. [(3)]

Την ίδια εποχή κάποιες από τις δυσάρεστες συνέπειες του καπνού άρχισαν να γίνονται συνειδητές σε μεμονωμένα άτομα. Το 1610, ο Sir Francis Bacon σημείωνε ότι

η προσπάθεια να σταματήσει την κακιά συνήθεια ήταν πραγματικά πολύ δύσκολη. Το 1632, στη Μασαχουσέτη απαγορεύτηκε το δημόσιο κάπνισμα, αν και αυτό σχετιζόταν περισσότερο με την ηθική της εποχής, παρά με τις ιατρικές ανησυχίες σχετικά με τις προκαλούμενες βλάβες. (3)

1.1.3 Η πορεία του καπνού.

Το κάπνισμα είναι γνωστό στον άνθρωπο τουλάχιστον από το 3000 π.Χ., από όταν οι Αιγύπτιοι έκαιγαν γλυκά χόρτα και τα θυσίαζαν στους θεούς τους. Στην αρχαία Ελλάδα από το 700-600 π.Χ. η ιέρεια των χρησμών στους Δελφούς λέγεται ότι προφήτευε καθώς ήταν ζαλισμένη από τους ατμούς που εξέρχονταν από μια σχισμή των βράχων κάτω από τα πόδια της. Μετέπειτα οι Έλληνες άρχισαν να προσφέρουν λιβάνι στους βωμούς τους.

Στην αρχή της χριστιανικής εποχής σύμφωνα με το Ρωμαίο Πλίνιο τον Πρεσβύτερο στο "Naturalis Historiae" η εισπνοή καπνού από καιόμενη γούνα λαγού συστηνόταν ως αποχρεμπτικό, ο καπνός από καιόμενο κατσικίσιο κέρατο χρησιμοποιήθηκε για τη διάγνωση της επιληψίας, ενώ ο εισπνεόμενος καπνός (μέσω ενός καλαμιού) αποξηραμένης κοπριάς βοδιού, θεωρήθηκε θεραπευτικός για πολλές αρρώστιες. (3)

Είναι ευρέως γνωστό ότι η γενέτειρα του καπνού, ένα φυτό που ανήκει στο είδος Nicotiana (συγκεκριμένα Nicotiana Tabacum και Nicotiana Rustica) είναι κάπου στην αμερικανική ήπειρο. Πώς και πότε πρώτο ανακαλύφτηκε είναι άγνωστο. Πιθανώς ένας ιθαγενής μαγειρεύοντας φαγητό πάνω σε ένα φύλλο πάνω από φωτιά παρατήρησε ότι ανάδιδε ένα ιδιαίτερα ελκυστικό άρωμα και πήρε την πρώτη του εισπνοή. Στη συνέχεια είναι πιθανό να πέταξε το φαγητό μακριά και να κάπνισε κανονικά.

Αυτό που είναι σίγουρο, είναι ότι το κάπνισμα του καπνού γινόταν από τους πρώτους Μάγια πιθανότατα στην περιοχή Ταμπάσκο στο Μεξικό στα πλαίσια θρησκευτικών τελετών. Από ιστορικά στοιχεία φαίνεται ότι την εποχή του Χριστού, οι φυλές του νότιου Μεξικού κάπνιζαν πρωτόγονα τσιγάρα. Αφού δεν είχαν χαρτί τύλιγαν τον καπνό σε φύλλα φοίνικα ή καλαμποκιού και στη συνέχεια το έβαζαν σε μπαμπού ή απλώς τύλιγαν φύλλα καπνού. Στους επόμενους αιώνες το κάπνισμα φύλλων καπνού απλώθηκε σε όλη την περιοχή του Μεξικού και στις Αντίλλες. Έγινε ακόμα πιο δημοφιλές όταν οι φυλές που ήδη κάπνιζαν μετανάστευσαν βόρεια ηπειρωτικά στην κοιλάδα του Μισισιπή και στη Βραζιλία. Οι Ινδιάνοι ακόμα πιο βόρεια έφτιαχναν πίπες, κάποιες όμοιες με τις σημερινές, άλλες με σχήμα Υ, όπου τα άκρα τοποθετούνταν στα ρουθούνια. Επίσης, άλεθαν τον καπνό με άλλα φυτά για να ενισχύσουν τη γεύση του. (3)

Ένας ινδιάνικος μύθος λέει ότι πολύ πριν φτάσει ο λευκός, υπήρχε μεγάλη πείνα σε όλη τη χώρα. Όλες οι φυλές συγκεντρώθηκαν σε συμβούλιο και κάλεσαν το μεγάλο πνεύμα Μανιτού για βοήθεια. Σε απάντηση ένα όμορφο και γυμνό κορίτσι κατέβηκε από τα σύννεφα. Κάθισε στο έδαφος μπροστά στους ανθρώπους και ανακοίνωσε ότι είχε έρθει για να φέρει φαγητό. Στη συνέχεια επέστρεψε στον ουρανό. Όπου είχε ακουμπήσει τη δεξιά της παλάμη, φύτρωσε καλαμπόκι και την αριστερή της, πατάτες. Εκεί, όμως, όπου κάθισε, φύτρωσε καπνός. (3)

Στη Νότια Αμερική οι Αζτέκοι κάπνιζαν και εισέπνεαν καπνό. Στην υπόλοιπη αμερικανική ήπειρο τον καπνό τον μασούσαν, τον έτρωγαν, τον κάπνιζαν, ή έτριβαν μ' αυτόν το σώμα τους. Φυσικά, η χρήση του καπνού ήταν δημοφιλής πολύ πριν οι Ευρωπαίοι φτάσουν για να διεκδικήσουν το Νέο Κόσμο τους. Ο Μοντεζούμα ΙΙ (1446-1520 μ.Χ.), ο τελευταίος Αζτέκος αυτοκράτορας του Μεξικού λέγεται ότι συνήθιζε να καπνίζει πίπα πριν το δείπνο.

Μερικοί ιστορικοί υποστηρίζουν ότι οι Κινέζοι εφηύραν την πίπα και ότι οι Ασιάτες κάπνιζαν πολύ πριν τη χριστιανική εποχή, αλλά κάπνιζαν χορτάρι και όχι καπνό, ο

οποίος δε φύτρωνε πουθενά αλλού εκτός από την Αμερική, πριν τον Κολόμβο. Για τους Ευρωπαίους, η ιστορία με τον καπνό ξεκίνησε στις 12 Οκτωβρίου 1492, όταν ο Χριστόφορος Κολόμβος έφτασε σε ένα νησί που οι κάτοικοί του το ονόμαζαν Guanahani και το οποίο στη συνέχεια ονομάστηκε San Salvador. Οι ιθαγενείς είπαν στον Κολόμβο για ένα ακόμα μεγαλύτερο νησί κοντά, το οποίο δεν ήταν άλλο από την Κούβα στην οποία έφτασε στις 28 Οκτωβρίου 1492. Μη γνωρίζοντας τι να περιμένει έστειλε δύο από τους συντρόφους του τον Rodriguo de Jerez και τον Luis de Torres, να ανιχνεύσουν την περιοχή. Στο ημερολόγιό του ο Κολόμβος αναφέρει ότι «οι δύο Ισπανοί κονκισταδόρες συνάντησαν πολλούς άντρες και γυναίκες που περπατούσαν ενώ κρατούσαν κάτι που καιγόταν σιγά - σιγά φτιαγμένο από κάποιου είδους φυτό, του οποίου τον καπνό εισέπνεαν». Την ίδια μέρα ο Rodriguo de Jerez πήρε την πρώτη του διστακτική εισπνοή από την πρώτη έκδοση του τσιγάρου στο Νέο Κόσμο, του οποίου η διάμετρος υπολογιζόταν να είναι όσο η διάμετρος ενός αντρικού χεριού και έγινε ο πρώτος Ευρωπαίος καπνιστής στην Ιστορία. (3)

Όταν ο Κολόμβος και το πλήρωμά του επέστρεψαν με μερικά φύλλα καπνού ο Rodriguo, οποίος είχε συνηθίσει να καπνίζει ένα πούρο την ημέρα έκανε το λάθος να καπνίσει δημόσια. Αμέσως μπήκε φυλακή για 3 χρόνια από την ισπανική Ιερά Εξέταση και ήταν το πρώτο θύμα των αντικαπνιστών. (3)

Το1497, ο Romano Pane, μοναχός που συνόδευε τον Κολόμβο στο δεύτερο ταξίδι του (με την εντολή του Πάπα Αλεξάνδρου VI) έγραψε το πρώτο κείμενο για το κάπνισμα στη Ευρώπη, το "De insularium ribitus". Το 1512, η Πορτογαλία ήταν η πρώτη ευρωπαϊκή χώρα που καλλιέργησε καπνό. Μέχρι το 1558, ο καπνός βρισκόταν στις αγορές της Λισαβόνας. Το 1519, ο Ισπανός κατακτητής του Μεξικού Hernando Cortes (1485-1547), βρήκε τους Αζτέκους, οι οποίοι κάπνιζαν και, όχι απαραίτητα γι' αυτό, αλλά κατέστρεψε την αυτοκρατορία τους. Ο Fernandez de Oviedo y Valdes, ένας παλιός γνώριμος του Κολόμβου, φέρνει τα πρώτα φύλλα καπνού στην Ευρώπη και παρατηρεί στο "Historia general y natural de law Indias": «Γνωρίζω ότι κάποιοι Χριστιανοί έχουν ήδη υιοθετήσει τη συνήθεια του καπνίσματος, ειδικά όσοι έχουν κολλήσει σύφιλη, γιατί υποστηρίζουν ότι στην κατάσταση ευφορίας που προκαλείται από τον καπνό δεν αισθάνονται πια πόνο». (3)

Για χρόνια πιστευόταν ότι ο Jean Nicot, ο Γάλλος πρέσβης στην Πορτογαλία έφερε τα πρώτα φυτά στη Γαλλία από τη Λισαβόνα το 1559 και τα προσέφερε στον Καρδινάλιο της Λωρραίνης για τους κήπους του. Πρόσφατα, οι ιστορικοί άλλαξαν γνώμη και αποφάσισαν ότι στην πραγματικότητα ήταν ο "επαναστάτης" μοναχός Andre Thevet της Angouleme, που άρχισε να φέρνει καπνό από τη Βραζιλία το 1556. Ο Nicot είναι όμως αυτός που έδωσε το όνομά του στη νικοτίνη, που αναφέρεται στα λεξικά ως «η εθιστική ουσία που περιέχεται στον καπνό». (3)

Το 1560 περίπου, ο καπνός εισάγεται στην Ολλανδία από τη Γαλλία και φτάνει στη Ρώμη. Το1560 ο Sir John Hawkins (1532-1595), ο πρώτος Άγγλος δουλέμπορος, που έκανε τρεις εξορμήσεις στην Αφρική παρατήρησε στο δεύτερο ταξίδι του (1564 - 1565) το κάπνισμα των ιθαγενών της Φλόριδα. Στην Αγγλία θεωρήθηκε ότι τον καπνό εισήγαγε ο Sir Walter Raleigh (1552-1618). Αυτό δεν είναι αληθές, το αληθές είναι ότι ο ίδιος έκανε τον καπνό δημοφιλή στην αυλή της Ελισσάβετ Ι. Εκείνη την εποχή ήταν έφηβος και δεν είχε ασχοληθεί ακόμα με τη θάλασσα. Όποιος και αν ήταν όμως υπεύθυνος για την εισαγωγή (και ο Hawkins είναι μάλλον ο ένοχος) ήταν αυτή την εποχή, όπου λίγος καπνός φτάνει στην Αγγλία και τον καπνίζουν οι καπετάνιοι στους δρόμους του Λονδίνου προκαλώντας το θαυμασμό των ανθρώπων που μαζεύονταν να δουν το παράξενο θέαμα. (3)

Το1570, ο καπνός καλλιεργείται επιτυχώς στη Γερμανία και στην Ελβετία και σαν ιατρικό βότανο στην Αυστρία και στην Ουγγαρία. Το 1571, ο Ισπανός Nicolas Monardes, ένας παθολόγος στο πανεπιστήμιο της Σεβίλλης, έγραψε μια πραματεία

για την ιατρική χρήση του καπνού, και η επιτομή του πολύ γρήγορα μεταφράστηκε σε άλλες γλώσσες. [8] Το 1573, ο καπνός έφθασε στο αγγλικό δικαστήριο της βασίλισσας Elizabeth I. [9] Το 1575, η χρήση του καπνού απαγορεύεται στις εκκλησίες της Αμερικής, αν και το εκκλησίασμα και τότε όπως και τώρα, συνέχιζε να κατακλύζεται από τις αναθυμιάσεις του λιβανιού. Το1580 περίπου, ο καπνός φτάνει για πρώτη φορά στην Τουρκία και στην Πολωνία. Το 1585 περίπου, ο Sir Walter Raleigh, που ήταν βαρύς καπνιστής πίπας, λέγεται ότι επισκέφτηκε τον Ουίλιαμ Σαίξπηρ στο σπίτι του στο Λονδίνο, αν και δεν υπάρχει απόδειξη ότι ο μεγάλος συγγραφέας κάπνιζε ούτε και κάποιο από τα πρόσωπα στα έργα του. [3]

Η χρήση του καπνού απαγορεύτηκε σε πολυάριθμες χώρες (Τουρκία, Ρωσία, πόλη του Βατικανού, Γερμανία). Ο James VI, βασιλιάς της Σκωτίας από το 1567 και από το 1603 στο Neverheless, ο τώρα βασιλιάς James I της Αγγλίας ξεκίνησε στη Βρετανία την πρώτη αντικαπνιστική καμπάνια με τη διάσημη πραγματεία του «Ένα αντίθετο φύσημα στον καπνό» ("A Counterblaste to Tabacco") στην οποία μίλησε ενάντια στην καλλιέργεια του καπνού. Την ίδια εποχή, ο James I χρειαζόταν χρήματα και ανακάλυψε πόσο εύκολο ήταν να φορολογήσει τον εισαγόμενο καπνό, έτσι έγινε διακαής πρωτοπόρος του εμπορίου καπνού και μέσω των δασμών απέκτησε ένα ιδιαίτερο οικονομικό εισόδημα. [10] Το 1608, μείωσε το δασμό σε ένα σελίνι αναθέτοντας τη συλλογή του σε έναν εραστή του. Το 1615, έκανε την εισαγωγή του καπνού βασιλικό μονοπώλιο κατά παράβαση του νόμου που είχε αυστηρά θεσπιστεί το 1602 και μέσα σε ένα χρόνο πήρε 14.000 λίρες. [3]

Στο μεταξύ, οι Άγγλοι άποικοι της Βόρειας Αμερικής συνειδητοποίησαν ότι η καλλιέργεια καπνού για εξαγωγή ήταν επικερδής. Η πρώτη γνωστή εμπορική αποστολή στην Αγγλία το 1613 έτυχε αρνητικής υποδοχής, καθώς η Nicotiana rustica της Virginia ήταν κλάσεις κατώτερη του καπνού από τις ισπανικές φυτείες. Στη Ρωσία ο Michael Feodorovich, ο πρώτος Ρομανώφ τσάρος, διακήρυξε ότι ο καπνός αποτελεί θανάσιμη αμαρτία και απαγόρευσε την κατοχή του για οποιαδήποτε χρήση. Ιδρύθηκε Δικαστήριο Καπνού και οι συνηθισμένες του τιμωρίες ήταν σχίσιμο των χειλιών ή ένα τρομερό και μερικές φορές θανάσιμο μαστίγωμα. Κάποιες φορές οι ένοχοι ευνουχίζονταν ή αν ήταν πλούσιοι εξορίζονταν στη Σιβηρία και δημεύονταν οι περιουσίες τους. Λίγα χρόνια αργότερα στην Τουρκία, Περσία και Ινδία, η θανατική ποινή συστήνονταν ως η θεραπεία για το κάπνισμα. [3]

Το ισπανικό μονοπώλιο καπνού έσπασε, όταν οι Άγγλοι τοποθέτησαν σπόρους που είχαν αποκτήσει από την Βιρτζίνια, και ο James I έθεσε απαγόρευση στις εισαγωγές από την Ισπανία για να ενθαρρύνει τη παραγωγή της χώρας του.(11) Από το 1614, υπήρξαν ήδη περισσότερες από 7.000 λιανικές έξοδοι καπνού στο Λονδίνο.(9) Το1616, οι Ελβετοί αρχίζουν να καπνίζουν. Η Virginia εξάγει 3000 pounds (1500 κιλά περίπου) καπνού στο Λονδίνο, πολύ λίγα σε σχέση με τα 53000 pounds (2650 κιλά) της Ισπανίας. Δύο χρόνια αργότερα, η Virginia έστελνε 19000 pounds (9500 κιλά). Μέχρι το 1620, η αύξηση έφτασε στα 25000 pounds (12500 κιλά) και οι άποικοι σχημάτισαν τόσο εμπορικές όσο και πολιτικές συμμαχίες με την Αγγλία. Σύντομα ο καπνός της Virginia ήταν πιο δημοφιλής από τον ισπανικό. [3]

Το 1618 ο Raleigh, που ανακάλυψε και ίδρυσε την αποικία καπνού στη Virginia της Αμερική, εκτελέστηκε. Λέγεται ότι κατά την εκτέλεσή του το τσιγάρο ήταν ακόμα στο στόμα του. Το 1619, ο James I σκλήρυνε το βασιλικό του μονοπώλιο με το να απαγορεύσει την καλλιέργεια του καπνού γύρω από το Λονδίνο. Την επόμενη χρονιά επέκτεινε την απαγόρευση και στην υπόλοιπη Αγγλία. Ο Charles I, ο γιος του James, είχε την ίδια αντιπάθεια για τον καπνό με τον πατέρα του και δεν επέτρεπε σε κανένα από τους αυλικούς του να καπνίζει παρουσία του. Αλλά λόγω των οικονομικών κερδών συνέχισε το μονοπώλιο. Το 1633, επέτρεψε την άδεια λιανικής πώλησης. [3]

Το 1618-1648, το κάπνισμα πίπας γίνεται δημοφιλές και εξαπλώνεται από τον Τριακονταετή Πόλεμο. Το 1620 περίπου, η Ιαπωνία απαγορεύει το κάπνισμα για πρώτη φορά. Σήμερα έχει ένα από τους μεγαλύτερους αριθμούς ενηλίκων καπνιστών στον κόσμο, όπως και η Ελλάδα. Το1622, όλο και περισσότεροι συγγραφείς εξυμνούν τον καπνό σα μια παγκόσμια συνταγή για τις αρρώστιες. Το 1629, ο Γάλλος καρδινάλιος Richelieu (1585-1642), πάντα σε αναζήτηση νέων εσόδων, φορολόγησε τον καπνό. Το1630, οι Σουηδοί αρχίζουν το κάπνισμα, αλλά είναι πολύ αργά για τους Βίκινγκς, που χωρίς αμφιβολία θα απολάμβαναν το κάπνισμα μετά τους βιασμούς και τις λεηλασίες μεταξύ του 8ου και τα μέσα του 11ου αιώνα. Μετά το 1630, η πολιτική απαγόρευσης για τα αγαθά καπνού αποτέλεσε μία φορολογική πολιτική, μία από τις πρώτες προσπάθειες για έμμεση απαγόρευση. (11) Το1642, ο Πάπας Urban VIII έβγαλε παπικό ανάθεμα εναντίον του καπνίσματος στις εκκλησίες της Σεβίλλης. Το1648, οι αντικαπνιστές αυξάνονται στην Ευρώπη και οι περισσότεροι συγγραφείς είναι τώρα εχθρικοί απέναντί του. Το 1650, οι Αυστριακοί αρχίζουν να καπνίζουν. Ο Πάπας Innocent V βγάζει παπικό ανάθεμα εναντίον του καπνίσματος στον Άγιο Παύλο στη Ρώμη. (3)

Η αυξανόμενη ζήτηση του καπνού οδήγησε στην εξάπλωση της δουλείας των μαύρων. Οι περισσότεροι αρπάζονταν από την Αφρική και στέλνονταν πέρα από τον Ατλαντικό για να δουλέψουν σε τεραστίων διαστάσεων καπνοκαλλιέργειες δίνοντας τη δυνατότητα στη Virginia και στο Maryland να εξαπλασιάσουν τις εξαγωγές τους μεταξύ του 1663 και του 1699. (3)

Το κάπνισμα, όμως εξυμνήθηκε σαν προστατευτικό για τη βουβωνική πανώλη ή Μαύρο Θάνατο, που έκανε την τελευταία και πιο εντυπωσιακή εμφάνισή της στο Λονδίνο το 1665-1666 με 70.000 θύματα από έναν πληθυσμό μόλις μισού εκατομμυρίου. Στο φημισμένο κολέγιο Eton οι μαθητές αναγκάζονταν να καπνίζουν πίπα κάθε πρωί για να προλάβουν την πανούκλα. Ένας από αυτούς αργότερα αναφέρει ότι τιμωρήθηκε όταν οι καθηγητές του ανακάλυψαν ότι δεν ακολουθούσε την καθημερινή αυτή εντολή. (3)

Ωφελημένες από τις εκτενείς σχέσεις εμπορικών συναλλαγών των Ισπανών και των Πορτογάλων, τα φυτά του καπνού μεταφέρθηκαν στις Φιλιππίνες, στην νοτιοανατολική και ανατολική Ασία, καθώς επίσης και στην Αφρική και, από την αρχή του 17ου αιώνα, ακόμα και αλλού στην Ιαπωνία, την Κορέα και Κίνα, από όπου μπήκε επίσης στο Θιβέτ, τη Μογγολία και τη Σιβηρία. (12)

Το 1742, ο βασιλιάς Frederick ο μεγάλος της Πρωσίας εξέδωσε ένα διάταγμα το «ενάντια στο κάπνισμα ως κίνδυνο για πυρκαγιά» που δεν ακυρώθηκε μέχρι το 1848. (11) Το 1760, ο Pierre Lorillard ιδρύει μια εταιρεία επεξεργασίας καπνού στη Νέα Υόρκη. Σήμερα η εταιρεία P. Lorillard είναι η παλαιότερη εταιρεία καπνού στις ΗΠΑ.

Στη Γαλλία, η πρακτική του να ρουφάς τον καπνό ήταν διαδεδομένη πριν από την Γαλλική Επανάσταση, με περίπου το 90% του καπνού να καταναλώνεται κατά αυτό τον τρόπο. Η ταμπακέρα ήταν το κουτί του καπνού και αποτελούσε σύμβολο θέσης της αριστοκρατίας. Κατά συνέπεια, οι οσφρητικές διαταραχές ή η συνολική απώλεια της αίσθησης της μυρωδιάς ήταν διαδεδομένες στο 18ο αιώνα, ιδιαίτερα στη Γαλλία. Σε αντίθεση, το μάσημα των ζυμωμένων φύλλων καπνού ήταν λιγότερο γνωστό, ακόμα και αν θεωρήθηκε ότι ανακουφίζει τους πόνους της πείνας. Στην Ευρώπη η συνήθεια του μασώμενου καπνού αποτελούσε περισσότερο συνήθεια των ναυτικών και των ανθρακωρύχων. (11) Το 1776, κατά τη διάρκεια του αμερικανικού επαναστατικού πολέμου, ο καπνός βοήθησε στη χρηματοδότηση της επανάστασης καθώς χρησιμοποιήθηκε για πληρωμή των δανείων που δόθηκαν από τη Γαλλία στους Αμερικανούς.

Από την αρχή του 18ου αιώνα, ο καπνός βρισκόταν σε κάθε γωνιά του κόσμου. Αυτή η διάδοση του καπνού και η χρήση του ως προϊόν πολυτέλειας οδήγησε επίσης

στη κρατικοποίηση της κοινωνίας. [13] Το 1847, ιδρύεται η διάσημη Phillip Morris και τα πρώτα της προϊόντα ήταν τα στριφτά τούρκικα τσιγάρα. Το 1849, ιδρύεται η J.E. Liggett and Brother (η εταιρεία που μπλέχτηκε πρόσφατα με τις μεγάλες μηνύσεις). Τα τσιγάρα έγιναν δημοφιλή αυτήν την περίοδο καθώς οι στρατιώτες τα έφερναν στην Αγγλία από Ρώσους και Τούρκους στρατιώτες. Τα τσιγάρα στην Αμερική φτιάχνονταν από τα υπολείμματα της παραγωγής άλλων παράγωγων καπνού, ιδιαίτερα του μασώμενου καπνού, ο οποίος είχε γίνει δημοφιλής λόγω των καουμπόηδων της αμερικανικής Δύσης. Το 1875, ιδρύεται η Reynolds Tobacco Company με σκοπό την παραγωγή μασώμενου καπνού. [3]

Οι πρώτοι γνωστοί καπνέμποροι που πούλησαν τσιγάρα ήταν οι Messrs, οι Simmons από το Piccadilly και οι Bacon Bros από το Cambridge και προσπάθησαν να ασχοληθούν με αυτού του είδους την επιχείρηση από το 1851. Το πρώτο εργοστάσιο παγκοσμίως που παρήγαγε τσιγάρα με μεθόδους μαζικής παραγωγής ήταν στην Αβάνα της Κούβας από τον Don Luis Susini που αντικατέστησε τις χειροκίνητες μηχανές με ατμοκίνητες. [3]

Η πρώτη μάρκα τσιγάρων που κατασκευάστηκαν στη Βρετανία ήταν τα Sweet Threes, που κυκλοφόρησαν το 1859 από τον Robert Peacock Gloag, ιδιοκτήτη ενός μικρού εργοστασίου στο Deptford Lane, στο βόρειο Λονδίνο. Ο Gloag ήταν χορηγός στις τουρκικές δυνάμεις κατά τη διάρκεια του πολέμου στην Κριμαία (1853-1856), κάτι που οδήγησε στο να γίνει πολύ δημοφιλές το τσιγάρο στην Ευρώπη. Οι στρατιώτες εξοικειώθηκαν καπνίζοντας ισχυρά ρώσικα τσιγάρα και απόκτησαν τη συνήθεια όταν πήγαν πίσω στις χώρες τους αφού τέλειωσαν οι εχθρότητες. [14]

Η πρώτη μάρκα τσιγάρων που πουλήθηκε σε κουτιά από χοντρό χαρτί με το μοντέρνο "push up" άνοιγμα ήταν τα Wills' Three Castles το 1892. Προηγουμένως τα πακέτα των τσιγάρων ήταν γενικά χάρτινα και το περιεχόμενο εύκολα συνθλίβονταν. Το Μάιο του 1931, τα Craven A ήταν η πρώτη μάρκα τσιγάρων που πουλήθηκαν σε πακέτα τυλιγμένα με σελοφάν. [3]

Το 1865, η Αυστριακή Regie εισήγαγε το "διπλό τσιγάρο". Ήταν τρεις φορές περίπου μεγαλύτερο από τα σημερινά τσιγάρα, καπνίζονταν και από τις δύο μεριές και κοβόταν στα δύο πριν αναφτεί. Έγινε εξαιρετικά δημοφιλές και την επόμενη χρονιά 16 εκατομμύρια πουλήθηκαν στην Αυστρία πριν ανοιχτεί ο δρόμος για το μονό τσιγάρο καλύτερης ποιότητας. Την ίδια χρονιά, η Carmen του Prosper Merimee έγινε η πρώτη γυναίκα στη λογοτεχνία που κάπνιζε τσιγάρα και τα πουλούσε κιόλας. [3] Το πρώτο τσιγάρο – που κατασκευάζει η μηχανή, με ωριαία παραγωγή 3.600 τσιγάρων επιδείχθηκε από την επιχείρηση Susini από την Αβάνα στην παγκόσμια έκθεση του Παρισιού το 1867. Από το 1880, οι αμερικάνικες επιχειρήσεις ακολουθούσαν το μοντέλο αυτό με τις δικές τους μηχανές τσιγάρων. Κατά συνέπεια, οι δαπάνες παραγωγής έπεσαν εντυπωσιακά, οι καινούριες αγορές ανοίχτηκαν, και οι νέοι γύρω από την ηλικία των 18 αποτέλεσαν για πρώτη φορά μια σημαντική καταναλωτική αγορά. [14]

Κατά συνέπεια το κάπνισμα πήρε ένα καινούριο πρόσωπο: το κάπνισμα ως ήρεμο χόμπι αντικαταστάθηκε από το κάπνισμα σε σύντομα διαστήματα, κυρίως ως μέσο αντιμετώπισης της πίεσης. Αντίθετα από το πούρο ή τη πίπα, ένα τσιγάρο μπορεί να καπνιστεί σε 3 εώς 5 λεπτά.: το διάλειμμα για τσιγάρο μπορεί να εξισωθεί με «το χρόνο που παίρνει για να καπνιστεί ένα τσιγάρο». Το τσιγάρο ήρθε για να συμβολίσει τη σύγχρονη διαβίωση του 20^{ου} αιώνα. [14]

Κανονικά, το κάπνισμα επιτράπηκε μόνο σε ορισμένα δωμάτια, η απαγόρευση στο κάπνισμα σε κοινόχρηστους χώρους ενέμεινε σε ισχύ σε πολλά μέρη μέχρι το 19^{ο} αιώνα. [11] Το 1901, την αντικαπνίστρια μονάρχη της Μεγάλης Βρετανίας βασίλισσα Βικτώρια, τη διαδέχτηκε ο γιος της, ο Εδουάρδος VIII, ένας μεγάλος καπνιστής. Η Βικτώρια πάντως προσπάθησε να καπνίσει το 1870, στον κήπο του Balmoral για να

διώξει έντομα κατά τη διάρκεια ενός πικνίκ με την πριγκίπισσα Βεατρίκη. Το 1908, η πώληση τσιγάρων σε άτομα κάτω των 16 γίνεται παράνομη στην Αγγλία. [3]

Σε κάθε εποχή, μετά από κάθε μεγάλο πόλεμο ακολουθούσε μία τεράστια αύξηση του καπνίσματος. Ο πρώτος Παγκόσμιος Πόλεμος (1914-1918) δεν αποτελούσε εξαίρεση και μέχρι την αιματηρή του κατάληξη, αν και στην αρχή υπήρχαν εκατομμύρια στρατιωτών που δεν κάπνιζε, στο τέλος δεν υπήρχε πρακτικά κανείς. Όταν οι επιζώντες καπνιστές στρατιώτες επέστρεψαν στο σπίτι τους μετά τον πόλεμο, συνέχισαν βέβαια να καπνίζουν. Έτσι το κάπνισμα αυξήθηκε στις χώρες που έλαβαν μέρος στον πόλεμο. Η παγκόσμια κατανάλωση του καπνού, που πριν τον πόλεμο υπολογιζόταν σε 1,5 εκατομμύρια κιλά αυξήθηκε σε 2,5.

Οι αξιωματικοί αναγνώριζαν την αξία του καπνίσματος στο να νεκρώνει το φόβο των στρατιωτών. Για τους στρατιώτες το τσιγάρο έγινε πανάκεια για το άγχος του πολέμου γι' αυτό και γινόταν κάθε προσπάθεια για τη συνεχή παροχή του. Μόλις στις αρχές του 1900, τα τσιγάρα άρχισαν να γίνονται το κύριο προϊόν παραγωγής καπνού, αν και το 1901, πουλήθηκαν 3,5 δις τσιγάρων έναντι 6 δις πούρων. Το 1902, η βρετανική Phillip Morris στήνει στη Νέα Υόρκη ένα καινούριο αρχηγείο για την προώθηση της αγοράς των τσιγάρων της, περιλαμβάνοντας την τώρα διάσημη μάρκα Marlboro. Ταυτόχρονα με την εξάπλωση των τσιγάρων, όμως, υπήρχε μια μικρή, αλλά αναπτυσσόμενη αντικαπνιστική καμπάνια, με τη συμμετοχή κυρίως ορισμένων πολιτειών της Αμερικής, στις οποίες υπήρχαν προτάσεις για καθολική απαγόρευση του καπνού. Η απαίτηση για τα τσιγάρα όμως αυξανόταν και το 1913 η εταιρεία R.J. Reynolds χρησιμοποίησε τον καπνό Burley προώθησε στην αγορά μια νέα μάρκα τσιγάρων με την ονομασία Camel. [15] Ένα εργοστάσιο των Wills χτίστηκε στο Bristol το 1871 και ένα των Player στο Nottingham το 1888. Ο λόρδος Frederick Hamilton έγραφε ότι πριν το 1870 όταν τα τσιγάρα μασούνταν και η πίπα θεωρούνταν ανείπωτα χυδαία δεν έβλεπε να καπνίζονται παρά μόνο πούρα. [3]

Το κάπνισμα των τσιγάρων που άρχισε στο Λονδίνο το μιμήθηκαν στη Βόρεια Αμερική, όπου η κατασκευή και η πώληση των τσιγάρων έγινε μια από τις πιο σημαντικές βιοτεχνίες, πολύ καιρό μετά τον επιτυχημένο γύρο των τσιγάρων στην Ευρώπη δια μέσου της Νότιας Αμερικής.

Οι πρώτες κάρτες τσιγάρων εμφανίστηκαν στην Αμερική νωρίς το 1880, φτάνοντας στη Βρετανία δέκα περίπου χρόνια αργότερα. Οι πρώτοι Αμερικάνοι κατασκευαστές ήταν μία φίρμα που ονομαζόταν Alan και Ginter, ενώ οι πρώτοι κατασκευαστές στην Αγγλία ήταν μία φίρμα με το όνομα Glove. Στις περισσότερες περιπτώσεις κυκλοφορούσαν σε σετ των 50. [3]

Για τον επόμενο μισό αιώνα ή και περισσότερο χιλιάδες παιδιά που δεν κάπνιζαν, κυρίως αγόρια, έφτιαχναν συλλογές καρτών, που τις έπαιρναν από τους γονείς τους και είτε αντάλλασσαν τις διπλές με άλλες είτε τις κέρδιζαν παίζοντας το γνωστό παιχνίδι του τοίχου, κατά το οποίο χτυπούσαν με μια κάρτα, άλλες κάρτες απέναντι σε ένα τοίχο. Το πρώτο παιδί που θα χτυπούσε μια κάρτα θα έπαιρνε τρεις καινούργιες και επιπλέον όλες που είχαν χαθεί και είχαν πέσει στο πεζοδρόμιο. Αυτές οι κάρτες ήταν ένα πρώιμο δέλεαρ και με αυτές ουσιαστικά άρχιζε η γνωριμία των νέων παιδιών με τον καπνό, που θα τα οδηγούσε με μαθηματική ακρίβεια στο κάπνισμα. [3]

Κουπόνια τσιγάρων δόθηκαν πρώτα με τα Kinnear's Handicap Cigarettes το 1901 και στους νικητές δίνονταν μία δωρεάν εβδομάδα στο Παρίσι. Η πρώτη φίρμα που έδινε εμπόρευμα σε αντάλλαγμα με κουπόνια ήταν η Ogden's. Τα κουπόνια σταμάτησαν στον πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο, επανακυκλοφόρησαν από τη Black Cat το 1926, απαγορεύτηκαν το 1933 και επέστρεψαν από την Kensitas το 1956. [3]

Μέχρι το 1930 ο καπνός είχε θριαμβεύσει. Μια ματιά στη στατιστική απεδείκνυε ότι οι μη καπνιστές ήταν μια αδύναμη μειοψηφία. Η φύση του αγώνα τους ήταν ανέλπιδη, αφού όλες οι χώρες ανεξάρτητα της μορφής της κυβέρνησης που είχαν, εν-

θάρρυναν και διευκόλυναν το πάθος για το κάπνισμα με κάθε αντιληπτό τρόπο. Οι ιατρικές απόψεις των επόμενων επτά δεκαετιών ήταν βέβαια εναντίον του καπνίσματος. Προοδευτικά και δειλά άρχισε και συνεχίστηκε μια αντικαπνιστική εκστρατεία, η οποία μόνο τα τελευταία είκοσι χρόνια έχει λάβει σαφή μορφή. Σιγά - σιγά οι αντικαπνιστές έγιναν μια αυξανόμενη πλειοψηφία τουλάχιστον στους Ευρωπαίους και Αμερικανούς ενηλίκους. Παρ' όλα αυτά για κάποιον καιρό μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, το κάπνισμα συστήνονταν από τους γιατρούς σαν κατευναστικό για τα νεύρα. Ίσως αυτό να είχαν στο μυαλό τους οι Βρετανοί πολιτικοί, οι οποίοι εισήγαγαν κουπόνια καπνού για τους συνταξιούχους στον προϋπολογισμό του 1947. Αυτά σταμάτησαν το 1958. (3)

Η ανάπτυξη του τσιγάρου συνέπεσε με την αρχή του μετασχηματισμού του καπνού σε ένα προϊόν μαζικής κατανάλωσης. Cigaritos, μολύβι - τα λεπτά περιτυλίγματα εγγράφου που αρχειοθετήθηκαν με τον καπνό της Βιρτζίνια, ήταν κοινά στην Ισπανία και την Πορτογαλία και τις αποικίες τους. Υπήρξαν επίσης στη Σεβίλη από τις cigarreras, τις γυναίκες που εργάστηκαν στα εργοστάσια καπνού. Στα μέσα του 19ου αιώνα στη βόρεια Καρολίνα μια υψηλής - θερμοκρασίας μέθοδος ξήρανσης μπήκε σε χρήση για τα φύλλα καπνών. (16)

Η χρήση των τσιγάρων παρουσίασε εκρηκτική άνοδο κατά τη διάρκεια του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου, όπου τα τσιγάρα λέγονταν “ο καπνός του στρατιώτη”. Μέχρι το 1923, η Reynolds με το Camel ελέγχει το 45% της αμερικανικής αγοράς. Η Phillip Morris το 1924, αρχίζει να προωθεί το Marlboro σα γυναικείο τσιγάρο. Απαντώντας η American Tobacco Company, κατασκευάστρια της μάρκας Lucky Strike, αρχίζει να προωθεί στην αγορά το δικό της τσιγάρο στις γυναίκες και κερδίζει το 38% της αγοράς. Ο ρυθμός του καπνίσματος στα έφηβα κορίτσια γρήγορα τριπλασιάζεται στα χρόνια 1925-1935. Το 1939 η American Tobacco Company εισάγει μια νέα μάρκα, την Pall Mall, που της επιτρέπει να γίνει η μεγαλύτερη εταιρεία καπνού στις ΗΠΑ. (3)

Κατά τη διάρκεια του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου (1939-1945) οι πωλήσεις των τσιγάρων είναι συνεχώς ψηλά. Τα τσιγάρα περιλαμβάνονται στα είδη πρώτης ανάγκης των στρατιωτών. Οι εταιρείες καπνού έστελναν εκατομμύρια τσιγάρα στους στρατιώτες δωρεάν και όταν οι στρατιώτες επέστρεφαν, γίνονταν βέβαια πιστοί πελάτες. Κατά τη δεκαετία του 50΄ όλο και περισσότερες αποδείξεις εμφανίζονταν ότι το κάπνισμα συνδέεται με τον καρκίνο του πνεύμονα. Αν και η βιομηχανία του καπνού αρνούνταν τέτοιους κινδύνους υγείας, προώθησε νέα προϊόντα που ήταν δήθεν “ασφαλέστερα”, όπως αυτά με λιγότερη πίσσα και τα τσιγάρα με φίλτρο. Δεδομένου ότι τα φύλλα καπνού έχουν μία σχετικά υψηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη, το ξηρό υλικό έγινε σχετικά όξινο. Η νικοτίνη ήταν έτσι παρούσα υπό μορφή των αλάτων της και διανεμήθηκε σε σταγονίδια σε αερόλυμα καπνού. Αυτός ο καπνός μπορεί να εισπνευστεί ευκολότερα. (17) Το 1952, η P. Lorillard προωθεί τη μάρκα Kent με φίλτρο που περιέχει αμίαντο. Αυτό ευτυχώς διακόπηκε το 1956. Το 1953, ο γιατρός Ernst L. Wynders βρίσκει ότι η εναπόθεση της πίσσας των τσιγάρων στη ράχη ποντικιών προκαλεί όγκους. Το 1954, η R.J Reynolds εισάγει τη μάρκα Winston με φίλτρο. Το 1956, η ίδια εταιρεία δημιουργεί τη μάρκα Salem, που είναι το πρώτο τσιγάρο με άρωμα μενθόλης. (3)

Το 1962, ένα εργοστάσιο τσιγάρων της Αγίας Πετρούπολης (η επιχείρηση Yenidse) άνοιξε την πρώτη θυγατρική του στη Δρέσδη. (14) Το Royal College of Physicians στην ανακοίνωση με τίτλο "Κάπνισμα και Υγεία" συστήνει απαγορεύσεις στις διαφημίσεις του καπνού, στις πωλήσεις σε παιδιά, στο δημόσιο κάπνισμα και επίσης προτείνει αύξηση στη φορολογία του καπνού, καθώς και πληροφόρηση σε σχέση με το περιεχόμενο των τσιγάρων σε πίσσα - νικοτίνη. Οι πωλήσεις του καπνού στη Βρετανία πέφτουν για πρώτη φορά μέσα σε μια δεκαετία. (3)

Το 1965, η Βρετανική Κυβέρνηση συσκέφτηκε μαζί με τη διοίκηση της Ανεξάρτητης Τηλεόρασης και απαγόρευσαν τη διαφήμιση του καπνού στην τηλεόραση. Λίγα χρόνια νωρίτερα ένα κλασσικό παράδειγμα διαφημιστικής αποτυχίας στη Βρετανική τηλεόραση ήταν το διαφημιστικό για τα τσιγάρα Strand, στο οποίο ένας νεαρός άνδρας με καπαρντίνα και καπέλο στο πίσω μέρος του κεφαλιού του περιδιάβαινε τους δρόμους τη νύχτα, μια μοναχική φιγούρα κάτω από τα φώτα του δρόμου και σταματούσε να ανάψει τσιγάρο. Το σλόγκαν που έλεγε: "Δεν είσαι ποτέ μόνος με ένα Strand" ήταν πολύ δημοφιλές στους τηλεθεατές και στο διαφημιστικό κόσμο. Η μουσική που επένδυε τη διαφήμιση βγήκε και σε δίσκο. Ωστόσο η εταιρεία απέτυχε να πουλήσει ικανοποιητικό αριθμό τσιγάρων και η μάρκα έσβησε. [(3)]

Το 1971, η Rank Leisure ήταν η πρώτη από τις μεγάλες αλυσίδες που εισήγαγε θέσεις για μη καπνιστές στους περισσότερους από τους κινηματογράφους της. [(3)] Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1990, μετά τη σταδιακή εισαγωγή των αντικαπνιστικών μέτρων, όπως η ξαφνική εμφάνιση των πινακίδων «μην καπνίζετε» σε κινηματογράφους, θέατρα, καταστήματα και άλλα δημόσια μέρη - κυρίως για την αποφυγή πληρωμής αυξημένων ασφαλίστρων - τα τσιγάρα και οι πίπες γνώρισαν τις πρώτες τους σοβαρές ήττες στην μέχρι τότε θριαμβευτική τους πορεία.

Συγχρόνως ωστόσο αυξήθηκε η πώληση λεπτών πούρων (που στρίβονταν στο χέρι και περιείχαν καθαρό καπνό κυρίως από την Κούβα και τη Δομηνικανή Δημοκρατία) αποκτώντας τεράστια ώθηση πρώτα στην Αμερική και μετά στην Ευρώπη από την κυκλοφορία ενός νέου αμερικάνικου περιοδικού, του Cigar Aficionado, που στόχευε στο να δώσει ιδέες στους αναγνώστες του σε σχέση με τις νέες πολυτέλειες στις οποίες μπορούσαν να ξοδέψουν το εισόδημά τους. [(3)]

Στην Ελλάδα μόλις τώρα λαμβάνονται μέτρα κατά του καπνίσματος, τα οποία για πρώτη φορά είναι κάτι παραπάνω από απλά γραμμένα χαρτιά χωρίς κανένα κύρος. Ωστόσο κάνοντας μια βόλτα στους διαδρόμους των νοσοκομείων δεν μπορείς παρά να νιώσεις κάποια στιγμή την αποκρουστική μυρωδιά του τσιγάρου, κυρίως από το προσωπικό, που καπνίζει στα κρυφά. Γιατροί πνευμονολόγοι και καρδιολόγοι καπνίζουν μέσα στα γραφεία τους. Ασθενείς νοσηλευόμενοι και υπό οξυγονοθεραπεία κάνουν τη βόλτα τους στο μπαλκόνι για να …φουμάρουν. Συγγενείς ασθενών μετατρέπουν τους διαδρόμους των νοσοκομείων σε τεκέδες απαιτώντας ειδικούς χώρους - καπνιστήρια, αν τολμήσει να τους κάνει κάποιος την παρατήρηση. Αυτό που στις προηγμένες χώρες θεωρείται αδιανόητο, σε μας θεωρείται…κεκτημένο έθος και δικαίωμα. [(3)]

Όλο και περισσότερες χώρες και σχεδόν όλες οι Ευρωπαϊκές απαγορεύουν το κάπνισμα στους δημόσιους χώρους, τα τελευταία χρόνια. Το κάπνισμα αναγνωρίζεται ως μέγας κίνδυνος για την υγεία. Αναπτύσσονται αντικαπνιστικά κέντρα. Προωθείται η πληροφόρηση και η συνειδητοποίηση του κοινού. Βήματα γίνονται. Ο στόχος όμως είναι ακόμα πολύ μακρινός, αφού τεράστια ποσοστά του πληθυσμού παραμένουν χωρίς ουσιώδη ενημέρωση, ακόμα και αν είναι μορφωμένοι, ή παραμένουν ανίκανοι να σταματήσουν την ολέθρια συνήθεια του καπνίσματος. Το κάπνισμα συνεχίζει να παραμένει η μεγαλύτερη σήμερα νομιμοποιημένη παγκόσμια απειλή για την υγεία.

1.1.4 Αποκάλυψη των κινδύνων υγείας.

Με το πέρασμα των χρόνων ολοένα και περισσότεροι επιστήμονες άρχισαν να κατανοούν την τοξικότητα του καπνού καθώς και τις επικίνδυνες ιατρικές συνέπειές του. Το 1821, ο παθολόγος Posselt και ο φαρμακοποιός Reimann περιέγραψαν ένα γαλακτώδες απόσταγμα που λήφθηκε από τα φρέσκα και ξηρά φύλλα του καπνού και το 1828 απομόνωσαν τη νικοτίνη ως κύριο αλακαλοειδές του καπνού. [(18)] Το 1826, ανακαλύπτεται η καθαρή δομή της νικοτίνης. Σύντομα ακολουθεί το επιστημονικό

συμπέρασμα ότι η νικοτίνη είναι ένα επικίνδυνο δηλητήριο. [3] Ο Trommsdorff μελέτησε επίσης τις εγκαταστάσεις καπνού, αλλά ή έρευνα του δεν ήταν τόσο καρποφόρα όσο αυτή των Posselt και Reimann. [19]

Μέχρι το 1927 περισσότερο από 50% των χρηστών καπνών στις ΗΠΑ κάπνιζαν ήδη τα τσιγάρα (97.000 εκατομμύρια, ανερχόμενος σε 106.000 εκατομμύρια στο επόμενο έτος ακόμα και τότε τέτοια κατανάλωση συνδέθηκε με την ασθένεια σε μια αρκετά μεγάλη κλίμακα. Οι στατιστικές όσον αφορά την επίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα συλλέγονταν στη Μεγάλη Βρετανία από το 1920. Εκείνη τη στιγμή ήταν ακόμα ασαφές εάν ένας τρίτος (γενετικός) παράγοντας περιλήφθηκε παράλληλα με το κάπνισμα και το καρκίνο του πνεύμονα. Παρά τα στοιχεία αντιθέτως, η βιομηχανία καπνών συνέχισε να αμφισβητεί αυτό το γεγονός στη δεκαετία του '50. [20] Η βιομηχανία καπνών δεν ήταν ακόμη και πέρα από τη χρησιμοποίηση των ασθενειών που προκλήθηκαν από τα τσιγάρα για να διαφημίσουν τα προϊόντα της.

Το 1964, εμφανίζονται επιστημονικές εργασίες, που καταδεικνύουν χωρίς αμφισβήτηση την επικινδυνότητα του καπνίσματος. Τη δεκαετία του 60 γενικά εμφανίστηκαν πολλές ανακοινώσεις σε σχέση με τους κινδύνους υγείας που προκαλεί το κάπνισμα. Το 1965, τηλεοπτικές διαφημίσεις τσιγάρων διακόπτονται στον αέρα στη Μεγάλη Βρετανία. Το 1966, εμφανίζονται οι προειδοποιήσεις στα κουτιά των τσιγάρων. Το 1968, έρχεται στην αγορά η μάρκα Bravo χωρίς καπνό. Περιέχοντας κυρίως λάχανο, αποτυγχάνει οικτρά. [3]

Εξαιτίας της αρνητικής πίεσης, για τον καπνό οι μεγάλες εταιρείες καπνού αρχίζουν να ασχολούνται και με άλλα προϊόντα. Η Phillip Morris αγοράζει μέρος της Miller Brewing Company, παραγωγό μπύρας. Η καπνοβιομηχανία RJ Reynolds αφαιρεί την "καπνοβιομηχανία" από την ονομασία της και αγοράζει και άλλα προϊόντα, όπως. αλουμίνιο. Το 1971, τηλεοπτικές διαφημίσεις διακόπτονται και στις ΗΠΑ. Τα τσιγάρα πάντως παραμένουν τα δεύτερα πιο πολυδιαφημιζόμενα προϊόντα μετά τα αυτοκίνητα. [3] Το 1971, βγαίνουν τα πρώτα αποτελέσματα σε σχέση με τις συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία των γυναικών ρίχνοντας φως στον ολοένα και αυξανόμενο αριθμό των γυναικών που αρχίζουν αυτήν την κακή συνήθεια. Κατά τη δεκαετία του 80 υπήρξαν πολλές μηνύσεις εναντίον της βιομηχανίας του καπνού εξαιτίας των ζημιογόνων αποτελεσμάτων των προϊόντων της. Το κάπνισμα γίνεται "πολιτικά μη ορθό" και απαγορεύεται σε πολλούς δημόσιους χώρους. Το 1982 ανακοινώνεται ότι και το παθητικό κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του πνεύμονα. Το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους σύντομα απαγορεύεται, ιδιαίτερα στον εργασιακό χώρο. Το 1985 ο καρκίνος του πνεύμονα γίνεται ο νούμερο ένα κίνδυνος για τις γυναίκες ξεπερνώντας τον καρκίνο του μαστού.

Οι μεγάλες καπνοβιομηχανίες συνεχίζουν να επεκτείνουν τη δράση τους σε άλλα προϊόντα, όπως στον τομέα των τροφίμων. Το 1987, το Κογκρέσο απαγορεύει το κάπνισμα σε όλες τις πτήσεις εσωτερικού με διάρκεια μικρότερη των δύο ωρών. Τις δεκαετίες του '80και '90 η καπνοβιομηχανία αρχίζει να προωθεί τις δραστηριότητές της σε περιοχές εκτός των ΗΠΑ, ειδικά στις αναπτυσσόμενες χώρες της Ασίας. Η Marlboro θεωρείται η νούμερο ένα πιο περιζήτητη μάρκα προϊόντος με αξία πάνω από 30 δις δολάρια ανταγωνιζόμενη την Coca Cola. [3]

Τα τελευταία χρόνια υπάρχουν ολοένα και περισσότερες αποδείξεις ότι η καπνοβιομηχανία ήξερε από την αρχή ότι τα τσιγάρα βλάπτουν, αλλά συνέχισε να τα προωθεί και να τα πουλάει. Υπάρχουν ακόμα αποδείξεις ότι ήξεραν ότι η νικοτίνη ήταν εθιστική και εκμεταλλεύτηκε αυτή τη γνώση, ώστε εκατομμύρια ανθρώπων να αποκτήσουν αυτήν την επικίνδυνη συνήθεια.

1.1.5 Γυναίκες που κερδίζονται από το τσιγάρο.

Στο 19ο αιώνα, το κάπνισμα ήταν αποκλειστικό προνόμιο των ανδρών. Ακόμη και σήμερα το πούρο και η πίπα που θεωρούνται μια κυρίως αρσενική ιδιότητα. Πριν από τη δεκαετία του '20, το τσιγάρο δεν θεωρήθηκε το κυρίαρχο προϊόν του καπνού. Τα πούρα θεωρήθηκαν ως αρσενική περιοχή. Το 1904, μια γυναίκα της Νέας Υόρκης συλλήφθηκε για το κάπνισμα και ταυτόχρονα την οδήγηση του αυτοκινήτου της. (21)

Ο δεύτερος παγκόσμιος πόλεμος έφερε μια περαιτέρω ώθηση για τη βιομηχανία τσιγάρων, καθώς συμμετείχαν οι γυναίκες των ενωμένων Συμμαχικών Δυνάμεων και οι αρσενικοί στρατιώτες κάπνιζαν είτε τα Chesterfield είτε τα Camel. Η κατανάλωση τσιγάρων κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου τετραπλασιάστηκε παγκοσμίως. Τώρα ήταν επιτρεπτό για τις γυναίκες, όπως αντίστοιχα και στους άνδρες, να καπνίζουν δημόσια. Επιπλέον, σ' αυτή τη περίοδο με την άφιξη του βασιλιά - τα τσιγάρα ταξινομήθηκαν και δημιουργήθηκαν ειδικά για τις γυναίκες. Όταν οι πρώτες μελέτες για το καρκίνο του πνεύμονα – που παράγεται από τις ιδιότητες των τσιγάρων δημοσιεύτηκε, το επιστόμιο κυτταρίνης εισήχθη στη δεκαετία του ΄50 με τα συνθήματα διαφήμισης «καθαρά, άσπρα, θαυμάσια» ή «ακριβώς αυτά που ο γιατρός διέταξε», παράλληλα με τα επιχειρήματα από τη βιομηχανία τσιγάρων που αντικρούει τη σύνδεση μεταξύ του καπνίσματος και του καρκίνου του πνεύμονα. (22)

Το 1961, το φίλτρο της Αγγλίας στα τσιγάρα αγοράζονταν ήδη κατά περίπου το 33% των θηλυκών καπνιστών αλλά μόνο κατά 17% των αρσενικών καπνιστών. Στη δεκαετία του ΄70, η αγορά των τσιγάρων με φίλτρο είχε ανέλθει σε 90% και από τα δύο φύλλα με την ελπίδα ότι αυτά θα παρέβλεπε τον κίνδυνο καρκίνου. Η ανάπτυξη των «ελαφριών» τσιγάρων με μειωμένη πίσσα, και επομένως υποθετικά «υγιέστερος», μπορεί να θεωρηθεί ως λάθος υπολογισμός από το μέρος της βιομηχανίας τσιγάρων για τον καπνιστή. Αυτό που επέτυχε η βιομηχανία τσιγάρων από αυτή την ανάπτυξη ήταν να εξασφαλιστεί ότι μέχρι το 1990, το 47% των γυναικών που γέρασε μεταξύ 29 και 41 είχαν γίνει καπνιστές. (22)

Το κάπνισμα ήταν ένα εμφανώς κοινό χαρακτηριστικό γνώρισμα στους αμέτρητους κινηματογράφους του Hollywood (π.χ Mumphrey Bogart και των θηλυκών συμπρωταγωνιστών του). Η Marlene Dietrich και Greta Garbo ήταν περαιτέρω πρωταρχικά παραδείγματα για αυτήν την διαφημιστική καμπάνια που επηρέασε αμέτρητες γυναίκες να γίνουν καπνίστριες. (23) Όταν οι πρώτες μελέτες, για το καρκίνο του πνεύμονα - που παράγεται από τις ιδιότητες των τσιγάρων δημοσιεύθηκε, το επιστόμιο κυτταρίνης εισήχθη στη δεκαετία του '50 με τα συνθήματα διαφήμισης «καθαρά, άσπρα, θαυμάσια» ή ακριβώς αυτά που ο γιατρός διέταξε, παράλληλα με τα επιχειρήματα από τη βιομηχανία τσιγάρων που αντικρούει τη σύνδεση μεταξύ του καπνίσματος και του καρκίνου του πνεύμονα. Το 1961, το φίλτρο της Αγγλίας στα τσιγάρα αγοράζονταν ήδη κατά περίπου από το 33% των θηλυκών καπνιστών αλλά μόνο από το 17% των αρσενικών καπνιστών. Στη δεκαετία του '70, η αγορά των τσιγάρων με φίλτρο είχε ανέλθει σε 90% και από τα δύο φύλα με την ελπίδα ότι αυτό θα παρέβλεπε τον κίνδυνο καρκίνου. Η ανάπτυξη των «ελαφριών» τσιγάρων με μειωμένη πίσσα, και επομένως υποθετικά «υγιέστερος», μπορεί να θεωρηθεί ως λάθος υπολογισμός από το μέρος της βιομηχανίας τσιγάρων για τον καπνιστή. Αυτό που επέτυχε η βιομηχανία τσιγάρων από αυτήν την ανάπτυξη ήταν να εξασφαλιστεί ότι, μέχρι το 1990, το 47% των γυναικών που γέρασε μεταξύ 29 και 41 στις ΗΠΑ είχαν γίνει καπνιστές.

1.2 Θεωρητικές προσεγγίσεις πρόληψης καπνίσματος.

Οι περισσότερες έρευνες για την πρόληψη του καπνίσματος έγιναν σε αγγλικές εγκαταστάσεις. Γενικά, οι προσεγγίσεις αυτές έγιναν μέσα στην τάξη (συνήθως υπό

μορφή προγράμματος σπουδών). Τα σχολικά προγράμματα πρόληψης καπνίσματος περιέχονται σε τρεις σημαντικές προσεγγίσεις: α) τις προσεγγίσεις για την διάδοση πληροφοριών, β) τις προσεγγίσεις κοινωνικές επιρροής και γ) τις προσεγγίσεις για την αύξηση της ικανότητας.

Προσεγγίσεις για την διάδοση των πληροφοριών: Οι συμβατικότερες προσεγγίσεις εκπαίδευσης καπνίσματος προσπαθούν να αποτρέψουν τον έφηβο να καπνίσει μέσω των αυξανόμενων συνειδητοποιημένων γνώσεων και των αρνητικών συνεπειών των τσιγάρων. Σε πολλές περιπτώσεις, αυτές οι προσεγγίσεις στηρίζονται στις μεθόδους φόβου – διέγερσης. Οι αναθεωρήσεις αυτών των προσεγγίσεων έδωσαν έμφαση στην αναποτελεσματικότητα τους. Αν και τα αποτελέσματα δείχνουν ότι αυτές οι προσεγγίσεις μπορούν να αυξήσουν την γνώση και μερικές φορές να αλλάξουν τη στάση απέναντι στο κάπνισμα, δεν άλλαξαν τη συμπεριφορά απέναντι στο κάπνισμα. Αν και εξελικτικά οι σωστές και οι σχετικές πληροφορίες υγείας έχουν μια θέση στα προγράμματα πρόληψης καπνίσματος, είναι σαφές ότι οι πληροφορίες από μόνες τους δεν είναι αποτελεσματικές.

Κοινωνικές προσεγγίσεις επιρροής (ψυχολογικός εμβολιασμός): ο Evans και οι συνάδελφοι του, ανέπτυξαν και εξέτασαν έναν διαφορετικό τύπο επέμβασης – πρόληψης του καπνίσματος. Η προσέγγιση τους εστίασε στους κοινωνικούς και ψυχολογικούς λόγους που πιστεύεται ότι αναμειγνύονταν στην έναρξη του καπνίσματος.(24) Συγκεκριμένα, ήταν προγράμματα πρόληψης που επικεντρώθηκαν στη διδασκαλία πάνω στην θεωρία για την ενδυνάμωση των δεξιοτήτων των εφήβων για να αντισταθούν στις κοινωνικές επιρροές για την έναρξη του καπνίσματος. Η κατανόηση των αιτιών έναρξης του καπνίσματος είναι χρήσιμη, αλλά ανεπαρκής για την δημιουργία αποτελεσματικών προσεγγίσεων με στόχο την πρόληψη του καπνίσματος. Είναι απαραίτητο να αναπτυχθεί κάποια μέθοδος αναγνώρισης για το πώς διάφοροι παράγοντες αποτελούν κίνδυνο και είναι ενδεχομένως ταυτόχρονα υποκείμενοι στην επέμβαση, έτσι ώστε να σχεδιάσουν έπειτα μια παρέμβαση βασισμένη σε μια περιεκτική κατανόηση αυτών των διαφορετικών στοιχείων. Ο Evans και οι συνάδελφοί του πραγματοποίησαν αυτό και προσπάθησαν να επινοήσουν ένα κατάλληλο πρόγραμμα πρόληψης καπνίσματος. (24)

Το πρόγραμμα προήλθε από την πειστική θεωρία επικοινωνιών όπου μια έννοια επικαλέστηκε τον ψυχολογικό εμβολιασμό. Η έννοια είναι ανάλογη με τον εμβολιασμό, και αφορά την πρόληψη μολυσματικών ασθενειών. Κατά συνέπεια, οι πειστικοί προ καπνιστικοί τρόποι είναι ψυχοκοινωνικοί, με σκοπό να αλλάξουν τη στάση, τις πεποιθήσεις, και έχουν σχέση με τη συμπεριφορά απέναντι στο κάπνισμα, κάτι ανάλογο με τον εμβολιασμό των μικροβίων. Για να προλάβει «τη μόλυνση» είναι απαραίτητο να εκτεθεί το άτομο σε μια αδύνατη δόση εκείνων των μικροβίων με τέτοιο τρόπο, ώστε να διευκολύνει την ανάπτυξη «των αντισωμάτων», με αποτέλεσμα να αυξήσει την αντίσταση σε οποιαδήποτε μελλοντική έκθεση στα πειστικά μηνύματα με την πιο ιογόνο μορφή τους. (24)

Από την προοπτική του ψυχολογικού εμβολιασμού, το κάπνισμα τσιγάρων είναι το αποτέλεσμα των κοινωνικών επιρροών (πειστικά μηνύματα) για να καπνίσει επηρεάζεται από τους αρχηγούς της ομάδας και τα μέσα, τα οποία είναι είτε άμεσα (δηλ., να του προσφερθεί να καπνίσει από άλλο έφηβο ή πάρει τσιγάρο λόγω της προβολής του σε διαφημιστικό) είτε έμμεσα (δηλ., έκθεση στα πρότυπα υψηλών-θέσεων στα οποία επικρατεί το κάπνισμα). (24)

Μια ελλοχεύουσα υπόθεση της προσέγγισης του Evans, ήταν ότι οι έφηβοι θα μπορούσαν να εμβολιαστούν αποτελεσματικά ενάντια στις κοινωνικές επιρροές για να καπνίσουν βαθμιαία και να εκτεθούν σταδιακά τις εντονότερες υπερκαπνιστικές κοινωνικές επιρροές. Ο εξοπλισμός των εφήβων με τις κατάλληλες δεξιότητες είναι

για να αντισταθούν στις κοινωνικές επιρροές, έτσι ώστε να είναι λιγότερο πιθανό να γίνουν καπνιστές. [24]

Σύμφωνη με αυτό, η επέμβαση είχε ως σκοπό να αυξήσει τη συνειδητοποίηση των εφήβων σε διάφορες κοινωνικές πιέσεις που θα αντιμετωπίσουν και πιθανώς το ενδεχόμενο να καπνίσουν προχωρώντας στο Γυμνάσιο.

Το πρόγραμμα περιέλαβε τις επιδείξεις των συγκεκριμένων τεχνικών για να επικριθούν αποτελεσματικά οι διάφορες πιέσεις να καπνίσουν οι έφηβοι. Η στρατηγική πρόληψης ενσωμάτωσε επίσης δύο άλλα σημαντικά συστατικά: α)την ανατροφοδότηση με σχέδιο να διορθώσει την εσφαλμένη εκτίμηση του καθενός να καπνίζει και (β) τις πληροφορίες για τα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα του καπνίσματος. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ομάδα πρόληψης είχε 50% λιγότερους καπνιστές από την ομάδα ελέγχου. [24]

Οι προσεγγίσεις κατάρτισης δεξιοτήτων αντίστασης: τονίζουν τη θεμελιώδη σημασία των κοινωνικών παραγόντων στην προώθηση της έναρξης του καπνίσματος μεταξύ των εφήβων. Η οικογένεια (γονείς και παλαιότεροι αμφιθαλείς), οι συνομήλικοι, και τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας αποτελούν τις σημαντικότερες κοινωνικές επιρροές. Όλες οι κοινωνικές επιρροές είναι ένα προϊόν της αλληλεπίδρασης μεταξύ των μεμονωμένων ιστοριών εκμάθησης και των δυνάμεων στην κοινότητα και στη μεγαλύτερη κοινωνία. Σε μεμονωμένο επίπεδο, οι επιρροές σχετικές με τις συγκεκριμένες συμπεριφορές προκύπτουν από τις μαθημένες προσδοκίες και τις δεξιότητες σχετικά με εκείνες τις συμπεριφορές. Παραδείγματος χάριν, οι έφηβοι μπορούν να καπνίσουν επειδή αναμένουν τις σχετικά άμεσες θετικές εκβάσεις όπως την αυξανόμενη επαγρύπνηση, την ανακούφιση από την ανησυχία, ή την ενισχυμένη κοινωνική θέση. Λογικά, εάν οι έφηβοι δεν ανέμειναν να λάβουν τις ανταμείβοντας συνέπειες από το κάπνισμα ή εάν είχαν τη δυνατότητα να αντισταθούν στις συγκεκριμένες κοινωνικές πιέσεις να καπνίσουν, δεν θα κάπνιζαν. Οι έφηβοι που λαμβάνουν την κατάρτιση δεξιοτήτων αντίστασης μαθαίνουν πώς να αναγνωρίσουν, να χειριστούν, ή να αποφύγουν τις καταστάσεις στις οποίες έχουν μια υψηλή πιθανότητα βίωσης της όμοιας πίεσης να καπνίσουν. Μαθαίνουν και τα δύο, τι να πει σε απάντηση σε μια όμοια κατάσταση πίεσης (δηλ., το συγκεκριμένο περιεχόμενο ενός μηνύματος άρνησης) και πώς να το πουν με το περισσότερο αποτελεσματικό πιθανό τρόπο. [24]

Προσεγγίσεις αυξήσεων ικανότητας: Η έρευνα πρόληψης καπνίσματος έχει αξιολογήσει εκτενώς ένα πρότυπο πρόληψης που διδάσκει τις γενικές προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες σε σχέση με τα συστατικά του κοινωνικού προτύπου δεξιοτήτων αντίστασης.

Αυτές οι προσεγγίσεις αυξήσεων ικανότητας είναι περιεκτικότερες είτε από τις πληροφορίες υγείας είτε τις προσεγγίσεις κοινωνικής επιρροής. Αντίθετα, από τις συναισθηματικές προσεγγίσεις εκπαίδευσης που στηρίζονται στις εμπειρικές δραστηριότητες τάξεων, αυτές οι προσεγγίσεις υπογραμμίζουν τη χρήση των αποδεδειγμένων μεθόδων, των γνωστικών/συμπεριφοριστικών δεξιοτήτων κατάρτισης. Είναι βασισμένοι στην κοινωνική θεωρία εκμάθησης και τη θεωρία προβληματικής συμπεριφοράς. Σύμφωνα με αυτές τις θεωρίες, αυτός που καπνίζει, όπως και με άλλες συμπεριφορές, μαθαίνει να είναι κοινωνικός και λειτουργικός, ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των κοινωνικών και προσωπικών παραγόντων. Η διαμόρφωση και η ενίσχυση του καπνίσματος και της υπερκαπνιστικής γνώσης, των τοποθετήσεων, και των πεποιθήσεων επηρεάζουν τους εφήβους για να καπνίσουν. [24]

Οι προσεγγίσεις αυξήσεων ικανότητας διδάσκουν χαρακτηριστικά δύο ή περισσότερα από τα εξής:

1. Γενικές δεξιότητες επίλυσης προβλήματος και λήψης αποφάσεων.
2. Γενικές γνωστικές δεξιότητες για την διαπροσωπική αντίσταση ή τις επιρροές μέσων.

3. Δεξιότητες για την αύξηση του αυτοέλεγχου και του αυτοσεβασμού.
4. Προσαρμοστικές στρατηγικές για να τονίσουν και να αντιμετωπίσουν την ανησυχία μέσω της χρήσης των γνωστικών, χρησιμοποιώντας δεξιότητες ή συμπεριφοριστικές τεχνικές χαλάρωσης.
5. Γενικές κοινωνικές δεξιότητες.
6. Γενικές κατηγορηματικές δεξιότητες.

Οι έφηβοι μαθαίνουν αυτές τις δεξιότητες χρησιμοποιώντας έναν συνδυασμό οδηγίας, επίδειξης, ανατροφοδότησης, ενίσχυσης, συμπεριφοριστικής πρόβας (πρακτική κατά τη διάρκεια της κατηγορίας), και εκτεταμένης πρακτικής μέσω των συμπεριφοριστικών αναθέσεων εργασίας. [24]

Ένας αρχικός στόχος των προσωπικών και κοινωνικών επιμορφωτικών προγραμμάτων δεξιοτήτων, είναι να ενισχυθεί η γενική ικανότητα και να διδάξει τις δεξιότητες για την αντιμετώπιση της ζωής που έχουν μια σχετικά ευρεία εφαρμογή. Αντίθετα, οι κοινωνικές προσεγγίσεις επιρροής είναι, σχεδιασμένες για να διδάξουν τις πληροφορίες, τους κανόνες, και τις δεξιότητες άρνησης σε μια προβληματική-συγκεκριμένη εστίαση. Τα προσωπικά και κοινωνικά επιμορφωτικά προγράμματα δεξιοτήτων, τονίζουν την εφαρμογή των γενικών δεξιοτήτων σε καταστάσεις σχετικές άμεσα με το κάπνισμα (π.χ., που εφαρμόζει τις γενικές κατηγορηματικές δεξιότητες, στις καταστάσεις που περιλαμβάνουν την όμοια πίεση να καπνίσει). Αυτές οι ίδιες δεξιότητες μπορούν να εφαρμοστούν στο πρόσωπο πολλών εφήβων που δέχονται τέτοιου είδους προκλήσεις στις καθημερινές ζωές τους, έτσι ώστε να μην περιοριστούν στο κάπνισμα. [24]

Οι σε ευρεία βάση προσεγγίσεις αυξήσεων ικανότητας μπορούν να μην είναι αποτελεσματικές εκτός αν περιέχουν επίσης κάποιο υλικό κατάρτισης δεξιοτήτων αντίστασης. Ο συνυπολογισμός της κατάρτισης δεξιοτήτων αντίστασης μπορεί να είναι απαραίτητος λόγω του υλικού και περιλαμβάνει μια εστίαση στην παροχή των ακριβώς όμοιων και ενήλικων κανόνων και βοηθά τους σπουδαστές να εφαρμόσουν τις γενικές προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες στις καταστάσεις που είναι σχετικές με το κάπνισμα. Κατά συνέπεια, οι αποτελεσματικότερες προσεγγίσεις πρόληψης εμφανίζονται να είναι εκείνες που συνδυάζουν τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του συγκεκριμένου-προβλήματος του κοινωνικού προτύπου επιρροής και του ευρύτερου προτύπου αυξήσεων ικανότητας. [24]

2ο Κεφάλαιο - Παράγοντες που οδηγούν τους έφηβους στο κάπνισμα.

Η κρίσιμη μετάβαση από την παιδική ηλικία στην εφηβεία χαρακτηρίζεται από τη δημιουργία καινούριων προσδοκιών και αναζήτηση περισσότερο απαιτητικών κοινωνικών ευκαιριών. Σχέδια σχετικά με την εκπαίδευση, το επάγγελμα, την οικονομική ανεξαρτητοποίηση, τις ρυθμίσεις διαβίωσης και τις σχέσεις τους με τους οικείους, μπορεί να αποτελούν προτεραιότητα κατά την εφηβική ηλικία, αλλά η πραγματική εμπειρία της μετάβασης στην ενηλικίωση μπορεί να είναι διαφορετική από τις αρχικές φιλοδοξίες. Η επιτυχία ή η αποτυχία σε κάθε έναν από αυτούς τους τομείς έχει σημαντικές επιπτώσεις.

Μία μελέτη σε μαθητές δείχνει ότι η έναρξη καπνίσματος στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες εμφανίζεται στην ηλικία 11 των ετών και ότι από αυτήν την ηλικία περίπου το 20% των αγοριών έχουν αποκτήσει τις πρώτες εμπειρίες τους. [25] Τα κορίτσια αρχίζουν ελαφρώς αργότερα, αλλά κερδίζουν έδαφος πολύ γρήγορα και φτάνουν τα αγόρια, έτσι ώστε από την ηλικία των 15 ετών και τα δύο φύλα να έχουν τα ίδια επίπεδα εμπειρίας, με τα κορίτσια να καπνίζουν περισσότερο από τα αγόρια σε μερικές χώρες (συμπεριλαμβανομένης της Γερμανίας). [26] Έχει αναφερθεί ότι οι μαθητές προσπαθούν να αποκτήσουν την πρώτη εμπειρία τους κατά τη διάρκεια των πρώτων τεσσάρων ετών στο σχολείο αν και οι ουσιαστικές εθνικές και ως εκ τούτου κοινωνικές διαφορές έχουν βρεθεί. [27]

Η έναρξη στην κατανάλωση καπνού είναι αρχικά μια προσπάθεια να αντιμετωπίσει το άτομο, τα προβλήματα (ακριβώς όπως τις προκλήσεις) που καθημερινά ζει, να παραχθεί η ευχαρίστηση, και να παρασχεθεί ένας μηχανισμός αντιμετώπισης για τη σύγκρουση με τους γονείς και για την εμπειρία της αποτυχίας στο σχολείο (κρατημένος ένα έτος πίσω, έλλειψη όμοιας αναγνώρισης). Ο καπνός βοηθάει στην αποβολή των συμπτωμάτων της πίεσης. Ακόμα κι αν ο (εισπνεόμενος) καπνός των τσιγάρων μπορεί να μην δοκιμαστεί ευχάριστα για τα πρώτα 1 ή 2 έτη, οι εξελισσόμενοι καπνιστές αναγκάζονται οι ίδιοι, για «να το απολαύσουν» επειδή πρέπει «να αποδείξουν» κάτι στους φίλους ή τους ενηλίκους. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης έναρξης, η κατανάλωση καπνού έχει έναν οργανικό χαρακτήρα στους ψυχολογικούς και κοινωνιολογικούς όρους. [28] Σε αυτή τη φάση, αλλά και κατά τη διάρκεια των επόμενων μηνών, η κατανάλωση καπνού μπορεί να είναι σημαντική στον έφηβο για μία σειρά από λόγους όπως:

- ✓ προκαλεί τους γονικούς και κοινωνικούς κανόνες και τις αξίες,
- ✓ είναι μια σκόπιμη πράξη ενάντια στην έννοια του γονικού ελέγχου, προσδοκά εκδηλωτικά τη γονική συμπεριφορά,
- ✓ απεικονίζει την αναζήτηση της συνείδηση-επέκτασης για εμπειρίες,
- ✓ δίνει γρήγορα χαλάρωση και ευχαρίστηση
- ✓ ανοίγει την πρόσβαση σε έναν κύκλο φίλων,
- ✓ χαρακτηρίζει τον καπνιστή ως μέλος μιας υποομάδας,
- ✓ είναι η απόσπαση της προσοχής από τη φτωχή επίδοση στο σχολείο,
- ✓ βγάζει το μυαλό καπνιστών από τα ψυχολογικά προβλήματά του/της,
- ✓ καλύπτει τη φτωχή αυτοπεποίθηση και παρέχει μια ώθηση σε μια τρωτή αίσθηση της αξίας του ατόμου. [29]

Σε αντίθεση, οι μαθητές που επιτυγχάνουν ένα πιο υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο υιοθετούν γρηγορότερα μια υγιής - συνειδητή στάση απέναντι στο κάπνισμα τσιγάρων. Οι άνθρωποι που είναι «άκαπνοι» μέχρι την ηλικία των 20 έχουν μια συντριπτι-

κή πιθανότητα μη καπνιστικής ζωής. [30] Εκείνοι που καπνίζουν στην παιδική ηλικία σπάνια εγκαταλείπουν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια των επόμενων 2 έως 3 δεκαετιών ζωής. Η έναρξη καπνίσματος στην παιδική ηλικία καθορίζεται από εξωτερικούς παράγοντες και είναι βασισμένη πάνω σε κάθε παιδί ή έφηβο ατομικά σε συσχέτιση με τα προβλήματα του. [31] Η συμπεριφοριστική σταθεροποίηση αυξάνεται με την απόσταση από την ηλικία της έναρξης: οι άνθρωποι που αρχίζουν το κάπνισμα μετά από την ηλικία των 20 ετών είναι σχετικά σπάνιοι και αντιθέτως οι μαθητές που αρχίζουν μια διαδρομή καπνίσματος στην ηλικία 13-15 ετών είναι σε κίνδυνο στη συνέχεια να καπνίζουν για δεκαετίες. Όσο χαμηλότερη η ηλικία έναρξης καπνίσματος τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα ότι το άτομο θα γίνει εξαρτώμενος καπνιστής πριν από την ηλικία των 20 ετών. [32]

Η αντίληψη για το κάπνισμα από τους καπνιστές και μη καπνιστές είναι αποκαλυπτική. Μια έρευνα νεολαίας που πραγματοποιήθηκε το 1993, σε μαθητές από 12 εώς 16 ετών και των δύο φύλων, όπου υπολογίστηκαν χωριστά τα αποτελέσματα, για τους θηλυκούς και αρσενικούς εφήβους, αποκαλύφθηκαν ενδόμυχες ποσοτικές διαφορές. [33] Περίπου 47% των εφήβων δεν είχε καπνίσει ποτέ, ενώ εκείνοι που είχαν δοκιμάσει το κάπνισμα αποτέλεσαν περίπου 38%. Για πολλά από τα ζευγάρια ιδιοτήτων, οι μη καπνιστές ήταν κρισιμότεροι από τους καπνιστές στην αντιληπτή εικόνα καπνιστών («κάποιος που καπνίζει τακτικά τα τσιγάρα είναι…»): οι πιο σημαντικές διαφορές αναφέρθηκαν για τα ζευγάρια «ελκυστικά/αποκρουστικά», «μέσα/έξω», «χαλαρός/τσιτωμένος» και «ενδιαφέρον/βαρετός». Συγκρίνοντας τα κορίτσια και τα αγόρια που καπνίζουν εκτίμησαν τους κανονικούς καπνιστές ως πιο ενδιαφέροντες, είναι πιο χαλαροί και αποδίδουν καλύτερα. [34]

2.1 Οικογένεια.

Η οικογένεια και η συγγένεια αποτελούν τους σημαντικότερους κοινωνικούς θεσμούς. Ανεξάρτητα από τις μορφές με τις οποίες εμφανίζονται κάθε φορά, τους συναντάμε σε όλες ανεξαίρετα τις κοινωνίες, πράγμα που δείχνει, πέρα από κάθε αμφιβολία ότι αποτελούν μία από τις κύριες μορφές οργάνωσης της συλλογικής ζωής του ανθρώπου. Οι βασικοί σκοποί που επιδιώκονται με τους θεσμούς αυτούς είναι η βιολογική παραγωγή της κοινωνίας (οικογένεια), η ανατροφή των απογόνων, η εκπαίδευση και αγωγή τους, η αμοιβαία προστασία των ατόμων που συνδέονται μεταξύ τους με συγγενικούς δεσμούς (οικογένεια και η συγγένεια). Οι λειτουργίες αυτές συμπληρώνονται σε πολλές κοινωνίες και με άλλες τις οποίες οι δικές μας σύνθετες κοινωνίες τις έχουν εμπιστευτεί σε ιδιαίτερους εξειδικευμένους θεσμούς. [34]

Η οικογένεια είναι ομάδα ευρύτερη από το ζευγάρι που αποτελεί την διαρκή και νόμιμη γενετήσια ένωση. Οι μεταβολές που επήλθαν στο θεσμό της οικογένειας στους τελευταίους δύο ή τρεις αιώνες ήταν πολλές και ποικίλες σε περιεχόμενο. Οι κυριότερες συντελεστές τους ήταν: η άνοδος της αστικής τάξης, που επέβαλε ένα νέο τρόπο ζωής και οι κοινωνικές συνθήκες που αναπτύχθηκαν στις βιομηχανικές πόλεις και την σύγχρονη κοινωνία.

Μία από τις πιο σημαντικές σύγχρονες εξελίξεις είναι ο περιορισμός της λειτουργίας της οικογένειας ως παραγωγικής μονάδας. Τα μέλη της προσφέρουν την εργασία τους μεμονωμένα έξω από τον κοινό οίκο και κερδίζουν ατομικό ο καθένας τους εισόδημα. Ακόμη και ως μονάδα κατανάλωσης η οικογένεια έχει περιοριστεί, αφού σε σημαντικό ποσοστό τα μέλη της αυτόνομα όχι μόνο την παραγωγική τους ικανότητα αλλά και την ατομική καταναλωτική τους συμπεριφορά.

Μία από τις σημαντικότερες εξελίξεις που παρουσιάζονται τους τελευταίους αιώνες είναι η μετάβαση από την δημοσιότητα της οικογενειακής ζωής στην ιδιωτικότητα του οικογενειακού χώρου. Μία δεύτερη σημαντική εξέλιξη είναι η αποδέ-

σμευση της γενετήσιας σχέσης από την μητρότητα, χάρη στα σύγχρονα μέσα αντισύλληψης και ελέγχου των γεννήσεων. Η εξέλιξη αυτή έχει πολλαπλά αποτελέσματα. Καθιστά δυνατή την ελεγχόμενη αναπαραγωγή του ζευγαριού, απελευθερώνει τις προσωπικές του σχέσεις και υπογραμμίζει τον συναισθηματικό δεσμό που τους ενώνει ή αντίθετα την ανυπαρξία του.

Τρίτο σημαντικό γεγονός αποτελούν οι δημογραφικές εξελίξεις που σημειώθηκαν τα τελευταία τριάντα χρόνια. Η ραγδαία μείωση της θνησιμότητας είχε ως αποτέλεσμα την παράταση της διάρκειας ζωής με συνακόλουθη συνέπεια τον διπλασιασμό της διάρκειας του γάμου. Στην διάρκεια του μεσοπολέμου ένας γάμος δεν διαρκούσε πάνω από είκοσι χρόνια κατά μέσο όρο. Σήμερα ξεπερνάει τα σαράντα.

Μέσα στην οικογένεια το στοιχείο που εκφράζει την ιδιοπροσωπία ενός λαού είναι η λογική της διαδικασίας εξισορρόπησης, δύναμης και εξουσίας! Οι σύγχρονες κοινωνικές συνθήκες καθιστούν αναπόφευκτη την αλλαγή της ισορροπίας εξουσίας και δύναμης μέσα στην οικογένεια κυρίως γιατί διαφοροποιούν τις σχέσεις εξουσίας, διαφοροποιώντας τους ρόλους. [35]

2.1.1 Κυριότεροι παράγοντες που οδηγούν στην διαφοροποίηση των οικογενειακών ρόλων:

- ✓ Άμεσα επιδρούν στην διαφοροποίηση αυτή:

1. Οι δημογραφικές εξελίξεις- και κυρίως η μείωση του μέσου αριθμού παιδιών κατά οικογένεια και η επιμήκυνση της μέσης διάρκειας της ζωής των ατόμων.
2. Η εξέλιξη της οικονομικής οργάνωσης από γεωργική σε βιομηχανική και στα πλαίσια της εξέλιξης αυτής, η αλλοίωση των σχέσεων της οικογενειακής ομάδας με την παραγωγή.
3. Η ταχύτατη άνοδος του εκπαιδευτικού επιπέδου και ο «εκδημοκρατισμός» των διαπροσωπικών σχέσεων που ακολουθεί την άνοδο αυτή.
4. Δυνατότητα επαγγελματικής απασχόλησης της συζύγου έξω από τον οικογενειακό ιδιωτικό χώρο.

- ✓ Από την άλλη μεριά, οι κυριότεροι από τους παράγοντες που επιδρούν έμμεσα στην αλλοίωση των οικογενειακών ρόλων είναι:

1. Η κατάρρευση της κοινότητας και η συρρίκνωση (του μεγέθους και της σημασίας) της ομάδος των συγγενών σαν αποτέλεσμα κυρίως της αστικοποίησης.
2. Η αποδέσμευση του ατόμου από την ομάδα που είναι συνέπεια της αστικοποίησης αλλά και της συρρίκνωσης ή της κατάρρευσης των πρωτογενών και των δευτερογενών ομάδων ένταξης. Η αποδέσμευση αυτή σημαίνει πως η οικογένεια παύει να είναι η μοίρα του ατόμου προς τα συμφέροντα και τις απαιτήσεις τις οποίες αυτό οφείλει να προσαρμοστεί θυσιάζοντας την ατομικότητα και την προσωπική του ευτυχία.
3. Η καταλυτική επίδραση της κοινωνικής πολιτικής του σύγχρονου κράτους πρόνοιας, σύμφωνα με την οποία οι κοινωνικές παροχές δίδονται κυρίως στο άτομο (όχι στην ομάδα). [35]

2.1.1 Είδη οικογενειών.

Η συζυγική οικογένεια που είναι η κυρίαρχη μορφή της οικογένειας αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα και περιλαμβάνει το ζευγάρι και τα παιδιά του. Η κεντρική σημασία δίνεται στο παιδί και στην παιδική ηλικία, με επακόλουθο την αντίληψη ότι ο σκοπός

της οικογένειας είναι η εξασφάλιση των συνθηκών ικανοποιητικής ανατροφής και αγωγής των παιδιών της, η ιδιωτικότητα της οικογένειας και της ζωής των μελών της.

Έχουμε την μονογονεϊκή οικογένεια, που αποτελείται συχνότερα από μία γυναίκα και τα παιδιά της και έχει πάψει από καιρό να αποτελεί σπάνιο φαινόμενο.

Υπάρχει η πολυγαμική οικογένεια που αποτελείται από δύο ή περισσότερες παράλληλες οικογένειες που συνδέονται μεταξύ τους με πολλαπλούς γάμους του ενός τουλάχιστον από τους συζύγους. Υπάρχουν τριών ειδών πολυγαμικές οικογένειες: η ομαδογαμία, η πολυανδρία και η πολυγυνία.

Μια άλλη μορφή είναι η χωλή οικογένεια, που εμφανίζεται άλλοτε ως μονογονεϊκή και άλλοτε ως μέρος μιας εκτεταμένης οικογένειας. Το χαρακτηριστικό του τύπου αυτού είναι η μακρά απουσία ενός από τους δύο συζύγους – γονείς, χωρίς αυτό να δίνει διάσπαση της συναισθηματικής ενότητας και της λειτουργίας της οικογένειας. (35)

Έχουμε αλλαγές στην μορφή και το σκοπό της οικογένειας. Από την πυρηνική οδηγούμαστε στην σύγχρονη οικογένεια. Η αναθεώρηση του σκοπού οδηγεί σε βασικές ανακατατάξεις που αφορούν τις αξίες, τους ρόλους και τους κανόνες συμπεριφοράς. Ο σκοπός και αυτό αφορά όλα τα ζωντανά συστήματα, αποτελεί το θεμελιακό «σκεπτικό» πάνω στο οποίο στηρίζεται η ίδια η ύπαρξη του συστήματος. Ο σκοπός δηλαδή δίνει την κύρια κατεύθυνση και επιπλέον καθορίζει ποιοι συγκεκριμένοι στόχοι θα επιτευχθούν.

Σε περιόδους κοινωνικών ανακατατάξεων δημιουργείται ανακολουθία σε όλα τα επίπεδα και στη σχέση μεταξύ τους. Ο συντονισμός διασαλεύεται βαθιά. Οι ενέργειες ατόμων και ομάδων εξακολουθούν να βασίζονται σε ορισμένους «κώδικες», - αξίες, ρόλους, τύπους συμπεριφοράς – που δεν ευνοούν πια, αλλά δυσχεραίνουν τη λειτουργία τους, γιατί δεν είχαν δημιουργηθεί για να ανταποκρίνονται σε σκοπούς και στόχους κάποιας προηγούμενης φάσης. Αναγκαστικά, λοιπόν οι κώδικες αυτοί παύουν πια να ισχύουν και βαθμιαία απορρίπτονται. Δεν έχουν όμως ακόμη διαμορφωθεί, αποκρυσταλλωθεί οι νέοι κώδικες, με αποτέλεσμα αναπόφευκτες συγκρούσεις και αντιφάσεις ανάμεσα στα μέλη της κοινωνίας και μέσα στα ίδια τα άτομα.

Το παιδί στην πυρηνική οικογένεια παίζει τον πρωταρχικό ρόλο. Οι επιδιώξεις και οι φιλοδοξίες δύο ανθρώπων που αποφασίζουν να ζήσουν μαζί εναποτίθενται τελικά σε ένα τρίτο στο παιδί. *Δύο άνθρωποι δηλαδή ενώνουν τις ζωές τους με σκοπό να εκπληρωθούν οι στόχοι ενός τρίτου.* Το παιδί δηλαδή αποτελεί την κεντρική κολόνα, η οποία στηρίζει το οικοδόμημα του γάμου και της οικογένειας.

Η παιδοκεντρική αυτή αντίληψη του γάμου και της οικογένειας εξυπηρέτησε τη βασική ανάγκη για την σταθεροποίηση της οικογενειακής ενότητας σε μια εποχή που οι καινούριες συνθήκες ζωής την απειλούσαν με διάλυση. Στον αστικό χώρο, ο τρόπος παραγωγής των αγαθών απαιτεί την ένταξη των μελών της οικογένειας σε διάφορες και διαφορετικές κοινωνικές ομάδες, με ξεχωριστούς στόχους και επιδιώξεις. Η πυρηνική οικογένεια χαρακτηριστική της βιομηχανικής εποχής, δημιουργήθηκε σε περίοδο θεμελιωδών ανακατατάξεων που σχετίζονται με την αλλαγή του τρόπου παραγωγής των αγαθών.

Αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο. Ο κοινός στόχος της οικογένειας είναι η επιτυχία των παιδιών μέσα από την οποία οι γονείς ενθαρρύνονται ψυχολογικά. Ενώ δηλαδή οι γονείς υποτίθεται ότι αγωνιούν, προσπαθούν και θυσιάζονται για να γίνουν τα παιδιά τους «χρήσιμοι άνθρωποι στην κοινωνία», χωρίς αυτοί να διεκδικούν το παραμικρό για τον εαυτό τους, στην πραγματικότητα ζουν μέσα από αυτά.

Στην χώρα μας πληθαίνουν συνεχώς οι περιπτώσεις των ζευγαριών που χωρίζουν όταν τα παιδιά τους βρίσκονται στο τέλος της εφηβείας. Έχοντας εκπληρώσει τον προορισμό τους οι γονείς, καθώς έχουν μεγαλώσει τα παιδιά τους χωρίζουν. (36)

2.2 Παρέα εφήβων.

Αποτελεί το σύνολο των προσώπων με κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, τα οποία αισθάνονται πως έχουν ενδιαφέροντα με ιδιαίτερους και ίδιους κανόνες συμπεριφοράς μεταξύ τους. Αποτελεί μια δευτερογενή ομάδα, καθώς το άτομο πηγαίνει σε αυτή για να συμμετάσχει, αντίθετα με την πρωτογενή όπου είναι μια φυσική ομάδα στην οποία ζει και αποτελεί το εν γένει κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου. Ως μία συγκροτημένη και πολύπλοκη σύνθεση, η ομάδα συνδέεται με ισχυρούς δεσμούς που θεμελιώνουν την ιδιαίτερη υπόσταση της με άμεση και συχνή την επικοινωνία μεταξύ των μελών της. Το βασικότερο στοιχείο που ενδυναμώνει την έννοια της παρέας είναι η αποκλειστικότητα των σχέσεων που αποτελεί κοινό και αναγνωρισμένο χαρακτηριστικό των μελών μιας ομάδας. Η αποκλειστικότητα των σχέσεων, όχι μόνο αναγνωρίζεται από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο ως θεμιτή (όπως π.χ στην περίπτωση της φιλίας), αλλά αποτελεί συχνά αντικείμενο ιδιαίτερης και λεπτομερειακής ρύθμισης (όπως λ.χ στην περίπτωση της συγγένειας). Η πολλαπλότητα των σκοπών που εξυπηρετεί η κοινωνική ομάδα αποτελεί το δυναμικότερο στοιχείο που συνέχει και ισχυροποιεί το σύνολο αυτό. [35]

2.3 Διαφήμιση καπνού και εφηβική έναρξη.

Είναι εμφανές από τις παρατηρήσεις ότι το παράθυρο κρίσιμης στιγμής που καθορίζει εάν ένα πρόσωπο θα γίνει καπνιστής ή θα παραμείνει μη καπνιστής είναι η περίοδος μεταξύ 10 και 12 ηλικιών. Η διαφήμιση τσιγάρων πρέπει να προσκρούσει σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα εάν επιθυμεί να παράγει μελλοντικούς πελάτες. Σύμφωνα με μια έρευνα, η οποία βαθμολόγησε 571 σπουδαστές Α΄ Γυμνασίου (13 χρονών), έδειξε ότι η πιθανότητα να καπνίσουν ήταν 2.2 φορές μεγαλύτερη μεταξύ εκείνων που ξεκινούσαν επηρεασμένοι από προωθητικά στοιχεία και 2.8 φορές μεγαλύτερος μεταξύ εκείνων που έλαβαν από το ταχυδρομείο διαφημιστικά έντυπα από μια επιχείρηση τσιγάρων. [35]

Η επιστημονική έρευνα μας πληροφορεί ότι η μύηση στο κάπνισμα αρχίζει από την παιδική ηλικία. Τα στοιχεία και τα δεδομένα είναι συντριπτικά:

- ✓ 60% των καπνιστών αρχίζουν πριν τα 13 τους χρόνια,
- ✓ 90% των καπνιστών αρχίζουν πριν τα 20 τους χρόνια.

Σωρεία μελετών και ερευνών προσφέρουν αδιάσειστα στοιχεία και δεδομένα που έχοντας τα υπόψη, οι φορείς υγείας και παιδείας σ' όλες ανεξαίρετα τις αναπτυγμένες χώρες προωθούν και ψηφίζουν όλο και πιο αυστηρές νομοθεσίες σε ότι αφορά τη διαφήμιση καπνικών προϊόντων. [35]

Ας δούμε μερικά από αυτά τα δεδομένα:

1. τα παιδιά κατανοούν τις διαφημίσεις καπνικών προϊόντων, ιδίως των τσιγάρων,
2. όσα από τα παιδιά εγκρίνουν τις διαφημίσεις έχουν διπλάσιες πιθανότητες να γίνουν καπνιστές παρά τα παιδιά που δεν τις εγκρίνουν,
3. οι διαφημίσεις όχι μόνο προδιαθέτουν τα παιδιά στο κάπνισμα αλλά και ενισχύουν τη συνήθεια τους στο κάπνισμα,
4. τα παιδιά επηρεάζονται από τις διαφημίσεις σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από όσο οι ενήλικες,
5. πολλά παιδιά είναι σε θέση να διακρίνουν, κρυπτογραφικές ή διαφοροποιημένες διαφημίσεις για καπνικά προϊόντα που ούτε καν επιδεικνύουν τη μάρκα ή τ' όνομα των τσιγάρων. Μπορούν, επίσης, να διακρίνουν μάρκες τσιγάρων σε αλλά είδη προϊόντων.

Έρευνες, έχουν επίσης, επιβεβαιώσει ότι ανήλικοι καπνιστές:

1. δίνουν μεγαλύτερη προσοχή στις διαφημίσεις παρά οι ενήλικες,
2. δείχνουν «ευαρέσκεια» στις «ιδέες» που προβάλλουν οι διαφημίσεις καπνικών προϊόντων,
3. έχουν ισχυρότερες προτιμήσεις σε συγκεκριμένες διαφημίσεις παρά οι μη καπνιστές.

Οι έφηβοι αρχίζουν το κάπνισμα επίσης ως απάντηση στα κοινωνικά γεγονότα, και τα μέσα και έχουν έναν κεντρικό ρόλο για να παίξουν εδώ, οι έφηβοι στις ΗΠΑ περνούν 2-3 ώρες προσέχοντας καθημερινά προγράμματα και τηλεοπτικές ταινίες. Η παρακολούθηση ακριβώς 3 ταινιών/εβδομάδα δίνει ένα ετήσιο σύνολο 150 ταινιών. Αυτές οι ταινίες περιλαμβάνουν έναν μεγάλο αριθμό σκηνών καπνιστών που χαρακτηρίζουν τους κινηματογραφικούς αστέρες και των δύο φύλων, και τους εφήβους να προσελκύονται επίσης από τα τσιγάρα και από αυτά τα πρότυπα, με τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες και τις κοινωνικές επιρροές να καθορίζουν τη μελλοντική τους συμπεριφορά. (37)

Η ευαισθησία στη διαφήμιση καπνού μετρήθηκε σε μια τηλεφωνική εκστρατεία σε 3.536 έφηβους μη καπνιστές. Η έρευνα σχεδιάστηκε για να ανακαλύψει τη στάση των εφήβων απέναντι στην κατοχή του καπνού – με σχετικά προωθητικά στοιχεία για την αναγνώρισή των μηνυμάτων διαφήμισης και των προτιμημένων εμπορικών σημάτων. Η έρευνα εξέτασε επίσης πως επεκτάθηκε η διαφήμιση εκεί, όπου οι έφηβοι εκτέθηκαν σε ένα περιβάλλον που καπνίζουν. Η βασική εύρεση ήταν ότι οι έφηβοι είναι δύο φορές πιθανότερο να αρχίσουν εάν μεγαλώνουν σε ένα περιβάλλον που καπνίζουν (οικογενειακά μέλη ή πρότυπα) παρά σε ένα ελεύθερο από καπνό περιβάλλον. Η έκταση της δεκτικότητάς τους, π.χ. στη διαφήμιση, ήταν ένας ενισχύοντας παράγοντας κινδύνου. (38)

Μια Σκανδιναβική μελέτη έχει καταδείξει εντυπωσιακά το ρόλο του κοινωνικού περιβάλλοντος (γονείς, αμφιθαλείς, φίλοι) για τη μελλοντική συμπεριφορά καπνίσματος σε άτομα ηλικίας δεκαπέντε ετών: το 90% των εφήβων κάπνισε όπου γύρω από αυτούς κάπνισαν, έναντι μόνο το 3% από αυτούς δεν κάπνισε. (39) Σύμφωνα με μια άλλη μελέτη, «ο επικίνδυνος καπνιστής» εξαρτήθηκε από παράγοντες όπως η ιδιοκτησία των προωθητικών στοιχείων (κατάλογοι, δελτία) και αύξησε 22 πτυχές εάν όταν ήταν έφηβος του δόθηκε δωρεάν δείγμα πακέτο τσιγάρα. (40)

Οι διαθέσιμες μελέτες δείχνουν ότι είναι πρώτιστα οι έφηβοι που προσελκύονται για να γίνουν καπνιστές λόγω της διαφημιστικής καμπάνιας. Η ένταση της διαφήμισης αυξάνει την κατανάλωση τσιγάρων.

Σε κάθε έτος μεταξύ 1988 και 1998, η διαφήμιση και οι προωθητικές δραστηριότητες από τις επιχειρήσεις αμερικανικού καπνού είχαν ως αποτέλεσμα 193.000 πρόσθετους ενήλικους καπνιστές που άρχισαν το κάπνισμα ως έφηβοι. Εκείνη η δεκαετία διαφήμισης και προωθήσεων καπνού θα οδηγήσει σε αποδοτέο θάνατο το χρόνο 46.400 καπνίζοντες, και 698.400 χρόνια της πιθανής ζωής που χάθηκε, και μεταφράζεται σε περίπου US$ 21.7 δισεκατομμύριο σε US$ 33.3 δισεκατομμύριο συνολικά σε ιατρική κάλυψη, παραγωγικότητα, και θνησιμότητα-σχετικές με τις δαπάνες. Εάν όλες οι διαφημίσεις βιομηχανίας καπνών και οι προωθητικές δραστηριότητες απαγορεύθηκαν για τα επόμενα 25 έτη, 60.000 που καπνίζουν - οι αποδοτέοι θάνατοι θα μπορούσαν το χρόνο να αποφευχθούν, σώζοντας 900.000 έτη ζωής, US$ 2.6 δισεκατομμύριο υπερβολικές ιατρικές δαπάνες, και μεταξύ US$ 28 δισεκατομμυρίων και US$ 43 δισεκατομμυρίων στις δαπάνες θνησιμότητας. (41)

Ας δούμε όμως μερικές από τις μελέτες αυτές από πιο κοντά για να αντιληφθούμε καλύτερα το όλο πρόβλημα που προκύπτει από τις διαφημίσεις καπνικών προϊόντων:

1. δυο πρόσφατες μελέτες από τον Aitken και τους συνεργάτες του αποδεικνύουν ότι: το 22% των παιδιών ηλικίας 6-10 χρόνων και το 91% των παιδιών 12-16 χρόνων ήταν σε θέση να διακρίνουν αν μια διαφήμιση ήταν για τσιγάρα παρόλο ότι σ' αυτή δεν περιέχονταν σημάδια καπνίσματος, [42]
2. μια άλλη μελέτη από τους Rombouts και Faunconnier αποκαλύπτει ότι: οι διαφημίσεις πρωταρχικά, φτάνουν στα παιδιά. Μόνο 18% των εφήβων δεν πρόσεξαν τις σχετικές διαφημίσεις σε σύγκριση με το 45% των ενηλίκων που δήλωσαν ότι δεν τις πρόσεξαν, [37]
3. μια δανέζικη μελέτη έχει καταδείξει ότι νεαρά άτομα των 10-14 χρόνων έχουν υψηλότερο ποσοστό αναγνώρισης των ονομάτων και λογοτύπων των τσιγάρων σε σύγκριση με τους ενήλικες. [3]

Ότι για τα παιδιά που μεγαλώνουν σε μια κοινωνία όπου οι διαφημίσεις καπνικών προϊόντων επιτρέπονται – όπως είναι η δική μας περίπτωση – το κάπνισμα δεν μπορεί παρά:

- ✓ να κυριαρχεί παντού και οποιαδήποτε ώρα,
- ✓ να θεωρείται θετική συμπεριφορά,
- ✓ να γίνεται αποδεκτό από το ευρύτερο κοινό.

Παρόλα αυτά οι καπνοβιομηχανίες συνεχίζουν να επιμένουν ότι οι διαφημίσεις τους απευθύνονται και επηρεάζουν αποκλειστικά και μόνο τους καπνιστές, για να τους επηρεάσουν να αλλάξουν τη μάρκα των τσιγάρων που καπνίζουν. Δημόσια, αρνούνται ότι η διαφήμιση προάγει το κάπνισμα, ενώ όλοι είδαμε και γνωρίζουμε ότι εξορισμού η διαφήμιση επιδιώκει τη μεγιστοποίηση των πωλήσεων κάθε διαφημιζόμενου προϊόντος.

Σε ότι αφορά ειδικά τις καπνοβιομηχανίες αυτές:

- ✓ γνωρίζουν και πιστεύουν ότι τα οφέλη που προκύπτουν μακροχρόνια από διαφημιστικές ενέργειες ξεπερνούν κατά πολύ τα έξοδα τους,
- ✓ γνωρίζουν και πιστεύουν ότι διαφημίζοντας επηρεάζουν τους ανθρώπους να χρησιμοποιούν τα προϊόντα ή τις υπηρεσίες που διαφημίζουν.

Ο ισχυρισμός επομένως των καπνοβιομηχανιών ότι οι διαφημίσεις και οι άλλες προωθητικές προσπάθειές τους αποσκοπούν μόνο στην προβολή των διαφόρων ειδών των προϊόντων τους, ούτε από τη θεωρία ούτε από την πράξη δικαιολογείται ή δικαιώνεται. Είναι λοιπόν εύκολο και στον πιο απλό άνθρωπο που διαθέτει τον «κοινό νου» να απαντήσει στο ερώτημα «Γιατί διαφημίζουν οι καπνοβιομηχανίες». Διαφημίζουν γιατί θέλουν να επηρεάσουν ομάδες ανθρώπων και μ' αυτό τον τρόπο να αυξήσουν τις πωλήσεις τους. Διαφημίζουν λοιπόν για:

1. να επηρεάσουν τους μη καπνιστές να αρχίσουν το κάπνισμα,
2. να επηρεάσουν τους καπνιστές να καπνίζουν πιο πολύ,
3. να επηρεάσουν τους καπνιστές να αναβάλουν την απόφαση τους να σταματήσουν το κάπνισμα,
4. να επηρεάσουν τους καπνιστές στην επιλογή του είδους των τσιγάρων που θα καπνίσουν. [3]

2.4 Αποφυγή άγχους.

Νέα έρευνα υποδεικνύει ότι το κάπνισμα σχετίζεται με το άγχος και τη κατάθλιψη, όπως και με το άγχος μόνο. Ωστόσο, άνθρωποι που εμφανίζουν κατάθλιψη αλλά όχι άγχος καπνίζουν το ίδιο με τους άλλους καπνιστές. Τα ευρήματα αυτά προκύ-

πτουν από έρευνα του Νορβηγικού Ινστιτούτου Δημόσιας Υγείας, του Πανεπιστημίου του Bergen και του King's College στο Λονδίνο.

Η σχέση μεταξύ του καπνίσματος και του άγχους/κατάθλιψης φαίνεται πιο έντονη στις γυναίκες και τους νέους. Συγκεντρώθηκαν στοιχεία από 60.000 εθελοντές ηλικίας 20 έως 89 ετών. Η κατάθλιψη αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας την κλίμακα HADS, Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης. Το κάπνισμα ορίστηκε ως καθημερινή χρήση τσιγάρων, πούρων ή πίπας. Ποσοστό 29% των συμμετεχόντων δήλωσαν πως είναι ενεργοί καπνιστές. Παρόμοιος αριθμός ατόμων δήλωσε πως είχε διακόψει το κάπνισμα, ενώ 42% ήταν πρώην καπνιστές. Ποσοστό 9,6% είχαν άγχος, 4,9% κατάθλιψη ενώ 5,9% εμφάνιζε συνδυασμό άγχους και κατάθλιψης.

Στοιχεία του Π. Ο. Υ Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, δείχνουν ότι ποσοστό 30% των κατοίκων στο δυτικό κόσμο καπνίζουν καθημερινά. Προηγούμενες έρευνες έχουν αποκαλύψει ότι άνθρωποι με προβλήματα ψυχικής υγείας έχουν διπλάσιες πιθανότητες να καπνίζουν τόσο όσο και ο υπόλοιπος πληθυσμός.

Είναι γνωστό πως εκτός από προβλήματα στον οργανισμό, το κάπνισμα σχετίζεται με άλλα ψυχολογικά προβλήματα. Το άγχος και η κατάθλιψη είναι τα πιο συνήθη παράπονα και συχνά παρατηρούνται σε καπνιστές.

Ο Arnstein Mykletun, εξηγεί ότι η έρευνα έδειξε τη δυνατότερη σχέση με το κάπνισμα στην περίπτωση που ο άνθρωπος είναι ταυτόχρονα αγχωμένος και πάσχει και από κατάθλιψη. Η επόμενη ισχυρότερη σχέση εμφανίζεται στους ανθρώπους με άγχος χωρίς κατάθλιψη και οριακή σχέση φαίνεται να υπάρχει μεταξύ του καπνίσματος και της κατάθλιψης χωρίς άγχος. Δεν παρουσιάστηκε μείωση του άγχους και της κατάθλιψης με το πέρασμα του χρόνου, μετά τη διακοπή του καπνίσματος. [43]

2.5 Κοινωνικοποίηση.

Η κοινωνικοποίηση, είναι η κοινωνική αναπαραγωγή ενός κοινωνικού συνόλου. Αποτελεί την μεταβίβαση της κοινωνικής κληρονομιάς από τη μια γενιά στην άλλη. Έτσι ετοιμάζει η κοινωνία τα άτομα για να ενταχθούν στον κοινωνικό σύνολο και να γίνουν αποδεκτά από τα υπόλοιπα μέλη της. Τα άτομα εφόσον έχουν αποδεχτεί αυτή τη κληρονομιά ενσωματώνονται με το κοινωνικό σύνολο.

Κύριος φορέας κοινωνικοποίησης αποτελεί η οικογένεια, όπου το άτομο κινείται στους κόλπους της από τα βρεφικά στάδια και την νηπιακή ηλικία αρχίζει να κοινωνικοποιείται. Έπειτα στην παιδική ηλικία δημιουργούνται άλλοι φορείς κοινωνικοποίησης όπως η ομάδα των συνομηλίκων, το σχολείο κ.ά. Το άτομο όταν είναι ενεργό τότε μπορεί να επιλέγει τα πρότυπα συμπεριφοράς του σύμφωνα με τις δικές του προτιμήσεις και επιδιώξεις, αντίθετα με τον παθητικό, κάνει ότι το σύνολο χωρίς προσωπική βούληση. Κοινωνικοποιείται με τη δική του αυτοτελή ενέργεια. Με τους μηχανισμούς ανάδρασης που διαθέτει εντάσσει τον εαυτό του σε σύνολα και κατηγορίες και κάνει δική του την κοινωνική κληρονομιά του συνόλου που θέλει να του ανήκει. [30] Ουσιαστικά αποτελεί την συμμόρφωση των ατόμων στους κανόνες που θέτει το κοινωνικό σύνολο από το οποίο περιβάλλονται.

Η παρέα των συνομηλίκων αποτελεί πλέον ομάδα αναφοράς. Ως ομάδα δηλαδή που συνιστά ενσάρκωση κανονιστικών προτύπων και πηγή διαμόρφωσης του κοινωνικού εαυτού. Η επιλογή εξαρτάται και διαμορφώνεται από εξωτερικούς και από εσωτερικούς παράγοντες, όσον αφορά το άτομο. Οι εσωτερικοί παράγοντες αναφέρονται στην έφεση ή πρόθεση άσκησης επιλογής. Οι εξωτερικοί παράγοντες μπορούν να καταταγούν, πολύ σχηματικά, σε δύο μεγάλες ομάδες. Στην ύπαρξη αντικειμενικών δυνατοτήτων επιλογής και στη διαμόρφωση της έφεσης ή πρόθεσης επιλογής. [30]

2.6 Βαρεμάρα.

Το κάπνισμα μπορεί να σκοτώσει το χρόνο, αλλά δυστυχώς μπορεί να σκοτώσει και τον καπνιστή. Όταν οι άνθρωποι σταματήσουν να καπνίζουν θα έχουν τον χρόνο για εκείνα τα χόμπι και εργασίες που δεν έκαναν πριν.

Πολλοί καπνιστές που έχουν διακόψει αισθάνονται έντονα την επιθυμία να ανάψουν πάλι τσιγάρο όταν βρίσκονται μόνοι τους και δεν έχουν κάτι να κάνουν. Αυτό μπορεί να συμβεί στο σπίτι, αλλά και εκτός σπιτιού (όταν π.χ. έχουν φτάσει νωρίτερα σ' ένα ραντεβού και περιμένουν ώρα χωρίς να κάνουν τίποτα).

Μπορείτε να προλάβετε τις καταστάσεις «βαρεμάρας» καθορίζοντας το καθημερινό πρόγραμμα σας και μην αφήνοντας κάποια ώρα χωρίς να έχετε κάτι να κάνετε. Για τις ώρες αναμονής έχετε μαζί σας πρόχειρο ένα βιβλίο να διαβάσετε ή/και ένα ραδιοκασετόφωνο με ακουστικά για να ακούσετε την αγαπημένη σας μουσική. Απασχολήστε το μυαλό σας με διάφορες λεπτομέρειες του περίγυρού σας που δεν είχατε προσέξει ή ασχοληθεί μαζί τους. Προσκαλέστε φίλους να βγείτε έξω. Κάντε καθαριότητα στο σπίτι και επισκευάστε ότι είναι χαλασμένο. [6]

2.7 Απώλεια βάρους.

Για ποικίλους λόγους πολλοί καπνιστές χάνουν βάρος κατά τη διάρκεια πολλών ετών καπνίσματος (μειωμένη όρεξη, αυξανόμενη οξείδωση λιπαρού οξέος, επιδεινωμένος αντίσταση ινσουλίνης, αυξανόμενες συγκεντρώσεις ινσουλίνης πλάσματος), αν και ο καπνός τσιγάρου δεν εμφανίζεται να είναι ανόρεκτος πράκτορας. [44] Αντιθέτως, η διακοπή καπνίσματος σε απάντηση στη διοίκηση νικοτίνης φέρνει μια βελτίωση στην αντίσταση ινσουλίνης με την απόσυρση της νικοτίνης, αλλά άλλων μη αναγνωρισμένων συστατικών του τσιγάρου από τον καπνό τσιγάρων. Επιπλέον, η παρουσία νικοτίνης έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τις συγκεντρώσεις του leptin που ενεργεί προφανώς για να μειώσει το βάρος σωμάτων. [45] Ενώ οι αλλαγές στο βάρος σωμάτων, στην επόμενη διακοπή καπνίσματος είναι μια σημαντική ανησυχία για πολλούς καπνιστές, τα παροδικά σκαμπανεβάσματα βάρους των σωμάτων ισορροπούν συχνά πάλι μέσα σε μερικά έτη.

Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που τρώνε περισσότερο σε καταστάσεις πίεσης (συχνά ο λόγος είναι το κάπνισμα) ή που περνούν την εμμηνόπαυση, είναι για να χάσουν το βάρος όταν σταματούν να καπνίζουν. Οι διαιτητικές συμβουλές πρέπει να δοθούν στην έναρξη της διακοπής καπνίσματος και προσπάθειες πρέπει να καταβληθούν να ενθαρρύνουν τη μεγαλύτερη σωματική δραστηριότητα, δεδομένου ότι αυτό έχει αποδειχθεί για να ελαχιστοποιήσει την απώλεια σε μέσης - ηλικίας γυναίκες. [46]

2.8 Ευχαρίστηση.

Τα θετικά του τσιγάρου, και γιατί είναι δύσκολο να το κόψει κανείς. Βοηθά στην αντιμετώπιση δυσάρεστων και οδυνηρών καταστάσεων. Βελτιώνει την ικανότητα συγκέντρωσης, χαλαρώνει, το βλέπει κανείς σαν διάλειμμα από τη δουλειά του. Βοηθά στην αντιμετώπιση της ανίας σε περιόδους πλήξης. Δίνει «δουλειά» στα χέρια του κατόχου. Μετατρέπει τις ευχάριστες στιγμές σε ακόμα πιο απολαυστικές. Δίνει αίσθημα άνεσης στις κοινωνικές συναναστροφές. Είναι ταυτισμένο με συγκεκριμένες συνήθειες (πχ. καφές, φαγητό). Όλοι αυτοί οι λόγοι αποτελούν τον πυρήνα για την συνέχιση της κατανάλωσης των τσιγάρων.

2.9 Ηρεμία.

DukeMedNews – φαίνεται ότι μέσα στο μυαλό κάθε καπνιστή που προσπαθεί να εγκαταλείψει το κάπνισμα, η διαμάχη που υπάρχει μεταξύ των λειτουργιών υψηλής-διαταγής του εγκεφάλου που θέλει να σπάσει τη συνήθεια και τις λειτουργίες της χαμηλής-διαταγής που κραυγάζουν για ένα άλλο τσιγάρο.

Οι ανιχνεύσεις εγκεφάλου των καπνιστών που μελετήθηκαν από τους ερευνητές αποκάλυψαν τρεις συγκεκριμένες περιοχές βαθιά μέσα στον εγκέφαλο που εμφανίζονται να ελέγχουν την εξάρτηση στη νικοτίνη και τον πόθο για τα τσιγάρα. Αυτές οι περιοχές διαδραματίζουν τους σημαντικούς ρόλους σε μερικά από τα βασικά κίνητρα για το κάπνισμα: 1) για να ηρεμήσει όταν τονίζεται 2) για να επιτύχει την ευχαρίστηση και 3) για να βοηθήσει τη συγκέντρωση.

Η κατανόηση πώς ο εγκέφαλος αποκρίνεται στους πόθους των τσιγάρων μπορεί να βοηθήσει στη διαδικασία διακοπής της νικοτίνης και την αλλαγή των γιατρών για να εξετάσουν και τα τρία από αυτά τα συστατικά της απόσυρσης, αυξήθηκε η εν λόγω. Τα φάρμακα ή η θεραπεία που στοχεύουν σε αυτές τις περιοχές μπορούν να βοηθήσουν τους καπνιστές να εξορκίσουν τους πόθους που χαλούν συχνά τις προσπάθειές τους να εγκαταλείψουν. [47]

Περίπου ένας στους πέντε Αμερικάνους καπνίζει. Ακόμα κι αν 70 % των καπνιστών υποβάλλουν έκθεση που θα επιθυμούσαν να εγκαταλείψουν, μόνο 5 % το κάνουν τόσο επιτυχώς. Σε αυτήν την μελέτη, οι ερευνητές χειρίστηκαν τα επίπεδα εξάρτησης τσιγάρου νικοτίνης παρατηρώντας 15 καπνιστές και ανίχνευσαν έπειτα τους εγκεφάλους τους χρησιμοποιώντας την τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων, ή τις ανιχνεύσεις PET, για να δουν σε ποιες περιοχές του εγκεφάλου ήταν πιο ενεργοί.

Τρεις συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου κατέδειξαν τις αλλαγές στη δραστηριότητα όταν οι καπνιστές επιθυμούσαν να καπνίσουν ενάντια στην περίπτωση που δεν επιθυμούσαν να καπνίσουν.

Μια περιοχή, την οποία κάλεσαν θάλαμο, θεωρείται το βασικό σημείο ηλεκτρονόμων για τις αισθητήριες πληροφορίες που ρέουν στον εγκέφαλο. Μερικά από τα συμπτώματα της απόσυρσης μεταξύ των ανθρώπων που προσπαθούν να εγκαταλείψουν το μίσχο από την ανικανότητα να στραφούν οι σκέψεις και το συναίσθημα να συντριφθούν, θα μπορούσαν έτσι να εξηγηθούν από τις αλλαγές σε αυτήν την περιοχή, σύμφωνα με τους ερευνητές. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι αλλαγές σε αυτήν την περιοχή ήταν οι πιο δραματικές μεταξύ εκείνων που είπαν ότι κάπνισαν για να ηρεμήσουν κάτω όταν είναι κάτω από την πίεση.

Μια άλλη περιοχή είναι καίρια, η οποία βρίσκεται στο επάνω μέρος του συστήματος ευχαρίστησης του εγκεφάλου. Οι αλλαγές σε αυτήν την περιοχή, που αποκαλείται striatum, ήταν οι πιο ξεχωριστές στους ανθρώπους που κάπνισαν για να ικανοποιήσουν τον πόθο και για την ευχάριστη χαλάρωση, οι ερευνητές είπαν.

Μια άλλη περιοχή την αποκάλεσαν ως τον προηγούμενο φλοιό cingulate, είναι ζωτικής σημασίας στις γνωστικές λειτουργίες όπως η σύγκρουση, ο μόνος κανονισμός, είναι η λήψη αποφάσεων και η συγκίνηση. Οι άνθρωποι των οποίων οι ανιχνεύσεις εγκεφάλου παρουσίασαν περισσότερες διαφορές σε αυτήν την περιοχή ανέφεραν επίσης ότι κάπνισαν για να διαχειριστούν το βάρος τους.

Η γνώση μας δίνει τις νέες ενδείξεις για τους μηχανισμούς εγκεφάλου που κρύβονται κάτω από τον εθισμό στα τσιγάρα και θα μπορούσε να μας επιτρέψει το σχέδιο δημιουργίας καλύτερων μεθόδων για να βοηθήσει τους καπνιστές να εγκαταλείψουν. [6]

2.10 Συγκέντρωση.

Εάν ένα τσιγάρο βελτιώνει τη συγκέντρωση είναι πιθανό μόνο επειδή τα επίπεδα συγκέντρωσης είναι χαμηλά κατά πρώτο λόγο επειδή ο καπνιστής δεν είχε ένα τσιγάρο για μια στιγμή και οφείλεται στη εξάρτηση από τη νικοτίνη. [6]

2.11 Περιέργεια.

Η χρήση του καπνού αποτελεί κοινωνικό φαινόμενο. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι καπνιστές σήμερα ξεκινούν τη συνήθεια αυτή, σε ηλικίες σαφώς μικρότερες από το παρελθόν, στην εφηβική ή ακόμα και στην παιδική ηλικία. Αυτή η πολύ πρόωρη έναρξη του καπνίσματος, αποτελεί από μόνη της σοβαρό παράγοντα κινδύνου και συγκεκριμένα αν προκύψει σε ηλικία από 16 ετών και κάτω, διπλασιάζει τον κίνδυνο εμφάνισης περιφερικής αγγειακής νόσου αργότερα. Αυτό βέβαια είναι αποτέλεσμα πολλών παραμέτρων που σχετίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον, την οικογένεια, το σχολείο και τις ανθρώπινες σχέσεις.

Ένα παιδί που μεγαλώνει σε περιβάλλον καπνιστών έχει πάρα πολλές πιθανότητες να γίνει και το ίδιο καπνιστής. Επίσης κυρίαρχο ρόλο σε αυτή την εξέλιξη, παίζει η βιομηχανία της διαφήμισης μέσα από τη διαμόρφωση συγκεκριμένων προτύπων προσωπικής, επαγγελματικής ή κοινωνικής επιτυχίας, που σαν βασικό και κυρίαρχο συστατικό τους έχουν το κάπνισμα.

Άλλωστε οι ίδιοι οι καπνιστές ομολογούν ότι ξεκίνησαν το κάπνισμα είτε από περιέργεια, είτε από παρότρυνση της παρέας κλπ. Το γιατί αυτή η κατ' αρχήν «δοκιμαστική» εμπειρία, εξελίσσεται συνήθως ή σχεδόν πάντα, σε μόνιμη συνήθεια και ανάγκη, είναι ένα θέμα που σχετίζεται οπωσδήποτε με τα συστατικά του καπνού, ή πιο σωστά του τσιγάρου. [6]

3° Κεφάλαιο - Εθισμός και νικοτίνη

Στη χημική του σύνθεση, είναι ελαιώδης αζωτούχα οργανική ένωση και ανήκει στην κατηγορία των αλκαλοειδών όπως είναι η μορφίνη και η κοκαΐνη, γι' αυτό προκαλεί εθισμό πολύ εύκολα. Είναι υγρό άχρωμο, λιπαρό με έντονη οσμή και ιδιαίτερα πικρή γεύση. Είναι από τα τοξικότερα δηλητήρια και απορροφάται ταχύτατα από τους πνεύμονες, εντός 8 δευτερολέπτων. Η νικοτίνη αποτελεί περίπου το 0,6-3,0% του ξηρού βάρους του καπνού, με την βιοσύνθεση που πραγματοποιείται στις ρίζες και που συσσωρεύεται στα φύλλα του. [48] Για τον λόγο αυτό χρησιμοποιείται ενάντια στις διάφορες ζωικές και φυτικές ασθένειες. Στα ξερά φύλλα του καπνού (Nicotiana tabacum) περιέχονται αιθέρια έλαια, σάκχαρο, λευκώματα και κυρίως η δηλητηριώδης ουσία νικοτίνη. Διαλύεται στο νερό, στην αιθυλική αλκοόλη (οινόπνευμα) και στον αιθέρα. Με θέρμανση αναδίδει ατμούς ισχυρά δηλητηριώδης και αναφλέξιμους, ενώ σε θερμοκρασίες άνω των 55° C μπορεί να σχηματίσει με τον αέρα εκρηκτικά μίγματα. Αυτό που κάνει το κάπνισμα τόσο δυνατό είναι το γεγονός ότι η νικοτίνη καίγεται στον αέρα, καθώς από τα 20 mg περίπου που περιέχει ένα τσιγάρο μόνο το 1mg περίπου εισπνέετε από τον καπνιστή. Στην κτηνιατρική χρησιμοποιείται σαν ισχυρό φάρμακο κατά των παρασίτων του δέρματος (ψύλλων, κοριών, τσιμπουριών κτλ).

Σύμφωνα με την American Heart Association, ο «εθισμός στη νικοτίνη είναι ιστορικά ένας από τους σκληρότερους εθισμούς που σπάζουν». Τα φαρμακολογικά και συμπεριφοριστικά χαρακτηριστικά που καθορίζουν τον εθισμό στον καπνό είναι παρόμοια με εκείνα που καθορίζουν τον εθισμό στα φάρμακα όπως η ηρωίνη και η κοκαΐνη. Στις χαμηλότερες συγκεντρώσεις, (ένα μέσο τσιγάρο παράγει περίπου 1mg της απορροφημένης νικοτίνης), η ουσία ενεργεί ως τονωτικό και είναι ένας από τους κύριους παράγοντες αρμόδιους για τις εξαρτήσεις διαμορφώνοντας τις ιδιότητες του καπνίσματος. Η νικοτίνη απορροφάται με μεγάλη ευκολία και ταχύτητα από το βλεννογόνο με το οποίο έρχεται σε επαφή και ιδιαίτερα με το βρογχικό επιθήλιο και το επιθήλιο των πνευματικών κυψελίδων. Αυτό εξηγεί γιατί οι επιδράσεις ενός τσιγάρου γίνονται αμέσως αντιληπτές από έναν καπνιστή. Μόλις περάσει μέσα στην κυκλοφορία του αίματος, η απορροφημένη νικοτίνη καταστρέφεται κατά μεγάλο ποσοστό από το συκώτι, το υπόλοιπο από άλλα όργανα άμυνας και αποβάλλεται από τα ούρα και τον ιδρώτα. Χρειάζεται περίπου μισή ώρα για να αποβληθεί η ποσότητα νικοτίνης που έχει απορροφηθεί. [47]

Ο βαθμός της φαρμακολογικής εξάρτησης στον καπνιστή είναι εκείνος που καθορίζει και το επίπεδο της νικοτίνης στο αίμα. Γι' αυτό, όταν ο καπνιστής χρησιμοποιεί τσιγάρα με μικρότερο ποσό νικοτίνης, αυξάνει συνήθως τον αριθμό των ρουφηξιών και τον αριθμό των τσιγάρων, για να ανεβάσει το επίπεδο της νικοτίνης στο αίμα που έχει συνηθίσει ο οργανισμός του.

Όταν εισέλθει στον ανθρώπινο οργανισμό μέσω του κυκλοφοριακού συστήματος απορροφάται ταχέως και υπερβαίνει τον αιματεγκεφαλικό φραγμό. Η ημιπερίοδος ζωής της νικοτίνης στον οργανισμό είναι περίπου δύο ώρες και από φυσιολογικής απόψεως είναι ένα από τα ισχυρότερα δηλητήρια και προσβάλλει τόσο το κεντρικό όσο και το περιφερειακό νευρικό σύστημα.

Επιπλέον, επηρεάζει διάφορες περιοχές του εγκεφάλου και προκαλεί αλλαγές σε ολόκληρο το σώμα. Αυξάνονται οι καρδιακοί παλμοί, ανεβαίνει η πίεση, επιταχύνεται ο μεταβολισμός, συστέλλονται τα αιμοφόρα αγγεία και μειώνεται η κυκλοφορία του αίματος στα άκρα (γι' αυτό οι καπνιστές έχουν συχνότερα από τους μη καπνιστές παγωμένα χέρια και πόδια). Οι επιδράσεις αυτές καταπονούν τον οργανισμό και είναι παρόμοιες με αυτές που προκαλεί το άγχος.

Λόγω της τοξικότητας της αν δοθεί στους ενήλικες μια δόση 0,05 γραμμαρίων καθαρής νικοτίνης μπορεί να προκαλέσει το θάνατο. Στα βρέφη μπορεί να προκληθεί θάνατος με την κατάποση ενός και μόνο τσιγάρου. Η τοξική δράση είναι εμφανής όταν κάποιος καπνίζει το πρώτο του τσιγάρο: τα συνηθισμένα συμπτώματα είναι βήχας και τάση για εμετό, ο λαιμός ξεραίνεται, τα μάτια κοκκινίζουν και δακρύζουν, ενδείξεις ότι το σώμα προσπαθεί να «καταπολεμήσει» την τοξική ουσία. Εκτός από τη νικοτίνη, το τσιγάρο και ο καπνός του τσιγάρου περιέχουν περίπου 3.700 χημικές ουσίες, μεταξύ αυτών η αμμωνία, το αρσενικό, η πίσσα, το υδροκυάνιο, το μονοξείδιο του άνθρακα ή βουτάνιο. Πολλές από αυτές είναι γνωστές από άλλες «χρήσεις». Το αρσενικό, λόγου χάρη, χρησιμοποιείται ως ποντικοφάρμακο, ενώ η αμμωνία είναι συστατικό των απορρυπαντικών. Οι ουσίες αυτές ευθύνονται για τις βλαβερές συνέπειες στην υγεία. Εξ αυτών 40 περίπου έχει αποδειχθεί ότι είναι καρκινογόνες. [48]

Σε περιπτώσεις δηλητηρίασης από νικοτίνη (έχει παρατηρηθεί σε υπερκατανάλωση καπνού από άτομα που δεν καπνίζουν συστηματικά, αλλά και σε χρήστες ουσίας ως εντομοκτόνου), εμφανίζεται σιελόρροια, καυστική γεύση στο στόμα και το λαιμό, ναυτία, εντερικοί πόνοι, εμετός και διάρροια. Εμφανίζεται, επίσης, και η απώλεια νευρικού συντονισμού. Σε περιπτώσεις λήψης μεγάλων δόσεων εμφανίζεται λιποθυμία ή κώμα, δύσπνοια, κυάνωση και τελικά θάνατος. Αν η είσοδος έχει γίνει μέσω του πεπτικού συστήματος, συνιστάται η πλύση στομάχου και η χορήγηση ενεργού άνθρακα. Επειδή η είσοδος της είναι δυνατή και μέσω του δέρματος, συνιστάται στην περίπτωση αυτή η πλύση με άφθονο νερό. Σε περιπτώσεις εισπνοής της χορηγούνται ατροπίνη ή διαζεπάμη. Ακόμα και αν ο καπνιστής τραβάει μόνο μια ρουφηξιά από το τσιγάρο του και στη συνέχεια το σβήνει, ο μηχανισμός που τίθεται σε λειτουργία αμέσως μετά είναι ο εξής: η νικοτίνη που εισπνεύσθηκε μπαίνει στην κυκλοφορία του αίματος και φτάνει παντού συμπεριλαμβανομένου του εγκεφάλου. Στον εγκέφαλο φτάνει μέσα σε 8 έως 18 δευτερόλεπτα. Εκεί διεγείρει τους νευρώνες και αυτομάτως στέλνονται διάφορα μηνύματα στα όργανα του καπνιστή. Δίνεται η εντολή να εκκριθεί αδρεναλίνη, 'ειδοποιείται' η καρδία να αρχίσει να χτυπά πιο γρήγορα, τα αγγεία συσπώνται, απελευθερώνεται γλυκόζη κλπ. Η νικοτίνη σε μικρή ποσότητα διεγείρει, ενώ σε μεγάλη ναρκώνει και προκαλεί το θάνατο. Η περιεκτικότητα της στο αίμα πέφτει κατά 50% μισή ώρα μετά από μια ρουφηξιά και κατά 75% στα τρία τέταρτα της ώρας. Η δράση των ορμονών που εκκρίθηκαν διαρκεί επίσης περίπου μισή ώρα. Από τη στιγμή που μειώνεται η περιεκτικότητα της νικοτίνης στο αίμα, ο καπνιστής νιώθει την ανάγκη να ανεβάσει εκ νέου τα επίπεδα της, γι' αυτό οι περισσότεροι καπνίζουν περίπου ένα πακέτο την ημέρα – δύο τσιγάρα την ώρα. Στους μανιώδεις καπνιστές η νικοτίνη σωρεύεται στον οργανισμό και "αρκεί" ακόμα και για τις ώρες του ύπνου.

Ωστόσο τα επίπεδα μειώνονται πολύ στη διάρκεια της νύχτας γι' αυτό και το πρωϊνό τσιγάρο προκαλεί πάντα μια έντονη ευχαρίστηση – γεγονός που αποδίδεται στο ότι η νικοτίνη προκαλεί την έκκριση της ντοπαμίνης, μιας ουσίας που μοιάζει με ορμόνη, αλλά είναι νευροδιαβιβαστής. Η ντοπαμίνη συνδέεται με το αίσθημα της ικανοποίησης και της απόλαυσης ή του καλού φαγητού. Τα επόμενα τσιγάρα ανάβονται μηχανικά, γιατί δεν προκαλούν το ίδιο αίσθημα ευχαρίστησης. Ο οργανισμός μένει σχετικά αδιάφορος, επειδή τα επίπεδα της νικοτίνης δεν προλαβαίνουν να πέσουν στο μηδέν και έτσι οι νευρώνες δεν διεγείρονται όσο με το πρώτο τσιγάρο. Επιπλέον, με την πάροδο του χρόνου, η νικοτίνη διεγείρει τα εγκεφαλικά κύτταρα, ώστε και νέοι νευρώνες να την «υποδέχονται», με αποτέλεσμα όσο περισσότερο καπνίζει ένα άτομο, τόσο περισσότερα τσιγάρα να ζητά. Οι νέοι νευρώνες «απαιτούν» τη δική τους «δόση» και το αίσθημα του «κορεσμού» των εγκεφαλικών νευρώνων από νικοτίνη και αυτό ικανοποιείται πλέον με όλο και μεγαλύτερο αριθμό τσιγάρων. Σύμφωνα με έρευνες, αυτοί οι επιπλέον νευρώνες, που κάνουν τον άνθρωπο να αποζητά όλο και περισσότερη νικοτίνη αρχίζουν να αδρανοποιούνται περίπου ενάμιση μήνα μετά το

κόψιμο του τσιγάρου. Η ανάμνηση όμως της τέρψης που έφερνε κάποτε η νικοτίνη, διαρκεί. Έτσι ο πρώην καπνιστής μπορεί ανά πάσα στιγμή να παρεκτραπεί και να ξαναρχίσει το κάπνισμα.

Όταν αντιμετωπίζει ο καπνιστής μια αγχωτική κατάσταση, χάνει τη νικοτίνη και μπαίνει σε σύνδρομο στέρησης. Οι περισσότεροι καπνιστές θεωρούν ότι όταν είναι νευρικοί ή αγανακτισμένοι, τα τσιγάρα τον βοηθούν να ηρεμήσει. Η επίδραση όμως, δεν είναι ανακούφιση από τη συναισθηματική πίεση της κατάστασης, αλλά στην πραγματικότητα η επίδραση του ανεφοδιασμού νικοτίνης και του τερματισμού της στέρησης. Θεωρούν ότι θα σταματήσουν μια πολύ αποτελεσματική τεχνική διαχείριση άγχους αν σταματήσουν να καπνίζουν. Η εξήγηση για το πως οι φυσιολογικές αλλαγές στο σώμα ωθούν στο κάπνισμα είναι δύσκολο για μερικούς καπνιστές να πιστέψουν. Αλλά σχεδόν όλοι οι καπνιστές μπορούν εύκολα να σκεφτούν και άλλες καταστάσεις που αλλάζουν επίσης το ρυθμό μεταβολισμού της νικοτίνης. Η κατανάλωση οινοπνεύματος οδηγεί στην ίδια φυσιολογική επίδραση με το άγχος. Η πτώση των επιπέδων νικοτίνης γίνεται εντυπωσιακή, και ο καπνιστής πρέπει να ανάβει ένα τσιγάρο μετά το άλλο, ή να υποστεί την στέρηση του ναρκωτικού. Μόλις κοπεί το κάπνισμα, η νικοτίνη θα αρχίσει να αποβάλλεται από το σώμα και μέσα σε δυο βδομάδες όλη η νικοτίνη θα εξαφανιστεί, τότε και το σύνδρομο της στέρησης θα πάψει. Όταν ένας πρώην καπνιστής χρησιμοποιήσει οποιονδήποτε προϊόν νικοτίνης, θα ενισχύσει τον εθισμό του, αυτό αυτόματα θα οδηγήσει είτε στην επιστροφή στο παλαιό επίπεδο της κατανάλωσης, είτε βίωσης για άλλη μια φορά του συνδρόμου στέρησης. [48]

3.1 Πιθανές επιπτώσεις από την νικοτίνη.

Μόλις φθάσει η νικοτίνη στον εγκέφαλο, ο καπνιστής αισθάνεται την επίδραση στο σώμα, συνήθως ως αύξηση της ικανότητας αυτοσυγκέντρωσης και μνήμης, μείωση του αισθήματος πείνας ή πόνου και διευκόλυνση της πέψης. [49]

Το κάπνισμα μπορεί να έχει είτε χαλαρωτική είτε διεγερτική επίδραση. Η επίδραση εξαρτάται κυρίως από την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο καπνιστής πριν καπνίσει το τσιγάρο και από τις προσδοκίες του τη συγκεκριμένη κατάσταση. Λόγω αυτής της «διττής» ιδιότητας, η νικοτίνη μπορεί εν δυνάμει να είναι πηγή θετικών επιδράσεων σε οποιανδήποτε κατάσταση.

Πολλές μελέτες, έχουν δείξει ότι η νικοτίνη δεν φέρνει «πραγματική» χαλάρωση ή μείωση του στρες. Αποδείχθηκε ότι αυτό που οι καπνιστές αντιλαμβάνονται ως χαλάρωση ή μείωση του στρες στην ουσία είναι μετριασμός των συμπτωμάτων στέρησης. Τα συμπτώματα στέρησης (νευρικότητα, ανησυχία, αδυναμία αυτοσυγκέντρωσης) εκλαμβάνονται ως αρνητικά, άρα η εξάλειψη ή η μείωση τους με το κάπνισμα εκλαμβάνεται ως ευχάριστη και ανακουφιστική. [49]

3.2 Η επικινδυνότητα της νικοτίνης.

Η νικοτίνη είναι μια εξαιρετικά εθιστική ουσία. Εκτιμάται ότι ένα ποσοστό 60% ως 80% των συστηματικών καπνιστών είναι εξαρτημένοι από την νικοτίνη. Ενδείξεις εξάρτησης είναι η έντονη επιθυμία για κάπνισμα, οι ανεπιτυχείς προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος, η ανάπτυξη ανοχής και η εκδήλωση συμπτωμάτων στέρησης όταν ο καπνιστής περιορίζει ή σταματά το κάπνισμα. Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα στέρησης είναι η νευρικότητα, η ανησυχία, η ακατάσχετη επιθυμία για νικοτίνη, οι διαταραχές της αυτοσυγκέντρωσης και του ύπνου, η αυξημένη όρεξη για φαγητό και η καταθλιπτική διάθεση. Οι περισσότεροι καπνιστές που θέλουν να σταματήσουν το κάπνισμα κάνουν πολλές αποτυχημένες απόπειρες μέχρις ότου το πετύχουν. Εξάλλου,

πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι ήδη στους εφήβους το κάπνισμα οδηγεί πολύ γρήγορα σε ενδείξεις εξάρτησης (σε μέρες ως βδομάδες από την έναρξη του – ούτε καν συστηματικού καπνίσματος). [48]

Το μονοξείδιο του άνθρακα είναι ένα πολύ τοξικό αέριο που υπάρχει στον καπνό του τσιγάρου, όπου μειώνει τη μεταφορά οξυγόνου στα εσωτερικά όργανα, με αποτέλεσμα την αδυναμία και την κακή φυσική κατάσταση. Τα αποτελέσματα αυτά γίνονται αντιληπτά πολύ γρήγορα στον καπνιστή μετά την έναρξη του καπνίσματος, όπως ότι λαχανιάζει πολύ γρήγορα κάνοντας αθλητισμό ή ανεβαίνοντας σκάλες.

Η μειωμένη κυκλοφορία του αίματος ευθύνεται για τις βλάβες στο δέρμα. Το δέρμα των καπνιστών είναι ωχρό και χλωμό, ενώ οι καπνιστές κάνουν περισσότερες ρυτίδες και νωρίτερα από τους μη καπνιστές. Άλλες αρνητικές συνέπειες που είναι ορατές για τους άλλους ή παρατηρούνται σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα μετά την έναρξη του καπνίσματος είναι οι εξής: τα ρούχα και τα μαλλιά μυρίζουν άσχημα, τα δόντια και τα νύχια κιτρινίζουν, εμφανίζεται απώλεια γεύσης και όσφρησης και - επίσης πολύ σημαντικό- το κάπνισμα είναι πολύ ακριβό χόμπι. [48]

Το κάπνισμα δεν υπήρξε ποτέ προϊόν λογικής. Οι επιλογές των καπνοβιομηχανιών για την προώθηση των προϊόντων τους είναι τέτοιες, ώστε η διαφήμιση να απευθύνεται στην συναισθηματική σφαίρα παρά στην συνειδητοποιημένη λογική επιλογή. Οι καπνοβιομηχανίες μέσα από τις διαφημίσεις προσπαθούν να περάσουν μηνύματα του τύπου: Υπάρχει κάποιος τύπος για κάθε προσωπικότητα και κάποια προσωπικότητα για κάθε τύπο τσιγάρων.

Η πίσσα είναι προϊόν της διαδικασίας καύσης. Ένας καπνιστής που καπνίζει ένα πακέτο τσιγάρα τη μέρα «καταναλώνει» περίπου ένα φλιτζάνι καθαρής πίσσας χρόνο. Η πίσσα καλύπτει τους πνεύμονες προκαλεί βήχα, αυξάνει τον κίνδυνο λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος και περιέχει καρκινογόνες ουσίες.

Οι κίνδυνοι για την υγεία ενός καπνιστή είναι πολλοί. Υπάρχει κίνδυνος για καρκίνο στους πνεύμονες, πάγκρεας αλλά και σε άλλα ζωτικά όργανα, αυξανόμενος κίνδυνος υπάρχει επίσης για καρδιοπάθειες. Προβλήματα μπορούν να προκληθούν και στην στοματική κοιλότητα.

Στις γυναίκες, ο συνδυασμός αντισυλληπτικού χαπιού και καπνίσματος αυξάνει περαιτέρω τον κίνδυνο προσβολής από καρδιαγγειακά νοσήματα (π.χ. θρόμβωση, έμφραγμα, εγκεφαλικό). Το κάπνισμα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει ως συνέπεια το βρέφος να γεννιέται λιποβαρές και να αναπτύσσεται με πιο αργούς ρυθμούς. Επίσης, αυξάνονται οι πιθανότητες προώρου τοκετού και εμφάνισης του συνδρόμου αιφνίδιου θανάτου σε βρέφη. Ο καπνός του τσιγάρου είναι από τους πιο επικίνδυνους ρύπους της ατμόσφαιρας. Το παθητικό κάπνισμα βλάπτει την ευεξία και την υγεία. Ερεθίζει το βλεννογόνο των ματιών, της μύτης και του φάρυγγα, προκαλεί βήχα, πονοκέφαλο, μπορεί να προκαλέσει τάση για εμετό και ναυτία, αυξάνει τον κίνδυνο καρδιοπαθειών, καρκίνου και νοσημάτων του αναπνευστικού (π.χ. άσθμα, βρογχίτιδά). Ο κίνδυνος αυτός είναι ακόμη μεγαλύτερος για τα παιδιά. [48]

3.3 Προβλήματα που δημιουργούνται από το κάπνισμα.

Το κάπνισμα αποτελεί ίσως την πιο βλαβερή συνήθεια στη ζωή του ανθρώπου, που πολλές φορές καταλήγει να είναι και θανάσιμη αφού επηρεάζει τα κυριότερα όργανα του ανθρώπινου σώματος. Όπως αναφέρει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το πιο σημαντικό πρόβλημα υγείας σ' ολόκληρο τον κόσμο από το οποίο προέρχονται και οι περισσότεροι θάνατοι, δεν είναι ούτε το AIDS αλλά ούτε η πείνα στην Αφρική, είναι το τσιγάρο.

Οι επιδράσεις του καπνού στην υγεία είναι σημαντικές, ανάλογα με τον τρόπο που ο καπνός χρησιμοποιείται (καπνισμένος, από την μύτη ή μασώντας) και το πόσο. Σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία από το κάπνισμα, τη ποιο κοινή χρήση του καπνού, περιλαμβάνουν τον αυξημένο κίνδυνο στον καρκίνο των πνευμόνων και την καρδιαγγειακή πάθηση. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2002, εκτίμησε ότι στις αναπτυγμένες χώρες, το 26% των θανάτων ανδρών και 9% των θανάτων των γυναικών οφείλονται στο κάπνισμα.

Κύριοι κίνδυνοι υγείας λόγω καπνού αναφέρονται στις ασθένειες του καρδιαγγειακού συστήματος, και ιδιαίτερα έμφραγμα μυοκαρδίου (καρδιακή προσβολή), καρδιαγγειακή πάθηση, ασθένειες της αναπνευστικής οδού όπως η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονία (ΧΑΠ), το άσθμα, το εμφύσημα, και ο καρκίνος, ιδιαίτερα ο καρκίνος των πνευμόνων, του λάρυγγα και της γλώσσας. (50)

Το κάπνισμα ευθύνεται για ένα στους δέκα θανάτους ενηλίκων σε παγκόσμια κλίμακα. Δηλαδή, από το κάπνισμα πεθαίνουν αυτή την στιγμή 5 εκατομμύρια άνθρωποι το χρόνο. Αν η καπνιστική συνήθεια συσχετισθεί με τον σημερινό ρυθμό μέχρι το 2025 το κάπνισμα θα κοστίζει 10 εκατομμύρια ανθρώπινες ζωές το χρόνο. Οι μισοί από τους σημερινούς καπνιστές θα πεθάνουν τελικά από νόσο που σχετίζεται με το κάπνισμα. (51)

Σήμερα έχει αποδειχτεί ότι ο καπνός που παράγεται από την καύση του τσιγάρου περιέχει περίπου 4.700 επικίνδυνες για την υγεία ουσίες και εμφανίζει μια σωματιδιακή και μια αέρια φάση. Η σωματιδιακή φάση αποτελείτεαι από ουσίες όπως η νικοτίνη, η πίσσα και το νερό, ενώ η αέρια από μονοξείδιο του άνθρακα, οξείδια του αζώτου, υδροκυάνιο, πτητικές Ν-νιτροζαμίνες κ.ά. Πολλές από αυτές τις ουσίες είναι καρκινογόνες και σχετίζονται με κακοήθεις νεοπλασίες. Αναλυτικότερα, η νικοτίνη είναι η ουσία που προκαλεί εξάρτηση. Απορροφάται γρήγορα από τη στοματική κοιλότητα και τους πνεύμονες και προκαλεί αύξηση της πίεσης και της καρδιακής συχνότητας, βρογχοσυστολή και υπεργλυκαιμία. Θεωρείται υπεύθυνη για τα οξέα καρδιακά επεισόδια που αποδίδονται στο κάπνισμα. Η πίσσα αποτελείται κυρίως από πολυκυκλικούς αρωματικούς υδρογονάνθρακες, πολλοί από τους οποίους είναι καρκινογόνοι. Το μονοξείδιο του άνθρακα απορροφάται κυρίως από τις κυψελίδες. Συνδέεται σταθερά με την αιμοσφαιρίνη και έτσι μειώνει την ικανότητα του αίματος να οξυγονώνει τους ιστούς. Οι πτητικές Ν-νιτροζαμίνες είναι καρκινογόνες σε πειραματόζωα. Το υδροκυάνιο βλάπτει κυρίως το κροσσωτό επιθήλιο. (52)

Ο αυξανόμενος κίνδυνος ενός προσώπου να ασθενήσει είναι άμεσα ανάλογος προς το χρονικό διάστημα ότι ένα πρόσωπο που το άτομο καπνίζει καθώς επίσης και το ποσό κάπνιζε. Εντούτοις, εάν κάποιος σταματήσει το κάπνισμα, τότε αυτές οι πιθανότητες μειώνονται βαθμιαία, καθώς η ζημιά στο σώμα τους αποκαθίσταται. Ένα έτος μετά το κόψιμο του τσιγάρου, ο κίνδυνος για καρδιακές παθήσεις είναι λιγότερος από ένα καπνιστή. (53) Οι κίνδυνοι υγείας δεν είναι ίδιοι σε όλους τους καπνιστές. Οι κίνδυνοι ποικίλλουν ανάλογα με το ποσοστό που καπνίστηκε, με εκείνους που καπνίζουν περισσότερο και βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο. Ακόμα και το κάπνισμα «ελαφριών» τσιγάρων είναι ακόμα ένας κίνδυνος υγείας. Επιπλέον, το κάπνισμα «ελαφριών» των τσιγάρων δεν μειώνει τους κινδύνους.

Τα στοιχεία αναφορικά με το κάπνισμα επικεντρώνονται αρχικά στο κάπνισμα τσιγάρων, που αυξάνει τα ποσοστά θνησιμότητας κατά 40% σε εκείνους που καπνίζουν λιγότερο από 10 τσιγάρα ημερησίως, κατά 70% σε εκείνους που καπνίζουν 10-19 ημερησίως, κατά 90% σε εκείνους που καπνίζουν 20-39 ημερησίως, και κατά 120% σε εκείνους που καπνίζουν δύο πακέτα ημερησίως ή περισσότερο. (54) Το κάπνισμα από καπνοσύριγγα έχει ερευνηθεί επίσης και έχει βρεθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο διάφορων καρκίνων κατά 33%. (55)

Στους 1.000 εφήβους που καπνίζουν, 250 περίπου θα πεθάνουν νωρίς από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα και θα χάσουν 10-15 χρόνια από την ζωή τους. Το 95% των ανθρώπων που πάσχουν από βρογχίτιδα είναι καπνιστές. Το 90% των ανθρώπων που πεθαίνουν από καρκίνο του πνεύμονα είναι καπνιστές. Οι καπνιστές 20 τσιγάρων την ημέρα συντομεύουν τη ζωή τους κατά 5 χρόνια ή, αλλιώς, κάθε τσιγάρο «κοστίζει» 5,5 λεπτά ζωής. Οι καπνίστριες γεννούν μωρά με βάρος λιγότερο κατά 200 γραμμάρια περίπου από τις μη καπνίστριες. 4 στα 5 παιδιά που καπνίζουν, ακόμη και ένα μόνο τσιγάρο την εβδομάδα, καταλήγουν ισόβιοι καπνιστές.. Στην Ελλάδα κάθε χρόνο σημειώνονται 75.000-80.000 θάνατοι, από τους οποίους 7.500 (ποσοστό 10%) αποδίδονται στο κάπνισμα. (52)

Σύμφωνα με τη μελέτη HBSC του ΠΟΥ σε παιδιά σχολικής ηλικίας, την περίοδο 2001/2, η Ελλάδα φαίνεται να παρουσιάζει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά παιδικού καπνίσματος: Το ποσοστό των παιδιών που καπνίζουν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα στην ηλικία των 13 ετών, είναι 4,9% στα αγόρια και 3% στα κορίτσια, ενώ στην ηλικία των 15 ετών, είναι 13,5% και 14,1% αντίστοιχα. Παρατηρείται μάλιστα μια αισθητή μείωση των ποσοστών σε σχέση με την έρευνα HBSC του 1997/8, στην οποία το ποσοστό καπνιστών βρέθηκε 18% στα αγόρια και 19% στα κορίτσια. Ας σημειωθεί ότι στην ηλικία των 15 ετών, υπάρχουν χώρες όπου το ποσοστό καπνίσματος είναι διπλάσιο έως τριπλάσιο έναντι της Ελλάδος. Αντίστοιχα, χαμηλά ποσοστά καπνίσματος στις ηλικίες 12-17 ετών διαπιστώνει και άλλη μελέτη, στην οποία το ποσοστό καπνιστών μεταξύ των αγοριών ήταν 8,9% και μεταξύ των κοριτσιών 9,5%. Το χαμηλά ποσοστά παιδικού και εφηβικού καπνίσματος που παρατηρούνται στη χώρα μας φαίνεται να έρχονται σε αντίθεση με τα υψηλά ποσοστά καπνιστών και καπνιστριών που παρατηρούνται στους ενήλικες. Η διαπίστωση αυτή μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η έναρξη του καπνίσματος γίνεται στην Ελλάδα σε μεγαλύτερη ηλικία από τις άλλες χώρες, αλλά είναι μονιμότερη. Πράγματι, στη μελέτη ESPAD, το ποσοστό των καπνιστών 17-18 ετών στην Ελλάδα είναι ήδη από τα υψηλότερα (50 και 47%), ενώ αν υπολογίσει κανείς μόνο τα ποσοστά αυτών που καπνίζουν πάνω από 11 τσιγάρα την ημέρα, τα ποσοστά και των δύο φύλων είναι πολύ υψηλότερα όλων των άλλων χωρών της έρευνας. (56)

Με το συνεχές κάπνισμα η νικοτίνη που πάει απευθείας στο στομάχι με το σάλιο, αυξάνει την έκκριση των υγρών του στομάχου με αποτέλεσμα το έλκος του στομαχιού. Το μονοξείδιο του άνθρακα προκαλεί υποξία, ελαττώνει δηλαδή την ποσότητα του οξυγόνου στο αίμα, το μυοκάρδιο και των άλλων ιστών και οργάνων κυρίως του ήπατος, που προκαλεί αύξηση της ελεύθερης χοληστερίνης στο αίμα και διευκολύνει το σχηματισμό των αθηρωματικών αλλοιώσεων στο τοίχωμα μικρών και μεγάλων αρτηριακών κλάδων. Αποτέλεσμα της δράσης αυτής είναι η δημιουργία καρδιακής ανεπάρκειας, στεφανιαίας νόσου και άλλων περιφερικών αγγειοπαθειών. (48)

3.3.1 Πνεύμονας.

Οι καπνιστές είναι περισσότερο πιθανόν να εμφανίσουν καρκίνο στους πνεύμονες σε σχέση με τους μη καπνιστές. Ο κίνδυνος ανάπτυξης του είναι τουλάχιστον 10 φορές μεγαλύτερος μεταξύ των καπνιστών, σε σχέση με τους μη καπνιστές. Ειδικά για τον καρκίνο του πνεύμονα, έχει αποδειχθεί ότι και η έκθεση μη καπνιστών στον καπνό καπνιστών αυξάνει τον κίνδυνο κατά περίπου 30%. Η αύξηση του κινδύνου είναι συγκρίσιμη με αυτή που παρατηρείται σε εκείνους οι οποίοι εκτίθενται σε ραδιενεργό ραδόνιο. Καρκίνος του πνεύμονα είναι ο καρκίνος της τραχείας, των βρόγχων ή του στρώματος των πνευμόνων. Ο καρκίνος των βρόγχων είναι η πιο συχνή μορφή. Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η συχνότερη αιτία θανάτου τόσο στην Ευρώπη, όσο και σε όλο τον κόσμο. Ευθύνεται για το 20% των θανάτων από καρκίνο. Στις γυναίκες,

ο καρκίνος του μαστού είναι η κύρια αιτία θνητότητας από καρκίνο, αλλά σε μερικά κράτη (π.χ. Μεγάλη Βρετανία) οι θάνατοι γυναικών από καρκίνο του πνεύμονα τώρα πλέον υπερβαίνουν τους θανάτους από καρκίνο του μαστού.

Με την εισπνοή των καυσαερίων του καπνού, ένα μέρος από την πίσσα συγκρατείται μέσα στον άκαυστο καπνό και το φίλτρο του τσιγάρου, όπως και ένα άλλο μέρος αποβάλλεται από την εκπνοή. Το υπόλοιπο όμως παραμένει μέσα στους πνεύμονες. Αυτό σημαίνει ότι το φίλτρο των τσιγάρων δεν εμποδίζει την εισπνοή καρκινογόνων και ερεθιστικών ουσιών της πίσσας, ένα μέρος των οποίων συγκρατείται από την βλέννα των βρόγχων και των κυψελίδων όπου και ασκεί την τοπική του δράση, ούτε τα τοξικά και δηλητηριώδη αέρια που περνούν στην κυκλοφορία μέσα από το τοίχωμα των κυψελίδων με την ανταλλαγή αερίων.

Ο καρκίνος πνευμόνων είναι μια ασθένεια που οφείλεται στην ανεξέλεγκτη αύξηση κυττάρων των ιστών του πνεύμονα. Αυτή η αύξηση μπορεί να οδηγήσει στη μετάσταση, την εισβολή στον παρακείμενο ιστό και τη διήθηση πέρα από τους πνεύμονες. Αυτή η ανεξέλεγκτη αύξηση προκαλείται από ζημία στο DNA, με συνέπεια τις μεταλλάξεις στα γονίδια που ελέγχουν την κυτταροδιαίρεση. Διάφορες μεταλλάξεις μπορούν να απαιτηθούν για να μετασχηματίσουν ένα κανονικό κύτταρο σε ένα κακοήθες κύτταρο. Αυτές οι μεταλλάξεις προκαλούνται συχνά από χημικές ουσίες ή τους φυσικούς παράγοντες αποκαλούμενες καρκινογόνες ουσίες. Μερικές μεταλλάξεις εμφανίζονται αυθόρμητα, ή μπορούν να κληρονομηθούν ως μεταλλάξεις γραμμών μικροβίων.

Ο καρκίνος πνευμόνων, η πιο συνηθισμένη αιτία θανάτου από καρκίνο στους άνδρες και η δεύτερη πιο συνηθισμένη στις γυναίκες, είναι υπεύθυνος για 1.3 εκατομμύριο θανάτους παγκοσμίως ετησίως. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, είναι ο πιο συνηθισμένος θανάσιμος καρκίνος και στους άνδρες και στις γυναίκες. Τα πιο κοινά συμπτώματα είναι η σύντομη αναπνοή, ο βήχας (συμπεριλαμβανομένου βήχας με αίμα), και της απώλειας βάρους. [57] Υπάρχουν δύο κύριοι τύποι καρκίνου του πνεύμονα: ο μη-μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα και ο μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα. Αυτή η διάκριση είναι σημαντική γιατί οι θεραπείες του καρκίνου ποικίλουν, το μη- μικροκυτταρικό καρκίνωμα μερικές φορές θεραπεύεται με εγχείρηση, ενώ το μικροκυτταρικό καρκίνωμα ανταποκρίνεται καλύτερα στην χημειοθεραπεία και στην ακτινοβολία. [58] Η πιο συχνή αίτια εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα, μακροπρόθεσμα είναι το κάπνισμα. [59] Στους μη-καπνιστές οι κίνδυνοι αφορούν περιβαλλοντολογικούς, γενετικούς παράγοντες και το παθητικό κάπνισμα.

Ο καρκίνος πνευμόνων μπορεί να διαγνωσθεί στη θωρακική ακτίνα-Χ και την τομογραφία (ανίχνευση CT). Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με μια βιοψία. Αυτό εκτελείται συνήθως μέσω της βρογχοσκοπίου ή CT-καθοδηγημένης βιοψίας. Η θεραπεία και η πρόγνωση εξαρτώνται από τον ιστολογικό τύπο καρκίνου, του σταδίου (βαθμός διάδοσης), και της θέσης απόδοσης του ασθενή. Οι πιθανές θεραπευτικές αγωγές περιλαμβάνουν τη χειρουργική επέμβαση, τη χημειοθεραπεία, και την ακτινοθεραπεία. Με την αγωγή, το πενταετές ποσοστό επιβίωσης είναι 14%. [57]

Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) είναι επίσης γνωστή ως Χρόνια Αποφρακτική Πάθηση των Αεραγωγών (ΧΑΠΑ), μια ομάδα ασθενειών που χαρακτηρίζονται από τον παθολογικό περιορισμό της ροής των αεραγωγών που δεν παλινδρομεί πλήρως. Αναφέρεται στην απόφραξη της ροής, που έχει σαν αποτέλεσμα να παγιδευτεί ο αέρας στους πνεύμονες. Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια είναι η «ομπρέλα» για τη χρόνια βρογχίτιδα, το εμφύσημα και μια σειρά άλλων παθήσεων των πνευμόνων. Οφείλεται στο κάπνισμα αλλά μπορεί να οφείλεται στις αερομεταφερόμενες ερεθιστικές ουσίες όπως οι διαλύτες, καθώς επίσης και τις συγγενείς παθήσεις όπως η ανεπάρκεια άλφα-1-αντιτριψην.

Η νόσος προσβάλει συνήθως άτομα μέσης και μεγάλης ηλικίας. Τα συμπτώματα της θεωρούνται φυσικό επακόλουθο είτε του καπνίσματος είτε της γήρανσης, με αποτέλεσμα να μην γίνεται η διάγνωση. Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια είναι η τέταρτη αιτία θανάτου διεθνώς, μετά τη στεφανιαία νόσο, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και τις οξείες λοιμώξεις του αναπνευστικού. Η δραματική αύξηση της συχνότητας της δείχνει ότι μέχρι το 2020, η πάθηση θα είναι η Τρίτη αιτία θανάτου, ενώ με τη διακοπή του καπνίσματος μπορεί να ελεγχθεί πλήρως. [60]

3.3.2 Καρδιακή ανεπάρκεια

Το κάπνισμα συμβάλει στον αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων. Όλος ο καπνός περιέχει τα πολύ λεπτά μόρια που είναι σε θέση να διαπεράσουν το φατνιακό τοίχο στο αίμα και να επηρεάσουν την καρδιά σε σύντομο χρονικό διάστημα. Η εισπνοή του καπνού τσιγάρου προκαλεί διάφορες άμεσες αντιδράσεις μέσα στη καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία. Μέσα σε ένα λεπτό ο ρυθμός της καρδιάς αρχίζει να αυξάνεται κατά τουλάχιστον 30 % κατά τη διάρκεια των πρώτων 10 λεπτών του καπνίσματος. Το μονοξείδιο του άνθρακα στον καπνό τσιγάρου μειώνει τη δυνατότητα του αίματος να μεταφέρει το οξυγόνο. [61]

Το κάπνισμα τείνει να αυξάνει τα επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα. Επιπλέον, η αναλογία καλής και κακής χοληστερόλης τείνει να είναι χαμηλότερη στους καπνιστές σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Με το κάπνισμα αυξάνεται η παραγωγή των αιμοπεταλίων και τα κύτταρα του αίματος χάνουν την λειτουργικότητα τους. Τα κύτταρα αίματος ανακυκλώνονται φυσικά μετά από μια ορισμένη χρονική περίοδο, που επιτρέπει τη δημιουργία των νέων, λειτουργικών ερυθροκυττάρων. Εντούτοις, εάν η έκθεση μονοξειδίου άνθρακα φθάνει σε ένα ορισμένο σημείο προτού να μπορέσουν να ανακυκλωθούν, εμφανίζεται υποξία (και αργότερα θάνατος). Όλοι αυτοί οι παράγοντες κάνουν τους καπνιστές περισσότερο επιρρεπής στην ανάπτυξη διάφορων μορφών αρτηριοσκλήρωσης. Καθώς η αρτηριοσκλήρωση προχωράει, ρέει λιγότερο αίμα κατευθείαν στα στενά σκάφη αίματος, κάνοντας το αίμα πιο επιρρεπές στη θρόμβωση. Η ξαφνική παρεμπόδιση ενός σκάφους αίματος μπορεί να οδηγήσει σε ένα έμφραγμα (π.χ. καρδιακή προσβολή). Οι συνέπειες του καπνίσματος μπορεί να είναι πιο λεπτές. Αυτές οι συνθήκες μπορούν να αναπτυχθούν βαθμιαία δεδομένου του κύκλου θεραπεύοντας το κάπνισμα (το ανθρώπινο σώμα αυτοθεραπεύεται μεταξύ των περιόδων καπνίσματος), και επομένως ένας καπνιστής μπορεί να αναπτύξει τις λιγότερο σημαντικές αναταραχές, όπως η επιδείνωση ή η διατήρηση των δυσάρεστων δερματολογικών συνθηκών, π.χ. έκζεμα, λόγω της μειωμένης παροχή αίματος. Το κάπνισμα αυξάνει επίσης την πίεση αίματος και αποδυναμώνει τα σκάφη αίματος.

3.3.3 Στοματική κοιλότητα (και φάρυγγας)

Ίσως η σοβαρότερη συνέπεια που μπορεί να προκύψει από το κάπνισμα είναι αυτή του στοματικού καρκίνου. Εντούτοις, το κάπνισμα αυξάνει επίσης τον κίνδυνο για τις διάφορες άλλες στοματικές ασθένειες, μερικές σχεδόν εντελώς αποκλειστικές στους καπνιστές. Κατά προσέγγιση οι μισές από τις περιοδοντίτιδες αποδίδονται στο κάπνισμα είτε στο παρών είτε στο παρελθόν. Οι καπνιστές βιώνουν τη διαδεδομένη περιοδοντική καταστροφή και έχουν τη σημαντική απώλεια ύψους κοκάλων. Ο άκαπνος καπνός προκαλεί υποχώρηση των ούλων και άσπρα βλεννογόνα τραύματα. Πάνω από το 90% των ασθενών με περιοδοντίτιδα που δεν βοήθιουνται από τους κοινούς τρόπους θεραπείας είναι καπνιστές. [62] Το κάπνισμα έχει αποδειχθεί ένας σημαντικός παράγοντας στο λέκιασμα των δοντιών. Η δυσοσμία του στόματος είναι συ-

νηθισμένη ανάμεσα στους καπνιστές. Άλλες στοματικές ασθένειες που είναι γνωστό ότι έχουν ισχυρό συνδετικό κρίκο με το κάπνισμα είναι η λευκοπλακία, κακώσεις από το καπνό και τον ουρανίσκο των καπνιστών. Επιπλέον, πολλοί καπνιστές αναφέρουν μια απώλεια αίσθησης της γεύσης ή/και αλλαγές στη σιελογόνο. Η απώλεια δοντιών έχει αποδειχθεί ότι είναι 2 έως 3 φορές μεγαλύτερη στους καπνιστές απ' ότι στους μη καπνιστές.

Ο καρκίνος της στοματικής κοιλότητας είναι από τα πιο συχνά είδη καρκίνου στον κόσμο. Παρόλο που το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοολούχων σκευασμάτων είναι εδώ και χρόνια γνωστοί παράγοντες επικινδυνότητας στην αιτιολογία του καρκίνου του στόματος, μόλις πρόσφατα. Έλληνες γιατροί μελέτησαν τις επιπτώσεις της διατροφής στην υγεία του στόματος. Το κάπνισμα είναι ένας σημαντικός παράγοντας επικινδυνότητας για τις φλεγμονές των ούλων (ουλίτιδες). Οι επιπτώσεις του καπνίσματος εξαρτώνται από την ποσότητα των τσιγάρων που καπνίζει κανείς και τη χρονική διάρκεια της συνήθειας. Δηλαδή, κάποιος που καπνίζει πολλά τσιγάρα την ημέρα και για πολλά χρόνια έχει μεγαλύτερες πιθανότητες για βλάβες στους ιστούς της στοματικής κοιλότητας σε σχέση με κάποιον που καπνίζει περιστασιακά ή άρχισε πρόσφατα το κάπνισμα. Όπως επίσης οι επιπτώσεις του καπνίσματος στη στοματική κοιλότητα φαίνεται πως είναι πιο έντονες στους άντρες από ότι στις γυναίκες. Ο καρκίνος και οι προ καρκινικές βλάβες του στόματος παρατηρούνται πιο συχνά στους καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνιστές. Το σταμάτημα της συνήθειας του καπνίσματος μειώνει κατά πολύ το βαθμό επικινδυνότητας για καρκίνο του στόματος μέσα σε 5-10 χρόνια από το σταμάτημα της συνήθειας. Η εμφάνιση καρκίνου της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα σε νεαρή ηλικία συνδέεται στενά τις περισσότερες φορές με τη μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ και τσιγάρου. Το κάπνισμα προκαλεί το 92% του καρκίνου των ειλεών, της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα ενώ ταυτόχρονα προκαλεί δυσάρεστη αναπνοή, χρωματισμό των δοντιών και κακή στοματική υγιεινή. Οι καπνιστές εμφανίζουν περισσότερη τερηδόνα στα δόντια, έχουν συχνότερες απώλειες δοντιών και περισσότερα σφραγισμένα δόντια σε σχέση με πρώην καπνιστές και μη καπνιστές. Οι καπνιστές ανταποκρίνονται λιγότερο καλά στις διάφορες οδοντιατρικές χειρουργικές και μη εργασίες σε σχέση με τους μη καπνιστές, εξαιτίας της κακής αιμάτωσης της στοματικής κοιλότητας και της μεγαλύτερης συγκέντρωσης παθογόνων βακτηρίων στο στόμα τους. Επίσης, στους καπνιστές παρατηρείται συχνότερη αποτυχία στις επεμβάσεις οδοντιατρικών εμφυτευμάτων. Επιπλέον, το κάπνισμα επηρεάζει αρνητικά την όσφρηση και τη γεύση. [63]

3.3.4 Λάρυγγας

Ο λαρυγγικός καρκίνος μπορεί επίσης να ονομαστεί καρκίνος του λάρυγγα ή λαρυγγικό καρκίνωμα. Οι περισσότεροι λαρυγγικοί καρκίνοι είναι λεπιδώδης κύτταρα καρκινώματος, αντανακλώντας την προέλευσή τους από τα λεπιδώδης κύτταρα που διαμορφώνουν την πλειοψηφία του λαρυγγικού επιθηλίου. Ο καρκίνος μπορεί να αναπτυχθεί σε οποιοδήποτε μέρος του λάρυγγα, αλλά το ποσοστό θεραπείας επηρεάζεται από τη θέση του όγκου. Για τους σκοπούς της οργάνωσης όγκων, ο λάρυγγας διαιρείται σε τρεις ανατομικές περιοχές: τη γλωπίς (αληθινές φωνητικές χορδές, προηγούμενοι και μεταγενέστεροι σύνδεσμοι) τη υπεργλωπική (επιγλωπίδα και ψεύτικες χορδές) και τη υπογλωπική. Οι περισσότεροι λαρυγγικοί καρκίνοι δημιουργούνται στη γλώπις. Οι υπεργλωπικοί καρκίνοι είναι λιγότερο συνηθισμένοι, και οι υπογλωπικοί όγκοι είναι οι λιγότερο συχνοί. Ο λαρυγγικός καρκίνος μπορεί να εξαπλωθεί κατ' επέκταση άμεσα στις παρακείμενες δομές, από τη μετάσταση στους περιφερειακούς αυχενικούς λεμφαδένες, ή πιο έμμεσα, μέσω της ροής του αίματος. Οι μακρινές

μεταστάσεις στον πνεύμονα είναι κοινές. Ο λαρυγγικός καρκίνος εμφανίζεται κυρίως στους μέσης ηλικίας και ηλικιωμένους, αλλά μπορεί να εμφανιστεί στους νέους που άρχισαν σε μια νεαρή ηλικία. Είναι πιο συνηθισμένος στους άνδρες από ότι στις γυναίκες.

Δεν υπάρχει καμία αιτία που να αποδίδεται σε αυτή εξ' ολοκλήρου ο λαρυγγικός καρκίνος. Είναι πιθανό ότι διάφοροι παράγοντες συνδυάζουν να το προκαλέσουν. Το κάπνισμα είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για το λαρυγγικό καρκίνο. Η βαριά χρόνια κατανάλωση οινοπνεύματος είναι επίσης σημαντική. Όταν συνδυάζονται, αυτοί οι δύο παράγοντες εμφανίζονται να έχουν μια συνεργιστική επίδραση. Μερικοί άλλοι αναφερόμενοι παράγοντες κινδύνου είναι πιθανό, εν μέρει, να αφορούν την παρατεταμένη κατανάλωση οινοπνεύματος και καπνού.

Οι άνθρωποι με ιστορικό καρκίνου κεφαλιού και λαιμού διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο (περίπου 25%) ανάπτυξης ενός δεύτερου καρκίνου του κεφαλιού, του λαιμού, ή του πνεύμονα. Αυτό είναι κυρίως επειδή σε ένα σημαντικό ποσοστό αυτών των ασθενών, η πεπτική οδός και το επιθήλιο πνευμόνων έχουν εκτεθεί στις χρόνια καρκινογόνες συνέπειες του οινοπνεύματος και του καπνού. Σε αυτήν την κατάσταση, μια επίδραση αλλαγής πεδίου μπορεί να εμφανιστεί, όπου οι επιθήλιοι ιστοί αρχίζουν να γίνονται διάχυτα δυσπλαστικοί με μια μειωμένη μεγάλη μονάδα για την κακοήθη αλλαγή. Αυτός ο κίνδυνος μπορεί να μειωθεί με την διακοπή του οινοπνεύματος και του καπνού. [49]

3.3.5 Οισοφάγος

Ο οισοφαγικός καρκίνος είναι ο κακοήθης όγκος του οισοφάγου. Υπάρχουν διάφορες υποκατηγορίες. Οι οισοφαγικοί όγκοι οδηγούν συνήθως στη δυσφαγία (δυσκολία στη κατάποση), πόνος και άλλα συμπτώματα, και εντοπίζονται με τη βιοψία. Οι μικροί και εντοπισμένοι όγκοι αντιμετωπίζονται χειρουργικά με τη θεραπευτική πρόθεση. Οι μεγαλύτεροι όγκοι τείνουν να μην είναι εγχειρήσιμοι και ως εκ τούτου δεν μπορούν να θεραπευτούν, την αύξησή τους μπορεί να καθυστερήσει η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία ή έναν συνδυασμό των δύο. Σε μερικές περιπτώσεις η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία μπορεί να καταστήσει έναν μεγάλο όγκο εγχειρήσιμο. Η πρόγνωση εξαρτάται από την έκταση της ασθένειας και άλλων ιατρικών προβλημάτων, αλλά είναι αρκετά ανεπαρκής. [64]

Η δυσφαγία (δυσκολία στη κατάποση) είναι το πρώτο σύμπτωμα στους περισσότερους ασθενείς. Η οδυνοφαγία (επίπονη κατάποση) μπορεί να είναι υπάρχει. Τα υγρά και τα μαλακά τρόφιμα μπορούν να ανεχθούν, ενώ οι σκληρές ή ογκώδεις ουσίες (όπως το ψωμί ή το κρέας) προκαλούν την πολύ περισσότερη δυσκολία. Η σημαντική απώλεια βάρους είναι χαρακτηριστική ως αποτέλεσμα της φτωχής διατροφής και του ενεργού καρκίνου. Ο πόνος, μπορεί να είναι δριμύς και επιδεινωμένος με την κατάποση, και μπορεί να είναι σπασμωδικός. Ένα πρόωρο σημάδι μπορεί να είναι μια ασυνήθιστη βραχνή ή τραχεία φωνή. Η παρουσία του όγκου μπορεί να αναστατώσει τον κανονικό περισταλτισμό (η οργανωμένη αντανάκλαση κατάποσης), οδηγεί στη ναυτία και τον εμετό, την επαναφορά των τροφίμων, το βήξιμο και έναν αυξανόμενο κίνδυνο πνευμονίας. Η επιφάνεια των όγκων μπορεί να είναι ευπαθές, προκαλώντας αιμάτωση (που κάνει εμετό επάνω το αίμα). Τα συρίγγια μπορούν να αναπτυχθούν μεταξύ του οισοφάγου και της τραχείας, αυξάνοντας τον κίνδυνο πνευμονίας αυτό το σύμπτωμα εκδηλώνεται συνήθως από το βήχα, τον πυρετό ή δυσκολία στην αναπνοή. Εάν η ασθένεια έχει εξαπλωθεί αλλού, αυτό μπορεί να οδηγήσει στα συμπτώματα σχετικά με τη μετάσταση συκωτιού θα μπορούσε να προκαλέσει τον ίκτερο και

ασκήτη, η μετάσταση των πνευμόνων θα μπορούσε να προκαλέσει τη συντομία της αναπνοής κ.α. [65]

Σύμφωνα με αξιόπιστες παρατηρήσεις το κάπνισμα φαίνεται ότι μειώνει την πίεση του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα και έτσι προδιαθέτει σε "stress reflux", δηλαδή σε παλινδρόμηση που συμβαίνει κατά τη διάρκεια αύξησης της ενδοκοιλιακής πίεσης. Αυτά τα παλινδρομικά επεισόδια είναι ιδιαίτερα έντονα όταν η πίεση του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα είναι μικρότερη από 10 mm Hg. Συμβατό με τα ανωτέρω είναι και το γεγονός ότι το κάπνισμα φαίνεται να προκαλεί αυξημένο αριθμό παλινδρομικών επεισοδίων. Μάλιστα, τα επεισόδια αυτά δε φαίνεται να σχετίζονται με αυξημένο αριθμό παροδικών χαλασμών του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα αλλά με τις βαθιές εισπνευστικές κινήσεις και το βήχα.(49) Το κάπνισμα επιδρά βλαπτικά και στους μηχανισμούς προστασίας του οισοφάγου που λειτουργούν αφού προηγηθεί το παλινδρομικό επεισόδιο. Συγκεκριμένα, το κάπνισμα δυσχεραίνει την εξουδετέρωση του οξέος που παραμένει στον οισοφάγο μετά την αρχική κάθαρση του περιεχομένου του με τη βοήθεια των οισοφαγικών περισταλτικών κυμάτων. Η δυσχέρεια αυτή οφείλεται στη μείωση της έκκρισης σιέλου που προκαλεί το κάπνισμα. Η νικοτίνη χορηγούμενη διαδερμικά φαίνεται να επιδρά με τρόπο ανάλογο με αυτόν του καπνίσματος στον κατώτερο οισοφαγικό σφιγκτήρα και την παραγωγή σιέλου. Η μείωση της παραγωγής σιέλου πιθανότατα οφείλεται σε διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Όμως, η συχνά παρατηρούμενη δυσπεψία κατά τη διαδερμική χορήγηση της νικοτίνης που γίνεται με σκοπό τη διακοπή του καπνίσματος δεν οφείλεται σε γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση ή διαταραχή της περισταλτικής ικανότητας του οισοφάγου. Η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να μην είναι επαρκής για τη θεραπεία της σοβαρής μορφής γαστροοισοφαγικής παλινδρομικής νόσου. Όμως, σε συνδυασμό με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή η αποχή από το κάπνισμα επιταχύνει την απάλειψη των συμπτωμάτων της νόσου. [66]

3.3.6 Ουροδόχος κύστη

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης αναφέρεται σε οποιοδήποτε από τους διάφορους τύπους κακοήθης νεοπλασίας της ουρικής κύστης. Είναι μια ασθένεια στην οποία τα ανώμαλα κύτταρα πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα στην κύστη. Η κύστη είναι ένα κοίλωμα, μυϊκό όργανο που αποθηκεύει τα ούρα και βρίσκεται στη λεκάνη. Το πιο συνηθισμένο είδος καρκίνου της ουροδόχου κύστης αρχίζει στα κύτταρα που ευθυγραμμίζουν το εσωτερικό της κύστης και καλείται ουροθήλιο κύτταρο ή μεταβατικό κυτταρικό καρκίνωμα.[66]

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης προκαλεί αίμα στα ούρα αυτό μπορεί να είναι ορατό στο μάτι (αιματουρία) ή ανιχνεύσιμο μόνο από το μικροσκόπιο (μικροσκοπική αιματουρία). Άλλα πιθανά συμπτώματα περιλαμβάνουν τον πόνο κατά τη διάρκεια της ούρησης, της συχνής ούρησης (συχνοουρία) ή την ύπαρξη του αισθήματος της ανάγκης να ουρήσουν χωρίς να γίνει. Αυτά τα σημάδια και συμπτώματα δεν είναι συγκεκριμένα για τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης, και προκαλούνται επίσης από μη-καρκινώδεις παθήσεις, συμπεριλαμβανομένων των μολύνσεων του προστάτη και της κυστίτιδας.

Η έκθεση στις περιβαλλοντολογικές καρκινογόνες ουσίες διάφορων τύπων είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη των περισσότερων καρκίνων της ουροδόχου κύστης. Η χρήση καπνού (συγκεκριμένα το κάπνισμα των τσιγάρων) θεωρείται ότι προκαλεί το 50% των καρκίνων της ουροδόχου κύστης στους άντρες ασθενείς και 30% στις γυναίκες ασθενείς. Το 30% των όγκων στη κύστη πιθανών να προκύπτουν από την έκθεση στον εργασιακό χώρο στις καρκινογόνες ουσίες όπως η βενζιδίνη. Τα επαγγέλματα που θέτουν σε κίνδυνο τους εργαζόμενους, είναι οι εργαζόμενοι σε βιομηχανία

μετάλλων, λάστιχων, εργαζόμενοι στη βιομηχανία κλωστοϋφαντουργίας και άνθρωποι που εργάζονται σε τυπογραφεία. [66]

3.3.7 Ήπαρ

Το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (αποκαλούμενο επίσης ηπάτομα) είναι ένας αρχικός κακοήθης όγκος (καρκίνος) του συκωτιού. Οι περισσότερες περιπτώσεις είναι δευτερεύουσες και προέρχονται είτε από μόλυνση του ιού της ηπατίτιδας (ηπατίτιδα Β ή Γ) είτε την κίρρωση (ο αλκοολισμός που είναι η πιο κοινή αιτία της ηπατικής κίρρωσης). [67] Οι επιλογές θεραπείας του ηπατικού καρκινώματος αλλά και της πρόγνωσης εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες αλλά ειδικά από το μέγεθος και την οργάνωση όγκων. Η κατηγορία των όγκων είναι επίσης σημαντική. Οι μεγάλοι όγκοι θα έχουν μια ανεπαρκή πρόγνωση, ενώ οι μικρότεροι όγκοι μπορούν να περάσουν απαρατήρητοι για πολλά έτη, όπως συμβαίνουν σε πολλά άλλα όργανα, όπως το στήθος.

3.3.8 Σεξουαλική ανικανότητα ανδρών

Οι άνδρες που καπνίζουν ένα πακέτο τσιγάρα ή περισσότερο κάθε μέρα, έχουν 39% πιο πολλές πιθανότητες να είναι σεξουαλικά ανίκανοι λόγω στυτικών δυσλειτουργιών σε σύγκριση με άνδρες που δεν καπνίζουν. Το κάπνισμα μικραίνει τη διάρκεια της ζωής. Προκαλεί αθηρωμάτωση και αρτηριοσκλήρυνση στις αρτηρίες. Οι αρτηρίες που υφίστανται βλάβες δεν είναι μόνο οι στεφανιαίες αρτηρίες της καρδιάς. Και οι υπόλοιπες αρτηρίες στον οργανισμό (όπως για παράδειγμα στον εγκέφαλο, κάτω μέλη, νεφρούς, γεννητικά όργανα και αλλού) παθαίνουν βλάβες με απρόβλεπτες συνέπειες. Στους άνδρες η καλή κατάσταση των αρτηριών είναι απαραίτητη προϋπόθεση για καλή, αποτελεσματική στύση. Η αθηρωμάτωση και στένωση των αρτηριών αυτών προκαλεί στυτικές δυσλειτουργίες. Αυστραλοί και Βρετανοί γιατροί διεξήγαγαν επιδημιολογική έρευνα (Australian Study for Health and Relationships) σε 8.400 άνδρες, ηλικίας από 16 έως 59 ετών. Το συμπέρασμα της έρευνας είναι ότι η σεξουαλική ανικανότητα λόγω στυτικών δυσλειτουργιών, αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας σε περίπου 10% των ανδρών, ηλικίας 16 έως 59 ετών, στην Αυστραλία. Το κάπνισμα συσχετίζεται με τα προβλήματα στύσης. Όσο πιο πολλά τσιγάρα καπνίζει ένας άνδρας τόσο πιο πολύ αυξάνεται ο κίνδυνος προβλημάτων σεξουαλικής ανικανότητας. [68]

3.4 Εγκυμοσύνη

Το κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης καθυστερεί την ανάπτυξη του παιδιού. Οι εννέα μήνες της κύησης είναι οι πιο σημαντικοί για την μετέπειτα ζωή του νεογέννητου. Στη διάρκεια της το έμβρυο εξαρτάται εξολοκλήρου από τη μητέρα. Αν η έγκυος καπνίζει, τότε και το έμβρυο «καπνίζει». Το κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης καθυστερεί τη σωματική και νοητική ανάπτυξη του παιδιού. Γυναίκες που καπνίζουν συχνά γεννούν πρόωρα και τα νεογνά έχουν μικρότερο βάρος. Ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν ότι οι αποβολές και γεννήσεις νεκρών παιδιών είναι συχνότερες σε καπνίστριες. Η θνησιμότητα εμβρύων και μικρών παιδιών (παιδιά που γεννιούνται νεκρά ή πεθαίνουν αμέσως μετά τη γέννηση) αυξάνεται σε περιπτώσεις που οι μητέρες καπνίζουν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. [52]

Στα πρώτα 20 λεπτά από την διακοπή του τσιγάρου, η αρτηριακή πίεση και η καρδιακή συχνότητα επιστρέφουν στα φυσιολογικά επίπεδα. Μέσα σε 8 ώρες τα επίπεδα νικοτίνης και μονοξειδίου του άνθρακα στο αίμα μειώνονται στο μισό. Ταυτόχρονα, τα επίπεδα οξυγόνου επιστρέφουν στα φυσιολογικά επίπεδα. Στις 24 ώρες το μονοξείδιο του άνθρακα αποβάλλεται από το σώμα, οι πνεύμονες αρχίζουν να απο-

βάλλουν τη βλέννη και άλλα υπολείμματα του καπνίσματος. Με το πέρασμα των πρώτων 48 ωρών δεν υπάρχει πλέον νικοτίνη στο σώμα. Επίσης η γεύση και η όσφρηση βελτιώνονται σημαντικά. Στις 72 ώρες η αναπνοή γίνεται πιο εύκολη καθώς οι βρόγχοι χαλαρώνουν και αυξάνονται τα επίπεδα ενέργειας. Από τις 2 μέχρι τις 12 εβδομάδες βελτιώνεται η κυκλοφορία. Υπάρχει σημαντική βελτίωση από τον 3^{ο} μέχρι τον 9^{ο} μήνα στον βήχα, την δύσπνοια και τα αναπνευστικά συμπτώματα καθώς η πνευμονική λειτουργία αυξάνεται εώς και 10%. Με το πέρασμα των 5 χρόνων ο κίνδυνος καρδιακής προσβολής μειώνεται στο μισό του κινδύνου που διατρέχει ένας καπνιστής. Στα 10 χρόνια, ο κίνδυνος καρκίνου των πνευμόνων μειώνεται στο μισό του κινδύνου που διατρέχει ένας καπνιστής. Επίσης, ο κίνδυνος καρδιακής προσβολής μειώνεται στα ίδια επίπεδα με αυτόν του μη καπνιστή. Ακόμη, η διακοπή του καπνίσματος βοηθά στην πρόληψη της ανικανότητας και βελτιώνει τις πιθανότητες μιας γυναίκας να έχει φυσιολογική εγκυμοσύνη και να γεννήσει ένα υγιές μωρό. Ένας καπνιστής που σταματάει το κάπνισμα αισθάνεται το δέρμα και την γενική εικόνα του να βελτιώνονται, όπως επίσης νιώθει πιο δραστήριος. Η αναπνοή είναι πιο δροσερή, βελτιώνεται η ποιότητα των μαλλιών ενώ εξαφανίζεται η χαρακτηριστική άσχημη οσμή από τα μαλλιά, τα ρούχα και το περιβάλλον. [54]

3.5 Φυσικές και ψυχολογικές συνέπειες στους καπνιστές

Οι καπνιστές αναφέρουν ποικίλες φυσικές και ψυχολογικές συνέπειες από το κάπνισμα. Οι πρωτάρηδες στο κάπνισμα θα βιώσουν ναυτία, ίλιγγο, και ταχυπαλμία. Τα δυσάρεστα συμπτώματα θα εξαφανιστούν τελικά με την πάροδο του χρόνου, με την επαναλαμβανόμενη χρήση, όσο το σώμα χτίζει μια ανοχή στις χημικές ουσίες του τσιγάρου, όπως η νικοτίνη.

Από πολλές απόψεις, η νικοτίνη ενεργεί στο νευρικό σύστημα με παρόμοιο τρόπο όπως η καφεΐνη. Μερικά γραπτά έχουν αναφέρει ότι το κάπνισμα μπορεί επίσης να αυξήσει τη διανοητική συγκέντρωση, μια μελέτη τεκμηριώνει την σημαντική βελτίωση του Δείκτη Νοημοσύνης πάνω στη πρότυπη εξέταση μετά από το κάπνισμα. Οι περισσότεροι καπνιστές λένε ότι απολαμβάνουν το κάπνισμα, όπου είναι και ο λόγος για τον οποίο πολλοί συνεχίζουν να καπνίζουν ακόμα κι αν γνωρίζουν τους κινδύνους στην υγεία. Η γεύση, η μυρωδιά, και η οπτική απόλαυση συμβάλουν σημαντικά στην απόλαυση του καπνίσματος, αντίθετα από τη συναδελφικότητα με άλλους καπνιστές. Ειρωνικά, η χρόνια έκθεση στο κάπνισμα μπορεί να εμποδίσει την αίσθησή της γεύσης και της μυρωδιάς, καθιστώντας το άτομο λιγότερο ικανό να απολαύσει αυτές τις πτυχές του καπνίσματος.

Οι περισσότεροι καπνιστές, όταν αρνούνται τη νικοτίνη, εμφανίζουν συμπτώματα όπως η οξυθυμία, τρέμουλο, ξηροστομία, και ταχυπαλμία. Η μακροχρόνια αποχή μπορεί να οδηγήσει σε αϋπνία ακόμη και ήπια κατάθλιψη. Η αρχή αυτών των συμπτωμάτων είναι πολύ γρήγορη, η μισή «ζωή» της νικοτίνης είναι μόνο 1 ώρα. Τα στερητικά συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν ακόμα κι αν η κατανάλωση του καπνιστή είναι πολύ περιορισμένη ή ανώμαλη, που εμφανίζεται μετά από μόνο 4-5 τσιγάρα στους περισσότερους εφήβους. Η χημική εξάρτηση ενός πρώην-καπνιστή στη νικοτίνη θα πάψει μετά από περίπου δέκα έως είκοσι ημέρες, αν και το ποσοστό νικοτίνης αριθμό στους δέκτες του εγκεφάλου αλλάζουν μόνιμα, και η ψυχολογική εξάρτησης μπορεί να καθυστερήσει για τους μήνες ή ακόμα και πολλά έτη. Η πλειοψηφία αυτών των αποτελεσμάτων οφείλεται στην στέρηση από τη νικοτίνη, και έτσι οι καπνιστές που δεν είναι εθισμένοι στη νικοτίνη δεν πάσχουν από αυτά. [55]

3.6 Παθητικό Κάπνισμα

Πολλές πρόσφατες μελέτες επιβεβαίωσαν τους σοβαρούς κινδύνους για την υγεία και τη ζωή που συνδέονται με το παθητικό κάπνισμα. Έχει αποδειχθεί ότι η χρόνια έκθεση στο παθητικό κάπνισμα είναι η αιτία πολλών από τις ασθένειες που προκαλεί και το ενεργητικό κάπνισμά, συμπεριλαμβανομένων του καρκίνου του πνεύμονα, καρδιαγγειακών παθήσεων και παιδικών ασθενειών. Μια μελέτη του διεθνούς οργανισμού για την έρευνα κατά του καρκίνου του ΠΟΥ (WHO-IARC) έδειξε ότι για τους μη καπνιστές που ζουν με καπνιστές ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα είναι 20-30% μεγαλύτερος. Ο επιπλέον κίνδυνος λόγω της έκθεσης στο χώρο εργασίας εκτιμήθηκε ότι είναι 12-19%. Οι σχέσεις μεταξύ έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος και άλλων τύπων καρκίνου είναι λιγότερο σαφείς. Ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου είναι αυξημένος μεταξύ των μη καπνιστών που ζουν με καπνιστές κατά 25-30%. Υπάρχουν επίσης όλο και περισσότερες ενδείξεις ότι υπάρχει αιτιώδης συνάφεια μεταξύ παθητικού καπνίσματος και εγκεφαλικών επεισοδίων σε μη καπνιστές, παρότι απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την εκτίμηση του κινδύνου.

Το παθητικό κάπνισμα προκαλεί αναπνευστικά προβλήματα και επιδεινώνει το άσθμα, αλλεργίες και χρόνια αποφρακτική πνευμονική πάθηση, που οδηγεί σε κοινωνικό και εργασιακό αποκλεισμό. Μια πρόσφατη πανευρωπαϊκή έρευνα σε άτομα με συμπτώματα άσθματος οξείας μορφής έδειξε ότι μια από τις σημαντικές επιθυμίες τους για το μέλλον είναι να μπορούν να αναπνέουν καθαρό αέρα.

Το παθητικό κάπνισμα είναι ιδιαίτερα επικίνδυνο για τα μικρά παιδιά και τα βρέφη, εφόσον συνδέεται με τον αιφνίδιο θάνατο των βρεφών, την πνευμονία, τη βρογχίτιδα, το άσθμα, παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος καθώς και παθήσεις του μέσου ωτός. Η έκθεση των εγκύων στον καπνό του περιβάλλοντος μπορεί να έχει ως συνέπεια νεογνά χαμηλού βάρους, θάνατο του εμβρύου και πρόωρα νεογνά. Μια πρόσφατη έρευνα δείχνει ότι η έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος διπλασιάζει σχεδόν τον κίνδυνο εκφύλισης της ώχρας κηλίδας λόγω γήρανσης – την κύρια αιτία απώλειας της όρασης στην Ευρώπη.

Σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες – συντηρητικές - εκτιμήσεις της σύμπραξης που δημιουργήθηκε από την European Respiratory Society (Ευρωπαϊκή Πνευμονολογική Εταιρεία), τον οργανισμό Cancer Research UK (Έρευνα για τον καρκίνο ΗΒ) και το Institut National du Cancer (Εθνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο) στη Γαλλία, περισσότεροι από 79.000 ενήλικες πεθαίνουν κάθε χρόνο λόγω του παθητικού καπνίσματος στις 25 χώρες της ΕΕ. Υπάρχουν ενδείξεις ότι το παθητικό κάπνισμα στο χώρο εργασίας προκάλεσε περισσότερους από 7.000 θανάτους στην ΕΕ το 2002, ενώ η έκθεση στο σπίτι είχε ως συνέπεια 72.000 θανάτους επιπλέον. Οι εκτιμήσεις αυτές περιλαμβάνουν θανάτους από καρδιοπάθειες, εγκεφαλικά επεισόδια, καρκίνο του πνεύμονα και ορισμένες αναπνευστικές νόσους που προκαλούνται από το παθητικό κάπνισμα. Εντούτοις, στις εκτιμήσεις αυτές δεν περιλαμβάνονται οι θάνατοι ενηλίκων που οφείλονται σε άλλες νόσους που συνδέονται με την έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος (όπως πνευμονία), οι θάνατοι παιδιών και η σοβαρή νοσηρότητα, οξεία και χρόνια, λόγω του παθητικού καπνίσματος. [69]

Περίπου 3.000 θάνατοι από καρκίνο του πνεύμονα 35.000 με 40.000 θάνατοι από καρδιαγγειακή νόσο αποδίδονται κάθε χρόνο στο παθητικό κάπνισμα. Τα παιδιά των οποίων οι γονείς καπνίζουν έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποφέρουν από άσθμα, πνευμονία και βρογχίτιδα. [53]

4ο Κεφάλαιο - Πολιτικές υγείας και κάπνισμα.

4.1 Μέτρα και πολιτικές κατά του καπνίσματος στην Ελλάδα.

Η λήψη νομοθετικών μέτρων για τον περιορισμό της έκθεσης στο κάπνισμα ξεκίνησε στην Ελλάδα το 1952, με την απαγόρευση του καπνίσματος στις δημόσιες συγκοινωνίες, μέτρο το οποίο τελικά κατέστη δυνατό να εφαρμοσθεί αρκετά χρόνια αργότερα. Το επόμενο νομοθετικό μέτρο που ίσχυσε ήταν το 1979 όπου απαγορεύτηκε το κάπνισμα στα Νοσοκομεία και τις ιδιωτικές κλινικές και το 1980 στους κλειστούς δημόσιους χώρους [(69)]

Από τα μέσα της δεκαετίας του ’80 υπάρχει μια προοδευτική αύξηση της κατανάλωσης τσιγάρων και της καπνιστικής συνήθειας των Ελλήνων. Παράλληλα, τα μέτρα αυτά έτυχαν για αρκετά χρόνια περιορισμένης εφαρμογής, με αποτέλεσμα στα επόμενα 24 χρόνια χρειάσθηκε να εκδοθούν δύο ακόμη υπουργικές αποφάσεις με το ίδιο περιεχόμενο, το 1993 και το 2002. [(69)]

Τα κύρια νομοθετικά μέτρα που έχουν ληφθεί στην Ελλάδα είναι αποτέλεσμα εναρμόνισης της ελληνικής νομοθεσίας προς τις ευρωπαϊκές οδηγίες 1989/622, 2001/37, 2003/33. Στον πίνακα συνοψίζονται οι νομοθετικές πράξεις σχετικά με το κάπνισμα στην Ελλάδα .

Έτος	Είδος/αριθμός	Περιεχόμενο
1952	ΥΑ 389966	Απαγόρευση καπνίσματος στα μεταφορικά μέσα.
1979	ΥΑ 1989	Απαγόρευση του καπνίσματος στα νοσηλευτικά ιδρύματα και στις ιδιωτικές κλινικές.
1980	ΥΑ 25.5.1980	Απαγόρευση καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους
1989	ΥΑ 1591	Απαγόρευση διαφήμισης σε χώρους υπηρεσιών υγείας, εκπαίδευσης, νεότητας, άθλησης κλπ.
1990	ΥΑ 4508	Απαγόρευση καπνίσματος στις αεροπορικές πτήσεις εσωτερικού.
1990	ΚΥΑ 2160	Σήμανση προϊόντων καπνού, σε συμμόρφωση με την Οδηγία 89/622.
1991	Ν 1943	Απαγόρευση άμεσης και έμμεσης διαφήμισης προϊόντων καπνού στην κρατική τηλεόραση.
1991	ΚΥΑ 5259	Καθορισμός περιεκτικότητας σε πίσσα, σύμφωνα με την Οδηγία 90/239.
1992	ΠΔ 236	Απαγόρευση διαφήμισης προϊόντων καπνού στην τηλεόραση και απαγόρευση χορηγίας τηλεοπτικών εκπομπών.
1992	ΥΑ 2917	Σήμανση προϊόντων καπνού(Τροποποίηση ΚΥΑ 2160).
1993	ΥΑ 4322	Απαγόρευση του καπνίσματος σε χώρους υπηρεσιών υγείας
1993	Υ3/ΟΙΚ.4552	Ίδρυση και λειτουργία Κέντρων Διακοπής Καπνίσματος σε δημόσια νοσοκομεία
1996	ΥΑ 2431	Σήμανση προϊόντων καπνού (Τροποποίηση ΚΥΑ 2160)

2002	ΥΑ 76017	Απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.
2003	ΚΥΑ 266	Διατάξεις για την παραγωγή, παρουσίαση και πώληση προϊόντων καπνού σε συμμόρφωση προς την οδηγία 2001/37/ΕΚ.
2003	ΥΑ 82942	Συμπλήρωση διατάξεων για απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους, μεταφορικά μέσα και υπηρεσίες υγείας.
2005	ΚΥΑ 81348	Διατάξεις για τη διαφήμιση και χορηγία προϊόντων καπνού σε συμμόρφωση προς την Οδηγία 2003/33/ΕΚ.

Με βάση τα νομοθετήματα αυτά, η κατάσταση που έχει διαμορφωθεί κατά τομέα δραστηριότητας έχει ως εξής:

Απαγόρευση καπνίσματος

Πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος υπάρχει:

- ✓ Στα μέσα μαζικής μεταφοράς, με εξαίρεση τα πλοία
- ✓ Στα θέατρα και τους κινηματογράφους
- ✓ Στις υπηρεσίες υγείας
- ✓ Στα σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης

Μερική απαγόρευση υπάρχει:

- ✓ Στα θαλάσσια μέσα μεταφοράς
- ✓ Στα εστιατόρια, παμπ και μπαρ
- ✓ Στα δημόσια κτίρια και τους εσωτερικούς χώρους εργασίας.

Δεν υπάρχει επαρκής εποπτεία στην εφαρμογή των απαγορεύσεων.

Διαφήμιση και προβολή

Πλήρης απαγόρευση της διαφήμισης υπάρχει στα ακόλουθα μέσα:

- ✓ Τηλεόραση, καλωδιακή τηλεόραση και ραδιόφωνο.
- ✓ Έμμεση τηλεοπτική διαφήμιση.

Μερική απαγόρευση υπάρχει:

- ✓ Στη διαφήμιση στους κινηματογράφους.
- ✓ Στις διαφημιστικές εκπτώσεις στις τιμές.

Περιορισμοί στην πώληση

Πλήρης απαγόρευση υπάρχει σε ότι αφορά:

- ✓ Την πώληση προϊόντων καπνού χωρίς άδεια.
- ✓ Την πώληση μεμονωμένων τσιγάρων εκτός συσκευασίας.

Μερική απαγόρευση υπάρχει όσον αφορά:

- ✓ Την πώληση προϊόντων καπνού στα καταστήματα duty free
- ✓ Τη δωρεάν διανομή δειγμάτων

Δεν υπάρχει καμία απαγόρευση όσον αφορά:

- ✓ Την πώληση μέσω αυτόματων μηχανών πώλησης
- ✓ Την εξ αποστάσεων πώληση και μέσω διαδικτύου
- ✓ Την πώληση σε καταστήματα self service.

Επισήμανση και προειδοποιητικές επιγραφές

Με την ΚΥΑ 266/2003, η Ελλάδα έχει υιοθετήσει τις υποχρεωτικές διατάξεις για την παραγωγή, παρουσίαση και πώληση προϊόντων καπνού που προβλέπονται στην οδηγία 2001/37/ΕΚ.

Δεν έχουν υιοθετηθεί και δεν εφαρμόζονται οι προαιρετικές διατάξεις της Οδηγίας, οι οποίες αναφέρονται στο μεγαλύτερο μέγεθος των προειδοποιητικών επιγραφών, τη χρήση έγχρωμων φωτογραφιών και διαγραμμάτων.

Πληροφόρηση του πληθυσμού και αγωγή υγείας

Υπάρχει δραστηριότητα όσον αφορά:

- ✓ Την αποσπασματική πληροφόρηση και αγωγή υγείας στα σχολεία
- ✓ Την ευκαιριακή ενημέρωση των ασθενών από τις μονάδες υγείας

Δεν υπάρχει οργανωμένη δραστηριότητα όσον αφορά:

- ✓ Μαζικές καμπάνιες ενημέρωσης
- ✓ Πληροφόρηση και αγωγή υγείας στους χώρους εργασίας

Προγράμματα και πολιτικές πρόληψης

Συμμετοχή σε διεθνείς πολιτικές:

- ✓ Η Ελλάδα έχει υπογράψει τη Διεθνή Συνθήκη για τον Έλεγχο του Καπνού και
- ✓ Μετέχει στην υλοποίηση των πολιτικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης
- ✓ Μετέχει στην Παγκόσμια Ημέρα Κατά του Καπνίσματος

Υπάρχει περιορισμένη δραστηριότητα όσον αφορά:

- ✓ Τη συμμετοχή σε διεθνείς αντικαπνιστικές πρωτοβουλίες (Υγιείς Πόλεις, Υγιείς Περιφέρειες, Σχολεία Προαγωγής υγείας, κλπ)

Διακοπή καπνίσματος

Σποραδικές πρωτοβουλίες υπάρχουν όσον αφορά:

- ✓ Παρεμβάσεις για ενθάρρυνση της διακοπής

- ✓ Μονάδες ή ιατρεία διακοπής καπνίσματος σε μεμονωμένες μονάδες υγείας
- ✓ Συμβουλευτικές υπηρεσίες

Δεν υπάρχει καμία δραστηριότητα όσον αφορά τους τομείς:

- ✓ Εκπαίδευση επαγγελμάτων υγείας στις μεθόδους διακοπής
- ✓ Ιατρεία διακοπής καπνίσματος στην πρωτοβάθμια φροντίδα
- ✓ Δραστηριότητα των υπηρεσιών δημόσιας υγείας κατά του καπνίσματος
- ✓ Χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων απεξάρτησης από τα ταμεία
- ✓ Τηλεφωνικές γραμμές αυτοβοήθειας
- ✓ Προγράμματα βοήθειας μέσω διαδικτύου
- ✓ Συμμετοχή στο πρόγραμμα "Quit and Win".[(69)]

Στα πλαίσια του *Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Δημόσια Υγεία* για την πρόληψη του καπνίσματος, η δεύτερη δράση που αναφέρετε στην Δημόσια Διαβούλευση αφορά τον περιορισμό στην πρόσβαση των νέων στα προϊόντα καπνού.

Λήψη μέτρων για τον περιορισμό των πωλήσεων και της πρόσβασης των νέων σε προϊόντα καπνού.

Οι στόχοι της συγκεκριμένης δράσης είναι οι εξής:

- ✓ Η νομοθετική απαγόρευση της πώλησης σε παιδιά και έφηβους κάτω των 18 ετών με στόχο τη προστασία των νέων από την προβολή προϊόντων καπνού και τον περιορισμό των πωλήσεων προϊόντων καπνού.
- ✓ Ο περιορισμός της πρόσβασης των νέων σε προϊόντα καπνού.
- ✓ Η διασφάλιση της εφαρμογής των απαγορευτικών μέτρων.

Οι ενέργειες που πρόκειται να γίνουν προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι είναι οι ακόλουθες:

1. Απαγόρευση πωλήσεων σε παιδιά και εφήβους κάτω των 18 ετών.
2. Απαγόρευση της πώλησης προϊόντων καπνού από ανήλικα άτομα.
3. Απαγόρευση της πώλησης προϊόντων καπνού και του καπνίσματος σε χώρους παροχής υπηρεσιών διαδικτύου και παιχνιδιών τεχνητής νοημοσύνης.
4. Απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς χώρους αθλοπαιδιών, διεξαγωγής ομαδικών αθλημάτων και αθλητικών εκδηλώσεων.
5. Ανάρτηση σε εμφανές σημείο στους χώρους πώλησης των προϊόντων προειδοποιητικής ένδειξης, σχετικά με την απαγόρευση προϊόντων καπνού σε ανήλικους.
6. Απαίτηση από τους πωλητές τσιγάρων να βεβαιώνονται ότι οι αγοραστές τσιγάρων είναι μεγαλύτεροι από την καθορισμένη ηλικία. Πρόβλεψη κυρώσεων για τους παραβάτες, μεταξύ των οποίων και η αφαίρεση της άδειας πώλησης προϊόντων καπνού.
7. Πλήρης απαγόρευση της πώλησης μέσω μηχανημάτων αυτόματης πώλησης σε καταστήματα που απευθύνονται σε νέους. Απομάκρυνση των προϊόντων καπνού από εκθετήρια αυτοεξυπηρέτησης (self-service).

8. Πλήρης απαγόρευση της κυκλοφορίας ειδών που απευθύνονται σε νέους με την εμφάνιση ή την επιγραφή ή επωνυμία προϊόντων καπνού.
9. Πλήρης απαγόρευση της δωρεάν διανομής προϊόντων καπνού και ιδιαίτερα στους ανηλίκους
10. Πρόβλεψη ειδικών κυρώσεων για τις περιπτώσεις που η παράβαση της νομοθεσίας για τη διαφήμιση, την προβολή και την πώληση έχει στόχο την πώληση σε παιδιά και εφήβους.
11. Το Σώμα Επιθεωρητών Υγείας και Πρόνοιας ορίζεται υπεύθυνο για την διενέργεια προληπτικών ελέγχων και την επιβολή κυρώσεων σε περίπτωση μη τήρησης των ανωτέρω μέτρων.
12. Το Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων ορίζεται υπεύθυνο για την ανάπτυξη μηχανισμού συνεχούς παρακολούθησης, αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας και της εφαρμογής των ανώτερων μέτρων και την κινητοποίηση του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας για την διενέργεια προληπτικών και κατασταλτικών ελέγχων.

Οι Φορείς υλοποίησης της δράσης είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας, το Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, το Υπουργείο Ανάπτυξης, Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπιση των Εξαρτήσεων, Βιομηχανικά και Εμπορικά επιμελητήρια και σύνδεσμοι. Επιχειρήσεις διακίνησης προϊόντων καπνού.

Κατά τον τρέχον έτος γίνεται η προετοιμασία για την ψήφιση του νομοθετικού πλαισίου. Από το 2009 θα αρχίσουν να εφαρμόζονται τα μέτρα που προαναφέρθηκαν. Ο Μηχανισμός παρακολούθησης θα ισχύσει από 2009-2012. [(69)]

4.2 Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) είναι μια ειδικευμένη υπηρεσία των Ηνωμένων Εθνών (Η. Ε) που ενεργεί ως συντονιστική αρχή στη διεθνή δημόσια υγεία. Ιδρύθηκε στις 7 Απριλίου 1948, και με κεντρικά γραφεία στη Γενεύη, Ελβετία, η υπηρεσία κληρονόμησε την εξουσιοδότηση και τους πόρους του προκατόχου της, του Οργανισμού Υγείας, η οποία ήταν υπηρεσία της Κοινωνίας των Εθνών.

Το καταστατικό του Π.Ο.Υ αναφέρει ότι ο στόχος του είναι η επίτευξη από όλους τους λαούς ενός υψηλού επιπέδου της υγείας. [(70)] Ο σημαντικός στόχος του είναι να καταπολεμήσει την ασθένεια, ειδικά βασικές μολυσματικές ασθένειες, και να προωθήσει τη γενική υγεία των ανθρώπων του κόσμου.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είναι μια από τις αρχικές υπηρεσίες των Ηνωμένων Εθνών, του οποίου το επίσημο καταστατικό του τέθηκε σε ισχύ την πρώτη Παγκόσμια Ημέρα Υγείας, (7 Απριλίου 1948), όταν επικυρώθηκε από τα 26 κράτη-μέλη. [(71)] Πριν από τις λειτουργίες της, καθώς επίσης και τις υπόλοιπες δραστηριότητες του Οργανισμού Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών, ήταν υπό έλεγχο της Προσωρινής Επιτροπής μετά από μια Διεθνή Διάσκεψη Υγείας το καλοκαίρι του 1946. [(71)] Η μεταφορά εγκρίθηκε από ένα Ψήφισμα της Γενικής Συνέλευσης. [(72)]

4.2.1 Δραστηριότητες

Όπως και το συντονισμό των διεθνών προσπαθειών να ελέγξει τα ξεσπάσματα των μολυσματικών ασθενειών, όπως τα SARS, η ελονοσία, και το AIDS, ο Π.Ο.Υ

υποστηρίζει επίσης τα προγράμματα για την πρόληψη και την θεραπεία αυτών των ασθενειών. Ο Π.Ο.Υ υποστηρίζει την ανάπτυξη και τη διανομή των ασφαλών και αποτελεσματικών εμβολίων, των φαρμακευτικών διαγνωστικών, και των φαρμάκων.

Μετά από 2 δεκαετίες και πάνω μαχητικότητας με την ευλογιά , ο Π.Ο.Υ δήλωσε το 1980 ότι η ασθένεια εξαλείφθηκε - η πρώτη ασθένεια στην ιστορία που εξουδετερώθηκε από την ανθρώπινη προσπάθεια.

Εκτός από την εργασία του στην εξάλειψη των ασθενειών, ο Π.Ο.Υ πραγματοποιεί επίσης διάφορες εκστρατείες σχετικές με την υγεία - παραδείγματος χάριν, για να ωθήσει την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών παγκοσμίως και για να αποθαρρύνει τη χρήση καπνών.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει από μακρού θέσει το κάπνισμα σε στόχο υψηλής προτεραιότητας για τη δημόσια υγεία και έχει αναπτύξει αξιόλογες πολιτικές για τον περιορισμό του. Από το 1987 μέχρι το 2002, το Ευρωπαϊκό Τμήμα του Π.Ο.Υ ανέπτυξε τρία διαδοχικά σχέδια δράσης σχετικά με το κάπνισμα. Το 2002, μετά από απόφαση των Υπουργών Υγείας των χωρών της Ευρώπης, το Ευρωπαϊκό Τμήμα του Π.Ο.Υ, υιοθέτησε την Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τον Έλεγχο του Καπνίσματος (ESTC).

Η στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά του καπνίσματος:

Ο αγώνας κατά του καπνίσματος αποτελεί προτεραιότητα της πολιτικής δημόσιας υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του '80, στο πλαίσιο της στρατηγικής «Ευρώπη κατά του Καρκίνου». Μετά το πρώτο πρόγραμμα της Ε.Ε κατά του καπνίσματος το 1987, στην εικοσαετία που ακολούθησε, η Ένωση έχει υιοθετήσει μια σειρά μέτρων και πολιτικών κατά του καπνίσματος, με τη θέσπιση κοινοτικών οδηγιών, στους ακόλουθους τομείς:

- ✓ Περιορισμό της παραγωγής καπνού, στα πλαίσια της κοινής αγροτικής πολιτικής.
- ✓ Πολιτική αύξησης της φορολογίας και των τιμών των προϊόντων καπνού, με σκοπό τον περιορισμό της ζήτησης.
- ✓ Επιβολή περιορισμών στη διαφήμιση και προβολή των προϊόντων καπνού.
- ✓ Επιβολή υποχρεωτικών προειδοποιητικών ενδείξεων επικινδυνότητας πάνω στις συσκευασίες των τσιγάρων και των άλλων προϊόντων καπνού.
- ✓ Μέτρα για τον περιορισμό της πρόσβασης των νέων στα προϊόντα καπνού.
- ✓ Μέτρα προστασίας από το κάπνισμα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης.
- ✓ Επιβολή απαγορεύσεων και περιορισμών στο κάπνισμα σε δημόσιους χώρους.
- ✓ Επιβολή απαγορεύσεων και περιορισμών στο κάπνισμα στους χώρους εργασίας και ιδίως σε επαγγελματικούς χώρους όπου υπάρχουν καρκινογόνες ουσίες.
- ✓ Μέτρα και πολιτικές για τη βελτίωση της έγκυρης ενημέρωσης του πληθυσμού, με καμπάνιες ενημέρωσης, κλπ.
- ✓ Προώθηση και ενίσχυση μέτρων και δράσεων για τη διακοπή του καπνίσματος και την απεξάρτηση των ήδη καπνιστών.

Τα τελευταία χρόνια, η πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης προσανατολίζεται κύρια προς τις εξής κατευθύνσεις:

- ✓ Τη δημιουργία χώρων ελεύθερων καπνίσματος.
- ✓ Τον περιορισμό της πρόσβασης των νέων στα προϊόντα καπνού.
- ✓ Τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των προειδοποιητικών επιγραφών πάνω στα προϊόντα καπνού και.

- ✓ Την ενίσχυση των απαγορευτικών μέτρων στην προβολή και παρουσίαση.

Σε συνέχεια των προσπαθειών αυτών, το Μάιο του 2003, τα κράτη-μέλη του ΠΟΥ συμφώνησαν στη σύναψη και υπογραφή μιας διεθνούς Συνθήκης για τον Έλεγχο του καπνίσματος (WHO Framework Convention on Tobacco Control - FCTC), η οποία υπογράφηκε από τα 192 μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και τέθηκε σε εφαρμογή από τον Φεβρουάριο του 2005. Η συνθήκη περιλαμβάνει το πλαίσιο για τη θέσπιση ολοκληρωμένης νομοθεσίας από τις χώρες-μέλη και ολοκληρωμένης πολιτικής για τον έλεγχο του καπνίσματος, με την ανάληψη από τα κράτη μιας σειράς μέτρων και πρωτοβουλιών στους ακόλουθους τομείς:

- ✓ Θέσπιση απαγορευτικών διατάξεων στη διαφήμιση, την προβολή και το επιχορήγηση προϊόντων καπνού.
- ✓ Υποχρεωτική αναγραφή προειδοποιητικών πινακίδων πάνω στις συσκευασίες προϊόντων καπνού που καλύπτουν τουλάχιστον το 30% και ιδανικά το 50% της επιφάνειας της συσκευασίας, οι οποίες θα περιλαμβάνουν έγχρωμες φωτογραφίες και διαγράμματα.
- ✓ Απαγόρευση της χρήσης παραπλανητικών όρων όπως "ελαφρά" ή "μαλακά".
- ✓ Προστασία των πολιτών από την έκθεση στο καπνό στους χώρους εργασίας, τις δημόσιες μεταφορές και τους κλειστούς δημόσιους χώρους.
- ✓ Καταπολέμηση του λαθρεμπορίου προϊόντων καπνού.
- ✓ Αύξηση της φορολογίας στα προϊόντα καπνού.
- ✓ Παροχή θεραπευτικών υπηρεσιών απεξάρτησης από τη νικοτίνη.
- ✓ Η ενημέρωση –ευαισθητοποίηση του πληθυσμού για τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία .

Η Συνθήκη προβλέπει επιπλέον νομοθετικά μέτρα για τη βιομηχανία καπνού, την αναγραφή των ενδείξεων περιεκτικότητας στα διάφορα συστατικά, την ανταλλαγή πληροφοριών και τη συνεργασία μεταξύ των κρατών.

Η Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τον Έλεγχο του Καπνίσματος (ESTC) περιλαμβάνει επιπλέον ειδικές συστάσεις προς τα κράτη-μέλη σε ότι αφορά την ανάπτυξη προγραμμάτων και υπηρεσιών διακοπής του καπνίσματος και απεξάρτησης. Σύμφωνα με τις συστάσεις αυτές, οι εθνικές πολιτικές πρέπει να περιλαμβάνουν:

- ✓ Προγράμματα εκπαίδευσης και προαγωγής υγείας που να ενθαρρύνουν τη διακοπή του καπνίσματος, λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορές ηλικίας και φύλου.
- ✓ Ανάπτυξη και ενσωμάτωση καλών πρακτικών θεραπείας της εξάρτησης από τη νικοτίνη και πρόληψης της υποτροπής, με μεθόδους υποστήριξης συμπεριφοράς, συμβουλευτικές υπηρεσίες, τηλεφωνικές γραμμές διακοπής, καθώς και ειδικών προγραμμάτων για τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, την προστασία της μητρότητας, τις αντιφυματικές μονάδες κλπ.
- ✓ Ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στις μεθόδους διακοπής του καπνίσματος.
- ✓ Ίδρυση προγραμμάτων και υπηρεσιών διάγνωσης, ιατρικής συμβουλευτικής και θεραπείας της εξάρτησης από τη νικοτίνη, με προτεραιότητα στις πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας.
- ✓ Εφαρμογή μέτρων για τη δωρεάν χορήγηση ή τη μείωση της τιμής των φαρμακευτικών σκευασμάτων που χρησιμοποιούνται για τη διακοπή του καπνίσματος. [(69)]

Η χρήση καπνού είναι η μόνη μεγαλύτερη αιτία του αποτρέψιμου θανάτου στον κόσμο σήμερα. Η έκθεση του Π.Ο.Υ, WHO report on the global tobacco epidemic,2008, παρέχει μια περιεκτική ανάλυση, βασισμένη στα στοιχεία από 135 χώρες, των σχεδίων της χρήσης καπνών, τους θανάτους που καταλήγουν και τα μέτρα για να μειωθούν οι θάνατοι.

Ο καπνός σκοτώνει από το ένα τρίτο στο ένα δεύτερο όλων εκείνων που το χρησιμοποιούν. Κατά μέσον όρο, κάθε χρήστης του καπνού χάνει 15 έτη ζωής. Οι συνολικοί θάνατοι που αποδίδονται στο κάπνισμα από τις ισχαιμικές καρδιακές παθήσεις, την εγκεφαλοαγγειακή ασθένεια (έμφραγμα), τη χρόνια παρεμποδιστική πνευμονική πάθηση και άλλες ασθένειες προγραμματίζονται για να ανέλθουν από 5.4 εκατομμύρια το 2004 σε 8.3 εκατομμύρια το 2030, σχεδόν 10% όλων των θανάτων παγκοσμίως. Περισσότερο από 80% αυτών των θανάτων θα εμφανιστεί στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Η χρήση καπνών επικρατεί σε μεγάλο βαθμό σε πολλές χώρες. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις για το 2005, 22% των ενηλίκων παγκοσμίως αυτήν την περίοδο καπνίζουν. Περίπου 36% των ανδρών καπνίζουν σε σύγκριση με το 8% των γυναικών. Πέρα από ένα τρίτο των ενήλικων ανδρών και των γυναικών στην Ανατολική και Κεντρική Ευρώπη καπνίζουν αυτήν την περίοδο Η επικράτηση καπνίσματος στους ενήλικους είναι επίσης υψηλή στη Νοτιοανατολική Ασία και στα βόρεια και δυτικά μέρη της Ευρώπης. Εντούτοις, σχεδόν τα δύο τρίτα των καπνιστών παγκόσμια ζουν σε 10 χώρες: Μπαγκλαντές, Βραζιλία, Κίνα, Γερμανία, Ινδία, Ινδονησία, Ιαπωνία, Ρωσία, Τουρκία και στις Ηνωμένες Πολιτείες, τα οποία συλλογικά αποτελούν περίπου το 58% του παγκόσμιου πληθυσμού. (73)

Σύμφωνα με την έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008, κατά το έτος 2005 στην Ελλάδα σε εθνικό επίπεδο, το 17,1% των αγοριών και το 14,4% των κοριτσιών χρησιμοποιούν οποιοδήποτε προϊόν καπνό. (74) Το αναφέρεται στην έκθεση του Π.Ο.Υ World Health Statistics 2008, τα ποσοστά αυτά αφορούν εφήβους ηλικίας 13-15 ετών. Και για τα δυο φύλα το ποσοστό είναι 16,2%. Η αναλογία τόσο για τα αγόρια όσο και τα κορίτσια που καπνίζουν είναι 11,3% και 9% αντίστοιχα. (73) Το 89,8% του γενικού πληθυσμού εκτίθεται στο καπνό μέσα στο σπίτι, το 94,1% του γενικού πληθυσμού εκτίθεται στο καπνό έξω από το σπίτι. (75) Στην έκθεση του Π. Ο .Υ. World Health Statistics 2008, αναφέρονται τα ποσοστά επικράτησης του καπνίσματος. Κατά το έτος 2005 για τους ενήλικες και παιδιά από 15 ετών και πάνω αναφέρονται τα εξής ποσοστά: για άντρες 63,6% και γυναίκες 39,8%. Για τα δυο φύλα αναλογεί το ποσοστό 51,8%.

4.3 Αγωγή Υγείας

Η Αγωγή Υγείας αποτελεί ένα σύνολο μορφωτικών δραστηριοτήτων, οι οποίες απευθύνονται είτε στα άτομα, είτε στις «κοινότητες και σχετίζονται με την πρόληψη της ασθένειας ή της βλάβης και με την προαγωγή μιας θετικής υγείας. Αυτές οι μορφωτικές δραστηριότητες είναι δυνατό να αναπτυχθούν από συγκεκριμένους φορείς και σε συγκεκριμένους χωροχρόνους του κοινωνικού οικοδομήματος. Οι φορείς μπορεί να είναι η οικογένεια ή οι ομάδες συνομηλίκων, αλλά και ιδιωτικοί ή δημόσιοι φορείς, όπως το σχολείο. (76) Η Αγωγή είναι μια κοινωνική δράση που είναι παρούσα σε κάθε φάση της ζωής του ανθρώπου προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι της οι οποίοι είναι κοινωνικά προσδιορισμένοι. Έτσι, οι φορείς αγωγής μπορούν να είναι όλα τα άτομα που συναναστρεφόμαστε και είναι σε θέση να μας μεταλαμπαδεύσουν

γνώσεις, στάσεις, αντιλήψεις, δεξιότητες και αξίες που θα μας επιτρέψουν να αναπτυχθούμε ολόπλευρα και να ενταχθούμε ομαλά στο κοινωνικό σύνολο.

Οι φορείς αγωγής διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες:

- ✓ Η οικογένεια, η οποία αναλαμβάνει την διαπαιδαγώγηση του παιδιού κατά τα πρώτα χρονιά της ζωής του και ο ρόλος της περιορίζεται, καθώς το παιδί εντάσσεται σε περισσότερο οργανωμένα και περίπλοκα κοινωνικά σχήματα, όπως το σχολείο (εκπαιδευτικό σύστημα), η εργασία και ούτω καθεξής.
- ✓ Το σχολείο, το οποίο αποτελεί την έκφραση της συστηματικής και τυπικά διαρθρωμένης διαδικασίας της αγωγής αναλαμβάνει τη διαπαιδαγώγηση, την κοινωνικοποίηση, τη μόρφωση και την εκπαίδευση(με τη μορφή της επαγγελματικής προετοιμασίας) του νεαρού κοινωνού.
- ✓ Το «παράλληλο σχολείο», που συνιστάται στο σύνολο της κοινωνικής ζωής και των εμπειριών που αποκτούν τα παιδιά μέσα από την καθημερινότητα και την αλληλεπίδραση με άλλα άτομα – μέλη της κοινωνίας. Στο «παράλληλο σχολείο» μπορούν να συμπεριληφθούν και τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας.

Και οι τρεις αυτοί παράγοντες συμβάλουν καθοριστικά στην Αγωγή Υγείας, έχοντας ο καθένας την δική του βαρύτητα.

Η Αγωγή Υγείας, ως δραστηριότητα που αποβλέπει στην ενημέρωση και προστασία των κοινωνιών, αναπτύσσεται μέσα και από τους τρεις βασικούς παράγοντες της αγωγής. [(52)]

Ωστόσο, το σχολείο είναι σε θέση να επιτύχει με υψηλότερο ποσοστό αποτελεσματικότητας τους στόχους της Αγωγής Υγείας και αυτό οφείλεται κυρίως στους εξής παράγοντες:

- ✓ Υιοθέτηση τυποποιημένων και λιγότερο ή περισσότερο οργανωμένων μορφών δράσης.
- ✓ Χρήση των κατάλληλων μεθοδολογικών εργαλείων που θα του επιτρέψουν την επίτευξη των στόχων του.
- ✓ Υποχρέωση των παιδιών να ενταχθούν στις σχολικές μονάδες για τουλάχιστον εννέα χρόνια.
- ✓ Ανάπτυξη ψυχοκοινωνικών δυναμικών που διαμορφώνουν το κατάλληλο κλίμα μάθησης και καλλιέργειας των αντιλήψεων, στάσεων, αξιών που η κοινωνία θεωρεί ως απαραίτητες για την κοινωνικοποίηση και την ομαλή ένταξη του παιδιού στους κόλπους της.
- ✓ Ύπαρξη δυνατότητας ικανοποιητικού ελέγχου τόσο των διαδικασιών που επιστρατεύει, όσο και των παραγόμενων αποτελεσμάτων. Η δυνατότητα αυτή δε δίνεται σε ικανοποιητικό βαθμό στους άλλους φορείς της αγωγής. [(52)]

Το σχολικό σύστημα βρίσκεται σε στενή συνάφεια με τη διαδικασία της Αγωγής Υγείας για τρεις βασικούς λόγους:

- ✓ Τα παιδιά βρίσκονται σε ηλικία διαμόρφωσης της προσωπικότητας που είναι κρίσιμη για την απόκτηση της κατάλληλης «ισορροπίας» για την υγεία. Βιώνουν τις σχέσεις τους με το περιβάλλον (φυσικό και τεχνητό) και μαθαίνουν να το αντιμετωπίζουν σωματικά και νοητικά. Η Αγωγή Υγείας πρέπει να βοηθήσει το παιδί να αποκτήσει αντίληψη και γνώση του εαυτού του και του σώματος του και να αντιμετωπίσει τους κανόνες και τις επιδράσεις του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντός του.

- ✓ Αυτή η ηλικία είναι επίσης κρίσιμη για τη διαμόρφωση στάσεων που μπορεί να επηρεάσει της υγεία. Η εκπαίδευση μπορεί να βοηθήσει το παιδί να αισθάνεται ευχάριστα αποκτώντας θετικές για την υγεία συνήθειες ή να αντιμετωπίζει κριτικά αρνητικές επιδράσεις. Σ' αυτή την ηλικία η πράξη είναι πολύ σημαντική για τη μάθηση και η Αγωγή Υγείας στα σχολεία εστιάζεται στην πρακτική εφαρμογή για την ανάπτυξη δεξιοτήτων που αφορούν την υγεία.
- ✓ Η σχολική περίοδος χαρακτηρίζεται από τη χρήση μεθόδων που θα βοηθήσουν τους μαθητές να αντιμετωπίσουν διάφορα προβλήματα κατά την κοινωνικοποίηση τους. Τα παιδιά πρέπει να αποκτήσουν την ικανότητα της κριτικής μάθησης που είναι πρωταρχικής σημασίας για την Αγωγή Υγείας. [52]

Το σχολείο διαθέτει ένα σημαντικότατο πλεονέκτημα: είναι σε θέση να επεξεργάζεται, να πιστοποιεί, να ελέγχει και να φιλτράρει τις γνώσεις, τις αντιλήψεις, τις στάσεις και τις αξίες που υπάρχουν σε έναν κοινωνικό μηχανισμό επιλέγοντας και προωθώντας αυτές που εξασφαλίζουν τη διατήρηση και αναπαραγωγή του. Επιλέγει να προωθήσει αυτές που θεωρεί ως απαραίτητες για τη θεμελίωση των κοινωνικών δομών και την κοινωνική ανάπτυξη γενικότερα.

Σύμφωνα με Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO- Π.Ο.Υ), η εκπαίδευση για την υγεία/Αγωγή Υγείας είναι η εκπαιδευτική διαδικασία που αποβλέπει στη διαμόρφωση ή και τροποποίηση προτύπων συμπεριφοράς, τα οποία οδηγούν στην προάσπιση, προαγωγή και βελτίωση του επιπέδου υγείας. [52]

Σύμφωνα με το Συμβούλιο της Ευρώπης, Αγωγή Υγείας είναι μια διαδικασία που χρησιμοποιεί επιστημονικές αρχές και χρησιμοποιεί προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης που δίνουν τη δυνατότητα στους ανθρώπους, όταν λειτουργούν ως άτομα ή ως σύνολο, να αποφασίζουν και να ενεργούν συνειδητά για θέματα που επηρεάζουν την υγεία τους. [52]

Η σχολική Αγωγή Υγείας έχει δύο κύριους στόχους:

1. Να απευθυνθεί στα παιδιά όλων των κοινωνικών τάξεων που είναι σε συγκεντρωμένα και προσιτά μέσα στο σχολείο, ανεξάρτητα από το πνευματικό επίπεδο των γονιών τους.
2. Να φθάσει στα παιδιά πριν αυτά αποκτήσουν αρνητικές για την υγεία τους συνήθειες και σε μια περίοδο που το πνεύμα τους είναι ακόμη δεκτικό σε μηνύματα.

Οι παράγοντες που θα μπορούσαν να εξασφαλίσουν τη λειτουργική αρτιότητα και την αποτελεσματικότητα της Αγωγής Υγείας στα σχολεία είναι:

1. Μια ξεκάθαρη και συνεργατική πολιτική της κυβέρνησης, η οποία θα απαιτεί την αγαστή συνεργασία των υπουργείων Υγείας και Παιδείας. Η συνεργασία αυτή θα μπορέσει να εξασφαλίσει τις απαραίτητες συνθήκες ώστε να είναι αποτελεσματική.
2. Η δημιουργία φορέων, οι οποίοι θα είναι επιφορτισμένοι με το συντονισμό και την υποστήριξη των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.
3. Η διαρκής επιμόρφωση των εκπαιδευτικών που αναλαμβάνουν τα προγράμματα Αγωγής Υγείας στα σχολεία.
4. Ο εξοπλισμός των σχολείων με το απαραίτητο εποπτικό και ερευνητικό υλικό.
5. Η επαγρύπνηση και η ενεργός συμμετοχή των γονέων.

Το σχολείο είναι ένα μέσο που επισημοποιεί αλλά και νομιμοποιεί τις γνώσεις σε μια κοινωνία έτσι οι βασικές αρχές για την εφαρμογή της Αγωγής Υγείας στο σχολείο είναι οι εξής:

- ✓ Η Αγωγή Υγείας δεν είναι μόνο μεταφορά βιολογικών δεδομένων. Τις περισσότερες φορές υποστηρίζεται από λάθος ότι η Αγωγή Υγείας είναι κτήμα αλλά και μετάδοση επιλεγμένων γνώσεων από το χώρο της βιολογίας. Αντιθέτως, αποτελεί μια πολυσχιδή εκπαιδευτική δραστηριότητα με διεπιστημονική βάση προσαρμοσμένη στον ευαίσθητο τομέα της ανθρώπινης ύπαρξης που αποκαλούμε υγεία.
- ✓ Η Αγωγή Υγείας θα πρέπει να εμφανίζεται σε πολλά μέρη του Αναλυτικού Προγράμματος. Η Αγωγή Υγείας δε θα πρέπει να παίρνει τη μορφή του παραδοσιακού σχολικού μαθήματος. Θα πρέπει να διαχέει τη θεαματική στα Αναλυτικά Προγράμματα των υπόλοιπων μαθημάτων και να αναπτύσσεται δυναμικά κατά μήκος και κατά πλάτος του συνόλου των σχολικών δραστηριοτήτων.
- ✓ Είναι μια συνεχής διαδικασία που αναγνωρίζει τις ανάγκες όλων των μαθητών. Αρχίζει με τις πρώτες ημέρες της ζωής του ανθρώπου και τελειώνει με το θάνατο του. Προσαρμόζεται πάντα στις ανάγκες του, που είναι ανάλογες με την ηλικία του και άλλα βιολογικά ή επίκτητα γνωρίσματά του. Δεν έχει ύλη, δεν έχει κεφάλαια και εξετάσεις. Έχει δυναμική και ελαστικότητα που της επιτρέπουν να προσαρμόζεται και να καλύπτει ολόκληρο σχεδόν το φάσμα των ανθρωπίνων αναγκών.
- ✓ Η Αγωγή Υγείας δε θα πρέπει να προκαλεί προσωπική ενόχληση ή να θίγει οποιανδήποτε ομάδα ανθρώπων. Η θεματική της μπορεί να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις να αναπτυχθούν δυναμικές που θα μπορούσαν να θίξουν ή να ενοχλήσουν μεμονωμένα άτομα ή ομάδες ατόμων. Κάτι τέτοιο όμως, δε θα πρέπει να συμβαίνει. Αντιθέτως, θα πρέπει να υιοθετείται η μεθοδολογία που η Αγωγή Υγείας έχει που αποτρέπει αυτές τις δύσκολες καταστάσεις.
- ✓ Επίσης δε θα πρέπει να επικεντρώνεται αποκλειστικά στο «κάνε αυτό» ή «μην κάνεις αυτό». Η Αγωγή Υγείας δεν είναι ένας κατάλογος επιτρεπόμενων και απαγορευμένων συμπεριφορών. Πρόκειται για μια διαδικασία που στοχεύει στο να παρέχει στους μαθητές τις κατάλληλες δεξιότητες, στάσεις και αντιλήψεις ώστε να είναι σε θέση να αποφασίζουν μόνοι τους κάθε φορά για το τι είναι καλό ή κακό.
- ✓ Ακόμη, θα πρέπει να στηρίζεται σε μια εκτίμηση των παραγόντων που επιδρούν στη συμπεριφορά των νέων ανθρώπων. Είναι ένα γνωστικό αντικείμενο, το οποίο σχετίζεται, σχεδόν με απόλυτο τρόπο, με τη συμπεριφορά του ανθρώπου. Και ως τέτοιο θα πρέπει να προσαρμόζεται τόσο τα περιεχόμενα του, όσο και η μεθοδολογία του στους παράγοντες που επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά.
- ✓ Θα πρέπει να εστιάζεται περισσότερο στην υγιή ανάπτυξη παρά στην αντικοινωνική συμπεριφορά. Σκοπός της, δεν είναι να καταστείλει τις μορφές συμπεριφοράς που μπορούν να θεωρηθούν ως αντικοινωνικές αλλά, να μεριμνήσει ώστε τα παιδιά να αναπτύσσονται υγιώς, τόσο από πλευράς σωματικής και ψυχικής όσο και από πλευράς πνευματικής και κοινωνικής.
- ✓ Η Αγωγή Υγείας θα πρέπει να στηρίζεται στο περιεχόμενο της οικογενειακής ζωής. Σε καμία περιπτώσει όμως δε θα έπρεπε να θεωρηθεί ότι υπερβαίνει τις αρμοδιότητες της οικογένειας σχετικά με την ανάπτυξη και την υγιή ανατροφή των παιδιών της. Ούτε και επιδιώκει την υπαγωγή των

θεμάτων που σχετίζονται με την υγεία των κοινωνιών σε υπερκείμενους φορείς. Η οικογένεια παραμένει η βασική κοινωνική μονάδα και από αυτήν εκπορεύεται η αγωγή για την υγεία, όπως και άλλες μορφές αγωγής και κοινωνικοποίησης.

- ✓ Η Αγωγή Υγείας στο σχολείο δε θα έπρεπε να αντιμετωπίζεται ως ένα μεμονωμένο περιστατικό κάποιας χρονιάς, αλλά ως ένα τμήμα μιας εκτεταμένης και συνεχούς διαδικασίας. Για να είναι αποτελεσματική θα πρέπει να έχει διάρκεια. Η θεματική της είναι ανεξάντλητη και θα πρέπει να προσαρμόζεται σε κάθε φάση της ζωής των μαθητών, ανάλογα με την ηλικία τους και τα κοινωνικά τους χαρακτηριστικά. Εξάλλου, η σχολική Αγωγή Υγείας είναι ένα μόνο τμήμα της ευρύτερης αγωγής για την υγεία.
- ✓ Η Αγωγή Υγείας που προσφέρεται στο σχολείο θα πρέπει να είναι ευαίσθητη στις επιθυμίες των γονέων. Η σχολική Αγωγή Υγείας δεν παραγνωρίζει ούτε υποκαθιστά την Αγωγή Υγείας που προσφέρει η οικογένεια στα παιδιά. Αντίθετα φροντίζει να την ενισχύει και να την διατηρεί όσα η οικογένεια έχει επιτύχει σχετικά με την προστασία, προαγωγή και βελτίωση της υγείας των παιδιών. Το σχολείο, όσον αφορά θέματα όπως η υγεία, δε θα πρέπει να διαμορφώνει σχεδιασμούς και πρακτικές ανεξάρτητες από τις επιθυμίες των γονέων. Αυτοί θα πρέπει να έχουν πάντα τον πρώτο λόγο και το σχολείο θα πρέπει να αναζητεί την έγκριση και τη συνεργασία τους. [76]

Η Αγωγή Υγείας στο σχολείο λαμβάνει χώρα είτε μέσα από τη διδασκαλία άλλων μαθημάτων είτε με την εκπόνηση προγραμμάτων. Τα προγράμματα διέπονται από παιδαγωγικές αρχές και είναι κατά τέτοιο τρόπο σχεδιασμένα ώστε να βοηθούν τους μαθητές:

- ✓ Να αντιλαμβάνονται τη σημασία της καλής φυσικής κατάστασης, της υγιεινής και της καλής υγείας και τους τρόπους με τους οποίους κάποιοι παράγοντες τις επηρεάζουν.
- ✓ Να συνειδητοποιήσουν την ανάγκη για καθημερινή άσκηση και υγιεινή συμπεριφορά.
- ✓ Να κατανοούν την έννοια και την ανάγκη της πρόληψης ως κυρίαρχο παράγοντα για την ποιότητα της ζωής τους και τη μακροζωία τους.
- ✓ Να κατανοούν τις αξίες της υγιεινής ζωής και τις λεπτές ισορροπίες που δημιουργούνται όταν δεν τηρούνται κάποιες βασικές αρχές της πρόληψης. [52]

Αυτοί είναι στην πραγματικότητα οι στόχοι της σχολικής Αγωγής Υγείας.

Η διεθνής εμπειρία, αλλά και η θεωρία δείχνουν ότι η Αγωγή Υγείας μπορεί να αναπτύσσεται στα Αναλυτικά Προγράμματα της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με τους εξής τρόπους:

- ✓ Με τη μορφή ενός ξεχωριστού γνωστικού αντικειμένου, το οποίο να καταλαμβάνει τις δικές του ώρες στο ωρολόγιο πρόγραμμα.
- ✓ Με τη μορφή ενός απαραίτητου γνωστικού αντικειμένου αναπτυσσόμενου στα Αναλυτικά Προγράμματα άλλων μαθημάτων.
- ✓ Με τη μορφή ευκαιριών θεματικών αναπτύξεων όποτε δίνεται η δυνατότητα. [76]

Σύμφωνα με την ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας οι βασικοί άξονες γνωστικού περιεχομένου των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας είναι:

- ✓ Διαπροσωπικές σχέσεις – Ψυχική υγεία: Περιεχόμενο: ο εαυτός μου. Η σχέση μου με το περιβάλλον. Αυτοεκτίμηση, ατομική ταυτότητα, συναισθήματα, επικοινωνία, ενεργητική ακρόαση, κοινωνικός αποκλεισμός – ίσες ευκαιρίες, ισότητα των δυο φύλων, ρατσισμός, βία, αντιμετώπιση πένθους, αντιμετώπιση άγχους (σχολικού- εργασιακού).
- ✓ Πρόληψη χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών (ναρκωτικά, αλκοόλ, τσιγάρο). Η Αγωγή Υγείας ενάντια στις ουσίες που προκαλούν εθισμό είναι πολύ σημαντική. Οι γονείς, οι εκπαιδευτικοί και η κοινωνία γενικότερα μπορούν να παίξουν σημαντικότερους ρόλους ως προς την πρόληψη ενάντια στις ουσίες που προκαλούν εθισμό.
- ✓ Κατανάλωση και υγεία: Περιεχόμενο του η διατροφή και διατροφικές συνήθειες, παχυσαρκία, καρδιαγγειακά νοσήματα, στοματική υγιεινή, γενετικά τροποποιημένα προϊόντα.
- ✓ Σεξουαλική Αγωγή – διαφυλετικές σχέσεις: σεξουαλικός μεταδιδόμενα νοσήματα (λ.χ. AIDS, Ηπατίτιδα Β), πρόληψη παιδικής κακοποίησης. Επιπλέον, σε αυτή την ενότητα εντάσσεται και το θέμα για την σωστή ανάπτυξη και αναπαραγωγή. Για παράδειγμα, η αγωγή της ανάπτυξης και αναπαραγωγής επικεντρώνεται σε μια ευρεία κατανόηση της σεξουαλικότητας, στη σεξουαλική ανάπτυξη, στην αναπαραγωγική υγεία, στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην εικόνα του σώματος, στους ρόλους των δύο φύλων, στη σεξουαλική εγκράτεια και στοργή. Η σχολική σεξουαλική αγωγή συμπληρώνει και μεθοδεύει τη σεξουαλική κοινωνικοποίηση του παιδιού μέσα από κατάλληλες και προσεκτικές διδακτικές μεθοδεύσεις, οι οποίες λαμβάνουν υπόψη την ηλικία των μαθητών και τις ατομικές διαφορές τους. Επειδή το θέμα είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο, λόγω των διάχυτων κοινωνικών αντιλήψεων, τόσο οι εκπαιδευτικοί όσο και οι γονείς θα πρέπει να ενημερώνονται συχνά για τις κατάλληλες μεθόδους που θα πρέπει να ακολουθούνται. Θα πρέπει ακόμη να διαμορφώνουν το κατάλληλο κλίμα, ώστε οι πληροφορίες και τα επιμέρους ζητήματα να συζητούνται ανοικτά, ειλικρινά και σε μια ατμόσφαιρα αμοιβαίου σεβασμού. Οι στόχοι της αγωγής για υγιή σεξουαλικότητα μπορούν να επιτευχθούν μόνο μέσα στο κατάλληλο σχολικό κλίμα.
- ✓ Φυσική άσκηση και υγεία : ελεύθερος χρόνος.
- ✓ Κυκλοφοριακή Αγωγή - ατυχήματα: οδική συμπεριφορά των μαθητών-πεζών, κράνος και ζώνη ασφαλείας. Αρνητικές επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλ πριν και κατά την οδήγηση. Παιδία στο αυτοκίνητο. Τι πρέπει να γνωρίζουν οι μαθητές ως οδηγοί μοτοποδηλάτων, ως επιβάτες σχολικών λεωφορείων, αεροπλάνων, πλοίων και άλλων μέσων. Η πρόληψη των ασθενειών και η προφύλαξη από τραυματισμούς αποτελούν βασικούς παράγοντες της Αγωγής Υγείας. Η εκπαίδευση για τέτοια ζητήματα είναι πολύ σημαντική για την εξασφάλιση της σωματικής και πνευματικής υγείας του παιδιού. Πρόκειται για μια διαδικασία, με την οποία οι μαθητές θα μάθουν να σέβονται το σώμα τους και τη ζωή τους. Θα μάθουν να ισορροπούν μεταξύ της απόλαυσης και των ενδεχόμενων κινδύνων που εγκυμονεί και θα μάθουν να αντιστέκονται στις καθημερινές προκλήσεις που μπορούν να βλάψουν την υγεία τους.
- ✓ Περιβάλλον και υγεία : έκθεση σε τοξικές ουσίες και στην υπερβολική ηλιακή ακτινοβολία, μόλυνση του περιβάλλοντος (συνέπειες π.χ. καρκίνος).

- ✓ Εθελοντισμός: εθελοντική αιμοδοσία (λ.χ. για την αντιμετώπιση της Μεσογειακής Αναιμίας). Προσφορά ιστών και οργάνων. Πρώτες βοήθειες, εθελοντική εργασία, εθελοντής σχολικός τροχονόμος.
- ✓ Αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων, (ανάπτυξη δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση του άγχους, του φόβου κλπ), όπως σεισμοί, πλημμύρες, πυρκαγιές, ναυάγια.

Οι γνώσεις και οι δεξιότητες που θα πρέπει να διαθέτουν οι εκπαιδευτικοί, ώστε να είναι σε θέση να ασχοληθούν με την Αγωγή Υγείας στο σχολείο, είναι οι εξής:

1. Θα πρέπει να αντιλαμβάνονται το γεγονός ότι για να είναι αποτελεσματική η Αγωγή Υγείας στην τάξη χρειάζεται την ενίσχυση της επίσημης πολιτικής του σχολείου, το πλέγμα των φυσικών και κοινωνικών συνιστωσών του σχολείου, καθώς και μια διασύνδεση με ένα σύνολο προσπαθειών που να απορρέουν από την οικογένεια και την κοινότητα.
2. Θα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα ζητήματα υγείας που είναι πρωταρχικής σημασίας για να συμπεριληφθούν στην Αγωγή Υγείας, φροντίζοντας ταυτόχρονα να τα οριοθετούν μέσα σε ένα πλαίσιο προαγωγής υγιεινών τρόπων ζωής και πιο υγιεινών συνθηκών διαβίωσης.
3. Να είναι σε θέση να ξεκινούν από το σημείο στο οποίο βρίσκονται οι μαθητές σε ό,τι αφορά τις αντιλήψεις τους, τις γνώσεις και τις στάσεις τους σχετικά με ζητήματα-κλειδιά που αφορούν την υγεία.
4. Να είναι σε θέση να προάγουν την υιοθέτηση κατάλληλων στάσεων και δεξιοτήτων σε σχέση με αυτά τα ζητήματα υγείας.
5. Να είναι σε θέση να κατανοούν τη σπουδαιότητα οικοδόμησης ενός ολιστικού σχολείου, μέσα από την ανάπτυξη ενός σπειροειδούς προγράμματος μαθημάτων στην Αγωγή Υγείας.
6. Να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τρόπους μέσα από τους οποίους τα παραδοσιακά διδακτικά αντικείμενα είναι δυνατό να επανεκτιμηθούν και να καταστούν πιο σχετικά με τη ζωή των μαθητών μέσα από την ενσωμάτωση σε αυτά τα θέματα σχετικών με την υγεία.
7. Να μπορούν να χρησιμοποιήσουν μια ποικιλία διδακτικών μεθόδων, οι οποίες να εμπλέκουν τους μαθητές αποτελεσματικότερα με τη διαδικασία της μάθησης. [52]

Τα προγράμματα Αγωγής Υγείας χρηματοδοτούνται από την Ευρωπαϊκή Ένωση στα πλαίσια του Επιχειρησιακού Προγράμματος Εκπαίδευσης και Αρχικής Επαγγελματικής Κατάρτισης (Ε.Π.Ε.Α.Ε.Κ.). Αφορούν την Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση. Επίσης απευθύνονται στα Α.Ε.Ι., Τ.Ε.Ι. , φορείς Δημόσιας Υγείας κλπ.

Τα προγράμματα αυτά γίνονται σε συνεργασία με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων αφού το Εθνικό Ίδρυμα Νεότητας έχει αναλάβει την τεχνική στήριξη και διαχείριση των προγραμμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στόχος της Αγωγής Υγείας στα Σχολεία είναι η πρόληψη φαινομένων κοινωνικής παθογένειας, ήδη από την προεφηβική και εφηβική ηλικία των μαθητών, μέσω της πληροφόρησης περί φαινομένων και των συνεπειών τους και της παραγωγής προτύπων συμπεριφοράς, ικανών να ενισχύσουν τις αντιστάσεις των μαθητών σε τέτοιου είδους προκλήσεις και να προβάλλουν τη φυσική και υγιεινή ζωή.

Η πρόληψη αποτελεί την αναγκαία συνθήκη για να μπορέσουν οι μαθητές να χαράξουν δρόμους πρωτοποριακούς, δημιουργικούς, δρόμους κατάφασης στην πρόοδο, στην ανάπτυξη, στην συμμετοχή. Ο όρος "πρόληψη" που σημαίνει μέτρα τα οποία τείνουν να εμποδίσουν περιστατικά για κάτι ανεπιθύμητο είναι ιατρικός κατά βάση. Η

πρόληψη όμως μέσω της εκπαίδευσης είναι μία προσέγγιση που δεν περιορίζεται στο ιατρικό πεδίο αλλά λαμβάνει υπόψη και τις κοινωνικοπολιτισμικές διαστάσεις του προβλήματος. [77]

Κάποια παραδείγματα προγραμμάτων αγωγής υγείας είναι τα παρακάτω:

- ✓ Στο 3ο Ενιαίο Λύκειο Πετρούπολης όπου 15 μαθητές της Α' τάξης υπό την επίβλεψη 2 καθηγητών πραγματοποίησαν εργασία με θέμα «Κάπνισμα και καρδιαγγειακές παθήσεις
- ✓ Στο Γενικό Λύκειο Καλαμάτας το πρόγραμμα αγωγής υγείας έχει θέμα «Εξαρτησιογόνες Ουσίες (Ναρκωτικά, Αλκοόλ και Κάπνισμα) στο οποίο συμμετείχαν μαθητές του 5ου τμήματος της Β' τάξης με συντονιστές 3 καθηγητές τους. Στα πλαίσια της πληρέστερης και υπεύθυνης ενημέρωσης των μαθητών της ομάδας, πραγματοποιήθηκε συνάντηση στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο. Εκεί την ενημέρωση για τα ναρκωτικά και το αλκοόλ έχουν αναλάβει η κα Τσούκαλη , καθηγήτρια της έδρας με τα μέλη ΔΕΠ της έδρας, και ο κος Παπαχρήστος, διευθυντής της Θωρακοχειρουργικής κλινικής, την ενημέρωση για το κάπνισμα. Η ίδια ενημέρωση έγινε και στο σχολείο στους υπόλοιπους μαθητές με θετικά αποτελέσματα. Όπως αναφέρεται στην ιστοσελίδα του σχολείου με το τέλος της Εκδήλωσης υπήρξε αλλαγή στο τρόπο σκέψης των μαθητών και της φιλοσοφίας του τρόπου που πρέπει να ζουν.
- ✓ Στο 2ο Γυμνάσιο Σταυρούπολης πραγματοποιήθηκε πρόγραμμα εκπαιδευτικής παρέμβασης για την παραγωγή εκπαιδευτικού και ενημερωτικού υλικού για θέματα υγείας «Ευαισθητοποίηση των μαθητών, των γονέων και της ευρύτερης κοινότητας για τις συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία». Το πρόγραμμα επιχορηγήθηκε από το Κέντρο Εκπαιδευτικής Έρευνας. Στόχος του προγράμματος ήταν η χαρτογράφηση του φαινομένου καπνίσματος στο μαθητικό πληθυσμό του σχολείου και η ενημέρωση-ευαισθητοποίηση των γονέων και μαθητών σχετικά με το κάπνισμα, το όποιο θα λειτουργήσει προληπτικά στην έναρξη του και κατά συνέπεια των ασθενειών που προκαλεί.

4.3.1 Ιατρείο Διακοπής καπνίσματος στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠαΓΝΗ).

Η διακοπή του καπνίσματος, για την πλειοψηφία των καπνιστών, δεν είναι εύκολη και για πολλούς αποτελεί δια βίου πρόβλημα. Στα περισσότερα μεγάλα νοσοκομεία της Ελλάδας σήμερα λειτουργούν Ιατρεία Βοήθειας Διακοπής ή Απεξάρτησης από το κάπνισμα.

Στην Κρήτη υπάρχει το Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος που λειτουργεί στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου και αποτελεί ένα σημαντικό τομέα στο Πνευμονολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου, αφού συμβάλει στο να βοηθήσει τους ενδιαφερόμενους να κόψουν το κάπνισμα. Υπεύθυνη του Ιατρείου είναι η κ. Μητρούσκα Ιωάννα, η οποία είναι πνευμονολόγος.

Δημιουργήθηκε το 2001 και στόχος του είναι να βοηθήσει τους ενδιαφερόμενους καπνιστές να σταματήσουν το κάπνισμα Έχουν περάσει από το πρόγραμμα 4.000 άτομα, με ποσοστό 70% και πάνω επιτυχία εφόσον οι ενδιαφερόμενοι το ακολουθήσουν σωστά .

Ο τρόπος προσέγγισης του καπνιστή και η θεραπεία που ακολουθείται στο Ιατρείο Βοήθειας Διακοπής Καπνίσματος είναι σύμφωνα με τις Παγκόσμιες Θέσεις Ομοφωνίας στην αντιμετώπιση του καπνίσματος λαμβάνοντας πάντα υπ' όψιν τις ανάγκες

και το ιστορικό του κάθε καπνιστή ξεχωριστά. Η θεραπεία μπορεί να είναι υποστηρικτική ή φαρμακευτική ή συνδυασμός των δύο. Στις φαρμακολογικές θεραπείες περιλαμβάνονται υποκατάστατα νικοτίνης ή φάρμακα που δρουν πιο κεντρικά σε ειδικούς νικοτινικούς ή μη ειδικούς υποδοχείς στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Το ιατρείο απευθύνεται σε όλους τους καπνιστές που θέλουν να απαλλαγούν από το κάπνισμα και δεν μπορούν να τα καταφέρουν μόνοι τους. Απευθύνεται ακόμη σε όσους έχουν εμπειρία προηγούμενης προσπάθειας με ή χωρίς βοήθεια, γιατί το κάπνισμα είναι ένα χρόνιο νόσημα με πολλές υποτροπές και κάθε προσπάθεια αυξάνει σημαντικά τα ποσοστά επιτυχίας. Η διακοπή του καπνίσματος είναι η πιο αποτελεσματική παρέμβαση, για την πρόληψη αλλά και την τροποποίηση της έκβασης πολλών νοσημάτων.

Το ιατρείο διακοπής του καπνίσματος που στεγάζεται στον τέταρτο όροφο του 3ου κτιρίου στο ΠαΓΝΗ, αποτελεί πόλο έλξης για τους καπνιστές, που αντιλαμβάνονται ότι πρέπει να βγουν από τη λίστα των ασθενών. Η διαδικασία είναι απλή. Το ιατρείο λειτουργεί Δευτέρα και Τετάρτη πρωί, δωρεάν. Ο ενδιαφερόμενος κλείνει τηλεφωνικά ραντεβού στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία για το ιατρείο διακοπής καπνίσματος. Ο ασθενής στο πρώτο ραντεβού κάνει μία σειρά από εξετάσεις, στη συνέχεια κανονίζεται η παρακολούθηση από τους ιατρούς. Σε αυτή την πρώτη επαφή ο ιατρός φροντίζει να καταλάβει τον άνθρωπο που έχει απέναντι, έτσι ώστε να έχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. και ζητείται από τον ασθενή να είναι συνεπής.

Η διάρκεια της πρώτης συνάντησης δεν είναι ποτέ μικρότερη της μισής ώρας. Οι μελέτες έχουν δείξει ότι όταν η συνάντηση διαρκεί περισσότερο από 8 λεπτά δεν υπάρχει λόγος για ψυχιατρική υποστήριξη του ασθενούς. Υπάρχουν περιστατικά με ψυχιατρικούς ασθενείς ή ασθενείς ιδιαίτερα επιφορτισμένους που παραπέμπονται σε ψυχολόγο, ωστόσο αυτά τα περιστατικά είναι πολύ λίγα. «Τον ασθενή τον βλέπεις, είσαι μαζί του μισή ώρα και ξέρεις με ποιον έχεις να κάνεις επισημαίνει η πνευμονολόγος, που ξεκαθαρίζει ότι η διαδικασία της διακοπής του καπνίσματος δεν είναι εύκολη υπόθεση.» Οι ιατροί προσπαθούν να βοηθήσουν τους ασθενείς και να κάνουν την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος πιο εύκολη. Με την βοήθεια τους τα συμπτώματα στέρησης τα ξεπερνάνε όσο το δυνατό καλύτερα. Όμως θα πρέπει να είναι πάρα πολύ συνεπείς στα ραντεβού τους, διότι ορίζονται με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορούν να προλαμβάνουν τις υποτροπές.

Κι όλα αυτά γιατί οι άνθρωποι του ιατρείου θέλουν απλά να προλάβουν τον ασθενή πριν υποκύψει στο πάθος του και ανάψει τσιγάρο, ενώ έχει μπει στη διαδικασία να το κόψει, πράγμα που ονομάζεται υποτροπή. Σύμφωνα με την ειδικό, υπάρχουν επιστημονικά δεδομένα που δείχνουν σε ποια χρονική στιγμή, μετά τη διακοπή του καπνίσματος, θα πρέπει κανείς να περιμένει την υποτροπή. Αυτό μπορεί να συμβεί κυρίως στους τρεις πρώτους μήνες, ενώ όσο περνά ο καιρός τόσο απομακρύνεται το ενδεχόμενο της υποτροπής.

Οι ουσίες του καπνού απορροφώνται και με το αίμα φθάνουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και έτσι επιδρούν στη διάθεση και τη φαντασία. Οι καπνιστές υποφέρουν από τρεμούλιασμα των άκρων, ιλίγγους, νευραλγίες ιδίως βραχιόνων και ώμων, εγκεφαλική υπεραιμία με βάρος και ζάλη, παλμούς, πόνους στομάχου, εντέρων, επίμονη δυσκοιλιότητα, τοπικό ερεθισμό στα χείλη, στο στόμα, στη γλώσσα, φαρυγγίτιδα, διατάραξη της όρασης (νικοτινική αμβλυωπία), αλλοιώσεις της γεύσης, της ακοής, της όσφρησης, αμβλύτητα της μνήμης ιδίως των λέξεων, μείωση της αντοχής και της αντίστασης του οργανισμού. Γενικά ο οργανισμός πάσχει, επειδή το κάπνισμα επιφέρει χρόνια δηλητηρίαση με τη νικοτίνη.

Η διακοπή του καπνίσματος είναι το πιο απλό και το πιο σημαντικό βήμα για τους καπνιστές, αν θέλουν να αυξήσουν το μήκος και την ποιότητα της ζωής τους. Η διακοπή του καπνίσματος δεν είναι εύκολη υπόθεση, αλλά μπορεί να πραγματοποιηθεί. Ο Μαρκ Τουέιν είχε πει με χιουμοριστικό τρόπο: "Το να κόψει κάποιος το κάπνισμα

είναι το πιο εύκολο πράγμα στον κόσμο. Εγώ το έχω κόψει χιλιάδες φορές".. Ο λόγος είναι ο εθισμός στη νικοτίνη, η οποία σημειωτέον είναι πιο εθιστική και από την ηρωίνη και από την κοκαΐνη. Ο εθισμός στη νικοτίνη είναι και σωματικός και ψυχικός. Για να θεωρηθεί ότι κάποιος διέκοψε το κάπνισμα, πρέπει βέβαια να υπερνικήσει και τους δύο εθισμούς. Όταν ο καπνιστής προσπαθεί να κόψει το κάπνισμα η απουσία νικοτίνης οδηγεί στο λεγόμενο σύνδρομο στέρησης. Τα συμπτώματα της στέρησης μπορεί να περιλαμβάνουν κάποιο ή πολλά από τα ακόλουθα: Κατάθλιψη, αγχωτική διάθεση ή και θυμό, ευερεθιστότητα, διαταραχές ύπνου, προβλήματα στη συγκέντρωση, ανησυχία, πονοκέφαλο, κούραση, διαταραχές στην όρεξη, κλπ.

Αυτά τα φαινόμενα δεν είναι ευχάριστα και σπρώχνουν το άτομο να ξαναρχίσει το κάπνισμα. Το σύνδρομο στέρησης είναι πιο πιθανό να προκύψει σε απότομη διακοπή, κυρίως σε άτομα που είναι βαρείς καπνιστές. Τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν εντός λίγων ωρών από το τελευταίο τσιγάρο και παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη έντασή τους σε 2-3 ημέρες, διαρκούν δε αρκετές ημέρες έως μερικές εβδομάδες. Εκτός από τη νικοτίνη, που είναι υπεύθυνη για τον εθισμό, ο καπνός περιέχει κι άλλες ουσίες, οι οποίες είναι υπεύθυνες για τις καταστρεπτικές συνέπειές του πάνω στον οργανισμό. Από αυτές, οι πιο βλαπτικές είναι το μονοξείδιο του άνθρακα και η πίσσα. Το μονοξείδιο του άνθρακα είναι η ίδια δηλητηριώδης ουσία που εκπέμπεται από τα καυσαέρια των αυτοκινήτων. Ενώ η νικοτίνη κάνει την καρδιά να χτυπά πιο γρήγορα, το μονοξείδιο του άνθρακα της στερεί το extra οξυγόνο που της χρειάζεται. Η αναπνοή γίνεται πιο γρήγορη και η θερμοκρασία του σώματος πέφτει κατά ένα - δύο δέκατα. Αυτή η "κόντρα" γίνεται αιτία για πολλές καρδιαγγειακές και αναπνευστικές παθήσεις.

Η πίσσα είναι από τις πιο τοξικές ουσίες από τις 4.000, που περιέχει το τσιγάρο. Πρόκειται στην πραγματικότητα για ένωση πολλών και καρκινογόνων ουσιών, έχει σκούρο χρώμα και κολλώδη υφή. Επικάθεται στους βλεννογόνους τους στόματος, των πνευμόνων, του στομάχου και του εντέρου, συμβάλλοντας στην πρόκληση καρκίνου αυτών των περιοχών, αλλά και στην εκδήλωση εμφυσήματος, χρόνιων αναπνευστικών παθήσεων κλπ.

Οι κυριότεροι λόγοι για τους οποίους θέλουν οι καπνιστές να κόψουν το κάπνισμα είναι λόγοι υγείας. Σχεδόν ο καθένας ξέρει ότι το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει καρκίνο στους πνεύμονες, αλλά πολύ λίγοι αντιλαμβάνονται ότι είναι επίσης παράγοντας κινδύνου για πολλά άλλα είδη καρκίνου, όπως είναι ο καρκίνος του στόματος, του λάρυγγα, του φάρυγγα, του οισοφάγου, της ουροδόχου κύστης, των νεφρών, του παγκρέατος, του ήπατος, του τραχήλου της μήτρας, του στομάχου, του παχέος εντέρου, αλλά και πρόξενος λευχαιμιών. Το κάπνισμα είναι γνωστό επίσης ότι προκαλεί εμφύσημα και χρόνια βρογχίτιδα, παθήσεις που μπορεί να εξελιχθούν σε χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια και μεγάλη αναπηρία και να προκαλέσουν τελικά το θάνατο. Το κάπνισμα προκαλεί επίσης στεφανιαία νόσο της καρδιάς και αποφρακτική αρτηριοπάθεια, που μπορεί να καταλήξει ακόμα και σε γάγγραινα των άκρων και ακρωτηριασμό. Οι γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά χάπια και ταυτόχρονα καπνίζουν είναι σε μεγάλο κίνδυνο καρδιακής προσβολής, εγκεφαλικού και πνευμονικής εμβολής. Επίσης μπορεί να παρουσιάσουν αποβολές ή να γεννήσουν παιδιά μικρού σωματικού βάρους. Αυτά είναι λίγα από τα πολλά που προκαλεί το κάπνισμα. Και βέβαια αφήνουμε τα "παραμικρά", που είναι το πρόωρο ζάρωμα του δέρματος, η κάκοσμη αναπνοή, η τσιγαρίλα των ρούχων και των μαλλιών και τα κίτρινα νύχια.

Οι άνθρωποι που διακόπτουν το κάπνισμα ζουν πιο πολύ, αποφεύγουν κατά κανόνα όλα τα "σαράκια" που αναφέραμε πιο πάνω, γενικά είναι πιο υγιείς, σε καλύτερη φόρμα, λιγότερο φιλάσθενοι.

Στους 3 μήνες θεωρούμε ότι το άτομο έχει διακόψει το κάπνισμα. Όσο περνά ο καιρός οι υποτροπές είναι λιγότερες. Όταν διακόπτεται το τσιγάρο, οι αντιδράσεις του

οργανισμού είναι οι ακόλουθες. Σε 20 λεπτά η πίεση του αίματος πέφτει στο κανονικό. Η θερμοκρασία των άκρων ανεβαίνει στο κανονικό. Σε 8 ώρες το μονοξείδιο του άνθρακα στο αίμα πέφτει στο κανονικό. Το οξυγόνο ανεβαίνει στα φυσιολογικά επίπεδα. Σε 48 ώρες ενδυναμώνεται η γεύση και η όσφρηση. Σε 72 ώρες, η αναπνοή αρχίζει να λειτουργεί ομαλότερα και αυξάνεται η χωρητικότητα των πνευμόνων. Η γεύση και η όσφρηση αποκαθίστανται πλήρως σε 15 μέρες από το κόψιμο του καπνίσματος. Στο διάστημα μεταξύ των 2 πρώτων εβδομάδων εώς των τέλος των 3 μηνών η κυκλοφορία του αίματος βελτιώνεται. Το περπάτημα γίνεται ευκολότερο. Η λειτουργία των πνευμόνων βελτιώνεται κατά 30%. Από τον πρώτο μήνα εώς και τον ένατο σταματάει ο βήχας και η χρόνια κούραση. Οι κροσσοί του βρογχικού επιθηλίου επανακτούν τη φυσιολογική λειτουργία τους.

Στον πρώτο χρόνο, ο κίνδυνος για έμφραγμα του μυοκαρδίου έχει υποδιπλασιαστεί και σε λιγότερο από δύο χρόνια είναι ίδιος με αυτόν που δεν κάπνιζε ποτέ. Μετά από 5 χρόνια Όσο πιο σύντομα το κόψει κανείς τόσο το καλύτερο. ο θάνατος από καρκίνο του πνεύμονα στο μέσο καπνιστή (ένα πακέτο την ήμερα) μειώνεται κατά 50%. Μετά από 10 χρόνια : ο κίνδυνος για καρκίνο στον πνεύμονα πέφτει στο μισό απ' ότι στον καπνιστή. Οι πιθανότητες άλλων καρκίνων (στόματος, λάρυγγα, οισοφάγου, κύστης, νεφρών και παγκρέατος) μειώνονται. Ακόμα και στα 90 να το κόψει κάποιος το προσδόκιμο της ηλικίας θα αυξηθεί.

Με δεδομένα αυτά, γίνεται αντιληπτό πόσο μεγάλη σημασία έχει για τον καπνιστή που πηγαίνει στο ιατρείο το δεύτερο ραντεβού που του ορίζουν οι ιατροί. Τα ραντεβού είναι έτσι οργανωμένα και προγραμματισμένα ώστε να μπορούν να προλάβουν την όποια υποτροπή.

Η παγκόσμια τάση στην αγωγή του καπνίσματος έχει δύο κομμάτια, το συμβουλευτικό και το φαρμακευτικό. Όταν γίνεται συνδυασμός έχουμε τα καλύτερα αποτελέσματα. Υπάρχουν καπνιστές που χρειάζονται μόνο μια τακτική παρακολούθηση και μια συμβουλευτική προσέγγιση. Υπάρχουν όμως και εκείνοι που θέλουν πιο επιθετική θεραπεία, φαρμακευτική.

Παράλληλα, με τις συναντήσεις αυτές καθιερώνεται ένας δίαυλος επικοινωνίας και με τον τρόπο αυτό στηρίζονται ψυχολογικά κυρίως οι ασθενείς. Όσοι ασθενείς έχουν έρθει στο ιατρείο έχουν τα προσωπικά και τα κινητά τηλέφωνα των ιατρών έτσι ώστε να μπορούν να επικοινωνούν μαζί τους συνεχώς.

Το ποσοστό των ενήλικων καπνιστών στην Κρήτη, συγκρινόμενο με την υπόλοιπη Ελλάδα, είναι περίπου 10 μονάδες πιο υψηλό. Χαρακτηριστικό είναι μάλιστα το γεγονός ότι στη νότια Κρήτη τα παιδιά καπνίζουν πολύ νωρίτερα και καταναλώνουν περισσότερα τσιγάρα κατά τη διάρκεια της ημέρας από ότι στην υπόλοιπη χώρα σύμφωνα με την επιστημονική κοινότητα, που μελετά το κάπνισμα και τις επιπτώσεις του. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) το κάπνισμα χαρακτηρίζεται ως η συχνότερη χρόνια νόσος του αναπτυγμένου κόσμου, με πολλές υποτροπές έχει συμπεριληφθεί στη λίστα των νοσημάτων - ενώ ο καπνιστής θεωρείται ασθενής. Επομένως, ο μισός πλανήτης είναι ασθενής και δυστυχώς πεθαίνουν πολλά εκατομμύρια ανθρώπων από το κάπνισμα. Μάλιστα, από το 2001 και μετά οι αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες έχουν το ίδιο μερίδιο στους θανάτους από νόσημα που οφείλεται στο κάπνισμα.

Σύμφωνα με την πνευμονολόγο, στο ιατρείο αυτό μέχρι σήμερα απευθύνονται καπνιστές που δεν έχουν αντιμετωπίσει προβλήματα υγείας αλλά έχουν ευαισθητοποιηθεί. Έρχονται συστημένοι από φίλους και όχι από γιατρούς» μας ξεκαθάρισε, επισημαίνοντας παράλληλα ότι «θα ήθελε να παρακαλέσει τους καπνιστές όχι να αρχίσουν να έρχονται στο ιατρείο, αλλά να αρχίσουν να σκέφτονται να κόψουν το κάπνισμα. Όταν το σκεφτούν σημαίνει ότι θα κάνουν την προσπάθεια. Να κάνουν μια προσπάθεια πριν έρθουν στο ιατρείο και να μην απογοητευτούν αν δεν τα καταφέρουν. Σύμ-

φωνα με τα παγκόσμια στοιχεία, χωρίς βοήθεια τα καταφέρνει μόνο το 3-5 % του πληθυσμού. Κι έπειτα είναι και λίγο γονιδιακό το πόσο εύκολα ή δύσκολα μπορεί κανείς να το κόψει.

Το ερωτηματολόγιο, Fargestorm Questionnaire, δίνεται στους ενδιαφερόμενους που θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα. Οι ερωτήσεις που έχουν ιδιαίτερη σημασία για τους υπεύθυνους του προγράμματος είναι η 1 και 4 όπου δείχνουν τον βαθμό εξάρτησης του ατόμου. Βλέπε παράρτημα.

5ο Κεφάλαιο - Κοινωνικό κεφάλαιο νέοι και κάπνισμα

5.1 Κοινωνικό Κεφάλαιο.

Το Κοινωνικό Κεφάλαιο αναφέρεται, σύμφωνα με τον Putnam, στην εσωτερική κοινωνική και πολιτισμική συνοχή της κοινωνίας, στους κανόνες και τις αξίες που ορίζουν τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ανθρώπων και των θεσμών. Ορίζεται ως η ύπαρξη ισχυρών ή όχι κοινωνικών δικτύων, το αίσθημα του ανήκειν στην κοινότητα, τα αισθήματα εμπιστοσύνης και ασφάλειας και η συμμετοχή στην κοινότητα για την συνεργασία προς το κοινό καλό.

Διάφοροι άλλοι μελετητές διατύπωσαν τον ορισμό του κοινωνικού κεφαλαίου ως:

- ✓ Isuma (2001): το κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρεται σε μια σειρά σχέσεων, δικτύων και κανόνων με στόχο την συλλογική δράση. Η προσέγγιση ενθαρρύνει την έρευνα και την μελέτη παρά δίνει απαντήσεις.
- ✓ Coleman (1990): το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελείται από τις σχέσεις των αρχών, τις σχέσεις εμπιστοσύνης και τους κανόνες. Αντίθετα, από άλλες μορφές κοινωνικού κεφαλαίου περιλαμβάνει τις σχέσεις μεταξύ των ατόμων.
- ✓ Fukuyama (1997): το κοινωνικό κεφάλαιο είναι μια ικανότητα που προκύπτει από την επικράτηση της εμπιστοσύνης σε μια κοινωνία ή σε ορισμένα μέρη αυτής. Μπορεί να ενσωματωθεί στη μικρότερη και πιο βασική κοινωνική ομάδα την οικογένεια, αλλά και στο έθνος, και σε όλες τις άλλες ομάδες.
- ✓ Laundry, Amara και Lamari (2001): το κοινωνικό κεφάλαιο ορίζεται στους πόρους που κερδίζονται από την συμμετοχή σε θεσμοθετημένα δίκτυα [(1)]
- ✓ Bourdieu: όρισε το κοινωνικό κεφάλαιο ως το σύνολο των πραγματικών ή συμβολικών πόρων οι οποίοι συνδέονται με πολλαπλά δίκτυα, που διατηρούνται στο χρόνο και συσχετίζονται με εν πολλοίς θεσμοθετημένες σχέσεις αμοιβαίας αποδοχής και αναγνώρισης. Με άλλα λόγια, το κοινωνικό κεφάλαιο αντιπροσωπεύει το άθροισμα των πλεονεκτημάτων που αποκομίζουν όσα άτομα ανήκουν σε κοινά δίκτυα ή σε ομάδες.
- ✓ Ο Coleman (1988) θεώρησε ότι το κοινωνικό κεφάλαιο είναι μια έννοια σύμφυτη με την κοινωνική δομή, διευκολύνει την ατομική δράση και τη νοηματοδοτεί στο κοινωνικό πλαίσιο. Κατά τον ίδιο μελετητή, το κοινωνικό κεφάλαιο απαρτίζεται από επικαλυπτόμενα κοινωνικά δίκτυα, τα οποία διαθέτουν κοινές αξίες, εμπιστοσύνη και κοινά κριτήρια αποφάσεων. Σε δίκτυα με υψηλό επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου επικρατεί η αρχή της αμοιβαιότητας που συμβάλλει στην ατομική ευημερία, δεδομένου ότι οι συμμετέχοντες έχουν ευχερέστερη πρόσβαση στην πληροφορία ή άλλους πόρους, οι οποίοι αυξάνουν τις ευκαιρίες ατομικής ολοκλήρωσης. Ο Coleman διέκρινε τρεις παραμέτρους του κοινωνικού κεφαλαίου: της εμπιστοσύνης που οικοδομείται μέσα από τα κοινωνικά δίκτυα και διασφαλίζει ότι οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα των μελών θα διεκπεραιωθούν ομαλά, της πληροφορίας που διοχετεύεται μέσα από τα κοινωνικά δίκτυα και των κανονιστικών ρυθμίσεων και κυρώσεων που επιβάλλονται στα μέλη των δικτύων, υπαγορεύοντας τους συγκεκριμένες συμπεριφορές. Επιπλέον, διαχώρισε το κοινωνικό κεφάλαιο που διαμορφώνεται στα πλαίσια της οικογένειας από αυτό που σχηματίζεται σε επίπεδο κοινότητας. Η συμμετοχή στο τελευταίο έχει τις ρίζες της σε συγκεκριμένες δεξιότητες που επιτρέπουν τη δημόσια δράση και την ανάπτυξη κοινωνικών δικτύων, συνδέοντας κατ' αυτό τον τρόπο το άτομο με την ομάδα και διαμορφώνοντας την αυτοαντίληψή του. Σύμφωνα με τον ορισμό του Coleman για το κοινωνικό κεφάλαιο, οι δεξιότητες αυτές αποτελούν μία μορφή κεφαλαίου, με δική του αξία ως κοινωνικού πόρου.

- ✓ Η Παγκόσμια Τράπεζα ορίζει το κοινωνικό κεφάλαιο, ως μία έννοια που περιλαμβάνει όλο το πλέγμα σχέσεων, θεσμών και κανόνων που διαμορφώνουν την ποιότητα όλων των κοινωνικών αλληλοσυσχετίσεων. Ο ορισμός της επικεντρώνεται στη διάχυση των ωφελειών που απορρέουν από το κοινωνικό κεφάλαιο. [(78)]

Τις τελευταίες 2 δεκαετίες, το κοινωνικό κεφάλαιο χρησιμοποιείται ολοένα για την επεξήγηση πολλών εκβάσεων, όπως το έγκλημα, η δημοκρατία και η υγεία. Ο ορισμός του κοινωνικού κεφαλαίου αναφέρεται «στα χαρακτηριστικά της κοινωνικής οργάνωσης, όπως η κοινωνική συμμετοχή, τα πρότυπα αμοιβαιότητας και την εμπιστοσύνη στους άλλους για το κοινό όφελος». Αν και το κοινωνικό κεφάλαιο δεν μπορεί να υπάρχει χωρίς την ύπαρξη ομάδων, το ατομικό είναι ενδιαφέρον για τα οφέλη. Χρησιμοποιώντας, ένα χαρακτηριστικό του κοινωνικού κεφαλαίου ως παράδειγμα, τα άτομα που είναι ενσωματωμένα σε περιοχές όπου οι κοινωνικές σχέσεις χαρακτηρίζονται από υψηλά επίπεδα εμπιστοσύνης μπορεί να είναι πιο πιθανό να αποκτήσουν βοήθεια από τους γείτονες σε επείγουσες ανάγκες, να έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση, να ανταλλάζουν πληροφορίες για θέματα υγιεινής, να οργανώνουν αντιστάσεις για τις επιβλαβείς επιρροές στην κοινότητα τους (π.χ. μόλυνση του περιβάλλοντος) και να διοργανώνουν δράσεις που προωθούν την υγεία για άτομα που να μένουν κοντά σε περιοχές με χαμηλά επίπεδα εμπιστοσύνης. [(79)]

Κάνοντας μία σύγκριση της θεωρίας του Bourdieu με αυτές των Coleman και Putnam, προκύπτει ότι ο Bourdieu είναι πιο ακριβής στην περιγραφή της κοινωνικής διάστασης του κεφαλαίου, ενώ οι υπόλοιποι ορισμοί είναι υπερβολικά γενικοί και περιλαμβάνουν κάθε είδους αλληλεπίδραση. Επίσης, ο Bourdieu δίνει έμφαση στην κοινωνική διαστρωμάτωση, στην κάστα, στην ιεραρχία και στην ανισότητα. Αντίθετα, ο Putnam αντιλαμβάνεται την έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου μέσω οριζοντίων δικτύων. Έμφαση δίνεται στην πρόσβαση στα κοινωνικά δίκτυα, ενώ ο αποκλεισμός από αυτά αποτελεί την αρνητική διάσταση του κοινωνικού κεφαλαίου. Να τονιστεί ότι το κοινωνικό κεφάλαιο έχει έναν ιδιαίτερα συμβολικό χαρακτήρα, είναι ένα εν δυνάμει όφελος και όχι μόνο κάτι πραγματικό. Ο Bourdieu θεωρεί ως ωφέλιμη την μακρόχρονη επένδυση σε ανθεκτικά δίκτυα και όχι στις χαλαρές συνδέσεις, ενώ η προσέγγισή του έχει περισσότερο μακρο-κοινωνιολογικό παρά μικρο-κοινωνιολογικό χαρακτήρα. Κοινός τόπος σε όλους τους ορισμούς του κοινωνικού κεφαλαίου είναι ότι εμφανίζεται ως δομικό χαρακτηριστικό της κοινωνίας και δεν εξαρτάται από την ατομική δράση, σε αντίθεση με τις έννοιες των κοινωνικών δικτύων και της κοινωνικής υποστήριξης, που αναφέρονται και σε πράξεις ατόμων. Τα αποτελέσματά του ενισχύουν την κοινωνική συνοχή (αλλά και έλεγχο), τη μεταβίβαση των αξιακών συστημάτων και την κοινωνική ενσωμάτωση πέρα από το οικογενειακό πλαίσιο. [(80)]

Ενώ οι ορισμοί ποικίλλουν, ο κεντρικός πυρήνας περιλαμβάνει του εξής δείκτες:

- ✓ Κοινωνικές σχέσεις και κοινωνική στήριξη.
- ✓ Επίσημα και άτυπα κοινωνικά δίκτυα.
- ✓ Ιδιότητα μέλους ομάδας.
- ✓ Κοινοτική και πολιτιστική δέσμευση.
- ✓ Κανόνες και αξίες.
- ✓ Αμοιβαίες δραστηριότητες.
- ✓ Επίπεδα εμπιστοσύνης.

Ο Pantoja (1999), διακρίνει έξι τύπους κοινωνικού κεφαλαίου, που αναφέρονται στις σχέσεις συγγένειας, στα τυπικά και άτυπα κοινωνικά δίκτυα με οριζόντια ή κάθετη οργάνωση, στις πολιτισμικές οργανώσεις, στις κοινωνικές κανονιστικές ρυθμίσεις και αξίες και τέλος στο θεσμικό γίγνεσθαι μιας κοινωνίας. [(79)]

Η κυρίαρχη κοινωνική θεωρητική προοπτική στις προηγούμενες δύο δεκαετίες, για το κοινωνικό κεφάλαιο αντιμετωπιζόταν ως πόρος που προκύπτει από «κανόνες και κοινωνικές σχέσεις που ενσωματώνονται στην κοινωνική δομή των κοινωνιών που επιτρέπει στους ανθρώπους να συντονίσουν τη δράση για να επιτευχθούν οι επιθυμητοί στόχοι». Αυτή η συντονισμένη συλλογική δράση, είναι βασισμένη στην εμπιστοσύνη και σε άλλα, μια πεποίθηση που διευκολύνει την έναρξη των συνεταιρισμών και τη δικτύωση, αποτελεί παράγοντα της συλλογικής δράσης και της αποτελεσματικής πολιτικής δραστηριότητας για να επιτύχει τους κοινούς στόχους. Οι αμερικανικοί αστικοί πολιτικοί πολιτισμοί μπορούν να χαρακτηριστούν από το βαθμό στον οποίο εκείνη η διαπροσωπική εμπιστοσύνη είναι παρούσα μεταξύ των πολιτών της. (81)

Το κύριο κοινωνικό κεφάλαιο, υπάρχει στις σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων. Έχει χρησιμοποιηθεί για να εξηγήσει ποικίλες κοινωνικές συμπεριφορές, όπως τη συλλογική δράση και την κοινοτική συμμετοχή. Ο Coleman υποστήριξε, ότι βοήθησε στην προώθηση των ενεργειών μεταξύ των προσώπων ή των εταιριών. Το κοινωνικό κεφάλαιο έρχεται με πολλές ιδιότητες και έχει συλλεχθεί σε τρεις συστάδες: στο δομικό, στο συγγενικό, και το γνωστικό. Η δομική διάσταση, περιλαμβάνει τις κοινωνικές σχέσεις δικτύων των οποίων οι συνδέσεις καθορίζουν ποιος μπορεί να επιτευχθεί και πώς οι παράγοντες σε αυτήν την διάσταση μετρούν το σχέδιο, την πυκνότητα, τη συνδετικότητα, και την ιεραρχία δικτύων. Η συγγενική διάσταση περιγράφει το επίπεδο εμπιστοσύνης μεταξύ των ανθρώπων που αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια των αλληλεπιδράσεων: οι κανόνες, οι υποχρεώσεις, η εμπιστοσύνη, και ο προσδιορισμός βελτιώνουν την πληροφόρηση των δραστών προς τους συλλογικούς στόχους τους. Η γνωστική διάσταση αναφέρεται στους πόρους που αυξάνουν την κατανόηση μεταξύ των συμβαλλόμενων μερών. Ο Wasko και ο Faraj ισχυρίστηκαν ότι η γνώση είναι απαραίτητα μοιρασμένη για την κοινή κατανόηση, παραδείγματος χάριν, ο κοινός πολιτισμός και οι στόχοι ήταν σημαντικοί παράγοντες. Αυτοί οι τρεις παράγοντες επονομάστηκαν ως «κοινωνικά δίκτυα» και «η εμπιστοσύνη» ως «κοινωνική εμπιστοσύνη». (82)

Η θεωρία του Coleman για το κοινωνικό κεφάλαιο σκιαγραφεί την πολυπλοκότητα των σχέσεων ανάμεσα στους ακραίους κοινωνικούς χώρους, άμεσες οικογενειακές ρυθμίσεις και ατομική συμπεριφορά. Ο Coleman εισηγείται ότι η επιρροή από την οικογένεια χωρίζεται σε 3 ξεχωριστά μέρη τα οποία μέρη αποτελούνται από το οικονομικό, ανθρώπινο και κοινωνικό κεφάλαιο. Σύμφωνα με τον Coleman, το ανθρώπινο κεφάλαιο αντανακλά τις πηγές που οι γονείς χρησιμοποιούν για ένα θετικό κλίμα εκμάθησης. Σε αντίθεση, το οικογενειακό κοινωνικό κεφάλαιο ορίζεται από τις πηγές που τα άτομα ίσως να έχουν πρόσβαση μέσα από τους κοινωνικούς δεσμούς. Ο Coleman εισηγήθηκε ότι το οικείο περιβάλλον προσφέρει κοινωνικό, οικονομικό και ανθρώπινο κεφάλαιο ως πόρους για τους νέους. Υποστηρίζει ότι το κοινωνικό κεφάλαιο λειτουργεί ως μεσολαβητής ώστε τα παιδιά να έχουν πρόσβαση στο οικονομικό και ανθρώπινο κεφάλαιο των γονιών τους. Επομένως, το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να μετρηθεί από την ποσότητα και την ποιότητα των δικτύων που συνδέουν τα παιδιά με τους πόρους των γονιών τους. Επιπλέον αυτή η ιδέα της συνδεσιμότητας επεκτείνεται έξω από την οικογένεια και μέσα σε άλλο κοινωνικό περιβάλλον. Υποστηρίζει επίσης, ότι οι πράξεις ενός ανθρώπου είναι διαμορφωμένες από το κοινωνικό πλαίσιο και όχι από τις οικονομικές και ανθρώπινες πηγές που είναι διαθέσιμες σε αυτούς. Όπως ο Leonard ανέφερε, το κοινωνικό κεφάλαιο στη ζωή των παιδιών φαίνεται ως υπό-προϊόν των σχέσεων των γονιών τους με τους άλλους και ως αποτέλεσμα, το δικό τους κοινωνικό κεφάλαιο και τα δίκτυα είναι αόρατη ανταπόδοση. Αναλόγως, για τα παιδιά το κοινωνικό κεφάλαιο φαίνεται να είναι ένα πλεονέκτημα το οποίο θα χρησιμοποιήσουν αργότερα στη ζωή τους ή σε κάποιο βαθμό στη παιδική τους ηλικία. Ά-

ρα, το πρωταρχικό ενδιαφέρον των παιδιών δεν είναι να έχουν κοινωνικό κεφάλαιο για αυτά, αλλά η ικανότητα των ενηλίκων να μεταφέρουν τα αποθέματα κοινωνικού κεφαλαίου σ' αυτά και αργότερα στην ζωή τους να ξοδεύουν αυτό που παρήγαγαν [83]

Τα τελευταία χρόνια η Δημόσια Υγεία έδειξε μεγάλο ενδιαφέρον για την έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου στην μελέτη της γειτονιάς ή της τοπικής κοινωνίας βασισμένη στις επιδράσεις στη υγεία. Ωστόσο, οι έρευνες μέχρι σήμερα βασίστηκαν σχεδόν αποκλειστικά στην θεωρία του Putnam για το κοινωνικό κεφάλαιο, όπου το αντιλαμβάνεται ως μια μέθοδο που δίνει μεγάλη σημασία στις διαστάσεις της κοινωνικής συνοχής όπως η διαπροσωπική εμπιστοσύνη και οι κανόνες αμοιβαιότητας. Συνεπώς, αυτή η θεωρία έχει γίνει δέκτης πολλών κριτικών για την παράβλεψη 3 σημαντικών διαστάσεων του κοινωνικού κεφαλαίου:

1. τις πραγματικές ή πιθανές πηγές που εμπεριέχονται στα κοινωνικά δίκτυα της γειτονιάς,
2. τις διαφορικές ικανότητες των κατοίκων για την πρόσβαση σε αυτές τις πηγές για την επιδίωξη πράξεων,
3. τις πιθανές αρνητικές διαστάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου που μπορεί να είναι επιζήμιες για την υγεία.

Σε αντίθεση, η θεωρία του Bourdieu για το κοινωνικό κεφάλαιο διευθύνει άμεσα τα ζητήματα ορίζοντας το κοινωνικό κεφάλαιο «ως τις συγκεντρωτικές πιθανές ή πραγματικές πηγές που συνδέουν τα αποκτήματα των σταθερών δικτύων ή τα μέλη σε ομάδες».

Αυτοί οι πόροι που είναι βασισμένοι στα δίκτυα μπορούν να στηριχθούν από τα μέλη των ομάδων για την προμήθευση των οφελών και την απουσία των υπηρεσιών, ή σύνδεση με, το οικονομικό, πολιτιστικό και συμβολικό κεφάλαιο τους.

Διαμορφώνοντας άποψη για το πώς λειτουργεί το κοινωνικό κεφάλαιο για την απόκτηση πόρων και δυνάμεων, η θεωρία του Bourdieu αναγνωρίζει ότι οι άνθρωποι έχουν άνισες ευκαιρίες στην πρόσβαση στους πόρους από τα δίκτυα και τις πιθανές αρνητικές διαστάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου – ιδιαιτέρως, τον αποκλεισμό συγκεκριμένων ατόμων από την απόκτηση πηγών που συνδέονται με τα δίκτυα. Επομένως, η άποψη του Bourdieu παρουσίασε πολλές κριτικές για τη θεωρία του Putnam.

Μερικές μελέτες της δημόσιας υγείας για το κοινωνικό κεφάλαιο έχουν χρησιμοποιήσει την άποψη του Bourdieu παρά τον έπαινο για τον εξευγενισμό της και παρά την αύξηση των επικλήσεων για τη χρήση της στη μελέτη των ανισοτήτων υγείας λόγω του συνδέσμου της στους κοινωνικοοικονομικούς όρους. Η προσέγγιση του Bourdieu είναι χρήσιμη, λαμβάνοντας υπόψη το πώς η γειτονιά έχει αντίκτυπο στην υγεία των κατοίκων. Μέχρι σήμερα, οι έρευνες για τις επιδράσεις στην υγεία από την γειτονιά έχουν εστιάσει στη σχέση μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών των γειτόνων και των εκβάσεων της υγείας τους, παραβλέποντας ενδιάμεσους μηχανισμούς, όπως τα δίκτυα. [84]

Το θεωρητικό πρότυπο είναι βασισμένο στην εργασία του Carpiano, όπου, προσπαθεί να διαχωρίσει το κοινωνικό κεφάλαιο της γειτονιάς από το πρώτιστο και τις συνέπειες, ανέπτυξε ένα πλαίσιο που περιλαμβάνει 4 δομές της γειτονιάς:

1. Κοινωνικό κεφάλαιο: συνεπώς, με την θεωρία του Bourdieu η συγκεκριμένη δομή αναφέρεται μόνο στις πραγματικές ή πιθανές πηγές που έχουν τις ρίζες τους στα κοινωνικά δίκτυα της οικογένειας.
2. Κοινωνική συνοχή: πρότυπα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και αξιών (π.χ. μορφοποίηση δικτύων και δεσμών, οικειότητα και αμοιβαία εμπιστοσύνη) που οδηγούν στο κοινωνικό κεφάλαιο όπου χρησιμεύουν ως μεσάζοντες μεταξύ των προηγουμένων δομικών αλλαγών και του κοινωνικού κεφαλαίου. Είναι αντιληπτό εδώ ως ευδιάκριτη δομή, επειδή αντιπροσωπεύει τα δίκτυα και τις αξίες από τα οποία το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να αναπτυχθεί - μια προϋ-

πόθεση για το κοινωνικό κεφάλαιο. Εντούτοις, η κοινωνική συνοχή μπορεί επίσης να έχει αντίκτυπο στα αποτελέσματα ανεξάρτητα από τους πόρους στους οποίους δίνει την άνοδο. Όπως υποστηρίζεται σε προηγούμενη έρευνα, ο ορισμός του Putnam για το κοινωνικό κεφάλαιο είναι, από μια κοινωνιολογική προοπτική, πιο σύμφωνος με την έννοια της κοινωνικής συνοχής από το κοινωνικό κεφάλαιο.

3. Προηγούμενα δομικά χαρακτηριστικά της κοινωνικής συνοχής και του κοινωνικού κεφαλαίου: τα δομικά χαρακτηριστικά μιας γειτονιάς και της περιοχής που την περιβάλλει (κοινωνικοοικονομική κατάσταση, αστική σταθερότητα) που έχει τις επιπτώσεις στον τύπο και τη δύναμη των κοινωνικών δεσμών και πόρων που είναι διαθέσιμοι μέσα στη ίδια τη γειτονιά.
4. Εκβάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου: οφέλη ή ζημιές που μπορεί να παρέχει το κοινωνικό κεφάλαιο για τα μέλη δικτύων της γειτονιάς ή τη γειτονιά συνολικά. Δεν είναι όλες οι πιθανές ή πραγματικές εκβάσεις που λήφθηκαν μέσω του κοινωνικού κεφαλαίου ευεργετικές. (84)

Σε προηγούμενες κοινωνιολογικές έρευνες για την κοινότητα αναγνωρίστηκαν 4 μορφές κοινωνικού κεφαλαίου που είναι σημαντικές για τα άτομα στην επιδίωξη διαφόρων αποτελεσμάτων: η κοινωνική υποστήριξη, η κοινωνική επιρροή, ο ανεπίσημος κοινωνικός έλεγχος και η συμμετοχή σε οργανώσεις της γειτονιάς.

Η κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται σε μια μορφή κοινωνικού κεφαλαίου, όπου οι κάτοικοι μπορούν να βασιστούν για να αντιμετωπίσουν τα καθημερινά τους προβλήματα.

Η κοινωνική επιρροή, είναι το κοινωνικό κεφάλαιο που βοηθά τους κατοίκους να έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες και στην πιθανή κοινωνικοοικονομική πρόοδο.

Ο ανεπίσημος κοινωνικός έλεγχος ενδιαφέρεται για την ικανότητα των κατοίκων να διατηρήσουν ομαδικά το κοινωνικό καθεστώς και να διατηρήσουν την γειτονιά ασφαλή από την εγκληματική και παραβατική δραστηριότητα.

Συμμετοχή σε οργανώσεις της κοινότητας. Αναφέρεται στην τυπική οργάνωση των κατοίκων σε ομαδικές δραστηριότητες για την εξέταση θεμάτων της γειτονιάς. Η καθεμία από τις μορφές αυτές διαμορφώθηκε για να επηρεάσει την υγεία και την ευημερία διαμέσου πολυάριθμων υλικών και ψυχοκοινωνικών τρόπων ζωής.

Ο Bourdieu δεν συζητούσε κατηγορηματικά για τις μορφές κοινωνικού κεφαλαίου. Αυτές οι μορφές, ωστόσο, είναι συνεπής με την θεωρία του, εστιάζοντας στο κοινωνικό κεφάλαιο ως πηγές που διευκολύνουν την κατανόηση για το πώς οι κοινωνικές σχέσεις απονέμουν πιθανά ωφελήματα και ζημιές. Επομένως, η εξέταση αυτών των μορφών δεν κάνει μόνο μια σημαντική διάκριση μεταξύ της κοινωνικής συνοχής (δεσμοί δικτύων και οι αξιών που τις κυβερνούν, όπως υπογραμμίζεται στη θεωρία του Putnam) και του κοινωνικού κεφαλαίου (οι πόροι από τα κοινωνικά δίκτυα), αλλά δυναμώνουν το ενδιαφέρον προγενέστερων ερευνών στη γειτονιά, η οποία προτείνει ότι τέτοιοι πόροι μπορούν είτε να προάγουν είτε να βλάπτουν την υγεία. (84)

Εκτός από τις μορφές κοινωνικού κεφαλαίου αυτό το πρότυπο στοχεύει να προσεγγίσει ατομικά τους κατοίκους της γειτονιάς, όπου αναγνωρίζει την σημαντικότητα του να είναι συνδεδεμένο ή να έχει πρόσβαση στα δίκτυα που κατέχουν τους πόρους. Μέχρι σήμερα, λίγες μελέτες δημόσιας υγείας για το κοινωνικό κεφάλαιο έχουν εξετάσει το ρόλο της γειτονιάς. Τα επιχειρήματα έχουν προβληθεί, εντούτοις, για τη σημαντικότητα της κατανόησης του κοινωνικού κεφαλαίου. Σε τελευταία ανάλυση, μερικοί πόροι γειτονιάς μπορούν να περιοριστούν στα μέλη συγκεκριμένων δικτύων και, δεδομένου ότι ο βαθμός ιδιότητας μέλους συμμετοχής στα δίκτυα αυξάνεται, τόσο λόγω των οφελών ή των κινδύνων υγείας που παραλαμβάνονται από τις διαφορε-

τικές μορφές κοινωνικού κεφαλαίου. Αυτό το επιχείρημα υποστηρίζεται από την έρευνα τεκμηριώνοντας τη σημασία της πρόσβασης στα δίκτυα και του αποκλεισμού για τη λήψη των πόρων για να επιτύχει τις επιθυμητές άκρες, όπως η απασχόληση και η επίτευξη θέσης, καθώς επίσης και την υγεία και την ευημερία. (84)

5.1.1 Τύποι κοινωνικού κεφαλαίου.

Το γεφυρωμένο (bridging) κοινωνικό κεφάλαιο ενδιαφέρεται για εθελοντικούς συνδέσμους και οριζόντιους δεσμούς, οι οποίοι βασίζονται στο κοινό ενδιαφέρον που υπερβαίνει τις ετερογενείς διαφορές των εθνικοτήτων, των θρησκειών και κοινωνικο-οικονομικών καταστάσεων. Σέβεται περισσότερο την κοινωνική συνοχή, αφού υπάρχει ο φόβος ότι οι εθνικές μειονοτικές ομάδες δένονται περισσότερο μέσα από τις κοινότητες τους κατά την ενσωμάτωση μέσα σε μια ευρύτερη κοινωνία. (85)

Το γεφυρωμένο κοινωνικό κεφάλαιο, αφ' ενός, εμφανίζεται μεταξύ των ατόμων που έχουν τους «αδύνατους» δεσμούς σε μια ετερογενή δομή ομάδας. Σε σύγκριση με τη σύνδεση, το γεφύρωμα του κοινωνικού κεφαλαίου είναι δύσκολο να συνειδητοποιηθεί επειδή οι άνθρωποι γενικά δεν τείνουν να δουν τα πράγματα πέρα από τις στενές κοινωνικές ομάδες τους. (86)

Σε αντίθεση, το δεσμευτικό (bonding) κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρεται αποκλειστικά για τους κοινωνικούς δεσμούς που φτιάχνουν οι άνθρωποι γύρω από την ομοιογένεια.

Επίσης μια τρίτη μορφή κοινωνικού κεφαλαίου έχει επίσης προταθεί, το «συνδετικό» (linking) κοινωνικό κεφάλαιο. Αυτή η μορφή κοινωνικού κεφαλαίου συνεπάγει την ανάγκη για την κυβερνητική μεσολάβηση στην εκτέλεση πολιτικών που δίνουν πολιτικά δικαιώματα σε νέους μετανάστες, έτσι να τους βοηθήσει στην πρόσβαση σε επίσημους πόρους. (85) Η σύνδεση του κοινωνικού κεφαλαίου αντιστοιχεί στην αλληλεγγύη μεταξύ των ατόμων μόνο μέσα στην ίδια μικρή ομάδα. Η αλληλεγγύη προσφέρεται από την άποψη ότι πραγματοποιούνται τα αιτήματα και τα οφέλη των μελών ομάδας μόνο. Αυτός ο τύπος σύνδεσης εμφανίζεται επίσης στις ομοιογενείς παρά ετερογενείς ομάδες. (86)

5.1.2 Μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου.

Σύμφωνα με το αυστραλιανό μοντέλο ο όρος κοινωνικό κεφάλαιο συσχετίζεται με πολλές κοινωνιολογικές έννοιες, χωρίς να ταυτίζεται με αυτές. Τέτοιες είναι: η κοινωνική συμμετοχή (social participation), δηλαδή η διαδικασία κοινωνικοποίησης μέσω δραστηριοτήτων με κοινό νόημα και η εμπλοκή σε εκφάνσεις του κοινωνικού βίου, η κοινωνική προσκόλληση (social attachment), που αναφέρεται στη συναισθηματική επένδυση του ατόμου, όσον αφορά τις κοινωνικές του σχέσεις, η κοινωνική ενσωμάτωση (social inclusion), δηλαδή η ενεργός κοινωνική ζωή του ατόμου. Επίσης περιλαμβάνει τα δραστήρια κοινωνικά και οικογενειακά δίκτυα, τις επαγγελματικές σχέσεις, την κοινωνική απομόνωση, δηλαδή την άρνηση πρόσβασης σε κοινωνικές διαδικασίες ή θεσμούς, που επιβάλλεται σε κοινωνικές διαδικασίες ή θεσμούς και επιβάλλεται στα άτομα παρά τη θέλησή τους, την κοινωνική αποστέρηση, που περιλαμβάνει πλειάδα παραγόντων, οι οποίοι μειώνουν την ικανότητα των ατόμων να δρουν και να σκέφτονται κοινωνικά και την κοινωνική συνοχή, δηλαδή την ενδυνάμωση των κοινωνικών σχέσεων και θεσμών, καθώς και την εξάλειψη των ανισοτήτων. Τέλος, βασικός παράγοντας στη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου είναι η κοι-

νότητα, δηλαδή το περιβάλλον μέσα στο οποίο αναπτύσσονται όλες οι κοινωνικές δραστηριότητες.

Παρόλα αυτά, έχουν γίνει πολλές προσπάθειες ποσοτικής και εμπειρικής κατοχύρωσης της θεμελιώδους έννοιας του κοινωνικού κεφαλαίου.

Μια πρώιμη προσπάθεια μέτρησης, που έλαβε υπόψη τον πολυπολιτισμικό χαρακτήρα του κοινωνικού κεφαλαίου, είναι το Παγκόσμιο Ερωτηματολόγιο Αξιών (World Value Survey).

Ένα πρακτικό μέσο μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου αναπτύχθηκε από τους Onyx και Bullen και αναφερόταν στην αξιολόγηση οργανισμών στα πλαίσια της κοινότητας και τη συμβολή τους στην οικοδόμηση κοινωνίας των πολιτών. (80)

Έχει διαπιστωθεί η υπόθεση ότι το κοινωνικό κεφάλαιο λειτουργεί ενάντια στα δυσμενή αποτελέσματα του στρες, αυτό το κοινωνικό κεφάλαιο ενισχύει την γρήγορη διάδοση της γνώσης και της πληροφορίας για την υγεία στις κοινότητες .Οι κοινότητες με υψηλά επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου είναι αποτελεσματικότερες στην άσκηση κοινωνικού ελέγχου και στις διαφορετικές συμπεριφορές υγείας (1)

Το κοινωνικό κεφάλαιο περικλείει θεωρητικές και πρακτικές δυσκολίες στον προσδιορισμό του, επειδή δεν αποτελεί συμπαγή και ευρύτερα αποδεκτή έννοια σε επιστημολογικό και πρακτικό επίπεδο. (78)

Εκτός από την ενίσχυση του κοινωνικού κράτους και του κράτους πρόνοιας, η ποιότητα ζωής των πολιτών αντικατοπτρίζεται και στις διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους ή, με άλλα λόγια, στο κοινωνικό κεφάλαιο μιας συγκεκριμένης κοινότητας. (80)

Ο Weber, αν και δεν ήταν αυτός που εισήγαγε τον όρο του «κοινωνικού κεφαλαίου», ήταν ο πρώτος που συνέδεσε τα κοινωνικά δίκτυα με τη δόμηση των επιχειρησιακών λειτουργιών και τον τρόπο που αυτές επηρεάζουν την τοπική ανάπτυξη. Ο διαχωρισμός του Coleman ανάμεσα στα «ανοικτά» και «κλειστά» κοινωνικά δίκτυα αποδεικνύεται ιδιαιτέρως χρήσιμος για τη μελέτη της ποιότητας ζωής. Τα «κλειστά» κοινωνικά δίκτυα αποτελούνται από άτομα με γνωστές και διακριτές σχέσεις μεταξύ τους και είναι ιδιαιτέρως αποτελεσματικά στη θέσπιση και εφαρμογή κανόνων. Τα «ανοικτά» κοινωνικά δίκτυα, αντιθέτως, αναφέρονται σε επικαλυπτόμενες σχέσεις μεταξύ των ατόμων, τα όρια των οποίων είναι δυσδιάκριτα για το σύνολο της κοινωνικής ομάδας. Η θέσπιση και η εφαρμογή κανόνων από τα άτομα είναι δύσκολη και για το λόγο αυτό επαφίεται σε θεσμικά όργανα, όπως για παράδειγμα στα δικαστήρια και στην αστυνομία. Σύμφωνα με τον Granoveter, τον Coleman και πιο πρόσφατα τον Porters, η επιρροή των κοινωνικών δικτύων στη γενικότερη οικονομική δραστηριότητα μιας περιοχής είναι πολυδιάστατη. Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες, η διάδοση πληροφοριών και η εμπιστοσύνη λαμβάνουν χώρα μόνο μέσω προσωπικών σχέσεων, παρατηρείται μείωση του τυχοδιωκτισμού και ενίσχυση της επιχειρησιακής συνεργασίας. Αντιθέτως, τα κοινωνικά δίκτυα μπορούν να δράσουν ως ανασταλτικός παράγοντας στην αποτελεσματικότητα του ανταγωνισμού μεταξύ των επιχειρήσεων. Επιπλέον, πολλές φορές η δύναμη των δικτύων επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ατομική συμπεριφορά και εμποδίζει την επιχειρησιακή πρωτοβουλία.

Ο Glaeser για παράδειγμα, θεωρεί ότι το κοινωνικό κεφάλαιο ενισχύεται με τη συμμετοχή των ατόμων και μειώνεται με την απαξίωση προς αυτό, με άλλα λόγια αποτελεί το αποτέλεσμα των λογικών επιλογών και της συνεργασίας των ατόμων. Στο σημείο αυτό γίνεται έκδηλη, η σύνδεση του κοινωνικού κεφαλαίου και της ποιότητας ζωής. Η ολοένα αυξανόμενη ανάγκη των ατόμων για συνεργασία σε διάφορους τομείς της καθημερινής ζωής αποτελεί σημαντικό παράγοντα ένδειξης κοινωνικού κεφαλαίου, ταυτόχρονα όμως το αποτέλεσμα της συνεργασίας αυτής επηρεάζει σημαντικά και το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ατόμων. (85)

5.1.3 Κοινωνικό κεφάλαιο και εκπαίδευση.

Η εκπαίδευση αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προγνωστικούς παράγοντες – κατά πολλούς το σημαντικότερο – για την πολιτική και κοινωνική συμμετοχή των πολιτών, που περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα τρόπων συμμετοχής, από την άσκηση του εκλογικού δικαιώματος έως και τη διοργάνωση και ενεργό συμμετοχή σε πολιτιστικά δρώμενα, καθώς και το βαθμό εμπιστοσύνης προς τους άλλους ανθρώπους.

Οι Nie, Junn και Stehlik-Barry μελέτησαν την επίδραση της εκπαίδευσης στο κοινωνικό κεφάλαιο, εισάγοντας τη διάκριση μεταξύ των «σχετικών» και «απόλυτων» συνεπειών της εκπαίδευσης. Με την εν λόγω διάκριση υποστήριξαν ότι τα αποτελέσματα της εκπαίδευσης είναι εξωτερικά και εσωτερικά, ενώ μόνο η σχετική διάσταση της εκπαίδευσης είναι εκείνη που συσχετίζεται με υψηλή κοινωνική και πολιτική συμμετοχικότητα και εμπιστοσύνη. Πρόσφατες έρευνες υποστηρίζουν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί όχι μόνο σημαντικό παράγοντα της εκπαίδευσης αλλά και ένα από τα πολύτιμα προϊόντα της. Πέρα από την ενίσχυση του ανθρώπινου κεφαλαίου, απαραίτητου για την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, η εκπαίδευση προάγει την ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου και των κοινωνικών δικτύων με τρεις βασικούς τρόπους: μέσω της ανάπτυξης βασικών κοινωνικών δεξιοτήτων στο σχολείο, όπως η συμμετοχή και η συνεργασία, μέσω της εμπλοκής του σχολείου στις δραστηριότητες της κοινότητας και μέσω του μαθήματος πολιτικής αγωγής, με το οποίο οι μαθητές μαθαίνουν να γίνονται υπεύθυνοι ενεργοί πολίτες της κοινωνίας.

Γενικά, από τη σχετική βιβλιογραφία για τη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και εκπαίδευσης προκύπτει μία αμφίδρομη σχέση ενίσχυσης μεταξύ των ισχυρών κοινωνικών δικτύων και της ακαδημαϊκής επίδοσης. Βασιζόμενοι στην πρωτοπόρο θεωρία του Coleman, οι ερευνητές του κοινωνικού κεφαλαίου και της εκπαίδευσης κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι κοινές νόρμες και τα σταθερά κοινωνικά δίκτυα προάγουν τόσο τη γνωστική όσο και την κοινωνική ανάπτυξη των νέων, αφού το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί – τουλάχιστον έως ένα βαθμό – να υπερκεράσει άλλες περιβαλλοντικές επιρροές όπως η εθνικότητα και το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό υπόβαθρο. Λογικά, το ίδιο μπορεί να ισχύσει και όσον αφορά την εκπαίδευση ενηλίκων. Επομένως, όσο μεγαλύτερο κοινωνικό κεφάλαιο διαθέτει μία περιοχή ή κοινότητα, τόσο μεγαλύτερη, είναι η δυνατότητα που διαθέτει για δια βίου μάθηση και, επομένως, για βελτίωση της ποιότητας του ανθρώπινου κεφαλαίου. Επομένως, η σύνδεση της εκπαίδευσης με το κοινωνικό κεφάλαιο δεν είναι εμφανής με την πρώτη ματιά, καθώς ο συσχετισμός γίνεται περισσότερο αντιληπτός μέσω των παραγώγων τους και κυρίως διά των επιδράσεών τους στον πολιτισμό μιας ομάδας ή περιοχής και στη ριζική αλλαγή στην ψυχοσύνθεση, τα κίνητρα και τους τρόπους δράσης του ατόμου. Συγκεκριμένα, η εκπαίδευση, η κατάρτιση και εν γένει η καλλιέργεια των πολιτών στρέφει το ενδιαφέρον της κοινότητας προς την αναζήτηση καινοτόμων ιδεών, εναλλακτικών εμπειριών και ευνοεί την προσέγγιση και ενσωμάτωση διαφορετικών στοιχείων κουλτούρας. Παράλληλα, ανοίγει διόδους επιλογών τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο, ενισχύει την ευελιξία και ανεκτικότητα και επαναπροσδιορίζει τους στόχους, τις προσδοκίες και τις προτεραιότητες του κοινωνικού συνόλου. Η σχέση των δύο εννοιών είναι αμφίδρομη. Το αυξημένο κοινωνικό κεφάλαιο συνεπάγεται ισχυρά κοινωνικά δίκτυα γεφύρωσης, διευρυμένη συμμετοχικότητα και κοινωνική εμπιστοσύνη, παράγοντες που μεταξύ άλλων πολλαπλασιάζουν τις ευκαιρίες άτυπων μορφωτικών εμπειριών μέσω της αλληλεπίδρασής και ενασχόλησης με αντικείμενα πέραν των βιοτικών αναγκών. Σε τελική ανάλυση, το κοινωνικό κεφάλαιο δρα αντισταθμιστικά, εφόσον άρει τις ταξικές διαφοροποιήσεις και απαλύνει τα φαινόμενα της περιθωριοποίησης. Κι εκεί ακριβώς άπτεται των στόχων της εκπαίδευσης, που εκτός από γνωστικοί είναι η δημοκρατική, αντισταθμιστική και ισότιμη αγωγή.

Η έννοια της παιδείας δεν μπορεί να περιοριστεί στα στενά πλαίσια του εκπαιδευτικού συστήματος. Ένα μεγάλο μέρος της μάθησης αντλείται μέσα από προσωπικές εμπειρίες, βιώματα επικοινωνίας με πρόσωπα και φορείς και κυρίως μέσω της συλλογικής δράσης. Είναι αυτή η διάσταση της παιδείας, που μπορεί να χαρακτηριστεί άτυπη, η οποία αποτυπώνεται εντονότερα και ασκεί μεγαλύτερη επίδραση στην αλλαγή συμπεριφοράς, επειδή ακριβώς έχει βιωματικό και κοινωνικοποιητικό χαρακτήρα. (87)

Παρόλα αυτά, για να μπορέσει το άτομο να επωφεληθεί από τις μορφωτικές ευκαιρίες, πρέπει οι δεσμοί των κοινωνικών του δικτύων να είναι έντονοι (bonding) και όχι χαλαροί, και το κοινωνικό κεφάλαιο να αποσκοπεί στη γεφύρωση (bridging) των περιορισμένων τοπικών με τα ευρύτερα κοινωνικά δίκτυα. Απαιτείται συλλογική προσπάθεια, για να ευδοκιμήσουν οι επιλογές που ανοίγονται από την αξιοποίηση του κοινωνικού κεφαλαίου, του οποίου τα αποτελέσματα είναι ομαδικά και όχι ατομικά. Τέτοια είναι η βελτίωση της ποιότητας της εκπαίδευσης, το άνοιγμά της προς την κοινωνία, η συμπόρευσή της με τα κοινωνικά δρώμενα και η ενσωμάτωση των χαρακτηριστικών της κοινότητας. (80)

5.2 Κοινωνικό κεφάλαιο και νέοι.

Η ενήλικη κοινωνία συχνά αγνοεί τους εφήβους, εκτός όταν είναι σε μπελάδες. Οι έφηβοι θέλουν ότι θέλουν όλοι: ένταξη, κοινότητα, αλληλεγγύη, σεβασμό, επιτυχία και ευκαιρίες. Εάν εκείνες οι ανάγκες παρέχονται από τις συμμορίες – ή αντιθέτως από το σχολείο, το σπίτι και τους αθλητικούς συλλόγους – εξαρτάται από εμάς ως κοινωνία. Οι επιλογές που κάνουμε έχουν βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις. Η φύση του διαθέσιμου κοινωνικού κεφαλαίου επηρεάζει τους νέους ανθρώπους στο πόσο καλά μαθαίνουν, στις ευκαιρίες να μπουν στο κολλέγιο, εάν θα διαπράξουν έγκλημα και κατά πόσο πιθανότητα να δοκιμάσουν ναρκωτικά και αν θα αυτοκτονήσουν. Η εξέλιξη μιας κοινωνίας αντικατοπτρίζεται από τους εφήβους και η ευημερία τους είναι ένας κύριος δείκτης της μακροπρόθεσμης υγείας της κοινότητας.

Οι έφηβοι συγκεντρώνουν στο πρόσωπο τους τις ελπίδες και τα όνειρα μας, αυτοί και οι οργανώσεις των οποίων είναι μέλη πρέπει να είναι στο κέντρο των προσπαθειών για την αναδόμηση του κοινωνικού κεφαλαίου. Οι έφηβοι έχουν το ρόλο του στόχου στην αναδόμηση της κοινότητας και είναι ενεργά μέλη και συμμετέχοντες σε αυτήν. Όπως δεν αναμένεται από τους ενήλικες η ικανότητα σε οποιονδήποτε τομέα χωρίς χρόνια πρακτικής, έτσι δεν γίνεται να αναμένεται από τους εφήβους να δημιουργήσουν μια καλύτερη κοινωνία χωρίς να μάθουν πρώτα τις δεξιότητες και τις συνήθειες που είναι απαραίτητες για την πολιτική δέσμευση. (87)

Η διατριβή πυρήνων της θεωρίας κοινωνικής σύνδεσης υποστηρίζει, ότι όταν ο δεσμός ενός ατόμου στην κοινωνία είναι αδύνατος ή σπασμένος, θα οδηγήσει σε μια εγκληματική πράξη. Ο κοινωνικός δεσμός περιλαμβάνει τέσσερα θεμελιώδη στοιχεία: σύνδεση με τους γονείς, τους δασκάλους, και τους συνομήλικους όπου υπάρχει ένας δεσμός με τα συμβατικά είδη δράσης (π.χ., εκπαίδευση), συμμετοχή στις συμβατικές δραστηριότητες (π.χ., αθλητισμός) και πίστη στη σημασία των ηθικών κανόνων. Ο Hirschi υποστήριξε ότι εάν οι έφηβοι συνδέονταν έντονα με τους γονείς, συνομηλίκους και δασκάλους, θα ήταν δεσμευμένοι σε ένα συμβατικό είδος δράσης, που περιλαμβάνεται στις συμβατικές δραστηριότητες, και που πιστεύει στην ισχύ των ηθικών αξιών, έτσι θα ήταν λιγότερο πιθανό να διαπράξουν εγκληματικές πράξεις. Μια τέτοια σύνδεση της κοινωνικής σύνδεσης, επίσης, ήταν σχετική με την πολιτική δέσμευση, τους κανόνες της αμοιβαιότητας, και τα τμήματα εμπιστοσύνης του κοινωνικού κεφαλαίου. (88)

5.2.1 Εισαγωγή για την Εφηβεία

Η εφηβεία είναι μια κρίσιμη περίοδος, αφού αποτελεί το μεταίχμιο μεταξύ της παιδικότητας και της ενηλικίωσης και περιλαμβάνει σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές. Την περίοδο της εφηβείας ο έφηβος/ή βρίσκεται σ' ένα συνεχές μπέρδεμα αφού από την μια επιθυμεί να μεγαλώσει και από την άλλη νοσταλγεί την παιδική του ηλικία που έχει φύγει ανεπίστρεπτή.

Είναι η περίοδος προετοιμασίας για την «είσοδο» του εφήβου στην ενήλικη ζωή, δύο από τα βασικά της χαρακτηριστικά είναι η επιπολαιότητα και η παρορμητικότητα.

Ουσιαστικά η εφηβεία ορίζεται από το χρονικό διάστημα που ξεκινά με την εμφάνιση των πρώτων σημείων ήβης και καταλήγει στην ενηλικίωση του ατόμου.

Η ήβη είναι υπεύθυνη για τις θεματικές αλλαγές που θα μεταμορφώσουν το σώμα ενός εφήβου σε σώμα ενηλίκου.

Με τον όρο «ήβη» περιγράφουμε τις σωματικές και βιολογικές αλλαγές οι οποίες αρχίζουν (κατά μέσο όρο) στην ηλικία των 12 ετών για τα κορίτσια και των 14 ετών για τα αγόρια και οφείλονται κυρίως στην έκκριση ορμονών (οιστρογόνα για τα κορίτσια και ανδρογόνα για τα αγόρια). Η σωματική ανάπτυξη επιτυγχάνεται απότομα και κάνουν την εμφάνιση τους τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου, τα οποία σηματοδοτούν το τέλος της παιδικής ηλικίας, τα οποία είναι οι σωματικές αλλαγές.

Υπάρχει μια έντονη αλλαγή στην εικόνα του σώματος και του εαυτού, η οποία σπρώχνει τον έφηβο στην αναζήτηση νέας ταυτότητας. (89)

5.2.2 Περίοδοι και φάσεις της εφηβείας.

Χρονικά, η εφηβεία θεωρείται ότι καλύπτει ένα διάστημα 7-8 χρόνων, κυρίως εκείνο μεταξύ 12ου και 19ου έτους. Πολλοί ερευνητές (ο Blos, 1962, ήταν από τους πρώτους) διαχωρίζουν την εφηβική ηλικία στις εξής περιόδους:

α) **στην προεφηβία** ($11^{ος}$ -$13^{ος}$ χρόνος), όπου αρχίζουν να συντελούνται οι πρώτες διαφοροποιήσεις από την παιδική ηλικία.

β) **στην κυρίως εφηβεία** ($13^{ος}$ /$14^{ος}$ -$18^{ος}$ χρόνος), όπου συντελούνται οι πραγματικές βιοσωματικές και ψυχολογικές αλλαγές της εφηβείας- είναι ο χρόνος αναμόρφωσης του ατόμου σε όλα τα επίπεδα.

γ) **στην όψιμη εφηβεία** ($18^{ος}$ -$20^{ος}$ χρόνος), όπου οι αλλαγές αποκρυσταλλώνονται οριστικά αλλά το άτομο δεν έχει ακόμη, για διάφορους λόγους, εισέλθει στην πλήρη ωριμότητα.

Το ίδιο συμβαίνει άλλωστε και με την **μετεφηβεία** ($20^{ος}$ χρόνος), όπου οι αλλαγές σε βιοσωματικό επίπεδο έχουν ολοκληρωθεί, σε αντίθεση με τις αλλαγές σε ψυχικό επίπεδο οι οποίες παραμένουν ακόμη υπό ανάπτυξη. (89)

5.2.3 Τα αναπτυξιακά επιτεύγματα που αναμένονται από κάθε έφηβο

Τα πιο κάτω είναι από μια ημερίδα με τίτλο: «Οι γονείς μιλάνε για τους εφήβους», από την ομιλία της Κοινωνικής Λειτουργού-Στέλεχος Πρόληψης του ΚΕΣΑΝ-Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογώνων Ουσιών του Δήμου Ηρακλείου, κ. Τσαφής Γεωργίας.

Το κύριο αναπτυξιακό καθήκον του εφήβου, είναι η επίτευξη μιας ανεξάρτητης ταυτότητας. Παραδείγματος χάριν, ενώ στην αρχή της εφηβείας κάποιοι έφηβοι ταυτίζονται με άλλους που υποστηρίζουν την ίδια αθλητική ομάδα ή κάνουν είδωλα διάφορα pop group, στο τέλος της εφηβείας η ανεξαρτησία έχει υψηλή θέση και επιτυχημένα άτομα έχουν έντονη αυτοπεποίθηση, ώστε να ξεχωρίζουν από το πλήθος.

Παράλληλα, αρχίζει να δημιουργείται η αίσθηση του εαυτού του. Ο έφηβος αρχίζει να αισθάνεται ότι τα συναισθήματα και οι σκέψεις του είναι κάτι δικό του και δεν εξαρτώνται από τον τρόπο που αντιδρούν οι γονείς του. Αρχίζει να σχηματίζεται το σύστημα των δικών του αξιών, ιδεών και στάσεων προς τη ζωή.

Ο έφηβος κινείται συνεχώς μεταξύ εξάρτησης και ανεξαρτησίας σε όλη τη διάρκεια της εφηβείας με τελικό στόχο την αυτονομία και ανεξαρτητοποίησή του κατά το τέλος της. Για να συμβεί αυτό χρειάζεται να πενθήσει την απώλεια της παιδικής ηλικίας που ποτέ δεν θα ξαναρθεί. Παράλληλα, συμβαίνει και μια ακόμη επώδυνη γι' αυτόν διαδικασία, της από-εξιδανίκευσης των γονέων. Στην εφηβεία πρωταρχική θέση στον θρόνο του εφήβου δεν έχουν οι γονείς αλλά οι φίλοι και συνομήλικοι του.

Λόγω των σωματικών μεταβολών που συνεχώς συμβαίνουν στην εφηβεία ο έφηβος προσπαθεί να εξοικειωθεί με αυτές, ταυτόχρονα ίσως έχει και την αίσθηση να αισθάνεται ξένος μέσα στο σώμα του. Επίσης, στην εφηβεία ίσως αρχίσουν και οι πρώτες σεξουαλικές εμπειρίες και αναπτύσσει και την σεξουαλική του ταυτότητα.

Η σχέση με τους συνομηλίκους στην εφηβεία έχει πρωταρχικό στόχο και ρόλο στην ζωή ενός εφήβου. Στην πορεία μια φιλία μεταβάλλεται, τροποποιείται, αναθεωρείται όσον αφορά τα πρότυπα συμπεριφοράς και το σύστημα αξιών του κάθε εφήβου ξεχωριστά. Γίνεται ικανός να διαλέξει τους φίλους του και την παρέα του, των οποίων οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις από τους εαυτούς τους είναι τέτοιες, που ενισχύουν τις προσπάθειες του εφήβου και την επιθυμία του να γίνει ενήλικος. Κατά την διάρκεια της εφηβείας η συντροφικότητα έχει μεγάλη σημασία και συχνά αυτό φέρνει εντάσεις και συγκρούσεις στην οικογένεια (π.χ. αν οι γονείς δεν εγκρίνουν τους φίλους του εφήβου). [(90)]

5.2.4 Οι έφηβοι με δύσκολο χαρακτήρα

Η εφηβεία είναι μια περίοδος στην ζωή του κάθε ανθρώπου που είναι ξεχωριστή και μοναδική για τον καθένα, αυτή η περίοδος στην ζωής μας για άλλους είναι πιο εύκολη και για άλλους πιο δύσκολη.

Πιο κάτω θα αναφερθούν κάποιοι «τύποι» εφήβων που τους χαρακτηρίζει κυρίως ο τρόπος που συμπεριφέρνονται. Τα χαρακτηριστικά αυτών των τύπων ορισμένες φορές γίνονται τόσο έντονα και καταπιεστικά, ώστε να καταλήγουν να καθορίζουν από μόνα τους την όλη προσωπικότητα του εφήβου.

1) *Ο παρορμητικός έφηβος*. Η παρορμητικότητα είναι ένα στοιχείο συμπεριφοράς συχνό κατά την εφηβεία, ωστόσο, ορισμένοι έφηβοι δε δέχονται κανέναν περιορισμό, καμία στέρηση και μόλις νοιώσουν μια επιθυμία ή μια ανάγκη, θέλουν να την εκπληρώσουν ή να την ικανοποιήσουν αμέσως. Η παρορμητικότητα ποικίλει από άτομο σε άτομο και σε μεγάλο βαθμό εξαρτάται από τις συνθήκες της ανατροφής, κυρίως κατά την παιδική ηλικία. Χαρακτηριστική συμπεριφορά των παρορμητικών εφήβων είναι να χτυπούν τις πόρτες, να φεύγουν ξαφνικά από το δωμάτιο, να πετούν τις τσάντες τους ή τα προσωπικά τους αντικείμενα, μερικές φορές μάλιστα σπάνε και κάποια αντικείμενα. Οι παρορμητικοί έφηβοι θυμώνουν έντονα, ειδικά όταν βρίσκονται σε δύσκολες καταστάσεις και δεν μπορούν να αποκτήσουν αμέσως αυτό που επιθυμούν.
2) *Ο άστατος έφηβος*. Το κύριο χαρακτηριστικό του χαρακτήρα του συγκεκριμένου εφήβου είναι η αστάθεια, δηλαδή συνεχώς ενδιαφέρεται για άλλα θέματα, αλλάζει δραστηριότητες, φίλους, και έρωτες. Μόλις έχει τελειώσει μια συζήτηση ή έχει συμφωνηθεί κάτι, ο έφηβος αλλάζει γνώμη και βρίσκεται στον αντίποδα εκείνου που έλεγε λίγο πριν. Η αστάθεια, ενδέχεται να είναι η επικρατέστερη σε ένα συγκεκριμένο τομέα: στο σώμα (κινητική αστάθεια), στα συ-

ναισθήματα (αστάθεια του θυμικού), στο πνεύμα (αστάθεια στο επίπεδο της προσοχής και της συγκέντρωσης). Πολύ συχνά, αυτός ο έφηβος αναζητά ένα αντικείμενο ή μια δραστηριότητα σαν να είναι αυτό που επιτέλους θα τον ικανοποιήσει. Μόλις το αποκτήσει, δεν τον ενδιαφέρει πια και το παραμελεί.

3) *Ο αντίθετος χαρακτήρας*. Είναι γεγονός ότι για να αυτοπροσδιοριστεί και να τυποποιηθεί ο έφηβος είναι απαραίτητο, συχνά, να εναντιωθεί. Αυτή η κίνηση, η οποία είναι φυσιολογική κατά την εφηβεία, μπορεί, σε ορισμένα άτομα, να αποβεί εξαιρετικά σημαντική. Ο αντιθετικός έφηβος θα λέει πάντα «όχι» στις προτάσεις που του γίνονται, ανεξαρτήτως του αν τίθενται με τη μορφή μιας διαταγής, μιας πρόσκλησης κτλ. Για να νιώσει ότι υπάρχει, έχει ανάγκη, πεισματικά, να βρίσκεται σε αντίθεση με τους άλλους. Αυτό παρατηρείται κυρίως στους εφήβους που έχουν έντονο δεσμό με τους γονείς τους, όχι με τους πραγματικούς γονείς άλλα με τις εσωτερικές αναπαραστάσεις των γονιών τους, οποίες ονομάζονται «γονεϊκά εσωτερικευμένα μορφοείδωλα».

4) *Ο ασυμβίβαστός χαρακτήρας*. Ο ασυμβίβαστός έφηβος, θέλει να επιτύχει το σύνολο των απαιτήσεων του χωρίς κανένα περιορισμό, κι αν δεν μπορεί να το επιτύχει, προτιμά το τίποτα. Η στάση αυτή διαφέρει από τον παρορμητισμό και από την αστάθεια, γιατί στην περίπτωση αυτή ο έφηβος, κατά κάποιο τρόπο, δέχεται τη μη ικανοποίηση. Όταν δεν μπορεί να αποκτήσει εξ ολοκλήρου αυτό που απαιτεί, παραιτείται εντελώς, υποτιμώντας ή εγκαταλείποντας την ανεκπλήρωτη επιθυμία του. Η αδιαλλαξία του εφήβου εμφανίζεται σε πολύ διαφορετικούς τομείς. Έχει να κάνει με τη διασκέδαση, με τις εξόδους ή τις παρέες, καθώς ο έφηβος θέλει να έχει την πλήρη συγκατάθεση των γονιών του, χωρίς περιορισμούς. Η αδιαλλαξία μπορεί να ασκηθεί επίσης στις συναισθηματικές σχέσεις ή ακόμα σε κάποιο σχολικό τομέα.

5) *Ο ανεσταλμένος έφηβος*. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, οι συμπεριφορές αναστολής κατά την εφηβεία αποτελούν τη συνέχεια ορισμένων παρόμοιων συμπεριφορών κατά την παιδική ηλικία. Μερικές φορές εμφανίζονται κατά την προ-εφηβεία, περίπου σε ηλικία 10-12 ετών. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι αναστολές εμφανίζονται ταυτόχρονα με τα πρώτα ηβικά σημάδια, γύρω στα 13-14 χρόνια, εκδηλώνοντας, κατ' αυτόν τον τρόπο, τη διαταραχή που νιώθει ο έφηβος με αυτή την κυρίως σωματική μεταμόρφωση του.

   Ένα χαρακτηριστικό αυτού του τύπου εφήβου είναι η ντροπαλότητα. Το χαρακτηριστικό αυτό δεν παρατηρείται πάντα αλλά σε διάφορους τομείς της ζωής του όπως για παράδειγμα, στις σχέσεις του με το άλλο φύλο ή και με το ίδιο και όταν αντιμετωπίζει δυσκολίες στο σχολείο, στα μαθήματα του. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, αυτή η ντροπαλότητα εμμένει κατά την εφηβεία και στη συνέχεια ελαττώνεται, προοδευτικά, με την είσοδο του ατόμου στην ενεργό ζωή, κυρίως κατά την ένταξη του στην επαγγελματική ζωή.

6) *Ο παντοδύναμος έφηβος*. Ο παντοδύναμος έφηβος είναι εκείνος που τα θέλει «όλα, εδώ και τώρα», είναι εκείνος που νιώθει ικανός για όλα ή, επειδή επιθυμεί κάτι νομίζει ότι πρέπει να πραγματοποιηθεί αμέσως. Κάποιοι έφηβοι δεν μπορούν να εγκαταλείψουν την ιδέα της παντοδυναμίας της παιδικής ηλικίας και αναπτύσσουν, στο πλαίσιο των συμπεριφορών, των σκέψεων και των συγκινήσεων τους, την ίδια ψευδαίσθηση παντοδυναμίας ακόμη και στην εφηβεία. Στις πιο ακραίες περιπτώσεις, αυτοί οι έφηβοι είναι πεπεισμένοι ότι έχουν πάντα δίκιο, ότι η αποτυχία δεν σημαίνει τίποτα, τουλάχιστον ότι δεν είναι αποτέλεσμα των λαθών τους.

7) *Ο ιδεαλιστής έφηβος*. Η διαμόρφωση του ιδεώδους είναι σημαντικό μέλημα κατά την εφηβεία. Το άτομο πρέπει να αποκτήσει στόχους, σκοπούς και ιδανικά, επανεκτιμώντας τα ιδανικά της παιδικής του ηλικίας αφενός, των γονιών

του και αφετέρου των πραγματικών δυνατοτήτων του. Ο ιδεαλιστής έφηβος οικοδομεί έναν κόσμο όπου υπάρχουν ισοτιμία και ισοπολιτεία. Συνήθως αυτός ο ιδεαλισμός είναι λυσιτελής, καθώς ο έφηβος επιθυμεί να υπηρετεί τους άλλους, την κοινωνία. Ωστόσο, μερικές φορές αυτό το ιδανικό σύστημα καταντά υπερβολικό και εμποδίζει τον έφηβο να επενδύσει στην πραγματικότητα.

5.2.5 Επιρροές των εφήβων από την ομάδα των συνομηλίκων.

Η ομάδα των συνομηλίκων είναι πολύ σημαντική στην ζωή ενός εφήβου, παίζει καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη των διεργασιών της εφηβείας. Μέχρι και τα 11 τους χρόνια, όπου και ξεκινά η εφηβεία τα παιδιά έχουν στον θρόνο τους γονείς τους, μετά τα 11 όπου ουσιαστικά αρχίζει το παιδί να «μεταμορφώνεται» σε έφηβο εκθρονίζει τους γονείς και την θέση τους παίρνουν οι φίλοι. Φυσικά, οι επιδράσεις των συνομηλίκων δεν αρχίζουν στην εφηβεία, αλλά τότε είναι πιο καθοριστικές. Οι σχέσεις με τους συνομηλίκους του ίδιου και του αντίθετου φύλου στην εφηβεία χρησιμοποιούνται σαν πρότυπα για τις κατοπινές σχέσεις των ενηλίκων.[91]

Ένα κύριο χαρακτηριστικό της εφηβείας είναι ότι οι έφηβοι συναθροίζονται και δημιουργούν ομάδες και αυτό συμβαίνει γιατί ο νέος την περίοδο της εφηβείας έχει την ανάγκη να ανήκει κάπου την περίοδο που νοιώθει ότι απομακρύνεται από την οικογένεια. Η ομάδα των συνομηλίκων βοηθά τον έφηβο και του δίνει μια προσωρινή ταυτότητα. Μέσα σε αυτήν ανακαλύπτει καινούργια κοινωνικά κριτήρια και πρότυπα συμπεριφοράς διαφορετικά από αυτά που προτείνει η οικογένεια του. Οι έφηβοι θέλουν φίλους που να είναι αφοσιωμένοι, έμπιστοι και μια βασική πηγή υποστήριξης σε οποιαδήποτε συναισθηματική κρίση.

Οι έφηβοι εξαρτώνται περισσότερο από τις σχέσεις με τους συνομηλίκους απ' ότι τα μικρά παιδιά, επειδή οι δεσμοί με τους γονείς χαλαρώνουν όλο και πιο πολύ, καθώς ο έφηβος κερδίζει μεγαλύτερη ανεξαρτησία. Ακόμα, είναι πολύ πιθανό ότι στα πρώτα εφηβικά χρόνια, οι σχέσεις με τα μέλη της οικογένειας θα φορτιστούν με συγκρουόμενα συναισθήματα: η επιθυμία για εξάρτηση συνυπάρχει με τον αγώνα για ανεξαρτησία, η εχθρότητα είναι ανάμικτη με αγάπη και δημιουργούνται συγκρούσεις ανάμεσα στις οικογενειακές και τις εξωτερικές πολιτιστικές αξίες και την κοινωνική συμπεριφορά. Συνεπώς, υπάρχουν πολλές πλευρές της εσωτερικής ζωής και της εξωτερικής συμπεριφοράς που ο έφηβος δεν μπορεί να μοιραστεί με τους γονείς του. Οι γονείς ίσως να δυσκολεύονται να καταλάβουν και να μοιραστούν τα προβλήματα των εφήβων, λόγω του ότι οι ίδιοι έχουν καταπιέσει τα δικά τους συναισθήματα κατά την εφηβεία τους. Οι έρευνες έδειξαν ότι οι γονείς που έχουν βασικά καλές σχέσεις με το έφηβο παιδί τους συνήθως έχουν μεγαλύτερη επίδραση στις βασικές του αξίες, πεποιθήσεις και στόχους ζωής απ' ότι οι συνομήλικοι του. [1]

Οι άνθρωποι έχουν ανάγκη στη εφηβεία, περισσότερο από κάθε άλλη περίοδο στη ζωή τους να μοιράζονται τα έντονα, ή ακόμα και μπερδεμένα συναισθήματα τους, τις αμφιβολίες και τα όνειρα τους. Η εφηβεία είναι γενικά μια περίοδος έντονης κοινωνικότητας, αλλά συχνά μια περίοδος μοναξιάς. Το να είσαι απλώς με τους άλλους δεν λύνει το πρόβλημα. Πολύ συχνά οι νέοι αισθάνονται την μεγαλύτερη μοναξιά όταν είναι μέσα στο πλήθος, σ' ένα πάρτυ ή σε ένα χορό. [92] Η γενική παραδοχή των συνομηλίκων και η ύπαρξη ενός η δύο στενών φίλων έχει τεράστια σημασία στην ζωή των εφήβων.

Η παρέα του θα είναι το ασφαλές ψυχολογικό καταφύγιο έξω από την οικογένεια που θα τον βοηθήσει να κάνει το πρώτο ουσιαστικό βήμα προς την κοινωνικοποίηση. Εκεί οι έφηβοι θα δοκιμάσουν τις ιδέες και τις ικανότητες τους, θα συγκρίνουν τον εαυτό τους με τους άλλους και θα πάρουν μια θέση ανάμεσα σε αυτούς. Ως συνήθως για να είναι αποδεκτός από την ομάδα ομηλίκων, την παρέα, ο έφηβος πρέπει να υιο-

θετήσει τον τρόπο συμπεριφοράς της, να ντυθεί ή να κόψει τα μαλλιά του όπως και τα υπόλοιπα μέλη της, να ακούει την ίδια μουσική κλπ.

Η ομάδα των συνομηλίκων βοηθά τον έφηβο και του δίνει μια προσωπική ταυτότητα. Μέσα σε αυτήν ανακαλύπτει καινούργια κοινωνικά κριτήρια και πρότυπα συμπεριφοράς, διαφορετικά από αυτά που προτείνει η οικογένεια του. Μια καλά οργανωμένη ομάδα συνομηλίκων μπορεί επίσης να θέτει απαγορεύσεις καθορίζοντας επιτρεπόμενες ή μη συμπεριφορές. Ταυτόχρονα, ο έφηβος έχει μεγάλη υποστήριξη από την ομάδα, η οποία καλλιεργεί ανάλογα με την ιδεολογία της συγκεκριμένα πρότυπα. Συχνά προκλητικές ή παραπτωματικές συμπεριφορές θεωρούνται μεγαλειώδεις και ηρωικές.

Η ομάδα μπορεί να έχει μια προσαρμοστική λειτουργία σε αυτήν την μεταβατική περίοδο της εφηβείας, μπορεί όμως να δημιουργήσει και προβλήματα όπως είναι για παράδειγμα: η εκδήλωση αντικοινωνικής συμπεριφοράς, το κάπνισμα, και τα ναρκωτικά. Ένας έφηβος που νιώθει την ανάγκη να εξωτερικεύσει τις επιθετικές διαθέσεις του και να σπάσει τα πράγματα στο σπίτι του, αν δεν του επιτρέπεται να το κάνει, διοχετεύει την επιθετικότητα του σε αντικοινωνικές συμπεριφορές προστατευμένες από την ομάδα. Όταν και αυτό απαγορεύεται, βρίσκει διέξοδο ακολουθώντας τον αρχηγό της ομάδας. Συνήθως αρχηγός ανακηρύσσεται ο πιο βίαιος, ο πιο επιθετικός, καθώς αποτελεί πρότυπο ταύτισης για τον καταπιεσμένο έφηβο.

Επειδή, οι συνομήλικοι παίζουν τόσο σπουδαίο ρόλο στη ζωή των περισσότερων εφήβων, η κοινωνική παραδοχή είναι μια επείγουσα ανάγκη για τους πιο πολλούς νέους. Λίγοι έφηβοι μένουν ανεπηρέαστοι από την επίδραση της αδιαφορίας και της απόρριψης. Οι περισσότεροι νέοι μετράνε την αξία τους κυρίως με τις αντιδράσεις των άλλων προς εκείνους και εξακολουθούν να εξαρτώνται από την παραδοχή και επικρότηση των συνομηλίκων τους.

5.2.6 Επιρροή της οικογένειας στην ζωή του εφήβου.

Η εφηβεία είναι η περίοδος των αλλαγών αλλά και των πολλών απαιτήσεων από τους γονείς. Από τις έρευνες και κλινικές παρατηρήσεις είναι φανερό ότι ο πιο καθοριστικός παράγοντας που στο σημερινό κόσμο βοηθάει ή παρεμποδίζει το μέσο έφηβο να ανταπεξέλθει στις αναπτυξιακές απαιτήσεις της εφηβείας είναι οι γονείς του. Οι γονείς μπορεί να ν' αγαπούν ή ν' απορρίπτουν, να είναι ήρεμοι ή αγχώδεις, άκαμπτοι ή ευέλικτοι, να ενδιαφέρονται ή όχι. [(1)]

Κύριο χαρακτηριστικό στις σχέσεις των γονέων με τον έφηβο την περίοδο της εφηβείας, είναι ότι ο έφηβος και η οικογένεια βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση με έντονες συγκρούσεις. Ο έφηβος διεκδικεί με πάθος την αυτονομία του, την ίδια στιγμή που εξαρτάται τουλάχιστον οικονομικά ακόμη από την οικογένεια του. Θέλει να είναι αυτόνομος, διακηρύσσει την ανεξαρτησία του, αλλά ταυτόχρονα αναζητεί τη σιγουριά και τη στήριξη που του παρέχουν οι γονείς του. [(93)] Ο έφηβος χρειάζεται όρια που τίθενται από τη συνεπή παρουσία των ενηλίκων που του παρέχουν την αίσθηση αυτής της σιγουριάς. Επίσης, χρειάζεται όρια για να μπορέσει να αντιπαρατεθεί, να αναμετρηθεί, του είναι απαραίτητη η ύπαρξη κάποιου με τον οποίο θα συγκρουστεί και θα τον ξεπεράσει.

Ένας από τους ρόλους των γονέων στην εφηβεία, είναι να «αποτελούν» ένα σκληρό στρώμα με μαλακή επένδυση στο οποίο όταν ο έφηβος τρέχει με ιλιγγιώδη ταχύτητα και πέσει πάνω να μην χτυπήσει. Επομένως, έχει ανάγκη να ανήκει σε μια δομή που δεν καταρρέει από την επιθετικότητα του, ούτε έχει διάθεση αντεκδίκησης. Ο έφηβος δεν θέλει γονείς αδύναμους, αλλά δυνατούς.

Τα εφηβικά χρόνια των παιδιών μπορεί να είναι μια περίοδος «αγωνιώδους επανεκτίμησης» για τους γονείς και για άλλους λόγους. Είναι ακόμη μια περίοδος όπου

γονείς και παιδιά πρέπει να δημιουργήσουν νέο είδος σχέσεων μεταξύ τους. Οι γονείς πρέπει να αναγνωρίσουν και να ενθαρρύνουν την αυξανόμενη ανάγκη του εφήβου για ανεξαρτησία. Το να εξακολουθούν να βλέπουν το έφηβο παιδί τους σαν το «μωρό μας» ή το «παιδάκι μας» και να του φέρονται ανάλογα, είναι σίγουρα ένας τρόπος που θα οδηγήσει αργότερα σε καταστροφή ή με την μορφή εκρηκτικής επανάστασης ή με μια συνεχιζόμενη και αυξανόμενη απροσάρμοστη εξάρτηση.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό των εφήβων στην σχέση τους με τους γονείς, είναι ότι αποφεύγουν την σωματική επαφή με αυτούς. Τα αγόρια δεν θέλουν με κανένα τρόπο να τα πλησιάζει η μητέρα τους, να τα αγγίζει, να τα φιλά ή να τα χαϊδεύει. Αντίστοιχα, συμβαίνει το ίδιο και με τα κορίτσια και τον πατέρα τους. [(94)] Οι γονείς αυτοί την περίοδο πρέπει να ανέχονται τους εφήβους και να προσπερνούν την τάση τους να τους αγνοούν, χωρίς να το εκλαμβάνουν ως προσωπική τους αποτυχία. Πρέπει να αρχίσουν να αντιμετωπίζουν τους έφηβους ως ενήλικες και να έχουν μια ισότιμη σχέση ενήλικου προς ενήλικο, έτσι θα του αποδείξουν ότι του έχουν εμπιστοσύνη και τον εμπιστεύονται.

Επιπλέον, οι γονείς αποτελούν ισχυρό πρότυπο για τον έφηβο, ίσως αυτή την περίοδο έχουν πρωτεύοντα ρόλο οι φίλοι στην ζωή τους, αλλά οι γονείς είναι πάντα σημαντικοί στην ζωή των παιδιών τους, σε οποιανδήποτε ηλικία κι αν είναι. Οι έρευνες δείχνουν ότι οι νέοι που οι γονείς τους κάνουν μεγάλη χρήση οινοπνεύματος, ηρεμιστικών, καπνού καταπραϋντικών και αμφεταμινών, είναι πιο πιθανό να πάρουν και οι ίδιοι μαριχουάνα, οινόπνευμα και άλλα. [(24)]

5.2.7 Το σχολείο στην ζωή του εφήβου.

Το σχολείο είναι ένα κοινωνικό πλαίσιο, ιδιαίτερα σημαντικό για τους νέους, μερικές φορές είναι το μόνο μέσο κοινωνικοποίησης ενός νέου. Όπως στην περίπτωση των γονέων με το οικογενειακό πλαίσιο, έτσι και στο σχολείο είναι σημαντικότατη η προσοχή των καθηγητών στις αλλαγές και στις «περίεργες» πλευρές της συμπεριφοράς του εφήβου.

Ακόμη και στην περίπτωση του πιο απείθαρχου και ευμετάβλητου νέου, η βαθύτερη επιθυμία του (που ποτέ ίσως να μην εκφράσει), είναι ίσως να επιτύχει στο σχολείο, γεγονός που έχει να κάνει με τη βελτίωση της προσωπικής του εικόνας. Αυτή του την επιθυμία καλούνται οι δάσκαλοι και οι καθηγητές να εντοπίσουν και να τον βοηθήσουν να την επιτύχει. Η κατανόηση, η συμπαράσταση και η βοήθεια του εκπαιδευτικού είναι καταλυτικές, έτσι ώστε ο έφηβος να μην απομονωθεί από τους συμμαθητές του και να μην υιοθετήσει μια «αρνητική ταυτότητα» στην τάξη του. Μερικές φορές οι εκπαιδευτικοί αντιπροσωπεύουν μια δίοδο προσέγγισης πιο εύκολη για τον έφηβο σε σχέση με τους γονείς του, όταν η σύγκρουση μαζί τους ή ο φόβος του να κριθεί από αυτούς κάνουν τον έφηβο να κλειστεί στον εαυτό του.

Σε αρκετές περιπτώσεις, ο εκπαιδευτικός έχει και την ευθύνη όταν εντοπίσει κάποιο πρόβλημα είτε σωματικό είτε μαθησιακό να μιλήσει στους γονείς αλλά και μαζί με τον έφηβο.

5.2.7.1 Ο ρόλος του σχολείου, των οργανώσεων και της οικογένειας στην δόμηση του κοινωνικού κεφαλαίου.

Οι έφηβοι ενσωματώνονται σε τρεις τύπος κοινοτήτων: το σχολείο, τις εξωσχολικές ομάδες (συμπεριλαμβάνονται οι θρησκευτικές κοινότητες, λέσχες και αθλητικές ενώσεις και τις άτυπες κοινότητες των φίλων) και την οικογένεια. Σε αυτές τις τρεις

κατηγορίες οι έφηβοι γνωρίζουν και σχετίζονται με τους πιο σημαντικούς ανθρώπους της ζωής τους: γονείς, αμφιθαλείς, φίλους, προπονητές, δασκάλους και σύμβουλους. Και σε αυτές τις κατηγορίες οι έφηβοι μαθαίνουν τι αναμένεται από αυτούς και τι πρέπει να αναμένουν από αυτούς ειδικά οι ενήλικες. Εν συντομία, σε αυτές τις κατηγορίες, οι έφηβοι παίρνουν σημαντικά διδάγματα και καλά και κακά όσον αφορά το ρόλο τους ως άτομα στην κοινωνία. Αυτές οι τρεις κοινότητες δημιουργούν και εξαρτώνται από το κοινωνικό κεφάλαιο και το κοινωνικό κεφάλαιο από αυτές. Ένα σχολείο για παράδειγμα, διδάσκει για τις δημόσιες σχέσεις και παρέχει την αφετηρία για τον εθελοντισμό στην κοινότητα, ταυτόχρονα, το πόσο καλά το σχολείο διεξάγει αυτές τις εκπαιδευτικές και πολιτικές λειτουργίες εξαρτάται από την καίρια εμπλοκή και συνεργασία των γονιών και κοινοτικών οργανώσεων. (87)

Σχολείο και Κοινωνικό Κεφάλαιο: Τα σχολεία ενθαρρύνουν την πολιτική δέσμευση με πολλούς τρόπους. Πρώτον, και πιο προφανές, το σχολείο διδάσκει τις βασικές δεξιότητες που είναι απαραίτητες στη συμμετοχή στη κοινωνική ζωή: διάβασμα, γράψιμο, ομιλία, ομαδική εργασία και οργάνωση προγράμματος. Έρευνες που γίνονται εδώ και μισό αιώνα έχουν με συνέπεια αποδείξει μια ισχυρή, άμεση σχέση μεταξύ εκπαίδευσης και κοινωνικής συμμετοχής. Ανεξάρτητα από το εισόδημα, η ανώτερη εκπαίδευση, επηρεάζει κατά πάσα πιθανότητα την συμμετοχή στα κοινά. Δεύτερον, στην τάξη τα παιδιά μαθαίνουν για τα άτομα και τις δομές που δημιουργούν το ομοσπονδιακό σύστημα μιας κυβέρνησης με διάφορους τρόπους – όπως την ψήφο - στην οποία οι πολίτες περιμένουν να συμβάλουν και να ασκήσουν επιρροή. Τρίτον, τα παιδιά συμμετέχουν σε μια ομότυπη κοινότητα στο σχολείο που διαμορφώνει βαθιά τις αξίες και τις σχέσεις. Τέταρτον, τα σχολεία υποστηρίζουν τα προγράμματα που παρέχουν την εμπράγματη κατάρτιση στη πολιτική συμμετοχή.

Οι Ho Sui-Chu και Wilms παρατήρησαν ότι οι μαθητές, των οποίων οι γονείς συμμετείχαν ενεργά στα σχολικά συμβούλια και ενημερώνονταν για την επίδοση των παιδιών τους, είχαν κατά μέσο όρο υψηλότερη βαθμολογία από τους υπόλοιπους. Συμπέραναν, ότι η επέκταση των κοινωνικών δικτύων πέρα από τα πλαίσια της οικογένειας είχε πολλαπλασιαστικά οφέλη. (87)

Εξωσχολικές δραστηριότητες και κοινωνικό κεφάλαιο: όταν οι έφηβοι δεν είναι στην τάξη, συχνά συναναστρέφονται με φίλους, συμπαίκτες, τα μέλη λεσχών. Ο κόσμος των εφήβων επηρεάζεται από αυτό των ενηλίκων. Η κοινότητα των εξωσχολικών δραστηριοτήτων δίνει την δυνατότητα της επιλογής. Οι έφηβοι φαίνονται να μεγαλώνουν γρηγορότερα και πιο ανεξάρτητα από τους γονείς τους, έτσι η κοινωνία πρέπει να δώσει προσοχή στα διδάγματα που μεταδίδονται από αυτές τις κοινότητες. Μέσα από μια ομάδα ποδοσφαίρου διδάσκεται η ομαδικότητα ή το κερδίζω με όποιο κόστος μπορεί να έχει; Η δουλειά μετά το σχολείο διδάσκει υπευθυνότητα και χτίζει ενότητα ή παρέχει εγωιστικό υλισμό; Οι «εικονικοί» φίλοι στο internet στα παράθυρα συνομιλίας παρέχουν τα ίδια οφέλη με τους φίλους κατά τις πρόσωπο με πρόσωπο επαφές; (87)

Οικογένεια και Κοινωνικό Κεφάλαιο: η οικογένεια είναι ένας σημαντικός παράγοντας του κοινωνικού κεφαλαίου. Μέσα στη οικογένεια οι έφηβοι μαθαίνουν να μοιράζονται, να συνεργάζονται και να συνεισφέρουν στο κοινό καλό. Οι οικογένειες είναι σαν μικρές κοινότητες στις οποίες οι κανόνες της αμοιβαιότητας και της ευθύνης εντυπώνονται πιο σταθερά. Οι οικογένειες παραδοσιακές και μη, συζυγικές ή εκτεταμένες αποτελούν ισχυρά πρότυπα ρόλων. Οι γονείς που συμμετέχουν, αποτελούν έναν από τους καλύτερους δείκτες ότι ένας έφηβος θα ψηφίσει, θα προσχωρεί σε κοινοτικές ομάδες ή θα συμμετέχει στη κοινότητα. (87)

5.2.7.2 Αρχές Κοινωνικού Κεφαλαίου μεταξύ των εφήβων.

Ενώ όλες οι προσπάθειες δέσμευσης των νέων είναι σημαντικές, κάποιες είναι σημαντικότερες από κάποιες άλλες στη δημιουργία εποικοδομητικών και μακροχρόνιων προτύπων της κοινοτικής δέσμευσης. Οι πιο σημαντικές προσπάθειες για τους εφήβους είναι σημαντικό γενικά να τηρούν τις ακόλουθες τρεις αρχές.

Αρχή 1: Σεβασμός στους εφήβους. Οι επιτυχείς προσπάθειες για τη δέσμευση των εφήβων είναι να τους φέρονται με αξιοπρέπεια, να τους σέβονται, και να τους επαινούν για τα επιτεύγματα τους.

Αρχή 2: Παροχή ισχυρών δεσμεύσεων. Τα προγράμματα και οι οργανώσεις οφείλουν να εξετάσουν τα σημαντικά προβλήματα ή πάθη στις ζωές των εφήβων και κατά προτίμηση στην ευρύτερη κοινότητα στην οποία ζουν. Επιπλέον, αυτές οι προσπάθειες πρέπει να επιτρέπουν στους νέους τη λήψη αποφάσεων και τη δημιουργία απτών λύσεων ως αντιδιαστολή των άσκοπων πρακτικών.

Αρχή 3: Ενσταλάζουσες κοινωνικές αξίες. Οι επιτυχείς προσπάθειες για την δέσμευση των εφήβων θα στηριχθούν στις πρακτικές που ενισχύουν την ανάπτυξη των εφήβων, μέσω των υψηλών προσδοκιών, που στηρίζονται από τους ενήλικους μέσω σαφών θετικών αξιών. (87)

5.2.7.3 Κοινωνικό κεφάλαιο και κοινωνικά δίκτυα

Συναφής προς τον όρο κοινωνικό κεφάλαιο, είναι η έννοια των κοινωνικών δικτύων. Ως κοινωνικά δίκτυα μπορούν να οριστούν τα «πολυδιάστατα συστήματα επικοινωνίας και διαμόρφωσης της ανθρώπινης πρακτικής και της κοινωνικής ταυτότητας». Οι Walker, MacBride, and Vachon, όρισαν ως κοινωνικό δίκτυο το άθροισμα των προσωπικών επαφών μέσω των οποίων το άτομο διατηρεί την κοινωνική του ταυτότητα, λαμβάνει συναισθηματική υποστήριξη, υλική ενίσχυση και συμμετοχή στις υπηρεσίες, έχει πρόσβαση στις πληροφορίες και δημιουργεί νέες κοινωνικές επαφές. Τα κοινωνικά δίκτυα συνήθως αποτελούνται από τα μέλη της οικογένειας, τους φίλους και τους γνωστούς και περιλαμβάνουν τρεις κρίσιμες έννοιες: α) το μέγεθος ή το εύρος, το οποίο αναφέρεται στον αριθμό των ατόμων που συμμετέχουν στο δίκτυο, β) τη σύνθεση που αφορά το ποσοστό συμμετοχής στο δίκτυο μελών της ευρύτερης οικογένειας ή φίλων και γ) τη συχνότητα που δηλώνει το πόσο συχνά τα μέλη ενός κοινωνικού δικτύου αλληλεπιδρούν.

Τα κοινωνικά δίκτυα ορίζονται ως οι κοινωνικές σχέσεις που περιβάλλουν ένα άτομο, τα χαρακτηριστικά τους και ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται και αξιολογούν τις εν λόγω σχέσεις. Τα κοινωνικά δίκτυα χαρακτηρίζονται από το μέγεθός τους, την πυκνότητα (συνδετικότητα μεταξύ των μελών), το δέσιμο, την ομοιογένεια, τη συχνότητα επαφής μεταξύ των μελών, τη διάρκεια και την αμοιβαιότητα. Η συναισθηματική, ψυχολογική ή οικονομική στήριξη που μπορούν να αντλήσουν τα άτομα μέσω των κοινωνικών τους δικτύων είναι η κοινωνική στήριξη. Η έλλειψη κοινωνικής στήριξης και ο αποκλεισμός από τα δίκτυα θεωρείται ότι μειώνει τις δυνατότητες των ατόμων να αντιμετωπίσουν το άγχος, να αποκτήσουν κοινωνική ταυτότητα, να λάβουν συναισθηματική στήριξη ή υλική βοήθεια και να αποκτήσουν πρόσβαση σε υπηρεσίες και πληροφορίες. Από την άλλη πλευρά, η ύπαρξη κοινωνικής στήριξης έχει συνδεθεί με παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, όπως η ικανοποίηση από τη ζωή και η αίσθηση ευημερίας. (78)

Κατά την ανασκόπηση των ερευνών που διεξήχθη από το εργαστήριο Κοινωνικής και Πολιτισμικής Ψηφιακής Τεκμηρίωσης του Πανεπιστημίου Αιγαίου, οι μελέτες για τα κοινωνικά δίκτυα έχουν χρησιμοποιήσει διάφορες μεταβλητές, οι οποίες κατηγοριοποιούνται ως εξής: Καταγραφή των ατόμων στα οποία θα μπορούσε κάποιος να

απευθυνθεί σε περίπτωση που ανακύψει κάποιο πρόβλημα. Τα άτομα αυτά μπορούν να σταθούν αρωγοί σε τυχόν οικονομικά και επαγγελματικά θέματα. Το εύρος των κοινωνικών δικτύων διαφαίνεται επίσης από τον αριθμό των ατόμων τα οποία γνωρίζει ο ερωτώμενος που έχουν αντιμετωπίσει παρεμφερές οικονομικό ή οικογενειακό πρόβλημα. Οι έρευνες επικεντρώνονται στην επιτυχή ή ανεπιτυχή έκβαση των παρόμοιων αυτών προβλημάτων, αλλά παράλληλα συσχετίζουν τα κοινωνικά δίκτυα με την αυτονομία, την υπευθυνότητα, την οικονομική άνεση, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο κτλ.

Σύμφωνα με έρευνες των MacLanahan, Wedemeyer & Adelberg, τα κοινωνικά δίκτυα παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη, η οποία παίρνει τη μορφή κάλυψης απέναντι στα αρνητικά αποτελέσματα των αγχογόνων καταστάσεων. Παράλληλα, τα κοινωνικά δίκτυα βοηθούν στην εξεύρεση εργασίας, αλλά παράλληλα υποδεικνύουν στους εργοδότες τους κατάλληλους υποψήφιους. Κατά τον Bewley, ο συνηθέστερος τρόπος εξεύρεσης εργασίας σε αγγλοσαξονικές χώρες είναι μέσω γνωστών και φίλων, οι οποίοι μπορούν να παρέχουν τις καταλληλότερες συστάσεις για τους υποψήφιους εργαζομένους.

Ο Granovetter, θεώρησε ότι είναι οι αδύναμοι δεσμοί των κοινωνικών δικτύων που εξασφαλίζουν περισσότερες ευκαιρίες απασχόλησης συγκριτικά με τους στενούς φίλους και συγγενείς, δεδομένου ότι παρέχουν μεγαλύτερη πληθώρα πληροφοριών και διαθέτουν μεγαλύτερη διασπορά και ποικιλία στις ευκαιρίες απασχόλησης. Με την άποψη αυτήν συμφωνεί και ο Montgomery .

Ειδικά τα οικογενειακά δίκτυα ενδυναμώνουν τα άτομα και τους συγγενικούς δεσμούς, την άσκηση ελέγχου στα γεγονότα της ζωής και έχουν ύψιστη σημασία ως προληπτική στρατηγική για οικογένειες που ζουν σε αγχογόνα περιβάλλοντα. Τα κοινωνικά δίκτυα συσχετίζονται με την καταναλωτική ισχύ και τους πόρους, το είδος της παραγωγής, την προσβασιμότητα των κρατικών υπηρεσιών, την κοινωνική δραστηριότητα και τις υποκειμενικές αντιλήψεις κοινωνικής ενσωμάτωσης. (78)

5.3 Κοινωνικό κεφάλαιο και κάπνισμα (πρόσφατες έρευνες).

5.3.1 Εφηβική συμπεριφορά κινδύνου.

Αν και το μεγαλύτερο ποσοστό της νεολαίας περνάει την εφηβεία επιτυχώς, για μια σημαντική μειονότητα, συμπεριφορές κινδύνου, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση και η χρήση των ψυχοτρόπων φαρμάκων, η μη προστατευμένη σεξουαλική δραστηριότητα και οι πολλαπλάσιοι συνεργάτες φίλοι, περιβάλουν μια μερίδα της εφηβικής εμπειρίας τους. Πρόσφατα αποτελέσματα από έρευνα νεολαίας για το κάπνισμα το 2004-2005 μας έδειξε ότι το 21% της νεολαίας στις ηλικίες από 15 - 19 έχουν δοκιμάσει τον καπνό, που αντιπροσωπεύει μια μείωση 50% από το 1994. (95)

Ο Gilmore αναθεώρησε τις εθνικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ 1985 και 2001, καθώς κατέδειξε μια μείωση στο κάπνισμα που πραγματοποιήθηκε μεταξύ 15 – 19 ετών από ένα επίπεδο 28.5% το 1995 σε 22.5% το 2001. Εντούτοις, ακόμα παραμένει ένας αρκετά μεγάλος αριθμός νέων Καναδών που έχουν την εμπειρία με τον καπνό. Η κατανάλωση οινοπνεύματος μεταξύ της νεολαίας είναι η πιο επικρατούσα. (96)

5.3.2. Μελέτη συσχέτισης χρήσης μαριχουάνας – τσιγάρου.

Αυτά τα συμπεράσματα καταδεικνύουν τη σημασία και την κατάχρηση ουσιών στην έρευνα της συμπεριφοράς χρήσης τσιγάρου. Οι έφηβοι που καπνίζουν ταξινο-

μούνται συχνά σε διαφορετικές ομάδες από τους ερευνητές χωρίς να λογαριάζεται κατά πόσο είναι σε θέση να κάνουν χρήση ουσιών. Αν και η κατάχρηση ουσιών προσδιορίζεται περιστασιακά στην έρευνα συμπεριφοράς χρήσης τσιγάρου, είναι δυνατό οι έφηβοι που προσδιορίζονται «ως καπνιστές» να μπορούν να γίνουν αντιληπτοί, πρωτίστως από την άποψη της χρήσης μιας άλλης ουσίας με λίγο σεβασμό στη χρήση τους. Τα συμπεράσματα της μελέτης δείχνουν ότι οι χρήστες τσιγάρου που κάνουν χρήση μαριχουάνας εμφανίζονται να έχουν τη μεγαλύτερη εξάρτηση και εθισμό στο τσιγάρο και μπορούν επομένως να χρειαστούν τις εντονότερες επεμβάσεις που προσαρμόζονται στην κατάχρηση. Επιπλέον, η χρήση μαριχουάνας μπορεί να είναι μια «πιθανή πύλη» στη χρήση τσιγάρου, ιδιαίτερα στους πληθυσμούς εφήβων με την υψηλότερη επικράτηση χρήσης μαριχουάνας, και μπορεί να έχει μια καταλυτική ή συνεργαστική επίδραση στην εξάρτηση τσιγάρου μεταξύ των ατόμων που χρησιμοποιούν και τις δύο ουσίες. Κατανοώντας την θέση χρήσης ουσιών στην εφηβεία μπορεί να βοηθήσει να εξηγηθεί η επίμονη και αυξανόμενη εξάρτηση τσιγάρου. [97]

5.3.3. Μελέτη συσχέτισης τσιγάρου – εφηβείας.

Το κάπνισμα τσιγάρων είναι η πιο αποτρέψιμη αιτία θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες. Παρά τις πτώσεις στο κάπνισμα τσιγάρων προς το τέλος της δεκαετίας του '90, τα ποσοστά μεταξύ της νεολαίας παραμένουν υψηλά, με 23% της δωδέκατης αξιολογητικής έκθεσης για το κάπνισμα **στις προηγούμενες 30 ημέρες**. Το κάπνισμα τσιγάρων μεταξύ της νεολαίας έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον επειδή τα σχέδια του καπνίσματος καθιερώνονται συχνά κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Η έρευνα προτείνει ότι τα άτομα προχωρούν μέσω μιας σειράς σταδίων πριν γίνουν κανονικοί καπνιστές, συμπεριλαμβανομένου της προετοιμασίας καπνίσματος ή της ευαισθησίας, δοκιμάζοντας τα τσιγάρα, τον επαναλαμβανόμενο πειραματισμό, την κανονική χρήση, και την εξάρτηση. Αν και είναι κοινό για τη νεολαία να προχωρήσει μέσω των καπνιζόντων σταδίων κατά τη διάρκεια της εφηβείας, από τις πολυάριθμες μελέτες προτείνει ότι οι έφηβοι ακολουθούν τα διαφορετικά σχέδια του καπνίσματος. Οι περισσότερες μελέτες έχουν περιλάβει το κάπνισμα συνομηλίκων και γονέων και ένα γενικό μέτρο των τοποθετήσεων καπνίσματος, αλλά λίγοι έχουν εξετάσει πώς οι παράγοντες που σχετίζονται με το κάπνισμα συνδέονται με τα σχέδια έναρξης του τσιγάρου, όπως οι αντιλήψεις για τον αριθμό ενηλίκων και εφήβων που καπνίζουν, τη λειτουργική έννοια της χρήσης καπνών, την αντιληπτή δυσκολία του να καπνίζεις σε δημόσιους χώρους, τις αρνητικές αντιλήψεις για τη βιομηχανία καπνών, και τις πολιτικές εγχώριου καπνίσματος. Η εξέταση πώς αυτοί οι παράγοντες συνδέονται με την ιδιότητα μέλους τροχιάς είναι ιδιαίτερα σημαντική επειδή στοχεύουν συχνά μέσω των προγραμμάτων πρόληψης καπνίσματος. Οι κύριοι στόχοι της παρούσας μελέτης είναι: να προσδιορίσουν τις ευδιάκριτες αναπτυξιακές τροχιές της χρήσης καπνού, από την ηλικία 12 έως 19, και να εξετάσει πώς οι διάφοροι παράγοντες που είναι σχετικοί με το κάπνισμα συνδέονται με την ιδιότητα μέλους της ομάδας που εξετάζεται. Ασυμβίβαστοι με τις υποθέσεις και διάφορες προηγούμενες μελέτες, δεν βρέθηκε μια ομάδα καπνιστών που να ήταν με συνέπεια κανονικοί καπνιστές σε όλη την εφηβεία. Αυτό μπορεί να είναι επειδή οι αλληλεπιδράσεις άρχισαν σε μια σχετικά νέα ηλικία, ίσως προτού να καθιερώσει η πλειοψηφία της νεολαίας τα κανονικά σχέδια καπνίσματος. Μια από τις πιο ενδιαφέρουσες ομάδες ήταν το γκρουπ με τις μειωμένες αντιστάσεις. Η ομάδα με τις μειωμένες αντιστάσεις ξεκίνησε πιο γρήγορα το κάπνισμα και με τη γρηγορότερη κλιμάκωση οποιασδήποτε αλληλεπίδρασης του καπνίσματος και αυτή η ομάδα ήταν η μόνη που είχε μια πτώση στο κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Μερικές μελέτες δείχνουν ότι οι ελαφριοί και μέτριοι καπνιστές κινούνται συχνά στα βαρύτερα σχέδια της κατανάλωσης καθώς κινούνται στη νέα ενηλικίωση, και η μελέτη δεί-

χνει ότι μερικοί καπνιστές καπνίζουν λιγότερο καθώς προχωρούν μέσω της εφηβείας. Αυτό δεν πρόκειται να πει, εντούτοις, ότι η πρόωρη και γρήγορη κλιμάκωση αυξάνει τις πιθανότητες ότι ένας νέος καπνιστής θα είναι σε θέση να το διακόψει. Η κατανόηση των διαφορών μεταξύ των νέων που συνεχίζουν να καπνίζουν εναντίον εκείνων που μειώνουν την κατανάλωση του τσιγάρου στο τέλος του γυμνασίου θα μπορούσε να παρέχει τις σημαντικές πληροφορίες για τις προσπάθειες πρόληψης. Έξι τροχιές σαφώς δείχνουν ότι το κάπνισμα αλλάζει συνεχώς κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Παραδείγματος χάριν, στην πρόωρη εφηβεία, η πλειοψηφία των τροχιών καπνίσματος παρουσιάζει αυξήσεις στο κάπνισμα κάθε 6 μήνες μεταξύ των ηλικιών 12 και 14. Επιπλέον, οι τροχιές δείχνουν ότι η πλειοψηφία της νεολαίας που καπνίζει κατά τη διάρκεια της εφηβείας άρχισε κατά ηλικία των 12 (ή σύντομα έκτοτε), προτείνοντας την σημαντική σημασία της πρόωρης επέμβασης (πριν από την ηλικία 12). Οι τροχιές που βρίσκονται σε αυτήν την μελέτη δίνουν έμφαση επίσης στις σημαντικές αλλαγές που εμφανίζονται στο κάπνισμα κατά τη διάρκεια της μέσης και πρόσφατης εφηβείας. Αντίθετα από τις άλλες ομάδες, οι πρώην καθιερωμένοι καπνιστές δεν άρχισαν μέχρι τα 14 έτη, και οι πρώτες και πρώην δημιουργημένες ομάδες συνέχισαν να αυξάνουν την κατανάλωση καπνών μέχρι την πρόσφατη εφηβεία όταν γίνονται κανονικοί καπνιστές. Αντίθετα, η κατάχρηση του καπνίσματος άρχισε κατά ηλικία των 17. [93]

Υπάρχουν αυτήν την περίοδο σχεδόν ένα εκατομμύριο θάνατοι σχετικοί με το τσιγάρο, κάθε χρόνο στην Κίνα και εάν οι σύγχρονες τάσεις στη συμπεριφορά καπνίσματος συνεχιστούν, αυτός ο αριθμός θα αυξηθεί σε 2 έως 3 εκατομμύρια θανάτων τον χρόνο από 2025.3, ειδικά ανησυχητικές είναι οι αιχμηρές αυξήσεις σε χρήση τσιγάρων που τεκμηριώνεται πρόσφατα μεταξύ των γυναικών και των εφήβων στην Κίνα. Αν και η επικράτηση του καπνίσματος έχει μειωθεί ελαφρώς μεταξύ ολόκληρου του πληθυσμού της Κίνας από το 1996 ως το 2002, έχει αυξηθεί μεταξύ των ανθρώπων 15-24 ετών και μεταξύ των γυναικών σε συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή. Η επικράτηση των προσπαθειών διακοπής έχει αυξηθεί από το 1996 ως το 2002, αλλά το 74% των τρεχόντων καπνιστών δηλώνουν ότι ακόμη δεν έχουν καμία πρόθεση να σταματήσουν το κάπνισμα. Το CSCS πραγματοποίησε τις έρευνες για τέσσερις ομάδες ηλικίας: μαθητών δημοτικού, μαθητών γυμνασίου, μαθητές λυκείου και φοιτητές (συμπεριλαμβανομένων των ακαδημαϊκών γυμνασίων και των επαγγελματικών γυμνασίων, τα οποία αντιμετωπίστηκαν αργότερα ως χωριστές ομάδες στην ανάλυση στοιχείων, επειδή είχαν πολύ διαφορετικά ποσοστά επικράτησης καπνίσματος), οι σπουδαστές κολλεγίων, και οι γονείς του μέσου και υψηλού σχολείου TICLE .Στην Κίνα μελετήθηκαν 1157 σπουδαστές σε επτά πόλεις. Με άλλα λόγια, μεταξύ των μέσων σχολικών σπουδαστών, τα αγόρια ήταν 2.3 φορές πιθανότερο από τα κορίτσια να έχουν καπνίσει στον προηγούμενο μήνα, αλλά μεταξύ των γονέων, οι άνδρες ήταν 26.2 φορές πιθανότερο από τις γυναίκες να έχουν καπνίσει στον προηγούμενο μήνα. Η κατά γένος συγκεκριμένη παραλλαγή στο κάπνισμα στις πόλεις ήταν παρόμοια με αυτήν που λήφθηκε στο γενικό δείγμα. Μεταξύ των αρσενικών και των θηλυκών, η επικράτηση καπνίσματος ήταν γενικά υψηλότερη στις νοτιοδυτικές πόλεις Kunming και Chengdu, και χαμηλότερη στις παράκτιες πόλεις Hangzhou και Qingdao. Υπάρχουν αυτήν την περίοδο σχεδόν ένα εκατομμύριο θάνατοι το χρόνο στην Κίνα που να σχετίζονται με το τσιγάρο και εάν οι σύγχρονες τάσεις στη συμπεριφορά καπνίσματος συνεχιστούν, αυτός ο αριθμός θα αυξηθεί σε 2 έως 3 εκατομμύρια θανάτους τον χρόνο έως το 2025.3, ειδικά ανησυχητικές είναι οι αιχμηρές αυξήσεις στην χρήση τσιγάρου που αποδεικνύεται πρόσφατα μεταξύ των γυναικών και των εφήβων στην Κίνα. Αν και η επικράτηση του καπνίσματος έχει μειωθεί ελαφρώς μεταξύ του ολόκληρου του πληθυσμού της Κίνας από το 1996 ως το 2002, έχει αυξηθεί μεταξύ των ατόμων ηλικίας 15-24 ετών και μεταξύ των γυναικών σε συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή . Η επικράτηση των εγκαταλειμμένων προσπαθειών έχει αυξηθεί από το 1996 ως το

2002, αλλά 74% των τρεχόντων καπνιστών δεν έχουν ακόμα καμία πρόθεση να σταματήσουν το κάπνισμα. Οι αναλογίες πιθανοτήτων για τους άνδρες και για τις γυναίκες που αφορούν κάποιον που καπνίζει κατά τη διάρκεια της ζωής του ήταν 2.1 (95% CI Ό 1:9, 2.4) μεταξύ των μέσων σχολικών μαθητών, 2.5 (95% CI Ό 2:2, 2.7) μεταξύ των ακαδημαϊκών μαθητών γυμνασίου, 3.3 (95% CI Ό 2:8, 3.9) μεταξύ των επαγγελματικών μαθητών γυμνασίου, 4.6 (95% CI Ό 3:9, 5.5) μεταξύ των σπουδαστών κολλεγίων, και 33.7 (95% CI Ό 31:4, 36.3) μεταξύ των γονέων. Με άλλα λόγια, μεταξύ των μέσων σχολικών μαθητών, τα αγόρια ήταν δύο φορές πιο πιθανό από τα κορίτσια να έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα. Μεταξύ των γονέων, οι άνδρες ήταν πάνω από 33 φορές πιθανότερο από τις γυναίκες να έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι διαφορές φύλου στον προηγούμενο μήνα ανάμεσα στους καπνιστές στις επτά πόλεις. Οι διαφορές φύλου στον προηγούμενο μήνα ήταν παρόμοιες με τις διαφορές φύλου όσον αφορά το κάπνισμα στην διάρκεια ζωής. Στις πόλεις και στις ομάδες ηλικίας, τα αρσενικά είχαν μια σημαντικά υψηλότερη επικράτηση τον προηγούμενο μήνα στην χρήση τσιγάρου απ' ότι τα θηλυκά. Η διαφορά στην επικράτηση καπνίσματος μεταξύ των αρσενικών και των θηλυκών ήταν μεγαλύτερη μεταξύ των ομάδων γηρατειών. Οι αναλογίες πιθανοτήτων για τους άνδρες και για τις γυναίκες που αφορούν κάποιον που κάπνιζε τον προηγούμενο μήνα ήταν 2.3 (95% CI Ό 1.9, 2.8) μεταξύ των μέσων σχολικών μαθητών , 4.4 (95% CI Ό 3.5, 5.5) μεταξύ των ακαδημαϊκών σπουδαστών γυμνασίου, 5.6 (95% CI Ό 4.5, 6.8) μεταξύ των επαγγελματικών μαθητών γυμνασίου, 12.8 (95% CI Ό 9.2, 17.9) μεταξύ των σπουδαστών κολλεγίων, και 26.2 (95% CI Ό 24.3, 28.2) μεταξύ των γονέων. Με άλλα λόγια, μεταξύ των μέσων σχολικών σπουδαστών, τα αγόρια ήταν 2.3 φορές πιθανότερο από τα κορίτσια να έχουν καπνίσει στον προηγούμενο μήνα, αλλά μεταξύ των γονέων, οι άνδρες ήταν 26.2 φορές πιθανότερο από τις γυναίκες να έχουν καπνίσει στον προηγούμενο μήνα. Η συγκεκριμένη παραλλαγή στο γένος που αφορά το κάπνισμα στις πόλεις ήταν παρόμοια με αυτήν που λήφθηκε στο γενικό δείγμα. Μεταξύ των αρσενικών και των θηλυκών, η επικράτηση καπνίσματος ήταν γενικά υψηλότερη στις νοτιοδυτικές πόλεις Kunming και Chengdu, και χαμηλότερη στις παράκτιες πόλεις Hangzhou και Qingdao. Στις πόλεις, τα επαγγελματικά γυμνάσια είχαν τα υψηλότερα ποσοστά επικράτησης καπνίσματος απ' ότι τα ακαδημαϊκά γυμνάσια. Απ' ότι ξέρουμε, αυτό είναι η πρώτη μελέτη για να εξεταστούν οι επαγγελματικοί σπουδαστές γυμνασίου ως ομάδα υψηλού κινδύνου για το κάπνισμα στην Κίνα. Οι λόγοι για την υψηλότερη επικράτηση καπνίσματος στα επαγγελματικά γυμνάσια δεν γίνονται κατανοητοί πλήρως. Είναι δυνατό ότι πολλοί σπουδαστές που παρευρίσκονται στα επαγγελματικά γυμνάσια και δεν έγιναν δεκτοί στα ακαδημαϊκά γυμνάσια, να είναι πιο επαναστατικοί, καταθλιπτικοί, ή απαισιόδοξοι για τις προοπτικές του μέλλοντος στις εκπαιδευτικές σταδιοδρομίες από τους συνομηλίκους τους που έγιναν αποδεκτοί στα ανταγωνιστικότερα ακαδημαϊκά γυμνάσια, και μπορεί να καπνίζουν για να αντιμετωπίσουν αυτές τις αρνητικές συγκυρίες. Είναι δυνατό μαθησιακές δυσκολίες όπως η διάσπαση της προσοχής/ υπερκινητικότητα (ADHD) να διαδραμάτισαν έναν ρόλο στα ακαδημαϊκά προβλήματά τους καθώς επίσης και την υψηλότερη στροφή τους προς το κάπνισμα. Είναι επίσης δυνατό ότι οι κοινωνικοί κανόνες στα επαγγελματικά γυμνάσια να ενθαρρύνουν το κάπνισμα. Απαιτείται περισσότερη έρευνα στις κινεζικές επαγγελματικές σχολές για να προσδιοριστούν οι λόγοι για την υψηλή επικράτηση καπνίσματός και για να σχεδιαστούν αποτελεσματικά προγράμματα πρόληψης κατά του καπνίσματος για αυτόν τον πληθυσμό. Οι διαφορές φύλου στο κάπνισμα, στις ομάδες ηλικίας και στις πόλεις, ήταν πιο επικρατούσες μεταξύ των αρσενικών απ' ότι μεταξύ των θηλυκών. Αυτό είναι σύμφωνο με τις προηγούμενες μελέτες στην Κίνα. Αν και είναι δύσκολο να συγκριθούν οι εκτιμήσεις επικράτησης καπνίσματος στις μελέτες για τα γυμνάσια που λαμβάνουν λιγότερη εκπαίδευση για μέτρα κατά του καπνίσμα-

τος απ' ότι τα ακαδημαϊκά γυμνάσια λόγω της παραλλαγής στις στρατηγικές δειγματοληψίας και τα μέτρα, πρόσφατη έρευνα έχει δείξει ότι το χάσμα φύλου στο κάπνισμα μειώνεται με την πάροδο του χρόνου. Απαιτείται συνεχής έρευνα για τις Κινέζες για να ανιχνεύσει την αύξηση του καπνίσματος με την πάροδο του χρόνου, για να καταλάβει τους λόγους για τους οποίους μερικές Κινέζες αρχίζουν το κάπνισμα, και για να δημιουργήσει και να εκτελέσει αποτελεσματικά προγράμματα πρόληψης κατά του καπνίσματος για τις γυναίκες. Το χάσμα φύλων στο κάπνισμα ήταν μεγαλύτερο στις γηραιότερες ομάδες και μικρότερο μεταξύ της νεολαίας. Υπάρχουν δύο πιθανές ερμηνείες αυτής της εύρεσης. Κατ' αρχάς, είναι δυνατό οι έφηβοι και των δύο φύλων να πειραματιστούν με το κάπνισμα (δηλ., η αναλογία αρσενικών/θηλυκών για τον προηγούμενο μήνα που κάπνιζαν είναι σχετικά μικρή κατά τη διάρκεια της εφηβείας), αλλά ότι τα αρσενικά είναι πιθανότερο να γίνουν συστηματικοί καπνιστές στην ενηλικίωση, που παράγει μια υψηλότερη αναλογία αρσενικών/θηλυκών μεταξύ των ενηλίκων. Δεύτερον, είναι δυνατό οι έφηβοι (αυτοί που αυτή την περίοδο είναι σε γυμνάσιο και λύκειο) έχει εδραιωθεί η ισότητα των φύλων όσον αφορά το κάπνισμα, έναντι των σημερινών ενηλίκων. Εάν αυτή είναι η κατάσταση αναμένεται μια αύξηση στο κάπνισμα μεταξύ των ενήλικων γυναικών στο μέλλον, καθώς αυτές οι νεότερες ομάδες ηλικίας προχωρούν προς την ενηλικίωση. Γενικώς, το κάπνισμα επικρατούσε περισσότερο στις πόλεις της νοτιοδυτικής Κίνας (Kunming και Chengdu) και λιγότερο στις παράκτιες πόλεις (Hangzhou και Qingdao). Το Qingdao είναι το οικονομικότερα αναπτυγμένο μεταξύ των πόλεων που συμμετέχουν και μαζί με το Hangzhou αντιπροσωπεύει το πλουσιότερο των επτά. Μπορεί να υπάρξει μια μεγαλύτερη συνειδητοποίηση των επιβλαβών αποτελεσμάτων του καπνίσματος σε αυτές τις αναπτυγμένες πόλεις. Το Kunming και Chengdu αντιπροσωπεύουν το άλλο τέλος του οικονομικού φάσματος. Επιπλέον, το Yunnan (Kunming) και το Sichuan (Chengdu) είναι δύο από τις τέσσερις επαρχίες που παράγουν μαζί 60% της συγκομιδής καπνών στην Κίνα από τα 2.4 εκατομμύρια τόνων ή το ένα τρίτο του παγκόσμιου καπνού κατασκευαστών τσιγάρων κάθε χρόνο. Συμβάλλει επίσης σημαντικά στην απασχόληση εργοστασίων και την κοινοτική ανάπτυξη στο νοτιοδυτικό σημείο της Κίνας. Μπορεί να είναι ότι η οικονομική σημασία του καπνού σε αυτήν την περιοχή που επηρεάζει τους τοπικούς κανόνες που δέχονται ή/και προωθούν το κάπνισμα τσιγάρων. [98]

5.3.4 Συσχέτιση Κοινωνικού Κεφαλαίου – εφήβων.

Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι οι επιδράσεις του κοινωνικού κεφαλαίου διαφέρουν ανά φύλο. Για παράδειγμα, ο Locher ανακάλυψε ότι όταν το κοινωνικό κεφάλαιο μετριέται από τακτικές συμμετοχές σε θρησκευτικές κοινότητες και εμπιστοσύνη στην κοινότητα, έχει προστατευτικές επιδράσεις στη φτωχή θρεπτική υγεία για τους έγχρωμους άντρες, εντούτοις δεν βρέθηκε η ίδια επίδραση και στις έγχρωμες γυναίκες. Οι Ellaway και Macintyre ανέφεραν ότι οι γυναίκες και οι άντρες επηρεάζονται από διαφορετικές διαστάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου. Ο Stafford βρήκε σημαντικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ φύλου και κοινωνικού κεφαλαίου στην προσωπική υγεία. Χρησιμοποιούν την εμπιστοσύνη, την ένταξη σε μεγαλύτερες κοινότητες και την συμμετοχή στη αριστερή παράταξη ως εξουσιοδοτήσεις για το κοινωνικό κεφάλαιο. Ανακάλυψαν ότι το μέγεθος της σχέσης μεταξύ κοινωνικού κεφαλαίου και υγείας είναι μεγαλύτερη απ' ότι στους άντρες. Οι μελέτες αυτές δείχνουν ευμετάβλητα ευρήματα στις διαφορές φύλων στη σχέση κοινωνικού κεφαλαίου κι υγείας. Αφότου χρησιμοποιούνται διαφορετικές γεωγραφικές κλίμακες στη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου (π.χ. ατομικό επίπεδο, γειτονιά, ο νομός, κράτος) δεν είναι παράξενο ότι υπάρχουν διαφορετικά συμπεράσματα. Εάν χρησιμοποιήθηκαν οι γείτονες ως μονάδα μέτρησης, οι επιδράσεις του κοινωνικού κεφαλαίου θα εξαρτώνται από μεγάλο

βαθμό στην έκθεση και την ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας. Οι γυναίκες κατά παράδοση είναι πιο πιθανό να περνούν περισσότερο χρόνο στη γειτονιά και να χειρίζονται τις δουλειές του σπιτιού, όπως να αγοράζουν τρόφιμα από κάπου κοντά ή να προσέχουν παιδιά και ηλικιωμένους. Επίσης οι γυναίκες είναι πολύ πιθανόν να είναι πιο ικανές να φτιάξουν και να διατηρήσουν κοινωνικά δίκτυα που συνδέουν τις οικογένειες και τις κοινότητες, δεδομένου του κοινωνικού τους ρόλου και της προσωπικότητας τους που θέλουν να φροντίζουν και να συμπαραστέκονται.[99]

5.3.5 Συσχέτιση Κοινωνικού Κεφαλαίου – Οικογένειας.

Τα πρότυπα που προέρχονται από τον κοινωνικό έλεγχο και τις κοινωνικές θεωρίες εκμάθησης προϋποθέτουν ότι το οικογενειακό περιβάλλον είναι ένα σημαντικό υπόβαθρο βασισμένο στα συμφραζόμενα που επηρεάζει την καθιέρωση των συμπεριφορών υγείας των παιδιών. Οι ισχυροί κοινωνικοί δεσμοί στην οικογένεια μπορούν να προστατεύσουν τους εφήβους από την έναρξη επικίνδυνων συμπεριφορών. Επιπλέον, η κοινωνική θεωρία εκμάθησης υποστηρίζει ότι αν οι γονείς έχουν επικίνδυνες συμπεριφορές μπορεί να έχουν επιρροή πάνω στα παιδιά τους. Τα παιδιά παρατηρούν τα επιδρώντα πρότυπα όπως είναι ο ρόλος των γονιών και αν αυτοί έχουν «κακές συνήθειες» τα παιδιά θα τις υιοθετήσουν. Τα οικογενειακά χαρακτηριστικά, όπως η οικιακή σύνθεση, το έθνος, το φύλο, η ηλικία του γονέα και του παιδιού, και αν οι γονείς έχουν μεταναστεύσει, μπορούν να επηρεάσουν το βαθμό της οικογενειακής σύνδεσης, την επιρροή των προτύπων ρόλου, και στη συνέχεια, την ένωση όλων αυτών με τις συμπεριφορές κινδύνου νεολαίας. Μια μεγάλη βιβλιογραφική μερίδα υποστηρίζει τις ενώσεις μεταξύ των σχέσεων γονιού παιδιού και την συμπεριφορά των εφήβων, ευρέως και συγκεκριμένα για τις συμπεριφορές κινδύνου όπως το κάπνισμα. Η ποιότητα της σχέσης, από απόψεως δεσμών στοργής και η σύνδεση της επικοινωνίας με την αποδοκιμασία, είναι ότι συνηθέστερο έχει ερευνηθεί. Τα υψηλά επίπεδα των δεσμών στοργής γονέα παιδιού ή της συνεκτικότητας και της γονικής αποδοκιμασίας έχουν αποδείξει ότι οι προστατευτικοί παράγοντες είναι κίνδυνος για την υγεία πολλών συμπεριφορών στην εφηβεία, συμπεριλαμβανομένου του καπνίσματος. Αυτές οι ενώσεις, εντούτοις, δεν έχουν εξεταστεί χαρακτηριστικά μέσα στο πλαίσιο της γονικής θέσης για το κάπνισμα. Τέτοια εκτίμηση μπορεί να είναι σημαντική, όπως το γονικό κάπνισμα μπορεί να επηρεάσει εάν η συνεκτικότητα και η γονική αποδοκιμασία μειώνουν την πιθανότητα ενός εφήβου να καπνίσει. Παραδείγματος χάριν, όταν ένας γονέας καπνίζει υπάρχει η πιθανότητα το παιδί του να μιμηθεί την συμπεριφορά του αυτή. Σε αυτή την περίπτωση, όσο πιο μακριά είναι ένας έφηβος από τον γονέα που καπνίζει μπορεί να είναι προστατευτικό για τον έφηβο να καπνίσει. Ομοίως, η ισχυρή αποδοκιμασία του καπνίσματος από ένα γονέα καπνιστή μπορεί να μην είναι αρκετά ισχυρή να αντιμετωπίσει την επιρροή της διαμορφωμένης συμπεριφοράς, ή ακόμα και χειρότερα, να αντιμετωπισθεί ως υποκριτικός και να ενθαρρύνει έμμεσα τον πειραματισμό με το κάπνισμα. Άλλη μια φορά, όταν ο γονέας είναι καπνιστής, τα χαμηλότερα επίπεδα αντιληπτής γονικής αποδοκιμασίας του καπνίσματος μπορούν να μειώσουν την ελκυστικότητα του καπνίσματος ως επαναστατική συμπεριφορά. Άλλα οικογενειακά χαρακτηριστικά μπορούν να έχουν επιπτώσεις στην αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων σχέσης γονέα παιδιού και της συμπεριφοράς απέναντι στο κάπνισμα. Οι ενώσεις μεταξύ αυτών των παραγόντων μπορούν να διαφέρουν βάσει στο έθνος της οικογένειας, του φύλου του παιδιού ή του γονέα, και της ηλικίας του παιδιού. Ο Robinson και οι συνεργάτες του έδειξαν ότι το γονικό κάπνισμα αύξησε τον κίνδυνο για τους εφήβους αφού καπνίζουν τριπλάσια τα κορίτσια, αλλά όχι και τα αγόρια. Επιπλέον, ακόμη και μεταξύ των κοριτσιών, η ένωση ήταν λιγότερο έντονη για τα κορίτσια. Περαιτέρω, τα κορίτσια γίνονται πιο εύκολα αντιληπτά και ελέγχο-

νται πιο εύκολα από τα αγόρια, και η επικοινωνία μητέρας κόρης έχει βρεθεί να είναι μεγαλύτερη σε ποιότητα και ποσότητα από την επικοινωνία πατέρα κοριτσιού ή μητέρα γιου. Τέλος, η επιρροή της οικογένειας στη συμπεριφορά καπνίσματος μπορεί να εξασθενίσει καθώς οι έφηβοι μεγαλώνουν. Η ηλικία των γονέων, το έθνος γέννησης τους, και η οικογενειακή δομή μπορούν επίσης να επηρεάσουν την συνεκτικότητα γονέα παιδιού, την γονική αποδοκιμασία, και το γονικό κάπνισμα να έχει επιπτώσεις στη συμπεριφορά καπνίσματος των παιδιών. Η οικογενειακή δομή μπορεί επίσης να είναι σημαντική. Η νεολαία στις μονογονεικές οικογένειες έχει αποδειχθεί να έχει τα υψηλότερα ποσοστά συμπεριφορών κινδύνου, συμπεριλαμβανομένου του καπνίσματος, και αυτό μπορεί να ισχύει ιδιαίτερα εάν ο γονέας είναι καπνιστής. Σε αυτήν την περίπτωση, η επιρροή από τον γονέα όσον αφορά το κάπνισμα μπορεί να μεγιστοποιηθεί όταν δεν υπάρχει το γονικό πρότυπο του μη καπνιστή στην οικογένεια. Επιπλέον, οι πολλές ανταγωνιστικές απαιτήσεις από ένα γονιό μπορούν και να αυξήσουν την πιθανότητα του καπνίσματός και να μειώσουν επίσης το χρόνο που πρέπει να επικοινωνήσει με το παιδί του για να αποδοκιμάσει το κάπνισμα ή να παρατηρήσει αν το παιδί του καπνίζει. Άλλα οικογενειακά χαρακτηριστικά μπορούν να έχουν επιπτώσεις στην αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων σχέσης γονέα-παιδιών και της συμπεριφοράς καπνίσματος. (100)

Οι Salmi και Kivivuori υποστηρίζουν επίσης ότι το κοινωνικού κεφάλαιο εξαρτάται από την οικογενειακή υποστήριξη, τον οικογενειακό έλεγχο, την υποστήριξη και τον έλεγχο των δασκάλων, τον έλεγχο της γειτονιάς, τη σχέση μεταξύ των γονέων και των μαθητών (ένας γονέας ενός σπουδαστή ξόδεψε χρόνο με το γονέα των άλλων σπουδαστών), την πρόσβαση των μαθητών σε δουλειές που έχουν γνωριμίες οι γονείς τους (οικογενειακή χρήση των συνδέσεών τους για να λάβει μια μερικής απασχόλησης εργασία για το παιδί τους). Γενικά, οι μελετητές ανέφεραν ότι μια μείωση στα κοινωνικά κεφάλαια αφορούσε μια αύξηση στις εγκληματικές πράξεις. Ο Salmi και ο Kivivuori, εντούτοις, διαπίστωσαν ότι ένα χαμηλό επίπεδο της σχετικής πρόσβασης μεταξύ γενεών κοινωνικής περάτωσης στην αγορά εργασίας αφορούσε αντιστρόφως το νεανικό έγκλημα. (94)

Έρευνες έχουν θεωρητικολογήσει και εξετάσει πολυάριθμους τρόπους ζωής που συνδέουν το κοινωνικό περιβάλλον με το εφηβικό κάπνισμα. Οι κοινωνικές θεωρίες εκμάθησης υπογραμμίζουν τη σημασία της διαδικασίας εκμάθησης ως επακόλουθο των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων με τους άλλους ισχυρούς δεσμούς όπως οι γονείς, οι συνομήλικοι, οι συμμαθητές, και οι γείτονες. Κατά συνέπεια, οι έφηβοι είναι τυπικά προστατευμένοι από το κάπνισμα, εάν οι παράγοντες κοινωνικοποίησης τους αποθαρρύνουν από το κάπνισμα και τα τσιγάρα είναι λιγότερο προσιτά.

Οι θεωρίες κοινωνικοποίησης και κοινωνικής ανάπτυξης υποστηρίζουν ότι εκτός από την άμεση επιρροή της συμπεριφοράς των ισχυρών παραγόντων, επηρεάζουν επίσης την ποιότητα και το περιεχόμενο της διαδικασίας κοινωνικοποίησης του εφήβου. Με αυτό τον τρόπο ζωής, ο γονικός έλεγχος, το δέσιμο γονέα και παιδιού, και η επικοινωνία μεταξύ των γονιών και των παιδιών είναι σημαντικοί παράγοντες και ασκούν τις καθημερινές επιρροές στην ανάπτυξη του παιδιού.

Συμπληρωματικά στις κοινωνικές θεωρίες εκμάθησης και κοινωνικοποίησης, οι κοινωνικοοικονομικές προοπτικές των πόρων υποστηρίζουν ότι η χαμηλή γονική κοινωνικοοικονομική θέση και η έλλειψη κοινωνικοοικονομικών πόρων, βάζουν τους έφηβους σε κίνδυνο για την εμφάνιση παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς, δεδομένου ότι το αυξανόμενο οικιακό εισόδημα είναι προστατευτικό, ίσως λόγω του συνδέσμου του με τη γονική εκπαίδευση, τις θετικές γονικές μορφές, και άλλες ευνοημένες περιστάσεις της ζωής. Η γονική εκπαίδευση είναι ευεργετική, επειδή συνδέεται θετικά με τις γονικές προσδοκίες στην ακαδημαϊκή επίδοση των παιδιών και συμβάλλει σε πιο εποικοδομητική σχέση με τους γονείς.

Επιπλέον, οι κοινωνικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι η πίεση μπορεί να είναι ένας παράγοντας που συντελεί για το εφηβικό κάπνισμα. Οι γονικές συγκρούσεις και το ανταγωνιστικό σχολικό περιβάλλον είναι κατανοητοί παράγοντες άγχους στη ζωή ενός εφήβου. Αυτοί οι παράγοντες άγχους συνδέονται θετικά με το εφηβικό κάπνισμα πιθανό μέσω της αύξησης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της επαναστατικότητας των εφήβων.

Σαφώς, αυτές οι θεωρίες δεν είναι αμοιβαία αποκλειστικές. Και οι κοινωνικές θεωρίες εκμάθησης και οι θεωρίες κοινωνικοποίησης θεωρούν τα κοινωνικά συγγενικά χαρακτηριστικά ενός εφήβου ότι είναι συχνά συμπυκνωμένα στην έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου. Παρά την προσδιοριστική ποικιλομορφία του, το κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρεται γενικά στους κοινωνικούς πόρους που είναι διαθέσιμοι στο άτομο μέσω της συμμετοχής του σε ορισμένη κοινωνική δομή. Επειδή τα άτομα τοποθετούνται μέσα στις μεγαλύτερες κοινωνικές δομές, το κοινωνικό κεφάλαιο είναι μια κατάλληλη έννοια για τους πολύ-επίπεδους κοινωνικούς τομείς. Συγκεκριμένα για την εφηβική ανάπτυξη, τα συμπεριφοριστικά πρότυπα του εφήβου, οι παράγοντες επιρροής όπως οι γονείς και οι συνομήλικοι και οι αλληλεπιδράσεις τους με τον έφηβο είναι σημαντικοί επειδή αυτοί οι άνθρωποι αποτελούν τον πυρήνα του κοινωνικού συγγενικού ιστού του εφήβου και επομένως σε ένα μεγάλο μέρος καθορίζονται τα συγγενικά προτερήματα και τα ελλείμματα στα οποία ο έφηβος εκτίθεται συνήθως. Το κοινωνικό κεφάλαιο είναι σημαντικό επίσης, επειδή πιθανό να είναι μεσολαβητής στις επιπτώσεις της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης της οικογένειας του εφήβου. Για παράδειγμα, όπως προαναφέρθηκε, η γονική εκπαίδευση μπορεί να επηρεάσει την εφηβική συμπεριφορά εν μέρει μέσω του εποικοδομητικού γονικού ύφους που θα διαμόρφωνε μια σημαντική διάσταση του κοινωνικού κεφαλαίου που θα ήταν διαθέσιμη στον έφηβο. Όσον αφορά στις κοινωνικές πιέσεις που βιώνουν οι έφηβοι, το κοινωνικό κεφάλαιο συχνά ουδετεροποιεί τα επιβλαβή αποτελέσματα των αγχωτικών καταστάσεων.

Οι κοινωνικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες δεν μπλέκονται μόνο με τους σύνθετους τρόπους, αλλά αυτοί μπορούν επίσης να εφαρμοστούν σε περισσότερα πεδία. Οι δραστηριότητες εκμάθησης και κοινωνικοποίησης ενός ατόμου δεν είναι περιορισμένες στο οικογενειακό περιβάλλον, αλλά συνήθως λειτουργούν σε όλες τις μορφές κοινωνικών σχέσεων. Για έναν συνηθισμένο έφηβο, η οικογένεια, οι φίλοι, το σχολείο, και η γειτονιά αποτελούν τα βασικά πεδία στα οποία μαθαίνει, κοινωνικοποιείται, και διευθύνει τις καθημερινές δραστηριότητες.

Η οικογένεια και οι επιρροές από τους συνομηλίκους στην ευημερία των εφήβων έχουν τεκμηριωθεί. Παραδείγματος χάριν, έρευνα για το ρόλο των κοινωνικών επιρροών, διαπίστωσε ότι οι έφηβοι που αντιλήφθηκαν τα υψηλά ποσοστά επικράτησης καπνιστών στο περίγυρο τους διέτρεξαν αυξανόμενο κίνδυνο για την έναρξη της συμπεριφοράς αυτής. Επιπλέον, οι μη καπνιστές διέτρεξαν το μεγαλύτερο κίνδυνο για τη χρήση τσιγάρου εάν είχαν φίλους ή γονείς καπνιστές.

Το σχολικό περιβάλλον, είναι ακόμα ένα σημαντικό πεδίο για τους εφήβους που περνούν πολύ χρόνο στο σχολείο με τις περισσότερες από τις κοινωνικές επαφές και τις ομάδες συνομηλίκων να δημιουργούνται, συνδέονται, και διατηρούνται στο σχολικό περιβάλλον. Παραδείγματος χάριν, το σχολικό κλίμα αντανακλάται στις συνολικές ακαδημαϊκές προσδοκίες και η επικράτηση του καπνίσματος, βρέθηκε για να ασκεί συναφής επιδράσεις στο εφηβικό κάπνισμα, μετά από την άσκηση ελέγχου σε ατομικό επίπεδο.

Το περιβάλλον της γειτονιάς είναι επίσης ένας κοινωνικός τομέας για τους εφήβους που περνούν ένα μεγάλο μέρος του χρόνου τους μετά το σχολείο στις τοπικές κοινότητές. Υπάρχει μια γρήγορα αναπτυσσόμενη λογοτεχνία που εξετάζει τη σχέση μεταξύ του τόπου κατοικίας, της υγείας και της ευημερίας. Μια μικρή μερίδα αυτής

της εργασίας ήταν εστιασμένη στην ανάπτυξη της νεολαίας, δείχνοντας γενικά τη σημασία της γειτονιάς. Εντούτοις, υπάρχουν λίγα στοιχεία για τη γειτονιά στο εφηβικό κάπνισμα.

Οι πολιτικές σχετικά με την κατανάλωση καπνού μπορούν να διαδραματίσουν ρόλο στη έναρξη του καπνίσματος. Παραδείγματος χάριν, εάν ένα σχολείο έχει αυστηρούς κανόνες ενάντια στο κάπνισμα τόσο για τους δασκάλους όσο και τους μαθητές στο χώρο του σχολείου, τότε οι μαθητές εκείνου του σχολείου μπορούν να το θεωρήσουν λιγότερο δελεαστικό να δοκιμάσουν το κάπνισμα λόγω των σοβαρών συνεπειών του. Ομοίως, εάν ένα κράτος έχει τους πόρους για να διασπείρει τις πληροφορίες για τις καταστρεπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία ή έχει πολιτικές που περιορίζουν την πρόσβαση στα τσιγάρα για τους ανηλίκους, οι νέοι μπορεί να αισθανθούν αποθαρρυμένοι για να αρχίσουν το κάπνισμα. Ο ρόλος αυτών των πολιτικών για την έναρξη του καπνίσματος σε σύγκριση με τους πιο άμεσους παράγοντες όπως τα ατομικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά, δεν είναι ακόμα γνωστός.

Εκτός από τους συναφής παράγοντες, πολλοί μεμονωμένοι παράγοντες έχουν βρεθεί για να προβλέπουν το κάπνισμα στην εφηβεία. Για παράδειγμα, ο χαμηλός αυτοσεβασμός, η εργασία, και η αντιληπτή φυσική ωριμότητα όλες έχουν συνδεθεί θετικά με το εφηβικό κάπνισμα. Αυτοί οι γνωστοί ατομικοί παράγοντες του καπνίσματος στην εφηβεία πρέπει να εκτιμηθούν όταν εξετάζονται οι συναφής παράγοντες. (101)

Η γονική εμπλοκή περιέχει διάφορες συμπεριφορές από την παροχή βοήθειας στα μαθήματα αλλά στο να γίνουν ενεργά μέλη σε σχολική επιτροπή. Ερευνητές έχουν αναπτύξει διάφορα μοντέλα για τους γονείς, τις παιδικές αντιδράσεις και τα σχολικά αποτελέσματα. Μερικοί παρατηρούν την γονική εμπλοκή στο σπίτι από μια ευρεία προοπτική, ενσωματώνοντας σχολικές συμπεριφορές στο σπίτι. Παρά τις διάφορες έννοιες που χρησιμοποιούνται για να επεξηγηθεί η γονική εμπλοκή, καμία δεν φαίνεται να είναι σημαντική για την πρόοδο των παιδιών. (83)

5.3.6 Συσχέτιση Κοινωνικού Κεφαλαίου – Γειτονίας.

Ο Ross μετά από έρευνα που διεξήγαγε στους ενήλικους του Καναδά, ανέφερε ότι αυτοί που έχουν ισχυρό το αίσθημα του ανήκειν στην κοινότητα είναι πιο πιθανόν να αναφέρουν την ύπαρξη καλής υγείας ακόμα και όταν υπάρχουν χρόνιες ασθένειες, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, ζητήματα υγείας (κάπνισμα), άγχος και άλλοι παράγοντες. Η Rose ανακάλυψε ότι συγκεκριμένα στοιχεία του κοινωνικού κεφαλαίου (εμπλοκή στα κοινωνικά δίκτυα, οι φίλοι που μπορούν να βοηθήσουν στις αρρώστιες, αυτό-επαγγελματικότητα και εμπιστοσύνη) έχουν σχέση με την βελτίωση της υγείας τόσο σε ψυχικό όσο και φυσικό επίπεδο. (79)

Η οικολογική θεωρία και η έρευνα δείχνουν ότι η γειτονιά και οι κοινοτικές συναλλαγές παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη του παιδιού και του εφήβου. Ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για τους παράγοντες που συμβάλουν στην προσαρμογή έχει επιστήσει πρόσφατα την προσοχή στις επιρροές επιπέδων γειτονιάς. Συγκεκριμένα, οι μελέτες δείχνουν τα δομικά χαρακτηριστικά όπως είναι η ένδεια, η κινητικότητα, και οι διαφορές στην κοινωνικά προσκρουόμενη οργάνωση στα επίπεδα κινδύνου για τα παιδιά και τη νεολαία. Η νεολαία που ζει στις ασταθείς γειτονιές εκτίθεται σχετικά συχνά σε διάφορους παράγοντες κινδύνου όπως τα υψηλά επίπεδα της βίας και της παράνομης δραστηριότητας. Με ενδιαφέρον για τα προσαρμοστικά χαρακτηριστικά των γειτονιών, άλλες μελέτες εξετάζουν τη διαθεσιμότητα των πόρων και των θετικών ευκαιριών όπως της εκπαίδευσης και της απασχόλησης ως προστατευτικούς παράγοντες για τα παιδιά και τους εφήβους. Η πρόσβαση στους πόρους για τις βασικές φυσικές και κοινωνικές ανάγκες εντός της κοινότητάς κάποιου είναι δεμένη σε μια σειρά από

θετικές εκβάσεις όπως το κίνητρο για να πετύχει στο σχολείο και την αντίσταση των αρνητικών όμοιων επιρροών. Περαιτέρω, η συλλογική αποτελεσματικότητα, ή η ιδέα ότι η πρόσθετη οικογενειακή - κοινωνική υποστήριξη και μια αίσθηση της σύνδεσης προσκρούουν στην ανάπτυξη των παιδιών, αυτό είναι ένα χαρακτηριστικό των «αποτελεσματικών γειτονιών». Τα υψηλά επίπεδα της συλλογικής αποτελεσματικότητας μπορούν να ελαχιστοποιήσουν τα αρνητικά αποτελέσματα της έκθεσης κινδύνου μερικών νέων.

Οι εξετάσεις της γειτονιάς ως πλαίσιο για την ανάπτυξη έχουν αντιμετωπίσει τρομερές προκλήσεις. Συγκεκριμένα, οι ιδιαίτερες διαδικασίες και οι μηχανισμοί των επιρροών γειτονιάς είναι ανεπαρκώς κατανοητοί. Οι προκαταρκτικές μελέτες προτείνουν ότι καταλαβαίνοντας πώς οι έφηβοι αντιλαμβάνονται και δοκιμάζουν τη γειτονιά είναι θεμελιώδης στην κατανόηση της γειτονιάς ως επιδρών πλαίσιο. Εντούτοις, ακριβώς πως οι έφηβοι επηρεάζονται από τις επιρροές της γειτονιάς και πως υπάρχει μεμονωμένη παραλλαγή στις αντιλήψεις και τις εμπειρίες τους είναι υπό μελέτη. Η εξέταση της σύνθετης σχέσης μεταξύ των δομικών μεταβλητών γειτονιάς, της υποκειμενικής εμπειρίας εκείνων των μεταβλητών, και των αναπτυξιακών εκβάσεων εμποδίζεται στη συνέχεια από αυτήν την έλλειψη πληροφοριών. Η τρέχουσα μελέτη επιδιώκει να ξεμπερδέψει αυτήν την πολυπλοκότητα με το να ερευνήσει τους μηχανισμούς από τους οποίους οι πόροι της γειτονιάς επηρεάζουν την εμπειρία της εφηβείας. Συγκεκριμένα, η μελέτη εξέτασε τη σχέση μεταξύ των πόρων γειτονιάς, των εφηβικών αντιλήψεων και της εμπειρίας των πόρων, όπως επίσης και της έκθεσης της νεολαίας στις παρενοχλήσεις και της συνοχής της γειτονιάς.

Η γειτονιά επηρεάζει το παιδί και την ανάπτυξη των εφήβων, των πολλαπλάσιων οικολογικών συστημάτων που προσκρούουν στα παιδιά και στους εφήβους, το πλαίσιο της γειτονιάς είναι η πιο ελάχιστα μελετημένη και η ανεπαρκώς πιο κατανοητή. Ακόμα, οι γειτονιές αντιπροσωπεύουν ένα άμεσο κοινωνικό πλαίσιο για τους νέους. Η γειτονιά είναι ένας πρόωρος και σημαντικός χώρος για την εξερεύνηση και την κοινωνική αλληλεπίδραση δεδομένου ότι εξυπηρετεί την φυσική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Καθώς το παιδί και η προσαρμογή των εφήβων προσκρούουν από ευρείες περιβαλλοντικές και κοινωνικές επιρροές, όπως οι κοινωνικοί κανόνες και οι νόμοι, η γειτονιά αντιπροσωπεύει το χωρικό πλαίσιο της αλληλεπίδρασης, με τις διάφορες έννοιες για τους διαφορετικούς εφήβους. Μια ομάδα εφήβων ίσως καθορίσει την γειτονιά ως το τετράγωνο, εκεί που ζει, ενώ μια άλλη δύναμη θεωρεί γειτονιά όλους όσους πηγαίνουν στο ίδιο σχολείο με αυτόν. Στην πραγματικότητα, ο Burton και ο Price - Spratlen επισημαίνουν ότι τα παιδιά έχουν τους δικούς τους ορισμούς για τα όρια και τις έννοιες της γειτονίας που είναι σχετικές με τη διαβίωση και το παιχνίδι μέσα στους οποίους δεν ταιριάζουν απαραιτήτως οι δημογραφικοί ορισμοί των γειτονιών όπως παραδείγματος χάριν τα κομμάτια απογραφής ή τεράστια τετράγωνα από γκρουπ. Η έρευνα για τα αποτελέσματα της γειτονιάς στο παιδί και την προσαρμογή των εφήβων αξιολογεί γενικά τα δομικά χαρακτηριστικά και τους πόρους στο επίπεδο γειτονιάς. Τα δομικά χαρακτηριστικά όπως η ένδεια, η κινητικότητα, και η κοινωνική αποδιοργάνωση αλληλεπιδρούν με την οικογένεια και τα μεμονωμένα αποτελέσματα σε σχέση με τον κίνδυνο. Παραδείγματος χάριν, από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι τα ακόλουθα τέσσερα δομικά χαρακτηριστικά εξήγησαν την ιδιαίτερη παραλλαγή της γειτονιάς στα ποσοστά εκθέσεων κακής μεταχείρισης παιδιών: 1) εξασθένηση, 2) φορτίο μέριμνας παιδιού, 3) κατοικημένη αστάθεια και 4) εγγύτητα στη συγκεντρωμένη ένδεια. Οι γειτονιές που χαρακτηρίζονται από την ένδεια συνδέονται με διάφορες αρνητικές εκβάσεις για τα νήπια, τα παιδιά, και τους εφήβους συμπεριλαμβανομένου του χαμηλού βάρους γέννησης, της προβληματικής συμπεριφοράς εξωτερίκευσης, της σχολικής εγκατάλειψης, και της εφηβικής εγκυμοσύνης, συλλήψεις για τα ναρκωτικά, νεανική εγκληματικότητα, και το βίαιο έγκλημα

διαπιστώνοντας ότι οι αποδιοργανωμένες γειτονιές συμβάλλουν στον κίνδυνο για τα παιδιά με τον περιορισμό των ευκαιριών για τα παιδιά να μάθουν τις δεξιότητες που επιτρέπουν την κοινωνική, εκπαιδευτική, και οικονομική επιτυχία. Οι γειτονιές που χαρακτηρίζονται από κοινωνική αποδιοργάνωση στερούνται τις σημαντικές κοινωνικές δομές για να υποστηρίξουν τα παιδιά και τις οικογένειες στην επίτευξη των στόχων και να απεικονίσουν τον αντίκτυπο που κυριαρχεί της ένδειας και της αστάθειας. Αντίθετα, οι πόροι γειτονιάς, και φυσικοί πόροι όπως η διαθεσιμότητα των βιβλιοθηκών και των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης, και οι κοινωνικοσυναισθηματικοί πόροι όπως η κοινωνική υποστήριξη, συμβάλλουν στην υγιή ανάπτυξη των παιδιών. Εκτιμώντας ότι κοινωνικά οι ανοργάνωτες γειτονιές «πνίγουν» τις ευκαιρίες, οι γειτονιές που χαρακτηρίζονται από τη συλλογική αποτελεσματικότητα κινητοποιούν τις κοινωνικές διαδικασίες για να προωθήσουν τις ευκαιρίες. Ευκαιρίες για τους εφήβους να εμπλακούν σε θετικές συμπεριφορές και σε ενθαρρυντικές και συνεργάσιμες σχέσεις, οι οποίες προστατεύουν τη νεολαία από άλλες αρνητικές επιρροές. Η μελέτη για τις επιρροές της γειτονιάς ερευνά τη σχέση μεταξύ ορισμένων δομικών χαρακτηριστικών κινδύνου, όπως η ένδεια και των προστατευτικών παραγόντων όπως η συλλογική αποτελεσματικότητα και οι συγκεκριμένες εκβάσεις για τα παιδιά και τους εφήβους. Εντούτοις, οι μελέτες επίσης, προτείνουν ότι οι επιρροές από την γειτονιά στις αναπτυξιακές εκβάσεις είναι πιο σύνθετες και διαφορετικές από ότι μπορεί να λογαριαστεί μόνο για τις δομικές μεταβλητές. Επομένως, η αποκάλυψη της σχέσης μεταξύ των δομικών μεταβλητών γειτονιάς και της βιωμένης εμπειρίας των κατοίκων μέσα σε μια γειτονιά είναι ένα σημαντικό βήμα για να κατανοηθεί πλήρως πώς το πλαίσιο της γειτονιάς επηρεάζει τις αναπτυξιακές εκβάσεις. Ο Seidman επισημαίνει ότι «έχει υπάρξει εκπληκτικά λίγη εξέταση εργασίας στο πως έχουν υπάρξει αντικειμενικές οι δομικές πτυχές των γειτονιών που αφορούν τις αντιλήψεις ή την εμπειρία των εφήβων και των γειτονιών τους».

Οι νέοι μπορούν να πειραματιστούν σε δομικά χαρακτηριστικά, μηχανισμούς και πόρους της γειτονιάς σε μια μυριάδα τρόπων που οι υπάρχουσες μελέτες των επιρροών της γειτονιάς δεν συλλαμβάνουν. Παραδείγματος χάριν, η φτώχεια και η έλλειψη ευκαιρίας μπορεί να κατασταλούν λειτουργικά μέσω ενός συνόλου συναλλαγών καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας που συσσωρεύονται σε έναν ουσιαστικό κίνδυνο. Από αυτήν την προοπτική, η έρευνα για την επίδραση των καθημερινών ενασχολήσεων στις ζωές των παιδιών και της νεολαίας, ιδιαίτερα στην αστική νεολαία, προτείνει ότι στο μικροσύστημα συγκεκριμένες συναλλαγές στη ζωή ενός νεαρού ατόμου που προσκρούουν στην ψυχολογική προσαρμογή. Οι καθημερινές ενασχολήσεις, η «ενόχληση, η ματαίωση, οι στενάχωρες απαιτήσεις που μέχρι ενός ορισμένου βαθμού χαρακτηρίζουν τις καθημερινές συναλλαγές με το περιβάλλον,» είναι κυρίαρχες και περίπλοκες για τα παιδιά και τους εφήβους στην αστική φτώχεια. Επιπλέον, διάφορες μελέτες προτείνουν ότι οι πόροι της γειτονιάς γίνονται αντιληπτοί όχι πάντα όπως θεωρητικολογούνται. Στις εθνογραφικές συνεντεύξεις, διαπιστώθηκε ότι οι αντικειμενικές και υποκειμενικές προοπτικές στους πόρους γειτονιάς δεν είναι πάντα συνεπείς. Παραδείγματος χάριν, τα αντικειμενικά κριτήρια προτείνουν ότι μια κάβα στη γειτονιά είναι ένας κίνδυνος ή έλλειμμα ενώ οι υποκειμενικοί απολογισμοί από τους συμμετέχοντες δείχνουν ότι οι ανάγκες μιας κάβας πώλησης (π.χ., έγγραφο τουαλετών, χυμός, και σόδα) είναι μια δύναμη. Ομοίως, εξηγεί πώς τα βασισμένα στα συμφραζόμενα χαρακτηριστικά διαπραγματεύονται την υποκειμενική εμπειρία της γειτονιάς. Παραδείγματος χάριν, η παρουσία αστυνομίας στην γειτονία ίσως θεωρηθεί ως ενασχόληση για τα αγόρια αλλά ενδεχομένως και ένα πεδίο έρευνας για τα κορίτσια. Περαιτέρω, οι διαφορικές αντιλήψεις για τη γειτονιά από τους γονείς μπορούν να επηρεάσουν τις αντιλήψεις των εφήβων και στη συνέχεια, τις αναπτυξιακές τους εκβάσεις. Οι απολογισμοί της ελαστικής ανάπτυξης στη νεολαία που ζει στην φτώ-

χεια προτείνουν ότι οι μεμονωμένες αντιλήψεις για τη γειτονιά διαδραματίζουν έναν σημαντικό ρόλο στην κατεύθυνση μιας μεμονωμένης συμπεριφοράς. Τέτοια συμπεράσματα δείχνουν την ανάγκη να γίνουν κατανοητά και τα αντικειμενικά χαρακτηριστικά της γειτονιάς και των υποκειμενικών αντιλήψεων και η εμπειρία της νεολαίας που ζει στη γειτονιά.

Τέσσερα πρότυπα αναλύθηκαν για τις καθημερινές φασαρίες και τη συνοχή της γειτονιάς, αντίστοιχα, επιτρέποντας την εξέταση κάθε πόρου γειτονιάς χωριστά. Το μοντέλο 4 πρόβλεψε 15% της διαφοράς στους νέους στην εμπλοκή φασαριών. Όπως ήταν προβλεπόμενο, τα αποτελέσματα έδειξαν μια επίδραση στα φύλα, τα θηλυκά ήταν πολύ πιθανότερο από τα αρσενικά να αναφέρουν τις καθημερινέ φασαρίες στο τελικό πρότυπο (B=7.0, pb0.01). Ιδιαίτερα την αναπτυξιακή μετάβαση που αντιπροσωπεύεται από την ηλικία των νέων στη μελέτη, τα υψηλότερα επίπεδα φασαριών είναι για τα κορίτσια σύμφωνα με τα προγενέστερα συμπεράσματα. Η ηλικία (που είχε σαν κέντρο της ήταν η ηλικία των 10), εντούτοις, δεν ήταν σημαντική στο μοντέλο. Ενώ αναμενόταν να βρούμε τα υψηλότερα επίπεδα παρενοχλήσεων σε μεγαλύτερους εφήβους, εντούτοις τα αποτελέσματα μπορεί να οφείλονται στην περιορισμένη σειρά ηλικίας στο δείγμα. Ίσως περιμέναμε οι μεγαλύτεροι έφηβοι να αναφέρουν πιο πολλές φασαρίες σύμφωνα με την περίοδο ανάπτυξης τους και των αντιλήψεων τους σε σύγκριση με τα παιδιά που τώρα μπαίνουν στην εφηβεία οι οποίοι συνθέτουν το δείγμα μας. Όπως φαίνεται, ο αριθμός των πηγών υποστήριξης των κατοίκων είχε επίσης μια σημαντική επίδραση στις καθημερινές φασαρίες. Όπως προβλέπεται, οι υψηλότερες πηγές υποστήριξης των κατοίκων συνδέθηκαν με τα χαμηλότερα επίπεδα καθημερινών φασαριών (B=−2.53, pb0.001). Αντίθετο στις προβλέψεις ήταν και οι πηγές υποστήριξης των κατοίκων, οι πηγές εξόδων και η μη διαθέσιμες πηγές υποστήριξης που δεν ήταν συγκεκριμένες. Τα αποτελέσματα για την ηλικία και το φύλο ήταν επίσης ασήμαντα σε όλα τα μοντέλα που προβλέπουν τη συνοχή γειτονιάς. Τα ποιοτικά συμπεράσματα βοηθούν στην περαιτέρω εξερεύνηση των αποτελεσμάτων από τις αναλύσεις οπισθοδρόμησης. Η ποιοτική ανάλυση αποκάλυψε τέσσερα θέματα: παρενοχλήσεις, ανθρώπινο δυναμικό, άτυποι πόροι, και επίσημοι πόροι. Το θέμα των φασαριών, αντιπροσωπεύει τις κοινωνικές και φυσικές δυσκολίες που αντιμετωπίζονται από τους συμμετέχοντες. Οι φασαρίες, όπως μετριούνται μέσω των ποιοτικών στοιχείων, προέκυψαν από την άποψη των εφήβων που πρόσεξαν για την παρουσία και την απουσία ιδιαίτερων ιδιοτήτων της γειτονιάς. Το θέμα εμπεριέχει τις φασαρίες όπως μετριούνται στην έρευνα, διαιρώντας από τις παρενοχλήσεις που οδηγούν από ανθρώπους και εκείνους που, ενώ υπάρχει το αποτέλεσμα των ανθρώπινων ενεργειών, σαν ανθρώπινες ταυτότητες ή ενέργειες εξωτερικών όψεων. Οι παρενοχλήσεις φαίνεται να εμφανίζονται έξω από τις ανθρώπινες ενέργειες και περιλαμβάνουν: σκουπίδια και γκράφιτι και έλλειψη κομφόρ όπως οι τράπεζες, οι λεωφόροι, οι δημόσιες εκδηλώσεις, και οι εξοπλισμοί παιδικών χαρών. Η σειρά της δριμύτητας των φασαριών εξηγείται από τους ανθρώπους στα ακόλουθα δύο αποσπάσματα: «θα άλλαζα τις δολοφονίες, τους πυροβολισμούς πυροβόλων όπλων, τις πόρνες, τις συμμορίες, και την πάλη».

Η τρέχουσα μελέτη ερεύνησε τις σχέσεις μεταξύ των δομικών πόρων γειτονιάς, τις αντιλήψεις μεταξύ γειτονιάς – νεολαίας και εμπειρίας, της υποκειμενικής αξιολόγησής των φασαριών και της συνοχής. Η ποσοτική ανάλυση έδειξε μια σαφή σχέση μεταξύ των δομικά προσδιορισμένων πόρων γειτονιάς και των αναφερόμενων φασαριών από τους εφήβους. Ένας μεγάλος αριθμός από υποστηρικτικούς πόρους συνδέεται με την μείωση του επιπέδου εμπειρίας των εφήβων. Ένας μεγαλύτερος αριθμός ενθαρρυντικών πόρων συνδέεται με μια μείωση των φασαριών στο επίπεδο των φασαριών από τους εφήβους που πειραματίζονται στην καθημερινή ζωή. Οι πόροι υποστήριξης των κατοίκων περιλαμβάνουν τους πόρους που εξυπηρετούν τους γονείς

(δηλ., κοινωνικός φορέας υπηρεσιών ή ιατρική δυνατότητα) και τους πόρους για τη νεολαία (δηλ., πάρκο και σχολείο). Με βάση αυτούς τους διαφορετικούς τύπους πόρων σκεπτόμαστε ότι όταν οι γονείς είναι λιγότερο παρενοχλημένοι, το ίδιο όμως ισχύει και για τους εφήβους. Αυτή η κερδοσκοπία υποστηρίζεται από διάφορα αποσπάσματα από τα ποιοτικά αποτελέσματα στα οποία είναι σαφείς οι ανησυχίες των εφήβων για τις φασαρίες που προσκρούουν σε έναν γονέα, π.χ το νεαρό άτομο που επιθυμεί «έναν συμπαθητικό διευθυντή που δεν είναι τόσο σκληρός». Τα ποιοτικά αποτελέσματα παρέχουν επίσης τις αποχρώσεις των παρενοχλήσεων που δεν μπορούν να ανιχνευθούν από τις ερωτήσεις των ερευνών και να προτείνουν ότι, εκτός από μια συνειδητοποίηση για το πώς οι γονείς τους παρενοχλούνται, αυτοί οι έφηβοι συμμετέχοντες γνωρίζουν πάρα πολύ τα στοιχεία μέσω των οποίων αισθάνονται προσωπικά ενοχλημένοι στις γειτονιές τους. Αντίθετα, η περιγραφή των εφήβων για τα πλεονεκτήματα και τις ευκαιρίες των διαθέσιμων σε αυτούς άτυπων και επίσημων πόρων στις γειτονιές τους απεικονίζει μια ενημέρωση του παιχνιδιού των πόρων γειτονιάς και του ρόλου της στην καταπολέμηση των φασαριών (ή των κινδύνων ή των ελλειμμάτων της γειτονιάς) που οι έφηβοι επισημαίνει έξυπνα στα ποιοτικά συμπεράσματα. Η ένωση μεταξύ του επιπέδου των δομικά προσδιορισμένων πόρων και των νέων συνοχής γειτονιάς ήταν ασήμαντη. Διάφοροι παράγοντες μπορούν να συμβάλουν σε αυτήν την εύρεση. Η προγενέστερη ανάλυση με αυτό το δείγμα προτείνει ότι η συνοχή της γειτονιάς δεν μπορεί εύκολα να γίνει κατανοητή ως κίνδυνος ή προστατευτικός παράγοντας. Στην προγενέστερη μελέτη, η σύνδεση στη γειτονιά (που εκθέτει ένα υψηλό επίπεδο της συνοχής της γειτονιάς) εμφανίστηκε να είναι προστατευτική, εκτός από όταν άλλα επίπεδα κινδύνου (δηλ., άτομο, οικογένεια και φιλία) που είναι υψηλά. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η υψηλή έκθεση κινδύνου της γειτονιάς μπορεί να οδηγήσει στις αδύνατες ψυχολογικές συνδέσεις της γειτονιάς με την κοινότητα για τη νεολαία με λίγους μεμονωμένους, τους διαπροσωπικούς, και οικογενειακούς πόρους. Για τους εφήβους που έχουν διάφορους προστατευτικούς παράγοντες στα επίπεδα της επιρροής, η συνοχή της γειτονιάς μπορεί να είναι προσαρμοστική. Για τους εφήβους που έχουν διάφορους κοινωνικούς προστατευτικούς παράγοντες στην ζωή τους ίσως η απάντηση στις ερωτήσεις τους να είναι η γειτονιά τους. Για άλλη μερίδα των εφήβων, εντούτοις, που αποκρίνεται θετικά στα στοιχεία όπως «αισθάνομαι ότι ταίριαξα με την γειτονιά μου» και «οι σχέσεις έχω με τους γείτονες μου σημαίνουν πολλά για μένα» μπορούν να μην είναι προστατευτικές. Αυτό προκύπτει στα ποιοτικά αποτελέσματα όταν σημειώνει ένας συμμετέχων ότι ένας χρήσιμος γείτονας είναι κάποιος που τον βοηθά στην εκμάθηση «να αντλείται ένα πυροβόλο όπλο του ΒΒ.» Στις γειτονιές όπου η νεολαία εκτίθεται στη δραστηριότητα συμμοριών και άλλη βίαια συναλλαγή δραστηριότητας καθώς επίσης εμπορία ναρκωτικών, μπορεί πολύ καλά να είναι επικίνδυνο να υπάρξουν τα υψηλά επίπεδα της συνοχής γειτονιάς ελλείψει άλλων πόρων.

Όπως σημειώνεται, τα αποτελέσματά μας προτείνουν σε μια ένωση μεταξύ των δομικών πόρων γειτονιάς, ενός ποσοτικού μέτρου των φασαριών των εφήβων της και της υποκειμενικής αξιολόγησής αυτών των φασαριών στην γειτονία. Εντούτοις, οι δομικοί πόροι της γειτονιάς δεν προέβλεψαν σημαντικά την εμπειρία και τις αντιλήψεις των εφήβων που είναι σχετικές με τη συνοχή της γειτονιάς όπως μετριέται ποσοτικά. Τα ποιοτικά αποτελέσματα, όπως συζητούνται, βοηθούν να αναδειχθεί αυτό το ασήμαντο αποτέλεσμα. Αυτή η παραλλαγή θέτει το στάδιο για τη μελλοντική έρευνα. Αυτά τα αποτελέσματα προτείνουν την υποκειμενική αξιολόγηση μιας μερίδας εφήβων όσον αφορά τους πόρους της γειτονιάς (τα ποιοτικά θέματα: πόροι ανθρώπων, άτυποι πόροι, και επίσημη επιρροή των πόρων), την επιρροή στις αντιλήψεις και τις εμπειρίες ζωής της γειτονιάς που οδηγούν στα επίπεδα συνοχής γειτονιάς σε ένα τοποθετημένο πλαίσιο. Η γονική πρόσβαση στους δομικούς πόρους γειτονιάς μπορεί να

μειώσει τις παρενοχλήσεις τους, οι οποίες μπορούν στη συνέχεια να τους αφήσουν περισσότερη ενέργεια για να δεσμεύσουν με τους εφήβους της γειτονιάς, με αυτόν τον τρόπο ενισχύεται η συνοχή μεταξύ γειτονιάς εφήβων. Αυτό το πρότυπο προτείνει τα προσαρμοστικά χαρακτηριστικά των επιρροών γειτονιάς που μπορούν να κινητοποιήσουν μια αλυσίδα θετικών απαντήσεων για να υποστηρίξουν και τους ενηλίκους και τους εφήβους που κατοικούν στις φτωχές γειτονιές. Οι Furstenberg, Cook, Eccles, παλαιότερος, και Sameroff (1999) ομοίως δείχνουν την επιρροή των κοινωνικών και υλικών πόρων μιας γειτονιάς στην οικογενειακή διαχείριση και, στη συνέχεια, την εφηβική επιτυχία. Ο Furstenberg και οι συνεργάτες του εισηγούνται ότι οι επιρροές γειτονιάς δεν προκαλούν απλά τις οικογενειακές πρακτικές διαχείρισης που προσκρούουν έπειτα στην εφηβική συμπεριφορά. Μάλλον, οι επιρροές γειτονιάς και οι οικογενειακές επιρροές αλληλεπιδρούν με τους πιο σύνθετους τρόπους. (84)

5.3.7 Κοινωνικό κεφάλαιο και κάπνισμα.

Μόνο μερικές μελέτες ερεύνησαν τις επιρροές του κοινωνικού κεφαλαίου στο κάπνισμα. Κάποιες από τις οποίες ανακάλυψαν σημαντικές επιδράσεις. Ο Siahpush ανακάλυψε ότι η διαμονή σε κοινότητα με υψηλό δείκτη κοινωνικού κεφαλαίου, μετρημένο από την εμπιστοσύνη και την ασφάλεια, συσχετίζεται με το κάπνισμα. Οι Paterson, Eberly, Ding και Hargreaves ανακάλυψαν ότι όταν μια γεωγραφική περιοχή είναι ενιαία, ασφαλής και αποτελεί ένα ωραίο μέρος για διαμονή, τα άτομα αναφέρουν χαμηλή τάση προς το κάπνισμα. Ο Poortinga ανακάλυψε ότι η εμπιστοσύνη και η συμμετοχή στην κοινότητα αποτελούν αιτίες που οδηγούν στη δημιουργία καπνιστών. Οι μελέτες αυτές δείχνουν ότι το κάπνισμα σχετίζεται επίμονα με την κοινοτική συμμετοχή και την εμπιστοσύνη αλλά όχι με την κοινωνική συμμετοχή και την κοινοτική εμπλοκή. Επιπρόσθετα, προηγούμενες έρευνες έδειξαν ότι η εμπιστοσύνη και η κοινωνική συμμετοχή μπορούν να επιδράσουν στο κάπνισμα. Ο Lindstrom εισηγήθηκε ότι η κατανάλωση αλκοόλ και το διακοπτόμενο κάπνισμα είναι θετικά συσχετισμένο με την κοινωνική συμμετοχή αλλά αρνητικά σχετίζεται με την εμπιστοσύνη. Αυτό το φαινόμενο ονομάζεται «Μικροσκοπικοποίηση της Κοινωνίας» επειδή ακόμα και ένας μεγάλος αριθμός νέων συμμετέχουν ιδεολογικά σε καθορισμένες ομάδες και οργανώσεις, ο αριθμός των ανθρώπων που συμμετέχουν σε παραδοσιακές οργανώσεις (εκκλησία και οργανώσεις) είναι μικρότερος. Αυτό δείχνει ότι οι διαστάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου μπορούν να επιδράσουν στο κάπνισμα και το αλκοόλ και την υψηλή συμμετοχή αλλά δεν είναι αναγκαστικό να συσχετίζεται με την εμπιστοσύνη. (99)

Το εφηβικό κάπνισμα είναι ένα σημαντικό ζήτημα υγείας. Δεν είναι μόνο η νικοτίνη μια από τις πιο εθιστικές ουσίες αλλά και το περίπου 80% των ενηλίκων στις Ηνωμένες Πολιτείες αρχίζουν το κάπνισμα πριν από την ηλικία των 18. Αν και η χρήση του καπνού μπορεί να μην είναι αμέσως απειλητική για τη ζωή των εφήβων καπνιστών, το κάπνισμα είναι ένας σοβαρός παράγοντας κινδύνου όπως, τη φτωχότερη αντιληπτή υγεία, τα διανοητικά προβλήματα, και ποικίλα φυσιολογικά συμπτώματα στην ενηλικίωση. Με περισσότερο από το ένα τρίτο των μαθητών του λυκείου αναφέρουν ότι καπνίζουν τουλάχιστον μια φορά το μήνα και 17% αναφέρει ότι καπνίζει ένα τσιγάρο σχεδόν καθημερινά, το τακτικό κάπνισμα είναι ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας (101)

Β΄ ΜΕΡΟΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

6° Κεφάλαιο – Ο σκοπός της έρευνας.

6.1 Σκοπός και στόχοι της έρευνας.

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να διερευνηθεί σε πιο βαθμό και αν το Κοινωνικό Κεφάλαιο λειτουργεί προστατευτικά στην σχέση του εφήβου με το κάπνισμα. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε μαθητές Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης ηλικίας 13 – 15 ετών, στα Ιδιόκτητα Φροντιστήρια Μέσης Εκπαίδευσης σ' ολόκληρο τον Νομό Ηρακλείου.

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι:

1) να αποδειχθεί μέσω της έρευνας πως το κοινωνικό κεφάλαιο (κοινωνικά δίκτυα), συνδέεται με την έναρξη του καπνίσματος στους εφήβους σήμερα και
2) να διερευνηθούν οι παράγοντες που ενισχύουν την σχέση του εφήβου με το κάπνισμα.

6.2 Ερευνητική υπόθεση και ερευνητικά ερωτήματα

Ερευνητική υπόθεση

Το αίσθημα του ανήκειν στην ομάδα των συνομήλικων είναι ο πιο ισχυρός παράγοντας που συνδέεται θετικά με το κάπνισμα.

Ερευνητικά ερωτήματα

- Το bonding κ.κ , σχετίζεται θετικά με την αυξημένη κατανάλωση καπνού;
- Οι γονείς που δεν καπνίζουν λειτουργούν προστατευτικά προς το να μην καπνίζει και το παιδί;
- Οι συνομήλικοι είναι ο πιο ισχυρός παράγοντας έναρξης του καπνίσματος;
- Οι νέοι που έχουν επαρκή ενημέρωση για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία τους δεν καπνίζουν;
- Νέοι με χαμηλή αυτοεκτίμηση καπνίζουν με μεγαλύτερη συχνότητα από την υπόλοιπη ομάδα;
- Το αίσθημα του ανήκειν ενισχύει το κάπνισμα;
- Η ασφάλεια και η εμπιστοσύνη σχετίζονται αρνητικά με το κάπνισμα;
- Τα αγόρια καπνίζουν περισσότερο από τα κορίτσια;

7ο Κεφάλαιο - Μεθοδολογία έρευνας.

7.1 Ερευνητική στρατηγική.

Η στρατηγική που ακολουθήθηκε για την καταγραφή των δεδομένων ήταν ποσοτική, καθώς δόθηκαν στους ερωτώμενους ερωτηματολόγια που περιλάμβαναν ανοικτές και κλειστές ερωτήσεις.

Το πλήθος των ερωτήσεων αποτελείται από κλειστές ερωτήσεις, καθώς αυτός ο τύπος είναι πιο βοηθητικός όσον αφορά την στατιστική ανάλυση και ανίχνευση. Αυτό επιτυγχάνεται λόγω του ότι οι απαντήσεις έχουν καθοριστεί από πριν και οι ερωτώμενοι οφείλουν υποχρεωτικά να επιλέξουν μία απάντηση μέσω αυτών που του προβάλλονται. Είναι ανώνυμα και αυτό επηρεάζει σημαντικά τις απαντήσεις, καθώς οι ερωτώμενοι, απαντούν με περισσότερη ειλικρίνεια, επειδή δεν θα τους ασκηθεί κριτική και έλεγχος για τις απαντήσεις τους. (103)

Ένα μικρό κομμάτι του ερωτηματολογίου, αποτελείται από ανοικτές ερωτήσεις. Η απάντηση στις ερωτήσεις αυτές δεν μπορεί να καθοριστεί ούτε να προβλεφθεί, αλλά μπορούμε να συγκεντρώσουμε πληροφορίες ικανοποιητικές για κάθε θέμα, καθώς ο ερωτώμενος είναι ελεύθερος να απαντήσει όπως θέλει. Σημαντική, είναι η ορθή και στοχευμένη διατύπωση των ερωτήσεων αυτών, έτσι ώστε οι ερωτώμενοι ναι μεν να απαντούν χωρίς περιορισμούς ότι πιστεύουν, αλλά οι ίδιες οι ερωτήσεις να μην τους αφήνουν το περιθώριο να παρεκκλίνουν από αυτό που ζητάει η ερώτηση.

7.2 Στατιστική ανάλυση.

Σε πρώτο στάδιο έγινε χρήση περιγραφικής στατιστικής. Τα δεδομένα εξετάστηκαν ως προς την τάση, τις αναλογίες και τα ποσοστά. Όσες μεταβλητές είχαν σημαντική διασπορά διασταυρώθηκαν με διμεταβλητή στατιστική ανάλυση και αναλύθηκαν με εφαρμογή του κριτηρίου x^2 και γραμμική συσχέτιση Spearman Correlation (rs). Επίσης έγινε χρήση του t-test.

Στο παράρτημα περιλαμβάνεται η επεξεργασία που ακολουθήθηκε για το σύνολο των μεταβλητών, ανεξάρτητα αποτελέσματος. Η εισαγωγή των δεδομένων και η ανάλυση των στοιχείων έγινε με το ανεξάρτητα στατιστικό πακέτο SPSS 12.0. το οποίο δίνει τη δυνατότητα να τοποθετηθούν ετικέτες στις μεταβλητές για το σχολιασμό των αποτελεσμάτων αναλύσεων, με αποτέλεσμα να μην χρειάζεται να ανατρέχουμε στις σημειώσεις για να αναγνωρίσουμε κάποια μεταβλητή.

7.3 Ο πληθυσμός και το πλαίσιο της μελέτης.

Ο πληθυσμός αναφοράς της συγκεκριμένης έρευνας ήταν στο σύνολο του 290 μαθητές Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και συγκεκριμένα μαθητές Γυμνασίου, ηλικίας 12 – 15 ετών που κατοικούν σ' ολόκληρο το Νομό Ηρακλείου. Το δείγμα στην παρούσα έρευνα, αποτέλεσε το σύνολο των φροντιστηρίων του Νομού Ηρακλείου (44) τα οποία έχουν εγγραφεί στο Σύνδεσμο Ιδιόκτητων Φροντιστηρίων Μέσης Εκπαίδευσης «ΠΛΑΤΩΝ» και όπου διδάσκονται μαθήματα γενικού κορμού και συγκεκριμένα σε όσα έχουν μαθητές Γυμνασίου (28)

Δειγματολογική μονάδα αποτελεί κάθε μαθητής και το δειγματολογικό πλαίσιο το σύνολο των εγγεγραμμένων μαθητών Γυμνασίου ανά ηλικία, σε κάθε φροντιστήριο που ανήκει στο Σύνδεσμο «ΠΛΑΤΩΝ» του Νομού Ηρακλείου.

7.4 Η επιλογή του δείγματος.

Η τεχνική η οποία χρησιμοποιήθηκε για την κατασκευή του δείγματος, ήταν η στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία. Ως στρώματα θεωρήθηκαν οι τρεις τάξεις Γυμνασίου (Α΄,Β΄,Γ΄). Η συγκεκριμένη επιλογή έγινε λόγω της διαφοράς ηλικίας που υπήρχε μεταξύ των τριών υποπληθυσμών (Α΄, Β΄, Γ΄), γεγονός που ήταν δυνατό να επηρεάσει τις μετρήσεις ως προς το κατά πόσο το κοινωνικό κεφάλαιο συμβάλει στο να ξεκινήσει το κάπνισμα ένας έφηβος.

Το ερωτηματολόγιο επιλέχθηκε να δοθεί σε φροντιστήρια Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης κοινού κορμού, για να αποφευχθεί η κάθε απώλεια χρόνου λόγω της αναμονής για την έγκριση άδειας εισόδου από το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων στον χώρο των Γυμνασίων, ώστε να διεξαχθεί η έρευνα. Επίσης, με την επιλογή αυτή, η έρευνα κάλυψε ένα σημαντικό γεωγραφικό διαμέρισμα, ώστε να παρατεθούν οι απαντήσεις μεταξύ των μαθητών που μένουν σε αστικές και αγροτικές περιοχές του Νομού Ηρακλείου και να γίνει εμφανής η ανομοιογένεια, αλλά και η ομοιογένεια στα ερωτήματα που τέθηκαν οι μαθητές να απαντήσουν.

7.5 Το ερευνητικό εργαλείο.

7.5.1. Μέσο έρευνας.

Ύστερα από βιβλιογραφική και ηλεκτρονική αναζήτηση ήτο δυνατό να βρεθεί κάποιο έτοιμο σταθμισμένο ψυχομετρικό μέσο, το οποίο να ανταποκρίνεται με ακρίβεια στις απαιτήσεις της συγκεκριμένης έρευνας. Το γεγονός αυτό, οδήγησε στην δημιουργία ενός ερωτηματολογίου όπου το μέρος του κοινωνικού κεφαλαίου, είχε κατασκευαστεί από έναν άλλο ερευνητή στα πλαίσια της δικής του έρευνας. (104) Το ερωτηματολόγιο αυτό προσαρμόστηκε σύμφωνα με τις ανάγκες της έρευνας, με την προσθήκη ανάλογων ερωτήσεων για την πληρέστερη συλλογή των στοιχείων. (105)

7.5.2 Θεματικές ενότητες εργαλείου.

Οι Θεματικές ενότητες του ερωτηματολογίου είναι οι ακόλουθες:

- ✓ 1η Ενότητα - Δημογραφικά. Εδώ αναζητήθηκαν πληροφορίες σχετικά με τα ατομικά στοιχεία του ερωτώμενου, όπως το φύλο, η ηλικία, η αστικότητα κ.ά.
- ✓ 2η Ενότητα – Κοινωνικό Κεφάλαιο. Στο σημείο αυτό οι ερωτήσεις αναφέρονται στην συμμετοχή των εφήβων σε δραστηριότητες της κοινότητας τους, στο σχολείο, στην αποδοχή της διαφορετικότητας των άλλων, στην εμπιστοσύνη, στην αυτοεκτίμηση, στην κοινωνικότητα, στη κοινωνική συνείδηση κ.ά.
- ✓ 3η Ενότητα – Οικογένεια. Η ενότητα αυτή επικεντρώθηκε σε πληροφορίες που αφορούν τα μέλη της οικογένειας, το είδος των σχέσεων, την οικονομική κατάσταση και την εργασία των γονέων.
- ✓ 4η Ενότητα – Κάπνισμα. Το ζητούμενο εδώ, είναι αν έχει δοκιμάσει ποτέ το τσιγάρο, αν ναι για ποιο λόγο, πως αισθάνθηκε μετά τη δοκιμή, αν συνεχίζει να καπνίζει, αν καπνίζουν οι γονείς/φίλοι/καθηγητές, αν το θεωρεί αρρώστεια, ποια είναι τα προβλήματα που δημιουργεί το κάπνισμα, κ.ά.

7.5.3 Η δομή του εργαλείου.

Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν για την διεξαγωγή της έρευνας, στόχευαν στην περισυλλογή στοιχείων που αφορούσαν τα δημογραφικά, το κοινωνικό κεφά-

λαιο, την οικογένεια και το κάπνισμα. Χρησιμοποιήθηκε μια λίστα πιθανών κλειστών ερωτήσεων με ένα κωδικό αριθμό και οι απαντήσεις των ερωτωμένων καταγράφηκαν κυκλώνοντας την απάντηση που τους αντιπροσώπευε. Επίσης, υπήρξαν και ανοικτές ερωτήσεις οι οποίες με την διατύπωση τους, δεν άφηναν το περιθώριο στους ερωτώμενους να παρεκκλίνουν από το ζητούμενο της ερώτησης, αλλά και από το μέγεθος της απάντησης, παρά την ελευθερία που τους δινόταν στο τι θα απαντήσουν.

7.6 Χρονοδιάγραμμα ενεργειών. [106]

	Ιανουάριο-Μάρτιο	Απρίλιο-Μάιο	Μάιο-Ιούλιο	Αύγουστο-Σεπτέμβριο	Σεπτέμβριο-Οκτώβριο	Νοέμβριος
Βιβλιογραφική και ηλεκτρονική αναζήτηση.	—					
Διαμόρφωση ερωτηματολογίων		—				
Συμπλήρωση ερωτηματολογίων			—			
Επεξεργασία θεωρητικού μέρους				—		
Διαμόρφωση θεωρητικού μέρους					—	
Επεξεργασία και ανάλυση δεδομένων					—	
Ολοκλήρωση και παρουσίαση πτυχιακής						—

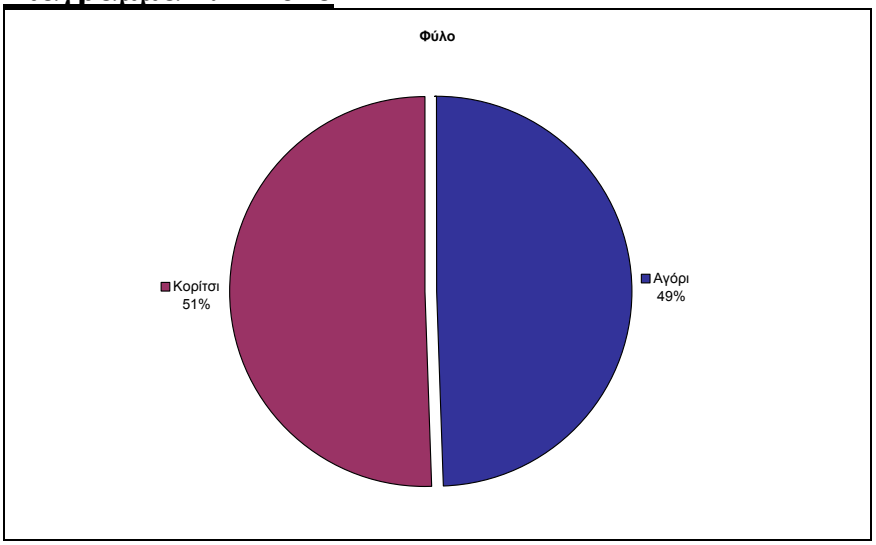
8ο Κεφάλαιο – Παρουσίαση αποτελεσμάτων.

8.1 Αποτελέσματα.

8.1.1 Ατομικές πληροφορίες.

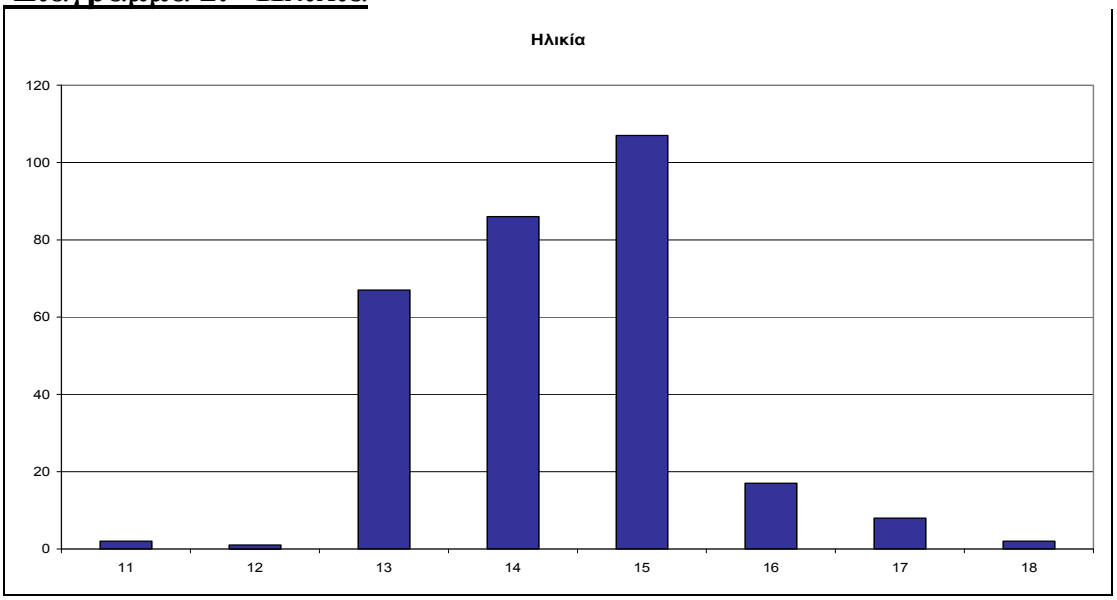
Ο πληθυσμός στόχος της έρευνας είναι μαθητές Γυμνασίου, οι οποίοι φοιτούν στα εγγεγραμμένα φροντιστήρια του συλλόγου ιδιοκτητών φροντιστηρίων Πλάτων σ' όλο το νομό Ηρακλείου. Από τα 290 παιδιά που συμμετείχαν στην έρευνα τα 143 είναι αγόρια και τα 147 είναι κορίτσια. Φαίνεται να υπάρχει ισόρροπη κατανομή στο φύλο των συμμετεχόντων στην έρευνα αφού το 50.7% είναι αγόρια και 49,3% κορίτσια όπως φαίνεται παρακάτω και στο διάγραμμα 1.

Διάγραμμα 1. Φύλο



Ο πληθυσμός στόχος της μελέτης είναι οι μαθητές Γυμνασίου, επομένως η ηλικιακή κατανομή έχει ως ελάχιστο τα 11 έτη και μέγιστο τα 18 έτη. Η πλειοψηφία των μαθητών είναι από 13 εώς 15 ετών, όπου 13 ετών είναι το 23,1%, 14 ετών το 29,7% και 15 ετών το 36,9%. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 2.

Διάγραμμα 2. Ηλικία



Στην ερώτηση που αναφέρεται στο τόπο γέννησης του εφήβου διαπιστώθηκε ότι το 98,3% που αντιστοιχεί σε 285 μαθητές γεννήθηκαν στην Ελλάδα, ενώ μόνο 5 μαθητές δηλαδή το 1,7% γεννήθηκε σε άλλες χώρες. (πιν.4)

Στο σύνολο των 290 μαθητών, οι μητέρες των 280 δηλαδή το 96,6% κατάγεται από την Ελλάδα, ενώ το 3,4% από άλλες χώρες. Συγκεκριμένα, 0,3% από την Αγγλία, 0,7% από την Αλβανία, 0,3 % από την Αυστραλία, 0,3% από την Γερμανία, 0,7% από την Ιρλανδία, 0,7% από την Ολλανδία και 0,3% από την Ρωσία. (πιν.5)

Όσον αφορά την καταγωγή του πατέρα φαίνεται από τον πίνακα ότι το 98,3% δηλαδή οι 285 κατάγονται από την Ελλάδα, ενώ μόλις 5 από τους 290 με ποσοστό 1,7% από άλλες χώρες όπως Αλβανία 1%, Χιλή 0,3% και άλλη χώρα η οποία δεν περιγράφεται 0,3%. (πιν.6)

Με βάση την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία η πλειοψηφία του δείγματος, το 89%, κατοικεί σε αστικές περιοχές ενώ το 11% αγροτικές.(πιν.7)

Σύμφωνα, με τον πίνακα 8 η πλειοψηφία των μαθητών μιλάει ελληνικά στην οικία του με ποσοστό 98,3%, ενώ το 0,7% Αλβανικά, και αντίστοιχα από 0,3% μιλούν Ρώσικα, Αγγλικά, επίσης το 0,3% μιλάει ταυτόχρονα Αγγλικά και Ελληνικά. (πιν.8)

8.1.2 Κοινωνικό Κεφάλαιο.

Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες για το κοινωνικό κεφάλαιο σε νέους (Onyx And Bullen) από τις 31 συνολικά ερωτήσεις του ερωτηματολογίου για το κοινωνικό κεφάλαιο, μπορούν να δημιουργηθούν 7 υποκατηγορίες. Αυτές είναι: α) «Συμμετοχή στην κοινότητα», η οποία περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 7, 15, 17, 19, 25, 29, 34, 35. β) «Social Agency or Proactivity in a Social Context», η οποία περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 9, 10, 27, 32, 33. γ) «Εμπιστοσύνη», η οποία περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 12, 18,22,26,. δ) «Γειτονιά», η οποία περιλαμβάνει τις ερωτήσεις14, 16, 20, 24, 30. ε) «Οικογένεια και Φίλοι», η οποία περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 23, 31, 37. στ) «Ανοχή στη διαφορετικότητα», η οποία περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 8,13,28,36. και τέλος, ζ) «Αξία της ζωής», η οποία περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 11, 21.

Α) Συμμετοχή στην κοινότητα.

Στην ερώτηση αυτή 187 μαθητές (64,5%) δεν συμμετείχαν ποτέ, 73 (25,2%) μερικές φορές, 20 (6,9%) συχνά και τέλος 10 (3,4%) πολύ συχνά. Σημαντική σε αυτό το σημείο είναι η παρατήρηση της αποχής των μαθητών σε δράσεις που αφορούν την κοινωνία. (πιν.9)

Η πλειοψηφία του δείγματος, οι 193 (66,8%), αναφέρει ότι βοήθησε έστω μία φορά στην διοργάνωση δραστηριότητας που αφορά τους νέους της κοινότητας τους. Ενώ 96 (33,2%) από τα παιδιά απάντησαν ότι δεν έχουν βοηθήσει ούτε μια φορά. (πιν.17)

Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό το 87,6% αναφέρει ότι έχει παρευρεθεί σε εκδηλώσεις της περιοχής του με 1 φορά το 30,7%, 2 φορές το 26,9%, και 3 φορές το 30,0% κατά την διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών. Αντίστροφα, το 12,4% που αποτελεί τη μειοψηφία δεν είχε πάει ούτε μία φορά. (πιν.19)

Στους 290 ερωτηθέντες, οι 65 (22,4%) απάντησαν ότι είναι πολύ ενεργά μέλη, οι 47 (16,2%) απάντησαν μερικές φορές, οι 46 (15,9%) λίγο και οι 131 (45,2%) απάντησαν ότι δεν είναι ενεργά μέλη. Στην ερώτηση αυτή υπάρχει σχεδόν ισοκατανομή των αρνητικών 45,2% και των θετικών αποτελεσμάτων 54,5%. (πιν.21)

Στην ερώτηση τα προηγούμενα 3 χρόνια έχεις πάρεις μέρος σε κάποιο πρόγραμμα για το όποιο χρειάστηκε το σύνολο ή μεγάλος μέρος της κοινότητας/περιοχής σου να συνεργαστεί, η πλειοψηφία απάντησε ότι δεν πήρε ούτε μία φορά μέρος, 57,3%. Το ποσοστό των 42,8% απάντησε ότι συμμετείχε έστω και μια φορά, με τους 88 (30,3%) να συμμετέχουν 1-2 φορές, 21 (7,2%) 3-4 φορές και 14 (4,8%) αρκετά συχνά.(πιν. 27)

Στην ερώτηση αυτή, παρατηρούμε ότι υπάρχει ισοκατανομή των αποτελεσμάτων με 49,8% των ερωτηθέντων να απαντά ότι δεν ανήκει σε κανένα διοικητικό συμβούλιο και το υπόλοιπο 50,2% να δηλώνει ότι συμμετέχει σε ένα με 25,6%, σε δύο με 11,1% και πάνω από τρία με ποσοστό 13,5%. (πιν. 31)

Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό το 40,7% δεν παρευρέθηκε ούτε μία φορά τους περασμένους 3 μήνες σε κάποια εκδήλωση για νέους της κοινότητας του, ενώ αντίθετα το 36,6% πήγε 1-2 φορές, το 11,0% 3-4 φορές και το 11,7% δήλωσε ως αρκετά συχνή την συμμετοχή του.(πιν. 36)

Σε αυτή την ερώτηση έχουμε ισοκατανομή των απαντήσεων καθώς το 49,5% δήλωσε ότι δεν συμμετείχε ούτε μία φορά στην οργάνωση μιας καινούριας υπηρεσίας της κοινότητας του, ενώ στο υπόλοιπο 50,5%, δηλώθηκε αντίστοιχα ότι συμμετείχαν 1-2 φορές το 28,0%, 3-4 το 14,2% και αρκετά συχνά το 8%. (πιν.37)

B) Social agency or Proactivity in a Social context.

Σχεδόν ο μισός πληθυσμός των ερωτηθέντων 129 (44,5%) απάντησε ότι έχει μαζέψει σκουπιδάκια μερικές φορές, το ¼ και λίγο παραπάνω 79 (27,2%) δεν το έκανε ποτέ, 46 (15,9%) συχνά, τέλος 35 (12,1%) πολύ συχνά. (πιν.11)

Η ερώτηση αυτή μας δείχνει πόσο σημαντική είναι για τους ερωτηθέντες η αλληλοβοήθεια των ανθρώπων καθώς πολύ συμφώνησαν οι 107 (37%), πάρα πολύ οι 89 (30,8%), λίγο οι 80 (27,7%), ενώ μόλις 13 (4,5%) διαφώνησαν. (πιν.12)

Στην ερώτηση εάν χρειαστεί να πάρεις μια πολύ σημαντική απόφαση για τη ζωή σου, ξέρεις που να βρεις τις απαραίτητες πληροφορίες ή ποιον να ρωτήσεις, οι περισσότεροι μαθητές γνώριζαν που να απευθυνθούν, αφού οι 130 (44,8%) απάντησαν μάλλον ναι και οι 99 (34,1%) ξέρω σίγουρα, ενώ μικρότερο ήταν το ποσοστό αυτών που δεν γνώριζαν αφού οι 34 (11,7%) απάντησαν μάλλον όχι και 27 (9,3%) όχι δεν ξέρω. (πιν. 29)

Λίγο πάνω από το ¼ των απαντήσεων το 27,8% των μαθητών, από όπου το 12,5% επέλεξε το μάλλον όχι, και το 15,3% αντίστοιχα, δεν θα εξέφραζαν άνετα την αντίθετη γνώμη τους, ενώ τα υπόλοιπα ¾ το 72,3%, θα εξέφραζε με άνεση την αντίθετη γνώμη του και απάντησε με ναι οπωσδήποτε το 36,5% και το υπόλοιπο 35,8% με μάλλον ναι. (πιν. 34)

Η πλειοψηφία των παιδιών το 32,4% απάντησε ότι δεν υπάρχει περίπτωση αν είχε κάποια διαφωνία με δάσκαλο ή εργοδότη να βάλει κάποιον μεσάζοντα. Μεγάλο ήταν

και το ποσοστό για τα παιδιά που απάντησαν μάλλον όχι με 28,4%. Ενώ μικρότερος ήταν ο αριθμός των παιδιών που απάντησαν μάλλον με 26,6% και ναι οπωσδήποτε με 12,5%. (πιν. 35)

Γ) Εμπιστοσύνη.

Στο σύνολο των απαντήσεων λίγοι είναι οι μαθητές οι οποίοι φοβόντουσαν 45 (15,6%), από αυτούς πολύ οι 22 (7,6%) και πάρα πολύ οι 23 (7,9%), ενώ το 1/3 με 104 (36%) απάντησε λίγο και οι 140 (48,3%) που αποτελούν το μισό πληθυσμό σχεδόν καθόλου. (πιν. 14)

«Η πλειοψηφία των παιδιών με 88,6% αναφέρει ότι νιώθει λίγο 27,2%, πολύ 34,8% ή πάρα πολύ 26,6% την γειτονιά τους «σαν το σπίτι τους». Μόνο το 11% απάντησε ότι δεν νιώθει το καθόλου την γειτονιά του «σαν το σπίτι του». (πιν. 24)

Στη ερώτηση αυτή οι μαθητές με ποσοστό 39,3% θεωρούν την γειτονιά τους πολύ ασφαλή, το 37,9% λίγο, το 15,2% πολύ και μόνο το 7,6% καθόλου. (πιν.20)

Οι ερωτηθέντες καταθέτοντας την γνώμη τους, στο αν συμφωνούν με την άποψη ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι άξιοι εμπιστοσύνης, απάντησαν με 50,2% δηλαδή πάνω από τους μισούς μαθητές λίγο, με 25,3% καθόλου, ενώ το ποσοστό των θετικών απαντήσεων παρουσιάζει τα εξής 17,6% απάντησαν πολύ και 6,9% πάρα πολύ. Στην ερώτηση αυτή το 75,5% δηλαδή τα ¾ και πάνω θεωρούν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι δεν είναι άξιοι εμπιστοσύνης. (πιν.28)

Δ) Γειτονιά.

Στην ερώτηση αν οι φίλοι τρέχουν να σε βοηθήσουν όταν τους έχεις ανάγκη, η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε θετικά 55,2% επιλέγοντας το οπωσδήποτε και 33,1% το μάλλον. Πολύ μικρά ήταν τα ποσοστά για τις αρνητικές απαντήσεις, με μάλλον όχι το 8,6% και όχι το 3,1%. (πιν.16)

Στην ερώτηση αν έχουν κάνει χάρη σε κάποιο γείτονα τους, τους τελευταίους έξι μήνες, τα ¾ οι 217 (74,9%), αναφέρουν ότι έχουν κάνει χάρη έστω μία δύο φορές με ποσοστό 39%, τρεις εώς έξι το 16,6% και έξι φορές το 19,3% στο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Ενώ το ¼ των παιδιών δεν έκαναν ούτε μια χάρη, με ποσοστό 25,2%. (πιν.18)

Οι απαντήσεις της ερώτησης αυτής μας δείχνουν ότι τα 2/3 των ερωτηθέντων (66,2%) επισκέφτηκαν τουλάχιστον μία φορά κάποιο γείτονα την τελευταία εβδομάδα, από όπου το 27,9% το έκανε αρκετές φορές, το 26,6% 1-2 φορές και το 11,7% 3-4 φορές. Το 1/3 των μαθητών δηλαδή το 33,8% δεν επισκέφτηκε ούτε μία φορά κάποιον γείτονα του την τελευταία εβδομάδα.(πιν.22)

Η πλειοψηφία απάντησε ότι συναντάει, από μερικές φορές το 32,1%, σε πολύ συχνά το 25,9%, εώς σχεδόν πάντα το 27,6% κάποιο γνωστό ή φίλο όταν πηγαίνει για ψώνια, ενώ το 14,1% απάντησε ότι αυτό δεν συμβαίνει πολύ συχνά. (πιν. 26)

Στο σύνολο των ερωτηθέντων οι 162 (55,9%) απάντησαν ότι μιλούσαν αρκετά συχνά με τους γείτονες τους τον περασμένο μήνα, οι 56 (19,3%) 1-2 φορές και οι 43

(14,8%) 3-4 φορές. Μόνο οι 29 (10,0%) εξ' αυτών δεν μίλησαν καθόλου με τους γείτονες τους το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Στο σημείο αυτό βλέπουμε την συντριπτική πλειοψηφία με ποσοστό 90,0%, των μαθητών να μίλησαν με τους γείτονες τους. (πιν. 32)

Ε) Οικογένεια και φίλοι.

Στην ερώτηση αν συνηθίζουν να βγαίνουν εκτός σπιτιού τα Σαββατοκύριακα για καφέ ή ποτό με φίλους, το 36,9% απάντησε ότι συνηθίζει να βγαίνει σχεδόν πάντα, το 23,4% μερικές φορές, και το 20% πολύ συχνά ενώ μικρότερο ήταν το ποσοστό 19,3% που απάντησε ότι δεν βγαίνει πολύ συχνά. (πιν. 25)

Στην ερώτηση αυτή, μόνο 5 μαθητές (1,7%) δεν μίλησαν με κανέναν την προηγούμενη μέρα, ενώ από τους υπόλοιπους 284 μαθητές (98,2%), οι 203 (70,2%) μίλησαν με πάνω από 10 άτομα, οι 55 (19%) με 6-10 και τέλος οι 26 (9,0%) από 1-5. (πιν.33)

Στο σημείο αυτό, είναι εμφανές ότι είναι συχνή η επικοινωνία των μαθητών μέσω διαδικτύου και μηνυμάτων από το κινητό, καθώς μόνο το 16,2% αναφέρει ότι δεν μιλά με κανένα, ενώ για το υπόλοιπο 83,8% δηλώνεται ότι το 37,9% επικοινωνεί με πάνω από δέκα άτομα, το 26,2% με 1-5 και το 19,7 από 6-10 άτομα αντίστοιχα. (πιν. 39)

ΣΤ) Ανοχή στη διαφορετικότητα.

Στα 290 ερωτηματολόγια οι 106 (36,6%) απάντησαν ότι μπορούν να δεχτούν ανθρώπους με διαφορετικό τρόπο ζωής αλλά σε λίγο, οι 94 (32,4%) πολύ, οι 59 (20,3%) πάρα πολύ και καθόλου 31 (10,7%). Σημαντικό είναι ότι το 1/3 και λίγο παραπάνω των ερωτηθέντων αποδέχονται σε μικρό βαθμό την διαφορετικότητα των ανθρώπων. (πιν.10)

Η πλειοψηφία του δείγματος, οι 162 (55,5%) αναφέρει ότι έχουν από ένα (25,2%) δύο (16,9%) και πάνω από τρεις φίλους από άλλη χώρα (13,4%). Οι 128 (44,1%) των παιδιών απάντησε ότι δεν έχουν κανένα φίλο που να κατάγετε από διαφορετική χώρα, να μιλάει άλλη γλώσσα και να έχει άλλες συνήθειες. (πιν.15).

Στο σύνολο των 290 ερωτηθέντων, οι 120 (41,4%), απάντησαν ότι τους αρέσει έστω και λίγο να ζουν ανάμεσα σε άλλα άτομα που έχουν άλλες συνήθειες, φιλοσοφία, γλώσσα και εθνικότητα, σε 73 (25,2%) αρέσει πολύ και σε 46 (15,9%) πάρα πολύ ενώ μόνο σε 51 (17,6%) δεν αρέσει καθόλου να ζουν ανάμεσα σε διαφορετικούς ανθρώπους. (πιν. 30)

Στην ερώτηση, εάν κάποιος ξένος, κάποιος διαφορετικός μετακόμιζε στην γειτονιά σου θα ήταν αποδεκτός από τους γείτονες σου, απάντησε με μάλλον ναι το 56,7%, με μάλλον όχι το 20,8%, με ναι οπωσδήποτε το 13,8% και με δεν υπάρχει περίπτωση το 8,7%. Εδώ βλέπουμε ότι το 70,5% πιθανολογείται ότι θα τους δεχόταν ενώ το 29,5% μάλλον όχι. (πιν. 38)

Ζ) Αξία της ζωής.

Η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε θετικά με ένα ποσοστό 84,5% να νοιώθει πολύ εώς πάρα πολύ την εκτίμηση των άλλων και συγκεκριμένα 143 (49,5%) που αποτελούν τους μισούς σχεδόν να λένε πολύ, οι 102 (35,2%) πάρα πολύ, ενώ η μειοψηφία αναφέρει ότι είτε δεν νιώθει καθόλου είτε λίγο, ότι τον εκτιμούν οι φίλοι και οι γνωστοί με ποσοστό 15,2%, όπου οι 38 (13,1%) λίγο και οι 6 (2,1%) όχι καθόλου. (πιν. 13)

Οι απαντήσεις στην ερώτηση αν αξίζει κανείς να ζει, ήταν ως επί το πλείστον θετικές με το 63,3% να δηλώνει ναι οπωσδήποτε, το 24,6% μάλλον ναι, το 7,3% μάλλον όχι και το 4,8% όχι. (πιν.23)

8.1.3 Οικογένεια.

Στην ερώτηση για το ποια άτομα αποτελούν την οικογένεια που μένουν πάντα ή τον περισσότερο καιρό μαζί στο σπίτι που κατοικείς μόνιμα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 96.9% μένει με την μητέρα, το 87.2% μένει με τον πατέρα, το 19.3% μένει με την γιαγιά, το 13.8% μένει με τον παππού και το 1,4% μένει με τον πατριό/σύντροφο της μητέρας. Εδώ παρατίθενται τα ποσοστά όσων δεν μένουν στην μόνιμη κατοικία των ερωτηθέντων, το 3,1% δεν μένει με την μητέρα, το 12,8% με τον πατέρα, το 80,7% με τη γιαγιά, το 86,2% με το παππού, και το 98,6 με τον πατριό/σύντροφο της μητέρας. Επίσης, κανένας μαθητής δεν μένει σε ανάδοχη οικογένεια, δεν έχει μητριά και δεν ζει κάπου αλλού, εκτός του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Πρέπει να τονιστούν στο σημείο αυτό όπως φαίνεται με αυτά τα μεγάλα ποσοστά, ότι ως επί το πλείστον τα παιδιά μένουν με τους γονείς τους και ακόμη περισσότερο με τις μητέρες τους. (πιν. 40)

Στην ερώτηση που αφορούσε τον αριθμό των αδελφιών που έχουν οι ερωτηθέντες οι απαντήσεις είχαν ως εξής: το 14.5% απάντησε ότι δεν έχει κανένα αδερφό/ή, το 46.2% έχει 1 αδερφό/ή, το 28.3% έχει 2 αδέρφια, το 8.6% έχει 3 αδέρφια, το 2.1% έχει 4 αδέρφια και το 0,3% έχει 5 αδέρφια. Συγκεκριμένα το 39,7%, δεν έχει αδερφούς και το 52,1% δεν έχει αδερφές. Από 1 αδερφό έχει το 45,9% και από 1 αδερφή το 35,5%, από 2 αδερφούς έχει το 13,4% και από 2 αδερφές το 10,3%, το 1,0% έχει 3 αδερφούς και το 1,7% έχει 3 αδερφές, 4 αδερφούς δεν έχει κανένας από τους ερωτηθέντες 0,0%, ενώ 4 αδερφές έχει το 0,3%, και κανείς δεν έχει 5 αδερφούς ή αδερφές. (πιν. 41)

Η οικονομική κατάσταση των ερωτηθέντων σκιαγραφείται ως εξής: ως κακή (με κλίμακα 1-3) από το 3.8%, μέτρια (με κλίμακα 4-7) από το 54.8%, καλή (με κλίμακα 8-10) από το 40.3%. Οι θετικές απαντήσεις αφορούν το 95,1% το οποίο θεωρεί την οικονομική κατάσταση της οικογένειας από καλή εώς μέτρια, ενώ μόνο τα 3,8% απάντησε αρνητικά καθώς τη θεωρεί κακή. (πιν. 42)

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων με 94,6%, απάντησε ότι ο πατέρας του εργάζεται, το 1.8% ότι δεν εργάζεται, το 1.1% ότι δεν ξέρει και το 2.1% ότι δεν έχει ή δεν τον βλέπει. (πιν. 43)

Όσον αφορά το επάγγελμα του πατέρα τα αποτελέσματα είναι τα ακόλουθα. Επιστήμονες/ ελεύθεροι επαγγελματίες είναι το 14,2%, διευθύνοντες και ανώτερα διοικητικά στελέχη το 2,6%, υπάλληλοι γραφείου το 9%, έμποροι και πωλητές το 17,2%,

απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών το 21,7%, απασχολούμενοι στη γεωργία/κτηνοτροφία το 10,9%, τεχνίτες και εργάτες το 22,5%, και τέλος το 1,9% απασχολείται στις ένοπλες δυνάμεις. Υπάρχει ένα ποσοστό 7,9%, παιδιών που δεν απάντησαν. (πιν.44)

Τα 4/5 σχεδόν των ερωτηθέντων απάντησαν ότι το 80,7% των μητέρων τους εργάζεται, το 17,8% αναφέρει ότι δεν εργάζεται, το 0.4% δεν ξέρει και το 1.1% δεν έχει ή δεν τον βλέπει. (πιν. 45)

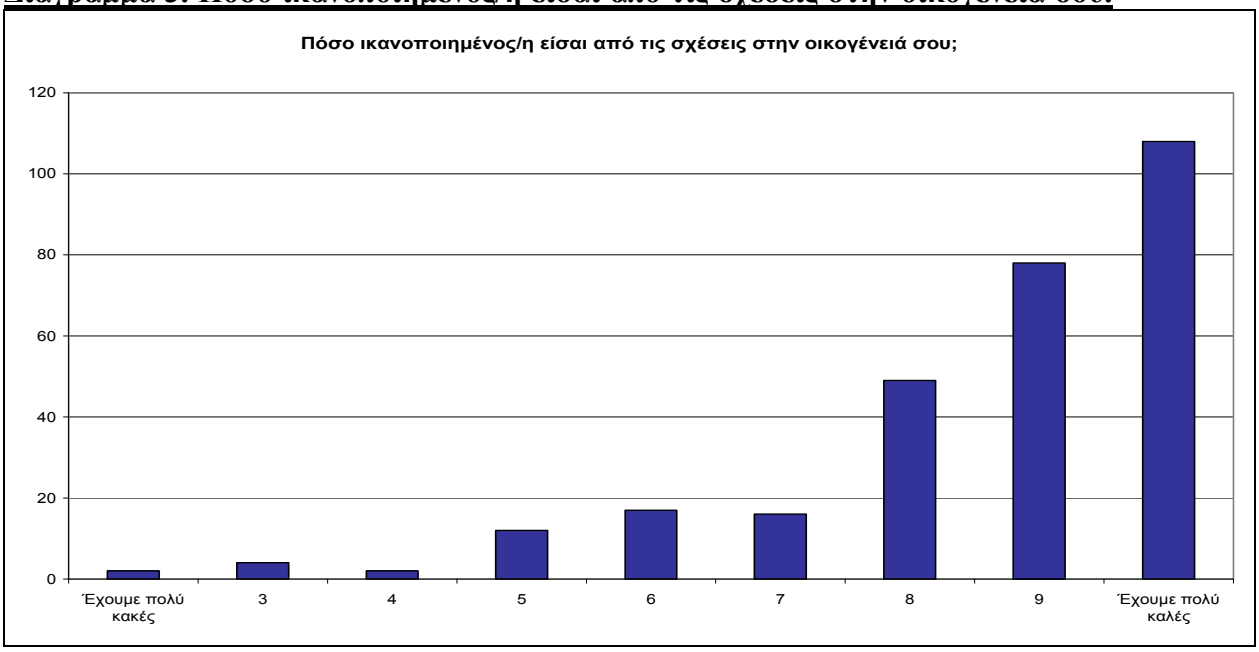
Τα μεγαλύτερα ποσοστά όσον αφορά την εργασία της μητέρας συγκεντρώνονται στο επάγγελμα εμπόρων και πωλητριών με 18.6%, έπειτα το 16.2% απασχολείται στην παροχή υπηρεσιών, το 10.3% είναι επιστήμονες/ελεύθεροι επαγγελματίες, το 9% είναι τεχνίτες και εργάτριες, το 7.9% είναι υπάλληλοι γραφείου, το 7.6% απασχολούνται στην γεωργία/κτηνοτροφία, το 1.7% είναι διευθύνοντες και ανώτερα διοικητικά στελέχη και το 0.3% εργάζεται στις ένοπλες δυνάμεις. Υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό, το 28.3%, παιδιών που δεν απάντησαν. (πιν. 46)

Μόνο το 6,2% από τους πατεράδες δεν εργάζεται όπως φαίνεται από τον πίνακα 43, το 3.1% αναφέρει ότι δεν εργάζεται γιατί είναι άρρωστος ή συνταξιούχος, το 2.4% ότι φροντίζει το σπίτι, το 0.3% ότι ψάχνει για εργασία, και το 0.3% ότι δεν ξέρει τον λόγο. (πιν. 47)

Μόνο το 25,5% των μητέρων δεν εργάζεται όπως φαίνεται από τον πίνακα 45, από αυτές το 21,4% φροντίζει το σπίτι, το 2,1% των ερωτηθέντων απάντησε ότι δεν γνωρίζει για πιο λόγο δεν δουλεύει η μητέρα του, το 1,0% αναφέρει ότι είναι άρρωστη και τέλος το 1,0% ότι ψάχνει για εργασία. (πιν. 48)

Στην ερώτηση πόσο ικανοποιημένος είσαι γενικά από τις σχέσεις στην οικογένεια σου το 2.8% αναφέρει ότι έχει πολύ κακές σχέσεις (με κλίμακα 1-4), το 15.7% ότι έχει μέτριες σχέσεις (με κλίμακα 5-7) και το 81.6% έχει πολύ καλές σχέσεις (με κλίμακα 8-9). Το πλήθος των αρνητικών απαντήσεων, είναι ελάχιστο σε σύγκριση με αυτό των θετικών, των πολύ καλών αλλά και των μέτριων σχέσεων που αποτελούν 96,5% των απαντήσεων. Βλέπε διάγραμμα 3.

Διάγραμμα 3. Πόσο ικανοποιημένος/η είσαι από τις σχέσεις στην οικογένεια σου.

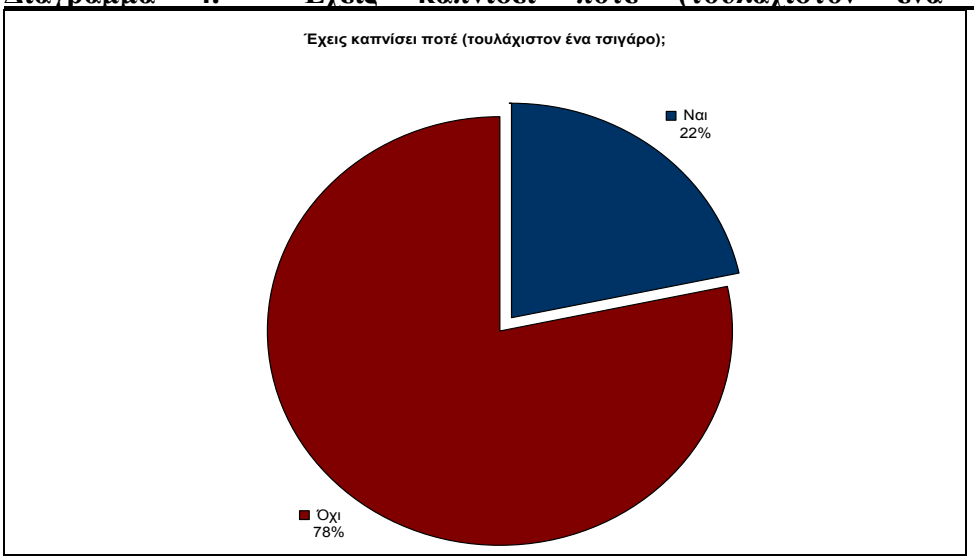


8.1.4 Κάπνισμα.

Στην ερώτηση εάν καπνίζουν μέλη της οικογένειας σου, το 49.3% αναφέρει ότι καπνίζει ο πατέρας, ενώ το 50.7% αναφέρει ότι δεν καπνίζει, όσον αφορά τις μητέρες το 31.7% καπνίζει, ενώ το 68.3% ότι δεν καπνίζει, στα αδέρφια το 12.8% καπνίζει και το 87.2% δεν καπνίζει, τέλος το 1/3 των απαντήσεων με 34.5% αναφέρει ότι καπνίζει κάποιο μέλος στην οικογένεια, τα υπόλοιπα 2/3 με 65.5%. δείχνουν το ποσοστό που δεν καπνίζει κανείς στην οικογένεια. Από τα αποτελέσματα που παρατέθηκαν παραπάνω βλέπουμε ότι υπάρχει ισοκατανομή μεταξύ των πατεράδων που καπνίζουν και αυτών που δεν καπνίζουν. (πιν. 50)

Στην ερώτηση έχεις καπνίσει ποτέ (τουλάχιστον ένα τσιγάρο) τα ¾ και παραπάνω του συνόλου το 77.2% αναφέρει ότι δεν έχει καπνίσει, το 21.4% ότι έχει καπνίσει, και το 0.3% δεν ξέρει. Βλέπε διάγραμμα 4.

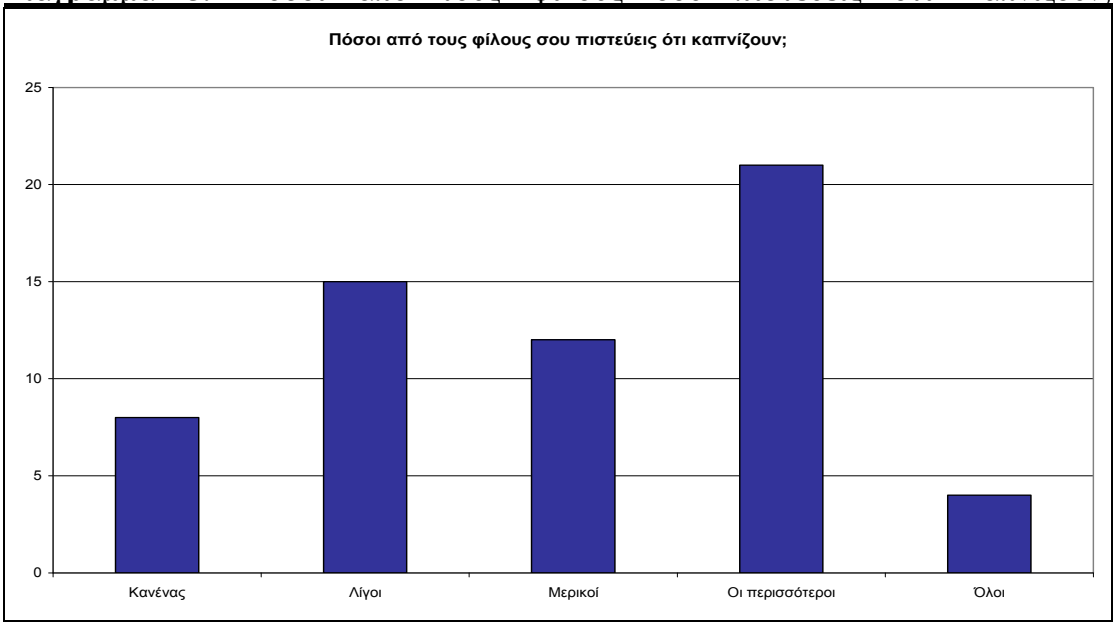
Διάγραμμα 4. Έχεις καπνίσει ποτέ (τουλάχιστον ένα τσιγάρο);



Όπως φαίνεται από τους 62 (21,4%) μαθητές που έχουν καπνίσει στο σύνολο των 290, 17 μαθητές (27,4%) το ¼ και παραπάνω κάπνισε για πρώτη φορά 14 ετών, έπειτα 10 μαθητές (16,1%) δοκίμασαν στα 16 και μεγαλύτεροι, 9 μαθητές (14,5%) δοκίμασαν αντίστοιχα στα 11 και 13, 8 μαθητές (12,9%) στην ηλικία των 15, 6 (9,7%) στα 12 και τέλος, 3 μαθητές (4,8%) δεν δοκίμασαν ποτέ. (πιν. 52)

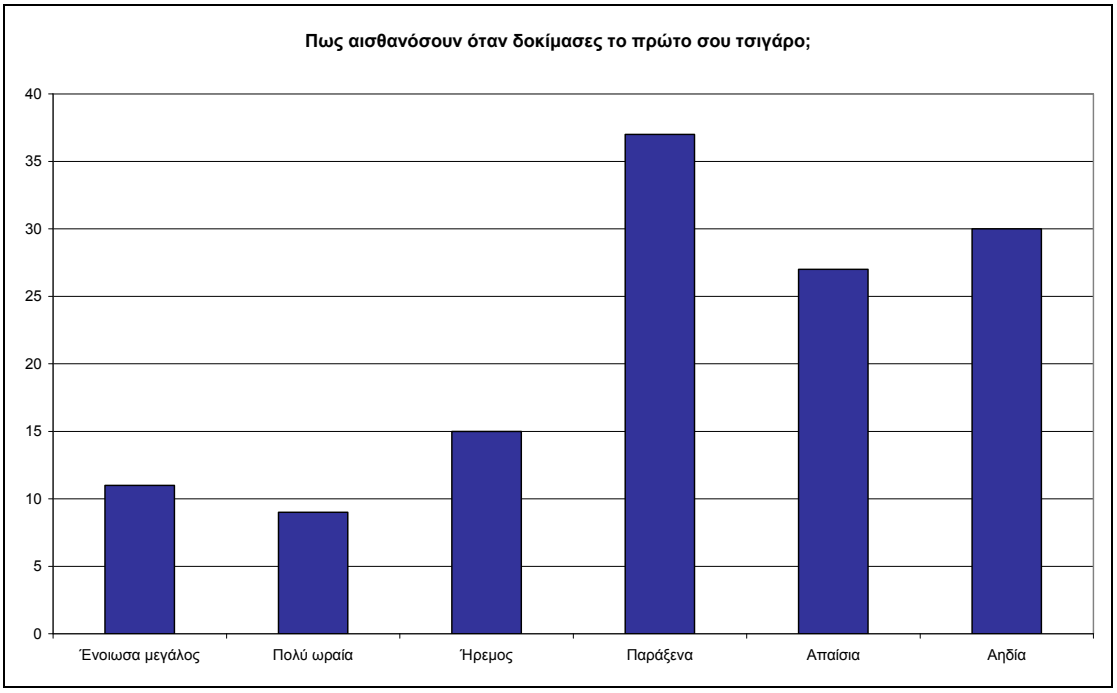
Στην ερώτηση πόσοι από τους φίλους σου πιστεύεις ότι καπνίζουν η πλειοψηφία, 35.0%, απάντησε οι περισσότεροι, το 25% λίγοι, το 20% μερικοί, το 13.3% κανένας τέλος, παρατηρείται ένα μικρό ποσοστό 6.7% κατά το οποίο καπνίζουν όλοι οι φίλοι του μαθητή. Βλέπε διάγραμμα 5.

Διάγραμμα 5. Πόσοι από τους φίλους σου πιστεύεις ότι καπνίζουν;



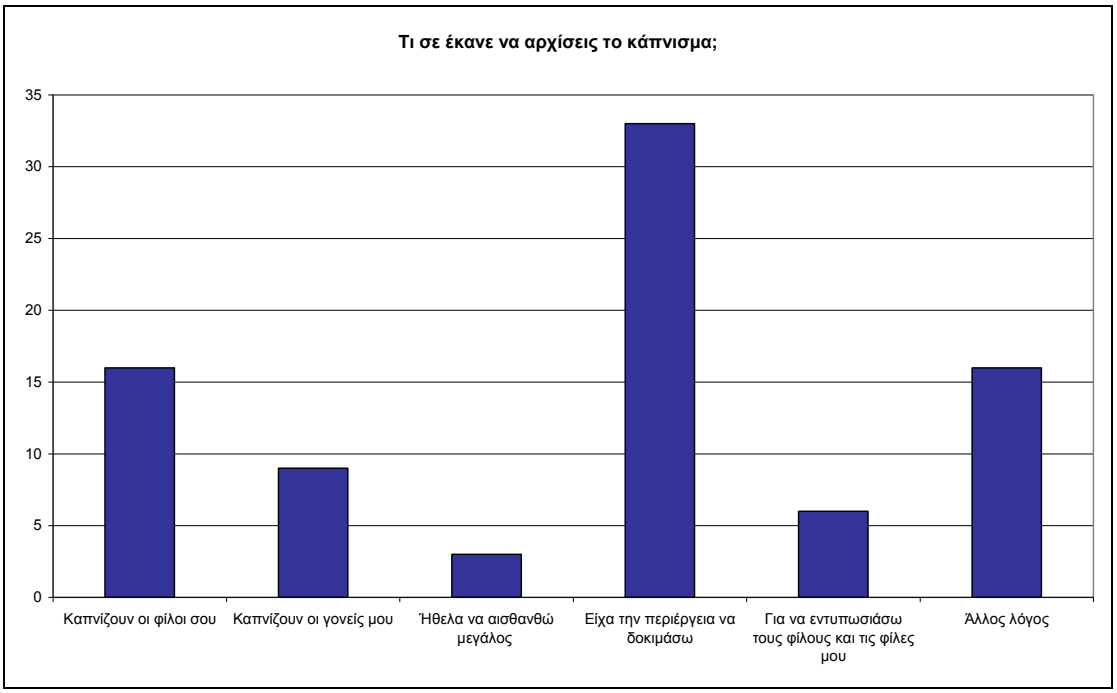
Στην ερώτηση πως αισθανόσουν όταν δοκίμασες το πρώτο σου τσιγάρο ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να βάλουν σε σειρά προσδιορίζοντας το πιο σημαντικό και λιγότερο σημαντικό με κλίμακα 1 – 3. Ως πιο σημαντικά αναφέρεται ότι ένιωσε παράξενα το 32.8%, το 20.7% αηδία, το 19% απαίσια, επίσης αναφέρεται ότι ένιωσε ήρεμος και μεγάλος το 13.8% και στα δύο αντίστοιχα. Ως δεύτερο αναφέρεται ότι ένιωσε απαίσια το 33.3%, παράξενα το 22.2%, πολύ ωραία και ήρεμοι το 13.9% και στα δυο αντίστοιχα, το 11.1% ένιωσε αηδία και το 5.6% ένιωσε μεγάλος. Ως λιγότερο σημαντικό αναφέρεται, το 40% που ένιωσε αηδία, το 28.6% παράξενα, το 11.4% ένιωσε πολύ ωραία, ενώ αντίστοιχα απαίσια το 11,4% απαίσια, ήρεμος ένιωσε το 5.7% και μεγάλος το 2.9%. Βλέπε διάγραμμα 6.

Διάγραμμα 6. Πως αισθανόσουν όταν δοκίμασες το πρώτο σου τσιγάρο;



Στην ερώτηση τι σ' έκανε να αρχίσεις το κάπνισμα επιλέγοντας δύο απαντήσεις σαν πρώτη επιλογή ήταν η περιέργεια με 45.5%, το 29.1% επειδή καπνίζουν οι φίλοι, το 16.4% αναφέρεται σε άλλο λόγο, το 5.5% επειδή καπνίζουν οι γονείς και το 3.6% επειδή ήθελαν να αισθανθούν μεγάλοι. Σαν δεύτερη επιλογή αναφέρεται πάλι ως πιο σημαντική η περιέργεια με 28.6%, το 25% αναφέρεται σε άλλο λόγο, το 21.4% αντίστοιχα γιατί καπνίζουν οι γονείς τους και για να εντυπωσιάσουν τους φίλους και τις φίλες, και το 3.6% επειδή ήθελαν να αισθανθούν μεγάλοι. Βλέπε διάγραμμα 7.

<u>Διάγραμμα 7. Τι σε έκανε να αρχίσεις το κάπνισμα;</u>



Από τους 62 (21,4%) μαθητές που έχουν δοκιμάσει το τσιγάρο, από το σύνολο των 290 που ερωτήθηκαν, το 58,1% δήλωσε ότι δεν καπνίζει, το 25,8% ότι καπνίζει κάθε μέρα, το 4,8% τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα αλλά όχι κάθε μέρα και το 1,6% λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα. Ένα ποσοστό 9,7% επέλεξε να μην απαντήσει στην ερώτηση. Εδώ παρατηρούμε ότι το ½ και παραπάνω των μαθητών που δοκίμασαν το τσιγάρο δεν συνέχισαν να καπνίζουν, ενώ το ¼ που δοκίμασε συνεχίζει. (πιν. 56)

Στο σύνολο των 62 παιδιών που καπνίζουν φαίνεται ότι στο 69,6% δεν γνωρίζει η μητέρα τους ότι καπνίζουν, το 28,6% δήλωσε ότι το γνωρίζει, και το 1,8% είπε ότι δεν έχει ή δεν βλέπει τη μητέρα του για να της το πει. (πιν.57)

Από τους 62 καπνιστές μόνο το 20,8% έχει πει στους πατέρες τους ότι καπνίζει, ενώ ένα πολύ μεγάλο μέρος το 79,2% δεν το έχει πει.(πιν. 58)

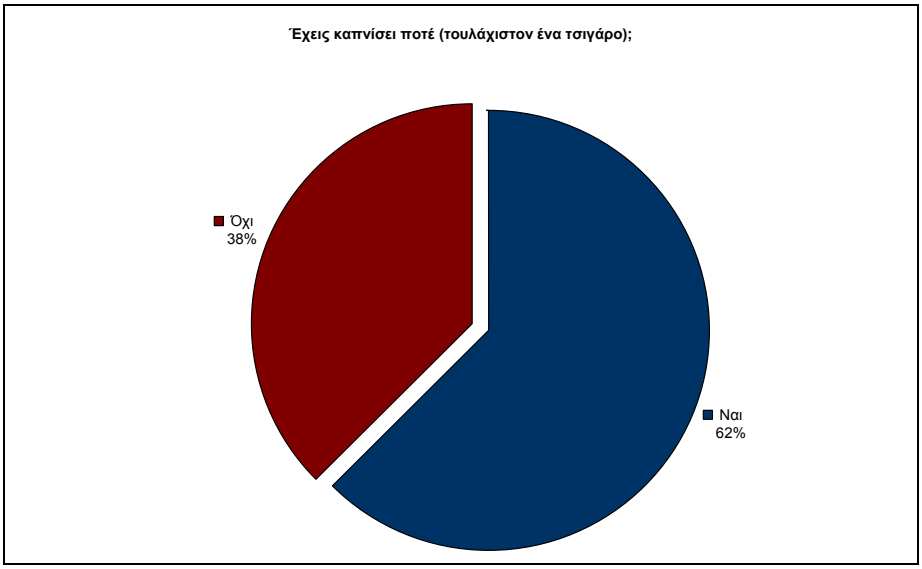
Στην ερώτηση πόσα τσιγάρα καπνίζουν την ημέρα η πλειοψηφία με 41,4% απάντησε ότι καπνίζει λιγότερο από 5 τσιγάρα, περίπου το ¼ με 24,1% από 10 εώς 15 τσιγάρα, το 20,7% από 5 εώς 10 τσιγάρα ημερησίως, και το 13,8% καπνίζει περισσότερα από 20 τσιγάρα.(πιν. 59)

Στο ερώτημα αν ήθελαν να κόψουν το κάπνισμα, παρουσιάστηκε το εξής το ½ των μαθητών που δήλωσε ότι καπνίζει 53,2% δεν απάντησε στην ερώτηση, ενώ το υπόλοιπο 46,8% διαχώρισε τις απόψεις του, έτσι το 22,6% απάντησε ότι ναι ήθελε να διακόψει το τσιγάρο, ενώ το 24,2% όχι. (πιν. 60)

Στην ερώτηση αν σε μεγαλύτερη ηλικία θα καπνίζεις, το ½ με 51,0% απάντησε όχι, το 32,9% ότι δεν είναι βέβαιος/η, ενώ μόνο το 16,1% απάντησε με σιγουριά ότι θα καπνίζει.(πιν. 61)

Ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων το 62,5% απάντησε ότι τους ενοχλεί να καπνίζουν οι άλλοι στην παρέα τους, ενώ το 37,5% δήλωσε ότι δεν τους ενοχλεί. Βλέπε διάγραμμα 8.

<u>Διάγραμμα 8. Έχεις καπνίσει ποτέ (τουλάχιστον ένα τσιγάρο);</u>



Στον πίνακα 63 συντριπτική πλειοψηφία με 88,2% απάντησε ότι το κάπνισμα είναι επικίνδυνο, και μόλις το 11,8% ανέφερε ότι δεν είναι. (πιν. 63)

Στο ερώτημα αν καπνίζουν οι καθηγητές μπροστά στους μαθητές, τα 2/3 με 68.5%, απάντησε θετικά, ενώ το 1/3 με 31.5% αρνητικά. (πιν.64)

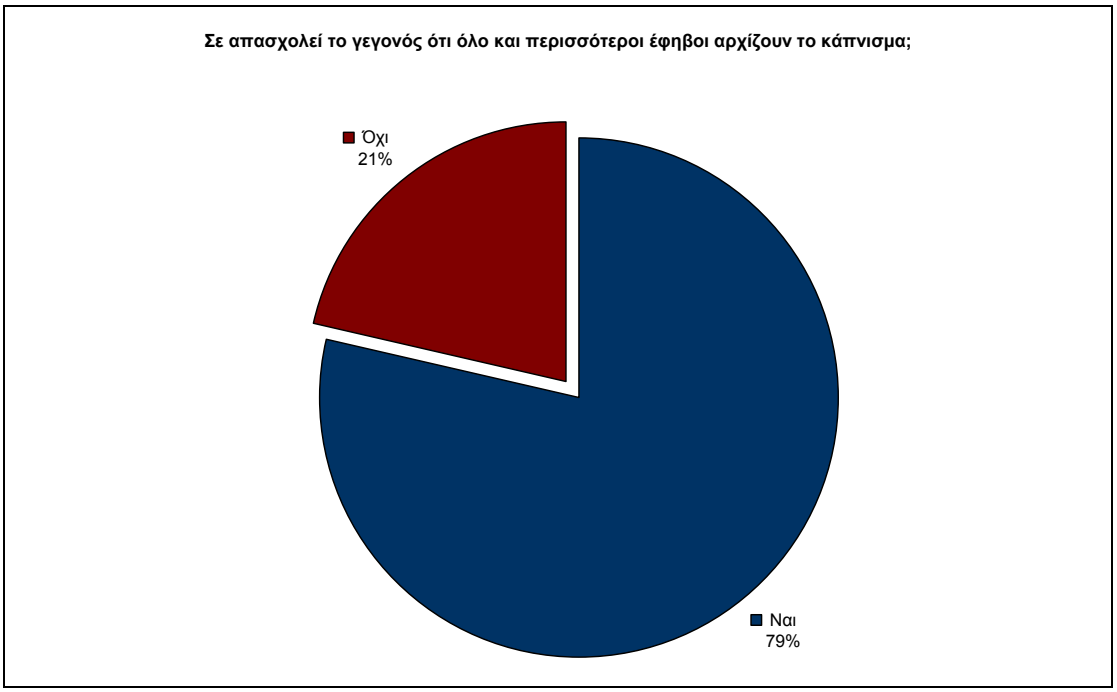
Η πλειοψηφία των παιδιών απάντησε ότι τους ενοχλεί που οι φίλοι/ γονείς/ καθηγητές τους καπνίζουν με ποσοστό 60.3%, αντίθετα το 39.7% απάντησε ότι δεν τους ενοχλεί. (πιν. 65)

Στο ερώτημα αν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο μέρος του σχολείου που χρησιμοποιείται ως καπνιστήριο, σχεδόν τα ¾ των ερωτηθέντων το 73,3% απάντησε ότι υπάρχει, ενώ μόλις το ¼ με 26,7 απάντησε ότι δεν υπάρχει. (πιν.66)

Οι περισσότεροι μαθητές με ποσοστό 73.2% πιστεύουν ότι πρέπει να υπάρχουν ποινές για το κάπνισμα των μαθητών στο σχολείο, αντίθετα το 26.8% πιστεύει ότι δεν πρέπει να υφίστανται. (πιν. 67)

Τα ¾ και παραπάνω με ποσοστό 78,6% απάντησαν ότι τους απασχολεί ότι όλο και περισσότεροι έφηβοι αρχίζουν το κάπνισμα, και μόλις το ¼ με 21,4% απάντησε ότι δεν είναι κάτι που τους απασχολεί. Βλέπε διάγραμμα 9.

Διάγραμμα 9. Σε απασχολεί που όλο και περισσότεροι έφηβοι αρχίζουν το κάπνισμα;

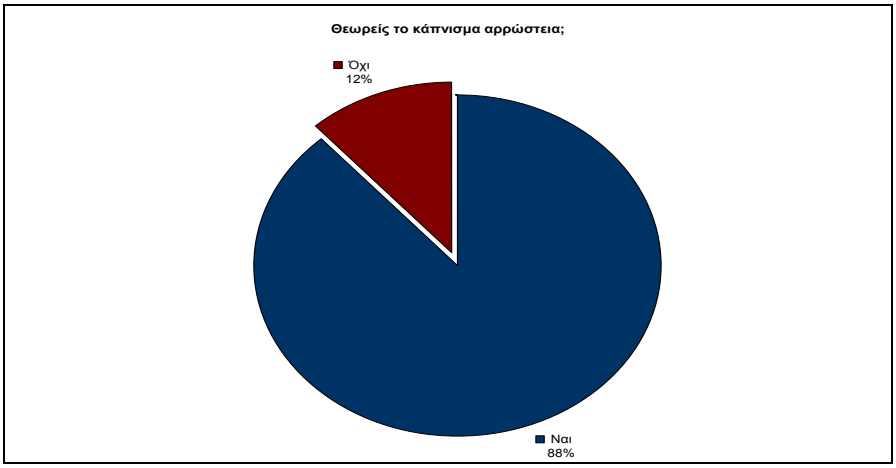


Στο ερώτημα αν το τσιγάρο δημιουργεί εξάρτηση η συντριπτική πλειοψηφία με 88,6% δήλωσε ότι αποτελεί, ενώ μόλις το 11,0% ανέφερε πως όχι. (πιν. 69)

Το μεγαλύτερο ποσοστό με 92.4%, αναφέρει ότι είναι επικίνδυνο να εισπνέουν τον καπνό των άλλων σε αντίθεση με το 5.2% που πιστεύει το αντίθετο, ακόμη υπάρχει ένα μικρό ποσοστό το 2.4% που δηλώνει ότι δεν ξέρει. (πιν. 70)

Από τους 290 ερωτηθέντες, οι 253 (87,2%) απάντησαν ότι θεωρούν το κάπνισμα αρρώστεια ενώ οι υπόλοιποι 37 (12,8%) ότι δεν είναι. Βλέπε διάγραμμα 10.

Διάγραμμα 10. Θεωρείς το κάπνισμα αρρώστεια;



Στην ερώτηση για το ποιες ασθένειες προκαλεί το κάπνισμα και σε ποια όργανα επιδρά, οι μαθητές απάντησαν με 95,2% ότι επιδρά στους πνεύμονες και τους βρόγχους, με 81,4% στην καρδιά, με 72,8% στην φυσική κατάσταση, με 27,2% στην όσφρηση και τη γεύση και τέλος το 7,9% στην ακοή και την όραση.(πιν. 72)

8.2 Ανάλυση Συσχετίσεων.

Ξεκινώντας αυτή την ερευνητική εργασία, μία ήταν η αρχική μας υπόθεση: Το αίσθημα του ανήκειν στην ομάδα των συνομήλικων είναι ο πιο ισχυρός παράγοντας που συνδέεται θετικά με το κάπνισμα. Στην ενότητα αυτή, παρουσιάζονται οι έλεγχοι συσχέτισης της υπόθεσης αυτής και των επιμέρους ερευνητικών ερωτημάτων.

1ο Ερευνητικό ερώτημα: Η σχέση με την οικογένεια σχετίζεται με την κατανάλωση καπνού; Διερευνάται από τις ερωτήσεις «Πόσο ικανοποιημένος/η είσαι γενικά από τις σχέσεις στην οικογένειά σου;» και «Οι γονείς σου γνωρίζουν ότι καπνίζεις;»

	Η μητέρα σου γνωρίζει ότι καπνίζεις;			Ο πατέρας σου γνωρίζει ότι καπνίζεις;		
	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Ναι	16	8,88	1,147	12	9,08	1,240
Όχι	43	7,65	2,148	44	7,52	2,052
Σύνολο	60	7,95	1,995	56	7,86	2,004

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στο βαθμό ικανοποίησης από τις οικογενειακές σχέσεις όταν η μητέρα γνωρίζει ότι ο ερωτώμενος/η καπνίζει (t-test=2,159 p-value=0,035).

Ομοίως, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στο βαθμό ικανοποίησης από τις οικογενειακές σχέσεις όταν η μητέρα γνωρίζει ότι ο ερωτώμενος/η καπνίζει (t-test=2, 503 p-value=0,015).

2ο Ερευνητικό ερώτημα: Οι γονείς που δεν καπνίζουν λειτουργούν προστατευτικά προς το να μην καπνίζει και το παιδί; Εξετάζεται από τις ερωτήσεις «καπνίζει ο πατέρας» / «καπνίζει η μητέρα» και «Τι σε έκανε να αρχίσεις το κάπνισμα;»

		Καπνίζει ο πατέρας			Καπνίζει η μητέρα		
Τι σε έκανε να αρχίσεις το κάπνισμα;		Ναι	Όχι	σύνολο	Ναι	Όχι	σύνολο
Καπνίζουν οι φίλοι σου	N	10	6	16	7	9	16
	%	28,6%	26,1%	27,6%	25,0%	30,0%	27,6%
Καπνίζουν οι γονείς μου	N	2	2	4	4	0	4
	%	5,7%	8,7%	6,9%	14,3%	,0%	6,9%
Ήθελα να αισθανθώ μεγά-	N	2	0	2	0	2	2

λος							
	%	5,7%	,0%	3,4%	,0%	6,7%	3,4%
Είχα την περιέργεια να δοκιμάσω	N	13	14	27	13	14	27
	%	37,1%	60,9%	46,6%	46,4%	46,7%	46,6%
Άλλος λόγος	N	8	1	9	4	5	9
	%	22,9%	4,3%	15,5%	14,3%	16,7%	15,5%
Σύνολο	N	35	23	58	28	30	58
	%	100,0 %	100,0%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Μη στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρείται αναφορικά με το αν καπνίζει ο πατέρας ή η μητέρα και τον λόγο που οι νέοι αρχίζουν το κάπνισμα (p-value>0,05).

3ο Ερευνητικό ερώτημα: Οι συνομήλικοι είναι ο πιο ισχυρός παράγοντας επηρεασμού για την έναρξη του καπνίσματος; Απαντάται από τις ερωτήσεις «Πόσοι από τους φίλους σου πιστεύεις ότι καπνίζουν;» και «Τι σε έκανε να αρχίσεις το κάπνισμα;»

		Πόσοι από τους φίλους σου πιστεύεις ότι καπνίζουν;					Σύνολο
Τι σε έκανε να αρχίσεις το κάπνισμα;		Κανένας	Λίγοι	Μερικοί	Οι περισσότεροι	Όλοι	
Καπνίζουν οι φίλοι σου	N	1	2	4	8	1	16
	%	16,7%	15,4%	30,8%	38,1%	20,0%	27,6%
Καπνίζουν οι γονείς μου	N	1	1	2	0	0	4
	%	16,7%	7,7%	15,4%	,0%	,0%	6,9%
Ήθελα να αισθανθώ μεγάλος Για να εντυπωσιάσω τους φίλους	N	0	0	1	1	0	2
	%	,0%	,0%	7,7%	4,8%	,0%	3,4%
Είχα την περιέργεια να δοκιμάσω	N	4	8	4	7	4	27
	%	66,7%	61,5%	30,8%	33,3%	80,0%	46,6%
Άλλος λόγος	N	0	2	2	5	0	9
	%	,0%	15,4%	15,4%	23,8%	,0%	15,5%

Σύνολο	N	6	13	13	21	5	58
	%	100,0%	100,0 %	100,0%	100,0%	100,0 %	100,0 %

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στους λόγους έναρξης του καπνίσματος και τον αριθμό των φίλων τους που καπνίζουν (p-value>0,05).

<u>4ο Ερευνητικό ερώτημα:</u> Οι νέοι που έχουν επαρκή ενημέρωση για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία τους δεν καπνίζουν; Διερευνάται μέσα από τις ερωτήσεις «Πιστεύεις ότι το κάπνισμα είναι επικίνδυνο;» και «Σε ποια από τα παρακάτω επιδρά το κάπνισμα;»

		Θεωρείς το κάπνισμα αρρώστια;		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Πνευμόνια - βρόγχους				
Ναι	N	240	36	276
	%	94.9%	97.3%	95.2%
Όχι	N	13	1	14
	%	5.1%	2.7%	4.8%
Σύνολο	N	253	37	290
	%	100.0%	100.0%	100.0 %
Καρδιά				
Ναι	N	208	28	236
	%	82.2%	75.7%	81.4%
Όχι	N	45	9	54
	%	17.8%	24.3%	18.6%
Σύνολο	N	253	37	290
	%	100.0%	100.0%	100.0 %
Στομάχι				
Ναι	N	41	6	47

	%	16.2%	16.2%	16.2%
Όχι	N	212	31	243
	%	83.8%	83.8%	83.8%
Σύ-νολο	N	253	37	290
	%	100.0%	100.0%	100.0 %
Διαύγεια σκέψης				
Ναι	N	31	5	36
	%	12.3%	13.5%	12.4%
Όχι	N	222	32	254
	%	87.7%	86.5%	87.6%
Σύ-νολο	N	253	37	290
	%	100.0%	100.0%	100.0 %
Αισθητήρια όσφρησης και γεύσης				
Ναι	N	72	7	79
	%	28.5%	18.9%	27.2%
Όχι	N	181	30	211
	%	71.5%	81.1%	72.8%
Σύ-νολο	N	253	37	290
	%	100.0%	100.0%	100.0 %
Αισθητήρια ακοής και όρασης				
Ναι	N	21	2	23
	%	8.3%	5.4%	7.9%
Όχι	N	232	35	267
	%	91.7%	94.6%	92.1%
Σύ-νολο	N	253	37	290

	%	100.0%	100.0%	100.0 %
Φυσική κατάσταση				
Ναι	N	185	26	211
	%	73.1%	70.3%	72.8%
Όχι	N	68	11	79
	%	26.9%	29.7%	27.2%
Σύ-νολο	N	253	37	290
	%	100.0%	100.0%	100.0 %

Οι απόψεις των νέων που καπνίζουν φαίνεται να ταυτίζονται με τους μη καπνιστές, αναφορικά με τις επιπτώσεις στην υγεία του καπνίσματος. Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στις εκτιμήσεις των δύο ομάδων.

5ο Ερευνητικό ερώτημα: Οι νέοι με χαμηλή αυτοεκτίμηση, καπνίζουν συχνότερα από την υπόλοιπη ομάδα; Συνολικά τέσσερις ερωτήσεις εξετάζονται: τρεις αναφορικά με την αυτοεκτίμηση («Νοιώθεις ότι σε εκτιμούν φίλοι και γνωστοί;», «Αξίζει κανείς να ζει;», «Εάν διαφωνείς σε κάτι με το οποίο όλοι οι υπόλοιποι συμφωνούν, νοιώθεις άνετα να εκφράσεις την αντίθετη γνώμη σου;»), ενώ για τη συχνότητα καπνίσματος χρησιμοποιήθηκε η ερώτηση «Πόσο συχνά καπνίζεις αυτή την περίοδο»

		Έχεις καπνίσει ποτέ (τουλάχιστον ένα τσιγάρο);		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Νοιώθεις ότι σε εκτιμούν φίλοι και γνωστοί;				
Όχι, καθόλου	N	4	2	6
	%	6.5%	.9%	2.1%
Λίγο	N	9	28	37
	%	14.5%	12.6%	13.0%
Πολύ	N	25	116	141
	%	40.3%	52.0%	49.5%
Πάρα πολύ	N	24	77	101
	%	38.7%	34.5%	35.4%

Σύνολο	N	62	223	285
	%	100.0%	100.0%	100.0%
Αξίζει κανείς να ζει;				
Όχι	N	4	10	14
	%	6.5%	4.5%	4.9%
Μάλλον όχι	N	2	19	21
	%	3.2%	8.5%	7.4%
Μάλλον ναι	N	23	47	70
	%	37.1%	21.1%	24.6%
Ναι, οπωσδήποτε	N	33	147	180
	%	53.2%	65.9%	63.2%
Σύνολο	N	62	223	285
	%	100.0%	100.0%	100.0%
Εάν διαφωνείς σε κάτι με το οποίο όλοι οι υπόλοιποι συμφωνούν, νοιώθεις άνετα να εκφράσεις την αντίθετη γνώμη σου;				
Όχι, δεν υπάρχει περίπτωση	N	4	32	36
	%	6.5%	14.4%	12.7%
Μάλλον όχι	N	8	35	43
	%	12.9%	15.8%	15.1%
Μάλλον ναι	N	23	77	100
	%	37.1%	34.7%	35.2%
Ναι, οπωσδήποτε	N	27	78	105
	%	43.5%	35.1%	37.0%
Σύνολο	N	62	222	284
	%	100.0%	100.0%	100.0%

Εξετάζοντας μεμονωμένα τις τρεις αυτές ερωτήσεις αυτοεκτίμησης, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των νέων στις δύο πρώτες ερωτήσεις σε σχέση με την συχνότητα καπνίσματος. Αναφορικά με «Νοιώθεις ότι σε εκτιμούν φίλοι και γνωστοί;» βρέθηκε χ^2= 8,834 (p-value=0,032) και «Αξίζει κανείς να ζει;» βρέθηκε χ^2= 8,535 (p-value=0,036).

Έπειτα, δημιουργήθηκε μία νέα μεταβλητή («Βαθμός αυτοεκτίμησης»)από το άθροισμα των απαντήσεων στις τρεις αυτές ερωτήσεις. Η νέα μεταβλητή λαμβάνει τιμές από 3 έως 12, ενώ όσο μικρότερη είναι η τιμή της, τόσο μικρότερη είναι η αυτοεκτίμηση του ατόμου. Ο μέσος βαθμός αυτοεκτίμησης είναι 9,6 για το συνολικό δείγμα (τυπ. απόκλιση 1,71).

	Βαθμός αυτοεκτίμησης		
Έχεις καπνίσει ποτέ;	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Ναι	62	9.66	1.568
Όχι	220	9.58	1.754
Συνολο	282	9.60	1.712

Όπως φαίνεται και στον παραπάνω πίνακα δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στο μέσο βαθμό αυτοεκτίμησης σε σχέση με το κάπνισμα.

<u>6ο Ερευνητικό ερώτημα:</u> Το αίσθημα του «ανήκειν» ενισχύει το κάπνισμα; Τρεις ερωτήσεις επιλέχθηκαν για την αξιολόγηση του αισθήματος του ανήκειν, «Οι φίλοι τρέχουν να σε βοηθήσουν όταν τους έχεις ανάγκη;», «Τους τελευταίους 6 μήνες έχεις πάει σε κάποια εκδήλωση της περιοχής σου;» και «Ανήκεις στο διοικητικό συμβούλιο κάποιου συλλόγου, ομάδας ή οργάνωσης της περιοχής ή του σχολείου σου;».

		Έχεις καπνίσει ποτέ (τουλάχιστον ένα τσιγάρο);		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Οι φίλοι τρέχουν να σε βοηθήσουν όταν τους έχεις ανάγκη;				
Όχι	N	3	6	9
	%	4.8%	2.7%	3.1%
Μάλλον όχι	N	6	19	25
	%	9.7%	8.5%	8.7%
Μάλλον ναι	N	19	74	93
	%	30.6%	33.0%	32.5%
Ναι, οπωσδήποτε	N	34	125	159
	%	54.8%	55.8%	55.6%
Σύνολο	N	62	224	286
	%	100.0%	100.0%	100.0%

Τους τελευταίους 6 μήνες έχεις πάει σε κάποια εκδήλωση της περιοχής σου;				
Όχι, ούτε μια φορά	N	5	31	36
	%	8.1%	13.8%	12.6%
1 φορά	N	22	67	89
	%	35.5%	29.9%	31.1%
2 φορές	N	13	63	76
	%	21.0%	28.1%	26.6%
3 φορές	N	22	63	85
	%	35.5%	28.1%	29.7%
Σύνολο	N	62	224	286
	%	100.0%	100.0%	100.0%
Ανήκεις στο διοικητικό συμβούλιο κάποιου συλλόγου, ομάδας ή οργάνωσης της περιοχής ή του σχολείου σου;				
Όχι σε κανέναν	N	31	111	142
	%	50.0%	49.8%	49.8%
Σε ένα (1)	N	19	54	73
	%	30.6%	24.2%	25.6%
Σε δύο (2)	N	6	25	31
	%	9.7%	11.2%	10.9%
Πάνω από τρεις (3)	N	6	33	39
	%	9.7%	14.8%	13.7%
Σύνολο	N	62	223	285
	%	100.0%	100.0%	100.0%

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση για τις μεταβλητές, μεμονωμένα, που σχετίζονται με το αίσθημα του ανήκειν. Από το άθροισμα των απαντήσεων στις τρεις αυτές ερωτήσεις δημιουργήθηκε μία νέα μεταβλητή. Το «αίσθημα του ανήκειν» παίρνει τιμές από 3 έως 12 και όσο μικρότερη είναι η τιμή, τόσο ασθενέστερο και το αίσθημα του ανήκειν. Η μέση τιμή για όλο το δείγμα είναι 8,0 (τυπ. απόκλιση 1,90).

	Αίσθημα του «ανήκειν»		
Έχεις καπνίσει ποτέ;	N	Μέ-ση Τιμή	Τυπική Α-πόκλιση
Ναι	62	7.98	1.860
Όχι	223	8.04	1.917
Σύνολο	285	8.02	1.901

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στη μέση τιμή της νέας μεταβλητής σε σχέση με τη συχνότητα καπνίσματος.

<u>7ο Ερευνητικό ερώτημα:</u> Η ασφάλεια και η εμπιστοσύνη σχετίζονται αρνητικά με το κάπνισμα; Δύο ερωτήσεις αξιολογούν το αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης των νέων: «Η περιοχή/γειτονία σου θεωρείται ασφαλής;» και «Συμφωνείς με την άποψη ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι άξιοι εμπιστοσύνης;»

		Έχεις καπνίσει ποτέ (τουλάχιστον ένα τσιγάρο);		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Η περιοχή/γειτονία σου θεωρείται ασφαλής;				
Καθόλου	N	8	14	22
	%	12.9%	6.3%	7.7%
Λίγο	N	21	86	107
	%	33.9%	38.4%	37.4%
Πολύ	N	24	89	113
	%	38.7%	39.7%	39.5%
Πάρα πολύ	N	9	35	44
	%	14.5%	15.6%	15.4%
Σύνολο	N	62	224	286
	%	100.0%	100.0%	100.0%
Συμφωνείς με την άποψη ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι άξιοι εμπιστοσύνης;				
Καθόλου	N	19	52	71

	%	30.6%	23.3%	24.9%
Λίγο	N	36	108	144
	%	58.1%	48.4%	50.5%
Πολύ	N	4	46	50
	%	6.5%	20.6%	17.5%
Πάρα πολύ	N	3	17	20
	%	4.8%	7.6%	7.0%
Σύνολο	N	62	223	285
	%	100.0%	100.0%	100.0%

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ της δεύτερης ερώτησης και του καπνίσματος (χ^2= 8,030, p-value=0,045).

Η νέα μεταβλητή «αίσθηση ασφάλειας και εμπιστοσύνης» υπολογίζεται από το άθροισμα των απαντήσεων στις παραπάνω ερωτήσεις και λαμβάνει τιμές από 2 έως 8. Όσο μεγαλύτερη η τιμή της μεταβλητής τόσο μεγαλύτερο είναι και το αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης στους νέους. Η μέση τιμή για ολόκληρο το δείγμα είναι 4.7 (τυπ. απόκλιση 1,23).

	Αίσθηση ασφάλειας και εμπιστοσύνης		
Έχεις καπνίσει ποτέ;	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Ναι	62	4.40	1.234
Όχι	223	4.78	1.224
Σύνολο	285	4.69	4

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στη μέση τιμή της μεταβλητής σε σχέση με το κάπνισμα (t-test= 4,476, p-value=0,035). Πιο συγκεκριμένα, οι νέοι που καπνίζουν φαίνεται να έχουν ισχυρότερο αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης.

<u>8η Ερευνητικό ερώτημα:</u> Τα αγόρια καπνίζουν περισσότερο από τα κορίτσια; Στο όγδοο και τελευταίο ερώτημα εξετάζεται η επίδραση του φύλου στο κάπνισμα (έχεις καπνίσει ποτέ;) και τη συχνότητα καπνίσματος (τσιγάρα /ημέρα).

	Έχεις καπνίσει ποτέ;		
Φύλο	Ναι	Όχι	Σύνολο

Αγόρι	N	27	114	141
	%	43.5%	50.9%	49.3%
Κορίτσι	N	35	110	145
	%	56.5%	49.1%	50.7%
Σύνολο	N	62	224	286
	%	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Παρά το γεγονός ότι από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται να υπάρχει διαφορά στο ποσοστό των νέων που καπνίζουν, η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική.

		Φύλο		
Συχνότητα καπνίσματος		Αγόρι	Κορίτσι	Σύνολο
Λιγότερα από 5	N	6	9	15
	%	33.3%	64.3%	46.9%
5 έως 10	N	6	0	6
	%	33.3%	.0%	18.8%
10 έως 15	N	5	2	7
	%	27.8%	14.3%	21.9%
Περισσότερα από 20	N	1	3	4
	%	5.6%	21.4%	12.5%
Σύνολο	N	18	14	32
	%	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων στη συχνότητα καπνίσματος (χ^2= 8,519, p-value=0,036). Τα περισσότερα κορίτσια που καπνίζουν, κάνουν λιγότερα από 5 τσιγάρα την ημέρα, ενώ τα αγόρια φαίνεται να καπνίζουν περισσότερα.

9ο Κεφάλαιο – Συζήτηση.

9.1 Συζήτηση.

Η διαδικασία της ερευνητικής διαδικασίας πραγματοποιήθηκε στα εγγεγραμμένα φροντιστήρια του συλλόγου ιδιοκτητών «Πλάτων», σε ολόκληρο το νομό Ηρακλείου και στις τρεις τάξεις του Γυμνασίου, χωρίς την εμφάνιση ιδιαίτερων δυσκολιών. Σε αυτό συνέβαλε η έγκριση που δόθηκε από το διοικητικό συμβούλιο του συλλόγου «Πλάτων». Οι ιδιοκτήτες των φροντιστηρίων, αλλά και οι καθηγητές μας αντιμετώπισαν με σεβασμό, διαθέτοντας ένα μέρος της διδακτικής ώρας για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους μαθητές.

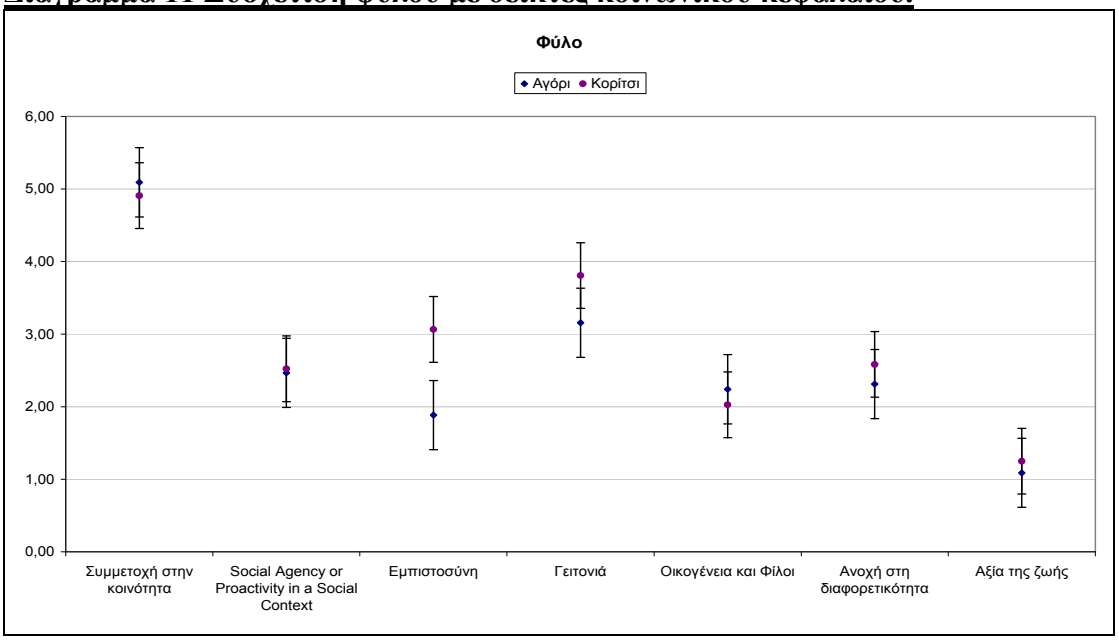
Ατομικές πληροφορίες.

Ο πληθυσμός στόχος της μελέτης είναι μαθητές Γυμνασίου, έτσι η ηλικιακή κατανομή έχει ως ελάχιστο τα 11 έτη και μέγιστο τα 18 έτη. Η πλειοψηφία των μαθητών είναι από 13 εώς 15 ετών (όπου 13 ετών είναι το 23,1%, 14 ετών το 29,7% και 15 ετών το 36,9%).

Από τα 290 παιδιά που συμμετείχαν στην έρευνα τα 143 είναι αγόρια και τα 147 είναι κορίτσια. Φαίνεται να υπάρχει ισόρροπη κατανομή στο φύλο των συμμετεχόντων στην έρευνα αφού το 50.7% είναι αγόρια και 49,3% κορίτσια.

Οι διαφορές φύλου στο κάπνισμα, στις ομάδες ηλικίας, ήταν πιο επικρατούσες μεταξύ των αρσενικών απ' ότι μεταξύ των θηλυκών. Αυτό είναι σύμφωνο με τις προηγούμενες μελέτες στην Κίνα. Αν και είναι δύσκολο να συγκριθούν οι εκτιμήσεις επικράτησης καπνίσματος στις μελέτες για τα γυμνάσια που λαμβάνουν λιγότερη εκπαίδευση για μέτρα κατά του καπνίσματος απ' ότι τα ακαδημαϊκά γυμνάσια λόγω της παραλλαγής στις στρατηγικές δειγματοληψίας και τα μέτρα, πρόσφατη έρευνα έχει δείξει ότι το χάσμα φύλου στο κάπνισμα μειώνεται με την πάροδο του χρόνου. Αυτό φαίνεται να ισχύει καθώς υπάρχει ισοκατανομή των αγοριών και των κοριτσιών που καπνίζουν. Στο διάγραμμα 11, συσχετίζεται το φύλο με τους 7 δείκτες του κοινωνικού κεφαλαίου.

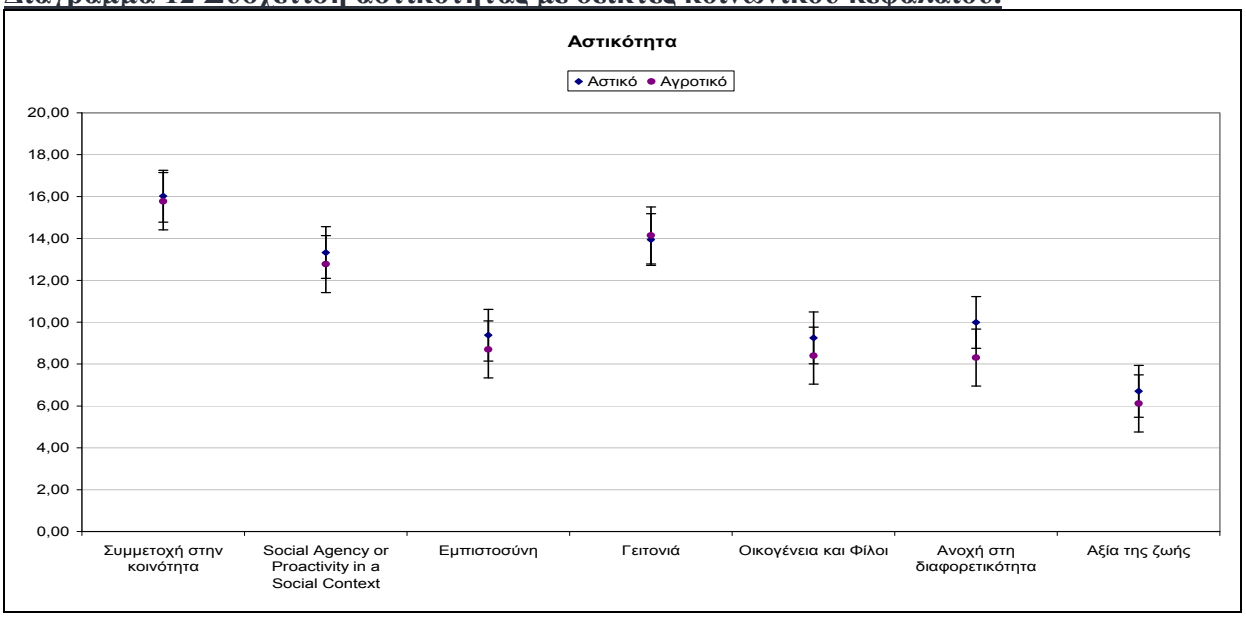
Διάγραμμα 11 Συσχέτιση φύλου με δείκτες κοινωνικού κεφαλαίου.



Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση για καμία από τις εφτά υποκατηγορίες.

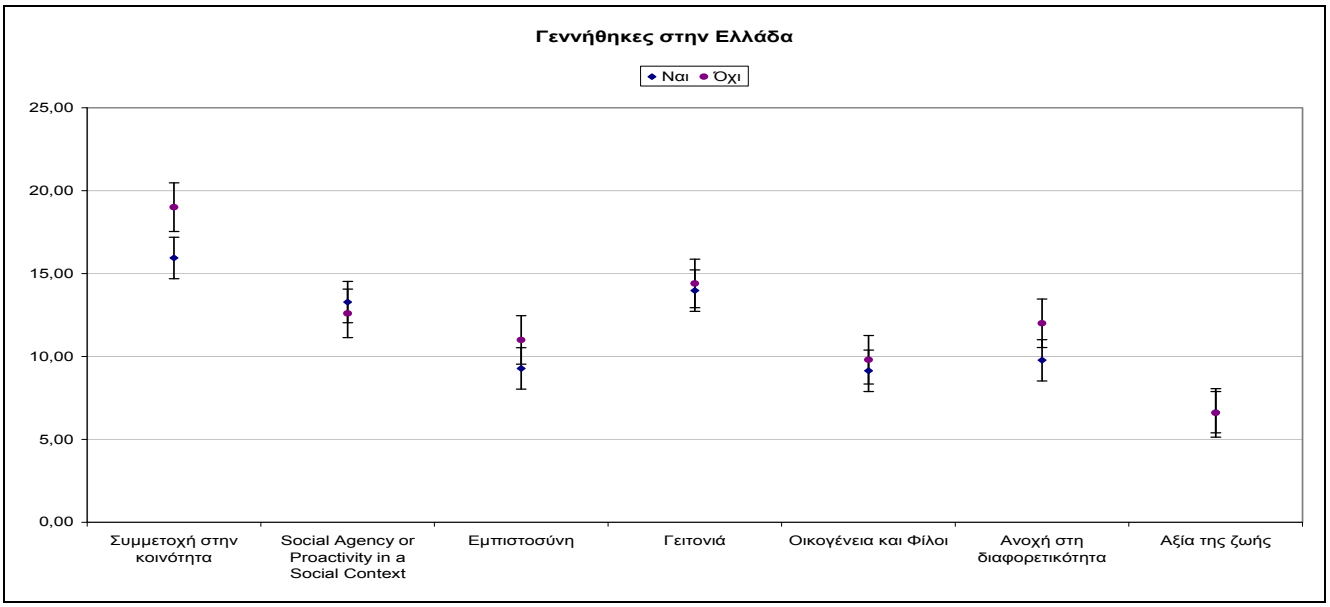
Η πλειοψηφία των παιδιών το 89% κατοικεί σε αστικές περιοχές, ενώ μόνο το 11% σε αγροτικές. Από τις απαντήσεις των μαθητών, παρατηρείται ότι 285 από τους 290 έχουν γεννηθεί στην Ελλάδα, όσον αφορά τους γονείς, από τις μητέρες τους οι 280 και οι 285 από τους πατέρες τους κατάγονται από την Ελλάδα. Από τους 290 μαθητές, οι 285 μιλάνε ελληνικά στο σπίτι τους. Σε αυτό το σημείο βλέπουμε την ομοιογένεια που υπάρχει όσον αφορά την καταγωγή, την γέννηση και την γλώσσα ομιλίας, τα οποία αποτελούν σημαντικά χαρακτηριστικά για το δέσιμο, την συχνότητα επαφής μεταξύ των μελών την αμοιβαιότητα και τέλος την δημιουργία κοινωνικής ταυτότητας. Στο Διάγραμμα 12 συσχετίζεται η αστικότητα και στο διάγραμμα 13 ο τόπος γέννησης αντίστοιχα το καθένα με τους δείκτες κοινωνικού κεφαλαίου.

Διάγραμμα 12 Συσχέτιση αστικότητας με δείκτες κοινωνικού κεφαλαίου.



Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση για τις υποκατηγορίες «Εμπιστοσύνη», «οικογένεια και φίλοι», «Ανοχή στη διαφορετικότητα» και «Αξία της ζωής», στις οποίες οι μαθητές που ζουν σε αστικές περιοχές φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο σκορ.

Διάγραμμα 13 Συσχέτιση τόπου γέννησης με δείκτες κοινωνικού κεφαλαίου



Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση για την υποκατηγορία «Ανοχή στη διαφορετικότητα», όπου οι μαθητές που έχουν γεννηθεί εκτός Ελλάδας έχουν μεγαλύτερο σκορ.

Κοινωνικό Κεφάλαιο.

Α) Συμμετοχή στη κοινότητα.

Η συμμετοχή των ερωτηθέντων στις δραστηριότητες της κοινότητας τους δεν αποτελεί κάτι το αναγκαίο, καθώς το 64,5% δήλωσε ότι δεν συμμετείχε ποτέ σε καμία δράση, το 33,2% δεν βοήθησε ούτε μία φορά στη διοργάνωση κάποιας δραστηριότητας, έχει παρευρεθεί μόνο 1 φορά το 30,7% σε εκδήλωση της περιοχής του κατά τους τελευταίους μήνες, το 45,2% δηλώνει ότι δεν είναι ενεργά μέλη, το 57,3% τα προηγούμενα 3 χρόνια δεν πήρε μέρος σε πρόγραμμα της περιοχής του, το 49,8% δεν συμμετέχει σε κανένα διοικητικό συμβούλιο, το 40,7% δεν πήγε ούτε μία φορά σε εκδήλωση της κοινότητας του για νέους, τέλος το 49,5% ανέφερε ότι δεν συμμετείχε ούτε μία φορά στην οργάνωση μιας καινούριας υπηρεσίας. Σύμφωνα με το αυστραλιανό μοντέλο μία από τις έννοιες που ταυτίζεται το κοινωνικό κεφάλαιο είναι η κοινωνική συμμετοχή (social participation), δηλαδή η διαδικασία κοινωνικοποίησης μέσω δραστηριοτήτων με κοινό νόημα και η εμπλοκή σε εκφάνσεις του κοινωνικού βίου. Σε όλες τις ερωτήσεις που αφορούσαν την συμμετοχή στη κοινότητα, το μεγαλύτερο ποσοστό κάθε απάντησης ήταν αρνητικό, όπως φαίνεται παραπάνω. Στο σημείο αυτό αν αναλογιστούμε την χαλαρότητα που υπάρχει όσον αφορά τις δραστηριότητες των κοινοτήτων και πόσο αναγκαία είναι η ενδυνάμωση των δικτύων της κοινότητας, είναι εύκολο να αντιληφθούμε το μεγάλο ποσοστό αυτής της μεγάλης αποχής. [80]

B) Social agency or Proactivity in a Social context.

Ο δείκτης αυτός, δείχνει πιο σημαντικός για τους ερωτηθέντες καθώς το 44,5% έχει μαζέψει σκουπιδάκια, το 37% θεωρεί την αλληλοβοήθεια πολύ σημαντική, το 44,8% γνωρίζει από πού θα μπορούσε να αντλήσει πληροφορίες, το 72,3% θα εξέφραζε με άνεση την γνώμη του και το 32,4% δεν θα έβαζε κάποιον μεσάζοντα να μιλήσει για αυτό.

Τα κοινωνικά δίκτυα ορίζονται ως οι κοινωνικές σχέσεις που περιβάλλουν ένα άτομο, τα χαρακτηριστικά τους και ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται και αξιολογούν τις εν λόγω σχέσεις. Τα κοινωνικά δίκτυα χαρακτηρίζονται από το μέγεθός τους, την πυκνότητα (συνδετικότητα μεταξύ των μελών), το δέσιμο, την ομοιογένεια, τη συχνότητα επαφής μεταξύ των μελών, τη διάρκεια και την αμοιβαιότητα. Η συναισθηματική, ψυχολογική ή οικονομική στήριξη που μπορούν να αντλήσουν τα άτομα μέσω των κοινωνικών τους δικτύων είναι η κοινωνική στήριξη. Η έλλειψη κοινωνικής στήριξης και ο αποκλεισμός από τα δίκτυα θεωρείται ότι μειώνει τις δυνατότητες των ατόμων να αντιμετωπίσουν το άγχος, να αποκτήσουν κοινωνική ταυτότητα, να λάβουν συναισθηματική στήριξη ή υλική βοήθεια και να αποκτήσουν πρόσβαση σε υπηρεσίες και πληροφορίες. (78)

Στο σημείο αυτό βλέπουμε ότι οι μαθητές έχουν αυτοεκτίμηση, δείχνουν αλληλοσεβασμό και έχουν θάρρος να εκφράσουν την γνώμη τους έστω και αν είναι αρνητική, εδώ φαίνεται ότι η ύπαρξη ισχυρών κοινωνικών δικτύων είναι εμφανής κ οδηγούν τους νέους σε πράξεις θετικές που οδηγούν σε καλύτερη ποιότητα ζωής και ευημερία.

Γ) Εμπιστοσύνη.

Στο δείκτη της εμπιστοσύνης, αναφέρεται ότι το 48,3% δεν φοβάται καθόλου τη νύχτα στη γειτονιά του, το 88,6% νιώθει σαν το σπίτι του, το 92,4% θεωρεί την περιοχή του ασφαλή με το 39,3 να τη θεωρεί πολύ ασφαλή το 37,9% λίγο και το 5,2% παρά πολύ, το 93,1% θεωρεί ότι όλοι οι άνθρωποι είναι άξιοι εμπιστοσύνης από λίγο εώς πάρα πολύ. Εδώ φαίνεται ότι οι ερωτηθέντες απάντησαν θετικά όσον αφορά την εμπιστοσύνη. Η κυρίαρχη κοινωνική θεωρητική προοπτική στις προηγούμενες δύο δεκαετίες, για το κοινωνικό κεφάλαιο αντιμετωπιζόταν ως πόρος που προκύπτει από «κανόνες και κοινωνικές σχέσεις που ενσωματώνονται στην κοινωνική δομή των κοινωνιών που επιτρέπει στους ανθρώπους να συντονίσουν τη δράση για να επιτευχθούν οι επιθυμητοί στόχοι». Αυτή η συντονισμένη συλλογική δράση, είναι βασισμένη στην εμπιστοσύνη και σε άλλα, μια πεποίθηση που διευκολύνει την έναρξη των συνεταιρισμών και τη δικτύωση, αποτελεί παράγοντα της συλλογικής δράσης και της αποτελεσματικής πολιτικής δραστηριότητας για να επιτύχει τους κοινούς στόχους. Οι αμερικανικοί αστικοί πολιτικοί πολιτισμοί μπορούν να χαρακτηριστούν από το βαθμό στον οποίο εκείνη η διαπροσωπική εμπιστοσύνη είναι παρούσα μεταξύ των πολιτών της. (81)

Τις τελευταίες 2 δεκαετίες, το κοινωνικό κεφάλαιο χρησιμοποιείται ολοένα για την επεξήγηση πολλών εκβάσεων, όπως το έγκλημα, η δημοκρατία και η υγεία. Ο ορισμός του κοινωνικού κεφαλαίου αναφέρεται «στα χαρακτηριστικά της κοινωνικής οργάνωσης, όπως η κοινωνική συμμετοχή, τα πρότυπα αμοιβαιότητας και την εμπιστοσύνη στους άλλους για το κοινό όφελος». Αν και το κοινωνικό κεφάλαιο δεν μπορεί να υπάρχει χωρίς την ύπαρξη ομάδων, το ατομικό είναι ενδιαφέρον για τα οφέλη. Χρησιμοποιώντας, ένα χαρακτηριστικό του κοινωνικού κεφαλαίου ως παράδειγμα, τα άτομα που είναι ενσωματωμένα σε περιοχές όπου οι κοινωνικές σχέσεις χαρακτηρίζονται από υψηλά επίπεδα εμπιστοσύνης μπορεί να είναι πιο πιθανό να αποκτήσουν

βοήθεια από τους γείτονες σε επείγουσες ανάγκες, να έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση, να ανταλλάζουν πληροφορίες για θέματα υγιεινής, να οργανώνουν αντιστάσεις για τις επιβλαβείς επιρροές στην κοινότητα τους (π.χ. μόλυνση του περιβάλλοντος) και να διοργανώνουν δράσεις που προωθούν την υγεία για άτομα που να μένουν κοντά σε περιοχές με χαμηλά επίπεδα εμπιστοσύνης. (79)

Τα ισχυρά κοινωνικά δίκτυα προσφέρουν ασφάλεια, καταργούν τα αισθήματα φόβου και δημιουργούν κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των μελών τους, όπως συμβαίνει και με τους ερωτηθέντες.

Δ) Γειτονιά.

Η γειτονιά επηρεάζει το παιδί και την ανάπτυξη των εφήβων, των πολλαπλάσιων οικολογικών συστημάτων που προσκρούουν στα παιδιά και στους εφήβους. Ακόμα, οι γειτονιές αντιπροσωπεύουν ένα άμεσο κοινωνικό πλαίσιο για τους νέους. Η γειτονιά είναι ένας πρόωρος και σημαντικός χώρος για την εξερεύνηση και την κοινωνική αλληλεπίδραση δεδομένου ότι εξυπηρετεί την φυσική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Καθώς το παιδί και η προσαρμογή των εφήβων προσκρούουν από ευρείες περιβαλλοντικές και κοινωνικές επιρροές, όπως οι κοινωνικοί κανόνες και οι νόμοι, η γειτονιά αντιπροσωπεύει το χωρικό πλαίσιο της αλληλεπίδρασης, με τις διάφορες έννοιες για τους διαφορετικούς εφήβους. (84) Εδώ φαίνεται πως η γειτονιά έχει δράσει με θετικό χαρακτήρα, καθώς το 55,2% απάντησε ότι οπωσδήποτε θα τον/την βοηθούσαν οι φίλοι του, το 74, 9% δήλωσε ότι έκανε κατά τους τελευταίους 6 μήνες χάρη στους γείτονες του, το 66,2% επισκέφτηκε μία φορά κάποιο γείτονα, το 85,9% συναντάει γνωστούς όταν πάει για ψώνια και το 90% μίλησε με κάποιον από τους γείτονες του το περασμένο μήνα. Βλέπουμε ότι η γειτονιές των ερωτηθέντων είχαν συνοχή και αυτό οδήγησε στην διεξαγωγή θετικών αποτελεσμάτων.

Ε) Οικογένεια και φίλοι.

Οι ισχυροί κοινωνικοί δεσμοί στην οικογένεια μπορούν να προστατεύσουν τους εφήβους από την έναρξη επικίνδυνων συμπεριφορών. Επιπλέον, η κοινωνική θεωρία εκμάθησης υποστηρίζει ότι αν οι γονείς έχουν επικίνδυνες συμπεριφορές μπορεί να έχουν επιρροή πάνω στα παιδιά τους. Τα παιδιά παρατηρούν τα επιδρώντα πρότυπα όπως είναι ο ρόλος των γονιών και αν αυτοί έχουν «κακές συνήθειες» τα παιδιά θα τις υιοθετήσουν. Τα οικογενειακά χαρακτηριστικά, όπως η οικιακή σύνθεση, το έθνος, το φύλο, η ηλικία του γονέα και του παιδιού, και αν οι γονείς έχουν μεταναστεύσει, μπορούν να επηρεάσουν το βαθμό της οικογενειακής σύνδεσης, την επιρροή των προτύπων ρόλου, και στη συνέχεια, την ένωση όλων αυτών με τις συμπεριφορές κινδύνου νεολαίας. Η παρέα του θα είναι το ασφαλές ψυχολογικό καταφύγιο έξω από την οικογένεια που θα τον βοηθήσει να κάνει το πρώτο ουσιαστικό βήμα προς την κοινωνικοποίηση. Εκεί οι έφηβοι θα δοκιμάσουν τις ιδέες και τις ικανότητες τους, θα συγκρίνουν τον εαυτό τους με τους άλλους και θα πάρουν μια θέση ανάμεσα σε αυτούς. Ως συνήθως για να είναι αποδεκτός από την ομάδα ομηλίκων, την παρέα, ο έφηβος πρέπει να υιοθετήσει τον τρόπο συμπεριφοράς της, να ντυθεί ή να κόψει τα μαλλιά του όπως και τα υπόλοιπα μέλη της, να ακούει την ίδια μουσική κλπ. (100) Οι απαντήσεις που δόθηκαν έχουν ως εξής, από το 80,3% δήλωσε ότι βγαίνει σχεδόν πάντα το 36,9%, το 23,4% μερικές φορές και το 20,0% πολύ συχνά. το 98,2% απάντησε πως μίλησε με 1-10 άτομα και πάνω και τέλος το 83,8% επικοινωνεί καθημερινά μέσω sms και email.

Εδώ φαίνεται ότι είναι ισχυροί οι δεσμοί της οικογένειας και της φιλίας έχουν δεθεί συναισθηματικά και επικοινωνούν συχνά μεταξύ τους.

ΣΤ) Ανοχή στη διαφορετικότητα.

Όσον αφορά την αποδοχή της διαφορετικότητας το 1/3 και λίγο παραπάνω μπορεί να δεχτεί ανθρώπους διαφορετικούς, το 55,9% απάντησε ότι έχει από 1 φίλο μέχρι τρεις και παραπάνω από άλλες χώρες, το 82,4% δήλωσε ότι του αρέσει να ζει ανάμεσα σε ανθρώπους με άλλες συνήθειες από λίγο εώς πάρα πολύ και το 70,50% πιθανολογεί ότι θα τους δεχόταν. Εδώ φαίνεται πόσο σημαντική είναι η δημιουργία ισχυρών δεσμών μιας κοινωνίας, καθώς παρά την συχνή επαφή με ανθρώπους από άλλες χώρες φαίνεται να μην επηρεάζεται ο πολιτισμός και η κουλτούρα τους, αλλά υπάρχει μια συνειδητή αποδοχή της ύπαρξης της διαφορετικών ανθρώπων με άλλα ήθη και έθιμα ανάμεσα τους. Το αίσθημα του φόβου δεν είναι εμφανές, φαίνεται ότι τα κοινωνικά δίκτυα που έχουν αναπτυχθεί στις περιοχές που διαμένουν οι ερωτηθέντες είναι ισχυρά και τους παρέχουν ασφάλεια, στήριξη και τους οδηγούν με αυτό τον τρόπο στην προσέγγιση και στην δημιουργία μιας γέφυρας επικοινωνίας με ανθρώπους από άλλες χώρες.

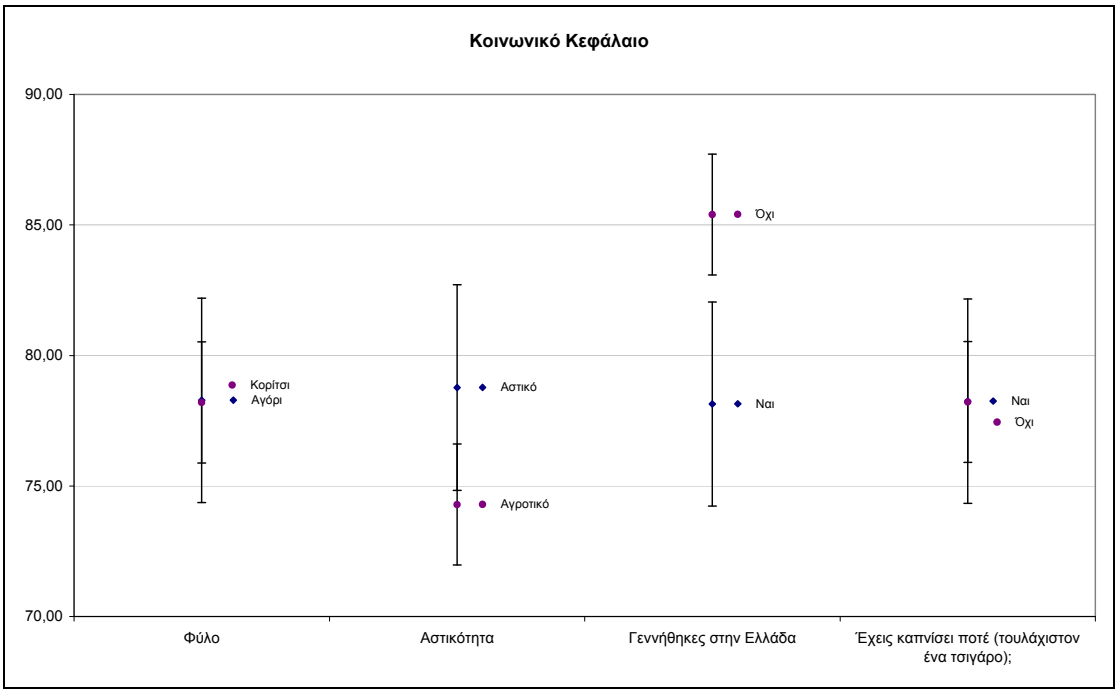
Ζ) Αξία της ζωής.

Η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε θετικά με ένα ποσοστό 84,5% να νοιώθει από πολύ εώς πάρα πολύ την εκτίμηση των άλλων, ενώ στην ερώτηση αν αξίζει να ζει κανείς το 87,9% απάντησε με μάλλον ναι και οπωσδήποτε. Οι θεωρίες κοινωνικοποίησης και κοινωνικής ανάπτυξης υποστηρίζουν ότι εκτός από την άμεση επιρροή της συμπεριφοράς των ισχυρών παραγόντων, επηρεάζουν επίσης την ποιότητα και το περιεχόμενο της διαδικασίας κοινωνικοποίησης του εφήβου. Με αυτό τον τρόπο ζωής, ο γονικός έλεγχος, το δέσιμο γονέα και παιδιού, και η επικοινωνία μεταξύ των γονιών και των παιδιών είναι σημαντικοί παράγοντες και ασκούν τις καθημερινές επιρροές στην ανάπτυξη του παιδιού. [(101)]

Εδώ φαίνεται επίσης η ύπαρξη ισχυρών κοινωνικών δικτύων καθώς δηλώνεται ότι οι οικογενειακές σχέσεις είναι καλές και όσο καλύτερες γίνονται τόσο πιο ισχυρά θα είναι και τα κοινωνικά δίκτυα. Είναι εμφανές πως επηρεάζεται η ψυχολογία των μελών μιας κοινωνίας η οποία αν στηρίζεται σε υγιείς σχέσεις έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη ποιότητα ζωής των ανθρώπων και την κοινωνική ευημερία.

Τέλος, ελέγχθηκε η σχέση μεταξύ του δείκτη κοινωνικού κεφαλαίου και των εφτά υποκατηγοριών του. Βρέθηκε ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ του δείκτη κοινωνικού κεφαλαίου και των εφτά υποκατηγοριών του. Επίσης, υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των υποκατηγοριών, εκτός από την «εμπιστοσύνη» και την «οικογένεια και φίλοι». Όσο μεγαλύτερο είναι το σκορ σε κάθε μία από τις υποκατηγορίες, τόσο μεγαλύτερο αναμένεται να είναι το σκορ και στις υπόλοιπες. Βλέπε διάγραμμα 15

Διάγραμμα 15 Κοινωνικό Κεφάλαιο



Οικογένεια.

Η οικογένεια είναι ένας σημαντικός παράγοντας του κοινωνικού κεφαλαίου. Μέσα στη οικογένεια οι έφηβοι μαθαίνουν να μοιράζονται, να συνεργάζονται και να συνεισφέρουν στο κοινό καλό. Οι οικογένειες είναι σαν μικρές κοινότητες στις οποίες οι κανόνες της αμοιβαιότητας και της ευθύνης εντυπώνονται πιο σταθερά. Οι οικογένειες παραδοσιακές και μη, συζυγικές ή εκτεταμένες αποτελούν ισχυρά πρότυπα ρόλων. Οι γονείς που συμμετέχουν, αποτελούν έναν από τους καλύτερους δείκτες ότι ένας έφηβος θα ψηφίσει, θα προσχωρεί σε κοινοτικές ομάδες ή θα συμμετέχει στη κοινότητα. (87)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων κατοικεί με τους γονείς του, το 96,9% με τη μητέρα του και το 87,2% με το πατέρα του, το 45,9% έχει τουλάχιστον έναν αδερφό και το 35,5% μία αδερφή αντίστοιχα, το 95,1% δήλωσε πως η οικονομική κατάσταση της οικογένειας θα τη χαρακτήριζε από καλή εώς μέτρια, το 94,6% των πατεράδων εργάζονται και αντίστοιχα το 80,7% των μητέρων, σημαντικό είναι επίσης το ποσοστό 81,6% που δηλώνει ότι έχει πολύ καλές οικογενειακές σχέσεις. Η θετική πλευρά του κοινωνικού κεφαλαίου είναι εμφανής καθώς οι γονείς ως επί το πλείστον αποτελούν παραγωγικά μέλη της κοινωνίας, με αποτέλεσμα την αξιοπρεπή οικονομική κατάσταση της οικογένειας, και ακόμη πιο σημαντικές τις ισχυρές οικογενειακές σχέσεις.

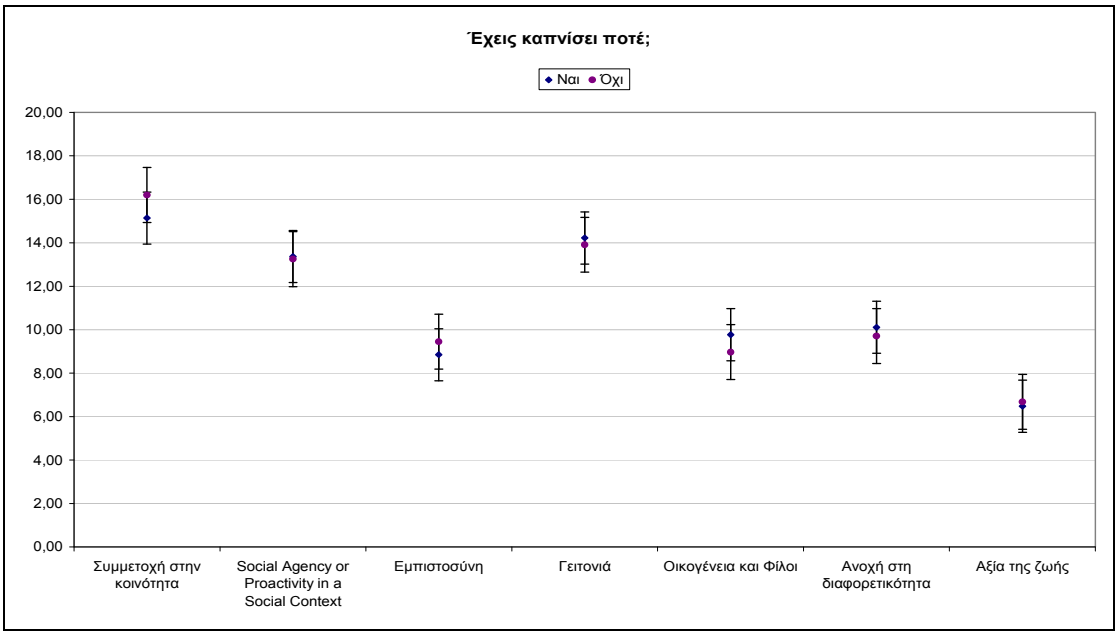
Κάπνισμα.

Το 49,3% δήλωσε ότι ο πατέρας τους καπνίζει, αντίστοιχα το 31,7% των μητέρων και το 12,8% των αδερφών, το 21,4% των ερωτηθέντων καπνίζει ξεκινώντας κυρίως

στις ηλικίες των 11 με 14,5% των 14 με 27,4% και των 16 και άνω με 16,1%, δήλωσαν ότι το 35% των περισσότερων φίλων τους καπνίζει, ότι την πρώτη φορά που το δοκίμασαν ένοιωσαν 40,0% αηδία, 33,3% απαίσια, και 32,8% παράξενα, το δοκίμασε από περιέργεια το 45,5%, το29,1% επειδή το έκαναν οι φίλοι και το 25% δήλωσε άλλο λόγο, όσον αφορά αυτούς που θέλουν να κόψουν το κάπνισμα έχουμε ισοκατανομή των αποτελεσμάτων με 22,6% να θέλουν και 24,2 να μην θέλουν. Το 88,2% θεωρεί ότι είναι επικίνδυνο, το 68,5% των καθηγητών καπνίζει μπροστά τους, το 60,3% ενοχλείται που καπνίζουν οι φίλοι/καθηγητές/γονείς, το 88,6% πιστεύει ότι προκαλεί εξάρτηση, το 92,4% αναφέρει ότι είναι επικίνδυνο να εισπνέετε ο καπνός και τέλος το 87,2% θεωρεί ότι είναι αρρώστεια.

Το γονικό κάπνισμα μπορεί να επηρεάσει εάν η συνεκτικότητα και η γονική αποδοκιμασία μειώνουν την πιθανότητα ενός εφήβου να καπνίσει. Παραδείγματος χάριν, όταν ένας γονέας καπνίζει υπάρχει η πιθανότητα το παιδί του να μιμηθεί την συμπεριφορά του αυτή. Σε αυτή την περίπτωση, όσο πιο μακριά είναι ένας έφηβος από τον γονέα που καπνίζει μπορεί να είναι προστατευτικό για τον έφηβο να καπνίσει. Ομοίως, η ισχυρή αποδοκιμασία του καπνίσματος από ένα γονέα καπνιστή μπορεί να μην είναι αρκετά ισχυρή να αντιμετωπίσει την επιρροή της διαμορφωμένης συμπεριφοράς, ή ακόμα και χειρότερα, να αντιμετωπισθεί ως υποκριτικός και να ενθαρρύνει έμμεσα τον πειραματισμό με το κάπνισμα. Άλλη μια φορά, όταν ο γονέας είναι καπνιστής, τα χαμηλότερα επίπεδα αντιληπτής γονικής αποδοκιμασίας του καπνίσματος μπορούν να μειώσουν την ελκυστικότητα του καπνίσματος ως επαναστατική συμπεριφορά. Άλλα οικογενειακά χαρακτηριστικά μπορούν να έχουν επιπτώσεις στην αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων σχέσης γονέα παιδιού και της συμπεριφοράς απέναντι στο κάπνισμα. Οι ενώσεις μεταξύ αυτών των παραγόντων μπορούν να διαφέρουν βάσει στο έθνος της οικογένειας, του φύλου του παιδιού ή του γονέα, και της ηλικίας του παιδιού. Επίσης κατά την περίοδο της εφηβείας οι νέοι θέλοντας να ανήκουν σε μία ομάδα πολλές φορές αποδέχονται και κάποιες συμπεριφορές αλλά και πειραματίζονται. [(100)] Βλέπε διάγραμμα 14

<u>Διάγραμμα 14 Συσχέτιση των 7 δεικτών του κοινωνικού κεφαλαίου με το αν έχουν καπνίσει ποτέ.</u>



9.2 Συμπεράσματα.

Οι αρχικές μας ερευνητικές υποθέσεις επαληθεύονται μέσα από τα δεδομένα της έρευνας.

Το κοινωνικό κεφάλαιο φαίνεται ότι συσχετίζεται με το κάπνισμα, καθώς οι μαθητές που δεν είχαν πολύ καλή σχέση με την οικογένεια τους και που κάπνιζαν οι γονείς τους βρέθηκε ότι ήταν πιο επιρρεπής στο ξεκίνημα του τσιγάρου. Ακόμη σημαντικός λόγος έναρξης του καπνίσματος, είναι η περιέργεια που είναι αυξημένη σε αυτή τη διάρκεια ζωής του ανθρώπου και οι παρέες τους, καθώς η επιθυμία τους να ενταχθούν σε ένα άλλο κοινωνικό σύνολο εκτός της οικογένειας τους οδηγεί στην αποδοχή κάποιων στάσεων και νορμών με στόχο την ένταξη σε μια ομάδα συνομηλίκων. Πιο συγκεκριμένα,

- ✓ Το 49,3% των πατέρων, το 31,7 των μητέρων και το 12,8% των αδερφών καπνίζει.
- ✓ Το 35% δηλώνει ότι οι περισσότεροι φίλοι καπνίζουν, το 25% λίγοι και το 20% μερικοί.
- ✓ Το 21,4% δηλώνει ότι καπνίζει.
- ✓ Το 27,4% δοκίμασε πρώτη φορά στα 14 έτη το τσιγάρο, το 16,1% στα 16 και άνω, το 14,5% στα 11, το 12,9% στα 15 και τέλος το 9,7% στα 12.
- ✓ Το 45,5% δήλωσε ότι ξεκίνησε από περιέργεια, το 29,1% λόγω των φίλων, και το 25% για άλλο λόγο.
- ✓ Το 69,6% δήλωσε ότι δεν γνωρίζει η μητέρα ότι καπνίζουν, και αντίστοιχα το 79,2% από τους πατέρες.
- ✓ Το 88,6% γνωρίζει ότι προκαλεί εξάρτηση, το 88,2% ότι είναι επικίνδυνο και το 87,2% ότι είναι αρρώστεια.
- ✓ Το 92,4% αισθάνεται ασφαλές στην γειτονιά του.
- ✓ Το 81,6% έχει πολύ καλές σχέσεις με την οικογένεια του, ενώ το 15,7% μέτριες και το 2,8% κακές.
- ✓ Το 95,2% δήλωσε ότι το κάπνισμα επιδρά στους πνεύμονες και τους βρόγχους, το 81,4% στην καρδιά, το 72,8% στη φυσική κατάσταση, το 27,2% στην όσφρηση και γεύση, το 7,9% στην όραση.
- ✓ Το 84,5% δήλωσε ότι τούς εκτιμούν οι φίλοι τους, ενώ το 15,2% λίγο εώς καθόλου.
- ✓ Το 63,3% πιστεύει ότι οπωσδήποτε αξίζει να ζεις, το 24,6% μάλλον ναι, το 7,3% μάλλον όχι και το 4,8% όχι.
- ✓ Το 72,3% εκφράζει άνετα την αντίθετη γνώμη του, ενώ το 35,8% μάλλον ναι.
- ✓ Το 41,4% δήλωσε ότι καπνίζει λιγότερα από 5 τσιγάρα την ημέρα, το 24,1% από 10-15, το 20,7% από 5-10 και το 13,8% πάνω από 20.

- ✓ Το 40,7 δεν συμμετείχε σε κάποια δραστηριότητα της κοινότητας του τους τελευταίους 6 μήνες, ενώ το 59,3% συμμετείχε από 1 φορά εώς πολύ συχνά.

- ✓ Το 49,8%δεν συμμετέχει σε κανένα διοικητικό συμβούλιο και το 50,2% συμμετέχει σε 1 μέχρι και πάνω από 3.

- ✓ Το 50,2% θεωρεί ότι άνθρωποι είναι άξιοι εμπιστοσύνης, το 25,3% καθόλου και το 17,0% πολύ και το 6,9% πάρα πολύ.

9.3 Προτάσεις.

Η παρέμβαση που προτείνεται είναι πολυδιάστατη καθώς περιλαμβάνει, το άτομο - έφηβο, την οικογένεια, το σχολείο, και συνολικά την κοινότητα.

Παρέμβαση στην οικογένεια:

Η οικογένεια αποτελεί ένα βασικό κοινωνικό κύτταρο μέσα στο οποίο ο νέος ζει, συναναστρέφεται και μεγαλώνει επιδιώκοντας να αποκτήσει την ταυτότητά του και να αυτονομηθεί. Αποτελεί επίσης ένα ζωντανό σύστημα, το οποίο συνεχώς εξελίσσεται επηρεαζόμενο από τις κοινωνικές και πολιτισμικές αλλαγές και φυσικό είναι να απειλείται η ύπαρξή του και η ήρεμη λειτουργία του, πολλές φορές λόγω της εμφάνισης κάποιου συμπτώματος σε κάποιο υποσύστημά του.

Από τους βασικούς σκοπούς της λειτουργίας του οικογενειακού συστήματος είναι η διαμόρφωση και απόκτηση, μέσα σ΄αυτό, της ταυτότητας του νέου. Οι γονείς έχουν την ευθύνη να βοηθήσουν τον νέο να οικοδομήσει το δικό του ισχυρό, ψυχικό, ιδεολογικό και πολιτισμικό εγώ, να γίνει πνευματικά ανεξάρτητος, αυτόνομος, αυθεντικός και ικανός για άμεσες ουσιαστικές, δημιουργικές, ανθρώπινες σχέσεις.
Έτσι αρκετοί φορείς πρόληψης μέσω της παρέμβασης με τους γονείς στοχεύουν στην:

- ✓ Στήριξη των γονέων στο δύσκολο ρόλο τους.
- ✓ Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση σε θέματα πρόληψης.
- ✓ Εκπαίδευση σε θέματα ψυχολογίας και ανάπτυξης νέων.
- ✓ Ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ γονέων – σχολείων – τοπικής κοινωνίας.

Παρέμβαση στο σχολείο:

Πρόταση μας αποτελεί η δημιουργία ενός διαθεματικού προγράμματος που να στοχεύει στην προαγωγή της υγείας για την πρόληψη του καπνίσματος σε μαθητές ηλικίας 10-15 χρονών. Το εμπνευστήκαμε από το υλικό που σχεδίασε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή στα πλαίσια του Προγράμματος «Η Ευρώπη Κατά του Καρκίνου».

Σκοπός και μαθησιακοί στόχοι : Αντικειμενικός σκοπός του μαθήματος είναι η έγκυρη και έγκαιρη ενημέρωση μαθητών 10-15 χρονών για τις συνέπειες του καπνίσματος και η ενίσχυση της άμυνάς τους απέναντι στο κάπνισμα. Αυτό επιδιώκεται να επιτευχθεί μέσα από την ενεργητική συμμετοχή των μαθητών στην ανάπτυξη του μαθήματος. Άλλοι έμμεσοι στόχοι του προγράμματος είναι η ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης και της αυτονομίας των μαθητών, της θετικής εικόνας του εαυτού τους και της αυτοπεποίθησης, της εξοικείωσης τους στη συνεργασία σε ομάδες, στην παρουσίαση εργασιών, στη διερεύνηση θεμάτων, στην κριτική στάση απέναντι στη διαφήμιση,

στη διεκδίκηση σε θέματα δημόσιας υγείας, στη διάχυση των αποτελεσμάτων, στο σεβασμό της γνώμης των άλλων και στη διαχείριση της κατηγορηματικότητας. Το μάθημα εντάσσεται στη γενικότερη προσπάθεια για την προαγωγή και αγωγή υγείας στο σχολείο.

- ✓ Προετοιμασία δασκάλου/καθηγητή : Είναι καλό ο εκπαιδευτικός να έχει τη σύμφωνη γνώμη του διευθυντή και των συναδέλφων του για την ανάπτυξη του προγράμματος. Ιδιαίτερα επιθυμητή είναι η ουσιαστική συνεργασία των συναδέλφων και η ανάπτυξη του προγράμματος σε μία ή και περισσότερες τάξεις ή ομάδες μαθητών του σχολείου. Επίσης οι εκπαιδευτικοί-συντονιστές του προγράμματος πρέπει να γνωρίζουν τεχνικές ενεργοποίησης και ομαδοποίησης των μαθητών και να έχουν κάποια εμπειρία στην ανάπτυξη βιωματικών μαθημάτων.

  Είναι επιθυμητή η ενημέρωση και εξασφάλιση της συνεργασίας των γονέων πριν από την έναρξη του προγράμματος. Αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί με μία ενημερωτική συνάντηση των γονέων με τον εκπαιδευτικό ή τους εκπαιδευτικούς ή και με ένα γράμμα που θα σταλεί στους γονείς από τη διεύθυνση του σχολείου Απαραίτητη προϋπόθεση για την έναρξη του μαθήματος-προγράμματος είναι το ενδιαφέρον και η δέσμευση των μαθητών της τάξης ή της ομάδας ότι θα συνεργαστούν και θα συμμετέχουν ενεργητικά σε όλες τις δραστηριότητες.

– Προετοιμασία μαθητών: Ενημέρωση για το θέμα, δήλωση ενδιαφέροντος ενεργητικής συμμετοχής και δέσμευση συμμετοχής σε όλες τις ενέργειες μέχρι τη λήξη του προγράμματος. Δεν χρειάζονται ειδικές γνώσεις από τους μαθητές.

- ✓ Δραστηριότητες στην τάξη : Προτείνονται στον εκπαιδευτικό μια σειρά από δράσεις οι οποίες αναπτύσσονται σύμφωνα με ένα προσχεδιασμένο ρυθμό. Ο εκπαιδευτικός όμως είναι ελεύθερος να αποφασίσει και να επιλέξει ή να διαφοροποιήσει αυτό που θα κάνει με την ομάδα του, ανάλογα με τον χρόνο, τα μέσα που έχει στη διάθεσή του, τις προσωπικές γνώσεις για το θέμα, την εμπειρία του στην ανάπτυξη τέτοιων προγραμμάτων και κυρίως ανάλογα με το ενδιαφέρον, τον χρόνο, τις γνώσεις, τις στάσεις, τις συμπεριφορές και την ηλικία των μαθητών που συμμετέχουν.
- ✓ Μαθήματα, διάρκεια και τι περιλαμβάνει το καθένα:

  - Μάθημα 1. Ξεκινάμε από το σημείο που βρισκόμαστε: ανίχνευση των γνώσεων, στάσεων και συμπεριφορών. Διάρκεια 2 ώρες και 30 λεπτά.
  - Μάθημα 2. Προβολή βίντεο, καταιγισμός ιδεών, αξιολόγηση του βίντεο. Διάρκεια 2 ώρες και 30 λεπτά\
  - Μάθημα 3. Διερεύνηση του θέματος, ομαδική εργασία μαθητών έξω από το σχολείο. Διάρκεια 1-2 βδομάδες.
  - Μάθημα 4. Παιγνίδια ρόλων και προσομοίωση. Διάρκεια 2 ώρες.
  - Μάθημα 5. Διάχυση του προγράμματος στο σχολείο και σε άλλα σχολεία. Διάρκεια 2 εβδομάδες
  - Μάθημα 6. Έρευνα στο σχολείο για τις γνώσεις, στάσεις και συμπεριφορές σχετικά με το κάπνισμα. Διάρκεια 2 εβδομάδες. Μάθημα 7. Ανάπτυξη πολιτικής στο σχολείο. Διάρκεια 2 εβδομάδες.

- ✓ Εργασίες για το σπίτι και δραστηριότητες επέκτασης : Ανάμεσα στις δραστηριότητες επέκτασης συγκαταλέγεται η ανάθεση εργασιών για το σπίτι πάνω σε συγκεκριμένα ζητήματα που αφορούν στο κάπνισμα. Η εργασία αυτή έχει σχέση με το μάθημα 3 του προγράμματος. Επίσης, ο εκπαιδευτικός-

συντονιστής μπορεί να ζητήσει από τους μαθητές να δώσουν τα ερωτηματολόγια που οι ίδιοι συμπλήρωσαν και επεξεργάστηκαν στην τάξη, να τα συμπληρώσουν και τα μέλη της οικογένειας και να διαπιστώσουν γονείς και παιδιά την ομοιότητα ή τις διαφορές των απαντήσεων. Με κάθε τρόπο οι γονείς πρέπει να είναι ενήμεροι και να συνεργάζονται ως σύμμαχοι με τον εκπαιδευτικό, ανεξάρτητα αν οι ίδιοι είναι καπνιστές ή όχι.

- ✓ Ερωτήσεις/θέματα για συζήτηση: Βασικό θέμα συζήτησης αποτελεί το κάπνισμα και η επίδρασή του στην υγεία. Οι συνέπειες στην υγεία από το παθητικό κάπνισμα είναι άλλο σοβαρό ζήτημα. Η διαφήμιση και ο ρόλος των ΜΜΕ στο κάπνισμα, οι οικονομικές, πολιτικές, κοινωνικές και ψυχολογικές διαστάσεις του καπνίσματος, το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη και άλλα ζητήματα είναι επίσης θέματα για συζήτηση και διερεύνηση.
- ✓ Οργάνωση της ομάδας: Η τάξη εργάζεται ομαδικά. Οι ομάδες δημιουργούνται από τον εκπαιδευτικό-συντονιστή με διάφορους τρόπους και διαφοροποιούνται συχνά ώστε όλοι να εργάζονται με όλους.
- ✓ Ρόλοι & ενέργειες του δασκάλου/καθηγητή :Ο εκπαιδευτικός είναι συντονιστής της ομάδας, της τάξης. Δεν παίζει το ρόλο του αξιολογητή των εργασιών. Αποδέχεται τις εργασίες όλων. Ο ρόλος του είναι συντονιστικός και φροντίζει όλοι να συμμετέχουν ενεργητικά, να μην μένει κανείς έξω από ομάδες. Οι εργασίες είναι ομαδικές και όλων η συμμετοχή και προσπάθεια αναγνωρίζεται.
- ✓ Χώρος και συνθήκες δραστηριοτήτων: Επιλέγεται χώρος, αν υπάρχει δυνατότητα επιλογής, ο οποίος να είναι φωτεινός, με κατάλληλη θερμοκρασία και εξαερισμό. Ο χώρος έχει ησυχία, όλοι μπορούν να ακούσουν καλά, να κινηθούν άνετα, δεν υπάρχουν μυρωδιές και δεν επιτρέπεται το κάπνισμα.
- ✓ Προφίλ συμμετεχόντων

- Συντονιστής/-ές : Εκπαιδευτικός ή άλλη ειδικότητα που να γνωρίζουν πώς να αναπτύξουν προγράμματα βιωματικής μάθησης.
- Συμμετέχοντες εκπαιδευτικοί: Εκπαιδευτικοί από οποιαδήποτε ειδικότητα. Συμμετέχοντες μαθητές: Μαθητές πέμπτης δημοτικού και άνω, ανεξάρτητα από την πολιτισμική τους σύνθεση. Καλό είναι να μην ξεπερνάει τους 25 μαθητές η κάθε ομάδα.
- Συμμετέχοντες εξωσχολικοί φορείς & πρόσωπα: Στο μάθημα αυτό μπορούν να συμμετέχουν οργανισμοί σχετικοί με την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη και την αντιμετώπιση του καπνίσματος. Ενδεικτικά αναφέρονται η Αντικαρκινική και η Αντικαπνιστική Εταιρία, το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, το ΕΠΙΨΥ, το ΚΕΘΕΑ, η Ελληνική Εταιρία Προαγωγής και Αγωγής της Υγείας, η Σχολή Δημόσιας Υγείας τα Γραφεία Διακοπής Καπνίσματος και άλλοι. Επίσης επαγγελματίες υγείας, κοινωνιολόγοι, ανθρωπολόγοι, ψυχολόγοι καθώς και εργαζόμενοι στα ΜΕΔΙΑ ή με θεατρικές σπουδές μπορούν να προσφέρουν υπηρεσίες και σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς να οργανώσουν επιπλέον δραστηριότητες: επιμορφωτικές, ερευνητικές, κοινοτικής ανάπτυξης ή και καλλιτεχνικές.

Βιβλιογραφία

1. ΠΡΟΚΟΠΑΚΗΣ,Εμμανουήλ, 2007, *Το Κοινωνικό Κεφάλαιο*, ΑΤΕΙ Κρήτης

2. Akuhurst BC., (1981), Tobacco, London: Longman

3. Columbia Encyclopedia, Sixt Edition, 2008

4. Japan Tobacco. (1994),The Genus Nicotiana illustrated, Tokyo

5. Wilbert J, (1987), Tobacco and Shamanismin South America. New Haven: Yale University Press.

6. Knut – Olaf Haustein, 2003, Tobacco or Health, Springer

7. CORTI, ECC, (1930), Die trockene Trunkenheit. Urprung, Kamppf und Triumh des Rauchens. Leipzig.

8. Mornades N, (1987), Joyful Newes Out to the Newe Founde Worlde. Amdterdam: Da Capo Press.

9. Laufer B., (1994), Introduction of Tobacco into Europe. Chicago: Field Museum of Natural History.

10. Jacob Britanniae Rex, (1994), misocapnus seu de abusu tabaci lusus regius. London.

11. Precht K, Baumgartner HJ, (1993), Tabak, Gewohnheiten, Konsequenzen. St Gallen – Berlin – Sao Paolo: Edition dia.

12. Brooks JE, (1982), The mighty Leaf. In: Little B, ed. Tobacco through the centuries. Boston.

13. Sandgruber R. Genusmittel, (1994), Ihre reale und sympolische Bedeutung im neuzeitichen Europa, Jahrbuch fur Wirstchaftsgeschichte, Berlin, Academie – Verlag

14. Kluger R. Ashes, (1996), America's hundred – Year Cigarette War, the public Health, and the Unabashed Triumph of Philip Morris. New York: Alfred A Knopf.

15. Tilley NM, (1985), Reynolds Tobacco company, Chapel Hill: University of North Carolina Press.

16. Tilley NM, (1988), The Bright Tobacco Industry, Chapel Hill: University of North Carolina.

17. Slade J., (1993) Nicotine delivery devices. In: Orleans CT, Slade J, eds Nicotine Addiction: Principles and Management. New York: Alfred A Knopf.

18. POSSELT WH, REIMANN KL., Chemische Untersuchung des Tabaks und seine Eigenschaften. Schweigger u Meinicke Neues Journal fur Chemie und Physik

19. POSSELT WH, REIMANN KL,(n.d) Chemische Untersuchung des Tabaks und Darstellung des eigenthumlichen wirksamen Prinzips dieser Pflanze.Geigers Magazin g Pharmacie6(23):138-161

20. BENTLEY HR. (1997) Report on visit to USA and Canada Tobacco products Litigation Repoter.

21. Goodman J, (1993), Tobacco in History. The Cultures of Dependence. London: Rouledge.

22. Hurt RD, Robertson CR. (1998) Prying open the door to the tobacco industry's secrets about nicotine: the Minesota Tobacco Trial. JAMA

23. BLUM D. (1997) Auf leichten Flugeln ins Land der Phantasie. Tabsk und kultur – Columbus bis Davidoff. Berlin: Transit – Buchverlag.

24. Daniel F. Seidman, Lirio S. Covey; (1999), Helping the Hard-Core Smoker: A Clinician's Guide Lawrence Erlbaum Associates

25. O LOUGHLIN J, PARADIS G, RENAUD L, SANCHEZ GL, (1998), One year predictors of smoking initiation and of continued smoking among elementary schoolchildren in multiethnic, low-income, inner-city neighborhoods. Tob Control &(3):268-275. KING A, WOLD B, TUDOR – Smith C, HAREL Y, (1996), The health of youth: A cross national survey. World Health Organization.

26. GALANTI MR, ROSENDAHL I, POST A, GILLJAM H, (2001), Early gender differences in adolescent tobacco use – the experience of a Swedish cohort. Scand J Public Health 29 (4): 314-317

27. ALEXANDER CS, ALLEN P, CRAWFORD MA, McCORMICK LK, (1999), Taking a first puff: cigarette smoking experiences among ethnically diverse adolescents. Ethn Health4:245-257.

28. HURRELMANN K, BRUNDEL H., (1997), Drogengebrauch und Drogenmibrauch, Darmstadt.

29. HURRELMANN K, (1998), Tbakpravention und Tabakentwohnung bei Kindern. Sucht 44:4-14.

30. KLUDER SA, DAYAL HH, MUTGI AB, (1999) age at smoking onset and its effect on smoking cessation. Addict Behav 24:673-677.

31. McCOOL JP, CAMERON LD, PETRIE KJ, (2001), Adolescent perceptions of smoking imagery in film. Soc Sci Med 52(10):1577-1587. PAAVOLA M, VATIAINEN E, PUSKA P, (1996), Predicting adult smoking: The influence of smoking during adolescence and smoking among friends and family. Health Educat Res 11:309-315.

32. CONRAD KM, FLAY BR, HILL D, (1992), Why children start smoking cigarettes: predictors of onset. Br J Addict 87(12):1711-1724.

33. KOLIP P, (1995), Pravalenz des Zigarettenkonsums und Image des Rauchens im Jugendalter: Alters – und geschlechtsspezifische Aspekte. Sucht 41: 323-333.

34. FORSTER I, SCHWENKMEZGER P, KRONIG B, FORSTER I, JAHREN B, GLABER E, (1998), Personenspezifische und soziale Determinanten eines fruhen Rauchbeginns bei Schulerinnen und Schulern der 6. Jahrgangsstufe. Zschr Gesundheitspsychol 6:61-70.

35. Δ.Γ ΤΣΑΟΥΣΗ, (2001), Η Κοινωνία του Ανθρώπου, Αθήνα, Εκδόσεις Gutenberg.

36. ΚΑΤΑΚΗ, (1998), Οι τρεις ταυτότητες της Ελληνικής Οικογένειας.

37. ROMBOUTS K,FAUCONNIER G, (1988), What is learned early is learned well? A study of the influence on tobacco advertising on adolescents. Eur J Commun 3:303-322.

38. EVANS N, FARKAS A, GILPIN E, BERRY C, PIERCE JP, (1995), Influence of tobacco marketing and exposure to smokers on adolescent susceptibility to smoking. J Nail Cancer Inst 87: 1538-1545

39. AARO LE, HAUKNES A, BERGLUND EL, (1981), Smoking among Norwegian schoolchildren 1975-1980. II. The influence of the social inveroment. Scand J Phychol 22: 297-309

40. ALTMANN DG, LEVINE DW, COETRAUX R, SLADE J, JAFFE R, (1986), Tobacco promotion and susceptibility to tobacco use among adolescents aged 12 through 17 years in a nationality representaive sample. Am J Public Health 86: 1590-1593.

41. EMERY S, CHOI WS, PIERCE JP,(1999), The social costs of tobacco advertising and promotions. Nicotine Tob Res 1(Suppl 2) : S83-S91

42. MURREY Aitken, (2000), A Prescription for Direct Drug Marketing, The McKinsey Quarterty

43. ARNSTEIN MYKLETUN, (n.d), Στενή σχέση του τσιγάρου με το άγχος και την κατάθλιψη, (on line) (Cited 25/02/08) available to: http//www,iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=4134

44. PERKINS KA, (1993), Weight gain following smoking cessation. J Consult Clin Phycol 61(5):768-777

45. Eliasson B, Smith U, (1999), Leptin levels in smokers and long – term users of nicotine gum. Eur J Clin Invest 29(2):145-152.

46. DANIELSSON T, ROSSNER S, WEISTIN A, (1999), Open randomized trial of intermittent very low energy diet together with nicotine gum for stopping smoking in women who gained weight in previous attempts to quit. BMJ 319(7208):490-493.

47. Dukes University,(2007),Ανιχνεύσεις PET του εγκεφάλου παρουσιάζουν τριπλή αιτία του εθισμού τσιγάρων, Press by Dukes University.

48. ΣΤΥΛΙΑΝΟΥ Κυριάκος, 2000, Ναρκωτικά: Μείνε μακριά από την καταστροφή, Κ.ΕΠΙΦΑΝΙΟΥ

49. ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ ΥΓΕΙΑ: Οδηγός Υγιεινής, 1991, ΔΟΜΙΚΗ Ο. Ε

50. GILLILAND, F. D, ISLAM, T., BERHANE, K., GAUDERMAN, W. J., McCONNEL, R., AVOL, E., PETERS, J M. 2006. "Regular smoking and asthma incidence in adolescents.". *Am J Respir Crit Care Med.* **174** (10) pp. 1094-1100

51. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ (2008), επιμέλεια: Μητρούσκα Ιωάννα

52. ΓΚΟΥΒΡΑ, Μαριάννα, ΚΥΡΙΔΗΣ, Αργύρης, ΜΑΥΡΙΚΑΚΗ, Ευαγγελία, (2005).*Αγωγή Υγείας και Σχολείο: Παιδαγωγική και Βιολογική Προσέγγιση.* Αθήνα: τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδάνος

53. Smoking Cessation Guidelines, *American Heart Association*

54. 1967 Surgeon General Report on Smoking

55. HENLEY et al. "Association Between Exclusive Pipe Smoking and Mortality From Cancer and Other Diseases". *Journal of the National Cancer Institute* **96** (11).

56. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008. *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία*: Δημόσια Διαβούλευση. Αθήνα

57. MINNA, J. D., 2004. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. *McGraw-Hill*, 506–516

58. VAPORCIYAN, A. A, NESBITT, J. C., LEE, J. S et al. 2000. *Cancer Medicine*. pp.1227–1292

59. Lung Carcinoma: Tumors of the lung.*Merck Manual Professional Edition,* Online edition. Retrieved on 2007-08-15 Available from: <http;//www.merck.com/mmpe/sec05/ch062/ch062b.html#sec05-ch062-ch062b-1405>

60. Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια: κόψτε αμέσως το κάπνισμα, *check-up,* 46 σελ. 16

61. Haldane J (1895). "The action of carbonic oxide on man". *J Physiol* **18**: 430-462

62. JOHNSON, GK, SLACH, NA, 2001. "Impact of tobacco use on periodontal status". *J Dent Educ* **65** (4) pp. 313–21

63. ΜΑΓΚΛΗΣ, Αντώνης (χ.χ), Οι συνέπειες του καπνίσματος και ο ρόλος της διατροφής στην υγεία της στοματικής κοιλότητας

64. ENZINGER, PC, MAYER, RJ 2003. "Esophageal cancer". *N. Engl. J. Med.* **349** (23) pp. 2241–2252

65. ΜΑΡΚΟΓΛΟΥ,Χ. Κωνσταντίνος, (2002), Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και κάπνισμα. *Ιατρικό Βήμα,* 79

66. SILVERMAN, T. Debra, LEVIN, I. Lynn, HOOVER, N Robert, (1989) Occupational Risks of Bladder Cancer in the United States: II Nonwhite Men. *Journal of the National Cancer Institute* , 19 p.p:1480-1483

67. KUMAR V, FAUSTO N, ABBAS A., 2003. *Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease*, Saunders, pp. 914–917

68. MILLETT, C., WEN, L. M., RISSEL, C., SMITH, A., RICHTERS, J., GRULICH, A. VISSER, R., 2006 Smoking and erectile dysfunction: findings from a representative sample of Australian men. *Tobacco Control,* **15** pp 136-139

69. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008. *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία*: Δημόσια Διαβούλευση. Αθήνα

70. The Constitution of the World Health Organization

71. Chronicle of the World Health Organization, 1947, Geneva

72. United Nations General Assembly, Resolution 61 session 1 Establishment of World Health Organization (1946)

73. World Health Statistics, 2008. *World Health Organization*. pp.18

74. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 2008 WHO Report on the Global Tobacco Epidemic.

75. Κατά την διάρκεια των τελευταίων επτά ημερών κάποιοι κάπνισαν τουλάχιστον μια φορά κατά παρουσία του συνεντευξιαζόμενου, την ΓΚΟΥΒΡΑ, Μαριάννα, ΚΥΡΙΔΗΣ, Αργύρης, ΜΑΥΡΙΚΑΚΗ, Ευαγγελία, (2005).*Αγωγή Υγείας και Σχολείο: Παιδαγωγική και Βιολογική Προσέγγιση.* Αθήνα: τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδάνος.

76. BALDWIN Dorothy,1999, Οδηγός Αγωγής Υγείας, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας

77. Εθνικό Ίδρυμα Νεότητας, 2008, Προγράμματα Tempus / Προγράμματα Αγωγής Υγείας [on line] cited 31/05/2008. www.ein.gr

78. ΠΑΠΑΝΗΣ, Ευστράτιος, Ρουμελιώτου, Μυρσίνη, ΓΙΑΒΡΙΜΗΣ, 2007, *Κοινωνικό Κεφάλαιο και Κοινωνικά Δίκτυα* ,Πανεπιστήμιο Αιγαίου .

79. BOYCE, F. William, DAVIES, Diane, GALLUPE, Owen, SHELLEY, Danielle, (2008)Adolescent risk taking, neighborhood social capital and health, *Journal of Adolescent Health 43 pp.246-252.*

80. ΠΑΠΑΝΗΣ, Ευστράτιος, ΓΙΑΜΒΡΙΜΗΣ, Παναγίωτης, ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΟΥ, Μυρσίνη, 2007, *Η ενίσχυση του κοινωνικού κεφαλαίου μέσω της εκπαίδευσης.* Πανεπιστήμιο Αιγαίου.

81. BUDD William, LOVRICH JR. Nicholas, PIERCE C. John, CHAMBERLAIN Barbara (2008), Cultural sources of variations in US urban sustainability attributes, journal of Cities 25 pp. 257 – 267

82. CHOW, S. Wing , CHAN, Lai Sheung (2008), Social network, social trust and shared goals in organizational knowledge sharing, *Journal of information and management 45 pp.458-465*

83. BETHANNE, M., Schlee, MULLIS, K, Ann, SHRINER, Mihael (2008) Parents social and resource capital: Predictors of academic achievement during early childhood. *Children and youth services review, Elsevier.*

84. CARPIANO, M. Richard (2008), Actual or potential neighborhood resources and access to them: Testing hypotheses of social capital for the health of female caregivers, *Social Science and Medicine67,pp.568-582*

85. CHEONG, Hope Pauline, EDWARDS Rosalind, GOOLBOURNE, Harry, SOLOMOS, John, 2007, Immigration, Social Cohesion and Social Capital: A Critical Review, *Critical Social Policy,* Sage Puplications

86. OZBAY Ozben, (2008), Does social capital deter youth from cheating, alcohol use and violence in Turkey? : Bringing torpil in, *Journal of Criminal Justice 36 pp. 403 – 415*

87. John F. Kennedy School of Government, Harvard University, Saguaro Seminar on Civic Engagement in America, *Youth and Social Capital*

88. ANTHONY K. Elizabeth, NICOTERA Nicole, (2008), Youth perceptions of neighborhood hassles and resourses: A mixed method analysis, journal of *Children and Youth Services Review 30 pp. 1246 – 1255.*

89. ΚΟΥΡΚΟΥΤΑΣ Ε. Ηλίας,2001,Η ψυχολογία του εφήβου-θεωρητικά ζητήματα και κλινικές περιπτώσεις, σελ:26-27,ελληνικά γράμματα.

90. ΜΠΡΑΚΟΝΕ, Αλαίν, ΜΑΡΤΣΕΛΙ, Ντάνιελ, Τα χίλια πρόσωπα της εφηβείας, καστανιώτη

91. ΚΟΝΓΚΕΡ, Τζων (1981)*Η εφηβική ηλικία: Μια Καταπιεσμένη Γενιά,* εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα

92. SCHOOLER C, FEIGHERY E, FLORA JA, (1996), Seventh drader's self- reported exposure to cigarette marketing and its relationship ti their smoking behavior. Am IJ Public Health 86: 1216-1221.

93. ΚΑΠΠΑΤΟΥ, Αλεξάνδρα, (2007), Εφηβεία – Συμβουλές για μια αρμονική συμβίωση με τους εφήβους

94. FENWICK,Eliazbeth (1993), Εφηβεία, Οδηγός Επιβίωσης για Γονείς και Εφήβους, εκδ.Γιαλλέλης

95. Health Canada. (2005). The Youth Smoking Survey. Retried September 12, 2006. http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/ tobac-tabac/research-recherche/stat/survey-sondage/ 2004-2005/index_e.html.

96. GILMORE, J. (2002) Report on Smoking in Canada: 1985-2001. Ottawa, ON: Statistics Canada.

97. BERNAT H. Debra, ERICKSON J. Davin, WIDOME. Rachel, PERRY L. Cherry, FORSTER L. Jean (2008) Adolescent Smoking Trajectories: Results from a Population – Based Cohort Study, *Journal of Adolescent Health 43 pp. 334-340.*

98. JOHNSON C. Anderson, PALMER H. Pula, CHOU. Chih – Ping, Pang Zengchang, ZHOU Dunjin, DONG Lijun, XIANG Haiqing, YAHG Peijun, XU Hongjie, WANG Jian, FU Xiaolu, GUO Qian, SUN Ping, MA Huiyan, GALLAHER E. Peggy, XIE Bin, LEE Liming, Fang Thianren, UHGER B. Jennifer (2006), Tobacco use among youth and adults in Mainland China: The China Seven Cities Study, *journal of Public Health 120 pp. 1156 – 1169*

99. CHUANG, Ying-Chih, CHUANG, Kun-Yng, (2008), Gender differences in relation ships between social capital and individual smoking and drinking behavior in Taiwan, *Journal of Social Science and Medicine 67 pp.1321-1330.*

100.TILSON, C Elizabeth, MCBRIDE, M. Colleen, LIPKUS, M. Isaac, CATALANO, F Richard, (2004), Testing the interaction between parent – child relationship factors and parent smoking to predict youth smoking, *Journal of Adolescent health 35 pp.182-189.*

101.WEN, Ming, Duker, Van Heather, OLSON, M Leonora, (2008), Social contexts of regular smoking in adolescence: Towards a multidimensional ecological model, *Journal of adolescence pp.1-22*

102.Garrity, T. F., Somes, G. W., and Marx, M. B. (1978). Factors influencing self-assessment of health. Social Sci. Med. 12: 77-81

103.CI. JAVEAU et LEGROS BAWIN, (1977), Les sondages en question, Bruxeles, De Boeck.

104.Jenny Onyx, Paul Bullen, (χ.χ), Ερωτηματολόγιο ποσοτικής εκτίμησης Κοινωνικού Κεφαλαίου, Μετάφραση και στάθμηση από: Γιώργο Κριτσωτάκη, Αντώνη Κούτη, Τάσο Φιλαλήθη, Εργαστήριο Προγραμματισμού Υπηρεσιών Υγείας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

105.Βλέπε παράρτημα.

106.Χρονοδιάγραμμα GANT : Ιατρίδης Δημήτρης Σ. Σχεδιασμός Κοινωνικής πολιτικής, σελ., 148

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Ερωτηματολόγιο πτυχιακής εργασίας.

Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ:ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Ερωτηματολόγιο για το κάπνισμα και κοινωνικό κεφάλαιο απευθυνόμενο σε μαθητές Γυμνασίου»

Εποπτεύουσα καθηγήτρια:

κ. Κούτρα Κλειώ

Σπουδάστριες:

Σάββα Νικολέττα

Κλεάνθους Παρασκευή

Καραβία Παναγιώτα

Ηράκλειο 2008

1. Δημογραφικά

1. Είσαι αγόρι ή κορίτσι ; [1] **Αγόρι** [2] Κορίτσι

2. Ποιο έτος γεννήθηκες; **19……**

3. Γεννήθηκες στην Ελλάδα; [1] Ναι [2] Όχι

4α. Η μητέρα σου είναι Ελληνίδα; [1] Ναι [2] Όχι. Από ποια χώρα

4α1……(σημείωσε τη χώρα)

4β. Ο πατέρας σου είναι Έλληνας; [1] Ναι [2]Όχι. Από ποια χώρα

4β1……(σημείωσε τη χώρα)

5. Πως λένε το χωρίο ή την πόλη που μένεις μόνιμα και σε ποιο δήμο ανήκει;

5α. Συνοικία……, 5 β. Χωριό ή πόλη…… , 5 γ. Δήμος……

6. Σε ποια γλώσσα μιλάτε περισσότερο στο σπίτι;

……

2. Κοινωνικό Κεφάλαιο

7. Συμμετείχες ποτέ σε κάποια δράση π.χ. διαδήλωση, πορεία, συγκέντρωση που αφορούσε την βελτίωση των συνθηκών ζωής <u>της γειτονιάς/περιοχής σου</u> ?

1	2	3	4
Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά

8. Άνθρωποι με διαφορετικό τρόπο ζωής μπορούν να είναι μέρος της κοινότητας σου;

(π.χ. από άλλη χώρα, με άλλη θρησκεία, με διαφορετικό τρόπο ένδυσης....)

1	2	3	4
Όχι, καθόλου	Λίγο	Πολύ	Πάρα πολύ

9. Έχεις μαζέψει ποτέ σκουπιδάκια άλλων σε κάποιο δημόσιο χώρο;

1	2	3	4
Όχι, ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά

10. Συμφωνείς ότι όταν βοηθάς τους άλλους, βοηθάς μακροπρόθεσμα τον εαυτό σου;

1	2	3	4
Διαφωνώ	Συμφωνώ, λίγο	Συμφωνώ, πολύ	Συμφωνώ, πάρα πολύ

11. Νοιώθεις ότι σε εκτιμούν φίλοι και γνωστοί;

1	2	3	4
Όχι, καθόλου	Λίγο	Πολύ	Πάρα πολύ

12. Φοβάσαι να περπατήσεις στην γειτονιά σου όταν νυχτώσει;

1	2	3	4
Όχι, καθόλου	Λίγο	Πολύ	Πάρα πολύ

13. Μέσα στην παρέα των φίλων σου, υπάρχουν άνθρωποι από μια άλλη χώρα, με άλλη γλώσσα, θρησκεία ή συνήθειες;

1	2	3	4
Όχι, κανένας	Ένας	Δύο	Πάνω από τρεις

14. Οι φίλοι τρέχουν να σε βοηθήσουν όταν τους έχεις ανάγκη;

1	2	3	4
Όχι	Μάλλον όχι	Μάλλον ναι	Ναι , οπωσδήποτε

15. Έχεις ποτέ βοηθήσει στην διοργάνωση μιας δραστηριότητας που αφορά τους νέους της κοινότητας σου; (π.χ. ομιλία, συναυλία, θεατρική ομάδα, χορωδία, μουσικό συγκρότημα...)

1	2	3	4
Όχι, ούτε μια φορά	1 φορά	2 φορές	3 φορές

16. Τους τελευταίους 6 μήνες έχεις κάνει κάποια χάρη σε ένα γείτονα σου?

1	2	3	4
Όχι, ούτε μία	1-2 φορές	3-6 φορές	Πάνω από 6 φορές

17. Τους τελευταίους 6 μήνες έχεις πάει σε κάποια εκδήλωση της περιοχής σου; (πχ, πανηγύρι, χοροεσπερίδα, σχολική εορτή, μουσική βραδιά, έκθεση φωτογραφίας, αθλητικό αγώνα.....)

1	2	3	4
Όχι, ούτε μια φορά	1 φορά	2 φορές	3 φορές

18. Η περιοχή/γειτονία σου θεωρείται ασφαλής;

1	2	3	4
Καθόλου	Λίγο	Πολύ	Πάρα πολύ

19. Είσαι σήμερα ενεργό μέλος σε κάποια αθλητική ομάδα, ομάδα νέων, πολιτιστικό σύλλογο, θρησκευτική ομάδα κ. λ. π .;

1	2	3	4
Όχι, δεν είμαι	Λίγο	Μερικές φορές	Είμαι πολύ ενεργό μέλος

20. Επισκέφτηκες κάποιον γείτονα την τελευταία εβδομάδα;

1	2	3	4
Όχι, ούτε μια φορά	1-2 φορές	3-4 φορές	Αρκετά συχνά

21. Αξίζει κανείς να ζει;

1	2	3	4
Όχι	Μάλλον όχι	Μάλλον ναι	Ναι, οπωσδήποτε

22. Νοιώθεις την περιοχή/ γειτονιά σου σαν αυτό που λέμε *«σαν το σπίτι σου;»*

1	2	3	4
Καθόλου	Λίγο	Πολύ	Πάρα πολύ

23. Συνηθίζεις να βγαίνεις εκτός σπιτιού τα Σαββατοκύριακα με φίλους για φαγητό, καφέ ή ποτό;

1	2	3	4
Όχι πολύ συχνά	Μερικές φορές	Πολύ συχνά	Σχεδόν πάντα

24. Όταν πηγαίνεις για ψώνια στην περιοχή σου συνήθως συναντάς γνωστούς και φίλους; (π.χ. αγορά ρούχων, ψωμί, γάλα.....)

1	2	3	4
Όχι πολύ συχνά	Μερικές φορές	Πολύ συχνά	Σχεδόν πάντα

25. Τα προηγούμενα 3 χρόνια έχεις πάρει μέρος σε κάποιο πρόγραμμα για το όποιο χρειάστηκε το σύνολο ή μεγάλος μέρος της κοινότητας/περιοχής σου να συνεργαστεί? (π.χ. δεντροφύτευση, καθαρισμός περιοχής, έρανος.....)

1	2	3	4
Όχι, ούτε μια φορά	1-2 φορές	3-4 φορές	Αρκετά συχνά

26. Συμφωνείς με την άποψη ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι άξιοι εμπιστοσύνης;

1	2	3	4
Καθόλου	Λίγο	Πολύ	Πάρα πολύ

27. Εάν χρειαστεί να πάρεις μια πολύ σημαντική απόφαση για τη ζωή σου, ξέρεις που να βρεις τις απαραίτητες πληροφορίες ή ποιον να ρωτήσεις;

1	2	3	4
Όχι, δεν ξέρω	Μάλλον όχι	Μάλλον ναι	Ξέρω σίγουρα

28. Σου αρέσει να ζεις ανάμεσα σε άτομα με άλλες συνήθειες, φιλοσοφία, γλώσσα, εθνικότητα από τις δικές σου;

1	2	3	4
Καθόλου	Λίγο	Πολύ	Πάρα πολύ

29. Ανήκεις στο διοικητικό συμβούλιο κάποιου συλλόγου, ομάδας ή οργάνωσης της περιοχής ή του σχολείου σου; (Το 15μελές συμβούλιο, Το πολιτισμικό σύλλογο, αθλητική ομάδα...)

1	2	3	4
Όχι, σε κανέναν	Σε ένα (1)	Σε δύο (2)	Πάνω από τρεις (3)

30. Τον προηγούμενο μήνα μίλησες σε κάποιον γείτονα ?

1	2	3	4
Όχι, ούτε μια φορά	1-2 φορές	3-4 φορές	Αρκετά συχνά

31. Με πόσα άτομα μίλησες εχθές;

1	2	3	4
Κανένα	1-5 άτομα	6-10 άτομα	Πάνω από 10 άτομα

32. Εάν διαφωνείς σε κάτι με το οποίο όλοι οι υπόλοιποι συμφωνούν, νοιώθεις άνετα να εκφράσεις την αντίθετη γνώμη σου;

1	2	3	4
Όχι, δεν υπάρχει περίπτωση	Μάλλον όχι	Μάλλον ναι	Ναι, οπωσδήποτε

33. Αν είχες κάποια διαφωνία με κάποιον δάσκαλο ή τον εργοδότη σου, θα έβαζες κάποιον μεσάζοντα; (μεσάζοντας είναι ένα άτομο που θα βοηθούσε να λύσετε τις διαφορές σας)

1	2	3	4
Όχι, δεν υπάρχει περίπτωση	Μάλλον όχι	Μάλλον ναι	Ναι, οπωσδήποτε

34. Τους περασμένους 3 μήνες έχεις παραβρεθεί σε κάποια εκδήλωση για νέους της κοινότητας σου? (π.χ. χορό, ομιλία, εκδήλωση, γιορτή, αθλητικό γεγονός, συγκέντρωση..)

1	2	3	4
Όχι, ούτε μια φορά	1-2 φορές	3-4 φορές	Αρκετά συχνά

35. Έχεις ποτέ συμμετάσχει στην οργάνωση μιας καινούριας υπηρεσίας στην περιοχή σου; (π.χ. κέντρο νεότητας, κινηματογραφική λέσχη, θεατρική ομάδα, εφημερίδα, κ. λ. π.);

1	2	3	4

Όχι, ούτε μια φορά	1-2 φορές	3-4 φορές	Αρκετά συχνά

36. Εάν κάποιος ξένος, κάποιος διαφορετικός, μετακόμιζε στην γειτονιά σου, θα ήταν αποδεκτός από τους γείτονες?

1	2	3	4
Όχι, δεν υπάρχει περίπτωση	Μάλλον όχι	Μάλλον ναι	Ναι, οπωσδήποτε

37. Με πόσα άτομα επικοινωνείς μέσα στην εβδομάδα μέσω διαδικτύου (internet chat), e-mail ή μηνύματα στο κινητό (SMS);

1	2	3	4
Κανένα	1-5 άτομα	6-10 άτομα	Πάνω από 10 άτομα

3. Η οικογένεια μου

Όλες οι οικογένειες δεν είναι ίδιες. Μερικές φορές τα παιδιά μένουν μόνο με τον ένα γονιό ή μένουν σε δύο σπίτια ή ζουν με δύο οικογένειες. Θα θέλαμε να ξέρουμε για τη δική σου οικογένεια.

38.Ποια από τα παρακάτω πρόσωπα αποτελούν την οικογένεια που μένουν πάντα ή τον περισσότερο καιρό μαζί σου στο σπίτι που κατοικείς μόνιμα. [Σημείωσε όσα Χ χρειαστεί

1 Μητέρα

2 Πατέρας

3 Μητριά (ή σύντροφος του πατέρα)

4 Πατριός (ή σύντροφος της μητέρας)

5 Γιαγιά

6 Παππούς

7 Ζω σε ανάδοχη οικογένεια ή σε ορφανοτροφείο

8 Κάπου αλλού: .....(παρακαλώ γράψε)

39. Πόσα αδέλφια **έχεις**; **Συμπεριέλαβε αυτά από άλλο πατέρα ή μητέρα, ή τα θετά αδέλφια. Μη συμπεριλάβεις τον εαυτό σου.** [Σημείωσε τον αριθμό ή σημείωσε Ο (μηδέν) εάν δεν μένουν μαζί σου άλλα αδέλφια]

Πόσους αδελφούς; .....

Πόσες αδελφές; .....

40. Πως πιστεύεις πως είναι η οικονομική κατάσταση της οικογένειάς σου;

[Σημείωσε τον αριθμό ο οποίος περιγράφει καλύτερα την άποψή σου]

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Καθόλου καλή **Πολύ καλή**

---

41. α Εργάζεται <u>ο πατέρας σου</u>;

1 Ναι

2 Όχι

3 Δεν ξέρω

4 Δεν έχω ή δεν τον βλέπω

β Εργάζεται <u>η μητέρα σου</u>;

1 Ναι

2 Όχι

3 Δεν ξέρω

4 Δεν έχω ή δεν την βλέπω

Εάν απάντησες Ναι...

Εάν απάντησες Ναι...

Γράψε που εργάζεται (π.χ. νοσοκομείο, τράπεζα, εστιατόριο, επιχείρηση κτλ.)

Πατέρας

Μητέρα

41. α1**.....**

41. β1 **.....**

---

42. Γράψε ποια ακριβώς είναι η δουλειά του πατέρα /μητέρας σου (π.χ. δάσκαλος, οδηγός

λεωφορείου, γραμματέας, γιατρός κτλ.)

Πατέρας

Μητέρα

42. α2.....

42. β2 .....

Εάν απάντησες Όχι...

Εάν απάντησες Όχι...

Γιατί δεν εργάζεται <u>ο πατέρας σου</u>;

1 είναι άρρωστος, ή συνταξιούχος

Γιατί δεν εργάζεται <u>η μητέρα σου</u>;

1 είναι άρρωστη, ή συνταξιούχος

2 ψάχνει για εργασία	2 ψάχνει για εργασία
3 φροντίζει το σπίτι	3 φροντίζει το σπίτι
4 δεν ξέρω	4 δεν ξέρω

---

43. Πόσο ικανοποιημένος ή ικανοποιημένη είσαι γενικά από τις σχέσεις στην οικογένειά σου; [Σημείωσε τον αριθμό ο οποίος περιγράφει καλύτερα την άποψή σου]

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Έχουμε πολύ κακές **Έχουμε πολύ καλές**

---

4. ΚΑΠΝΙΣΜΑ

44. Στην οικογένεια σου καπνίζουν (κύκλωσε όπου χρειαστεί)

1	2	3	4
Ο πατέρας	Η μητέρα	Τα αδέρφια	Κανείς.

---

45. Έχεις καπνίσει ποτέ (τουλάχιστον ένα τσιγάρο); 1 Ναι 2 Όχι

Αν απαντήσατε ΝΑΙ στην παραπάνω ερώτηση να συνεχίσετε με την 46η ερώτηση.

Αν απαντήσατε ΟΧΙ στην παραπάνω ερώτηση να συνεχίσετε με την 55η ερώτηση.

---

46. Σε ποια ηλικία έκανες για πρώτη φορά τσιγάρο (πάνω από μία ρουφηξιά);

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ	11 ετών	12 ετών	13 ετών	14 ετών	15 ετών	16 ετών και μεγαλύτερος

47. Πόσοι από τους φίλους σου πιστεύεις ότι καπνίζουν;

1	2	3	4	5
Κανένας	Λίγοι	Μερικοί	Οι περισσότεροι	Όλοι

48. Πως αισθανόσουν όταν δοκίμασες το πρώτο σου τσιγάρο; (βάλε σε σειρά προσδιορίζοντας το πιο σημαντικό 1 εώς το 3 λιγότερο σημαντικό).

Ένοιωσα μεγάλος .... Πολύ ωραία .... Ήρεμος .... Παράξενα .... Απαίσια .... Αηδία ....

49. Τι σε έκανε να αρχίσεις το κάπνισμα; (επέλεξε δύο επιλογές με βάση τις απαντήσεις).

1Καπνίζουν οι φίλοι σου

2Καπνίζουν οι γονείς μου

3Ήθελα να αισθανθώ μεγάλος

4Είχα την περιέργεια να δοκιμάσω

5Καπνίζουν τα αδέρφια μου

6Για να εντυπωσιάσω τους φίλους και τις φίλες μου

7Άλλος λόγος

50. Συνεχίζεις να καπνίζεις σήμερα; 1 Ναι 2 Όχι

51. Πόσο συχνά καπνίζεις αυτή την περίοδο;

1Κάθε μέρα

2Τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα αλλά όχι κάθε μέρα

3Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα

4 Δεν καπνίζω

52. Οι γονείς σου γνωρίζουν ότι καπνίζεις;

α. Μητέρα

1Ναι 2Όχι

β. Πατέρας

1Ναι 2Όχι

53. Πόσα τσιγάρα καπνίζεις την ημέρα;

1	2	3	4
Λιγότερα από 5	5 εώς 10	10 εώς 15	Περισσότερα από 20.

54. Θέλεις να κόψεις το κάπνισμα;

[1]Ναι [2]Όχι

55. Πιστεύεις ότι σε μεγαλύτερη ηλικία θα καπνίζεις;

[1]Ναι [2]Όχι [3]Δεν είμαι βέβαιος.

56. Σε ενοχλεί να καπνίζουν οι άλλοι στη παρέα σου;

[1]Ναι [2]Όχι

57. Πιστεύεις ότι το κάπνισμα είναι επικίνδυνο;

[1]Ναι [2]Όχι

58. Στο σχολείο καπνίζουν οι καθηγητές μπροστά σας;

[1]Ναι [2]Όχι

59. Σε ενοχλεί που οι φίλοι / γονείς / καθηγητές σου καπνίζουν;

[1]Ναι [2]Όχι

60. Υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο μέρος του σχολείου, που το χρησιμοποιείτε ως καπνιστήριο;

[1]Ναι [2]Όχι

61. Πρέπει να υπάρχουν ποινές για το κάπνισμα των μαθητών στο σχολείο;

[1]Ναι [2]Όχι

62. Σε απασχολεί το γεγονός ότι όλο και περισσότεροι έφηβοι αρχίζουν το κάπνισμα;

[1]Ναι [2]Όχι

63. Πιστεύεις ότι το τσιγάρο δημιουργεί εξάρτηση;

[1]Ναι [2]Όχι

---

64. Είναι επικίνδυνο να εισπνέουμε τον καπνό των άλλων;

[1]Ναι [2]Όχι [3]Δεν γνωρίζω

---

65. Θεωρείς το κάπνισμα αρρώστεια;

[1]Ναι [2]Όχι

---

66. Ξέρεις, τι ασθένειες προκαλεί το κάπνισμα; Αν, ναι ποιες; Αναφέρετε ενδεικτικά τρεις;

α).....

β).....

γ).....

67. Σε ποια από τα παρακάτω επιδρά το κάπνισμα; (σημειώστε τα τρία σημαντικότερα).

[1]Πνευμόνια – βρόγχους [2]Καρδιά [3]Στομάχι – έντερα

[4]Διαύγεια της σκέψης [5]Αισθητήρια όσφρησης και γεύσης [6]Αισθητήρια ακοής και όρασης [7]Φυσική κατάσταση

---

68. Πιστεύεις ότι χρειάζεσαι βοήθεια για την διακοπή του καπνίσματος;

[1]Ναι [2]Όχι

---

69. Γνωρίζεις να υπάρχουν φορείς υγείας που να ασχολούνται με την διακοπή καπνίσματος;

[1]Ναι

[2]Όχι

[3]Αν ναι ανάφερε τους .....

Σας ευχαριστούμε για την συνεργασία σας.

1. Πίνακες Συχνοτήτων

Δημογραφικά

Πιν.1 Περιοχή φροντιστηρίου.

Περιοχή		
	N	**%**
Αγ.Βαρβάρα	10	3.4
Αγίοι Δέκα	1	.3
Αρκαλοχώρι	18	6.2
Αρχάνες	30	10.3
Γάζι	27	9.3
Γκαγκάλες	2	.7
Ηράκλειο	83	28.6
Κοκκίνι Χάνι	7	2.4
Κοφίνα	2	.7
Μάλια	19	6.6
Μοίρες	56	19.3
Τυμπάκι	18	6.2
Φλαθίακες	1	.3
Χερσόνησο	16	5.5
Σύνολο	290	100.0

Πιν.2 Φύλο.

Φύλο		
	N	**%**
Αγόρι	143	49.3
Κορίτσι	147	50.7
Σύνολο	290	100.0

Πιν.3 Ηλικία.

Ηλικία		
	N	**%**
11	2	.7
12	1	.3
13	67	23.1
14	86	29.7
15	107	36.9
16	17	5.9
17	8	2.8
18	2	.7
Σύνολο	290	100.0

Πιν.4 Τόπος γέννησης.

Γεννήθηκες στην Ελλάδα			
	N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
Ναι	285	98.3	98.3
Όχι	5	1.7	1.7
Σύνολο	290	100.0	100.0

<u>Πιν.5 Τόπος καταγωγής μητέρας</u>

Η μητέρα σου είναι Ελληνίδα;			
	N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
Ναι	280	96.6	96.6
Όχι	10	3.4	3.4
Σύνολο	290	100.0	100.0
Όχι. Από ποια χώρα			
	N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	280	96.6	96.6
Αγγλίδα	1	.3	.3
Αλβανία	2	.7	.7
Αυστραλία	1	.3	.3
Γερμανία	1	.3	.3
Ιρλανδία	2	.7	.7
Ολλανδία	2	.7	.7

Ρωσία	1	.3	.3
Σύνολο	290	100.0	100.0

Πιν.6 Τόπος καταγωγής πατέρα.

Ο πατέρας σου είναι Έλληνας;			
	N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
Ναι	285	98.3	98.3
Όχι	5	1.7	1.7
Σύνολο	290	100.0	100.0
Όχι. Από ποια χώρα			
	N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	285	98.3	98.3
1	1	.3	.3
Αλβανία	3	1.0	1.0
Χιλή	1	.3	.3
Σύνολο	290	100.0	100.0

Πιν. 7 Αστικότητα.

Πως λένε το χωρίο ή την πόλη που μένεις μόνιμα και σε ποιο δήμο ανήκει;			
	N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
Αγ. Αικατερίνη	1	.3	.3
Αγ.Βαρβάρα	9	3.1	3.1

Αγ.Δημητρίου	1	.3	.3
Αγ.Ιωάννης	2	.7	.7
Αγία Αικατερίνη	1	.3	.3
Αγία Γαλήνη	1	.3	.3
Αγία Μαρίνα	2	.7	.7
Αγίοι Δέκα	1	.3	.3
Αγίου Δημητρίου	1	.3	.3
Αμμουδάρα	1	.3	.3
Ανάληψη Χερσονήσου	1	.3	.3
Αρκαλοχώρι	15	5.2	5.2
Αρχάνες	27	9.3	9.3
Ασκορδουλάκων	1	.3	.3
Ατσαλένιο	1	.3	.3
Γάζι	22	7.6	7.6
Γκαγκάλες	2	.7	.7
Γουβών	1	.3	.3
Ηράκλειο	43	14.8	14.8
Θέρισσος	1	.3	.3
Καλέσσα	1	.3	.3
Καπαριανά	4	1.4	1.4
Κηπούπολη	1	.3	.3
Κλήμα	1	.3	.3
Κοκκίνι Χάνι	7	2.4	2.4

Κουκουρητών	2	.7	.7
Κοφίνα	1	.3	.3
Κόφινα	1	.3	.3
Μαγαρικάρι	1	.3	.3
Μάλια	19	6.6	6.6
Μανίλι	1	.3	.3
Μασταμπάς	5	1.7	1.7
Μητρόπολη	3	1.0	1.0
Μοίρες	48	16.6	16.6
Μπουμπουλίνας	1	.3	.3
Ν.Αλικαρνασσός	10	3.4	3.4
Παναγιά	1	.3	.3
Πάρτηρα	1	.3	.3
Πατέλες	12	4.1	4.1
Πρεβελιανά	1	.3	.3
Σκουρδουλάκων	1	.3	.3
Τσαλικάκι	3	1.0	1.0
Τυμπάκι	15	5.2	5.2
Φλαθίακες	1	.3	.3
Χερσόνησος	15	5.2	5.2
Σύνολο	290	100.0	100.0

Αστικότητα

	N	%
Αστικό	258	89.0
Αγροτικό	32	11.0
Σύνολο	290	100.0

<u>Πιν. 8 Γλώσσα ομιλίας στην οικία</u>.

Σε ποια γλώσσα μιλάτε περισσότερο στο σπίτι			
	N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
Αγγλικά	1	.3	.3
Αγγλικά & Ελληνικά	1	.3	.3
Αλβανικά	2	.7	.7
Ελληνικά	285	98.3	98.3
Ρώσικα	1	.3	.3
Σύνολο	290	100.0	100.0

<u>Πιν.9 Συμμετοχή σε κάποια δράση.</u>

<u>Κοινωνικό Κεφάλαιο:</u>

Συμμετείχες ποτέ σε κάποια δράση π.χ. διαδήλωση, πορεία, συγκέντρωση που αφορούσε την βελτίωση των συνθηκών ζωής της γειτονιάς/περιοχής σου ?			
	N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
Ποτέ	187	64.5	64.5
Μερικές φορές	73	25.2	25.2

	Συχνά	20	6.9	6.9
	Πολύ συχνά	10	3.4	3.4
	Σύνολο	290	100.0	100.0

Πιν. 10 αποδοχή διαφορετικότητας.

Άνθρωποι με διαφορετικό τρόπο ζωής μπορούν να είναι μέρος της κοινότητας σου;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Όχι, καθόλου	31	10.7	10.7
	Λίγο	106	36.6	36.6
	Πολύ	94	32.4	32.4
	Πάρα πολύ	59	20.3	20.3
	Σύνολο	290	100.0	100.0

Πιν.11 Σεβασμός στο περιβάλλον.

Έχεις μαζέψει ποτέ σκουπιδάκια άλλων σε κάποιο δημόσιο χώρο;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Όχι, ποτέ	79	27.2	27.2
	Μερικές φορές	129	44.5	44.5
	Συχνά	46	15.9	15.9
	Πολύ συχνά	35	12.1	12.1
	11	1	.3	.3
	Σύνολο	290	100.0	100.0

Πιν.12 Βοήθεια προς άλλους.

Συμφωνείς ότι όταν βοηθάς τους άλλους, βοηθάς μακροπρόθεσμα τον εαυτό σου;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Διαφωνώ	13	4.5	4.5
	Συμφωνώ, λίγο	80	27.6	27.7
	Συμφωνώ, πολύ	107	36.9	37.0
	Συμφωνώ, πάρα πολύ	89	30.7	30.8
	Σύνολο	289	99.7	100.0
Missing	**System**	1	.3	
Σύνολο		290	100.0	

Πιν. 13 Εκτίμηση από φίλους/γνωστούς.

Νοιώθεις ότι σε εκτιμούν φίλοι και γνωστοί;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Όχι, καθόλου	6	2.1	2.1
	Λίγο	38	13.1	13.1
	Πολύ	143	49.3	49.5
	Πάρα πολύ	102	35.2	35.3
	Σύνολο	289	99.7	100.0
Missing	**System**	1	.3	
Σύνολο		290	100.0	

Πιν. 14 Φοβάσαι στην γειτονιά σου όταν νυχτώσει.

Φοβάσαι να περπατήσεις στην γειτονιά σου όταν νυχτώσει;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Όχι, καθόλου	140	48.3	48.4
	Λίγο	104	35.9	36.0
	Πολύ	22	7.6	7.6
	Πάρα πολύ	23	7.9	8.0
	Σύνολο	289	99.7	100.0
Missing	**System**	1	.3	
Σύνολο		290	100.0	

Πιν. 15 Στην παρέα σου υπάρχουν άνθρωποι με διαφορετικές συνήθειες.

Μέσα στην παρέα των φίλων σου, υπάρχουν άνθρωποι από μια άλλη χώρα, με άλλη γλώσσα, θρησκεία ή συνήθειες;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Όχι, κανένας	128	44.1	44.1
	Ένας	73	25.2	25.2
	Δύο	49	16.9	16.9
	Πάνω από τρεις	39	13.4	13.4
	12	1	.3	.3
	Σύνολο	290	100.0	100.0

Πιν.16 Σε βοηθάνε οι φίλοι όταν έχεις ανάγκη;

Οι φίλοι τρέχουν να σε βοηθήσουν όταν τους έχεις ανάγκη;			
	N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
Όχι	9	3.1	3.1
Μάλλον όχι	25	8.6	8.6
Μάλλον ναι	96	33.1	33.1
Ναι, οπωσδήποτε	160	55.2	55.2
Σύνολο	290	100.0	100.0

<u>Πιν.17. Έχεις βοηθήσει στη διοργάνωση δραστηριότητας της κοινότητας σου;</u>

Της ποτέ βοηθήσει στην διοργάνωση μιας δραστηριότητας που αφορά της νέους της κοινότητας σου;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Όχι, ούτε μια φορά	96	33.1	33.2
	1 φορά	86	29.7	29.8
	2 φορές	43	14.8	14.9
	3 φορές	63	21.7	21.8
	22	1	.3	.3
	Σύνολο	289	99.7	100.0
Missing	**System**	1	.3	
Σύνολο		290	100.0	

<u>Πιν. 18 Έχεις κάνει κάποια χάρη σε γείτονα τους τελευταίους 6 μήνες;</u>

Τους τελευταίους 6 μήνες έχεις κάνει κάποια χάρη σε ένα γείτονα σου?

	N	%	% Όσοι Απάντησαν
Όχι, ούτε μία	73	25.2	25.2
1-2 φορές	113	39.0	39.0
3-6 φορές	48	16.6	16.6
6 φορές	56	19.3	19.3
Σύνολο	290	100.0	100.0

Πιν.19 Συμμετοχή σε εκδήλωση της περιοχής σου τους τελευταίους 6 μήνες.

Τους τελευταίους 6 μήνες έχεις πάει σε κάποια εκδήλωση της περιοχής σου;

	N	%	% Όσοι Απάντησαν
Όχι, ούτε μια φορά	36	12.4	12.4
1 φορά	89	30.7	30.7
2 φορές	78	26.9	26.9
3 φορές	87	30.0	30.0
Σύνολο	290	100.0	100.0

Πιν. 20 Ασφάλεια γειτονιάς/περιοχής.

Η περιοχή/γειτονία σου θεωρείται ασφαλής;

	N	%	% Όσοι Απάντησαν

Καθόλου	22	7.6	7.6
Λίγο	110	37.9	37.9
Πολύ	114	39.3	39.3
Πάρα πολύ	44	15.2	15.2
Σύνολο	290	100.0	100.0

Πιν.21 Είσαι ενεργό μέλος σε κάποια ομάδα;

Είσαι σήμερα ενεργό μέλος σε κάποια αθλητική ομάδα, ομάδα νέων, πολιτιστικό σύλλογο, θρησκευτική ομάδα κ. λ. π .;			
	N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
Όχι, δεν είμαι	131	45.2	45.2
Λίγο	46	15.9	15.9
Μερικές φορές	47	16.2	16.2
Είμαι πολύ ενεργό μέλος	65	22.4	22.4
14	1	.3	.3
Σύνολο	290	100.0	100.0

Πιν. 22 Επίσκεψη σε κάποιο γείτονα την τελευταία βδομάδα.

Επισκέφτηκες κάποιον γείτονα την τελευταία εβδομάδα;			
	N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
Όχι, ούτε μία φορά	98	33.8	33.8
1-2 φορές	77	26.6	26.6
3-4 φορές	34	11.7	11.7
Αρκετά συχνά	81	27.9	27.9
Σύνολο	290	100.0	100.0

<u>Πιν.23 Αξίζει κανείς να ζει;</u>

Αξίζει κανείς να ζει;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Όχι	14	4.8	4.8
	Μάλλον όχι	21	7.2	7.3
	Μάλλον ναι	71	24.5	24.6
	Ναι, οπωσδήποτε	183	63.1	63.3
	Σύνολο	289	99.7	100.0
Missing	**System**	1	.3	
Σύνολο		290	100.0	

<u>Πιν. 24 Νοιώθεις την γειτονιά σου «σαν το σπίτι σου»;</u>

Νοιώθεις την περιοχή/ γειτονιά σου σαν αυτό που λέμε "σαν το σπίτι σου";				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Καθόλου	32	11.0	11.0
	Λίγο	79	27.2	27.2
	Πολύ	101	34.8	34.8
	Πάρα πολύ	77	26.6	26.6
	31	1	.3	.3
	Σύνολο	290	100.0	100.0

Πιν. 25 Βγαίνεις τα Σαββατοκύριακα με φίλους για καφέ ή ποτό;

Συνηθίζεις να βγαίνεις εκτός σπιτιού τα Σαββατοκύριακα με φίλους για φαγητό, καφέ ή ποτό;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Όχι πολύ συχνά	56	19.3	19.3
	Μερικές φορές	68	23.4	23.4
	Πολύ συχνά	58	20.0	20.0
	Σχεδόν πάντα	107	36.9	36.9
	12	1	.3	.3
	Σύνολο	290	100.0	100.0

Πιν. 26 Συναντάς φίλους/γνωστούς όταν πηγαίνεις για ψώνια;

Όταν πηγαίνεις για ψώνια στην περιοχή σου συνήθως συναντάς γνωστούς και φίλους;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Όχι πολύ συχνά	41	14.1	14.1
	Μερικές φορές	93	32.1	32.1
	Πολύ συχνά	75	25.9	25.9
	Σχεδόν πάντα	80	27.6	27.6
	32	1	.3	.3
	Σύνολο	290	100.0	100.0

<u>Πιν. 27 Τα προηγούμενα 3 χρόνια πήρες μέρος σε κάποιο πρόγραμμα όπου χρειάστηκε μέρος της κοινότητας/περιοχής σου να συνεργαστεί;</u>

Τα προηγούμενα 3 χρόνια έχεις πάρεις μέρος σε κάποιο πρόγραμμα για το όποιο χρειάστηκε το σύνολο ή μεγάλος μέρος της κοινότητας/περιοχής σου να συνεργαστεί?				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Όχι, ούτε μία φορά	165	56.9	57.3
	1-2 φορές	88	30.3	30.6
	3-4 φορές	21	7.2	7.3
	Αρκετά συχνά	14	4.8	4.9
	Σύνολο	288	99.3	100.0
Missing	**System**	2	.7	

Σύνολο	290	100.0	

Πιν. 28 Είναι όλοι οι άνθρωποι άξιοι εμπιστισύνης;

Συμφωνείς με την άποψη ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι άξιοι εμπιστοσύνης;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Καθόλου	73	25.2	25.3
	Λίγο	145	50.0	50.2
	Πολύ	51	17.6	17.6
	Πάρα πολύ	20	6.9	6.9
	Σύνολο	289	99.7	100.0
Missing	**System**	1	.3	
Σύνολο		290	100.0	

Πιν.28 Στις σημαντικές αποφάσεις της ζωής σου ξέρεις που να απευθυνθείς;

Εάν χρειαστεί να πάρεις μια πολύ σημαντική απόφαση για τη ζωή σου, ξέρεις που να βρεις τις απαραίτητες πληροφορίες ή ποιον να ρωτήσεις;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Όχι, δεν ξέρω	27	9.3	9.3
	Μάλλον όχι	34	11.7	11.7
	Μάλλον ναι	130	44.8	44.8
	Ξέρω σίγουρα	99	34.1	34.1
	Σύνολο	290	100.0	100.0

Πιν. 30 Σου αρέσει να ζεις ανάμεσα σε άτομα με άλλες συνήθειες;

Σου αρέσει να ζεις ανάμεσα σε άτομα με άλλες συνήθειες, φιλοσοφία, γλώσσα, εθνικότητα από τις δικές σου;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Καθόλου	51	17.6	17.6
	Λίγο	120	41.4	41.4
	Πολύ	73	25.2	25.2
	Πάρα πολύ	46	15.9	15.9
	Σύνολο	290	100.0	100.0

<u>Πιν. 31 Ανήκεις σε κάποιο διοικητικό συμβούλιο της περιοχής σου/σχολείου σου;</u>

Ανήκεις στο διοικητικό συμβούλιο κάποιου συλλόγου, ομάδας ή οργάνωσης της περιοχής ή του σχολείου σου;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Όχι σε κανέναν	144	49.7	49.8
	Σε ένα (1)	74	25.5	25.6
	Σε δύο (2)	32	11.0	11.1
	Πάνω από τρεις (3)	39	13.4	13.5
	Σύνολο	289	99.7	100.0
Missing	**System**	1	.3	
Σύνολο		290	100.0	

<u>Πιν. 32 Τον προηγούμενο μήνα μίλησες σε κάποιο γείτονα;</u>

Τον προηγούμενο μήνα μίλησες σε κάποιον γείτονα ?				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Όχι, ούτε μία φορά	29	10.0	10.0
	1-2 φορές	56	19.3	19.3
	3-4 φορές	43	14.8	14.8
	Αρκετά συχνά	162	55.9	55.9
	Σύνολο	290	100.0	100.0

<u>Πιν. 33 Με πόσα άτομα μίλησες χθες;</u>

Με πόσα άτομα μίλησες εχθές;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Κανένα	5	1.7	1.7
	1-5 άτομα	26	9.0	9.0
	6-10 άτομα	55	19.0	19.0
	Πάνω από 10 άτομα	203	70.0	70.2
	Σύνολο	289	99.7	100.0
Missing	**System**	1	.3	
Σύνολο		290	100.0	

<u>Πιν. 34 Νοιώθεις άνετα να εκφράσεις την αντίθετη γνώμη σου, εάν διαφωνείς σε κάτι;</u>

Εάν διαφωνείς σε κάτι με το οποίο όλοι οι υπόλοιποι συμφωνούν, νοιώθεις άνετα να

εκφράσεις την αντίθετη γνώμη σου;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Όχι, δεν υπάρχει περίπτωση	36	12.4	12.5
	Μάλλον όχι	44	15.2	15.3
	Μάλλον ναι	103	35.5	35.8
	Ναι, οπωσδήποτε	105	36.2	36.5
	Σύνολο	288	99.3	100.0
Missing	**System**	2	.7	
Σύνολο		290	100.0	

<u>Πιν. 35 Θα έβαζες κάποιο μεσάζοντα αν είχε μια κάποια διαφωνία με κάποιον;</u>

Αν είχες κάποια διαφωνία με κάποιον δάσκαλο ή τον εργοδότη σου, θα έβαζες κάποιον μεσάζοντα;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Όχι, δεν υπάρχει περίπτωση	94	32.4	32.5
	Μάλλον όχι	82	28.3	28.4
	Μάλλον ναι	77	26.6	26.6
	Ναι, οπωσδήποτε	36	12.4	12.5
	Σύνολο	289	99.7	100.0
Missing	**System**	1	.3	
Σύνολο		290	100.0	

Πιν. 36 Παραβρέθηκες σε κάποια εκδήλωση της κοινότητας σου για νέους τους περασμένους 3 μήνες;

Τους περασμένους 3 μήνες έχεις παραβρεθεί σε κάποια εκδήλωση για νέους της κοινότητας σου?			
	N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
Όχι, ούτε μία φορά	118	40.7	40.7
1-2 φορές	106	36.6	36.6
3-4 φορές	32	11.0	11.0
Αρκετά συχνά	34	11.7	11.7
Σύνολο	290	100.0	100.0

Πιν. 37 Συμμετείχες ποτέ στην οργάνωση μιας καινούριας υπηρεσίας της περιοχής σου;

Έχεις ποτέ συμμετάσχει στην οργάνωση μιας καινούριας υπηρεσίας στην περιοχή σου;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Όχι, ούτε μία φορά	143	49.3	49.5
	1-2 φορές	81	27.9	28.0
	3-4 φορές	41	14.1	14.2
	Αρκετά συχνά	23	7.9	8.0
	14	1	.3	.3
	Σύνολο	289	99.7	100.0
Missing	**System**	1	.3	
Σύνολο		290	100.0	

Πιν. 38 Θα ήταν αποδεκτός κάποιος ξένος που θα μετακόμιζε στη γειτονιά σου;

Εάν κάποιος ξένος, κάποιος διαφορετικός, μετακόμιζε στην γειτονιά σου, θα ήταν αποδεκτός από τους γείτονες?				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Όχι, δεν υπάρχει περίπτωση	25	8.6	8.7
	Μάλλον όχι	60	20.7	20.8
	Μάλλον ναι	164	56.6	56.7
	Ναι, οπωσδήποτε	40	13.8	13.8
	Σύνολο	289	99.7	100.0
Missing	**System**	1	.3	
Σύνολο		290	100.0	

Πιν. 39 Με πόσα άτομα επικοινωνείς την εβδομάδα μέσω διαδικτύου ή μηνυμάτων στο κινητό.

Με πόσα άτομα επικοινωνείς μέσα στην εβδομάδα μέσω διαδικτύου (internet chat), e-mail ή μηνύματα στο κινητό (SMS);				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Κανένα	47	16.2	16.2
	1-5 άτομα	76	26.2	26.2
	6-10 άτομα	57	19.7	19.7
	Πάνω από 10 άτομα	110	37.9	37.9
	Σύνολο	290	100.0	100.0

Πιν. 40 Ποιο από τα παρακάτω πρόσωπα μένουν πάντα ή τον περισσότερο καιρό μαζί σου;

Οικογένεια

Ποία από τα παρακάτω πρόσωπα αποτελούν την οικογένεια που μένουν πάντα ή τον περισσότερο καιρό μαζί σου στο σπίτι που κατοικείς μόνιμα;

		Ναι	**Όχι**	**Σύνολο**
Μένουν με τη μητέρα	**N**	281	9	290
	%	96.9%	3.1%	100.0%
Μένουν με τον πατέρα	**N**	253	37	290

	%	87.2%	12.8%	100.0%
Μένουν με τη μητριά (ή σύντροφος του πατέρα)	**N**	0	290	290
	%	.0%	100.0%	100.0%
Μένουν με τον πατριό (ή σύντροφος της μητέρας)	**N**	4	286	290
	%	1.4%	98.6%	100.0%
Μένουν με τη γιαγιά	**N**	56	234	290
	%	19.3%	80.7%	100.0%
Μένουν με τον παππού	**N**	40	250	290
	%	13.8%	86.2%	100.0%
Ζουν σε ανάδοχη οικογένεια ή σε ορφανοτροφείο	**N**	0	290	290
	%	.0%	100.0%	100.0%
Ζουν κάπου αλλού	**N**	0	290	290
	%	.0%	100.0%	100.0%

Πιν. 41 Πόσα αδέλφια έχεις;

		0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**Σύνολο**
Πόσα α-δέλφια έχεις;	**N**	42	134	82	25	6	1	290
	%	14.5%	46.2%	28.3%	8.6%	2.1%	.3%	100.0%
Πόσους αδελφούς;	**N**	115	133	39	3	0	0	290
	%	39.7%	45.9%	13.4%	1.0%	.0%	.0%	100.0%
Πόσες αδελφές;	**N**	151	103	30	5	1	0	290
	%	52.1%	35.5%	10.3%	1.7%	.3%	.0	100.0%

Πιν. 42 Ποια η οικονομική κατάσταση της οικογένειας σου;

Πως πιστεύεις πως είναι η οικο-νομική κατάσταση της οικογένειας σου;	N	%
Κακή (1-3)	11	3.8
Μέτρια (4-7)	159	54.8
Καλή (8-10)	117	40.3
Total	287	99.0

Δεν απάντησαν	3	1.0
Total	290	100.0

Πιν. 43 Εργάζεται ο πατέρας σου.

Εργάζεται ο πατέρας σου;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Ναι	265	91.4	94.6
	Όχι	5	1.7	1.8
	Δεν ξέρω	3	1.0	1.1
	Δεν έχω ή δεν τον βλέπω	6	2.1	2.1
	7	1	.3	.4
	Σύνολο	280	96.6	100.0
Missing	**System**	10	3.4	
Σύνολο		290	100.0	

Πιν. 44 Επάγγελμα πατέρα.

Επάγγελμα πατέρα					
		Frequency	**Percent**	**Valid Percent**	**Cumulative Percent**
Valid	**Επιστήμονες / Ελεύθεροι επαγγελματίες**	38	13.1	14.2	14.2
	Διευθύνοντες & ανώτερα διοικητικά στελέχη	7	2.4	2.6	16.9
	Υπάλληλοι γραφείου	24	8.3	9.0	25.8
	Έμποροι & πωλητές	46	15.9	17.2	43.1
	Απασχολούμενοι στην παροχή υπηρε-σιών	58	20.0	21.7	64.8
	Απασχολούμενοι στη γεωργία / κτηνο-τροφία	29	10.0	10.9	75.7
	Τεχνίτες & εργάτες	60	20.7	22.5	98.1

	Ένοπλες δυνάμεις	5	1.7	1.9	100.0
	Total	267	92.1	100.0	
Missing	**System**	23	7.9		
Total		290	100.0		

Πιν. 45 Εργάζεται η μητέρα σου;

Εργάζεται η μητέρα σου;					
		N	**%**	**% Όσοι Απάντη-σαν**	**Cumulative %**
	Ναι	217	74.8	80.7	80.7
	Όχι	48	16.6	17.8	98.5
	Δεν ξέρω	1	.3	.4	98.9
	Δεν έχω ή δεν τον βλέ-πω	3	1.0	1.1	100.0
	Σύνολο	269	92.8	100.0	
Missing	**System**	21	7.2		
Σύνολο		290	100.0		

Πιν. 46 Επάγγελμα μητέρας.

Επάγγελμα μητέρας		
	N	**%**
Επιστήμονες / Ελεύθεροι επαγγελματίες	30	10.3
Διευθύνοντες & ανώτερα διοικητικά στελέχη	5	1.7
Υπάλληλοι γραφείου	23	7.9

Έμποροι & πωλητές	54	18.6
Απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών	47	16.2
Απασχολούμενοι στη γεωργία / κτηνοτροφία	22	7.6
Τεχνίτες & εργάτες	26	9.0
Ένοπλες δυνάμεις	1	.3
Σύνολο	208	71.7
Δεν απάντησαν	82	28.3
Σύνολο	290	100.0

Πιν. 47 Γιατί δεν εργάζεται ο πατέρας σου;

Γιατί δεν εργάζεται ο πατέρας σου;			
	N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	272	93.8	93.8
είναι άρρωστος, ή συνταξιούχος	9	3.1	3.1
ψάχνει για εργασία	1	.3	.3
φροντίζει το σπίτι	7	2.4	2.4
δεν ξέρω	1	.3	.3
Σύνολο	290	100.0	100.0

Πιν. 48 Γιατί δεν εργάζεται η μητέρα σου;

Γιατί δεν εργάζεται η μητέρα σου;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	είναι άρρωστη, ή συνταξιούχος	3	1.0	4.1
	ψάχνει για εργασία	3	1.0	4.1
	φροντίζει το σπίτι	62	21.4	83.8
	δεν ξέρω	6	2.1	8.1
	Σύνολο	74	25.5	100.0
Missing	**System**	216	74.5	
Σύνολο		290	100.0	

Πιν. 49 Πόσο ικανοποιημένος/η είσαι από τις σχέσεις της οικογένειας σου;

Πόσο ικανοποιημένος ή ικανοποιημένη είσαι γενικά από τις σχέσεις στην οικογένειά σου;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Έχουμε πολύ κακές	2	.7	.7
	3	4	1.4	1.4
	4	2	.7	.7
	5	12	4.1	4.2
	6	17	5.9	5.9
	7	16	5.5	5.6
	8	49	16.9	17.0
	9	78	26.9	27.1
	Έχουμε πολύ καλές	108	37.2	37.5
	Σύνολο	288	99.3	100.0
Missing	**System**	2	.7	
Σύνολο		290	100.0	

Κάπνισμα

Πιν. 50 Στην οικογένεια σου καπνίζουν.

		Ναι	**Όχι**	**Σύνολο**
Καπνίζει ο πατέρας	**N**	143	147	290
	%	49.3%	50.7%	100.0%
Καπνίζει η μητέρα	**N**	92	198	290
	%	31.7%	68.3%	100.0%
Καπνίζουν τα αδέρφια	**N**	37	253	290
	%	12.8%	87.2%	100.0%
Δεν καπνίζει κανείς στην οικογένεια	**N**	100	190	290
	%	34.5%	65.5%	100.0%

Πιν. 51 Έχεις καπνίσει ποτέ (τουλάχιστον ένα τσιγάρο).

Έχεις καπνίσει ποτέ (τουλάχιστον ένα τσιγάρο);				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Ναι	62	21.4	21.6
	Όχι	224	77.2	78.0
	Δεν ξέρω	1	.3	.3
	Σύνολο	287	99.0	100.0
Missing	**System**	3	1.0	
Σύνολο		290	100.0	

Πιν. 52 Σε ποια ηλικία έκανες για πρώτη φορά τσιγάρο (πάνω από μία ρουφηξιά);

Σε ποια ηλικία έκανες για πρώτη φορά τσιγάρο (πάνω από μία ρουφηξιά);				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Ποτέ	3	4.8	4.8
	11 ετών	9	14.5	14.5
	12 ετών	6	9.7	9.7
	13 ετών	9	14.5	14.5
	14 ετών	17	27.4	27.4
	15 ετών	8	12.9	12.9
	16 ετών και μεγαλύτερος	10	16.1	16.1
	Σύνολο	62	100.0	100.0

Πιν. 53 Πόσοι από τους φίλους σου πιστεύεις ότι καπνίζουν

Πόσοι από τους φίλους σου πιστεύεις ότι καπνίζουν;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Κανένας	8	12.9	13.3
	Λίγοι	15	24.2	25.0
	Μερικοί	12	19.4	20.0
	Οι περισσότεροι	21	33.9	35.0
	Όλοι	4	6.5	6.7

	Σύνολο	60	96.8	100.0
Missing	**System**	2	3.2	
Σύνολο		62	100.0	

Πιν. 54 Πως αισθανόσουν όταν κάπνισες το πρώτο σου τσιγάρο;

		Ένοιωσα μεγάλος	**Πολύ ωραία**	**Ήρεμος**	**Παράξενα**	**Απαίσια**	**Αηδία**	**Σύνολο**
Πως αισθανόσουν όταν δοκίμασες το πρώτο σου τσιγάρο;	**N**	8	0	8	19	11	12	58
	%	13.8%	.0%	13.8%	32.8%	19.0%	20.7%	100.0%
Πως αισθανόσουν όταν δοκίμασες το πρώτο σου τσιγάρο;	**N**	2	5	5	8	12	4	36
	%	5.6%	13.9%	13.9%	22.2%	33.3%	11.1%	100.0%
Πως αισθανόσουν όταν δοκίμασες το πρώτο σου τσιγάρο;	**N**	1	4	2	10	4	14	35
	%	2.9%	11.4%	5.7%	28.6%	11.4%	40.0%	100.0%

Πιν. 55 Τι σε έκανε να αρχίσεις το κάπνισμα;

		Καπνίζουν οι φίλοι σου	**Καπνίζουν οι γονείς μου**	**Ήθελα να αισθανθώ μεγάλος**	**Είχα την περιέργεια να δοκιμάσω**	**Για να εντυπωσιάσω τους φίλους και τις φίλες μου**	**Άλλος λόγος**	**Σύνολο**
Τι σε έκανε να αρχίσεις το κάπνισμα;	**N**	16	3	2	25	0	9	55
	%	29.1%	5.5%	3.6%	45.5%	.0%	16.4%	100.0%
Τι σε	**N**	0	6	1	8	6	7	28

έκανε να αρχίσεις το κάπνισμα;	**%**	.0%	21.4%	3.6%	28.6%	21.4%	25.0%	100.0%

Πιν. 56 Πόσο συχνά καπνίζεις αυτή τη περίοδο;

Πόσο συχνά καπνίζεις αυτή την περίοδο;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Κάθε μέρα	16	25.8	28.6
	Τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα αλλά όχι κάθε μέρα	3	4.8	5.4
	Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα	1	1.6	1.8
	Δεν καπνίζω	36	58.1	64.3
	Σύνολο	56	90.3	100.0
Missing	**System**	6	9.7	
Σύνολο		62	100.0	

Πιν. 57 Η μητέρα σου γνωρίζει ότι καπνίζεις;

Η μητέρα σου γνωρίζει ότι καπνίζεις;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Ναι	16	25.8	28.6
	Όχι	39	62.9	69.6
	Δεν έχω ή δεν τον βλέπω	1	1.6	1.8
	Σύνολο	56	90.3	100.0
Missing	**System**	6	9.7	
Σύνολο		62	100.0	

Πιν. 58 Οπατέρας σου γνωρίζει ότι καπνίζεις;

Ο πατέρας σου γνωρίζει ότι καπνίζεις;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Ναι	11	17.7	20.8
	Όχι	42	67.7	79.2
	Σύνολο	53	85.5	100.0
Missing	**System**	9	14.5	
Σύνολο		62	100.0	

Πιν. 59 Πόσα τσιγάρα καπνίζεις την ημέρα;

Πόσα τσιγάρα καπνίζεις την ημέρα;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Λιγότερα από 5	12	19.4	41.4
	5 εώς 10	6	9.7	20.7
	10 εώς 15	7	11.3	24.1
	Περισσότερα από 20	4	6.5	13.8
	Σύνολο	29	46.8	100.0

Missing	**System**	33	53.2	
Σύνολο		62	100.0	

Πιν. 60 Θέλεις να κόψεις το κάπνισμα;

Θέλεις να κόψεις το κάπνισμα;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Ναι	14	22.6	48.3
	Όχι	15	24.2	51.7
	Σύνολο	29	46.8	100.0
Missing	**System**	33	53.2	
Σύνολο		62	100.0	

Πιν. 61 Πιστεύεις ότι σε μεγαλύτερη ηλικία θα καπνίζεις;

Πιστεύεις ότι σε μεγαλύτερη ηλικία θα καπνίζεις;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Ναι	46	15.9	16.1
	Όχι	146	50.3	51.0
	Δεν είμαι βέβαιος	94	32.4	32.9
	Σύνολο	286	98.6	100.0
Missing	**System**	4	1.4	

Σύνολο	290	100.0	

Πιν. 62 Σε ενοχλεί να καπνίζουν οι άλλοι στη παρέα σου;

Σε ενοχλεί να καπνίζουν οι άλλοι στη παρέα σου;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Ναι	178	61.4	62.5
	Όχι	107	36.9	37.5
	Σύνολο	285	98.3	100.0
Missing	**System**	5	1.7	
Σύνολο		290	100.0	

Πιν. 63 Πιστεύεις ότι το κάπνισμα είναι επικίνδυνο;

Πιστεύεις ότι το κάπνισμα είναι επικίνδυνο;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Ναι	255	87.9	88.2
	Όχι	34	11.7	11.8
	Σύνολο	289	99.7	100.0
Missing	**System**	1	.3	

Σύνολο	290	100.0	

Πιν. 64 Στο σχολείο καπνίζουν οι καθηγητές μπροστά σας;

Στο σχολείο καπνίζουν οι καθηγητές μπροστά σας;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Ναι	198	68.3	68.5
	Όχι	91	31.4	31.5
	Σύνολο	289	99.7	100.0
Missing	**System**	1	.3	
Σύνολο		290	100.0	

Πιν. 65 Σε ενοχλεί που οι φίλοι/γονείς /καθηγητές σου καπνίζουν;

Σε ενοχλεί που οι φίλοι / γονείς / καθηγητές σου καπνίζουν;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Ναι	173	59.7	60.3
	Όχι	114	39.3	39.7
	Σύνολο	287	99.0	100.0
Missing	**System**	3	1.0	
Σύνολο		290	100.0	

Πιν. 66 Υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο μέρος του σχολείου που το χρησιμοποιείται ως καπνιστήριο;

Υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο μέρος του σχολείου, που το χρησιμοποιείτε ως καπνιστήριο;

		N	%	% Όσοι Απάντησαν
	Ναι	209	72.1	73.3
	Όχι	76	26.2	26.7
	Σύνολο	285	98.3	100.0
Missing	**System**	5	1.7	
Σύνολο		290	100.0	

Πιν. 67 Πρέπει να υπάρχουν ποινές για το κάπνισμα των μαθητών στο σχολείο;

Πρέπει να υπάρχουν ποινές για το κάπνισμα των μαθητών στο σχολείο;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Ναι	210	72.4	73.2
	Όχι	77	26.6	26.8
	Σύνολο	287	99.0	100.0
Missing	**System**	3	1.0	
Σύνολο		290	100.0	

Πιν. 68 Σε απασχολεί το γεγονός ότι όλο και περισσότεροι έφηβοι αρχίζουν το κάπνισμα;

Σε απασχολεί το γεγονός ότι όλο και περισσότεροι έφηβοι αρχίζουν το κάπνισμα;				
		N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
	Ναι	228	78.6	78.6

Όχι	62	21.4	21.4
Σύνολο	290	100.0	100.0

Πιν. 69 Πιστεύεις ότι το τσιγάρο δημιουργεί εξάρτηση;

Πιστεύεις ότι το τσιγάρο δημιουργεί εξάρτηση;			
	N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
Ναι	257	88.6	88.6
Όχι	32	11.0	11.0
3	1	.3	.3
Σύνολο	290	100.0	100.0

Πιν. 70 Είναι επικίνδυνο να εισπνέουμε τον καπνό των άλλων;

Είναι επικίνδυνο να εισπνέουμε τον καπνό των άλλων;			
	N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
Ναι	268	92.4	92.4
Όχι	15	5.2	5.2
Δεν ξέρω	7	2.4	2.4
Σύνολο	290	100.0	100.0

Πιν. 71 Θεωρείς το κάπνισμα αρρώστεια;

Θεωρείς το κάπνισμα αρρώστια;			
	N	**%**	**% Όσοι Απάντησαν**
Ναι	253	87.2	87.2
Όχι	37	12.8	12.8
Σύνολο	290	100.0	100.0

<u>Πιν. 72 Ποιες ασθένειες προκαλεί το κάπνισμα και σε ποια όργανα επιδρά;</u>

Ποιες ασθένειες προκαλεί το κάπνισμα και σε ποια όργανα επιδρά;				
		Ναι	**Όχι**	**Σύνολο**
Πνευμόνια - βρόγχους	**N**	276	14	290
	%	95.2%	4.8%	100.0%
Καρδιά	**N**	236	54	290
	%	81.4%	18.6%	100.0%
Στομάχι - έντερα	**N**	47	243	290
	%	16.2%	83.8%	100.0%
Διαύγεια της σκέψης	**N**	36	254	290
	%	12.4%	87.6%	100.0%
Αισθητήρια όσφρησης και γεύσης	**N**	79	211	290
	%	27.2%	72.8%	100.0%
Αισθητήρια ακοής και όρασης	**N**	23	267	290
	%	7.9%	92.1%	100.0%

Φυσική κατάσταση	**N**	211	79	290
	%	72.8%	27.2%	100.0%

3.Έλεγχος αξιοπιστίας δείκτη Κοινωνικού Κεφαλαίου

Cronbach's Alpha α = 0.750. Ο δείκτης αξιοπιστίας κρίνεται καλός καθώς είναι >0,7. Ο δείκτης για το κοινωνικό κεφάλαιο παίρνει τιμές 31 έως 124. Η μέση τιμή του δείκτη για τους μαθητές της μελέτης είναι 78.27 (τ.απ. = 11.804).

Ο δείκτης κ.κ. συσχετίστηκε με μία σειρά μεταβλητών, όπως δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία για την οικογένεια και το κάπνισμα. Οι μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκαν είναι ο έλεγχος t-test για ανεξάρτητα δείγματα σε περιπτώσεις διχοτομικών μεταβλητών, και η ανάλυση της διακύμανσης, σε περιπτώσεις μεταβλητών με τρεις ή περισσότερες κατηγορίες. Επίσης, για συνεχής μεταβλητές εφαρμόστηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson. Τα αποτελέσματα παρατίθενται στη συνέχεια.

1. Αστικότητα

	N	Mean	Std. Deviation	t-test	p-value
Αστικό	244	78.77	11.853	2.156	.037
Αγροτικό	31	74.29	10.780		

Όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα, οι μαθητές από αστικές περιοχές συγκεντρώνουν μεγαλύτερο σκορ στο δείκτη κ.κ.

2. Φύλο

	N	Mean	Std. Deviation	t-test	p-value
Αγόρι	137	78.28	11.275	.022	.983
Κορίτσι	138	78.25	12.348		

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.

3. Ηλικία

Pearson Correlation	-.047

p-value	.435
N	275

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.

4. Γεννήθηκες στην Ελλάδα

	N	Mean	Std. Deviation	t-test	p-value
Ναι	270	78.14	11.815	-1.365	-1.365
Όχι	5	85.40	9.633		

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.

5. Η μητέρα σου είναι Ελληνίδα;

	N	Mean	Std. Deviation	t-test	p-value
Ναι	265	78.05	11.612	-1.596	.112
Όχι	10	84.10	15.723		

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.

6. Ο πατέρας σου είναι Έλληνας;

	N	Mean	Std. Deviation	t-test	p-value
Ναι	270	78.18	11.854	-1.374	.236
Όχι	5	83.20	8.012		

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.

7. Πόσα αδέλφια έχεις;

Pearson Correlation	.003
p-value	.966
N	275

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.

8. Πως πιστεύεις πως είναι η οικονομική κατάσταση της οικογένειάς σου;

Pearson Correlation	-.013

Sig. (2-tailed)	.835
N	272

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.

9. Εργάζεται ο πατέρας σου;

	N	Mean	Std. Deviation	t-test	p-value
Ναι	251	78.52	11.836	.502	.616
Όχι	5	75.80	19.614		

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.

10. Εργάζεται η μητέρα σου;

	N	Mean	Std. Deviation	t-test	p-value
Ναι	206	79.20	11.028	2.512	.015
Όχι	45	73.96	13.017		

Οι μαθητές των οποίων η μητέρα εργάζεται φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο σκορ στο δείκτη κοινωνικού κεφαλαίου

11. Επάγγελμα πατέρα

	N	Mean	Std. Deviation	F	p-value
Επιστήμονες / Ελεύθεροι επαγγελματίες	36	80.06	11.694	.836	.558
Διευθύνοντες & ανώτερα διοικητικά στελέχη	7	87.43	17.577		
Υπάλληλοι γραφείου	21	79.38	12.014		
Έμποροι & πωλητές	45	78.29	10.345		
Απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών	56	77.89	12.437		
Απασχολούμενοι στη γεωργία / κτηνοτροφία	28	78.96	13.195		
Τεχνίτες & εργάτες	57	77.16	10.561		

Ένοπλες δυνάμεις	4	75.75	16.741		
Total	254	78.57	11.821		

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.

12. Επάγγελμα μητέρας

	N	Mean	Std. Deviation	F	p-value
Επιστήμονες / Ελεύθεροι επαγγελματίες	28	78.54	10.717	1.096	.368
Διευθύνοντες & ανώτερα διοικητικά στελέχη	5	88.40	9.503		
Υπάλληλοι γραφείου	20	78.95	8.376		
Έμποροι & πωλητές	53	78.51	11.310		
Απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών	45	78.62	12.743		
Απασχολούμενοι στη γεωργία / κτηνοτροφία	22	83.55	12.478		
Τεχνίτες & εργάτες	24	77.96	8.809		
Ένοπλες δυνάμεις	1	74.00	.		
Total	198	79.30	11.175		

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.

13. Πόσο ικανοποιημένος ή ικανοποιημένη είσαι γενικά από τις σχέσεις στην οικογένειά σου;

Pearson Correlation	.088
p-value	.147
N	273

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.

14. Έχεις καπνίσει ποτέ (τουλάχιστον ένα τσιγάρο);

	N	Mean	Std. Deviation	t-test	p-value
Ναι	61	78.25	9.366	.015	.988
Όχι	210	78.22	12.480		

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.

Επομένως, δύο παράγοντες φαίνεται να επιδρούν στο δείκτη κ.κ. των μαθητών: η αστικότητα, δηλαδή η περιοχή όπου ζουν και κοινωνικοποιούνται, και εάν η μητέρα τους εργάζεται.

4. Δείκτες κοινωνικού κεφαλαίου και μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για την συσχέτιση

Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες για το κοινωνικό κεφάλαιο σε νέους (Onyx And Bullen) από τις 31 συνολικά ερωτήσεις του ερωτηματολογίου για το κοινωνικό κεφάλαιο, μπορούν να δημιουργηθούν 7 υποκατηγορίες. Αυτές είναι: α) «Συμμετοχή στην κοινότητα», η οποία περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 7, 15, 17, 19, 25, 29, 34, 35. β) «Social Agency or Proactivity in a Social Context», η οποία περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 9, 10, 27, 32, 33. γ) «Εμπιστοσύνη», η οποία περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 12,22,26,18. δ) «Γειτονιά», η οποία περιλαμβάνει τις ερωτήσεις14, 16, 20, 24, 30. ε) «Οικογένεια και Φίλοι», η οποία περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 23, 31, 37. στ) «Ανοχή στη διαφορετικότητα», η οποία περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 8,13,28,36. και τέλος, ζ) «Αξία της ζωής», η οποία περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 11, 21.

Σύμφωνα με τα παραπάνω δημιουργήθηκαν 7 δείκτες, αντίστοιχα, οι οποίοι συσχετίστηκαν με δημογραφικά χαρακτηριστικά και άλλα στοιχεία για τους μαθητές που συμμετέχουν στη μελέτη. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν είναι ο έλεγχος t-test για ανεξάρτητα δείγματα σε περιπτώσεις διχοτομικών μεταβλητών, και για συνεχής μεταβλητές εφαρμόστηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson. Τα αποτελέσματα παρατίθενται στη συνέχεια.

1. Φύλο

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation	T-Test	p-value
Συμμετοχή στην κοινότητα	Αγόρι	141	16,29	5,091	,995	,321
	Κορίτσι	144	15,70	4,908		
Social Agency or Proactivity in a Social Context	Αγόρι	141	13,12	2,466	-,993	,322
	Κορίτσι	145	13,42	2,523		
Εμπιστοσύνη	Αγόρι	142	9,17	1,884	-,923	,357
	Κορίτσι	146	9,45	3,065		

Γειτονιά	Αγόρι	143	13,94	3,157	-,169	,866
	Κορίτσι	147	14,01	3,808		
Οικογένεια και Φίλοι	Αγόρι	143	9,36	2,240	1,609	,109
	Κορίτσι	146	8,95	2,026		
Ανοχή στη διαφορετικότητα	Αγόρι	143	9,53	2,312	-1,911	,057
	Κορίτσι	146	10,08	2,582		
Αξία της ζωής	Αγόρι	142	6,76	1,089	1,786	,075
	Κορίτσι	146	6,52	1,249		

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση για καμία από τις εφτά υποκατηγορίες.

2. Αστικότητα

		N	Mean	Std. Deviation	T-Test	p-value
Συμμετοχή στην κοινότητα	Αστικό	253	16,02	5,114	,315	,754
	Αγροτικό	32	15,78	4,038		
Social Agency or Proactivity in a Social Context	Αστικό	254	13,33	2,517	1,280	,208
	Αγροτικό	32	12,78	2,296		
Εμπιστοσύνη	Αστικό	257	9,38	2,636	2,056	,045
	Αγροτικό	31	8,70	1,595		
Γειτονιά	Αστικό	258	13,95	3,537	-,328	,744
	Αγροτικό	32	14,15	3,193		
Οικογένεια και Φίλοι	Αστικό	257	9,25	2,145	2,258	,029
	Αγροτικό	32	8,40	1,981		
Ανοχή στη διαφορετικότητα	Αστικό	257	9,99	2,50	3,726	,000

	Αγροτικό	32	8,31	1,446		
Αξία της ζωής	Αστικό	256	6,70	1,146	2,395	,022
	Αγροτικό	32	6,12	1,313		

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση για τις υποκατηγορίες «Εμπιστοσύνη», «οικογένεια και φίλοι», «Ανοχή στη διαφορετικότητα» και «Αξία της ζωής», στις οποίες οι μαθητές που ζουν σε αστικές περιοχές φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο σκορ.

3. Γεννήθηκες στην Ελλάδα

		N	Mean	Std. Deviation	T-Test	p-value
Συμμετοχή στην κοινότητα	Ναι	280	15,94	5,003	-1,612	,179
	Όχι	5	19,00	4,183		
Social Agency or Proactivity in a Social Context	Ναι	281	13,28	2,515	,611	,542
	Όχι	5	12,60	,547		
Εμπιστοσύνη	Ναι	283	9,28	2,540	-1,492	,137
	Όχι	5	11,00	2,915		
Γειτονιά	Ναι	285	13,97	3,514	-,271	,787
	Όχι	5	14,40	2,509		
Οικογένεια και Φίλοι	Ναι	284	9,14	2,152	-,674	,501
	Όχι	5	9,80	1,303		
Ανοχή στη διαφορετικότητα	Ναι	284	9,77	2,458	-2,016	,045
	Όχι	5	12,00	1,870		
Αξία της ζωής	Ναι	283	6,64	1,183	,081	,936
	Όχι	5	6,60	,894		

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση για την υποκατηγορία «Ανοχή στη διαφορετικότητα», όπου οι μαθητές που έχουν γεννηθεί εκτός Ελλάδας έχουν μεγαλύτερο σκορ.

4. Έχεις καπνίσει ποτέ (τουλάχιστον ένα τσιγάρο);

		N	Mean	Std. Deviation	T-Test	p-value
Συμμετοχή στην κοινότητα	Ναι	62	15,14	4,132	-1,475	,141
	Όχι	219	16,20	5,211		
Social Agency or Proactivity in a Social Context	Ναι	62	13,37	2,490	,335	,738
	Όχι	220	13,25	2,516		
Εμπιστοσύνη	Ναι	62	8,85	1,880	-1,649	,100
	Όχι	222	9,45	2,708		
Γειτονιά	Ναι	62	14,22	3,085	,625	,532
	Όχι	224	13,91	3,619		
Οικογένεια και Φίλοι	Ναι	61	9,77	1,829	2,869	,005
	Όχι	224	8,97	2,195		
Ανοχή στη διαφορετικότητα	Ναι	62	10,11	2,875	1,128	,260
	Όχι	223	9,71	2,345		
Αξία της ζωής	Ναι	62	6,48	1,097	-1,247	,215
	Όχι	222	6,68	1,203		

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση για την υποκατηγορία «Οικογένεια και Φίλοι», όπου οι μαθητές που δηλώνουν ότι έχουν καπνίσει έχουν μεγαλύτερο σκορ.

5. Ηλικία

		Ηλικία
Συμμετοχή στην κοινότητα	Pearson Correlation	-,090

	p-value	,131
	N	285
Social Agency or Proactivity in a Social Context	Pearson Correlation	-,114
	p-value	,054
	N	286
Εμπιστοσύνη	Pearson Correlation	-,040
	p-value	,498
	N	288
Γειτονιά	Pearson Correlation	,059
	p-value	,318
	N	290
Οικογένεια και Φίλοι	Pearson Correlation	,026
	p-value	,660
	N	289
Ανοχή στη διαφορετικότητα	Pearson Correlation	,070
	p-value	,236
	N	289
Αξία της ζωής	Pearson Correlation	-,069
	p-value	,241
	N	288

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση για καμία από τις εφτά υποκατηγορίες.

6. Πόσα αδέλφια έχεις;

Συμμετοχή στην κοινότητα	Pearson Correlation	,015

	p-value	,801
	N	285
Social Agency or Proactivity in a Social Context	Pearson Correlation	-,012
	Sig. (2-tailed)	,837
	N	286
Εμπιστοσύνη	Pearson Correlation	-,025
	p-value	,667
	N	288
Γειτονιά	Pearson Correlation	,101
	p-value	,085
	N	290
Οικογένεια και Φίλοι	Pearson Correlation	-,016
	p-value	,791
	N	289
Ανοχή στη διαφορετικότητα	Pearson Correlation	-,034
	p-value	,562
	N	289
Αξία της ζωής	Pearson Correlation	-,006
	p-value	,917
	N	288

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση για καμία από τις εφτά υποκατηγορίες.

7. Πόσο ικανοποιημένος ή ικανοποιημένη είσαι γενικά από τις σχέσεις στην οικογένειά σου;

Συμμετοχή στην κοινότητα	Pearson Correlation	,033

	p-value	,580
	N	283
Social Agency or Proactivity in a Social Context	Pearson Correlation	,113
	p-value	,057
	N	284
Εμπιστοσύνη	Pearson Correlation	,174
	p-value	,003
	N	286
Γειτονιά	Pearson Correlation	,045
	p-value	,445
	N	288
Οικογένεια και Φίλοι	Pearson Correlation	,027
	p-value	,646
	N	287
Ανοχή στη διαφορετικότητα	Pearson Correlation	-,089
	p-value	,134
	N	287
Αξία της ζωής	Pearson Correlation	,177
	p-value	,003
	N	286

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση για τις υποκατηγορίες «Εμπιστοσύνη» και «Αξία της ζωής», στις οποίες οι μαθητές το θετικό πρόσημο του συντελεστή υποδηλώνει ότι όσο καλύτερες είναι οι σχέσεις στην οικογένεια έχουν μεγαλύτερο σκορ.

8. Πως πιστεύεις πως είναι η οικονομική κατάσταση της οικογένειάς σου;

Συμμετοχή στην κοινότητα	Pearson Correlation	-,017
	p-value	,781
	N	282
Social Agency or Proactivity in a Social Context	Pearson Correlation	-,020
	p-value	,733
	N	283
Εμπιστοσύνη	Pearson Correlation	,047
	p-value	,433
	N	285
Γειτονιά	Pearson Correlation	-,069
	p-value	,244
	N	287
Οικογένεια και Φίλοι	Pearson Correlation	,055
	p-value	,355
	N	286
Ανοχή στη διαφορετικότητα	Pearson Correlation	,058
	p-value	,329
	N	286
Αξία της ζωής	Pearson Correlation	-,074
	p-value	,216
	N	285

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση για καμία από τις εφτά υποκατηγορίες.

Τέλος, ελέγχθηκε η σχέση μεταξύ του δείκτη κοινωνικού κεφαλαίου και των εφτά υποκατηγοριών του.

		Συμμετοχή στην κοι-νότητα	Social Agency or Proactivity in a Social Context	Εμπιστοσύνη	Γειτονιά	Οικογένεια και Φίλοι	Ανοχή στη διαφορετι-κότητα	Αξία της ζωής
Κοινωνικό Κεφάλαιο	Pearson Correlation	,767*	,567*	,488*	,668*	,487*	,582*	,450*
	p-value	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	275	275	275	275	275	275	275
Συμμετοχή στην κοινό-τητα	Pearson Correlation		,277*	,255*	,379*	,261*	,324*	,135*
	p-value		,000	,000	,000	,000	,000	,023
	N		281	283	285	284	284	283
Social Agency or Proactivity in a Social Context	Pearson Correlation			,167*	,189*	,266*	,336*	,312*
	p-value			,005	,001	,000	,000	,000
	N			284	286	285	285	284
Εμπιστοσύνη	Pearson Correlation				,250*	,056	,194*	,206*
	p-value				,000	,348	,001	,000
	N				288	287	287	286
Γειτονιά	Pearson Correlation					,244*	,218*	,334*
	p-value					,000	,000	,000
	N					289	289	288
Οικογένεια και Φίλοι	Pearson Correlation						,281*	,222*

	p-value						,000	,000
	N						288	287
Ανοχή στη διαφορετικό-τητα	Pearson Correlation							,234*
	p-value							,000
	N							287

Βρέθηκε ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ του δείκτη κοινωνικού κεφαλαίου και των εφτά υποκατηγοριών του. Επίσης, υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των υποκατηγοριών, εκτός από την «εμπιστοσύνη» και την «οικογένεια και φίλοι». Το θετικό πρόσημο σε όλες τις παραπάνω συσχετίσεις υποδηλώνει ότι όσο μεγαλύτερο είναι το σκορ σε κάθε μία από τις υποκατηγορίες, τόσο μεγαλύτερο αναμένεται να είναι το σκορ και στις υπόλοιπες.

Θέλοντας να διερευνήσουμε όλες τις πιθανές συσχετίσεις των μεταβλητών της μελέτης μεταξύ τους, πραγματοποιήσαμε έλεγχο συσχετίσεων για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των μαθητών και άλλων στοιχείων για την οικογένεια και το κάπνισμα.

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήσαμε ήταν έλεγχος χ^2 για ποιοτικές μεταβλητές. Τα αποτελέσματα που βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικά, παρατίθενται παρακάτω.

1. Αστικότητα

Α) Πόσα αδέλφια έχεις;

		Αστικότητα		Σύνολο
		Αστικό	Αγροτικό	
0	N	38	4	42
	%	14.7%	12.5%	14.5%
1	N	118	16	134
	%	45.7%	50.0%	46.2%
2	N	77	5	82
	%	29.8%	15.6%	28.3%

3	N	22	3	25
	%	8.5%	9.4%	8.6%
4	N	3	3	6
	%	1.2%	9.4%	2.1%
5	N	0	1	1
	%	.0%	3.1%	.3%
Σύνολο	N	258	32	290
	%	100.0%	100.0%	100.0%

	X^2	df	P-value
Pearson Chi-Square	19.612	5	.001

Οι μαθητές από αγροτικές περιοχές φαίνεται να προέρχονται από μεγαλύτερες οικογένειες, αφού δηλώνουν ότι έχουν περισσότερα αδέρφια.

Β) Εργάζεται ο πατέρας σου;

		Αστικότητα		Σύνολο
		Αστικό	Αγροτικό	
Ναι	N	238	27	265
	%	96.0%	84.4%	94.6%
Όχι	N	3	2	5
	%	1.2%	6.3%	1.8%
Δεν ξέρω	N	3	0	3
	%	1.2%	.0%	1.1%

Δεν έχω ή δεν τον βλέπω	N	4	3	7
	%	1.6%	10.4%	2.5%
Σύνολο	N	248	32	280
	%	100.0%	100.0%	100.0%

	X^2	df	P-value
Pearson Chi-Square	15.416	4	.004

Οι μαθητές από αστικές περιοχές δηλώνουν σε σχετικά μεγαλύτερο ποσοστό ότι ο πατέρας τους εργάζεται.

2. Φύλο

Α) Πόσα αδέλφια έχεις;

			Φύλο		Σύνολο
			Αγόρι	Κορίτσι	
	0	N	28	14	42
		%	19.6%	9.5%	14.5%
	1	N	51	83	134
		%	35.7%	56.5%	46.2%
	2	N	46	36	82
		%	32.2%	24.5%	28.3%
	3	N	14	11	25
		%	9.8%	7.5%	8.6%
	4	N	3	3	6

		%	2.1%	2.0%	2.1%
	5	N	1	0	1
		%	.7%	.0%	.3%
Σύνολο		N	143	147	290
		%	100.0%	100.0%	100.0%

	X^2	df	P-value
Pearson Chi-Square	14.836	5	.011

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στο φύλο του μαθητή που ερωτήθηκε και στον αριθμό των παιδιών στην οικογένεια.

Β) Σε απασχολεί το γεγονός ότι όλο και περισσότεροι έφηβοι αρχίζουν το κάπνισμα;

			Φύλο		Σύνολο
			Αγόρι	Κορίτσι	
	Ναι	N	104	124	228
		%	72.7%	84.4%	78.6%
	Όχι	N	39	23	62
		%	27.3%	15.6%	21.4%
Σύνολο		N	143	147	290
		%	100.0%	100.0%	100.0%

	X^2	df	P-value

Pearson Chi-Square	5.829	1	.016

Τα κορίτσια φαίνεται να είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένα σχετικά με το κάπνισμα στους νέους.

Γ) Πνευμόνια - βρόγχους

			Φύλο		Σύνολο
			Αγόρι	Κορίτσι	
	Ναι	N	140	136	276
		%	97.9%	92.5%	95.2%
	Όχι	N	3	11	14
		%	2.1%	7.5%	4.8%
Σύνολο		N	143	147	290
		%	100.0%	100.0%	100.0%

	X^2	df	P-value
Pearson Chi-Square	4.575	1	.032

Τα αγόρια αναγνωρίζουν σε σχετικά μεγαλύτερο ποσοστό τα προβλήματα που δημιουργεί το κάπνισμα στους πνεύμονες και τους βρόγχους των καπνιστών.

3. Ηλικία

Α) Έχεις καπνίσει ποτέ (τουλάχιστον ένα τσιγάρο);

			Ηλικία								Σύνολο
			11	12	13	14	15	16	17	18	

	Ναι	N	1	1	7	18	21	5	7	2	62
		%	50.0%	100.0%	10.6%	20.9%	20.0%	31.3%	87.5%	100.0%	21.7%
	Όχι	N	1	0	59	68	84	11	1	0	224
		%	50.0%	.0%	89.4%	79.1%	80.0%	68.8%	12.5%	.0%	78.3%
Σύνολο		N	2	1	66	86	105	16	8	2	286
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	X^2	df	P-value
Pearson Chi-Square	38.029	7	.000

Η ηλικία των μαθητών που έχουν καπνίσει τουλάχιστον ένα τσιγάρο συγκεντρώνεται κυρίως στις ηλικίες 16 και άνω.

Β) Πιστεύεις ότι το κάπνισμα είναι επικίνδυνο;

			Ηλικία								Σύνολο
			11	12	13	14	15	16	17	18	
	Ναι	N	1	0	56	80	95	15	6	2	255
		%	50.0%	.0%	83.6%	93.0%	89.6%	88.2%	75.0%	100.0%	88.2%
	Όχι	N	1	1	11	6	11	2	2	0	34
		%	50.0%	100.0%	16.4%	7.0%	10.4%	11.8%	25.0%	.0%	11.8%
Σύνολο		N	2	1	67	86	106	17	8	2	289
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	X^2	df	P-value

Pearson Chi-Square	15.427	7	.031

Γ) Είναι επικίνδυνο να εισπνέουμε τον καπνό των άλλων;

		Ηλικία								Σύνολο
		11	12	13	14	15	16	17	18	
Ναι	N	1	0	62	81	99	16	7	2	268
	%	50.0%	.0%	92.5%	94.2%	92.5%	94.1%	87.5%	100.0%	92.4%
Όχι	N	1	1	3	3	6	1	0	0	15
	%	50.0%	100.0%	4.5%	3.5%	5.6%	5.9%	.0%	.0%	5.2%
Δεν ξέρω	N	0	0	2	2	2	0	1	0	7
	%	.0%	.0%	3.0%	2.3%	1.9%	.0%	12.5%	.0%	2.4%
Σύνολο	N	2	1	67	86	107	17	8	2	290
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	X^2	df	P-value
Pearson Chi-Square	31.771	14	.004

Δ) Θεωρείς το κάπνισμα αρρώστια;

		Ηλικία								Σύνολο
		11	12	13	14	15	16	17	18	
Ναι	N	1	0	62	79	89	12	8	2	253

	%	50.0%	.0%	92.5%	91.9%	83.2%	70.6%	100.0%	100.0%	87.2%
Όχι	N	1	1	5	7	18	5	0	0	37
	%	50.0%	100.0%	7.5%	8.1%	16.8%	29.4%	.0%	.0%	12.8%
Σύνολο	N	2	1	67	86	107	17	8	2	290
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	X^2	df	P-value
Pearson Chi-Square	19.952	7	.006

4. Οικονομική Κατάσταση

Α) Πόσα αδέλφια έχεις;

			Πως πιστεύεις πως είναι η οικονομική κατάσταση της οικογένειάς σου;			Σύνολο
			Κακή (1-3)	Μέτρια (4-7)	Καλή (8-10)	
	0	N	0	21	20	41
		%	.0%	13.2%	17.1%	14.3%
	1	N	5	62	66	133
		%	45.5%	39.0%	56.4%	46.3%
	2	N	3	52	26	81
		%	27.3%	32.7%	22.2%	28.2%
	3	N	1	19	5	25
		%	9.1%	11.9%	4.3%	8.7%

	4	N	2	4	0	6
		%	18.2%	2.5%	.0%	2.1%
	5	N	0	1	0	1
		%	.0%	.6%	.0%	.3%
Σύνολο		N	11	159	117	287
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	X^2	df	P-value
Pearson Chi-Square	30.962	10	.001

Β) Εργάζεται ο πατέρας σου;

			Πως πιστεύεις πως είναι η οικονομική κατάσταση της οικογένειάς σου;			Σύνολο
			Κακή (1-3)	Μέτρια (4-7)	Καλή (8-10)	
	Ναι	N	8	148	107	263
		%	72.7%	96.7%	93.9%	94.6%
	Όχι	N	0	1	4	5
		%	.0%	.7%	3.5%	1.8%
	Δεν ξέρω	N	0	3	0	3
		%	.0%	2.0%	.0%	1.1%
	Δεν έχω ή δεν τον βλέπω	N	2	1	3	6
		%	18.2%	.7%	2.6%	2.2%

Σύνολο	N	11	153	114	278
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	X^2	df	P-value
Pearson Chi-Square	45.336	8	.000

Γ) Εργάζεται η μητέρα σου;

		Πως πιστεύεις πως είναι η οικονομική κατάσταση της οικογένειάς σου;			Σύνολο
		Κακή (1-3)	Μέτρια (4-7)	Καλή (8-10)	
Ναι	N	8	120	87	215
	%	80.0%	82.8%	77.7%	80.5%
Όχι	N	0	24	24	48
	%	.0%	16.6%	21.4%	18.0%
Δεν ξέρω	N	0	1	0	1
	%	.0%	.7%	.0%	.4%
Δεν έχω ή δεν τον βλέπω	N	2	0	1	3
	%	20.0%	.0%	.9%	1.1%
Σύνολο	N	10	145	112	267
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	X^2	df	P-value

Pearson Chi-Square	37.143	6	.000

Δ) Σε ενοχλεί που οι φίλοι / γονείς / καθηγητές σου καπνίζουν;

			Πως πιστεύεις πως είναι η οικονομική κατάσταση της οικογένειάς σου;			Σύνολο
			Κακή (1-3)	Μέτρια (4-7)	Καλή (8-10)	
	Ναι	N	6	85	79	170
		%	54.5%	53.8%	68.7%	59.9%
	Όχι	N	5	73	36	114
		%	45.5%	46.2%	31.3%	40.1%
Σύνολο		N	11	158	115	284
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	X^2	df	P-value
Pearson Chi-Square	6.283	2	.043

Ε) Φυσική κατάσταση

			Πως πιστεύεις πως είναι η οικονομική κατάσταση της οικογένειάς σου;			Σύνολο
			Κακή (1-3)	Μέτρια (4-7)	Καλή (8-10)	
	Ναι	N	4	117	88	209
		%	36.4%	73.6%	75.2%	72.8%
	Όχι	N	7	42	29	78

	%	63.6%	26.4%	24.8%	27.2%
Σύνολο	N	11	159	117	287
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	X^2	df	P-value
Pearson Chi-Square	7.773	2	.021

5. Μόνο όσοι καπνίζουν

Α) Σε ποια ηλικία έκανες για πρώτη φορά τσιγάρο (πάνω από μία ρουφηξιά);

		Φύλο		Σύνολο
		Αγόρι	Κορίτσι	
Ποτέ	N	2	1	3
	%	7.4%	2.9%	4.8%
11 ετών	N	2	7	9
	%	7.4%	20.0%	14.5%
12 ετών	N	4	2	6
	%	14.8%	5.7%	9.7%
13 ετών	N	2	7	9
	%	7.4%	20.0%	14.5%
14 ετών	N	10	7	17
	%	37.0%	20.0%	27.4%
15 ετών	N	6	2	8
	%	22.2%	5.7%	12.9%

16 ετών και μεγαλύτερος	N	1	9	10
	%	3.7%	25.7%	16.1%
Σύνολο	N	27	35	62
	%	100.0%	100.0%	100.0%

	X^2	df	P-value
Pearson Chi-Square	14.697	6	.023

Β) Σε ποια ηλικία έκανες για πρώτη φορά τσιγάρο (πάνω από μία ρουφηξιά);

		Ηλικία								Σύνολο
		11	12	13	14	15	16	17	18	
Ποτέ	N	0	0	0	3	0	0	0	0	3
	%	.0%	.0%	.0%	16.7%	.0%	.0%	.0%	.0%	4.8%
11 ετών	N	1	0	3	4	1	0	0	0	9
	%	100.0%	.0%	42.9%	22.2%	4.8%	.0%	.0%	.0%	14.5%
12 ετών	N	0	0	2	3	1	0	0	0	6
	%	.0%	.0%	28.6%	16.7%	4.8%	.0%	.0%	.0%	9.7%
13 ετών	N	0	1	0	4	0	1	2	1	9
	%	.0%	100.0%	.0%	22.2%	.0%	20.0%	28.6%	50.0%	14.5%
14 ετών	N	0	0	2	2	10	0	3	0	17
	%	.0%	.0%	28.6%	11.1%	47.6%	.0%	42.9%	.0%	27.4%
15 ετών	N	0	0	0	1	7	0	0	0	8
	%	.0%	.0%	.0%	5.6%	33.3%	.0%	.0%	.0%	12.9%

16 ετών και μεγαλύτερος	N	0	0	0	1	2	4	2	1	10
	%	.0%	.0%	.0%	5.6%	9.5%	80.0%	28.6%	50.0%	16.1%
Σύνολο	N	1	1	7	18	21	5	7	2	62
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	X^2	df	P-value
Pearson Chi-Square	75.338	42	.001

Γ) Πως αισθανόσουν όταν δοκίμασες το πρώτο σου τσιγάρο;

			Φύλο		Σύνολο
			Αγόρι	Κορίτσι	
Πως αισθανόσουν όταν δοκίμασες το πρώτο σου τσιγάρο;	Ένοιωσα μεγάλος	N	0	2	2
		%	.0%	10.0%	5.6%
	Πολύ ωραία	N	5	0	5
		%	31.3%	.0%	13.9%
	Ήρεμος	N	2	3	5
		%	12.5%	15.0%	13.9%
	Παράξενα	N	5	3	8
		%	31.3%	15.0%	22.2%
	Απαίσια	N	2	10	12
		%	12.5%	50.0%	33.3%
	Αηδία	N	2	2	4
		%	12.5%	10.0%	11.1%

Σύνολο	N	16	20	36
	%	100.0%	100.0%	100.0%

	X^2	df	P-value
Pearson Chi-Square	12.746	5	.026

Δ) Τι σε έκανε να αρχίσεις το κάπνισμα;

		Ηλικία								Σύνολο
		11	12	13	14	15	16	17	18	
Καπνίζουν οι γονείς μου	N	0	0	2	0	4	0	0	0	6
	%	.0%	.0%	40.0%	.0%	36.4%	.0%	.0%	.0%	21.4%
Ήθελα να αισθανθώ μεγάλος 6Για να εντυπω-σιάσω τους φίλ	N	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	%	.0%	100.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	3.6%
Είχα την περιέργεια να δοκι-μάσω	N	0	0	1	1	3	0	2	1	8
	%	.0%	.0%	20.0%	25.0%	27.3%	.0%	100.0%	100.0%	28.6%
Για να ε-ντυπω-σιάσω τους φί-λους και τις φίλες μου	N	1	0	0	2	3	0	0	0	6
	%	100.0%	.0%	.0%	50.0%	27.3%	.0%	.0%	.0%	21.4%
Άλλος λό-γος	N	0	0	2	1	1	3	0	0	7
	%	.0%	.0%	40.0%	25.0%	9.1%	100.0%	.0%	.0%	25.0%

Σύνολο	N	1	1	5	4	11	3	2	1	28
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	X^2	df	P-value
Pearson Chi-Square	55.175	28	.002

Ε) Τι σε έκανε να αρχίσεις το κάπνισμα;

		Πως πιστεύεις πως είναι η οικονομική κατάσταση της οικογένειάς σου;			Σύνολο
		Κακή (1-3)	Μέτρια (4-7)	Καλή (8-10)	
Καπνίζουν οι γονείς μου	N	0	6	0	6
	%	.0%	33.3%	.0%	21.4%
Ήθελα να αισθανθώ μεγάλος 6Για να εντυπωσιάσω τους φίλ	N	0	1	0	1
	%	.0%	5.6%	.0%	3.6%
Είχα την περιέργεια να δοκι-μάσω	N	1	1	6	8
	%	100.0%	5.6%	66.7%	28.6%
Για να εντυπωσιάσω τους φίλους και τις φίλες μου	N	0	6	0	6
	%	.0%	33.3%	.0%	21.4%
Άλλος λόγος	N	0	4	3	7
	%	.0%	22.2%	33.3%	25.0%
Σύνολο	N	1	18	9	28
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	X^2	df	P-value

Pearson Chi-Square	17.472	8	.026

Ζ) Συνεχίζεις να καπνίζεις σήμερα;

			Φύλο		Σύνολο
			Αγόρι	Κορίτσι	
		N	1	2	3
		%	3.7%	5.7%	4.8%
	1	N	12	5	17
		%	44.4%	14.3%	27.4%
	2	N	14	28	42
		%	51.9%	80.0%	67.7%
Σύνολο		N	27	35	62
		%	100.0%	100.0%	100.0%

	X^2	df	P-value
Pearson Chi-Square	6.966	2	.031

Η) Πόσο συχνά καπνίζεις αυτή την περίοδο;

			Φύλο		Σύνολο
			Αγόρι	Κορίτσι	
	Κάθε μέρα	N	11	5	16
		%	44.0%	16.1%	28.6%

Τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα αλλά όχι κάθε μέρα	N	3	0	3
	%	12.0%	.0%	5.4%
Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα	N	1	0	1
	%	4.0%	.0%	1.8%
Δεν καπνίζω	N	10	26	36
	%	40.0%	83.9%	64.3%
Σύνολο	N	25	31	56
	%	100.0%	100.0%	100.0%

	X^2	df	P-value
Pearson Chi-Square	12.866	3	.005

Θ) Η μητέρα σου γνωρίζει ότι καπνίζεις;

		Πως πιστεύεις πως είναι η οικονομική κατάσταση της οικογένειάς σου;			Σύνολο
		Κακή (1-3)	Μέτρια (4-7)	Καλή (8-10)	
Ναι	N	2	6	8	16
	%	40.0%	22.2%	33.3%	28.6%
Όχι	N	2	21	16	39
	%	40.0%	77.8%	66.7%	69.6%
Δεν έχω ή δεν τον βλέπω	N	1	0	0	1
	%	20.0%	.0%	.0%	1.8%
Σύνολο	N	5	27	24	56

	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	X^2	df	P-value
Pearson Chi-Square	11.918	4	.018

Ι) Θέλεις να κόψεις το κάπνισμα;

			Πως πιστεύεις πως είναι η οικονομική κατάσταση της οικογένειάς σου;			Σύνολο
			Κακή (1-3)	Μέτρια (4-7)	Καλή (8-10)	
	Ναι	N	3	5	6	14
		%	100.0%	29.4%	66.7%	48.3%
	Όχι	N	0	12	3	15
		%	.0%	70.6%	33.3%	51.7%
Σύνολο		N	3	17	9	29
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

	X^2	df	P-value
Pearson Chi-Square	6.856	2	.032

5. Οι σημαντικότερες πρόσφατες κοινοτικές οδηγίες του Π.Ο.Υ

1. Πράσινη Βιβλίος της 30ης Ιανουαρίου 2007 - Προς μια Ευρώπη ελεύθερη καπνίσματος: επιλογές πολιτικής σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης [COM(2007) 27 final].

Σκοπός της οδηγίας είναι η προώθηση μιας ευρείας πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη δημιουργία χώρων ελεύθερων καπνίσματος, που εκτιμάται ότι μπορεί να έχει μεγάλη αποτελεσματικότητα ως πολιτική έναντι του καπνίσματος.

2. Οδηγία 2001/37/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 5ης Ιουνίου 2001, για την προσέγγιση των νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων των κρατών μελών σχετικά με την παραγωγή, την παρουσίαση και την πώληση των προϊόντων καπνού.

Η οδηγία αποτελεί συγχώνευση τριών προηγούμενων οδηγιών σχετικών με τα προϊόντα καπνού (των 89/622/ΕΟΚ, 92/41/ΕΟΚ και 90/239/ΕΟΚ). Με την οδηγία ρυθμίζονται η παραγωγή, η παρουσίαση και η πώληση προϊόντων καπνού, κυρίως σε ότι αφορά τις προειδοποιητικές ενδείξεις επάνω στα πακέτα, την απαγόρευση χαρακτηρισμών όπως «mild» ή «light», τις μέγιστες περιεκτικότητες σε νικοτίνη, πίσσα και μονοξείδιο του άνθρακα και την απαγόρευση καπνού που λαμβάνεται από το στόμα.

3. Απόφαση 2003/641/ΕΚ της Επιτροπής, της 5ης Σεπτεμβρίου 2003, σχετικά με τη χρήση έγχρωμων φωτογραφιών ή άλλων εικονογραφήσεων ως προειδοποιήσεων για την υγεία στις συσκευασίες προϊόντων καπνού [Επίσημη Εφημερίδα L 226/10.09.2003].

Η απόφαση επιδιώκει να θεσπίσει κανόνες για τη χρήση έγχρωμων φωτογραφιών ή άλλων εικονογραφήσεων στις προειδοποιητικές επιγραφές στις συσκευασίες προϊόντων καπνού. Αποτελεί συνέχεια της οδηγίας 2001/37/ΕΚ, που επιβάλλει ήδη τη μεγέθυνση των προειδοποιήσεων στις συσκευασίες σχετικά με την υγεία. Ωστόσο, η χρήση των προτεινόμενων εικονογραφήσεων δεν είναι δεσμευτική.

4. Οδηγία 2003/33/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 26ης Μαΐου 2003, για την προσέγγιση των νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων των κρατών μελών όσον αφορά τη διαφήμιση και τη χορηγία υπέρ των προϊόντων καπνού [Επίσημη Εφημερίδα L 152/20.06.2003].

Στόχος της οδηγίας είναι να απαγορεύσει τη διαφήμιση υπέρ των προϊόντων καπνού στα έντυπα μέσα μαζικής ενημέρωσης, στις ραδιοφωνικές εκπομπές και μέσω της κοινωνίας της πληροφορίας. Η οδηγία απαγορεύει επίσης τη χορηγία εκδηλώσεων που έχουν διασυνοριακό αντίκτυπο και αποβλέπουν στην προώθηση των προϊόντων καπνού.

5. Σύσταση 2002/303/ΕΚ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και του Συμβουλίου της 17 Ιουνίου 2002 για την πρόληψη του καπνίσματος και για πρωτοβουλίες με σκοπό τη βελτίωση του ελέγχου του καπνού [COM(2002) 303 final].

Η σύσταση αποβλέπει στην προώθηση και υιοθέτηση από τις χώρες - μέλη μέτρων και πολιτικών για την πρόληψη του καπνίσματος, ιδίως των νέων, με μια σειρά συστάσεων που περιλαμβάνουν απαγόρευση της πώλησης σε ανήλικους και περιορισμό της πρόσβασης των νέων στα αυτόματα μηχανήματα πώλησης, απομάκρυνση των προϊόντων καπνού από κάθε είδους βιτρίνες και ράφια των self service καταστημάτων, απαγόρευση της χρήσης εμπορικών ονομασιών τσιγάρων σε άλλα προϊόντα και το αντίστροφο, κλπ.

6. Σύσταση 2003/54/ΕΚ του Συμβουλίου, της 2ας Δεκεμβρίου 2002, σχετικά με την πρόληψη του καπνίσματος και με πρωτοβουλίες για την ενίσχυση της καταπολέμησής του [Επίσημη Εφημερίδα L 22/25.01.2003].

Η σύσταση αυτή αποβλέπει στον έλεγχο της πώλησης προϊόντων καπνού στα παιδιά και στους εφήβους. Επίσης, αποσκοπεί στην καλύτερη ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία που συνδέονται με το κάπνισμα, ώστε να αποθαρρύνει την κατανάλωση προϊόντων καπνού.

6. Ερωτηματολόγιο υπολογισμού εξάρτησης ΠαΓΝΗ

ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΠαΓΝΗ

ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

1. Πότε καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;
   Μέσα σε μισή ώρα αφού σηκωθώ το πρωί
   Αργότερα

2. Σας φαίνεται δύσκολο να μην καπνίζετε σε χώρους όπου απαγορεύεται το κάπνισμα, όπως βιβλιοθήκες, εκκλησίες, νοσοκομεία κλπ:
   Ναι
   Όχι

3. Ποίο τσιγάρο σας φαίνετε το πιο απαραίτητο;
   Το πρώτο
   Κάποιο άλλο

4. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;
   Λιγότερο από 15
   16 εώς 25
   Πάνω από 25

5. Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί απ' ότι το απόγευμα;
   Ναι
   Όχι

6. Καπνίζετε όταν είστε τόσο άρρωστος ώστε να μείνετε στο κρεβάτι όλη μέρα;
   Ναι
   Όχι

7. Ποια είναι η περιεκτικότητα σε νικοτίνη των τσιγάρων που καπνίζετε;
   (αναγράφετε στο πακέτο)
   Χαμηλή λιγότερο από 0,2mg
   Μέτρια 0,2mg εώς 0,8 mg
   Υψηλή πάνω από 0,8 mg

8. Εισπνέετε τον καπνό;
Ποτέ
Μερικές φορές
Πάντα

9. Θέλετε να διακόψετε το κάπνισμα;
Ναι
Όχι

10. Έχετε διακόψει το κάπνισμα ή έχετε προσπαθήσει στο παρελθόν;
Ναι
Όχι

11. Έχετε συμμετάσχει σε οργανωμένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος ή έχετε χρησιμοποιήσει προϊόντα βοήθειας διακοπής καπνίσματος;
Ναι
Όχι

12. Νομίζετε ότι μπορείτε οριστικά να διακόψετε το κάπνισμα;
Ναι
Όχι

13. Πιστεύετε ότι θα πάρετε βάρος αν διακόψετε το κάπνισμα;
Ναι
Όχι

14. Έχετε κάποιον άλλο ενδοιασμό όσον αφορά τη διακοπή του καπνίσματος;
Ναι……..
Όχι

15. Ποία μέθοδος βοήθειας διακοπής του καπνίσματος νομίζετε ότι θα σας βοηθούσε περισσότερο;
…….....

16. Πως θα χαρακτηρίζατε την οικονομική σας κατάσταση;
Μέτρια
Καλή
Πολύ καλή

17. Κάπνιζαν οι γονείς σας;
Ναι
Όχι

18. Πόσα χρόνια σπουδών έχετε;
6 (Δημοτικό)
9 (Γυμνάσιο)
12 (Λύκειο)
15 (Ανώτερη Σχολή)
17 (Πανεπιστήμιο)

13 (Ανώτερη Σχολή)

Fargestrom Questionnaire