

# **Τ. Ε. Ι. Κ Ρ Η Τ Η Σ**

## **ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

### **ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΦΕΙΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ**

**Υπεύθυνος  
Καθηγητής : Ροβίθης Μιχαήλ, Καθηγητής Εφαρμογών.**

**Σπουδάστριες : Ρούτση Εβελίνα  
Βαλίνη Ελένη**

**Νοέμβριος 2007**

*Αφιερώνεται στους γονείς μας που μας έδωσαν τη δυνατότητα να ολοκληρώσουμε τις σπουδές μας. Επίσης, ευχαριστούμε από τα βάθη της καρδιάς μας τον φίλο μας Χρήστο για τη πολύτιμη βοήθεια του.*

## Περίληψη

Η κατανάλωση προϊόντων καπνού έχει χαρακτηριστεί ως επιδημία η οποία εξαπλώνεται με ανεξέλεγκτους ρυθμούς. Έχει παρατηρηθεί από πολλές μελέτες ότι σημειώνεται αλματώδης αύξηση του ποσοστού της νεολαίας που καπνίζει. Σύμφωνα με βιβλιογραφικές αναφορές τόσο το ενεργητικό όσο και το παθητικό κάπνισμα προκαλούν στον άνθρωπο ανεπανόρθωτες ασθένειες, που πολλές φορές η εξέλιξη τους αποδεικνύεται μοιραία για τη ζωή του.

Με αφορμή δημοσιεύσεις που αφορούν στα μέτρα που έχουν ληφθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση για τη μείωση του καπνίσματος και την προστασία των παθητικών καπνιστών αποφασίσαμε να διερευνήσουμε το θέμα του καπνίσματος.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι ο προσδιορισμός του επιπολασμού του ενεργητικού καπνίσματος, η γνώμη των σπουδαστών για την έκθεση σε παθητικό κάπνισμα, η διερεύνηση και η καταγραφή των γνώσεων των σπουδαστών σχετικά με την νομοθεσία που έχει υιοθετήσει η Ελληνική πολιτεία για το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους. Για την διερεύνηση και τον προσδιορισμό των στοιχείων αυτών, συγκροτήθηκε αντιπροσωπευτικό ερωτηματολόγιο με τα κατάλληλα ερωτήματα, το οποίο διανεμήθηκε σε σπουδαστές προκειμένου να το συμπληρώσουν. Το μέγεθος του δείγματος του πληθυσμού ανέρχεται σε 120 σπουδαστές του τμήματος της Νοσηλευτικής το οποίο είναι αντιπροσωπευτικό και επαρκές για την συγκεκριμένη σχολή, ενώ η επιλογή των σπουδαστών έγινε με τυχαία διαστρωματική δειγματοληψία.

**Από τα αποτελέσματα της μελέτης προέκυψε ότι ο επιπολασμός του καπνίσματος είναι  $P=0,48$  και το ποσοστό των καπνιστών ανέρχεται στο 48,33%.**

Το ιδιαίτερο γνώρισμα του τμήματος Νοσηλευτικής σύμφωνα με το οποίο οι εγγεγραμμένες σπουδάστριες είναι κατά πολύ περισσότερες από τα αγόρια, επηρεάζει ανάλογα και το αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης.

Προκύπτει επίσης ότι, υψηλό ποσοστό των καπνιστών 78,33%, ενώ γνωρίζει τις απαγορεύσεις που ισχύουν για το κάπνισμα στους εσωτερικούς χώρους, τις παραβλέπει και εξακολουθεί να καπνίζει ακόμα και σε εσωτερικούς χώρους της σχολής (28,33%).

Ως προς την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα προκύπτει ότι, η πλειοψηφία των σπουδαστών εκτίθεται αρκετά (55,00%) και γνωρίζει ότι το παθητικό κάπνισμα έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία (97,50%). Παράλληλα όμως, δηλώνουν ότι δεν ενοχλούνται από το κάπνισμα σε χώρους του Τ.Ε.Ι. (50,83%).

Ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι, στο σύνολο τους οι σπουδαστές, συμφωνούν στον διαχωρισμό σε χώρους καπνιστών και μη καπνιστών (95,00%). Επίσης σχεδόν όλοι οι σπουδαστές έχουν πληροφορηθεί τα μέτρα που έχει υιοθετήσει η Ελληνική πολιτεία για τη μείωση του καπνίσματος και την προστασία των παθητικών καπνιστών. Ωστόσο αυτά τα μέτρα δεν έχουν ενσωματωθεί στον καθημερινό τρόπο ζωής των σπουδαστών ώστε να συμβάλλουν στην εύρυθμη λειτουργία των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων.

Χρήσιμο θα ήταν να διερευνηθεί ο επιπολασμός του καπνίσματος με τη συμμετοχή αντιπροσωπευτικού δείγματος από το σύνολο των σχολών του Τ.Ε.Ι. Κρήτης. Επιβάλλεται η εφαρμογή των μέτρων που έχουν υιοθετηθεί από την Ελληνική Νομοθεσία για τη μείωση του καπνίσματος. Επίσης κρίνεται αναγκαία η προστασία των παθητικών καπνιστών αλλά και η παροχή βοήθειας στους ενεργητικούς καπνιστές για τη μείωση ή διακοπή του καπνίσματος με τη δημιουργία προγραμμάτων αγωγής υγείας.

## *Περιεχόμενα*

### **Κεφάλαιο I**

#### **Γενικό μέρος**

1. Ιστορική Ανασκόπηση.....	1
2. Είδη καπνού.....	4
2.1 Ρολά καπνού (rolls of tobacco).....	4
2.1.1 Bidis.....	4
2.1.2 Kreteks.....	6
2.1.3 Πούρα.....	6
2.1.4 Τσιγάρα.....	7
2.1.5 Χειροποίητα (στριφτά) τσιγάρα.....	8
2.2 Πίπες (pipes).....	9
2.2.1 Απλή πίπα.....	9
2.2.2.Ναργιλές (Water-pipe smoking - also known as hubble- bubble smoking).....	9
2.3 Τσιγάρα οργανικά, φυσικά και δίχως πρόσθετα.....	10
2.4 Προϊόντα άκαπνου καπνού (smokeless tobacco products).....	11
2.4.1 Chewing tobacco.....	12
2.4.2 Snuff.....	12
2.4.3 Gutkha.....	13
3. Χημικά συστατικά καπνού.....	13
3.1 Η νικοτίνη.....	15
3.2 Το μονοξείδιο του άνθρακα.....	16
3.3 Η πίσσα.....	16
4. Εθισμός στη Νικοτίνη.....	16

### **Κεφάλαιο II**

#### **Ενεργητικό κάπνισμα**

1. Ενεργητικό κάπνισμα – Εισαγωγή.....	19
2. Νοσηρότητα και θνησιμότητα από το ενεργητικό κάπνισμα στην Ευρώπη.....	21
3. Νοσηρότητα και θνησιμότητα από το ενεργητικό κάπνισμα στην Ελλάδα.....	25
4. Επιπτώσεις ενεργητικού καπνίσματος.....	29
Δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία εξαιτίας του καπνίσματος.....	30
Καρκίνοι.....	31
Ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος.....	33
Καρδιαγγειακές παθήσεις.....	35
Αναπαραγωγικές ασθένειες.....	38
Άλλες ασθένειες και δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία.....	39

## **Κεφάλαιο III**

### **Παθητικό κάπνισμα**

1. Παθητικό κάπνισμα – Εισαγωγή.....	41
2. Νοσηρότητα και θνησιμότητα από το παθητικό κάπνισμα στην Ευρώπη.....	42
3. Νοσηρότητα από το παθητικό κάπνισμα στην Ελλάδα.....	45
4. Επιπτώσεις παθητικού καπνίσματος.....	47
4.1. Άμεσα αποτελέσματα.....	47
4.2. Έμμεσα -Χρόνια αποτελέσματα.....	47
4.2.1. Καρκίνος των πνευμόνων.....	48
4.2.2. Καρκίνος του μαστού.....	48
4.2.3. Ρινική κοιλότητα. Ρινοφαρυγγικό καρκίνωμα.....	48
4.2.4. Αυχενικός καρκίνος.....	49
4.2.5. Αναπνευστικό σύστημα.....	49
4.2.6. Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια.....	50
4.2.7. Καρδιαγγειακές Παθήσεις.....	50
4.2.8. Αναπαραγωγικές Παθήσεις.....	51

## **Κεφάλαιο IV**

### **Διακοπή καπνίσματος**

1. Διακοπή καπνίσματος –Εισαγωγή.....	53
1.1. Συμπτώματα στέρησης.....	53
2. Ψυχολογική θεραπεία.....	55
2.1. Τηλεφωνικές γραμμές παροχής συμβουλών.....	55
2.2. Υποστήριξη από την οικογένεια, τους φίλους και από προγράμματα διακοπής καπνίσματος.....	55
3. Φαρμακευτική θεραπεία.....	55
3.1. Διαδερμικό επίθεμα νικοτίνης.....	59
3.2. Τσίχλα νικοτίνης.....	60
3.3. Παστίλιες νικοτίνης (lozenge).....	61
3.4. Ενδορινικό εκνέφωμα.....	61
3.5. Εισπνεόμενη νικοτίνη (inhaler).....	62
3.6. Χάπια νικοτίνης.....	62
3.6.1. Υδροχλωρική βουπροπρόνη (Zyban).....	62
3.6.2. Βαρενικλίνη (Chantix).....	63

## Κεφάλαιο V

### **Προληπτικά μέτρα μείωσης του καπνίσματος**

1. Προληπτικά μέτρα μείωσης του καπνίσματος.....	66
2. Προτάσεις της Ευρωπαϊκής Αντικαρκινικής Εταιρείας 1987-1989 για το πρώτο σχέδιο δράσης κατά του καπνού.....	67
3. Συνθήκη Βαρσοβίας.....	70
4. Συνθήκη Πλαισίου σχετικά με τον Έλεγχο Καπνού (FCTC).....	74
5. Φορολογικά μέτρα.....	76
6. Αναγραφή μηνμάτων σε πακέτα τσιγάρων.....	79
6.1 Κύριες διατάξεις αναγραφής μηνυμάτων. Οδηγία των Προϊόντων Καπνού 2001(2001/37/EK).....	81
6.2 Οδηγία της ΕΕ για τα προϊόντα καπνού κανονισμός (2001/37/EK).....	83
7. Άλλα προληπτικά μέτρα μείωσης του καπνίσματος.....	85
7.1 Περιορισμοί του μάρκετινγκ.....	85
7.2 Διαχωρισμός χώρος καπνιστών και μη καπνιστών.....	87
7.3 Προγράμματα Αγωγής Υγείας.....	89
7.4 Διαδίκτυο και Αυτόματες μηχανές πώλησης τσιγάρων.....	92
8. Αντικαπνιστική Νομοθεσία στην Ελλάδα.....	93
8.1 Απαγόρευση χορήγησης δώρων.....	93
8.2 Απαγόρευση καπνίσματος σε κλειστούς χώρους κ.α.....	93
8.3 Σήμανση προϊόντων καπνού.....	95
8.4 Διαφημίσεις.....	96
8.5.Απαγόρευση πώλησης προϊόντων καπνού σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας.....	97
8.6.Κοινοτικές οδηγίες.....	97
8.7.Υπεύθυνοι εφαρμογής των διατάξεων.....	98
8.8.Απομίμηση τσιγάρων, πώληση ορισμένων προϊόντων καπνού.....	99
8.9.Φαρμακευτική θεραπεία.....	99
8.10.Συστατικά προϊόντων καπνού.....	100
8.11.Προστασία των καταναλωτών.....	101
8.12.Φορολογία κατανάλωσης καπνοβιομηχανικών προϊόντων.....	101

## Κεφάλαιο VI

### **Σχεδιασμός της μελέτης**

1. Εισαγωγή.....	102
1.1. Κριτήρια επιλογής του συγκεκριμένου θέματος.....	102
1.2. Σκοπός της Μελέτης.....	103
1.3. Ερευνητικά Ερωτήματα.....	103
1.4. Επιλογή Είδους Μελέτης – Σχεδιασμός.....	104
1.5. Επιλογή του πληθυσμού και του δείγματος.....	104
1.6. Επιλογή Μεθόδου Δειγματοληψίας.....	104
1.7. Σχεδιασμός τρόπου δειγματοληψίας.....	105
1.8. Συμπλήρωση και αναθεώρηση του ερευνητικού σχεδίου.....	105
1.9. Δεοντολογία της Έρευνας.....	106
1.10. Εκτέλεση Πιλοτικής Μελέτης.....	107

1.11. Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων.....	107
1.12. Στατιστική Ανάλυση.....	108

## **Κεφάλαιο VII**

### **Μελέτη**

1.Ερευνητικό μέρος .....	109
1.1. Αποτελέσματα.....	110
1.2. Συζήτηση.....	115
1.3. Συμπεράσματα.....	119
1.4. Προτάσεις.....	120
1.5. Περιορισμοί της μελέτης.....	121

### **Παραρτήματα**

- 1.Ερωτηματολόγιο
- 2.Στατιστικά στοιχεία

### **Βιβλιογραφία**



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

## Γενικό μέρος

## 1. Ιστορική Ανασκόπηση

*«Στους αρχαίους χρόνους, όταν το έδαφος ήταν άγονο, οι άνθρωποι λιμοκτονούσαν. Το μεγάλο πνεύμα έστειλε μια γυναίκα για να σώσει την ανθρωπότητα. Καθώς ταξίδευε πέρα από τον κόσμο όπου άγγιζε το δεξί της χέρι στο χώμα φύτευαν πατάτες και όπου άγγιζε το αριστερό της χέρι το χώμα, φύτευε καλαμπόκι. Και στο μέρος όπου κάθισε για να ξεκουραστεί φύτευσε ο καπνός».* *Huron"* Ινδικός μύθος (Borio G. 2001, Mackay et al. 2006).

Η χρήση του καπνού στην αρχαιότητα ήταν διαφορετική από την χρήση του καπνού στην σημερινή εποχή. Οι πρώτοι που ανακάλυψαν και χρησιμοποίησαν τον καπνό ήταν οι Ινδιάνοι. Πίστευαν ότι είχε χαλαρωτικές και θεραπευτικές ιδιότητες και τον χρησιμοποιούσαν με τη μορφή επιθεμάτων για την επούλωση των πληγών, ως παυσίπονο η και μασώντας τον για την θεραπεία του πονόδοντου.

Είναι γνωστό ότι ο καπνός είναι ένα φυτό της οικογένειας των Solanaeae, στην οποία επίσης ανήκουν η πιπεριά, η ντομάτα, το πιπέρι και το δηλητηριώδες νυχτολούλουδο. Το γένος *Nicotiana* περιλαμβάνει 100 είδη από τα οποία η *Nicotiana Tabacum* είναι ο κυριότερος τύπος για την παραγωγή τσιγάρων και καπνού. Οφείλει το όνομα του στο Γάλλο πρεσβευτή Jean Nicot , ο οποίος το εισήγαγε και το διέδωσε στη Γαλλία το 1560 (Borio G. 2001 & 2006).

Τον Οκτώβριο του 1942 προσφέρθηκαν από τους Ινδιάνους της Αμερικής στον Κολόμβο ως δώρο, αποξηραμένα φύλλα καπνού. Σύντομα οι ναύτες του Κολόμβου μετέφεραν τους σπόρους του καπνού στην Ευρώπη, και ο καπνός άρχισε να διαδίδεται από χώρα σε χώρα. Το φυτό του καπνού άρχισε έτσι να καλλιεργείται και να καταναλώνεται γιατί θεωρείτο ότι είχε θεραπευτικές ιδιότητες (JLR & SFR 1998, Randal V. 1999, Borio G. 2001 & 2006).

Για πολλά χρόνια ίσχυε η άποψη ότι ο Γάλλος πρεσβευτής Jean Nicot στην Πορτογαλία, έφερε το 1559 τα πρώτα φυτά καπνού στη Γαλλία από τη Λισαβόνα. Όμως έπειτα από πρόσφατη επανατοποθέτηση των ιστορικών αναφέρεται ότι ο «επαναστάτης» μοναχός Andre Thevet της Angouleme, άρχισε να φέρνει το 1556 πρώτος τον καπνό από τη Βραζιλία. Αναφορικά με το όνομα της νικοτίνης ωστόσο παρέμεινε η άποψη ότι οφείλεται στον Nicot (Randal V. 1999, Borio G. 2001 & 2006).

Αναφέρεται ότι η πρώτη περιγραφή του φυτού έγινε λίγο αργότερα από έναν ιεραπόστολο, τον Ρομάνο Πάνε, ο οποίος μετέφερε το φυτό στην Ισπανία. Οι Ισπανοί μετέφεραν το φυτό του καπνού στην Ευρώπη το 1519, ενώ στη Γαλλία μεταφέρθηκε το 1560. Στην Ιταλία καλλιεργήθηκε το 1575, ενώ το 1585 ο Γουόλτερ Ραλει το φέρνει το φυτό του καπνού στην Αγγλία. Στην Ολλανδία ο καπνός καλλιεργήθηκε το 1615 (JLR & SFR 1998, Randal V. 1999, Borio G. 2001 & 2006). Στην Ελλάδα ο καπνός μεταφέρθηκε στα τέλη του 16<sup>ου</sup> αιώνα. Στα μέσα του 17<sup>ου</sup> αιώνα το κάπνισμα άρχισε να γίνεται μια απολαυστική συνήθεια και να διαδίδεται στη Δύση (JLR & SFR 1998, Randal V. 1999, Borio G. 2001 & 2006).

Αναφέρεται επίσης ότι γύρω στο 1600 ο καπνός ήταν τόσο δημοφιλής, που χρησιμοποιείτο ως μέσο στις εμπορικές τους συναλλαγές (θεωρείτο μάλιστα ισάξιος του χρυσού ή του αργύρου). Το κάπνισμα έγινε προνόμιο των πλουσίων αριστοκρατών και θεωρείτο ένδειξη σκληρού ανδρισμού. Σταδιακά, οι νοτιότερες αμερικανικές αποικίες είχαν ως πρώτο προϊόν εξαγωγής τον καπνό. Υπήρξαν όμως και κάποιες αντιδράσεις, όπως του βασιλιά της Αγγλίας Ιακώβου Α΄ το 1604 ο οποίος κατήγγειλε τη χρήση του καπνού ως απαίσια για τα μάτια, μισητή για τη μύτη, καταστροφική για το μυαλό και επικίνδυνη για τα πνευμόνια (Σαν σήμερα.gr, 2006).

Από το 1618 ως το 1648 το κάπνισμα της πίπας αρχίζει να εξαπλώνεται και να γίνεται δημοφιλής συνήθεια. Το 1620 περίπου, η Ιαπωνία απαγορεύει το κάπνισμα για πρώτη φορά. Οι Καθολικοί, τον 17<sup>ο</sup> αιώνα απειλούσαν να μην χορηγούν την θεία κοινωνία σε άτομα που κάπνιζαν.

Ενώ το 1622 οι περισσότεροι συγγραφείς εγκωμιάζαν τον καπνό για τις θεραπευτικές του ιδιότητες, δύο δεκαετίες αργότερα, το 1648 η πλειοψηφία των συγγραφέων τάχθηκαν κατά του καπνού. Το 1632 απαγορεύτηκε το δημόσιο κάπνισμα στη Μασαχουσέτη (JLR & SFR 1998, Randal V. 1999, Borio G. 2001 & 2006). Στο μεταξύ όμως είχε αρχίσει η αυξανόμενη ζήτηση του καπνού, η οποία οδήγησε στην εξάπλωση της δουλείας των μαύρων. Οι καπνοκαλλιεργητές χρησιμοποιούσαν τους μαύρους για να δουλέψουν στις τεράστιες εκτάσεις τους με σκοπό να αυξήσουν τις εξαγωγές του καπνού. Σταδιακά άρχισαν να ιδρύονται οι πρώτες καπνοβιομηχανίες, που είχαν στόχο την προώθηση του καπνίσματος.

Η χρήση των τσιγάρων παρουσίασε ραγδαία αύξηση κατά τη διάρκεια του Πρώτου Παγκόσμιου Πολέμου. Μετά τον πόλεμο και μέχρι τη δεκαετία του '60, το τσιγάρο επικράτησε στο χώρο της διαφήμισης ως το σύμβολο μια λαμπρής ανέμελης ζωής.

Η πρώτη επιστημονική έρευνα για της βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος έγινε το 1962, από τον ιατρικό σύλλογο της Μ. Βρετανίας. Δύο χρόνια αργότερα, Αμερικανική κυβερνητική έκθεση με τίτλο «Καπνός και Υγεία», συνέδεσε για πρώτη φορά το κάπνισμα με τον καρκίνο των πνευμόνων και τη χρόνια βρογχίτιδα. Την ίδια περίοδο έκαναν την εμφάνιση τους οι πρώτες αντικαπνιστικές καμπάνιες, οι οποίες οδήγησαν σε ψήφιση νόμου το 1965, στον οποίο προεβλέπετο μεταξύ άλλων, να αναγράφεται σε όλα τα πακέτα των τσιγάρων ότι : *«το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία»* (JLR & SFR 1998, Randal V. 1999, Borio G. 2001 & 2006, wikipedia 2007).

## **2. Είδη Καπνού**

Όπως είναι γενικά παραδεκτό, οι δυσάρεστες συνέπειες στην υγεία του ανθρώπου από το κάπνισμα είναι παρόμοιες, ανεξαρτήτως της μορφής του καπνού, αφού σε κάθε περίπτωση παράγονται κατά την καύση αρκετές ποσότητες καρκινογόνων ουσιών (World Health Organization, 2001).

Ο καπνός έχει πολλές ονομασίες, πολλές μορφές και διάφορες χρήσεις. Τα προϊόντα του καπνού που υπάρχουν στο εμπόριο είναι κατάλληλα κατασκευασμένα ώστε, κατά την διαδικασία της καύσης να εξωτερικεύουν μεγάλα ποσά νικοτίνης και να παρέχουν συγχρόνως το αίσθημα της ευχαρίστησης και να προκαλούν εθισμό. Τα προϊόντα του καπνού είναι ευρέως γνωστά και προέρχονται από τρεις τύπους καπνών :

- α) Ρολά (κύλινδροι) καπνού
- β) Πίπες, (pipes).
- γ) Oral, natural, and additive-free cigarettes
- δ) Τα προϊόντα που χρησιμοποιούνται από το στόμα, τα οποία είναι κατάλληλα για να τα μασήσει κάποιος και να τα κρατήσει μέσα στο στόμα ή να τοποθετηθούν στη μύτη (π.χ chewing tobacco, snus,).

### **2.1.Ρολά καπνού (rolls of tobacco)**

Τα ρολά καπνού κατασκευάζονται με διάφορες τεχνικές και αποτελούνται από καπνό στον οποίο αποδίδεται κυλινδρικό σχήμα χρησιμοποιώντας για περιτύλιγμα χαρτί, φύλλα καπνού κλπ. Τέτοια είναι πχ. τα bidis, τα πούρα, τα τσιγάρα, τα χειροποίητα στριφτά κλπ.

#### **2.1.1. Bidis**

Τα bidis κατασκευάζονται στην Ινδία και την Ν. Ασία , εξάγονται στο εξωτερικό ως εναλλακτική λύση των τυπικών τσιγάρων αφού θεωρούνται ότι είναι λιγότερο επιβλαβή για την υγεία. Περιέχουν μια μικρή ποσότητα καπνού, το οποίο τυλίγεται με το χέρι σε αποξηραμένα φύλλα, που δένονται με νήμα, είναι χωρίς φίλτρο και διατίθεται σε ποικιλία γεύσεων (Mackay et al., 2002).



Τα bidis είναι μικρότερα σε μέγεθος από τα συνηθισμένα τσιγάρα, έχουν μια εξωτική μυρωδιά και τα συστατικά που περιέχουν φέρονται ως υγιεινά. Τα καρυκεύματα που προστίθενται στα bidis ποικίλουν και μπορεί να περιέχουν εξωτικά μυρωδικά όπως το μάγκο, το κεράσι ή η σοκολάτα. Σε έρευνα που έγινε στη Μασαχουσέτη, σε άτομα νεαρής ηλικίας υποστηρίζεται ότι τα bidis δεν υποκρύπτουν κινδύνους (United States Centers for Disease Control, 1999). Αντίθετα, τα αποτελέσματα μιας άλλης έρευνας που πραγματοποιήθηκε στην Ινδία δείχνουν ότι ένα μεγάλο ποσοστό αντρών πεθαίνει εξαιτίας των bidis (Gajalakshmi V. et al., 2003).

Το τελευταίο, επιβεβαιώνεται και από άλλη μελέτη, στην οποία τονίζεται ότι ο αριθμός θανάτων που προκαλούνται από τα bidis τείνει να εξομοιωθεί με τον αριθμό θανάτων που προέρχονται από τα τσιγάρα (Gupta PC. et al., 2005).

Πρόσφατες μελέτες μάλιστα, καταρρίπτουν τον μύθο ότι τα bidis έχουν λιγότερες βλαβερές ουσίες από τα συνηθισμένα τσιγάρα και επιβεβαιώνουν ότι κατά την καύση τους ελευθερώνονται οι ίδιες βλαβερές ουσίες όπως στα συνηθισμένα τσιγάρα (United States Centers for Disease Control 1999, Malson JL . et al. 2001).

Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι τα bidis παρά το μικρό τους μέγεθος απελευθερώνουν περισσότερη πίσσα και μονοξείδιο του άνθρακα από τα συνηθισμένα τσιγάρα, επειδή ο καπνιστής αναγκάζεται να κάνει συνεχή χρήση («ρουφηξιές») προκειμένου να διατηρεί το τσιγάρο αναμμένο (Mackay J. et al., 2006). Αναφέρεται επίσης ότι τα bidis ελευθερώνουν μεγαλύτερες ποσότητες νικοτίνης (Malson JL. et al., 2002) και 2-3 φορές μεγαλύτερες ποσότητες πίσσας από τα συνηθισμένα τσιγάρα (Rahman M., Fukui T., 2000).

### 2.1.2. Kreteks

Είναι αρωματικά τσιγάρα, γνωστά και ως τσιγάρα γαριφάλων, δεδομένου ότι περιέχουν 40% γαριφάλο και 60% καπνό (Mackay J. et al. 2002, WHO 2006). Περιέχουν επίσης και ένα μεγάλο φάσμα εξωτικών μυρωδικών και ευγενόλης, το οποίο δρα ως αναισθητικό (Mackay J. et al., 2002). Τα kreteks είναι ευρέως γνωστά στην Ινδονησία και πωλούνται ακόμα και μέσω του διαδικτύου και σε άλλες χώρες.



Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε εθελοντές που αντικατέστησαν τη χρήση συνηθισμένων τσιγάρων με τα kreteks, έδειξε ότι παρατηρήθηκαν τα ίδια επίπεδα μονοξειδίου, νικοτίνης και άνθρακα. Αν και τα kreteks είναι μικρότερα σε μέγεθος από τα συνηθισμένα τσιγάρα, οι εθελοντές που έκαναν χρήση kreteks κάπνιζαν πιο εντατικά (Malson JL et al., 2001).

### 2.1.3. Πούρα

Τα πούρα είναι ρολά καπνού τυλιγμένα σε φύλλα καπνού, αν και τα βιομηχανοποιημένα πούρα όπως και μερικά από τα χειροποίητα, τυλίγονται με επεξεργασμένο χαρτί που παρασκευάζεται από φύλλα καπνού. Περιέχουν σχεδόν τις ίδιες ποσότητες καπνού με τα συνηθισμένα τσιγάρα, αλλά το μέγεθος τους διαφέρει και ποικίλει από το μέγεθος ενός τσιγάρου μέχρι το μέγεθος πάχους διαμέτρου πολλών τσιγάρων μαζί, ενώ η περιεκτικότητα σε καπνό είναι ανάλογη ενός πακέτου 20 τσιγάρων (Henningfield JE. et al. 1996, Henningfield JE et al. 1999, Baker F et al.2000).



Ένας καπνιστής εκτίθεται στην νικοτίνη και στα άλλα χημικά του πούρου ακόμα και κρατώντας το στο στόμα σβηστό. Αυτό οφείλεται στην αλκαλική φύση του καπνού, η οποία καθιστά ικανή την νικοτίνη να απορροφηθεί από τον οργανισμό ακόμα και από ένα σβηστό πούρο (Henningfield JE et al., 1999).

Το πούρο προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα, του οισοφάγου, του λάρυγγα και της στοματικής κοιλότητας (Baker F. et al., 2000).

#### **2.1.4.Τσιγάρα**

Τα τσιγάρα είναι η εξέλιξη των πούρων. Η παραλλαγή του πούρου άρχισε μετά τη δεκαετία του '50 (Merrill David E.,1994).

Τα τσιγάρα αποτελούνται από κομμάτια καπνού ή επαναχρησιμοποιημένου καπνού ενώ προστίθενται και διάφορες άλλες ουσιών (συνήθως τα τσιγάρα περιέχουν πάνω από 100 συστατικά) (Philip Morris USA, 2007). Ο καπνός είναι τυλιγμένος σε χαρτί και περιέχει φίλτρο (Clean Virginia Waterways, 2006).



Τα τσιγάρα κατασκευάζονται βιομηχανικά με χρήση μηχανών, είναι η πιο διαδεδομένη μορφή καπνίσματος και διατίθεται σε ολόκληρο τον κόσμο. Τα τσιγάρα αποτελούν το δημοφιλέστερο είδος των κατασκευασμένων προϊόντων καπνού στον κόσμο, ενώ καλύπτουν το 96% των πωλήσεων επί του συνόλου των σκευασμάτων καπνού (WHO, 2006)



Περιέχουν πάνω από 4.000 χημικές ουσίες, πολλές εκ των οποίων τοξικές και καρκινογόνες. Κάποια από τα πολλά προϊόντα που προστίθενται στο τσιγάρο είναι : Τα φυτοφάρμακα, τα ζιζανιοκτόνα, τα λιπάσματα, τα βαριά μέταλλα, το αρσενικό, το κυάνιο και διάφορες άλλες τοξίνες.

Το τσιγάρο έχει αποδειχθεί ότι είναι ιδιαίτερα εθιστικό, ενώ το κάπνισμά του ευθύνεται για την εμφάνιση διαφόρων μορφών καρκίνου, μυοκαρδιοπάθειες, προβλήματα του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος και γεννητικές ανωμαλίες (Science Daily, 2007).

Οι κατασκευαστές των τσιγάρων έχουν ρυθμίσει το Ph του καπνού των τσιγάρων, ειδικότερα μέσω των προσθέτων ουσιών (π.χ. αμμωνία), προκειμένου να μεγιστοποιείται η δράση της νικοτίνης. Για παράδειγμα, όσο υψηλότερες τιμές Ph επιτυγχάνονται, τόσο γρηγορότερα απορροφάται μεγαλύτερο ποσοστό νικοτίνης απορροφάται μέσω του καπνού (WHO, 2000).

#### **2.1.5.Χειροποίητα (στριφτά) τσιγάρα**

Τα υλικά που πωλούνται για τα χειροποίητα τσιγάρα, συχνά διαφημίζονται ότι είναι πιο υγιεινά ώστε να καλλιεργείται η αντίληψη ότι τα χειροποίητα τσιγάρα βλάπτουν λιγότερο τον οργανισμό σε σχέση με τα βιομηχανοποιημένα τσιγάρα (WHO, 2006). Για να κατασκευαστεί ένα στριφτό τσιγάρο, ο καπνιστής αγοράζει χωριστά τον καπνό, το χαρτί περιτυλίγματος και το φίλτρο. Ο αριθμός των ανθρώπων που κάνουν στριφτό τσιγάρο στην Ευρώπη συνεχώς αυξάνεται. Ένα παράδειγμα αποτελεί η Μ. Βρετανία όπου το 22% των καπνιστών χρησιμοποιεί στριφτό, όταν το 1984 το ποσοστό ήταν 10% (Office of National Statistics, UK 2002).

Σε κάποια μέρη χρησιμοποιείται το χειροποίητο τσιγάρο λόγω εθιμικών συνηθειών ενώ σε κάποια άλλα μέρη για να αποφεύγονται οι υψηλές τιμές των φόρων που επιβάλλονται στα κοινά τσιγάρα (WHO, 2006).

Αν και δεν είναι πολλές οι μελέτες που έχουν γίνει για τις συνέπειες του στριφτού τσιγάρου στην υγεία του ανθρώπου, τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι οι κίνδυνοι από το κάπνισμα στριφτού τσιγάρου είναι εξίσου μεγάλοι -ή και περισσότεροι- από το κάπνισμα βιομηχανοποιημένων τσιγάρων (Sankaranarayanan R et al., 1991).

## **2.2. Πίπες (pipes)**

Αν και το κάπνισμα με πίπα δεν έχει μελετηθεί τόσο όσο το κάπνισμα τσιγάρων και πούρων, φαίνεται ότι ισχύουν ανάλογα πράγματα για το κάπνισμα με πίπα όπως και στις άλλες μορφές καπνίσματος. Υπάρχουν διάφορες μορφές καπνίσματος με πίπα.

### **2.2.1. Απλή πίπα**

Η πίπα συνίσταται από ένα μικρό σωλήνα στο ένα άκρο του οποίου υπάρχει ένα μικρό δοχείο για την τοποθέτηση του καπνού, ενώ στο άλλο άκρο φέρει ειδικό επιστόμιο. Ο καπνός της πίπας είναι πιο αλκαλικός από ότι των βιομηχανοποιημένων τσιγάρων. Για τον λόγο αυτό, δεν χρειάζεται να γίνεται κατευθείαν εισπνοή του καπνού προκειμένου να διατηρούνται υψηλά τα επίπεδα νικοτίνης.



Εξαιτίας της μεγάλης ποσότητας καπνού που συνήθως τοποθετείται στην πίπα, τόσο αυτός που καπνίζει όσο κάποιος που δεν καπνίζει αλλά εισπνέει απλά τον καπνό από το κάπνισμα της πίπας, εκτίθενται σε ποσότητα καπνού που αντιστοιχεί σε πολλά τσιγάρα.

Εξάλλου, καπνιστές που χρησιμοποιούν πίπα αντιμετωπίζουν περισσότερους κινδύνους ανάπτυξης ασθενειών σε σχέση με καπνιστές τσιγάρων όπως : Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια, καρκίνο στόματος, κεφαλής, λάρυγγα, οισοφάγου και καρκίνο πνευμόνων (Nelson DE et al., 1996).

### **2.2.2. Ναργιλές (Water-pipe smoking - also known as hubble-bubble smoking)**

Ο ναργιλές είναι δημοφιλής κυρίως σε όλες τις νοτιοανατολικές περιοχές ενώ κατασκευάζεται σε ποικιλία σχεδίων. Χρησιμοποιείται για αρκετούς αιώνες στις περιοχές της Ασίας και της Μ. Ανατολής με την ψευδαίσθηση ότι ήταν ένας ασφαλής τρόπος καπνίσματος. Το κάπνισμα με ναργιλέ στηρίζεται στη γεγονός ότι ο καπνός δεν καίγεται σε αντίθεση με άλλους τρόπους καπνίσματος, αλλά θερμαινόμενος διέρχεται μέσω βραστού νερού προς εισπνοή (Shihadeh A., Eissenberg T. 2005, WHO 2005).



Για το κάπνισμα με ναργιλέ, τοποθετείται καπνός σε πολτοποιημένη υγρή μορφή, ενδεχομένως και με κάποια άλλη πρόσθετη ουσία, σε ένα μικρό κύπελλο το οποίο βρίσκεται στην κορυφή της συσκευής. Το κύπελλο αυτό έχει τρύπες στη βάση του ενώ στο κάτω μέρος του υπάρχει σωλήνας ο οποίος φτάνει μέχρι το κατώτερο σημείο ενός δοχείου με βραστό νερό που βρίσκεται στη βάση της συσκευής. Πάνω από τον καπνό τοποθετείται θρύμμα αναμμένου κάρβουνου. Ο καπνός καίγεται μερικώς ενώ το κάρβουνο ζεσταίνει τον καπνό ο οποίος παράγει αναθυμιάσεις που μέσω ειδικών σωλήνων διαπερνά το ζεστό νερό έπειτα από βαθιά εισπνοή του χρήστη και έτσι ο καπνός αντλείται κατευθυνόμενος προς του πνεύμονες του χρήστη. Η συνήθεια αυτή καπνίσματος γίνεται τα τελευταία χρόνια πιο δημοφιλής και στην Ευρώπη, π.χ. Δανία. Αν και οι μελέτες που έχουν γίνει αναφορικά με αυτού του είδους το κάπνισμα είναι λίγες, έχει τονιστεί ότι, τα ποσά εισπνεόμενης νικοτίνης είναι παρόμοια με άλλες μορφές καπνίσματος (Shafagoj YA. et al., 2002). Όπως επίσης οι καρκινογόνες ουσίες και οι τοξίνες (Shihadeh A., 2003).

### **2.3.Τσιγάρα οργανικά, φυσικά και δίχως πρόσθετα**

Όταν οι όροι «οργανικός» (oral), «φυσικός» (natural) και «δίχως πρόσθετα» (additive-free) αναφέρονται σε τσιγάρα, δεν έχουν το ίδιο νόημα με εκείνο που έχουν όταν χρησιμοποιούνται για τα τρόφιμα. Χρησιμοποιώντας αυτούς τους όρους για τα τρόφιμα, εννοούμε ότι είναι πιο υγιεινά, χωρίς πρόσθετες ανθυγιεινές ουσίες. Όμως, τα τσιγάρα, είτε είναι «φυσικά» είτε είναι τα συνηθισμένα τσιγάρα περιέχουν πολλά συντηρητικά τα οποία χρησιμοποιούνται για συντηρούνται, για να μην καταστραφούν, για να κρατηθούν υγρά, για να τους δώσουν επιπλέον άρωμα κλπ.

Αν και υποστηρίζεται τα οργανικά τσιγάρα είναι φτιαγμένα από «οργανικό» καπνό, δεν έχει διαπιστωθεί ότι αυτά είναι λιγότερο εθιστικά ή λιγότερο επικίνδυνα σε σχέση με τα συνηθισμένα τσιγάρα. Στην πραγματικότητα, δοκιμές σε μερικούς τύπους αυτών των τσιγάρων καταδεικνύουν ότι παράγουν υψηλότερα επίπεδα πίσσας και νικοτίνης από ότι τα συμβατικά τσιγάρα. Ωστόσο αυτού του τύπου τα τσιγάρα γίνονται προοδευτικά πιο δημοφιλή μεταξύ των καταναλωτών που αναζητούν πιο υγιεινούς τρόπους καπνίσματος, ακριβώς όπως συνέβη παλαιότερα με τα «ελαφρά» τσιγάρα (WHO, 2006).

#### **2.4. Προϊόντα άκαπνου καπνού (smokeless tobacco products)**

Η χρήση του άκαπνου καπνού είναι πολύ υψηλή στην Άπω Ανατολή, στην Μέση Ανατολή και στην Ευρώπη (WHO 1997, Bates et al., 2003) και αυξάνεται συνεχώς στην Αμερική (Changrani and Gany, 2005).

Τα προϊόντα αυτά χρησιμοποιούνται με διάφορες παραλλαγές όπως : το ελεγχόμενο Ph, τα διάφορα πρόσθετα μυρωδικά και ο τρόπος διάθεσης που εδώ και πολλές δεκαετίες είναι σε μικρές σακούλες ώστε να είναι ελκυστικά στους νέους, προκειμένου έτσι να προωθείται η έναρξη του καπνίσματος (U.S. Department of Health and Human Services 1986, United States Food and Drug Administration 1995, United States Food and Drug Administration 1996, Stratton K et al. 2001).

Τα προϊόντα του άκαπνου καπνού, είναι προϊόντα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν χωρίς την καύση ή την πυρόλυση. Υπάρχει μεγάλη ποικιλομορφία των προϊόντων άκαπνου καπνού και των τρόπων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν (WHO 1997, Centers for Disease Control and Prevention 2002). Ο άκαπνός καπνός περιέχει 28 καρκινογόνες ουσίες (National Cancer Institute, 2006). Αποτελεί γνωστή αιτία ανάπτυξης καρκίνου (IARC, 1998) και αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης του καρκίνου της στοματικής κοιλότητας. Τα προϊόντα άκαπνου καπνού αποτελούνται από καπνό ή ένα μείγμα καπνών που μασιέται, εισπνέεται ή γλείφεται.

Οι κυριότεροι τύποι του άκαπνου καπνού στη Δύση και την Ασία είναι ο καπνός μάσησης (**chewing tobacco**) και ο καπνός εισπνοής, που εισπνέεται από τη μύτη σε μορφή σκόνης (**oral snuff**), ιδιαίτερα γνωστός στη Σουηδία (**snus**) (National Cancer Institute 1992, Federal Trade Commission 2007).

Στις αναπτυσσόμενες χώρες όπως την Ινδία, ο καπνός μάσησης αναμειγνύεται με φύλλα **betel** και **areca nut**, ένα είδος λεμονιού και catechu και πωλείται ως νόμιμο εμπορικό προϊόν, που το ονομάζουν **gutkha** (Richter P. and Spierto F. W., 2003).

Ο καπνός (**snuff**) είναι σκόνη από λεπτά αλεσμένο καπνό που μπορεί να είναι ξηρός, υγρός ή σε φακελάκια (όπως τα φακελάκια τσαγιού) (National Cancer Institute, 1992).

Αν και κάποιες μορφές καπνού (snuff) μπορούν να χρησιμοποιηθούν με το ρουθούνισμα ή την εισπνοή από τη μύτη (National Cancer Institute, 1992), οι χρήστες τοποθετούν τα προϊόντα των άκαπνων καπνών ανάμεσα στο ούλο και το μάγουλό τους.

Οι χρήστες απορροφούν με αυτόν τον τρόπο τον καπνό και φτύνουν έξω τα υγρά του καπνού που παράγονται. Αυτός είναι και ο λόγος που ο άκαπνος καπνός αναφέρεται και ως «φτυνόμενος καπνός». Όλα τα προϊόντα άκαπνου καπνού έχουν την νικοτίνη ως κύριο συστατικό και άρα είναι εθιστικά (Henningfield J.E. et al., 1997).

Ο άκαπνός καπνός αποτελεί ένα σημαντικό κίνδυνο για την υγεία και δεν είναι ασφαλές υποκατάστατο του τσιγάρων (U.S. Department of Health and Human Services, 1986).

**Ειδικότερα, υπάρχουν οι παρακάτω κατηγορίες άκαπνου καπνού :**

#### **2.4.1. Chewing tobacco**

Είναι τεμαχισμένος καπνός όπως η απότομα κομμένη χλόη, σε ταμπλέτες ή σε κουλούρες, ελαφρά όξινος με σκοπό να μασιέται όποτε είναι επιθυμητό. Παράγεται σε τρεις μορφές : στριφτός (twist), σε μικρά κομμάτια (plug), και σε ξύσματα (scrap). Ο καπνός μάσησης προκαλεί τον ίδιο εθισμό με τα τσιγάρα και για τον λόγο αυτό οι περισσότεροι άνθρωποι μεταπηδούν σε προϊόντα που περιέχουν πιο πολύ νικοτίνη (MFMER, 2005).

Ο καπνός μάσησης διατίθεται υπό μορφή μακριών ινών από χαλαρά φύλλα, υπό μορφή στρωμάτων ή δεσμίδων ινών καπνού. Οι μερίδες αυτού, αποκαλούμενες συνήθως «πλάκες», «wads» ή «μασώμενα», τοποθετούνται μεταξύ του μάγουλου και των ούλων ή των δοντιών. Οι χρήστες απορροφούν έπειτα τον καπνό για να απορροφήσουν τη νικοτίνη μέσω του σάλιου και να φτύσουν έξω τους χυμούς καπνών (National Cancer Institute, 1992).

#### **2.4.2.Snuff**

Ο καπνός (snuff) είναι λεπτός αλεσμένος καπνός ή είναι τεμαχισμένος σε σωματίδια μεγέθους μεγάλων σπόρων καφέ, είναι διαθέσιμο σε ξηρή ή υγρή μορφή, σε χαλαρά φύλλα ή σε φακελάκια (όπως τα φακελάκια τσαγιού) (National Cancer Institute 1992, MFMER 2005).

Διακρίνεται στο snuff και στο Σουηδικό snuff, το οποίο είναι μια παραλλαγή του snuff επεξεργασμένου διαφορετικά, και πρέπει να διατηρείται κατεψυγμένο γιατί είναι πιο υγρό (Foulds J. et al.2003, WHO 2006). Τα προϊόντα snuff περιέχουν και απελευθερώνουν ένα σύνολο από επιβλαβείς ουσίες. Το επίπεδο περιεκτικότητας των ουσιών αυτών μεταβάλλεται ανάλογα με την επεξεργασία που έχει υποστεί ο καπνός (Wahlberg I. et al., 1999).

#### **2.4.3.Gutkha**

Το Gutkha είναι μια σημαντική κατηγορία βιομηχανικά κατασκευασμένου άκαπνου καπνού που λαμβάνεται από το στόμα, ιδιαίτερα διαδεδομένου στις περιοχές της Ινδίας και της Νοτιοανατολικής Ασίας. Είναι ένα είδος αρωματισμένου αποξηραμένου μίγματος καρύδας areca, catechu και χτυπημένης φλαμουριάς με καπνό και άλλα καρυκεύματα και προσθήκη γλυκαντικών (Richter P. and Spierto F. W., 2003).

Στην Ινδία η μορφή αυτή έχει προσελκύσει τις νεότερες γενιές, περισσότερο από τις παλαιότερες, όπως και ένα μέρος των γυναικών, οι οποίες μπορούν να το χρησιμοποιούν χωρίς να αποδοκιμάζονται από τον κοινωνικό περίγυρο (Srinath Reddy K., Gupta PC., 2004).

Κατά την χρήση το μείγμα μασιέται αργά. Οι ουσίες που παράγονται λόγω του σάλιου δεν απορροφώνται μόνο τοπικά αλλά μπαίνουν στην κυκλοφορία του αίματος. Οι ουσίες που παράγονται κατά την χρήση του gutkha έχουν ταξινομηθεί στις καρκινογόνες ουσίες για τον άνθρωπο και πιθανότατα σχετίζονται με ασθένειες της στοματικής κοιλότητας (Merchant et al. 2000, Boucher 2001, Stepanov et al. 2005).

### **3. Χημικά συστατικά**

Ο καπνός από το κάπνισμα διαχωρίζεται σε δύο κατηγορίες, το κύριο ρεύμα καπνού και το παράπλευρο ή το δευτερεύον ρεύμα καπνού.

Το κύριο ρεύμα καπνού το οποίο παράγεται ευθέως από το άκρο του αναμμένου το τσιγάρο και διαχέεται στο περιβάλλον. Αποτελεί περίπου το 15% του συνολικού καπνού.

Το δευτερεύον ρεύμα καπνού το οποίο αποτελείται από τον εισπνεόμενο και εκπνεόμενο καπνό από τον καπνιστή. Αποτελεί περίπου το 85% του συνολικά εκλυόμενου καπνού κατά το κάπνισμα (European Commission, 2004).

Η χημική σύσταση του καπνού εξαρτάται από την ποιότητα και το είδος των φύλλων του καπνού, το χαρτί περιτυλίγματος και την ιδιότητα του φίλτρου (να συγκρατεί ορισμένες ποσότητες σωματιδίων καπνού κλπ.), τη διάρκεια καπνίσματος και την κατακράτηση καπνού στους πνεύμονες.

Ο καπνός που εκλύεται κατά το κάπνισμα του τσιγάρου περιέχει πάνω από 4.000 χημικές ουσίες, συμπεριλαμβανομένων πολλών γνωστών επικινδύνων μολυσματικών αερίων και αποβλήτων. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει πάνω από 50 καρκινογόνες ουσίες και περισσότερες από 100 χημικά δηλητήρια (Sasco A.J. et al., 1997).

Κατά την καύση του τσιγάρου διακρίνονται δύο φάσεις, η φάση των αερίων και η φάση των σωματιδίων (Καθαρού Ι., 2005). Κατά την αέρια φάση εκλύονται οι εξής κυρίως ουσίες: Το μονοξείδιο και το διοξείδιο του άνθρακα, τα οξείδια του αζώτου, το υδροκυάνιο, οι πτητικές θειούχες ενώσεις, τα νιτρίλια και άλλες αζωτούχες ενώσεις, οι πτητικοί υδρογονάνθρακες, οι αλκοόλες, οι αλδεΐδες και οι κετόνες.

Επειδή τα περισσότερα αέρια είναι άοσμα, δεν είναι πάντα εφικτό να διακριθεί ποτέ ο αέρας δεν είναι ασφαλής (National Research Council 1986, RCP 2003).

Κατά την φάση των σωματιδίων εκλύονται οι εξής κυρίως ουσίες : Η νικοτίνη, το νερό και η πίσσα (Βαλαβανίδης Α. Π., 1988).

**Πίνακας 1.** Διάφορες ουσίες που περιλαμβάνονται στο τσιγάρο

Ουσίες που περιλαμβάνονται στο τσιγάρο	
Ακετόνη (ασετόν)	Ξεβαφτικό νυχιών
Οξικό οξύ	Ξύδι
Αμμωνία	Υγρά καθαρισμού π.χ. για τα τζάμια
Αρσενικό	Δηλητήριο , συστατικό των ζιζανιοκτόνων
Βενζόλιο	Ατμοί πετρελαίου
Κάδμιο	Μπαταρίες, ατμοί τήξης
Μονοξειδίο του άνθρακα	Εκπομπές καυσαερίων
DDT	Εντομοκτόνο
Φορμαλδεΐδη	Υγρό βαλσάμωσης
Υδρογονάνθρακες	Υγρά αυτοκινήτων
Υδροκυάνιο	Βιομηχανικός ρύπος που χρησιμοποιείται σε θάλαμο αερίων στις ΗΠΑ
Μόλυβδος	Μπαταρίες, ατμοί πετρελαίου
Μεθανόλη	Καύσιμο πυραύλων
Νικοτίνη	Εντομοκτόνο
Νιτρικό οξύ	Εκπομπές από ηλεκτρικούς σταθμούς
Πολώνιο -210	Ραδιενεργό κατάλοιπο
Θεικό οξύ	Εκπομπές ηλεκτρικών σταθμών
Πίσσα	Επίστρωση επιφάνειας δρόμων
Τολουόλιο	Βιομηχανικός διαλύτης
Ραδόνιο	Ραδιενεργό αέριο

(Πηγή: *Dzulkifli Abdul Razak*, 1995)

Οι περισσότερες αναφορές που έχουν γίνει για τα βλαπτικά συστατικά του καπνού του τσιγάρου αναφέρονται κυρίως στη νικοτίνη, στη πίσσα και στο μονοξειδίο του αζώτου.

### 3.1.Η νικοτίνη

Η νικοτίνη αποτελεί το 0,3% με 5% του αποξηραμένου συνολικού βάρους του φυτού του καπνού. Είναι μια αποτελεσματική νευροτοξίνη ιδιαίτερα δραστική στα έντομα, για τον λόγο αυτό κατά το παρελθόν η νικοτίνη χρησιμοποιήθηκε ευρέως ως εντομοκτόνο. Στις χαμηλότερες συγκεντρώσεις (ένα μέσο τσιγάρο αποδίδει 1mg της απορροφημένης νικοτίνης), (American Heart Association and Nicotine Addiction 2007, Health effects of Tobacco smoking 2007).

Η νικοτίνη είναι αζωτούχα οργανική ένωση με αλκαλική αντίδραση. Διαλύεται στο νερό, στον αιθέρα και στο χλωροφόρμιο. Το ποσό της νικοτίνης που χρησιμοποιείται στα τσιγάρα δεν ξεπερνά το 2%. Η νικοτίνη εισέρχεται άμεσα στην κυκλοφορία του αίματος ενώ επτά δευτερόλεπτα είναι αρκετά για να περάσει τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και να φθάσει στον εγκέφαλο. Έχει υπολογιστεί ότι ο χρόνος ημίσειας ζωής της νικοτίνης στο ανθρώπινο σώμα είναι περίπου 2 ώρες.



### 3.2. Το μονοξείδιο του άνθρακα

Το μονοξείδιο του άνθρακα (CO) είναι αέριο άχρωμο, άοσμο και τοξικό. Το CO συνδέεται χημικά με την αιμοσφαιρίνη (η οποία μεταφέρει οξυγόνο), με αποτέλεσμα την μείωση οξυγόνου στο αίμα. Επειδή το οξυγόνο είναι αναγκαίο για τη λειτουργία των ιστών, η ανεπαρκής πρόσληψη του μπορεί να αποβεί μοιραία. Επομένως, οι καπνιστές φτάνουν σε κατάσταση αναπνευστικής ανεπάρκειας πολύ πιο σύντομα από τους μη καπνιστές. Με τον καιρό, οι αεροφόρες οδοί στενεύουν και επιτρέπουν όλο και λιγότερο αέρα να εισέρχεται στους πνεύμονες.

### 3.3. Η πίσσα

Η πίσσα περιέχει τέσσερα είδη διαφορετικών μορφών (βασικές, όξινες, ουδέτερες και αδιάλυτες). Στην ουδέτερη μορφή πίσσας ανήκει το βενζοπυρένιο, το οποίο είναι η σημαντικότερη αιτία πρόκλησης καρκινογένεσης. Η όξινη πίσσα μορφή περιέχει νιτροσαμίνες και αρωματικές ουσίες που ερεθίζουν το βρογχικό βλεννογόνο και προκαλούν βήχα, σπασμό των βρογχιολίων και παραγωγή βλέννας.

Η πίσσα του καπνού του τσιγάρου ως όρος, **περιγράφει το σύνολο των χημικών ουσιών που σχηματίζουν το παχύρρευστο και κολλώδες συμπυκνωμένο υπόλειμμα του καπνού του τσιγάρου**. Εναποτίθεται στους πνεύμονες των καπνιστών και προκαλεί καρκίνο.

Η χρήση των τσιγάρων με χαμηλή περιεκτικότητα σε πίσσα δεν φαίνεται ασφαλέστερη, καθώς οι καπνιστές εισπνέουν βαθύτερα τον καπνό - τον κρατούν περισσότερη ώρα- με αποτέλεσμα να οδηγούν την πίσσα βαθύτερα στους πνεύμονες (Πολυχρονοπούλου Α., Αθανασούλη Θ., 1999).

### 4. Εθισμός στην νικοτίνη

Ο εθισμός, είναι μια χρόνια υποτροπιάζουσα κατάσταση του ατόμου που χαρακτηρίζεται από την καταναγκαστική επιδίωξη κατάχρησης μίας ουσίας και από τις μακράς διάρκειας χημικές αλλαγές στον εγκέφαλο. Η κατάσταση στην οποία υπαισέρχεται το άτομο και η εν γένει συμπεριφορά του ως προς τον εθισμό, είναι ίδια ανεξάρτητα από την εθιστική ουσία στην οποία έχει εθιστεί κάποιος χρήστης (οινόπνευμα, αμφεταμίνες, κοκαΐνη, ηρωίνη, μαριχουάνα νικοτίνη κλπ.). Κάθε εθιστική ουσία δημιουργεί μια ευχάριστη κατάσταση ή ανακουφίζει από τη καταπόνηση. Η συνεχής χρήση της εθιστικής ουσίας προκαλεί προσαρμοστικές αλλαγές στον εγκέφαλο που οδηγούν στην ανοχή, τη σωματική εξάρτηση, τον ανεξέλεγκτο πόθο και πάρα πολύ συχνά στην υποτροπή.

Η εξάρτηση το ατόμου είναι σε ένα τέτοιο επίπεδο τέτοια ώστε η διακοπή λήψης της εθιστικής ουσίας είναι πολύ δύσκολη και προκαλεί πολλές φυσικές και διανοητικές αντιδράσεις στον χρήστη (The science of Addiction 2007, American Heart Association and Nicotine Addiction 2007).

Η νικοτίνη είναι εθιστική ουσία, δηλητηριώδες αλκαλικό χημικό συστατικό και μεταφέρεται από το καπνό στο ανθρώπινο σώμα μέσω του καπνίσματος (US Department of Health and Human Services 1990, Royal College of Physicians 2000).

Η καπνοβιομηχανία γνώριζε ότι η νικοτίνη ήταν εθιστική από τις αρχές της δεκαετίας του '60, όπως αποκαλύπτεται από την παρακάτω αναφορά μιας γενικής συνέλευσης της καπνοβιομηχανίας Brown & Williamson : *«επιπλέον η νικοτίνη είναι εθιστική. Είμαστε λοιπόν στην επιχείρηση της πώλησης νικοτίνης, ενός εθιστικού φαρμάκου...»* (Slade J et al., 1995).

Ο πιο συνηθισμένος τρόπος χρήσης της νικοτίνης είναι μέσω του καπνίσματος των τσιγάρων. Οι καπνιστές τσιγάρων έχουν τον απόλυτο έλεγχο της νικοτίνης που εισπνέουν.

Η ταχύτατη απορρόφηση της νικοτίνης (μια εισπνοή καπνού που φτάνει στους πνεύμονες χρειάζεται μόλις 10 δευτερόλεπτα για να φτάσει στον εγκέφαλο) και τα υψηλά επίπεδα της νικοτίνης στο αίμα, συμβάλλουν στην γρήγορη και δυνατή εξάρτηση (συμπεριφοριστική ενίσχυση) από το κάπνισμα.

Η ανοχή στις τοξικές επιδράσεις της νικοτίνης, όπως λ.χ. στη ναυτία, παρουσιάζεται γρήγορα και παραμένει. Οι ενισχυτικές επιδράσεις της νικοτίνης ανανεώνονται με κάθε τσιγάρο, επειδή η πτώση των επιπέδων νικοτίνης μεταξύ των τσιγάρων ενεργοποιεί τους υποδοχείς της νικοτίνης στον εγκέφαλο.

Συνοψίζοντας, το κάπνισμα είναι μια εξαιρετική επινόηση για την μεταφορά νικοτίνης στον ανθρώπινο οργανισμό. Το κάπνισμα, σε συνδυασμό με τις φαρμακοκινητικές ιδιότητες της νικοτίνης, προσφέρουν ένα δυναμικό σωματικό και ψυχολογικό εθισμό. Η συχνότητα που οι άνθρωποι καπνίζουν μόλις ξυπνήσουν, μαρτυρεί το πόσο εθισμένοι είναι. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 34% των καπνιστών καπνίζει το πρώτο του τσιγάρο 15 λεπτά μετά το ξύπνημα (Royal College of Physicians Tobacco Advisory Group, 2000).

Τόσο ο Π.Ο.Υ. όσο και ο American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, κατατάσσουν τη χρήση καπνού ως εθιστική και τονίζουν την εμφάνιση του στερητικού συνδρόμου ως χαρακτηριστικό γνώρισμα του εθισμού.

Το στερητικό σύνδρομο, το οποίο μπορεί να είναι μεγάλου βαθμού, είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες λόγω του οποίου κάθε καπνιστής εξακολουθεί να καπνίζει.

Τα συμπτώματα στέρησης μπορούν να περιλάβουν:

- Τλιγγο (μπορεί να διαρκέσει 1-2 μέρες στην αρχή)
- Κατάθλιψη
- Συναισθήματα απογοήτευσης
- Οξυθυμία
- Διαταραχές ύπνου, δύσκολη έλευση ύπνου, άσχημα όνειρα ή εφιάλτες
- Διαταραχές συγκέντρωσης
- Ανησυχία
- Πονοκέφαλο
- Αυξανόμενη όρεξη

Πηγή: (US Department of Health and Human Services 1988, Zwar N. et al. 2004).

Η έντονη επιθυμία για κάπνισμα, είναι ο σαφέστερος προάγγελος της υποτροπής στο κάπνισμα των πρώην καπνιστών.

Εξετάζοντας τα δεδομένα αναφορικά με τους χρήστες της νικοτίνης που παρακολούθησαν κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης και σταμάτησαν το κάπνισμα, αναφέρεται ότι το 75% από τους χρήστες θα ξαναρχίσει το κάπνισμα ένα χρόνο αργότερα (Royal College of Physicians Tobacco Advisory Group, 2000).

Η έκθεση της Αμερικανικής Γενικής Χειρουργικής το 1998, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι : *«οι φαρμακολογικοί μηχανισμοί και οι τρόποι συμπεριφοράς που χαρακτηρίζουν τον εθισμό του καπνού, παρομοιάζονται με εκείνους που καθορίζουν τον εθισμό στα ναρκωτικά, όπως η ηρωίνη και η κοκαΐνη»* (US Department of Health and Human Services, 1990). Η διαπίστωση αυτή επικυρώνεται από το Αγγλικό Κολλέγιο των Παθολόγων, σε σχετική έκθεση για την νικοτίνη (Royal College of Physicians Tobacco Advisory Group, 2000).

Συνοψίζοντας τις αναφορές, ότι το κάπνισμα προκαλεί περισσότερους θανάτους από τις προαναφερόμενες ναρκωτικές ουσίες και είναι επίσης το πιο διαδεδομένο ψυχοδιεγερτικό φάρμακο στον κόσμο μετά την καφεΐνη, αναφέρθηκε το εξής ρητό :

«η νικοτίνη είναι ένα κλασικό εθιστικό φάρμακο»  
(Royal College of Physicians Tobacco Advisory Group, 2000).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

### Ενεργητικό κάπνισμα

## 1. Ενεργητικό κάπνισμα - Εισαγωγή

*Tobacco surely was designed to poison and destroy mankind.*

*«Ο καπνός σχεδιάστηκε για να δηλητηριάσει και να καταστρέψει το ανθρώπινο είδος»*

Philip Freneau

Οι καπνοβιομηχανίες έχουν περιγράψει το κάπνισμα πολλές φορές ως «*μια αντρική συνήθεια που συνδέεται με την υγεία, την ευτυχία, την ευημερία, την δύναμη και την σεξουαλική επιτυχία*». Στην πραγματικότητα όμως το κάπνισμα, οδηγεί στην ασθένεια, στον πρόωρο θάνατο, στην σεξουαλική ανικανότητα και την υπογονιμότητα.

Ως κάπνισμα, ορίζεται η συνήθεια που συνίσταται στην εισαγωγή καπνού, τσιγάρου, πούρου ή πίπας από το στόμα στους πνεύμονες και στην εξαγωγή του με την εκπνοή. Ο καπνός που παράγεται από την καύση του τσιγάρου, περιέχει πάνω από 4800 χημικές ουσίες. Αρκετές από αυτές είναι τοξικές ενώ εβδομήντα εξ αυτών, αναφέρονται ως καρκινογόνες (WHO, 2001).

Το κάπνισμα είναι η μεγαλύτερη αιτία αποτρέψιμου θανάτου σε πολλά μέρη του κόσμου, τόσο στις αναπτυγμένες χώρες όσο και στις αναπτυσσόμενες, όπου τα ποσοστά των καπνιζόντων αυξάνονται. Είναι τόσο εθιστικό, όσο και επιβλαβές για τον άνθρωπο. Οι επιπτώσεις από την χρήση καπνού, στην υγεία ατόμων και πληθυσμών, είναι γνωστές σε όλο τον κόσμο. Αναμφισβήτητα η δεκαετία του 1960 θεωρήθηκε ως η δεκαετία στην οποία οι συνέπειες από την κατανάλωση καπνού άρχισαν να γίνονται αντιληπτές. Από πολλούς ερευνητές έχει επισημανθεί ότι ανεξάρτητα του είδους καπνού που χρησιμοποιούν οι καπνιστές, όλα τα είδη καπνού έχουν τις ίδιες μοιραίες συνέπειες στον άνθρωπο. Παρόλα αυτά όμως, σε παγκόσμια κλίμακα διαρκώς περισσότεροι άνθρωποι γίνονται καπνιστές, και καθένας από αυτούς καταναλώνει ένα μεγάλο αριθμό τσιγάρων ημερησίως. Ο συνολικός αριθμός καπνιστών αναμένεται το 2030 να αυξηθεί κατά 2 δισεκατομμύρια (Guindon GE. & Boisclair D., 2005). Το κάπνισμα άρχισε να διαδίδεται παγκοσμίως με αυξανόμενη πορεία από το 1881, όταν εφευρέθηκε η πρώτη μηχανή στριψίματος τσιγάρων από τον James Bonsack.

### **Παγκόσμια κατανάλωση τσιγάρων 1880-2002 (δισεκατομμύρια sticks)**

Χρονολογία	1880	1890	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2002
Τσιγάρα	10	20	50	100	300	600	1000	1686	2150	3112	4388	5419	5557	5604

(Mackay J. et al., 2006).

Έχει παρατηρηθεί από πολλές μελέτες ότι η επικράτηση του καπνίσματος είναι υψηλότερη, μεταξύ των ανδρών και των γυναικών που έχουν χαμηλότερη εκπαίδευση, χαμηλότερο εισόδημα και χαμηλότερη επαγγελματική κατηγορία (Peltonen M. et al.1998, Osler M. et al. 1998, Graham H. and Der G. 1999, Cavelaars A. et al. 2000, Faggiano F. et al. 2001, Fernandez E. et al. 2001, Mazaik W. et al. 2002, Galobardes B. et al. 2003).

Επιπλέον μικρές κοινωνικές ομάδες όπως οι ανύπαντρες μητέρες και οι άνεργοι, καπνίζουν συχνότερα και μεγαλύτερες ποσότητες τσιγάρων (Graham H. 1993, Pickett K.E. et al. 2002). Σχεδόν 1 δισεκατομμύριο άντρες παγκοσμίως καπνίζουν, περίπου το 35% στις αναπτυγμένες χώρες και 50% στις αναπτυσσόμενες (WHO, 2005).

Οι γυναίκες που καπνίζουν ακολουθούν τους άντρες καπνιστές με ανάλογους ρυθμούς, φθάνοντας τις 250 εκατομμύρια παγκοσμίως, που σε ποσοστό επί του συνόλου των γυναικών αντιστοιχεί στο 22% για τις αναπτυγμένες χώρες και στο 9% στις αναπτυσσόμενες (USA, 2005). Επίσης υψηλά ποσοστά καπνιζόντων παρουσιάζουν οι επαγγελματίες υγείας, με το ποσοστό να κυμαίνεται πάνω από 41% παγκοσμίως (Rowe K. & Macleod-Clark J. 2000, National Tobacco Information Online System 2006).

Όσον αφορά την σύγκριση μεταξύ αγοριών και κοριτσιών, οι διαφορές στα ποσοστά των καπνιστών δεν είναι τόσο σημαντικές όσο θα περίμενε κανείς. Τονίζεται μάλιστα ότι σε ποσοστό 70% παγκοσμίως δεν υπάρχει διαφορά στο είδος καπνού που χρησιμοποιείται και από τα δύο φύλλα. Σε παγκόσμια κλίμακα ωστόσο, σημειώνεται ραγδαία αύξηση στο ποσοστό των κοριτσιών που κάνουν χρήση καπνού (Warren C. et al., 2006).

Μάλιστα, σε κάποια μέρη της Ευρώπης και της Νότιας Αμερικής τα κορίτσια που καπνίζουν είναι περισσότερα από τα αγόρια. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση της κατανάλωσης καπνού για τα κορίτσια, είναι παρόμοιοι με εκείνους που συμβάλλουν στην αύξηση της κατανάλωσης καπνού στα αγόρια τέτοιοι παράγοντες είναι : η προώθηση του καπνού από τις βιομηχανίες, η εύκολη πρόσβαση στα προϊόντα καπνού, οι χαμηλές τιμές, οι συνομήλικοι, οι γονείς που καπνίζουν, και η αντίληψη της κοινωνικής ομάδας που εσφαλμένα προάγει το κάπνισμα (Arkatabartoori M. et al., 2005).

## **Σύμφωνα με εκτίμηση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Για Τη Σχέση Καπνίσματος Και Νεολαίας ισχύει ότι (Tobacco Control, 2002) :**

- Τα υψηλότερα ποσοστά νέων που καπνίζουν βρίσκονται στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, σε κάποια μέρη της Ινδίας και στα Δυτικά παράλια του Ειρηνικού Ωκεανού.
- Πρόσφατα στοιχεία για την κατανάλωση προϊόντων καπνού δείχνουν ότι το ποσοστό καπνιστών στις παραπάνω περιοχές κυμαίνεται από 62,8% έως 3,3% του πληθυσμού, ενώ στις περιοχές αυτές η προτίμηση των καπνιστών να λαμβάνουν τον καπνό από το στόμα να βρίσκεται σε ορισμένες περιοχές στο υψηλότερο σημείο.
- Τα ποσοστά στις περιοχές αυτές για τους καπνιστές τσιγάρων είναι από 39,6% έως 1%.
- Σχεδόν το 25% των σπουδαστών που καπνίζουν, ισχυρίζονται ότι δοκίμασαν το πρώτο τους τσιγάρο πριν την ηλικία των 10 ετών.
- Οι περισσότεροι ενεργοί καπνιστές θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα και έχουν προσπαθήσει τουλάχιστον μια φορά.
- Η επιρροή των διαφημίσεων είναι υψηλή (75% των σπουδαστών έχουν δει διαφημίσεις αναφορικά με το κάπνισμα πριν καπνίσουν).
- Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα είναι πάρα πολύ υψηλή σε όλες τις χώρες.
- Αναφέρεται ότι μόνο οι μισοί σπουδαστές έχουν ενημερωθεί για τους κινδύνους του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης έρευνας.
- Το ποσοστό κοριτσιών ισοδυναμεί με το ποσοστό των αγοριών που καπνίζουν στις περισσότερες περιοχές.

## **2. Νοσηρότητα και θνησιμότητα από το ενεργητικό κάπνισμα στην Ευρώπη**

Έχει γίνει ευρέως αποδεκτό ότι η κατανάλωση καπνού σε οποιαδήποτε μορφή έχει επιβλαβείς συνέπειες στον ανθρώπινο οργανισμό. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας, το κάπνισμα σκοτώνει περισσότερους ανθρώπους από ότι το AIDS, τα παράνομα ναρκωτικά, τα τροχαία ατυχήματα και τους φόνους (WHO, 2004).

Επίσης ο ίδιος οργανισμός, ανακοίνωσε πρόσφατα, ότι θεωρεί το κάπνισμα μεταδοτική ασθένεια και, με έκθεση του, προειδοποιεί ότι *“κάθε 10 δευτερόλεπτα το κάπνισμα προκαλεί και ένα θύμα”* (WHO, 2006).

Το κάπνισμα σκοτώνει περίπου 4 εκατομμύρια άντρες παγκοσμίως κατά έτος, ενώ ο αριθμός θανάτων από το κάπνισμα στην Ευρώπη ανέρχεται σε 650.000. Ένας στους επτά θανάτους σε όλη την Ευρώπη οφείλεται στο κάπνισμα και πάνω από 13 εκατομμύρια άτομα πάσχουν από μια σοβαρή, χρόνια πάθηση εξαιτίας του καπνίσματος (WHO, 2005). Κατά γενική ομολογία οι μορφωμένοι άντρες διακόπτουν πρώτοι το κάπνισμα, με αποτέλεσμα το κάπνισμα να γίνεται μια συνήθεια των χαμηλότερων τάξεων (WHO, 2005).

Το κάπνισμα βλάπτει σχεδόν κάθε όργανο του ανθρώπινου σώματος, προκαλώντας μια σειρά από σοβαρές ασθένειες 24 από τις οποίες οδηγούν σε μοιραίο τέλος (US Department of Health and Human Services 1989 & 2004, Donato F. et al. 1997, Howard G. et al. 1998, Peto R. et al. 2000). Το κάπνισμα, θεωρείται ως η σημαντικότερη αναπόφευκτη αιτία χρόνιων ασθενειών (Callum, 1998) και πρόωρου θανάτου στην Ευρώπη εδώ και πολλά χρόνια (Campbell, 1999).

Οι μακροχρόνιοι κίνδυνοι του καπνίσματος μετρήθηκαν σε μια μελέτη που αφορούσε Βρετανούς γιατρούς. Στην μελέτη αυτή, συγκρίθηκε ο χρόνος επιβίωσης μεταξύ αυτών που ήταν χρόνιοι καπνιστές με τον χρόνο επιβίωσης εκείνων που δεν είχαν καπνίσει ποτέ. Η μελέτη η οποία έγινε γνωστή το 2004, περιλάμβανε όσους γιατρούς γράφτηκαν στα μητρώα στρατολόγησης στη Μ. Βρετανία το έτος 1951. Περισσότεροι από 34.000 γιατροί που ήταν εγγεγραμμένοι παρακολούθηθηκαν για 50 χρόνια. Στην μελέτη καταγράφηκαν συνολικά 25.000 θάνατοι (Doll R. et al., 2004).

Στους θανάτους που αντιστοιχούσαν στη μέση ηλικία (δηλ. μεταξύ 35-69 ετών), το ποσοστό θανάτων κυμάνθηκε στο 24% για τους μη καπνιστές (περιλαμβάνοντας και εκείνους που δεν είχαν καπνίσει ούτε 1 τσιγάρο για διάστημα ενός έτους). Το ποσοστό των θανάτων για τους χρόνιους καπνιστές που ήταν γεννημένοι από 1900 έως 1909 ανήλθε στο 42%. Τα αντίστοιχα ποσοστά για εκείνους που ήταν γεννημένοι το 1920, ήταν 15% έναντι 43%.

Οι κίνδυνοι για τους βαρέως καπνιστές (δηλ. όσων καπνίζουν τουλάχιστον 25 τσιγάρα ημερησίως) ήταν πιο χαρακτηριστικοί ενώ το ποσοστό θνησιμότητας για εκείνους που ήταν γεννημένοι τις τρεις πρώτες δεκαετίες του 20<sup>ου</sup> αιώνα έφθανε στο 50% γεγονός που σημαίνει ότι πέθαναν στη μέση ηλικία.



Οι απόλυτες διαφορές στη πιθανότητα επιβίωσης των καπνιστών και των μη καπνιστών ήταν λιγότερο ακραίες στα γηρατεία, επειδή σχεδόν όλοι οι άνθρωποι πεθαίνουν στην ηλικία των 100 χρόνων.

Για τους άντρες που γεννήθηκαν γύρω στο 1870, μόνο το 10% των καπνιστών ηλικίας 70 ετών επέζησε έναντι 12% των μη καπνιστών που έφτασε τα 90 έτη. Για εκείνους που ήταν γεννημένοι περίπου το 1910 το 7% των καπνιστών επέζησε ως την ηλικία των 70 ετών, ενώ αντίστοιχα οι μη καπνιστές έφταναν το 33% σε ηλικία 90 ετών.

Σε μια άλλη μελέτη που έγινε στη Δανία σε 31.000 άτομα, βρέθηκαν παρόμοια ποσοστά επιβίωσης καπνιστών έναντι μη καπνιστών, καθώς επίσης μεταξύ γυναικών και ανδρών (Prescott E. et al. 1998). Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής έδειξαν ότι το προσδόκιμο επιβίωσης καπνιστών μειώνεται σημαντικά, όπως και ο μέσος όρος καλής υγείας (Bronnum-Hansen H., Juel K., 2001).

Άντρες οι οποίοι συνέχιζαν να καπνίζουν βαριά, είχαν ζήσει 8 χρόνια κακής υγείας σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν καπνίσει ποτέ. Οι γυναίκες που εξακολουθούσαν να καπνίζουν βαριά είχαν κατά μέσο όρο 12 χρόνια επιβαρυσμένης υγείας εκτός από την ίδια την απώλεια ζωής.

Επίσης, σύμφωνα με μελέτη που έγινε στην Ολλανδία διαπιστώθηκαν σχεδόν ίδια αποτελέσματα (Nusselder WJ. et al., 2000). Ανάλογη μελέτη έγινε στην Αμερική το 1982 (Garfinkel L., 1985). Η μελέτη αυτή αφορούσε 1.000.000 ενήλικες ηλικίας από 30 χρονών και άνω. Διαπιστώθηκε ότι, μεταξύ των αντρών που καπνίζουν μεθοδικά, το κάπνισμα ευθύνεται για τα δύο τρίτα όλων των θανάτων στη μέση ηλικία. Γενικά, υπάρχει μια ισχυρή σχέση μεταξύ καπνίσματος και ασθενειών για τις οποίες ευθύνεται το κάπνισμα, έτσι ώστε, το βαρύτερο (σε είδος) κάπνισμα αλλά και η διάρκεια καπνίσματος να συσχετίζονται με υψηλότερο κίνδυνο ασθενειών.

Ενώ η σύνθεση του εισπνεόμενου καπνού ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο καπνού που χρησιμοποιείται, με τον τύπο του τσιγάρου (πχ. αν αυτό διαθέτει φίλτρο ή όχι, αν περιέχει πρόσθετες ουσίες κλπ) και τον τρόπο καπνίσματος, οι γενικοί κίνδυνοι για τους καπνιστές δεν διαφέρουν πολύ. Ο Peto et al. (Peto R. et al., 2004), υπολόγισε την θνησιμότητα από το κάπνισμα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (τα αποτελέσματα της μελέτης δημοσιεύτηκαν το 1994) (Peto R. et al., 1994).

Αναφέρεται ότι στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης τα άτομα που πεθαίνουν στη μέση ηλικία εξαιτίας του καπνίσματος, χάνουν κατά μέσο όρο 22 χρόνια ζωής. Ακόμη και εκείνοι που πεθαίνουν από το κάπνισμα σε ηλικία 70 χρόνων ή και περισσότερο, χάνουν 8 χρόνια ζωής.

Συνολικά υπολογίζεται ότι όσοι πεθαίνουν εξαιτίας του καπνίσματος χάνουν 14 χρόνια ζωής σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Ένας στους τέσσερις (26%) θανάτους από καρκίνο στην Ευρωπαϊκή Ένωση προκαλείται από το κάπνισμα. Μόνο μεταξύ των δέκα νέων χωρών το ποσοστό αυτό προσεγγίζει το 30%.

Οι καρκίνοι, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και οι αναπνευστικές ασθένειες αποτελούν τις κυριότερες αιτίες θανάτου που προκαλούνται από το κάπνισμα και αντιπροσωπεύουν το 43, 28 και 18 % αντίστοιχα όλων των θανάτων λόγω του καπνίσματος. Αξίζει να αναφερθεί ότι το κάπνισμα προκαλεί σχεδόν τόσους θανάτους από καρδιαγγειακές παθήσεις όσο και από αναπνευστικές.

Ο ένας στους δέκα (10%) θανάτους στην Ευρωπαϊκή Ένωση που οφείλεται σε καρδιαγγειακές παθήσεις προκαλείται από το κάπνισμα. Μεταξύ των δέκα νέων κρατών μελών το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 14%. Ο αντίκτυπος του καπνίσματος στη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις είναι πολύ υψηλός στην Φιλανδία συγκρινόμενος με την Ν. Ευρώπη (Keil U. et al., 1998).

**Πίνακας 2.** Θάνατοι που οφείλονται στο κάπνισμα σε αναλογία των θανάτων στην Ευρώπη των 25 μελών. Δεδομένα του 2000.

<b>Θάνατοι που οφείλονται στο κάπνισμα/συνολικοί θάνατοι N (%)</b>			
<b>Αιτία</b>	<b>Άντρες</b>	<b>Γυναίκες</b>	<b>Σύνολο</b>
Καρκίνος πνεύμονα	156.000/171.000 (91)	34.000/53.000 (65)	190.000/224.000(85)
Όλοι οι καρκίνοι	239.000/626.000 (38)	46.000/493.000 (9)	285.000/1.119.000(25)
Μυοκαρδιοπάθειες	136.000/846.000 (16)	48.000/1.028.000 (5)	184.000/1.873.000 (10)
Αναπνευστικές	78.000/194.000 (40)	34.000/178.000 (19)	113.000/371.000 (30)
Όλες οι αιτίες	508.000/2.214.000 (23)	148.000/2.238.000 (7)	656.000/4.452.000 (15)

Παρονομαστής είναι ο αριθμός θανάτων ως αποτέλεσμα της αντίστοιχης ασθένειας, και ο αριθμητής είναι ο αριθμός των καπνιζόντων. Ο συνολικός αριθμός θανάτων αυξάνεται από 656.000 σε 668.000 με την προσθήκη της Νορβηγίας και της Ελβετίας (μοναδικών χωρών μελών του EFTA για τις οποίες είναι διαθέσιμα στοιχεία). Τα στοιχεία έχουν ληφθεί από τον (Petro et al., 2004).

Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία δημοσίευσε το 2006 ότι οι θάνατοι που προκύπτουν εξαιτίας του καπνίσματος φτάνουν τους 4.8 εκατομμύρια παγκοσμίως. Ο αριθμός θανάτων των αντρών ανέρχεται σε 3.8 δισεκατομμύρια, ενώ ο αριθμός θανάτων των γυναικών ανέρχεται σε 1 εκατομμύριο. Ιδιαίτερα επισημαίνεται ότι περισσότερο από 12% των ετήσιων θανάτων παγκοσμίως του αντρικού πληθυσμού απαντώνται στις αναπτυσσόμενες χώρες και όχι στις αναπτυγμένες χώρες όπως ίσως θα περίμενε κάποιος.

Σύμφωνα με στοιχεία της ίδιας εταιρείας τα ποσοστά των γυναικών που καπνίζουν αυξάνονται σημαντικά και στις αναπτυσσόμενες χώρες (Mackay J. et al., 2006).

### **3. Νοσηρότητα και θνησιμότητα από το ενεργητικό κάπνισμα στην Ελλάδα**

Η Ελλάδα είναι μία εκ των καπνοπαραγωγών χωρών της Νοτιοανατολικής Ευρώπης. Ένα μέρος της αγροτικής οικονομίας της στηρίζεται στην παραγωγή καπνού, ενώ αρκετές αγροτικές οικογένειες επιβιώνουν μόνο από αυτήν. Αν και δεν υπάρχουν επίσημες καταγραφές, η συνήθεια του καπνίσματος σήμερα εμφανίζεται να κατακτά διαρκώς έδαφος σε όλα τα κοινωνικά στρώματα. Σύμφωνα με διάφορες ερμηνείες εξάλλου, το κάπνισμα στην Ελλάδα συμβολίζει κατά κάποιο τρόπο την ελευθερία και την ευημερία.

Τα στοιχεία που αναφέρονται στον Ελλαδικό χώρο είναι εξίσου δραματικά με τα παγκόσμια στοιχεία. Η Ελλάδα έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά ενήλικων καπνιστών παγκοσμίως και το υψηλότερο ποσοστό στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα των 25 χωρών. Εκτιμάται ότι στην Ελλάδα περίπου το 40% του ενήλικου πληθυσμού καπνίζει, και ένας στους δύο εφήβους είναι καπνιστής (Δείκτες Υγείας ΟΟΣΑ, 2005).

Πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες έκαναν μια διαφορετική εκτίμηση δηλ. ανάλογα με την ομάδα ηλικίας και τον τόπο κατοικίας των συμμετεχόντων. Στις μεγαλουπόλεις, όπως στην Αθήνα βρέθηκαν ότι υπάρχουν υψηλά ποσοστά καπνιστών μεταξύ των ανδρών και των γυναικών (51% των ανδρών και 39% των γυναικών) από ότι στις αγροτικές περιοχές. Τα ποσοστά αυτά ξεπερνούν ακόμα και τα ποσοστά των καπνιστών στην Ισπανία όπου καταγράφονται κατά κανόνα ιδιαίτερα μεγάλα ποσοστά καπνιστών (Pitsavos C. et al. 2003, Loewenberg S. 2006).

Η διαφορά είναι αξιοσημείωτη μεταξύ των Ελληνίδων που καπνίζουν και ζουν στις πόλεις από ότι εκείνων που κατοικούν σε επαρχιακές περιοχές. Οι γυναίκες που έχουν υψηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση είναι πιθανότερο να καπνίζουν από εκείνες που έχουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο ή χαμηλότερο εισόδημα (Huisman M. et al., 2005). Επίσης οι γυναίκες στις επαρχιακές περιοχές καπνίζουν λιγότερο, ενδεχομένως λόγω των εθίμων και του πολιτισμού που καταστούν το γυναικείο κάπνισμα ως ταμπού.

Οι έφηβοι στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν ένα σοβαρό πρόβλημα αναφορικά με το κάπνισμα. Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες για τη χρήση καπνού των μαθητών στα γυμνάσια, διαπιστώθηκε ότι τα ποσοστά των καπνιστών κυμαίνονται από 10% έως 32% για εφήβους 15 ετών (Kokkevi A. et al. 2000, Linardakis M. et al. 2003) και σε άτομα ηλικίας από 16-19 ετών το ποσοστό αυτό αυξάνεται έως 50% (Labiris G. et al. 2005).

Σύμφωνα με δύο ακόμα έρευνες διαπιστώνονται περίπου τα ίδια ποσοστά για τους έφηβους καπνιστές. Σύμφωνα με τις έρευνες αυτές το ποσοστό καπνιστών κυμαίνεται από 30% ως 50% σε μαθητές ηλικίας από 15 έως 18 ετών (Kokkevi A. et al. 2000, Labiris G. et al. 2005).

Μια παρόμοια μελέτη που έγινε στην Κρήτη αναφέρει ότι τα αποτελέσματα για τους έφηβους καπνιστές είναι χαμηλότερα από εκείνα της Αθήνας και της Βόρειας Ελλάδας, αφού υπολογίστηκε ότι μόνο το 10% των εφήβων είναι καθημερινοί καπνιστές στην ηλικία των 15 ετών (Linardakis M. et al., 2003).

Ο επιπολασμός καπνίσματος κυμαίνεται μεταξύ 28% και 30% για τους σπουδαστές των ιατρικών σχολών (Mammas I. et al. 2003, Avlonitou I. et al., 2003) και μεταξύ 42 έως 44% για τους σπουδαστές των υπολοίπων σχολών (Steptoe A. et al., 2002). Ανησυχητικός παράγοντας σε όλα αυτά τα στοιχεία είναι οι παρόμοιες συνήθειες καπνίσματος που καταγράφονται μεταξύ των δύο φύλων.

**Πίνακας 3.** Μελέτες επιπολασμού στην Ελλάδα

Μελέτες αναφορικά με τον επιπολασμό του καπνίσματος στην Ελλάδα (2000-2005)								
Χρονολογία	Δείγμα	Τοποθεσία	Πληθυσμός	Ηλικιακές ομάδες	Άντρες	Γυναίκες	Γενικά	Συγγραφείς
συ2005	Ενήλικες	Ελλάδα	5489	25-59	57%	23%	40%	Huisman et al (4)
2005	Μαθητές Γυμνασίου	Αθήνα	909	16-19	-	-	50,2%	Labiris et al (7)
2005	Μαθητές Γυμνασίου	Βόρειες πόλεις	9276	15-18	32,6%	26,7%	30%	Sichletidis L et al (11)
2003	Σπουδαστές Ιατρικής	Κρήτη	865	20-24	33,2%	28,4%	-	Mammas et al (8)
2003	Σπουδαστές Ιατρικής	Αθήνα	430	-	-	-	28%	Avlonitou et al (9)
2003	Ενήλικες	Αθήνα	3042	18-89	51%	39%	-	Pitsavos et al (3)
2003	Ενήλικες	Κρήτη	1192	18+	55%	38%	-	
	Παιδιά	Κρήτη	634	15	-	-	10%	Linardakis et al(5)
2002	Σπουδαστές (όχι ιατρικών σχολών)	Ιωάννινα Αθήνα	794	17-30	44%	42,5%	-	Steptoe et al (10)
	Παιδιά	Ιωάννινα Αθήνα		13-14	-	-	16,2%	
2000	Μαθητές Γυμνασίου	Αθήνα Θεσσαλονίκη	8557	15-16	-	-	32,1%	Kokkevi et al (6)
		Αθήνα Θεσσαλονίκη		17-18	-	-	40,1%	

**Πίνακας 4.** Θάνατοι αποδιδόμενοι στο κάπνισμα για την περίοδο 1950-2000.

Έτος	Άντρες				Γυναίκες			
	0-34	35-69	70+	Όλοι	0-34	35-69	70+	Όλοι
1950	-	-	-	-	-	-	-	-
1955	-/6.7	2.0/9.6 (21%)	0.7/11 (6%)	2.7/28	-/5.8	0.5/7.8 (6%)	0.0/13	0.5/27
1960	-/6.0	2.4/11 (23%)	1.0/14 (7%)	3.4/31	-/4.8	0.3/7.7 (4%)	0.0/17	0.4/30
1965	-/5.1	3.1/13 (24%)	1.6/17 (10%)	4.7/34	-/3.8	0.5/9.1 (5%)	0.1/20 (0.3%)	0.5/33
1970	-/4.3	3.5/14 (24%)	2.6/20 (13%)	6.1/38	-/3.0	0.5/9.5 (5%)	0.2/23 (0.9%)	0.7/36
1975	-/3.8	4.2/15 (29%)	3.9/23 (17%)	8.1/41	-/2.5	0.6/9.4 (6%)	0.7/27 (3%)	1.2/39
1980	-/3.3	4.5/15 (30%)	4.4/27 (16%)	8.8/45	-/2.0	0.3/9.2 (3%)	0.5/31 (2%)	0.8/42
1985	-/2.9	4.8/15 (32%)	5.5/31 (18%)	10/48	-/1.5	0.5/8.8 (5%)	0.7/34 (2%)	1.2/44
1990	-/2.3	5.1/16 (33%)	5.4/32 (17%)	11/49	-/1.3	0.4/8.2 (5%)	1.0/35 (3%)	1.4/45
1995	-/2.4	5.6/17 (33%)	5.8/33 (17%)	11/53	-/0.1	0.4/8.6 (5%)	1.0/38 (3%)	1.4/47
2000	-/2.2	5.5/17 (33%)	6.6/37 (18%)	12/55	-/0.9	0.4/7.9 (5%)	1.3/41 (3%)	1.7/50

Σε μελέτη που έγινε το 1989-1990 σε δείγμα 2032 μαθητών Λυκείων της Αθήνας, της Πάτρας και των Ιωαννίνων βρέθηκε ότι κάπνιζαν το 33,5% των αγοριών και 26% των κοριτσιών (Μαρτσέλος Μ. και συν., 1993).

Σε διαχρονική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε πανελλαδικό επίπεδο (σε εφήβους) βρέθηκε ότι η συχνότητα καπνίσματος κυμαινόταν στο 22% το 1984 και στο 20,8% το 1998 (Kokkevi A. et al., 2000).

Από την πιο πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Β. Ελλάδα σε έξι μεγάλες πόλεις σε σύνολο 9.276 μαθητών Λυκείων (4.525 αγόρια και 4.751 κορίτσια), διαπιστώθηκε ότι το 32,6% των αγοριών και 26,7% των κοριτσιών καπνίζουν. Ένα μεγάλο ποσοστό της τάξης του 43,3% αρχίζουν το κάπνισμα πριν από την ηλικία των 14 ετών. Η μέση ηλικία έναρξης του καπνίσματος για τα αγόρια είναι 14,4 έτη και για τα κορίτσια 14,9 έτη (Συγλετίδης Α. και συν., 2005).

#### **4. Επιπτώσεις Ενεργητικού καπνίσματος**

*«Είναι γνωστό εδώ και πολλές δεκαετίες ότι το κάπνισμα κάνει κακό στην υγεία σας. Οι τοξίνες από τον καπνό του τσιγάρου πηγαίνουν παντού όπου κυλάει το αίμα».*

*Richard H Carmona, US Surgeon General 2004*

Έχει αναφερθεί ήδη στα προηγούμενα κεφάλαια ότι όλες οι μορφές καπνού είναι εξίσου εθιστικές και θανατηφόρες για τον άνθρωπο. Τα συμπεράσματα διαφόρων μελετών επιβεβαιώνουν ότι οι καπνιστές έρχονται αντιμέτωποι με πολλαπλούς κινδύνους, όπως διάφορες μορφές καρκίνων (ειδικά καρκίνος πνεύμονα), καρδιαγγειακές παθήσεις και πολλές άλλες ασθένειες που είτε θα αποβούν μοιραίες είτε όχι.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι, τόσο οι άντρες που καπνίζουν όσο και οι γυναίκες κινδυνεύουν να παρουσιάσουν ασθένειες που θα οδηγήσουν στον θάνατο, αν και οι γυναίκες έρχονται αντιμέτωπες με περισσότερους κινδύνους όπως βλέπουμε και στον πίνακα.

Σύμφωνα με έρευνες το κάπνισμα ευθύνεται για το 90% όλων των μορφών καρκίνων του πνεύμονα, το 75% της χρόνιας βρογχίτιδας και του εμφυσήματος και το 25% της ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας (Mackay J. et al., 2006).

#### 4.1. Δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία εξαιτίας του καπνίσματος

Συστήματα ή όργανα	Ασθένειες	Συστήματα ή όργανα	Ασθένειες
Πνεύμονες	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Καρκίνος πνεύμονα</li> <li>• Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)</li> <li>• Επιδείνωση αισθήματος του άσθματος</li> <li>• Αύξηση κινδύνου εμφάνισης πολλαπλών αναπνευστικών μολύνσεων.</li> </ul>	Οστά	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εκφυλισμός μεσοσπονδύλιων δίσκων</li> <li>• Οστεοπόρωση</li> <li>• Οστεοαρθρίτιδα</li> <li>• Λιγότερη επιτυχημένη μετεγχειρητική περίοδο</li> <li>• Αργοπορημένη αποθεραπεία καταγμάτων</li> <li>• Μυοσκελετικές κακώσεις</li> </ul>
Καρδιά	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Στεφανιαία ασθένεια</li> <li>• Στηθάγχη</li> <li>• Έμφραγμα μυοκαρδίου</li> <li>• Αύξηση κινδύνου επανεμφάνισης εμφράγματος μυοκαρδίου</li> <li>• Αρρυθμίες</li> <li>• Αορτικό ανεύρυσμα</li> <li>• Μυοκαρδιοπάθειες</li> </ul>	Αναπαραγωγικό	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανικανότητα</li> <li>• Μειωμένη σπερματική κινητικότητα και πυκνότητα</li> <li>• Αποβολή εμβρύου</li> <li>• Γρήγορη εμμηνόπαυση</li> </ul>
Αγγεία αίματος	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Περιφερειακές αγγειακές παθήσεις</li> <li>• Θρομβοαγγειίτιδες αιμοπεταλίων</li> </ul>	Στα έμβρυα	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Καθυστερημένη ανάπτυξη εμβρύου</li> <li>• Πρόωρη γέννηση</li> <li>• Γέννηση νεκρού εμβρύου</li> <li>• Μετάδοση του HIV στο έμβryo</li> <li>• Γεννητικές ανωμαλίες</li> <li>• Νοητικές βλάβες</li> <li>• Σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου</li> </ul>
Δέρμα	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ρυτίδες</li> <li>• Ψωρίαση</li> <li>• Πρόωρη γήρανση επιδερμίδας</li> </ul>	Εγκέφαλο	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αιφνίδια ισχαιμική προσβολή</li> <li>• Επιδείνωση πολλαπλών σκληρώσεων</li> </ul>
Καρκίνος	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Καρκίνος πνεύμονα</li> <li>• Καρκίνος οισοφάγου</li> <li>• Καρκίνος λάρυγγα</li> <li>• Καρκίνος στοματικής κοιλότητας</li> <li>• Λευχαιμία</li> <li>• Καρκίνος νεφρών</li> <li>• Καρκίνος στομάχου</li> <li>• Καρκίνος παγκρέατος</li> <li>• Καρκίνος αιδοίου</li> </ul>	Πρόσθετα	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Καταρράκτη</li> <li>• Δερματικές αλλοιώσεις</li> <li>• Ροχαλητό</li> <li>• Περιοδοντικές ασθένειες</li> <li>• Στομαχικά και δωδεκαδακτυλικά έλκη</li> <li>• Σύνδρομο του Chron</li> <li>• Πτώση ανοσοποιητικού συστήματος</li> </ul>



## 4.2. Καρκίνοι

Η έκθεση της IARC το 2004 δείχνει ότι τα στοιχεία είναι επαρκή για να αναδείξουν την σχέση μεταξύ καπνίσματος και 16 διαφορετικών καρκίνων. Στη δημοσίευση τονίζεται ο διπλασιασμός του αριθμού των καρκίνων τα τελευταία 18 χρόνια που προκαλούνται από το κάπνισμα. Επίσης υπογραμμίζεται ότι ακόμα και μετά από 54 χρόνια αφότου αναγνωρίστηκαν οι πρώτες συνδέσεις μεταξύ καπνίσματος και καρκίνου του πνεύμονα, οι περισσότερες ασθένειες προκαλούνται από το κάπνισμα (WHO, 2004).

Σύμφωνα με έρευνα που έγινε σε Βρετανούς γιατρούς, βρέθηκε ότι όσοι καπνίζουν διατρέχουν δύο φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να πεθάνουν από κάποια μορφή καρκίνου σε σχέση με μη καπνιστές (Doll R. et al., 2004). Ενώ το κάπνισμα ευθύνεται για την εμφάνιση πολλαπλών μορφών καρκίνου, η μορφή καρκίνου που συνδέεται συχνότερα με το κάπνισμα είναι ο καρκίνος του πνεύμονα.

Πριν από τον Πρώτο Παγκόσμιο πόλεμο ο καρκίνος του πνεύμονα θεωρείτο μια τόσο σπάνια νόσος, ώστε οι περισσότεροι γιατροί πίστευαν ότι δεν επρόκειτο να ασχοληθούν με αυτήν στη διάρκεια της σταδιοδρομίας τους (Witschi 2001, Adler I. 2005).

Ο καρκίνος του πνεύμονα, ασθένεια η οποία πριν από 50 χρόνια ήταν σχεδόν άγνωστη, μετά τη μεταπολεμική περίοδο όπου αυξήθηκε η δημοτικότητα του καπνίσματος, έγινε επιδημία. Ο καρκίνος του πνεύμονα ευθύνεται για το ένα τρίτο όλων των θανάτων από καρκίνο και στα δύο φύλλα. Ενώ μέχρι τη δεκαετία του '80 θεωρούνταν ασθένεια του αντρικού πληθυσμού, στη συνέχεια ξεπέρασε ακόμα και τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες και έγινε η κυριότερη αιτία θανάτου και για εκείνες.

Αξίζει να σημειωθεί ότι πάνω από 85% των ανθρώπων οι οποίοι πεθαίνουν από καρκίνο του πνεύμονα θα μπορούσαν να αποφύγουν την ασθένεια εάν δεν κάπνιζαν (Spitzer Joel, 2003). Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η κυριότερη αιτία θανάτου που προκαλούνται από καρκίνο μεταξύ του αντρικού πληθυσμού.

Το 2000 στην Δανία και στο Ηνωμένο Βασίλειο, τα περιστατικά καρκίνου του πνεύμονα ήταν περισσότερα από τα περιστατικά καρκίνου του μαστού με αποτέλεσμα ο καρκίνος του πνεύμονα να αποδειχθεί ο πλέον μοιραίος τύπος καρκίνου για τις γυναίκες (Peto R. et al., 2004).

Σε αυτές τις χώρες επίσης η επιδημία του καπνίσματος εξαπλώθηκε μεταξύ του γυναικείου πληθυσμού, όπως εξάλλου συμβαίνει και στην Αμερική όπου ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η κυριότερη αιτία θανάτου από καρκίνο μεταξύ των γυναικών (Patel JD. et al., 2004).

Για τους βαρέως καπνιστές ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου τριπλασιάζεται συγκριτικά με τους μη καπνιστές. Στην Ευρώπη η πιο κοινή αιτία θανάτου μεταξύ και των δύο φύλων είναι ο καρκίνος του πνεύμονα. Το κάπνισμα είναι η σημαντικότερη αιτία ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονα σε πληθυσμούς με συνεχή χρήση τσιγάρων, όπου το ποσοστό των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα που αποδίδεται στο κάπνισμα έχει αγγίξει το 90%. Τονίζεται δηλαδή, ότι η διάρκεια του καπνίσματος είναι καθοριστικός παράγοντας για την ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα (Glynn TJ. et al. 1993, WHO 2004).

Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τις έρευνες που πραγματοποιήθηκαν αναφορικά με το κάπνισμα και τη σύνδεση του με την εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα έχουν όλες τον ίδιο παρανομαστή : **το κάπνισμα είναι η κυριότερη αιτία εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα** (Witschi 2001, US Department of Health and Human Services 2004, Adler I. 2005).



Εικόνα 1. κανονικός πνεύμονας κατοίκων των πόλεων



Εικόνα 2. πνεύμονας καπνιστών με καρκίνο

Στην εικόνα 2 εμφανίζεται χαρακτηριστικά στο άνω δεξιό τμήμα του πνεύμονα μια λευκή περιοχή, που προσδιορίζει την παρουσία καρκίνου. Η μαυρισμένη περιοχή προσδιορίζει την παρουσία πίσσας από τη χρήση καπνού, που όλοι οι καπνιστές εμφανίζουν τους πνεύμονες τους. Σε κάθε καπνιστή από το εισπνεόμενο ποσοστό πίσσας, το 90% επικάθεται στους πνεύμονες ενώ εκπνέεται μόνο το 10%.

Η χρήση καπνού εκτός από την πρόκλησης καρκίνου πνευμόνων στον ανθρώπινο οργανισμό, προκαλεί καρκίνο και σε άλλα συστήματα ή όργανα του οργανισμού. Σύμφωνα με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί αναφορικά με την εμφάνιση καρκίνου εξαιτίας του καπνίσματος βρέθηκε ότι προκαλούνται και άλλοι καρκίνοι όπως πχ. : καρκίνος στοματικής κοιλότητας, φάρυγγα, λάρυγγα, οισοφάγου (καρκίνωμα κυττάρων), οισοφάγου (αδενοκαρκίνωμα), αυχενικής μοίρας, παγκρέατος, ήπατος, ουροδόχου κύστης, νεφρικής λεκάνης, νεφρών, επινεφριδίων, στομάχου, λεπτού εντέρου, τραχήλου της μήτρας, μυελού των οστών (μυελώδη λευχαιμία), ρινικές κοιλότητες, ρινικοί κόλποι (Doll R. 1999, Talamini G. et al.1999, Witschi 2001, Kuper H. et al. 2002, US Department of Health and Human Services 2004, WHO 2004, IARC 2004, Adler I. 2005, Lipworth L. et al. 2006).

#### **4.3. Ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος**

Το κάπνισμα είναι η σημαντικότερη αιτία του εμφυσήματος και της χρόνιας βρογχίτιδας, γνωστή και ως Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π.). Οι πιθανότητες να προκληθεί θάνατος όσων πάσχουν από Χ.Α.Π. και συγχρόνως είναι καπνιστές είναι 14 φορές υψηλότερη από ότι στους μη καπνιστές. Φυσικά για τους βαρέως καπνιστές οι πιθανότητες θνησιμότητας από Χ.Α.Π. είναι 24 φορές περισσότερες από ότι για τους μη καπνιστές. Άλλες έρευνες αναφέρουν ότι, οι γυναίκες που πάσχουν από Χ.Α.Π. και συγχρόνως είναι καπνίστριες, μπορεί να παρουσιάσουν περισσότερα κλινικά συμπτώματα από τους άντρες, ακόμα και αν έχουν καπνίσει τον ίδιο αριθμό τσιγάρων ή και τα ίδια χρόνια (Glynn TJ. et al. 1993, Prescott E. et al. 1997, European Respiratory Society 2003, IARC 2004). Επίσης το κάπνισμα ευθύνεται για το 90% όλων των περιπτώσεων εμφυσήματος (Doll R. et al. 2004, IARC 2004).



Εικόνα 3. διογκωμένος πνεύμονας ενός ατόμου που ζει στην πόλη



Εικόνα 4. πνεύμονας ενός χρόνιου καπνιστή

Στην εικόνα 3 βλέπουμε έναν φυσιολογικό πνεύμονα ενός ατόμου που ζει στην πόλη. Εύκολα παρατηρείται ο άνθρακας που έχει επικαθήσει σε όλη την επιφάνεια του πνεύμονα ως αποτέλεσμα της περιβαλλοντικής ρύπανσης που εκτίθεται το άτομο. Αντιπαραβάλλοντας όμως την εικόνα 3 με την εικόνα 4, είναι ορατή η διαφορά του πνεύμονα ενός καπνιστή με εμφύσημα. Δεν διαπιστώνει κανείς μόνο το ζήτημα του αποχρωματισμού, αλλά διαπιστώνει ότι ο πνεύμονας έχει κυριολεκτικά σκιστεί, καθιστώντας την αναπνοή εξαιρετικά δύσκολη και πολλές φορές ακόμη και αδύνατη.

Κάποιες μελέτες, υποστηρίζουν ότι το κάπνισμα συνδέεται άμεσα με την εμφάνιση διάφορων οξέων αναπνευστικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένης της πνευμονίας και του άσθματος (Nuorti JP. et al. 2000, Kathiann M. Kowalski 2002, Health Consequences of Smoking 2004).

Επίσης το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο γνωστών μολυσματικών ασθενειών, όπως της φυματίωσης, της γρίπης και του κοινού κρυολογήματος.

Τονίζεται μάλιστα ότι το κάπνισμα, επιδεινώνει ακόμη και τα ακίνδυνα αναπνευστικά συμπτώματα όπως είναι ο βήχας, τα φλέματα και η δύσπνοια. Οι πιθανότητες προσβολής από οποιαδήποτε αναπνευστική ασθένεια, είναι τρεις φορές μεγαλύτερες για τους καπνιστές συγκριτικά με τους μη καπνιστές και σχεδόν πέντε φορές μεγαλύτερες για τους βαρέως καπνιστές (Doll R. et al., 2004). Παρόλα αυτά, το ποσοστό θανάτων από τις ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα, λόγω ποικίλων παραγόντων.

Αναφέρεται ότι τα παιδιά και οι έφηβοι που καπνίζουν, προκαλούν σοβαρές βλάβες στους πνεύμονες τους. Σημειώνεται επίσης ότι εμφανίζεται υπανάπτυξη της ανατομίας των πνευμόνων, πρόωρη πτώση της πνευμονικής λειτουργίας, πολλαπλά αναπνευστικά συμπτώματα όπως βήχας, φλέματα, δύσπνοια και άσθμα (US Department of Health and Human Services, 2004).

#### **4.4.Καρδιαγγειακές παθήσεις**

Έχει βρεθεί ότι το κάπνισμα αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων, όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου, την καρδιακή προσβολή και συντελεί στην ανάπτυξη του κοιλιακού αορτικού ανeurύσματος (Fiore C. et al. 2000, Kathiann M., Kowalski. 2002, US Department of Health and Human Services 2004, IARC 2004).

Εξαιτίας των διάφορων συστατικών που περιέχονται στον καπνό, προκαλείται στένωση των αρτηριών, παρεμπόδιση της κυκλοφορίας του αίματος και ως επακόλουθο της δυσλειτουργίας του κυκλοφορικού συστήματος προκαλείται το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε από μια διεθνή ομάδα ερευνητών, οι άνθρωποι κάτω των 40 ετών έχουν 5 φορές περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από έμφραγμα του μυοκαρδίου εάν είναι καπνιστές ( BBC, 2005).

Ο κίνδυνος θνησιμότητας από οποιαδήποτε καρδιαγγειακή πάθηση για τους καπνιστές είναι 1,6 φορές μεγαλύτερος από ότι για τους μη καπνιστές, ενώ ο κίνδυνος θνησιμότητας για τους βαρέως καπνιστές ανέρχεται σε 1,9 φορές σε σχέση με τους μη καπνιστές (Doll R. et al., 2004).

Ο σχετικός κίνδυνος προσβολής των καπνιστών από τις καρδιαγγειακές παθήσεις είναι χαμηλός συγκρινόμενος με τον κίνδυνο προσβολής από τον καρκίνο του πνεύμονα και την Χ.Α.Π. Σε αντίθεση με τον καρκίνο του πνεύμονα και την Χ.Α.Π. οι καρδιαγγειακές παθήσεις έχουν πολλές αιτίες. Το κάπνισμα, σε αυτή την περίπτωση ενεργεί συμπληρωματικά προς τους άλλους παράγοντες κινδύνου.

Μερικοί παράγοντες που αυξάνουν τους κίνδυνους πρόκλησης των καρδιαγγειακών παθήσεων είναι π.χ. οι διατροφικές συνήθειες, η έλλειψη σωματικής άσκησης, η κατανάλωση οινοπνεύματος κλπ.

Από την ηλικία των 60 ετών και πάνω, ο σχετικός κίνδυνος προσβολής από έμφραγμα του μυοκαρδίου διπλασιάζεται. Αντίθετα, για όσους είναι κάτω από 50 ετών και συγχρόνως καπνιστές, αυξάνεται 5 φορές ο κίνδυνος προσβολής από έμφραγμα του μυοκαρδίου από ότι για τους μη καπνιστές (Edwards R., 2004).

Επίσης αναφέρεται ότι οι γυναίκες που καπνίζουν και συγχρόνως λαμβάνουν αντισυλληπτικό χάπι, αυξάνουν τις πιθανότητες ανάπτυξης καρδιακών θρόμβων (WHO, 1996).

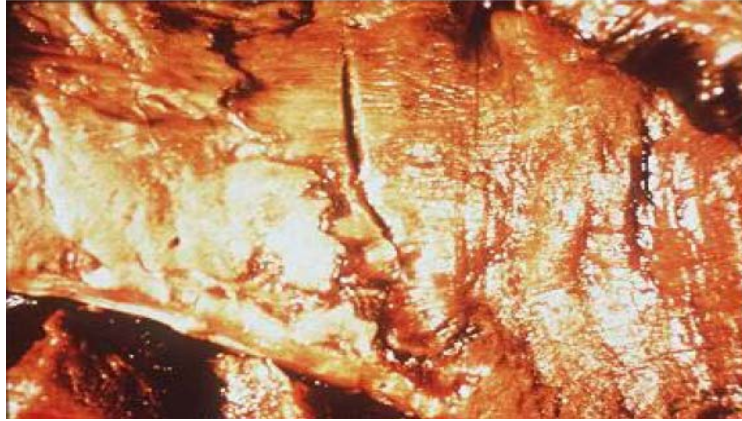


Εικόνα 5. Κλειστή αρτηρία



Εικόνα 6. Το αίμα έχει πήξει

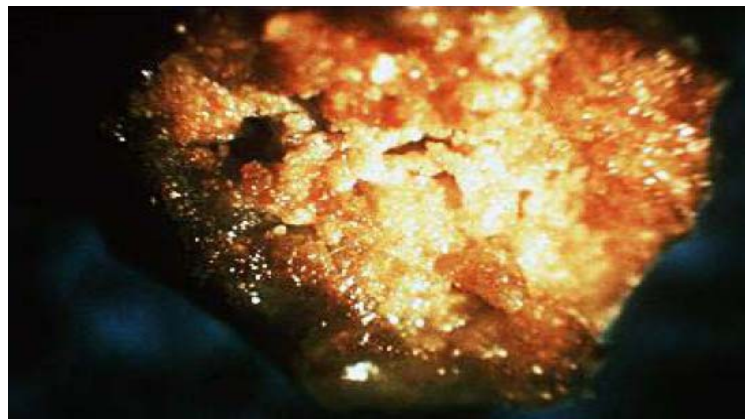
Στην εικόνα 6 βλέπουμε να έχει πήξει το αίμα, με αποτέλεσμα να έχει διακοπεί η ροή του αίματος στο τμήμα της καρδιάς που τροφοδοτούσε αίμα η συγκεκριμένη αρτηρία. Ως εκ τούτου ένα συγκεκριμένο τμήμα καρδιακών μυών δεν θα οξυγονωθεί και άρα θα νεκρωθεί σε σύντομο χρόνο.



Εικόνα 7. Έμφραγμα μυοκαρδίου



Εικόνα 8. Φυσιολογική αρτηρία



Εικόνα 9. Θρόμβος

Είναι εμφανές ότι το αίμα δεν μπορεί να προωθηθεί προς την καρδιά ως αποτέλεσμα το άτομο να υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Πολλές έρευνες αναφέρουν ότι ο κίνδυνος προσβολής από έμφραγμα του μυοκαρδίου αυξάνει εντυπωσιακά σε μεγάλες ηλικίες. Αντίθετα ο σχετικός κίνδυνος από το κάπνισμα μειώνεται με την ηλικία. Οι λόγοι για αυτόν τον μηχανισμό δεν έχουν γίνει κατανοητοί, αλλά ίσως μπορούν να σχετιστούν με το πρόωρο ξεκίνημα της ασθένειας σε άτομα που είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα σε κάποια από τα δυσμενή αποτελέσματα του καπνίσματος.

#### **4.5. Αναπαραγωγικές ασθένειες**

Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελεί σημαντική αιτία κακής υγείας τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου (British Medical Association, 2004). Το κάπνισμα προκαλεί το “cot death” ή το σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου βρεφών (SIDS) και είναι κοινή αιτία θανάτου των βρεφών και νηπίων δηλ. μεταξύ ενός μηνός και ενός έτους (Anderson HR., Cook DG. 1997, Mitchell EA. et al. 1991, Health Consequences of Smoking 2004).

Η αιτία γέννησης βρεφών χαμηλού βάρους είναι τόσο το κάπνισμα της μητέρας κατά της διάρκεια της κυοφορίας (Misra DP., Nguyen RH. 1999) όσο και η διάρκεια έκθεσης της μητέρας σε καπνό κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, που αυξάνει τον κίνδυνο να γεννηθεί ένα μωρό με χαμηλό βάρος (Hruba D., Kachlik P. 2000, US Department of Health and Human Services 2004).

Έχει βρεθεί ότι, τα βρέφη που γεννήθηκαν από γυναίκες που κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ζύγιζαν κατά 200 γρ. λιγότερο από εκείνα που ήταν γεννημένα από γυναίκες που δεν κάπνιζαν (WHO 2004, US Department of Health and Human Services 2004 ).

Μια άλλη αρνητική συνέπεια του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι η αύξηση του κινδύνου της αποβολής, του πρόωρου τοκετού και της πρόωρης ρήξης της μεμβράνης του πλακούντα (US Department of Health and Human Services, 2004).

Επιπλέον έχει παρατηρηθεί ότι το κάπνισμα της εγκυμονούσας μητέρας ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό με τη μείωση της πνευμονικής λειτουργίας του εμβρύου (US Department of Health and Human Services, 2004).

Επιπροσθέτως, κάποιες μελέτες αναφέρουν ότι το κάπνισμα είναι η αιτία για την υπογονιμότητα των γυναικών (US Department of Health and Human Services 2004, British Medical Association 2004) και την εμφάνιση στυτικής δυσλειτουργίας στους άντρες (Peate I. 2005, Korenman SG. 2004).



Προκύπτει ότι το ποσοστό ανικανότητας είναι 85% στους άντρες που καπνίζουν έναντι των μη καπνιστών (The Tobacco Reference Guide, 2006). Είναι βέβαια ένας ολόκληρος μηχανισμός αφού το κάπνισμα προάγει την αθηροσκλήρωση με αποτέλεσμα να προκύπτει και η ανικανότητα (Kendirci M. et al., 2005).

#### **4.6. Άλλες ασθένειες και δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία**

Το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για πολλές ασθένειες όπως προαναφέρθηκε. Μεταξύ αυτών συμπεριλαμβάνονται : η χρόνια ρινίτιδα (Kennedy DW., 2004), η πολλαπλή σκλήρυνση κατά πλάκας (Riise T. et al., 2003), η βρογχοκήλη (Brix TH, Hegedus L., 2000), η ρευματοειδής αρθρίτιδα (Uhlrig T., 1999).

Το κάπνισμα επηρεάζει τα αιμοφόρα αγγεία του δέρματος, μεταβάλλοντας έτσι το χρώμα και την υφή του δέρματος. Οι ρυτίδες γύρω από τα μάτια και το στόμα σχηματίζονται σε μικρότερη ηλικία. Επίσης χρωματίζονται οι άκρες των δακτύλων (Ernster VL. et al. 1995, Watt R., Robinson M. 1999).

Επιπλέον έχει τονιστεί ο κίνδυνος πρόκλησης πρόωρου θανάτου, σε περίπτωση που κάποιος είναι καπνιστής και συγχρόνως πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη (Suarez L. et al. 1984, Wannamethee SG. et al. 2001, Will JC. et al. 2001). Βέβαια τα ερευνητικά στοιχεία, ότι δηλ. το κάπνισμα λειτουργεί ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου ανάπτυξης διαβήτη είναι ακόμα σε αρχικό στάδιο (Haire-Joshu D. et al., 1999).

Η συμμετοχή του καπνίσματος είναι μικρή στην εμφάνιση άλλων ασθενειών, συμπεριλαμβανομένης της ασθένειας του Πάρκινσον, της ελκώδης κολίτιδας, του αφθώδους έλκους, της αλλεργικής αντίδρασης των πνευμονικών κυψελίδων, του καρκίνου της μήτρας, της ναυτίας και του εμετού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της προεκλαμψίας (European Commission, 2004).

Επίσης οι καπνιστές φαίνεται ότι εμφανίζουν πιο συχνά τερηδόνα, υπερώρα των καπνιστών (νικοτινική στοματίτιδα), πρόωρη απώλεια δοντιών, περιοδοντική νόσο, ιγμορίτιδα άνω γνάθου, αλλαγή στην δυνατότητα γεύσης (κυρίως δυσκολεύονται να αντιληφθούν τις πικρές γεύσεις και σε μικρότερο ποσοστό τις αλμυρές, τις γλυκές και τις όξινες γεύσεις). Ένα άλλο χαρακτηριστικό των καπνιστών είναι η δυσσομία του στόματος και ο χρωματισμός των δοντιών (καφετής /μαύρος εξωγενής λεκές) από το κάπνισμα στην επιφάνεια των δοντιών (Bouquot & Kathy Schroeder 1992, Johnson N. 1997).

Ο επιπολασμός του καπνίσματος είναι σημαντικά υψηλότερος μεταξύ των ανθρώπων με νοητικά προβλήματα υγείας από ότι μεταξύ του γενικού πληθυσμού.

Ο επιπολασμός είναι υψηλότερος μεταξύ των ανθρώπων με ψυχωτικές διαταραχές, και οι μελέτες δείχνουν ότι τα ποσοστά καπνίσματος φτάνουν το 80% μεταξύ των ανθρώπων που πάσχουν από σχιζοφρένεια (McNeill A., 2001). Πάνω από το 70% των ανθρώπων με ψυχωτικές διαταραχές που ζουν σε ιδρύματα καπνίζουν, με το 52% εξ αυτών να κατατάσσονται στους βαρέως καπνιστές (Meltzer H. et al., 1995).

Έρευνα που έγινε σε εθνικό επίπεδο για τις ψυχιατρικές ασθένειες και συμπεριελάμβανε πάνω από 8.000 άτομα, διαπίστωσε ότι άνθρωποι με νευρωτικές διαταραχές όπως τα καταθλιπτικά επεισόδια, τις φοβίες ή τις ψυχαναγκαστικές διαταραχές είχαν 2 φορές περισσότερες πιθανότητες να καπνίσουν σε σύγκριση με εκείνους που δεν αντιμετώπιζαν νευρωτικές διαταραχές. Όσοι έπασχαν από περισσότερες νευρωτικές διαταραχές ανήκαν στους βαρέως καπνιστές (Health Development Agency, 2004).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

### **Παθητικό κάπνισμα**

## **1. Παθητικό κάπνισμα-Εισαγωγή**

Το παθητικό κάπνισμα ορίζεται ως η εισπνοή καπνού τσιγάρων, πίπας ή πούρων που παράγεται από άλλο άτομο (Thaqi A. et al. 2005, U.S. Department of Health Surgeon 2006).

Το κάπνισμα δημιουργείται από τρεις διαφορετικούς τύπους καπνού τσιγάρου:

1. Καπνός κεντρικού ρεύματος (mainstream smoke) : Είναι ο καπνός που εισπνέετε άμεσα από τον καπνιστή μέσω του τσιγάρου που καίγεται.
2. Καπνός κεντρικού εκπνεόμενου ρεύματος (exhaled mainstream smoke) : Είναι ο καπνός που εκπνέεται από τον καπνιστή.
3. Καπνός παράπλευρου καπνού (sidestream smoke) : Είναι ο καπνός που παράγεται από το τσιγάρο που καίγεται. Περιέχει χημικές και τοξικές ουσίες σε μεγαλύτερα ποσοστά ακόμα και από τον mainstream καπνό.

Ο περιβαλλοντικός καπνός (ETS) ή "ξαναχρησιμοποιημένος καπνός" ή "περιβαλλοντικός καπνός τσιγάρου" είναι ένας συνδυασμός του καπνού που εκπνέεται από τον καπνιστή (exhaled mainstream smoke) και του καπνού που παράγεται από το τσιγάρο που καίγεται (sidestream smoke) (WHO 2004, Background Brief Further Information 2007, Quit SA 2007).

Ο καπνός αυτός είναι ένα σύνθετο μείγμα χημικών ουσιών που παράγεται κατά τη διάρκεια που καίγονται και καπνίζονται τα προϊόντα του καπνού. Περιλαμβάνει ερεθιστικά και τοξικά προϊόντα όπως το υδροκυάνιο και το διοξείδιο θείου, μεταλλαξιογόνα και καρκινογόνες ουσίες όπως το βενζοπυρένιο, η φορμαλδεΰδη και τα παράγωγα τοξικά προϊόντα νικοτίνη, κάδμιο, και μονοξείδιο άνθρακα. Μέχρι σήμερα, πάνω από 70 ενώσεις στον καπνό του τσιγάρου έχουν προσδιοριστεί ως καρκινογόνες ουσίες και έξι προσδιορίζονται ως αναπτυξιακά ή αναπαραγωγικά τοξικά προϊόντα (WHO, 2001).

Τον Μάιο του 2000, ο περιβαλλοντικός καπνός του τσιγάρου ήταν συμπεριλαμβανόμενος σε έναν κατάλογο γνωστών ανθρώπινων καρκινογόνων ουσιών (US National Institutes of Health 2000, Quit SA 2007).

Μερικά από τα άμεσα αποτελέσματα του παθητικού καπνίσματος περιλαμβάνουν την ενόχληση των ματιών, τον πονοκέφαλο, το βήχα, τον επώδυνο πόνο στον λαιμό, τον ίλιγγο και τη ναυτία.

Οι ενήλικοι με άσθμα μπορούν να αντιμετωπίσουν μια σημαντική πτώση στη λειτουργία των πνευμόνων τους όταν εκτίθενται στο καπνό, ενώ οι νέες περιπτώσεις του άσθματος μπορούν να προκληθούν στα παιδιά επειδή οι γονείς τους καπνίζουν (Repace et al., 2006).

Η βραχυπρόθεσμη έκθεση στον καπνό του τσιγάρου έχει επίσης μια μετρήσιμη επίδραση στην καρδιά των μη καπνιστών. Η έκθεση 30 λεπτών είναι αρκετή να μειώσει τη στεφανιαία ροή του αίματος. Μακροπρόθεσμα, οι παθητικοί καπνιστές υφίστανται έναν αυξανόμενο κίνδυνο εμφάνισης ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα. Οι μη καπνιστές που εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα στο σπίτι, έχουν έναν 25% αυξανόμενο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων και καρκίνου των πνευμόνων (U.S. Department of Health and Human Services, 2006).

## **2. Νοσηρότητα και θνησιμότητα από το παθητικό κάπνισμα στην Ευρώπη**

Το θέμα του παθητικού ή ακούσιου καπνίσματος αναφέρθηκε για πρώτη φορά στην έκθεση των Surgeon General το 1972, «Οι επιπτώσεις του καπνίσματος» (U.S. Department of Health 1972). Οκτώ μόλις χρόνια μετά από τη πρώτη αναφορά σχετικά με τις συνέπειες του ενεργητικού καπνίσματος (USDHEW, 1964).

Στην Αυστραλία το ποσοστό έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα στον εργασιακό χώρο έχει μειωθεί από το 2000, όμως το 7% των εργαζομένων εξακολουθεί να εκτίθεται στο παθητικό κάπνισμα (Miller C. & Kriven S. 2001, Crosier A. 2005). Το 70% των Αυστραλιανών ενδιαφέρονται για τις επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος αφού το 67% εξακολουθεί να εκτίθεται στον περιβαλλοντικό καπνό του τσιγάρου (Quit SA, 2007).

Ο καθηγητής Konrad Jamrozik, έχει υπολογίσει ότι η έκθεση στο μεταχειρισμένο καπνό στους εσωτερικούς χώρους στην Αγγλία προκαλεί περίπου 2.700 θανάτους σε ανθρώπους ηλικίας 20-64 και περισσότερους από 8.000 θανάτους ετησίως μεταξύ των ανθρώπων ηλικίας 65 ετών. Η έκθεση στον ξαναχρησιμοποιημένο καπνό στην εργασία είναι μια από τις αιτίες που προκαλεί το θάνατο δυο ή περισσότερων εργαζομένων ημερησίως (617 θάνατοι ετησίως), (Jamrozik K., 2005).

Το παθητικό κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο των μολύνσεων της κατώτερης αναπνευστικής οδού και προκαλεί βρογχίτιδα, πνευμονία και βρογχιολίτιδα στα παιδιά.

Μια μελέτη διαπίστωσε ότι στις οικογένειες όπου και οι δύο γονείς καπνίζουν, ο κίνδυνος εμφάνισης αναπνευστικών παθήσεων αυξήθηκε κατά 72% στα μικρά παιδιά (Strachan DP. & Cook DG., 1997).

Αν και υπάρχει κάποια μεταβλητότητα μεταξύ των πόλεων, ο καπνός του τσιγάρου υπάρχει στους περισσότερους δημόσιους χώρους. Στις περιοχές όπου το κάπνισμα απαγορεύεται, οι συγκεντρώσεις της νικοτίνης είναι χαμηλότερες από ότι στις περιοχές όπου το κάπνισμα επιτρέπεται (Nebot M. et al., 2005).

Η διεθνής αντιπροσωπεία για την έρευνα του καρκίνου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας κατέληξε στο συμπέρασμα ότι «το παθητικό κάπνισμα αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου» (IARC, 1986).

Ο Δρ C. Everett Koop, αναφέρει ότι «το δικαίωμα των καπνιστών να καπνίσουν τελειώνει εκεί όπου αυτή η συμπεριφορά έχει επιπτώσεις στην υγεία και στην ευημερία των άλλων, επιπλέον είναι ευθύνη των καπνιστών να εξασφαλίσουν να μην εκτείθονται οι μη καπνιστές στον καπνό τους και στις ενδεχομένως επιβλαβείς επιπτώσεις του καπνού» (IARC, 1986).

Η βραχυπρόθεσμη έκθεση στον καπνό του τσιγάρου επηρεάζει τη καρδιακή λειτουργία στους μη καπνιστές. Η έκθεση ακριβώς 30 λεπτών είναι αρκετή να μειώσει τη στεφανιαία ροή του αίματος (Otsuka R., 2001). Μακροπρόθεσμα, οι παθητικοί καπνιστές υφίστανται έναν αυξανόμενο κίνδυνο εμφάνισης ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα (Law MR et al., 1997).

Η αναθεώρηση που παρουσιάστηκε από την Επιστημονική Επιτροπή του Καπνού και της Υγείας (SCOTH), κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το παθητικό κάπνισμα είναι μια αιτία εμφάνισης καρκίνου των πνευμόνων και των ισχαιμικών καρδιακών παθήσεων στους ενήλικες μη καπνιστές. Επίσης ευθύνεται για την εμφάνιση των αναπνευστικών παθήσεων και των ασθματικών επεισοδίων στα παιδιά και είναι σημαντικός παράγοντας πρόκλησης των θανάτων των εμβρύων (Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health. Department of Health, 1998).

Ο μηχανισμός με τον οποίον προκαλείται καρκίνος του πνεύμονα στους μη καπνιστές είναι πιθανότατα ίδιος με αυτόν στους καπνιστές. Οι κίνδυνοι του παθητικού καπνίσματος σε σύγκριση με αυτούς του ενεργητικού καπνίσματος είναι λιγότεροι λόγω της μειωμένης περιεκτικότητας του περιβαλλοντικού καπνού σε καρκινογόνες ουσίες (U.S. Department of Health and Human Services, 2006).

Η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα σε χώρους εκτός σπιτιού π.χ. χώροι εστίασης υποεκτιμάται κυρίως λόγω της μη κανονικότητας της έκθεσης και τις μικρότερης επιβάρυνσης σε ώρες συγκριτικά με την έκθεση στο σπίτι (Rabagliato, Bolumar, Florey 1995). Ωστόσο η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα στο σπίτι και στον εργασιακό χώρο είναι από τις υψηλότερες στα κράτη της Ε.Ε. (Leuenberg, 1994).

Στη Γερμανία η έκθεση στο καπνό του τσιγάρου έχει χαρακτηριστεί ως καρκινογόνος και το παθητικό κάπνισμα στο χώρο εργασίας έχει ρυθμιστεί νομοθετικά και περιορίζεται στους χώρους των κυλικείων (Radon et al., 2002).

Το περιβάλλον του σπιτιού και τις εργασίας θεωρούνται οι πιο σημαντικοί χώροι έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα λόγω καθημερινής και παρατεταμένης παραμονής σε αυτά (Leaderer, Samet 1994). Το παθητικό κάπνισμα στην εργασία σχετίζεται με αναπνευστικά συμπτώματα σε μεγαλύτερο βαθμό από την έκθεση στο σπίτι (White et al., 1991).

Οι γυναίκες εκτίθενται πιο συχνά σε περιβάλλον καπνού στο σπίτι σε σχέση με τους άντρες (31% και 19% αντίστοιχα) και αναφέρουν περισσότερα αναπνευστικά συμπτώματα εξαιτίας της έκθεσης (37.7% και 21.6% αντίστοιχα) (Larsson ML. et al., 2003).

Στην Ιαπωνία το 70% των αντρών και το 16% των γυναικών ηλικίας 20-39 ετών είναι καπνιστές. Το 30% των γυναικών των οποίων οι άντρες είναι καπνιστές αναφέρουν ότι δεν εκτίθενται στο σπίτι στο καπνό του τσιγάρου από τον σύντροφο ενώ οι γυναίκες των οποίων οι άντρες δεν είναι καπνιστές αναφέρουν ότι εκτίθενται στο σπίτι στον καπνό του τσιγάρου από άλλα άτομα σε ποσοστό 30% (Ogawa et al., 1991).

Η παραμονή σε χώρους με υψηλή ρύπανση καπνού τσιγάρων αυξάνει τη συγκέντρωση της νικοτίνης στο αίμα σε ποσότητα που ισοδυναμεί με κάπνισμα 1-2 τσιγάρων όπου επιδρά άμεσα στην αιμοδυναμική ισορροπία μεταξύ του εμβρύου και του πλακούντα (Linblad A., Marsal K., Andersson KE. 1988).

Μία άλλη επίδραση του ενεργητικού και του παθητικού καπνίσματος είναι ο αυξανόμενος κίνδυνος έλλειψη ανεκτικότητας στη γλυκόζη. Ο Χιούστον και οι συνάδελφοι (Houston T. et al., 2006) έδειξαν ότι τόσο το ενεργητικό όσο και το παθητικό κάπνισμα ήταν συνδεδεμένα με την ανάπτυξη έλλειψης ανεκτικότητας στη γλυκόζη μεταξύ νέων ενηλίκων. Η επίπτωση στην αδιαλλαξία της γλυκόζης ήταν 22% μεταξύ των καπνιστών, 17% μεταξύ εκείνων που δεν κάπνισαν ποτέ αλλά είχαν εκτεθεί στον καπνό, 14% μεταξύ των πρώην καπνιστών, και 12% μεταξύ εκείνων που δεν είχαν καπνίσει ποτέ και δεν είχαν εκτεθεί ποτέ.

Επιπλέον, αναφέρεται ότι οι ενεργοί καπνιστές και οι μη καπνιστές που είχαν εκτεθεί στον μεταχειρισμένο καπνό είχαν αντίστοιχα, 65% και 35% υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης έλλειψης ανεκτικότητας στη γλυκόζη σε σύγκριση με μη καπνιστές που δεν είχαν εκτεθεί ποτέ, ακόμα και μετά από τη ρύθμιση βασικών κοινωνικοδημογραφικών, βιολογικών, και συμπεριφοριστικών παραγόντων.

### **3. Νοσηρότητα από το παθητικό κάπνισμα στην Ελλάδα**

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη από τον G. S. Metsios, μια σύντομη έκθεση σε παθητικό κάπνισμα σε περιβάλλον μπαρ και εστιατορίων, αυξάνει τον μεταβολισμό και επηρεάζει την λειτουργία του θυρεοειδή. Το αποτέλεσμα της έκθεσης στο περιβαλλοντικό καπνό του τσιγάρου ήταν η αύξηση της ορμόνης fT4, δηλαδή την εμφάνιση ήπιας μορφής υπερθυρεοειδισμού (Metsios et al., 2000).

Η αποφυγή του παθητικού καπνίσματος ελαχιστοποιεί σημαντικά τον κίνδυνο εμφανίσεις διαταραχών όπως είναι η ασθένεια Grave's (Cheng AC. Et al., 2000).

Η σχέση μεταξύ του ξαναχρησιμοποιημένου καπνού και του κινδύνου εμφάνισης του πρώτου οξέος στεφανιαίου συνδρόμου (ACS), δηλ. οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή ασταθής στηθάγχη, μεταξύ των μη καπνιστών, σε σχέση με την παρουσία διάφορων άλλων καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου μελετήθηκε στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα το 2002. Στην έρευνα συμμετείχαν 848 ασθενείς με πρώτη εκδήλωση ACS και 1078 χωρίς καρδιαγγειακές παθήσεις οι οποίοι συμπλήρωσαν ένα λεπτομερές ερωτηματολόγιο σχετικά με την έκθεσή τους στον ξαναχρησιμοποιημένο καπνό. Μετά από τον έλεγχο διάφορων πιθανών παραγόντων, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο χρόνος έκθεσης στον καπνό του τσιγάρου σχετίζεται με τον υψηλότερο κίνδυνο (26%) εμφάνισης οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου σε σχέση με τους μη καπνιστές οι οποίοι δεν εκτίθενται στον καπνό, ενώ η κανονική έκθεση συνδέεται με τον υψηλότερο κίνδυνο 99% εμφάνισης (Panagiotakos et al., 2002). Επιπλέον, ο προηγούμενος κίνδυνος αυξάνεται σταδιακά από 15% σε 26% εάν υπάρχει ένας ή περισσότεροι από τους κλασσικούς καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου (δηλ. υπέρταση, υπερχοληστερολεμία, mellitus διαβήτη, καθιστική ζωή και οικογενειακό ιστορικό των πρώων στεφανιαίων καρδιακών παθήσεων).



Συνεπώς, αυτή η μελέτη υποστηρίζει την υπόθεση ότι ακόμη και η περιστασιακή έκθεση στον ξαναχρησιμοποιημένο καπνό αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης οξέων στεφανιαίων επεισοδίων, ειδικά όταν υπάρχουν και άλλοι παράγοντες κινδύνου. Λαμβάνοντας υπόψη την υψηλή επικράτηση του καπνίσματος, οι συνέπειες στη δημόσια υγεία λόγω έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα όσον αφορά τις στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις είναι σημαντικές (Panagiotakos et al., 2002).

Άλλη μελέτη (Panagiotakos et al., 2001) διερεύνησε την σχέση μεταξύ του παθητικού καπνίσματος και του κινδύνου εμφάνισης μη θανατηφόρων οξέων στεφανιαίων συνδρόμων, λαμβάνοντας υπόψη την παρουσία διάφορων καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου. Μελετήθηκε η γενική έκθεση στο περιβαλλοντικό καπνό καθώς και η έκθεση στον εργασιακό χώρο ή στο σπίτι. Αξίζει να σημειωθεί ότι το ποσοστό των ενεργητικών καπνιστών στους συγκεκριμένους χώρους ήταν υψηλό. Η επιλογή του δείγματος ήταν τυχαία και το αποτελούσαν άτομα που είχαν μόλις εισαχθεί στο νοσοκομείο για ένα πρώτο γεγονός εμφάνισης των στεφανιαίων καρδιακών παθήσεων (η σταθερή στηθάγχη αποκλείστηκε από την ανάλυση), το χρονικό διάστημα από τον Ιανουάριο του 2000 μέχρι τον Αύγουστο του 2001. Στη μελέτη συμμετείχαν 848 ασθενείς, από τους οποίους οι 700 (82%) ήταν άντρες και οι 148 (18%) ήταν γυναίκες.

Λόγω της συνεχούς ή περιστασιακής έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα, αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης οξέος στεφανιαίου συνδρόμου για πρώτη φορά έναντι των μη καπνιστών που δεν εκτίθενται στον ξαναχρησιμοποιημένο καπνό. Η αναλογία πιθανοτήτων για την εμφάνιση οξέος στεφανιαίου συνδρόμου είναι ελαφρώς υψηλότερη στις γυναίκες έναντι των αντρών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, τα 34 από τα 134 (25%) άτομα που εκτέθηκαν περιστασιακά στο παθητικό κάπνισμα θα αναπτύξουν στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις λόγω της έκθεσης. Επιπλέον ο κίνδυνος των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων αυξάνεται εκθετικά με τα έτη έκθεσης στο μεταχειρισμένο καπνό (Panagiotakos et al., 2001).

## **4. Επιπτώσεις παθητικού καπνίσματος**

### **4.1. Άμεσα αποτελέσματα**

- Δυσκολία στην αναπνοή
- Ναυτία
- Πονοκέφαλος
- Έντονος βήχας
- Ερεθισμός ματιών
- Ρινική καταρροή
- Ακανόνιστος καρδιακός παλμός
- Ερεθισμός αεροφόρων οδών

Πολλοί μη καπνιστές αισθάνονται τα άμεσα αποτελέσματα λόγω της έκθεσης τους στον περιβαλλοντικό καπνό του τσιγάρου. Υποφέρουν από έντονο βήχα, πονοκέφαλο, ερεθισμό των ματιών, πόνο στο λαιμό, φτέρνισμα και ρινική καταρροή, ναυτία, προβλήματα αναπνοής και ακανόνιστο καρδιακό παλμό (European Commission, 2004).

### **4.2. Έμμεσα αποτελέσματα**

#### **Χρόνια συμπτώματα**

- Ανάπτυξη διαφόρων μορφών καρκίνου
  - Καρκίνος των πνευμόνων
  - Καρκίνος του μαστού
  - Καρκίνος ρινικής κοιλότητας
  - Ρινοφαρυγγικό καρκίνωμα
  - Αυχενικός καρκίνος
- Αναπνευστικές παθήσεις
  - Άσθμα
  - Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια
- Καρδιαγγειακές παθήσεις
- Αναπαραγωγικές Παθήσεις
  - Μειωμένη εμβρυϊκή ανάπτυξη
  - Πρόωρος τοκετός

#### **4.2.1. Καρκίνος των πνευμόνων**

Το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο σε πολλά όργανα του ανθρώπινου σώματος (USDHHS, 2004). Το παθητικό κάπνισμα περιέχει τις ίδιες καρκινογόνες ουσίες με το ενεργητικό κάπνισμα και συνεπώς υπάρχει μια ανησυχία ότι η έκθεση στο καπνό για μεγάλο χρονικό διάστημα προκαλεί καρκίνο. Ο ξαναχρησιμοποιημένος καπνός αρχικά συνδέθηκε με τον καρκίνο πνευμόνων (USDHHS, 1986). Έρευνες για την παθητική έκθεση στο καπνό όμως έδειξαν ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου και σε άλλες περιοχές του σώματος είναι πιθανός (U.S. Department of Health and Human Services, 2006).

Εκτιμάται ότι ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου των πνευμόνων των παθητικών καπνιστών που εκτίθενται στον καπνό για μεγάλο χρονικό διάστημα, αυξάνεται κατά 20 έως 30% (WHO 1986, European Commission 2004, Quit SA 2007).

Μελέτες της Διεθνούς Επιτροπής αντικαρκινικού αγώνα (IARC) έχουν αποδείξει ότι όταν οι μη καπνιστές εκτίθενται στον καπνό του συζύγου, η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου των πνευμόνων είναι 20% για τις γυναίκες μη καπνίστριες και 30% για τους άντρες μη καπνιστές. Η έκθεση στον εργασιακό χώρο αυξάνει τη πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου των πνευμόνων κατά 12% με 19% (WHO 1986, European Commission 2004).

Σε έρευνα (Hackshaw et al., 1997) μελετήθηκε ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου των πνευμόνων σε μη καπνιστές που ζούσαν με καπνιστές. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου πνευμόνων ήταν 24% για τους μη καπνιστές (Royal College of Physicians Tobacco Advisory Group, 2000).

#### **4.2.2. Καρκίνος του μαστού**

Η έκθεση στον μεταχειρισμένο καπνό λόγω των συνηθειών καπνίσματος των συζύγων συνδέθηκε με ένα αυξανόμενο σχετικό κίνδυνο (RR) για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε μη καπνιστές (U.S. Department of Health and Human Services, 2006).

Μελέτες cohort με βάση τη σχέση μεταξύ της έκθεσης σε ξαναχρησιμοποιημένο καπνό και τους σχετικούς κινδύνους για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού μεταξύ των γυναικών που δεν είχαν καπνίσει ποτέ:

#### **4.2.3. Ρινική κοιλότητα. Ρινοφαρυγγικό καρκίνωμα**

Οι καρκίνοι της ρινικής κοιλότητας και των παραρηνικών κόλπων είναι εξαιρετικά σπάνιοι, αποτελούν λιγότερο από το 1% από όλους τους επιθετικούς συναφείς καρκίνους και για λιγότερο από το 2% από όλους τους πρόσφατα διαγνωσθέντες καρκίνους του αναπνευστικού συστήματος στις Ηνωμένες Πολιτείες (Rousch, 1996).

Μερικές μελέτες έχουν ερευνήσει τη σχέση μεταξύ της έκθεσης μη καπνιστών σε ξαναχρησιμοποιημένο καπνό και του κινδύνου εμφάνισης καρκίνων στην ανώτερη αναπνευστική οδό, την ρινική κοιλότητα και του ρινοφαρυγγικού καρκινώματος. Αυτές οι περιοχές είναι ενδεχομένως σε κίνδυνο επειδή τα αέρια και τα σωματίδια στον ξαναχρησιμοποιημένο μεταφέρονται ως ένα ορισμένο βαθμό στον ανώτερο εναέριο διάδρομο. Σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ των ανδρών από την Καύκασο στις Ηνωμένες Πολιτείες (Hirayama, 1984) και μεταξύ των γυναικών στην Ιαπωνία (Fukuda K., Shibata A. 1990, Zheng et al.1993), ανακοινώθηκε ότι η έκθεση στον ξαναχρησιμοποιημένο σχετίζεται με τριπλάσια αύξηση ανάπτυξης ρινικού καρκίνου. Αναφέρεται επίσης ότι η έκθεση στον ξαναχρησιμοποιημένο καπνό αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου της ρινικής κοιλότητας.

Τόσο το παθητικό όσο και το ενεργητικό κάπνισμα αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου (U.S. Department of Health and Human Services, 2006).

#### **4.2.4. Αυχενικός καρκίνος**

Διάφορες έρευνες έχουν εξετάσει τα αποτελέσματα της έκθεσης στον ξαναχρησιμοποιημένο και στην εμφάνιση καρκίνου του αυχένα (National Cancer Institute 1999, USDHHS 2001).

Σε διάφορες μελέτες στην Ιαπωνία, οι ερευνητές παρατήρησαν μια αύξηση 15% στον κίνδυνο εμφάνισης αυχενικού καρκίνου των μη καπνιστών συζύγων που συνδέονται με τις καπνιστικές συνήθειες των συζύγων (Hirayama, 1981).

Ο Coker και οι συνάδελφοι του (Coker et al., 1992), βρήκαν ότι η έκθεση στο ξαναχρησιμοποιημένο εξαιτίας των καπνιστικών συνηθειών του συζύγου συνδέθηκε με έναν αυξανόμενο κίνδυνο αυχενικού καρκίνου και ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας μεταξύ των μη καπνιστών (U.S. Department of Health and Human Services, 2006).

#### **4.2.5. Αναπνευστικό σύστημα**

Το άσθμα είναι μια διαλείπουσα αναστρέψιμη, αποφρακτική νόσος του αεραγωγού, που χαρακτηρίζεται από αυξημένη αποκριτικότητα του αεραγωγού σε διάφορα ερεθίσματα. Εκδηλώνεται με στένωση του αεραγωγού, που έχει ως αποτέλεσμα δύσπνοια, βήχα και συριγμό (Πάνου Μ., Σαχίνη-Καρδάση Α., 1997).

Σε διάφορες επιδημιολογικές μελέτες, καταδεικνύεται ότι ο περιβαλλοντικός καπνός του τσιγάρου (ETS) αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την επιδείνωση του άσθματος, με αποτέλεσμα την αύξηση των συμπτωμάτων, τη χρήση φαρμάκων, και την επίσκεψη σε κλινικές.

Οι ενήλικοι που εκτίθενται στον περιβαλλοντικό καπνό (ETS) στο σπίτι ή στον εργασιακό χώρο έχουν μια αύξηση 40%-60% στον κίνδυνο εμφάνισης άσθματος έναντι των ενηλίκων που δεν εκτίθενται (Coultas DB 1998, European Commission 2004).

Επίσης μελέτες έχουν δείξει ότι η έκθεση στον καπνό τσιγάρου για μια ώρα προκάλεσε μια επιδείνωση 20% της λειτουργίας των πνευμόνων των ενηλίκων με άσθμα (College of Physicians Tobacco Advisory Group, 2000).

#### **4.2.6. Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια**

Η Χ.Α.Π. είναι ένας μη συγκεκριμένος όρος, που καθορίζεται διαφορετικά από τους νοσοκομειακούς γιατρούς, τους παθολόγους, και τους επιδημιολόγους, καθώς κάθε ομάδα χρησιμοποιεί διαφορετικά κριτήρια για τον προσδιορισμό της νόσου και βασίζονται στα συμπτώματα, στη φυσιολογική εξασθένηση του ασθενούς και τις παθολογικές ανωμαλίες.

Χαρακτηριστικό της χρόνιας αναπνευστικής πνευμονοπάθειας (COPD) είναι η επιβράδυνση της εκπνευστικής ροής του αέρα και μετριέται με τον σπιρομετρικό έλεγχο. Στην Χ.Α.Π. ανήκει μια ευρεία κατηγορία παθήσεων που περιλαμβάνουν : χρόνια βρογχίτιδα, βρογχεκτασία, εμφύσημα και άσθμα. Είναι μια μη αναστρέψιμη (εκτός του άσθματος) κατάσταση, που συνδέεται με δύσπνοια κατά την προσπάθεια και μειωμένη ροή αέρα (Πάνου Μ., Σαχίνη-Καρδάση Α., 1997).

Το παθητικό κάπνισμα είναι μια από τις αιτίες της Χρόνιας Αναπνευστικής Πνευμονοπάθειας (Royal College of Physicians Tobacco Advisory Group, 2000).

#### **4.2.7. Καρδιαγγειακές Παθήσεις**

Η καρδιαγγειακή πάθηση περιλαμβάνει την πάθηση της στεφανιαίας αρτηρίας (CHD), η οποία προκαλεί τους περισσότερους θανάτους, και την καρδιακή προσβολή, που είναι τρίτη κύρια αιτία θανάτου (Report of the Surgeon General, 2006).

Τα πολυάριθμα επιδημιολογικά συμπεράσματα δείχνουν ότι ακόμη και η ακούσια έκθεση στο καπνό του τσιγάρου μπορεί να ασκήσει τα καταστρεπτικά αποτελέσματα στην ομοίωση των αγγείων.

Η έκθεση στον παθητικό κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο ισχαιμικών καρδιακών παθήσεων κατά 25% (Jiang He et al. 1999, European Commission 2004, Report of the Surgeon General 2006). Επίσης το παθητικό κάπνισμα συνδέεται με μια μικρή αύξηση στον κίνδυνο στεφανιαίων καρδιακών παθήσεων (Steenland K., 1994).

Οι μη καπνιστές που εκτέθηκαν στον περιβαλλοντικό καπνό είχαν έναν αυξανόμενο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίων καρδιακών παθήσεων σε σύγκριση με τους μη καπνιστές που δεν εκτίθενται στον καπνό (Jiang He et al., 1999).

Σε διάφορες μελέτες στις αρχές της δεκαετίας του '90 υπολογίστηκε ότι οι καρδιακές παθήσεις που προκλήθηκαν από το παθητικό κάπνισμα ήταν η τρίτη αίτια αποτρέψιμων θανάτων στις Ηνωμένες Πολιτείες, ταξινομώντας το πίσω από το ενεργητικό κάπνισμα και την υπερβολική λήψη οινοπνεύματος.

Οι μη καπνιστές που ζουν με τους καπνιστές είχαν έναν αυξανόμενο κίνδυνο καρδιακών παθήσεων περίπου 30%. Οι Law, Morris και Wald εξέτασαν τον κίνδυνο ισχαιμικών καρδιακών παθήσεων από το παθητικό κάπνισμα. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι άνθρωποι που δεν έχουν καπνίσει ποτέ έχουν έναν εκτιμημένο μεγαλύτερο κίνδυνο 30% ισχαιμικών καρδιακών παθήσεων εάν ζουν με έναν καπνιστή. Σε πείραμα που έγινε αναφορικά με τις επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος, διαπιστώθηκε ότι ο κίνδυνος εμφάνισης ισχαιμικών καρδιακών παθήσεων ήταν αυξημένος κατά 34% (Law MR. et al. 1997, Royal College of Physicians Tobacco Advisory Group 2000).

Η έκθεση στον περιβαλλοντικό καπνό τσιγάρου (ETS) έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο για τις θανατηφόρες καρδιαγγειακές ασθένειες, και την αυτόνομη δυσλειτουργία (συγκεκριμένα, μειωμένη μεταβλητότητα των καρδιακών παλμών (*HRV*)). Με αποτέλεσμα η έκθεση στον περιβαλλοντικό καπνό τσιγάρου (ETS) και η μειωμένη μεταβλητότητα των παλμών της καρδιάς (*HRV*) στα άτομα μέσης ηλικίας ή σε ασθενείς με άλλες καρδιαγγειακές ασθένειες, να συνδέονται με μια αυξανόμενη καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα.

#### **4.2.8. Αναπαραγωγικές Παθήσεις**

Η έκθεση στο περιβαλλοντικό καπνό του τσιγάρου επηρεάζει το αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας. Διαταράσσει την έμμηνο ρύση, οδηγεί σε πρόωρη εμμηνόπαυση και προκαλεί αδυναμία σύλληψης.

Επίσης επηρεάζει και το αναπαραγωγικό σύστημα του άντρα, αλλοιώνοντας τη ποιότητα του σπέρματος (χαμηλή πυκνότητα, ανώμαλη μορφολογία) δημιουργώντας επιπτώσεις στην ικανότητα γονιμοποίησης (European Commission, 2004).

Δύο από τις μελέτες (Suonio et al. 1990, Olsen 1991) που έγιναν στην Σκανδιναβία, βρήκαν ότι υπήρχε μια καθυστέρηση στη σύλληψη κατά 30%ελαφρώς σε γυναίκες που είχαν εκτεθεί στον περιβαλλοντικό καπνό (European Commission, 2004).Οι χημικές ουσίες από τον καπνό τσιγάρου μπορούν να απορροφηθούν στην κυκλοφορία του αίματος μιας εγκύου γυναίκας.

Η νικοτίνη, το μονοξείδιο άνθρακα και άλλες χημικές ουσίες μπορούν να διασχίσουν τον πλακούντα και να επηρεάσουν το έμβρυο. Τα έμβρυα που εκτίθενται στον καπνό τσιγάρου της μητέρας, κατά την ανάπτυξη τους παρουσιάζουν μειωμένη πνευμονική λειτουργία. Η έκθεση του παιδιού στο καπνό των γονέων είναι επίσης ένας παράγοντας κινδύνου για το σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου των νηπίων (Gilliland FD et al., 2000).

Η έκθεση στο περιβαλλοντικό καπνό του τσιγάρου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης επηρεάζει την ανάπτυξη του εμβρύου με αποτέλεσμα να γεννιούνται νεογνά με χαμηλό σωματικό βάρος (WHO 2004, European Commission 2004).

Επίσης την ηλικία εμμηνόπαυσης των μη καπνιστριών, μειώνει τη παραγωγή οιστρογόνων και οδηγεί στη διαταραχή της ομοιόστασης των ορμονών (European Commission, 2004).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

### Διακοπή καπνίσματος



## **1. Διακοπή καπνίσματος- Εισαγωγή**

Οι καπνιστές αρχίζουν το κάπνισμα παρότι γνωρίζουν τους κινδύνους υγείας που τους επιφυλάσσει. Ο καπνός, λόγω της νικοτίνης που περιέχει κάνει το κάπνισμα εθιστικό, και είναι η σημαντικότερη αιτία που οι άνθρωποι εξακολουθούν να καπνίζουν (US Department of Health and Human Services ,1988).

Ο Σύνδεσμος Αμερικανών Χειρουργών έχει ανακοινώσει ότι: *«η διακοπή καπνίσματος, το σημαντικότερο βήμα που μπορούν να κάνουν οι καπνιστές για να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής και παρατείνουν το χρόνο ζωής»* (US Department of Health & Human Services, 2004).

Με την πρόσληψη της νικοτίνης προκαλούνται ευχάριστα συναισθήματα, με αποτέλεσμα οι καπνιστές να θέλουν να καπνίσουν περισσότερο. Η νικοτίνη αποβάλλεται σε 24 ώρες, όμως ο οργανισμός χρειάζεται μερικές μέρες ή εβδομάδες για να ξαναβρεί την βιοχημική του ισορροπία (Πολυχρονοπούλου Α., Αθανασούλη Θ.,1999).

### **1.1. Συμπτώματα στέρησης**

Όταν οι καπνιστές προσπαθούν να μειώσουν ή να διακόψουν το κάπνισμα, η έλλειψη της νικοτίνης οδηγεί σε συμπτώματα στέρησης. Με το πέρασμα του χρόνου το σώμα εξαρτάται και φυσικά και ψυχολογικά από την νικοτίνη. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι οι καπνιστές πρέπει να υπερνικήσουν και τους δύο εθισμούς για να πετύχουν την διακοπή του καπνίσματος (European Commission, 2004). Ψυχολογικά ο καπνιστής βρίσκεται αντιμέτωπος με μια χρόνια συνήθεια, η οποία απαιτεί μια σημαντική αλλαγή στη συμπεριφορά.

Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να οδηγήσουν τον καπνιστή να ξαναρχίσει το κάπνισμα, για να σταθεροποιήσουν τα επίπεδα νικοτίνης στο αίμα ώστε να μην υπάρξει κανένα σύμπτωμα. Τα συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται μερικές ώρες αργότερα από το τελευταίο τσιγάρο και μεγιστοποιούνται 2 έως 3 μέρες αργότερα. Τα συμπτώματα στέρησης μπορεί να διαρκέσουν από μερικές μέρες έως αρκετές εβδομάδες.

**Πίνακας 5.** Συμπτώματα που ενδέχεται να εμφανιστούν κατά τη διακοπή του καπνίσματος.

Σύμπτωμα	Επίδραση στον οργανισμό	Τρόπος αντιμετώπισης
Έντονη επιθυμία για τσιγάρο	Έντονη παρόρμηση για κάπνισμα, που ελαττώνεται σε συχνότητα μέσα σε 4 εβδομάδες.	Απόσπαση της προσοχής: π.χ. βαθιές αναπνοές, νερό, απασχόληση με κάτι άλλο, τσίχλα.
Βήχας	Αρχικά επιδεινώνεται, οφείλεται στον καθαρισμό της αναπνευστικής οδού.	Ελαττώνεται σε 2-3 εβδομάδες
Πείνα	Μπορεί να είναι έντονη, κυρίως για γλυκά.	Ελαφρύ φαγητό π.χ. σνακ λίγων θερμίδων. Η αυστηρή δίαιτα πρέπει να αποφεύγεται, μέχρι να περάσει η περίοδος του στρες.
Εντερικές διαταραχές	Διάρροια ή δυσκοιλιότητα.	Παρέρχονται μόνα τους μέσα σε 2-3 εβδομάδες.
Διαταραχές ύπνου	Αλλαγή των συνηθειών ύπνου, που εκλαμβάνονται σαν αϋπνία και κούραση.	Υποχωρεί αυτόματα μέσα σε 2-4 εβδομάδες. Η σωματική άσκηση και η αποφυγή λήψης καφέ μπορεί να βοηθήσει.
Ζαλάδα	Προκαλείται από την βελτίωση της οξυγόνωσης των ιστών.	Υποχωρεί αυτόματα.
Κακή διάθεση, ευερεθιστότητα, ανικανότητα συγκέντρωσης	Αντανακλάσεις του πόνου.	Χάθηκε ένα παλιό σύστημα στήριξης. Βρείτε ένα άλλο, π.χ. μιλήστε σε ένα φίλο.

Με το ευρύ φάσμα παροχής συμβουλών από τις διάφορες υπηρεσίες, με τα υλικά αυτοβοήθειας και με τα διαθέσιμα φάρμακα, με τον διαχωρισμό των χώρων σε καπνιστών και μη καπνιστών, με την αύξηση των φόρων στα προϊόντα καπνού είναι πιο εύκολο για τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα (World Bank, 2003).

Επειδή ο εθισμός στον καπνό είναι και ψυχολογικό και σωματικό φαινόμενο, για τους περισσότερους ανθρώπους ο καλύτερος τρόπος διακοπής του καπνίσματος είναι ο συνδυασμός ιατρικής και ψυχολογικής υποστήριξης .

## **2. Ψυχολογική Θεραπεία**

### **2.1. Τηλεφωνικές γραμμές παροχής συμβουλών**

Η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης μπορεί να παρέχεται από τηλεφωνικές γραμμές με σκοπό την προσφορά βοήθειας σε όσους επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα. Για παράδειγμα τέτοιες γραμμές προσφέρονται από το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας (American Cancer Society 2007).

Η παροχή συμβουλών από έναν ειδικό, μπορεί να βοηθήσει τους καπνιστές να αποφύγουν λάθη τα οποία θα τους προτρέψουν να ξαναρχίσουν το κάπνισμα. Οι τηλεφωνικές γραμμές είναι διαθέσιμες όλες τις ώρες και ειδικοί σύμβουλοι μπορούν να συστήσουν έναν συνδυασμό μεθόδων διακοπής καπνίσματος όπως φάρμακα, ενημερωτικά φυλλάδια και στήριξη από οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον.

### **2.2.Υποστήριξη από την οικογένεια, τους φίλους και από προγράμματα διακοπής καπνίσματος**

Μαρτυρίες πολλών καπνιστών αναφέρουν ότι η υποστήριξη της οικογένειας και των φίλων ήταν ένας καθοριστικός παράγοντας στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος. Επίσης θεωρείται σημαντική η βοήθεια των συναδέλφων, του οικογενειακού γιατρού και των μελών των ομάδων διακοπής καπνίσματος (Agency for Health Care Policy and Research, 1997).

## **3. Φαρμακευτική Θεραπεία**

Για την αντιμετώπιση του εθισμού στη νικοτίνη, χρησιμοποιούνται διάφορα προϊόντα υποκατάστατων της νικοτίνης. Η θεραπεία αποκατάστασης νικοτίνης (Θ.Υ.Ν.) έχει ως στόχο να αντικαταστήσει την νικοτίνη που προσλαμβάνεται από τα τσιγάρα. Τα υποκατάστατα της νικοτίνης ελαττώνουν τα συμπτώματα στέρησης, που παρουσιάζονται σε κάθε καπνιστή που προσπαθεί να απεξαρτηθεί από το τσιγάρο (GlaxoSmithKline, 2002).

**Στην αγορά έχουν διατεθεί διάφορες μορφές τέτοιων προϊόντων όπως :**

- ✦ Διαδερμικό επίθεμα νικοτίνης
- ✦ Τσίγλα νικοτίνης
- ✦ Παστίλιες νικοτίνης (lozenge)
- ✦ Ενδορινικό εκνέφωμα
- ✦ Εισπνεόμενη νικοτίνη (inhaler)
- ✦ Χάπια νικοτίνης :
- Υδροχλωρική βουπροπιόνη (Zyban)
- Βαρενικλίνη (Chantix)

Οι θεραπείες αντικατάστασης της νικοτίνης είναι χρήσιμα, ευεργετικά και ασφαλή για εκείνους που θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα. Τα στοιχεία των μελετών δείχνουν ότι τα φαρμακευτικά σκευάσματα βελτιώνουν σημαντικά την πιθανότητα διακοπής του καπνίσματος. Τα ποσοστά επιτυχίας είναι 2 -3 φορές περισσότερα από εκείνους που δεν έχουν υιοθετήσει τα φαρμακευτικά προϊόντα (American Psychiatric Association 1994, Raw M. et al. 1999, US Department of Health and Human Services 2000).

Όπως είναι γνωστό το κάπνισμα προκαλεί χιλιάδες θανάτους ετησίως. Η αιτία των θανάτων δεν είναι η νικοτίνη που περιέχεται στα τσιγάρα, αλλά τα υπόλοιπα συστατικά που περιέχονται στον καπνό, όπως το μονοξείδιο του άνθρακα και η πίσσα. Η νικοτίνη δρα σαν εθιστικό συστατικό. Η Θ.Υ.Ν. είναι μια ασφαλής μέθοδος που προσφέρει στον καπνιστή το ποσό της νικοτίνης που έχει ανάγκη μέχρι να απεξαρτηθεί εντελώς. Δίνει δηλ. στον εγκέφαλο το ποσό της νικοτίνης που έχει ανάγκη με ένα πιο αργό ρυθμό από ότι τα τσιγάρα και βοηθάει να ελαττωθούν τα συμπτώματα των περισσότερων καπνιστών που παρουσιάζονται τις πρώτες μέρες ή εβδομάδες από τη διακοπή του καπνίσματος.

**Πίνακας 6.** Πληροφορίες για τα υποκατάστατα νικοτίνης.

<b>Υποκατάστατα νικοτίνης</b>
Η Θεραπεία Υποκατάστασης της νικοτίνης, διπλασιάζει τις πιθανότητες επιτυχίας της διακοπής του καπνίσματος.
Δεν είναι πλήρες υποκατάστατο, θα βοηθήσει όμως τους καπνιστές να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα στέρησης.
Αν και η Θεραπεία Υποκατάστασης της Νικοτίνης απελευθερώνει νικοτίνη, δεν περιέχει πίσσα και μονοξείδιο του άνθρακα, όπως ο καπνός του τσιγάρου και είναι ασφαλέστερη και λιγότερο εθιστική.
Αν και η Θεραπεία Υποκατάστασης της Νικοτίνης απελευθερώνει νικοτίνη, δεν περιέχει πίσσα και μονοξείδιο του άνθρακα, όπως ο καπνός του τσιγάρου και είναι ασφαλέστερη και λιγότερο εθιστική.

Το 2005 η Επιτροπή Ασφάλειας των Φαρμάκων, σύστησε ότι τα φάρμακα υποκατάστασης της νικοτίνης μπορούν να χρησιμοποιούνται τόσο από τις εγκύους όσο και από τους εφήβους. Παρόλα αυτά όμως ανεξάρτητοι ερευνητές από την Ευρώπη, τονίζουν ότι η απόφαση αυτή είναι λανθασμένη. Οι Ginzl et al., (2007) αναθεώρησαν τους κινδύνους της νικοτίνης για την ανάπτυξη του εγκεφάλου και ανακοίνωσαν ότι η πρόσφατη διαφοροποίηση των προϊόντων νικοτίνης και η ένταξη τους στην ελεύθερη αγορά, είναι απλά προς όφελος των βιομηχανιών και δεν βοηθάει τους εφήβους να μειώσουν το κάπνισμα, αλλά μπορεί να λειτουργήσει ως φαρμακευτική διέξοδος για τους καπνιστές. Η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης είναι ο πιο γνωστός φαρμακευτικός τρόπος για τη διακοπή του καπνίσματος.

**Πίνακας 7.** Διαθεσιμότητα των προϊόντων υποκατάστασης της νικοτίνης σε Ευρωπαϊκές χώρες.

ΧΩΡΑ	ΜΟΡΦΗ ΤΗΣ ΔΟΣΗΣ	ΝΟΜΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ	
Αυστρία	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
Αυστρία	Ενδορινικό σπρέι		Συνταγή
Βέλγιο	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
Βέλγιο	Ενδορινικό σπρέι		Συνταγή
Τσεχία	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
Δανία	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
Δανία	Ενδορινικό σπρέι		Συνταγή
Δανία	Αεροζόλ νικοτίνης	Μόνο στα φαρμακεία	
Εσθονία	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
Φιλανδία	Αεροζόλ νικοτίνης	Μόνο στα φαρμακεία	
Φιλανδία	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
Φιλανδία	Ενδορινικό σπρέι		Συνταγή
Γαλλία	Διαδερμικό αυτοκόλλητο		Συνταγή
Γερμανία	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
Γερμανία	Έμπλαστρο	Μόνο στα φαρμακεία	
Γερμανία	Ενδορινικό σπρέι	Μόνο στα φαρμακεία	
Γερμανία	Ένεση	Μόνο στα φαρμακεία	
Ελλάδα	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μικρές δόσεις από τα φαρμακεία, μεγαλύτερες κατόπιν ιατρικής συνταγής	
Ελλάδα	Ενδορινικό σπρέι		Συνταγή

ΧΩΡΑ	ΜΟΡΦΗ ΤΗΣ ΔΟΣΗΣ	ΝΟΜΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ	
<b>Ελλάδα</b>	Αεροζόλ νικοτίνης		Συνταγή
<b>Ουγγαρία</b>	Διαδερμικό αυτοκόλλητο		Συνταγή
<b>Ιρλανδία</b>	Ενδορινικό σπρέι		Συνταγή
<b>Ιρλανδία</b>	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
<b>Ιταλία</b>	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
<b>Ιταλία</b>	Αεροζόλ νικοτίνης	Μόνο στα φαρμακεία	
<b>Λετονία</b>	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
<b>Λιθουανία</b>	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
<b>Ολλανδία</b>	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
<b>Ολλανδία</b>	Αεροζόλ νικοτίνης		Συνταγή
<b>Ολλανδία</b>	Ενδορινικό σπρέι		Συνταγή
<b>Νορβηγία</b>	Αεροζόλ νικοτίνης	Μόνο στα φαρμακεία	
<b>Νορβηγία</b>	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
<b>Πολωνία</b>	Διαδερμικό αυτοκόλλητο		Συνταγή
<b>Πορτογαλία</b>	Διαδερμικό αυτοκόλλητο		Συνταγή
<b>Πορτογαλία</b>	Ενδορινικό σπρέι		Συνταγή
<b>Πορτογαλία</b>	Αεροζόλ νικοτίνης		Συνταγή
<b>Ρωσία</b>	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
<b>Ισπανία</b>	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
<b>Σουηδία</b>	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
<b>Σουηδία</b>	Ενδορινικό σπρέι		Συνταγή
<b>Σουηδία</b>	Αεροζόλ νικοτίνης	Μόνο στα φαρμακεία	
<b>Ελβετία</b>	Ενδορινικό σπρέι		Συνταγή
<b>Ελβετία</b>	Διαδερμικό αυτοκόλλητο		Συνταγή
<b>Η. Βασίλειο</b>	Ενδορινικό σπρέι		Συνταγή
<b>Η. Βασίλειο</b>	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
<b>Η. Βασίλειο</b>	Αεροζόλ νικοτίνης	Μόνο στα φαρμακεία	

Πηγή : Warren Kaplan, Samira Asma 2004.

### 3.1. Διαδερμικό επίθεμα νικοτίνης

Τα διαδερμικά επιθέματα είναι παρόμοια με τους αυτοκόλλητους επιδέσμους και διατίθενται σε ποικιλία σχεδίων και μεγεθών. Πρόκειται για αυτοκόλλητα εμποτισμένα με νικοτίνη τα οποία αποδεσμεύουν ένα σταθερό ποσό νικοτίνης στο σώμα. Αντίθετα από την νικοτίνη που περιέχεται στα τσιγάρα, η οποία περνά αμέσως στην κυκλοφορία του αίματος μέσω του πνευμονικού παρεγχύματος, η νικοτίνη που υπάρχει στο διαδερμικό επίθεμα χρειάζεται τρεις ώρες για να περάσει τα επίπεδα του δέρματος και να μπει στην κυκλοφορία του αίματος. Υπάρχουν αυτοκόλλητα διαφορετικής περιεκτικότητας νικοτίνης.

Το διαδερμικό τσιρότο πρέπει να φοριέται όλη μέρα και δεν μπορεί να τοποθετείται και να αφαιρείται για να αντικατασταθεί από ένα τσιγάρο. Στα περισσότερα διαδερμικά προϊόντα γίνεται αλλαγή μια φορά το 24ώρο. Η χρήση του διαδερμικού επιθέματος ελαχιστοποιεί την πιθανότητα ορισμένων από τα κύρια συμπτώματα στερητικού συνδρόμου, όπως ένταση, ευαισθησία, υπνηλία, και αδυναμία συγκέντρωσης (Fiore MC et al. 1995, American Cancer Society 2007).

Κάποιες από τις παρενέργειες των διαδερμικών προϊόντων είναι :

- Ερεθισμός του δέρματος
- Ίλιγγος
- Ταχυκαρδία
- Αϋπνία
- Πονοκέφαλος
- Ναυτία
- Εμετός, μυαλγίες και ακαμψία μυών.

Οδηγίες χρήσης διαδερμικού επιθέματος :

Το διαδερμικό επίθεμα νικοτίνης πρέπει να τοποθετείται σε διαφορετικό σημείο του δέρματος κάθε μέρα. Το δέρμα πρέπει να είναι καθαρό και η παραμονή στο σημείο να μην ξεπερνά το χρονικό διάστημα που ορίζεται από τις οδηγίες. Δεν πρέπει να χρησιμοποιείτε το ίδιο αυτοκόλλητο πάνω από 24 ώρες. Είναι δυνατόν να επανατοποθετηθεί στην ίδια περιοχή του δέρματος αφού περάσει μια εβδομάδα από την τελευταία φορά χρήσης στην ίδια περιοχή. Η κύρια ανεπιθύμητη ενέργεια από τη χρήση του επιθέματος είναι ο ερεθισμός του δέρματος ή η φαγούρα, που υποχωρεί όμως άμεσα. Δεν συνιστάται η χρήση του από άτομα με δερματολογικές αλλεργίες ή άλλα δερματολογικά προβλήματα.

### 3.2. Τσίγλα νικοτίνης

Η τσίγλα νικοτίνης μεταφέρει την νικοτίνη στον εγκέφαλο ταχύτερα από το διαδερμικό επίθεμα. Αντίθετα από την νικοτίνη που περιέχεται καπνό, η οποία περνά σχεδόν στιγμιαία στην κυκλοφορία του αίματος μέσω του πνευμονικού παρεγχύματος, η νικοτίνη που περιέχεται στην τσίγλα χρειάζεται κάποια λεπτά για να φτάσει στον εγκέφαλο.

Η τσίγλα νικοτίνης δεν είναι σχεδιασμένη να μασιέται σαν κανονική τσίγλα. Μασιέται για λίγα λεπτά μέχρι να μαλακώσει και μετά παραμένει μεταξύ των ούλων και της παρειάς. Η τσίγλα απελευθερώνει νικοτίνη που απορροφάται από το βλεννογόνο του στόματος. Εάν κατά λάθος μασηθεί, θα απελευθερωθεί νικοτίνη στο στόμα και μέσω του σάλιου θα γίνει κατάποση, το οποίο θα δημιουργήσει στομαχόπονο και έντονη επιθυμία για τσιγάρο.

Η τσίγλα νικοτίνης περιέχει αρκετή ποσότητα νικοτίνης για να μειώσει την επιθυμία του καπνίσματος. Διατίθεται σε δόσεις των 2 mg (για όσους καπνίζουν μέχρι 24 τσιγάρα ημερησίως) και σε δόσεις των 4 mg (για όσους καπνίζουν πάνω από 25 τσιγάρα ημερησίως). Ένα κομμάτι τσίγλας ισούται με μια δόση. Η μέγιστη δόση δεν πρέπει να ξεπερνά τα 24 κομμάτια την ημέρα.

Η τσίγλα νικοτίνης βοηθάει του καπνιστές απομακρύνοντας την επιθυμία του καπνίσματος, χωρίς να προσφέρει ούτε την πίσσα ούτε τα δηλητηριώδη αέρια που βρίσκονται στο τσιγάρο. Είναι μια προσωρινή λύση, αφού μειώνει τα συμπτώματα στέρησης της νικοτίνης μετά την διακοπή του καπνίσματος.

#### Οι οδηγίες που πρέπει να ακολουθήσουν οι χρήστες περιλαμβάνουν:

- Διακοπή καπνίσματος μόλις αρχίσει η χρήση της τσίγλας νικοτίνης.
- Αποφυγή φαγητού ή ποτού 15 λεπτά πριν τη χρήση της τσίγλας (κάποια ποτά μειώνουν την αποτελεσματικότητα της τσίγλας).
- Μασώντας την τσίγλα αργά και για 30 λεπτά περίπου, απελευθερώνονται μεγαλύτερα ποσοστά νικοτίνης.
- Προτεινόμενη δόση είναι η μάσηση ενός τεμαχίου κάθε 1 έως 2 ώρες για 6-8 εβδομάδες, ελαττώνοντας σταδιακά τα τεμάχια.
- Οι τσίγλες πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή από άτομα με προβλήματα στα δόντια

Πηγή : (American Cancer Society, 2007).



### 3.3. Παστίλιες νικοτίνης (Lozenge)

Οι παστίλιες νικοτίνης έχουν παραχθεί υπό μορφή σκληρής καραμέλας και απελευθερώνουν νικοτίνη καθώς διαλύονται αργά στο στόμα. Διατίθενται σε δύο συσκευασίες των 2 mg και των 4 mg. Συνιστάται μια παστίλια κάθε 1-2 ώρες κατά τη διάρκεια των 6 πρώτων εβδομάδων και σταδιακή μείωση της συχνότητας μέχρι τη συμπλήρωση των 12 εβδομάδων (Shiffman S. et al., 2001).

Η χρήση των πεστυλιών νικοτίνης βοηθάει στη μείωση των στερητικών συμπτωμάτων όπως: η έντονη επιθυμία για τσιγάρο, η οξυθυμία, η δυσκολία συγκέντρωσης και η ανησυχία (Shiffman S. et al. 2002, Houtsmuller EJ. et al. 2003, Muramoto ML. et al. 2003).

Οι πιθανές παρενέργειες των παστυλιών νικοτίνης περιλαμβάνουν :

- δυσπεψία
- ναυτία
- λόξιγκα
- πονοκέφαλο
- Πονόλαιμο
- Στομαχική ενόχληση

Αντενδύκνεται το κάπνισμα κατά τη διάρκεια χρήσης των παστυλιών γιατί αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης παρενεργειών και καρδιακών προβλημάτων.

### 3.4. Ενδορινικό εκνέφωμα

Το ρινικό εκνέφωμα νικοτίνης, διατίθεται σε ένα μπουκάλι παρόμοιο με εκείνο που διατίθεται το αποσυμφοριτικό σπρέι, ανακουφίζει τους καπνιστές από την έντονη επιθυμία του καπνίσματος.

Χρησιμοποιείται εφαρμόζοντας μια εισπνοή ανά ρουθούνι. Απορροφάται άμεσα μέσω των ρινικών μεμβρανών και μεταφέρεται ταχύτατα στην κυκλοφορία του αίματος. Το γεγονός ότι επιδρά γρήγορα στον οργανισμό το καθιστά ιδιαίτερα ελκυστικό στους εξαρτημένους καπνιστές. Οι πιο συνηθισμένες παρενέργειες του ενδορινικού σπρέι, είναι ο ερεθισμός της μύτης και του λάρυγγα. Η δόση περιλαμβάνει δύο ψεκασμούς σε κάθε ρουθούνι. Συνιστάται ως μέγιστη δόση, οι 5 δόσεις ανά ώρα ή συνολικά 40 δόσεις ανά ημέρα. Το σπρέι συστήνεται για περίοδο τριών μηνών και δεν πρέπει να χρησιμοποιηθεί για περισσότερο από 6 μήνες.

Οι πιο κοινές παρενέργειες διαρκούν περίπου 1 έως 2 εβδομάδες και μπορεί να περιλάβουν τα εξής (FDA 2006):

- Ερεθισμό της μύτης
- Καταρροή
- Δακρύρροια και ερεθισμό των επεφυκότων
- Φτέρνισμα
- Ερεθισμό του λάρυγγα
- Βήχα

### **3.5.Εισπνεόμενη νικοτίνη (inhaler)**

Είναι συσκευή προσομοίωσης του τσιγάρου, η οποία αποτελείται από ένα πλαστικό κύλινδρο που περιλαμβάνει κάποιο τύπο κασέτας που απελευθερώνει νικοτίνη. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε εισπνέοντας βαθιά, είτε εισπνέοντας γρήγορα και συχνά. Εισήχθη στην αγορά το 1998 και διατίθεται μόνο κατόπιν ιατρικής συνταγής. Αν και μοιάζει εξωτερικά με το τσιγάρο, η συσκευή απελευθερώνει την νικοτίνη στο στόμα, όχι στους πνεύμονες και εισέρχεται στο σώμα πιο αργά από ότι η νικοτίνη που περιέχεται στα τσιγάρα. Συνίσταται η χρήση από 4 μέχρι 20 εισπνοές ημερησίως για σύνολο 12 εβδομάδες. Μπορεί να συνεχιστεί η χρήση μέχρι και 6 μήνες, ελαττώνοντας τις δόσεις σταδιακά. Κάθε συσκευή απελευθερώνει μέχρι 400 εισπνοές νικοτίνης (The Wall Street Journal Online, 2005).

Κάποιες από τις παρενέργειες των εισπνοών νικοτίνης είναι:

- Βήχας
- Ερεθισμός λαιμού
- Στομαχικές ενοχλήσεις

### **3.6.Χάπια νικοτίνης**

#### **3.6.1.Υδροχλωρική βουπροπιόνη (Zyban)**

Η υδροχλωρική βουπροπιόνη εγκρίθηκε το 1997 για να βοηθήσει τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα. Διατίθεται μόνο κατόπιν ιατρικής συνταγής και πωλείται επίσης ως καταπραυντικό με το όνομα Wellbutrin.

Δεν περιέχει νικοτίνη, αλλά επιδρά στους υποδοχείς που υπάρχουν στον εγκέφαλο και σχετίζονται με την επιθυμία της νικοτίνης (FDA 2006, Hurt RD et al. 1997). Η θεραπεία με το χάπι αρχίζει ενώ ο χρήστης καπνίζει, μια εβδομάδα αφού έχει οριστεί η ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος. Η αγωγή συνεχίζεται για 7 έως 12 εβδομάδες. Η διάρκεια της αγωγής είναι εξατομικευμένη. Η δόση περιλαμβάνει 150 mg την ημέρα για τις τρεις πρώτες μέρες, ακολουθεί η αύξηση της δόσης από την τέταρτη μέρα της αγωγής που για τους περισσότερους ανθρώπους είναι 30 mg ημερησίως. Η αγωγή πρέπει να διακόπτεται όταν έχουν περάσει 7 εβδομάδες και οι καπνιστές δεν έχουν σημειώσει σημαντική πρόοδο κατά τη διάρκεια αυτού του διαστήματος. Οι συνηθισμένες παρενέργειες περιλαμβάνουν: αϋπνία, ξηροστομία, κεφαλαλγία, άγχος.

### **3.6.2.Βαρενικλίνη (Chantix)**

Είναι το δεύτερο φάρμακο σκεύασμα που χορηγείται με ιατρική συνταγή και σκοπό έχει να βοηθήσει τους καπνιστές στον αγώνα διακοπής του καπνίσματος. Η βαρενικλίνη παρεμποδίζει τους υποδοχείς της νικοτίνης στον εγκέφαλο με δύο τρόπους: α) μειώνει τα ευχάριστα φυσικά αποτελέσματα που προκαλεί το κάπνισμα και β) συγχρόνως λιγοστεύει τα συμπτώματα στέρησης που προκαλούνται από τη διακοπή της νικοτίνης (Oncken C. et al., 2006).

Οι πιο συνηθισμένες παρενέργειες περιλαμβάνουν :

- Ναυτία
- Πονοκέφαλο
- Εμετό
- Αϋπνία
- Εφιάλτες
- Αλλαγή στην αίσθηση της γεύσης

**Πίνακας 8.** Εγκεκριμένα φάρμακα για απεξάρτηση από το κάπνισμα

Φάρμακο	Συνήθης δόση	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα	Αντενδείξεις
Μαστίχα νικοτίνης	Έναρξη με 2mg, συνέχιση με 4mg αν ανεπιτυχής με 2 mg. Μάσημα 1 μαστίχας κάθε 1-2 ώρες (μέγιστο 30 μαστίχες/ημέρα από 2mg μαστίχα ή 15/μέρα από 4 mg μαστίχα). Συνήθης διάρκεια 1-3 μήνες	Άνετη, εύκολη δοσολογία, γρηγορότερη χορήγηση νικοτίνης από το επίθεμα	Όχι φαγητό ή ποτό 15 λεπτά πριν τη χρήση. Συχνή δοσολογία, άλγος σιαγόνων, ξηρότητα στόματος, δυσπεψία, λόξυγκας	Οδοντικά προβλήματα, σύνδρομο σιαγονοκροταφικής άρθρωσης. Χρήση στην εγκυμοσύνη (κατηγορία C) αν αποτύχουν μη φαρμακευτικές θεραπείες και τα οφέλη υπερτερούν του κόστους. Αποφυγή χρήσης 1 μήνα μετά από έμφραγμα, σε σοβαρές αρρυθμίες ή σε ασταθή στηθάγχη, εκτός αν τα οφέλη υπερτερούν του κόστους
Διαδερμικό επίθεμα νικοτίνης	Ανάλογα με το είδος: 21mg/24 ώρες για 6-8 εβδομάδες, μετά 14mg/24 ώρες για 2-4 εβδομάδες, μετά 7mg/24 ώρες για 2-4 εβδομάδες. Ή 15 mg/16 ώρες για 6 εβδομάδες	Εύκολο στη χρήση, καθημερινή εφαρμογή, η χρήση κατά τη νύκτα μειώνει την επιθυμία το πρωί, λίγες παρενέργειες	Ερεθισμός δέρματος, λιγότερα ευέλικτη δοσολογία, αργή απορρόφηση, η εφαρμογή τη νύκτα μπορεί να προκαλέσει προβλήματα ύπνου	Κύηση (κατηγορία D) και καρδιαγγειακές προφυλάξεις όπως η μαστίχα
ενδορινικό εκνέφωμα νικοτίνης	1-2 δόσεις/ώρα (ελάχιστο 8 δόσεις/ημέρα). Μέγιστο 40 δόσεις/ημέρα. Συνήθης διάρκεια 3 μήνες	Εύκολη δοσολογία, ταχύτερη απορρόφηση νικοτίνης από όλα τα σκευάσματα, ελαττώνει την επιθυμία σε λίγα λεπτά	Συχνή δοσολογία, ερεθισμός μύτης και ματιών, βήχας	Κύηση (κατηγορία D) και καρδιαγγειακές προφυλάξεις όπως η μαστίχα
Εισπνοές νικοτίνης (inhaler)	10mg δόση, αλλά απορρόφηση μόνο των 4mg. 6-16 δόσεις/ημ. θεραπεία 3 μηνών.	Εύκολη δοσολογία μιμούμενη τη συμπεριφορά χέρι - στόμα, λίγες παρενέργειες	Ερεθισμός στόματος - φάρυγγα, απαιτεί συχνή επανάληψη	Κύηση (κατηγορία D) και καρδιαγγειακές προφυλάξεις όπως η μαστίχα
Bupropion hydrochloride	150mg p.o. για 3 ημέρες, μετά δις ημερησίως για 7-12 εβδομάδες.	Μη νικοτινικό, δισκίο, εύκολο στη χρήση, χρήση με άλλη θεραπεία υποκατάστασης	Αϋπνίες, ξηροστομία, κεφαλαλγία, τρόμος.	Κύηση (κατηγορία B), σπασμοί, παράλληλη χρήση Wellbutrin ή αναστολέα της μονοαμινοξειδάσης, βουλιμία ή νευρογενή ανορεξία

(Πηγή : Tampakoudis GP. Bontis I. 2005)

**Πίνακας 9.** Οι ευεργετικές συνέπειες από τη διακοπή του καπνίσματος

<b>Η διακοπή του καπνίσματος έχει άμεσες και μακροπρόθεσμες συνέπειες. Μετά από :</b>	
20 λεπτά	Η πίεση του αίματος και η καρδιακή συχνότητα επανέρχονται σε φυσιολογικά επίπεδα και η κυκλοφορία αίματος στα άκρα βελτιώνεται.
8 ώρες	Το επίπεδο του οξυγόνου στο αίμα επανέρχεται στο φυσιολογικό. Οι πιθανότητες καρδιακής προσβολής αρχίζουν να ελαττώνονται.
24 ώρες	Το μονοξείδιο του άνθρακα αποβάλλεται από τον οργανισμό. Οι πνεύμονες αρχίζουν να αποβάλλουν τη βλέννη και άλλες εναποθέσεις.
48 ώρες	Η γεύση και η οσμή βελτιώνονται σημαντικά. Η δυσάρεστη οσμή του τσιγάρου εξαφανίζεται από το στόμα και τον ιδρώτα.
3 μήνες	Η λειτουργία των πνευμόνων αυξάνεται και η αναπνοή γίνεται πιο εύκολη. Εξαφανίζεται ο βήχας. Ο κίνδυνος φλεγμονής των ούλων ελαττώνεται σημαντικά. Αρχίζει να εξαφανίζεται η δυσχρωμία των δοντιών.
9 μήνες	Ο κίνδυνος για εμφάνιση εμβρυικού θανάτου και επιπλοκών κατά την κύηση μειώνεται στα επίπεδα των μη καπνιστών.
18 μήνες	Ο αναπνευστικός βλεννογόνος έχει ολοκληρώσει την απομάκρυνση της πίσσας και των δηλητηριωδών ουσιών από τους πνεύμονες.
5 έτη	Η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του στόματος, φάρυγγα και οισοφάγου ελαττώνεται στο 50%. Ο κίνδυνος καρδιακής προσβολής ελαττώνεται στο μισό περίπου σε σύγκριση με τους καπνιστές.
10 έτη	Ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα ελαττώνεται στο μισό περίπου σε σύγκριση με τους καπνιστές. Ο κίνδυνος καρδιακής προσβολής πέφτει στα ίδια επίπεδα με τους ανθρώπους που δεν έχουν καπνίσει ποτέ.

(Πηγή: US Department of Health and Human Service, 1990).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

καπνίσματος Προληπτικά μέτρα μείωσης του

## **1. Προληπτικά μέτρα μείωσης καπνίσματος - Εισαγωγή**

Το κάπνισμα ως επιδημία, είναι η μεγαλύτερη κοινωνική πρόκληση για όλα τα κράτη και όλες τις κυβερνήσεις. Καμία άλλη ουσία που καλλιεργείται και κυκλοφορεί νόμιμα δεν είναι τόσο θανατηφόρα ή ισχυρά εθιστική όσο το κάπνισμα. Η ιστορία του ελέγχου του καπνού είναι τόσο γνωστή από τα παλιά χρόνια, που ήταν προνόμιο των δυτικών κρατών.

Ο πρώτος γνωστός κανονισμός για τον έλεγχο του καπνού είχε εκδοθεί στο Μπουτάν το 1729, όπου απαγορευόταν η χρήση καπνού σε όλους τους θρησκευτικούς χώρους, μια απαγόρευση που ισχύει μέχρι σήμερα. Η Σιγκαπούρη απαγόρευσε τις διαφημίσεις καπνού πριν από 30 χρόνια, γιορτάζοντας τον “Παγκόσμιο Μήνα” χωρίς καπνό κάθε χρόνο. Επίσης έχει απαγορέψει την πώληση των αφορολόγητων τσιγάρων και έχει το χαμηλότερο επιπολασμό καπνίσματος σε παγκόσμια κλίμακα (WHO, 2004).

Η Ευρώπη έχει μακροχρόνια ιστορία στη ρύθμιση της παραγωγής, της πώλησης, της χρήσης, το εμπόριο και την τιμή του καπνού. Για πολλά χρόνια, η προαγωγή του δημόσιου εισοδήματος και η προστασία των καπνοκαλλιεργητών παρέμενε ο κύριος στόχος (WHO, 2002).

Διάφορες προσπάθειες που έχουν γίνει για τη μείωση του καπνίσματος στην Ευρωπαϊκή Ένωση συμπεριλαμβάνουν τόσο προληπτικές όσο και εκπαιδευτικές εκστρατείες και νομοθετικά μέτρα. Η κυριότερη εκστρατεία με θέμα την εκπαίδευση του κοινού για τους κινδύνους του καπνίσματος είναι το πρόγραμμα «η Ευρώπη ενάντια στον καρκίνο» που άρχισε το 1987. Το 1992 δημιουργήθηκε από τις επιχορηγήσεις που δίνονται για την ανάπτυξη του καπνού στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το Κοινοτικό Ταμείο για την Έρευνα και την Πληροφόρηση του Καπνού. Από αυτό το κεφάλαιο, περίπου πέντε εκατομμύρια ευρώ παρασχέθηκαν για τα δημόσια προγράμματα πληροφόρησης των κινδύνων του καπνίσματος και ένα παρόμοιο ποσό διατέθηκε για ερευνητικούς σκοπούς, ώστε να αναπτυχθούν λιγότερες επικίνδυνες ποικιλίες καπνού (Council Regulation (EEC) 2075/92, Commission Implementing Regulation 2427/93).

Το 1987, η Ευρώπη ήταν από τις πρώτες περιοχές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που πήρε την πρωτοβουλία ανάπτυξης ενός περιφερειακού προγράμματος δράσης κατά του καπνίσματος. Το πρώτο Ευρωπαϊκό πρόγραμμα δράσης ξεκίνησε το 1987-1991 (WHO, 1987).

Απαιτούσε την επιγραμματική προσέγγιση του θέματος και περιλάμβανε περιορισμούς στην παραγωγή καπνού, στην διανομή του καπνού και στην προαγωγή των προϊόντων καπνού. Τόνιζε την προστασία των μη καπνιστών, την προώθηση της υγείας και την διοργάνωση προγραμμάτων αγωγής υγείας. Πρότεινε την παροχή κατάλληλης εκπαίδευσης στους επαγγελματίες υγείας, αναφορικά με την διακοπή του καπνίσματος και την εξασφάλιση πρακτικής βοήθειας για να διακόψουν το κάπνισμα. Άσκησε πίεση στα κράτη μέλη για να ελέγξουν και να αξιολογήσουν τα παραπάνω μέτρα.

Το 1988, διοργανώθηκε η Πρώτη Ευρωπαϊκή Διάσκεψη αναφορικά με την πολιτική του καπνού στην Μαδρίτη, η οποία καθιέρωσε τις κατευθύνσεις σε ένα χάρτη για μια ζωή ελεύθερη από καπνό, υποστηριζόμενη από 10 λεπτομερή σχέδια για την επίτευξη του παραπάνω στόχου.

Μεταξύ του 1987 και 1991, 20 από τα κράτη-μέλη τροποποιούν τα μέτρα ή υιοθετούν νέα μέτρα για τον έλεγχο του καπνού, και εννέα από αυτές τα έχουν θέσει στα εγκεκριμένα εθνικά τους προγράμματα. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, 12 κράτη μέλη (κυρίως στο δυτικό μέρος της περιοχής) ανέφεραν τις μειώσεις που παρατηρήθηκαν στην κατανάλωση καπνού. Παρόλα αυτά όμως, κάποιες χώρες δεν είδαν καμία μείωση στο κάπνισμα και μάλιστα διαπιστώθηκε ότι το κάπνισμα επικρατούσε μεταξύ των νέων ανθρώπων και την αύξηση της συνήθειας αυτής στις γυναίκες (WHO, 2001).

## **2. Προτάσεις της Ευρωπαϊκής Αντικαρκινικής Εταιρείας 1987-1989 για το πρώτο σχέδιο δράσης κατά του καπνού.**

Την ίδια περίοδο η Ευρωπαϊκή Αντικαρκινική Εταιρεία είχε θέσει τις προτάσεις της στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα, οι οποίες περιλάμβαναν :

1. Αναπροσαρμογή των φόρων επί του καπνού που κατασκευάζεται στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα.
2. Χρηματοδότηση των προληπτικών ενεργειών σε εθνικό επίπεδο με την χρήση αυξανόμενων φορολογικών μέτρων που αφορούν τον καπνό.
3. Δημοσίευση των δεικτών που εξαιρούν τον καπνό από τη στατιστική υπηρεσία των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.
4. Τυποποίηση των μηνυμάτων σήμανσης των πακέτων τσιγάρων στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα.



5. Απαγόρευση των τσιγάρων με υψηλό περιεχόμενο πίσσας.
6. Τυποποίηση των προδιαγραφών που αφορούν συστατικά του καπνού τσιγάρου.
7. Απαγόρευση των αφορολόγητων πωλήσεων του καπνού στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα.
8. Προστασία των παιδιών από τις πωλήσεις καπνών.
9. Αναπροσανατολισμός της παραγωγής καπνών σε λιγότερο τοξικές ποικιλίες και μελέτη των δυνατοτήτων μετατροπών
10. Εκστρατεία πληροφόρησης και δημόσιας ευαισθητοποίησης στον αγώνα κατά του καρκίνου.
11. Μελέτη των εθνικών παροχών, και ανάπτυξη προτεινόμενων Κοινοτικών κανονισμών για το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους.
12. Μελέτη των εθνικών παροχών, και ανάπτυξη προτεινόμενων Κοινοτικών κανονισμών για τον περιορισμό της δημοσιότητας του καπνίσματος.
13. Συγκριτική ανάλυση των αντικαπνιστικών εκστρατειών.
14. Ανταλλαγή πληροφοριών στον αγώνα κατά του καπνίσματος.

Πηγή : (European Commission, 1987).

Σύμφωνα με δημοσιευμένα στοιχεία, ο αριθμός των θανάτων εξαιτίας του καπνίσματος επρόκειτο να αυξηθεί το 1995 στην Ευρώπη, φτάνοντας τους 1.2 εκατομμύρια θανάτους ετησίως (Peto R. et al., 1994).

Το 1992, 37 προτάσεις δράσης ενσωματώθηκαν στο Δεύτερο Πρόγραμμα Δράσης για μια Ευρώπη ελεύθερη από καπνό «1992-1996», με σκοπό να ενισχύσουν τις δυνατότητες των κρατών μελών και να τους τονίσουν τις υποχρεώσεις τους (WHO, 1992).

Το νέο πρόγραμμα, έδινε έμφαση στη δημιουργία συμμαχιών μεταξύ των κρατών μελών και στην προώθηση της αντίληψης των νέων κατά του καπνίσματος. Σύστησε στα κράτη μέλη να διαθέσουν περισσότερους ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους για περαιτέρω ανάπτυξη των προγραμμάτων αγωγής υγείας και των προγραμμάτων κατά του καπνίσματος. Αν και το πρόγραμμα εφαρμόστηκε από τα περισσότερα κράτη μέλη, το διάστημα μεταξύ 1992 και 1996 χαρακτηρίζεται από την εκμετάλλευση των διεθνών επιχειρήσεων της τοπικής παραγωγής καπνού και την αύξηση των διαφημίσεων των προϊόντων τους.

Στα μέσα της δεκαετίας του '90, το 36% των ενηλίκων ήταν ακόμη καθημερινοί καπνιστές. Από τις 36 χώρες που υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία, η κατανάλωση καπνού είχε αυξηθεί στις 15 από αυτές (κυρίως στις κεντρικές και ανατολικές περιοχές), είχε μειωθεί στις 14 χώρες (κυρίως δυτικές περιοχές και σκανδιναβικές χώρες) και σταθερά ήταν τα ποσοστά καπνιστών για τις υπόλοιπες 7 χώρες. Οι Δυτικές χώρες, χρησιμοποίησαν ισχυρότερα μέτρα για τον έλεγχο της διαφήμισης, την αναγραφή των μηνυμάτων πάνω στα πακέτα και την αύξηση της φορολογίας, με αποτέλεσμα το κάπνισμα να σημειώσει πτώση. Στις ανατολικές Ευρωπαϊκές χώρες, οι θάνατοι που σχετιζόταν με το κάπνισμα αυξανόταν τόσο μεταξύ των αντρών όσο και μεταξύ των γυναικών (WHO, 1997).

Για να εξασφαλιστεί η αποτελεσματικότητα των μέτρων που λήφθηκαν τα προηγούμενα χρόνια, «Η Περιφερειακή Επιτροπή μια Ευρώπη χωρίς καπνό» διοργάνωσε το τρίτο πρόγραμμα δράσης την περίοδο 1997-2001. Οι νέοι στόχοι του προγράμματος δράσης ήταν: ο τομέας της τιμολόγησης, η διαθεσιμότητα των προϊόντων καπνού, η διαφήμιση, ο έλεγχος του λαθρεμπορίου του καπνού, ο κανονισμός των προϊόντων καπνού, χώροι χωρίς καπνό, η υποστήριξη προγραμμάτων για τη διακοπή του καπνίσματος, η δημόσια εκπαίδευση, η παροχή πληροφοριών, η καθιέρωση εθνικών προγραμμάτων δράσης, η εύρυθμη λειτουργία των συντονιστικών επιτροπών και οι μηχανισμοί ελέγχου. Το πρόγραμμα δράσης, έδωσε έμφαση στο ρόλο της ενοποίησης των διακυβερνητικών και μη κυβερνητικών οργανώσεων καθώς και στην ενίσχυση του περιφερειακού γραφείου του Π.Ο.Υ. στην Ευρώπη, για τον συντονισμό της πολιτικής ελέγχου του καπνού στην περιοχή (WHO, 2002).

Στην απέναντι όχθη, βρίσκονται οι μεγαλοβιομήχανοι καπνού που επιδιώκουν συνεχώς να αυξήσουν να κέρδη τους και ανταγωνίζονται όλες τις οργανώσεις και κυβερνήσεις που στόχο έχουν την μείωση του καπνίσματος. Οι βιομηχανίες καπνού ξοδεύουν εκατομμύρια δολάρια για να επηρεάσουν την κοινωνική πολιτική. Διευθύνουν τις δημόσιες σχέσεις και ασκούν άμεση πίεση, πληρώνοντας τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης για να επηρεάσουν τις απόψεις των πολιτικών (Mackay J. et al., 2006).

Για να ενισχύσουν τη δράση και να στηρίξουν την εξέλιξη του στόχου τους, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στην υπουργική διάσκεψη για μια ελεύθερη Ευρώπη χωρίς καπνό υπέγραψε την συνθήκη της Βαρσοβία στις 18-19 Φεβρουαρίου 2002, στην οποία τα κράτη μέλη δεσμεύθηκαν να αναπτύξουν τις απαραίτητες στρατηγικές λύσεις για τον έλεγχο του καπνού.

### 3. Συνθήκη Βαρσοβίας

*«Αναγνωρίζοντας ότι ο καπνός είναι μια τοξική και εθιστική ουσία και ότι η επιδημία του καπνίσματος είναι μια από τις μέγιστες προκλήσεις της δημόσιας υγείας που αντιμετωπίζει ο Π.Ο.Υ στην ευρωπαϊκή περιοχή, και η οποία συνεπώς χρειάζεται μια κοινή απάντηση.*

*Υπογραμμίζεται ότι υπάρχει ένα αυξανόμενο χάσμα στον έλεγχο καπνού μεταξύ των κρατών μελών στα διαφορετικά μέρη της ευρωπαϊκής περιοχής .*

*Σημειώνεται ότι, παρά τα επιτυχή παραδείγματα στην περιοχή, διάφορα κράτη μέλη πρόκειται ακόμα να καθιερώσουν τις περιεκτικές πολιτικές ελέγχου καπνών*

*Αναγνωρίζεται ότι οι σημερινές και μελλοντικές γενιές αξίζουν να ζουν σε ένα περιβάλλον χωρίς καπνό και να προστατευθούν από την ακούσια έκθεση στον περιβαλλοντικό καπνό τσιγάρου και την αρνητική υγεία, τις οικονομικές και κοινωνικές επιδράσεις από την χρήση καπνού. Υπογραμμίζεται ότι η διακοπή καπνίσματος συμβάλλει έντονα σε ενδεχόμενη μείωση στην επικράτηση καπνίσματος*

*Να στηριχτεί επάνω στην θεμελίωση της πρώτης Ευρωπαϊκής Διάσκεψης για την πολιτική του καπνού (Μαδρίτη, 1988) και τα τρία διαδοχικά προγράμματα δράσης για μια Ευρώπη χωρίς καπνό που εκτείνεται την περίοδο 1987-2001.*

*Επικυρώνεται ο κεντρικός ρόλος των κυβερνήσεων στη συμφωνία , αναθεωρούνται και ενισχύονται τα προγράμματα δράσης τους, σύροντας μαζί τις συνεισφορές από την κυβέρνηση, τις μη κυβερνητικές οργανώσεις και τους επαγγελματίες υγείας.*

*Δίνεται έμφαση στην ικανότητα και την ηγεσία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO) μέσα στο σύστημα Ηνωμένων Εθνών στον τομέα του ελέγχου καπνών.*

*Επαινείται η σημαντική αξία της ενίσχυσης των περιφερειακών συνεργασιών και της αλληλεγγύης για την αποδοτική δράση ενάντια στην κατανάλωση καπνών. Όλοι οι υπουργοί συμφωνούν ότι:*

**1. Δεσμευθείτε στην ανάπτυξη και την υιοθέτηση της ευρωπαϊκής στρατηγικής για τον έλεγχο καπνών (τέταρτο πρόγραμμα δράσης για μια καπνός-ελεύθερη Ευρώπη) σύμφωνα με τις ακόλουθες κατευθυντήριες αρχές:**

- Προτεραιότητα μας είναι η δημόσια υγεία και στην κορυφή βρίσκεται ο έλεγχος καπνού.
- Η καταπολέμηση της επιδημίας καπνού είναι μεγάλης σπουδαιότητας στην προστασία της υγείας των ατόμων, ιδιαίτερα των παιδιών και των νέων, οι οποίοι θα ενημερωθούν κατάλληλα για την εθιστική και θανατηφόρα φύση της κατανάλωσης καπνού και την τακτική στρατολόγησης της βιομηχανίας καπνού.
- Οι περιεκτικές πολιτικές με τον αισθητό αντίκτυπο στη μείωση της χρήσης καπνού θα εφαρμοστούν αποτελεσματικά σε όλη την περιοχή. Τα σημαντικότερα μέτρα τέτοιων περιεκτικών πολιτικών είναι: υψηλοί φόροι, απαγορεύσεις στις διαφημίσεις καπνού, εγγυοδοσία και προώθηση, προστασία ενάντια στην ακούσια έκθεση στον περιβαλλοντικό καπνό τσιγάρου στους δημόσιους και τους εργασιακούς χώρους, πρόσβαση στα μέτρα διακοπής και τους αυστηρούς ελέγχους στο λαθραίο πέρασμα.
- Η νέα στρατηγική, που στηρίζεται σε αποτελέσματα από τα προηγούμενα προγράμματα δράσης, πρέπει να θέσει τους σαφείς και συγκεκριμένους στόχους που επιτυγχάνονται στην περιοχή μέχρι το 2007.
- Προτεραιότητα πρέπει να αποτελέσει η προσοχή στις ανησυχητικές τάσεις της κατανάλωσης καπνού μεταξύ των νέων, των γυναικών και των προσώπων από τις ευάλωτες κοινωνικοοικονομικές και μειονοτικές ομάδες.
- Προτεραιότητα έχει η προστασία της δημόσιας υγείας πέρα από την παραγωγή καπνού, επομένως οι οικονομικές δραστηριότητες βιώσιμης εναλλακτικής λύσης στην παραγωγή καπνού πρέπει να προωθηθούν, καθώς επίσης και η βαθμιαία μεταφορά των επιχορηγήσεων για την ανάπτυξη καπνού σε άλλες δραστηριότητες.
- Οι πολιτικές του καπνού πρέπει να περιλάβουν τις γένος-συγκεκριμένες ανησυχίες και τις προοπτικές σε όλες τις πτυχές του ελέγχου καπνού.

**2. Υποστηρίξτε μας για την προετοιμασία μιας περιεκτικής Συνθήκης Πλαισίου (WHO) σχετικά με τον έλεγχο καπνών (FCTC) και ωθήστε όλα τα κράτη μέλη στην ευρωπαϊκή περιοχή και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή:**

- Δώστε έμφαση στην προτεραιότητα της προστασίας δημόσιας υγείας και συμβάλτε ενεργά στην ανάπτυξη, την υιοθέτηση και την εφαρμογή ενός ισχυρού και αποτελεσματικού FCTC.
- Εργαστείτε προς ένα σύνολο ενσωματωμένων μέτρων ελέγχου καπνών και συμφωνηθεισών διεθνών απαντήσεων ενάντια στην επιδημία καπνού.

**3. Πιέστε τα κράτη μέλη και τις διακυβερνητικές οργανώσεις για να ενισχύσετε την ευρωπαϊκή συνεργασία και την αλληλεγγύη στον έλεγχο καπνού από:**

- Δημιουργία ενός κατάλληλου διακυβερνητικού μηχανισμού για την κανονική ανταλλαγή των πληροφοριών στους τεχνικούς, επιστημονικούς και νομικούς τομείς του ελέγχου καπνού.
- Κλείνοντας χάσματα στις πολιτικές ελέγχου καπνού μεταξύ των διαφορετικών περιοχών της Ευρώπης με τη χρησιμοποίηση της εμπειρίας των επιτυχών προγραμμάτων.
- Διευκολύνοντας τη βοήθεια στην ανάπτυξη των εθνικών πολιτικών ελέγχου καπνών στις χώρες στις ειδικές περιστάσεις, όπως τα κράτη μέλη στην οικονομική μετάβαση.
- Ενισχύοντας τον ρόλο των αντίστοιχων εθνικών για την Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τον Έλεγχο του καπνού ως σημαντικό δίκτυο για τις αποδοτικές πολιτικές ελέγχου καπνού στην περιοχή.
- Καταβάλλοντας προσπάθειες να περιληφθούν όλα τα τμήματα της κοινωνίας στην καταπολέμηση της κατανάλωσης καπνού.

**4. Ρωτήστε το WHO τον περιφερειακό διευθυντή για την Ευρώπη σε:**

- Δώστε υψηλή προτεραιότητα στην παροχή των οδηγιών και υποστηρίξτε τα κράτη μέλη στις δραστηριότητές τους για να αναπτύξετε και να εφαρμόσετε τις περιεκτικές πολιτικές ελέγχου καπνού.
- Συνεχίστε να αναπτύσσετε την ευρωπαϊκή στρατηγική για τον έλεγχο καπνού, για την απόφαση από την περιφερειακή Επιτροπή WHO για την Ευρώπη το 2002.
- Βοηθήστε τα κράτη μέλη στο ανατολικό μέρος της περιοχής, λαμβάνοντας υπόψη την ιδιαίτερη σοβαρότητα του προβλήματος, για να λάβετε την υποστήριξη από τις αναπτυξιακές και τους εκπροσώπους των χορηγών για την ανάπτυξη και την εφαρμογή των πολιτικών μέτρων ελέγχου του καπνού.

- Διευκολύνετε τις συνεργασίες μεταξύ των κρατών μελών και των σχετικών διακυβερνητικών και μη κυβερνητικών οργανώσεων για τη συντονισμένη δράση ενάντια στην επιδημία καπνού στην ευρωπαϊκή περιοχή.
- Καθιερώστε και ενισχύστε τα συστήματα για την τυποποιημένη επιτήρηση των σχεδίων, των καθοριστικών παραγόντων και των συνεπειών της χρήσης καπνού, και κινητοποιήστε τους οικονομικούς και λειτουργικούς πόρους για αυτόν τον σκοπό, ειδικά για τις χώρες στην οικονομική μετάβαση» (Warsaw Declaration , 2002).

Οι παραδοσιακές πολιτικές ελέγχου του καπνού, υιοθετούν ένα μεγάλο αριθμό μέτρων για να συγκρατήσουν την επιδημία του καπνίσματος συμπεριλαμβανομένων : Της αύξησης της τιμής του καπνού, τις απαγορεύσεις σε άμεσες και έμμεσες μορφές προώθησης του καπνού, την κάλυψη των αναγκών των υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος. Τα παραπάνω μέτρα εφαρμόζονται στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες κάτω από το πρίσμα των διεθνών εξελίξεων, όπως η νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την απαγόρευση της προώθησης καπνού και η Συνθήκη της Βαρσοβίας για τον έλεγχο του καπνού (WHO, 2002).

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν δημοσιευθεί κατά καιρούς, πέντε μέτρα ελέγχου του καπνίσματος έχουν αποδειχθεί ως τα επικρατέστερα για την μείωση του καπνίσματος, τα οποία περιλαμβάνουν :

- Την απαγόρευση των διαφημίσεων και της προώθησης προϊόντων καπνού.
- Την συνεχόμενη αύξηση των τιμών των τσιγάρων.
- Τις επεμβάσεις για την απαγόρευση του καπνίσματος στους χώρους εργασίας.
- Τον ελεύθερο ανεφοδιασμό της θεραπείας της αντικατάστασης της νικοτίνης (NRT) και παρόμοιες ενέργειες ενισχύσεις της διακοπής του καπνίσματος.
- Την παροχή συμβουλών στους καπνιστές και ίδρυση ειδικών γραμμών τηλεφωνικής βοήθειας (Giskes K. and Kunst A.E. 2004).

#### **4.Συνθήκη Πλαισίου σχετικά με τον Έλεγχο Καπνού (FCTC)**

Την 1<sup>η</sup> Ιουνίου του 2004, το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης ενέκρινε τη Συνθήκη Πλαισίου σχετικά με τον Έλεγχο Καπνού (FCTC), το οποίο δημιουργήθηκε υπό

την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Το (FCTC) είναι η αρχική Συνθήκη Υγείας. Η Ευρωπαϊκή Ένωση και τα κράτη μέλη επικύρωσαν τη Συνθήκη τον Νοέμβριο του 2004 και η Συνθήκη τέθηκε σε ισχύ το Φεβρουάριο του 2005 (Mackay J. et al. 2006, Tobacco Product Regulation 2006).

Λαμβάνοντας υπόψη την μείωση του καπνού, η Συνθήκη καλεί τα μέλη που συμμετέχουν να θεσπίσουν, να ενημερώσουν και να εφαρμόσουν αποτελεσματικά τα νομοθετικά, τα εκτελεστικά, τα διοικητικά ή άλλα μέτρα. **Στη συνθήκη (FCTC) περιλαμβάνονται κάποιες από τις ακόλουθες οδηγίες:**

- Μέτρα που περιλαμβάνουν την αύξηση των τιμών και των φόρων των προϊόντων καπνού για να μειωθεί η ζήτηση τους (άρθρο 6). Τα μέτρα που περιλαμβάνουν την αύξηση των τιμών και των φόρων έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά και έχουν σημαντικό νόημα στην μείωση της κατανάλωσης καπνού, ειδικά μεταξύ των νέων, ένα γεγονός το οποίο αναγνωρίζεται και από την Συνθήκη του Π.Ο.Υ. (WHO, 2003).
- Προστασία από την έκθεση στον καπνό του τσιγάρου (άρθρο 8). Το Π.Ο.Υ. απαιτεί, οι ομάδες να υιοθετήσουν και να εφαρμόσουν αποτελεσματικά τα νομοθετικά, τα εκτελεστικά, τα διοικητικά και/ή άλλα μέτρα «που προβλέπουν την προστασία από την έκθεση στον καπνό του τσιγάρου στους εσωτερικούς εργασιακούς χώρους, τις δημόσιες συγκοινωνίες, τους εσωτερικούς δημόσιους χώρους και ανάλογα με την περίπτωση και άλλους δημόσιους χώρους» (WHO, 2003).
- Όπου ένα κόμμα στερείται νομικής αρμοδιότητας για να εφαρμοστεί σε εθνικό επίπεδο, τότε να προωθούνται ενεργά τα ισοδύναμα μέτρα σε υπέρ εθνικό επίπεδο (WHO, 2003).
- Κανονισμός των προϊόντων που περιέχονται στον καπνό.(άρθρο 9). Το Συνέδριο των Κομμάτων πρέπει να αναπτύξει τις κατευθυντήριες γραμμές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τις χώρες για τις δοκιμές, τις μετρήσεις και τον συντονισμό των περιεχομένων και εκδοχών αυτών. Τα Κόμματα πρέπει να υιοθετήσουν κατάλληλα νομοθετικά μέτρα σε εθνικό επίπεδο.
- Το πακετάρισμα και οι επιγραφές των προϊόντων καπνού (άρθρο 11). Το πακετάρισμα του καπνού εξασφαλίζει ένα αποτελεσματικό μέσο έκφρασης για την προώθηση του καπνού., και έχει αυξήσει σημαντικά την εσωτερική ερευνα αγοράς καθώς τα άλλα είδη διαφήμισης έχουν περιοριστεί (Wakefield M. et al., 2002).

Η συνθήκη απαιτεί από κάθε κόμμα να υιοθετήσει και να υλοποιήσει, σε διάστημα τριών χρόνων από τη στιγμή που θα τεθεί σε εφαρμογή η Συνθήκη, για να είναι αποτελεσματικότερα τα μέτρα χρειάζονται μεγάλες, καθαρές προειδοποίησης υγείας, χρησιμοποιώντας περιστρεφόμενα μηνύματα εγκεκριμένα από κάποιον που κατέχει ένα διεθνές αξίωμα (WHO, 2003).

Το (FCTC) ορίζει ότι αναγραφές των μηνυμάτων πρέπει να καλύπτουν το 50% ή παραπάνω της εμφανούς περιοχής, όπως ήδη γίνεται στην Βραζιλία και στον Καναδά. Οι προειδοποιήσεις πρέπει να καταλαμβάνουν το λιγότερο το 30% της επιφάνειας των πακέτων των τσιγάρων (WHO, 2003).

- Η παιδεία, η επικοινωνία, η εκπαίδευση και η κοινωνική πρόνοια (άρθρο 12). Οι μεγάλες, παρατεταμένες εκστρατείες πληροφόρησης του κοινού είναι ένας σημαντικός τρόπος να αλλάξει η νοοτροπία, η πίστη και τα πρότυπα της κοινωνίας. Ο Π.Ο.Υ απαιτεί από τα κόμματα να υιοθετήσουν τα νομοθετικά, τα διοικητικά, τα διαχειριστικά και άλλα παρόμοια μέτρα που θα προάγουν την ενημερότητα του κοινού και θα επιτύχουν να πληροφορήσουν για την εξάρτηση του καπνού, τους κινδύνους υγείας λόγω του καπνίσματος και της έκθεσης στον καπνό, το όφελος από την διακοπή και τις ενέργειες των καπνοβιομηχανιών.
- Η διαφήμιση του καπνού, η προώθηση και οι εγγυητές των διαφημίσεων.(άρθρο 13). Ο Π.Ο.Υ απαιτεί από κάθε κόμμα, «σε συμφωνία με τα ιδρύματα ή τις συνταγματικές αρχές, να αναλάβουν να απαγορεύσουν με νομικά μέσα όλες τις διαφημίσεις καπνού, την προώθηση και τους εγγυητές. Τα κόμματα των οποίων, τα ιδρύματα ή οι συνταγματικές αρχές δεν τους επιτρέπουν να συμβάλλουν στην απαγόρευση με νομικά μέσα πρέπει να ζητήσουν μια σειρά από απαγορεύσεις όλων των διαφημίσεων, των προωθήσεων και των εγγυητών των προϊόντων καπνού (WHO, 2003).

**Πίνακας 10.** Τα σημαντικότερα άρθρα της Συνθήκης Πλαισίου Σχετικά με τον Καπνό

Άρθρα της Συνθήκης Πλαισίου Σχετικά με τον Καπνό
Κανονισμοί:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Περιεχόμενα, πακετάρισμα και οι προειδοποίησης των προϊόντων καπνού .</li> </ul>



• Απαγόρευση της πώλησης προς και από τους ανήλικες.
• Παράνομη εμπορία των προϊόντων καπνού.
• Κάπνισμα σε δημόσιους και χώρους εργασίας.
Μείωση της κατανάλωσης εξαρτάται από:
• Τιμή και μέτρα φορολόγησης
• Περιοριστικά νομικά μέτρα των διαφημίσεων καπνού, της προώθησης και των εγγυητών.
• Εκπαίδευση, αύξηση ενημέρωσης του κοινού και βοήθεια για την διακοπή.
Προστασία του περιβάλλοντος και της υγείας των εργατών του καπνού
Οικονομική ενίσχυση για εναλλακτικές δραστηριότητες
Έρευνες, τηλεφωνικά κέντρα παροχής πληροφοριών

## **5. Φορολογικά μέτρα**

Οι οικονομικές παρεμβάσεις θεωρείται ένας από τους καλύτερους τρόπους πρόληψης έναρξης του καπνίσματος και ίσως ο σημαντικότερος τρόπος για τη διακοπή του καπνίσματος (Jha P., Chaloupka FJ. 2000, Liang L. et al. 2001, Gallet CA., List JA. 2003, Jamrozik K. 2004).

Γυρνώντας τον χρόνο πίσω επιβεβαιώνεται ότι για πρώτη φορά η Ε.Ε. είχε επιβάλει φορολογικούς κανονισμούς το 1972 (Cnossen S. 2003). Από τις αρχές της δεκαετίας του '80, οι προσπάθειες φορολογικής εναρμόνισης για τον καπνό έχουν χαρακτηριστεί από διαφωνίες και συμβιβασμούς, τόσο μεταξύ των καπνοβιομηχανιών, όσο και μεταξύ των κρατών μελών που καλλιεργούν καπνό για την επιλογή του κατάλληλου φορολογικού καθεστώτος.

Το 1992, η Ε.Ε. λαμβάνοντας υπόψη την ενιαία αγορά, υιοθέτησε ένα σύνολο κοινών οδηγιών, για να εξασφαλίσει μια εναρμόνιση μεταξύ των φορολογικών επιπέδων των προϊόντων καπνού σε όλα τα κράτη μέλη. Αντιπροσώπευε ένα συμβιβασμό μεταξύ του αναλογικού φόρου και των υπερασπιστών του ειδικού φόρου. Οι οδηγίες καθιέρωσαν μια γενική επιβολή φόρου τουλάχιστον 57% της λιανικής τιμής των δημοφιλέστερων κατηγοριών τσιγάρων. Διευκρινίζεται ότι θα λαμβάνεται με το ελάχιστο ποσοστό Φ.Π.Α. κατά 13,4% και το κατώτατο γενικό επίπεδο φορολογίας στα τσιγάρα ήταν 70%.

Οι χώρες ήταν ελεύθερες να κρατήσουν την ισορροπία μεταξύ του αναλογικού και του ειδικού φόρου, με την προϋπόθεση ότι οι κατώτατες τιμές θα κυμαινόταν μεταξύ 5-55% του συνολικού φόρου συμπεριλαμβανομένου και του Φ.Π.Α. (European Commission, 2004).

Αν και τα παραπάνω μέτρα οδήγησαν σε αύξηση των τιμών, δεν εξάλειψαν τις μεγάλες διαφορές στα επίπεδα τιμών και φόρων στην αγορά της ΕΕ. Για τον ίδιο λόγο, τα πολύ φτηνά τσιγάρα συνέχισαν να παράγονται, να διανέμονται και να πωλούνται (Gilmore A., McKee M. 2004). Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δεσμεύτηκε να ανανεώσει τα μέτρα της ελάχιστης φορολογίας, ως μέτρο προκειμένου να μετριαστούν οι ανησυχίες για το αντίκτυπο του καπνίσματος αναφορικά με την δημόσια υγεία (Commission IP/01/368, 2001). Η οδηγία του 2002 περιορίζει την ελάχιστη φορολογία, ώστε να μειώνει τις διαφορές τιμών και να οδηγεί τα πολύ φτηνά προϊόντα εκτός αγοράς. Παρά τις προσπάθειες να χρησιμοποιηθούν οι φόροι τσιγάρων ως μέσο για την προστασία της δημόσιας υγείας, τα τσιγάρα στην Ευρώπη εξακολουθούν να είναι προσιτά στο κοινό. Στο Ηνωμένο Βασίλειο παρά τις πρόσφατες αυξήσεις στις τιμές του καπνού, τα τσιγάρα είναι πιο προσιτά από ότι ήταν την δεκαετία του 1960 (UK Department of Health, 1998).

Η τιμή πώλησης είναι ο σημαντικότερος παράγοντας που θα επηρεάσει βραχυπρόθεσμα την μείωση του καπνού, σύμφωνα με πολλές έρευνες που έχουν δημοσιευθεί κατά καιρούς.

Το 1999, η Παγκόσμια Τράπεζα κατάληξε στο συμπέρασμα ότι εάν αυξανόταν 10% η τιμή των καπνών η μείωση στη χρήση καπνού θα έφτανε στο 4% στις αναπτυγμένες χώρες και περίπου στο 8% στις αναπτυσσόμενες (Chaloupka et al., 2000). Επίσης μπορεί να μειωθεί η πιθανότητα έναρξης του καπνίσματος μεταξύ 3% και 10% (Tauras JA. et al., 2001). Δημοσιευμένα στοιχεία δείχνουν ότι οι υψηλοί φόροι, είναι σε θέση να μειώσουν το κάπνισμα ακόμη και κάτω από την παρουσία του λαθρεμπορίου (Merriman D. et al., 2000).

Διάφορες έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η αύξηση των φόρων, είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στην μείωση του καπνίσματος μεταξύ των νέων και των νέων ενήλικων, αλλά και μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων με χαμηλά εισοδήματα (Lewit EM. et al.1981, Chaloupka FJ., Grossman M.1996, Evans, Farrelly 1997, Farrelly ,Bray 1998).

Η αύξηση των φόρων έχει αποδειχθεί ως ένα από τα αποτελεσματικότερα μέσα μείωσης του καπνίσματος και έχει γίνει η προτεινόμενη μέθοδος για τον έλεγχο του καπνίσματος σε πολλές χώρες (Sung HY. 1994, Hu TW. 1998, Lanoie P., Leclair P. 1998, Chaloupka FJ., Warner KE. 2000, Hu TW., Mao Z. 2002, Gallet CA., List JA. 2003).

Επιπλέον, λαμβάνοντας υπόψη την ανελαστικότητα της ζήτησης προϊόντων καπνού, οι αυξήσεις των φόρων θα οδηγήσουν σε αρκετές μεγάλες αυξήσεις στα φορολογικά έσοδα. Οι φορολογικές αυξήσεις στα προϊόντα καπνού τις τάξης του 10% θα αυξήσουν τα φορολογικά έσοδα κατά περίπου 7% (Warsaw Declaration, 2002).

Οι έρευνες έχουν δείξει ότι ένα μέρος των καπνιστών αντιδρούν στην αύξηση της τιμής, με την αγορά φτηνότερων προϊόντων καπνού (Chaloupka, F.J. et al. 1997, Chapman S., & Richardson J.1990, Ohsfeldt R.L. et al. 1997). Συνεπώς, για να επιτευχθεί ο γενικός στόχος που είναι η μείωση του καπνίσματος, οι φόροι θα πρέπει να είναι ενιαίοι για όλα τα προϊόντα καπνού (Sunley E.M. et al., 2000). Η πρόταση της Παγκόσμιας Τράπεζας είναι να επιβληθούν παρόμοια ποσά φόρων σε όλα τα είδη των προϊόντων καπνού : τσιγάρα, πούρα, καπνός πίπας, χειροποίητα τσιγάρα και καπνό μασήματος (Prabat J. & Chaloupka F.J., 2000).

Σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως η Γαλλία όπου οι τα κέρδη από τους φόρους υπολογίζεται ότι ανέρχονται περίπου στο 78% της λιανικής πώλησης, όταν οι τιμές του καπνού αυξάνονται κατά μέσο όρο ετησίως στο 12% κατά την περίοδο 1992-1997, τα κρατικά έσοδα διπλασιάζονται και οι πωλήσεις των τσιγάρων σημειώνουν πτώση της τάξης του 14,5% (Elihan -Chenin P. ,2004).

Συγκρινόμενοι με άλλες χώρες της Ε.Ε. οι φόροι στα προϊόντα καπνού στην Γερμανία βρίσκονται σε μέτριο επίπεδο. Από την φορολογική αύξηση στις αρχές του 2002, ο καταμερισμός των φόρων καπνού αναφερόταν σε ποσοστό 61% στα ποσά λιανικών τιμών (Updated cigarette price and tax table across the EU. 2002, Guindon, G.E. et al. 2002).

Η ESTC αναφέρει μεταξύ άλλων ότι οι στρατηγικές εθνικές ενέργειες πρέπει να περιλαμβάνουν:

- Διατήρηση των υψηλών τιμών και των φόρων στα προϊόντα καπνού.
- Αύξηση των φόρων προκειμένου να αυξηθεί η τιμή των προϊόντων καπνού πάνω από το μέσο όρο του πληθωρισμού και του εισοδήματος, για να αποτραπεί η ζήτηση τους.
- Απαγόρευση πώλησης όλων των αφορολόγητων προϊόντων καπνού και των δασμών.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστηρίζει ότι η αποδοτικότερη μέθοδος για να μειωθεί το κάπνισμα είναι ο διπλασιασμός της τιμής των προϊόντων καπνού. Άλλωστε συνδυάζοντας τις φορολογικές αυξήσεις και με άλλα μέτρα-ελέγχου καπνού, είναι ένας πολύ οικονομικός αποδοτικός τρόπος για να βελτιωθεί η υγεία των πληθυσμών.

Επομένως η αύξηση των φόρων και των τιμών των τσιγάρων, είναι ένα από τα σημαντικότερα μέτρα για τον έλεγχο του καπνού, και πρέπει να ενταχθεί στις κυβερνητικές προσπάθειες που θέλουν να βελτιώσουν την υγεία των πληθυσμών.

Οι χώρες οι οποίες υιοθέτησαν αυτά τα μέτρα παρουσίασαν σημαντική μείωση του καπνίσματος μεταξύ των αντρών, τη σταθεροποίηση του αριθμού των καπνιστών μεταξύ των νέων, μικρή μείωση μεταξύ των γυναικών που κάπνιζαν και εξίσου σημαντική μείωση στα ανδρικά ποσοστά θανάτων λόγω του καπνίσματος (WHO, ESTC 2002).

## **6. Αναγραφή μηνυμάτων σε πακέτα**

Από την δεκαετία του 1960 είχαν αρχίσει να χρησιμοποιούνται οι προειδοποιήσεις πάνω στα πακέτα τσιγάρων που έκαναν λόγο για τους κινδύνους που συνδέονται με το κάπνισμα. Η αναγραφή των μηνυμάτων είναι πλέον υποχρεωτική στις περισσότερες χώρες παγκοσμίως και διαρκώς περισσότερες δημιουργικές μέθοδοι χρησιμοποιούνται για να παρουσιάσουν αυτά τα μηνύματα (Mackay J. et al., 2006). Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δημιούργησε το κοινό πρόγραμμα στο τέλος του 1986 (Europe against cancer programme, 1987). Περιλάμβανε 14 μέτρα ενάντια στον καπνό, ένα από τα οποία αφορούσε τις επιγραφές των προϊόντων καπνού. Στόχος ήταν η δημιουργία μιας ενιαίας αγοράς που απαιτούσε κοινούς εμπορικούς κανόνες, οι οποίοι έπρεπε να έχουν προτεραιότητα την προστασία της υγείας. Συγχρόνως η Ιρλανδία άνοιγε το δρόμο με ισχυρές και σαφείς προειδοποιήσεις για την υγεία όπως «το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο», που τυπώνεται με κεφαλαία γράμματα και καταλαμβάνει την μεγαλύτερη επιφάνεια του πακέτου. Αντίθετα άλλες χώρες όπως το Λουξεμβούργο, η Ελλάδα και η Ολλανδία δεν είχαν κανένα νόμο σχετικό με τις αναγραφές μηνυμάτων.

Η οδηγία αναφορικά με τις αναγραφές των μηνυμάτων εκδόθηκε τον Νοέμβριο του 1989 και τέθηκε σε ισχύ την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου του 1992 (Richonnier M., 1991). Τροποποιήθηκε ελάχιστα μέσω της οδηγίας 92/41/ΕΚ. Από τον Ιανουάριο του 1992 η πίσσα και η νικοτίνη πρέπει να αναγράφονται στα πακέτα των τσιγάρων και όλα τα προϊόντα καπνού πρέπει να φέρουν την προειδοποίηση ότι : *«το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία»*.

Επίσης τα πακέτα τσιγάρων, πρέπει να φέρουν μια πρόσθετη ειδική προειδοποίηση που επιλέγεται από ένα κατάλογο. Η προειδοποίηση, πρέπει να είναι τυπωμένη στις επίσημες γλώσσες της χώρας στην οποία πρόκειται να πουληθεί ο καπνός και πρέπει να

καλύπτει το λιγότερο το 4% της κάθε μεγάλης επιφάνειας του πακέτου, αποκλείοντας ένδειξη της αρμόδιας αρχής.

Το ποσοστό ήταν 6% για τις χώρες που είχαν δύο επίσημες γλώσσες και 8% για τις χώρες που είχαν τρεις επίσημες γλώσσες. Η επιτροπή είχε την απαίτηση η επιγραφή να είναι σαφής, ευανάγνωστη, τυπωμένη με μαύρους έντονους χαρακτήρες σε φόντο που να κάνει αντίθεση. Δεν έπρεπε να τυπωθούν σε μια θέση όπου μπορούσαν να υποστούν φθορές όταν το πακέτο ήταν ανοιχτό ή είχε ένα διαφανές περιτύλιγμα ή οποιαδήποτε άλλο εξωτερικό περιτύλιγμα. Οι ίδιες αναγραφές ίσχυαν και για τα προϊόντα καπνού με την διορία να εφαρμοστούν μέχρι την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου του 1994 (European Commission, 2004). Η οδηγία για τις αναγραφές των μηνυμάτων, έγινε δεκτή με ευχαρίστηση από τις Ευρωπαϊκές οργανώσεις πρόληψης του καπνίσματος και η νομοθεσία αναγραφής μηνυμάτων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής έγινε το πρότυπο ολόκληρης της Ευρώπης.

Η Διάσκεψη του Π.Ο.Υ το 1988 στην Μαδρίτη τόνιζε ότι *«οι προειδοποιήσεις υγείας πρέπει να είναι περιστρεφόμενα και ευανάγνωστα. Όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας του Π.Ο.Υ. πρέπει να εγκρίνουν τα μέτρα που περιλαμβάνονται στην Οδηγία της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, αναφορικά με τις προειδοποιήσεις υγείας»* (WHO, 1989).

Ο αντίκτυπος ήταν τεράστιος, δεδομένου ότι οι οδηγίες ήταν δεσμευτικές σε όλα τα κράτη μέλη, ακόμα και σε χώρες χωρίς σχεδόν καμία νομοθεσία για τον έλεγχο του καπνού όπως η Ολλανδία, η Δανία, η Ελλάδα, το Λουξεμβούργο οι οποίες έπρεπε να ενισχύσουν τις προειδοποιήσεις υγείας. Εκτός από τον άμεσο αντίκτυπο της οδηγίας στα κράτη μέλη, έγινε παράδειγμα για πολλές χώρες που ήθελαν να προσχωρήσουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Το μέγεθος των μηνυμάτων είναι σημαντικό και γίνεται αποδεκτό ότι πρέπει να καλύπτει τουλάχιστον το 25% των μπροστινών και πίσω επιφανειών των πακέτων.

Αναφορικά με το μέγεθος των μηνυμάτων αξίζει να αναφερθεί το παράδειγμα της Πολωνίας. Στις 9 Νοεμβρίου του 1995 θεσπίστηκε με συντριπτική πλειοψηφία ένας νόμος για την προστασία της δημοσίας υγείας. Ανέφερε ότι οι προειδοποιήσεις στα πακέτα τσιγάρων θα έπρεπε να καταλαμβάνουν το 30% των δύο μεγαλύτερων επιφανειών.

Το 1998 το Πολωνικό Κοινοβούλιο επιβεβαίωσε ότι το μέγεθος των μηνυμάτων θα παρέμενε στο 30%. Εκείνη την περίοδο ήταν το μεγαλύτερο μέγεθος στον κόσμο και 3 χρόνια αργότερα επηρέασε το μέγεθος των μηνυμάτων στην Ε.Ε. (European Commission, 2004).

Άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον Καναδά έδειξε ότι οι μεγαλύτερες αναγραφές ήταν πιο αποτελεσματικές. Εξέτασε την αύξηση του μεγέθους των αναγραφών από 30% σε 60% και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μια σημαντική σχέση μεταξύ του μεγέθους των μηνυμάτων και της επιρροής που ασκούν στο θέμα του καπνίσματος.

Όσο μεγαλύτερο είναι το μέγεθος της προειδοποίησης τόσο πιο αποτελεσματικά επιδρά στην απόφαση των καπνιστών να σταματήσουν το κάπνισμα (Health Canada 1999, Strahan E.J. et al. 2002).

### **6.1. Κύριες διατάξεις αναγραφής μηνυμάτων. Οδηγία των Προϊόντων Καπνού 2001(2001/37/EK).**

- Τα παράγωγα του μονοξειδίου του άνθρακα, της πίσσας, της νικοτίνης θα τυπωθούν σε μια πλευρά του πακέτου τσιγάρων στην επίσημη γλώσσα ή τις γλώσσες του κράτους μέλους όπου το προϊόν διατίθεται στην αγορά, έτσι ώστε τουλάχιστον το 12% της αντίστοιχης επιφάνειας να είναι καλυμμένη (12% για δύο επίσημες γλώσσες και 15% για τρεις επίσημες γλώσσες).
- Οι αναγραφές μηνυμάτων πρέπει να καλύψουν το 30% του πρόσοψης του πακέτου (32% για δύο γλώσσες και 35% για τρεις γλώσσες) και 40% του πίσω μέρους του πακέτου (45% για δύο γλώσσες και 50% για τρεις γλώσσες).
- Τα κείμενα των μηνυμάτων πρέπει να περιέχουν μια γενική προειδοποίηση στην πρόσοψη, είτε «το κάπνισμα σκοτώνει», είτε «μπορεί να σκοτώσει», είτε «το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά εσάς και τους γύρω σας», που θα εναλλάσσονται με πρόσθετες προειδοποιήσεις στο πίσω τμήμα, ένας κατάλογος δώδεκα διαφορετικών κειμένων.

Η Επιτροπή όρισε τον Σεπτέμβριο του 2003 τους κανόνες για τη χρήση του χρώματος των φωτογραφιών (π.χ. που εισάγονται από τον Καναδά και την Βραζιλία), τα γραφήματα κλπ. Τα κράτη μέλη που επιθυμούν να χρησιμοποιήσουν τις εικόνες και τα γραφήματα έχουν το δικαίωμα, αλλά μόνο μέσα στο πλαίσιο των κανόνων που έχουν συμφωνηθεί και όχι νωρίτερα από την 1<sup>η</sup> Οκτωβρίου του 2004.

Τα στοιχεία που έχουν δημοσιευθεί από το Ηνωμένο Βασίλειο αναφορικά με την επίδραση των μηνυμάτων στους καπνιστές είναι ενθαρρυντικά: οι καπνιστές σκέφτονται τα προειδοποιητικά μηνύματα, υπάρχουν εκθέσεις των καπνιστών που αρνήθηκαν να καπνίσουν λόγω των μηνυμάτων. Είναι εμφανές ότι γίνεται αντιληπτή η αποτελεσματικότητα των μηνυμάτων και υπάρχουν καπνιστές που εξετάζουν τις

προειδοποιήσεις στα πακέτα ως κίνητρο για να διακόψουν το κάπνισμα (Fong GT. et al., 2004). Οι μεγάλες προειδοποιήσεις υγείας στα πακέτα τσιγάρων παρουσιάστηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2003 (Fong GT., 2004).

Ένα από τα μεγαλύτερα εφόδια της Συνθήκης του Π.Ο.Υ. σχετικά με τον έλεγχο καπνού είναι το άρθρο 11, στο οποίο γίνεται σύσταση ότι τα μηνύματα των πακέτων να καλύπτουν πάνω από το 50% της φανεράς επιφάνειας, αλλά απαιτείται να καλύπτουν τουλάχιστον το 30% των κυρίως περιοχών, και μπορούν να έχουν είτε μορφές είτε εικόνες ή εικονογραφήματα. Η σύναψη της συμφωνίας πραγματοποιήθηκε στις 28 Φεβρουαρίου του 2003 και διατήρησε τις αρχικές υποχρεώσεις.

Τα μεγάλα, και άμεσα μηνύματα υγείας είναι ένας από τους αποτελεσματικότερους τρόπους τόσο για την πληροφόρηση των καπνιστών για τους κινδύνους που διατρέχουν (ενθαρρύνει έτσι τους καπνιστές να σταματήσουν το κάπνισμα) όσο και για την αποθάρρυνση των μη καπνιστών να αρχίσουν το κάπνισμα. Τα συμπεράσματα των ερευνών καταλήγουν ότι οι προειδοποιήσεις υγείας, είναι αποτελεσματικές μόνο εάν περιέχουν πολλαπλά, ισχυρά και άμεσα μηνύματα. Στοιχεία από τον Καναδά, τη Βραζιλία, την Αυστραλία (World Bank, 2003), την Ολλανδία (Persbericht Defacto, 2002) και το Βέλγιο (Joossens L., 2004) δείχνουν ότι το μεγάλο μέγεθος των μηνυμάτων είναι αποτελεσματικό ώστε να αποθαρρύνει το κάπνισμα και αυξάνει την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία.

## 6.2. Οδηγία της Ε.Ε. για τα προϊόντα καπνού κανονισμός (2001/37/ΕΚ)

**Πίνακας 11** .Περιεχόμενο των προειδοποιήσεων για τα προϊόντα καπνού

Θέση στο πακέτο	Μήνυμα
Πρόσοψη	Το κάπνισμα σκοτώνει
Πρόσοψη	Το κάπνισμα μπορεί να βλάψει σοβαρά εσάς και τους γύρω σας
Πίσω	Οι καπνιστές πεθαίνουν νεότεροι
Πίσω	Το κάπνισμα φράζει τις αρτηρίες, προκαλεί καρδιακή προσβολή και έμφραγμα του μυοκαρδίου
Πίσω	Το κάπνισμα προκαλεί μοιραίο καρκίνο πνευμόνων
Πίσω	Το κάπνισμα βλάπτει το έμβρυο
Πίσω	Προστατέψτε τα παιδιά : μην τους αναγκάζετε να αναπνέουν τον καπνό σας
Πίσω	Ο γιατρός ή ο φαρμακοποιός σας μπορούν να σας βοηθήσουν να σταματήσετε το κάπνισμα
Πίσω	Το κάπνισμα είναι ιδιαίτερα εθιστικό, μην το αρχίσετε
Πίσω	Διακόπτοντας το κάπνισμα μειώνεται τους κινδύνους μοιραίων ασθενειών της καρδιάς και των πνευμόνων
Πίσω	Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει έναν αργό και επίπονο θάνατο
Πίσω	Ζητήστε βοήθεια για να σταματήσετε το κάπνισμα :τηλέφωνο, ταχυδρομική διεύθυνση, διεύθυνση Διαδικτύου, συμβουλευθείτε το γιατρό ή το φαρμακοποιό σας
Πίσω	Το κάπνισμα μπορεί να μειώσει τη ροή του αίματος και να προκαλέσει ανικανότητα
Πίσω	Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει γήρανση της επιδερμίδας
πίσω	Το κάπνισμα μπορεί να βλάψει το σπέρμα και να μειώσει τη γονιμότητα
Πίσω	Ο καπνός περιέχει βενζόλιο, νιτροζαμίνες, φορμαλδεΰδες και υδροκυάνιο

Πηγή : (EU Directive 2001/37)

Η οδηγία της Ευρωπαϊκής Κοινότητας επιβάλλει ότι τα ανώτερα όρια για την πίσσα είναι (10mg), για την νικοτίνη (1mg) και το μονοξείδιο του άνθρακα(10mg), που επιτρέπεται να περιέχουν τα τσιγάρα. Η Επιτροπή της Ε.Ε., θα διαθέσει τις οδηγίες προς τα κράτη μέλη για την προσθήκη των εικόνων πάνω στις συσκευασίες καπνών και συμβουλεύει να ενισχύσουν περαιτέρω τις γραπτές προειδοποιήσεις.

Απαιτείται από τις καπνοβιομηχανίες να αναγράφουν λεπτομερώς τις πρόσθετες ουσίες που χρησιμοποιούν στα προϊόντα καπνού και το σκοπό τους και απαγορεύεται να αναγράφονται στα προϊόντα καπνού οι επιγραφές “ελαφρύ” και “μαλακό” που παραπλανούν το κοινό (European Court, 2002).



Τα μηνύματα στα πακέτα είναι ένα έγκυρο επικοινωνιακό εργαλείο. Η αποτελεσματικότητα των μηνυμάτων θα αυξηθεί, εάν γίνουν πιο σημαντικά (Kaiserman, 1993), η τύπωση να γίνει με χρωματική αντίθεση (Ross, 1981) και υπάρξει ποικιλία σχεδίων και περιεχομένων (Bhalla & Lastovieka, 1984). Επίσης θα επιτευχθεί ο στόχος ένα αναπτυχθεί το κοινό που τα λαμβάνει υπόψη και δημιουργηθούν φορείς που παρακολουθούν την έρευνα εισαγωγής και αγοράς (Jacoby et al. 1982, Fischer et al. 1993).

Ο Mahood (1999), υποστηρίζει ότι ένα αποτελεσματικό σύστημα προειδοποίησης θα δημιουργήσει μια κατάσταση ενημερωμένης συγκατάθεσης σχετικά με τη φύση και τη σπουδαιότητα των κινδύνων. Αξίζει να αναφερθεί ότι οι καπνιστές έρχονται αντιμέτωποι με τα μηνύματα στα πακέτα τσιγάρων πάνω κατά μέσο όρο 7.000 φορές το χρόνο (Hammond D. et al., 2003).

Στις χώρες της Νότιας Ευρώπης τα μηνύματα ήταν πολλές φορές αδιάφορα και σε κάποιες περιπτώσεις ακόμα και περιφρονητικά όσον αφορά το σχήμα και το περιεχόμενο των μηνυμάτων. Συγκεκριμένα στην Ελλάδα οι άντρες θεώρησαν την επιβολή των μηνυμάτων άσκοπη (Devlin E. et al., 2005).

## 7. Άλλα προληπτικά μέτρα μείωσης του καπνίσματος

### 7.1. Περιορισμοί του μάρκετινγκ

*“Η διαφήμιση είναι ένας πολύτιμος οικονομικός παράγοντας επειδή είναι ο φθηνότερος τρόπος να πουλήσεις αγαθά, ειδικά εάν τα αγαθά είναι άνευ αξίας».*

*Sinclair Lewis*

Η διαφήμιση των προϊόντων καπνού ενθαρρύνει τους ανθρώπους να αρχίσουν το κάπνισμα και να αυξήσουν τον αριθμό των τσιγάρων (Assunta M, Chapman S. 2004). Το θέμα σχετικά με τις διαφημίσεις του καπνού διαρκεί εδώ και 15 χρόνια και δεν έχει ολοκληρωθεί, αφού η Γερμανία έχει αντικρούσει την απαγόρευση (οδηγία της Ευρωπαϊκής Κοινότητας 2003/33/EK).

Μια ανασκόπηση στο παρελθόν μας ενημερώνει ότι: το 1989 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ενέκρινε μια πρόταση σκοπεύοντας να εναρμονίσει τους νόμους των κρατών μελών με τις απαγορεύσεις καπνού.

Θεώρησε ότι η πρόταση για ολοκληρωτική απαγόρευση των διαφημίσεων καπνού ήταν αδύνατη, δεδομένου ότι μόνο δύο χώρες (Ιταλία και Πορτογαλία) είχαν μια σχετική απαγόρευση εκείνη την περίοδο. Το θέμα των τηλεοπτικών διαφημίσεων καλύφθηκε από μια πρόταση της επιτροπής με οδηγία που εγκρίθηκε το 1989 (89/522/EK) (Official Journal, 1989).

Το 1990 η Γαλλική κυβέρνηση ανήγγειλε το σχέδιο της να απαγορεύσει τη διαφήμιση καπνού. Το σχόλιο της εφημερίδας «*Le Monde*» στις 16 Μαρτίου του 1990 αναφέρει «*με την υιοθέτηση των ισχυρών συστάσεων, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο θέλει να επιταχύνει την πάλη ενάντια στον καπνό*» (Scott M., 1990). Ο Γαλλικός νόμος που ψηφίστηκε στις 10 Ιανουαρίου του 1991, (γνωστός ως loi Evin), ήταν μια από τις ισχυρότερες απαγορεύσεις διαφήμισης καπνού στον κόσμο. Περιέλαβε μια απαγόρευση των υποστηρικτών του καπνού ακόμα και για διεθνή γεγονότα, όπως η Φόρμουλα Ένα.

Το 1991 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή λαμβάνοντας υπόψη την Ψηφοφορία του Κοινοβουλίου και τις εξελίξεις των κρατών μελών ενέκρινε ένα νέο μέτρο. Ο καπνός είχε ήδη μια ειδική θέση : ήταν το μόνο ελεύθερο διαθέσιμο προϊόν, του οποίου η διαφήμιση απαγορευόταν στην τηλεόραση στην Ε.Ε. από τον Οκτώβριο του 1991 (οδηγία 89/522/EK) (Richonnier M., 1991).

Η πιο ιστορική συνεδρίαση του Συμβουλίου Υγείας πραγματοποιήθηκε στις 4 Δεκεμβρίου του 1997, η οποία οδήγησε στην υιοθέτηση μιας κοινής θέσης για την απαγόρευση του καπνού. Η Γερμανία και η Αυστρία εναντιώνονται, το Ηνωμένο Βασίλειο ζητά μια μεταβατική περίοδο για την ισχύ της απαγόρευσης, η Δανία και η Ισπανία απέχουν.

Η οδηγία 98/43/EK για τη διαφήμιση ακυρώθηκε από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο μετά από νομική προσφυγή της Γερμανίας. Σύμφωνα με το δικαστήριο ήταν αδικαιολόγητη η απαγόρευση των πολυάριθμων τύπων διαφημίσεων καπνού (όπως οι αφίσες κινηματογράφων), διότι εμποδίζουν την ελεύθερη μετακίνηση της διαφήμισης, των μέσων ή της ελευθερίας.

Η επιτροπή έκανε μια νέα πρόταση τον Μάιο του 2001 για να περιορίσει την διαφήμιση των προϊόντων καπνού και των υποστηρικτών, η οποία υιοθετήθηκε 2 χρόνια αργότερα στις 26 Μαΐου του 2003 (οδηγία 2003/33/EK) (Directive 2003/33/EC).

Το 1998 όταν η Ευρωπαϊκή Επιτροπή πήρε την πρώτη απόφαση για να απαγορεύσει την διαφήμιση των προϊόντων καπνού, εκείνη τη στιγμή μόνο η Ιταλία και η Πορτογαλία είχαν αυτή την οδηγία. Από το 2003 τα δύο τρίτα της Ε.Ε. (10/15 χώρες) είχαν υιοθετήσει την παραπάνω νομοθεσία.

Οι περιεκτικές απαγορευτικές διαφημίσεις θα είναι υποχρεωτικές μόλις τα κράτη μέλη επικυρώσουν την Συνθήκη Πλαισίου Σχετικά με τον Έλεγχο Καπνού (FCTC) (WHO, Geneva 2003).

Τέτοιου είδους απαγορεύσεις θα πρέπει να περιλαμβάνουν και διαφημίσεις του Διαδικτύου σύμφωνα με το άρθρο 3 της οδηγίας 2003/33/EK (Directive 2003/33/EC), το οποίο απαγορεύει τις διαφημίσεις στο Διαδίκτυο που αφορούν τον καπνό και τέθηκαν σε ισχύ στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα από τις 31 Ιουλίου του 2005. Εντούτοις οι χρήστες του Διαδικτύου στην Ε.Ε., είναι σε θέση να έχουν πρόσβαση στους χώρους προώθησης του καπνίσματος που βρίσκονται εκτός της Κοινότητας, σε χώρες που δεν έχουν επικυρώσει το (FCTC).

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα οι απαγορεύσεις διαφημίσεων καπνού είναι ένα από τα αποτελεσματικότερα μέτρα: από το 1972 οι χώρες με τα υψηλότερα εισοδήματα έχουν εισάγει ισχυρούς περιορισμούς (στις διαφημίσεις καπνού) απέναντι στα περισσότερα Μ.Μ.Ε. και στις διάφορες μορφές χρηματοδότησης (World Bank, 2003).

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε και συμπεριλάμβανε 22 χώρες με υψηλά εισοδήματα και βασίστηκε σε στοιχεία από το 1970 έως το 1992, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι περιεκτικές απαγορεύσεις στη διαφήμιση τσιγάρων και η προώθηση μπορεί συμβάλλουν στην μείωση του καπνίσματος. Αλλά οι περιορισμένες μερικές απαγορεύσεις έχουν ελάχιστη ή καμία επίδραση. Εάν οι περισσότεροι περιεκτικοί περιορισμοί μπορούσαν να έχουν την ίδια επίδραση στους καπνιστές, η κατανάλωση θα μειωνόταν κατά μέσο όρο περισσότερο από 6% στις χώρες με υψηλά εισοδήματα (Jha P., Chaloupka F., 1999).

Στον ελλαδικό χώρο, οι απαγορεύσεις των διαφημίσεων καπνού στην τηλεόραση και τα ραδιόφωνο ισχύουν πολύ πρόσφατα μόλις από την Αύγουστο του 2005 και έτσι η Ελλάδα συμμορφώνεται με την Ευρωπαϊκή οδηγία του 2003 (2003/3/EK). Ο πρόσφατος ελληνικός νόμος απαγορεύει τη διαφήμιση τέτοιων προϊόντων στα περιοδικά και τον τύπο, αλλά επιτρέπει στις επιχειρήσεις καπνού την διαφήμιση των προϊόντων τους χρησιμοποιώντας τις αφίσες και τους πίνακες διαφημίσεων.

## **7.2. Διαχωρισμός χώρων καπνιστών και μη καπνιστών**

Το 1989, η Ε.Ε. ενέκρινε ένα ψήφισμα σχετικό με την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους και σε όλα τα μέσα συγκοινωνίας. Τα ψηφίσματα δεν είναι υποχρεωτικά για τα κράτη μέλη, αλλά τους δίνουν τις κατευθυντήριες οδηγίες. Το 1996, σε έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής που πραγματοποιήθηκε αναφορικά με την εφαρμογή του παραπάνω ψηφίσματος, διαπιστώθηκε ότι σχεδόν όλα τα κράτη μέλη είχαν υιοθετήσει τα μέτρα για τον περιορισμό του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους (Report of the Commission of the European Communities, 1996).

Εξαίρεση αποτελούσε το Ηνωμένο Βασίλειο όπου ίσχυε ένας εθελοντικός κώδικας. Παρόλα αυτά όμως δεν εξετάστηκε η αποτελεσματικότητα της επιβολής των παραπάνω μέτρων. Η Ε.Ε. παρείχε στην κοινότητα μια νομική βάση για να προστατεύσει την υγεία των εργαζομένων και όχι μόνο. Μετά την έναρξη της παραπάνω οδηγίας το 1987, η Επιτροπή κινήθηκε γρήγορα προς την ψήφιση ενός νομοσχεδίου που θα βελτίωνε τους όρους των εργαζομένων στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα. Εκδίδοντας διάφορες οδηγίες, περιόρισε το δικαίωμα του καπνίσματος στους εργασιακούς χώρους ή παρείχε στους υπαλλήλους θεωρητική προστασία από το παθητικό κάπνισμα. Στην πράξη όμως οι οδηγίες αυτές δεν είχαν εφαρμοστεί. Το 1990 στην Ολλανδία, το κάπνισμα είχε απαγορευθεί σε όλα τα δημόσια κτήρια και τους κοινόχρηστους χώρους των κυβερνητικών κτηρίων (Grolleman J. et al., 2007).

Πολλές έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι οι απαγορεύσεις/οι περιορισμοί του καπνίσματος στους κοινόχρηστους και εργασιακούς χώρους όχι μόνο προστατεύουν τους μη καπνιστές, αλλά τους ενθαρρύνουν να διακόψουν ή να καπνίζουν λιγότερο. Αν αναλογιστούμε ότι πολλοί κοινόχρηστοι χώροι είναι και εργασιακοί, τότε μια απαγόρευση καπνίσματος στους χώρους εργασίας θα αποτρέψει πραγματικά το κάπνισμα στους περισσότερους κοινόχρηστους χώρους.

Μια αναθεώρηση από τις ΗΠΑ ύστερα από τα αποτελέσματα 26 μελετών για την επίδραση των απαγορεύσεων στους εργασιακούς χώρους κατέληξε στο συμπέρασμα ότι στους χώρους εργασίας που απαγορεύεται το κάπνισμα στο σύνολο τους συνδέονται με τη μείωση του καπνίσματος κατά 4%, συγκρινόμενοι με χώρους που δεν υπάρχει καμία τέτοια απαγόρευση (Fichtenberg C., Glantz S. 2002).

Επίσης οι εσωτερικοί κανονισμοί μπορούν να καταστήσουν το κάπνισμα λιγότερο ελκυστικό με τη μείωση των ευκαιριών να καπνίσουν και με την ενίσχυση των κοινωνικών κανόνων κατά του καπνίσματος. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει καθολική απαγόρευση, τότε η αποτελεσματικότητα προβλέπεται να φτάσει στο μισό επιθυμητό αποτέλεσμα (Levy D. et al., 2003).

Από την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου του 2004, οι εργαζόμενοι νομικά πια έχουν το δικαίωμα να εργαστούν σε έναν καθαρό εργασιακό χώρο. Εντούτοις υπάρχει μια σημαντική εξαίρεση : οι εργαζόμενοι στις βιομηχανίες φιλοξενίας, ή τα ξενοδοχεία, τα εστιατόρια και τις καφετέριες. Οι εργοδότες προσπαθούν να προάγουν το θέμα το εξαερισμού για να αποφύγουν την νομοθεσία απαγόρευσης του καπνού στους χώρους εργασίας στον τομέα τους και το ζήτημα είναι ότι θα έβρισκαν υποστήριξη από τις καπνοβιομηχανίες (WHO, 2004).

Στην Ευρώπη οι απαγορεύσεις καπνίσματος στους χώρους εργασίας (συμπεριλαμβανομένων των εστιατορίων και των καφετεριών) έχουν θεσμοθετηθεί στην Ιρλανδία από 29 Μαρτίου του 2004, στην Νορβηγία από 1<sup>η</sup> Ιουνίου 2004 και στη Σουηδία από την 1<sup>η</sup> Ιουνίου του 2005.

Όταν οι περιορισμοί του καπνίσματος στους χώρους εργασίας, στις δημόσιες συγκοινωνίες και τα εστιατόρια επιβάλλονται, εφαρμόζονται και γίνονται σεβαστοί, τότε διαπιστώνεται μείωση του καπνίσματος μεταξύ των ενηλίκων (Philip Morris, 1993).

### 7.3. Προγράμματα Αγωγής Υγείας

Αγωγή Υγείας είναι ένα επιτυχημένο σχέδιο δράσης, ενημέρωσης του πληθυσμού για τις διαστάσεις που έχει λάβει το κάπνισμα και τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία. Η ανάπτυξη του προγράμματος απαιτεί πλήρη κοινωνική υποστήριξη και συνεργασία πολλών φορέων. Η εμπειρία από κάποιες χώρες που έχουν διεκπεραιώσει τέτοια προγράμματα, υποδηλώνει ότι το καλύτερο είναι η δημιουργία πολυσήμαντων εθνικών επιτροπών, ο ορισμός ομάδας ανάληψης της αποστολής, μια ομάδα εργασίας ή μια ομάδα που θα ακολουθεί την επιτροπή ελέγχου του καπνού.

Σε Κυβερνητικό επίπεδο ρόλο αναλαμβάνουν τα **Υπουργεία:**

- Το Υπουργείο Υγείας – συνήθως έχει τον ηγετικό ρόλο στον έλεγχο του καπνού. Έχει συνήθως δεδομένα της επίδρασης του καπνίσματος και δείκτες σε εθνικό επίπεδο, τεχνική γνώση στην εκπαίδευση, αγωγή υγείας και διακοπή καπνίσματος.
- Το Υπουργείο Οικονομικών ιδρύει την φορολογική πολιτική και τις διαδικασίες για την συλλογή των φόρων, οι οποίοι είναι το κλειδί στον έλεγχο του καπνού.
- Τα τελωνεία μπορούν να επωμισθούν με :
  - Παροχή πληροφοριών για το λαθρεμπόριο καπνού, συμβουλές λήψης μέτρων για την καταπολέμηση του λαθρεμπορίου.
  - Παροχή πληροφοριών για τα επίπεδα των φόρων στο παρελθόν και στο παρόν, τιμές πώλησης του καπνού και τα φορολογικά έσοδα από το καπνό.
- Το Υπουργείο Εμπορίου μπορεί να εξασφαλίζει οικονομικές- εναλλακτικές λύσεις στην καλλιέργεια καπνού. Εξουσιοδοτημένες αρχές ώστε να απαγορεύουν τις πωλήσεις των προϊόντων καπνού σε ανήλικους.
- Το Υπουργείο Καταναλωτών εφαρμόζει τις ρυθμίσεις που απαιτούνται στην προώθηση των προϊόντων καπνού, τη διαφήμιση, τη συσκευασία και τις αναγραφές, τη δοκιμή καπνών και την κοινοποίηση των πληροφοριών αναφορικά με τις πρόσθετες ουσίες καπνού και τα τοξικά συστατικά.
- Το Υπουργείο Συγκοινωνιών και Μεταφορών έχει χρέος να προστατεύσει τους μη καπνίζοντες στους χώρους εργασίας, στις δημόσιες συγκοινωνίες και στους υπόλοιπους δημόσιους χώρους.
- Το Υπουργείο Παιδείας πρέπει να εκδώσει ένα εθνικό σχέδιο δράσης για τον έλεγχο του καπνού.

- Το Υπουργείο Περιβάλλοντος πρέπει να συμμετέχει στην ανάπτυξη σχεδίων ώστε να μειωθεί ο αντίκτυπος του καπνίσματος στους εσωτερικούς χώρους και στο περιβάλλον.

#### Συμμετοχή του **Ιδιωτικού τομέα**:

Μια πραγματική προσπάθεια για τον έλεγχο του καπνίσματος απαιτεί και την ιδιωτική συμμετοχή. Ο Π.Ο.Υ. αναγνωρίζει το γεγονός ότι η συμμετοχή των πολιτών έχει μεγάλη σημασία στην επίτευξη του στόχου σχετικά με την νοσηρότητα και τη θνησιμότητα εξαιτίας του καπνίσματος. Μάλιστα σε κάποιες περιπτώσεις η ώθηση για ανάπτυξη εθνικών προγραμμάτων έρχεται από τον ιδιωτικό τομέα

- Η συμμετοχή στον έλεγχο του καπνού στα πλαίσια του ιδιωτικού τομέα περιλαμβάνει τα Μ.Μ.Ε., τα οποία μπορούν να βοηθήσουν στην ανάπτυξη μια επικοινωνιακής πολιτικής και υποστήριξης του εθνικού σχεδίου δράσης του ελέγχου του καπνίσματος.
- Οι οργανώσεις επαγγελματιών υγείας μπορούν να ενσωματώσουν τον έλεγχο του καπνού στα πρακτικά τους για να υποστηρίξουν το εθνικό σύστημα δράσης.
- Άλλοι που μπορούν να συμμετέχουν στον έλεγχο του καπνού είναι οι οργανώσεις προστασίας γυναικείων και παιδικών δικαιωμάτων, οι περιβαλλοντικές οργανώσεις, οι θρησκευτικές οργανώσεις, οι ενώσεις καταναλωτών, οι ενώσεις δασκάλων, οι φοιτητικές οργανώσεις και οι σύλλογοι γονέων και κηδεμόνων (WHO, 2004).

Η εκπαίδευση είναι απαραίτητη για να στηρίξει τα προγράμματα ελέγχου του καπνίσματος. Κατά παράδοση τα σχολικά προγράμματα παρέχουν την απαραίτητη πληροφόρηση αναφορικά με τους κινδύνους του καπνίσματος και τις επιπτώσεις στον οργανισμό. Το 1994 τα Κέντρα Αγωγής Υγείας και πρόληψης ασθενειών, εξέδωσαν οδηγίες προς τα σχολεία για να αποτρέψουν την χρήση και τον εθισμό του καπνού (Centers for Disease Control and Prevention, 1994).

Η πρώτη οδηγία ήταν «ανάπτυξη και επιβολή πολιτικής στα σχολεία αναφορικά με το κάπνισμα». Το 2000 οι αναθεωρήσεις για το εφηβικό κάπνισμα και άλλων εθιστικών ουσιών, τονίζουν τη σημασία ανάπτυξης και άλλων παρόμοιων στρατηγικών επεμβάσεων που θα λειτουργούν σαν περιοριστικά μέτρα του καπνίσματος στα σχολεία (Pentz et al. 1989, Flay B. R. 2000, Lantz et al. 2000).

Προτείνεται η εφαρμογή τέτοιων μέτρων δημιουργήσουν ένα ενθαρρυντικό περιβάλλον αποφυγής καπνίσματος στις αίθουσες διδασκαλίας και ενισχύουν την εκπαιδευτική πολιτική πρόληψης του καπνίσματος. Η απαγόρευση του καπνίσματος στο χώρο του σχολείου μπορεί να είναι αποτελεσματική στη μείωση του καπνίσματος μόνο εάν επιβληθεί στους μαθητές (Wakefield et al., 2000).

Στις Δυτικές περιοχές, η παροχή πληροφοριών και τα προγράμματα αγωγής καθιερώθηκαν ήδη από το 1997. Οι περισσότερες από αυτές τις περιοχές είχαν αναπτύξει εκστρατείες πληροφόρησης υποστηριζόμενες από το κράτος, αποτρέποντας τη νεολαία και τις γυναίκες από το κάπνισμα, προωθούσαν τη διακοπή και υποστήριζαν τους περιορισμούς του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους. Η Δανία, η Φιλανδία, η Γαλλία, η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο είναι κάποιες από τις χώρες που έχουν αναπτύξει και εφαρμόσει τέτοιες εκστρατείες (WHO, 2002).

Ένα σχολικό πρόγραμμα αγωγής υγείας πρέπει να απαγορεύει το κάπνισμα στις σχολικές εγκαταστάσεις και να παρέχει μαθήματα αυτοπεποίθησης και κοινωνικά εφόδια για να αντισταθούν στις διαφημίσεις των τσιγάρων και peer pressure. Τέτοια μαθήματα πρέπει να αποτελούν μέρος ενός συντονισμένου προγράμματος αγωγής υγείας και να ενισχύονται από τις κοινωνική μέριμνα. Επίσης η μόρφωση είναι σημαντική για να εκπαιδεύσει και να καταστήσει κατανοητό την συμπεριφορά των καπνοβιομηχανιών (British American Tobacco, 2005).

Στην Ελλάδα η μόνη εθνική αντικαπνιστική εκστρατεία που έχει οργανωθεί ποτέ ήταν η απαγόρευση αναμετάδοσης των διαφημίσεων καπνού από τα ραδιοφωνικά μέσα το 1979. Όταν η εκστρατεία έγινε επιθετική επαναλαμβάνοντας τα αντικαπνιστικά μηνύματα και κυκλοφορόντας αφίσσα και βιβλιαράκια στα σχολεία και τα κέντρα υγείας, η ετήσια αύξηση του καπνίσματος δεν σημείωσε μεταβολή. Όταν όμως η εκστρατεία σταμάτησε δύο χρόνια αργότερα, η κατανάλωση καπνού επέστρεψε στα προηγούμενα ποσοστά (Doxiadis et al., 1985).

Σε ορισμένες περιοχές της Ελλάδας έχουν εφαρμοστεί προγράμματα αγωγής υγείας που έχουν οδηγήσει σε μείωση του καπνίσματος των παιδιών, αν και αναφέρεται ότι οι επιπτώσεις από παρόμοιες επεμβάσεις δεν είναι μακροχρόνιες (Thomas R. 2002, Linardakis M. et al. 2003, Labiris G. et al. 2005).



#### **7.4. Διαδίκτυο και αυτόματες μηχανές πώλησης προϊόντων καπνού**

Για όλα τα προηγούμενα μέτρα που αναφέρθηκαν, υπάρχουν έρευνες που να πιστοποιούν την επιτυχία ή την αποτυχία τους. Για το Διαδίκτυο ή για τις αυτόματες μηχανές στην Ε.Ε. δεν υπάρχουν ακόμα επαρκή στοιχεία. Το 2002 η αξία του ηλεκτρονικού εμπορίου στην Ε.Ε. ήταν σχεδόν 100 δισεκατομμύρια ευρώ (Eurostat, Luxembourg, 2004).

Δεν είναι βέβαια γνωστό το ποσό που προήλθε από τις πωλήσεις προϊόντων καπνού, αλλά σύμφωνα με πρόσφατη έκθεση η καπνοβιομηχανία ανοίγει το δρόμο του διαδικτύου βασισμένη στη διαφήμιση (Sims J., 2004).

Το ηλεκτρονικό εμπόριο θέτει ένα μεγάλο πρόβλημα για τον έλεγχο του καπνού επειδή υπονομεύει την τιμή και τις φορολογικές ρυθμίσεις, την απαγόρευση της διαφήμισης και τον νόμο πρόσβασης της νεολαίας. Επίσης αποτυγχάνουν οι προσπάθειες που γίνονται για τη διακοπή του καπνίσματος, εάν οι αγοραστές ενημερώνονται μέσω της προώθησης (οι ανήλικοι αποφύγουν τους νόμους που απαγορεύουν το κάπνισμα) (Euromonitor International, 2003). Για αυτούς τους λόγους διάφορα κράτη μέλη έχουν απαγορέψει την πώληση τσιγάρων από τις αυτόματες μηχανές, αλλά τα περισσότερα εξακολουθούν να επιτρέπουν τη χρήση τους.

Η Γερμανία διαθέτει το υψηλότερο αριθμό αυτόματων μηχανών στον κόσμο σχεδόν 800.000, και στην πλειοψηφία τους πουλούν τσιγάρα. Έχουν ελλιπείς ρυθμίσεις και βρίσκονται μόλις λίγα μέτρα μακριά από τις εισόδους των σχολείων και συχνά είναι τοποθετημένα δίπλα στις μηχανές πώλησης γλυκών και μη αλκοολούχων ποτών που προσελκύουν τα παιδιά (Kast M., 2004). Ακολουθεί η Ισπανία με ένα μεγάλο αριθμό μηχανών με τις πωλήσεις τσιγάρων να φτάνουν το 89% το 2002 (Euromonitor International, 2003).

Αν και διάφορα κράτη μέλη έχουν κάνει κάποιες προσπάθειες και προτάσεις ώστε οι μηχανές να τοποθετούνται σε καταστήματα, σε καφετερίες και εστιατόρια υπό την εποπτεία του προσωπικού ώστε να ελέγχονται οι ηλικίες που αγοράζουν. Η οδηγία της Ευρωπαϊκής Κοινότητας το 2000 2000/31/EK περί ηλεκτρονικού εμπορίου τέθηκε σε ισχύ τον Ιανουάριο του 2002 (Directive 2000/31/EC). Δεν περιλάμβανε όμως απαγορεύσεις πωλήσεων προϊόντων καπνού μέσω του Διαδικτύου, ενώ κάτι τέτοιο ισχύει στις Η.Π.Α.

Οι έρευνες για ανήλικους αγοραστές από το διαδίκτυο είναι ελάχιστες έως ανύπαρκτες στον Ευρωπαϊκό χώρο. Οι μελέτες που έχουν γίνει στις Η.Π.Α., διαπίστωσαν ότι ακόμα και παιδιά ηλικίας 9 ετών ήταν σε θέση να αγοράσουν τσιγάρα μέσω του διαδικτύου.

Στην πλειοψηφία τους οι λιανοπωλητές δεν ζητούσαν στοιχεία για την ηλικία, πάρα μόνο μια επαλήθευση της ηλικίας συμπληρώνοντας την αίτηση (Ungera JB. et al., 2001).

## **8. Αντικαπνιστική Νομοθεσία στην Ελλάδα**

### **8.1. Απαγόρευση χορήγησης δώρων**

1. Απαγόρευση στους καπνοβιομηχάνους για υπόσχεση και χορήγηση δώρων και λαχείων προς τους πελάτες τους, με οποιονδήποτε τρόπο (άρθρο 2, παράγραφος 5 Α.Ν. 207/ 1945 ΦΕΚ Α΄ 21-3-45 φύλλο 66).

Ο παραπάνω νόμος είναι ο πρώτος μεταπολεμικός. Στην εισηγητική έκθεση από τον τότε Υπουργό Οικονομικών επεξηγείται εκτενώς, η εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα και στη συνέχεια διαφόρων βλαπτικών επιδράσεων σε άλλα όργανα του ανθρώπινου οργανισμού. Ο ΑΝ207/45, καθορίζει λεπτομερώς ότι αφορά την εμπορία και διακίνηση προϊόντων καπνού, αναφέρεται λεπτομερώς στη φορολογία και τις επιτρεπόμενες τιμές χονδρικής και λιανικής πώλησης. Έχει 11 άρθρα και στο άρθρο 2 παρ. τονίζεται ότι *«απαγορεύεται η υπό των καπνοβιομηχάνων υπόσχεση και χορήγηση δώρων και λαχείων προς τους πελάτες των καθ'οπιονδήποτε τρόπο»*.

Η παραπάνω αντικαπνιστική οδηγία απευθύνεται στις καπνοβιομηχανίες, προφανώς για την αποφυγή αθέμιτου ανταγωνισμού, συστήνοντας να αποφεύγουν τη χορήγηση δώρων λαχείων κ.α.

### **8.2. Απαγόρευση καπνίσματος σε κλειστούς χώρους**

1. Απαγόρευση του καπνίσματος στα πάσης φύσεως μεταφορικά μέσα. Υγειονομική Διάταξη υπ' αριθμ. 389966/52 (ΦΕΚ Β΄, 235/12-11-1952).
2. Απαγόρευση του καπνίσματος στα νοσηλευτικά ιδρύματα και τις ιδιωτικές κλινικές, Υπουργική απόφαση Α2/οικ. 1989, ΦΕΚ 416, 3-5-1979.
3. Απαγόρευση του καπνίσματος στους κοινούς κλειστούς χώρους. Υγειονομική Διάταξη Α2γ/3051/25-4-80 (ΦΕΚ Β΄, 475/9-5-80).
4. Απαγόρευση του καπνίσματος στις πτήσεις των εσωτερικών αερογραμμών. Κοινή Υπουργική Απόφαση Γ.Υ. οικ. 4508 / 21-5-90 (ΦΕΚ Β΄, 327/21-5-90) των Υπουργών Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Επικοινωνιών και Μεταφορών.
5. Απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας. Υπουργική Απόφαση Υ3δ/οικ. 4322/16-6-93 (ΦΕΚ Β΄, 802/6-10-93).

6. Απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Υπουργική Απόφαση Υ1/Γ.Π/οικ. 76017 ΦΕΚ ΤΒ ΑΦ 1001/02.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η πρώτη απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς χώρους και συναλλαγής με το κοινό εκδόθηκε στις 31-7-1856, από τη βασίλισσα Αμαλία εξ ονόματος του βασιλέα Όθωνα.

**Πίνακας 12.** Χώροι παροχής υπηρεσιών υγείας στους οποίους απαγορεύεται το κάπνισμα

<b>Χώροι παροχής υπηρεσιών υγείας στους οποίους απαγορεύεται το κάπνισμα (Υπ. Απόφαση Υ3δ/οικ. 4322, ΦΕΚ 802, 6-10-1993). Υπ. Απ. Υ1/Γ.Π οικ.26017) ΦΕΚ 1001/02</b>
Νοσηλευτικά ιδρύματα και ιδιωτικές κλινικές
Μέσα μεταφοράς ασθενών (ασθενοφόρα, ελικόπτερα κ.α.)
Καταστήματα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
Ασφαλιστικοί οργανισμοί
Ιατρεία, Δημοτικά σχολεία, Κοινοτικά, Ιδιωτικά κ.α.
Βρεφονηπιακοί σταθμοί
Υπηρεσίες Πρώτων Βοηθειών
Φαρμακεία
Θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων

Στην Υγειονομική διάταξη που δημοσιεύεται στο ΦΕΚ 802/93 αναφέρεται επιπλέον ότι απαγορεύεται η πώληση προϊόντων καπνού στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας. Σε όλες τις υπουργικές αποφάσεις δηλώνεται σαφώς ότι οι υπεύθυνοι για την τήρηση των μέτρων κατά του καπνίσματος, είναι οι υπεύθυνοι των χώρων τούτων όπως ορίζεται από τον κανονισμό λειτουργίας τους.

Διευκρινίζεται ότι, στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας η υπουργική αυτή απόφαση εξακολουθεί να ισχύει αυστηρά ,για αυτό η ανυπαρξία χώρων καπνιζόντων για τους επισκέπτες και εργαζόμενους δεν αποτελεί λόγω παράβασης της διάταξης, παρά το γεγονός ότι με την ΦΕΚ 416/1979 και μεταγενέστερες δίνονται οδηγίες δημιουργίας τέτοιων χώρων. Η πιο πρόσφατη απαγορευτική διάταξη για το κάπνισμα σε κλειστούς χώρους, περιλαμβάνει και τους χώρους στους οποίους παρέχεται εκπαίδευση όλων των βαθμίδων. Με την ίδια διάταξη δίνονται οδηγίες για την απαγόρευση του καπνίσματος στα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος (μπαρ, καφενεία, εστιατόρια κ.ά.)

Η τελευταία σχετική αντικαπνιστική οδηγία με την 76017/2002, Υπουργική Απόφαση κατόπιν συμφωνίας με φορείς διαφόρων τομέων ιδιωτικής εργασίας τέθηκε σε ισχύ από 1-1-2003 για αίθουσες αναμονής, υποδοχής, συναλλαγής, προσέλευσης του κοινού, συνεδριάσεων, συνελεύσεων, αμφιθέατρα κ.ά. ενώ στους υπόλοιπους εργασιακούς χώρους από 1-3-2004.

### **8.3. Σήμανση προϊόντων καπνού**

1. Σήμανση των προϊόντων καπνού με αναγραφή ιατρικών προειδοποιήσεων στις συσκευασίες σύμφωνα με το άρθρο 12 του Ν. 1802/88 ( ΦΕΚ Α, 172/19-8-88).
2. Σήμανση των προϊόντων καπνού σχετικά με την βλαπτική επίδραση του καπνίσματος στην υγεία, Υπουργική Απόφαση Α2/ οικ. 6139 (ΦΕΚ Β, 928/29-12-88).
3. Τροποποίηση της Α2/ οικ. 6139 (ΦΕΚ Β, 928/29-12-88) Υπουργικής Απόφασης με την Υπουργική Απόφαση Α2γ/οικ. 797 (ΦΕΚ Β', 153/28-2-1989) για την σήμανση των προϊόντων καπνού σχετικά με τη βλαπτική επίδραση του καπνίσματος στην υγεία.
4. Υποχρεωτική σήμανση στις έντυπες διαφημίσεις προϊόντων καπνού Υπουργική Απόφαση Α2γ/οικ. 1592/8-5-89 (ΦΕΚ Β' 411/29-5-89).
5. Σήμανση των προϊόντων καπνού σύμφωνα με την κοινή Υπουργική Απόφαση Α2γ/2160/29-11-90 (ΦΕΚ Β', 781/12-12-90) των Υπουργών Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Εθνικής Οικονομίας και Γεωργίας (Κοινοτική Οδηγία 89/622).
6. Σήμανση των προϊόντων καπνού σύμφωνα με την κοινή Υπουργική Απόφαση Υεδ/2917/92/27-5-93 (ΦΕΚ Β', 435/16-6-93) τροποποιητική της απόφασης Α2γ/2160/29-11-90 (ΦΕΚ Β', 781/12-12-90).
7. Κοινή Υπουργική Απόφαση Υ3δ/οικ. 2431 (ΦΕΚ Β', 408/27-5-96). Τροποποίηση του Α2γ/2160/90 «Σήμανση προϊόντων καπνού», όπως αυτή τροποποιήθηκε με την Α2γ/2917/92/27-5-93 (ΦΕΚ Β', 435/16-6-93) όμοια (Κοινοτικές οδηγίες 89/622/ΕΟΚ και 92/41/ΕΟΚ).

Στην τελευταία τροποποιητική απόφαση καθορίζεται η απαγόρευση ορισμένων προϊόντων καπνού, τα οποία λαμβάνονται από το στόμα. Εξαιρούνται εκείνα που είναι για μάσημα και αποτελούνται από καπνό σε οποιαδήποτε μορφή. Τα προϊόντα αυτά φέρουν ειδικές προειδοποιητικές επισημάνσεις και ιδιαίτερα στα πακέτα καπνού για στρίψιμο, πούρων, κ.ά., οι οποίες είναι ευκρινείς, στην ελληνική γλώσσα.

Το Υπουργείο Υγείας έχει επιπλέον την υποχρέωση τον Ιανουάριο κάθε έτους να διαβιβάζει στην επιτροπή των ευρωπαϊκών κοινοτήτων κατάλογο στον οποίο να φαίνεται η περιεκτικότητα σε πίσσα και νικοτίνη των διατιθέμενων τσιγάρων κ.ά., προϊόντων καπνού στην ελληνική αγορά, διαδικασία η οποία έχει ανατεθεί στο Καπνολογικό Ινστιτούτο Ελλάδος.

Όπως είναι γνωστό με τις παραπάνω σχετικές και τις συναφείς οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε όλα τα προϊόντα καπνού που κυκλοφορούν στη χώρα μας αναφέρονται στην Ελληνική γλώσσα διάφορες προειδοποιήσεις και επισημάνσεις όπως: «το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο», «το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία» κ.ά., οι οποίες εκτυπώνονται με τρόπο ώστε να διαβάζονται ευχερώς.

#### **8.4. Διαφημίσεις**

1. Απαγόρευση διαφήμισης πολεμικών παιχνιδιών από τηλεόρασης, νόμος 1730 ΦΕΚ ΤΑ, 18/8/87 ΑΦ 145.
2. Απαγόρευση διαφημίσεων των προϊόντων καπνού από την τηλεόραση και το ραδιόφωνο σύμφωνα με το άρθρο 85 του Ν.1943/91 (ΦΕΚ Α΄ 50/11-4-1991) (προηγούμενοι: Ν. 1866/89 και Ν.1730/87).
3. Τροποποίηση διατάξεων κώδικα νόμων περί φορολογίας κ.ά., Ν. 1802/88 (ΦΕΚ 122/88).
4. Όροι και προϋποθέσεις διαφήμισης προϊόντων καπνού. Υπουργική Απόφαση Α2γ/ οικ. 1591/8-5-89 ( ΦΕΚ Β΄,411/29-5-89).
5. Εκσυγχρονισμός της οργάνωσης και λειτουργίας της δημόσιας διοίκησης Ν. 1943 ΦΕΚ 50/91 άρθρο 85 συμπληρωματικές οδηγίες για τη διαφήμιση προϊόντων καπνού.
6. Απαγόρευση από την τηλεόραση διαφήμισης τσιγάρων και άλλων προϊόντων καπνού : άρθρο 7 παρ. 1 του Π.Δ. 236 «Περί άσκησης τηλεοπτικών δραστηριοτήτων στην Ελλάδα σε συμμόρφωση προς την οδηγία 89/552/ΕΟΚ του Συμβουλίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων της 3-10-89 (ΦΕΚ Α΄/ Φ 124/ 16-7-1992)».

### **8.5. Απαγόρευση πώλησης προϊόντων καπνού σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας**

1. Υπουργική απόφαση Αρ. Υ3δ/ οικ.4332/93, ΦΕΚ 802 Τ.Α, 16-6-1993.

Η Υπουργική απόφαση περί απαγόρευσης πώλησης τσιγάρων και προϊόντων καπνού από τα κυλικεία των Νοσοκομείων και Κλινικών γενικώς δεν έγινε μέχρι σήμερα σεβαστή. Στην υπουργική αυτή απόφαση όσων αφορά τους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, δηλώνεται επιπλέον ότι δεν είναι υποχρεωτική η δημιουργία καπνιστηρίων ώστε σε έλλειψη (τέτοιων χώρων) οι επισκέπτες ή οι αναμένοντες να καπνίζουν.

Το 2002 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας υπενθύμισε και κοινοποίησε στα νοσοκομεία την παραπάνω σχετική μαζί με την Γ.Π./οικ. 93482/24-9-2002, ειδική γνωμοδότηση της νομικής του υπηρεσίας για τη συγκεκριμένη υποχρέωση, της απαγόρευσης δηλαδή πώλησης προϊόντων καπνού.

### **8.6. Κοινοτικές οδηγίες**

1. 89/622 (ΦΕΚ 781/90)
2. 90/239, 92/41 (ΦΕΚ 435/93, κ.ά.)
3. 2001/37/ EC (ΦΕΚ 8/03).

Το Ευρωπαϊκό Κέντρο δράσεως ενάντια στο κάπνισμα (BASP 4) σε μια αναφορά του, το 1991 για την υφιστάμενη νομοθεσία στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και σε έξι επιμέρους θέματα, βρήκε ότι ή χώρα μας δεν είχε προσαρμόσει σε δύο στις αντίστοιχες εθνικές διατάξεις. Όσων αφορά την οδηγία 90/239/1991, για την περιεκτικότητα των τσιγάρων σε πίσσα, η Ελλάδα είχε προσωρινά ζητήσει την παρέκκλιση από την υποχρέωση της, να αναγράφεται δηλαδή η περιεκτικότητα στα πακέτα των τσιγάρων η πίσσα και άλλα συστατικά, έναντι των υπολοίπων κρατών της τότε Ευρωπαϊκής Κοινότητας.

Το ίδιο αναφέρεται στην πρόσφατη κοινοτική οδηγία 2001/37/EK περί κατασκευής, παρουσίασης και πώλησης προϊόντων καπνού, η πλήρης εναρμόνιση της οποίας θα γίνει από 1/1/2007. Τα κυριότερα σημεία της είναι η μείωση της μέγιστης περιεκτικότητας ανά τσιγάρο σε πίσσα από 12 mg σε 10 mg, η καθιέρωση ανώτατης τιμής 1 mg για τη νικοτίνη και ανώτατης τιμής 10 mg, για το μονοξείδιο του άνθρακα (Οδηγία 2001/37/EK).

Παρόλα αυτά, με την έναρξη ισχύος της κοινοτικής οδηγίας 2001/37/EC (Υπ. Απόφαση Υ1, Γ.Π. οικ. 266, ΦΕΚ 8, Τ.Β., 13-1-2003), στις Μεσογειακές χώρες νέοι τρόποι καταστρατήγησης της, ανακαλύφθηκαν, με την προτροπή από ορισμένα περιοδικά με ή χωρίς διαφήμιση, παράκαμψης των επισημάνσεων τοποθετώντας τα κουτιά των τσιγάρων σε ειδικές τσιγαροθήκες.

#### **8.7. Υπεύθυνοι εφαρμογής των διατάξεων**

1. Υπ. Απόφαση αριθμ. Α2/οικ1989/79.
2. Υ1/Γ.Π./ ΟΙΚ/ 76017/ 02, ΦΕΚ ΤΒ αρ. φ.1001, 1-8-02.

Η τήρηση των υγειονομικών περί του καπνίσματος διατάξεων ανατίθεται στους προϊσταμένους των αναφερομένων οργανισμών (ΔΣ, Διευθυντές κ.ά.). Την εκτέλεση της εφαρμογής των απαγορευτικών διατάξεων έχει αναθέσει ο Υπουργός, αν δεν αναγράφεται διαφορετικά, στα Κρατικά Υγειονομικά Όργανα και την Αστυνομία. Οι παραβάτες των διατάξεων τούτων ή οι υπεύθυνοι ή οι καπνίζοντες τιμωρούνται σύμφωνα με τον ΑΝ 2520/40 άρθρο 3 ως το νεότερων. Όσων αφορά τους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, οι αμέσως υπεύθυνοι για την εφαρμογή των οδηγιών τούτων, είναι οι Πρόεδροι των Διοικητικών Συμβουλίων και οι Διοικητικοί Διευθυντές.

Όλες οι παραβάσεις των εν ισχύ υγειονομικών διατάξεων και των Υπουργικών αποφάσεων, οι οποίες αναφέρθηκαν, έρχονται επιπλέον σε αντίθεση και με τον Νόμο 2251/94 περί προστασίας των καταναλωτών και ιδιαίτερα των άρθρων 1, 7, 8 και 9.

#### Αναλυτικότερα:

Υπεύθυνοι για τον έλεγχο εφαρμογής των μέτρων είναι:

- Στις δημόσιες υπηρεσίες : οι προϊστάμενοι των υπηρεσιών και οι άμεσοι προϊστάμενοι κάθε χώρου.
- Στις υπηρεσίες υγείας : οι διοικητές στα νοσοκομεία, οι διευθυντές στα Κέντρα Υγείας, οι διοικητικοί διευθυντές στις ιδιωτικές κλινικές και τα θεραπευτήρια και οι υπεύθυνοι σε κάθε μονάδα υγείας.

Για τους παραβάτες στις μονάδες υγείας, πέραν των οινικών κυρώσεων, οι οποίες θα αναπροσαρμοσθούν επί των αυστηρότερων, προβλέπονται επίσης για τους :

- Ασθενείς : πειθαρχικό εξιτήριο
- Επισκέπτες – συνοδούς : αποβολή από τη μονάδα υγείας
- Εργαζόμενους : επιβολή πειθαρχικών ποινών

Πειθαρχικές ποινές επίσης προβλέπονται και για τους παραβάτες υπαλλήλους των λοιπών Δημοσίων Υπηρεσιών αλλά και τους υπεύθυνους που αμελούν να εφαρμόσουν τις διατάξεις.

#### **8.8. Απομίμηση τσιγάρων, πώληση ορισμένων προϊόντων καπνού**

- Υπ. Απόφαση Α9/471, ΦΕΚ 568/91
- Υπ. Απόφαση Α2γ/οικ 560 ΦΕΚ 125/92

Με τις ως άνω σχετικές, απαγορεύεται :

1. Η πώληση προϊόντων απομίμησης τσιγάρων δια των οποίων παρακινούνται τα παιδιά να καπνίζουν, ενθαρρύνοντας τα έτσι να αρχίσουν τη βλαπτική αυτή συνήθεια.
2. Όλα τα προϊόντα καπνού, τα οποία λαμβάνονται από το στόμα και αποτελούνται εν όλω ή εν μέρει από καπνό οποιασδήποτε μορφής και γενικώς συσκευασμένα, ώστε να θυμίζουν τρόφιμα, θεωρούνται επιβλαβή για τη δημόσια υγεία.
3. Η διάδοση στην αγορά προϊόντων καπνού που λαμβάνονται από το στόμα υπό οποιαδήποτε μορφή ή συσκευασία, εκτός εκείνων που είναι μόνο για μάσημα (ΦΕΚ ΤΑ 568/91).

#### **8.9. Φαρμακευτική θεραπεία**

- Προϋποθέσεις κυκλοφορίας και πώλησης προϊόντων κατά του καπνίσματος ή απωθητικών του καπνίσματος. Υπ. Απόφαση Υ3δ/515/14-2-94 (ΦΕΚ 137/2-3-94).

Σύμφωνα με το άρθρο 1 της παραπάνω διάταξης, προϊόντα κατά του καπνίσματος ή απωθητικού τούτου, νοείται οποιαδήποτε ουσία ή προϊόν, η οποία με τις ιδιότητες της ασκεί φαρμακολογική δράση στον οργανισμό με αποτέλεσμα την απεξάρτηση ή μείωση της επιθυμίας για κάπνισμα.

Οι προϋποθέσεις κυκλοφορίας απωθητικών ουσιών κατά του καπνίσματος ρυθμίζονται με ιδιαίτερη λεπτομέρεια στα 8 άρθρα της Υπουργικής Απόφασης, ενώ καθορίζονται σαφώς ο τρόπος κυκλοφορίας τους έτσι ώστε να μην γίνεται σύγχυση στα φαρμακευτικά προϊόντα από άλλες παραπλανητικά εμφανιζόμενες ουσίες.

Οι φαρμακευτικές ουσίες για τη διακοπή του καπνίσματος είναι περιορισμένες. Πρέπει να δίνονται με ιατρική συνταγή και ο καπνιστής που επιθυμεί να διακόψει το κάπνισμα οφείλει να ακολουθεί με ευλάβεια τις οδηγίες από το ιατρικό κέντρο διακοπής του καπνίσματος.



### 8.10. Συστατικά προϊόντων καπνού

1. Κανονισμός διεξαγωγής αναλύσεων όλων των τσιγάρων που κυκλοφορούν στην Ελληνική αγορά για τη μέτρηση της πίσσας και της νικοτίνης. Κοινή Υπουργική Απόφαση Α2γ/1861/28-5-91 (ΦΕΚ Β,433/24-6-91), (προβλέπεται από την α2γ/2160/29-11-90).
2. Απαγόρευση κυκλοφορίας στην Ελλάδα ορισμένων προϊόντων καπνού. Υπουργική Απόφαση Α2γ/471/18-6-91 (ΦΕΚ Β, 568/25-7-91). (Τροποποιητική Απόφαση 89/622/Ε.Ο.Κ. όπως συμπληρώθηκε με την υπ' αριθμόν 6313/91 οδηγία).
3. Καθορισμός της μέγιστης περιεκτικότητας των τσιγάρων σε πίσσα. Υπουργική Απόφαση Α2γ/5259/91 ( ΦΕΚ Β, 57/5-2-92). (Κοινοτική Οδηγία 90/239 Ε.Ο.Κ.).
4. Παραγωγή, παρουσίαση και πώληση προϊόντων καπνού. Υπουργική Απόφαση Υ1/Γ.Π. 266, ΦΕΚ Β, 8/13-1-03 ( Κοινοτική Οδηγία 2001/37/ΕΚ).

Οι παραπάνω Υπουργικές Αποφάσεις έχουν συμπεριλάβει τις αντίστοιχες κοινοτικές οδηγίες που προβλέπουν την περιεκτικότητα των τσιγάρων σε πίσσα, νικοτίνη κ.ά., ενώ παράλληλα καθορίζουν τον τρόπο εργαστηριακού ελέγχου επιβεβαίωσης τούτων (πίνακας 13).

Εκτός των βασικών νόμων, υγειονομικών διατάξεων και υπουργικών αποφάσεων όπως περιληπτικά επεξηγήθηκαν, υπάρχουν και άλλες σχετικές που ρυθμίζουν φορολογικά και άλλα θέματα κυκλοφορίας των προϊόντων καπνού (τσιγάρα, πούρα, κ.ά.).

#### Πίνακας 13

<b>Συστατικά προϊόντων καπνού ΦΕΚ 8-03 (Κοινοτική οδηγία 2001/37/ΕΚ)</b>
Καπνός
Πίσσα
Νικοτίνη
Συστατικά (φίλτρο, τσιγαρόχαρτο, συγκολλητική ύλη, μελάνια, κ.α.)

### **8.11. Προστασία των καταναλωτών**

- Ν. 2251/94 ΦΕΚ ΤΑ, ΑΦ 191.

Στον παραπάνω νόμο αλλά και σε άλλους με παραπλήσιες διατάξεις, καταγράφονται οι διαδικασίες, οι οποίες οφείλονται να τηρούνται για την προστασία των καταναλωτών και ειδικότερα της υγείας τους από το προϊόν μαζί με τους κανόνες διαφήμισης του. Τέλος, οι Ν. 2207/94 και Ν. 2307/95, ΦΕΚ ΤΑ ΑΦ 113 για την προσαρμογή της νομοθεσίας, αρμοδιότητας υπουργείου εσωτερικών, στο άρθρο 11 περί καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος, παρ. 10 υπενθυμίζεται ότι : όποιος από πρόθεση παραβαίνει επιτακτική ή απαγορευτική διάταξη του υγειονομικού κανονισμού κατά μέρος που εξακολουθεί να ισχύει, τιμωρείται ανάλογα. Στο άρθρο αυτό, συμπεριλαμβάνονται και οι διατάξεις για την αντικαπνιστική νομοθεσία, οι οποίες όπως είναι φυσικό εφαρμόζονται για την προστασία της δημόσιας υγείας.

### **8.12. Φορολογία κατανάλωσης καπνοβιομηχανικών προϊόντων**

- Ν 1439/84 ΦΕΚ 65/14-5-84.

Στον παραπάνω νόμο από 26 άρθρα περιλαμβάνονται όλα όσα αφορούν την φορολογία του καπνού και των προϊόντων του. Περιγράφεται η έννοια των καπνοβιομηχανικών προϊόντων, η μορφή τους, ο τρόπος καθορισμού των φόρων κ.ά., λεπτομέρειες αρμοδιότητας προφανώς κατεξοχήν άλλων Υπουργείων όπως, Γεωργίας και Οικονομικών. Ο νόμος αυτός έχει προσαρμοστεί με τις κοινοτικές οδηγίες (Κορδιολής Ν. 2004).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

### Σχεδιασμός της μελέτης

## **1. Εισαγωγή**

Γενικά η έρευνα ζητά απαντήσεις σε ερωτήσεις που τίθενται κατά καιρούς, με τακτικό και συστηματικό τρόπο. Η νοσηλευτική έρευνα εστιάζει το ενδιαφέρον της στον άνθρωπο ως ατομική και κοινωνική οντότητα. *«Η νοσηλευτική έρευνα έχει τα ίδια βασικά χαρακτηριστικά με την επιστημονική έρευνα, δηλαδή συστηματική προσέγγιση και αυστηρή γένεση νέας γνώσης»* (Α.Σαχίνη-Καρδάση, 1997).

Η νοσηλευτική έρευνα μελετά τις διεργασίες και την πρακτική της νοσηλευτικής φροντίδας (King 1987). Σκοπός της νοσηλευτικής έρευνας είναι η βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας, κάνοντας πράξη το θεωρητικό κομμάτι προς όφελος όλων των κοινωνικών ομάδων αλλά και στοχεύοντας την εξέλιξη της νοσηλευτικής επιστήμης.

Αποβλέπει στην κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την εύρυθμη λειτουργία των ατόμων και των οικογενειών, και επιδιώκει την προαγωγή της άριστης λειτουργίας ώστε να περιοριστεί η ασθένεια και τα άσχημα αποτελέσματα που ακολουθούν. Επιζητά ποιοτική και ποσοτική φροντίδα προς όλες τις κοινωνικές ομάδες και συνεπώς διευρύνει συνεχώς τις γνώσεις. Διαμορφώνεται μέσω της νοσηλευτικής εκπαίδευσης και αποτελεί ουσιώδες κομμάτι της νοσηλευτικής διοίκησης που της δίνει την δυνατότητα της εκτέλεσης των μελλοντικών σχεδίων (Α.Σαχίνη-Καρδάση, 1997).

### **1.1.Κριτήρια επιλογής του συγκεκριμένου θέματος**

Αν και στο παρελθόν έχουν πραγματοποιηθεί διάφορες μελέτες αναφορικά με το θέμα του καπνίσματος, σε καμία όμως δεν γίνεται αναφορά για τον επιπολασμό του καπνίσματος στους σπουδαστές του τμήματος της Νοσηλευτικής. Επίσης δεν αναφέρονται οι επιπτώσεις από το παθητικό κάπνισμα, αν υπάρχει πληροφόρηση των σπουδαστών για τις βλαβερές συνέπειες του παθητικού καπνίσματος και την νομοθεσία που έχει υιοθετήσει η Ελλάδα για την πρόληψη της καπνιστικής συνήθειας και την προαγωγή της διακοπής του καπνίσματος.

Επίσης η μελέτη θα αποτελέσει βάση δεδομένων επάνω στην οποία μπορούν να βασιστούν μετέπειτα έρευνες ή εργασίες. Τέλος λόγω των διαστάσεων που έχει πάρει το θέμα του καπνίσματος σε όλους τους χώρους και κυρίως στα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα, δίνει στην μελέτη ένα ακόμη πλεονέκτημα να χαρακτηριστεί ως σημαντική.

Με την ελπίδα ότι μετά την δημοσίευση των αποτελεσμάτων, θα υπάρξει ευαισθητοποίηση από όλους για να γίνουν κάποιες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του φαινομένου και των προβλημάτων που συνεπάγονται από το κάπνισμα.

## **1.2. Σκοπός της Μελέτης**

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι : να καταγράψει τον επιπολασμό του ενεργητικού καπνίσματος καθώς και τη γνώμη των σπουδαστών για την έκθεσή τους στο παθητικό κάπνισμα. Επίσης να διερευνήσει και να καταγράψει τις γνώσεις των σπουδαστών σχετικά με την Νομοθεσία που έχει θεσπίσει η πολιτεία για το κάπνισμα σε Δημόσιους χώρους. Καθώς επίσης να καταγραφεί η άποψη των σπουδαστών του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας του Τ.Ε.Ι. Κρήτης αναφορικά με την ισχύ της απαγόρευσης του καπνίσματος στους χώρους του Ιδρύματος.

## **1.3 Ερευνητικά Ερωτήματα**

Τα ερευνητικά ερωτήματα που πρόκειται να εξεταστούν είναι:

1. Ποιος είναι ο επιπολασμός του ενεργητικού καπνίσματος στους φοιτητές του τμήματος Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Ηράκλειου;
2. Ποια είναι η συχνότητα έκθεσης των φοιτητών στο παθητικό κάπνισμα;
3. Ποια είναι η γνώμη τους για το παθητικό κάπνισμα;
4. Ποιες είναι οι γνώσεις των φοιτητών του τμήματος Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Κρήτης σχετικά με τη νομοθεσία που αφορά στο κάπνισμα σε δημόσιους χώρους;

#### **1.4. Επιλογή Είδους Μελέτης - Σχεδιασμός**

Ερευνητικό σχέδιο είναι ένα συστηματικό και ελεγχόμενο σχέδιο για να βρεθούν απαντήσεις στις ερωτήσεις τις μελέτης. Στη συγκεκριμένη μελέτη επιλέχθηκε ως ερευνητικό σχέδιο η επιδημιολογική μελέτη επιπολασμού. Ως επιπολασμός, ορίζεται : *“ο αριθμός των περιπτώσεων μία ασθένειας σε ένα στατιστικά καθορισμένο πληθυσμό σε μία δεδομένη χρονική στιγμή και τυπικά εκφράζεται ως ποσοστό επί του συνόλου του πληθυσμού”* (Dawson-Saunders B et al., 1994) και παράλληλα η περιγραφική μελέτη συσχέτισης για καταγραφή των δεδομένων σχετικά με το παθητικό κάπνισμα και των γνώσεων-απόψεων του φοιτητών για την σχετική Νομοθεσία που αφορά στο κάπνισμα.

#### **1.5.Επιλογή του πληθυσμού και του δείγματος**

Πληθυσμός μιας μελέτης είναι όλα τα μέλη της ομάδας που πρόκειται να μελετηθεί, τα οποία ικανοποιούν κάποια κριτήρια και στην οποία θα έχουν εφαρμογή τα ευρήματα της μελέτης. Ως πληθυσμός στόχος ήταν όλοι οι φοιτητές Νοσηλευτικής που φοιτούν στα Ανώτατα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα της χώρας. Επιλέχτηκε το Νοσηλευτικό Τμήμα της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου. Στην περίπτωση της συγκεκριμένης μελέτης ο πληθυσμός πρόσβασης ήταν το σύνολο των φοιτητών του τμήματος της Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου.

Το δείγμα του πληθυσμού είναι ένα μικρό κλάσμα του πληθυσμού, από τα μέλη του οποίου συλλέγονται τα δεδομένα και από το οποίο γίνονται γενικεύσεις για τον πληθυσμό. Το δείγμα το αποτέλεσαν οι φοιτητές του τμήματος της Νοσηλευτικής της Σ.Ε.Υ.Π. του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου .

#### **1.6. Επιλογή Μεθόδου δειγματοληψίας**

Η επιλογή της μεθόδου δειγματοληψίας έγινε με σκοπό τα αποτελέσματα της μελέτης να είναι αντιπροσωπευτικά για όλο τον πληθυσμό και όλα τα μέλη του πληθυσμού να έχουν ίσες πιθανότητες να συμπεριληφθούν. Ως δειγματοληπτική μέθοδος επιλέχθηκε **η τυχαία διαστρωματική**.

Ως τυχαία διαστρωματική δειγματοληψία ορίζεται: *«η επιλογή ενός πληθυσμού, ο διαχωρισμός του σε σχετικά στρώματα, λήψη ενός συγκεκριμένου αριθμού στοιχείων ή μελών από κάθε στρώμα (ώστε η αναλογία τους προς το δείγμα να είναι ίδια με την αναλογία του κάθε στρώματος προς τον πληθυσμό), και διαλέγει τυχαία μέλη μέσα από κάθε στρώμα»* (Α. Σαχίνη-Καρδάση, 1997).

Η τυχαία διαστρωματική δειγματοληψία, ανήκει στην δειγματοληψία πιθανότητας, όπου η πιθανότητα κάθε μέλους να συμπεριληφθεί σε αυτό είναι ίση. Με βάση αυτό είναι λιγότερο πιθανό να δώσει μεταβλητά δείγματα (Α. Σαχίνη-Καρδάση, 1997). Για αυτόν τον λόγο επιλέχθηκε η επιλογή του δείγματος να γίνει με τον πίνακα των τυχαίων αριθμών, όπου όλα τα μέλη του πληθυσμού έχουν ίσες και ανεξάρτητες ευκαιρίες να επιλεγούν. Αποφασίστηκε η αναλογία να είναι 15 σπουδαστές ανά κάθε διδακτικό εξάμηνο και το σύνολο του δείγματος να αντιστοιχεί σε σύνολο 120 σπουδαστών (N=120).

### **1.7. Ερευνητικό Εργαλείο**

Ως ιδανικό ερευνητικό εργαλείο για την διεκπεραίωση της μελέτης και για να απαντηθούν τα ερωτήματα που θέτει κατά τρόπο έγκυρο και αξιόπιστο, επιλέχτηκε ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς (παρατίθεται στο παράρτημα Α).

Το ερωτηματολόγιο επιλέχτηκε ως το καταλληλότερο εργαλείο συγκέντρωσης των δεδομένων, διότι είναι λιγότερο δαπανηρό και χρειάζεται λιγότερος χρόνος συμπλήρωσής του, παρέχει τη δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας και στις απαντήσεις του ερωτηματολογίου δεν υπάρχουν προκαταλήψεις που να αντανakλούν την αντίδραση του υποκειμένου στον ερευνητή αφού δεν είναι παρών ο ερευνητής κατά την απάντησή του (Α.Ν Oppenheim 1992, Α.Σαχίνη-Καρδάση 1997). Το παρόν ερωτηματολόγιο βασίστηκε σε ανάλογη σχετική βιβλιογραφία (Ioannis N. Mammias et al. 2003, Constantine I. Vardavas , Anthony G. Kafatos 2006).

### **1.8. Συμπλήρωση και αναθεώρηση του ερευνητικού σχεδίου**

Αφού ολοκληρώθηκαν οι προηγούμενες διαδικασίες, σχεδιάστηκε και κατατέθηκε για έγκριση από το συμβούλιο της σχολής το ερευνητικό πρωτόκολλο το οποίο περιλάμβανε : τον τίτλο της πτυχιακής εργασίας, τη διατύπωση και τον σκοπό της μελέτης, την σημαντικότητα της μελέτης, τα ερευνητικά ερωτήματα, την δειγματοληπτική μέθοδο και τον τρόπο στατιστικής ανάλυσης των αποτελεσμάτων, ένα ενδεικτικό χρονοδιάγραμμα ολοκλήρωσης της πτυχιακής εργασίας, τις βιβλιογραφικές παραπομπές που χρησιμοποιήθηκαν για την συγγραφή του πρωτοκόλλου και το ερωτηματολόγιο (αριθμός πρωτοκόλλου 4433/Φ120.2, εγκρίθηκε στις 13/12/2006). Στη συνέχεια υποβλήθηκε έντυπη αίτηση στη γραμματεία του τμήματος Νοσηλευτικής (με αριθμό πρωτοκόλλου 4548, στις 19/12/06), για την παροχή ενός φωτοαντίγραφου της λίστας όλων των εγγεγραμμένων σπουδαστών του τμήματος της Νοσηλευτικής για το ακαδημαϊκό έτος 2006-2007.

Το αίτημα εγκρίθηκε από τον προϊστάμενο της σχολής και άρχισε η επιλογή του δείγματος, στο οποίο ορίστηκε η συμμετοχής 15 τυχαίων σπουδαστών, με τον πίνακα τυχαίων αριθμών.

### 1.9. Δεοντολογία της έρευνας

Σε κάθε επιστημονική μελέτη για να αποτραπεί κάθε πιθανότητα εμφάνισης χειρισμών που θα μπορούσαν να βλάψουν τα υποκείμενα που λαμβάνουν μέρος σε αυτή, θα πρέπει να εφαρμόζονται και να τηρούνται αυστηρά οι αρχές δεοντολογίας, οι οποίες διασφαλίζουν και καθορίζουν τους ηθικούς άξονες μέσα στους οποίους αναπτύσσεται και ολοκληρώνεται μια μελέτη.

Τρεις είναι οι αρχές που θεσπίστηκαν από την αναφορά του Belmont όπως αναφέρονται στο βιβλίο της Σαχίνη (2004), μεθοδολογία έρευνας, οι οποίες καθορίζουν τους ηθικούς άξονες πάνω στους οποίους βασίστηκε και σχεδιάστηκε η παρούσα μελέτη:

**Η αρχή του οφέλους και μη βλάβης, η αρχή του σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και η αρχή της δικαιοσύνης.** Πάνω σε αυτές τις αρχές στηρίζονται τα κριτήρια ηθικής συμπεριφοράς στην έρευνα, καθώς και τα βασικά δικαιώματα των υποκειμένων έρευνας.

Τα δικαιώματα των υποκειμένων έρευνας είναι τα εξής:

α. Δικαίωμα να μην υποστεί βλάβη. Αναφαίρετο δικαίωμα των υποκειμένων μιας ερευνάς είναι να μην υπόκεινται από τους ερευνητές σε ερωτήσεις που μπορεί να προκαλέσουν βλάβη στον ψυχικό τους κόσμο σε φυσικό, συγκινησιακό, νομικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο. Στην συγκεκριμένη έρευνα ζητήθηκε από τους φοιτητές να συμπληρώσουν ένα συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο χωρίς να ασκηθεί οποιαδήποτε είδους πίεση. Ο απαιτούμενος χρόνος ήταν ελάχιστος. Οι ερωτήσεις ήταν κατανοητές και δε προσέβαλλαν την προσωπικότητα των ατόμων.

β. Δικαίωμα για πλήρη διαφάνεια. «*Η αρχή σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια περιλαμβάνει το δικαίωμα των ατόμων να λάβουν εκούσιες αποφάσεις μετά από ακριβή πληροφόρηση για τη συμμετοχή τους σε μια μελέτη*» (Α. Σαχίνη-Καρδάση, 1997).

Στην συγκεκριμένη έρευνα οι φοιτητές πριν την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ενημερώθηκαν για την ταυτότητα μας. Εξηγήθηκε ο σκοπός της μελέτης, η μέθοδος και η διαδικασία με την οποία θα γίνει η συλλογή των ερωτηματολογίων. Επειδή η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε με τη χρήση των καταλογών της γραμματείας της νοσηλευτικής οι φοιτητές ενημερώθηκαν ότι τα προσωπικά τους στοιχεία θα παραμείνουν ανώνυμα και ότι έχουν δικαίωμα να αρνηθούν να συμμετάσχουν.



γ. Δικαίωμα αυτοαπόφασης. «Το δικαίωμα αυτοαπόφασης σημαίνει τα δυνητικά υποκείμενα ερευνάς έχουν το δικαίωμα να παίρνουν εκούσια απόφαση για τη συμμετοχή τους ή μη στη τελετή, χωρίς εξαναγκασμό, πίεση ή ανεπίτρεπτη επίδραση οποιοδήποτε είδους» (Α.Σαχίνη-Καρδάση, 1997).

Στην παρούσα μελέτη αφού δόθηκαν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οι σπουδαστές βασιζόμενοι στη δική τους κρίση αποφάσισαν για την συμπλήρωσή του ή όχι.

δ. Δικαίωμα για ιδιωτικότητα, ανωνυμία και εμπιστευτικότητα.

«Η ιδιωτικότητα καθιστά ικανό ένα άτομο να συμπεριφέρεται χωρίς παρεμβάσεις και χωρίς την πιθανότητα ότι η ιδιωτική συμπεριφορά ή οι σκέψεις του μπορεί να χρησιμοποιηθούν αργότερα για να εμβάλλουν σε αμηχανία ή να το μειώσουν» (Α.Σαχίνη-Καρδάση, 1997). Έπειτα από συνεννόηση με τους φοιτητές κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ο αριθμός μητρώου διατηρήθηκε για να εξασφαλισθεί η ορθότητα του δείγματος, η εξασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων επισημάνθηκε αρκετές φορές.

### **1.10. Εκτέλεση της πιλοτικής μελέτης**

Αφού εγκρίθηκε το πρωτόκολλο της μελέτης από το Συμβούλιο της σχολής, στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η πιλοτική μελέτη του ερωτηματολογίου. Επιλέχθηκαν τυχαία 30 σπουδαστές για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Η ολοκλήρωση της πιλοτικής μελέτης είχε ως αποτέλεσμα την ομαδοποίηση των ερωτήσεων, την μεταφορά των δημογραφικών στοιχείων στο τέλος του ερωτηματολογίου, την αλλαγή υποβολής δύο εκ των ερωτήσεων και την αλλαγή σε κάποιες από τις απαντήσεις (δηλ. αντικαταστάθηκαν κάποιες διφορούμενες φράσεις με μονολεκτικές λέξεις του τύπου ναι ή όχι). Διαπιστώθηκε επίσης ότι η γλώσσα ήταν κατανοητή και ο μέσος όρος του χρόνου συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ήταν κατά μέσο όρο 5 λεπτά. Βεβαιώθηκε ότι η συγκέντρωση των δεδομένων κάλυπτε τους σκοπούς της μελέτης.

### **1.11. Μέθοδος συλλογής δεδομένων**

Αφού έγινε η επιλογή των σπουδαστών (15 σπουδαστές ανά εξάμηνο), το επόμενο βήμα ήταν η εύρεση των συγκεκριμένων σπουδαστών και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς. Αφού συμβουλευτήκαμε το διδακτικό πρόγραμμα των μαθημάτων, ακολούθησε η αναζήτηση των σπουδαστών στις διδακτικές αίθουσες, έξω από την Σ.Ε.Υ.Π. την ώρα του διαλείμματος, σε συνεργασία με φίλους και καθηγητές.

Στη συνέχεια τους εξηγήσαμε το σκοπό που τους αναζητούσαμε, τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, τους διαβεβαιώσαμε ότι η διαδικασία ήταν ανώνυμη και τα στοιχεία πρόκειται να χρησιμοποιηθούν μόνο για την διεκπεραίωση της πτυχιακής εργασίας και εάν συμφωνούσαν προχωρούσαν στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

### **1.12. Στατιστική Ανάλυση**

Για την ερμηνεία των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική ανάλυση (κατανομή συχνοτήτων, εκατοστιαίες αναλογίες).

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε κυκλικά διαγράμματα και σε ραβδογράμματα, γιατί σύμφωνα με την Σαχίνη (1997) : *“είναι ο πιο χρήσιμος τρόπος γραφικής παράστασης κατανομής συχνότητας δεδομένων ονομαστικού και τακτικού επιπέδου, που δεν μπορεί να διαιρεθούν σε αριθμητικά διαστήματα κλάσης”* (Σαχίνη-Καρδάση, 1997).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

### Μελέτη

## **1. Ερευνητικό μέρος**

Η καταγραφή, κωδικοποίηση, στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των στοιχείων όπως και η γραφική απεικόνιση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα Excel στον Η/Υ.

Το ερωτηματολόγιο οργανώθηκε με τρόπο ώστε να απευθύνεται σε ενεργητικούς και παθητικούς καπνιστές, και ανάλογα διανεμήθηκαν οι ερωτήσεις στους επιλεγέντες σπουδαστές. Οι σπουδαστές απαντούσαν θετικά στην ερώτηση εάν είναι καπνιστές, συνέχιζαν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από την ερώτηση 1 έως 15 όπου έπρεπε να δώσουν κάποιες επιπλέον διευκρινήσεις όπως: το διάστημα που καπνίζουν, το ποσό των τσιγάρων που καπνίζουν, σε ποιους χώρους καπνίζουν κλπ. Από την ερώτηση 7 οι ερωτήσεις αναφέρονταν στις απόψεις για το κάπνισμα (αν πρέπει να απαγορεύεται σε κάποιους χώρους, εάν γνωρίζουν τις επιπτώσεις του καπνίσματος, την νομοθεσία που ισχύει για το κάπνισμα σε κλειστούς χώρους κλπ.). Στο τέλος του ερωτηματολογίου έπρεπε να συμπληρωθούν τα δημογραφικά στοιχεία (το φύλο, η ηλικία και το εξάμηνο σπουδών). Όσοι από τους σπουδαστές δεν κάπνιζαν, συνέχιζαν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από την ερώτηση 7 μέχρι το τέλος του ερωτηματολογίου. Κάθε άτομο συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο που είχε συνταχθεί, είτε μετά τη λήξη των μαθημάτων είτε κατά τη διάρκεια των διαλειμμάτων.

Ως καπνιστής ή καπνίστρια θεωρήθηκε κάθε άτομο που κάπνιζε έστω και ένα τσιγάρο ημερησίως και μη καπνιστής το άτομο εκείνο που δεν κάπνιζε κατά τη διάρκεια της μελέτης.

## 1.1. Αποτελέσματα

Από την ανάλυση των ερωτηματολογίων προέκυψε ότι ο επιπολασμός του καπνίσματος στη Σ.Ε.Υ.Π. στο τμήμα της Νοσηλευτικής ήταν  $P= 58/120$ , δηλ.  $P=0,48$ .

Στην μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε από 2/2/07 έως 31/3/07, έλαβαν μέρος 120 σπουδαστές (98 κορίτσια και 22 αγόρια) (παράρτημα B15). Η μέση ηλικία των σπουδαστών που συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο ήταν 21, 78 ετών (εύρος 18-43).

Στην ερώτηση εάν καπνίζουν πάνω από ένα τσιγάρο την ημέρα :

Απάντησε θετικά το 48.33% ( $n=58$ ) και αρνητικά το 51.67% ( $n=62$ ) (παράρτημα B1). Από το σύνολο των αγοριών ( $n=22$ ) καπνιστές είναι το 7,59 % ( $n=16$ ) και αντίστοιχα από το σύνολο των κοριτσιών ( $n=98$ ) δηλώσαν ότι καπνίζουν το 72,41% ( $n=42$ ) (παράρτημα B16). Επίσης το ποσοστό των αγοριών που δεν κάπνιζε ήταν 9,68% ( $n=6$ ) και το ποσοστό των κοριτσιών 90,32% ( $n=56$ ) (παράρτημα B17).

Καπνίζεις πάνω από ένα τσιγάρο την ημέρα	Αριθμός σπουδαστών	N (%)
ΝΑΙ	58	48,33
ΟΧΙ	62	51,67

**Ερωτήσεις που αφορούσαν τους ενεργητικούς καπνιστές :**

Ερώτηση 1. εάν έχουν καπνίσει κανονικά για τουλάχιστο ένα χρόνο :

Το 40,00% ( $n=48$ ) απάντησε θετικά, ενώ το 60,00% ( $n=72$ ) απάντησε αρνητικά (παράρτημα B2).

Έχεις καπνίσει κανονικά για τουλάχιστο ένα χρόνο	Αριθμός σπουδαστών	N (%)
ΝΑΙ	48	40%
ΟΧΙ	72	60%

Ερώτηση 2. για πόσα χρόνια κάπνιζαν ή καπνίζουν συνολικά; (έγινε ομαδοποίηση των στοιχείων ανά πέντε χρόνια) προέκυψε ότι :

Μόνο ένα άτομο καπνίζει πάνω από 20 χρόνια, τρία άτομα καπνίζουν μεταξύ 15-20 χρόνια, 1 άτομο καπνίζει για 15 χρόνια, 17 άτομα είναι καπνιστές για 5-10 χρόνια και η πλειοψηφία των σπουδαστών ( $n=36$ ) καπνίζουν για διάστημα 0-5 χρόνια (παράρτημα B3). Ο μέσος όρος του χρόνου καπνίσματος ήταν τα 4,78 έτη.

Πόσα χρόνια καπνίζεις ή κάπνιζες συνολικά	Αριθμός σπουδαστών
0-5	36
5-10	17
10-15	1
15-20	3
20	1

Ερώτηση 3. Πόσα τσιγάρα καπνίζουν κατά μέσο όρο καθημερινά απάντησαν :

Πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα καπνίζουν 17 άτομα, μεταξύ 15-20 τσιγάρα καπνίζουν 15 άτομα. Ο ίδιος αριθμός σπουδαστών (15 άτομα) καπνίζουν 10-15 τσιγάρα ημερησίως, ενώ μόλις 5 άτομα καπνίζουν μεταξύ 5-10 τσιγάρα ημερησίως και 1-5 τσιγάρα μόνο 6 άτομα (ομαδοποιήθηκαν τα δεδομένα ανά πέντε τσιγάρα) (παράρτημα Β4). Ο μέσος όρος τσιγάρων ημερησίως ήταν 15,05.

Πόσα τσιγάρα καπνίζεις κατά μέσο όρο καθημερινά	Αριθμός σπουδαστών
1-5	6
5-10	5
10-15	15
15-20	15
≥ 20	17

Ερώτηση 4. Εάν εισπνέουν συνήθως τον καπνό στους πνεύμονες :

Το 46, 67% (n=56) απάντησε ότι εισπνέει συνήθως τον καπνό στους πνεύμονες, ενώ το 53,33% (n=64) απάντησε ότι δεν εισπνέει τον καπνό στους πνεύμονες (παράρτημα Β5).

Εισπνέεις συνήθως τον καπνό στους πνεύμονες	Αριθμός σπουδαστών	N (%)
ΝΑΙ	56	46,67
ΟΧΙ	64	53,33

Ερώτηση 5. Τέθηκε η ερώτηση αν καπνίζουν στους χώρους της σχολής και ζητήθηκε να προσδιοριστούν οι χώροι που καπνίζουν :

Στους χώρους της σχολής καπνίζει το 42,50% (n=51), ενώ το 57,50% (n=69) δεν καπνίζει στους χώρους της σχολής (παράρτημα Β6). Από το ποσοστό των σπουδαστών που καπνίζει στους χώρους της σχολής το 44,17% (n=53) καπνίζει στο προαύλιο, το 28,33% (n=34) καπνίζει στους διαδρόμους της σχολής ενώ το 9,17% (n=11) ακόμα και στις αίθουσες διδασκαλίας (αμφιθέατρο). Υπάρχει και ένα ποσοστό της τάξης του 18,33% το οποίο καπνίζει και σε άλλους χώρους της σχολής (παράρτημα Β6.1.).

Καπνίζεις σε χώρους της σχολής	Αριθμός σπουδαστών	N (%)
ΝΑΙ	51	42,50
ΟΧΙ	69	57,50

Χώροι που καπνίζουν στη σχολή	Αριθμός σπουδαστών	N (%)
Προαύλιο	53	44,17
Διάδρομοι	34	28,33
Αίθουσες-αμφιθέατρο	11	9,17
Άλλοι χώροι	22	18,33

Στην συνέχεια του ερωτηματολογίου, οι ερωτήσεις που έπρεπε να συμπληρωθούν ήταν κοινές τόσο για τους ενεργητικούς όσο και για τους παθητικούς καπνιστές.

### **Ερωτήσεις που αναφέρονται στις απόψεις των σπουδαστών για το κάπνισμα**

#### Ερώτηση 6. Ποια είναι η άποψη τους για το κάπνισμα σε χώρους του Τ.Ε.Ι.:

Οι απαντήσεις που δόθηκαν είχαν ως εξής: το 10,83% (n=13) δεν εγκρίνει καθόλου το κάπνισμα σε χώρους του Τ.Ε.Ι., το 50,83% (n=61) δηλώνει ότι δεν ενοχλείται από το κάπνισμα σε χώρους του Τ.Ε.Ι. και το 38,33% (n=46) απλά δεν το εγκρίνει κάποιες φορές (παράρτημα Β7).

<b>Ποια είναι η γνώμη για το κάπνισμα σε χώρους του Τ.Ε.Ι.</b>	<b>Αριθμός σπουδαστών</b>	<b>N (%)</b>
Δεν το εγκρίνει καθόλου	13	10,83
Δεν τους ενοχλεί	61	50,83
Δεν το εγκρίνει κάποιες φορές	46	38,33

#### Ερώτηση 7. Πόσο συχνά εκτίθενται παθητικά σε καπνό στο Τ.Ε.Ι. :

Το 4,17% (n=5) απάντησε ότι δεν εκτίθεται καθόλου στο παθητικό κάπνισμα, το 23,33% (n=28) εκτίθεται λίγο, το 55,00% (n=66) εκτίθεται αρκετά και το 17,50% (n=21) εκτίθεται πολύ στο παθητικό κάπνισμα (παράρτημα Β8).

<b>Συχνότητα έκθεσης παθητικά σε καπνό στο Τ.Ε.Ι.</b>	<b>Αριθμός σπουδαστών</b>	<b>N (%)</b>
Καθόλου	5	4,17
Λίγο	28	23,33
Αρκετά	66	55,00
Πολύ	21	17,50

#### Ερώτηση 8. Αν τους ενοχλεί ο καπνός όταν καπνίζει κάποιος άλλος δίπλα τους :

Παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, το 60,83% των σπουδαστών (n=73) δηλώνουν ενοχλημένοι από το καπνό των τσιγάρων όταν κάποιος άλλος καπνίζει δίπλα τους, ενώ το 39,17% (n=47) δεν τους ενοχλεί ο καπνός των τσιγάρων όταν κάποιος καπνίζει δίπλα τους (παράρτημα Β9).

<b>Αν τους ενοχλεί ο καπνός όταν καπνίζει κάποιος άλλος δίπλα</b>	<b>Αριθμός σπουδαστών</b>	<b>N (%)</b>
ΝΑΙ	73	60,83
ΟΧΙ	47	39,17

Ερώτηση 9. Επίσης ζητήθηκε η γνώμη των σπουδαστών για τους χώρους που θα έπρεπε να απαγορεύεται το κάπνισμα :

Το 90,00% (n=108) απάντησε στη βιβλιοθήκη, το 84,17% (n=101) στις αίθουσες-αμφιθέατρα, το 57,50% (n=69) στα γραφεία, το 53,33% (n=64) πιστεύει ότι πρέπει να απαγορεύεται στο 50% της λέσχης, το 49,17% (n=59) στους διαδρόμους της σχολής, το 18,33% (n=22) αναφέρει ότι πρέπει να απαγορεύεται σε όλη τη λέσχη, ενώ το 6,67% (n=8) αναφέρει ότι το κάπνισμα πρέπει να απαγορεύεται και στο προαύλιο (παράρτημα B10).

<b>Χώροι που πιστεύουν ότι πρέπει να απαγορεύεται το κάπνισμα</b>	<b>Αριθμός σπουδαστών</b>	<b>N (%)</b>
Βιβλιοθήκη	108	90,00
Διάδρομοι	59	49,17
Αμφιθέατρα – αίθουσες	101	84,17
Προαύλιο	8	6,67
Γραφεία	69	57,50
50% της λέσχης	64	53,33
Όλη η λέσχη	22	18,33

Ερώτηση 10. τι πιστεύουν οι σπουδαστές για τις επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος :

Το 96,67% (n=117) πιστεύει ότι το παθητικό κάπνισμα έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία, μόλις το 0,83% (n=1) πιστεύει το αντίθετο και το 1,67% (n=2) αναφέρει ότι είναι μια ευχάριστη εμπειρία η απόλαυση του καπνού χωρίς να καπνίζεις (παράρτημα B11).

<b>Αποψη για το παθητικό κάπνισμα</b>	<b>Αριθμός σπουδαστών</b>	<b>N (%)</b>
Έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία	117	97,50
Δεν έχει επιπτώσεις στην υγεία	1	0,83
Είναι ευχάριστο αφού απολαμβάνουν την αίσθηση του καπνού, δίχως να είναι καπνιστές	2	1,67

Ερώτηση 11.Όσον αφορά την ερώτηση τι ισχύει για το κάπνισμα στους κοινόχρηστους εσωτερικούς χώρους του Τ.Ε.Ι. :

Το 1,67% (n=2) ισχυρίστηκε ότι απαγορεύεται το κάπνισμα και κανείς δεν καπνίζει, το 10,83% (n=13) πιστεύει ότι επιτρέπεται το κάπνισμα ενώ το 9,17% (n=11) πιστεύει ότι απαγορεύεται το κάπνισμα. Το μεγαλύτερο ποσοστό όμως 78,33% (n=94) πιστεύει ότι απαγορεύεται το κάπνισμα, αλλά πολλοί καπνίζουν (παράρτημα B12).

<b>Τι ισχύει στους κοινόχρηστους χώρους του Τ.Ε.Ι</b>	<b>Αριθμός σπουδαστών</b>	<b>N (%)</b>
Απαγορεύεται το κάπνισμα και κανείς δεν καπνίζει	2	1,67
Επιτρέπεται το κάπνισμα	13	10,83
Απαγορεύεται το κάπνισμα	11	9,17



Απαγορεύεται το κάπνισμα, αλλά πολλοί καπνίζουν	94	78,33
---	----	-------

Ερώτηση 12. Τέθηκε η ερώτηση αν θεωρούν τον διαχωρισμό σε χώρους καπνιστών και μη καπνιστών ως σωστό ή λάθος μέτρο :

Το 95,00% (n=114) είναι υπέρ της άποψης για το διαχωρισμό των χώρων σε καπνιστών και μη καπνιστών, ενώ το 5% (n=6) το θεωρεί λάθος μέτρο (παράρτημα Β13).

Τι πιστεύουν για τον διαχωρισμό σε χώρους καπνιστών και μη καπνιστών	Αριθμός σπουδαστών	N (%)
Σωστό	114	95,00
Λάθος	6	5,00

Ερώτηση 13. Η τελευταία ερώτηση αφορούσε τα μέτρα που έχει υιοθετήσει η Ελληνική Νομοθεσία για τη μείωση του καπνίσματος και αν οι σπουδαστές τα είχαν πληροφορηθεί :

Το 70,00% (n=84) γνωρίζει για τον διαχωρισμό των χώρων σε καπνίζοντες και μη καπνίζοντες, το 66,67% (n=80) έχει πληροφορηθεί την αναγραφή των προειδοποιητικών σημάνσεων για τις επιπτώσεις του καπνίσματος πάνω στα πακέτα των τσιγάρων, το 50,83% (n=61) πιστεύει ότι υπάρχουν διαφημίσεις για τις επιπτώσεις του καπνίσματος, το 50,00% (n=60) γνωρίζει για την ισχύ της απαγόρευσης καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, το 47,50% (n=57) γνωρίζει για τους φόρους των τσιγάρων, ενώ το 29,17% (n=35) έχει πληροφορηθεί την απαγόρευση των διαφημίσεων τσιγάρων και άλλων προϊόντων καπνού (παράρτημα Β14).

Εάν γνωρίζουν τα μέτρα της Ελληνικής Νομοθεσίας για τη μείωση του καπνίσματος	Αριθμός σπουδαστών	N (%)
Φόροι τσιγάρων	57	47,50
Διαχωρισμός δημοσίων χώρων σε καπνίζοντες και μη καπνίζοντες	84	70,00
Διαφημίσεις για τις επιπτώσεις του καπνίσματος	61	50,83
Απαγόρευση διαφημίσεων τσιγάρων και προϊόντων καπνού	35	29,17
Αναγραφή σημάνσεων στα πακέτα για τις επιπτώσεις του καπνίσματος	80	66,67
Απαγόρευση καπνίσματος σε δημόσιες υπηρεσίες	60	50,00

## 1.2.Συζήτηση

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, τόσο το ενεργητικό όσο και το παθητικό κάπνισμα αποτελεί τον κύριο παράγοντα νοσηρότητας (ακόμα και θνησιμότητας) τόσο για τα έμβρυα όσο και για τους ενήλικες (California Environmental Protection Agency 1997, US Department of Health and Human Services 2004, California Air Resources Board 2005).

Το πρόβλημα λαμβάνει διαρκώς μεγαλύτερες διαστάσεις ως κοινωνικό φαινόμενο. Ιδιαίτερα απασχολεί η έκθεση του πληθυσμιακών ομάδων στο παθητικό κάπνισμα, που τις περισσότερες φορές γίνεται χωρίς την συγκατάθεση των ατόμων και δεν αποτελεί δική τους επιλογή. Έχοντας υπόψη τις επιπτώσεις του καπνίσματος και το γεγονός ότι δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες στο χώρο του T.E.I. που να δείχνουν την έκθεση των σπουδαστών σε παθητικό καπνό, αποφασίστηκε να πραγματοποιηθεί η συγκεκριμένη μελέτη.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του συγκεκριμένου δείγματος ο επιπολασμός του καπνίσματος ήταν υψηλός. Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα πτυχιακής εργασίας που είχε πραγματοποιηθεί στη Νοσηλευτική το 2003 (Δρακάκη Ι. και συν., 2003). Επίσης σε μια άλλη έρευνα που έγινε στη Β. Ελλάδα σε μαθητές Λυκείου 16-18 ετών, εντοπίστηκαν υψηλά ποσοστά καπνιστών τόσο μεταξύ των αγοριών όσο και των κοριτσιών (Συχλετίδης Α. και συν., 2005).

Ίδια αποτελέσματα παρουσιάστηκαν και από δύο άλλες έρευνες, οι οποίες διαπίστωσαν ότι το ποσοστό καπνιστών κυμαίνεται από 30% ως 50% σε μαθητές ηλικίας 15 έως 18 ετών (Kokkevi A. et al. 2000, Labiris G. et al. 2005). Φαινόμενο το οποίο επιβεβαιώνεται και από άλλες μελέτες. Επιπλέον σε άτομα ηλικίας 16-19 ετών το ποσοστό των καπνιστών πλησιάζει το 50% (Labiris G. et al., 2005). Σε άλλη σχετική έρευνα που διεξήχθη σε σπουδαστές ιατρικών σχολών, ο επιπολασμός καπνίσματος κυμαινόταν μεταξύ 28% έως 30% (Mammas I. et al. 2003, Avlonitou I. et al. 2003).

Σε αντίθεση με αποτελέσματα άλλης μελέτης που πραγματοποιήθηκε σε στρατιωτική σχολή και συμμετείχαν μόνο άνδρες, εκτιμήθηκε ότι η συχνότητα του καπνίσματος δεν είναι ιδιαίτερα μεγάλη στους νέους (Κρομμυδάς Γ. και συν., 1998).

Σύμφωνα με πρόσφατες εκτιμήσεις από τους Tyas και Pederson το κάπνισμα σε νεαρά άτομα είναι μια διαδεδομένη-καθοδηγούμενη συμπεριφορά, η οποία υποδηλώνει ότι οι αντιλήψεις για το κάπνισμα είναι σημαντικές (Tyas, S.L. and L.L. Pederson 1998).

Ωστόσο ο Δρ C. Everett Koop, αναφέρει ότι «το δικαίωμα των καπνιστών να καπνίσουν, τελειώνει εκεί όπου αυτή η συμπεριφορά έχει επιπτώσεις στην υγεία και στην ευημερία των άλλων, επιπλέον είναι ευθύνη των καπνιστών να εξασφαλίσουν να μην εκτείνονται οι μη καπνιστές στον καπνό τους και στις ενδεχομένως επιβλαβείς επιπτώσεις του καπνού» (IARC, 1986).

Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στο εξωτερικό για τον επιπολασμό του καπνίσματος, αναφέρουν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των νέων που αρχίζουν το κάπνισμα εντοπίζεται τις αναπτυσσόμενες χώρες (Jha P. and Chaloupka FJ., 1999).

Λόγω της μεγάλης αύξησης του ποσοστού των καπνιστών (με βάση και τις παραπάνω αναφορές), διάφορες έρευνες αναζητούν κατά καιρούς την αιτία που παρακινεί την νεολαία στη χρήση καπνού. Τα συμπεράσματα που προκύπτουν αναφέρουν διάφορους παράγοντες π.χ. οι γονείς που καπνίζουν, οι φίλοι, η διαφήμιση των προϊόντων καπνού κλπ. (Lewit, E.M. et al.,1997). Μάλιστα έρευνα που έγινε σε φοιτητές ιατρικής σχολής αναφέρει ότι τα παιδιά που έχουν περισσότερη κοινωνική στήριξη από το περιβάλλον τους καπνίζουν περισσότερο από ότι τα παιδιά που έχουν λιγότερη κοινωνική στήριξη (Παπαγεωργίου Ε. και συν., 2004).

Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν 21,78 έτη (εύρος 18-26) και ο μέσος όρος των ετών που κάπνιζαν ήταν 4,78 (εύρος 1-9 χρόνια). Λαμβάνοντας υπόψη διάφορες άλλες έρευνες, επιβεβαιώνεται η άποψη ότι τόσο τα κορίτσια όσο και τα αγόρια αρχίζουν το κάπνισμα σε μικρή ηλικία και κυρίως την περίοδο της εφηβείας (Σιγλετίδης Α. και συν. 2005, Bettina F. Piko et al.2005, Mackay J. et al. 2006).

Παρουσιάζει ενδιαφέρον ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζουν κατά μέσο όρο καθημερινά, αφού κυμαίνεται σε 15,05 τσιγάρα ημερησίως. Μάλιστα βρέθηκε ότι όσοι αρχίζουν το κάπνισμα σε μικρή ηλικία, αυξάνουν την πιθανότητα να καπνίσουν περισσότερα τσιγάρα όταν μεγαλώσουν, από ότι αν άρχιζαν το κάπνισμα σε μεγαλύτερη ηλικία (Everett SA., Warren CW., Sharp D. et al.1999).

Προκαλεί εντύπωση ότι το κάπνισμα έχει ενταχθεί ως μια φυσιολογική συνήθεια στους χώρους του ιδρύματος, αφού το 50,83% των σπουδαστών δηλώνει ότι δεν ενοχλείται από το κάπνισμα στους χώρους του Τ.Ε.Ι. Μάλιστα η ισχύ της απαγόρευσης του καπνίσματος στους εσωτερικούς χώρους του Τ.Ε.Ι. είναι σε όλους γνωστή, αφού το 78,33% δέχεται την ύπαρξη του μέτρου, αλλά παράλληλα πολλοί εξακολουθούν να καπνίζουν και να αγνοούν το παραπάνω μέτρο.

Ωστόσο πολλές μελέτες υποστηρίζουν ότι τα μετρά που έχουν ληφθεί για την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, στον εργασιακό χώρο έχουν συμβάλει στην μείωση του καπνίσματος μεταξύ των εφήβων, άρα και των επόμενων γενεών (Farkas et al. 2000, Wakefield et al. 2000).

Τα θετικά αποτελέσματα των αντικαπνιστικών απαγορεύσεων έχουν καταγραφεί από διάφορες έρευνες και έχουν συνδεθεί με την μείωση των τσιγάρων μεταξύ των εφήβων (Farkas A.J. et al. 2000, Wakefield M. A. et al. 2000). Το 2002 η «British Medical Journal», απέδειξε ότι η ολική απαγόρευση του καπνίσματος στους χώρους εργασίας, υποχρέωσε τους καπνιστές να μειώσουν τον αριθμό των τσιγάρων στο 29% (Fichtenberg and Glantz, 2002).

Επίσης ένα μεγάλο ποσοστό της τάξης του 28,33% καπνίζει στους διαδρόμους και ένα ποσοστό σπουδαστών (9,17%) δεν διστάζει να καπνίσει μέσα στις αίθουσες διδασκαλίας. Το γεγονός αυτό δεν φαίνεται να αποτελεί εμπόδιο για τους ενεργητικούς καπνιστές, αφού η πλειοψηφία του δείγματος ομολογεί ότι εκτίθεται παθητικά σε καπνό αρκετά, ενώ το 17,50% επιβεβαιώνει ότι εκτίθεται πολύ. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Nebot M. et al. οι οποίοι τονίζουν ότι ανάμεσα στους χώρους που υπάρχουν υψηλά ποσοστά καπνού ανήκει και ο χώρος της εκπαίδευσης (Nebot M. et al., 2005).

Σύμφωνα με στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης για τη Σχέση Καπνίσματος και Νεολαίας ισχύει ότι η συνολική έκθεση των σπουδαστών σε παθητικό κάπνισμα είναι πολύ υψηλή σε όλες τις χώρες (Tobacco Control, 2002).

Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα και στο παρελθόν, αφού έχει αναφερθεί ότι η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα στο σπίτι και στον εργασιακό χώρο είναι από τις υψηλότερες στα κράτη της Ε.Ε. (Leuenberg, 1994).

Το περιβάλλον του σπιτιού και της εργασίας θεωρούνται από τους κυριότερους χώρους έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα, αν αναλογιστεί κανείς την πολύωρη παραμονή σε αυτούς τους χώρους (Leaderer, Samet 1994). Σε αυτή την περίπτωση μπορεί να αντικατασταθεί ο χώρος της εργασίας με το χώρο του T.E.I. και να γίνει αποδεκτό το γεγονός ότι οι μεγάλοι εκτίθενται σε παθητικό καπνό στο χώρο εργασίας και οι σπουδαστές στο χώρο της σχολής τους. Ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που η έκθεση στο καπνό απουσιάζει από το περιβάλλον του σπιτιού, το εργασιακό περιβάλλον αποτελεί την βασική πηγή έκθεσης σε παθητικό καπνό (Jenkins et al., 1992).. Παράλληλα η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (60,83%) δηλώνει να ενοχλείται από τον καπνό των τσιγάρων όταν καπνίζουν δίπλα τους.

Το αξιοσημείωτο είναι ότι σχεδόν όλοι (96,67%) πιστεύουν ότι το παθητικό κάπνισμα έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία τους. Επίσης η ίδια ερώτηση που είχε γίνει σε σπουδαστές της Νοσηλευτικής και της Μηχανολογίας το έτος 2003, το 79,00% είχε απαντήσει ότι το κάπνισμα είναι κάτι βλαβερό για τον παθητικό καπνιστή (Δρακάκη Ι. και συν., 2003). Παρόλα αυτά όμως οι ενεργητικοί καπνιστές δεν φαίνεται να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τους την ζημιά που προκαλούν στους συνανθρώπους. Οι ενεργητικοί καπνιστές ίσως δεν έχουν αναλογιστεί ποτέ ότι το παθητικό κάπνισμα προκαλεί ασθένειες στα περισσότερα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού και είναι καρκινογόνο για τον άνθρωπο (IARC, 2004). Σε ότι αφορά τις επιπτώσεις που προκαλεί το κάπνισμα στους παθητικούς καπνιστές, χρειάζεται ενημέρωση των ενεργητικών καπνιστών για την επιβάρυνση που προξενεί το κάπνισμα στους συνανθρώπους τους.

Μελέτη η οποία δημοσιεύτηκε τον Απρίλιο του 2004 δίνει έμφαση στα καταστροφικά αποτελέσματα του παθητικού καπνίσματος και τονίζει ότι ο κίνδυνος θανάτου είναι 15% υψηλότερος για τους ενήλικες που ζουν με καπνιστές (Sarah E Hill, 2004).

Τον Μάιο του ίδιου χρόνου άλλη μελέτη έδειξε ότι το παθητικό κάπνισμα ανήκει στην ομάδα των καρκινογόνων ουσιών για τον άνθρωπο και υπογράμμισε ότι η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα στον εργασιακό χώρο αυξάνει τη πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου των πνευμόνων κατά 12%- με 19% (WHO 1986, European Commission 2004). Επισημάνε επίσης ότι άτομα που ζουν με καπνιστές έχουν 15% περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν στεφανιαία νόσο της καρδιάς (WHO, 2004). Οι White et al, απέδειξαν ότι το παθητικό κάπνισμα στην εργασία σχετίζεται με αναπνευστικά συμπτώματα σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι η έκθεση στο σπίτι (White et al., 1991).

Μία άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία από τον Jamrozik K., υπολόγισε ότι η έκθεση σε παθητικό καπνό προκαλεί περίπου 2.700 θανάτους σε ανθρώπους ηλικίας 20-64 και περισσότερους από 8.000 θανάτους ετησίως μεταξύ των ανθρώπων ηλικίας 65 ετών (Jamrozik K., 2005).

Παρουσιάζει ενδιαφέρον το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (95,00%) των σπουδαστών, υποστηρίζει τον διαχωρισμό σε χώρους καπνιστών και μη καπνιστών. Πράγμα που φανερώνει την ευαισθησία όλων στο θέμα αυτό. Μάλιστα το 70,00% γνωρίζει ότι ο διαχωρισμός των δημοσίων χώρων σε καπνίζοντες και μη καπνίζοντες, είναι ένα από τα μέτρα που έχει υιοθετήσει η Ελληνική Νομοθεσία.

Οι απαγορεύσεις για τη μείωση του καπνίσματος στο χώρο του σχολείου, μπορεί να είναι αποτελεσματικές μόνο αν γίνει αντιληπτό από την σπουδαστική κοινότητα ότι αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι του Ιδρύματος (Wakefield et al., 2000). Άλλη δημοσίευση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα σχολικά προγράμματα σε συνδυασμό με την αγωγή υγείας και την ύπαρξη κοινοτικού εθνικού προγράμματος μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στην μείωση και διακοπή του καπνίσματος (Centers for Disease Control and Prevention, 2001). Πάντως ο Czart et al. (2001) συμπέρανε ότι οι απαγορεύσεις του καπνίσματος στο χώρο των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, δεν έχουν σημαντική επίδραση στη συμπεριφορά των καπνιστών των σπουδαστών των κολλεγίων (Czart, C. et al., 2001).

### 1.3. Συμπεράσματα μελέτης

- Διερευνήθηκε ο επιπολασμός του ενεργητικού καπνίσματος στους σπουδαστές της Νοσηλευτικής και διαπιστώθηκε ότι είναι υψηλός κυρίως μεταξύ των αγοριών.
- Ενώ είναι γνωστό ότι απαγορεύεται το κάπνισμα στους εσωτερικούς χώρους του ιδρύματος, η συχνότητα έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα εμφανίζεται σε μεγάλο ποσοστό της τάξης του 55,00% (n=66) και πολύ συχνά της τάξης του 17,50% (n= 21).
- Η άποψη ότι το παθητικό κάπνισμα έχει δυσμενείς επιπτώσεις, φαίνεται να την ενστερνίζονται πολλοί σπουδαστές. Το γεγονός αυτό αποτελεί ένα σημαντικό βήμα για την έναρξη προγραμμάτων ενίσχυσης αυτής της άποψης (με παράθεση αποτελεσμάτων διαφόρων ερευνών) και παροχής παράλληλα διαφόρων συμβουλών στους ενεργητικούς καπνιστές για τις επιπτώσεις του καπνίσματος.
- Το ευχάριστο ήταν ότι οι σπουδαστές της Νοσηλευτικής, είχαν πληροφορηθεί τα μέτρα που έχουν υιοθετηθεί από την Ελληνική Νομοθεσία για την μείωση του καπνίσματος.

#### 1.4. Προτάσεις

Το μήνυμα που προκύπτει από την παραπάνω μελέτη είναι ότι και στο τμήμα της Νοσηλευτικής ο επιπολασμός του καπνίσματος είναι υψηλός. Οι μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας φαίνεται ότι παραβλέπουν τους κινδύνους του καπνίσματος. Η λήψη μέτρων πληροφόρησης για δυσμενείς επιπτώσεις τόσο του ενεργητικού όσο και του παθητικού καπνίσματος αποτελεί άμεση προτεραιότητα όλων των φορέων. Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης προτείνουμε:

1. Να κατατεθεί πρόταση από όλους τους κοινωνικούς φορείς, με σκοπό την έναρξη ενημερωτικής εκστρατείας για τις επιπτώσεις του καπνίσματος τόσο σε ενεργητικούς όσο σε παθητικούς καπνιστές στον χώρο της εκπαίδευσης.
2. Να συγκροτηθεί αντικαπνιστική ομάδα στο χώρο του Τ.Ε.Ι. με τη συμμετοχή ιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών, με στόχο την παροχή συμβουλών για τη διακοπή του καπνίσματος στους σπουδαστές. Επίσης να οριστεί συνεργασία με το ιατρείο διακοπής καπνίσματος που λειτουργεί στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου και με άλλες παρόμοιες αντικαπνιστικές οργανώσεις.
3. Να δημιουργηθεί τηλεφωνική γραμμή παροχής πληροφοριών και συμβουλών για τη διακοπή του καπνίσματος.
4. Περισσότερες ερευνητικές μελέτες για τη σχέση καπνίσματος και πρόκλησης προβλημάτων υγείας στην νεολαία.
5. Γνωστοποίηση και ενθάρρυνση εφαρμογής των προγραμμάτων ελέγχου του καπνίσματος που είναι ήδη αποτελεσματικές σε άλλες χώρες.

### **1.5. Περιορισμοί της μελέτης**

Η παρούσα μελέτη είχε κάποιους περιορισμούς ή δυσκολίες στην ολοκλήρωση της. Για παράδειγμα δεν ήταν εύκολος ο προσδιορισμός των επιλεγθέντων σπουδαστών, αν και η αποδοχή της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ήταν καθολικοί. Αυτό είχε σαν συνέπεια την ανάλωση αρκετού χρόνου μέχρι να συγκεντρωθεί το πλήθος των απαιτούμενων στοιχείων.

Η αναλογία αγοριών κοριτσιών στο τμήμα είναι συντριπτικά υπέρ των κοριτσιών, ως αποτέλεσμα αυτό αποτυπώθηκε και στο τυχαίο δείγμα που επελέγει (ποσοστά). Ως εκ τούτου η φαινομενική υπεροχή των κοριτσιών που καπνίζουν έναντι των αγοριών που καπνίζουν όπως και όλα τα σχετικά αποτελέσματα που αφορούν εκτιμήσεις ανδρών ή γυναικών μπορεί να θεωρηθούν ότι δεν ανταποκρίνονται στα δεδομένα της ευρύτερης κοινωνίας. Ανταποκρίνονται όμως στα δεδομένα του τμήματος. Εύκολα μπορεί να παρατηρήσει κανείς ότι ανάλογα ερωτηματολόγια σε άλλα τμήματα του ΤΕΙ π.χ. Μηχανολογίας, Ηλεκτρολογίας κλπ. θα έδιναν παντελώς ανάστροφη εικόνα για ευνόητους λόγους.



## Παράρτημα Α

### Ερωτηματολόγιο

Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

---

Χρόνος Συμπλήρωση: 5 λεπτά

---

**Ε Ρ Ω Τ Η Μ Α Τ Ο Λ Ο Γ Ι Ο**  
Για την διεξαγωγή έρευνας αναφορικά με το  
**ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ & ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

Κωδικός αριθμός ατόμου : .....

Σημερινή ημερομηνία : .../.../.....

---

Καπνίζεις πάνω από ένα τσιγάρο την ημέρα ; **ΝΑΙ**  **ΟΧΙ**



*Αν ΟΧΙ, συνέχισε με την ερώτηση 7*

#### ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

1. Έχεις καπνίσει κανονικά για τουλάχιστο ένα χρόνο.....; **ΝΑΙ**  **ΟΧΙ**
2. Για πόσα χρόνια καπνίζεις ή κάπνιζες συνολικά .....; [ ]
3. Πόσα τσιγάρα καπνίζεις κατά μέσο όρο καθημερινά..... ; [ ]
4. Εισπνέεις συνήθως τον καπνό στους πνεύμονες .....; **ΝΑΙ**  **ΟΧΙ**
5. Καπνίζεις σε χώρους της σχολής.....; **ΝΑΙ**  **ΟΧΙ**

*Αν ΝΑΙ, προσδιόρισε τον ή τους χώρους που καπνίζεις :*

1. ΠΡΟΑΥΛΙΟ .....
2. ΔΙΑΔΡΟΜΟΙ .....
3. ΑΙΘΟΥΣΕΣ – ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ (εκτός μαθήματος).....
4. ΣΕ ΑΛΛΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ (παρακαλώ διευκρινίστε).....

## ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

6. Διάρκεια ή χρόνος που καπνίζεις ή κάπνιζες :
- α) Καπνίζω **διαρκώς** \_\_\_\_\_   
β) Έχω διακόψει **λιγότερο από 3 μήνες** \_\_\_\_\_   
γ) Έχω διακόψει το κάπνισμα **πάνω** από 3 και **λιγότερο** από 18 μήνες \_\_\_\_\_   
δ) Κάπνιζα περίπου [.....] τσιγάρα τη μέρα.
7. Ποια η γνώμη σου για το κάπνισμα σε χώρους του Τ.Ε.Ι. :
- α) Δεν το εγκρίνω καθόλου \_\_\_\_\_   
β) Δεν με ενοχλεί \_\_\_\_\_   
γ) Δεν το εγκρίνω κάποιες φορές \_\_\_\_\_
8. Πόσο συχνά εκτίθεσαι παθητικά σε καπνό στο Τ.Ε.Ι. :
- α) **ΚΑΘΟΛΟΥ** .....       γ) **ΑΡΚΕΤΑ** .....   
β) **ΛΙΓΟ** .....       δ) **ΠΟΛΥ** .....
9. Σε ενοχλεί ο καπνός των τσιγάρων όταν καπνίζει κάποιος άλλος δίπλα σου :
- α) **ΝΑΙ** .....       β) **ΟΧΙ** .....
10. Που κατά τη γνώμη σου πρέπει να απαγορεύεται το κάπνισμα :
- α) **ΣΤΗΝ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ**.....       ε) **ΣΤΑ ΓΡΑΦΕΙΑ**.....   
β) **ΣΤΟΥΣ ΔΙΑΔΡΟΜΟΥΣ**.....       στ) **ΣΤΟ 50% ΤΗΣ ΛΕΣΧΗΣ**.....   
γ) **ΣΤΑ ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΑ-ΑΙΘΟΥΣΕΣ**...       ζ) **ΣΕ ΟΛΗ ΤΗΝ ΛΕΣΧΗ**.....   
δ) **ΣΤΟ ΠΡΟΑΥΛΙΟ** .....
11. Πιστεύεις ότι το παθητικό κάπνισμα :
- α) Έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία.....   
β) Δεν έχει επιπτώσεις στην υγεία.....   
γ) Είναι ευχάριστο αφού απολαμβάνεις την αίσθηση του καπνού, δίχως να είσαι πραγματικά καπνιστής.....
12. Στους κοινόχρηστους εσωτερικούς χώρους του Τ.Ε.Ι τι ισχύει :
- α) Απαγορεύεται το κάπνισμα και κανείς δεν καπνίζει.....   
β) Επιτρέπεται το κάπνισμα.....   
γ) Απαγορεύεται το κάπνισμα.....   
δ) Απαγορεύεται το κάπνισμα, αλλά πολλοί καπνίζουν.....
13. Πιστεύεις ότι ο διαχωρισμός σε χώρους καπνιστών και μη καπνιστών είναι :
- α) **ΣΩΣΤΟ**       β) **ΛΑΘΟΣ**

14. Γνωρίζεις ποια μέτρα έχει υιοθετήσει η Ελληνική Νομοθεσία για την μείωση του καπνίσματος:

- α) Φόροι τσιγάρων.....
- β) Διαχωρισμός δημόσιων χώρων σε καπνίζοντες και μη καπνίζοντες.....
- γ) Διαφημίσεις για τις επιπτώσεις του καπνίσματος.....
- δ) Απαγόρευση διαφημίσεων τσιγάρων και προϊόντων καπνού.....
- ε) Αναγραφή ειδικών προειδοποιητικών σημάνσεων για τις επιπτώσεις του καπνίσματος πάνω στα πακέτα των τσιγάρων.....
- ζ) Απαγόρευση καπνίσματος σε δημόσιες υπηρεσίες.....



## ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο: Άντρας

Γυναίκα

Ηλικία: \_\_\_\_\_

Εξάμηνο Σπουδών: \_\_\_\_\_



*Σας Ευχαριστούμε για τον Χρόνο που διαθέσατε για την Συμπλήρωση του Ερωτηματολογίου*

# Παράρτημα Β

## Στατιστικά στοιχεία

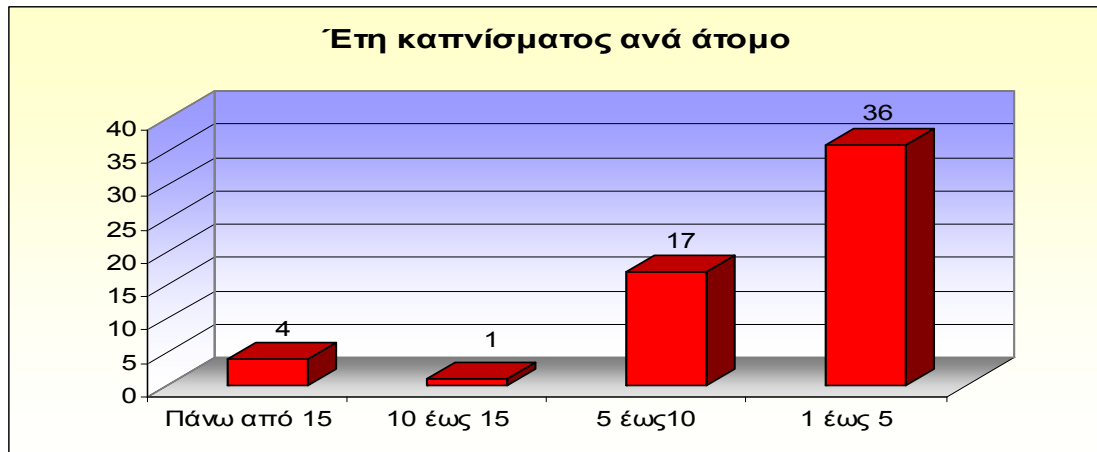
### 1. Ποσοστά καπνιστών



### 2. Έχεις καπνίσει κανονικά για τουλάχιστο ένα χρόνο;



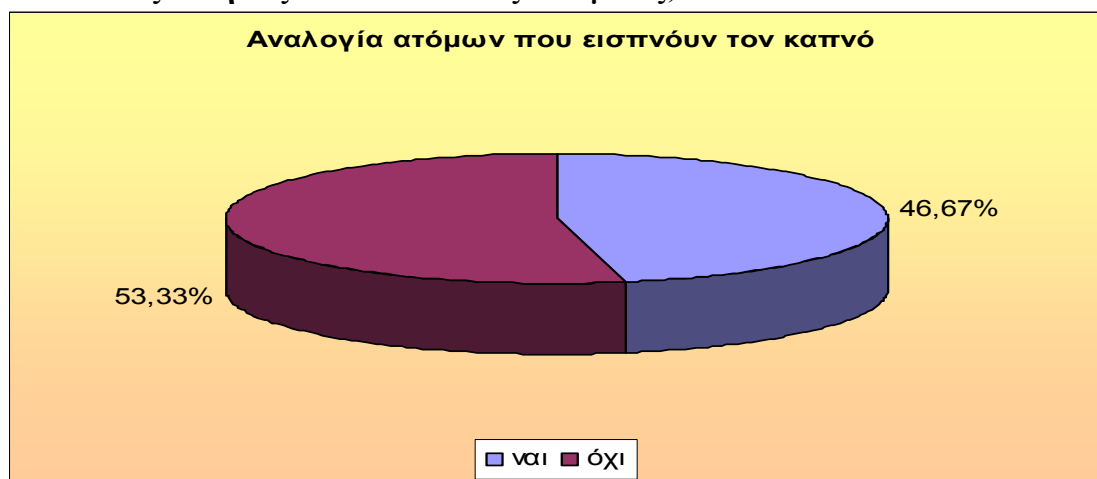
**3. Για πόσα χρόνια καπνίζεις ή κάπνιζες συνολικά;**



**4. Πόσα τσιγάρα καπνίζεις κατά μέσο όρο καθημερινά;**



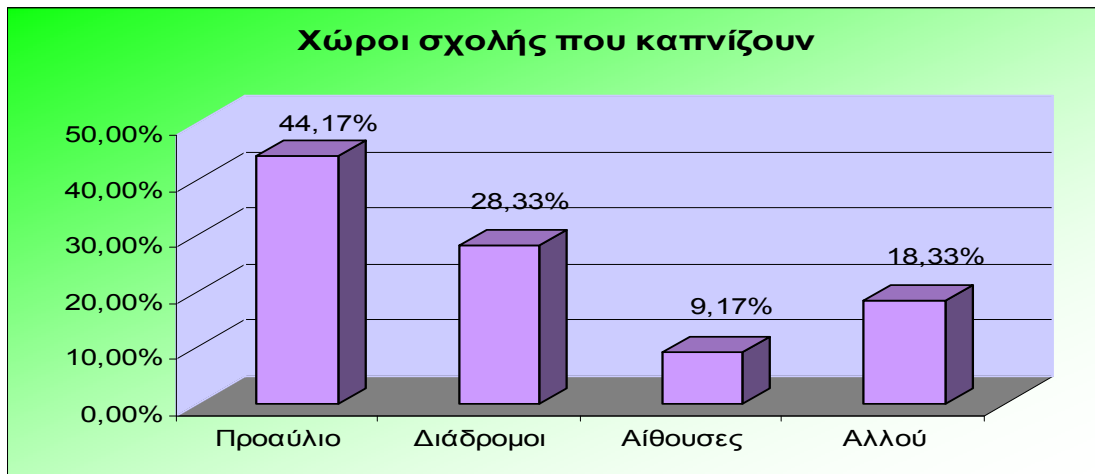
**5. Εισπνέεις συνήθως τον καπνό στους πνεύμονες;**



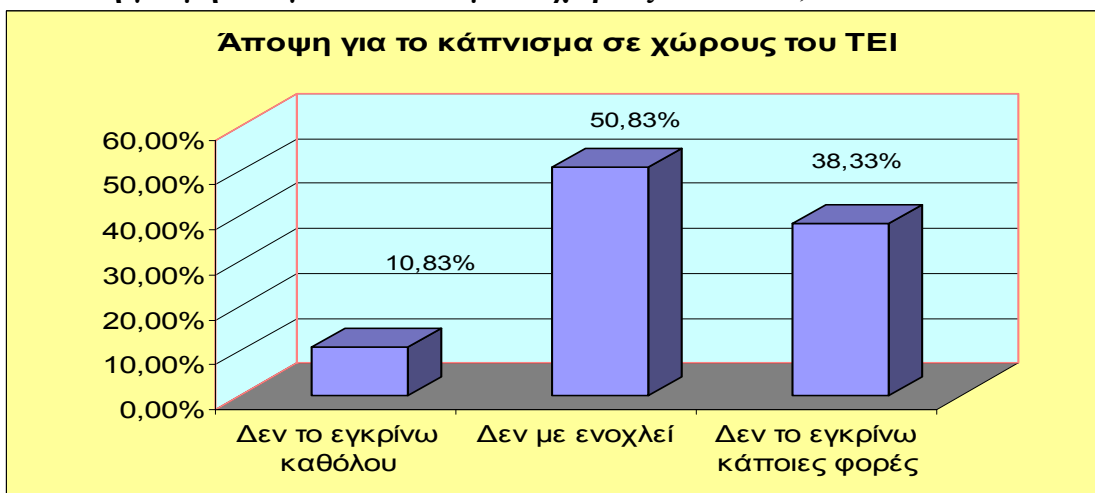
## 6. Καπνίζεις σε χώρους της σχολής;



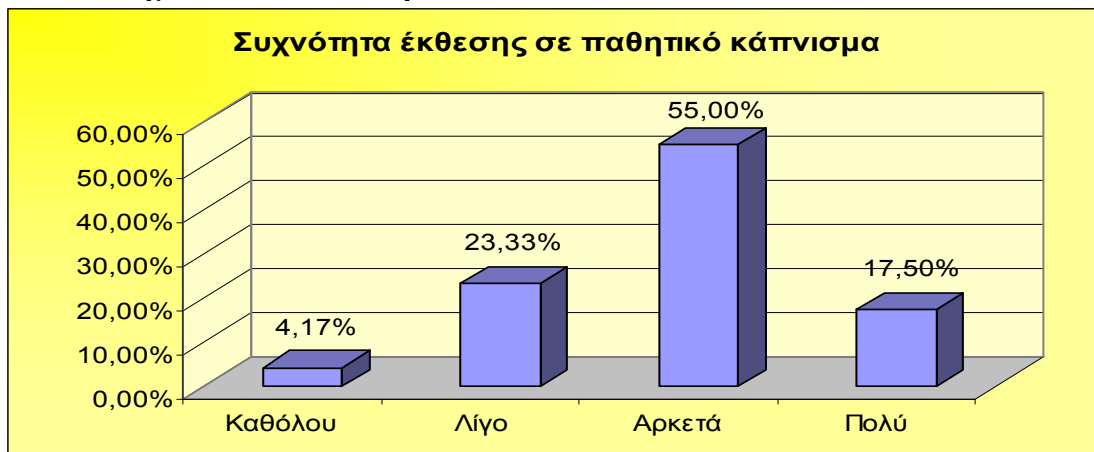
### 6.1. Προσδιόρισε τον ή τους χώρους που καπνίζεις:



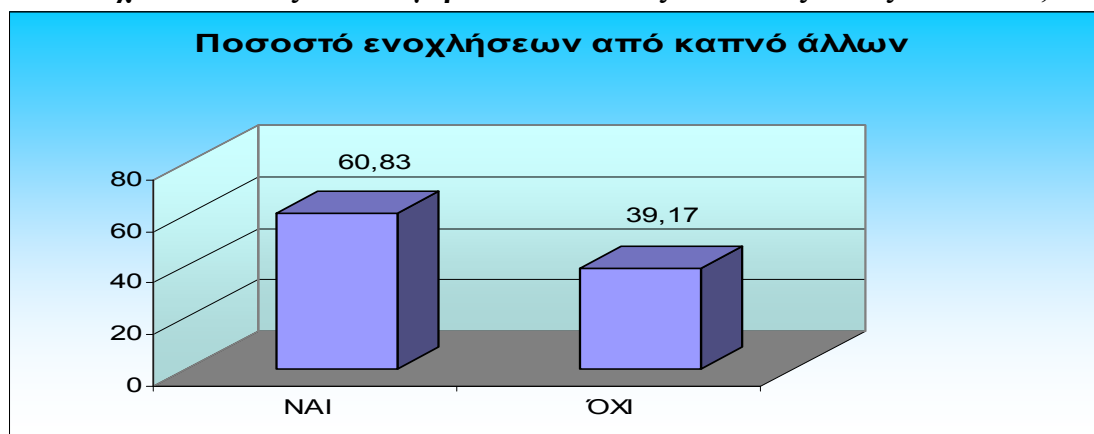
## 7. Ποια η γνώμη σου για το κάπνισμα σε χώρους του Τ.Ε.Ι.;



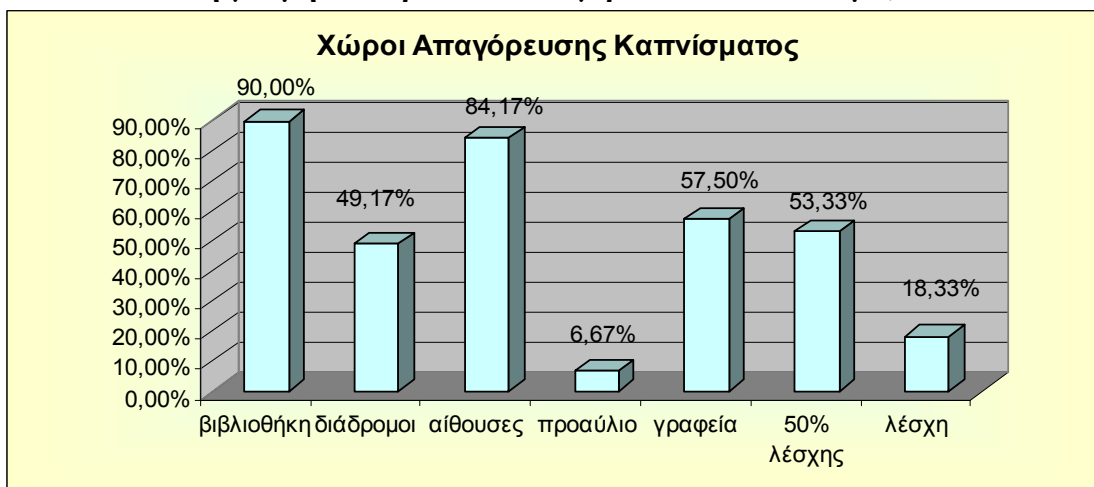
**8. Πόσο συχνά εκτίθεσαι παθητικά σε καπνό στο Τ.Ε.Ι.;**



**9. Σε ενοχλεί ο καπνός των τσιγάρων όταν καπνίζει κάποιος άλλος δίπλα σου;**



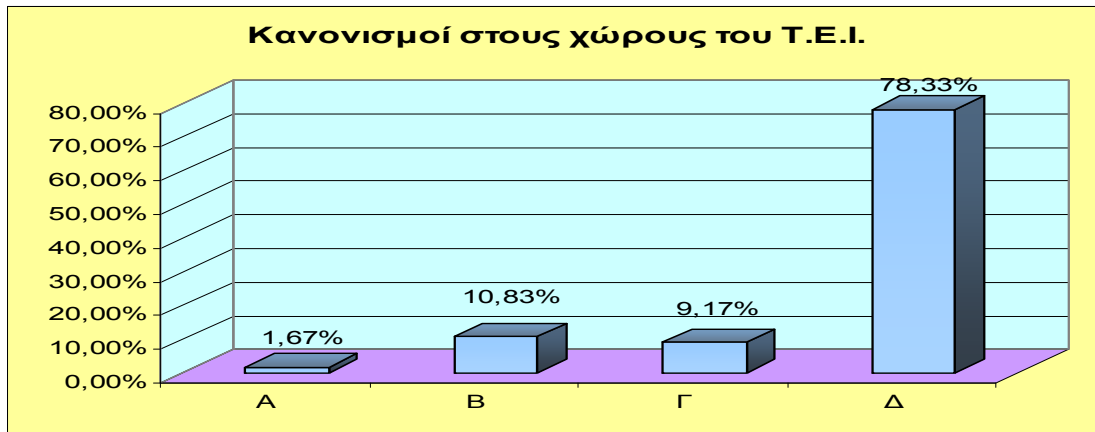
**10. Που κατά τη γνώμη σου πρέπει να απαγορεύεται το κάπνισμα;**



11. Πιστεύεις ότι το παθητικό κάπνισμα:



12. Στους κοινόχρηστους εσωτερικούς χώρους του Τ.Ε.Ι. τι ισχύει;



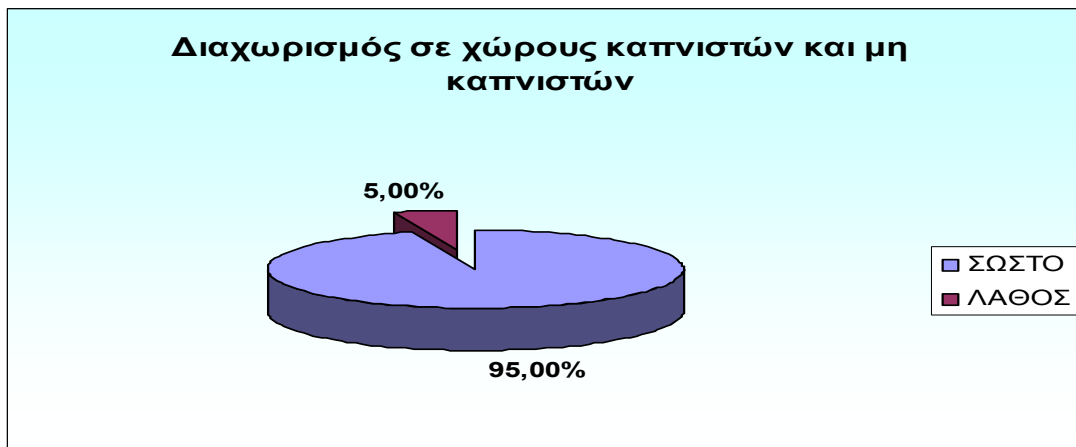
Α: Απαγορεύεται το κάπνισμα και κανείς δεν καπνίζει.

Β: Επιτρέπεται το κάπνισμα.

Γ: Απαγορεύεται το κάπνισμα.

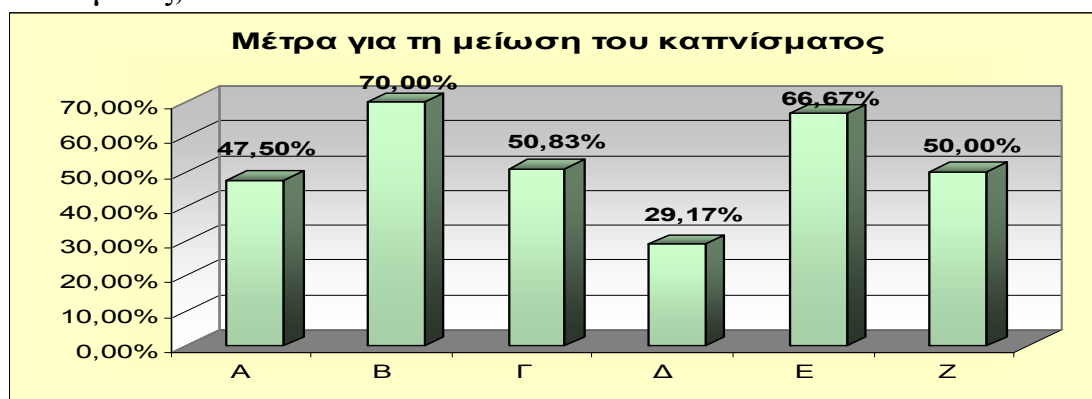
Δ: Απαγορεύεται το κάπνισμα, αλλά πολλοί καπνίζουν.

13. Πιστεύεις ότι ο διαχωρισμός σε χώρους καπνιστών και μη καπνιστών είναι:





**14. Γνωρίζεις ποια μέτρα έχει υιοθετήσει η Ελληνική Νομοθεσία για τη μείωση του καπνίσματος;**



A: φόροι τσιγάρων

B: διαχωρισμός σε χώρους καπνιστών και μη καπνιστών

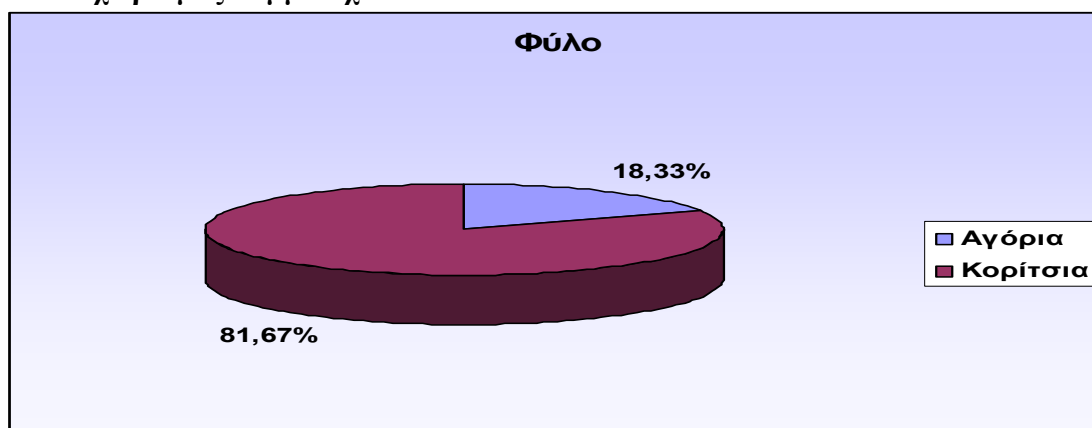
Γ: διαφημίσεις για τις επιπτώσεις του καπνίσματος

Δ: απαγόρευση διαφημίσεων τσιγάρων

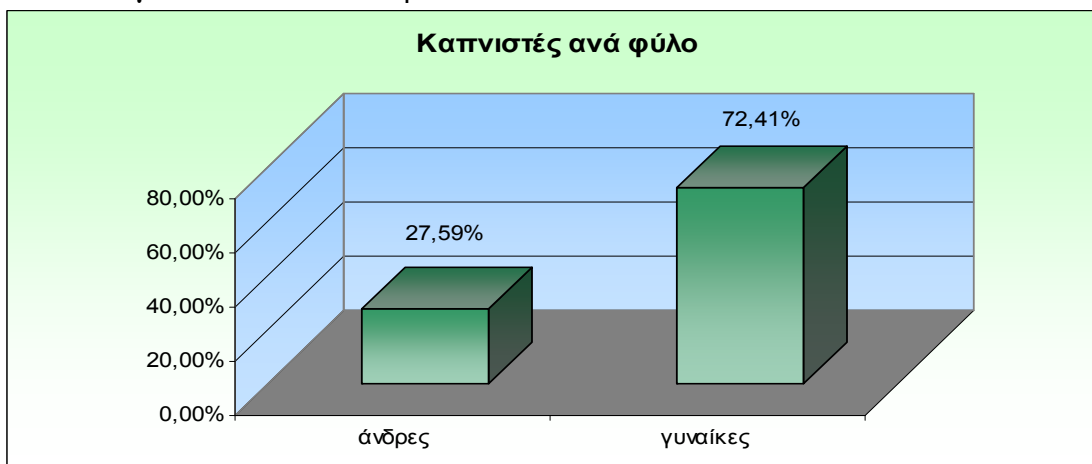
E: αναγραφή μηνυμάτων στα πακέτα για επιπτώσεις καπνίσματος

Z: απαγόρευση καπνίσματος σε δημόσιες υπηρεσίες

**15. Διαχωρισμός συμμετεχόντων**



**16. Αναλογία καπνιστών ανά φύλο**



### 17. Αναλογία μη καπνιστών ανά φύλο



## Βιβλιογραφία

### Ξένη βιβλιογραφία

- Adler I. (2005) Primary malignant growths of the lungs and bronchi. New York: Longmans, Green, and Company; 1912., cited in Spiro SG, Silvestri GA. One hundred years of lung cancer. Am J Respir Crit Care Med. 1;172(5):523-9. [PMID 15961694](#)
- Agency for Health Care Policy and Research.(1997) Agency for Health Care Policy and Research, Clinical Practice Guideline on Smoking Cessation, No. 18 AHCPH Rockville, MD.
- American Cancer Society. Quitting Smoking. Prevention and Early Detection; Available at: <http://www.cancer.org/>. [accessed 10/6/07]
- American Cancer Society .(2007) Cancer Facts & Figures, Atlanta, Ga.
- American Heart Association. (2007) Nicotine Addiction. Available at: [www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4753](http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4753) [accessed 17/6/07]
- American Psychiatric Association. (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson HR, Cook DG. (1997) Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. Thorax; 52: 1003-1009
- Arkatabartoori M, Lean ME, Hankey CR. (2005) Relationships between cigarette smoking, body size and body shape. Int J Obes .

- ASPECT Consortium. (2004) Tobacco or health in the European Union: Past Present or Future
- Assunta M, Chapman S. (2004) ‘‘The world’s most hostile environment’’. How the tobacco industry circumvented Singapore’s advertising ban. *Tobacco Control*.
- Avlonitou I, Samartzis L, Rigopoulou A, et al. (2003) Evaluation of smoking habits in students of the Medical School of Athens. *Pneumon*;16:306–13(in Greek).
- Background Brief Further Information. Passive smoking. Available at: <http://www.smokefree.org.au/downloads/03passive.pdf>, [accessed 10/10/07]
- Baker F et al. (2000) Health risks associated with cigar smoking. *Journal of the American Medical Association*, 284(6):735740
- Bates, C., Fagerström, K. Jarvis, M. J. Kunze, M., McNeill, A., and Ramström, L. (2003) European Union policy on smokeless tobacco: A statement in favour of evidence based regulation for public health. *Tobacco Control* 12, 360–367
- BBC. (2005) Health : Young smokers’ heart attack risk, Available at: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/3590320.stm> [accessed 12/6/07]
- Becklake M, Ghezzo H, Ernst P. (2005) Childhood predictors of smoking in adolescence: a follow-up study of Montreal Schoolchildren. *CMAJ* ;173:377–9.
- Bernard Lown, MD (1999) Honorary Committee Lecture. Passive smoking – cardiovascular disease Available at: <http://pcvc.sminter.com.ar/cvirtual/cvirteng/cienteng/sfeng/sfc6301i/ilown/ilown4b.htm> [accessed 17/7/07]
- Bettina F. Piko, Aleksandra Luszczynska, Frederick X. Gibbons, Mert Tekozel. (2005) A culture-based study of personal and social influences of adolescent smoking.
- Bhalla, G. and Lastovieka, J. L. (1984) The impact of changing cigarette warning messages and format. In Kinnear (ed) *Advances in Consumer Research*, 11, 305–309.

- Borio G. (2001) The Tobacco Timeline  
Available at:  
[http://www.tobacco.org/resourcers/history/Tobacco\\_History18html](http://www.tobacco.org/resourcers/history/Tobacco_History18html). [accessed 2/4/07]
- Borio G. (2006) Tobacco History Links  
Available at:  
<http://tobacco.org/History/history.html>.  
[accessed 2/4/07]
- Borland, R. (1997) Tobacco health warnings of smoking related cognition's and behaviours. *Addiction*, 92,1427–1435
- Boucher, B. J. (2001) Pain without tobacco: An independent risk factor for oral cancer. *Int. J. Cancer* 91, 592–593
- Bouquot & Kathy Schroeder.(1992) Oral Effects of Tobacco Abuse. Department of Oral Pathology, West Virginia University, Morgantown, West Virginia. *Journal of the American Dental Institute for Continuing Education*; 43:3-17. Jerry
- British Medical Association. (2004) Smoking and reproductive life. The impact of smoking on sexual, reproductive and child health. British Medical Association Board of Science and Education & Tobacco Control Resource Centre. London, United Kingdom, BMA.
- Brix TH, Hegedus L. (2000) Genetic and environmental factors in the aetiology of simple goitre. *Ann Med*; 32: 153-156.
- Bronnum-Hansen H, Juel K. (2001) Abstention from smoking extends life and compresses morbidity: a population based study of health expectancy among smokers and never-smokers in Denmark. *Tobacco Control*; 10: 273-278
- California Environmental Protection Agency (1997) Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. Sacramento: California Environmental Protection Agency, Office of Environmental health Hazard Assessment, Reproductive and Cancer Hazard Assessment Section and Air Toxicology and Epidemiology Section.

- Callum C. (1998) The Smoking Epidemic: Deaths in 1995. Health Education Authority, London.
- Cavelaars, A et al.(2000) Educational differences in smoking:international comparison. British Medical Journal, 320: p. 1102-1107
- Campbell, J. (1999) The dangers of smoking. Nursing Standard
- Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services. (1994) Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction Morbidity and Mortality Weekly Review, 43, 1–18
- Centers for Disease Control and Prevention. (2001) Effectiveness of school-based programs as a component of a state-wide tobacco control initiative— Oregon, 1999-2000. MMWR;50(31):663-666
- Centers for Disease Control and Prevention. (2002) Center for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health, Smokeless Tobacco Fact Sheets.
- CDC. National Center For Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2006) Quit to Live: How and Why to Quit Smoking Today. Available at [www.cdc.gov/tobacco/news/QuitSmoking.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/news/QuitSmoking.htm). [accessed 9/12/2006]
- Chaloupka F.J. et al. (2000) Tobacco control in developing countries. Oxford University Press, New York, 365–392
- Chaloupka FJ, Grossman M. (1996) Price, tobacco control policies and youth smoking. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research. NBER Working Paper, No. 5740
- Chaloupka F.J, Warner KE.(2000) The economics of smoking. In: Newhouse JP, Cuyler AJ, eds. The Handbook of Health Economics. New York: North Holland Press.
- Chaloupka F.J. ET AL. (1997) Public policy and youth smokeless tobacco use. South Econ Journal, 64: 501–516.
- Cheng AC, Pang CP, Leung AT, Chua JK, Fan DS, Lam DS. (2000) The association between cigarette smoking and ocular diseases. Hong Kong Med J 6:195-202
- Changrani, J., and Gany, F. (2005) Paan and gutkha in the United States: An emerging threat. J. Immigrant Health 7, 103–10

- Chapman, S. & Richardson, J. (1990) Tobacco excise and declining consumption. *American Journal of Public Health*, 80: 537–40.
- Crossen S. (2003) Cigarette Taxation: Issues for EU Accession Countries. International Tax & Investment Center. Available at: <http://www.iticnet.org/publications/> [accessed 6-4-07]
- Constantine I Vardavas , Anthony G Kafatos. (2006) Smoking Policy and Prevalence in Greece : An overview. *European Journal of Public Health* 2006.
- Crosier Adam. (2005) Smoking and health equalities, Public Health Research Consultant. Available at: [www.ash.org.uk](http://www.ash.org.uk) [accessed 10/4/07]
- Clean Virginia Waterways (2006) Cigarette Butt Litter - Cigarette Filters, Longwood University.
- Coker et al, 1992. Coker AL, Rosenberg AJ, McCann MF, Hulka BS. (1992) Active and passive cigarette smoke exposure and cervical intraepithelial neoplasia. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*;1(5):349–56
- Commission proposes revision of Brussels, 15<sup>th</sup> March 2001 excise duty rules for tobacco products, IP/01/368,
- Coultas DB. (1998) Health effects of passive smoking. 8. Passive smoking and risk of adult asthma and COPD:An update. *Thorax*; 53: 381-387
- Council Regulation (EEC) 2075/92 OJ no. L 215 of 30/7/92 and Commission Regulation 2427/93 OJ no. L223 Implementing of 2/9/93
- Czart, C. et al. (2001) “The impact of prices and control policies on cigarette smoking among college students,” *Contemporary Economic Policy* 19, 135-49.
- Devlin E, Anderson S, Hastings G, Macfadyen L, (2005) Targeting smokers via tobacco product labeling: opportunities and challenges for Pan European health promotion. *Health Promot Int.* 20(1): 41-9
- Directive. (2003/33/EC) Directive 2003/33/EC of the European Parliament and of the Council of 26 May 2003 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States relating to the advertising and sponsorship of tobacco products. *Official Journal* 20/06/2003; L 152, pp. 16-19.

- Doll R. Tobacco.(1999) A medical history. J Urban Health; 76: 289-313.
- Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. (2004) Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ; 328:1519-1528.
- Donato, F., et al. (1997) Bladder cancer, tobacco smoking, coffee and alcohol drinking. European Journal of Epidemiology.
- Doxiadis SA, Trihopoulos DV, Phylactou HD, (1985) Impact of a nationwide anti-smoking campaign. Lancet. 2(8457): 712-3.
- Dzulkipli Abdul Razak (1995) Poisonous Substances in Cigarette Tobacco. Available at: [www.prn2.usm.ng/mainsite/bulletinn/sun//sun10.html](http://www.prn2.usm.ng/mainsite/bulletinn/sun//sun10.html) [accessed 6/10/07].
- Edwards R.(2004) The problem of tobacco smoking.ABC of smoking cessation. BMJ; 328: 217-219.
- Elihan -Chenin, P.(2004) Tobacco excise taxation in France. Tools for Advancing Tobacco Control in XXIst century: Success stories and lessons learned. Geneva, World Health Organization.
- Ernster VL, Grady D, Miike R, Black D, Selby J, Kerlikowske K. (1995) Facial wrinkling in men and women, by smoking status. Am J Public Health; 85: 78-82.
- European Court. (2002) Judgment of the European Court of Justice 10 December 2002.
- Evans WN., Farrelly MC. (1997) The compensating behavior of smokers: Taxes, tar, and nicotine. College Park, MD: University of Maryland, Department of Economics, Working Paper, 24.
- Euromonitor International (2003) The market for vending. Vending in Spain. Available at: [www.euromonitor.com/Vending\\_in\\_Spain](http://www.euromonitor.com/Vending_in_Spain) [accessed 17/3/07].
- Eurostat, Luxembourg. (2004) E-commerce and the internet in European businesses Report on the results of the ICT usage of enterprises 2002 survey.
- Europe against cancer programme. (1987) Official Journal 26/2/1987; C 50: pp. 1-58.



European Commission. (2004) Tobacco op health in the Uropean Union Past, Present and Future. Directorate-General for Health and Consumer Protection Manuscript completed in October 2004.

European Commission. (2006) Europe Against Cancer Programme14. pp108. Society, European Lung Foundation. Book. The first comprehensive survey on, Sheffield ERSJ Ltd.

European Respiratory European Lung White respiratory health in Europe. (2003) Council directive 2002/10/EC of 12 February 2002, effective 1 July 2002.

European Union. (2002) Initiation of cigarette smoking and subsequent smoking behavior among U.S. High school students. *Prev Med*, 29: 327-333.

Everett SA, Warren CW, Sharp D et al. (1999) Decennial trends of social differentials in smoking habits in Italy. *Cancer Causes and Control*. 12: p. 665-671.

Faggiano, F., E. Versino, and P. Lemma (2001) Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking *Journal of the American Medical Association*, 284, 717–722.

Farkas, A. J., Gilpin, E. A., White, M. M., & Pierce, J. P. (2000). Response to increases in cigarette prices by race/ethnicity, income and age groups -- United States 1976-1993. *Morb Mortal Wkly Rep* 47: 605-609.

Farrelly MC, Bray JW. (1998). Approves Novel Medication for Smoking Cessation. Available at: <http://www.fda.gov/>. [accessed 4/6/06].

FDA Smokeless Tobacco Report for the Years 2002–2005. (PDF–61KB) Washington, DC: Federal Trade Commission; Available at: <http://www.ftc.gov/reports/tobacco/02-05smokeless0623105.pdf>. [Accessed: 12/4/07]

Federal Trade Commission. (2007)

- Fernandez, E., et al. (2001) Widening socioeconomic inequalities in smoking cessation in Spain, 1987-1997. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 55: p. 729-730.
- Fichtenberg C, Glantz S. (2002) Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ*; 325: 188-191.
- Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, et al. (1995) The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. A meta-analysis. *JAMA*; 273: 181.
- Fiore C, Bailey W, Cohen S. (2000) Treating tobacco use and dependence. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Fischer, P. M., Krugman, D. M., Fletcher, J. E., Fox, R. J. and Rojas, T. H. (1993) An evaluation of health warnings in cigarette advertisements using standard market research methods: what does it mean to harm? *Tobacco Control*, 2,279–285.
- Flay, B. R. (2000) Approaches to substance use prevention utilising school curriculum plus social environment change *Addictive Behaviors*, 25, 861–885.
- Fong GT. (2004) Evaluating European tobacco control policies: the International Tobacco Control Policy Evaluation Survey (ITCPES), presentation at the conference “Change is in the air. Future directions in tobacco control in the EU”, Limerick, Ireland.
- Fong GT, Hammond D, Borland R, Hastings G Cummings KM. (2004) Quasi-experimental evaluation of the enhancement of warning labels in the UK: initial findings from the international tobacco control policy evaluation survey. Abstract submitted to Society for Research on Nicotine and Tobacco conference.
- Foulds J, Ramstrom L, Burke M, Fagerstrom K. (2003) Effect of smokeless tobacco (snus) on smoking and public health in Sweden. *Tobacco Control*;12:349–359.
- Further Information. (2004) Background Brief: Passive smoking. Available at <http://www.smokefree.org.au/downloads/03passive.pdf>, [accessed 10/10/07].

- Fukuda K, Shibata A. (1990) Exposure-response relationships between woodworking, smoking or passive smoking, and squamous cell neoplasms of the maxillary sinus. *Cancer Causes and Control*;1(2):165–8.
- Gajalakshmi V et al. (2003) Smoking and mortality from tuberculosis and other diseases in India: retrospective study of 43 000 adult male deaths and 35 000 controls. *Lancet*,362:507515.
- Gallet CA, List JA. (2003) Cigarette demand: a meta-analysis of elasticities. *Health Econ*;12:821–35.
- Galobardes, B., et al. (2003) Trends in risk factors for lifestyle related diseases by socioeconomic position in Geneva, Switzerland 1993-2000: health inequalities persist. *American Journal of Public Health*. 93: p. 1302-1309.
- Garfinkel L. (1985) Selection, follow-up and analysis in the American Cancer Society prospective studies. In: Garfinkel L, Ochs O, Mushinski M, eds. *Selection, Follow-up and Analysis in Prospective Studies: a Workshop*. NCI Monograph 67. National Cancer Institute, NIH Publications No. 85-2713, 1985; pp. 49-52.
- Gilliland FD et al. (2000) Maternal smoking during pregnancy, environmental tobacco smoke exposure and childhood lung function. *Thorax* 55: 271-276.
- Gilmore A, McKee M. (2004) Tobacco-control policy in the European Union: the legal, ethical and policy debates. In: *Unfiltered: Conflicts Over Tobacco Policy and Public Health*. Feldman E, Bayer R, eds. Harvard University Press.
- Ginzel K. H., Gert S. Maritz, David F. Marks, Manfred Neuberger, Jim. R. Pauly, John R. Polito, Rolf Schulte-Hermann and Theodore A. Slotkin. (2007) "Critical Review: Nicotine for the Fetus, the Infant and the Adolescent?" *J Health Psychol*. 12; 215-224.
- Giskes K. and Kunst A.E. (2004) Review of policies that are potentially effective to tackle inequalities in health, and their implementation in five European countries.
- GlaxoSmithKline. (2002) Nicobate CQ(r) Lozenges 2/4mg. [Leaflet]. Ermington, NSW: GlaxoSmithKline.

- Glynn TJ., Greenwald P., Mills SM. and Manley MW. (1993)
- Graham H., (1993)
- Graham H. and Der G. (1999)
- Grolleman Jorne , Betsy van Dijk, Nijholt Anton and Andrée van Emst.
- Guindon G.E. et al. (2002)
- Guindon GE. & Boisclair D. (2005)
- Gupta PC. et al. (2005)
- Hackshaw, Law and Wald. (1997)
- Haire-Joshu D., Glasgow RE., Tibbs TL. (1999)
- Hammond D., Fong G T., McDonald PW., Cameron R., Brown K S.(2003)
- HAD. (2004)
- Health effects of Tobacco smoking. (2007)
- Health Canada. (1999)
- Youth tobacco use in the United States. Problems, progress, goals and potential solutions. Preventive Medicine.
- When life is a drag. London: HMSOpublications.
- Patterns and predictors of smokingcessation among British women. Health Promotion International. 14: p. 231-239.
- Break the Habit! Designing an e-Therapy Intervention Using a Virtual Coach in Aid of Smoking Cessation Available at <http://www.springerlink.com/content/6m1w6175693873t0/fulltext.pdf> [accessed 15/9/07].
- Trends and affordability of cigarette prices: ample room for tax increases and related health gains. Tobacco Control, 11: 35–43. Available at: <http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/content/full/11/1/35> [accessed 12/5/07].
- Cigarette consumption dataset 1970-2004. A cohort study of 99,570 individuals in Mumbai, India for tobacco-associated mortality. International Journal of Epidemiology.
- The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. BMG , 315: 980-88.
- Smoking and diabetes. Diabetes Care;22:1887-98.
- Impact of the graphic Canadian warning labels on adult smoking behaviour Tobacco Control;12:391–395.
- Smoking and patients with mental health problems. London: Health Development Agency. Available at: [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org). [accessed 4/1/07]
- Effects of increasing the area occupied by health warnings on cigarette packages. Quebec.

- Health Canada. (2003) Available at:  
[www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca) [accessed 4/1/07].
- He J et al.(1999) Passive smoking and the risk of coronary heart disease - a meta-analysis of epidemiologic studies. *The New England Journal of Medicine*; 340: 920-926.
- Henningfield JE., Hariharan M., Kozlowski LT.(1996) Nicotine content and health risks of cigars. *Journal of the American Medical Association*;276:1857-58.
- Henningfield JE., Fant RV., Tomar SL. (1997) Smokeless tobacco: an addicting drug. *Advances in Dental Research*;11: 330-5.
- Henningfield JE et al. (1999) Nicotine concentration, smoke pH and whole tobacco aqueous pH of some cigar brands and types popular in the United States. *Nicotine and Tobacco Research*;1(2):163168.
- Hirayama T. (1981) Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *British Medical Journal*;282(6259):1835.
- Hirayama T.(1984) Cancer mortality in nonsmoking women with smoking husbands based on a large scale cohort study in Japan. *Preventive Medicine*;13(6):680–90.
- Houston T., Person SD., Pletcher MJ., Lui K., Iribarren C., Kiefe CI.(2006) Active and passive smoking and development of glucose intolerance among young adults in a prospective cohort: CARDIA study. *BMJ*;332:1064-7).
- Houtsmuller EJ., Henningfield JE., Stitzer ML. (2003) Subjective effects of the nicotine lozenge: assessment of abuse liability. *Psychopharmacology (Berl)*;167(1):20-7.
- Howard G., et al. (1998) Cigarette smoking and progression of atherosclerosis: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Journal of American Medical Association*.
- Hrubá D., Kachlik P. (2000) Influence of maternal active and passive smoking during pregnancy on birth weight in newborns. *Cent Eur J Public Health*; 8: 249-252.
- Huisman M., Kunst AE., Mackenbach JP., (2005) Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. *Prev Med*;40:756–64.

- Hurt RD., Sachs DPL., Glover ED. et al. (1997) A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation, *New Engl J Med*; 337:1195-1202.
- Hu TW., Sung HY., Keeler TE. (1998) Reducing cigarette consumption in California: tobacco taxes vs. anti-smoking media campaign. *Am J Public Health*; 88: 1218-1222.
- Hu TW., Mao Z. (2002) Effects of cigarette tax on cigarette consumption and the Chinese economy. *Tob Control*; 11: 105-108.
- IARC, International Agency for Research on Cancer. (1998) Summaries and Evaluations Tobacco Products, Smokeless (Group 1). Available at: <http://www.inchem.org/documents/iarc/suppl7/tobacco-smokeless.html>. [accessed: 9/12/06].
- IOANNIS N. MAMMAS, GEORGE K. BERTSIAS, MANOLIS LINARDAKIS, NIKOLAOS E. TZANAKIS, DEMETRE N. LABADARIOS, ANTHONY G. KAFATOS.(2003) Cigarette smoking, alcohol consumption, and serum lipid profile among medical students in Greece. *European Journal of Public Health* 2003; 13: 278-282.
- International Agency for Research on Cancer,(IARC). (1986) Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans: Tobacco Smoking. Vol. 38. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer.
- International Agency for Research on Cancer (IARC) Working Group. (2004) Tobacco smoke and involuntary smoking (IARC Monographs, No.83). Lyon. Brief history of tobacco use and abuse. Available at: <http://www.cnn.com/US/9705/tobacco/history>. [accessed 15/6/07]
- JLR & SFR (1998)
- Jacoby J., Nelson M.C. and Hoyer W. D. (1982) Corrective advertising and affirmative disclosure statements: their potential for confusing and misleading the consumer. *Journal of Marketing*, 46, 61–72.
- Jamrozik K. (2004) Population strategies to prevent smoking. *BMJ*;328:759–62.

- Jamrozik K. (2005) Estimate of deaths attributable to passive smoking among UK adults: database analysis. *BMJ* 330: 812.
- Jenkins P., Philips TJ., Mullberg EJ. et al. (1992) Activity patterns of Californians : use of and proximity to indoor pollutant sources. *Atmos. Environ.* 26A: 2141-2148.
- Jiang He M.D., Ph.D., Suma Vupputuri, M.P.H., Krista Allen, M.P.H., Monica R. Prerost, M.S., Janet Hughes, Ph.D., and Paul K. Whelton, M.D. (1999) Passive Smoking and the Risk of Coronary Heart Disease — A Meta-Analysis of Epidemiologic Studies. *Vol340:920-926 No 12.*
- Jha P., Chaloupka F. (1999) Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. Washington DC, The World Bank.
- Jha P., Chaloupka FJ. (2000) The economics of global tobacco control. *BMJ*;321:358–61.
- Johnson N. (1997) Oral cancer: practical prevention. *FDI World*; 6: 7-13.
- Joossens L.(2004) Onderzoek naar het effect van gezondheidswaarschuwingen op sigarettenpakjes in België [Research on the effect of health warnings on cigarette packs in Belgium]. Brussels, Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie.
- Jha P. and Chaloupka FJ.(1999) Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. The World Bank, Washington DC.
- Kaiserman, M. J. (1993) The effectiveness of health warning messages. *Tobacco Control*, 2, 267–269.
- Kast M.(2004) Rauchen leicht gemacht: Zigarettensautomaten rund um Schulen [Smoking made easy: Cigarette vending machines near schools]. Available at [http://www.wdr.de/tv/service/familie/inhalt/20040303/b\\_4.phtml](http://www.wdr.de/tv/service/familie/inhalt/20040303/b_4.phtml) [accessed 21/5/07].
- Kathiann M. Kowalski .(2002) How tobacco ads target teens; tobacco companies spend millions of dollars on advertising to hook more smokers. Here's what you should know to avoid the lure of tobacco. (focus). (Cover Story).

Keil U., Liese AD., Hense HW. et al. (1998). Classical risk factors and their impact on incident non-fatal and fatal myocardial infarction and all-cause mortality in southern Germany. Results from the MONICA Augsburg cohort study 1984-1992. *Eur Heart J*; 19:1997.

Kendirici M., Nowfar S., Hellstrom WJ. (2005) "The impact of vascular risk factors on erectile function". *Drugs Today (Barc)* 41 (1): 65-74.

Kennedy DW. (2004) Pathogenesis of chronic rhinosinusitis. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl*; 193: 6-9.

Kokkevi A., Terzidou M., Politikou K., Stefanis C. (2000) Substance use among high school students in Greece: outburst of illicit drug use in a society under change. *Drug Alcohol Depend*; 58:181-188.

Korenman SG. (2004) "Epidemiology of erectile dysfunction.". *Endocrine* 23 (2-3): 87-91.

Kuper H., Boffetta P., Adami HO. (2002) Tobacco use and cancer causation: association by tumour type. *J Intern Med.*;252(3):206-24. [PMID 12270001](#).

Labiris G., Voutsinas A., Niakas D. (2005) Preliminary evaluation of the schools smoking-prevention policy in Greece. *Eur J Public Health*;15:329–30.

Lanoie P., Leclair P. (1998) Taxation or regulation: looking for a good anti-smoking policy. *Econ Lett* ; 58: 85-89.

Lantz P. M., Jacobson,P. D., Warner K. E., Wasserman J., Pollack H. A., Berson J., & Ahlstrom A. (2000) Investing in youth tobacco control: A review of smoking prevention and control strategies *Tobacco Control*, 9, 47–63.

Larsson ML., Loit HM., Meren M., et al (2003) Passiva smoking and respiratory symptoms in the finEsS study *Eur. Resp*; 21:672-676.

Law MR., Morris JK. and Wald NJ. (1997) Environmental tobacco smoke exposure and ischemic heart disease: an evaluation of the evidence. *BMJ*; 315: 973-80.

Leaderer, Samet. (1994) Passive smoking and adults new evidence for adverse events *Am. J. Respir. Ciry CareMed*; 150:1216-1218.

Levy D., Gitchell J., Chaloupka F.(2003) The effects of tobacco control policies on smoking rates: a tobacco control scorecard. Calverton, MD, PIRE Working Paper.



- Leuenberg .(1994) Passive Smoking exposure in adults and chronic respiratory symptoms (SAPALDIA) Am. J. Respir. Crit. CareMed; 150 :1222-8.
- Lewit, E.M., et al.(1997) “Price, public policy, and smoking in young people,” Tobacco Control 6 (Suppl 2);S17-S24.
- Lewit EM., Coate D., Grossman M. (1981) The effects of government regulation on teenage smoking. J Law Econ, 24: 545-569.
- Liang L., Chaloupka F., Nichter M. et al. (2001) Prices, policies and youth smoking. Addiction 2003;98:105–22.
- Linardakis M., Sarri K., Bervanaki F. et al. (2003) Ten year evaluation of the initiation of a health education program in the schools of Crete. Paediatriki;66:436–47 (in Greek).
- Linblad A., Marsal K., Andersson KE. (1988) Effect of nicotine on human fetal blood flow. Obstet. Gynecol.
- Lipworth L., Tarone RE., McLaughlin JK. (2006) The epidemiology of renal cell carcinoma. J Urol. Dec;176(6 Pt 1):2353-8. [PMID 17085101](#).
- Loewenberg S. (2006) Spaniards sceptical of new smoking ban. Lancet; 367: 464.
- Lown Bernard, MD. (1999) Honorary Committee Lecture. Passive smoking - cardiovascular disease. Published in [ProCOR](#) Available at: [pcvc.sminter.com.ar/cvirtual/cvirteng/cienteng/sfeng/sfc6301i/ilown/ilown4b.html](http://pcvc.sminter.com.ar/cvirtual/cvirteng/cienteng/sfeng/sfc6301i/ilown/ilown4b.html). [accessed 12/4/06].
- Mackay Judith & Eriksen Michael. (2002) The tobacco Atlas. WHO 2002 Available at <http://books.google.com/books?id=BqNIwTkoYOoC&pg=PA6&vq=18&dq=Tobacco+Atlas+&sig=jzkej4ApPPRf1Xvm5owiu6MR8w0#PPA9,M1> [accessed 4/10/07]
- Mackay Judith, Eriksen Michael, Shafey Omar. (2006) The tobacco Atlas (second edition). American Cancer Society. Second Edition. Available at: [www.cancer.org](http://www.cancer.org)
- Mahood, G. (1999) Warnings that tell the truth: breaking new ground in Canada. Tobacco Control, S, 356–362.

- Malson JL et al. ( 2001) Comparison of the nicotine content of tobacco used in bidis and conventionalcigarettes. *Tobacco Control*,10(2):181-183.
- Malson JL et al. (2002) Nicotine delivery from smoking bidis and an additive-free cigarette. *Nicotine and Tobacco Research*, 4(4):485-490.
- Mammas I., Bertsiyas G., Linardakis M. et al.(2003) Cigarette smoking, alcohol consumption and serum lipid profile among medical students in Greece. *Eur J Publ Health*;13:278–82.
- MFMER, 2005 Mayo Foundation for Medical Education and Research. Available at <http://www.wikipedia.org> October, 2005. [accessed 6/10/07].
- Mazaik, W., et al. (2002) Ten-year trends in smoking behaviour among adults in southern Germany. *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*,6: p. 824-830.
- McNeill A. (2001) *Smoking and Mental Health: a Review of the Literature*. London: SmokeFree London.
- Merrill David E. (1994) "How cigarettes are made". Video presentation at Philip Morris USA, Richmond offices. Retrieved October 31, 2006 [accessed 15/8/07].
- Metsios Giorgos S, Andreas D. Flouris, Thanasis Z. Jamurtas, Andres E. Carrillo, Demetrios Kouretas, Anastasios E. Germenis, Kyropoulos T., Manolis N. Tzatzarakis, Aristeidis M. Tsatsakis, Yiannis Koutedaki. (2007) A brief exposure to moderate passive smoke increases metabolism and thyroid hormone secretion. Brief report *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, doi:10.1210/jc.2006-0762 *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* Vol. 92, No. 1 208-211 Copyright © 2007 by The Endocrine Society.
- Meltzer H., Gill B., Petticrew M., Hinds K. (1995) OCPS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain, Report 1: The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households. London: HMSO.
- Merchant A Husain, S. S., Hosain, M., Fikree, F. F., Pitiphat, W., Siddiqui, A. R., Hayder, S. J., Haider, S. M., Ikram, M., Chuang, S. K. (2000) Paan without tobacco: An independent risk factor for oral cancer. *Int. J. Cancer* 86, 128–131.

- Merriman D., Yurekli A., Chaloupka FJ. (2000) How big is the worldwide cigarette smuggling problem? In: Jha P, Chaloupka FJ. Tobacco Control in Developing Countries. Edited Volume. Chapter 15. Oxford, Oxford University Press.
- Miller C & Kriven S. (2001) Progress in tobacco control in South Australia: Summary of key findings from the 2000 Health Omnibus Survey, TCRE Adelaide, South Australia.
- Misra DP, Nguyen RH. (1999) Environmental tobacco smoke and low birth weight: a hazard in the work place? *Environ Health Prospect*; 107: 897-890.
- Mitchell EA., Scragg R., Stewart AW. et al. (1991) Results from the first year of the New Zealand cot death study. *N Z Med J*; 104: 71-76.
- Moyer David, MD. (2000) The Tobacco Reference Guide. Available at <http://www.tobaccoprogram.org/tobaccorefguide/ch12/ch12p1.htm> [accessed 11/7/07].
- Muramoto ML., Ranger-Moore J., Leischow S. (2003) Efficacy of oral transmucosal nicotine lozenge for suppression of withdrawal symptoms in smoking abstinence. *Nic Tob Res*;5:223-230.
- National Cancer Institute. (1992) Smokeless Tobacco or Health: An International Perspective. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute. Available at <http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/2/index.html>. [accessed 10/12/2006].
- National Cancer Institute.(1999) Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke. The Report of the California Environmental Protection Agency. Smoking and Tobacco Control Monograph No. 10. Bethesda (MD): U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute. NIH Pub. No. 99-4645.
- National Research Council.(1986) Environmental tobacco smoke: measuring exposures and assessing health effects. Washington, National Academic Press.

- Nebot M., Lopez MJ., Gorini G., Neuberger M., Axelsson S., Pilali M., Fonseca C., Abdennbi K., Hackshaw A., Moshammer H., Laurent AM., Salles J., Georgouli M., Fondelli MC., Serrahima E., Centrich F., Hammond SK. (2005)
- Nelson DE et al. (1996)
- Nicotine: A Powerful Addiction:
- NIDA: Tobacco Addiction. (2006)
- Nuorti JP., Butler MD., Farley MM. et al. (2000)
- Nusselder WJ., Looman CW., Marang-van de Mheen PJ., van de Mheen H., Mackenbach JP. (2000)
- Ohsfeldt R.L. et al. (1997)
- Office of National Statistics. UK (2002)
- Official Journal. (1989)
- Ogawa H et al. (1991)
- Olsen, J. (1991)
- Environmental tobacco smoke exposure in public places of European cities. Public Health Agency, Barcelona, Spain.14(1):60-3).
- Pipe smoking in the United States, 1965-1991: Prevalence and attributable mortality. Preventive Medicine, 25:9199.
- Available at: <http://www.cdc.gov/>. [accessed 6/10/07].
- The science of Addiction: Available at [www.nida.nih.gov/NIDAHome.html](http://www.nida.nih.gov/NIDAHome.html). [accessed 25/9/07].
- Cigarette smoking and invasive pneumococcal disease. New Engl J Med; 342: 681-689.
- Smoking and the compression of morbidity. J Epid Comm Health; 54: 566-574.
- Effects of tobacco excise taxes on the use of smokeless tobacco products. Health Economics, 6: 525–532.
- Living in Britain. General Household Survey. UK, Office of National Statistics.
- Resolution of the Council and the Ministers for Health of the member states, meeting within the Council of 18 July 1989 on banning smoking in places open to the public. Official Journal 26/07/1989; C 189: p. 1.
- Passive smoking by pregnant women and fetal growth L. Epidemiol Commun Helth;45:164-168.
- Cigarette smoking, tea and coffee drinking, and subfecundity. American Journal of Epidemiology 133(7):734-739.

- Oncken c., Gonzales D., Nides M., Rennard S., Watsky E., Billing CB., Anziano R., Reeves K.(2006) Efficacy and safety of the novel selective nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, varenicline, for smoking cessation. Arch Intern Med; 166 (15): 158=71-7.
- Osler M. et al. (1998) Trends of smoking prevalence in Danish adults, 1964-1994. The influence of gender, age and education.Scandinavian Journal of Social Medicine. 26: p. 293-298.
- Otsuka R. (2001) Acute effects of passive smoking on the coronary circulation in healthy young adults. JAMA ; 286: 436-441.
- Patel JD., Bach PB., Kris MG. (2004) Lung cancer in US women: a contemporary epidemic. JAMA; 14:1763-1768.
- Panagiotakos DB., Pitsavos C., Chrysohoou C., Stefanadis C., Toutouzas PK. (2001) Risk Stratification of Coronary Heart Disease through Established and Emerging Lifestyle Factors, In A Mediterranean Population: CARDIO2000, Epidemiological Study. J Cardiovasc Risk;8:329-33.
- Panagiotakos DB., Chrysohoou C., Pitsavos C., Papaioanou I., Skoumas J., Stefanadis C., Toutouzas. (2002) The relation between the handled tobacco and the danger of appearance of acids of coronary syndromes, between the no smokers, under the presence of various cardiovascular factors of danger"
- Philip Morris. (1993) Smoking restrictions and smoking acceptability in Europe. Philip Morris, Fabriques De Tabac Reunies S.A. Bates No. 2028395314/5327. Available at: <http://tobaccodocuments.org/pm/2028395314-5327.html>. [accessed 18/4/07]
- Philip Morris USA. (2007) Product Information -Cigarette ingredients.
- Peate I. (2005) "The effects of smoking on the reproductive health of men.". Br J Nurs 14 (7): 362-6.
- Peltonen M. et al. (1998) Secular trends in social patterning of cardiovascular risk factor levels in Sweden. The Northern Sweden MONICA Study 1986-1994. Journal of Internal Medicine. 244: p.1-9.

- Pentz M. A., Brannon B. R., Charlin, V. L., Barrett E. J., MacKinnon D. P., & Flay B. R. (1989) The power of policy: The relationship of smoking policy to adolescent smoking *American Journal of Public Health*, 79, 857–862.
- Persbericht Defacto. (2002) 28% van jonge rokers rookt minder door de nieuwe waarschuwingen op verpakking [28% of the young smokers smoke less as result of the new health warnings on the package]. Press release, Den Haag.
- Peto R. et al. (1994) Mortality from smoking in developed countries 1950–2000. Oxford, Oxford University Press.
- Peto R., Darby S. & Deo H. (2000) Smoking, smoking cessation and lung-cancer in UK since 1950s: combination of national statistics with two case control studies. *British Medical Journal*.
- Peto R., Lopez AD., Boreham J., Thun M. (2004) Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2010. 2nd Edn. Data updated 23 August. Imperial Cancer Research Fund, World Health Organization. Oxford, Oxford University Press.
- Peto R., Lopez AD., Boreham J., Thun M., Heath Jr Clark. (1994) Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000. Indirect estimates from national vital statistics. Imperial Cancer Research Fund, World Health Organization. United Kingdom, Oxford University Press.
- Pickett K.E. et al. (2002) The working-class context of pregnancy smoking. *Health Place*, 8(3): p. 167-75.
- Pitsavos C., Panagiotakos D., Chrysohoou C., Stefanadis C. (2003) Epidemiology of cardiovascular risk factors in Greece: aims, design and baseline characteristics of the ATTICA study. *BMC Public Health*;3:32.
- Prabat J. & Chaloupka F.J. (2000) Tobacco Control in Developing Countries. Oxford, Oxford University Press.
- Przewozniak K. and Zatonski W. (2002) Stygmatising the cigarette pack by enlarged health warnings: Polish experience and results. 3rd European Conference on Tobacco or Health: ‘Closing the Gaps—Solidarity for Health’, Warsaw, Poland.
- Prescott E., Bjerg AM., Andersen PK., Lange P., Vestbo J. (1997) Gender difference in smoking effects on lung function and risk of hospitalization for COPD: results from a Danish longitudinal population study. *Eur Respir J* ; 10: 822-82.

Prescott E., Osler M., Hein HO., Borch-Johnsen K., Schnohr P., Vestbo J. (1998) Life expectancy in Danish women and men related to smoking habits: smoking may affect women more. *J Epid Comm Health*; 52: 1311-1312.

Prescott E., Osler M., Anderson PK. et al. (1998) Mortality in women and men in relation to smoking. *Int J Epid*; 27: 27-32.

Quit SA: (2005) Information Sheet: Passive smoking  
Available at  
[http://www.quitsa.org.au/cms\\_resources/documents/infosheet\\_passive\\_smoking.pdf](http://www.quitsa.org.au/cms_resources/documents/infosheet_passive_smoking.pdf) [accessed 10/10/07].

Rabagliato M., Bolumar F., Florey C. (1995) Assessment of exposure to Environmental Tobacco Smoke in Non – Smoking Pregnant Women in different environments of daily living *Am. J. Epidemiol*: 142:525-30.

Radon K. Busching K. Heinrich J. et al. (2002) Passive smoking exposure : a risk gactor for chronic bronchitis and asthenia in adults. *Chest*; 122 :1086-1090.

Rahman M., Fukui T. (2000) Bidi smoking and health. *Public Health*, 114:123–127.

Randal Varnellia . (1999) History of Tobacco. Boston University Medical Center.

Raw M., McNeil A., West R.(1999) Smoking cessation: evidence-based recommendations for the healthcare system. *BMJ*; 318:182-85.

RCP. (2003) Tobacco smoke pollution: the hard facts. 10 reasons to make public places smokefree. London, RCP.

Resolution EUR/RC37/R9. (1987) In:Report of the thirty-seventh session of the WHO Regional Committee for Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Resolution EUR/RC42/R2. (1992) In:Report of the forty-second session of the WHO Regional Committee for Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (document EUR/RC42/REC1).

Repace James, Wael K., Al-Delaimy, John T. Bernert,.(2006) Correlating Atmospheric and Biological Markers in Studies of Secondhand Tobacco Smoke Exposure and Dose in Children and Adults. Vol.48 No.2.

- Report of the Commission. (1996)
- Richonnier M. (1991)
- Richter P. and Spierto F. W. (2003)
- Riise T., Nortvedt MW., Ascherio A. (2003)
- Ross K. (1981)
- Royal College of Physicians of London. (2000)
- Rowe K. & Macleod-Clark J. (2000)
- Sankaranarayanan R et al. (1991)
- Sarah E Hill. (2004)
- Sasco AJ, Dubois G. (1997)
- Saul Shiffman, Carolyn M. Dresler, Peter Hajek, Simon J.A Gilburt, Darren A Targett, Keneth Strahs. (2001)
- Science Daily.(2007)
- Scientific Committee on Tobacco and Health. (1998)
- Report of the Commission of the European Communities. COMMA(96) 573 final. 14/11/96
- The EC decision-making process; an inside view. The case of the Anti-Tobacco Fight. The Center for International Affairs, Harvard University.
- Surveillance of smokeless tobacco nicotine, pH, moisture, and unprotonated nicotine content. *Nicotine Tobacco Res.* 5, 885–889.
- Smoking is a risk factor for multiple sclerosis. *Neurology*; 61: 1122-1124.
- Legal and practical considerations for the creation of warning labels and instruction books. *Journal of Products Liability*, 4, 29–45.
- Tobacco Advisory Group
- Available at:  
<http://smokefree.profero.com.au/files/passive-smoking.ppt> [accessed 10/9/07].
- Why nurses smoke: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* 37, 173-181).
- Risk factors for cancer of the oesophagus in Kerala, India. *International Journal of Cancer*;49:485–489.
- “Mortality among never smokers living with smokers”, *British Medical Journal*, 05.04.2004.
- Passive smoking. The health impact. A European report. EAC/EC.
- Efficacy of a Nicotine Lozenge for smoking cessation.
- Available at:  
[www.archinternmed.com](http://www.archinternmed.com) [accessed 8/10/07].
- Smoking While Pregnant Causes Finger, Toe Deformities. Retrieved on March 6, 2007.
- Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health. London: The Stationery Office.



- Scotto M. (1990) «Avec l'adoption de recommandations vigoureuses Le Parlement européen veut accélérer la lutte contre le tabagisme» [“With the adoption of strong recommendations, the European parliament wants to accelerate the fight against tobacco”]. Le Monde, 16 March 1990.
- Shafagoj YA., Mohammed FI., Hadidi KA., (2002) Hubble-bubble (water pipe) smoking: levels of nicotine and cotinine in plasma, saliva and urine. *Int J Clin Pharmacol Ther* ; 40: 249-255.
- Shiffman S., Dresler CM., Hajek P., Gilbert SJ., Targett DA., Strahs KR. (2002) Efficacy of a nicotine lozenge for smoking cessation. *Arch Intern Med*;162(11): 1267-76.
- Shihadeh A. (2003) Investigation of mainstream smoke aerosol of the argileh water pipe. *Food Chem Toxicol*; 41: 143-152.
- Shihadeh A., Eissenberg T.( 2005) Tobacco smoking using a waterpipe: product, prevalence, toxicology, pharmacological effects, and health hazards. Geneva, World Health Organization Study Group on Tobacco Product Regulation (TobReg).
- Sims J. (2004) Still wanna be in Kate's gang? *The Independent*.
- Slade J., Bero LA., Hanauer P., Barnes DE., Glantz SA. (1995) Nicotine and addiction. *The Brown and Williamson Documents. JAMA*; 274: 225-233.
- Spitzer Joel . (2003) Never take another puff. Available at: <http://www.whyquit.com> [accessed 27/11/06].
- Srinath Reddy K., Gupta PC. (2004) Report on tobacco control in India. New Delhi, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India.
- Stepanov and Hecht. (2005b) Tobacco-specific nitrosamines and their pyridine-N-glucuronides in the urine of smokers and smokeless tobacco users. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 14, 885–891.

- Steptoe A, Wardle J, Cui W. et al. (2002) Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990–2000. *Prev Med*;35:97–104.
- Strachan DP. and Cook, DG. (1997) Parental smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood. *Thorax*; 52: 905-914. Available at: <http://www.ash.org.uk/html/factsheets/html/fact08.html> [accessed 19/7/07].
- Strahan EJ., Fabrigar LR., Fong GT., et al. (2002) Enhancing the effectiveness of message labels on tobacco packaging: a social psychological perspective. *Tobacco Control*;11:183–90.
- Stratton K et al. (2001) Clearing the smoke: assessing the science base for tobacco harm reduction. Washington, DC, Institute of Medicine/National Academy Press.
- Sung HY., Hu TW., Keeler TE .(1994) Cigarette taxation and demand: an empirical model. *Contemp Econ Policy*, 12: 91-100.
- Suarez L., Barrett-Connor E. (1984) Interaction between cigarette smoking and diabetes mellitus in the prediction of death attributed to cardiovascular disease. *Am J Epidemiol*; 120: 670-675.
- Sunley, E.M. et al. (2000) The design, administration and potential revenue of tobacco excises. In: JHA, P. & CHALOUPKA, F.J. Tobacco control in developing countries. Oxford University Press, New York, 409–426 (2000).
- Suonio S., Saarikoski S., Kauhanen O., Metsapelto A., Terho J., Vohlonen I. (1990) Smoking does affect fecundity. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology* 34(1-2):89-95.
- Talamini G., Bassi C., Falconi M., Sartori N., Salvia R., Rigo L., et al. (1999) Alcohol and smoking as risk factors in chronic pancreatitis and pancreatic cancer. *Dig Dis Sci*;44:1303.
- Tampakoudis GP., Bontis I. (2005) Smoking: a multifactorial threat to women. *Hellen Obstet Gynecol* 17(3):236-250.

- Tauras JA., O'Malley PM., Johnston LD. (2001) Effects of Price and Access Laws on Teenage Smoking Initiation: A National Longitudinal Analysis. NBER Working Paper 8331. Available at: <http://www.nber.org/papers/w8331>[accessed 19/7/07].
- Thaqi A., Franke K., Merkel G., Wichmann H.-E., Heinrich J. (2005) Biomarkers of exposure to passive smoking of school children: frequency and determinants, *Indoor Air*; 15: 302–310. Available at: [www.blackwellpublishing.com/ina](http://www.blackwellpublishing.com/ina), [accessed 4/1/07].
- Thomas R. (2002) School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane database Syst Rev.*; (4):CD001293. Available at: <http://www.cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/10/index.html>. [accessed 2/10/07].
- The smoking and tobacco control Monographs. Tobacco use among youth: a cross country comparison. *Tobacco Control*. Case Grows to Cover Quitting, April 26 2005;D1.
- The Global youth tobacco Survey Collaborative Group. (2002)
- The Wall Street Journal Online. (2005)
- Tobacco in Europe 1988–1996. (1997) Evaluation of the first and second Action Plans for a Tobacco-free Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (document EUR/RC47/12, Annex 1).
- Tobacco Product Regulation. (2006) The Tobacco Products (Amendment) Regulations 2006. Statutory Instrument 2006 No. 2368 Crown Copyright 2006.
- Tyas S.L. and L.L. Pederson. (1998) , “Psychosocial factors related to adolescent smoking: A critical review of the literature,” *Tobacco Control* 7, 409-20.
- Uhlig T., Hagen KB., Kvien TK. (1999) Current tobacco smoking, formal education, and the risk of rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*; 26: 47-54. [http://www.thetma.org.uk/statistics/eu\\_cig072002.htm](http://www.thetma.org.uk/statistics/eu_cig072002.htm) ,TMA [accessed 19/7/07].
- Updated cigarette price and tax table across the EU. (2002)

- UK Department of Health. (1998) Smoking kills - a White Paper on tobacco. London: The Stationary Office.
- United States Centers for Disease Control and Prevention. (1999) Bidi use among urban youth: Massachusetts, March-April 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*;48(36):796799.
- United States Centers Center for Disease Control and Prevention. (2005) Cigarette smoking among adults – United States 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*.
- United States Food and Drug Administration. (1995) Regulations restricting the sale and distribution of cigarettes and smokeless tobacco products to protect children and adolescents; proposed rule analysis regarding FDA’s jurisdiction over nicotine-containing cigarettes and smokeless tobacco products; notice. *Federal Register*; 60:41314-41787.
- United States Food and Drug Administration (1996) Administration. Regulations restricting the sale and distribution of cigarettes and smokeless tobacco to protect children and adolescents; final rule. *Federal Register*;61(168):44396-45318.
- Ungera JB., Rohrbacha LA., Ribislb KM. (2001) Are adolescents attempting to buy cigarettes on the inter net? *Tob Control*; 10: 360-363.
- U.S. Department of Health. (1972) The Health Consequences of Smoking, Education, and Welfare [USDHEW 1972].
- U.S. Department of Health and Human Services. (1986) Health consequences of using smokeless tobacco. A report of the Surgeon General (NIH Pub. No. 86-2874). Bethesda, MD, United States Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 87-8398.
- US Department of Health and Human Services. (1988) The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A report of the Surgeon General. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health.

- US Department of Health and Human Services.(1989) Reducing the consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General.
- US Department of Health and Human Services.(1990) The health consequences of smoking, nicotine addiction (DHHS Publication No. (CDC) 88-8406). USA, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- US Department of Health & Human Services.(1990) The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Office on Smoking and Health. Available at: <http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/C/T/>. [Accessed 12/12/06].
- US Department of Health and Human Services.(2000) Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health. Available at: [www.cdc.gov/tobacco/sgr\\_tobacco\\_use.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/sgr_tobacco_use.htm) [accessed 19/7/07].
- U.S. Department of Health and Human Services.(2001) Women and Smoking. A Report of the Surgeon General. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General.
- US Department of Health and Human Services.(2004) The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Washington, Government Printing Office.
- U.S. Department of Health and Human Services.(1986) The Health Consequences of Using Smokeless Tobacco: A Report of the Advisory Committee to the Surgeon General, 1986. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. NIH Pub. No. 86-2874. Available at: <http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/F/C/>. [accessed 18/4/07].

- U.S. Dept. of Health and Human Services. (2006) The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General. – [Atlanta, Ga.] : U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers or Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion,National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- U.S. Department of Health and Human Services.(1994) Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994. Available at: [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/sgr\\_1994/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_1994/index.htm). [accessed: 12/2006].
- Wahlberg I., Wiernik A., Christakopoulos A. et al.(1999) Tobacco-specific nitrosamines. A multidisciplinary research area. *Agro-Food-Industry Hi-Tech*;8:23–8.
- Wakefield M. A., Chaloupka F. J., Kaufman N. J., Orleans C. T., Barker D. C., & Ruel, E. E. (2000). Effect of restrictions on smoking at home, at school, and public places on teenage smoking: Cross-sectional study *British Medical Journal*, 321, 333–337.
- Wakefield M et al. (2002) The cigarette pack as image: new evidence from tobacco industry documents. *Tobacco Control*.
- Wannamethee SG., Shaper AG., Perry IJ. (2001) Smoking as a modifiable risk factor for type 2 diabetes in middle-aged men. *Diabetes Care*;24:1590-5.
- Warren Kaplan, Samira Asma. (2004) (Centers for Disease Control USA. Tobacco Use Cessation Importance and Implications. Coordinated by Derek Yach Yale University .
- Warren C et al. (2006) for the Global Tobacco Surveillance System (GTSS) Collaborative Group. Patterns of global tobacco use in young people and implications for future chronic disease burden in adults. DOI:10.1016/S0140-6736(06) 68192-0.

- Warsaw Declaration.(2002) WHO European Ministerial Conference for a Tobacco-free Europe, Warsaw, 18–19 February 2002. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Available at: <http://www.euro.who.int/document/e76611.pdf> [accessed 19/7/07].
- Watt R., Robinson M.(1999) Helping smokers stop: a guide for the dental team. London: HEA.
- White et al. (1991) White J., Froeb Hf,, Kulik. JA. Respiratory illness in non- smokers chronically exposed to tobacco smoke in the workplace chest ; 100:39-43.
- Will JC., Galuska DA., Ford ES., Mokdad A., Calle EE. (2001) Cigarette smoking and diabetes mellitus: Evidence of a positive association from a large prospective cohort study. Int J Epidemiol;30:540-6.
- Witschi. (2001) A Short History of Lung Cancer. Toxicol Sci.;64(1):4- [PMID 11606795](#).
- World Bank. (2003) Tobacco pack information at a glance. Available at: [www.worldbank.org/tobacco](http://www.worldbank.org/tobacco) [accessed 9/2/07].
- WHO-CHOICE cost-effectiveness analyses: results. Available at: [http://www3.who.int/whosis/cea/cea\\_data\\_process.cfm?path=evidence,cea,cea\\_results,cea\\_results\\_summary&language=english](http://www3.who.int/whosis/cea/cea_data_process.cfm?path=evidence,cea,cea_results,cea_results_summary&language=english). [accessed 9/8/07].
- World Health Organization. (1989) Regional Office for Europe, It can be done.A smoke free Europe. Copenhagen,WHO.
- WHO. (1991) Action Plan on tobacco. Third progress report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.(document EUR/RC41/11).
- World Health Organization. (1996) Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Ischaemic stoke and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, casecontrol study. Lancet.; 348: 498-505.
- World Health Organization. (1997) Tobacco or Health, A Global Status Report. Geneva, WHO.

World Health Organization. (2000) “Advancing knowledge of regulating tobacco products.” Tobacco Control. Vol. 9, No. 2 p. 224–6.

World Health Organization. (2002) Regional Office for Europe Copenhagen. European Strategy for Tobacco Control. World Health Organization .

World Health Organization. (2002) Regional Office for Europe. The European Strategy for Tobacco Control (ESTC). Copenhagen,WHO.

World Health Organization. (2002) The European report on tobacco control policy. Review of implementation of the Third Action Plan for a Tobacco-free Europe 1997-2001. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2002) THE EUROPEAN REPORT ON TOBACCO CONTROL POLICY Review of implementation of the Third Action Plan for a Tobacco-free Europe 1997–2001.

World Health Organization. (2003) Frame Work Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, article 6, paragraph 1.

World Health Organization. (2003) Frame Work Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, Article 11, paragraph 1.

World Health Organization. (2003) Frame Work Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, Article 11, paragraph 1(b).

World Health Organization. (2003) Frame Work Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, Article 8, paragraph 2.

World Health Organization. (2003) Frame Work Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, article 13, paragraphs 3-8.

World Health Organization. (2003). Agenda item 13. Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, WHO.  
Available at:  
[http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA56/ea56r1.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/ea56r1.pdf) [accessed 16/7/07]



- World Health Organization. (2004) International Agency for Research on Cancer. Monograph on the evaluation of carcinogenic risks to humans: tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon, France, Vol 83. Available at [http:// monographs.iarc.fr](http://monographs.iarc.fr) [accessed 17/5/07].
- World Health Organization. (2004) A handbook. World Health Organization. Building blocks for tobacco control.
- World Health Organization. (2005) TobReg advisory: waterpipe tobacco smoking: health effects, research needs and recommended actions by regulators. Working Group draft. Geneva, World Health Organization Study Group on Tobacco Product Regulation (TobReg), drafts
- World Health Organization. (2005) Global InfoBase team. The Surf report 2. surveillance of chronic disease risk factors. Country-level data and comparable estimates. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2004) Tobacco or Health in the European Union – Past, present and future. The ASPECT Consortium, European Commission.
- World Health Organization. (2006) Tobacco: deadly in any form or disguise. World No Tobacco Day 2006. Available at: [www.who.int/tobacco/wntd](http://www.who.int/tobacco/wntd) [accessed 18/4/07].
- World Health Organization. (2006) International Agency for Research on Cancer. Monograph on the risks to humans: tobacco smoke and involuntary smoking. Vol 83. Lyon, France Available at: <http://www.monographs.iarc.fr>. [accessed 18/4/07].
- World Health Organization. The smoking and tobacco control. Monographs. Available at: <http://www.cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/10/index.html>. [accessed 2/10/07].
- Zheng W., McLaughlin JK., Chow W-H., Chien HTC., Blot WJ. (1993) Risk factors for cancers of the nasal cavity and paranasal sinuses among white men in the United States. American Journal of Epidemiology;138(11):965–72.

Zwar N, Richmond R, Borland R, Stillman S, Cunningham, M, Litt J. (2004)

Smoking Cessation Guidelines for Australian General Practice. Practice handbook. Canberra: Commonwealth Department of Health and Ageing.

### Ελληνική βιβλιογραφία

Α. Σαχίνη-Καρδάση. (1997)

Μεθοδολογία Έρευνας. Εφαρμογές στο Χώρο της Υγείας. Γ Έκδοση.

Βαλαβανίδης Α. Π. (1998)

"Η Χημική Σύσταση Του Καπνού Του Τσιγάρου" Ιατρική 54 ( παράρτημα ) 20 – 27.

Δείκτες Υγείας ΟΟΣΑ (2005)

Κορδιολής Νικόλαος. (2004)

Αντικαπνιστική Νομοθεσία. Η Ελληνική Πραγματικότητα. Αθήνα. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα . Γνώσεις νέων ενηλίκων για το κάπνισμα ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΕΝΟΠΛΩΝ ΔΥΝΑΜΕΩΝ, 32(3-4), 95-98.Ερευνητική εργασία.

Κρομούδας Γ., Αρσενίου Α., Γουργουλιάνης Κ. (1998)

Διαχρονική μελέτη του μαθητικού καπνίσματος. Ιατρική; 63:140-146.

Μαρτσέλος Μ., Φραγκίδης Χ., Μιχαλόπουλος Β. (1993)

Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Νοσηλευτικές Διαδικασίες. 1<sup>ος</sup> Τόμος, Δεύτερη Έκδοση 1997. σελ. 273, 280.

Πάνου Μαρία , Σαχίνη-Καρδάση Άννα. (1997)

Η ύπαρξη περιορισμένης κοινωνικής στήριξης ενισχύει το κάπνισμα και τη χρήση αλκοόλης; Ψυχιατρική, τ.15, παράρτημα 1, σ.144.

Παπαγεωργίου Ε., Δημοπούλου Μ., Καραγιάννη-Τσούρα Β., Δελησταμάτη Ε., Φύλλα Η., Ελευθεριάδου Μ., Κλείτσας Κ., Δαλάγδη Α., Λειβαδίτης Μ. (2004)

Πολυχρονοπούλου Αργυρώ, Αθανασούλη Θεσσαλία. (1999)

Πώς να βοηθήσετε τους ασθενείς να διακόψουν το κάπνισμα. Ο οδηγός εκπονήθηκε στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού προγράμματος **Europe Against Cancer** και βασίζεται μερικώς στο έντυπο: Watt R., Robinson M. Helping smokers stop: a guide for the dental team. London: HEA, Available at:

Σαν σήμερα.gr

[http://www.sansimera.gr/archive/articles/show.php?id=62&feature=smoking\\_history\\_smoke\\_cigarettes\\_cigars\\_pipe](http://www.sansimera.gr/archive/articles/show.php?id=62&feature=smoking_history_smoke_cigarettes_cigars_pipe) [accessed 12/3/07].

Συγλετίδης Λ., Τσιότσιος Ι., Χλωρός Δ., Γαβρηλίδης Α., Κοττάκης Ι. (2005)

Ο επιπολασμός του καπνίσματος σε μαθητές Λυκείου στη Β. Ελλάδα. Πνεύμων 2, 18 (1): 93-98.

