

**Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ**

**Σ. Ε. Υ. Π.**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΕΞΑΜΗΝΟ: ΠΓ΄**

**Η συνήθεια του καπνίσματος:**

**Οι λόγοι που οδηγούν τις νέες γυναίκες να καπνίζουν**



**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**

**ΡΑΤΣΙΚΑ ΝΙΚΟΛΕΤΑ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:**

**ΜΠΡΑΤΗ ΕΙΡΗΝΗ**

**ΣΤΑΥΡΟΥΛΑΚΗ ΧΡΥΣΗ**

**ΤΟΠΑΛΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ**

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ**

**12-5-2010**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Αρχικά θέλουμε να ευχαριστήσουμε την καθηγήτρια μας, κα.Ράτσικα Νικολέτα για την καθοδήγηση, στήριξη και πολύτιμη βοήθεια της σε όλη την διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας.

Επιπλέον ευχαριστούμε τον κ.Κριτσωτάκη Ευάγγελο, μαθηματικό και καθηγητή της Στατιστικής στη Σ.Ε.Υ.Π. του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου για τον πολύτιμο χρόνο που μας διέθεσε για την ανάλυση και την επεξεργασία των αποτελεσμάτων της έρευνας και για την προθυμία του να μας βοηθήσει.

Θερμά επίσης ευχαριστούμε τον κ.Κούγια Μάριο και την κα.Λουκοπούλου Ανδριανή από την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, καθώς και τον κύριο Π. Κ. Μπεχράκη, πνευμονολόγο και καθηγητή της Ιατρικής Σχολής Αθηνών για την συνεργασία τους στη σύνταξη του ερωτηματολογίου και την βοήθεια τους στην παροχή πληροφοριών.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### Α' ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

|               |       |
|---------------|-------|
| Εισαγωγή..... | σελ.5 |
|---------------|-------|

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 «Η ιστορία του τσιγάρου. Η πορεία μέσα στο χρόνο»

|   |        |
|---|--------|
| 1.1. «Περιγραφή του φυτού».....               | σελ.12 |
| 1.2. «Ουσίες που περιέχονται στον καπνό»..... | σελ.13 |
| 1.3. «Η ιστορία του τσιγάρου».....            | σελ.16 |
| 1.4. «Ο καπνός και τα Μ.Μ.Ε.».....            | σελ.21 |

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 «Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία του ανθρώπου και οι επιπτώσεις διακοπής».....

|  |        |
|--|--------|
| 2.1. «Γενικές πληροφορίες για τις επιπτώσεις του τσιγάρου στην υγεία»..... | σελ.24 |
| 2.2. «Κάπνισμα και επιπτώσεις στην υγεία των γυναικών».....                | σελ.26 |
| 2.2.1. «Αρνητική επίδραση στη γυναικεία γονιμότητα».....                   | σελ.26 |
| 2.2.2. «Οι επιπτώσεις στην περίοδο της εγκυμοσύνης και στο έμβρυο».....    | σελ.27 |
| 2.3. «Κάπνισμα και καρκινογένεση».....                                     | σελ.30 |
| 2.4. «Κάπνισμα και καρδιαγγειακά νοσήματα στις γυναίκες».....              | σελ.32 |
| 2.5. «Κάπνισμα και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια στις γυναίκες».....   | σελ.33 |
| 2.6. «Κάπνισμα και οστεοπόρωση».....                                       | σελ.34 |
| 2.7. «Κάπνισμα και κατάθλιψη».....   | σελ.35 |
| 2.8. «Τα «light» τσιγάρα».....   | σελ.36 |
| 2.9. «Παθητικό κάπνισμα».....  | σελ.37 |
| 2.10. «Επιπτώσεις από την διακοπή του καπνίσματος».....                    | σελ.38 |

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 «Πολιτικές ενάντια στο κάπνισμα και μέτρα που εφαρμόζονται

|   |        |
|---|--------|
| από την πολιτεία. Εναλλακτικές μέθοδοι διακοπής καπνίσματος»..... | σελ.41 |
| 3.1. «Επιδημιολογικά στοιχεία».....                               | σελ.41 |
| 3.2. «Αντικαπνιστικά μέτρα ανά τον κόσμο».....                    | σελ.46 |
| 3.3. «Πολιτικές που ισχύουν στην Ελλάδα».....                     | σελ.50 |
| 3.4. «Εναλλακτικές μέθοδοι διακοπής καπνίσματος».....             | σελ.53 |
| 3.5. «Ιατρεία διακοπής καπνίσματος».....                          | σελ.60 |

## **Β' ΕΜΠΕΙΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 «Μεθοδολογία της έρευνας»**

- 4.1. «Σημασία και σκοπός της έρευνας».....σελ.63
- 4.2. «Ερευνητικά ερωτήματα».....σελ.63
- 4.3. «Επιλογή και περιγραφή του δείγματος».....σελ.64
- 4.4. «Τεχνική συλλογής δεδομένων. Περιγραφή του ερωτηματολογίου».....σελ.64
- 4.5. «Επεξεργασία των αποτελεσμάτων της έρευνας».....σελ.65

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 «Αποτελέσματα έρευνας»**

- 5.1. «Δημογραφικά στοιχεία».....σελ.66
- 5.2. «Ιστορικό».....σελ.68
- 5.3. «Προσπάθειες διακοπής».....σελ.72
- 5.4. «Επιπτώσεις στην υγεία».....σελ.74
- 5.5. «Κάπνισμα και κοινωνικές σχέσεις».....σελ.76
- 5.6. «Συσχετίσεις».....σελ.78

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 «Συμπεράσματα εμπειρικού μέρους ».....σελ.80**

- Επίλογος**.....σελ.83
- Προτάσεις**.....σελ.84
- Παράρτημα**.....σελ.86
- Βιβλιογραφία** .....σελ.91

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το τσιγάρο από την πρώτη του κιόλας εμφάνιση προκάλεσε μεγάλες αναταράξεις σε οικονομικό, κοινωνικό και πολιτιστικό επίπεδο. Για κάποιους λαούς αποτελεί πλέον στοιχείο της κουλτούρας τους, για κάποιες χώρες βασικό προϊόν εξαγωγής και σίγουρα ένα από τα αγαπημένα θέματα στον τομέα της διαφήμισης. Κάποιοι υποστηρίζουν πως αποτελεί προϊόν εκμάθησης των καπνιστών να συνδέουν μια καταστροφική συνήθεια με την ιδέα της ευχαρίστησης. Κάποιοι άλλοι πιστεύουν ένθερμα ότι είναι μια αβλαβής εκούσια επιλογή του καθένα που μπορεί να προσφέρει την ίδια ευχαρίστηση που προσφέρει η τροφή, η κατανάλωση ποτών και η μουσική. Για κάποιους είναι απαραίτητο για την δουλειά και την εικόνα τους. Για κάποιους άλλους αποτελεί ένα καθαρά βιομηχανικό προϊόν εύκολου και σίγουρου κέρδους. Για κάποιους αφαιρεί τουλάχιστον μια δεκαπενταετία ζωής, ενώ η αντίπαλη ομάδα πιστεύει πως η συνήθεια αυτή δεν μπορεί να επηρεάσει τη βιωσιμότητα παραπάνω από όσο μπορεί η μόλυνση του περιβάλλοντος στις βιομηχανικές χώρες ή η μετάλλαξη των τροφίμων. Όπως και να' χει το τσιγάρο είναι μέρος της σημερινής πραγματικότητας και κάπως έτσι προσπαθούμε να το μελετήσουμε σε αυτή την μικρή έρευνα.

Σύμφωνα με τις πληροφορίες που συλλέξαμε στην διάρκεια της μελέτης μας, οι καπνιστές σήμερα ξεπερνούν τους 1.100.000.000 σε όλο τον κόσμο (Κέντρο Πρόληψης-Εξάρτησης και Αγωγής Υγείας). Η εικόνα μιας νέας γυναίκας, ή ακόμα και ενός νεαρού κοριτσιού που καπνίζει ενώ ακόμα πηγαίνει στο σχολείο, είναι κάτι παραπάνω από συνηθισμένη πια. Αποτελεί ένα στοιχείο της καθημερινότητας των Ελλήνων. Ωστόσο τα πράγματα δεν ήταν πάντα έτσι. Το κάπνισμα ως σύμβολο της γυναικείας χειραφέτησης ενσαρκώθηκε καλύτερα από οποιονδήποτε άλλο, από τη μεγάλη σταρ του κινηματογράφου Μελίνα Μερκούρη, η οποία πέρασε το στυλ της χειραφετημένης, ερμηνεύοντας το 1955 το ρόλο της «Στέλλας». Τρία χρόνια νωρίτερα, σε μια άλλη ελληνική ταινία, την «Αγνή του Λιμανιού» κάπνιζαν οι «τροτέζες», γυναίκες ελευθέρων ηθών. Με το κάπνισμα οι γυναίκες κάνουν τη δική τους επανάσταση. Τον κυριότερο ρόλο σε αυτή την ανερχόμενη επανάσταση, τον έχουν οι πρωταγωνίστριες του ελληνικού σινεμά, σε μια εποχή που ο κινηματογράφος είχε την δύναμη και την επιρροή που σήμερα έχει η τηλεόραση. Στη δεκαετία του 1960 το κάπνισμα θα γίνει σύμβολο της επανάστασης των νέων. Παράλληλα, για τους άντρες το τσιγάρο είναι σύμβολο ανδρισμού, αρρενωπότητας, “μαγκιάς”. Χαρακτηριστικότερο παράδειγμα όλων των εποχών, είναι η εικόνα του

σκληροτράχηλου cowboy στη διαφήμιση μεγάλης εταιρείας τσιγάρων το 1954. Ο άντρας με τον καπνό που φυσάει απεικονίζει την δύναμη του, ενώ πάντα τα μεγάλα προβλήματα και τις δύσκολες στιγμές στη ζωή του, τα συντροφεύει ένα αναμμένο τσιγάρο ([www.ethnos.gr](http://www.ethnos.gr)).

Οι πιο πολλοί καπνιστές ξεκινούν να καπνίζουν σε αρκετά νεαρή ηλικία, σε μια ηλικιακή φάση όπου οι συνέπειες του τσιγάρου στην υγεία τους δεν είναι εύκολα αντιληπτές. Πολλοί παράγοντες έχουν συσχετιστεί με την έναρξη της χρήσης καπνού. Σύμφωνα με την έρευνα των D.J. Reid, A. D. McNeill and T. J. Glynn με τίτλο «Reducing the prevalence of smoking in youth in Western countries: an international review» (1995), για την μείωση της διάδοσης του καπνίσματος στους νέους στις Δυτικές χώρες, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την διαθεσιμότητα των τσιγάρων, την αντίληψη ότι η χρήση καπνού είναι το φυσιολογικό, τις στάσεις των συγγενών και των συνομηλίκων και την έλλειψη της γονικής υποστήριξης κατά την διάρκεια της εφηβείας. Εντούτοις, η επιρροή των καπνιστών γονιών δεν είναι ξεκάθαρη: από τις μελέτες που έχουν εκδοθεί, μόνο περίπου οι μισές δείχνουν μια καθαρά προγνωστική σχέση μεταξύ των εφήβων και των γονιών που καπνίζουν.

Συμπεριφοριστικοί παράγοντες συμπεριλαμβάνουν χαμηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις, επαναστατικότητα, αποξένωση από το σχολείο και έλλειψη ικανοτήτων για την αντίσταση στην προσφορά τσιγάρων. Προσωπικοί παράγοντες συμπεριλαμβάνουν χαμηλή αυτοπεποίθηση και πεποίθηση ότι το κάπνισμα προσφέρει μελλοντικά πλεονεκτήματα στην κοινωνική ζωή. Η γνώση για τους κινδύνους της υγείας δεν επηρεάζει από μόνη της την απόφαση να γίνεις καπνιστής.

Αν και η χαμηλή κοινωνικοοικονομική υπόσταση είναι έντονα συνδεδεμένη με το κάπνισμα ενηλίκων σε πολλές, όχι όμως όλες τις χώρες, είναι καθαρά λιγότερο συνδεδεμένη με το κάπνισμα των εφήβων. Για παράδειγμα καμία σχέση δεν βρέθηκε μεταξύ της κοινωνικοοικονομικής υπόστασης και της διάδοσης του καπνίσματος σε μια έρευνα της Health Education Authority (1992) που περιλάμβανε 10.000 Άγγλους, 9 με 15 χρονών · παρ' όλα αυτά, τα αυξημένα ποσοστά διακοπής από καπνιστές με υψηλότερο εισόδημα στην Αγγλία οδηγεί σε μια διαφορά της κοινωνικοοικονομικής υπόστασης μέχρι την ηλικία των 30.

Ενώ η διάδοση του καπνίσματος μεταξύ των αγοριών είναι σημαντικά υψηλότερη όπου οι παραδοσιακοί ρόλοι των φύλων υπερισχύουν (για παράδειγμα στην Ιαπωνία), η διάδοση στην ηλικία των 16 είναι υψηλότερη μεταξύ κοριτσιών σε πολλές Δυτικές χώρες. Οι ερμηνείες συμπεριλαμβάνουν φυσικούς λόγους όπως η

πρώιμη ωρίμανση, η μεγαλύτερη δεκτικότητα στον εθισμό της νικοτίνης και διαφορετικό αντίκτυπο τους άγχους (stress). Οι κοινωνικοί λόγοι περιλαμβάνουν διαφορετικές εμπειρίες της εφηβείας, όπως διαφορετικά ποσοστά συμμετοχής στα αθλήματα. Άλλοι παράγοντες περιλαμβάνουν την πεποίθηση, που κατά κύριο λόγο εκμεταλλεύεται η καπνοβιομηχανία, ότι το κάπνισμα βοηθάει στην απώλεια βάρους ([www.tobaccocontrol.bmj.com](http://www.tobaccocontrol.bmj.com)).

Η γενικότερη αίσθηση που μας δόθηκε μέσα από την βιβλιογραφική μας αναζήτηση, είναι πως ο σημαντικότερος λόγος έναρξης του καπνίσματος είναι συνήθως η κοινωνική πίεση που ασκείται από το περιβάλλον του νεαρού καπνιστή. Ένας νέος ή μια νεαρή κοπέλα που δεν καπνίζει, ενώ συνήθως η παρέα, οι φίλοι και οι συνομήλικοι τους, έχουν ήδη αρχίσει την καπνιστική συνήθεια, αισθάνεται συνήθως ότι δεν ανήκει στο περιβάλλον του, ότι είναι διαφορετικός, άρα και κατά κάποιον τρόπο απομονωμένος. Σε μια φάση όπως αυτή της εφηβικής και πρώιμης νεανικής ηλικίας, η ένταξη στις κοινωνικές ομάδες του περιβάλλοντος, η αίσθηση ότι δεν ξεχωρίζεις από το σύνολο, αλλά είσαι μέρος αυτού, δείχνει να αποτελεί σημαντικότατο κομμάτι της κοινωνικής ανάπτυξης του ατόμου και μια από τις κυριότερες ανάγκες του. Ακόμη, στο ίδιο το οικογενειακό περιβάλλον των νεαρών ατόμων, πολύ συχνά συναντάται το πρότυπο του καπνιστή, αφού συνήθως ο ένας ή και οι δυο γονείς μπορεί να καπνίζουν. Ένα παιδί που οι γονείς του καπνίζουν, πιθανότατα θα μεγαλώσει πιστεύοντας πως το κάπνισμα είναι κομμάτι της καθημερινότητας, ανάλογα με τα χρόνια έκθεσης του στην εικόνα του γονιού που καπνίζει.

Σε συνδυασμό με την κοινωνική πίεση, η διαφήμιση φαίνεται να αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που ασκούν επιρροή στους εφήβους σε ότι έχει να κάνει με το κάπνισμα. Ενώ οι εταιρείες υποστηρίζουν ότι οι διαφημιστικές τους καμπάνιες στοχεύουν μόνο να επηρεάσουν τους ήδη καπνιστές στην μάρκα τσιγάρων που θα επιλέξουν, έχει παρατηρηθεί ότι έφηβοι που ήταν ήδη καπνιστές, βλέποντας μια διαφήμιση κάποιας μάρκας τσιγάρων που τους τραβούσε την προσοχή, έφταναν να καπνίζουν ως και 4 φορές περισσότερο μετά από την προβολή. Παρότι η διαφήμιση των τσιγάρων αρχικά ήταν ανδρική υπόθεση, δεν ήταν ασυνήθιστο να εμφανίζονται ωραίες γυναίκες σε διαφημίσεις τσιγάρων που προορίζονταν για άντρες.

Ένας επίσης πολύ σημαντικός λόγος που συμβάλει στην παρότρυνση των νέων να αρχίσουν το κάπνισμα, είναι η επιρροή που δέχονται από τους κινηματογραφικούς και τηλεοπτικούς αστέρες που προβάλλονται στις ταινίες. Η ευρεία διάδοση της

καπνιστικής συνήθειας έλαβε χώρα στη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, κυρίως χάρη στις ηρωίδες της μεγάλης οθόνης, όπως η Laureen Bacall, η Marlen Dietrich κ.ά., οι οποίες έδωσαν ιδιαίτερη λάμψη και γοητεία στο κάπνισμα. Μέσα από τις ταινίες δημιουργούνται πρότυπα για τους καπνιστές: ο άντρας που καπνίζει είναι αυτός που έχει κατακτήσεις, είναι ικανός και πετυχαίνει τους στόχους του · η γυναίκα που καπνίζει από την άλλη, είναι δυναμική, σίγουρη για τον εαυτό της και ξέρει τι ζητάει. Το κυρίαρχο μήνυμα ήταν και συνεχίζει να είναι: «υιοθετήστε το κάπνισμα γιατί σας δίνει λάμψη, γοητεία, επιβράβευση, στυλ, κοινωνική διάκριση και πιο πρόσφατα επαγγελματική καταξίωση και χειραφέτηση». Σε μια φάση αναζήτησης ιδανικών προτύπων, τα νεαρά άτομα θα ανατρέξουν στους αγαπημένους τους πρωταγωνιστές και θα αντιγράψουν την εικόνα τους αλλά και τις συνήθειες που αυτοί έχουν επιλέξει.

Τέλος, πολλά νεαρά αγόρια και κορίτσια έχουν την εντύπωση ότι καπνίζοντας, τους δίνεται η ευκαιρία να περιορίσουν το φαγητό τους και κατ' επέκταση να ελέγξουν το βάρος τους. Σύμφωνα με το άρθρο «Γιατί οι άνθρωποι καπνίζουν» της Ελισσάβετ Καλμπάρη ([www.enet.gr](http://www.enet.gr)), έρευνες έχουν δείξει ότι τα κορίτσια ενστερνίζονται περισσότερο από τα αγόρια αυτή την αντίληψη και πιο ιδιαίτερα, κορίτσια που έχουν παρουσιάσει διατροφικές διαταραχές (όπως βουλιμία ή ανορεξία), έχουν την τάση να καπνίζουν δυο φορές περισσότερο από κορίτσια που δεν έχουν παρουσιάσει κάποια αντίστοιχη διαταραχή. Αποτελέσματα διεθνών μελετών, παράλληλα, υποδηλώνουν ότι οι γυναίκες καπνίζουν περισσότερο για ψυχολογικούς λόγους, χρησιμοποιούν το τσιγάρο ως μέσο κοινωνικοποίησης αλλά και ως μέσο διαχείρισης του stress (Beletsioti–Stika,2006). Μέσα από την μελέτη μας, θα προσπαθήσουμε να ερευνήσουμε αν επαληθεύονται οι προαναφερθέντες λόγοι, αν υπάρχουν και άλλοι λόγοι που οδηγούν τις νεαρές γυναίκες να καπνίζουν και ποιοι μπορεί να είναι αυτοί.

Ένα από τα καίρια ερωτήματα μας, που θα προσπαθήσουμε να απαντήσουμε και μέσα από το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας μας, είναι οι λόγοι που συμβάλουν στο να συνεχίζουν οι καπνίστριες την καπνιστική συνήθεια. Συνήθως ένας καπνιστής συνεχίζει να καπνίζει γιατί το κάπνισμα τού γίνεται συνήθεια. Σύμφωνα με το άρθρο της Ε.Καλμπάρη, μια έρευνα που διεξήχθη σε καπνιστές, βρήκε ότι άτομα που είχαν καπνίσει 100 τσιγάρα στη ζωή τους και άτομα που κάπνιζαν περισσότερο από 15 τσιγάρα τη μέρα, θεωρούσαν αδύνατο ή πάρα πολύ δύσκολο να διακόψουν το κάπνισμα. Ένας εθισμένος καπνιστής συνήθως γνωρίζει πότε κάπνισε το τελευταίο



του τσιγάρο και πόση ώρα θα κάνει μέχρι να καπνίσει το επόμενο. Επίσης, όπως αναφέρεται, οι καπνιστές πολύ σπάνια θα αφήσουν το σπίτι ή το γραφείο τους χωρίς να ελέγξουν αν έχουν πάρει το πακέτο των τσιγάρων τους μαζί, ενώ δεν είναι λίγες οι φορές - όπως αναφέρουν σε συνεντεύξεις - που διατηρούν κρυμμένα πακέτα σε περίπτωση ανάγκης. Αυτό που επίσης αξίζει να σημειώσουμε είναι ότι το τσιγάρο φαίνεται να συνδέεται τόσο με ευχάριστα γεγονότα, όσο και με δυσάρεστα συναισθήματα. Όταν ένας καπνιστής είναι ευδιάθετος και καπνίζει, αυτόματα γίνεται μια ταύτιση του συναισθήματος ευδιαθεσίας με το τσιγάρο, και έτσι οι δυο κινήσεις συνδέονται. Στην αντίθετη τώρα περίπτωση, όταν ένα άτομο είναι στεναχωρημένο και πιεσμένο, το τσιγάρο λειτουργεί ως χαλαρωτικό και απωθεί τις αρνητικές σκέψεις. Επομένως και στις δύο περιπτώσεις το κάπνισμα λειτουργεί ενισχυτικά σε όποια συμπεριφορά (θετική ή αρνητική) εμφανίσει ο καπνιστής ([www.enet.gr](http://www.enet.gr)).

Μέσα από το πρώτο κεφάλαιο της θεωρίας μας, θα προσπαθήσουμε να περιγράψουμε την ιστορία του τσιγάρου και να κάνουμε μια ανασκόπηση της πορείας του μέσα στο χρόνο. Η χρήση του καπνού και των προϊόντων του ανά τον κόσμο δεν ήταν δυνατό να μην επηρεάσει και τη δική μας χώρα. Το τσιγάρο ως προϊόν εμπορίου από τον πρώτο καιρό της εμφάνισης του σταδιακά εισχώρησε στις αγορές όλου του κόσμου και αποτέλεσε ένα από τα πιο απαραίτητα είδη για τον πληθυσμό. Φυσικά η Ελλάδα δεν θα μπορούσε να μείνει εκτός της εξέλιξης αυτής. Ωστόσο στην διάρκεια της μελέτης των βιβλιογραφικών πηγών, συναντήσαμε πολλές έρευνες οι οποίες υποστηρίζουν ότι η χώρα μας κατέχει πολύ υψηλή θέση (πρώτη σε ολόκληρη την Ευρώπη και μια από τις πρώτες θέσεις παγκοσμίως) στο ποσοστό των ανθρώπων που καπνίζουν σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης και αν σκεφτεί κανείς ότι οι περισσότερες χώρες έχουν πολύ μεγαλύτερο πληθυσμό από τον δικό μας, αυτό το ποσοστό παίρνει άλλες διαστάσεις. Ο κυριότερος λόγος κατοχής αυτής της πρωτιάς, θεωρούμε ότι είναι η διάδοση του καπνίσματος στους νέους, ανάμεσα στους οποίους ένα μεγάλο ποσοστό αποτελούν οι νεαρές γυναίκες. Έρευνα του Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας ([www.nosmoking.gr](http://www.nosmoking.gr)) έχει δείξει ότι 3 στα 10 ελληνόπουλα δοκίμασαν το τσιγάρο για πρώτη φορά σε ηλικία 13 ετών και δύο από αυτά έγιναν συστηματικοί καπνιστές. Τα στοιχεία αυτά μας προτρέπουν στο συμπέρασμα ότι για τον περιορισμό της εξάπλωσης και των συνεπειών του καπνίσματος, απαιτείται ένα ολοκληρωμένο πλέγμα δράσεων και πρωτοβουλιών από τους αρμόδιους φορείς με ιδιαίτερη έμφαση στις νεαρές ηλικίες. Τα αναπτυγμένα κράτη έχουν καταμετρήσει σταδιακή μείωση στην κατά κεφαλή κατανάλωση από τότε ως σήμερα (ΠΟΥ, 2003).

Η χώρα μας εντούτοις αποτελεί εξαίρεση, καθώς τις τελευταίες τρεις δεκαετίες οι έλληνες καπνιστές έχουν αυξήσει την κατανάλωση (ERC, 2006) ([www.nosmoking.gr](http://www.nosmoking.gr)). Ένα ακόμη στοιχείο που προέκυψε μέσα από την αναζήτηση πηγών, είναι πως τα τελευταία χρόνια έχει υποστηριχθεί από αρκετές έρευνες, κάποια στατιστική διαφορά ανάμεσα στο φύλο των καπνιστών. Ενώ συνήθως οι άντρες κατείχαν μεγαλύτερα ποσοστά στις μετρήσεις, φαίνεται πως τελευταία αυτή η διαφορά τείνει να αντιστραφεί. Με βάση αυτή την αντιστροφή, προσπαθήσαμε να επικεντρώσουμε την προσοχή μας στις γυναίκες καπνίστριες και να μελετήσουμε τις θέσεις τους απέναντι στο κάπνισμα.

Ανεξαρτήτως των λόγων που οδηγούν τις γυναίκες στο να ξεκινήσουν το κάπνισμα, ή ανεξαρτήτως των αιτιών που τις αποτρέπουν να το διακόψουν, το τσιγάρο αποτελεί για πολλές γυναίκες στοιχείο της καθημερινότητας ακόμη και της προσωπικότητάς τους. Το δεύτερο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους είναι αφιερωμένο στις επιπτώσεις του τσιγάρου στην υγεία. Στόχος μας είναι μέσα από την έρευνα μας να προσεγγίσουμε αυτόν τον πληθυσμό και να διερευνήσουμε εκτός των παραπάνω, το κατά πόσο οι ίδιες γνωρίζουν αν αυτή τους η συνήθεια έχει επιπτώσεις στην υγεία τους και ποιες πιστεύουν ότι είναι αυτές. Η μεγάλη περιεκτικότητα ενός τσιγάρου σε χημικές ουσίες είναι γνωστή, καθώς γνωστές είναι και πολλές από τις σοβαρές ασθένειες με τις οποίες έχει συνδεθεί το κάπνισμα. Σε διεθνή επίπεδο έχουν διεξαχθεί εκατομμύρια έρευνες για τις επιπτώσεις του τσιγάρου στην υγεία των ανθρώπων- τόσο εκείνων που καπνίζουν, όσο και εκείνων που εισπνέουν απλά τον καπνό (παθητικοί καπνιστές). Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι όλοι οι καπνιστές έχουν ανάλογη ενημέρωση για τις επιπτώσεις του τσιγάρου στην υγεία τους, παρόλο που τα τελευταία χρόνια οι εκστρατείες ενημέρωσης είναι όλο και συχνότερες και η πρόσβαση στην γνώση είναι ευρέως διαδεδομένη από όλα τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και κυρίως από το διαδίκτυο, μέσο το οποίο χρησιμοποιούν οι νέοι άνθρωποι κατά κόρον. Εμείς θα προσπαθήσουμε να καταγράψουμε την ενημέρωση που κατέχουν ή όχι, οι ερωτώμενες καθώς και την εκτίμησή τους σχετικά με τον εθισμό τους στο τσιγάρο. Ο εθισμός στα συστατικά του τσιγάρου είναι ένα στοιχείο που δεν γίνεται πάντα αντιληπτό από τους χρήστες. Όπως και με όλες τις άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες (αλκοόλ, ναρκωτικά, κ.τ.λ.), ο χρήστης δεν είναι δυνατό να κατανοήσει τον εθισμό του από την ουσία. Το μόνο που μπορεί να συνειδητοποιήσει είναι πως η ουσία -στην προκειμένη έρευνα το τσιγάρο- του είναι απαραίτητη στην καθημερινότητά του, έχει πλέον συνδεθεί με την λειτουργικότητά του και σε πολλές

περιπτώσεις αποτελεί και στοιχείο της προσωπικότητας του. Και ανάλογα με την διαβάθμιση της απάντησης στο πόσο απαραίτητο είναι σε κάθε μια από τις εκφάνσεις της προσωπικότητας, μπορούμε να αντιληφθούμε και τον βαθμό εξάρτησης. Καθώς το τσιγάρο αποτελεί χημικό προϊόν, στην προσπάθεια διακοπής ή στην μη διάθεση του προϊόντος, είναι πιθανό ο χρήστης να αντιληφθεί την εξάρτηση του από αυτό. Το κομμάτι της εξάρτησης από το τσιγάρο επιφέρει επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική υγεία του ανθρώπου στην προσπάθεια του να διακόψει το κάπνισμα. Τις επιπτώσεις αυτές θα προσπαθήσουμε να προσεγγίσουμε στο δεύτερο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους.

Πολλές είναι οι προσπάθειες που έχουν γίνει από όλες σχεδόν τις χώρες του κόσμου για την προστασία της υγείας των πολιτών τους από το τσιγάρο αλλά και για τον περιορισμό του καπνίσματος. Σε κάποιες τα μέτρα είναι πολύ αυστηρά και τα πρόστιμα που επιβάλλονται επίσης. Σε κάποιες χώρες το κάπνισμα είναι απαγορευμένο σε ολόκληρα οικοδομικά τετράγωνα καθώς και σε πολλούς δρόμους. Κάποιες έχουν νομοθετήσει ενάντια στο κάπνισμα εδώ και πολλά χρόνια, και άλλες μόλις πρόσφατα. Σε κάποιες χώρες υπάρχουν προβλέψεις για χώρους καπνιστών στα διάφορα δημόσια ή/και ιδιωτικά κτίρια της χώρας και σε άλλες υπάρχει καθολική απαγόρευση ([www.nosmoking.gr](http://www.nosmoking.gr)). Το τελευταίο μας θεωρητικό κεφάλαιο είναι αφιερωμένο στις πολιτικές που έχουν υιοθετηθεί ενάντια στο κάπνισμα και στα μέτρα που υπάρχουν από την πολιτεία. Εκεί θα κάνουμε μια αναφορά σε παγκόσμιο επίπεδο, για να δούμε έτσι λίγο συγκριτικά τις νομοθεσίες της Ελλάδας. Επίσης θα παρουσιάσουμε τον πρόσφατο νόμο που δημοσιεύθηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και μπήκε σε ισχύ από την 1<sup>η</sup> Ιουλίου του 2009. Μέσα από την έρευνα μας θα προσπαθήσουμε εξάλλου να καταγράψουμε μια σχετική εικόνα του πως αντιμετωπίζουν αυτόν ακριβώς τον νόμο, οι νεαρές καπνίστριες. Τέλος, σε αυτό το κεφάλαιο, θα προσπαθήσουμε επιπλέον να παρουσιάσουμε τις εναλλακτικές μεθόδους διακοπής καπνίσματος που εφαρμόζονται αυτή την στιγμή στη χώρα μας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

### **«Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ. Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΧΡΟΝΟ»**

#### **1.1. «Περιγραφή του φυτού»**

Ο πολυσυζητημένος καπνός είναι φυτό ετήσιο, ποώδες και φθάνει έως το ύψος των 3 μέτρων. Ο καρπός του είναι κάψα. Τα άνθη σχηματίζουν ταξιανθία στην κορυφή του βλαστού, είναι συμπέταλα, πενταμερή, κοκκινωπά, λευκά ή κιτρινοπράσινα ανάλογα με την ποικιλία. Τα φύλλα είναι απλά με ή χωρίς μίσχο, χνουδωτά και γλοιώδη. Το φυτό και ο αποθηκευμένος καπνός περνούν από διάφορες διαδικασίες: τα φυτά σπέρνονται με σπόρο σε προφυλαγμένα σπορεία και μόλις αποκτήσουν 4-6 φύλλα μεταφυτεύονται στον αγρό. Η ωρίμανση των φύλλων αρχίζει μετά από 2 μήνες και γίνεται η συγκομιδή, ξεκινώντας από τα χαμηλότερα φύλλα που ωριμάζουν νωρίτερα. Τα ώριμα φύλλα διακρίνονται από κίτρινες, μεγάλες κηλίδες και μαζεύονται προ της ανατολής του ήλιου. Η τελείωση της ωρίμανσης (ίδρωμα) γίνεται μέσα σε αποθήκες, όπου τα φύλλα στοιβάζονται και σκεπάζονται. Μετά περνιούνται σε ράμμα (ορμαθός) από τη βάση τους για να αποξηρανθούν σε ξηραντήρια (λιάστρες) και να γίνουν κατακίτρινα. Γύρω στο Νοέμβριο τα ξηρά φύλλα νοτίζουν και έτσι συσκευάζονται σε δέματα, χωρίς να θρύβονται. Από εδώ θα βγουν τα βιομηχανοποιημένα προϊόντα τα οποία θα καταλήξουν στα πακέτα που αγοράζει ο καπνιστής.

Η μεγάλη σημασία εστιάζεται στα φύλλα του καπνού, τα οποία περιέχουν κυρίως δύο ιδιόζουσες ουσίες, πάρα πολύ δραστικές, την νικοτίνη και την νικοτιανίνη. Η ναρκωτική επίδραση των φύλλων του καπνού οφείλεται στην νικοτίνη η οποία είναι αλκαλοειδές υγρό, άχρωμο και δηλητηριώδες σε τέτοιο βαθμό ώστε μια σταγόνα αρκεί για να θανατώσει ένα σκύλο μετρίου μεγέθους. Γι' αυτό εξάλλου χρησιμοποιείται κατά διαφόρων ζωικών και φυτικών ασθενειών. Στην κτηνιατρική χρησιμοποιείται σαν ισχυρό φάρμακο κατά των παρασίτων του δέρματος (ψύλλων, κοριών, τσιμπουριών, κ.α.) και μάλιστα αναμειγμένη με νερό. Το απόβρεγμα του καπνού χρησιμοποιείται ως εντομοκτόνος ουσία, το δε αφέψημα των καπνόφυλλων καταπολεμά την αρρώστια «μελίγκρα», η οποία μπορεί ακόμη να καταπολεμηθεί και με καθαρή διάλυση νικοτίνης. Τη ναρκωτική αυτή επίδραση των φύλλων του καπνού δέχεται ο καπνιστής, αφού τα φύλλα ξηραθούν και επεξεργαστούν κατάλληλα. Έχουν επινοηθεί διάφοροι τρόποι για τη χρήση των φύλλων του καπνού: α) τα καπνίζουν ως βιομηχανοποιημένα σιγαρέτα, πούρα, καπνό σιγαρέτων, καπνό με καπνοσύριγγες, καπνό με φιαλοσύριγγες β)τα εισπνέουν από τη μύτη και γ)τα μασούν στο στόμα

ανάλογα με τις ποικιλίες και τις επεξεργασίες. Οι ουσίες του καπνού απορροφώνται και με το αίμα φθάνουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

Μετά από τη διάδοση της καλλιέργειας και της χρήσης του καπνού ανά τον κόσμο, μετά από το άνοιγμα της διεθνούς αγοράς, τη δημιουργία οργανισμών υποστήριξης και την αλόγιστη διαφήμιση, σήμερα λόγω των ενοχλήσεων αλλά και των σοβαρών ασθενειών που έρευνες ανά τον κόσμο δείχνουν ότι προκαλεί το κάπνισμα, ιδρύονται σε όλες τις προηγμένες χώρες Σύλλογοι, Οργανισμοί, Σύνδεσμοι, Κέντρα Έρευνας, Κέντρα Μέσων και Πόρων, γίνονται Συνέδρια από πολλούς φορείς και επιστήμονες, με προσπάθεια την ενημέρωση για την αποφυγή ή/και την διακοπή του καπνίσματος ([www.nosmoke.gr](http://www.nosmoke.gr)).

## **1.2. «Οι ουσίες που περιέχονται στον καπνό»**

Η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος οφείλεται σε ένα μεγάλο αριθμό τοξικών ουσιών που βρίσκονται στον καπνό. Ορισμένες από αυτές υπάρχουν ήδη από τη φυτική κατάσταση του καπνού, αλλά οι περισσότερες παράγονται κατά την καύση του τσιγάρου, στη ζώνη πυρόλυσης, όπου επικρατεί θερμοκρασία 950 βαθμών Κελσίου. Στον καπνό του τσιγάρου έχουν ανιχνευθεί, είτε ως αέρια είτε ως μικροσκοπικά σωματίδια, περισσότερες από 4.000 διαφορετικές ουσίες, οι περισσότερες από τις οποίες αναμειγνύονται μεταξύ τους σε μικρά σταγονίδια σε μορφή κολλώδους πίσσας. Οι πιο γνωστές είναι η πίσσα και η νικοτίνη, καθώς και περισσότερες από 250 ουσίες οι οποίες έχουν κατηγορηθεί για την πρόκληση καρκίνου. Η νικοτίνη είναι εθιστική, αλλά όχι καρκινογόνος, ενώ το κάπνισμα τσιγάρων με χαμηλότερα επίπεδα πίσσας και νικοτίνης δεν παρέχει κανένα όφελος για την υγεία ([www.yyka.gov.gr](http://www.yyka.gov.gr)).

Μερικές από τις επικίνδυνες και δηλητηριώδεις ουσίες που περιέχει είναι οι : αμμωνία, φορμαλδεΐδη, αρσενικό, μονοξείδιο του άνθρακα, μεθάνιο, κάδμιο, κυανιούχο άλας, ακετόνη, γομολάκα, βενζόλιο, βουτάνιο, ανιλίνη, ναφθαλίνη, προπάνιο, μυρμηγκικό οξύ, υδροκυάνιο, λευκαντικές ουσίες, κ.α. Από αυτές τις ουσίες οι 55 έχουν συσχετιστεί με την ενδεχόμενη εμφάνιση καρκίνου στους καπνιστές.

Στη συνέχεια θα σας παρουσιάσουμε με κάποιες λεπτομέρειες τις πιο γνωστές και τις πιο βασικές από τις ουσίες που εμπεριέχονται σε ένα τσιγάρο:

Η **νικοτίνη** βρίσκεται σε μεγάλες ποσότητες στα φύλλα του καπνού. Είναι υγρό, άχρωμο, λιπαρό, ισχυρά δηλητηριώδες, με έντονη οσμή και ιδιαίτερα πικρή γεύση.

Με θέρμανση αναδίδει ατμούς ισχυρά δηλητηριώδεις και αναφλέξιμους, ενώ σε θερμοκρασίες άνω των 55°C μπορεί να σχηματίσει με τον αέρα εκρηκτικά μίγματα. Το γεγονός ότι η νικοτίνη καίγεται στον αέρα είναι αυτό που κάνει δυνατό το κάπνισμα, καθώς από τα 20 mg περίπου που περιέχει ένα τσιγάρο, μόνο το 1 mg περίπου εισπνέεται. Η νικοτίνη όταν εισέλθει στον ανθρώπινο οργανισμό μέσω του κυκλοφορικού συστήματος, απορροφάται ταχέως και υπερβαίνει τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό. Η ημιπερίοδος ζωής της νικοτίνης στον οργανισμό είναι περίπου δύο ώρες. Από φυσιολογικής απόψεως είναι ένα από τα ισχυρότερα δηλητήρια και προσβάλλει τόσο το κεντρικό όσο και το περιφερειακό νευρικό σύστημα. Είναι, επίσης, ουσία η οποία προκαλεί ισχυρότατο εθισμό. Σε πολύ μικρές ποσότητες αποτελεί ισχυρό διεγερτικό και συνεπώς προκαλεί αύξηση των καρδιακών παλμών και της αρτηριακής πίεσης. Προκαλεί επίσης ζάλη και ναυτία καθώς και ανορεξία. Ο εθισμός που προκαλεί στους καπνιστές είναι ιδιαίτερα ισχυρός, καθώς μόνο το 20% των συστηματικών καπνιστών καταφέρνουν να κόψουν το κάπνισμα με την πρώτη προσπάθεια. Η αποχή από το κάπνισμα συνήθως προκαλεί, εκτός των συμπτωμάτων στέρησης, ισχυρή αύξηση της όρεξης, με συνέπεια οι καπνιστές να εμφανίζουν έντονη αύξηση σωματικού βάρους, ιδιαίτερα κατά τους πρώτους μήνες της διακοπής. Η νικοτίνη μάλιστα, μπορεί να ανιχνευθεί στη σκόνη, αλλά και στον αέρα, μέσα στα σπίτια των καπνιστών, ακόμα και αν οι τελευταίοι δεν καπνίζουν μέσα σε αυτά! Πάντως ακόμη δεν έχει εξακριβωθεί πλήρως ο τρόπος με τον οποίο η νικοτίνη εισέρχεται στα σπίτια των καπνιστών, αν και υπάρχουν αρκετές σχετικές θεωρίες με πιο ενδεικτική την θεωρία των ρούχων - «φορέων». Τέλος υπάρχει μια πιθανότητα η «μολυσμένη σκόνη» να είχε παραμείνει σε ένα σπίτι από τους προηγούμενους ενοικιαστές (ή ιδιοκτήτες) αν εκείνοι συνήθιζαν να καπνίζουν μέσα σε αυτό ([www.el.wikipedia.org](http://www.el.wikipedia.org)).

Η **ακετόνη** είναι ένα άχρωμο, κινητό, εύφλεκτο υγρό. Χρησιμοποιείται ως διαλύτης πολλών χημικών ενώσεων. Η πιο γνωστή οικιακή χρήση της ακετόνης είναι ως ενεργό συστατικό στα ξεβαφτικά νυχιών. Η ακετόνη χρησιμοποιείται επίσης για να κάνει πλαστικό, ίνες, φάρμακα και άλλες χημικές ουσίες. Επιπλέον για να χρησιμοποιείται ως χημική ουσία, η ακετόνη βρίσκεται φυσικά στο περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένων μικρών ποσοτήτων στο ανθρώπινο σώμα ([www.worldlingo.com](http://www.worldlingo.com)).

Η **αμμωνία** ή **αζάνιο** ή **αζίδιο του υδρογόνου** είναι άχρωμο αέριο, με χαρακτηριστική καυστική και αποπνικτική οσμή. Χρησιμοποιείται ακόμη ως

διορθωτικό της οξύτητας σε τρόφιμα. Αποτελεί άμεσα ή έμμεσα, προϊόν για συνθέσεις διαφόρων χημικών ή φαρμακευτικών προϊόντων. Παρ' όλη την ευρύτατη χρήση της είναι καυστική, διαβρωτική, δηλητηριώδης και περιέχεται σε δραστικά υγρά καθαρισμού. Αποτελεί δηλητήριο και μπορεί να προκαλέσει όταν εισπνέεται ακόμη και θάνατο. Προστίθεται στα τσιγάρα για να αυξήσει την απορρόφηση της νικοτίνης.

Το **αρσενικό** είναι άοσμο, χωρίς ιδιαίτερη γεύση, γεγονός που καθιστά την ανίχνευση του πολύ δύσκολη. Είναι ένα από τα πιο επικίνδυνα δηλητήρια και σε μεγάλες ποσότητες, μπορεί να σκοτώσει ακαριαία τον ανθρώπινο οργανισμό. Αντίθετα, η συνεχής μακροχρόνια έκθεση στο αρσενικό προκαλεί αργό θάνατο και άλλες ασθένειες όπως καρκίνο, διαβήτη, ασθένειες του ήπατος, πεπτικά προβλήματα και πάχυνση του δέρματος. Στο νευρολογικό σύστημα μπορεί να προκαλέσει απώλεια ακοής και απώλεια της αίσθησης στα μέλη του σώματος.

Το **μονοξείδιο του άνθρακα** είναι άχρωμο, άοσμο, άγευστο και πολύ τοξικό αέριο. Είναι βασικό συστατικό των καυσαερίων που δεσμεύει την αιμοσφαιρίνη και στερεί το οξυγόνο από τα κύτταρα.

Η **ανιλίνη** ή **φαινυλαμίνη** ή **αμινοβενζόλιο** ή **βενζαμίνη** στην όψη είναι ένα άχρωμο υγρό με κάπως δυσάρεστη οσμή σάπιου ψαριού, έχει καυστική αρωματική γεύση και αποτελεί ισχυρό δηλητήριο. Αποτελεί βασικό χημικό συστατικό των χρωμάτων.

Το **ναφθαλίνο** ή **ναφθαλίνη** είναι ένας λευκός αρωματικός κρυσταλλικός στέρεος υδρογονάνθρακας. Κυκλοφορεί στο εμπόριο σε μορφή σφαιριδίων για την προστασία των ρούχων από το σκώρο. Εξαχνώνεται εύκολα ακόμα και στις συνθήκες δωματίου σχηματίζοντας εύφλεκτο ατμό με χαρακτηριστική οσμή που ανιχνεύεται με την όσφρηση από τον μέσο άνθρωπο.

Το **προπάνιο** είναι άχρωμο, άοσμο και εύφλεκτο αέριο. Αποτελεί το κύριο συστατικό του υγραερίου προερχόμενο από διύλιση κλασμάτων του πετρελαίου, του φυσικού αερίου (ως 5%) και των προϊόντων πυρόλυσης αυτών.

Το **μεθάνιο** είναι αέριο, άχρωμο, άοσμο και ελάχιστα διαλυτό στο νερό. Η ύπαρξή του δεν ανιχνεύεται εύκολα, ενώ με τον αέρα σχηματίζει εκρηκτικά μίγματα. Αυτός είναι ο λόγος που συχνά αναφέρονται εκρήξεις σε ανθρακωρυχεία. Είναι επίσης το κύριο συστατικό του φυσικού αερίου (70-90%).

Η **φορμαλδεΰδη** ή **μεθανάλη** είναι μια εξαιρετικά χρήσιμη χημική ένωση με πολλές χρήσεις πιο γνωστή από τις οποίες είναι ως συντηρητικό, απολυμαντικό και

αντισηπτικό με την εμπορική ονομασία φορμόλη. Είναι εύφλεκτη και πολύ τοξική ένωση ενώ έχει επισημανθεί ως ύποπτη καρκινογόνος ουσία.

Το **μεθανικό οξύ** ή **μεθανοϊκό οξύ** ή **μυρμηγκικό οξύ** ή **φορμικό οξύ** είναι το απλούστερο από τα καρβονικά οξέα. Είναι ένα σημαντικό ενδιάμεσο σε χημικές συνθέσεις και υπάρχει στη φύση, κυρίως στα δηλητήρια των υμενόπτερων, όπως οι μέλισσες, οι σφήκες και τα μυρμήγκια.

Η **πίσσα** αποτελεί μίγμα βλαβερών χημικών ουσιών και χρησιμοποιείται στην ασφαλτόστρωση των δρόμων. Περίπου το 70% της πίσσας του τσιγάρου, εναποτίθεται στους πνεύμονες των καπνιστών με αποτέλεσμα να τους φράζει.

Το **υδροκυάνιο** έχει χαρακτηριστική έντονη οσμή πικραμύγδαλου την οποία 20 % - 40 % των ανθρώπων δε μπορούν να αντιληφθούν εξαιτίας γενετικών αιτιών. Είναι άχρωμο, εξαιρετικά δηλητηριώδες και πολύ πτητικό υγρό που βράζει σχεδόν σε θερμοκρασία δωματίου (26°C). Το υδροκυάνιο χρησιμοποιείται ευρύτατα στην παρασκευή πολλών χημικών ενώσεων, πολυμερών φαρμάκων αλλά και πολεμικών όπλων ([www.el.wikipedia.org](http://www.el.wikipedia.org)).

### **1.3. «Η ιστορία του τσιγάρου»**

Οι άνθρωποι της συνοδείας του Κολόμβου, είχαν για πρώτη φορά την παράξενη εμπειρία θέασης της «τελετουργίας» καπνίσματος, μεταξύ των ιθαγενών στους τόπους που ανακάλυπταν και εξερευνούσαν. Τα νέα ήρθαν στην Ευρώπη με λεπτομερείς περιγραφές. Αργότερα η χρήση του καπνού θα ξεκινήσει στην Ευρώπη σαν δώρο του Γάλλου διπλωμάτη Nicot, προς την βασίλισσα Αικατερίνη των Μεδίκων, ένα ασυνήθιστο χόρτο για να κατευνάζει τους πονοκεφάλους της, ενώ και οι Ισπανοί επέλεξαν να το δωρίσουν στον Κάρολο. Ο καπνός και στον πληθυντικό τα καπνά, είναι είδος του φυτού «Νικοτιανή» που οφείλει το όνομα της στον Γάλλο πρεσβευτή Ιωάννη Νικότ (Nicot), που την εισήγαγε και τη διέδωσε στη Γαλλία το 1560. Κανείς δεν θα μπορούσε να φανταστεί ότι τα φύλλα του καπνού των Ιθαγενών και η συνήθεια τους να τα καπνίζουν θα έμπαιναν σε βασιλικά παλάτια και στην αριστοκρατία της Ευρώπης. Εκλεκτές ποικιλίες πούρων και σιγαρέτων είχαν ιδιαίτερα τιμητική θέση τοποθετημένα σε χρυσές, αργυρές και βελούδινες θήκες, ως πολύτιμα δώρα σε εξέχουσες προσωπικότητες της εποχής. Ακόμα κανείς δεν θα μπορούσε να υποθέσει ότι το ταπεινό αυτό φυτό, θα έπαιρνε τέτοιες διαστάσεις και προεκτάσεις στη ζωή των ανθρώπων τόσους αιώνες μετά, ώστε να φτάνει να θεωρείται από πολλούς «η μάστιγα του αιώνα».



Ο καπνός κατάγεται από την Αμερική και ειδικότερα από περιοχές νοτιότερα από το Μεξικό. Αρχαιολογικές έρευνες, διαπίστωσαν ότι εκεί η χρήση του καπνού ήταν γνωστή 500 χρόνια πριν από την ανακάλυψη της Αμερικής. Η είδηση περί καπνού και χρησιμοποίησής του, έφτασε στην Ευρώπη από το περιβάλλον του Κολόμβου. Το 1492 εξερευνώντας την Κούβα, συνάντησαν Ιθαγενείς που εισέπνεαν τον καπνό από καιγόμενα φύλλα. Επίσης, ο ιεραπόστολος Ραμόντο Πόντε, που συνόδευε τον Κολόμβο στο δεύτερο ταξίδι του (1494 – 1496), παρατήρησε ότι οι Ιθαγενείς εισέπνεαν σκόνη καπνού και έκανε σχετικές ανακοινώσεις προς τον Πέτρο της Βερώνης το 1511 ([www.nosmoker.gr](http://www.nosmoker.gr)). Ο Rodrigo de Herez και ο Luis de Torres, αναφέρουν ότι οι ιθαγενείς της Κίνας τυλίγουν ξεραμένα φύλλα καπνού σε «σχήμα καραμπίνας» και «αφού ανάβουν την μια άκρη, αρχίζουν να ‘πίνουν’ τον καπνό από την άλλη». Ο Herez γίνεται ο πρώτος αναγνωρισμένος καπνιστής έξω από την αμερικάνικη ήπειρο. Επιστρέφοντας, φέρνει μαζί του και τη συνήθεια του, αλλά ο καπνός που βγαίνει από το στόμα και τη μύτη του, τρομάζει τους γείτονες του, που τον πάνε στην Ιερά Εξέταση και φυλακίζεται για 7 χρόνια. Ακόμα το 1502 οι Ισπανοί στα παράλια της Ν.Αμερικής παρατήρησαν μεταξύ των κατοίκων τη συνήθεια του μασήματος των φύλλων καπνού. Το 1636 Ισπανοί έφεραν τη συνήθεια της εισπνοής του καπνού στην Ιταλία, που αμέσως ο Πάπας Ουρβάνος Η' απαγόρευσε με εγκύκλιο για ένα περίπου αιώνα, έως το 1724. Οι Ιθαγενείς πολλές φορές χρησιμοποιούσαν ξύλινη σύριγγα σε σχήμα διχάλας (Y), ώστε από τα δύο άκρα, τυλιγμένα με φύλλο αραβοσίτου, να εισπνέουν. Το 1648 ο Sir Walter Raley θαυμαστής του καπνού στην Αγγλία, αποκεφαλίζεται για προδοσία. Λέγεται ότι άναψε τσιγάρο προτού κόψουν το κεφάλι του, δημιουργώντας μόδα για όσους είχαν την ίδια μοίρα με αυτόν. Στην Ευρώπη ο καπνός μεταφέρθηκε από τους Ισπανούς το 1519. Στη Γαλλία αναπτυσσόταν το 1556. Στην Ιταλία καλλιεργήθηκε το 1575. Οι Σάξονες καλλιεργήσαν τον καπνό το 1613. Στην Ολλανδία καλλιεργήθηκε το 1615. Στην Ελλάδα μεταφέρθηκε ο καπνός στα τέλη του 16<sup>ου</sup> αιώνα. Στο διάστημα του ΙΖ' αιώνα, το κάπνισμα διαδόθηκε ταχύτατα σε όλο τον κόσμο, παρά τις απαγορεύσεις της Πολιτείας και της Εκκλησίας ([www.tovima.gr](http://www.tovima.gr)).

Η καλλιέργεια του καπνού στην Αγγλία απαγορευόταν μέχρι το 1910, παρόλο που η εισαγωγή της συνήθειας του καπνίσματος στην Ευρώπη οφείλεται στους Άγγλους, που το 1586 από την αποικία τους, τη σημερινή Βιργινία της Αμερικής, έφεραν υλικό και όργανα καπνίσματος στον Ουώλτερ Ρώλι (Raleigh). Οι άποικοι, που ο Ρώλι εγκατέστησε στην Βιργινία, άρχισαν τη συστηματική καλλιέργεια του

καπνού στην Αμερική. Έκτοτε σταδιακά οι χώρες η μία μετά την άλλη επιδόθηκαν στην εκμετάλλευση του καπνού με εργοστάσια, βιομηχανίες, ταμεία, γραφεία, εμπορία, εξαγωγές, εισαγωγές κ.λ.π. ([www.nosmoke.gr](http://www.nosmoke.gr)).

Στην Ελλάδα τις πρώτες σιγαροποιητικές μηχανές εισήγαγαν το 1909 οι βιομήχανοι Βάρκας και Καραβασίλης. Από τα πρώτα χρόνια της εμφάνισης του τσιγάρου, η Ελλάδα έπαιξε ένα πρωταγωνιστικό ρόλο στη βιομηχανία του. Ήδη στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα οι Έλληνες εξήγαγαν τα καπνά τους στην Γερμανία, την Ολλανδία και την Αίγυπτο. Στο Μεσοπόλεμο, όταν πια η καλλιέργεια καπνού έγινε συστηματική σε πολλές γεωργικές περιοχές (Αγρίνιο, Καλαμάτα, Κατερίνη, Ξάνθη, κ.α.), χιλιάδες οικογένειες, εκατοντάδες χωριά, αλλά και ολόκληρες περιοχές επιβίωσαν χάρη στον καπνό. Αμύθητες περιουσίες δημιουργήθηκαν από ξακουστούς σε όλη την Μεσόγειο καπνέμπορους, ενώ κατασκευάστηκαν βιομηχανίες οι οποίες συνεργάστηκαν μάλιστα με πολυεθνικές επιχειρήσεις. Οι πολυεθνικές είχαν έρθει στην Ελλάδα για να εκμεταλλευτούν το «πράσινο χρυσάφι» της χώρας μας και αμέτρητα δισεκατομμύρια δραχμών εισέρευσαν στα ταμεία του ελληνικού κράτους. Αυτή η εξάπλωση της παραγωγής καπνού στην χώρα μας, παρότι ο κύριος προορισμός της ήταν η εξαγωγή, δημιούργησε μια εγχώρια αγορά για τον καπνό. Έτσι, ενώ στην αρχή το τσιγάρο αποτελούσε συνήθεια των εύπορων μόνο τάξεων και αποκλειστικά αντρική συνήθεια, σταδιακά και ειδικά με την έκρηξη των δύο μεγάλων Παγκόσμιων Πολέμων, το κάπνισμα εξαπλώθηκε και στα πιο λαϊκά στρώματα. Παράλληλα, από το Μεσοπόλεμο και μετά, άρχιζαν να καπνίζουν και μερικές γυναίκες. Αν θέλουμε να μιλήσουμε με χρονολογίες, η σειρά πηγαίνει κάπως έτσι:

- Το 1913 ιδρύεται στο Αγρίνιο η ομόρρυθμος καπνεμπορική εταιρεία «Αφοί Παπαστράτου».
- Το 1931 κυκλοφορεί η πρώτη διαφήμιση εταιρείας τσιγάρων στην Ελλάδα.
- Το 1939 αρχίζει η μείωση της κατανάλωσης αρωματικών καπνών. Τα «λαϊκά τσιγάρα» παρά τη νέα φορολογία και την οικονομική κρίση, αποκτούν μεγαλύτερο καταναλωτικό κοινό.
- Το 1940 κατασκευάζονται τα τσιγάρα «AERA» με σκοπό την ενίσχυση του φρονήματος των Ελλήνων στρατιωτών.
- Το 1950 κυκλοφορεί το πρώτο τσιγάρο με φίλτρο.
- Το 1971 κυκλοφορεί στην χώρα μας το πρώτο «light» τσιγάρο το οποίο ανήκει στην εταιρεία Malboro.

- Το 1978 ο τότε Υπουργός Υγείας ξεκινά την πρώτη αντικαπνιστική εκστρατεία στην Ελλάδα.
- Το 1980 παρασκευάζονται στην Ελλάδα σχεδόν όλες οι ξένες μάρκες τσιγάρων και παύουν σταδιακά να εισάγονται.
- Το 1995 κυκλοφορεί για πρώτη φορά πακέτο που περιέχει 30 τσιγάρα.
- Το 1996 υπερψηφίζεται ο ευρωπαϊκός νόμος για την απαγόρευση της διαφήμισης του καπνίσματος, με την ψήφο του τότε Υπουργού Υγείας κ. Γείτονα ([www.ethnos.gr](http://www.ethnos.gr)).

Επεκτείνοντας την χρονολογική παρουσίαση γεγονότων – σταθμών στην ιστορία του τσιγάρου, και εκτός των συνόρων της χώρας μας, μπορούμε να σημειώσουμε τα εξής :

- Το 1904 μια γυναίκα συλλαμβάνεται στη Νέα Υόρκη επειδή καπνίζει μέσα σε ένα αυτοκίνητο. Ο αστυνόμος που έκανε την σύλληψη είπε ότι το κάπνισμα στην Πέμπτη Λεωφόρο απαγορευόταν.
- Το 1909 ο μεγάλος παίκτης του μπεϊζμπολ Honus Wagner, αναγκάζει την εταιρεία American Tobacco να βγάλει την φωτογραφία του από τα πακέτα των τσιγάρων. Το αποτέλεσμα είναι ότι η κάρτα του μπεϊζμπολ, που απεικονίζει τον εν λόγω παίκτη να καπνίζει είναι η πιο σπάνια και η πιο ακριβή όλων των εποχών, αξίας περίπου 440.205€.
- Η πρώτη διαφήμιση που έκανε την εμφάνιση της στις Η.Π.Α., δείχνοντας μια γυναίκα να καπνίζει, έγινε το 1919.
- Το 1927 τα τσιγάρα Lucky Strike βάζουν στις διαφημίσεις τους αστέρες του κινηματογράφου και τραγουδιστές. Τριπλασιάζεται ο αριθμός νέων κοριτσιών που καπνίζουν την περίοδο 1925 -1935 ([www.tovima.gr](http://www.tovima.gr)).
- Το 1950 οι πρώτες επιδημιολογικές μελέτες κατέδειξαν την ισχυρή συσχέτιση του καπνίσματος με τον καρκίνο του πνεύμονος. Η παγκόσμια καπνοβιομηχανία απάντησε με μεγάλες χορηγίες σε διάσημα show, όπως το γνωστό «I Love Lucy». Την ίδια χρονιά υποβάλλεται και η πρώτη μήνυση ενάντια στην καπνοβιομηχανία από πάσχοντα καπνιστή. Ακολούθησαν πολλές, αλλά με αρνητική έκβαση τότε.
- Το 1957 εμφανίστηκε η πρώτη μελέτη που συσχέτιζε το κάπνισμα των εγκύων με προωρότητα και χαμηλό βάρος γέννησης του κυήματος, όπως επίσης και αυξημένο κίνδυνο αιφνίδιου θανάτου κατά τον πρώτο μήνα ζωής. Την ίδια

χρονιά προτείνεται για πρώτη φορά η αναγραφή προειδοποιητικών μηνυμάτων στο πακέτο.

- Το 1965 οι τηλεοπτικές διαφημίσεις καπνού απαγορεύονται στη Μεγάλη Βρετανία.
- Το 1971 η United Airlines γίνεται η πρώτη αεροπορική εταιρεία που διαχωρίζει καπνίζοντες και μη στις πτήσεις της. Την ίδια χρονιά μια έκθεση διυπουργικής κυβερνητικής ομάδας στη Βρετανία βρίσκει ότι ο καπνός φέρνει περισσότερα κέρδη στη χώρα από ότι κοστίζει το σύστημα υγείας της. Η έκθεση δεν δημοσιοποιείται ώσπου η εφημερίδα «Guardian» την φέρνει στο φως στις 6 Μαΐου του 1980.
- Το 1981 η πρώτη μελέτη που αποδεικνύει την αυξημένη πιθανότητα του καρκίνου του πνεύμονα σε παθητικούς καπνιστές - και συγκεκριμένα σε συζύγους καπνιστών - βλέπει το φως της δημοσιότητας στην Ιαπωνία.
- Το 1986 η επίπτωση του παθητικού καπνίσματος στην υγεία περιγράφεται πλέον με σαφήνεια από πολλές μελέτες και το επόμενο έτος το Αμερικάνικο Κογκρέσο απαγορεύει το κάπνισμα σε όλες τις εσωτερικές πτήσεις κάτω των 2 ωρών.
- Το 1989 πολλές μελέτες ρίχνουν φως στην εθιστική δράση της νικοτίνης και καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι τόσο ισχυρή, όσο και αυτή των οπιοειδών και της κοκαΐνης και την κατατάσσουν στην ίδια κατηγορία.
- Μέχρι την εφαρμογή του περιορισμού των διαφημίσεων σε εφημερίδες και περιοδικά, που τέθηκε σε ισχύ από τον ΠΟΥ στις 28/12/1990, τα τσιγάρα ήταν διεθνώς τα πλέον πολυδιαφημιζόμενα προϊόντα σε όλα τα δημοφιλή γυναικεία περιοδικά, προξενώντας διπλό κακό γιατί τα συγκεκριμένα έντυπα δεν έκαναν καμία νύξη για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, περνώντας ταυτόχρονα νέα πρότυπα τρόπου ζωής, κυρίως στις νεαρές ηλικίες.
- Το 1991 δημοσιεύτηκαν οι πρώτες μελέτες που απεδείκνυαν την επιθετική πολιτική επέκταση του καπνίσματος στα παιδιά από την πλευρά των καπνοβιομηχανιών, με τη διαφημιστική καμπάνια του Joe Camel.

Μετά από αυτήν την μεγάλη συλλογή στοιχείων για τα προβλήματα υγείας από το κάπνισμα, η καπνοβιομηχανία στις Η.Π.Α. αναγκάστηκε να προχωρήσει στη σύνταξη Σύμβασης Συλλογικής Διευθέτησης (Total Settlement) των διαφορών μεταξύ της καπνοβιομηχανίας και των πολιτών. Με τη σύμβαση αυτή η

καπνοβιομηχανία θα έπρεπε να καταβάλει περισσότερο από 176 δις δολάρια για τα επόμενα 25 χρόνια στα θύματα της καπνιστικής συνήθειας και να αναλάβει δράση για την μείωση κατά 60% του καπνίσματος των εφήβων σε μια δεκαετία ακόμα, με οικονομική ρήτρα, αν αυτό δεν είχε επιτευχθεί. Η σύμβαση αυτή θεωρήθηκε ως η πρώτη επίσημη αναγνώριση, από πλευράς βιομηχανίας, της βλαβερής επίδρασης του προϊόντος της.

- Το 1999 η Philip Morris οργάνωσε μια διαφημιστική καμπάνια ύψους 4.240\$, στοχεύοντας στις γυναίκες και κυρίως στις μειονότητες, με το σύνθημα «Βρείτε τη φωνή σας». Το μήνυμα που περνούσε από την καμπάνια ήταν ότι το κάπνισμα συνδέεται με τη γυναικεία χειραφέτηση και απελευθέρωση.
- Το 2003 υπογράφεται από 192 κράτη η Παγκόσμια Συνθήκη για τον έλεγχο του Καπνού (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) υπό την αρωγή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ). Σύμφωνα με την σύμβαση αυτή, ο ΠΟΥ δηλώνει την ανησυχία του για την εξάπλωση της καπνιστικής επιδημίας σε μικρότερες ηλικίες και στις γυναίκες, επισημαίνει την ανάγκη για διεθνή συνεργασία όσον αφορά το λαθρεμπόριο τσιγάρων και καπνού και καλεί σε επαγρύπνηση όσον αφορά τις ενέργειες της καπνοβιομηχανίας με σκοπό την υπονόμευση της αντικαπνιστικής προσπάθειας.

Στη Συνθήκη αναφέρονται μέτρα για την συνεργασία των χωρών, τη φορολόγηση και τιμολόγηση, τη σήμανση των πακέτων και τα παραπλανητικά μηνύματα όπως «light», «mild», «χαμηλή πίσσα», τη διαφήμιση, τη νομική ευθύνη των κρατών, την προώθηση θεραπευτικών προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος, την απαγόρευση πώλησης τσιγάρων σε ανήλικους, την μείωση της έκθεσης του κοινού στο παθητικό κάπνισμα, κ.α. ([www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)).

#### **1.4. «Ο καπνός και τα M.M.E.»**

Σύμφωνα με άρθρο που δημοσιεύτηκε στο Αμερικανικό περιοδικό Δημόσιας Υγείας, τον Ιούνιο του 2002, το marketing καπνού μέσα από μια μεγάλη ποικιλία μέσων μαζικής ενημέρωσης είναι πολλά χρόνια μέρος της εμπειρίας των εφήβων. Η εικόνα του cowboy είναι γνωστή σε γενιές προγενέστερων, πρόσφατων και μελλοντικών εφήβων. Όπως ο ίδιος ο cowboy, η εικόνα μας ξαναγυρίζει σε περασμένους καιρούς και απλούστερους τρόπους διαβίωσης. Η σημερινή διαφήμιση του καπνού έχει την δική της ξεχωριστή αίσθηση. Οι χαρακτήρες των κινουμένων

σχεδίων, που αποδείχτηκαν ιδιαίτερος επιτυχής στο marketing του καπνού στους νέους, έχουν περάσει ανεπιστρεπτή. Στην θέση τους υπάρχουν πιο πολύπλοκες και εξεζητημένες καμπάνιες, φαινομενικά σχεδιασμένες να μειώσουν το επίπεδο του άμεσου marketing στους εφήβους. Εντούτοις διατηρούν την δεξιοτεχνία να προσελκύουν νεαρούς καταναλωτές μέσα από προσεκτικό χειρισμό αντικαπνιστικών μηνυμάτων. Όλες οι αντικαπνιστικές καμπάνιες δεν είναι ίδιες, όπως αναφέρεται στο forum για το κάπνισμα των νέων στην εφημερίδα «Journal» (2002). Τα χρήματα που συγκεντρώθηκαν από το «Master Settlement Agreement» (MSA)<sup>1</sup> το 1998, χρησιμοποιήθηκαν για να ιδρυθεί το «American Legacy Foundation» - ένα εθνικό, ανεξάρτητο ίδρυμα δημόσιας υγείας -και μυριάδες άλλων κρατικών προγραμμάτων τα οποία ξεκινάνε να κάνουν πρόοδο στην «πάλη της πίσσας» για την προστασία των Αμερικανών εφήβων. Ο Matthew Farrelly και οι συνεργάτες του (2002), σύγκριναν την «πραγματική» καμπάνια που χρηματοδότησε το «Master Settlement Agreement» με την καμπάνια «Σκέψου. Μην καπνίζεις.» που χορήγησε η Αμερικάνικη Philip Morris. Τα αποτελέσματα αποδεικνύουν ότι η έκθεση στις «αληθινές διαφημίσεις» ήταν με συνέπεια συσχετισμένη με μία μείωση σε αντικαπνιστικές συμπεριφορές και πεποιθήσεις, ενώ οι νέοι που ήταν εκτεθειμένοι στις διαφημίσεις της καμπάνιας «Σκέψου. Μην καπνίζεις» ήταν πιο πιθανό να είναι ανοιχτοί στην ιδέα να καπνίσουν. «Κατά συνέπεια είναι επιβεβλημένο να παραμείνουμε σε επαγρύπνηση», τονίζει ο Farrelly. Σήμερα γινόμαστε μάρτυρες μιας «εξελισσόμενης» αντιπαράθεσης. Αντί μιας επιλογής μεταξύ μηνυμάτων που προωθούν τον καπνό και αντικαπνιστικών μηνυμάτων, οι νέοι είναι τώρα αναγκασμένοι να αντιληφθούν την διαφορά μεταξύ αντικαπνιστικών μηνυμάτων που σχεδιάστηκαν να αποτρέψουν το κάπνισμα και αντικαπνιστικών μηνυμάτων που είναι σχεδιασμένα να ενθαρρύνουν το κάπνισμα ανάμεσα στους νέους. Η Anne Landman και οι συνεργάτες της, σε ένα άλλο άρθρο (2002) για το κάπνισμα των νέων, δείχνει με αποδείξεις ότι τα προγράμματα της καπνοβιομηχανίας για τους νέους κάνουν περισσότερο κακό παρά καλό για τον έλεγχο του καπνού. Νέοι διέξοδοι για την διεύρυνση των πωλήσεων δεν έχουν περάσει απαρατήρητοι. Ηλεκτρονικές ιστοσελίδες εκτός από το να πουλάνε ρούχα, ηλεκτρονικά ειδή, φαγητό και σχεδόν όποιο άλλο προϊόν μπορεί να βάλει ο νους, τώρα πουλάνε τσιγάρα. Ο Kurt Ribisl και οι συνεργάτες του (2002) αναφέρουν ότι οι

---

<sup>1</sup> Master Settlement Agreement (MSA): Ένα συμφωνητικό διακανονισμού, που υπογράφηκε το Νοέμβριο 1998 στις Η.Π.Α. αρχικά μεταξύ των τεσσάρων μεγαλύτερων εταιριών καπνού και τους γενικούς εισαγγελείς 46 πολιτειών.

νέοι ξεκινάνε να αγοράζουν τσιγάρα μέσω διαδικτύου. Τονίζουν την ανάγκη για ψήφιση νομοσχεδίου και εφαρμογή πολιτικών για τον περιορισμό της πρόσβασης των νέων στα προϊόντα καπνού. Σύμφωνα με τον Mark Schapiro όπως αναφέρει στην εφημερίδα «The Nation», στις 2 Μαΐου του 2002: «η βιομηχανία του καπνού είναι μια από τις πιο παγκοσμιοποιημένες βιομηχανίες στον πλανήτη. Πιο πολλά τσιγάρα εμπορεύονται από οποιοδήποτε άλλο προϊόν. Μερικά τρισεκατομμύρια "sticks", όπως είναι γνωστά στον επιχειρηματικό κόσμο, περνάνε τα διεθνή σύνορα κάθε χρόνο». Νέοι από όλο τον κόσμο υπόκεινται σε ένα καταιγισμό εικόνων, πολλές από τις οποίες σχεδιάζονται ειδικά για να ενθαρρύνουν την παρορμητική αγορά προϊόντων καπνού χωρίς την προσοχή από τον νόμο των απαιτούμενων προειδοποιήσεων υγείας. Πράγματι η Melanie Wakefield και οι συνεργάτες της (2002) προσεκτικά τεκμηριώνουν τη σημασία των πρακτικών του αγοραστικού marketing στις Η.Π.Α., οι οποίες έχουν συμπληρώσει το κενό από το μέτρο που πήρε το MSA το 1998 για την υπαίθρια διαφήμιση ([www.aiph.org](http://www.aiph.org)).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **«ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ»**

Όπως σημειώνει η κ.Μπελετσιώτη-Στίκα (Beletsioti-Stika, 2006), στο άρθρο «Woman and smoking», τις τελευταίες δεκαετίες, τα ποσοστά των γυναικών που καπνίζουν τείνουν να αυξάνονται σημαντικά στο γενικό σύνολο των καπνιστών. Αυτός είναι ο κύριος λόγος που οι γυναίκες καπνίστριες έχουν προσελκύσει το ιδιαίτερο ενδιαφέρον, τόσο των καπνοβιομηχανιών όσο και των επαγγελματιών υγείας. Οι πρώτοι ενδιαφέρονται γιατί οι γυναίκες εμφανίζουν μια σχετική σταθερότητα στα ποσοστά κατανάλωσης τσιγάρων, σε σχέση με τη σταθερή μείωση που παρουσιάζουν οι άνδρες καπνιστές. Αντίθετα οι επαγγελματίες υγείας, ανησυχούν για την επιδημική μορφή που έχουν λάβει οι παθήσεις που σχετίζονται με το κάπνισμα, χωρίς να παραβλέπουν ότι οι καπνίστριες είναι εκτεθειμένες σε πολλές παθήσεις που σχετίζονται αποκλειστικά και μόνο με το φύλο τους. Παρότι η αναλογία των ενηλίκων που καπνίζουν μειώνεται σταδιακά τα τελευταία 20 χρόνια και στα δύο φύλα, εντούτοις οι έρευνες δείχνουν ότι η επίπτωση του καπνίσματος στις γυναίκες αρχίζει να παρουσιάζει ανοδική πορεία. Πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι μεταξύ των εφήβων, τα κορίτσια καπνίζουν περισσότερο από τα αγόρια. Όπως έχει αποδειχθεί οι γυναίκες κινδυνεύουν πλέον από τις ίδιες παθήσεις που προκαλεί το κάπνισμα και στους άνδρες καπνιστές. Επιπρόσθετα, οι καπνίστριες διατρέχουν τον κίνδυνο να αναπτύξουν ένα αριθμό νοσημάτων που σχετίζονται αποκλειστικά και μόνο με το γυναικείο φύλο.

#### **2.1. « Γενικές πληροφορίες για τις επιπτώσεις του τσιγάρου στην υγεία»**

Σύμφωνα με την ιστοσελίδα που διατηρεί ο μη κερδοσκοπικός αντικαπνιστικός οργανισμός ‘nosmoke.gr’, το κάπνισμα είναι μια συνήθεια ξένη προς τις φυσιολογικές, βιολογικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού. Γι’ αυτόν ακριβώς τον λόγο, μέχρι να την υιοθετήσει, καταπονείται και δυσκολεύεται καθώς του προκαλεί κάποια αναστάτωση. Δεν αποτελεί μια λειτουργία που έχει προβλέψει η Φύση, αλλά μια απλή συνήθεια που επινόησε ο άνθρωπος από την εποχή που ζούσε ακόμη σε σχεδόν πρωτόγονη κατάσταση. Παρά ταύτα όμως, όταν ο οργανισμός εθιστεί στον καπνό, τον κάνει αδιάσπαστο μέρος της λειτουργίας του και δυσκολεύεται έπειτα να απαλλαγεί από αυτόν ([www.nosmoke.gr](http://www.nosmoke.gr)).



Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) εκτιμά ότι το ένα τρίτο του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού, δηλ. 1,1 δισεκατομμύρια άνθρωποι, είναι καπνιστές και ότι ο καπνός προκαλεί 3,5 εκατομμύρια θανάτους ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο. Ποσοστό που ισοδυναμεί με 10.000 θανάτους την ημέρα από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα, ενώ οι οφειλόμενοι στο κάπνισμα θάνατοι είναι περισσότεροι από το άθροισμα των θανάτων από τα πυροβόλα όπλα, τα ναρκωτικά, τις αυτοκτονίες, το AIDS και τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα. Με τον τρέχοντα ρυθμό εξέλιξης, μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 2020, οι θάνατοι θα έχουν αυξηθεί σε περίπου 10 εκατομμύρια ετησίως.

Το 1970 ξεκίνησαν να δημοσιεύονται κάποιοι από τους κινδύνους που εγκυμονεί το κάπνισμα. Το κάπνισμα προκαλεί τουλάχιστον 25 απειλητικές για τη ζωή ασθένειες ή ομάδες ασθενειών και αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου σε οκτώ από τις 16 κύριες αιτίες θανάτου ανθρώπων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών. Επίσης, το άμεσο και το έμμεσο κόστος της θεραπείας των νοσημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα αποτελεί τεράστια επιβάρυνση για τον προϋπολογισμό της υγείας παγκοσμίως (WHO,2007) ([www.yyka.gov.gr](http://www.yyka.gov.gr)).

Η νικοτίνη είναι μια ελαιώδης χημική ένωση που περιέχει άζωτο. Αν υποθέσουμε ότι ο καπνιστής τραβάει μόνο μια ρουφηξιά από το τσιγάρο του και τη συνέχεια το σβήνει, ο μηχανισμός που τίθεται σε λειτουργία αμέσως μετά είναι ο εξής: η νικοτίνη που εισπνεύστηκε μπαίνει στην κυκλοφορία του αίματος και φθάνει παντού, συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφάλου. Στον εγκέφαλο φθάνει μέσα σε 8 ως 18 δευτερόλεπτα. Εκεί διεγείρει τους νευρώνες και αυτομάτως στέλνονται διάφορα μηνύματα στα όργανα του καπνιστή: δίνεται η εντολή να εκκριθεί αδρεναλίνη, “ειδοποιείται” η καρδιά να αρχίσει να χτυπά πιο γρήγορα, τα αγγεία συσπώνται, απελευθερώνεται γλυκόζη, κ.λ.π. Η νικοτίνη σε μικρή ποσότητα διεγείρει, ενώ σε μεγάλη ναρκώνει και προκαλεί θάνατο. Η περιεκτικότητα της στο αίμα πέφτει κατά 50% μισή ώρα μετά από μια ρουφηξιά και κατά 75% στα τρία τέταρτα της ώρας. Η δράση των ορμονών που εκκρίθηκαν διαρκεί επίσης περίπου μισή ώρα. Από τη στιγμή που μειώνεται η περιεκτικότητα της νικοτίνης στο αίμα, ο καπνιστής νιώθει την ανάγκη να ανεβάσει εκ νέου τα επίπεδα της, γι’ αυτό οι περισσότεροι καπνίζουν περίπου ένα πακέτο την ημέρα – δύο τσιγάρα την ώρα. Στους μανιώδεις καπνιστές η νικοτίνη σωρεύεται στον οργανισμό και “αρκεί” ακόμα και για τις ώρες του ύπνου ([www.nosmoke.gr](http://www.nosmoke.gr)).

Οι κύριες βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος εντοπίζονται στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισης και στην αύξηση της θνησιμότητας των παρακάτω νοσημάτων:

- το εμφύσημα και άλλες χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες
- διάφορες μορφές καρκίνου με κυριότερο τον καρκίνο του πνεύμονα, ενώ ακολουθούν ο καρκίνος του φάρυγγα, του λάρυγγα και της ουροδόχου κύστης
- καρδιοαγγειακές και περιφερειακές αγγειακές παθήσεις καθώς και αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου
- στεφανιαία νόσο
- οστεοπόρωση
- ενώ φαίνεται να σχετίζονται και κάποια προβλήματα στην γονιμότητα

([www.yyka.gov.gr](http://www.yyka.gov.gr)).

## **2.2. «Κάπνισμα και επιπτώσεις στην υγεία των γυναικών»**

Η σχετιζόμενη με το κάπνισμα νοσηρότητα στις γυναίκες συνδέεται με πλειάδα νοσημάτων που μπορούν να προληφθούν. Η αρνητική επίδραση του καπνού στην υγεία εκτείνεται από την επίπτωση στην ανάπτυξη του εμβρύου και την ακόλουθη προδιάθεση για εμφάνιση συμπτωματολογίας από το αναπνευστικό, μέχρι την επίδραση στην πορεία διαφόρων νοσημάτων από άλλα συστήματα.

Ο ετήσιος κίνδυνος θανάτου σε γυναίκες που συνεχίζουν να καπνίζουν σχεδόν διπλασιάζεται, σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν ποτέ καπνίσει, σε όλες τις ηλικιακές ομάδες από 45 έως 74 ετών ([www.iatrotek.org.gr](http://www.iatrotek.org.gr)).

### **2.2.1. «Αρνητική επίδραση στη γυναικεία γονιμότητα»**

Το κάπνισμα έχει αποδειχτεί πως ασκεί αρνητικές επιδράσεις σε πολλούς ανεξάρτητους παράγοντες της αναπαραγωγικής ικανότητας των γυναικών, όπως στη λειτουργία της σάλπιγγας και των ωοθηκών, καθώς και στην παραγωγή ωοκυττάρων. Κλινική επίπτωση των παραπάνω είναι ο αυξημένος κίνδυνος για έκτοπη κύηση<sup>2</sup> και αυτόματη έκτρωση, ειδικά σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Ο κίνδυνος για έκτοπη κύηση είναι σχεδόν διπλάσιος στις γυναίκες που καπνίζουν. Μελέτες σε ζώα δείχνουν πως η νικοτίνη επιδρά στην κινητικότητα της σάλπιγγας και αυτό μπορεί να συμβάλει στην αυξημένη πιθανότητα για έκτοπη κύηση. Ο αυξημένος κίνδυνος των καπνιστριών για αυτόματη έκτρωση έγινε

---

<sup>2</sup> Έκτοπη κύηση: ονομάζεται η εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου σε θέση εκτός της κοιλότητας της μήτρας.

περισσότερο εμφανής σε μελέτες γυναικών που υποβάλλονται σε υποβοηθούμενη γονιμοποίηση. Σε μία μελέτη, η πιθανότητα για αυτόματη έκτρωση φτάνει το 73% στις καπνίστριες, ενώ σε γυναίκες που δεν καπνίζουν το ποσοστό είναι 24%. Η διαφορά αυτή παρατηρήθηκε παρά τον απόλυτα ελεγχόμενο ρυθμό γονιμοποίησης και εμφύτευσης ωαρίων.

Η νικοτίνη, καθώς και άλλα συστατικά του καπνού, ασκούν παρατεταμένη και δόσοεξαρτώμενη βλαπτική επίδραση στις ωοθήκες, αναστέλλοντας τη δραστηριότητα της αρωματάσης της κοκκιώδους στιβάδας, με αποτέλεσμα ελαττωμένη σύνθεση των οιστρογόνων.

Επιπρόσθετα, οι πολυκυκλικοί υδρογονάνθρακες που περιέχονται στον καπνό, είναι δυνητικοί επαγωγείς του κυτοχρώματος P450, το οποίο είναι υπεύθυνο για το μεταβολισμό των στεροειδών ορμονών, με αποτέλεσμα ταχύτερη απομάκρυνση της οιστραδιόλης<sup>3</sup>.

Το κάπνισμα έχει συνδεθεί με καθυστέρηση στο χρόνο της σύλληψης, η οποία είναι περισσότερο εμφανής σε γυναίκες που υποβάλλονται σε υποβοηθούμενη γονιμοποίηση (κατά μέσο όρο καθυστέρηση δύο μηνών). Κάπνισμα ενός πακέτου την ημέρα και έναρξη της καπνιστικής συνήθειας πριν την ηλικία των 18 ετών συνοδεύονται με μεγαλύτερη αύξηση του κινδύνου για υπογονιμότητα, γεγονός που υποδηλώνει τη δόσοεξαρτώμενη επίδραση στη γυναικεία γονιμότητα. Επιπλέον, οι “βαριές” καπνίστριες παρουσιάζουν διαταραχές στην έμμηνο ρύση και εμφανίζουν κατά 67% υψηλότερη πιθανότητα για ανώμαλες μητρορραγίες. Εξαιτίας της αντιοιστρογόνου δράσης της νικοτίνης, οι καπνίστριες έχουν επίσης προωιότερη έναρξη της εμμηνόπαυσης (περίπου κατά δύο έτη), σε σχέση με τις μη καπνίστριες ([www.iatrotek.org.gr](http://www.iatrotek.org.gr)).

### **2.2.2. «Οι επιπτώσεις στην περίοδο της εγκυμοσύνης και στο έμβryo»**

#### **Αρνητική επίδραση στην έκβαση της κύησης**

Το κάπνισμα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης σχετίζεται με συνολική αύξηση της περιγεννητικής θνησιμότητας. Το μονοξειδίο του άνθρακα και η νικοτίνη είναι τα κύρια παράγωγα του καπνού που φαίνεται πως ευθύνονται για την αρνητική επίδραση στην έκβαση της κύησης.

---

<sup>3</sup>Οιστραδιόλη: μια από τις κύριες φυλετικές ορμόνες στις γυναίκες η οποία ανήκει στα οιστρογόνα.

Το κάπνισμα της μητέρας συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου, νεογνά με χαμηλό βάρος γέννησης, πρόωρο τοκετό και μαιευτικές επιπλοκές, όπως πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, προδρομικό πλακούντα και πρόωρη ρήξη των υμένων. Το κάπνισμα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ευθύνεται για ποσοστό 15% όλων των πρόωρων τοκετών και μέχρι 150% αύξηση της συνολικής περιγεννητικής θνησιμότητας.

Οι αναπνευστικές κινήσεις του εμβρύου μέσα στη μήτρα είναι απαραίτητες για τη φυσιολογική ανάπτυξη και δομική ωρίμανση των εμβρυϊκών πνευμόνων. Μελέτες σε ζώα δείχνουν ότι η έκθεση στον καπνό τσιγάρου στη διάρκεια της εγκυμοσύνης οδηγεί σε ελάττωση των αναπνευστικών κινήσεων του εμβρύου. Η παρατεταμένη απουσία ή ελάττωση των αναπνευστικών κινήσεων στο έμβρυο είναι πιθανόν να οδηγεί σε υποπλασία των πνευμόνων. Αυτές οι παρατηρήσεις μπορεί να έχουν εφαρμογή και στον άνθρωπο, αφού η νικοτίνη προκαλεί ελάττωση της συχνότητας των αναπνευστικών κινήσεων, σε φυσιολογικές και παθολογικές εγκυμοσύνες.

Στις αναπτυγμένες χώρες, το κάπνισμα αποτελεί μείζονα παράγοντα για νεογνά με χαμηλό βάρος γέννησης. Η ιστολογική εξέταση πλακούντων από καπνίστριες μητέρες δείχνει αλλοιώσεις, όπως ελάττωση της επιφάνειας των εμβρυϊκών τριχοειδών καθώς και ελάττωση του όγκου των μεσολάχιων διαστημάτων. Οι μορφολογικές αυτές αλλοιώσεις προκαλούν ελάττωση της διάχυσης του οξυγόνου μέσω του πλακούντα με αποτέλεσμα το έμβρυο να αναπτύσσεται σε συνθήκες χρόνιας υποξίας<sup>4</sup>. Υπολογίζεται ότι κάθε τσιγάρο την ημέρα που καπνίζει η έγκυος μητέρα αντιστοιχεί σε ελάττωση του βάρους γέννησης κατά 10-15 γραμμάρια. Εντούτοις, η ελάττωση που προκαλείται δεν είναι γραμμική. Μεγάλη ελάττωση στο βάρος του εμβρύου μπορεί να προκληθεί και σε χαμηλά επίπεδα έκθεσης σε νικοτίνη. Γι' αυτό το όφελος που έχει το έμβρυο από την ελάττωση του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζει η έγκυος μητέρα είναι μικρό, συγκριτικά με το αντίστοιχο όφελος που προκύπτει από την ολοκληρωτική διακοπή του καπνίσματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ([www.iatrotek.org.gr](http://www.iatrotek.org.gr)).

---

<sup>4</sup>Υποξία: παθολογική κατάσταση κατά την οποία ολόκληρο το σώμα ή ένα μικρό μέρος του στερείται επαρκούς οξυγόνου.

### **Κάπνισμα και γενετικές ανωμαλίες στο νεογνό**

Σύμφωνα με έρευνα που δημοσιεύεται στο περιοδικό «Plastic and Reconstructive Surgery» (2007), είναι αρκετό μισό πακέτο την ημέρα για να αυξηθεί ο κίνδυνος κατά 30% να γεννηθεί το νεογνό με περισσότερα, λιγότερα ή παραμορφωμένα δάχτυλα.

Για τις ανάγκες της έρευνας, επιστήμονες του Πανεπιστημίου της Πενσιλβάνια εξέτασαν 7 εκατ. γεννήσεις από το 2001 έως το 2002 και παρατήρησαν ότι 5.200 νεογνά, των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν στην εγκυμοσύνη, εμφάνιζαν δυσμορφίες στα δάχτυλα. Όπως φάνηκε στην έρευνα, όσο περισσότερο κάπνιζε μια γυναίκα, τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες είχε να γεννήσει παιδί με δυσμορφίες στα δάχτυλα.

Όσες κάπνιζαν περισσότερο από ένα πακέτο την ημέρα εμφάνιζαν κίνδυνο αυξημένο κατά 78%, ενώ ο κίνδυνος ήταν αυξημένος κατά 38% στις γυναίκες που κάπνιζαν από 11 έως 20 τσιγάρα καθημερινώς. Όσες κάπνιζαν λιγότερα από 10 τσιγάρα είχαν αυξημένο κίνδυνο κατά 29%. Ο Dr.Alfred Robichaux, του Ochsner Health System, της Νέας Ορλεάνης, δήλωσε πως τα ευρήματα αποτελούν επιπλέον λόγο για να σταματήσουν οι γυναίκες το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη. Όπως δηλώνει, εκτός από τα προαναφερθέντα προβλήματα, το κάπνισμα προκαλεί λαγώχειλο, λυκόστομα, αναπνευστικά προβλήματα στα νεογνά καθώς και χαμηλότερο IQ ([www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)).

### **Κάπνισμα και ακοή του εμβρύου**

Μελέτη από τον ερευνητή ιατρό Peter Fried και συν. στο Πανεπιστήμιο Charleton της Οττάβας, (στο: Μπιλάλης,1997), διαπίστωσε ανωμαλίες στην εξέλιξη της ακοής των παιδιών οφειλόμενες στην επίδραση του καπνού, όταν οι μητέρες τους κάπνιζαν κατά την εγκυμοσύνη. Τα φυσιολογικά νεογέννητα τίνιζαν τα πόδια και τα χέρια τους στον ξαφνικό θόρυβο, ενώ τα παιδιά των γυναικών που κάπνιζαν στην εγκυμοσύνη αντιδρούσαν λιγότερο έντονα στον ήχο. Τα παιδιά αυτά σε ηλικία 6-11 ετών εξετάστηκαν εκ νέου για την οξύτητα της ακοής και βρέθηκαν με χαμηλότερη απόδοση στις ακουστικές εξετάσεις, πράγμα που ενδέχεται να επιδρά στη σχολική τους εκπαίδευση, έναντι των συμμαθητών τους.

### **Αρνητική επίδραση στο νεογνό και την παιδική ηλικία**

Βρέφη από καπνίστριες μητέρες αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο για αιφνίδιο θάνατο (sudden infant death syndrome). Η έκθεση του βρέφους μετά τον τοκετό στον καπνό τσιγάρου του περιβάλλοντος προκαλεί περαιτέρω αύξηση του κινδύνου. Η συσχέτιση είναι δόσοεξαρτώμενη και θεωρείται σχεδόν απόλυτα αιτιολογική. Ως πιθανοί μηχανισμοί του συνδρόμου αναφέρονται ανωμαλίες στην ανάπτυξη του εγκεφάλου, με τάση για κεντρικές άπνοιες, και διαταραχή των μηχανισμών ρύθμισης της αναπνοής, με ελαττωμένη αναπνευστική απάντηση στην υποξία. Άλλες πιθανές ερμηνείες είναι ατελής ανάπτυξη του πνεύμονα σε νεογνική ηλικία και επιβάρυνση από αναπνευστικές λοιμώξεις.

Κατά τη διάρκεια του θηλασμού, όταν η μητέρα είναι καπνίστρια, η νικοτίνη μεταφέρεται στο νεογνό με το μητρικό γάλα. Ο μέσος χρόνος ημίσειας ζωής για την απομάκρυνση της νικοτίνης από το μητρικό γάλα βρέθηκε πως είναι 95 λεπτά. Τα επίπεδα νικοτίνης στο γάλα εξαρτώνται από τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνισε η μητέρα πριν τον τελευταίο θηλασμό και από το χρόνο που μεσολάβησε από το τελευταίο τσιγάρο μέχρι το θηλασμό.

Επιπλέον, το παθητικό κάπνισμα στα πρώτα χρόνια της ζωής των παιδιών συνδέεται με αύξηση των λοιμώξεων του αναπνευστικού (βρογχίτιδα, βρογχιολίτιδα και πνευμονία), συχνές εισαγωγές στο νοσοκομείο για λοιμώξεις, καθώς και αυξημένη προσβολή από νόσους του μέσου ωτός (οξεία μέση ωτίτιδα, υποτροπιάζουσα ωτίτιδα και συλλογές του μέσου ωτός). Παιδιά σχολικής ηλικίας με έκθεση στον καπνό τσιγάρου στο σπίτι εμφανίζουν συχνότερα συμπτώματα από το αναπνευστικό, όπως συριγμό, βήχα, δύσπνοια και αυξημένη απόχρεμψη ([www.iatrotek.org.gr](http://www.iatrotek.org.gr)).

### **2.3. «Κάπνισμα και καρκινογένεση»**

Ο κίνδυνος για καρκίνο πνεύμονα αυξάνεται αναλογικά με την ποιότητα, διάρκεια και ένταση του καπνίσματος. Ο κίνδυνος θανάτου από καρκίνο πνεύμονα είναι 20 φορές υψηλότερος για τις γυναίκες που καπνίζουν δύο ή περισσότερα πακέτα την ημέρα, σε σχέση με αυτές που δεν καπνίζουν.

Στοιχεία από επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν ότι, μετά από προσαρμογή της δόσης έκθεσης, οι γυναίκες είναι περισσότερο ευαίσθητες στην καρκινογόνο δράση του καπνού από τους άντρες. Ο σχετικός κίνδυνος δόσης-αποτελέσματος είναι 1,2 ως 1,7 φορές υψηλότερος στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες, αποτέλεσμα που είναι

περισσότερο εμφανές για το μικροκυτταρικό και το αδenoκαρκίνωμα και όχι τόσο για το πλακώδες. Βιοχημικά και γενετικά στοιχεία υποστηρίζουν περαιτέρω τη διαφορά μεταξύ των δύο φύλων στην ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα μετά από έκθεση σε καπνό τσιγάρου. Το γονίδιο που κωδικοποιεί τον πεπτιδικό υποδοχέα για την απελευθέρωση της γαστρίνης<sup>5</sup> (gastrin-releasing peptide receptor) βρίσκεται στο άπω άκρο του p-βραχίονα του χρωμοσώματος Χ. Το παραπάνω γονίδιο ενέχεται στην καρκινογένεση στον πνεύμονα. Οι γυναίκες μπορεί να έχουν δύο ενεργοποιημένα αλληλόμορφα γονίδια, ενώ οι άντρες μόνο ένα. Το γονίδιο που κωδικοποιεί τον πεπτιδικό υποδοχέα για την απελευθέρωση της γαστρίνης μπορεί να εκφραστεί πιο συχνά στις γυναίκες απ' ό τι στους άντρες, ακόμα και σε απουσία έκθεσης σε καπνό, και επιπλέον σε νεαρότερη ηλικία, όταν υπάρχει έκθεση σε καπνό τσιγάρου. Η νικοτίνη επάγει τη λειτουργία του συγκεκριμένου γονιδίου. Τα παραπάνω αντιπροσωπεύουν δυνητικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου πνεύμονα στις γυναίκες.

Τα καρκινογόνα που περιέχονται στον καπνό σχηματίζουν με το DNA σταθερά συμπλέγματα, που θεωρούνται ένα πρώιμο στάδιο στην ανάπτυξη του καρκίνου. Υψηλό φορτίο τέτοιων συμπλεγμάτων ανιχνεύεται τόσο σε καπνιστές όσο και σε πρώην καπνιστές. Στην τελευταία ομάδα, η ηλικία έναρξης της καπνιστικής συνήθειας καθορίζει το ποσό των συμπλεγμάτων με το DNA, ενώ σε τρέχοντες καπνιστές, η πρόσφατη ένταση του καπνίσματος αποτελεί τον καθοριστικό παράγοντα του επιπέδου των συμπλεγμάτων. Οι νεαρότεροι καπνιστές είναι πιθανόν πιο ευαίσθητοι στο σχηματισμό DNA-συμπλεγμάτων σε σχέση με άτομα που ξεκίνησαν αργότερα το κάπνισμα. Αυτό μπορεί να έχει μεγαλύτερη εφαρμογή στο γυναικείο φύλο, διότι στην εφηβεία η καπνιστική συνήθεια είναι σχεδόν ισοδύναμα διαδεδομένη στα δύο φύλα.

Επιπρόσθετα, το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τον καρκίνο του στοματοφάρυγγα και της ουροδόχου κύστης στις γυναίκες. Υπάρχουν ακόμη ισχυρά στοιχεία για αυξημένο κίνδυνο καρκίνου ήπατος, παχέος εντέρου, τραχήλου μήτρας, καθώς και παγκρέατος και νεφρών, στις καπνίστριες. Όσον αφορά στον καρκίνο του λάρυγγα και του οισοφάγου, τα στοιχεία είναι πιο περιορισμένα στις γυναίκες, αλλά συμβατά με μεγάλη αύξηση του κινδύνου ([www.iatrotek.org.gr](http://www.iatrotek.org.gr)).

---

<sup>5</sup>Γαστρίνη: ορμόνη του γαστρεντερικού σωλήνα.

#### 2.4. «Κάπνισμα και καρδιαγγειακά νοσήματα στις γυναίκες»

Ο καπνός του τσιγάρου καθώς και η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τόσο σε γυναίκες όσο και σε άντρες. Μαζί με την υπέρταση και την υπερχοληστεριναιμία<sup>6</sup>, το κάπνισμα αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη αθηροσκλήρωσης στα στεφανιαία, εγκεφαλικά και περιφερικά αγγεία. Ο κίνδυνος για στεφανιαία νόσο στις γυναίκες αυξάνεται με τον αριθμό των τσιγάρων και τη διάρκεια της καπνιστικής συνήθειας. Με τη διακοπή του καπνίσματος, ο κίνδυνος ελαττώνεται σημαντικά μέσα σε 1 ως 2 έτη. Το άμεσο αυτό όφελος ακολουθείται από βαθμιαία ελάττωση του κινδύνου, που εξισώνεται με αυτόν των μη καπνιστριών σε 10 ως 15 έτη από τη διακοπή.

Ο ακριβής μηχανισμός πρόκλησης αθηροσκλήρωσης από τον καπνό του τσιγάρου δεν είναι πλήρως κατανοητός. Ενδεχομένως αποδίδεται στη δυσλειτουργία των ενδοθηλιακών κυττάρων<sup>7</sup>, στις προκαλούμενες αλλαγές στο προφίλ των λιπιδίων, στην αύξηση των θρομβώσεων και στην αντι-οιστρογόνο δράση του καπνού του τσιγάρου.

Το κάπνισμα είναι επίσης σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την οξεία θρόμβωση των στεφανιαίων και τον αιφνίδιο καρδιακό θάνατο. Ο κίνδυνος για οξύ στεφανιαίο επεισόδιο στις καπνίστριες είναι δύο φορές υψηλότερος σε σχέση με τις μη καπνίστριες. Φαίνεται ότι το κάπνισμα έχει πολύ μεγαλύτερη βλαπτική επίδραση στις γυναίκες απ' ό τι στους άντρες, παρά τη συνολικά υψηλότερη συχνότητα καρδιακών επεισοδίων στους άντρες σε σχέση με τις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες.

Το κάπνισμα στις γυναίκες συνδέεται με υψηλότερο κίνδυνο για έμφραγμα του μυοκαρδίου συγκριτικά με τους άντρες. Το αποτέλεσμα είναι περισσότερο εμφανές σε γυναίκες μικρότερες των 45 ετών και σχετίζεται με την ποιότητα του καπνού που καταναλώνεται. Ομοίως, ο σχετικός κίνδυνος για θάνατο από στεφανιαίο επεισόδιο, ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζονται, είναι υψηλότερος στις γυναίκες συγκριτικά με τους άντρες. Στις νεαρότερες σε ηλικία γυναίκες, το κάπνισμα αναγνωρίζεται ως ο επικρατέστερος παράγοντας κινδύνου για αιφνίδιο καρδιακό θάνατο, σε αντιπαραβολή με πλέον παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου, όπως η υπέρταση, η υπερχοληστεριναιμία και ο διαβήτης, σε μεγαλύτερες ηλικίες.

<sup>6</sup> Υπερχοληστεριναιμία: μεγάλη ποσότητα χοληστερόλης στο αίμα, περισσότερο από το φυσιολογικό.

<sup>7</sup> Ενδοθηλιακά κύτταρα: κύτταρα του αίματος που παράγονται από τα αγγεία του αίματος.



Το κάπνισμα στις γυναίκες αυξάνει τον κίνδυνο για αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και υπαραχνοειδή αιμορραγία<sup>8</sup>. Με τη διακοπή του καπνίσματος ο κίνδυνος μπορεί να αναστραφεί: μέσα σε 5 ως 15 έτη αποχής ο κίνδυνος πλησιάζει αυτόν των γυναικών που δεν έχουν καπνίσει. Το κάπνισμα αυξάνει, επίσης, τον κίνδυνο των γυναικών για αιφνίδιο θάνατο από ρήξη ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής. Συνδέεται με την ανάπτυξη αθηροσκλήρωσης στα περιφερικά αγγεία, η οποία μπορεί να βελτιωθεί με τη διακοπή. Αποτελεί δε ισχυρό προγνωστικό δείκτη για την εξέλιξη και τη σοβαρότητα της αθηροσκλήρωσης των καρωτίδων, ενώ η διακοπή του φαίνεται πως επιβραδύνει το ρυθμό εξέλιξης της νόσου.

Η επίδραση του παθητικού καπνίσματος στην πρόκληση αθηροσκλήρωσης είναι μικρότερη συγκριτικά με το ενεργητικό κάπνισμα, αλλά εντούτοις αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Υπολογίζεται ότι ο κίνδυνος θανάτου από ισχαιμική καρδιοπάθεια σε μη καπνιστές, οι οποίοι εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα, αυξάνεται κατά περίπου 30%. Όπως συμβαίνει και με το ενεργητικό κάπνισμα, το αποτέλεσμα φαίνεται να είναι δόσοεξαρτώμενο και η βλαπτική επίδραση σοβαρότερη στις γυναίκες παρά στους άντρες ([www.iatrotek.org.gr](http://www.iatrotek.org.gr)).

## **2.5. «Κάπνισμα και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια στις γυναίκες»**

Το κάπνισμα αποτελεί τη βασική αιτία πρόκλησης χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) στις γυναίκες και ο κίνδυνος αυξάνεται με τη βαρύτητα και τη διάρκεια της καπνιστικής συνήθειας. Περίπου το 90% των θανάτων από ΧΑΠ μεταξύ γυναικών στις Η.Π.Α. μπορεί να αποδοθεί στο κάπνισμα. Είναι σημαντικό ότι οι έφηβες που καπνίζουν παρουσιάζουν επιβράδυνση του ρυθμού ανάπτυξης του πνεύμονα, ενώ οι ενήλικες καπνίστριες εμφανίζουν πρόωρη έκπτωση της αναπνευστικής λειτουργίας.

Από κάποιους μελετητές έχει προταθεί ότι οι γυναίκες είναι πιο ευπαθείς στην αρνητική επίδραση του καπνίσματος στην αναπνευστική λειτουργία. Σε πρόσφατη μελέτη που έλαβε χώρα στη Δανία, η θνητότητα από ΧΑΠ υπήρξε υψηλότερη στις γυναίκες απ' ό,τι στους άντρες μέσης ηλικίας, για τις δύο τουλάχιστον τελευταίες δεκαετίες. Τα παραπάνω στοιχεία υποδηλώνουν ότι, για δεδομένο ιστορικό

---

<sup>8</sup> Υπαραχνοειδής αιμορραγία: ένας ιδιαίτερος τύπος εγκεφαλικής αιμορραγίας που συνήθως εκδηλώνεται αιφνிடιαστικά σε ανθρώπους κάθε ηλικίας.

καπνιστικής συνήθειας, οι γυναίκες είναι πιθανόν περισσότερο ευπαθείς στην ανάπτυξη κλινικά αντιληπτής απόφραξης των αεραγωγών. Εντούτοις, οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στην ανάπτυξη και στην παθοφυσιολογία της ΧΑΠ χρειάζονται περαιτέρω έρευνα.

Συνολικά, από τα μέχρι τώρα στοιχεία, η θνητότητα από ΧΑΠ, για δεδομένο στάδιο της νόσου, είναι μεγαλύτερη στους άντρες απ' ότι στις γυναίκες. Εντούτοις, ενώ η θνητότητα της νόσου στους άντρες παραμένει σταθερή, στο γυναικείο φύλο παρατηρείται μία ταχεία αύξηση της θνητότητας από ΧΑΠ τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Η παραπάνω τάση μπορεί να αποδοθεί στην καπνιστική συμπεριφορά των γυναικών τις τελευταίες δεκαετίες, σε πιθανά μεγαλύτερη ευπάθεια στις βλαβερές επιδράσεις του καπνού καθώς και στη γήρανση του πληθυσμού. Δυστυχώς, οι θετικές αλλαγές στην καπνιστική συμπεριφορά δεν αναμένεται να έχουν μεγάλη επίπτωση στη θνητότητα από ΧΑΠ στις γυναίκες στο άμεσο μέλλον. Εάν δεχτούμε παρόμοια ευαισθησία στη νόσο μεταξύ των δύο φύλων, αναμένεται ότι η θνητότητα από ΧΑΠ στις γυναίκες θα εξισωθεί ή και θα ξεπεράσει αυτή των αντρών μέσα στις επόμενες 2-3 δεκαετίες ([www.iatrotek.org.gr](http://www.iatrotek.org.gr)).

## **2.6. « Κάπνισμα και οστεοπόρωση »**

Η μέγιστη οστική πυκνότητα επιτυγχάνεται στην αρχή της τέταρτης δεκαετίας της ζωής, μετά από την οποία παρατηρείται προοδευτική απώλεια οστικής μάζας, περίπου 0,5% ετησίως. Περιβαλλοντολογικοί και γενετικοί παράγοντες επηρεάζουν τη μέγιστη οστική μάζα και το ρυθμό απώλειας οστού. Ως παράγοντες κινδύνου για οστεοπόρωση έχουν αναγνωριστεί το φύλο (υψηλότερη συχνότητα στις γυναίκες), η ηλικία, η έλλειψη οιστρογόνων και η λευκή φυλή. Ο κίνδυνος οστεοπορωτικού κατάγματος αυξάνεται με την ηλικία και είναι πιο έκδηλος στις εμμηνόπαυσιες γυναίκες.

Το κάπνισμα έχει αρνητική επίδραση στην οστική μάζα. Στην εμμηνόπαυση, συνδέεται με ελάττωση της οστικής πυκνότητας (περίπου 2% για κάθε 10 έτη προόδου της ηλικίας) και σχεδόν διπλασιάζει τον κίνδυνο για κάταγμα ισχίου. Εντούτοις, στις προεμμηνόπαυσιες γυναίκες, το κάπνισμα δε συνδέεται με μειωμένη οστική πυκνότητα. Αυτή η διαφορά στις γυναίκες πριν και μετά την εμμηνόπαυση μπορεί να αποδοθεί είτε στην αθροιστική βλαπτική επίδραση του καπνού στα οστά, στις μεγαλύτερες σε ηλικία καπνίστριες, είτε σε αυξημένη ευαισθησία για απώλεια οστικής μάζας μετά την εμμηνόπαυση ή με την πρόοδο της

ηλικίας. Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι πρώην καπνίστριες και γυναίκες που δεν κάπνισαν ποτέ δεν παρουσιάζουν διαφορές στην οστική μάζα. Αυτό σημαίνει ότι η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να προλάβει την περαιτέρω απώλεια οστού και να μειώσει τον κίνδυνο για κατάγματα μετά την εμμηνόπαυση.

Η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος στα οστά μπορεί κατά ένα μέρος να αποδοθεί στην αρνητική δράση του στο μεταβολισμό των στεροειδών και στην επακόλουθη ελάττωση των οιστρογόνων. Επιπλέον, η νικοτίνη έχει ενοχοποιηθεί για άμεση τοξική δράση στα οστά. Μελέτες σε ζώα δείχνουν ότι η έκθεση στη νικοτίνη αναστέλλει το σχηματισμό νέου οστού. Επίσης, στην παθογένεια φαίνεται πως συμβάλει η ελάττωση των επιπέδων της βιταμίνης D και της απορρόφησης του ασβεστίου, στις γυναίκες που καπνίζουν. Τέλος, τουλάχιστον μέρος της αρνητικής επίδρασης μπορεί να αποδοθεί σε διαφορές στο σωματικό βάρος και τη φυσική δραστηριότητα των καπνιστριών, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν καπνίζουν ([www.iatrotek.org.gr](http://www.iatrotek.org.gr)).

## **2.7. «Κάπνισμα και κατάθλιψη»**

Όπως αποκαλύπτει μακροχρόνια Φιλανδική έρευνα (2007), που πραγματοποιήθηκε σε διδύμους, οι «δεινοί» καπνιστές έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με τους μη καπνιστές. Ωστόσο, αυτή η σχέση δεν φάνηκε να ισχύει σε όσους σταμάτησαν το κάπνισμα πολλά χρόνια πριν. Όπως δήλωσε ο επικεφαλής της έρευνας Dr. Tellevo Korhonen του Πανεπιστημίου του Ελσίνκι: «αν και η νικοτίνη έχει ιδιότητες που «ανεβάζουν» την διάθεση, η μακροχρόνια έκθεση στον καπνό μπορεί να παίζει πιο σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία των συμπτωμάτων κατάθλιψης». Τα αποτελέσματα βασίστηκαν σε 4000 άντρες και 5000 γυναίκες, διδύμους, των οποίων η υγεία παρακολούθηθηκε για 15 χρόνια. Τα στοιχεία της έρευνας υποδεικνύουν ότι το μακροχρόνιο κάπνισμα «προδικάζει» την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης. Ωστόσο, όταν ελήφθησαν υπόψη άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την κατάθλιψη, ο αυξημένος κίνδυνος για κατάθλιψη στους καπνιστές εμφανίστηκε σημαντικός μόνο στους άντρες. Από την έρευνα προέκυψε ότι σε αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη βρίσκονταν και όσοι είχαν διακόψει το κάπνισμα, αλλά μόνο βραχυπρόθεσμα. Όσοι διακόπτουν το κάπνισμα για πολύ καιρό, φαίνεται πως απομακρύνονται από το ενδεχόμενο εκδήλωσης κατάθλιψης. Ο ερευνητής πιστεύει πως ενδεχομένως αυτό, δείχνει ότι η διαδικασία «ανάρρωσης» από τις επιπτώσεις των τσιγάρων είναι μακρόχρονη. «Καθώς όταν

αρχίζουν το κάπνισμα οι άνθρωποι νιώθουν άμεσα στον εγκέφαλο τα ευχάριστα αποτελέσματα της νικοτίνης, χρησιμοποιούν το τσιγάρο ως μέσο ανακούφισης, από τα προβλήματα διάθεσης που ενδεχομένως έχουν», υπογραμμίζει ο Dr. Tellevo Korhonen. Επειδή η εξάρτηση από το τσιγάρο είναι τόσο δυνατή, όσο από την ηρωίνη, η αποχή είναι δύσκολη. Ο ερευνητής θεωρεί πως οι καπνιστές που είναι ευάλωτοι στην κατάθλιψη, ενδεχομένως μπορεί να χρειαστούν ειδική φαρμακευτική αγωγή και ψυχολογική στήριξη για να ξεπεράσουν την αρχική φάση της διακοπής του καπνίσματος. Στη συνέχεια, οι πιθανότητες για επιτυχία αυξάνονται ([www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)).

## **2.8. «Τα «light» τσιγάρα»**

Οι μεγάλες καπνοβιομηχανίες σκέφτηκαν αρκετά νωρίς τη δημιουργία προϊόντων αποκλειστικά για γυναίκες, σε συνεργασία με μεγάλους οίκους μόδας. Τέτοια προϊόντα ήταν τα τσιγάρα «light» με καθαρά λευκά φίλτρα, με χαμηλή περιεκτικότητα σε πίσσα και νικοτίνη, με γεύση λεμονιού, μέντας ή βανίλιας, τα οποία δοκιμάστηκαν στην αγορά των Η.Π.Α. και της Ευρωπαϊκής Ένωσης τη δεκαετία του 1980 (Beletsioti-Stika, 2006).

Ο όρος «light» δεν υφίσταται πλέον, αλλά αντιπροσωπεύει τσιγάρα με περιεκτικότητα πίσσας 6-9 mg. Πολλοί άνθρωποι έχουν την λανθασμένη εντύπωση ότι τα τσιγάρα «light» δεν έχουν τις ίδιες βλαβερές συνέπειες με τα κανονικά τσιγάρα. Σύμφωνα με νέα έρευνα τα «light» τσιγάρα προκαλούν, όπως και τα κανονικά τσιγάρα, στένωση των αιμοφόρων αγγείων. Σε μελέτη, που πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία, φάνηκε ότι, αν και πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι τα πιο «ελαφρά» τσιγάρα τους προστατεύουν περισσότερο από τις αρρώστιες, οι καπνιστές, είτε κάπνιζαν κανονικά, είτε «light» τσιγάρα, εμφάνιζαν αρνητική εικόνα όσον αφορά τη ροή αίματος στην καρδιά.

Σύμφωνα με τους ερευνητές της νέας μελέτης, με επικεφαλής τον Dr. Hakan Gullu του Konya Teaching and Medical Research Centre (2007), αν και είναι γνωστό ότι τα ελαφρά τσιγάρα δεν είναι ασφαλή, οι επιπτώσεις τους στο καρδιαγγειακό σύστημα δεν έχουν ξεκαθαριστεί πλήρως. Για την έρευνά τους, που δημοσιεύεται στο περιοδικό «Heart», οι ερευνητές εξέτασαν 62 ενήλικες, ηλικίας γύρω στα 20. Από αυτούς, 20 κάπνιζαν κανονικά τσιγάρα, 20 ήταν καπνιστές «light» τσιγάρων και 22 δεν κάπνισαν ποτέ.

Σε εξέταση για τη ροή του αίματος στην καρδιά, η ομάδα βρήκε ότι γενικά οι καπνιστές είχαν πιο αρνητική εικόνα σε σχέση με τους μη καπνιστές, ενώ η εικόνα επιδεινώθηκε μετά το κάπνισμα 2 τσιγάρων. Επιπλέον, η μείωση της ροής του αίματος, όπως μετρήθηκε, φάνηκε σχεδόν ίδια είτε τα τσιγάρα ήταν κανονικά είτε ήταν «light». Η εξέταση έγινε μετά από διάστημα 12 ωρών που οι εθελοντές δεν κάπνισαν και σε χωριστή μέρα, μισή ώρα μετά το κάπνισμα δυο τσιγάρων.

Όπως καταλήγουν οι ερευνητές, τα τσιγάρα «light» φαίνεται πως έχουν την ίδια αρνητική επίδραση στο καρδιαγγειακό σύστημα, όπως και τα κανονικά τσιγάρα ([www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)).

Και άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι τα «light» τσιγάρα είναι εξίσου βλαβερά με τα κανονικά. Ονομάζονται έτσι γιατί περιέχουν λιγότερη νικοτίνη και χαμηλότερη ποσότητα τοξικών χημικών ουσιών, όταν ο καπνός μετριέται από μηχανήμα. Στην πραγματικότητα όμως, οι έρευνες δείχνουν ότι οι καπνιστές εισπνέουν παρόμοιες ποσότητες νικοτίνης και χημικών ασχέτως από τη μάρκα ([www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)). Είναι επίσης χαρακτηριστικό, ότι παρά τη μεγάλη μείωση στην περιεκτικότητα των τσιγάρων σε πίσσα και τη χρήση φίλτρων που παρατηρήθηκε μετά το 1980, δεν παρατηρείται ουσιαστική μείωση του κινδύνου στους καπνιστές. Φαίνεται δηλαδή, ότι τα «ελαφρά» τσιγάρα ή το φίλτρο δεν μειώνουν τον κίνδυνο (US DHHS, 2000). ([www.yyka.gov.gr](http://www.yyka.gov.gr)).

## **2.9. «Παθητικό κάπνισμα»**

Άτομο που αναπνέει καπνό ενώ δεν καπνίζει ο ίδιος αποκαλείται παθητικός καπνιστής, ακούσιος ή έμμεσος καπνιστής. Μη καπνιστές/ παθητικοί καπνιστές αναπνέουν τον καπνό από το τσιγάρο που καίγεται και επίσης αυτόν που εκπνέεται από τον καπνιστή ([www.nosmoking.gr](http://www.nosmoking.gr)). Το 15% του καπνού εισπνέεται από τον καπνιστή, ενώ το 85% που απελευθερώνεται στον αέρα από την καύση του τσιγάρου και περιέχει υψηλή συγκέντρωση τοξινών, εισπνέεται από τους ανθρώπους που βρίσκονται κοντά στον καπνιστή. Παθητικοί καπνιστές μπορεί να έχουν άμεσες ενοχλήσεις όπως ερεθισμό στα μάτια, πονοκέφαλο, πόνο στο λαιμό, βραχνάδα και ζαλάδα (Αμερικανού και συν., 2003). Επίσης παρατηρείται αύξηση του καρδιακού ρυθμού, της πίεσης και του μονοξειδίου του άνθρακα και ελαφρά συσσώρευση νικοτίνης στο ρεύμα του αίματος. Από πλευράς πνευματικών και σωματικών ικανοτήτων παρατηρείται κάποια μείωση. Σχεδόν τα μισά παιδιά εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα στο σπίτι. Υπάρχει έντονος ισχυρισμός ότι οι παθητικοί

καπνιστές βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για μια σειρά από ασθένειες που συνδέονται με το κάπνισμα. Στις αντικαπνιστικές διαδηλώσεις και εκστρατείες το δικαίωμα των μη καπνιστών στον καθαρό και μη μολυσμένο αέρα, φαίνεται επικρατέστερο διότι είναι φυσικό, έναντι του επίκτητου δικαιώματος των καπνιστών ([www.cancer-society.gr](http://www.cancer-society.gr)).

Από έρευνα της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών προέκυψε ότι μόνον ένα στα πέντε παιδιά ζει σε υγιεινό περιβάλλον στην Ελλάδα. Το 80% των παιδιών ζουν καθημερινά σε ιδιαίτερα μολυσμένο περιβάλλον εξαιτίας της συνηθείας του καπνίσματος που έχουν οι γονείς τους (Μπιλάλης, 1997).

Σε όσους εκτίθενται παθητικά στο κάπνισμα, ο κίνδυνος προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα είναι κατά 20 - 30% μεγαλύτερος από τους μη καπνιστές (US DHHS, 2000) ([www.yyka.gov.gr](http://www.yyka.gov.gr)). Οι μη καπνιστές εκτίθενται επανειλημμένως στον περιβαλλοντικό καπνό τσιγάρου (ΠΚΤ), είτε μέσα στο σπίτι, είτε στο χώρο της εργασίας ή σε άλλους δημόσιους χώρους, όπου δυστυχώς επιτρέπεται το κάπνισμα. Παρά τις δυσκολίες στην αξιολόγηση των επιδράσεων της έκθεσης σε χαμηλά επίπεδα ΠΚΤ, βγήκαν ορισμένα συμπεράσματα:

1. Ο ΠΚΤ συνιστά λόγο νόσου για τους μη καπνιστές.
2. Τα παιδιά με έκθεση ΠΚΤ παρουσιάζουν αύξηση αναπνευστικών λοιμώξεων και πτώση στην αύξηση της πνευμονικής λειτουργίας.
3. Οι ενήλικες με έκθεση σε ΠΚΤ παρουσιάζουν πολυάριθμα οξέα φαινόμενα ερεθισμού.
4. Οι ενήλικες με έκθεση ΠΚΤ διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο του πνεύμονα και πιθανώς ισχαιμική καρδιακή νόσο.
5. Ο διαχωρισμός καπνιστών και μη καπνιστών μέσα στον ίδιο χώρο μπορεί να ελαττώσει, όχι όμως και να εξουδετερώσει την έκθεση μη καπνιστών σε ΠΚΤ (Μπιλάλης, 1997).

## **2.10. «Επιπτώσεις από την διακοπή του καπνίσματος»**

Οι κυριότερες επιπτώσεις που επιφέρει η διακοπή (ή η προσπάθεια διακοπής) στον καπνιστή, οφείλονται στην εξάρτηση του από το τσιγάρο. Σύμφωνα με πληροφορίες της ιστοσελίδας [www.neaygeia.gr](http://www.neaygeia.gr) του μηνιαίου περιοδικού για την προαγωγή της υγείας, τα 2/3 περίπου των καπνιστών επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα, αλλά μεταξύ πολλών που το επιχειρούν, λίγοι είναι εκείνοι που το καταφέρνουν. Ο κυριότερος λόγος αποτυχίας είναι η εξάρτηση από την νικοτίνη. Τα

στερητικά συμπτώματα είναι τόσο σωματικά/οργανικά, όσο και ψυχολογικά · συνήθως αρχίζουν λίγες ώρες μετά από την διακοπή και φτάνουν το μέγιστο βαθμό έντασης δυο με τρεις ημέρες αργότερα. Από αυτό το σημείο και μετά παρουσιάζουν σταδιακή ύφεση, ώσπου εξαλείφονται πλήρως. Συνολικά τα συμπτώματα ενδέχεται να διαρκέσουν από μερικές μέρες ως μερικές εβδομάδες. Χαρακτηριστικά στερητικά συμπτώματα είναι τα εξής:

- Δυσκολία συγκέντρωσης
- Ανησυχία
- Σύγχυση
- Αίσθημα κατάθλιψης
- Πονοκέφαλοι
- Αίσθημα τρόμου
- Ιδρώτας
- Έντονη επιθυμία για κάπνισμα
- Εκνευρισμός και ευερεθιστότητα
- Διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών
- Διαταραχές ύπνου
- Αυξημένη όρεξη ή και αύξηση του σωματικού βάρους
- Βραδυκαρδία
- Υπνηλία
- Ανικανότητα, κ.ά.

Τα στερητικά συμπτώματα αποτελούν το μεγαλύτερο εμπόδιο για όσους επιλέγουν να διακόψουν το κάπνισμα, καθώς και έναν από τους βασικούς λόγους που παρατάνε την προσπάθεια. Το σύμπτωμα της έντονης επιθυμίας για κάπνισμα, ξεκινά 6-12 ώρες μετά την διακοπή, είναι περισσότερο έντονο κατά την διάρκεια της 1<sup>ης</sup> εβδομάδας και μπορεί να διαρκέσει για ένα διάστημα 3-4 εβδομάδων. Η έντονη αυτή επιθυμία διαρκεί 30-90 δευτερόλεπτα, οπότε αν κάποιος καταφέρει να αντισταθεί μέσα σε αυτό το διάστημα, το σύμπτωμα θα υποχωρήσει. Η δυσκολία συγκέντρωσης είναι ένα από τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα στέρησης. Σύμφωνα με έρευνες που διεξήχθησαν πρόσφατα, όπως αναφέρεται στην σελίδα του περιοδικού, το 55% με 75% των καπνιστών που απέχουν από το κάπνισμα αναφέρουν αυτό το σύμπτωμα στο διάστημα της 1<sup>ης</sup> εβδομάδας από την διακοπή. Η δυσκολία συγκέντρωσης μπορεί να κάνει την εμφάνιση της από το πρώτο 24ώρο διακοπής, διατηρείται για τις 2 πρώτες βδομάδες και παύει να υφίσταται μέσα σε ένα μήνα. Η διακοπή μπορεί να

επιφέρει επιβράδυνση κάποιων εγκεφαλικών λειτουργιών, η οποία είναι ικανή να προκαλέσει υπνηλία ή μειωμένη συγκέντρωση. Οι διαταραχές ύπνου ενδέχεται να συμβούν στο διάστημα των πρώτων 48 ωρών μετά τη διακοπή, αλλά βελτιώνονται μετά το τέλος της πρώτης εβδομάδας και εξαφανίζονται μέσα στον πρώτο μήνα. Αν και η διακοπή αρχικά επηρεάζει την ποιότητα του ύπνου, στο βάθος του χρόνου βοηθάει στο να κοιμόμαστε καλύτερα. Η νικοτίνη επηρεάζει τη διάθεση προκαλώντας μεταβολές στα επίπεδα ορισμένων λειτουργιών του εγκεφάλου. Εάν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, είναι πιθανό να εμφανιστούν πιο σοβαρά συμπτώματα στέρησης. Η ήπια καταθλιπτική συμπτωματολογία εμφανίζεται τις πρώτες 24 ώρες από την διακοπή, συνεχίζεται για 1-2 εβδομάδες και μέσα σε ένα μήνα έχει εξαφανιστεί. Η έλλειψη νικοτίνης έχει ακόμα ως συνέπεια την εμφάνιση συναισθημάτων θυμού, ευερεθιστότητας, απογοήτευσης ή έντονης ανησυχίας. Συνήθως κάνουν και αυτά την εμφάνιση τους το πρώτο 24ώρο, είναι ιδιαίτερος έντονα στο διάστημα των πρώτων εβδομάδων και εξαφανίζονται κι αυτά μέσα στον πρώτο μήνα ([www.neaygeia.gr](http://www.neaygeia.gr)).



### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

#### **«ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΝΑΝΤΙΑ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΛΙΤΕΙΑ. ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ».**

Στην διάρκεια της μελέτης μας, βρήκαμε αρκετές πληροφορίες για τα μέτρα και τις πολιτικές που εφαρμόζονται στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Σε αυτό το κεφάλαιο θα σας παραθέσουμε αυτά που μας έκαναν περισσότερο εντύπωση και φυσικά τα μέτρα που εφαρμόζει η Ελλάδα, κάνοντας έτσι αυτόματα μια σχετική σύγκριση της πολιτικής της χώρας μας έναντι των υπόλοιπων χωρών.

Πριν όμως παραθέσουμε τα μέτρα, θα παραθέσουμε μια γενική εικόνα για την σχέση των ανθρώπων με το τσιγάρο, που ισχύει τόσο στο εξωτερικό, όσο και στην Ελλάδα και η οποία αναδεικνύει και την άμεση αναγκαιότητα λήψης μέτρων.

#### **3.1. «Επιδημιολογικά στοιχεία»**

Σύμφωνα με την έρευνα των D.J. Reid, A.D. McNeill and T.J. Glynn με τίτλο «Reducing the prevalence of smoking in youth in Western countries: an international review» (1995), για την μείωση της διάδοσης του καπνίσματος στους νέους στις Δυτικές χώρες, στην Βόρεια Αμερική και στην Δυτική Ευρώπη, οι περισσότεροι ενήλικοι καπνιστές ξεκινούν το τακτικό κάπνισμα μεταξύ 13 και 15 χρονών · ένας στους τέσσερις έφηβους έχει γίνει τακτικός καπνιστής μέχρι την ηλικία των 15. Σε μερικές χώρες - για παράδειγμα στις Η.Π.Α. και στην Αγγλία- ένα ποσοστό μέχρι 70% των παιδιών έχουν πειραματιστεί με το κάπνισμα μέχρι την ηλικία των 16. Για κάποιους έφηβους, η εξάρτηση από την νικοτίνη σύντομα γίνεται σημαντική · αλλά ακόμα και έτσι η μετάβαση στο τακτικό κάπνισμα συνήθως συμπεριλαμβάνει αρκετές περιόδους διακοπής και επανέναρξης.

Η διάδοση του καπνίσματος μεταξύ 11 και 16 χρονών σε πολλές Δυτικές χώρες έχει ιστορικά ακολουθήσει τα πρότυπα των ενηλίκων. Το κάπνισμα μεταξύ των αγοριών στην δεκαετία του '60 ήταν συνήθως υψηλότερο από των κοριτσιών αλλά αργότερα έπεσε καθώς τα κορίτσια ανέβαιναν, μέχρι που επιτεύχθηκε η ισότητα μεταξύ του 1975 και του 1985. Από τότε, η διάδοση στους εφήβους έχει αλλάξει σχετικά λίγο σε πολλές χώρες, παρά τις ταυτόχρονες πτωτικές τάσεις στην διάδοση μεταξύ των ενηλίκων. Παρ' όλα αυτά η διάδοση μεταξύ Καναδών 15 και 19 χρόνων έπεσε κατά 2/3 από το 1979 έως το 1991 και ένα 19% παρουσίασε πτώση μεταξύ

Αυστραλών 15 χρονών στο διάστημα μεταξύ 1984 και 1990 ([www.tobaccocontrol.bmj.com](http://www.tobaccocontrol.bmj.com)).

Συμφωνά με τα στοιχεία που παραθέτει ιατρική ομάδα στην ιστοσελίδα [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr), η Ελλάδα μαζί με την Κούβα και την Κύπρο κατέχουν τις πρώτες θέσεις παγκοσμίως στην κατά κεφαλήν κατανάλωση τσιγάρων. Είναι μάλιστα η μόνη Ευρωπαϊκή χώρα στην οποία παρατηρείται αύξηση του καπνίσματος και στους ενήλικους, αλλά κυρίως σε αγόρια και κορίτσια εφηβικής ηλικίας.

Πρόσφατα στοιχεία που έχουν χρησιμοποιηθεί από τον ΠΟΥ και προέρχονται από μελέτη του 2000 (Κοκκέβη και συνεργάτες), εκτιμούν ότι η εξάπλωση του καπνίσματος σε ενήλικες ανέρχεται στο 37,6%. Σύμφωνα με την ίδια μελέτη, η συνολική εξάπλωση αυξήθηκε από 34,8% το 1984 σε 37,6% 1998 λόγω της απότομης αύξησης σε νέες γυναίκες ηλικίας 18 έως 24 ετών. Σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα, τα ποσοστά καπνίσματος αυξήθηκαν από 28,4 σε 35,7% κατά την περίοδο 1984-1998 ([www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)).

Οι επιστήμονες είπαν ότι οι Ελληνίδες βρέθηκαν στην κορυφή της «μαύρης λίστας» του καπνίσματος για το έτος 2007. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), οι Ελληνίδες με το ποσοστό του 31,3 % βρίσκονται στην παγκόσμια κορυφή, ενώ οι άντρες στην χώρα μας, κατάφεραν μέσα στα τελευταία 15 χρόνια να κατέβουν στην 4<sup>η</sup> θέση της παγκόσμιας κατάταξης, αν και το ποσοστό των Ελλήνων καπνιστών παραμένει αρκετό υψηλό και αγγίζει το 46%. Τα παραπάνω στοιχεία γίνονται ανησυχητικά, αν λάβει κανείς υπόψη του ότι αφορούν γυναίκες και άντρες άνω των 15 ετών που καπνίζουν σε καθημερινή βάση ([www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)).

Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι για ένα άτομο ηλικίας 25 ετών, η κατανάλωση ενός πακέτου τσιγάρων την ημέρα θα μειώσει το προσδόκιμο ζωής κατά 4,6 έτη, ενώ σε έναν καπνιστή 2 πακέτων την ημέρα, το προσδόκιμο επιβίωσης θα μειωθεί κατά 8,3 έτη. Έναρξη του καπνίσματος σε ηλικία 15 ετών, μειώνει κατά μέσο όρο το προσδόκιμο ζωής κατά 8 έτη, ενώ έναρξη σε ηλικία άνω των 25 ετών, επιφέρει μείωση του προσδόκιμου ζωής κατά 4 έτη (US DHHS, 1989).

Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα στα οποία στηρίζονται τα στοιχεία του ΠΟΥ το 2000, το ποσοστό καπνιστών μεταξύ των ανδρών έφτανε στην Ελλάδα το 46,8%, ενώ μεταξύ των γυναικών το 29% (WHO, 2008). Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αττική το 2002, σε άτομα ηλικίας άνω των 18 ετών, το ποσοστό καπνιστών βρέθηκε στους άνδρες, 51% και στις γυναίκες 39% (Pitsavos et al., 2003). Σε σύγκριση με τις άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες, η Ελλάδα φαίνεται να

έχει το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών, όχι μόνο στους άνδρες αλλά και στις γυναίκες (πίνακας 1). Δεδομένου ότι στις γυναίκες η έναρξη του καπνίσματος άρχισε αργότερα και είναι ακόμη σε εξέλιξη, το ποσοστό των καπνιστριών αφενός ποικίλλει στις διάφορες ηλικίες και αφετέρου παρουσιάζει ακόμη τάσεις αύξησης.

**Πίνακας 1:** Ποσοστό καπνιστών μεταξύ των ενηλίκων, κατά φύλο, σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες.

|               | Έτος        | Άνδρες      | Γυναίκες    | Σύνολο      |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Βέλγιο        | 2002        | 30          | 25          | 27          |
| Γαλλία        | 2005        | 28,2        | 21,7        | 25,0        |
| Γερμανία      | 2003        | 33,2        | 22,1        | 27,4        |
| Δανία         | 2005        | 28,6        | 24,1        | 26,3        |
| <b>Ελλάδα</b> | <b>2000</b> | <b>46,8</b> | <b>29,0</b> | <b>37,6</b> |
| Ιταλία        | 2005        | 28,3        | 16,2        | 22,0        |
| Ισπανία       | 2003        | 34,1        | 22,4        | 28,1        |
| Μ.Βρετανία    | 2003        | 28          | 24          | 26          |
| Ολλανδία      | 2004        | 31          | 25          | 28          |
| Σουηδία       | 2004        | 14          | 19          | 16          |
| Φιλανδία      | 2004        | 27          | 20          | 23          |

Πηγή: WHO, The European Tobacco Control Report 2007. Copenhagen, WHO, 2007.

Στη μελέτη ESPAD<sup>9</sup> που πραγματοποιήθηκε σε σπουδαστές ηλικίας 17 - 18 ετών, σε 7 χώρες, το ποσοστό καπνιστών στην Ελλάδα ήταν στους άνδρες 50% και στις γυναίκες 47% (Andersson et al., 2007), ενώ σε μελέτη που έγινε το 2001 σε φοιτητές 17-30 ετών, το ποσοστό στους άνδρες βρέθηκε 44% και στις γυναίκες 42% (WHO, 2008) ([www.yyka.gov.gr](http://www.yyka.gov.gr)).

Στο Λύκειο αρχίζουν οι περισσότεροι Έλληνες και Ελληνίδες να καπνίζουν. Πρόσφατη μελέτη (Δεκέμβριος 2008) δείγματος 1.000 ανθρώπων, που μελετήθηκαν στην περιοχή της Αττικής από τον καθηγητή Ε.Πανά και τους συνεργάτες του, στο Οικονομικό Πανεπιστήμιο Πειραιά, καταλήγει στα εξής συμπεράσματα:

- Οι άνδρες σε ποσοστό 24,4% αρχίζουν το κάπνισμα πριν από την ηλικία των 15 ετών, ενώ στις γυναίκες το ποσοστό είναι 7,8%.
- Το ποσοστό των γυναικών τριπλασιάζεται από την ηλικία των 15 έως τα 18.

<sup>9</sup> ESPAD: Σχέδιο της Ευρωπαϊκής σχολικής έρευνας για το αλκοόλ και άλλες ναρκωτικές ουσίες.

Τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας δείχνουν ότι είμαστε οι πρώτοι καπνιστές σε παγκόσμιο επίπεδο, με 38,4% καπνίσματος στο συνολικό πληθυσμό μας άνω των 15 ετών. Η πρωτιά αυτή αναλυμένη κατά φύλο, αναδεικνύει τον ανδρικό πληθυσμό δεύτερο παγκοσμίως, με 46% και τον γυναικείο πληθυσμό πρώτο με 31,3% ([www.tanea.gr](http://www.tanea.gr)).

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη από το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών και δημοσιεύεται στην ιστοσελίδα [www.neahygeia.gr](http://www.neahygeia.gr), στην Ελλάδα το ποσοστό των καπνιστών είναι από τα υψηλότερα στην Ευρώπη και ολόκληρο τον κόσμο. Το 40% των Ελλήνων είναι καπνιστές και συγκεκριμένα, το 49,9% των ενηλίκων ανδρών και το 30,8% των ενηλίκων γυναικών καπνίζουν καθημερινά, ενώ 4 στους 10 καπνιστές καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα ημερησίως, ποσοστά που φέρνουν την Ελλάδα στις πρώτες θέσεις παγκοσμίως. Η μέση ετήσια κατανάλωση τσιγάρων ανέρχεται στα 3199,76, ενώ ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι στις νεότερες ηλικίες τα ποσοστά των καπνιστών παραμένουν υψηλά. Συγκεκριμένα το 44,3% των νέων ηλικίας 18-34 ετών καπνίζουν καθημερινά. Το αντίστοιχο ποσοστό στους μαθητές ηλικίας 14-17 ετών είναι 24,6. Σε σύγκριση με το 1987, όπου το 61% των ανδρών και το 25% των γυναικών καταγράφονταν ως καπνιστές, παρατηρείται μείωση του ποσοστού στους άνδρες και αύξηση στις γυναίκες.

Επιπλέον, όπως αναφέρεται στην ίδια ιστοσελίδα του μηνιαίου περιοδικού για την προαγωγή της υγείας, πραγματοποιήθηκε πρόσφατα στην χώρα μας η πανευρωπαϊκή έρευνα Kidscreen (2003) σε μαθητές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, στην ηλικία 12-13 ετών περίπου το 1% των μαθητών καπνίζουν. Συνολικά για την ηλικία 14-17 ετών, υπολογίζεται ότι ένας περίπου στους τέσσερις μαθητές καπνίζει. Η μέση ηλικία έναρξης του καπνίσματος είναι τα 15 χρόνια, που είναι ελαφρώς μεγαλύτερη από τις περισσότερες δυτικοευρωπαϊκές χώρες, όπου η μέση ηλικία έναρξης είναι γύρω στα 14 χρόνια. Σε ότι αφορά διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, στην ηλικία των 14-15 ετών καπνίζει το 5% των αγοριών και το 7% των κοριτσιών και στην ηλικία των 16-18 ετών καπνίζει το 26% των αγοριών και το 28% των κοριτσιών. Τα κορίτσια καπνίζουν περισσότερο στις ηλικίες αυτές, γιατί ωριμάζουν κατά την εφηβεία πιο γρήγορα από τα αγόρια και έτσι υιοθετούν σε μικρότερη ηλικία πρότυπα συμπεριφοράς μεγαλύτερων ηλικιών. Επιπλέον, τα κορίτσια βιώνουν σε αυτή την ηλικία περισσότερο έντονο στρες, γεγονός που τα

στρέφει σε μεγαλύτερο βαθμό στο κάπνισμα, που από πολλούς θεωρείται αγχολυτικό, κάτι βέβαια που είναι μια λανθασμένη εντύπωση ([www.neahygeia.gr](http://www.neahygeia.gr)).

Στον Πίνακα 2 φαίνεται το ποσοστό καπνιστών μεταξύ των ατόμων ηλικίας άνω των 15 ετών, σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία του WHO. Η Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη αναλογία καπνιστών μεταξύ των δυτικοευρωπαϊκών χωρών (37,6%). Κατά την τελευταία δεκαετία παρατηρείται μείωση του ποσοστού, αλλά παρόλα αυτά, παραμένει το υψηλότερο μεταξύ των χωρών της Δυτικής Ευρώπης ([www.yyka.gov.gr](http://www.yyka.gov.gr)).

**Πίνακας 2:** Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας άνω των 15 ετών που είναι καπνιστές (1980 - 2003).

|               | Έτος        | Ποσοστό     | Έτος        | Ποσοστό     |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Αυστρία       | 1986        | 24,9        | 2000        | 29,0        |
| Βέλγιο        | 1982        | 40,0        | 2002        | 29,0        |
| Γαλλία        | 1980        | 32,0        | 2002        | 25,9        |
| Γερμανία      | 1997        | 36,7        | 2003        | 33,9        |
| Δανία         | 1994        | 37,0        | 2003        | 28,0        |
| <b>Ελλάδα</b> | <b>1991</b> | <b>46,0</b> | <b>2000</b> | <b>37,6</b> |
| Ιταλία        | 1993        | 25,7        | 2002        | 24,0        |
| Ισπανία       | 1993        | 32,1        | 2003        | 28,1        |
| Μ.Βρετανία    | 1980        | 39,0        | 2003        | 26,0        |
| Ολλανδία      | 1980        | 43,0        | 2003        | 32,0        |
| Σουηδία       | 1980        | 32,4        | 2003        | 17,5        |

Πηγή: WHO, European Health for All Database, 2008.

Στην πτυχιακή εργασία των Μελισσουργάκη Θεονόμης και Ρεντίφη Ιωάννας με θέμα: «Διατροφικές συνήθειες των φοιτητών του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης» που πραγματοποιήθηκε το έτος 2006, διαπιστώθηκε ότι το 56,3% των φοιτητών απάντησαν ότι καπνίζουν με τις φοιτήτριες να υπερिशύουν έναντι των φοιτητών με 64%. Με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Καπνίσματος (31<sup>η</sup> Μαΐου), που έχει οριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η ίδια πτυχιακή αναφέρει, ότι Έλληνες επιστήμονες συναντήθηκαν ενώπιον μαθητών σχολείου, για να μιλήσουν και να συζητήσουν για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος. Στη συνάντηση αυτή παρουσιάστηκαν στοιχεία της μελέτης ερευνητών του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου

και του Κέντρου Υγείας Βύρωνα (2005), σε δείγμα 2.150 εφήβων, ηλικίας 12-18 ετών. Συγκεκριμένα, ένας στους δέκα έφηβους, στη χώρα μας, είναι καπνιστής, δηλαδή 200.000 ελληνόπουλα μεταξύ 12 και 18 ετών καπνίζουν. Ακολούθως, τρεις στους δέκα Έλληνες εφήβους έχουν δοκιμάσει να καπνίσουν τσιγάρο, τουλάχιστον, μια φορά στην ζωή τους. Την ίδια ώρα, οι μισοί ενήλικοι άνδρες και τέσσερις στις δέκα γυναίκες, καπνίζουν.

### 3.2. «Αντικαπνιστικά μέτρα ανά τον κόσμο»

Στην **Αλβανία** από το 2006 το κάπνισμα έχει απαγορευθεί σε όλους τους δημόσιους χώρους, ενώ στην **Βουλγαρία** από το 2005 και στο **Βέλγιο** ένα χρόνο μετά σε όλους τους χώρους εργασίας το κάπνισμα είναι απαγορευμένο ([www.enet.gr](http://www.enet.gr)). Στην **Αυστρία** προβλέπεται πλήρης απαγόρευση σε δημόσιους χώρους και κτίρια, σχολεία, εκπαιδευτικά ιδρύματα, δημόσιες μεταφορές και από το τέλος του 2007 και στα εστιατόρια, με την πρόβλεψη όμως ειδικών χώρων για καπνιστές. Δεν απαγορεύεται όμως στους εργασιακούς χώρους ([www.yyka.gov.gr](http://www.yyka.gov.gr)). Στην **Μ.Βρετανία** από τον Ιούλιο του 2007, και ένα μήνα νωρίτερα στην **Ισλανδία**, απαγορεύτηκε πλήρως σε δημόσιους, εργασιακούς αλλά και χώρους διασκέδασης. Στην **Κροατία**, το Κοινοβούλιο το 2006 ανακοίνωσε ότι θα επικύρωνε νόμο κατά του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους χώρους, στα μπαρ και στα εστιατόρια. Λόγω των έντονων αντιδράσεων του λαού, η Κυβέρνηση υποχώρησε και επικεντρώνεται στην ενημέρωση του κοινού κατά του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους. Η νομοθεσία που απαγορεύει το κάπνισμα στους χώρους εργασίας δεν εφαρμόζεται πλήρως. Στην γειτονική **Κύπρο** τώρα, με το νομοσχέδιο του 2002-2004 απαγορεύεται σε όλους τους δημόσιους χώρους και χώρους διασκέδασης σε όλα τα κυβερνητικά κτίρια, τα μέσα μαζικής μεταφοράς αλλά ακόμη και στα ιδιωτικά οχήματα αν μέσα βρίσκεται επιβάτης κάτω των 16 ετών. Στην **Δανία** ο νόμος απαγόρευσης καπνίσματος ισχύει μόνο για σχολεία, κυβερνητικά - δημόσια κτίρια και υπηρεσίες στα οποία το ευρύ κοινό έχει πρόσβαση. Στην **Γερμανία** παρόλο που η απαγόρευση καπνίσματος για δημόσιους και εργασιακούς χώρους ισχύει από το 2002, δεν ισχύει κάτι αντίστοιχο για συγκοινωνίες και ορισμένα δημόσια κτίρια. Στους περισσότερους δημόσιους εργασιακούς χώρους είναι απαγορευμένο το κάπνισμα στην **Λετονία**, ενώ οι τοπικές αρχές διατηρούν το δικαίωμα να επεκτείνουν την απαγόρευση και σε εξωτερικούς δημόσιους χώρους. Στους χώρους διασκέδασης το κάπνισμα είναι επιτρεπόμενο, εφόσον υφίστανται χώροι για μη καπνιστές. Στο

**Λουξεμβούργο** τώρα, ισχύει πλήρης απαγόρευση στην διαφήμιση προϊόντων καπνού και το κάπνισμα δεν επιτρέπεται σε συγκεκριμένους δημόσιους χώρους. Για τους εργασιακούς χώρους οι εργοδότες καλούνται να διασφαλίσουν ότι οι εργαζόμενοι προστατεύονται από το παθητικό κάπνισμα. Στην **Πορτογαλία** ενώ οι απαγορεύσεις είναι κοινές με την πλειοψηφία των αντικαπνιστικών μέτρων για δημόσια κτίρια, γραφεία, υπηρεσίες υγείας και εκπαίδευσης, όπως και για τους εσωτερικούς χώρους εργασίας, στα θέατρα και τους κινηματογράφους επιβάλλεται η ύπαρξη ξεχωριστών χώρων για τους καπνιστές. Στην **Σλοβακία** πολύ νωρίτερα, από το 1990, οι εγχώριοι εργοδότες οφείλουν να απαγορεύουν το κάπνισμα σε χώρους στους οποίους εργάζονται μη καπνιστές. Το κάπνισμα είναι απαγορευμένο σε σχολεία, δημόσιες υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Χώροι αποκλειστικά για μη καπνιστές είναι υποχρεωτικοί μόνο όπου σερβίρεται φαγητό. Από το 2006 έχει μπει σε ισχύ η απαγόρευση σε χώρους εργασίας στην **Ισπανία**. Για μπαρ και εστιατόρια μεγαλύτερα των 100 τ.μ. προβλέπονται ξεχωριστοί χώροι καπνιστών και μη καπνιστών. Για χώρους μικρότερους καλείται να πάρει ο ιδιοκτήτης την απόφαση αν ο χώρος θα λειτουργεί ως χώρος καπνιστών ή μη καπνιστών. Στην περίπτωση που δεν ισχύει η απαγόρευση του καπνίσματος δεν επιτρέπεται η είσοδος σε άτομα που δεν έχουν συμπληρώσει τα 18 τους χρόνια. Στη **Σουηδία** ισχύει πλήρης απαγόρευση σε χώρους εργασίας, σε μπαρ, εστιατόρια και κλαμπ. Προβλέπονται και εκεί χώροι για καπνιστές αλλά μόνο το 2 % επί του συνόλου των χώρων διασκέδασης διαθέτει την επιλογή. Στην **Ελβετία** ισχύει μόνο μερική απαγόρευση του καπνίσματος και μόνο στους εσωτερικούς χώρους ([www.enet.gr](http://www.enet.gr)).

Σε αρκετές χώρες, μέσα σε αυτές και η **Βραζιλία** υπάρχει απαγόρευση διαφήμισης του καπνού και των προϊόντων αυτού σε αφίσες μέσα στα καταστήματα, ενώ σε κάποιες άλλες επιβάλλεται στους ιδιοκτήτες να κρατούν τα προϊόντα καπνού εκτός κοινής θέας του μαγαζιού. Η Βραζιλία επίσης, είναι μία από τις χώρες που έχει επιβάλει πρόστιμα στους παραβάτες του αντικαπνιστικού νόμου, ενώ οι κυρώσεις ισχύουν ακόμα και για τα δημόσια sites τα οποία απειλούνται με κλείσιμο την δεύτερη φορά που θα παραβιάσουν το νόμο. Σε πολλά κράτη όπως η **Ολλανδία** και σε κάποιες από τις **πολιτείες του Καναδά**, επιτρέπεται η ύπαρξη χώρου καπνιστών μέσα στον κοινό χώρο ενός καταστήματος, εφόσον βέβαια αυτό έχει ξεχωριστό σύστημα εξαερισμού από το υπόλοιπο κατάστημα και ενώ καλύπτει ένα συγκεκριμένο έδαφος αυτού, ωστόσο δεν επιτρέπεται η παροχή υπηρεσιών σε αυτόν τον ξεχωριστό χώρο (π.χ. το σερβίρισμα τροφής ή ποτών). Να αναφέρουμε εδώ ότι

σε κάποιες άλλες χώρες, όπως το **Πόρτο Ρίκο**, η ύπαρξη τέτοιων χώρων δεν επιτρέπεται. Στην Βρετανική Κολομβία (η οποία είναι η δυτικότερη επαρχία του Καναδά) τέτοιου είδους δωμάτια είναι αποδεκτά μόνο σε χώρους παροχής φροντίδας και περίθαλψης. Σε κάποιες χώρες, όπως η **Χιλή**, οι επιχειρήσεις μικρών (κάτω από 100 τ.μ.) εστιατορίων, καφέ και παμπ, μπορούν να επιλέξουν να λειτουργούν ως χώροι εξολοκλήρου μη καπνιστών ή ως χώροι αποκλειστικά για καπνιστές. Το ίδιο ισχύει και για τα clubs ανεξαρτήτως όμως του μεγέθους τους, αν και στην πράξη, όλα τα clubs, είναι χώροι για καπνιστές. Το καλοκαίρι που μας πέρασε, η **Κολομβία** επέκτεινε τις ήδη υπάρχουσες ρυθμίσεις της για το τσιγάρο με το να επιβάλλει άμεσα όλους τους εργασιακούς και δημόσιους κλειστούς χώρους, σε χώρους απαγόρευσης καπνίσματος, ενώ παράλληλα με την χρηματοδότηση δημόσιων εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τις θανατηφόρες συνέπειες της χρήσης του καπνού, φρόντισε ώστε να μπουν μεγάλες προειδοποιητικές εικόνες για την υγεία σε κάθε πακέτο τσιγάρων, οι οποίες μάλιστα θα καλύπτουν το 30% της επιφάνειας του πακέτου, τόσο από την μπροστινή όσο και από την πίσω πλευρά του. Ωστόσο σε κάποιες χώρες, όπως την **Τσεχία**, παρόλο που το κάπνισμα είναι απαγορευμένο σε όλους τους δημόσιους χώρους, δεν ισχύει το ίδιο για τα εστιατόρια, τα μπαρ και τα clubs, όπου υποχρεούνται μεν θεωρητικά να κάνουν ξεχωριστούς χώρους για τους μη καπνιστές, όμως σχεδόν κανείς δεν το έχει εφαρμόσει. Οι έλεγχοι εκεί είναι πολύ περιορισμένοι, ενώ εξαιτίας της πλειοψηφίας των καπνιστών μελών του Κοινοβουλίου, υπάρχει μεγάλη αντίσταση για να αλλάξει ο νόμος και η Τσεχία είναι από τις ελάχιστες χώρες της Ευρώπης στις οποίες το κάπνισμα στους προαναφερθέντες χώρους υπόκειται στην βούληση των ιδιοκτητών. Σε λίγες χώρες, όπως η **Φιλανδία**, έχει επιτραπεί σε κάποια μέρη μια περίοδος προσαρμογής στα μέτρα μέχρι 2 έτη. Αξίζει να σημειωθεί ότι στα περισσότερα κράτη, τα μέτρα κατά του καπνίσματος είναι σεβαστά από το γενικό πληθυσμό. Η **Ιρλανδία** ήταν η πρώτη χώρα σε όλο τον κόσμο που υιοθέτησε ένα ευθύ μέτρο για το κάπνισμα στους χώρους εργασίας στα τέλη Μαρτίου του 2004. Από τότε είναι παράνομο να καπνίζεις σε όλους τους κλειστούς χώρους εργασίας, ενώ το μέτρο έχει πια επεκταθεί αυστηρά και αφορά μπαρ, εστιατόρια, clubs, γραφεία, δημόσια κτίρια, εταιρικά αυτοκίνητα, φορτηγά, ταξί, καθώς απαγορεύεται να καπνίζεις και σε ακτίνα 3 μέτρων από τις εισόδους αυτών των τοποθεσιών. Να αναφέρουμε επίσης ότι μέγιστο πρόστιμο αγγίζει τα 3000€, ενώ και η ποινή της φυλάκισης μπορεί να επιβληθεί στους παραβάτες σε μεταγενέστερη παράβαση. Η Ιρλανδία ήταν η πρώτη χώρα στην Ευρώπη και τρίτη στον κόσμο που εισήγαγε



τέτοια μέτρα επιβολής προστίμων. Ωστόσο ο συγκεκριμένος νόμος δεν έχει εφαρμογή στις φυλακές, στα θεραπευτήρια, στους ψυχιατρικούς θαλάμους αλλά και σε κάποια δωμάτια ξενοδοχείων. Αν πάμε στην **Ιταλία**, θα δούμε ένα “φαινόμενο” που αντιμετωπίζουμε και στην χώρα μας. Η Ιταλία ήταν η τέταρτη χώρα στον κόσμο που έθεσε ένα κρατικό αντικαπνιστικό νόμο. Είναι και εκεί απαγορευμένο το κάπνισμα σε όλους τους δημόσιους εσωτερικούς χώρους, συμπεριλαμβανομένων και των εστιατορίων, καφέ, κ.τ.λ. Ωστόσο, το κάπνισμα επιτρέπεται στους εξωτερικούς χώρους. Αν σκεφτεί κανείς ότι στην Ιταλία – όπως και στην Ελλάδα- έχει ηλιόλουστο καιρό πάνω από το ήμισυ του χρόνου, οι πολίτες μπορούν να καπνίζουν και στα εστιατόρια και στα μπαρ, αρκεί αυτά να διαθέτουν εξωτερικά τραπεζάκια. Όσο για το χειμώνα, αν οι ιδιοκτήτες καλύψουν τα εξωτερικά τραπεζάκια τους με πλαστικές “τέντες” για την προστασία από το κρύο, και οι πελάτες τους επιλέξουν να καπνίζουν εκεί, νομικά είναι καλυμμένοι γιατί τα τραπέζια θεωρούνται εξωτερικός-ανοιχτός- χώρος, αν και τεχνικά είναι κλειστός και εσωτερικός!! Αυτό είναι ένα μικρό παραθυράκι στο νόμο, που αν ρίξει κάποιος μια ματιά στους δρόμους της χώρας μας, θα διαπιστώσει πως το έχουν ανακαλύψει και οι Έλληνες επιχειρηματίες. Στην **Ουγγαρία** η αντικαπνιστική νομοθεσία είναι ιδιαίτερα αδύναμη, ενώ στην **Ρωσία** δεν υπάρχει κανένας αντικαπνιστικός νόμος σε ισχύ. Στην **Ιαπωνία** τώρα δεν υπάρχουν καθόλου συναφή μέτρα από το κράτος, ενώ από την άλλη η όποια προσπάθεια ανάδειξης τέτοιων μέτρων, εμποδίζεται άμεσα από τις ισχυρές ομάδες των lobby. Υπάρχει μόνο ένας αριθμός τοπικών κανόνων που αφορούν το κάπνισμα. για παράδειγμα σε κάποιους δρόμους που βρίσκονται υπό την κηδεμονία του **Τόκιο**, το κάπνισμα απαγορεύεται για λόγους όμως παιδικής ασφάλειας και όχι υγείας. Και ενώ το κάπνισμα απαγορεύεται στα περισσότερα μέσα μαζικής μεταφοράς και στις περισσότερες αποβάθρες σταθμών τρένου, δεν υπάρχουν μηχανισμοί επιβολής προστίμων. Απαγόρευση καπνίσματος στα δημόσια μέσα μεταφοράς, συναντάμε και στη **Λιθουανία**, με εξαίρεση τα τρένα που κάνουν ιδιαίτερα μεγάλες αποστάσεις και προσφέρουν ιδιαίτερες υπηρεσίες. Από την άλλη στη **Μαδαγασκάρη** το μοναδικό μέρος στο οποίο το κάπνισμα έχει απαγορευτεί, είναι στο διεθνή αερολιμένα του Antananarivo και στις πτήσεις μιας αεροπορικής εταιρείας της Μαδαγασκάρης. Στο **Μεξικό** τώρα το κάπνισμα σε νοσοκομεία και αεροδρόμια έχει απαγορευτεί εδώ και 15 χρόνια, ενώ εδώ και περίπου 6 χρόνια ισχύει η απαγόρευση της διαφήμισης των προϊόντων καπνού από την τηλεόραση και το ραδιόφωνο. Το πρώτο κτίριο στον κόσμο που είχε μια αντικαπνιστική πολιτική ήταν το κτίριο της παλιάς Βουλής στο

Γουέλινγκτον της **Νέας Ζηλανδίας**, το 1876. Αυτό βέβαια αφορούσε την προστασία από την φωτιά και όχι την υγεία, καθώς ήταν το δεύτερο μεγαλύτερο ξύλινο κτίριο στον κόσμο. Εκεί επίσης, ενώ δεν υπάρχει απαγόρευση καπνίσματος στα αυτοκίνητα των πολιτών, η κυβέρνηση έχει προωθήσει καμπάνιες στα μέσα μαζικής ενημέρωσης που προβάλλουν σπίτια και αυτοκίνητα χωρίς τσιγάρα. Ακόμη μια ακτιβιστική οργάνωση<sup>10</sup> για το κάπνισμα και την υγεία έχει ζητήσει την απόσυρση του καπνού από το εμπόριο μέχρι το 2017. Η **Ουγκάντα**, στην οποία από το Μάρτιο του 2004 το κάπνισμα απαγορεύτηκε στους δημόσιους χώρους, συμπεριλαμβανομένων των χώρων εργασίας, των εστιατορίων και των μπαρ, σκέφτεται να επεκτείνει το μέτρο και στον ιδιωτικό χώρο των σπιτιών. Και στην **Αγγλία** όμως υπάρχει η σκέψη επέκτασης της απαγόρευσης στους εξωτερικούς χώρους, όπως αποκάλυψε η κυριακάτικη εφημερίδα «The Independent». Η **Ουρουγουάη** με το να επιβάλει το πρόστιμο των 1.100 δολαρίων σε όποιον γίνει αντιληπτός να καπνίζει σε μπαρ, εστιατόριο ή γραφείο, έγινε η πρώτη χώρα στη Νότια Αφρική που απαγόρευσε το κάπνισμα στους κλειστούς δημόσιους χώρους ([www.enwikipedia.org](http://www.enwikipedia.org)).

### 3.3. «Πολιτικές που ισχύουν στην Ελλάδα»

Στη χώρα μας τώρα, το Βασιλικό Διάταγμα του 1856 εισήγαγε το πρώτο μέτρο καπνίσματος στην Μοντέρνα Ελλάδα. Η απαγόρευση ίσχυε μόνο στα κρατικά κτίρια και τιμωρούνταν για την ανάγκη αποφυγής ατυχημάτων. Αφού τα μέτρα μερικής απαγόρευσης του καπνίσματος που ελήφθησαν το 2002 δεν ήταν πολύ αποτελεσματικά, ένας νέος πιο αυστηρός νόμος ψηφίστηκε. Σε εφαρμογή από την 1<sup>η</sup> Ιουλίου του 2009, ο νόμος απαγορεύει το κάπνισμα και την κατανάλωση προϊόντων καπνού κατά οποιονδήποτε τρόπο σε όλους τους εργασιακούς χώρους, σταθμούς μεταφοράς, ταξί και επιβατηγά πλοία (στα τρένα, τα λεωφορεία, και τα αεροπλάνα το κάπνισμα είχε ήδη απαγορευτεί), όπως επίσης και σε όλους τους κλειστούς ή στεγασμένους δημόσιους χώρους συμπεριλαμβανομένων των εστιατορίων, νυχτερινών κέντρων, κ.τ.λ. Μικρές ιδιοκτησίες (που αφορούν τον χώρο της διασκέδασης) κάτω από 70 τ.μ. -συνολικής έκτασης- έχουν επιλογή να δηλωθούν σαν «χώροι καπνιστών». Σε μεγαλύτερες ιδιοκτησίες, ξεχωριστά εσωτερικά δωμάτια με ειδικό κλιματισμό μπορούν να δημιουργηθούν. Μέχρι το 30% της έκτασης (ή 40%

---

<sup>10</sup> Action on Smoking and Health (ASH): πρόκειται για έναν αριθμό από ομάδες πίεσης/φιλανθρωπικά ιδρύματα σε όλο τον κόσμο οι οποίες ζητούν να διαφημίσουν τους κινδύνους που σχετίζονται με το κάπνισμα και αγωνίζονται για μεγαλύτερες απαγορεύσεις στις πωλήσεις καπνού και τσιγάρου.

για τα νυχτερινά κέντρα με ζωντανή μουσική) μπορεί να δηλωθεί ως περιοχή καπνιστών η οποία όμως θα πρέπει να διαχωρίζεται με πόρτα από το υπόλοιπο μαγαζί και να έχουν ξεχωριστά συστήματα εξαερισμού (στα νυχτερινά κέντρα με ζωντανή μουσική, η περιοχή των καπνιστών εξακολουθεί να υποχρεούται σε ξεχωριστό σύστημα κλιματισμού και εξαερισμού, αλλά ο διαχωρισμός από την μη καπνιστική περιοχή μπορεί να επιτευχθεί με ένα τοίχο ύψους 2 μέτρων και μια ειδική «κουρτίνα» ώστε ο καπνός να μην εισχωρήσει στην μη καπνιστική περιοχή). Ο τότε Υπουργός Υγείας, είχε δηλώσει πως η Κυβέρνηση θα προχωρούσε σε καθολική απαγόρευση καπνίσματος μετά από 6 μήνες ισχύς του πρόσφατου νόμου, αν οι ιδιοκτήτες των εστιατορίων και των κέντρων διασκέδασης δεν συμμορφωθούν στις προσαγές του νόμου. Να σημειώσουμε ότι το νομοσχέδιο, επεκτείνεται και στην απαγόρευση πώλησης προϊόντων καπνού σε ανηλίκους καθώς και την είσοδο αυτών σε μπαρ. Μαζί με την εκτεταμένη καμπάνια στα μέσα ενημέρωσης, για την προώθηση του νόμου της 1<sup>ης</sup> Ιουλίου 2009 σχεδιάστηκε ένα ειδικό site στο διαδίκτυο [www.smokestop.gov.gr](http://www.smokestop.gov.gr) ενώ δημιουργήθηκε και μια τηλεφωνική γραμμή άμεσης επικοινωνίας (1142) για την πληροφόρηση των πολιτών αλλά και την καταγγελία κάθε παράβασης του νόμου ([www.enwikipedia.org](http://www.enwikipedia.org)).

Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με τον υπ' αριθμό 3730 Νόμο, που θεσπίστηκε από την Ελληνική Κυβέρνηση τον Δεκέμβριο του 2008, προβλέπονται κάποιες διατάξεις, σύμφωνα με τις οποίες τα μέτρα απαγόρευσης καπνίσματος εκτός από τους κλειστούς χώρους, επεκτείνονται και σε άλλους και γίνονται πιο αυστηρά.

Αρχικά η προστασία των ανηλίκων από τον καπνό (αλλά και το αλκοόλ) ανήκει στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και ασκείται από Ειδική Υπηρεσία Προστασίας Ανηλίκων από τον καπνό. Στο άρθρο 2 του Νόμου αναφέρονται τα νέα μέτρα απαγόρευσης και πιο συγκεκριμένα: απαγορεύεται η πώληση προϊόντων καπνού σε ανηλίκους και από ανηλίκους · απαγορεύεται η τοποθέτηση προϊόντων καπνού σε καταστήματα εκτός καταστημάτων που πωλούν αφορολόγητα είδη, περιπτέρων και καταστημάτων που πωλούν αποκλειστικά καπνό. Επιπλέον, απαγορεύεται η κατασκευή, εμπορία, προβολή και πώληση αντικειμένων που έχουν την εξωτερική μορφή προϊόντων καπνού, καθώς επίσης και το ηλεκτρονικό τσιγάρο. Απαγορεύεται επίσης, η διαφήμιση και πώληση προϊόντων καπνού σε χώρους Υπηρεσιών Υγείας, σε χώρους εκπαιδευτικών ιδρυμάτων είτε Δημοσίου είτε Ιδιωτικού Δικαίου, όπως επίσης και στα κυλικεία αυτών. Η απαγόρευση πώλησης προϊόντων καπνού, αλλά και

καπνίσματος, ισχύει και για χώρους παροχής υπηρεσιών διαδικτύου και παιχνιδιών τεχνητής νοημοσύνης. Ο νόμος προβλέπει επίσης απαγόρευση της κατανάλωσης προϊόντων καπνού σε κλειστούς χώρους διεξαγωγής ομαδικών αθλημάτων και αθλητικών εκδηλώσεων. Επιπρόσθετα, απαγορεύεται η δωρεάν διανομή προϊόντων καπνού, ενώ σε χώρους πώλησης καπνού θα πρέπει να υπάρχει υποχρεωτική ανάρτηση σχετικής ένδειξης με την απαγόρευση πώλησης καπνού σε ανηλίκους.

Με βάση το άρθρο 3 του Νόμου από την 1<sup>η</sup> Ιουλίου 2009, προβλέπεται πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους ή ιδιωτικούς χώρους (κλειστούς ή στεγασμένους) που χρησιμοποιούνται για την παροχή εργασίας, εκτός των χώρων που θα προβλεφθούν για τους καπνιστές. Ακόμη, απαγορεύεται η χρήση καπνού σε όλα τα καταστήματα παρασκευής και προσφοράς φαγητών, ποτών και γλυκισμάτων, καθώς επίσης και στα κέντρα διασκέδασης (εκτός από τους εξωτερικούς χώρους αυτών). Επιπλέον, οι απαγορεύσεις θα εφαρμοστούν στους παντός είδους κλειστούς χώρους αναμονής, στα αεροδρόμια (εξαιρουμένων των χώρων που ειδικά θα προσδιοριστούν για τους καπνιστές), στα κυλικεία, σε όλων των ειδών τα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς, αλλά και στα ταξί και στους σταθμούς μεταφορικών μέσων και επιβατικών σταθμών και λιμένων.

Όσον αφορά τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος εμβαδού ως 70 τ.μ., υπάρχει συγκεκριμένη διάταξη του Νόμου, που προβλέπει ότι μπορούν να χαρακτηριστούν με απόφαση του ιδιοκτήτη τους (που θα ενσωματώνεται στην άδεια λειτουργίας τους), ως καταστήματα αποκλειστικά για καπνίζοντες ή μη καπνίζοντες.

Για τον έλεγχο και την τήρηση του Νόμου έχει συσταθεί από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ειδική Υπηρεσία Προστασίας Ανηλίκων από τον καπνό (και το αλκοόλ). Σε περίπτωση παράβασης, το ύψος του προστίμου φτάνει τα 1.000€ και επιβάλλεται ανάλογα με την σοβαρότητα της παράβασης, το μέγεθος και τον κύκλο εργασιών της επιχείρησης, καθώς και τα μέτρα που έχει λάβει ο κάθε υπεύθυνος διαχείρισης και λειτουργίας της για την αποφυγή της παράβασης. Σε περίπτωση υποτροπής επιβάλλεται για κάθε παράβαση, πρόστιμο έως 2.000€. Στην περίπτωση τρίτης παράβασης, ισχύει προσωρινή απαγόρευση (για διάστημα τριών μηνών) της πώλησης προϊόντων καπνού, ενώ εάν η επιχείρηση δεν πωλεί τέτοια προϊόντα, το πρόστιμο μπορεί να ξεκινήσει από τις 2.000€ και να φτάσει ως τις 20.000€. Εν κατακλείδι, σε τέταρτη και κάθε επόμενη παράβαση, είναι δυνατό, μέσω απόφασης της αρμόδιας Αρχής που χορήγησε τη σχετική άδεια, να ανακληθεί προσωρινά ή και οριστικά η άδεια λειτουργίας της επιχείρησης ([www.yyka.gov.gr](http://www.yyka.gov.gr)).

### 3.4. «Εναλλακτικές μέθοδοι διακοπής καπνίσματος»

Στην προσπάθεια της διακοπής καπνίσματος, μέσα από την έρευνα μας διαπιστώνουμε ότι συνήθως οι καπνιστές επιλέγουν να παλέψουν μόνοι τους, με τον εαυτό τους και με τη δύναμη που πιστεύουν ότι μπορούν να ασκήσουν, απέναντι στις εθιστικές ουσίες του καπνού. Τα τελευταία χρόνια ωστόσο, όλο και περισσότερες νέες μέθοδοι κάνουν την εμφάνιση τους, υποσχόμενες να βοηθήσουν τους καπνιστές να απαλλαγούν από τη συνήθεια τους. Ανεξαρτήτως της πρωτοπορίας και της διάρκειας στο χρόνο, που εμφανίζει η εκάστοτε μέθοδος, η θέληση και η επιμονή του καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα θα παίξει αδιαμφισβήτητα τον σημαντικότερο ρόλο.

Παρακάτω θα προσπαθήσουμε να σας παρουσιάσουμε τις κυριότερες από τις προσεγγίσεις για την διακοπή καπνίσματος, οι οποίες περιλαμβάνουν :

- A. την παροχή σύντομης συμβουλευτικής παρακίνησης από τους επαγγελματίες υγείας,
- B. τη χορήγηση υλικού αυτοβοήθειας,
- Γ. τη συνέντευξη παροχής κινήτρων,
- Δ. τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική παρέμβαση
- E. τη φαρμακοθεραπεία.
- ΣΤ. βελονισμός, ηλεκτρονικό τσιγάρο, κ.ά.

**A.** Ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να προσωποποιήσει το μήνυμα προς τον καπνιστή δίνοντας έμφαση στα άμεσα οφέλη που συνεπάγεται η διακοπή και υπογραμμίζοντας τους εξατομικευμένους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι σχετίζονται με την κατανάλωση καπνού. Η παρέμβαση αυτή από τον ιατρό θεωρείται αποτελεσματική και αυξάνει τα ποσοστά διακοπής καπνίσματος. Στοιχεία από το Ηνωμένο Βασίλειο δείχνουν ότι 1% με 3% των καπνιστών απέχουν από το κάπνισμα για διάστημα τουλάχιστον έξι μηνών, μετά την παροχή σε αυτούς συμβουλευτικής παρακίνησης από κάποιον επαγγελματία υγείας.

**B.** Φυλλάδια και υλικό αυτοβοήθειας, αποτελούν τα ενημερωτικά δελτία, τα εγχειρίδια, οι βιντεοκασέτες και το ακουστικό υλικό. Η παροχή αυτού του υλικού κρίνεται ενδεδειγμένη, παράλληλα με την φαρμακευτική ή τη συμβουλευτική παρέμβαση. Αν και η χρήση των τηλεπικοινωνιών για την παροχή φροντίδας υγείας

παραμένει υπό-αναπτυγμένη, έχουν αναφερθεί αποδεκτά, όχι όμως σημαντικά ποσοστά αποχής από το κάπνισμα ενηλίκων, οι οποίοι δέχονται άμεση βοήθεια και στήριξη μέσω της χρήσης τηλεφωνικών γραμμών.

**Γ.** Η συνέντευξη παροχής κινήτρων αποτελεί ένα τύπο συμβουλευτικής παρέμβασης, ώστε οι καπνιστές να αξιολογήσουν την ετοιμότητά τους και να διευκολυνθούν στην ανάληψη δράσης τόσο για τη διακοπή του καπνίσματος, όσο και για την πρόληψη της υποτροπής. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της διερεύνησης των αμφιθυμικών συναισθημάτων, μέσω της αξιολόγησης των θετικών και αρνητικών σημείων που συνεπάγεται η διακοπή και μέσω της διερεύνησης των προσωπικών εμποδίων που μπορεί να συναντήσει το άτομο στην προσπάθεια του για την τροποποίηση της καπνιστικής συμπεριφοράς. Αποτελεί κλινική στρατηγική, η οποία στοχεύει στην ενίσχυση των κινήτρων του ατόμου και μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματική σε κάθε φάση της θεραπείας της εξάρτησης. Σε διάστημα 12 μηνών από την ολοκλήρωση της παρέμβασης με συνέντευξη παροχής κινήτρων, οι μισοί περίπου από τους καπνιστές κάνουν τουλάχιστον μία προσπάθεια διακοπής.

**Δ.** Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία επικεντρώνεται στον εντοπισμό και την τροποποίηση τόσο των πεποιθήσεων που αφορούν την επίδραση του καπνίσματος και την αντίληψή του ως εξάρτηση, όσο και αυτών που αφορούν τις μη ρεαλιστικές προσδοκίες για τα καταστροφικά αποτελέσματα που θα επιφέρει η στέρηση και η αποχή από το τσιγάρο. Οι αντιλήψεις απέναντι στο κάπνισμα και στη διακοπή του εξετάζονται διεξοδικά με τη βοήθεια γνωσιακών τεχνικών, με στόχο την τροποποίησή τους και την αντικατάστασή τους από ρεαλιστικές πεποιθήσεις. Βάση για τις συμπεριφοριστικές τεχνικές διακοπής του καπνίσματος, στόχος των οποίων είναι οι καπνιστές να μάθουν ξανά να κατευθύνουν τη συμπεριφορά τους, αποτελούν οι δύο βασικές προϋποθέσεις που συμβάλουν στη διατήρηση της συμπεριφοράς του καπνίσματος. Πρόκειται για την αυτοματοποίηση του καπνίσματος σε συγκεκριμένες καταστάσεις, καθώς και για τα βραχυπρόθεσμα πλεονεκτήματα τα οποία προσφέρει το κάπνισμα. Σημαντικό είναι το κομμάτι της πρόληψης υποτροπής, το οποίο περιλαμβάνει την εκπαίδευση των καπνιστών στην αναγνώριση, την αποφυγή ή την αντιμετώπιση καταστάσεων υψηλού κινδύνου για υποτροπή. Συμβουλευτική μέσω της συνέντευξης παροχής κινήτρων (χρονικά σύντομη παρέμβαση) καθώς και προγράμματα γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας, ατομικά ή ομαδικά,

πραγματοποιούνται στο Ινστιτούτο Κοινωνικής & Προληπτικής Ιατρικής. Είναι καθοδηγούμενα από ειδικευμένους στη διακοπή του καπνίσματος θεραπευτές και αποτελούν αποτελεσματικά μέσα που οδηγούν στην αύξηση των ποσοστών των ατόμων που επιτυγχάνουν τη διακοπή καπνίσματος. Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε ποσοστά διακοπής του καπνίσματος που κυμαίνονται από 36,4% έως και 45,5%. Τα δεδομένα κόστους-οφέλους καταδεικνύουν πως η εφαρμογή της τόσο σε ατομικές, όσο και ομαδικές συνεδρίες, αποτελούν μια από τις πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις για την επιτυχή διακοπή του καπνίσματος.

**Ε.** Η θεραπεία υποκατάστασης με νικοτίνη, αποτελεί την πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη μορφή φαρμακευτικής προσέγγισης για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό. Η φαρμακευτική αγωγή με νικοτίνη βελτιώνει την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος μέσα από έναν ή περισσότερους από τους ακόλουθους μηχανισμούς:

- Μειώνει τα συμπτώματα που συνοδεύουν την αποχή από το κάπνισμα
- Μειώνει την έντονη επιθυμία για τσιγάρο
- Μπορεί να λειτουργήσει ως ανασταλτικός παράγοντας της ψυχολογικής εξάρτησης που δημιουργείται μέσω της τελετουργίας του ανάμματος του τσιγάρου
- Αποτελεί έναν τρόπο αντιμετώπισης της επιθυμίας σε περιόδους όπου το άτομο μπορεί να αισθανθεί έντονη επιθυμία για τσιγάρο

Υπάρχουν έξι ενδεδειγμένες διαθέσιμες μορφές θεραπείας υποκατάστασης με νικοτίνη:

- 1) το αυτοκόλλητο
- 2) η τσίχλα
- 3) η ρινική μορφή χορήγησης
- 4) η εσπνεύσιμη μορφή χορήγησης
- 5) η υπογλώσσια μορφή χορήγησης
- 6) οι παστίλιες

Οι διαφορές στην ταχύτητα και στην αποτελεσματικότητα της δράσης της νικοτίνης στον οργανισμό, μέσα από τις διαφορετικές αυτές διαθέσιμες μορφές χορήγησης, επιτρέπουν στον ασθενή να επιλέγει τη μορφή θεραπείας που είναι πιο κατάλληλη για τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του.

### **1. Τα αυτοκόλλητα νικοτίνης:**

Τα αυτοκόλλητα νικοτίνης κυκλοφορούν σε δόσεις των 5, 10 και 15mg. Είναι επιθέματα, τα οποία ο καπνιστής κολλά σε κάποιο άτριχο σημείο του δέρματος (συνήθως στο μπράτσο). Κάθε μέρα, ένα καινούριο αυτοκόλλητο θα πρέπει να τοποθετείται σε διαφορετικό σημείο του σώματος, ώστε να μην ερεθιστεί το δέρμα. Η δόση εκκίνησης είναι συνήθως στα 15mg και βαθμιαία μειώνεται στα 10mg και μετά στα 5mg. Καλό είναι, τα αυτοκόλλητα νικοτίνης να μην χρησιμοποιούνται για περισσότερο από οκτώ εβδομάδες.

### **2. Οι τσίγλες νικοτίνης:**

Οι τσίγλες κυκλοφορούν σε δόσεις των 2mg και των 4mg. Η επιλογή εξαρτάται από τον βαθμό της εξάρτησής του καπνιστή. Συνήθως, η τσίγλα θα πρέπει να λαμβάνεται για ένα-δύο μήνες και μέσα στον επόμενο μήνα να μειώνεται η χρήση της. Ο καπνιστής μασά την τσίγλα και μόλις αισθανθεί ένα κάψιμο στη γλώσσα, την τοποθετεί ανάμεσα στα δόντια και στα ούλα. Η ίδια διαδικασία επαναλαμβάνεται, μόλις ο καπνιστής αισθανθεί ξανά την επιθυμία για τσιγάρο. Μια τσίγλα απελευθερώνει νικοτίνη για περίπου 30'. Η δοσολογία αφορά τη χρήση μιας τσίγλας κάθε δύο ώρες.

### **3. Το ρινικό σπρέι νικοτίνης:**

Το ρινικό σπρέι νικοτίνης απελευθερώνει γρήγορα νικοτίνη στον βλεννογόνο της μύτης. Η χρήση του περιλαμβάνει μια-δύο εισπνοές κάθε ώρα. Χρησιμοποιείται το λιγότερο οκτώ φορές την ημέρα και όχι περισσότερο από σαράντα φορές και για διάστημα όχι μεγαλύτερο των οκτώ εβδομάδων.



#### **4. Η εσπνεύσιμη μορφή νικοτίνης (πίπα νικοτίνης):**

Η πίπα νικοτίνης είναι ένας κύλινδρος που μοιάζει με τσιγάρο και απελευθερώνει νικοτίνη σε μεγάλη δόση. Η πίπα νικοτίνης φαίνεται ελκυστική, γιατί χρησιμοποιώντας την, ο καπνιστής μιμείται την κίνηση του καπνίσματος. Ο καπνιστής αντικαθιστά το τσιγάρο με την πίπα νικοτίνης. Κατόπιν, εφόσον έχει αποσυνδεθεί η συνήθεια του καπνίσματος με το τσιγάρο, είναι πιο εύκολο για τον καπνιστή να διακόψει τη χρήση της πίπας. Καλό είναι η πίπα νικοτίνης να χρησιμοποιείται κάθε φορά που αισθάνεται ο καπνιστής την επιθυμία για τσιγάρο. Ως προς τη δοσολογία, δεν πρέπει να ξεπερνιούνται οι δεκαέξι δόσεις νικοτίνης την ημέρα και οι δώδεκα εβδομάδες χρήσης. Η πίπα απελευθερώνει ισχυρή δόση νικοτίνης, γι' αυτό και πρέπει να λαμβάνεται σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.

Η θεραπεία υποκατάστασης με νικοτίνη, σε όλες τις μορφές της, είναι γενικώς καλά ανεκτή από τον οργανισμό. Οι πιο κοινές παρενέργειες από τη χρήση της είναι οι τοπικές αντιδράσεις, ιδιαιτέρως ο ερεθισμός του δέρματος από τη χρήση του αυτοκόλλητου και η ρινική ενόχληση από τη χρήση του σπρέι, οι οποίες συνήθως δεν απαιτούν διακοπή της θεραπείας. Οι διαταραχές του ύπνου, οι οποίες αποτελούν και σύμπτωμα της αποχής από τον καπνό, αναφέρονται επίσης και στην θεραπεία υποκατάστασης με χρήση αυτοκόλλητων νικοτίνης.

Τα ποσοστά διακοπής καπνίσματος αυξάνουν όταν τα προϊόντα της θεραπείας υποκατάστασης με νικοτίνη χρησιμοποιούνται παράλληλα με άλλες παρεμβάσεις. Η χρήση των προϊόντων υποκατάστασης με νικοτίνη θα πρέπει να απευθύνεται κυρίως σε καπνιστές, οι οποίοι είναι κινητοποιημένοι να επιτύχουν τη διακοπή και έχουν ισχυρή εξάρτηση από την νικοτίνη. Η θεραπεία υποκατάστασης με νικοτίνη αυξάνει τις πιθανότητες αποχής από το κάπνισμα 1,5-1,7 φορές, ενώ τα ποσοστά διακοπής κυμαίνονται στο 26%-31%.

#### **5. Υπογλώσσια μορφή νικοτίνης:**

- ***Βουπροπιόνη (zyban)***

Η βουπροπιόνη είναι ένα ήπιο αντικαταθλιπτικό και αρχικά αξιοποιήθηκε ως τέτοιο. Στην πορεία των ερευνών όμως, διαπιστώθηκε ότι προκαλεί απέχθεια από το

τσιγάρο. Θεωρείται ότι δρα στο κέντρο της απόλαυσης του τσιγάρου στον εγκέφαλο. Πρέπει να χορηγείται υπό ιατρική παρακολούθηση και για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (7-19 εβδομάδες).

Υπάρχουν τουλάχιστον δύο λόγοι για τους οποίους η χορήγηση αντικαταθλιπτικών μπορεί να ωφελήσει κατά την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος: α) η καταθλιπτική συμπτωματολογία μπορεί να είναι ένα σύμπτωμα της αποχής από τη νικοτίνη και η διακοπή του καπνίσματος πολύ συχνά έχει ως συνέπεια την εμφάνιση κατάθλιψης β) η νικοτίνη μπορεί να έχει κάποιες αντικαταθλιπτικές ιδιότητες, οι οποίες συντηρούν τη συνέχιση του καπνίσματος. Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών μπορεί λοιπόν να αντικαταστήσει την επίδραση αυτή από την νικοτίνη. Η χορήγηση βουπροπιόνης βελτιώνει σε σημαντικό βαθμό τα συμπτώματα που εμφανίζονται εξ' αιτίας της αποχής από το κάπνισμα. Μπορεί επίσης να δράσει ως ανταγωνιστής στον υποδοχέα νικοτίνης μειώνοντας την ανθεκτική δυννητική ενέργειά της. Η χορήγηση βουπροπιόνης ξεκινά μια με δύο εβδομάδες πριν την ημερομηνία διακοπής, σε δοσολογία τουλάχιστον 150mg για τις τρεις πρώτες ημέρες και 150mg δύο φορές ημερησίως για το υπόλοιπο χρονικό διάστημα της θεραπείας. Η χρήση και η αποτελεσματικότητά της συνίσταται και για την πρόληψη υποτροπής, όταν η διακοπή καπνίσματος έχει ήδη επιτευχθεί. Θεραπεία διάρκειας επτά εβδομάδων, σε συνδυασμό ή όχι με υποκατάστατα νικοτίνης οδηγεί σε ποσοστά διακοπής από 44-68%, διπλάσια περίπου σε σχέση με τα ποσοστά διακοπής χωρίς φαρμακευτική βοήθεια.

- **Βαρενικλίνη (*champix*)**

Η βαρενικλίνη (varenicline) αποτελεί ένα νέο φαρμακευτικό σκεύασμα το οποίο προορίζεται ειδικά για την θεραπεία διακοπής του καπνίσματος. Η βαρενικλίνη δεν είναι αντικαταθλιπτικό, όπως η βουπροπιόνη, και δρα στους υποδοχείς της νικοτίνης στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Η βαρενικλίνη έχει την ιδιότητα να ανακουφίζει από την έντονη επιθυμία για νικοτίνη και από τα στερητικά συμπτώματα. Παράλληλα λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας της ψυχολογικής εξάρτησης από τη νικοτίνη που δημιουργείται μέσω της τελετουργίας του ανάμματος του τσιγάρου.

Απαραίτητη προϋπόθεση πριν την έναρξη της λήψης βαρενικλίνης είναι ο καθορισμός της ημερομηνίας διακοπής. Η χορήγηση ξεκινά αφού πρώτα το άτομο έχει αποφασίσει μια ημερομηνία διακοπής μέσα στην δεύτερη εβδομάδα της θεραπείας (μεταξύ της ημέρας 8 και της ημέρας 14). Η θεραπεία έχει διάρκεια 12 εβδομάδων. Εφόσον το άτομο έχει πραγματοποιήσει διακοπή, ο γιατρός μπορεί να προτείνει τη συνέχιση της θεραπείας για 12 ακόμη εβδομάδες σε δοσολογία 1mg δύο φορές ημερησίως. Ο κίνδυνος υποτροπής είναι αυξημένος την περίοδο αμέσως μετά το τέλος της θεραπείας. Ο γιατρός μπορεί να αποφασίσει τη σταδιακή μείωση της δόσης κατά το τέλος της θεραπείας. Προγράμματα χορήγησης βαρενικλίνης για διάστημα 12 εβδομάδων φαίνεται να οδηγούν σε ποσοστά διακοπής περίπου 44%.

Προκειμένου να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα της βαρενικλίνης πραγματοποιήθηκε σε δύο μελέτες συγκριτική αξιολόγηση της χορήγησης του φαρμακευτικού αυτού σκευάσματος με τη χορήγηση βουπροπιόνης και με τη χορήγηση εικονικής φαρμακευτικής θεραπείας. Έπειτα από την χορήγηση βαρενικλίνης για διάστημα 12 εβδομάδων και έπειτα από διεξαγωγή βιοχημικού ελέγχου αξιολογήθηκε η αποχή από την κατανάλωση καπνού για διάστημα τουλάχιστον τεσσάρων εβδομάδων. Στην πρώτη μελέτη διαπιστώθηκε αποχή στο 44,4% των ατόμων στα οποία χορηγήθηκε βαρενικλίνη έναντι του 29,5% των ατόμων στα οποία χορηγήθηκε βουπροπιόνη και του 17,7% των ατόμων στα οποία χορηγήθηκε εικονική φαρμακευτική θεραπεία. Η δεύτερη μελέτη κατέδειξε σχεδόν πανομοιότυπα ποσοστά αποχής τα οποία ανέρχονταν σε 44%, 30% και 17,7% για τις τρεις συνθήκες αντίστοιχα (Tonstad, Hays, Jorenby et al., 2005).

Τα φαρμακευτικά σκευάσματα που προορίζονται για τη διακοπή του καπνίσματος δεν καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Το κόστος επιβαρύνει τον καταναλωτή.

**ΣΤ.** Εναλλακτικές μέθοδοι όπως ο βελονισμός, η ύπνωση, και οι μέθοδοι που χρησιμοποιούν ενεργειακά πεδία, ονομάζονται θεραπείες υποβολής, επειδή η δράση τους οφείλεται κυρίως στην επίδραση του θεραπευτή, η οποία παίρνει τη μορφή υποβολής. Η αποτελεσματικότητά τους δεν έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά ([www.neahygeia.gr](http://www.neahygeia.gr)).

♦ Το **ηλεκτρονικό τσιγάρο** λειτουργεί χωρίς φυσική φλόγα, χρησιμοποιώντας μικροηλεκτρονική τεχνολογία, παρέχοντας στους χρήστες του την πραγματική εμπειρία του καπνίσματος χωρίς καπνό, πίσσα και χιλιάδες άλλες τοξικές ουσίες, που περιέχονται στα παραδοσιακά τσιγάρα. Έχει την εικόνα, την αίσθηση την γεύση και το μέγεθος του παραδοσιακού τσιγάρου. Αποτελείται από ένα αναλώσιμο φίλτρο (cartridge ) που περιέχει υγρό το οποίο αποτελείται κυρίως από προπυλενογλυκόλη μια ακίνδυνη ουσία που χρησιμοποιείται και στα τρόφιμα. Εισπνέοντας, ένας μικροεπεξεργαστής διοχετεύει σταγονίδια υγρού στον μηχανισμό που παράγει καπνό (ή καλύτερα, ατμό) και ο χρήστης έχει την ίδια αίσθηση και ικανοποίηση με αυτή που θα είχε από ένα κανονικό τσιγάρο, χωρίς όμως τα υπόλοιπα βλαβερά συστατικά (νικοτίνη, πίσσα, μονοξείδιο του άνθρακα κλπ) που περιέχουν τα συμβατικά τσιγάρα. Μεγάλος αριθμός βλαβερών/καρκινογόνων ουσιών παράγεται από την καύση του τσιγάρου. Ο καπνός-ατμός που παράγει το ηλεκτρονικό τσιγάρο δεν είναι προϊόν καύσης.

Το ηλεκτρονικό τσιγάρο λειτουργεί με επαναφορτιζόμενη μπαταρία και ο καπνός παράγεται σε ένα ειδικά διαμορφωμένο θάλαμο (atomizer). Η θερμοκρασία του καπνού που παράγεται είναι ίδια με αυτή του καπνού ενός κανονικού τσιγάρου (50-60 °C). Λόγω του ότι ο "καπνός" που παράγεται είναι στην ουσία ατμός, το ηλεκτρονικό τσιγάρο δεν βλάπτει τους γύρω σας. Ο ατμός διαλύεται στον αέρα σε δευτερόλεπτα και δεν μυρίζει, ούτε δημιουργεί προβλήματα παθητικού καπνίσματος. Τα ανταλλακτικά φίλτρα (cartridges) προσφέρονται σε διάφορες γεύσεις συμπεριλαμβανομένων του καπνού, της σοκολάτας, του καφέ, του μήλου και της μέντας και άλλων πολλών γεύσεων. Η χρήση και η αποτελεσματικότητα του ηλεκτρονικού τσιγάρου το οποίο δεν περιέχει τις βλαβερές ουσίες του καπνού, δεν έχει μελετηθεί επαρκώς, καθώς αποτελεί νέο προϊόν στην αγορά. Γενικά, δεν αποτελεί αποτελεσματικό μέσο καταπολέμησης της ψυχολογικής εξάρτησης από το τσιγάρο καθώς συντηρεί την τελετουργία του ανάμματός του ([www.el.wikipedia.org](http://www.el.wikipedia.org)).

### **3.5. «Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος»**

Τα Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος είναι ένας ακόμη τρόπος που μπορούν να επιλέξουν οι καπνιστές για να στηρίξουν την προσπάθειά τους να διακόψουν το κάπνισμα. Στην χώρα μας υπάρχουν πια δεκάδες οργανωμένα ιατρεία, τόσο στον δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Εκεί εφαρμόζονται διάφορα στρατηγικά

προγράμματα που προσεγγίζουν συνολικά το κομμάτι της απεξάρτησης από το τσιγάρο. Κατά κύριο λόγο, τα Ιατρεία Διακοπής, είναι ενταγμένα στο τμήμα των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και οι καπνιστές μπορούν να προσέλθουν σε αυτά, αφού πρώτα έχουν κλείσει ραντεβού στην γραμματεία (των τακτικών εξωτερικών ιατρείων). Η στελέχωση τους περιλαμβάνει τις ειδικότητες των πνευμονολόγων, ψυχολόγων ή ψυχιάτρων, νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών. Στόχος των Ιατρείων Διακοπής, όπως εξηγεί ο Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών και Διευθυντής του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, κ.Γιάννης Τούντας, είναι «να λάβουν οι καπνιστές ενημέρωση σχετικά με τους κινδύνους που επιφυλάσσει η καπνιστική συμπεριφορά, αλλά και να κινητοποιηθούν προς την διακοπή. Συγχρόνως, στόχο αποτελεί η ενημέρωση των τρόπων θεραπευτικής παρέμβασης που διατίθενται σήμερα και η εφαρμογή ενός χρονοδιαγράμματος στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος».

Η συνήθης τακτική προσέγγισης και εκτίμησης ενός καπνιστή που θα επιλέξει τα Ιατρεία Διακοπής είναι η εξής:

- Αρχικά, γίνεται αξιολόγηση και καταγραφή των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της καπνιστικής συνήθειας (αριθμός τσιγάρων, έτη καπνίσματος, βαθμός εξάρτησης με βάση το ερωτηματολόγιο Fagerstrom), καθώς και αξιολόγηση της διάθεσης για την διακοπή του καπνίσματος, με τη βοήθεια ενός ερωτηματολογίου εκτίμησης των κινήτρων.

- Έπειτα, πραγματοποιείται λήψη λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού, το οποίο πιθανώς να υπαγορεύει και το είδος της θεραπείας που πρέπει να ακολουθηθεί (π.χ. αν υπάρχουν προβλήματα υγείας ή λαμβάνονται φάρμακα που αποτελούν αντένδειξη για τη χορήγηση μιας συγκεκριμένης θεραπείας).

- Αν ο καπνιστής δεν έχει τόσο ισχυρή διάθεση ή ακόμα και αρνητική για να διακόψει το κάπνισμα, καταβάλλεται προσπάθεια ενίσχυσης των κινήτρων με λεπτομερή ενημέρωση για τις βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος και τα ευεργετικά αποτελέσματα από την διακοπή του και συστήνεται επανεξέταση μετά από ένα εύλογο χρονικό διάστημα.

- Όταν ο καπνιστής έχει θετική διάθεση για διακοπή, αναλύονται οι λόγοι επιθυμίας διακοπής του καπνίσματος, πραγματοποιείται ενημέρωση σχετικά με τις βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος και τα ευεργετικά αποτελέσματα από τη διακοπή του και καθορίζεται από τον ίδιο τον καπνιστή η ημερομηνία διακοπής. Ο

καπνιστής δεσμεύεται να σταματήσει το κάπνισμα σε μια συγκεκριμένη ημερομηνία και παροτρύνεται για την κοινοποίηση της στο οικείο περιβάλλον του, προκειμένου να του παρασχεθεί υποστήριξη στην υλοποίηση της προσπάθειάς του.

- Ο καπνιστής, έπειτα από ενημέρωση σχετικά με τις καταστάσεις που πιθανώς να αποτελέσουν εμπόδιο ή να τον διευκολύνουν στην προσπάθεια της διακοπής, παροτρύνεται για τη συνειδητή προετοιμασία του μέχρι την ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος (που ο ίδιος έχει ορίσει). Παράλληλα, παρέχεται στον καπνιστή ενημέρωση σχετικά με τα στερητικά συμπτώματα αποχής από τη συνήθεια του (το κάπνισμα), την αναμενόμενη ένταση και την διάρκειά τους.

- Η παροχή φαρμακευτικής αγωγής πραγματοποιείται με γνώμονα το βαθμό εξάρτησης, τις αντενδείξεις των φαρμάκων και τις προτιμήσεις των καπνιστών. Συνηθέστερα χορηγούνται υποκατάστατα νικοτίνης και υδροχλωρική βουπροπιόνη, ενώ ως προς την απόφαση για το ποια θεραπεία θα χρησιμοποιηθεί, λαμβάνεται υπόψη η πρόθεση και η δυνατότητα συμμόρφωσης του καπνιστή, η προηγούμενη χρήση βοηθημάτων για την διακοπή του καπνίσματος, οι αντενδείξεις, η πιθανότητα παρενεργειών, καθώς επίσης και η προσωπική προτίμηση του καπνιστή.

- Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να συνδυάζεται ανάλογα με την επιθυμία ή και την ανάγκη του καπνιστή, με ψυχολογική υποστήριξη που παρέχεται από εξειδικευμένο ψυχολόγο.

- Τέλος, καθορίζεται ο τρόπος παρακολούθησης και η συχνότητα της επανεξέτασης του καπνιστή, στον οποίο παρέχεται εγχειρίδιο με ενημερωτικό και συμβουλευτικό περιεχόμενο σχετικά με το κάπνισμα και την διακοπή του.

Σε κάποια ιατρεία διακοπής καπνίσματος, κατά την έναρξη της θεραπείας γίνεται ένας πλήρης λειτουργικός έλεγχος της αναπνοής, ο οποίος επαναλαμβάνεται ανά 3μηνο, και για διάστημα ενός έτους, καθώς και μέτρηση του εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα (CO), καταγραφή της αρτηριακής πίεσης και του βάρους, μετρήσεις που επαναλαμβάνονται στις εβδομαδιαίες επισκέψεις των καπνιστών και ανά 3μηνο μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας ([www.healthview.gr](http://www.healthview.gr)).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **«ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ»**

#### **4.1. «Σημασία και σκοπός της έρευνας»**

Σκοπός μίας επιστημονικής έρευνας είναι να δώσει απάντηση σε καίρια ερωτήματα μέσα από την χρήση επιστημονικών μεθόδων. Οι έρευνες προσανατολίζονται στην αναζήτηση απαντήσεων. Αυτό θα προσπαθήσουμε και εμείς μέσα από την δική μας έρευνα και μελέτη. Θα πρέπει όμως να είναι ξεκάθαρο ότι τα συμπεράσματα που θα εξαχθούν μπορεί να μην είναι οριστικά ή ικανοποιητικά.

Πιο συγκεκριμένα, σκοπός της μελέτης μας είναι η διερεύνηση των λόγων που οδηγούν τις νεαρές γυναίκες να ξεκινήσουν και κατ' επέκταση να συνεχίσουν το κάπνισμα. Επιπλέον, θα εξετάσουμε εάν οι καπνίστριες έχουν σκεφτεί το ενδεχόμενο να διακόψουν αυτή τους τη συνήθεια και τι είναι αυτό που αναστέλλει την διακοπή.

Μέσω της μελέτης και της βιβλιογραφικής μας αναζήτησης φάνηκε να υπάρχει μία αύξηση του ποσοστού των γυναικών που καπνίζουν τα τελευταία χρόνια. Μάλιστα, έρευνες έχουν δείξει να μειώνεται το ποσοστό των ανδρών που καπνίζουν, ενώ το ποσοστό των νεαρών γυναικών να αυξάνεται.

#### **4.2. «Ερευνητικά ερωτήματα»**

Η μελέτη μας στηρίζεται σε πέντε βασικά ερευνητικά ερωτήματα. Το πρώτο ερώτημα που θα εξετάσουμε είναι για ποιους λόγους καπνίζουν οι γυναίκες δηλαδή, τι είναι αυτό που τις ωθεί στο να ξεκινήσουν και έπειτα να διατηρήσουν αυτή τους τη συνήθεια. Το δεύτερο ερώτημα στην έρευνα μας είναι πόσο εξαρτημένες θεωρούν οι ίδιες ότι είναι από το τσιγάρο, κάτι που προσπαθούμε να εντοπίσουμε και μέσα από τον έλεγχο της ποσότητας των τσιγάρων που καταναλώνουν. Σαν τρίτο ερώτημα έχουμε, εάν οι νεαρές καπνίστριες έχουν σκεφτεί να διακόψουν το κάπνισμα, ενώ παράλληλα θα διερευνηθούν οι προσπάθειες που έχουν κάνει, οι λόγοι που δεν τα κατάφεραν, αλλά και οι τρόποι με τους οποίους έκαναν την προσπάθεια τους. Το τέταρτο ερώτημα αφορά την σχέση μεταξύ της καπνιστικής συνήθειας και της επαρκούς (ή μη) ενημέρωσης των επιπτώσεων που έχει αυτή στην υγεία, δηλαδή κατά πόσο γνωρίζουν οι καπνίστριες το αντίκτυπο του τσιγάρου στην υγεία τους. Το τελευταίο ερευνητικό ερώτημα που εξετάσαμε είναι, αν το δείγμα μας θεωρεί ότι το τσιγάρο παίζει κάποιο ρόλο στην κοινωνική ζωή, πως και πόσο μπορεί να την επηρεάσει - είτε θετικά είτε αρνητικά.

#### **4.3. «Επιλογή και περιγραφή του δείγματος»**

Η έρευνα μας είναι διερευνητική και ποσοτική. Διεξήχθη στο Ν.Πιερίας και στο Ν.Αττικής. Συνολικά, μοιράστηκαν 150 ερωτηματολόγια εκ των οποίων τα 50 μοιράστηκαν στον Ν.Πιερίας και τα υπόλοιπα 100 στο Ν.Αττικής.

Το δείγμα μας απαρτίζεται από νεαρές γυναίκες, καπνίστριες, ηλικίας 16 έως 25 ετών, με μέση ηλικία τα 21,1 έτη. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα ερωτηματολόγια ήταν απευθείας συμπληρούμενα από τις ερωτώμενες, παρουσία των ερευνητών και επιστράφηκαν αμέσως. Διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια σε χώρους που συναθροίζονται νέοι (χώρους αναψυχής, ψυχαγωγίας, κ.τ.λ.). Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ξεκίνησε στις 7/01/2010 και τελείωσε στις 28/2/2010.

#### **4.4. «Τεχνική συλλογής δεδομένων-Περιγραφή του ερωτηματολογίου»**

Η συλλογή των δεδομένων της έρευνας, έγινε με την μέθοδο του δομημένου ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο, το οποίο δημιουργήθηκε από την ερευνητική ομάδα και παρατίθεται στο Παράρτημα 1, απαρτίζεται από τις εξής πέντε ενότητες:

- ◆ Δημογραφικά στοιχεία. Πληροφορίες που αφορούν την ηλικία τους, το μορφωτικό επίπεδο που έχουν λάβει μέχρι τώρα, την επαγγελματική τους κατάσταση, την οικογενειακή κατάσταση (άγαμη, έγγαμη, διαζευγμένη, μητέρα) και τον τόπο κατοικίας.
- ◆ Ιστορικό. Ζητούνται πληροφορίες που αφορούν την ηλικία έναρξης καπνίσματος, εάν καπνίζουν άτομα από το οικογενειακό (πατέρας, μητέρα, αδέρφια, σύντροφος) και φιλικό τους περιβάλλον (φίλοι, συμμαθητές, συνάδελφοι), τι αισθάνθηκαν την πρώτη φορά που κάπνισαν και για ποιο λόγο συνεχίζουν το κάπνισμα.
- ◆ Προσπάθειες διακοπής. Σε αυτή την ενότητα προσπαθούμε να διαπιστώσουμε εάν η καπνίστρια έχει σκεφτεί το ενδεχόμενο διακοπής καθώς και πως αντιμετωπίζει γενικότερα αυτή την προοπτική.
- ◆ Επιπτώσεις στην υγεία. Αυτή η ενότητα περιέχει ερωτήσεις προκειμένου να διερευνήσουμε εάν οι νεαρές καπνίστριες έχουν επίγνωση των επιπτώσεων του τσιγάρου στην υγεία τους και αν έχουν ενημερωθεί με οποιονδήποτε τρόπο για τις συνέπειες του καπνίσματος.
- ◆ Κάπνισμα και κοινωνικές σχέσεις. Στην τελευταία ενότητα θέλαμε να ερευνήσουμε εάν οι νεαρές καπνίστριες θεωρούν ότι το τσιγάρο έχει



ενισχύσει την κοινωνικότητα τους, το ενδεχόμενο να νιώθουν απομονωμένες από τον περίγυρο τους λόγω αυτής τους της συνήθειας και ακόμη πως βλέπουν τα νέα μέτρα διακοπής του καπνίσματος στους κλειστούς χώρους.

#### **4.5. «Επεξεργασία των αποτελεσμάτων της έρευνας»**

Η επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με ηλεκτρονικό υπολογιστή, μέσω του στατιστικού προγράμματος S.P.S.S. Πιο συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  του Pearson που εφαρμόζεται όταν θέλουμε να διαπιστώσουμε αν δύο ποιοτικές μεταβλητές ενός πληθυσμού σχετίζονται μεταξύ τους ή είναι ανεξάρτητες. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε το σύστημα Anova, που είναι η ανάλυση τιμών μιας συνεχούς μεταβλητής, μεταξύ διαφορετικών ομάδων και η ανεξάρτητη μεταβλητή είναι ποιοτική. Να σημειώσουμε σημαντική βοήθεια για την επεξεργασία των δεδομένων υπήρξε το πακέτο σημειώσεων των κυρίων Κριτσωτάκη Ε. και Παπαδοπούλου Ε., «Στατιστική με το S.P.S.S. για τα Windows» (Ηράκλειο, 2004).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **«ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ»**

#### **5.1. «Δημογραφικά στοιχεία»**

**Πίνακας 1: ΗΛΙΚΙΑ**

|                |       |
|----------------|-------|
| Μέσος όρος     | 21,11 |
| Ελάχιστος όρος | 16    |
| Μέγιστος όρος  | 25    |

Η μέγιστη ηλικία είναι τα 25 έτη, η ελάχιστη τα 16 έτη και ο μέσος όρος 21,1.

**Πίνακας 2: ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**

|               | Πληθυσμός | %     |
|---------------|-----------|-------|
| Γυμνάσιο      | 14        | 9,3   |
| Λύκειο        | 32        | 21,3  |
| Ι.Ε.Κ.        | 22        | 14,7  |
| Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι. | 82        | 54,7  |
| Σύνολο        | 150       | 100,0 |

Το 54,7%, που είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό, έχει αποφοιτήσει από την Τριτοβάθμια Εκπαίδευση, το 21,3% έχει ολοκληρώσει την Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση και το 14,7% είναι απόφοιτες Ι.Ε.Κ.

**Πίνακας 3: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

|             | Πληθυσμός | %     |
|-------------|-----------|-------|
| Εργαζόμενες | 52        | 34,7  |
| Άνεργες     | 98        | 65,3  |
| Σύνολο      | 150       | 100,0 |

Σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων με ποσοστό 65,3% δεν εργάζεται, ενώ οι εργαζόμενες αποτελούν το 34,7%.

**Πίνακας 4: ΦΟΡΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

|           | Πληθυσμός | %     |
|-----------|-----------|-------|
| Δημόσιος  | 4         | 2,7   |
| Ιδιωτικός | 48        | 32,0  |
| Σύνολο    | 52        | 34,7  |
| Άνεργες   | 98        | 65,3  |
| Σύνολο    | 150       | 100,0 |

Από το 34,7% των εργαζομένων, το 32% δουλεύει στον ιδιωτικό τομέα και μόνο το 2,7% στον δημόσιο.

**Πίνακας 5: ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

|           | Πληθυσμός | %     |
|-----------|-----------|-------|
| Μόνιμη    | 32        | 21,3  |
| Προσωρινή | 20        | 13,3  |
| Σύνολο    | 52        | 34,7  |
| Άνεργες   | 98        | 65,3  |
| Σύνολο    | 150       | 100,0 |

Από τις εργαζόμενες, το μεγαλύτερο ποσοστό 21,3% έχει μόνιμη σχέση εργασίας και το 13,3% εργάζεται προσωρινά.

**Πίνακας 6: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

|         | Πληθυσμός | %     |
|---------|-----------|-------|
| Άγαμες  | 140       | 93,3  |
| Έγγαμες | 10        | 6,7   |
| Σύνολο  | 150       | 100,0 |

Η συντριπτική πλειοψηφία με ποσοστό 93,3% είναι άγαμες, ενώ μόλις το 6,7% είναι παντρεμένες.

**Πίνακας 7: ΠΟΣΕΣ ΕΙΝΑΙ ΜΗΤΕΡΕΣ**

|        | Πληθυσμός | %     |
|--------|-----------|-------|
| Ναι    | 8         | 5,3   |
| Όχι    | 142       | 94,7  |
| Σύνολο | 150       | 100,0 |

Το 94,7% των ερωτηθέντων δεν είναι μητέρες, ενώ μόλις το 5,3% είναι.

**Πίνακας 8: ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**

|          | Πληθυσμός | %     |
|----------|-----------|-------|
| Αθήνα    | 100       | 66,7  |
| Κατερίνη | 50        | 33,3  |
| Σύνολο   | 150       | 100,0 |

Το 66,7% του δείγματος διαμένει στον Ν.Αττικής και το 33,3% στο Ν.Πιερίας.

**5.2.«Ιστορικό»****Πίνακας 9: ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

|                |       |
|----------------|-------|
| Μέσος όρος     | 15,62 |
| Ελάχιστος όρος | 10    |
| Μέγιστος όρος  | 23    |

Η έναρξη της καπνιστικής συνήθειας εκδηλώθηκε στα 10 έτη που είναι και η μικρότερη συχνότητα, έως τα 23 που είναι και η μέγιστη και κατά μέσο όρο οι ερωτώμενες ξεκινούν το κάπνισμα στα 15,6 έτη.

**Πίνακας 10: ΛΟΓΟΙ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

|  | Πληθυσμός | %     |
|--|-----------|-------|
| Για να εντυπωσιάσω                                 | 7         | 3,8%  |
| Από περιέργεια                                     | 89        | 48,9% |
| Για να «ξεφύγω» από τα προβλήματα                  | 17        | 9,3%  |
| Επηρεάστηκα από το φιλικό και κοινωνικό περιβάλλον | 40        | 22,0% |
| Για να εισχωρήσω/ανήκω σε μια ομάδα                | 4         | 2,2%  |
| Από αντίδραση                                      | 11        | 6,0%  |
| Για να διατηρήσω το βάρος σε χαμηλά επίπεδα        | 2         | 1,1%  |
| Άλλο   | 12        | 6,6%  |
| Σύνολο   | 182       | 100,0 |

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 48,9% απαντά ότι ο λόγος έναρξης της καπνιστικής συνήθειας είναι η περιέργεια, ενώ σε σημαντικό ποσοστό 22% παίζει ρόλο ο επηρεασμός από το φιλικό - κοινωνικό περιβάλλον.

**Σημείωση:** Σε αυτή την ερώτηση, οι ερωτηθείσες μπορούν να επιλέξουν παραπάνω από μια κατηγορία.

**Πίνακας 11: ΑΙΣΘΗΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ**

|          | Πληθυσμός | %     |
|----------|-----------|-------|
| Περίεργα | 77        | 50,3  |
| Αηδία    | 31        | 20,3  |
| Ωραία    | 36        | 23,5  |
| Άλλο     | 9         | 5,9   |
| Σύνολο   | 153       | 100,0 |

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 50,3% δήλωσε πως αισθάνθηκε περίεργα την πρώτη φορά που κάπνισε, ενώ σημαντικά είναι και τα ποσοστά που αναφέρουν μια ωραία αίσθηση (23,5%) καθώς και το αίσθημα της αηδίας (20,3%).

**Σημείωση:** Σε αυτή την ερώτηση, οι ερωτηθείσες μπορούν να επιλέξουν παραπάνω από μια κατηγορία.

**Πίνακας 12: ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ**

|                |       |
|----------------|-------|
| Μέσος όρος     | 4,9   |
| Ελάχιστος όρος | ,30   |
| Μέγιστος όρος  | 12,00 |

Οι ερωτώμενες δήλωσαν πως το μικρότερο διάστημα καπνίσματος είναι οι 4 μήνες (0,30 χρόνια) και το μεγαλύτερο τα 12 έτη, με μέσο όρο τα 4,9 έτη καπνίσματος.

**Πίνακας 13: ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΣΙΓΑΡΩΝ**

|                |      |
|----------------|------|
| Μέσος όρος     | 17,9 |
| Ελάχιστος όρος | 2    |
| Μέγιστος όρος  | 50   |

Η μικρότερη συχνότητα ημερήσιας κατανάλωσης τσιγάρων είναι τα 2 τσιγάρα, ενώ η μεγαλύτερη είναι τα 50 , με μέσο όρο κατανάλωσης τα 17,9 τσιγάρα.

**Πίνακας 14: ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΟΣΟΤΗΤΑΣ ΚΑΠΝΙΖΟΝΤΩΝ ΤΣΙΓΑΡΩΝ**

|        | Πληθυσμός | %    |
|--------|-----------|------|
| Ναι    | 85        | 56,7 |
| Όχι    | 65        | 43,3 |
| Σύνολο | 150       | 100, |

Το 56,7% θεωρεί ότι ελέγχει την ποσότητα των τσιγάρων που καπνίζει, ενώ το υπόλοιπο 43,3% θεωρεί πως δεν μπορεί να ελέγξει αυτή την ποσότητα.

**Πίνακας 15: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ**

|           | Πληθυσμός | %     |
|-----------|-----------|-------|
| Πατέρας   | 90        | 30,4  |
| Μητέρα    | 73        | 24,7  |
| Αδέλφια   | 65        | 22,0  |
| Σύντροφος | 68        | 23,0  |
| Σύνολο    | 296       | 100,0 |

Στο οικογενειακό περιβάλλον των ερωτηθέντων το 30,4% δήλωσε πως καπνίζει ο πατέρας, το 24,7% πως καπνίζει η μητέρα, το 22% πως καπνίζουν τα αδέλφια, ενώ το 23% πως καπνίζει και ο σύντροφος.

**Πίνακας 16: ΦΙΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ**

|            | Πληθυσμός | %     |
|------------|-----------|-------|
| Φίλοι      | 143       | 50,7  |
| Συμμαθητές | 96        | 34,0  |
| Συνάδελφοι | 43        | 15,2  |
| Σύνολο     | 306       | 100,0 |

Αντίστοιχα στο φιλικό περιβάλλον, οι ερωτηθείσες δηλώνουν πως σε ποσοστό 50,7% καπνίζουν οι φίλοι τους, 34% οι συμμαθητές τους και 15,2% οι συνάδελφοι τους.

**Πίνακας 17: ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ**

|        | Πληθυσμός | %     |
|--------|-----------|-------|
| Ναι    | 2         | 1,3   |
| Όχι    | 6         | 4,0   |
| Σύνολο | 8         | 5,3   |
| Άγαμες | 142       | 94,7  |
| Σύνολο | 150       | 100,0 |

Από τα 8 άτομα του δείγματος που είχαν υπάρξει έγκυες (5,3%), το 4% δεν κάπνιζε στην διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ το 1,3% κάπνιζε.

**Πίνακας 18: ΤΙ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΟΤΑΝ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ**

|              | Πληθυσμός | %     |
|--------------|-----------|-------|
| Απόλαυση     | 59        | 26,0  |
| Απελευθέρωση | 15        | 6,6   |
| Ανακούφιση   | 28        | 12,3  |
| Χαλάρωση     | 84        | 37,0  |
| Ηρεμία       | 31        | 13,7  |
| Άλλο         | 10        | 4,4   |
| Σύνολο       | 227       | 100,0 |

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 37% δηλώνει πως όταν καπνίζει νιώθει «χαλάρωση», ενώ το 26% δηλώνει πως νιώθει «απόλαυση».

**Σημείωση:** Σε αυτή την ερώτηση, οι ερωτηθείσες μπορούν να επιλέξουν παραπάνω από μια κατηγορία.

**Πίνακας 19α:** ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΩΣ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΗ

|            | Πληθυσμός | %     |
|------------|-----------|-------|
| Καθόλου    | 7         | 4,7   |
| Λίγο       | 17        | 11,3  |
| Μέτρια     | 17        | 11,3  |
| Πολύ       | 50        | 33,3  |
| Απαραίτητο | 59        | 39,3  |
| Σύνολο     | 150       | 100,0 |

Το 39,3% του δείγματος θεωρεί το κάπνισμα απαραίτητο στοιχείο της προσωπικότητας του στον τομέα της διασκέδασης, ενώ το 33,3% «πολύ» σημαντικό.

**Πίνακας 19β:** ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΩΣ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΖΩΗ

|            | Πληθυσμός | %     |
|------------|-----------|-------|
| Καθόλου    | 19        | 12,7  |
| Λίγο       | 36        | 24,0  |
| Μέτρια     | 53        | 35,3  |
| Πολύ       | 28        | 18,7  |
| Απαραίτητο | 14        | 9,3   |
| Σύνολο     | 150       | 100,0 |

Στην κοινωνική ζωή τώρα, το 35,3% θεωρεί το κάπνισμα «μέτρια» σημαντικό στοιχείο της προσωπικότητας, το 24% «λίγο», ενώ μόνο το 9,3% το θεωρεί «απαραίτητο».

**Πίνακας 19γ :** ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΩΣ ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ/ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

|            | Πληθυσμός | %     |
|------------|-----------|-------|
| Καθόλου    | 29        | 19,3  |
| Λίγο       | 38        | 25,3  |
| Μέτρια     | 33        | 22,0  |
| Πολύ       | 28        | 18,7  |
| Απαραίτητο | 2         | 1,4   |
| Σύνολο     | 150       | 100,0 |

Στην εργασία/καθημερινή ζωή το 25,3% κρίνει «λίγο» σημαντικό, το 22% «μέτρια» και το 19,3% δεν θεωρεί το κάπνισμα «καθόλου» σημαντικό στοιχείο της προσωπικότητας τους.

**Πίνακας 20: ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ ΣΥΝΕΧΙΖΟΥΝ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

|  | Πληθυσμός | %     |
|--|-----------|-------|
| Για να ηρεμήσω, για να ανακουφιστώ από κάποια συναισθηματική φόρτιση | 47        | 22,2  |
| Για ευχαρίστηση  | 54        | 25,5  |
| Γιατί διώχνει την μοναξιά και γεμίζει τον χρόνο μου                  | 20        | 9,4   |
| Για να αισθάνομαι κοινωνικά προσαρμοσμένη                            | 3         | 1,4   |
| Γιατί αυξάνει την ενεργητικότητα και βοηθά στην εργασία              | 6         | 2,8   |
| Από συνήθεια   | 72        | 34,0  |
| Άλλο   | 10        | 4,7   |
| Σύνολο   | 212       | 100,0 |

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, σε ποσοστό 34% συνεχίζει το κάπνισμα «από συνήθεια», το 25,5% «για ευχαρίστηση», ενώ το 22,2% «για να ηρεμήσει».

**Σημείωση:** Σε αυτή την ερώτηση, οι ερωτηθείσες μπορούν να επιλέξουν παραπάνω από μια κατηγορία.

### 5.3.«Προσπάθειες διακοπής»

**Πίνακας 21: ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΕΙ ΝΑ ΚΟΨΕΤΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

|        | Πληθυσμός | %     |
|--------|-----------|-------|
| Ναι    | 77        | 51,3  |
| Όχι    | 73        | 48,7  |
| Σύνολο | 150       | 100,0 |

Το 51,3% έχει προσπαθήσει να διακόψει το κάπνισμα, ενώ το 48,7% δεν έχει κάνει ποτέ αυτή την προσπάθεια.

**Πίνακας 22: ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

|                |      |
|----------------|------|
| Μέσος όρος     | 2,12 |
| Ελάχιστος όρος | 1    |
| Μέγιστος όρος  | 6    |

Η ελάχιστη προσπάθεια διακοπής είναι η 1 φορά, η μέγιστη 6 φορές, ενώ ο μέσος όρος είναι οι 2 φορές.



**Πίνακας 23: ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

|                |       |
|----------------|-------|
| Μέσος όρος     | 3,2   |
| Ελάχιστος όρος | ,10   |
| Μέγιστος όρος  | 24,00 |

Το ελάχιστο διάστημα διακοπής είναι οι 2 βδομάδες (0,10 μήνες), το μέγιστο τα 2 χρόνια (24 μήνες) και ο μέσος όρος οι 3,2 μήνες.

**Πίνακας 24: ΠΩΣ ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΑΤΕ ΝΑ ΚΟΨΕΤΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

|                                | Πληθυσμός | %     |
|--------------------------------|-----------|-------|
| Μόνη                           | 72        | 48,0  |
| Βοήθεια Προγραμμάτων           | 1         | ,7    |
| Άλλο                           | 4         | 2,7   |
| Σύνολο                         | 77        | 51,3  |
| Δεν έχουν διακόψει το κάπνισμα | 73        | 48,7  |
| Σύνολο                         | 150       | 100,0 |

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 48% απάντησε πως προσπάθησε «Μόνη» να διακόψει το κάπνισμα.

**Πίνακας 25: ΛΟΓΟΙ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

|  | Πληθυσμός | %     |
|--|-----------|-------|
| Δεν το ήθελα ουσιαστικά                              | 38        | 41,8  |
| Δεν προσπάθησα αρκετά                                | 22        | 24,2  |
| Δεν με στήριξε το οικογενειακό/φιλικό περιβάλλον μου | 5         | 5,5   |
| Δεν ήταν κατάλληλη χρονική στιγμή                    | 23        | 25,3  |
| Άλλο   | 3         | 3,3   |
| Σύνολο   | 91        | 100,0 |

Το 41,8% που είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό απέτυχε επειδή «Δεν το ήθελε ουσιαστικά», για το 25,3% «Δεν ήταν η κατάλληλη χρονική στιγμή» και το 24,2% «Δεν προσπάθησε αρκετά».

**Πίνακας 26: ΠΩΣ ΒΛΕΠΕΤΕ ΤΗΝ ΣΚΕΨΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

|          | Πληθυσμός | %     |
|----------|-----------|-------|
| Αρνητικά | 20        | 13,3  |
| Θετικά   | 69        | 46,0  |
| Αδιάφορα | 61        | 40,7  |
| Σύνολο   | 150       | 100,0 |

Το 46% του δείγματος, αντιμετωπίζει θετικά το ενδεχόμενο να διακόψει το κάπνισμα στο μέλλον, το 40,7% το αφήνει αδιάφορο, ενώ το 13,3% το αντιμετωπίζει αρνητικά.

#### 5.4.«Επιπτώσεις στην υγεία»

**Πίνακας 27:** ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΙΣΤΕ ΕΘΙΣΜΕΝΗ ΣΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ

|        | Πληθυσμός | %     |
|--------|-----------|-------|
| Ναι    | 87        | 58,0  |
| Όχι    | 63        | 42,0  |
| Σύνολο | 150       | 100,0 |

Το 58% του δείγματος παραδέχεται πως είναι εθισμένο στο τσιγάρο, ενώ το 42% θεωρεί πως όχι.

**Πίνακας 28:** ΕΧΕΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

|        | Πληθυσμός | %     |
|--------|-----------|-------|
| Ναι    | 125       | 83,3  |
| Όχι    | 25        | 16,7  |
| Σύνολο | 150       | 100,0 |

Η συντριπτική πλειοψηφία με ποσοστό 83,3% πιστεύει ότι έχει συνέπειες το κάπνισμα στην υγεία, ενώ το 16,7% όχι.

**Πίνακας 29:** ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

|                                  | Πληθυσμός | %     |
|----------------------------------|-----------|-------|
| Αναπνευστικά προβλήματα          | 79        | 29,2  |
| Καρκίνος                         | 40        | 14,8  |
| Καρδιολογικές παθήσεις           | 30        | 11,1  |
| Αντοχή-Κόπωση                    | 42        | 15,5  |
| Προβλήματα στοματικής κοιλότητας | 21        | 7,7   |
| Επιδερμικά προβλήματα            | 21        | 7,7   |
| Άλλο                             | 38        | 14,0  |
| Σύνολο                           | 271       | 100,0 |

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 29,2% θεωρεί τα αναπνευστικά προβλήματα ως επίπτωση του καπνίσματος, το 15,5% την αντοχή/κόπωση και το 14,8% τον καρκίνο.

**Σημείωση:** Σε αυτή την ερώτηση, οι ερωτηθείσες μπορούν να επιλέξουν παραπάνω από μια κατηγορία.

**Πίνακας 30:** ΑΠΟΦΕΥΓΕΤΕ ΚΑΤΙ ΕΠΕΙΔΗ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ

|        | Πληθυσμός | %     |
|--------|-----------|-------|
| Ναι    | 32        | 21,3  |
| Όχι    | 118       | 78,7  |
| Σύνολο | 150       | 100,0 |

Η πλειοψηφία με ποσοστό 78,7% δηλώνει πως δεν υπάρχει τίποτα που να αποφεύγει να κάνει επειδή καπνίζει, ενώ το 21,3% αποφεύγει κάποια πράγματα.

**Πίνακας 31: ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΠΟΥ ΑΠΟΦΕΥΓΟΝΤΑΙ**

|                               | Πληθυσμός | %     |
|-------------------------------|-----------|-------|
| Σωματική δραστηριότητα-άθληση | 21        | 14,0  |
| Εξετάσεις-φαρμακευτική αγωγή  | 7         | 4,7   |
| Άλλο                          | 4         | 2,7   |
| Σύνολο                        | 32        | 21,3  |
| Δεν αποφεύγουν κάτι           | 118       | 78,7  |
| Σύνολο                        | 150       | 100,0 |

Το 14% αποφεύγει την σωματική δραστηριότητα/άθληση, ενώ το 4,7% αποφεύγει τις εξετάσεις ή και κάποια φαρμακευτική αγωγή (θεραπεία αντισυλληπτικών).

**Πίνακας 32: ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΙΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ**

|                   | Πληθυσμός | %     |
|-------------------|-----------|-------|
| Ναι               | 2         | 1,3   |
| Δεν είναι μητέρες | 148       | 98,7  |
| Σύνολο            | 150       | 100,0 |

Από τις 8 μητέρες του δείγματος, οι δύο μόνο κάπνιζαν στην διάρκεια της εγκυμοσύνης και γνώριζαν τις συνέπειες που αυτό είχε στο παιδί.

**Πίνακας 33: ΕΧΕΤΕ ΛΑΒΕΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ**

|        | Πληθυσμός | %     |
|--------|-----------|-------|
| Ναι    | 68        | 45,3  |
| Όχι    | 82        | 54,7  |
| Σύνολο | 150       | 100,0 |

Το 54,7% δεν έχει λάβει καμία ιατρική ενημέρωση για το κάπνισμα και τις συνέπειες του, ενώ το 45,3% έχει ενημερωθεί από κάποιο γιατρό.

**Πίνακας 34: ΤΡΟΠΟΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΣΥΝΕΠΕΙΩΝ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

|                                | Πληθυσμός | %     |
|--------------------------------|-----------|-------|
| Μ.Μ.Ε.                         | 96        | 35,4  |
| Ημερίδες-Καμπάνιες             | 30        | 11,1  |
| Ιατρικά βιβλία-Αρθρα           | 54        | 19,9  |
| Οικογενειακό-φιλικό περιβάλλον | 82        | 30,3  |
| Άλλο                           | 9         | 3,3   |
| Σύνολο                         | 271       | 100,0 |

Το μεγαλύτερο ποσοστό 35,4% έχει ενημερωθεί για τις αρνητικές συνέπειες από τα Μ.Μ.Ε., το 30,3% από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, ενώ μόνο το 19,9% από ιατρικά άρθρα και βιβλία.

**Σημείωση:** Σε αυτή την ερώτηση, οι ερωτηθείσες μπορούν να επιλέξουν παραπάνω από μια κατηγορία.

### 5.5.«Κάπνισμα και κοινωνικές σχέσεις»

**Πίνακας 35:** ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

|        | Πληθυσμός | %     |
|--------|-----------|-------|
| Ναι    | 12        | 8,0   |
| Όχι    | 138       | 92,0  |
| Σύνολο | 150       | 100,0 |

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 92%, δεν αισθάνεται ότι το κάπνισμα τους έχει απομονώσει από το κοινωνικό περιβάλλον, ενώ μόλις το 8% αισθάνεται κάποια απομόνωση.

**Πίνακας 36:** ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

|        | Πληθυσμός | %     |
|--------|-----------|-------|
| Ναι    | 19        | 12,7  |
| Όχι    | 131       | 87,3  |
| Σύνολο | 150       | 100,0 |

Η πλειοψηφία με ποσοστό 87,3% πιστεύει ότι το κάπνισμα δεν έχει ενισχύσει την κοινωνικότητά της, ενώ το 12,7% πιστεύει ότι την έχει ενισχύσει.

**Πίνακας 37:** ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

|                        | Πληθυσμός | %     |
|------------------------|-----------|-------|
| Αντρική συνήθεια       | 2         | 1,3   |
| Γυναικεία υπόθεση      | 2         | 1,3   |
| Μέσο ισότητας φύλων    | 2         | 1,3   |
| Καμία σχέση με το φύλο | 144       | 96,0  |
| Σύνολο                 | 150       | 100,0 |

Το 96% που είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δεν βρίσκει καμία σχέση ανάμεσα στο φύλο και το κάπνισμα, ενώ με 1,3% έχουν απαντηθεί και οι τρεις άλλες επιλογές.

**Πίνακας 38α:** ΜΕΤΡΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΧΩΡΟΥΣ ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΗΣ

|          | Πληθυσμός | %     |
|----------|-----------|-------|
| Αρνητικά | 112       | 74,7  |
| Θετικά   | 21        | 14,0  |
| Αδιάφορα | 17        | 11,3  |
| Σύνολο   | 150       | 100,0 |

Το 74,7% του δείγματος αντιμετωπίζει αρνητικά τα νέα μέτρα για τον περιορισμό του καπνίσματος στους κλειστούς χώρους διασκέδασης, το 14% θετικά, ενώ το 11,3% αδιάφορα.

**Πίνακας 38β:** ΜΕΤΡΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΧΩΡΟΥΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

|          | Πληθυσμός | %     |
|----------|-----------|-------|
| Αρνητικά | 40        | 26,7  |
| Θετικά   | 81        | 54,0  |
| Αδιάφορα | 29        | 19,3  |
| Σύνολο   | 150       | 100,0 |

Το 54% του δείγματος αντιμετωπίζει θετικά τα νέα μέτρα διακοπής στους χώρους εργασίας, το 26,7% αρνητικά, ενώ το 19,3% αδιάφορα.

**Πίνακας 38γ:** ΜΕΤΡΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΧΩΡΟΥΣ ΜΑΖΙΚΗΣ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ

|          | Πληθυσμός | %     |
|----------|-----------|-------|
| Αρνητικά | 16        | 10,7  |
| Θετικά   | 107       | 71,3  |
| Αδιάφορα | 27        | 18,0  |
| Σύνολο   | 150       | 100,0 |

Στα μέσα μαζικής μεταφοράς το 71,3% του δείγματος αντιμετωπίζει θετικά την εφαρμογή των μέτρων, το 18% αδιάφορα, ενώ το 10,7% αρνητικά.

**Πίνακας 38δ:** ΜΕΤΡΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΧΩΡΟΥΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

|          | Πληθυσμός | %     |
|----------|-----------|-------|
| Αρνητικά | 20        | 13,3  |
| Θετικά   | 95        | 63,3  |
| Αδιάφορα | 35        | 23,3  |
| Σύνολο   | 150       | 100,0 |

Για τους χώρους παροχής υπηρεσιών, το μεγαλύτερο ποσοστό 63,3% θεωρεί θετική την εφαρμογή των νέων μέτρων, το 23,3% αδιάφορη και το 13,3% αρνητική.

## 5.6. «Συσχετίσεις»

**Πίνακας 39:** ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΣΙΓΑΡΟΥ

|                              |                | Ηλικία έναρξης καπνίσματος | Ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων |
|------------------------------|----------------|----------------------------|------------------------------|
| Ηλικία έναρξης καπνίσματος   | P              | 1                          | -,349                        |
|                              | Sig.(2-tailed) |                            | ,000                         |
|                              | Σύνολο         | 150                        | 150                          |
| Ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων | P              | -,349                      | 1                            |
|                              | Sig.(2-tailed) | ,000                       |                              |
|                              | Σύνολο         | 150                        | 150                          |

Συσχέτιση των μεταβλητών ηλικία έναρξης καπνίσματος και ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων, έδειξε πως υπάρχει αμυδρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ των 2 μεταβλητών, με  $r=-0,35$  και  $p<0,001$  άρα το εύρημα είναι στατιστικά σημαντικό. Σε όσο πιο μικρή ηλικία ξεκινούσαν το κάπνισμα, τόσο περισσότερα τσιγάρα κάπνιζαν την μέρα.

**Πίνακας 40:** ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΜΕ ΤΟ ΑΝ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ

|            | Πληθυσμός | %    | Μέσος όρος | Τυπική απόκλιση |
|------------|-----------|------|------------|-----------------|
| Κανένας    | 36        | 24,0 | 16,03      | 2,420           |
| Ένας       | 61        | 40,7 | 15,67      | 2,079           |
| Και οι δύο | 51        | 34,0 | 15,24      | 2,413           |
| Σύνολο     | 148       | 98,7 | 15,61      | 2,288           |

Στην συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας έναρξης καπνίσματος και του εάν καπνίζουν οι γονείς των ερωτηθέντων, βρέθηκε ότι όταν δεν κάπνιζε κανένας από τους δύο γονείς ο μέσος όρος της ηλικίας έναρξης ήταν τα 16 έτη , όταν κάπνιζε μόνο ο ένας ήταν τα 16 έτη και όταν κάπνιζαν και οι δύο γονείς, ο μέσος όρος ήταν τα 15 έτη. Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό γιατί το  $p=0,2$ . Δεν φάνηκε να επηρεάζει την ηλικία έναρξης καπνίσματος το αν καπνίζουν οι δύο, ο ένας ή κανένας από τους γονείς των ερωτηθέντων.

**Πίνακας 41:** ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΤΣΙΓΑΡΩΝ ΜΕ ΤΟ ΑΝ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ

|            | Πληθυσμός | %    | Μέσος όρος | Τυπική απόκλιση |
|------------|-----------|------|------------|-----------------|
| Κανένας    | 36        | 24,0 | 15,64      | 6,503           |
| Ένας       | 61        | 40,7 | 16,52      | 11,937          |
| Και οι δύο | 51        | 34,0 | 20,49      | 11,996          |
| Σύνολο     | 148       | 98,7 | 17,68      | 11,022          |

Στην συσχέτιση μεταξύ της ημερήσιας κατανάλωσης τσιγάρων και του εάν καπνίζουν οι γονείς των ερωτηθέντων, βρέθηκε ότι στο 24% των ερωτηθέντων όπου δεν κάπνιζε κανένας από τους δύο γονείς ο μέσος όρος τσιγάρων που κάπνιζαν καθημερινά ήταν τα 16 τσιγάρα, στο 40,7% όπου κάπνιζε μόνο ο ένας γονέας ο μέσος όρος ήταν πάλι τα 16 τσιγάρα ενώ στο 34% που κάπνιζαν και οι δύο γονείς ο μέσος όρος ήταν τα 20 τσιγάρα ημερησίως. Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό γιατί το  $p=0,07$ . Δεν φάνηκε να επηρεάζει την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων το αν καπνίζουν οι δύο, ο ένας ή κανένας από τους γονείς των ερωτηθέντων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### «ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ»

Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος μας ήταν περίπου στην ηλικία των 21 ετών, φοιτούσε στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση και δεν είχε παντρευτεί, ούτε ήταν μητέρες. Φαίνεται ακόμη από το δείγμα μας, πως οι περισσότερες νέες γυναίκες είναι άνεργες, ενώ από εκείνες που εργάζονται το μεγαλύτερο μέρος απασχολείται στον ιδιωτικό τομέα, κυρίως σε μόνιμη απασχόληση.

Από την έρευνα μας φαίνεται πως η ηλικία έναρξης καπνίσματος είναι γύρω στα 15, αλλά δε λείπουν και περιπτώσεις που ξεκινούν αρκετά μεγαλύτερες, π.χ. στα 23, αλλά και στην πολύ μικρή ηλικία των 10 ετών. Ακόμη φαίνεται πως ο κυριότερος λόγος που οι νέες ξεκινούν το κάπνισμα είναι η περιέργεια, ενώ και ο επηρεασμός από το φιλικό και κοινωνικό περιβάλλον παίζει αρκετά σημαντικό ρόλο. Στην πρώτη τους επαφή με το τσιγάρο, οι καπνίστριες φαίνεται να αισθάνονται περίεργα, ενώ αρκετές είναι και εκείνες που αισθάνονται είτε ωραία είτε αηδιαστικά. Από την έρευνα ακόμη προκύπτει πως κατά κύριο λόγο καπνίζουν 5 χρόνια, ενώ περιπτώσεις που καπνίζουν 12 χρόνια, ή μόνο 4 μήνες, δε λείπουν. Ενώ προκύπτει πως τα 18 τσιγάρα είναι η ημερήσια ποσότητα που καπνίζουν, εντύπωση κάνει ότι κάποιες φτάνουν και τα 50 (περίπου 2 πακέτα), αλλά και τα 2 μόνο.

Ένα επιπλέον συμπέρασμα που βγαίνει μέσα από την έρευνα μας, είναι πως το οικογενειακό περιβάλλον και κυρίως οι γονείς των καπνιστριών, καπνίζει, ενώ αντίστοιχα και το φιλικό περιβάλλον αποτελείται από καπνιστές, συμπεριλαμβανομένων συμμαθητών και συναδέλφων. Οι ελάχιστες μητέρες του δείγματος υποδηλώνουν ότι στην διάρκεια της εγκυμοσύνης διακόπτουν την καπνιστική συνήθεια, ενώ φαίνεται να είναι ενημερωμένες για τις συνέπειες που έχει το κάπνισμα στο έμβρυο. Η αίσθηση της χαλάρωσης φαίνεται να είναι η κυρίαρχη όταν καπνίζει κάποιος, ενώ και η απόλαυση μοιάζει να είναι εξίσου σημαντική.

Το κάπνισμα αποτελεί για κάποιους στοιχείο της προσωπικότητας τους σε διάφορες εκφάνσεις της ζωής τους. Στην διασκέδαση οι περισσότεροι φαίνεται να το κρίνουν ως απαραίτητο κομμάτι, αλλά και ως πολύ σημαντικό. Στην κοινωνική ζωή, το κάπνισμα φαίνεται να θεωρείται μέτρια σημαντικό, ενώ δε λείπουν και εκείνες που το κρίνουν λιγότερο σημαντικό · στην εργασία και την καθημερινή λειτουργικότητα τέλος, οι περισσότερες πιστεύουν πως είναι λίγο σημαντικό, ενώ δε λείπουν και εκείνες που το χαρακτηρίζουν ως μέτρια σημαντικό στοιχείο της προσωπικότητας.



Από τα αποτελέσματα της έρευνας μας προκύπτει ότι το κάπνισμα συνεχίζεται εξαιτίας της συνήθειας, ενώ και το αίσθημα της ευχαρίστησης και της ηρεμίας είναι σημαντικοί λόγοι. Οι περισσότερες φαίνεται να έχουν προσπαθήσει να διακόψουν το κάπνισμα τουλάχιστον μία φορά, ενώ δε λείπουν και εκείνες που έκαναν ως και έξι προσπάθειες. Οι περισσότερες διακόπτουν το κάπνισμα για διάστημα 3 μηνών, χωρίς φυσικά να εξαιρούνται οι περιπτώσεις εκείνων που έχουν φτάσει και τα 2 χρόνια, αλλά και εκείνων που άντεξαν μόνο 2 βδομάδες. Ακόμη, φαίνεται πως όσες κάνουν μια τέτοια προσπάθεια, προσπαθούν κατά κύριο λόγο μόνες τους. Ο βασικός λόγος στον οποίο φαίνεται να αποδίδεται η αποτυχία της προσπάθειας, είναι ότι δεν ήθελαν ουσιαστικά να πραγματοποιήσουν την διακοπή, καθώς όμως και η ακατάλληλη χρονική στιγμή ή η μη επαρκής προσπάθεια. Οι περισσότερες ωστόσο, βλέπουν θετικά το ενδεχόμενο να διακόψουν στο μέλλον το κάπνισμα, χωρίς φυσικά να λείπουν και εκείνες που τους αφήνει εντελώς αδιάφορους η σκέψη διακοπής.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας μας, προκύπτει πως οι καπνίστριες παραδέχονται ότι είναι εθισμένες στο τσιγάρο, ενώ σημαντικό είναι και το ποσοστό εκείνων που δεν ενστερνίζονται αυτή την άποψη. Επίσης αξιοπρόσεκτο είναι ότι πιστεύουν πως το κάπνισμα έχει συνέπειες στην υγεία τους: κυρίως τα αναπνευστικά προβλήματα, αλλά και την μειωμένη αντοχή. Παρ' όλα αυτά δηλώνουν πως δεν υπάρχει κάτι που αποφεύγουν να κάνουν επειδή καπνίζουν, χωρίς να λείπουν και εκείνες που αποφεύγουν κυρίως τη σωματική δραστηριότητα. Όσον αφορά την ενημέρωση για τις αρνητικές συνέπειες που έχει το κάπνισμα, από το δείγμα φαίνεται ότι η ιατρική ενημέρωση χωλαίνει, καθώς το μεγαλύτερο μέρος δηλώνει πως δεν έχει λάβει κανένος είδους ενημέρωση από κάποιον γιατρό. Τα Μ.Μ.Ε. φαίνεται να παίζουν τον σημαντικότερο ρόλο στο κομμάτι της ενημέρωσης, ενώ σημαντική είναι και η ενημέρωση που λαμβάνουν οι καπνίστριες μέσα από το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον.

Επιπρόσθετα από την έρευνα μας προκύπτει, ότι οι καπνίστριες δεν έχουν αισθανθεί ποτέ ότι η καπνιστική συνήθεια τις έχει απομονώσει από το κοινωνικό τους περιβάλλον, ούτε όμως πιστεύουν ότι έχει ενισχύσει την κοινωνικότητα τους. Είναι φανερό μέσα από το δείγμα μας, ότι το κάπνισμα δεν έχει καμιά σχέση με το φύλο.

Όσον αφορά τα καινούργια μέτρα διακοπής καπνίσματος στους κλειστούς χώρους, οι καπνίστριες φαίνεται να αντιδρούν αρνητικά μόνο για τους χώρους διασκέδασης, ενώ θετικά αντιμετωπίζουν τα μέτρα για τους χώρους εργασίας, μαζικής μεταφοράς και παροχής υπηρεσιών.

Ακόμη, πραγματοποιήσαμε συσχετίσεις μεταξύ ποσοτικών και ποιοτικών μεταβλητών. Αρχικά συσχετίσαμε την ηλικία έναρξης καπνίσματος με την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων, από όπου προέκυψε πως υπήρχε αμυδρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ των 2 μεταβλητών και το εύρημα ήταν στατιστικά σημαντικό. Σε όσο πιο μικρή ηλικία ξεκινούσαν το κάπνισμα, τόσο περισσότερα τσιγάρα κάπνιζαν την μέρα.

Στη συνέχεια συσχετίσαμε την ηλικία έναρξης καπνίσματος με το εάν καπνίζουν οι γονείς των ερωτηθέντων, όπου το αποτέλεσμα δεν ήταν στατιστικά σημαντικό και δεν φάνηκε να επηρεάζει την ηλικία έναρξης καπνίσματος το αν καπνίζουν οι δύο, ο ένας ή κανένας από τους γονείς των ερωτηθέντων.

Επιπλέον, συσχετίσαμε την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων με το εάν καπνίζουν οι γονείς του δείγματος, από όπου προέκυψε ότι δεν φαίνεται να επηρεάζει την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων το αν καπνίζουν οι δύο, ο ένας ή κανένας από τους γονείς των ερωτηθέντων, ενώ το αποτέλεσμα δεν ήταν στατιστικά σημαντικό.

Τέλος, προσπαθήσαμε να συσχετίσουμε την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων με το αν καπνίζει το φιλικό περιβάλλον, αλλά και την ηλικία έναρξης επίσης με το αν καπνίζει το φιλικό περιβάλλον, αλλά δεν προέκυψε καμία συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών και τα ευρήματα δεν ήταν στατιστικά σημαντικά.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Με την ολοκλήρωση της ανάλυσης των αποτελεσμάτων της έρευνας μας, είμαστε σε θέση να προβούμε σε κάποια συμπεράσματα τα οποία επαληθεύονται μέσα από την μελέτη των βιβλιογραφικών πηγών.

Η ηλικία στην οποία οι νέες γυναίκες έχουν για πρώτη φορά επαφή με το τσιγάρο, φαίνεται και μέσα από την έρευνα, να είναι γύρω στα 15. Η εφηβική περίοδος είναι ιδιαίτερος πρόσφορη για πειραματισμούς, καθώς πολλά νέα παιδιά προσπαθούν να καλύψουν τις ανησυχίες τους μέσα από το κάπνισμα.

Το αίσθημα της χαλάρωσης όταν καπνίζουν, δηλώνεται συνήθως από τους καπνιστές και μάλιστα αυτό το αίσθημα φαίνεται να υποστηρίζουν πως τους ωθεί να συνεχίζουν το κάπνισμα. Μέσα από την έρευνα επαληθεύεται πως η χαλάρωση είναι το κυρίαρχο συναίσθημα των καπνιστριών, όταν καπνίζουν.

Η συνήθεια που προκαλεί η νικοτίνη, είναι ο βασικότερος λόγος που οι καπνιστές δεν μπορούν να διακόψουν το κάπνισμα. Το δείγμα μας τεκμηριώνει αυτή την άποψη καθώς οι νεαρές καπνίστριες απαντούν πως η συνήθεια είναι ο κυριότερος λόγος που συνεχίζουν να καπνίζουν, ενώ παράλληλα παραδέχονται ότι είναι εθισμένες στις ουσίες του τσιγάρου. Ακόμη παραδέχονται πως το κάπνισμα έχει επιπτώσεις στην υγεία τους, κάτι που αποδεικνύει ότι πλέον η ενημέρωση σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις του τσιγάρου, είναι ευρέως διαδεδομένη. Ωστόσο, σε αυτή την διάδοση δε φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο οι γιατροί, καθώς η πλειοψηφία δηλώνει πως δεν έχει λάβει ποτέ οποιαδήποτε ιατρική ενημέρωση. Πράγματι, διαπιστώνουμε πως το έργο των γιατρών είναι σημαντικό και είναι επιτακτικό να γίνουν περισσότερες ενέργειες από πλευράς τους. Επιπλέον, τα Μ.Μ.Ε. έχουν τον καθοριστικό ρόλο για την ενημέρωση των καπνιστών, κάτι που μας αποδεικνύει την επιρροή που έχουν στο κοινό. Αυτό μας υποδεικνύει την βαρύτητα που θα πρέπει στο μέλλον να δοθεί σε αυτά που προβάλλονται από τα Μ.Μ.Ε. καθώς είναι ένας από τους κύριους παράγοντες επηρεασμού των νέων να ξεκινήσουν την καπνιστική συνήθεια (όπως υπογραμμίσαμε και στην θεωρία μας), αλλά και τον ενισχυτικό ρόλο που θα μπορούσαν να παίξουν στην διάδοση των επιπτώσεων του καπνίσματος.

Όπως αναφέρουμε και στην εισαγωγή της εργασίας, μέσα από τις έρευνες που παρουσίαζε το άρθρο «Reducing the prevalence of smoking in youth in Western countries: an international review» (1995), δεν είναι ξεκάθαρος ο επηρεασμός των καπνιστών γονέων στην έναρξη της καπνιστικής συνήθειας των παιδιών. Μέσα από

την αντίστοιχη συσχέτιση που πραγματοποιήσαμε, επαληθεύτηκε το παραπάνω εύρημα.

Εν κατακλείδι, μέσα από την έρευνα μας φαίνεται πως οι νεαρές καπνίστριες δεν θεωρούν το τσιγάρο ένα μέσο ενίσχυσης της κοινωνικότητας τους, κάτι που έρχεται σε αντιδιαστολή με τα όσα ανέφεραν οι βιβλιογραφικές μας πηγές, οι οποίες αναφέρουν το κάπνισμα ως ένα σημαντικό μέσο για την κοινωνικοποίηση των γυναικών.

## **ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Με την ολοκλήρωση της συγγραφής της πτυχιακής μας εργασίας και κατόπιν μελέτης των βιβλιογραφικών πηγών, αλλά και των αποτελεσμάτων της έρευνας, διαπιστώνουμε και προτείνουμε τα εξής:

➤ Κρίνεται αναγκαία η λήψη μέτρων για την ενημέρωση των συνεπειών του καπνίσματος στην υγεία, αλλά και για τον περιορισμό της εξάπλωσης του, καθώς τα ήδη υπάρχοντα μέτρα δεν φαίνεται να επαρκούν. Τα μέτρα απαγόρευσης στους κλειστούς χώρους δείχνουν να έχουν αποτύχει, καθώς δεν υπάρχει επίβλεψη από τις αρμόδιες υπηρεσίες για την εφαρμογή τους, ενώ τα «παραθυράκια» που αφήνει ο νόμος φαίνεται να υπερισχύουν των απαγορεύσεων που υποδεικνύει.

➤ Προτείνουμε να ενταχθεί στο σχολικό πρόγραμμα των μαθητών της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, μάθημα για την Αγωγή της Υγείας, το οποίο θα συμπεριλαμβάνει τις αρνητικές συνέπειες του τσιγάρου στην υγεία των ανθρώπων, και το οποίο θα διδάσκεται από ειδικά καταρτισμένους για τον σκοπό αυτό εκπαιδευτικούς.

➤ Δεδομένης της εικόνας που παρουσιάζει γειτονικές χώρες της Ελλάδας, να παρατηρούν μείωση της εξάπλωσης της χρήσης καπνού με την άνοδο της τιμής του, προτείνουμε την αύξηση της τιμής των πακέτων τσιγάρων, σε τέτοιο βαθμό, ώστε να είναι αποτρεπτική η αγορά τους από τους νέους. Ο υψηλός φόρος καπνού ενδεχομένως να αύξανε και τα κρατικά έσοδα, τα οποία θα μπορούσαν να χρηματοδοτήσουν προγράμματα για τον έλεγχο του καπνού.

➤ Απαγόρευση από το Ραδιοτηλεοπτικό Συμβούλιο της προβολής καπνιστών και προϊόντων καπνού, μέσα από τις τηλεοπτικές σειρές και ταινίες.

➤ Απαγόρευση της εισόδου ανηλίκων σε κινηματογραφικές αίθουσες, εφόσον η προβαλλόμενη ταινία δείχνει καπνιστές.

- Ενίσχυση της απαγόρευσης στις διαφημίσεις καπνών και εισαγωγή απαγόρευσης των αφισών διαφημίσεων καπνών, καθώς ο τωρινός νόμος είναι ανεπαρκής και επιτρέπει την διαφήμιση καπνού σε γιγαντοαφίσες και αφίσες.
- Οργάνωση αντικαπνιστικής καμπάνιας από φορείς τόσο κρατικούς όσο και ιδιωτικούς.
- Τοποθέτηση εικόνων κατεστραμμένων ζωτικών οργάνων από τη χρήση καπνού, πάνω στα πακέτα τσιγάρων, με στόχο την αποτροπή της αγοράς τους.
- Δημιουργία ενημερωτικής ομάδας που θα συμπεριλαμβάνει ιατρικές ειδικότητες, και θα στοχεύει στην προσέγγιση των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού (έφηβοι, νέοι, έγκυες).
- Εκστρατείες ενημέρωσης-προσέγγισης των καπνιστών σε χώρους συνάθροισης τους, σχετικά με τα οφέλη διακοπής καπνίσματος.
- Περισσότερες ερευνητικές μελέτες για τους ψυχολογικούς παράγοντες στους οποίους οφείλεται η αποτροπή διακοπής καπνίσματος, αλλά και στους παράγοντες που προτρέπουν την έναρξη της καπνιστικής συνήθειας.
- Εντατικοποίηση των προγραμμάτων των ιατρείων διακοπής καπνίσματος και ευρύτερη ενημέρωση του πληθυσμού για την παροχή των υπηρεσιών τους. Ακόμη αύξηση του αριθμού των Ιατρείων Διακοπής κυρίως στην περιφέρεια.
- Ενίσχυση της προστασίας των παθητικών καπνιστών και διασφάλιση του δικαιώματός τους να μην αναπνέουν τον καπνό των καπνιστών.

## **Παράρτημα: Ερωτηματολόγιο**

**Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ**

**Σ.Ε.Υ.Π.**

**Τμήμα: Κοινωνικής Εργασίας**

**Ονόματα φοιτητριών:** Μπράτη Ειρήνη

Σταυρουλάκη Χρυσή

Τοπάλη Δέσποινα

**Υπεύθυνη καθηγήτρια:** Ράτσικα Νικολέτα

**Τίτλος:** «Η συνήθεια του καπνίσματος: Οι λόγοι που οδηγούν τις νέες γυναίκες να καπνίζουν».

**Σκοπός μελέτης:** Με αυτή την μελέτη θέλουμε να ερευνήσουμε τους λόγους που οδηγούν τις νεαρές γυναίκες να ξεκινήσουν και να συνεχίζουν το κάπνισμα. Επίσης θα εξετάσουμε αν οι καπνίστριες έχουν σκεφτεί το ενδεχόμενο να διακόψουν αυτή την συνήθεια και τι είναι αυτό που αναστέλλει την διακοπή.

**Οδηγίες συμπλήρωσης ερωτηματολογίου:** Να τσεκάρετε με **X** την απάντησης σας ή στις ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, κυκλώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

**Μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από μια απάντηση.**

### **ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**Ηλικία:**.....

**Εκπαίδευση:**

Καταγράψτε το επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε λάβει μέχρι

σήμερα: .....

.....

(Παραδείγματος χάριν: παρακολούθηση τάξεων Δημοτικού/Γυμνασίου/Λυκείου, ολοκλήρωση πρωτοβάθμιας/δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, σπουδάστρια/φοιτήτρια σε Τ.Ε.Ι. , Πανεπιστήμιο, Σχολές Κατάρτισης Ιδιωτικές και Δημόσιες, κ.τ.λ. )

**Επαγγελματική κατάσταση:**

Εργαζόμενη: ..... Επάγγελμα: .....

Φορέας εργασίας: (Δημόσιος/Ιδιωτικός) .....

Σχέση εργασίας: (Μόνιμη/Προσωρινή Απασχόληση) .....

Άνεργη:.....

**Οικογενειακή Κατάσταση:**

Άγαμη: ..... Έγγαμη: ..... Διαζευγμένη: ..... Μητέρα: .....

**Τόπος κατοικίας:**

Πόλη:.....

**ΙΣΤΟΡΙΚΟ****1. Σε ποια ηλικία καπνίσατε πρώτη φορά;.....****2. Για ποιό λόγο ξεκινήσατε το κάπνισμα;**

α. Για να εντυπωσιάσω

β. Από περιέργεια

γ. Για να «ξεφύγω» από τα προβλήματα

δ. Επηρεάστηκα από το φιλικό και κοινωνικό περιβάλλον

ε. Για να εισχωρήσω/ανήκω σε μια ομάδα/παρέα

ζ. Από αντίδραση

στ. Για να διατηρήσω το βάρος μου σε χαμηλά επίπεδα

η. Άλλο.....

**3. Πως αισθανθήκατε την πρώτη φορά που καπνίσατε;**

α. Περίεργα

β. Αηδία

γ. Ωραία

δ. Άλλο.....

**4. Πόσα χρόνια καπνίζετε;.....****5. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;.....****6. Πιστεύετε ότι ελέγχετε την ποσότητα των τσιγάρων που καπνίζετε;**

α. Ναι..... β. Όχι.....

**7. Το οικογενειακό σας περιβάλλον καπνίζει;**

|              | Ναι | Όχι |
|--------------|-----|-----|
| A. Πατέρας   |     |     |
| B. Μητέρα    |     |     |
| Γ. Αδέλφια   |     |     |
| Δ. Σύντροφος |     |     |

**8. Το φιλικό σας περιβάλλον καπνίζει;**

|               | Ναι | Όχι |
|---------------|-----|-----|
| A. Φίλοι      |     |     |
| B. Συμμαθητές |     |     |
| Γ. Συνάδελφοι |     |     |

**9. Αν είστε μητέρα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης καπνίζατε;**

α. Ναι..... β. Όχι.....

**10. Τι νοιώθετε όταν καπνίζετε;**

- α. Απόλαυση
- β. Απελευθέρωση
- γ. Ανακούφιση
- δ. Χαλάρωση
- ε. Ηρεμία
- ζ. Άλλο.....

**11. Πόσο θεωρείται το κάπνισμα στοιχείο της προσωπικότητας σας:**

|  | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Πολύ | Απαραίτητο |
|--|---------|------|--------|------|------------|
| Στην διασκέδαση                              |         |      |        |      |            |
| Στην κοινωνική σας ζωή                       |         |      |        |      |            |
| Στην εργασία /καθημερινή λειτουργικότητα σας |         |      |        |      |            |

**12. Για ποιο λόγο συνεχίζετε το κάπνισμα;**

- α. Για να ηρεμήσω, να ανακουφιστώ, από κάποια συναισθηματική φόρτιση (συγκίνηση)
- β. Για ευχαρίστηση
- γ. Γιατί διώχνει τη μοναξιά και γεμίζει το χρόνο μου
- δ. Για να αισθάνομαι κοινωνικά προσαρμοσμένη
- ε. Γιατί αυξάνει την ενεργητικότητα και βοηθά στην εργασία
- ζ. Από συνήθεια
- στ. Άλλο.....



## ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ

13. Έχετε προσπαθήσει να κόψετε το κάπνισμα; α. Ναι ..... β. Όχι .....

14. Αν ναι, πόσες φορές; .....

15. Για πόσο διάστημα έχετε διακόψει το κάπνισμα; .....

16. Πως προσπαθήσατε να διακόψετε το κάπνισμα;

α. Μόνη

β. Με την βοήθεια προγραμμάτων (ιατρεία διακοπής καπνίσματος, κλινικές κρατικών νοσοκομείων)

Αναφέρατε με ποιο τρόπο: .....

γ. Άλλο.....

17. Ποιός πιστεύετε ότι είναι ο λόγος που δεν τα καταφέρατε;

α. Δεν το ήθελα ουσιαστικά

β. Δεν προσπάθησα αρκετά

γ. Δεν με στήριξε το οικογενειακό/φιλικό περιβάλλον μου

δ. Δεν ήταν η κατάλληλη χρονική στιγμή

ε. Άλλο .....

18. Πώς βλέπετε την σκέψη διακοπής του καπνίσματος:

α. Αρνητικά ..... β. Θετικά..... γ. Αδιάφορα .....

## ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

19. Πιστεύετε ότι είστε εθισμένη στο τσιγάρο; α. Ναι ..... β. Όχι.....

20. Πιστεύετε ότι έχει συνέπειες το κάπνισμα στην υγεία σας;

α. Ναι ..... β. Όχι.....

21. Αν ναι, αναφέρετε κάποιες:

α.....

β.....

γ.....

δ.....

ε.....

ζ.....

22. Υπάρχουν πράγματα που αποφεύγετε να κάνετε επειδή είστε καπνίστρια;

α. Ναι ..... β. Όχι .....

23. Αν ναι, αναφέρατε ποια είναι αυτά:.....

.....

**24. Αν καπνίζατε στην διάρκεια της εγκυμοσύνης γνωρίζατε τις συνέπειες που είχε στο παιδί; α. Ναι ..... β. Όχι .....**

(Απαντάτε σε αυτήν την ερώτηση εφόσον έχετε απαντήσει θετικά στην ερώτηση 9)

**25. Σας έχει μιλήσει ποτέ κάποιος γιατρός για το κάπνισμα;**

α. Ναι ..... β. Όχι .....

**26. Με ποιό τρόπο έχετε ενημερωθεί για τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος:**

α. Μ.Μ.Ε. (εφημερίδες, τηλεόραση, ραδιόφωνο και internet)

β. Ημερίδες-Καμπάνιες-Εκστρατείες ενημέρωσης

γ. Ιατρικά άρθρα, βιβλία

δ. Οικογενειακό/Φιλικό περιβάλλον

ε. Άλλο .....

#### **ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ**

**27. Έχετε αισθανθεί πότε ότι η συνήθεια του καπνίσματος σας έχει απομονώσει από τον κοινωνικό σας περίγυρο; α. Ναι ..... β. Όχι .....**

**28. Πιστεύετε ότι το κάπνισμα έχει ενισχύσει την κοινωνικότητά σας;**

α. Ναι..... β. Όχι.....

**29. Πιστεύετε ότι το κάπνισμα είναι:**

α. Αντρική συνήθεια

β. Γυναικεία υπόθεση

γ. Ένα μέσο για την ισότητα των φύλων

δ. Δεν έχει καμία σχέση με το φύλο

**30. Πώς βλέπετε τα μέτρα διακοπής καπνίσματος στους κλειστούς χώρους:**

|                      | Αρνητικά | Θετικά | Αδιάφορα |
|----------------------|----------|--------|----------|
| Α. Διασκέδασης       |          |        |          |
| Β. Εργασίας          |          |        |          |
| Γ. Μεταφοράς         |          |        |          |
| Δ. Παροχής υπηρεσιών |          |        |          |

**ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ!!!**

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- 1) Αμερικάνου, Μ., Καρμίρη, Β., Παπακώστα, Χ. (2003) «*Στοιχεία Ειδικής Διατροφής*» Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ
- 2) Μπιλάλης, Π. (1997) «*Κάπνισμα και υγεία*» Αθήνα: χ.ε

### **ΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ**

- 1) Μελισσουργάκη, Θ., Ρεντίφη, Ι. (2006) «*Διατροφικές συνήθειες των φοιτητών του ΤΕΙ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ*» Σχολή Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΤΕΙ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ

### **ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΑΡΘΡΑ**

- 1) Καλμπάρη, Ε. (2007) «*Γιατί οι άνθρωποι καπνίζουν*» ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ. (<http://www.enet.gr>) [30 Μαρτίου 2009]
- 2) Καραγιώργου, Δ. (2008) «*Καλύπτονται τα φάρμακα για διακοπή καπνίσματος*» (<http://www.iatronet.gr>) [1 Απριλίου 2010]
- 3) Κατσανοπούλου, Μ. (2009) «*Διεθνής πρωτιά για τις Ελληνίδες καπνίστριες*» ΕΝΘΕΤΟ «ΥΓΕΙΑ». (<http://www.tanea.gr>) [10 Απριλίου 2009]
- 4) Μαρκάτος, Μ. (2008) «*Κάπνισμα. Το χρονικό ενός ακήρυκτου πολέμου*» (<http://www.iatronet.gr>) [15 Απριλίου 2009]
- 5) Νέτα, Σ. (2007) «*Παγκόσμια ημέρα του καπνίσματος – κάπνισμα STOP*» (<http://www.iatronet.gr>) [2 Ιουνίου 2009]
- 6) Νιαώτη, Ι. (2008) «*Κάπνισμα – οι απαγορεύσεις στην Ευρώπη*» ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ. (<http://www.enet.gr>) [21 Μαΐου 2009]
- 7) Πίτσιου, Γ., Αργυροπούλου – Πατάκα, Π. (2007) «*Γυναίκα και κάπνισμα*» ΠΝΕΥΜΩΝ, τεύχος 1<sup>ο</sup>, τόμος 20<sup>ος</sup>. (<http://www.iatrotek.org.gr>) [10 Μαρτίου 2009]
- 8) Ρονιώτη, Κ. (1999) «*Απολαύσεις που σκοτώνουν*» ΤΟ ΒΗΜΑ. (<http://www.tovima.gr>) [20 Ιουλίου 2009]
- 9) Σαλούστρου, Α. (2007) «*Στοιχεία φωτιά για το κάπνισμα*» (<http://www.iatronet.gr>) [15 Απριλίου 2009]
- 10) Σίμου, Ε. (2008) «*Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το κάπνισμα. 2008 – 2012*» (<http://www.yyka.gov.gr>) [15 Νοεμβρίου 2009]
- 11) Τούντας, Γ. (2010) «*Κάπνισμα και νέοι*» ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ. (<http://www.neayhgeia.gr>) [1 Απριλίου 2010]

- 12) Τούντας, Γ. (2007) «Εθνικό και καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Εργαστήριο υγιεινής και επιδημιολογίας. Δελτίο τύπου» (<http://www.neayhgeia.gr>) [1 Απριλίου 2010]
- 13) Τούντας, Γ. (2009) «Το χρονοδιάγραμμα ενός καπνιστή στα ιατρεία διακοπής καπνίσματος» (<http://www.healthview.gr>) [1 Απριλίου 2010]

### ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΑ

- 1) Beletsioti – Stika, P. (2006) «*Woman and smoking*» 45(4):450 – 457. (<http://www.iatrotek.org.gr>) [30 Σεπτεμβρίου 2009]
- 2) Ellis, J. (2002) «*Tobacco and the Media*» vol. 92, No. 6. (<http://www.aiph.org>) [6 Μαρτίου 2009]
- 3) Reid, D., Mcveill, A., Glynn, T. (1995) «*Reducing the prevalence of smoking in youth in Western countries: an international review*» (<http://www.tobaccocontrol.bmj.com>) [6 Μαρτίου 2009]

### ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- <http://www.iatronet.gr> «Τα light τσιγάρα: κι όμως στενεύουν το ίδιο τα αιμοφόρα αγγεία» [6 Απριλίου 2010]
- <http://www.iatronet.gr> «Το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη συνδέεται με γενετικές ανωμαλίες στο νεογνό» [ 6 Απριλίου 2010]
- <http://www.iatronet.gr> «Το κάπνισμα αυξάνει τις πιθανότητες για κατάθλιψη» [7 Απριλίου 2010]
- <http://www.cancer.society.gr> «Παθητικό κάπνισμα». Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία [12 Δεκεμβρίου 2009]
- <http://www.yyka.gov.gr> «Εφημερίδα της κυβέρνησεως Αρ. φύλλου 262/τεύχος πρώτο» [ 15 Νοεμβρίου 2009]
- <http://www.nosmoking.gr> «Συνέπειες του καπνίσματος» [2 Ιουλίου 2009]
- <http://www.nosmoking.gr> «Κατανάλωση καπνού στην Ελλάδα και οι επιπτώσεις» [2 Ιουλίου 2009]
- <http://www.nosmoking.gr> «Παθητικό κάπνισμα...εξ αποστάσεως» [2 Ιουλίου 2009]
- <http://www.nosmoke.gr> «Ιστορία του καπνού» [4 Ιουλίου 2009]

- <http://www.nosmoke.gr> «Τι ακριβώς γίνεται μέσα όταν ανάβουμε τσιγάρο – Γιατί με «ανεβάζει» η νικοτίνη» [4 Ιουλίου 2009]
- <http://www.neayhgeia.gr> «4 βήματα για να σταματήσετε το κάπνισμα» [4 Φεβρουαρίου 2010]
- <http://www.neayhgeia.gr> «Τα συμπτώματα στέρησης» [4 Φεβρουαρίου 2010]
- <http://www.neayhgeia.gr> «Οι μέθοδοι διακοπής καπνίσματος» [ 20 Μαρτίου 2010]
- <http://www.ethnos.gr> «Το κάπνισμα στην Ελλάδα» [ 20 Μαρτίου 2010]
- <http://www.enwikiptaideia.org> «List of smoking bans» [ 3 Ιουλίου 2009]
- <http://www.el.wikiptaideia.org> [14 Νοεμβρίου 2009]
- <http://www.worldlingo.com>. [ 14 Νοεμβρίου 2009]

#### **ΔΙΔΑΚΤΙΚΕΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ**

- ◆ Κριτσωτάκης Ε., Παπαδοπούλου Ε., «Στατιστική με το SPSS για τα Windows», Σχολή ΣΕΥΠ, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Ηράκλειο, 2004