



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΙΣΤΙΑΝ ΚΩΝΙΝΤ  
ΕΚΙΝΙΝΔΕΛΙΚΟ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.

### ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Απόψεις των πολιτών, του Δήμου Θεσσαλονίκης  
σχετικά με την εφαρμογή του νέου αντικαπνιστικού

Νόμου



Σπουδαστές: ΑΡΦΑΡΑ ΚΑΤΕΡΙΝΑ- ΜΕΛΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Υπεύθυνη Καθηγήτρια: ΚΟΥΤΡΑ ΚΛΕΙΩ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2012

## Περιεχόμενα

<b>Εισαγωγή.....</b>	<b>01</b>
<b>Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>: Ιστορική αναδρομή του καπνίσματος και η συμβολική του μορφή από κοινωνία σε κοινωνία.....</b>	<b>03</b>
1.1 Μορφές καπνίσματος.....	03
1.2 Ιστορική εξέλιξη του καπνίσματος.....	06
1.3 Πολιτισμική πορεία του καπνίσματος.....	07
1.3.1 Η πορεία του τσιγάρου στον ελληνικό πολιτισμό.....	09
<b>Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>: Ψυχολογική διάσταση του καπνίσματος.....</b>	<b>17</b>
2.1 Στάδια ανάπτυξης (στοματικό στάδιο και συσχέτιση του με το κάπνισμα).....	17
2.2 Κάπνισμα και έφηβοι, η ανεξαρτησία που νιώθουν με την έναρξη του τσιγάρου.....	20
<b>Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Κοινωνιολογική διάσταση του καπνίσματος.....</b>	<b>25</b>
3.1 Τι είναι δημοκρατικό και τι όχι.....	25
3.2 Που ξεκινάει και που σταματάει η ελευθερία του καθενός.....	29
<b>Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>: Οι επιπτώσεις του καπνίσματος.....</b>	<b>36</b>
4.1 Κάπνισμα και υγεία.....	36
4.2 Εκτάσεις του προβλήματος.....	40
4.3 Οι συνέπειες της διακοπής του καπνίσματος στην υγεία.....	44
4.4 Το παθητικό κάπνισμα.....	46
<b>Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>: Τι είναι πρόληψη.....</b>	<b>48</b>
5.1 Ορισμός του έργου της πρόληψης και η σχέση της με τη θεραπεία.....	48
5.2 Πολιτική και προϋποθέσεις της πρόληψης.....	52

5.3 Πρακτικές για την εφαρμογή προληπτικών μέτρων.....	56
5.4 Διλήμματα στην πρόληψη του καπνίσματος.....	58
<b>Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>: Πολιτικές κατά του καπνίσματος ανά τον κόσμο.....</b>	<b>61</b>
6.1 Στρατηγική του ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) για την καταπολέμηση του καπνίσματος.....	61
6.2 Στρατηγική της ευρωπαϊκής ένωσης για την καταπολέμηση του καπνίσματος.....	63
6.3 Ευρωπαϊκές πολιτικές κατά του καπνίσματος.....	66
<b>Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>: Ο Νόμος απαγόρευσης του καπνίσματος στην Ελλάδα.....</b>	<b>71</b>
7.1 Το περιεχόμενο του νέου Νόμου απαγόρευσης του καπνίσματος στην Ελλάδα.....	71
7.2 Στόχοι του σχεδίου δράσης για την καταπολέμηση του καπνίσματος.....	75
7.3 Αξίες και αρχές του σχεδίου δράσης για την καταπολέμηση του καπνίσματος.....	76
7.4 Αναμενόμενα αποτελέσματα από την εφαρμογή του σχεδίου δράσης για την καταπολέμηση του καπνίσματος.....	78
7.5 Άξονες και Δράσεις του εθνικού σχεδίου δράσης.....	79
<b>Κεφάλαιο 8: Καθορισμός εμπειρικής έρευνας.....</b>	<b>82</b>
8.1 Σκοποί και στόχοι της μελέτης.....	82
8.2 Υλικό και μεθοδολογία.....	83
8.2.1 Μεθοδολογία έρευνας.....	83
8.2.2 Εργαλείο έρευνας.....	84
8.3 Επιλογή πληθυσμιακού δείγματος.....	84
8.4 Στατιστικά εργαλεία.....	85

<b>Κεφαλαίο 9: Αποτελέσματα έρευνας.....</b>	<b>86</b>
9.1 Περιγραφικά δεδομένα.....	86
9.2 Συσχετίσεις-έλεγχοι υποθέσεων.....	120
9.2.1 Συσχέτιση ημερήσιας κατανάλωσης τσιγάρων και καπνιστικής συμπεριφοράς σε καφετέριες μετά την επιβολή του Νόμου.....	120
9.2.2 Συσχέτιση ηλικίας και καπνιστικής συμπεριφοράς σε καφετέριες μετά την επιβολή του Νόμου.....	122
9.2.3 Συσχέτιση φύλου και καπνιστικής συμπεριφοράς σε καφετέριες μετά την επιβολή του Νόμου.....	125
9.2.4 Συσχέτιση ηλικίας με βάση το όριο των 30 ετών και καπνιστικής συμπεριφοράς σε καφετέριες μετά την επιβολή του Νόμου.....	126
9.2.5 Συσχέτιση ηλικίας με βάση το όριο των 30 ετών και απόψεων περί καταπάτησης των δικαιωμάτων των καπνιστών από την επιβολή του Νόμου.....	128
<b>Κεφάλαιο 10.....</b>	<b>130</b>
10.1 Συζητήσεις και συμπεράσματα.....	130
10.2 Προτάσεις.....	134
Βιβλιογραφία.....	136
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....</b>	<b>143</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....</b>	<b>164</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ρόλος του καπνού στη ζωή μας, από την μέρα που ανακαλύφθηκε μέχρι και σήμερα, έγινε και εξακολουθεί να είναι αντικείμενο έντονης διαμάχης και προβληματισμού. Από την μια, υπάρχουν οι ένθερμοι υποστηρικτές του και από την άλλη, οι φανατικοί μη καπνιστές. Αντίθετα με την ομοφωνία που υπάρχει σχετικά με τους κινδύνους του εθισμού στο αλκοόλ, ή σε παράνομα ναρκωτικά όπως είναι η ηρωίνη για παράδειγμα, δεν υπάρχει γενική συμφωνία για τη θέση του καπνού στην κοινωνία μας. Όλοι σχεδόν οι γιατροί καταδικάζουν το κάπνισμα, παράλληλα όμως βλέπουμε πολλούς γιατρούς να καπνίζουν. Από την άλλη, υπάρχουν ισχυρά οικονομικά και πολιτικά συμφέροντα που υπερασπίζονται και προωθούν τη χρήση του καπνού. Και παρόλο που όλα τα πακέτα έχουν πλέον προειδοποιήσεις για τις βλάβες που προκαλεί το κάπνισμα στην υγεία, οι κυβερνήσεις έχουν τεράστια έσοδα από τους φόρους που επιβάλλονται στον καπνό. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, τη δημιουργία κάποιας αμφιταλάντευσης σε οποιαδήποτε κυβερνητική εκστρατεία κατά του καπνίσματος. Σε τελική ανάλυση, ο καπνός παραμένει νόμιμο προϊόν, όπως επισημαίνουν πάντα οι καπνοβιομηχανίες και για πολλά χρόνια δεν είχε γίνει καμία σοβαρή προσπάθεια για να αλλάξει η κατάσταση αυτή σε νομοθετικό επίπεδο. Μέχρι την 1<sup>η</sup> Ιουλίου του 2009, όπου ψηφίστηκε ο νόμος της καθολικής απαγόρευσης του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους χώρους, μια απόφαση η οποία προκάλεσε ποικίλες αντιδράσεις και ανέτρεψε τα δεδομένα της χώρας μας, όπως και των άλλων χωρών σε προγενέστερο χρόνο. Όλα αυτά θα αναλύσουμε βήμα-βήμα στην παρούσα εργασία, η οποία αφορά αυτό το πολύπλευρο και μείζον ζήτημα του καπνίσματος και συγκεκριμένα του τσιγάρου. Συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο, θα κάνουμε μια ιστορική αναδρομή του στην ιστορία του καπνίσματος και θα μελετήσουμε τη συμβολική του μορφή από κοινωνία σε κοινωνία. Στα υποκεφάλαια του πρώτου αυτού κεφαλαίου, αναφερόμαστε στις μορφές του καπνίσματος, στην ιστορική εξέλιξη του καπνίσματος, στην πολιτισμική του εξέλιξη, αλλά και στην πορεία του τσιγάρου στον ελληνικό πολιτισμό. Το δεύτερο Κεφάλαιο, αφορά την Ψυχολογική διάσταση του καπνίσματος μέσα από το στοματικό στάδιο ανάπτυξης, το οποίο και συσχετίζεται άμεσα με το κάπνισμα, σύμφωνα με τον "πατέρα" της ψυχολογίας Sigmund Freud. Επίσης, το κεφάλαιο αυτό περιλαμβάνει τους έφηβους και την σχέση τους με το κάπνισμα, αφού θα δούμε πως μέσω αυτού νιώθουν περισσότερο ανεξάρτητοι. Στη συνέχεια, στο τρίτο κεφάλαιο, θα προσπαθήσουμε να προσεγγίσουμε την κοινωνιολογική διάσταση του καπνίσματος, μιλώντας για το τι είναι δημοκρατικό και τι όχι, αλλά και για το που ξεκινάει και που σταματάει η

ελευθερία του καθενός. Έπειτα, στο κεφάλαιο που ακολουθεί, θ' ασχοληθούμε με τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία, στις εκτάσεις αυτού του προβλήματος, στις συνέπειες που διέπονται έπειτα από την διακοπή του καπνίσματος στην υγεία και φυσικά, δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε το παθητικό κάπνισμα. Το πέμπτο κεφάλαιο της εργασίας μας αφορά την πρόληψη. Δίδεται ξεκάθαρα ο ορισμός του έργου της πρόληψης και η σχέση της με τη θεραπεία, ενώ παράλληλα, γίνεται λόγος για την πολιτική και τις προϋποθέσεις της πρόληψης. Ακόμη, για τις πρακτικές της εφαρμογής προληπτικών μέτρων, αλλά και για τα διλήμματα που προκύπτουν από την πρόληψη του καπνίσματος. Στο έκτο κεφάλαιο, θα καταγράψουμε τις διάφορες πολιτικές ενάντια στο κάπνισμα που πάρθηκαν ανά τον κόσμο. Επιπλέον, τις στρατηγικές του ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) και της ευρωπαϊκής ένωσης για την καταπολέμηση του καπνίσματος. Τέλος, το έβδομο κεφάλαιο, περιλαμβάνει τον Νόμο απαγόρευσης του καπνίσματος στην Ελλάδα, τους στόχους, τις αξίες και τις αρχές του σχεδίου δράσης για την καταπολέμηση του καπνίσματος. Ενώ στην κατακλείδα αυτού του κεφαλαίου, θ' αναπτύξουμε τα αναμενόμενα αποτελέσματα, τους άξονες και τις δράσεις από την εφαρμογή του σχεδίου δράσης για την καταπολέμηση του καπνίσματος.

# ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>: Ιστορική αναδρομή του καπνίσματος και η συμβολική του μορφή από κοινωνία σε κοινωνία.

### 1.1 Μορφές καπνίσματος

Κάνοντας μια ανασκόπηση στο παρελθόν, οι Τζάφφη et al. (1981), αφηγούνται πως όταν έφτασε ο Κολόμβος στις Δυτικές Ινδίες, οι Ινδιάνοι τον υποδέχτηκαν με αποξηραμένα φύλλα ενός ντόπιου φυτού, όπου για εκείνους τα φύλλα αυτά ήταν πολύτιμα και το δώρο ήταν μια ένδειξη εκτίμησης. Ο Κολόμβος όμως και το πλήρωμα του μη γνωρίζοντας το φυτό αυτό, πέταξαν τα φύλλα του στη θάλασσα. Έπειτα, στο νησί της Κούβας, οι Σπανιόλοι βρήκαν τους Ινδιάνους να τυλίγουν τα φύλλα αυτά σε σωληνάκια, να τα ανάβουν και να εισπνέουν τον καπνό τους. Ο Rodrigo de Jerez, μέλος της ομάδας που αποβιβάστηκε στο νησί έγινε ο πρώτος Ευρωπαίος καπνιστής και μετέφερε την συνήθεια αυτή στην Ισπανία.

Μέχρι τις αρχές του 17<sup>ου</sup> αιώνα, οι Ευρωπαίοι ήξεραν τον καπνό σαν ιαματικό βότανο. Το κάπνισμα της πίπας, έγινε μια συνήθεια που απολάμβαναν εξίσου οι πρίγκιπες και οι θνητοί, οι άντρες, οι γυναίκες και τα παιδιά. Ενώ, εκείνοι που δεν απολάμβαναν το κάπνισμα, θεωρούσαν την συνήθεια αυτή προσβλητική (Τζάφφη, et al., 1981).

Με το πέρασμα του χρόνου, όταν η χρήση του καπνού γενικεύτηκε, οι διάφοροι τρόποι καπνίσματος που επέβαλλαν κατά καιρούς τα ήθη και τα έθιμα, έγιναν στοιχείο αναγνώρισης και παρουσίας στον κοινωνικό χώρο. Ξεκινώντας από το κάπνισμα των τυλιγμένων φύλλων καπνού των συντρόφων του Κολόμβου, βρέθηκαν ποικίλοι τρόποι για να μεγιστοποιηθεί η απόλαυση, όπως οι πίπες, οι ναργιλέδες, οι πρέζες καπνού και τα τσιγάρα (Γιακουμάκη, 1997).

Όταν επινοήθηκαν μηχανήματα για το στρίψιμο τσιγάρων τον 19<sup>ο</sup> αιώνα, η ιστορία του καπνού είχε φτάσει σ' ένα σημαντικό σημείο καμπής. Προηγουμένως ο κόσμος μασούσε τον καπνό, τον εισέπνεε με τη μορφή "πρέζας" ή τον κάπνιζε με πίπες ή με τη μορφή πούρου. Οι δυσκολίες που χαρακτήριζαν αυτές τις μεθόδους είχαν περιορίσει τον όγκο της κατανάλωσης. Όμως, ακόμη και οι πρώτες μηχανές στριψίματος μπορούσαν να παράγουν πάνω από 100.000 τσιγάρα την ημέρα. Επιπλέον, τα στριμμένα τσιγάρα ήταν φθηνότερα και μπορούσαν να μεταφερθούν πιο

εύκολα, διαρκούσαν λιγότερο από άλλες μορφές καπνού κ έτσι ο καπνιστής συνήθως άναβε τσιγάρα πιο συχνά (Chopra, 1997).

Όπως προαναφέραμε, στην Ευρώπη, για τα πρώτα 250 χρόνια, ο καπνός καπνίζονταν σε πίπες ή πούρα, μυρίζονταν σαν πρέζα και μασιόταν. Το τσιγάρο, το οποίο θεωρείται η πιο βλαβερή μορφή της χρήσης καπνού, πρωτοεμφανίστηκε στα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα, όπου στις Η.Π.Α., άρχισε να κυκλοφορεί ένας νέος τύπος καπνού, μια πιο ήπια παραλλαγή, που τα φύλλα του στέγνωναν γρήγορα σε θερμαινόμενες αποθήκες, αντί να ξεραίνονται σιγά-σιγά στον ήλιο. Το γεγονός που παραβλέπουν οι περισσότεροι ιστορικοί, οι οποίοι ασχολήθηκαν με το θέμα αυτό, σύμφωνα με τους Τζάφφη (et al., 1981), είναι ότι με τον τύπο του καπνού που χρησιμοποιούσαν στις πίπες και τα πούρα, η νικοτίνη απορροφιόταν απ' τους ιστούς του στόματος και τον φάρυγγα. Έτσι, ο καπνός ήταν πιο βαρύς για να τον εισπνεύσει κανείς και παρ' όλο που ο καπνός του τσιγάρου είχε λιγότερη νικοτίνη, στην πραγματικότητα, ένα τσιγάρο διοχέτευε περισσότερη νικοτίνη στον εγκέφαλο του καπνιστή με μεγάλη ταχύτητα.

Μία άλλη μορφή καπνίσματος, είναι αυτή του αργιλέ ή ναργιλέ. Ο αργιλές, είναι μια συσκευή καπνίσματος ασιατικής προέλευσης, στην οποία ο εισπνεόμενος καπνός φιλτράρεται προηγουμένως σε νερό. Τα βασικά μέρη του αργιλέ είναι τα ακόλουθα τέσσερα: η γυάλινη σφαίρα (φιάλη), το μεταλλικό στέλεχος (διπλός σωλήνας), η εστία (λουλάς) και ο εύκαμπτος σωλήνας.

Ο Ναργιλές είναι συνηθισμένος στα μουσουλμανικά κράτη ενώ σχετικά διαφοροποιημένος απαντάται και σε άλλες ασιατικές χώρες όπως η Ινδία. Στην Ελλάδα, η χρήση του ήταν διαδεδομένη κατά την εποχή της τουρκοκρατίας ενώ συνεχίστηκε και στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Τα τελευταία χρόνια παρουσιάζεται μια αύξηση στα μαγαζιά που προσφέρουν ναργιλέ, τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ευρώπη, αλλά όχι ως καθημερινή συνήθεια, περισσότερο ως δείγμα διαφοροποίησης και στυλ. Το χαρμάνι το οποίο καπνίζεται στον ναργιλέ είναι χειρότερος από καπνό τσιγάρου ή πίπας. Ο καπνός αυτός είναι υγρός και πολλές φορές αρωματισμένος και ονομάζεται τουμπεκί. Το κάπνισμα του ναργιλέ έχει περάσει στην Ελληνική παράδοση μέσα από τραγούδια, κυρίως ρεμπέτικα (<http://el.wikipedia.org>, 2011).

Σήμερα, έχουν ανακαλυφθεί και χρησιμοποιούνται νέοι τύποι, εναλλακτικού καπνίσματος, όπως είναι για παράδειγμα το ηλεκτρονικό τσιγάρο. Το ηλεκτρονικό τσιγάρο, είναι μια νέα εναλλακτική μορφή καπνίσματος. Λειτουργεί χωρίς φυσική φλόγα, χρησιμοποιώντας μικροηλεκτρονική τεχνολογία, παρέχοντας στους χρήστες



του την εμπειρία του καπνίσματος χωρίς καπνό, πίσσα και χιλιάδες άλλες τοξικές ουσίες, που περιέχονται στα παραδοσιακά τσιγάρα.

Το ηλεκτρονικό τσιγάρο, 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.

Εισπνέοντάς το, 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, όπως η νικοτίνη, η πίσσα, το μονοξείδιο του άνθρακα, που περιέχουν τα συμβατικά τσιγάρα.

Η σημαντική διαφοροποίηση αυτών των δυο, είναι ότι από την καύση του τσιγάρου, παράγεται μεγάλος αριθμός βλαβερών-καρκινογόνων ουσιών, ενώ 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 μη καπνιστές. Ο ατμός διαλύεται στον αέρα σε δευτερόλεπτα και δεν μυρίζει, ούτε δημιουργεί προβλήματα παθητικού καπνίσματος.

Το Ηλεκτρονικό τσιγάρο, θεωρείται και πολύ οικονομικότερο. Ένα φίλτρο του ηλεκτρονικού τσιγάρου είναι ισοδύναμο με περίπου 10 έως και 15 τσιγάρα, αλλά κοστίζει πολύ φτηνότερα. Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα δεν επιτρέπεται να πωλούνται ως συσκευές για την διακοπή του καπνίσματος σύμφωνα με ανακοίνωση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ).

Στην Ελλάδα δεν επιτρέπεται και η χρήση ανταλλακτικών φίλτρων που περιέχουν νικοτίνη, σύμφωνα με απόφαση του ΕΟΦ, ενώ απομένει να διευκρινιστεί εάν θα επιτρέπεται η χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων στους χώρους που απαγορεύεται το παραδοσιακό κάπνισμα (<http://el.wikipedia.org>, 2011).

## **1.2 Ιστορική εξέλιξη του καπνίσματος**

Χρόνια τώρα ανά τους αιώνες, το τσιγάρο υπήρχε και εξακολουθεί να υπάρχει στη ζωή των ανθρώπων. Η φήμη του εξαπλώθηκε με γρήγορους ρυθμούς και

ενσωματώθηκε σαν μια φυσική συνήθεια στην καθημερινότητα των ανθρώπων, συντροφεύοντας τους σε κάθε στιγμή της ζωής τους.

Για πρώτη φορά ανακαλύφθηκε η ύπαρξη του το 1492. Το φυτό του καπνού φύτρωνε σε άγρια μορφή και το χρησιμοποιούσαν οι Ινδιάνοι της Αμερικής στις θρησκευτικές τελετές, αλλά και προκειμένου να θεραπεύσουν ασθένειες και πληγές. Το φυτό του καπνού από ανασκαφές που έγιναν στην περιοχή Yucatan, ανακάλυψαν σκόνη φύλλων καπνού σε αντικείμενα τα οποία χρονολογούνται προ 15.000 έτη.

Σύμφωνα τώρα με τον Θασίτη (χ.χ.), για τους ιθαγενείς των μακρινών Αντιλλών και τον Νέο Κόσμο, ο καπνός ήταν ένα ιερό φυτό, όπου το κάψιμο των ξερών φύλλων του, εξόρκιζε τα κακά πνεύματα και συνόδευε τις μαγικές τελετουργίες, όπως χρησιμοποιούμε στη χριστιανική παράδοση το λιβάνι. Ακόμη, θεωρούνταν το φυτό της ειρήνης, όπου με το κάπνισμα τους σε μακριές πίπες, επισφράγιζε το τέλος των εχθροπραξιών και τις συνθήκες φιλίας ανάμεσα στις διάφορες φυλές. Επιπρόσθετα, για τους ιατρομάγους της εποχής, ήταν ένα θαυματουργό φάρμακο που το χρησιμοποιούσαν για να θεραπεύσουν τις αρρώστιες των κατοίκων των νησιών του Ειρηνικού.

Η Ευρώπη και συγκεκριμένα η Ισπανία και η Πορτογαλία, χρησιμοποίησε το νέο γι' αυτήν φυτό, αρχικά για το στόλισμα των κήπων. Γρήγορα όμως ανακάλυψε σ' αυτό θεραπευτικές ιδιότητες. Ως φάρμακο για τη θεραπεία ημικρανιών, το δέχτηκε η βασίλισσα της Γαλλίας Αικατερίνη των Μεδίκων από τον πρεσβευτή της στην Ισπανία Ζαν Νικότ. Αλλά και διάσημοι γιατροί της εποχής το χρησιμοποίησαν για τη θεραπεία εκζεμάτων, ελκών, στειρότητας, αιμορραγιών, καθώς επίσης και μολύνσεων, όπως και για κάθε αγιάτρευτη, μέχρι τότε, αρρώστια. Με τον τρόπο αυτό, σταδιακά, ο καπνός άρχισε να παίρνει υπέρογκες διαστάσεις, θεωρούνταν ένα είδος πρώτης ανάγκης και του δίδονταν ονομασίες όπως "φυτό της βασίλισσας" ή "ελιξίριο μακροβιότητας" (Θασίτης, χ.χ.).

Παρ' όλες τις θετικές ιδιότητες τις οποίες θεωρούσαν ότι έχει ο καπνός, η διάδοση της χρήσης του δεν υπήρξε εύκολη, αδιατάραχτη και χωρίς έντονες αντιδράσεις. Απέναντι στην μεγάλη μάζα, η οποία τίθονταν υπέρ του καπνού, σχηματίστηκε πολύ γρήγορα και η παράταξη των φανατικών εχθρών του και καταπολεμήθηκε έντονα αφήνοντας στο πέρασμα του πολλά θύματα. Την πολιτισμική αυτή πορεία της ιστορίας του καπνού θα αναλύσουμε στο υποκεφάλαιο που ακολουθεί.

### **1.3 Πολιτισμική πορεία του καπνίσματος**

Πιστεύοντας αρχικά στις θεραπευτικές του ιδιότητες, γίνεται ευρέως γνωστός ο καπνός στους Ισπανούς και πολύ σύντομα την πρακτική του καπνίσματος θα μυηθούν και άλλοι λαοί της Ευρώπης. Η χρήση γίνεται κατάχρηση και μετά από έναν αιώνα καθολικής αποδοχής, το κάπνισμα θ' αποκτήσει πολέμιους. Ενδεικτικές είναι οι αντικαπνιστικές καμπάνιες που αρχίζουν από τον 17<sup>ο</sup> αιώνα, σύμφωνα πάντα με την Τραϊού (1997).

Από ταξιδιωτικά συγγράμματα δυτικών περιηγητών, τα οποία μελετήθηκαν από την Γιακουμάκη (1997), πληροφορούμαστε ότι η χρήση του καπνού στην Οθωμανική Αυτοκρατορία, ήταν γνωστή πριν από το τέλος του 16<sup>ου</sup> αιώνα. Την εποχή εκείνη, η Οθωμανική Αυτοκρατορία απλώνεται στα εδάφη της σύγχρονης Ελλάδας, Μ. Ασίας, Μαύρης θάλασσας, Βουλγαρίας και Γιουγκοσλαβίας. Η Κωνσταντινούπολη μέχρι την επικράτηση των χερσαίων συγκοινωνιακών μέσων, αποτελούσε το σπουδαιότερο διαμετακομιστικό κέντρο μεταξύ Ανατολής και Δύσης. Ενώ, πιθανολογείται ότι η εισαγωγή καπνού στην Οθωμανική Αυτοκρατορία έγινε από το λιμάνι της Κωνσταντινούπολης περίπου το 1580, από Βενετσιάνους ή Γενοβέζους εμπόρους. Επί έναν αιώνα, μέχρι το 1678, η χρήση του καπνού ήταν περιορισμένη λόγω των αυστηρών κρατικών περιοριστικών μέτρων. Τη χρονολογία αυτή, ο Σουλεϊμάν ο Β΄, επιτρέπει την καπνοκαλλιέργεια και επιβάλλει δασμούς και φόρους. Οι κλιματολογικές συνθήκες και το έδαφος στα παράλια της Μ. Ασίας, της Μαύρης θάλασσας, στα νησιά και τις περιοχές της σύγχρονης Ελλάδας, ευνόησαν τις καπνοκαλλιέργειες. Επιπλέον, δημιούργησαν μικρόφυλλες γευστικές και αρωματικές ποικιλίες καπνού, τα λεγόμενα ανατολικά καπνά, τα οποία μονοπώλησαν τις προτιμήσεις των καπνιστών ανά τον κόσμο για τον αιώνα που ακολουθούσε και ανέδειξε τους Έλληνες καπνέμπορους σε δεινούς επιχειρηματίες ανά την υφήλιο (Γιακουμάκη, 1997).

Όπως είναι φανερό, η διάδοση του καπνού έγινε ευρέως γνωστή και προχωρούσε με ταχύτατους ρυθμούς. Συγκεκριμένα, στην Ευρώπη, οι σπόροι καπνού μεταφέρθηκαν με τις ισπανικές караβέλες στην Ιβηρική χερσόνησο και παράλληλα, Ολλανδοί ναυτικοί εισήγαγαν τον καπνό στο Βέλγιο. «Η παράδοση θέλει πρώτο εισαγωγέα καπνού στην Γηραιά Ήπειρο τον Ισπανό ναύτη του Κολόμβου, Rodrigo de Jerez, ο οποίος και φυλακίσθηκε κατηγορούμενος ως μάγος κατεχόμενος από δαιμόνια επειδή έβγαζε καπνούς από την μύτη και το στόμα» (Γιακουμάκη, 1997:3).

Σύμφωνα πάντα με την ίδια, γύρω στα 1550, αναφέρονται οι πρώτες καπνοκαλλιέργειες στην Πορτογαλία και την Ισπανία. Ενώ, ετυμολογικές ερμηνείες

της ευρωπαϊκής ονομασίας tobacco που δόθηκαν στο νεόφερτο φυτό για την εποχή υπήρξαν πολλές. Επικρατέστερη φέρεται αυτή που παραπέμπει στο όνομα του νησιού των Αντιλλών Τομπάγκο, απ' όπου και προήλθε. Στα μέσα του 16<sup>ου</sup> αιώνα, ξεκίνησε η εξάπλωση του καπνού σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.

Αρχικά, όπως αναλύσαμε και στο προηγούμενο υποκεφάλαιο, η χρήση του καπνού θεωρούνταν ως θεραπευτική και ευεργετική και του απέδιδαν ιδιότητες σχεδόν θαυματουργές. Με τον χρόνο όμως, η θεραπευτική του αξία αμφισβητήθηκε, η χρήση του όμως παρέμεινε και έγινε κατάχρηση. «Η Γηραιά Ήπειρος κάπνιζε για απόλαυση, η Αγγλία διοργάνωνε τα λεγόμενα "smoking parties", όπου εκεί διέδιδαν και δίδασκαν την τέχνη του καπνίσματος και οι σχολικές τσάντες των μαθητών μετέφεραν παραγεμισμένες πίπες καπνού που θα καπνίζονταν υπό την προτροπή και εποπτεία του δασκάλου» (Γιακουμάκη, 1997:3).

Με την πάροδο του χρόνου όμως οι αντιδράσεις άρχισαν να ποικίλλουν και οι επικριτές του καπνού ολοένα και αυξάνονταν. Σφόδρες ήταν και οι αντιδράσεις που ενέπλεκαν θρησκεία, ηθική και υγεία, καθώς επίσης, ξέσπασαν και "ιεροί πόλεμοι" εναντίον του καπνού. Ακολούθησαν αφορισμοί του Πάπα, συγγράμματα, εγκύκλιοι και πρόστιμα επιβάλλονταν στους χρήστες. Στην Ιταλία αφορίζαν όσους κάπνιζαν, στη Ρωσία τους ράβδιζαν και τους έκοβαν τη μύτη, στην Περσία τους έκοβαν τα χείλη και στην Οθωμανική Αυτοκρατορία τους απαγχόνιζαν (Γιακουμάκη, 1997).

Στην παράταξη των εχθρών του καπνού τάχθηκαν επικεφαλείς, μονάρχες, όπως ο Ιάκωβος ο Α΄ και ο Σουλτάνος Αμουράτ ο Δ΄, θρησκευτικοί αρχηγοί, Ακαδημίες, Πανεπιστήμια, γιατροί, κληρικοί και ηθικολόγοι της εποχής. Ο καπνός καταπολεμήθηκε σκληρά όλο τον 17<sup>ο</sup> αιώνα με βαρύτατες ποινές, ακρωτηριασμούς και απάνθρωπα βασανιστήρια, γιατί θεωρήθηκε σαν εφεύρεση του διαβόλου που οδηγούσε στον υποπεσμό και στη διαφθορά του λαού και κατέστρεφε την υγεία και την οικονομία του (Θασίτης, χ.χ.).

Στην Γερμανία το κάπνισμα απαγορεύτηκε με ποινή θανάτου, στη Ρωσία οι καπνιστές καταδικάζονταν σε ευνουχισμό, ενώ στις Η.Π.Α. δέκα διαφορετικές πολιτείες είχαν νόμους κατά του καπνίσματος μέχρι και το 1909. Κανένα σκληρό κυβερνητικό μέτρο δεν στάθηκε ικανό να ανακόψει την πορεία του καπνίσματος και να επιβραδύνει την διάδοσή του, κάτι το οποίο μας κάνει φανερό ότι είναι αδύνατη η πλήρης επίσημη απαγόρευση του. Σε αντίθεση με ότι συμβαίνει σήμερα, η ιατρική, αρχικά είχε εναντιωθεί στο κάπνισμα λιγότερο από τους υπερασπιστές της δημόσιας

ηθικής. Οι Ευρωπαίοι γιατροί έβλεπαν τον καπνό σαν ένα ισχυρό φάρμακο (Chopra, 1997).

Ηγεμόνες σε άλλα μέρη του κόσμου έκαναν ακόμα πιο εντατικές προσπάθειες να ελέγξουν το κάπνισμα κατά τον 17<sup>ο</sup> αιώνα. Οι πρώτοι τσάροι της δυναστείας των Ρομανόφ, θέσπισαν βαριές ποινές που περιλάμβαναν δημόσιο μαστίγωμα και εξορία στη Σιβηρία για την κατοχή, χρήση και πώληση καπνού. Όταν όμως ήρθε στην εξουσία ο Μεγάλος Πέτρος το 1689, τότε το κάπνισμα έγινε μια παραδεκτή συνήθεια. Στην Ιαπωνία, επίσης, έπειτα από τις αρχικές προσπάθειες να απαγορευτεί η χρήση του καπνού, το κάπνισμα έγινε αναπόσπαστο μέρος της κοινωνικής λειτουργίας (Τζάφφη, et al., 1981).

Τέλος, μόνο όταν οι διώξεις αποδείχτηκαν αναποτελεσματικές οι διάφορες κυβερνήσεις αποφάσισαν για να περιορίσουν κάπως το κάπνισμα και να ενισχύσουν την οικονομία τους, να επιβάλλουν στον καπνό πολύ βαρείς φόρους και δασμούς και ν' αφήσουν ελεύθερη τη χρήση τους.

Στο τελευταίο υποκεφάλαιο του πρώτου κεφαλαίου που ακολουθεί θα παρακολουθήσουμε βήμα-βήμα την εξέλιξη του καπνίσματος στον ελληνικό χώρο.

### **1.3.1 Η πορεία του τσιγάρου στον ελληνικό πολιτισμό**

Τα πρώτα στοιχεία για την εισαγωγή του καπνού στην Ελλάδα, σύμφωνα με την Πηνελόπη Γιακουμάκη (1997), αντλούνται από το ταξιδιωτικό σύγγραμμα του Rouqueville "Περιηγήσεις στην Ελλάδα" που εκδόθηκε το 1820. Σύμφωνα με την αφήγηση του περιηγητή, ως εισαγωγείς φέρονται δυο Γάλλοι, οι οποίοι μεταξύ του 1573 και 1589 καλλιεργούσαν καπνό στα περίχωρα Θεσσαλονίκης. Ενώ, αργότερα, κατά τον 17<sup>ο</sup> αιώνα, οι αναφορές για καπνοκαλλιέργειες πληθαίνουν.

Στην Ελληνική Εμπορική Εγκυκλοπαίδεια που εκδόθηκε το 1815 στη Βενετία, αναφέρεται ότι στη Μακεδονία, επαρχία τότε της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας, οι καπνοκαλλιέργειες του 17<sup>ου</sup> αιώνα καταλάμβαναν μεγάλες εκτάσεις.

Σύμφωνα τώρα με το σύγγραμμα του Βαυαρού προξένου Strong, που εκδόθηκε το 1842, κατά τη σύσταση του Ελληνικού Βασιλείου, η καλλιέργεια του καπνού στη παλαιά Ελλάδα, περιοριζόταν στις περιφέρειες Λιβαδειάς, Άργους, Καλαμών και έφτανε τις 450.000 οκάδες.

Παράλληλα με τις διαδοχικές προσκτήσεις νέων ελληνικών εδαφών και ιδιαίτερα μετά τους Βαλκανικούς πολέμους, όταν προσαρτήθηκαν οι εκτενείς καπνοπαραγωγικές μακεδονικές εκτάσεις, η εμπορία του καπνού έγινε σπουδαίος ρυθμιστικός παράγοντας της οικονομίας της χώρας.

Ο καπνός από τότε μέχρι και σήμερα αποτέλεσε και συνεχίζει ν' αποτελεί μια από τις σπουδαιότερες καλλιέργειες της ελληνικής υπαίθρου. Για την μεταποίηση των φύλλων του δημιουργήθηκε μια τεράστια βιομηχανία και από την εποχή που φορολογήθηκε, το 1883, υπήρξε πολύτιμη πηγή εσόδων για το ελληνικό κράτος (Γιακουμάκη, 1997).

Κάνοντας μια προσεκτική μελέτη στην πορεία του καπνού στον ελληνικό πολιτισμό, ο Θασίτης (χ.χ.), έρχεται να διαπιστώσει παράλληλα, πως Γάλλοι και Άγγλοι ναυτικοί ήταν αυτοί που εισήγαγαν πρώτοι στην Ελλάδα, στην κοιλάδα του Αξιού και στη Θράκη, τον καπνό στις αρχές του 17<sup>ου</sup> αιώνα. Η νέα για την εποχή καλλιέργεια, βρήκε στη χώρα μας το κατάλληλο κλίμα και έδαφος και αναπτύχθηκε ταχύτατα. Ποικιλίες ανατολικών καπνών, έμελλαν να αποκτήσουν φήμη, διατηρώντας για χρόνια τις τούρκικες ονομασίες τους, όπως ο μπασμάς, το μπαση-μπαγλή και το καμπά κουλάκ.

Οι καπνοί αυτοί παράγονταν στη Μακεδονία και τη Θράκη, ενώ ακόμη υπήρχε η ποικιλία Σαμψούς στην Κατερίνη, τα μυρωδάτα των Νήσων, Ξάνθης, Κιρέτσιλερ, Θηβών και Αγρινίου. Επίσης, τα τζεμπέλια της Αιτωλοακαρνανίας και της Ηπείρου και τα μαύρα της Θεσσαλίας, Φθιώτιδος και Άργους. Όλες αυτές οι ποικιλίες, όπως αναφέρει ο Θασίτης (χ.χ.), χαρακτηρίζονταν για τα μικρά λεπτά τους φύλλα, το χρυσοκίτρινο χρώμα τους, τις λεπτές νευρώσεις τους, το ευχάριστο άρωμα τους και τη χαμηλή, σχετικά, περιεκτικότητα τους σε νικοτίνη. Για τους λόγους αυτούς, χρησιμοποιούνταν από τις ξένες καπνοβιομηχανίες, οι οποίες βελτίωναν έτσι το μείγμα των τσιγάρων, "σιγαρέτων" για την εποχή.

Μετά τις πρώτες καπνοκαλλιέργειες που εντοπίστηκαν στη Θεσσαλονίκη στα τέλη του 16<sup>ου</sup> αιώνα, ακολούθησαν και άλλες πόλεις όπως η Καβάλα, η Ξάνθη, το Αγρίνιο και ο Βόλος, όπου και μετατράπηκαν σε καπνουπόλεις. Η οικονομική, εργασιακή και πολεοδομική οργάνωσή τους, στηρίζονταν στην εκμετάλλευση και την εμπορία του καπνού, θέτοντας τον καπνό ως το πρώτο ή δεύτερο εξαγωγικό προϊόν της χώρας (Τραϊού, 1997).

Ο καπνός στις Ελλάδα, ήταν σημαντικός για πολλούς λόγους. Το καπνεμπορικό κεφάλαιο, μαζί με το εφοπλιστικό ήταν διεθνοποιημένο από τον 19<sup>ο</sup> αιώνα. Επίσης, γύρω από τον καπνό, δημιουργήθηκαν αυτόματα βιομηχανικές συγκεντρώσεις (industrial districts) και δίκτυα επιχειρήσεων (clusters), ενώ παράλληλα δημιουργήθηκαν τα καπνοχώρια και οι καπνυπόλεις, τα οποία βοήθησαν στην ανάπτυξη της χώρας, διαλύθηκαν όμως σύντομα.

Στα καπνοχώρια, υπήρχε εξειδίκευση στον καπνό, όπως συνεταιρισμοί και δίκτυα πωλήσεων, γεγονός που δημιουργούσε πολλά πλεονεκτήματα για την ανάπτυξη της παραγωγής του καπνού. Όσο για τις καπνυπόλεις, η οικονομία τους εξαρτιόταν από τη λειτουργία των καπνομάγαζων, διότι σε αυτά απασχολούνταν ένα σημαντικό μέρος του οικονομικά ενεργού πληθυσμού τους, αλλά και επειδή τα καπνομάγαζα, συνδέονταν και με άλλες οικονομικές δραστηριότητες.

Η ύπαρξη κατάλληλης υποδομής, δηλαδή τα καπνομάγαζα, η ύπαρξη ανθρώπινου δυναμικού, δηλαδή οι καπνέμποροι και οι καπνεργάτες, αλλά και η ύπαρξη υπηρεσιών όπως οι εταιρείες μεταφορών και μηχανικού εξοπλισμού που ήταν ειδικευμένες στην καπνεργασία, ήταν καθοριστική. Είναι ακόμη σημαντικό ν' αναφερθεί πως και η ιστορία και η ύπαρξη του καπνεργατικού κινήματος που υπήρξε για μεγάλο διάστημα και μέχρι τη δεκαετία του 1950, ήταν από τα πιο ισχυρά (Λαμπριανίδης, 1997).

Έτσι, το τσιγάρο, μπαίνει πολύ γρήγορα στον τρόπο ζωής των Ελλήνων και συνδέεται άμεσα με το πολιτισμό, την κουλτούρα και τις τέχνες. Ο Γύζης, ο Γουναρόπουλος και πολλοί άλλοι εικαστικοί καλλιτέχνες αποτύπωσαν πάνω στις επιφάνειες και στις διαφημίσεις των τσιγαρόκουτων όλα τα αισθητικά ρεύματα, από τα πιο παραδοσιακά μέχρι τα πιο μοντέρνα. Ενώ ο Πέτρος Μέξης, έριξε το 1927 μέσα στα κουτιά του, φωτογραφίες με γυμνές γυναίκες που έγιναν ανάρπαστες. Τότε είναι και η εποχή της πρώτης σεξουαλικής επανάστασης στην Ελλάδα, ενώ την ίδια εποχή είναι που ανθούν η πορνογραφία και τα αφροδίσια νοσήματα (Τσοκόπουλος, 1997).

Στην πορεία, το τσιγάρο γίνεται τραγούδι, ενώ παράλληλα, ακολουθεί τον πόνο των πρωταγωνιστών στις κινηματογραφικές αίθουσες. Το κάπνισμα ως σύμβολο της γυναικείας χειραφέτησης, σύμφωνα με τους Αντωνίου κ.α. (2011), ενσαρκώθηκε καλύτερα από οποιονδήποτε άλλο από τη μεγάλη σταρ του κινηματογράφου Μελίνα Μερκούρη. Η οποία πέρασε το στυλ της χειραφετημένης, παίζοντας το 1955 τη "Στέλλα". Λίγο πιο πριν, το 1952 στην ταινία "Αγνή Του Λιμανιού" κάπνιζαν οι γυναίκες ελευθέρων ηθών, οι λεγόμενες "τροπέζες". Με το

κάπνισμα οι γυναίκες έκαναν τη δική τους επανάσταση. Με κάθε ρουφηξιά κατακτούσαν όλο και περισσότερο ακόμα ένα πρώην ανδρικό οχυρό.

Τον πρωταγωνιστικό ρόλο σε αυτή τη μικρή επανάσταση, έπαιζαν οι πρωταγωνίστριες του ελληνικού σινεμά, σε μια εποχή που αυτός είχε τη δύναμη της τηλεόρασης. Όλες οι μεγάλες πρωταγωνίστριες κάπνισαν, ακόμα και οι μη καπνίστριες, όπως η Αλίκη Βουγιουκλάκη στο "Δόλωμα". Εκεί υπάρχει και η σκηνή που κλέβει τον αναπτήρα του Αλεξανδράκη, είχε αναφέρει χαρακτηριστικά σε συνέντευξη του ο Μάκης Δελαπόρτας. Το κάπνισμα στη δεκαετία του '60 θα γίνει σύμβολο της νεανικής επανάστασης. Υπάρχει η χαρακτηριστική σκηνή της ταινίας ο "Γαμπρός από το Λονδίνο", όπου ο νεαρός πρωταγωνιστής πάει στην τουαλέτα για να καπνίσει και φαίνεται να βγαίνει ο καπνός από την πόρτα της. Οι κυρίες των σαλονιών κάπνιζαν πίπα. Χαρακτηριστική για την ελληνική πραγματικότητα είναι η εικόνα της Ρένας Βλαχοπούλου που κάπνιζε πίπα στη "Χαρτοπαίχτρα".

Για τον άντρα, το τσιγάρο αποτέλεσε για ένα μεγάλο διάστημα, ένα βλαβερό, όπως αποδείχθηκε, αξεσουάρ αρρενωπότητας και ανδρισμού. Χαρακτηριστική είναι η εικόνα του σκληρού cowboy, στη διαφήμιση των τσιγάρων του Marlboro, που διετέλεσε για ένα μεγάλο διάστημα ως η πιο δημοφιλής μάρκα τσιγάρων στην Ελλάδα. Αλλά και για να μην ξεφύγουμε από τον ελληνικό κινηματογράφο, που η ιστορία του αποτελεί την εκδοχή της πραγματικής σχέσης του Έλληνα με το τσιγάρο, χαρακτηριστική εικόνα όπου το κάπνισμα είναι ένα δείγμα μαγκιάς δεν είναι άλλη από αυτή του Δημήτρη Παπαμιχαήλ στις "Διπλοπενιές" όπου τραγουδάει το τραγούδι Αποχαιρετισμός του Ξαρχάκου με ένα τσιγάρο στο στόμα. Εκτός από τον κινηματογράφο, πολλοί στιχουργοί ήταν αυτοί που έγραψαν αμέτρητους στίχους για το τσιγάρο, τα οποία τραγούδησαν διάφοροι έλληνες καλλιτέχνες, όπως και σπουδαίοι ερμηνευτές, παλιοί και νεότεροι της εποχής.

Ενδεικτικά είναι τα παρακάτω: *«Τσιγάρο Ατέλειωτο»* - Σωκράτης Μάλαμας, *«Στο τσιγάρο που κρατώ»* - Γιάννης Κότσιρας, *«Φέρτε μου ένα σέρτικο τσιγάρο»* - Χάρις Αλεξίου, *«Το τσιγάρο»* - Γιάννης Πάριος, *«Άναψε το τσιγάρο δως μου φωτιά»* Σπύρος Ζαγοραίος, *«Πρωινό τσιγάρο»* - Ν. Βενετσάνου – Ν. Μαυρουδής, *«Στο άδειο μου πακέτο»* - Φίλιππος Νικολάου, *«Τα τσιγάρα»* - Ορφέας Περίδης, *«Τι σου 'κανα και πίνεις»* - Μελίνα Ασλανίδου, *«Τσιγάρο εγώ στο στόμα μου δεν έβαλα ούτε ένα»* - Ελευθερία Αρβανιτάκη, *«Μ' ένα τσιγάρο σέρτικο»* - Δημήτρης Μητροπάνος, *«Δως μου το τσιγάρο σου»* - Γιάννης Πλούταρχος, *«Το τσιγάρο το κομμένο»* - Αντώνης Βαρδής, *«Ένα τσιγάρο μένει»* - Μανώλης Λιδάκης, *«Τα τσιγάρα»* - Λιζέτα Καλημέρη,



*«Κάνω ένα τσιγάρο και φεύγω» - Βασίλης Καρράς, «Ένα τσιγάρο θ' ανάψω» - Γλυκερία, «Τσιγάρο λαϊκό» - Λιζέτα Καλημέρη, «Σαν τσιγάρο μου» - Δημήτρης Μπάσης, «Το τσιγάρο βαρύ» - Μελίνα Ασλανίδου, «Ένα τσιγάρο σκέτο» Πασχάλης Τερζής, «Σαν τσιγάρο άφιλτρο» - Νίκος Μακρόπουλος, «Υποπτο τσιγάρο» - Νότης Σφακιανάκης, «Πικρό τσιγάρο» - Καλλιόπη Βέττα, «Θέλω να πω μαζί σου ένα τσιγάρο» - Χρήστος Θηβαίος, «Δως μου να καπνίσω ένα τσιγάρο» - Πόλυ Πάνου και πολλά άλλα τραγούδια που υμνούσαν το τσιγάρο.*

Επιστημονικές έρευνες, σύμφωνα με τους Αντωνίου κ.α. (2011), έχουν αποδείξει ότι αν ο άνθρωπος δεν έβλεπε, θα κάπνιζε λιγότερο. Αυτό συμβαίνει γιατί ο καπνιστής, περισσότερο από το ίδιο το τσιγάρο, καπνίζει την εικόνα του. Κάτι που έχει σχέση και με τον τρόπο με τον οποίο φτιάχνονται ακόμα και τα πακέτα των τσιγάρων. Από τα πιο σκληρά που πουλάνε περισσότερο σε κόκκινα πακέτα, μέχρι τα πιο μαλακά που τα προσφέρουν σε πιο ανοιχτά χρώματα από το γκρι και το γαλάζιο μέχρι το λευκό. Σε μερικούς άρεσε και το μαύρο πακέτο που είχαν μάρκες όπως το John Players Special, ενώ το σκούρο πράσινο είχε ταυτιστεί με τη γεύση μέντας που είχε το εν λόγω τσιγάρο.

Στην Ελλάδα της δεκαετίας του '70, μαζί με τα παντελόνια λεγόμενα καμπάνες, τις μακριές φαβορίτες και τις ποδοσφαιρικές κόντρες που παίζονταν στους δρόμους μεταξύ αριστερών και δεξιών, είχαν αρχίσει τα τσιγάρα να βγαίνουν σε διαφορετικές κατηγορίες. Κατά τη διάρκεια αυτής της δεκαετίας κάνουν την εμφάνιση τους τα πρώτα milds, ενώ το κοινό δεν είχε κάνει ακόμα τη μαζική στροφή του προς τα εισαγόμενα ξένα τσιγάρα, όπως τα Assos, τα οποία και εξακολουθούν να καπνίζονται από πολλούς μέχρι και σήμερα. Τα άφιλτρα, τα κάπνιζαν οι πιο σκληροί, μια εικόνα που κράτησε μέχρι και τα μέσα της δεκαετίας του '90 με τα Sante.

Στα τέλη της δεκαετίας, επιχειρείται η πρώτη επίθεση εναντίον του καπνίσματος και της σχεδόν "αγγελικής", σε σύγκριση με τα σημερινά δεδομένα, εικόνας του με την πρώτη εκστρατεία εναντίον του καπνίσματος που γίνεται από τον τότε υπουργό Υγείας κύριο Δοξιάδη. Ήταν ο πρώτος πολιτικός άνθρωπος ο οποίος διέδιδε τις επιπτώσεις που είχε η διαδικασία του καπνίσματος στη δημόσια υγεία. Τότε, ίχε αρχίσει μεγάλη και οργανωμένη καμπάνια, που είχε αποτελέσματα, αλλά σταμάτησε γιατί άλλαξε ο υπουργός (Αντωνίου κ.α., 2011).

Παρά τις δυνατές αντοχές που έδειξε η βιομηχανία καπνίσματος στην Ελλάδα, η ένταξη της χώρας μας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, θα σήμαινε και την εισαγωγή καινούργιων αυστηρών κανονισμών της Ένωσης κατά του καπνίσματος. Έτσι, τα

τελευταία χρόνια η αντικαπνιστική μάχη έχει ενταθεί. Η νομοθεσία που υπακούει στους ευρωπαϊκούς κανονισμούς ενσωματώνεται στο ελληνικό δίκαιο και παρά τις αντιδράσεις που προκαλεί, παρά το ότι βρίσκει ανενημέρωτη την κοινή γνώμη, η πολιτεία δείχνει τη βούληση να την εφαρμόσει.

Έτσι, η 1<sup>η</sup> Ιουλίου 2009, καθιερώθηκε ως η ημερομηνία ορόσημο για την αντικαπνιστική εκστρατεία στην Ελλάδα, όπου οι επιχειρήσεις θα πρέπει να λάβουν όλα τα απαραίτητα μέτρα, από την τήρηση της απαγόρευσης, τη σήμανση, μέχρι τη δημιουργία χώρου για κάπνισμα, αν δεν θέλουν να βρεθούν αντιμέτωπες με αγωγές, πρόστιμα και δικαστικές διώξεις. Αξίζει να αναφέρουμε, ότι ήδη οι πρώτες ανάλογες υποθέσεις, αγωγές εργαζομένων για βλάβες που υπέστησαν στο εργασιακό τους περιβάλλον από παθητικό κάπνισμα, βρίσκονται στα δικαστήρια, ορισμένες μάλιστα έχουν τελεσιδικήσει υπέρ των εναγόντων. Παρ' όλα αυτά, κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών ο πληθυσμός των καπνιστών στην Ελλάδα διευρύνθηκε.

Αιτία, οι δύο πληθυσμιακές ομάδες που ήρθαν να προστεθούν σε εκείνη των ανδρών, είναι οι γυναίκες και οι ανήλικοι. Αυτή τη στιγμή η Ελλάδα θεωρείται η πρώτη χώρα στον κόσμο σε αναλογία καπνιστριών στο γυναικείο πληθυσμό, ενώ πολύ ψηλά βρίσκεται και το ποσοστό των νέων που ξεκινούν το κάπνισμα πριν ενηλικιωθούν. Το Φεβρουάριο του 2006 η εταιρεία Focus, έδωσε στη δημοσιότητα τα στοιχεία πανελλαδικής έρευνας με τίτλο "Ο Έλληνας και το κάπνισμα" (Αντωνίου κ.α., 2011). Σύμφωνα με τα στοιχεία, το 41% των ερωτηθέντων είχαν δηλώσει καπνιστές τουλάχιστον έξι τσιγάρων την ημέρα. Το αντίστοιχο μέσο ποσοστό στην Ευρωπαϊκή Ένωση, σύμφωνα με στοιχεία του Ευρωβαρομέτρου βρίσκεται, στο 30%. Η εξέλιξη του ποσοστού αυτού τη δεκαετία 1995 - 2005, δεν αφήνει πολλά περιθώρια αισιοδοξίας, καθώς στην αρχή της συγκεκριμένης δεκαετίας το ποσοστό στην Ελλάδα ήταν 39%. Δεν είναι όμως μόνο ότι καπνίζουν πολλοί, πρόβλημα είναι επίσης ότι καπνίζουν πολύ. Σύμφωνα με την έρευνα, οι φανατικοί καπνιστές, με πάνω από δύο πακέτα την ημέρα, ανέρχονται σε 15%, οι μετριοπαθείς καπνιστές με 20-39 τσιγάρα την ημέρα ανέρχονται σε 38%, οι ευκαιριακοί με 6 - 19 τσιγάρα την ημέρα ανέρχονται σε 35% και οι περιστασιακοί με έως πέντε τσιγάρα την ημέρα, ανέρχονται σε 12%.

Τα τελευταία χρόνια, οι Έλληνες, ειδικά στις ηλικίες 18 έως 34, έχουν στρέψει το ενδιαφέρον τους από τα κλασικά τσιγάρα σε πακέτο, που εξακολουθούν να είναι και τα πρώτα σε κατανάλωση, στα στριφτά τσιγάρα. Οι βασικοί λόγοι είναι τρεις: ο οικονομικός, διότι τους συμφέρει να καπνίζουν στριφτά, ο αρωματικός, γιατί ο καπνός είναι εμπλουτισμένος με διάφορα αρώματα και ο ιατρικός, αφού ο μέσος καπνιστής κάνει λιγότερα τσιγάρα την ημέρα γιατί το χειροποίητο απαιτεί χρόνο.

Ο χύμα καπνός αποτελούσε μέχρι πρόσφατα το 10% του καπνού που καταναλώνουν οι άνδρες και το 5% για τις γυναίκες ενώ οι πληροφορίες αναφέρουν ότι το ποσοστό αυτό έχει ανέβει κι άλλο. Τα βαριά τσιγάρα (full flavor) αποτελούν το 55% των τσιγάρων του άνδρα και το 37% της γυναίκας, τα light τσιγάρα, όπου ο όρος δεν υφίσταται πλέον, αλλά αντιπροσωπεύει τσιγάρα με περιεκτικότητα πίσσας 6-9 mg, το 23% των τσιγάρων των ανδρών και το 37% των γυναικών, ενώ μονοψήφια ποσοστά καταλαμβάνουν σε γυναίκες και άνδρες τα super light τσιγάρα (4-5 mg πίσσας), τα ultra (2-3 mg) και τα one (1 mg πίσσας). Το ότι επιμένουν οι Έλληνες να καπνίζουν περισσότερο από τους Ευρωπαίους μπορούμε να το αποδώσουμε και στην σημαντική θέση της ελληνικής βιομηχανίας τσιγάρων (Αντωνίου κ.α., 2011).

Αντλώντας τα στοιχεία από την Timeline, οι Αντωνίου κ.α. (2011), κατέγραψαν αναδρομικά τα παρακάτω γεγονότα στην ιστορία του τσιγάρου στην Ελλάδα.

- Το 1909, εισάγονται οι πρώτες σιγαροποιητικές μηχανές στην Ελλάδα από τους βιομηχάνους Βάρκα και Καραβασίλη.
- 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 τσιγάρα AERA, με σκοπό την ενίσχυση του φρονήματος των Ελλήνων στρατιωτών.
- Το 1950, κυκλοφορεί το πρώτο τσιγάρο με φίλτρο.
- Το 1971, κυκλοφορεί το πρώτο Marlboro Lights.
- Το 1978, ο υπουργός υγείας, Σπύρος Δοξιάδης, ξεκινά την πρώτη αντικαπνιστική εκστρατεία στην Ελλάδα.
- Το 1980, από τις αρχές της δεκαετίας, παρασκευάζονται στην Ελλάδα σχεδόν όλες οι ξένες μάρκες τσιγάρων και παύουν σταδιακά να εισάγονται.
- Το 1995, κυκλοφορεί η μάρκα President σε μια πρωτοποριακή μορφή πακέτου 30 τσιγάρων.
- Το 1996, υπερνηφίζεται ο ευρωπαϊκός νόμος για την απαγόρευση της διαφήμισης του καπνίσματος με την ψήφο του τότε υπουργού υγείας, κ. Γείτονα.
- Το 2003, η Παπαστράτος ΑΕ γίνεται Philip Morris International.

Τέλος, η σύγχρονη ιστορία του ελληνικού τσιγάρου, είναι συνυφασμένη με τον στρατό. Κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου το κάπνισμα γνώρισε τεράστια διάδοση ανάμεσα στους στρατιώτες που ένιωθαν ότι το τσιγάρο τους πρόσφερε ενέργεια και αυτοπεποίθηση, ενώ πολλοί είναι εκείνοι που ξεκινούν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της θητείας τους.

## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>: Ψυχολογική διάσταση του καπνίσματος.

### **2.1 Στάδια ανάπτυξης (στοματικό στάδιο και συσχέτιση του με το κάπνισμα)**

Για τον Sigmund Freud, η παιδική ηλικία του ανθρώπου παίζει καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη της προσωπικότητας του και εξελίσσεται από την βρεφική ηλικία μέσα από διάφορα ψυχοσεξουαλικά στάδια.

Στα στάδια αυτά, σημείο αναφοράς είναι το σεξουαλικό ένστικτο (libido) και διαχωρίζονται ως εξής: στο στοματικό, στο πρωκτικό, στο φαλλικό, στο λανθάνον και στο γενετικό. Αυτά παίρνουν τ' όνομα τους από την περιοχή του σώματος, στην οποία προσκολλάται το σεξουαλικό ένστικτο του ατόμου, με σκοπό την ικανοποίηση του από την περιοχή αυτή (Παντζάρη - Παπανδρέου, 1977).

Στο υποκεφάλαιο αυτό, θ' ασχοληθούμε καθαρά με το στοματικό στάδιο και θα δούμε πως συνδέεται άμεσα και το κάπνισμα με το στάδιο αυτό.

Από την μελέτη που πραγματοποίησε πάνω στις θεωρίες του Sigmund Freud, η Παντζάρη - Παπανδρέου (1977), κατέγραψε πως το στοματικό στάδιο περιλαμβάνει τον πρώτο χρόνο της ζωής του παιδιού. Στο στάδιο αυτό, τα χείλη, η γλώσσα, η στοματική κοιλότητα γενικότερα, είναι ο χώρος απ' όπου το βρέφος αισθάνεται ικανοποίηση. Το στάδιο αυτό περιλαμβάνει δυο φάσεις, την αρχική παθητική και την ενεργητική.

Στην αρχική παθητική φάση, το βρέφος καταναλώνει πολύ χρόνο με τον θηλασμό, ενώ παράλληλα αισθάνεται ικανοποίηση βάζοντας διάφορα αντικείμενα στο στόμα, αυτή είναι η λεγόμενη στοματική ενσωμάτωση. Αν στην περίοδο αυτή, το βρέφος "απογοητευθεί" από τον θηλασμό, ή τον στερηθεί, είναι πολύ πιθανό ν' αποκτήσει στοματική καθήλωση. Το στάδιο αυτό, γίνεται τόσο ελκυστικό για το παιδί, ώστε δεν θέλει να το εγκαταλείψει. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, στην πορεία της ζωής του ν' αναπτύξει το στοματικό παθητικό σύνδρομο, που χαρακτηρίζεται από μεγάλη εξάρτηση, ανωριμότητα, παθητικότητα και απληστία.

Την παθητική αυτή φάση, διαδέχεται μια ενεργητική, που συμπίπτει με την εμφάνιση του πρώτου δοντιού. Το μωρό για ν' ανακουφιστεί από τον πόνο των δοντιών, αρχίζει να δαγκώνει και αυτό ερμηνεύεται σαν επιθυμία του να βλάψει και να καταστρέψει.

«Η καθήλωση της libido στη φάση αυτή, οδηγεί στο σαδιστικό τύπο, που χαρακτηρίζεται από έντονη στοματική συμπεριφορά, όπως κάπνισμα, σαρκασμό και δηκτικότητα στη συμπεριφορά του προς τους άλλους, καθώς και αμφιθυμικές στάσεις όπως το αίσθημα φιλίας και έχθρας για το ίδιο πρόσωπο» (Παντζάρη - Παπανδρέου, 1977:308).

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τους Pervin & John (2001), η ψυχαναλυτική θεωρία της εξέλιξης, λαμβάνει υπ' όψιν όλες τις πτυχές της ανάπτυξης του χαρακτήρα-προσωπικότητας του ατόμου. Δυο είναι οι κύριες πτυχές της θεωρίας της εξέλιξης σύμφωνα με τον Sigmund Freud. Η πρώτη είναι ότι το άτομο εξελίσσεται περνώντας μέσα από κάποια στάδια ανάπτυξης. Ενώ, η δεύτερη τονίζει τη σημασία των πρώτων γεγονότων της ζωής για όλη τη μετέπειτα συμπεριφορά. Το σημαντικότερο μέρος της ψυχαναλυτικής θεωρίας της ανάπτυξης αφορά την ανάπτυξη των ενστίκτων. «Πηγή των ενστίκτων είναι οι καταστάσεις σωματικής έντασης που τείνουν να επικεντρώνονται σε συγκεκριμένες περιοχές του σώματος, τις λεγόμενες ερωτογενείς ζώνες (erogenous zones)» (Pervin & John, 2001: 155).

Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, η ανάπτυξη και η μεταβολή των κύριων ερωτογενών ζωνών του σώματος είναι βιολογικά καθορισμένη. Η πρώτη ερωτογενής ζώνη είναι το στόμα, η δεύτερη ερωτογενής ζώνη είναι ο πρωκτός και η Τρίτη ερωτογενής ζώνη είναι τα γεννητικά όργανα. Η νοητική και συναισθηματική ανάπτυξη του ατόμου εξαρτάται από τις κοινωνικές επαφές. Επίσης, από τα άγχη και την ικανοποίηση που σχετίζεται με αυτές σύμφωνα με την θεωρία του Sigmund Freud. Η πρώτη και κύρια περιοχή διέγερσης είναι το στόμα. Σε αυτό το κέντρο διέγερσης οφείλει και την ονομασία του ως στοματικό στάδιο (oral stage). Η πρώιμη στοματική ικανοποίηση συμβαίνει με το τάισμα, το πιπίλισμα και άλλες κινήσεις του στόματος χαρακτηριστικές στα βρέφη. Κατά την ενήλικη ζωή παρατηρούνται ίχνη της στοματικής φάσης στο μάσημα της τσίγλας, στο φαγητό, στο φιλί και στο κάπνισμα.

Ο Sigmund Freud, πάντα θεωρούσε τα πέντε πρώτα χρόνια καθοριστικά για την ανάπτυξη του ατόμου. Διότι μέσα σ' αυτά τα χρόνια, είναι πιθανόν να σημειωθούν κάποιες βλάβες στην ανάπτυξη των ενστίκτων. Αυτού του είδους τις βλάβες τις ονόμασε καθηλώσεις (fixations). Οι καθηλώσεις οι οποίες εκδηλώνονται στην πορεία της ζωής του ανθρώπου, εμφανίζονται όταν τα άτομα ικανοποιούνται ελάχιστα στη διάρκεια κάποιου σταδίου ανάπτυξης, με αποτέλεσμα να φοβούνται να περάσουν στο επόμενο στάδιο. Ή αν ικανοποιούνται σε μεγάλο βαθμό, στην πορεία δεν έχουν κανένα κίνητρο να συνεχίσουν στο επόμενο στάδιο. Όταν συμβαίνει αυτό, τα άτομα

προσπαθούν ν' αποκτήσουν το ίδιο είδος ικανοποίησης και στα μετέπειτα στάδια ανάπτυξης τους. Για παράδειγμα, ένα άτομο μερικώς καθηλωμένο στο στοματικό στάδιο, μπορεί να εξακολουθήσει ν' αναζητά στοματική ικανοποίηση στο φαγητό, το ποτό ή το κάπνισμα (Pervin & John, 2001).

Σύμφωνα πάντα με τους παραπάνω, ένα φαινόμενο ανάπτυξης, το οποίο σχετίζεται με την καθήλωση, είναι και η παλινδρόμηση (regression). Ο Sigmund Freud, εισήγαγε τον ορισμό της παλινδρόμησης, ως την αναζήτηση του ατόμου να επιστρέψει σ' έναν προηγούμενο τρόπο ικανοποίησης, σε μία προηγούμενη καθήλωση. Η παλινδρόμηση, συμβαίνει συχνά κάτω από συνθήκες πίεσης, για τον λόγο αυτό ορισμένοι άνθρωποι βλέπουμε να πίνουν και να καπνίζουν μόνο σε περιόδους ματαιώσης και άγχους.

Οι έννοιες της καθήλωσης και της παλινδρόμησης, που αφορούν τα στάδια ανάπτυξης της προσωπικότητας, έχουν μεγάλη σημασία στον τρόπο με τον οποίο αναπτύσσονται τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας στα πρώτα χρόνια της ζωής του ανθρώπου, αλλά και διατηρούνται στην υπόλοιπη ενήλικη ζωή του. Για κάθε ένα από τα πρώιμα στάδια ανάπτυξης, υπάρχει και ένας αντίστοιχος τύπος χαρακτήρα που αναπτύσσεται εξαιτίας μερικών καθηλώσεων στο συγκεκριμένο στάδιο.

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του στοματικού τύπου, ο οποίος και μας ενδιαφέρει, έχουν σχέση με τις διεργασίες που παρατηρούνται κατά το στοματικό στάδιο ανάπτυξης, τις οποίες και διατηρεί στην υπόλοιπη ζωή του. Τα χαρακτηριστικά των ανθρώπων που συγκαταλέγονται στο στοματικό στάδιο, σύμφωνα με τον "πατέρα" της ψυχανάλυσης, Sigmund Freud, είναι τα εξής: οι τύποι αυτοί είναι ναρκισσιστές, ενδιαφέρονται μόνο για τον εαυτό τους και δεν αποδέχονται τους άλλους ως ξεχωριστές οντότητες. Οι στοματικοί τύποι έχουν συνεχώς απαιτήσεις από τους άλλους, που τις εκφράζουν είτε με σεμνό και ικετευτικό τρόπο, είτε ενίοτε με επιθετικό τρόπο. Επίσης, άλλα χαρακτηριστικά των ατόμων του στοματικού σταδίου, είναι ότι είναι απαιτητικοί, ανυπόμονοι, ζηλόφθονοι, άπληστοι, ζηλιάρηδες, ευέξαπτοι, μελαγχολικοί, με έντονο το αίσθημα κενού, δύσπιστοι και απαισιόδοξοι (Pervin & John, 2001).

Από τα παραπάνω, συμπεραίνουμε ότι τα άτομα που έχουν μεγάλη εξάρτηση από το φαγητό, το ποτό, ή το τσιγάρο, είναι "εγκλωβισμένα" στο στοματικό στάδιο και δεν έχουν καταφέρει ακόμα να "απογαλακτιστούν". Βέβαια, είναι εμφανές πως δεν θα μπορούσαμε ν' ασπαστούμε εξ' ολοκλήρου τις παραπάνω θέσεις, χωρίς όμως και να τις απορρίπτουμε. Θα μπορούσαμε να πούμε πως αν κανείς εξετάσει προσεκτικά μέσα από ψυχολογικές διεργασίες τους λόγους που οι άνθρωποι οδηγούνται στο

κάπνισμα, θ' ανακαλύψει πως υπάρχει άμεση σύνδεση του καπνίσματος με ψυχολογικούς παράγοντες. Οι οποίοι μάλιστα, είναι πιθανόν να έχουν επιδράσει ασυνείδητα κατά την βρεφική ηλικία του ατόμου και εξακολουθούν να υπάρχουν ως στοιχεία της προσωπικότητας του και στην ενήλικη ζωή του. Σε καμία περίπτωση όμως δεν θα μπορούσαμε να πούμε πως όσοι καπνίζουν έχουν απαραίτητα τα παραπάνω χαρακτηριστικά του στοματικού τύπου. Είναι προφανές πως δεν συγκαταλέγονται όλοι οι καπνιστές στην κατηγορία αυτή, αφού ο κάθε άνθρωπος έχει τα δικά του μοναδικά χαρακτηριστικά, τις δικές του στάσεις και αντιλήψεις.

## **2.2 Κάπνισμα και έφηβοι, η ανεξαρτησία που νιώθουν με την έναρξη του τσιγάρου.**

Ο όρος εφηβεία αναφέρεται στο σύνολο των γνωρισμάτων, σωματικών και ψυχικών, τα οποία παρουσιάζονται κατά το τέλος της παιδικής ηλικίας έως την είσοδο στην ενήλικη ζωή. Τα γνωρίσματα αυτά είναι αποτελέσματα μεταβολών που συμβαίνουν στα αναπτυσσόμενα άτομα (Παρασκευόπουλος, 1990). Αυτές οι αλλαγές είναι έκδηλες σε τέσσερις τομείς ανάπτυξης:

- 1) Στο βιοσωματικό: αύξηση του ύψους και του βάρους, ορμονικές αλλαγές, απότομη αύξηση των κάτω μερών του προσώπου και των άκρων, επίσης σημαντικές είναι και οι αλλαγές σε όλα τα οργανικά συστήματα και στις λειτουργίες τους. Το σώμα γίνεται το επίκεντρο του εφήβου, λόγω των πολλών αλλαγών.
- 2) Στο γνωστικό: σύμφωνα με τον Piaget οι έφηβοι γίνονται κοινωνοί της τυπικής αφαιρετικής σκέψης που αποτελεί την τέταρτη και τελευταία αναπτυξιακή περίοδο της νοημοσύνης.
- 3) Στο κοινωνικό: σημαντικές αλλαγές παρατηρούνται τόσο στις σχέσεις του εφήβου με τους άλλους όσο και με τον ίδιο του τον εαυτό.
- 4) Στο συναισθηματικό: οι ορμονικές αλλαγές έχουν και ψυχολογικές συνέπειες. Οι αυξημένες ποσότητες νέων ορμονών, αλλάζουν την ένταση και τον τόνο των συναισθημάτων (Χατζηδήμου, 1997).

Τα στοιχεία που προκύπτουν από την σχετική βιβλιογραφία δείχνουν ότι η ένταξη στην βλαβερή συνήθεια του καπνίσματος, είναι ένα αναπτυξιακό φαινόμενο που συνδέεται άμεσα με τα χρόνια της εφηβείας. Η κρίσιμη περίοδο για τον πειραματισμό με το κάπνισμα είναι η έναρξη της εφηβείας (η ηλικία δηλαδή γύρο



στα δώδεκα) και ταυτίζεται άρρηκτα με ψυχολογικά χαρακτηριστικά , που όπως προαναφέρθηκε είναι έκδηλα σε αυτή την ηλικία λόγω των σημαντικών αλλαγών που συμβαίνουν (Ντάβου, 1992).

Λαμβάνοντας υπόψη το τι εστί εφηβείας και ότι συνδέεται με την έναρξη του καπνίσματος, σκόπιμη είναι η αναζήτηση των αιτιών που καθιστούν τους εφήβους ευάλωτους σε αυτή τη συνήθεια.

Ένας βασικός λόγος που οι νέοι καταφεύγουν στο κάπνισμα, είναι γιατί το χρησιμοποιούν για να ολοκληρώσουν το πέρασμα από την παιδική ηλικία στην εφηβεία και οι μεγαλύτεροι για την είσοδό τους στην ενήλικη ζωή (Tilleczek & Hine, 2006). Αρκετοί είναι αυτοί οι έφηβοι που θεωρούν ότι με το κάπνισμα μεγαλώνουν, άλλωστε είναι μια συνήθεια που συνδέεται με την επιθυμία των εφήβων να πειραματίζονται με συνήθειες των ενηλίκων για να αισθάνονται και να νιώθουν ώριμοι (Ντάβου, 1992). Είναι από τις πρώτες συμβολικές ενέργειες των εφήβων για να ανεξαρτητοποιηθούν από τους γονείς, την αρχέγονη-πρώτη μορφή εξουσίας. Θέλουν με αυτό τον τρόπο να αποδείξουν ότι δεν είναι πια μικρά παιδιά, ότι μεγάλωσαν και πατούν στα πόδια τους αλλά και ότι κάνουν το δικό τους (Τσιλίκας<sup>2</sup> 2010).

Άλλοι λόγοι που μπορούν να θεωρηθούν ως αιτία που οι έφηβοι αρχίζουν το κάπνισμα είναι:

- **Γιατί καπνίζουν στην οικογένεια.** Όταν η συνήθεια του καπνίσματος ευνοείται και από το οικογενειακό περιβάλλον, μέσα από στάσεις και πράξεις των γονέων, τότε οι πιθανότητες να πειραματιστεί ο έφηβος με το κάπνισμα αυξάνονται σημαντικά. Ωστόσο η επίδραση αυτή διαφέρει αν καπνίζουν και οι δυο γονείς ή ο ένας (Ντάβου, 1992). Επίσης σημαντικό ρόλο παίζει και η δομή της οικογένειας. Πιο συγκεκριμένα οι έφηβοι που ζουν και με τους δύο βιολογικούς γονείς καπνίζουν λιγότερο από τους εφήβους που προέρχονται από άλλους οικογενειακούς τύπους. Από την άλλη οι έφηβοι που ζουν μόνο με τον ένα βιολογικό γονέα και με ένα θετό καπνίζουν λιγότερο από αυτούς που ζουν σε άλλες μη παραδοσιακές οικογενειακές δομές (Bjarnason et al., 2003). Τέλος, όταν τα παιδιά γνωρίζουν ότι και οι δύο γονείς τους θα έχουν αρνητική αντίδραση σε πιθανή εμπλοκή τους με το κάπνισμα έχουν λιγότερες πιθανότητες να καπνίσουν (Sargent & Dalton, 2001).

- **Γιατί καπνίζουν οι συνομήλικοι.** Φαίνεται ότι, κυρίως στην εφηβική ηλικία, οι επιρροές από τους συνομηλίκους είναι πιο ισχυρές από αυτές από τους γονείς (Olds & Thombs, 2001). Αυτό συμβαίνει λόγω της ανάγκης των εφήβων για ταύτιση και αποδοχή από την ομάδα των συνομηλίκων (Ντάβου, 1992). Για να ενταχθεί σε αυτή την ομάδα, να νιώσει ότι ανήκει κάπου, που μπορεί να γίνει αποδεκτός στην διαφορετικότητά του. Αυτή η ομάδα θα λειτουργήσει ως υποκατάστατο αληθινών κοινωνικών σχέσεων. Από την άλλη οι έφηβοι μπορεί να καπνίζουν για να αισθάνονται διαφορετικοί, μέσα σε μια κοινωνία που τους ωθεί με κάθε τρόπο στην κοινωνικοί ομοιομορφία και στη ρηχότητα κάθε μόδας. Με αυτό τον τρόπο ίσως να επικαλούνται και μια ιδεολογία (Μάτσα, 2007).
- **Για να μπορέσουν να διαχειριστούν το άγχος.** Το άγχος κατά την εφηβική ηλικία μπορεί να οφείλεται στις κακές σχολικές επιδόσεις, σε χαμηλή αυτοεκτίμηση, σε κάποια μορφή κατάθλιψης κτλ. Προκειμένου να μπορέσουν να διαχειριστούν το στρες που δημιουργείται χρησιμοποιούν το κάπνισμα ως χαλάρωση (Καππάτου, 2007). Καπνίζοντας ο έφηβος αποκτά ένα αίσθημα παντοδυναμίας, που καλύπτει την ανασφάλεια, το αίσθημα ανικανότητας, την αποτυχία και να εκφράσει όλα τα φορτισμένα αρνητικά συναισθήματα που έχουν συσσωρευτεί μέσα του (Μάτσα, 2007).
- **Γιατί μιμούνται πρότυπα.** Σημαντικοί είναι η επίδραση της συμπεριφοράς και της στάσης των προτύπων επάνω στους εφήβους που εμφανίζονται να καπνίζουν τόσο στις καθημερινότητα τους όσο και στο κινηματογράφο και στις διαφημίσεις (Ντάβου, 1992). Οι έφηβοι στα πλαίσια της αναζήτησης της δικής τους ταυτότητας συχνά πειραματίζονται υιοθετώντας διάφορες προσωπικότητες, όπως πρωταγωνιστών του κινηματογράφου και της τηλεόρασης, προσώπων εξουσίας κτλ (Brizer, 2010). Επίσης σημαντικό είναι το ποσοστό της επίδραση, στη μίμησης προτύπων και συμπεριφορών, μέσα από τη διαφήμιση. Για παράδειγμα οι απομίμηση ζαχαρωτών τσιγάρων αποτελούν αποτελεσματική διαφήμιση για τα παιδιά που όπως φαίνεται έχουν περισσότερες πιθανότητες να καπνίσουν μελλοντικά (Klein & Claire, 2000).
- **Γιατί έχει ανάγκη να πειραματιστεί.** Η ανάγκη για πειραματισμό με το κάπνισμα πηγάζει από μια διάθεση επαναστατικότητας και ριζοκίνδυνης

συμπεριφοράς που είναι έμφυτη στην εφηβική ηλικία. Οι τάσεις αυτές ευνοούνται και αναπτύσσονται περισσότερο μέσα από την ασφάλεια που παρέχει η ομάδα των συνομήλικων εφήβων (Ντάβου, 1992).

- **Λόγω παλινδρόμησης.** Πολλές φορές οι έφηβοι στην προσπάθειά τους να διαχειριστούν τα προβλήματα που προκύπτουν σε αυτή την ηλικία, παλινδρομούν σε πρώιμα στάδια ανάπτυξης που αφυπνίζουν την επιθυμία για στοματικές ικανοποιήσεις όπως φαγητό, ποτό κτλ. Το κάπνισμα μπορεί να λειτουργήσει θεραπευτικά ως μια εναλλακτική στοματική απόλαυση (Ντάβου, 1992).

Σύμφωνα με τα δεδομένα που προέκυψαν μετά από θεωρητική έρευνα η Ντλαβου (1992) επισημαίνει τέσσερα κρίσιμα στάδια που αποτελούν την διαδρομή που ακολουθεί η ανάπτυξη της συνήθειας του καπνίσματος κατά την περίοδο της εφηβείας.

1<sup>ο</sup> στάδιο είναι η προετοιμασία: σε αυτό το στάδιο οι έφηβοι ανακαλύπτουν τα λειτουργικά και τελετουργικά που εντάσσουν το κάπνισμα στη καθημερινότητα.

2<sup>ο</sup> στάδιο είναι η μύηση και ο πειραματισμός: εδώ οι έφηβοι έρχονται σε άμεση επαφή με το κάπνισμα και έχουν την πρώτη, συνήθως αρνητική, εμπειρία.

3<sup>ο</sup> στάδιο είναι το πέρασμα από την πειραματική στην συστηματική χρήση: σε αυτό το στάδιο σημαντικό ρόλο στο αν θα συνεχίσουν το κάπνισμα έχουν οι βιολογικές και ψυχοκοινωνικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν.

4<sup>ο</sup> στάδιο είναι η τελική φάση της συστηματικής χρήσης και της εξάρτησης.

Ο Troschke (στο Δέλη, 2007) από την άλλη ανεβάζει τον αριθμό των φάσεων σε έξη θέτοντας όρια ηλικίας τα οποία ξεκινάνε πολύ πιο νωρίς από την εφηβεία.

1<sup>η</sup> φάση. τα παιδιά (2-6 χρονών) μιμούνται με παιχνίδια ρόλων τις συμπεριφορές των ενηλίκων.

2<sup>η</sup> φάση. έχουν την πρώτη εμπειρία με το κάπνισμα (σε ηλικία 7-12 χρονών) με τις συνήθειες αντιδράσεις, όπως βήχας.

3<sup>η</sup> φάση. έχουμε επιρροή από συνομήλικους ή μεγαλύτερα παιδιά.

4<sup>η</sup> φάση. είναι η φάση που γίνεται η αγορά του πρώτου πακέτου.

5<sup>η</sup> φάση. υπάρχει αναζήτηση ταυτότητας και επικοινωνίας.

6<sup>η</sup> φάση. με ανταπόκριση από το κοινωνικό του περιβάλλον καθιερώνεται και αυξάνεται η κατανάλωση.

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Κοινωνιολογική διάσταση του

### καπνίσματος

#### **3.1 Τι είναι δημοκρατικό και τι όχι.**

Οι άνθρωποι πάντα είχαν την ανάγκη να είναι οργανωμένοι σε κοινωνίες, καθώς σύμφωνα με τον Αριστοτέλη ο άνθρωπος από τη φύση του είναι κοινωνικό ον (Son, 1997). Για την καλύτερη οργάνωση αυτών των κοινωνιών χρειάστηκε να ασκηθεί κάποιας μορφής πολιτική. Ο Αριστοτέλης πίστευε πως το σημαντικότερο βήμα κατά τη μελέτη της πολιτικής φιλοσοφίας, αποτελεί η κατανόηση της ουσίας της πολιτείας. Διότι από την έννοια της πολιτείας εξαρτάτε τόσο η ταυτότητα της πόλεως όσο και ο ορισμός του ίδιου του πολίτου (Son, 1997). Ταξινομούσε το σύνολο των πολιτειών με βάση δύο κριτήρια, το «κύριον» και το «σκοπόν». Όσο αναφορά το «κύριον» αναφέρετε στην εξουσία και από πόσους αυτή ασκείται, αν δηλαδή ασκείται από έναν(τυραννία), από λίγους (ολιγαρχία) ή από πολλούς (δημοκρατία). Ενώ στο «σκοπόν» αναφαίρετε στο αν υπερισχύει το κοινό συμφέρον ή το ίδιον συμφέρον (Μοσκόβης, 1989).

Στην Ελλάδα σύμφωνα με το άρθρο ένα του Ελληνικού Συντάγματος «το πολίτευμα... είναι Προεδρευόμενη Κοινοβουλευτική Δημοκρατία» (Σύνταγμα της Ελλάδας, Άρθρο1§1 ).

Ένας από τους πρώτους ορισμούς της δημοκρατίας είναι από τον Ηρόδοτο, υπό το όνομα ισονομία, με τα εξής χαρακτηριστικά: α) τη κυριαρχία του πλήθους και όχι η αυθαιρεσία του μονάρχη, β) το καθορισμό των αρχών δια της κληρώσεως, γ) τη λογοδοσία και το υπεύθυνο των αρχών και δ) τη λήψη όλων των αποφάσεων από το δήμο. Άλλες περιγραφές για τη δημοκρατία έρχονται από το Θουκυδίδη, το Πλάτωνα και τον Αριστοτέλη. Η δημοκρατία στην αρχαία Ελλάδα ήταν άμεση και δεν είχε καμία σχέση με τα άλλα πολιτεύματα της εποχής. Για πρώτη φορά τα κατώτατα κοινωνικά στρώματα όχι μόνο έχουν πολιτικά δικαιώματα και πολιτική υπόσταση αλλά ασκούν εξουσία, λαμβάνουν τις αποφάσεις, θέτουν το νόμο, εν ολίγοις είναι το κύριο της πόλεως (Οικονόμου, 2005).

Η δημοκρατία στις αρχές του δέκατου ένατου αιώνα ήταν για πολλούς μια λέξη με νόημα μη αποδεκτό, που περιόριζε την ατομική ελευθερία. Αυτό ίσχυε μέχρι και μετά τα μέσα του δέκατου ένατου αιώνα. Δήλωνε την εξουσία από τις καταπιεσμένες, τις φτωχές κοινωνικές τάξεις, οι οποίες ήθελαν να προωθήσουν τα συμφέροντά τους. Γι'

αυτόν το λόγο ήταν μια έννοια πολύ ριζοσπαστική για την κρίση των αρχουσών τάξεων, δηλαδή τις τάξεις των ιδιοκτητών, γιατί το περιεχόμενό της υποδήλωνε τη διεύρυνση της ισότητας. Αυτό το περιεχόμενο στην εποχή μας έχει πλέον φθίνει και η έννοια έχει για πολλούς τώρα μια γενικότερη ανθρωπιστική χροιά (Γρόλλιος, 2009).

Τυπικά, δημοκρατικό πολίτευμα είναι εκείνο όπου κυρίαρχος είναι ο λαός και αυτό είναι η μόνη πηγή εξουσίας. Η λέξη δημοκρατία προέρχεται από τις λέξεις δήμος+ κρατώ= η εξουσία ανήκει στο λαό. Είναι δύσκολο να καθοριστεί ένας συγκεκριμένος ορισμός για την έννοια της δημοκρατίας. Αυτό συμβαίνει γιατί η έννοια είναι πολυσήμαντη, γιατί έχει μεγάλο ιστορικό παρελθόν αλλά και γιατί στη σύγχρονη πολιτική ιδεολογία πολλοί τη μεταχειρίζονται την έννοια της δημοκρατίας σαν σύμβολο (Πετριτσόπουλος κ.α., 1982)

Οι θεμελιώδεις αρχές της δημοκρατίας κατά τον Αριστοτέλη είναι τρεις η ελευθερία, η ισότητα και η κυριαρχία του δήμου (Μοσκόβης, 1989).

1. Η ελευθερία: βασικό χαρακτηριστικό της ελευθερίας είναι να ζει κανείς όπως θέλει, όπως χαρακτηριστικά έχει γράψει ο Αριστοτέλης «εν δε το ζην ως βούλεται τις» (Son, 1997).
2. Η ισότητα: βασική αρχή της δημοκρατίας, να μην υπερέχουν ούτε οι φτωχοί ούτε οι πλούσιοι, ούτε να κυριαρχούν οι μεν επί των δε, αλλά να είναι ίσοι (Son, 1997).
3. Η κυριαρχία του δήμου: «όλες οι εξουσίες πηγάζουν από το Λαό, υπάρχουν υπέρ αυτού και του έθνους και ασκούνται όπως ορίζει το Σύνταγμα» (Σύνταγμα της Ελλάδας, Άρθρο1§3)

Στη Προεδρευόμενη Κοινοβουλευτική Δημοκρατία (που όπως αναφέρεται πιο πάνω ισχύει στην Ελλάδα) το όργανο που εκτελεί τις αποφάσεις του λαού είναι η Κυβέρνηση, η οποία στηρίζεται στην εμπιστοσύνη της βουλής. Αρχηγός του κράτους είναι ο [Πρόεδρος της Δημοκρατίας](#), ο οποίος είναι αιρετός και δεν έχει ουσιαστικές πολιτικές αρμοδιότητες. Τη [νομοθετική εξουσία](#) ασκεί το [κοινοβούλιο](#), την [εκτελεστική](#) η κυβέρνηση με την εμπιστοσύνη της βουλής(Πετριτσόπουλος κ.α., 1982).

Αφού λοιπόν βάση Συντάγματος «το δικαίωμα πρότασης νόμων ανήκει στη Βουλή, η οποία ασκείτο νομοθετικό της έργο στην ολομέλεια, και στη Κυβέρνηση» και αφού «οι βουλευτές εκλέγονται με άμεση, καθολική και μυστική ψηφοφορία από τους πολίτες...» (Σύνταγμα της Ελλάδας), τότε είναι κατανοητή η έμμεση συμμετοχή των

πολιτών στη νομοθέτηση. Πολλές φορές όμως οι ίδιοι οι πολίτες ή ένα μεγάλο μέρος αυτών δεν συμφωνούν με το νομοθετικό έργο των αντιπροσώπων τους. Η Δημοκρατική Πολιτεία χρειάζεται να αναδεικνύει και να ψηφίζει νόμους, που να «βγαίνουν» από την ίδια την κοινωνία και τη ζωή, ώστε να είναι σωστή και δίκαιοι και έτσι να γίνονται αποδεκτοί από τους πολίτες (Τσιλίκας, 2010).

Για να είναι ένας νόμος ‘σωστός’ και ‘δίκαιος’ πρέπει να υπακούει σε κάποιες βασικές αρχές-παράμετροι. Οι βασικοί παράμετροι της καλής νομοθέτησης, που χαρακτηρίζουν ένα νόμο δημοκρατικό ή όχι, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση είναι οι εξής:

1. **Η αναγκαιότητα**: πρέπει να ελεγχτεί αν είναι αναγκαία η κυβερνητική παρέμβαση για την επίλυση αυτού του προβλήματος. Σκοπός αυτής της παραμέτρου είναι η αποτροπή του νομοθέτη από τη φυσική τάση να νομοθετεί συνέχεια.
2. **Η καταλληλότητα**: ο έλεγχος της καταλληλότητας έχει να κάνει ουσιαστικά με την αναγκαιότητα, καθώς προσδιορίζει εναλλακτικές λύσεις που καθιστούν ενδεχομένως την κανονιστική επέμβαση μη αναγκαία.
3. **Η φιλικότητα**: να είναι η ρύθμιση προσαρμοσμένη γλωσσικά στο αισθητήριο του μέσου πολίτη, να είναι λιτή, σαφής και κατανοητή.
4. **Η κοινωνική διαβούλευση**: δηλαδή διάλογος μεταξύ των εμπλεκόμενων κοινωνικών εταίρων, ώστε να διασφαλίζεται η διαφάνεια σε όλες τις φάσεις εκπόνησης της ρύθμισης
5. **Η επικαιροποίηση και κωδικοποίηση**: σημαντικά εργαλεία για την εφαρμογή της καλής νομοθέτησης αποτελούν οι μέθοδοι επικαιροποίησης της υφιστάμενης νομοθεσίας και ιδιαίτερα η κωδικοποίηση διατάξεων, καθώς και η ύπαρξη κατάλληλων δομών για τον κεντρικό συντονισμό, κατά προτίμηση σε ανώτερο πολιτικό και διοικητικό επίπεδο.
6. **Η εναρμόνιση**: σημαντική είναι η εφαρμογή του κοινοτικού δικαίου και η εναρμόνιση του με το εθνικό δίκαιο.
7. **Ανάλυση επιπτώσεων**: η οποία αποτελεί μέσο για την αξιολόγηση των κανονιστικών επιπτώσεων (Κ.Ε.Σ.Δ., 2010).

Στόχοι της πολιτικής καλής νομοθέτησης είναι η ελαχιστοποίηση των βαρών στην οικονομία και την αγορά, η μεγιστοποίηση της διαφάνειας και η διεύρυνση της

δημοκρατίας και της κοινωνικής συμμετοχής. Επίσης αποσκοπεί στην ενίσχυση της κυβερνητικής συλλογικότητας και στην αναβάθμιση του Κοινοβουλίου (Κ.Ε.Σ.Δ., 2010).

Η νομοπαρασκευαστική διαδικασία στην Ελλάδα είναι πολυσχιδής και εμπλέκεται σε αυτήν μεγάλος αριθμός φορέων. Η διαδικασία αυτή καθορίζεται σε πολύ γενικές γραμμές από το Σύνταγμα και ειδικότερες διαδικασίες δεν προβλέπονται σε νομοθετικά κείμενα. Η καλή νομοθέτηση στην Ελλάδα αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου μεταρρυθμιστικού σχεδιασμού. Η καλή νομοθέτηση αναπτύσσεται στη χώρα μας τα τελευταία είκοσι χρόνια, κυρίως ως αποτέλεσμα της εισόδου της στην ΕΟΚ και μετέπειτα Ευρωπαϊκή Ένωση. Η εξέλιξη στην Ελλάδα δεν ήταν τόσο γρήγορη όσο σε άλλες χώρες, οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες επιταχύνθηκαν ωστόσο κατά την δεκαετία του ενενήντα, ιδιαίτερα λόγω της προσπάθειας για την πλήρωση των κριτηρίων με σκοπό την ένταξη στη ζώνη του κοινού νομίσματος. Με την απόφαση ΔΙΔΙΜ/Φ.3/21565/02/10/2000 συστάθηκε Επιτροπή Κανονιστικής Μεταρρύθμισης στο Υπουργείο Εσωτερικών (στο οποίο και σήμερα έχει συγκεντρωθεί ιδιαίτερη τεχνογνωσία για την καλή νομοθέτηση), η επονομαζόμενη «Επιτροπή Βροντάκη» με αντικείμενο τη μελέτη των συστάσεων του ΟΟΣΑ και την πρόταση μέτρων θεσμικού χαρακτήρα για τη βελτίωση της ποιότητας των ρυθμίσεων στην Ελλάδα (Κ.Ε.Σ.Δ., 2010).

Συμπερασματικά, η εναρμόνιση μιας δημοκρατικής κοινωνίας και οι ομαλή συνύπαρξη των πολιτών της, είναι θέμα καλής πολιτικής. Η οποία με δημοκρατικά μέσα θα ενεργοποιεί τους πολίτες να αποδέχονται νόμους για το καλό της κοινωνίας. «Άλλωστε η πολιτική είναι τέχνη, όταν βοηθά τον πολίτη να επιλέξει στόχους και να εκπληρώσει σκοπούς που αποσκοπούν στην κοινωνική ολότητα» (Σταμούλη, 1998:267)

### **3.2 Που ξεκινάει και που σταματάει η ελευθερία του καθενός.**



Κάθε άνθρωπος, υπάρχει, ζει και κινείται σε δυο διαστάσεις: με τους άλλους σε οργανωμένες κοινωνίες, ή με τον εαυτό του. Αν παραδεχθούμε ότι βασική αρχή της Δημοκρατίας είναι η ισότητα και η ισοπολιτεία, αυτόματα παραδεχόμαστε ότι σε μια δημοκρατική κοινωνία όλοι οι άνθρωποι έχουν και δικαιούνται ίση ελευθερία, δηλαδή ίδια δικαιώματα και υποχρεώσεις. Πολλοί μεγάλοι άνδρες της πολιτικής μίλησαν κατά καιρούς για την ελευθερία, την δικαιοσύνη και τα ανθρώπινα δικαιώματα. Ένα παράδειγμα ήταν η άποψη του Όττο Φον Βίσμαρκ (1815-1898), που χρησιμοποιείται μέχρι και σήμερα, ότι "η ελευθερία του ενός, σταματάει εκεί που αρχίζει η ελευθερία του άλλου". Ακόμη, έχουν καταγραφεί γνωμικά, ρήσεις και αποφθέγματα από σπουδαίους ανθρώπους, που απευθύνονται στην ελευθερία.

Όσον αφορά τώρα, την ελευθερία των καπνιστών και των μη καπνιστών, οι γνώμες δίστανται. Κατά κύριο λόγο, κυριαρχεί η άποψη πως η ελευθερία του καπνιστή έχει ήδη καταργήσει την ελευθερία του μη καπνιστή και πως η ελευθερία του καπνιστή είναι κεκτημένη, άρα η συζήτηση περί ελευθερίας δεν υφίσταται. Είναι λοιπόν προφανές πως και οι καπνιστές και οι μη, διεκδικούν τα δικαιώματα τους.

Σύμφωνα με τον Wacks (2006), υπάρχουν δυο βασικές θεωρίες δικαιωμάτων. Η πρώτη, είναι γνωστή ως η θεωρία της βούλησης και πρεσβεύει πως όταν κάποιος κατέχει ένα δικαίωμα να κάνει κάτι, αυτό που προστατεύεται αποτελεσματικά είναι η επιλογή του εάν θα το ασκήσει ή όχι. Εξαιρείται η ελευθερία του και η αυτοπραγμάτωση του. Η δεύτερη θεωρία, είναι γνωστή ως η θεωρία του συμφέροντος. Η θεωρία αυτή, ισχυρίζεται ότι σκοπός των δικαιωμάτων, είναι η προστασία όχι της ατομικής επιλογής του ατόμου, αλλά ορισμένων συμφερόντων του. Γενικά, θεωρείται πως πρόκειται για μια ανώτερη ανάλυση του τι σημαίνει να έχεις δικαιώματα. Όπως ο ίδιος υποστηρίζει, άτομα και ομάδες στην εποχή μας επείγονται να κατοχυρώσουν δικαιώματα σχεδόν στα πάντα και δεν διστάζουν να ισχυρίζονται κάθε τόσο ότι τα δικαιώματα τους παραβιάστηκαν. Από την άλλη, τονίζει πως το δικαίωμα ισότιμης αντιμετώπισης και σεβασμού, είναι βασικό για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και την ύπαρξη δίκαιης κοινωνίας, καθώς η ισότητα, διεκδικεί προτεραιότητα έναντι της ελευθερίας.

Παράλληλα, μας παραθέτει μια άλλη οπτική του τι είναι δίκαιο, την οποία έχει αντλήσει από την άποψη των ωφελμιστών. Η δικαιοσύνη, σύμφωνα με τους ωφελμιστές, έγκειται στη μεγιστοποίηση της ευτυχίας. Ένας εκ των διασημότερων ωφελμιστών, ο Τζέρεμυ Μπένθαμ, υποστήριξε πως αφού στην καθημερινή μας ζωή αγωνιζόμαστε να είμαστε ευτυχισμένοι και αποφεύγουμε τον πόνο, η κοινωνία, επίσης, οφείλει να δομηθεί με τέτοιο τρόπο που θα επιτυγχάνεται αυτός ο στόχος.

«Η φύση έχει θέσει την ανθρωπότητα υπό την κυριαρχία δυο αφεντών, του πόνου και της ηδονής. Προς αυτούς και μόνο ευθυγραμμίζουμε τις πράξεις μας σχετικά με το τι πρέπει να πράξουμε, όσο και για να καθορίσουμε τι τελικά θα πράξουμε. Από την μια πλευρά, οι κανόνες του ορθού και του εσφαλμένου, από την άλλη, η αλυσίδα αιτιών και αποτελεσμάτων, είναι στερεωμένα στο θρόνο τους...» (Wacks, 2006:74).

Ο ωφελμισμός εξετάζει τις συνέπειες των πράξεων μας. Έτσι, σύμφωνα με αυτούς, ο καθοριστικός παράγοντας που οριοθετεί την ελευθερία του καθενός, έχει να κάνει με το αποτέλεσμα των πράξεων μας, καθώς οι πράξεις μας, μας καθιστούν ευτυχείς ή δυστυχείς.

Είναι ακόμη σημαντικό να τονιστεί η διάκριση που κάνουν μεταξύ του "ωφελμισμού της πράξης" (η ορθότητα ή το εσφαλμένο μιας πράξης πρέπει να κρίνεται από τις συνέπειες, καλές ή κακές, της ίδιας της πράξης) και του "ωφελμισμού του κανόνα" (δηλαδή η ορθότητα ή το εσφαλμένο μιας πράξης πρέπει να κρίνεται από το πόσο καλές ή κακές είναι οι συνέπειες ενός κανόνα, σύμφωνα με τον οποίο ο καθένας μπορεί να επιτελέσει την πράξη σε παρόμοιες περιστάσεις) (Wacks, 2006).

Γενικότερα, πολλοί ήταν αυτοί που ασπάστηκαν και ανέλυσαν την φιλοσοφία του τι είναι δίκαιο και τι όχι. Δεν θα μπορούσε όμως να κατανοηθεί χωρίς την εξέταση των θεμελιακών ιδεών των δικαιωμάτων και της δικαιοσύνης.

Έτσι, στις 4/11/1950, υπογράφηκε η Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και άρχισε να ισχύει από τις 3/9/1953. Την Σύμβαση αυτή την επικύρωσαν όλα τα Κράτη-Μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης. Στην Σύμβαση που υπογράφηκε και τροποποιήθηκε κατά καιρούς μέχρι και σήμερα, αναφέρονται τα δικαιώματα και οι ελευθερίες των πολιτών. Παρακάτω, παραθέτονται διάφορα σχετικά άρθρα του Νόμου, τα οποία αντλούνται από το βιβλίο της δικηγόρου Λίλας Καρατζά (2005), με τίτλο "4 Κώδικες".

Σύμφωνα, λοιπόν, με την Καρατζά (2005), το άρθρο 5, το οποίο αναφέρεται στα ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα, η παράγραφος 1 αναφέρει πως καθένας έχει το δικαίωμα ν' αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του και να συμμετέχει στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της χώρας, εφόσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων και δεν παραβιάζει το Σύνταγμα ή τα χρηστά ήθη.

Η παράγραφος 2, αναφέρει, πως όλοι όσοι βρίσκονται στην ελληνική επικράτεια, απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους,

χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων.

Η παράγραφος 3, αναφέρει, πως η προσωπική ελευθερία είναι απαραβίαστη. Κανένας δεν καταδιώκεται, ούτε συλλαμβάνεται, ούτε φυλακίζεται, ούτε με οποιονδήποτε άλλο τρόπο περιορίζεται, παρά μόνο όταν και όπως ορίζει ο νόμος.

Η παράγραφος 5, αναφέρει, πως καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας.

Στο άρθρο 9, της παραγράφου 1, αναφέρει, πως η κατοικία του καθενός είναι άσυλο. Η ιδιωτική και οικογενειακή ζωή του ατόμου είναι απαραβίαστη και καμία έρευνα δεν γίνεται σε κατοικία, παρά μόνο όταν και όπως ορίζει ο νόμος και πάντοτε με την παρουσία εκπροσώπων της δικαστικής εξουσίας. Γιατί σύμφωνα με την παράγραφο 2, του ίδιου άρθρου, σε περίπτωση παράβασης της παραπάνω διάταξης, οι παραβάτες τιμωρούνται για παραβίαση οικιακού ασύλου και για κατάχρηση εξουσίας και υποχρεούνται σε πλήρη αποζημίωση του παθόντος, όπως ο νόμος ορίζει.

Το επόμενο εξίσου σημαντικό άρθρο είναι το άρθρο 25, το οποίο αναφέρει στις παραγράφους του τα εξής:

- 1) Τα δικαιώματα του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου και η αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου, τελούν υπό την εγγύηση του κράτους. Όλα τα κρατικά όργανα, υποχρεούνται να διασφαλίζουν την ανεμπόδιση και αποτελεσματική άσκηση τους. Οι κάθε είδους περιορισμοί που μπορούν κατά το Σύνταγμα να επιβληθούν στα δικαιώματα αυτά, πρέπει να προβλέπονται είτε απευθείας από το Σύνταγμα, είτε από το νόμο, εφόσον υπάρχει επιφύλαξη υπέρ αυτού και να σέβονται την αρχή της αναλογικότητας.
- 2) Η αναγνώριση και η προστασία των θεμελιωδών και απαράγραπτων δικαιωμάτων του ανθρώπου από την Πολιτεία, αποβλέπει στην πραγμάτωση της κοινωνικής προόδου μέσα σε ελευθερία και δικαιοσύνη.
- 3) Η καταχρηστική άσκηση δικαιώματος δεν επιτρέπεται.
- 4) Το Κράτος δικαιούται ν' αξιώνει από όλους τους πολίτες την εκπλήρωση του χρέους της κοινωνικής και εθνικής αλληλεγγύης.

Στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του ανθρώπου, στο κεφάλαιο που αφορά και έχει ως τίτλο τα δικαιώματα και τις ελευθερίες, επτά είναι τα σημαντικότερα άρθρα που αφορούν το θέμα το οποίο αναλύουμε.

Το άρθρο 5, της συγκεκριμένης θεματολογίας, αναφέρεται στο δικαίωμα των ατόμων, στην προσωπική ελευθερία και στην ασφάλεια. Αναλυτικότερα, η παράγραφος 1 αναφέρει πως κάθε πρόσωπο, έχει το δικαίωμα στην ελευθερία και στην ασφάλεια και κανείς δεν επιτρέπεται να στερηθεί την ελευθερία του, πέρα από έσχατες περιπτώσεις που συμφωνούν με τις νόμιμες διαδικασίες.

Το άρθρο 8, μιλάει για το δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής. Συγκεκριμένα, η παράγραφος 1 αναφέρει πως κάθε πρόσωπο δικαιούται να σέβονται την ιδιωτική και οικογενειακή του ζωή, την κατοικία και την αλληλογραφία του. Ενώ, η παράγραφος 2, κάνει λόγο για το ότι δεν επιτρέπεται να υπάρξει επέμβαση δημόσιας αρχής, εκτός αν προβλέπεται από το νόμο και αποτελεί μέτρο το οποίο σε μια δημοκρατική κοινωνία, είναι αναγκαίο για την εθνική και δημόσια ασφάλεια, την οικονομική ευημερία της χώρας, την προάσπιση της τάξης και την πρόληψη ποινικών παραβάσεων, την προστασία της υγείας ή της ηθικής, ή την προστασία των δικαιωμάτων και ελευθεριών άλλων.

Το άρθρο 9 αναφέρεται στην ελευθερία σκέψης, συνείδησης και θρησκείας. Ενώ, το άρθρο 10 στην ελευθερία έκφρασης. Συγκεκριμένα, η παράγραφος 1 αναφέρει πως κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα στην ελευθερία έκφρασης. Αυτό το δικαίωμα περιλαμβάνει την ελευθερία της γνώμης και την ελευθερία λήψεως ή μεταδόσεως πληροφοριών και ιδεών. Και η παράγραφος 2 συμπληρώνει, πως η άσκηση αυτών των ελευθεριών, συνεπάγονται και καθήκοντα, όπως και ευθύνες από τη μεριά των πολιτών. Αφού το άρθρο αυτό, διατυπώνεται με όρους, περιορισμούς και κυρώσεις, όπως προβλέπεται από το νόμο και αποτελούν αναγκαία μέτρα για μια δημοκρατική κοινωνία, για την εθνική και δημόσια ασφάλεια.

Ακόμη, κάθε άτομο, έχει το δικαίωμα πραγματικής [=αποτελεσματικής] προσφυγής, σύμφωνα με το άρθρο 13. Συγκεκριμένα, κάθε πρόσωπο του οποίου τα αναγνωρισμένα από την παρούσα Σύμβαση δικαιώματα και ελευθερίες παραβιάστηκαν, έχει το δικαίωμα πραγματικής προσφυγής, ενώπιον εθνικής αρχής, ακόμη και αν η παραβίαση πραγματοποιήθηκε από πρόσωπο το οποίο ενεργούσε κατά την εκτέλεση των δημόσιων καθηκόντων του.

Το επόμενο άρθρο, το 17, αναφέρεται στην απαγόρευση κατάχρησης δικαιώματος και καταγράφει πως καμία από τις παραπάνω διατάξεις της Συμβάσεως των δικαιωμάτων του ανθρώπου, δεν μπορεί να γίνει κατάχρησή τους από μια ομάδα ή ένα άτομο, ερμηνεύοντάς τες ότι μπορούν να προβούν σε πράξεις που έχουν σκοπό την καταστροφή και την καταπάτηση των δικαιωμάτων ή των ελευθεριών των άλλων.

Και αυτό διότι, σύμφωνα με το άρθρο 18, υπάρχουν όρια και περιορισμοί στη χρήση των δικαιωμάτων και των ελευθεριών των ανθρώπων.

Η Ελλάδα, προβαίνει ελεύθερα, με νόμο που ψηφίζεται από την απόλυτη πλειοψηφία του όλου αριθμού των βουλευτών, σε περιορισμούς ως προς την άσκηση της εθνικής κυριαρχίας της, εφόσον αυτό υπαγορεύεται από σπουδαίο εθνικό συμφέρον, δεν θίγει τα δικαιώματα του ανθρώπου και τις βάσεις του δημοκρατικού πολιτεύματος και γίνεται με βάση τις αρχές της ισότητας και με τον όρο της αμοιβαιότητας. Αυτό είναι το άρθρο 28, το οποίο και αποτελεί θεμέλιο για τη συμμετοχή της χώρας μας στη διαδικασία της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης (Καρατζά, 2005).

Έχοντας υπ' όψιν τα παραπάνω, ψηφίστηκε από την ολομέλεια της βουλής και ο νέος αντικαπνιστικός νόμος. Και εδώ τίθεται το ζήτημα που ξεκινάει και που σταματάει η ελευθερία του καθενός. Γιατί είναι δικαίωμα και του καπνιστή να μπορεί να καπνίζει ελεύθερα, χωρίς το φόβο φυλάκισης, προστίμου, ή άλλων περιορισμών, αλλά είναι δικαίωμα ασφαλώς και του μη καπνιστή να μην επιτρέπει στους άλλους να του μεταφέρουν και να εισπνέει τον ανεπιθύμητο και βλαβερό γι' αυτόν καπνό του καπνιστή.

Εν κατακλείδι, λαμβάνοντας σοβαρά όλα όσα αναφέρθηκαν, ο καθένας έχει την ελεύθερη βούληση να πράττει από την μεριά του αυτό που θεωρεί σωστό, χωρίς να παραβιάζει τους νόμους και χωρίς να καταπατάει την ελευθερία των άλλων. Δεν μπορούμε να οριοθετήσουμε έμπρακτα την ελευθερία του καθενός, μπορούμε όμως να βάλουμε εμείς οι ίδιοι τα όρια μας, σκεπτόμενοι πάντα, όχι μόνο τον εαυτό μας, αλλά και τον συνάνθρωπο μας. Για τον λόγο αυτό, ο καπνιστής, στην ιδιωτική του ζωή και στον προσωπικό του χώρο, μπορεί να καπνίζει ελεύθερα, έχοντας πάντα υπ' όψιν του ότι μικρά παιδιά, έγκυες, ηλικιωμένοι και άνθρωποι οι οποίοι αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας δεν πρέπει να εισπνέουν τον καπνό. Ακόμη, πρέπει να συμμορφώνονται στις διατάξεις του νόμου, οι οποίες απαγορεύουν το κάπνισμα σε κλειστούς δημόσιους χώρους, καθώς κάποιος ο οποίος είναι μη καπνιστής, μπορεί σύμφωνα με το άρθρο 34, να προβεί σε ατομική προσφυγή. Εκεί το Δικαστήριο μπορεί να επιληφθεί και να εξετάσει την προσφυγή που υποβάλλεται από κάθε φυσικό πρόσωπο, μη κυβερνητικό οργανισμό, ή ομάδα ατόμων, που ισχυρίζεται ότι είναι θύμα παραβίασης των δικαιωμάτων που αναγνωρίζονται στη Σύμβαση ή στα Πρωτόκολλα της (Καρατζά, 2005).



## Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>: Οι επιπτώσεις του καπνίσματος

### 4.1 Κάπνισμα και υγεία

Το κάπνισμα μπορεί να αποτελεί μια ευχάριστη για πολλούς συνήθεια, η οποία όμως έχει βλαπτική επίδραση στην υγεία του καπνιστή. 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. Ο καπνός του τσιγάρου αποτελείται από αέρια και μικροσκοπικά σωματίδια τα οποία στην ουσία είναι ένα μίγμα περισσότερων από 4.000 διαφορετικών ουσιών, μεταξύ των οποίων και η νικοτίνη (η οποία είναι εθιστική), καθώς και περισσότερες από 250 γνωστές καρκινογόνες ουσίες (Υ.Υ.Κ.Α., 2008). Στις ουσίες αυτές οφείλονται, όπως έχει αποδουθεί μετά από μακροχρόνιες έρευνες, πολλές ασθένειες. Πιο συγκεκριμένα:

**Καρκίνος** : ο καπνός του τσιγάρου όπως προαναφέρθηκε περιέχει πολλούς καρκινικούς παράγοντες, πχ νιτροζαμίνες, αλδεΐδες και αρωματικούς υδρογονάνθρακες. Οι παράγοντες αυτοί αντιδρούν με το γενετικό υλικό (DNA) των κυττάρων, προκαλώντας μεταλλάξεις στο γενετικό κώδικα, οι οποίες στη συνέχεια δημιουργούν αποκλίνοντα και στη συνέχεια καρκινικά κύτταρα (Brizer, 2010).

Ο καρκίνος των πνευμόνων, που είναι η κυριότερη αιτία θανάτου από καρκίνο και οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στο κάπνισμα. Αυτό συμβαίνει γιατί τα πνευμόνια παίρνουν το οξυγόνο και τη νικοτίνη μαζί τους. Παράλληλα όμως παίρνουν και τις 4.000 άλλες ουσίες που περιέχει ο καπνός και που δεν τις χρειάζονται. Κάποιες από αυτές μεταφέρονται στο αίμα και, μέσω της κυκλοφορίας, σε ολόκληρο τον οργανισμό. Κάποιες άλλες όμως, δεν μεταφέρονται στο αίμα ούτε και βγαίνουν πάλι έξω, με αποτέλεσμα να μένουν και να συσσωρεύονται στις κυψελίδες των πνευμόνων, όπου σιγά-σιγά να προκαλούν αλλοιώσεις στα κύτταρα με αποτέλεσμα την δημιουργία καρκίνου (Ζέρβας, 2006).

Ο τρόπος καπνίσματος, η συχνότητα των εισπνοών του καπνού, το μήκος του τσιγάρου, η παρουσία φίλτρου ή όχι στο τσιγάρο και η ηλικία έναρξης του καπνίσματος, φαίνεται ότι παίζουν ρόλο στην προσβολή του πνεύμονα από καρκίνο (Αδαμόπουλος, 1988).

Ο καρκίνος του πνεύμονα δεν είναι η μόνη μορφή καρκίνου που προκαλείται από το κάπνισμα. Ο καρκίνος του λάρυγγα, του στομάχου, του οισοφάγου, όντας τα κύτταρα εκτεθειμένα συνέχεια στη μεγάλη θερμοκρασία και στις επικίνδυνες ουσίες που περιέχει ο καπνός. Γενικότερα σε πολλά μέρη του σώματος καθώς οι καρκινογόνοι

παράγοντες που περιέχει ο καπνός μεταφέρονται σε όλο το σώμα μέσω του αίματος (Ζέρβας, 2006 και Brizer, 2010).

**Στεφανιαία νόσος:** Το κάπνισμα ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για τη δημιουργία της στεφανιαίας νόσου, του εμφράγματος του μυοκαρδίου, της στένωσης των αρτηριών και άλλων ασθενειών που σχετίζονται με το κυκλοφορικό (αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, θρομβώσεις κ.ά.). Αιτία είναι τόσο η νικοτίνη που επιβαρύνει την καρδιακή λειτουργία και βοηθάει στη δημιουργία της αθηρωματικής πλάκας στις αρτηρίες, όσο και το μονοξείδιο του άνθρακα που εμποδίζει το οξυγόνο να φθάσει σωστά σε ολόκληρο το σώμα (Ζέρβας, 2006). Επίσης το κάπνισμα προκαλεί στένωση των αγγείων και παραγωγή χοληστερίνης, η οποία προάγει την αρτηριοσκλήρωση. Με τους μηχανισμούς αυτούς το κάπνισμα βλάπτει τη λειτουργία των στεφανιαίων αγγείων, όπως και άλλων αγγείων και οδηγεί στην εκδήλωση στεφανιαίας νόσου. Ο κίνδυνος προσβολής από στεφανιαία νόσο είναι στους καπνιστές περίπου 2-3 φορές υψηλότερος από ότι στους μη καπνιστές (Υ.Υ.Κ.Α., 2008).

**Προβλήματα αναπνευστικού συστήματος:** το αναπνευστικό σύστημα είναι αυτό που προσβάλλεται σε μεγάλο βαθμό από το κάπνισμα καθώς έρχεται σε άμεση επαφή με τον καπνό και με τις βλαβερές ουσίες που περιέχει. Εκτός από καρκίνο, το κάπνισμα προκαλεί και άλλα προβλήματα κυρίως λόγω της πίσσας. Η πίσσα είναι προϊόν της διαδικασίας της καύσης και κολλά στα μικροσκοπικά τριχίδια της τραχείας, καλύπτει σιγά-σιγά τους πνεύμονες και προκαλεί βήχα και λοιμώξεις του αναπνευστικού (Eu-Dap, 2007).

Προβλήματα που μπορεί να παρουσιαστούν είναι:

- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΟΠ): η ΧΟΠ είναι γνωστή και ως βρογχίτιδα και εμφύσημα, είναι πολύ δύσκολο να θεραπευτεί και είναι μη αναστρέψιμη. Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για να σταματήσει η εξέλιξη της είναι η άμεση διακοπή του καπνίσματος. Οι ασθενείς που πάσχουν από αυτή την ασθένεια μπορούν να εισπνεύσουν αλλά δυσκολεύονται να εκπέσουν, κυριολεκτικά πασχίζουν να αναπνεύσουν και πολλές φορές χρειάζεται την βοήθεια φιάλης οξυγόνου.
- Άσθμα: το άσθμα είναι μια πάθηση που εμφανίζεται συχνά στην παιδική ηλικία και αφορά τη στένωση ή το σφίξιμο των βρόγχων, που ουσιαστικά μειώνει την ποσότητα εισπνεόμενου αέρα. Το κάπνισμα επιδεινώνει το άσθμα και μπορεί να προκαλέσει ασθματικές κρίσεις. Το άσθμα μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή των ασθενών.



Δηλητηρίαση από μονοξείδιο του άνθρακα: το μονοξείδιο του άνθρακα είναι ένα άοσμο και άχρωμο αέριο το οποίο ανταγωνίζεται το οξυγόνο και περιέχεται στα καυσαέρια των αυτοκινήτων και των τσιγάρων. Όταν ο καπνιστής εκτίθεται στο μονοξείδιο του άνθρακα, κατά την διάρκεια του καπνίσματος, πέφτει σημαντικά το επίπεδο του οξυγόνου στο αίμα. Αυτό συμβαίνει γιατί το μονοξείδιο του άνθρακα ενώνεται πιο εύκολα με τα μόρια αιμοσφαιρίνης (τα οποία μεταφέρουν οξυγόνο) από ότι το οξυγόνο. Αν κάποιος καπνίσει πολλά τσιγάρα σε μικρό χρονικό διάστημα, είναι πιθανόν να υποστεί οξεία στέρση οξυγόνου λόγω υπερφόρτωσης με μονοξείδιο του άνθρακα. Η δηλητηρίαση από μονοξείδιο του άνθρακα μπορεί να είναι θανατηφόρα. (Brizer, 2010)

**Προβλήματα στο νευρικό σύστημα, στην ψυχολογία και στην πνευματική λειτουργία του καπνιστή:** τα προβλήματα στο νευρικό σύστημα και στην ψυχολογία

προέρχονται από τη νικοτίνη η οποία είναι εξαιρετικά εθιστική ουσία. Η νικοτίνη απορροφάται από τους πνεύμονες και φτάνει στον εγκέφαλο μέσω της κυκλοφορίας του αίματος σε δέκα δευτερόλεπτα, γι αυτό το λόγω ο καπνιστής αντιλαμβάνεται την αντίδραση της νικοτίνης πολύ γρήγορα (Eu-Dap, 2007).

Ανάλογα με την ποσότητα και το χρονικό διάστημα που καπνίζει κάποιος, παρουσιάζονται τα συμπτώματα στέρσης από την απουσία της νικοτίνης. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να είναι:

- ✓ Εκνευρισμός
- ✓ Νευρικότητα- Επιθετικότητα
- ✓ Ανησυχία
- ✓ Κούραση
- ✓ Ζάλη
- ✓ Μετάπτωση στη διάθεση
- ✓ Αϋπνία ή παθολογική υπέρμετρη τάση για ύπνο
- ✓ Δυσκολία αυτοσυγκέντρωσης
- ✓ Πονοκέφαλο
- ✓ Αυξημένη όρεξη
- ✓ Άγχος
- ✓ Κατάθλιψη
- ✓ Αϋπνία
- ✓ Μεταβαλλόμενα επίπεδα ενέργειας κτλ.

(Brizer, 2010 και Eu-Dap, 2007)

Πολλές φορές οι καπνίζοντες πιστεύουν ότι το κάπνισμα τους χαλαρώνει λόγω της νικοτίνης. Στην πραγματικότητα όμως η νικοτίνη δεν προκαλεί χαλάρωση ή μείωση του στρες, αλλά αυτό που αντιλαμβάνονται οι καπνιστές ως χαλάρωση είναι η μείωση των συμπτωμάτων στέρησης, όπως η νευρική και τα προβλήματα αυτοσυγκέντρωσης (Eu-Dap, 2007).

Τέλος, τα προβλήματα στο νευρικό σύστημα, στην ψυχολογία και στην πνευματική λειτουργία του καπνιστή οφείλονται στο ότι το κάπνισμα επηρεάζει τη ροή του αίματος στον εγκέφαλο και κατά συνέπεια στην μεταφορά του οξυγόνου στα εγκεφαλικά κύτταρα (Τούντας, 2009).

**Προβλήματα στο ανοσολογικό σύστημα:** Το κάπνισμα επηρεάζει αρνητικά το ανοσοποιητικό σύστημα και κατά συνέπεια αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης κάποιας ασθένειας ή μολύνσεων. Με αποτέλεσμα οι καπνιστές να τείνουν να είναι λιγότερο υγιείς από τους μη καπνιστές, ενώ είναι γνωστό, ότι το κάπνισμα επιδεινώνει τα υπάρχοντα προβλήματα υγείας και αυξάνει τον χρόνο που απαιτείται για να αναρρώσουν οι ασθενείς από κάποια ασθένεια ή χειρουργείο (Τούντας, 2009). Έρευνες δείχνουν ότι είναι απαραίτητη η διακοπή του καπνίσματος τις εβδομάδες πριν την επέμβαση για να επιτευχθεί η μείωση, αλλά όχι η εξάλειψη, της επικινδυνότητας (Ziedalski & Ruoss, 2005).

Επίσης, η αλλεργική αντίδραση στις ουσίες του καπνού είναι ένα ακόμα στοιχείο της προσβολής του ανοσοποιητικού. Η αλλεργική αντίδραση εκδηλώνεται με πολλές μορφές, από λίγα φτερνίσματα μέχρι ένα εκτεταμένο και επικίνδυνο εξάνθημα, δυσκολία στην αναπνοή ή ακόμη και συστηματικό σοκ (Brizer, 2010).

**Προβλήματα στις γυναίκες και στην εγκυμοσύνη:** Κατ' αρχήν το κάπνισμα και ο συνδυασμός του με αντισυλληπτικό χάπι αυξάνει τον κίνδυνο προβλημάτων στο κυκλοφοριακό, όπως θρόμβωση, καρδιακό ή εγκεφαλικό επεισόδιο κτλ. Είναι γνωστό ότι οι καπνίστριες παρουσιάζουν περισσότερες διαταραχές της εμμήνου ρύσεως. Επίσης αρνητικές συνέπειες έχει το κάπνισμα και στις γυναίκες που επιθυμούν να συλλάβουν, καθώς οι καπνίστριες έχουν 10-40% λιγότερες πιθανότητες να συλλάβουν σε κάθε έμμηνο κύκλο. Ακόμα αυξάνει την πιθανότητα εξωμήτριας κύησης (κύηση έξω από τη μήτρα), λόγω του ότι προκαλεί βλάβη στο βλεννογόνο της σάλπιγγας. Τέλος, κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης προκαλεί μείωση του βάρους του νεογνού, βραδύτερη ανάπτυξη, κίνδυνο πρόωρου τοκετού και του συνδρόμου του αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (Pfizer, 2009 & Eu-Dap, 2007).

**Προβλήματα στη σεξουαλικότητα και γενικότερα στη φυσική κατάσταση:** το μονοξείδιο του άνθρακα είναι πολύ τοξικό αέριο και μειώνει τη μεταφορά του οξυγόνου στα διάφορα όργανα. Η απώλεια οξυγόνου έχει ως συνέπεια την απώλεια δυνάμεων, την επιδείνωση της φυσικής κατάστασης και μείωση της σεξουαλικής απόδοσης. Τα αποτελέσματα είναι άμεσα καθώς παρουσιάζονται αμέσως μετά το κάπνισμα , ένα τέτοιο παράδειγμα είναι το λαχάνιασμα (Eu-Dap, 2007).

## 4.2 Έκταση του προβλήματος

### 4.2.1 Ποσοστά καπνιστών στην Ελλάδα με φόντο την Ευρώπη

Ο Π.Ο.Υ. υπολογίζει ότι στην Ευρώπη περίπου 215 εκ. κατοίκων καπνίζουν, από τα οποία τα 130 εκατ. είναι άνδρες. Το ποσοστό καπνιστών στους άνδρες είναι κατά μέσο όρο 34% στη Δυτική Ευρώπη και 47% στην Ανατολική, ενώ στις γυναίκες, 25% στη Δυτική Ευρώπη και 20% στην Ανατολική (WHO 2007).

Για την Ελλάδα σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. οι καπνιστές σε σύγκριση με παλιότερη έρευνα το ποσοστό των καπνιστών έχει μειωθεί από 46% σε 37,6% του γενικού πληθυσμού. Αυτό το ποσοστό αποτελεί το 46,8% στο σύνολο του αντρικού πληθυσμού και το 29% του γυναικείου (βλ. πίνακες 4.2α και 4.2β). Η Eurostat (2002) σε παρόμοια έρευνα δίνει μεγαλύτερα ποσοστά υποστηρίζοντας ότι το 58.1% των ανδρών στην Ελλάδα και το 32.2% των γυναικών είναι καπνιστές.

Πίνακας 4.2α

	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

(WHO, 2008)

Πίνακας 4.2β

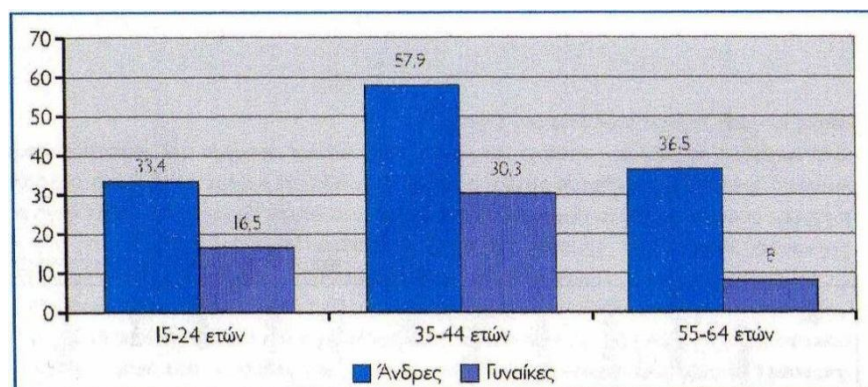
	Έτος	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Βέλγιο	2002	30	25	27
Γαλλία	2005	28,2	21,7	25,0
Γερμανία	2003	33,2	22,1	27,4
Δανία	2005	28,6	24,1	26,3
<b>Ελλάδα</b>	<b>2000</b>	<b>46,8</b>	<b>29,0</b>	<b>37,6</b>
Ιταλία	2005	28,3	16,2	22,0
Ισπανία	2003	34,1	22,4	28,1
Μ. Βρετανία	2003	28	24	26
Ολλανδία	2004	31	25	28
Σουηδία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

(WHO, 2007)

#### 4.2.2. Ποσοστά καπνιστών στην Ελλάδα με βάση το φύλο και την ηλικία

Στην Ελλάδα το ποσοστό των νέων, ηλικίας 15-24, είναι 33,4% για τα αγόρια και 16,5% για τα κορίτσια. Μεγάλη αύξηση του ποσοστού των καπνιστών παρατηρείται στις ηλικίες 35-44, καθώς το ποσοστό στους άντρες ανέρχεται 57,9% και στις γυναίκες 30,3%. Στις μεγαλύτερες ηλικίες 55-64 τα ποσοστά είναι 36,5% για τους άντρες και 8% για τις γυναίκες (βλ. πίνακα 4.2γ).

Πίνακας 4.2γ



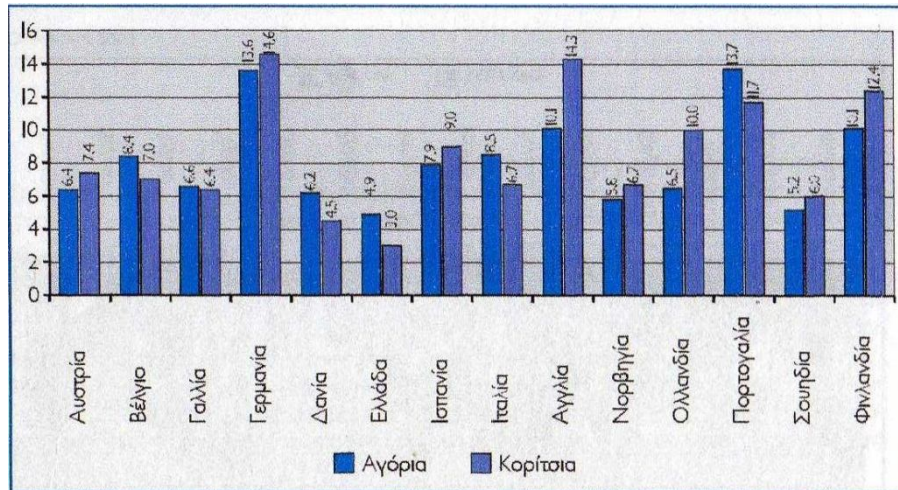
(Eurostat, 2007 στο Υ.Υ.Κ.Α., 2008)

#### 4.2.3. Ποσοστά καπνιστών στην Ελλάδα στις νεαρές ηλικίες

Τα ποσοστά των καπνιστών ηλικίας των 13 χρόνων είναι 4,9% για τα αγόρια και 3% για τα κορίτσια, αύξηση της τάξεως 13,5% για τα αγόρια και 14,1% για τα κορίτσια παρουσιάζεται στην ηλικία των 15 χρόνων. Τα ποσοστά αυτά είναι τα χαμηλότερα σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρώπης (βλ πίνακα 4.2δ και 4.2ε), πράγμα που δεν

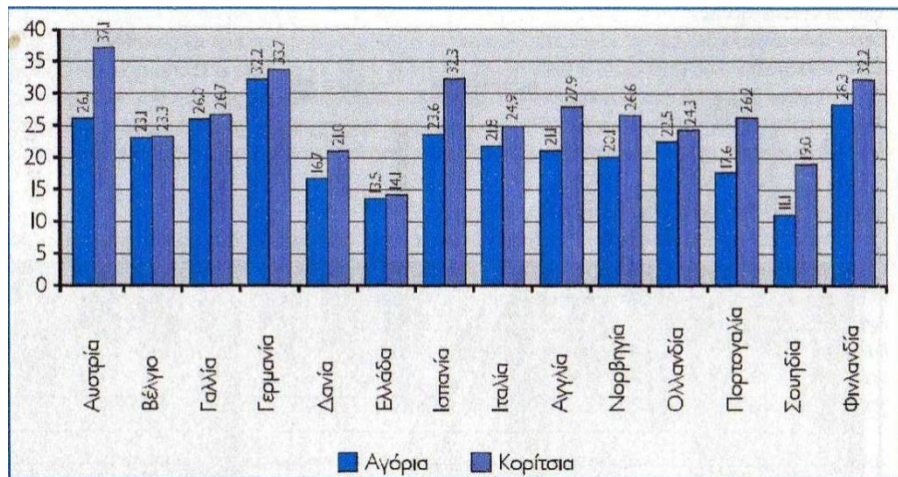
συμβαίνει στις ηλικίες 17-18 χρονών. Σε αυτές τις ηλικίες τα ποσοστά ανέρχονται σε 29% για τα αγόρια και 25% για τα κορίτσια, δίνοντας την Ελλάδα προβάδισμα σε σύγκριση με άλλες χώρες (βλ. πίνακα 4.2στ).

Πινάκας 4.2δ: Ποσοστά παιδιών ηλικίας 13 που καπνίζουν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα.



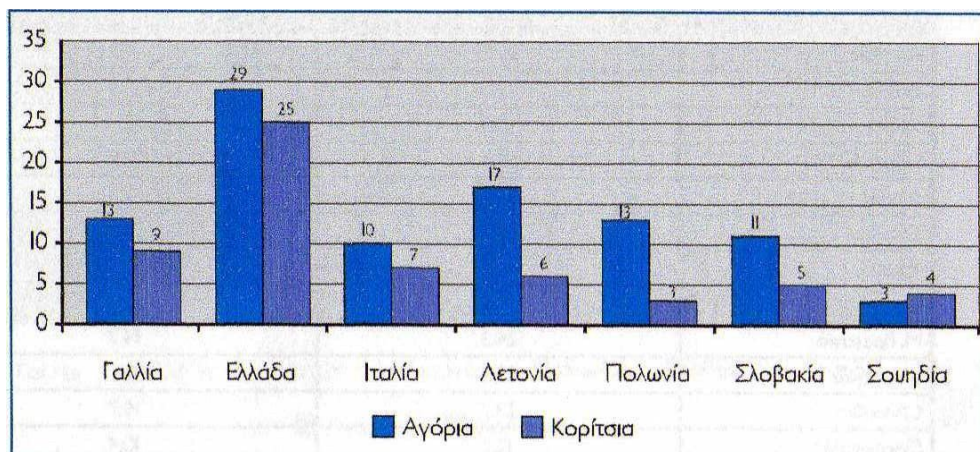
(Υ.Υ.Κ.Α., 2008)

Πινάκας 4.2ε: Ποσοστά παιδιών ηλικίας 15 που καπνίζουν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα.



(Υ.Υ.Κ.Α., 2008)

Πινάκας 4.2στ: Ποσοστά σπουδαστών ηλικίας 17-18 που καπνίζουν πάνω από 2 τσιγάρα την ημέρα.

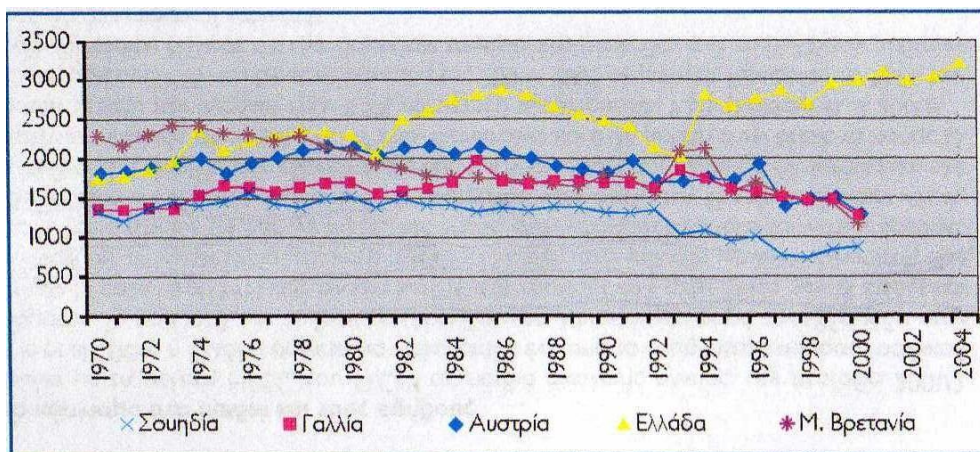


(Y.Y.K.A., 2008)

#### 4.2.4. Μέσος ετήσιος κατά κεφαλή αριθμός τσιγάρων

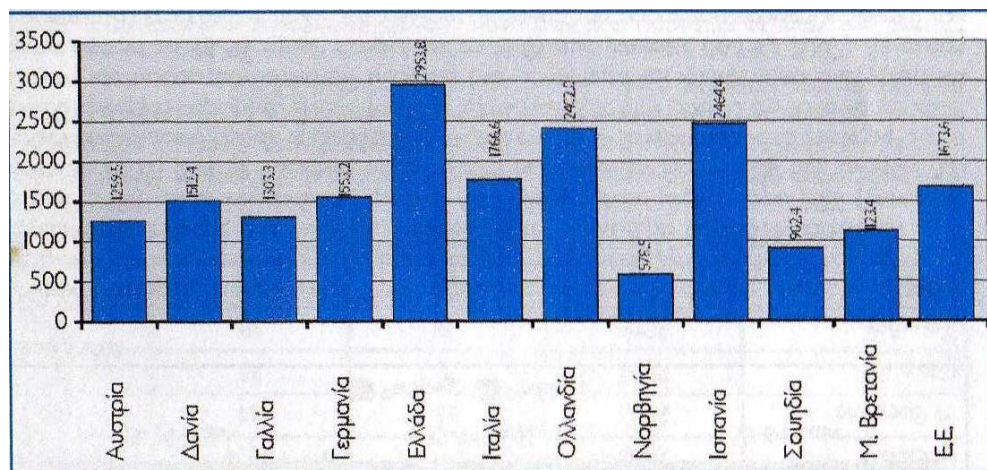
Τα ποσοστά στο μέσο κατά κεφαλήν αριθμό τσιγάρων πάντα ήταν μεγάλο για την Ελλάδα, αλλά τα ποσοστά σε σύγκριση με άλλες χώρες είναι εμφανώς αυξημένα από το 1980 και μετά (βλ πίνακα 4.2ζ). Πιο συγκεκριμένα το έτος 2000 ο μέσος ετήσιος κατά κεφαλή αριθμός τσιγάρων είναι 2953,8 ξεπερνώντας σημαντικά την Ισπανία και την Ολλανδία οι οποίες ακολουθούν με ποσοστά 2464,4 και 2402,0 αντίστοιχα (βλ πίνακα 4.2η).

Πίνακας 4.2ζ: Μέσος ετήσιος κατά κεφαλή αριθμός τσιγάρων, 1970-2004



(WHO, 2008)

Πίνακας 4.2η: Μέσος ετήσιος κατά κεφαλή αριθμός τσιγάρων, 2000



(WHO, 2008)

### 4.3 Οι συνέπειες της διακοπής του καπνίσματος στην υγεία

Η διακοπή και η διατήρηση της αποχής από το κάπνισμα, εξαρτώνται από διάφορους ψυχολογικούς, κοινωνικούς και βιολογικούς παράγοντες που επιδρούν στο άτομο. Είναι μια χρονοβόρα διαδικασία και εξέλιξη στα εξής στάδια:

1. Το στάδιο πριν την πρόθεση για κάποια αλλαγή,
2. Το στάδιο όπου στο άτομο αρχίζει να δημιουργείται η πρόθεση για αλλαγή,
3. Το στάδιο που προετοιμάζεται η αλλαγή και
4. Η δράση ή η παραίτηση από τη δράση και
5. Οι πιθανές υποτροπές πριν κατακτηθεί η μακρόχρονη αποχή.

(DiClemente, 1991)

#### Πρώτη μέρα

- 20 λεπτά: επάνοδο της αρτηριακής πίεσης και της καρδιακής συχνότητας στα φυσιολογικά επίπεδα. Η θερμοκρασία των χεριών και ποδιών επανέρχεται στο φυσιολογικό (αυξάνει).
- 8 ώρες: μείωση κατά 50% των επιπέδων νικοτίνης και μονοξειδίου του άνθρακα στο αίμα και αύξηση των επιπέδων οξυγόνου στα φυσιολογικά επίπεδα. Περισσότερο οξυγόνο σημαίνει και περισσότερη ενέργεια.
- 12 ώρες: σχεδόν όλη η νικοτίνη έχει αποβληθεί από τον οργανισμό.
- 24 ώρες: το μονοξείδιο του άνθρακα αποβάλλεται τελείως από τον οργανισμό και οι πνεύμονες αρχίζουν να αποβάλλουν τη βλέννη και τα υπολείμματα του καπνίσματος.

#### Πρώτη εβδομάδα

- 48 ώρες: δεν υπάρχει νικοτίνη στο σώμα. Οι νευρικές απολήξεις αρχίζουν να αυξάνονται ξανά, αρχίζει να ανακτάτε η αίσθηση της γεύσης και της όσφρησης.
- 72 ώρες: οι αεραγωγοί που οδηγούν στους πνεύμονες χαλαρώνουν διευκολύνοντας την διαδικασία της αναπνοής.

#### Τους επόμενους μήνες

- 2-12 εβδομάδες: η κυκλοφορία του αίματος βελτιώνεται, το βάδισμα γίνεται ευκολότερα και η πνευμονική λειτουργία αυξάνεται.
- 3-9 μήνες: βελτιώνεται ο βήχας, η δύσπνοια και τα αναπνευστικά προβλήματα, καθώς η πνευμονική λειτουργία αυξάνεται έως και 10%.

#### Τα επόμενα χρόνια

- 1<sup>ος</sup> χρόνος: ο κίνδυνος καρδιακής νόσου ελαττώνεται κατά 50% σε σχέση με έναν καπνιστή.
- 5 χρόνια: ο κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου μειώνεται στο επίπεδο ενός ατόμου που δεν έχει καπνίσει ποτέ.
- 10 χρόνια: ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα ελαττώνεται κατά 50% σε σχέση με έναν καπνιστή.
- 15 χρόνια: ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου μειώνεται στο επίπεδο ενός ατόμου που δεν έχει καπνίσει ποτέ.

(Pfizer, 2009 και Y.Y.K.A., 2008)

Κάποια από τα οφέλη της διακοπής του καπνίσματος που μπορεί να παρατηρηθούν άμεσα είναι:

- ✓ Το δέρμα δείχνει πιο υγιές
- ✓ Μείωση του ροχαλητού, αν υπήρχε
- ✓ Βελτίωση της σεξουαλικής ζωής
- ✓ Μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση
- ✓ Πιο λευκά δόντια
- ✓ Πιο δυνατή καρδιά ευκολότερη αναπνοή
- ✓ Περισσότερα χρήματα τα οποία μπορεί να ξοδέψετε σε άλλα πράγματα και όχι στην αγορά τσιγάρων
- ✓ Η αίσθηση της γεύσης καθώς και της όρασης βελτιώνεται
- ✓ Ο βήχας εξασθενεί



✓ Ευκολότερη αναπνοή

(Pfizer, 2009)

#### 4.4 Το παθητικό κάπνισμα

Η έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος που οφείλεται στο κάπνισμα ονομάζεται επίσης «παθητικό κάπνισμα». Το παθητικό κάπνισμα είναι μια σημαντική αιτία αύξησης της νοσηρότητας και της θνησιμότητας των ατόμων που εκτίθενται σε αυτό, καθώς ο καπνός που ελευθερώνεται στην ατμόσφαιρα κατά τη διάρκεια του καπνίσματος είναι ένα πολυσύνθετο μίγμα χιλιάδων συστατικών που εκλύονται στον αέρα, και δεν μπορεί να υπολογιστεί σαν μια ολότητα. Περιέχει περισσότερες από τέσσερις χιλιάδες χημικές ουσίες στις οποίες συμπεριλαμβάνονται πενήντα γνωστές καρκινογόνες ουσίες και πολλές άλλες τοξικές (Υ.Υ.Κ.Α., 2008).

Για τους περισσότερους ανθρώπους, η έκθεση σε καπνό από τσιγάρο εκνευριστική, ενοχλητική και μπορεί να προκαλέσει κάποιες ελαφρές ασθένειες όπως, ερεθισμό των ματιών, πονοκέφαλο, βήχα, πονόλαιμο, ζάλη κτλ. Οι κίνδυνοι όμως του παθητικού καπνίσματος είναι πιο σοβαροί. Έχει διαπιστωθεί ότι αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για διάφορες καταστάσεις και ασθένειες στους ενηλίκους, όπως καρδιακή ή πνευμονολογική νόσο, επιδείνωση άσματος, υπογονιμότητα, μείωση της πνευματικής λειτουργίας κτλ. (Pfizer, 2009). Ένας βασικός λόγος για τον οποίο πρέπει να δυσανασχετούν οι μη καπνιστές που βρίσκονται στον ίδιο χώρο με καπνιστές είναι ότι εισπνέουν τον καπνό από την καύτρα, που περιέχει σε μεγαλύτερη ποσότητα καρκινογόνες, τοξικές και χημικές ουσίες, ενώ ο καπνιστής εισπνέει τον καπνό που περνά μέσα από το φίλτρο. Οι μη καπνιστές διατρέχουν έτσι τον ίδιο κίνδυνο να πάθουν καρκίνο των πνευμόνων, καρδιακές παθήσεις, κ.λ.π. (Περιστεράκη-Ψυχογιου, 1998).

Σύμφωνα με έρευνες, υπάρχει 15% υψηλότερος κίνδυνος θανάτου σε άτομα που ζουν με καπνιστές, ακόμα και αν οι ίδιοι δεν έχουν καπνίσει ποτέ στη ζωή τους (Ευθυμίου κ.α., 2007). Οι παθητικοί καπνιστές έχουν αυξημένη πιθανότητα (25%) ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου οποιασδήποτε μορφής και αυξημένη πιθανότητα (30%) θανάτου από αυτήν. Επίσης, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να υποστούν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Ενώ υπολογίζεται ότι το 8% των καρδιαγγειακών θανάτων σχετίζεται με το παθητικό κάπνισμα (Πυργάκης, 2009).

Το παθητικό κάπνισμα είναι αρκετά επικίνδυνο και για τα παιδιά. Παθητικοί καπνιστές είναι τρία στα τέσσερα παιδιά στην Ελλάδα, σύμφωνα με μελέτη πνευμονολόγων από το παιδιατρικό τμήμα του νοσοκομείου «ΕΛΠΙΣ». Αίσθηση

προκαλεί το γεγονός ότι ακόμη και στις περιπτώσεις που οι γονείς γνωρίζουν πως το παιδί πάσχει από κάποιο χρόνιο αναπνευστικό πρόβλημα, συνεχίζουν να καπνίζουν. Η μελέτη αποκαλύπτει πως το ποσοστό των καπνιστών γονέων όχι μόνο δεν μειώθηκε τα τελευταία χρόνια, αλλά σημείωσε αύξηση, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες που κατοικούν στην Αθήνα. Πάντως, θετικό είναι το γεγονός πως, παρά τη στάση των γονέων, που καπνίζουν μπροστά στα παιδιά τους, ο επιπολασμός του παιδικού άσθματος στην Ελλάδα είναι μικρότερος από αυτόν των υπολοίπων χωρών της Ευρώπης (Μωυσίδης, 2008).

Τα παιδιά που οι γονείς τους καπνίζουν μπορούν να εμφανίσουν στην εφηβεία μειωμένη γνωστική ετοιμότητα. Αυτό συμβαίνει καθώς η έκθεση τους στον καπνό μειώνει το οξυγόνο στο αίμα και αυξάνει τα επίπεδα του μονοξειδίου του άνθρακα, που με τη σειρά τους επηρεάζουν την πνευματική ετοιμότητα (Bauman, 1989).

## Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>: Τι είναι πρόληψη.

### **5.1 Ορισμός του έργου της πρόληψης και η σχέση της με τη θεραπεία**

Τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας έχει αναγνωριστεί το σημαντικό έργο της πρόληψης, αλλά παρόλα αυτά δεν είναι ακόμα ξεκάθαρος ο όρος της. Αυτό συμβαίνει γιατί η κοινωνική πρόληψη και η πρόληψη της υγείας είναι καινούριες έννοιες που άρχισαν να εμφανίζονται στις αρχές του εικοστού αιώνα (Gervais, 1994). Κάποιοι προσδιορίζουν την πρόληψη ως την ενημέρωση, άλλοι τον εκφοβισμό και άλλοι την επιδερμική προσέγγιση ζητημάτων που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών (Ζαφειρίδης, 1998). Είναι σημαντικό πριν γίνει αναφορά στην προληπτική υπόσταση (σε ότι αφορά τη δημόσια υγεία) του νέου αντικαπνιστικού νόμου, να ξεκαθαριστεί η έννοια της πρόληψης, τόσο γενικά όσο και ειδικά.

Έχουν δοθεί πολύ ορισμοί σχετικά με την πρόληψη αλλά δύο από αυτούς που δίνουν εμπειριστατωμένα την ουσία του όρου είναι οι εξής:

1. «Είναι η αποτροπή γεγονότων που προκαλούν αρνητικές συνέπειες. Οι δραστηριότητές της, όσον αφορά στην εφαρμογή τους, είναι εμπειρίες πριν το συμβάν που ενισχύουν την ικανότητα των ανθρώπων να διαχειρίζονται με επιτυχία εν δυνάμει δύσκολες καταστάσεις ζωής»( Gerald, χ.χ. στο ΚΕΘΕΑ, 2011)
2. «Είναι θετική διαδικασία. Ενδυναμώνει τα άτομα και τα συστήματα να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις των γεγονότων της ζωής και τις αλλαγές δημιουργώντας και ενισχύοντας τις συνθήκες που προάγουν υγιείς συμπεριφορές και τρόπους ζωής» (Center of Substance Abuse Prevention, 1996 στο ΚΕΘΕΑ, 2011)

Τα επίπεδα της πρόληψης σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ (Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας) είναι τρία, η πρωτογενής, δευτερογενής και τριτογενής πρόληψη (Gervais, 1994). Αναλυτικότερα:

- Πρωτογενής πρόληψη είναι η παρέμβαση πριν την εκδήλωση ενός προβλήματος (Stel, 1999). Είναι δηλαδή το σύνολο των μέτρων που μπορούμε να πάρουμε για να εμποδίσουμε την εμφάνιση μιας διαταραχής, μιας παθολογίας, ενός συμπτώματος ή μίας παθολογικής δυσλειτουργίας. Η πρωτογενή πρόληψη διαταραχών ψυχολογικής τάξεως όπως, ο αλκοολισμός, η χρήση ουσιών, η παραστατικότητα,

συχνά στόχευσε στην ευαισθητοποίηση και στην πληροφόρηση του πληθυσμού (Gervais, 1994), άλλωστε τόσο η εκπαίδευση όσο και η πληροφόρηση παίζουν ένα ζωτικό ρόλο σε αυτή τη διαδικασία. Σκοπός της μπορεί να είναι ή η άμεση προαγωγή μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς ή η ενίσχυση της προσωπικότητας (Stel, 1999).

Η πρωτογενής πρόληψη ασχολείται εν μέρει με την άσκηση επιρροής στη συμπεριφορά και τις απόψεις της ομάδας-στόχου. Αυτό προϋποθέτει την κινητοποίηση τους ή την παρακίνηση τους να αλλάξουν τον τρόπο ζωής προς την επιθυμητή κατεύθυνση (Stel, 1999).

Γενικά η πρωτογενής πρόληψη αποβλέπει στην εμπόδιση της χρήσης και της ανάπτυξης και ενδυνάμωση εκείνων των στοιχείων της προσωπικότητας και του κοινωνικού ιστού τα οποία αποτρέπουν τη χρήση (Αλεκτορίδης, 1995).

- Δευτερογενής πρόληψη «εννοείτε η πρόωμη ανίχνευση μια ήδη αναπτυσσόμενης, αλλά όχι κλινικά ορατής, ασθένειας ή προβλήματος υγείας, με τέτοιο τρόπο ώστε μέσω της πρόωμης παρέμβασης η πρόγνωση να καθιστάτε πιο ευνοϊκή» (Stel, 1999:42). Με άλλα λόγια είναι η έγκαιρη λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση και θεραπεία ενός συμπτώματος, μιας διαταραχής, μιας παθολογίας ή μίας ένδειξης κοινωνικής δυσλειτουργίας (Gervais, 1994). Η δευτερογενής πρόληψη έρχεται αφού εμφανιστεί η το πρόβλημα, όπως η χρήση και περιλαμβάνει μέτρα περιορισμού και θεραπείας από τη χρήση (Αλεκτορίδης, 1995).

Αυτό το επίπεδο της πρόληψης οδηγεί, στις περισσότερες περιπτώσεις, σε μια αύξηση του αιτήματος για βοήθεια από γιατρός και φορείς (Stel, 1999). Όσον αφορά ομάδες που έχουν δυσκολίες (όπως είναι οι έφηβοι) εκφράζεται με μια πιο εξειδικευμένη μορφή, όπως είναι οι ομάδες γειτονίας, εκπαιδευτικές δραστηριότητες, κέντα υποδοχής για ομάδες με δυσκολίες κτλ. (Gervais, 1994).

- Τριτογενής πρόληψη είναι η πρόληψη της υποτροπής μιας ασθένειας ή ο περιορισμός των επιπτώσεων των υπολειμματικών συμπτωμάτων στην περίπτωση της κλινικά εμφανούς ασθένειας ή του προβλήματος συμπεριφοράς στα πρώτα στάδια (Stel, 1999). Αρχίζει μετά τη θεραπεία η επίτευξη του στόχου της έρχεται μέσα από προγράμματα

αποκατάστασης και επανένταξης στο κοινωνικό σύνολο  
(Αλεκτορίδης, 1995)

Επίσης υπάρχουν τρία είδη πρόληψης η καθολική, η ενδεδειγμένη και η επικεντρωμένη. Η καθολική απευθύνεται στο σύνολο ενός πληθυσμού και έχει ως στόχο να αποτρέψει ή να καθυστερήσει την έναρξη της χρήσης ουσιών και την εμφάνιση των συναφών προβλημάτων. η επικεντρωμένη πρόληψη απευθύνεται σε συγκεκριμένες ομάδες, οικογένειες ή κοινότητες τα μέλη των οποίων ενδέχεται, για διάφορους λόγους, να είναι πιο επιρρεπή στη χρήση. Τέλος η ενδεδειγμένη πρόληψη αποσκοπεί στον εντοπισμό ατόμων με συμπεριφοριστικά και ψυχολογικά προβλήματα τα οποία ενδέχεται να είναι ενδεικτικά μιας πιθανής χρήσης ουσιών στο μέλλον (Ευρωπαϊκό κέντρο παρακολούθησης ναρκωτικών- τοξικομανίας, 2010)

Ο βασικός και γενικός στόχος του έργου της πρόληψης είναι η βελτίωση της δημόσιας και ψυχικής υγείας (Stel, 1999). Πιο αναλυτικά στόχοι της πρόληψης είναι:

- Η παροχή έγκυρης πληροφόρησης σχετικά με τις ουσίες στους νέους, απευθυνόμενη στις ιδιαίτερες ανάγκες τους
- Η παρέμβαση στους κοινωνικούς παράγοντες κινδύνου όπως οι δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις, ο κοινωνικός αποκλεισμός και οι ομάδες νεαρών παραβατών
- Η προώθηση των προστατευτικών παραγόντων που κάνουν λιγότερο πιθανή την κατάχρηση ουσιών
- Η ενδυνάμωση των νέων προκειμένου να λαμβάνουν υπεύθυνες αποφάσεις που οδηγούν σε υγιέστερους και ευτυχέστερους τρόπους ζωής
- Η καθυστέρηση της έναρξης της χρήσης στα νεανικά χρόνια και η μείωση των πιθανοτήτων για μετέπειτα προβλήματα που συνδέονται με την κατάχρηση ουσιών
- Η ενσωμάτωση γονέων, σχολείων, θρησκευτικών ομάδων, προγραμμάτων που απευθύνονται σε νέους εκτός σχολείου, ΜΜΕ, υπηρεσιών επιβολής του νόμου σε συντονισμένα και σταθερά προγράμματα

Η μείωση της σωματικής, της ψυχικής και της κοινωνικής βλάβης που μπορεί να προκαλέσει η κατάχρηση ουσιών (καπνού, αλκοόλ και ναρκωτικών) (ΚΕΘΕΑ, 2011)

Υπάρχουν πολλές απόψεις σε ότι αφορά τη σχέση ανάμεσα στην πρόληψη και τη θεραπεία, όπως ότι είναι δύο ξεχωριστές και ανεξάρτητες θεωρίες, πως η ανάγκη για θεραπεία είναι μια ένδειξη κακής λήψης προληπτικών μέτρων κτλ. Σύμφωνα όμως με τον Stel (1999) δεν υπάρχει λόγος διαχωρισμού της προληπτικής και θεραπευτικής φροντίδας, αλλά αξίζει τον κόπο να γίνει μία σαφή διάκριση μεταξύ τους. Το σχήμα που ακολουθεί δείχνει ξεκάθαρα την ουσιαστική διαφορά μεταξύ της προληπτικής και θεραπευτικής αντίληψης:



5.1α Διαφορές μεταξύ της προληπτικής και θεραπευτικής αντίληψης (Stel, 1999).

Όπως παρατηρείτε στο σχήμα η προληπτική αντίληψη κινείται από αριστερά προς τα δεξιά, πράγμα που σημαίνει πως αφού ερευνηθεί ο γενικότερος πληθυσμός και έχοντας ξεκάθαρη επιδημιολογική γνώση τόσο για τις ομάδες κινδύνου όσο και για τους παράγοντες κινδύνου => υπολογίζεται η φύση και το μέγεθος της ομάδας αυτών που έχουν πρόβλημα και αυτών που αναζητούν βοήθεια. Η θεραπευτική αντίληψη από την άλλη κινείται από δεξιά προς τα αριστερά, δουλεύοντας δηλαδή με τη επιδημιολογική γνώση δημιουργούνται υποθέσεις για τον τρόπο και το βαθμό στον οποίο οι ασθενείς, με προβλήματα που δεν έχουν ακόμη απαίτηση προσοχής, με ποιο τρόπο θα εξελιχθούν και ποιες νέες επιπλοκές μπορεί να προκύψουν (Stel, 1999).

Το σημείο διασταύρωσης των δύο αυτών αντιλήψεων εξαρτάτε από το εύρος της περιγραφής της γενικής ομάδας-στόχου έτσι όπως αυτό δηλώνεται από τους στόχους του φορέα. Βασική όμως προϋπόθεση για την ενσωμάτωση της πρόληψης και της θεραπείας είναι ότι αυτά τα δύο είδη παρέμβασης θα πρέπει να διακρίνονται με σαφήνεια τόσο από θεωρητική όσο και από πρακτική άποψη (Stel, 1999).

## 5.2 Πολιτική και προϋποθέσεις της πρόληψης

Είναι σημαντικό ένα πρόγραμμα πρόληψης να είναι σχεδιασμένο βάση πολιτικού πλαισίου, καθώς η πολιτική αποτελεί το θεμέλιο των δραστηριοτήτων πρόληψης,

όταν εφαρμόζονται με οργανωμένο τρόπο(Stel, 1999). Σύμφωνα με τον Ζαφειρίδη (1998)είναι λάθος οι πολιτικές πρόληψης να είναι «ενταγμένες στην κυρίαρχη διαχειριστική του συστήματος», να μην αντιμετωπίζουν δηλαδή τα βαθύτερα αίτια του προβλήματος, αλλά με επιστημονικοφανείς και τεχνοκρατικές προσεγγίσεις αναλαμβάνουν να εξωραΐσουν τη μιζέρια τις καθημερινότητας(το σύμπτωμα, πχ η χρήση ουσιών εξάρτησης). Πρέπει η πολιτική πρόληψης να μην επικεντρώνεται μόνο στο σύμπτωμα. Αλλά να αναζητά τα βαθύτερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που οδηγούν σε αυτό και να τα αντιμετωπίζουν ως απόρροια των ακάλυπτων συναισθηματικών, ηθικών και πνευματικών αναγκών της ανθρώπινης φύσης.

Η πρόληψη είναι υπόθεση όλης της κοινωνίας. Αρκεί ο καθένας να λειτουργεί στο δικό του ρόλο. Όλοι έχουν ευθύνη για την διαμόρφωση αρνητικών συμπεριφορών προσωπικών και κοινωνικών(ΠΝΟΗ, 2009). Αυτή η ανάγκη κοινής δράσης ανθρώπων από πολλούς διαφορετικούς τομείς και προσεγγίσεις, ήταν η αιτία να αναπτυχτεί η έννοια της συνολικής πολιτικής πρόληψης. Για να εφαρμοστεί μια συνολική πολιτική πρόληψης, όμως θα πρέπει οι εμπλεκόμενοι να αποδεχτούν δέκα βασικούς κανόνες οι οποίοι θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν και ως εντολές της πρόληψης, απαραίτητες για μια σοβαρή πολιτική πρόληψης(Gervais, 1994).

1. Συνολικές πολιτικές: η συνολική πολιτική πρόληψης ενδιαφέρεται για το ίδιο το άτομο και όχι για τα συμπτώματα του, με σκοπό την αντιμετώπιση όλων αυτών των συμπτωμάτων. Με αυτό τον τρόπο αποφεύγονται οι ποικίλες αποσπασματικές προληπτικές κινήσεις, όπως πρόληψη του καπνίσματος, των ναρκωτικών κτλ., αφού γίνεται πρόληψη των συμπτωμάτων που οδηγούν σε αυτά τα συμπτώματα.
2. Τοπικές πολιτικές: χαρακτηριστική είναι η άποψη που λέει πως όταν γίνεται αναφορά για πραγματική πολιτική, τότε στη ουσία γίνεται αναφορά για τοπική πολιτική. Είναι σημαντικό να καθοριστεί το πεδίο δράσης (γεωγραφικής έννοιας) χωρίς αυτό να σημαίνει ότι υπάρχει ιδανική περίμετρος. Έχοντας καθοριστεί ορισμένος χώρος παρέμβασης, υπάρχει η δυνατότητα να μελετηθούν οι ιδιαιτερότητες του και να ληφθούν υπόψη από τους εμπλεκόμενους φορείς.
3. Δικτύωση: η πρόληψη θα πρέπει να γίνει υπόθεση όλων, επιτρέποντας τους κατοίκους που αποτελούν την κοινωνία να οικειοποιηθούν το περιβάλλον τους. Τα συμπτώματα θα πρέπει να αντιμετωπίζονται από πολλούς διαφορετικούς τομείς ανάπτυξης όπως, από το χώρο της υγείας, της παιδείας, από την αστυνομία, τη δικαιοσύνη, τις κοινωνικές υπηρεσίες,

τους τοπικούς άρχοντες κτλ. Για την καλύτερη και αποτελεσματικότερη συνεργασία όλων αυτών, σημαντικό ρόλο παίζει η βοήθεια των ειδικών οι οποίοι λόγω των γνώσεων που διαθέτουν είναι ικανοί να εκπαιδεύσουν, να ακούσουν και να καθοδηγήσουν. Είναι αναγκαίο να δημιουργηθούν οι τυπικές και άτυπες δομές που θα επιτρέπουν σε όλο το δίκτυο να λειτουργήσει, το πιο αποτελεσματικό δίκτυο είναι εκείνο που συγκροτείται σε τοπικό επίπεδο και έχει μία συνολική οπτική.

4. Διαπίστωση αναγκών: ο όρος «διαπίστωση αναγκών» αναφέρεται στη διαπίστωση των δυνατοτήτων και των περιορισμών παρέμβασης, στη ρεαλιστική απεικόνιση της πραγματικότητας. Αυτό αποσκοπεί στο να διαμορφωθεί από τους επαγγελματίες πρόληψης η πληρέστερη εικόνα των πραγματικών προβλημάτων ενός συγκεκριμένου τόπου, μέσα από τη συγκέντρωση αντικειμενικών πληροφοριών. Τα αντικειμενικά στοιχεία είναι οι κοινωνικοί δείκτες (πχ παραπτωματοτικότητα, ψυχοπαθολογία, τοξικομανία κτλ.), δείκτες που παρέχει η δικαιοσύνη (στατιστικά για κλοπές, εγκλήματα, παρεμβάσεις αστυνομίας), οι κοινωνικο-οικονομικοί δείκτες (πχ ποσοστά ανεργίας) και οι εθνολογικοί δείκτες (αριθμός μεταναστών, καταγωγή των κατοίκων κτλ).
5. Εκπαίδευση: πιο πάνω γίνεται ειπώθηκε πως η πρόληψη είναι υπόθεση όλων (βλ. Δικτύωση), αυτό συνεπάγεται συνεργασία όλων ανθρώπων, διαφορετικών ειδικοτήτων ή ακόμα και χωρίς ειδικότητα. Για να μπορέσουν να συνεργαστούν πρέπει να υπάρχει μια «κοινή γλώσσα», για να συμβεί αυτό αναγκαία είναι η εκπαίδευση. Εκπαίδευση, σε αυτή την περίπτωση, σημαίνει η δημιουργία ενός δικτύου συνεργατών που να είναι ικανοί να καταλάβουν, να πληροφορηθούν, να ακούσουν, να κατευθύνουν και βασικά να κάνουν πρόληψη.
6. Κινητοποίηση της κοινότητας: η κινητοποίηση της κοινότητας γίνεται σε τρεις φάσεις. Στην πρώτη φάση προτιμότερο είναι να κινητοποιηθούν οι επαγγελματίες της κοινότητας, ανεξάρτητα σε ποιο χώρο εργάζονται. Στη δεύτερη φάση γίνεται η ευαισθητοποίηση και η εμπλοκή εκείνων που δεν έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τέτοιου τύπου στρατηγικές, όπως αστυνομικοί, γονείς, εμπόρους και υπαλλήλους της κοινότητας κτλ. Στη τρίτη φάση γίνεται γενική κινητοποίηση σε όλους τους κατοίκους της κοινότητας (γειτονιά, περιοχή). Με αυτό τον τρόπο μπαίνουν και οι κάτοικοι στη διαδικασία ενός ευρύτερου δικτύου και γίνονται ο συνδεδετικός κρίκος μεταξύ των ειδικών και των μη ειδικών.



7. Αξιολόγηση: σε μία προληπτική παρέμβαση χρειάζεται να αξιολογηθεί το έργο που γίνεται, γι' αυτό θα πρέπει να επιλεγθούν κριτήρια αξιολόγησης αξιόπιστα και προσαρμοσμένα στην πραγματικότητα του συγκεκριμένου χώρου. Η αξιολόγηση είναι ποσοτική (αξιολόγηση του αριθμού των παραπτωματικών πράξεων, των τοξικομανών, των ανέργων κτλ) και ποιοτική (αξιολόγηση όλων αυτών που ανήκουν στο πεδίο της παρατήρησης). Επίσης εμπεριέχει την εκτίμηση των μέσων που συνετέλεσαν στην υλοποίηση της πρόληψης (ανθρώπινο δυναμικό, φορείς, θεσμοί κτλ). Τέλος η αξιολόγηση αφορά και τα αποτελέσματα τα οποία κι αυτά εκτιμούνται σε ποσοτικό και ποιοτικό επίπεδο.
8. Το ήθος της πρόληψης: η έννοια του ήθους είναι μια θεμελιώδη έννοια, γιατί αφορά το σεβασμό της ανθρώπινης ύπαρξης, των δικαιωμάτων του ανθρώπου και της ανθρώπινης ύπαρξης. Η κλασική φιλοσοφία ορίζει το ήθος ως τη φιλοσοφία της ευτυχίας του ανθρώπου και των μέσων για να την κατακτήσει. Με αυτό τον τρόπο πρέπει να χρησιμοποιείτε η έννοια του ήθους σε μια προληπτική παρέμβαση. Ιδιαίτερη προσοχή όμως πρέπει να δοθεί στο να μην λειτουργεί το συνολικό ήθος σε βάρος του ατομικού, τα συμφέροντα της κοινότητας ή της γειτονιάς στην οποία γίνεται η παρέμβαση να προηγούνται των συμφερόντων του ατόμου.
9. Ο χρόνος: τα προγράμματα πρόληψης δεν θα πρέπει να εφαρμόζονται κάτω από πίεση σαν επείγουσες παρεμβάσεις. Η συνολική πολιτική πρόληψης πρέπει να έχει διάρκεια στο χρόνο. Η πρόληψη αποσκοπεί σε αλλαγή συμπεριφορών και τρόπου ζωής, αυτό είναι μια διαδικασία που επιτυγχάνεται σιγά-σιγά. Ενδεικτικά ένα πρόγραμμα πρόληψης θα πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον δύο με τρία χρόνια και μετά να υπάρξουν καινούριες ιδέες και προγράμματα, χωρίς χρονικό όριο.
10. Το παρατηρητήριο: είναι το σύστημα συλλογής πληροφοριών σχετικά με τις εξελίξεις και τα αποτελέσματα της ακολουθούμενης πολιτικής κατά ένα συστηματικό και αξιόπιστο τρόπο. Το παρατηρητήριο αποτελείται από ένα αριθμό ανθρώπων που είχαν λάβει μέρος στο σχεδιασμό και στην πραγματοποίηση μιας προληπτικής παρέμβασης. Έτσι είναι σε θέση να έχουν εικόνα της καλής πορείας της παρέμβασης, λαμβάνοντας υπόψη τους δείκτες αξιολόγησης.

(Gervais, 1994 και Stel, 1999)

Στο σημείο αυτό αξίζει να τονισθεί ότι η σημαντικότερη πρόκληση για τις πολιτικές πρόληψης συνιστάτε στο να συνδυάσουν τα διάφορα επίπεδα πρόληψης (βλ κεφ.4.1) με το βαθμό τρωτότητας κάθε ομάδας-στόχου (Derzon, 2007).

Η ανάπτυξη σύγχρονης και στοχευμένης πολιτικής πρόληψης αποτελεί το θεμέλιο σε μία εθνική στρατηγική για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων (Y.Y.K.A., 2008). Βασική προϋπόθεση για το έργο της πρόληψης είναι να υπάρχει ένα καλό σύστημα εθνικής υποστήριξης το οποίο θα διευκολύνει την ανάπτυξη του έργου της πρόληψης σε τοπικό και περιφερικό επίπεδο και παράλληλα θα ενισχύει τη λειτουργία των περιφερειακών κέντρων πρόληψης (Stel, 1999). Οι ενέργειες ενός καλού συστήματος εθνικής υποστήριξης θα πρέπει να στοχεύουν στην ύπαρξη ενός ευέλικτου οργάνου της πολιτείας, αρμόδιου για την εφαρμογή σύγχρονης πολιτικής πρόληψης. Στον ενιαίο συντονισμό όλων των δράσεων πρόληψης και τέλος στη βελτίωση της επιστημονικής υποστήριξης και η αύξηση της αποτελεσματικότητας των δράσεων πρόληψης (Y.Y.K.A., 2008).

Οι εθνικοί οργανισμοί πρόληψης μπορούν να δημιουργήσουν ένα κέντρο αναφοράς και πληροφόρησης που θα είναι αρμόδιο για την εφαρμογή σύγχρονης πολιτικής πρόληψης. Ο ρόλος του θα είναι ο σχεδιασμός, η παρακολούθηση και η υλοποίηση των εκστρατειών πρόληψης, η εκπαίδευση στελεχών των φορέων που ασχολούνται με την πρόληψη, η προώθηση της έρευνας και της επιστημονικής τεκμηρίωσης και η ανάπτυξη διαδικασιών ποιότητας και αξιολόγησης (Stel, 1999 και Y.Y.K.A., 2008).

### **5.3 Πρακτικές για την εφαρμογή προληπτικών μέτρων**

Για να είναι αποτελεσματική μια προληπτική παρέμβαση, εκτός από τη σωστή πολιτική που πρέπει να ακολουθηθεί, απαιτείτε να υπάρχει γνώση των στελεχών της σωστής πρακτικής εφαρμογής προληπτικών μέτρων. Αρχικά για την ανάπτυξη ενός προγράμματος πρόληψης, τα στελέχη οφείλουν ορισμένα πράγματα, όπως:

- ✓ Το κοινωνικό υπόβαθρο της χρήσης και τις εξελίξεις που την αφορά
- ✓ Τις διάφορες ομάδες-στόχου και τις μεθόδους παρέμβασης που αρμόζουν σε κάθε μια από αυτές
- ✓ Τη χρηματοδότηση των προγραμμάτων και την οργάνωσή τους
- ✓ Τους αναγκαίους πόρους για την επιτυχή ολοκλήρωση του σχεδίου δράσης

Τα βήματα για την εφαρμογή προγραμμάτων, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές του O.S.A.P. (Office for Substance Abuse Prevention) των Η.Π.Α. , είναι εννέα.

1. Έρευνα αναγκών : είναι σημαντικό το στέλεχος πρόληψης να έχει μια σαφή εικόνα των προβλημάτων που εκφράζονται μέσα από την ίδια την κοινωνία. Αυτό βοηθάει στον καθορισμό των προτεραιοτήτων, αλλά και στον προσδιορισμό των μέσων που μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες. Η διαδικασία που ακολουθείτε για την έρευνα αναγκών είναι η συνέντευξη φορέων και ατόμων, η ανάλυση των περιπτώσεων, η διερεύνηση κοινωνικών ενδείξεων. Αμέσως μετά ακολουθούν συζητήσεις επαγγελματιών του χώρου υγείας, οι συνεντεύξεις με πρόσωπα κλειδιά. Τέλος γίνεται η διερεύνηση των ομάδων-στόχου.  
Εκτός από τις ανάγκες το στέλεχος πρέπει να ερευνήσει τα προγράμματα πρόληψης που έχουν γίνει, καθώς και τα αποτελέσματά τους.
2. Ανάπτυξη στόχων πρόληψης: οι στόχοι βασίζονται στις ανάγκες και στα προβλήματα που προέκυψαν μέσα από την έρευνα αναγκών. Μέσα από τους στόχους ουσιαστικά διατυπώνονται τα επιθυμητά αποτελέσματα της προληπτικής παρέμβασης, όπως είναι η επίλυση των προβλημάτων που παρουσιάστηκαν.
3. Καθορισμός δεικτών: «ένας δείκτης είναι ένας ποσοτικά καθορισμένος στόχος που μπορεί να αναλυθεί σε επιμέρους στόχους εργασία» είναι δηλαδή τα πρακτικά βήματα που πρέπει να γίνουν για να επιτευχθεί ο αρχικός στόχος.
4. Καταγραφή των απαραίτητων πόρων: η καταγραφή των απαραίτητων πόρων είναι πιθανόν να περιλαμβάνει τη συμμετοχή εθελοντών, πρόσβαση σε υπηρεσίες και συνεργασία με άλλους φορείς πρόληψης.
5. Προσδιορισμός πηγών χρηματοδότησης: μετά την καταγραφή των πόρων και την δημιουργία αναλυτικού και σαφή προϋπολογισμού της παρέμβασης, γίνεται ο προσδιορισμός των πηγών χρηματοδότησης. Οι πηγές χρηματοδότησης μπορεί να είναι οικονομικές συνεισφορές από την κοινότητα, κυβερνητικές επιχορηγήσεις και επιχορηγήσεις από ιδρύματα και ιδιωτικά κεφάλαια.
6. Κατανομή αρμοδιοτήτων: τα στελέχη πρόληψης πρέπει να μοιράσουν τις αρμοδιότητες, αυτό βοηθάει στην αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης. Οι αρμοδιότητες μπορεί να περιλαμβάνουν, ανάπτυξη δραστηριοτήτων, συλλογή και μετάδοση δεδομένων, καταγραφή και ανταλλαγή απόψεων, συντονισμός δραστηριοτήτων κτλ.
7. Εφαρμογή: είναι το στάδιο στο οποίο οι παρεμβάσεις του προγράμματος κάνουν τη πρώτη εμφάνιση. Τα βήματα της επιτυχούς εφαρμογής είναι τέσσερα:
  - *Διερεύνηση του περιβάλλοντος και της γνώμης των ανθρώπων.* Όταν αρχίζει ένα πρόγραμμα είναι απαραίτητο να γίνει απογραφή των εμπλεκόμενων ομάδων και φορέων. Μέσα σε ένα δίκτυο μπορεί να γίνει ανταλλαγή πληροφοριών και να εκφραστούν κίνητρα για μεγαλύτερη κινητοποίηση.

- *Ενεργοποίηση ενδογενών παραγόντων στο επίπεδο του παρεμβαίνοντος και του αποδέκτη.* Ο βαθμός στον οποίο ο αποδέκτης είναι δεκτικός ή πρόθυμος να επεξεργαστεί τις πληροφορίες επηρεάζει την αποδοτικότητα της διάδοσης των πληροφοριών.
  - *Υλοποίηση δράσεων.* Σε αυτό το στάδιο εντάσσονται όλες οι δραστηριότητες που γίνονται κατά τη διάρκεια του προγράμματος.
  - *Αναφορά/τεκμηρίωση.* Βοηθά τα στελέχη πρόληψης να διαπιστώσουν κατά πόσο το πρόγραμμα εφαρμόζεται σύμφωνα με το σχέδιο.
8. Αξιολόγηση: η αξιολόγηση πρέπει να αποτελεί ουσιαστικό συστατικό του προγράμματος. Ο στόχος της αξιολόγησης είναι να εξετάσει κατά πόσο ένα σχέδιο δράσης ή πρόγραμμα ανταποκρίνεται στους προγραμματισμένους στόχους. Επίσης κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης πρέπει να εξεταστεί και η σχέση μεταξύ κόστους και του οφέλους.
9. Προσαρμογή προγράμματος: τα στοιχεία της αξιολόγησης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την τροποποίηση και προσαρμογή του προγράμματος πρόληψης.

#### **5.4 Διλήμματα στην πρόληψη του καπνίσματος**

Πριν την εφαρμογή κάποιου μέτρου πρόληψης σκόπιμο είναι να αναζητηθούν τα προβλήματα που πιθανόν τα προκύψουν. Τα δύο βασικά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν κατά την διάρκεια της εφαρμογής ενός προληπτικού μέτρου είναι:

1. Η ενίσχυση του συμπτώματος: όταν μέσα από μία προληπτική παρέμβαση γίνεται εστίαση προς την αντιμετώπιση ενός συμπτώματος, συνήθως καταλήγει στο να ενισχύεται. Σκόπιμο είναι τα στελέχη μιας τέτοιας παρέμβασης όσο το δυνατόν γρηγορότερα να ξεφύγουν από το σύμπτωμα και να ενδιαφερθούν για τα άτομα ή τις ομάδες που έχουν αυτό το σύμπτωμα (Gervais, 1994). Κλασικό παράδειγμα είναι τα προγράμματα ενημέρωσης για το κάπνισμα στα σχολεία, πολλές φορές υπάρχει κίνδυνος μέσα από την ενημέρωση να ενισχύεται η περιέργεια του έφηβου για τη συγκεκριμένη συνήθεια.
2. Η μετάθεση του συμπτώματος: πολλές φορές το ενδιαφέρον με τρόπο συστηματικό και έντονο για ένα σύμπτωμα, μπορεί να μειώσει ή να εξαφάνιση αυτό το σύμπτωμα, αλλά παράλληλα να ενδυναμώσει την ύπαρξη κάποιου άλλου συμπτώματος εξίσου σοβαρού (Gervais, 1994). Ένα

τέτοιο παράδειγμα είναι η άποψη ότι με την απαγόρευση του καπνίσματος στα νυχτερινά κέντρα θα αυξηθεί η κατανάλωση αλκοόλ.

Τα δύο παραπάνω προβλήματα σχετίζονται με την συμπεριφορά των στελεχών πρόληψης, αλλά τα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν δεν σχετίζονται μόνο με τα στελέχη αλλά και με την ομάδα στόχο στην οποία απευθύνεται η παρέμβαση. Σκόπιμο είναι η αναζήτηση αυτών των δυσκολιών που τυχόν να προκύψουν να γίνει μέσα από τις θεωρίες-μοντέλα για τη συμπεριφορά της υγείας που προέρχονται μέσα από τον κλάδο της κοινωνικής ψυχολογίας:

- Το μοντέλο που αφορά τις αντιλήψεις ως προς την υγεία: σύμφωνα με αυτό το μοντέλο η συμπεριφορά υγείας ενός ατόμου εξαρτάται από το βαθμό στον οποίο πιστεύει ότι είναι ευάλωτο σε μια ορισμένη αρρώστια και στις συνέπειες αυτής (Stroebe & Stroebe, 1977). Για παράδειγμα, σε μια καμπάνια πρόληψης της καπνιστικής συμπεριφοράς, μπορεί τα άτομα στα οποία απευθύνεται να μην θεωρήσουν ότι είναι ευάλωτα απέναντι στην εξάρτηση από τη νικοτίνη.
- Η θεωρία της προστασίας- κινητοποίησης: η συγκεκριμένη θεωρία υποστηρίζει ότι η κινητοποίηση ενός ατόμου ενάντια σε έναν κίνδυνο εξαρτάται από τρεις απόψεις, 1. την εκτίμηση του κινδύνου ως σοβαρού, 2. την εκτίμηση ότι ο ίδιος είναι ευάλωτος, και 3. την πεποίθηση ότι μπορεί ο ίδιος να δράσει αποτελεσματικά για να τον αντιμετωπίσει (Stroebe & Stroebe, 1977). Λαμβάνοντας υπόψη τις τρεις αυτές απόψεις ερευνούνται και τα προβλήματα τα οποία μπορεί να προκύψουν, όπως να μην εκτιμηθούν σωστά οι κίνδυνοι της καπνιστικής συμπεριφοράς, να θεωρηθεί από ορισμένους ότι το κάπνισμα είναι κάτι που δεν εγκυμονεί κινδύνους για τον ίδιο κτλ.
- Η θεωρία της έλλογης δράσης: η συμπεριφορά κάθε ατόμου εξαρτάται από την πρόθεση του να υιοθετήσει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, επηρεασμένος από τις προσωπικές στάσεις και αξίες (Stroebe & Stroebe, 1977). Η καπνιστική συμπεριφορά είναι μια συνήθεια που ανέκαθεν στηριζόταν σε ένα σύστημα αξιών.
- Η θεωρία της σκόπιμης συμπεριφοράς: σύμφωνα με αυτή τη θεωρία η αντίληψη του ατόμου ως προς τη δυνατότητα να ελέγξει μία κατάσταση μπορεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά (Stroebe & Stroebe, 1977). Σε ορισμένες καμπάνιες δευτερογενούς κυρίως πρόληψης υπερτονίζονται οι

δυσκολίες των εθιστικών επιπτώσεων της νικοτίνης με αποτέλεσμα οι καπνίζοντες να αποθαρρύνονται να προχωρήσουν σε διακοπή.

Το μοντέλο της αυτόματης επεξεργασίας: σε αυτό το μοντέλο τονίζεται ότι όταν η έκδηλη συμπεριφορά δεν είναι σημαντική για το άτομο, τότε η στάση επηρεάζει τη συμπεριφορά του με ένα αυτόματο τρόπο (Stroebe & Stroebe, 1977). Πολλές φορές επειδή τα αρνητικά αποτελέσματα του καπνίσματος δεν είναι άμεσα ορατά, το άτομο υιοθετεί μια στάση, σύμφωνα με την οποία δεν θεωρείτε σημαντική η λήψη μέτρων αντιμετώπισης (όπως διακοπή).

## **Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>: Πολιτικές κατά του καπνίσματος ανά τον κόσμο.**

### **6.1 Στρατηγική του ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) για την καταπολέμηση του καπνίσματος**

«Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization), είναι ένας αυτόνομος διεθνής διακρατικός οργανισμός που συνδέεται με τον ΟΗΕ (Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών), του οποίου αποτελεί εξειδικευμένη οργάνωση. Ιδρύθηκε επίσημα το 1948 και εδρεύει στη Γενεύη» (Πασσάς, χ.χ.:227).

Τα κυριότερα όργανα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, είναι:

1. Η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας, στην οποία συμμετέχουν αντιπρόσωποι όλων των Κρατών-μελών του ΟΗΕ.
2. Το Εκτελεστικό Συμβούλιο, που συγκροτείται από 31 μέλη.
3. Και η Γενική Γραμματεία, της οποίας προϊστάται ο Γενικός Διευθυντής.

Σκοπός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, είναι η απόκτηση του ανώτερου δυνατού επιπέδου υγείας σε όλους τους λαούς της γης. Υπέρ αυτού του σκοπού προσφέρει υπηρεσίες σε παγκόσμια κλίμακα σε κάθε κράτος, ενθαρρύνει ιατρικές έρευνες, χορηγεί υποτροφίες, οργανώνει εργαστήρια και πλήθος εκθέσεων και σεμιναρίων για τη διασφάλιση της υγείας (Πασσάς, χ.χ.).

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008), ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, έχει ξεκινήσει μια εκστρατεία για την καταπολέμηση του καπνίσματος, θέτοντας το ως στόχο υψηλής προτεραιότητας για τη δημόσια υγεία και παράλληλα έχει αναπτύξει αξιόλογες πολιτικές για τον περιορισμό του καπνίσματος. Από το 1987 μέχρι και το 2002, το Ευρωπαϊκό τμήμα του Π.Ο.Υ., υιοθέτησε την Ευρωπαϊκή στρατηγική για τον έλεγχο του καπνίσματος.

Οι συντονισμένες αυτές προσπάθειες συνεχίστηκαν και τον Μάιο του 2003, τα κράτη-μέλη του ΠΟΥ συμφώνησαν στη σύναψη και υπογραφή μιας διεθνούς συνθήκης για τον έλεγχο του καπνίσματος (WHO Framework Convention on Tobacco Control-FCTC), η οποία υπογράφηκε από τα 192 μέλη του ΠΟΥ και τέθηκε σε εφαρμογή από τον Φεβρουάριο του 2005. Η συνθήκη περιλάμβανε το πλαίσιο για τη θέσπιση ολοκληρωμένης νομοθεσίας από τις χώρες-μέλη και ολοκληρωμένης

πολιτικής για τον έλεγχο του καπνίσματος με την ανάληψη από τα κράτη μιας σειράς μέτρων και πρωτοβουλιών στους ακόλουθους τομείς:

1. Θέσπιση απαγορευτικών διατάξεων στη διαφήμιση, την προβολή και τη χορηγία προϊόντων καπνού.
2. Υποχρεωτική αναγραφή προειδοποιητικών πινακίδων πάνω στις συσκευασίες προϊόντων καπνού, οι οποίες θα περιλαμβάνουν έγχρωμες φωτογραφίες και διαγράμματα.
3. Απαγόρευση της χρήσης παραπλανητικών όρων όπως "ελαφρύ" ή "μαλακό".
4. Προστασία των πολιτών από την έκθεση στον καπνό στους χώρους εργασίας, στις δημόσιες μεταφορές και τους κλειστούς δημόσιους χώρους.
5. Καταπολέμηση του λαθρεμπορίου προϊόντων καπνού.
6. Αύξηση της φορολογίας στα προϊόντα καπνού.
7. Παροχή θεραπευτικών υπηρεσιών ανεξάρτησης από τη νικοτίνη.
8. Καθώς επίσης και ενημέρωση-ευαισθητοποίηση του πληθυσμού για τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία.

Η Συνθήκη προβλέπει επιπλέον νομοθετικά μέτρα για τη βιομηχανία καπνού, την αναγραφή των ενδείξεων περιεκτικότητας στα διάφορα συστατικά, την ανταλλαγή πληροφοριών και τη συνεργασία μεταξύ των κρατών. Η Ευρωπαϊκή στρατηγική για τον έλεγχο του καπνίσματος περιλαμβάνει επιπλέον ειδικές συστάσεις προς τα κράτη-μέλη σε ότι αφορά την ανάπτυξη προγραμμάτων και υπηρεσιών διακοπής του καπνίσματος και ανεξάρτησης από αυτό. Σύμφωνα με τις συστάσεις αυτές, οι εθνικές πολιτικές πρέπει να περιλαμβάνουν:

1. Προγράμματα εκπαίδευσης και προαγωγής υγείας που να ενθαρρύνουν τη διακοπή του καπνίσματος, λαμβάνοντας υπ' όψιν τις διαφορές ηλικίας και φύλου.
2. Ανάπτυξη και ενσωμάτωση καλών πρακτικών θεραπείας της εξάρτησης από τη νικοτίνη και πρόληψη της υποτροπής με μεθόδους υποστήριξης, συμπεριφοράς, συμβουλευτικές υπηρεσίες, τηλεφωνικές γραμμές διακοπής καθώς και ειδικών προγραμμάτων για τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, την προστασία της μητρότητας και τις αντιφυματικές μονάδες.
3. Ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στις μεθόδους διακοπής του καπνίσματος.



4. Ίδρυση προγραμμάτων και υπηρεσιών διάγνωσης, ιατρικής συμβουλευτικής και θεραπείας της εξάρτησης από τη νικοτίνη, με προτεραιότητα στις πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας.

Εφαρμογή μέτρων για τη δωρεάν χορήγηση ή τη μείωση της τιμής των φαρμακευτικών σκευασμάτων που χρησιμοποιούνται για τη διακοπή του καπνίσματος (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

## **6.2 Στρατηγική της ευρωπαϊκής ένωσης για την καταπολέμηση του καπνίσματος**

Ο αγώνας κατά του καπνίσματος αποτελεί προτεραιότητα της πολιτικής δημόσιας υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του '60, στο πλαίσιο της στρατηγικής "Ευρώπη κατά του καρκίνου". Μετά το πρώτο πρόγραμμα της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά του καπνίσματος το 1987 στην εικοσαετία που ακολούθησε, υιοθέτησε μια σειρά μέτρων και πολιτικών κατά του καπνίσματος, με τη θέσπιση κοινοτικών οδηγιών στους ακόλουθους τομείς:

1. Περιορισμό της παραγωγής καπνού, στα πλαίσια της κοινής αγροτικής πολιτικής.
2. Πολιτική αύξησης της φορολογίας και των τιμών των προϊόντων καπνού, με σκοπό τον περιορισμό της ζήτησης.
3. Επιβολή περιορισμών στη διαφήμιση και προβολή των προϊόντων καπνού.
4. Επιβολή υποχρεωτικών προειδοποιητικών ενδείξεων επικινδυνότητας πάνω στις συσκευασίες των τσιγάρων και των άλλων προϊόντων καπνού.
5. Μέτρα για τον περιορισμό της πρόσβασης των νέων στα προϊόντα καπνού.
6. Μέτρα προστασίας από το κάπνισμα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης.
7. Επιβολή απαγορεύσεων και περιορισμών στο κάπνισμα σε δημόσιους χώρους.
8. Επιβολή απαγορεύσεων και περιορισμών στο κάπνισμα στους χώρους εργασίας και ιδίως σε επαγγελματικούς χώρους όπου υπάρχουν καρκινογόνες ουσίες.
9. Μέτρα και πολιτικές για τη βελτίωση της έγκυρης ενημέρωσης του πληθυσμού, με καμπάνιες ενημέρωσης.

10. Προώθηση και ενίσχυση μέτρων και δράσεων για τη διακοπή του καπνίσματος και την απεξάρτηση των ήδη καπνιστών.

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

1. Τη δημιουργία χώρων ελεύθερων καπνίσματος.
2. Τον περιορισμό της πρόσβασης των νέων στα προϊόντα καπνού.
3. Τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των προειδοποιητικών επιγραφών πάνω στα προϊόντα καπνού και.
4. Την ενίσχυση των απαγορευτικών μέτρων στην προβολή και παρουσίαση.

Ενώ, οι σημαντικότερες πρόσφατες κοινοτικές οδηγίες για τα παραπάνω σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008), είναι οι εξής:

**1. Πράσινη Βιβλίο της 30ης Ιανουαρίου 2007 - Προς μια Ευρώπη ελεύθερη καπνίσματος: επιλογές πολιτικής σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης [COM(2007) 27 final].**

Σκοπός της οδηγίας είναι η προώθηση μιας ευρείας πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη δημιουργία χώρων ελεύθερων καπνίσματος, που εκτιμάται ότι μπορεί να έχει μεγάλη αποτελεσματικότητα ως πολιτική έναντι του καπνίσματος.

**2. Οδηγία 2001/37/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 5ης Ιουνίου 2001, για την προσέγγιση των νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων των κρατών μελών σχετικά με την παραγωγή, την παρουσίαση και την πώληση των προϊόντων καπνού.**

Η οδηγία αποτελεί συγχώνευση τριών προηγούμενων οδηγιών σχετικών με τα προϊόντα καπνού (των 89/622/EOK, 92/41/EOK και 90/239/EOK). Με την οδηγία ρυθμίζονται η παραγωγή, η παρουσίαση και η πώληση προϊόντων καπνού, κυρίως σε ότι αφορά τις προειδοποιητικές ενδείξεις επάνω στα πακέτα, την απαγόρευση χαρακτηρισμών όπως "mild" ή "light", τις μέγιστες περιεκτικότητες σε νικοτίνη, πίσσα και μονοξείδιο του άνθρακα και την απαγόρευση καπνού που λαμβάνεται από το στόμα.

**3. Απόφαση 2003/641/EK της Επιτροπής, της 5ης Σεπτεμβρίου 2003, σχετικά με τη χρήση έγχρωμων φωτογραφιών ή άλλων εικονογραφήσεων ως προειδοποιήσεων για την υγεία στις συσκευασίες προϊόντων καπνού [Επίσημη Εφημερίδα L 226/10.09.2003].**

Η απόφαση επιδιώκει να θεσπίσει κανόνες για τη χρήση έγχρωμων φωτογραφιών ή άλλων εικονογραφήσεων στις προειδοποιητικές επιγραφές στις συσκευασίες προϊόντων καπνού. Αποτελεί συνέχεια της οδηγίας 2001/37/EK, που επιβάλλει ήδη τη μεγέθυνση των προειδοποιήσεων στις συσκευασίες σχετικά με την υγεία. Ωστόσο, η χρήση των προτεινόμενων εικονογραφήσεων δεν είναι δεσμευτική.

**4. Οδηγία 2003/33/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 26ης Μαΐου 2003, για την προσέγγιση των νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων των κρατών μελών όσον αφορά τη διαφήμιση και τη χορηγία υπέρ των προϊόντων καπνού [Επίσημη Εφημερίδα L 152/20.06.2003].**

Στόχος της οδηγίας είναι να απαγορεύσει τη διαφήμιση υπέρ των προϊόντων καπνού στα έντυπα μέσα μαζικής ενημέρωσης, στις ραδιοφωνικές εκπομπές και μέσω της κοινωνίας της πληροφορίας. Η οδηγία απαγορεύει επίσης τη χορηγία εκδηλώσεων που έχουν διασυνωριακό αντίκτυπο και αποβλέπουν στην προώθηση των προϊόντων καπνού.

**5. Σύσταση 2002/303/EK της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και του Συμβουλίου της 17 Ιουνίου 2002 για την πρόληψη του καπνίσματος και για πρωτοβουλίες με σκοπό τη βελτίωση του ελέγχου του καπνού [COM (2002) 303 final].**

Η σύσταση αποβλέπει στην προώθηση και υιοθέτηση από τις χώρες - μέλη μέτρων και πολιτικών για την πρόληψη του καπνίσματος, ιδίως των νέων, με μια σειρά συστάσεων που περιλαμβάνουν απαγόρευση της πώλησης σε ανήλικους και περιορισμό της πρόσβασης των νέων στα αυτόματα μηχανήματα πώλησης, απομάκρυνση των προϊόντων καπνού από κάθε είδους βιτρίνες και ράφια των self service καταστημάτων, απαγόρευση της χρήσης εμπορικών ονομασιών τσιγάρων σε άλλα προϊόντα και το αντίστροφο, κλπ.

**6. Σύσταση 2003/54/EK του Συμβουλίου, της 2ας Δεκεμβρίου 2002, σχετικά με την πρόληψη του καπνίσματος και με πρωτοβουλίες για την ενίσχυση της καταπολέμησής του [Επίσημη Εφημερίδα L 22/25.01.2003].**

Η σύσταση αυτή αποβλέπει στον έλεγχο της πώλησης προϊόντων καπνού στα παιδιά και στους εφήβους. Επίσης, αποσκοπεί στην καλύτερη ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία που συνδέονται με το κάπνισμα, ώστε να αποθαρρύνει την κατανάλωση προϊόντων καπνού (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

### **6.3 Ευρωπαϊκές πολιτικές κατά του καπνίσματος**

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008), οι πολιτικές ενάντια στο κάπνισμα που αναπτύσσονται στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες κινούνται στο πλαίσιο των σχετικών κοινοτικών οδηγιών και των κατευθύνσεων της Διεθνούς Συνθήκης κατά του Καπνίσματος. Μέσα από τις πολιτικές αυτές, ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Μ. Βρετανία, η Νορβηγία, πέτυχαν μείωση του ποσοστού των καπνιστών μέχρι ποσοστού 20-25%, ενώ σε άλλες χώρες η αποτελεσματικότητα των πολιτικών είναι προς το παρόν ακόμη περιορισμένη.

Η πραγματικότητα που επικρατεί σε κάθε επιμέρους τομέα πολιτικής έχει ως εξής.

### **1. Φορολογία και πολιτική τιμών**

Οι πολιτικές για την αυξημένη φορολογία του καπνού αποσκοπούν στην αποθάρρυνση της κατανάλωσης και στην κάλυψη των δαπανών περίθαλψης των νοσημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα. Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τρεις κοινοτικές οδηγίες του 1992 καθορίζουν το ελάχιστο επίπεδο φορολογίας, το οποίο πρέπει να αντιπροσωπεύει τουλάχιστον το 70% της τελικής τους τιμής.

Η φορολογία του καπνού αυξάνει τις τιμές και έχει πραγματική επίπτωση στο επίπεδο κατανάλωσης, ιδίως στους νέους και στα άτομα με χαμηλότερα εισοδήματα. Υπολογίζεται ότι μια μέση αύξηση της τιμής κατά 10% μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της κατανάλωσης κατά 5-7% (WHO 2007).

Εντούτοις, η πολιτική της ελάχιστης φορολογίας εφαρμόστηκε με διαφορετικό τρόπο και οδήγησε σε διαφορετικά αποτελέσματα στις διάφορες χώρες. Στη Μ. Βρετανία και τη Γερμανία, η μέση αύξηση της τιμής των τσιγάρων μετά το 1990 φτάνει το 5% ετησίως και είχε ως αποτέλεσμα μια ουσιαστική αύξηση τιμών (WHO 2007). Αντίθετα σε άλλες χώρες, όπως η Αυστρία και η Δανία, οι τιμές των τσιγάρων παρέμειναν σχετικά σταθερές. Επιπλέον, διαπιστώνεται, ότι εξαιτίας της γενικότερης ανάπτυξης, ακόμη και μετά τις αυξήσεις στη φορολογία, οι τιμές των προϊόντων καπνού είναι περισσότερο ανεκτές για τον πληθυσμό έναντι εκείνων της δεκαετίας του '60. Αυτό υπαγορεύει την ανάγκη συνεχούς επικαιροποίησης της πολιτικής τιμών και φορολογίας.

### **2. Απαγόρευση καπνίσματος σε δημόσιους χώρους.**

Σχεδόν όλες οι ευρωπαϊκές χώρες έχουν υιοθετήσει κάποιου είδους μέτρα απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους. Στον πίνακα 7 συνοψίζονται τα δεδομένα για τις απαγορευτικές πολιτικές σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες.

### **3. Απαγόρευση διαφήμισης και προβολής**

Η διαφήμιση των προϊόντων καπνού μέσω της τηλεόρασης απαγορεύεται στις χώρες της ΕΕ με την Οδηγία 97/36/ΕΟΚ, η οποία καλύπτει και την έμμεση διαφήμιση, καθώς και τη χορηγία εκπομπών. Για τις υπόλοιπες μορφές διαφήμισης, η βάση των ευρωπαϊκών πολιτικών είναι η Οδηγία 2003/33/ΕΚ, η οποία αντικατέστησε άλλες παλαιότερες και η οποία καλύπτει πολλές μορφές άμεσης διαφήμισης και αθλητικών χορηγιών, αλλά δεν καλύπτει την έμμεση διαφήμιση. Η Οδηγία θα έπρεπε να έχει ενσωματωθεί στις εθνικές νομοθεσίες μέχρι τον Ιούλιο του 2005, αλλά σε ορισμένες χώρες, όπως Γερμανία και Ισπανία, παρατηρήθηκαν σημαντικές καθυστερήσεις.

Πέραν των υποχρεωτικών μέτρων της Οδηγίας 2003/33, αρκετές χώρες έχουν υιοθετήσει πρόσθετα απαγορευτικά μέτρα αναφορικά με τη διαφήμιση, στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής για τον Έλεγχο του Καπνίσματος του ΠΟΥ. Στη Μ. Βρετανία, από το 2003 απαγορεύθηκε η διαφήμιση μέσω υπαίθριων διαφημιστικών πινακίδων, μέσω ταχυδρομείου, καθώς και η χορηγία σε αθλητικές εκδηλώσεις τοπικής εμβέλειας, ενώ από το 2005 τέθηκαν σε εφαρμογή οι απαγορεύσεις στη διαφήμιση και τη χορηγία σε διεθνείς αθλητικές εκδηλώσεις, όπως η Φόρμουλα-1 κλπ. Μέχρι το 2006, η απαγόρευση της υπαίθριας διαφήμισης είχε επεκταθεί στις περισσότερες χώρες της δυτικής Ευρώπης, όπως και η διαφήμιση στους κινηματογράφους, σε περιοδικά.

Τέλος, οι σκανδιναβικές χώρες, η Ισπανία, η Πορτογαλία, έχουν επιπλέον επιβάλλει απαγορεύσεις στην προβολή των προϊόντων καπνού σε προθήκες προβολής και σημεία πώλησης.

#### **4. Προειδοποιητικές επιγραφές**

Η πολιτική των ευρωπαϊκών χωρών για τις προειδοποιητικές επιγραφές επικινδυνότητας πάνω στα προϊόντα καπνού καθορίζεται με βάση τις σχετικές κοινοτικές οδηγίες. Η Οδηγία 2001/37/ΕΚ αύξησε την ελάχιστη επιφάνεια που πρέπει να καλύπτουν οι προειδοποιητικές επιγραφές από 4% σε τουλάχιστον 30% της εμπρός όψης και τουλάχιστον 40% της πίσω όψης της επιφάνειας του πακέτου. Επιπλέον, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δίνει οδηγίες για να συμπεριληφθούν στις προειδοποιητικές επιγραφές έγχρωμες εικόνες και διαγράμματα, με σκοπό να κάνουν τον μήνυμα πιο αποτελεσματικό. Η σχετική σύσταση προσφέρει 42 διαφορετικές εικόνες, μεταξύ των οποίων μπορούν να επιλέξουν οι διάφορες χώρες. Αρκετές χώρες, όπως το Βέλγιο ήδη από το 2004, έχουν ήδη αρχίσει να εφαρμόζουν τη σχετική σύσταση.

Ορισμένες χώρες έχουν εφαρμόσει και άλλα μέτρα διακίνησης προειδοποιητικών επιγραφών, όπως η Ιταλία, με την τοποθέτηση μέσα στις συσκευασίες τσιγάρων ενημερωτικών φυλλαδίων, με αναλυτικές πληροφορίες και στοιχεία.

## **5. Προστασία των νέων**

Τα μέτρα προστασίας των νέων περιλαμβάνουν αφενός προγράμματα ενημέρωσης και αγωγής υγείας μέσω της εκπαίδευσης και αφετέρου ειδικές απαγορεύσεις στη διαφήμιση, ειδικά προσανατολισμένες στην προστασία των νέων. Παράλληλα όμως, αρκετές χώρες έχουν υιοθετήσει ειδικά απαγορευτικά μέτρα στην πώληση προϊόντων καπνού στους νέους, στο πλαίσιο της σύστασης 2003/54/EK. ενδεικτικά αναφέρουμε τα παρακάτω:

- Στο Βέλγιο, απαγορεύεται η πώληση σε άτομα κάτω των 18 ετών και η χρήση των αυτόματων μηχανών πώλησης σε άτομα κάτω των 16.
- Στη Γερμανία, απαγορεύεται η πώληση καπνού σε άτομα κάτω των 16 ετών.
- Στη Νορβηγία, απαγορεύεται η πώληση σε άτομα κάτω των 18 ετών, ενώ η πώληση μέσω αυτόματων μηχανών πρέπει να επιβλέπεται από ενήλικες.

- Τέλος στην Ισπανία, απαγορεύεται η πώληση σε άτομα κάτω των 18 ετών, ενώ όλες οι αυτόματες μηχανές πώλησης πρέπει να λειτουργούν με "smart card", έτσι ώστε η αγορά να μπορεί να γίνεται μόνο από άτομα που εκπληρώνουν το κριτήριο της ηλικίας.

## **6. Εκπαίδευση και πληροφόρηση**

Παράλληλα με τα νομοθετικά μέτρα, εκπαιδευτικά προγράμματα και καμπάνιες πληροφόρησης για το κάπνισμα και τις συνέπειές του αναπτύσσονται είτε σε εθνικό είτε σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Η Ευρωπαϊκή Ένωση χρηματοδοτεί αρκετές τέτοιες δράσεις, στα πλαίσια της πρωτοβουλίας HELP.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα απευθύνονται είτε σε στελέχη των υπηρεσιών υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στις μεθόδους διακοπής του καπνίσματος, είτε σε στελέχη της εκπαίδευσης, της δημόσιας διοίκησης και των επιχειρήσεων, με σκοπό την προώθηση μέτρων και πρωτοβουλιών κατά του καπνίσματος. Εκπαιδευτικά προγράμματα στα σχολεία έχουν αναπτύξει οι σκανδιναβικές χώρες, οι κάτω χώρες, η Ισπανία, η Πορτογαλία, η Μ. Βρετανία.

Εκστρατείες ενημέρωσης που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό έχουν αναπτύξει σχεδόν όλες οι ευρωπαϊκές χώρες. Επιπλέον, ορισμένες χώρες έχουν αναπτύξει εκστρατείες προσανατολισμένες σε συγκεκριμένο στόχο, όπως οι πρωτοβουλίες "Νοσοκομεία ελεύθερα καπνίσματος" στη Γερμανία.

## **7. Μέτρα για τη διακοπή του καπνίσματος**

Πολλές χώρες έχουν αναπτύξει εθνικά ή τοπικά προγράμματα που απευθύνονται σε καπνιστές, με σκοπό τη διακοπή του καπνίσματος και την απεξάρτηση από τη νικοτίνη. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν την παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών και φαρμακευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, ειδικές καμπάνιες που απευθύνονται σε καπνιστές με σκοπό την ενθάρρυνση της συμμετοχής τους σε προγράμματα διακοπής, τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας.

Μια μορφή μαζικής καμπάνιας για τη διακοπή του καπνίσματος που έχει αρχίσει να αναπτύσσεται σε αρκετές χώρες με επίκεντρο τη Φινλανδία, είναι η καμπάνια "Quit and Win", στην οποία καλούνται να μετέχουν καπνιστές σε ένα πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος, που αν το ολοκληρώσουν επιτυχώς, μετέχουν σε κληρώσεις για διάφορα δώρα.

Τέλος, κατά τα τελευταία χρόνια, καταβάλλονται προσπάθειες για την ανάπτυξη μαζικών μεθόδων παρέμβασης που να παρέχουν εξατομικευμένες οδηγίες ή βοήθεια,

όπως οι τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας και προγράμματα μέσω διαδικτύου (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Ειδικότερα, στην Αυστρία, απαγορεύτηκε το κάπνισμα σε δημόσια κτίρια, σχολεία, εκπαιδευτικά ιδρύματα, δημόσιες μεταφορές, δεν απαγορεύτηκε όμως στους χώρους εργασίας. Στο Βέλγιο, από το 2006, απαγορεύτηκε το κάπνισμα σε όλους τους χώρους εργασίας και επιτρέπεται μόνο σε καθορισμένους αεριζόμενους χώρους. Ενώ, απαγορεύεται ρητά το κάπνισμα σε εστιατόρια και επιτρέπεται μόνο σε ξεχωριστούς κλειστούς αεριζόμενους χώρους. Εξαιρέση αποτελούν τα μπαρ, όπου απαιτείται αερισμός και τμήμα μη καπνιστών. Στη Γαλλία, από το 2008, υπάρχει πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους χώρους, τα εστιατόρια και τα μπαρ. Στη Γερμανία, από το 2002 υπάρχει απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους χώρους και χώρους εργασίας. Δεν απαγορεύεται όμως στις συγκοινωνίες και σε ορισμένα δημόσια κτίρια. Στην Ιταλία, από το 2005, τέθηκε απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους δημόσιους χώρους, τους χώρους εργασίας και τα εστιατόρια. Επιτρέπεται μόνο σε καθορισμένους κλειστούς αεριζόμενους χώρους καπνίσματος. Στην Ισπανία, από το 2006, απαγορεύεται στους χώρους εργασίας και σε εστιατόρια και μπαρ μεγαλύτερα των 100 τ.μ. που δεν έχουν τμήμα καπνιστών. Στη Σουηδία, η απαγόρευση ισχύει για όλους τους χώρους εργασίας και από το 2005 υπάρχει πλήρης απαγόρευση σε εστιατόρια, μπαρ και καφέ. Επιτρέπεται μόνο σε ειδικά κλειστά αεριζόμενα δωμάτια καπνίσματος. Τέλος, η Μ. Βρετανία, από το 2007, τέθηκε πλήρης απαγόρευση σε όλους τους χώρους εργασίας, εστιατόρια και μπαρ (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).



## **Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>: Ο Νόμος απαγόρευσης του καπνίσματος στην Ελλάδα.**

### **7.1 Το περιεχόμενο του νέου Νόμου απαγόρευσης του καπνίσματος στην Ελλάδα**

Ο πρώτος αντικαπνιστικός νόμος στη σύγχρονη Ελλάδα εισήχθη με βασιλικό διάταγμα του 1856. Αφορούσε αποκλειστικά το κάπνισμα σε κρατικά κτήρια και θεμελιωνόταν στην ανάγκη πρόληψης πυρκαγιών (<http://el.wikipedia.org>, 2011).

Η απαγόρευση του καπνίσματος στην Ελλάδα, όπως και σε άλλες χώρες, επικεντρώνεται κυρίως γύρω από την απαγόρευση σε δημόσιους χώρους. Η απαγόρευση εντός δημοσίων κτιρίων, που είναι χώροι εργασίας, ισχύει δια νόμου ήδη από το 1856 και σε χώρους εργασίας για την προστασία της υγείας των καπνιστών και των μη καπνιστών, από τα αποτελέσματα του καπνίσματος, ιδιαίτερα τον καρκίνο.

Ο νόμος του 2002, απαγόρευε φαινομενικά το κάπνισμα, αλλά παρέμεινε υπό σχεδιασμό και στο μεγαλύτερο μέρος ανεφάρμοστος, μιας και οι διαχειριστές εργασιακών μονάδων μπορούσαν να επιτρέψουν εξαίρεση. Το 2008 ψηφίστηκε αυστηρότερος νόμος, που άρχισε να εφαρμόζεται την 1<sup>η</sup> Ιουλίου του 2009.

Το 2009, η Ελλάδα, είχε τα υψηλότερα ποσοστά καπνιστών στην Ευρωπαϊκή Ένωση ενώ άλλες χώρες - ακόμα και πολλές που θεωρούνται λιγότερο ανεπτυγμένες - είχαν επιτύχει μείωση του ποσοστού των καπνιστών. Ως αποτέλεσμα, είναι χαρακτηριστική η συμφωνία πολιτικών πάνω στο θέμα.

Το 2002, ψηφίστηκε νόμος που απαγόρευε το κάπνισμα σε δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους εργασίας, στα μέσα μεταφοράς, σε νοσοκομειακούς και άλλους χώρους υγείας όπως και σε εκπαιδευτικά ιδρύματα. Παρόλα αυτά, ο νόμος επιτρέπει την ειδική περίπτωση όπου ο διαχειριστής της εργασιακής μονάδας επιτρέπει το κάπνισμα, κάνοντας την απαγόρευση μη ενεργή σε πολλές περιπτώσεις.

Αφού ο προηγούμενος νόμος αποδείχτηκε πρακτικά ανεπαρκής, έγινε προσπάθεια αναθεώρησης του εγχειρήματος, δεδομένης και της σαφούς χαμηλής θέσης της Ελλάδας στο θέμα σε σχέση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Το νομοσχέδιο του Υπουργείου Υγείας είχε θέσει ως έναρξη ισχύος του νόμου την 1η Ιουλίου 2009 μετά από αναθεώρηση της προηγούμενης ημερομηνίας 1/1/2010. Η αναθεώρηση έγινε διότι θεωρήθηκε από τον Υπουργό Υγείας, Δ. Αβραμόπουλο, ότι το καλοκαίρι θα

ήταν ευνοϊκότερη περίοδος για προσαρμογή (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Ο σχετικός [Νόμος 3730/2008](#), απαγόρευε το κάπνισμα και την κατανάλωση προϊόντων καπνού με άλλους τρόπους, σε όλους τους χώρους εργασίας, συμπεριλαμβάνονται και οι ιδιωτικοί, σταθμούς μεταφοράς, ταξί και επιβατικά πλοία όπως και σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους, συμπεριλαμβάνονται και οι χώροι για νυχτερινή διασκέδαση. Ισχύουν εξαιρέσεις, τουλάχιστον προς το παρόν, κυρίως μετά από αίτηση και με σημαντικούς περιορισμούς.

Η γενική απαγόρευση που αφορά όλους τους δημόσιους χώρους, στους οποίους συμπεριλαμβάνονται μπαρ, καφετέριες και νυχτερινά κέντρα χωρίς δυνατότητα του χειριστή της μονάδας να επιτρέψει το κάπνισμα σε όλο το χώρο, εκτός και αν το σύνολο της μονάδας είναι κάτω των 70 τ.μ., ξεκίνησε την 1η Ιουλίου του 2009.

Το σχέδιο νόμου, επίσης, προβλέπει την απαγόρευση αγοράς προϊόντων καπνού από παιδιά καθώς και το να μην επιτρέπεται η είσοδός τους στις εξαιρέσεις χώρων καπνιστών ακόμα και σε ιδιωτικές εκδηλώσεις.

Χωρίς ειδική άδεια-αίτηση, το κάπνισμα, απαγορεύεται αυτομάτως σε σχετικά καταστήματα που αναφέρονται ακολούθως και δικαιούνται εξαιρέσεων.

Καταστήματα όπως μπαρ, καφετέριες, νυχτερινά κέντρα κάτω των 70 τ.μ. μικτού εμβαδού, επιλέγουν εάν γίνονται καπνιστικοί ή όχι. Για την αλλαγή ενός καταστήματος σε χώρο καπνιζόντων απαιτείται αλλαγή της άδειας. Τέτοια καταστήματα θα πρέπει να είναι εφοδιασμένα με εγκεκριμένες συσκευές εξαερισμού και να φέρουν αναρτημένο σήμα "το κατάστημα είναι χώρος για καπνίζοντες".

Για μονάδες μεταξύ των 70 και 300 τ.μ. μικτού εμβαδού, ειδικοί χώροι μπορούν να παραχωρούνται για το κάπνισμα μετά από αίτηση. Πρέπει να καταλαμβάνουν το πολύ το 30% του ωφέλιμου χώρου του καταστήματος, δηλαδή του χώρου πελατών και διαχωρισμένοι με πόρτα από το υπόλοιπο κατάστημα. Όπως και στα μικρότερα καταστήματα, απαιτείται τεχνολογία εξαερισμού. Πρέπει να υπάρχουν σαφείς επιγραφές για δήλωση χώρου καπνιστών και απαγόρευσης καπνίσματος. Για την αίτηση χρειάζεται καταχώρηση μελέτης και τοπογραφικού της ανακατασκευής.

Ανήλικοι, δεν μπορούν να μπουν σε χώρους καπνιστών, ακόμα και σε ιδιωτικές εκδηλώσεις, ενώ δημόσια περάσματα, όπως τουαλέτες ή είσοδος, πρέπει να μην αποτελούν τμήμα χώρων καπνιστών.

Συγκεκριμένα, για κέντρα με έγχορδη μουσική άνω των 300 τ.μ., ο χώρος καπνιζόντων μπορεί να είναι 40% του συνολικού εμβαδού του καταστήματος. Σε αυτό που διαφέρει από την προηγούμενη περίπτωση είναι ότι ο χώρος των καπνιζόντων, υπολογιζόταν με βάση το ωφέλιμο εμβαδόν, δηλαδή τον χώρο των πελατών. Ο διαχωρισμός από το υπόλοιπο κατάστημα πρέπει να γίνεται με χωρίσματα ύψους τουλάχιστον 2 μέτρων. Ισχύουν παρόμοιες απαιτήσεις με τις προηγούμενες περιπτώσεις για εξαιρεισμό και επιγραφές (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Τα καζίνο προβλέπεται να αντιμετωπιστούν μελλοντικά, αλλά ισχύουν οι προηγούμενες διατάξεις για καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος που λειτουργούν μέσα σε αυτά. Το ίδιο ισχύει για καταστήματα μέσα σε ξενοδοχεία, πλοία και τρένα. Ισχύει απαγόρευση σε κοινόχρηστους χώρους μέσα σε καζίνο.

Επιτρέπεται μόνο για μονάδες άνω των 50 εργαζομένων και μετά από αίτηση. Οι εργασιακοί χώροι δεν μπορεί να είναι ίδιοι με τους καπνιστικούς. Ισχύουν συγκεκριμένες απαιτήσεις διαχωρισμού και καθορισμού επιφανειών.

Απαγορεύεται πλήρως το κάπνισμα σε ιδιωτικές ή κρατικές μονάδες, με εξαίρεση τις ψυχιατρικές κλινικές όπου μπορεί να επιτραπεί με έγγραφη γνωμάτευση γιατρού για θεραπευτικούς μόνο λόγους.

Οι αρχικές αντιρρήσεις είχαν προέλθει κυρίως από τον χώρο των καταστηματάρχων, μιας και ακόμα και οι καπνιστές ήταν υπέρ του νέου μέτρου. Οι αντιρρήσεις είχαν να κάνουν κυρίως με την πρόβλεψη χαμηλότερης συχνότητας προσέλευσης στα κέντρα διασκέδασης και αναψυχής, όπως έχει γίνει σε χώρες όπως η Βρετανία, και με την επιθυμία τυχόν προβλήματα με το νόμο να μη φέρνουν σε αντίθεση τους καταστηματάρχες με τον πελάτη, αλλά τον πελάτη με το κράτος μόνο.

Ενστάσεις από καταστηματάρχες, επίσης, φέρνει η προώθηση μέτρου που θέλει τους μη καπνιστικούς χώρους να είναι και οι καλύτεροι και ο χώρος γύρω από το μπαρ και μπροστά σε μια πίστα να προσφέρεται στους μη καπνιστές. Αυτό το επιχείρημα αποτελεί πιθανώς παράφραση αν και έχει πρακτικά δόση αληθείας, μιας και ο νόμος προβλέπει απαγόρευση σε κοινόχρηστους χώρους οι οποίοι τυχαίνει να είναι γύρω από ένα μπαρ, και δεν εμπεριέχει σαφή διαχωρισμό "καλύτερων" ή "βολικότερων" σημείων σε ένα κατάστημα.

Το Υπουργείο Υγείας προέβλεπε να συνεργαστεί με τους Δήμους και Νομαρχίες για την διεξαγωγή ελέγχων. Σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση, αρμόδιος των ελέγχων είναι ο Τομέας Ελέγχου Καπνού και Αλκοόλ του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. (Σώματος

Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας). Τους Επιθεωρητές συνδράμουν στο έργο τους οι αστυνομικές και λιμενικές αρχές, σύμφωνα με την παρ. 3 του άρθρου 5 του Ν.3730/ 2008. Περαιτέρω αρμόδιες αρχές θα καθοριστούν μελλοντικά.

Με το σκεπτικό να δώσει το παράδειγμα, ο πρόεδρος της Βουλής, είχε ανακοινώσει ότι απαγορεύεται το κάπνισμα σε όλους τους χώρους του ελληνικού κοινοβουλίου, πλην του εντευκτηρίου βουλευτών και του καφενείου, από τον Φεβρουάριο του 2009. Πλήρης απαγόρευση προβλέφθηκε για τον Ιούνιο του 2009

Σύμφωνα με την Υπουργική απόφαση, από την 1η Σεπτεμβρίου 2009, απαγορεύεται η διαφήμιση προϊόντων καπνού σε εξωτερικούς και υπαίθριους χώρους. Επιτρέπεται μόνο μέσα σε χώρους πώλησης καπνού. Ενώ, από την 1η Σεπτεμβρίου 2010, η απαγόρευση του καπνίσματος γενικεύτηκε σε κάθε κλειστό δημόσιο χώρο (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Τέλος, σύμφωνα με το άρθρο 6 του ν. 3730/2008:

«1. Η παράβαση των διατάξεων για την απαγόρευση του καπνίσματος από τους δημόσιους λειτουργούς, τους δημόσιους υπαλλήλους, τους υπαλλήλους των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου και τους υπαλλήλους του δημόσιου τομέα, στους χώρους όπου είναι εγκατεστημένες οι υπηρεσίες τους, αποτελεί πειθαρχικό παράπτωμα και τιμωρείται σύμφωνα με τις διατάξεις που διέπουν την πειθαρχική ευθύνη τους.

2. Σε όσους καπνίζουν ή καταναλώνουν προϊόντα καπνού κατά παράβαση του άρθρου 3 επιβάλλεται πρόστιμο πενήντα (50) έως πεντακόσια (500) ευρώ. Η υποτροπή λαμβάνεται υπόψη για το ύψος του επιβαλλόμενου προστίμου.

3. Σε κάθε υπεύθυνο διαχείρισης και λειτουργίας των χώρων της πρώτης παραγράφου του άρθρου 3, που ανέχεται την παραβίαση της διατάξεων του άρθρου 3, επιβάλλεται πρόστιμο από πεντακόσια (500) έως δέκα χιλιάδες (10.000) ευρώ. Η υποτροπή λαμβάνεται υπόψη για το ύψος του επιβαλλόμενου προστίμου. Στην τέταρτη υποτροπή ανακαλείται προσωρινά η άδεια λειτουργίας του καταστήματος υγειονομικού ενδιαφέροντος με απόφαση της αρχής, η οποία τη χορήγησε, για χρονικό διάστημα δέκα (10) ημερών. Στην πέμπτη υποτροπή ανακαλείται οριστικά η άδεια λειτουργίας με απόφαση της αρχής, η οποία τη χορήγησε.

4. Σε όσους πωλούν προϊόντα καπνού και αλκοόλ σε ανηλίκους ή ανέχονται παραβίαση της σχετικής διάταξης του παρόντος επιβάλλεται πρόστιμο από πεντακόσια (500) έως δέκα χιλιάδες (10.000) ευρώ. Η υποτροπή λαμβάνεται υπόψη για το ύψος του επιβαλλόμενου προστίμου. Στην τέταρτη υποτροπή ανακαλείται προσωρινά η άδεια λειτουργίας με απόφαση της αρχής, η οποία τη χορήγησε, για χρονικό διάστημα δέκα (10) ημερών. Στην πέμπτη υποτροπή ανακαλείται οριστικά η άδεια λειτουργίας με απόφαση της αρχής, η οποία τη χορήγησε.

5. Σε όσους παραβιάζουν τις διατάξεις του παρόντος σχετικά με τη διαφήμιση προϊόντων καπνού επιβάλλεται πρόστιμο από πεντακόσια (500) έως δέκα χιλιάδες (10.000) ευρώ. Η υποτροπή λαμβάνεται υπόψη για το ύψος του επιβαλλόμενου προστίμου. Πέραν των ανωτέρω, κυρώσεις που προβλέπονται από άλλους νόμους διατηρούνται.

6. Με απόφαση των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Οικονομικών, Εσωτερικών, Προστασίας του Πολίτη και άλλων συναρμόδιων Υπουργών καθορίζονται τα όργανα, η διαδικασία ελέγχου, πιστοποίησης των παραβάσεων και επιβολής των πιο πάνω προστίμων, το ύψος των προστίμων, τα κριτήρια επιμέτρησης του ύψους του προστίμου, η διαδικασία είσπραξης των προστίμων, όπως και η διάθεση των εσόδων και κάθε άλλο σχετικό θέμα» (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

## **7.2 Στόχοι του σχεδίου δράσης για την καταπολέμηση του καπνίσματος**

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008), οι στόχοι του Εθνικού Σχεδίου Δράσης κατά του καπνίσματος εκτείνονται σε διάφορα επίπεδα. Οι στόχοι που θέτει είναι πολιτικοί, κοινωνικοί, οργανωτικοί και επιδημιολογικοί. Όσον αφορά το πολιτικό κομμάτι, θέτει ως πρωταρχικό στόχο να εξασφαλιστεί μια ενιαία συναίνεση μεταξύ των κομμάτων, προκειμένου να μπορεί να εφαρμοστεί το Εθνικό Σχέδιο Δράσης. Με τον τρόπο αυτό θα έχει συνέχεια και βάθος χρόνου η υλοποίηση του σχεδίου. Αλλά και να εξασφαλιστεί μια σταθερή συνεργασία μεταξύ των υπουργών του κράτους, προκειμένου να προωθηθεί και να υλοποιηθεί το Εθνικό Σχέδιο Δράσης και παρεμβάσεων. Με τον τρόπο αυτό, οι στόχοι μεταφέρονται και στο κοινωνικό κομμάτι της πολιτείας.

Στόχος του Σχεδίου Δράσης, είναι ν' αναδείξει τις κοινωνικές προκλήσεις που σηματοδοτεί η καπνιστική επιδημία και να οικοδομήσει έναν διαρκή και καθημερινό αγώνα ενάντια στο κάπνισμα από το σύνολο της ελληνικής κοινωνίας. Επίσης, να υπάρξει μια συνεχής συνεργασίας μεταξύ της κοινωνίας των πολιτών για την εφαρμογή των πολιτικών και τη διάδοση των αξιών του έργου. Αλλά και ν' αναδείξει νέα κοινωνικά πρότυπα και αξίες για μια κοινωνία απαλλαγμένη από το κάπνισμα.

Στους οργανωτικούς στόχους αναφέρεται η ανάπτυξη οργανωτικών δομών, που θ' αναλάβουν ν' ανταποκριθούν με επιτυχία στον κομβικό τους ρόλο για την υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης. Τέλος, όσον αφορά τους επιδημιολογικούς στόχους, αυτό που επιδιώκεται είναι ν' αναπτυχθεί ένα σύστημα που θα παρακολουθεί την εξέλιξη και τα χαρακτηριστικά αυτών που συνεχίζουν να καπνίζουν, καθώς επίσης και τ' αποτελέσματα από την εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.

Οι επιμέρους στόχοι του Σχεδίου, είναι μέχρι το 2012 να έχει μειωθεί το ποσοστό του καπνίσματος στον γενικό πληθυσμό κατά 10%, να έχει μειωθεί κατά 15% το ποσοστό των καπνιστών στον πληθυσμό ηλικίας άνω των 15 ετών, ενώ ακόμη, στοχεύει οι δράσεις μέχρι και το 2012 να έχουν μειώσει το ποσοστό έναρξης του καπνίσματος στους εφήβους κατά 20% σε σχέση με τα παλαιότερα επίπεδα (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

### **7.3 Αξίες και αρχές του σχεδίου δράσης για την καταπολέμηση του καπνίσματος**

Η ανάπτυξη του Σχεδίου Δράσης βασίζεται πάνω στις ακόλουθες αξίες της Εθνικής Πολιτικής Υγείας:

**Την προώθηση της ισότητας στην υγεία.** Δηλαδή, την έμπρακτη εφαρμογή της αρχής της ίσης ωφελιμότητας όλων από τις υγειονομικές πολιτικές της χώρας. Η πολιτική ενάντια στο κάπνισμα αποκτά το κοινωνικό εύρος που της αρμόζει.

**Την επικέντρωση στην πρόληψη.** Η στρατηγική αυτή, αναπτύσσει για πρώτη φορά μια ολοκληρωμένη δέσμη πολιτικών και μέτρων πρόληψης, με σκοπό αφενός να εμποδίσουν την έναρξη του καπνίσματος στους νέους και αφετέρου να αυξήσουν το ποσοστό διακοπής στους ήδη καπνιστές.

**Τη στοχευμένη προστασία των νέων και των κοινωνικά ευπαθών ομάδων.** Σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας, την Κοινωνία των Πολιτών και τους αρμόδιους φορείς της πολιτείας, υλοποιούνται προγράμματα με στόχο την ολοκληρωμένη ενημέρωση των νέων και των ευπαθών κοινωνικών ομάδων.

**Την οικονομική αποτελεσματικότητα.** Βασική αρχή, είναι ότι κάθε σύστημα Δημόσιας Υγείας οφείλει να βασίζεται σε χρηστές διοικητικές πρακτικές και στην καλύτερη δυνατή διαχείριση των πόρων που είναι στη διάθεσή του Κράτους.

**Την εφαρμογή ευρείας διυπουργικής και δια-τομεακής πολιτικής συνεργασίας.** Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης συμπεριλαμβάνει συγκεκριμένες προτάσεις και δράσεις για την προώθηση της δια-τομεακής συνεργασίας ενάντια στο κάπνισμα.

**Τη συμμετοχή και τη συν-ευθύνη με την ελληνική κοινωνία.** Το κράτος μόνο του δεν μπορεί να φέρει την αποφασιστική νίκη κατά του καπνίσματος. Διότι, ως οργανωμένη πολιτεία, έχουμε να κερδίσουμε πολλά από τη δράση και την εμπειρία των Μη-Κυβερνητικών Οργανώσεων που προσφέρουν πολύτιμες υπηρεσίες στην καταπολέμηση μιας ανθυγιεινής συμπεριφοράς.

(Υ.Υ.Κ.Α., 2008:46-47)

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα διέπεται από τις παρακάτω αρχές:

- Όλοι οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα σε μια οικογενειακή, κοινωνική και εργασιακή ζωή, η οποία να τους προστατεύει από την έκθεση στο κάπνισμα και τις επιπτώσεις του στην υγεία.

- Όλοι οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα, από πολύ μικρή ηλικία, στην έγκυρη και αμερόληπτη πληροφόρηση και εκπαίδευση γύρω από τις συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία, την εξάρτηση που προκαλεί και τον κίνδυνο θανάτου που αντιπροσωπεύει.

Όλα τα παιδιά και οι έφηβοι έχουν το δικαίωμα να μεγαλώνουν σε ένα περιβάλλον προστατευμένο από τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος και προστατευμένο από την προώθηση προϊόντων καπνού.

- Όλοι οι μη καπνιστές έχουν δικαίωμα να είναι προστατευμένοι από το παθητικό κάπνισμα και να ζουν σε ένα περιβάλλον προστατευμένο από την έκθεση στο κάπνισμα και τις συνέπειές του.

- Όλοι οι άνθρωποι που καπνίζουν έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες και προγράμματα για τη διακοπή του καπνίσματος.
- Το δικαίωμα των μη καπνιστών να μην εκτίθενται στο κάπνισμα υπερισχύει έναντι του δικαιώματος των καπνιστών να καπνίζουν.
- Η πολιτεία έχει την υποχρέωση να εξασφαλίσει τη λήψη αποτελεσματικών νομοθετικών και διοικητικών μέτρων για την προστασία των ανθρώπων από την έκθεση στο κάπνισμα, την πρόληψη της έναρξης, την ενθάρρυνση της διακοπής και τη μείωση της κατανάλωσης προϊόντων καπνού.
- Όλοι οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν στο σχεδιασμό, την υλοποίηση και αξιολόγηση των προγραμμάτων και δράσεων για την προστασία τους από την έκθεση στο κάπνισμα και τις συνέπειές του.

(Υ.Υ.Κ.Α., 2008:47-48)

#### **7.4 Αναμενόμενα αποτελέσματα από την εφαρμογή του σχεδίου δράσης για την καταπολέμηση του καπνίσματος**

Με τις δράσεις πρόληψης που προβλέπονται στο Σχέδιο Δράσης επιδιώκεται αφενός να αποτραπούν οι πολίτες και κυρίως οι νέοι να ξεκινήσουν το κάπνισμα, αφετέρου να ενημερωθούν οι ήδη καπνιστές για τις βλαπτικές συνέπειες και να «πειστούν», έτσι ώστε να σταματήσουν το κάπνισμα. Παράλληλα ενισχύονται οι υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ., έτσι ώστε να προσφέρεται θεραπεία - απεξάρτηση σε όσους αποφασίσουν τη διακοπή του καπνίσματος, παρέχοντάς τους την απαιτούμενη ιατρική και ψυχική υποστήριξη. Με αυτό τον τρόπο αναμένεται να επιτευχθούν οι στόχοι του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για το κάπνισμα και ειδικότερα να παρουσιάσει σημαντική μείωση ο αριθμός των καπνιστών, ώστε να βελτιωθούν σημαντικά και οι δείκτες ποιότητας ζωής του πληθυσμού που συνδέονται με την υγεία αλλά και να μειωθεί η θνησιμότητα και τα χαμένα έτη ζωής λόγω θνησιμότητας ή ανικανότητας.

Επίσης με τον περιορισμός του καπνίσματος επιδιώκεται να οδηγήσει στην εξοικονόμηση και την ορθολογική κατανομή των πόρων. Το κάπνισμα συνδέεται με ένα πολύ υψηλό άμεσο κόστος για τις υπηρεσίες υγείας. Δεδομένου ότι η Ελλάδα παρουσιάζει από τα υψηλότερα ποσοστά καπνιστών διεθνώς και βαρύνεται σε μεγαλύτερο βαθμό από τις συνέπειες του καπνίσματος, οι δαπάνες αυτές αναμένεται



να βρίσκονται σε υψηλότερα επίπεδα. Τέλος, εξαιρετικά σημαντική είναι και η επιβάρυνση που προκαλείται στο σύστημα υγείας από το παθητικό κάπνισμα.

(Y.Y.K.A., 2008)

## **7.5 Άξονες και Δράσεις του εθνικού σχεδίου δράσης**

Οι άξονες του Εθνικού σχεδίου δράσεις είναι τέσσερις. Ο πρώτος αφορά την πρόληψη, ενώ ο δεύτερος την θεραπεία. Ο τρίτος άξονας απευθύνεται στο συντονισμό, στην διατομεακή συνεργασία και στην κοινωνική συμμετοχή. Ο τέταρτος και τελευταίος άξονας αφορά τη έρευνα, την τεκμηρίωση και την εκπαίδευση.

Πιο αναλυτικά οι δράσεις του κάθε άξονα είναι:

1<sup>ος</sup> άξονας: πρόληψη

Δράση 1: Εθνικός Φορέας Πρόληψης του Καπνίσματος.

Δράση 2: Προειδοποιητική Σήμανση Επικινδυνότητας.

Δράση 3: Περιορισμός της Πρόσβασης των Νέων στα Προϊόντα Καπνού.

Δράση 4: Επέκταση της Απαγόρευσης του Καπνίσματος σε Δημόσιους Χώρους & Βελτίωση της Εποπτείας Εφαρμογής.

Δράση 5: Εφαρμογή της Σταδιακής Απαγόρευσης του Καπνίσματος σε Δημόσιους Χώρους.

Προώθηση της Ιδέας του «Καθαρού Από Καπνό Περιβάλλον».

Δράση 6: Εθνικό Δίκτυο Πρόληψης.

Δράση 7: Εκστρατεία Ενημέρωσης του Γενικού Πληθυσμού για το Κάπνισμα.

Δράση 8: Αγωγή Υγείας στα Σχολεία.

Δράση 9: Αγωγή Υγείας στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση.

Δράση 10: Πρόγραμμα Τηλεσυμβουλευτικής «Quit Line 1031».

Δράση 11: Εθνικός Δικτυακός Τόπος για τις Εξαρτήσεις.

Δράση 12: Διεθνές Πρόγραμμα Quit and Win «Κερδίζω Κόβοντας το Κάπνισμα».

2<sup>ος</sup> άξονας: θεραπεία-απεξάρτηση

Δράση 1: Αντικαπνιστικά Ιατρεία στο Ε.Σ.Υ.

Δράση 2: Προώθηση της Παροχής Φαρμακευτικής Θεραπείας Απεξάρτησης.

Δράση 3: Ένταξη των Ιδιωτικών Αντικαπνιστικών Ιατρείων στους Φορείς Παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.

3<sup>ος</sup> άξονας: συντονισμός, διατομεακή συνεργασία και κοινωνική συμμετοχή

Δράση 1: Διατομεακή Συνεργασία Κατά του Καπνίσματος.

Δράση 2: Κοινωνική Συμμετοχή και Αλλαγή Κοινωνικών Προτύπων και Συμπεριφορών σχετικά με το Κάπνισμα.

4<sup>ος</sup> άξονας: τεκμηρίωση και εκπαίδευση

Δράση 1: Ο Υγειονομικός Χάρτης.

Δράση 2: Εκπαίδευση Στελεχών Υγείας στις Μεθόδους Διακοπής Καπνίσματος.

Δράση 3: Εκπαίδευση Στελεχών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.

(Υ.Υ.Κ.Α., 2008:54-55)

Τέλος, σύμφωνα με έρευνα του ευρωβαρομέτρου, το ποσοστό του καπνίσματος στις χώρες με τις πιο αυστηρές απαγορεύσεις, είναι χαμηλότερο. Για παράδειγμα, η συχνότητα του καπνίσματος στα μπαρ και στις καφετέριες, είναι χαμηλότερη στην Ιρλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο, τη Σλοβενία, τη Σουηδία, την Ιταλία και τη Φινλανδία, όπου λιγότερο από 15% ισχυρίστηκε κάπνιζε την τελευταία φορά που επισκέφθηκε ένα μπαρ. Αντίθετα, στην Κύπρο, στην Βουλγαρία και στην Ισπανία, η συχνότητα του καπνίσματος σε μπαρ ήταν υψηλότερη με ποσοστά 98%, 94% και 93%. Επιπρόσθετα, στην Ιρλανδία, στην Σλοβενία, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στην Ιταλία, στη Λιθουανία, στη Σουηδία και στη Φινλανδία, η συχνότητα του καπνίσματος είναι μικρότερη, σε χώρους όπου προσφέρεται φαγητό, όπου τουλάχιστον οι εννέα στους δέκα δεν επιχείρησαν να καπνίσουν κατά την τελευταία τους επίσκεψή σε τέτοιους χώρους. Το αντίθετο βέβαια συμβαίνει στην περίπτωση της Κύπρου, της Βουλγαρίας και της Ισπανίας, όπου η συχνότητα του καπνίσματος σε διατροφικές εγκαταστάσεις είναι μεγαλύτερη και περίπου εννέα στους δέκα επιχείρησαν να καπνίσουν κατά την τελευταία τους επίσκεψη εκεί.

Όπως και με την περίπτωση του καπνίσματος στα μπαρ και στις καφετέριες, έτσι και στους χώρους με φαγητό, όπως τα εστιατόρια, τα ποσοστά του καπνίσματος είναι χαμηλότερα στις χώρες στις οποίες υπάρχουν πιο αυστηροί περιορισμοί στο κάπνισμα ([http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/ebs332\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/ebs332_en.pdf)).

Εν κατακλείδι και λαμβάνοντας υπ' όψιν όλα τα παραπάνω, βλέπουμε ότι ο Νόμος της απαγόρευσης του καπνίσματος σε κάποιες χώρες εφαρμόστηκε ικανοποιητικά και οι πολίτες προσαρμόστηκαν στα νέα δεδομένα, ενώ κάποιες άλλες απέτυχαν στο να τον εφαρμόσουν. Κλείνοντας, όσον αφορά την περίπτωση της Ελλάδας, θα μπορούσαμε να πούμε πως ίσως αν είχαν παρθεί αυστηρότερα μέτρα, ο Νόμος θα μπορούσε να εφαρμοστεί καλύτερα και να έχει αποτελέσματα.

# ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## Κεφάλαιο 8: Καθορισμός εμπειρικής έρευνας

### 8.1 Σκοποί και στόχοι της μελέτης

Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας που αφορά το κάπνισμα και ειδικότερα τις απόψεις των πολιτών, στον Δήμο Θεσσαλονίκης σχετικά με την εφαρμογή του νέου αντικαπνιστικού Νόμου, επιλέχθηκε να γίνει πρωτογενής έρευνα μέσω ερωτηματολογίων.

Για την πραγματοποίηση του εγχειρήματος μας είναι ανάγκη να τεθούν εκ των προτέρων μια σειρά από ερευνητικά ερωτήματα τα οποία θα μας βοηθήσουν στην ανάλυση των ζητημάτων μελέτης μας και θα κατευθύνουν την έρευνα μας, με βάση πάντα την ερευνητική μας υπόθεση που εστιάζει στο αν η γνώση και η τήρηση του νέου Νόμου της καθολικής απαγόρευσης του καπνίσματος, συσχετίζεται στατιστικά αρνητικά με την καπνιστική συμπεριφορά των ατόμων που συχνάζουν στα καφέ της πόλης. Έτσι ουσιαστικά η παρακάτω έρευνα θέλει :

- Να διερευνήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την καπνιστική συμπεριφορά των ατόμων.
- Να διαπιστώσει αν χρόνιοι καπνιστές δεν τηρούν τον Νόμο.
- Να σκιαγραφήσει αν γυναίκες εφαρμόζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τον Νόμο.
- Να διερευνήσει αν τα ΜΜΕ επηρεάζουν περισσότερο την άποψη του κόσμου σχετικά με τον νέο Νόμο.
- Να ελέγξει αν οι καπνιστές ηλικίας άνω των 30 δυσκολεύονται περισσότερο να εφαρμόσουν τον Νόμο.
- Να σκιαγραφήσει αν οι καπνιστές ηλικίας κάτω των 30 αντιδρούν περισσότερο απέναντι στον νέο Νόμο.

Τα αποτελέσματα της στατιστικής μελέτης θα αξιολογηθούν κριτικά ώστε να εξαχθούν τα ανάλογα συμπεράσματα.

## **8.1.2 Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων ή υποθέσεων:**

*Ερευνητική υπόθεση:*

Η γνώση και η τήρηση του νέου Νόμου της καθολικής απαγόρευσης του καπνίσματος, συσχετίζεται στατιστικά αρνητικά με την καπνιστική συμπεριφορά των ατόμων που συχνάζουν στα καφέ της πόλης.

*Ερευνητικά ερωτήματα:*

- Οι χρόνιοι καπνιστές δεν τηρούν τον Νόμο.
- Οι γυναίκες εφαρμόζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τον Νόμο.
- Τα ΜΜΕ επηρεάζουν περισσότερο την άποψη του κόσμου σχετικά με τον νέο Νόμο.
- Καπνιστές ηλικίας άνω των 30 δυσκολεύονται περισσότερο να εφαρμόσουν τον Νόμο.
- Καπνιστές ηλικίας κάτω των 30 αντιδρούν περισσότερο απέναντι στον νέο Νόμο.

## **8.2 Υλικό και μεθοδολογία**

### **8.2.1 Μεθοδολογία έρευνας**

Η επιλογή του τρόπου συλλογής των πρωτογενών στοιχείων που χρειάστηκαν για την έρευνα, είναι το ερωτηματολόγιο.

Τα πλεονεκτήματα της χρήσης ερωτηματολογίων είναι ότι η παρούσα μέθοδος χρησιμοποιείται σε όλες τις καταστάσεις, έχει χαμηλό κόστος και τα

αποτελέσματα της είναι γρήγορα. Αντιθέτως όμως αυτή η μέθοδος συλλογής στοιχείων έχει και κάποια αρνητικά.

Καταρχήν αρκετοί αρνούνται να απαντήσουν, δευτερευόντως κάποιοι έστω και αν θέλουν δεν μπορούν να απαντήσουν, είτε γιατί είναι δύσκολη η ερώτηση, είτε διότι δεν αντιλαμβάνονται ακριβώς το νόημα της. Τέλος το τρίτο μειονέκτημα αναφέρεται στην ίδια την επικοινωνία. Οι ερωτώμενοι συχνά δίνουν απαντήσεις που δεν είναι αληθινές, επί παραδείγματι απαντήσεις που ξέρουν ότι θα ευχαριστήσουν αυτόν που ερωτά.

Στο ερωτηματολόγιο που δόθηκε σε θαμώνες καφετεριών στην πόλη της Θεσσαλονίκης και βασίστηκε στο πρότυπο των Velicer, Laforge, Levesque και Fava (1994), υπάρχουν κατά κύριο λόγο ερωτήσεις κλειστού τύπου. Συγκεκριμένα αποτελείται από 29 ερωτήσεις διχοτομικού τύπου (Ναι-Όχι), 4 ερωτήσεις δημογραφικών στοιχείων κλειστού τύπου, 1 ερώτηση δημογραφικών στοιχείων ανοικτού τύπου και 9 κατηγορικές ερωτήσεις. Οι βασικοί άξονες του ερωτηματολογίου είναι:

1. Η σχέση τσιγάρου και υγείας
2. Η αξιολόγηση των λόγων επιβολής του αντικαπνιστικού νόμου από το κράτος
3. Ο τρόπος επιβολής του νόμου
4. Τα κέρδη από την εφαρμογή του νόμου
5. Η αξιολόγηση της συμπεριφοράς τόσο των καπνιστών όσο και των μη καπνιστών αναφορικά με τα δεδομένα που προκύπτουν από την εφαρμογή του νόμου

### **8.2.2 Εργαλείο έρευνας**

Στην έρευνα που αναλύεται παρακάτω, η συγκομιδή των δεδομένων μας διεξήχθη με προσωπική συνέντευξη, η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε, όσον αφορά την εξαγωγή των αποτελεσμάτων ήταν η τυπική διαδικασία συλλογής και ανάλυσης στατιστικών ερευνών. Η έρευνα θα είναι ποσοτική, μέσω δειγματοληψίας και χρήσης ερωτηματολογίων κλειστού τύπου. Οι κλειστές ερωτήσεις δίνουν το πλεονέκτημα μονολεκτικών απαντήσεων, για την αποφυγή αποπροσανατολισμού των απαντήσεων. Η επιλογή της μελέτης μέσω ερωτηματολογίου έγινε με γνώμονα όλα

τα παραπάνω πλεονεκτήματα τα οποία δεν υφίστανται όταν πρόκειται για τηλεφωνική, ηλεκτρονική ή ταχυδρομική έρευνα.

Η σύνταξη του ερωτηματολογίου ήταν απλή και σαφής ώστε να μπορέσει να συμπληρωθεί από όλους ανεξαρτήτως μορφωτικού επιπέδου και επίσης να είναι γρήγορο στην συμπλήρωση του. Το πλήρες κείμενο του ερωτηματολογίου παρουσιάζεται αναλυτικά στο Παράρτημα II.

### **8.3 Επιλογή πληθυσμιακού δείγματος**

Μετά την ολοκλήρωση του ερωτηματολογίου και την ανάληψη όλων των παραπάνω αποφάσεων, το ερωτηματολόγιο διαμοιράστηκε με τη φυσική παρουσία των ερευνητών σε καφετερίες της Θεσσαλονίκης. Η απόφαση για την παραπάνω διαδικασία ελήφθη με βάση δυο άξονες. Αφενός οι καφετέριες είναι σημεία στα οποία έχει αναπτυχθεί έντονη συζήτηση γύρω από το νόμο και την δυνατότητα εφαρμογής του στην πράξη, αφετέρου είναι σημεία στα οποία οι ερωτώμενοι θα ήταν πιο 'χαλαροί', ευδιάθετοι και πρόθυμοι να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από όλους τους συμμετέχοντες, χωρίς απώλειες. Το πληθυσμιακό δείγμα που επιλέχτηκε για τη μελέτη ανήλθε στα 150 άτομα εκ του συνολικού πληθυσμού των ατόμων που συνηθίζουν να περνούν τον ελεύθερο τους χρόνο σε τέτοιου είδους επιχειρήσεις.

Η τεχνική η οποία χρησιμοποιείται για την κατασκευή του δείγματος είναι η απλή τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία των καφέ της πόλης από το αντίστοιχο αρχείο του δήμου που δίνει την άδεια λειτουργίας σε αυτά τα καταστήματα. Ως κριτήριο εισαγωγής είναι η τοποθεσία του καφέ, το ένα στρώμα θα είναι τα καφέ στην παραλία και τα άλλα τα πιο συνοικιακά και απομονωμένα από τον έλεγχο. Έχοντας καταγεγραμμένα σε λίστα όλα τα καφέ της Θεσσαλονίκης, θα γίνει απλή τυχαία δειγματοληψία σε 5 καφετέριες που βρίσκονται στην παραλιακή και στην Αριστοτέλους, σε 4 συνοικιακά καφέ, σε 3 στην περιοχή της Καμάρας και άλλα 3 που βρίσκονται στην Αγγελάκη.

### **8.4 Στατιστικά εργαλεία**

Οι απαντήσεις του δείγματος εξήχθησαν και καταχωρήθηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS 17.0. Το σύνολο των δεδομένων και των μεταβλητών που δημιουργήθηκαν είναι ονομαστικές-κατηγορικές. Τα αποτελέσματα της έρευνας

παρουσιάζονται σε ραβδογράμματα και πίτες με τη μορφή ποσοστών καθώς και με τη μορφή πινάκων κατανομής συχνοτήτων που παρατίθενται στο Παράτημα Ι.

Παράλληλα προχωρήσαμε σε έλεγχο υποθέσεων ανεξαρτησίας μεταβλητών με τη χρήση του έλεγχου  $\chi^2$  του Pearson κατά το δοκούν. Το επιλεγόμενο επίπεδο σημαντικότητας που χρησιμοποιείται είναι το 5%, όπως συμβαίνει συνήθως στις έρευνες κοινωνιολογικού περιεχομένου.



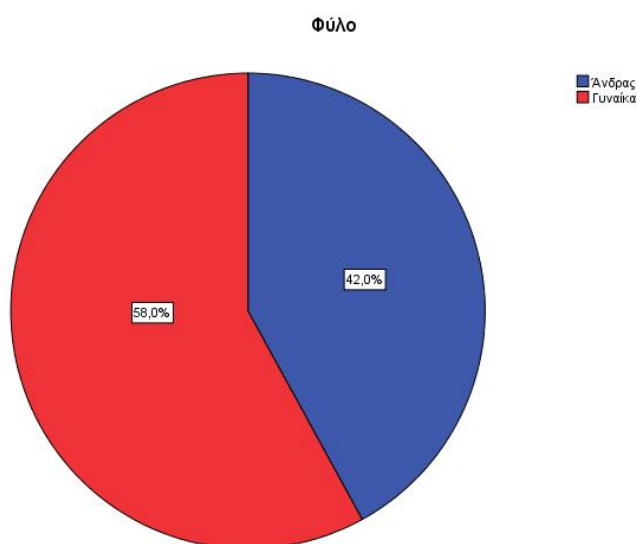
## Κεφαλαίο 9: Αποτελέσματα έρευνας

### 9.3 Περιγραφικά δεδομένα

#### Φύλο

Ξεκινώντας την παράθεση των αποτελεσμάτων της έρευνας μας και αποσαφηνίζοντας τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος μας, αρχικά παρατηρούμε ότι το 58,0% αυτού αποτελείται από γυναίκες και το 42,0% από άνδρες (Γράφημα 1).

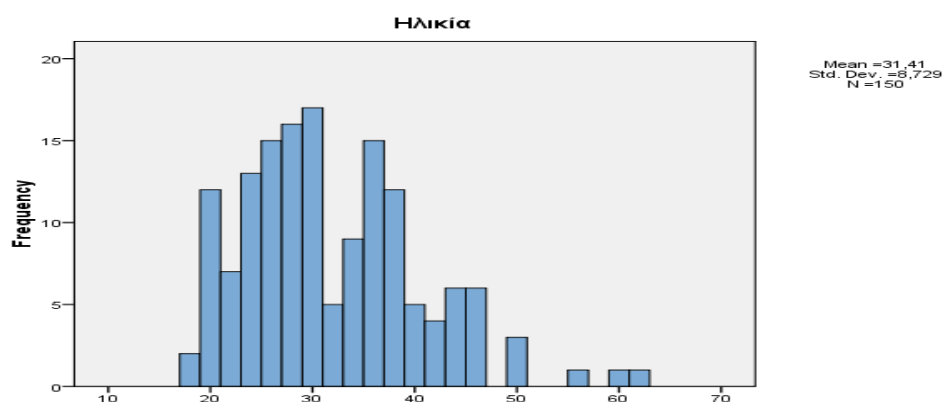
Γράφημα 1 Φύλο δείγματος



#### Ηλικία

Όσον αφορά την ηλικιακή κατανομή του δείγματος μας, παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους, είναι έως 40 ετών με έμφαση στις ηλικίες 20 έως 30 ετών, ελάχιστοι από τους ερωτώμενους είναι έως 20 ετών ενώ μικρός είναι ο αριθμός και αυτών που είναι σε ηλικία 40 έως 50 και πολύ μικρός αυτών που είναι άνω των 50 ετών. Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος είναι τα 31,41 έτη με τυπική απόκλιση που αγγίζει τα 8,73 έτη περίπου (Γράφημα 2).

**Γράφημα 2 Ηλικία δείγματος**

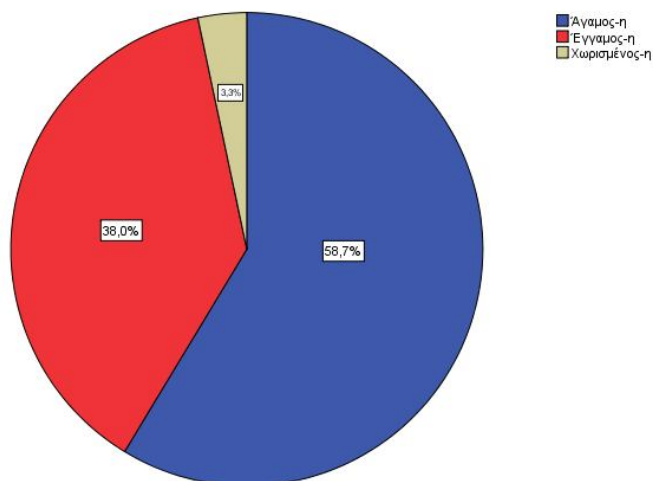


### **Οικογενειακή κατάσταση**

Συνεχίζοντας, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος μας (58,7%) αποτελείται από έγγαμους, το 38,0% από άγαμους, ενώ μόλις το 3,3% των ερωτώμενων είναι χωρισμένοι (Γράφημα 3).

**Γράφημα 3 Οικογενειακή κατάσταση**

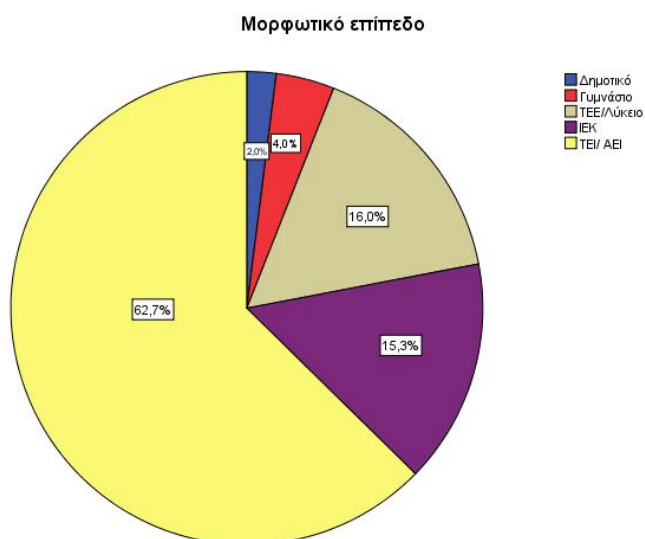
Οικογενειακή κατάσταση



### Μορφωτικό επίπεδο

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων, το 62,7% αυτών είναι απόφοιτοι ΤΕΙ ή ΑΕΙ, το 16,0% είναι απόφοιτοι ΤΕΕ ή Λυκείου, το 15,3% απόφοιτοι ΙΕΚ, το 4,0% απόφοιτοι Γυμνασίου και το 2,0% απόφοιτοι Δημοτικού (Γράφημα 4).

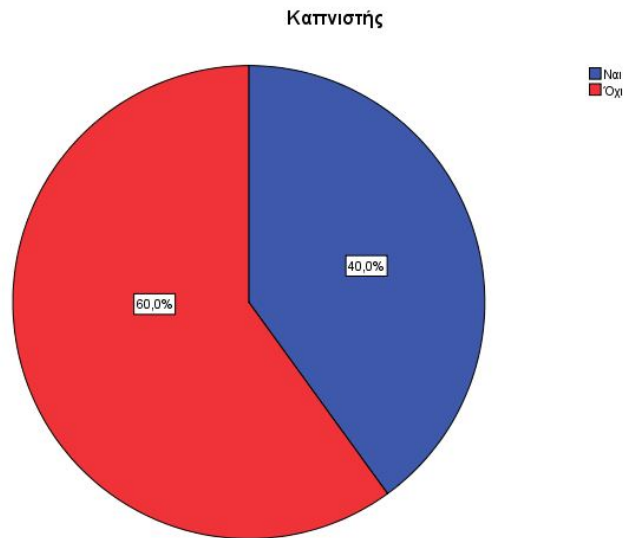
Γράφημα 4 Μορφωτικό επίπεδο δείγματος



### Ποσοστό καπνιστών

Ολοκληρώνοντας τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος μας παρατηρούμε ότι το 40,0% του δείγματος μας αποτελείται από καπνιστές και το υπόλοιπο 60,0% από μη καπνιστές (Γράφημα 5).

**Γράφημα 5 Ποσοστό καπνιστών**

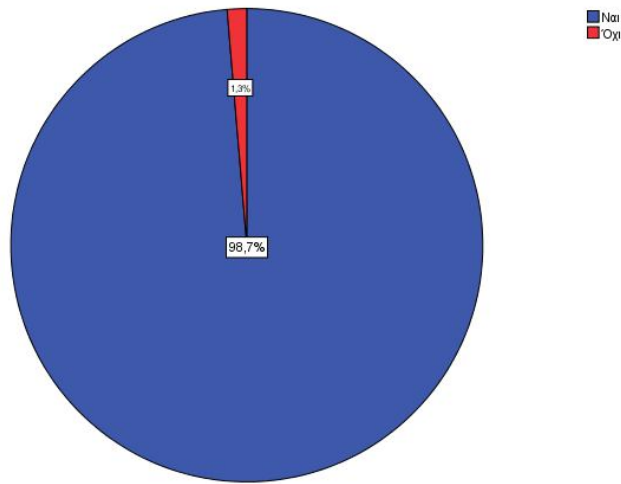


#### **Γνώση του Νόμου καθολικής απαγόρευσης σε δημόσιους χώρους**

Συνεχίζοντας τη μελέτη μας σκιαγραφούμε ότι το συντριπτικό ποσοστό των συμμετεχόντων στην έρευνα μας (98,7%), γνωρίζει για το Νόμο της καθολικής απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους και μόλις το 1,3% όχι (Γράφημα 6).

#### **Γράφημα 6 Γνώση του Νόμου καθολικής απαγόρευσης σε δημόσιους χώρους**

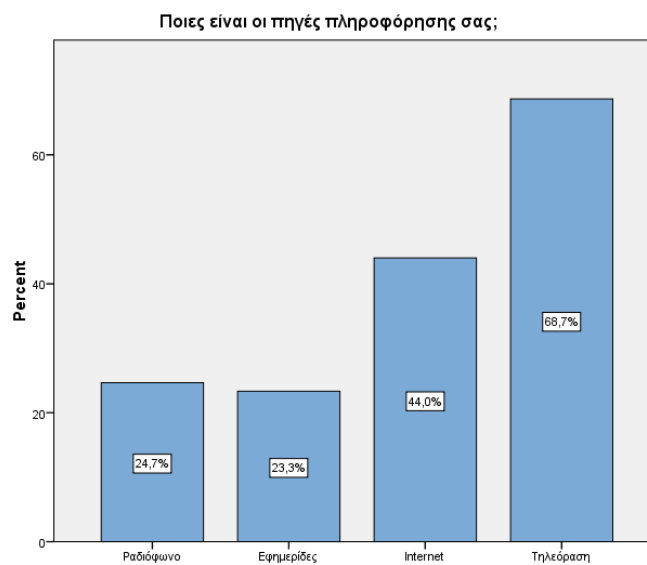
Γνωρίζετε για τον Νόμο της καθολικής απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους;



### Πηγές πληροφόρησης περί του Νόμου

Οι πηγές πληροφόρησης των ερωτώμενων περί του νόμου είναι, η τηλεόραση για το 68,7% του δείγματος, το ίντερνετ για το 44,0% αυτού, από το ραδιόφωνο ενημερώνεται το 24,7% των ερωτώμενων και από τις εφημερίδες το 23,3% (Γράφημα 7).

Γράφημα 7 Πηγές πληροφόρησης περί του Νόμου

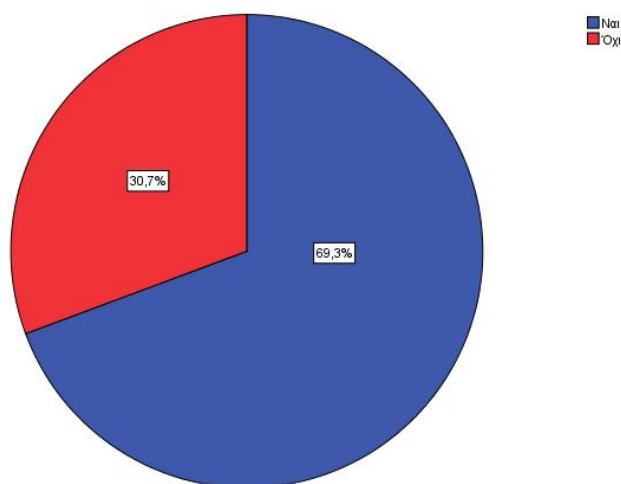


## Βαθμός συμφωνίας με το Νόμο

Αναφορικά με το βαθμό συμφωνίας των συμμετεχόντων στην έρευνα με το νέο νόμο της καθολικής απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, παρατηρούμε ότι το πολύ υψηλό ποσοστό του 63,3% αυτών συμφωνεί με το νόμο και το 30,7% όχι (Γράφημα 8).

### Γράφημα 8 Βαθμός συμφωνίας με το Νόμο

Ο νέος Νόμος της καθολικής απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους εσάς σας βρίσκει σύμφωνους;

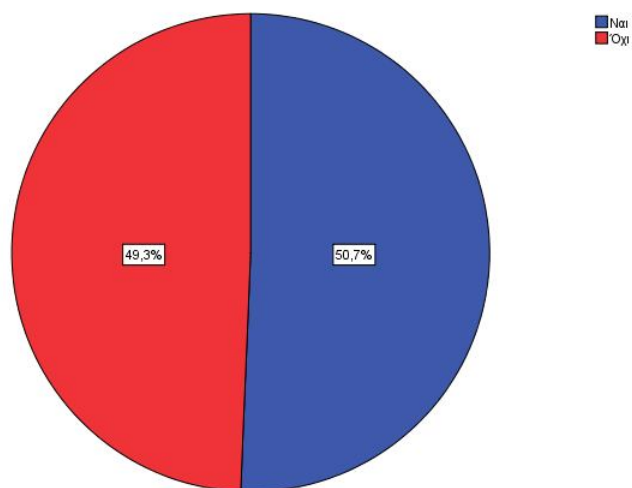


## Απόψεις για οικονομικά συμφέροντα με βάση το Νόμο

Παράλληλα, το 50,7% του δείγματος μας θεωρεί ότι πίσω από τον νόμο κρύβονται οικονομικά συμφέροντα από μέρους της Πολιτείας, ενώ το 49,3% δεν συμμερίζεται την άποψη αυτή (Γράφημα 9).

### Γράφημα 9 Απόψεις για οικονομικά συμφέροντα με βάση το Νόμο

Θεωρείτε ότι πίσω από τον Νόμο κρύβονται οικονομικά συμφέροντα από μέρους της Πολιτείας;

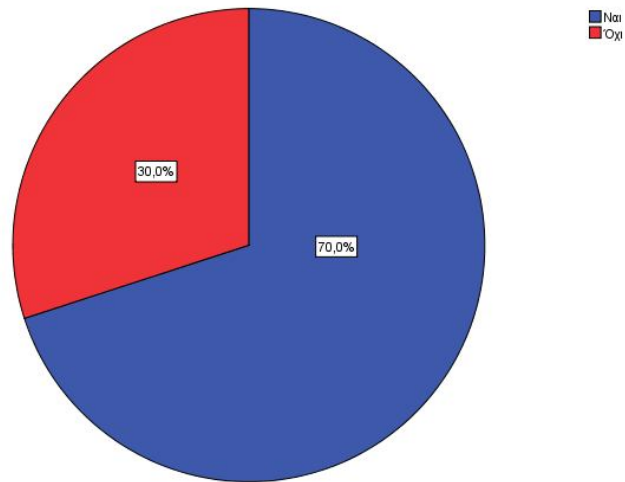


### Βαθμός συμφωνίας με την άποψη ότι ο Νόμος αποσκοπεί στην πρόληψη της δημόσιας υγείας

Αναφορικά με το αν οι ερωτώμενοι θεωρούν ότι με τον συγκεκριμένο νόμο γίνεται πρόληψη της δημόσιας υγείας ο βαθμός συμφωνίας του δείγματος αγγίζει το 70,0% (Γράφημα 10).

### Γράφημα 10 Βαθμός συμφωνίας με την άποψη ότι ο Νόμος αποσκοπεί στην πρόληψη της δημόσιας υγείας

Θεωρείτε ότι με τον Νόμο αυτό γίνεται πρόληψη της δημόσιας υγείας;

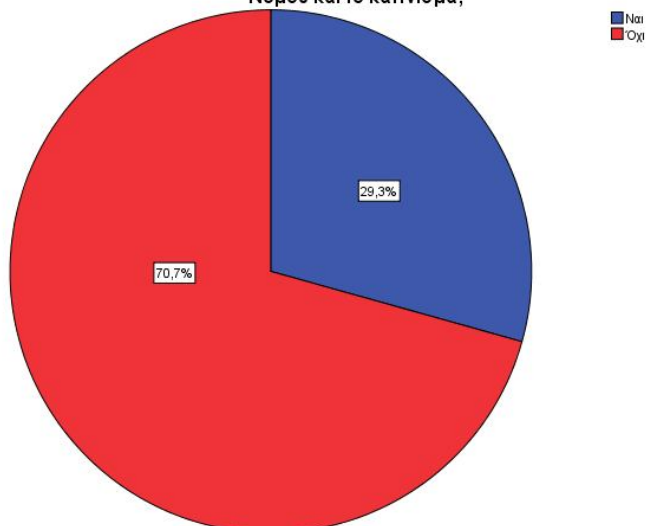


### Επιρροή από τα ΜΜΕ

Επιπλέον, ανάλογο είναι το ποσοστό αυτών που δεν θεωρούν ότι τα ΜΜΕ επηρέασαν τη γνώμη τους σχετικά με την επιβολή του νόμου και το κάπνισμα (70,7%) (Γράφημα 11).

### Γράφημα 11 Επιρροή από τα ΜΜΕ

Θεωρείτε ότι τα ΜΜΕ επηρέασαν τη γνώμη σας σχετικά με την επιβολή του Νόμου και το κάπνισμα;

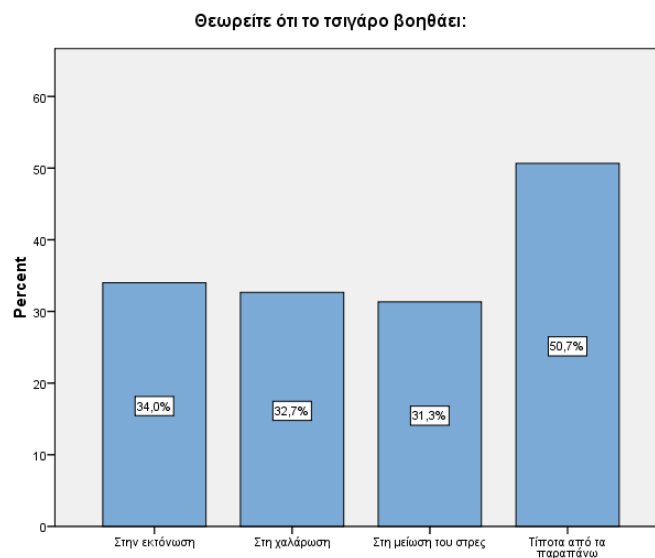


### Ενεργητικές ιδιότητες τσιγάρου



Σχετικά με τις θετικές ιδιότητες του τσιγάρου, παρατηρούμε ότι το 34,0% του δείγματος μας θεωρεί ότι αυτό βοηθά στην εκτόνωση, το 32,7% στη χαλάρωση και το 31,3% στην μείωση του στρες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων (50,7%), θεωρεί ότι το κάπνισμα δεν προσφέρει τίποτα από τα παραπάνω (Γράφημα 12).

**Γράφημα 12 Ευεργετικές ιδιότητες τσιγάρου**

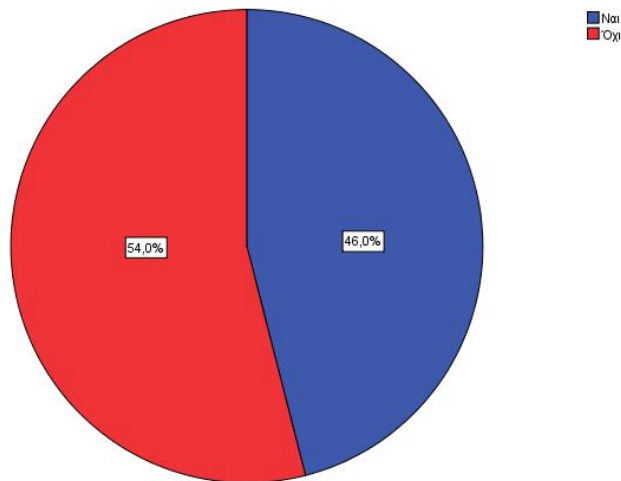


### Σχέση τσιγάρου-διασκέδασης

Συνεχίζοντας, παρατηρούμε ότι το 54,0% των ερωτώμενων δεν συμφωνεί με τη σύνδεση του καπνίσματος με τη διασκέδαση. Το υπόλοιπο 46,0% απαντά με τον αντίθετο τρόπο συσχετίζοντας το τσιγάρο με τη διασκέδαση (Γράφημα 13).

### Γράφημα 13 Σχέση τσιγάρου-διασκέδασης

Η άποψη ότι το τσιγάρο συνδέεται με την διασκέδαση, εσάς σας βρίσκει σύμφωνους;

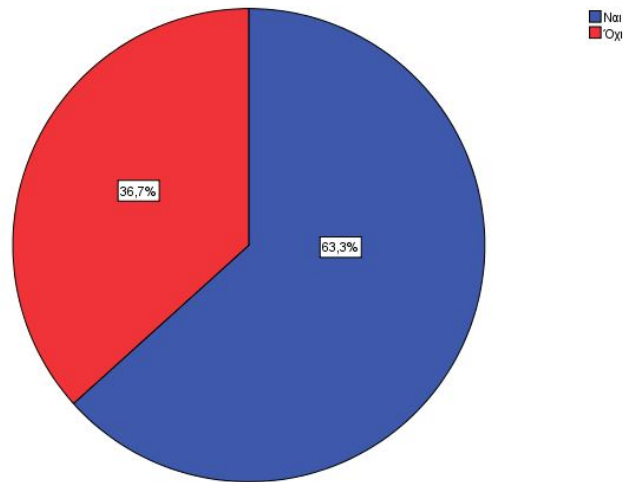


### Σύγκριση παθητικού-ενεργητικού καπνίσματος

Στη ερώτηση «Συμφωνείτε με την άποψη ότι το παθητικό κάπνισμα βλάπτει περισσότερο σε σχέση με το ενεργητικό;», το 63,3% του δείγματος μας απαντά θετικά και το 36,7% αρνητικά (Γράφημα 14).

### Γράφημα 14 Σύγκριση παθητικού-ενεργητικού καπνίσματος

Συμφωνείτε με την άποψη ότι το παθητικό κάπνισμα βλάπτει περισσότερο σε σχέση με το ενεργητικό;

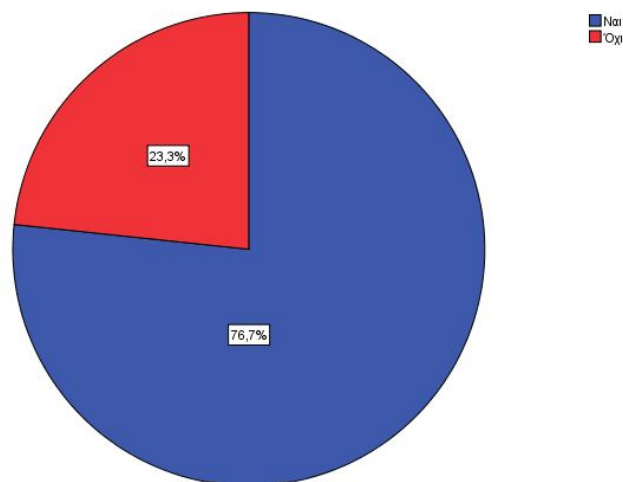


### Συσχέτιση καπνίσματος και καρδιαγγειακών παθήσεων

Επιπλέον συντριπτικά είναι τα ποσοστά αυτών που θεωρούν ότι το κάπνισμα σχετίζεται άμεσα με την αύξηση των καρδιαγγειακών παθήσεων (76,7%) (Γράφημα 15).

### Γράφημα 15 Συσχέτιση καπνίσματος και καρδιαγγειακών παθήσεων

Συμφωνείτε με την άποψη ότι το κάπνισμα είναι η κυριότερη αιτία της αύξησης καρδιαγγειακών παθήσεων;

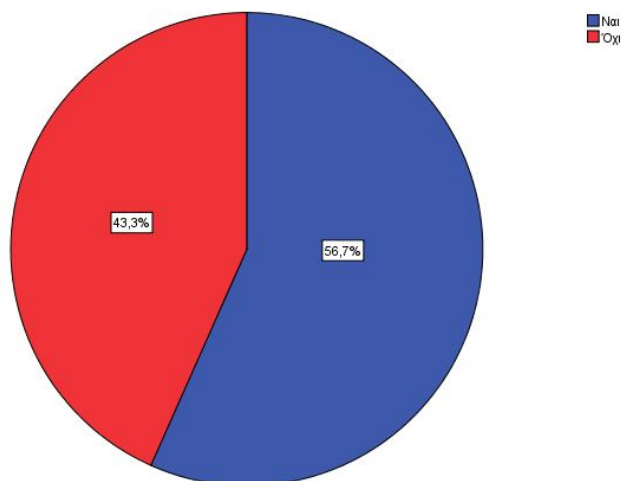


### Σχέση εισπραξης φόρων και απαγόρευσης καπνίσματος

Στην άποψη ότι το κράτος δεν μπορεί ν' απαγορεύει το κάπνισμα από τη στιγμή που εισπράττει φόρους από την πώληση τσιγάρων, ο βαθμός συμφωνίας των συμμετεχόντων στην έρευνα αγγίζει το 56,7%, ενώ το υπόλοιπο 43,3% διαφωνεί (Γράφημα 16).

**Γράφημα 16 Σχέση εισπραξής φόρων και απαγόρευσης καπνίσματος**

Συμφωνείτε με την άποψη ότι το κράτος δεν μπορεί ν' απαγορεύει το κάπνισμα από τη στιγμή που εισπράττει φόρους από την πώληση τσιγάρων;

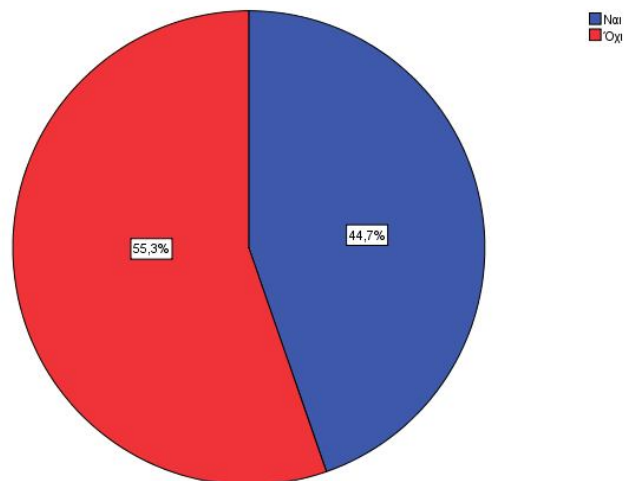


### **Αντικαπνιστικός Νόμος και οικονομικά οφέλη**

Παράλληλα, το 55,3% του δείγματος μας συμφωνεί με την άποψη ότι η ψήφιση του νέου αντικαπνιστικού Νόμου γίνεται καθαρά για οικονομικά οφέλη και όχι για την πρόληψη της δημόσιας υγείας (Γράφημα 17).

### Γράφημα 17 Αντικαπνιστικός Νόμος και οικονομικά οφέλη

Συμφωνείτε με την άποψη ότι η ψήφιση του νέου αντικαπνιστικού Νόμου γίνεται καθαρά για οικονομικά οφέλη και όχι για την πρόληψη της δημόσιας υγείας;

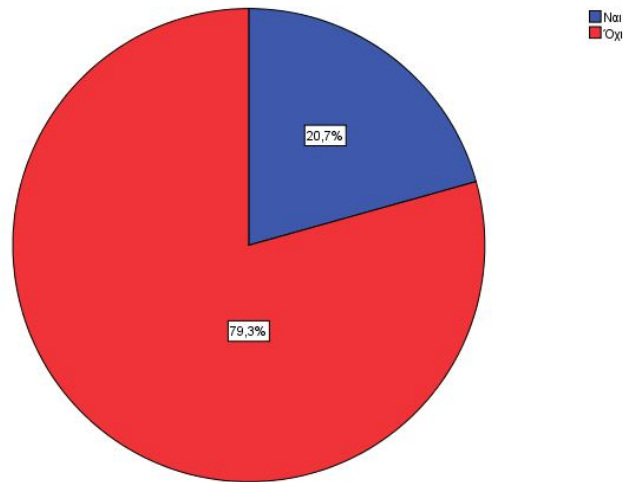


### Βαθμός λειτουργίας του νόμου υπέρ των καπνιστών

Στο εάν ο νόμος έχει διαμορφωθεί έτσι ώστε να λειτουργεί υπέρ των καπνιστών το 79,3% του δείγματος εμφανίζεται να διαφωνεί με την συγκεκριμένη άποψη και μόλις το 20,7% να συμφωνεί (Γράφημα 18).

### Γράφημα 18 Βαθμός λειτουργίας του νόμου υπέρ των καπνιστών

Συμφωνείτε με την άποψη ότι ο Νόμος έχει διαμορφωθεί έτσι ώστε να λειτουργεί υπέρ των καπνιστών;

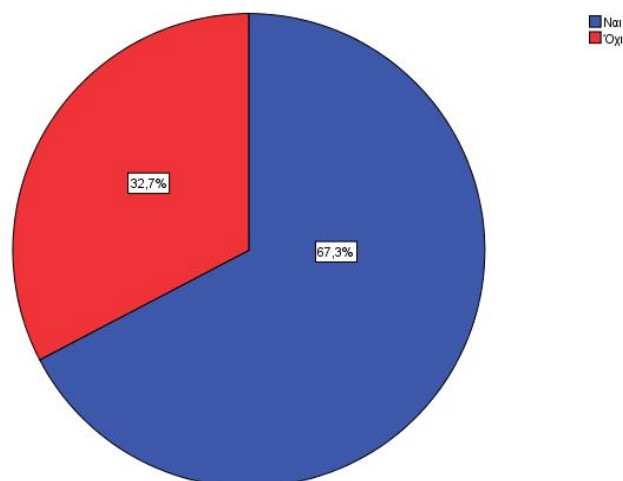


### **Βαθμός λειτουργίας του νόμου υπέρ των μή καπνιστών**

Επιπλέον, όπως είναι αναμενόμενο, αντίστροφα είναι τα αποτελέσματα που λαμβάνουμε στην ερώτηση «Συμφωνείτε με την άποψη ότι ο Νόμος έχει διαμορφωθεί έτσι ώστε να λειτουργεί υπέρ των μη καπνιστών;» (Γράφημα 19).

### **Γράφημα 19 Βαθμός λειτουργίας του νόμου υπέρ των μή καπνιστών**

Συμφωνείτε με την άποψη ότι ο Νόμος έχει διαμορφωθεί έτσι ώστε να λειτουργεί υπέρ των μη καπνιστών;

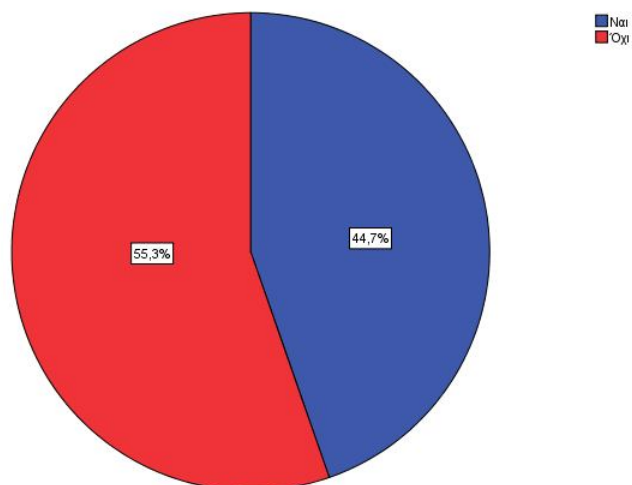


### **Επιβάρυνση της υγείας από το παθητικό κάπνισμα**

Σχετικά μοιρασμένες είναι οι απαντήσεις του δείγματος μας στην ερώτηση «Συμφωνείτε με την άποψη ότι το παθητικό κάπνισμα δεν επιβαρύνει τόσο την υγεία όσο το ενεργητικό κάπνισμα;» το 44,7% των ερωτώμενων απαντά «Ναι», ενώ το 55,3% «Όχι» (Γράφημα 20).

### Γράφημα 20 Επιβάρυνση της υγείας από το παθητικό κάπνισμα

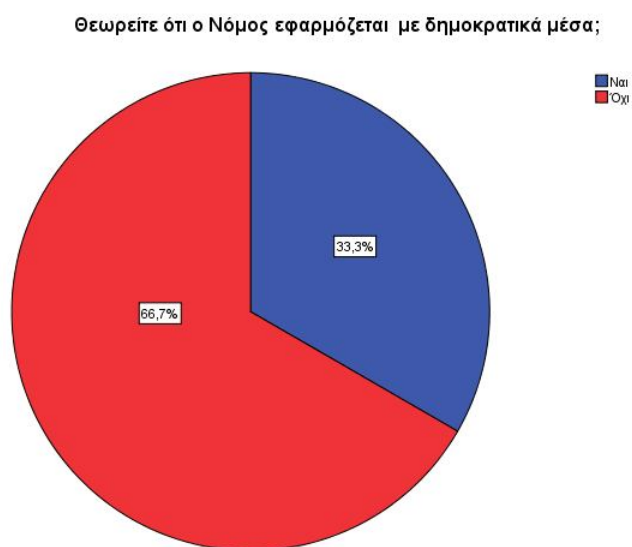
Συμφωνείτε με την άποψη ότι το παθητικό κάπνισμα δεν επιβαρύνει τόσο την υγεία όσο το ενεργητικό κάπνισμα;



## Δημοκρατικότητα το Νόμου

Αναφορικά με τα μέσα που χρησιμοποιούνται εκ μέρους της πολιτείας για την εφαρμογή του νόμου, τα 2/3 του δείγματος μας θεωρούν ότι αυτά δεν είναι δημοκρατικά και το υπόλοιπο 1/3 απαντά ότι έχουν δημοκρατική βάση (Γράφημα 21).

Γράφημα 21 Δημοκρατικότητα το Νόμου



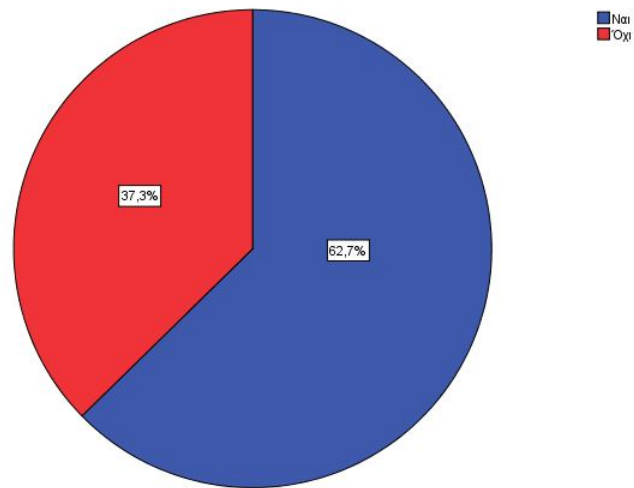
## Μή Δημοκρατικότητα το Νόμου

Αντίστροφα είναι τα αποτελέσματα που λαμβάνουμε στην ερώτηση «Θεωρείτε ότι ο Νόμος δεν εφαρμόζεται με δημοκρατικά μέσα και επιβάλλεται παρά την θέληση των πολιτών;». Το 52,7% των συμμετεχόντων στην έρευνα απαντά θετικά και το 37,3% αρνητικά (Γράφημα 22).

Γράφημα 22 Δημοκρατικότητα το Νόμου



Θεωρείτε ότι ο Νόμος δεν εφαρμόζεται με δημοκρατικά μέσα και επιβάλλεται παρά την θέληση των πολιτών;

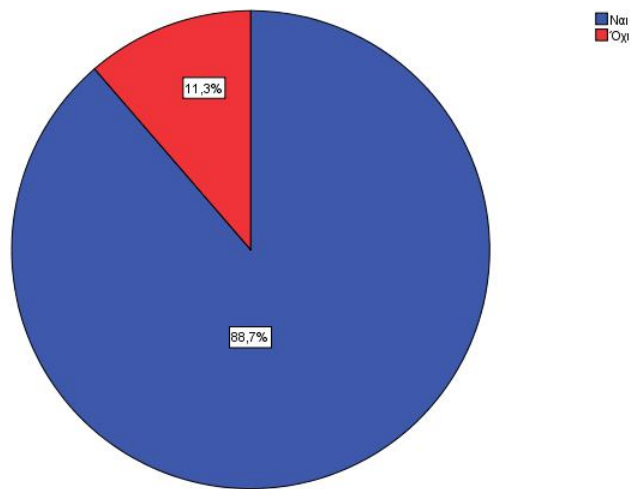


### **Ανικανότητα εφαρμογής του Νόμου λόγω κακής πολιτικής**

Συνεχίζοντας την έρευνα μας παρατηρούμε ένα εντυπωσιακό στατιστικό στοιχείο. Το 88,3% των ερωτώμενων του δείγματος μας θεωρεί ότι ο νόμος εναντίον του καπνίσματος δεν είναι σε θέση να εφαρμοστεί λόγω κακής πολιτικής. Το υπόλοιπο 11,3% του δείγματος διαφωνεί με την άποψη αυτή (Γράφημα 23).

## Γράφημα 23 Ανικανότητα εφαρμογής του Νόμου λόγω κακής πολιτικής

Πιστεύετε ότι ο Νόμος δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω κακής πολιτικής ;

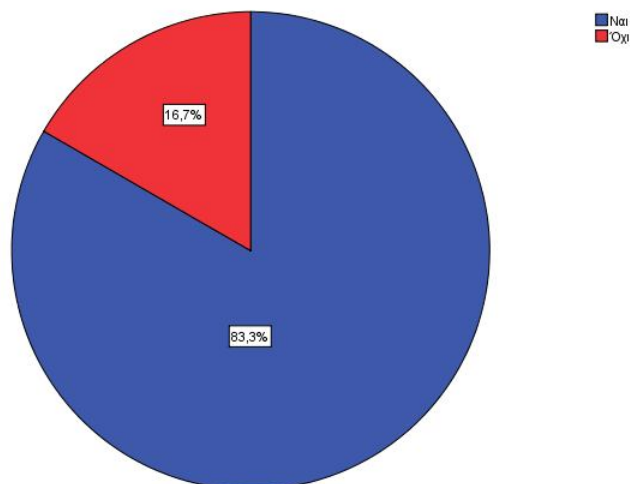


## Ανικανότητα εφαρμογής του Νόμου λόγω άρνησης συμμόρφωσης των πολιτών

Ανάλογα είναι τα ποσοστά αυτών που θεωρούν ότι ένας ακόμη λόγος για τη μη εφαρμογή του νόμου, είναι η άρνηση των πολιτών για συμμόρφωση σε αυτόν. Συγκεκριμένα το 83,3% του δείγματος μας απαντά θετικά στην ανάλογη ερώτηση και το 16,7% αρνητικά (Γράφημα 24).

## Γράφημα 24 Ανικανότητα εφαρμογής του Νόμου λόγω άρνησης συμμόρφωσης των πολιτών

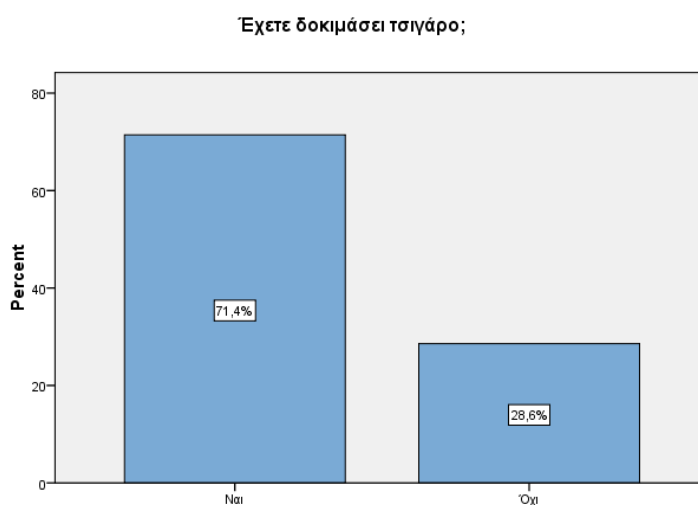
Πιστεύετε ότι ο Νόμος δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω άρνησης για συμμόρφωση των πολιτών;



## Μέγεθος δείγματος που έχει δοκιμάσει τσιγάρο

Ρωτώντας τους μη καπνιστές που συμμετέχουν στην έρευνα εάν έχουν δοκιμάσει τσιγάρο γενικά, παρατηρούμε ότι το 71,4% αυτών απαντούν θετικά και το 28,6% αρνητικά (Γράφημα 25).

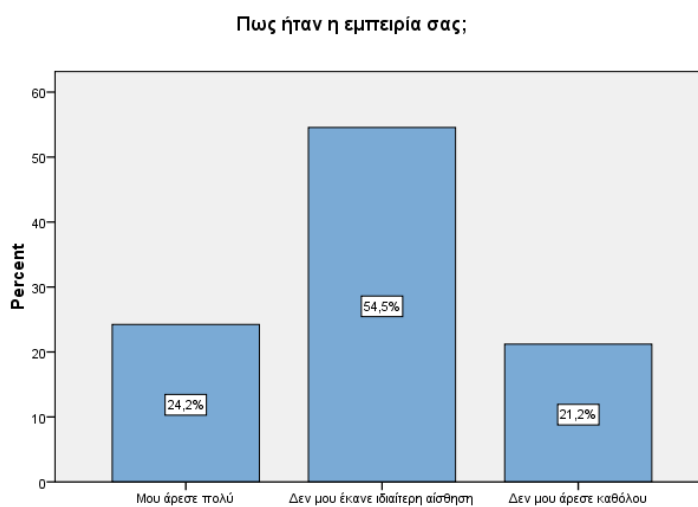
Γράφημα 25 Μέγεθος δείγματος που έχει δοκιμάσει τσιγάρο



## Εμπειρία από τη δοκιμή τσιγάρου

Για τους περισσότερους 54,5% οι εντυπώσεις από τη δοκιμή τσιγάρου ήταν ουδέτερες, για το 24,2% θετικές και για το 21,2% αρνητικές (Γράφημα 226).

**Γράφημα 26 Εμπειρία από τη δοκιμή τσιγάρου**

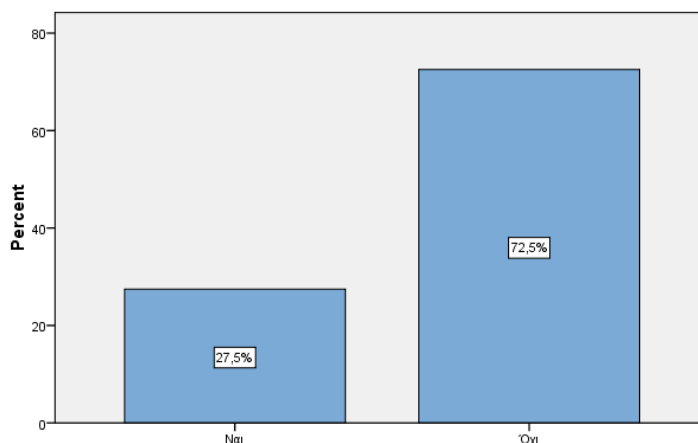


### **Μέγεθος ερωτώμενων που υπήρξαν καπνιστές**

Επιπλέον παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο μέρος των μή καπνιστών του δείγματος (72,5%), δεν υπήρξαν καπνιστές ούτε στο παρελθόν (Γράφημα 27).

### **Γράφημα 27 Μέγεθος ερωτώμενων που υπήρξαν καπνιστές**

Υπήρξατε καπνιστής στο παρελθόν;

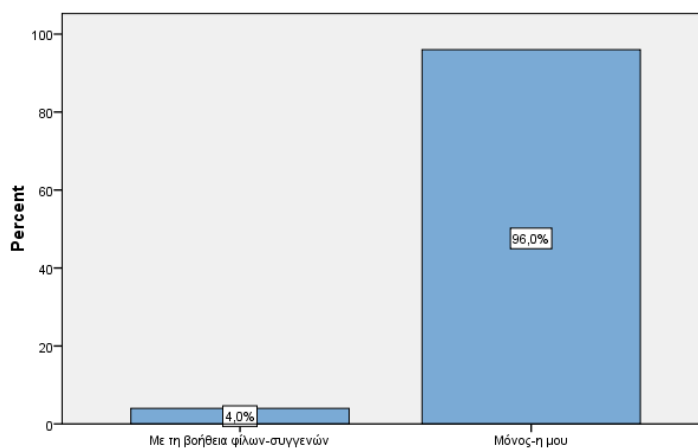


### Τρόπος σταματημού του καπνίσματος

Όσον αφορά, τον τρόπο με τον οποίο κατάφεραν να σταματήσουν το κάπνισμα όσοι υπήρξαν καπνιστές κατά το παρελθόν κατά κύριο λόγο ήταν με προσωπική προσπάθεια ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό το σταμάτησε με τη βοήθεια συγγενών και φίλων (Γράφημα 28).

Γράφημα 28 Τρόπος σταματημού του καπνίσματος

Αν ναι, πως καταφέρατε να το κόψετε;

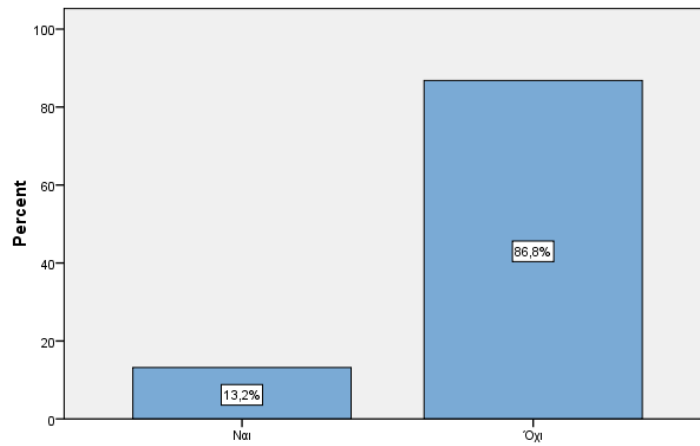


### Αντικαπνιστικός Νόμος και έξοδοι

Η επιβολή του νέου αντικαπνιστικού νόμου δεν φαίνεται να επηρέασε σε σημαντικό βαθμό την κοινωνική ζωή των μη καπνιστών καθώς μόλις το 13,2% αυτών απαντούν ότι μετά την επιβολή του έχουν αυξηθεί οι έξοδοι τους (Γράφημα 29).

## Γράφημα 29 Αντικαπνιστικός Νόμος και έξοδοι

Με την επιβολή του νέου αντικαπνιστικού Νόμου σε δημόσιους χώρους, έχουν αυξηθεί οι έξοδοί σας;

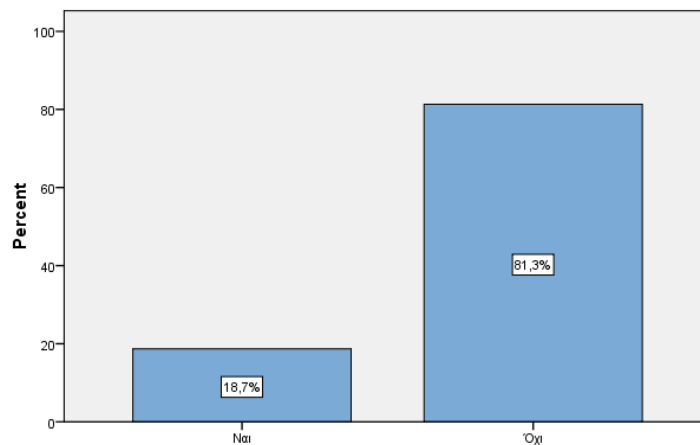


### Διάθεση για καταγγελία

Αρνητική είναι η απάντηση των περισσότερων μη καπνιστών στο εάν θα προχωρούσαν σε καταγγελία θαμώνων καφετεριών που δεν συμμορφώνονται με το νόμο. Το 81,3% του δείγματος απαντά ότι δεν θα έκανε κάτι τέτοιο (Γράφημα 30).

## Γράφημα 30 Διάθεση για καταγγελία

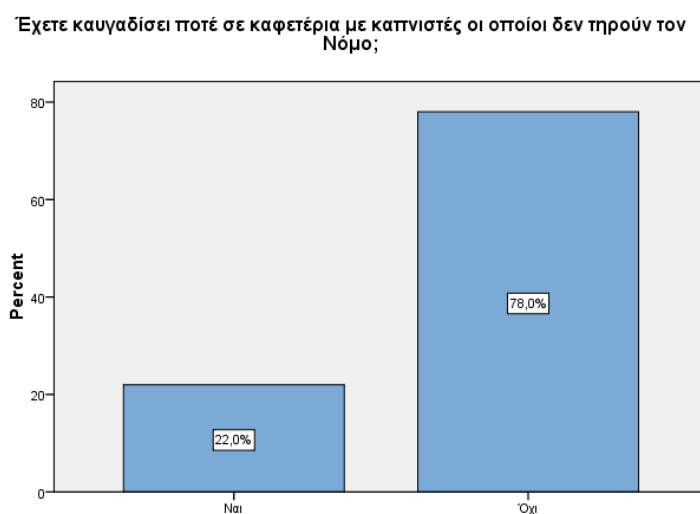
Εάν βλέπατε άλλους θαμώνες καφετεριών να μην εφαρμόζουν τον Νόμο, θα τους καταγγέλλατε;



## Διάθεση για καυγά

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 22,0% των μή καπνιστών δηλώνει ότι έχει καυγαδίσει σε κάποια καφετέρια με καπνιστές οι οποίοι δεν τηρούν το νόμο, ποσοστό σχετικά υψηλό (Γράφημα 31).

**Γράφημα 31 Διάθεση για καυγά**

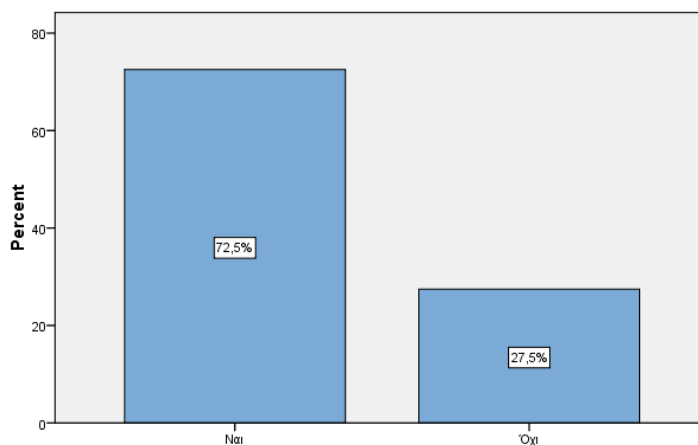


## Ενόχληση από την ύπαρξη καπνιστών

Παράλληλα το 72,5% των μή καπνιστών δηλώνουν ότι ενοχλούνται όταν βρίσκονται σε κάποια καφετέρια και υπάρχουν τριγύρω άτομα που καπνίζουν (Γράφημα 32).

**Γράφημα 32 Ενόχληση από την ύπαρξη καπνιστών**

Σας ενοχλεί όταν βρίσκεστε σε κάποια καφετέρια και υπάρχουν τριγύρω άτομα που καπνίζουν;

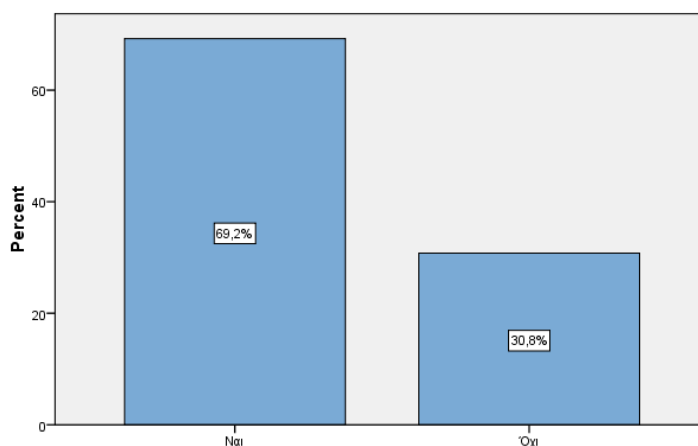


### Καταπάτηση δικαιωμάτων λόγω μή τήρησης του Νόμου

Παράλληλα το 69,2% των μή καπνιστών θεωρούν ότι με την μή τήρηση του Νόμου, καταπατώνται τα δικαιώματά τους (Γράφημα 33).

### Γράφημα 33 Καταπάτηση δικαιωμάτων λόγω μή τήρησης του Νόμου

Θεωρείτε ότι με την μη τήρηση του Νόμου, καταπατώνται τα δικαιώματά σας;



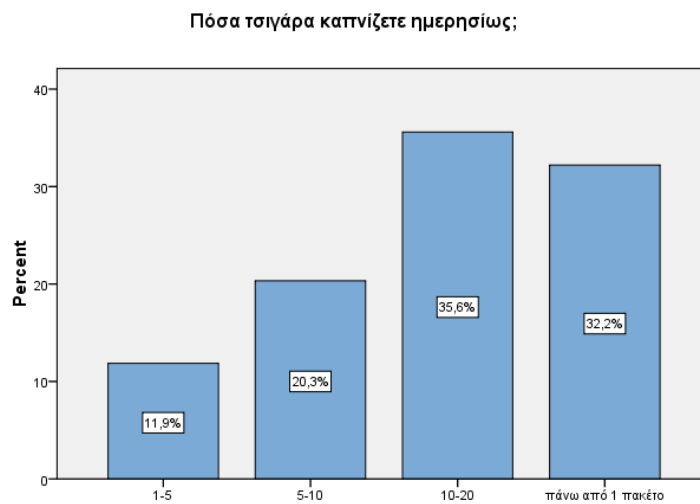
### Ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων

Προχωρώντας σε επιμέρους ερωτήσεις για τους συμμετέχοντες στην έρευνα μας που δηλώνουν καπνιστές παρατηρούμε ότι το 35,6% αυτών καπνίζουν 10 έως 20



τσιγάρα ημερησίως, το 32,2% πάνω από ένα πακέτο, το 20,3% 5 έως δέκα τσιγάρα και το 11,9% λιγότερα από 5 τσιγάρα (Γράφημα 34).

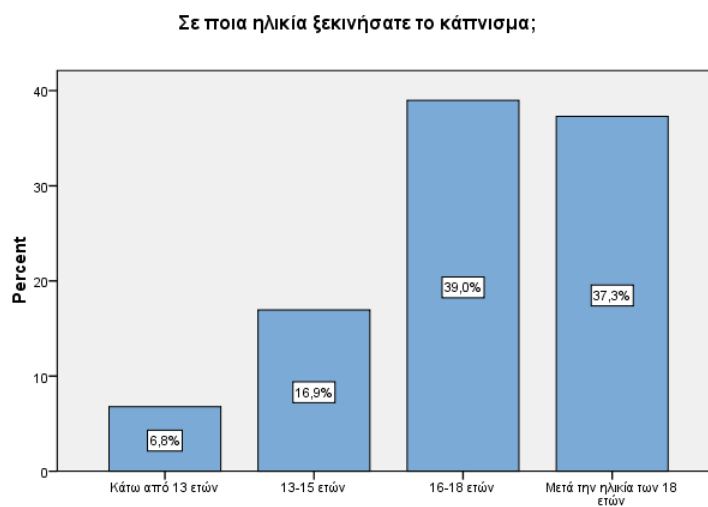
**Γράφημα 34 Ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων**



### **Ηλικία έναρξης του καπνίσματος**

Μελετώντας την ηλικία που οι ερωτώμενοι ξεκίνησαν το κάπνισμα, σκιαγραφούμε ότι το 39,0% αυτών ξεκίνησε να καπνίζει στην ηλικία ανάμεσα των 16 έως 18 ετών, το 37,3% άνω των 18 ετών, το 16,9% σε ηλικία 13 έως 15 ετών και το 6,8% ξεκίνησε το κάπνισμα πριν τα 13 του έτη (Γράφημα 35).

### Γράφημα 35 Ηλικία έναρξης του καπνίσματος

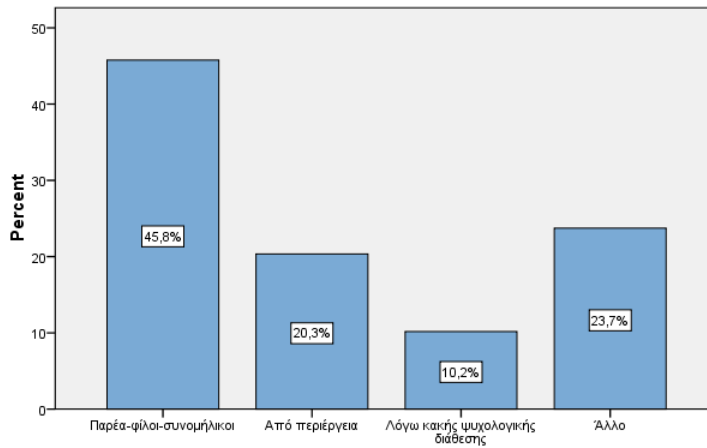


### Λόγοι έναρξης του καπνίσματος

Ο κυριότερος λόγος για το ξεκίνημα του καπνίσματος εμφανίζεται να είναι η επιρροή από την παρέα, το 20,3% δηλώνει ότι ξεκίνησε να καπνίζει από περιέργεια, το 10,2% λόγω κακής ψυχολογικής διάθεσης, ενώ το 23,7% των ερωτώμενων προβάλλει άλλους λόγους (Γράφημα 36).

### Γράφημα 36 Λόγοι έναρξης του καπνίσματος

Ποιοι ήταν οι λόγοι που σας οδήγησαν να ξεκινήσετε το κάπνισμα;

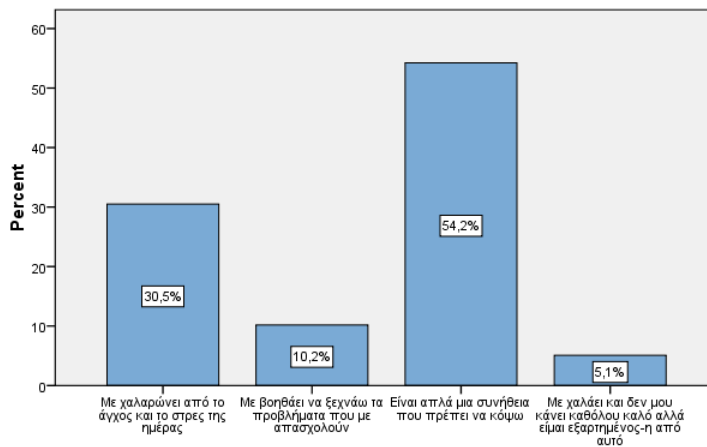


### Ρόλος του τσιγάρου

Αναφορικά με το ρόλο που διαδραματίζει το τσιγάρο στη ζωή των καπνιστών, το 54,2% του δείγματος μας θεωρεί ότι είναι απλά μια συνήθεια που πρέπει να κοπεί, το 30,5% απαντούν ότι τους χαλαρώνει από το άγχος και το στρες της ημέρας, το 10,2% θεωρούν ότι τους βοηθάει να ξεχνούν τα προβλήματα που τους απασχολούν και το 5,2% απαντούν αναγνωρίζουν ότι δεν τους κάνει καθόλου καλό αλλά είμαι εξαρτημένοι από αυτό (Γράφημα 37).

Γράφημα 37 Ρόλος του τσιγάρου

Τι ρόλο παίζει το τσιγάρο στη ζωή σας;



## Κάπνισμα την οικογένεια

Εν συνεχεία παρουσιάζουμε τις απαντήσεις στην ερώτηση «Τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς σας καπνίζουν;». το 22,0% των καπνιστών απαντά «Ναι», το 37,3% «Όχι» και το 40,7% «Ναι αλλά όχι όλα» (Γράφημα 38).

Γράφημα 38 Κάπνισμα την οικογένεια



## Προσπάθεια για κόψιμο του τσιγάρου

Αναφορικά με το εάν οι καπνιστές του δείγματος μας έχουν κάνει στο παρελθόν προσπάθειες να κόψουν το κάπνισμα, το 71,2% αυτών απαντά θετικά και το υπόλοιπο 28,8% αρνητικά (Γράφημα 39).

**Γράφημα 39 Προσπάθεια για κόψιμο του τσιγάρου**

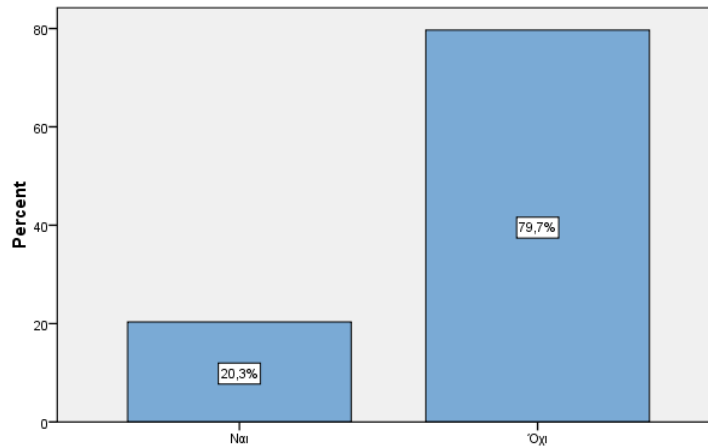


### **Αντικαπνιστικός Νόμος και κοινωνική ζωή καπνιστών**

Στην ερώτηση για το εάν μετά την επιβολή του νέου αντικαπνιστικού νόμου σε δημόσιους χώρους, έχουν μειωθεί οι έξοδοι τους η κατανομή των απαντήσεων των καπνιστών είναι ανάλογη με αυτή των μη καπνιστών καθώς το ποσοστό αυτών που απαντούν θετικά αγγίζει το 79,7% (Γράφημα 40).

**Γράφημα 40 Αντικαπνιστικός Νόμος και κοινωνική ζωή καπνιστών**

Με την επιβολή του νέου αντικαπνιστικού Νόμου σε δημόσιους χώρους, έχουν μειωθεί οι έξοδοί σας;

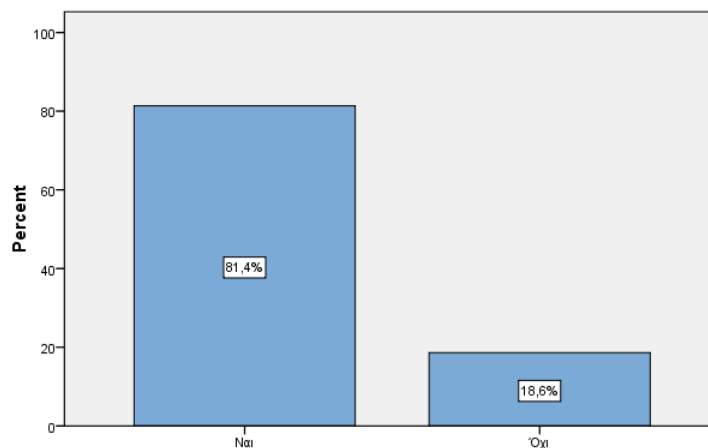


### Αντικαπνιστικός Νόμος και έξοδοι σε καφετέριες

Επιπρόσθετα το μεγαλύτερο κομμάτι των καπνιστών (81,4%), απαντούν ότι απειθαρχούν στο νόμο και συνεχίζουν να καπνίζουν σε καφετέριες και μετά την επιβολή του αντικαπνιστικού νόμου, ποσοστό που είναι ιδιαίτερα μεγάλο (Γράφημα 41).

### Γράφημα 41 Αντικαπνιστικός Νόμος και έξοδοι σε καφετέριες

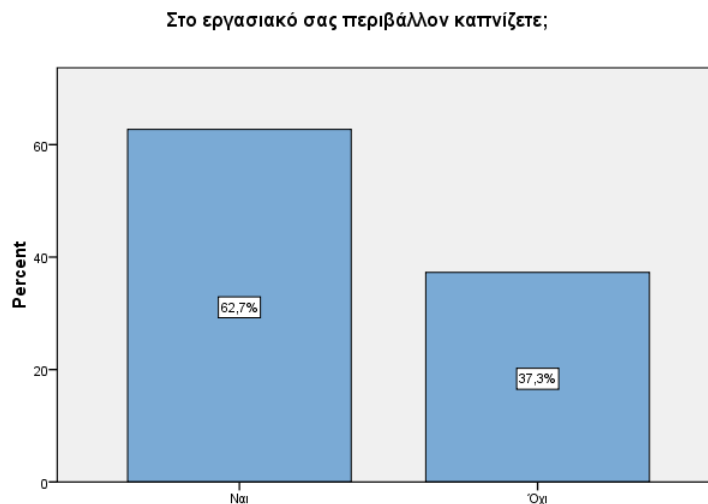
Τώρα με την επιβολή του νέου αντικαπνιστικού Νόμου σε δημόσιους χώρους, όταν πηγαίνετε σε καφετέριες, καπνίζετε;



### Κάπνισμα στο εργασιακό περιβάλλον

Παράλληλα, μειωμένο είναι το ποσοστό αυτών που καπνίζουν στο χώρο εργασίας του και το οποίο ανέρχεται σε 62,7% (Γράφημα 42).

**Γράφημα 42 Κάπνισμα στο εργασιακό περιβάλλον**

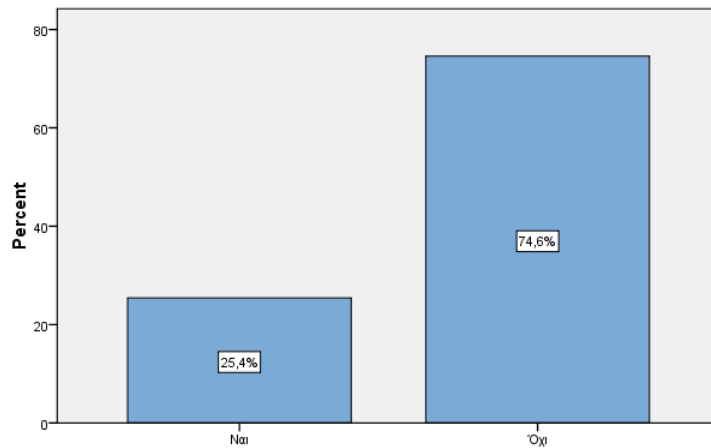


### **Αντικαπνιστικός Νόμος και κατανάλωση τσιγάρων- Αντικαπνιστικός Νόμος και καταπάτηση δικαιωμάτων**

Τέλος, από τις δυο τελευταίες ερωτήσεις της έρευνας μας σκιαγραφούμε ότι, αφενός μετά την επιβολή του αντικαπνιστικού νόμου μικρό είναι το ποσοστό των καπνιστών που ελάττωσαν τον ημερήσιο αριθμό τσιγάρων που καπνίζουν (25,4%) (Γράφημα 43) και αφετέρου ότι το μεγαλύτερο μέρος των καπνιστών της έρευνας μας (79,7%), θεωρούν ότι με την επιβολή της τήρησης του νόμου καταπατούνται τα δικαιώματά τους (Γράφημα 44).

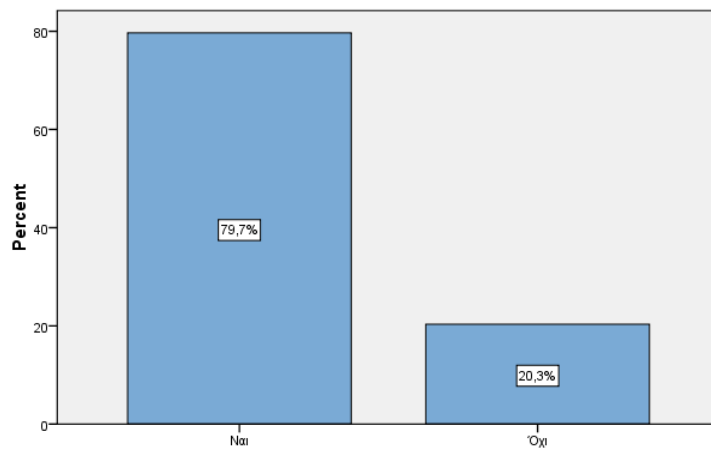
### Γράφημα 43 Αντικαπνιστικός Νόμος και κατανάλωση τσιγάρων

Μετά την επιβολή του νέου αντικαπνιστικού Νόμου έχετε ελαττώσει τον αριθμό των τσιγάρων τα οποία καπνίζετε;



### Γράφημα 44 Αντικαπνιστικός Νόμος και καταπάτηση δικαιωμάτων

Θεωρείτε ότι με την επιβολή της τήρησης του Νόμου, καταπατώνται τα δικαιώματά σας;



## 9.4 Συσχετίσεις-έλεγχοι υποθέσεων



## 9.2.1 Συσχέτιση ημερήσιας κατανάλωσης τσιγάρων και καπνιστικής συμπεριφοράς σε καφετέριες μετά την επιβολή του Νόμου

Αρχικά, συσχετίζοντας των αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν ημερησίως, οι καπνιστές του δείγματος μας με το εάν αυτοί συνεχίζουν να καπνίζουν σε καφετέριες μετά την επιβολή του αντικαπνιστικού νόμου, σκιαγραφούμε ότι δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους διαφορετικούς τύπους καπνιστών με βάση πάντα τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνουν ημερησίως και της συμπεριφοράς τους μετά την επιβολή του νόμου. Συγκεκριμένα οι ερωτώμενοι που καπνίζουν 1 έως 5 τσιγάρα την ημέρα συνεχίζουν να καπνίζουν σε καφετέριες και μετά την επιβολή του νόμου σε ποσοστό 71,4%, οι ερωτώμενοι που καπνίζουν 5 έως 10 τσιγάρα σε ποσοστό 83,3%, οι ερωτώμενοι που καπνίζουν 10 έως 20 τσιγάρα σε ποσοστό 76,2% και όσοι καπνίζουν πάνω από 1 πακέτο σε ποσοστό 89,5% (Συσχέτιση 1).

**Συσχέτιση 1: Ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων και καπνιστική συμπεριφορά σε καφετέριες μετά την επιβολή του Νόμου**

			Τώρα με την επιβολή του νέου αντικαπνιστικού Νόμου σε δημόσιους χώρους, όταν πηγαίνετε σε καφετέριες, καπνίζετε;		Total
			Ναι	Όχι	
Πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως;	1-5	Count	5	2	7
		% within Πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως;	71,4%	28,6%	100,0%
	5-10	Count	10	2	12
		% within Πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως;	83,3%	16,7%	100,0%
	10-20	Count	16	5	21

	% within Πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως;	76,2%	23,8%	100,0%
πάνω από 1 πακέτο	Count	17	2	19
	% within Πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως;	89,5%	10,5%	100,0%
Total	Count	48	11	59
	% within Πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως;	81,4%	18,6%	100,0%

Όπως παρατηρήθηκε παραπάνω δεν υπάρχουν αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις όσον αφορά τους διαφορετικούς τύπους καπνιστών με βάση τον ημερήσιο αριθμό τσιγάρων που καπνίζουν και το εάν αυτοί συνεχίζουν να καπνίζουν στις καφετέριες και μετά την επιβολή του αντικαπνιστικού νόμου. Διεξάγοντας έλεγχο ανεξαρτησίας με το κριτήριο  $\chi^2$  για να διαπιστώσουμε εάν το παραπάνω αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό, παρατηρούμε ότι το p-value του έλεγχου ισούται με 0,641. Με γνώμονα το γεγονός ότι το p-value που λαμβάνουμε είναι μεγαλύτερο του επιπέδου σημαντικότητας  $\alpha=0,05$ , συμπεραίνουμε ότι δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στη συμπεριφορά των διαφορετικών τύπων καπνιστών όσον αφορά το εάν συνεχίζουν να καπνίζουν στις καφετέριες και μετά την επιβολή του νέου αντικαπνιστικού νόμου. Συνεπώς παρατηρούμε ότι η καπνιστική συμπεριφορά των ερωτώμενων στις καφετέριες μετά την επιβολή του νόμου δεν διαφοροποιείται ανάλογα με το πλήθος των τσιγάρων που καταναλώνουν ημερησίως οι καπνιστές.

### Συσχέτιση 1: Αποτελέσματα έλεγχου $\chi^2$

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,681 <sup>a</sup>	3	,641
Likelihood Ratio	1,732	3	,630
Linear-by-Linear Association	,809	1	,368

N of Valid Cases	59	
------------------	----	--

## 9.2.2 Συσχέτιση ηλικίας και καπνιστικής συμπεριφοράς σε καφετέριες μετά την επιβολή του Νόμου

Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα που λαμβάνουμε συσχετίζοντας την ηλικία έναρξης του καπνίσματος και τη συμπεριφορά των καπνιστών όσον αφορά τη συνέχιση του καπνίσματος στις καφετέριες μετά την επιβολή του αντικαπνιστικού νόμου. Όπως παρατηρούμε το σύνολο των ερωτώμενων που ξεκίνησαν το κάπνισμα κάτω των δεκατριών ετών συνεχίζουν να καπνίζουν στις καφετέριες και μετά την επιβολή του νόμου. Ανάλογη συμπεριφορά έχει το 80,0% αυτών που ξεκίνησαν το κάπνισμα σε ηλικία 13 έως 15 ετών, το 87,0% όσον ξεκίνησαν να καπνίζουν σε ηλικία 16 έως 18 ετών και το 72,7% όσον ξεκίνησαν το κάπνισμα σε ηλικία άνω των 18 ετών.

### Συσχέτιση 2: Ηλικία και καπνιστική συμπεριφορά σε καφετέριες μετά την επιβολή του Νόμου

			Τώρα με την επιβολή του νέου αντικαπνιστικού Νόμου σε δημόσιους χώρους, όταν πηγαίνετε σε καφετέριες, καπνίζετε;		Total
			Ναι	Όχι	
Σε ποια ηλικία ξεκινήσατε το κάπνισμα;	Κάτω από 13 ετών	Count	4	0	4
		% within Σε ποια ηλικία ξεκινήσατε το κάπνισμα;	100,0%	,0%	100,0%

13-15 ετών	Count	8	2	10
	% within Σε ποια ηλικία ξεκινήσατε το κάπνισμα;	80,0%	20,0%	100,0%
16-18 ετών	Count	20	3	23
	% within Σε ποια ηλικία ξεκινήσατε το κάπνισμα;	87,0%	13,0%	100,0%
Μετά την ηλικία των 18 ετών	Count	16	6	22
	% within Σε ποια ηλικία ξεκινήσατε το κάπνισμα;	72,7%	27,3%	100,0%
Total	Count	48	11	59
	% within Σε ποια ηλικία ξεκινήσατε το κάπνισμα;	81,4%	18,6%	100,0%

Όπως είναι αναμενόμενο διενεργώντας έλεγχο υποθέσεων με το κριτήριο  $\chi^2$ , δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές στη συνέχιση ή μή του καπνίσματος σε καφετέριες μετά την επιβολή του αντικαπνιστικού νόμου ανάμεσα στους καπνιστές του δείγματος μας με βάση το διαχωρισμό τους σε διαφορετικές ομάδες με γνώμονα την ηλικία που αυτοί ξεκίνησαν το κάπνισμα, καθώς το p-value του ελέγχου είναι μεγαλύτερο του  $\alpha=0,05$ .

### Συσχέτιση 2: Αποτελέσματα ελέγχου $\chi^2$

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,484 <sup>a</sup>	3	,478

Likelihood Ratio	3,159	3	,368
Linear-by-Linear Association	1,438	1	,230
N of Valid Cases	59		

### 9.2.3 Συσχέτιση φύλου και καπνιστικής συμπεριφοράς σε καφετέριες μετά την επιβολή του Νόμου

Για τη διερεύνηση του εάν οι γυναίκες συμμορφώνονται στο νόμο σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι άνδρες προχωρούμε σε συσχέτιση του φύλου των ερωτώμενων με τις απαντήσεις που αφορούν την εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου σε καφετέριες.

Σκιαγραφούμε, ότι το 80,6% των ανδρών καπνιστών δεν συμμορφώνονται στον αντικαπνιστικό νόμο και συνεχίζουν να καπνίζουν σε καφετέριες, ενώ ελαφρώς μεγαλύτερο (82,1%), είναι το ποσοστό των γυναικών που έχουν ανάλογη συμπεριφορά.

#### Συσχέτιση 3: Φύλο και καπνιστική συμπεριφορά σε καφετέριες μετά την επιβολή του Νόμου

			Τώρα με την επιβολή του νέου αντικαπνιστικού Νόμου σε δημόσιους χώρους, όταν πηγαίνετε σε καφετέριες, καπνίζετε;		Total
			Ναι	Όχι	
Φύλο	Άνδρας	Count	25	6	31
		% within Φύλο	80,6%	19,4%	100,0%
	Γυναίκα	Count	23	5	28

	% within Φύλο	82,1%	17,9%	100,0%
Total	Count	48	11	59
	% within Φύλο	81,4%	18,6%	100,0%

Όπως είναι αναμενόμενο, τα αποτελέσματα μας δεν συνιστούν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη συμπεριφορά τους αναφορικά με την συμμόρφωση τους στον αντικαπνιστικό νόμο, ανάμεσα στους άνδρες καπνιστές και στις γυναίκες καπνίστριες. Το υπολογιζόμενο p-value του ελέγχου  $\chi^2$  ισούται με 0,883 γεγονός που επιβεβαιώνει το παραπάνω αποτέλεσμα.

### Συσχέτιση 3: Αποτελέσματα ελέγχου $\chi^2$

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,022 <sup>a</sup>	1	,883
Continuity Correction <sup>b</sup>	,000	1	1,000
Likelihood Ratio	,022	1	,883
Fisher's Exact Test			
Linear-by-Linear Association	,021	1	,884
N of Valid Cases	59		

### 9.2.4 Συσχέτιση ηλικίας με βάση το όριο των 30 ετών και καπνιστικής συμπεριφοράς σε καφετέριες μετά την επιβολή του Νόμου

Συνεχίζοντας τη μελέτη μας, παρατηρούμε ότι διαχωρίζοντας το δείγμα των καπνιστών σε ηλικιακές ομάδες με cut-off point τα 30 έτη παρουσιάζονται πολύ μικρές διαφοροποιήσεις όσον αφορά τη συμπεριφορά των καπνιστών στις δυο υπο-ομάδες αναφορικά με τη συμμόρφωση τους στο νόμο. Συγκεκριμένα παρατηρούμε ότι το 85,7% των καπνιστών που είναι σε ηλικία κάτω των 30 ετών δεν συμμορφώνεται στον αντικαπνιστικό νόμο, ενώ την ίδια συμπεριφορά έχει και το 77,4% των καπνιστών άνω των 30 ετών.

**Συσχέτιση 4: Ηλικία με βάση το όριο των 30 ετών και καπνιστική συμπεριφορά σε καφετέριες μετά την επιβολή του Νόμου**

			Τώρα με την επιβολή του νέου αντικαπνιστικού Νόμου σε δημόσιους χώρους, όταν πηγαίνετε σε καφετέριες, καπνίζετε;		Total
			Ναι	Όχι	
Ηλικία	Κάτω των 30	Count	24	4	28
		% within Ηλικία	85,7%	14,3%	100,0%
	Άνω των 30	Count	24	7	31
		% within Ηλικία	77,4%	22,6%	100,0%
Total		Count	48	11	59
		% within Ηλικία	81,4%	18,6%	100,0%

Όπως είναι αναμενόμενο ούτε σε αυτή την περίπτωση δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στη συμπεριφορά των δυο ομάδων καπνιστών. Το p-value του ελέγχου ισούται με 0,414.

**Συσχέτιση 4: Αποτελέσματα ελέγχου  $\chi^2$**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,667 <sup>a</sup>	1	,414
Continuity Correction <sup>b</sup>	,233	1	,630
Likelihood Ratio	,676	1	,411
Fisher's Exact Test			
Linear-by-Linear Association	,656	1	,418
N of Valid Cases	59		

### **9.2.5 Συσχέτιση ηλικίας με βάση το όριο των 30 ετών και απόψεων περί καταπάτησης των δικαιωμάτων των καπνιστών από την επιβολή του Νόμου**

Κλείνοντας, προχωρούμε σε συσχέτιση της ηλικίας βάση των δυο υπο-ομάδων που διαμορφώθηκαν και των απόψεων των ερωτώμενων αναφορικά με το εάν πιστεύουν ότι με την επιβολή τήρησης του νόμου καταπατώνται τα δικαιώματά τους. Όπως παρατηρούμε και σε αυτή την περίπτωση δεν παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις που λάβαμε ανάμεσα στις δυο υπο-ομάδες καπνιστών καθώς το p-value του  $\chi^2$ -test ισούται με 0,398 και είναι μεγαλύτερο του καθορισμένου επιπέδου σημαντικότητας. Το παραπάνω αποτέλεσμα επιβεβαιώνει τις μικρές διαφορές συμφωνίας με την άποψη της καταπάτησης των δικαιωμάτων τους



από τους καπνιστές με βάση την επιβολή της τήρησης του νέου αντικαπνιστικού νόμου.

**Συσχέτιση 5: Ηλικία με βάση το όριο των 30 ετών απόψεων περί καταπάτησης των δικαιωμάτων των καπνιστών από την επιβολή του Νόμου**

			Θεωρείτε ότι με την επιβολή της τήρησης του Νόμου, καταπατώνται τα δικαιώματά σας;		Total
			Ναι	Όχι	
Ηλικία	Κάτω των 30	Count	21	7	28
		% within Ηλικία	75,0%	25,0%	100,0%
	Ανω των 30	Count	26	5	31
		% within Ηλικία	83,9%	16,1%	100,0%
Total		Count	47	12	59
		% within Ηλικία	79,7%	20,3%	100,0%

**Συσχέτιση 5: Αποτελέσματα ελέγχου  $\chi^2$**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,715 <sup>a</sup>	1	,398
Continuity Correction <sup>b</sup>	,272	1	,602
Likelihood Ratio	,715	1	,398
Fisher's Exact Test			
Linear-by-Linear Association	,702	1	,402
N of Valid Cases	59		

## Κεφάλαιο 10

### 10.1 Συζητήσεις και συμπεράσματα

Αξιολογώντας κριτικά τα αποτελέσματα της έρευνας μας, αρχικά, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το κάπνισμα αποτελεί συνήθεια που είναι συνυφασμένη με έννοιες όπως η διασκέδαση, η εκτόνωση, η χαλάρωση και η μείωση του στρες. Παρόλα αυτά οι Θεσσαλονικείς, φαίνονται αρκετά καλά πληροφορημένοι για τις βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος τόσο στον εαυτό τους όσο και στους γύρω τους.

Ο νέος αντικαπνιστικός νόμος που θεσπίστηκε από την ελληνική πολιτεία έχει γίνει ευρύτατα γνωστός όσον αφορά τις διατάξεις και τις διαστάσεις του στο μεγαλύτερο μέρος των ελλήνων πολιτών. Παρόλα αυτά η εφαρμογή του έχει ιδιαίτερες δυσκολίες λόγω κυρίως:

- Της πεποίθησης των πολιτών ότι πίσω από το νόμο κρύβονται οικονομικά συμφέροντα
- Της άποψης των καπνιστών ότι ο νόμος λειτουργεί μεροληπτικά εναντίον τους
- Της πεποίθησης ότι ο νόμος δεν εφαρμόζεται με δημοκρατικά μέσα
- Των λανθασμένων πολιτικών που ακολουθούνται για την εφαρμογή και τήρηση του νόμου

Από την έρευνα που διεξήχθη γίνεται σαφές ότι οι πολίτες της Θεσσαλονίκης έχουν κατηγοριοποιηθεί με ιδιαίτερη ένταση επιχειρημάτων σε αυτούς που είναι υπέρμαχοι του νόμου και σε αυτούς που τον αμφισβητούν.

Οι υπέρμαχοι του νόμου είναι συνήθως μη καπνιστές που ζητούν επιτακτικά την εφαρμογή και τήρηση του νομοσχεδίου. Παρόλα αυτά τα ποσοστά αυτών που θα

προχωρούσαν σε καταγγελία των παρανομούντων δεν εμφανίζονται να είναι ιδιαίτερα υψηλά.

Οι αμφισβητούντες τω νόμο είναι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους καπνιστές όλων των τύπων χωρίς ιδιαίτερη διαφοροποίηση ανάμεσα στα δυο φύλα αλλά και σε διάφορες κατηγορίες καπνιστών με βάση την ηλικία και τα χρόνια που καπνίζουν.

Η επιβολή του αντικαπνιστικού νόμου δεν επηρεάζει την κοινωνική ζωή ούτε των μεν ούτε των δε, αφού στο μεγαλύτερο ποσοστό τους οι ερωτώμενοι των δυο κατηγοριών δεν έχουν μειώσει τις εξόδους μετά τη θέσπιση του.

Τέλος η συμπεριφορά των καπνιστών κατά την έξοδο τους σε κάποιο καφέ έχει παραμείνει και αυτή ίδια με το παρελθόν καθώς στη συντριπτική τους πλειοψηφία απαντούν ότι παρά την επιβολή του νόμου αυτοί συνεχίζουν το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους διασκέδασης.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της έρευνας μας με αντίστοιχες έρευνες που πραγματοποιούνται την καπνιστική συμπεριφορά των πολιτών, τόσο μετά την επιβολή αντίστοιχων νόμων στο εξωτερικό, όσο και με βάση γενικά τις απόψεις αυτών σε σχέση με την ελεύθερη επιλογή του καπνίσματος, σε χώρους διασκέδασης, εργασίας, αλλά και σε χώρους όπως νοσοκομεία και άλλοι χώροι υγείας, σκιαγραφούμε σημαντικά διαφοροποιημένα αποτελέσματα.

Αρχικά στην έρευνα των Borland, Et. al. (2006), που διερευνά τον βαθμό υποστήριξης των πολιτών αναφορικά με το ελεύθερο κάπνισμα σε τέσσερις χώρες (Αυστραλία, Ηνωμένο Βασίλειο, Καναδά και ΗΠΑ), παρατηρούμε ότι οι απόψεις για ελεύθερο κάπνισμα διαφοροποιούνται με βάση την ηλικία. Συγκεκριμένα, οι νεότεροι ερωτώμενοι (κάτω των 40 ετών, όπως καθορίζεται από την έρευνα) είναι πιο φιλικοί στην ελεύθερη χρήση καπνού σε νυχτερινά κέντρα και καφέ σε σχέση με του γηραιότερους ερωτώμενους. Παρόλα αυτά οι περισσότεροι εκ των ερωτώμενων είναι θετικοί με την γενική απαγόρευση του καπνίσματος σε δημοσίους χώρους θεωρώντας ότι μόνον έτσι είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα που προκύπτουν από αυτό. Τα παραπάνω αποτελέσματα έρχονται σε αντίθεση με τα εμπειρικά μας ευρήματα. Παρόλα αυτά οι ερευνητές δεν σκιαγραφούν στατιστικά σημαντικές διαφορές αναφορικά με την ελεύθερη χρήση καπνού σε εστιατόρια καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων στην έρευνα θεωρεί ότι δεν θα πρέπει να συμβαίνει σε χώρους εστίασης ανεξαρτήτως ηλικίας. Επιπλέον δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές όταν το δείγμα διαχωρίζεται σε άνδρες και γυναίκες

γεγονός που είναι σε πλήρη συμφωνία με τα εμπειρικά μας ευρήματα. Επιπλέον όπως παρατηρούμε ο νόμος και στις τέσσερις εξεταζόμενες χώρες είχε σταθερά πρακτική ισχύ καθώς τα ποσοστά των ατόμων που παρατήρησαν την καταγραφή παραβάσεων σχετικά με την απαγόρευση του καπνίσματος κατά τις εξόδους τους σε διάστημα έξι μηνών από την επιβολή των σχετικών νόμων ήταν αρκετά ψηλά. Παράλληλα αρκετά ψηλά ήταν τα ποσοστά των καταγγελιών για μη τήρηση του νόμου από τους θαμώνες των καταστημάτων. Τέλος, η συμφωνία των ερωτώμενων με τους ανάλογους νόμους δεν διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και τον ημερήσιο αριθμό τσιγάρων που αυτοί καταναλώνουν.

Ανάλογη έρευνα που βασίζεται σε δείγμα Ιρλανδών πολιτών (Fong *et all*, 2006) και σκιαγραφεί τη συμπεριφορά τους σε σχέση με τις καπνιστικές τους συνήθειες στους χώρους εργασίας μετά την επιβολή του αντικαπνιστικού νόμου, παρατηρεί αρχικά ότι ο νόμος είχε ως αποτέλεσμα το «κόψιμο» του τσιγάρου από σημαντικό αριθμό καπνιστών και την μείωση των ημερησίως καταναλωμένων τσιγάρων από τους πολίτες. Παρόλα αυτά η επιβολή του νόμου δεν είχε κάποια επιρροή στην κοινωνική συμπεριφορά των Ιρλανδών καθώς το ποσοστό αυτών που μείωσαν τις εξόδους τους λόγω της επιβολής του νόμου εμφανίζεται να είναι αρκετά χαμηλό. Παράλληλα ο βαθμός υποστήριξης του νόμου είναι αρκετά υψηλός ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου και αριθμού ημερήσιας κατανάλωσης τσιγάρου, με τις εν λόγω συσχετίσεις να μην παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα έρευνας που έλαβε χώρα σε Αμερικανικό πληθυσμό 86 εργαζομένων σε καφέ και εστιατόρια (Stark *et all*, 2007). Οι συγγραφείς σκιαγραφούν από την πλευρά των άμεσα εκτεθειμένων την ανάγκη καταλυτικής εφαρμογής του νόμου απαγόρευσης του καπνίσματος. Τα αποτελέσματα της έρευνας όχι μόνο κάνουν εμφανή τον καθολικό βαθμό συμφωνίας των εργαζομένων με το νόμο, αλλά προβάλλουν και το γεγονός ότι πρώτοι οι εργαζόμενοι είναι αυτοί που συνεργάζονται με τις κρατικές αρχές ώστε να παταχτούν κρούσματα μη εφαρμογής του, τόσο με τη ρητή απαγόρευση του καπνίσματος στους πελάτες όσο και με καταγγελίες στις αρχές για αυτούς που δεν συμμορφώνονται.

Επιπλέον, μια σειρά από μελέτες (Alamar και Glantz, 2007) και (Schollo και Glantz, 2003), προβάλλουν με απτές αποδείξεις μέσω της χρήσης οικονομετρικών μοντέλων, ότι μακροχρόνια η απαγόρευση του καπνίσματος επιφέρει, εκτός από ευεργετικά αποτελέσματα στην υγεία των θαμώνων των καφέ και των εστιατορίων,

σημαντικά θετικά αποτελέσματα και στην κερδοφορία των επιχειρήσεων, αφού αυτές αυξάνουν τους μέσους ετήσιους τζίρους τους.

Τέλος, η έρευνα των Hyland *et all* (2009), που αναφέρεται στη συμπεριφορά των Σκοτσέζων μετά την επιβολή των αντικαπνιστικού νόμου στη Μεγάλη Βρετανία επιβεβαιώνει τις παραπάνω μελέτες. Συγκεκριμένα, αρχικά γίνεται ορατό ότι οι Σκοτσέζοι συμμορφώνονται κατά πολύ μεγάλο ποσοστό στο νόμο όσον αφορά τα εστιατόρια, ενώ η συμμόρφωση με το νόμο είναι μικρότερη αναφορικά με τα καφέ, παρόλα αυτά αυτή αγγίζει το 85%, ποσοστό που είναι από μόνο του εξαιρετικά υψηλό. Επιπλέον, ο αριθμός των καταγγελιών τόσο από καπνιστές όσο και από μή καπνιστές για παραβίαση του νόμου είναι υψηλός χωρίς να παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές για τις δυο κατηγορίες. Παράλληλα χαμηλά είναι τα ποσοστά τόσο των καπνιστών όσο και των μή καπνιστών που έχουν μειώσει τις εξόδους τους λόγω της απαγόρευσης του καπνίσματος.

Με γνώμονα τα παραπάνω, καθώς και το θεωρητικό πλαίσιο που έχει αναπτυχτεί, είναι εμφανές, ότι η εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου υστερεί σημαντικά στην Ελλάδα. Παράλληλα, η υστέρηση αυτή γίνεται ορατή λόγω κυρίως του χαμηλού αισθήματος ευθύνης των ελλήνων πολιτών ανεξαρτήτου φύλου και ηλικίας στο να εναρμονιστούν με τις διατάξεις του νόμου.

Επιπλέον, χαμηλή είναι και η ικανότητα των αρχών να επιβάλλουν τον νόμο, τόσο λόγω έλλειψης βούλησης από τις διοικητικές αρχές, όσο και λόγω του μικρού ή μηδαμινού σε πολλές περιοχές αριθμού ατόμων των ελεγκτικών μηχανισμών για την επιβολή προστίμων. Ένας άλλος λόγος, που οι απόψεις των ερωτώμενων ήταν καθολικές και χωρίς διαφοροποιήσεις όσον αφορά τη μελέτη μας, είναι η ανεκτικότητα των αρχών καθώς και η προσπάθεια επιβολής του νόμου με ημίμετρα. Το γεγονός αυτό δημιούργησε χαμηλό αίσθημα σεβασμού των πολιτών απέναντι στο νόμο ανεξαρτήτου ηλικίας και φύλου. Αυτό συνεπικουρούμενο και με την πρότερη εμπειρία από παλαιότερες αποτυχημένες προσπάθειες επιβολής του νόμου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη συμπεριφορά των πολιτών.

Τέλος σημαντικό μερίδιο ευθύνης αποδίδεται και στους καταστηματαρχες που μή θέλοντας να δυσαρεστήσουν τους πελάτες τους είναι ελαστικοί απέναντι στο νόμο, αναλαμβάνοντας το ρίσκο του προστίμου και των άλλων κυρώσεων που προβλέπει το νομοσχέδιο.

## 10.2 Προτάσεις

Με δεδομένα τα ευρήματα της ερευνητικής και της θεωρητικής μελέτης της εργασίας δημιουργείτε η ανάγκη ανασκόπησης προτάσεων οι οποίες θα βοηθήσουν στην καλύτερη εφαρμογή του νόμου, σκοπεύοντας στην αποδοχή και εναρμόνιση με τις διατάξεις αυτού από τους πολίτες. Αρχικά η εφαρμογή ενός τέτοιου νόμου που έχει να κάνει με συνήθεια προϋποθέτει περισσότερο χρόνο για την εφαρμογή του, καθώς η καπνιστική συνήθεια σε βάθος χρόνου στην ελληνική κουλτούρα, αποτελώντας εθνικό δίκαιο. Συμπαντική είναι να προϋπάρχει (του νόμου), η αλλαγή της γενικότερης παιδείας και κουλτούρας των πολιτών πάνω σε θέματα αρχών και αξιών. Όπως για παράδειγμα την αρχή του σεβασμού αυτών που καπνίζουν απέναντι σε αυτούς που δεν καπνίζουν και το αντίθετο. Επίσης παιδεία πάνω σε θέματα υγείας, με δημιουργία προγραμμάτων αγωγής υγείας που θα απευθύνονται σε όλες τις ηλικίες. Με αυτό των τρόπο θα αναπτυχθεί από τους πολίτες ένας πιο υγιεινός τρόπος ζωής, όπως διακοπή του καπνίσματος, ενασχόληση με τον αθλητισμό κτλ. Δημιουργία πιο εντατικών και αποτελεσματικών προγραμμάτων πρόληψης (στηριγμένες στη αρχές πρόληψης, βλ. κεφάλαιο 4) αλλά και θεραπείας- διακοπής του καπνίσματος.

Πριν την εφαρμογή του νόμου σκόπιμη είναι η αναζήτηση των τρόπων καλής νομοθέτησης όπως αυτοί περιγράφονται στο θεωρητικό μέρος της εργασίας (βλ. κεφάλαιο 2.1), προκειμένου οι προτάσεις που θα δοθούν να στηρίζονται στις δημοκρατικές αρχές.

Στο συγκεκριμένο νόμο θα πρέπει να επανεξεταστεί:

1. Σε νέα βάση η **κοινωνική διαβούλευση** με τους άμεσα εμπλεκόμενους κοινωνικούς ετέρους, καθώς αυτοί είναι που αντιδρούν εντονότερα.
2. Η **κατάλληλότητα** ενός τέτοιου νόμου στην ελληνική κοινωνία. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να ελεγχθεί κατά πόσο ένας νομός καθολικής απαγόρευσης του καπνίσματος είναι κατάλληλος για ένα λαό που το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους αποτελεί συνήθεια χρόνων.
3. Η **φιλικότητα** του νόμου, όχι μόνο απέναντι στον πολίτη αλλά και στην ίδια τη δημοκρατία. Για παράδειγμα η φράση «καθολική απαγόρευση» εναντιώνεται τόσο στις δημοκρατικές αρχές όσο και στο αίσθημα ελευθερίας των πολιτών. Για παράδειγμα η φράση «χαρακτηρισμός των κλειστών δημοσίων χώρων ως χώρος μη καπνιζόντων» στην ουσία λέει το ίδιο αλλά δίνει άλλα μηνύματα.

4. Η ανάλυση επιπτώσεων της μέχρι τώρα εφαρμογής του νόμου.
5. Η **μεγιστοποίηση της διαφάνειας**, είναι βασικό να γίνει ξεκάθαρο ότι η εφαρμογή γίνεται για τη δημόσια υγεία, και όχι πχ για οικονομικούς λόγους...
6. Τέλος, στόχοι της πολιτικής για τη νομοθέτηση, να είναι η **ελαχιστοποίηση των βαρών στην οικονομία και την αγορά**, πράγμα που σημαίνει ότι καλό θα ήταν να αποφεύγεται η επιβολή αυστηρών και υψηλών προστίμων.

Κατά την εφαρμογή του νόμου απαιτείται η δημιουργία κατάλληλων δομών για τον κεντρικό συντονισμό των δράσεων, κατά προτίμηση σε ανώτερο πολιτικό και διοικητικό επίπεδο. Καθώς οι άξονες του εθνικού σχεδίου δράσης καλύπτουν τις ανάγκες για την εφαρμογή του νόμου, αλλά στην ουσία ποτέ δεν εφαρμόστηκαν, αλλά και αυτές που εφαρμόστηκαν υπολειπούν. Με αυτό το τρόπο το κράτος θα δείξει στους πολίτες του τι σημαντικότητα της εφαρμογής του νόμου, με αποτέλεσμα την αποδοχή του από τους πολίτες.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### ***Ελληνική βιβλιογραφία***

- Αδαμόπουλος, Ν, (1988). Εισαγωγή στην Προληπτική Ιατρική, Νοσήματα φθοράς. Αθήνα: Παρισιανός.
- Αλεκτορίδης, Π. (1995) Ο ρόλος της πρόληψης-πρωτογενούς- στην αποτροπή χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών (παράνομες και μη) καθώς και στην ενθάρρυνση σε μια ενεργητική και δημιουργική στάση απέναντι στα γεγονότα της ζωής. Θεσσαλονίκη: Εθνικό Ίδρυμα Νεότητας Γ.Γ.Ν.Γ.
- Βαρδαβάς, Κ. (2006) *Το παθητικό κάπνισμα και η πολιτική του καπνίσματος στην Ελλάδα*. Πανεπιστήμιο Κρήτης.

- Γιακουμάκη, Π. (1997) «Η ιστορία του τσιγάρου» *Η Καθημερινή*. 16 Νοεμβρίου, σ.3.
- Γρόλλιος, Β. (2009) Η προβληματική της ισότητας και της ελευθερίας στην πολιτική και κοινωνική φιλοσοφία του John Stuart Mill. Διδακτορική διατριβή. Α.Π.Θ.
- Δέλση, Ε, (2007) Αξιολόγηση ενός προγράμματος αγωγής υγείας «Δεν καπνίζω, γυμνάζομαι» με βάση τη θεωρία της πειθούς. Διδακτορική διατριβή. Α.Π.Θ.
- Ευθυμίου, Κ. και Σοφianoπούλου, Α. (2007) Διακοπή του καπνίσματος. Αθήνα: Αρχιπέλαγος
- Ευρωπαϊκό κέντρο παρακολούθησης ναρκωτικών- τοξικομανίας. ( 2010) Ετήσια έκθεση 2010. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία εκδόσεων της Ε.Ε.
- Ζαφειρίδης, Φ. (1998) «Πρόληψη των ναρκωτικών, οι αθέατες όψεις του προβλήματος». Περιοδικό ANTI, Τεύχος 655.
- Ζέρβας, Γ. (2006) Η ζωή είναι ωραία... και χωρίς τσιγάρο. Αθήνα: Επιγνώσεις.
- Θασίτης, Β. (χ.χ.) «Καπνός» στο: Κουχτσόγλου, Γ. (επιμ.) *Ο σύμβουλος των νέων – Νέα Παιδική & Σχολική Εγκυκλοπαίδεια εικονογραφημένη*. Αθήνα: Ε. Ζουμπουλάκης, σ. 1639-1642
- Καπάτου, Α. (2007) Εφηβεία. Αθήνα: Μοντέρνοι Καιροί
- Καρατζά, Λ. (2005) *4 Κώδικες ΑΚ, ΚΠολΔ, ΠΚ & ΚΠΔ*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.
- Κέντρο Ευρωπαϊκού και Συνταγματικού Δικαίου (2010) Εισαγωγή στην πολιτική καλής νομοθέτησης. Αθήνα: χ.ε.
- Λαμπριανίδης, Λ. (1997) «Η ιστορία του τσιγάρου» *Η Καθημερινή*. 16 Νοεμβρίου, σ. 4-7.
- Μάτσα, Κ. (2007) Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές. Αθήνα: Άγρα
- Μοσκόβης, Β. (1989) Πολιτικά του Αριστοτέλη, η μετάφραση. Αθήνα: Βιβλιοθήκη Νομικής
- Μωυσίδης Ι., (2008). Κάπνισμα στην παιδική και εφηβική ηλικία. Περιοδικό Υγεία , Εκδόσεις Κέρδος .



- Ντάβου, Μ. (1992) Το κάπνισμα στην εφηβεία. Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της σχέσης του εφήβου με το κάπνισμα. Αθήνα: Παπαζήση.
- Οικονόμου, Γ. (2005) *Η δημοκρατία και η κριτική του Αριστοτέλη*. Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Κρήτης
- Παντζάρη-Παπανδρέου, Ε. (1977) *Ψυχολογία, η επιστήμη της συμπεριφοράς*. Αθήνα: Γραφικές Τέχνες Δ. Μαυρομμάτης.
- Παρασκευόπουλος, Ι. (1990) *Εξελικτική ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
- Πασσάς, Ι. (χ.χ.) *Νεώτερον Εγκυκλοπαιδικόν Λεξικόν*. Αθήνα: Ήλιος.
- Περιστεράκη Α. – Ψυχογιού (1998). *Σχέσεις γονέων και παιδιών*. Κοινωνία – Ναρκωτικά. Εκδόσεις Φυκίρης.
- Πετριτσόπουλος, Β., Γιαννακόπουλος, Π. και Κάραλης, Α. (1982) *Στοιχεία δημοκρατικού πολιτεύματος*. Αθήνα: Ο.Ε.Δ.Β.
- ΠΙΝΟΗ (2009) *Φιλοσοφία της πρόληψης*. Πολύγυρος: ΟΚΑΝΑ
- Πυργάκης Β., (2009). *Κάπνισμα και Καρδιαγγειακή Νόσος*, Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση, τόμος 50, τεύχος 2.
- Ράπτου, Ε. (2006) *Η ανταπόκριση των καταναλωτών στα μέτρα περιορισμού του καπνίσματος*. Διδακτορική διατριβή. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Σταμούλη, Σ. (1998) *Η φιλοσοφία της δημοκρατίας στην Θουκυδίδη* συγγραφή. Διδακτορική διατριβή. Πάντειο πανεπιστήμιο.
- Σύνταγμα της Ελλάδος
- Τραϊού, Ε. (1997) «Η ιστορία του τσιγάρου» *Η Καθημερινή*. 16 Νοεμβρίου, σ.2.
- Τσιλίκας, Σ. (2010) *Το κάπνισμα, ο κακός νόμος, οι απόρροιες του και οι απλές λύσεις*. Θεσσαλονίκη: χ.ε.
- Τσιλίκας<sup>2</sup>, Σ. (2010) *Αρνητικές απόρροιες του Νόμου περί «απόλυτης απαγόρευσης του καπνίσματος, σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους»*. Θεσσαλονίκη: χ.ε.
- Τσοκόπουλος, Β. (1997) «Η ιστορία του τσιγάρου» *Η Καθημερινή*. 16 Νοεμβρίου, σ.32.
- Υ.Υ.Κ.Α. (2008) *Εθνικό σχέδιο δράσης για το κάπνισμα 2008-2012*. Αθήνα: Υ.Υ.Κ.Α.

- Χατζηδήμου, Σ. (1997) Κατάθλιψη στην εφηβεία: μια επιδημιολογική προσέγγιση. Διδακτορική διατριβή. Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Son, B. (1997) Έννοια της δημοκρατίας κατά τον Αριστοτέλη. Διδακτορική διατριβή. Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

### **Ξενόγλωσση βιβλιογραφία**

- Bauman, K. & Koch, G. & Fisher, L. (1989) Family cigarette smoking and test performance by adolescents. *Health Psychology*, Vol 8(1), 97-105.
- Bjarnason, T. & Davidaviciene, G. A. & Miller, P. & Nociar, A. & Pavlakis, A. & Stergar, E. (2003) Η δομή της οικογένειας και το κάπνισμα στην εφηβική ηλικία, σε έντεκα χώρες της Ευρώπης. Μετάφραση: Χριστοφίλη, Γ. *Εξαρτίσεις*, 4, 55-69.
- Derzon, J.H. (2007) «Using correlational evidence to select youth for prevention programming ». *Journal of Primary prevention* 28, σ.421-447
- DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS. (1991) "The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change". *J Consult Clin Psychol.* 1991 Apr;59(2):295-304.
- Gervais, Y. (1994) *La prevention des toxicomanies chez les adolescents.* Paris: L' Harmattan
- Klein, J. & Claire, S. (2000). Do candy cigarettes encourage young people to smoke. *BMJ*, 32, 362-365.
- Olds, R. & Thombs, D. (2001). The Relationship of Adolescent Perceptions of Peer Norms and Parent Involvement to Cigarette and Alcohol Use. *Journal of School Health*, 71, 223-228.
- Sargent J. & Dalton M. (2001). Does parental disapproval of smoking prevent adolescents from becoming established smokers? *Pediatrics*, 108, 1256-1262.
- Stroebe, W. & Stroebe, M. (1977) *Social psychology and health.* Philadelphia: Buckingham

- Tilleczek, K. & Hine, D.W. (2006). The personal meaning of smoking as health and social risk in adolescence. *Journal of Adolescence*, 273-287.
- Velicer, W.F., Laforge, R.G., Levesque, D.A., & Fava, J.L. (1994). The development and initial validation of the Smoking Policy Inventory. *Tobacco Control*, 3, 347-355.
- WHO (2007) The European Tobacco Control Report. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe.
- [Ziedalski, T. & Ruoss, S.](#) (2005) Smoking cessation: techniques and potential benefits. [Thorac Surg Clin](#). 2005 May;15(2):189-94

### ***Μεταφρασμένη βιβλιογραφία***

- Brizer, D. (2010) [Διακοπή καπνίσματος για πρωτάρηδες](#). Μετάφραση: Συρέλλη, Μ. Αθήνα: ΕΘΝΟΣ
- Chopra, D. (1997) *Υποτάζτε τους εθισμούς – Η πνευματική λύση*, μεταφρ. Μπαρουξής Γ. Αθήνα: Π. Ασημάκης.
- Eu-Dap. (2007) «Ξέρω τη ζητάω» πρόγραμμα πρόληψης της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών. Θεσσαλονίκη: ΠΥΞΙΔΑ
- Pervin, L. & John, O (2001) *Θεωρίες Προσωπικότητας, έρευνα και εφαρμογές*. μεταφρ. Αλεξανδροπούλου, Α. και Δασκαλοπούλου, Ε. Αθήνα: τυπωθήτω Γ. Δαρδάνος.
- Pfizer (2009) Πρόγραμμα υποστήριξης Life rewards. Επιμέλεια: Αργυροπούλου-Πατάκα, Π. και Γκράτζιου Χ. Αθήνα: Cham-book
- Stel, v.d.J.(1999) «Εγχειρίδιο Πρόληψη – Ουνοπνευματώδη, Ναρκωτικά και Καπνός», Μετάφραση Καλομοίρης, Γ. Αθήνα: Ε.Π.Ι.Ψ.Υ
- Wacks, R. (2006) *Φιλοσοφία του Δικαίου, όλα όσα πρέπει να γνωρίζετε*, μεταφρ. Στείρης Γ. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Τζάφφη, Τ., Πήτερσον, Ρ., Χόντσον, Ρ. (1981) *Ναρκωτικά – Τσιγάρο – Αλκοόλ. Προβλήματα και απαντήσεις – Ο κύκλος της ζωής*. Μεταφρ. Μαράτου Ο. Αθήνα: Α. Ψυχογιός.

## Ηλεκτρονική βιβλιογραφία

- Αντωνίου, Θ., Μελίδου, Θ., Νικόπουλος, Χ. (2011) «Το κάπνισμα στην Ελλάδα» *Το Έθνος*. <http://www.ethnos.gr/article.asp?catid=22733&subid=2 &pubid=4358805> [πρόσβαση 21 Σεπτεμβρίου 2011].
- ΚΕΘΕΑ (2011) Τομέας πρόληψης, προγράμματα πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης. [www.prevention.gr](http://www.prevention.gr) [πρόσβαση 17 Ιουνίου 2011].
- Τούντας, Γ. (2009) Κάπνισμα και νοσηρότητα. [www.neahygeia.gr](http://www.neahygeia.gr) [πρόσβαση 28 Ιουνίου 2011].
- Alamar, B., & Glantz, S. (2006) *Effect of Smoke-Free Laws on Bar Value and Profits*. <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2006.095315> [πρόσβαση 2 Οκτωβρίου 2011].
- Borland, R., Yong, H., Siahpush, M., Hyland, A., Campbell, S., Hastings, G., Cummings, K., & Fon G. (2006) *Support for and reported compliance with smoke-free restaurants and bars by smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Surve*. [http://tobaccocontrol.bmj.com/content/15/suppl\\_3/iii34.full.pdf](http://tobaccocontrol.bmj.com/content/15/suppl_3/iii34.full.pdf) [πρόσβαση 2 Οκτωβρίου 2011]
- Eurostat Yearbook (2002). News release. No 62/202. <http://ec.europa.eu> [πρόσβαση 25 Ιουνίου 2011].
- Fong, G., Hyland, A., Borland, R., Hammond, D., Hastings, G., McNeill, A., Anderson, S., Cummings, K., Allwright, S., Mulcahy, M., Howell, F., Clancy, L., Thompson, M., Connolly, G., & Driezen P. (2006) *Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the ITC Ireland/UK Surve*. [http://tobaccocontrol.bmj.com/content/15/suppl\\_3/iii51.full.pdf](http://tobaccocontrol.bmj.com/content/15/suppl_3/iii51.full.pdf) [πρόσβαση 2 Οκτωβρίου 2011].
- Hyland, A., Hassan, L., Cheryl Higbee, C., Boudreau, C., Fong, G., Borland, R., Cummings, M., Yan, M., Thompson, M., Hasting, G. (2009 ) *The impact of smokefree legislation in Scotland: results from the Scottish ITC Scotland/UK longitudinal survey*.

<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/19/2/198.full.pdf+html> [πρόσβαση 2 Οκτωβρίου 2011]

- Schillo, B., Babb, S. & Juste, H. (2011) *Developing Approaches for Evaluating Smoke-Free Policies : A Case Study of a Collaborative Response to an Emerging Technical Assistance Need.*
- Stark, M., PhD Rohde, K., Maher, J., Pizacani, B., Dent, C., Bard, R., Carmella, S., Benoit, A., Thomson, N., & Hecht, S. (2007) *The Impact of Clean Indoor Air Exemptions and Preemption Policies on the Prevalence of a Tobacco-Specific Lung Carcinogen Among Nonsmoking Bar and Restaurant Workers.*  
<http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2006.094086>  
[πρόσβαση 2 Οκτωβρίου 2011].
- WHO (2008) National Expenditures on Health.  
<http://www.who.int/nha/en/> [πρόσβαση 25-6-2011].
- <http://el.wikipedia.org> [πρόσβαση 25-6-2011].

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

### Φύλο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Άνδρας	63	42,0	42,0	42,0
Γυναίκα	87	58,0	58,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ηλικία	150	18	62	31,41	8,729
Valid N (listwise)	150				

### Οικογενειακή κατάσταση

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Άγαμος-η	88	58,7	58,7	58,7

Έγγαμος-η	57	38,0	38,0	96,7
Χωρισμένος-η	5	3,3	3,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

#### Μορφωτικό επίπεδο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δημοτικό	3	2,0	2,0	2,0
Γυμνάσιο	6	4,0	4,0	6,0
ΤΕΕ/Λύκειο	24	16,0	16,0	22,0
ΙΕΚ	23	15,3	15,3	37,3
ΤΕΙ/ ΑΕΙ	94	62,7	62,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

#### Καπνιστής

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	60	40,0	40,0	40,0
Όχι	90	60,0	60,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

**Γνωρίζετε για τον Νόμο της καθολικής απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	148	98,7	98,7	98,7
Όχι	2	1,3	1,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

**Ποιες είναι οι πηγές πληροφόρησής σας;**

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
Ραδιόφωνο	37	15,4%	24,7%
Εφημερίδες	35	14,5%	23,3%
Internet	66	27,4%	44,0%
Τηλεόραση	103	42,7%	68,7%
Total	241	100,0%	160,7%

**Ο νέος Νόμος της καθολικής απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους εσάς σας βρίσκει σύμφωνους;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------



Valid	Ναι	104	69,3	69,3	69,3
	Όχι	46	30,7	30,7	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

**Θεωρείτε ότι πίσω από τον Νόμο κρύβονται οικονομικά συμφέροντα από μέρους της Πολιτείας;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	76	50,7	50,7	50,7
	Όχι	74	49,3	49,3	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

**Θεωρείτε ότι με τον Νόμο αυτό γίνεται πρόληψη της δημόσιας υγείας;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	105	70,0	70,0	70,0
	Όχι	45	30,0	30,0	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

**.Θεωρείτε ότι τα ΜΜΕ επηρέασαν τη γνώμη σας σχετικά με την επιβολή του Νόμου και το κάπνισμα;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	Ναι	44	29,3	29,3	29,3
	Όχι	106	70,7	70,7	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

**Θεωρείτε ότι το τσιγάρο βοηθάει:**

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
Στην εκτόνωση	51	22,9%	34,2%
Στη χαλάρωση	49	22,0%	32,9%
Στη μείωση του στρες	47	21,1%	31,5%
Τίποτα από τα παραπάνω	76	34,1%	51,0%
Total	223	100,0%	149,7%

**Η άποψη ότι το τσιγάρο συνδέεται με την διασκέδαση, εσάς σας βρίσκει  
σύμφωνους;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	69	46,0	46,0
	Όχι	81	54,0	100,0
	Total	150	100,0	

**Συμφωνείτε με την άποψη ότι το παθητικό κάπνισμα βλάπτει  
περισσότερο σε σχέση με το ενεργητικό;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	95	63,3	63,3	63,3
	Όχι	55	36,7	36,7	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

**Συμφωνείτε με την άποψη ότι το κάπνισμα είναι η κυριότερη αιτία της  
αύξησης καρδιαγγειακών παθήσεων;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	115	76,7	76,7	76,7
	Όχι	35	23,3	23,3	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

**Συμφωνείτε με την άποψη ότι το κράτος δεν μπορεί ν' απαγορεύει το  
κάπνισμα από τη στιγμή που εισπράττει φόρους από την πώληση  
τσιγάρων;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	85	56,7	56,7	56,7
	Όχι	65	43,3	43,3	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

**Συμφωνείτε με την άποψη ότι η ψήφιση του νέου αντικαπνιστικού Νόμου γίνεται καθαρά για οικονομικά οφέλη και όχι για την πρόληψη της δημόσιας υγείας;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid    Ναι	67	44,7	44,7	44,7
Όχι	83	55,3	55,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

**Συμφωνείτε με την άποψη ότι ο Νόμος έχει διαμορφωθεί έτσι ώστε να λειτουργεί υπέρ των καπνιστών;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid    Ναι	31	20,7	20,7	20,7
Όχι	119	79,3	79,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

**Συμφωνείτε με την άποψη ότι ο Νόμος έχει διαμορφωθεί έτσι ώστε να λειτουργεί υπέρ των μη καπνιστών;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	101	67,3	67,3	67,3
	Όχι	49	32,7	32,7	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

**Συμφωνείτε με την άποψη ότι το παθητικό κάπνισμα δεν επιβαρύνει τόσο την υγεία όσο το ενεργητικό κάπνισμα;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	67	44,7	44,7	44,7
	Όχι	83	55,3	55,3	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

**Θεωρείτε ότι ο Νόμος εφαρμόζεται με δημοκρατικά μέσα;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	50	33,3	33,3	33,3
	Όχι	100	66,7	66,7	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

**Θεωρείτε ότι ο Νόμος δεν εφαρμόζεται με δημοκρατικά μέσα και επιβάλλεται παρά την θέληση των πολιτών;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	94	62,7	62,7	62,7
	Όχι	56	37,3	37,3	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

**Πιστεύετε ότι ο Νόμος δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω κακής πολιτικής ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	133	88,7	88,7	88,7
	Όχι	17	11,3	11,3	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

**Πιστεύετε ότι ο Νόμος δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω άρνησης για συμμόρφωση των πολιτών;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	125	83,3	83,3	83,3
	Όχι	25	16,7	16,7	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

**Έχετε δοκιμάσει τσιγάρο;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	65	43,3	71,4	71,4
	Όχι	26	17,3	28,6	100,0
	Total	91	60,7	100,0	
Missing	System	59	39,3		
Total		150	100,0		

**Πως ήταν η εμπειρία σας;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μου άρεσε πολύ	16	10,7	24,2	24,2
	Δεν μου έκανε ιδιαίτερη αίσθηση	36	24,0	54,5	78,8
	Δεν μου άρεσε καθόλου	14	9,3	21,2	100,0
	Total	66	44,0	100,0	

Missing	System	84	56,0	
Total		150	100,0	

**Υπήρξατε καπνιστής στο παρελθόν;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	25	16,7	27,5	27,5
	Όχι	66	44,0	72,5	100,0
	Total	91	60,7	100,0	
Missing	System	59	39,3		
Total		150	100,0		

**Αν ναι, πως καταφέρατε να το κόψετε;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Με τη βοήθεια φίλων-συγγενών	1	,7	4,0	4,0
	Μόνος-η μου	24	16,0	96,0	100,0
	Total	25	16,7	100,0	
Missing	System	125	83,3		
Total		150	100,0		



**Με την επιβολή του νέου αντικαπνιστικού Νόμου σε δημόσιους χώρους, έχουν αυξηθεί οι έξοδοι σας;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	12	8,0	13,2	13,2
	Όχι	79	52,7	86,8	100,0
	Total	91	60,7	100,0	
Missing	System	59	39,3		
Total		150	100,0		

**Εάν βλέπατε άλλους θαμώνες καφετεριών να μην εφαρμόζουν τον Νόμο, θα τους κατ'αγγέλλατε;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	17	11,3	18,7	18,7
	Όχι	74	49,3	81,3	100,0
	Total	91	60,7	100,0	
Missing	System	59	39,3		
Total		150	100,0		

**Έχετε καυγάδσει ποτέ σε καφετέρια με καπνιστές οι οποίοι δεν τηρούν τον Νόμο;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	20	13,3	22,0	22,0

	Όχι	71	47,3	78,0	100,0
	Total	91	60,7	100,0	
Missing	System	59	39,3		
Total		150	100,0		

**Σας ενοχλεί όταν βρίσκεστε σε κάποια καφετέρια και υπάρχουν τριγύρω άτομα που καπνίζουν;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	66	44,0	72,5	72,5
	Όχι	25	16,7	27,5	100,0
	Total	91	60,7	100,0	
Missing	System	59	39,3		
Total		150	100,0		

**Θεωρείτε ότι με την μη τήρηση του Νόμου, καταπατώνται τα δικαιώματά σας;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	63	42,0	69,2	69,2
	Όχι	28	18,7	30,8	100,0
	Total	91	60,7	100,0	
Missing	System	59	39,3		

**Θεωρείτε ότι με την μη τήρηση του Νόμου, καταπατώνται τα δικαιώματά σας;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	63	42,0	69,2	69,2
	Όχι	28	18,7	30,8	100,0
	Total	91	60,7	100,0	
Missing	System	59	39,3		
Total		150	100,0		

**Πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-5	7	4,7	11,9	11,9
	5-10	12	8,0	20,3	32,2
	10-20	21	14,0	35,6	67,8
	πάνω από 1 πακέτο	19	12,7	32,2	100,0
	Total	59	39,3	100,0	
Missing	System	91	60,7		
Total		150	100,0		

**Σε ποια ηλικία ξεκινήσατε το κάπνισμα;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κάτω από 13 ετών	4	2,7	6,8	6,8
	13-15 ετών	10	6,7	16,9	23,7
	16-18 ετών	23	15,3	39,0	62,7
	Μετά την ηλικία των 18 ετών	22	14,7	37,3	100,0
	Total	59	39,3	100,0	
Missing	System	91	60,7		
Total		150	100,0		

**Ποιοι ήταν οι λόγοι που σας οδήγησαν να ξεκινήσετε το κάπνισμα;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Παρέα-φίλοι-συνομήλικοι	27	18,0	45,8	45,8
	Από περιέργεια	12	8,0	20,3	66,1
	Λόγω κακής ψυχολογικής διάθεσης	6	4,0	10,2	76,3
	Άλλο	14	9,3	23,7	100,0
	Total	59	39,3	100,0	
Missing	System	91	60,7		
Total		150	100,0		

**Τι ρόλο παίζει το τσιγάρο στη ζωή σας;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Με χαλαρώνει από το άγχος και το στρες της ημέρας	18	12,0	30,5	30,5
	Με βοηθάει να ξεχνάω τα προβλήματα που με απασχολούν	6	4,0	10,2	40,7
	Είναι απλά μια συνήθεια που πρέπει να κόψω	32	21,3	54,2	94,9
	Με χαλάει και δεν μου κάνει καθόλου καλό αλλά είμαι εξαρτημένος-η από αυτό	3	2,0	5,1	100,0
	Total	59	39,3	100,0	
Missing	System	91	60,7		
Total		150	100,0		

**Τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας σας καπνίζουν;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	13	8,7	22,0	22,0
	Όχι	22	14,7	37,3	59,3
	Ναι αλλά όχι όλα	24	16,0	40,7	100,0
	Total	59	39,3	100,0	
Missing	System	91	60,7		
Total		150	100,0		

**Έχετε κάνει προσπάθειες στο παρελθόν να το κόψετε;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	42	28,0	71,2	71,2
	Όχι	17	11,3	28,8	100,0
	Total	59	39,3	100,0	
Missing	System	91	60,7		
Total		150	100,0		

**Με την επιβολή του νέου αντικαπνιστικού Νόμου σε δημόσιους χώρους, έχουν μειωθεί οι έξοδοι σας;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	12	8,0	20,3	20,3
	Όχι	47	31,3	79,7	100,0
	Total	59	39,3	100,0	
Missing	System	91	60,7		
Total		150	100,0		

**Τώρα με την επιβολή του νέου αντικαπνιστικού Νόμου σε δημόσιους χώρους,  
όταν πηγαίνετε σε καφετέριες, καπνίζετε;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	48	32,0	81,4	81,4
	Όχι	11	7,3	18,6	100,0
	Total	59	39,3	100,0	
Missing	System	91	60,7		
Total		150	100,0		

**Στο εργασιακό σας περιβάλλον καπνίζετε;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	37	24,7	62,7	62,7
	Όχι	22	14,7	37,3	100,0
	Total	59	39,3	100,0	
Missing	System	91	60,7		
Total		150	100,0		

**Μετά την επιβολή του νέου αντικαπνιστικού Νόμου έχετε ελαττώσει τον αριθμό  
των τσιγάρων τα οποία καπνίζετε;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	15	10,0	25,4	25,4
	Όχι	44	29,3	74,6	100,0
	Total	59	39,3	100,0	
Missing	System	91	60,7		
Total		150	100,0		

**Θεωρείτε ότι με την επιβολή της τήρησης του Νόμου, καταπατώνται τα δικαιώματά σας;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	47	31,3	79,7	79,7
	Όχι	12	8,0	20,3	100,0
	Total	59	39,3	100,0	
Missing	System	91	60,7		
Total		150	100,0		





## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

### Ερωτηματολόγιο

Απόψεις των θαμώνων σε καφετέριες, στον Δήμο Θεσσαλονίκης σχετικά με την  
εφαρμογή του νέου αντικαπνιστικού Νόμου

---

ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΙΝΑΙ ΑΝΩΝΥΜΕΣ ΚΑΙ ΑΥΣΤΗΡΑ ΑΠΟΡΡΗΤΕΣ

---

#### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Φύλο

Άντρας  Γυναίκα

2. Ηλικία .....

3. Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος-η  Έγγαμος-η  Χωρισμένος-η

4. Μορφωτικό επίπεδο

5. Καπνιστής

Ναι  Όχι

6. Γνωρίζετε για τον Νόμο της καθολικής απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους;

Ναι  Όχι

7. Ποιες είναι οι πηγές πληροφόρησής σας;

Ραδιόφωνο  Εφημερίδες  Internet  Τηλεόραση

8. Ο νέος Νόμος της καθολικής απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους εσάς σας βρίσκει σύμφωνους;

Ναι  Όχι

Ερώτηση	Ναι	Όχι
9. Θεωρείτε ότι πίσω από τον Νόμο κρύβονται οικονομικά συμφέροντα από μέρους της Πολιτείας;		
10. Θεωρείτε ότι με τον Νόμο αυτό γίνεται πρόληψη της δημόσιας		

υγείας;		
11. Θεωρείτε ότι τα ΜΜΕ επηρέασαν τη γνώμη σας σχετικά με την επιβολή του Νόμου και το κάπνισμα;		
12. Θεωρείτε ότι το τσιγάρο βοηθάει:		
α) στην εκτόνωση		
β) στην χαλάρωση,		
γ) στη μείωση του στρες		
δ) τίποτα από τα παραπάνω		
13. Η άποψη ότι το τσιγάρο συνδέεται με την διασκέδαση, εσάς σας βρίσκει σύμφωνους;		
14. Συμφωνείτε με την άποψη ότι το παθητικό κάπνισμα βλάπτει περισσότερο σε σχέση με το ενεργητικό;		
15. Συμφωνείτε με την άποψη ότι το κάπνισμα είναι η κυριότερη αιτία		

της αύξησης καρδιαγγειακών παθήσεων;		
16. Συμφωνείτε με την άποψη ότι το κράτος δεν μπορεί ν' απαγορεύει το κάπνισμα από τη στιγμή που εισπράττει φόρους από την πώληση τσιγάρων;		
17. Συμφωνείτε με την άποψη ότι η ψήφιση του νέου αντικαπνιστικού Νόμου γίνεται καθαρά για οικονομικά οφέλη και όχι για την πρόληψη της δημόσιας υγείας;		
18. Συμφωνείτε με την άποψη ότι ο Νόμος έχει διαμορφωθεί έτσι ώστε να λειτουργεί υπέρ των <b>καπνιστών</b> ;		
19. Συμφωνείτε με την άποψη ότι ο Νόμος έχει διαμορφωθεί έτσι ώστε να λειτουργεί υπέρ των		

<b>μηκαπνιστών;</b>		
20. Συμφωνείτε με την άποψη ότι το παθητικό κάπνισμα δεν επιβαρύνει τόσο την υγεία όσο το ενεργητικό κάπνισμα;		
21. Θεωρείτε ότι ο Νόμος εφαρμόζεται με δημοκρατικά μέσα;		
22. Θεωρείτε ότι ο Νόμος <b>δεν</b> εφαρμόζεται με δημοκρατικά μέσα και επιβάλλεται παρά την θέληση των πολιτών;		
23. Πιστεύετε ότι ο Νόμος δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω κακής πολιτικής ;		
24. Πιστεύετε ότι ο Νόμος δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω άρνησης για συμμόρφωση των πολιτών;		

- Παρακαλούμε οι παρακάτω ερωτήσεις ν' απαντηθούν μόνο από μη καπνιστές;

25. Έχετε δοκιμάσει τσιγάρο;

Ναι  Όχι

26. Πως ήταν η εμπειρία σας;

Μου άρεσε πολύ  Δεν μου έκανε ιδιαίτερη αίσθηση  Δεν μου άρεσε καθόλου

27. Υπήρξατε καπνιστές στο παρελθόν;

Ναι  Όχι

Αν ναι, πως καταφέρατε να το κόψετε;

Με τη βοήθεια φίλων-συγγενών  Με ιατρική βοήθεια  Μόνος-η μου

28. Με την επιβολή του νέου αντικαπνιστικού Νόμου σε δημόσιους χώρους, έχουν αυξηθεί οι έξοδοι σας;

Ναι  Όχι

29. Εάν βλέπατε άλλους θαμώνες καφετεριών να μην εφαρμόζουν τον Νόμο, θα τους κατ'αγγέλλατε;

Ναι  Όχι

30. Έχετε καυγαδίσει ποτέ σε καφετέρια με καπνιστές οι οποίοι δεν τηρούν τον Νόμο;

Ναι  Όχι

31. Σας ενοχλεί όταν βρίσκεστε σε κάποια καφετέρια και υπάρχουν τριγύρω άτομα που καπνίζουν;

Ναι  Όχι

32. Θεωρείτε ότι με την μη τήρηση του Νόμου, καταπατώνται τα δικαιώματά σας;

Ναι  Όχι

- Παρακαλούμε οι παρακάτω ερωτήσεις ν' απαντηθούν μόνο από καπνιστές:

33. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως;

1-5 τσιγάρα ημερησίως  5-10 τσιγάρα ημερησίως  10-20 τσιγάρα ημερησίως  
 πάνω από 1 πακέτο ημερησίως

34. Σε ποια ηλικία ξεκινήσατε το κάπνισμα;

κάτω από 13 ετών  13-15 ετών  16-18 ετών  μετά την ηλικία των 18 ετών

35. Ποιοι ήταν οι λόγοι που σας οδήγησαν να ξεκινήσετε το κάπνισμα;

παρέα-φίλοι-συνομήλικοι  από περιέργεια  λόγω κακής ψυχολογικής διάθεσης  
 άλλο

36. Τι ρόλο παίζει το τσιγάρο στη ζωή σας;

με χαλαρώνει από το άγχος και το στρες της ημέρας

με βοηθάει να ξεχνάω τα προβλήματα που με απασχολούν

είναι απλά μια συνήθεια που πρέπει να κόψω

με χαλάει και δεν μου κάνει καθόλου καλό αλλά είμαι εξαρτημένος-η από αυτό



37. Τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς σας καπνίζουν;

Ναι  Όχι  Ναι αλλά όχι όλα

38. Έχετε κάνει προσπάθειες στο παρελθόν να το κόψετε;

Ναι  Όχι

39. Με την επιβολή του νέου αντικαπνιστικού Νόμου σε δημόσιους χώρους, έχουν μειωθεί οι έξοδοι σας;

Ναι  Όχι

40. Τώρα με την επιβολή του νέου αντικαπνιστικού Νόμου σε δημόσιους χώρους, όταν πηγαίνετε σε καφετέριες, καπνίζετε;

Ναι  Όχι

41. Στο εργασιακό σας περιβάλλον καπνίζετε;

Ναι  Όχι

42. Μετά την επιβολή του νέου αντικαπνιστικού Νόμου έχετε ελαττώσει τον αριθμό των τσιγάρων τα οποία καπνίζετε;

Ναι  Όχι

43. Θεωρείτε ότι με την επιβολή της τήρησης του Νόμου, καταπατώνται τα δικαιώματά σας;

Ναι  Όχι

Σας ευχαριστούμε για τον χρόνο σας