

Τμήμα Νοσηλευτικής
Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας
Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης

**ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΣΤΗ
ΝΙΚΟΤΙΝΗ ΕΛΛΗΝΩΝ ΕΦΗΒΩΝ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ
ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ/ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.**



Σπουδαστές:

Τζαγκαράκης Φανούριος ΑΜ: 3912

Χριστοδουλάκη Κωνσταντίνα ΑΜ: 4121

Κουργιαντάκης Ιωάννης ΑΜ: 4224

Υπεύθυνος Καθηγητής :

Ζηδιανάκης Ζαχαρίας

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ευχαριστούμε πολύ τον επιβλέπων καθηγητή μας κ. Ζηδιανάκη Ζαχαρία, για την καθοδήγηση και υποστήριξη που μας πρόσφερε κατά την διάρκεια της ερευνητικής μελέτης για την πραγματοποίηση της πτυχιακής μας εργασίας.

Είμαστε ευγνώμονες στον κ. Βαρδαβά Κωνσταντίνο και στην Κλινική Προληπτικής Ιατρικής με υπεύθυνο καθηγητή τον κ. Αντώνη Καφάτο για την πολύτιμη συνεργασία, συμπαράσταση και καθοδήγηση τους κατά τη διάρκεια της ερευνητικής μελέτης και την έκδοση των στατιστικών αποτελεσμάτων της μελέτης μας.

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
2.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ – ΕΙΔΗ ΚΑΠΝΟΥ	6
2.1 Ιστορική ανασκόπηση.....	6
2.2. Είδη Καπνού	8
2.3 Χημικά συστατικά καπνού	18
3. ΝΙΚΟΤΙΝΗ.....	22
3.1 Ιστορία και όνομα	22
3.2 Χημική σύσταση.....	23
3.3 Φαρμακοκινητική	23
3.4 Φαρμακοδυναμικές.....	23
3.5 Ψυχοενεργά αποτελέσματα.....	24
3.6 Εθισμός στην νικοτίνη	25
3.7 Τοξικολογία	27
3.8 Θεραπευτικές χρήσεις.....	28
4.ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	30
4.Επιπτώσεις παθητικού καπνίσματος.....	31
4.1 Καρκίνος των πνευμόνων	32
4.2 Καρκίνος του μαστού	33
4.3 Ρινική κοιλότητα. Ρινοφαρυγγικό καρκίνωμα.....	35
4.5 Αναπνευστικό σύστημα	35
4.6 Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π).....	36
4.7 Καρδιαγγειακές Παθήσεις	36
4.8 Παθήσεις που αφορούν το αναπαραγωγικό σύστημα και την κύηση.....	37
5. ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.	39
5.1 Αναπνευστικό σύστημα.	41
5.2 Καρδιαγγειακό σύστημα.....	42
5.3 Επιπτώσεις του ενεργητικού καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη.	43
5.4 Άλλες δυσμενείς επιπτώσεις του ενεργητικού καπνίσματος.	44
6.ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ.	46
6.1. Κάπνισμα και μαθητές.....	48
6.2. Παράγοντες που προδιαθέτουν τους νέους στο κάπνισμα.....	48
6.3. Διάφοροι τύποι καπνιστών.....	49
6.4. Η νικοτίνη μια εθιστική ουσία για τους εφήβους.....	52
7. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ.....	54
7.1 Επιδημία του καπνίσματος.....	54
7.2 Νοσολογικές συνέπειες του καπνίσματος.....	56
7.3 Η οικονομική συνιστώσα.....	57

7.4 Οι στάσεις προς τις αντικαπνιστικές πολιτικές.....	58
7.5 Έκθεση στον καπνό του τσιγάρου	58
7.6 Ευαισθητοποίηση ως προς τις βλάβες που προκαλεί ο καπνός του τσιγάρου.....	59
8. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ	
ΕΛΛΑΔΑ.....	60
8.1 Η κατάσταση στην Ελλάδα.....	60
9. ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....	65
9.1 Εισαγωγή	65
9.2 Συμπτώματα στέρησης	65
9.3 Οφέλη από τη διακοπή.....	67
9.4 Είδη θεραπείας.....	67
10. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ	
ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	78
10.1 Συνθήκη Βαρσοβίας.....	82
10.2 Φορολογικά μέτρα.	88
10.3 Αναγραφή μηνυμάτων σε πακέτα.....	92
10.4 Άλλα προληπτικά μέτρα για τη μείωση του καπνίσματος.....	97
11. ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	100
11.1 Η θέση του σχολικού νοσηλευτή.....	100
11.2 Σύντομη ιστορική αναδρομή της νοσηλευτικής στο σχολείο.....	111
11.3. Σχολική νοσηλευτική στη Σουηδία. Γνώσεις και εμπειρίες	113
11.4 Ξένη μελέτη για τον σχολικό νοσηλευτή.....	114
12. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	121
12.1 Μεθοδολογία.....	121
12.2 Ερωτηματολόγια.....	122
13.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	128
13.1 Περιγραφική Στατιστική Του Δείγματος.....	128
14.ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	143
15. ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	145
16. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	146

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κάπνισμα είναι ένα θέμα Δημόσιας Υγείας και μας αφορά όλους και πολύ περισσότερο εμάς που είμαστε Νοσηλευτές. Το κάπνισμα σαν συνήθεια είναι βλαβερή και θανατηφόρα για τον ενήλικο άνθρωπο πόσο μάλλον για έναν έφηβο. Θα πρέπει να τονίσουμε ότι δεν έχουν γίνει αρκετές έρευνες και ενημερώσεις για το κάπνισμα στους εφήβους. Έτσι, πιστεύουμε ότι σαν Κοινοτικοί Νοσηλευτές μπορούμε να διαδραματίσουμε σημαντικό ρόλο στους νέους που είτε καπνίζουν ήδη – και να τους δείξουμε τι συνέπειες έχει αυτή η συνήθεια- είτε στους νέους που δεν καπνίζουν για να τους δείξουμε ότι το κάπνισμα δεν έχει τίποτα να τους προσφέρει, το αντίθετο μάλιστα μπορεί να τους βλάψει σε πολλούς τομείς.

Η ύπαρξη του σχολικού νοσηλευτή θα αποτελούσε σημαντικό μέσο για την πληροφόρηση και διδασκαλία των εφήβων για την αποφυγή του καπνίσματος με αποτέλεσμα την καλύτερη ποιότητα ζωής.

2.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ – ΕΙΔΗ ΚΑΠΝΟΥ

2.1 Ιστορική ανασκόπηση

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

Το φυτό του καπνού αρχικά ευδοκίμωσε στη Βόρεια και Νότια Αμερική. Κατατάσσεται στη ίδια οικογένεια με την πατάτα, τη μελιτζάνα, τη ντομάτα και τη πιπεριά. Τα παραπάνω φυτά ανήκουν στην οικογένεια των φυτών Solanaceae. Το γένος του φυτού *Nicotiana* περιλαμβάνει περίπου 100 είδη από τα οποία το πιο διαδεδομένο είδος είναι το *Nicotiana Tabacum* για την παραγωγή προϊόντων καπνού. Οφείλει το όνομα του στο Γάλλο πρεσβευτή Jean Nicot, ο οποίος το εισήγαγε και το διέδωσε στη Γαλλία το 1560. Τον Οκτώβριο του 1492 προσφέρθηκαν ως δώρο στον Κολόμβο, αποξηραμένα φύλλα καπνού από τους Ινδιάνους της Αμερικής. Σύντομα οι ναύτες του Κολόμβου μετέφεραν τους σπόρους του καπνού στην Ευρώπη, και ο καπνός άρχισε να διαδίδεται από χώρα σε χώρα. Σύμφωνα με διάφορες πληροφορίες που έχουν καταγραφεί, το φυτό του καπνού άρχισε να καλλιεργείται και να καταναλώνεται γιατί θεωρούνταν ότι είχε θεραπευτικές ιδιότητες.

Για πολλά χρόνια ίσχυε η άποψη ότι ο Γάλλος πρεσβευτής Jean Nicot στην Πορτογαλία, έφερε το 1559 τα πρώτα φυτά καπνού στη Γαλλία από τη Λισαβόνα. Έπειτα από πρόσφατη επανατοποθέτηση των ιστορικών αναφέρεται ότι ο «επαναστάτης» μοναχός Andre Thevet της Angouleme, άρχισε να φέρνει το 1556 πρώτος το καπνό από τη Βραζιλία. Ο Nicot όμως είναι αυτός που έδωσε το όνομα του στην νικοτίνη. Αναφέρεται ότι η πρώτη περιγραφή του φυτού έγινε λίγο αργότερα από έναν ιεραπόστολο, τον Ρομάνο Πάνε, ο οποίος μετέφερε το φυτό στην Ισπανία. Οι Ισπανοί μετέφεραν το φυτό του καπνού στην Ευρώπη το 1519, ενώ στη Γαλλία μεταφέρθηκε το 1560.

Στην Ιταλία καλλιεργήθηκε το 1575, ενώ το 1585 ο Γουόλτερ Ραλει φέρνει το φυτό του καπνού στην Αγγλία . Στην Ολλανδία ο καπνός καλλιεργήθηκε το 1615. Στην Ελλάδα ο καπνός μεταφέρθηκε στα τέλη του 16^{ου} αιώνα. Στα μέσα του 17^{ου} αιώνα το κάπνισμα άρχισε να γίνεται μια απολαυστική συνήθεια και να διαδίδεται στη Δύση. Αναφέρεται επίσης ότι γύρω στο 1600 ο καπνός ήταν τόσο δημοφιλής, που το χρησιμοποιούσαν ως μέσο στις εμπορικές τους συναλλαγές (θεωρούνταν μάλιστα ισάξιος του χρυσού ή του αργύρου). Το κάπνισμα έγινε προνόμιο των πλουσίων αριστοκρατών και το θεωρούσαν ένδειξη σκληρού ανδρισμού. Σταδιακά, οι νοτιότερες αμερικανικές αποικίες είχαν ως πρώτο προϊόν εξαγωγής την πώληση του καπνού. Υπήρξαν όμως και κάποιες αντιδράσεις, όπως του βασιλιά της Αγγλίας Ιακώβου Α΄ το 1604 ο οποίος κατήγγειλε τη χρήση του καπνού ως απαίσια για τα μάτια, μισητή για τη μύτη, καταστροφική για το μυαλό και επικίνδυνη για τα πνευμόνια.

(Η ιστορία του καπνίσματος. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.sansimera.gr/archive/articles/smoking.>)

Από το 1618 έως το 1648 το κάπνισμα της πίπας γίνεται μια δημοφιλής συνήθεια που εξαπλώνεται γρήγορα. Το 1620 περίπου, η Ιαπωνία απαγορεύει το κάπνισμα για πρώτη φορά. Οι Καθολικοί, τον 17^ο αιώνα απειλούσαν με διακοπή της θείας κοινωνίας, αν συλλαμβάνανε κάποιον να καπνίζει. Ενώ το 1622 οι περισσότεροι συγγραφείς εγκωμιάζουν τον καπνό για τις θεραπευτικές του ιδιότητες, δύο δεκαετίες αργότερα όμως το 1648 η πλειοψηφία των συγγραφέων τάσσονται κατά του καπνού. Το 1632 απαγορεύτηκε το δημόσιο κάπνισμα στη Μασαχουσέτη. Στο μεταξύ όμως άρχισε η αυξανόμενη ζήτηση του καπνού, η οποία εν μέρει οδήγησε στην εξάπλωση της δουλειάς των μαύρων. Οι καπνοκαλλιεργητές χρησιμοποιούσαν τους μαύρους για να δουλέψουν στις τεράστιες εκτάσεις τους με σκοπό να αυξήσουν τις εξαγωγές του καπνού. Σταδιακά άρχισαν να ιδρύονται οι πρώτες καπνοβιομηχανίες, με στόχο την προώθηση του καπνίσματος.

Η χρήση των τσιγάρων παρουσίασε ραγδαία αύξηση κατά τη διάρκεια του Πρώτου Παγκόσμιου Πολέμου. Μετά τον πόλεμο και ως τη δεκαετία του '60, το τσιγάρο μονοπωλεί στο χώρο της διαφήμισης γίνεται το σύμβολο μια λαμπρής ανέμελης ζωής. Η πρώτη επιστημονική έρευνα για της βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος έγινε το 1962, από τον ιατρικό σύλλογο της Μ. Βρετανίας. Δύο χρόνια αργότερα, αμερικανική

κυβερνητική έκθεση με τίτλο «Καπνός και Υγεία», συνδέει για πρώτη φορά το κάπνισμα με τον καρκίνο των πνευμόνων και τη χρόνια βρογχίτιδα. Την ίδια περίοδο έκαναν την εμφάνιση τους οι πρώτες αντικαπνιστικές καμπάνιες, οι οποίες οδήγησαν σε ψήφιση νόμου το 1965, που προέβλεπε μεταξύ άλλων, την αναγραφή σε όλα τα πακέτα των τσιγάρων ότι: «το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία». (*Η ιστορία του καπνίσματος. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.sansimera.gr/archive/articles/smoking>*).

2.2. Είδη Καπνού

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

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

- α) Ρολά (κύλινδροι) καπνού.
- β) Πίπες, (pipes).
- γ) Οργανικά (Oral), Φυσικά (natural), και δίχως πρόσθετα τσιγάρα (additive-free cigarettes).
- δ) Προϊόντα που χρησιμοποιούνται από το στόμα, τα οποία είναι κατάλληλα για να τα μασήσει κάποιος και να τα κρατήσει μέσα στο στόμα ή να τοποθετηθούν στη μύτη. (chewing tobacco, snuff).

α) Ρολά καπνού (rolls of tobacco)

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

α1) Bidis :

Τα bidis κατασκευάζονται στην Ινδία και την Ν. Ασία , εξάγονται στο εξωτερικό ως εναλλακτική λύση των τυπικών τσιγάρων αφού θεωρούνται ότι είναι λιγότερο επιβλαβή για την υγεία. Περιέχουν μια μικρή ποσότητα καπνού, το οποίο τυλίγεται με το χέρι σε αποξηραμένα φύλλα, που δένονται με νήμα, είναι χωρίς φίλτρο και διατίθεται σε ποικιλία γεύσεων. (*Judith Mackay et all, 2006*).



Τα bidis είναι μικρότερα σε μέγεθος από τα συνηθισμένα τσιγάρα, έχουν μια εξωτική μυρωδιά και τα συστατικά που περιέχουν αναφέρονται ως υγιεινά. Τα καρυκεύματα που προστίθενται στα bidis ποικίλουν και μπορεί να περιέχουν μυρωδικά όπως το μάγκο, το κεράσι ή η σοκολάτα. Σε έρευνα που έγινε στη Μασαχουσέτη, σε άτομα νεαρής ηλικίας υποστηρίζεται ότι τα bidis δεν υποκρύπτουν κινδύνους. (*United States Centres for Disease Control.1999*).

Αντίθετα, τα αποτελέσματα μιας άλλης έρευνας που πραγματοποιήθηκε στην Ινδία δείχνουν ότι ένα μεγάλο ποσοστό αντρών πεθαίνει εξαιτίας των bidis. (*Gajalakshmi V et al, 2003*).

Το τελευταίο, επιβεβαιώνεται και από άλλη μελέτη, στην οποία τονίζεται ότι ο αριθμός θανάτων που προκαλούνται από τα bidis τείνει να εξομοιωθεί με τον αριθμό θανάτων που προέρχονται από τα τσιγάρα (*Gupta PC et al, 2005*). Πρόσφατες μελέτες μάλιστα, καταρρίπτουν τον μύθο ότι τα bidis έχουν λιγότερες βλαβερές ουσίες από τα συνηθισμένα τσιγάρα και επιβεβαιώνουν ότι κατά την καύση τους ελευθερώνονται οι ίδιες βλαβερές ουσίες όπως στα συνηθισμένα τσιγάρα. (*Malson JL et al, 2001*). Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι τα bidis παρά το μικρό τους μέγεθος απελευθερώνουν περισσότερη πίσσα και μονοξείδιο του άνθρακα από τα συνηθισμένα τσιγάρα, επειδή ο καπνιστής αναγκάζεται να κάνει συνεχή χρήση («ρουφηξιάς») προκειμένου να διατηρεί το τσιγάρο αναμμένο. (*Judith Mackay et all, 2006*). Αναφέρεται επίσης ότι τα bidis ελευθερώνουν μεγαλύτερες ποσότητες νικοτίνης (*Malson JL et al, 2002*) και 2-3 φορές μεγαλύτερες ποσότητες πίσσας από τα συνηθισμένα τσιγάρα. (*Rahman M, Fukui T, 2000*).

α2) Kreteks :

Είναι αρωματικά τσιγάρα, γνωστά και ως τσιγάρα γαρυφάλων (*WHO 2006*) Περιέχουν επίσης και ένα μεγάλο φάσμα εξωτικών μυρωδικών το οποίο δρα ως αναισθητικό. (*Judith Mackay et all, 2006*). Τα kreteks είναι ευρέως γνωστά στην Ινδονησία και πωλούνται ακόμα και μέσω του διαδικτύου και σε άλλες χώρες.



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

α3) Πούρα

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



Ένας καπνιστής εκτίθεται στην νικοτίνη και στα άλλα χημικά του πούρου ακόμα και κρατώντας το στο στόμα σβηστό. Αυτό οφείλεται στην αλκαλική φύση του καπνού, η οποία καθιστά ικανή την νικοτίνη να απορροφηθεί από τον οργανισμό ακόμα και από ένα σβηστό πούρο (Henningfield JE et al, 1999). Το πούρο μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του πνεύμονα, του οισοφάγου, του λάρυγγα και της στοματικής κοιλότητας. (Baker F et al, 2000).

α4) Τσιγάρα

Τα τσιγάρα είναι η εξέλιξη των πούρων. Η παραλλαγή του πούρου άρχισε μετά τη δεκαετία του '50. (*David E. Merrill, 1994*). Τα τσιγάρα αποτελούνται από κομμάτια καπνού ή επαναχρησιμοποιημένου καπνού ενώ προστίθενται και διάφορες άλλες ουσίες (συνήθως τα τσιγάρα περιέχουν πάνω από 100 συστατικά). (*Philip Morris USA, 2007*). Ο καπνός είναι τυλιγμένος σε χαρτί και περιέχει φίλτρο. (*Clean Virginia Waterways, 2006*).



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

Περιέχουν πάνω από 4.000 χημικές ουσίες, πολλές εκ των οποίων είναι τοξικές και καρκινογόνες. Κάποια από τα πολλά προϊόντα που προστίθενται στο τσιγάρο είναι : Τα φυτοφάρμακα, τα ζιζανιοκτόνα, τα λιπάσματα, τα βαριά μέταλλα, το αρσενικό, το κυάνιο και διάφορες άλλες τοξίνες. Το τσιγάρο έχει αποδειχθεί ότι είναι ιδιαίτερα εθιστικό, ενώ το κάπνισμά του ευθύνεται για την εμφάνιση διαφόρων μορφών καρκίνου, καρδιοπαθειών, προβλήματα του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος και γεννητικές ανωμαλίες. (*Smoking While Pregnant Causes Finger, Toe Deformities. Science Daily. Retrieved on March 6, 2007.*) Οι κατασκευαστές των τσιγάρων έχουν ρυθμίσει το Ph του καπνού των τσιγάρων, ειδικότερα μέσω των προσθέτων ουσιών (π.χ. αμμωνία), προκειμένου να μεγιστοποιείται η δράση της νικοτίνης. Για παράδειγμα, όσο

υψηλότερες τιμές Ph επιτυγχάνονται, τόσο μεγαλύτερο ποσοστό νικοτίνης απορροφάται μέσω του καπνού. (WHO, 2000).

α5) Χειροποίητα (στριφτά) τσιγάρα :

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

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

β) Πίπες (pipes)

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

β1) Συνήθης πίπα :

Η πίπα συνίσταται από ένα μικρό σωλήνα στο ένα άκρο του οποίου υπάρχει ένα μικρό δοχείο για την τοποθέτηση του καπνού, ενώ στο άλλο άκρο φέρει ειδικό επιστόμιο. Ο καπνός της πίπας είναι πιο αλκαλικός από ότι των βιομηχανοποιημένων τσιγάρων. Για

τον λόγω αυτό, δεν χρειάζεται να γίνεται κατευθείαν εισπνοή του καπνού προκειμένου να διατηρούνται υψηλά τα επίπεδα νικοτίνης.



Εξαιτίας της μεγάλης ποσότητας καπνού που συνήθως τοποθετείται στην πίπα, τόσο αυτός που καπνίζει όσο κάποιος που δεν καπνίζει αλλά εισπνέει απλά τον καπνό από το κάπνισμα της πίπας, εκτίθενται σε ποσότητα καπνού που αντιστοιχεί σε πολλά τσιγάρα. Εξάλλου, καπνιστές που χρησιμοποιούν πίπα αντιμετωπίζουν μεγάλους κινδύνους ανάπτυξης ασθενειών: Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια, καρκίνος στόματος, κεφαλής, λάρυγγα, οισοφάγου και καρκίνο πνευμόνων. (*Nelson DE et al, 1996*).

β2. Ναργιλές (Water-pipe smoking - also known as hubble-bubble smoking)

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



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

γ) Τσιγάρα οργανικά, φυσικά και δίχως πρόσθετα.

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

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

δ) Προϊόντα άκαπνου καπνού (smokeless tobacco products)

Η χρήση του άκαπνου καπνού είναι πολύ υψηλή στην Άπω Ανατολή, στην Μέση Ανατολή και στην Ευρώπη και αυξάνεται συνεχώς στην Αμερική. (Bates et al., 2003 , WHO 1997). Τα προϊόντα αυτά χρησιμοποιούνται με διάφορες παραλλαγές όπως : το ελεγχόμενο Ph, τα διάφορα πρόσθετα μυρωδικά και ο τρόπος διάθεσης που εδώ και πολλές δεκαετίες είναι σε μικρές σακούλες ώστε να είναι ελκυστικά στους νέους, προκειμένου έτσι να προωθείται η έναρξη του καπνίσματος. (United States Food and Drug Administration 1996, A report of the Surgeon General 1986, United States Food and Drug Administration 1995, Stratton K et al ,2001). Τα προϊόντα του άκαπνου καπνού, είναι προϊόντα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν χωρίς την καύση ή την πυρόλυση. Υπάρχει μεγάλη ποικιλομορφία των προϊόντων άκαπνου καπνού και των τρόπων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν (WHO 1997, Centres for Disease Control and Prevention 2002). Ο άκαπνός καπνός περιέχει 28 καρκινογόνες ουσίες (National Cancer Institute, 2006) και αποτελεί γνωστή αιτία ανάπτυξης καρκίνου (International Agency for Research on Cancer, 1998).

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

Στις αναπτυσσόμενες χώρες όπως την Ινδία, ο καπνός μάσησης αναμειγνύεται με φύλλα **betel** και **areca nut**, ένα είδος λεμονιού και catechu και πωλείται ως νόμιμο εμπορικό προϊόν, που το ονομάζουν **gutkha**. (Richter P., Spierto F. W., 2003). Ο καπνός σκόνη (snuff) αποτελείται από λεπτά αλεσμένο καπνό που μπορεί να είναι ξηρός, υγρός ή σε φακελάκια (όπως τα φακελάκια τσαγιού). (National Cancer Institute 1992). Αν και κάποιες μορφές καπνού (snuff) μπορούν να χρησιμοποιηθούν με το ρουθούνισμα ή την εισπνοή από τη μύτη (National Cancer Institute 1992), οι χρήστες τοποθετούν τα προϊόντα των άκαπνων καπνών ανάμεσα στο ούλο και το μάγουλό τους. (U.S. Department of Health and Human Services, 1994).

Οι χρήστες απορροφούν με αυτόν τον τρόπο τον καπνό και φτύνουν τα υγρά που παράγονται. Αυτός είναι και ο λόγος που ο άκαπνος καπνός αναφέρεται και ως «φτυνόμενος καπνός». (U.S. Department of Health and Human Services, 1994).

Όλα τα προϊόντα άκαπνου καπνού έχουν την νικοτίνη ως κύριο συστατικό και επομένως είναι εθιστικά. (Henningfield JE, 1997). Ο άκαπνός καπνός αποτελεί ένα σημαντικό κίνδυνο για την υγεία και φυσικά δεν είναι ασφαλές υποκατάστατο τσιγάρων. (U.S. Department of Health and Human Services, 1986). Ειδικότερα, υπάρχουν οι παρακάτω κατηγορίες άκαπνου καπνού :

δ1) Chewing tobacco:

Είναι τεμαχισμένος καπνός, σε ταμπλέτες ή σε κουλούρες, ελαφρά όξινος με σκοπό να μασιέται όποτε είναι επιθυμητό. Παράγεται σε τρεις μορφές: στριφτός (twist), κομματιαστός (plug), και τεμαχισμένος (scrap). Ο καπνός μάσησης προκαλεί τον ίδιο εθισμό με τα τσιγάρα. (Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER, 2005).

δ2) Snuff

Ο καπνός είναι λεπτά αλεσμένος ή είναι τεμαχισμένος σε σωματίδια μεγέθους μεγάλων σπόρων καφέ. Είναι διαθέσιμος σε ξηρή ή υγρή μορφή, σε χαλαρά φύλλα ή σε

φακελάκια (όπως τα φακελάκια τσαγιού). (*National Cancer Institute 1992, Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER), 2005*). Διακρίνεται στο snuff και στο Σουηδικό snuff, το οποίο είναι μια παραλλαγή του snuff επεξεργασμένου διαφορετικά, και πρέπει να διατηρείται κατεψυγμένο γιατί είναι πιο υγρό. (*Foulds J. et al 2003, WHO 2006*). Τα προϊόντα snuff περιέχουν και απελευθερώνουν ένα σύνολο από επιβλαβείς ουσίες. Το επίπεδο περιεκτικότητας των ουσιών αυτών μεταβάλλεται ανάλογα με την επεξεργασία που έχει υποστεί ο καπνός. (*Wahlberg I. et al, 1999*).

δ3) Gutkha

Το Gutkha είναι μια σημαντική κατηγορία βιομηχανικά κατασκευασμένου άκαπνου καπνού που λαμβάνεται από το στόμα, ιδιαίτερα διαδεδομένου στις περιοχές της Ινδίας και της Νοτιοανατολικής Ασίας. Είναι ένα είδος αρωματισμένου αποξηραμένου μίγματος καρύδας *areca*, *catechu* και χτυπημένης φλαμουριάς με καπνό και άλλα καρυκεύματα και προσθήκη γλυκαντικών. (*Richter P., Spierto F. W., 2003*). Στην Ινδία η μορφή αυτή έχει προσελκύσει τις νεότερες γενιές, περισσότερο από τις παλαιότερες, όπως και ένα μέρος των γυναικών, οι οποίες μπορούν να το χρησιμοποιούν χωρίς να αποδοκιμάζονται από τον κοινωνικό περίγυρο (*Srinath Reddy K, Gupta PC, 2004*). Κατά την χρήση το μείγμα μασιέται αργά. Οι ουσίες που παράγονται λόγω του σάλιου δεν απορροφώνται μόνο τοπικά αλλά μπαίνουν και στην κυκλοφορία του αίματος. Οι ουσίες που παράγονται κατά την χρήση του gutkha έχουν ταξινομηθεί στις καρκινογόνες ουσίες για τον άνθρωπο. (*Merchant et al., 2000, Boucher, 2001, Stepanov et al., 2005*).

2.3 Χημικά συστατικά καπνού

Ο καπνός του τσιγάρου που σχηματίζεται κατά τη διάρκεια που καπνίζει κάποιος, χωρίζεται σε δύο μέρη : το κύριο ρεύμα και το παράπλευρο ή το δευτερεύον ρεύμα.

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

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

Η χημική σύσταση του καπνού εξαρτάται από την ποιότητα και το είδος των φύλλων του καπνού, το χαρτί περιτυλίγματος και την ιδιότητα του φίλτρου (να συγκρατεί ορισμένες ποσότητες σωματιδίων καπνού κλπ.). Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει πάνω από 4.000 χημικές ουσίες, συμπεριλαμβανομένων πολλών γνωστών επικινδύνων τοξικών αερίων και αποβλήτων. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει πάνω από 50 καρκινογόνες ουσίες και περισσότερες από 100 χημικά δηλητήρια. (*Sasco A.J. et al, 1997*).

Κατά την καύση του τσιγάρου διακρίνουμε τη φάση των αερίων και τη φάση των σωματιδίων. Επειδή τα περισσότερα αέρια είναι άοσμα, δεν είναι πάντα εφικτό να διακρίνει κάποιος πότε ο αέρας δεν είναι ασφαλής. (*National Research Council 1986, RCP 2003*).

Οι ουσίες της αέριας φάσης είναι :

Το μονοξείδιο και το διοξείδιο του άνθρακα, τα οξείδια του αζώτου, το υδροκυάνιο, οι πτητικές θειούχες ενώσεις, τα νιτρίλια και άλλες αζωτούχες ενώσεις, οι πτητικοί υδρογονάνθρακες, οι αλκοόλες, οι αλδεΐδες και οι κετόνες. Οι ουσίες που περιέχονται στη φάση των σωματιδίων είναι η νικοτίνη, το νερό και η πίσσα. (*Βαλαβανίδης Α. Π, 1988*).

Πίνακας 1: Διάφορες ουσίες που περιλαμβάνονται στο τσιγάρο.

Ουσίες που περιλαμβάνονται στο τσιγάρο-που αλλού βρίσκονται ανάλογες ουσίες	
Ακετόνη (ασετόν)	Ξεβαφτικό νυχιών
Οξικό οξύ	Ξύδι
Αμμωνία	Υγρά καθαρισμού π.χ. για τα τζάμια
Αρσενικό	Δηλητήριο , συστατικό των ζιζανιοκτόνων
Βενζόλιο	Ατμοί πετρελαίου
Κάδμιο	Μπαταρίες, ατμοί τήξης
Μονοξείδιο του άνθρακα	Εκπομπές καυσαερίων
DDT	Εντομοκτόνο

Φορμαλδεΐδη	Υγρό βαλσάμωσης
Υδρογονάνθρακες	Υγρά αυτοκινήτων
Υδροκυάνιο	Βιομηχανικός ρύπος που χρησιμοποιείται σε θάλαμο αερίων στις ΗΠΑ
Μόλυβδος	Μπαταρίες, ατμοί πετρελαίου
Μεθανόλη	Καύσιμο πυραύλων
Νικοτίνη	Εντομοκτόνο
Νιτρικό οξύ	Εκπομπές από ηλεκτρικούς σταθμούς
Πολώνιο -210	Ραδιενεργό κατάλοιπο
Θεικό οξύ	Εκπομπές ηλεκτρικών σταθμών
Πίσσα	Επίστρωση επιφάνειας δρόμων
Τολουόλιο	Βιομηχανικός διαλύτης
Ραδόνιο	Ραδιενεργό αέριο

(Dzulkifli Abdul Razak 1995).

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

Η νικοτίνη

Η νικοτίνη αποτελεί το 0,3% με 5% του αποξηραμένου συνολικού βάρους του φυτού του καπνού. Είναι μια αποτελεσματική νευροτοξίνη με ιδιαίτερη ιδιομορφία στα έντομα, για αυτό στο παρελθόν η νικοτίνη χρησιμοποιήθηκε ευρέως ως εντομοκτόνο.

(*American Heart Association and Nicotine addiction. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml>., Health effects of Tobacco smoking. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: www.wikipedia.org).*)

Η νικοτίνη είναι αζωτούχα οργανική ένωση με αλκαλική αντίδραση. Διαλύεται στο νερό, στον αιθέρα και στο χλωροφόρμιο. Το ποσό της νικοτίνης που χρησιμοποιείται στα τσιγάρα δεν ξεπερνά το 2%. Η νικοτίνη εισέρχεται άμεσα στην κυκλοφορία του αίματος και επτά δευτερόλεπτα είναι αρκετά για να περάσει τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και να φθάσει στον εγκέφαλο. Έχει υπολογιστεί ότι ο χρόνος ημιζωής της νικοτίνης στο ανθρώπινο σώμα είναι περίπου 2 ώρες. Η νικοτίνη διαπερνά εύκολα το δέρμα. Όπως παρουσιάζεται από τα φυσικά στοιχεία, η ελεύθερη βάση της νικοτίνης θα καεί σε μια θερμοκρασία κάτω από το σημείο βρασμού της, και οι ατμοί της θα καούν στους 95°C στον αέρα παρά τη χαμηλή πίεση ατμού. Λόγω αυτού, περισσότερη νικοτίνη

καίγεται όταν καπνίζεται ένα τσιγάρο παρόλα αυτά όμως εισπνέετε αρκετός καπνός για να δημιουργήσει τα επιθυμητά αποτελέσματα. (*Health effects of Tobacco smoking* www.wikipedia.org).

Το μονοξείδιο του άνθρακα

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

Η πίσσα

Η πίσσα περιέχει τέσσερα είδη διαφορετικών μορφών (βασικές, όξινες, ουδέτερες και αδιάλυτες). Στην ουδέτερη μορφή που ανήκει το βενζοπυρένιο. Είναι η σπουδαιότερη μορφή λόγω της πρόκλησης καρκινογένεσης. Η όξινη μορφή περιέχει νιτροσαμίνες και αρωματικές άμυνες κυρίως που ερεθίζουν το βρογχικό βλεννογόνο και προκαλούν βήχα, σπασμό των βρογχιολίων και παραγωγή βλέννης. Η πίσσα αναφερομένη στο καπνό του τσιγάρου περιγράφεται ως το σύνολο των χημικών ουσιών που σχηματίζουν το παχύρρευστο και κολλώδες συμπακνωμένο υπόλειμμα του καπνού του τσιγάρου. Εναποτίθεται στους πνεύμονες των καπνιστών και μπορεί να προκαλέσει καρκίνο. Η χρήση των τσιγάρων με χαμηλή περιεκτικότητα σε πίσσα δεν φαίνεται ασφαλέστερη, καθώς οι καπνιστές αυτοί εισπνέουν βαθύτερα τον καπνό και τον κρατούν περισσότερη ώρα, με αποτέλεσμα να οδηγούν την πίσσα βαθύτερα στους πνεύμονες.

3. ΝΙΚΟΤΙΝΗ

Η νικοτίνη είναι μια αλκαλική χημική ένωση και ανήκει στην οικογένεια των φυτών *Solanaceae*. Βρίσκεται κυρίως στον καπνό, και σε πιο μικρές ποσότητες στη μελιτζάνα, στη πατάτα, στη ντομάτα και στο πράσινο πιπέρι. Τα αλκαλοειδή της νικοτίνης βρίσκονται επίσης στα φύλλα του φυτού της κόκας. Η νικοτίνη αποτελεί το 0,3% με 5% του φυτού από το ξηρό βάρος του καπνού, παράγεται με τη βιοσύνθεση που πραγματοποιείται στις ρίζες, και συσσωρεύεται στα φύλλα. Είναι μια αποτελεσματική νευροτοξίνη με ιδιαίτερη ιδιομορφία στα έντομα, και για αυτό το λόγο χρησιμοποιήθηκε ευρέως ως εντομοκτόνο στο παρελθόν. Αυτήν την περίοδο τα παράγωγα νικοτίνης όπως το imidacloprid συνεχίζουν να χρησιμοποιούνται ευρέως. Στις χαμηλότερες συγκεντρώσεις (ένα μέσσο τσιγάρο αποδίδει περίπου 1mg της απορροφημένης νικοτίνης), η ουσία ενεργεί ως τονωτικό στα θηλαστικά και είναι ένας από τους κύριους παράγοντες που είναι αρμόδιοι για την εξάρτηση διαμορφώνοντας τις ιδιότητες του καπνίσματος. Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Καρδιολογικό Οργανισμό ([American Heart Association](#)), ο «εθισμός» στη νικοτίνη είναι ένας από τους εθισμούς που ξεπερνιούνται πολύ δύσκολα." ([American Heart Association and Nicotine addiction](#).) (*Health effects of Tobacco smoking* www.wikipedia.org).

3.1 Ιστορία και όνομα

Η νικοτίνη πήρε αρχικά το όνομα της από το φυτό *nicotiana tabacum*. Στη συνέχεια φαίνεται ότι επηρεάστηκε το όνομα της από τον Jean Nicot ,ένα Γάλλο πρεσβευτή, ο οποίος έστειλε τον καπνό και τους σπόρους του από την Πορτογαλία στο Παρίσι το 1550 όπου προωθήθηκε αρχικά για ιατρική χρήση του. Η νικοτίνη απομονώθηκε για πρώτη φορά το 1828 από τους Γερμανούς φαρμακοποιούς, Posselt & Reimann. Ο χημικός εμπειρικός τύπος της περιγράφηκε από τον Melsens το 1843 και συντέθηκε χημικά για πρώτη φορά από τους A. Pictet και Crepieux το 1893. (*Brief History of use and ubuse, available at <http://www.nonsmoking.gr/istoria.html>*).

3.2 Χημική σύσταση

Η νικοτίνη είναι υγροσκοπικό, ελαιούχο υγρό που είναι αναμεμιγμένο με το νερό στη βασική του μορφή. Η νικοτίνη διαπερνά εύκολα το δέρμα. Όπως παρουσιάζεται από τα φυσικά στοιχεία, η ελεύθερη βάση της νικοτίνης θα καεί σε μια θερμοκρασία κάτω από το σημείο βρασμού της, και οι ατμοί της θα καούν στους 95C στον αέρα παρά τη χαμηλή πίεση ατμού. Λόγω αυτού, η περισσότερη νικοτίνη καίγεται όταν καπνίζεται ένα τσιγάρο παρά όλα αυτά όμως εισπνέετε αρκετός καπνός για να δημιουργήσει τα επιθυμητά αποτελέσματα. (*Health effects of Tobacco smoking available at :www.wikipedia.org*).

3.3 Φαρμακοκινητική

Καθώς η νικοτίνη εισέρχεται στο σώμα, διανέμεται γρήγορα μέσω της κυκλοφορίας του αίματος και μπορεί να διασχίσει το αιματοεγκεφαλικό φραγμό. Κατά μέσον όρο αρκούν περίπου επτά δευτερόλεπτα να φθάσει η ουσία αυτή στον εγκέφαλο. Η ημίσεια ζωή της νικοτίνης στο σώμα είναι περίπου 2 ώρες. Η ποσότητα της νικοτίνης που εισπνέεται με τον καπνό τσιγάρου είναι ένα μέρος του ποσού που περιλαμβάνεται στα φύλλα καπνών (το μεγαλύτερο μέρος της ουσίας καταστρέφεται από τη θερμότητα). Η ποσότητα της νικοτίνης που απορροφάται από το σώμα κατά τη διάρκεια του καπνίσματος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του τύπου καπνού, εάν ο καπνός εισπνέεται, και εάν χρησιμοποιείται φίλτρο. Στο λεγόμενο μάσημα του καπνού που συχνά καλείται εμβύθιση, snuff, ή snus, η ποσότητα της νικοτίνης που εισέρχεται στο σώμα τείνει να είναι πολύ μεγαλύτερο από τον καπνό που καπνίζεται. (*Health effects of Tobacco smoking. available at :www.wikipedia.org*).

3.4 Φαρμακοδυναμικές

Η νικοτίνη επιδρά στους νικοτινικούς υποδοχείς της ακετυλοχολίνης. Σε μικρές συγκεντρώσεις αυξάνει τη δραστηριότητα αυτών των υποδοχέων. Παράλληλα οδηγεί και σε μια αυξανόμενη ροή της αδρεναλίνης. Η απελευθέρωση της

αδρεναλίνης προκαλεί αύξηση στο ρυθμό της καρδιάς, στην πίεση του αίματος και στην αναπνοή, καθώς επίσης και στα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα.

Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, που ενεργεί μέσω των σπλαχνικών νεύρων στο επινεφρίδιο, υποκινεί την απελευθέρωση της επινεφρίνης. Η ακετυλοχολίνη που απελευθερώνεται από τις εγγύτατες σε γάγγλιο παρασυμπαθητικές ίνες αυτών των νεύρων, ενεργεί στους νικοτινικούς δέκτες της ακετυλοχολίνης, προκαλώντας την αποπόλωση των κυττάρων και μια εισροή του ασβεστίου μέσω των περιορισμένων καναλιών ασβεστίου. Το ασβέστιο προκαλεί εξωκύτωση των χρωμιόφιλων κόκκων και έτσι την απελευθέρωση της επινεφρίνης (και της νορεπινεφρίνης) στην κυκλοφορία του αίματος.

Η κοτινίνη είναι ένα υποπροϊόν του μεταβολισμού της νικοτίνης που παραμένει στο αίμα μέχρι και 48 ώρες και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης της έκθεσης ενός προσώπου στον καπνό. Σε υψηλές δόσεις, η νικοτίνη θα προκαλέσει έναν ανταγωνισμό στον νικοτινικό υποδοχέα της ακετυλοχολίνης, ο οποίος είναι ο λόγος για την τοξικότητά της και την αποτελεσματικότητά της ως εντομοκτόνο. Επιπλέον, η νικοτίνη αυξάνει τα επίπεδα ντοπαμίνης στα νευρικά κυκλώματα του εγκεφάλου. Κατ' αυτό τον τρόπο, παράγει τα συναισθήματα της ευχαρίστησης, παρόμοια με αυτά που προκαλούνται από την κοκαΐνη και την ηρωίνη, προκαλώντας κατά συνέπεια τον εθισμό που συνδέεται με την ανάγκη να υποστηριχτούν τα υψηλά επίπεδα ντοπαμίνης. (*Health effects of Tobacco smoking, available at :www.wikipedia.org*).

3.5 Ψυχοενεργά αποτελέσματα

Η επιρροή της νικοτίνης προκαλεί την απελευθέρωση της γλυκόζης και της επινεφρίνης από τον επινεφριδικό φλοιό. Προκαλεί επίσης ένα συναίσθημα χαλάρωσης και επαγρύπνησης όπου οι περισσότεροι που χρησιμοποιούν τον καπνό το αναζητούν. Αναφέρεται επίσης ότι δημιουργεί μια ευφορική κατάσταση. Με τη μείωση της όρεξης και την αύξηση του μεταβολισμού, μερικοί καπνιστές μπορούν να χάσουν βάρος. (*Health effects of Tobacco smoking, available at: www.wikipedia.org*).

3.6 Εθισμός στην νικοτίνη

Ο εθισμός είναι μια χρόνια υποτροπιάζουσα κατάσταση που χαρακτηρίζεται από την αναγκαστική επιδίωξη της κατάχρησης μίας ουσίας. Επίσης χαρακτηρίζετε από μακρά διαρκείας χημικές αλλαγές στον εγκέφαλο. Ο εθισμός είναι ο ίδιος ανεξάρτητα από το εάν η ουσία είναι το οινόπνευμα, οι αμφεταμίνες, η κοκαΐνη, η ηρωίνη, η μαριχουάνα ή η νικοτίνη. Κάθε εθιστική ουσία δημιουργεί μια ευχάριστη κατάσταση ή ανακούφιση. Η συνεχής χρήση της εθιστικής ουσίας προκαλεί προσαρμοστικές αλλαγές στον εγκέφαλο που οδηγούν στην ανοχή, τη σωματική εξάρτηση, τον ανεξέλεγκτο πόθο και πάρα πολύ συχνά στην υποτροπή. Η εξάρτηση φτάνει σε ένα τέτοιο σημείο που η διακοπή είναι πολύ δύσκολη και προκαλεί πολλές φυσικές και διανοητικές αντιδράσεις στον χρήστη. Η νικοτίνη είναι ένα εθιστικό, αλκαλικό χημικό συστατικό όπου μεταφέρεται από το καπνό στο ανθρώπινο σώμα μέσω του καπνίσματος. (*Royal College of Physicians 2000, US Department of Health and Human Services 1990*).

Η καπνοβιομηχανία γνώριζε ότι η νικοτίνη ήταν εθιστική από τις αρχές της δεκαετίας του '60, όπως αποκαλύπτεται από την παρακάτω αναφορά μιας γενικής συνέλευσης της καπνοβιομηχανίας Brown & Williamson: «επιπλέον η νικοτίνη είναι εθιστική. Είμαστε λοιπόν στην επιχείρηση της πώλησης νικοτίνης, μιας εθιστικής ουσίας...». (*Slade J et al, 1995*). Ο πιο συνηθισμένος τρόπος χρήσης της νικοτίνης είναι μέσω του καπνίσματος τσιγάρων. Η ταχύτατη απορρόφηση της νικοτίνης (μια εισπνοή καπνού φτάνει στους πνεύμονες, και χρειάζεται μόλις 10 δευτερόλεπτα για να φτάσει στον εγκέφαλο) και τα υψηλά επίπεδα της νικοτίνης στο αίμα, συμβάλλουν στην γρήγορη και δυνατή εξάρτηση (συμπεριφοριστική ενίσχυση) από το κάπνισμα. Η ανοχή στις τοξικές επιδράσεις της νικοτίνης, όπως στη ναυτία, παρουσιάζεται γρήγορα και παραμένει. Οι ενισχυτικές επιδράσεις της νικοτίνης ανανεώνονται με κάθε τσιγάρο, επειδή η πτώση των επιπέδων νικοτίνης μεταξύ των τσιγάρων ενεργοποιεί τους υποδοχείς της νικοτίνης στον εγκέφαλο.

Συνοψίζοντας, τα τσιγάρα είναι μια εξαιρετική επινόηση για την μεταφορά της νικοτίνης στον ανθρώπινο οργανισμό. Συνδυάζοντας τα τσιγάρα με τις φαρμακοκινητικές ιδιότητες της νικοτίνης, προσφέρουν ένα δυναμικό σωματικό και ψυχολογικό εθισμό. Η συχνότητα που οι άνθρωποι καπνίζουν το τσιγάρο μόλις ξυπνήσουν, μαρτυρεί το πόσο εθισμένοι είναι από το τσιγάρο. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 34% των καπνιστών καπνίζει το πρώτο του τσιγάρο 15 λεπτά μετά το

ξύπνημα. (*Royal College of Physicians Tobacco Advisory Group 2000*). Τόσο ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όσο και ο Αμερικάνικος Σύνδεσμος Ψυχιάτρων και ο Αμερικάνικος ψυχιατρικός σύνδεσμος διαγνωστικών και στατιστικών πνευματικών διαταραχών, ορίζουν τη χρήση καπνού ως εθιστική και τονίζουν την εμφάνιση του στερητικού συνδρόμου, σαν χαρακτηριστικό γνώρισμα του εθισμού. Το στερητικό σύνδρομο, το οποίο μπορεί να είναι μεγάλου βαθμού, είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες για τον καπνιστή να μη διακόψει το κάπνισμα.

Τα συμπτώματα στέρησης μπορούν να περιλάβουν:

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

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

Η έντονη επιθυμία να καπνίσουν, είναι ο σαφέστερος προάγγελος της υποτροπής στο κάπνισμα των πρώην καπνιστών. Εξετάζοντας τα δεδομένα των χρηστών της νικοτίνης που παρακολούθησαν κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης και σταμάτησαν το κάπνισμα, αναφέρεται ότι το 75% από τους χρήστες θα ξαναρχίσει το κάπνισμα ένα χρόνο αργότερα. (*Royal College of Physicians Tobacco Advisory Group 2000*). Η έκθεση της Αμερικανικής Γενικής Χειρουργικής το 1998, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι : «οι φαρμακολογικοί μηχανισμοί και οι τρόποι συμπεριφοράς που χαρακτηρίζουν τον εθισμό στον καπνό, είναι όμοιοι με εκείνους που καθορίζουν τον εθισμό στα ναρκωτικά, όπως η ηρωίνη και η κοκαΐνη». (*US Department of Health and Human Services 1990*). Η διαπίστωση αυτή επικυρώνεται από το Αγγλικό Κολλέγιο των Παθολόγων, σε σχετική έκθεση για την νικοτίνη. (*Royal College of Physicians Tobacco Advisory Group 2000*).

Συνοψίζοντας μπορούμε να πούμε ότι το κάπνισμα προκαλεί περισσότερους θανάτους από τις προαναφερόμενες ναρκωτικές ουσίες και είναι επίσης το πιο διαδεδομένο ψυχοδιεγερτικό φάρμακο στον κόσμο μετά την καφεΐνη. (*Royal College of Physicians Tobacco Advisory Group 2000*).

3.7 Τοξικολογία

Ένα αλκαλοειδές το [LD₅₀](#) της νικοτίνης είναι σε ποσότητα 50 mg/kg για τους αρουραίους και 3 mg/kg για τα ποντίκια θανατηφόρο, ενώ 40-60 mg μπορούν να είναι μια θανατηφόρα δόση για τον ενήλικα άνθρωπο. (*Okamoto M., Kita T., Okuda X., Tanaka T., Nakashima T. ,1994*). Αυτό το κάνει ένα εξαιρετικά θανάσιμο δηλητήριο. Είναι τοξικότερο από πολλά άλλα αλκαλοειδή όπως η κοκαΐνη, η οποία έχει μια θανατηφόρα δόση των 1000 mg. Οι καρκινογόνες ιδιότητες της νικοτίνης ανεξάρτητα από τον καπνό του τσιγάρου, δεν έχουν αξιολογηθεί από το IARC (Agency for Research on Cancer), και δεν έχουν προσδιοριστεί σε μια επίσημη καρκινογόνο ομάδα. Η διαθέσιμη σήμερα λογοτεχνία δείχνει ότι η νικοτίνη, από μόνη της, δεν προωθεί την ανάπτυξη του καρκίνου στον υγιή ιστό και δεν έχει καμία μεταλλακτική ιδιότητα. Οι τερατογενετικές ιδιότητές της ακόμα δεν έχουν ερευνηθεί επαρκώς, και ενώ η πιθανότητα των ατελειών γέννησης που προκαλούνται από τη νικοτίνη θεωρείται πολύ μικρή ή ανύπαρκτη. Εντούτοις η νικοτίνη και η αυξανόμενη δραστηριότητα της ακετυλοχολίνης έχει αποδειχθεί ότι εμποδίζει το ανοσοποιητικό σύστημα να καταστρέφει τα ανεπιθύμητα κύτταρα. Επομένως οι κατασταλτικές ιδιότητες της νικοτίνης δημιουργούν ένα ευνοϊκότερο περιβάλλον για τα καρκινικά κύτταρα που πιθανών να αναπτυχθούν. Κατά συνέπεια η νικοτίνη διαδραματίζει έναν έμμεσο ρόλο στην καρκινογένεση.

Τουλάχιστον μια μελέτη έχει καταλήξει στο συμπέρασμα ότι μόνο η έκθεση στη νικοτίνη χωρίς να είναι συστατικό του καπνού τσιγάρων, θα μπορούσε να είναι αρμόδια για μερικές από τις νευροπαθολογικές αλλαγές που παρατηρήθηκαν στα νήπια που πεθαίνουν από το σύνδρομο ξαφνικού θανάτου νηπίων (SIDS). (*Machaalani et al. 2005, available at: www.pubmed.gov*). Έχει διαπιστωθεί ότι η πλειοψηφία των ανθρώπων με σχιζοφρένεια καπνίζουν. Εκτιμήσεις για τον αριθμό σχιζοφρενών που καπνίζουν κυμαίνονται από 75% έως 90%. Πρόσφατα υποστηρίχτηκε ότι το αυξανόμενο επίπεδο καπνίσματος στη σχιζοφρένεια μπορεί να

οφείλεται σε μια επιθυμία να αυτοεμποτιστεί με τη νικοτίνη. (*Schizophr. Res. 2002 , Am. J. Psychiatry 1995*).

3.8 Θεραπευτικές χρήσεις

Η αρχική θεραπευτική χρήση της νικοτίνης είναι η θεραπεία από την εξάρτηση της προκειμένου να μειωθεί το κάπνισμα και οι κίνδυνοι που προκαλεί στην υγεία. Τα ελεγχόμενα επίπεδα νικοτίνης δίνονται στους ασθενείς μέσω της τσίγλας, των αυτοκόλλητων, ή των ρινικών ψεκασμών σε μια προσπάθεια να απογαλακτιστούν από την εξάρτησή τους.

Εντούτοις, σε μερικές καταστάσεις, το κάπνισμα έχει παρατηρηθεί να είναι θεραπευτικής αξίας για τους ασθενείς. "(^a ^b *Cohen, David J.; Michel Doucet, Donald E. Cutlip, Kalon K.L. Ho, Jeffrey J. Popma, Richard E. Kuntz ,2001*). Αυτό αναφέρεται συχνά ως " παράδοξο του καπνιστή " αν και στις περισσότερες περιπτώσεις ο πραγματικός μηχανισμός δεν γίνεται κατανοητός. Γενικά θεωρείται ότι η κύρια ευεργετική δράση οφείλεται στη νικοτίνη που χορηγείται. Όσον αφορά τις νευρολογικές ασθένειες ένα μεγάλο μέρος στοιχείων αποδεικνύει ότι οι κίνδυνοι της ασθένειας του Parkinson ή της ασθένειας του Alzheimer φαίνεται να είναι δύο φορές υψηλότεροι για τους μη καπνιστές απ' ό τι για τους καπνιστές. (*Fratiglioni, L; Wang HX, 2000*). Πολλά τέτοια έγγραφα σχετικά με αυτές τις ασθένειες έχουν δημοσιευθεί. (*Thompson, Carol*). Ένας μηχανισμός δράσης σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να είναι η επίδραση της νικοτίνης, σαν παράγοντας που προκαλεί μείωση των επιπέδων της ακετυλοχολίνης στον εγκέφαλο του καπνιστή. Η ασθένεια Parkinson εμφανίζεται όταν η ποσότητα της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο είναι λιγότερη από αυτή της ακετυλοχολίνης.

Η νικοτίνη ερευνάται για τη θεραπεία διάφορων διαταραχών, συμπεριλαμβανομένης της ασθένειας του Parkinson. (*Reuters Health, available at: <http://www.reutershealth.com/wellconnected/doc30.html>*). Από πρώην καπνιστές υποστηρίζεται ότι η θεραπευτική χρήση της νικοτίνης λειτουργεί ως μέσο ελέγχου της όρεξης και ως μέσο για την απώλεια βάρους. Εντούτοις οι μελέτες της νικοτίνης στα ποντίκια αποδεικνύουν ότι μπορεί να διαδραματίσει ρόλο στην απώλεια του βάρους που είναι ανεξάρτητο από την όρεξη. Μελέτες που περιλαμβάνουν τους ενήλικες αποδεικνύουν ότι με τη νικοτίνη όχι μόνο δεν έχουν απώλεια βάρους, αλλά

αντίθετα το διατηρούν. (*Cigarette Smoking and Weight Loss in Nursing Home Residents*) (*American Heart Association and Nicotine addiction.*).

4.ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Ως παθητικό κάπνισμα ορίζεται η εισπνοή του καπνού των τσιγάρων, πούρων ή πίπας που παράγεται από άλλο άτομο. (*Thaqi A. Et al 2005, Surgeon General report 2006*).

Η διαδικασία καπνίσματος παράγει τρεις διαφορετικούς τύπους καπνού τσιγάρου:

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

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

Ο καπνός αυτός είναι ένα σύνθετο μίγμα χημικών ουσιών που παράγεται κατά τη διάρκεια που καίγονται και καπνίζονται τα προϊόντα του καπνού. Περιλαμβάνει ερεθιστικά και τοξικά προϊόντα όπως το υδροκυάνιο και το διοξείδιο θείου, μεταλλαξιγόνα και καρκινογόνες ουσίες όπως η φορμαλδεΰδη και τα παράγωγα τοξικά προϊόντα νικοτίνη, κάδμιο, και μονοξείδιο άνθρακα. Μέχρι σήμερα, πάνω από 70 ενώσεις στον καπνό του τσιγάρου έχουν προσδιοριστεί ως καρκινογόνες ουσίες και έξι προσδιορίζονται ως αναπτυξιακά ή αναπαραγωγικά τοξικά προϊόντα. (*WHO 2001*). Τον Μάιο του 2000, ο περιβαλλοντικός καπνός του τσιγάρου συμπεριλήφθηκε σε έναν κατάλογο γνωστών ανθρώπινων καρκινογόνων ουσιών. (*US National Institutes of Health*).

Μερικά από τα άμεσα αποτελέσματα του παθητικού καπνίσματος περιλαμβάνουν την ενόχληση των ματιών, τον πονοκέφαλο, το βήχα, τον επώδυνο πόνο στον λαιμό, τον ίλιγγο και τη ναυτία. Οι ενήλικοι με άσθμα μπορούν να υποστούν μείωση στη λειτουργία των πνευμόνων τους όταν εκτίθενται στον

καπνό, ενώ νέες περιπτώσεις άσθματος μπορούν να προκληθούν στα παιδιά επειδή οι γονείς τους καπνίζουν. (Repace et al., 2006).

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

4.Επιπτώσεις παθητικού καπνίσματος.

Άμεσα αποτελέσματα.

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

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

Έμμεσα αποτελέσματα.

Χρόνια συμπτώματα.

- Ανάπτυξη διαφόρων μορφών καρκίνου όπως:

Καρκίνος των πνευμόνων.
Καρκίνος του μαστού.
Καρκίνος ρινικής κοιλότητας.
Ρινοφαρυγγικό καρκίνωμα.
Αυχενικός καρκίνος.
• Αναπνευστικές παθήσεις.
Άσθμα.
Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια.
• Καρδιαγγειακές παθήσεις.
• Αναπαραγωγικές Παθήσεις.
Μειωμένη εμβρυϊκή ανάπτυξη.
Πρόωρος τοκετός.

4.1 Καρκίνος των πνευμόνων

Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει καρκίνο σε πολλά όργανα του ανθρώπινου σώματος. (*U.S. Department of Health and Human Services, 2004*). Το παθητικό κάπνισμα περιέχει τις ίδιες καρκινογόνες ουσίες με το ενεργητικό κάπνισμα και συνεπώς υπάρχει ανησυχία ότι η έκθεση στο καπνό για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να προκαλέσει καρκίνο. Ο " ξαναχρησιμοποιημένος καπνός" αρχικά συνδέθηκε με τον καρκίνο πνευμόνων. (*U.S. Department of Health and Human Services, 1986*).

Έρευνες για την παθητική έκθεση στο καπνό όμως έδειξαν ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου και σε άλλες περιοχές του σώματος είναι πιθανός. (*report of the Surgeon General 2006*).

- ο Εκτιμάται ότι ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου των πνευμόνων των παθητικών καπνιστών που εκτίθενται στον καπνό για μεγάλο χρονικό διάστημα, αυξάνεται κατά 20 έως 30%. (*WHO 1986, Quit SA 10/10/07*). Μελέτες της Διεθνούς Επιτροπής αντικαρκινικού αγώνα έχουν αποδείξει ότι όταν οι μη καπνιστές εκτίθενται στον καπνό του/της συζύγου, η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου των πνευμόνων είναι 20% για τις γυναίκες μη καπνίστριες και 30% για τους άντρες μη καπνιστές. Η έκθεση στον εργασιακό χώρο αυξάνει τη

πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου των πνευμόνων κατά 12% με 19%. (WHO 1986).

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

4.2 Καρκίνος του μαστού

Η έκθεση στον ξαναχρησιμοποιημένο καπνό λόγω της συνήθειας του καπνίσματος των συζύγων συνδέθηκε με ένα αυξανόμενο σχετικό κίνδυνο (RR) για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού μεταξύ των μη καπνιστών. (U.S. Department of Health and Human Services, 2006).

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

<u>Μελέτες</u>	<u>Πληθυσμός</u>	<u>Αριθμός εμφάνισης καρκίνου του μαστού</u>	<u>Συλλογή δεδομένων</u>
Hirayama 1984 Wells 1991	91,540 σύζυγοι που δεν είχαν καπνίσει ποτέ	115 θάνατοι από καρκίνο του μαστού	Συνοπτική συνέντευξη των ατόμων στο χρόνο από την εγγραφή της μελέτης
	6 νομαρχίες στην Ιαπωνία		
	16 χρόνια συνεχής παρακολούθησης		
Jee et al. 1999	157,436 παντρεμένες γυναίκες που δεν είχαν καπνίσει ποτέ	138 περιστατικά	Σύζυγοι γυναικών που δεν είχαν ποτέ καπνίσει. Ολοκληρωμένες ιατρικές εξετάσεις και ερωτηματολόγια σχετικά με ενεργητικό κάπνισμα το 1992 και το 1994

Wartenberg et al. 2000	146,488 χωρισμένες γυναίκες που δεν είχαν καπνίσει ποτέ.	669 θάνατοι από καρκίνο του μαστού	Οι ερωτήσεις για το παθητικό κάπνισμα βασίστηκαν στις ερωτήσεις για το ενεργητικό κάπνισμα από τις συζύγους. Οι γυναίκες ανέφεραν των αριθμό των ωρών ανά ημέρα οπού είχαν εκτεθεί στο καπνό τόσο στο σπίτι όσο και στη δουλειά και σε αλλιά μέρη.
	American Cancer Society 12 χρόνια		
Nishino et al.2001	9.675 γυναίκες που δεν είχαν καπνίσει ποτέ ηλικίας >40 χρόνων Miyagi Prefecture (Japan) 9 χρόνια	67 συναφείς περιπτώσεις	Συμπλήρωση ερωτηματολογίων με βάση τις συνήθειες τρόπους ζωής. Οι ερωτήσεις για το παθητικό κάπνισμα συμπληρώθηκαν από καπνιστές για το κάπνισμα μέσα στο σπίτι και αν τα μέλη της οικογένειας επίσης κάπνιζαν.
Egan et al.2002	78,206 γυναίκες (35.193 μη καπνίστριες, 22.258 πρώην καπνίστριες, 20.755 καπνίστριες) Nurses Health Study United States 14 χρόνια	3.140 καρκίνοι του μαστού	Ολοκληρώθηκε το 2002 με βάση το αναπαραγωγικό σύστημα και το ενεργητικό κάπνισμα με συνεχή παρακολούθηση 2 χρόνων.

(U.S. Department of Health and Human Services, 2006).

4.3 Ρινική κοιλότητα. Ρινοφαρυγγικό καρκίνωμα

Οι καρκίνοι της ρινικής κοιλότητας και των παραρινίων κόλπων είναι εξαιρετικά σπάνιοι, αποτελούν το 1% από όλους τους επιθετικούς και συναφείς καρκίνους και για λιγότερο από το 2% από όλους τους πρόσφατα διαγνωσθέντες καρκίνους του αναπνευστικού συστήματος στις Ηνωμένες Πολιτείες. (Rousch 1996). Σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ των αντρών από τον Καύκασο στις Ηνωμένες Πολιτείες (Hirayama 1984) και μεταξύ των γυναικών στην Ιαπωνία (Fukuda K, Shibata A. 1990, Zheng et al 1993), ανακοινώθηκε ότι η έκθεση στον ξαναχρησιμοποιημένο καπνό συνδέθηκε με τριπλάσια αύξηση ανάπτυξης ρινικού καρκίνου. Τόσο το παθητικό όσο και το ενεργητικό κάπνισμα αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης του. (U.S. Department of Health and Human Services, 2006).

4.5 Αναπνευστικό σύστημα

Άσθμα είναι μια διαλείπουσα αναστρέψιμη, αποφρακτική νόσος των αεραγωγών, που χαρακτηρίζεται από αυξημένη αποκριτικότητα των αεραγωγών σε διάφορα ερεθίσματα. Εκδηλώνεται με στένωση του αεραγωγού, που έχει ως αποτέλεσμα δύσπνοια, βήχα και συριγμό. (Μαρία Πάνου, Άννα Σαχίνη-Καρδάση 1997).

Σε διάφορες επιδημιολογικές μελέτες, καταδεικνύεται ότι ο περιβαλλοντικός καπνός του τσιγάρου (ETS) έχει εμπλακεί ως παράγοντας κινδύνου για την επιδείνωση του άσθματος, με αποτέλεσμα την αύξηση των συμπτωμάτων, τη χρήση φαρμάκων, και τις επισκέψεις σε κλινικές. Οι ενήλικοι που εκτίθενται στον περιβαλλοντικό καπνό (ETS) στο σπίτι ή στον εργασιακό χώρο έχουν μια αύξηση 40%-60% στον κίνδυνο εμφάνισης άσθματος έναντι των ενηλίκων που δεν εκτίθενται (Coultas DB 1998). Επίσης μελέτες έχουν δείξει ότι η έκθεση στον καπνό τσιγάρου για μια ώρα προκάλεσε επιδείνωση 20% της λειτουργίας των πνευμόνων των ενηλίκων με άσθμα. (College of Physicians Tobacco Advisory Group, 2000).

4.6 Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π)

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

Χαρακτηριστικό της χρόνιας αναπνευστικής πνευμονοπάθειας (Χ.Α.Π) είναι η επιβράδυνση της εκπνευστικής ροής του αέρα και μετριέται με την σπειρομετρική δοκιμή. Στη Χ.Α.Π. ανήκει μια ευρεία κατηγορία παθήσεων που περιλαμβάνουν : χρόνια βρογχίτιδα, βρογχιεκτασία, εμφύσημα και άσθμα. Είναι μια μη αναστρέψιμη (εκτός του άσθματος) κατάσταση, που συνδέεται με δύσπνοια κατά την προσπάθεια και μειωμένη ροή αέρα. (Μαρία Πάνου, Άννα Σαχίνη-Καρδάση 1997). Το παθητικό κάπνισμα αποτελεί αιτία της Χρόνιας Αναπνευστικής Πνευμονοπάθειας. (Royal College of Physicians of London 2000).

4.7 Καρδιαγγειακές Παθήσεις

Η καρδιαγγειακή πάθηση περιλαμβάνει τη στένωση της στεφανιαίας αρτηρίας, η οποία προκαλεί τους περισσότερους θανάτους, και την καρδιακή προσβολή, που είναι τρίτη κύρια αιτία θανάτου. (U.S. Department of Health and Human Services, 2006).

Πολύαριθμα επιδημιολογικά συμπεράσματα δείχνουν ότι ακόμη και η ακούσια έκθεση στο καπνό του τσιγάρου μπορεί να ασκήσει τα καταστρεπτικά αποτελέσματα στην ομοιόσταση των αγγείων. Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο ισχαιμικών καρδιακών παθήσεων κατά 25%. (Royal College of Physicians of London 2000, U.S. Department of Health and Human Services, 2006, Jiang He et al 1999). Επίσης το παθητικό κάπνισμα συνδέεται με μικρή αύξηση στον κίνδυνο στεφανιαίων και καρδιακών παθήσεων. (Steenland K.1994) Οι μη καπνιστές που εκτέθησαν στον περιβαλλοντικό καπνό είχαν έναν αυξανόμενο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίων καρδιακών παθήσεων σε σύγκριση με τους μη καπνιστές που δεν εκτίθενται στον καπνό. (Kiang He, M.A.D., Ph.D., Suma Vurputuri,

M.P.H., Krista Allen, M.P.H., Monica R. Prerost, M.S., Janet Hughes, Ph.D., and Paul K. Whelton, M.D).

Μελέτες στις αρχές της δεκαετίας του '90 έδειξαν ότι οι καρδιακές παθήσεις που προκλήθηκαν από το παθητικό κάπνισμα ήταν η τρίτη αίτια αποτρέψιμων θανάτων στις Ηνωμένες Πολιτείες, ταξινομώντας την πίσω από το ενεργητικό κάπνισμα και την υπερβολική λήψη οινοπνεύματος. Οι μη καπνιστές που ζουν μαζί με τους καπνιστές είχαν έναν κατά πολύ αυξημένο κίνδυνο καρδιακών παθήσεων.

Οι Law, Morris και Wald εξέτασαν τον κίνδυνο ισχαιμικών καρδιακών παθήσεων από το παθητικό κάπνισμα. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι άνθρωποι που δεν έχουν καπνίσει ποτέ έχουν ένα κατά 30% αυξημένο κίνδυνο ισχαιμικών καρδιακών παθήσεων εάν ζουν με έναν καπνιστή. Σε πείραμα που έγινε αναφορικά με τις επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος, διαπιστώθηκε ότι ο κίνδυνος εμφάνισης ισχαιμικών καρδιακών παθήσεων ήταν αυξημένος κατά 34%. (*Law MR. Et al 1997*).

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι έκθεση στον περιβαλλοντικό καπνό τσιγάρου (ETS) έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο για θανατηφόρες καρδιαγγειακές ασθένειες.

4.8 Παθήσεις που αφορούν το αναπαραγωγικό σύστημα και την κύηση

Η έκθεση στο περιβαλλοντικό καπνό του τσιγάρου επηρεάζει το αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας. Διαταράσσει την έμμηνου ρύση, οδηγεί σε πρόωρη εμμηνόπαυση και προκαλεί αδυναμία σύλληψης. Επίσης επηρεάζει και το αναπαραγωγικό σύστημα του άντρα, αλλοιώνοντας τη ποιότητα του σπέρματος (χαμηλή πυκνότητα, ανώμαλη μορφολογία) δημιουργώντας επιπτώσεις στην ικανότητα γονιμοποίησης. (European Commission, 2004).

Δύο από τις μελέτες (*Suonio et Al 1990, Olsen to 1991*) που έγιναν στην Σκανδιναβία, βρήκαν ότι υπήρχε μια καθυστέρηση στη σύλληψη κατά 30% σε γυναίκες που είχαν εκτεθεί στον περιβαλλοντικό καπνό. Οι χημικές ουσίες από τον καπνό τσιγάρου μπορούν να απορροφηθούν στην κυκλοφορία του αίματος μιας εγκύου γυναίκας. Η νικοτίνη, το μονοξειδίο άνθρακα και άλλες χημικές ουσίες μπορούν να διασχίσουν τον πλακούντα και να επηρεάσουν το έμβρυο. Τα έμβρυα που εκτίθενται στον καπνό τσιγάρου της μητέρας, παρουσιάζουν κατά την ανάπτυξη

μειωμένη πνευμονική λειτουργία . Η έκθεση του παιδιού στο καπνό των γονέων είναι επίσης ένας παράγοντας κινδύνου για το σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου των νηπίων. (*Gilliland FD et al 2000*).

Η έκθεση στο περιβαλλοντικό καπνό του τσιγάρου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης επηρεάζει την ανάπτυξη του εμβρύου με αποτέλεσμα να γεννιούνται νεογνά με χαμηλό σωματικό βάρος. (*WHO 2004*). Επίσης η έκθεση στον περιβαλλοντικό καπνό του τσιγάρου επηρεάζει την ηλικία εμμηνόπαυσης των μη καπνιστών, μειώνει τη παραγωγή οιστρογόνων και οδηγεί στη διαταραχή της ομοιόστασης ορμονών.

5. ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.

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

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

Το κάπνισμα είναι η μεγαλύτερη αιτία αποτρέψιμου θανάτου σε πολλά μέρη του κόσμου, τόσο στις αναπτυγμένες χώρες όσο και στις αναπτυσσόμενες, όπου τα ποσοστά των καπνιζόντων αυξάνονται. Είναι τόσο εθιστικό, όσο και επιβλαβές για τον άνθρωπο. Οι επιπτώσεις από την χρήση καπνού, στην υγεία ατόμων και πληθυσμών, είναι γνωστές σε όλο τον κόσμο. Αναμφισβήτητα η δεκαετία του 1960 θεωρήθηκε ως η δεκαετία στην οποία οι συνέπειες από την κατανάλωση καπνού άρχισαν να γίνονται αντιληπτές.

Από πολλούς ερευνητές έχει επισημανθεί ότι ανεξάρτητα του είδους καπνού που χρησιμοποιούν οι καπνιστές, όλα τα είδη καπνού έχουν τις ίδιες μοιραίες συνέπειες στον άνθρωπο. Παρόλα αυτά όμως, σε παγκόσμια κλίμακα όλο και περισσότεροι άνθρωποι γίνονται καπνιστές, και καθένας από αυτούς καταναλώνει ένα μεγάλο αριθμό τσιγάρων ημερησίως. Ο συνολικός αριθμός καπνιστών αναμένεται το 2030 να αυξηθεί κατά 2 δισεκατομμύρια (Guindon GE & Boisclair D, 2005) Το κάπνισμα άρχισε να διαδίδεται και να αυξάνεται παγκοσμίως από το 1881, όπου εφευρέθηκε η πρώτη μηχανή στριψίματος τσιγάρων από τον James Bonsack.

Πινάκας 1: Παγκόσμια κατανάλωση τσιγάρων

Παγκόσμια κατανάλωση τσιγάρων 1880-2002 (δισεκατομμύρια τσιγάρα)														
Χρονολογία	1880	1890	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2002
Τσιγάρα	10	20	50	100	300	600	1000	1686	2150	3112	4388	5419	5557	5604

(Proctor RN2002. Personal communication, 2001. Anne Platt Mc Ginn op. cit. Guindon GE & Boisclair D, 2005 op. cit.)

Έχει παρατηρηθεί από πολλές μελέτες ότι η επικράτηση του καπνίσματος είναι υψηλότερη, μεταξύ ανδρών και γυναικών που έχουν χαμηλότερη εκπαίδευση, χαμηλότερο εισόδημα και χαμηλότερη επαγγελματική κατηγορία. (Peltonen M. et al 1998, Osler M. et al 1998, Graham H. and Der G. 1999, Cavelaars A. et al 2000, Faggiano F. et al 2001, Fernandez E. et al 2001, Mazaik W. et al 2002, Galobardes B. et al 2003). Επίσης μικρές κοινωνικές ομάδες όπως οι ανύπαντρες μητέρες και οι άνεργοι, καπνίζουν συχνότερα και σε μεγαλύτερες ποσότητες. (Graham H. 1993, Pickett K.E. et al 2002). Σχεδόν 1 δισεκατομμύριο άντρες παγκοσμίως καπνίζουν, περίπου το 35% στις αναπτυγμένες χώρες και 50% στις αναπτυσσόμενες. (WHO 2005).

Οι γυναίκες που καπνίζουν ακολουθούν τους άντρες καπνιστές με ανάλογους ρυθμούς φθάνοντας τα 250 εκατομμύρια παγκοσμίως, που σε ποσοστό επί του συνόλου των γυναικών αντιστοιχεί στο 22% για τις αναπτυγμένες χώρες και στο 9% στις αναπτυσσόμενες. (USA 2005). Επίσης υψηλά ποσοστά από καπνίζοντες παρουσιάζουν οι επαγγελματίες υγείας, με το ποσοστό να κυμαίνεται πάνω από 41% παγκοσμίως. (Rowe K. & Macleod-Clark J. 2000, National Tobacco Information Online System. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο : [http:// apps.ncdd.cdc.gov/nations](http://apps.ncdd.cdc.gov/nations)).

Όσον αφορά την σύγκριση μεταξύ αγοριών και κοριτσιών, οι διαφορές στα ποσοστά των καπνιστών δεν είναι τόσο σημαντικές όσο θα περίμενε κανείς. Τονίζεται μάλιστα ότι σε ποσοστό 70% παγκοσμίως δεν υπάρχει διαφορά στο είδος καπνού που χρησιμοποιείται και από τα δύο φύλα. Σε παγκόσμια κλίμακα ωστόσο, σημειώνεται ραγδαία αύξηση στο ποσοστό των κοριτσιών που κάνουν χρήση καπνού. (Warren CW et al 2006). Μάλιστα, σε κάποια μέρη της Ευρώπης και της Νότιας Αμερικής τα κορίτσια που καπνίζουν είναι περισσότερα από τα αγόρια. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση της κατανάλωσης καπνού για τα κορίτσια, είναι παρόμοιοι με εκείνους που συμβάλλουν στην αύξηση της κατανάλωσης καπνού στα αγόρια. Τέτοιοι παράγοντες είναι: η προώθηση του καπνού από τις βιομηχανίες, η εύκολη πρόσβαση στα προϊόντα καπνού, οι χαμηλές τιμές, οι συνομήλικοι, οι γονείς που καπνίζουν, και η αντίληψη της κοινωνικής ομάδας που εσφαλμένα προάγει το κάπνισμα (Arkatabartoori M. Et al 2005).

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

- Τα υψηλότερα ποσοστά νέων που καπνίζουν βρίσκονται στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, σε κάποια μέρη της Ινδίας και στα Δυτικά παράλια του Ειρηνικού Ωκεανού.
- Πρόσφατα στοιχεία για την κατανάλωση προϊόντων καπνού δείχνουν ότι το ποσοστό καπνιστών στις παραπάνω περιοχές κυμαίνεται από 62,8% έως 63,3% του πληθυσμού, ενώ στις περιοχές αυτές η προτίμηση των καπνιστών να λαμβάνουν τον καπνό από το στόμα να βρίσκεται σε ορισμένες περιοχές στο υψηλότερο σημείο.
- Τα ποσοστά στις περιοχές αυτές για τους καπνιστές τσιγάρων είναι από 39,6% έως 41%.
- Σχεδόν το 25% των σπουδαστών που καπνίζουν, ισχυρίζονται ότι δοκίμασαν το πρώτο τους τσιγάρο πριν την ηλικία των 10 ετών.

Οι περισσότεροι ενεργοί καπνιστές θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα και έχουν προσπαθήσει τουλάχιστον μια φορά. Η επιρροή των διαφημίσεων είναι υψηλή (75% των σπουδαστών έχουν δει διαφημίσεις αναφορικά με το κάπνισμα πριν καπνίσουν). Αναφέρεται ότι μόνο οι μισοί σπουδαστές έχουν ενημερωθεί για τους κινδύνους του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης έρευνας. Το ποσοστό κοριτσιών που καπνίζει ισοδυναμεί με το ποσοστό των αγοριών που καπνίζει στις περισσότερες από αυτές τις περιοχές. (*Tobacco Control, 2002*).

5. Επιπτώσεις ενεργητικού καπνίσματος.

5.1 Αναπνευστικό σύστημα.

Το κάπνισμα είναι η σημαντικότερη αιτία του εμφυσήματος και της χρόνιας βρογχίτιδας, νοσήματα που στο σύνολό τους είναι γνωστά και ως Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ). Οι πιθανότητα να προκληθεί θάνατος όσων καπνίζουν και πάσχουν από Χ.Α.Π είναι 14 φορές υψηλότερη από ότι οι μη καπνιστές. Φυσικά για τους βαρέως καπνίζοντες οι πιθανότητες θνησιμότητας από ΧΑΠ είναι 24 φορές περισσότερες από ότι για τους μη καπνίζοντες. Άλλες έρευνες αναφέρουν ότι, οι γυναίκες που πάσχουν από ΧΑΠ και συγχρόνως είναι καπνίστριες, μπορεί να παρουσιάσουν περισσότερα κλινικά συμπτώματα από τους άντρες, ακόμα και αν έχουν καπνίσει τον ίδιο αριθμό τσιγάρων ή και τα ίδια χρόνια. (*Glynn TJ. Et al 1993, Prescott E. et al 1997, European Respiratory Society 2003, IARC 2004*).

Επίσης το κάπνισμα ευθύνεται για το 90% όλων των περιπτώσεων εμφυσήματος. (Doll R. Et al 2004, IARC 2004).

Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο γνωστών μολυσματικών ασθενειών όπως τη φυματίωση, τη γρίπη και του κοινού κρυολογήματος. Τονίζεται μάλιστα ότι το κάπνισμα, επιδεινώνει ακόμη και τα ακίνδυνα αναπνευστικά συμπτώματα όπως είναι ο βήχας και η δύσπνοια. Η πιθανότητα προσβολής από οποιαδήποτε αναπνευστική ασθένεια είναι τρεις φορές μεγαλύτερη για τους καπνιστές συγκριτικά από τους μη καπνιστές και σχεδόν πέντε φορές μεγαλύτερη για τους βαρέως καπνίζοντες. (Doll R. Et al 2004). Παρόλα αυτά, το ποσοστό θανάτων από τις ασθένειες αναπνευστικού συστήματος διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα, λόγω άλλων ποικίλων παραγόντων. Παιδιά και έφηβοι που καπνίζουν φαίνεται ότι προκαλούν σοβαρές βλάβες στους πνεύμονες τους από νωρίς. Δηλαδή εμφανίζουν πρόωρη πτώση της πνευμονικής λειτουργίας και πολλαπλά αναπνευστικά συμπτώματα όπως βήχας, δύσπνοια και άσθμα. (U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

5.2 Καρδιαγγειακό σύστημα.

Έχει βρεθεί ότι το κάπνισμα αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων όπως η στεφανιαία νόσος, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή προσβολή και συντελεί στην ανάπτυξη του κοιλιακού αορτικού ανευρύσματος. (Fiore C. Et al 2000, Kathiann M. Kowalski. 2002). Εξαιτίας των διάφορων συστατικών που περιέχονται στον καπνό προκαλείται στένωση των αρτηριών, παρεμπόδιση της κυκλοφορίας του αίματος και ως επακόλουθο μπορεί να προκληθεί το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε από μια διεθνή ομάδα ερευνητών, οι άνθρωποι κάτω των 40 ετών έχουν 5 φορές περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από έμφραγμα του μυοκαρδίου εφόσον είναι καπνιστές. (BBC 2005).

Ο κίνδυνος θνησιμότητας από οποιαδήποτε καρδιαγγειακή πάθηση για τους καπνιστές είναι 1,6 φορές μεγαλύτερος από ότι για τους μη καπνιστές, ενώ ο κίνδυνος θνησιμότητας για τους βαρέως καπνιστές ανέρχεται σε 1,9 φορές. (Doll R. Et al 2004). Ο σχετικός κίνδυνος προσβολής των καπνιστών από τις καρδιαγγειακές

παθήσεις είναι χαμηλός, συγκρινόμενος με τον κίνδυνο προσβολής από τον καρκίνο του πνεύμονα και την Χ.Α.Π. Σε αντίθεση με τον καρκίνο του πνεύμονα και την Χ.Α.Π, οι καρδιαγγειακές παθήσεις έχουν πολλές αιτίες. Το κάπνισμα, σε αυτή την περίπτωση ενεργεί συμπληρωματικά προς τους άλλους παράγοντες κινδύνου. Μερικοί παράγοντες που αυξάνουν τους κινδύνους πρόκλησης των καρδιαγγειακών παθήσεων είναι π.χ. οι διατροφικές συνήθειες, η έλλειψη σωματικής άσκησης, η παχυσαρκία κλπ. Από την ηλικία των 60 ετών και πάνω, ο σχετικός κίνδυνος προσβολής από έμφραγμα του μυοκαρδίου διπλασιάζεται. Αντίθετα, όσοι είναι κάτω από 50 ετών και συγχρόνως είναι καπνιστές, έχουν 5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο προσβολής από έμφραγμα του μυοκαρδίου από ότι οι μη καπνιστές. (Edwards R. 2004) Επίσης αναφέρεται ότι οι γυναίκες που καπνίζουν και συγχρόνως λαμβάνουν αντισυλληπτικά, αυξάνουν σημαντικά τις πιθανότητες εμφάνιση αγγειακών θρόμβων. (WHO 1996).

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

5.3 Επιπτώσεις του ενεργητικού καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη.

Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελεί σημαντική αιτία για την κακή υγεία τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου. (British Medical Association 2004). Το κάπνισμα προκαλεί “sudden death” ή σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου νηπίων (SIDS) και είναι κοινή αιτία θανάτου βρεφών μεταξύ ενός μηνός και ενός έτους. (Anderson HR., Cook DG.1997, Mitchell EA. Et al 1991).

Σημαντική αιτία γέννησης βρεφών χαμηλού βάρους είναι τόσο το κάπνισμα της μητέρας κατά της διάρκεια της κυοφορίας όσο και η διάρκεια έκθεσης της μητέρας σε καπνό κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, (Misra DP., Nguyen RH. 1999). Έχει βρεθεί ότι τα βρέφη που γεννήθηκαν από γυναίκες που κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ζύγιζαν στατιστικά 200 γραμμάρια λιγότερο από εκείνα που ήταν γεννημένα από γυναίκες που δεν κάπνιζαν. (WHO 2004) Μια άλλη

αρνητική συνέπεια του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι η αύξηση του κινδύνου της αποβολής, του πρόωρου τοκετού και της πρόωρης ρήξης της μεμβράνης του πλακούντα. Επιπλέον έχει παρατηρηθεί ότι το κάπνισμα στην εγκυμονούσα μητέρα ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για τη μείωση της πνευμονικής λειτουργίας του εμβρύου. (*US Department of Health and Human Services 2004*).

Κάποιες μελέτες αναφέρουν ότι το κάπνισμα είναι η αιτία για την υπογονιμότητα των γυναικών (*U.S. Department of Health and Human Services, 2004, British Medical Association 2004*) και την εμφάνιση στυτικής δυσλειτουργίας στους άντρες. (*Peate I. 2005, Korenman SG. 2004*). Προκύπτει ότι το ποσοστό ανικανότητας είναι 85% στους άντρες που καπνίζουν έναντι των μη καπνιστών. (*The Tobacco Reference Guide 2006*). Το κάπνισμα προάγει την αθηροσκλήρωση με αποτέλεσμα να προκύπτει και η ανικανότητα. (*Kendirci M. et al 2005*).

5.4 Άλλες δυσμενείς επιπτώσεις του ενεργητικού καπνίσματος.

Το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για πολλές ασθένειες όπως προαναφέρθηκε. Μεταξύ αυτών συμπεριλαμβάνονται : η χρόνια ρινίτιδα (*Kennedy DW. 2004*) και η ρευματοειδής αρθρίτιδα. (*Uhlig T. 1999*).

Το κάπνισμα επηρεάζει τα αιμοφόρα αγγεία του δέρματος, μεταβάλλοντας έτσι το χρώμα και την υφή του δέρματος. Οι ρυτίδες γύρω από τα μάτια και το στόμα σχηματίζονται σε μικρότερη ηλικία. Επίσης χρωματίζονται οι άκρες των δακτύλων. (*Ernster VL. Et al 1995, Watt R., Robinson M. 1999*). Επιπλέον έχει τονιστεί ο κίνδυνος πρόκλησης πρόωρου θανάτου, σε περίπτωση που κάποιος είναι καπνιστής και συγχρόνως πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη. (*Suarez L. Et al 1984, Wannamethee SG. Et al 2001, Will JC. Et al 2001*). Ερευνητικά στοιχεία, σχετικά με το ότι το κάπνισμα λειτουργεί ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου ανάπτυξης διαβήτη είναι ακόμα σε αρχικό στάδιο. (*Haire-Joshu D. Et al 1999*).

Η συμμετοχή του καπνίσματος είναι μικρή στην εμφάνιση άλλων ασθενειών, συμπεριλαμβανομένης της ασθένειας του Πάρκινσον, της ελκώδους κολίτιδας, τα αφθώδη έλκη, τον καρκίνο της μήτρας, της ναυτίας και του εμετού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης όπως και της προεκλαμψίας. (*European Commission 2004*). Επίσης οι καπνιστές φαίνεται να εμφανίζουν πιο συχνά τερηδόνα, νικοτινική στοματίτιδα , πρόωρη απώλεια δοντιών, περιοδοντική νόσο και αλλαγή στην δυνατότητα γεύσης

(κυρίως δυσκολεύονται να αντιληφθούν τις πικρές γεύσεις και σε μικρότερο ποσοστό τις αλμυρές, τις γλυκές και τις όξινες γεύσεις). Ένα άλλο χαρακτηριστικό των καπνιστών είναι η δυσσομία του στόματος και ο χρωματισμός των δοντιών (καφετής/μαύρος εξωγενής λεκές) από το κάπνισμα. (*Bouquot & Kathy Schroeder 1992, Johnson N. 1997*).

6.ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ.

Η εφηβεία είναι η ηλικιακή περίοδος από τα 11 έως τα 19 περίπου έτη και χαρακτηρίζεται από σημαντικές σωματικές και ψυχικές μεταβολές. Στόχος των μεταβολών της εφηβείας είναι η μετάβαση από την παιδική ζωή στην ενηλικίωση. Οι έφηβοι αντιμετωπίζονται από το ευρύτερο κοινό και την ιατρική κοινότητα ως μια εξαιρετικά υγιής ηλικιακή ομάδα, χωρίς ιδιαίτερες υγειονομικές ανάγκες. Δεν δίνεται η απαραίτητη έμφαση στα προβλήματά τους γιατί:

- Οι δείκτες που αποτιμούν την ποιότητα ζωής είναι δύσκολο να προσδιοριστούν.
- Οι ίδιοι οι έφηβοι είναι γνωστικά ανώριμοι να στοχαστούν το μέλλον. Έχουν μία αυταπάτη αθανασίας σχετικά με τα νοσήματα φθοράς των ενηλίκων και θεωρώντας τους εαυτούς τους «άτρωτους». Επίσης δεν διεκδικούν το δικαίωμα στην προστασία και προώθηση των υπηρεσιών υγείας που τους αφορούν.
- Η οικογένεια βρίσκεται συχνά σε αμηχανία και δεν μπορεί να χειριστεί την φυσιολογική αναπτυξιακή μεταβολή των εφήβων που απαιτούν να διαχειρίζονται μόνοι την υγεία τους. Οι γονείς εστιάζουν την προσοχή τους στη σχολική επιτυχία, τον επαγγελματικό προσανατολισμό και άλλες δραστηριότητες, θεωρώντας την υγεία δεδομένη.

Τα προβλήματα υγείας των εφήβων μπορεί να σχετίζονται ή όχι με τις σωματικές και ψυχικές μεταβολές της ήβης, ή να αποτελούν τη συνέχεια ενός χρόνιου νοσήματος που έχει ήδη εκδηλωθεί από την παιδική ηλικία. Οι περισσότεροι από τους εφήβους παρουσιάζουν προβλήματα που σχετίζονται με τις φυσιολογικές διεργασίες της ήβης (π.χ. ακμή, σιδηροπενία, υπερβολικό άγχος). Επίσης, σε υψηλό ποσοστό μπορεί να προκύψει κάποια διαταραχή των φυσιολογικών αυτών μεταβολών (π.χ. έως και 50% των κοριτσιών παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα εμμηνορρυσίας). Υπολογίζεται πως 10% των εφήβων πάσχουν από κάποιο σοβαρό χρόνιο νόσημα και χρειάζονται – εκτός από την παρακολούθηση της ειδικής ομάδας των θεραπόντων ιατρών – ισχυρή υποστήριξη κατά την εφηβεία, ώστε να βιώσουν τις μεταβολές της με όσο το δυνατόν πιο ανώδυνο και λειτουργικό τρόπο. (<http://www.iator.gr>)

Κατά την εφηβεία μπορεί να αναδυθούν λανθάνουσες, προϋπάρχουσες καταστάσεις (σωματικές, ψυχικές, κοινωνικοπεριβαλλοντικές) λόγω της οργανικής και συναισθηματικής αστάθειας της περιόδου αυτής. Το περιβάλλον έχει ιδιαίτερη σημασία για την υγεία και την ευημερία των εφήβων. Οι έφηβοι είναι εξαιρετικά ευαίσθητοι στις περιβαλλοντικές επιδράσεις, γιατί δεν έχουν ακόμη αναπτύξει όλες τις γνωστικές λειτουργίες για την αξιολόγηση πληροφοριών και μοντέλων ζωής. Συνεπώς, η αγωγή υγείας των εφήβων καθρεφτίζει το επίπεδο και τις παροχές της κοινωνίας και της οικογένειας στην οποία αναπτύσσονται. Τα νεαρά άτομα στην εποχή μας καλούνται να βιώσουν ένα μεταβατικό στάδιο σε έναν εξαιρετικά μεταβαλλόμενο κόσμο: κινητικότητα πληθυσμού, φάσμα ανεργίας, μεγάλη τεχνολογική ανάπτυξη, επίδραση μέσω μαζικής επικοινωνίας (ΜΜΕ), φαινόμενο διαζυγίου και μείωση της κοινωνικής συνεκτικότητας (μικρές οικογένειες σε μεγάλες κοινωνίες).(<http://www.iator.gr>).

Είναι θλιβερό το γεγονός ότι έως το 2025 θα έχουν πεθάνει 100.000.000 άνθρωποι με αιτία το κάπνισμα, και ένα μεγάλο μέρος αυτών, θα είναι νέοι άνθρωποι. Υπολογίζεται ότι οι καπνιστές σε όλο το κόσμο είναι 1.100.000.000 άνθρωποι και από αυτούς πεθαίνουν 3.500.000 το χρόνο (10.000 την ημέρα) εξαιτίας του καπνίσματος. Στην Ελλάδα 3 στα 10 ελληνόπουλα δοκίμασαν το τσιγάρο για πρώτη φορά σε ηλικία 13 ετών. (<http://www.2gym-stavroup.thess.sch.gr>).

Γιατί καπνίζουν οι νέοι:

Σύμφωνα με έρευνα οι ακόλουθοι παράγοντες καθορίζουν την αιτία που οι νέοι αρχίζουν το κάπνισμα:

- Συνήθεια γονέων.
- Φίλοι, μεγαλύτερα αδέρφια, κοινωνικό περιβάλλον.
- Διαφήμιση και εμπορική σύνδεση με την εικόνα του.
- Διαφήμιση και εμπορική σύνδεση με τον αθλητισμό.
- Σχέσεις / οικογενειακή δομή.
- Επίπεδο εκπαίδευσης.
- Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο.
- Διαχείριση άγχους και καταπίεσης.
- Αποδοχή.

- Οι έφηβοι συχνά αγνοούν τη δυνατότητα εθισμού στον καπνό. Το 61% των νέων θεωρούν ότι δεν πειράζει να δοκιμάσουν το τσιγάρο εφόσον το κόψουν πριν γίνει συνήθεια και το 26% θεωρούν ότι οι κανονικοί καπνιστές μπορούν να το κόψουν οποτεδήποτε το θελήσουν. (<http://www.cancer-society.gr>).

6.1. Κάπνισμα και μαθητές.

Σύμφωνα με έρευνα του 1998, οι μισοί και πλέον μαθητές (57%) έχουν καπνίσει τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους, οι περισσότεροι περιστασιακά (32,7%). Συστηματικά δηλώνουν ότι καπνίζουν το 20,8% των μαθητών. Τα κορίτσια υπερτερούν των αγοριών στο περιστασιακό κάπνισμα (34,7% και 30,5% αντίστοιχα), ενώ περισσότερα αγόρια (21,9%) από κορίτσια (19,7%) δηλώνουν συστηματικοί καπνιστές, χωρίς όμως μεγάλη διαφορά μεταξύ τους. Οι μεγαλύτεροι μαθητές (17-18 ετών) καπνίζουν συστηματικά σε ποσοστό πενταπλάσιο από τους μικρότερους (13-14 ετών). Τα δύο μεγαλύτερα αστικά κέντρα, η Αθήνα και η Θεσσαλονίκη, εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά συστηματικού καπνίσματος (24,6% και 23,6% αντίστοιχα) σε σύγκριση με τις υπόλοιπες αστικές περιοχές (19,9% και τις ημιαστικές / αγροτικές 13,9%).

Συγκριτικά με τα προηγούμενα χρόνια, ενώ παρατηρήθηκε σημαντική μείωση του συστηματικού καπνίσματος στους μαθητές ανάμεσα στο 1984 και το 1993, από 22% σε 14,6%, η καθοδική αυτή πορεία δυστυχώς αντιστράφηκε το 1998 και ο αριθμός των συστηματικών καπνιστών στους μαθητές επιστρέφει κοντά στα υψηλά (20,8%) επίπεδα για άτομα αυτής της ηλικίας, όπως είχε παρατηρηθεί και το 1984. Όλα αυτά ενισχύουν την ανάγκη να έχουν οι νέοι πραγματική αποδεκτή ενημέρωση σχετικά με την εξάρτηση από τη νικοτίνη και τα αποτελέσματα του καπνίσματος. (<http://www.cancer-society.gr>).

6.2. Παράγοντες που προδιαθέτουν τους νέους στο κάπνισμα.

Ισχύουν μία σειρά από σύνθετους και ενδογενείς παράγοντες που προδιαθέτουν τους νέους να καπνίσουν και αυτοί ποικίλουν σχεδόν ανά άτομο και λαό. Πολυετής έρευνες καθορίζουν ορισμένους παράγοντες που είναι κοινοί στο ρόλο

που παίζουν στη μύηση των νέων στο κάπνισμα. Αυτοί περιλαμβάνουν υψηλά επίπεδα κοινωνικής αποδοχής για τα προϊόντα καπνού, έκθεση και αδυναμία αντίδρασης απέναντι στη διαφήμιση, διαθεσιμότητα και εύκολη πρόσβαση, ρόλος προτύπου από τους γονείς και άλλους ενήλικες και κοινωνική πίεση της ομάδας.

Λόγοι για τους οποίους καπνίζουν οι έφηβοι:

- Πολύ συχνά το κάπνισμα αρχίζει τυχαία. Χωρίς να το σκεφτούν οι έφηβοι ακολουθούν το ρεύμα.
- Για αρκετούς το κάπνισμα σημαίνει να έχουν κάτι να κάνουν.
- Μερικοί έφηβοι ζητούν την απόλαυση από το κάπνισμα.
- Μερικοί θεωρούν ότι το κάπνισμα τους βοηθά στη συγκέντρωση.
- Αρκετοί έφηβοι θεωρούν ότι με το κάπνισμα μεγάλωσαν.
- Για μερικούς, το κάπνισμα αποτελεί ένα μέσον για να εισχωρήσουν και να ανήκουν στους σωστούς κύκλους / ομάδες.
- Ορισμένοι πιστεύουν ότι το κάπνισμα τους δίνει κάποιο στυλ. Ιδιαίτερα οι νεοί θεωρούν ότι οι κοπέλες το βρίσκουν ελκυστικό και μπορεί να συνδεθεί με ένα γενικό τρόπο ζωής.
- Άλλοι θεωρούν ότι τους προσδίδει αυτοπεποίθηση και καπνίζοντας την προβάλλουν.
- Άλλοι δοκιμάζουν τον καπνό από περιέργεια.
- Μερικοί έφηβοι καπνίζουν από αντίδραση στους κανονισμούς.
- Άλλοι επηρεάζονται από τη διαφήμιση.

Επίσης, οι νέοι μπορεί να εθιστούν στη νικοτίνη, η οποία είναι συστατικό του καπνού. Ο εθισμός στη νικοτίνη κάνει δύσκολη τη διακοπή του καπνίσματος, ακόμη και αν το επιζητούν. (<http://www.cancer-society.gr>).

6.3. Διάφοροι τύποι καπνιστών.

Οι γνώστες. Γνωρίζουν σχετικά με το κάπνισμα αλλά δεν έχουν αποφασίσει αν θα το αρχίσουν ή όχι.

Οι πειραματιζόμενοι. Καπνίζουν σποραδικά, πιθανώς μόνο σε παρέες, συχνά περνούν πολλοί μήνες χωρίς να έχουν καπνίσει.

Οι τακτικοί. Καπνίζουν τακτικά π.χ. το σαββατοκύριακο ή τακτικά μέσα στην ημέρα
Οι εθισμένοι. Έχουν εθιστεί στη νικοτίνη και υποφέρουν από στερητικά συμπτώματα όταν δεν μπορούν να καπνίσουν.

Έρευνα αποφάνθηκε ότι μεσολαβούν περίπου 2 χρόνια για τη μετάβαση από την ‘κατηγορία’ του γνώστη στον εθισμένο.

Τα παιδιά θα αποφύγουν το κάπνισμα εάν πάρουν το καλό παράδειγμα από τους γονείς τους.

Είναι πολύ σημαντικό τα λόγια σχετικά με το κάπνισμα που λένε οι γονείς, να συνάδουν με τις πράξεις τους, για να μην ερμηνεύονται σαν υποκριτές από τα παιδιά τους, με τρόπο τέτοιο που τα μηνύματα που δίνουν να έχουν αποτέλεσμα.
(<http://www.cancer-society.gr>).

Αρκετές επιδημιολογικές μελέτες μέχρι σήμερα, έδειξαν ότι τα παιδιά επηρεάζονται σοβαρά για το εάν τα ίδια θα καπνίσουν ή όχι, από αυτά που βλέπουν ότι κάνουν οι γονείς τους.

Το κάπνισμα από τους γονείς αποδεικνύεται ότι έχει διπλό νοσηρό αποτέλεσμα πάνω στα παιδιά τους.

Οι άμεσες βλαβερές συνέπειες προκύπτουν από την τοξικότητα των ουσιών του καπνού που εισπνέει το παιδί.

Μακροχρόνια το παιδί λόγω του ότι οι γονείς του καπνίζουν θα έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να αποκτήσει την ίδια παθολογική συνήθεια.

Πρόσφατα μια νέα έρευνα έδειξε σημαντικά δεδομένα για το ρόλο της μητέρας στο πρόβλημα αυτό. Όταν η μητέρα έχει δυνατές απόψεις εναντίον του καπνίσματος και όταν και η ίδια δεν καπνίζει τότε μειώνονται ουσιαστικά, κατά 50%, οι πιθανότητες να γίνει καπνιστής το παιδί της.

Στην έρευνα που έγινε μέσα στα πλαίσια του προγράμματος πρόληψης του καρκίνου στην Ουάσιγκτον, έλαβαν μέρος 2.736 παιδιά, ηλικίας από 8 έως 17 ετών, για μια περίοδο 9 ετών, και οι μητέρες τους. Στις οικογένειες που και οι δύο γονείς δεν κάπνιζαν και η μητέρα είχε έντονες απόψεις εναντίον του καπνίσματος, τα παιδιά είχαν στατιστικώς σημαντικά μειωμένη πιθανότητα να γίνουν καπνιστές, της τάξης του 50%. Στις οικογένειες που ο ένας ή και οι δύο γονείς κάπνιζαν, οι έντονες

απόψεις της μητέρας εναντίον του καπνίσματος δεν επηρέαζαν την πιθανότητα να γίνει καπνιστής το παιδί. Είναι λοιπόν γεγονός ότι τα παιδιά επηρεάζονται από τη συμπεριφορά των γονιών τους, σε θέματα καπνίσματος και οποιεσδήποτε νουθεσίες είναι αποτελεσματικές μόνο όταν συνάδουν και με τις πράξεις.

Τα δεδομένα αυτά δεν πρέπει να περάσουν απαρατήρητα από τους γονείς που καπνίζουν. Δεν πρέπει να ξεχνούν ότι η παθολογική τους συνήθεια βλάπτει άμεσα το παιδί τους, με πολλαπλές νοσηρές επιπτώσεις στα διάφορα όργανά του.

Αλλά επίσης, υποθηκεύουν το μέλλον του παιδιού τους, με προβλέψιμες και γνωστές απειλές για τη ζωή του, λόγω του ότι αυτό επηρεάζεται από τη συμπεριφορά τους και μπορεί να γίνει πιο εύκολα το ίδιο, καπνιστής.

Η συχνότητα καπνίσματος στις νεότερες ηλικίες είναι πολύ υψηλή. Σε αρκετές χώρες, ο μέσος όρος ηλικίας που ξεκινάει κάποιος το κάπνισμα είναι τα 15 έτη.

(<http://www.medlook.net>).

Στοιχεία αποδεικνύουν ότι:

- Όταν καπνίζουν και οι 2 γονείς, καπνίζει και το 80% των παιδιών.
- Όταν καπνίζει ο ένας γονιός, 50% των παιδιών καπνίζουν.
- Όταν κανείς από τους γονείς δεν καπνίζει, το 10% των παιδιών καπνίζει.
- Οι γυναίκες αρχίζουν το κάπνισμα σε νεότερες ηλικίες, αυξάνοντας τις πιθανότητες εμφάνισης ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα.
- Οι γονείς πρέπει να γνωρίζουν μερικά βασικά στοιχεία σχετικά με το κάπνισμα στους έφηβους. Με όπλο τις γνώσεις αυτές, θα μπορούν με καλύτερο τρόπο να βοηθήσουν τα παιδιά τους να μην πέσουν στην παγίδα της θανατηφόρας αυτής συνήθειας.

Για τους γονείς, η μεγάλη πρόκληση είναι να καταφέρουν να δημιουργήσουν εκείνες τις συνθήκες που θα αποτρέπουν τα παιδιά τους να αποφύγουν το κάπνισμα.

Τα επιδημιολογικά δεδομένα τεκμηριώνουν ότι ένας στους κάθε τρεις καπνιστές αναμένεται ότι θα πεθάνει λόγω των συνεπειών του καπνίσματος.

Το 90% των καπνιστών απέκτησαν την κακή και νοσηρή συνήθεια του καπνίσματος πριν από την ηλικία των 19 ετών. Επομένως προτού ακόμη ωριμάσουν αρκετά για να καταλάβουν τους κινδύνους της ζωής, το κάπνισμα εισβάλλει στη ζωή τους, χωρίς να αντιληφθούν το μέγεθος των κινδύνων (<http://www.medlook.net>).

6.4. Η νικοτίνη μια εθιστική ουσία για τους εφήβους.

Σε ορισμένους ανθρώπους η νικοτίνη, είναι τόσο εθιστική όσο και η ηρωίνη. Αυξάνει στον εγκέφαλο την κυκλοφορία νευροδιαβιβαστών που μειώνουν την όρεξη, αυξάνουν την ευχαρίστηση και προκαλούν χαλάρωση. Πολλοί έφηβοι νομίζουν ότι μπορούν να σταματήσουν το κάπνισμα όποτε το θελήσουν. Όμως δυστυχώς οι έφηβοι αναπτύσσουν εθισμό στη νικοτίνη πιο γρήγορα από τους ενήλικες και σε χαμηλότερες δόσεις.

Έρευνες έδειξαν ότι τα αγόρια εφηβικής ηλικίας αναπτύσσουν εθισμό στη νικοτίνη σε 180 μέρες ενώ τα κορίτσια σε μόνο 21 μέρες. Υπάρχουν και άλλοι λόγοι για τους οποίους παρατηρείται αύξηση του ποσοστού κοριτσιών εφηβικής ηλικίας που καπνίζουν. Είναι πιθανό ότι κορίτσια καπνίζουν στα πλαίσια των προσπαθειών τους για να χάσουν βάρος. Επίσης τα ψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης στα κορίτσια παίζει ρόλο. Η κατάθλιψη είναι συχνότερη στους καπνιστές και των δύο φύλων.

Η προσέγγιση προς τους εφήβους για σκοπούς διακοπής του καπνίσματος, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Η αναφορά στις βλαβερές επιδράσεις του καπνού και στις μακροχρόνιες βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία τους, είναι αντιπαραγωγικές. Είναι προτιμότερο να εστιάζεται η προσοχή τους, στα προβλήματα που τώρα, στην εφηβική ηλικία δημιουργεί το κάπνισμα. Ο χρόνιος βήχας, η μειωμένη αντοχή, η κακοσμία του στόματος, το κιτρίνισμα των δοντιών, η κακή μυρωδιά των ρούχων λόγω του καπνού και το ψηλό κόστος των τσιγάρων, είναι θέματα που αφορούν άμεσα στην εικόνα τους. Αυτές οι πραγματικότητες είναι σε θέση να τους ανησυχίσουν περισσότερο και να τους δώσουν ισχυρότερα κίνητρα για να διακόψουν το κάπνισμα. Παράλληλα ενδυναμώνεται η αντίστασή τους στις πιέσεις των συνομήλικών τους και άλλων νέων για να καπνίζουν. Είναι γεγονός ότι υπάρχουν έφηβοι που ενώ δεν έχουν επιθυμία να καπνίζουν, δεν έχουν αρκετή δύναμη για να

αντισταθούν στις πιέσεις των φίλων και συνομηλίκων τους για να καπνίζουν. Οι αρνητικές κοινωνικές συνέπειες του καπνίσματος πρέπει να τονίζονται. Δυστυχώς στην εικόνα των καπνιστών έχει δοθεί κάποια αίγλη. Αυτό έγινε εδώ και μερικές δεκαετίες ιδιαίτερα από τον κινηματογράφο.

Το γεγονός ότι όλο και περισσότεροι άνθρωποι απαγορεύουν το κάπνισμα στο σπίτι τους, το ότι οι νομοθεσίες σε διάφορες χώρες του κόσμου επιβάλλουν όλο και περισσότερους περιορισμούς για το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους, ενισχύουν τη θέση ότι το κάπνισμα δεν είναι μια συνήθεια που δίνει γοητεία και δύναμη αλλά μια θανάσιμη, νοσηρή συνήθεια. Επίσης πρέπει να προβάλλεται το γεγονός ότι όλο και περισσότεροι νέοι, απορρίπτουν τη χρήση του καπνού και των προϊόντων του.

Το παράδειγμα που δίνουν οι γονείς έχει καθοριστική σημασία στη σχέση εφήβου και καπνίσματος.

Μεταξύ των εφήβων που καπνίζουν, μόνο 2% έχουν γονείς που δεν καπνίζουν. Αυτό σημαίνει ότι 98% των εφήβων που καπνίζουν, έχουν γονείς καπνιστές. Από αυτούς το 15% έχει και τους δύο γονείς να είναι καπνιστές. Βλέπουμε λοιπόν ότι εάν οι γονείς καπνίζουν, οδηγούν τους έφηβους τους προς αυτή τη θανατηφόρα συνήθεια. Το καλύτερο που έχουν να κάνουν είναι οι ίδιοι να σταματήσουν το κάπνισμα. Εάν αδυνατούν, τότε πρέπει να συνειδητοποιήσουν το κακό που κάνουν στα παιδιά τους. Ταυτόχρονα πρέπει να μην καπνίζουν στην παρουσία των εφήβων τους, ούτε στο σπίτι ούτε στο αυτοκίνητο. Να μην προσφέρουν ποτέ τσιγάρα στα παιδιά και ούτε να τα αφήνουν στο σπίτι να τα βλέπουν οι έφηβοι ή να μπορούν να παίρνουν από αυτά.

Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι οι γονείς που καπνίζουν έχουν χρέος να τονίζουν τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος στα παιδιά τους. Ακόμη και κάτω από τέτοιες δύσκολες συνθήκες οι συμβουλές τους είναι δυνατόν να βοηθήσουν έστω και εάν βοηθούν σημαντικά λιγότερο παρά ότι δεν κάπνιζαν.

Η διαφώτιση των παιδιών για τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος πρέπει να αρχίζει από την πολύ μικρή παιδική ηλικία. Μόλις τα παιδιά είναι σε θέση να κατανοούν, οι γονείς είναι καλό να τα μορφώνουν σχετικά με το θέμα. (<http://www.medlook.net>).

7. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ.

Το κάπνισμα είναι μια παλιά και πολύ διαδεδομένη συνήθεια παγκοσμίως. Το 30- 60% του ενεργού πληθυσμού καπνίζει στις περισσότερες χώρες. Ο καπνός ήρθε στην Ευρώπη το 16ο αιώνα από τους εξερευνητές. Το κάπνισμα διαδόθηκε πολύ κατά τον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο στους άνδρες και μια εικοσαετία αργότερα και στις γυναίκες.

7.1 Επιδημία του καπνίσματος.

Εκτιμάται ότι κατά το δεύτερο ήμισυ του 20ου αιώνα σημειώθηκαν παγκοσμίως 60 εκατομμύρια θάνατοι που οφείλονταν στο κάπνισμα και ότι το κάπνισμα προκαλεί 3 εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο. Οι χειρότερες συνέπειες της επιδημίας του καπνίσματος δεν έχουν ακόμη εκδηλωθεί, ιδιαίτερα στις γυναίκες στα αναπτυγμένα κράτη και στους πληθυσμούς των αναπτυσσόμενων κρατών. Και στις δύο περιπτώσεις, όταν οι σημερινοί νέοι καπνιστές φθάσουν στη μέση ή τρίτη ηλικία θα σημειώνονται περίπου 10 εκατομμύρια θάνατοι ετησίως από το κάπνισμα. Η διεθνής καπνοβιομηχανία θα σκοτώσει τα επόμενα 50 χρόνια 500 εκατομμύρια άτομα από τον παγκόσμιο πληθυσμό, νούμερο που είναι 8 φορές μεγαλύτερο από το μέγιστο υπολογιζόμενο αριθμό νεκρών κατά τον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο. (<http://www.medlook.net>).

Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η αύξηση του αριθμού των αποδιδόμενων στο κάπνισμα παθήσεων συνεχίζεται αδιάπτωτα. Από 10% έως 30% όλων των θανάτων οφείλονται πλέον στο τσιγάρο. 30%-35% μάλιστα απ' αυτούς εμφανίζονται στους άντρες και 20%-25% στις γυναίκες. Στις ΗΠΑ, την Αυστραλία και πολλές χώρες της Δυτικής Ευρώπης η επιβλαβέστατη συνήθεια του καπνίσματος είναι σε πτωτική πορεία, ενώ σε πολλές χώρες της Ασίας και της Αφρικής το κάπνισμα επικρατεί. Στην Ευρώπη, η σχετική επιδημιολογία παρουσιάζει μια ποικιλία. Οι άνδρες καπνιστές είναι πάντα περισσότεροι από τις γυναίκες. Μόνο σε μια χώρα, στη Σουηδία, την πλειονότητα των καπνιστών αποτελούν γυναίκες. Η χώρα με τους περισσότερους καπνιστές πάντως είναι η Βοσνία-Ερζεγοβίνη (48% του πληθυσμού) και δεύτερη έρχεται η Σερβία (47%). Στον αντίποδα βρίσκεται η Μάλτα

με μόλις ποσοστό 9% καπνιστών στον πληθυσμό της, με δεύτερη τη Σουηδία (18% του πληθυσμού). Στη Νότια, Ανατολική και Κεντρική Ευρώπη τα πράγματα είναι διαφορετικά από τη Βόρεια και την Κεντρική. Έτσι, το 63% των ανδρών στη Ρωσία είναι καπνιστές και στην Αρμενία το ποσοστό αυτό ανέρχεται επίσης σε 61%, σε αντίθεση με τη Σουηδία, όπου μόλις το 16% των ανδρών είναι καπνιστές. Σε κάποιες χώρες, παραδείγματος χάριν στην Ολλανδία, το κάπνισμα μεταξύ των ανδρών μειώθηκε αρκετά (από 44% το 1991 σε 36% το 2000).

Ο Π.Ο.Υ. προειδοποίησε με έκθεσή του ότι "κάθε 10 δευτερόλεπτα το κάπνισμα προκαλεί και ένα θύμα". Υπολογίζεται ότι οι θάνατοι που οφείλονται στο κάπνισμα ανέρχονται σε 3 εκατ. νεκρούς ετησίως στις αρχές της τρέχουσας δεκαετίας και ο αριθμός τους αυξάνει. Αν η κατανάλωση τσιγάρων συνεχιστεί με τον σημερινό ρυθμό, προβλέπεται να υπάρξουν 10 εκατομμύρια νεκροί ετησίως ως το 2020 και το 70% από αυτούς θα είναι στις αναπτυσσόμενες χώρες. Με αυτά τα δεδομένα, η γενική συνέλευση της οργάνωσης "εξόρκισε" τις χώρες - μέλη να κηρύξουν τον πόλεμο κατά της διεθνούς βιομηχανίας καπνικών προϊόντων. Μεταξύ άλλων πρότεινε τη σταδιακή κατάργηση κάθε διαφήμισης τσιγάρων, την αύξηση της φορολογίας επί του καπνού, την αποτελεσματική προστασία των ατόμων κατά της ακούσιας έκθεσής τους στο κάπνισμα και την προστασία των παιδιών κατά των κινδύνων της εξάρτησης από τον καπνό. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) ανακοίνωσε πρόσφατα ότι θεωρεί το κάπνισμα μια μεταδοτική ασθένεια που σκοτώνει κάθε χρόνο περίπου 4,2 εκατομμύρια ανθρώπους. Μεταδίδεται δηλώνει ο Π.Ο.Υ, διαμέσου της διαφήμισης, την προώθηση των προϊόντων και της χρηματοδότησης εκστρατειών που σαν στόχο έχουν να προσελκύσουν στο κάπνισμα νέους και μη ανθρώπους, με κάθε δυνατό φανερό και μη τρόπο.

Για τα επόμενα 20 χρόνια έχει υπολογισθεί από τον Π.Ο.Υ. ότι θα πεθάνουν από την ασθένεια του καπνίσματος 150 εκατομμύρια άνθρωποι. Το 70% των θανάτων αυτών θα συμβούν σε αναπτυσσόμενες χώρες. Στον αιώνα που ζούμε θα πεθάνουν από το κάπνισμα 1 δισεκατομμύριο άνθρωποι. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι στην Κίνα, υπάρχουν σήμερα 300 εκατομμύρια άτομα αρσενικού φύλου ηλικίας από 0 έως 29 ετών. Από αυτούς τα 100 εκατομμύρια, δηλαδή το ένα τρίτο θα απεβιώσουν, δηλώνει ο Π.Ο.Υ από το κάπνισμα.

Επιδημιολογικά στοιχεία αποδεικνύουν:

- Ένας καπνιστής 20 τσιγάρων την ημέρα χάνει περίπου 5 χρόνια ζωής ή 5,5 λεπτά ζωής ανά τσιγάρο.
- Το 1/4 έως 1/3 του συνόλου των καρκίνων αποδίδεται στο κάπνισμα.
- Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι 10 φορές συχνότερος στους καπνιστές.
- Είναι παγκόσμια αποδεδειγμένο, ότι το κάπνισμα αποτελεί την αιτία του 30% των θανάτων από κακοήθεις νόσους, του 30% των θανάτων από στεφανιαία νόσο και του 80 - 90% των θανάτων από αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Οι καπνιστές στο σύνολο τους έχουν 70% μεγαλύτερη πιθανότητα να πάθουν έμφραγμα του μυοκαρδίου από τους μη καπνιστές.

(<http://www.patrasacupuncture.gr>).

7.2 Νοσολογικές συνέπειες του καπνίσματος.

Από το 1960-1990 η συχνότητα θανάτων στις γυναίκες, από καρκίνο του πνεύμονα, αυξήθηκε κατά 400%, ξεπερνώντας και τον καρκίνο του μαστού, (1η αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες).

- Παθητικό κάπνισμα: 8000 έως 26.000 παιδιών αναπτύσσουν άσθμα κάθε χρόνο στις ΗΠΑ λόγω καπνίσματος, (μητέρες που καπνίζουν 10 τσιγάρα ημερησίως).
- Κάθε χρόνο στις ΗΠΑ καταγράφονται περίπου 3000 θάνατοι από καρκίνο του πνεύμονα, ανάμεσα σε ανθρώπους που εκτέθηκαν σε περιβάλλον καπνιστών.
- Στην Αμερική, το παθητικό κάπνισμα υπολογίζεται σαν η τρίτη σημαντικότερη αιτία θανάτου σε παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών.
- Κόστος της παιδικής νοσηρότητας σε σχέση με το κάπνισμα των γονέων. Το παθητικό κάπνισμα οδηγεί σε άμεση φαρμακευτική επιβάρυνση 4,6 δισ. δολάρια.
- Το ποσοστό πρόκλησης θανάτων από κάπνισμα ανέρχεται στο 30% όλων των θανάτων από καρκίνο.
- Το κάπνισμα ευθύνεται για το 87% των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα.

- Οι καπνιστές έχουν διπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης καρδιαγγειακού επεισοδίου.
- Το κάπνισμα αποτελεί τον πιο σημαντικό, αναστρέψιμο παράγοντα θανάτου στην Ευρώπη.
- Το κάπνισμα προκαλεί επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό.

Προκαλεί περισσότερους θανάτους από ότι τα τροχαία ατυχήματα, το αλκοόλ, τα ναρκωτικά, οι ανθρωποκτονίες και οι αυτοκτονίες μαζί.

7.3 Η οικονομική συνιστώσα.

Στην Ελλάδα ο βαρύς καπνιστής ξοδεύει περίπου το 40% του επιδόματος ανεργίας ή το 30% του κατώτατου μισθού. Το συνολικό κόστος υπολογίστηκε το 1990 για τις ΗΠΑ στα 68δισ δολάρια ή στα 2,6\$ ανά πακέτο. Το 1993 η Κίνα εισέπραξε 5 δισ δολάρια από φόρους για τα τσιγάρα και έχασε 8 δισ δολάρια σε παραγωγικότητα και έξοδα περίθαλψης. Οικονομικές επιπτώσεις καπνίσματος στην Ελλάδα (1980) με νοσοκομειακές δαπάνες 3 δισ (= 6,6% των δαπανών για την υγεία)

- Απώλεια παραγωγικότητας 3 δισ από θανάτους
- Απώλεια παραγωγικότητας 0,5 δισ από νοσηλεία
- Κόστος νοσηλείας θανόντων 0,2 δισ
- Υπολογιζόμενο κόστος (1995) 176 δισ

Η παγκοσμίως καλλιεργούμενη με καπνά γη θα έφτανε για να θρέψει 10 με 12 εκατομμύρια ανθρώπους. Η καλλιέργεια καπνού, ευθύνεται και για οικολογική υποβάθμιση. Η ετήσια επένδυση που απαιτείται, ώστε να έχουν όλοι οι άνθρωποι πρόσβαση στα βασικά κοινωνικά αγαθά, είναι 40 δισ δολάρια. Μόνο στην Ευρώπη, ξοδεύονται για τσιγάρα 50 δισ δολάρια, ενώ, το συνολικό οικονομικό κόστος, υπολογίζεται στα 200 δισ δολάρια.

7.4 Οι στάσεις προς τις αντικαπνιστικές πολιτικές

Η πλειονότητα των Ευρωπαίων είναι επίσης υπέρ της απαγόρευσης του καπνίσματος σε μπαρ (62%) και εστιατόρια (77%). Η υποστήριξη των αντικαπνιστικών πολιτικών είναι μεγαλύτερη μεταξύ των πολιτών χωρών όπου οι πολιτικές αυτές έχουν ήδη τεθεί σε εφαρμογή, όπως η Ιρλανδία, η Σουηδία και η Ιταλία. Επιπροσθέτως, οι περισσότεροι από τους ίδιους τους καπνιστές είναι σύμφωνοι με την απαγόρευση του καπνίσματος σε εστιατόρια, γραφεία και άλλους κλειστούς χώρους εργασίας καθώς και στους κλειστούς δημόσιους χώρους.

Η πλειονότητα των Ευρωπαίων γνωρίζει ότι στη χώρα τους ισχύουν απαγορεύσεις του καπνίσματος (90%). Το 36% όμως κρίνει ότι οι απαγορεύσεις δεν τηρούνται. Το 91% των Ιρλανδών και το 86% των Σουηδών που απαντούν στην έρευνα δηλώνουν ότι στη χώρα τους υπάρχουν οι νόμοι και τηρούνται, ενώ στην ίδια ερώτηση απαντά θετικά μόλις το 11% των Βουλγάρων και το 21% των Σλοβάκων. (IP/07/690 Βρυξέλες 2007).

7.5 Έκθεση στον καπνό του τσιγάρου

Ένας στους τρεις Ευρωπαίους που εργάζεται σε κλειστό χώρο εργασίας ή γραφείο δηλώνει ότι εκτίθεται στον καπνό τσιγάρου κατά την εργασία. Το ποσοστό των εργαζομένων σε γραφεία που δηλώνουν ότι δεν εκτίθενται ποτέ στον καπνό τσιγάρου κυμαίνεται από 96% στην Ιρλανδία έως 15% στην Ελλάδα. Η μεγαλύτερη ομάδα πολιτών της ΕΕ που δηλώνουν ότι εκτίθενται στον καπνό τσιγάρου σε καθημερινή βάση εργάζονται σε εστιατόρια, παμπ και μπαρ – 7 στους 10 από αυτούς δηλώνουν ότι εκτίθενται σε καθημερινή βάση.

Τα μισά περίπου νοικοκυριά στην Ευρώπη είναι απαλλαγμένα από καπνό. Τα ποσοστά κυμαίνονται από 83% στη Φινλανδία και 69% στη Σουηδία έως 17% στην Κροατία και 26% στην Ελλάδα. Κατά μέσον όρο, το 22% των ερωτηθέντων δηλώνουν ότι το κάπνισμα στο σπίτι δεν επιτρέπεται σε καμία περίπτωση, το 19% ότι το κάπνισμα επιτρέπεται μόνον έξω από το σπίτι και το 8% δηλώνουν ότι κανείς δεν καπνίζει στο σπίτι λόγω πεποίθησης. Από πλήθος ιατρικών και επιδημιολογικών μελετών είναι αποδεδειγμένη η βλάβη της υγείας του παθητικού καπνιστή. Παιδιά με

γονείς καπνιστές παρουσιάζουν διπλάσια συχνότητα αναπνευστικών προβλημάτων. Μη καπνιστές σύζυγοι καπνιστών κινδυνεύουν από καρκίνο του πνεύμονα 2.5 - 3.5 φορές περισσότερο σε σχέση με συζύγους μη καπνιστών. (IP/07/690 Βρυξέλες 2007).

7.6 Ευαισθητοποίηση ως προς τις βλάβες που προκαλεί ο καπνός του τσιγάρου

Τέσσερις στους πέντε Ευρωπαίους γνωρίζουν ότι το παθητικό κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει προβλήματα υγείας. Πράγματι, μόλις το 3% των ευρωπαίων πολιτών πιστεύουν ότι το παθητικό κάπνισμα δεν συνεπάγεται κανένα κίνδυνο.

Τέλος, οι καπνιστές εκφράζουν σε ένα βαθμό κατανόηση για τις ευάλωτες ομάδες όπως είναι τα παιδιά και οι εγκυμονούσες. Για παράδειγμα, μόνο το 5% των καπνιστών δηλώνουν ότι καπνίζουν στο αυτοκίνητο όταν σε αυτό βρίσκονται εγκυμονούσες, ενώ σε ποσοστό 9% καπνίζουν στο αυτοκίνητο όταν υπάρχουν παιδιά. (IP/07/690 Βρυξέλες 2007).

8. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

8.1 Η κατάσταση στην Ελλάδα.

Οι Έλληνες καταναλώνουν περισσότερα τσιγάρα κατά κεφαλή σε σχέση με οποιοδήποτε άλλο ευρωπαϊκό κράτος, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. Πρόσφατα στοιχεία από το ERC, μία ομάδα έρευνας της αγοράς, δείχνουν πως οι Έλληνες καπνίζουν έναν μέσο όρο 3.000 τσιγάρων κατά κεφαλή το 2006 -περισσότερο από την FYROM, τη Ρωσία, τη Τσεχία και την Ισπανία. Σήμερα στην Ελλάδα δύο στους τρεις Έλληνες και μία στις τρεις Ελληνίδες καπνίζουν κάθε μέρα, ενώ ανησυχητικά είναι τα ποσοστά στους εφήβους και τις νέες γυναίκες.

Το 1991 η Ελλάδα ήταν πρώτη στην ημερήσια κατά κεφαλή κατανάλωση τσιγάρων με 7,8 ενώ οι ΗΠΑ είναι στο 5,6. Ήταν πρώτη μαζί με τη Βουλγαρία, Πολωνία και Κίνα, όσον αφορά το ποσοστό καπνιστών στις ηλικίες 15-30. Ο ρυθμός αύξησης του καπνίσματος στον γυναικείο πληθυσμό είναι υψηλός (2,2% ετησίως στην πενταετία '86-90).

- Το 10% των παιδιών της 5ης και 6ης Δημοτικού έχουν εμπειρία καπνίσματος.
- Το 13% των εφήβων, (Γυμνάσιο & Λύκειο), είναι τακτικοί καπνιστές, το 23,1% έχει δοκιμάσει και το 6,7% καπνίζει περιστασιακά. Η μέση ηλικία έναρξης του καπνίσματος είναι τα 13,9 έτη, 6 μήνες νωρίτερα από τα παιδιά στις ΗΠΑ, με τα αγόρια να πειραματίζονται λίγο νωρίτερα. (<http://www.e-phycian.blogspot.com>).

Το έτος 2000 οι άνδρες καπνιστές ήταν 47%, ενώ οι γυναίκες 29%. Βέβαια, οι Έλληνες καπνιστές ήταν πολύ περισσότεροι το 1991 (60% οι άνδρες και 32% οι γυναίκες). Το 1995 οι άνδρες έπεσαν στο 49% και οι γυναίκες στο 29%, ενώ το έτος 2000 τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν για τους άνδρες 47% και τις γυναίκες 29%, δηλαδή ποσοστό αμετάβλητο στην περίπτωση των Ελληνίδων. Πάλι όμως έχουμε ένα από τα υψηλότερα στη γηραιά ήπειρο (αν συγκριθούμε με τους Ιταλούς, 32% για τους άνδρες και 17% για τις γυναίκες, αλλά και με άλλους Ευρωπαίους). Ειδικότερα, σε ηλικίες άνω των 15 ετών έχουμε την τρίτη χειρότερη/ υψηλότερη θέση στην Ευρώπη (ερχόμαστε αμέσως μετά την Αλβανία και τη Σερβία). Με κατανάλωση 2.457,2 τσιγάρων ετησίως ανά κάτοικο είμαστε, μαζί με την Ιαπωνία, την Κίνα και τη Βουλγαρία, μια από τις χώρες με τη μεγαλύτερη κατά κεφαλήν κατανάλωση προϊόντων καπνού παγκοσμίως.

Το 41,7% του συνολικού πληθυσμού της χώρας, ηλικίας 14 ετών και άνω, είναι καπνιστές τσιγάρων. Όπως προκύπτει από την έρευνα οικογενειακών προϋπολογισμών 2004/2005 της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδας, οι άνδρες καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα από τις γυναίκες και όσο αυξάνεται η ηλικία μέχρι τα 54 έτη, τόσο αυξάνεται και η μέση κατανάλωση.

Ένα άλλο ενδιαφέρον στοιχείο της έρευνας είναι ότι η μέση μηνιαία κατανάλωση τσιγάρων κατά άτομο αυξάνεται την τελευταία δεκαετία. Μεταξύ του 1994-1999, η μέση μηνιαία κατανάλωση αυξήθηκε κατά 7%, μεταξύ 1999-2004 αυξήθηκε κατά 4%, ενώ μεταξύ 1994 και 2004 η μέση μηνιαία κατανάλωση τσιγάρων αυξήθηκε κατά 10% και φθάνει τα 496 τσιγάρα το μήνα.

Ειδικότερα, όπως προκύπτει από την επεξεργασία των στοιχείων της έρευνας των οικογενειακών προϋπολογισμών:

- Το 41,7% του συνολικού πληθυσμού της χώρας, ηλικίας 14 ετών και άνω είναι καπνιστές τσιγάρων.
- Οι άνδρες καπνιστές είναι περισσότεροι από τις γυναίκες με ποσοστό 52,2% έναντι 32%.
- Το ποσοστό καπνιστών για τα μέλη των νοικοκυριών ηλικίας άνω των 75 ετών φθάνει το 11,4%.
- Το 14,6% των μελών των νοικοκυριών είναι καπνιστές τσιγάρων πριν την ενηλικίωσή τους.
- Καπνιστές είναι και παιδιά ηλικίας 14 ετών (το 8,3%).
- Οι έφηβοι 15 ετών που καπνίζουν φτάνουν το 10,1%.
- Οι έφηβοι 16 ετών που καπνίζουν φτάνουν το 14,1%.
- Οι έφηβοι 17 ετών που καπνίζουν φτάνουν το 14,4% και οι έφηβοι 18 ετών που καπνίζουν φτάνουν το 27,5%.

Σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο, το 42% των Ελλήνων δηλώνουν καπνιστές, έναντι 32% του ευρωπαϊκού μέσου όρου. Εννέα στους δέκα Έλληνες καπνιστές δηλώνουν πως καπνίζουν τακτικά και σε καθημερινή βάση, ενώ το 53% των Ελλήνων καπνιστών δηλώνουν πως καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα ημερησίως.

Μετά τους Έλληνες πρωταθλητές στο κάπνισμα είναι οι Κύπριοι με ποσοστό 39%, οι Ούγγροι και οι Βούλγαροι (36%), οι Πολωνοί (35%), οι Τσέχοι και οι Εσθονοί

(34%). Αντιθέτως, στη Σουηδία βρίσκονται οι λιγότεροι καπνιστές (18%), ακολουθεί η Πορτογαλία (24%), η Σλοβακία και η Μάλτα (25%).

Πίνακας 1. Ποσοστά καπνιστών ανδρών-γυναϊκών στις ευρωπαϊκές χώρες

Χώρα	Άνδρες 1985	Άνδρες 2002-± %	Γυναίκες 1985	Γυναίκες 2002-±%		
		3		3		
Αυστρία	40	32	-20	21	26	+24
Βέλγιο	45	33	-27	27	22	-19
Κύπρος	43	39	-9	7	8	+14
Τσεχία	46	38	-17	26	23	-12
Δανία	51	30	-41	42	24	-43
Εσθονία	46	45	-2	15	18	+16
Φινλανδία	32	26	-19	14	19	+36
Γαλλία	50	36	-28	32	25	-22
Γερμανία	42	39	-7	27	30	+11
ΕΛΛΑΔΑ	54	51	-5	20	39	+95
Ουγγαρία	49	42	-14	22	29	+24
Ιρλανδία	37	28	-24	32	26	-19
Ιταλία	41	31	-24	17	17	-
Λετονία	-	51	-	-	19	-
Λιθουανία	43	44	+2	6	12	+100
Λουξεμβούργο	41	39	-5	25	26	+4
Μάλτα	26	30	+15	11	21	+91
Ολλανδία	44	28	-28	35	27	-23
Πολωνία	54	39	-28	27	23	-15
Πορτογαλία	44	31	-29	14	περίπου 15 %	?
Σλοβακία	43	48	+12	43	32	-26
Σλοβενία	42	28	-33	27	20	-26
Ισπανία	55	39	-29	23	25	+8
Σουηδία	30	16	-46	27	19	-30
Ηνωμένο Βασίλειο	35	26	-26	31	24	-23

Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, τον τελευταίο χρόνο το 31% των Ευρωπαίων καπνιστών προσπάθησαν να σταματήσουν το κάπνισμα. Εξ αυτών, το 18% ζήτησε επιστημονική υποστήριξη και το ένα τρίτο χρησιμοποίησε φαρμακευτικές μεθόδους και άλλες θεραπείες, προκειμένου να κόψει το κάπνισμα. Ωστόσο, πάνω από το 70% των Ευρωπαίων που προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα ξανάρχισαν να καπνίζουν σε διάστημα μικρότερο των δύο μηνών.

Στην Ελλάδα, το 30% των καπνιστών προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα, εκ των οποίων μόνο το 6% ζήτησε επιστημονική βοήθεια.

9. ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.

9.1 Εισαγωγή

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

Ο Σύνδεσμος Αμερικανών Χειρουργών έχει ανακοινώσει ότι: « η διακοπή καπνίσματος είναι το σημαντικότερο βήμα που μπορούν να κάνουν οι καπνιστές για να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής και παρατείνουν το χρόνο ζωής». (*U.S. Department of Health and Human Services, 2006*). Με την πρόσληψη της νικοτίνης προκαλούνται ευχάριστα συναισθήματα, με αποτέλεσμα οι καπνιστές να θέλουν να καπνίσουν περισσότερο. Η νικοτίνη αποβάλλεται σε 24 ώρες από τον οργανισμό, αντίθετα όμως ο οργανισμός χρειάζεται μερικές μέρες ή εβδομάδες για να ξαναβρεί την βιοχημική του ισορροπία.

9.2 Συμπτώματα στέρησης

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

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

αργότερα. Τα συμπτώματα στέρησης μπορεί να διαρκέσουν από μερικές μέρες έως αρκετές εβδομάδες.

Πίνακας 2: Συμπτώματα που ενδέχεται να εμφανιστούν κατά τη διακοπή του καπνίσματος.

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

Με το ευρύ φάσμα παροχής συμβουλών από τις διάφορες υπηρεσίες, με τα υλικά αυτοβοήθειας και με τα διαθέσιμα φάρμακα είναι πιο εύκολο για τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα. Επειδή ο εθισμός στον καπνό είναι ψυχικό και σωματικό φαινόμενο για τους περισσότερους ανθρώπους, ο καλύτερος τρόπος διακοπής του καπνίσματος είναι ο συνδυασμός ιατρικής και ψυχολογικής υποστήριξης. (*CDC National Center For Chronic Disease Prevention and Health Promotion*).

9.3 Οφέλη από τη διακοπή.

Η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τους κινδύνους για την υγεία:

- Γενικά, μετά από 10-15 χρόνια, ο κίνδυνος θνησιμότητας προσεγγίζει τον κίνδυνο που αντιμετωπίζουν όσοι δεν κάπνισαν ποτέ.
- Η λειτουργία των πνευμόνων του καπνιστή, μετά από την πάροδο 3-4 ετών διακοπής του καπνίσματος, προσεγγίζει τη λειτουργία των πνευμόνων όσων δεν κάπνισαν ποτέ.
- Μετά από 10 χρόνια, μειώνεται ο κίνδυνος καρκίνου των πνευμόνων κατά ένα τρίτο έως και ένα δεύτερο.
- Ο κίνδυνος στεφανιαίου νοσήματος μειώνεται κατά το ήμισυ τουλάχιστον μετά από 1 χρόνο.
- Η διακοπή του καπνίσματος επιβραδύνει την εξασθένηση της λειτουργίας των πνευμόνων.

Η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη στην πρώτη γραμμή για τη διακοπή του καπνίσματος. Η “Ομάδα της Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Περίθαλψης” έχει σα στόχο της να βοηθάει τους καπνιστές να κόψουν το κάπνισμα – τουλάχιστον το 70% των καπνιστών έρχονται σε επαφή με παθολόγους κάθε χρόνο. Η συμβουλή του γιατρού αποτελεί ισχυρό κίνητρο – έστω και 3 λεπτά συμβουλών μπορούν να κάνουν τη διαφορά.

9.4 Είδη θεραπείας.

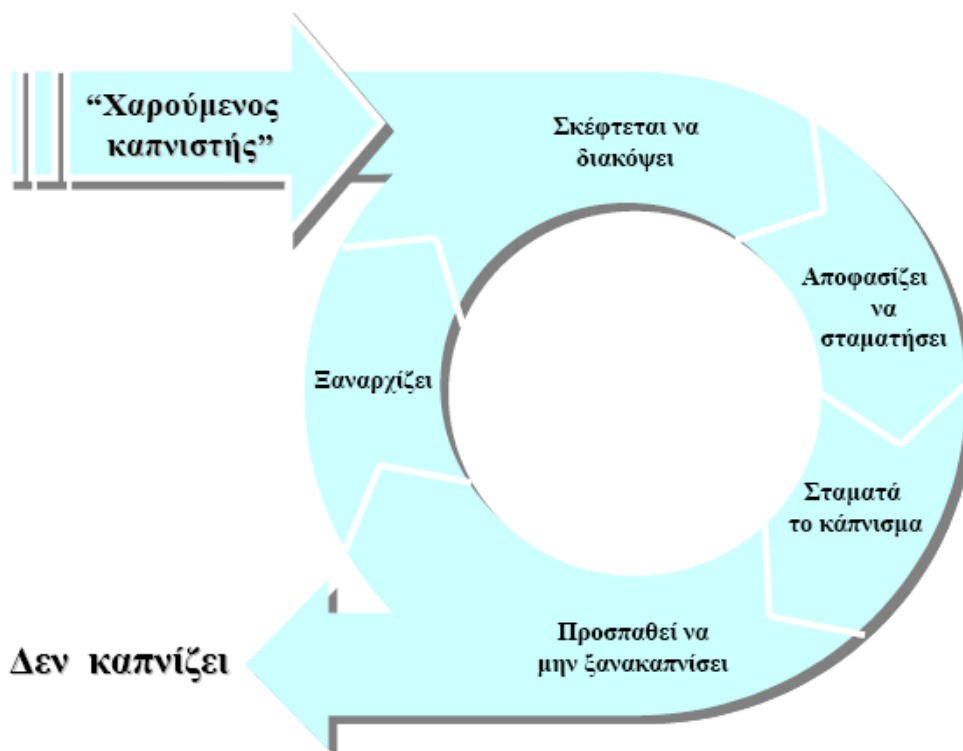
9.4.1 Ψυχολογική υποστήριξη.

- Τηλεφωνικές γραμμές παροχή συμβουλών:

Είναι η ύπαρξη τηλεφωνικών γραμμών με σκοπό την προσφορά βοήθειας σε όσους επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα, όπως το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας. (*American Cancer Society 2007*). Η παροχή συμβουλών από έναν ειδικό, μπορεί να βοηθήσει τους καπνιστές να αποφύγουν λάθη τα οποία θα τους οδηγήσουν να ξαναρχίσουν το κάπνισμα. Οι τηλεφωνικές γραμμές είναι διαθέσιμες όλες τις ώρες και οι σύμβουλοι μπορούν να συστήσουν έναν συνδυασμό μεθόδων διακοπής καπνίσματος όπως φάρμακα, ενημερωτικά φυλλάδια και στήριξη από οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον.

- Υποστήριξη από την οικογένεια, τους φίλους και από προγράμματα διακοπής καπνίσματος. (*Agency for Health Care Policy and Research 1997, CDC National Center For Chronic Disease Prevention and Health Promotion*). Μαρτυρίες πολλών καπνιστών αναφέρουν η υποστήριξη της οικογένειας και των φίλων τους ήταν ένας καθοριστικός παράγοντας στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος. Επίσης θεωρείται σημαντική η βοήθεια των συναδέλφων, του οικογενειακού γιατρού και των μελών των ομάδων διακοπής καπνίσματος.

Εικόνα 8. Στάδια διαδικασίας διακοπής του καπνίσματος.



9.4.2 Φαρμακευτική θεραπεία

Η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης, είναι η χρήση διαφόρων υποκατάστατων της, που σκοπό έχουν να απελευθερώσουν νικοτίνη και να αντικαταστήσουν την νικοτίνη που έχει συνηθίσει ο οργανισμός από το κάπνισμα ή από άλλες μορφές καπνού. Τα υποκατάστατα της νικοτίνης παρέχουν στον οργανισμό ανακούφιση από τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου της νικοτίνης, που παρατηρείται σε κάθε καπνιστή που προσπαθεί να απεξαρτηθεί από το τσιγάρο. Τα προϊόντα αντικατάστασης της νικοτίνης δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιούνται από παιδιά κάτω των 18 ετών, τις έγκυες και τις γυναίκες που θηλάζουν. (GlaxoSmithKline 2002).

Στην αγορά έχουν διατεθεί διάφορες μορφές τέτοιων προϊόντων όπως :

- Διαδερμικό επίθεμα νικοτίνης.
- Τσίγλα νικοτίνης.
- Ρινικό εκνέφωμα.
- Εισπνοές νικοτίνης (inhaler).
- Χάπια κατά του καπνίσματος.

Οι θεραπείες απεξάρτησης της νικοτίνης είναι χρήσιμες, ευεργετικές και ασφαλής για εκείνους που θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα. Τα στοιχεία από μελέτες δείχνουν ότι τα φαρμακευτικά σκευάσματα βελτιώνουν σημαντικά την πιθανότητα διακοπής του καπνίσματος. Τα ποσοστά είναι 2 -3 φορές περισσότερα από εκείνους που δεν έχουν υιοθετήσει αυτά τα φαρμακευτικά προϊόντα. Όπως είναι γνωστό το κάπνισμα προκαλεί χιλιάδες θανάτους ετησίως. (U.S. Department of Health and Human Services, 1988, American Psychiatric Association 1994, Raw M. et al 1999). Η αιτία δεν είναι η νικοτίνη που περιέχεται στα τσιγάρα, αλλά τα υπόλοιπα συστατικά που περιέχονται στον καπνό, όπως το μονοξειδίο του άνθρακα και η πίσσα. Η νικοτίνη όμως είναι εθιστικό συστατικό και η θεραπεία απεξάρτησης της νικοτίνης είναι μια ασφαλής μέθοδος για να προσφέρει στον καπνιστή το ποσό της νικοτίνης που έχει ανάγκη μέχρι να απεξαρτηκοποιηθεί τελείως. Δίνει στον εγκέφαλο το ποσό της νικοτίνης με πολύ πιο αργό τρόπο από ότι τα τσιγάρα και

βοηθάει να ελαττωθούν τα συμπτώματα στέρησης των περισσότερων καπνιστών που έχουν τις πρώτες μέρες ή εβδομάδες της διακοπής του καπνίσματος.

Πληροφορίες για τα υποκατάστατα νικοτίνης
Η Θεραπεία Υποκατάστασης της νικοτίνης, διπλασιάζει τις πιθανότητες επιτυχίας της διακοπής του καπνίσματος.
Δεν είναι πλήρες υποκατάστατο, θα βοηθήσει όμως τους καπνιστές να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα στέρησης.
Αν και η Θεραπεία Υποκατάστασης της Νικοτίνης απελευθερώνει νικοτίνη, δεν περιέχει πίσσα και μονοξειδίο του άνθρακα, όπως ο καπνός του τσιγάρου και είναι ασφαλέστερη και λιγότερο εθιστική.
Για καλύτερα αποτελέσματα οι καπνιστές πρέπει να ακολουθούν τις οδηγίες των συσκευασιών και να απευθύνονται στο φαρμακοποιό για περισσότερες λεπτομέρειες

Το 2005 η Επιτροπή Ασφάλειας των Φαρμάκων σύστησε ότι τα φάρμακα υποκατάστασης της νικοτίνης μπορούν να χρησιμοποιούνται τόσο από τις εγκύους όσο και από τους εφήβους. Παρόλα αυτά όμως ανεξάρτητοι ερευνητές από την Ευρώπη, τονίζουν ότι η απόφαση αυτή είναι λανθασμένη. Ο Ginzler et αναθεώρησε τους κινδύνους της νικοτίνης για την ανάπτυξη του εγκεφάλου. Η πρόσφατη διαφοροποίηση των προϊόντων νικοτίνης και η ένταξη τους στην ελεύθερη αγορά, είναι απλά προς όφελος των βιομηχανιών και δεν βοηθάει τους εφήβους να μειώσουν το κάπνισμα, απλά χρησιμεύει σαν φάρμακο για τους καπνιστές. Η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης είναι ο πιο γνωστός φαρμακευτικός τρόπος για τη διακοπή του καπνίσματος.

Πίνακας 3: Διαθεσιμότητα των προϊόντων υποκατάστασης της νικοτίνης στις Ευρωπαϊκές χώρες

ΧΩΡΑ	ΜΟΡΦΗ ΤΗΣ ΔΟΣΗΣ	ΝΟΜΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ	
Αυστρία	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
	Ενδορινικό σπρέι		Συνταγή
Βέλγιο	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
	Ενδορινικό σπρέι		Συνταγή
Γαλλία	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
Δανία	Διαδερμικό	Μόνο στα	

ΧΩΡΑ	ΜΟΡΦΗ ΤΗΣ ΔΟΣΗΣ	ΝΟΜΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ	
	αυτοκόλλητο	φαρμακεία	
	Ενδορινικό σπρέι		Συνταγή
	Αεροζόλ νικοτίνης	Μόνο στα φαρμακεία	
Εσθονία	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
Φιλανδία	Αεροζόλ νικοτίνης	Μόνο στα φαρμακεία	
	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
	Ενδορινικό σπρέι		Συνταγή
Γαλλία	Διαδερμικό αυτοκόλλητο		Συνταγή
Γερμανία	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
	Ενδορινικό σπρέι	Μόνο στα φαρμακεία	
	Ένεση	Μόνο στα φαρμακεία	
Ελλάδα	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μικρές δόσεις από τα φαρμακεία, μεγαλύτερες κατόπιν ιατρικής συνταγής	
	Ενδορινικό σπρέι		Συνταγή
	Αεροζόλ νικοτίνης		Συνταγή
Ουγγαρία	Διαδερμικό αυτοκόλλητο		Συνταγή
Ιρλανδία	Ενδορινικό σπρέι		Συνταγή
	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
Ιταλία	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
	Αεροζόλ νικοτίνης	Μόνο στα φαρμακεία	
Λετονία	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
Λιθουανία	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
Ολλανδία	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
	Αεροζόλ νικοτίνης		Συνταγή
	Ενδορινικό σπρέι		Συνταγή
Νορβηγία	Αεροζόλ νικοτίνης	Μόνο στα φαρμακεία	
	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
Πολωνία	Διαδερμικό αυτοκόλλητο		Συνταγή
Πορτογαλία	Διαδερμικό		Συνταγή

ΧΩΡΑ	ΜΟΡΦΗ ΤΗΣ ΔΟΣΗΣ	ΝΟΜΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ	
	αυτοκόλλητο		
	Ενδορινικό σπρέι		Συνταγή
	Αεροζόλ νικοτίνης		Συνταγή
Ρωσία	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
Ισπανία	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
Σουηδία	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
	Ενδορινικό σπρέι		Συνταγή
	Αεροζόλ νικοτίνης	Μόνο στα φαρμακεία	
Ελβετία	Ενδορινικό σπρέι		Συνταγή
	Διαδερμικό αυτοκόλλητο		Συνταγή
Η. Βασίλειο	Ενδορινικό σπρέι		Συνταγή
	Διαδερμικό αυτοκόλλητο	Μόνο στα φαρμακεία	
	Αεροζόλ νικοτίνης	Μόνο στα φαρμακεία	

Πηγή : Warren Kaplan, Samira Asma 2004.

- **9.4.2.α Διαδερμικό επίθεμα νικοτίνης**

Τα διαδερμικά επιθέματα είναι παρόμοια με τους αυτοκόλλητους επιδέσμους και διατίθενται σε ποικιλία σχεδίων και μεγεθών. Πρόκειται για αυτοκόλλητα εμποτισμένα με νικοτίνη τα οποία αποδεσμεύουν ένα σταθερό ποσό νικοτίνης στο σώμα. Αντίθετα με την νικοτίνη που περιέχεται στα τσιγάρα, που περνά αμέσως στην κυκλοφορία του αίματος μέσω του πνευμονικού παρεγχύματος, η νικοτίνη που υπάρχει στο διαδερμικό επίθεμα χρειάζεται τρεις ώρες για να περάσει τα επίπεδα του δέρματος και να μπει στην κυκλοφορία του αίματος. Υπάρχουν επιθέματα διαφορετικής περιεκτικότητας νικοτίνης. Το διαδερμικό επίθεμα πρέπει να τοποθετείτε όλη μέρα και δεν πρέπει να αφαιρείται για να αντικατασταθεί από ένα τσιγάρο. Στα περισσότερα διαδερμικά επιθέματα γίνεται αλλαγή μια φορά το 24ώρο. Φοριούνται μόνο κατά τη διάρκεια της ημέρας και αφαιρούνται κατά τη διάρκεια του ύπνου. (*American Cancer Society, Fiore MC et al 1995*).

Κάποιες από τις παρενέργειες των διαδερμικών επιθεμάτων είναι :

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

Οδηγίες:

Κάθε ημέρα θα πρέπει να το τοποθετείτε το διαδερμικό επίθεμα σε διαφορετικό σημείο του δέρματος, που δεν έχει τρίχες και να παραμένει εκεί για το χρονικό διάστημα που συνιστούν οι οδηγίες του σκευάσματος. Δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείτε το ίδιο επίθεμα για πάνω από 24 ώρες. Μπορείτε να ξανακολλήσετε το επίθεμα στην ίδια περιοχή του δέρματος αφού περάσει μια εβδομάδα από την τελευταία φορά χρήσης της ίδιας περιοχής.

- Την πρώτη φορά που τοποθετείτε ένα αυτοκόλλητο νικοτίνης πιθανόν να νιώσετε τοπικά φαγούρα ή αίσθημα κνησμού και ερύθημα. Αυτά τα συμπτώματα συνήθως υποχωρούν μέσα σε μια ώρα.
- Αν μετά την αφαίρεση του αυτοκόλλητου το δέρμα παραμένει ερυθρό για περισσότερο από μια ημέρα, συμβουλευτείτε τον ιατρό σας.
- Δεν συνιστάται η χρήση του από άτομα με δερματολογικές αλλεργίες ή άλλα δερματολογικά προβλήματα.

• 9.4.2.β Τσίγλα νικοτίνης

Η τσίγλα νικοτίνης μεταφέρει την νικοτίνη στον εγκέφαλο ταχύτερα από το διαδερμικό επίθεμα. Αντίθετα από το καπνό, ο οποίος περνά σχεδόν στιγμιαία στην κυκλοφορία του αίματος μέσω του πνευμονικού παρεγχύματος, η τσίγλα νικοτίνης χρειάζεται κάποια λεπτά για να φτάσει στον εγκέφαλο. Η τσίγλα νικοτίνης δεν είναι σχεδιασμένη να μασιέται σαν κανονική τσίγλα. Όταν πάρετε μια τσίγλα νικοτίνης στο στόμα, μασήστε την για λίγα λεπτά μέχρι να μαλακώσει και μετά κρατήστε την μεταξύ της παρειάς και των ούλων σας και αφήστε την εκεί. Η νικοτίνη της τσίγλας

θα μεταφερθεί στον οργανισμό μέσω των αγγείων του αίματος που υπάρχουν στο βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας. Εάν μασηθεί, θα απελευθερωθεί νικοτίνη στο στόμα, η οποία μέσω του σάλιου θα καταποθεί και ως συνέπεια να δημιουργήσει στομαχόπονο και έντονη επιθυμία για τσιγάρο. Η τσίχλα νικοτίνης περιέχει αρκετή ποσότητα νικοτίνης για να μειώσει την επιθυμία του καπνίσματος. Διατίθεται σε δόσεις των 2 mg (για όσους καπνίζουν μέχρι 24 τσιγάρα ημερησίως) και σε δόσεις των 4 mg (για όσους καπνίζουν πάνω από 25 τσιγάρα ημερησίως). Ένα κομμάτι τσίχλας ισούται με μια δόση. Η μέγιστη δόση δεν πρέπει να ξεπερνά τα 24 κομμάτια την ημέρα.

Η τσίχλα νικοτίνης βοηθάει απομακρύνοντας την επιθυμία του τσιγάρου, χωρίς να προσφέρει ούτε την πίσσα ούτε τα δηλητηριώδη αέρια που βρίσκονται στο τσιγάρο. Είναι μια προσωρινή λύση, αφού μειώνει τα συμπτώματα στέρησης της νικοτίνης μετά την διακοπή του καπνίσματος. (<http://www.cancer.org/>).

Οδηγίες:

Οι οδηγίες που πρέπει να ακολουθήσουν οι χρήστες περιλαμβάνουν:

- Διακοπή του καπνίσματος όταν αρχίσει θεραπεία με την τσίχλα νικοτίνης.
- Αποφυγή του φαγητού ή του ποτού 15 λεπτά πριν τη χρησιμοποίηση της τσίχλας. (κάποια ποτά μειώνουν την αποτελεσματικότητα της τσίχλας).
- Η τσίχλα πρέπει να μασιέται αργά για 30 λεπτά περίπου, για να απελευθερωθεί μεγαλύτερη ποσότητα νικοτίνης.
- Η χρήση της τσίχλας μπορεί να γίνει καθημερινά για περίπου ένα μήνα, μετά πρέπει να αρχίσει η μείωση του αριθμού των κομματιών που μασιούνται καθημερινά.
- Διακοπή της τσίχλας νικοτίνης μετά από τρεις μήνες.
- Εάν η τσίχλα κολλάει σε προσθήκες οδοντιατρικών εργασιών, πρέπει να διακοπεί και να ληφθεί η συμβουλή οδοντογιατρού.

• 9.4.2.Παστίλιες νικοτίνης (Lozenge)

Η παστίλια νικοτίνης έχει παραχθεί υπό μορφή σκληρής καραμέλας, και απελευθερώνει τη νικοτίνη καθώς διαλύεται αργά στο στόμα.

Διατίθεται σε δύο συσκευασίες των 2 mg και των 4 mg. Συστήνεται η χρήση τους για 12 εβδομάδες. Η συνιστώμενη δόση είναι μια παστίλια κάθε 1-2 ώρες για 6 εβδομάδες, έπειτα μια παστίλια κάθε 2-4 ώρες για τις εβδομάδες 7 έως 9, και τελικά, μια παστίλια κάθε 4-8 ώρες για τις εβδομάδες 10 έως 12. Η χρήση της παστίλιας νικοτίνης βοηθάει στη μείωση των στερητικών συμπτωμάτων όπως :η έντονη επιθυμία, η οξυθυμία, η δυσκολία συγκέντρωσης και η ανησυχία. (*Shiffman S. Et al 2002, Houtsmuller EJ et al 2003, Muramoto ML. Et al 2003*).

Οι πιθανές παρενέργειες της παστίλιας νικοτίνης περιλαμβάνουν :

- Δυσπεψία.
- Ναυτία.
- Λόξιγκα.
- Πονοκέφαλο.
- Πονόλαιμο.
- Στομαχική ενόχληση.

Κάποιος που χρησιμοποιεί της παστίλιες νικοτίνης, δεν πρέπει να καπνίζει γιατί μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης παρενεργειών και καρδιακών προβλημάτων.

• **9.4.2δ Ενδορινικό εκνέφωμα.**

Το ενδορινικό εκνέφωμα νικοτίνης, διατίθεται σε ένα μπουκάλι παρόμοιο με εκείνο που διατίθεται το αποσυμφορητικό εκνέφωμα και ανακουφίζει τους καπνιστές από την έντονη επιθυμία ενός τσιγάρου. Εισπνέεται από τη μύτη μέσω της ειδικής δοσομετρικής συσκευής και απορροφάτε άμεσα μέσω των ρινικών μεμβρανών και μεταφέρεται ταχύτατα στην κυκλοφορία του αίματος. Το γεγονός ότι επιδρά γρήγορα στον οργανισμό το καθιστά ιδιαίτερα ελκυστικό στους εξαρτημένους καπνιστές. Οι πιο συνηθισμένες παρενέργειες του ενδορινικού εκνεφώματος, είναι ο ερεθισμός της μύτης και του λάρυγγα. Η δόση περιλαμβάνει δύο ψεκασμούς σε κάθε ρουθούνη. Συνιστάται ως μέγιστη δόση, οι 5 δόσεις ανά ώρα ή συνολικά 40 δόσεις ανά ημέρα. Το εκνέφωμα συστήνεται για περίοδο τριών μηνών και δεν πρέπει να χρησιμοποιηθεί για περισσότερο από 6 μήνες.

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

- ο Ερεθισμό της μύτης.
- ο Συνάχι.
- ο υδατώδη μάτια.
- ο φτέρνισμα.
- ο ερεθισμό του λάρυγγα.
- ο Βήχα.

(FDA 2006).

• 9.4.2.ε Εισπνεόμενη νικοτίνη (inhaler)

Το αεροζόλ νικοτίνης αποτελείται από ένα πλαστικό κύλινδρο που περιέχει κάποιο τύπο κασέτας που απελευθερώνει νικοτίνη όταν εισπνέεται από τη συσκευή. Εισήχθη στην αγορά το 1998 και διατίθεται μόνο κατόπιν ιατρικής συνταγής. Εισπνέοντας από το inhaler απελευθερώνεται ένα ποσό νικοτίνη .Αν και μοιάζει εξωτερικά με το τσιγάρο, το αεροζόλ απελευθερώνει την νικοτίνη στο στόμα, όχι στους πνεύμονες και εισέρχεται στο σώμα πιο αργά από ότι η νικοτίνη που περιέχεται στα τσιγάρα. Συνιστάται η χρήση 16 ‘κασετών’ ημερησίως για σύνολο 12 εβδομάδες. Κάθε κασέτα απελευθερώνει μέχρι 400 ριπές (puffs) ατμού νικοτίνης. Το ποσό νικοτίνης που απελευθερώνεται από ένα τσιγάρο αντιστοιχεί σε 80 ριπές. Η αρχική δόση είναι εξατομικευμένη. Η καλύτερη επίδραση επιτυγχάνεται με συνεχής και συχνές εισπνοές για 20 λεπτά.

Οι παρενέργειες του inhaler νικοτίνης μπορεί να περιλάβουν :

- ο Βήχα
- ο Ερεθισμό λαιμού
- ο Στομαχικές ενοχλήσεις .

Ο βήχας συνήθως υποχωρεί πολύ σύντομα. (The Wall Street Journal Online 2005)

• 9.4.2.στ Χάπια νικοτίνης

3.6.1.Υδροχλωρική βουπροπιόνη (Zyban)

Η υδροχλωρική βουπροπιόνη εγκρίθηκε το 1997 για να βοηθήσει τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα. Διατίθεται μόνο κατόπιν ιατρικής συνταγής

και πωλείται επίσης ως καταπραϊντικό με το όνομα Wellbutrin. Δεν περιέχει νικοτίνη, αλλά επιδρά στους υποδοχείς που υπάρχουν στον εγκέφαλο και σχετίζονται με την επιθυμία για την νικοτίνη. (FDA 2006, Hurt RD et al. 1997). Η θεραπεία με το χάπι αρχίζει ενώ ο χρήστης καπνίζει, μια εβδομάδα αφού έχει οριστεί η ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος. Η αγωγή συνεχίζεται για 7 έως 12 εβδομάδες. Η διάρκεια της αγωγής είναι εξατομικευμένη. Η δόση περιλαμβάνει 150 mg την ημέρα για τις τρεις πρώτες μέρες, ακολουθεί η αύξηση της δόσης από την τέταρτη μέρα της αγωγής που για τους περισσότερους ανθρώπους είναι 300mg ημερησίως. Η αγωγή πρέπει να διακόπτεται όταν έχουν περάσει 7 εβδομάδες και οι καπνιστές δεν έχουν σημειώσει σημαντική πρόοδο κατά τη διάρκεια αυτού του διαστήματος. Οι συνηθισμένες παρενέργειες περιλαμβάνουν: αϋπνία, ξηροστομία, κεφαλαλγία, άγχος.

3.6.2.Βαρενικλίνη (Chantix)

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

- ο Οι πιο συνηθισμένες παρενέργειες περιλαμβάνουν :
- ο Ναυτία
- ο Πονοκέφαλο
- ο Εμετό
- ο Αϋπνία
- ο Εφιάλτες
- ο Αλλαγή στην αίσθηση της γεύσης

10. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Το κάπνισμα ως επιδημία, είναι μια πολλή μεγάλη κοινωνική πρόκληση υγείας για όλα τα κράτη. Καμία άλλη νόμιμη ουσία που καλλιεργείται και διατίθεται νόμιμα δεν είναι τόσο θανατηφόρα και ισχυρά εθιστική όσο το κάπνισμα. Η ιστορία του ελέγχου του καπνού είναι τόσο γνωστή από τα παλιά χρόνια, που ήταν προνόμιο των δυτικών κρατών.

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

Η Ευρώπη έχει μακροχρόνια ιστορία στη ρύθμιση της παραγωγής, της πώλησης, της χρήσης, το εμπόριο και την τιμή του καπνού. Για πολλά χρόνια, η προαγωγή του δημόσιου εισοδήματος και η προστασία των καπνοκαλλιεργητών

παρέμενε ο κύριος στόχος (WHO, 2002). Διάφορες προσπάθειες που έχουν γίνει για την μείωση του καπνίσματος στην Ευρωπαϊκή Ένωση συμπεριλαμβάνουν, τόσο προληπτικές όσο και εκπαιδευτικές εκστρατείες και νομοθετικά μέτρα. Η κυριότερη εκστρατεία με θέμα την εκπαίδευση του κοινού για τους κινδύνους του καπνίσματος είναι το πρόγραμμα «η Ευρώπη ενάντια στον καρκίνο» που άρχισε το 1987. Το 1992 δημιουργήθηκε από τις επιχορηγήσεις που δίνονται για την ανάπτυξη του καπνού στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το Κοινοτικό Ταμείο για την Έρευνα και την Πληροφόρηση σχετικά με τον καπνό. Από αυτό το κεφάλαιο, περίπου πέντε εκατομμύρια ευρώ παρασχέθηκαν για τα δημόσια προγράμματα πληροφόρησης των κινδύνων του καπνίσματος και ένα παρόμοιο ποσό διατέθηκε για ερευνητικούς σκοπούς, ώστε να αναπτυχθούν λιγότερες επικίνδυνες ποικιλίες καπνού. (Council Regulation (EEC) 2075/92, Commission Implementing Regulation 2427/93). Το 1987, η Ευρώπη ήταν από τις πρώτες περιοχές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που πήρε την πρωτοβουλία ανάπτυξης ενός περιφερειακού προγράμματος δράσης κατά του καπνίσματος. Το πρώτο Ευρωπαϊκό πρόγραμμα δράσης ξεκίνησε το 1987-1991. (WHO 1987). Απαιτούσε την επιγραμματική προσέγγιση, περιλάμβανε περιορισμούς στην παραγωγή καπνού, στην διανομή του καπνού και στην προαγωγή των προϊόντων καπνού. Τόνιζε την προστασία των μη καπνιστών, την προώθηση της υγείας και την διοργάνωση προγραμμάτων αγωγής υγείας. Πρότεινε την παροχή κατάλληλης εκπαίδευσης στους επαγγελματίες υγείας αναφορικά με την διακοπή του καπνίσματος και την εξασφάλιση πρακτικής βοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος. Άσκησε πίεση στα κράτη μέλη για να ελέγξουν και να προωθήσουν τα παραπάνω μέτρα.

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

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

Προτάσεις του πρώτου σχεδίου δράσης κατά του καπνού από την Ευρωπαϊκή Αντικαρκινική Εταιρεία, 1987-1989.

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

1. Ευθυγράμμιση της φορολογίας στον καπνό που κατασκευάζεται στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα.
2. Χρηματοδότηση των προληπτικών ενεργειών σε εθνικό επίπεδο με την χρήση αυξανόμενων φορολογικών μέτρων που αφορούν τον καπνό.
3. Δημοσίευση των δεικτών από τη στατιστική υπηρεσία των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.
4. Εναρμόνιση του μαρκαρίσματος τσιγάρων στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα.
5. Απαγόρευση των τσιγάρων με ένα υψηλό περιεχόμενο πίσσας.
6. Εναρμόνιση των προτύπων για τα συστατικά του καπνού τσιγάρου.
7. Απαγόρευση των αφορολόγητων πωλήσεων του καπνού στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα.
8. Προστασία των παιδιών από τις πωλήσεις καπνού.
9. Επαναπροσανατολισμός όσον αφορά την παραγωγή λιγότερο τοξικών ποικιλιών καπνού.
10. Εκστρατεία πληροφοριών και δημόσιας ευαισθητοποίησης στον αγώνα κατά του καρκίνου.
- 11, Μελέτη και ανάπτυξη των προτεινόμενων κανονισμών σχετικά με το κάπνισμα στις δημόσιες θέσεις.
12. Μελέτη των εθνικών παροχών, και της ανάπτυξης των προτεινόμενων Κοινοτικών κανονισμών σχετικά με τον περιορισμό της δημοσιότητας καπνών.
13. Συγκριτική ανάλυση των αντικαπνιστικών εκστρατειών.
14. Ανταλλαγή πληροφοριών στον αγώνα κατά του καπνίσματος.
(*European Commission, Europe Against Cancer Programme 14*).

Σύμφωνα στοιχεία που έχουν δημοσιευθεί ο αριθμός θανάτων έφθασε το 1995, τους 1.2 εκατομμύρια ευρωπαίους ετησίως. (*Peto, R. et al 1994*). Το 1992, 37 προτάσεις δράσης ενσωματώθηκαν στο Δεύτερο Πρόγραμμα Δράσης για μια Ευρώπη ελεύθερη από καπνό «1992-1996», με σκοπό να ενισχύσουν τις δυνατότητες των κρατών μελών και να τονίσουν τις υποχρεώσεις τους. (*WHO 1992*).

Το νέο πρόγραμμα έδινε έμφαση στη δημιουργία συμμαχιών μεταξύ των κρατών μελών και στην προώθηση της αντίληψης των νέων κατά του καπνίσματος. Σύστησε στα κράτη μέλη να διαθέσουν περισσότερους ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους για περαιτέρω ανάπτυξη των προγραμμάτων αγωγής υγείας και των προγραμμάτων κατά του καπνίσματος.

Αν και το πρόγραμμα εφαρμόστηκε από τα περισσότερα κράτη μέλη, το διάστημα μεταξύ 1992 και 1996 χαρακτηρίζεται από την εκμετάλλευση των διεθνών επιχειρήσεων της τοπικής παραγωγής καπνού και την αύξηση των διαφημίσεων των προϊόντων τους. Στα μέσα της δεκαετίας του '90, το 36% των ενηλίκων ήταν ακόμη καθημερινοί καπνιστές. Από τις 36 χώρες που υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία, η κατανάλωση καπνού είχε αυξηθεί στις 15 από αυτές (κυρίως στις κεντρικές και ανατολικές περιοχές), είχε μειωθεί σε 14 περιοχές (κυρίως δυτικές περιοχές και σκανδιναβικές χώρες) και σταθερά ήταν τα ποσοστά καπνιστών για τις υπόλοιπες 7 χώρες. Οι Δυτικές χώρες, χρησιμοποίησαν ισχυρότερα μέτρα για τον έλεγχο της διαφήμισης, την αναγραφή των μηνυμάτων πάνω στα πακέτα και την αύξηση της φορολογίας, με αποτέλεσμα το κάπνισμα να σημειώσει πτώση. Στις ανατολικές Ευρωπαϊκές χώρες, οι θάνατοι που σχετιζόταν με το κάπνισμα αυξανόταν τόσο μεταξύ των αντρών όσο και μεταξύ των γυναικών. (*WHO 1997*).

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

Στην απέναντι όχθη, βρίσκονται οι μεγαλοβιομήχανοι καπνού που επιδιώκουν συνεχώς να αυξήσουν να κέρδη τους και ανταγωνίζονται όλες τις οργανώσεις και κυβερνήσεις που στόχο έχουν την μείωση του καπνίσματος. Οι

βιομηχανίες καπνού ξοδεύουν εκατομμύρια δολάρια για να επηρεάσουν την κοινωνική πολιτική. Επίσης ασκούν άμεση πίεση ,πληρώνοντας τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης για να επηρεάσουν τις απόψεις των πολιτών. (*Judith Mackay et al 2006*).

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

10.1 Συνθήκη Βαρσοβίας

Αναγνωρίζοντας ότι ο καπνός είναι μια τοξική και εθιστική ουσία και ότι η επιδημία του καπνίσματος είναι μια από τις μέγιστες προκλήσεις της δημόσιας υγείας που αντιμετωπίζει ο Π.Ο.Υ στην ευρωπαϊκή περιοχή, ήταν επόμενο να χρειάζεται μια κοινή απάντηση. Τη Συνθήκη της Βαρσοβίας.

Σε αυτήν υπογραμμίζεται ότι υπάρχει ένα αυξανόμενο χάσμα στον έλεγχο καπνού μεταξύ των κρατών μελών σε διάφορα μέρη της ευρωπαϊκής περιοχής .Σημειώνεται ότι, παρά τα επιτυχή παραδείγματα στην περιοχή, διάφορα κράτη μέλη πρόκειται ακόμα να καθιερώσουν τις περιεκτικές πολιτικές ελέγχου καπνών. Αναγνωρίζεται ότι οι σημερινές και μελλοντικές γενιές αξίζουν να ζουν σε ένα περιβάλλον χωρίς καπνό και να προστατευθούν από την ακούσια έκθεση στον περιβαλλοντικό καπνό τσιγάρου και τις αρνητικές για την υγεία, οικονομικές και κοινωνικές επιδράσεις από τη χρήση καπνού.

Επίσης υπογραμμίζεται ότι η διακοπή καπνίσματος συμβάλλει έντονα σε ενδεχόμενη μείωση στην επικράτηση καπνίσματος. Σκοπός της συνθήκης ήταν να στηριχτεί επάνω στην θεμελίωση της πρώτης Ευρωπαϊκής Διάσκεψης για την πολιτική του καπνού (Μαδρίτη, 1988) και τα τρία διαδοχικά προγράμματα δράσης για μια Ευρώπη χωρίς καπνό που εκτείνεται την περίοδο 1987-2001.Επικυρώνεται ο κεντρικός ρόλος

των κυβερνήσεων στη συμφωνία , αναθεωρούνται και ενισχύονται τα προγράμματα δράσης τους, παρασέρνοντας τις συνεισφορές από την κυβέρνηση, τις μη κυβερνητικές οργανώσεις και τους επαγγελματίες υγείας. Επίσης δίνεται έμφαση στην ικανότητα και την ηγεσία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO) μέσα στο σύστημα Ηνωμένων Εθνών στον τομέα του ελέγχου καπνών .Επαινείται η σημαντική αξία της ενίσχυσης των περιφερειακών συνεργασιών και της αλληλεγγύης για την αποδοτική δράση ενάντια στην κατανάλωση καπνών. Όλοι οι υπουργοί συμφωνούν στο ότι:

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

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

εναλλακτικής λύσης στην παραγωγή καπνού πρέπει να προωθηθούν, καθώς επίσης και η βαθμιαία μεταφορά των επιχορηγήσεων για την ανάπτυξη καπνού σε άλλες δραστηριότητες.

- Οι πολιτικές του καπνού πρέπει να περιλάβουν τις συγκεκριμένες ανησυχίες και τις προοπτικές σε όλες τις πτυχές του ελέγχου καπνού.

2. Υποστηρίζουν την προετοιμασία μιας περιεκτικής Συνθήκης πλαισίου WHO σχετικά με τον έλεγχο καπνών (FCTC) και ωθούνε όλα τα κράτη μέλη στην ευρωπαϊκή περιοχή και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή:

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

3. Πιέζουν τα κράτη μέλη και τις διακυβερνητικές οργανώσεις για να ενισχύσουν την ευρωπαϊκή συνεργασία και την αλληλεγγύη στον έλεγχο καπνού:

- Δημιουργία ενός κατάλληλου διακυβερνητικού μηχανισμού για την κανονική ανταλλαγή των πληροφοριών στους τεχνικούς, επιστημονικούς και νομικούς τομείς του ελέγχου καπνού.
- Κλείνουν χάσματα στις πολιτικές ελέγχου καπνού μεταξύ των διαφορετικών περιοχών της Ευρώπης με τη χρησιμοποίηση της εμπειρίας των επιτυχών προγραμμάτων.

- Διευκολύνουν τη βοήθεια στην ανάπτυξη των εθνικών πολιτικών ελέγχου καπνού στα κράτη μέλη που βρίσκονται σε οικονομική μεταβατική δράση.
- Ενισχύουν τον ρόλο των αντίστοιχων εθνικών δικτύων για την Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τον Έλεγχο του καπνού.
- Καταβάλλουν προσπάθειες να περιληφθούν όλα τα τμήματα της κοινωνίας στην καταπολέμηση της κατανάλωσης καπνού.

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

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν δημοσιευθεί κατά καιρούς, πέντε μέτρα ελέγχου του καπνίσματος έχουν αποδειχθεί ως τα επικρατέστερα για την μείωση του καπνίσματος. (Giskes, K., Kunst A.E. 2004).

Αυτά περιλαμβάνουν :

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

Συνθήκη Πλαισίου σχετικά με τον Έλεγχο Καπνού (FCTC)

Την 1^η Ιουνίου του 2004, το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης ενέκρινε τη Συνθήκη Πλαισίου σχετικά με τον Έλεγχο καπνού (FCTC) ,το οποίο δημιουργήθηκε υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Το (FCTC) είναι η αρχική Συνθήκη Υγείας. Η Ευρωπαϊκή Ένωση και τα κράτη μέλη επικύρωσαν τη Συνθήκη τον Νοέμβριο του 2004 και η Συνθήκη τέθηκε σε ισχύ το Φεβρουάριο του 2005. (*Judith Mackay et al 2006*). Λαμβάνοντας υπόψη την μείωση του καπνού, η Συνθήκη καλεί τα μέλη που συμμετέχουν να θεσπίσουν, να ενημερώσουν και να εφαρμόσουν αποτελεσματικά τα νομοθετικά, τα εκτελεστικά, τα διοικητικά ή άλλα μέτρα. **Στη συνθήκη περιλαμβάνονται κάποιες από τις ακόλουθες οδηγίες:**

- Μέτρα που περιλαμβάνουν την αύξηση των τιμών και των φόρων των προϊόντων καπνού για να μειωθεί η ζήτηση τους (άρθρο 6). Τα μέτρα που περιλαμβάνουν την αύξηση των τιμών και των φόρων έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά και έχουν σημαντικό νόημα στην μείωση της κατανάλωσης καπνού, ειδικά μεταξύ των νέων(22), ένα γεγονός το οποίο αναγνωρίζεται και από την Συνθήκη του Π.Ο.Υ. (*WHO 2003*).
- Προστασία από την έκθεση στον καπνό του τσιγάρου (άρθρο 8). Το Π.Ο.Υ. απαιτεί, οι ομάδες να υιοθετήσουν και να εφαρμόσουν αποτελεσματικά τα νομοθετικά, τα εκτελεστικά, τα διοικητικά και/ή άλλα μέτρα «που προβλέπουν την προστασία από την έκθεση στον καπνό του τσιγάρου στους εσωτερικούς εργασιακούς χώρους, τις δημόσιες συγκοινωνίες, τους εσωτερικούς δημόσιους χώρους και ανάλογα με την περίπτωση και άλλους δημόσιους χώρους». (*WHO 2003*).
- Όπου ένα κόμμα στερείται νομικής αρμοδιότητας για να το εφαρμόσει σε εθνικό επίπεδο, τότε να προωθούνται ενεργά τα ισοδύναμα μέτρα σε επίπεδο νομαρχιών-δήμων. (*WHO 2003*).
- Κανονισμός των προϊόντων που περιέχονται στον καπνό.(άρθρο 9). Το Συνέδριο των Κομμάτων πρέπει να αναπτύξει τις κατευθυντήριες γραμμές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τις χώρες για τις δοκιμές, τις μετρήσεις και τον συντονισμό των περιεχομένων και εκδοχών αυτών. Τα

Κόμματα πρέπει να υιοθετήσουν κατάλληλα νομοθετικά μέτρα σε εθνικό επίπεδο. (WHO 2003).

- Το πακετάρισμα και οι επιγραφές των προϊόντων καπνού (άρθρο 11). Το πακετάρισμα του καπνού εξασφαλίζει ένα αποτελεσματικό μέσο έκφρασης για την προώθηση του καπνού, και έχει αυξήσει σημαντικά την εσωτερική ερευνα αγοράς καθώς τα άλλα είδη διαφήμισης έχουν περιοριστεί. (Wakefield *M et al* 2002).

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

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

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

πρέπει να ζητήσουν μια σειρά από απαγορεύσεις όλων των διαφημίσεων, των προωθήσεων και των εγγυητών των προϊόντων καπνού.

Τα σημαντικότερα άρθρα της Συνθήκης Πλαισίου Σχετικά με τον Καπνό είναι:

Κανονισμοί σχετικά με:

- Περιεχόμενα, πακετάρισμα και οι προειδοποιήσεις των προϊόντων καπνού .
- Απαγόρευση της πώλησης προς και από τους ανήλικες.
- Παράνομη εμπορία των προϊόντων καπνού.
- Κάπνισμα σε δημόσιους και χώρους εργασίας.

Η μείωση της κατανάλωσης εξαρτάται από:

- Τιμή και μέτρα φορολόγησης.
- Περιοριστικά νομικά μέτρα των διαφημίσεων καπνού, της προώθησης και των εγγυητών.
- Εκπαίδευση, αύξηση ενημέρωσης του κοινού και βοήθεια για την διακοπή.
- Προστασία του περιβάλλοντος και της υγείας των εργατών του καπνού.
- Οικονομική ενίσχυση για εναλλακτικές δραστηριότητες .
- Έρευνες, τηλεφωνικά κέντρα παροχής πληροφοριών.

10.2 Φορολογικά μέτρα.

Οι οικονομικές πτυχές είναι από τους καλύτερους τρόπους πρόληψης έναρξης του καπνίσματος, και ίσως ο σημαντικότερος τρόπος για τη διακοπή του καπνίσματος. (*Jha P, Chaloupka FJ. 2000, Gallet CA, List JA. 2003, Liang L et al 2001, Jamrozik K. 2004*). Γυρνώντας τον χρόνο πίσω διαπιστώνεται ότι για πρώτη φορά η ΕΕ είχε επιβάλει φορολογικούς κανονισμούς το 1972. (*Cnossen S. 2003*). Από τις αρχές της δεκαετίας του '80, οι προσπάθειες φορολογικής εναρμόνισης για τον καπνό έχουν χαρακτηριστεί από διαφωνίες και συμβιβασμούς, τόσο μεταξύ των καπνοβιομηχανιών, όσο και μεταξύ των κρατών μελών που καλλιεργούν καπνό για την επιλογή του κατάλληλου φορολογικού καθεστώτος.

Το 1992, η Ε.Ε. λαμβάνοντας υπόψη την ενιαία αγορά, υιοθέτησε ένα σύνολο κοινών οδηγιών, για να εξασφαλίσει μια εναρμόνιση μεταξύ των φορολογικών

επίπεδων των προϊόντων καπνού σε όλα τα κράτη μέλη. Αντιπροσώπευε ένα συμβιβασμό μεταξύ του αναλογικού φόρου και των υπερασπιστών του ειδικού φόρου. Οι οδηγίες καθιέρωσαν μια γενική επιβολή φόρου τουλάχιστον 57% της λιανικής τιμής των δημοφιλέστερων κατηγοριών τσιγάρων. Διευκρινίζεται ότι θα λαμβάνεται με το ελάχιστο ποσοστό Φ.Π.Α. κατά 13,4% και το κατώτατο γενικό επίπεδο φορολογίας στα τσιγάρα ήταν 70%. Οι χώρες ήταν ελεύθερες να κρατήσουν την ισορροπία μεταξύ του αναλογικού και του ειδικού φόρου, με την προϋπόθεση ότι οι κατώτατες τιμές θα κυμαινόταν μεταξύ 5-55% του συνολικού φόρου συμπεριλαμβανομένου και του Φ.Π.Α. Αν και τα παραπάνω μέτρα οδήγησαν σε αύξηση των τιμών, δεν εξάλειψαν τις μεγάλες διαφορές στα επίπεδα τιμών και φόρων στην αγορά της ΕΕ. Για τον ίδιο λόγο, τα πολύ φτηνά τσιγάρα συνέχισαν να παράγονται, να διανέμονται και να πωλούνται. (*Gilmore A, McKee M. 2004*).

Η επιτροπή δεσμεύτηκε να ανανεώσει τα μέτρα της ελάχιστης φορολογίας, ως εργαλείο για να μετριάσει τις ανησυχίες της δημόσιας υγείας για τον αντίκτυπο του καπνού. (*Commission IP/01/368 2001*). Η οδηγία του 2002 σφίγγει την ελάχιστη φορολογία υπέρ του συγκεκριμένου φόρου, η οποία σύμφωνα με το σχέδιο μειώνει τις διαφορές τιμών και οδηγεί τα πολύ φτηνά προϊόντα εκτός αγοράς. Η οδηγία που εκδόθηκε τον Φεβρουάριο του 2002, συμπλήρωσε το 57% του κανόνα με την απαίτηση ότι ο συνολικός φόρος δεν μπορεί να είναι λιγότερο από 60€ ανά 1000 τσιγάρα στην δημοφιλέστερη κατηγορία τσιγάρων, που ανέρχεται στα 64€ ανά 100 τσιγάρα μέχρι την 1^η Ιουλίου του 2006. Εναλλακτικά τα κράτη μπορούν να επιλέξουν μια “πρόσθετη λύση” που τους απαλλάσσει από την απαίτηση του 57% εάν έχουν ελάχιστο συνολικό φόρο 95€ ανά 1000 τσιγάρα. (101€ ανά 100 τσιγάρα από την 1^η Ιουλίου του 2006) (*EU Council directive 2002*).

Η τάση της αγοράς στις πραγματικές τιμές των τσιγάρων στην ΕΕ μεταξύ 1990 και 2000 είναι αρκετά διαφορετική. Ενώ η πραγματική τιμή και των τοπικών εμπορικών προϊόντων και των τσιγάρων Marlboro αυξήθηκε περισσότερο από 5% ετησίως στη Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο, παρέμεινε σταθερή π.χ. στην Αυστρία, τη Γερμανία και τη Δανία. Παρά τις προσπάθειες να χρησιμοποιηθούν οι φόροι τσιγάρων ως μέσο για την προστασία της δημόσιας υγείας, τα τσιγάρα στην Ευρώπη εξακολουθούν να είναι προσιτά στο κοινό. Στο Ηνωμένο Βασίλειο παρά τις πρόσφατες αυξήσεις στις τιμές του καπνού, τα τσιγάρα είναι πιο προσιτά από ότι ήταν την δεκαετία του 1960. (*UK Department of Health 1998*). Η τιμή είναι ο

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

Το 1999, η Παγκόσμια Τράπεζα κατάληξε στο συμπέρασμα ότι εάν αυξανόταν 10 % η τιμή των καπνών η μείωση στη χρήση καπνού θα έφτανε στο 4% στις αναπτυγμένες χώρες και περίπου στο 8% στις αναπτυσσόμενες. (*Chaloupka et al., 2000*).



Regional Report: Europe (EU).

Επίσης μπορεί να μειωθεί η πιθανότητα έναρξης του καπνίσματος μεταξύ 3% και 10%. (*Tauras JA. Et al 2001*). Τα εμπειρικά στοιχεία δείχνουν ότι οι υψηλοί φόροι, είναι σε θέση να μειώσουν το κάπνισμα ακόμη και κάτω από την παρουσία του λαθρεμπορίου. (*Merriman D. Et al 2000*). Διάφορες έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η αύξηση των φόρων, είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στην μείωση του καπνίσματος μεταξύ των νέων και των νέων ενήλικων, αλλά και μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων με χαμηλά εισοδήματα. (*Lewit EM. Et al 1981, Chaloupka FJ, Grossman M. 1996, Evans WN, Farrelly MC. 1997, Farrelly MC, Bray JW. 1998*).

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

καπνού, οι αυξήσεις των φόρων θα οδηγήσουν σε αρκετές μεγάλες αυξήσεις στα φορολογικά έσοδα. Οι φορολογικές αυξήσεις στα προϊόντα καπνού τις τάξης του 10%, θα αυξήσουν τα φορολογικά έσοδα κατά περίπου 7%. (*Warsaw Declaration 2002*). Οι έρευνες έχουν δείξει ότι ένα μέρος των καπνιστών αντιδρούν στην αύξηση της τιμής, με την αγορά φτηνότερων προϊόντων καπνού. Άρα για να επιτευχθεί ο γενικός στόχος που είναι η μείωση του καπνίσματος, οι φόροι θα πρέπει να είναι ενιαίοι για όλα τα προϊόντα καπνού. (*Chaloupka, f.j. et al 1997, Chapman, s. & Richardson, j. 1990, Ohsfeldt, r.l. et al 1997*).

Η πρόταση της Παγκόσμιας Τράπεζας είναι να επιβληθούν παρόμοια ποσά φόρων σε όλα τα είδη των προϊόντων καπνού, τσιγάρα, πούρα, καπνός σωλήνων, στριφτό, ταμπάκο και καπνό μασήματος. (*Prabat, j. & Chaloupka, f.j. 2000*). Σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως η Γαλλία τα κέρδη από τους φόρους υπολογίζεται ότι ανέρχονται περίπου στο 78% της λιανικής πώλησης, όταν οι τιμές του καπνού αυξάνονταν κατά μέσο όρο ετησίως με 12% κατά την περίοδο 1992-1997, τα κρατικά έσοδα διπλασιάζονται και οι πωλήσεις των τσιγάρων σημειώνουν πτώση της τάξης του 14,5%. (*Elihan-Chenin, p. 2004*). Συγκρινόμενη με άλλες χώρες της ΕΕ οι φόροι στα προϊόντα καπνού στην Γερμανία βρίσκονται σε μέτριο επίπεδο. Από την φορολογική αύξηση στις αρχές του 2002, ο καταμερισμός των φόρων καπνού αναφερόταν σε ποσοστό 61% στα ποσά λιανικών τιμών. (*Guindon, g.e. et al. 2002*).

Τονίζεται ότι στρατηγικές εθνικές ενέργειες πρέπει να περιλαμβάνουν:

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

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστηρίζει ότι η αποδοτικότερη μέθοδος για να μειωθεί το κάπνισμα είναι ο διπλασιασμός της τιμής των προϊόντων καπνού. Άλλωστε συνδυάζοντας τις φορολογικές αυξήσεις και με άλλα μέτρα-ελέγχου καπνού, είναι ένας πολύ οικονομικός αποδοτικός τρόπος για να βελτιωθεί η υγεία των πληθυσμών. Επομένως η αύξηση των φόρων και των τιμών των τσιγάρων, είναι ένα από τα σημαντικότερα μέτρα για τον έλεγχο του καπνού, και πρέπει να ενταχθεί

στις κυβερνητικές προσπάθειες που θέλουν να βελτιώσουν την υγεία των πληθυσμών. Οι χώρες οι οποίες υιοθέτησαν αυτά τα μέτρα παρουσίασαν σημαντική μείωση του καπνίσματος μεταξύ των αντρών, τη σταθεροποίηση του αριθμού των καπνιστών μεταξύ των νέων, μια μικρή μείωση μεταξύ των γυναικών που καπνίζουν και μια εξίσου σημαντική μείωση στα ανδρικά ποσοστά θανάτων λόγω του καπνίσματος. (WHO, Estc 2002).

10.3 Αναγραφή μηνυμάτων σε πακέτα.

Από την δεκαετία του 1960 είχαν αρχίσει να χρησιμοποιούνται οι προειδοποιήσεις πάνω στα πακέτα τσιγάρων που έκαναν λόγω για τους κινδύνους που συνδέονται με το κάπνισμα. Η αναγραφή των μηνυμάτων είναι πια υποχρεωτική στις περισσότερες χώρες παγκοσμίως και διαρκώς περισσότερες δημιουργικές μέθοδοι χρησιμοποιούνται για να παρουσιάσουν αυτά τα μηνύματα. (Mackay J. et al.,2006). Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δημιούργησε το κοινό πρόγραμμα στο τέλος του 1986. (*Europe against cancer programme 1987*).

Περιλάμβανε 14 μέτρα ενάντια στον καπνό, ένα από τα οποία αφορούσε τις επιγραφές των προϊόντων καπνού. Στόχος ήταν η δημιουργία μιας ενιαίας αγοράς που απαιτούσε κοινούς εμπορικούς κανόνες, οι οποίοι έπρεπε να έχουν προτεραιότητα την προστασία της υγείας. Συγχρόνως η Ιρλανδία άνοιγε το δρόμο με ισχυρές και σαφείς προειδοποιήσεις για την υγεία όπως «το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο», που τυπώνεται με κεφαλαία γράμματα και καταλαμβάνει την μεγαλύτερη επιφάνεια του πακέτου. Αντίθετα άλλες χώρες όπως το Λουξεμβούργο, η Ελλάδα και η Ολλανδία δεν είχαν κανένα νόμο σχετικό με τις αναγραφές μηνυμάτων. Η οδηγία αναφορικά με τις αναγραφές των μηνυμάτων εκδόθηκε τον Νοέμβριο του 1989 και τέθηκε σε ισχύ την 1^η Ιανουαρίου του 1992 τροποποιήθηκε ελάχιστα μέσω της οδηγίας 92/41/EK. (*Richonnier M. 1991*). Από τον Ιανουάριο του 1992 η πίσσα και η νικοτίνη πρέπει να αναγράφονται στα πακέτα των τσιγάρων και όλα τα προϊόντα καπνού πρέπει να φέρουν την προειδοποίηση ότι : «το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία». Επίσης τα πακέτα τσιγάρων, πρέπει να φέρουν μια πρόσθετη ειδική προειδοποίηση που επιλέγεται από ένα κατάλογο. Η προειδοποίηση, πρέπει να είναι τυπωμένη στις επίσημες γλώσσες της χώρας στην οποία πρόκειται να πουληθεί ο καπνός και πρέπει

να καλύπτει το λιγότερο το 4% της κάθε μεγάλης επιφάνειας του πακέτου, αποκλείοντας ένδειξη της αρμόδιας αρχής. Το ποσοστό ήταν 6% για τις χώρες που είχαν δύο επίσημες γλώσσες και 8% για τις χώρες που είχαν τρεις επίσημες γλώσσες. Η επιτροπή είχε την απαίτηση η επιγραφή να είναι σαφής, ευανάγνωστη, τυπωμένη με μαύρους έντονους χαρακτήρες σε φόντο που να κάνει αντίθεση. Δεν έπρεπε να τυπωθούν σε μια θέση όπου μπορούσαν να υποστούν φθορές όταν το πακέτο ήταν ανοιχτό ή είχε ένα διαφανές περιτύλιγμα ή οποιαδήποτε άλλο εξωτερικό περιτύλιγμα. Οι ίδιες αναγραφές ίσχυαν και για τα προϊόντα καπνού με την διορία να εφαρμοστούν μέχρι την 1^η Ιανουαρίου του 1994. (*The development of European Union Tobacco-Control Policy*).

Η οδηγία για τις αναγραφές των μηνυμάτων, έγινε δεκτή με ευχαρίστηση από τις Ευρωπαϊκές οργανώσεις πρόληψης του καπνίσματος και η νομοθεσία αναγραφής μηνυμάτων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής έγινε το πρότυπο ολόκληρης της Ευρώπης. Η Διάσκεψη του Π.Ο.Υ το 1988 στην Μαδρίτη τόνιζε ότι οι προειδοποιήσεις υγείας πρέπει να είναι ευανάγνωστες, και ευανάγνωστα. Όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας του Π.Ο.Υ. πρέπει να εγκρίνουν τα μέτρα που περιλαμβάνονται στην Οδηγία της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, αναφορικά με τις προειδοποιήσεις υγείας''

Ο αντίκτυπος ήταν τεράστιος, δεδομένου ότι οι οδηγίες ήταν δεσμευτικές σε όλα τα κράτη μέλη, ακόμα και σε χώρες χωρίς σχεδόν καμία νομοθεσία για τον έλεγχο του καπνού όπως η Ολλανδία, η Δανία, η Ελλάδα, το Λουξεμβούργο οι οποίες έπρεπε να ενισχύσουν τις προειδοποιήσεις υγείας. Εκτός από τον άμεσο αντίκτυπο της οδηγίας στα κράτη μέλη, έγινε παράδειγμα για πολλές χώρες που ήθελαν να προσχωρήσουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Το μέγεθος των μηνυμάτων είναι σημαντικό και γίνεται αποδεκτό ότι πρέπει να καλύπτει τουλάχιστον το 25% των μπροστινών και πίσω επιφανειών των πακέτων. Αναφορικά με το μέγεθος των μηνυμάτων αξίζει να αναφερθεί το παράδειγμα της Πολωνίας. Στις 9 Νοεμβρίου του 1995 θεσπίστηκε με συντριπτική πλειοψηφία ένας νόμος για την προστασία της δημοσίας υγείας. Ανέφερε ότι οι προειδοποιήσεις στα πακέτα τσιγάρων θα έπρεπε να καταλαμβάνουν το 30% των δύο μεγαλύτερων επιφανειών. Το 1998 το Πολωνικό Κοινοβούλιο επιβεβαίωσε ότι το μέγεθος των μηνυμάτων θα παρέμενε στο 30%. Εκείνη την περίοδο ήταν το μεγαλύτερο μέγεθος στον κόσμο και 3 χρόνια αργότερα επηρέασε το μέγεθος των μηνυμάτων στην ΕΕ. (*The development of European Union Tobacco-Control Policy*).

Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον Καναδά έδειξε ότι οι μεγαλύτερες αναγραφές ήταν πιο αποτελεσματικές. Εξέτασε την αύξηση του μεγέθους των αναγραφών από 30% σε 60% και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μια σημαντική σχέση μεταξύ του μεγέθους των μηνυμάτων και της επιρροής που ασκούν στο θέμα του καπνίσματος. Όσο μεγαλύτερο είναι το μέγεθος της προειδοποίησης τόσο πιο αποτελεσματικά επιδρά στην απόφαση των καπνιστών να σταματήσουν το κάπνισμα. (*Health Canada 1999, Strahan EJ. Et al 2002*).

Κύριες διατάξεις αναγραφής μηνυμάτων στα Προϊόντα Καπνού 2001(2001/37/ΕΚ).

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

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

Τα στοιχεία που έχουν δημοσιευθεί από το Ηνωμένο Βασίλειο αναφορικά με την επίδραση των μηνυμάτων στους καπνιστές είναι ενθαρρυντικά. Οι καπνιστές σκέφτονται τα προειδοποιητικά μηνύματα. Υπάρχουν αναφορές για καπνιστές που

αρνήθηκαν ένα τσιγάρο λόγω των μηνυμάτων. Έτσι γίνεται αντιληπτή η αποτελεσματικότητα των μηνυμάτων και υπάρχουν καπνιστές που εξετάζουν τις προειδοποιήσεις στα πακέτα ως κίνητρο για να διακόψουν το κάπνισμα. (Fong GT. Et al 2004). Οι μεγάλες προειδοποιήσεις υγείας στα πακέτα τσιγάρων παρουσιάστηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο την 1^η Ιανουαρίου 2003. (Fong GT. Et al 2004).

Ένα από τα μεγαλύτερα εφόδια της Συνθήκης του Π.Ο.Υ σχετικά με τον έλεγχο καπνού είναι το άρθρο 11, στο οποίο γίνεται σύσταση ότι τα μηνύματα υγείας πρέπει να καλύπτουν πάνω από το 50% της φανεράς επιφάνειας, αλλά απαιτείται να καλύπτουν τουλάχιστον το 30% των κυρίως περιοχών, και είτε μπορούν να έχουν μορφές είτε να περιλαμβάνουν εικόνες ή εικονογραφήματα. Η σύναψη της συμφωνίας πραγματοποιήθηκε στις 28 Φεβρουαρίου του 2003 και διατήρησε τις αρχικές υποχρεώσεις. Τα μεγάλα, άμεσα μηνύματα υγείας είναι ένας από τους αποτελεσματικότερους τρόπους τόσο για την πληροφόρηση των καπνιστών για τους κινδύνους που διατρέχουν (ενθαρρύνει έτσι τους καπνιστές να σταματήσουν το κάπνισμα) όσο για την αποθάρρυνση των μη καπνιστών να αρχίσουν το κάπνισμα.

Τα συμπεράσματα των ερευνών καταλήγουν ότι οι προειδοποιήσεις υγείας, είναι αποτελεσματικές μόνο εάν περιέχουν πολλαπλά, ισχυρά και άμεσα μηνύματα. Στοιχεία από τον Καναδά, τη Βραζιλία, την Αυστραλία, (World Bank 2003) την Ολλανδία (Persbericht Defacto 2002) και το Βέλγιο. (Joossens L. 2004). δείχνουν ότι οι μεγάλες αναγραφές είναι αρκετά αποτελεσματικές ώστε να αποθαρρύνουν το κάπνισμα και να αυξήσουν την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία.

Οδηγία της ΕΕ για τα προϊόντα καπνού κανονισμός (2001/37/ΕΚ).

Περιεχόμενο των προειδοποιήσεων:

Θέση στο πακέτο	Μήνυμα
Πρόσοψη	Το κάπνισμα σκοτώνει
Πρόσοψη	Το κάπνισμα μπορεί να βλάψει σοβαρά εσάς και τους γύρω σας
Πίσω	Οι καπνιστές πεθαίνουν νεότεροι
Πίσω	Το κάπνισμα φράζει τις αρτηρίες, προκαλεί καρδιακή προσβολή και έμφραγμα του μυοκαρδίου
Πίσω	Το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο πνευμόνων
Πίσω	Το κάπνισμα βλάπτει το έμβρυο
Πίσω	Προστατέψτε τα παιδιά : μην τα αναγκάζετε να αναπνέουν τον

	καπνό σας
Πίσω	Ο γιατρός ή ο φαρμακοποιός σας μπορούν να σας βοηθήσουν να σταματήσετε το κάπνισμα
Πίσω	Το κάπνισμα είναι ιδιαίτερα εθιστικό, μην το αρχίσετε
Πίσω	Διακόπτοντας το κάπνισμα μειώνεται τους κινδύνους ασθενειών της καρδιάς και των πνευμόνων
Πίσω	Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει έναν αργό και επίπονο θάνατο
Πίσω	Ζητήστε βοήθεια για να σταματήσετε το κάπνισμα :τηλέφωνο, ταχυδρομική διεύθυνση, διεύθυνση Διαδικτύου, συμβουλευθείτε το γιατρό ή το φαρμακοποιό σας
Πίσω	Το κάπνισμα μπορεί να μειώσει τη ροή του αίματος και να προκαλέσει ανικανότητα
Πίσω	Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει γήρανση της επιδερμίδας
πίσω	Το κάπνισμα μπορεί να βλάψει το σπέρμα και να μειώσει τη γονιμότητα
Πίσω	Ο καπνός περιέχει βενζόλιο, νιτροζαμίνες, φορμαλδεΰδες και υδροκυάνιο

(EU Directive 2001/37)

Η οδηγία της Ευρωπαϊκής Κοινότητας επιβάλλει ότι τα ανώτερα όρια για την πίσσα είναι 10mg, για την νικοτίνη 1mg και το μονοξειδίο του άνθρακα 10mg, που επιτρέπεται να περιέχουν τα τσιγάρα. Η Επιτροπή της ΕΕ, θα παράσχει τις οδηγίες προς τα κράτη μέλη για να προσθέσουν τις εικόνες πάνω στις συσκευασίες καπνών και να ενισχύσουν περαιτέρω τις γραπτές προειδοποιήσεις.

- Απαιτείται από τις καπνοβιομηχανίες να αναγράφουν λεπτομερώς τις πρόσθετες ουσίες που χρησιμοποιούν στα προϊόντα καπνού και το σκοπό τους, και απαγορεύεται να αναγράφονται στα προϊόντα καπνού οι επιγραφές “ελαφρύ” και “μαλακό” που παραπλανούν το κοινό. (*Judgment of the European Court of Justice 10 December 2002*).

Το μαρκάρισμα των παραγώγων καπνού είναι ένα άλλο στοιχείο στρατηγικής καταπολέμησης του καπνίσματος και πολλές χώρες έχουν υιοθετήσει αυτή τη στάση όπως π.χ. η Αυστραλία, η Πολωνία και ο Καναδάς. (*Borland, 1997, Przewozniak and Zatonski 2002, Health Canada, 2003*). Τα μηνύματα στα πακέτα είναι ένα έγκυρο επικοινωνιακό εργαλείο. Η αποτελεσματικότητα των μηνυμάτων θα αυξηθεί, εάν γίνουν πιο σημαντικά (*Kaiserman, 1993*), η τύπωση να γίνει με χρωματική αντίθεση (*Ross, 1981*), η ύπαρξη ποικιλίας σχεδίου και περιεχομένου. (*Bhalla και Lastovieka, 1984*), η ανάπτυξη συγκεκριμένου κοινού και η δημιουργία φορέων που παρακολουθούν την έρευνα εισαγωγής και αγοράς. (*Jacoby et al., 1982, Fischer et al., 1993*).

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

Στις χώρες της Νότιας Ευρώπης οι γνώμες των καπνιστών ήταν πολλές φορές αδιάφορες και σε κάποιες περιπτώσεις ακόμα και περιφρονητικές όσον αφορά το σχήμα και το περιεχόμενο των μηνυμάτων. Συγκεκριμένα στην Ελλάδα οι άντρες θεώρησαν την επιβολή των μηνυμάτων άσκοπη. (*Devlin E. et al 2005*).

10.4 Άλλα προληπτικά μέτρα για τη μείωση του καπνίσματος.

- **Περιορισμοί του μάρκετινγκ.**

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

Μια ανασκόπηση στο παρελθόν μας ενημερώνει ότι : το 1989 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ενέκρινε μια πρόταση σκοπεύοντας να εναρμονίσει τους νόμους των κρατών μελών με τις απαγορεύσεις καπνού. Θεώρησε ότι η πρόταση για ολοκληρωτική απαγόρευση των διαφημίσεων καπνού ήταν αδύνατη, δεδομένου ότι μόνο δύο χώρες (Ιταλία και Πορτογαλία) είχαν μια σχετική απαγόρευση εκείνη την περίοδο. Το θέμα των τηλεοπτικών διαφημίσεων καλύφθηκε από μια πρόταση της επιτροπής με οδηγία που εγκρίθηκε το 1989 (89/522/EK). (*Official Journal 1989*). Εντούτοις στις 14 Μαρτίου του 1990 το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο ψήφισε υπέρ μιας ολοκληρωτικής απαγόρευσης των διαφημίσεων καπνού. Αυτή η σαφής ψηφοφορία του Κοινοβουλίου τράβηξε την προσοχή των ΜΜΕ και άσκησε πίεση στο Συμβούλιο για να συμφωνήσει και να ακολουθήσει μια κοινή πολιτική για τις διαφημίσεις καπνού. Παρόλα αυτά, το Συμβούλιο ήταν ανίκανο να πετύχει συμφωνία αφού τουλάχιστον τρεις χώρες αντιτάχθηκαν στην πρόταση (η Γερμανία, το Ηνωμένο

Βασίλειο και η Ολλανδία). (*The development of European Union Tobacco-Control Policy*).

Το 1990 η Γαλλική κυβέρνηση ανήγγειλε το σχέδιο της να απαγορεύσει τη διαφήμιση καπνού. Το σχόλιο της εφημερίδας “*Le Monde*” στις 16 Μαρτίου του 1990 αναφέρει «με την υιοθέτηση των ισχυρών συστάσεων, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο θέλει να επιταχύνει την πάλη ενάντια στον καπνό». (*Scotto M. 1990*). Ο Γαλλικός νόμος ψηφίζεται στις 10 Ιανουαρίου του 1991, (γνωστός ως loi Evin) και ήταν μια από τις ισχυρότερες απαγορεύσεις διαφήμισης καπνού στον κόσμο. Περιέλαβε μια απαγόρευση των υποστηρικτών του καπνού ακόμα και για διεθνή γεγονότα, όπως η Φόρμουλα Ένα. Το 1991 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή λαμβάνοντας υπόψη την Ψηφοφορία του Κοινοβουλίου και τις εξελίξεις των κρατών μελών ενέκρινε ένα νέο μέτρο. Ο καπνός είχε πλέον μια ειδική θέση : ήταν το μόνο ελεύθερο διαθέσιμο προϊόν, του οποίου η διαφήμιση απαγορευόταν στην τηλεόραση στην ΕΕ από τον Οκτώβριο του 1991 (οδηγία 89/522/ΕΚ). (*Richonnier M. 1991*). Η πιο ιστορική συνεδρίαση του Συμβουλίου Υγείας πραγματοποιήθηκε στις 4 Δεκεμβρίου του 1997, η οποία οδήγησε στην υιοθέτηση μιας κοινής θέσης για την απαγόρευση του καπνού. Η Γερμανία και η Αυστρία εναντιώνονται, το Ηνωμένο Βασίλειο ζητά μια μεταβατική περίοδο για την ισχύ της απαγόρευσης, η Δανία και η Ισπανία απέχουν.

Η οδηγία 98/43/ΕΚ για τη διαφήμιση ακυρώθηκε από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο μετά από νομική προσφυγή της Γερμανίας. Σύμφωνα με το δικαστήριο ήταν αδικαιολόγητη η απαγόρευση των πολυάριθμων τύπων διαφημίσεων καπνού (όπως οι αφίσες κινηματογράφων), διότι εμποδίζουν την ελεύθερη μετακίνηση της διαφήμισης, των μέσων ή της ελευθερίας. Η επιτροπή έκανε μια νέα πρόταση τον Μάιο του 2001 για να περιορίσει την διαφήμιση των προϊόντων καπνού και των υποστηρικτών του, η οποία υιοθετήθηκε 2 χρόνια αργότερα στις 26 Μαΐου του 2003 (οδηγία 2003/33/ΕΚ). (*Directive 2003/33/EC*). Το 1998 όταν η Ευρωπαϊκή Επιτροπή πήρε την πρώτη απόφαση για να απαγορεύσει την διαφήμιση των προϊόντων καπνού, μόνο η Ιταλία και η Πορτογαλία είχαν αυτή την οδηγία. Από το 2003 τα δύο τρίτα της ΕΕ (10/15 χώρες) είχαν υιοθετήσει την παραπάνω νομοθεσία: Ιταλία (1963), Φινλανδία (1977), Πορτογαλία (1982), Γαλλία (1991), Σουηδία (1994), Βέλγιο (1997), Ολλανδία (2002), Δανία (2002), Ηνωμένο Βασίλειο (2002) και Ιρλανδία (2003). Μέχρι το 2004 περισσότερο από 70% (18/25) των χωρών της ΕΕ είχε υιοθετήσει νομοθεσία για να απαγορεύσει τη διαφήμιση του καπνού. Οι οκτώ χώρες

που προστέθηκαν είναι: Λιθουανία (1995), Σλοβενία (1996), Εσθονία (1997), Πολωνία (1999), Ουγγαρία (2001), Σλοβακία (2001), Κύπρος (2002) και Τσεχία (2003).

Οι απαγορεύσεις της διαφήμισης καπνού θα είναι υποχρεωτικές μόλις τα κράτη μέλη επικυρώσουν την Συνθήκη Πλαισίου Σχετικά με τον Έλεγχο Καπνού (FCTC). (*WHO, Geneva 2003*). Τέτοιου είδους απαγορεύσεις θα πρέπει να περιλαμβάνουν και διαφημίσεις του Διαδικτύου σύμφωνα με το άρθρο 3 της οδηγίας 2003/33/ΕΚ (*Directive 2003/33/EC*) το οποίο απαγορεύει τις διαφημίσεις στο Διαδίκτυο που αφορούν τον καπνό και θα ετίθετο σε ισχύ στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα από τις 31 Ιουλίου του 2005. Εντούτοις οι χρήστες του Διαδικτύου στην ΕΕ, είναι σε θέση να έχουν πρόσβαση στους χώρους προώθησης του καπνίσματος που βρίσκονται εκτός της Κοινότητας, σε χώρες που δεν έχουν επικυρώσει το (FCTC). Σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα οι απαγορεύσεις διαφημίσεων καπνού είναι ένα από τα αποτελεσματικότερα μέτρα : από το 1972 οι χώρες με τα υψηλότερα εισοδήματα έχουν εισάγει ισχυρούς περιορισμούς (στις διαφημίσεις καπνού) απέναντι στα περισσότερα ΜΜΕ και στις διάφορες μορφές εγγυοδοσίας (sponsorship).

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

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

11. ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

11.1 Η θέση του σχολικού νοσηλευτή.

Η γνώση της ιστορικής εξέλιξης ενός τομέα είναι απαραίτητη για την κατανόηση και την παρακολούθηση των σύγχρονων καταστάσεων και τάσεων και για τον προσδιορισμό κατάλληλης στρατηγικής. Σκοπός είναι η διερεύνηση του ρόλου του σχολικού νοσηλευτή και η σύγκριση μεταξύ θεωρίας και πράξης για την πραγματοποίηση ουσιαστικής σχολικής Νοσηλευτικής στην Ελλάδα. Έτσι, αρχικά παρουσιάζεται το αντικείμενο της σχολικής Νοσηλευτικής και ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή ως προς τη θεωρητική του θεμελίωση με βάση τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα και τις σύγχρονες τάσεις, ενώ στη συνέχεια παρουσιάζεται η ιστορική εξέλιξη των σχολικών υπηρεσιών υγείας της Ελλάδας καθώς και τα προβληματικά στοιχεία που υφίστανται. Σήμερα, στα δημόσια σχολεία της χώρας μας, υπάρχει θεσμοθετημένος κλάδος σχολικών νοσηλευτών μόνο στα σχολεία ειδικής αγωγής, ενώ για την ύπαρξη σχολικού νοσηλευτή στα ιδιωτικά σχολεία δεν υπάρχει συγκεκριμένο θεσμικό πλαίσιο. Παρόλη την εικοσαετή θητεία των σχολικών νοσηλευτών ειδικής αγωγής, υπάρχουν αρκετά προβλήματα για την καθιέρωση της σχολικής Νοσηλευτικής. Αλλά και γενικά στις σχολικές υπηρεσίες υγείας δεν παρουσιάζονται συντονισμένες προσπάθειες, αλλά μόνο αποσπασματικές. Έτσι, κρίνεται απαραίτητο οι νοσηλευτές να ενεργήσουν με στρατηγική και να διεκδικήσουν κατάλληλους ρόλους μέσα στο σύστημα παιδείας, τόσο στον κρατικό όσο και στον ιδιωτικό φορέα.

Εισαγωγή

Μεταξύ εκπαίδευσης και υγείας υπάρχει αμφίδρομη σχέση, καθώς από τη μία πλευρά η κατάσταση υγείας επηρεάζει τις μαθησιακές ικανότητες και από την άλλη η

εκπαίδευση επηρεάζει το βαθμό στον οποίο κάποιος θα υιοθετήσει θετικές συνήθειες υγείας. (Clark MJ. 1996). Ο σχολικός νοσηλευτής βρίσκεται σε πλεονεκτική θέση, διότι διαχειρίζεται προβλήματα υγείας και εκπαιδεύει παιδιά σε θέματα υγείας, τα οποία μαθαίνουν ευκολότερα και καλύτερα καθώς εκμεταλλεύονται τις εκπαιδευτικές ευκαιρίες που τους παρέχονται. Έτσι, μπορούν να διατηρήσουν θετικές συνήθειες υγείας σε όλη τους τη ζωή και είναι αυτά που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας της κοινότητας στο χρόνο. (Jarvis LL. 1985).

Τα προβλήματα υγείας αποτελούν παράγοντα κινδύνου για απουσίες από την μάθηση και ακαδημαϊκή αποτυχία. Αυτά που διαχειρίζεται ο σχολικός νοσηλευτής ποικίλλουν ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο κάθε παιδιού, όπως επίσης είναι ανάλογα των κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών που επικρατούν σε κάθε κοινότητα και σε κάθε χρονική περίοδο. Έρευνες σε σχολεία των ΗΠΑ αποκάλυψαν ότι τα παιδιά και οι νέοι ενδιαφέρονται να μάθουν για θέματα υγείας και ότι ο σχολικός νοσηλευτής αποτελεί το πρόσωπο «κλειδί» για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των μαθητών. (Stanhope M, Lancaster J. 1996).

Ο ρόλος και το αντικείμενο εργασίας του σχολικού νοσηλευτή

Ο νοσηλευτής που εργάζεται στο χώρο του σχολείου έχει πολλές ευθύνες, οι οποίες είναι ανάλογες με την κατηγορία ατόμων στην οποία προσφέρεται φροντίδα. Τα άτομα αυτά είναι οι μαθητές και οι οικογένειές τους, το προσωπικό του σχολείου και κατ'επέκταση ολόκληρη η κοινότητα. Τα τρία συστατικά στοιχεία της σχολικής Νοσηλευτικής είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας, η αγωγή και η προαγωγή της υγείας και η περιβαλλοντική υγεία. (Clark MJ 1996, Stanhope M, Lancaster J. 1996). Ο σχολικός νοσηλευτής πρέπει να εκτιμήσει το επίπεδο υγείας με βάση τα επιδημιολογικά δεδομένα (θνητότητα, θνησιμότητα), να διερευνήσει την επάρκεια των κοινοτικών πηγών και να αξιολογήσει τις περιβαλλοντικές συνθήκες. Με βάση αυτή την εκτίμηση, σχεδιάζεται πρόγραμμα υγείας βασισμένο στις ανάγκες της κοινότητας. Για παράδειγμα, στην περίπτωση προβλήματος ναρκωτικών ουσιών στην περιοχή συνιστώνται ανάλογα μαθήματα στο πλαίσιο του εκπαιδευτικού προγράμματος.

Ο ρόλος και το αντικείμενο εργασίας των σχολικών νοσηλευτών με βάση τα συστατικά στοιχεία της σχολικής Νοσηλευτικής και τη διεθνή βιβλιογραφία περιλαμβάνουν (National Association of School Nurses. 1993, McMurray A.1993):

α. Την παροχή πρώτων βοηθειών και την αντιμετώπιση της ασθένειας και του ατυχήματος, που συμβαίνουν είτε στο σχολικό περιβάλλον ή κατά τη διάρκεια σχολικών δραστηριοτήτων. Προϋπόθεση αποτελεί η ύπαρξη οργανωμένου χώρου στο σχολείο ή κατάλληλων μέτρων αντιμετώπισης. Ο σχολικός νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για το χώρο οργάνωσης παροχής πρώτων βοηθειών και συνεργάζεται με αρμόδιους φορείς και υπηρεσίες για τον εξοπλισμό και την καλή λειτουργία του. Επίσης, είναι υπεύθυνος σε περίπτωση ατυχήματος για τη διακομιδή του μαθητή σε νοσηλευτικό ίδρυμα, για την ενημέρωση της οικογένειας και την αντιπροσώπευση του μαθητή έως την έλευση γονέα ή κηδεμόνα. Δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιείται για την επαλήθευση της δικαιολογημένης ή μη, λόγω νόσου, απουσίας του μαθητή, ενώ παράλληλα είναι υποχρεωμένος να διασφαλίζει το ιατρικό απόρρητο κάθε μαθητή.

β. Την προαγωγή της υγείας του σχολικού πληθυσμού. Αυτό επιτυγχάνεται με:

I. Παρακολούθηση της υγείας των μαθητών

1. Με σχεδιασμό ατομικού πλάνου φροντίδας υγείας κάθε μαθητή, όπου αναγράφονται τα προβλήματα υγείας με βάση το ατομικό ιατρικό ιστορικό, ώστε να επιτυγχάνεται άμεση και κατάλληλη αντιμετώπιση. Για το σκοπό αυτό, συνεργάζεται με την οικογένεια για την αρτιότερη καταγραφή των προβλημάτων, αλλά και για την εδραίωση καλής επικοινωνιακής βάσης για τη συνέχεια της αγωγής υγείας και στο σπίτι.

2. Με έλεγχο του βιβλιαρίου υγείας.

3. Με σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης (εμβολιασμοί σε ανεμβολίαστα παιδιά ή σε έκτακτες καταστάσεις).

4. Με σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων δευτερογενούς πρόληψης (περιοδικές εξετάσεις του σχολικού πληθυσμού για έλεγχο σκολίωσης, μέτρηση οπτικής οξύτητας, σωματομετρικοί δείκτες).

5. Με σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων αποκατάστασης (τριτογενής πρόληψη) σε περιπτώσεις μαθητών που, εξαιτίας συμβάντων υγείας, έχουν απουσιάσει και επανέρχονται στο σχολικό περιβάλλον.

II. Πρόληψη της ασθένειας και του ατυχήματος στο χώρο του σχολείου με βάση την παρακολούθηση της υγείας των μαθητών, αλλά και με βάση την παρακολούθηση των σχολικών εγκαταστάσεων και της ασφάλειάς τους. Ο σχολικός νοσηλευτής συμβουλεύει σε θέματα λήψης μέτρων ασφαλείας του σχολικού περιβάλλοντος, σε θέματα υγιεινής κατάστασης κοινόχρηστων χώρων και του κυλικείου. Επίσης,

ελέγχει, επιτηρεί και εισηγείται για θέματα εργονομίας του σχολικού περιβάλλοντος προς τους αρμόδιους φορείς(π.χ. θόρυβος, αερισμός, φωτισμός), που επηρεάζουν την υγεία του σχολικού πληθυσμού.

III. Αγωγή υγείας και συμβουλευτική υγείας στο χώρο του σχολείου, που στοχεύει στη διατήρηση και στη βελτίωση της υγείας του σχολικού πληθυσμού, στη απόκτηση υγιεινών συνηθειών και στάσεων, στην τροποποίηση της συμπεριφοράς σε θέματα υγείας, στην εκπαίδευση υγείας και στην αποκατάσταση υγείας. Ο σχολικός νοσηλευτής σχεδιάζει, εφαρμόζει και αξιολογεί προγράμματα αγωγής υγείας, είτε ατομικά, είτε για ολόκληρη τη σχολική κοινότητα. Για την οργάνωση τέτοιων προγραμμάτων δρα αυτόνομα ή σε συνεργασία με αρμόδιους φορείς.

IV. Προστασία της υγείας. Ο σχολικός νοσηλευτής συμμετέχει στη σύνταξη και στην εφαρμογή σχολικών κανονισμών που αναφέρονται στην ασφάλεια του σχολικού περιβάλλοντος, στην αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων, στη λήψη μέτρων βελτίωσης του σχολικού περιβάλλοντος κλπ.

γ. Τη συμμετοχή του σχολικού νοσηλευτή στην εκπαίδευση σε θέματα υγείας του λοιπού σχολικού προσωπικού. Ο σχολικός νοσηλευτής διδάσκει πρώτες βοήθειες και ενημερώνει σε θέματα σχετικά με την υγεία, ώστε το σχολικό προσωπικό να ανταπεξέλθει σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης και να κατανοήσει καλύτερα το θεσμό της σχολικής Νοσηλευτικής και της σπουδαιότητάς της, με στόχο την καλύτερη εφαρμογή της και τη βελτίωση της υγείας του σχολικού πληθυσμού.

δ. Τον έλεγχο της κατάστασης υγείας του σχολικού προσωπικού σχετικά με μεταδιδόμενες ασθένειες(φυματίωση, ερυθρά στις γυναίκες) και τη διενέργεια προγραμμάτων προαγωγής της υγείας γι' αυτό.

ε. Τη διεξαγωγή ερευνητικών προγραμμάτων με βάση τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, με σκοπό τη βελτίωση της υγείας της σχολικής κοινότητας.

στ. Την επιμόρφωση του σχολικού νοσηλευτή στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για να παραμένει ενήμερος, με σκοπό τη βελτίωση των υπηρεσιών του απέναντι στο σχολικό πληθυσμό.

ζ. Τη συμμετοχή του σχολικού νοσηλευτή σε όλες τις επιτροπές και τα όργανα που είναι υπεύθυνα στην εκπαίδευση. Ο σχολικός νοσηλευτής μελετά, παρακολουθεί και συμβουλεύει για οτιδήποτε σχετίζεται με την υγεία ολόκληρου του σχολικού πληθυσμού, προτείνει μέτρα για την προστασία της και συμβάλλει στην εφαρμογή τους.

Για να επιτύχει όλα τα παραπάνω ο σχολικός νοσηλευτής χρειάζεται δεξιότητες επικοινωνίας, διαχείρισης χρόνου και stress, διαχείρισης προσωπικών αποφάσεων, αναγνώρισης, προσδιορισμού και επίλυσης προβλημάτων, κινητοποίησης και επιρροής άλλων, διαχείρισης κρίσεων. Ακόμα, χρειάζεται να λειτουργεί ως συνήγορος, να καθορίζει στόχους και να οργανώνει σχέδια δράσης, να έχει αυτογνωσία και να διαθέτει ομαδικό πνεύμα, που να το μεταδίδει στους υπόλοιπους.

Οι σχολικές υπηρεσίες υγείας επιτυγχάνουν το στόχο τους όταν η σχολική ομάδα υγείας λειτουργεί ομαδικά και συντονισμένα. Αυτή απαρτίζεται από το σχολικό Νοσηλευτή (συντονιστή), τους γονείς και τους μαθητές, τους εκπαιδευτικούς, το σύλλογο, το Διευθυντή, τον Ψυχολόγο, που ασκεί συμβουλευτική και διενεργεί ελέγχους για συναισθηματικά προβλήματα και μαθησιακές δυσκολίες, τον κοινωνικό λειτουργό, που είναι υπεύθυνος για κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, τον γιατρό, τον οδοντίατρο και το υπόλοιπο προσωπικό που είναι υπεύθυνο για την καθαριότητα και το περιβάλλον.

Η εξέλιξη των σχολικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

Οι σχολικές υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα έχουν τις απαρχές τους στα 1910 με την οργάνωση Κεντρικής Υπηρεσίας στο Υπουργείο Υγείας και στα 1914 με τη δημιουργία του θεσμού του σχολικού ιατρού και της υγειονομικής υπηρεσίας των σχολείων. Το 1976 η υπηρεσία αυτή μεταφέρθηκε στο Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών. (Παπαεμμανουήλ ΕΓ.(1978), Τσαγρή-Καλογεροπούλου Ε. 1985).

Με βάση το Προεδρικό Διάταγμα 544/1977, οι υπηρεσίες του τότε Υπουργείου Υγείας διακρίνονταν σε Κεντρικές, Αποκεντρωμένες και Περιφερειακές. Ανάμεσα στις δεκατρείς Κεντρικές Υπηρεσίες υπάγονται η Γενική Διεύθυνση Υγιεινής, η οποία περιλάμβανε συνολικά εννέα διευθύνσεις, ανάμεσα στις οποίες την Διεύθυνση Σχολικής Επιτροπής, στην οποία υπαγόταν το Τμήμα Προγραμμάτων Σχολικής Υγιεινής και το Τμήμα Στατιστικής και Μελετών. (Παπαεμμανουήλ ΕΓ.1978, Αβραμίδης ΔΣ. 1980).

Ευθύνη του πρώτου τμήματος ήταν η εφαρμογή προγραμμάτων προστασίας και προαγωγής της υγείας των μαθητών και του διδακτικού προσωπικού, η υγιεινή των σχολείων, η ανοσοποίηση των μαθητών, η υγιεινή των μαθητικών συσσιτίων και

τα κέντρα και ιδρύματα μαθητικής πρόνοιας και αντίληψης. Η πραγματοποίηση όλων των παραπάνω γινόταν σε συνεργασία με τις υπηρεσίες του Υπουργείου Παιδείας. Ευθύνη του δεύτερου τμήματος ήταν η γενική προληπτική εξέταση των μαθητών, τα δελτία υγείας, νοσηρότητας και θνησιμότητας των παιδιών σχολικής ηλικίας και των εκπαιδευτικών λειτουργών, η διενέργεια ερευνών και μελετών, η υγεία των αθλητών-μαθητών, τα σχολιατρικά όργανα και η τήρηση στατιστικών στοιχείων. (Παπαεμμανουήλ ΕΓ.1978).

Τέλος, στις Περιφερειακές Υπηρεσίες υπάγονται οι υπηρεσίες νομαρχιακού επιπέδου, στις οποίες ανήκαν τα Σχολικά Ιατρεία και τα Κέντρα Μαθητικής Αντίληψης. Συνολικά, μέχρι το 1980, λειτουργούσαν 240 Σχολικά Ιατρεία και 6 Κέντρα Μαθητικής Αντίληψης, τα οποία υπάγονταν στις Διευθύνσεις ή Τμήματα Υγιεινής των κατά τόπους Νομαρχιών. (Παπαεμμανουήλ ΕΓ.1978, Αβραμίδης ΔΣ,1980).

Οι σχολικοί Επισκέπτες Υγείας διορίζονταν είτε από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων (ΥΠΕΠΘ), όπου αποτελούσαν προσωπικό του σχολείου, είτε από το Υπουργείο Υγείας, όπου ανήκαν στην Υγειονομική Διεύθυνση της Νομαρχίας της περιοχής στην οποία υπαγόταν το σχολείο όπου υπηρετούσαν. Αν και ο οργανισμός της Σχολικής Υγιεινής προέβλεπε 362 οργανικές θέσεις Σχολιάτρων και 32 θέσεις Επισκεπτών Υγείας, το 1985 υπηρετούσαν μόνο 87 Σχολιάτροι και 7 Επισκέπτες Σχολικής Υγιεινής. (Τσαγρή-Καλογεροπούλου Ε. 1985).

Οι μειωμένες θέσεις ίσως οφείλονται στη σύσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το 1983 (Νόμος 1397), με το οποίο καταργήθηκαν οποιεσδήποτε μονάδες παροχής Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας υπήρχαν μέχρι τότε (Άρθρο 16, παράγραφος 1) και οι υπηρεσίες Σχολικής Υγιεινής αποτέλεσαν αρμοδιότητα των Κέντρων Υγείας (Άρθρο 15, παράγραφος 1θ), γεγονός που οδήγησε στην κατάργηση της Διεύθυνσης Σχολικής Υγιεινής.

Το 1992 με τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, καταργήθηκε το Άρθρο 15 του Νόμου 1397 και η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγείας αποτέλεσε πλέον σκοπό όλων των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης (Νόμος 2071, Άρθρο 16, παράγραφος 1ι), χωρίς ωστόσο ο νόμος να ορίζει και να προσδιορίζει αυτές τις μονάδες.

Δεκατέσσερα χρόνια μετά από τη σύσταση του ΕΣΥ, το 1997, συστάθηκε εκ νέου Διεύθυνση Σχολικής Υγείας (Νόμος 2519, Άρθρο 4, Παράγραφος 1), η οποία απαρτιζόταν από το Τμήμα Προγραμμάτων και το Τμήμα Στατιστικής και μελετών

(Άρθρο 7, Παράγραφος1). Το άρθρο 7 αναφέρεται αποκλειστικά στις Υπηρεσίες Σχολικής Υγείας και στην παράγραφο 4 αναφέρεται ότι:

«Κύριες αρμοδιότητες της διεύθυνσης είναι η κατάρτιση, η παρακολούθηση και η υλοποίηση προγραμμάτων για την παροχή υπηρεσιών πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας και για την εν γένει ψυχοκοινωνική στήριξη του παιδικού πληθυσμού, των νηπιαγωγείων, των δημοτικών σχολείων, των γυμνασίων και των λυκείων, η εποπτεία του σχολικού περιβάλλοντος από άποψη τήρησης των κανόνων υγείας, καθώς και η μέριμνα για την καταγραφή και την αρχειοθέτηση των στοιχείων της ατομικής κατάστασης υγείας των μαθητών».

Επίσης, με βάση τον ίδιο νόμο, εκτός από την κεντρική υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας, στη Διεύθυνση Υγείας κάθε περιφέρειας είχε οργανωθεί και λειτουργούσε στο Τμήμα Δημόσιας Υγείας αυτοτελές Γραφείο Σχολικής Υγείας (παράγραφος2), το οποίο ασκούσε αντίστοιχες δραστηριότητες και εξειδίκευε τα προγράμματα της Διεύθυνσης Σχολικής Υγείας ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες της εκάστοτε περιφέρειας (παράγραφος 4). Αξίζει να αναφερθεί ότι, με βάση το νόμο 2519/1997, στη Διεύθυνση και στα Τμήματα Σχολικής Υγείας προϊστάμενος ήταν ο γιατρός δημόσιας υγείας και σε αυτά καθώς και στα Γραφεία Σχολικής Υγείας τοποθετούνταν γιατροί δημόσιας υγείας με ειδικότητα παιδίατρου ή Γενικής Ιατρικής, οδοντίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές και άλλοι επιστήμονες (παράγραφος3). Ωστόσο, στην παράγραφο 5 του ίδιου άρθρου, που αφορά στη σύσταση θέσεων κατά περιφέρεια σε Διευθύνσεις Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας με σκοπό την παροχή υπηρεσιών σχολικής υγείας, αναφέρονται όλοι οι παραπάνω επαγγελματικοί κλάδοι εκτός των νοσηλευτών.

Τέλος, στην παράγραφο 7 αναφέρεται ότι:

«Η Διεύθυνση και τα Γραφεία Σχολικής Υγείας συνεργάζονται με τους Διευθυντές και το διδακτικό προσωπικό των σχολείων, τις αρμόδιες υπηρεσίες του ΥΠΕΠΘ, της νομαρχιακής και τοπικής αυτοδιοίκησης, καθώς και με άλλες αρμόδιες υπηρεσίες υγείας. Το προσωπικό τους πραγματοποιεί περιοδικές επισκέψεις στα σχολεία, για τη διενέργεια εξετάσεων, την ανάπτυξη και εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας, σύμφωνα με τα καταρτισμένα αντίστοιχα προγράμματα και γενικά ελέγχει την εφαρμογή και υλοποίηση των προγραμμάτων σχολικής υγείας από το προσωπικό της παραγράφου 5, καθώς και τον τρόπο άσκησης των καθηκόντων του. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Παιδείας και Υγείας εξειδικεύονται τα προγράμματα αγωγής υγείας, ο τρόπος και οι λεπτομέρειες παροχής υπηρεσιών σχολικής υγείας, της τήρησης ατομικής

κάρτας υγείας κάθε μαθητή και γενικά της άσκησης του έργου των λειτουργών σχολικής υγείας στον χώρο του σχολείου και καθορίζεται το πλαίσιο συνεργασίας των υπηρεσιών σχολικής υγείας και του σχολείου. Οι παρεχόμενες κατά τις διατάξεις της παραγράφου 1(θ) του άρθρου 15 του νόμου 1397/1983 υπηρεσίες σχολικής υγείας εντάσσονται στο σχεδιασμό των υπηρεσιών σχολικής υγείας της περιφέρειας».

Το 2003, η Διεύθυνση Σχολικής Υγείας υποβιβάζεται σε Τμήμα της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγιεινής (νόμος 3172, παράγραφος 11στ). Ο νόμος καθορίζει ότι για τις αρμοδιότητες και τη στελέχωση του Τμήματος Σχολικής Υγείας εφαρμόζονται οι διατάξεις των παραγράφων 5-7 του άρθρου 7 του νόμου 2519/1997, που ήδη έχουν αναφερθεί παραπάνω.

Επιπλέον, σε νομαρχιακό επίπεδο, οι σχολικές υπηρεσίες υγείας αποτελούν αρμοδιότητα του Τμήματος Επιδημιολογικής Επιτήρησης της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας (άρθρο 11), το οποίο έχει την ευθύνη της οργάνωσης και της εποπτείας των υπηρεσιών σχολικής υγιεινής (παράγραφος 4.4 ε), την οργάνωση προγραμμάτων ενημέρωσης και προαγωγής των συνθηκών υγιεινής στα σχολεία σε συνεργασία με τις λοιπές υπηρεσίες υγείας και τις νομαρχιακές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας (παράγραφος 4.4 στ) και τη συνεργασία με τα Γραφεία Αγωγής Υγείας των Διευθύνσεων Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης που εδρεύουν στους νόμους, με σκοπό την αποτελεσματικότερη οργάνωση της αγωγής υγείας στα σχολεία (παράγραφος 4.4 ζ). Αξίζει να αναφερθεί ότι, με σκοπό τη διαμόρφωση ενιαίας κατεύθυνσης της Δημόσιας Υγείας και τη επίλυση σχετικών ζητημάτων διατομεακού χαρακτήρα, στο άρθρο 8, συγκαλείται η Διαγραμματειακή Συντονιστική Δημόσιας Υγείας, όπου για θέματα σχολικής υγείας συναρμοδιότητα έχουν οι Γενικοί Γραμματείς του Υπουργείου Υγείας και του ΥΠΕΠΘ. Σήμερα ισχύουν οι διατάξεις του νόμου 3172/2003, ενώ ο πρόσφατος νόμος 3370/2005 για την οργάνωση και τη λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας δεν προβλέπει κάτι νέο για τις υπηρεσίες σχολικής υγείας.

Η είσοδος των νοσηλευτών στα ελληνικά σχολεία και η έναρξη υποτυπώδους σχολικής Νοσηλευτικής έγινε το 1985 (νόμος 1566, άρθρο 35, παράγραφος 2) με την εισαγωγή του κλάδου των επιμελητών ως ειδικό προσωπικό στα σχολεία ειδικής αγωγής. Στην παράγραφο 8 του ίδιου άρθρου ορίζονταν κατά κλάδους τα ειδικά τυπικά προσόντα διορισμού του ειδικού προσωπικού, τα οποία για τον κλάδο των επιμελητών ήταν «*πτυχίο νοσοκόμων ή βρεφονηπιοκόμων ιδρύματος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης της ημεδαπής ή ισότιμο της αλλοδαπής*». Αξίζει να αναφερθεί ότι το

ειδικό προσωπικό υπάγεται διοικητικά στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση και συγκεκριμένα στη Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης ή το Γραφείο Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, στην περιοχή του οποίου ανήκει η ειδική εκπαιδευτική ομάδα όπου έχει τοποθετηθεί οργανικά το προσωπικό αυτό. (Εγκύκλιος 247/6-5-1987).

Το 1999 (νόμος 2009), το ειδικό προσωπικό μετονομάστηκε σε ειδικό εκπαιδευτικό προσωπικό, με συνέπεια οι επιμελητές να εξισωθούν εργασιακά με τους υπόλοιπους εκπαιδευτικούς και να οδηγηθούν σε ανάλογες οικονομικές απολαβές. (Νόμος 2009/1992.).

Η μετονομασία του κλάδου των επιμελητών σε κλάδο με κωδικό όνομα «ΠΕ 25 Σχολικοί Νοσηλευτές» που έγινε το 2000 (νόμος 2817, άρθρο 3, παράγραφος 6), Δηλαδή μετά από 15 χρόνια παρουσίας των σχολικών νοσηλευτών στο χώρο, αποτελεί την τυπική έναρξη του θεσμοθετημένου πλέον κλάδου των σχολικών νοσηλευτών. Στην ίδια παράγραφο αναφέρεται ότι οι σχολικοί νοσηλευτές ασκούν έργο υγιεινής και φροντίδας υγείας των παιδιών που φοιτούν στις μονάδες ειδικής αγωγής. Σήμερα, όσον αφορά στα δημόσια ελληνικά σχολεία, υποτυπώδης σχολική Νοσηλευτική λειτουργεί μόνο στα σχολεία ειδικής αγωγής, όπου εργάζονται περίπου 45 σχολικοί νοσηλευτές (έως το Μάρτιο 2005) και οι οποίοι υπάγονται στο ΥΠΕΠΘ. Στα σχολεία αυτά εξυπηρετούνται μαθητές ηλικίας 4-22 ετών. Η ύπαρξη σχολικού νοσηλευτή στα ιδιωτικά σχολεία έγκειται στην ευχέρεια των ιδρυμάτων, καθώς δεν υπάρχει νόμος που να υποχρεώνει για την παρουσία ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε αυτά. (Νόμος 2817/2000. Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. [www.document] URL <http://www.ypepth.gr>, 2006).

Προβλήματα

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω, στις σχολικές υπηρεσίες υγείας εμπλέκονται τόσο το ΥΠΕΠΘ όσο και το Υπουργείο Υγείας, χωρίς ωστόσο να υπάρχει μεταξύ τους συνεργασία και συντονισμός για έναν ενιαίο στρατηγικό σχεδιασμό στη φροντίδα υγείας του σχολικού πληθυσμού (δημόσια και ιδιωτικά σχολεία, γενικής και ειδικής αγωγής). Από τη μεριά του Υπουργείου Υγείας, ο υποβιβασμός της υπηρεσίας από Διεύθυνση σε Τμήμα, αλλά και η ένταξη της

ευθύνης της σχολικής υγιεινής σε επίπεδο περιφέρειας στο Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης, δείχνει ότι δεν δίνεται προτεραιότητα στη σχολική υγεία, ενώ παράλληλα δεν παρουσιάζεται σημαντικό έργο ούτε από την ατομική κάρτα υγείας των μαθητών ούτε από προγράμματα αγωγής υγείας, τα οποία αναλαμβάνονται κυρίως από εκπαιδευτικούς. Αναφορικά με το ΥΠΕΠΘ, αν και έχει προνοήσει για την παρουσία σχολικού νοσηλευτή στα ειδικά σχολεία, δεν υπάρχει κάτι αντίστοιχο για τα γενικά. Επιπλέον, ο κλάδος των σχολικών νοσηλευτών ειδικής αγωγής αντιμετωπίζει, με βάση την ισχύουσα νομοθεσία, πολλά προβλήματα.

Κυριότερο πρόβλημα είναι αυτό του ρόλου και των αρμοδιοτήτων των σχολικών νοσηλευτών. Τα καθήκοντά τους με βάση το νόμο 1566/1985 είναι η εφαρμογή ειδικού εκπαιδευτικού προγράμματος, σύμφωνα με τις οδηγίες του υπεύθυνου εκπαιδευτικού, η παροχή πρώτων βοηθειών, η συντήρηση και διαφύλαξη του υλικού εκπαίδευσης, η μεταφορά των παιδιών από και προς το αυτοκίνητο, η συνεργασία με όλο το προσωπικό και η συμμετοχή σε όλες τις σχολικές δραστηριότητες. Αν και τα παραπάνω καθήκοντα ισχύουν μέχρι σήμερα, κρίνονται ως ανεφάρμοστα σχετικά με το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή, δεδομένου ότι δεν ανταποκρίνονται στα διεθνή πρότυπα, στις διεθνείς οδηγίες εξάσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος και στις σύγχρονες ανάγκες εκπαίδευσης. Επιπλέον, με βάση το νόμο 2817/2000 (παράγραφος 6, άρθρο 3), όπου αναφέρεται ότι οι σχολικοί νοσηλευτές ασκούν έργο υγιεινής και φροντίδας υγείας των παιδιών που φοιτούν στα σχολεία ειδικής αγωγής, γεγονός που σημαίνει πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση των ατόμων, ομάδων και οικογενειών, γίνεται φανερό ότι η παραπάνω περιγραφή καθηκόντων δεν ανταποκρίνεται σε αυτόν το ρόλο. Γι' αυτόν το λόγο, οι σχολικοί νοσηλευτές έχουν ζητήσει την προώθηση νέου πλαισίου περιγραφής των καθηκόντων και των δραστηριοτήτων τους, το οποίο αναμένεται να εκδοθεί.

Στο νόμο 2817/2000 (άρθρο 3, παράγραφος 7), αναφέρονται οι κλάδοι που συμμετέχουν στα Κέντρα Διάγνωσης, Αξιολόγησης και Υποστήριξης (ΚΔΑΥ), από τους οποίους, όμως, απουσιάζει ο κλάδος των σχολικών νοσηλευτών, ενώ στην παράγραφο 11 του ίδιου άρθρου αναφέρεται ότι τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις τους καθορίζονται μετά από εισήγηση του Τμήματος Ειδικής Αγωγής του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου και από σχολικούς συμβούλους. Αυτό αποτελεί άλλο ένα προβληματικό στοιχείο για την ανάπτυξη του ρόλου των σχολικών νοσηλευτών, καθώς τα καθήκοντά τους εξαρτώνται από φορείς που κρίνονται ακατάλληλοι ως προς το νοσηλευτικό έργο και τη νοσηλευτική επιστήμη. Αρχικά, σε θέσεις σχολικών

νοσηλευτών διορίζονταν και βρεφονηπιοκόμοι. Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Ειδικού Εκπαιδευτικού Προσωπικού Ειδικής Αγωγής ζήτησε τη νομοθετική ρύθμιση για τον προσδιορισμό των τυπικών προσόντων του κλάδου των σχολικών νοσηλευτών, ώστε οι θέσεις να καλύπτονται μόνο από σχολικούς νοσηλευτές ή επισκέπτες υγείας. Έτσι, σήμερα, οι θέσεις που προκηρύσσονται αφορούν μόνο νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, οι οποίοι πρέπει να διαθέτουν πτυχίο ΣΕΛΕΤΕ ή κάποιο αποδεικτικό στοιχείο γνώσης παιδαγωγικών επιστημών. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι σχολικοί νοσηλευτές υπάγονται στο ΥΠΕΠΘ και όχι στο Υπουργείο Υγείας, χωρίς έτσι να εντάσσονται στον ευρύτερο τομέα της Δημόσιας Υγείας και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, απομονωμένοι από τους συναδέλφους, με συνέπεια η προσφορά τους να μην είναι ιδιαίτερα εμφανής. Τέλος, δεν υπάρχει ανεξάρτητη διεύθυνση σχολικής Νοσηλευτικής και εκπροσώπηση του κλάδου, ούτε προβλέπεται συμμετοχή του στα διάφορα σχολικά όργανα, για να διεκδικεί τα δικαιώματά του όπως όλοι οι κλάδοι.

Συμπεράσματα

Αν και οι προσπάθειες για τη σύσταση σχολικών υπηρεσιών στην Ελλάδα αριθμούν σχεδόν εκατό χρόνια, δεν υπάρχει κάποιο αξιολογικό έργο εξαιτίας των συνεχόμενων νομοθετικών αλλαγών, αλλά και της σύγχυσης που επικρατεί ως προς το ποιος θα τις παρέχει και με ποιες αρμοδιότητες. Παρόλο που μέχρι τις αρχές του 1980 υπήρχε κατάλληλος σχεδιασμός για τις σχολικές υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, δεν υπήρχαν μελέτες που να τις τεκμηριώνουν και να τις υποστηρίζουν, αλλά ούτε καταγεγραμμένα στοιχεία και έτσι το ενδεχόμενο έργο τους δεν μπορεί να αξιολογηθεί, ώστε να αποδειχθεί η σπουδαιότητά τους.

Λαμβάνοντας υπόψη τη βιβλιογραφία χωρών με ιστορία στο θεσμό του σχολικού νοσηλευτή, φαίνεται ότι ο τελευταίος μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στην προαγωγή της υγείας του σχολικού πληθυσμού κατέχοντας κεντρικό ρόλο ανάμεσα στους υπόλοιπους κλάδους. Ωστόσο, απ' όσα αναφέρθηκαν παραπάνω με βάση τη νομοθεσία και την κοινωνική πραγματικότητα δεν αποτελούν προτεραιότητα στο σχεδιασμό προγραμμάτων προαγωγής υγείας, ενώ είναι σε θέση να προσφέρουν

τα μέγιστα. (Stanhope M, Lancaster J. 1996, Νόμος 2817/2000, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. [www. document] URL <http://www. ypepth. gr,>] 2006).

Προτάσεις.

Για τη διεκδίκηση της σχολικής Νοσηλευτικής στην Ελλάδα, αρχικά είναι απαραίτητη η ενημέρωση του κοινού, του προσωπικού των σχολείων αλλά και των αρμοδίων αρχών ότι οι νοσηλευτές είναι σε θέση να αναλάβουν έναν τέτοιο ρόλο. Στη συνέχεια, θα πρέπει να διεξαχθούν μελέτες που να τεκμηριώνουν τη σπουδαιότητα του έργου τους, γεγονός που προτείνετε και από άλλους μελετητές, ειδικά σε δύσκολες οικονομικά εποχές όπως η σύγχρονη. Τέλος, χρειάζεται κατάλληλη στρατηγική και σχεδιασμός για την υγεία των μαθητών, τόσο από τη μεριά της εκπαίδευσης όσο και από το χώρο της υγείας και σε αυτή τη διαδικασία οι νοσηλευτές είναι ανάγκη να διεκδικήσουν ουσιαστικό ρόλο. (Νόμος 2817/2000, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. [www. document] URL <http://www. ypepth. gr>], 2006, Bines W, Lightfoot J. 1999, Lightfoot J. Bines W. 2000).

11.2 Σύντομη ιστορική αναδρομή της νοσηλευτικής στο σχολείο.

Το 1893, η Lillian Wald και η Mary Brewster ίδρυσαν το «Henry Street Settlement», ένα ίδρυμα σε μια από τις περισσότερο υποβαθμισμένες περιοχές της Νέας Υόρκης. Το ίδρυμα παρείχε υπηρεσίες υγείας στο σπίτι στις οικονομικά χαμηλές τάξεις των κατοίκων. Με αυτό το γεγονός άρχισε να εφαρμόζεται η παροχή κοινοτικής φροντίδας. (Bryant NH.1973).

Τα επόμενα έτη (στη Νέα Υόρκη) επιβλήθηκε νόμος υποχρεωτικής παρακολούθησης των μαθημάτων του σχολείου, συμπεριλαμβανομένων και των παιδιών με μεταδιδόμενες ασθένειες. Καθώς τα ασθενή και μολυσματικά παιδιά ήταν υποχρεωμένα να παρακολουθούν τα μαθήματα του σχολείου, η εξάπλωση των νοσημάτων αυτών ήταν ταχύτατη. Για τη μείωση της διασποράς, προσέλαβαν ιατρούς ωρομίσθιους οι οποίοι επιθεωρούσαν τα σχολεία και απομάκρυναν τα παιδιά που νοσούσαν, γεγονός που προσέφερε μόνο μικρή ανακούφιση στην κατάσταση και είχε

σχετικά περιορισμένα αποτελέσματα στην υγεία του μαθητικού πληθυσμού. Τα ασθενή παιδιά που απομακρύνονταν από το σχολείο, δεν είχαν την ανάλογη θεραπεία, ούτε οι γονείς τους την ανάλογη εκπαίδευση πώς να τα φροντίζουν ή να τα περιορίζουν στον χώρο για την αποφυγή της διασποράς. Έτσι, τα ασθενή παιδιά συνέχιζαν να παίζουν με τα υγιή και να κινούνται στον χώρο χωρίς καμία προφύλαξη και κατά συνέπεια συνεχίζονταν η διασπορά των μικροβίων και η μεταδοτικότητα των ασθενειών. Τότε ακριβώς ήταν που, πειραματικά, τοποθετήθηκαν οι νοσηλευτές στα σχολεία και θεωρείται ότι «γεννήθηκε ο σχολικός νοσηλευτής» στην Αμερική.

Η παρουσία και η εργασία των σχολικών νοσηλευτών είχε σημαντική επίδραση στους μαθητές αλλά και γενικότερα στον χώρο των σχολείων. Τον Σεπτέμβριο του 1902, με την ιατρική επιθεώρηση στα σχολεία είχαν απομακρυνθεί 10.567 μαθητές από αυτά. Ενώ τον Σεπτέμβριο του 1903, με την λειτουργία των σχολικών νοσηλευτών υπήρξε μείωση 90% και απομακρύνθηκαν μόλις 1.101 μαθητές. Και αυτό χάρη στη θεραπεία των μεταδιδόμενων ασθενειών από τη φροντίδα των σχολικών νοσηλευτών, τις κατ'οίκον επισκέψεις και την εκπαίδευση που παρείχαν στους γονείς σε θέματα υγείας. Η πρόληψη στηρίχτηκε στην εκπαίδευση των μαθητών ως προς την υγιεινή, τη διατροφή, τη σωματική ανάπτυξη και τον οδοντιατρικό έλεγχο. (Bryant NH.1973).

Η επιτυχία του πειράματος του «σχολικού νοσηλευτή», είχε ως αποτέλεσμα την επέκταση της ιδέας στην υπόλοιπη Αμερική, αλλά και στα σχολικά συστήματα άλλων χωρών. Ανάμεσα στο 1952 και το 1962, ο αριθμός των σχολικών νοσηλευτών στις Ηνωμένες Πολιτείες αυξήθηκε κατά 87,7%. Αλλαγή στον ρόλο και τις ευθύνες συνέβη στα τέλη του 1960 και στις αρχές του 1970, με τον ρόλο της/του σχολικής/κου νοσηλεύτριας/τη να επεκτείνεται και να στοχεύει στη δημόσια υγεία, αποκτώντας περισσότερη συσχέτιση με την κοινότητα, να κάνει επισκέψεις στα σπίτια των οικογενειών και διδασκαλία των μαθητών στις τάξεις.

Σήμερα, θέματα ψυχικής υγείας, ιοί του ανοσοποιητικού συστήματος, φυματίωση, έλλειψη στέγης, χρήση ουσιών και το θέμα της βίας αντικατέστησαν τις ασθένειες του 1900. (Marks A, Malisio J, Hock H et al. 1983).

Στην Αγγλία η θεσμοθέτηση της/του σχολικής/κού νοσηλεύτριας/τή άρχισε το 1892. Τότε σχολεία στο Λονδίνο προσελάμβαναν νοσηλευτές για να ερευνήσουν τη διατροφή των μαθητών. Στη συνέχεια ο ρόλος τους και οι ευθύνες τους επεκτάθηκαν παίρνοντας τη σημερινή τους μορφή για την αγωγή και προαγωγή υγείας σε βιοψυχοκοινωνικό επίπεδο. Τέλος, ο θεσμός της/του σχολικής/κού νοσηλεύτριας/τή

υπάρχει εδώ και πολλές δεκαετίες στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, όπως Σουηδία, Νορβηγία, Φινλανδία, Δανία, Γερμανία, Ιταλία και Γαλλία.

11.3. Σχολική νοσηλευτική στη Σουηδία. Γνώσεις και εμπειρίες

Η Σουηδία χωρίζεται σε διαμερίσματα, Τα οποία χωρίζονται σε διαφορετικές κοινότητες. Η/Ο σχολική/κός νοσηλεύτρια/τής διορίζεται από την κοινότητα, λόγω όμως οικονομικών δυσκολιών δεν έχουν όλες οι κοινότητες σχολική/κό νοσηλεύτρια/τή. Ο διευθυντής κάθε σχολείου είναι υποχρεωμένος να προσλάβει και να εκμισθώσει σχολική/κό νοσηλεύτρια/τή με τις ώρες, με την αναλογία των 18 μαθητών να αντιστοιχούν σε μία εβδομαδιαία ώρα εργασίας. Επομένως, εάν ένα σχολείο έχει 180 μαθητές, θα πρέπει να έχει μία/έναν σχολική/κό νοσηλεύτρια/τή για τουλάχιστον 10 ώρες την εβδομάδα. Για τα λύκεια που έχουν μαθητές ηλικίας από 15 έως 18 ετών ανεξάρτητα με τον αριθμό των μαθητών, διορίζουν μόνιμα δική/κό τους σχολική/κό νοσηλεύτρια/τή και δεν τη/τον ζητούν από την κοινότητα.

Η/Ο νοσηλεύτρια/τής που θέλει να εργαστεί σε σχολείο, αφού τελειώσει 3 χρόνια τη γενική νοσηλευτική εκπαίδευση, θα εξειδικευτεί στους εφήβους και τα παιδιά για ενάμιση χρόνο. Στον κλάδο υπάρχει η δια βίου εκπαίδευση, με σεμινάρια, συνέδρια, επανεκπαίδευση και ανανέωση γνώσεων, ιδίως κατά τις περιόδους των σχολικών διακοπών δηλ. Χριστούγεννα, Πάσχα και Καλοκαίρι. Κάθε δύο εβδομάδες η/ο σχολική/κός νοσηλεύτρια/τής έχει συνάντηση με τους υπόλοιπους σχολικούς νοσηλευτές της κοινότητας, τον ιατρό, τον κοινωνιολόγο, τον ψυχολόγο και τον κοινωνικό λειτουργό, όπου συζητούν διάφορα επιστημονικά-υπηρεσιακά θέματα του κλάδου και συνεργάζονται ανταλλάσσοντας απόψεις. Υπάρχει επίσης το αποκαλούμενο «basically coaching», όπου πραγματοποιείται ομαδική συζήτηση ή κατά κάποιο τρόπο θεραπεία, όπου ο νοσηλευτής αποφορτίζεται ως άτομο, συζητώντας τα διάφορα προβλήματα με τον ψυχολόγο, ενώ παράλληλα μπορεί να συνεργαστεί μαζί του, ζητώντας του βοήθεια/λύση σε κάποιο ζήτημα που αντιμετωπίζει στο σχολείο. Η/Ο σχολική/κός νοσηλεύτρια/τής εργάζεται την περίοδο που είναι ανοιχτό το σχολείο και έχει άδεια κατά την περίοδο των σχολικών διακοπών κατά την διάρκεια των οποίων γίνεται η δια βίου εκπαίδευση. Η/Ο σχολική/κός νοσηλεύτρια/τής πραγματοποιεί σωματομετρικούς προληπτικούς ελέγχους, προσφέρει πρώτες βοήθειες σε όποιον χρειάζεται, κάνει εμβολιασμούς, προσφέρει διδασκαλία με αντικείμενο διάφορα θέματα υγείας αλλά και σεξουαλική

διαπαιδαγώγηση, ακούει, στηρίζει και ενισχύει τους μαθητές, καταγράφει όλες τις πληροφορίες στον φάκελο των μαθητών, συνεργάζεται με τους γονείς των μαθητών, το εκπαιδευτικό προσωπικό και τα μέλη της ομάδας υγείας της κοινότητας και συμμετέχει σε διάφορες έρευνες του κλάδου.

Η/Ο σχολική/κός νοσηλεύτρια/τής έχει τον δικό της/του χώρο στο σχολείο. Είναι μια αίθουσα/δωμάτιο στο οποίο υπάρχει υγειονομικό υλικό, εξοπλισμός, έντυπο υλικό με το οποίο ενημερώνει τους μαθητές και τα αρχεία με τους ατομικούς φακέλους υγείας των μαθητών. Σε κάθε μαθητή ηλικίας 7 ετών, με την εισαγωγή του στο σχολείο δημιουργείται ο ατομικός φάκελος που περιέχει όλα τα στοιχεία αναφορικά με την υγεία του, τους ελέγχους υγείας που γίνονται κάθε χρόνο από την/τον σχολική/κό νοσηλεύτρια/τη, ότι έκτακτο πρόβλημα ή θέμα προκύψει στο διάστημα της μαθητικής του ζωής, τα ερωτηματολόγια με τις απαντήσεις που κατά τακτά χρονικά διαστήματα δίνονται στους γονείς των παιδιών και τα ερωτηματολόγια με τις απαντήσεις που κατά τακτά χρονικά διαστήματα δίνονται στα ίδια τα παιδιά. Όταν το παιδί τελειώσει το σχολείο και πάει στο Λύκειο, μετά τα 15 του χρόνια, αυτός ο φάκελος το ακολουθεί εκεί που θα πάει και τον παραλαμβάνει η/ο εκεί νοσηλεύτρια/τής. Όταν το παιδί τελειώσει και το Λύκειο, τότε ο ατομικός του φάκελος στέλνεται στην κοινότητα δηλ. στα κέντρα υγείας της κάθε υγειονομικής περιφέρειας.

Συμπερασματικά, τα αναπτυχθέντα με συντομία συνοψίζουν τον ρόλο και το έργο της/του σχολικής/κού νοσηλεύτριας/τή, όπως είδαμε να εφαρμόζεται στη Σουηδία, ο οποίος χαρακτηρίζεται από την υπευθυνότητα, οργάνωση, ενδιαφέρον και προσφορά στον μαθητικό πληθυσμό.

11.4 Ξένη μελέτη για τον σχολικό νοσηλευτή.

Λόγοι επίσκεψης μαθητών της Σουηδίας σε σχολική νοσηλεύτρια και οι απόψεις της για το ρόλο της.

Εισαγωγή

«Υγιή παιδιά μαθαίνουν καλύτερα και η σχολική νοσηλεύτρια μπορεί να το επιτύχει». Η άποψη αυτή κυκλοφορεί σε σχολεία των ευρωπαϊκών χωρών και ασφαλώς θα συμφωνούσαμε και εμείς εάν στα σχολεία του τόπου μας υπήρχαν σχολικές/κοί νοσηλεύτριες/τές, έτσι ώστε να έχουμε παρόμοιες εμπειρίες. Υπάρχουν βέβαια ορισμένα σχολεία, όπως σχολεία με παιδιά με ειδικές ανάγκες ή κάποια

ιδιωτικά, που έχουν σχολική/κό νοσηλεύτρια/τη, όμως αυτά είναι ελάχιστα και αποτελούν την κάλυψη κάποιας ιδιαίτερης ανάγκης ή την εξαίρεση του κανόνα.

Την τελευταία δεκαετία δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στη σχολική υγεία σε μια προσπάθεια να καλυφθούν οι ανάγκες του σχολικού πληθυσμού. Στα σχολεία των χωρών όπου σχολική/κός νοσηλεύτρια/της, καλύπτει όλο το ακαδημαϊκό έτος καθημερινά και με πλήρες ωράριο, ο ρόλος της/του σχολικής/κού νοσηλεύτριας/τη έχει αλλάξει. Η σωματική φροντίδα του παιδιού έχει επεκταθεί σε βιοψυχοκοινωνική φροντίδα και η πρόληψη της νόσου σε προαγωγή της υγείας. Βασική ευθύνη των σχολικών νοσηλευτών είναι να αναγνωρίζουν τα παιδιά που παρουσιάζουν προβλήματα υγείας τα οποία επηρεάζουν τη σχολική τους απόδοση και συμπεριφορά. Βέβαια, υπάρχουν ενδείξεις ότι προβλήματα υγείας της προσχολικής ηλικίας έχουν επίδραση στη σχολική απόδοση των παιδιών. Προβλήματα κατά τη γέννηση του παιδιού, ιδιαίτερα αν συνυπάρχει δυσμενές ή αρνητικό περιβάλλον, μπορεί σημαντικά να επηρεάσουν τη νοητική και μαθησιακή ικανότητα του παιδιού.

Επίσης, πολλές επισκέψεις μαθητών στο γραφείο της/του σχολικής/κού νοσηλεύτριας/τη με βιολογικά προβλήματα υγείας, έχουν ως βαθύτερα αίτια ψυχοκοινωνικές καταστάσεις. Σε μελέτες που έχουν γίνει σε μαθητές βρέθηκε ότι υπήρχαν πολλά ψυχολογικά προβλήματα και ανάγκες σχετικά με τη χρήση ουσιών, τη σεξουαλικότητα, την καταπίεση και την εικόνα του εαυτού τους.

Η/Ο σχολική/κός νοσηλεύτρια/τής έχει μεγάλο εύρος δραστηριοτήτων στα γενικά σχολεία με έμφαση στην πρόληψη με τη διενέργεια ανάλογων εξετάσεων και εμβολιασμών, την αγωγή υγείας σε όλους τους τομείς, την αντιμετώπιση της άμεσης πρόσβασης των παιδιών στις υπηρεσίες υγείας και με τα ανεγειρόμενα μαθησιακά τους προβλήματα. Ακόμη, αυτή/ός είναι το «κλειδί», ο σύνδεσμος που συνδέει πρώτον, τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας με το σχολείο και δεύτερον τους γονείς με το σχολείο. Επιπρόσθετο έργο και μεγαλύτερο εύρος αρμοδιοτήτων έχουν οι σχολικές/κοί νοσηλεύτριες/τές που εργάζονται σε σχολεία παιδιών με σχολικές ανάγκες. Σε αυτά τα σχολεία η/ο σχολική/ός νοσηλεύτρια/τής παρέχει ποικιλία νοσηλευτικής φροντίδας, από τις πλέον απλές παρεμβάσεις έως τις πλέον πολύπλοκες, όπως εντερική θρέψη, φροντίδα κατακλίσεων, φροντίδα τραυμάτων κλπ. Η ανάγκη για την παροχή φροντίδας σε παιδιά με ειδικές ανάγκες αυξάνει κατά την τελευταία δεκαετία λόγω του ότι αυξάνεται το όριο επιβίωσης αυτών των παιδιών που οφείλεται στην αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση, την τεχνολογική-μηχανική υποστήριξη και την παροχή ποιοτικής φροντίδας. Επομένως, ο ρόλος της/του

σχολικής/κού νοσηλεύτριας/τή είναι σημαντικός και ποικίλλει ανάλογα με το είδος του σχολείου στο οποίο εργάζεται. Βέβαια, έχουν γραφτεί πάρα πολλά για τον ρόλο, την προσφορά και τις αρμοδιότητες της/του σχολικής/κού νοσηλεύτριας/τή που δεν μπορούν να αναφερθούν στην μικρή αυτή μελέτη.

2.3.1 Περίληψη μελέτης

Η παρούσα μελέτη έχει σκοπό να εξετάσει τους λόγους για τους οποίους μαθητές της Σουηδίας επισκέπτονται τη/τον σχολική/κό νοσηλεύτρια/τη και τις απόψεις τους για τον ρόλο της/του.

Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν μαθητές δύο γενικών σχολείων της Σουηδίας, στη περιοχή της Στοκχόλμης. Ειδικό ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε από τους μελετητές και μοιράστηκε σε μαθητές των σχολείων από τη σχολική νοσηλεύτρια και από τον βοηθό του ερευνητή. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε ανώνυμα από 194 μαθητές των σχολείων.

Το 53,6% ήταν κορίτσια και τα υπόλοιπα αγόρια. Η μέση ηλικία τους ήταν 13,04 έτη. Κυριότεροι λόγοι επίσκεψης των μαθητών ήταν προβλήματα υγείας 16%, πονοκέφαλος 8,8% και πόνοι εμμήνου ρύσης 23,2%. Τα κυριότερα ψυχολογικά προβλήματα ήταν το άγχος 8,2%, μη συγκεκριμένες αιτίες 8,2% και προβλήματα στις σχέσεις των δύο φύλων 6,7%. Οι μαθητές όταν συζητούσαν με τη σχολική νοσηλεύτρια έβρισκαν λύση στα προβλήματά τους σε ποσοστό 25,4% και μόνο μερικές φορές έβρισκαν 59,7%. Το 62,6% αισθανόταν περισσότερη ασφάλεια με την παρουσία της σχολικής νοσηλεύτριας, το 53,6% την εμπιστευόταν σε προσωπικά τους προβλήματα, το 38,8% ενεργούσε σύμφωνα με τις οδηγίες της και το 66,7% την επισκεπτόταν για διάφορα θέματα εκτός υγείας.

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας έδειξαν ότι ο ρόλος της/του σχολικής/κού νοσηλεύτριας/τη είναι σπουδαίος, η συμβολή της/του στην υγεία των παιδιών, η προσφορά της/του και γενικά η επίδραση στη ζωή των μαθητών είναι μεγάλη.

Συζήτηση

Οι μαθητές αυτής της μελέτης επισκέπτονταν το γραφείο της σχολικής νοσηλεύτριας για λόγους υγείας γενικά και περισσότερο τα κορίτσια, ίσως αυτό να

συμβαίνει επειδή σε αυτή την ηλικία των κοριτσιών αρχίζει η έμμηνος ρύση και αυτά χρειάζονται περισσότερες σχετικές πληροφορίες. Γεγονός που συμφωνεί με μελέτες άλλων ερευνητών, όπου 60% των επισκέψεων παραπονούνταν για λόγους υγείας και 20% για γυναικολογικά προβλήματα που όμως δεν τα καθόριζαν εάν ήταν εμμήνου ρύσης. Επιπλέον, στις συγκεκριμένες μελέτες βρέθηκε ότι ποσοστό 20% απασχολούσε τη/τον σχολική/κό νοσηλεύτρια/τή για ψυχιατρικούς λόγους, αιτία που δεν παρουσιάστηκε σ' αυτή την μελέτη. Ίσως αυτό να συμβαίνει επειδή ο συγκεκριμένος χώρος αυτών των μελετών είχε πολλά παιδιά και είχε ένα είδος ιατρείων, με ιατρούς πολλών ειδικοτήτων, προσαρτημένος στον χώρο του σχολείου. Σε άλλη μελέτη αναφέρεται ότι η πιο κοινή αιτία επίσκεψης των μαθητών στο γραφείο της/του σχολικής/κού νοσηλεύτριας/τή ήταν παράπονα για πονοκέφαλο και πόνο στο στομάχι, ψυχολογικά προβλήματα και προβλήματα στις σχέσεις μεταξύ των δύο φύλων. Τα αποτελέσματα της δικής μας εργασίας συμφωνούν με αυτά της παραπάνω. (Fisher M, Marks A, Trieller k. 1988).

Το 1965, οι Rogers και Reese μελέτησαν και περιέγραψαν αιτίες επισκέψεων 1.026 μαθητών στο γραφείο της/του σχολικής/κού νοσηλεύτριας/τή σε περίοδο τριών ετών. Τα συνηθέστερα ευρήματά τους ήταν πονοκέφαλος, δυσμηνόρροια, μικροτραυματισμοί, αναπνευστικά προβλήματα και προβλήματα του πεπτικού συστήματος. Επίσης, εκτίμησαν ότι το 5% των μαθητών επισκεπτόταν τη/τον νοσηλεύτρια/τή περισσότερο από επτά φορές το χρόνο. Αντίθετα, στην παρούσα μελέτη τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ένα ποσοστό 31,4% την επισκεπτόταν μία φορά το μήνα και μία φορά την εβδομάδα την επισκεπτόταν το 22,5%, γεγονός που μπορεί να ερμηνευτεί ότι τα παιδιά, με την πάροδο των ετών, αναγνωρίζουν και ζητούν όλο και περισσότερο το έργο της σχολικής νοσηλεύτριας.

Η Whitaker μελέτησε 144 μαθητές για να καταγράψει τις αιτίες επισκέψεων στο γραφείο υγείας. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι μισοί από τους μαθητές που επισκέπτονταν το γραφείο της σχολικής νοσηλεύτριας είχαν ψυχολογικά προβλήματα κάτω από τα θέματα για τα οποία παρουσίαζαν ως αιτίες. Το 40% των μαθητών πήγαιναν σε αυτήν για να αποφύγουν το μάθημα. Η Whitaker σύστηνε στους δασκάλους να μάθουν να κατανοούν τα ψυχολογικά προβλήματα των μαθητών για να ελαττωθούν οι επισκέψεις υγείας, αλλά και οι μαθητές να μπορούν να εκφράζουν άνετα τα πραγματικά τους προβλήματα. Στην παρούσα εργασία υπάρχουν τα ψυχολογικά θέματα τα οποία συνδέονται με άγχος, τα συναισθηματικά και μη συγκεκριμένες αιτίες οι οποίες μπορούν να ενταχθούν και αυτές σε αυτόν τον τύπο.

Πολλές σχολικές νοσηλεύτριες θεωρούσαν ότι οι πονοκέφαλοι των παιδιών ήταν συνδεδεμένοι με ψυχολογικά θέματα, όπως το άγχος, ο φόβος για αποτυχία στα μαθήματα και άλλα σχολικά προβλήματα. (*US Department of Health and Human Services 1988*).

Πολύ μεγάλος αριθμός μαθητών, 37,2% και 45,4%, αποδεχόταν ότι η σχολική νοσηλεύτρια ήταν αρκετά ή πολύ καλά ενημερωμένη σε θέματα υγείας και πρόληψης. Φαίνεται λοιπόν ότι είναι ικανοποιημένοι από το επίπεδο γνώσεών της.

Επιπλέον, το γεγονός ότι η πλειονότητα εφάρμοζε ή έστω προσπαθούσε να εφαρμόζει σε ποσοστό 38,8% και 49% αντίστοιχα, τις συμβουλές και οδηγίες της, αποτελεί σημαντική ένδειξη της εκτίμησης που είχαν οι μαθητές προς αυτήν και κατανοούσαν πως επιθυμούσε το συμφέρον τους. Το σημαντικότερο εύρημα αυτής της μελέτης είναι ότι 66,7% των μαθητών την επισκεπτόταν για διάφορους λόγους εκτός των συνηθισμένων και υποχρεωτικών(σωματομετρικού και προληπτικοί έλεγχοι, εμβολιασμοί). Επομένως, οι ίδιοι οι μαθητές είχαν αποδεχτεί τον πολυδιάστατο ρόλο της και χρησιμοποιούσαν προς όφελός τους όλες τις παροχές υπηρεσιών που τους προσέφερε. (*Clark MJ, 1996*).

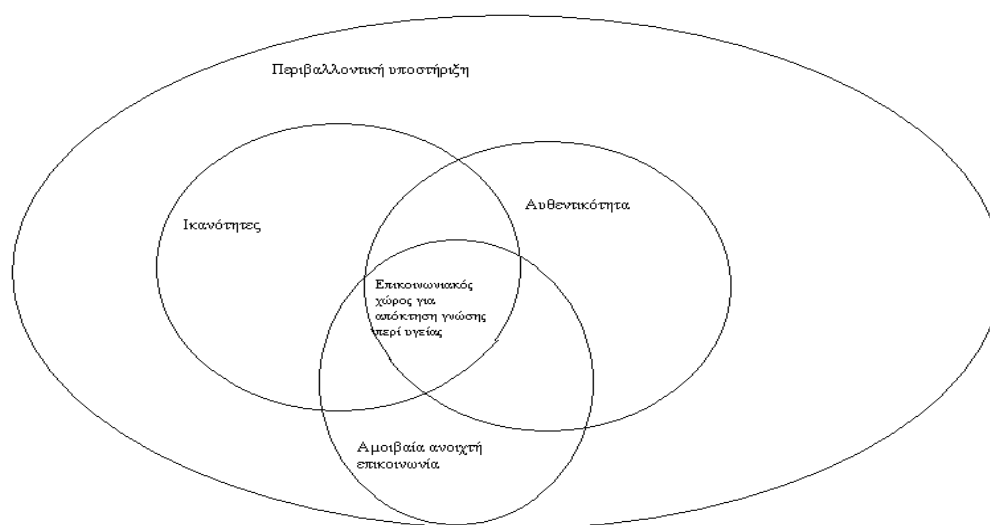
Ένας αριθμός μελετητών αναφέρουν ότι η υγεία των μαθητών, η επιτυχία και απόδοση στα μαθήματα, η αύξηση της αυτοεκτίμησης των μαθητών, η σωστή καθοδήγηση των παιδιών σε θέματα υγείας, η υποστήριξη της οικογένειας, η προαγωγή της υγείας και το να έχει το παιδί κάποιον να εμπιστεύεται είναι πολύ σημαντικά για την αποτελεσματικότητα του ρόλου της/του σχολικής/κού νοσηλεύτριας/τή. Επιπλέον, υπάρχει η άποψη ότι τα παιδιά έχουν ανάγκη από κάποιον «στα δικά τους μέτρα», που να τα καταλαβαίνει και ο οποίος να μην έχει την «εικόνα της εξουσίας». (*Stanhope M, Lancaster J.1996*).

Μελετητές επικεντρώθηκαν σε ανάγκες των παιδιών και σε ό,τι αυτά απέβλεπαν. Υποστήριζαν ότι έπρεπε να χρησιμοποιηθούν θεωρίες που να ενισχύουν τον διάλογο μαθητών και σχολικής/κού νοσηλεύτριας/τή, να γίνουν μελέτες και πειραματικές εφαρμογές για τον διάλογο και τον εφαρμογή του στην προαγωγή της υγείας των παιδιών. Αυτές οι μελέτες βασίστηκαν σε δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και περιλάμβανε μαθητές ηλικίας 11, 13 και 15 ετών. Τα αποτελέσματα μιας μελέτης έδειξαν ότι τα κορίτσια συζητούν περισσότερο με τη/τον νοσηλεύτρια/τή από ότι τα αγόρια, γεγονός που συμφωνεί με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, όπου τα κορίτσια ζητούν περισσότερη ενημέρωση από τα αγόρια.

Πιθανόν, αυτό αντανακλά τις ανάγκες για ενημέρωση που παρουσιάζονται στα κορίτσια κατά την έναρξη της εμμηνου ρύσης. (Jarvis LL.1985).

Επίσης, υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο σχολείων αναφορικά με το ότι η νοσηλεύτρια χρειαζόταν περισσότερη ενημέρωση και οι μαθητές του 2^{ου} σχολείου, ζητούσαν περισσότερη ενημέρωση για τους ίδιους. Το εύρημα αυτό ίσως να ερμηνεύεται ως ύπαρξη διαφορών στις ανάγκες των μαθητών των δύο σχολείων ή αντανακλά διαφορές στην προσωπικότητα των σχολικών νοσηλευτριών/τών. Πάντως, γενικότερα τα παιδιά εξέφρασαν τον ίδιο βαθμό εμπιστοσύνης στο να της αναφέρουν τα προσωπικά τους προβλήματα και τις ίδιες απόψεις σχετικά με το αν εφάρμοζαν ή όχι τις οδηγίες της.

Η Bugor που έχει μελετήσει το θέμα επικοινωνίας μαθητών- νοσηλεύτριας/τή, αναφέρεται σε επιτυχία παραγωγικού διαλόγου υπό τις εξής προϋποθέσεις:(1) ικανότητα,(2) αυθεντικότητα.(3) αντανακλαστική/αμοιβαία επικοινωνία και (4) περιβαλλοντική υποστήριξη. Αυτά τα στοιχεία σχηματίζουν την κεντρική κατηγορία την οποία ονομάζει «δημιουργικό επικοινωνιακό χώρο για απόκτηση γνώσης περί υγείας». Δίνει μεγάλη σημασία στον διάλογο με αυτά τα στοιχεία και επισημαίνει ότι: «η σχολική νοσηλεύτρια σταματά να είναι υπεύθυνη για τον μαθητή όταν ο μαθητής αποκτήσει την ικανότητα να είναι υπεύθυνος για τις δικές του πράξεις». Επομένως, γίνεται φανερό ότι η συζήτηση που είχαν οι μαθητές με τη σχολική νοσηλεύτρια στην παρούσα εργασία ήταν παραγωγικό έργο.



Κρίνοντας λοιπόν από τη θετική αντιμετώπιση και την αποδοχή που έχουν οι σχολικοί νοσηλευτές από τους μαθητές στη Σουηδία, θεωρούμε ότι πιθανόν σε σχετική μελέτη να υπάρξουν αντίστοιχα ευρήματα και στην Ελλάδα. Αξίζει να μελετηθούν σχετικές παράμετροι, έστω και στα ελάχιστα σχολεία όπου υφίσταται και λειτουργεί ο θεσμός της/του σχολικής/κού νοσηλεύτριας/τή. Βέβαια, είναι πολύ δύσκολο να μπορέσει κανείς να γενικεύσει τον ρόλο της/του σχολικής/κού νοσηλεύτριας/τή, διότι αυτός είναι ανάλογος με τις ανάγκες των μαθητών, των εκπαιδευτικών-δασκάλων σε θέματα κατανόησης των παιδιών και γνώσης θεμάτων υγείας και της οικογένειας των παιδιών των οποίων οι ανάγκες παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλομορφία. Επομένως, ο ρόλος αυτός είναι πολύπλοκος, δυναμικός και προσαρμοζόμενος στις εκάστοτε ανάγκες των ατόμων με τα οποία λειτουργεί. Μάλιστα η πολυπλοκότητα των θεμάτων που παρουσιάζονται σήμερα στα σχολεία, όπως εγκυμοσύνη, καταπίεση, απόπειρες αυτοκτονίας, χρήση ουσιών, προβλήματα συναισθηματικής φύσης και προβλήματα σχέσεων γονέων-παιδιών, καθιστούν το έργο της/του πολυδιάστατο και την παρουσία της/του στον χώρο του σχολείου απαραίτητη και σημαντική.

Συμπεράσματα

Οι αιτίες για τις οποίες οι μαθητές επισκέπτονται τη/τον σχολική/κό νοσηλεύτρια/τή είναι βιοψυχοκοινωνικές. Το μεγαλύτερο μέρος των μαθητών συζητά με σχολική νοσηλεύτρια θέματα υγείας και θέματα εκτός υγείας, υποστηρίζει ότι είναι χρήσιμη και ενημερωμένη, ότι συγχρονίζεται στις νέες γνώσεις και αισθάνεται ασφάλεια και εμπιστοσύνη σε αυτήν. Υπάρχουν διαφορές μεταξύ των σχολείων, οι οποίες πιθανόν αντανακλούν διαφορές των μαθητών των σχολείων ή διαφορά στην προσωπικότητα της κάθε νοσηλεύτριας.

Επομένως, ο ρόλος της/του σχολικής/κού νοσηλεύτριας/τή είναι σπουδαίος, η συμβολή της/του στην υγεία των παιδιών, η προσφορά της/του, καθώς και η επίδραση στη ζωή των μαθητών είναι μεγάλη. Κρίνεται απαραίτητο να υπάρξει μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση από την Πολιτεία όσον αφορά στην πρόληψη και αγωγή της υγείας του σχολικού πληθυσμού, να συμπληρωθεί το νομικό πλαίσιο που υπάρχει και να δημιουργήσουν θέσεις σχολικών νοσηλευτών, έστω πιλοτικά σε διάφορα πειραματικά σχολεία που βρίσκονται σε όλη την Ελλάδα.

12. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.

12.1 Μεθοδολογία.

Το δείγμα των παιδιών επιλέχθηκε με την διαδικασία της τυχαίας δειγματοληψίας με την χρήση καταλόγου όλων των σχολείων της περιοχής της πόλης του Ηρακλείου. Από τα σχολεία επιλέχθηκαν τυχαία δύο τάξεις και από τις τάξεις αυτές προσεγγίστηκαν όλα τα παιδιά. Τα παιδιά αυτά είναι μέρος του ελληνικού δείγματος της ευρωπαϊκής μελέτης HELENA. Το πρόγραμμα HELENA (Health Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) είναι μία πολυκεντρική επιδημιολογική μελέτη που πραγματοποιείται ταυτόχρονα σε δέκα ευρωπαϊκές χώρες. Θα δώσει πληροφορίες και συγκρίσιμα στοιχεία για το επίπεδο υγείας των εφήβων της Ευρώπης. Το ελληνικό δείγμα αποτελείται από περίπου **300 παιδιά**.

Υπεύθυνο ερευνητικό κέντρο στην Κρήτη είναι η Κλινική Προληπτικής Ιατρικής και Διατροφής, του τομέα Κοινωνικής Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής του

Πανεπιστημίου Κρήτης. [Καθ. Καφάτος Αντώνης]. Τα αποτελέσματα, δεδομένα και κάθε στοιχείο που αφορά την Μελέτη της πτυχιακής αυτής ανήκουν στον Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής του πανεπιστημίου Κρήτης, το οποίο παραχώρησε την άδεια χρήσης των δεδομένων αυτών αποκλειστικά και μόνο για πτυχιακή εργασία.

12.2 Ερωτηματολόγια.

Τα ερωτηματολόγια που θα χρησιμοποιηθούν για την μελέτη αυτή αποτελούν σταθμισμένη μετάφραση των ερωτηματολογίων GYTS (Global Youth Tobacco Survey) του πανεπιστημίου του Χάρβαρντ για το οποίο η Κλινική Προληπτικής Ιατρικής και Διατροφής του Πανεπιστημίου Κρήτης έχει λάβει άδεια χρήσης.

Η βαθμολόγηση απαντήσεων γίνεται με την βοήθεια ειδικής κλίμακας. Ακολουθεί το ερωτηματολόγιο:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ (Τροποποιημένο GYTS)

1. Στην οικογένεια σου ποιος καπνίζει?

- Κανείς
- Πατέρας
- Μητέρα
- Αδελφός/ή πόσα -----
- Παππούς
- Γιαγιά

2. Εκτίθεται στο καπνό από τσιγάρα στο σπίτι σου?

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

3. Πόσο συχνά? _____

4. Έχεις ποτέ δοκιμάσει ή πειραματιστεί να καπνίσεις τσιγάρο?

- Ναι
- Όχι (Αν όχι προχώρησε στην ερώτηση 13)

5. Πόσο χρονών ήσουν την πρώτη φορά που δοκίμασες τσιγάρο?

- Δεν έχω δοκιμάσει ποτέ
- < των 7
- 8 - 9
- 10 - 11
- 12 -13
- 14 - 15
- Άνω των 16

6. Στις τελευταίες 30 ημέρες, πόσες μέρες κάπνισες τσιγάρο?

- 0 ημέρες
- 1 - 2 ημέρες
- 3 - 5 ημέρες
- 6 - 9 ημέρες
- 10 - 19 ημέρες
- 20 - 29 ημέρες
- Και τις 30 ημέρες

7. Τις μέρες που κάπνιζες τον μήνα που πέρασε πόσα τσιγάρα κάπνισες κατά μέσο όρο?

- Δεν καπνίζω
- Λιγότερο από ένα τσιγάρο
- 1 τσιγάρο
- 2 με 5 τσιγάρα
- 6 με 10 τσιγάρα
- 11 με 20 τσιγάρα
- Πάνω από 20 τσιγάρα ημερησίως

8. Τις τελευταίες 30 ημέρες πως προμηθεύτηκες τα τσιγάρα σου? (Διάλεξε μόνο μία απάντηση)

- Δεν κάπνισα κανένα τσιγάρο τον τελευταίο μήνα
- Τα αγόρασα από μαγαζί, περίπτερο ή μίνι μάρκετ
- Τα αγόρασα από αυτόματο μηχανήμα
- Έδωσα λεφτά σε κάποιον μεγαλύτερο να μου τα αγοράσει
- Τα δανείστηκα από κάποιον άλλον
- Τα έκλεψα
- Μου τα έδωσε κάποιος μεγαλύτερος
- Τα πήρα με άλλον τρόπο

9. Θέλεις να σταματήσεις το κάπνισμα?

- Δεν καπνίζω
- Δεν έχω καπνίσει τσιγάρο
- Ναι
- Όχι
- _____

10. Έχεις προσπαθήσει ποτέ να σταματήσεις το κάπνισμα?

- Δεν έχω καπνίσει ποτέ τσιγάρο
- Ναι
- Όχι
- _____

11. Αν έχεις σταματήσει το κάπνισμα, πριν από πόσο καιρό έγινε αυτό?

- Δεν έχω καπνίσει ποτέ τσιγάρο
- Δεν έχω σταματήσει το κάπνισμα ποτέ
- 1-3 μήνες
- 4-11 μήνες
- Ένας χρόνος
- 2 χρόνια
- 3 ή περισσότερα χρόνια

12. Πιστεύεις ότι θα μπορούσες να σταματήσεις το κάπνισμα αν το ήθελες?

- Δεν έχω καπνίσει ποτέ τσιγάρο
- Έχω ήδη σταματήσει
- Ναι
- Όχι

13. Πιστεύεις ότι θα καπνίσεις τσιγάρο μέσα στους επόμενους 12 μήνες?

- Σίγουρα όχι
- Μάλλον όχι
- Μάλλον ναι
- Σίγουρα ναι

14. Πιστεύεις ότι σε πέντε χρόνια από τώρα θα καπνίζεις?

- Σίγουρα όχι
- Μάλλον όχι
- Μάλλον ναι
- Σίγουρα ναι

15. Πιστεύεται ότι το κάπνισμα βλάπτει την υγεία ?

- Σίγουρα όχι
- Μάλλον όχι
- Μάλλον ναι
- Σίγουρα ναι

DSM-IV ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΣΤΗΝ ΝΙΚΟΤΙΝΗ.

1. Σε σχέση με τότε που ξεκίνησες το κάπνισμα, χρειάζεσαι τώρα να καπνίσεις περισσότερο για να έχεις την ίδια ικανοποίηση ή το ίδιο αποτέλεσμα?
 - Όχι, δεν χρειάζομαι να καπνίσω περισσότερο
 - Ναι, χρειάζομαι να καπνίσω λίγο περισσότερο
 - Ναι, χρειάζομαι να καπνίσω κάπως περισσότερο
 - Ναι, χρειάζομαι να καπνίσω πολύ περισσότερο
2. Σε σχέση με τότε που ξεκίνησες το κάπνισμα, τώρα μπορείς να καπνίσεις περισσότερα τσιγάρα χωρίς να νιώσεις ναυτία ή ζαλάδα?
 - Όχι, δεν μπορώ να καπνίσω περισσότερα
 - Ναι μπορώ να καπνίσω λίγο περισσότερα
 - Ναι, μπορώ να καπνίσω αρκετά περισσότερα
 - Ναι, μπορώ να καπνίσω πολύ περισσότερα
3. Όταν μειώνεις ή σταματάς ή περνάς διάστημα χωρίς να καπνίζεις κατά πόσο βιώνεις τα επακόλουθα?

	Ναι	Όχι
• Στεναχώρια ή κατάθλιψη		
• Αϋπνία		
• Ευερεθιστικότητα, νευρικότητα		
• Άγχος		
• Προβλήματα συγκέντρωσης		
• Ανησυχία, ανυπομονησία		
4. Πόσο συχνά πρέπει να καπνίσεις για να μην νιώθεις ή για να σταματήσεις να νιώθεις τα παραπάνω?
 - ποτέ
 - λίγες φορές
 - αρκετές φορές
 - συχνά
5. Πόσο συχνά συμβαίνει να καπνίσεις, αν και έχεις πει στον εαυτό σου ότι δεν θα καπνίσεις εκείνο το διάστημα?
 - Ποτέ
 - Ναι, αλλά σπάνια
 - Ναι, αρκετές φορές
 - Ναι, πολύ συχνά
6. Πόσο συχνά καπνίζεις πιο πολύ από ότι έχεις πει ότι θα καπνίσεις?
 - Ποτέ
 - Ναι, αλλά σπάνια
 - Ναι, αρκετές φορές
 - Ναι, πολύ συχνά

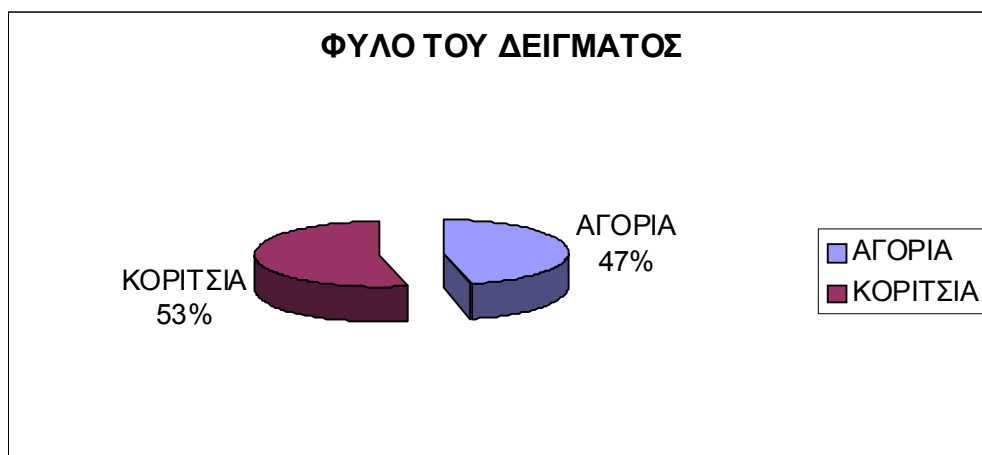
- 7. Πόσο συχνά προσπαθείς να μειώσεις ή να κόψεις το κάπνισμα αλλά δεν μπορείς να το κάνεις?**
- Ποτέ, δεν συμβαίνει
 - Ναι, αλλά σπάνια
 - Ναι, αρκετές φορές
 - Ναι, πολύ συχνά
- 8. Πόσο συχνά ανάβεις το ένα τσιγάρο μετά το άλλο?**
- Ποτέ, δεν συμβαίνει
 - Ναι, αλλά σπάνια
 - Ναι, αρκετές φορές
 - Ναι, πολύ συχνά
- 9. Πόσο συχνά σταματάς ή δραστικά μειώνεις δραστηριότητες όπως αθλητισμό, δουλειά, ή χρόνο που περνάς με φίλους ή την οικογένεια σου για να καπνίσεις?**
- Δεν συμβαίνει ποτέ
 - Ναι, αλλά συμβαίνει σπάνια
 - Ναι, συμβαίνει αρκετές φορές
 - Ναι μου συμβαίνει αρκετά
- 10. Το κάπνισμα κατά πόσο σου προκαλεί προβλήματα υγείας όπως βήχας, προβλήματα στην αναπνοή, στην αρτηριακή πίεση ή στην καρδιά?**
- Δεν μου προκαλεί
 - Ναι, μου προκαλεί αλλά σπάνια
 - Ναι, μου προκαλεί αρκετές φορές
 - Ναι μου προκαλεί πολύ συχνά
- 11. Το κάπνισμα κατά πόσο σου προκαλεί προβλήματα όπως ευερεθιστικότητα, άγχος, ανησυχία, κατάθλιψη ή δυσκολία συγκέντρωσης?**
- Δεν μου προκαλεί
 - Ναι, μου προκαλεί αλλά σπάνια
 - Ναι, μου προκαλεί αρκετές φορές
 - Ναι μου προκαλεί πολύ συχνά

13.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

13.1 Περιγραφική Στατιστική Του Δείγματος.

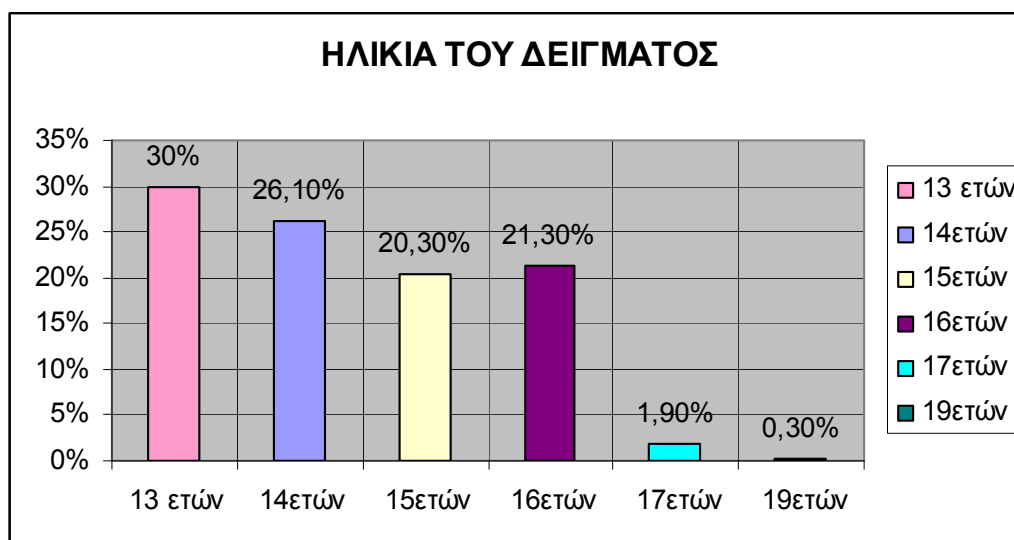
1. Φύλο

Το 53,5% είναι κορίτσια και το 46,5% είναι αγόρια.



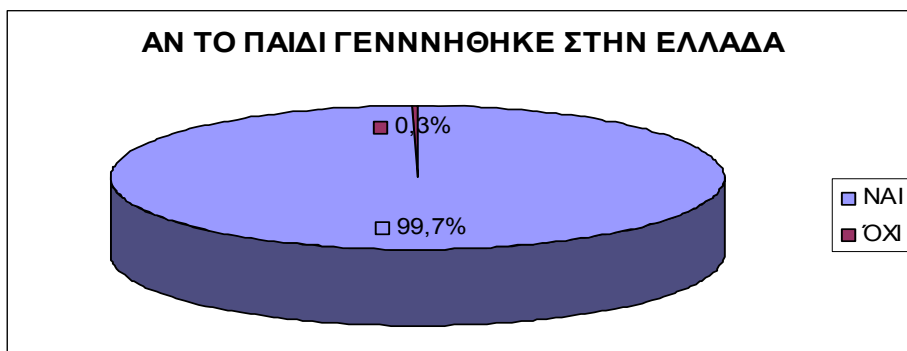
2. Ηλικία του δείγματος

Το 30% των παιδιών ήταν ηλικίας 13 ετών, το 26,1% ήταν 14 ετών, το 20,3% ήταν 15 ετών, το 21,3% 16 ετών, το 1,9% ήταν 17 ετών και το 0,3% ήταν 19 ετών.

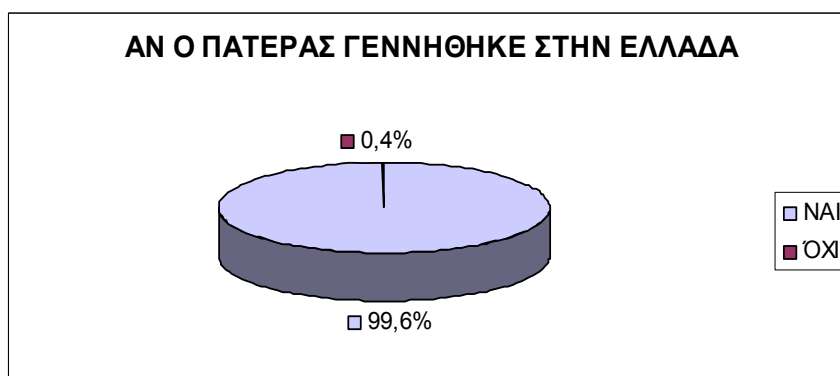


Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών ήταν ηλικίας 13 ετών (30%), ενώ το μικρότερο ήταν ηλικίας 19 ετών (0,3 %).

3. Τόπος γέννησης δείγματος



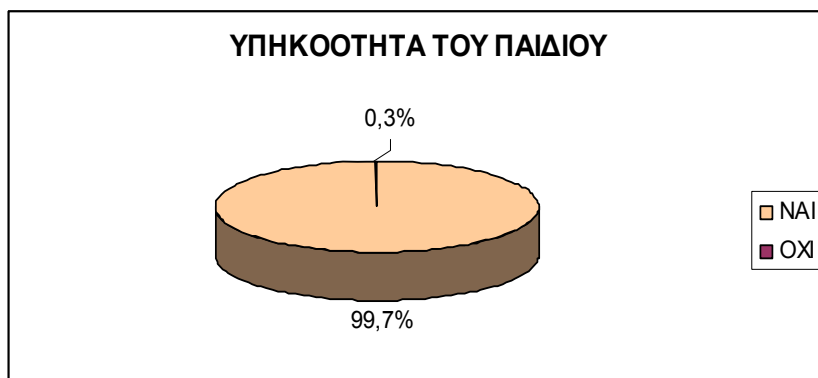
Το 99,7 των παιδιών του δείγματος έχουν ελληνική υπηκοότητα και το 0,3 % προέρχονται από άλλες χώρες.



Το 99,6% του δείγματος απάντησε ότι οι πατέρες τους έχουν γεννηθεί στην Ελλάδα και το υπόλοιπο 0,4% ότι έχουν γεννηθεί σε άλλες χώρες.

Το 99,6% των μητέρων του δείγματος δηλώνει ότι έχει γεννηθεί στην Ελλάδα και το 0,4% του δείγματος ότι έχει γεννηθεί σε κάποια άλλη χώρα.

4. Υπηκοότητα του δείγματος



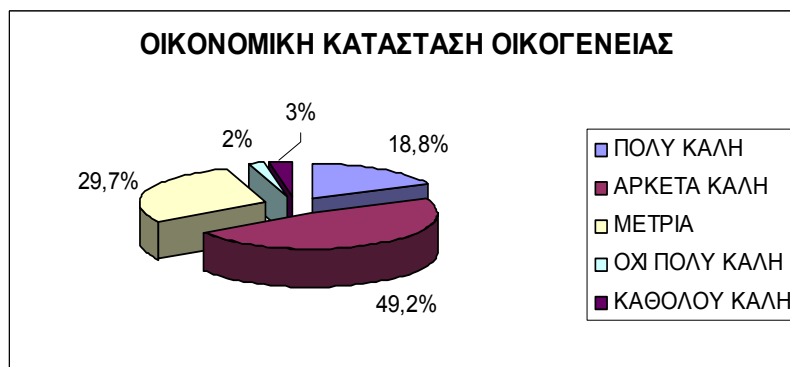
Το 99,7% των παιδιών έχουν Ελληνική υπηκοότητα και το 0,3% των παιδιών είναι αλλοδαπά. Η πλειοψηφία των παιδιών του δείγματος (99,7%) έχουν Ελληνική υπηκοότητα.



Το 99,7% των μητέρων των παιδιών έχουν Ελληνική υπηκοότητα και το 0,3% των μητέρων είναι από κάποια άλλη χώρα.

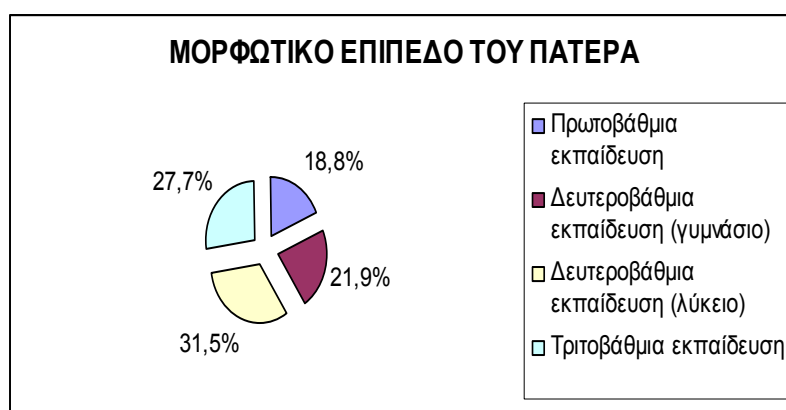
Το 99,7% των πατέρων των παιδιών όπως τα παιδιά και τις μητέρες έχουν Ελληνική υπηκοότητα και το 0,3% είναι αλλοδαποί.

5. Οικονομική κατάσταση οικογένειας

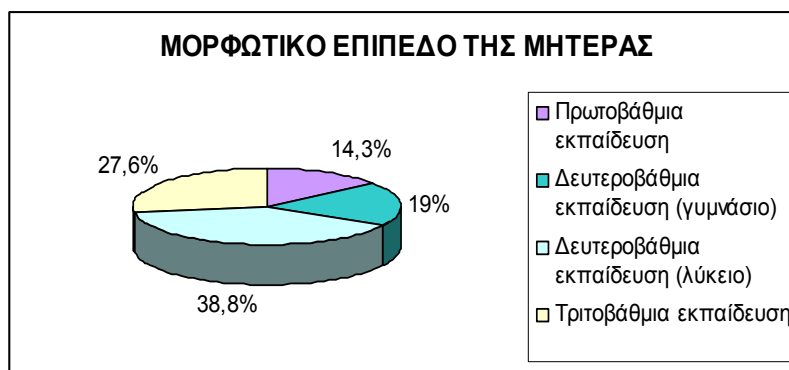


Στο παραπάνω διάγραμμα απεικονίζεται η οικονομική κατάσταση της οικογένειας των παιδιών του δείγματος. Το 18,8% απάντησαν ότι η οικονομική κατάσταση της οικογένειας τους είναι πολύ καλή, το 49,2% απάντησαν ότι είναι αρκετά καλή και το 29,7% ότι είναι μέτρια. Αντίθετα το 2% απάντησαν ότι δεν είναι πολύ καλή και τέλος το 3% του δείγματος των παιδιών απάντησαν ότι η οικονομική τους κατάσταση δεν είναι καθόλου καλή. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών του δείγματος δηλαδή το 49,2% έχουν αρκετά καλή οικονομική κατάσταση.

6. Μορφωτικό επίπεδο γονέων



Το 18,8% του δείγματος απάντησαν ότι το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα τους είναι η πρωτοβάθμια εκπαίδευση, το 21,9% είναι η δευτεροβάθμια εκπαίδευση (γυμνάσιο), το 31,5% είναι η δευτεροβάθμια εκπαίδευση (λύκειο) και τέλος το 27,75 απάντησε ότι οι πατέρες τους είναι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Το μεγαλύτερο ποσοστό του μορφωτικού επιπέδου των πατέρων των παιδιών (31,5%) είναι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης δηλαδή λυκείου.



Το 14,3 των μητέρων των παιδιών είναι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 19% των παιδιών απάντησαν ότι το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων τους είναι

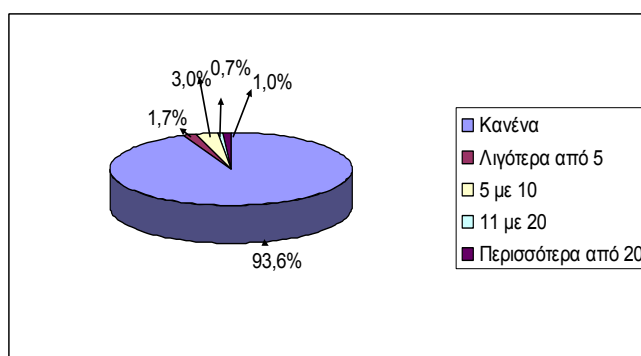
δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (γυμνάσιο), το 38,8% των μητέρων έχουν δευτεροβάθμια εκπαίδευση (λύκειο) και το 27,6% έχουν τριτοβάθμια εκπαίδευση. Σε αυτό το διάγραμμα επίσης συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των μητέρων των παιδιών (38,8%) έχουν δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

7. Κάπνισμα



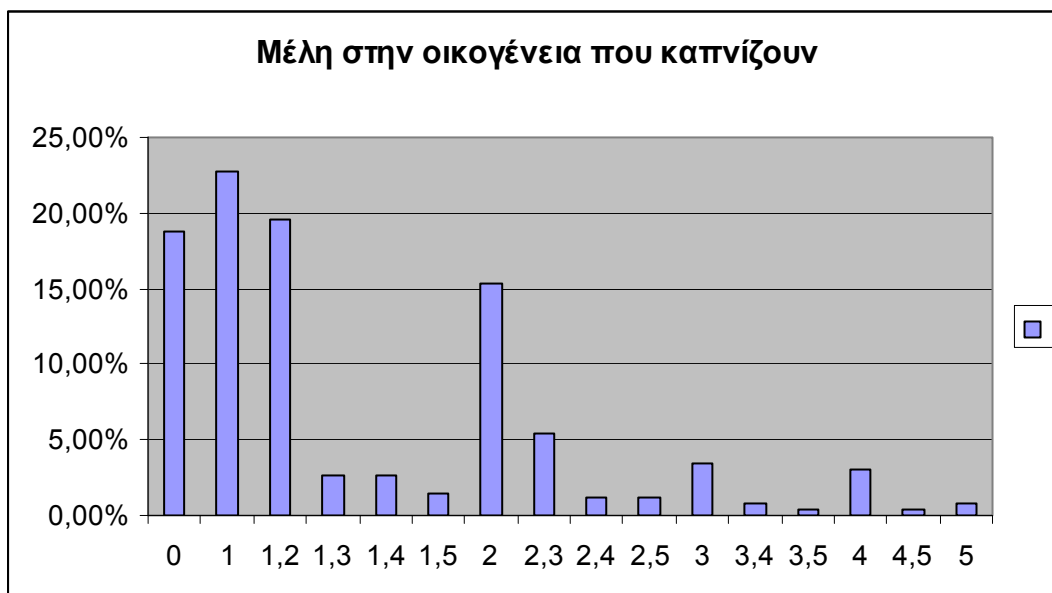
Στην ερώτηση των ατόμων αν έχουν καπνίσει ποτέ βλέπουμε ότι το 27% των παιδιών απάντησαν ότι έχουν καπνίσει και το 73% ότι δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών (73%) δεν έχουν καπνίσει έως τώρα.

Συχνότητα τσιγάρων ανά βδομάδα



Το ακόλουθο διάγραμμα αναπαριστά τη συχνότητα τσιγάρων ανά βδομάδα. Παρατηρούμε ότι το 93,6 % δεν καπνίζει κανένα τσιγάρο μέσα στη βδομάδα. Το 1,7 % του ποσοστού του συνόλου του δείγματος καπνίζει λιγότερα από 5 τσιγάρα τη βδομάδα, το 3 % των παιδιών καπνίζουν 5 με 10 τσιγάρα τη βδομάδα, 0,7% καπνίζουν 11 με 20 τσιγάρα και επίσης 1% από το δείγμα μας καπνίζουν 11 με 20

τσιγάρα τη βδομάδα. Άρα μπορούμε να διακρίνουμε ότι η πλειονότητα των παιδιών (93,6%) δεν καπνίζει κανένα τσιγάρο τη βδομάδα.



Επεξηγήσεις:

0	Κανένας
1	Πατέρας
1,2	Πατέρας-μητέρα
1,3	Πατέρας-αδερφός/ή
1,4	Πατέρας-παππούς
1,5	Πατέρας-γιαγιά
2	Μητέρα
2,3	Μητέρα-αδερφός/ή
2,4	Μητέρα-παππούς
2,5	Μητέρα-γιαγιά
3	Αδερφός/ή
3,4	Αδερφός/ή-παππούς
3,5	Αδερφός/ή-γιαγιά
4	Παππούς
4,5	Παππούς-γιαγιά

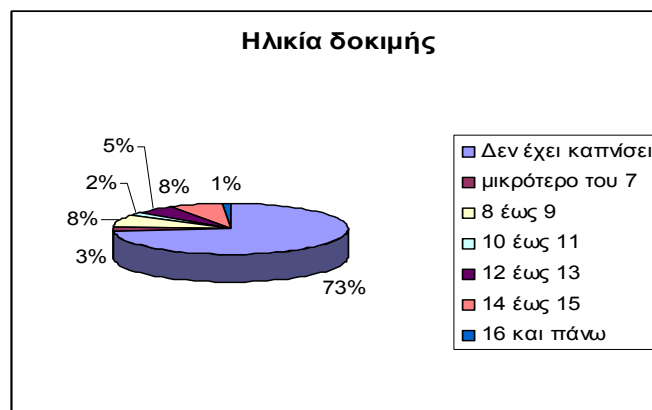
Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε τα ποσοστά χρήσης καπνού από τα μέλη της οικογένειας. Το ποσοστό αυτών που κανένα μέλος της οικογένειας δεν καπνίζει είναι 18,8%. Το ποσοστό που καπνίζει μόνο ο πατέρας είναι 22,7%, ο πατέρας και η μητέρα είναι 19,6%, ο πατέρας και ο αδερφός/ή είναι 2,7%, ο πατέρας και ο παππούς είναι 2,7%, ο πατέρας και η γιαγιά είναι 1,5%.

Το ποσοστό που καπνίζει μόνο η μητέρα είναι 15,4%, η μητέρα και ο αδερφός/ή είναι 5,4%, η μητέρα και ο παππούς είναι 1,2%, η μητέρα και η γιαγιά είναι 1,2%.

Το ποσοστό που καπνίζει μόνο ο αδερφός/ή είναι 3,5%, ο αδερφός/ή και ο παππούς είναι 0,8%, ο αδερφός/ή και η γιαγιά είναι 0,4%.

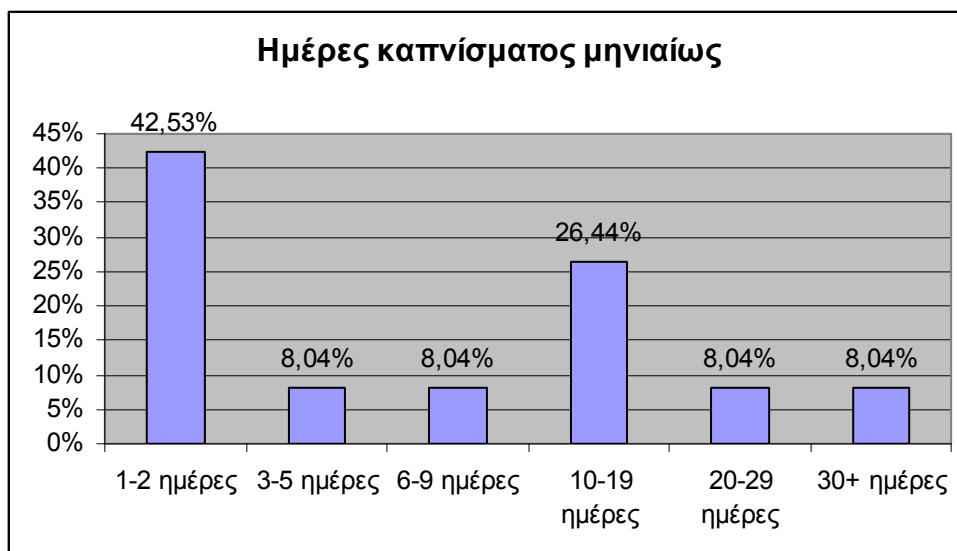
Το ποσοστό που καπνίζει μόνο ο παππούς είναι 3,1%, ο παππούς και η γιαγιά 0,4% και το ποσοστό που καπνίζει μόνο η γιαγιά είναι 0,8%.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι το 57,7% αντιπροσωπεύει τους γονείς που καπνίζουν μέσα στην οικογένεια.



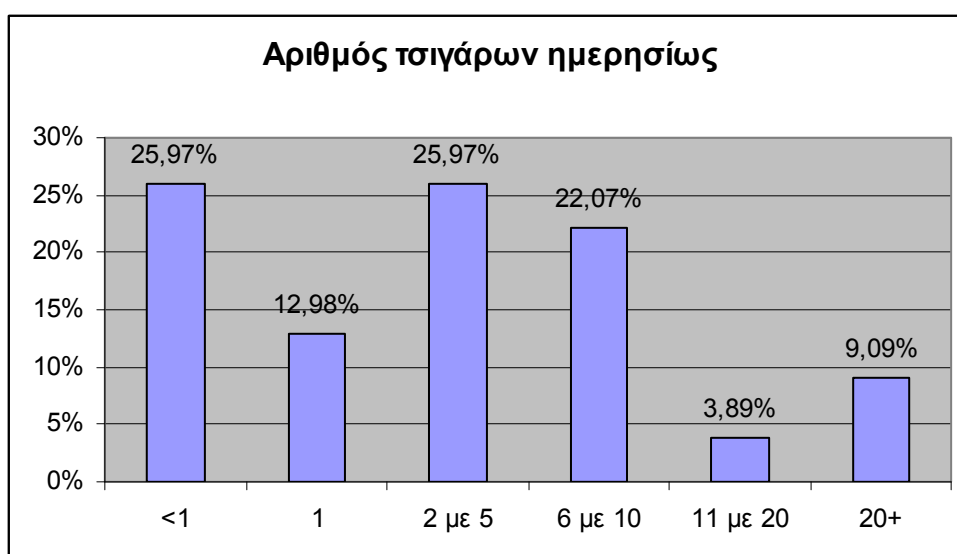
Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε τα ποσοστά της ηλικίας που δοκίμασε για πρώτη φορά τσιγάρο. Το 73% δεν έχει καπνίσει ποτέ, το 3% έχει δοκιμάσει σε ηλικία κάτω των 7 ετών, το 8% έχει δοκιμάσει σε ηλικία 8 έως 9 ετών, το 2% έχει δοκιμάσει σε ηλικία 10 έως 11 ετών, το 5% έχει δοκιμάσει σε ηλικία 12 έως 13 ετών, το 8% έχει δοκιμάσει σε ηλικία 14 έως 15 ετών και το 1% έχει δοκιμάσει από 16 ετών και πάνω.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι σε ηλικία από μικρότερη των 7 ετών έως και τα 9 έτη έχει δοκιμάσει τσιγάρο το 11% ενώ σε ηλικία πάνω από 16 ετών μόλις 1%.



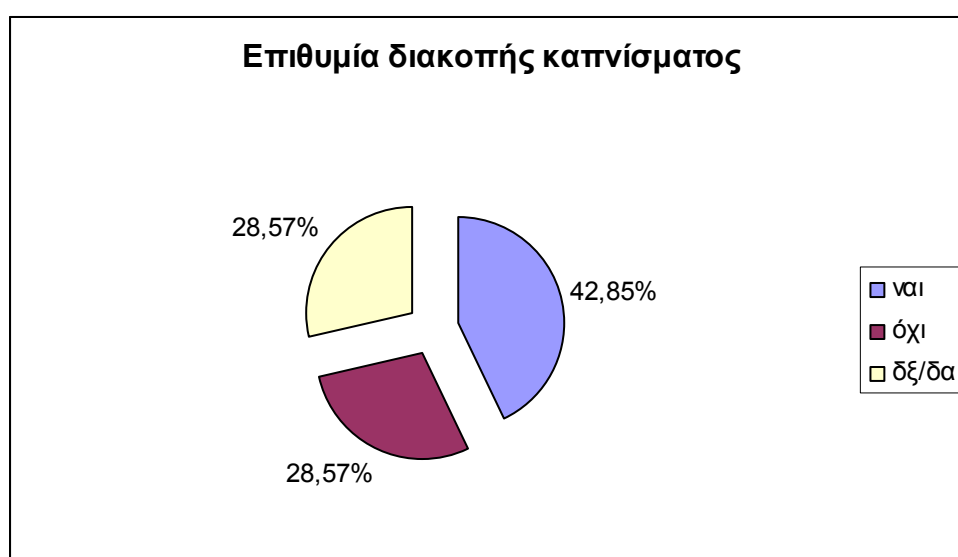
Στο παραπάνω διάγραμμα φαίνονται πόσες ημέρες κάπνιζαν μηνιαίως. Σύμφωνα με το διάγραμμα προκύπτει ότι το 42,53% κάπνιζε 1 με 2 ημέρες, το 8,04% κάπνιζε 3 με 5 ημέρες, το 8,04% κάπνιζε 6 με 9 ημέρες, το 26,44% κάπνιζε 10 με 19 ημέρες, το 8,04% κάπνιζε 20 με 29 ημέρες και το 8,04% κάπνιζε όλο το μήνα.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι το 42,53% καπνίζει μόλις 1 με 2 ημέρες το μήνα.



Στο παραπάνω διάγραμμα φαίνονται τα ποσοστά των τσιγάρων που κάπνιζαν ανά ημέρα. Το 25,97% κάπνιζε λιγότερο από ένα τσιγάρο την ημέρα, το 12,98% κάπνιζε ένα τσιγάρο την ημέρα, το 25,97% κάπνιζε 2 με 5 τσιγάρα την ημέρα, το 22,07% κάπνιζε 6 με 10 τσιγάρα την ημέρα, το 3,89% κάπνιζε 11 με 20 τσιγάρα την ημέρα και το 9,09% κάπνιζε από 20 τσιγάρα και πάνω.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι το 38,95% καπνίζει έως 1 τσιγάρο ενώ το 9,09% καπνίζει από 20 τσιγάρα και πάνω.

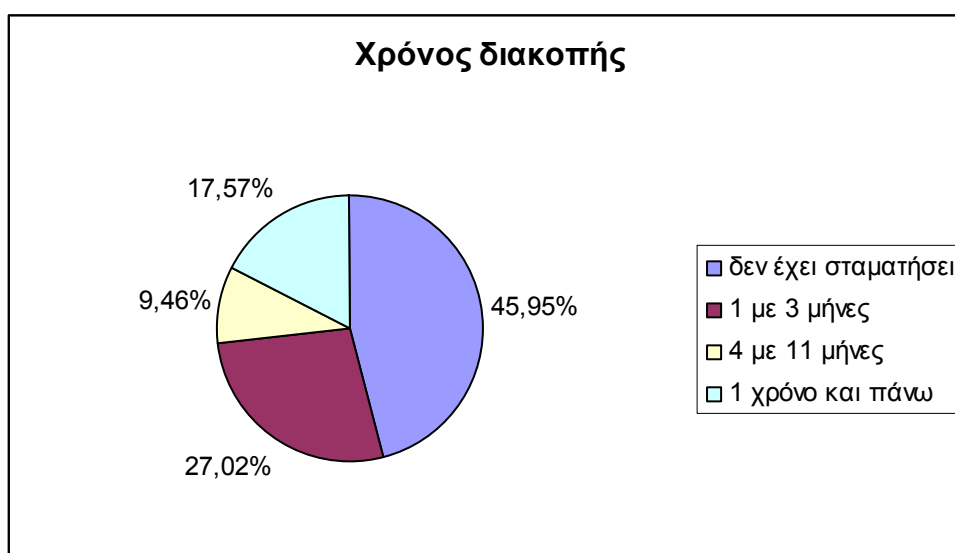


Στο παραπάνω διάγραμμα φαίνονται τα ποσοστά της επιθυμίας για διακοπή του τσιγάρου. Το 42,85% επιθυμεί να κόψει το κάπνισμα, το 28,57% δεν επιθυμεί να κόψει το κάπνισμα και το 28,57% είναι αναποφάσιστοι για το αν θέλουν ή όχι να κόψουν το κάπνισμα.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι το 42,85% των ερωτηθέντων επιθυμούν να κόψουν το κάπνισμα ενώ υπάρχει και ένα ποσοστό της τάξεως των 28,57% που δεν έχουν αποφασίσει εάν επιθυμούν ή όχι να κόψουν το κάπνισμα.



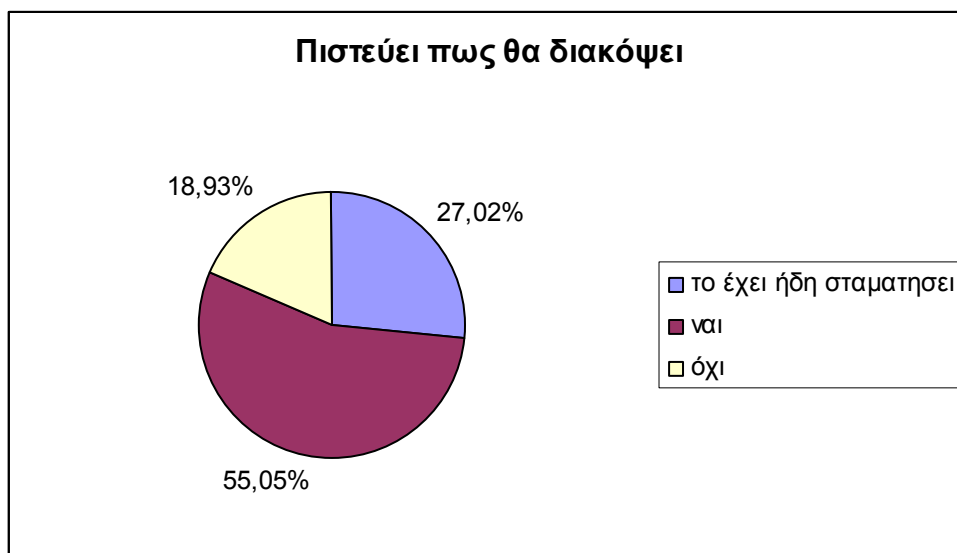
Στο παραπάνω διάγραμμα απεικονίζονται τα ποσοστά της προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος. Το 28,57% έχει προσπαθήσει να κόψει το κάπνισμα, το 48,57% δεν έχει προσπαθήσει να κόψει το κάπνισμα και το 22,86% είναι αναποφάσιστο. Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι ένα ποσοστό της τάξεως του 48,57% δεν έχει προσπαθήσει να κόψει το κάπνισμα.



Στο παραπάνω διάγραμμα φαίνονται τα ποσοστά του χρόνου διακοπής του καπνίσματος. Το 45,95% δεν έχει σταματήσει το κάπνισμα, το 27,02% το έχει

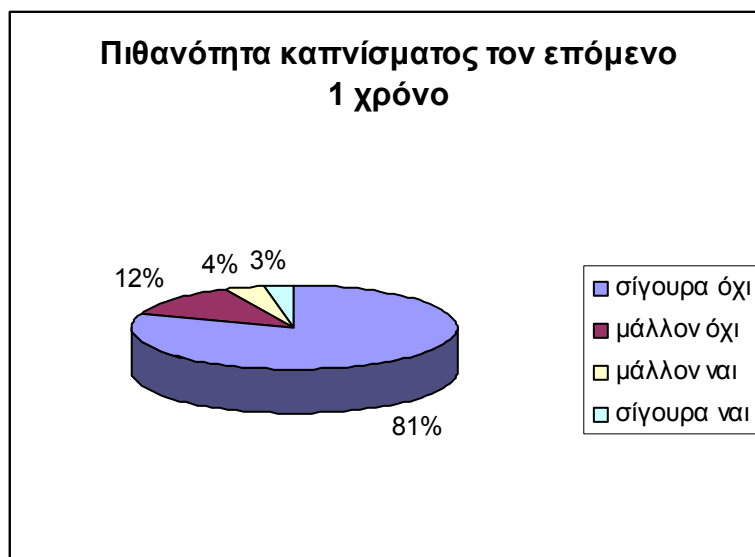
σταματήσει 1 με 3 μήνες, το 9,46% το έχει σταματήσει 4 με 11 μήνες και το 17,57% το έχει σταματήσει από 1 χρόνο και πάνω.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι το 45,95% δεν έχει σταματήσει καθόλου το κάπνισμα.



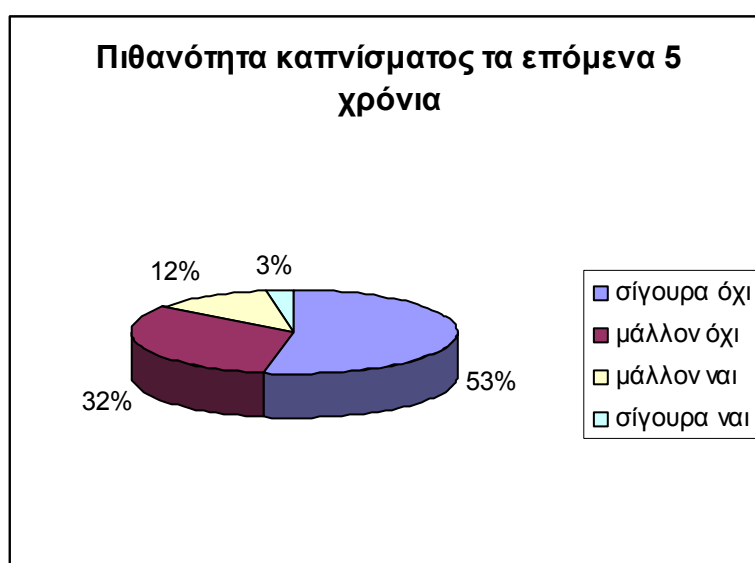
Στο παραπάνω διάγραμμα απεικονίζονται τα ποσοστά που δείχνουν την επιθυμία για διακοπή του καπνίσματος. Το 27,02% έχει ήδη κόψει το κάπνισμα, το 55,05% πιστεύει πως θα κόψει το κάπνισμα και το 18,93% πιστεύει πως δεν θα κόψει το κάπνισμα.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι το 55,05% πιστεύει ότι θα κόψει το κάπνισμα.



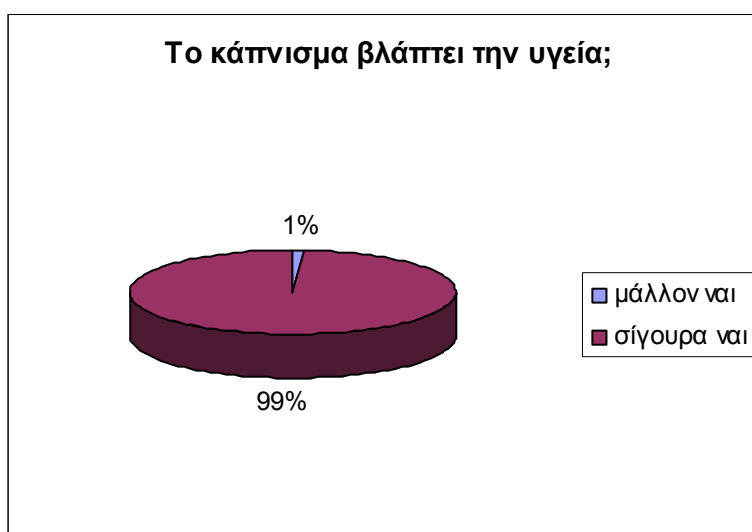
Το παραπάνω διάγραμμα δείχνει την πιθανότητα καπνίσματος μέσα στον επόμενο ένα χρόνο. Το 81% πιστεύει ότι σίγουρα δεν θα καπνίσει, το 12% πιστεύει ότι μάλλον δε θα καπνίσει, το 4% πιστεύει ότι μάλλον θα καπνίσει και το 3% πιστεύει ότι σίγουρα θα καπνίσει.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι το 81% πιστεύει ότι σίγουρα δε θα καπνίσει μέσα στον επόμενο 1 χρόνο και το 3% πιστεύει ότι σίγουρα θα καπνίσει μέσα στον επόμενο 1 χρόνο.



Το παραπάνω διάγραμμα δείχνει την πιθανότητα καπνίσματος μέσα στο επόμενο 5 χρόνια. Το 53% πιστεύει ότι σίγουρα δεν θα καπνίσει, το 32% πιστεύει ότι μάλλον δε θα καπνίσει, το 12% πιστεύει ότι μάλλον θα καπνίσει και το 3% πιστεύει ότι σίγουρα θα καπνίσει.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι το 53% πιστεύει ότι σίγουρα δε θα καπνίσει μέσα στα επόμενα 5 χρόνια ενώ το 3% πιστεύει ότι σίγουρα θα καπνίσει μέσα στα επόμενα 5 χρόνια.



Στην ερώτηση «πιστεύετε ότι το κάπνισμα βλάπτει την υγεία;» το 99% πιστεύει ότι σίγουρα βλάπτει και το 1% ότι μάλλον βλάπτει.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι το 99% πιστεύει ότι το κάπνισμα σίγουρα βλάπτει την υγεία.



Στην ερώτηση «έχεις δει τις προειδοποιήσεις στα πακέτα;» το 99% απάντησε πως ναι και το 1% δεν τις έχει δει.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι το 99% έχει δει τις προειδοποιήσεις στα πακέτα των τσιγάρων.



Στην ερώτηση «έχεις διαβάσει τις προειδοποιήσεις στα πακέτα;» το 99% απάντησε πως ναι και το 1% δεν τις έχει δει.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι το 99% έχει διαβάσει τις προειδοποιήσεις στα πακέτα των τσιγάρων.

DSM-IV ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΣΤΗΝ ΝΙΚΟΤΙΝΗ- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σκοπός της έρευνας με το ερωτηματολόγιο DSM-IV είναι να αποδείξουμε εάν είναι εθισμένοι στη νικοτίνη οι έφηβοι που καπνίζουν. Όλες οι απαντήσεις τις οποίες λάβαμε από το δείγμα ήταν θετικές και από αυτό συμπεραίνεται ότι όλοι οι καπνιστές από το δείγμα είναι εξαρτημένοι από τη νικοτίνη.

Συγκεκριμένα μια θετική απάντηση σε κάποια ερώτηση δηλώνει σε ένα σημείο εξάρτηση στη νικοτίνη, και αφού απάντησαν όλοι οι καπνιστές του δείγματος θετικά αυτόματα αποδεικνύεται και σύμφωνα με τα παραπάνω ότι όλοι οι καπνιστές του δείγματος παρουσίαζαν εξάρτηση στη νικοτίνη.

14.ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Έχοντας παραθέσει στο προηγούμενο κεφάλαιο τα αποτελέσματα της έρευνας μας με παράλληλο μικρό σχολιασμό, είναι απόλυτα αναγκαία η συνοπτική παρουσίαση των συμπερασμάτων και αποτελεσμάτων της έρευνας.

Από την ερευνά μας που είχε σαν δείγμα εφήβους ηλικίας 13 έως 19 ετών των σχολείων του Δήμου Ηρακλείου καταλήγουμε στα παρακάτω συμπεράσματα:

1. Το 53,5% του πληθυσμού του δείγματος είναι κορίτσια και το 46,55 του πληθυσμού είναι αγόρια με μέση ηλικία 15.3 ± 2.5 . Το 99,7% του πληθυσμού των παιδιών γεννήθηκε στην Ελλάδα ενώ το 0,3% γεννήθηκαν σε άλλες χώρες. Επίσης το 99,6% των πατέρων και των μητέρων των παιδιών γεννήθηκαν στην Ελλάδα και το 0,4% είναι αλλοδαποί.
2. Οι περισσότερες οικογένειες δήλωναν καλή οικογενειακή οικονομική κατάσταση ενώ ανησυχητικό είναι το ποσοστό που δηλώνει ότι έχουν μέτρια ή κακή οικονομική κατάσταση. Μελέτες έχουν δείξει ότι η οικονομική κατάσταση της οικογένειας αλλά και το μορφωτικό επίπεδο είναι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν όχι μόνο τις συνήθειες υγείας αλλά και την αναζήτηση των υπηρεσιών υγείας.
3. Παρατηρήθηκε ότι τα άτομα που είναι καπνιστές μέσα στην οικογένεια αποτελούν ένα μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 81,2%. Αξιοσημείωτο είναι ότι από αυτό το ποσοστό το 57,7% καπνιστές είναι οι γονείς. Σύμφωνα με τα παραπάνω στατιστικά στοιχεία μπορούμε να συμπεράνουμε ότι πολλές φορές η ίδια η οικογένεια αποτελεί σημαντικό αρνητικό παράγοντα ώστε ένα παιδί να αρχίσει το κάπνισμα.
4. Με βάση τα αποτελέσματα που αποκομίσαμε από την έρευνά μας όσον αφορά την ηλικία δοκιμής τσιγάρου και στηριζόμενοι πάντα στο γεγονός ότι η οικογένεια επηρεάζει τις πράξεις των παιδιών, διαπιστώσαμε ότι το 11% έχει δοκιμάσει τσιγάρο μέχρι τα 9 του έτη. Αντίθετα, μόλις το 1% έχει δοκιμάσει σε ηλικία 16 ετών και άνω. Αυτό αποδεικνύει ότι το οικογενειακό περιβάλλον επηρεάζει πολύ και πολλές φορές ίσως να εξωθεί το παιδί ώστε να δοκιμάσει

τσιγάρο και αυτό το στηρίζουμε στην παρακάτω ερώτηση: « Που μπορεί να βρει ένα παιδί 9 ετών τσιγάρο;»

5. Από τους εφήβους που καπνίζουν το 42,85% επιθυμεί να κόψει το κάπνισμα ενώ υπάρχει ένα 28,57% που είναι αναποφάσιστοι, όπου μπορεί να υποδηλώνει ότι ίσως να θέλει να κόψει το κάπνισμα και ίσως όχι. Τα αποτελέσματα αυτά είναι ενθαρρυντικά γιατί το μεγαλύτερο ποσοστό θέλει να κόψει το κάπνισμα γιατί ίσως γνωρίζει τις επιπτώσεις του καπνίσματος .
6. Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι το 81% πιστεύει ότι δεν θα καπνίσει στον επόμενο 1 χρόνο ενώ το ποσοστό γίνεται 53% στο αν πιστεύει ότι δεν θα καπνίσει μέσα στα επόμενα 5 χρόνια. Επίσης, αξίζει να αναφέρουμε ότι αυτοί που πιστεύουν ότι θα καπνίσουν και στον επόμενο 1 χρόνο αλλά και στα επόμενα 5 χρόνια είναι το ποσοστό της τάξεως του 3%.
7. Τα αποτελέσματα τα οποία λάβαμε σχετικά με το «εάν είναι οι έφηβοι εξαρτημένοι από τη νικοτίνη» είναι ανησυχητικά. Σύμφωνα με τη μελέτη μας όλοι οι έφηβοι που καπνίζουν είναι εξαρτημένοι στη νικοτίνη.

15. ΕΠΙΛΟΓΟΣ.

Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας μας συμπεραίνουμε ότι η οικογένεια αποτελεί σημαντικό κομμάτι για την μετέπειτα πορεία του παιδιού-εφήβου σχετικά με το κάπνισμα. Η οικογένεια είναι αυτή που επηρεάζει αρνητικά ή θετικά με βάση πάντα την ίδια της τη συμπεριφορά μέσα στο σπίτι όσο και έξω από αυτό. Στην συγκεκριμένη μελέτη η οικογένεια μάλλον επηρεάζει αρνητικά τον έφηβο και αυτό αποδεικνύεται από τα ποσοστά. Τέλος, το ενθαρρυντικό της μελέτης αυτής είναι ότι η συντριπτική πλειοψηφία πιστεύει ότι το κάπνισμα βλάπτει την υγεία και πάνω σε αυτό θα πρέπει να στηριχθούν όλοι, έτσι ώστε να μειωθούν οι ενεργητικοί καπνιστές και αυτόματα και οι παθητικοί.

Οι παραπάνω τιμές θα μπορούσαν να αλλάξουν αν υπήρχαν *σχολικοί νοσηλευτές* στα σχολεία, οι οποίοι θα δίδασκαν και θα καθοδηγούσαν τα παιδιά και τους εφήβους σε οτιδήποτε θα αφορούσε το κάπνισμα και τις συνήθειες υγείας τους. Οι *σχολικοί νοσηλευτές* θα τόνιζαν και θα ενημέρωναν τα παιδιά για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος. Ακόμη, θα επισήμαναν τα προβλήματα τα οποία δημιουργεί το κάπνισμα και τις ασθένειες τις οποίες προκαλεί. Τέλος, οι *σχολικοί νοσηλευτές* θα δίδασκαν τους γονείς σχετικά με το κάπνισμα, τα προβλήματα και τα νοσήματα που προκαλεί, τους τρόπους αποφυγής του καπνίσματος ή και διακοπής του ακόμα και στους ίδιους αν καπνίζουν.

16. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.

1. Anderson HR, Cook DG. (1997): Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax* 1997; 52: 1003-1009.
2. Agency for Health Care Policy and Research (1997): Clinical Practice Guideline on Smoking Cessation, No. 18 AHCPR Rockville, MD, (April 1997).
3. Arkatabartoori M, Lean ME, Hankey CR. (2005): Relationships between cigarette smoking, body size and body shape. *Int J Obes* 2005.
4. Assunta M, Chpman S.: ‘‘The world’s most hostile environment’’. How the tobacco industry circumvented Singapore’s advertising ban. *Tobacco Control* 2004.
5. ASPECT Consortium, 2004: Tobacco Or Health In The European Union: Past,Present And Future
6. American Caner Society: Quitting Smoking. Prevention and Early Detection; Available at: <http://www.cancer.org/>.
7. American Cancer Society (2007). *Cancer Facts & Figures*, Atlanta, Ga. 2007
8. American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994
9. Background Brief Further Information: Passive smoking. <http://www.smokefree.org.au/downloads/03passive.pdf>
10. Baker F et al. (2000): Health risks associated with cigar smoking. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 284(6):735740.
11. Bates, C., Fagerström, K. Jarvis, M. J. Kunze, M., McNeill, A., and Ramström, L. (2003): European Union policy on smokeless tobacco: A statement in favour of evidence based regulation for public health. *Tobacco Control* 12, 360–367.
12. *BBC. Health : Young smokers' heart attack risk Retrieved on 2005-12-18*
13. Bhalla, G. and Lastovieka, J. L. (1984): The impact of changing cigarette warning messages and format. In Kinnear (ed) *Advances in Consumer Research*, 11, 305–309.
14. Bines W, Lightfoot J. (1999): School nursing- an evaluation of policy and practice. In: Atkin K, Lunt N, Thomson C (eds). *Evaluating Community Nursing*. Bailliere Tindall, London, 1999:79-105
15. Borland, R. (1997): Tobacco health warnings of smokingrelated cognition’s and behaviours. *Addiction*, 92,1427–1435.

16. Borup IK (1999): Learning about health: The pupils and the school head nurses. Assessment of the health dialogue. Thesis, Goteborg Sweden 1999.
17. Boucher, B. J. (2001): Paan without tobacco: An independent risk factor for oral cancer. *Int. J. Cancer* 91, 592–593.
18. Brix TH, Hegedus L. (2000): Genetic and environmental factors in the aetiology of simple goitre. *Ann Med* 2000; 32: 153-156.
19. Bryant NH.(1973): School nurse utilization at international school, Bangkok, Thailand. *Nursing Research* 1973, 22:164-170.
20. Bouquot & Kathy Schroeder (1992): Oral Effects of Tobacco Abuse. Department of Oral Pathology, West Virginia University, Morgantown, West Virginia. *Journal of the American Dental Institute for Continuing Education*, 1992; 43:3-17. Jerry
21. Cavelaars A. et al (2000) Educational differences in smoking: international comparison. *British Medical Journal*, 2000. 320: p. 1102-1107.
22. CDC. National Center For Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Quit to Live: How and Why to Quit Smoking Today. Available at www.cdc.gov/tobacco/news/QuitSmoking.htm.
23. Centers for Disease Control and Prevention (2002): Center for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health, Smokeless Tobacco Fact Sheets.
24. Clark MJ (1996): *Nursing in the community*. Second ed. Stamford, Appleton & Lange, 1996, 56: 573-596.
25. Coker et al (1992): Coker AL, Rosenberg AJ, McCann MF, Hulka BS. Active and passive cigarette smoke exposure and cervical intraepithelial neoplasia. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 1992;1(5):349–56.
26. Changrani, J., and Gany, F. (2005): Paan and gutkha in the United States: An emerging threat. *J. Immigrant Health* 7, 103–108.
27. Chaloupka FJ, Grossman M. (1996): Price, tobacco control policies and youth smoking. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 1996. NBER Working Paper, No. 5740.
28. Chaloupka F.J. et al (1997): Public policy and youth smokeless tobacco use. *South Econ Journal*, 64: 501–516.
29. Chaloupka F.J. et al. (2000): Tobacco control in developing countries. Oxford University Press, New York, 365–392.
30. Chaloupka F.J, Warner KE.(2000): The economics of smoking. In: Newhouse JP, Cuyler AJ, eds. *The Handbook of Health Economics*. New York: North Holland Press.

31. Chapman, S. & Richardson, J. (1990): Tobacco excise and declining consumption. *American Journal of Public Health*, 80: 537–40.
32. Coultas DB.(1998): Health effects of passive smoking. 8. Passive smoking and risk of adult asthma and COPD:An update. *Thorax* 1998; 53: 381-387.
33. Council Regulation (EEC) 2075/92 OJ no. L 215 of 30/7/92 and Commission Implementing Regulation 2427/93 OJ no. L223 of 2/9/93.
34. "How cigarettes are made". Video presentation at Philip Morris USA, Richmond offices. Retrieved October 31, 2006
35. Department of Health (2001): School nurse practice development resource pack. London 2001.
36. Devlin E, Anderson S, Hastings G, Macfadyen L, (2005): Targeting smokers via tobacco product labeling: opportunities and challenges for Pan European health promotion. *Health Promot Int.* 20(1): 41-9.
37. Directive 2003/33/EC of the European Parliament and of the Council of 26 May 2003 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States relating to the advertising and sponsorship of tobacco products. *Official Journal* 20/06/2003; L 152, pp. 16-19.
38. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I (2004): Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328:1519-1528.
39. Dzulkifli Abdul Razak (1995): Poisonous Substances in Cigarette Tobacco. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο www.prn2.usm.ng/mainsite/bulletinn/sun//sun10.html
40. Elihan -Chenin, P.(2004): Tobacco excise taxation in France. Tools for Advancing Tobacco Control in XXIst century: Success stories and lessons learned. Geneva, World Health Organization.
41. Edwards R.(2004): The problem of tobacco smoking.ABC of smoking cessation. *BMJ* 2004; 328: 217-219.
42. Ernster VL, Grady D, Miike R, Black D, Selby J, Kerlikowske K(1995): Facial wrinkling in men and women, by smoking status. *Am J Public Health* 1995; 85: 78-82.
43. Evans WN, Farrelly MC(1997): The compensating behavior of smokers: Taxes, tar, and nicotine. College Park, MD: University of Maryland, Department of Economics, Working Paper, 1997. 24
44. European Respiratory Society, European Lung White respiratory health in Europe. Society, European Lung Foundation. Book. The first comprehensive survey on, Sheffield ERSJ Ltd, 2003.

45. Faggiano, F., E. Versino, and P. Lemma, (2001): Decennial trends of social differentials in smoking habits in Italy. *Cancer Causes and Control*, 2001. 12: p. 665-671.
46. Farrelly MC, Bray JW(1998): Response to increases in cigarette prices by race/ethnicity, income and age groups -- United States 1976-1993. *Morb Mortal Wkly Rep* 1998, 47: 605-609.
47. FDA. Approves Novel Medication for Smoking Cessation. Available at: <http://www.fda.gov/>.
48. Fernandez, E., et al(2001): Widening socioeconomic inequalities in smoking cessation in Spain, 1987-1997. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001. 55: p. 729-730.
49. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, et al(1995): The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. A meta-analysis. *JAMA*. 1995; 273: 181.
50. Fiore C, Bailey W, Cohen S(2000): Treating tobacco use and dependence. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.
51. Fischer, P. M., Krugman, D. M., Fletcher, J. E., Fox, R. J. and Rojas, T. H. (1993): An evaluation of health warnings in cigarette advertisements using standard market research methods: what does it mean to harm? *Tobacco Control*, 2,279–285.
52. Fisher M, Marks A, Trieller(1998): Meeting the health care needs of suburban youth: Review of a clinical service. *Peadiatrics* 1988, 81:8-13.
53. Federal Trade Commission. Smokeless Tobacco Report for the Years 2002–2005. (PDF–61KB) Washington, DC: Federal Trade Commission; 2007. Available from: <http://www.ftc.gov/reports/tobacco/02-05smokeless0623105.pdf>. Accessed: April 2007.
54. Foulds J, Ramstrom L, Burke M, Fagerstrom K(2003): Effect of smokeless tobacco (snus) on smoking and public health in Sweden. *Tobacco Control* 2003;12:349–359.
55. Fukuda K, Shibata A.(1990): Exposure-response relationships between woodworking, smoking or passive smoking, and squamous cell neoplasms of the maxillary sinus. *Cancer Causes and Control* 1990;1(2):165–8.
56. Gallet CA, List JA(2003): Cigarette demand: a meta-analysis of elasticities. *Health Econ* 2003;12:821–35.
57. Gajalakshmi V et al (2003): Smoking and mortality from tuberculosis and other diseases in India: retrospective study of 43 000 adult male deaths and 35 000 controls. *Lancet*, 2003, 362:507515.

58. Galobardes, B. et al(2003): Trends in risk factors for lifestyle related diseases by socioeconomic position in Geneva, Switzerland 1993-2000: health inequalities persist. *American Journal of Public Health*, 2003. 93: p. 1302-1309
59. GlaxoSmithKline, Nicobate CQ(r) Lozenges 2/4mg. [Leaflet]. Ermington, NSW: GlaxoSmithKline, January 2002.
60. Graham, H.(1993): *When life is a drag*. 1993, London: HMSO publications
Graham, H. and G. Der: Patterns and predictors of smoking cessation among British women. *Health Promotion International*, 1999. 14: p. 231-239.
61. Guindon, G.E. et al(2002): Trends and affordability of cigarette prices: ample room for tax increases and related health gains. *Tobacco Control*, 11: 35–43.
62. Guindon GE & Boisclair D. (2005): Cigarette consumption dataset 1970-2004.
63. Gilliland FD et al (2000): Maternal smoking during pregnancy, environmental tobacco smoke exposure and childhood lung function. *Thorax* 55: 271-276.
64. Gilmore A, McKee M.(2004): Tobacco-control policy in the European Union: the legal, ethical and policy debates. In: *Unfiltered: Conflicts Over Tobacco Policy and Public Health*. Feldman E, Bayer R, eds. Harvard University Press, 2004 (in press).
65. Giskes, K. and A.E. Kunst (2004): Review of policies that are potentially effective to tackle inequalities in health, and their implementation in five European countries. 2004.
66. Glynn TJ, Greenwald P, Mills SM and Manley MW.: Youth tobacco use in the United States. Problems, progress, goals and potential solutions. *Preventive Medicine* 1993
67. Guindon, G.E. et al. (2002): Trends and affordability of cigarette prices: ample room for tax increases and related health gains. *Tobacco Control*, 11: 35–43.
68. Guindon GE & Boisclair D (2005): Cigarette consumption dataset 1970-2004.
69. Gupta PC et al (2005): A cohort study of 99,570 individuals in Mumbai, India for tobacco-associated mortality. *International Journal of Epidemiology*, 25 October 2005 [Epub ahead of print].
70. Hackshaw et al (1997): Hackshaw, Law and Wald The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMG* 1997, 315: 980-88.
71. Hammond D, Fong G T, McDonald P W, Cameron R, Brown K S.(2003): Impact of the graphic Canadian warning labels on adult smoking behaviour *Tobacco Control* 2003;12:391–395.
72. He J et al.(1999): Jiang He, M.D., Ph.D., Suma Vupputuri, M.P.H., Krista Allen, M.P.H., Monica R. Prerost, M.S., Janet Hughes, Ph.D., and Paul K. Whelton, M.D,

Passive smoking and the risk of coronary heart disease - a meta-analysis of epidemiologic studies. *The New England Journal of Medicine* 1999; 340: 920-926.

73. Hirayama T. (1981): Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *British Medical Journal* 1981;282(6259):1835.

74. Hirayama T.(1984) : Cancer mortality in nonsmoking women with smoking husbands based on a large scale cohort study in Japan. *Preventive Medicine* 1984;13(6):680–90.

75. Health Canada. (1999): Effects of increasing the area occupied by health warnings on cigarette packages. Quebec, 1999.

76. Health Canada (2003): www.hc-sc.gc.ca (last accessed May 2003).

77. Henningfield JE, Hariharan M, Kozlowski LT(1996): Nicotine content and health risks of cigars. *Journal of the American Medical Association*, 1996, 276:1857-58.

78. Henningfield JE et al. (1999): Nicotine concentration, smoke pH and whole tobacco aqueous pH of some cigar brands and types popular in the United States. *Nicotine and Tobacco Research*, 1999, 1(2):163-168.

79. Hrubá D, Kachlik P(2000): Influence of maternal active and passive smoking during pregnancy on birth weight in newborns. *Cent Eur J Public Health* 2000; 8: 249-252.

80. Horwood LJ, Ferguson DM, Shannon FT (1989): Morbidity from 5 to 10 years. *Australian Paediatric Journal* 1989, 25:72-79.

81. Houtsmuller EJ, Henningfield JE, Stitzer ML. (2003): Subjective effects of the nicotine lozenge: assessment of abuse liability. *Psychopharmacology (Berl)*. 2003 Apr;167(1):20-7.

82. Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, et al (1997): A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation, *New Engl J Med*. 1997; 337:1195-1202.

83. Hu TW, Sung HY, Keeler TE (1998): Reducing cigarette consumption in California: tobacco taxes vs. anti-smoking media campaign. *Am J Public Health* 1998, 88: 1218-1222.

84. Hu TW, Mao Z(2000): Effects of cigarette tax on cigarette consumption and the Chinese economy. *Tob Control* 2002, 11: 105-108.

85. International Agency for Research on Cancer (IARC) Working Group.: Tobacco smoke and involuntary smoking (IARC Monographs, No.83). Lyon, IARC Press, 2004.

86. Jacoby, J., Nelson, M. C. and Hoyer W. D. (1982): Corrective advertising and affirmative disclosure statements: their potential for confusing and misleading the consumer. *Journal of Marketing*, 46, 61–72.

87. Jamrozik K. (2004). Population strategies to prevent smoking. *BMJ* 2004;328:759–62.
88. Jarvis LL.: *Community health nursing: Keeping the public healthy*. Second ed. Philadelphia, FA Davis Co, 1985:4-5,295-306.
89. Jha P, Chaloupka F. (1999): *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington DC, The World Bank, 1999.
90. Jha P, Chaloupka FJ (2000): The economics of global tobacco control. *BMJ* 2000;321:358–61.
91. Joossens L.(2004): *Onderzoek naar het effect van gezondheidswaarschuwingen op sigarettenpakjes in België* [Research on the effect of health warnings on cigarette packs in Belgium]. Brussels, Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie, 2004.
92. Johnson, N (1997): Oral cancer: practical prevention. *FDI World*; 6: 7-13, 1997
93. Judgment of the European Court of Justice 10 December 2002)
94. Judith Mackay, Michael Eriksen, Omar Shafey (2006): *The tobacco Atlas* (second edition). American Cancer Society, 2006.
95. Kaiserman, M. J. (1993): The effectiveness of health warning messages. *Tobacco Control*, 2, 267–269.
96. Kathiann M. Kowalski. (2000): How tobacco ads target teens; tobacco companies spend millions of dollars on advertising to hook more smokers. Here's what you should know to avoid the lure of tobacco. (focus). (Cover Story). April-May 2002.
97. Kennedy DW (2004): Pathogenesis of chronic rhinosinusitis. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl* 2004; 193: 6-9.
98. Lanoie P, Leclair P (1998): Taxation or regulation: looking for a good anti-smoking policy. *Econ Lett* 1998, 58: 85-89.
99. Liang L, Chaloupka F, Nichter M, et al (2001): Prices, policies and youth smoking, May 2001. *Addiction* 2003;98:105–22.
100. Lightfoot J. Bines W.(2000): Working to keep school children healthy: the complementary roles of school staff and school nurses. *J. Public Health Med* 2000, 22:74-80).
101. Lewit EM, Coate D, Grossman M (1981): The effects of government regulation on teenage smoking. *J Law Econ* 1981, 24: 545-569.
102. Marks A, Malisio J, Hock H et al (1983): Assessment of health needs and willingness to utilize health care resources of adolescents in suburban population. *J Peds* 1983, 102:456-460.

103. Mahood, G. (1999): Warnings that tell the truth: breaking new ground in Canada. *Tobacco Control*, 8, 356–362.
104. Malson JL et al. (2001): Comparison of the nicotine content of tobacco used in bidis and conventional cigarettes. *Tobacco Control*, 2001, 10(2):181-183.
105. Malson JL et al. (2002): Nicotine delivery from smoking bidis and an additive-free cigarette. *Nicotine and Tobacco Research*, 2002, 4(4):485-490.
106. Mazaik, W., et al. (2002): Ten-year trends in smoking behaviour among adults in southern Germany. *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*, 2002, 6: p. 824-830.
107. Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER). October, 2005. <http://www.wikipedia.org> October, 2005.
108. McMurray A(1993). *Community health nursing*. 2nd ed. Melbourne, Churchill Livingstone, 1993:4-7, 29-36
109. Meltzer H, Gill B, Petticrew M, Hinds K (1995): OCPS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain, Report 1: The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households. London: HMSO.
110. Merchant, A., Husain, S. S., Hosain, M., Fikree, F. F., Pitiphat, W., Siddiqui, A. R., Hayder, S. J., Haider, S. M., Ikram, M., Chuang, S. K., et al. (2000): Paan without tobacco: An independent risk factor for oral cancer. *Int. J. Cancer* 86, 128–131.
111. Misra DP, Nguyen RH (1999): Environmental tobacco smoke and low birth weight: a hazard in the work place? *Environ Health Perspect* 1999; 107: 897-890.
112. Mitchell EA, Scragg R, Stewart AW, et al. (1991): Results from the first year of the New Zealand cot death study. *N Z Med J* 1991; 104: 71-76.
113. Muramoto ML, Ranger-Moore J, Leischow S.(2003): Efficacy of oral transmucosal nicotine lozenge for suppression of withdrawal symptoms in smoking abstinence. *Nic Tob Res*. 2003;5:223-230.
114. Nuorti JP, Butler MD, Farley MM, et al. (2000): Cigarette smoking and invasive pneumococcal disease. *New Engl J Med* 2000; 342: 681-689.
115. National Association of School Nurses(1993): *School nursing practice:Roles and standards*. California State, University of Sacramento, CA.
116. National Cancer Institute (1992) : *Smokeless Tobacco or Health: An International Perspective*. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; 1992. Available from: <http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/2/index.html>.
117. National Cancer Institute (1999): *Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke: The Report of the California Environmental Protection Agency*.

Smoking and Tobacco Control Monograph No. 10. Bethesda (MD): U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, 1999. NIH Pub. No. 99-4645

118. National Institutes of Health: Centers for Disease Control and Prevention, Preventive Medicine. 2002:34, 198-206.

119. National Research Council. Environmental tobacco smoke: measuring exposures and assessing health effects. Washington, National Academic Press, 1986.

120. National Tobacco Information Online System. Available at: <http://apps.ncdd.cdc.gov/nations>.

121. Nelson DE et al. Pipe smoking in the United States, 1965-1991: Prevalence and attributable mortality. Preventive Medicine, 1996, 25:9199.

122. Ohsfeldt, R.L. et al. (1997): Effects of tobacco excise taxes on the use of smokeless tobacco products. Health Economics, 6: 525–532.

123. Office of National Statistics (2002): Living in Britain 2001. General Household Survey. UK, Office of National Statistics,

124. Oncken c, Gonzales D, Nides M, Rennard S, Watsky E, Billing, CB, Anziano R, Reeves K.(2006): Efficacy and safety of the novel selective nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, varenicline, for smoking cessation. Arch Intern Med, 2006 Aug 14-28; 166 (15): 158=71-7.

125. Olsen, J. (1991): Cigarette smoking, tea and coffee drinking, and subfecundity. American Journal of Epidemiology 133(7):734-739.

126. Peltonen, M., et al.: Secular trends in social patternings of cardiovascular risk factor levels in Sweden. The Northern Sweden MONICA Study 1986-1994. Journal of Internal Medicine, 1998. 244: p.1-9.

127. Preventive Medicine 2002:34, 198-206, 1 Φεβρουαρίου 2002

128. Persbericht Defacto : 28% van jonge rokers rookt minder door de nieuwe waarschuwingen op verpakking [28% of the young smokers smoke less as result of the new health warnings on the package]. Press release, Den Haag 26 november 2002.

129. Peto, R. et al. (1994): Mortality from smoking in developed countries 1950–2000. Oxford, Oxford University Press, 1994.

130. Peto, R., Darby, S. & Deo, H. (2000): Smoking, smoking cessation and lung-cancer in UK since 1950s: combination of national statistics with two case control studies. British Medical Journal.

131. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M.: Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2010. 2nd Edn. Data updated 23 August 2004. Imperial Cancer Research Fund, World Health Organization. Oxford, Oxford University Press, (in press).

132. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath Jr Clark.: Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000. Indirect estimates from national vital statistics. Imperial Cancer Research Fund, World Health Organization. United Kingdom, Oxford University Press, 1994.
133. Prabat, J. & Chaloupka, F.J. (2000): Tobacco Control in Developing Countries. Oxford, Oxford University Press.
134. Prescott E, Bjerg AM, Andersen PK, Lange P, Vestbo J. (1997): Gender difference in smoking effects on lung function and risk of hospitalization for COPD: results from a Danish longitudinal population study. *Eur Respir J* 1997; 10: 822-827.
135. Przewozniak, K. and Zatonski, W. (2002): Stygmatising the cigarette pack by enlarged health warnings: Polish experience and results. 3rd European Conference on Tobacco or Health: 'Closing the Gaps—Solidarity for Health', 20–22 June 2002, Warsaw, Poland.
136. Quit SA: Information Sheet: Passive smoking Available at: www.quitsa.org.au.
137. Rowe K. & Macleod-Clark J. (2000): Why nurses smoke: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* 37, 173±181).
138. Rahman M, Fukui T. (2000): Bidi smoking and health. *Public Health*, 2000, 114:123–127.
139. Raw M, McNeil A, West R. (1999): Smoking cessation: evidence-based recommendations for the healthcare system. *BMJ* 1999; 318:182-85.
140. Repace, James MSc Wael K. Al-Delaimy, MD, PhD John T. Bernert, PhD: Correlating Atmospheric and Biological Markers in Studies of Secondhand Tobacco Smoke Exposure and Dose in Children and Adults.
141. Richonnier M. (1991): The EC decision-making process; an inside view. The case of the Anti-Tobacco Fight. The Center for International Affairs, Harvard University, February 15, 1991.
142. Richter, P., and Spierto, F. W. (2003): Surveillance of smokeless tobacco nicotine, pH, moisture, and unprotonated nicotine content. *Nicotine Tobacco Res.* 5, 885–889.
143. Riise T, Nortvedt MW, Ascherio A. (2003): Smoking is a risk factor for multiple sclerosis. *Neurology* 2003; 61: 1122-1124.
144. Richonnier M. (1991): The EC decision-making process; an inside view. The case of the Anti-Tobacco Fight. The Center for International Affairs, Harvard University, February 15, 1991
145. Royal College of Physicians Tobacco Advisory Group (2000): Nicotine addiction in Britain. London, Royal College of Physicians.

146. Royal College of Physicians of London : Tobacco Advisory Group
<http://smokefree.profero.com.au/files/passive-smoking.ppt>.
147. Sankaranarayanan R et al. (1991): Risk factors for cancer of the oesophagus in Kerala, India. *International Journal of Cancer*, 1991, 49:485–489.
148. Sasco AJ, Dubois G. (1997): Passive smoking. The health impact. A European report. EAC/EC,1997.
149. Scotto M. (1990): «Avec l'adoption de recommandations vigoureuses Le Parlement européen veut accélérer la lutte contre le tabagisme» [“With the adoption of strong recommendations, the European parliament wants to accelerate the fight against tobacco”]. *Le Monde*, 16 March 1990.
150. Shafagoj YA, Mohammed FI, Hadidi KA. (2002): Hubble-bubble (water pipe) smoking: levels of nicotine and cotinine in plasma, saliva and urine. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2002; 40: 249-255.
151. Saul Shiffman, Carolyn M. Dresler, Peter Hajek, Simon J.A Gilburt, Darren A Targett, Keneth Strahs: Efficacy of a Nicotine Lozenge for smoking cessation. October 2001. Available at: www.archinternmed.com
152. Shiffman S, Dresler CM, Hajek P, Gilburt SJ, Targett DA, Strahs KR. (2002): Efficacy of a nicotine lozenge for smoking cessation. *Arch Intern Med*. 2002;162(11): 1267-76.
153. Shihadeh A. (2003): Investigation of mainstream smoke aerosol of the argileh water pipe. *Food Chem Toxicol* 2003; 41: 143-152.
154. Shihadeh A, Eissenberg T.(2005): Tobacco smoking using a waterpipe: product, prevalence, toxicology, pharmacological effects, and health hazards. Geneva, World Health Organization Study Group on Tobacco Product Regulation (TobReg), 2005.
155. Staton WR, McGee RO, Silva PA.(1989): A longitudinal study of the interactive effects of perinatal complications and early family adversity on cognitive ability. *Australian Paediatric Journal* 1989, 25:130-133.
156. Stanhope M, Lancaster J.(1996): Community health nursing. Promoting health of aggregates, families and individuals. Forth ed. St. Louis, Mosby, 1996:880-904.
157. Stratton K et al., eds (2001): Clearing the smoke: assessing the science base for tobacco harm reduction. Washington, DC, Institute of Medicine/National Academy Press, 2001.
158. Slade J, Bero LA, Hanauer P, Barnes DE, Glantz SA. (1995): Nicotine and addiction. *The Brown and Williamson Documents*. *JAMA* 1995; 274: 225-233.
159. Srinath Reddy K, Gupta PC, eds.(2004): Report on tobacco control in India. New Delhi, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, 2004.

160. Strahan EJ, Fabrigar LR, Fong GT, et al.(2002): Enhancing the effectiveness of message labels on tobacco packaging: a social psychological perspective. *Tobacco Control* 2002;11:183–90.
161. Stepanov, I., and Hecht, S. S. (2005b): Tobacco-specific nitrosamines and their pyridine-N-glucuronides in the urine of smokers and smokeless tobacco users. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 14, 885–891.
162. Stephenson C. (1983): Visits by elementary school children to the school nurse. *School Health* 1983, 53:594-599.
163. Suarez L, Barrett-Connor E. (1984): Interaction between cigarette smoking and diabetes mellitus in the prediction of death attributed to cardiovascular disease. *Am J Epidemiol* 1984; 120: 670-675.
164. Sunley, E.M. et al. (2000): The design, administration and potential revenue of tobacco excises. In: Jha, P. & Chaloupka, F.J. *Tobacco control in developing countries*. Oxford University Press, New York, 409–426 (2000).
165. Suonio, S., Saarikoski, S., Kauhanen, O., Metsapelto, A., Terho, J., Vohlonen, I. (1990): Smoking does affect fecundity. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology* 34(1-2):89-95, 1990.
166. Sung HY, Hu TW, Keeler TE (1994): Cigarette taxation and demand: an empirical model. *Contemp Econ Policy* 1994, 12: 91-100.
167. Tauras JA, O'Malley PM, Johnston LD. (2001): Effects of Price and Access Laws on Teenage Smoking Initiation: A National Longitudinal Analysis. NBER Working Paper 8331, June 2001. Available at: <http://www.nber.org/papers/w8331>.
168. Thaqi A., Franke K., Merkel G., Wichmann H.-E., Heinrich J.(2005): Biomarkers of exposure to passive smoking of school children: frequency and determinants, *Indoor Air* 2005; 15: 302–310 www.blackwellpublishing.com/ina
169. *The Economist* .(2001): The price is not quite right. 7 July 2001
170. *The Wall Street Journal Online*: Case Grows to Cover Quitting, April 26, 2005;D1
171. *Tobacco in Europe 1988–1996*. Evaluation of the first and second Action Plans for a Tobacco-free Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (document EUR/RC47/12, Annex 1).
172. Uhlig T, Hagen KB, Kvien TK.(1999): Current tobacco smoking, formal education, and the risk of rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1999; 26: 47-54.
173. US Department of Health and Human Services. (1988): *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction*. A report of the Surgeon General. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health, 1988.

174. US Department of Health and Human Services. (1990): The health consequences of smoking, nicotine addiction (DHHS Publication No. (CDC) 88-8406). USA, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
175. US Department of Health & Human Services. (1990): The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Office on Smoking and Health. 1990. Available at: <http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/C/T/>. Accessed October 2004.
176. U.S. Department of Health and Human Services: (1986): Health consequences of using smokeless tobacco. A report of the Surgeon General (NIH Pub. No. 86-2874). Bethesda, MD, United States Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1986. DHHS Publication No. (CDC) 87-8398.
177. US Department of Health and Human Services. (1988): The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A report of the Surgeon General. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health, 1988.
178. US Department of Health and Human Services. (2000): Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health, 2000. www.cdc.gov/tobacco/sgr_tobacco_use.htm (accessed 3 May 2002).
179. U.S. Department of Health and Human Services. (2001): Women and Smoking. A Report of the Surgeon General. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001.
180. US Department of Health and Human Services. (2004): The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Washington, Government Printing Office, 2004.
181. United States Centers for Disease Control and Prevention.: Bidi use among urban youth: Massachusetts, March-April 1999. Morbidity and Mortality Weekly Report, 1999, 48(36):796799.
182. United States Food and Drug Administration (1995): Regulations restricting the sale and distribution of cigarettes and smokeless tobacco products to protect children and adolescents; proposed rule analysis regarding FDA's jurisdiction over nicotine-containing cigarettes and smokeless tobacco products; notice. Federal Register, 1995, 60:41314-41787.
183. United States Food and Drug Administration.(1996): Regulations restricting the sale and distribution of cigarettes and smokeless tobacco to protect children and adolescents; final rule. Federal Register, 1996, 61(168):44396-45318.

184. Wakefield, M. A., Chaloupka, F. J., Kaufman, N. J., Orleans, C. T., Barker, D. C., & Ruel, E. E. (2000): Effect of restrictions on smoking at home, at school, and public places on teenage smoking: Cross-sectional study *British Medical Journal*, 321, 333–337.
185. Wakefield M et al. (2002): The cigarette pack as image: new evidence from tobacco industry documents. *Tobacco Control*, 2002.
186. Wannamethee SG, Shaper AG, Perry IJ. (2001): Smoking as a modifiable risk factor for type 2 diabetes in middle-aged men. *Diabetes Care* 2001;24:1590-5.
187. Warsaw Declaration for a Tobacco-free Europe: WHO European Ministerial Conference for a Tobacco-free Europe, Warsaw, 18–19 February 2002 (<http://www.euro.who.int/document/e76611.pdf>). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002. (accessed 24 February 2004)
188. Wahlberg I, Wiernik A, Christakopoulos A, et al.(1999): Tobacco-specific nitrosamines. A multidisciplinary research area. *Agro-Food-Industry Hi-Tech* 1999;8:23–8.
189. Will JC, Galuska DA, Ford ES, Mokdad A, Calle EE. (2001): Cigarette smoking and diabetes mellitus: evidence of a positive association from a large prospective cohort study. *Int J Epidemiol* 2001;30:540-6.
190. World Bank.: Tobacco control at a glance June 2003. Available at: www.worldbank.org/tobacco.
191. World Health Organization. (1997):Tobacco or Health, A Global Status Report. Geneva, WHO, 1997.
192. World Health Organization. (2000): “Advancing knowledge of regulating tobacco products.” *Tobacco Control*. Vol. 9, No. 2 (June 2000) p. 224–6.
193. World Health Organization. (2003): Frame Work Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2003. article 6, paragraph 1.
194. World Health Organization. (2003): Frame Work Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2003. Article 8, paragraph 2.
195. World Health Organization. (2003): Frame Work Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2003. Article 11, paragraph 1.
196. World Health Organization. (2003): Frame Work Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2003. Article 11, paragraph 1(b).
197. World Health Organization. (2003): Frame Work Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2003. article 13, paragraphs 3-8.

198. World Health Organization. (2004): International Agency for Research on Cancer. Monograph on the evaluation of carcinogenic risks to humans: tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon, France, 2004; Vol 83. [http:// monographs.iarc.fr](http://monographs.iarc.fr)
199. World Health Organization. (2004): A handbook. World Health Organization. Building blocks for tobacco control. 2004 .
200. World Health Organization. (1997): Tobacco or Health, A Global Status Report. Geneva, WHO, 1997.
201. World Health Organisation Press Release WHO/47, 1 Νοεμβρίου 2001.: “Member States need to take action against tobacco advertising”
202. World Health Organization. (2000): “Advancing knowledge of regulating tobacco products.” Tobacco Control. Vol. 9, No. 2 (June 2000) p. 224–6.
203. World Health Organization. (2003): Frame Work Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2003. Article 6, paragraph 1.
204. World Health Organization. (2003): Frame Work Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2003. Article 8, paragraph 2.
205. World Health Organization. (2003): Frame Work Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2003. Article 11, paragraph 1.
206. World Health Organization. (2003): Frame Work Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2003. Article 11, paragraph 1(b).
207. World Health Organization. (2003): Frame Work Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2003. article 13, paragraphs 3-8.
208. World Health Organization. (2004): International Agency for Research on Cancer. Monograph on the evaluation of carcinogenic risks to humans: tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon, France, 2004; Vol 83. Available at: [http:// monographs.iarc.fr](http://monographs.iarc.fr)
209. World Health Organization. (2004): A handbook. World Health Organization. Building blocks for tobacco control. 2004 .
210. World Health Organization (2005): TobReg advisory: waterpipe tobacco smoking: health effects, research needs and recommended actions by regulators. Working Group draft. Geneva, World Health Organization Study Group on Tobacco Product Regulation (TobReg), draft 2005.
211. World Health Organization (2005): Global InfoBase team. The Surf report 2. surveillance of chronic disease risk factors. Country-level data and comparable estimates. Geneva: WHO 2005
212. World Health Organization (2005): Tobacco or Health in the European Union – Past, present and future. The ASPECT Consortium, European Commission, 2004.

213. World Health Organization. (2006): Tobacco: deadly in any form or disguise. World No Tobacco Day 2006. Available at : www.who.int/tobacco/wntd
214. World Health Organization. (2006): International Agency for Research on Cancer. Monograph on the risks to humans: tobacco smoke and involuntary smoking. Lyon, France, monographs.iarc.fr
215. World Health Organization.: The smoking and tobacco control. Monographs. Available at: <http://www.cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/10/index.html>.
216. Zheng et al. (1993): Zheng W, McLaughlin JK, Chow W-H, Chien HTC, Blot WJ. Risk factors for cancers of the nasal cavity and paranasal sinuses among white men in the United States. *American Journal of Epidemiology* 1993;138(11):965–72.
217. Zwar N, Richmond R, Borland R, Stillman S, Cunningham, M, Litt J. (2004): Smoking Cessation Guidelines for Australian General Practice. Practice handbook. Canberra: Commonwealth Department of Health and Ageing, 2004.

Ελληνική βιβλιογραφία

1. Αβραμίδης ΔΣ.(1980): *Βασικά στοιχεία δημόσιας υγιεινής*. Αθήνα, 1980:22, 25, 32
2. Αργυρό Πολυχρονοπούλου, Θεσσαλία Αθανασούλη. «Πώς να βοηθήσετε τους ασθενείς να διακόψουν το κάπνισμα.» Αθήνα
3. Βαλαβανίδης Α. Π.(1998): «Η Χημική Σύσταση Του Καπνού Του Τσιγάρου» *ΙΑτρική 54 (παράρτημα)* 20 - 27, 1988
4. Πάνου Μαρία, Σαχίνη-Καρδάση Άννα. (1997): *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Νοσηλευτικές Διαδικασίες*. 1ος Τόμος, Δεύτερη Έκδοση. 1997. σελ. 273, 280
5. Παπαεμμανουήλ ΕΓ.(1978): *Θέματα δημόσιας υγιεινής*. 3η έκδοση. Αθήνα, 1978:108-109,115,129-131.
6. Τσαγρή-Καλογεροπούλου Ε.(1985): *Η κοινοτική νοσηλεύτρια στη σχολική υγιεινή*. Πρακτικά, ΙΒ' Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο Διπλωματούχων Αδελφών Νοσοκόμων και Επισκεπτριών, Αθήνα, 1985:58-59.
7. Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. [www. document] URL <http://www.yperth.gr>, 2006.
8. Νόμος 2071/1992. *Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του Συστήματος Υγείας*. ΦΕΚ 123 Α' / 15-7-1992

9. Νόμος 2519/1997. *Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις.* ΦΕΚ 165^Α/21-8-1997
10. Νόμος 3172/2003. *Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις.* ΦΕΚ 197 Α'/6-8-2003
11. Νόμος 3370/2005. *Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις.* ΦΕΚ 176 Α'/11-7-2005
12. Νόμος 1566/1985. *Δομή και λειτουργία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.* ΦΕΚ 167 Α'/30-9-1985
13. Εγκύκλιος 247/6-5-1987. Θέμα: *Καθήκοντα προσωπικού νέων κλάδων ειδικής αγωγής.* Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, 1987
14. Νόμος 2009/1992. *Εθνικό σύστημα επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης και άλλες διατάξεις.* ΦΕΚ 18 Α'/14-2-1992
15. Νόμος 2817/2000. *Εκπαίδευση των ατόμων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες και άλλες διατάξεις.* ΦΕΚ 78 Α'/14-3-2000
16. Νόμος 1397/1983. *Εθνικό Σύστημα Υγείας.* ΦΕΚ 143 Α'/7-10-1983
17. IP/07/690 Βρυξέλες 2007. («Παγκόσμια μέρα κατά του καπνίσματος. Νέα έρευνα του ευρωβαρομέτρου αποκαλύπτει ότι οι Ευρωπαίοι υποστηρίζουν αντικαπνιστικές πολιτικές
18. Πληροφορίες από ΑΠΕ-ΜΠΕ Newsroom ΔΟΛ,

Ηλεκτρονικές διευθύνσεις

1. <http://2gym-stavroup.thess.sch.gr/kapnisma/protaseis.htm>
2. <http://www.iator.gr/ag.sofia%20Hosp/efiviki.htm>
3. www.ephebiatrics.gr/GR/experts.asp?doc_id=1
4. <http://www.nosmoking.gr> Μη κερδοσκοπικός οργανισμός
5. <http://nosmoke.gr> Μη κερδοσκοπικός οργανισμός.
6. <http://news.pathfinder.gr/health>
7. <http://www.cancer-society.gr/teensmoke/neoi1.htm>
8. ec.europa.eu/health-eu/my_lifestyle/tobacco/index_el.htm
9. www.blackstate.gr/kapnisma.htm

10. <http://www.patrasacupuncture.gr/kapnisma-ygeia.htm>
11. <http://www.e-phycian.blogspot.com/2008/01>
12. Η ιστορία του καπνίσματος. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
<http://www.sansimera.gr/archive/articles/smoking>.
13. Health effects of Tobacco smoking. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
www.wikipedia.org
14. (<http://www.medlook.net/article.asp?itene=id=1929>
15. The science of Addiction: διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο
www.nida.nih.gov/NIDAHome.html .
16. National Tobacco Information Online System. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο :
[http:// apps.ncdd.cdc.gov/nations](http://apps.ncdd.cdc.gov/nations).
17. American Cancer Society: Quitting Smoking. Prevention and Early Detection;
Available at: <http://www.cancer.org/>
18. World Bank. Tobacco control at a glance. June 2003.
www.worldbank.org/tobacco.