

*Το βιβλίο αυτό απευθύνεται κατά κύριο λόγο στους εκπαιδευτικούς και τους γονείς. Το περιεχόμενό του περιλαμβάνει όλη όσα κάποιος θα ήθελε πρώτα ο ίδιος να γνωρίζει για το κάπνισμα και στη συνέχεια να μπορεί να τα μεταδώσει σε τρίτους, κυρίως σε παιδιά.*

*Για διενκόμηση αυτής της μεταφοράς γνώσης, που αποτελεί την πεμπουσία του όβου έργου, η έντυπη μορφή του κειμένου συνοδεύεται από μία ηλεκτρονική παρουσίαση σε μορφή power point.*



**ΠΑΙΔΕΙΑ ΓΙΑ ΕΝΑΝ ΚΟΣΜΟ ΧΩΡΙΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

# ΠΑΙΔΕΙΑ ΓΙΑ ΕΝΑΝ ΚΟΣΜΟ ΧΩΡΙΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΟΣΗ ΑΘΗΝΑ 2016

**Τ**ο κάπνισμα δεν είναι απλά «μία κακή συνήθεια», είναι μία εξάρτηση, η οποία έχει χαρακτηριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως η μεγαλύτερη επιδημία όλων των εποχών. Περισσότεροι από 5 εκατομμύρια άνθρωποι χάνουν κάθε χρόνο τη ζωή τους παγιδευμένοι στη χρήση μιας σειράς προϊόντων καπνού, που βασισμένα στην ισχυρή εξαρτησιογόνο δράση της νικοτίνης, συντηρούν παγκοσμίως την τεράστια κερδοφορία του καπνεμπορίου.

**Παναγιώτης Κ. Μπεχράκης**

**ΠΑΙΔΕΙΑ  
ΓΙΑ ΕΝΑΝ ΚΟΣΜΟ  
ΧΩΡΙΣ  
ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΟΣΗ  
ΑΘΗΝΑ 2016



Αφιερώνεται στον Έλληνα εκπαιδευτικό



## *Ευχαριστίες*

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους συγγραφείς και όλους τους συνεργάτες, που, με οποιονδήποτε τρόπο, συνέβαλαν στο έργο αυτό.

Ιδιαίτερα, ευχαριστώ την Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος για την ευγενή χορηγία της εκτύπωσης του βιβλίου.

Τέλος, ευχαριστώ τον διακεκριμένο Έλληνα της Αμερικής, *Γεώργιο Δ. Μπεχράκη*, χάρη στη γενναιόδωρη υποστήριξη του οποίου έχει αναπτυχθεί στη χώρα μας μια πολύ σοβαρή και αποτελεσματική διαδικασία παρέμβασης για την πρόληψη του καπνίσματος στη σχολική ηλικία.

*Π. Κ. Μπεχράκης*

# ΠΑΙΔΕΙΑ ΓΙΑ ΕΝΑΝ ΚΟΣΜΟ ΧΩΡΙΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑ



Επιμέλεια έκδοσης: **Παναγιώτης Μπεχράκης,  
Βάσω Ευαγγελοπούλου**

Σχεδιασμός layout

εντύπου: **Νάνσυ Βλοντάκη**

Εικαστική επιμέλεια: **Βένια Μπεχράκη**

Επιμέλεια κειμένων: **Βασιλική Αλεξάκη,  
Νικόλαος Μπουμπάρης,  
Αγγελική Ντεβέ**

Διόρθωση: **Φίλια Μπτρομάρα**

Εκτύπωση **Λυχνία Α.Ε.**

Πρώτη έκδοση, Αθήνα 2016

Διανέμεται ΔΩΡΕΑΝ

*Στο τέλος του βιβλίου συμπεριλαμβάνεται CD ROM.*

*Το βιβλίο μπορείτε να το βρείτε, σε μορφή pdf, στο [www.smokefreegreece.gr/](http://www.smokefreegreece.gr/).*





## ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ ΤΟΥ ΒΙΒΛΙΟΥ

**Κώστας Αθανασάκης**, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας - Τομέας Οικονομικών της Υγείας.

**Αρχοντούλα Αλεξάκη - Αναστασοπούλου**, Κοινωνική Λειτουργός – Οικογενειακή Θεραπεύτρια, Επιστημονικό Στέλεχος Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής Ψυχοκοινωνικής Υγείας Δήμου Κηφισιάς -ΟΚΑ-ΝΑ «ΠΡΟΝΟΗ».

**Βασιλική Αλεξάκη**, Κοινωνική Λειτουργός, Ψυχοθεραπεύτρια - Επιστημονικό Στέλεχος Πρόληψης, Κέντρο Πρόληψης Εξαρτήσεων & Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Δήμου Κηφισιάς – ΟΚΑΝΑ «ΠΡΟΝΟΗ», Επιστημονικός Συνεργάτης Heart II –ΙΙΒΕΑΑ.

**Παναγιώτης Αρκουμανέας**, Σύμβουλος Στρατηγικής και Επικοινωνίας.

**Βασίλειος Κ. Βαρβαρήγος**, Βιολόγος, δρ Βιολογίας, Εκπαιδευτήρια Σ. Αυγουλέα-Λιναρδάτου.

**Ελένη Γκαρέτσου**, Τ.Ε. Επισκεπτών Υγείας MSc, Γραμματέας Εθνικής Επιτροπής για τον Έλεγχο του Καπνίσματος, Υπουργείο Υγείας.

**Χριστίνα Γκράτζιου**, Καθηγήτρια Πνευμονολογίας Ιατρικής Σχολής Αθηνών.

**Βάσω Ευαγγελοπούλου**, Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος MD, PhD.

**Όλγα Ζούζουλα**, Φιλόλογος- Ψυχολόγος- Ψυχοθεραπεύτρια, Υπεύθυνη ΚΕ.ΣΥ.Π. (Κέντρο Συμβουλευτικής & Επαγγελματικού Προσανατολισμού) Ν. Ιωνίας.

**Μαρία Κυριακίδου**, MSc Ψυχολόγος, Αναπληρώτρια Επιστημονικά Υπεύθυνη στο Κέντρο Πρόληψης της Εξάρτησης και Προαγωγής της Υγείας ΠΥΞΙΔΑ.

**Ηλίας Κυριόπουλος**, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας - Τομέας Οικονομικών της Υγείας.

**Αθανασία Γ. Λιοζίδου**, MSc, LPsy Κλινικός Νευροψυχολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Β΄ Νευρολογικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Αττικόν. Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής, Αγιονήτσιο Νοσοκομείο. Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών. Τομέας Μεταφορών & Συγκοινωνιακής Υποδομής, Σχολή Πολιτικών Μηχανικών, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Γ.Γ. Ελληνικής Νευροψυχολογικής Εταιρείας.

**Ανδριανή Ν. Λουκοπούλου**, Νοσηλεύτρια, MSc, διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Οί Άγιοι Ανάργυροι».

**Σωτηρία Μακαρώνη**, Ψυχολόγος Υγείας MSc, Υπ. Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιστημονικά Υπεύθυνη, Κέντρο Πρόληψης Εξαρτήσεων & Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας «ΠΡΟΝΟΗ», Δήμος Κηφισιάς - ΟΚΑΝΑ.

**Παναγιώτης Κ. Μπεχράκης**, Πνευμονολόγος-Εντατικολόγος, τ. Αν. Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών και Harvard, Director of Institute of Public Health the American College of Greece, Πρόεδρος του Scientific committee of European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP).

**Χρυσούλα Μπαρμπαρούτη**, Καθηγήτρια Θεολογίας (ΠΕ1) και Εκπαιδευτικός Αγωγής Υγείας στο Αμερικανικό Κολλέγιο Ελλάδος PIERCE, Σύμβουλος Επικοινωνίας Προγράμματος HEART II και Σύμβουλος Μαθητικών Δραστηριοτήτων Γυμνασίου Αμερικανικού Κολλεγίου Ελλάδος.

**Ιουλία Μπάφη**, Msc Ψυχολόγος, Υπεύθυνη Τομέα Μείωσης της Ζήτησης, Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ), Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ).

**Άννα Τζώρτζη**, MD, FCCP, Πνευμονολόγος, Επιστημονικά Υπεύθυνη στο «George D Behrakis Ερευνητικό Εργαστήριο» της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, Αναπληρώτρια Διευθύντρια στο Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας-Αμερικανικού Κολλεγίου Ελλάδος.

**Σταματούλα Τσικρικά**, Πνευμονολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Α΄ Πανεπιστημιακής Πνευμονολογικής Κλινικής ΝΝΘΑ.

**Αθανάσιος Φροσούνης**, Εκπαιδευτικός ΠΕ70 Δάσκαλος, ΠΕ04.04 Βιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Διευθυντής 8ου Δημοτικού Σχολείου Νεάπολης Θεσσαλονίκης, πρώην Υπεύθυνος Αγωγής Υγείας Διεύθυνσης Π.Ε. Δυτικής Θεσσαλονίκης.



# Περιεχόμενα

## **Πρόλογος**

*Παναγιώτης Κ. Μπεχράκης* .....16-17

## **Κεφάλαιο 1**

*Βασίλειος Κ. Βαρβαρήγος:*

Κάπνισμα και επιπτώσεις στην υγεία. ....18-31

## **Κεφάλαιο 2**

*Αθανασία Γ. Λοϊζίδου:*

Εξάρτηση και εθισμός στο κάπνισμα. ....32-49

## **Κεφάλαιο 3**

*Παναγιώτης Αρκουμανέας:*

Marketing, διαφήμιση και lifestyle στην προώθηση του καπνίσματος. ....50-69

## **Κεφάλαιο 4**

*Ανδριανή Λουκοπούλου:*

Κάπνισμα και κύηση. ....70-83

## **Κεφάλαιο 5**

*Ηλίας Κυριόπουλος, Κώστας Αθανασάκης:*

Το κάπνισμα ως αντικείμενο της οικονομικής επιστήμης. ....84-93

## **Κεφάλαιο 6**

*Χρυσούλα Κ. Μπαρμπούτη:*

Παθητικό κάπνισμα, δευτερογενές και τριτογενές. ....94-109

## **Κεφάλαιο 7**

*Ελένη Γκαρέτσου:*

Ιστορική αναδρομή και ισχύουσα νομοθεσία για τον καπνό. ....110-127

## **Κεφάλαιο 8**

*Αννα Τζώρτζη:*

Νέες τάσεις στη χρήση καπνικών προϊόντων. ....128-149

## **Κεφάλαιο 9**

*Χριστίνα Γκράτζιου, Σταματούλα Τσικρικά:*

Τρόποι βοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος. ....150-155

## **Κεφάλαιο 10**

*Αθανάσιος Φροσύνης:*

Ο ρόλος του εκπαιδευτικού στην ουσιαστική πρόληψη του καπνίσματος. .... 156 - 169

## **Κεφάλαιο 11**

*Σωτηρία Μακαρώνη:*

Σύγχρονες πρακτικές και προσεγγίσεις στην πρόληψη του καπνίσματος στη σχολική κοινότητα. .... 170 - 185

## **Κεφάλαιο 12**

*Μαρία Κυριακίδου, Ιουλία Μπάφη:*

Η πρόληψη του καπνίσματος στη μαθητική κοινότητα – Η ελληνική εμπειρία. .... 186 - 201

## **Κεφάλαιο 13**

*Αρχοντούλα Αλεξάκη – Αναστασοπούλου:*

Μεθοδολογία προληπτικής παρέμβασης για το κάπνισμα για μαθητές δημοτικού σχολείου. .... 202 - 213

## **Κεφάλαιο 14**

*Βασιλική Αλεξάκη:*

Μεθοδολογία προληπτικής παρέμβασης για το κάπνισμα σε μαθητές γυμνασίου και λυκείου. .... 214 - 231

## **Κεφάλαιο 15**

*Βασιλική Αλεξάκη, Αρχοντούλα Αλεξάκη:*

Συχνές ερωτήσεις των μαθητών και απαντήσεις για την πρόληψη του καπνίσματος..... 232 - 241

## **Κεφάλαιο 16**

*Όλγα Ζούζουλα:*

Συμβουλευτική γονέων για την πρόληψη του καπνίσματος – Σύνδεση σχολείου και οικογένειας. .... 242 - 265

## **Κεφάλαιο 17**

*Σωτηρία Μακαρώνη, Αρχοντούλα Αλεξάκη - Αναστασοπούλου:*

Μεθοδολογία βραχείας ψυχοεκπαιδευτικής προληπτικής παρέμβασης για το κάπνισμα σε γονείς..... 266 - 279

## **Κεφάλαιο 18**

*Έρευνα ΠΒΕΑΑ:*

Έρευνα για τους παράγοντες κινδύνου έναρξης του καπνίσματος στη σχολική ηλικία στην Ελλάδα..... 280 - 299

**Βιβλιογραφία** ..... 300-318

# Πρόλογος

**Τ**ο κάπνισμα δεν είναι απλά «μία κακή συνήθεια», είναι μία εξάρτηση, είναι μία αρρώστια, που έχει χαρακτηριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως η μεγαλύτερη επιδημία όλων των εποχών. Περισσότεροι από 5 εκατομμύρια άνθρωποι χάνουν κάθε χρόνο τη ζωή τους παγιδευμένοι στη χρήση μιας σειράς προϊόντων καπνού, που βασισμένα στην ισχυρή εξαρτησιογόνο δράση της νικοτίνης, συντηρούν παγκοσμίως την τεράστια κερδοφορία του καπνεμπορίου. Και βέβαια, εμφανειακά, το θέμα δεν φαίνεται παρά σαν μια ακόμη συνηθισμένη περίπτωση εκποίησης της Δημόσιας Υγείας στο βωμό ενός κακώς νοούμενου επιχειρηματικού κέρδους. Η συγκεκριμένη, όμως, δραστηριότητα έχει έναν πυρήνα ιδιαίτερης ευαισθησίας, που είναι τα ίδια μας τα παιδιά, δεδομένου ότι:

- **το μεγαλύτερο ποσοστό των καπνιστών, σε κάθε κοινωνία, «παράγεται» στην ευαίσθητη σχολική ηλικία,**
- **πίσω από κάθε ενήλικα, που πεθαίνει από καρκίνο του πνεύμονα ή που βασανίζεται από Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, κρύβεται ένας έφηβος, που, όταν ήταν μαθητής, κάποιος του έβαλαν ένα τσιγάρο στο στόμα,**
- **τα παιδιά, εύκολοι στόχοι του καπνεμπορίου, συνήθως εισέρχονται χωρίς συνειδητή βούληση σε αυτή την εξάρτηση, διότι είναι εκπαιδευτικά απροστάτευτα.**

Εδώ ακριβώς είναι το πεδίο ευθύνης όλων μας: να αντιταχούμε σε αυτή την ανεξέλεγκτη διαδικασία «στρατολόγησης» νέων καπνιστών και με μια οργανωμένη παρέμβαση στα σχολεία, να στοχεύσουμε κατευθείαν στην πρόληψη και στην ανάπτυξη μιας συνειδητοποιημένης κουλτούρας, η οποία θα οδηγήσει την κοινωνία στην αποφασιστική μείωση του καπνίσματος.

Βέβαια, μία τέτοια προσπάθεια, δεν έχει απέναντί της μόνο ένα προϋπάρχον κοινωνικό status quo ή μόνο την εξάρτηση στη νικοτίνη, έχει και το τεράστιο οικονομικό σύστημα του καπνεμπορίου, που αμύνεται σθεναρά σε κάθε μείωση των κερδών του, έστω και αν η μείωση αυτή επιβάλλεται για λόγους προστασίας της Δημόσιας Υγείας.

Όσο δύσκολη, όμως, είναι η αναμέτρηση με ένα τόσο ισχυρό κατεστημένο σε οικονομικό ή πολιτικό επίπεδο, τόσο πρόσφορες είναι οι συνθήκες για αποτελεσματική αντιμετώπισή του εκεί ακριβώς που γεννιέται το πρόβλημα, δηλαδή, στο σχολείο.

- **Όπλο μας, η γνώση.**
- **Δύναμή μας, η εκπαιδευτική διαδικασία.**
- **Μηχανισμός, η οργανωμένη παρέμβαση.**
- **Οι μαθητές την ενστερνίζονται και την επιζητούν.**
- **Οι εκπαιδευτικοί την αγκαλιάζουν και συμμετέχουν ενεργά.**
- **Οι γονείς προσδοκούν πολλά από αυτήν.**

Στο πλαίσιο ενός τέτοιου προγράμματος και με χορηγία του Behrakis Foundation της Βοστώνης των ΗΠΑ και της Εθνικής Τράπεζας, έχει παραχθεί το παρόν πόνημα, που με φορέα την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία<sup>1</sup>, στοχεύει στην πρόληψη του καπνίσματος στο μαθητικό πληθυσμό μέσα από την ίδια την εκπαιδευτική διαδικασία.

Πρόκειται για ομαδικό έργο ενός επιτελείου διακεκριμένων και αφοσιωμένων στο έργο τους επιστημόνων, που με πίστη στην αξία της εκπαίδευσης, έδωσαν τον καλύτερό τους εαυτό σε μία προσπάθεια επιστημονικής και διδακτικής προσέγγισης του σύμπλοκου προβλήματος που λέγεται «κάπνισμα». Δεν πρόκειται για μια απλή συρραφή κεφαλαίων. Είναι έργο με εσωτερική συνοχή και ενιαιότητα.

Το εγχειρίδιο απευθύνεται κατά κύριο λόγο στους εκπαιδευτικούς και τους γονείς, προσπαθήσαμε δε να περιέχει όλα, όσα κάποιος θα ήθελε πρώτα ο ίδιος να γνωρίζει για το κάπνισμα και στη συνέχεια να μπορεί να τα μεταδίδει σε τρίτους, κυρίως δε σε παιδιά. Για διευκόλυνση αυτής της μεταφοράς γνώσης, που αποτελεί την πεμπουσία του όλου έργου, η έντυπη μορφή του κειμένου συνοδεύεται και από ηλεκτρονική έκδοση. Κάθε θεματικός άξονας συνοδεύεται από μία σύνοψη σε power point, που επιτρέπει την παρουσίαση της ύλης υπό μορφήν εκπαιδευτικού υλικού, με όλους τους πίνακες και όλες τις εικόνες της αντίστοιχης ενότητας.

Το έργο, εκτός από την ελεύθερη διανομή του σε έντυπη μορφή, είναι ελεύθερο στον ιστότοπο: [www.smokefreegreece.gr](http://www.smokefreegreece.gr). Φιλοδοξεί δε, να διαδοθεί και να παίξει το ρόλο ενός αποτελεσματικού εργαλείου στα χέρια της εξαίσιης εκπαιδευτικής μας κοινότητας, που με το δικό της δυναμισμό θα το βελτιώσει, θα το εξελίξει, θα το ενδυναμώσει αλλά, κυρίως, θα το μεταφέρει στην τάξη.

Το μήνυμα του εξωφύλλου «**Παιδεία για έναν Κόσμο χωρίς Κάπνισμα**» αποτελεί το επιστέγασμα μιας μακρόχρονης και επίπονης επιστημονικής αναζήτησης και προτείνεται ως το κύριο επικοινωνιακό μήνυμα για την αποτελεσματική πρόληψη του καπνίσματος σε εθνικό επίπεδο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

# ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ Κ. ΒΑΡΒΑΡΗΓΟΣ

*Βιολόγος, δρ Βιολογίας, Εκπαιδευτήρια Σ. Αυγουλέα-Λιναρδάτου*

**Η** επιστημονικά τεκμηριωμένη γνώση των βλαβών που ο καπνός προκαλεί στον ανθρώπινο οργανισμό κρίνεται σημαντική για την προσπάθεια του εκπαιδευτικού να ευαισθητοποιήσει τους μαθητές του όσον αφορά στη διαφύλαξη της υγείας τους από το κάπνισμα. Στην παρούσα ενότητα θα παρουσιαστούν οι βασικότερες πληροφορίες σχετικά με την επίδραση του καπνίσματος στην ανθρώπινη υγεία.

### Ο ΚΑΠΝΟΣ ΩΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΟ

Ο καπνός αποτελεί ένα μίγμα από περισσότερες από 7.000 διαφορετικές χημικές ουσίες<sup>1</sup>, με 250, τουλάχιστον, από αυτές να έχουν επιβεβαιωμένη τοξικότητα ή καρκινογενετικές επιδράσεις (Πίνακας 1, Πίνακας 2).

Όταν ένας άνθρωπος εισπνέει τον καπνό του τσιγάρου, οι τοξικές χημικές ουσίες φτάνουν στους πνεύμονες και περνούν στην κυκλοφορία του αίματος. Μέσω της κυκλοφορίας του αίματος εξαπλώνονται σε όλο τον οργανισμό σε ελάχιστο χρόνο. Για να γίνει κατανοητή η ταχύτητα εξάπλωσης των ουσιών αυτών, αναφέρεται ενδεικτικά ότι, όταν ένας άνθρωπος καπνίζει, η συγκέντρωση της νικοτίνης στο αίμα αυξάνεται ταχύτατα με την ουσία αυτή να χρειάζεται μόλις 10 με 19 δευτερόλεπτα, για να φτάσει στον εγκέφαλο<sup>2</sup>.

Όταν οι τοξικές χημικές ουσίες του καπνού έρχονται σε επαφή με τους ιστούς του ανθρώπινου οργανισμού προκαλούν βλάβες<sup>3</sup>. Ο οργανισμός βρίσκεται σε έναν διαρκή «αγώνα δρόμου» στην προσπάθειά του να επιδιορθώσει τις βλάβες αυτές.

Όμως, κάθε φορά που εκτίθεται - ενεργητικά ή παθητικά - στον καπνό του τσιγάρου, ο οργανισμός μένει όλο και πιο πίσω σε αυτόν τον «αγώνα»: οι βλάβες συσσωρεύονται και η πιθανότητα εμφάνισης ασθένειας αυξάνεται<sup>3</sup>.

(Εικόνα 2) και ευθύνεται για περισσότερους από 19.000 θανάτους ετησίως στη χώρα μας (από ένα σύνολο περίπου 105.000 θανάτων)<sup>4</sup>. Το 18%, δηλαδή, των θανάτων στη χώρα μας σχετίζεται με το κάπνισμα!

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να αναφερθεί ότι όσοι καπνίζουν ελαφριά (τα λεγόμενα «light») τσιγάρα εκτίθενται στις ίδιες χημικές ουσίες που περιέχουν τα κανονικά τσιγάρα (βλ. Πίνακα 1, Πίνακα 2) και πιθανόν στις ίδιες ποσότητες, μην έχοντας κάποιο ιδιαίτερο όφελος για την υγεία τους<sup>5-9</sup>. Ο μόνος τρόπος, για να είναι κάποιος πραγματικά ασφαλής από τις επιβλαβείς ουσίες του τσιγάρου και γενικά των προϊόντων καπνού, είναι να μην καπνίσει καθόλου και να μην εκτίθεται στο παθητικό κάπνισμα.

Στις επόμενες ενότητες θα παρουσιαστούν ανά σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού οι επιπτώσεις του καπνίσματος, ενώ ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στην πρόκληση καρκίνου.

**Πίνακας 1.**

## ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΕΣ ΤΟΞΙΚΕΣ ΧΗΜΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ ΤΩΝ ΤΣΙΓΑΡΩΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΙΕΣ ΧΡΗΣΕΙΣ ΤΟΥΣ.

### ΚΑΡΚΙΝΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

- Φορμαλδεΐδη (χρησιμοποιείται για να διατηρήσει πτώματα).
- Βενζόλιο (εύφλεκτο, τοξικό υγρό που χρησιμοποιείται ως διαλύτης ή ως καύσιμο).
- Πολώνιο (ραδιενεργό και πολύ τοξικό).
- Βινυλοχλωρίδιο (χρησιμοποιείται σε σωληνώσεις).

### ΤΟΞΙΚΑ ΜΕΤΑΛΛΑ

- Χρώμιο (χρησιμοποιείται για την κατασκευή ατσαλιού).
- Αρσενικό (χρησιμοποιείται για να σκοτώσει έντομα και ζιζάνια).
- Μόλυβδος (τοξικό βαρύ μέταλλο).
- Κάδμιο (βρίσκεται στις μπαταρίες).

### ΔΗΛΗΤΗΡΙΩΔΗ ΑΕΡΙΑ

- Μονοξειδίο του Άνθρακα (ισχυρό δηλητήριο-καυσαέριο αυτοκινήτων).
- Υδροκυάνιο (παιλιότερη χρήση του σε χημικά όπλα).
- Αμμωνία (χρησιμοποιείται για να καθαριστούν οι τουαλέτες).
- Βουτάνιο (χρησιμοποιείται σε υγρό αναπτήρων).
- Τολουένιο (υγρό που χρησιμοποιείται ως αντικροτικό συστατικό της βενζίνης).

**Σ.Σ.:** Ο πίνακας 2 αποτελεί ένα εργαλείο το οποίο ο εκπαιδευτικός μπορεί να χρησιμοποιήσει κατά την κρίση του. Για παράδειγμα, μπορεί να μιλήσει επιλεκτικά για ορισμένες από τις τοξικές ουσίες του καπνού (τις πιο «χαρακτηριστικές»-επισημασμένες με έντονη γραφή στον πίνακα), και να αναθέσει στους μαθητές του σαν εργασία να βρουν περισσότερες πληροφορίες για αυτές ή να παρουσιάσει τον πίνακα στο σύνολό του, τονίζοντας με αυτόν τον τρόπο την έκταση της τοξικότητας του καπνού των τσιγάρων.



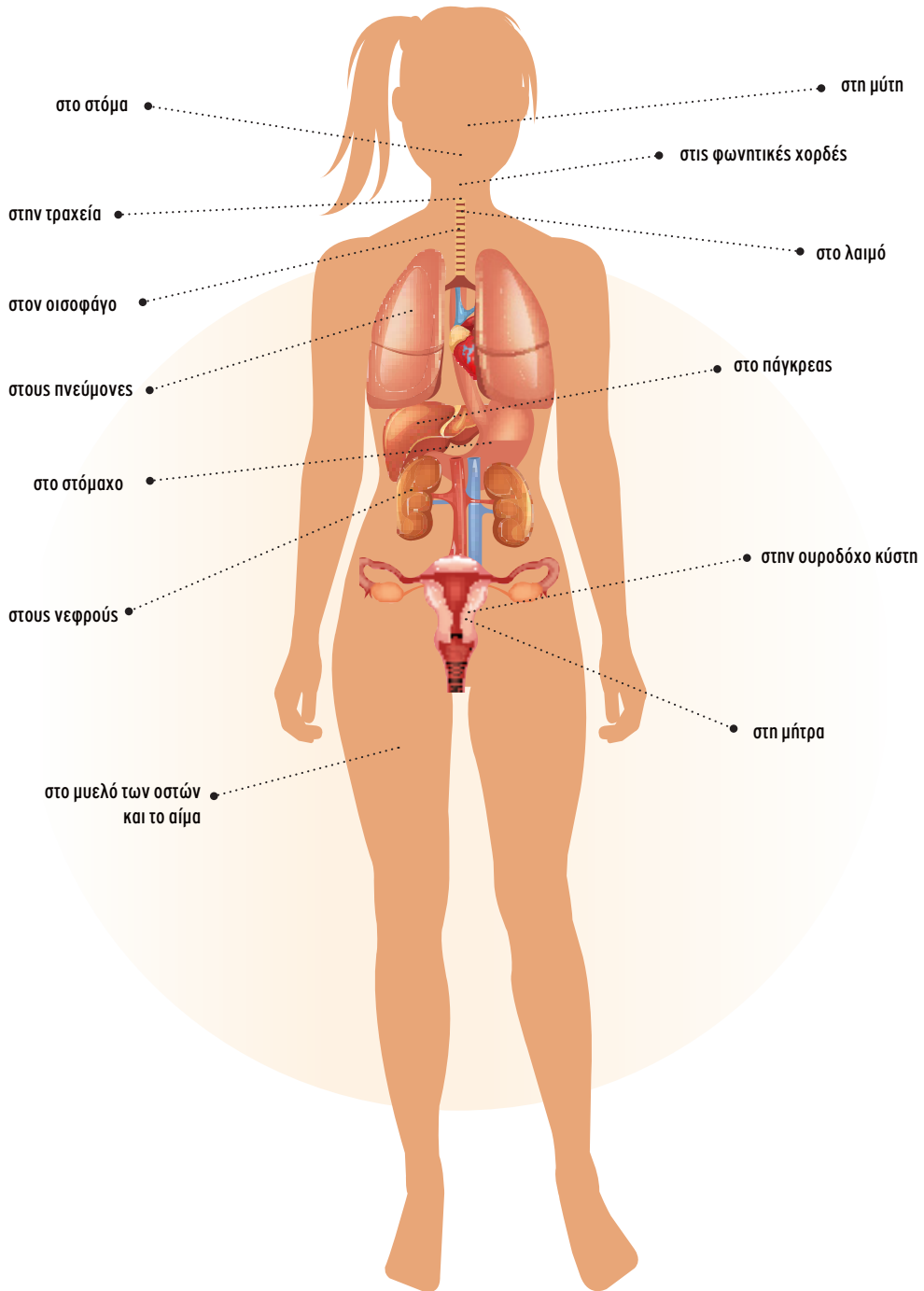
**Πίνακας 2.**

Χαρακτηριστικά παραδείγματα βλαβερών και πιθανώς βλαβερών συστατικών που εντοπίζονται σε προϊόντα καπνού και στον εισπνεόμενο από αυτά καπνό (αλφαβητική σειρά). Με έντονη γραφή παρουσιάζονται ουσίες που χρησιμοποιούνται συνήθως στην εκπαιδευτική διαδικασία. ΔΑ: δηλητήριο του αναπνευστικού συστήματος, ΔΑΑ: δηλητήριο του αναπαραγωγικού συστήματος ή/και της ανάπτυξης του οργανισμού, ΔΚ: δηλητήριο του καρδιαγγειακού συστήματος, ΕΘ: εθιστική ουσία, ΚΑ: καρκινογόνος ουσία.

Α/Α	ΣΥΣΤΑΤΙΚΟ	ΔΡΑΣΗ	Α/Α	ΣΥΣΤΑΤΙΚΟ	ΔΡΑΣΗ
1	Αιθυλενοβενζόλιο	ΚΑ	47	Κοβάλτιο	ΔΚ, ΚΑ
2	Αιθυλενοξείδιο	ΔΑ, ΔΑΑ, ΚΑ	48	Κουμαρίνη	απαγορευμένη στα τρόφιμα
3	Αιθυλοκαρβαμίδιο (ουραιθάνη)	ΔΑΑ, ΚΑ	49	Κρεσόλες	ΔΑ, ΚΑ
4	Ακεταλδεΐδη	ΔΑ, ΕΘ, ΚΑ	50	Κροτοναλδεΐδη	ΚΑ
5	Ακεταμίδη	ΚΑ	51	Κυκλοπεντα[с. d]πυρένιο	ΚΑ
6	<b>Ακετόνη</b>	<b>ΔΑ</b>	52	μεθυλ Τγρ-Ρ-2 (1-μεθυλ-3-αμινο-5Η-πυριδο[4,3-β]ινδόλιο)	ΚΑ
7	Ακρολεΐνη	ΔΑ, ΔΚ	53	Μεθυλ-αιθυλοκετόνη	ΔΑ
8	Ακρυλαμίδη	ΚΑ	54	Γλυ-Ρ-1 (2-άμινο-6-μεθυλοδιπυριλο[1,2-α:3',2'-d]ιμιδαζόλιο)	ΚΑ
9	Ακρυλονιτρίλιο	ΔΑ, ΚΑ	55	5-μεθυλοχρυσένιο	ΚΑ
10	3IQ (2-άμινο-3-μεθυλιμιδαζο[4,5-f]κινολίνιο)	ΚΑ	56	<b>Μόλυβδος</b>	<b>ΔΑΑ, ΔΚ, ΚΑ</b>
11	3MeA-α-C (2-αμινο-3-μεθυλο)-9Η-πυριδο[2,3-β]ινδόλιο)	ΚΑ	57	<b>Μονοξείδιο του άνθρακα</b>	<b>ΔΑ</b>
12	A-α-C (2-αμινο-9Η-πυριδο[2,3-β]ινδόλη)	ΚΑ	58	Ναφθαλένιο	ΔΑ, ΚΑ
13	PhIP (2-άμινο-1-μέθυλ-6-φαίνυλομιδαζο[4,5-β]πυριδίνιο)	ΚΑ	59	Νικέλιο	ΔΑ, ΚΑ
14	Τγρ-Ρ-1 (3-αμινο-1,4-διμεθυλο-5Η-πυριδο[4,3-β]ινδόλιο)	ΚΑ	60	<b>Νικοτίνη</b>	<b>ΔΑΑ, ΕΘ</b>
16	4-αμινοδιφαινύλιο	ΚΑ	61	Νιτροβενζόλιο	ΔΑ, ΔΑΑ, ΚΑ
16	Γλυ-Ρ-2 (2-αμινοδιπυριλο[1,2-α:3',2'-d]ιμιδαζόλιο)	ΚΑ	62	N-νιτροδισαιθανολαμίνη (NDELA)	ΚΑ
17	1-αμινοναφθαλίνη	ΚΑ	63	N-νιτροδισαιθυλαμίνη	ΚΑ

18	2-αμινοναφθαλίνη	ΚΑ	64	N-νιτροδιμεθυλαμίνη (NDMA)	ΚΑ
19	<b>Αμμωνία</b>	<b>ΔΑ</b>	65	Νιτρομεθάνιο	ΚΑ
20	Αναβασίνη	ΕΘ	66	N-νιτρομεθυλαιθυλαμίνη	ΚΑ
21	ο-ανισιδίνη	ΚΑ	67	N-νιτρομορφολίνη (NMOR)	ΚΑ
22	<b>Αρσενικό</b>	<b>ΔΑΑ, ΔΚ, ΚΑ</b>	68	N-νιτρονορνικοτίνη (NNN)	ΚΑ
23	Αφλατοξίνη Β1	ΚΑ	69	N-νιτροπιπερίδη (NPIP)	ΚΑ
24	Βενζο[α]ανθρακένιο	ΔΚ, ΚΑ	70	2-νιτροπροπάνιο	ΚΑ
25	Βενζο[β]φθοροανθένιο	ΔΚ, ΚΑ	71	N-νιτροπυρολιδίνη (NPYR)	ΚΑ
26	Βενζο[σ]φαινανθρένιο	ΚΑ	72	N-νιτροσαρκοζίνη (NSAR)	ΚΑ
27	Βενζο[j]ακετοενθρυλαίνιο	ΚΑ	73	NNK	ΚΑ
28	Βενζο[k]φθοροανθένιο	ΔΚ, ΚΑ	74	Νορνικοτίνη	ΕΘ
29	Βενζο[α]πυρένιο	ΚΑ	75	Ουράνιο-235	ΔΑ, ΚΑ
30	Βενζο[β]φουράνιο	ΚΑ	76	Ουράνιο-238	ΔΑ, ΚΑ
31	<b>Βενζόλιο</b>	<b>ΔΑΑ, ΔΚ, ΚΑ</b>	77	<b>Πολώνιο-210</b>	<b>ΚΑ</b>
32	Βηρύλλιο	ΚΑ	78	Προπιονοαλδεΐδη	ΔΑ, ΔΚ
33	<b>Βινυλοχλωρίδιο</b>	<b>ΔΑ, ΚΑ</b>	79	Προπυλενοξειδίο	ΔΑ, ΚΑ
34	1,3-βουταδιένιο	ΔΑ, ΔΑΑ, ΚΑ	80	Σελήνιο	ΔΑ
35	Διβενζο[α,ε]πυρένιο	ΚΑ	81	Στυρένιο	ΚΑ
36	Διβενζο[α,η]ανθρακένιο	ΚΑ	82	ο-τολουϊδίνη	ΚΑ
37	Διβενζο[α,η]πυρένιο	ΚΑ	83	Τολουένιο	ΔΑ, ΔΑΑ
38	Διβενζο[α,ι]πυρένιο	ΚΑ	84	Υδραζίνη	ΔΑ, ΚΑ
39	Διβενζο[α,ι]πυρένιο	ΚΑ	85	<b>Υδράργυρος</b>	<b>ΔΑΑ, ΚΑ</b>
40	διμεθυλ 2,6-διμεθυλονανιλίνη	ΚΑ	86	<b>Υδροκυάνιο</b>	<b>ΔΑ, ΔΚ</b>
41	Ινδενό[1,2,3-σδ]πυρένιο	ΚΑ	87	Φαινόλη	ΔΑ, ΔΚ
42	Ισοπρένιο	ΚΑ	88	<b>Φορμαλδεΐδη</b>	<b>ΔΑ, ΚΑ</b>
43	<b>Κάδμιο</b>	<b>ΔΑ, ΔΑΑ, ΚΑ</b>	89	Φουράνιο	ΚΑ
44	Κατεχόλη	ΚΑ	90	Χλωριωμένες διοξίνες/φουράνια	ΔΑΑ, ΚΑ
45	Καφεϊκό οξύ	ΚΑ	91	Χρυσένιο	ΔΚ, ΚΑ
46	Κινολίνη	ΚΑ	92	Χρώμιο	ΔΑ, ΔΑΑ, ΚΑ

# ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΚΑΡΚΙΝΟ



**Εικόνα 1.** Το κάπνισμα επηρεάζει το ανθρώπινο σώμα.  
Πηγή: BeTobaccoFree.gov & Greek Tobacco Epidemic.

## ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Ο καρκίνος είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα υγείας. Οι στατιστικές δείχνουν ότι αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τις καρδιοπάθειες.

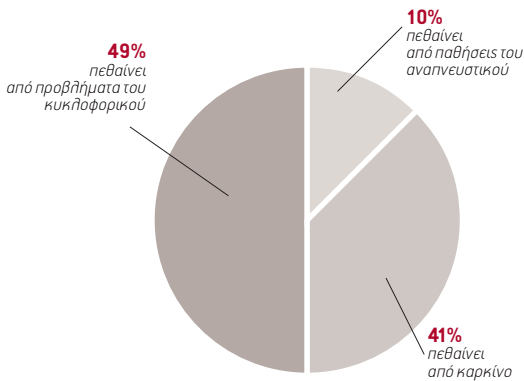
Ο όρος «καρκίνος» δεν αποδίδεται σε μία μόνον ασθένεια, αλλά σε μια ομάδα ασθενειών που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των κυττάρων<sup>17</sup>. Αυτό έχει ως συνέπεια την ανάπτυξη μιας μάζας κυττάρων γνωστής ως όγκος. Οι όγκοι διακρίνονται σε καλοήθεις και κακοήθεις. Ως καρκίνοι χαρακτηρίζονται μόνον οι κακοήθεις όγκοι.

Σε πολλές περιπτώσεις, τα κύτταρα σχηματίζουν όγκους που δημιουργούν σοβαρά προβλήματα στη λειτουργία και την επιβίωση του οργανισμού. Όπως φαίνεται

από τον Πίνακα 2, περίπου 70 από τις χημικές ουσίες του καπνού του τσιγάρου είναι καρκινογόνες<sup>1, 18, 19</sup>. Συγκεκριμένα:

### 1. Το κάπνισμα προκαλεί βλάβες στο DNA

Το DNA είναι το γενετικό υλικό του κυττάρου, το «βιβλίο οδηγιών» το οποίο περιγράφει λεπτομερώς τη δομή και τη λειτουργία του. Οι αλλαγές στο DNA, οι μεταλλάξεις, εί-



Εικόνα 2. Επίδραση του καπνίσματος στην ανθρώπινη υγεία.

## ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ:

### ΤΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

- Νόσος του Crohn.
- Ρευματοειδής αρθρίτιδα.

### ΤΑ ΑΓΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΑΙΜΑ

- Αθηροσκλήρυνση.
- Πάχυνση αιμοφόρων αγγείων.
- Ανευρύσματα.
- Περιφερειακή αρτηριοπάθεια.
- Εγκεφαλικό.

- Μεταβολές στη χημεία του αίματος.

### ΤΑ ΟΣΤΑ

- Οστεοπόρωση.
- Απώλεια οστική μάζας.

### ΤΗΝ ΟΡΑΣΗ

- Εκφύλιση ωχράς κηλίδας.
- Βλάβη του οπτικού νεύρου.
- Τύφλωση.

### ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑ

- Στεφανιαία νόσος.
- Έμφραγμα.
- Αυξημένη αρτηριακή πίεση.

### ΤΟΥΣ ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ

- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.
- Εμφύσημα.
- Χρόνια βροχίτιδα.
- Πνευμονία.

ναι δυνατόν να κάνουν ένα κύτταρο να αρχίσει να πολλαπλασιάζεται ανεξέλεγκτα, με τελική συνέπεια τη δημιουργία ενός καρκινικού όγκου<sup>20,21</sup>. Πολλές από τις χημικές ουσίες του καπνού των τσιγάρων δρουν ως μεταλλαξιογόνες, καταστρέφοντας ή αλλοιώνοντας το DNA των κυττάρων<sup>22</sup>. Άρα, κάθε τσιγάρο το οποίο καπνίζει κανείς βλάπτει το DNA του με τρόπο που θα μπορούσε να οδηγήσει σε εμφάνιση καρκίνου.

## 2. **Κάπνισμα και ικανότητα άμυνας στον καρκίνο**

Υπό φυσιολογικές συνθήκες, το ανοσοποιητικό σύστημα προστατεύει τον οργανισμό από τον καρκίνο. Με τους ειδικούς μηχανισμούς, που διαθέτει, επιτίθεται στα καρκινικά κύτταρα και τα καταστρέφει, σταματώντας τον καρκίνο εν τη γενέσει<sup>23</sup>. Ωστόσο, νέες έρευνες δείχνουν ότι τα δηλητήρια του τσιγάρου εξασθενούν το ανοσοποιητικό, μειώνοντας την ικανότητά του να αντιμετωπίζει τον καρκίνο<sup>24,25</sup>. Άρα, το κάπνισμα όχι μόνο μπορεί να προκαλέσει καρκίνο, αλλά μειώνει και την ικανότητα του οργανισμού να αμυνθεί απέναντι στη συγκεκριμένη ασθένεια.

## 3. **Καρκίνος των πνευμόνων**

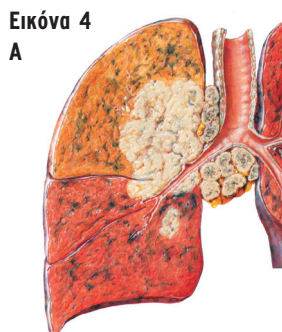
Εδώ και αρκετά χρόνια είναι γνωστό ότι το κάπνισμα αποτελεί τον πρώτο παράγοντα κινδύνου όσον αφορά στην εμφάνιση καρκίνου στους πνεύμονες. Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο στους ενήλικες<sup>26</sup>. Εκτιμάται ότι στην Ελλάδα κάθε χρόνο πεθαίνουν περίπου 8.000 άνθρωποι από καρκίνο της τραχείας, των πνευμόνων και των βρόγχων<sup>4</sup>.

### α. Συμπτώματα

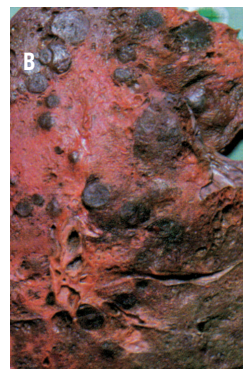
Τα κυριότερα συμπτώματα του καρκίνου του πνεύμονα είναι έντονος και επίμονος βήχας, αιμόπτυση, απώλεια βάρους, δύσπνοια, θωρακικός πόνος και πληκτροδακτυ-



Εικόνα 3



Εικόνα 4  
Α



Β

**Εικόνα 3.** Πληκτροδακτυλία σε ασθενή με καρκίνο των πνευμόνων.

**Εικόνα 4.** Όγκοι στους πνεύμονες: **Α.** Βρογχογενές καρκίνωμα (τύπος καρκίνου που σχετίζεται έντονα με το κάπνισμα).

**Β.** Ιστολογικό παρασκεύασμα πνεύμονα με αιματολογική διασπορά καρκινώματος. Διακρίνονται μεταστάσεις εκτός του πνεύμονα και εκτενής βλάβη του άνω λοβού του δεξιού πνεύμονα.

λία<sup>27,28</sup>. Ο καρκίνος του πνεύμονα μπορεί να προκαλέσει, μεταξύ άλλων, πνευμονία, μεγάλη ενδοπνευμονική αιμορραγία και έντονα αποφρακτικά φαινόμενα στην τραχεία και τους βρόγχους, με τα τελευταία φαινόμενα να δυσκολεύουν σημαντικά την αναπνοή του ασθενούς. Σε κάποιες περιπτώσεις παρατηρείται δυσκαταποσία λόγω εξωτερικής πίεσης του οισοφάγου από την καρκινική μάζα ή βραχνάδα λόγω προσβολής του λάρυγγα<sup>27,28</sup>.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι σε αρκετές περιπτώσεις τυχαίνει να γίνεται πρώτα η διάγνωση μεταστάσεων του καρκίνου του πνεύμονα σε άλλα όργανα - συνήθως στον εγκέφαλο, τα οστά και το ήπαρ - και μετά να εντοπίζεται ο όγκος στους πνεύμονες<sup>29</sup>.

#### **β. Θεραπεία-πρόγνωση**

Η θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα εξαρτάται από τη φυσική κατάσταση του ατόμου, τον τύπο του καρκίνου και το βαθμό εξάπλωσής του. Στις πιο κοινές θεραπευτικές προσεγγίσεις περιλαμβάνονται χειρουργική αφαίρεση τμήματος (λοβού) του πνεύμονα (ή και ολόκληρου του πνεύμονα), χημειοθεραπεία και θεραπεία με ακτινοβολίες<sup>28</sup>. Η θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα είναι δύσκολη και η πρόγνωση κακή, με το μέσο όρο επιβίωσης μετά τη διάγνωση να είναι τα δύο χρόνια. Μόνο το 15% των ασθενών ζει περισσότερο από 5 χρόνια<sup>30</sup>. Γι' αυτόν το λόγο, καθοριστικό ρόλο στην αποφυγή θανάτων από τον καρκίνο του πνεύμονα παίζει η πρόληψη, κυρίως σε ότι αφορά στον περιορισμό του καπνίσματος.

#### **4. Άλλοι τύποι καρκίνου**

Το κάπνισμα έχει βρεθεί να σχετίζεται με μια πληθώρα άλλων τύπων καρκίνου (βλ. Εικόνα 2). Για παράδειγμα, ο καρκίνος της στοματικής κοιλότητας και ο καρκίνος του λάρυγγα εμφανίζονται σχεδόν αποκλειστικά σε καπνιστές, ενώ η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του οισοφάγου μπορεί ακόμα και να εννιαπλασιαστεί, αν το άτομο καπνίζει. Επιπλέον, το κάπνισμα αυξάνει 2 με 3 φορές τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου της ουροδόχου κύστης, καρκίνου του παγκρέατος, της μήτρας και άλλων οργάνων σε σχέση με άτομα που δεν καπνίζουν<sup>31</sup>. Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι και οι άλλες μορφές καπνίσματος, όπως το κάπνισμα πούρων και πίπας, το μάρσιμα καπνού κ.λπ. επίσης αυξάνουν το ενδεχόμενο εμφάνισης όλων των παραπάνω τύπων καρκίνου<sup>32</sup>.

#### **5. Επίδραση του καπνού σε καρκινοπαθείς**

Το ενεργητικό ή παθητικό κάπνισμα σε άτομα τα οποία έχουν ήδη καρκίνο είναι εξαιρετικά επικίνδυνο. Έρευνες δείχνουν ότι ο καπνός βοηθάει στην αύξηση των όγκων, δρώντας ανασταλτικά στις προσπάθειες αντιμετώπισης τους. Η διακοπή του καπνίσματος και η διαβίωση σε ένα περιβάλλον απαλλαγμένο από καπνό διευκολύνουν σημαντικά τη θεραπεία των καρκινοπαθών<sup>33-35</sup>.

## ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το αναπνευστικό σύστημα δέχεται άμεσα την επίδραση των τοξικών ουσιών του καπνού, από την πρώτη κιόλας εισπνοή. Και η αντίδραση στο πρώτο τσιγάρο είναι άμεση: αίσθημα καύσου στους πνεύμονες, έντονος βήχας κ.ά. Αυτός είναι ο τρόπος με τον οποίο το σώμα αντιδρά στο γεγονός ότι δηλητηριάζεται. Καθώς το άτομο καπνίζει το ένα τσιγάρο μετά το άλλο, η αντίδραση αυτή αρχίζει να μετριάζεται, όχι, όμως, οι βλάβες στο αναπνευστικό σύστημα<sup>3</sup>.

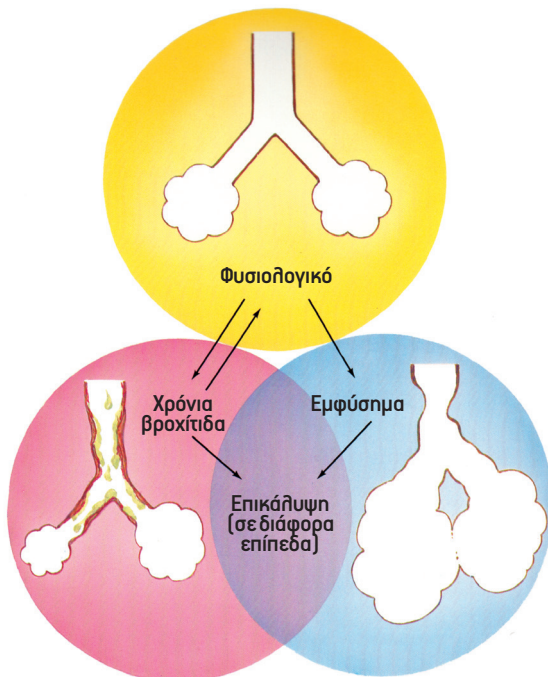
### 1. Βλάβες στις αεροφόρους οδούς

Οι αεροφόροι οδοί του αναπνευστικού συστήματος καλύπτονται από μικροσκοπικές βλεφαρίδες (κροσσοί). Οι κροσσοί αυτοί κινούνται διαρκώς, βοηθώντας στην αποβολή της παραγόμενης βλέννας και, μαζί με τη βλέννα, της σκόνης και διαφόρων μικροοργανισμών. Με μια κίνηση αντίστοιχη με εκείνη των υαλοκαθαριστήρων που καθαρίζουν το παρμπρίζ του αυτοκινήτου, οι κροσσοί διατηρούν καθαρές τις αεροφόρους οδούς<sup>36</sup>. Το κάπνισμα καταστρέφει τους κροσσοί αυτούς<sup>37-41</sup>. Το αποτέλεσμα είναι οι κατεστραμμένοι κροσσοί να μην μπορούν να αποβάλλουν την παραγόμενη βλέννα. Η βλέννα αρχίζει να «λιμνάζει» στους πνεύμονες και το άτομο, στην προσπάθειά του να την αποβάλλει, εμφανίζει το «βήχα του καπνιστή»<sup>3</sup>.

Όταν ένας καπνιστής σταματήσει να καπνίζει, σταματάει να βλάπτει τους κροσσοί αυτούς. Σταδιακά, ο βήχας και τα πύελα μειώνονται. Μετά από μερικούς μήνες από τη διακοπή του καπνίσματος, η βελτίωση στην αναπνευστική ικανότητα του ατόμου αρχίζει να γίνεται ορατή<sup>3</sup>.

### 2. Απώλεια της ελαστικότητας των πνευμόνων

Οι πνεύμονες πρέπει να είναι ελαστικοί, όπως ένα μπαλόνι. Εκπύσσονται κατά την εισπνοή (γεμίζουν με αέρα) και συρρικνώνονται κατά την εκπνοή (αδειάζουν από τον αέρα)<sup>42</sup>. Οι τοξικές ουσίες του καπνού προκαλούν φλεγμονές στα λεπτεπίλεπτα τοιχώματα των κυψελίδων<sup>37-41</sup>. Σταδιακά, οι πνεύμονες χάνουν την ικανότητά τους να γεμίζουν με αέρα και να αδειάζουν κατά την αναπνοή.

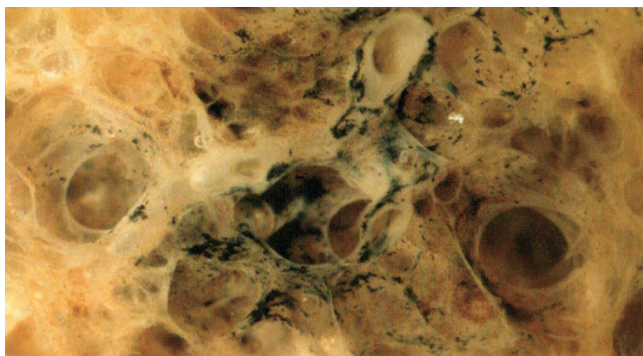


26 **Εικόνα 5.** ΧΑΠ: Συσχέτιση χρόνιας βρογχίτιδας και εμφυσηματος.

### 3. **Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια**

Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια ή ΧΑΠ είναι μια μη αναστρέψιμη νόσος, η οποία χαρακτηρίζεται από μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας και από περιοδικές εξάρσεις έντονης δύσπνοιας, συριγμού και βάρους στο στήθος, παραγωγή πτυέλων, ανάγκη για οξυγονοθεραπεία και συχνές εισαγωγές σε νοσοκομείο και εντατική θεραπεία, με την κατάσταση του ασθενούς να χειροτερεύει σταδιακά<sup>43</sup>. Η ΧΑΠ περιλαμβάνει δύο βασικές οντότητες, τη χρόνια βρογχίτιδα και το εμφύσημα.

- **Χρόνια βρογχίτιδα:** Στη χρόνια βρογχίτιδα παρατηρείται χρόνια φλεγμονή με διόγκωση του επιθηλιακού ιστού των βρόγχων (των σωλήνων που οδηγούν στους πνεύμονες μετά την τραχεία), εμποδίζοντας τη φυσιολογική ροή του αέρα προς και κυρίως από τους πνεύμονες. Χαρακτηρίζεται κυρίως από χρόνιο έντονο βήχα (ιδίως πρωινό), παραγωγή φλεγμάτων και συχνές εμπύρετες λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος που παρατείνονται<sup>43</sup>.
- **Εμφύσημα:** Στο εμφύσημα, τα τοιχώματα μεταξύ των κυψελιδικών σάκων (των δομών όπου γίνεται η ανταλλαγή των αερίων) χάνουν την ελαστικότητά τους. Οι κυψελιδικοί σάκοι μεγαλώνουν και τα τοιχώματά τους λεπταίνουν και «ξεχειλώνουν». Ο αέρας παγιδεύεται στους πνεύμονες. Ο ασθενής αντιμετωπίζει δυσκολίες στην προσπάθειά του να προσλάβει οξυγόνο και να αποβάλει το διοξείδιο του άνθρακα. Στην καθη-



**Εικόνα 6.** Πνευμονικό εμφύσημα με απώλεια στήριξης των αεραγωγών.

μερινότητα του πάσχοντα, αυτό εκδηλώνεται με εύκολο λαχάνιασμα και δύσπνοια, όταν περπατάει στην ανηφόρα ή/και ανεβαίνει σκάλες. Η κατάσταση του ασθενούς χειροτερεύει σταδιακά, οδηγώντας τον πιθανότατα στο θάνατο λόγω αναπνευστικής ανεπάρκειας<sup>43</sup>.

### 4. **Μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας: άσθμα-πνευμονία**

Το ενεργητικό και το παθητικό κάπνισμα, ιδίως στην παιδική και εφηβική ηλικία,



αναστέλλει σημαντικά τη λειτουργικότητα του αναπνευστικού συστήματος. Επιπλέον, προκαλεί εμφάνιση λοιμώξεων (κυρίως πνευμονίας), και εκδήλωση ασθματικών κρίσεων, ιδίως στα παιδιά<sup>8</sup>.

## ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το κάπνισμα (ενεργητικό ή παθητικό) προκαλεί χρόνια φλεγμονή των αγγείων και αλλοιώνει τη χημική σύσταση του αίματος. Το αίμα γίνεται πιο παχύρρευστο, τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων αυξάνονται και η «καλή χοληστερόλη» μειώνεται<sup>43</sup>. Οι χημικές ουσίες του καπνού βλάπτουν την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία. Τα κύτταρα που καλύπτουν τα τοιχώματα των αιμοφόρων αγγείων αντιδρούν σχεδόν αμέσως μόλις κάποιος ανάψει ένα τσιγάρο: η αρτηριακή πίεση αυξάνεται και η καρδιά χτυπάει πιο γρήγορα.

Μακροπρόθεσμα, το κάπνισμα αποτελεί έναν από τους κύριους προδιαθεσικούς παράγοντες της αθηροσκλήρωσης<sup>8, 44-49</sup>. Στην αθηροσκλήρωση, εναποτίθεται στο εσωτερικό των αρτηριών μια πλάκα από ινώδη ιστό, κολλαγόνο, θρομβωτικό υλικό και μεγάλα «αφρώδη» κύτταρα γεμάτα λιπίδια και ασβέστιο (αθηρωματική πλάκα). Με τον καιρό, η πλάκα σκληραίνει και μειώνει τη διάμετρο των αρτηριών. Λειτουργεί, δηλαδή, ως μηχανικός φραγμός, περιορίζοντας τη ροή του πλούσιου σε οξυγόνο αίματος προς τα διάφορα μέρη του ανθρώπινου σώματος<sup>29</sup>.

Η δημιουργία θρόμβων στο αίμα - οι οποίοι μπορεί να προκύψουν λόγω αθηρωματικής πλάκας, αυξημένης πήξης του αίματος κ.λπ. - είναι δυνατόν να αποφράξουν πλήρως τις στεφανιαίες αρτηρίες ή να φράξουν αγγεία του εγκεφάλου, οδηγώντας στην εκδήλωση εμφράγματος ή εγκεφαλικού επεισοδίου αντίστοιχα (εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να προκληθεί και από ρήξη αγγείων του εγκεφάλου). Σε αυτές τις συνθήκες, τμήματα της καρδιάς ή του εγκεφάλου δεν αιματώνονται - δεν οξυγονώνονται, με κίνδυνο νέκρωσής τους<sup>8, 27, 28, 49</sup>.

Ανάλογα με τη θέση, όπου σχηματίζεται η πλάκα, είναι δυνατό να προκληθούν στεφανιαία νόσος, εγκεφαλικά επεισόδια ή περιφερειακή αρτηριοπάθεια:

### 1. Στεφανιαία νόσος

Στη στεφανιαία νόσο, η πλάκα φράζει τις στεφανιαίες αρτηρίες, τις αρτηρίες, δηλαδή, που φέρνουν το πλούσιο σε οξυγόνο αίμα στον καρδιακό μυ. Με τον καιρό, η στεφανιαία νόσος μπορεί να οδηγήσει σε πόνο στο στήθος, έμφραγμα, καρδιακή ανεπάρκεια, αρρυθμίες, ή ακόμα και στο θάνατο<sup>29</sup>.

### 2. Εγκεφαλικά επεισόδια

Οι διαταραχές της αιμάτωσης του εγκεφάλου ονομάζονται εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια. Αποτελούν την τρίτη αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες, μετά τις παθήσεις της καρδιάς και τον καρκίνο. Πολύ συχνά οδηγούν τον άνθρωπο σε αναπηρία. Ανάλο-

γα με το μηχανισμό διακρίνονται σε ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια - όταν αποφράσσεται κάποια αρτηρία του εγκεφάλου π.χ. από μια πλάκα - και αιμορραγικά εγκεφαλικά επεισόδια - στα οποία παρατηρείται ρήξη των εγκεφαλικών αγγείων<sup>29</sup>.

### 3. **Περιφερική αρτηριοπάθεια**

Οφείλεται κατά κανόνα στην ανάπτυξη αθηρωματικής πλάκας στα τοιχώματα των αρτηριών που τροφοδοτούν με αίμα τα κάτω άκρα. Οι αρτηρίες αυτές είναι η αορτή, οι λαγόνιες, οι μηριαίες, οι ιγνυακές και, τέλος, οι κνημιαίες αρτηρίες<sup>50-56</sup>. Η κακή αιμάτωση των δακτύλων ή των ποδιών ίσως οδηγήσει σε νέκρωση του ιστού. Σε αυτήν την περίπτωση, πολλές φορές καθίσταται αναγκαίος ο ακρωτηριασμός του άκρου<sup>3</sup>.

## **ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

Το κάπνισμα αποτελεί γνωστό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση μιας πληθώρας αυτοάνοσων νοσημάτων<sup>24,57,58</sup>, συμπεριλαμβανομένων της νόσου του Crohn<sup>24</sup> και της ρευματοειδούς αρθρίτιδας<sup>58</sup>. Επιπλέον, στο αίμα των καπνιστών παρατηρούνται υψηλά επίπεδα λευκών αιμοσφαιρίων, C αντιδρώσας πρωτεΐνης και ινωδογόνου, γεγονός το οποίο υποδεικνύει ότι βρίσκονται σε μια κατάσταση χρόνιας φλεγμονής<sup>59-61</sup>.

## **ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ - ΔΕΡΜΑ**

Η συχνότητα εμφάνισης της περιοδοντικής νόσου στους καπνιστές είναι υψηλότερη σε σχέση με τους μη καπνιστές και η αντιμετώπισή της καθίσταται δυσκολότερη<sup>62</sup>. Τα δόντια των καπνιστών εμφανίζουν χαρακτηρισικά στίγματα<sup>63</sup>, με πολλούς από αυτούς να ταλαιπωρούνται από κακοσμία. Ακόμα, οι καπνιστές χάνουν 2 με 3 φορές περισσότερα δόντια σε σχέση με τους μη καπνιστές<sup>64</sup>.

Επιστημονικές μελέτες υποδεικνύουν συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και της πρόωρης γήρανσης του δέρματος<sup>65</sup>. Μάλιστα, οι καπνιστές εμφανίζουν περισσότερες ρυτίδες και αλλοιώσεις στο χρώμα του δέρματός τους, με την επιδερμίδα τους να είναι πιο ξηρή σε σχέση με εκείνη των μη καπνιστών<sup>65-67</sup>.

## **ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΡΕΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ - ΟΣΤΑ**

Πρόσφατες μελέτες δείχνουν άμεση συσχέτιση μεταξύ της χρήσης του καπνού και της μειωμένης οστικής πυκνότητας<sup>68</sup>. Το κάπνισμα αποτελεί έναν από τους πολλούς παράγοντες - μαζί με το αυξημένο σωματικό βάρος, την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και την καθιστική ζωή - που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης οστεοπόρωσης, μιας κατάστασης στην οποία τα οστά εξασθενούν και γίνονται εύθραυστα<sup>14</sup>.

## ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΟΡΑΣΗ

Το κάπνισμα είναι επιβλαβές για τα μάτια, όπως και για τον υπόλοιπο οργανισμό. Οι έρευνες δείχνουν ότι οι καπνιστές κινδυνεύουν περισσότερο σε σχέση με τους μη καπνιστές να εμφανίσουν, σχετιζόμενη με την ηλικία, εκφύλιση της ωχράς κηλίδας, καταρράκτη και βλάβη του οπτικού νεύρου. Όλα τα προηγούμενα είναι πιθανόν να οδηγήσουν τελικά σε τύφλωση<sup>8,69</sup>.

## ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Το κάπνισμα προκαλεί διαβήτη και επιδεινώνει τις επιπλοκές του. Σήμερα είναι γνωστό ότι τοξικές ουσίες, όπως αυτές του καπνού, επηρεάζουν τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα. Για την ακρίβεια, το κάπνισμα αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης διαβήτη τύπου 2<sup>70</sup>. Επιπλέον, οι διαβητικοί καπνιστές χρειάζεται να λαμβάνουν μεγαλύτερες δόσεις ινσουλίνης σε σχέση με τους μη καπνιστές<sup>71</sup>, ενώ είναι πιθανόν να εμφανίσουν επιπλοκές εξαιτίας του καπνίσματος<sup>72-81</sup>. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν:

- Προβλήματα στην καρδιά<sup>72-74</sup> και στους νεφρούς<sup>75-78</sup>.
- Αμφιβλυστροειδοπάθεια<sup>79-80</sup>.
- Περιφερική νευροπάθεια (βλάβη των νεύρων και ειδικότερα εκείνων στα άκρα). Η περιφερική νευροπάθεια προκαλεί μούδιασμα, πόνο, αδυναμία και δυσκολία στο συντονισμό των κινήσεών τους. Οι διαβητικοί καπνιστές είναι τρεις φορές πιο πιθανόν να εμφανίσουν περιφερική νευροπάθεια σε σχέση με τους μη καπνιστές πάσχοντες από διαβήτη<sup>81</sup>.
- Προβλήματα τα οποία ίσως οδηγήσουν στον ακρωτηριασμό τους<sup>82</sup>. Η αποφυγή του καπνού διευκολύνει τον έλεγχο του διαβήτη. Μάλιστα, οι διαβητικοί οι οποίοι διακόπουν το κάπνισμα παρατηρούν άμεσα καλύτερο έλεγχο των επιπέδων του σακχάρου στο αίμα τους<sup>83</sup>.

## ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΜΒΡΥΟ\*

Όταν η μητέρα καπνίζει, το έμβρυο γίνεται παθητικός καπνιστής για πρώτη φορά στη ζωή του. Για την ακρίβεια, μέσω του πλακούντα, το μονοξείδιο του άνθρακα, η νικοτίνη και πολλές άλλες βλαβερές ουσίες που περιέχονται στο τσιγάρο, μεταφέρονται στο έμβρυο. Όλες αυτές οι χημικές ουσίες σχετίζονται με την εμφάνιση επιπλοκών που επβαρύνουν τόσο την εγκυμοσύνη, όσο και το έμβρυο. Ειδικότερα, έχει αναφερθεί ότι το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη σχετίζεται με<sup>3,43</sup>:

- Έκτοπη κύηση.
- Εξωμήτριο κύηση.

- Προδρομικό πλακούντα.
- Πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων.
- Πρόωρο τοκετό.
- Χαμηλό βάρος γέννησης του νεογνού (το οποίο επηρεάζει τη βρεφική νοσηρότητα).
- Περιγεννητική θνησιμότητα.
- Διαταραχές της αναπνευστικής λειτουργίας του νεογνού.
- Σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου.
- Διαταραχές της συμπεριφοράς στη βρεφική και παιδική ηλικία.

# ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΚΑΙ ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

ΑΘΑΝΑΣΙΑ Γ. ΛΙΟΖΙΔΟΥ, MSc, LPSY

*Κλινικός Νευροψυχολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Β΄ Νευρολογικής Κλινικής,  
Π.Γ.Ν. Αττικών - Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής, Αιγινήτειο Νοσοκομείο - Ίδρυμα Ιατροβιολογικών  
Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών - Τομέας Μεταφορών & Συγκοινωνιακής Υποδομής,  
Σχολή Πολιτικών Μηχανικών, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο,  
Γ.Γ. Ελληνικής Νευροψυχολογικής Εταιρείας*

**Η** ιστορία του όρου «εξάρτηση» εντοπίζεται στις αρχές του 19ου αιώνα. Ο όρος αρχικά εφαρμόστηκε στο αλκοόλ, για να περιγράψει τη διαταραχή της χρήσης αλκοόλ και αργότερα επεκτάθηκε στα οπιοειδή και σε άλλες ψυχοδραστικές ουσίες. Το 1950 για την περιγραφή της διαταραχής χρήσης αλκοόλ εμφανίστηκε ο όρος «αλκοολισμός», ενώ η ορολογία της εξάρτησης από τον καπνό είναι πιο πρόσφατη. Στις μέρες μας, οι έννοιες της εξάρτησης και του εθισμού<sup>1</sup> έχουν εδραιωθεί, αν και αναγνωρίζουμε πως υπάρχει ουσιαστική διαφοροποίηση ανάμεσα στις χρονικές περιόδους και στους πολιτισμούς αναφορικά με τους ορισμούς και τις αντιλήψεις γύρω από αυτές<sup>2</sup>.

Στο παρόν κεφάλαιο επιχειρείται η επισκόπηση της εξάρτησης στη νικοτίνη και του εθισμού στο κάπνισμα μέσω της παρουσίας και της σύντομης ανάπτυξης των βασικότερων εννοιών, των διαγνωστικών συστημάτων και των πιο μελετημένων θεωρητικών μοντέλων.

## ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η κεντρική ιδέα στις έννοιες «εξάρτηση» και «εθισμός» είναι πως ο βουλητικός έλεγχος γύρω από τη χρήση της ουσίας έχει διαταραχθεί ή έχει χαθεί. Το άτομο που κάνει χρήση μιας ουσίας δεν επλέγει πλέον να χρησιμοποιεί την ουσία, η χρήση έχει γίνει συστηματική και η ισχυρή επιθυμία που οδηγεί στην επαλαμβανόμενη χρήση της σημαίνει πως η εν λόγω «συνήθεια» δεν είναι πλέον υπό έλεγχο. Η χρήση της ουσίας με αυτόν τον τρόπο προάγεται παρά τις δυσάρεστες συνέπειες, οι οποίες είναι πιθανό να απέτρεπαν άλλους, μη εθισμένους, από την περαιτέρω χρήση.

Στο παρόν κεφάλαιο χρησιμοποιούνται εναλλακτικά και οι δύο όροι: εξάρτηση και εθισμός. Η συζήτηση γύρω από τη διάκριση ανάμεσα στους δύο ορισμούς εντοπίζεται στη δε-

καετία του 1980 και είναι πέραν των στόχων του παρόντος συγγραφικού εγχειρήματος. Για μία πληρέστερη επισκόπηση του εν λόγω θέματος ο ενδιαφερόμενος αναγνώστης μπορεί να ανατρέξει στη σχετική γραμματεία<sup>3-6</sup>.

Βασικά χαρακτηριστικά της εξάρτησης στη νικοτίνη είναι: **α)** η επαναλαμβανόμενη ή καταναγκαστική χρήση της ουσίας, **β)** ο διαταραγμένος έλεγχος γύρω από τη χρήση της κυρίως, όπως αυτός φαίνεται από τη συνέχιση της χρήσης της ουσίας παρά τα αρνητικά αποτελέσματα της δράσης της και από τις επανειλημμένες υποτροπές που ακολουθούν τη διακοπή της, **γ)** η έντονη κινητοποίηση για την εύρεση της ουσίας, **δ)** η προτεραιότητα που λαμβάνει η ουσία σε σύγκριση με άλλες δραστηριότητες, **ε)** η εκδήλωση σωματικής εξάρτησης, δηλαδή ανοχή σε μεγαλύτερη δόση και συμπτώματα απόσυρσης και **στ)** η εμμονή στη χρήση της ουσίας παρά τις σαφείς αποδείξεις για τις επιβλαβείς συνέπειες αυτής.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τρία από τα παραπάνω κριτήρια που τυχόν εμφανίζονται κατά το τελευταίο έτος καθορίζουν την εξάρτηση στο κάπνισμα. (Πίνακας 1).

**Πίνακας 1.**

## ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ:

- Η επαναλαμβανόμενη ή καταναγκαστική χρήση της ουσίας.
- Ο διαταραγμένος έλεγχος γύρω από τη χρήση της.
- Η έντονη κινητοποίηση για την εύρεση της ουσίας.
- Η υψηλή προτεραιότητα που λαμβάνει η ουσία σε σύγκριση με άλλες δραστηριότητες.
- Η εκδήλωση σωματικής εξάρτησης, δηλαδή ανοχής και απόσυρσης.
- Η εμμονή στη χρήση της ουσίας παρά τις σαφείς αποδείξεις για τις επιβλαβείς συνέπειες αυτής.

Κάποια από τα κριτήρια αυτά είναι βιολογικά μετρήσιμα και κάποια όχι. Τα δύο βασικότερα βιολογικά μετρήσιμα κριτήρια είναι η ανοχή και η απόσυρση ή, όπως αλλιώς αναφέρεται η τελευταία, στερητική διαταραχή ή στερητικό σύνδρομο.

Η ανοχή αφορά στο γεγονός ότι σταδιακά απαιτείται σημαντικά μεγαλύτερη ποσότητα της ουσίας, για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα ή ότι η ίδια ποσότητα της ουσίας έχει σημαντικά μικρότερη επίδραση.

Η κατάσταση απόσυρσης ή στερητική διαταραχή ή στερητικό σύνδρομο αφορά στην εμφάνιση δυσάρεστων σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων που ακολουθούν τη μείωση ή διακοπή της χρήσης της ουσίας.

Η στερητική διαταραχή εμφανίζεται σε ποσοστό 50% στον πληθυσμό των καθημερινών

χρηστών καπνού. Η διαταραχή αυτή εμφανίζεται ακόμη και σε άτομα, που είτε δεν κάνουν καθημερινή χρήση, είτε ευρίσκονται στο στάδιο της έναρξης, όπως συμβαίνει στον πληθυσμό των εφήβων. Τα πιο συχνά αναφερόμενα συμπτώματα της στερητικής διαταραχής είναι το άγχος, ο εκνευρισμός και η δυσκολία συγκέντρωσης.

Αναλυτικότερα, τα συμπτώματα απόσυρσης λόγω της χρήσης προϊόντων καπνού οφείλονται κατά κύριο λόγο στην πτώση του επιπέδου της νικοΐνης στο αίμα και εμποδίζουν την προσπάθεια διακοπής της χρήσης. Τα συμπτώματα απόσυρσης ξεκινούν συνήθως εντός των πρώτων 24 ωρών μετά τη διακοπή ή την ελάττωση της χρήσης, κορυφώνονται εντός 2 - 3 ημερών και είναι δυνατό να επιμείνουν για αρκετούς μήνες μετά τη διακοπή του καπνίσματος<sup>7</sup>.

Τυπικά, κατά τις πρώτες ημέρες αποχής από τη χρήση καπνού ο καρδιακός ρυθμός αυξάνεται κατά 5-12 παλμούς το λεπτό, ενώ κατά το πρώτο έτος διακοπής της χρήσης έχει παρατηρηθεί αύξηση του σωματικού βάρους κατά 2 - 3 κιλά.

Μια περισσότερο ψυχιατρική προσέγγιση της εξάρτησης στο κάπνισμα έχει πρόσφατα διατυπωθεί από τον Αμερικανικό Ψυχιατρικό Σύλλογο (American Psychiatric Association - APA), που στην αναθεωρημένη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών, προσδιορίζει 10 κατηγορίες ναρκωτικών ουσιών τοποθετώντας ανάμεσα σε αυτές και τον καπνό. Κύρια χαρακτηριστικά της εξάρτησης στον καπνό κατά τον APA είναι η διαταραχή στη χρήση και στην απόσυρση από τη χρήση καπνού, που αναλυτικότερα περιγράφονται στη συνέχεια.

## Ι. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΧΡΗΣΗΣ ΚΑΠΝΟΥ<sup>9</sup>

### Διαγνωστικά κριτήρια:

Ένα προβληματικό πρότυπο χρήσης καπνού, το οποίο οδηγεί σε κλινικά σημαντική δυσλειτουργία ή υποκειμενική δυσφορία, όπως εκδηλώνεται με τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα κριτήρια, εντός περιόδου 12 μηνών είναι:

- Χρήση καπνού σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από ό,τι είχε προβλεφθεί.
- Επίμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες για μείωση της χρήσης καπνού.
- Δαπάνη μεγάλου μέρους του χρόνου σε δραστηριότητες που είναι απαραίτητες για την απόκτηση ή τη χρήση καπνού.
- Ισχυρή επιθυμία ή έντονη ανάγκη χρήσης καπνού.
- Επαναλαμβανόμενη χρήση καπνού που οδηγεί σε αδυναμία εκπλήρωσης σημαντικών υποχρεώσεων στην εργασία, στο σχολείο ή στο σπίτι (π.χ. παρεμβολή στην εργασία).
- Συνέχιση της χρήσης καπνού, παρά τα εμμέμοντα ή υποτροπιάζοντα κοινωνικά ή διαπροσωπικά προβλήματα που προκαλούνται ή παροξύνονται από τη χρήση καπνού (π.χ.

διαφωνίες με τρίτους εξαιτίας της χρήσης καπνού).

- Σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες εγκαταλείπονται ή μειώνονται λόγω της χρήσης καπνού.
- Επαναλαμβανόμενη χρήση καπνού σε καταστάσεις στις οποίες η χρήση αυτή είναι επικίνδυνη (π.χ. κάπνισμα στο κρεβάτι).
- Συνέχιση της χρήσης καπνού παρά την επίγνωση της ύπαρξης ενός επίμονου ή επαναλαμβανόμενου σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος, το οποίο πιθανώς προκαλείται ή παροξύνεται από τη χρήση καπνού.
- Ανοχή, όπως ορίζεται από οποιοδήποτε από τα ακόλουθα:
  - α) Ανάγκη για σημαντικά αυξημένες ποσότητες καπνού προκειμένου να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.
  - β) Σημαντικά μειωμένο αποτέλεσμα παρά τη συνεχή χρήση της ίδιας ποσότητας καπνού.
- Απόσυρση, όπως εκδηλώνεται με οποιοδήποτε από τα παρακάτω:
  - α) Το χαρακτηριστικό σύνδρομο απόσυρσης για τον καπνό.
  - β) Ο καπνός (ή μια ουσία στενά σχετιζόμενη, όπως η νικοτίνη) λαμβάνεται για την ανακούφιση ή την αποφυγή συμπτωμάτων απόσυρσης.

Η εμφάνιση εξάρτησης δεν έχει απόλυτη σχέση με τη διάρκεια και την ποσότητα της χρήσης της νικοτίνης. Η εξάρτηση στη νικοτίνη μπορεί να επέλθει και στους καπνιστές που αναφέρουν μικρή (μη καθημερινή) χρήση. Αντίθετα, κάποιοι καθημερινοί χρήστες είναι πιθανό να μην πληρούν τα κριτήρια της εξάρτησης στη νικοτίνη<sup>10</sup>.

## II. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΠΟΣΥΡΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΠΝΟΥ<sup>9</sup>

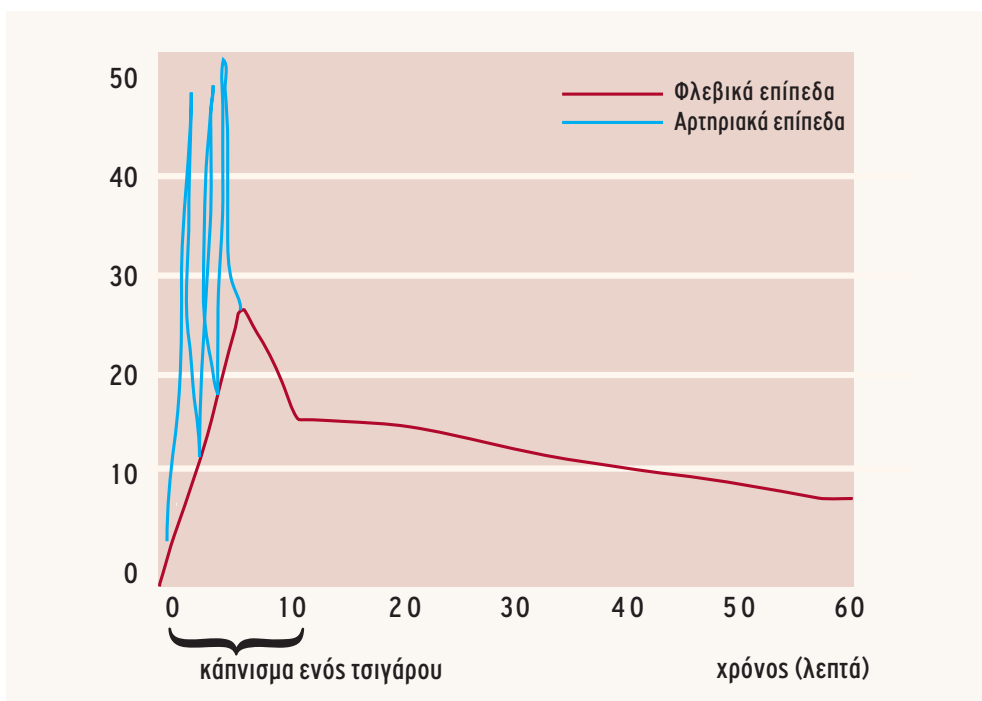
### **Διαγνωστικά κριτήρια:**

**Κριτήριο 1** Καθημερινή χρήση καπνού για τουλάχιστον μερικές εβδομάδες.

**Κριτήριο 2** Απότομη διακοπή της χρήσης καπνού ή ελάττωση της ποσότητας χρήσης καπνού, η οποία ακολουθείται εντός 24ωρ ωρών από τέσσερα (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα σημεία ή συμπτώματα:

- α) Ευερεθιστότητα, εκνευρισμό ή θυμό.
  - β) Άγχος.
  - γ) Δυσκολία συγκέντρωσης.
  - δ) Αυξημένη όρεξη.
  - ε) Ανεξήγητη ανησυχία ή και νευρικότητα.
  - στ) Καταθλιπτική διάθεση.
  - ζ) Αϋπνία.
- Τα σημεία ή συμπτώματα στο κριτήριο 2 προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή δια-





**Εικόνα 1.** Αρτηριακά και φλεβικά επίπεδα νικοτίνης κατά τη διάρκεια καπνίσματος ενός τσιγάρου.

Jarvis M. ABC of Smoking Cessation. Why People Smoke. British Medical Journal. 2004; 328:277-9.  
 Χρήση κατόπιν άδειας του dr.Jarvis και του British Medical Journal.

ταραχή στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλο σημαντικό τομέα της λειτουργικότητας.

- Τα σημεία ή συμπτώματα δεν οφείλονται σε άλλη ιατρική κατάσταση και δεν εξηγούνται καλύτερα από άλλη ψυχική διαταραχή, συμπεριλαμβανομένης της τοξίκωσης ή του στεφανιαίου συνδρόμου από κάποια άλλη ουσία.

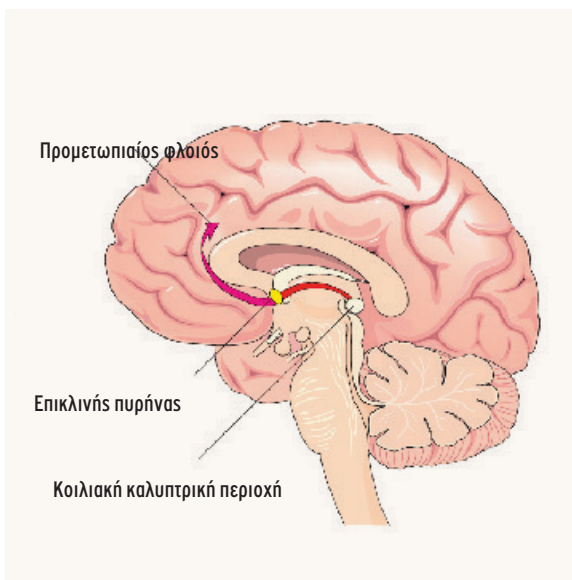
### Μηχανισμός δράσης της νικοτίνης

Η νικοτίνη είναι η κύρια ψυχοδραστική ουσία στον καπνό. Όταν η νικοτίνη εισπνέεται εισέρχεται στους πνεύμονες, μεταφέρεται στην καρδιά και στη συνέχεια εισέρχεται στον εγκέφαλο διαπερνώντας τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και στοχεύοντας τους νικοτινικούς υποδοχείς ακετυλοχολίνης. Ο ταχύς ρυθμός απορρόφησης της νικοτίνης (λίγα δευτερόλεπτα) και η υψηλή ποσότητα της ουσίας που εισέρχεται στον εγκέφαλο τόσο σύντομα, είναι δύο κρίσιμοι παράγοντες που καθιστούν το κάπνισμα την πιο αποτελεσματική μορφή χρήσης αυτής της ναρκωτικής ουσίας<sup>11</sup> (Εικόνα 1).

Η ενεργοποίηση από τη νικοτίνη των υποδοχέων ακετυλοχολίνης στον εγκέφαλο, διευκολύνει την απελευθέρωση νευροδιαβιβαστών, που ανάμεσα τους η ντοπαμίνη είναι ιδιαίτερα κρίσιμη σημασίας στην ανάπτυξη εξάρτησης. Πιο αναλυτικά, η νικοτίνη ενεργοποιεί την έκλυση ντοπαμίνης από τους νευρώνες του μεσομεταιχμιακού συστήματος, ξεκινώντας από την κοιλιακή καλυπτική περιοχή και καταλήγοντας στον επικλινή πυρήνα (Εικόνα 2). Η έκλυση ντοπαμίνης είναι ο ισχυρότερος νευροδιαβιβαστικός μηχανισμός εξάρτησης στη νικοτίνη.

Και άλλοι νευροδιαβιβαστές απελευθερώνονται και διαμεσολαβούν στις διάφορες συμπεριφορές που παρατηρούνται στους καπνιστές. Για παράδειγμα, η απελευθέρωση της νορεπινεφρίνης (διέγερση, καταστολή της όρεξης), της ακετυλοχολίνης (διέγερση, γνωστική ενίσχυση), της σεροτονίνης (ρύθμιση διάθεσης, καταστολή της όρεξης), του γ-αμινο-βουτυρικού οξέος (μείωση του άγχους και της έντασης), του γλουταμινικού οξέος (μάθηση, ενίσχυση της μνήμης) και των ενδορφινών (μείωση του άγχους και της έντασης)<sup>2, 12</sup>.

Βραχεία και χρόνια χρήση νικοτίνης καταλήγει σε νευρωνική προσαρμογή. Η νευρωνική προσαρμογή χαρακτηρίζεται από μία αύξηση του αριθμού των νικοτινικών υποδοχέων ακετυλοχολίνης στον εγκέφαλο, η οποία με τη σειρά της προκαλεί την ανάγκη για αύξηση της



**Εικόνα 2.** Η μεσομεταιχμιακή ντοπαμινεργική οδός.

World Health Organization, Neuroscience of Substance Use and Dependence. Geneva. World Health Organization, 2004, p.44. Χρήση κατόνιν άδειας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

ημερήσιας δόσης νικοτίνης. Αυτή η διαδικασία έχει συνδεθεί με ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά της νικοτινικής εξάρτησης, όπως είναι η διαταραχή απόσυρσης από τη χρήση καπνού. Συμπτώματα της διαταραχής απόσυρσης εξαιτίας της ανεπαρκούς χορήγησης νικοτίνης είναι μεταξύ άλλων: η ισχυρή επιθυμία για την ουσία και η αδυναμία να βιώσει κανείς κάθε είδους ευχαρίστηση με την έλλειψη της νικοτίνης. Οι αλλαγές που επισυμβαίνουν σε νευρωνικό επίπεδο φαίνεται να είναι μακροχρόνιες και οδηγούν πολύ συχνά σε επαναλαμβανόμενες υποτροπές κατά την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος.

Οι καπνιστές ρυθμίζουν τη δόση της νικοτίνης από εισπνοή σε εισπνοή, με τέτοιο τρόπο, ώστε τα χαρακτηριστικά του καπνίσματος, όπως ο αριθμός, η διάρκεια και το βάθος της εισπνοής να μπορούν να ρυθμίζουν το απαραίτητο επίπεδο νικοτίνης στο αίμα τους. Οι τακτικοί καπνιστές γίνονται πολύ συνεπείς στην αυτο-χορήγηση της νικοτίνης σε τέτοιο επίπεδο, ώστε να εκλύονται με ακρίβεια τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Σε μικρές δόσεις η νικοτίνη δρα ως διεγερτική ουσία προκαλώντας εγρήγορον, αυξημένο καρδιακό ρυθμό και αρτηριακή υπέρταση. Αντίθετα, υψηλές δόσεις της ουσίας μπορεί να προκαλέσουν βραδυκαρδία, υπόταση και καταθλιπτική διάθεση. Η επίδραση της νικοτίνης τροποποιείται εντός της ημέρας για τους περισσότερους καπνιστές. Αυτό σημαίνει πως για έναν καθημερινό καπνιστή, η αρχική θετική ενίσχυση του καπνίσματος μειώνεται κατά την διάρκεια της ημέρας, οπότε και ο ρυθμός του καπνίσματος υπαγορεύεται πλέον από την ανάγκη διατήρησης ενός συγκεκριμένου επιπέδου νικοτίνης, ώστε να μένουν μακριά τα συμπτώματα απόσυρσης<sup>10</sup>.

Το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο εργαλείο μέτρησης του βαθμού εξάρτησης στη νικοτίνη είναι η κλίμακα Fagerström<sup>13</sup> (βλ. δεξιά σελίδα). Αν και μονοδιάστατη, η εν λόγω κλίμακα πολύ συχνά προβλέπει τις υποτροπές στο κάπνισμα. Πιο έγκυροι προγνωστικοί δείκτες υποτροπής θεωρούνται ο χρόνος για το πρώτο τσιγάρο της ημέρας και ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζονται ημερησίως.

## ΝΙΚΟΤΙΝΗ ΚΑΙ ΝΟΗΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Το κάπνισμα έχει συνδεθεί με τη θετική επίδραση της λήψης νικοτίνης στη νοητική λειτουργία των ατόμων. Ειδικότερα, φαίνεται πως η οξεία λήψη νικοτίνης ασκεί θετική επίδραση στις νοητικές λειτουργίες της μνήμης, της μάθησης και της προσοχής. Έρευνες βέβαια, δείχνουν πως η νικοτίνη διευκολύνει τη συγκράτηση πληροφοριών, όχι όμως και το εύρος της αρχικής εκμάθησης. Αυτό το φαινόμενο εξηγείται σαφώς από την ενισχυτική δράση της νικοτίνης στη νοητική λειτουργία της προσοχής.

Είναι σημαντικό να σημειώσουμε πως **η χρόνια λήψη νικοτίνης μειώνει τη γνωστική επίδοση, ιδιαίτερα όταν αυτή ξεκινάει κατά την περίοδο της εφηβείας**. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει πως το κάπνισμα per se αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την άνοια λόγω της νόσου Alzheimer, για την αγγειακή άνοια και για τη νοητική έκπτωση στον πληθυσμό των ηλικιωμένων<sup>14,15</sup>.

## ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ

Η έναρξη του καπνίσματος συνήθως λαμβάνει χώρα κατά την περίοδο της εφηβείας με τους περισσότερους καπνιστές να δοκιμάζουν το πρώτο τους τσιγάρο πριν από την ηλικία των 18

## Η ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ FAGERSTRÖM:

	ΒΑΘΜΟΙ
<p>Πόσο γρήγορα αφού ξυπνήσετε καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;</p> <p>Μέσα στα πρώτα 5 λεπτά.</p> <p>Μέσα στα πρώτα 6-30 λεπτά.</p> <p>Μέσα στα πρώτα 31-60 λεπτά.</p> <p>Μετά τα 60 λεπτά.</p>	<p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
<p>Είναι δύσκολο να μην καπνίσετε σε μέρη όπου το κάπνισμα απαγορεύεται (π.χ. στην εκκλησία, στη βιβλιοθήκη, στον κινηματογράφο);</p> <p>Ναι.</p> <p>Όχι.</p>	<p>1</p> <p>0</p>
<p>Ποιο τσιγάρο σας είναι πιο δύσκολο να μην το καπνίσετε;</p> <p>Το πρώτο της ημέρας.</p> <p>Οποιοδήποτε άλλο.</p>	<p>1</p> <p>0</p>
<p>Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;</p> <p>10 ή λιγότερα.</p> <p>11-20.</p> <p>21-30.</p> <p>31 ή περισσότερα.</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>
<p>Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί από το απόγευμα;</p> <p>Ναι.</p> <p>Όχι.</p>	<p>1</p> <p>0</p>
<p>Καπνίζετε ακόμη κι όταν μια ασθένεια σας αναγκάζει να μείνετε στο κρεβάτι;</p> <p>Ναι.</p> <p>Όχι.</p>	<p>1</p> <p>0</p>

ετών. Τον πειραματισμό πολύ γρήγορα διαδέχεται η καθημερινή χρήση καπνού και η ανάπτυξη της νικοτινικής εξάρτησης. Η πολυετής ερευνητική προσπάθεια εξακρίβωσης των παραγόντων πρόβλεψης στη νικοτινική εξάρτηση έχει οδηγήσει στη συστηματική ανάδειξη των εξής:

- Λευκή φυλή.
- Γυναικείο φύλο.
- Χαμηλό οικονομικό επίπεδο.
- Χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης.
- Πρώιμη ηλικία έναρξης.
- Χρήση και άλλων ουσιών.
- Ύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών (καταθλιπτική διάθεση, άγχος, διαταραχές προσωπικότητας, κ.ά).
- Κάπνισμα των γονέων.
- Προγεννητικό μητρικό κάπνισμα.
- Κάπνισμα των συνομηλίκων.
- Υψηλή ευαισθησία στην ενισχυτική δράση της νικοτίνης<sup>10</sup>.

## ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ\*

**1560 μ.Χ.:** Ονομάστηκε νικοτίνη προς τιμήν του Jean Nicot de Villemain, Γάλλου πρεσβευτή στην Πορτογαλία, ο οποίος έστειλε τα πρώτα φύλλα και σπόρους του φυτού στο Παρίσι.

**1828 μ.Χ.:** Η νικοτίνη απομονώνεται από τον καπνό από τους Γερμανούς χημικούς Posselt και Reimann, οι οποίοι την αντιμετωπίζουν ως δηλητήριο, που πρωτοχρησιμοποιείται στην παραγωγή εντομοκτόνων.

**1964 μ.Χ.:** Αναγνωρίζεται η βλαπτική της δράση και η συνεισφορά της μέσω του καπνίσματος στην πρόκληση καρκίνου του πνεύμονα και άλλων σοβαρών προβλημάτων υγείας.

**1988 μ.Χ.:** Περιγράφεται ως η ναρκωτική ουσία που προκαλεί τον εθισμό στο κάπνισμα, εθισμός ο οποίος χαρακτηρίζεται από τις ίδιες φαρμακολογικές και συμπεριφορικές αρχές, όπως αυτών της ηρωίνης και της κοκαΐνης<sup>16</sup>.

Αξίζει να σημειωθεί εδώ πως με τον όρο ευαισθησία εννοούμε την υποκειμενική θετική ή αρνητική εμπειρία του καπνίσματος. Ειδικότερα, ως υποκειμενική θετική εμπειρία εννοείται για παράδειγμα η αίσθηση της χαλάρωσης και της ευχάριστης έξαψης, ενώ ως αρνητική η ναυτία και ο βήχας. Ως ευαίσθητα άτομα εννοούμε εκείνα που βιώνουν, είτε πολύ θετικές, είτε πολύ αρνητικές εμπειρίες, είτε έναν συνδυασμό θετικών και αρνητικών εμπειριών, κατά την αρχική εμπειρία του καπνίσματος. Τα άτομα, λοιπόν, που βιώνουν την αρχική εμπειρία του καπνίσματος έντονα θετικά ή έντονα αρνητικά, είναι πιο πιθανό να γίνουν εξαρτημένα. Οι θετικές αντιδράσεις ανεξαρτήτως από το αν αφορούν στην έναρξη του καπνίσματος ή στην τακτική του χρήση, συσχετίζονται με την εξάρτηση στη νικοτίνη και με την υποτροπή μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Αντίθετα, οι αρνητικές αντιδράσεις φαίνεται πως ασκούν αμελητέα επίδραση στην εξάρτηση στη νικοτίνη<sup>17</sup>.

Η εξακρίβωση των παραγόντων κινδύνου στον πληθυσμό των εφήβων αποτελεί ένα μείζον πεδίο έρευνας. Ένας μεγάλος αριθμός παραγόντων, περιβαλλοντικών και ατομικών, παίζει ρόλο στην ανάπτυξη της νικοτινικής εξάρτησης, ορισμένοι εκ των οποίων περιγράφονται στις παρακάτω ενότητες.

## ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Η διερεύνηση των παραγόντων έναρξης και τακτικής χρήσης των προϊόντων καπνού οδήγησε στη διατύπωση απόψεων και στην ανάπτυξη θεωριών αναφορικά με την «αναπτυξιακή» φύση του καπνίσματος<sup>18</sup>. Έχει, δηλαδή, διατυπωθεί η άποψη πως τα νεαρά άτομα διέρχονται μία σαφώς καθορισμένη αναπτυξιακή πορεία προς το τακτικό κάπνισμα. Ειδικότερα, και με μικρές διαφορές, έχουν προταθεί ορισμένα διακριτά στάδια: **α)** το στάδιο της προπερίσκεψης, **β)** το στάδιο της προετοιμασίας, **γ)** το στάδιο της έναρξης, **δ)** το στάδιο του πειραματισμού, **ε)** το στάδιο της τακτικής χρήσης και **στ)** το στάδιο της εξάρτησης και του εθισμού. Συγκεκριμένα<sup>19</sup>:

**Το στάδιο της προπερίσκεψης** αφορά τους εφήβους, οι οποίοι δεν έχουν καπνίσει ποτέ, δεν επιθυμούν και, πολύ πιθανώς, δε σκέφτονται να καπνίσουν στο άμεσο μέλλον. Οι έφηβοι αυτοί, είτε δεν έχουν γνώση κάποιου θετικού λόγου έναρξης του καπνίσματος, είτε αγνοούν ή αντιστέκονται στις πιέσεις να καπνίσουν.

**Το στάδιο της προετοιμασίας** λαμβάνει χώρα, όταν οι έφηβοι αρχίζουν να σκέφτονται το κάπνισμα. Σε αυτό το στάδιο συντελείται η διαμόρφωση και η τροποποίηση των προ-καπνιστικών αντιλήψεων και στάσεων των ατόμων. Σε αυτό το προπαρασκευαστικό στάδιο τα παιδιά αναπτύσσουν στάσεις και αποκτούν εικόνες σχετικά με το πώς είναι να καπνίζει κανείς, πολύ πριν δοκιμάσουν τα ίδια να καπνίσουν. Παρόλο που αυτές οι αντιλήψεις, συχνά, δεν είναι ευνοϊκές έχει αποδειχτεί πως οι αρνητικές προ-καπνιστικές πεποιθήσεις μελλοντικών καπνιστών αμβλύνονται. Για παράδειγμα, η μακροχρόνια έκθεση σε μηνύματα προώθησης,

Η έναρξη του καπνίσματος σχετίζεται πολύ στενά με το γονεϊκό κάπνισμα και το κάπνισμα των αδελφών. Ο επιπολασμός του καπνίσματος στον πληθυσμό εφήβων των οποίων οι γονείς ή τα αδέλφια καπνίζουν, είναι δύο με τέσσερις φορές υψηλότερος.

όπως είναι η διαφήμιση του τσιγάρου και η δημιουργία προτύπων καπνιστών (όπως είναι οι γονείς που καπνίζουν) παίζουν σημαντικό ρόλο στο στάδιο αυτό.

**Στο στάδιο της έναρξης** οι έφηβοι δοκιμάζουν τα πρώτα τσιγάρα τους. Ορισμένοι συγγραφείς θεωρούν ότι αυτή είναι η κατάληξη του σταδίου της προετοιμασίας, ενώ άλλοι θεωρούν το παρόν στάδιο ως την έναρξη ενός πειραματικού σταδίου. Η φάση της έναρξης χαρακτηρίζεται από την ισχυρή επιρροή της ομάδας των συνομηλίκων έναντι της επιρροής της οικογένειας. Επιπλέον, με το στάδιο αυτό συνδέεται η κακή σχολική επίδοση, η χαμηλή κοινωνική αποδοχή, δηλαδή, η μειωμένη αποδοχή από την ομάδα συνομηλίκων και η προσπάθεια βελτίωσης της εικόνας του εαυτού του εφήβου.

**Το στάδιο του πειραματισμού** χαρακτηρίζεται από τη σταδιακή αύξηση στη συχνότητα του καπνίσματος και την αύξηση στην ποικιλία των καταστάσεων στις οποίες τα άτομα καπνίζουν. Οι έφηβοι σε αυτό το στάδιο τονίζουν τις θετικές πτυχές του καπνίσματος και λιγότερο τις αρνητικές και μπορεί να αναπτύξουν την εικόνα του καπνιστή για τον εαυτό τους. Ωστόσο, είναι πιθανό να λαμβάνουν ελάχιστη ευχαρίστηση από το κάπνισμα και να μην «αισθάνονται» καπνιστές ακόμη. Δηλαδή, σε αυτήν τη φάση τα άτομα δεν έχουν αποφασίσει ακόμη αν το κάπνισμα κάνει ή όχι για αυτούς. Για εκείνα τα άτομα που θα γίνουν συστηματικοί καπνιστές, οι αρνητικές εμπειρίες που συνοδεύουν την έναρξη του καπνίσματος αρχίζουν να ξεθωιάζουν (π.χ. η αίσθηση του καψίματος), καθώς γίνονται αντιληπτά τα θετικά του καπνίσματος. Σε αυτό το στάδιο τα άτομα μαθαίνουν πώς να χειρίζονται το τσιγάρο και πώς να εισπνέουν τον καπνό, ενώ το κάπνισμα από μέλη της οικογένειας μπορεί να αυξήσει την ευκαιρία για την απόκτηση τσιγάρων. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια αυτού και του επόμενου σταδίου το κάπνισμα ασκεί τη μέγιστη επίδραση σε επίπεδο φυσιολογίας, κυρίως, μέσω της διέγερσης του νευρικού συστήματος και του αυξημένου καρδιακού ρυθμού.

**Στο στάδιο της τακτικής χρήσης** τα άτομα εισέρχονται από το σποραδικό στο τακτικό κάπνισμα. Μερικοί μπορεί να καπνίζουν τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας στο δρόμο προς ή από το σχολείο, ενώ άλλοι μπορεί να καπνίζουν κάθε Σαββατοκύριακο, σε πάρτι ή σε άλλες συγκεντρώσεις. Σε αυτό το στάδιο τα παιδιά πειραματίζονται, δεν είναι καθημερινοί ούτε βαρείς καπνιστές. Παρόλα αυτά, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό εφήβων μπορεί να περάσουν στο τελικό στάδιο και να γίνουν καθημερινοί χρήστες προϊόντων καπνού.

σε ημερήσια βάση, ή σχεδόν σε ημερήσια βάση. Οι έφηβοι σε αυτό το στάδιο μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα εξάρτησης και γίνεται φανερό πως είναι δύσκολο να σταματήσουν το κάπνισμα. Αυτοί οι έφηβοι έχουν προχωρήσει πέρα από τη σποραδική στην καθημερινή χρήση τσιγάρων βιώνοντας έντονα την επιθυμία να καπνίσουν ενώ παράλληλα εμφανίζουν και τα πρώτα συμπτώματα στέρησης. Σε αυτήν τη φάση το κάπνισμα έχει γίνει αναπόσπαστο κομμάτι της αυτορρύθμισης του ατόμου σε μια ποικιλία καταστάσεων και διατηρείται από βιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες.

Η σταδιακή ή η συνεχής φύση του καπνίσματος είναι μία «ανοιχτή» συζήτηση, η οποία διαθέτει υποστηρικτές εκατέρωθεν<sup>18, 20, 21</sup>. Δεδομένων των πολλών παραγόντων που είναι δυνατόν να επηρεάσουν την εξέλιξη ενός ατόμου σε τακτικό καπνιστή, η χρονική διάρκεια των ανωτέρω σταδίων και η πιθανότητα μετάβασης από το ένα στάδιο δεν έχουν διευκρινιστεί.

## ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΙΚΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ

Η γενετική δεν αποτελεί μία ξεχωριστή θεωρία *per se*, αλλά μάλλον διαμεσολαβεί στις διαφορετικές πυκνές κάθε θεωρίας για τη νικοτινική εξάρτηση. Εντούτοις, οποιαδήποτε θεωρία της εξάρτησης πρέπει να εξετάσει και το ρόλο της γενετικής επιρροής, καθώς η διερεύνηση των γενετικών παραγόντων που συμβάλλουν στη χρήση προϊόντων καπνού είναι τεράστιας σημασίας, τόσο για την πρόληψη, όσο και για τη θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη.

## ΜΕΛΕΤΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η έναρξη του καπνίσματος σχετίζεται πολύ στενά με το γονεϊκό κάπνισμα και το κάπνισμα των αδελφών. Ο επιπολασμός του καπνίσματος στον πληθυσμό εφήβων των οποίων οι γονείς ή τα αδέρφια καπνίζουν, είναι δύο με τέσσερις φορές υψηλότερος. Για παράδειγμα, έχει αναφερθεί πως τα άτομα των οποίων οι γονείς κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εφηβείας τους, είναι πιο πιθανό να γίνουν καπνιστές (52%) από όσο τα άτομα των οποίων οι γονείς δεν κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εφηβείας τους (20%)<sup>23</sup>. Άλλοι ερευνητές<sup>24</sup> βρήκαν πως τα αδέρφια ατόμων τακτικών καπνιστών είχαν περίπου διπλάσια αυξημένο κίνδυνο να γίνουν τακτικοί καπνιστές συγκρινόμενοι με τα αδέρφια μη καπνιστών. Τονίζεται στο σημείο αυτό ότι στις μελέτες οικογένειας είναι δύσκολο να διαχωρίσουμε τους γενετικούς από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, καθώς τα άτομα που μελετώνται εκτός από το γενετικό τους υλικό μοιράζονται και το ίδιο περιβάλλον. Πιο πρόσφατες μελέτες, οι οποίες εξετάζουν τις γενετικές επιδράσεις στο κάπνισμα, έχουν επικεντρωθεί σε μελέτες διδύμων οι οποίοι ανετράφησαν στο ίδιο ή σε διαφορετικό περιβάλλον και στο συνδυασμό μελετών διδύμων με μελέτες υιοθεσίας, ώστε να δοθεί έμφαση στο πώς ακριβώς η συνεισφορά των γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων οδηγεί στην έναρξη και στην τακτική χρήση του καπνού<sup>10</sup>.



## ΜΕΛΕΤΕΣ ΔΙΔΥΜΩΝ

Αρκετές μελέτες διδύμων αναφέρουν την ύπαρξη σημαντικής γενετικής επίδρασης στην έναρξη και τακτική χρήση του καπνού. Συγκεκριμένα, μελέτη η οποία σύγκρινε ομάδα μονοζυγωτών και ετεροζυγωτών διδύμων αναφέρει πως το ποσοστό καπνίσματος ήταν σημαντικά υψηλότερο στους μονοζυγώτες διδύμους από ότι στους ετεροζυγώτες. Ένα πολύ ενδιαφέρον εύρημα αυτής της μελέτης είναι πως γενετικοί παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν και την ικανότητα ενός ατόμου να διακόψει το κάπνισμα.

Τα τελευταία έτη η γενετική του καπνίσματος επικεντρώνεται όχι μόνο στην εξάρτηση της νικοτίνης, αλλά και στις διεργασίες που σχετίζονται με την έναρξη του καπνίσματος<sup>26-28</sup>. Αναλύοντας τη σχετική γενετική συμβολή στα διάφορα συστατικά της συμπεριφοράς που τελικά συμβάλλουν στην εξάρτηση από τον καπνό, φαίνεται πως η έναρξη, η τακτική χρήση και η ποσότητα που καπνίζεται είναι γενετικά επηρεασμένες. Οι μελέτες διδύμων είναι ένα ισχυρό εργαλείο στη μεθοδολογία της μελέτης των γενετικών παραγόντων της εξάρτησης στη νικοτίνη. Εντούτοις, ο υψηλός δείκτης συνάφειας που εμφανίζουν οι μονοζυγώτες δίδυμοι είναι πιθανό να επηρεάζεται από το κοινό περιβάλλον και την κοινή κοινωνική ζωή της υπό μελέτη ομάδας<sup>25</sup>.

## ΜΕΛΕΤΕΣ ΥΙΟΘΕΣΙΑΣ

Το μεθοδολογικό κενό των μελετών διδύμων έρχονται να καλύψουν οι μελέτες υιοθεσίας, οι οποίες συνιστούν μία χρήσιμη μεθοδολογική προσέγγιση στην προσπάθεια διαχωρισμού της περιβαλλοντικής και γενετικής συνεισφοράς στο κάπνισμα. Μία κλασική μελέτη υιοθεσίας<sup>29</sup> βρήκε πως το γονεϊκό κάπνισμα και το κάπνισμα των παιδιών σχετίζεται σημαντικά με τους βιολογικούς, αλλά όχι με τους θετούς γονείς και τα υιοθετημένα παιδιά.

Οι μελέτες που συνδύασαν τη μεθοδολογία των μελετών διδύμων και μελετών υιοθεσίας παρουσίασαν ευρήματα υπέρ της γενετικής επίδρασης. Συγκεκριμένα, οι μονοζυγώτες δίδυμοι, είτε από κοινό, είτε από διαφορετικό περιβάλλον ανατροφής επέδειξαν υψηλότερες συσχετίσεις ως προς το κάπνισμα σε σχέση με τους ετεροζυγώτες. Εντούτοις, οι μονοζυγώτες δίδυμοι που ανετράφησαν στο ίδιο περιβάλλον έδειξαν υψηλότερους δείκτες συνάφειας συγκριτικά με αυτούς που μεγάλωσαν χώρια, εύρημα το οποίο επιβεβαιώνει για ακόμη μία φορά, πως το περιβάλλον και η γενετική αλληλεπιδρούν και από κοινού επηρεάζουν την πιθανότητα να γίνει κάποιος καπνιστής<sup>10,30</sup>.

## ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΤΗ ΝΙΚΟΙΝΗ

Τα διάφορα θεωρητικά μοντέλα που έχουν αναπτυχθεί για την περιγραφή και την ερμηνεία της εξάρτησης στη νικοτίνη δίνουν έμφαση στα διαφορετικά χαρακτηριστικά της (Πίνακας 2).

Παρακάτω θα παρουσιαστούν τα κυριότερα από αυτά υπό το πρίσμα της συμπλήρωσης και όχι της αντίθεσης μεταξύ τους.

## ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ

Διάφορα νευροβιολογικά μοντέλα έχουν αναπτυχθεί γύρω από το θέμα των εξαρτήσεων εν γένει, και του καπνίσματος ειδικότερα. Στο σύνολό τους τα νευροβιολογικά μοντέλα δίνουν έμφαση στις άμεσες συνέπειες των ουσιών στο νευρικό σύστημα. Σε αυτήν την ενότητα θα εξετάσουμε την παραδοσιακή θεωρητική κατεύθυνση και μια λιγότερο γνωστή άποψη<sup>22</sup>.

Σύμφωνα με τη θεωρία της νευρωνικής προσαρμογής, η εξάρτηση επισυμβαίνει σε νευροκυτταρικό επίπεδο. Αναλυτικότερα, η επαναλαμβανόμενη έκθεση σε μια ουσία αλλάζει την ευαισθησία και τον αριθμό των νευροϋποδοχέων στους οποίους η ουσία προσδέεται. Συν το χρόνω, οι νευρώνες απευαισθητοποιούνται στην ίδια δόση της ουσίας και ως εκ τούτου οι ίδιες δόσεις προκαλούν αξιοσημείωτα μικρότερη επίδραση. Εξαιτίας της νευρωνικής προσαρμογής, η διακοπή της ουσίας προκαλεί μια αντίδραση απόσυρσης. Με απλά λόγια, το κεντρικό νευρικό σύστημα στην προσπάθεια να ανακάμψει για να αντισταθμίσει την έλλειψη της ουσίας, οδηγεί σε αντιδράσεις (συμπτώματα απόσυρσης), οι οποίες είναι σε αντίθετη κατεύθυνση από αυτήν της επίδρασης της ουσίας.

Στη θεωρία της νευρωνικής προσαρμογής η ανάπτυξη της ανοχής και η εμφάνιση συμπτωμάτων απόσυρσης είναι βασικοί δείκτες της προσαρμογής του σώματος στην ουσία. Έχοντας προσαρμοστεί λειτουργικά στην ουσία το νευρικό σύστημα δυσλειτουργεί καταλήγοντας σε ανισορροπία κατά τη διακοπή της χρήσης της. Ως εκ τούτου, καθοριστικός παράγοντας της συνεχούς καταναγκαστικής χρήσης και βασικός μηχανισμός της υποτροπής είναι η αποφυγή και η ανακούφιση από τα συμπτώματα απόσυρσης.

Πίνακας 2.

### ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ<sup>22</sup>:

- Η νικοτίνη χαρακτηρίζεται από δόσοεξαρτώμενη ψυχοδραστική επενέργεια.
- Η νικοτίνη δρα ως μηχανισμός φαρμακευτικής ευφορίας.
- Η επαναλαμβανόμενη έκθεση στη νικοτίνη οδηγεί στην ανάπτυξη εξάρτησης.
- Η ανοχή αναπτύσσεται ως αποτέλεσμα χρήσης της νικοτίνης.
- Τα συμπτώματα απόσυρσης εμφανίζονται μετά την παύση της χρήσης της νικοτίνης.
- Η νικοτινική εξάρτηση χαρακτηρίζεται από ισχυρή επιθυμία για τη λήψη της ουσίας.
- Η εξάρτηση στη νικοτίνη είναι μια χρόνια πάθηση.
- Η νικοτίνη χρησιμοποιείται για τη διαχείριση του αρνητικού συναισθήματος και του στρες.

Μία λιγότερο γνωστή άποψη της νευροβιολογικής θεώρησης της εξάρτησης<sup>31</sup> υποστηρίζει πως οι ουσίες διεγείρουν τις οδούς της ενίσχυσης του κεντρικού νευρικού συστήματος (π.χ. απελευθέρωση ενδορφινών, ντοπαμινεργική ενεργοποίηση). Υπό αυτήν τη θεώρηση, οι θετικές νευρωνικές επιπτώσεις της λήψης της ουσίας (π.χ. ευφορία) είναι αυτές οι οποίες διαγωνίζουν την ουσιοεξάρτηση.

Τα νευροβιολογικά μοντέλα ασχολούνται με το θέμα της εξάρτησης σε ένα πολύ βασικό επίπεδο, χωρίς να εξηγούν επαρκώς τα συμπτώματα διαταραχής εθισμού, όπως είναι η καταναγκαστική χρήση και οι συχνές υποτροπές.

### ΚΛΑΣΣΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΜΑΘΗΣΗΣ

Τα κλασσικά μοντέλα μάθησης επιχειρούν να εξηγήσουν το κάπνισμα συνδυάζοντας τη φαρμακευτική επίδραση της νικοτίνης και τη συμπεριφορά που τη συνοδεύει<sup>32</sup>. Σε αυτό το πνεύμα, συμπληρώνουν τα νευροβιολογικά μοντέλα χωρίς να τα ανταγωνίζονται.

Τα μοντέλα της κλασσικής εξαρτημένης μάθησης στηρίζονται, καταρχήν, στον ισχυρισμό ότι οι ουσίες κατάχρησης παράγουν φυσιολογικές και υποκειμενικές αντιδράσεις στο χρήστη. Δηλαδή, αναφέρονται στις άμεσες επιδράσεις της ουσίας και στα συμπτώματα απόσυρσης. Έπειτα, δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στη διαπίστωση ότι η χορήγηση της ουσίας επισυμβαίνει επανειλημμένα στα ίδια πλαίσια. Για παράδειγμα, η συμπεριφορά του καπνίσματος συνδυάζεται επανειλημμένα με συγκεκριμένες καταστάσεις (π.χ. με τον καφέ, μετά από ένα γεύμα), με συγκεκριμένες συναισθηματικές καταστάσεις (π.χ. άγχος, μαιαίωση). Με το πέρασμα του χρόνου αυτοί οι συνδυασμοί μετατρέπουν τις καταστάσεις σε ισχυρούς συνδέσιμους του καπνίσματος ή σε αίσθηση έντονης ανάγκης για κάπνισμα. Κατά τον ίδιο τρόπο, άλλες πιυχές του καπνίσματος (ο τρόπος που κρατάει κάποιος το τσιγάρο, η γεύση και η μυρωδιά του) συνδέονται με την αίσθηση ευχαρίστησης και απόλαυσης με αποτέλεσμα να ενδυναμώνεται περισσότερο η διαδικασία της μάθησης. Μελέτες λειτουργικής νευροαπεικόνισης έχουν δείξει πως από μόνη της η θέα πραγμάτων και καταστάσεων που συνδέονται με το κάπνισμα ενεργοποιεί περιοχές του εγκεφαλικού φλοιού<sup>23</sup>.

Τα μοντέλα της κλασσικής εξαρτημένης μάθησης περιγράφουν με ακρίβεια το μηχανισμό που οδηγεί από την ενίσχυση στην καταναγκαστική χρήση καλύπτοντας με αυτόν τον τρόπο τα κενά που αφήνουν οι νευροβιολογικές θεωρίες. Το πρόβλημα με αυτές τις θεωρίες είναι πως δεν αφήνουν χώρο και δεν εξηγούν το γνωστικό μέρος της εξάρτησης και το συναίσθημα, συστατικά εξαιρετικά σημαντικά στη ρύθμιση της συμπεριφοράς και κυρίως στη χρήση και εξάρτηση ουσιών.

### ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΑΘΗΣΗ

46 Τα μοντέλα της κοινωνικής μάθησης προβέβουν πως η χρήση μιας ουσίας μαθαίνεται μέσω

της παρατήρησης και της εμπειρίας. Ειδικότερα, το άτομο προτυποποιεί τη χρήση που παρατηρεί προκειμένου να αποκομίσει τα οφέλη της χρήσης της ουσίας σε κάθε επίπεδο: κοινωνικό, πολιτισμικό, ψυχολογικό και σωματικό. Για παράδειγμα, οι πεπειθήσεις και οι στάσεις για τη χρήση του τσιγάρου μαθαίνονται μέσω της παρατήρησης, της μίμησης και της δημιουργίας προτύπων από τους σημαντικούς ανθρώπους του κοινωνικού περιβάλλοντος (π.χ. γονείς, αδέρφια, φίλοι, δάσκαλοι). Από την άλλη μεριά, οι άμεσες εμπειρίες με την ουσία παρέχουν βιωματική γνώση για τις επιδράσεις της ουσίας. Εν τέλει, η εξάρτηση επέρχεται σε σωματικό και σε ψυχολογικό επίπεδο: η σωματική εξάρτηση αναπτύσσεται, επειδή το άτομο χρησιμοποιεί την ουσία, για να αποφύγει την εμπειρία των συμπτωμάτων απόσυρσης και η ψυχολογική εξάρτηση αναπτύσσεται, επειδή το άτομο αναμένει πως η ουσία θα μειώσει το στρες. Στο θεωρητικό πλαίσιο της γνωσιακής κοινωνικής μάθησης οι πεπειθήσεις καθοδηγούν τη συμπεριφορά λήψης της ουσίας. Για παράδειγμα, μία μόνιμη πεποίθηση ότι το κάπνισμα σε χαλαρώνει, προωθεί το κάπνισμα, ακόμη και αν το κάπνισμα δεν έχει αυτήν την επίδραση. Τελικά, η χρήση της ουσίας οδηγεί σε μειωμένη ικανότητα των ατόμων να λειτουργούν αποτελεσματικά και προς το συμφέρον τους, δηλαδή να καταφέρνουν να χαλαρώνουν χωρίς αυτήν<sup>33</sup>.

Τα μοντέλα γνωσιακής - κοινωνικής μάθησης επιχειρούν να εξηγήσουν το θέμα της εξάρτησης συνδυάζοντας την έννοια της ενίσχυσης, τη συμπεριφορά και τις γνωσιακές διεργασίες. Με αυτόν τον τρόπο, φιλοδοξούν να συμπληρώσουν τα κενά που αφήνουν τα προηγούμενα μοντέλα, όμως κι αυτά με τη σειρά τους δε διευκρινίζουν ποιοι κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν τις γνωσιακές διεργασίες.

## ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΠΙΡΡΟΗ

Η μακρά ιστορία των ουσιών εξάρτησης αποκαλύπτει πως η αισθητική ενός πολιτισμού επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι ουσίες παρέχονται, τα μέσα με τα οποία συνδυάζονται, ώστε να είναι ελκυστικές σε ορισμένες ομάδες στόχους, τον προτιμώμενο τρόπο χορήγησης και το χρόνο και τρόπο κατανάλωσής τους. Όλοι αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν την επιλογή των προϊόντων που διατίθενται (τσιγάρα, μασώμενος καπνός, πούρα) και τα πρότυπα καπνίσματος. Για παράδειγμα, τα πρότυπα της χρήσης (καθημερινή, εβδομαδιαία, εποχιακή) επηρεάζονται από τον τρόπο με τον οποίο κατανέμεται ο χρόνος στις διάφορες κοινωνικές δραστηριότητες και είναι δυνατό να υπάρχουν άρρητοι κανόνες για το πότε και πού θα καπνίσει κανείς.

Βασικός στόχος των διαφημιστικών εκστρατειών προώθησης προϊόντων καπνού, είναι να κάνουν το κάπνισμα «μόδα» και να παρουσιάσουν τη συμπεριφορά του καπνίσματος ως κάτι το φυσιολογικό. Με άλλα λόγια, προσπαθούν να δημιουργήσουν την αίσθηση πως πολλοί περισσότεροι άνθρωποι χρησιμοποιούν τον καπνό από όσοι είναι στην πραγματικότητα. Όταν το marketing είναι αποτελεσματικό, ενσωματώνονται και νομιμοποιούνται στην καθη-

Η μακρά ιστορία των ουσιών εξάρτησης αποκαλύπτει πως η αισθητική ενός πολιτισμού επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι ουσίες παρέχονται, τα μέσα με τα οποία συνδυάζονται, ώστε να είναι ελκυστικές σε ορισμένες ομάδες στόχους, τον προτιμώμενο τρόπο χορήγησης και το χρόνο και τρόπο κατανάλωσής τους.

μερινή ζωή, ρυθμοί κατανάλωσης, όπως συμβαίνει με το διάλειμμα για καφέ και τοιγάρο.

Ό,τι ήταν κάποτε της μόδας μετατρέπεται σε δικαίωμα πολιτισμικής αλλαγής, για να φιλοξενήσει την ανάγκη που προέκυψε. Είναι εύκολο να δει κάποιος πως τέτοιου τύπου αλλαγές μπορεί να επηρεάσουν την εξέλιξη από τη χρήση ουσιών στην εξάρτηση, αυξάνοντας τις ευκαιρίες για κάπνισμα. Με τον τρόπο αυτό, οι απαγορεύσεις που προτείνονται για τη χρήση ουσιών σε δημόσια μέρη και σε μέρη εργασίας, αίρουν ζητήματα πολιτισμικά, όπως είναι τα ανθρώπινα δικαιώματα. Η βιομηχανία καπνού προωθεί τα ζητήματα αυτά, κυρίως, μέσω στρατηγικών marketing, απευθυνόμενη στους νέους στο όνομα της «ελευθερίας επιλογής» και της «ωριμότητας να καπνίζουν υπεύθυνα».

Οι πολιτισμικές αντιλήψεις γύρω από το τί συνιστά αποκλίνουσα χρήση μιας ουσίας βασίζονται συχνά σε κοινωνικά κριτήρια και σε κριτήρια που αφορούν στην υγεία. Η απόκλιση μπορεί να καθορίζεται με κριτήρια γενικής λειτουργικότητας, όπως είναι η ικανότητα του ατόμου να εκτελεί εργασιακούς ρόλους, να εκπληρώνει κοινωνικές ευθύνες και να διατηρεί την απαιτούμενη, σε ποσότητα και συχνότητα, δημόσια χρήση της ουσίας. Η αντίληψη του τί είναι «φυσιολογικό» και τί είναι «αποκλίνον» εμπλέκει δύο βασικά σύνολα προσδοκιών: αυτές που σχετίζονται με την κοινωνική συμπεριφορά και αυτές που σχετίζονται με τον τρόπο με τον οποίο μία ουσία θεωρείται ότι επηρεάζει διαφορετικούς ανθρώπους σε διαφορετικές εποχές.

Οι πολιτισμικές αντιλήψεις που αφορούν στο γιατί κάποιοι άνθρωποι γίνονται εξαρτημένοι σε ουσίες, όπως η νικοτίνη, και κάποιοι άλλοι όχι, επηρεάζουν την προσωπική εκτίμηση της ευαλωτότητας. Οι αντιλήψεις της προσωπικής ευαλωτότητας, με τη σειρά τους επηρεάζουν την ικανότητα κάποιου να διατηρήσει μέτρια επίπεδα χρήσης, καθώς και την ικανότητα να διακόψει ή να μειώσει την κατανάλωση.

Πρότυπα επικοινωνίας στα δύο φύλα και στις γενιές επηρεάζονται από τις πολιτισμικές νόρμες που εμπλέκουν σχέσεις σεβασμού, ευθύνης και οικειότητας. Οι κοινωνικές σχέσεις της επικοινωνίας με τη σειρά τους, επηρεάζουν την ανατροφοδότηση που λαμβάνουν οι χρήστες προϊόντων καπνού από τα μέλη της οικογένειάς τους, τους φίλους και τον ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο. Πρότυπα επικοινωνίας που εμπλέκουν κοινωνικό κύρος και υποστήριξη με τη σειρά τους συνεισφέρουν σε πρότυπα χρήσης. Πρότυπα επικοινων-

νίας που σχετίζονται με γονεϊκές συμπεριφορές μπορεί να έχουν μία σημαντική πολιτισμική διάσταση, η οποία επηρεάζει τα είδη μηνυμάτων στα οποία εκτίθενται οι νέοι, αλλά και την ανταπόκρισή τους στις συμβουλές των μεγαλύτερων. Για παράδειγμα, ένας παράγον που επηρεάζει τους χαμηλούς δείκτες καπνίσματος στον πληθυσμό των Αφροαμερικανών φαίνεται πως είναι το γονεϊκό πρότυπο και η άμεση επικοινωνία στο ζήτημα του καπνίσματος<sup>19</sup>.

Τα ανωτέρω μοντέλα είναι καλό να θεωρηθούν συμπληρωματικά. Έτσι, γίνεται ξεκάθαρο πως οι διαφορές ανάμεσα τους δε σημαίνουν την αντίθεση, αλλά την ολοκλήρωση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

# MARKETING, ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ ΚΑΙ LIFESTYLE ΣΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΑΡΚΟΥΜΑΝΕΑΣ  
*Σύμβουλος Στρατηγικής και Επικοινωνίας*

**Α** διαμφοβία, η κάθε μορφής προώθηση και προβολή των προϊόντων καπνού έχει τεράστια οικονομική αξία για τις καπνοβιομηχανίες. Παρά την αυξανόμενη ευαισθητοποίηση γύρω από τις βλαβερές συνέπειες του τσιγάρου για την υγεία και το αυστηρό νομοθετικό περιβάλλον, η αξία των brands (της επωνυμίας) τσιγάρων διατηρείται.

## ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ MARKETING ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΚΑΠΝΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ

Οι εκστρατείες προώθησης των προϊόντων καπνού τον 20ο αιώνα αποδείχθηκαν ιδιαίτερα αποτελεσματικές, όπως μαρτυρούν έγκριτα περιοδικά του κλάδου. Σύμφωνα με το Advertising Age, ο πρωταγωνιστής των διαφημίσεων γνωστής μάρκας τσιγάρων έχει αναδειχθεί κορυφαίο πρότυπο του περασμένου αιώνα, σε επίπεδο αποτελεσματικότητας στις πωλήσεις των προϊόντων της εταιρίας, αναγνωρισιμότητας και διάρκειας επιρροής. Οι εν λόγω διαφημίσεις έχουν λάβει την 3η θέση, μετά από τη Volkswagen και την Coca-Cola, στην ιστορία της διαφήμισης του 20ου αιώνα, ενώ το 2003, το επιχειρηματικό έντυπο Business Week κατέταξε συγκεκριμένη μάρκα τσιγάρων ως το 9ο πολυτιμότερο brand παγκοσμίως<sup>1-3</sup>.

Πώς «χτίζεται» όμως ένα τέτοιο brand; Η προώθηση του προϊόντος είναι ένα από τα 4 Ps (product - προϊόν, price - τιμή, place - τόπος, promotion - προβολή) του μείγματος marketing κάθε εταιρικής στρατηγικής. Στόχος της προώθησης του προϊόντος είναι **α)** να ενημερώσει τις ομάδες ενδιαφέροντος για τα χαρακτηριστικά του, **β)** να τις πείσει να το αγοράσουν και **γ)** να τους υπενθυμίζει την παρουσία του, επιτυγχάνοντας επαναληπτικές αγορές<sup>4</sup>.

## ΤΜΗΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΓΟΡΑΣ (MARKET SEGMENTATION)

Η προώθηση ενός προϊόντος ξεκινά με την τμηματοποίηση της αγοράς προκειμένου να προσδιοριστεί με ξεκάθαρο τρόπο το κοινό-στόχος. Η τμηματοποίηση αυτή μπορεί να είναι:

### 1 Γεωγραφική (geographic segmentation)

Η γεωγραφική τμηματοποίηση σχετίζεται με την πυκνότητα του πληθυσμού, τις διαφοροποιήσεις τους ανά περιοχή και τις κλιματολογικές / εποχικές συνθήκες.

### 2 Δημογραφική (demographic segmentation)

Η δημογραφική τμηματοποίηση μπορεί να γίνει ανά φύλο, εθνικότητα ή/και ηλικία. Η διάκριση του φύλου είναι έντονη στην επικοινωνία των καπνοβιομηχανιών, με τη στόχευση των γυναικών να γίνεται εντατικότερη τα τελευταία χρόνια. Παράλληλα, η ηλικιακή τμηματοποίηση των καταναλωτών βάζει ολοένα και περισσότερο στο στόχαστρο τους νέους, θέτοντας έτσι τα θεμέλια για μια σχέση προϊόντος-χρήστη που θα εξελιχθεί σε βάθος ετών.

### 3 Συμπεριφορική (behavioral segmentation)

Η τμηματοποίηση της αγοράς με βάση τη συμπεριφορά σχετίζεται με το διαχωρισμό των καταναλωτών βάσει της περίπτωσης που χρησιμοποιούν το προϊόν, εν προκειμένω το τσιγάρο, (σε ειδική περίπτωση ή σε σταθερή βάση), το status του χρήστη (καπνιστής, νέος καπνιστής, πρώην καπνιστής, μη καπνιστής) και τα οφέλη που επιζητεί (απόλαυση, κοινωνική καταξίωση, αυτοπειοίθηση, χαλάρωση, μείωση άγχους, αύξηση συγκέντρωσης, απώλεια βάρους<sup>5</sup>.

### 4 Ψυχογραφική (psychographic segmentation)

Η ψυχογραφική τμηματοποίηση, που σχετίζεται με τον τρόπο ζωής των καταναλωτών, είναι μια δημοφιλής μέθοδος των καπνοβιομηχανιών σύμφωνα με την οποία λαμβάνουν υπόψη την προσωπικότητα, τις δραστηριότητες, τα ενδιαφέροντα και τις απόψεις του κοινού-στόχου, με απώτερο σκοπό να δημιουργήσουν στο κοινό το αίσθημα του «ανήκειν» σε μια ομάδα ανθρώπων<sup>6,8</sup>.

## ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΙΣΧΥΡΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΓΙΑ ΤΟ BRAND (COMMUNICATING BRAND IMAGE)

Όπως αναλύεται και στη συνέχεια, οι τρόποι επικοινωνίας των εταιριών με τους καταναλωτές ποικίλλουν: διαφήμιση, χορηγία εκδηλώσεων, υποστήριξη δημοφιλών προσωπικοτήτων, προβολή μέσα από τη συσκευασία, κουπόνια, δειγματοδιανομές, διαγωνισμοί, ενέργειες δημοσιότητας και δημόσιες σχέσεις. Πριν και πάνω από την επιλογή του μείγματος ενεργειών προβολής των προϊόντων τους, ιδιαίτερα σημαντική για τις καπνοβιομηχανίες είναι η οικοδόμηση μιας ισχυρής εικόνας για τα brands καπνού που παράγουν και διακινούν, καθώς το τσιγάρο αποτελεί την κατεξοχήν κατηγορία προϊόντος που δύναται να φέρει συμβολισμούς



επιτυχίας, εξέλιξης, θηλυκότητας ή αρρενωπότητας, επαναστατικότητας κ.λπ.<sup>9</sup> Επί παραδείγματι, γνωστή μάρκα τσιγάρων συμβολίζει τον αρρενωπό, σκληρό άντρα, ενώ άλλη είναι τυπική μάρκα τσιγάρου που εκφράζει τη θηλυκότητα, τον ερωτισμό και τη λάμψη. Προς αυτή την κατεύθυνση, οι καπνοβιομηχανίες, μέσα από τις στοχευμένες και επαναλαμβανόμενες ενέργειές τους, επιχειρούν συστηματικά να δημιουργήσουν επικοινωνιακή αξία γύρω από το όνομα, το λογότυπο και όλους τους υπόλοιπους ορατούς και μη συμβολισμούς των προϊόντων τους, όπως είναι τα επικοινωνιακά μηνύματα, τα εικονογραφήματα και η χρήση συγκεκριμένης χρωματικής παλέτας.

Η πολυετής προσπάθεια των καπνοβιομηχανιών να επικοινωνήσουν με ελκυστικό τρόπο τα brands τους και να εξασφαλίσουν μια ισχυρή θέση στην αγορά για τα προϊόντα τους μέσα από την αδιάλειπτη κι επίμονη στόχευση λειπομερώς προσδιορισμένων ομάδων ενδιαφέροντος, οδήγησε εν μέρει και στην καθολική απαγόρευση οποιασδήποτε διαφημιστικής ενέργειας στο χώρο της καπνοβιομηχανίας.

## ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΠΡΟΩΘΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΚΑΠΝΟΥ

Στην προσπάθειά τους να αυξήσουν την κατανάλωση των προϊόντων τους, οι καπνοβιομηχανίες χρησιμοποιούν μια τεράστια γκάμα άμεσων και έμμεσων ενεργειών με σκοπό να προσεγγίσουν ολοένα ευρύτερες ομάδες ενδιαφέροντος.

Αυτές οι ενέργειες μπορούν εύκολα να κατηγοριοποιηθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

- Κάθε μορφή εμπορικής διαφήμισης και επικοινωνίας.
- Κάθε μορφή οικονομικής συνεισφοράς για την επίτευξη άμεσου συσχετισμού με εκδηλώσεις, δραστηριότητες, οργανισμούς ή πρόσωπα.

Οι καπνοβιομηχανίες πράγματι χρησιμοποιούν πολλές διαφορετικές τακτικές, για να πείσουν τους μη καπνιστές να ξεκινήσουν το κάπνισμα. Και πιο συγκεκριμένα, στοχεύουν στους νέους που βρίσκονται σε κατάλληλη ηλικία για να ξεκινήσουν το κάπνισμα και τις γυναίκες.

Μέσα από τις διαφημιστικές εκστρατείες και τις χορηγικές ενέργειες, οι καπνοβιομηχανίες επιχειρούν:

- Να παραπλανήσουν τον κόσμο, καθώς παρουσιάζονται σαν όλες τις εμπορικές εταιρείες που πωλούν νόμιμα προϊόντα, χωρίς συνέπειες.
- Να εμφανίσουν το κάπνισμα όχι σαν αρρώστια ή σαν εξάρτηση, αλλά σαν κοινωνικά αποδεκτή «συνήθεια».
- Να παρεμποδίσουν την επιμόρφωση του κοινού γύρω από τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος.
- Να παρεμποδίζουν κάθε εκπαιδευτική παρέμβαση.

Επιπλέον, μέσα από την επίσια δαπάνη δισεκατομμυρίων δολαρίων σε διαφημιστικές εκστρατείες, προωθητικές ενέργειες και χορηγίες, ενδυναμώνεται η εικόνα της καπνοβιομη-

χανίας στο χώρο των ΜΜΕ, αλλά και στη βιομηχανία του θεάματος και του αθλητισμού.

Τέλος, οι ανυπολόγιστες επενδύσεις σε διαφήμιση και χορηγίες εκ μέρους των καπινοβιομηχανιών στοχεύουν στη μαζική επιρροή των ομάδων ενδιαφέροντος και στην ώθησή τους να ξεκινήσουν το κάπνισμα. Ως εκ τούτου, δεν αποτελεί έκπληξη ότι παγκοσμίως το 78% των μαθητών ηλικίας 13-15 ετών<sup>10</sup> δηλώνουν ότι γίνονται τακτικά αποδέκτες διαφημιστικών ή άλλων προωθητικών μηνυμάτων από τις καπινοβιομηχανίες.

## ΕΤΑΙΡΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΙΕΣ

Η Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη (ΕΚΕ) αναφέρεται σε ενέργειες «προς όφελος του κοινωνικού συνόλου» που υλοποιεί μια εταιρεία, για να κερδίσει την κοινωνική αποδοχή και να βελτιώσει την εταιρική εικόνα της. Ιδιαίτερα, στις βιομηχανίες των πετρελαιοειδών και των καπνών, η ΕΚΕ έχει κερδίσει σημαντικό προβάδισμα τις τελευταίες δύο δεκαετίες.

Συγκεκριμένα, οι εταιρείες πετρελαίου έχουν κάνει τεράστιες προσπάθειες να <sup>11</sup> προβληθούν ως περιβαλλοντικά υπεύθυνες και «καθαρές», με αποτέλεσμα συχνά να κατηγορούνται για greenwashing - όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις ενέργειες παραπληροφόρησης στις οποίες προχωρά ένας οργανισμός προκειμένου να επιδείξει περιβαλλοντολογική υπευθυνότητα.

Το 1998, όταν οι καπινοβιομηχανίες έχασαν δισεκατομμύρια δολάρια ως αποτέλεσμα του Master Settlement Agreement, άρχισαν να αξιοποιούν δράσεις ΕΚΕ για να βελτιώσουν τη φήμη τους και να δείξουν μια φιλικότερη εταιρική εικόνα προς το ευρύ κοινό. Από τότε, η ΕΚΕ έχει χρησιμοποιηθεί κατά κόρον για να εμποδίσει προσπάθειες των κυβερνήσεων να μειώσουν το κάπνισμα. Μέσα από προγράμματα ΕΚΕ οι καπινοβιομηχανίες αποκτούν πρόσβαση σε πολιτικούς φορείς και πρόσωπα επιδιώκοντας να τα επηρεάσουν ως προς τη διαμόρφωση πολιτικών δημόσιας υγείας και την εξυπηρέτηση των εταιρικών συμφερόντων τους<sup>12</sup>.

Η λογική πίσω από τις ενέργειες ΕΚΕ και τις εταιρικές χορηγίες είναι:

- Να προβληθεί το όνομα και το λογότυπο της καπινοβιομηχανίας μεταξύ των παρευρισκομένων στις επιχορηγούμενες εκδηλώσεις.
- Να εμφανιστεί ότι οι εταιρείες είναι δέθεν κοινωνικά υπεύθυνες και να αμβλυθεί το γεγονός ότι οι καπινοβιομηχανίες πωλούν ένα προϊόν που σκοτώνει.

---

Το 78% των μαθητών ηλικίας 13 - 15 ετών παγκοσμίως δηλώνουν ότι γίνονται τακτικά αποδέκτες διαφημιστικών ή άλλων προωθητικών μηνυμάτων από τις καπινοβιομηχανίες.

- Να ενισχυθεί η εταιρική εικόνα της εταιρείας και να ταυτιστεί με μια συγκεκριμένη αγορά-στόχο ή με ένα συγκεκριμένο τρόπο ζωής (lifestyle).
- Να αυξηθούν οι ευκαιρίες για διανομή προϊόντων και προωθητικές ενέργειες.

Επιπλέον, οι συγκεκριμένες δράσεις επιτυγχάνουν συνήθως κάλυψη από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης παρέχοντας δυνατότητες προβολής σε μια ευρύτερη βάση τηλεθεατών, ακροατών και αναγνωστών.

Ένας τομέας στον οποίο σχεδόν όλες οι καπινοβιομηχανίες επενδύουν, για να βελτιώσουν την εταιρική τους εικόνα είναι ο σχεδιασμός και η υλοποίηση πρωτοβουλιών για την αποτροπή των νέων να καπνίσουν. Αν και αυτά τα προγράμματα έχουν ως στόχο να ενημερώσουν τους νέους για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος και να τους εμποδίσουν να ξεκινήσουν το κάπνισμα, πολλές φορές τέτοιες εκστρατείες επιφέρουν ακριβώς το αντίθετο αποτέλεσμα. Παρουσιάζοντας το κάπνισμα ως μια συνήθεια αποκλειστικά για «μεγάλους», ενισχύουν την επιθυμία των νέων να καπνίσουν. Ως εκ τούτου, οι καμπάνιες αυτές είναι αναποτελεσματικές και το μόνο που επιτυγχάνουν είναι να εμφανίζουν τις καπινοβιομηχανίες πρόθυμες να λύσουν κοινωνικά προβλήματα που στην πραγματικότητα οι ίδιες δημιουργούν<sup>13</sup>.

Ένα έγγραφο της British Tobacco Company για χορηγία στην κυβέρνηση της Μαλαισίας, το 1996, αποκαλύπτει τον πραγματικό σκοπό της εταιρείας πίσω από τη συγκεκριμένη δραστηριότητα ΕΚΕ: «Η σημαντική οικονομική προσφορά της καπινοβιομηχανίας στους αθλητικούς αγώνες του 1998 συνιστά μια προσπάθεια να φέρει την κυβέρνηση με το μέρος μας και να διασφαλίσει ότι η κυβέρνηση αυτή θα κατανοήσει εμάς και την καπινοβιομηχανία, όταν προκύψουν θέματα σχετικά με τα προϊόντα καπνού».<sup>14</sup>

## ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΤΑΙΝΙΕΣ

**«Οι ταινίες είναι αυτές που πραγματικά κινούν τα νήματα από τότε που εφευρέθηκαν. Σου δείχνουν τι να κάνεις, πώς να το κάνεις, πότε να το κάνεις και πώς να νιώσεις σχετικά με αυτό.»**

**Andy Warhol**

Η καπινοβιομηχανία γνωρίζει ότι η βιομηχανία του κινηματογράφου είναι από τους πλέον διαδεδομένους τρόπους ψυχαγωγίας στον πλανήτη. Ο κόσμος ξοδεύει περίπου 120 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως για να δει ταινίες στις κινηματογραφικές αίθουσες. Το 2009, γυρίστηκαν 7.300 ταινίες σε 50 χώρες<sup>6</sup>, δημιουργώντας μοναδικές ευκαιρίες στην καπινοβιομηχανία να προωθήσει τα προϊόντα της σε ένα τεράστιο κοινό όλων των ηλικιών.

Αν και ήταν το 1990 που η καπινοβιομηχανία υποσχέθηκε για πρώτη φορά στο Αμερικανικό Κογκρέσο ότι θα σταματήσει την πληρωμένη τοποθέτηση προϊόντων στις ταινίες, η συ-



Η συχνότητα με την οποία εμφανίζεται το κάπνισμα στον κινηματογράφο έχει διπλασιαστεί τις δύο τελευταίες δεκαετίες.

χνότητα με την οποία εμφανίζεται το κάπνισμα στον κινηματογράφο έχει διπλασιαστεί τις δύο τελευταίες δεκαετίες. Συγκεκριμένα, η εμφάνιση του καπνίσματος στις ταινίες έχει επιστρέψει στα επίπεδα του 1950, προτού δηλαδή ο κόσμος κατανοήσει ότι το κάπνισμα αποτελεί τη βασική αιτία θανάτου εκατομμυρίων ανθρώπων κάθε χρόνο<sup>15,16</sup>.

Σε γράμμα του, το 1972, ο πρόεδρος γνωστής εταιρείας τοποθέτησης προϊόντων στον κινηματογράφο και την τηλεόραση αναφέρει στον πρόεδρο της δεύτερης μεγαλύτερης καπινοβιομηχανίας παγκοσμίως ότι σχεδόν όλοι οι κύριοι χαρακτήρες, αλλά και το βοηθητικό προσωπικό καπνίζουν σε ένα θρίλερ που ετοιμάζει η εταιρεία. Συγκεκριμένα, αναφέρει: «οι ταινίες είναι καλύτερες από κάθε διαφήμιση που έχει τρέξει στην τηλεόραση ή στα περιοδικά, γιατί το κοινό δεν γνωρίζει ότι υπάρχει ανάμιξη χορηγού...»<sup>17,18</sup>.

Σύμφωνα λοιπόν με μελέτες, περίπου το 50% της έναρξης του καπνίσματος στις ηλικίες 10 έως 14 ετών αποδίδεται στο γεγονός ότι οι νέοι βλέπουν τα είδωλά τους να καπνίζουν στις ταινίες<sup>19</sup>. Αυτό το αποτέλεσμα είναι πολύ ισχυρότερο σε σχέση με τον παραδοσιακό τρόπο που η καπινοβιομηχανία διαφημίζει και προωθεί το κάπνισμα, ο οποίος επηρεάζει μόνο το 34% των νέων που πειραματίζονται με το κάπνισμα. Αυτό συμβαίνει, επειδή, όπως

πολύ καλά γνωρίζει η καπνοβιομηχανία, τα υποσυνείδητα διαφημιστικά μηνύματα είναι πολύ πιο αποτελεσματικά στην προσέλκυση καινούργιων καταναλωτών, ιδιαίτερα των νέων ηλικιών.

Όπως υποστηρίζει η Madeline Dalton και οι συνεργάτες της στην έρευνά τους<sup>20</sup>, αν μειωνόταν η προβολή του καπνίσματος στις ταινίες, θα ελαττωνόταν αντίστοιχα και ο αριθμός των καινούργιων καπνιστών και φυσικά των θανάτων που απορρέουν από το κάπνισμα. Κάτι τέτοιο θα μπορούσε να επιτευχθεί απλά με το να συμπεριληφθεί το κάπνισμα στους λόγους για τους οποίους μια ταινία χαρακτηρίζεται ως K-17 (κατάλληλη για άνω των δεκαεπτά ετών), ώστε να μειωθεί ο αριθμός των νέων που θα εκτεθούν στις εικόνες προϊόντων καπνού.

Φυσικά, η καπνοβιομηχανία πάντα προσπαθεί να βρίσκει τρόπους να παρακάμψει τις απαγορεύσεις που επιβάλλονται στην προώθηση των προϊόντων της. Για παράδειγμα, τον Σεπτέμβριο του 2013, βγήκε στις κινηματογραφικές αίθουσες η ταινία «RUSH» με πολύ γνωστούς συντελεστές. Ένας μεγάλος αριθμός οργανώσεων υγείας στις ΗΠΑ διαμαρτυρήθηκαν έντονα ότι στις προωθητικές ενέργειες της ταινίας προβάλλεται συγκεκριμένη εταιρεία τσιγάρων, ενώ υπάρχουν και σκηνές, όπου ο πρωταγωνιστής εμφανίζεται να καπνίζει. Στην επιστολή που έστειλαν στην Universal Studios, ζητούσαν από την εταιρεία διανομής να λάβει όλα τα απαραίτητα μέτρα ώστε να περιοριστεί η έκθεση των νέων σε εικόνες όπου εμφανίζονται τα εταιρικά χαρακτηριστικά γνωστές μάρκας τσιγάρων, αλλά και ηθοποιών που καπνίζουν. Κι αυτό επειδή, παρόλο που η ταινία έχει χαρακτηριστεί ως K-17 (συνεπώς δεν θα μπορούν να τη δουν παιδιά στις κινηματογραφικές αίθουσες), η προώθησή της καταφεύγει σε τεχνάσματα για τα οποία δεν υπάρχει καμία απαγόρευση: το τρέιλερ του RUSH, το οποίο προβάλλεται στην τηλεόραση, στο youtube, στο επίσημο site της ταινίας, αλλά και στα «προσεχώς» στις κινηματογραφικές αίθουσες, περιλαμβάνει εικόνες από τη μάρκα τσιγάρων, ενώ δείχνει και ηθοποιούς να καπνίζουν. Επίσης, στην επίσημη σελίδα της ταινίας στο facebook αναρτώνται εικόνες του πρωταγωνιστή με τσιγάρο και με ρούχα που φέρουν τα διακριτικά της<sup>21</sup>.

Ένα ακόμη παράδειγμα για το πώς προωθείται το κάπνισμα μέσω τηλεόρασης είναι η δημοφιλής σειρά Mad Men, που έχει αποσπάσει δεκάδες διακρίσεις και είναι ιδιαίτερα γνωστή για τους όμορφους και στυλάτους πρωταγωνιστές της. Καθώς η σειρά διαδραματίζεται στη Νέα Υόρκη τη δεκαετία του 1950, όταν το κάπνισμα ήταν μια δημοφιλής συνήθεια, οι πρωταγωνιστές της σειράς καπνίζουν συνέχεια και σε όλους τους χώρους. Με αυτό τον τρόπο, ο ιδιαίτερα γοητευτικός τρόπος ζωής των πρωταγωνιστών και η επαγγελματική και κοινωνική επιτυχία που βιώνουν στη σειρά υποσυνείδητα σχετίζεται άμεσα στο μυαλό του θεατή με το κάπνισμα. Μάλιστα, σύμφωνα με τελευταία στοιχεία, οι πωλήσεις της μάρκας τσιγάρων που προβάλλεται ιδιαίτερα στη σειρά, έχουν ανέβει στα επίπεδα ρεκόρ των 33 δι-

σεκατομμυρίων πακέτων το 2012, σημειώνοντας περίπου 30% αύξηση πωλήσεων σε σχέση με το 2007, όταν ξεκίνησε η σειρά<sup>21</sup>.

## BRAND STRETCHING

Οι εταιρείες συχνά δανείζουν το όνομα και το λογότυπο της μάρκας τους σε μια καινούργια και διαφορετική κατηγορία προϊόντων και μάλιστα, τελευταία, αυτή η τάση έχει αυξηθεί. Στην περίπτωση της καπνοβιομηχανίας, αυτή η μέθοδος έμμεσου marketing, που ονομάζεται και «brand stretching»<sup>22</sup>, αναφέρεται στην εφαρμογή των ονομάτων, των λογοτύπων και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των διαφόρων προϊόντων καπνού σε προϊόντα που δεν σχετίζονται με τον καπνό, παρακάμπτοντας έτσι την απαγόρευση διαφήμισης. Για παράδειγμα, η συσχέτιση του μοβ χρώματος με γνωστή μάρκα τσιγάρων στις διαφημίσεις της εταιρείας και του κόκκινου άλλης μάρκας τσιγάρων έχει πιθανότατα σκοπό να δώσει τη δυνατότητα στις εταιρείες αυτές να συνεχίσουν την προώθηση των προϊόντων τους στηριζόμενες μόνο στο χρώμα, αν καλλιεργηθούν οι κατάλληλοι συσχετισμοί. Το 1975, αμέσως μόλις επιβλήθηκε η απαγόρευση της διαφήμισης τσιγάρων στη Νορβηγία, άρχισαν να διαφημίζονται επώνυμες μπίτες με διαφημίσεις που ήταν σχεδόν ίδιες με τις διαφημίσεις για τα τσιγάρα της ίδιας εταιρείας<sup>23</sup>.

Μάρκα ρούχων η οποία στο λογότυπο συνδέεται με μάρκα τσιγάρων είναι πλέον η δεύτερη μεγαλύτερη μάρκα ρούχων με δυνατότητα παραγγελίας μέσω mail στις ΗΠΑ, με πάνω από 2400 καταστήματα σε 42 χώρες στον κόσμο<sup>24</sup>. Μερικά ακόμη παραδείγματα πετυχημένων brand extensions είναι άλλα είδη που συνδέουν το λογότυπο τους με μάρκα τσιγάρων. Η καπνοβιομηχανία υποστηρίζει ότι προϊόντα και υπηρεσίες που φέρουν το σήμα εταιρειών τσιγάρων δεν πρέπει να υπόκεινται σε καμία απαγόρευση, γιατί δεν πουλάνε τσιγάρα, αλλά τελείως διαφορετικά προϊόντα.

Έρευνα έχει δείξει ότι τα παιδιά που φοράνε ρούχα που έχουν τα χαρακτηριστικά εταιρειών τσιγάρων είναι 4 φορές πιο πιθανό να ξεκινήσουν το κάπνισμα σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά<sup>25</sup>.

## ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΑΚΕΤΟΥ

Για τα περισσότερα καταναλωτικά προϊόντα, ο σχεδιασμός του πακέτου έχει εξελιχθεί σε σημαντικό παράγοντα της συνολικής στρατηγικής μάρκετινγκ. Παραδοσιακά η βασική λειτουργικότητα του πακέτου ήταν να προστατεύει και να περικλείει το προϊόν. Τα τελευταία χρόνια, όμως, παράγοντες, όπως η υπερπληθώρα ανταγωνιστικών προϊόντων στα σημεία πώλησης έχουν «επιφορτίσει» το πακέτο με μια σειρά από πρόσθετες λειτουργίες, όπως να έλκει την προσοχή, να περιγράφει το προϊόν και τελικά να βοηθάει να γίνει η πώληση.

Φυσικά, στην περίπτωση των τσιγάρων το πακέτο είναι ακόμη πιο σημαντικό, για αρκετούς λόγους. Καταρχάς, αντίθετα με διάφορα άλλα προϊόντα, όπου ο καταναλωτής πετάει το πακέτο, αφού το ανοίξει, οι καπνιστές διατηρούν το πακέτο μέχρι να τελειώσουν όλα τα τσιγάρα και το κρατούν δίπλα τους, σε κοινή θέα, κατά τη διάρκεια της χρήσης του. Επομένως, τα πακέτα τσιγάρων λειτουργούν και ως διαφήμιση και μάλιστα μπορούν να χαρακτηριστούν «badge products»<sup>26</sup>, δηλαδή προϊόντα που συνδέουν τον χρήστη με την εικόνα και τα χαρακτηριστικά της μπράντας του προϊόντος. Όταν ένας καπνιστής μπαίνει σε ένα μπαρ και βγάζει το πακέτο με τα τσιγάρα του, τότε κάνει μια δήλωση για την προσωπικότητα και τη δημόσια εικόνα του.

Εκεί όπου τα παραδοσιακά κανάλια επικοινωνίας είναι ακόμη διαθέσιμα, το πακέτο λειτουργεί συμπληρωματικά με τη διαφημιστική εικόνα που προβάλλεται από την έντυπη ή την ηλεκτρονική διαφήμιση. Λόγω, όμως, των αυξανόμενων απαγορεύσεων στον τρόπο διαφήμισης του καπνίσματος, οι καπνοβιομηχανίες έχουν συνειδητοποιήσει ότι πρέπει να δώσουν ακόμη μεγαλύτερη προσοχή στο πώς το πακέτο θα επικοινωνεί την ιδιαιτερότητά του. Ειδικά, σε χώρες όπου η απαγόρευση της διαφήμισης είναι καθολική και η διαφήμιση στα σημεία πώλησης συνιστά τη μόνη δυνατότητα προβολής, ο σχεδιασμός του πακέτου αποκτά ζωτική σημασία.

Τα χρώματα ενός πακέτου τσιγάρων, όπως και τα χρώματα στο παραδοσιακό μάρκετινγκ<sup>27</sup> προσδίδουν βασικά στοιχεία στην εικόνα του προϊόντος (brand image). Οι εταιρείες προϊόντων καπνού έχουν χρησιμοποιήσει πιο απαλά χρώματα στα πακέτα τους, για να προσδώσουν την αίσθηση πιο ελαφριών και κατά συνέπεια υγιεινών τσιγάρων.

Σε ένα report του 1979 αναφέρεται ότι καπνοβιομηχανία αποφάσισε να αυξήσει τους λευκούς χώρους και να φωτίσει τους καφέ τονισμούς στο πακέτο των τσιγάρων, ώστε «να δώσουμε στο καινούργιο πακέτο την αίσθηση μειωμένης δύναμης (reduced strength)»<sup>28</sup>.

Έρευνα που έγινε από το Cancer Council Victoria και δημοσιεύθηκε στο British Medical Journal<sup>20</sup> υποστηρίζει ότι τα απλά (ως απλά πακέτα ορίζονται τα πακέτα που δεν έχουν στη σχεδίασή τους κανένα διακριτικό της μάρκας των τσιγάρων παρά μόνο το όνομα) πακέτα κάνουν τους καπνιστές να πιστέψουν ότι τα τσιγάρα τους έχουν χειρότερη

---

Περίπου το 50% της έναρξης του καπνίσματος στις ηλικίες 10 έως 14 ετών αποδίδεται στο γεγονός ότι οι νέοι βλέπουν τα είδωλά τους να καπνίζουν στις ταινίες

---

ποιότητα και τους αφήνουν με μικρότερη ευχαρίστηση. Η έρευνα βρήκε ότι 30,6% των καπνιστών που χρησιμοποιούσαν απλά πακέτα είχαν την αντίληψη ότι τα τσιγάρα ήταν χαμηλότερης ποιότητας<sup>29,30</sup>. Η απλοποίηση των πακέτων σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας<sup>31</sup> είναι, λοιπόν, ένα μέτρο που θα μειώνει τη δυνατότητα της καπνοβιομηχανίας να προωθήσει και να προβάλει τα τσιγάρα της. Αυτός είναι και ο λόγος που τα τελευταία χρόνια η καπνοβιομηχανία έχει ξεκινήσει διαφημιστικές καμπάνιες εκατομμυρίων δολαρίων και νομικές προσπάθειες κατά της υιοθέτησης του μέτρου.

### ΠΑΡΑΠΛΑΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ Η ΧΡΗΣΗ ΟΡΩΝ

Οι πρώτες έρευνες που κατέδειξαν τη σχέση μεταξύ καπνίσματος και καρκίνου του πνεύμονα και παθήσεων της καρδιάς εκπονήθηκαν τη δεκαετία του 1950<sup>32</sup>. Τα επόμενα χρόνια, πολλοί καπνιστές ή/και οι οικογένειές τους υπέβαλαν μηνύσεις κατά των καπνοβιομηχανιών για αμέλεια, απάτη, παραγωγή επικίνδυνων προϊόντων, παραπλανητική διαφήμιση και παραβίαση των δικαιωμάτων του καταναλωτή.

Απόρροια των μηνύσεων και των νομικών διαδικασιών ήταν η πρωταρχική προσπάθεια των καπνοβιομηχανιών να συμμορφωθούν με νόμους και κανονισμούς που καταρτίστηκαν για το σκοπό αυτό. Εντούτοις, οι νόμοι πάντα είχαν «παραθυράκια» τα οποία γίνονταν αμέσως αντιληπτά από τα υψηλής εκπαίδευσης στελέχη των καπνοβιομηχανιών, τα οποία δρούσαν με την ανάλογη «ευελιξία» προκειμένου να προβάλλουν το προϊόν τους. Με την πάροδο των ετών επιτεύχθηκε σημαντική πρόοδος στην απαγόρευση των διαφημίσεων αλλά οι καπνοβιομηχανίες στράφηκαν και σε άλλους τρόπους προβολής ή σε προσπάθειες μείωσης της βλαβερής εικόνας του καπνίσματος.

Μια τέτοια προσπάθεια ήταν και η χρήση λέξεων, όπως «ελαφρύ», «πολύ ελαφρύ», «μέτριο», «φυσικό» επί των πακέτων των τσιγάρων ή άλλων συσκευασιών προϊόντων καπνού. Με τους εν λόγω χαρακτηρισμούς ο καταναλωτής, ή ο δυνητικός καταναλωτής, είχε την εντύπωση ότι το τσιγάρο, όντας πιο ελαφρύ, θα είχε λιγότερο βλαβερή επίπτωση στην υγεία του.

Εντούτοις, αυτό δεν μπόρεσε να αποδειχθεί μέσω επιστημονικών μελετών και η ιατρική κοινότητα υποστηρίζει, βάσει ερευνών, ότι τα ελαφριά τσιγάρα δεν είναι ασφαλέστερα από τα κανονικά<sup>33</sup>. Το 2010, και μετά από αλλεπάλληλες δίκες στις ΗΠΑ, η χρήση των παραπάνω λέξεων απαγορεύθηκε δια νόμου. Οι καπνοβιομηχανίες να μην σταμάτησαν να χρησιμοποιούν τις λέξεις αυτές, αλλά ξεκίνησαν να χρησιμοποιούν πιο απαλά χρώματα για τα πακέτα με «ελαφριά» τσιγάρα και ονομασίες που παραπέμπουν στις περιεκτικότητες πίσσας, νικοτίνης, όπως «One», για να χαρακτηρίσουν ένα τσιγάρο το οποίο θεωρείται ελαφρύτερο από τις καπνοβιομηχανίες, επειδή έχει περιεκτικότητα πίσσας 1 mg.



## ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΤΣΙΓΑΡΑ

Οι ειδικοί σε θέματα υγείας προειδοποιούν ότι υπάρχει σοβαρός κίνδυνος η πρόοδος που έχει επιτευχθεί τα τελευταία χρόνια στη μείωση του καπνίσματος να εξαλειφθεί ως αποτέλεσμα της επανεισόδου των μεγάλων καπνοβιομηχανιών στην τηλεοπτική διαφήμιση για πρώτη φορά μετά από δεκαετίες, με... δούρειο ίππο τα ηλεκτρονικά τσιγάρα.

Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα ανακαλύφθηκαν το 2003 και σήμερα οι πωλήσεις δεν ξεπερνούν το 1% της αγοράς των 80 δισεκατομμυρίων δολαρίων των τσιγάρων. Αλλά αναπτύσσονται ραγδαία: η UBS προέβλεψε ότι οι πωλήσεις, οι οποίες διπλασιάζονται κάθε χρόνο από το 2008, έφτασαν το 1 δισεκατομμύριο το 2013 και πιθανόν η κατανάλωση των ηλεκτρονικών τσιγάρων να ξεπεράσει τα παραδοσιακά τσιγάρα μέσα στην επόμενη δεκαετία (σύμφωνα με τον αναλυτή Bonnie Herzog της Wells Fargo)<sup>34</sup>.

Σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών (CDC)<sup>35</sup> των ΗΠΑ, ο αριθμός των μαθητών λυκείου στην Αμερική που χρησιμοποίησαν ηλεκτρικό τσιγάρο στις τελευταίες 30 μέρες αυξήθηκε από 1,5% σε 2,8% το 2012. Αυτό δείχνει ότι όλο και περισσότεροι νέοι αρχίζουν να καπνίζουν e-τσιγάρα. Το 75% όλων όσων χρησιμοποιούν ηλεκτρονικά τσιγάρα ταυτόχρονα καπνίζει και κανονικά τσιγάρα, αφήνοντας ένα περιθώριο 25% που δεν καπνίζουν παραδοσιακά τσιγάρα. Αυτό σημαίνει ότι, αν και πολλοί αποφεύγουν το παραδοσιακό κάπνισμα λόγω θεμάτων υγείας, όλο και πιο πολύ έλκονται από την υγιή νικοτίνη των ηλεκτρονικών τσιγάρων.

Οι ισχυρές καπνοβιομηχανίες έχουν ανακοινώσει ότι θα τοποθετήσουν μεγάλο μέρος των διαφημιστικών τους κονδυλίων για την προώθηση των ηλεκτρονικών τσιγάρων, καθώς βλέπουν δυνατότητα σημαντικών κερδών από την εντυπωσιακή αύξηση της αγοράς των e-τσιγάρων. Συγκεκριμένη καπνοβιομηχανία, έχει επενδύσει τις ελπίδες της στο ηλεκτρονικό τσιγάρο<sup>36</sup>. Αν και αυτή τη στιγμή οι πωλήσεις του είναι μόλις το 2% των συνολικών πωλήσεων, αυτό αντιστοιχεί στο 50% της αύξησης των κερδών της εταιρείας.

## ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΤΩΝ ΚΑΠΝΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΚΑΠΝΟΥ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ

Το σύνολο των καπνοβιομηχανιών υποστηρίζει ότι η διαφήμιση, προβολή και προώθηση των προϊόντων τους αποσκοπεί αποκλειστικά στη διατήρηση και αύξηση του μεριδίου αγοράς της κάθε εταιρείας σε σχέση με τους ανταγωνιστές της. Εντούτοις, τα κέρδη ή οι ζημιές που προκύπτουν από την αύξηση ή τη μείωση αντίστοιχα του μεριδίου αγοράς δεν δικαιολογούν τα τεράστια ποσά που δαπανώνται στη διαφήμιση. Επίσης, οι καπνοβιομηχανίες υποστηρίζουν ότι η διαφήμιση δεν απευθύνεται σε ανήλικους και νέους και δεν προκαλεί αύξηση της ζήτησης και χρήσης των προϊόντων καπνού ανεξαρτήτως της ηλικιακής ομάδας.

Όπως διατυπώθηκε και προηγουμένως, εκτεταμένες έρευνες στα αρχεία των καπνοβιομηχανιών και μελέτες επί των διαφημιστικών εκστρατειών έφεραν στην επιφάνεια στοιχεία που αποδεικνύουν ότι το marketing των καπνοβιομηχανιών αποσκοπεί στην προσέλκυση νέων ηλικιακά καταναλωτών, στην αποτροπή των καπνιστών να κόψουν το κάπνισμα και στην προτροπή για αύξηση της κατανάλωσης προϊόντων καπνού. Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώθηκαν πανηγυρικά από την απόφαση-σταθμό δικαστηρίου των ΗΠΑ το 2006, στην οποία αναφέρεται, μεταξύ άλλων, ότι οι καπνοβιομηχανίες παραπλανούσαν τον κόσμο και προσέελκυαν νεαρά άτομα και παιδιά μέσω των διαφημιστικών εκστρατειών τους<sup>37</sup>.

Παρά το γεγονός ότι η έρευνα για την επίδραση των διαφημιστικών εκστρατειών των καπνοβιομηχανιών στη χρήση προϊόντων καπνού είναι πολύπλοκη, μακροχρόνια και απαιτεί πληθώρα στοιχείων, η συνδυασμένη μελέτη και ανάλυση εκατοντάδων ερευνών, πειραμάτων και αναφορών κρατικών φορέων, αλλά και καπνοβιομηχανιών έχει αποδείξει ότι υπάρχει αιτιολογική σχέση μεταξύ της διαφήμισης και της χρήσης προϊόντων καπνού. Είναι πλέον σαφές ότι η αύξηση των διαφημιστικών δαπανών των καπνοβιομηχανιών επιφέρει αύξηση της χρήσης. Μπορεί η εν λόγω αύξηση της χρήσης να μην είναι μεγάλη ή ανάλογη της αύξησης των δαπανών, παρά ταύτα, είναι σημαντική για τις καπνοβιομηχανίες.

Επίσης, έχει αποδειχθεί ότι πολλά άτομα ξεκινούν τη χρήση προϊόντων καπνού, όταν υλοποιείται μια διαφημιστική εκστρατεία ή και όταν μια εκστρατεία ενισχύεται ως προς την προβολή της.

Σε αυτό το σημείο, θα πρέπει να αναφερθεί ότι, βάσει ερευνών, η απαγόρευση στη διαφήμιση προϊόντων καπνού δύναται να μειώσει τη χρήση τους υπό ορισμένες συνθήκες. Η απαγόρευση της διαφήμισης μόνο σε ορισμένα μέσα δεν προκαλεί μείωση των δαπανών, καθώς δαπανώνται περισσότεροι πόροι σε διαφήμιση στα υπόλοιπα μέσα. Μόνο η καθολική ή σχεδόν καθολική απαγόρευση της διαφήμισης δύναται να οδηγήσει σε μείωση της χρήσης<sup>38</sup>.

## ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΗ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ

Προκειμένου να μελετηθεί η επίδραση της διαφήμισης στους νέους και τα παιδιά, θα πρέπει να δούμε ποιες είναι οι ψυχολογικές ανάγκες των νέων και με ποιο τρόπο η κάλυψή τους μπορεί να οδηγήσει τα άτομα αυτά στη χρήση προϊόντων καπνού.

- Οι νέοι έχουν ανάγκη για φήμη, αναγνωρισιμότητα και διασημότητα. Η στοχευμένη διαφήμιση φέρει τα στοιχεία αυτά, με αποτέλεσμα ένα σημαντικό ποσοστό των νέων να θεωρούν ότι καπνίζοντας θα γίνουν πιο γνωστοί και αναγνωρίσιμοι σε σχέση με άλλους νέους που δεν καπνίζουν. Επίσης, οι καπνοβιομηχανίες παράγουν και καπνικά προϊόντα, τα οποία είναι εξαιρετικά δημοφιλή στους νέους και οι νέοι τα συνδέουν αντίστοιχα με τη δική τους αναγνωρισιμότητα.

- Οι νέοι επιζητούν την επιβεβαίωση από το άλλο φύλο και έχουν ιδιαίτερη ανάγκη για επιτυχία στις διαπροσωπικές τους σχέσεις.
- Οι νέοι πιστεύουν ότι η «σκληράδα», η ελκυστικότητα και η διαφοροποίηση θα τους βοηθήσουν στις σχέσεις τους, γεγονός το οποίο αξιοποιούν οι διαφημιστικές εκστρατείες προβάλλοντας αντίστοιχα πρότυπα και εικόνες που γίνονται άμεσα αντιληπτές στο νεανικό τρόπο σκέψης.
- Τα κορίτσια νεαρής ηλικίας και οι έφηβες πιστεύουν ότι το κάπνισμα βοηθά στον έλεγχο του βάρους τους και, συνεπώς, υποστηρίζει την προσπάθειά τους για μια κομψή σιλουέτα, σύμφωνα με τα δικά τους πρότυπα. Οι διαφημιστικές εκστρατείες των καπνοβιομηχανιών περνούν το μήνυμα ότι οι νεαρές γυναίκες είναι κομψές, εφόσον καπνίζουν και συνεπώς το κάπνισμα γίνεται ελκυστικό. Βέβαια, θα πρέπει να τονισθεί ότι οι πρακτικές αυτές δεν αφορούν μόνο στις καπνοβιομηχανίες, αλλά στο σύνολο των εταιρειών που διαφημίζονται και στοχεύουν τους νέους.
- Πολλοί νέοι και παιδιά έχουν ανάγκη να δείξουν επαναστατικότητα και απελευθέρωση από την κανονικότητα και την ομοιογένεια που θεωρούν ότι επικρατεί στις νεαρές ηλικίες. Αντιλαμβανόμενες την ανάγκη αυτή, οι καπνοβιομηχανίες και οι διαφημιστικές τους εταιρείες διαμορφώνουν αντίστοιχα την εικόνα των προϊόντων τους και τα προβάλλουν με τρόπο που να πείθει τους νέους ότι το κάπνισμα είναι ένα είδος επανάστασης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι μάρκα τσιγάρων, η οποία στις ΗΠΑ έχει συνδεθεί με την επαναστατικότητα. Είναι χρήσιμο, βέβαια, να αναφερθεί ότι, με την απαγόρευση του καπνίσματος, οι νέοι που καπνίζουν ή ξεκινούν το κάπνισμα θεωρούν ακόμη περισσότερο ότι ενεργούν με τρόπο επαναστατικό και ενάντια στους κανόνες και τις νόρμες.
- Το σύνολο των ατόμων, ανεξαρτήτως ηλικίας, και πολύ περισσότερο οι νέοι, έχουν ανάγκη για διασκέδαση, χαρά, περιπέτεια και «άνεση». Και πάλι, οι καπνοβιομηχανίες εμφανίζονται να καλύψουν αυτές τις ανάγκες μέσω της διαφήμισης των προϊόντων τους, προβάλλοντας έντονη συσχέτιση των ως άνω χαρακτηριστικών με το κάπνισμα.

Αυτές είναι μερικές μόνο από τις ανάγκες που έχουν οι νέοι και τις οποίες νομίζουν ότι μπορούν να καλύψουν μέσω του καπνίσματος. Και, φυσικά, οι καπνοβιομηχανίες αντιλαμβάνονται τα παραπάνω και προωθούν αναλόγως τα προϊόντα τους στοχεύοντας στις νεαρές ηλικίες.

Δεν θα πρέπει να παραλειφθεί ότι οι νέοι και τα παιδιά είναι δυνητικοί και μελλοντικοί πελάτες των καπνοβιομηχανιών, αλλά και άλλων εταιρειών. Αποτελούν δε το βασικό κορμό των μελλοντικών χρηστών καπνού και, συνεπώς, θα φέρνουν έσοδα στις καπνοβιομηχανίες για σειρά ετών. Αντιλαμβανόμενες ότι η βιωσιμότητά τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ικανότητα διείσδυσής τους στην αγορά των νέων, οι καπνοβιομηχανίες εύλογα ρίχνουν μεγάλο βάρος των διαφημιστικών τους ενεργειών στη στόχευση των νεαρών ομάδων ενδιαφέροντος, γεγονός που αποδεικνύεται από σειρά στοιχείων που αποκαλύφθηκαν σε δίκες και έρευνες στα έγγραφα των καπνοβιομηχανιών<sup>38</sup>.

## ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΗΣ ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑΣ ΤΩΝ ΚΑΠΝΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΩΝ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ

Από ενδελεχή έρευνα σε εσωτερικά έγγραφα των καπνοβιομηχανιών, τα οποία παρουσιάστηκαν σε δίκες και άλλες νομικές διαμάχες, έχει καταστεί σαφές ότι στις δεκαετίες 1950 - 1980, οι διαφημιστικές ενέργειες των καπνοβιομηχανιών είχαν τεράστια αποτελεσματικότητα στην αύξηση της ζήτησης προϊόντων καπνού και της δημοφιλίας του καπνίσματος. Επίσης, στα εν λόγω έγγραφα αναφέρεται ότι οι διαφημιστικές εκστρατείες των καπνοβιομηχανιών έχουν επιφέρει αύξηση της αγοράς των τσιγάρων από εφήβους σε ποσοστό 3 φορές μεγαλύτερο σε σχέση με αυτό των ενηλίκων<sup>39</sup>.

Στη σύγχρονη εποχή, και παρά το γεγονός ότι υπάρχει ιδιαίτερα αυξημένη γνώση σχετικά με την επικινδυνότητα του καπνίσματος σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, τα αποτελέσματα των διαφημιστικών εκστρατειών των καπνοβιομηχανιών παραμένουν εντυπωσιακά, αν και η αύξηση που επιφέρουν στην κατανάλωση των προϊόντων δεν είναι σημαντικά μεγάλη. Εντούτοις, και όπως έχει προαναφερθεί, η διαφήμιση στοχεύει επίσης στην αποτροπή των ατόμων από τη διακοπή του καπνίσματος. Οπότε, ακόμη και αν δεν υπάρχει σημαντική αύξηση των καπνιστών ως αποτέλεσμα της διαφήμισης, ένας από τους στόχους των καπνοβιομηχανιών επιτυγχάνεται σε μεγάλο βαθμό και αυτός είναι η διατήρηση του υπάρχοντος αριθμού καπνιστών.

Στις νέες ηλικιακές ομάδες, τα αποτελέσματα των ερευνών είναι παρόμοια. Το σύνολο των επιστημονικών ερευνών και κυβερνητικών αναφορών έχει καταλήξει στο γεγονός ότι οι διαφημιστικές και προωθητικές ενέργειες των καπνοβιομηχανιών έχουν άμεση και σαφή αιτιολογική σχέση με την έναρξη του καπνίσματος, αλλά και τη συνέχισή του από τους εφήβους και τους νέους<sup>40</sup>. Ειδικότερα και αναφορικά με τις πιθανότητες έναρξης του καπνίσματος σε παιδικές και νεανικές ηλικίες:

- Μια μελέτη που διεξήχθη στη Μεγάλη Βρετανία μεταξύ 1999 και 2004, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι κάθε μέθοδος marketing των καπνοβιομηχανιών που αναγνωρίζεται από τους νέους αυξάνει κατά 7% την πιθανότητα να ξεκινήσουν το κάπνισμα<sup>41</sup>.
- Εννέα μακροχρόνιες μελέτες επί 12.000 νέων και παιδιών κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι διαφημιστικές και προωθητικές ενέργειες των καπνοβιομηχανιών αυξάνουν την πιθανότητα τα νεαρά σε ηλικία άτομα να ξεκινήσουν το κάπνισμα<sup>42</sup>.
- Μια μελέτη στην Ισπανία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η εξοικείωση των παιδιών με τις διαφημίσεις των προϊόντων καπνού αυξάνει την πιθανότητα τα παιδιά ηλικίας 13-14 ετών να ξεκινήσουν το κάπνισμα<sup>43</sup>.

Σε αυτό το σημείο, πρέπει επίσης να τονισθεί ότι πλήθος επιστημονικών δεδομένων έχει καταδείξει ότι οι νέοι εκτίθενται συνεχώς σε διαφημίσεις καπνικών προϊόντων, οι οποίες έχουν σκοπό να υποστηρίξουν την ανάγκη των νέων να καπνίσουν και τις οποίες οι νέοι βρίσκουν ελκυστικές.

Υπάρχουν εμπειρικές αποδείξεις ότι οι διαφημιστικές εκστρατείες των καπνοβιομηχανιών προκαλούν αύξηση της αναγνωρισιμότητας και της φήμης συγκεκριμένων τσιγάρων, οδηγούν στη βελτίωση της εικόνας του καπνίσματος και της πραγματικής καπνιστικής συμπεριφοράς. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναφερθεί ότι καθημερινά 80.000 - 100.000 νεαρά άτομα ανά τον κόσμο εθίζονται στη χρήση προϊόντων καπνού<sup>44</sup>.

Από το συσχετισμό των παραπάνω δεδομένων, ευκόλως συνάγεται ότι η επίδραση των διαφημιστικών εκστρατειών των καπνοβιομηχανιών επί της κατανάλωσης προϊόντων καπνού από τους νέους είναι μεγάλη και σημαντική. Παράλληλα, όμως, είναι και τρομακτική, καθώς έχει υπολογισθεί ότι περίπου 5.000.000 άτομα ανά τον κόσμο πεθαίνουν κάθε χρόνο από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα.

### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ ΤΩΝ ΚΑΠΝΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΚΑΠΝΟΥ

Όπως προαναφέρθηκε, η απαγόρευση στη διαφήμιση προϊόντων καπνού μπορεί να οδηγήσει στη μείωση της κατανάλωσης προϊόντων καπνού και να αποτρέψει δυνητικούς καπνιστές από το να ξεκινήσουν το τσιγάρο.

Ενδεικτικά αναφέρονται τα εξής:

- Έρευνα που διεξήχθη σε 22 χώρες κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η καθολική ή σχεδόν καθολική απαγόρευση στις προωθητικές, διαφημιστικές και χορηγικές ενέργειες των καπνοβιομηχανιών μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της κατανάλωσης καπνού κατά 6.3%<sup>45</sup>.
- Μεταγενέστερη έρευνα που διεξήχθη σε 102 χώρες κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η καθολική ή σχεδόν καθολική απαγόρευση οδήγησε στην μείωση κατανάλωσης κατά 8%, ενώ οι μερικές απαγορεύσεις δεν είχαν σχεδόν καθό-

## ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΣΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ...

...στο πλαίσιο σχολικών προγραμμάτων για την πρόληψη του καπνίσματος από τους εκπαιδευτικούς και τους επαγγελματίες υγείας, να αποδομείται η ψευδής εικόνα των διαφημίσεων. (Ευεξία, πρότυπα ομορφιάς, σύμβολα θηλυκότητας και αρρενωπότητας, κ.ά).

Είναι αναγκαίο να τονίζεται η πραγματική εικόνα του καπνιστή με σαφή και διεξοδικό τρόπο, σε κάθε δυνατή ευκαιρία ενημέρωσης των μαθητών.

λου επίδραση στην κατανάλωση<sup>46</sup>.

- Στη Μεγάλη Βρετανία, εφαρμόστηκε καθολική απαγόρευση σε τρεις φάσεις κατά τα έτη 2002, 2003 και 2005. Σε κάθε φάση, παρατηρήθηκε ότι υπήρξε σημαντική άρνηση των νέων να ξεκινήσουν το κάπνισμα<sup>10</sup>.

Τα παραπάνω στοιχεία, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι οι καπνοβιομηχανίες μπορούν να παρακάμπτουν τις μερικές απαγορεύσεις και να κατευθύνουν τη διαφημιστική τους εκστρατεία μέσω μη απαγορευμένων μέσων διαφήμισης, μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η καθολική απαγόρευση είναι απόλυτα αναγκαίος τρόπος για τη μείωση του καπνίσματος σε όλες τις ηλικίες και ειδικά στους νέους.

Άλλωστε, το σύνολο των χωρών που έχουν υπογράψει το FCTC (Framework Convention on Tobacco Control) πρέπει να συμμορφωθεί με το Άρθρο 13 της εν λόγω Συμφωνίας και να επιβάλλει καθολική απαγόρευση στις προωθητικές, διαφημιστικές και χορηγικές ενέργειες των καπνοβιομηχανιών.

## ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΑ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΚΑΠΝΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΩΝ ΓΙΑ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΗ ΠΡΟΣ ΝΕΟΥΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ

### Δεκαετία 1950

Υψηλόβαθμο στέλεχος καπνοβιομηχανίας αναφέρει: «η στόχευση στη νεολαία μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική, αν και το κόστος μεγαλύτερο, γιατί οι νέοι είναι διατεθειμένοι να πειραματιστούν, έχουν μεγαλύτερη επιρροή σε άλλα άτομα ίδιας ηλικίας και είναι πιο πιστοί στην μάρκα τσιγάρων με την οποία ξεκίνησαν το κάπνισμα.»<sup>47</sup>

Για τη χρήση του cowboy στις διαφημίσεις των τσιγάρων προσέθεσε: «Θα στρέψει τους πρωτάρηδες καπνιστές στα τσιγάρα της. Είναι η κατάλληλη εικόνα για να προσελκύσει τη νεανική τάση, ένα τέλειο σύμβολο ανεξαρτησίας και επαναστατικότητας.»<sup>47</sup>

### Δεκαετία 1960

Έγγραφο του Διοικητικού Συμβουλίου της ίδιας εταιρείας αναφέρει: «Το τσιγάρο για τον πρωτάρη καπνιστή είναι μια συμβολική κίνηση. Δεν είμαι πλέον παιδί της μητέρας μου, είμαι περιπετειώδης και δεν συμβιβάζομαι. Και όταν υποχωρήσει η δύναμη του συμβολισμού, αναλαμβάνει ο εθισμός, για να συνεχισθεί η συνήθεια.»<sup>48</sup>

### Δεκαετία 1970

Έγγραφο άλλης εταιρείας αναφέρει: «Το κατώτατο όριο ηλικίας για το προφίλ του νέου καπνιστή θα παραμείνει στα 14 έτη.»<sup>49</sup> Έγγραφο της εταιρείας αυτής αναφέρει ως πρω-

ταρχικό στόχο του σχεδίου marketing της εταιρείας: «Αύξηση του νεανικού αγοραστικού κοινού: οι ηλικίες 14-24 αποτελούσαν το 21% του πληθυσμού το 1960, ενώ το 1975 θα είναι 27%. Όταν μεγαλώσουν, τα άτομα των ηλικιών αυτών θα αποτελέσουν βασικό μερίδιο της αγοράς τσιγάρων για τα επόμενα 25 έτη. Θα κατευθύνουμε τις διαφημίσεις στο νεανικό εφηβικό κοινό χωρίς να διαφοροποιήσουμε την παρούσα εικόνα της εκστρατείας μας.»<sup>50</sup>

### Δεκαετία 1980

Ερευνητής καπνοβιομηχανίας αναφέρει: «Είναι σημαντικό να αποκτήσουμε γνώση για τις συνήθειες καπνίσματος στην εφηβική ηλικία. Ο σημερινός έφηβος είναι ο αυριανός δυνητικός τακτικός πελάτης και η συντριπτική πλειοψηφία των καπνιστών ξεκινά το κάπνισμα στην εφηβεία. Στα εφηβικά χρόνια επιλέγεται και η πρώτη μάρκα τσιγάρων. Ένα μέρος της επιτυχίας της, οφείλεται στο γεγονός ότι ήταν η πρώτη προτίμηση των εφήβων οι οποίοι παρέμειναν πιστοί στην μάρκα όταν μεγάλωσαν. Εάν υπάρξει μείωση στον αριθμό των εφήβων καπνιστών, θα έχουμε μεγαλύτερες απώλειες συγκριτικά με άλλες εταιρείες, καθώς έχουμε μεγάλο μερίδιο αγοράς στους νεαρούς καπνιστές.»<sup>51</sup>

### Δεκαετία 1990

Ένας αντιπρόσωπος πωλήσεων άλλης καπνοβιομηχανίας δήλωσε: «Στοχεύαμε στα παιδιά, και όταν εναντιώθηκα και είπα ότι αυτό είναι ανήθικο και ίσως παράνομο, μου απάντησαν ότι ήταν απλά η πολιτική της εταιρείας.» Ο αντιπρόσωπος ρωτήθηκε αν με τον όρο «παιδιά» εννοούσε μαθητές γυμνασίου ή πιο νεαρά άτομα. Η απάντηση του ήταν «Έχουν στόμα; Τους θέλουμε ως πελάτες!»<sup>52</sup>

Βασικό μοντέλο της εκστρατείας γνωστής καπνοβιομηχανίας για επτά χρόνια, δήλωσε ότι σκοπός του, σύμφωνα με το σχέδιο marketing της εταιρείας, ήταν να «Προσελκύσω νεαρούς καπνιστές, ώστε να αντικατασταθούν οι καπνιστές που πέθαιναν ή έκοβαν το κάπνισμα. Ήμουν μέρος μιας απάτης, να πουλήσουμε την εικόνα σε νεαρά αγόρια. Η δουλειά μου ήταν να κάνω μισό εκατομμύριο παιδιά να αρχίσουν το κάπνισμα έως το 1995.»<sup>53</sup>



## ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- Το καπνεμπόριο υποστηρίζει ότι η διαφήμιση δεν στοχεύει τους νέους και τα παιδιά. Εντούτοις, επιστημονικές μελέτες και έρευνες σε έγγραφα των εταιρειών έχουν καταδείξει ακριβώς το αντίθετο.
- Η διαφήμιση στοχεύει στις ψυχολογικές ανάγκες των νέων, όπως φήμη, κοινωνική αποδοχή, αυτοπεποίθηση, επιτυχία στον ερωτικό τομέα.
- Εκτεθειμένοι σε συμβολισμούς που παραπέμπουν στην επιθυμητή τους εικόνα μέσα από τη διαφήμιση προϊόντων καπνού, οι νέοι επιχειρούν συχνά να καλύψουν τις ψυχολογικές τους ανάγκες μέσα από το κάπνισμα.
- Σύμφωνα με πλήθος μελετών και βιβλιογραφίας, η διαφήμιση επηρεάζει τις πεποιθήσεις των νέων σχετικά με το κάπνισμα και προκαλεί αύξηση του αριθμού των καπνιστών, ενώ παράλληλα, αποτρέπει τους καπνιστές από το να διακόψουν το κάπνισμα.
- Η καθολική και χωρίς εξαιρέσεις απαγόρευση της διαφήμισης αποτελεί έναν ιδιαίτερα σημαντικό τρόπο για τη μείωση του αριθμού των καπνιστών.



## ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το νομικό πλαίσιο που διέπει τα θέματα χρήσης και προβολής προϊόντων καπνού αποτελείται από το Νόμο 3730/2008, το Νόμο 3868/2010 και τις σχετικές Υπουργικές Αποφάσεις.

Με το Νόμο 3868/2010, προστέθηκε η ακόλουθη παράγραφος στο Νόμο 3730/2008, η οποία ρυθμίζει το θέμα προβολής και διαφημιστικής προώθησης των προϊόντων καπνού:

*«Απαγορεύεται η κάθε είδους διαφήμιση και προώθηση προϊόντων καπνού σε όλους τους εξωτερικούς, υπαίθριους και εσωτερικούς χώρους. Εξαιρούνται οι εσωτερικοί χώροι των σημείων πώλησης προϊόντων καπνού. Ως εξωτερικός χώρος νοείται και η πρόσοψη και λοιπές πλευρές του κουβουκλίου, οι τέντες και ο περιβάλλον χώρος του περιπέτρου. Οι υπαίθριοι χώροι λογίζονται κατά την έννοια του άρθρου Ι του ν. 2946/2001 (ΦΕΚ 224 Α). Στους εσωτερικούς χώρους περιλαμβάνονται ενδεικτικά οι κινηματογράφοι, τα θέατρα, οι στρατιωτικές μονάδες, τα Δικαστήρια, όλα τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος, τα ξενοδοχεία και πάσης φύσεως τουριστικά καταλύματα, καθώς και τα εμπορικά καταστήματα. Απαγορεύεται η προβολή διαφημιστικών μηνυμάτων προϊόντων καπνού στους κινηματογράφους.»*

Υπενθυμίζεται ότι η διαφήμιση και προώθηση προϊόντων καπνού μέσω τηλεόρασης, ραδιοφώνου, διαφημιστικών πινακίδων (αφισών), εντύπων, διαδικτύου, έχει απαγορευθεί εδώ και πολλά χρόνια. Όπου επιτρέπεται η διαφήμιση, αυτή γίνεται με την προσθήκη προειδοποιήσεων υγείας.

Καθοριστικός παράγοντας στην απαγόρευση της διαφημιστικής προβολής είναι η Συμφωνία-Πλαίσιο για τον Έλεγχο του Καπνού από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO-World Health Organization).

Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση προσπαθεί να επιβάλει την απαγόρευση της διαφημιστικής προβολής από το 1989, αλλά το θέμα ήταν και παραμένει δύσκολο, καθώς εμπλέκονται τεράστιες πολυεθνικές καπνοβιομηχανίες, διαφημιστικές εταιρείες, εκδοτικές επιχειρήσεις, εταιρείες ΜΜΕ και εμπορικές εταιρείες. Επίσης, παλαιότερα είχαν τεθεί θέματα ελεύθερης διακίνησης αγαθών, ενιαίας αγοράς, συνταγματικότητας των απαγορευτικών διατάξεων, επιχορήγησης των καπνοπαραγωγών κ.λπ.

Πρέπει να γίνει κατανοητό στα παιδιά ότι η αγορά καπνού είναι αξίας πολλών δισεκατομμυρίων σε παγκόσμιο επίπεδο. Ως εκ τούτου, οι απόπειρες ρύθμισης της αγοράς θα συναντούν πάντα δυσκολίες, ενώ δημιουργούν και πεδίο για «πρωτοπόρες» και νόμιμες ιδέες προβολής, όπως εφαρμογές για smartphones, σειρές ρούχων και αξεσουάρ, κ.λπ. Είναι σαφές ότι μια εφαρμογή για smartphones, η οποία σχετίζεται με το κάπνισμα μπορεί να προσελκύσει και νεανικό κοινό, το οποίο είναι εξοικειωμένο με τη χρήση της τεχνολογίας αυτής.

Βλέπουμε δηλαδή ότι, αν δεν υπάρξει μια καθολική απαγόρευση στην προβολή προϊόντων καπνού, οι εμπλεκόμενες εταιρείες πάντα θα βρίσκουν τρόπους να προωθούν το προϊόν τους σε ακόμη νεαρότερες ηλικίες.



**Οι διαφημιστικές και προωθητικές  
ενέργειες των καπνοβιομηχανιών  
έχουν άμεση και σαφή αιτιολογική σχέση με  
την έναρξη του καπνίσματος, αλλά και τη συνέχισή του  
από τους εφήβους και τους νέους.**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

# ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

ΑΝΔΡΙΑΝΗ Ν. ΛΟΥΚΟΠΟΥΛΟΥ

Νοσηλεύτρια, MSc, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι»

**Τ**ο κάπνισμα στην εγκυμοσύνη είναι άλλη μια μορφή παθητικού καπνίσματος, στην έκθεση του οποίου υποβάλλεται υποχρεωτικά το έμβρυο, με αποτέλεσμα να δέχεται όλες τις επιβλαβείς συνέπειες του καπνίσματος, που μπορεί να το οδηγήσουν ακόμα και στο θάνατο, καθώς δεν υπάρχει επίπεδο έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα που να θεωρείται ασφαλές<sup>1</sup>.

Συγκεκριμένα, το κάπνισμα κατά την κύηση είναι μια πολύ σοβαρή αιτία για τη δημιουργία επιπλοκών στη διάρκεια της κύησης<sup>2</sup>. Ειδικότερα, το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη αυξάνει τη συχνότητα εμφάνισης προδρομικού πλακούντα, αποκόλλησης πλακούντα, έκτοπης κύησης και πρόωρης ρήξης των εμβρυϊκών υμένων<sup>3</sup>. Επίσης, το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη έχει αποδειχθεί ότι συσχετίζεται με αυξημένα ποσοστά εμφάνισης: υπολειπόμενου βάρους γέννησης νεογών, περιγεννητικής θνησιμότητας, πρόωρου τοκετού<sup>4</sup> και συνδρόμου του αιφνιδίου θανάτου των βρεφών<sup>5</sup>.

Επιπλέον, μεγαλώνοντας αυτά τα παιδιά εμφανίζουν διάφορα προβλήματα υγείας όπως: αναπνευστικά<sup>6,7,8</sup>, καρδιαγγειακά<sup>9,10</sup>, διαταραχές συμπεριφοράς, ελλειμματική προσοχή και υπερκινητικότητα<sup>11-17</sup>. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η επίδραση του καπνίσματος της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στη γονιμότητα των αγοριών<sup>18</sup>, στην εμφάνιση συγγενών ανωμαλιών<sup>19,20,21</sup>, καθώς και στη σύνδεση του αυτισμού με το καθημερινό κάπνισμα της μητέρας στην αρχή της εγκυμοσύνης<sup>22,23</sup>.

Παρόλο που το 40% των εγκύων καπνιστριών διακόπουν αυθορμίτως το κάπνισμα πριν την πρώτη τους επίσκεψη στο γυναικολόγο<sup>24</sup>, το υπόλοιπο 60% των εγκύων καπνιστριών επιμένει να καπνίζει.

Σε αυτές απευθύνονται τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος κατά την κύηση με αρκετά σημαντικά ποσοστά επιτυχίας<sup>4,25</sup>. Τα ποσοστά της αποτελεσματικότητας των διαφόρων παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος κατά την κύηση ποικίλουν από 26,5% έως 47% για τις κλινικές μελέτες, σύμφωνα με τη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση 19 ερευνών<sup>26</sup>.

Ο επιπολασμός του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της κύησης ποικίλει ανάλογα με τη χώρα. Στην Ευρώπη, στη Νότιο Αφρική και την Αυστραλία ένα ποσοστό 20 - 45% όλων των εγκύων γυναικών καπνίζουν, ενώ η επίπτωση του καπνίσματος των εγκύων στη Βόρεια Αμερική είναι σχετικά χαμηλότερη περίπου 20%<sup>27,33</sup>. Στη Σουηδία, μια χώρα που διεξάγει συνεχή καμπάνια για τη μείωση του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη, η μείωση του καπνίσματος των εγκύων βάσει των συστηματικών καταγραφών ήταν εντυπωσιακή. Ενώ το 1994 κάπνιζε το 29% των εγκύων καθημερινά, το 1997 το ποσοστό μειώθηκε στο 15%<sup>34</sup>. Ομοίως και στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου ενώ το 1998 κάπνιζε το 27% των εγκύων<sup>35</sup>, το 2006 έπειτα από εκτεταμένη ενημέρωση και εφαρμογή παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος το ποσοστό έπεσε στο 17%<sup>36</sup>.

Πρόσφατη πανευρωπαϊκή έρευνα, που μελέτησε μεταξύ άλλων και το κάπνισμα κατά το Γ' τρίμηνο της κύησης, διαπίστωσε ότι το κάπνισμα των εγκύων σε αυτό το κρίσιμο τρίμηνο κυμαίνεται από 5% στη Λιθουανία και τη Σουηδία έως 14% στην Ισπανία, 15% στη Βόρεια Ιρλανδία, 16% στην Ουαλία, 17% στη Γαλλία και 19% στη Σκωτία. Ωστόσο, σύμφωνα με τους ερευνητές η ποιότητα των δεδομένων χρειάζεται βελτίωση σε πολλές χώρες, καθώς η αναφερόμενη από τις εγκύους καπνιστική κατάσταση ενδέχεται να μην είναι αληθής, διότι γνωρίζουν ότι δεν θα έπρεπε να καπνίζουν κατά την κύηση. Δυστυχώς, έντεκα χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα δεν παρέιχαν καθόλου επιδημιολογικά στοιχεία για το κάπνισμα κατά την κύηση στις χώρες τους<sup>37</sup>.

## ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Αποτέλεσμα του καπνίσματος κατά την κύηση είναι να συνδέεται μεταξύ άλλων με πρόωρο τοκετό και με αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα<sup>38</sup>. Το ποσοστό της αύξησης της περιγεννητικής θνησιμότητας εξαιτίας του καπνίσματος κατά την κύηση ανέρχεται στο 150%<sup>39</sup> και της αύξησης των πρόωρων τοκετών στο 15%<sup>40</sup>. Η περιγεννητική θνησιμότητα είναι αυξημένη στα νεογνά των εγκύων καπνιστριών ανεξάρτητα από τον αριθμό των τσιγάρων που

### ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ:

- Αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα (150%).
- Πρόωρος τοκετός (αυξημένος κατά 15%).
- Ανωμαλίες πλακούντα.

αυτές καπνίζουν ημερησίως. Κύρια αιτία είναι η υποξία και η προωρότητα, που οφείλονται στις συχνές αιμορραγίες από την αποκόλληση πλακούντα ή τον προδρομικό πλακούντα και την πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων<sup>41</sup>. Επίσης, η κατανάλωση καπνού βρέθηκε ότι προκαλεί πρόωρη γήρανση του πλακούντα, εντάσσοντας τις εγκύους καπνίστριες σε ομάδα κύησης υψηλού κινδύνου<sup>42</sup>. Συγκεκριμένα:

- **Ανωμαλίες πλακούντα**

Σύμφωνα με έρευνα, που μελέτησε τις επιπτώσεις του μητρικού καπνίσματος κατά την κύηση στη μορφολογία του πλακούντα, αποδεικνύεται ότι δημιουργούνται παθολογoανατομικές αλλοιώσεις στον πλακούντα, οι οποίες προκαλούν ελάττωση της διάχυσης του οξυγόνου μέσω αυτού με αποτέλεσμα το έμβρυο να αναπτύσσεται σε συνθήκες υποξικού στρες<sup>43</sup>.

Η επίδραση του καπνίσματος στη μορφολογία του πλακούντα επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες, στις οποίες διαφαίνεται ότι το κάπνισμα της μητέρας βλάπτει την πλακούντια ανάπτυξη. Εντυπωσιακή είναι η διαπίστωση ότι η έκθεση της εγκύου στο παθητικό κάπνισμα είχε τα ίδια αποτελέσματα με το ενεργό κάπνισμα στην ανάπτυξη του πλακούντα<sup>44</sup>.

- **Έκτοπη κύηση**

Πρόκειται για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου σε θέση εκτός της κοιλότητας της μήτρας, συνήθως μέσα στη σάλπιγγα<sup>45</sup>. Σύμφωνα με έρευνα που διήρκεσε από το 1983 έως το 1987, οι γυναίκες που κάπνιζαν είχαν υπερδιπλάσιο κίνδυνο για έκτοπη κύηση με αναλογία πιθανότητας 2,5 συγκριτικά με εκείνες που δεν κάπνισαν ποτέ. Ο υπολογιζόμενος σχετικός κίνδυνος ανέρχονταν από 1,4 για τις γυναίκες, που κάπνιζαν λιγότερο από 10 τσιγάρα ημερησίως, έως 5 για εκείνες που κάπνιζαν περισσότερο από 30 τσιγάρα ημερησίως<sup>46</sup>.

Ακολούθως και η έρευνα των Saraiya και συνεργατών απέδειξε ότι η αύξηση του κινδύνου για έκτοπη κύηση ήταν ανάστροχη της αύξησης του αριθμού των τσιγάρων που κάπνιζε η έγκυος. Πιο συγκεκριμένα, ενώ ο σχετικός κίνδυνος έκτοπης κύησης ήταν 1,6 στις γυναίκες που κάπνιζαν από 1-5 τσιγάρα ημερησίως, ο σχετικός αυτός κίνδυνος αυξάνονταν στο 2,3 στις γυναίκες που κάπνιζαν 11-20 τσιγάρα ημερησίως<sup>47</sup>.

- **Αποκόλληση πλακούντα**

Ως πρόωρη αποκόλληση πλακούντα ονομάζεται ο διαχωρισμός του φυσιολογικά προσφυόμενου πλακούντα από τη μήτρα πριν τη γέννηση του εμβρύου. Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται μετά την 20ή εβδομάδα κύησης και κυρίως κατά το Γ΄ τρίμηνο, παρόλο που μπορεί να εκδηλωθεί καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης<sup>48</sup>. Η αύξηση της συχνότητας της αποκόλλησης πλακούντα στις εγκύους καπνίστριες διαπιστώθηκε αρχικά το 1976 από την έρευνα των Meyer και συνεργατών, όπου η συχνότητα της αποκόλλησης πλακούντα

---

Το ποσοστό της αύξησης της περιγεννητικής θνησιμότητας εξαιτίας του καπνίσματος κατά την κύηση ανέρχεται στο 150%, ενώ στο 15% ανέρχεται η αύξηση των πρόωρων τοκετών.

---

αυξήθηκε κατά 23% στις εγκύους καπνίστριες, που κάπνιζαν λιγότερο από 20 τσιγάρα ημερησίως και 86% στις εγκύους, που κάπνιζαν περισσότερο από 20 τσιγάρα ημερησίως. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι σχετιζόμενες με το κάπνισμα αυξημένες αιμορραγίες κατά το Γ' τρίμηνο κύησης ήταν υπεύθυνες σχεδόν για το 50% της αύξησης της περιγεννητικής θνησιμότητας λόγω του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη<sup>49</sup>.

Πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη σε εθνικό επίπεδο στη Σουηδία, όπου συμμετείχαν 526.690 γυναίκες, που γέννησαν διαδοχικά με μονήρεις κυήσεις τα δύο πρώτα τους παιδιά από το 1983 έως το 2001, αποδεικνύει τη συσχέτιση του καπνίσματος με αυξημένο κίνδυνο αποκόλλησης πλακούντα στη δεύτερη κύηση. Όταν η γυναίκα κάπνιζε κατά τη διάρκεια και των δύο κυήσεων, ο κίνδυνος αύξανε σχεδόν 11 φορές. Το μεγάλο μέγεθος του δείγματος της έρευνας δεν αυξάνει μόνον τη στατιστική σημαντικότητα των αποτελεσμάτων, αλλά δίνει και τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων σε άλλες χώρες<sup>50</sup>.

- **Προδρομικός πλακούντας**

Όταν ο πλακούντας εμφυτεύεται και αναπτύσσεται στο κατώτερο τμήμα της μήτρας ονομάζεται προδρομικός<sup>41</sup>. Η εμφάνιση προδρομικού πλακούντα έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με το κάπνισμα κατά την κύηση. Σύμφωνα με έρευνα 28.358 τοκετών η επίπτωση του προδρομικού πλακούντα γενικά ήταν 6,4 ανά 1.000 τοκετούς. Ειδικότερα, στις εγκύους που κάπνιζαν λιγότερο από ένα πακέτο ημερησίως η επίπτωση ήταν 8,2 ανά 1.000 τοκετούς, ενώ στην ομάδα των εγκύων που κάπνιζαν ένα πακέτο ημερησίως η επίπτωση έφτανε στο 13,1 στους 1.000 τοκετούς<sup>49</sup>.

Ο συσχετισμός αυτός μεταξύ προδρομικού πλακούντα και καπνίσματος κατά την κύηση ενισχύεται και από νεότερες μελέτες. Τα στοιχεία από το σουηδικό ιατρικό αρχείο γεννήσεων, που αντιπροσωπεύει περίπου 2.000.000 γεννήσεις για περισσότερα από 18 έτη, συμπεριελάμβαναν 2.345 περιπτώσεις προδρομικού πλακούντα. Η γενική αναλογία πιθανότητας για εμφάνιση προδρομικού πλακούντα μεταξύ των καπνιστριών ήταν 1,53. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι παρατηρήθηκε μια δόσο-εξαρτώμενη σχέση με αναλογία πιθανότητας 1,40 μεταξύ των γυναικών που κάπνιζαν λιγότερο από 10 τσιγάρα ημερησίως και 1,72 μεταξύ εκείνων που κάπνιζαν περισσότερο από 10 τσιγάρα καθημερινά<sup>51</sup>.

Επίσης, σύμφωνα με την αναδρομική μελέτη σειρών (Cohort study), η οποία βασίστηκε στα στοιχεία των αρχείων γεννητικότητας των ΗΠΑ από το 1989 - 1998 και συμπεριέλαβε 37.956.020 μονήρεις κυήσεις και 961.578 δίδυμες κυήσεις, ο αριθμός των τοιγάρων που καπνίστηκαν σε ημερήσια βάση παρουσίασε δόσοεξαρτώμενη σχέση με την εμφάνιση προδρομικού πλακούντα και στις δύο ομάδες. Ο σχετιζόμενος με το κάπνισμα κίνδυνος εμφάνισης προδρομικού πλακούντα ήταν 4,4% μεταξύ των μονήρων γεννήσεων και 2,7% μεταξύ των διδύμων γεννήσεων<sup>52</sup>.

- **Πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων**

Ως πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων νοείται η αυτόματη ρήξη των υμένων πριν από το τέρμα της κύησης<sup>3</sup>, ενώ η πρόωπη πρόωρη ρήξη των υμένων (preterm premature rupture of the membranes), πριν τη συμπλήρωση της 37ης εβδομάδας κυήσεως αποτελεί την πιο συχνή αιτία πρόωρου τοκετού<sup>53</sup>, αφού αντιστοιχεί σχεδόν στο 30% όλων των πρόωρων τοκετών<sup>54</sup>. Το κάπνισμα θεωρείται μια από τις σημαντικότερες αιτίες της πρόωρης ρήξης των εμβρυϊκών υμένων, καθώς συσχετίζεται με αναλογία πιθανότητας 1,81%, σε έξι έρευνες<sup>3</sup>. Σε αυτό συνηγορούν και τα αποτελέσματα των Williams και συνεργατών σύμφωνα με τα οποία οι γυναίκες που κάπνιζαν καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είχαν 2,2 φορές αύξηση του κινδύνου για πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων και 2,1 φορές αύξηση του κινδύνου για πρόωρο αυτόματο τοκετό σε σχέση με τις μη καπνίστριες<sup>53</sup>.

## ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΠΟΥ ΘΑ ΓΕΝΝΗΘΕΙ:

- Ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης.
- Χαμηλό βάρος γέννησης νεογνού.
- Σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου των βρεφών.
- Βρογχικό άσθμα.
- Διαταραχή συμπεριφοράς, ελλειμματική προσοχή και υπερκινητικότητα.
- Αυτιστικές διαταραχές.
- Υπογονιμότητα στα αγόρια.
- Συγγενείς ανωμαλίες.
- Αυξημένη νοσοκομειακή νοσηλεία.
- Αύξηση καρδιαγγειακού κινδύνου.

## ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΠΟΥ ΘΑ ΓΕΝΝΗΘΕΙ

Όταν η έγκυος καπνίζει ή εκτίθεται σε παθητικό κάπνισμα, το έμβρυο εξαναγκάζεται να καπνίζει με αποτέλεσμα να είναι ο πρώτος παθητικός καπνιστής με δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία και την ανάπτυξή του<sup>55</sup>. Ήδη, από την πρώτη έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1957, διαπιστώθηκαν διαφορές, όχι μόνο στο βάρος γέννησης των νεογνών των καπνιστριών, αλλά και στα σωματομετρικά χαρακτηριστικά, όπως στο ύψος, στην περιμέτρο κεφαλής, θώρακος και ώμων<sup>56</sup>. Το παθητικό κάπνισμα του εμβρύου επηρεάζει την ανάπτυξη των πνευμόνων και του εγκεφάλου<sup>57</sup>, με αποτέλεσμα να επιβαρύνει την υγεία αυτού του παιδιού για όλη του τη ζωή<sup>58</sup>. Οι επιπτώσεις:

- **Μητρικό κάπνισμα και χαμηλό βάρος γέννησης νεογνού**

Το βάρος γέννησης του νεογνού δεν αντικατοπτρίζει μόνο την εμβρυϊκή ανάπτυξη, αλλά αποτελεί έναν από τους κυριότερους δείκτες καθορισμού της βρεφικής νοσηρότητας<sup>59</sup>. Το κάπνισμα της μητέρας κατά την κύηση υπολογίστηκε ότι ευθύνεται για το 20-30% των λιποβαρών νεογνών στις ΗΠΑ<sup>60</sup>. Η συχνότητα εμφάνισης πρόωρων λιποβαρών νεογνών συσχετίζεται θετικά με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν οι έγκυες καπνίστριες<sup>61</sup>. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που καπνίζουν κατά την εγκυμοσύνη έχουν κατά μέσο όρο 150-250 γραμμ. μικρότερου βάρους γέννησης νεογνά συγκριτικά με τις μη καπνίστριες<sup>62</sup>.

Πρόσφατη έρευνα των Stein και συνεργατών σε εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα παιδιών στις ΗΠΑ μελέτησε το πόσο πιο ευάλωτα είναι τα λιποβαρή παιδιά σε ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων υγείας, μάθησης και συμπεριφοράς, συγκριτικά με αυτά που έχουν κανονικό βάρος γέννησης. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας δείχνουν ότι τα μικρού βάρους γέννησης νεογνά, σε σχέση με τα κανονικού βάρους γέννησης, έχουν μεγαλύτερη ανάγκη φροντίδας υγείας, πάσχουν συχνότερα από χρόνια νοσήματα, εμφανίζουν συχνότερα μαθησιακές δυσκολίες, διαταραχή στη συγκέντρωση και υπερκινητικότητα<sup>63</sup>.

- **Το σύνδρομο του αιφνιδίου θανάτου των βρεφών**

Τα νεογνά των καπνιστριών κινδυνεύουν ιδιαίτερα από το σύνδρομο του αιφνιδίου θανάτου των βρεφών (Sudden Infant Death Syndrome), που ορίζεται ως ο αιφνίδιος θάνατος ενός υγιούς νεογνού μικρότερου του ενός έτους, του οποίου η αιτία θανάτου δεν μπορεί να προσδιοριστεί ούτε από το ιατρικό ιστορικό, ούτε από τη νεκροψία<sup>64</sup>. Αναλυτικότερα, τα νεογνά των οποίων οι μητέρες καπνίζουν κατά την κύηση κινδυνεύουν 2,3 φορές περισσότερο από το σύνδρομο του αιφνιδίου θανάτου, από ό,τι τα νεογνά των οποίων οι μητέρες δεν καπνίζουν. Η πιθανότητα αυτή αυξάνεται 3 φορές στα βρέφη των οποίων οι μητέρες συνεχίζουν να καπνίζουν και μετά την εγκυμοσύνη<sup>65,66</sup>. Σε νεογνά που πέθαναν από το σύνδρομο του αιφνιδίου θανάτου βρέθηκαν αυξημένες συγκε-



νθρώπους νικοτίνης στους πνεύμονες καθώς και αυξημένα επίπεδα κοπίνης συγκριτικά με νεογνά που πέθαναν από άλλες αιτίες<sup>67</sup>.

- **Μητρικό κάπνισμα και αναπνευστικό σύστημα του παιδιού**

Το κάπνισμα της μητέρας κατά την κύηση μειώνει την αναπνευστική λειτουργία των νεογνών<sup>6,7,8</sup>. Οι αλλαγές αυτές στην αναπνευστική λειτουργία είναι εμφανείς ακόμα και 7 εβδομάδες πριν από την αναμενόμενη ημερομηνία τοκετού, δείχνοντας ότι οι αρνητικές επιπτώσεις από την προγεννητική έκθεση στο κάπνισμα δεν περιορίζονται στις τελευταίες εβδομάδες της κύησης, αλλά έχουν ήδη εγκατασταθεί νωρίτερα<sup>8</sup>. Πρόσφατες επιδημιολογικές έρευνες αποδεικνύουν ότι το μητρικό κάπνισμα αποτελεί έναν ουσιαστικό παράγοντα κινδύνου για το άσθμα της παιδικής ηλικίας<sup>68,69</sup>. Ο Jaakkola και οι συνεργάτες του, που διερεύνησαν ένα δείγμα 5.951 παιδιών ηλικίας 8-12 ετών κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η προγεννητική έκθεση στο κάπνισμα τοιγάρου, εξαίτιας του μητρικού καπνίσματος, συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης άσθματος<sup>69</sup>. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε κορίτσια των οποίων οι μητέρες είχαν καπνίσει περισσότερο από 20 τσιγάρα ημερησίως κατά την κύηση, είχαν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης συμπτωμάτων άσθματος ακόμα και σε μεγαλύτερη ηλικία από ότι στην προηγούμενη έρευνα (έως και 14 ετών)<sup>68</sup>. Επίσης, το κάπνισμα της μητέρας κατά την κύηση θεωρείται σημαντικός παράγοντας εκδήλωσης ασθματικής βρογχίτιδας τον πρώτο χρόνο ζωής<sup>70</sup>. Σύμφωνα με πανελλαδική έρευνα που μελέτησε 2.374 παιδιά προσχολικής ηλικίας, επιβεβαιώνεται ότι το ενεργητικό κάπνισμα της εγκύου αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου όχι μόνο για την εμφάνιση συμπτωμάτων βρογχικού άσθματος, αλλά και για την διαγνωσμένη ύπαρξη άσθματος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Η εκδήλωση βρογχικού άσθματος ήταν δυοσεξαρτώμενη, καθώς φάνηκε πως για κάθε ένα τσιγάρο, που κάπνιζε η έγκυος κατά τη διάρκεια της κύησης, αύξανε κατά 1% η πιθανότητα εμφάνισης επεισοδίων συριγμού ή η ύπαρξη διαγνωσμένου βρογχικού άσθματος<sup>71</sup>.

Εκτός από το άσθμα στην παιδική ηλικία και στην εφηβεία, τα αποτελέσματα από μια πρόσφατη προοπτική μελέτη αναφέρουν ότι και στην ενήλικη ζωή το άσθμα μπορεί να συνδεθεί με το μητρικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης<sup>72</sup>.

Συγκεκριμένα, η διαχρονική έρευνα των Narang και συνεργατών για την αξιολόγηση της λειτουργίας των αεραγωγών 21 χρόνια μετά τον πρόωρο τοκετό, διαπίστωσε ότι, αν και δεν υπάρχουν πλέον στοιχεία εμμένουσας απόφραξης των αεραγωγών, ούτε βρογχική υπεραντιδραστικότητα, εξακολουθούν να υπάρχουν ακόμα και 21 χρόνια μετά την πρόωρη γέννηση σημαντικά αναπνευστικά συμπτώματα<sup>73</sup>.

- **Διαταραχή συμπεριφοράς, ελλειμματική προσοχή και υπερκινητικότητα**

Διάφορες επιδημιολογικές μελέτες υποστηρίζουν ότι η έκθεση στο κάπνισμα κατά την κύηση μπορεί να έχει επιπτώσεις στο εμβρυϊκό νευρικό σύστημα, που θα μπορούσαν

να οδηγήσουν σε διαταραχές της συμπεριφοράς στο νεογνό, το παιδί, ή ακόμα και το νέο ενήλικα<sup>11,12</sup>. Φαίνεται ότι το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη συνδέεται με την ελλειμματική προσοχή των παιδιών<sup>13</sup>, την υπερκινητικότητα, με περισσότερες μαθησιακές διαταραχές<sup>74</sup>, αλλά και με διαταραχή της συμπεριφοράς<sup>14</sup>.

Έχει διαπιστωθεί ισχυρή σχέση μεταξύ μητρικού καπνίσματος κατά την κύηση και της, κάτω του μετρίου, ακαδημαϊκής επίδοσης των παιδιών στην ηλικία των 15 ετών<sup>15</sup>. Εντούτοις, παραμένει ασαφές εάν η αναφερόμενη σχέση μεταξύ καπνίσματος στην εγκυμοσύνη και μετρήσεων της γνωστικής λειτουργίας σχετίζονται αιτιολογικά ή εάν οφείλονται στο παθητικό κάπνισμα μετά τη γέννηση ή στα κοινωνικοοικονομικά και λοιπά χαρακτηριστικά των καπνιστριών μητέρων, καθώς το μητρικό κάπνισμα μπορεί να συσχετιστεί με ένα λιγότερο προνομιακό οικογενειακό περιβάλλον<sup>16,17</sup>. Ενδεχομένως να αντανakλάται η επίδραση χαρακτηριστικών, που αφορούν τις διαφορές στο οικογενειακό περιβάλλον των καπνιστών και των μη καπνιστών σε όλα τα κοινωνικά στρώματα, όπως διαφορές στις δεξιότητες που έχουν ως γονείς και στο χρόνο και την προσοχή που αφιερώνουν στο παιδί<sup>75</sup>.

- **Καθημερινό μητρικό κάπνισμα και αυτισμός**

Παρόλο που είναι σπάνιος ο σχετικός κίνδυνος εμφάνισης αυτισμού με συχνότητα 1/1.000 γεννήσεις<sup>22</sup>, εντούτοις συνδέεται με το καθημερινό κάπνισμα της μητέρας στην αρχή της εγκυμοσύνης, σύμφωνα με πρόσφατη επιδημιολογική έρευνα, που διεξήχθη σε εθνικό επίπεδο στη Σουηδία<sup>23</sup>. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι σύμφωνα με τις παρατηρήσεις τους που προέρχονται από δείγμα 408 παιδιών, τα οποία γεννήθηκαν από το 1974-1993, επίσημα διαγνωσμένων με αυτισμό, υπάρχει η πιθανότητα μια υπο-ομάδα παιδιών να αναπτύσσουν αυτισμό, διότι πάσχουν από τον ενδομήτριο περιορισμό ανάπτυξης και εκτίθενται στη δυσμενή εμβρυϊκή ασφυξία. Αυτό συνάδει με αρκετά από τα συμπεράσματα που είναι σύμφωνα με τη μη γενετική διαμεσολάβηση κινδύνων που οδηγούν στην εμφάνιση του αυτισμού<sup>23</sup>.

- **Η επίδραση του μητρικού καπνίσματος στη γονιμότητα των αγοριών**

Το κάπνισμα της μητέρας κατά τη διάρκεια της κύησης μπορεί να επηρεάσει τη γονιμότητα των αγοριών που θα γεννηθούν. Το πρώτο στάδιο της έρευνας ξεκίνησε από το 1984 έως το 1987, ως έρευνα για το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη και τις επιπτώσεις του στο έμβρυο. Τα έτη 2005-2006, σε δεύτερο στάδιο της έρευνας, συγκεντρώθηκαν 347 δείγματα σπέρματος των ανδρών, που συμμετείχαν από έμβρυα στην έρευνα. Σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων, όσο περισσότερο καπνίζει η μητέρα κατά την κύηση, τόσο μεγαλύτερη είναι η επίδραση στη μείωση του όγκου και της συγκέντρωσης του σπέρματος. Αναλυτικότερα, άνδρες των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν περισσότερο από 19 τσιγάρα ημερησίως κατά τη διάρκεια της κύησης, εμφάνισαν σχεδόν 19% χαμηλότε-

ρο όγκο σπέρματος, 17% χαμηλότερη συγκέντρωση σπέρματος και συνολικά 38% χαμηλότερο σπερματικό επίπεδο<sup>18</sup>.

- **Συγγενείς ανωμαλίες και μητρικό κάπνισμα**

Η συσχέτιση του καπνίσματος κατά την κύηση με την εμφάνιση συγγενών ανωμαλιών έχει θεωρηθεί από πολλούς αμφιλεγόμενη, διότι πίστευαν ότι το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη δεν θα μπορούσε να οδηγήσει σε τερατογένεση. Ωστόσο, διάφορες μελέτες διαπίστωσαν ότι, όταν η μητέρα καπνίζει, αυξάνεται η συχνότητα εμφάνισης συγγενών ανωμαλιών, ιδιαίτερα η εμφάνιση λυκοστόματος και λαγώχειλου<sup>19</sup>. Ειδικότερα, σύμφωνα με τη μετα-ανάλυση των δεδομένων εννέα ερευνών, που δημοσιεύθηκαν μεταξύ 1974-2001 και εξέτασαν συνολικά στοματοπροσωπικές σχισίες, διαπιστώθηκε σύνδεση μεταξύ μητρικού καπνίσματος και 34% αύξηση του κινδύνου για λαγώχειλο, με ή χωρίς λυκόστομα, και 22% αύξηση του κινδύνου για λυκόστομα<sup>20</sup>.

Η μεγαλύτερη έρευνα για τη διερεύνηση της σχέσης του μητρικού καπνίσματος στην εγκυμοσύνη και του σχετικού κινδύνου γέννησης παιδιού με πολυδακτυλία, αδακτυλία ή συνδακτυλία διεξήχθη στις ΗΠΑ, όπου χρησιμοποιήθηκε η εθνική βάση δεδομένων γεννητικότητας του 2001 και του 2002<sup>21</sup>. Ειδικότερα, εξετάστηκαν τα αρχεία 6.839.854 γεννήσεων και ανευρέθηκαν 5.171 νεογνία με μεμονωμένη πολυδακτυλία, αδακτυλία ή συνδακτυλία και συγκρίθηκαν με 10.342 νεογνά χωρίς συγγενείς ανωμαλίες προκειμένου οι ερευνητές να αποδείξουν ότι το κάπνισμα 1-10 τσιγάρων ημερησίως κατά τη διάρκεια της κύησης συνδέθηκε με 29% αύξηση του σχετικού κινδύνου. Το κάπνισμα 11-20 τσιγάρων ημερησίως αύξανε το σχετικό κίνδυνο στο 38%, ενώ το κάπνισμα περισσότερο από 21 τσιγάρα ημερησίως κατά τη διάρκεια της κύησης συνδέθηκε με 78% αύξηση του σχετικού κινδύνου γέννησης παιδιού με μεμονωμένη πολυδακτυλία, αδακτυλία ή συνδακτυλία. Τα αποτελέσματα αυτά είναι στατιστικά σημαντικά λόγω του μεγάλου δείγματος. Συγκεκριμένα το δείγμα αντιπροσώπευε το 84% των γεννήσεων στις ΗΠΑ, το οποίο κρίνεται αναγκαίο στις επιδημιολογικές μελέτες για τη διερεύνηση σπάνιων ασθενειών. Όμως, ακόμα κι αν αυξάνεται αρκετά ο σχετικός κίνδυνος, ο αριθμός των νεογνών που κινδυνεύουν να γεννηθούν με συγγενείς ανωμαλίες παραμένει αρκετά μικρός, αφού τα ποσοστά εμφάνισης τέτοιων γενετικών ανωμαλιών είναι ιδιαίτερα σπάνια με συχνότητα 1 στις 2.000-2.500 γεννήσεις<sup>21</sup>.

- **Μητρικό κάπνισμα και αυξημένη νοσοκομειακή νοσηλεία των παιδιών**

Σύμφωνα με τη μελέτη 1.974 παιδιών, των Wisborg και συνεργατών, που διερεύνησε τη σχέση μεταξύ καπνίσματος στην κύηση και νοσηλείας σε νοσοκομείο βρεφών λιγότερο από 8 μηνών, το 8% των παιδιών αυτών νοσηλεύθηκαν στο νοσοκομείο κατά τους πρώτους 8 μήνες της ζωής τους. Ειδικότερα, τα παιδιά των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν τουλάχιστον 15 τσιγάρα ημερησίως είχαν διπλάσιο κίνδυνο να νοσηλευθούν, από εκεί-

να που οι μητέρες τους δεν κάπνιζαν. Συμπερασματικά, το κάπνισμα τουλάχιστον 15 τσιγάρων ημερησίως επηρεάζει την υγεία των παιδιών σε τέτοιο βαθμό, ώστε, εάν όλες οι έγκυες γυναίκες που καπνίζουν τουλάχιστον 15 τσιγάρα ημερησίως σταματούσαν το κάπνισμα, θα μπορούσε να αποφευχθεί το 5% των νοσοκομειακών εισαγωγών παιδιών μικρότερων των 8 μηνών<sup>76</sup>.

- **Αύξηση παιδικού καρδιαγγειακού κινδύνου και μητρικό κάπνισμα**

Η έκθεση του εμβρύου στο μητρικό κάπνισμα συνδέεται με αυξημένη αρτηριακή πίεση (ΑΠ) στα νεογνά σύμφωνα με την έρευνα των Beratis και συνεργατών στην οποία μελετήθηκαν 73 νεογνά, των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά την κύηση. Ειδικότερα, παρατηρήθηκε ότι η αύξηση της ΑΠ των νεογνών συσχετίζεται με τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν οι μητέρες ημερησίως. Το κάπνισμα τουλάχιστον 15 τσιγάρων ημερησίως μπορεί να προκαλέσει αύξηση της ΑΠ σε νηπιακό στάδιο, αλλά η ΑΠ τείνει να επιστρέψει στα φυσιολογικά επίπεδα κατά το δεύτερο έτος ζωής<sup>9</sup>.

Η συσχέτιση του καπνίσματος με μειωμένα επίπεδα HDL χοληστερόλης σε υγιή οκτάχρονα παιδιά που εκτέθηκαν στο μητρικό κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη και τον περιβαλλοντικό καπνό (ETS) διερευνήθηκε από τους Ayer και συνεργάτες. Έπειτα από συνεχείς μετρήσεις λιποπρωτεϊνών και αρτηριακής πίεσης από τη γέννηση των παιδιών έως την ηλικία των 8 ετών, βρέθηκε ότι τα παιδιά αυτά είχαν χαμηλότερα επίπεδα HDL χοληστερόλης (1,32 έναντι 1,50 mmol/L), υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων (1,36 έναντι 1,20 mmol/L), και υψηλότερη συστολική αρτηριακή πίεση (102,1 έναντι 99,9 mmHg)<sup>10</sup>.

## Η ΕΚΘΕΣΗ ΤΩΝ ΕΓΚΥΩΝ ΣΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Η έκθεση των εγκύων μη καπνιστριών στον καπνό σύμφωνα με τη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση 58 μελετών μειώνει το μέσο βάρος γέννησης του νεογνού κατά 33 γραμμ. ή περισσότερο, και αυξάνει κατά 22% τον κίνδυνο βάρους γέννησης νεογνού κάτω των 2.500 γραμμ.<sup>77</sup>. Επίσης, η παθητική έκθεση στον καπνό του τσιγάρου κατά την κύηση έχει συσχετιστεί με το σύνδρομο του αιφνίδιου θανάτου των βρεφών<sup>78</sup>.

Επιπλέον, σύμφωνα με έρευνα στην οποία συμμετείχαν 91 παιδιά ηλικίας 6 - 9 ετών και χρησιμοποιήθηκε μια ολοκληρωμένη συστοιχία νευροψυχολογικών τεστ, η απόδοση των παιδιών των παθητικών καπνιστών (στα τεστ του λόγου, στις γλωσσικές δεξιότητες, την ευφυΐα και τα νευροψυχολογικά τεστ) βρέθηκε να είναι ενδιάμεση συγκριτικά με τις ομάδες των παιδιών των μη καπνιστών γονέων και των καπνιστών. Συμπερασματικά, τα παιδιά των παθητικών καπνιστών κινδυνεύουν επίσης από αρνητικές αναπτυξιακές εκβάσεις<sup>79</sup>.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα στοιχεία από την ελληνική επικράτεια που

αφορούν την έκθεση των εγκύων στο παθητικό κάπνισμα. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2004 με σκοπό τη διερεύνηση του παθητικού καπνίσματος κατά τη διάρκεια της κύησης σε 128 έγκυες, μη καπνίστριες, που επισκεύθηκαν τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία της Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης, η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα υπολογίστηκε 55% από το σύντροφο στο σπίτι, 91% από άλλους καπνιστές στο σπίτι, 75% από καπνιστές στον εργασιακό χώρο και 80% λόγω παραμονής σε χώρους εστίασης και ΙΧ οχήματα. Το 41% των γυναικών του δείγματος ήταν εκτεθειμένες σε τρεις πηγές, τονίζοντας την εξαιρετικά υψηλή έκθεση στο παθητικό κάπνισμα των εγκύων γυναικών στην Κρήτη<sup>80</sup>.

Η εκτεταμένη έκθεση των εγκύων στο παθητικό κάπνισμα επιβεβαιώνεται και από πρόσφατη κλινική δοκιμή που διεξήχθη στις μαιευτικές κλινικές δύο δημοσίων Νοσοκομείων της Αττικής (9/2009- 2/2012) που συμμετείχαν 84 έγκυες καπνίστριες<sup>81</sup>. Η διεξαγωγή της έρευνας συνέπεσε χρονικά με την εφαρμογή των νέων νομοθετικών διατάξεων, σχετικά με την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους και τον ειδικό φόρο κατανάλωσης καπνού, που είχαν άμεση επίδραση στην κατά κεφαλήν κατανάλωση τσιγάρων<sup>82</sup>. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η έκθεση των εγκύων καπνιστριών στο παθητικό κάπνισμα στους δημόσιους χώρους ήταν 59.5% στην πειραματική ομάδα και 61.9% στην ομάδα ελέγχου. Η έκθεση των εγκύων καπνιστριών στο παθητικό κάπνισμα στον εργασιακό χώρο ήταν 36.7% στην πειραματική ομάδα και 50.0% στην ομάδα ελέγχου. Ενώ, η έκθεση των εγκύων καπνιστριών στο παθητικό κάπνισμα από τον σύντροφό τους στο ίδιο τους το σπίτι ήταν 62.5% στην πειραματική ομάδα και 59.3% στην ομάδα ελέγχου. Τα ευρήματα αυτά αποδεικνύουν ότι χρειάζεται άμεση εφαρμογή του νόμου για την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους. Ενώ, η αυξημένη έκθεση στο παθητικό κάπνισμα στο ίδιο τους το σπίτι δείχνει ότι η συμμετοχή του συντρόφου σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος κατά την κύηση είναι επιβεβλημένη<sup>81</sup>.

## ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Η επίδραση του καπνίσματος κατά την κύηση είναι αναστρέψιμη αφού, όταν επιτυγχάνεται η διακοπή, έχει ως αποτέλεσμα λιγότερους πρόωρους τοκετούς, μείωση των γεννήσεων λιποβαρών νεογνών και μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας και νοσηρότητας<sup>4</sup>. Επίσης, όταν διακόπονταν το κάπνισμα, μειώνονταν και ο σχετικός κίνδυνος για πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων. Επιπλέον, όταν η διακοπή του καπνίσματος γίνονταν πριν τη σύλληψη, ο κίνδυνος ήταν ίδιος με εκείνον που διέτρεχαν οι μη καπνίστριες<sup>53</sup>. Τα παιδιά που οι μητέρες τους διέκοψαν το κάπνισμα κατά την κύηση μεγάλω-

## ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ:

- Μείωση των πρόωρων τοκετών.
- Μείωση των γεννήσεων λιποβαρών νεογνών.
- Μείωση περιγεννητικής θνησιμότητας και νοσηρότητας.

### ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΑΥΤΑ ΜΕΓΑΛΩΝΟΝΤΑΣ:

- Έχουν μικρότερη ανάγκη φροντίδας υγείας.
- Πάσχουν λιγότερο από χρόνια νοσήματα.
- Παρουσιάζουν λιγότερες μαθησιακές δυσκολίες.

νοντας είναι υγιέστερα (έχουν μικρότερη ανάγκη φροντίδας υγείας), καθώς πάσχουν λιγότερο από χρόνια νοσήματα και έχουν λιγότερες μαθησιακές δυσκολίες<sup>83,84</sup>.

Η διακοπή του καπνίσματος αποδεδειγμένα συντελεί στην αντιστροφή της μείωσης του βάρους γέννησης του νεογνού. Ειδικότερα, η διακοπή του καπνίσματος κατά τους πρώτους 3-4 μήνες της εγκυμοσύνης, οδηγεί σε γέννηση παιδιών με παρόμοιο βάρος προς τα νεογνά των μητέρων που δεν κάπνισαν ποτέ<sup>85</sup>. Το θετικό αυτό αποτέλεσμα της διακοπής του καπνίσματος δεν παρατηρείται, όμως, σε περιπτώσεις απλής ελάττωσης του αριθμού των τσιγάρων<sup>86</sup>.

Η προοπτική μελέτη, που διεξήχθη στην Κρήτη (2007-2008), στην οποία συμμετείχαν 1.400 ζεύγη μητέρας-παιδιού, εξέτασε τη σχέση μεταξύ ενεργού μητρικού καπνίσματος και διακοπής καπνίσματος κατά τη διάρκεια του Α΄ τριμήνου της κύησης, καταγράφοντας τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά των νεογνών και των δυσμενών εκβάσεων της εγκυμοσύνης. Το κάπνισμα κατά την κύηση συσχετίστηκε με: χαμηλό σωματικό βάρος γέννησης, μικρό μήκος γέννησης και μικρότερη περίμετρο κεφαλής των νεογνών των καπνιστριών, σε σύγκριση με τα νεογνά μη καπνιστριών, ενώ η διακοπή καπνίσματος κατά το Α΄ τρίμηνο της κύησης τροποποίησε σημαντικά τα προαναφερόμενα αποτελέσματα της εγκυμοσύνης. Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν τις ισχύουσες κατευθυντήριες γραμμές που τονίζουν τη σημασία της διακοπής του καπνίσματος κατά το Α΄ τρίμηνο της κύησης<sup>87</sup>.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα παγκόσμια επιδημιολογικά δεδομένα η εφαρμογή προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος κατά την κύηση είναι ιδιαίτερα επωφελής όχι μόνο για τις ίδιες τις έγκυες καπνίστριες και τις οικογένειές τους, αλλά και για ολόκληρο το Σύστημα Υγείας<sup>83</sup>. Επιπλέον, τα οφέλη που προκύπτουν στην υγεία των γυναικών που διακόπτουν το κάπνισμα είναι άμεσα και για όλη τους τη ζωή<sup>88</sup>.

Ιδιαίτερα αποτελεσματική προς αυτή την κατεύθυνση στα πλαίσια της πρόληψης του καπνίσματος μπορεί να αποδειχθεί η προαγωγή υγείας μέσω μεθόδων αγωγής υγείας, που στοχεύουν στην ευαισθητοποίηση και στη λήψη αποφάσεων με τελικό στόχο την αλλαγή συμπεριφοράς<sup>89</sup>. Στα πλαίσια της προαγωγής υγείας εντάσσεται η αγωγή υγείας σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης<sup>90</sup> με έναν από τους βασικούς στόχους να παραμένει η πρόληψη της έναρξης του καπνίσματος από τους μαθητές και τις μαθήτριες.

Συγκεκριμένα, οι μαθήτριες θα πρέπει να ενημερωθούν ότι αποτελούν τον πληθυσμό στόχο του καπνεμπορίου τις τελευταίες δεκαετίες, που στην προσπάθειά τους να τις προσεγγίσουν προβάλλουν εκτενώς μέσω των διαφημίσεων το γυναικείο σώμα ως καλλίγραμμη σιλουέτα και το τσιγάρο ως μέσο απόκτησής της<sup>91</sup>. Είναι αναγκαίο επίσης να επισημανθούν οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν από την απερίσκεπτη έναρξη του καπνίσματος δίνοντας έμφαση στην εξάρτηση από το κάπνισμα και στον μελλοντικό τους ρόλο ως μητέρες.

Τέλος, η διακοπή του καπνίσματος κατά την κύηση είναι επιτακτική και για τους δύο γονείς, διότι δεν υπάρχει επίπεδο έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα που να θεωρείται ασφαλές<sup>1</sup>.



### **Το κάπνισμα στην κύηση**

αυξάνει τη συχνότητα εμφάνισης προδρομικού πλακούντα, αποκόλλησης του πλακούντα, έκτοπης κύησης, πρόωρης ρήξης των εμβρυϊκών υμένων. Σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά εμφάνισης υπολειπόμενου βάρους γέννησης νεογνών, περιγεννητικής θνησιμότητας, πρόωρου τοκετού και του συνδρόμου αιφνιδίου θανάτου των βρεφών.





# ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΩΣ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

ΗΛΙΑΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, ΚΩΣΤΑΣ ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ  
*Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας - Τομέας Οικονομικών της Υγείας*

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ-WHO) το κάπνισμα ευθύνεται για το 12% των θανάτων σε ενήλικες άνω των 30 ετών<sup>1</sup>, ενώ σε διεθνές επίπεδο θεωρείται ότι με την έγκαιρη αντιμετώπισή του μπορεί να προληφθούν ασθένειες και θάνατοι που οφείλονται σε αυτό<sup>2</sup>. Ωστόσο, το κάπνισμα οδηγεί στο θάνατο 5 εκατομμύρια άτομα ετησίως, ενώ επιπλέον 600.000 άτομα πεθαίνουν εξαιτίας του παθητικού καπνίσματος<sup>3,4</sup> κάθε χρόνο. Γενικότερα, υπολογίζεται ότι το κάπνισμα οδήγησε σε 100 εκατομμύρια θανάτους κατά τον 20ό αιώνα, ενώ ο αριθμός αυτός ενδέχεται να εκτοξευτεί σε 1 δισεκατομμύριο<sup>5</sup> στη διάρκεια του 21ου αιώνα, εάν δεν υπάρξουν σημαντικές παρεμβάσεις.

Για την περίπτωση της Ελλάδας, έχει υπολογιστεί ότι το κάπνισμα ευθύνεται για περίπου 19.094 θανάτους ετησίως, ενώ χάνονται 284.498 δυνητικά έτη ζωής για άτομα από 35 έως 65 ετών<sup>6</sup>. Το κάπνισμα σχετίζεται με το 12,9% του συνόλου των προσαρμοσμένων στην ανικανότητα ετών ζωής (DALY's) δηλαδή του συνολικού φορτίου νοσηρότητας, γεγονός που το ανάγει στον κυριότερο παράγοντα επιδείνωσης της νοσηρότητας στη χώρα μας<sup>7</sup>.

Στην Ελλάδα το ποσοστό των καπνιστών κυμαινόταν κατά μέσο όρο το 2010 στο 41% (45% για τους άνδρες και 38% για τις γυναίκες)<sup>6</sup>. Σύμφωνα με τον Οργανισμό Ευρωπαϊκής Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ-OECD), η συχνότητα των καπνιστών στο γενικό πληθυσμό από 39,7% το 2009 μειώθηκε σε 31,9% το 2010<sup>8,9</sup>. Πρόσφατη έρευνα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής δίνει για το 2014 ποσοστά καθημερινών καπνιστών 27,2% και περιστασιακών 5,2%. Ωστόσο, παρόλη την ομολογουμένως μεγάλη μείωση της κατανάλωσης καπνού κατά τα τελευταία έτη, η Ελλάδα παραμένει σταθερά μια από τις χώρες με σχετικά υψηλό ποσοστό ενήλικων καπνιστών στον ΟΟΣΑ, ενώ παράλληλα παραμένει στις

πρώτες θέσεις της σχετικής κατάταξης της κατά κεφαλήν κατανάλωσης τσιγάρων στην Ευρώπη. Κατά συνέπεια, προκύπτει ότι απαιτείται περαιτέρω αντιμετώπιση του φαινομένου με στοχευμένες παρεμβάσεις και μέτρα ελέγχου, με σκοπό τον περιορισμό της συνολικής χρήσης και κατανάλωσης του καπνού.

Σε αυτό το πλαίσιο, η διεθνής βιβλιογραφία έχει ενδελεχώς μελετήσει το είδος και την αποτελεσματικότητα μιας σειράς πολιτικών που αποβλέπουν στη μείωση της κατανάλωσης ειδών καπνού. Παράλληλα, από την σκοπιά της οικονομικής επιστήμης έχουν χρησιμοποιηθεί μέθοδοι με σκοπό τον υπολογισμό του οικονομικού φορτίου, αλλά και τη διερεύνηση της επίπτωσης των διαφόρων πολιτικών από πλευράς αποδοτικότητας και κοινωνικής ευημερίας. Άλλωστε, οι συνέπειες του καπνίσματος, τόσο σε όρους δημόσιας υγείας όσο και σε ζητήματα χρήσης υπηρεσιών υγείας, είναι πολλαπλές και σύνθετες και προεκτείνονται πέρα από ένα συγκεκριμένο πλαίσιο συζήτησης σχετικής με τις επιπτώσεις στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού. Συνεπώς, η agenda περιλαμβάνει το ρόλο της δημόσιας πολιτικής και παρέμβασης, την αναζήτηση του βέλτιστου μείγματος πολιτικών και τις οικονομικές επιπτώσεις που αναπόφευκτα δημιουργούνται.

Με βάση τα παραπάνω, το παρόν κεφάλαιο επιχειρεί μια συνοπτική επισκόπηση α) της οικονομικής επιβάρυνσης και του κόστους που επιφέρει το κάπνισμα, β) της σημασίας της κρατικής παρέμβασης και γ) των πολιτικών που αποβλέπουν στον περιορισμό του καπνίσματος.

## **ΠΟΣΟ ΚΟΣΤΙΖΕΙ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ; ΔΙΕΡΕΥΝΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

Αυτό το υποκεφάλαιο στοχεύει σε μια σύντομη επισκόπηση των βασικών ζητημάτων που σχετίζονται με την οικονομική επιβάρυνση του καπνίσματος. Συγκεκριμένα, θα παρατεθεί μια συνοπτική παρουσίαση των βασικών συνιστωσών που συνθέτουν το κόστος του καπνίσματος, δηλαδή ποιο είναι το άμεσο και το έμμεσο κόστος. Στη συνέχεια, θα αναφερθούν κάποια στοιχεία σχετικά με την οικονομική επιβάρυνση που δημιουργεί το κάπνισμα, ενώ θα επιχειρηθεί και μια ενδεικτική σύγκριση με στοιχεία και δεδομένα από άλλες χώρες.

### **ΑΜΕΣΟ, ΕΜΜΕΣΟ ΚΑΙ ΑΟΡΑΤΟ ΚΟΣΤΟΣ**

Ο υπολογισμός του κόστους αποτελεί τη «μετάφραση» των δυσμενών επιδράσεων του καπνίσματος στην υγεία σε νομισματικές μονάδες. Η μετατροπή αυτή είναι χρήσιμη λόγω πληθώρας παραγόντων. Οι πιο βασικοί από αυτούς είναι α) η μέτρηση της επίδρασης του καπνίσματος στην χρηματοδότηση και στη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, β) η μέτρηση της επίδρασης στην παραγωγικότητα του πληθυσμού, γ) η χρήση οικονομικών εργαλείων

για την αξιολόγηση των προγραμμάτων ελέγχου του καπνίσματος, **δ**) η διαμόρφωση και η έγκριση παρεμβάσεων οικονομικής πολιτικής, όπως η επιβολή φορολογίας ή η παροχή αντικινήτρων για το κάπνισμα, **ε**) ο σχεδιασμός πολιτικής υγείας για την αντιμετώπιση του καπνίσματος. Όσον αφορά στη μεθοδολογία υπολογισμού, αυτή μπορεί να βασίζεται σε μικροοικονομικές ή μακροοικονομικές προσεγγίσεις. Για να καταστούν κατανοητές οι οικονομικές επιπτώσεις του καπνίσματος, επιστημονικές έρευνες έχουν επιλέξει μια ενδελεχή κατηγοριοποίηση του κόστους, σε άμεσο, έμμεσο και αόρατο κόστος<sup>10</sup>.

Το άμεσο κόστος του καπνίσματος είναι η δαπάνη που σχετίζεται με τις ανάγκες θεραπείας νοσημάτων που προκαλούνται από το κάπνισμα. Πρακτικά, δηλαδή, είναι το κόστος που δαπανάται για τη θεραπεία των ασθενών. Μπορεί να διαχωριστεί σε δύο επιμέρους κατηγορίες, ανάλογα με το αν το άμεσο κόστος σχετίζεται - ή όχι - με την ιατρική φροντίδα. Όταν σχετίζεται με την ιατρική φροντίδα, το άμεσο κόστος προέρχεται από τη δαπάνη για διαγνωστικές εξετάσεις, τη φαρμακευτική περίθαλψη, τα έξοδα νοσηλείας (σε νοσοκομείο, μακροχρόνια ή κατ' οίκον), τις εναλλακτικές ιατρικές μεθόδους, τον ειδικό εξοπλισμό και γενικότερα τα έξοδα που βαραίνουν τις υπηρεσίες υγείας. Όταν δεν σχετίζεται με την ιατρική φροντίδα, το άμεσο κόστος αφορά κατά κύριο λόγο δαπάνες για τη μεταφορά του ασθενούς προκειμένου να λάβει θεραπεία, τις πυρκαγιές ή τις φθορές που ενδεχομένως να προκληθούν λόγω του καπνίσματος, την πληρωμή υπαλλήλων που αντικαθιστούν τους ασθενείς των οποίων η ασθένεια οφείλεται στο κάπνισμα ή την παροχή φροντίδας από άτομα που δεν είναι ειδικευμένοι στον υγειονομικό τομέα, όπως για παράδειγμα τα μέλη της οικογένειας.

Στον αντίποδα, το έμμεσο κόστος του καπνίσματος περιέχει τον υπολογισμό της δαπάνης λόγω της νοσηρότητας, της αναπηρίας και της θνησιμότητας που δημιουργούνται εξαιτίας της κατανάλωσης καπνού, αλλά δεν αφορούν δαπάνες θεραπείας. Το έμμεσο κόστος λόγω νοσηρότητας προκύπτει εξαιτίας της χαμμένης παραγωγικότητας των ασθενών που πάσχουν από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα. Με άλλα λόγια, το έμμεσο κόστος λόγω νοσηρότητας προκύπτει από το γεγονός ότι ένας ασθενής ενδεχομένως να μην μπορεί να εργαστεί επί' αμοιβή ή να εκτελέσει δραστηριότητες στο νοικοκυριό. Συνεπώς, αυτή η μορφή έμμεσου κόστους συνεκτιμά τη χρηματική αξία των δραστηριοτήτων τις οποίες ο ασθενής θα μπορούσε να ασχολείται (να εργάζεται επί' αμοιβή ή να εκτελεί δραστηριότητες

---

Για την περίπτωση της Ελλάδας, ένας πρόσθετος φόρος των 2 ευρώ ανά πακέτο τσιγάρων εκτιμάται ότι θα συνεισφέρει αύξηση των φορολογικών εσόδων κατά περίπου 1,2 δισεκατομμύρια ευρώ, ενώ παράλληλα θα οδηγήσει στην αποφυγή 192.000 πρόωγων θανάτων<sup>33</sup>.

---

στο νοικοκυριό), αλλά πρακτικά δεν μπορεί να πραγματοποιήσει εξαιτίας των ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα. Η δεύτερη κατηγορία έμμεσου κόστους προέρχεται από το γεγονός ότι οι καπνιστές εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα θανάτου από ασθένειες οι οποίες είναι αιτιολογικά σχετιζόμενες με το κάπνισμα. Ο υπολογισμός του έμμεσου κόστους λόγω θνησιμότητας βασίζεται σε τεχνικά εργαλεία της επιστήμης των οικονομικών της υγείας και μπορεί να πραγματοποιηθεί με μια σειρά εναλλακτικών προσεγγίσεων, που αποσκοπούν στον προσδιορισμό της αξίας της ζωής σε νομισματικούς όρους.

## ΠΩΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΤΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΝΑ ΒΟΗΘΗΣΟΥΝ ΣΕ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ;

Το κάπνισμα αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου καθώς ευθύνεται για πληθώρα ασθενειών και μια σοβαρή απειλή για τη δημόσια υγεία. Παράλληλα, επιβαρύνει με υψηλό κόστος τις δαπάνες υγείας και τα νοικοκυριά. Τα παραπάνω μπορούν να προβληματίσουν και να καταστήσουν αναγκαία την κρατική παρέμβαση για την αντιμετώπιση του φαινομένου.

Σε αυτό το πλαίσιο, αναδεικνύονται δύο ζητήματα που σχετίζονται άμεσα με τις πολιτικές για τον περιορισμό του καπνίσματος. Το πρώτο αφορά τη λογική και τη δικαιολόγηση της κρατικής παρέμβασης για την αντιμετώπιση του καπνίσματος με τη συμβολή της οικονομικής επιστήμης. Το δεύτερο σχετίζεται με περιοριστικές πολιτικές και μέτρα που ακολουθούνται διεθνώς.

## Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΜΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα, το 6-15% των δαπανών υγείας σχετίζεται με το κάπνισμα στις αναπτυγμένες χώρες<sup>11,12</sup>. Παράλληλα, όσον αφορά τις ανεπτυγμένες χώρες, το κάπνισμα δημιουργεί δαπάνες που κυμαίνονται μεταξύ 0,1% και 1,1% του ΑΕΠ<sup>13</sup>. Το αντίστοιχο ποσοστό για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κυμαίνεται μεταξύ 1,04% και 1,39%<sup>14</sup>. Αξίζει να αναφερθεί ότι αντίστοιχες μελέτες για άλλες περιοχές της υψηλίου καταλήγουν σε παραπλήσια μεγέθη όσον αφορά το κόστος που δημιουργεί το κάπνισμα<sup>15</sup>. Σύμφωνα με στοιχεία για το έτος 2011 για την Ελλάδα, το κάπνισμα ευθύνεται για 199.028 εισαγωγές, δηλαδή για το 8,9% του συνόλου των εισαγωγών στα νοσοκομεία. Κατά την έννοια αυτή, η δαπάνη των δημόσιων νοσοκομείων για τις ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα ανέρχεται σε 554 εκατομμύρια ευρώ, ποσό που αντιστοιχεί σε 10,7% του συνολικού προϋπολογισμού τους<sup>16</sup>.

Όσον αφορά στο κόστος του καπνίσματος και των ασθενειών που σχετίζονται με αυτό, δύο σχετικά πρόσφατες έρευνες καταλήγουν σε παραπλήσιους υπολογισμούς που υπερβαίνουν

τα 3 δισεκατομμύρια ευρώ. Συγκεκριμένα, υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα ξοδεύονται περίπου 3,4 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως<sup>6</sup>. Το κόστος αυτό αντιστοιχεί σε περίπου 14,4% της συνολικής δαπάνης υγείας για το έτος που αυτή υπολογίζεται. Πολλές επιστημονικές έρευνες αναφέρουν ότι το κόστος του καπνίσματος διεθνώς κυμαίνεται μεταξύ 6% και 15%.

Επομένως, μπορεί να εξηγήσει σε συνδυασμό με την υψηλή κατανάλωση του καπνού το ποσό των 3,4 δισεκατομμυρίων ευρώ που δαπανώνται στην Ελλάδα για τη θεραπεία και την αντιμετώπιση των ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα. Μια άλλη εκτίμηση καταλήγει στον υπολογισμό αφενός του άμεσου, αφετέρου του έμμεσου κόστους, και ακολούθως του συνολικού κόστους - αθροίζοντάς τα. Σύμφωνα με αυτήν τη μελέτη, για την Ελλάδα το άμεσο κόστος υπολογίστηκε στα 1,716 δισεκατομμύρια ευρώ, ενώ το έμμεσο κόστος εκτιμήθηκε στα 1,553 δισεκατομμύρια ευρώ. Συνεπώς, το συνολικό κόστος του καπνίσματος ανέρχεται στα 3,269 δισεκατομμύρια ευρώ, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 1,53% του ΑΕΠ<sup>16</sup>. Με βάση τα παραπάνω είναι σημαντικό να γίνουν δύο συγκριτικές επισημάνσεις. Πρώτον, το οικονομικό φορτίο που δημιουργεί το κάπνισμα, ως ποσοστό του ΑΕΠ, στην Ελλάδα φαίνεται να είναι αρκετά μεγαλύτερο σε σύγκριση με το αντίστοιχο κόστος για τις ανεπτυγμένες χώρες. Δεύτερον, το ποσοστό του άμεσου κόστους ως προς το συνολικό κόστος καθώς και το αντίστοιχο ποσοστό του έμμεσου κόστους, εμφανίζουν ομοιότητες που έχουν εντοπιστεί από μελέτες, οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί σε άλλες ανεπτυγμένες περιοχές<sup>17,18</sup>.

## Η ΛΟΓΙΚΗ ΠΙΣΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΑΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Το κάπνισμα αυξάνει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, πλήττοντας τη δημόσια υγεία. Κατά συνέπεια, η κρατική παρέμβαση μπορεί να απολογηθεί και να ενταχθεί σε ένα πλαίσιο προσαρτημένων για τη μείωση των αρνητικών επιπτώσεων του καπνίσματος στη δημόσια υγεία<sup>19</sup>. Ωστόσο, από την πλευρά της οικονομικής επιστήμης είναι σημαντικό εκτός από το αναμφισβήτητο όφελος για την υγεία να αναζητηθούν επιπλέον πιυχές που καθιστούν απαραίτητη την παρέμβαση του κράτους.

Στα οικονομικά, η κρατική παρέμβαση δικαιολογείται σε ένα πλαίσιο όπου παρατηρούνται «αποτυχίες της αγοράς»<sup>19</sup>. Στην περίπτωση του καπνίσματος, η ελλιπής και ανεπαρκής πληροφόρηση για τις βλαβερές συνέπειες στην υγεία και για τον κίνδυνο εθισμού θεωρούνται αποτυχία της αγοράς. Συνέπεια αυτού του γεγονότος είναι οι καταναλωτές να υποεκτιμούν το ρίσκο και τα πραγματικά προβλήματα που συνεπάγεται η κατανάλωση προϊόντων καπνού<sup>20</sup>. Το ζήτημα της ανεπαρκούς πληροφόρησης σχετικά με τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος οφείλεται στην απόκρυψη ή τη διαστρέβλωση των πληροφοριών από τους εμπλεκόμενους, όπως επίσης και στην αργή εμφάνιση των συνεπειών στην υγεία (π.χ. ασθένεια)<sup>19</sup>. Ακόμη, η ανεπαρκής πληροφόρηση συνεπάγεται υποεκτίμηση του κιν-

δύνου εθισμού, ο οποίος δεν είναι μόνο φυσικός, λόγω της νικοτίνης, αλλά και ψυχολογικός<sup>21</sup>. Η υποεκτίμηση του κινδύνου για εθισμό είναι ιδιαίτερα συνήθης στους νέους, οι οποίοι εξαιτίας της ελλιπούς πληροφόρησης δεν αντιλαμβάνονται πλήρως το μελλοντικό κόστος της σημερινής επιλογής τους να καπνίσουν<sup>19</sup>.

Σύμφωνα με την οικονομική θεωρία, δεν υπάρχει λόγος παρέμβασης του κράτους, εφόσον α) ο καταναλωτής έχει πλήρη γνώση και πληροφόρηση των κινδύνων που σχετίζονται με το κάπνισμα και β) ο καταναλωτής είναι σε θέση να «εσωτερικοποιήσει» το ενδεχόμενο κόστος και όφελος που έχει, δηλαδή να επωμιστεί ο ίδιος το κόστος<sup>22</sup>. Παράλληλα, ένα άλλο ζήτημα το οποίο δικαιολογεί την κρατική παρέμβαση αφορά τις εξωτερικότητες, δηλαδή το γεγονός ότι μια δραστηριότητα ενός ατόμου ενδέχεται να επιβάλλει κόστος ή να δημιουργήσει οφέλη για άλλα άτομα. Όπως δείχνουν πολλές επιστημονικές μελέτες, μια κατηγορία εξωτερικότητας σχετίζεται με τις επιπτώσεις που έχει το παθητικό κάπνισμα, οι οποίες εκτείνονται από την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης κάποιας νόσου και τον αυξημένο κίνδυνο πυρκαγιάς έως την ανεπιθύμητη οσμή του καπνού. Μια άλλη κατηγορία εξωτερικότητας περιλαμβάνει το οικονομικό κόστος που δημιουργείται και εμμέσως μετακυλύεται από τους καπνιστές στους μη καπνιστές. Ένα παράδειγμα τέτοιων εξωτερικότητας παρατηρείται στην περίπτωση ενός δημόσιου συστήματος υγείας, όπου οι μη καπνιστές - οι οποίοι έχουν μικρότερη ανάγκη να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας - καλούνται να πληρώσουν μέρος της δαπάνης που προκαλείται από την αυξημένη χρήση που γίνεται από τους καπνιστές. Αυτό διαπιστώνεται από το γεγονός ότι η ιατρική φροντίδα που χρειάζεται ένας καπνιστής κατά τη διάρκεια της ζωής του συνήθως θα κοστίσει περισσότερο από την αντίστοιχη ενός ατόμου που δεν καπνίζει<sup>23,24</sup>. Στο σημείο αυτό, είναι σκόπιμο να τονιστεί ότι υπάρχουν μελέτες που ισχυρίζονται το αντίθετο, δεδομένου ότι οι καπνιστές πεθαίνουν νωρίτερα, και συνεπώς χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας για λιγότερα χρόνια<sup>25</sup>. Παρόλα αυτά, ακόμη και αν ο παραπάνω ισχυρισμός είναι σωστός, είναι παράλογο να αντιτείνει κανείς ότι οι πρόωροι θάνατοι λόγω του καπνίσματος βελτιώνουν την κοινωνική ευημερία και δημιουργούν οφέλη για τους μη καπνιστές. Ούτως ή άλλως, οι εξωτερικότητες οικονομικής φύσης δημιουργούν κόστος για τους μη καπνιστές και την κοινωνία.

Τέλος, εξαιτίας του εθισμού στο κάπνισμα και στην απουσία αυτοελέγχου αποτελούν ένα ακόμα σοβαρό ζήτημα. Στα οικονομικά, ο αυτοέλεγχος μπορεί να παρουσιαστεί με τη μορφή προτιμήσεων που χαρακτηρίζονται από χρονική ασυνέπεια (time-inconsistent preferences). Συγκεκριμένα, το ίδιο πρόσωπο μπορεί να είναι ανυπόμονο ή άπληστο για να απολαύσει ένα αγαθό την παρούσα στιγμή, ενώ παράλληλα επιθυμεί να αποφύγει την κατανάλωση του σε μελλοντικό ορίζοντα<sup>26</sup>. Για παράδειγμα, ένας καπνιστής μπορεί μεν να απολαμβάνει το κάπνισμα σήμερα, ωστόσο ενδεχομένως να προτιμά να συγκρατήσει τον εαυτό του στο μέλλον μειώνοντας το κάπνισμα<sup>27</sup>.

## ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η αναζήτηση αποτελεσματικών πολιτικών για τον έλεγχο του καπνίσματος είναι χρήσιμο να βασίζεται στις πολύπλευρες επιστημονικές διαπιστώσεις της οικονομικής θεωρίας και της δημόσιας υγείας<sup>19</sup>. Οι πολιτικές αντιμετώπισης του καπνίσματος μπορούν να κατηγοριοποιηθούν με βάση τη στόχευσή τους ως μέτρα που αποσκοπούν **α)** στον περιορισμό της ζήτησης και **β)** στον περιορισμό της προσφοράς.

- **Οι πολιτικές περιορισμού της ζήτησης για προϊόντα καπνού**

Οι πολιτικές μείωσης της ζήτησης καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα μέτρων με διαφορετική στόχευση και αποτελεσματικότητα. Μια αποτελεσματική και διαδεδομένη πολιτική αντιμετώπισης του καπνίσματος θεωρείται το μέτρο της φορολόγησης των προϊόντων καπνού<sup>28,29</sup>. Η διεθνής βιβλιογραφία καταλήγει ότι ο φόρος οδηγεί σε αύξηση της τιμής του καπνού και συνεπώς σε μείωση της ζητούμενης ποσότητας, άρα της χρήσης και της κατανάλωσης, ενώ συνήθως ωφελεί τα φορολογικά έσοδα<sup>30,31</sup>. Επίσης, το μέτρο αυτό δημιουργεί πολλά οφέλη για την υγεία, καθώς η αύξηση του φόρου οδηγεί σε λιγότερους θανάτους που συνδέονται με το κάπνισμα<sup>32</sup>. Σε γενικές γραμμές, έχει εκτιμηθεί ότι μια αύξηση 10% στις τιμές των τσιγάρων οδηγεί σε μια μείωση της κατανάλωσης κατά περίπου 4%. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι νέοι είναι περισσότερο «ευαίσθητοι» στις αυξήσεις των τιμών των τσιγάρων, λόγω χαμηλότερου διαθέσιμου εισοδήματος. Συνεπώς, τα αναμενόμενα οφέλη στην υγεία από τη διακοπή του καπνίσματος λόγω της αύξησης της τιμής είναι υψηλότερα στον νεανικό πληθυσμό.

Για την περίπτωση της Ελλάδας, ένας πρόσθετος φόρος των 2 ευρώ ανά πακέτο τσιγάρων εκτιμάται ότι θα συνεισφέρει αύξηση των φορολογικών εσόδων κατά περίπου 1,2 δισεκατομμύρια ευρώ, ενώ παράλληλα θα οδηγήσει στην αποφυγή 192.000 πρόωρων θανάτων<sup>33</sup>.

Επίσης, η πληροφόρηση των καταναλωτών για τις βλαβερές συνέπειες και τον εθισμό που προκαλεί βοηθούν στον περιορισμό του καπνίσματος στοχεύοντας στη μείωση της ζήτησης. Ενδεικτικά μέτρα τέτοιας φύσεως είναι η συστηματική δημοσίευση επιδημιολογικών στοιχείων και δεδομένων, οι διαφημιστικές εκστρατείες, η διαμόρφωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων στα σχολεία, αλλά και οι προειδοποιητικές επικέτες στα πακέτα τσιγάρων<sup>34</sup>.

Η επιβολή απαγορεύσεων για διαφήμιση και προώθηση των προϊόντων καπνού αποτελεί επίσης ένα από τα μέτρα που αποσκοπούν στη μείωση της ζήτησης. Όμως, η διεθνής βιβλιογραφία δεν φαίνεται να καταλήγει σε σαφή συμπεράσματα σχετικά με την επίδραση της διαφήμισης στην κατανάλωση ειδών καπνού. Ωστόσο, εμπειρικές μελέτες αναφέρουν ότι η συστηματική και πλήρης απαγόρευση των διαφημίσε-

ων και της προώθησης των προϊόντων καπνού οδηγεί σε μείωση της κατανάλωσης<sup>35</sup>. Επομένως, εκτιμάται ότι οι αποσπασματικές απαγορεύσεις της διαφήμισης και προώθησης έχουν μικρό ή και καθόλου αντίκτυπο στην κατανάλωση<sup>36</sup>. Στην Ελλάδα, η σχετική απαγορευτική νομοθεσία υπήρξε ανεπαρκής, καθώς δεν αποσκοπούσε σε μια πλήρη και καθολική απαγόρευση της διαφήμισης ειδών καπνού<sup>37</sup>.

Επιπροσθέτως, οι πολιτικές απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, χώρους εργασίας κ.ά. μπορούν να συνεισφέρουν στον περιορισμό της χρήσης και κατανάλωσης καπνού<sup>38,39</sup>. Ωστόσο, απαιτεί ευρεία κοινωνική συναίνεση και συνειδητοποίηση των προβλημάτων που δημιουργούνται από το κάπνισμα στους δημόσιους χώρους<sup>30</sup>. Οι αντίστοιχες απόπειρες απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους στην Ελλάδα δεν έχει στεφθεί με επιτυχία, καθώς δεν έχει επιχειρηθεί συστηματική και αυστηρή τήρηση των νόμων<sup>40</sup>.

- **Οι πολιτικές περιορισμού της προσφοράς προϊόντων καπνού**

Τα μέτρα που αφορούν την προσφορά προϊόντων καπνού δεν φαίνεται να είναι τόσο αποτελεσματικά συγκριτικά με τα αντίστοιχα που στοχεύουν στη μείωση της ζήτησης<sup>30</sup>. Ενδεικτικά, οι απαγορεύσεις όσον αφορά στην αγορά ειδών καπνού από νέους, αν και αναγκαίες, δεν χαρακτηρίζονται από υψηλή αποτελεσματικότητα<sup>38</sup>. Το διεθνές εμπόριο θεωρείται ένα ιδιαίτερα κρίσιμο ζήτημα όσον αφορά την προσφορά ειδών καπνού, επειδή συνδέεται με την αύξηση του ανταγωνισμού, μέσα από διαφημίσεις και προώθηση των προϊόντων και την επακόλουθη μείωση των τιμών, με αποτέλεσμα να συμβάλλει στην αύξηση του καπνίσματος. Ωστόσο, η επιβολή περιορισμών και η απειμπλοκή από τους συνδέσμους του διεθνούς εμπορίου δεν φαίνεται να προτείνεται ως αξιόπιστη λύση για τον περιορισμό του καπνίσματος<sup>41</sup>. Υπό αυτή την έννοια, τα μέτρα περιορισμού για την αντιμετώπιση του αυξανόμενου - λόγω διεθνούς εμπορίου - καπνίσματος μπορούν να στηριχτούν στις παρεμβάσεις στη ζήτηση.

Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα που απαιτεί δράσεις και παρεμβάσεις είναι η αντιμετώπιση του λαθρεμπορίου, το οποίο φαίνεται να έχει σημαντικές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία. Καταρχάς, το λαθρεμπόριο οδηγεί σε μείωση των τιμών -εξαιτίας αυξημένου ανταγωνισμού μεταξύ νόμιμων και λαθραίων προϊόντων- και στη συνέχεια σε αύξηση της κατανάλωσης προϊόντων καπνού<sup>42</sup>. Εκτός αυτού, η κατανάλωση λαθραίων προϊόντων συνεπάγεται διαφυγόντα φορολογικά έσοδα για το κράτος. Επομένως, το λαθρεμπόριο έχει αρνητικές επιπτώσεις όχι μόνο στα φορολογικά έσοδα και τη δημοσιονομική κατάσταση, αλλά και στη δημόσια υγεία<sup>43</sup>. Αντιθέτως, η αντιμετώπιση του λαθρεμπορίου φαίνεται να έχει ευεργετικές συνέπειες στην οικονομία και τη δημόσια υγεία<sup>44</sup>. Η βιβλιογραφία και η διεθνής εμπειρία έχουν



αναδείξει διάφορα μέτρα για την αντιμετώπισή του, όπως η υποχρεωτική χρήση ετικέτας που πιστοποιεί την πληρωμή φόρου, η χρήση της τοπικής γλώσσας στις προειδοποιητικές ετικέτες, αλλά και η αυστηρή τιμωρία και επιβολή κυρώσεων στους λαθρεμπόρους<sup>45</sup>. Παράλληλα, η προσπάθεια για μείωση της διαφοράς μεταξύ των φόρων που επιβάλλονται σε γειτονικές χώρες περιορίζει τα κίνητρα για λαθρεμπόριο, αφού περιορίζεται η δυνατότητα επίτευξης υψηλού κέρδους<sup>44</sup>. Η επικύρωση του πρωτοκόλλου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τον έλεγχο του λαθρεμπορίου είναι ζήτημα προτεραιότητας για την τιμολογιακή προσέγγιση των μέτρων πρόληψης και μείωσης του καπνίσματος.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το κάπνισμα συνιστά ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, καθώς προκαλεί βλαβερές συνέπειες στην υγεία και μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε θάνατο. Πέρα όμως από αυτό, η επιστημονική έρευνα υπογραμμίζει τη σημαντική οικονομική επιβάρυνση που δημιουργείται εξαιτίας του καπνίσματος, αλλά και την αναγκαιότητα κρατικής παρέμβασης τόσο από πλευράς δημόσιας υγείας όσο και από τη σκοπιά της οικονομικής επιστήμης<sup>19</sup>. Σε αυτό το πλαίσιο, οι πολιτικές αντιμετώπισης του καπνίσματος έχουν στόχο να μειώσουν τη χρήση και την κατανάλωση ειδών καπνού, να διορθώσουν τις αποτυχίες της αγοράς και να περιορίσουν τη υψηλή οικονομική επιβάρυνση.

Στην Ελλάδα κατά τα τελευταία έτη παρατηρείται μείωση των νέων καπνιστών και της κατανάλωσης τσιγάρων με σημαντικά οφέλη για τη δημόσια υγεία<sup>46</sup>. Ωστόσο, εξαιτίας της υψηλής κατανάλωσης ειδών καπνού στην Ελλάδα, η αντιμετώπιση του καπνίσματος πρέπει να αποτελέσει επιβεβλημένη προτεραιότητα για την πολιτική υγείας<sup>47</sup>. Η επιστημονική κοινότητα έχει ήδη προτείνει και αξιολογήσει μέτρα, όπως η αύξηση του φόρου, που κατά τεκμήριο αποτελεί ένα ιδιαίτερα αποτελεσματικό μέτρο για τη δημόσια υγεία και τη συλλογή φορολογικών εσόδων<sup>33</sup>, το οποίο παράλληλα φαίνεται να έχει και την απαραίτητη κοινωνική συναίνεση και υποστήριξη.

Η επιστημονική τεκμηρίωση των διαφόρων επιλογών μπορεί να λειτουργήσουν ως πολύτιμοι σύμβουλοι στην παραγωγή πολιτικών αντιμετώπισης του καπνίσματος, μερικές από τις οποίες παρουσιάστηκαν παραπάνω. Είναι αξιοσημείωτο ότι ήδη παρατηρείται σημαντική βελτίωση όσον αφορά στη μείωση της κατανάλωσης ειδών καπνού. Ωστόσο, η ανάληψη περισσότερων πολιτικών που θα βελτιώσουν τη δημόσια υγεία και θα ελαφρύνουν τις δαπάνες υγείας από τη δυσβάσταχτη οικονομική επιβάρυνση που δημιουργεί το κάπνισμα είναι ζωτικής σημασίας. Σε ένα πλαίσιο ανάληψης στοχευμένων μέτρων αντιμετώπισης του καπνίσματος, η Ελλάδα σταδιακά θα πάψει να θεωρείται ως «αρνητικό παράδειγμα» για το κάπνισμα.

*Οι συγγραφείς ευχαριστούν την κυρία Αγάπη Καρέλα για την επιμέλεια του κειμένου.*

# ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ, ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΟΓΕΝΕΣ

ΧΡΥΣΟΥΛΑ Κ. ΜΠΑΡΑΜΠΟΥΤΗ

*Καθηγήτρια Θεολογίας (ΠΕ1) και Εκπαιδευτικός Αγωγής Υγείας στο Αμερικάνικο Κολλέγιο Ελλάδος PIERCE, Σύμβουλος Επικοινωνίας Προγράμματος HEART II και Σύμβουλος Μαθητικών Δραστηριοτήτων Γυμνασίου Αμερικανικού Κολλεγίου Ελλάδος*

**Τ**ο κείμενο που ακολουθεί έχει σκοπό να παρουσιάσει, σε αδρές γραμμές και όσο πιο κατανοητά γίνεται, τις συνέπειες του παθητικού καπνίσματος, δευτερογενούς και τριτογενούς, στην υγεία των ακούσιων καπνιστών: ενήλικων, εγκύων γυναικών, βρεφών και παιδιών. Επίσης, αναδεικνύει την επιτακτική ανάγκη για την εφαρμογή του νόμου κατά του καπνίσματος για την περιφρούρηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων της Υγείας και της Εργασίας και για την προστασία της γυναίκας και του παιδιού. Το παθητικό κάπνισμα προτείνεται να αναχθεί σε διεθνές ζήτημα καταπάτησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και να αναγνωριστεί ως μια μορφή βίας στη σύγχρονη κοινωνία<sup>1,2</sup>.

Το «παθητικό κάπνισμα», που διεθνώς αναφέρεται ως passive smoking ή second hand smoking - SHS ή environmental tobacco smoking - ETS<sup>3,4</sup> είναι η έκθεση ατόμων κάθε ηλικίας στον καπνό των τσιγάρων ενεργητικών καπνιστών, θεωρείται δε σήμερα ως η τρίτη προλήψιμη αιτία θανάτου<sup>5</sup>.

Τα ρυπογόνα συστατικά του παθητικού καπνίσματος προέρχονται από:

- α)** τον εκπνεόμενο καπνό των καπνιστών (καπνός κεντρικής ροής - mainstream),
- β)** τον καπνό που παράγεται από την αναμμένη άκρη του τσιγάρου (καπνός περιφερικής ροής - sidestream).

Μόλις το 26% των προϊόντων και υποπροϊόντων καπνού μένει μέσα στο τσιγάρο (φίλτρο), το 28% εισπνέεται από τον καπνιστή και το 46% σκορπίζεται στον αέρα με τη μορφή πολυσύνθετου μείγματος 7.000 χημικών ουσιών εκ των οποίων, οι 70 τουλάχιστον είναι καρκινογόνες<sup>6</sup>.

Τελευταία, ιδιαίτερη έμφαση δίδεται και στο «τριτογενές παθητικό κάπνισμα» ή «κάπνισμα από τρίτο χέρι» που διεθνώς αναφέρεται ως third-hand smoking<sup>4</sup>. Είναι αυτό που προέρχεται από το αόρατο τοξικό μείγμα, προσκολλάται στα μαλλιά και τα ρούχα των καπνιστών, ακόμα και στα έπιπλα και τις κουρτίνες του χώρου<sup>5</sup>, στον οποίο κάπνιζαν νωρίτερα, παραμέ-

νει για πολύ χρόνο και σταδιακά αποδίδεται στο περιβάλλον, ακόμα κι αν ο χώρος έχει αεριστεί. Τα υπολείμματα του ανωτέρω μείγματος εμπεριέχουν βαρέα μέταλλα, καρκινογόνες ουσίες και ραδιενεργά στοιχεία, ικανά να μολύνουν ένα παιδί που ανυποψίαστο μπουσουλάει στο πάτωμα και κατόπιν βάζει τα χέρια του στο στόμα<sup>3</sup>.

Παθητικοί ή ακούσιοι ή έμμεσοι καπνιστές αποκαλούνται τα άτομα που αναπνέουν τον καπνό του περιβάλλοντος χωρίς να καπνίζουν τα ίδια<sup>7</sup>. Πρόκειται για τη μερίδα ανθρώπων, που υφίσταται ταυτόχρονα αδικία και ζημιά, χωρίς οι ίδιοι να είναι άμεσα υπεύθυνοι<sup>8</sup>. Οι παθητικοί καπνιστές εκτίθενται ακούσια στον καπνό των άλλων και δυστυχώς ανάμεσά τους υπάρχουν και πληθυσμιακές ομάδες ευαίσθητες και ευάλωτες στα δηλητήρια του καπνού, όπως είναι τα παιδιά ή οι ασθενείς. Το παθητικό κάπνισμα κατατάσσεται από τον ΠΟΥ ( Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας) ως η τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου, που μπορεί να αποφευχθεί, μετά το ενεργητικό κάπνισμα και το αλκοόλ<sup>6,8</sup>.

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο νοσογόνος ρόλος του παθητικού καπνίσματος έχει αποδειχθεί επιστημονικά από το 1972<sup>8</sup>, ενώ η καρκινογόνος δράση του τεκμηριώθηκε για πρώτη φορά το 1982 σε έρευνα του Εργαστηρίου Υγιεινής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, από τον καθηγητή Δημήτριο Τριχόπουλο<sup>2-3</sup>. Στη δεκαετία του 1980 επισημάνθηκαν οι γενικότεροι κίνδυνοι του παθητικού καπνίσματος και οι έρευνες αυτές άλλαξαν ριζικά την παγκόσμια στρατηγική για τον έλεγχο του καπνίσματος<sup>9</sup>. Το κάπνισμα έπαυσε να αποτελεί απλώς μια αυτοκαταστροφική διαδικασία, αλλά συνιστά πλέον αντικοινωνική πράξη με αθώα θύματα: συζύγους, παιδιά καπνιστών, συναδέλφους στην εργασία, συνταξιούτους, έγκυες γυναίκες<sup>9</sup>.

## ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ:



- Επιδεινώνει το άσθμα.
- Αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου.
- Αυξάνει τις πιθανότητες αιφνίδιου βρεφικού θανάτου.
- Αυξάνει τις πιθανότητες να παρουσιάσει ωτίτιδα.
- Αυξάνει τις πιθανότητες να παρουσιάσει προβλήματα συμπεριφοράς.

## ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΘΗΤΙΚΩΝ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ:

### Α) ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Οι ενήλικες μη καπνιστές που εκτίθενται καθημερινά στον καπνό του τσιγάρου:

- Παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα κατά 30%-50% σε σχέση με όσους δεν εκτίθενται<sup>2</sup>.
- Εμφανίζουν συχνότερα προβλήματα που σχετίζονται με το αναπνευστικό τους σύστημα<sup>6</sup>.
- Παρουσιάζουν αυξημένα προβλήματα που σχετίζονται με το καρδιαγγειακό τους σύστημα<sup>16</sup>.
- Εμφανίζουν συχνότερα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια<sup>3</sup>.
- Αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για εκδήλωση αναπνευστικών νοσημάτων, όπως άσθμα ή χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και ως εκ τούτου επισύρουν τον κοινωνικό και εργασιακό αποκλεισμό<sup>14</sup>.
- Έχουν διπλάσιες σχεδόν πιθανότητες για εκφύλιση ώχρας κηλίδας, η οποία αποτελεί την κύρια αιτία απώλειας της όρασης στην Ευρώπη<sup>3,17</sup>.

### Β) ΕΓΚΥΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΡΕΦΩΝ

Οι εγκυμονούσες γυναίκες που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα μπορεί να παρουσιάσουν προβλήματα:

- Στην ομαλή ανάπτυξη του εμβρύου που κυοφορούν<sup>2</sup>.
- Το κάπνισμα επιδρά αρνητικά και στην υγεία της καπνίστριας εγκύου, καθώς παρουσιάζεται αυξημένη η συχνότητα της αποκόλλησης του πλακούντα, του πρόδρομου πλακούντα, των αιμορραγιών και της πρόωρης ρήξης του θυλακίου<sup>6</sup>.
- Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι οι καταστροφικές συνέπειες του παθητικού καπνίσματος ξεκινούν από την εμβρυϊκή ζωή, γιατί οι τοξικές ουσίες του καπνού απορροφώνται από την έγκυο, διαπερνούν τον πλακούντα και συσσωρεύονται στο έμβρυο, με αποτέλεσμα να μεγαλώνουν τις πιθανότητες πρόκλησης διαφόρων μορφών καρκίνου, όπως των νεφρών και της ουροδόχου κύστης, όταν αυτό μεγαλώσει<sup>18</sup>.
- Εγκυμονεί ο κίνδυνος των συγγενών ανωμαλιών, του πρόωρου τοκετού (<37 εβδομάδες), του χαμηλού σωματικού βάρους των νεογνών (λιποβαρή) κατά τη γέννηση και του συνδρόμου του αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (SIDS) μετά από αυτήν<sup>3,15</sup>, καθώς και προβλήματα στο αναπνευστικό σύστημα<sup>3</sup>.

### Γ) ΠΑΙΔΙΩΝ

Τα παιδιά είναι πολύ πιο ευάλωτα στη δευτερογενή και τριτογενή έκθεση στον καπνό του τσιγάρου<sup>5,19</sup>.

Ειδικότερα:

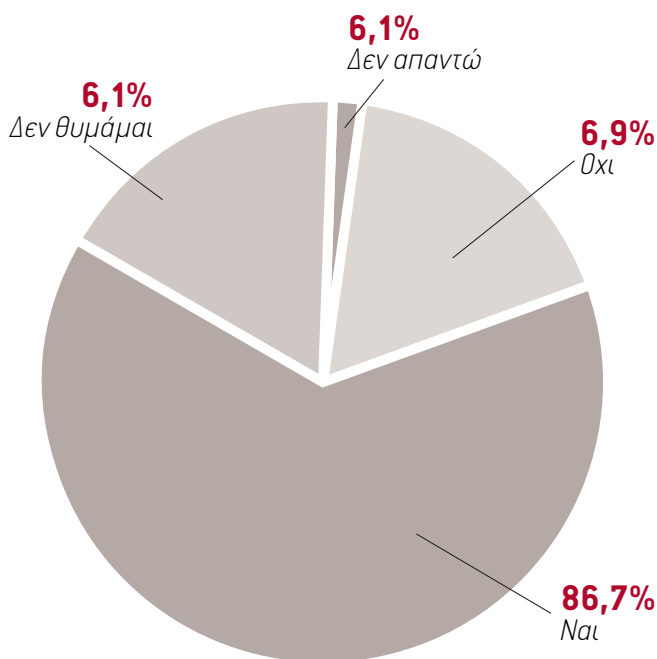
- Όσα μεγαλώνουν σε περιβάλλον όπου οι γονείς τους καπνίζουν έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να προσβληθούν από αναπνευστικές παθήσεις, όπως βρογχίτιδα και πνευμονία<sup>5</sup>.
- Όσα εισπνέουν καπνό καθημερινά και για πολλές ώρες κινδυνεύουν 3,63 φορές περισσότερο να προσβληθούν από καρκίνο των πνευμόνων σε σύγκριση με παιδιά που μεγάλωσαν σε άκαπνο περιβάλλον<sup>44</sup>.
- Ο καπνός, ιδιαίτερα σε κλειστούς χώρους, ερεθίζει τα μάτια των παιδιών και προδιαθέτει σε συχνές φλεγμονές του επιπεφυκότα, αλλεργική ρινίτιδα, βήχα, κεφαλαλγίες, καθώς και κρίσεις

βρογχικού άσθματος, την πιο συνηθισμένη ασθένεια του παθητικού καπνιστή<sup>6,8</sup>.

- Μπορεί να εμφανίσουν προβλήματα ωτίτιδας και παθήσεις του μέσου ωτός στα παιδιά<sup>3</sup>.
- Το παθητικό κάπνισμα προκαλεί μόνιμες βλάβες στις αρτηρίες των παιδιών, με αποτέλεσμα να γερνάνε πρόωρα τα αγγεία τους κατά τρία και πλέον χρόνια<sup>43</sup>.
- Μπορεί να παρουσιάσουν προβλήματα συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία, όπως η υπερκινητικότητα και η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, γνωστή ως ADHD<sup>3,15</sup>.
- Εμφανίζουν μειωμένη ανάπτυξη των νοπτικών τους λειτουργιών και ως εκ τούτου μείωση του δείκτη ευφυΐας<sup>8,20</sup>.
- Η μεγαλύτερη ζημιά που προκαλεί το παθητικό κάπνισμα στα παιδιά είναι ότι τα «μυεί» στο ενεργητικό κάπνισμα, απενοχοποιώντας τη βλαβερή αυτή εξάρτηση των μεγάλων στα αθώα μάτια τους<sup>5,8,21</sup>.

## ΕΚΘΕΣΗ ΜΑΘΗΤΩΝ ΣΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το 86.7% από 1.802 μαθητές Γυμνασίου και Λυκείου από σχολεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, δήλωσε ότι τον τελευταίο μήνα έχει βρεθεί σε κλειστούς χώρους όπου κάποιιοι καπνίζουν.



**Εικόνα 1.**

Τις τελευταίες 30 ημέρες έχεις βρεθεί σε κλειστό χώρο όπου κάποιιοι καπνίζουν;

Έρευνα καταγραφής στάσεων και συμπεριφορών μαθητών και μαθητριών απέναντι στο κάπνισμα, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών (Ιούνιος 2014).

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΓΟΡΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΡΕΣ

### ΑΓΟΡΙΑ

Καρκίνος του εγκεφάλου

Παθήσεις του μέσου ωτός

Λέμφωμα

Συμπτώματα του αναπνευστικού,  
Μειωμένη λειτουργία των πνευμόνων

Άσθμα

Σύνδρομο Αιφνιδίου θανάτου στα βρέφη

Λευχαιμία

Πάθηση του κατώτερου αναπνευστικού

### ΑΝΤΡΕΣ

Εγκεφαλικό επεισόδιο

Ρινικός ερεθισμός  
Καρκίνος της ρινικής κοιλότητας

Στεφανιαία νόσος

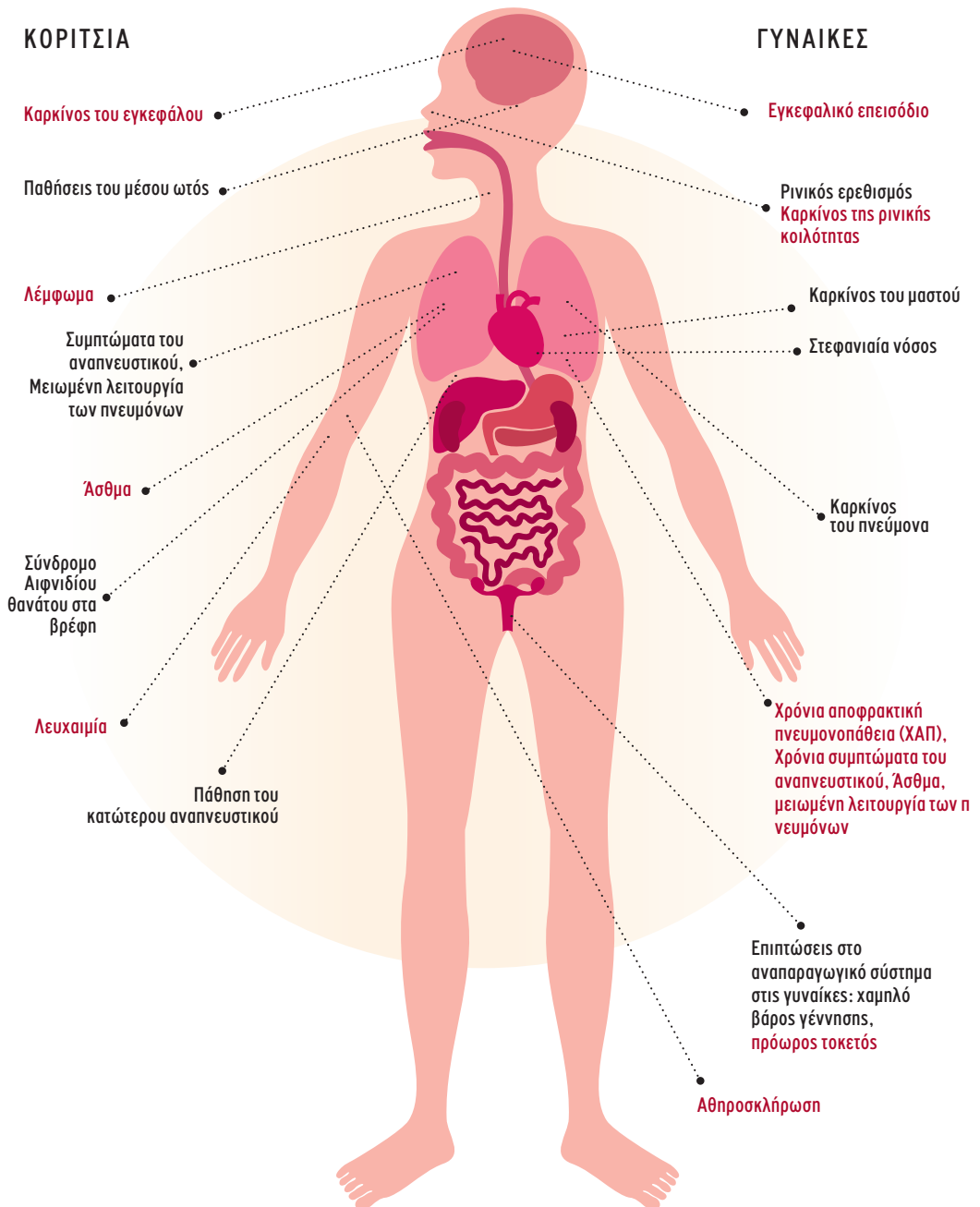
Αθηροσκλήρωση

Καρκίνος του πνεύμονα

Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ),  
Χρόνια συμπτώματα του αναπνευστικού, Άσθμα,  
μειωμένη λειτουργία των πνευμόνων

ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ, ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΟΓΕΝΕΣ

# Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΚΟΡΙΤΣΙΑ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ



\*Επιστημονική τεκμηρίωση: Ενδεικτική \*\*Επιστημονική τεκμηρίωση: Πλήρης  
WHO Training Package for the Health Sector, Children's Health and the Environment, Second-hand tobacco smoke and children (2011).



## ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

### A) Για τους ενήλικες παθιακούς καπνιστές:

- Σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες εκτιμήσεις της σύμπραξης που δημιουργήθηκε από την European Respiratory Society (Ευρωπαϊκή Πνευμονολογική Εταιρεία), τον οργανισμό Cancer Research UK (Έρευνα για τον καρκίνο ΗΒ) και το Institut National du Cancer (Εθνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο) στη Γαλλία, περισσότεροι από 79.000 ενήλικες πεθαίνουν κάθε χρόνο λόγω του παθιακού καπνίσματος στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Από αυτούς οι 72.000 είχαν εισπνεύσει τα τοξικά χημικά του καπνού μέσα στο ίδιο τους το σπίτι, ενώ οι 7.000 στον εργασιακό τους χώρο. Τα στοιχεία αυτά δημοσιεύτηκαν από την Smoke Free Partnership, ένα φόρουμ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου το οποίο ερευνά θέματα που σχετίζονται με τον καρκίνο και την καρδιά<sup>20</sup>.
- Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι καρδιακοί θάνατοι από το παθιακό κάπνισμα αποτελούν τα 3/4 του συνόλου των θανάτων. Στην Ελλάδα ανέρχονται γύρω στους 3.000 ετησίως. Το παθιακό κάπνισμα όμως αυξάνει τον κίνδυνο και για καρκίνο του πνεύμονα κατά 30%. Το 3% των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα οφείλονται στο παθιακό κάπνισμα, δηλαδή περίπου 500 Έλληνες πεθαίνουν ετησίως εξαιτίας της έκθεσής τους στο κάπνισμα των άλλων<sup>8</sup>.
- Παρόμοια είναι και τα στατιστικά στοιχεία του Αμερικανικού Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών, το οποίο επισημαίνει ότι στις ΗΠΑ κάθε χρόνο πεθαίνουν 46.000 άνθρωποι από καρδιοπάθειες που οφείλονται στο παθιακό κάπνισμα και 3.000 από καρκίνο για τον ίδιο λόγο. Αξίζει να σημειωθεί ότι στα νούμερα αυτά δεν έχουν υπολογιστεί μια σειρά θανάτων για τους οποίους υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις, σχεδόν αποδείξεις, ότι οφείλονται στο παθιακό κάπνισμα<sup>20</sup>.
- Μια μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2000 από την ASH-UK<sup>15</sup> υπολόγισε ότι περίπου 600 περιπτώσεις θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα και μέχρι 12.000 περιπτώσεις καρδιακών νοσημάτων τον χρόνο σε μη καπνιστές οφείλονται στο παθιακό κάπνισμα. Οι μη καπνιστές που εκτίθενται σε καπνό τσιγάρου στο σπίτι, έχουν κατά 25% αυξημένο κίνδυνο καρδιακού νοσήματος. Αν η έκθεση στον καπνό επεκτείνεται και στο εργασιακό περιβάλλον, τότε ο κίνδυνος υπερδιπλασιάζεται<sup>22</sup>.
- Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Κίνα και παρακολούθησε εθελοντές για σχεδόν δύο δεκαετίες, τονίζει την επικινδυνότητα ειδικά για το εμφύσημα και τα εγκεφαλικά επεισόδια μη καπνιστών, που εκτίθενται στον καπνό του τσιγάρου άλλων ανθρώπων. Όλα αυτά καταγράφηκαν σε 910 ενήλικους που παρακολούθηθηκαν για 17 χρόνια. Στην αρχή το 44% αυτών ζούσαν με έναν καπνιστή, ενώ το 53% δήλωσαν ότι εισέπνεαν τον καπνό άλλων στη δουλειά. Στα χρόνια που ακολούθησαν 249 από τους συμμετέχοντες πέθαναν. Ο κίνδυνος θανάτου από καρδιοπάθεια, εγκεφαλικό, καρκίνο του πνεύμονα και εμφύσημα ήταν δύο με τρεις φορές υψηλότερος στους ανθρώπους που ήταν εκτεθειμένοι στον καπνό άλλων<sup>23</sup>.

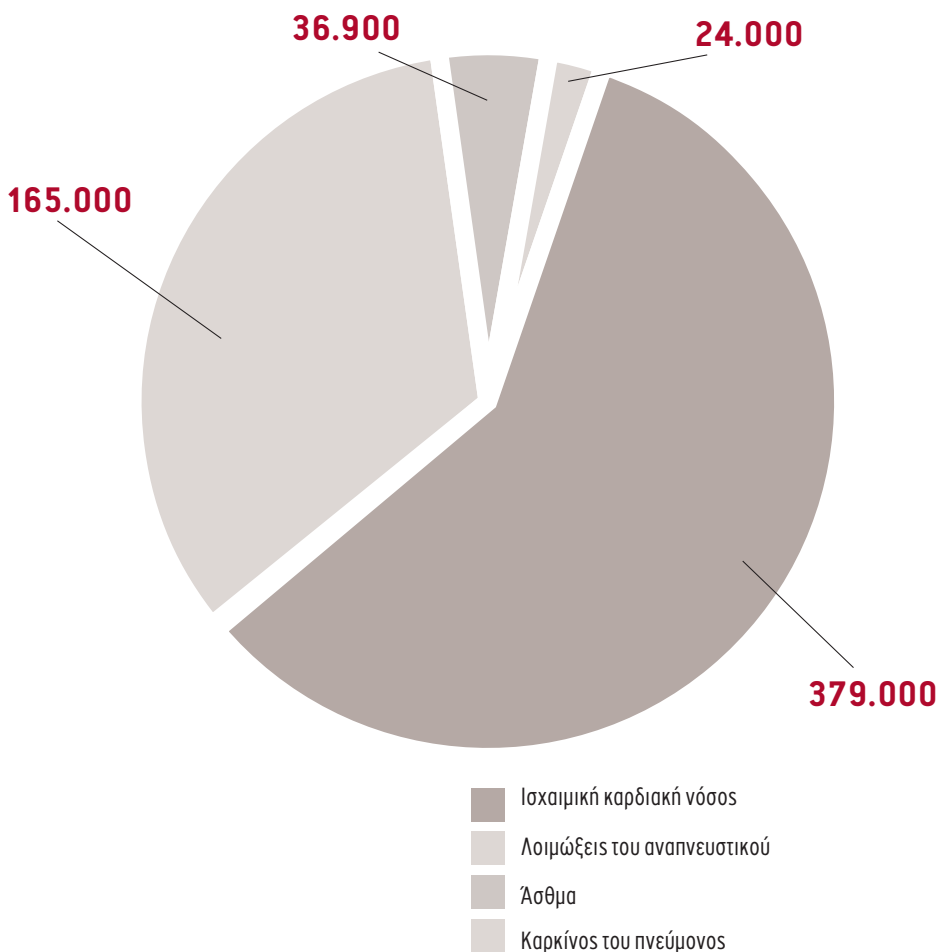
---

Το παθητικό κάπνισμα προκαλεί μόνιμες βλάβες στις αρτηρίες των παιδιών με αποτέλεσμα να γερνάνε πρόωρα τα αγγεία τους κατά 3 χρόνια.

---

### **B) Για τα παιδιά που ζουν σε περιβάλλον καπνού:**

- Τα βρέφη των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά τη διάρκεια του θηλασμού ή της εγκυμοσύνης βρέθηκε ότι είχαν στα ούρα τους τόσο ποσότητα κοκονίνης - προϊόν μεταβολισμού της νικοτίνης - όσο και η καπνίστρια μητέρα τους. Ανάλογα είναι τα συμπεράσματα και για τα βρέφη που οι μητέρες τους ήταν παθητικές καπνίστριες. Έτσι, δεν είναι τυχαίο ότι η πρώτη αιτία θανάτου σε παιδιά ηλικίας 1 μηνός έως 1 έτους είναι το παθητικό κάπνισμα<sup>3</sup>.
- Μόνο στη Μεγάλη Βρετανία υπολογίζεται πως πάνω από 5.000 παιδιά προσβάλλονται από άσθμα, επειδή καπνίζουν οι γονείς τους, ενώ κάθε χρόνο στο Ηνωμένο Βασίλειο νοσηλεύονται πάνω από 17.000 παιδιά κάτω των 5 ετών, εξαιτίας ασθενειών που οφείλονται στο παθητικό κάπνισμα<sup>3</sup>.
- Πριν από περίπου τέσσερα χρόνια πραγματοποιήθηκε μια από τις μεγαλύτερες και περιεκτικότερες έρευνες σε διάφορες χώρες της Ευρώπης κατά την οποία εξετάστηκαν, μεταξύ άλλων, οι μακροχρόνιες επιδράσεις του καπνού στα παιδιά. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, στην οποία συμμετείχαν πάνω από 300.000 άνθρωποι, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα παιδιά που εισπνέουν καπνό καθημερινά και για πολλές ώρες, κινδυνεύουν 3,63 φορές περισσότερο να προσβληθούν από καρκίνο των πνευμόνων σε σύγκριση με παιδιά που μεγάλωσαν σε άκαπνο περιβάλλον<sup>3</sup>.
- Το αξιοσημείωτο είναι ότι ακόμη και εάν οι γονείς αποφασίσουν να καπνίσουν μόνο έξω από το σπίτι, αυτό δεν προστατεύει 100% τα παιδιά τους<sup>24</sup>. Ο καπνός και τα δηλητηριώδη στοιχεία που περιέχει μεταφέρονται από τους καπνιστές, είτε με τα μαλλιά, είτε με τα ρούχα τους, όταν αυτοί επιστρέφουν στο σπίτι<sup>25</sup>. Γι' αυτό και σύμφωνα με έρευνα του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνιας τα παιδιά που οι γονείς τους δεν καπνίζουν μέσα στο σπίτι έχουν μέχρι και οκτώ φορές μεγαλύτερη ποσότητα νικοτίνης στον οργανισμό τους από τα παιδιά που οι γονείς τους δεν καπνίζουν καθόλου. Στην ίδια έρευνα που δημοσιεύτηκε πριν από μερικά χρόνια στην ιστοσελίδα του περιοδικού Nature τονίζεται ότι μπορεί μεν οι γονείς να προστατεύουν τα παιδιά τους, εάν καπνίζουν έξω από το σπίτι, αλλά «κάνουν λάθος, αν πιστεύουν ότι αυτό θα προστατεύσει πλήρως τα παιδιά τους από την έκθεση στο καπνό»<sup>3</sup>!
- Πρόσφατη έρευνα των πανεπιστημίων του Cambridge στην Βρετανία και του Michigan στις ΗΠΑ έδειξε ότι το παθητικό κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στις γνωστικές λειτουργίες, όπως είναι η μνήμη, ο υπολογισμός και η ευφράδεια λόγου. Οι ερευ-



**Εικόνα 2.**

Παγκόσμια θνησιμότητα από το παθητικό κάπνισμα.

Mattias Obero, Maritta S Jaakkola, Alistair Woodward, Armando Peruga, Annette Prus-Ustun, Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries (2010).

νιπές των δύο πανεπιστημίων μέτρησαν τα επίπεδα κοπίνης στο σάλιο 5.000 ενηλίκων. Κατόπιν, τους υπέβαλαν σε διάφορα τεστ και αποτίμησαν τις ικανότητες τους. Τα συμπεράσματα ήταν αποθαρρυντικά. Όσοι είχαν στο σώμα τους υψηλά ποσοστά συστατικών της νικοτίνης παρουσίαζαν σοβαρά προβλήματα στις γνωστικές λειτουργίες<sup>20</sup>.

- Στις ΗΠΑ υπολογίζονται επίσης από 150.000 έως 300.000 νέα κρούσματα βρογχίτιδας και πνευμονίας σε παιδιά ηλικίας ενός με ενάμιση έτους. Αυξημένοι επίσης θεωρούνται

οι κίνδυνοι ωτίτιδας, φαρυγγίτιδας και λαρυγγίτιδας, ενώ αυξάνεται η συχνότητα των κρίσεων βρογχικού άσθματος στους μικρούς ασθματικούς<sup>8</sup>.

- Στη τελευταία μελέτη του «GYTS», που υλοποιήθηκε στη χώρα μας και δημοσιεύτηκε στα τέλη του 2013, αναφέρει για τους μαθητές 13 -15 ετών ότι: το 56,7% εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα στο σπίτι τους και το 67,4% εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα μέσα σε κλειστούς δημόσιους χώρους<sup>42</sup>.

### **ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΚΕΝΑ ΣΤΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΑΛΛΩΝ ΧΩΡΩΝ**

Σύμφωνα με τα στοιχεία της «Πράσινης Βίβλου: Για μια Ευρώπη απαλλαγμένη από το κάπνισμα: στρατηγικές επιλογές σε επίπεδο ΕΕ», το 2002 ο καπνός του περιβάλλοντος ταξινομήθηκε ως γνωστό καρκινογόνο για τον άνθρωπο από τον Οργανισμό Προστασίας του Περιβάλλοντος των ΗΠΑ (US Environmental Protection Agency) το 1993, από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών (Department of Health and Human Services) των ΗΠΑ και από το Διεθνές Κέντρο Έρευνας για τον Καρκίνο του ΠΟΥ (WHO International Agency for Research on Cancer). Επιπλέον, έχει ταξινομηθεί ως καρκινογόνο στο χώρο εργασίας από τις κυβερνήσεις της Φινλανδίας (2000) και της Γερμανίας (2001)<sup>3</sup>.

Πρόσφατα, η Υπηρεσία Προστασίας Περιβάλλοντος της Καλιφόρνιας (California Environment Protection Agency) ταξινομήσε τον καπνό ως «τοξικό ατμοσφαιρικό ρύπο» (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων 2007)<sup>3,4</sup>.

Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα με την «Πράσινη Βίβλο για μια Ευρώπη απαλλαγμένη από το κάπνισμα: στρατηγικές επιλογές σε επίπεδο ΕΕ» που εξέδωσε το 2007 αναπτύσσει πρωτοβουλία για την απαγόρευση του καπνίσματος, τολμώντας να προτείνει ότι «πο ολοκληρωμένη προσέγγιση θα ήταν να προταθεί πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους κλειστούς ή σχεδόν κλειστούς χώρους εργασίας και δημόσιους χώρους, συμπεριλαμβανομένων των δημόσιων συγκοινωνιών»<sup>26,27</sup>. Ένα από τα θέματα που φαίνεται ότι αποτελεί πιο περίπλοκο πρόβλημα είναι η πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος στα κέντρα αναψυχής ή «καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος», όπως ονομάζονται επίσημα τα εστιατόρια, τα καφέ, τα ζαχαροπλαστεία, τα μπαρ, τα κλαμπ και φυσικά τα κέντρα διασκέδασης. Είναι αποδεδειγμένο ότι ο εσωτερικός αέρας στα διάφορα κέντρα αναψυχής έχει υψηλότερες συγκεντρώσεις σε ρύπους από τον καπνό του τσιγάρου και παράλληλα τα στοιχεία δείχνουν ότι, όπου χρησιμοποιούνται συστήματα εξαερισμού, συχνά δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις που ορίζει η νομοθεσία<sup>28</sup>. Επιπλέον, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η υγεία των εργαζομένων στα κέντρα αναψυχής<sup>15</sup>, οι οποίοι εκτίθενται καθημερινά σε υψηλές συγκεντρώσεις ρύπων από καπνό τσιγάρου. Ουσιαστικά, το μέτρο του διαχωρισμού των κέντρων αναψυχής σε χώρους καπνιστών και μη καπνιστών δεν αποτελεί τίποτε άλλο παρά ημίμετρο και το μόνο

μέτρο που θα είχε ικανοποιητικό αποτέλεσμα είναι η απόλυτη απαγόρευση.

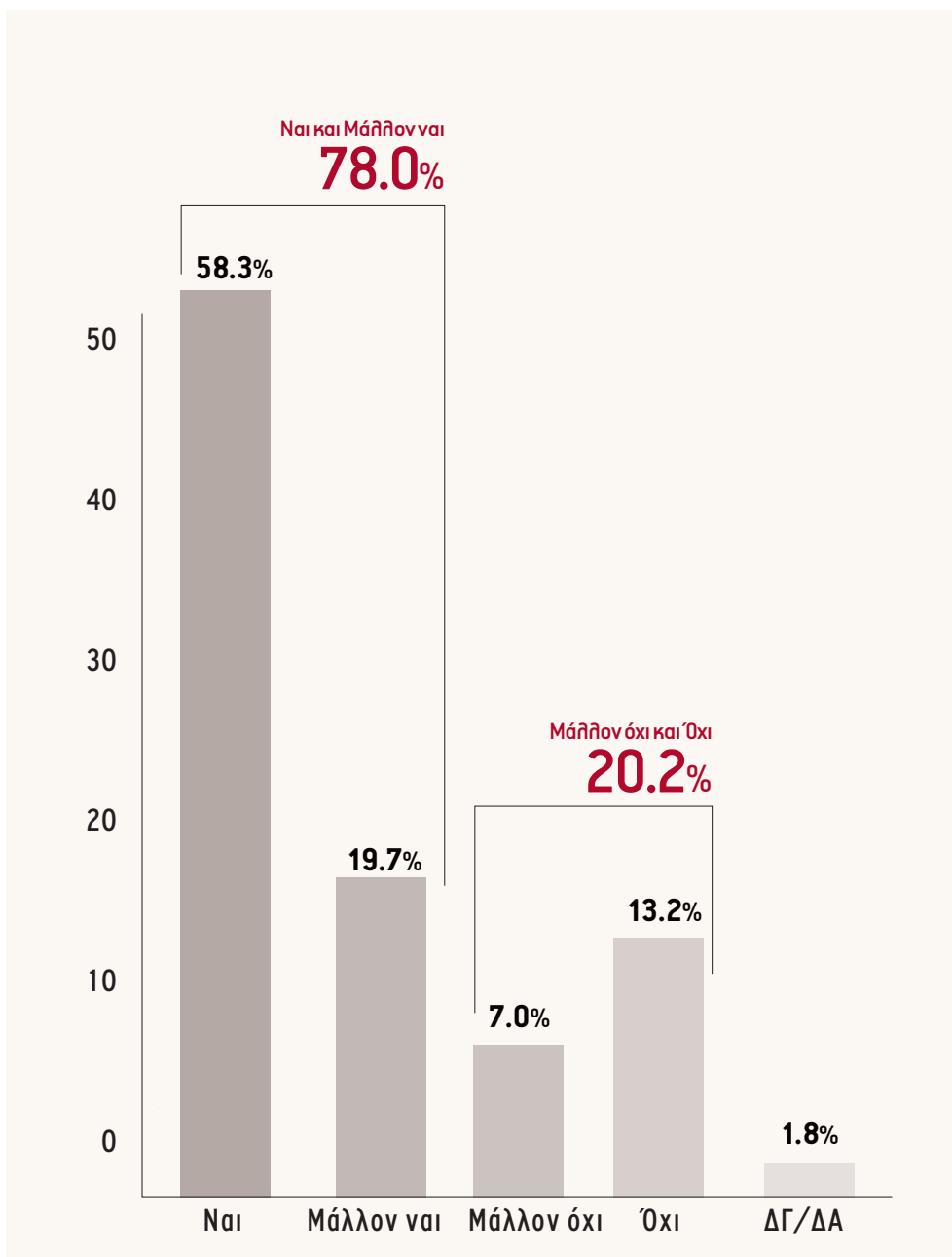
Στην Ελλάδα τα κέντρα αναψυχής αποτελούν «θαλάμους αερίων καπνού» και συγχρόνως «φυτώρια» νέων καπνιστών. Στο πλαίσιο μελέτης που διεξήχθη από ερευνητές του Τμήματος Φυσικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, η οποία δημοσιεύεται στο διαδικτυακό τόπο του επιστημονικού εντύπου «Science of the Total Environment»<sup>29</sup>, οι συγκεντρώσεις μικροσωματιδίων του αέρα των «κέντρων υγειονομικού ενδιαφέροντος» είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες και γίνονται ακόμα πιο επικίνδυνες λόγω του χορού και της συχνής μετακίνησης των θαμώνων, διότι έτσι οι επικίνδυνοι ρύποι επαναιωρούνται. Ο δε αντικαπνιστικός νόμος αφενός αφήνει πολλά «παράθυρα», για να εισέρχεται ο καπνός εντός των κέντρων, και αφετέρου δεν περιφρουρείται στην εφαρμογή του<sup>29,30</sup>.

Από μελέτη, που πραγματοποιήθηκε σε μια σειρά δημόσιων χώρων σε επτά ευρωπαϊκές πόλεις κατά την περίοδο 2001-2002, διαπιστώθηκε ότι υπήρχε καπνός στους περισσότερους από τους δημόσιους χώρους που εξετάστηκαν, συμπεριλαμβανομένων των χώρων αναψυχής και των επιχειρήσεων του κλάδου της φιλοξενίας, των μεταφορών, των νοσοκομείων και των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων. Οι υψηλότερες συγκεντρώσεις καπνού στο περιβάλλον μετρήθηκαν σε μπαρ και κέντρα ψυχαγωγίας<sup>29</sup>. Η τετράωρη έκθεση σε μπαρ ισοδυναμεί με συμβίωση με καπνιστή για ένα μήνα<sup>31</sup>. Η διαπίστωση ότι τα επίπεδα έκθεσης είναι εξαιρετικά υψηλά σε επιχειρήσεις του κλάδου της φιλοξενίας επιβεβαιώθηκε και από άλλες μελέτες, που έδειξαν ότι η μέση έκθεση των εργαζομένων σε μπαρ είναι τριπλάσια ή πολλαπλάσια της έκθεσης λόγω της συμβίωσης με καπνιστή<sup>32,33</sup>.



### Εικόνα 3.

Πόσο θυμωμένος θα λέγατε ότι είστε που η Ελλάδα είναι η μοναδική χώρα της ΕΕ που δεν εφαρμόζει το νόμο για την προστασία από το παθητικό κάπνισμα;



**Εικόνα 4.**

Κατά τη γνώμη σας η μη εφαρμογή του νόμου προστασίας από το παθητικό κάπνισμα αποτελεί σημείο πολιτιστικής υποβάθμισης της χώρας;

HEART II -Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών (Σεπτέμβριος 2013).

Σε χώρες, όπως η Ιρλανδία, η Νορβηγία και η Σουηδία εδώ και ήδη 3-4 χρόνια έχει απαγορευθεί στα κέντρα αναψυχής τελείως το κάπνισμα με πολύ θετικά αποτελέσματα. Μάλιστα έρευνες έχουν δείξει πως το μέτρο αυτό βοήθησε πολλούς καπνιστές να σταματήσουν το κάπνισμα και απέτρεψε πολλούς άλλους από το να το ξεκινήσουν<sup>15</sup>. Επίσης, μελέτες έχουν δείξει ότι η απαγόρευση του καπνίσματος σε εστιατόρια και μπαρ δεν έχει αρνητική επίδραση στην κερδοφορία των επιχειρήσεων<sup>34</sup>.

Το Βέλγιο, η Ισπανία και η Πολωνία συνιστούν παραδείγματα χωρών, στις οποίες η έγκριση ολοκληρωμένης νομοθεσίας είχε ως αποτέλεσμα σημαντικές μειώσεις στα ποσοστά έκθεσης εντός σύντομης χρονικής περιόδου<sup>35</sup>.

Παρόλο που οι κίνδυνοι είναι για κοινώς αποδεκτοί, σχεδόν σε καμία χώρα του κόσμου το νομοθετικό πλαίσιο δεν προστατεύει τα παιδιά από το να εισπνέουν «τα τοξικά απόβλητα» των ενηλίκων. Μόνο στην Αυστραλία, πρόσφατα, ψηφίστηκε νόμος ο οποίος προβλέπει την επιβολή κυρώσεων σε όσους καπνίζουν μέσα σε αυτοκίνητο που επιβαίνουν παιδιά.

## ΑΙΣΙΟΔΟΞΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Τα μέτρα προστασίας από το παθητικό κάπνισμα έχουν βελιωθεί αισθητά στην ΕΕ, σύμφωνα με έκθεση που δημοσίευσε πρόσφατα η Επιτροπή, το 28% των Ευρωπαίων εκτέθηκε στο παθητικό κάπνισμα στα μπαρ το 2012 σε σχέση με το 46% το 2009<sup>35</sup>. Η έκθεση βασίστηκε στην αυτοαξιολόγηση των κρατών μελών ύστερα από Σύσταση του Συμβουλίου το 2009 για ένα περιβάλλον χωρίς καπνό (2009/C 296/02)<sup>27</sup>, η οποία καλεί τις κυβερνήσεις να εγκρίνουν και να εφαρμόσουν νόμους σχετικά με την πλήρη προστασία των πολιτών από την έκθεσή τους στον καπνό σε εσωτερικούς δημόσιους χώρους, σε χώρους εργασίας και στα μέσα μαζικής μεταφοράς.

Η Σύμβαση Πλαίσιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για τον έλεγχο του καπνίσματος καλεί όλους τους συνυπογράφοντες (176 μέλη) να προσφέρουν αποτελεσματική «προστασία από την έκθεση στον καπνό σε εσωτερικούς χώρους εργασίας, στα μέσα μαζικής μεταφοράς και, ανάλογα με την περίπτωση, σε άλλους δημόσιους χώρους». Οι κατευθυντήριες γραμμές εγκρίθηκαν το 2007 με σκοπό να βοηθήσουν τα συμβαλλόμενα μέλη να εκπληρώσουν τις υποχρεώσεις τους. Σε αυτό ακριβώς το πλαίσιο, το Συμβούλιο ενέκρινε το 2009 τη Σύσταση του Συμβουλίου για ένα Περιβάλλον Χωρίς Καπνό, καλώντας τα κράτη μέλη να θεσπίσουν μέτρα για την παροχή αποτελεσματικής προστασίας από την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα, το αργότερο έως τον Νοέμβριο του 2012<sup>35</sup>.

Οι θετικές επιδράσεις στην υγεία από τη νομοθεσία απαγόρευσης του καπνίσματος είναι άμεσες και περιλαμβάνουν μείωση στα περιστατικά καρδιακών προσβολών, καθώς και βελτίωση στο αναπνευστικό σύστημα.

Η δημόσια υποστήριξη της νομοθεσίας απαγόρευσης του καπνίσματος είναι αρκετά υψηλή στην Ευρώπη. Μια έρευνα του 2009 έδειξε ότι η πλειοψηφία των Ευρωπαίων τάσσεται υπέρ της εν λόγω νομοθεσίας<sup>35</sup>. Το γεγονός αυτό υποστηρίζεται και από εθνικές έρευνες, οι οποίες αποκαλύπτουν ότι η υποστήριξη αυτή αυξήθηκε ύστερα από τη θέσπιση αποτελεσματικών μέτρων<sup>36</sup>.

Σύμφωνα με αποτελέσματα πρόσφατης έρευνας (2013) που διεξήχθη από την Κάπα Research\* για λογαριασμό του Ιδρύματος Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών στο πλαίσιο του προγράμματος HEART II διαπιστώνονται τα ακόλουθα:

- το 75,3% των Ελλήνων εμφανίζονται αρκετά (14,7%), πολύ (15,3%) και πάρα πολύ θυμωμένοι (45,3%) που η Ελλάδα είναι η μοναδική χώρα της ΕΕ που δεν εφαρμόζει το νόμο για την προστασία από το παθητικό κάπνισμα (Εικόνα 3).
- το 78% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι η μη εφαρμογή του νόμου προστασίας από το παθητικό κάπνισμα αποτελεί σημείο πολιτιστικής υποβάθμισης της χώρας (Εικόνα 4).
- το 60,9% θεωρούν ότι μια πιο αυστηρή εφαρμογή του νόμου για την προστασία από το παθητικό κάπνισμα στους χώρους διασκέδασης των νέων θα τους ωθούσε να αποφύγουν ή να κόψουν το κάπνισμα.

## ΠΡΩΤΟΠΟΡΙΑΚΗ ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Να αναγνωριστεί η προστασία από το παθητικό κάπνισμα ως ανθρώπινο δικαίωμα σε όλη την Ευρώπη, εισηγείται η Ελλάδα ύστερα από σχετικό αίτημα που προσυπέγραψαν περισσότεροι από 10.000 Έλληνες φοιτητές<sup>1</sup>.

Παρουσιάζοντας τα αποτελέσματα έρευνας-γνώμης, που πραγματοποιήθηκε πανελλαδικά στα ελληνικά πανεπιστήμια από την Εθνική Επιτροπή για τον Έλεγχο του Καπνίσματος, σε συνεργασία με το Εθνικό Δίκτυο Έρευνας και Τεχνολογίας (ΕΔΕΤ), ο Πρόεδρος του Ευρωπαϊκού Δικτύου για τον Έλεγχο του Καπνίσματος, Πρόεδρος της Εθνικής Επιτροπής για τον Έλεγχο του Καπνίσματος και αναπληρωτής καθηγητής της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Χάρβαρντ, Παναγιώτης Μπεχράκης, έδωσε έμφαση στην πρόταση για ενεργοποίηση ευρωπαϊκών μηχανισμών για την αναγνώριση του παθητικού καπνίσματος ως ζήτημα παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στους τομείς υγείας, εργασίας και προστασίας της γυναίκας και του παιδιού. Παράλληλα, ζητείται να αναγνωριστεί το παθητικό κάπνισμα στους κλειστούς δημόσιους χώρους ως μια εκτεταμένη μορφή βίας που στρέφεται κυρίως εναντίον μικρών παιδιών και αδύναμων πληθυσμιακών ομάδων, όπως είναι οι πάσχοντες από αναπνευστικά ή καρδιαγγειακά νοσήματα και οι έγκυες γυναίκες.

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα του ΠΟΥ, που διεξήχθη σε 192 χώρες, η έκθεση των μη καπνιστών στο παθητικό κάπνισμα προκαλεί 600.000 θανάτους ετησίως. Το 1/3 των



θανάτων αυτών είναι παιδιά, ενώ ιδιαίτερα ευάλωτη κατηγορία είναι οι γυναίκες, με επίσημο αριθμό θανάτων περίπου 281.000<sup>1,6</sup>. «Αποτελεί επιτακτική ανάγκη η ανάληψη πρωτοβουλίας για να εφαρμοστούν στο σύνολό τους και χωρίς περιορισμούς οι διεθνείς διατάξεις, ώστε η απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους να αναδειχθεί σε κορυφαίο δικαίωμα του ανθρώπου για τη διαφύλαξη της ζωής και της υγείας απειλούμενων ανθρώπων και ιδιαίτερος γυναικών και παιδιών» ανέφερε ο Π. Μπεχράκης<sup>1</sup>.

Η πρωτοποριακή αυτή εισήγηση της Ελλάδας στην Ευρώπη υπήρξε το κεντρικό θέμα της επίσημης συνάντησης του Ευρωπαϊκού Δικτύου για τον Έλεγχο του Καπνίσματος, του επίσημου ευρωπαϊκού φορέα για το κάπνισμα, όπου συμμετείχαν οι πρόεδροι των Επιτροπών Ελέγχου του Καπνίσματος όλων των ευρωπαϊκών χωρών στην Αθήνα τον Ιούνιο του 2013. Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να γίνεται σεβαστό το δικαίωμα της ελευθερίας των προσωπικών επιλογών, αλλά και το δικαίωμα του ανθρώπου για προστασία της υγείας του από το παθητικό κάπνισμα!

## ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ

- Η Αγωγή Υγείας είναι ένα μακροπρόθεσμο μέτρο που για να έχει απτά αποτελέσματα θα πρέπει να εφαρμόζεται από τα πρώτα χρόνια της εκπαιδευτικής διαδικασίας<sup>37</sup>. Η παιδική ηλικία είναι εύπλαστη και πιο δεκτική στα προγράμματα που αφορούν στην Υγεία. Τα νεαρά άτομα<sup>38</sup> ευαισθητοποιούνται πιο εύκολα και μαθαίνουν να σέβονται τους άλλους, ακριβώς όπως «Μαθαίνουν να μην καπνίζουν».
- Με τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας μαθαίνουν να αντιστέκονται στην πίεση των συνομηλίκων τους και να αρνούνται την εμπλοκή τους στα δίκτυα της εξάρτησης από το κάπνισμα, ακόμα και αν αυτό αποτελεί προϋπόθεση για να γίνουν αποδεκτοί από την παρέα τους! Τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας δίνουν στα παιδιά τη δυνατότητα να ενισχύσουν την αυτοεκτίμησή τους, να αναπτύξουν «άμυνες» κατά του ενεργητικού και παθητικού καπνίσματος και να καταθέσουν το δικό τους προβληματισμό.
- Η Αγωγή Υγείας είναι το είδος της εκπαίδευσης<sup>40</sup>, που στοχεύει στη διάπλαση ολοκληρωμένων και καλλιεργημένων ανθρώπων, ικανών να προστατεύσουν την ψυχοσωματική τους ισορροπία, μέσω μιας επαρκούς ενημέρωσης, κατάρτισης και καθοδήγησης. Έτσι, προλαμβάνονται παθογόνες καταστάσεις στο μέτρο του εφικτού, γιατί η πρόληψη τίθεται σε ψυχολογική και κοινωνική βάση και όχι σε νομοθετική<sup>41</sup>. Άλλωστε, καμιά νομοθετική παρέμβαση δεν μπορεί να ευδοκιμήσει χωρίς να έχει προηγηθεί η αρωγή της Αγωγής Υγείας. Τελικά, όλα είναι θέμα παιδείας!

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι συνέπειες του παθητικού καπνίσματος, δευτερογενούς και τριτογενούς, στην υγεία των ακούσιων καπνιστών, ενηλίκων, εγκύων γυναικών, βρεφών και παιδιών είναι μεγάλες αφού το παθητικό κάπνισμα θεωρείται σήμερα ως η τρίτη προλήψιμη αιτία θανάτου<sup>5</sup>.

Οι παθητικοί καπνιστές εκτίθενται ακούσια στον καπνό των άλλων (υπάρχουν πληθυσμιακές ομάδες ευαίσθητες και ευάλωτες στα δηλητήρια του καπνού, όπως είναι τα παιδιά ή οι ασθενείς) και υφίστανται αδικία και ζημιά, χωρίς οι ίδιοι να είναι άμεσα υπεύθυνοι<sup>8</sup>.

Η ανάγκη για την εφαρμογή του νόμου κατά του καπνίσματος για την περιφρούρηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων της Υγείας και της Εργασίας και για την προστασία της γυναίκας και του παιδιού είναι επιτακτική.

Υπάρχουν αισιόδοξες προοπτικές: Ύστερα από σχετικό αίτημα που προσυπέγραψαν περισσότεροι από 10.000 Έλληνες φοιτητές<sup>1</sup> η Ελλάδα ζητά να αναγνωριστεί η προστασία από το παθητικό κάπνισμα ως ανθρώπινο δικαίωμα σε όλη την Ευρώπη.

Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να γίνεται σεβαστό το δικαίωμα της ελευθερίας των προσωπικών επιλογών, αλλά και το δικαίωμα του ανθρώπου για προστασία της υγείας του από το παθητικό κάπνισμα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

# ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΚΑΙ ΙΣΧΥΟΥΣΑ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΠΝΟ

ΕΛΕΝΗ ΓΚΑΡΕΤΣΟΥ,

Τ.Ε. Επισκεπτών Υγείας MSc, Γραμματέας Εθνικής Επιτροπής για τον Έλεγχο  
του Καπνίσματος, Υπουργείο Υγείας

**Τ**ο 1492 ο Χριστόφορος Κολόμβος ταυτόχρονα με τον νέο Κόσμο ανακάλυψε και το φυτό *nicotiana tabacum* στις Αντίλλες, τα φύλλα του οποίου οι Ιθαγενείς τα χρησιμοποιούσαν σε θρησκευτικές τελετές, στη θεραπεία ασθενειών και πληγών, αλλά και ως καθημερινή απόλαυση. Ένα χρόνο αργότερα έφερε τους πρώτους σπόρους στην Ευρώπη. Στην αρχή και οι Ισπανοί το χρησιμοποιούν για θεραπευτικούς σκοπούς και σύντομα στην πρακτική του καπνίσματος θα μυηθούν και άλλοι λαοί της Ευρώπης.

Στη μεγάλη εθιστική ικανότητα της νικοτίνης στηρίχτηκε ένα τεράστιο οικονομικό σύστημα το οποίο μετέτρεψε τη χρήση καπνού στη μεγαλύτερη επιδημία όλων των εποχών. Μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα η ανθρωπότητα άρχισε να συνειδητοποιεί τις βλαβερές συνέπειες της νικοτίνης και να λαμβάνει μέτρα. Ο πρώτος αντικαπνιστικός νόμος στην Ελλάδα χρονολογείται ήδη από το 1856. Η Βασίλισσα Αμαλία, ενεργώντας εξ ονόματος του Βασιλιά Όθωνα, υπέγραψε Βασιλικό Διάταγμα που απαγόρευε το κάπνισμα σε όλα τα δημόσια γραφεία και καταστήματα της χώρας. Ο λόγος ήταν ο κίνδυνος πυρκαγιάς.

*« Θέλοντες να προλάβωμεν όσον ένεσι τα εξ ενδεχομένων πυρκαϊών δυστυχήματα, επί τη προτάσει του Ημετέρου επί των Εσωτερικών Υπουργού, απεφασίσαμεν και διατάτομεν:*

**Α.** *Απαγορεύεται η χρήσις του καπνίζεσιν είτε διά καπνοσυρρίγγων (τοιμπουκίων), είτε διά σιγάρων, εις πάντας εν γένει τους υπαλλήλους και υπηρέτας του Κράτους εντός των δημοσίων γραφείων και καταστημάτων.*

**Β.** *Η απαγόρευσις αύτη επεκτείνεται και εις πάντα άλλον προσερχόμενον εις τα ειρημένα καταστήματα και γραφεία χάριν υποθέσεως ή άλλης τινός αιτίας.*

**Γ.** *Ο Ημέτερος επί των Εσωτερικών Υπουργός θέλει δημοσιεύσει και εκτελέσει το παρόν Διάταγμα.*

Από τότε μέχρι σήμερα έχουν ψηφιστεί πολλοί νόμοι για τον περιορισμό του καπνίσματος στην Ελλάδα με στόχο την προστασία της υγείας των καπνιστών, αλλά και των μη καπνιστών από τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος (Πίνακας 1).

- Το **1945** λαμβάνονται τα πρώτα μέτρα προστασίας των καταναλωτών με την απαγόρευση στους εμπόρους καπνού να δίνουν δώρα ή κουπόνια/λαχνούς κ.λπ. οποιουδήποτε είδους ή μορφής.
- Το **1952** με Υγειονομική Απόφαση απαγορεύεται το κάπνισμα σε όλα τα μεταφορικά μέσα.
- Το **1979** απαγορεύεται το κάπνισμα στα νοσηλευτικά ιδρύματα και τις ιδιωτικές κλινικές.
- Το **1980** απαγορεύεται το κάπνισμα σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους που ανήκουν σε κρατικούς φορείς, σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου, όπως ΟΤΕ, ΔΕΗ κ.λπ. Στους χώρους αναμονής του κοινού των μεταφορικών μέσων (αεροδρόμια, σιδηροδρομικοί σταθμοί κ.λπ.) επιτρέπεται το κάπνισμα μόνο σε ειδικούς διαμορφωμένους χώρους.
- Το **1988** με Υπουργική Απόφαση γίνεται υποχρεωτική η σήμανση των προϊόντων καπνού σχετικά με τη βλαπτική επίδραση του καπνίσματος στην υγεία και το 1989 γίνεται υποχρεωτική η σήμανση στις έντυπες διαφημίσεις προϊόντων καπνού. Όλα τα προϊόντα καπνού και όλες οι έντυπες διαφημίσεις αυτών πρέπει υποχρεωτικά να αναγράφουν: «ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΕΙ: ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΒΛΑΠΤΕΙ ΣΟΒΑΡΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ».
- Το **1990** με Υπουργική Απόφαση απαγορεύεται το κάπνισμα στις πτήσεις όλων των εσωτερικών αερογραμμών της χώρας.
- Το **1991** με Νόμο απαγορεύεται η διαφήμιση προϊόντων καπνού στην τηλεόραση και με Υπουργική Απόφαση γίνεται υποχρεωτικό για τις καπνοβιομηχανίες, να πραγματοποιούν αναλύσεις όλων των τοιγάρων που κυκλοφορούν στην Ελλάδα για τη μέτρηση πίσσας και νικοτίνης. Επιπλέον, την ίδια χρονιά απαγορεύεται στη χώρα μας η κυκλοφορία όλων των προϊόντων καπνού που λαμβάνονται από το στόμα με εξαίρεση αυτά που προορίζονται για μάσημα.
- Το **1992** με Υγειονομική Διάταξη απαγορεύεται η κυκλοφορία «απομίμησης τοιγάρου» πανομοιότυπου με τα πραγματικά, το οποίο παρακινεί τα παιδιά στη συνήθεια του καπνίσματος.
- Το **1993** με Υγειονομική Διάταξη απαγορεύεται το κάπνισμα σε όλους τους χώρους όπου παρέχονται υπηρεσίες υγείας.
- Το **1994** με στόχο την προστασία της Δημόσιας Υγείας από την κυκλοφορία στην αγορά διαφόρων προϊόντων κατά του καπνίσματος ή απωθητικών καπνίσματος 111

Πίνακας 1.

ΕΤΟΣ	ΕΙΔΟΣ / ΑΡΙΘΜΟΣ	ΦΕΚ	ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ
1945	Αναγκαστικός Νόμος	66/τ.α' /21-3-45	«Επί του σχεδίου νόμου περί καθορισμού του καταναλισκομένου καπνού, και παροχής πιστώσεων εις τας καπνοβιομηχανίας.»
1952	Υγειονομική Διάταξη με αρ. 389955	235/τ.β' /12-11-52	«Περί υγειονομικών μέτρων επί των πάσης φύσεως μεταφορικών μέσων.»
1979	Υπουργική Απόφαση με αρ. Α2/οικ. 1989	416/τ.β' /3-5-79	«Περί απαγορεύσεως του καπνίσματος στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα και στις Ιδιωτικές κλινικές.»
1980	Υπουργική Απόφαση με αρ. Α2γ/οικ. 3051	475/τ.β' /9-5-80	«Περί απαγορεύσεως του καπνίσματος σε κοινούς κλειστούς χώρους.»
1988	Υπουργική Απόφαση με αρ. Α2/οικ. 6139	928/τ.β' /29-12-88	«Σήμανση προϊόντων καπνού σχετικά με τη βλαπτική επίδραση του καπνίσματος στην υγεία.»
1989	Υπουργική Απόφαση με αρ. Α2γ/οικ. 1592	411/τ.β' /29-5-89	«Υποχρεωτική σήμανση στις έντυπες διαφημίσεις προϊόντων καπνού σχετικά με τη βλαπτική επίδραση του καπνίσματος στην υγεία.»
1990	Υπουργική Απόφαση με αρ. Γ.Υ.οικ.4508	327/τ.β' /21-5-90	«Απαγόρευση καπνίσματος στις πτήσεις των εσωτερικών αερογραμμών.»
1991	Νόμος υπ' αρ. 1943, άρθρο 85, παράγραφος 9	50/τ.α' /11-4-91	«Εκσυγχρονισμός της οργάνωσης και λειτουργίας της δημόσιας διοίκησης, αναβάθμιση του προσωπικού της και άλλες συναφείς διατάξεις.»
1991	Υπουργική Απόφαση με αρ. Α2γ/1861	433/τ.β' /24-6-91	«Κανονισμός διεξαγωγής αναλύσεων όλων των τσιγάρων που κυκλοφορούν στην Ελληνική αγορά για τη μέτρηση της πίσσας και της νικοτίνης.»
1992	Υπουργική Απόφαση με αρ. Α2γ/οικ.560	125/τ.β/27-2-92	«Απαγόρευση της κυκλοφορίας διάθεσης και πώλησης προϊόντος απομίμηση τσιγάρου.»
1992	Προεδρικό Διάταγμα	124/τ.α' /16-7-92	«Άσκηση τηλεοπτικών δραστηριοτήτων στην Ελλάδα σε συμμόρφωση προς την οδηγία 89/552/ΕΟΚ του Συμβουλίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων της 3.10.89.»
1993	Υπουργική Απόφαση με αρ. Υ3/2917/92	435/τ.β' /16-6-93	«Τροποποίηση της κοινής υπουργικής απόφασης 2160/90 (ΦΕΚ 781/12.12.90), με θέμα «σήμανση προϊόντων καπνού.»
1994	Υπουργική Απόφαση με αρ. Υ36/515	137/τ.β' /2-3-94	«Προϊόντα κατά του καπνίσματος ή απωθητικά του καπνίσματος.»

1996	Υπουργική Απόφαση με αρ. Υ3/δ/οικ.2431	408/τ.β' /27-5-96	«Τροποποίηση της Α2γ/2160/90 κοινής υπουργικής απόφασης όπως αυτή τροποποιήθηκε με την Α2γ/2917/27.5.93 (ΦΕΚ 435/16.6.93), όμοια.»
2002	Υγειονομική Διάταξη με αρ. Υ1/Γ.Π./οικ. 76017	1001/τ.β' /1-8-2002	«Απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής Υπηρεσιών Υγείας.»
2003	Υγειονομική Διάταξη με αρ. Υ1/Γ.Π./οικ. 82942	1292/τ.β' /12-9-03	«Συμπλήρωση της Υ1/Γ.Π./76017/29.7.02 Υγειονομικής Διατάξης περί απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής Υπηρεσιών Υγείας.»

ορίζονται με Υπουργική Απόφαση φαρμακευτικά προϊόντα και για την κυκλοφορία τους απαιτείται άδεια από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων.

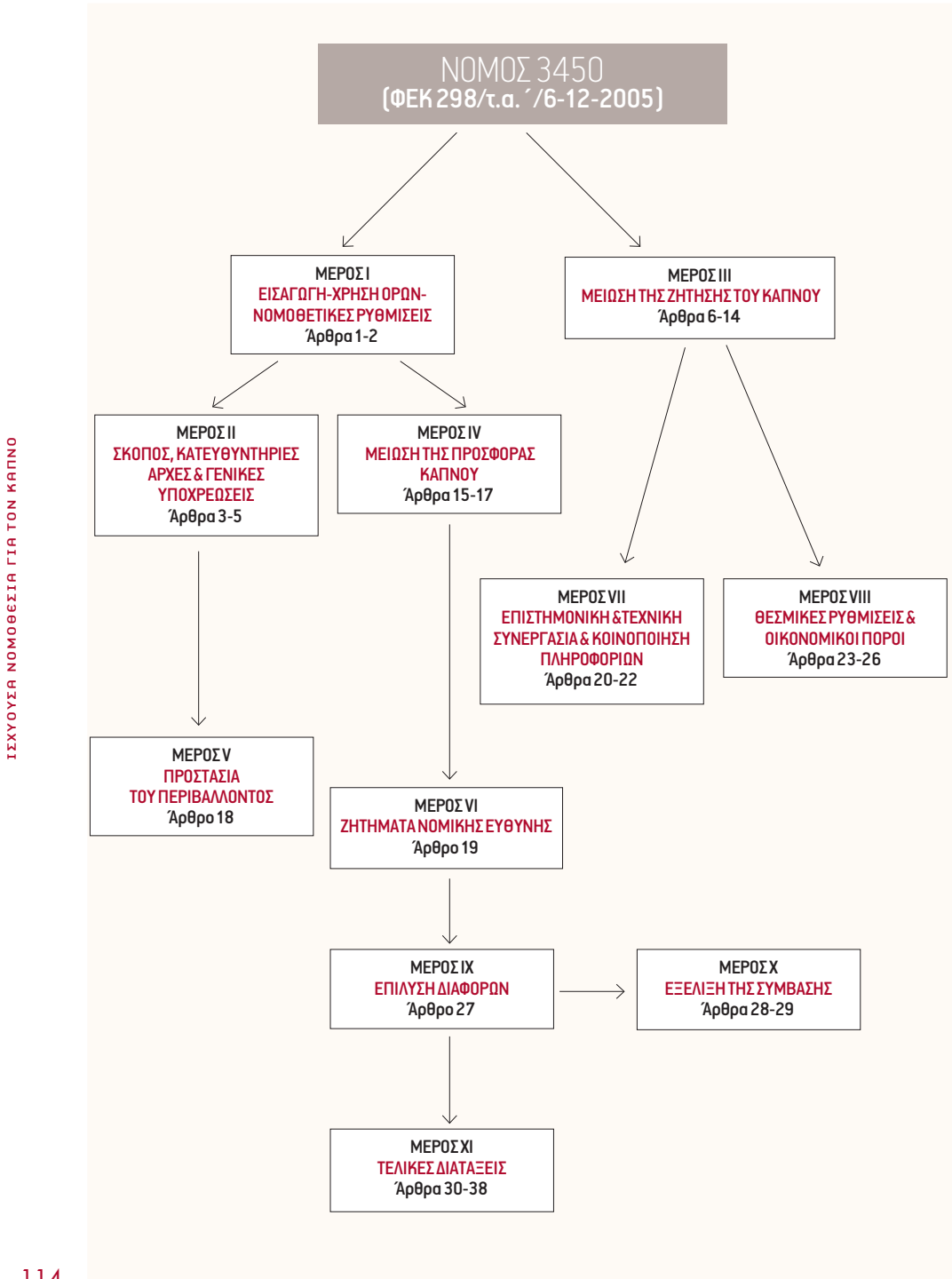
- Το 2002 και το 2003 αντίστοιχα, εκδίδονται Υγειονομικές Διατάξεις, με τις οποίες απαγορεύεται το κάπνισμα στους δημόσιους και ιδιωτικούς εργασιακούς χώρους, στις αίθουσες συνεδριάσεων, συνελεύσεων, αμφιθέατρα, μεταφορικά μέσα, μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, σε χώρους μακράς αναμονής, σε καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος, με εξαίρεση την ύπαρξη «χώρων καπνίζοντων». Τα παραπάνω ισχύουν και σε όλους τους χώρους που παρέχεται εκπαίδευση όπως:
  - Σχολεία Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.
  - Ιδρύματα Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης.
  - Φροντιστήρια.
  - Νηπιαγωγεία, παιδικούς σταθμούς, βρεφονηπιακούς σταθμούς και παιδότοπους.

## Η ΣΥΜΒΑΣΗ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

Η εκρηκτική αύξηση της χρήσης του καπνού μπορεί να θεωρηθεί πολυπαραγοντική. Πολύ σημαντικό ρόλο έπαιξε η διασυννοριακή διαφήμιση και πώληση προϊόντων καπνού εξ αποστάσεως, η απελευθέρωση του εμπορίου, η παγκόσμια αγορά και το διεθνές κίνημα του λαθρεμπορίου των προϊόντων καπνού.

Η Σύμβαση Πλαίσιο για τον Έλεγχο του Καπνίσματος αποτελεί την πρώτη συνθήκη διπραγματεύσεων υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), η οποία αναπτύχθηκε ως απάντηση στην παγκοσμιοποίηση της επιδημίας του καπνίσματος. Είναι μια τεκμηριωμένη συνθήκη που επιβεβαιώνει το δικαίωμα όλων των ανθρώπων για υψηλότερα πρότυπα υγείας.

Πίνακας 2.



Η Σύμβαση Πλαίσιο για τον Έλεγχο του Καπνού του ΠΟΥ, γνωστή διεθνώς ως Framework Convention for Tobacco Control (FCTC) αποτελεί τον σοβαρότερο άξονα μέσω του οποίου η Παγκόσμια Κοινότητα επιχειρεί να επιλύσει ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα όλων των εποχών<sup>1</sup>.

Η διαδικασία για την επεξεργασία της εν λόγω σύμβασης ξεκίνησε κατά την 52η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας το 1999, η οποία και ενέκρινε ψήφισμα για την θέσπιση ενός διακυβερνητικού οργάνου.

Η Σύμβαση υιοθετήθηκε ομόφωνα από τα κράτη μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας στις 21 Μαΐου 2003.

Τον Μάιο του 2003 υπεγράφη στη Γενεύη επί Ελληνικής προεδρίας.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση και όλα τα κράτη - μέλη υπέγραψαν τη σύμβαση στις 16 Ιουνίου 2003 ([www.who.int/fctc/about/en/index.html](http://www.who.int/fctc/about/en/index.html)).

Τον Φεβρουάριο του 2005 τέθηκε σε εφαρμογή και μέχρι σήμερα την έχουν επικυρώσει 176 κράτη.

Η Βουλή των Ελλήνων επικύρωσε τη Σύμβαση Πλαίσιο στις 8 Νοεμβρίου 2005 και από τότε αποτελούμε Συμβαλλόμενο - Μέρος αυτής με σαφείς υποχρεώσεις σε ό,τι αφορά την εφαρμογή της.

Για την καλύτερη προστασία της ανθρώπινης υγείας, τα Συμβαλλόμενα μέρη ενθαρρύνονται να εφαρμόσουν μέτρα πέρα από αυτά που απαιτούνται από την παρούσα Σύμβαση και τα πρωτόκολλά της. Επίσης, τους δίνεται η δυνατότητα να επιβάλλουν αυστηρότερες απαιτήσεις οι οποίες είναι σύμφωνες με το διεθνές δίκαιο.

Τον Απρίλιο του 2005 η χώρα μας επικύρωσε τη Σύμβαση Πλαίσιο για τον Έλεγχο του Καπνού με τον Νόμο 3420 και από τον Απρίλιο του 2006 η Σύμβαση τέθηκε σε ισχύ.

Τα μείζονα θέματα με τα οποία ασχολείται η σύμβαση πλαίσιο περιγράφονται παρακάτω.

### **Σκοπός της Σύμβασης Πλαίσιο για τον έλεγχο του Καπνού (άρθρο 1, 2, 3 - μέρος I)**

Σκοπός της Σύμβασης Πλαίσιο και των πρωτοκόλλων της είναι να προστατεύσουν τη σημαντική και τις μελλοντικές γενιές από τις καταστρεπτικές επιπτώσεις που έχουν η κατανάλωση καπνού και η έκθεση σε αυτόν στην υγεία, την κοινωνία, την οικονομία και το περιβάλλον, παρέχοντας ένα πλαίσιο εφαρμογής μέτρων για τον έλεγχο του καπνού από τα Συμβαλλόμενα Μέρη σε εθνικό, περιφερειακό και διεθνές επίπεδο με σκοπό τη διαρκή και ουσιαστική μείωση της κυριαρχίας της χρήσης του καπνού και της έκθεσης σε αυτόν.

### **Κατευθυντήριες αρχές (άρθρο 4, μέρος II)**

Για την επίτευξη του σκοπού της παρούσας Σύμβασης και των πρωτοκόλλων της και την εφαρμογή των διατάξεων της, τα Συμβαλλόμενα Μέρη θα καθοδηγούνται, μεταξύ άλλων, από τις εξής αρχές:



- Καθένας πρέπει να ενημερώνεται για τις επιπτώσεις στην υγεία, την εθιστική φύση και τη θανάσιμη απειλή της κατανάλωσης καπνού και της έκθεσης σε καπνό. Είναι απαραίτητο να μελετηθούν αποτελεσματικά νομοθετικά, εκτελεστικά, διοικητικά ή άλλα μέτρα στο κατάλληλο κυβερνητικό επίπεδο για την προστασία όλων από την έκθεση σε καπνό.
- Χρειάζεται σταθερή πολιτική δέσμευση για την ανάπτυξη και υποστήριξη, σε εθνικό, περιφερειακό και διεθνές επίπεδο, συνολικών μέτρων σε πολλούς τομείς και συντονισμένης δράσης λαμβανομένων υπόψη:
  - α) της ανάγκης να ληφθούν μέτρα για την προστασία όλων από την έκθεση σε καπνό,
  - β) της ανάγκης να ληφθούν μέτρα για την πρόληψη της έναρξης, την πρόωθηση και υποστήριξη της διακοπής και τη μείωση της κατανάλωσης προϊόντων καπνού οποιασδήποτε μορφής,
  - γ) της ανάγκης να ληφθούν μέτρα για την πρόωθηση της συμμετοχής τόσο των ατόμων όσο και των κοινοτήτων στην ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση προγραμμάτων ελέγχου του καπνού τα οποία είναι κοινωνικά και πολιτιστικά κατάλληλα για τις ανάγκες και τις προοπτικές τους και
  - δ) της ανάγκης να ληφθούν μέτρα για την αντιμετώπιση κινδύνων που αφορούν ειδικά κάθε φύλο, κατά την ανάπτυξη των στρατηγικών ελέγχου του καπνού.
- Σημαντικό μέρος της Σύμβασης είναι η διεθνής συνεργασία, ιδίως η μεταφορά τεχνολογίας, γνώσεων και οικονομικής βοήθειας και η παροχή της σχετικής τεχνογνωσίας για την κατάρτιση και την εφαρμογή αποτελεσματικών προγραμμάτων ελέγχου του καπνού, λαμβανομένων υπόψη της τοπικής κουλτούρας καθώς και κοινωνικών, οικονομικών, πολιτικών και νομικών παραγόντων.
- Είναι απαραίτητη η λήψη συνολικών μέτρων και η εκδήλωση αντιδράσεων σε πολλούς τομείς, σε εθνικό, περιφερειακό και διεθνές επίπεδο για τη μείωση της κατανάλωσης όλων των προϊόντων καπνού, ούτως ώστε να προλαμβάνεται, σύμφωνα με τις αρχές της δημόσιας υγείας, η εκδήλωση ασθενειών, η πρόωγη αναπηρία και η θνησιμότητα λόγω της κατανάλωσης καπνού και της έκθεσης στον καπνό.
- Σημαντική διάσταση του συνολικού ελέγχου του καπνού αποτελούν τα θέματα νομικής ευθύνης, όπως αυτή ορίζεται από κάθε Συμβαλλόμενο Μέρος εντός της δικαιοδοσίας του.
- Πρέπει να αναγνωρίζεται και να αντιμετωπίζεται στο πλαίσιο των εθνικών στρατηγικών για την αειφόρο ανάπτυξη ο καθοριστικός ρόλος της τεχνικής και οικονομικής βοήθειας, για να υποστηριχθεί αποτελεσματικά η μετάβαση των καπνοκαλλιεργητών και των καπνεργατών – των οποίων η ζωή επηρεάζεται σοβαρά από τα προγράμματα ελέγχου του καπνού – σε Συμβαλλόμενα Μέρη που είναι αναπτυσσόμενες χώρες ή χώρες με οικονομίες σε μετάβαση.

- Η συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών έχει αποφασιστική σημασία για την επίτευξη του στόχου της Σύμβασης και των πρωτοκόλλων της.

### **Γενικές υποχρεώσεις (άρθρο 5, μέρος II)**

- Κάθε Συμβαλλόμενο Μέρος θα αναπτύσσει, εφαρμόζει, αναθεωρεί και αξιολογεί περιοδικά συνολικές εθνικές στρατηγικές, σχέδια και προγράμματα ελέγχου του καπνού σε πολλούς τομείς σύμφωνα με την Σύμβαση Πλαίσιο και τα πρωτόκολλα των οποίων είναι Μέρος. Για το σκοπό αυτό, κάθε Συμβαλλόμενο Μέρος οφείλει, ανάλογα με τις δυνατότητές του:
  - α) να καθιερώσει ή να ενισχύσει και να χρηματοδοτεί έναν εθνικό μηχανισμό συντονισμού ή εσπιακά σημεία ελέγχου του καπνού, και
  - β) να υιοθετήσει και να εφαρμόσει αποτελεσματικά νομοθετικά, εκτελεστικά, διοικητικά ή/και άλλα μέτρα και να συνεργαστεί, ανάλογα με τις ανάγκες, με άλλα Συμβαλλόμενα Μέρη για την ανάπτυξη κατάλληλων πολιτικών πρόληψης και μείωσης της κατανάλωσης καπνού, του εθισμού στη νικοτίνη και της έκθεσης σ' αυτόν.
- Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή της οικείας πολιτικής στον τομέα της δημόσιας υγείας σε σχέση με τον έλεγχο του καπνού, τα Συμβαλλόμενα Μέρη θα ενεργούν για την προστασία της πολιτικής αυτής από εμπορικά και άλλα κεκτημένα δικαιώματα της βιομηχανίας καπνού, σύμφωνα με το εθνικό δίκαιο.
- Τα Συμβαλλόμενα Μέρη θα συνεργάζονται για τη διατύπωση των προτεινόμενων μέτρων, διαδικασιών και κατευθυντήριων γραμμών για την εφαρμογή της Σύμβασης και των πρωτοκόλλων των οποίων είναι Μέρη.
- Τα Συμβαλλόμενα Μέρη θα συνεργάζονται, όπου είναι απαραίτητο, με αρμόδιους περιφερειακούς διακυβερνητικούς οργανισμούς και άλλα όργανα για την επίτευξη των στόχων της παρούσας Σύμβασης και των πρωτοκόλλων των οποίων είναι Μέρη.
- Τα Συμβαλλόμενα Μέρη θα συνεργάζονται, στο πλαίσιο των μέσων και των πόρων που έχουν στη διάθεσή τους, για τη συγκέντρωση οικονομικών πόρων για την αποτελεσματική εφαρμογή της Σύμβασης μέσω διμερών και πολυμερών μηχανισμών χρηματοδότησης.

### **Μέτρα τιμολογιακής και φορολογικής διάστασης για τη μείωση της ζήτησης καπνού (άρθρο 6, μέρος III)**

- Τα Συμβαλλόμενα Μέρη αναγνωρίζουν ότι τα μέτρα τιμολογιακής και φορολογικής διάστασης είναι αποτελεσματικό μέσο μείωσης της ζήτησης καπνού εκ μέρους διαφόρων τμημάτων του πληθυσμού, ιδίως των νέων.
- Με την επιφύλαξη του κυρίαρχου δικαιώματος των Συμβαλλομένων Μερών να αποφα-

οίζουν και να καθορίζουν τη φορολογική πολιτική τους, κάθε Συμβαλλόμενο Μέρος θα πρέπει να μελετήσει τους εθνικούς στόχους του στον τομέα της υγείας σε σχέση με τον έλεγχο του καπνού και να υιοθετήσει ή να διατηρήσει ανάλογα με την περίπτωση, μέτρα τα οποία μπορούν να περιλαμβάνουν: **α)** εφαρμογή φορολογικής πολιτικής και, ανάλογα με τις ανάγκες, τιμολογιακής πολιτικής σε σχέση με τα προϊόντα καπνού, η οποία θα συμβάλλει στην επίτευξη του στόχου της μείωσης της κατανάλωσης καπνού, και **β)** απαγόρευση ή περιορισμό, αν είναι απαραίτητο, των πωλήσεων προς άτομα που ταξιδεύουν στο εξωτερικό ή/και της εισαγωγής από τα άτομα αυτά αφορολόγητων ή αδασιολόγητων προϊόντων καπνού.

- Στις περιοδικές εκθέσεις, που θα υποβάλλουν στη Διάσκεψη των Συμβαλλομένων Μερών σύμφωνα με το άρθρο 21, τα Συμβαλλόμενα Μέρη θα αναφέρουν τους συντελεστές φορολογίας των προϊόντων καπνού και τις τάσεις κατανάλωσης καπνού.

### **Μέτρα μη τιμολογιακής διάστασης για τη μείωση της ζήτησης καπνού (άρθρο 7, μέρος III)**

Τα Συμβαλλόμενα Μέρη αναγνωρίζουν ότι τα μέτρα ευρείας εφαρμογής μη τιμολογιακής διάστασης αποτελούν αποτελεσματικό και σημαντικό μέσο μείωσης της κατανάλωσης καπνού. Κάθε Συμβαλλόμενο Μέρος θα υιοθετήσει και θα εφαρμόσει αποτελεσματικά νομοθετικά, εκτελεστικά, διοικητικά ή άλλα μέτρα, τα οποία είναι απαραίτητα για την εκπλήρωση των υποχρεώσεών του σύμφωνα με τα άρθρα 8,13 και θα συνεργάζεται, ανάλογα με τις ανάγκες, με τα άλλα Συμβαλλόμενα Μέρη, άμεσα ή μέσω των αρμόδιων διεθνών οργάνων, με σκοπό την εφαρμογή τους. Η Διάσκεψη των Συμβαλλομένων Μερών θα προτείνει τις κατάλληλες κατευθυντήριες γραμμές για την εφαρμογή των διατάξεων των άρθρων αυτών.

### **Προστασία από την έκθεση στον καπνό (άρθρο 8, μέρος III)**

Κάθε Συμβαλλόμενο Μέρος θα πρέπει να υιοθετήσει και να εφαρμόσει στην εθνική του νομοθεσία αποτελεσματικά νομοθετικά, εκτελεστικά, διοικητικά και άλλα μέτρα, τα οποία θα προβλέπουν την προστασία από την έκθεση σε καπνό σε εσωτερικούς χώρους εργασίας, στις δημόσιες μεταφορές, στους εσωτερικούς δημόσιους χώρους και οπουδήποτε αλλού κρίνεται απαραίτητο.

### **Έλεγχος των συστατικών και γνωστοποίηση στο κοινό των συστατικών των καπνικών προϊόντων, (άρθρο 9, 10, μέρος III)**

Κάθε Συμβαλλόμενο Μέρος θα πρέπει να υποχρεώνει τους κατασκευαστές και τους εισαγωγείς με νομοθετικά, εκτελεστικά και άλλα μέτρα, να κοινοποιούν στις κρατικές αρχές πληροφορίες σχετικά με το περιεχόμενο και τις εκπομπές των προϊόντων καπνού. Επιπλέον, θα

πρέπει να εφαρμόσει αποτελεσματικά μέτρα για τη δημοσιοποίηση πληροφοριών σχετικά με τα τοξικά συστατικά των προϊόντων καπνού και τις εκπομπές που μπορούν να παράγουν.

### **Σήμανση προϊόντων καπνού (άρθρο 11, μέρος III )**

Κάθε Συμβαλλόμενο Μέρος θα πρέπει να υιοθετήσει και να εφαρμόσει αποτελεσματικά μέτρα που θα εξασφαλίζουν ότι δεν θα προωθείται κανένα προϊόν καπνού με ψευδή ή παραπλανητικά μέσα (π.χ. οι όροι «low tar», «light», «ultra light» κ.τ.λ.) που πιθανόν θα δημιουργήσουν εσφαλμένες εντυπώσεις σχετικά με τα χαρακτηριστικά του και τις επιδράσεις στην υγεία των καταναλωτών. Ακόμα, κάθε συσκευασία προϊόντος καπνού θα πρέπει να φέρει ευκρινή μηνύματα και αντίστοιχες προειδοποιήσεις, οι οποίες θα περιγράφουν τις επιβλαβείς επιδράσεις της χρήσης καπνού. Τέλος, κάθε πακέτο θα πρέπει να περιέχει ακριβείς πληροφορίες σχετικά με τα συστατικά και τις εκπομπές των προϊόντων καπνού που περιέχει.

- Κάθε Συμβαλλόμενο Μέρος θα υιοθετήσει και θα εφαρμόσει, σύμφωνα με την παρούσα Σύμβαση για το Μέρος αυτό, αποτελεσματικά μέτρα που θα εξασφαλίζουν ότι:
  - α) η συσκευασία και η σήμανση των προϊόντων καπνού δεν θα προωθεί το προϊόν καπνού με ψευδή, παραπλανητικά, απατηλά μέσα ή μέσα που πιθανόν να δημιουργήσουν εσφαλμένες εντυπώσεις σχετικά με τα χαρακτηριστικά του, τις επιδράσεις στην υγεία, τους κινδύνους ή τις εκπομπές, συμπεριλαμβανομένου οποιουδήποτε όρου, περιγραφής, εμπορικού σήματος, σχήματος ή άλλης ένδειξης που δημιουργεί άμεσα ή έμμεσα την εσφαλμένη εντύπωση ότι ένα συγκεκριμένο προϊόν καπνού είναι λιγότερο επιβλαβές από άλλα προϊόντα καπνού, όπως π.χ. οι όροι «low tar», «light», «ultra light» ή «mild», και
  - β) κάθε πακέτο και κουτί προϊόντων καπνού και κάθε εξωτερική συσκευασία και σήμανση των προϊόντων αυτών θα φέρουν προειδοποιήσεις για την υγεία, οι οποίες θα περιγράφουν τις επιβλαβείς επιδράσεις της χρήσης καπνού. Επιπλέον, θα μπορούν να περιλαμβάνουν και άλλα κατάλληλα μηνύματα. Τα εν λόγω μηνύματα και προειδοποιήσεις:
    - α) θα εγκρίνονται από την αρμόδια εθνική αρχή,
    - β) θα εναλλάσσονται περιοδικά,
    - γ) θα είναι ευμεγέθη, ευκρινή, ορατά και ευανάγνωστα,
    - δ) θα καλύπτουν τουλάχιστον το 30% ή και περισσότερο των κύριων επιφανειών,
    - ε) μπορεί να έχουν τη μορφή εικόνων ή εικονογραμμμάτων ή να περιλαμβάνουν εικόνες ή εικονογράμματα.
- Πέραν των προειδοποιήσεων της παρ. 1 εδ. β' του παρόντος άρθρου, κάθε πακέτο και κουτί προϊόντων καπνού και κάθε εξωτερική συσκευασία και σήμανση των προ-

ϊόντων αυτών θα περιέχουν πληροφορίες σχετικά με τα συστατικά και τις εκπομπές των προϊόντων καπνού, όπως ορίζονται από τις εθνικές αρχές.

- Κάθε Συμβαλλόμενο Μέρος θα απαιτεί να αναγράφονται στην κύρια γλώσσα ή γλώσσες του, οι προειδοποιήσεις και άλλες πληροφορίες των παρ. 1 εδ. α' και 2 του παρόντος άρθρου σε κάθε πακέτο και κουτί προϊόντων καπνού και κάθε εξωτερική συσκευασία και σήμανση των προϊόντων αυτών.
- Για τους σκοπούς του παρόντος άρθρου, ο όρος «εξωτερική συσκευασία και σήμανση» αναφορικά με προϊόντα καπνού ισχύει για κάθε συσκευασία και σήμανση που χρησιμοποιείται στις λιανικές πωλήσεις του προϊόντος.

### **Εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση του κοινού για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος (άρθρο 12, μέρος III)**

Κάθε Συμβαλλόμενο Μέρος πρέπει να προάγει και να ενισχύει την ευαισθησία του κοινού για θέματα ελέγχου του καπνού, με τη χρήση όλων των διαθέσιμων επικοινωνιακών εργαλείων, ανάλογα με τις ανάγκες. Για το σκοπό αυτό, κάθε κράτος θα πρέπει να υιοθετήσει στην εθνική του νομοθεσία και να εφαρμόσει αποτελεσματικά μέτρα προκειμένου να προάγει:

- Αποτελεσματικά και συνολικά προγράμματα εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης του κοινού σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία, συμπεριλαμβανομένων των εθιστικών χαρακτηριστικών της κατανάλωσης καπνού και της έκθεσης σ' αυτόν.
- Την ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία λόγω της κατανάλωσης καπνού και της έκθεσης σ' αυτόν, καθώς και τα οφέλη της διακοπής της χρήσης καπνού και του τρόπου ζωής χωρίς κάπνισμα.
- Τη δημόσια πρόσβαση, σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία, σε ένα ευρύ φάσμα πληροφοριών για τη βιομηχανία καπνού.
- Αποτελεσματικά και κατάλληλα προγράμματα κατάρτισης ή ευαισθητοποίησης για τον έλεγχο του καπνού απευθυνόμενα σε πρόσωπα, όπως το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, οι υπάλληλοι των ΟΤΑ, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι επαγγελματίες των ΜΜΕ, οι εκπαιδευτικοί, τα διοικητικά στελέχη και άλλοι ενδιαφερόμενοι.
- Την ευαισθητοποίηση και τη συμμετοχή του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα και μη κυβερνητικών οργανώσεων που δεν εξαρτώνται από τη βιομηχανία καπνού, στην ανάπτυξη και εφαρμογή προγραμμάτων και στρατηγικών ελέγχου του καπνού σε πολλούς τομείς.
- Την ευαισθητοποίηση και πρόσβαση του κοινού σε πληροφορίες σχετικά με τις δυσμενείς επιπτώσεις που έχει η κατανάλωση καπνού και η έκθεση σε καπνό στην υγεία, την κοινωνία, την οικονομία και το περιβάλλον.

### **Διαφήμιση, προώθηση και χορηγία προϊόντων καπνού (άρθρο 13, μέρος III)**

- 120 Κάθε Συμβαλλόμενο Μέρος θα πρέπει να επιβάλλει γενική απαγόρευση κάθε μορφής δια-

φήμισης, προώθησης και χρηματοδότησης για την προώθηση του καπνού. Επίσης, θα πρέπει να απαγορεύσει δραστηριότητες διασυννοριακής διαφήμισης, προώθησης και χρηματοδότησης για προώθηση του καπνού που εκκινούν από την επικράτειά του.

### **Μέτρα μείωσης της εξάρτησης και της διακοπής της χρήσης προϊόντων καπνού (άρθρο 14, μέρος III)**

Κάθε Συμβαλλόμενο Μέρος θα πρέπει να λάβει μέτρα για την προώθηση της διακοπής της χρήσης καπνού και την παροχή επαρκούς περίθαλψης σε όσους πάσχουν από εξάρτηση από τον καπνό. Αυτό κάθε κράτος θα το πετύχει με τους εξής τρόπους:

- Σχεδιάζοντας και εφαρμόζοντας αποτελεσματικά προγράμματα με στόχο την προώθηση της διακοπής της χρήσης καπνού, σε εκπαιδευτικά ιδρύματα, νοσηλευτικά ιδρύματα, χώρους εργασίας και άθλησης.
- Δημιουργώντας συμβουλευτικές υπηρεσίες για τη διακοπή της χρήσης καπνού και εφαρμόζοντας στρατηγικές δημόσιας υγείας και εκπαίδευσης με τη συμμετοχή ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
- Καθιερώνοντας προγράμματα διάγνωσης, συμβουλευτικής, πρόληψης και θεραπείας της εξάρτησης από τον καπνό σε νοσηλευτικά ιδρύματα και κέντρα αποκατάστασης.

### **Καταπολέμηση του λαθρεμπορίου καπνού (άρθρο 15, μέρος IV)**

Η εξάλειψη όλων των μορφών του παράνομου εμπορίου των προϊόντων καπνού, συμπεριλαμβανομένου του λαθρεμπορίου και της παράνομης παραγωγής, είναι βασικός παράγοντας στον έλεγχο του καπνού.

Τα Συμβαλλόμενα Μέρη θα πρέπει να λάβουν όλα τα απαραίτητα μέτρα για την εξάλειψη όλων των μορφών παράνομης εμπορίας προϊόντων καπνού, συμπεριλαμβανομένων του λαθρεμπορίου, της παράνομης παρασκευής και της κατασκευής πλαστών προϊόντων καπνού, καθώς και την ψήφιση και εφαρμογή σχετικών εθνικών νόμων.

Το πρωτόκολλο για την εξάλειψη του παράνομου εμπορίου προϊόντων καπνού υιοθετήθηκε στην 5η διάσκεψη των Συμβαλλόμενων μερών της Σύμβασης Πλαίσιο για τον έλεγχο του καπνού του ΠΟΥ (FCTC) που πραγματοποιήθηκε στη Σεούλ το Νοέμβριο του 2012.

Το νέο πρωτόκολλο θέτει τους κανόνες για την καταπολέμηση του παράνομου εμπορίου μέσω του ελέγχου της αλυσίδας εφοδιασμού και της διεθνούς συνεργασίας.

Ουσιαστικά δεσμεύει τις χώρες να θέσουν, ως κεντρικό μέτρο, ένα παγκόσμιο σύστημα εντοπισμού για τη μείωση του παράνομου εμπορίου των προϊόντων καπνού. Η χώρα μας υπέγραψε το πρωτόκολλο στην Νέα Υόρκη στις 9/7/2013 και το Υπουργείο Υγείας ως το αρμόδιο Υπουργείο για τον έλεγχο του καπνίσματος προωθεί την κύρωση του πρωτοκόλλου στην Ελληνική νομοθεσία.

Το πρωτόκολλο για την εξάλειψη του παράνομου εμπορίου προϊόντων καπνού υιοθετήθηκε στην 5η διάσκεψη των Συμβαλλόμενων μερών της Σύμβασης Πλαίσιο για τον έλεγχο του καπνού του ΠΟΥ (FCTC) που πραγματοποιήθηκε στη Σεούλ τον Νοέμβριο του 2012. Το νέο πρωτόκολλο θέτει τους κανόνες για την καταπολέμηση του παράνομου εμπορίου μέσω του ελέγχου της αλυσίδας εφοδιασμού και της διεθνούς συνεργασίας.

### **Πωλήσεις από και προς τους ανηλίκους (άρθρο 16, μέρος IV)**

Κάθε Συμβαλλόμενο Μέρος θα πρέπει να υιοθετήσει και να εφαρμόσει αποτελεσματικά μέτρα για την απαγόρευση της πώλησης προϊόντων καπνού σε πρόσωπα που θεωρούνται ανήλικα σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία του ή σε κάθε περίπτωση είναι κάτω των 18 ετών. Τα μέτρα αυτά μπορούν να περιλαμβάνουν:

- Την υποχρέωση όλων όσων πωλούν προϊόντα καπνού, να τοποθετήσουν σε εμφανή θέση στο χώρο πωλήσεων τους, ευκρινή ένδειξη σχετικά με την απαγόρευση της πώλησης προϊόντων καπνού σε ανηλίκους και σε περίπτωση αμφιβολίας, να ζητούν από κάθε αγοραστή καπνού να παρέχει αποδείξεις ότι έχει ενηλικιωθεί σύμφωνα με τον νόμο.
- Την απαγόρευση της πώλησης προϊόντων καπνού με οποιονδήποτε τρόπο που τα καθιστά ευπρόσιπα, π.χ. σε ράφια καταστημάτων.
- Την απαγόρευση της κατασκευής γλυκών, σνακ, παιχνιδιών και άλλων αντικειμένων που έχουν τη μορφή προϊόντων καπνού, για να προσελκύσουν τους ανηλίκους.
- Την επίδειξη μέριμνας, ώστε τα μηχανήματα αυτόματης πώλησης σιγαρέτων να μην είναι προστά στους ανηλίκους και να μην προωθούν την πώληση προϊόντων καπνού στους ανηλίκους. Τα Συμβαλλόμενα Μέρη αναγνωρίζουν ότι, για να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα των μέτρων πρόληψης της πώλησης προϊόντων καπνού στους ανηλίκους, πρέπει αυτά τα μέτρα να εφαρμόζονται, όπου χρειάζεται σε συνδυασμό με άλλες διατάξεις της παρούσας Σύμβασης.

### **Παροχή υποστηρίξης για οικονομικά βιώσιμες εναλλακτικές δραστηριότητες (άρθρο 17, μέρος IV)**

Σε συνεργασία μεταξύ τους και με τους αρμόδιους διεθνείς και περιφερειακούς διακυβερνητικούς οργανισμούς, τα Συμβαλλόμενα Μέρη θα προωθήσουν, ανάλογα με τις ανάγκες, οικονομικά βιώσιμες εναλλακτικές λύσεις για τους καπνεργάτες, τους καπνοκαλλιεργητές και, κατά περίπτωση, τους πωλητές οι οποίοι είναι φυσικά πρόσωπα.

### **Προστασία του περιβάλλοντος και της υγείας των ανθρώπων (άρθρο 18, μέρος V)**

Κατά την εκπλήρωση των υποχρεώσεών τους που απορρέουν από την παρούσα Σύμβαση, τα Συμβαλλόμενα Μέρη συμφωνούν να λαμβάνουν δεόντως υπ' όψιν την προστασία του

περιβάλλοντος και της υγείας των ανθρώπων σε συνάρτηση με το περιβάλλον αναφορικά με την καλλιέργεια και τη μεταποίηση καπνού στην επικράτειά τους. Τέλος, κάθε Συμβαλλόμενο Μέρος πρέπει να υιοθετήσει και να εφαρμόσει αποτελεσματικά μέτρα συμπεριλαμβανομένων και των ποινών για την εφαρμογή όλων των παραπάνω.

### **Υποβολή σε τακτά χρονικά διαστήματα εκθέσεων σχετικά με την εφαρμογή σε εθνικό επίπεδο των ρυθμίσεων που προβλέπονται στη Σύμβαση Πλαίσιο (άρθρο 21, μέρος VII)**

Κάθε Συμβαλλόμενο Μέρος πρέπει να υποβάλλει στη διάσκεψη των Συμβαλλόμενων Μερών μέσω της Γραμματείας περιοδικές εκθέσεις αναφορικά με την εκ μέρους του εφαρμογή της Σύμβασης, οι οποίες θα περιλαμβάνουν πληροφορίες για τα νομοθετικά, διοικητικά, εκτελεστικά ή άλλα μέτρα που έλαβε, τις ενέργειες που έκανε σχετικά με την παρακολούθηση και έρευνα και τέλος τα εμπόδια ή περιορισμούς που αντιμετώπισε.

Σε εφαρμογή των παραπάνω άρθρων το Υπουργείο Υγείας εξέδωσε τον Νόμο 3730 το 2008 περί προστασίας των ανηλίκων από τον καπνό και τα αλκοολούχα ποτά. Σύμφωνα με αυτόν τον Νόμο απαγορεύεται η πώληση προϊόντων καπνού σε ανηλικούς και από ανηλικούς. Επιπλέον, σύμφωνα με τον ίδιο Νόμο απαγορεύονται τα εξής:

- Η κατασκευή, προβολή, εμπορία και πώληση αντικειμένων που έχουν την εξωτερική μορφή προϊόντων καπνού, καθώς και το ηλεκτρονικό τσιγάρο.
- Η δωρεάν διανομή προϊόντων καπνού.
- Η κατανάλωση προϊόντων καπνού σε κλειστούς χώρους διεξαγωγής αθλοπαιδιών, ομαδικών αθλημάτων και αθλητικών εκδηλώσεων και η πώληση μεμονωμένων τσιγάρων ή τσιγάρων σε συσκευασία μικρότερη των είκοσι τεμαχίων.

Σύμφωνα με τον ίδιο Νόμο απαγορεύεται πλήρως το κάπνισμα:

- Στους χώρους φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας.
- Στους χώρους των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, κάθε βαθμίδα και του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα.

Ακόμη απαγορεύεται:

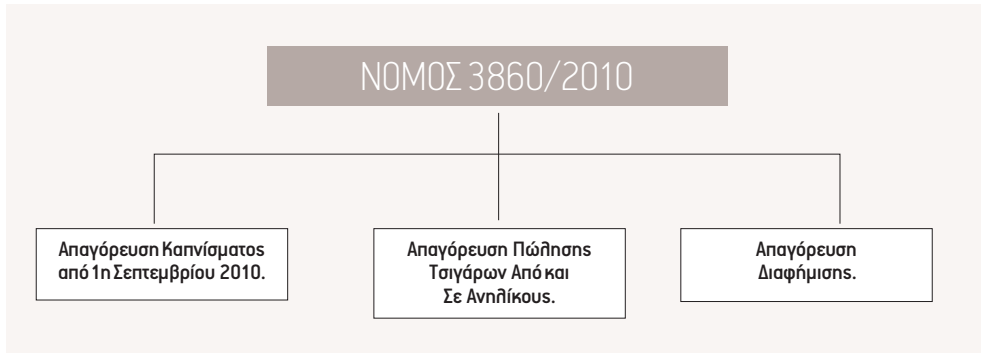
- Σε όλους τους ιδιωτικούς και δημόσιους κλειστούς ή στεγασμένους χώρους.
- Σε όλα τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος.
- Στους κλειστούς χώρους αναμονής.
- Στα αεροδρόμια, στους σταθμούς μεταφορικών μέσων, στα ΜΜΜ, στα ταξί.

Εξαίρεση αυτού του νόμου αποτελούν οι χώροι καπνίζόντων που διαμορφώνονται στους κλειστούς ή στεγασμένους δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους και στα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος.

Το 2010 όμως το Υπουργείο Υγείας, με στόχο την αποτελεσματική εφαρμογή των μέτρων απαγόρευσης του καπνίσματος προέβη στην αναθεώρηση του ρυθμιστικού πλαισίου και εξέδωσε ένα νέο Νόμο λαμβάνοντας υπ' όψιν του τη Σύσταση του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου



Πίνακας 3.



περί πλήρους απαγόρευσης του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους.

Αυτός ο Νόμος αποτελεί ένα τρίπτυχο (Πίνακας 3) και σε αυτόν περιλαμβάνονται μέτρα ολικής απαγόρευσης του καπνίσματος στους δημόσιους και ιδιωτικούς εργασιακούς χώρους, συμπεριλαμβανομένων και των χώρων εστίασης, για την ολοκληρωμένη προστασία της δημόσιας υγείας, αίροντας όλες τις εξαιρέσεις του προηγούμενου νόμου.

Συγκεκριμένα, με τον Νόμο από 1ης Σεπτεμβρίου 2010 απαγορεύεται πλήρως το κάπνισμα σε όλους τους εσωτερικούς δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους για την ολοκληρωμένη προστασία της δημόσιας υγείας, αίροντας όλες τις εξαιρέσεις του προηγούμενου νόμου.

Ως εσωτερικός χώρος νοείται και το αίθριο ή ο χώρος με συρόμενη ή αποσπώμενη οροφή, όπως και κάθε χώρος με σκέπαστρο και ταυτόχρονα κλεισμένος με οποιοδήποτε τρόπο περιμετρικά.

Επιπλέον, απαγορεύεται η κάθε είδους διαφήμιση και προώθηση προϊόντων καπνού σε όλους τους εξωτερικούς, υπαίθριους και εσωτερικούς χώρους, με εξαίρεση τους εσωτερικούς χώρους των σημείων πώλησης των προϊόντων καπνού.

Τέλος, με αυτόν τον Νόμο ορίζεται ότι σε όσους πωλούν προϊόντα καπνού και αλκοόλ σε ανηλικούς ή ανέχονται αυτή την πράξη ή παραβιάζουν τις απαγορεύσεις περί διαφήμισης, επιβάλλεται πρόστιμο από πεντακόσια (500) έως δέκα χιλιάδες (10.000) ευρώ μέχρι την οριστική ανάκληση της άδειας λειτουργίας της επιχείρησης.

Εξαίρεση αποτελούν τα καζίνο και τα κέντρα διασκέδασης με ζωντανή μουσική, όπου μπορούν να διαμορφώνουν χώρους καπνιζόντων και με Κοινή Υπουργική Απόφαση ορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις συμμόρφωσης αυτών.

Για όσους παραβαίνουν τον Νόμο ορίζονται πρόστιμα και ποινές. Αρμόδιοι να διενεργούν ελέγχους είναι οι εξής:

- Υγειονομικές Υπηρεσίες των Οργανισμών Περιφερειακής και Τοπικής Αυτοδιοίκησης Α' & Β' βαθμού.
- Δημοτική αστυνομία.

- Λιμενικές αρχές στην περιοχή ευθύνης τους.
- Κατά τη διεξαγωγή του ελέγχου, όπου παραστεί ανάγκη, ζητείται από τα ελεγκτικά όργανα η συνδρομή της ελληνικής αστυνομίας και,
- Το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ).

### **Εναρμόνιση με τις κοινοτικές οδηγίες του ευρωπαϊκού συμβουλίου**

Μετά τη προσχώρησή της η Ελλάδα στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα, υποχρεούται να εναρμονίζει στην Εθνική της νομοθεσία τις εκάστοτε Κοινοτικές Οδηγίες που εκδίδονται από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο.

Έτσι, σε εναρμόνιση με την Κοινοτική Οδηγία 2001/37/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου που αφορά στην παραγωγή, παρουσίαση και στην πώληση προϊόντων καπνού εκδόθηκε μια Κοινή Υπουργική Απόφαση στην οποία ορίζονται τα εξής:

- Η μέγιστη περιεκτικότητα των προϊόντων καπνού σε πίσσα, νικοτίνη και μονοξειδίο του άνθρακα.
- Οι προειδοποιήσεις υγείας και το πώς αυτές πρέπει να αναγράφονται στα πακέτα των τσιγάρων.
- Η υποχρέωση των καπνοβιομηχανιών και εισαγωγέων προϊόντων καπνού, να υποβάλλουν στο Υπουργείο Υγείας κάθε έτος κατάλογο όλων των συστατικών που χρησιμοποιούν στην παραγωγή των προϊόντων καπνού ανά μάρκα και τύπο, καθώς και των ποσοτήτων των συστατικών αυτών.
- Η απαγόρευση στην κυκλοφορία του καπνού που λαμβάνεται από το στόμα.

Τέλος, σε εναρμόνιση με την Κοινοτική Οδηγία 2003/33/ΕΚ, που αφορά στη διαφήμιση και χορηγία των προϊόντων καπνού εκδόθηκε Κοινή Υπουργική Απόφαση με την οποία:

- Απαγορεύεται κάθε διαφήμιση προϊόντων καπνού στα ΜΜΕ, στον τύπο και σε άλλα έντυπα μέσα και στο διαδίκτυο.
- Κάθε μορφή εμπορικής ανακοίνωσης με σκοπό την άμεση ή έμμεση προώθηση ενός προϊόντος καπνού.
- Η κάθε δημόσια ή ιδιωτική συμβολή σε εκδήλωση, δραστηριότητα ή σε άτομο, με σκοπό ή με άμεσο ή έμμεσο αποτέλεσμα την προώθηση ενός προϊόντος καπνού. (Πίνακας 3) Κοινή Υπουργική Απόφαση (Αρ. πρωτ. Γ.Π.οικ.104720, ΦΕΚ 1315,τ. β' / 25-8-2010) «καθορισμός των οργάνων, της διαδικασίας ελέγχου, πιστοποίησης

1. Νόμος 3730/2008 (ΦΕΚ 262, τ. α' /23-12-2008 «Προστασία ανηλίκων από τον καπνό και τα αλκοολούχα ποτά και άλλες διατάξεις»

2. Νόμος 3868/2010 (ΦΕΚ 129, τ.α' 3-8-2010 «Αναβάθμιση του εθνικού συστήματος υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης»

3. Κοινή Υπουργική Απόφαση (αρ. πρωτ. Υ1/Γ.Π./οικ.93828, ΦΕΚ 2026, τ.β' /12-9-2011) «Καθορισμός όρων και προϋποθέσεων για την λειτουργία χώρων καπνίζοντων εντός των καζίνο και των κέντρων διασκέδασης, με μουσική άνω των 300τ.μ.»

των παραβάσεων και επιβολής των προβλεπόμενων κυρώσεων, καθώς και των κριτηρίων προσδιορισμού του ύψους του προστίμου, της διαδικασίας είσπραξης των προστίμων, καθώς και κάθε άλλης αναγκαίας λεπτομέρειας για την εφαρμογή του Ν. 3868/2010».

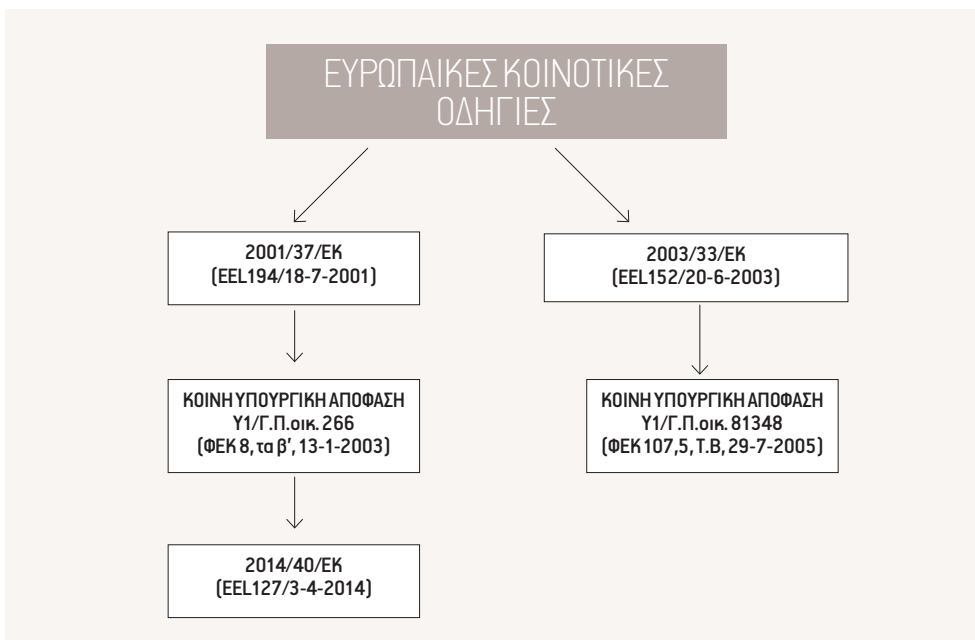
Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο και το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης εκτιμώντας ότι προκειμένου να αποτυπωθούν οι επιστημονικές εξελίξεις, οι εξελίξεις στην αγορά και οι διεθνείς εξελίξεις, απαιτούνται ουσιαστικές αλλαγές στην προηγούμενη οδηγία περί παραγωγής, παρουσίασης και πώλησης προϊόντων καπνού και έτσι προχώρησε στην κατάρτιση και αντικατάσταση της από νέα οδηγία. Η νέα οδηγία η οποία ψηφίστηκε στις 3 Απριλίου 2014 από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο έχει περιθώριο εναρμόνισης από κάθε κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης μέχρι τον Μάιο του 2016 (Εικόνα 4).

*Κοινή Υπουργική Απόφαση (Αρ. πρωτ. Γ.Π.οικ. 104720, ΦΕΚ 1315,τ.β' / 25-8-2010) «καθορισμός των οργάνων, της διαδικασίας ελέγχου, πιστοποίησης των παραβάσεων και επιβολής των προβλεπόμενων κυρώσεων, καθώς και των κριτηρίων προσδιορισμού του ύψους του προστίμου, της διαδικασίας είσπραξης των προστίμων, καθώς και κάθε άλλης αναγκαίας λεπτομέρειας για την εφαρμογή του Ν. 3868/2010»*

Στόχος της παρούσας οδηγίας είναι η αποτελεσματικότερη προστασία της δημόσιας υγείας και τα μέτρα τα οποία περιλαμβάνει αφορούν στα εξής:

- Τα μέγιστα επίπεδα εκπομπών σε πίσσα, νικοτίνη και μονοξείδιο του άνθρακα, τα συστατικά και τις εκπομπές των προϊόντων καπνού και τις συναφείς υποχρεώσεις κοινοποιήσεων, συμπεριλαμβανομένων, ορισμένες πτυχές της επισήμανσης και της συσκευασίας των προϊόντων καπνού, καθώς και των προειδοποιήσεων για την υγεία που πρέπει να αναγράφονται στις μονάδες συσκευασίας των προϊόντων καπνού και σε κάθε εξωτερική συσκευασία.
- Την απαγόρευση της διάθεσης στην αγορά των προϊόντων καπνού που έχουν χαρακτηριστικό άρωμα/γεύση τα οποία αυξάνουν την εθιστικότητα του προϊόντος καπνού. Συγκεκριμένα, απαγορεύεται η κυκλοφορία προϊόντων καπνού που περιέχουν:
  - α) βιταμίνες ή άλλα πρόσθετα που δημιουργούν την εντύπωση ότι ένα προϊόν καπνού ωφελεί την υγεία ή ενέχει μειωμένους κινδύνους για την υγεία,
  - β) καφεΐνη ή ταυρίνη ή άλλα πρόσθετα και τονωτικές ενώσεις που θεωρείται ότι δίνουν ενέργεια και ζωτικότητα,
  - γ) πρόσθετα με χρωστικές ιδιότητες για τις εκπομπές,
  - δ) πρόσθετα που διευκολύνουν την εισπνοή ή την πρόσληψη νικοτίνης,
- Κάθε μονάδα συσκευασίας και κάθε εξωτερική συσκευασία προϊόντων καπνού για κάπνισμα θα πρέπει να φέρει συνδυασμένες προειδοποιήσεις για την υγεία (λεκτικές και φωτογραφίες).

**Πίνακας 4.**



- Κάθε μονάδα συσκευασίας και κάθε εξωτερική συσκευασία θα πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες για την απεξάρτηση από το κάπνισμα, όπως αριθμούς τηλεφώνου, διευθύνσεις ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή ιστοτόπους που αποσκοπούν στην ενημέρωση των καταναλωτών σχετικά με τα διαθέσιμα προγράμματα υποστήριξης όσων θέλουν να σταματήσουν το κάπνισμα.
- Την απαγόρευση της διάθεσης στην αγορά του καπνού που λαμβάνεται από το στόμα.
- Την απαγόρευση των διασυνοριακών εξ αποστάσεως πωλήσεων προϊόντων καπνού.
- Την υποχρέωση υποβολής κοινοποίησης των νέων προϊόντων καπνού, τις διαθέσιμες επιστημονικές μελέτες για την τοξικότητα, τον κίνδυνο εθισμού και την ελκυστικότητα του νέου προϊόντος καπνού, ιδίως όσον αφορά στα συστατικά και τις εκπομπές του.
- Τη διάθεση στην αγορά ηλεκτρονικών τσιγάρων, περιεκτών επαναπλήρωσης και φυτικών προϊόντων για κάπνισμα μόνον εφόσον τηρούν την παρούσα οδηγία και όλη την υπόλοιπη σχετική νομοθεσία της Ένωσης.

Το Υπουργείο Υγείας ως το αρμόδιο Υπουργείο για τον έλεγχο του καπνίσματος προωθεί την κύρωση της συγκεκριμένης κοινοτικής οδηγίας στην Ελληνική νομοθεσία.

**ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ 1:** Περισσότερες πληροφορίες για τη Σύμβαση Πλαίσιο για τον Έλεγχο του Καπνίσματος του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (WHO FCTC) και την εφαρμογή του στην Ελληνική Νομοθεσία υπάρχουν διαθέσιμες στις ιστοσελίδες: [smokefreegreece.gr/](http://smokefreegreece.gr/) και [www.who.int/fctc/en/](http://www.who.int/fctc/en/)

# ΝΕΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΠΝΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ

ANNA ΤΖΩΡΤΖΗ

MD, FCCP, Πνευμονολόγος, Επιστημονικά Υπευθνη στο «George D Behrakis  
Ερευνητικό Εργαστήριο» της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας,  
Αναπληρώτρια Διευθύντρια στο Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας-Αμερικανικού Κολλεγίου Ελλάδος

**Η** πιο διαδεδομένη μορφή καπνίσματος τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις υπό ανάπτυξη χώρες, είναι το γνωστό συμβατικό βιομηχανοποιημένο τσιγάρο. Αντιπροσωπεύει το 96% των πωλήσεων καπνικού προϊόντος παγκοσμίως<sup>1</sup>.

Η εθιστική του επίδραση, καθώς και οι βλαπτικές του συνέπειες επί της υγείας όχι μόνον των ίδιων των καπνιστών, αλλά και όσων παθητικά εκτίθενται, είναι πλέον απόλυτα γνωστές και επιστημονικά τεκμηριωμένες. Η χρήση καπνού αναφέρεται ως η κύρια υποκείμενη αιτία θανάτου παγκοσμίως, ευθυνόμενη για 6.000.000 θανάτους κατά το 2011 (100 εκατομμύρια θανάτους στη διάρκεια του εικοστού αιώνα)<sup>1</sup>.

Οι προσπάθειες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ-WHO) και των επιμέρους κυβερνητικών και μη κυβερνητικών φορέων διεθνώς, για έλεγχο και μείωση της μίστιγας του καπνίσματος, περιλαμβάνουν (WHO MPOWER):

- Απαγόρευση καπνίσματος σε κλειστούς - δημόσιους χώρους.
- Απαγόρευση διαφήμισης - προώθησης.
- Προειδοποιητικές σημάνσεις προϊόντων.
- Αύξηση τιμής πώλησης και φορολόγησης.
- Ανάπτυξη προγραμμάτων ενημέρωσης.
- Προγράμματα διακοπής - απεξάρτησης<sup>1</sup>.

Αποτέλεσμα όλων των δράσεων αυτών είναι μια αξιόλογη ύφεση των πωλήσεων και της χρήσης του συμβατικού τσιγάρου, τουλάχιστον στις δυτικές-βιομηχανοποιημένες κοινωνίες.

Η καπνοβιομηχανία από την πλευρά της λαμβάνει μέτρα για να αντισταθμίσει τις χαμένες πωλήσεις:

- Με παραγωγή καινοτόμων τεχνολογικά προϊόντων, «μη βλαπτικών» προϊόντων, που δεν υπόκεινται στις νομοθετικές απαγορευτικές και οικονομικές ρυθμίσεις του τσιγάρου.
- Με εκβιομηχάνιση και διεθνοποίηση παλαιότερων ή τοπικών παραδοσιακών τρόπων

καπνίσματος, που ανανεώνονται και προωθούνται επίσης ως «λιγότερο βλαπτικοί», αλλά και ως σύμβολα κοινωνικής και επαγγελματικής καταξίωσης.

Επιπλέον, η επεξεργασία του καπνού τροποποιείται, με διαφορετικές μεθόδους κοπής και με προσθήκη γεύσεων, αρωμάτων και γενικά βελτιωτικών χημικών, ακόμη και με γενετικές παρεμβάσεις στο φυτό, ώστε να γίνεται λιγότερο ερεθιστική και πιο επιθυμητή η χρήση του. Έτσι οι έφηβοι πειραματίζονται ευκολότερα με ένα γευστικό και με ευχάριστο φρωτώδες άρωμα προϊόν, το οποίο ακολουθείται από καθηγουαστικούς και αθωωτικούς ισχυρισμούς.

Οι περισσότεροι καπνιστές, ιδιαίτερα οι έφηβοι και οι νεαροί ενήλικες, προκειμένου να μειώσουν τον κίνδυνο από το κάπνισμα (εφόσον πιστεύουν ότι δεν επιθυμούν ή δεν επιτυγχάνουν να απεξαρτηθούν), στρέφονται προς τα άλλα, «λιγότερο βλαπτικά προϊόντα». Αξίζει να αναφέρουμε ότι, καθώς πολλά από τα εναλλακτικά προϊόντα δεν υπόκεινται στις ρυθμιστικές διατάξεις του συμβατικού τσιγάρου, είναι πολύ συχνά και οικονομικότερα, στοιχείο πολύ σημαντικό ιδιαίτερα για τους νέους.

Ο κατάλογος των εναλλακτικών καπνικών προϊόντων είναι πλούσιος. Η πορεία του καπνού γενικά, αλλά και του τσιγάρου στο χρόνο, ακολουθεί μια εξελικτική διαδικασία τροποποίησης και μεταβολής που υπαγορεύεται από τις ανάγκες-ιδιαιτερότητες της αγοράς, στα πρότυπα όλων των βιομηχανικών προϊόντων. Η σύγχρονη κοινωνία γνωρίζει ότι «το τσιγάρο βλάπτει σοβαρά την υγεία», και έτσι, ενώ κάποια άτομα διακόπτουν τη χρήση με διαδικασία απεξάρτησης, οι λιγότερο γενναίοι αναζητούν την εύκολη λύση, το «μη βλαπτικό εναλλακτικό προϊόν». Αυτή η δεύτερη κατηγορία αντιπροσωπεύει τον πληθυσμό-στόχο της καπνοβιομηχανίας, μαζί με τους εφήβους και τους νέους γενικότερα, που θα υποκύψουν και θα πειραματιστούν ευκολότερα με ένα προϊόν εύγευστο που επιπλέον προωθείται και ως λιγότερο τοξικό.

Πολλά καπνικά προϊόντα καιόμενα ή μη, εμπλουτίζονται με ελκυστικές γεύσεις και αρώματα, προκειμένου να επικαλυφθεί η όχι ευχάριστη οσμή του καπνού, αλλά και η δυσάρεστη σκληρή αίσθηση που προκαλεί κατά την εισπνοή του. Στο εμπόριο συναντούμε τσιγάρα, πούρα, καπνό για ναργιλέ ή μασώμενο καπνό, με γεύση και άρωμα σοκολάτας, μέντας, φρούτων, κανέλας, ζάχαρης, καραμέλας, ακόμη και αλκοόλ.

Το 1998<sup>33</sup> αποφασίστηκε η απαγόρευση της άμεσης πώλησης και προώθησης καπνού στους εφήβους και ανηλικούς γενικότερα. Εσωτερικά έγγραφα της καπνοβιομηχανίας, όμως, δείχνουν πως έκτοτε εστίασε στην ανάπτυξη τεχνολογίας σχετικής με τα αρωματισμένα καπνικά προϊόντα, στοχεύοντας στην προσέλκυση των ανηλικών και νέων.

Το 2009<sup>32</sup> ο σημερινός Πρόεδρος των ΗΠΑ, υπέγραψε Νομοθετική Πράξη που ανέθετε στο FDA (Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων) την αρμοδιότητα ρύθμισης των καπνικών προϊόντων, ζητώντας την απαγόρευση προσθήκης φρούτων, καραμέλας και καρυκευ-

## ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΠΝΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ<sup>2</sup>

### A. ΚΑΙΟΜΕΝΑ ΚΑΠΝΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ

- |   |                                    |   |
|---|------------------------------------|---|
| 1. Τσιγάρο,<br>Ελαφρό τσιγάρο,<br>Τσιγάρο Menthol | 2. Πούρο<br>3. Πίπα<br>4. Ναργιλές | 5. Στριφτό τσιγάρο<br>6. Bidi, Kretek-<br>Clove |
|---|------------------------------------|---|

### B. ΜΗ ΚΑΙΟΜΕΝΑ ΚΑΠΝΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ

- |                         |   |
|-------------------------|---|
| 1. Μασσώμενος<br>καπνός | 4. Snuss  |
| 2. Dry snuff            | 5. Διαλυόμενος καπνός<br>(υπό μορφή δισκίων,<br>ράβδων) |
| 3. Moist snuff          |   |

### Γ. ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ

Συσκευές εξαέρωσης νικοτίνης

(ENDS=electronic nicotine delivery systems) σχεδιασμένα με μορφή:

- τσιγάρου • πούρου • πίπας • στυλό

μάτων στα τσιγάρα, εξαιρώντας όμως τα υπόλοιπα καπνικά προϊόντα από τη ρύθμιση, όπως και την προσθήκη μέντας, γεγονός που ξεσπάωσε θύελλα αντιδράσεων με αιχμές για ρατσιστική αντιμετώπιση, καθώς τα τσιγάρα menthol είναι περισσότερο διαδεδομένα στους Αφροαμερικανούς.

Ο καπνός, λοιπόν, εμφανίζεται σε πολλές διαφορετικές μορφές-προϊόντα, η χρήση των οποίων θα πρέπει να τονίσουμε και να καταστήσουμε σαφές ότι οδηγεί ανεξαιρέτως σε εθισμό και εξάρτηση.

### ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΑ ΚΑΠΝΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ

- Τροποποιημένα τσιγάρα.
- Τροποποιημένα μη καιόμενα καπνικά προϊόντα.

Περισσότερο θα ασχοληθούμε με τα προϊόντα εκείνα που είναι διαδεδομένα στη χώρα μας και χρησιμοποιούνται συνήθως από τους Έλληνες, ιδιαίτερα από τους έφηβους και τους νεότερους ενήλικες.

ναντώνται σε άλλες χώρες, κυρίως επειδή η παγκοσμιοποίηση, αλλά και οι κινήσεις της καπνοβιομηχανίας μεταβάλλουν καθημερινά το τοπίο.

## ΝΑΡΓΙΛΕΣ

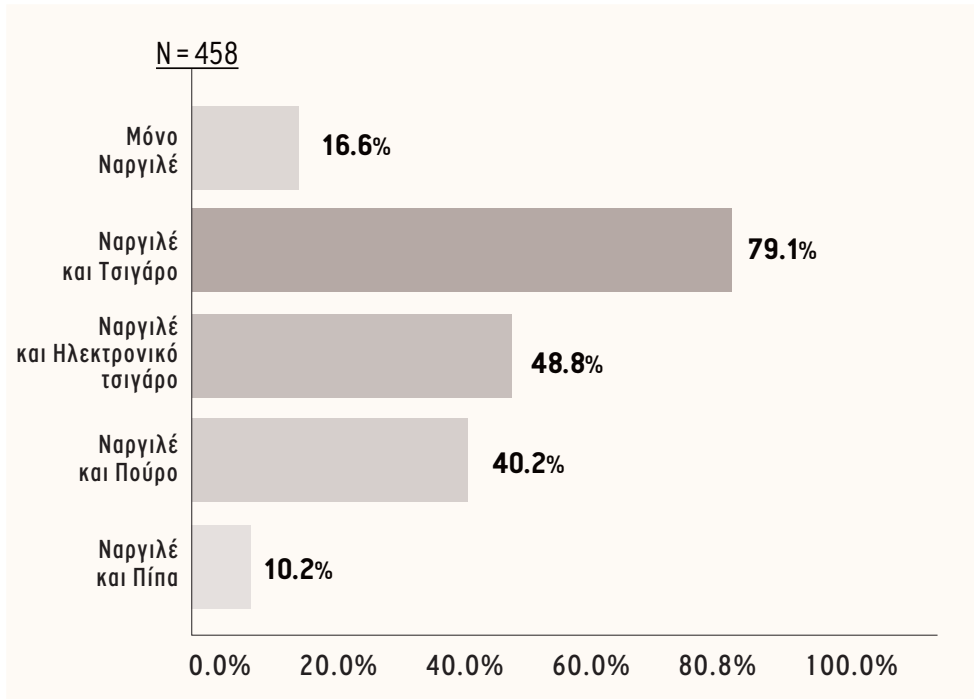
Παραδοσιακός τρόπος καπνίσματος σε πολλές χώρες, με την ονομασία να διαφέρει αναλόγως της χώρας προέλευσης. Στις χώρες της Ανατολικής Μεσογείου, την Τουρκία και τη Συρία, ονομάζεται narghile ή arghile, στην Αίγυπτο και τη Νότια Αφρική goza, στην Ινδία hookah<sup>3</sup>. Θεωρείται πως το χρησιμοποιούσαν οι αυτόχθονες κάτοικοι της Αφρικής και της Ασίας εδώ και τέσσερεις τουλάχιστον αιώνες, για να καπνίσουν καπνό και μίγματα καπνού με άλλες ουσίες.

### Η συσκευή αποτελείται από τέσσερα μέρη:

1) Τη φιάλη. 2) Το στέλεχος (διπλός μεταλλικός σωλήνας). 3) Την εστία. 4) Τον εύκαμπτο σωλήνα με το επιστόμιο.

### Τρόπος χρήσης

Η συσκευή μπορεί να διαθέτει περισσότερους από ένα εύκαμπτους σωλήνες επιτρέποντας



**Εικόνα 1.** Όσοι δήλωσαν ότι έχουν δοκιμάσει ναργιλέ, σε σχέση με το ποιο άλλο είδος καπνίσματος έχουν δοκιμάσει. Καταγραφή στάσεων και συμπεριφορών μαθητών-μαθητριών απέναντι στο κάπνισμα.



την ταυτόχρονη χρήση από πολλαπλούς χρήστες<sup>4</sup>, ενώ ακόμα κι όταν διαθέτει ένα μόνο εξάρτημα, πάλι μπορεί να χρησιμοποιείται από πολλούς χρήστες (όπως πράγματι συμβαίνει) αλλάζοντας μόνο το επιστόμιο, ενίοτε δε ούτε και αυτό.

Το κάπνισμα ναργιλέ εμφανίζει και κοινωνική διάσταση, καθώς συνήθως καπνίζεται ομαδικά σε συγκεκριμένους χώρους υπό μορφή συνεδρίας, η τυπική διάρκεια της οποίας είναι περίπου μία ώρα<sup>5</sup>.

### Επιδημιολογία

Το επιστημονικό ενδιαφέρον για το κάπνισμα ναργιλέ έχει αναζωπυρωθεί τα τελευταία χρόνια, λόγω της διαδεδομένης χρήσης του από τους νέους σε χώρες του Δυτικού κόσμου, (Ευρώπη, ΗΠΑ, Βραζιλία). Η μείωση των πωλήσεων συμβατικού τσιγάρου στον Δυτικό κόσμο, εγείρει την υποψία πως η καπνοβιομηχανία σε αντιτάξιμη των διαφυγόντων κερδών, αναζητεί άλλες οδούς εθισμού των νέων στη νικοτίνη, προωθώντας προϊόντα ειδικά για κάπνισμα ναργιλέ<sup>3</sup>. Εκατό εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο καπνίζουν καθημερινά ναργιλέ<sup>4</sup>.

Ενώ μέχρι την προηγούμενη δεκαετία η χρήση του περιοριζόταν μεταξύ μεταναστών από χώρες με παράδοση στο συγκεκριμένο τρόπο καπνίσματος, σήμερα, οι χρήστες είναι νέοι και των δύο φύλων, ηλικίας 15-20 ετών. Οι λόγοι για τους οποίους επλέγουν τον ναργιλέ είναι σύμφωνα με δηλώσεις των χρηστών: η φυσική του ποιότητα, οι φρουτώδεις γεύσεις, η αίσθηση ομαδικότητας από την κοινή χρήση και κυρίως η λανθασμένη πεποίθηση ότι πρόκειται για μη βλαπτικό κάπνισμα, καθώς το νερό που παρεμβάλλεται, λειτουργεί ως φίλτρο που κατακρατεί τα τοξικά προϊόντα<sup>3</sup>.

Πρόσφατη έρευνα<sup>19</sup> μαθητικού πληθυσμού της Ελλάδας, συγκεκριμένα μαθητές Γυμνασίου - Λυκείου Αθήνας - Θεσσαλονίκης, μας δίνει ενδιαφέροντα στοιχεία.

Περίπου το ένα τέταρτο (27,1%) των μαθητών που ρωτήθηκαν, απάντησαν ότι έχουν δοκιμάσει να καπνίσουν ναργιλέ.

Από αυτούς που έχουν δοκιμάσει ναργιλέ, οι περισσότεροι το δοκίμασαν κατά σειρά προτεραιότητας, σε σχέση με το τσιγάρο (79,1%), με αμέσως επόμενο το ηλεκτρονικό τσιγάρο (48,8%) και τρίτο σε ποσοστό συχνότητας το πούρο (40,2%).\* Αν και η χρήση συμβατικού τσιγάρου υπερέχει, παρατηρούμε πως οι μαθητές πειραματίζονται και με άλλα είδη καπνίσματος .

### Επιπτώσεις στην υγεία

Αν και σε διαφορετικές αναλογίες, ο καπνός από τον ναργιλέ περιέχει τις ίδιες ουσίες με το τσιγάρο. Για τη θέρμανσή του χρησιμοποιείται το κάρβουνο. Η θερμοκρασία

\*Τα ποσοστά αναφέρονται στους μαθητές που δήλωσαν ότι έχουν δοκιμάσει ναργιλέ, N= 458 άτομα=27,1% του συνόλου των ερωτηθέντων.

που αναπτύσσεται είναι 450<sup>0</sup>c, ενώ στο τσιγάρο η διπλάσια (900<sup>0</sup>c). Εκείνο που το διαφοροποιεί, μάλλον αρνητικά, είναι η μεγάλη διάρκεια της συνεδρίας καπνίσματος, που έχει ως αποτέλεσμα την μεγαλύτερη έκθεση σε πίσσα, νικοτίνη, μονοξειδίο άνθρακα, πολυκυκλικούς αρωματικούς υδρογονάνθρακες και βαρέα μέταλλα (νικέλιο, αρσενικό, κοβάλτιο, μόλυβδο).

Ένα πολύ σημαντικό στοιχείο σχετικά με το κάπνισμα ναργιλέ είναι το γεγονός ότι ο καπνιστής εισπνέει όχι μόνον τα προϊόντα καύσης του καπνού, αλλά επιπλέον και τις χημικές ουσίες που εκλύονται από το καίόμενο κάρβουνο. Καθώς κατά τη συνεδρία ναργιλέ πολύ συχνά εισπνέεται περισσότερο κάρβουνο από ότι καπνός, ενδέχεται το κάρβουνο να αποτελεί την κύρια πηγή καρκινογόνων ουσιών στον συγκεκριμένο τύπο καπνίσματος<sup>4</sup>.

Τα επίπεδα των τοξικών ουσιών που απελευθερώνονται κατά τη διάρκεια μιας 45λεπτης συνεδρίας είναι ισοδύναμα με εκείνα που παράγονται από 2-10 καπνιστές τσιγάρου<sup>4</sup>. Στη διάρκεια μιας συνεδρίας 60 λεπτών, ο καπνιστής ναργιλέ εκτίθεται σε 100-200 φορές τον όγκο που εισπνέεται από ένα τσιγάρο<sup>5</sup>.

Το επίπεδο του εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα σε καπνιστές ναργιλέ είναι πενταπλάσιο από ό,τι σε καπνιστές συμβατικού τσιγάρου. Είναι γνωστή η εξαιρετική χημική συγγένεια του CO προς την αιμοσφαιρίνη και η δραματική επίπτωση στην οξυγόνωση του αίματος (το μονοξειδίο συνδέεται με την αιμοσφαιρίνη, παρεκτοπίζοντας το οξυγόνο). Αποτέλεσμα είναι αφενός η μειωμένη οξυγόνωση του αίματος και αφετέρου αναλόγως των επιπέδων της σχηματιζόμενης καρβοξυαιμοσφαιρίνης ο κίνδυνος δηλητηρίασης από μονοξειδίο του άνθρακα<sup>4</sup>.

Πρόσθετοι κίνδυνοι προέρχονται από τα αρωματικά πρόσθετα στον καπνό, και κυρίως από τη μεγάλη παραγωγή προϊόντων καύσης τόσο από τον καπνό όσο και από το κάρβουνο με ιδιαίτερη επισήμανση στο μονοξειδίο του άνθρακα. Το μίγμα αυτό εκθέτει σε κίνδυνο και τους μη καπνιστές μέσω περιβαλλοντικής ρύπανσης. Η ατελής καύση των φύλλων του καπνού και το κάρβουνο, παράγουν τόσο αέρια όσο και σωματιδιακή ρύπανση, που (το μονοξειδίο του άνθρακα το οποίο έχει 6 ώρες χρόνο ημίσειας ζωής στον ατμοσφαιρικό αέρα), δημιουργούν δραματικές συνθήκες παθητικής έκθεσης. Από μελέτη σε πληθυσμό προσχολικής ηλικίας στον Λίβανο προκύπτει ότι σχεδόν το 50% των παιδιών κάτω των 6 ετών εκτίθενται παθητικά σε καπνό τσιγάρου και ναργιλέ στο σπίτι από μέλη της οικογένειας<sup>4</sup>.

Επιδημιολογικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί κυρίως σε Λίβανο, Συρία, Αίγυπτο<sup>4</sup>, χώρες όπου παραδοσιακά χρησιμοποιείται ο ναργιλές, αναδεικνύουν υψηλό κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα και πιθανώς και άλλων τύπων καρκίνων (στοματικής κοιλότητας, στοματοφάρυγγα, οισοφάγου και στομάχου), όπως επίσης περιοδοντικά προβλήματα, και χαμηλό βάρος γέννησης των νεογνών.

Μελέτη<sup>6</sup> σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος ναργιλέ στο αναπνευστικό σύστημα αναφέρει πως δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στις σπυρομετρικές παραμέτρους μεταξύ καπνίσματος τσιγάρου και ναργιλέ. Αντιθέτως, προκύπτουν στοιχεία που δείχνουν ότι το νερό δεν φιλτράρει, όπως θεωρείται, τα προϊόντα νικοτίνης του ναργιλέ. Επίσης, οι καπνιστές ναργιλέ παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα παραμέτρων οξειδωτικού stress και μειωμένη την ολική αντιοξειδωτική δραστηριότητα, γεγονός που σχετίζεται με την παθολογία της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ).

Η ΧΑΠ είναι πολύ μεγάλη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως, η δε αιτιολογική σχέση της με το κάπνισμα είναι αναγνωρισμένη και επιστημονικά τεκμηριωμένη. Από τη συγκεκριμένη μελέτη προκύπτει πως το κάπνισμα ναργιλέ είναι εξίσου βλαπτικό με εκείνο του τσιγάρου. Η Αμερικανική Πνευμονολογική Εταιρεία έχει χαρακτηρίσει το κάπνισμα ναργιλέ ως μια αναδυόμενη θανατηφόρο τάση, ενώ ο ΠΟΥ (WHO)<sup>4</sup> ως ένα νέο πρόβλημα για τη δημόσια υγεία.

Το κάπνισμα ναργιλέ συνδέεται δυνητικά και με μεταδοτικά νοσήματα, όπως λοιμώξεις από μυκοβακτηρίδιο φυματίωσης, ιό Ebstein Barr (ιός της Λοιμώδους Μονοπυρήνωσης), ερπητοϊούς, αναπνευστικούς ιούς, καθώς συνηθίζεται η κοινή χρήση συσκευής και επιπομού από πολλούς χρήστες<sup>5</sup>.

Οποσδήποτε πρόκειται για μορφή καπνίσματος που μόνον υγιεινή εναλλακτική δεν είναι, ενώ είναι βέβαιον ότι μέσω της νικοτίνης που περιέχει ο καπνός οδηγεί με μαθηματική ακρίβεια σε εθισμό και εξάρτηση. Επιπλέον, θεωρείται ότι αποτελεί για τους νέους εισόδο στη χρήση και άλλων ουσιών. Αναφέρεται η συνήθεια της προσθήκης στον ναργιλέ θρυμματισμένων παραισθησιογόνων χαπιών, οιοπνευματωδών ποτών, χασίς, μαριχουάνας<sup>4</sup>.

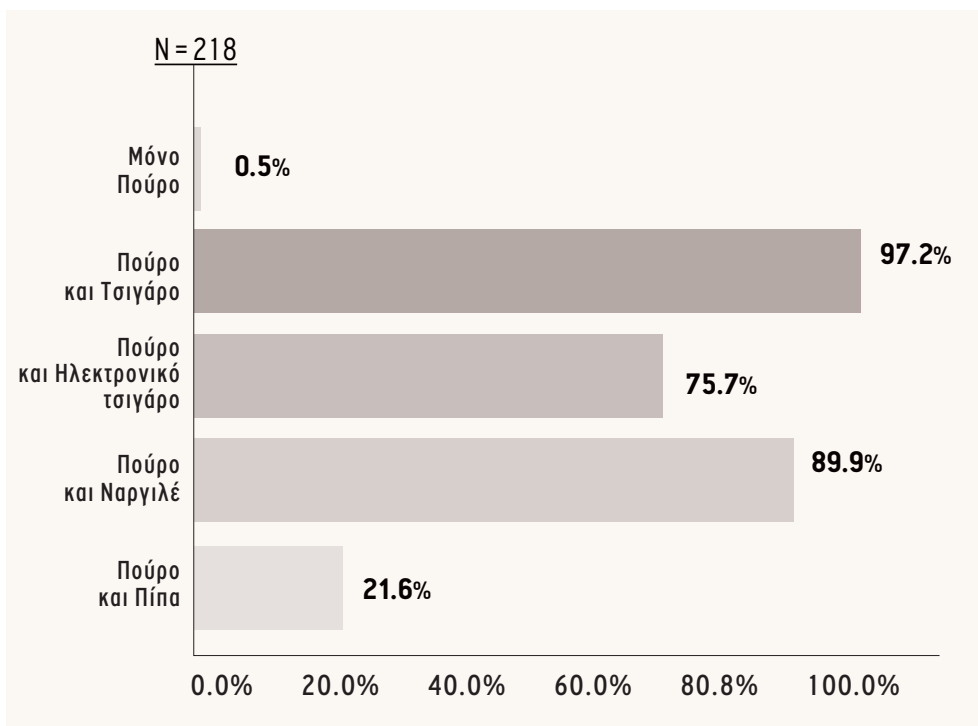
## ΠΟΥΡΟ

Σύμφωνα με τον ορισμό του Health Department of Treasury<sup>7</sup>:

- Πούρο ονομάζεται κάθε κυλινδρικό καπνικό προϊόν που είναι τυλιγμένο σε φύλλο καπνού ή σε άλλο υλικό που περιλαμβάνει καπνό. (Τσιγάρο ονομάζεται κάθε κυλινδρικό καπνικό προϊόν που είναι τυλιγμένο σε χαρτί ή σε υλικό που δεν περιλαμβάνει καπνό).
- Η ουσιαστική διαφορά του πούρου από το τσιγάρο έγκειται στην διαφορετική επεξεργασία του καπνού του, ο οποίος υποβάλλεται σε διαδικασία ξήρανσης στον αέρα και ακολούθως ζύμωσης, στην οποία και οφείλεται το ιδιαίτερο άρωμα και η γεύση του. Κατά τη ζύμωση λαμβάνουν χώρα χημικές αντιδράσεις με τελικό προϊόν τις νιπροζαμίνες (γνωστές ουσίες με καρκινογόνο δράση, ειδικές του καπνού), καθώς και αμμωνία. Επιπλέον, ο καπνός από την καύση του πούρου έχει πιο αλκαλικό pH, με αποτέλεσμα να αποδίδεται μεγαλύτερη ποσότητα ελεύθερης νικοτίνης τόσο στην αέρια όσο

και στη μικροσωματιδιακή φάση του καπνού.

- Η περιβαλλοντική ρύπανση που παράγει είναι πολύ μεγάλη<sup>7</sup>. Σε μετρήσεις που έγιναν σε «συμπόσια πούρου» (cigar banquets), έχει βρεθεί ποσότητα μονοξειδίου του άνθρακα ισοδύναμη με εκείνη που παρατηρείται σε χώρους στάθμευσης αυτοκινήτων.
- Η ποσότητα νικοτίνης του πούρου είναι ευθέως ανάλογη της ποσότητας καπνού που περιέχει και συνεπώς εξαρτάται από το μέγεθός του. Το κάπνισμά του απελευθερώνει ταχύτατα μεγάλες ποσότητες νικοτίνης που είναι η κύρια εθιστική ουσία του καπνού και η οποία αναμφίβολα οδηγεί σε εθισμό.
- Όπως προαναφέρθηκε, το κάπνισμα του πούρου αποδίδει καρκινογόνες ουσίες (νιτροζαμίνες), αμμωνία, πίσσα, νικοτίνη, μονοξείδιο του άνθρακα, όπως συμβαίνει και με το τσιγάρο, με τη διαφορά ότι εδώ οι ποσότητες είναι πολύ μεγαλύτερες. Πολύ μεγαλύτερη είναι και η παραγόμενη περιβαλλοντική ρύπανση. Συγκριτικά με ένα τσιγάρο, ένα μεγάλου μεγέθους πούρο παράγει: εικοσαπλάσιο μονοξείδιο του άνθρακα, πενταπλάσια ποσότητα μικροσωματιδίων, διπλάσια ποσότητα πολυκυκλικών αρωματικών υδρογονανθράκων.



**Εικόνα 2.** Όσοι δήλωσαν ότι έχουν δοκιμάσει πούρο, σε σχέση με το ποιο άλλο είδος καπνίσματος έχουν δοκιμάσει.

Καταγραφή στάσεων και συμπεριφορών μαθητών-μαθητριών απέναντι στο κάπνισμα.

## Επδημιολογία

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται σημαντική αύξηση στην κατανάλωση των πούρων παράλληλα με την προώθησή τους ως πολυτελούς αγαθού ενδεικτικού επιτυχίας καθώς και μέσω της πιο επιθετικής τους διαφήμισης με ωραιοποιημένες εικόνες καπνιστών και την προβολή τους σε ταινίες.

Παράλληλα, η κατευθυνόμενη λανθασμένη εντύπωση πως πρόκειται για μη βλαπτικό κάπνισμα, αφού «ο καπνός δεν πάει κάτω», οδηγεί πολλούς καπνιστές να αντικαταστήσουν το τσιγάρο με πούρο.

Σε αντίθεση με ό,τι ισχύει για το τσιγάρο, στο πούρο δεν επιβάλλεται σήμανση σχετική με τους κινδύνους που συνεπάγεται το κάπνισμα, γεγονός που επίσης δίδει την εντύπωση ότι πρόκειται για «ασφαλές» προϊόν.

Αν και παλαιότερα ήταν κυρίως συνήθεια των ενήλικων ανδρών, σήμερα η χρήση του δεν περιορίζεται μόνο μεταξύ επιτυχημένων αθλητών και επαγγελματιών, αλλά εξαπλώνεται ραγδαία μεταξύ νεαρών ενήλικων και εφήβων, και των δύο φύλων ήδη από την ηλικία των 12 ετών. Όπως διαπιστώνουμε και από την Εικόνα 2, το 12% των μαθητών μέσης εκπαίδευσης Αθήνας - Θεσσαλονίκης, που ρωτήθηκαν, έχει δοκιμάσει να καπνίσει πούρο.

Στην ερώτηση σε σχέση μαζί με ποιο άλλο είδος το έχουν δοκιμάσει βλέπουμε να αναφέρονται με σειρά προτεραιότητας: το τσιγάρο (97,2%), ο ναργιλές (89,9%) και ακολούθως το ηλεκτρονικό τσιγάρο (75,5%)\*.

Επιπλέον, αξίζει να αναφέρουμε την τάση που παρατηρείται μεταξύ των εφήβων σε άλλες χώρες να αφαιρούν τον καπνό του πούρου και να τον αντικαθιστούν με μαριχουάνα ή άλλες μη νόμιμες ουσίες, πρακτική γνωστή ως «blunting»<sup>7</sup>.

## Επιπτώσεις στην υγεία

Η συγκεκριμένη μελέτη<sup>7</sup>, όπως και πολλές παλαιότερες, επιβεβαιώνει τον υψηλό κίνδυνο των καπνιστών πούρου για καρκίνο του πνεύμονα, λάρυγγα, στοματικής κοιλότητας, οισοφάγου και πιθανότητα παγκρέατος.

Επιπλέον, υπάρχει συσχέτιση του καπνίσματος πούρου με εμφάνιση χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας<sup>8</sup>. Ο βαθμός έκπτωσης των παραμέτρων της αναπνευστικής λειτουργίας είναι ανάλογος<sup>8</sup> της συχνότητας και του βαθμού βαρύτητας του καπνίσματος.

Έχει αποδειχθεί<sup>9</sup> ότι τα σωματίδια του καπνού από το πούρο εγκαθίστανται στους πνεύμονες ανεξάρτητα από τον ισχυρισμό του καπνιστή ότι δεν εισπνέει. Επιπλέον, οι καπνιστές πούρου<sup>8</sup> εμφανίζουν αυξημένες τιμές καρβοξυαιμοσφαιρίνης, καθώς και υψη-

\*Τα ποσοστά αυτά αναφέρονται στους μαθητές που απάντησαν πως έχουν δοκιμάσει πούρο, N=218 άτομα=12% του συνόλου των ερωτηθέντων.

λά επίπεδα κουίνινης (προϊόν μεταβολισμού της νικοτίνης). Η σημασία όλων των παραπάνω έγκειται στο ότι υποδεικνύουν πως ο καπνός του πούρου και της πίπας εμφανίζει συστηματική απορρόφηση.

Το κάπνισμα πούρου έχει άμεση καταστροφική επίδραση στο κυκλοφορικό σύστημα μειώνοντας οξέως τη διατασιμότητα των μεγάλων αρτηριών<sup>10</sup>. Συνδέεται, λοιπόν, με αυξημένο κίνδυνο καρδιοαγγειακής νόσου, γεγονός που καταρρίπτει την προωθούμενη άποψη ότι πρόκειται για ασφαλή εναλλακτική έναντι του τσιγάρου.

Το πούρο, όπως και η πίπα, δεν έχει φίλτρο σε αντίθεση με τα περισσότερα τσιγάρα. Συνεπώς, αναλογικά για την ίδια δόση νικοτίνης αποδίδουν πολύ περισσότερο καπνό και περιβαλλοντική ρύπανση<sup>8</sup>. Αντιλαμβανόμαστε, λοιπόν, ότι στους χώρους που καπνίζεται πούρο δημιουργούνται συνθήκες παθητικού καπνίσματος για τους μη καπνιστές.

Ανακεφαλαιώνοντας, το κάπνισμα πούρου εκθέτει τον καπνιστή σε όλους τους κινδύνους που συνδέονται με το κάπνισμα γενικά, εκθέτει τους μη καπνιστές και τους παρευρισκόμενους σε παθητικό κάπνισμα, δημιουργεί εθισμό και εξάρτηση και οπωσδήποτε δεν είναι η αθώα εναλλακτική αντικατάσταση του τσιγάρου, όπως προβάλλεται.

## ΠΙΠΑ

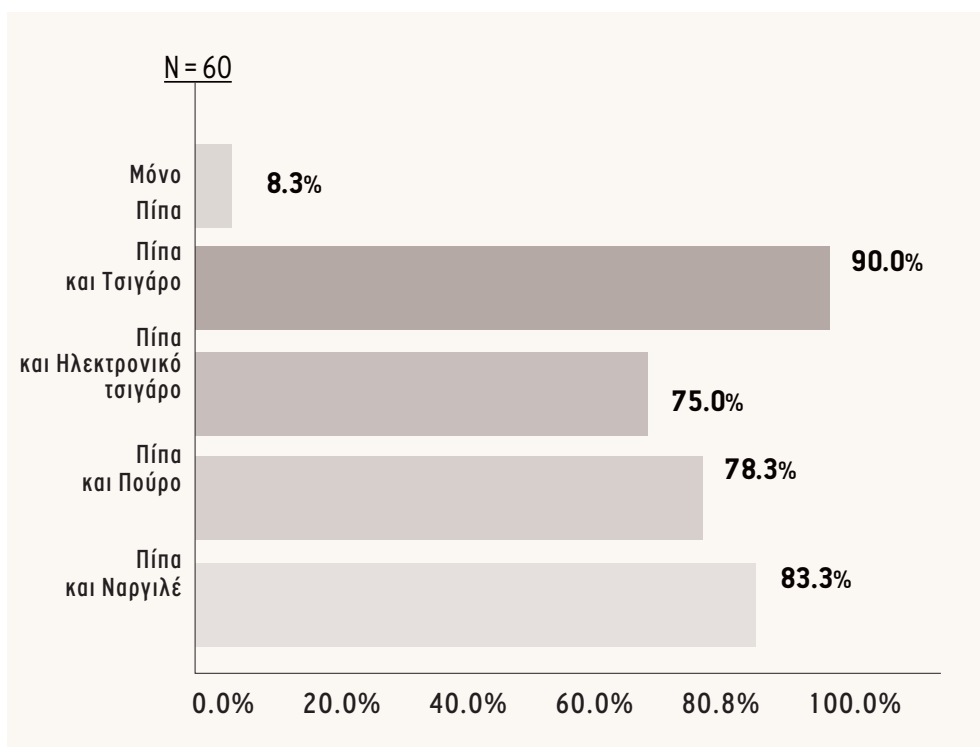
Ήδη από το 1795 υπάρχουν αναφορές που συνδέουν το κάπνισμα πίπας με καρκίνο της γλώσσας και των χειλέων<sup>11</sup>.

Οι καπνιστές πίπας τη χρησιμοποιούν συνήθως σε συνδυασμό με κάπνισμα τσιγάρου ή πούρου και όχι αποκλειστικά. Είναι κυρίως ανδρική επιλογή, εξαιρετικά σπάνια στις γυναίκες. Η χρήση της δεν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη, γεγονός που δυσχεραίνει τη μέληψη των επιπτώσεών της στην υγεία. Συνηθίζεται σε ορισμένους πληθυσμούς, όπως στους Ινδιάνους της Αμερικής, όπου χρησιμοποιείται και από τα δύο φύλα. Τα τελευταία χρόνια εμφανίζει αύξηση ιδιαίτερα στις νεαρές ηλικίες με υπεροχή στα αγόρια.

Όπως διαπιστώνεται από την σχετική έρευνα<sup>19</sup>, μόλις 3,3% του συνόλου των ερωτηθέντων μαθητών απάντησε ότι έχει δοκιμάσει πίπα. Από αυτούς, 8,3% δήλωσαν πως δεν έχουν δοκιμάσει άλλο είδος, ενώ οι περισσότεροι δηλώνουν πως έχουν δοκιμάσει σε σχέση με το τσιγάρο (90%), πούρο (78%), και με μικρή διαφορά το ηλεκτρονικό τσιγάρο (75%)\* (Εικόνα 3).

Το κάπνισμα πίπας, όπως ακριβώς και του πούρου, προωθείται ως σύμβολο επαγγελματικής, κοινωνικής και προσωπικής επιτυχίας, ενώ παράλληλα επιμελώς καλλιεργείται

\*Τα ποσοστά αυτά αναφέρονται στους μαθητές που δήλωσαν ότι έχουν δοκιμάσει πίπα, N= 60 άτομα = 3,3% του συνόλου των ερωτηθέντων.



**Εικόνα 3.** Όσοι δήλωσαν ότι έχουν δοκιμάσει πίπα, σε σχέση με το ποιο άλλο είδος καπνίσματος έχουν δοκιμάσει. Καταγραφή στάσεων και συμπεριφορών μαθητών-μαθητριών απέναντι στο κάπνισμα.

η άποψη ότι αποτελεί ασφαλή εναλλακτική του τσιγάρου.

Τα αποτελέσματα έρευνας<sup>11</sup> τεκμηριώνουν την αιτιολογική συσχέτιση του καπνίσματος πίπας και της θνησιμότητας από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, καρκίνο στοματοφάρυγγα, οισοφάγου, λάρυγγα και πνευμόνων.

Έρευνα<sup>12</sup> στη Μ. Βρετανία, σε άνδρες 40-59 ετών καπνιστές πούρου-πίπας για χρονικό διάστημα περίπου 21 ετών κατέληξε ότι: όλοι οι καπνιστές εμφάνισαν σημαντικά υψηλό κίνδυνο για καρκίνους σχετιζόμενους με το κάπνισμα. Επίσης, εμφάνισαν υψηλότερη θνησιμότητα τόσο από καρδιοαγγειακά, όσο και από μη καρδιοαγγειακά νοσήματα συγκριτικά με τους μη καπνιστές, με πολύ υψηλότερο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.

Ο κίνδυνος από νοσήματα σχετιζόμενα με το κάπνισμα είναι υπαρκτός με την πίπα να είναι εξίσου ή και περισσότερο βλαπτική από το πούρο.

## ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΤΣΙΓΑΡΟ

Το πρώτο ηλεκτρονικό τσιγάρο, εφεύρεση<sup>13</sup> Κινέζου φαρμακοποιού, έκανε την εμφάνισή του το 2003 και ακολούθως προωθήθηκε ως εναλλακτική συσκευή απόδοσης νικοτίνης. Η εντυπωσιακή διάδοσή του, αλλά και οι αρχικές πωλήσεις, στηρίχθηκαν στο διαδίκτυο και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης<sup>14</sup>, τα οποία χρησιμοποίησαν οι καπνοβιομηχανίες είτε άμεσα είτε έμμεσα, για να το προωθήσουν.

Μια ολόκληρη κοινωνία «αμιστών» έχει δημιουργηθεί διαδικτυακά, απ' όπου ανταλλάσσονται απόψεις για την ασφάλεια, τους τρόπους χρήσης, τις μετατροπές που μπορούν να γίνουν μαζί με τις σχετικές οδηγίες.

Από το 2006 και μετά άρχισε προοδευτικά να κατακτά την αγορά και να εξελίσσεται, ώστε σήμερα πρακτικά μιλάμε για τρεις γενιές προϊόντος.

Σύμφωνα με τον ορισμό<sup>15</sup>, ηλεκτρονικό τσιγάρο είναι κάθε προϊόν που χρησιμοποιείται για την κατανάλωση ατμού ο οποίος περιέχει νικοτίνη, μέσω επιστομίου ή οποιοδήποτε τμήμα αυτού, συμπεριλαμβανομένου του φυσίγγιου, της δεξαμενής ή της συσκευής χωρίς το φυσίγγιο-δεξαμενή.

Λεδομένου ότι αφενός δεν χρησιμοποιεί καπνό και αφετέρου δε γίνεται καύση, αλλά η νικοτίνη εξαερώνεται (ατμίζεται) μέσω θέρμανσης, το ηλεκτρονικό τσιγάρο προωθείται ως μία λιγότερο βλαπτική εναλλακτική μέθοδος καπνίσματος.

Οι συνέπειες από τη χρήση του είναι πρακτικά ακόμη άγνωστες, ιδιαίτερα οι μακροπρόθεσμες και εκείνες από την χρόνια χρήση. Οι επιστημονικές απόψεις είναι αντικρουόμενες και στηρίζονται στις ελάχιστες μέχρι τώρα μελέτες.

Το βέβαιον είναι ότι απαιτείται συστηματική περαιτέρω επιστημονική έρευνα, ώστε να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα σχετικά με τις άμεσες και μακροχρόνιες επιπτώσεις, αλλά και κυρίως για τη σωστή ταξινόμηση του προϊόντος, το οποίο κυκλοφορεί ελεύθερα στην αγορά ως κοινό εμπορικό αγαθό, ενώ παράλληλα εμφανίζεται είτε ως συσκευή εξαέρωσης φαρμάκου-ουσιών είτε ως λιγότερο βλαπτικό καπνιστικό προϊόν είτε ως μέσο διακοπής καπνίσματος είτε το πιο ανησυχητικό, δίοδος για εθισμό στη νικοτίνη και έναρξη καπνίσματος.

Πρόσφατα (Απρίλιος 2014) το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο εξέδωσε οδηγίες σχετικά με τα καπνικά και συναφή προϊόντα, στις οποίες περιλαμβάνονται ρυθμιστικές διατάξεις και για το ηλεκτρονικό τσιγάρο<sup>1</sup>.

### **Η συσκευή αποτελείται από:**

- επιστόμιο,
- φιαλίδιο με το υγρό περιεχόμενο το οποίο περιέχει προπυλενγλυκόλη, πολυεθυλενγλυκόλη, γλυκερίνη και διάφορες συγκεντρώσεις νικοτίνης (υπάρχει και εκδοχή χωρίς νικοτίνη),

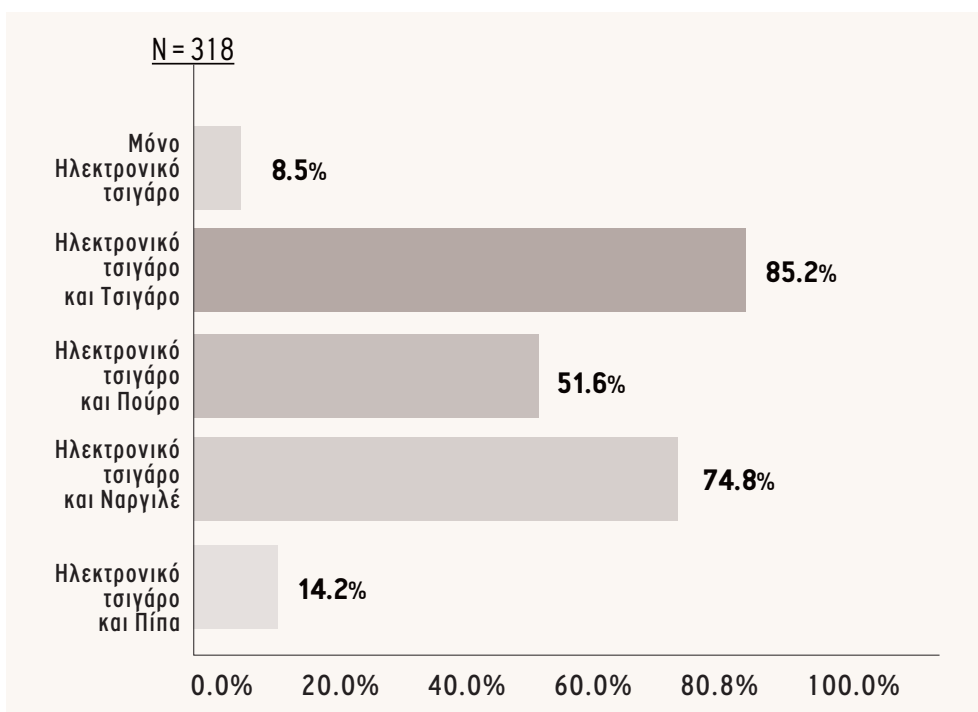


- θάλαμο εξοπλισμένο με μικροεπεξεργαστή, αισθητήρα και θερμαντικό σώμα που λειτουργεί με επαναφορτιζόμενη μπαταρία.

### Επιδημιολογία

Το κάπνισμα ηλεκτρονικού τσιγάρου<sup>16</sup> αναφερόμενο ως «άτμισμα» επιλέγεται από πολλούς καπνιστές, καθώς ικανοποιεί τόσο τη σωματική (μέσω της νικοτίνης) όσο και την ψυχική συνιστώσα του εθισμού, αφού κυριολεκτικά μιμείται το κάπνισμα σε επίπεδο συμπεριφοράς, καθώς πολλά προϊόντα έχουν την ίδια εμφάνιση, απαιτούν την ίδια κίνηση (χέρι-στόμα) και τον ίδιο χειρισμό (κράτημα μεταξύ των δύο δακτύλων), όπως συμβαίνει με το συμβατικό τσιγάρο. Πολύ συχνά χρησιμοποιείται από καπνιστές συμβατικού τσιγάρου, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα στέρησης σε χώρους και περιστάσεις όπου δεν επιτρέπεται το κάπνισμα. Από τους καπνιστές που δοκιμάζουν ηλεκτρονικό τσιγάρο το 18-20% θα γίνουν χρόνιοι χρήστες<sup>17</sup>, ενώ θεωρείται πιθανό να γίνουν χρήστες και άτομα που διαφορετικά δεν θα κάπνιζαν.

Ιδιαίτερης σημασίας είναι το γεγονός ότι είναι πολύ δημοφιλές μεταξύ εφήβων και νεαρών ενήλικων<sup>18</sup>. Στις συγκεκριμένες ηλικίες ο πειραματισμός με το ηλεκτρονικό τσιγάρο



**Εικόνα 4.** Όσοι δήλωσαν ότι έχουν δοκιμάσει ηλεκτρονικό τσιγάρο, σε σχέση με το ποιο άλλο είδος καπνίσματος έχουν δοκιμάσει.

είναι πιο εύκολος, δεδομένου ότι προωθείται και ως λιγότερο βλαπτικό, με αποτέλεσμα να εκφράζεται ο φόβος ότι τελικά το «άτμισμα» μπορεί να οδηγήσει τους νέους σε κάπνισμα συμβατικού τσιγάρου.

Πρόσφατη έρευνα<sup>19</sup> σε μαθητικό πληθυσμό Αθήνας-Θεσσαλονίκης σχετικά με τη στάση και συμπεριφορά των μαθητών απέναντι στο κάπνισμα μας δίνει ενδιαφέροντα στοιχεία (Εικόνα 4):

- Περίπου το 18% των μαθητών που ρωτήθηκαν απάντησε ότι έχει δοκιμάσει ηλεκτρονικό τσιγάρο. Από αυτούς το 8,5% δεν έχει δοκιμάσει κάποιο άλλο είδος.
- Η πλειοψηφία (85,2%) το έχουν δοκιμάσει σε σχέση με το συμβατικό τσιγάρο και αμέσως μετά με ναργιλέ (74,8%). Ακολουθεί το πούρο (51,9%).
- Τα ποσοστά αυτά αναφέρονται στο σύνολο των μαθητών που δήλωσαν πως έχουν δοκιμάσει ηλεκτρονικό τσιγάρο.

Μέχρι αυτή τη στιγμή, το ηλεκτρονικό τσιγάρο κυκλοφορεί ως ένα κοινό μη φαρμακευτικό και μη καπνικό εμπορικό προϊόν, χάρη στο υπάρχον νομοθετικό κενό .

Σχετικά πρόσφατα (Αύγουστος 2014) εκδόθηκε από το WHO FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL (FCTC) έκθεση που αφορά στο ηλεκτρονικό τσιγάρο και τα συναφή προϊόντα (ENDS: ηλεκτρονικά συστήματα απόδοσης νικοτίνης) γενικότερα. Συνοπικά αναφέρεται ότι: σύμφωνα με τις μέχρι τώρα ενδείξεις, το αερόλυμα που προέρχεται από το ηλεκτρονικό τσιγάρο δεν είναι απλά «υδρατμιό», όπως ισχυρίζονται οι κατασκευαστές. Εγκυμονεί κινδύνους, ιδιαίτερα για τους εφήβους και τα έμβρυα. Επιπλέον, προκαλεί έκθεση των μη καπνιστών και των παρευρισκομένων σε νικοτίνη και ένα σύνολο άλλων τοξικών ουσιών<sup>20</sup>.

### **Επιπτώσεις στην υγεία**

Οι δραματικές συνέπειες του καπνίσματος είναι απόλυτα γνωστές και τεκμηριωμένες. Αντιθέτως, σε ό,τι αφορά στις επιπτώσεις του καπνίσματος ηλεκτρονικού τσιγάρου το έλλειμμα επιστημονικά τεκμηριωμένης έρευνας δεν έχει επιτρέψει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων αναφορικά με τη χρόνια χρήση. Οποσδήποτε, όμως, επικρατεί σοβαρός προβληματισμός και έντονη ερευνητική δραστηριότητα που εμπλουτίζει καθημερινά τη σχετική βιβλιογραφία. Τα ζητήματα που αφορούν στο «άτμισμα» συνδέονται:

- με τη νικοτίνη που περιέχει και συνεπώς την πρόκληση εθισμού - εξάρτησης,
- τις επιδράσεις κάθε επιμέρους χημικής ουσίας που βρίσκεται στο υγρό του περιεχόμενου (εδώ αναφέρεται ότι συντηθίζεται η προσθήκη και άλλων ουσιών, φαρμάκων: ανορεξιογόνων, ενισχυτικών της στυτικής λειτουργίας, κ.ά.)<sup>21</sup>,
- την έκθεση του καπνιστή στα μέταλλα του περιβλήματος τα οποία είναι σε άμεση επαφή με το υγρό,
- την έκθεση στα χημικά της μπαταρίας,

- τις συνθήκες περιβαλλοντικής ρύπανσης-παθητικού καπνίσματος που δημιουργεί,
- τον ενδεχόμενο ρόλο του ως μέσο διακοπής καπνίσματος,
- τον κίνδυνο έναρξης χρήσης νικοτίνης από παιδιά και γενικά μη καπνιστές, την πιθανότητα εθισμού στη νικοτίνη και ακολούθως τη στροφή σε συμβατικό κάπνισμα.

Σύμφωνα με έκθεση του ΠΟΥ<sup>20</sup>, η χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου μπορεί να προκαλέσει:

- Εθισμό στη νικοτίνη.
- Ερεθισμό στη μύτη και το ανώτερο αναπνευστικό.
- Ερεθιστική δράση στο κατώτερο αναπνευστικό.
- Ερεθιστική δράση στα μάτια.
- Επιπλοκές κύησης μέσω έκθεσης στη νικοτίνη.
- Προβλήματα από κατάποση του υγρού μίγματος νικοτίνης.
- Προβλήματα από τη δερματική επαφή με το περιεχόμενο ή τα υλικά της συσκευής.

Εδώ αξίζει να αναφέρουμε πρόσφατη ελληνική μελέτη σχετικά με τις άμεσες επιδράσεις του καπνίσματος ενός ηλεκτρονικού τσιγάρου στο αναπνευστικό σύστημα<sup>22</sup>, από την οποία προκύπτει ότι πέντε λεπτά καπνίσματος ηλεκτρονικού τσιγάρου προκαλούν αύξηση των αντιστάσεων του αναπνευστικού συστήματος και μείωση της τιμής του εκπνεόμενου μονοξειδίου του αζώτου (NO).

Το NO είναι γνωστός μεσολαβητής που συμμετέχει σε πληθώρα φυσιολογικών διεργασιών του αναπνευστικού παρεμβαίνοντας στη ρύθμιση των αγγείων, τη νευροδιαβίβαση, την ανοσολογική άμυνα και την κυτταροτοξικότητα. Επιπλέον, είναι ισχυρός δείκτης πωσινοφιλικής φλεγμονής, βρογχικής υπεραντιδραστικότητας και συμμετέχει στην παθοφυσιολογία των νοσημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα. Είναι δείκτης οξειδωτικού stress, γεγονός που σημαίνει ότι το κάπνισμα ηλεκτρονικού τσιγάρου πιθανότατα έχει άμεση επίδραση στην ομοιόσταση του αναπνευστικού συστήματος.

Επομένως, παρά το γεγονός ότι οι συσκευές εξαέρωσης νικοτίνης (ENDS -electronic nicotine device system) γενικότερα δεν χρησιμοποιούν καύση και προφανώς παράγουν μικρότερο αριθμό τοξικών ουσιών, εν τούτοις δεν μπορούν να θεωρηθούν ασφαλείς, καθώς ήδη υπάρχουν αναφορές για άμεση βλαπτική επίδραση<sup>20,22</sup> τόσο με την ενεργητική χρήση, όσο και με την παθητική έκθεση. Η παραγωγή τοξικών παραπροϊόντων σε χαμηλότερα επίπεδα δε σημαίνει πως η έκθεση σε αυτά τα επίπεδα είναι και ασφαλής<sup>20</sup>. Όσον αφορά στη χρόνια χρήση τους και τις μακροχρόνιες συνέπειες θα απαιτηθούν αρκετά χρόνια παρακολούθησης και έρευνας για τη διαμόρφωση τεκμηριωμένης επιστημονικής άποψης.

Η θέση τους στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος συνοδεύεται ακόμη από προβληματισμούς και πολλά ερωτηματικά, που για να απαντηθούν προαπαιτούν άλλες ενέργειες, όπως:

- Την ταξινόμηση του προϊόντος (καπνικό, φαρμακευτικό ή άλλο.)

- Νομοθετικές ρυθμίσεις και κανονισμούς σχετικά με την παραγωγή, σήμανση, πώληση, διαφήμιση, φορολόγηση, χώρους επιτρεπόμενης χρήσης.
- Λεπτομερή επιστημονική έρευνα, σχετικά με τις επιδράσεις και τους κινδύνους που θέτουν για τη δημόσια υγεία ή ακόμη και τα δυνητικά πλεονεκτήματα από την ελεγχόμενη χρήση τους στα πλαίσια προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος.

## ΣΤΡΙΦΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ

Η θέσπιση μέτρων για τον έλεγχο του καπνίσματος σε συνδυασμό με την αύξηση της τιμής και της φορολόγησης των τσιγάρων έχει στρέψει τους καπνιστές σε αναζήτηση οικονομικότερων λύσεων πολλές από τις οποίες προωθούνται ή και εκλαμβάνονται ως λιγότερο βλαπτικές.

Ένα μεγάλο ποσοστό καπνιστών στις βιομηχανοποιημένες χώρες χρησιμοποιεί<sup>23</sup> στριφτά τσιγάρα. Από στοιχεία έρευνας του International Tobacco Control (ICT-4) 2012, προκύπτει ότι 28% των καπνιστών στη Μ. Βρετανία, 24% στην Αυστραλία, 17% στον Καναδά, και 7% στις ΗΠΑ είναι χρήστες στριφτού τσιγάρου<sup>24</sup>. Σύμφωνα με στοιχεία<sup>25</sup> από 44 χώρες κατά το χρονικό διάστημα 2008-2012 το μικρότερο ποσοστό χρήσης εμφανίζει η Αίγυπτος (0,1%) και το μεγαλύτερο η Ελλάδα (13,1%).

Τα τελευταία χρόνια, πολλές πολυεθνικές καπινοβιομηχανίες στρέφονται στην αγορά που αντιπροσωπεύουν οι αναπτυσσόμενες χώρες και ιδιαίτερα στους πιο ευαίσθητους πληθυσμούς (εφήβους και γυναίκες)<sup>26</sup>. Παράλληλα, τοπικά προϊόντα, όπως τα bidis από την Ινδία, τα kreteks από την Ινδονησία και τα τσιγάρα από αρωματικά φυτά της Κίνας, προωθούνται προς τις χώρες του Δυτικού Κόσμου με τον ισχυρισμό ότι είναι λιγότερο βλαπτικά.

Τα στριφτά τσιγάρα είναι συνήθως χειροποίητα από τον ίδιο τον καπνιστή. Υπάρχουν δύο μέθοδοι κατασκευής.

1. Τα τσιγάρα γίνονται<sup>27</sup> με χαρτί στο οποίο τυλίγεται ο καπνός. Το στρίψιμο γίνεται με το χέρι (roll your own cigarette - RYO).
2. Με τη βοήθεια ιδιόκτητης μικρής μηχανής (personal machine made - MYO) ο καπνός εισάγεται σε προκατασκευασμένο κύλινδρο.

Συνήθως δεν έχουν φίλτρο, αν και υπάρχει η δυνατότητα να χρησιμοποιηθεί. Διαφέρουν από τα βιομηχανοποιημένα σε αρκετά σημεία, με κυριότερο τον τρόπο που καπνίζονται, ο οποίος καθορίζει σε μεγάλο βαθμό και το επίπεδο επικινδυνότητάς τους.

Πρώτον, η ποσότητα του καπνού που περιέχει ποικίλλει ανάλογα με την ποσότητα την οποία διαθέτει ο χρήστης, ώστε τα τσιγάρα φυάχνονται με διαφορετικό μέγεθος προσαρμοζόμενα στις εκάστοτε οικονομικές συνθήκες. Δεύτερον<sup>23</sup>, το χαρτί που χρησιμοποιείται δεν έχει υποστεί χημική επεξεργασία (δεν έχει επιταχυντή καύσης-citrate accelerator) με αποτέλεσμα να οβήνει εύκολα και συχνά, οπότε ο χρήστης πρέπει να το ανάψει και πάλι. Τρίτον,

ο τρόπος - ρυθμός - καπνίσματος διαφέρει ουσιαστικά: επειδή, όπως προαναφέρθηκε, σβήνει εύκολα, αλλά και διότι περιέχει λιγότερο καπνό, απαιτεί συχνότερες και βαθύτερες εισπνοές. Και τούτο συμβαίνει, διότι ο καπνιστής συνήθως προσαρμόζει το ρυθμό καπνίσματος έτσι, ώστε ανεξαρτήτως του τύπου καπνιστικού προϊόντος να λάβει τη συνήθη δόση νικοτίνης που έχει ανάγκη.

Το εκπνεόμενο μονοξείδιο του άνθρακα<sup>23</sup> ανά γραμμάριο καιόμενου καπνού βρέθηκε πως είναι υψηλότερο στο στριφτό σε σχέση με το συμβατικό τσιγάρο.

Συμπερασματικά, οι καπνιστές στριφτού χρησιμοποιούν μεν λιγότερο καπνό, ανάβουν όμως περισσότερες φορές το ίδιο τσιγάρο, το οποίο επιπρόσθετα καπνίζουν πιο εντατικά, ώστε τελικά καταλήγει να είναι πιο βλαπτικό από το συμβατικό ανά γραμμάριο καπνιζόμενου καπνού, και εξίσου βλαπτικό στην περίπτωση που φέρει φίλτρο.

Όπως προκύπτει από πολλές μελέτες<sup>22,28</sup> το κάπνισμα στριφτού τσιγάρου συνδέεται με πολλαπλάσιο κίνδυνο ανάπτυξης συγκεκριμένων μορφών καρκίνου (μικροκυτταρικός καρκίνος πνεύμονος, καρκίνος οισοφάγου, φάρυγγα, λάρυγγα, χειλέων, στοματικής κοιλότητας) συγκριτικά με το συμβατικό.

## BIDIS

Πρόκειται για μικρά κωνικά<sup>3</sup>, λεπτά, ρολά από λεπποκομμένο καπνό, τυλιγμένο σε φύλλα temburni (ενός φυτού που συναντάται στην Ινδία). Το ρολό σταθεροποιείται με κλωστή που δένεται στο ένα άκρο του. Μπορεί να έχει ή να μην έχει αρωματικά πρόσθετα. Για τον σκοπό αυτό προστίθενται συνήθως σοκολάτα, μάνγκο, κεράσι. Όπως και με το στριφτό, πρέπει να καπνίζονται γρήγορα και εντατικά, ώστε να μένουν αναμμένα.

Παράγονται στην Ινδία, όπου κατασκευάζονται χειροποίητα από εργάτες που τα φυάχνουν στα σπίτια τους, στην πλειοψηφία τους γυναίκες και παιδιά.

### Επιπτώσεις στην υγεία

Ο καπνός τους (το πρωτογενές εκπνεόμενο - mainstream) περιέχει μεγαλύτερη συγκέντρωση<sup>3</sup> νικοτίνης, πίσσας και μονοξειδίου του άνθρακα από τα συμβατικά τσιγάρα. Από τις περισσότερες μελέτες<sup>6,28</sup> προκύπτει σημαντικά αυξημένος κίνδυνος για καρκίνο στοματικής κοιλότητας και φάρυγγα (δοσοεξαρτώμενη σχέση) συγκριτικά με το συμβατικό, ενώ όσον αφορά στις άλλες μορφές καρκίνου (λάρυγγας, οισοφάγος), εμφανίζει τον ίδιο κίνδυνο με το συμβατικό, επίσης με δοσοεξαρτώμενη σχέση.

## KRETEK - CLOVES

Παράγονται στην Ινδονησία. Περιέχουν μεγάλο αριθμό (εκατοντάδες) πρόσθετων ουσιών (αμμωνία, κακάο, αρώματα), 30 διαφορετικές ποικιλίες καπνού, clove (γαρύφαλλο) και «σάλτσες». Τα γαρύφαλλα περιέχουν ευγενόλη της οποίας η τοπική αναισθητική δράση προ-

καλεί πιο έντονο κάπνισμα. Η ευγενόλη πιθανολογείται ότι είναι καρκινογόνος, αν και δεν περιλαμβάνεται στον σχετικό κατάλογο. Έχουν περιγραφεί 13 περιπτώσεις οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας μετά από κάπνισμα clove, για την αντιμετώπιση της οποίας χρειάστηκε νοσηλεία<sup>29</sup>. Βαρύτερη κατάσταση είχαν εκείνοι που κάπνισαν, ενώ παρουσίαζαν συμπτώματα οξείας αναπνευστικής λοίμωξης.

Η εισπνοή καπνού του clove έχει συσχετισθεί<sup>30</sup> με σοβαρή βλάβη στους πνεύμονες ιδιαίτερα σε κάποια προδιατεθειμένα άτομα, όπως ασθενείς με ιστορικό άσθματος ή με ενεργό λοίμωξη του αναπνευστικού. Επιπλέον, λόγω της αναισθητικής δράσης της ευγενόλης μειώνει το αντανakλαστικό της κατάποσης προδιαθέτοντας έτσι σε εισρόφηση.

## ΤΣΙΓΑΡΟ MENTHOL

Το πρώτο τσιγάρο menthol δημιουργήθηκε<sup>32</sup> από τυχαίο γεγονός το 1925, (από τον Lloyd «Sprud» Hughes, ο οποίος υποφέροντας από κοινό κρυολόγημα άφησε μαζί τις καραμέλες μέντας με τα τσιγάρα του. Η μέντα από τις λιωμένες καραμέλες εμπόισε τα τσιγάρα και άνοιξε ουσιαστικά το δρόμο για τα τσιγάρα μέντας και προφανώς για όλα τα αρωματισμένα καπνικά προϊόντα).

Έως το 1956 οι πωλήσεις τσιγάρων μέντας ήταν πολύ χαμηλές, αντιπροσωπεύοντας το 3% στην αγορά τσιγάρων των ΗΠΑ, ποσοστό που το 2006 ανήλθε στο 20%.

Τα συγκεκριμένα τσιγάρα δεν σχεδιάστηκαν με στόχο τη νεολαία, αν και όπως φάνηκε αυτό ήταν παράπλευρο όφελος. Αρχικός στόχος ήταν να μειωθεί η δυσάρεστη και σκληρή αίσθηση που προκαλεί η εισπνοή του καπνού.

Η σύνθετη σχέση μέντας – νικοτίνης άρχισε να γίνεται αντιληπτή από την καπινοβιομηχανία πολύ νωρίς. Ήδη από το 1970, είχαν διαπιστώσει ότι η προσθήκη μέντας σε υψηλά επίπεδα μετριαάζει την ενοχλητική αίσθηση που προκαλεί η εισπνοή του καπνού. Έρευνες<sup>32</sup>, που άρχισαν το 1995, κατέληξαν πως η μέντα μπορεί να αυξήσει την αίσθηση και την ικανοποίηση που αναμένει ο καπνιστής, ανεξάρτητα από τη νικοτίνη, υπονοώντας ότι ενισχύει την καπνιστική συμπεριφορά. Αυτήν τη «νικοτινικού τύπου» επίδραση εκμεταλλεύτηκαν πολλές εταιρείες, για να βελτιώσουν τα ελαφρά τους τσιγάρα τα οποία δεν ικανοποιούσαν τους καταναλωτές. Αντιλαμβανόμαστε, λοιπόν, γιατί σχεδόν το 90% καπνικών προϊόντων περιέχει μέντα σε διάφορες αναλογίες ακόμη και όταν αυτό δεν επισημαίνεται ως menthol.

Τα σημαντικά στοιχεία που προκύπτουν από τα προαναφερθέντα έγγραφα, αλλά και από ανεξάρτητες έρευνες είναι ότι:

- Η δράση της μέντας δεν περιορίζεται απλώς στη γευστική επικάλυψη του καπνού.
- Οι αισθητηριακές της επιδράσεις και η ικανότητά της να καλύπτει την ερεθιστική δράση του καπνού την καθιστούν προϊόν που προάγει την έναρξη του καπνίσματος.

- Η μέντα προσδίδει αισθητηριακά χαρακτηριστικά στα τσιγάρα, ώστε και σε πολύ μικρές ποσότητες ενισχύει τη βελούδινη αίσθηση.
- Η προσθήκη μέντας στα τσιγάρα αυξάνει τη μικροσωματιδιακή ρύπανση του καπνού κατά 10 - 20%. Τα μικροσωματίδια του καπνού είναι γνωστό ότι έχουν βλαπτική επίδραση στο κυκλοφορικό σύστημα και σχετίζονται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα.
- Η σχέση μέντας- νικοτίνης επηρεάζει την καπνιστική συμπεριφορά, ενισχύει και αυξάνει το κάπνισμα, ενώ καθώς καλύπτει τις ερεθιστικές επιδράσεις του καπνού και τις άμεσες αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία μειώνει το κίνητρο διακοπής και απεξάρτησης.
- Όπως προκύπτει από μελέτη<sup>30</sup> που διεξήχθη μεταξύ 1999-2004 σε 10.289 ενήλικες άνω των 20 ετών, το κάπνισμα τσιγάρων μέντας συνδεόταν με αυξημένη θνησιμότητα από όλα τα αίτια, καρδιοαναπνευστικά νοσήματα και καρκίνο χωρίς ιδιαίτερη διαφορά από τους καπνιστές κοινού τσιγάρου.

## ΜΗ ΚΑΙΟΜΕΝΟΣ ΚΑΠΝΟΣ

Εδώ περιλαμβάνονται:

- Προϊόντα από φύλλα καπνού σε μορφή πλακιδίων ή πλεξούδων για μάσηση.
- Καπνός σε μορφή σκόνης με κάποια πρόσθετα, που προορίζεται για εισπνοή από τη μύτη (dry snuff).
- Αλεσμένος καπνός (moist snuff), που υπάρχει είτε σε ελεύθερη μορφή είτε συσκευασμένος σε ημιδιαπερατούς φακελλίσκους, ο οποίος συγκρατείται κάτω από τη γλώσσα ή μεταξύ ούλων και οδοντοστοιχίας. Ιδιαίτερη κατηγορία moist snuff είναι το Σουηδικό snuss.
- Nass: μίγμα από καπνό, ξύλο, στάχτη, λάιμ, λάδι.
- Arina: δισκία συμπιεσμένου μασώμενου καπνού χαμηλής περιεκτικότητας σε νιτροσαμίνες.

Οι διάφορες μορφές<sup>3</sup> μασώμενου καπνού δεν απαιτούν καύση, συνεπώς δεν δημιουργούν περιβαλλοντική ρύπανση. Καθώς δεν καίονται, είναι προφανές πως αποδίδουν πολύ λιγότερες καρκινογόνες ουσίες. Περιέχουν, όμως, νικοτίνη οπότε τίθεται ζήτημα εθισμού. Προκαλούν τοπικές ερεθιστικές αντιδράσεις από τα ούλα και τη στοματική κοιλότητα (αυξημένη σιελλόρροια, λευκοπλακία, καρκίνο στοματικής κοιλότητας, φάρυγγα, οισοφάγου), καρδιαγγειακά νοσήματα, τοξικότητα στα έμβρυα.

Ο Σουηδικός snuss είναι ένας καπνός με χαμηλότερα επίπεδα νιτροσαμινών, ο οποίος παράγεται με τις αυστηρότερα ελεγχόμενες τεχνικές προδιαγραφές (the Godiatek

Standard). Παρουσιάζεται ως απαλλαγμένος από τις σοβαρές επιπτώσεις του καπνού στην υγεία, αν και στην πραγματικότητα περιέχει τις ειδικές νιτροσαμίνες του καπνού (TNSA) σε χαμηλότερα επίπεδα. Ενδέχεται<sup>31</sup> να εμφανίζει χαμηλότερο κίνδυνο για καρκίνο του γαστρεντερικού από το συμβατικό κάπνισμα.

### ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΒΛΑΠΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ (POTENTIALLY REDUCED EXPOSURE PRODUCTS-PREPS)

Η καπνοβιομηχανία εμφανίζει καθημερινά νέα προϊόντα προκειμένου να κρατήσει τη μερίδα των καπνιστών που ανησυχούν για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία τους.

- **Ελαφρά τσιγάρα (light, extralight, ultralight)**

Στις μετρήσεις<sup>3</sup> με καπνιστικό μηχάνημα εμφανίζουν χαμηλότερες τιμές πίσσας και νικοτίνης, γεγονός που μάλλον οφείλεται στην αραίωση που προκύπτει από τους πόρους του φίλτρου, και όχι επειδή είναι μειωμένες στο αρχικό (άκαυτο) προϊόν.

- **Τροποποιημένα τσιγάρα**

α. Πρόκειται για τσιγάρα που περιέχουν καπνό, ο οποίος μέσω διαφορετικής, βελτιωμένης τεχνικά επεξεργασίας, αποδίδει λιγότερες νιτροζαμίνες (TNSA), ενώ εξακολουθεί να περιέχει υψηλή ποσότητα νικοτίνης συνήθως υψηλότερη από τα συμβατικά.

β. Τσιγάρα με γενετικά τροποποιημένο καπνό<sup>3</sup>, ο οποίος κατά τον κατασκευαστή, δίνει τη δυνατότητα ρύθμισης της ποσότητας νικοτίνης που αποδίδει. Συγκεκριμένα, παράγονται τρία διαφορετικής ως προς τη νικοτίνη βαρύτητας τσιγάρα: • επίπεδο 1 με νικοτίνη 17% λιγότερη από ένα συμβατικό ελαφρύ τσιγάρο, • επίπεδο 2 με νικοτίνη 58% λιγότερη, και • επίπεδο 3 θεωρητικά χωρίς νικοτίνη.

Τα ελαφρά τσιγάρα αποτελούν συνήθως επιλογή νεαρών καπνιστών κυρίως, ή γυναικών, και αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό τμήμα της παγκόσμιας αγοράς τσιγάρων.

Όσον αφορά στα τροποποιημένα προϊόντα πολλά έχουν αποσυρθεί, κυρίως, λόγω χαμηλών πωλήσεων που οφείλονται στο γεγονός ότι δεν ικανοποιούν γευστικά τους καπνιστές.

Σχετικά με τα ελαφρά τσιγάρα, δεν έχουν προκύψει στοιχεία που να παρουσιάζουν βελτίωση των δεικτών υγείας των χρηστών τους και τούτο δεν εκπλήσσει, αν αναλογισθούμε ότι ο καπνιστής, ανεξάρτητα από το είδος του τσιγάρου, θα πάρει τη δόση νικοτίνης που έχει ανάγκη, προσαρμόζοντας το ρυθμό και το βάθος της εισπνοής του, καθώς καπνίζει, ακόμη και κλείνοντας τους πόρους του φίλτρου με τα δάχτυλα ή καπνίζοντας το τσιγάρο μέχρι τέλους, έως το φίλτρο.



## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Δεν υπάρχει ασφαλές, μη τοξικό, καπνικό προϊόν. Κάθε μορφή καπνίσματος εκθέτει τον καπνιστή σε κίνδυνο ανάπτυξης πληθώρας νοσημάτων.

Όλα τα καπνικά προϊόντα καιόμενα ή όχι (ηλεκτρονικό) περιέχουν νικοτίνη και συνεπώς οδηγούν σε εθισμό, εξάρτηση και χρόνια χρήση με τις επακόλουθες συνέπειες σε επίπεδο νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Κανένα από τα έως τώρα γνωστά επονομαζόμενα «λιγότερο βλαπτικά προϊόντα» δεν έχει αποδειχθεί αποτελεσματικό ως μέσο απεξάρτησης, αντιθέτως οδηγεί σε εθισμό και πολύ συχνά σε παράλληλη χρήση πολλαπλών προϊόντων.

Η μόνη ενδεδειγμένη για απεξάρτηση μορφή νικοτίνης είναι η καθαρή φαρμακευτική μορφή της, πάντοτε υπό ιατρική ένδειξη και καθοδήγηση.

Οι τοξικές συνέπειες του συμβατικού τσιγάρου είναι γνωστές και αποδεδειγμένες. Αντιθέτως, οι συνέπειες από τη χρήση των εναλλακτικών μορφών καπνίσματος, μόλις τώρα αρχίζουν να γίνονται αντιληπτές από την ιατρική κοινότητα:

- Νεωτεριστικά προϊόντα (ηλεκτρονικό τσιγάρο), για τα οποία όλα είναι ακόμη ρευστά και υπό διερεύνηση, ιδιαίτερα οι μακροχρόνιες επιπτώσεις τους.
- Προϊόντα ήδη γνωστά στις Δυτικές κοινωνίες (πούρο), σε περιορισμένο βαθμό, αρχίζουν να γίνονται πιο δημοφιλή και σε άλλες κατηγορίες καπνιστών, με αποτέλεσμα να τα συναντούμε σε σχολεία και πανεπιστήμια. Λόγω της μέχρι τώρα περιορισμένης χρήσης τους και παρά το γεγονός ότι οι βλάβες που προκαλούν είναι ήδη γνωστές από δεκαετίες, δεν υπάρχουν εκτενείς μελέτες και αναφορές. Η συσχέτισή τους με κακοήθη νοσήματα ιδιαίτερα της στοματικής κοιλότητας και του οισοφάγου αναμένεται να μεταβάλλει μελλοντικά τον χάρτη των νεοπλασμάτων που συνδέονται με το κάπνισμα, καθώς το ποσοστό καπνιστών πούρου και πίπας αυξάνει.
- Παραδοσιακά προϊόντα τοπικής χρήσης σε χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου εισέρχονται δυναμικά στην Ευρώπη και την Αμερική, κερδίζοντας την προτίμηση των εφήβων και των νέων γενικότερα με αντιπροσωπευτικότερο το κάπνισμα ναργιλέ.

Οι επιδημιολογικές μελέτες για τη χρήση των σχετικών προϊόντων θα πρέπει να σχεδιασθούν στα μέτρα κάθε επιμέρους χώρας, ανάλογα με τα είδη που συναντώνται στην κοινωνία της.

Πολλά από τα εναλλακτικά προϊόντα δεν έχουν ακόμη συμπεριληφθεί στις ρυθμιστικές διατάξεις του τσιγάρου, ούτε ίσως στον κατάλογο με τα καπνικά προϊόντα, γεγονός που αφήνει ακόμη περιθώρια στην καπνοβιομηχανία να χρησιμοποιήσει όλα τα όπλα του σύγχρονου marketing, προκειμένου να τα προωθήσει στις νεαρές κατά κύριο λόγο ηλικίες.

όλων των προϊόντων, και κυρίως η εντατικοποίηση των μέτρων ενημέρωσης - πρόληψης-απεξάρτησης.

Προτεραιότητα η νέα γενιά, την οποία οφείλουμε να κρατήσουμε μακριά από το κάπνισμα, προωθώντας με βάση τις γνώσεις, ένα πρότυπο ζωής που σέβεται την πολυτιμότερη συσκευή που θα έχουμε ποτέ, το σώμα μας. Σωστή διατροφή, άσκηση, πνευματική καλλιέργεια, θα θωρακίσουν τους νέους απέναντι σε κάθε απειλή.

# ΤΡΟΠΟΙ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΓΚΡΑΤΖΙΟΥ,  
*Καθηγήτρια Πνευμονολογίας Ιατρικής Σχολής Αθηνών.*

ΣΤΑΜΑΤΟΥΛΑ ΤΣΙΚΡΙΚΑ  
*Πνευμονολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Α΄ Πανεπ. Πνευμ/κ/ης  
Κλινικής ΝΝΘΑ.*

**Ο** Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολογίζει ότι περισσότεροι από 1.3 δισεκατομμύρια άνθρωποι είναι καπνιστές και ότι ετησίως 5-6 εκατομμύρια θάνατοι οφείλονται σε νοσήματα που αιτιολογικά σχετίζονται άμεσα με το κάπνισμα<sup>1</sup>. Διάφοροι τύποι καρκίνου, καρδιακές νόσοι, αγγειοπάθειες, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια καθώς και χρόνιες αναπνευστικές νόσοι έχει αποδειχθεί ότι προκαλούνται από τη χρήση καπνού<sup>2,3</sup>. Είναι καθολικά αποδεκτό το γεγονός ότι όσο νωρίτερα εγκαταλείψει κάποιος την εξάρτηση του καπνίσματος, τόσο μειώνονται οι πιθανότητες να προσβληθεί από κάποιο νόσημα, αλλά και να επιμηκύνει σημαντικά τη διάρκεια ζωής του<sup>4,5</sup>.

Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει περίπου 7000 χημικές ουσίες, με ερεθιστική και κάποιες από αυτές με καρκινογόνο δράση<sup>6</sup>. Πιο αναλυτικά, κάθε τσιγάρο περιέχει πίσσα, σε διαφορετικές περιεκτικότητες, μονοξειδίο του άνθρακα, νικοτίνη, ποσότητες καδμίου, ποσότητες αρσενικού, φορμαλδεΰδη, αμμωνία και άλλες επικίνδυνες για τον οργανισμό ουσίες<sup>6</sup>. Έτσι είναι πλέον αναμφισβήτητο γεγονός ότι σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το κάπνισμα αποτελεί όχι απλά μία «συνήθεια ενός τρόπου ζωής» (life style), αλλά ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας που μπορεί να προληφθεί και να αντιμετωπισθεί θεραπευτικά, όπως γίνεται και με άλλους παράγοντες κινδύνου (π.χ. αντιμετώπιση της αυξημένης χοληστερόλης ή της υπέρτασης)<sup>6</sup>.

Η προσέγγιση και αντιμετώπιση της διακοπής του καπνίσματος αποτελεί πλέον ιατρικό θέμα και αντικείμενο ειδικής ιατρικής θεραπευτικής παρέμβασης. Η κατάλληλη ιατρική εκπαίδευση και ενημέρωση είναι απαραίτητη<sup>7</sup>.

Τα άμεσα και τα μακροχρόνια οφέλη της διακοπής του καπνίσματος είναι σημαντικά<sup>8,9,10</sup>

### Πίνακας 1.

## ΑΛΛΑΓΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΙΝΟΥΝ ΣΤΟ ΣΩΜΑ ΜΑΣ ΟΤΑΝ ΚΟΒΟΥΜΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ.

ΜΕΤΑ ΑΠΟ 20 ΛΕΠΤΑ	Η πίεση του αίματος και ο σφυγμός επανέρχονται σε κανονικά επίπεδα. Η κυκλοφορία του αίματος βελτιώνεται σε χέρια και πόδια, κάνοντάς τα πιο ζεστά.
ΜΕΤΑ ΑΠΟ 8 ΩΡΕΣ	Τα επίπεδα οξυγόνου στο αίμα επανέρχονται στο φυσιολογικό. Η πιθανότητα καρδιακής προσβολής αρχίζει να μειώνεται.
ΜΕΤΑ ΑΠΟ 24 ΩΡΕΣ	Το μονοξείδιο του άνθρακα εξαφανίζεται από το σώμα. Τα πνευμόνια αρχίζουν να καθαρίζουν από βλέννες και άλλες περιττές (βλαβερές) ουσίες.
ΜΕΤΑ ΑΠΟ 48 ΩΡΕΣ	Η νικοτίνη δεν είναι πλέον ανιχνεύσιμη στο σώμα. Η όσφρηση βελτιώνεται.
ΜΕΤΑ ΑΠΟ 72 ΩΡΕΣ	Η αναπνοή γίνεται ευκολότερη και οι αεραγωγοί χαλαρώνουν. Τα επίπεδα ενέργειας αυξάνονται.
ΜΕΤΑ ΑΠΟ 2 - 12 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ	Η κυκλοφορία του αίματος βελτιώνεται σε όλο το σώμα, κάνοντας το περπάτημα ευκολότερο.
ΜΕΤΑ ΑΠΟ 3 - 9 ΜΗΝΕΣ	Προβλήματα στο αναπνευστικό, όπως ο βήχας και το λαχάνιασμα καλυτερεύουν. Συνολικά, η λειτουργία των πνευμόνων βελτιώνεται κατά 5% - 10%.
ΜΕΤΑ ΑΠΟ 5 ΧΡΟΝΙΑ	Η πιθανότητα καρδιακής προσβολής μειώνεται περίπου στο μισό σε σχέση με αυτή των καπνιστών.
ΜΕΤΑ ΑΠΟ 10 ΧΡΟΝΙΑ	Η πιθανότητα καρκίνου των πνευμόνων μειώνεται περίπου στο μισό σε σχέση με αυτή των καπνιστών. Η πιθανότητα καρδιακής προσβολής είναι ίδια με κάποιον που δεν έχει καπνίσει ποτέ.

Πηγή: WHOreport<sup>6,7</sup>

### ΓΙΑΤΙ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΚΟΨΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΕΥΚΟΛΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ;

Η απάντηση είναι επειδή το τσιγάρο δεν αποτελεί μόνο συνήθεια, αλλά δημιουργεί βιολογική και ψυχολογική εξάρτηση. Το κάπνισμα έχει αναγνωριστεί ως χρόνια νόσος και οι καπνιστές θεωρούνται ασθενείς με χρόνια εξάρτηση, οι οποίοι χρειάζονται θεραπεία και ιατρική συμβουλή<sup>10</sup>. Λόγω της εξάρτησης στη νικοτίνη πολύ νωρίς, μόλις κόψει κάποιος, το τσιγάρο εμφανίζει συμπτώματα στέρησης. Τα συμπτώματα στέρησης που συνοδεύουν τη διακοπή του καπνίσματος είναι κυρίως έντονη ανησυχία, κακή διάθεση, εκνευρισμός, αυξημένο αίσθημα πείνας, καταθλιπτική συμπεριφορά<sup>10,11</sup> (Πίνακας 2).

Τα συμπτώματα αυτά συνήθως διαρκούν από μια εβδομάδα έως ένα μήνα και υποχωρούν σταδιακά. Μπορεί, όμως, να εμφανισθούν και οποιαδήποτε άλλη χρονική στιγμή δεδομένου ότι δεν οβήνει ποτέ «η ανάμνηση και η μνήμη του τσιγάρου»<sup>12</sup>. Αυτή την ανάγκη

Πίνακας 2.

## ΣΤΕΡΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ<sup>14</sup>.

ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΣΤΕΡΗΣΗΣ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Νευρική/επιθετικότητα	Λιγότερο από 4 εβδομάδες	50%
Κατάθλιψη	Λιγότερο από 4 εβδομάδες	60%
Ανσυχία	Λιγότερο από 4 εβδομάδες	60%
Αδυναμία συγκέντρωσης	Λιγότερο από 2 εβδομάδες	60%
Αύξηση όρεξης	Περισσότερο από 10 εβδομάδες	70%
Ζάλη	Λιγότερο από 48 ώρες	10%
Ξύπνημα κατά τη διάρκεια της νύκτας	Λιγότερο από 1 εβδομάδα	25%
Έντονη επιθυμία για κάπνισμα	Περισσότερο από 2 εβδομάδες	70%
Δυσκολιότητα	Περισσότερο από 4 εβδομάδες	17%
Έλκη του στόματος	Περισσότερο από 4 εβδομάδες	40%

για τοιγάρο, αλλά και τον έλεγχο των στερητικών συμπτωμάτων καλύπτουν οι νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις που παρέχονται μέσα από τα ειδικά προγράμματα βοήθειας για την διακοπή του καπνίσματος. Με τη βοήθεια των ειδικών θεραπευτικών προγραμμάτων τα προβλήματα της στέρησης μειώνονται, όπως επίσης και η ανάγκη και επιθυμία του καπνίσματος με αποτέλεσμα την επιτυχία της διακοπής του καπνίσματος.

### ΕΘΙΣΜΟΣ – ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΣΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ ΚΑΙ ΣΤΕΡΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Ο εθισμός του καπνιστή οφείλεται κυρίως στη νικοτίνη με εξάρτηση παρόμοια με αυτή της ηρωίνης και της κοκαΐνης<sup>6</sup>. Δρα σε συγκεκριμένους υποδοχείς του εγκεφάλου και είναι υπεύθυνη για το αίσθημα της ευχαρίστησης και ανταμοιβής από το κάπνισμα<sup>13</sup>. Η έλλειψη νικοτίνης στους καπνιστές προκαλεί τα δυσάρεστα συμπτώματα στέρησης, όπως για παράδειγμα την ευερεθιστότητα, τη δυσκολία συγκέντρωσης, τη δυσκολία διαχείρισης του άγχους, τις διαταραχές ύπνου και το αυξημένο αίσθημα πείνας. Τα συμπτώματα στέρησης ανάλογα με την ένταση και τη διάρκειά τους μπορεί να δυσκολέψουν τον καπνιστή να κόψει το τοιγάρο<sup>10</sup>.

## ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Εκτός από τις βλαβερές συνέπειες του τσιγάρου στην υγεία του ίδιου του καπνιστή, εξίσου επιβλαβές έχει αναγνωριστεί και το παθητικό κάπνισμα. Η έκθεση των μη καπνιστών στο πλάγιο ρεύμα καπνού του καίόμενου τσιγάρου, αλλά και ο καπνός που εισπνέεται και εκπνέεται από το καπνιστή είναι ιδιαίτερα επιβλαβή για τους γύρω τους. Ειδικές κατηγορίες πληθυσμού, όπως οι εγκυμονούσες και τα μικρά παιδιά είναι εκείνοι που διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο<sup>14</sup>.

## ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΒΟΗΘΗΘΕΙ Ο ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Αξίζει να σημειωθεί ότι, αν και η πλειοψηφία των καπνιστών επιθυμεί να διακόψει το κάπνισμα, περίπου ένα 20%-30% δύναται τελικά να το καταφέρει, ενώ μόλις σε ποσοστό 3% καταφέρνει να διακόψει μόνο με τη δύναμη της θέλησης.

Τα τελευταία έτη αναφέρονται διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες που απευθύνονται σε επαγγελματίες υγείας με στόχο τη βοήθεια των καπνιστών. Οι κατευθυντήριες οδηγίες που προτείνονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και τις διεθνείς επιστημονικές εταιρείες έχουν ως κύριο στόχο την εμπειρισταωμένη θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος που αφορούν στο γενικό πληθυσμό ή συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών<sup>15</sup>.

## ΤΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΤΑΙ ΣΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Οι ειδικοί οφείλουν να ενημερώνουν τους καπνιστές για τις επιβλαβείς συνέπειες στην υγεία τους, για τα βραχεία και μακροπρόθεσμα οφέλη της διακοπής, συστηματικά να ενισχύουν το κίνητρο της διακοπής σύμφωνα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε καπνιστή και στη συνέχεια να τους εντάσσουν σε ειδικά προγράμματα.

Σε κάθε επίσκεψη των καπνιστών σε χώρους υγείας θα πρέπει να καταγράφεται η καπνιστική τους εξάρτηση και να κατατάσσονται σύμφωνα με την προθυμία τους ή ότι να διακόψουν<sup>15</sup> (εικόνα 1). Οι καπνιστές σε σχέση με τη διακοπή του καπνίσματος εντάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες<sup>9,10</sup>:

- εκείνοι που επιθυμούν τη διακοπή,
- εκείνοι που βρίσκονται σε διαδικασία σκέψης και προετοιμασίας,
- εκείνοι που δεν επιθυμούν να διακόψουν,
- οι πρώην καπνιστές που διέκοψαν πρόσφατα.

Στις διεθνείς οδηγίες προτείνονται φαρμακευτικές παρεμβάσεις και συμβουλευτικές θεραπείες με αλλαγή συμπεριφορικής διαχείρισης του καπνίσματος βασισμένες σε επιστημονικά

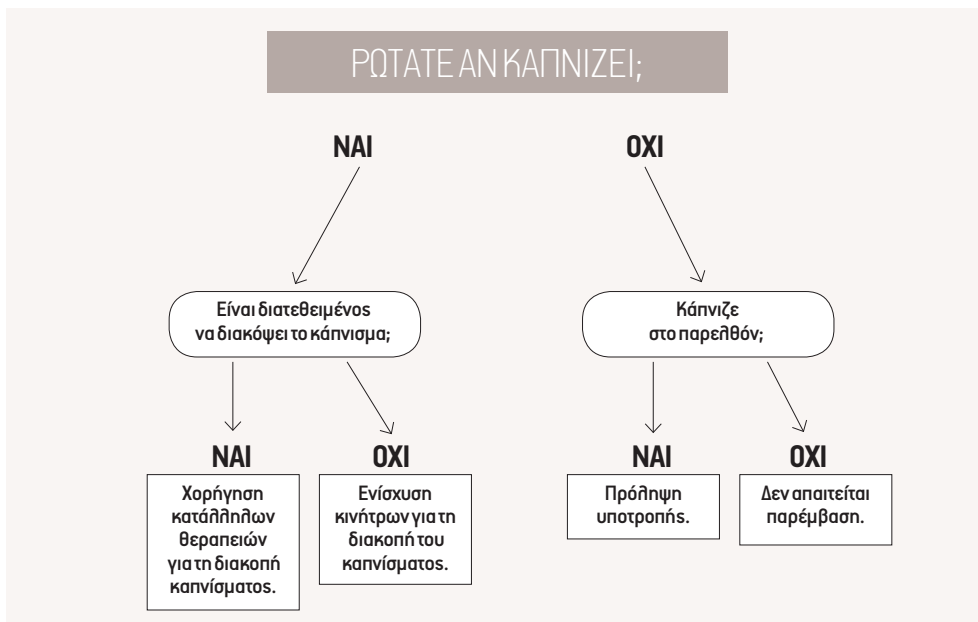
δεδομένα και μελέτες<sup>15,16</sup>. Ο στόχος της θεραπείας είναι η έγκαιρη διακοπή του καπνίσματος, αλλά και η πρόληψη των πιθανών υποτροπών του (να μην ξαναρχίσει κάποιος το τσιγάρο).

Ένα από τα σημαντικότερα βήματα για τη διαδικασία βοήθειας του καπνιστή είναι να ακολουθείται ο κανόνας των 5 Α (Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange), που ακολουθεί τα στάδια<sup>9</sup> όπως περιγράφονται στον Πίνακα 3. Η ισχυρή θέληση του καπνιστή σε συνδυασμό με τη βοήθεια για αλλαγή συμπεριφοράς, τη φαρμακευτική αγωγή και τη συνεχή συμβουλευτική παραίνεση δύναται να οδηγήσουν σε οριστική διακοπή<sup>18</sup>. Αν και η κάθε μέθοδος από μόνη της μπορεί να οδηγήσει στη διακοπή, παρόλα αυτά τα υψηλότερα και μακροχρόνια ποσοστά αποχής επιτυγχάνονται με το συνδυασμό τους<sup>19</sup>.

Ακόμη και μια τρίλεπτη συμβουλευτική παραίνεση μπορεί να συμβάλλει στη διαδικασία απεξάρτησης του καπνιστή<sup>19</sup>.

Ως προς την απόφαση ποια θεραπεία θα χρησιμοποιηθεί κάθε φορά, οι ειδικοί λαμβάνουν υπόψη την πρόθεση - κινητοποίηση και τη δυνατότητα συμμόρφωσης του καπνιστή, την προηγούμενη χρήση θεραπείας, το βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη, την πιθανότητα εμφάνισης παρενεργειών, καθώς και την προσωπική προτίμηση του καπνιστή<sup>9</sup>.

Δεν είναι λίγες οι φορές που πιθανόν να απαιτηθεί συνδυασμός των φαρμακευτικών σκευασμάτων για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος. Όμως, πρέπει να τονιστεί ότι κανένα φαρμακευτικό σκεύασμα δεν μπορεί να κάνει θαύματα, αν δεν προπ-



Πίνακας 3.

## ΤΑ 5 Α: ΒΑΣΙΚΑ ΒΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΤΗ.

- **Ask** Ρώτησε αν καπνίζει.
- **Advice** Συμβούλευσε – Ενίσχυσε τα κίνητρα για διακοπή.
- **Assess** Αξιολόγησε και εκτίμησε την βαρύτητα της εξάρτησης.
- **Assist** Δώσε βοήθεια με θεραπευτική παρέμβαση.
- **Arrange** Παρακολούθηση με υποστήριξη – Κράτησε επαφή και επικοινωνία.

γνθθεί προσπάθεια και αλλαγή στάσης και σκέψης από τον ίδιο τον καπνιστή.

Οι ειδικοί έχουν πλέον στη φαρέτρα τους ασφαλή και τεκμηριωμένα φαρμακευτικά σκευάσματα με τα οποία μπορούν να βοηθήσουν τον καπνιστή να διακόψει επιτυχώς.

### ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

Τα ειδικά προγράμματα που γίνονται στα ειδικά ιατρεία διακοπής καπνίσματος, τα οποία λειτουργούν με επιτυχία και στη χώρα μας, και η σύγχρονη πλέον δυνατότητα χορήγησης φαρμακευτικής θεραπευτικής παρέμβασης σε συνδυασμό με την επιλογή της κατάλληλης συμβουλευτικής υποστήριξης από εξειδικευμένο προσωπικό, που παρέχονται στους ευαισθητοποιημένους καπνιστές αποτελεί την καλύτερη δυνατή ευκαιρία να απέχουν από το κάπνισμα, οκταπλασιάζοντας την πιθανότητά τους για επιτυχή διακοπή του καπνίσματος από το να προσπαθούν μόνοι τους. Μυστικό της επιτυχίας είναι το προσωπικό πλάνο θεραπείας για τον κάθε καπνιστή, η ατομική προσέγγιση και επιλογή της κατάλληλης για αυτόν φαρμακευτικής ή ψυχολογικής θεραπείας και η σωστή παρακολούθηση, ώστε να αποφύγει κανείς να ξαναρχίσει το κάπνισμα<sup>17, 19</sup>.

Σήμερα μπορούν όλοι οι καπνιστές να βοηθηθούν, ώστε να κόψουν το κάπνισμα εύκολα. Αρκεί να αποφασίσουν να αλλάξουν τρόπο και στάση ζωής απέναντι στο τσιγάρο και να ζητήσουν την κατάλληλη βοήθεια και υποστήριξη.

Η ευρύτερη εφαρμογή μιας κοινωνικής πολιτικής για την προστασία από την έκθεση στο κάπνισμα θα βοηθήσει ακόμη περισσότερο στην μακρόχρονη επιτυχία της διακοπής, ώστε να απαλλαγεί ο καπνιστής από το τσιγάρο για πάντα.

Πληροφορίες για τα Ειδικά Ιατρεία δίνονται από το 1142 (ή στην ιστοσελίδα της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας-ΕΠΕ: [www.hts.org.gr](http://www.hts.org.gr) Δίκτυο Ιατρείων Διακοπής Καπνίσματος και πρόσθετες οδηγίες δίνονται από τις ιστοσελίδες: [www.denkpnizo.gr](http://www.denkpnizo.gr) και [www.smokefreegreece.gr](http://www.smokefreegreece.gr)).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

# Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΔΡ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΦΡΟΣΥΝΗΣ

*Εκπαιδευτικός ΠΕ70 Δάσκαλος, – ΠΕ04.04 Βιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.  
Διευθυντής 8ου Δημοτικού Σχολείου Νεάπολης Θεσσαλονίκης, πρώην  
Υπεύθυνος Αγωγής Υγείας Διεύθυνσης Π.Ε. Δυτικής Θεσσαλονίκης*

**Α**ν πετάξουμε πάνω από οποιοδήποτε μέρος της Γης, δεν θα χρειαστεί πολύς χρόνος για να εντοπίσουμε κάποια δραστηριότητα σχετική με την καλλιέργεια ή την παραγωγή ουσιών που προκαλούν εθισμό και εξάρτηση. Οι ουσίες αυτές ήταν γνωστές στον άνθρωπο από τους αρχαιότετους χρόνους. Στη Μεσοποταμία χρησιμοποιούσαν το όπιο, ενώ στη Μεσόγειο καλλιεργούσαν συστηματικά αμπέλια. Οι αρχαίοι Έλληνες κατανάλωναν κρασί σε πολλές θρησκευτικές τελετές, ενώ οι αρχαίοι Αιγύπτιοι είχαν συνδέσει τη διασκέδαση με την κατανάλωση μπίρας. Πρώτοι οι ιπποκρατικοί γιατροί περιέγραψαν ορισμένες επιπλοκές από την κατανάλωση οινοπνεύματος.

Σήμερα, εκτός από τις φυσικές ουσίες, ο άνθρωπος χρησιμοποιεί και συνθετικές ουσίες, που παρασκευάζονται στο εργαστήριο και έχουν τις ίδιες επιδράσεις με τις φυσικές. Από τις ουσίες αυτές, φυσικές ή συνθετικές, ορισμένες, όπως διάφορα φάρμακα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή, το οινόπνευμα και η νικοτίνη είναι νόμιμες (για ενήλικες), ενώ άλλες όπως το χαλσίς, η ηρωίνη και η κοκαΐνη είναι παράνομες. Όλες αυτές οι χημικές ουσίες, όταν εισέλθουν στον ανθρώπινο οργανισμό, μεταβάλλουν τον τρόπο με τον οποίο συμπεριφέρεται, σκέφτεται ή αισθάνεται και γενικά επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική του κατάσταση. Όλες οι εξαρτησιογόνες ουσίες προκαλούν στον ανθρώπινο οργανισμό μια προσαρμοστική κατάσταση που είναι γνωστή και ως ανοχή απέναντι στην ουσία. Η παρατεταμένη χρήση κάποιας εξαρτησιογόνου ουσίας οδηγεί αργά ή γρήγορα στον εθισμό, δηλαδή σε μια ψυχοσωματική κατάσταση που δημιουργεί μια όλο και λιγότερο ελεγχόμενη επιθυμία να χρησιμοποιήσει ο χρήστης την ουσία αυτή.

Οι πάσης φύσεως εξαρτησιογόνες ουσίες είναι πολύ διαδεδομένες στην εποχή μας. Οι διαπιστώσεις ότι η κατανάλωση ουσιών που προκαλούν εθισμό και εξάρτηση σε όλο και μικρότερες ηλικίες και ότι καθημερινά όλο και περισσότεροι άνθρωποι τις δοκιμάζουν, δεν είναι καθόλου ενθαρρυντικές<sup>1</sup>. Δείχνουν, όμως, την επιτακτική ανάγκη που προκύπτει για την άμεση εφαρμογή σχετικών προγραμμάτων πρόληψης στο σχολικό περιβάλλον τόσο της Δευτεροβάθμιας, όσο και της Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Η σχολική Αγωγή Υγείας για την πρόληψη της χρήσης και κατάχρησης ουσιών περιλαμβάνει ενέργειες και δραστηριότητες, που είναι αποτελεσματικότερες όταν εφαρμόζονται σε μικρές ηλικίες, προτού αρχίσουν οι διαδικασίες λήψης αποφάσεων και καθορισμού στάσεων σχετικά με την κατανάλωσή τους. Με τον τρόπο αυτό συμβάλλουμε στην πρωτογενή πρόληψη. Η δευτερογενής αποβλέπει στο να ελαχιστοποιήσει τις αρνητικές συνέπειες σε ανθρώπους που έχουν ήδη ξεκινήσει την κατανάλωση εξαρτησιογόνων ουσιών. Με δεδομένη μια τέτοια κατάσταση δεν πρέπει να μας προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι οι εκπαιδευτικοί στην αρχή του 21ου αιώνα συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα σχετικά με τη χρήση νόμιμων και παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών από τους μαθητές τους. Συνεπώς, είναι απαραίτητο ο εκπαιδευτικός να γνωρίζει όσο το δυνατόν καλύτερα τα ζητήματα τα οποία αφορούν στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και να έχει εξοικειωθεί με τις μαθησιακές προσεγγίσεις που θα βοηθήσουν τους νέους να πάρουν αποφάσεις θετικές για την υγεία τους, όταν και αν τους προσφερθούν νόμιμες ή παράνομες ουσίες.

Η Αγωγή Υγείας για την πρόληψη της χρήσης και κατάχρησης ουσιών οφείλει να αποτελεί μέρος ενός προγράμματος που θα περιλαμβάνει όλες τις πτυχές της προσωπικής, οικογενειακής, κοινωνικής και σωματικής υγείας και θα εστιάζεται στην ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης και της αυτοπεποίθησης, των διαπροσωπικών σχέσεων και της προσωπικής λήψης αποφάσεων. Εξάλλου, τακτικές εκφοβισμού και εντυπωσιασμού αποδείχτηκαν αναποτελεσματικές. Για την αποτελεσματική ανάπτυξη αυτών των δεξιοτήτων πρέπει το πρόγραμμα που θα χρησιμοποιηθεί να είναι πολύ προσεκτικά σχεδιασμένο και το υλικό του να επλέγεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να απευθύνεται στις ανάγκες της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας μαθητών. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ύπαρξη συνοχής στο σχεδιασμό ενός τέτοιου προγράμματος είναι να εξασφαλίζεται η συμμετοχή της πλειοψηφίας του προσωπικού του σχολείου, των γονέων και να γίνεται με την υποστήριξη της τοπικής κοινωνίας.

Απαραίτητη, είναι επίσης η εμπειριστατωμένη πληροφόρηση, η οποία οφείλει να καλύπτει την ενημέρωση για τις διάφορες εξαρτησιογόνες ουσίες. Συγκεκριμένα, να προβάλλει τα αποτελέσματα της χρήσης και της κατάχρησής τους, τις νομικές πλευρές της χρήσης, τη διαδικασία με την οποία ο οργανισμός αποκτά εξάρτηση, τις επιπτώσεις τόσο στην προσωπική υγεία του χρήστη όσο και του κοινωνικού περιγύρου, τα κέντρα και τους οργανισμούς που προσφέρουν βοήθεια και τέλος, τις εναλλακτικές προτάσεις που μπορούν να αντικαταστή-

σουν τη χρήση.

Ο εκπαιδευτικός πρέπει να προσφέρει πληροφορίες με ευθύτητα και ακρίβεια και να παρέχει στο μαθητή ευκαιρίες για σκέψη και έκφραση. Στην ανάπτυξη του προγράμματος είναι απαραίτητο να εφαρμόζονται δραστηριότητες σχετικές με τη λήψη αποφάσεων, στις οποίες πρέπει να συνυπολογίζονται το κοινωνικό περιβάλλον των μαθητών και η ισχυρή επίδραση των συνομηλίκων και της οικογένειάς τους<sup>2</sup>.

Επειδή η πληροφόρηση δε θεωρείται επαρκής, ώστε να μεταβάλλει τη συμπεριφορά, οι στρατηγικές μάθησης στην αγωγή για την πρόληψη της χρήσης και κατάχρησης των ουσιών απαιτούν υψηλό βαθμό ενεργητικής συμμετοχής. Η ενεργητική μάθηση με τις βιωματικές μεθόδους οι οποίες χρησιμοποιούν ομάδες εργασίας, βοηθά τους μαθητές να αναπτύξουν διαπροσωπικές σχέσεις και να αυξήσουν την αυτοπειοίθηση και τη συμμετοχικότητά τους. Αυτό σημαίνει ότι είναι αναγκαίο να φέρουμε τους μαθητές σε επαφή με τις ακόλουθες τεχνικές: συζήτηση, παιχνίδι ρόλου, θέατρο, τέχνη, παιχνίδια, ερωτηματολόγια, σχέδια και ανασκοπήσεις. Οι εκπαιδευτικοί που πρόκειται να αναπτύξουν το πρόγραμμα πρέπει να έχουν εκδηλώσει ενδιαφέρον και να είναι πρόθυμοι να επιμορφωθούν σε αυτόν τον τομέα. Η επιμόρφωση είναι αναγκαία, διότι εκτός από τη συλλογή των κατάλληλων πληροφοριών σχετικά με το πρόγραμμα που θα εφαρμόσουν με τους μαθητές τους, επιβάλλεται να εξοικειωθούν με τις μεθόδους της ενεργητικής μάθησης και να αποκτήσουν εμπειρία προτού χρησιμοποιήσουν αυτές τις μεθόδους στην τάξη.

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Ο ρόλος του σημερινού σχολείου είναι ιδιαίτερα πολύπλοκος και απαιτητικός. Συγκρινόμενος δε με το παρελθόν αντικατοπτρίζει τις παιδαγωγικές, πολιτικές, κοινωνικές, οικονομικές, αλλά και άλλες ανακατατάξεις, οι οποίες παρουσιάζονται στην Παγκόσμια Κοινότητα.

Η Αγωγή Υγείας μπορεί να διακριθεί σε δύο τύπους: την τυποποιημένη και την άτυπη. Ως κύριος φορέας της τυποποιημένης εκπαίδευσης, το σημερινό σχολείο από θεσμική άποψη (Νόμος 1566, Άρθρο 1α, β, γ, δ, ε) καλείται να αναπτύξει τις διανοητικές λειτουργίες, τη σωματική και ψυχική υγεία, τις ιδιαίτερες κλίσεις και ενδιαφέροντα των μαθητών, τους οποίους οφείλει να εντάξει στο κοινωνικό σύνολο ως ενεργούς πολίτες, απαλλαγμένους από προκαταλήψεις και κοινωνικά στερεότυπα.

Στον αντίποδα, η άτυπη εκπαίδευση περιλαμβάνει τη διαπαιδαγώγηση στην οποία υπόκειται ο άνθρωπος από τη στιγμή της γέννησής του και η οποία αντιστοιχεί στο περιβάλλον που ανατρέφεται. Πρόκειται δηλαδή, για ένα σύνολο πληροφοριών, γνώσεων, στάσεων, συμπεριφορών και εμπειριών, με τις οποίες έρχονται σε επαφή τα παιδιά-μαθητές έξω και πέρα από το επίσημο σχολείο. Τα στοιχεία, όμως, που δέχονται οι μαθητές μέσα από την άτυ-

την εκπαίδευση είναι συνήθως ακατέργαστα, συχνά μονοδιάστατα ή παραμορφωμένα ενώ άλλοτε και λανθασμένα.

Αντίθετα, το σχολείο μπορεί να προβάλλει την αγωγή και προαγωγή της υγείας μέσα από το σχολικό ήθος, το σχολικό πρόγραμμα, τους κανονισμούς και τις σχέσεις με τους εκπαιδευτικούς, τους μαθητές, τους γονείς και την κοινότητα<sup>3</sup>.

Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να εφαρμόσουν τις αρχές και τη μεθοδολογία της πρόληψης και προαγωγής της υγείας, να τις αφομοιώσουν στη σχολική ύλη και ζωή, να τις προβάλλουν οι ίδιοι με τη στάση και τη συμπεριφορά τους, να διδάξουν σχετικές γνώσεις και να τις αναπτύξουν με προγράμματα μέσα στη σχολική τάξη<sup>4,5</sup>.

## ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Όσον αφορά στην ελληνική πραγματικότητα, έχει διαπιστωθεί ότι το ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα επικεντρώνει το ενδιαφέρον του στη σχολική επίδοση των μαθητών, παραβλέποντας τη σπουδαιότητα της ψυχικής υγείας, καθώς και την ισχυρή αλληλεπίδραση σχολικής επίδοσης και ψυχικής υγείας. Το σύγχρονο, όμως, σχολείο αποσκοπεί στην εξέλιξη των μαθητών σε όλους τους τομείς ανάπτυξης, στην προαγωγή της ψυχικής τους υγείας και στη δημιουργία ευκαιριών και εμπειριών για την υποστήριξη των παιδιών που παρουσιάζουν δυσκολίες<sup>6</sup>.

Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί ο προβληματισμός και το ερευνητικό ενδιαφέρον σχετικά με τις συνιστώσες του «αποτελεσματικού σχολείου». Η οικογένεια παύει να θεωρείται πλέον ως η «μόνη υπεύθυνη» για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά. Το σχολείο αναγνωρίζει και αναλαμβάνει τις ευθύνες του. Η προσέγγιση αυτή στηρίζεται στην παραδοχή ότι όλοι οι μαθητές, μεταξύ αυτών και εκείνοι με σοβαρές, σωματικές, νοητικές ή άλλες αναπηρίες, έχουν τη δυνατότητα να επωφεληθούν από το αγαθό της εκπαίδευσης.

Όπως φαίνεται από τα ερευνητικά δεδομένα<sup>7</sup>, τα σχολεία που είναι αποτελεσματικά, όσον αφορά στην εκπαίδευση μαθητών που ανήκουν σε ομάδες «υψηλού κινδύνου» (φτωχό σε ερεθίσματα οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον ή μειονότητες), έχουν τα εξής κοινά χαρακτηριστικά:

- Προβλήματα πειθαρχίας.
- Προσδοκίες των εκπαιδευτικών ότι όλοι οι μαθητές μπορούν να μάθουν.
- Έμφαση στην εκπαίδευση βασικών δεξιοτήτων και μεγαλύτερη διάρκεια της ενασχόλησης των μαθητών με τη σχολική μελέτη.
- Σαφείς εκπαιδευτικούς στόχους που διευκολύνουν την παρακολούθηση και αξιολόγηση της επίδοσης των μαθητών.
- Διευθυντές με ηγετικές και διοικητικές ικανότητες που θέτουν στόχους, διατηρούν την

πειθαρχία, παρατηρούν την εκπαιδευτική διαδικασία μέσα στην τάξη και δημιουργούν κίνητρα για μάθηση.

Η έμφαση που δίνεται στη διαμόρφωση του «αποτελεσματικού» σχολείου έχει οδηγήσει σε ποικίλες εκπαιδευτικές μεταρρυθμίσεις, οι οποίες έχουν επηρεαστεί από αντίστοιχες θεωρητικές προσεγγίσεις<sup>8</sup>. Τις τελευταίες δεκαετίες, το ενδιαφέρον δεν εστιάζεται πλέον μόνο στη μορφή της εκπαίδευσης, αλλά στο κοινωνικό πλαίσιο του σχολείου και πιο συγκεκριμένα στο ρόλο που μπορούν να διαδραματίσουν οι ανθρώπινες σχέσεις στη γενικότερη προσαρμογή των μαθητών μέσα σε αυτό. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται, λοιπόν, στο κλίμα που επικρατεί και περιβάλλει τη μαθησιακή διαδικασία και που προσδιορίζεται από το είδος και την ποιότητα των σχέσεων μεταξύ των μελών της σχολικής κοινότητας.

Το σχολείο δεν στοχεύει επομένως, μόνο στη μόρφωση και την κοινωνικοποίηση των μαθητών, αλλά «νοιάζεται» για τα παιδιά και τα στηρίζει με ποικίλους τρόπους και σε διάφορες περιστάσεις ή χρονικές στιγμές<sup>8</sup>. Οι μαθητές με τη σειρά τους νιώθουν μέλη μιας σχολικής κοινότητας, που έχει συγκεκριμένους στόχους, τους βοηθάει να αναπτύξουν υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις, να νιώσουν ψυχολογική ασφάλεια, να δραστηριοποιηθούν και έτσι να διευκολυνθεί η σχολική τους προσαρμογή.

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Η οργανωμένη εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης στα σχολεία αποτελεί μια εκπαιδευτική διαδικασία, η οποία έχει παρεισδύσει στα Αναλυτικά Προγράμματα διάφορων μαθημάτων του σχολείου. Ειδικά στην περίπτωση του ελληνικού εκπαιδευτικού συστήματος, η παρουσία της θεματικής της Αγωγής Υγείας είναι διακριτική, μιας και δεν υπάρχουν σαφείς αναφορές ούτε για τους στόχους της ούτε για τη διδακτική της μεθοδολογία. Το γεγονός αυτό αναδεικνύει το πρόβλημα της ανυπαρξίας μιας ξεκάθαρης εκπαιδευτικής πολιτικής προς τον τομέα αυτό και προκαλεί σημαντικά προβλήματα κατά τη διδασκαλία θεμάτων που σχετίζονται με την πρόληψη και την Αγωγή Υγείας γενικότερα.

Τα προβλήματα πηγάζουν από το γεγονός ότι, παρά τη σημαντική παρουσία θεμάτων που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την πρόληψη, στα Αναλυτικά Προγράμματα πολλών μαθημάτων του σχολείου δεν υπάρχουν οι σχετικές οδηγίες για τους τρόπους με τους οποίους θα προσεγγιστούν διδακτικά τα θέματα αυτά.

Μπροστά στο δίλημμα του τρόπου ενασχόλησης με ένα πρόγραμμα Αγωγής Υγείας, όπως είναι και η πρόληψη του καπνίσματος, οι εκπαιδευτικοί έχουν στην ουσία τρεις διαφορετικές επιλογές:

**Η πρώτη επιλογή** είναι η πιο απλή και ίσως η πιο εύκολη για τον ίδιο τον εκπαιδευτικό.

**160** Αν το Αναλυτικό Πρόγραμμα δεν προβλέπει κάποια διαφορετική προσέγγιση, τότε τα θέματα

---

Όλες οι εξαρτησιογόνες ουσίες προκαλούν στον ανθρώπινο οργανισμό μια προσαρμοστική κατάσταση γνωστή και ως ανοχή απέναντι στην ουσία. Η παρατεταμένη χρήση κάποιας εξαρτησιογόνου ουσίας οδηγεί αργά ή γρήγορα στον εθισμό, δηλαδή σε μια ψυχοσωματική κατάσταση που δημιουργεί μια όλο και λιγότερο ελεγχόμενη επιθυμία να χρησιμοποιήσει ο χρήστης την ουσία αυτή.

---

υγείας αντιμετωπίζονται ως απλές ενότητες του διδασκόμενου μαθήματος χωρίς να δίνεται κάποια ιδιαίτερη έμφαση και χωρίς την υιοθέτηση κάποιας ιδιαίτερης διδακτικής προσέγγισης. Αποτελεί στην πραγματικότητα ένα «κομμάτι» γνωστικής ύλης που περιλαμβάνεται στην ύλη κάποιου σχολικού μαθήματος και το οποίο μαθητές και εκπαιδευτικοί καλούνται να το προσεγγίσουν σύμφωνα με το διδακτικό κλίμα που επικρατεί στην τάξη.

**Η δεύτερη επιλογή** απαιτεί την ανάληψη πρωτοβουλίας εκ μέρους του εκπαιδευτικού και προϋποθέτει την ευαισθητοποίησή του σε θέματα πρόληψης και μια θετική στάση απέναντι στην Αγωγή Υγείας. Στην περίπτωση αυτή, οι εκπαιδευτικοί διακρίνουν στην ύλη του μαθήματος τα τμήματα που σχετίζονται με την εφαρμογή ενός στοχευμένου προγράμματος πρόληψης και αναλαμβάνουν την πρωτοβουλία να επιμείνουν σε αυτό χωρίς να ξεπερνούν κατά πολύ τις χρονικές προδιαγραφές που θέτει το Αναλυτικό Πρόγραμμα του μαθήματος που διδάσκουν. Προσπαθούν επίσης να προσεγγίσουν διδακτικά την ύλη με τον προσφορότερο τρόπο, ώστε να κερδίσουν το ενδιαφέρον των μαθητών τους και να εντείνουν την ευαισθησία τους στο συγκεκριμένο θέμα. Η επιλογή αυτή δεν απαιτεί ιδιαίτερο κόπο εκ μέρους του εκπαιδευτικού και είναι σε θέση να δώσει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα αυτά θα μπορούσαν να είναι ακόμα καλύτερα, αν οι εκπαιδευτικοί αφιέρωναν λίγο χρόνο, ώστε να προετοιμάσουν την παρέμβασή τους.

**Η τρίτη επιλογή** απαιτεί τον υψηλότερο βαθμό εμπλοκής του εκπαιδευτικού σε ένα πρόγραμμα πρόληψης τόσο από την πλευρά του ίδιου όσο και από την πλευρά των μαθητών. Στην πραγματικότητα, πρόκειται για τη διαμόρφωση μιας νέας εκπαιδευτικής δραστηριότητας που θα μπορούσαμε να αποκαλέσουμε Αγωγή Υγείας, η οποία ξεπερνά τα όρια του ωρολογίου προγράμματος και αναπτύσσει τη δική της δυναμική και μεθοδολογία. Οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να αποφασίσουν να διαθέσουν περισσότερο από το συνηθισμένο χρόνο για την ανάμιξή τους σε αυτή τη δραστηριότητα, αφού απαιτεί περισσότερες ώρες ημερήσιας και εβδομαδιαίας διδακτικής εργασίας και προετοιμασίας. Πρόκειται για την πιο δυναμική και ίσως και την πιο αποτελεσματική εμπλοκή στην Αγωγή Υγείας και απαιτεί επιμόρφωση των εκπαιδευτικών και την ευαισθητοποίησή τους σε ανάλογα θέματα.

Η εμπλοκή σε προγράμματα πρόληψης θα λέγαμε ότι δυσκολεύει σε σημαντικό βαθμό το 161

ρόλο του εκπαιδευτικού, γιατί απαιτεί από αυτόν γνώσεις - που κάποιες φορές ξεπερνούν τα όρια του γνωστικού του αντικειμένου - και υψηλό επίπεδο πληροφόρησης. Επιπρόσθετα, απαιτεί ικανότητα χειρισμού λεπτών ζητημάτων, τα οποία κάποιες φορές είναι πολύ προσωπικά και δυσκολεύουν τους μαθητές. Θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι ο εκπαιδευτικός αποκοκτά τις τρεις κουλτούρες που επισημαίνει ο Κ. Δελγκωνσταντής: «την επιστημονική, την ανθρωπιστική και την παραδοσιακή»<sup>9</sup>. Πράγματι, ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να είναι έτοιμος να καταθέσει στην εκπαιδευτική διαδικασία την επιστημονική του γνώση, παραθέτοντας, αναλύοντας, ερμηνεύοντας και επεξηγώντας τις επιστημονικές παραμέτρους του θέματος που σχετίζεται με την υγεία.

Ο εκπαιδευτικός που περιγράψαμε δεν είναι ένας απλός δημόσιος υπάλληλος. Είναι κάτι πολύ παραπάνω. Είναι ένας λειτουργός της εκπαίδευσης, ένας λειτουργός που έχει θέσει τις υπηρεσίες του στους μαθητές του και στην κοινωνία. Και γνωρίζουμε πολύ καλά ότι δεν παύει να είναι ένας επαγγελματίας με απαιτήσεις για τις συνθήκες εργασίας του και τις οικονομικές του απολαβές<sup>10</sup>. Από την άλλη, η θεματική της Αγωγής Υγείας και της πρόληψης γενικότερα είναι τόσο σημαντική και τόσο ευαίσθητη που απαιτεί θυσίες τόσο από τον εκπαιδευτικό όσο και από τους μαθητές.

Οι γνώσεις και οι δεξιότητες που θα πρέπει να διαθέτουν οι εκπαιδευτικοί, ώστε να είναι σε θέση να ασχοληθούν με την Αγωγή Υγείας στο σχολείο, είναι οι εξής<sup>11</sup>:

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

- Να εκτιμούν τη σπουδαιότητα της αξιολόγησης για την οικοδόμηση ενός πετυχημένου προγράμματος Αγωγής Υγείας.

## ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΝΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΠΟΥ ΑΣΧΟΛΕΙΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

Ο εκπαιδευτικός που ασχολείται με την πρόληψη και κατ' επέκταση με θέματα που άπτονται της Αγωγής Υγείας θα πρέπει να είναι:

- **Παιδαγωγός:** Αυτή είναι η βασική αποστολή του εκπαιδευτικού, δηλαδή να παιδαγωγήσει και όχι μόνο να μεταφέρει και να αναπαράγει τις γνώσεις που περιγράφει το εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Αυτός είναι ο ρόλος που ο εκπαιδευτικός δεν πρέπει να ξεχνά ποτέ. Είναι η αφετηρία και η απόληξη του επαγγέλματός του. Όπως σημειώνει ο Αχ. Καψάλης: «... ο εκπαιδευτικός είναι ο ειδικός σε θέματα αγωγής των παιδιών και η παιδαγωγική του μόρφωση θεωρείται απαραίτητο συμπλήρωμα του επιστημονικού του ρόλου<sup>12</sup>.»
- **Καθοδηγητής:** Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο οι μαθητές να μιμούνται τους εκπαιδευτικούς τους και να τους καθιστούν πρότυπα. Στην περίπτωση αυτή πρέπει ο εκπαιδευτικός με ευαισθησία και ιδιαίτερη προσοχή να τους καθοδηγεί όχι μόνο στον κόσμο της γνώσης, αλλά και των διαπροσωπικών σχέσεων και των κοινωνικών αξιών. Εξάλλου, είναι δεκτό ότι ορισμένες μορφές κοινωνικής συμπεριφοράς είναι σε θέση να τις καλλιεργεί ο εκπαιδευτικός.
- **Οργανωτής:** Ο εκπαιδευτικός καλείται να διαδραματίσει το ρόλο του φυσικού ηγέτη της κοινωνικής ομάδας που σχηματίζει η σχολική τάξη. Και από το ρόλο του αυτό οργανώνει κοινωνικά τους μαθητές δημιουργώντας τις κατάλληλες συνθήκες για την ομαλή και αποτελεσματική κοινωνικοποίησή τους δημιουργώντας πρόσφορο κλίμα για την ανάπτυξη των κοινωνικών και εκπαιδευτικών διαδικασιών.
- **Ισότιμο μέλος της ομάδας:** Παρά την ηγετική του θέση, ο εκπαιδευτικός για να μπορέσει να φέρει εις πέρας και με υψηλό ποσοστό αποτελεσματικότητας ένα πρόγραμμα Αγωγής Υγείας πρέπει να γίνει και αυτός ισότιμο μέλος της ομάδας της σχολικής τάξης. Και αυτό γίνεται για να μπορέσει ο εκπαιδευτικός να πλησιάσει τους μαθητές του και να παίξει ένα διαφορετικό ρόλο από αυτόν που διαδραματίζει σε καθημερινή βάση.
- **Εμπυχωτής:** Η ομάδα της σχολικής τάξης, αλλά και ο κάθε μαθητής ξεχωριστά χρειάζονται τη συμπαράσταση και τη βοήθεια του εκπαιδευτικού. Σε θέματα που άπτονται του ευαίσθητου χώρου της υγείας ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να σταθεί δίπλα τους και να εμπυχωσει όλους τους μαθητές να σκεφτούν και να δουν κριτικά τέτοιου είδους προβλήματα. Ακόμα, οφείλει να τους εμπυχωσει να εδραιώσουν νέες στάσεις ζωής, οι οποίες θα προστατέψουν και θα βελτιώσουν όχι μόνο τη δική τους υγεία, αλλά και την



υγεία των γύρω τους.

- **Ερευνητής:** Έχει επισημανθεί ότι η θεματική της Αγωγής Υγείας απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση. Έτσι, ο εκπαιδευτικός οφείλει να ανακαλύψει και ο ίδιος τις γνώσεις που θα του χρειαστούν για να διεκπεραιώσει τη διδασκαλία του. Θα πρέπει και πέρα από την υπάρχουσα υποστήριξη σε ενημερωτικά εγχειρίδια να συλλέξει πληροφορίες, να τις αναλύσει, να τις αξιολογήσει επιστημονικά και παιδαγωγικά και να τις παρουσιάσει στους μαθητές του. Επιπλέον, η χρήση της βιωματικής μεθόδου και της διδασκαλίας με τη μέθοδο project που είναι αναπόσπαστο εργαλείο στην εφαρμογή της Αγωγής Υγείας απαιτεί και την ερευνητική ενασχόληση του εκπαιδευτικού.
- **Φίλος:** Ο εκπαιδευτικός με την Αγωγή Υγείας έρχεται πολύ κοντά με τους μαθητές, που θα πρέπει να τον νιώθουν και ως φίλο τους, για να τον εμπιστευτούν και να συμμετάσχουν άνετα στην εκπαιδευτική διαδικασία που θα επλέξει. Εξάλλου, είναι και η φύση των θεμάτων που συζητούνται τέτοια, που απαιτεί τη φιλική διάθεση μεταξύ των συμμετεχόντων. Σε μια έκθεση επιθεώρησης στη Μ. Βρετανία αναφέρεται ότι «οι εκπαιδευτικοί αναλαμβάνουν μεγάλο ρίσκο όταν προσεγγίζουν προσωπικά θέματα των μαθητών»<sup>13</sup>.
- **Μεταρρυθμιστής:** Δεν είναι λίγες οι φορές που ο εκπαιδευτικός νιώθει ότι πρέπει κάποια πράγματα να αλλάξουν είτε για να κάνει καλύτερα τη δουλειά του είτε γιατί βλέπει γύρω του δυσάρεστες κοινωνικές καταστάσεις. Είναι αναγκαίο, λοιπόν, να πάρει πρωτοβουλίες τόσο σε θέματα που αφορούν στην εκπαιδευτική διαδικασία όσο και σε θέματα που αφορούν στην κοινωνία έξω από το σχολείο.

Από τη φύση της δουλειάς του εκπαιδευτικού πολλές ή και όλες από τις παραπάνω ιδιότητες θα πρέπει να τις διαθέτουν οι εκπαιδευτικοί, είτε εμπλέκονται είτε όχι στη διαδικασία της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας των μαθητών τους. Ωστόσο, η αναφορά γίνεται για να αναδείξουμε κυρίως τη φύση αυτής της εκπαιδευτικής δραστηριότητας και την ευαισθησία με την οποία θα πρέπει να προσεγγίζεται.

## ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΕΧΕΙ ΕΝΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΟΤΑΝ ΑΣΧΟΛΕΙΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΝΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Οι εκπαιδευτικοί κατά την ενασχόλησή τους με ένα πρόγραμμα πρόληψης θα πρέπει να εστιάσουν την προσοχή τους σε κάποια συγκεκριμένα θέματα, ώστε αυτά να είναι αποτελεσματικά και κυρίως να μη δημιουργούν δυσλειτουργίες στην τάξη και στην εκπαιδευτική διαδικασία<sup>14</sup>. Τι πρέπει να προσέχει ο εκπαιδευτικός:

- **Τη γλώσσα**
  - α. Να είναι αμοιβαία κατανοητή.
  - β. Να μη ενοχλεί ή να μην προσβάλλει.

- **Τις αποκαλύψεις**
  - α. Να μην ενθαρρύνονται οι μαθητές να αποκαλύπτουν απόκρυφες λεπτομέρειες, που ίσως να προκαλέσουν στη συνέχεια στενοχώρια.
  - β. Να υπάρχει σεβασμός στον «ιδιωτικό» κόσμο των ίδιων και των άλλων.
- **Τις ερωτήσεις**
  - α. Καμιά ερώτηση δεν είναι «καζή», αν το άτομο που τη ρωτά είναι ειλικρινές.
  - β. Δεν είναι απαραίτητο όλες οι απαντήσεις να δίνονται δημόσια.
  - γ. Ο εκπαιδευτικός έχει το δικαίωμα να μην γνωρίζει κάποια απάντηση.
- **Τα θέματα**
  - α. Να είναι ανάλογα με τα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες κάθε ηλικίας.
  - β. Να υπάρχει σεβασμός του επιπέδου ωριμότητας των μαθητών.
  - γ. Στην επιλογή των θεμάτων να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η γνώμη των παιδιών.
- **Την εμπιστοσύνη**
  - α. Να γίνεται προσπάθεια για τη δημιουργία κλίματος αμοιβαίας εμπιστοσύνης.
- **Τα συναισθήματα**
  - α. Όλα τα συναισθήματα είναι αποδεκτά, αλλά όχι όλες οι συμπεριφορές.
  - β. Να αναγνωρίζεται η ποικιλία στις ηθικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις.
- **Το χιούμορ**

Όταν χρησιμοποιείται διακριτικά, μπορεί να χαλαρώσει την ένταση που δημιουργείται μερικές φορές.
- **Τους επισκέπτες – καλεσμένους**
  - α. Να προηγείται πάντα έλεγχος της καταλληλότητάς τους.
  - β. Να προσδιορίζεται επακριβώς ο ρόλος τους σε σχέση με το δάσκαλο και τους μαθητές π.χ. ομιλητής, σύμβουλος, συνεργάτης κ.λπ.
- **Τα υλικά, τα μέσα και τις μεθόδους**
  - α. Να δοκιμάζονται τα υλικά προτού χρησιμοποιηθούν από τους μαθητές.
  - β. Να προσαρμόζονται τα υπάρχοντα, παρά να χρησιμοποιούνται «εμπορικά πακέτα».
  - γ. Να λαμβάνεται υπόψη ο τρόπος μάθησης που προτιμούν οι μαθητές.
- **Τις απόψεις των γονέων**

Πρέπει να είναι σεβαστές. Είναι στην ευχέρεια των εκπαιδευτικών να πείσουν για την αποτελεσματικότητα κάποιων θεμάτων.
- **Την πολιτική του σχολείου**

Πρέπει να υπάρχει, να είναι ξεκάθαρη και επίσημα διατυπωμένη σε έγγραφα.
- **Την επικοινωνία**

Όλα τα ενδιαφερόμενα μέλη οφείλουν να ενημερώνονται και να συμμετέχουν ενεργά για να επιτευχθούν τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα.

## ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ ΕΝΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΥ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ

Ο εκπαιδευτικός που θα εμπλακεί στην ανάπτυξη, εξέλιξη και επιτυχημένη ολοκλήρωση ενός προγράμματος υγείας, θα παίξει κατά κύριο λόγο, ρόλο συντονιστικό.

Ο εκπαιδευτής θα πρέπει να είναι πρόσωπο σεβαστό και αποδεκτό από τους εκπαιδευόμενους-μαθητές του και να παίξει καθοριστικό ρόλο στη μετάδοση και αποδοχή του μηνύματος. Διότι, το μήνυμα όσο σημαντικό κι αν είναι, δε θα φθάσει στους αποδέκτες αν δε μεταδοθεί από το κατάλληλο άτομο. Τα γνωρίσματα τα οποία πρέπει να διακρίνουν έναν ικανό συντονιστή - εκπαιδευτή είναι<sup>15</sup>:

- **Η ικανότητα να ακούει** χωρίς να διακόπει. Να μπορεί να «κτίζει» με τις ιδέες τους.
- **Η κατανόηση:** Να κατανοεί και να αντιλαμβάνεται τα αισθήματα και τις εμπειρίες της ομάδας και του κάθε μέλους της.
- **Ο σεβασμός:** Να επιβάλλει αμοιβαίο σεβασμό μεταξύ εκπαιδευτή-εκπαιδευόμενων και μεταξύ των εκπαιδευόμενων μελών.
- **Η εμπιστοσύνη:** Να ενθαρρύνει την ελεύθερη έκφραση και ανταλλαγή απόψεων και αποριών του κάθε μέλους χωρίς φόβο ότι θα αμφισβητηθεί.
- **Η ανεκτικότητα:** Να δημιουργεί ήρεμη και ανεκτική ατμόσφαιρα που ενθαρρύνει την ελεύθερη έκφραση και παραγωγική σκέψη και δράση των μελών της ομάδας.
- **Η ευελιξία:** Να κάνει κατάλληλες αναπροσαρμογές στα μέλη της ομάδας, και να αποφεύγει αυταρχικές συμπεριφορές, στερεότυπα, ηθικοπλαστικές απόψεις και την επιβολή ιδεών.
- **Η συμμετοχή:** Να εξασφαλίζει τη συμμετοχή όλων των μελών της ομάδας σε όλες τις διαδικασίες σεβόμενος τις ατομικές ιδιαιτερότητες και ικανότητες του κάθε μέλους.
- **Η συνεργασία:** Να ενθαρρύνει και να αναζητεί τη συνεργασία του κάθε μέλους της ομάδας, αλλά και εξωτερικών συνεργατών, αναγνωρίζοντας τις ελλείψεις και τις συνέπειες που μπορεί να έχει στον ίδιο και την ομάδα ο αποκλεισμός από το σύνολο.
- **Οι γνώσεις δυναμικής της ομάδας:** Να μπορεί να εκτιμάει τη δυναμική της ομάδας και της ειδικής υποστήριξης που ίσως χρειάζεται στο θέμα αυτό.

Η απόκτηση των παραπάνω δεξιοτήτων είναι εφικτή για όλους τους εκπαιδευτικούς, καθώς πρόκειται για δεξιότητες που καλλιεργούνται στο πλαίσιο βιωματικών - κυρίως - εκπαιδεύσεων που οργανώνονται από αρμόδιους φορείς.

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ/ΝΤΡΙΑΣ ΩΣ ΕΜΨΥΧΩΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Στο πλαίσιο της προσπάθειας για ποιοτική ανασυγκρότηση του σύγχρονου σχολείου, το

θεσμοθέτηση αποφάσεων και κανόνων με στόχο τη δημιουργία αποτελεσματικών στελεχών, τα οποία θα ασχοληθούν τόσο με τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού όσο και με την εφαρμογή των νέων καινοτομιών και τεχνολογιών στην εκπαίδευση.

Αποτέλεσμα αυτών των προσπαθειών αποτελεί και η έκδοση υπουργικών αποφάσεων (Φ.353.1/324/105657/Δ1) με στόχο τον καθορισμό καθηκόντων και αρμοδιοτήτων στα στελέχη της Εκπαίδευσης. Καίρια θέση στην ιεράρχηση αυτή αποτελεί και ο Διευθυντής της σχολικής μονάδας. Η Πολιτεία τον ορίζει ως τον υπεύθυνο - αρμόδιο για την αποτελεσματική οργάνωση όλων εκείνων των παραμέτρων οι οποίες θα διασφαλίσουν την επιτυχή λειτουργία και εφαρμογή του σχολικού προγράμματος.

Ο ρόλος του Διευθυντή στο σημερινό σχολείο είναι αναμφισβήτητος πολύ σημαντικός και δύσκολος. Είναι ο άνθρωπος που καλείται αφενός να διατηρήσει τον παραδοσιακό του ρόλο στην άσκηση των διοικητικών του καθηκόντων και αφετέρου να μετατρέψει το σύγχρονο σχολείο σε ένα χώρο ζωντανό, που σκοπό έχει τόσο τη συνεχή αναβάθμιση της ποιότητας της εκπαίδευσης όσο και την ανάπτυξη κοινωνικής, ηθικής και πνευματικής εξέλιξης των μαθητών. Βέβαια, απαιτούνται και άλλοι παράγοντες που θα πρέπει να συνδράμουν προς την κατεύθυνση αυτή. Τέτοιοι είναι:

- Το διδακτικό προσωπικό.
- Οι διοικητικοί προϊστάμενοι.
- Οι σχολικοί σύμβουλοι.
- Ο κοινωνικός περίγυρος (γονείς και μαθητές).
- Το αναλυτικό πρόγραμμα.
- Η υλικοτεχνική υποδομή της σχολικής μονάδας.

Ο Διευθυντής καλείται να παρακολουθεί τις εξελίξεις, να επιμορφώνεται στις νέες τεχνολογίες και τις νέες μορφές εκπαιδευτικής παρέμβασης, να οργανώνει και να προωθήσει προγράμματα στο περιβάλλον του σχολείου, αφού στόχος είναι να ενταχθούν τα παιδιά στα δεδομένα της καθημερινότητας με την προσφορά, όμως, και της απαραίτητης παιδαγωγικής δεοντολογίας. Ο διευρυμένος, λοιπόν, ρόλος του Διευθυντή υφίσταται και μέσα στις ισχύουσες νομοθετικές προβλέψεις και στις τάσεις της σύγχρονης αναζήτησης, αλλά και στις δυνατότητες του θεσμού<sup>16</sup>.

Σε σχολικά συστήματα που πληρούν τις παραπάνω προϋποθέσεις αποδεικνύεται ότι, συγκριτικά με προϊσταμένους, συμβούλους, εκπαιδευτικούς κ.λπ., οι διευθυντές διαδραματίζουν σπουδαιότερο ρόλο από όλους τους άλλους στις προτάσεις προγραμματίσεων βελτίωσης, αλλά και στην υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης. Οι απλοί εκπαιδευτικοί έχουν τη δυνατότητα να προβαίνουν σε ενέργειες βελτίωσης της τάξης τους, αλλά δεν έχουν τη δυνατότητα να επεκτείνουν τις ενέργειές τους σε όλο το σχολείο, κάτι το οποίο όμως επιτυγχάνεται με την ουσιαστική παρέμβαση του Διευθυντή της

σχολικής μονάδας.

Η αποτελεσματικότητα την οποία, όμως, μπορεί να επιφέρει ο Διευθυντής εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό και από την ικανότητα που διαθέτει για αποτελεσματική επικοινωνία, αφού επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα των αποφάσεων που θα ληφθούν, αλλά και των ανθρώπινων σχέσεων που θα αναπτυχθούν, την αποτελεσματικότητα της ηγεσίας, της καθοδήγησης, της παρακίνησης, του συντονισμού και της σωστής λήψης αποφάσεων.

Ένας από τους νέους, αλλά και σίγουρα «δύσκολους» στόχους του Διευθυντή αποτελεί και η εφαρμογή της Ευέλικτης Ζώνης Δημιουργικών και Διαθεματικών Δραστηριοτήτων για το Δημοτικό σχολείο και το Νηπιαγωγείο και η «Ζώνη Καινοτόμων Δράσεων» για το Γυμνάσιο. Μέσα από την προσπάθεια αυτή, η οποία δεν αποτελεί και εντελώς καινούριο στοιχείο για την ελληνική πραγματικότητα, επιχειρείται η αναμόρφωση του σχολικού χρόνου και η καλλιέργεια πρωτοβουλιακής - συνεργατικής και διαθεματικής προσέγγισης της μάθησης, αλλά και ανάπτυξης κριτικής σκέψης, συλλογικής προσπάθειας και βιωματικής δράσης του μαθητή μέσα από ανάλογες δραστηριότητες και σχέδια εργασίας.

Η εμπειρία παρακολούθησης των προγραμμάτων καινοτόμων δράσεων τόσο στην Πρωτοβάθμια όσο και στη Δευτεροβάθμια εκπαίδευση έδειξε ότι η πορεία τους δεν είναι καλή, αν δεν υπάρχει και η ενεργός συμμετοχή και στήριξη του Διευθυντή.

Ο Διευθυντής είναι αυτός, που ως σύγχρονος manager και με γνώμονα το «καλό» της εκπαίδευσης, πρέπει να προσπαθεί ώστε:

- Να ενεργοποιούνται οι εκπαιδευτικοί σε δράσεις πρόληψης και προαγωγής της υγείας των μαθητών.
- Να είναι ο εμψυχωτής που θα δίνει τα ερεθίσματα και τα κίνητρα για τη συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων φορέων.
- Να είναι αυτός που καλείται να κάνει το σχολείο πιο ελκυστικό, ένα σχολείο με ποιότητα, ένα σχολείο που θα ενθαρρύνει τους μαθητές, θα τους δίνει κίνητρα για βιωματική μάθηση και δράση, για ανάπτυξη της κριτικής τους σκέψης, για συλλογική προσπάθεια, για δημιουργία σχέσεων αλληλοεκτίμησης, αλληλοσεβασμού και για υγιή ανταγωνισμό.
- Να είναι αυτός που θα καλλιεργήσει δεσμούς συνεργασίας με κοινωνικούς φορείς και οργανισμούς που θα υποστηρίξουν τους εκπαιδευτικούς στην προσπάθειά τους να ασχοληθούν αποτελεσματικά με την πρόληψη.

Ο Διευθυντής είναι αυτός που με τη δυναμικότητά του και το κύρος του ανοίγει το κανάλι επικοινωνίας του σχολείου με την τοπική κοινωνία και βοηθάει στη διάχυση των αποτελεσμάτων των προγραμμάτων.

Για την επίτευξη του σκοπού αυτού, και εφόσον βέβαια αποδεχθούμε την αναγκαιότητα του θεσμού των καινοτομιών, απαιτείται ουσιαστική ενημέρωση και επιμόρφωση των στελεχών, γνώση των εκπαιδευτικών και διοικητικών διαδικασιών και συνεργασία τόσο με τους υπεύθυνους των καινοτόμων δράσεων όσο και με αυτούς άλλων φορέων στήριξης. Με αυτόν τον τρόπο αφενός θα προσαρμόσουμε τα προγράμματα στις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες της κάθε κοινότητας, και αφετέρου θα προκαλέσουμε την ενεργή συμμετοχή του εκπαιδευτικού κόσμου σε ένα πραγματικά «αποτελεσματικό» σχολείο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

# ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

ΣΩΤΗΡΙΑ ΜΑΚΑΡΩΝΗ

Ψυχολόγος Υγείας MSc - Υπ. Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών,  
Επιστημονικά Υπεύθυνη, Κέντρο Πρόληψης Εξαρτήσεων & Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής  
Υγείας «ΠΡΟΝΟΗ», Δήμος Κηφισιάς -ΟΚΑΝΑ

**Τ**ο κάπνισμα από παιδιά και εφήβους είναι μια πρακτική που συναντάται σε όλες τις κουλτούρες με μια τάση αύξησης στις αναπτυσσόμενες χώρες<sup>1</sup> παρά το γεγονός πως αποτελεί το μεγαλύτερο κίνδυνο για την υγεία και τον υπ' αριθμόν 1 προλήψιμο αιτιολογικό παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως<sup>2</sup>.

Στο παρόν κεφάλαιο θα γίνει μια προσπάθεια σύνθεσης της γνώσης και της κατανόησης που έχουμε για την έναρξη του καπνίσματος, καθώς και για τις εφαρμοζόμενες στρατηγικές πρόληψης και την αποτελεσματικότητά τους. Θα παρουσιαστούν τόσο τα στάδια ανάπτυξης της εξάρτησης, οι αιτιολογικοί παράγοντες για την χρήση καπνού, όσο και οι θεωρίες, αλλά και οι πρακτικές που αξιοποιούνται στην πρόληψη του καπνίσματος με ιδιαίτερη έμφαση στις παρεμβάσεις που απευθύνονται στην σχολική κοινότητα.

## ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ ΣΕ ΑΡΙΘΜΟΥΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) εκτιμά ότι το ένα τρίτο του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού, δηλ. 1,1 δισεκατομμύρια άνθρωποι, είναι καπνιστές και ότι ο καπνός προκαλεί 5 εκατομμύρια θανάτους ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο<sup>3</sup> με μια τάση αυτός ο αριθμός να ανέλθει στα 8 εκατομμύρια ετησίως μέχρι το έτος 2030<sup>4</sup>. Υπολογίζεται ότι ένας στους 5 εφήβους διεθνώς καπνίζει τακτικά, ενώ εκτιμάται πως 30 εκατομμύρια παιδιά και έφηβοι το ξεκινούν κάθε χρόνο παγκοσμίως<sup>5</sup>. Η έναρξη της χρήσης ουσιών γίνεται συνήθως στην εφηβεία

170 με πρώτες ουσίες δοκιμής το αλκοόλ και τον καπνό.

## ΝΕΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η έναρξη της χρήσης ουσιών γίνεται συνήθως στην εφηβεία με πρώτες ουσίες δοκιμής το αλκοόλ και τον καπνό. Ειδικά σε ό,τι αφορά στο κάπνισμα στην εφηβεία, σύμφωνα με στοιχεία του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΠΨΥ), όπως αυτά προέκυψαν από την τελευταία έρευνα HBSC (Health Behaviour in School aged Children study) που πραγματοποιήθηκε το 2014 πανευρωπαϊκά, τα στοιχεία για τη χώρα μας αποκαλύπτουν τα εξής<sup>6</sup>:

- Ένας στους τρεις 15χρονους (36,9%), ένας στους επτά 13χρονους (14,6%) και το 1,6% των 11χρονων μαθητών είχαν καπνίσει έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή τους.
- Αγόρια και κορίτσια δεν διαφέρουν σημαντικά ως προς τα επίπεδα επιπολασμού του καπνίσματος τόσο στο σύνολο των εφήβων, όσο και σε κάθε ηλικία.
- Την τετραετία 2010-2014 παρατηρήθηκε τάση μείωσης στο κάπνισμα έστω και μια φορά σε όλη τη ζωή (από 42,3% στο 36,9%), σημαντική μείωση στο κάπνισμα τον τελευταίο μήνα (από 26,0% στο 19,7%), ενώ δεν υπήρξε μεταβολή στο καθημερινό ή βαρύ κάπνισμα.

### 1. Συχνότητα καπνίσματος στους Έλληνες εφήβους

Μεταξύ των 15χρονων που είχαν καπνίσει έστω και μία φορά στη ζωή τους, **ένας στους 2 (19,7%) είχε καπνίσει τις 30 τελευταίες ημέρες πριν από την έρευνα, σχεδόν ένας στους 3 (11,4%) κάπνιζε καθημερινά**, ενώ σχεδόν **ένας στους 5 (8,2%) κάπνιζε τουλάχιστον έξι τοιγάρα την ημέρα. Στις μικρότερες ηλικίες οι δεκατριάχρονοι καπνίζουν καθημερινά σε ποσοστό 1,7% και οι εντεκάχρονοι σε ποσοστό 0.3%.**

Επιπλέον, σύμφωνα με τα ποσοστά της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής στις ηλικίες 16 - 24 για το 2014 προκύπτει ότι ένα ποσοστό 23,8% είναι καπνιστές (17,3% καθημερινοί καπνιστές και 6,5% περιστασιακοί). Σημαντικό βέβαια είναι το εύρημα ότι υπάρχει μια σταθερή μειωτική τάση από το 2009 στο 2014 και σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα αφού φαίνεται ότι υπάρχει μείωση του καπνίσματος στις νεαρές ηλικίες κατά 11,9%. (Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή).

### 2. Ηλεκτρονικό τσιγάρο

Στην έρευνα του ΕΠΠΨΥ<sup>6</sup> οι μαθητές ρωτήθηκαν επίσης, για την χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου. Σύμφωνα με τις απαντήσεις τους φαίνεται να έχουν **καπνίσει έστω και μία φορά ηλεκτρονικό τσιγάρο σε όλη τη ζωή σε ποσοστό 1,9% οι 11χρονοι μαθητές, ένας στους δεκατρείς 13χρονους (8,1%) και ένας στους έξι 15χρονους (16,6%)**. Στη συντριπτική πλειονότητα των αναφορών, η χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου αφορούσε απλή δοκιμή (1 - 2 φορές). Σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, τα αγόρια ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά της χρήσης ηλεκτρονικού τσιγάρου από ό,τι τα κορίτσια.



## Η ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Παρά τις εντεινόμενες προσπάθειες κρατών, φορέων και οργανισμών για τον έλεγχο και τον περιορισμό του καπνίσματος μέσα από καμπάνιες, εκθέτες στα προϊόντα καπνού, προγράμματα πρόληψης, νομικά και φορολογικά μέτρα και άλλες ενέργειες, η εφηβική ηλικία συνεχίζει να «παράγει» εκατομμύρια καπνιστές το χρόνο παγκοσμίως<sup>5</sup>.

Η εφηβεία είναι η αναπτυξιακή εκείνη φάση στην οποία τυπικά ξεκινά συνήθως ο πειραματισμός με το κάπνισμα και καθώς ο έφηβος διανύει αυτό το διάστημα, οι πιθανότητες του να αρχίσει να καπνίζει είναι αυξημένες<sup>7</sup>. Όσο πιο αργά γίνει η έναρξη του καπνίσματος τόσο μειώνονται οι πιθανότητες να εξαρτηθεί από το κάπνισμα<sup>8</sup>. Οι περισσότεροι καπνιστές ξεκινούν το κάπνισμα πριν τα 18 έτη σε ποσοστό 88,2%, με μέσο όρο έναρξης τα 15 με 16 έτη<sup>8,9</sup>.

Η μετάβαση από το να είναι κάποιος μη-καπνιστής στο να γίνει εξαρτημένος καπνιστής δεν αποτελεί ένα μονοδιάστατο γεγονός, αλλά μια διεργασία που εξελίσσεται μέσα από διάφορα στάδια, τα οποία έχουν περιγραφεί από διάφορους ερευνητές<sup>10-12</sup>.

Σύμφωνα με την ανασκόπηση του Mayhew και των συνεργατών του<sup>12</sup> για τα στάδια ανάπτυξης της εξάρτησης από το κάπνισμα προτείνεται η παρακάτω κατηγοριοποίηση:

- **Το στάδιο της προ-περίσκεψης:** σε αυτήν τη φάση οι νέοι δεν έχουν ξεκινήσει σοβαρά να σκέπτονται το κάπνισμα, γιατί δε βρίσκουν κανένα όφελος σε αυτό, ή γιατί θεωρούν τις αρνητικές συνέπειες ως ένα πολύ σημαντικό λόγο για να αντισταθούν στις πιέσεις.
- **Το στάδιο της προετοιμασίας:** σε αυτήν τη φάση οι μη καπνιστές αρχίζουν να διαμορφώνουν πεποιθήσεις και αντιλήψεις για την χρησιμότητα του καπνίσματος, ενώ μειώνεται η αντίστασή τους στις πιέσεις από τους συνομηλίκους και από τα ΜΜΕ.
- **Το στάδιο της έναρξης:** αυτό το στάδιο αναφέρεται στο διάστημα όπου οι έφηβοι κάνουν το πρώτο τους τσιγάρο ή τις πρώτες «τζούρες». Σε αυτήν τη φάση οι συνομηλίκτοι ασκούν πολύ μεγαλύτερη επιρροή από τους γονείς.
- **Το στάδιο του πειραματισμού:** σε αυτήν τη φάση υπάρχει μια σταδιακή αύξηση της συχνότητας του καπνίσματος. Οι έφηβοι και οι νέοι δεν πειραματίζονται απλώς με τον καπνό, αλλά και με την εικόνα του εαυτού τους ως καπνιστών. Αρχίζουν και αναρωπιούνται και να σκέπτονται πάνω στα οφέλη και στις συνέπειες που έχει το να είναι κανείς καπνιστής.
- **Το στάδιο της τακτικής χρήσης:** σε αυτό το σημείο οι νέοι καπνίζουν σε μια μη συστηματική, αλλά τακτική βάση και σε μια ποικιλία καταστάσεων και κοινωνικών σχέσεων. Εδώ, παραδείγματος χάριν, αντίκουν οι λεγόμενοι κοινωνικοί καπνιστές που μπορεί να καπνίζουν μόνο το σαββατοκύριακο ή σε πάρτι. Οι καπνιστές σε αυτή την φάση δίνουν αρκετά μεγάλη έμφαση στα αντιλαμβανόμενα θετικά πλεονεκτήματα που έχει το κάπνισμα.
- **Το στάδιο της εξάρτησης /εθισμού:** σε αυτό το στάδιο κάποιος είναι πλέον εθισμένος στο κάπνισμα και δυσκολεύεται πάρα πολύ να το κόψει, καθώς έχει αναπτύξει εξάρτηση,

## Η ΠΟΡΕΙΑ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Προ-  
περίσκηψη

Προετοιμασία

Έναρξη

Πειρα-  
ματισμός

Τακτική  
χρήση

Εξάρτηση/  
Εθισμός

Εικόνα 1.

σωματική και ψυχολογική, από τον καπνό. Συνήθως σε αυτήν τη φάση οι καπνιστές καπνίζουν καθημερινά και κατά τη διάρκεια πολλών και διαφορετικών καταστάσεων και συνθηκών, αρκετά συχνά με στόχο να διαχειριστούν δύσκολα συναισθήματα.

Παρόλα αυτά, είναι σημαντικό ότι υπάρχει μεγάλη ετερογένεια ως προς την εξελικτική πορεία που θα ακολουθήσει κάθε καπνιστής. Υπάρχει άλλωστε ένα ηλικιακό εύρος αρκετά μεγάλο κατά το οποίο οι άνθρωποι ξεκινούν το κάπνισμα και η ταχύτητα με την οποία θα γίνει η μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών. Για το λόγο αυτό, θα παρουσιάσουμε αναλυτικότερα παρακάτω τους παράγοντες κινδύνου και τους γενικότερους λόγους για τους οποίους οι έφηβοι ξεκινούν το κάπνισμα και καταλήγουν στο να εξαρτηθούν από αυτό.

### ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Η διερεύνηση στο πολύ σημαντικό ερώτημα «γιατί οι νέοι άνθρωποι ξεκινούν το κάπνισμα», ειδικά όταν έχουν προηγηθεί πλέον 50 χρόνια ερευνών και τεκμηριωμένων αποτελεσμάτων για τις καταστροφικές συνέπειες του καπνίσματος, έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης ενός σημαντικού όγκου της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Η σωστή και τεκμηριωμένη απάντηση στο παραπάνω ερώτημα καθίσταται επιτακτική ανάγκη, αφού κάθε παρέμβαση που στοχεύει στην πρόληψη του καπνίσματος, πρέπει να συσχετίζεται πρωτίστως με τους γενικότερους παράγοντες που ωθούν τους νέους στο κάπνισμα. Υπάρχει ένα πλήθος αναφορών, μελετών και αναλύσεων που έχει αναδείξει κάποιους γενικούς παράγοντες που ασκούν σημαντική επιρροή στις συμπεριφορές καπνίσματος των εφήβων<sup>9, 13</sup>.

### ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η χρήση ουσιών είναι ένα φαινόμενο καταρχήν αναπτυξιακό<sup>14</sup>. 173

Η αναπτυξιακή προοπτική είναι πολύ σημαντική για την καλύτερη κατανόηση του καπνίσματος στους εφήβους. Η εφηβεία είναι μια πολύ ευαίσθητη περίοδος ανάπτυξης που χαρακτηρίζεται από αξιοσημείωτες εγκεφαλικές αλλαγές, υψηλά επίπεδα συναισθηματισμού, παρορμητικότητας και ριψοκίνδυνες συμπεριφορές<sup>9</sup>. Η πλαστικότητα του εφηβικού εγκεφάλου μαζί με τα σχετικά ανώριμα νευροσυμπεριφορικά συστήματα που χρειάζονται για τον αυτοέλεγχο και την ρύθμιση του συναισθήματος προσδίδουν μια αυξημένη επιρρέπεια στην χρήση καπνού<sup>15</sup>. Η επιθυμία του εφήβου να πειραματιστεί και να δοκιμάσει νέες συμπεριφορές εμπεριέχει ένα στοιχείο προσπάθειας να είναι δημοφιλής και αποδεκτός από τους συνομηλίκους του, την ανάπτυξη μιας αίσθησης «ταυτότητας», αυτονομίας, ανεξαρτησίας και ωριμότητας και ένα τρόπο επανάστασης απέναντι στην εξουσία<sup>14</sup>. Δυστυχώς, συχνά από την πλευρά του εφήβου η χρήση καπνού ή αλκοόλ μπορεί να φαίνεται σαν ένας λειτουργικός τρόπος να κατακτήσει κάποιος όλους τους παραπάνω αναπτυξιακούς στόχους.

Το κάπνισμα στους εφήβους είναι μια συμπεριφορά πολυπαραγοντική, που επηρεάζεται από έναν συνδυασμό βιολογικών, κοινωνικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών επιρροών που πολύ συχνά συνδέονται με σημαντικούς αναπτυξιακούς στόχους και μεταβατικά στάδια της εφηβείας. Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να λειτουργήσουν είτε ως παράγοντες ρίσκου είτε ως παράγοντες προστασίας.

Αν και διαφορετικοί συγγραφείς χρησιμοποιούν ποικίλες ταξινομήσεις, θα λέγαμε ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν το κάπνισμα χωρίζονται στις παρακάτω κατηγορίες<sup>8,13,14</sup>:

**Κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες:** Εδώ συμπεριλαμβάνεται η ηλικία, το φύλο, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας, η εθνικότητα και ο τόπος διαμονής. Οι έφηβοι που ξεκινούν το κάπνισμα σε μικρότερη ηλικία είναι πιο πιθανό να γίνουν βαριά εξαρτημένοι καπνιστές και λιγότερο πιθανό να μπορέσουν να το κόψουν<sup>16,17</sup>. Επιπλέον, το σχετικά χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο έχει συσχετιστεί συστηματικά με αυξημένα επίπεδα καπνίσματος στους εφήβους<sup>19-21</sup>.

- Ο ρόλος του φύλου φαίνεται να διαφοροποιείται από πολιτισμικές μεταβλητές με τις Δυτικές χώρες να επιδεικνύουν ένα μεγαλύτερο παράγοντα κινδύνου στις έφηβες, ενώ στις Ανατολικές χώρες αυτό ισχύει για τα αγόρια<sup>13</sup>.

**Περιβαλλοντικοί παράγοντες:** Οι επιρροές από το κοινωνικό περιβάλλον αποτελούν έναν από τους πιο σταθερούς και ισχυρούς παράγοντες που ωθούν στον πειραματισμό και την έναρξη του καπνίσματος<sup>14,19</sup>. Εδώ εντάσσονται οι επιρροές από την οικογένεια, το κάπνισμα από τους συνομηλίκους, το μάρκετινγκ και η διαφήμιση, καθώς και η πρόσβαση και η διαθεσιμότητα του καπνού.

- 174 • Οικογένεια και κάπνισμα: Οι γονείς αποτελούν πρότυπα για τη συμπεριφορά των παιδι-

ών τους. Συνεπώς, το κάπνισμα των γονέων παρέχει το πλαίσιο εκείνο μέσα στο οποίο οι έφηβοι μπορεί να το δουν με θετικό μάτι, που με τη σειρά του θα κάνει πιο εύκολη την αποδοχή ενός τσιγάρου, όταν προσφερθεί<sup>21</sup>. Επιπλέον, οι γονείς που καπνίζουν μπορεί να διευκολύνουν το κάπνισμα των παιδιών, αφού υπάρχει πρόσβαση σε τσιγάρα και πιο επιτρεπτοί κανόνες για το κάπνισμα μέσα στο σπίτι<sup>22</sup>. Παρόλα αυτά, ακόμη σημαντικότερο παράγοντα συνιστούν οι στάσεις των γονέων απέναντι στο κάπνισμα. Οι αντιλήψεις των εφήβων για την αρνητική στάση των γονέων τους και τη δυσαρέσκειά τους απέναντι στο κάπνισμα των παιδιών τους, καθώς και οι αυστηροί κανόνες για το κάπνισμα, ακόμη και από γονείς που καπνίζουν, μπορεί να έχουν μια πολύ ισχυρή προστατευτική επίδραση<sup>23,24</sup>. Από την άλλη, παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την επιρροή από την οικογένεια έχουν να κάνουν με την ελλιπή εποπτεία των γονέων, την έλλειψη ορίων, τους χαλαρούς δεσμούς μεταξύ των μελών της, την κακή επικοινωνία, το κάπνισμα από τα αδέρφια κ.τλ.<sup>13, 14, 21</sup>.

- **Συνομήλικοι:** Το κάπνισμα από τους συνομήλικους έχει τεκμηριωθεί από πολλές μελέτες ως ένας από τους κυρίαρχους παράγοντες κινδύνου σε ό,τι αφορά τον πειραματισμό, την συντήρηση, αλλά και τις προθέσεις γύρω από το κάπνισμα<sup>23,25,26</sup>, ξεπερνώντας σε επιρροή και το πρότυπο του καπνίσματος από τους γονείς<sup>13,14</sup>. Η Taylor και οι συνεργάτες της βρήκαν ότι οι έφηβοι που είχαν έστω έναν σημαντικό για αυτούς συνομήλικο που κάπνιζε είχαν τέσσερις φορές περισσότερη πιθανότητα να καπνίσουν από αυτούς που δεν είχαν κανέναν σημαντικό συνομήλικο που να καπνίζει<sup>27</sup>. Επίσης, αξιολογώντας το στοιχείο είναι η τάση των εφήβων να υπερεκτιμούν το ποσοστό των συνομήλικων τους που καπνίζουν<sup>28</sup>.
- **Μάρκετινγκ, διαφήμιση και ΜΜΕ.** Άλλες δυνατές επιρροές αποτελούν η θετική απεικόνιση διασημοτήτων από τον χώρο της τέχνης και της show business που καπνίζουν σε ταινίες, μουσικά βίντεο και στην τηλεόραση<sup>29</sup>. Αντίστοιχα, αν και οι καπινοβιομηχανίες αρνούνται ότι προωθούν τσιγάρα στους εφήβους, στην ουσία δουλεύουν πολύ εντατικά στην στρατολόγηση νέων ανθρώπων στο κάπνισμα<sup>30</sup>. Οι διαφημίσεις που κοινωνούν θετικά μηνύματα για την χρήση καπνού προωθούν θετικές στάσεις και προσδοκίες γύρω από το τσιγάρο, οι οποίες με τη σειρά τους μεταφράζονται σε μια αύξηση του καπνίσματος στους νέους ανθρώπους<sup>31</sup>.

**Ατομικοί παράγοντες:** σε αυτή την κατηγορία συγκαταλέγονται γνωσιακοί, βιολογικοί και ψυχολογικοί παράγοντες. Για παράδειγμα, σε επίπεδο γνωσιακής επεξεργασίας, πεπειθήσεις ότι η χρήση καπνού έχει θετικές κοινωνικές συνέπειες, ότι είναι σχετικά ασφαλής, καθώς και υπερτίμηση της ικανότητας να το κόψει κάποιος σε συνδυασμό με περιορισμένες δεξιότητες στη λήψη αποφάσεων, συνδέονται τόσο με την έναρξη, όσο και με τη διατήρηση του καπνί-

σηματος<sup>32,33</sup>. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το κάπνισμα περιλαμβάνουν τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, τη χαμηλή τάση διεκδίκησης, τη χαμηλή ικανότητα ελέγχου της συμπεριφοράς και τη δυσκολία διαχείρισης του στρες<sup>34-36</sup>. Σε ό,τι αφορά στο βιολογικό υπόστρωμα της χρήσης καπνού φαίνεται ότι η κληρονομικότητα συσχετίζεται περισσότερο με τη συστηματική χρήση και την εξάρτηση και όχι με τα πρώτα στάδια της χρήσης, υποδηλώνοντας ένα ισχυρό γενετικό κομμάτι στην αιτιολογία της εξάρτησης<sup>9</sup>. Η εκδήλωση, όμως, αυτού του γενετικού ρίσκου φαίνεται να αποτελεί αντικείμενο διαμεσολάβησης από μεταβλητές που σχετίζονται με παράγοντες περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς.

**Συμπεριφορικοί παράγοντες:** Υπάρχει υψηλή συσχέτιση ανάμεσα σε ριψοκίνδυνες συμπεριφορές, όπως η σεξουαλική δραστηριότητα, η χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών, η παραβατικότητα και το κάπνισμα στους εφήβους<sup>37,38</sup>. Ο Griffin και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν ότι τα κορίτσια που έκαναν χρήση αλκοόλ τακτικά, είχαν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να γίνουν βαριές καπνίστριες σε σχέση με τα κορίτσια που δεν έπιναν<sup>39</sup>. Επιπλέον, φαίνεται πως αρκετά συχνά οι χαμηλές σχολικές επιδόσεις συσχετίζονται με το κάπνισμα<sup>34</sup> καθώς και άλλες μεταβλητές που έχουν να κάνουν με τις ακαδημαϊκές επιδόσεις, όπως είναι η δέσμευση στο σχολείο και η στοχοθεσία για το μέλλον το ακαδημαϊκό και το επαγγελματικό<sup>37</sup>. Προστατευτικά φαίνεται πως λειτουργεί και η ενασχόληση με τον αθλητισμό<sup>39</sup>.

## Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

### Μερικοί χρήσιμοι ορισμοί

Σύμφωνα με την αρχική πρόταση του Ινστιτούτου της Ιατρικής το 1994, με στόχο να γίνεται μια ταξινόμηση των παρεμβάσεων, η πρόληψη γινόταν αναληπτή ως μια συνεχής παροχή φροντίδας που περιελάμβανε την πρόληψη, τη θεραπεία και τη συντήρηση<sup>40</sup>. Σε αυτό το πλαίσιο η πρόληψη γίνεται κατανοητή σαν την παρέμβαση πριν την εμφάνιση μιας διαταραχής. Με αυτήν την εισήγηση η πρόληψη κατηγοριοποιείται ακόμη περαιτέρω σε καθολική, επικεντρωμένη και ενδεδειγμένη οδηγώντας τους περισσότερους επαγγελματίες υγείας να εγκαταλείψουν την τυπολογία που διέκρινε την πρόληψη σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή<sup>41</sup>, αφού πλέον σύμφωνα και με τις κατευθυντήριες γραμμές του ΕΚΤΕΠΝ (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά) «το κριτήριο που διαφοροποιεί τις παρεμβάσεις πρόληψης με βάση αυτή την τυπολογία είναι η ομάδα-στόχος στην οποία απευθύνεται η παρέμβαση και όχι ο στόχος ή το περιεχόμενό της»<sup>42</sup>.

- **Καθολική πρόληψη (Universal Prevention):** Οι παρεμβάσεις καθολικής πρόληψης εστιάζουν στο γενικό πληθυσμό με στόχο να αποτρέψουν ή να καθυστερήσουν την έναρξη μιας κατάστασης (π.χ. κάπνισμα, ουσίες κ.τ.λ.). Ένα παράδειγμα καθολικής πρόληψης

---

Οι διαφημίσεις που κοινωνούν θετικά μηνύματα για τη χρήση καπνού προωθούν θετικές στάσεις και προσδοκίες γύρω από το τσιγάρο, οι οποίες με τη σειρά τους μεταφράζονται σε μια αύξηση του καπνίσματος στους νέους ανθρώπους.

---

αποτελούν τα προγράμματα αγωγής υγείας που εφαρμόζονται εντός σχολικού πλαισίου και αφορούν όλους τους μαθητές ενός σχολείου.

- **Επικεντρωμένη πρόληψη (Selective prevention):** Οι παρεμβάσεις επικεντρωμένης πρόληψης στοχεύουν σε συγκεκριμένες ομάδες υψηλού κινδύνου του γενικού πληθυσμού για τις οποίες συντρέχει υψηλός κίνδυνος για την εκδήλωση προβλημάτων εξαιτίας της υπαγωγής τους σε μια συγκεκριμένη ομάδα (π.χ. παιδιά χρηστών, οικογένειες που ζουν σε περιοχές υποβαθμισμένες ή με υψηλό δείκτη εγκληματικότητας κ.ά.).
- **Ενδεδειγμένη πρόληψη (Indicated prevention):** Οι παρεμβάσεις ενδεδειγμένης πρόληψης απευθύνονται σε άτομα τα οποία ήδη έχουν εκδηλώσει πρόωμα σημάδια κινδύνου άλλων προβληματικών συμπεριφορών, όπως για παράδειγμα, το να βρίσκονται στα αρχικά στάδια μιας συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου. Σε αυτήν τη φάση μπορεί να μην πληρούνται ακόμα κριτήρια διάγνωσης της εξάρτησης. Οι παρεμβάσεις αυτές, δηλαδή, μπορεί να απευθύνονται σε άτομα που κάνουν χρήση ή και όχι, αλλά εμφανίζουν συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, όπως είναι η σχολική αποτυχία, η παραβατικότητα, τα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, τα ψυχολογικά προβλήματα κ.ά. Η συμμετοχή ενός ατόμου σε μια ενδεδειγμένη παρέμβαση επομένως, εξαρτάται από τις ενδείξεις ή συμπεριφορές υψηλού κινδύνου που επιδεικνύει το άτομο, οπότε η παρέμβαση μπορεί να γίνει και σε ατομικό επίπεδο.

### Παρεμβάσεις πρόληψης του καπνίσματος

Η πρόληψη του καπνίσματος θα πρέπει να αποτελεί βασικό κομμάτι κάθε ολοκληρωμένης στρατηγικής για τον έλεγχο του καπνού. Τέτοιες προσπάθειες συνήθως εστιάζουν στους νέους ανθρώπους, αφού η έναρξη του καπνίσματος, όπως προαναφέρθηκε, ξεκινά από την εφηβική ηλικία. Στην πραγματικότητα, σχεδόν το 90% των ενηλίκων καπνιστών έχει ξεκινήσει το κάπνισμα μέχρι την ηλικία των 18 ετών, ενώ το 99% το έχει ξεκινήσει μέχρι την ηλικία των 26 ετών, πράγμα που σημαίνει πως η πρόληψη πρέπει να εστιάζει στο ηλικιακό εύρος 12-25 έτη<sup>9,43</sup>.

Καθώς οι παρεμβάσεις πρόληψης του καπνίσματος προσπαθούν να ενισχύσουν τους προστατευτικούς και να αποδυναμώσουν τους αιτιολογικούς παράγοντες κινδύνου που αναφέραμε και πιο πριν, υπάρχει μια ποικιλία στις κατηγορίες παρεμβάσεων πρόληψης που καλύπτουν τους παρακάτω τομείς: σχολείο, οικογένεια, κοινότητα, ΜΜΕ και νομοθετικές

πρωτοβουλίες. Στο παρόν κεφάλαιο θα αναφερθούμε κυρίως στις παρεμβάσεις στο σχολικό πλαίσιο κάνοντας μια μικρή αναφορά και στους άλλους τομείς.

### **Παρεμβάσεις στο σχολικό πλαίσιο**

Τα τελευταία σχεδόν 40 χρόνια το σχολικό πλαίσιο έχει αποτελέσει επίκεντρο των προσπαθειών της πρόληψης της καπνιστικής συμπεριφοράς στους νέους.

Τα κυριότερα πλεονεκτήματα της εφαρμογής προγραμμάτων στο χώρο του σχολείου είναι πως με αυτό τον τρόπο μπορούν να προσεγγιστούν σχεδόν όλα τα παιδιά και αυτή η παιδαγωγική διαδικασία ταιριάζει σαφέστερα με τον χαρακτήρα του σχολείου<sup>44</sup>. Επιπλέον, τα παιδιά περνούν το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας στο σχολείο αλληλεπιδρώντας μεταξύ τους, οπότε με αυτή την έννοια το σχολείο συνιστά ιδανικό χώρο για διάχυση πληροφοριών και για εφαρμογή προγραμμάτων που στοχεύουν στην επρροή των συνομηλίκων<sup>45</sup>.

Διεθνώς, τα προγράμματα αυτά υλοποιούνται κυρίως από τους εκπαιδευτικούς των σχολείων, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις ενεργό ρόλο μπορεί να παίζουν και οι ίδιοι οι συνομήλικοι, όπως στην περίπτωση του βρετανικού προγράμματος ASSIST που βασίζεται στην έννοια της εκπαίδευσης ομοτίμων (peer leader education)<sup>46</sup>.

## **ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ**

### **Προσεγγίσεις ορθολογιστικές ή βασιζόμενες στο έλλειμμα πληροφοριών (Rational or Information-deficit approaches)**

Αυτές οι προσεγγίσεις, που ξεκίνησαν να εφαρμόζονται πριν τα μέσα της δεκαετίας του 1970, εστιάζουν στην αύξηση των γνώσεων των ανθρώπων για τις αρνητικές συνέπειες και τους κινδύνους για την υγεία που ενέχει το κάπνισμα με έναν τρόπο που να προκαλεί την ανησυχία και τον φόβο. Η βασική υπόθεση πίσω από αυτή την προσέγγιση είναι ότι οι νέοι δεν είναι καλά ενημερωμένοι για τους κινδύνους του καπνίσματος και ότι η ενημέρωση - εκπαίδευσή τους στις καταστροφικές συνέπειες του καπνίσματος θα λειτουργήσει αποτρεπικά<sup>47, 48</sup>.

### **Προσεγγίσεις ψυχοσυναισθηματικές ή ανάπτυξης κοινωνικής επάρκειας (Social competence)**

Το θεωρητικό υπόβαθρο αυτών των παρεμβάσεων βασίζεται στη Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης (Social Learning Theory) του Bandura<sup>49</sup>, σύμφωνα με την οποία τα παιδιά μαθαίνουν τη χρήση ουσιών μέσω της μίμησης και ενίσχυσης η οποία επηρεάζεται από τις γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες των παιδιών προ της χρήσης ουσιών.

Επίσης, ενσωματώνονται ιδέες της Θεωρίας της Προβληματικής Συμπεριφοράς του Jessor<sup>50</sup> (Problem Behaviour Theory) σύμφωνα με την οποία μια προβληματική συμπερι-

φορά, όπως το κάπνισμα, είναι το αποτέλεσμα τριών ανεξάρτητων παραγόντων που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους:

- 1 Το σύστημα της προσωπικότητας το οποίο περιλαμβάνει τις αξίες, τις προσδοκίες, τις αντιλήψεις και τις στάσεις του ατόμου.
- 2 Το σύστημα του περιβάλλοντος το οποίο περιλαμβάνει τις εγγύτερες και απότερες κοινωνικές επιρροές, όπως είναι οι φίλοι, η οικογένεια και οι προσδοκίες για κοινωνικό έλεγχο και υποστήριξη.
- 3 Και το σύστημα της συμπεριφοράς το οποίο περιλαμβάνει τόσο προβληματικές συμπεριφορές όσο και συμβατικές οι οποίες έρχονται σε αντιδιαστολή μεταξύ τους. Παράδειγμα προβληματικής συμπεριφοράς αποτελεί η χρήση ουσιών, το κάπνισμα, η ριψοκίνδυνη σεξουαλική δραστηριότητα, η παραβατική συμπεριφορά κ.τλ., ενώ ως συμβατική συμπεριφορά ορίζεται η συμπεριφορά εκείνη που συμμορφώνεται στις παραδοσιακές προδιαγραφές και απαιτήσεις της κοινωνίας για σωστή διαγωγή, όπως είναι η ακαδημαϊκή επιτυχία, η συμμετοχή στις σχολικές δραστηριότητες κ.τλ.

Σε κάθε ένα από τα τρία παραπάνω συστήματα συνεπώς περιλαμβάνονται μεταβλητές που είτε υποκινούν την εμφάνιση μιας προβληματικής συμπεριφοράς, είτε ελέγχουν και προστατεύουν από την εμπλοκή σε προβληματικές συμπεριφορές.

Η επιρρέπεια κάποιου απέναντι στην χρήση ουσιών αυξάνεται ακόμη περισσότερο, όταν κάποιος διαθέτει ανεπαρκείς προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες και χαμηλή αυτοεκτίμηση<sup>51</sup>.

Συνεπώς, αυτές οι προσεγγίσεις ξεπερνούν το κομμάτι της πληροφόρησης, καθώς στόχο έχουν μέσω γνωσιακών-συμπεριφορικών τεχνικών να επιπρεάσουν πεπειθήσεις, στάσεις, προθέσεις και νόρμες σχετικές με το κάπνισμα, θέτοντας στο επίκεντρο την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και την ανάδειξη αξιών. Οι προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες που βρίσκονται στο περιεχόμενο τέτοιων προγραμμάτων περιλαμβάνουν τη στοχοθεσία, τη λήψη αποφάσεων, την επίλυση προβλημάτων, τη διαχείριση του στρες, τη διεκδικητική συμπεριφορά, και τις γνωσιακές δεξιότητες για την αντίσταση στις διαπροσωπικές επιρροές και τα ΜΜΕ<sup>44,48</sup>.

### **Προσεγγίσεις εστιασμένες στις κοινωνικές επιρροές**

Οι προσεγγίσεις αυτές στηρίζουν το περιεχόμενό τους στη Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης του Bandura, στη Θεωρία της Πειστικής Επικοινωνίας (Persuasive Communications Theory) του McGuire<sup>52,53</sup> και στη Θεωρία του Ψυχολογικού Εμβολιασμού (Theory Of Psychological Inoculation) του Evans<sup>54,55</sup>.

Σύμφωνα με το παραπάνω θεωρητικό πλαίσιο, το κάπνισμα στους εφήβους είναι το αποτέλεσμα των κοινωνικών επιρροών από τους συνομηλίκους και τα ΜΜΕ, από πειστικές διαφημίσεις ή έκθεση σε καπνιστές που αποτελούν πρότυπα για τους μαθητές. Ένα βασικό ση-



μείο αυτής της προσέγγισης στέκεται στον αποκαλούμενο «ψυχολογικό εμβολιασμό» απέναντι σε μηνύματα και καταστάσεις που είναι υπέρ του καπνίσματος.

Σε αυτή την κατηγορία παρεμβάσεων ο στόχος είναι οι μαθητές να αναγνωρίσουν τις διαφορετικές κοινωνικές επιρροές που υποστηρίζουν την χρήση καπνού και να μάθουν να αντιστέκονται σε αυτές μέσα από την εκμάθηση δεξιοτήτων, όπως είναι η αναγνώριση των τακτικών της διαφήμισης, της πίεσης της παρέας, τεχνικές επικοινωνίας, και διεκδικητική συμπεριφορά<sup>44,48</sup>.

Επιπλέον, μέρος τέτοιων παρεμβάσεων αποτελεί ένα κομμάτι κανονιστικής εκπαίδευσης, η οποία στοχεύει να διορθώσει λανθασμένες αντιλήψεις που μπορεί να έχουν οι μαθητές σε σχέση με την επικράτηση των ουσιών στην ηλικία τους. Πολλοί έφηβοι τείνουν να υπερτιμούν τον αριθμό των συνομηλίκων τους που καπνίζουν, πίνουν ή κάνουν χρήση ουσιών. Η κανονιστική εκπαίδευση βοηθά τους εφήβους να αντιληφθούν τα πραγματικά ποσοστά χρήσης ουσιών, διορθώνοντας έτσι λανθασμένες αντιλήψεις και αποδυναμώνοντας την κοινωνική αποδοχή του καπνίσματος<sup>14</sup>.

### **Προσεγγίσεις συνδυαστικές**

Σε αυτό τον τύπο προληπτικών παρεμβάσεων συναντάμε προγράμματα που το θεωρητικό τους υπόβαθρο εντοπίζεται στις προσεγγίσεις ανάπτυξης της κοινωνικής επάρκειας, όπως παρουσιάστηκαν πιο πάνω και σε προσεγγίσεις που εστιάζουν στις κοινωνικές επιρροές.

### **Προσεγγίσεις εστιασμένες στην πολιτική του σχολείου**

Μέχρι πρόσφατα, υπήρχε κυρίως η ένδειξη ότι η κουλτούρα του σχολείου έχει κάποιο ρόλο να παίζει στις συνήθειες καπνίσματος των μαθητών, καθώς οι έρευνες που είχαν πραγματοποιηθεί κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι χρειαζόταν περισσότερη διερεύνηση, ώστε να καθοριστεί ποια κομμάτια του σχολικού περιβάλλοντος, θα έπρεπε να τροποποιηθούν προκειμένου να αποθαρρυνθούν οι μαθητές από το κάπνισμα.

Τελευταίες έρευνες, όμως, που έχουν πραγματοποιηθεί στις ΗΠΑ και στον Καναδά πάνω στην εκτίμηση της επίδρασης του σχολικού κλίματος και περιβάλλοντος στο κάπνισμα, παρά τις όποιες μεθοδολογικές τους αδυναμίες, καταλήγουν σε κάποια κοινά συμπεράσματα σε σχέση με τα συστατικά εκείνα που φαίνεται ότι συμβάλλουν στη μείωση της επικράτησης του καπνίσματος. Αποτελεσματικές πολιτικές θεωρούνται εκείνες που: **α)** εφαρμόζονται, **β)** είναι αυστηρά απαγορευτικές (για όλες τις ώρες και σε όλους τους χώρους του σχολείου) και **γ)** έχουν ξεκάθαρο σκοπό και στόχους<sup>57-61</sup>.

Τα παραπάνω ευρήματα έρχονται σε συμφωνία και με τις συστάσεις του Εθνικού Ινστιτούτου Αριστείας στην Υγεία και στην Περιθαλψη<sup>62</sup> NICE (National Institute for Health and Care Excellence) της Μεγάλης Βρετανίας, αλλά και με την τελευταία αναφορά του Γενικού Γραμματέα του Υπουργείου Δημόσιας Υγείας των ΗΠΑ (US Surgeon General)<sup>9</sup>

το 2012, στις οποίες προτείνεται πως τα σχολεία θα πρέπει να αναπτύσσουν κανονισμούς και συνολικές πολιτικές για το κάπνισμα, οι οποίες θα εντάσσονται σε μια πιο ευρεία και πολυεπίπεδη προσέγγιση για την πρόληψη του καπνίσματος. Οι κανονισμοί αυτοί θα πρέπει να αποτελούν μέρος μιας ευρύτερης στρατηγικής για ένα υγιές σχολείο και θα πρέπει να ισχύουν για όλους (εκπαιδευτικούς, μαθητές, διοικητικό προσωπικό, επισκέπτες κ.τ.λ.) σε οποιοδήποτε μέρος του σχολείου κι αν βρίσκονται. Για το λόγο αυτό, χρειάζεται οι κανονισμοί να είναι δημόσιοι και να υπάρχει εύκολη πρόσβαση σε αυτούς.

### **Προσεγγίσεις πολυεπίπεδες**

Αυτές οι προσεγγίσεις περιλαμβάνουν δράσεις που στοχεύουν όχι μόνο στο σχολικό πλαίσιο, αλλά περιλαμβάνουν πρωτοβουλίες που εκτείνονται στην οικογένεια, στα σχολεία, στην κοινότητα και στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Εδώ συμπεριλαμβάνονται και δράσεις που αφορούν στην αλλαγή της πολιτικής του σχολείου για το κάπνισμα, στην αλλαγή πολιτικής του κράτους για τη φορολόγηση, την πώληση, τη διαθεσιμότητα και τη χρήση των προϊόντων καπνού, καθώς και ενημερωτικές καμπάνιες στα ΜΜΕ.

## **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ**

Η αξιολόγηση τέτοιων προγραμμάτων από μόνη της συνιστά μια μεγάλη πρόκληση λόγω της ποικιλίας των εφαρμοζόμενων προγραμμάτων τόσο σε σχέση με τον σχεδιασμό τους και το θεωρητικό τους πλαίσιο, όσο και με το περιεχόμενό τους και τον τρόπο υλοποίησής τους. Για το λόγο αυτό χρειάζεται οι επαγγελματίες πρόληψης, οι χαράσσοιτες πολιτική, αλλά και οι εκπαιδευτικοί να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στην εξαγωγή συμπερασμάτων, πριν ξεκινήσουν να υιοθετήσουν και να εφαρμόσουν κάποιο πρόγραμμα.

Πιο συγκεκριμένα, αναφορικά με τις παρεμβάσεις που σχετίζονται με την παροχή πληροφοριών ήδη από τις δεκαετίες του 1970 και 1980 είχε φανεί πως τα προγράμματα που έχουν βασιστεί στην παραπάνω προσέγγιση δεν είναι αποτελεσματικά<sup>63-65</sup> καθώς να μιν, αυξάνουν τις γνώσεις, αλλά δεν επαρκούν για να αλλάξουν τις στάσεις ή τη συμπεριφορά<sup>47</sup>. Επιπλέον, μια βασική αδυναμία αυτής της προσέγγισης, έγκειται στο γεγονός πως οι αναδράσεις των εφήβων διαφέρουν συγκριτικά με τις ανιδράσεις των ενηλίκων ως προς τις μακροπρόθεσμες συνέπειες για την υγεία, εξαιτίας κυρίως της εστιασμένης στο παρόν συμπεριφοράς τους, αλλά και εν μέρει, εξαιτίας της τάσης τους να επαναστατούν απέναντι στις συμβουλές των ενηλίκων<sup>66</sup>.

Από τη δεκαετία του 1990 και μετά έχουν δημοσιευτεί πολυάριθμες ανασκοπήσεις ερευνών<sup>44, 48, 67-74</sup> καθώς και μετά-αναλύσεις<sup>75-79</sup> που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα των εφαρμοζόμενων παρεμβάσεων για την πρόληψη του καπνίσματος στο σχολικό πλαίσιο.

Και αυτές με τη σειρά τους, επανειλημμένως, επιβεβαιώνουν το συμπέρασμα, ότι τα προγράμματα που βασίζονται στην παροχή πληροφοριών και στις τακτικές εκφοβισμού δεν αλλάζουν από μόνα τους τη συμπεριφορά.

Σε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, από το 1985 έως το 2007, που πραγματοποίησε η Dobbins και οι συνεργάτες της<sup>74</sup> πάνω στην αξιολόγηση διαφορετικών τύπων παρεμβάσεων πρόληψης του καπνίσματος στο χώρο του σχολείου, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι παρεμβάσεις που βασίζονται στις προσεγγίσεις της ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων και αντίστασης στις επιρροές είναι αποτελεσματικές τόσο στη μείωση, όσο και στην έναρξη και πρόθεση να καπνίσει κάποιος, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα.

Παρόλα αυτά, στην παραπάνω έρευνα, αλλά και σε άλλες<sup>79,80</sup> που έχουν δημοσιευτεί, επισημαίνεται ότι τα αποτελέσματα αυτά δεν διατηρούνται μακροπρόθεσμα, δηλαδή ως την ηλικία των 18 ετών. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, μια σημαντική αδυναμία των εφαρμοζόμενων προγραμμάτων έγκειται στο γεγονός ότι είτε δεν πραγματοποιούνται επαναληπτικές μετρήσεις (follow ups) μετά από 3 χρόνια είτε στο ότι δεν παρατείνεται η παρέμβαση για μεγαλύτερο διάστημα.

Ο Flay<sup>73</sup> ασκεί κριτική στη μεθοδολογία των παραπάνω ερευνών και υποστηρίζει πως, όταν τα προγράμματα περιλαμβάνουν την εκμάθηση και εξάσκηση σε κοινωνικές δεξιότητες, έχουν τουλάχιστον 15 συναντήσεις με τους μαθητές και συνεχίζουν για αρκετά χρόνια, παράγουν σημαντικά βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα, ενώ μπορούν να διασφαλίζουν και μακροπρόθεσμα αποτελεσματικότητα.

Μια άλλη πρόσφατη ανασκόπηση των Thomas και των συνεργατών του<sup>44</sup> σε σύνολο 49 μελετών για την αξιολόγηση σχολικών προγραμμάτων από 25 διαφορετικές χώρες για την πρόληψη του καπνίσματος, αναφέρει επίσης, ενθαρρυντικά αποτελέσματα και σε σχέση με τις μακροπρόθεσμες συνέπειες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης που πραγματοποιήσαν, φαίνεται πως, αν και δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές ως προς το κάπνισμα στον πρώτο χρόνο ανάμεσα στις ομάδες που είχαν συμμετάσχει σε πρόγραμμα και σε αυτές που δεν είχαν. Σε πιο μακροπρόθεσμες επαναληπτικές μετρήσεις το ποσοστό των μαθητών που κάπνιζαν ήταν σημαντικά χαμηλότερο στις ομάδες εκείνες που είχαν συμμετάσχει σε κάποιο πρόγραμμα. Σε σχέση με το περιεχόμενο, τα προγράμματα που συνδύαζαν τις προσεγγίσεις των κοινωνικών επιρροών, με τις προσεγγίσεις της κοινωνικής επάρκειας, παρουσίαζαν τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην πρόληψη του καπνίσματος. Αντίστοιχα, αποτελέσματα μιας άλλης ανασκόπησης σε σχέση με την επίδραση συμπεριφορικών παρεμβάσεων για το κάπνισμα, έδειξαν ότι η έκθεση σε τέτοιες παρεμβάσεις συσχετίζεται με σημαντική μείωση στις συνήθειες καπνίσματος (πρόληψη και διακοπή) διαχρονικά<sup>81</sup>.

Αυτό που αναδεικνύεται, ωστόσο, σε σχέση με το περιεχόμενο αυτών των προγραμμάτων είναι πως ορισμένα προγράμματα και στρατηγικές, ειδικά αυτά που είναι διαδραστικά, προσφέρουν δηλαδή την ευκαιρία μέσω ενεργητικής μάθησης στους συμμετέχοντες, να επκοι-

νωνήσουν, να ανταλλάξουν ιδέες, να αξιοποιήσουν τα παιχνίδια ρόλων και την πρακτική εξάσκηση σε νέες κοινωνικές δεξιότητες που προάγουν την κοινωνική επάρκεια και την αντίσταση στις κοινωνικές επιρροές, μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της έναρξης του καπνίσματος<sup>44, 69, 73, 77, 78</sup>.

Συνοπτικά, η προσέγγιση που φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική, είναι αυτή που συνδυάζει το μοντέλο ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων και δεξιοτήτων αντίστασης στις κοινωνικές επιρροές. Τα προγράμματα που εστίαζαν αποκλειστικά στην εκπαίδευση σε δεξιότητες αντίστασης στην πίεση των κοινωνικών επιρροών, δεν επέφεραν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα και το ίδιο ισχύει για τα προγράμματα που βασίζονται στην ενημέρωση - πληροφόρηση για το κάπνισμα.

## ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΩΝ ΣΧΟΛΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Με βάση τα παραπάνω<sup>44, 69, 73, 77, 78</sup> αναδεικνύεται ότι υπάρχουν κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που καθιστούν κάποια προγράμματα αποτελεσματικά, όπως αυτά φαίνονται και στον παρακάτω πίνακα.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ & ΠΕΔΙΑ	ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ	ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΆΛΛΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
Σχολικά προγράμματα	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διαδραστικές τεχνικές</li> <li>• Κοινωνικές επιρροές</li> <li>• Εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων</li> <li>• Έμφαση στις δεξιότητες αντίστασης και γνωσιακής επεξεργασίας (κανονιστική εκπαίδευση)</li> <li>• Αποδόμηση των μηνυμάτων για το κάπνισμα από τα ΜΜΕ</li> <li>• Τουλάχιστον 15 συναντήσεις</li> </ul>	Σχολείο	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εκπαιδευτικοί</li> <li>• Επαγγελματίες Υγείας</li> <li>• Συνομήλικοι</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εφαρμογή σε συνδυασμό με μέτρα στην κοινότητα</li> <li>• Μέρος μιας συνολικής προσέγγισης</li> <li>• Προσαρμοσμένα στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα και στις ανάγκες διάφορων πολιτισμικών ομάδων</li> <li>• Χρήση νέων τεχνολογιών και ηλεκτρονικών ΜΜΕ</li> </ul>

## ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Οι παρεμβάσεις που εστιάζουν στους γονείς και στην οικογένεια, αντιπροσωπεύουν ένα άλλο πεδίο εφαρμογής παρεμβάσεων που μπορεί να βοηθήσουν στην πρόληψη του καπνίσματος, καθώς η συμπεριφορά των γονέων αναδύεται ως ένας σημαντικός παράγοντας στην καπνιστική συμπεριφορά των εφήβων<sup>82, 83, 84</sup>. Οι παρεμβάσεις στην οικογένεια συνήθως στοχεύουν στην αλλαγή της συμπεριφοράς, των γνώσεων και των αντιλήψεων των γονέων σχετικά με το κάπνισμα, στην αλλαγή στις συνήθειες καπνίσματος των άλλων μελών της οικογένειας

(γονείς και αδέρφια) και στην ενίσχυση και βελτίωση της επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης στην οικογένεια.

Τέτοια προγράμματα, τυπικά, περιλαμβάνουν ένα κομμάτι εκπαίδευσης και πληροφόρησης γύρω από το κάπνισμα, την αποστολή/διανομή ενημερωτικού υλικού στους γονείς, τη συμμετοχή σε δίκτυα υποστήριξης με άλλους γονείς με στόχο την αλλαγή της πολιτικής στο σχολείο και την εκμάθηση δεξιοτήτων επικοινωνίας και γενικότερα δεξιοτήτων που σχετίζονται με το γονεϊκό ρόλο και τη διαχείριση της συμπεριφοράς των παιδιών<sup>85</sup>.

Για τις περισσότερες παρεμβάσεις το θεωρητικό πλαίσιο βασίζεται στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεωρία, στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης και στην οικογενειακή συστημική θεωρία<sup>86</sup>.

Αναφορικά με την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας, οι ανασκοπήσεις στη βιβλιογραφία, που έχουν πραγματοποιηθεί, δυσκολεύονται να καταλήξουν σε κάποια ξεκάθαρα αποτελέσματα, καθώς οι έρευνες που έχουν γίνει παρουσιάζουν διάφορες μεθοδολογικές αδυναμίες, όπως για παράδειγμα μικρά δείγματα, έλλειψη διαχρονικών μελετών, ακατάλληλες ομάδες έλεγχου κ.τλ.<sup>85</sup>.

## ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΟ ΕΥΡΥΤΕΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Η αναγνώριση ότι η απόφαση να καπνίσει κάποιος λαμβάνεται σε ένα ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο οδήγησε στην ανάπτυξη και εφαρμογή παρεμβάσεων και εκτός σχολικού πλαισίου, στην ευρεία κοινότητα<sup>87</sup>. Στις παρεμβάσεις στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο, θα μπορούσαμε να εντάξουμε πολλαπλές συντονισμένες δραστηριότητες που υποστηρίζουν τον αγώνα κατά του καπνίσματος, όπως είναι οι πολιτικές και οι νομοθετικές (π.χ. το όριο ηλικίας για την αγορά καπνού), τα ρυθμιστικά μέτρα που παίρνει μια κοινότητα ή μια κοινωνία συνολικά για την απαγόρευση του καπνού σε δημόσιους χώρους, η φορολόγηση και η αύξηση των τιμών, οι καμπάνιες των ΜΜΕ και άλλα εξειδικευμένα σχολικά προγράμματα<sup>48</sup>. Άλλωστε, όπως επώθηκε και πιο πριν, η διαφήμιση της βιομηχανίας καπνού, οι επιρροές από τα ΜΜΕ, η πρόσβαση σε προϊόντα καπνού και ο βαθμός καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, συνιστούν κοινωνικές επιρροές που έχουν πολύ σημαντικό αντίκτυπο στην καπνιστική συμπεριφορά των νέων. Συνεπώς, μια συνολική στρατηγική για την πρόληψη του καπνίσματος δεν μπορεί να μην συμπεριλαμβάνει και αυτές τις συνιστώσες, αφού τελικός στόχος είναι η αλλαγή στις συμπεριφορές και στις κοινωνικές νόρμες ενθαρρύνοντας τη δημιουργία ενός κοινωνικού περιβάλλοντος που να είναι υποστηρικτικό στην πρόληψη<sup>87</sup>. Η αξιολόγηση παρεμβάσεων, που στοχεύουν στους παραπάνω παράγοντες κίνδυνου, έχει δείξει ότι είναι αποτελεσματικές γι' αυτό και έχουν υιοθετηθεί και αποτελούν πλέον μέρος της ευρύτερης πολιτικής πολλών χωρών ανά τον κόσμο<sup>88</sup>.

## ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Όπως περιγράφηκε στις προηγούμενες ενότητες του κεφαλαίου, η έναρξη και η διατήρηση του καπνίσματος είναι ένα φαινόμενο πολυπαραγοντικό. Για το λόγο αυτό, οι προσπάθειες για την πρόληψή του πρέπει να απευθύνονται σε ένα ευρύ πλέγμα αιτιολογικών παραγόντων. Το σχολείο έχει ένα σημαντικότατο ρόλο να παίξει σε αυτή την κατεύθυνση, καθώς πολλοί από τους προστατευτικούς παράγοντες απέναντι στο κάπνισμα σχετίζονται με το γενικότερο σχολικό περιβάλλον, δηλαδή τις αξίες, τους κανόνες και το κλίμα που το διέπει. Χρειάζεται τα σχολεία να είναι ενήμερα και ευαίσθητοποιημένα πάνω στον τρόπο που μπορούν να προάγουν ένα περιβάλλον που να προστατεύει από τη χρήση καπνού.

Σε σχέση με τα σχολικά προγράμματα, αυτό που φαίνεται ξεκάθαρα, είναι ότι πρέπει να ξεκινούν νωρίς, ήδη δηλαδή από το Δημοτικό σχολείο και να διατηρούνται μακροπρόθεσμα, για να μπορούν να υποστηρίξουν τους μαθητές στις σημαντικές βιολογικές, κοινωνικές, γνωσιακές και συναισθηματικές αλλαγές που συντελούνται στην εφηβεία. Αν και τα ευρήματα των μελετών αρκετές φορές προκαλούν σύγχυση, αφού παράγουν μεικτά ή αντικρουόμενα αποτελέσματα ως προς την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης, οδηγώντας ορισμένους ακόμα και στην αμφισβήτηση της γενικότερης χρησιμότητας και αξίας τους, υπάρχουν σήμερα τεκμηριωμένες έρευνες που παρέχουν ένα σύνολο κατευθυντήριων γραμμών, πάνω στις οποίες μπορούν να βασιστούν οι εκπαιδευτικοί, ώστε να αναγνωρίσουν τα προγράμματα εκείνα που είναι πραγματικά αποτελεσματικά. Σε ό,τι αφορά στην εφαρμογή προγραμμάτων, αυτό που πρέπει να υπογραμμιστεί είναι η σημασία του να μένει κανείς πιστός στη μεθοδολογία ενός τεκμηριωμένου προγράμματος, καθώς μόνο με αυτόν τον τρόπο μπορεί να διασφαλιστεί η ποιότητα και η αποτελεσματικότητά του.

Τέλος, για να υπάρξει αποτελεσματική μείωση της έναρξης, της επικράτησης, αλλά και της έντασης του καπνίσματος στους εφήβους και στους νέους, δεν αρκούν μεμονωμένες προσεγγίσεις. Χρειάζονται συντονισμένες, πολυσύνθετες παρεμβάσεις που να συνδυάζουν σχολικά προγράμματα, παρεμβάσεις στους γονείς, προγράμματα διακοπής καπνίσματος, καμπάνιες στα ΜΜΕ, εφαρμογή της νομοθεσίας για το κάπνισμα, αυξήσεις στην τιμή του καπνού ως αποτέλεσμα της αύξησης της φορολόγησης, ξεκάθαρες πολιτικές του σχολείου για το κάπνισμα μαζί με αλλαγές σε κοινοτικό και εθνικό επίπεδο, για να μπορέσουμε, ως σύγχρονες κοινωνίες, να δημιουργήσουμε μελλοντικές γενιές απαλλαγμένες από το κάπνισμα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

# Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΜΑΘΗΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ - Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

ΜΑΡΙΑ ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ

*Msc Ψυχολόγος, Αναπληρώτρια Επιστημονικά  
Υπεύθυνη στο Κέντρο Πρόληψης της Εξάρτησης και Προαγωγής της Υγείας ΠΥΞΙΔΑ*

ΙΟΥΛΙΑ ΜΠΑΦΗ

*Msc Ψυχολόγος, Υπεύθυνη Τομέα Μείωσης της Ζήτησης Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης  
και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ) – Ερευνητικό Πανεπιστημιακό  
Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ)*

**Τ**ο παρόν κεφάλαιο επιδιώκει μια ανασκόπηση των πρωτοβουλιών που έχουν αναπτυχθεί στην Ελλάδα για την πρόληψη του καπνίσματος στην Πρωτοβάθμια και τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση. Παρουσιάζονται εξειδικευμένες και μεθοδευμένες παρεμβάσεις που έχουν αναπτυχθεί για την πρόληψη του καπνίσματος με μια τουλάχιστον πρώτη πιλοτική εφαρμογή, χωρίς να αποτελεί εξαντλητική αναφορά σε όλες τις προσπάθειες που έχουν πραγματοποιηθεί στη σχολική κοινότητα.

### Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η προσπάθεια της πρόληψης του καπνίσματος στην Ελλάδα κέρδισε μόλις τα τελευταία χρόνια την προσοχή της επιστημονικής και της εκπαιδευτικής κοινότητας, αλλά και το ανάλογο πολιτικό ενδιαφέρον. Η πρόληψη του καπνίσματος εντάχθηκε και σε μεγάλο βαθμό συνεχίζει να εντάσσεται, στην ευρύτερη δράση για την πρόληψη της χρήσης νόμιμων και παράνομων ουσιών, αφού κατά κύριο λόγο οι αντίστοιχες παρεμβάσεις πρόλη-

ψης που υλοποιούνται δεν περιορίζονται σε κάποια συγκεκριμένη ψυχοδραστική ουσία, αλλά αναφέρονται ευρύτερα στην πρόληψη της εξάρτησης και γενικότερα στην προαγωγή της υγείας και αφορούν και στο κάπνισμα.

Η πρόληψη της χρήσης παράνομων και νόμιμων ουσιών ξεκίνησε στην Ελλάδα στα μέσα της δεκαετίας του 1980 με την πιλοτική εφαρμογή των πρώτων προγραμμάτων πρόληψης στο χώρο του σχολείου και στην περιβάλλουσα κοινότητα από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και στη συνέχεια από το ΕΠΠΨΥ. Τα προγράμματα εκείνα ξεκίνησαν στο πλαίσιο ενός διακρατικού ευρωπαϊκού προγράμματος, υπό τον συντονισμό του Συμβουλίου της Ευρώπης, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Διαπνέονταν από μια φιλοσοφία ευρύτερης προσέγγισης για την πρόληψη της χρήσης νόμιμων και παράνομων ουσιών (χωρίς να επικεντρώνονται σε κάποια συγκεκριμένη ουσία), η οποία αποσκοπούσε στην ανάπτυξη υπεύθυνης συμπεριφοράς και δεξιοτήτων που προασπίζουν την υγεία (σωματική, ψυχική, κοινωνική). Εμπειρέιχαν εκπαίδευση σε δεξιότητες ζωής, ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και καλλιέργεια των σχέσεων μέσα στην τάξη, ενώ συμπεριελάμβαναν πληροφόρηση για τις εξαρτησιογόνες ουσίες<sup>3</sup>.

Παράλληλα, σε τοπικό επίπεδο άρχισαν να αναπτύσσονται πρωτοβουλίες με στόχο την πρόληψη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών (π.χ. Κίνηση ΠΡΟΤΑΣΗ<sup>α</sup> στην Πάτρα, Συμβουλευτικός Σταθμός Καταπολέμησης Ναρκωτικών Νομού Ιωαννίνων<sup>β</sup>). Η πρώτη συστηματική προσπάθεια σε εθνικό επίπεδο για την πρόληψη ξεκίνησε το 1995 από τον ΟΚΑΝΑ με τον σχεδιασμό και την ίδρυση των πρώτων Κέντρων Πρόληψης ανά την Ελλάδα ([www.okana.gr](http://www.okana.gr)).

Στη συνέχεια, η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης στη χώρα μας ταυτίστηκε με την παρουσία και το έργο του Εθνικού Δικτύου των 75 (σήμερα, Ιανουάριος 2016) Κέντρων Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας (εφεξής Κέντρα

## Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ...

...αναφέρεται στο σύνολο των μέτρων που σχεδιάζονται και εκπονούνται πριν από την εκδήλωση μιας συμπεριφοράς. Η πρόληψη της χρήσης παράνομων και νόμιμων ουσιών αφορά στην αντιμετώπιση των παραγόντων που κάνουν ευάλωτο το άτομο και στην ενίσχυση των παραγόντων που το ενδυναμώνουν και το προστατεύουν, συμβάλλοντας στην αποφυγή ή στην αναβολή της έναρξης της χρήσης ουσιών και της εμφάνισης της εξάρτησης<sup>1,2</sup>. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με βασικές έννοιες στον τομέα της πρόληψης, βλ. Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης: Κατευθυντήριες γραμμές και σχεδιασμός παρεμβάσεων<sup>3</sup>.



Πρόληψης), το οποίο λειτουργεί στο πλαίσιο της συνεργασίας του ΟΚΑΝΑ με την Τοπική Αυτοδιοίκηση και τοπικούς φορείς<sup>γ</sup>.

Έτσι, η πρόληψη στα σχολεία ξεκίνησε κατά κύριο λόγο με τη συνδρομή των Κέντρων Πρόληψης και παράλληλα τη δραστηριοποίηση των Γραφείων Αγωγής Υγείας και την υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας (ΑΥ)<sup>δ</sup>, αρχικά στη Δευτεροβάθμια (2000), και στη συνέχεια στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση (2001). Στην προσπάθεια της πρόληψης του καπνίσματος στη σχολική κοινότητα συμμετέχουν και άλλοι φορείς από τον χώρο των εξαρτήσεων, της υγείας κ.τ.λ., όπως το ΚΕΘΕΑ<sup>ε</sup>, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, οι οποίοι δραστηριοποιούνται και στον τομέα της πρόληψης της χρήσης ουσιών, ενώ πρωτοβουλίες για την πρόληψη του καπνίσματος έχουν αναλάβει φορείς, όπως η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία<sup>στ</sup> και η Πνευμονολογική Εταιρεία<sup>ζ</sup>.

**α** Εθελοντική οργάνωση που λειτουργεί συμπληρωματικά πλέον με το Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Περιφερειακής Ενότητας Αχαΐας. Για περισσότερες πληροφορίες στο [www.krachaia.gr](http://www.krachaia.gr).

**β** Πρόκειται για το Κέντρο Πρόληψης της Π.Ε. Ιωαννίνων ΣΧΕΔΙΑ το οποίο ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1994 ως «Συμβουλευτικός Σταθμός Καταπολέμησης Ναρκωτικών Νομού Ιωαννίνων (ΣΣΚΝΝΙ)», με χρηματοδότηση από το πρόγραμμα Horizon της Ευρωπαϊκής Ένωσης και πρωτοβουλία του Οικονομικού Επιμελητηρίου. Το 1996 ξεκίνησε να χρηματοδοτείται από τον ΟΚΑΝΑ και αποτέλεσε το πρώτο Κέντρο Πρόληψης στην Ελλάδα. Για περισσότερες πληροφορίες στο [www.kr-ioanninon.gr](http://www.kr-ioanninon.gr).

**γ** Πληροφορίες για τα 75 Κέντρα Πρόληψης, βλ.: [www.okana.gr](http://www.okana.gr), και για τις παρεμβάσεις που υλοποιούν, βλ.: [www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr).

**δ** Παρεμβάσεις πρόληψης του καπνίσματος υλοποιούνται από εκπαιδευτικούς στο πλαίσιο των προγραμμάτων ΑΥ. Τα προγράμματα ΑΥ του Υπουργείου Παιδείας περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα θεματολογίας πέραν της πρόληψης της χρήσης παράνομων και νόμιμων ουσιών (π.χ. διατροφή, διαφυλικές σχέσεις, κυκλοφοριακή αγωγή). Η διάρκεια κάθε προγράμματος μπορεί να είναι από 2 έως 6 μήνες, ενώ η συχνότητα υλοποίησής τους είναι κατά κύριο λόγο μία ή δύο διδακτικές ώρες σε εβδομαδιαία βάση. Τα προγράμματα υλοποιούνται από εκπαιδευτικούς: σε εθελοντική βάση και εκτός ωρολογίου προγράμματος στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, ενώ στην Πρωτοβάθμια πραγματοποιούνται στο πλαίσιο της Ευέλικτης Ζώνης ή εντάσσονται στις δραστηριότητες της απογευματινής ζώνης του Ολοήμερου Σχολείου. Ωστόσο, από το σχολικό έτος 2011-2012 στις τέσσερις πρώτες τάξεις του δημοτικού προβλέπονται συγκεκριμένες θεματικές όσο αφορά τα προγράμματα Αγωγής Υγείας και Περιβαλλοντικής Εκπαίδευσης που εφαρμόζονται μία ώρα την εβδομάδα στα ολόημερα σχολεία της χώρας, ως εξής: Α' τάξη: Αγωγή Υγείας, Β' τάξη: Διατροφικές συνήθειες, Γ' τάξη: Κυκλοφοριακή Αγωγή, Δ' τάξη: Περιβαλλοντική εκπαίδευση.

Σύμφωνα με το Υπουργείο Παιδείας, προσαπαιτούμενο για την υλοποίηση Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας είναι η αρχική κατάρτιση των εκπαιδευτικών στη θεματολογία και στις καινοτόμες μεθόδους που πρόκειται να εφαρμόσουν, ενώ παράλληλα χρειάζεται η υποστήριξή τους κατά τη διάρκεια υλοποίησής τους.

Για τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας σε θέματα ψυχικής υγείας - διαπροσωπικών σχέσεων και πρόληψης παράνομων και νόμιμων ουσιών, σύμφωνα με την υπουργική απόφαση που εκδόθηκε το 2011 (ΦΕΚ Β/434/17.03.2011, αρ. απόφ. 24146/Γ7) και καθορίζει το πλαίσιο συνεργασίας του Υπουργείου Παιδείας με τα Κέντρα Πρόληψης, τα σχολεία και οι εκπαιδευτικοί που εμπλέκονται σε προγράμματα αυτής της θεματολογίας συνεργάζονται με τα Κέντρα Πρόληψης της περιοχής τους στο πλαίσιο της ενίσχυσης της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων πρόληψης στη σχολική κοινότητα.

**ε** Για περισσότερες πληροφορίες για τις υπηρεσίες πρόληψης του ΚΕΘΕΑ στο [www.prevention.gr](http://www.prevention.gr).

**στ** [www.cancer-society.gr](http://www.cancer-society.gr), **ζ** [www.hts.org.gr](http://www.hts.org.gr)

## ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Οι παρεμβάσεις πρόληψης που υλοποιούνται στο σχολικό πλαίσιο έχουν ως απότερους αποδέκτες τους μαθητές, ενώ παράλληλα ευαισθητοποιούν, εκπαιδεύουν και υποστηρίζουν εκπαιδευτικούς και γονείς.

Οι παρεμβάσεις πρόληψης που απευθύνονται σε μαθητές και αποσκοπούν στην πρόληψη του καπνίσματος, αλλά και ευρύτερα στην πρόληψη της χρήσης παράνομων και νόμιμων ουσιών, μπορούν να ομαδοποιηθούν σε παρεμβάσεις που αφορούν: 1) στην ενημέρωση και στην ευαισθητοποίηση των μαθητών για το κάπνισμα, 2) τη συμμετοχή των μαθητών σε δημιουργικές δραστηριότητες (π.χ. ομάδες θεάτρου, μουσικής, δημιουργικού παιχνιδιού), ως ένας εναλλακτικός τρόπος ευαισθητοποίησης των μαθητών για το κάπνισμα, και 3) στην εκπαίδευση σε δεξιότητες στο πλαίσιο της αλλαγής στάσεων και συμπεριφοράς των μαθητών απέναντι στο κάπνισμα.

- Οι παρεμβάσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης επιδιώκουν να προσφέρουν στα παιδιά πληροφορίες για το τσιγάρο και τις επιπτώσεις του καπνίσματος και να διορθώσουν τις λανθασμένες τους γνώσεις. Είναι συνήθως βραχείας διάρκειας και ακολουθούν παραδοσιακούς τρόπους διδασκαλίας, πιθανόν εμπλουτισμένους με οπτικοακουστικό υλικό και ενεργητικές μεθόδους μάθησης. Εφαρμόζονται συνήθως από εξειδικευμένους επαγγελματίες (ιατροί και επαγγελματίες υγείας, στελέχη πρόληψης) που επισκέπτονται το σχολείο, για να δώσουν την εξειδικευμένη γνώση και πληροφορία στη μαθητική κοινότητα.
- Οι παρεμβάσεις που στηρίζονται στην υλοποίηση δημιουργικών δραστηριοτήτων (π.χ. διαγωνισμοί ζωγραφικής, θεατρικές παραστάσεις με αντίστοιχο θέμα) επιδιώκουν μέσα από έναν εναλλακτικό τρόπο να ενημερώσουν και να ευαισθητοποιήσουν τα παιδιά απέναντι στο κάπνισμα. Οι παρεμβάσεις αυτές μπορεί να είναι σύντομες, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις διατηρούν το ενδιαφέρον της μαθητικής κοινότητας για μεγαλύτερη χρονική περίοδο.
- Οι παρεμβάσεις εκπαίδευσης επιδιώκουν την αλλαγή στις στάσεις και τη συμπεριφορά των μαθητών μέσα από την εκπαίδευση σε δεξιότητες. Συχνά συνδυάζονται και με παροχή ενημέρωσης των μαθητών για το κάπνισμα. Οι παρεμβάσεις εκπαίδευσης συνήθως εκτείνονται μέσα στο χρόνο αξιοποιώντας τη διάρκεια μιας σχολικής χρονιάς. Εφαρμόζονται συνήθως από επιμορφωμένους δασκάλους που λειτουργούν πολλαπλασιαστικά. Σε αυτές τις παρεμβάσεις οι μαθητές έχουν πρωταγωνιστικό ρόλο. Καλούνται να σκεφτούν, να εκφράσουν τις απόψεις τους, να δοκιμάσουν νέες συμπεριφορές, σε κάποιες μάλιστα περιπτώσεις να λειτουργήσουν και ως επιμορφωτές.

Οι παραπάνω μορφές παρέμβασης μπορεί να υιοθετηθούν εναλλακτικά από κάποια 189

σχολεία, αλλά επίσης και συνδυαστικά εμπλέκοντας στην καλύτερη περίπτωση το σύνολο της σχολικής κοινότητας.

Στο σύνολο των παρεμβάσεων, που έχουν υλοποιηθεί στα ελληνικά σχολεία, λίγες είναι εκείνες που έχουν επαρκή τεκμηρίωση και συστηματική αξιολόγηση, καθώς ούτως ή άλλως η αξιολόγηση της πρόληψης είναι ένα ιδιαίτερο εγχείρημα, το οποίο χρειάζεται ενίσχυση στον τομέα της πρόληψης στην Ελλάδα.

## ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΥΛΙΚΑ / ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται τα βασικότερα εξειδικευμένα εκπαιδευτικά προγράμματα\* που έχουν δημιουργηθεί και αξιοποιούνται για την εφαρμογή παρεμβάσεων πρόληψης του καπνίσματος στην Πρωτοβάθμια και τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση.

### ΣΤΗΡΙΖΟΜΑΙ ΣΤΑ ΠΟΔΙΑ ΜΟΥ

Εκπαιδευτικό υλικό αγωγής υγείας.

Ομάδα-στόχος: Μαθητές Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (12-16 ετών).

Περισσότερες πληροφορίες: [www.epipsi.gr](http://www.epipsi.gr)

Ένα από τα πρώτα αξιόπιστα και εγκεκριμένα από το Υπουργείο Παιδείας εκπαιδευτικά εγχειρίδια που ασχολήθηκε ευρύτερα με την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης είναι το ΣΤΗΡΙΖΟΜΑΙ ΣΤΑ ΠΟΔΙΑ ΜΟΥ<sup>1</sup>. Το συγκεκριμένο εκπαιδευτικό υλικό μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στα ελληνικά δεδομένα από το πρωτότυπο «On my own feet» του Department of Education and Health Mater Dei Counselling Centre (Ιρλανδία) από το Κέντρο Εκπαίδευσης για την Πρόληψη της Χρήσης Ναρκωτικών και την Προαγωγή της υγείας (ΕΠΨΥ-ΟΚΑΝΑ). Η εφαρμογή του υλικού γίνεται από εκπαιδευτικούς Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης οποιασδήποτε ειδικότητας μετά από σχετική επιμόρφωση. Στο εγχειρίδιο δίνεται έμφαση στον συντονισμό και την εφαρμογή του προγράμματος από τους ίδιους τους εκπαιδευτικούς και όχι από τους ειδικούς, οι οποίοι μπορούν να έχουν έναν εποπτικό και υποστηρικτικό ρόλο ως προς αυτό. Όσον αφορά στη θεωρητική του προσέγγιση, στηρίζεται σε ένα σύνθετο θεωρητικό μοντέλο (γνωστικό, συναισθηματικό, ψυχοκοινωνικό), το οποίο περιλαμβάνει την ανάπτυξη της ικανότητας των μαθητών να συνειδητοποιήσουν και να αναγνωρίσουν τα συναισθήματά τους, την εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους καθώς και τους παράγοντες που την εμπρεάζουν. Το υλικό στηρίζεται σε μεθόδους ενεργητικής και βιωματικής μάθησης που προωθούν τη συμμετοχή των μαθητών στις διαδικασίες μάθησης.

Το ΣΤΗΡΙΖΟΜΑΙ ΣΤΑ ΠΟΔΙΑ ΜΟΥ επιδιώκει την πρόληψη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, αναπτύσσοντας τις ατομικές και κοινωνικές δεξιότητες των μαθητών. Ο κύριος στόχος του προγράμματος είναι να βοηθήσει τους μαθητές να αναλάβουν την ευθύνη της υγείας τους και της ζωής τους και πιο συγκεκριμένα να αναπτύξουν ικανότητες και δεξιότητες, ώστε να μπορούν να αποφασίζουν συνειδητά και υπεύθυνα για το θέμα της χρήσης ουσιών (νόμιμων και παράνομων). Αποτελείται από πέντε θεματικές ενότητες: Ταυτότητα και αυτοεκτίμηση, Κατανόηση των επιρροών, Αυτοπεποίθηση και αποφασιστικότητα, Συναισθήματα και Λήψη αποφάσεων. Συνοδεύεται από το Εγχειρίδιο του Εκπαιδευτικού, τις Κάρτες περιπτώσεων και τα Φυλλάδια των μαθητών. Το συγκεκριμένο υλικό, αν και αναφέρεται συνολικότερα στη χρήση νόμιμων και παράνομων ψυχοτρόπων ουσιών, χρησιμοποιείται και για παρεμβάσεις πρόληψης του καπνίσματος, καθώς κάνει ιδιαίτερη αναφορά στο θέμα του καπνίσματος στο τεύχος Κατανόηση επιρροών.

Αξιοποιήθηκε ιδιαίτερα τα πρώτα χρόνια λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης. Το Κέντρο Εκπαίδευσης για την Πρόληψη της Χρήσης Ναρκωτικών και την Προαγωγή της υγείας (ΕΠΠΨΥ- ΟΚΑΝΑ) πραγματοποίησε έναν μεγάλο αριθμό σεμιναρίων για στελέχη πρόληψης και υπευθύνους αγωγής υγείας για τη διασφάλιση της κοινής μεθοδολογίας στην αξιοποίησή του, ενώ το εγχειρίδιο προωθήθηκε δωρεάν στα σχολεία και χρησιμοποιήθηκε κατά κόρον στην υλοποίηση παρεμβάσεων πρόληψης στα σχολεία με την επιστημονική στήριξη των Κέντρων Πρόληψης.

## **ΔΕΝ ΚΑΠΝΙΖΩ, ΓΥΜΝΑΖΟΜΑΙ**

**Πρόγραμμα αγωγής υγείας.**

**Ομάδα-στόχος: Μαθητές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.**

**Περισσότερες πληροφορίες: [www.pe.uth.gr/xsmoke/](http://www.pe.uth.gr/xsmoke/)**

Πρόκειται για ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας που σχεδιάστηκε και αξιολογήθηκε από το ΤΕΦΑΑ Θεσσαλίας. Περιλαμβάνει δέκα αλληλεπιδραστικές συναντήσεις με τη χρήση νέων τεχνολογιών, όπου τα παιδιά με τη βοήθεια του εκπαιδευτικού τους και την εμπλοκή άλλων εκπαιδευτικών του σχολείου με διάφορες ειδικότητες (π.χ. εκπαιδευτικός πληροφορικής ξένων γλωσσών) ενημερώνονται και καλλιεργούν δεξιότητες ζωής που σχετίζονται με την αποφυγή του καπνίσματος και επιδιώκουν την αύξηση της σωματικής άσκησης. Κατά τη διάρκεια του προγράμματος οι μαθητές παροτρύνονται να μοιραστούν την εμπειρία τους με την οικογένεια και τους φίλους τους και με την ολοκλήρωση του προγράμματος καλούνται να κάνουν μια σχετική παρουσίαση στη σχολική κοινότητα.

Το πρόγραμμα συνοδεύεται από το τετράδιο του μαθητή και οπτικοακουστικό υλικό, ενώ διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία των μαθητών με δραστηριότητες για μαθητές των

τελευταίων τάξεων του δημοτικού, για μαθητές γυμνασίου<sup>2</sup>, ενώ υπάρχει και μια προγενέστερη μορφή για εκπαιδευτικούς και μαθητές<sup>3</sup>. Από τους συγγραφείς τονίζεται η αναγκαιότητα της κατάλληλης εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών που επιθυμούν να εφαρμόσουν το πρόγραμμα. Στην έρευνα της αξιολόγησης του προγράμματος συμμετείχαν 1.230 μαθητές (902 ομάδα παρέμβασης, 279 ομάδα ελέγχου). Το πρόγραμμα φάνηκε να έχει καλύτερα αποτελέσματα στους μαθητές δημοτικού σε σχέση με τους μαθητές λυκείου, ενώ στο λύκειο έχει καλύτερα αποτελέσματα, όταν εμπεριέχει και τη διάσπαση της διακοπής καπνίσματος. Οι στάσεις για το κάπνισμα ήταν αρνητικές για όλες τις ηλικίες μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης σε σύγκριση με τις στάσεις των παιδιών που δεν συμμετείχαν στην παρέμβαση, αν και με το πέρασμα του χρόνου έγιναν πιο αρνητικές. Οι γνώσεις για το κάπνισμα και τις συνέπειες του φάνηκε ότι αυξήθηκαν και βελτιώθηκαν για όλες τις ηλικίες.

Τα αποτελέσματα ήταν καλύτερα για το κάπνισμα απ' ό,τι για τη σωματική άσκηση. Οι συγγραφείς αποδίδουν το εύρημα αυτό στην έμφαση που δίνεται από το πρόγραμμα στην αποφυγή του καπνίσματος.

## **ΟΙ ΕΦΗΒΟΙ ΕΝΑΝΤΙΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ**

**Πρόγραμμα πρόληψης του καπνίσματος σε μαθητές γυμνασίου.**

**Ομάδα-στόχος: Μαθητές Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.**

**Περισσότερες πληροφορίες: [www.epsype.gr](http://www.epsype.gr)**

Το πρόγραμμα σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε από την Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου (ΕΨΥΠΕ), στο πλαίσιο της δράσης «Η Ευρώπη ενάντια στον καρκίνο». Το πρόγραμμα βασίστηκε στο μοντέλο της εκπαίδευσης συνομηλίκων, όπου εθελοντές μαθητές 13-14 ετών κλήθηκαν με την υποστήριξη ειδικών επιστημόνων να συντονίσουν 12 δίωρες εβδομαδιαίες συναντήσεις. Οι συναντήσεις στόχευαν στην παραγωγή οπτικοακουστικού υλικού (ολιγόλεπων βιντεοσκοπημένων σεναρίων, αφισών). Η εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση των παιδιών γινόταν μέσα από τη συμμετοχή τους σε ομάδες εργασίας. Το υλικό παρουσιάστηκε στην ολοκλήρωση του προγράμματος στο σύνολο των μαθητών του σχολείου. Η παρέμβαση αξιολογήθηκε με ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν πριν, λίγες μέρες μετά και τρεις μήνες μετά την παρέμβαση προκειμένου να διερευνηθεί η πρόθεση για κάπνισμα, οι γνώσεις για τις επιπτώσεις του καπνίσματος, οι γνώσεις για τους κινδύνους της εξάρτησης, η δοκιμή και η χρήση καπνού και η αυτοεκτίμηση. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από συνολικά 657 μαθητές που ανήκαν στην ομάδα παρέμβασης και την ομάδα ελέγχου. Η αξιολόγηση έδειξε παροδική αλλαγή, όσον αφορά τη συμπεριφορά (κάπνισμα), καθώς και την πρόθεση για κάπνισμα, ενώ παρατηρήθηκαν πιο σταθερές αλλαγές στις στάσεις και τις γνώσεις για το κάπνισμα, με την ομάδα παρέμβασης να παρουσιάζει μετακίνηση προς την αναμενόμενη κατεύθυνση.

## **ΑΓΓΙΖΟΝΤΑΣ ΤΟΝ ΚΥΚΛΟ**

**Πρόγραμμα αγωγής υγείας.**

**Ομάδα-στόχος: Μαθητές Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης.**

**Περισσότερες πληροφορίες: [www.kpachaias.gr](http://www.kpachaias.gr)**

Σχεδιάστηκε από το Κέντρο Πρόληψης Π.Ε. Αχαΐας και την Κίνηση ΠΡΟΤΑΣΗ. Απευθύνεται σε μαθητές των μεγαλύτερων τάξεων του δημοτικού και περιλαμβάνει δραστηριότητες για την προσωπική και την κοινωνική ανάπτυξη και ενίσχυση των παιδιών.

Ο βασικός σκοπός του προγράμματος είναι η ενίσχυση της προσωπικότητας, των κοινωνικών δεξιοτήτων και των διαπροσωπικών σχέσεων των μαθητών, έτσι ώστε να έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και στις δυνάμεις τους για την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων, χωρίς να καταφεύγουν σε συμπεριφορές που είναι βλαπτικές για τη σωματική και ψυχική τους υγεία, όπως είναι η χρήση ουσιών. Αναλυτικότερα, βασικοί στόχοι του προγράμματος αποτελούν: **α)** η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση των μαθητών σε θέματα που αφορούν στην εξάρτηση από τις νόμιμες εξαρτησιογόνες ουσίες και στην απόκτηση υγιών στάσεων και συμπεριφορών απέναντι σε αυτές, **β)** η ενίσχυση δεξιοτήτων (π.χ. οριοθέτηση, επικοινωνία, συγκρούσεις, τρόποι αντίστασης στην πίεση της παρέας των συνομηλίκων) και η διερεύνηση στάσεων, αξιών και συμπεριφορών που τους αντιπροσωπεύουν, **γ)** η βελτίωση του κλίματος συνεργασίας και επικοινωνίας στην τάξη, όσο αφορά τις σχέσεις μεταξύ μαθητών, αλλά και τη σχέση των μαθητών με τον δάσκαλο, έτσι ώστε να δημιουργηθεί ασφάλεια και εμπιστοσύνη που θα επιτρέπει την έκφραση απόψεων και συναισθημάτων.

Το πρόγραμμα βασίζεται στη βιωματική προσέγγιση, όπου ενθαρρύνεται η ενεργή συμμετοχή των μαθητών στις διαδικασίες μάθησης, συμβάλλοντας στην καλύτερη εμπέδωση εννοιών και δίνοντας τη δυνατότητα για τη διατύπωση προβληματισμών και την εμβάθυνση συζητήσεων. Στο πρόγραμμα αξιοποιούνται το θεατρικό παιχνίδι, ασκήσεις δραματοποίησης, παίξιμο ρόλων, ομαδικά παιχνίδια, κ.τλ. Έτσι τα παιδιά εργάζονται σε μικρές ομάδες και σε ζευγάρια, μοιράζοντας με αυτόν τον τρόπο τις σκέψεις, τα συναισθήματα, τις εμπειρίες τους με τα υπόλοιπα παιδιά στην ολομέλεια του κύκλου. Είναι μια διαρκής προσπάθεια εξέλιξης των μαθητών, ξεκινώντας από το «άγγιγμα του κύκλου» της ομάδας, μέσα από την αξιοποίηση της δυναμικής και της διεργασίας της ομάδας προς όφελος της προσωπικής τους ανάπτυξης και ωρίμανσης.

Το εγχειρίδιο είναι χωρισμένο σε δύο μέρη: Στο πρώτο μέρος παρέχονται γενικές πληροφορίες για το πρόβλημα της χρήσης ουσιών και τις διαστάσεις που έχει λάβει στη σημερινή εποχή. Επίσης, υπάρχει αναφορά σε κάποιες έρευνες σχετικά με τη χρήση ουσιών στα παιδιά των τελευταίων τάξεων του δημοτικού σχολείου. Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζεται το πρόγραμμα, το οποίο περιλαμβάνει επτά ενότητες.

## ΞΕΡΩ ΤΙ ΖΗΤΩ

**Πρόγραμμα πρόληψης της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών στα σχολεία.**

**Ομάδα-στόχος: Μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.**

**Περισσότερες πληροφορίες: [www.pyxida.org.gr](http://www.pyxida.org.gr), [www.eudap.net](http://www.eudap.net)**

Πρόκειται για πρόγραμμα που δημιουργήθηκε, εφαρμόστηκε και αξιολογήθηκε στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού προγράμματος EU-DAP αρχικά με τη συμμετοχή οργανισμών και πανεπιστημιακών ιδρυμάτων επτά Ευρωπαϊκών χωρών (Ιταλία, Σουηδία, Ισπανία, Γερμανία, Βέλγιο, Πορτογαλία και Ελλάδα), ενώ στη δεύτερη φάση στο σχήμα προστέθηκαν η Πολωνία και η Δημοκρατία της Τσεχίας. Από την Ελλάδα στο πρόγραμμα ενεπλάκησαν το Κέντρο Πρόληψης ΠΥΞΙΔΑ και το ΕΚΤΕΠΝ. Το πρόγραμμα στοχεύει συνολικότερα στην πρόληψη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών (παράνομων και νόμιμων) και απευθύνεται σε εφήβους 12-14 χρονών.

Πρόκειται για ένα ολιστικό πρόγραμμα που εμπλέκει εκπαιδευτικούς, μαθητές και γονείς. Η παρέμβαση στους μαθητές αναπτύσσεται στο πλαίσιο 12 συναντήσεων βιωματικού και ομαδοσυνεργατικού χαρακτήρα και ολοκληρώνεται στη διάρκεια μιας σχολικής χρονιάς. Στο πλαίσιο των δομημένων αλληλεπιδραστικών συναντήσεων οι έφηβοι με τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες, όπως παιχνίδια ρόλων, ερωτηματολόγια και παιχνίδια γνώσεων, διερευνούν το ζήτημα της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, ανακαλύπτουν τον εαυτό τους και ενδυναμώνονται στην αντιμετώπιση των προκλήσεων. Το πρόγραμμα συνδυάζει την εκπαίδευση σε δεξιότητες ζωής, την κανονιστική εκπαίδευση και την έγκυρη και κατάλληλη για την ηλικία των παιδιών πληροφόρηση. Επεξεργάζεται το θέμα του καπνίσματος σε μία από τις συναντήσεις, όπου αφιερώνεται αποκλειστικά στην παροχή σημαντικών πληροφοριών για το κάπνισμα με την αξιοποίηση ενός τεστ γνώσεων και ενός παιχνιδιού προσομοίωσης, ενισχύοντας με διασκεδαστικό τρόπο την κριτική σκέψη των εφήβων και την επιφυλακτικότητα τους απέναντι στο κάπνισμα. Παράγοντες που σχετίζονται με θέματα σχετικά με το κάπνισμα καλύπτονται και από τις υπόλοιπες ενότητες, όπου διερευνώνται θέματα που αφορούν στον ενδοπροσωπικό παράγοντα, το διαπροσωπικό και την πληροφόρηση σε σχέση με την εξάρτηση, τα αίτια και τις συνέπειες.

Το πρόγραμμα εφαρμόζεται από καθηγητές οποιασδήποτε ειδικότητας που έχουν προηγουμένως παρακολουθήσει ένα βιωματικό σεμινάριο 20 ωρών, σχεδιασμένο αποκλειστικά για το εν λόγω πρόγραμμα. Η υποστήριξη των καθηγητών συνεχίζεται κατά τη διάρκεια της εφαρμογής με συναντήσεις εποπείας. Αρμόδια για την εκπαίδευση και την εποπεία στο συγκεκριμένο υλικό είναι τα Κέντρα Πρόληψης και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας. Τα επιστημονικά στελέχη των Κέντρων Πρόληψης έχουν την απαραίτητη εκπαίδευση και τη γνώση της φιλοσοφίας και της μεθοδολογίας του προγράμματος, καθώς τα προηγούμενα έτη έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά βιωματικά σεμινάρια με κοινή μεθοδολογία.

Παράλληλα με την εκπαίδευση των μαθητών ευαισθητοποιούνται και οι γονείς των μαθητών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα, αλλά και ο σύλλογος των γονέων του σχολείου συνολικότερα, στο πλαίσιο τριών εκπαιδευτικών συναντίσεων με τα εξής θέματα «Κατανόησης καλύτερα τους εφήβους», «Μεγαλώνοντας μαζί με τους εφήβους», «Η καλή σχέση με το παιδί απαιτεί όρια και κανόνες». Στο πλαίσιο αυτών των συναντήσεων οι γονείς έχουν την ευκαιρία μέσα από αλληλεπιδραστικές δραστηριότητες, όπως μελέτη ιστοριών, συζήτηση σε μικρές ομάδες, αλλά και σύντομες εισηγήσεις να ενημερωθούν για την εφηβική ηλικία, τη χρήση ουσιών, τους παράγοντες κινδύνου και τους παράγοντες προστασίας και να διερευνήσουν τον ρόλο τους.

Το πρόγραμμα ΞΕΡΩ ΤΙ ΖΗΤΑΩ παρουσιάζεται σε ένα ολοκληρωμένο εγχειρίδιο, που περιέχει μια θεωρητική εισαγωγή, το βιβλίο του εκπαιδευτικού με τις ενότητες για τους μαθητές και επιπλέον ενημερωτικό υλικό για τις εξαρτησιογόνες ουσίες, τις κάρτες πληροφόρησης για τους μαθητές, καθώς και το υλικό για τις συναντήσεις γονέων. Το εγχειρίδιο συνοδεύεται από το τετράδιο του μαθητή. Το εκπαιδευτικό εγχειρίδιο ΞΕΡΩ ΤΙ ΖΗΤΑΩ επανεκδόθηκε με την υποστήριξη του ΟΚΑΝΑ το 2011. Υπάρχει επίσης και σε ηλεκτρονική μορφή στα ελληνικά, στα αγγλικά, αλλά και σε όλες τις γλώσσες των χωρών που συμμετείχαν στη δημιουργία του (βλ. [www.eudap.net](http://www.eudap.net)). Οι ενδιαφερόμενοι εκπαιδευτικοί μπορούν να αξιοποιήσουν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα πάντα με τη στήριξη του αρμόδιου Κέντρου Πρόληψης της περιοχής τους ([www.okana.gr](http://www.okana.gr)).

Η αξιολόγηση του προγράμματος βασίστηκε στη μέθοδο της τυχαίοποιημένης ελεγχόμενης δοκιμής που πραγματοποιήθηκε με δείγμα μαθητών από έξι ευρωπαϊκές χώρες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αξιολόγησης, φάνηκε μια αξιοσημείωτη μείωση στους μαθητές που έλαβαν μέρος στην παρέμβαση σε σχέση με τους μαθητές της ομάδας ελέγχου όσον αφορά σε συμπεριφορές που σχετίζονται με τη συστηματική χρήση ουσιών. Το πρόγραμμα επέδειξε ιδιαίτερα ενθαρρυντικά αποτελέσματα για την πρόληψη του καπνίσματος, αφού παρατηρήθηκε 30% μείωση στο καθημερινό κάπνισμα των μαθητών που συμμετείχαν, ενώ εξίσου σημαντικό ήταν και το εύρημα από την μακροπρόθεσμη αξιολόγησή του, όπου φαίνεται ότι τα αποτελέσματα από την εφαρμογή του διατηρούνται για τουλάχιστον ένα έτος.

## **ΚΟΛΛΗΜΕΝΟΙ.. ΣΤΗ ΖΩΗ**

**Πρόγραμμα για την πρόληψη του καπνίσματος.**

**Ομάδα-στόχος: Μαθητές Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.**

**Περισσότερες πληροφορίες: [www.pyxida.org.gr](http://www.pyxida.org.gr)**

Το πρόγραμμα αποτέλεσε προϊόν συνεργασίας της 3ης και 4ης Διοίκησης της Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας, των Διευθύνσεων Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Ανατολικής και Δυτικής Θεσσαλονίκης, Σερρών και Χαλκιδικής, του Κέντρου Πρόληψης ΠΥΞΙΔΑ και της



μη Κυβερνητικής Οργάνωσης Α.Ε.Ν.Α.Ο.

Πρόκειται για πρόγραμμα που βασίζεται στη βιωματική εκπαίδευση και έχει στόχο την κατανόηση των αρνητικών παραγόντων του καπνίσματος, την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των παιδιών και την ενίσχυση των διαπροσωπικών σχέσεων στην τάξη, με απώτερο στόχο την ενδυνάμωση των εφήβων απέναντι στο κάπνισμα. Το εκπαιδευτικό εγχειρίδιο περιλαμβάνει ένα εισαγωγικό κεφάλαιο με οδηγίες προς τον εκπαιδευτικό και την αναλυτική παρουσίαση των 12 θεματικών εννοιών για τους μαθητές.

Οι ενότητες καλύπτουν τα ακόλουθα θέματα: Κάπνισμα, παθητικό κάπνισμα και συνέπειες για την υγεία, εθισμός και διακοπή καπνίσματος, ενίσχυση της κριτικής σκέψης απέναντι στη διαφήμιση, φροντίδα της υγείας και αυτοπροστασία, αντίσταση στην πίεση των συνομηλίκων, πρότυπα που επηρεάζουν τα παιδιά, λήψη αποφάσεων.

Το πρόγραμμα συνοδεύεται και από ηλεκτρονικό υλικό πληροφόρησης, «Το κουτί της Πανδώρας». Την υλοποίηση αναλαμβάνουν εκπαιδευτικοί διαφορετικών ειδικοτήτων μετά από σχετική εκπαίδευση, ενώ κατά τη διάρκεια του προγράμματος παρέχεται υποστήριξη κατά την εφαρμογή του.

## **ΣΧΟΛΕΙΟ ΧΩΡΙΣ ΚΑΠΝΟ**

**Εκπαιδευτικό εγχειρίδιο.**

**Ομάδα-στόχος: Μαθητές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.**

**Περισσότερες πληροφορίες: [www.moec.gov.cy/agogi\\_ygeias](http://www.moec.gov.cy/agogi_ygeias),**

**[www.smokefreegreece.org](http://www.smokefreegreece.org)**

Το εγχειρίδιο ΣΧΟΛΕΙΟ ΧΩΡΙΣ ΚΑΠΝΟ δημιουργήθηκε από το Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού της Κύπρου ([www.moec.gov.cy/agogi\\_ygeias](http://www.moec.gov.cy/agogi_ygeias)) και επιδιώκει μια συνολική υποστήριξη των σχολείων σε σχέση με την πρόληψη του καπνίσματος, έτσι ώστε να αναπτύξουν μια πολιτική πρόληψης του καπνίσματος. Το εγχειρίδιο προωθήθηκε σε Ελληνικά σχολεία στο πλαίσιο του προγράμματος Hellenic Action for Research against Tobacco – HEART «ΜΑΘΑΙΝΩ ΝΑ ΜΗΝ ΚΑΠΝΙΖΩ». Το εγχειρίδιο αποτελείται από τέσσερα μέρη.

Στο πρώτο παρουσιάζονται οι τομείς στους οποίους μπορεί μια σχολική κοινότητα να αναπτύξει δράσεις αντικαπνιστικής εκστρατείας, στο δεύτερο οδηγίες για μια πολιτική αντικαπνιστικής αγωγής, στο τρίτο δίνονται πληροφορίες που αφορούν στη διάσταση του καπνίσματος και τις επιπτώσεις του καπνίσματος στον άνθρωπο και στο τέταρτο μέρος παρουσιάζονται προτάσεις για την ανάπτυξη παρεμβάσεων πρόληψης του καπνίσματος στα σχολεία.

Σε αυτό το τελευταίο κεφάλαιο δίνονται ιδέες για παρεμβάσεις ευαισθητοποίησης των εκπαιδευτικών, των γονέων και του συνόλου της μαθητικής κοινότητας του σχολείου, καθώς και βιωματικές δραστηριότητες που μπορεί ο εκπαιδευτικός να δουλέψει με την ομάδα

Το συγκεκριμένο εκπαιδευτικό υλικό προτείνεται για σχολεία Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, αφήνοντας στον εκπαιδευτικό την ελευθερία προσαρμογής του στην ηλικία των παιδιών και στα χαρακτηριστικά τους καθώς και στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα της συγκεκριμένης βαθμίδας.

## **ΤΑ 5 ΤΣΙΓΑΡΑ**

**Εκπαιδευτικό αλληλοεπιδραστικό λογισμικό.**

**Ομάδα-στόχος: Μαθητές Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης.**

**Περισσότερες πληροφορίες: [www.tpe-education.com/soft/node/13](http://www.tpe-education.com/soft/node/13)**

Πρόκειται για ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για το δημοτικό, το οποίο δημιουργήθηκε και αξιολογήθηκε στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος του Τομέα Μαθηματικών & Πληροφορικής «Η πληροφορική στην εκπαίδευση» του Παιδαγωγικού Τμήματος του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών<sup>5</sup>. Το πρόγραμμα στοχεύει στην έγκυρη ενημέρωση για το κάπνισμα και τη διαφήμιση προϊόντων καπνού και στη δημιουργία κινήτρων για την αποφυγή του καπνίσματος. Ο ρόλος του εργαλείου είναι διπτός καθώς επιδιώκει παράλληλα με την πρόληψη του καπνίσματος και τη γνωριμία των παιδιών με τη νέα τεχνολογία. Το λογισμικό επιδιώκει να προχωρήσει πέρα από την ενημέρωση των παιδιών και στην ενίσχυση της προσωπικότητάς τους. Προσπαθεί επίσης να αυξήσει την κριτική ικανότητα και τη συνθετική σκέψη των παιδιών προτείνοντάς τους σύνδεση με έγκυρες ηλεκτρονικές πηγές πληροφόρησης.

Οι δραστηριότητες δουλεύονται στην τάξη ομαδοσυνεργατικά και απαιτούν 12-14 διδακτικά δώρα. Τα παιδιά μέσα από τα προτεινόμενα σενάρια, όπου πρωταγωνιστούν πέντε ήρωες διαφορετικών ηλικιών, μέλη μιας οικογένειας, βρίσκονται αντιμέτωπα με καταστάσεις που πιθανόν συνάντησαν ή θα συναντήσουν στην καθημερινή τους ζωή (για παράδειγμα αν θα μιλήσουν στη μαμά για το τσιγάρο που βρήκαν στο δωμάτιο του έφηβου αδερφού, αν θα αποκαλύψουν στους γονείς ότι τον είδαν να καπνίζει, τι συμβαίνει με τα προβλήματα υγείας του παππού λόγω του καπνίσματος) και χρειάζεται να σκεφτούν πως θα τις αντιμετωπίσουν. Παράλληλα, καλούνται να δημιουργήσουν αντι-διαφημίσεις και να μελετήσουν τα μέτρα κατά του καπνίσματος. Έχουν την ευκαιρία να γράψουν τον δικό τους επίλογο για την ιστορία και, αφού κάνουν μια καλή επανάληψη των όσων έμαθαν, οργανώνουν την παρουσίαση στους υπόλοιπους μαθητές και τους γονείς.

Το πρόγραμμα αξιολογήθηκε ως προς την αποτελεσματικότητά του με ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε από τα ίδια τα παιδιά (και δόθηκε πριν και μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος) και αφορούσε στις γνώσεις και στις στάσεις τους για το κάπνισμα, αλλά και στην εκτίμησή τους για το πρόγραμμα και τις δραστηριότητες. Παράλληλα, διερευνήθηκαν οι στάσεις και αντιλήψεις των γονιών σε σχέση με το κάπνισμα. Το δείγμα

αποτελέσαν 71 παιδιά των τριών τελευταίων τάξεων του δημοτικού που συμμετείχαν στο πρόγραμμα και 55 γονείς.

## **ΚΑΠΝΙΣΜΑ; ΟΧΙ ΕΜΕΙΣ**

**Πρόγραμμα πρόληψης του καπνίσματος.**

**Ομάδα-στόχος: Μαθητές πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.**

**Περισσότερες πληροφορίες: [www.dictioalpha.gr](http://www.dictioalpha.gr), [www.prolipsi-xanthi.gr](http://www.prolipsi-xanthi.gr), [www.kpelpida.gr](http://www.kpelpida.gr), [www.prolipsi-komotini.gr](http://www.prolipsi-komotini.gr), [www.pyxida.org.gr](http://www.pyxida.org.gr), [www.kp-seirios.gr](http://www.kp-seirios.gr)**

Το πρόγραμμα σχεδιάστηκε για την εφαρμογή παρεμβάσεων πρόληψης του καπνίσματος στο δημοτικό. Αποτελεί προϊόν συνεργασίας φορέων που εξειδικεύονται στην πρόληψη, καθώς 10 φορείς, τα 7 Κέντρα Πρόληψης, Δίκτυο ΑΛΦΑ, ΕΚΦΡΑΣΗ, ΕΛΠΙΔΑ, ΟΡΦΕΑΣ, ΠΥΞΙΔΑ, ΣΕΙΡΙΟΣ, το Αντικαρκινικό Νοσοκομείο ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ (Γραφείο Αγωγής Υγείας, 4η ΥΠΕ Μακεδονίας-Θράκης), ο ΟΚΑΝΑ και το ΕΠΨΥ-ΕΚΤΕΠΝ συνεργάστηκαν στη δημιουργία ενός εκπαιδευτικού προγράμματος για την πρόληψη του καπνίσματος, την πιλοτική εφαρμογή του και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του. Το πρόγραμμα ΚΑΠΝΙΣΜΑ; ΟΧΙ ΕΜΕΙΣ αξιοποίησε την εμπειρία ενός πρωτόλειου προγράμματος του ΖΩ ή ΚΑΠΝΙΖΩ του Γραφείου Αγωγής Υγείας του Θεαγενείου (4η ΥΠΕ) που εφαρμόστηκε με τη συνεργασία των Κέντρων Πρόληψης σε προηγούμενες χρονιές και μετά από εμπειριστατωμένη μελέτη αναθεωρήθηκε, εμπλουτίστηκε και βελτιώθηκε στο εν λόγω ολιστικό πρόγραμμα.

Το πρόγραμμα επιδιώκει να εφοδιάσει τους εκπαιδευτικούς με ένα οργανωμένο πακέτο δραστηριοτήτων που θα τους δώσει τη δυνατότητα να δουλέψουν με την ομάδα της τάξης με βιωματικό τρόπο και να παρέχουν στους μαθητές έγκυρη, αξιόπιστη και κατάλληλη ενημέρωση για το κάπνισμα και τις συνέπειές του, να τους βοηθήσουν να αναγνωρίσουν τα αρνητικά πρότυπα και τις επιρροές σε σχέση με το κάπνισμα, να αντισταθούν στις πιέσεις των συνομηλίκων, να αναπτύξουν αποτελεσματικούς τρόπους έκφρασης της προσωπικής τους γνώμης και να καλλιεργήσουν μια στάση φροντίδας του εαυτού τους.

Το πρόγραμμα ΚΑΠΝΙΣΜΑ; ΟΧΙ ΕΜΕΙΣ περιλαμβάνει υλικό για την υλοποίηση μιας παρέμβασης πρόληψης 13 δίωρων συναντήσεων για τους μαθητές Δ', Ε' και ΣΤ' τάξης του δημοτικού, για την εκπαίδευση των εκπαιδευτικών προς την κατεύθυνση μιας πολιτικής «για ένα σχολείο ελεύθερο καπνού» καθώς και για την ευαισθητοποίηση των γονιών των μαθητών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα.

Οι συναντήσεις για τους μαθητές αξιοποιούν τη βιωματική μάθηση εμπλέκοντας ενεργά τους μαθητές στην απόκτηση πληροφοριών, στη διερεύνηση των στάσεων και των συμπεριφορών τους, αλλά και στην ανίχνευση εναλλακτικών τρόπων συμπεριφοράς και στην εκπαίδευσή τους σε αυτές. Το υλικό λαμβάνοντας υπόψη τα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες των παιδιών αυτής της ηλικίας χρησιμοποιεί την παρουσία ηρώων, καθώς και ιστορίες, για να

διευκολύνει τα παιδιά να προσεγγίσουν το θέμα, να κατανοήσουν τις πληροφορίες και να ενισχύσουν την κριτική τους ικανότητα. Για τον σκοπό αυτό δημιουργήθηκαν ελκυστικές δραστηριότητες για παιδιά, όπως παραμύθια και κουκλοθέατρο, παιχνίδια ρόλων, ζωγραφική. Για τη δημιουργία ενός σχολείου ελεύθερου καπνού υπάρχει ένα ξεχωριστό κεφάλαιο που περιλαμβάνει βασικές αρχές κι έναν οδηγό καλών πρακτικών που μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα σχολεία για τη διαμόρφωση και τη διατήρηση της πολιτικής τους προς αυτή την κατεύθυνση.

Οι εκπαιδευτικοί που αναλαμβάνουν την υποστήριξη του προγράμματος στην τάξη τους εκπαιδεύονται στην πρόληψη του καπνίσματος και στο συγκεκριμένο πρόγραμμα στο πλαίσιο 15ωρου βιωματικού σεμιναρίου που σχεδιάστηκε αποκλειστικά γι' αυτόν το σκοπό και η υποστήριξη του συνεχίζεται καθόλη τη διάρκεια του προγράμματος με επιπλέον συναντήσεις εκπαίδευσης και εποπτείας από τα Κέντρα Πρόληψης.

Το πρόγραμμα στην πιλοτική εφαρμογή του αξιολογήθηκε ως προς την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης στους μαθητές με τη μέθοδο της τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης δοκιμής, η οποία περιλαμβάνει σύγκριση πριν και μετά την υλοποίηση της παρέμβασης (και επανέλεγχο) μεταξύ ομάδας μαθητών που συμμετείχαν στην παρέμβαση και ομάδας μαθητών που αποτελούν ομάδα ελέγχου. Στην έρευνα αξιολόγησης του προγράμματος συμμετείχαν συνολικά 1.629 μαθητές της Ε' δημοτικού. Τα ευρήματα έδειξαν ότι το πρόγραμμα πετυχαίνει να ενισχύσει την ικανότητα των μαθητών να παίρνουν αποφάσεις και να αντιστέκονται στην πίεση της ομάδας, εξοπλίζοντάς τους με τρόπους έκφρασης και υπεράσπισης των προσωπικών τους αποφάσεων και επιλογών. Οι μαθητές που ολοκληρώνουν το πρόγραμμα, αντιλαμβάνονται περισσότερο τους κινδύνους από το περιστασιακό κάπνισμα και ενισχύεται το κίνητρό τους για να μη καπνίσουν στο μέλλον. Επιπλέον, το ΚΑΠΝΙΣΜΑ; ΟΧΙ ΕΜΕΙΣ! αποδείχτηκε ότι συμβάλλει στη μείωση του αριθμού των παιδιών που πρωτοξεκινούν το κάπνισμα.

Το εκπαιδευτικό υλικό διατίθεται δωρεάν από τα Κέντρα Πρόληψης στους εκπαιδευτικούς που θέλουν να το αξιοποιήσουν κατόπιν εκπαίδευσής τους.

## **ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

Στην υπηρεσία της πρόληψης δημιουργήθηκε και ενημερωτικό υλικό που επιδιώκει να αξιοποιήσει τις νέες τεχνολογίες, για την ενημέρωση των παιδιών. Πρόκειται για υλικό που μπορεί να αξιοποιηθεί ως μέρος μιας ευρύτερης παρέμβασης πρόληψης ή μόνο για ενημέρωση.

### **ΤΣΙΓΑΡΟ; ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΔΕΝ ΘΑ ΠΑΡΩ:**

**Αντικαπνιστικό CD ROM.**

**Δημιουργήθηκε από το Ίδρυμα Μποδοσάκη σε συνεργασία με το Ίδρυμα Θώραξ.**

**και την Εταιρεία Mellow και απευθύνεται σε εφήβους.**

Περιλαμβάνει υλικό πληροφόρησης και ευαισθητοποίησης που μπορεί να αξιοποιηθεί για παρεμβάσεις πρόληψης στο σχολείο και την κοινότητα. Πρόκειται για αλληλεπιδραστικό υλικό που είναι οργανωμένο σε ενότητες και περιλαμβάνει: «καθημερινές» ιστορίες, όπου τίθενται προβληματισμοί και αναδεικνύονται προβλήματα που δημιουργεί το κάπνισμα, παρουσιάσεις, όπου παρέχονται πληροφορίες για τις ουσίες που περιέχουν τα τσιγάρα και τις βλάβες που προκαλούν στον οργανισμό, ερευνητικά δεδομένα για τη διάσταση του προβλήματος και συνεντεύξεις στις οποίες εμφανίζονται αναγνωρίσιμες προσωπικότητες και θέτουν προβληματισμούς.

Το CD επενδύεται μουσικά με τραγούδια με αντικαπνιστικό μήνυμα του νεανικού μουσικού συγκροτήματος Ημισκούμμπρια.

### **ΚΑΝΕ ΣΤΑΧΤΗ ΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ:**

**Ενημερωτικό DVD ευαισθητοποίησης.**

**Πρόκειται για ένα ηλεκτρονικό υλικό ενημέρωσης που δημιουργήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος ΕΣΠΑ 2007-2013 από το Υπουργείο Υγείας και το ΚΕΕΛΠΝΟ (Κέντρο Έλεγχου & Πρόληψης Νοσημάτων).**

Το DVD δίνει σημαντικές πληροφορίες για το κάπνισμα και τον εθισμό από τη νικοτίνη, καθώς και πληροφορίες για τη διάσταση του καπνίσματος και τις επιπτώσεις στην υγεία. Αποκαλύπτει την επιβάρυνση στον ανθρώπινο οργανισμό και το περιβάλλον από το παθητικό κάπνισμα και προσπαθεί να κινητοποιήσει για τη διακοπή του καπνίσματος. Το υλικό αποτελεί ένα εύχρηστο βοήθημα για ενημερωτικές εκδηλώσεις.

### **ΕΝΑ ΤΣΙΓΑΡΟ ΣΤΟ ΣΩΜΑ ΜΟΥ:**

**Ταινία για την πρόληψη του καπνίσματος σε σχολεία.**

**Πρόκειται για ταινία εικοσάλεπτης διάρκειας που σκηνοθέτησε η Όλγα Μαλέα για την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία και το Ίδρυμα Μελετών Λαμπράκη.**

Στην ταινία παρουσιάζονται δύο οικογένειες: τα μέλη της μίας οικογένειας καπνίζουν, ενώ της άλλης όχι. Οι δύο αυτές οικογένειες παίρνουν μέρος σε τρία παιχνίδια: το πρώτο απαιτεί τη σταθερότητα του χεριού, το δεύτερο τρέξιμο 100 μέτρων και το τρίτο τη συγκέντρωση προσοχής. Και τα τρία αυτά παιχνίδια, που αναφέρονται στην ταινία, απαιτούν δεξιότητες που επηρεάζονται από το κάπνισμα κι έτσι δίνεται στους θεατές η δυνατότητα να παρατηρήσουν τις διαφορές ανάμεσα σε καπνιστές και μη-καπνιστές και να οδηγηθούν στα δικά τους συμπεράσματα.

## ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει στη χώρα μας σημαντικές προσπάθειες ενημέρωσης των μαθητών για το κάπνισμα και την αποφυγή του από διαφορετικούς φορείς. Στην προσπάθεια αυτή πρωτοστατούν τα Κέντρα Πρόληψης που αναπτύσσουν παρεμβάσεις ενημέρωσης σε όλη τη χώρα ήδη από την προηγούμενη δεκαετία, απαντώντας στα αιτήματα των σχολείων (δημοτικών, γυμνασίων, γενικών και επαγγελματικών λυκείων) με υλικό που βασίζεται σε αξιόπιστα υλικά πρόληψης και σε επιστημονικά δεδομένα. Οι παρεμβάσεις αυτές μπορεί να εντάσσονται στο πλαίσιο ενός ευρύτερου προγράμματος αγωγής υγείας ή να λειτουργούν μεμονωμένα. Για περισσότερες πληροφορίες, ανατρέξτε στην ιστοσελίδα του Κέντρου Πρόληψης της περιοχής σας, καθώς και στην ιστοσελίδα του ΟΚΑΝΑ ([www.okana.gr](http://www.okana.gr)) και του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ, [www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr)).

Επίσης, η Ελληνική Επιτροπή Διεθνών Σχέσεων και Ανταλλαγών Φοιτητών Ιατρικής (Hellenic Medical Students' International Committee - HelMSIC) υλοποίησε παρεμβάσεις ενημέρωσης σε σχολεία Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε πόλεις της Ελλάδας, όπου εδράζονται Ιατρικές Σχολές, χρησιμοποιώντας ένα σχέδιο δράσης που εστιάζει στην έγκυρη ενημέρωση των μαθητών και στην ευαισθητοποίησή τους για την αποφυγή του καπνίσματος ([www.helmsic.gr](http://www.helmsic.gr)).

Από το 2010 οργανώθηκαν από επαγγελματίες υγείας (πνευμονολόγους, γενικούς γινατρούς και επισκέπτες υγείας) των όμορων Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας, δράσεις πρόληψης και προαγωγής υγείας στα σχολεία της χώρας με στόχο την πρόληψη του καπνίσματος. Οι ενημερώσεις υλοποιήθηκαν στο πλαίσιο της συνεργασίας του Υπουργείου Υγείας και των κατά τόπους Υγειονομικών Περιφερειών με το Υπουργείο Παιδείας για την καταπολέμηση του καπνίσματος.

Η μελέτη της υπάρχουσας κατάστασης όσον αφορά στην πρόληψη του καπνίσματος στα σχολεία, αναδεικνύει την ύπαρξη σημαντικών προσπαθειών και αξιόλογων εκπαιδευτικών εγχειριδίων. Ωστόσο, είναι σημαντικό να τονισθεί ότι η αντιμετώπιση του καπνίσματος απαιτεί συντονισμένη προσπάθεια, διαχρονικές και ολιστικές παρεμβάσεις με έγκυρα εκπαιδευτικά προγράμματα και αποδεδειγμένα αποτελεσματική μεθοδολογία. Οι παρεμβάσεις χρειάζεται να υποστηρίζονται από μια πολιτική πρόληψης του καπνίσματος που υιοθετείται από το σχολείο και από την αντίστοιχη ευαισθητοποίηση της κοινότητας. Η συνεργασία των σχολείων με εξειδικευμένους φορείς που θα στηρίξουν τη δράση τους κρίνεται απαραίτητη, καθώς και η υιοθέτηση αξιόπιστων και αποδεδειγμένα αποτελεσματικών παρεμβάσεων και εκπαιδευτικών εγχειριδίων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

# ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΓΙΑ ΜΑΘΗΤΕΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

ΑΡΧΟΝΤΟΥΛΑ ΑΛΕΞΑΚΗ-ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ  
Κοινωνική Λειτουργός – Οικογενειακή Θεραπεύτρια, Επιστημονικό Στέλεχος  
Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής Ψυχοκοινωνικής Υγείας  
Δήμου Κηφισιάς -ΟΚΑΝΑ «ΠΡΟΝΟΗ»

**Λ**αμβάνοντας υπόψη τα ερευνητικά δεδομένα που δείχνουν διεθνώς ότι ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης πειραματισμού με τις ουσίες ξεκινά από τα 12 έως 15 έτη - με μια τάση περαιτέρω μείωσης - είναι πλέον επιτακτική η ανάγκη για εφαρμογή προληπτικών παρεμβάσεων από το Δημοτικό σχολείο. Επιπλέον, η περίοδος αυτή είναι πολύ πρόσφορη, καθώς το παιδί είναι σε μια ηλικία που δεν έχει ακόμα ξεκάθαρα διαμορφωμένες απόψεις και στάσεις απέναντι στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, ενώ σε αντίθεση με την εφηβεία διαμορφώνει αυτές τις απόψεις από την πληροφόρηση που παίρνει από το σχολείο και την οικογένεια. Άλλωστε, έρευνες αποτελεσματικότητας της προαγωγής υγείας στα σχολεία δείχνουν ότι η παροχή πληροφοριών φαίνεται πως είναι αποτελεσματική, κυρίως στο Δημοτικό<sup>1</sup>.

Επίσης, σύμφωνα με τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης, η αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του, παίζει καταλυτικό ρόλο στην ανάπτυξη προθέσεων, προσδοκιών και εν τέλει στη συμπεριφορά ενός ατόμου<sup>2</sup>. Στην περίπτωση της ουσιοεξάρτησης φαίνεται πως πρόκειται για φαινόμενο με πολυπαραγοντική αιτιολογία. Αυτοί οι παράγοντες είναι πάνω στους οποίους εμείς οι εκπαιδευτικοί καλούμαστε να παρέμβουμε. Στη συγκεκριμένη παρέμβαση, λοιπόν, πέρα από την πληροφόρηση, προσπαθούμε να δουλέψουμε μαζί με τα παιδιά πάνω σε ορισμένους από τους λόγους για τους οποίους οι άνθρωποι καπνίζουν, όπως είναι η διαχείριση συγκρούσεων, η πίεση των συνομηλίκων και η διαφήμιση<sup>3</sup>. Συγκεκριμένα, για τη διαφήμιση αξίζει να αναφέρουμε μια ανασκόπηση βιβλιογραφίας που πραγ-

ματοποιήθηκε το 2003 στις ΗΠΑ, από την οποία προκύπτει ότι οι περισσότερες έρευνες συγκλίνουν στο συμπέρασμα πως υπάρχει υψηλή συσχέτιση μεταξύ της διαφήμισης των τσιγάρων και της πιθανότητας οι έφηβοι που δηλώνουν «ότι δεν καπνίζουν» να μετακινηθούν προς το «ότι σκέφτονται να καπνίσουν», ενώ αυτοί που δηλώνουν «ότι σκέφτονται να καπνίσουν» να αρχίσουν στην πράξη το κάπνισμα<sup>4</sup>.

Τέλος, επισημαίνεται ότι η μεθοδολογία που προτείνεται στο παρόν κεφάλαιο, αποτελεί προϊόν ανασκόπησης της διεθνούς βιβλιογραφίας, καθώς και μακροχρόνιων παρεμβάσεων που υλοποιήθηκαν σε μαθητές και εκπαιδευτικούς στο πλαίσιο του προγράμματος HEART II και του «αδελφού» προγράμματος «Μαθαίνω την Αλήθεια-Λέω όχι στο τσιγάρο» στη χώρα μας.

## ΣΤΟΧΟΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

- Να κατανοήσει ο μαθητής την έννοια της εξάρτησης που προκαλεί το τσιγάρο.
- Να ενημερωθεί ο μαθητής για τις βλάβες του καπνίσματος στον οργανισμό.
- Να κατανοήσει, γιατί μερικοί άνθρωποι καπνίζουν, αν και γνωρίζουν τις βλάβες που προκαλεί στον οργανισμό το τσιγάρο.
- Να ενημερωθεί ο μαθητής με την παροχή έγκυρων πληροφοριών για τις χημικές ουσίες που εμπεριέχονται στο τσιγάρο.
- Να κατανοήσει ο μαθητής τη δύναμη της διαφήμισης και να μάθει να ανακαλύπτει τα κρυμμένα μηνύματά της.
- Να κινητοποιηθεί ο μαθητής, προκειμένου να αναλάβει προσωπική ευθύνη για την προστασία του εαυτού του, όταν βρεθεί αντιμέτωπος με την πρόκληση του τσιγάρου, στην πίεση της παρέας και των φίλων.

## ΥΛΙΚΟΤΕΧΝΙΚΑ ΜΕΣΑ

- Σκίτσα.
- Διαφήμιση.
- Διαδραστικός πίνακας.
- Κόλλες Α4.
- Μαρκαδόροι.
- Καρτελάκια με βλάβες.
- Φωτοτυπίες ασκήσεων της παρέμβασης.
- Πείραμα με τσιγάρο.

## ΔΙΑΤΑΞΗ ΧΩΡΟΥ

- Οι μαθητές κάθονται σε κύκλο.

## ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ

- 2 διδακτικές ώρες (90').





Εικόνα 1.

## ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

### ΕΝΑΡΞΗ – ΕΙΣΑΓΩΓΗ (5 λεπτά):

Καλωσορίζουμε τους μαθητές και τους λέμε δυο λόγια σχετικά με τους στόχους της σημερινής μας συνάντησης, τη χρονική διάρκεια και τον τρόπο διεξαγωγής της. Ειδικότερα, θα μπορούσαμε να τους αναφέρουμε τα εξής: «Στη σημερινή συνάντησή μας θα συζητήσουμε όλοι μαζί για την πρόληψη της εξάρτησης από το τσιγάρο. Τις βλάβες που προκαλεί στον οργανισμό, τους λόγους που κάποιος άνθρωπος καπνίζει, τις χημικές ουσίες που περιέχει το τσιγάρο, και τι μπορούμε να κάνουμε εμείς, για να προστατεύσουμε τον εαυτό μας παίρνοντας γνώσεις και πληροφορίες γύρω από την εξάρτηση και την πρόληψη του καπνίσματος. Θα δουλέψουμε βιωματικά, ομαδικά και γι' αυτό καθόμαστε και σε κύκλο. Μπορεί να εκφράζει τη γνώμη του ή την απορία του όποιος επιθυμεί σηκώνοντας το χέρι του. Είναι σημαντικό να σεβόμαστε την άποψη και την προσωπικότητά του άλλου. Η συνάντησή μας θα διαρκέσει 2 διδακτικές ώρες, χωρίς διάλειμμα.»

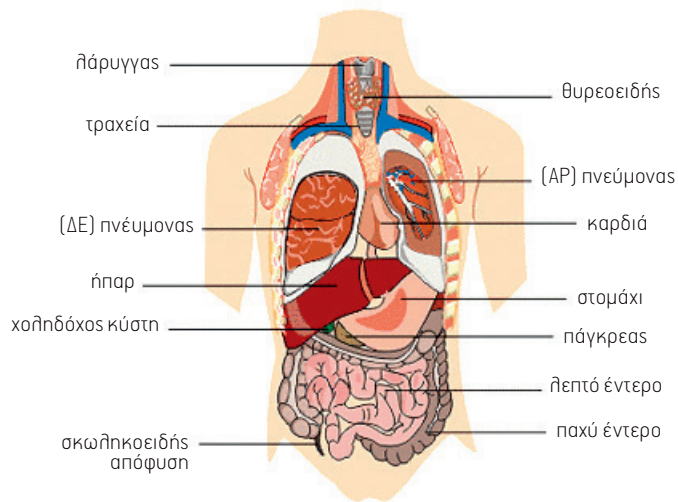
### ΟΝΟΜΑΤΑ ΚΑΙ ΧΡΩΜΑΤΑ (5 λεπτά):

#### Ειδικοί στόχοι δραστηριότητας

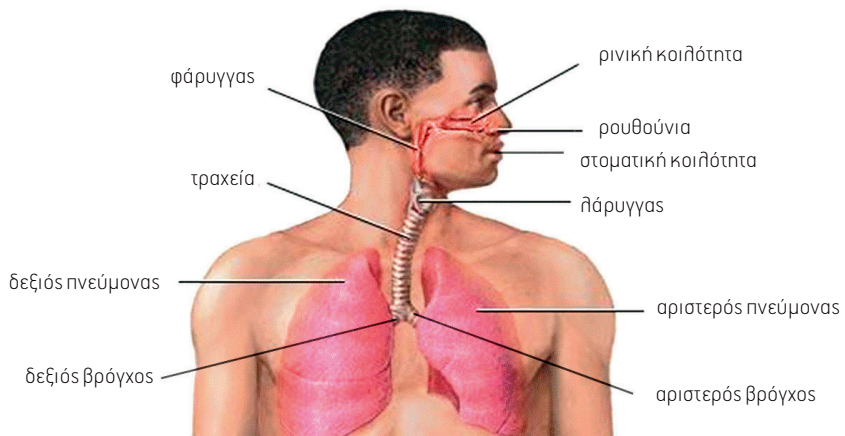
- Να μάθει ο ένας το όνομα του άλλου μέσω μιας ευχάριστης διαδικασίας.
- Να αισθανθούν άνετα και χαλαρά.

#### Περιγραφή δραστηριότητας

Ζητάμε από τα παιδιά να σχηματίσουν έναν κύκλο. Ξεκινάμε με το πρώτο παιδί, ζητώντας του να πει τ' όνομά του και το αγαπημένο του χρώμα. (Συμμετέχει και ο εκπαιδευτικός)<sup>5</sup>.



**Εικόνα 2.** Ανθρώπινος οργανισμός<sup>δ</sup>.



**Εικόνα 3.** Αναπνευστικό σύστημα<sup>δ</sup>.

## ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ (10 λεπτά):

### Ειδικοί στόχοι δραστηριότητας

Να προσπαθήσουν οι μαθητές να κατανοήσουν την έννοια της εξάρτησης.

### Περιγραφή δραστηριότητας

Ξεκινάμε ρωτώντας τους μαθητές να μας πουν τί γνωρίζουν για την έννοια της εξάρτησης. Τους διευκολύνουμε δείχνοντάς τους ένα σκίτσο που απεικονίζει την εξάρτηση του ανθρώπου από το τσιγάρο (Εικόνα 1). Τους ζητάμε να περιγράψουν τι παρατηρούν στην εικόνα 1.

**Ορισμός εξάρτησης** «Η εξάρτηση είναι εκείνη η κατάσταση κατά την οποία ο οργανισμός συνηθίζει σε μια ουσία και δεν μπορεί να λειτουργήσει κανονικά, αν δεν χρησιμοποιήσει την ουσία αυτή. Η εξάρτηση μπορεί να είναι σωματική ή ψυχολογική. Ένα δεύτερο στοιχείο της εξάρτησης είναι η ανάγκη για αυξανόμενη δόση.»

Η έλλειψη της ουσίας στον χρήστη προκαλεί μια μεγάλη γκάμα από οργανικές αντιδράσεις - από την έντονη ανησυχία και νευρικότητα, μέχρι τις σοβαρές κρίσεις στέρησης (πόνος σε διάφορα σημεία του σώματος, τρεμούλιασμα, δυσκοιλιότητα πονοκέφαλος, διαταραχές στον ύπνο, πτώση της αρτηριακής πίεσης και του καρδιακού ρυθμού κ. ά.). Είναι μια εξάρτηση βλαβερή για τον οργανισμό μας. Είναι κάτι που δεν μπορούμε εύκολα να σταματήσουμε, το χρησιμοποιούμε και δυσκολευόμαστε να λειτουργήσουμε στη ζωή μας φυσιολογικά χωρίς αυτό<sup>5</sup>.

**Διαδραστικός πίνακας:** Βλάβες από το τσιγάρο.

ΟΡΓΑΝΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ
Εγκέφαλος	Εγκεφαλικά επεισόδια
Φάρυγγας	Καρκίνος στο φάρυγγα
Πνεύμονες	Καρκίνος του πνεύμονα
	Βρογχίτιδα
	Εμφύσημα
	Άσθμα
Καρδιά	Καρδιακές Παθήσεις
	Θρομβώσεις
Χέρια	Κίτρινα δάχτυλα
Γλώσσα	Καρκίνος της γλώσσας
Δόντια	Κίτρινα Δόντια
Στόμα	Δυσάρεστη Αναπνοή



Εικόνα 4.

## ΒΛΑΒΕΣ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ (15 λεπτά):

### Ειδικοί στόχοι δραστηριότητας

Να γνωρίσουν οι μαθητές τις βλάβες που μπορεί να προκαλέσει στον ανθρώπινο οργανισμό η χρήση του τσιγάρου.

### Περιγραφή δραστηριότητας

Η δραστηριότητα αυτή στοχεύει στο να γνωρίσουν οι μαθητές τι προκαλεί στον οργανισμό ενός ενήλικα η χρήση του τσιγάρου. Για το λόγο αυτό, δείχνουμε στους μαθητές στο διαδραστικό πίνακα έναν ανθρώπινο οργανισμό, όπου φαίνονται τα όργανα (εγκέφαλος, καρδιά, πνεύμονες, φάρυγγας, γλώσσα, δόντια, χέρια, στόμα). Στη συνέχεια, μοιράζουμε στους μαθητές από ένα καρτελάκι με γραμμένη μια βλάβη που προκαλεί το τσιγάρο στον οργανισμό

### ΟΙ ΒΛΑΒΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ	ΚΙΤΡΙΝΑ ΔΑΧΤΥΛΑ
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟ ΦΑΡΥΓΓΑ	ΔΥΣΑΡΕΣΤΗ ΑΝΑΠΝΟΗ
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ	ΕΜΦΥΣΗΜΑ
ΑΣΘΜΑ	ΒΡΟΓΧΙΤΙΔΑ
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΘΡΟΜΒΩΣΕΙΣ

**Οδηγίες:** Κόβουμε τα καρτελάκια με τις βλάβες και μαζί με τους μαθητές τα τοποθετούμε στο κατάλληλο όργανο του σώματος που προκαλείται η βλάβη από το τσιγάρο (βλ. διαδραστικό πίνακα).

(Εικόνες 2 και 3, τα καρτελάκια τα έχουμε ετοιμάσει εμείς και πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να κολλούν). Στη συνέχεια, ζητούμε από δυο μαθητές να περιγράψουν τον ανθρώπινο οργανισμό και να διαβάσουν τα όργανά του. Έπειτα, ζητούμε από τους μαθητές που έχουν τα καρτελάκια να διαβάξει ο καθένας τη βλάβη που αναγράφεται και να την τοποθετεί σε όποιο όργανο του σώματος προκαλείται η βλάβη αυτή.

### **ΠΕΙΡΑΜΑ ΜΕ ΤΣΙΓΑΡΟ<sup>5</sup> (20 λεπτά):**

#### **Ειδικοί στόχοι δραστηριότητας**

Να αντιληφθούν οι μαθητές ποιες συνέπειες έχει στον οργανισμό το κάπνισμα ενός τσιγάρου.

#### **Περιγραφή δραστηριότητας**

Δείχνουμε στα παιδιά στον διαδραστικό πίνακα την εικόνα με ένα τσιγάρο (Εικόνα 4), τους ζητάμε να το περιγράψουν και να διαβάσουν τις χημικές ουσίες που περιέχει.

#### **Σημειώσεις για τον εκπαιδευτικό**

- Κάθε τσιγάρο περιέχει περίπου 7.000 χημικές ουσίες που είναι επικίνδυνες για την υγεία μας.
- Οι 70 από αυτές είναι καρκινογόνες.

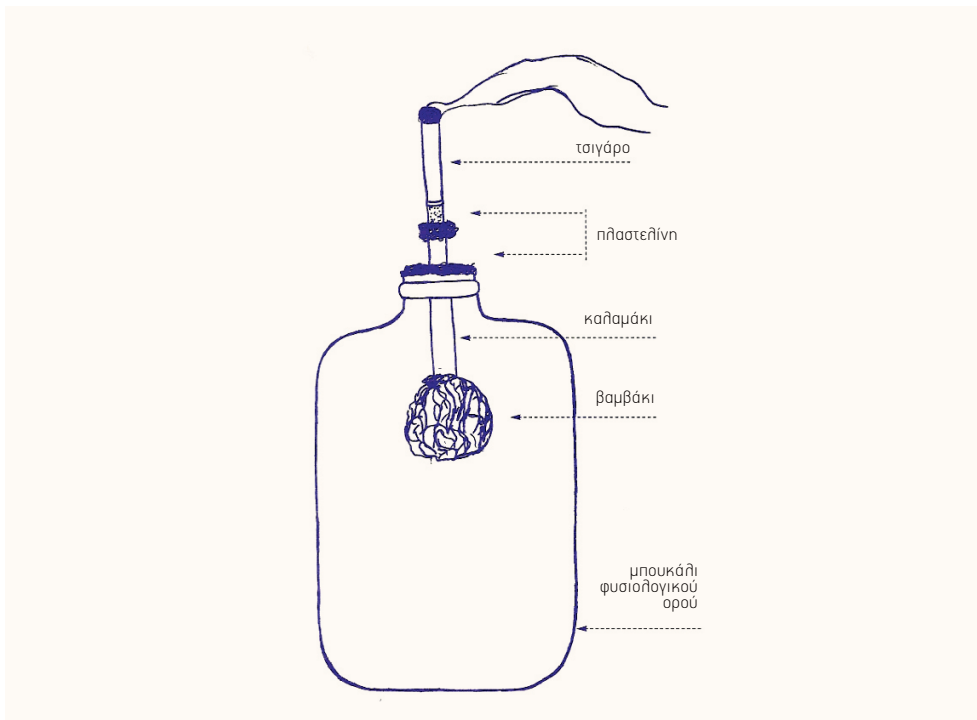
#### **Ενδεικτικές καρκινογόνες ουσίες που εμπεριέχονται στο τσιγάρο:**

- Ακεταλδεΐδη (χρησιμοποιείται στην κατασκευή κόλλας).
- Ακετόνη (κύριο συστατικό στο ξεβαφικό νυχιών).
- Αμμωνία (χρησιμοποιείται για να καθαριστούν τα παράθυρα και οι τουαλέτες).
- Αρσενικό (χρησιμοποιείται για να σκοτώσει έντομα και ζιζάνια)
- Βενζόλιο (χρησιμοποιείται ως διαλύτης ή ως καύσιμο).
- Κάδμιο (βρίσκεται στις μπαταρίες).
- Κυάνιο (βρίσκεται στο ποντικοφάρμακο).
- Μονοξείδιο του Άνθρακα (ισχυρό δηλητήριο - καυσαέριο αυτοκινήτων).
- Νικοτίνη (χρησιμοποιείται σε φυτοφάρμακα ή εντομοπαγίδες).
- Στυρένιο (χρησιμοποιείται στην παραγωγή συνθετικού καουτσούκ και πλαστικών).
- Τολουένιο (χρησιμοποιείται ως αντικροτικός παράγοντας στη βενζίνη).
- Υδροξίνη (χρησιμοποιείται ως καύσιμο για πυραύλους και αεροσκάφη).
- Φαινόλη (χρησιμοποιείται ως απολυμαντικό).
- Φορμαλδεΐδη (χρησιμοποιείται για τη διατήρηση νεκρών ζώων).
- Χλωριούχο Βινύλιο (χρησιμοποιείται στην κατασκευή σακουλών σκουπιδιών)<sup>6</sup>.

**Στη συνέχεια, ρωτάμε τους μαθητές «ποια πιστεύουν ότι είναι η πιο εξαρτησιογόνος χημική ουσία απ' όλες;»**

#### **Απάντηση:**

- 208 • Η νικοτίνη είναι μία εξαιρετικά βλαβερή χημική ουσία, γιατί εμποδίζει τους ανθρώπους



**Εικόνα 5.** Πείραμα με τσιγάρο.

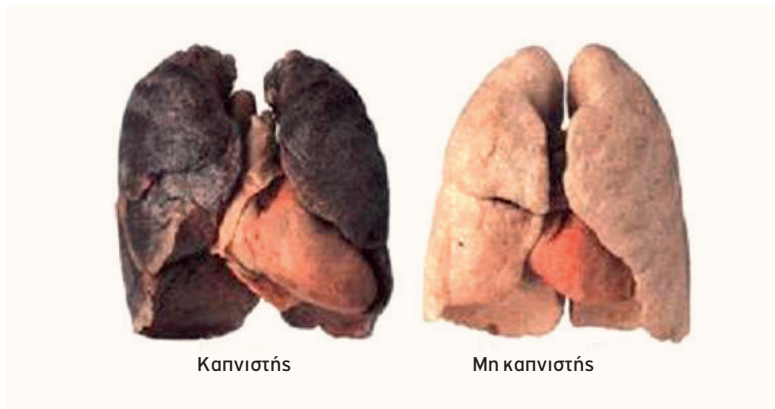
να σταματήσουν το κάπνισμα.

- Η νικοτίνη κατατάσσεται στην τρίτη θέση των ναρκωτικών ουσιών μετά την ηρωίνη και την κοκαΐνη.
- Η νικοτίνη προκαλεί εξάρτηση, δηλαδή σε αναγκάζει να καπνίζεις ακόμη και εάν εσύ θέλεις να σταματήσεις.
- Οι άνθρωποι που καπνίζουν είναι εξαρτημένοι από τη νικοτίνη χωρίς να το συνειδητοποιούν.

**Συνεχίζουμε με ένα πείραμα, για να δούμε τί συμβαίνει στα πνευμόνια, όταν κάποιος καπνίσει ένα τσιγάρο. Στο μυαλό μας έχουμε τα εξής:**

- Νικοτίνη – εξαρτησιογόνος ουσία και έχει χρώμα κίτρινο – καφέ.
- Πίσσα – προκαλεί καρκίνο και έχει χρώμα καφέ – μαύρο.

Για να κάνουμε το πείραμα με το τσιγάρο (Εικόνα 5), χρησιμοποιούμε ένα άδειο μπουκάλι φυσιολογικού ορού ως τεχνητό πνεύμονα. Στο κάτω μέρος στερεώνουμε με χαρτοταινία λίγο βαμβάκι. Τοποθετούμε ένα καλαμάκι μέσα στο μπουκάλι και με λίγη πλαστελίνη σφραγίζουμε το στόμιο, για να μην μπαίνει μέσα αέρας. Στο πάνω μέρος από το καλαμάκι βάζουμε ένα τσιγάρο και το στερεώνουμε με λίγη πλαστελίνη. Στη συνέχεια, ανάβουμε το τσιγάρο και



**Εικόνα 6.** Οι συνέπειες του καπνίσματος στους πνεύμονες.

συγχρόνως πιέζουμε μερικές φορές το μπουκάλι, ώστε να γίνει τεχνητά η διαδικασία του καπνίσματος. Παροτρύνουμε τα παιδιά να συμμετέχουν σε όλη τη διαδικασία, θέτοντάς τους ερωτήσεις, όπως γιατί σφραγίζουμε με πλαστελίνη το μπουκάλι, γιατί βάζουμε το βαμβάκι κ.λπ. Αφού το μπουκάλι – ο τεχνητός μας πνεύμονας έχει καπνίσει όλο σχεδόν το τσιγάρο, δείχνουμε στα παιδιά τα υπολείμματα της πίσσας και της νικοτίνης που έχουν μείνει πάνω στο βαμβάκι βγάζοντάς το μέσα από το μπουκάλι. Έτσι, βλέπουμε τι μένει στον πνεύμόνι μας από το κάπνισμα ενός τσιγάρου. Ακόμα, τους δείχνουμε το φίλτρο του τσιγάρου το οποίο έχει χρωματιστεί από τις ουσίες και εξηγούμε ότι παρόλο που φαίνεται ότι έχει συκρατήσει το σύνολο της ποσότητας, εντούτοις μια ποσότητα έχει περάσει στον πνεύμονα<sup>5</sup>.

**Σημείωση:** εάν υπάρχουν μαθητές με αναπνευστικά προβλήματα ή αλλεργίες, καλό είναι να μη συμμετάσχουν στο πείραμα. Επίσης, συστήνουμε το πείραμα να υλοποιηθεί σε ανοικτό χώρο ή με ανοικτό παράθυρο, προκειμένου να μην έρθουν σε επαφή με τον καπνό οι μαθητές. Για το κλείσιμο αυτής της δραστηριότητας τους δείχνουμε στο διαδραστικό πίνακα την εικόνα με τους πνεύμονες του καπνιστή και του μη καπνιστή (Εικόνα 6).

### **ΑΙΤΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ (10 λεπτά):**

#### **Ειδικοί στόχοι δραστηριότητας**

- Να κατανοήσουν οι μαθητές, γιατί οι άνθρωποι καπνίζουν, αν και γνωρίζουν τις βλάβες που προκαλεί στον οργανισμό τους το τσιγάρο.
- Να προβληματιστούν και να εκφράσουν τις απόψεις τους και τις απορίες τους γύρω από αυτό το θέμα.

#### **Περιγραφή δραστηριότητας**

Χωρίζουμε τα παιδιά σε ζευγάρια και ζητάμε από το κάθε ζευγάρι να συζητήσει και να καταγράψει σε κόλλες Α4 τους λόγους - αίτια που συνήθως οδηγούν κάποιον να αρχίσει το τσιγά-

ρο. Το κάθε ζευγάρι μας παρουσιάζει τα όσα συζήτησε. Τα καταγράφουμε όλα στον πίνακα και εξηγούμε για το καθένα από αυτά.

### **Συνήθως τα αίτια που καταγράφουν τα παιδιά είναι τα εξής:**

- Μαγκιά.
- Πίεση της παρέας – φίλοι.
- Διαφήμιση – Τηλεόραση - ΜΜΕ.
- Περιέργεια.
- Οικογενειακά, ψυχολογικά και οικονομικά προβλήματα.
- Οικογενειακό περιβάλλον – γονείς.
- Μίμηση - πρότυπα.

Επιμενουμε περισσότερο στην επιρροή της παρέας και τη διαφήμιση.

### **ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ (10 λεπτά):**

#### **Ειδικοί στόχοι δραστηριότητας**

- Να αναγνωρίσει και να επισημάνει ο μαθητής την επιρροή των φίλων στις επιλογές και τις αποφάσεις του.
- Να κινητοποιηθεί ο μαθητής, προκειμένου να αναλάβει προσωπική ευθύνη για την προστασία του εαυτού του, όταν βρεθεί αντιμέτωπος με την πρόκληση του τσιγάρου στην πίεση της παρέας και των φίλων.

#### **Περιγραφή δραστηριότητας**

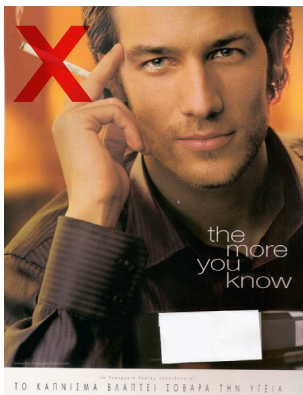
Ξεκινάμε διαβάζοντας στους μαθητές την ιστορία της Μαρίας που πάει στη έκτη τάξη.

«Η Μαρία δεν έχει καπνίσει ποτέ της. Την περασμένη εβδομάδα, η Μαρία επέστρεψε στο σπίτι μετά το σχολείο με τη μεγαλύτερη αδερφή της, την Ελένη και τις φίλες της αδερφής της. Οι φίλες της Ελένης άναψαν δύο τσιγάρα, καθώς περπατούσαν και είπαν στη Μαρία να δοκιμάσει κι εκείνη ένα. Της είπαν πως είναι σε μια παρέα με μεγάλες και γι' αυτό πρέπει να κάνει ό,τι κάνουν οι μεγάλες. Εξάλλου, κανείς δε θα μάθαινε ότι κάπνισε. Τι θα κάνει τελικά η Μαρία;»

Στην ιστορία αυτή δίνεται έμφαση στην επιρροή και στην πίεση που μπορεί να ασκήσει η παρέα και οι φίλοι. Συζητάμε το θέμα αυτό μέσα από τις παρακάτω ερωτήσεις:

- Πώς πιστεύετε ότι ένιωσε η Μαρία, όταν της ζήτησαν να καπνίσει;
- Φοβάται μήπως τα μεγαλύτερα παιδιά την πουν «μωρό»;
- Με ποιο τρόπο οι φίλες της Ελένης πιέζουν τη Μαρία να καπνίσει;
- Είναι αλήθεια ότι, όταν κάποιος καπνίζει, δεν έχει κανένα πρόβλημα;
- Πώς θα μπορούσε η Μαρία να απαντήσει αρνητικά σε αυτήν την περίπτωση που πιέζεται 211





Παράδειγμα διαφήμισης.

να καπνίσει; Για να δοκιμάσουμε να πούμε «όχι».

- Ποια συναισθήματα σας δημιούργησε αυτή η κατάσταση;
- Μπορείς να πάρεις τη σωστή απόφαση για το κάπνισμα<sup>6</sup>;

### **ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ (10 λεπτά):**

#### **Ειδικοί στόχοι δραστηριότητας**

- Να διακρίνουν οι μαθητές τα μηνύματα των διαφημίσεων του τσιγάρου για τη φιλία και τη μαγκιά, να τα αξιολογήσουν και να τα κρίνουν εντοπίζοντας τα αρνητικά στοιχεία που προβάλλονται.
- Να συζητήσουν και να προβληματιστούν σχετικά με τη δυναμική της διαφήμισης και την αλήθεια πίσω από αυτή.

#### **Περιγραφή δραστηριότητας**

Παραθέτουμε ως παράδειγμα μια διαφήμιση τσιγάρου που προβάλλει τη μαγκιά. Αρχικά, δείχνουμε στον διαδραστικό πίνακα τη διαφήμιση με το τσιγάρο. Τους ζητάμε να την περιγράψουν, δηλαδή να περιγράψουν το άτομο (τι φοράει, πως στέκεται, τι έκφραση έχει το πρόσωπό του), να εντοπίσουν το χώρο που βρίσκεται (Άγρια Δύση, έρημος) και να αναλύσουν το λεκτικό μήνυμα της διαφήμισης. Ακολουθεί συζήτηση με βάση τα παρακάτω ερωτήματα:

#### **Τι μας λέει η διαφήμιση που προωθεί το κάπνισμα;**

Μάγκας είναι αυτός που:

- Ντύνεται μοντέρνα.
- Είναι τολμηρός και άγριος.
- Δείχνει ότι ξέρει τι θέλει.
- Κάνει ριψοκίνδυνα πράγματα που δεν είναι συνηθισμένα και καπνίζοντας και ένα τσιγάρο... είναι ο εαυτός του.

#### **Τι συμβαίνει στην πραγματικότητα;**

Προβάλλεται ένα ψεύτικο πρότυπο ισορροπημένου ατόμου, διότι:

- Το άτομο καπνίζει, όχι επειδή το επιλεγεί, αλλά επειδή είναι εξαρτημένο.
- Γνωρίζει ότι το τσιγάρο καταστρέφει την υγεία και την ομορφιά, αλλά δεν μπορεί να το κόψει.
- Δε χρειάζεται να κάνει «ακροβατικά» για να αποδείξει ποιος είσαι.

#### **Τι προτείνουμε εμείς**

Ο πραγματικός «μάγκας»:

- Αποφασίζει ο ίδιος για τον εαυτό του.
- Έχει αυτοπεποίθηση.
- Είναι ειλικρινής.
- Σέβεται τους άλλους.

- Αναγνωρίζει και ενισχύει τα θετικά στοιχεία του.
- Δεν γίνεται θύμα κανενός.

### **Τελικά:**

- Καμία εξάρτηση δεν είναι μαγκιά.
- Οι εξαρτήσεις «κόβουν» τη μαγκιά.

Γιατί υπάρχουν οι διαφημίσεις του τσιγάρου, παρόλο που το Υπουργείο Υγείας προειδοποιεί ότι: **ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΒΛΑΠΤΕΙ ΣΟΒΑΡΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ;**

- Η διαφήμιση του τσιγάρου δεν ένα απλό εμπορικό προϊόν, αλλά μια εξάρτηση.
- Κάθε χρόνο μόνο στην Ελλάδα θέλουν να προστίθενται 50.000 νέοι καπνιστές, προκειμένου να συντηρείται το καπνεμπόριο.
- Καθημερινά, έστω ότι καπνίζουν ένα πακέτο τσιγάρα, δηλαδή πληρώνει ο καθένας από αυτούς περίπου €3,5. Όλοι μαζί δίνουν €175.000 ημερησίως. Το επίσιο κόστος φθάνει στα €63.875.000.
- Αν στην Ελλάδα καπνίζουν 1.000.000 άνθρωποι, το αντίστοιχο ποσό το χρόνο ανέρχεται στα €1.277.500.000! Με αυτό το χρηματικό πόσο, ο κάθε άστεγος θα είχε ένα πολύ ωραίο σπίτι<sup>6</sup>.

### **ΚΛΕΙΣΙΜΟ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗΣ:**

Κλείνουμε την παρέμβασή μας με τον κάθε μαθητή, αλλά και τον εκπαιδευτικό να αναφέρουν «κάτι που έμαθαν από τη σημερινή μας συνάντηση».

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14

# ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ΚΑΙ ΛΥΚΕΙΟΥ

ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΑΛΕΞΑΚΗ

*Κοινωνική Λειτουργός, Ψυχοθεραπεύτρια –Επιστημονικό Στέλεχος Πρόληψης,  
Κέντρο Πρόληψης Εξαρτήσεων & Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Δήμου Κηφισιάς –  
ΟΚΑΝΑ «ΠΡΟΝΟΗ», Επιστημονικός Συνεργάτης Heart II –IIBEAA*

**Σ**τα προηγούμενα κεφάλαια του εγχειριδίου μάς δόθηκε η δυνατότητα να αποκτήσουμε εξειδικευμένες γνώσεις για το μείζον θέμα της πρόληψης του καπνίσματος. Στο παρόν κεφάλαιο, θα μας δοθεί η δυνατότητα με απλό και κατανοητό τρόπο να έχουμε στη «φαρέτρα» των εργαλείων μας την απαραίτητη μεθοδολογία για την υλοποίηση μιας βραχείας παρέμβασης ενημέρωσης στους μαθητές.

Κατ' ανάλογο τρόπο, μπορούμε να αξιοποιήσουμε τις τεχνικές που θα μάθουμε στο τρέχον κεφάλαιο και σε όλα τα υπόλοιπα κεφάλαια του εγχειριδίου, εκτός από όσων είναι για την θεωρητική σας κατάρτιση (Σύγχρονες πρακτικές και προσεγγίσεις στην πρόληψη του καπνίσματος στη μαθητική κοινότητα, Η πρόληψη του καπνίσματος στη μαθητική κοινότητα και Ο ρόλος του εκπαιδευτικού στην πρόληψη του καπνίσματος).

Σήμερα, θεωρούμε ότι ένα σύγχρονο πρόγραμμα αγωγής υγείας, χρειάζεται να παρέχει τόσο εξειδικευμένες γνώσεις και τεχνικές, όσο και παράλληλα την ενδυνάμωση της αυτενέργειάς μας, προσφέροντάς μας τη δυνατότητα να μπορούμε να προσαρμοζόμαστε στις ιδιαιτερότητες του δυναμικού της τάξης μας.

Με απλά λόγια, το εγχειρίδιο παρέχει τη γνώση και την ευέλικτη δυνατότητα να υλοποιηθεί από μια βραχεία παρέμβαση μιάμισης ώρας μέχρι και σε εβδομαδιαία βάση από μιάμιση ώρα στην κάθε συνάντηση.

χεία ενημέρωση να επηρεάσει τους μαθητές στην πρόληψη του καπνίσματος;» Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, ακόμα και μια βραχεία παρέμβαση δύναται να επηρεάσει τον τρόπο αντίληψης και δράσης των εφήβων μαθητών<sup>1</sup>.

Θα θέλαμε να επισημάνουμε, πριν την έναρξη υλοποίησης της παρέμβασης, την ανάγκη για αλλαγή στη διάταξη της σχολικής αίθουσας σε περίπτωση που δεν διευκολύνει την εργασία σε ομάδες. Ιδανικές διατάξεις για μια τέτοιου είδους παρέμβαση είναι: **α)** σε σχήμα Π και **β)** σε μικρές ομάδες των 4-6 ατόμων, όπου οι μαθητές κάθονται κυκλικά.

Ο τρόπος διάταξης των μαθητών επηρεάζει τον βαθμό συμμετοχής τους, την επικοινωνία τους, τη συγκέντρωσή τους, αλλά ακόμα και την αλληλεπίδραση μεταξύ τους, με αποτέλεσμα η καλύτερη δυνατή διάταξη να προσφέρει και τις μέγιστες δυνατές γνώσεις και αποτυπώσεις στη βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη μνήμη τους<sup>2</sup>.

Ως εκπαιδευτικοί θα προσπαθήσουμε στη συγκεκριμένη παρέμβαση να ενθαρρύνουμε τους μαθητές να συμμετάσχουν στο μέγιστο των δυνατοτήτων τους, δημιουργώντας ένα κλίμα εμπιστοσύνης και αποσαφήνισης, διευκρινίζοντας ότι εμείς είμαστε εκεί για να επαναλάβουμε όσες φορές χρειαστεί τα σημεία της παρέμβασης, προκειμένου να είναι όλα κατανοητά σε όλους και κυρίως χωρίς να χρειαστεί να φέρουμε κανέναν σε δύσκολη θέση. Κατά αυτό τον τρόπο, θα αμβλύνουμε την αίσθηση των εφήβων ότι είμαστε εκεί, για να μονολογήσουμε ή ακόμα και ότι δεν μας ενδιαφέρουν οι πιθανές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στο συγκεκριμένο θέμα.

Η παραπάνω τακτική αποτελεί το «κλειδί» για την απόκτηση γνώσεων και την ανάπτυξη δεξιοτήτων συμπεριφοράς των μαθητών μέσα σε ένα σχολικό περιβάλλον που διευκολύνει την επίτευξη της ωρίμανσης και της ανάληψης ευθύνης των εφήβων.

Παράλληλα, χρειάζεται να έχουμε υπόψη μας ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν ένα άτομο στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών είναι:

- Η επιρροή των προτύπων (MME, lifestyle) και ειδικότερα όσων αφορά στους εφήβους, η επιρροή των συνομηλίκων σε συνδυασμό με την ανεκτική συμπεριφορά του ατόμου.
- Οι γνώσεις και οι αντιλήψεις του ίδιου του ατόμου αναφορικά με τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες της χρήσης σε προσωπικό επίπεδο.
- Οι μειωμένες ή ανεπαρκείς κοινωνικές σχέσεις του ατόμου (αίσθηση του «ανήκειν») λειτουργούν αντιστρόφως ανάλογα στην εξάρτηση ουσιών σε σχέση με τον ικανοποιητικό βαθμό συμμετοχής στις κοινωνικές ομάδες. Δηλαδή, όσο περισσότερο ενεργά συμμετέχει ένας μαθητής στη σχολική ζωή, στην οικογενειακή ζωή, στις φιλικές του σχέσεις, τόσο και μειώνονται οι πιθανότητες να ξεκινήσει το κάπνισμα ή άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες.

Όταν αναφερόμαστε στις εξαρτησιογόνες ουσίες, σαφώς αναφερόμαστε και στην εξάρτηση από το κάπνισμα και παίρνουμε ως δεδομένο τον εθισμό που προκαλεί.

Η παρέμβαση έχει δημιουργηθεί με σκοπό να υλοποιηθεί σε ένα τμήμα με περίπου τριάντα μαθητές, για λόγους ποιοτικότερης αποτελεσματικότητας.

Αν είμαστε οι ίδιοι καπνιστές, είναι σημαντικό εκ των προτέρων να έχουμε διαχωρίσει την προσωπική μας θέση, σε σχέση με τις επιστημονικά τεκμηριωμένες θέσεις που θα προσηπαθήσει να μεταφέρει το παρόν εγχειρίδιο στους μαθητές για την πρόληψη του καπνίσματος.

Τέλος, σας ενημερώνουμε ότι η συγκεκριμένη παρέμβαση, καθώς και όλο το εγχειρίδιο είναι διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: [www.smokefreegreece.gr](http://www.smokefreegreece.gr)

Σας ευχόμαστε καλή επιτυχία στην υλοποίηση της παρέμβασής!

## ΣΤΟΧΟΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

- Να ενημερωθεί ο μαθητής για τις συνέπειες του καπνίσματος με εγκυρότητα και υπευθυνότητα, προκειμένου να αποκτήσει σωστές γνώσεις για τις συνέπειες του καπνίσματος.
- Να κινητοποιηθεί, προκειμένου να αναλάβει προσωπική ευθύνη στην προστασία του εαυτού του από το κάπνισμα.
- Να αναγνωρίσει ότι το κάπνισμα προκαλεί εξάρτηση.
- Να απομυθοποιήσει τους λόγους για τους οποίους οι άνθρωποι καπνίζουν, μολονότι γνωρίζουν τις βλαβερές επιδράσεις του καπνίσματος.

## ΥΛΙΚΑ–ΔΙΑΤΑΞΗ ΧΩΡΟΥ ΤΑΞΗΣ

- Διαδραστικός πίνακας.
- Φωτοτυπίες των ασκήσεων της παρέμβασής.
- Οι μαθητές κάθονται σε διάταξη σχήματος «Π».

## ΠΡΟΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

- 2 διδακτικές ώρες.

## Η ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

### **Έναρξη - Εισαγωγή. Προτεινόμενος χρόνος: 5 λεπτά.**

Καλωσορίζουμε τους μαθητές και τους λέμε δυο λόγια σχετικά με τους στόχους της σημερινής μας συνάντησης. Ειδικότερα, θα μπορούσαμε να τους ανφέρουμε τα εξής: «Στη συνάντησή μας θα προσπαθήσουμε να δώσουμε πληροφορίες και να συζητήσουμε για την πρόληψη του καπνίσματος. Θα ήθελα να σας διευκρινίσω ότι για το συγκεκριμένο θέμα δεν θα σας πω την προσωπική μου γνώμη, αλλά θα σας αναφέρω στοιχεία τα οποία είναι επιστημονικά τεκμηριωμένα και έγκυρα. Θα προσπαθήσω να μην έρθει κανείς σε δύσκολη θέση και ούτε χρειάζεται να μοιραστεί κανείς μας κάποια προσωπική πληροφορία. Εάν το κάνει, όμως, θα φροντίσουμε όλοι να παραμείνει μεταξύ μας.

Η συνάντησή μας θα διαρκέσει δυο διδακτικές ώρες χωρίς διάλειμμα. Θα υπάρξει, όμως, εσωτερικό διάλειμμα με παιχνίδια στα οποία θα συμμετέχουμε. Επιπλέον, θα είμαι στη διάθεσή σας και στο μέλλον, σε περίπτωση που σας προκύψουν κάποια περαιτέρω ερωτήματα ή προβληματισμοί που δεν θα μπορέσουμε να απαντήσουμε σήμερα.

Θα επαναλάβουμε κάποια σημαντικά σημεία - όσες φορές χρειαστεί - για να είναι κατανοητά σε όλους. Εάν κάποιος από εσάς δεν καταλαβαίνει κάποια πληροφορία, θα ήθελα να με διακόψει και να ρωτήσει, διότι στόχος μας σήμερα είναι να μη φύγει κανείς μας χωρίς να έχει κατακτήσει κάποιες βασικές γνώσεις, ώστε με δική του ευθύνη να επιλέξει, εάν θέλει ή όχι, να είναι καπνιστής».

Σημείωση: Εάν δεν γνωρίζουμε όλους τους μαθητές της τάξης, ζητάμε να μας πουν το μικρό τους όνομα και τι χόμπι έχουν. Την πληροφορία του χόμπι μπορούμε να τη συνδέσουμε μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης επισημαίνοντας ότι κάποιες δραστηριότητες, όπως είναι τα αθλήματα, αλλά ακόμα και άλλα τα οποία απαιτούν τη συγκέντρωσή μας (π.χ. σκάκι, διαδραστικά παιχνίδια στρατηγικής στον υπολογιστή κ.ά.), αποδίδουν λιγότερο, αφού καπνίζοντας έχουμε απώλεια μνήμης κατά 20% και επιπλέον, το σώμα μας υπόκειται σε όλες τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, με αποτέλεσμα οι καπνιστές να μην επιθυμούν να ασκηθούν, αφού βιώνουν με πολύ επώδυνο τρόπο την άσκηση<sup>3</sup>.

### **1η ΑΣΚΗΣΗ**

#### **Προβολή διαφανειών – συζήτηση. Προτεινόμενος χρόνος: 30 λεπτά.**

Θα δούμε κάποιες διαφάνειες στο διαδραστικό πίνακα και θα προσπαθήσουμε να απαντήσουμε σε όλες. Θα προσπαθήσουμε να πάρουν όλοι το λόγο. Εξάλλου, μην ξεχνάτε ότι δεν έχει σημασία εάν κάποιος από εμάς έχει μια λανθασμένη άποψη, μας ενδιαφέρει να είμαστε όλοι ενημερωμένοι σωστά και υπεύθυνα.

Σημείωση: Πρώτα δίνουμε την ευκαιρία στους μαθητές να απαντήσουν και να τοποθετηθούν και στη συνέχεια προσπαθούμε, αξιοποιώντας και το υλικό που μας φέρνουν, να απαντήσουμε. Προσοχή: οι μαθητές στην εφηβεία μπορούν με την ενέργεια και τη ζωηρότητα τους πολύ

εύκολα να μας παρασύρουν και να περάσουμε σε άλλο θέμα που δεν θα αφορά στους στόχους της παρούσας ενημέρωσης. Εάν συμβεί και όποτε συμβεί, με καλή διάθεση και ευγένεια τους απαντάμε ότι είναι μεν σημαντικό το ερώτημά τους, αλλά δεν έχει να κάνει με τους στόχους της συνάντησής μας. Δεν ξεχνάμε ποτέ ότι εφηβεία σημαίνει όρια και υπομονή!

## ΚΑΡΤΕΛΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

(Γράψτε τες σε χαρτονάκια και κόψτε τες με ψαλίδι)

1. Πιστεύετε ότι υπάρχει εξάρτηση από το κάπνισμα;
2. Γνωρίζετε τί είναι η εξάρτηση και ειδικότερα πώς συσχετίζεται με το κάπνισμα;
3. Γνωρίζετε εάν το τσιγάρο περιέχει κι άλλες χημικές ουσίες με βιολογικές συνέπειες, εκτός από τη νικοτίνη;
4. Γνωρίζετε ποιες είναι οι άμεσες (βραχυπρόθεσμες) συνέπειες του καπνίσματος;
5. Γνωρίζετε ποιες είναι οι έμμεσες (μακροπρόθεσμες) συνέπειες του καπνίσματος;
6. Γνωρίζετε ποιες είναι οι διάφορες μορφές χρήσης προϊόντων καπνού;
7. Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι ή οι λιγότεροι νέοι και νέες της ηλικίας σας καπνίζουν;
8. Θεωρείτε ότι η διακοπή του τσιγάρου είναι εύκολη υπόθεση;
9. Η χρήση δύο με τριών τσιγάρων καθημερινά μπορεί να έχει βλαβερές συνέπειες στην υγεία μου;
10. Εάν είμαι παθητικός καπνιστής, υπόκειμαι σε βλαβερές συνέπειες για την υγεία μου;
11. Η διαφήμιση του τσιγάρου επιτρέπεται;
12. Έχετε αναλογιστεί για ποιους λόγους οι άνθρωποι καπνίζουν;

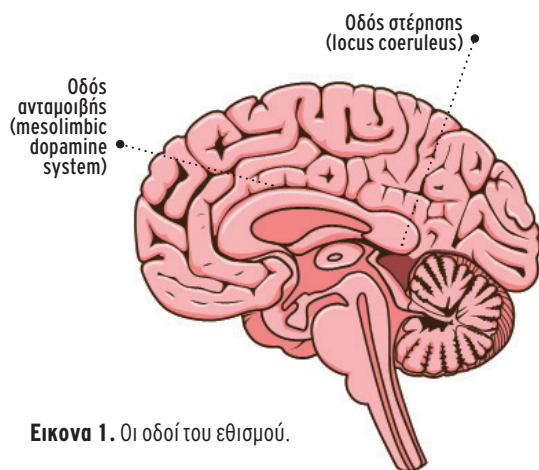
## ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ - ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

**Ε:** «Πιστεύετε ότι υπάρχει εξάρτηση από το κάπνισμα;»

**Α:** Ναι, το τσιγάρο ή οποιαδήποτε άλλη μορφή καπνίσματος, προκαλεί πολύ ισχυρή εξάρτηση και είναι πολύ δύσκολη η διακοπή του. Μάλιστα τα 2/3 των καπνιστών επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα, δυστυχώς τα καταφέρνουν ελάχιστοι. Μόνο τους δεν ξεπερνούν το 2% - 3%. Η κύρια αιτία, η οποία δυσκολεύει τους καπνιστές να σταματήσουν το κάπνισμα, είναι η νικοτίνη που περιέχεται στα τσιγάρα. Η νικοτίνη είναι μια από τις πιο ισχυρές εξαρτησιογόνες ουσίες που προκαλούν εξάρτηση, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, όπως η ηρωίνη και η κοκαΐνη και ανήκει στην ίδια ευρύτερη κατηγορία στο διεθνές σύστημα κατάταξης νοσημάτων ICD-10.

**Ε:** «Γνωρίζετε τί είναι η εξάρτηση και ειδικότερα πώς συσχετίζεται με το κάπνισμα;»

**Α:** Ως εξάρτηση ορίζεται η ανάγκη για συνεχή χρήση μιας συγκεκριμένης χημικής ουσίας (ηρωίνη, κοκαΐνη, αμφεταμίνες κ.ά.) με στόχο την αλλαγή της διάθεσής μας. Η έννοια της εξάρτησης είναι τελείως διαφορετική από την ανάγκη κάθε ζώντος οργανισμού για κάλυψη



**Εικόνα 1.** Οι οδοί του εθισμού.

ταν έχει πέσει η στάθμη της εξαρτησιογόνου ουσίας στο αίμα και προκαλεί άγχος και έντονη ανάγκη για χρήση. Καθώς και το κέντρο της ικανοποίησης, που διεγείρεται, προκαλεί ευχαρίστηση μόλις πάλι ανέβει η στάθμη της ουσίας στο αίμα. Έτσι λειτουργούν όλες οι εξαρτησιογόνες ουσίες και έτσι ακριβώς δρα και η νικοτίνη στο τσιγάρο. Το κάπνισμα, όμως, εκτός από την παραπάνω νευροβιολογική εξάρτηση, συνδέεται λειτουργικά και με βιολογικές ή και συναισθηματικές καθημερινές δραστηριότητες (π.χ.: καπνίζει κάποιος με τον καφέ, την παρέα, όταν είναι στενοχωρημένος, όταν είναι χαρούμενος, μόλις ξυπνήσει το πρωί, όταν δουλεύει μπροστά στον υπολογιστή κ.λπ.)<sup>4</sup>.

Η στερεότυπη επαναληψιμότητα των κινήσεων των χεριών του χρήστη, η αίσθηση της αφής, η επαφή με τα χείλη, η γεύση του καπνού, η διέγερση της όσφρησης, το οπικό ερέθισμα του πακέτου, η αίσθηση της εισπνοής του καπνού αποτελούν εντονότατα ερεθίσματα του εγκεφαλικού φλοιού που εθίζεται και επιζητεί τη συνεχή επανάληψή τους.

Τέλος, ειδικά για τους εφήβους τονίζεται η επίδραση του φαινομένου lifestyle που προσθέτει στα παραπάνω υπερβάλλουσα αίσθηση ομορφιάς, σεξουαλικότητας και κοινωνικοποίησης.

**Ε:** «Γνωρίζετε εάν το τσιγάρο περιέχει κι άλλες χημικές ουσίες με βιολογικές συνέπειες, εκτός από τη νικοτίνη;»

**Α:** Κάθε τσιγάρο περιέχει γύρω στις 7.000 επικίνδυνες χημικές ουσίες για την υγεία μας. Μάλιστα οι 70 από αυτές είναι καρκινογόνες. Για να δούμε κάποιες από αυτές και ποιες από αυτές γνωρίζουμε; (Βλέπε κεφάλαιο «Κάπνισμα και επιπτώσεις στην υγεία», πίνακα 1).

Γνωρίζετε, όμως, ότι στο τσιγάρο εμπεριέχονται και διάφορες ουσίες που ως στόχο έχουν να αυξάνουν την εθιστική δράση του μέσω της γεύσης ή των οσφρησιακών ερεθισμάτων όπως π.χ. μέντα, κακάο, γλυκόριζα κ.ά.

**Ε:** «Γνωρίζετε ποιες είναι οι άμεσες (βραχυπρόθεσμες) συνέπειες του καπνίσματος;»

**Α:** • Μυρίζουν τα μαλλιά μας. • Μυρίζουν τα ρούχα μας. • Μυρίζει η αναπνοή μας. • Κιτρινί-

των βιολογικών του αναγκών, όπως η λήψη τροφής, το νερό, η σεξουαλική συνεύρεση, που είναι απαραίτητες για τη διατήρηση της ζωής του και την επιβίωση του είδους του.

Η εξάρτηση από το κάπνισμα είναι κατά βάση σωματική και στηρίζεται στη διέγερση και λειτουργία των εγκεφαλικών κέντρων, που λειτουργούν ως δίπολο (Εικόνα 1). Αναλυτικότερα, είναι το κέντρο της στέρνου που διεγείρεται, ό-



ζουν τα δόντια μας. • Κιτρινίζουν τα δάχτυλά μας. • Η επιδερμίδα μας γίνεται πιο τραχιά, πιο σκληρή με συνέπεια να γερνάει γρηγορότερα. • Μειώνεται η γεύση και η όσφρηση. • Προκαλεί αδυναμία αυτοσυγκέντρωσης. • Προκαλεί απώλεια μνήμης. • Είναι αντι-σεξουαλικό. • Έχει οικονομικό κόστος.

**Ε:** «Γνωρίζετε ποιες είναι οι έμμεσες (μακροπρόθεσμες) συνέπειες του καπνίσματος;»

**Α:** • Ευθύνεται για το 40% των καρκίνων παγκοσμίως, όπως ο καρκίνος του πνεύμονα (8.000 άτομα κάθε χρόνο στην Ελλάδα πεθαίνουν από καρκίνο του πνεύμονα. Το 90% από αυτούς προκαλείται από το κάπνισμα), ο καρκίνος της στοματικής κοιλότητας, του λάρυγγα, του φάρυγγα, του οισοφάγου, της ουροδόχου κύστεως. • Βλάβες στα εγκεφαλικά αγγεία. • Καρδιοπάθειες. • Πνευμονικό εμφύσημα, βρογχικό άσθμα, χρόνια βρογχίτιδα. • Αλλεργίες. • Μείωση των αντοχών και της φυσικής άμυνας του οργανισμού. • Προβλήματα υπογονιμότητας (συστήνεται μάλιστα στα ζευγάρια που πρόκειται να μπου στην διαδικασία να αποκτήσουν παιδιά, εάν είναι καπνιστές, να το σταματήσουν για όσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα γίνεται πριν. • Σύνδρομο του «αιφνίδιου θανάτου» στα βρέφη. • Προβλήματα στην ανάπτυξη, εφόσον είμαι σε ηλικία ανάπτυξης (όπως είμαστε τώρα εδώ). Συγκεκριμένα, μια ποσότητα της τάξεως των 0,05 γραμμαρίων καθαρής νικοτίνης προκαλεί θάνατο σε ενήλικα, ενώ στα μικρά παιδιά, η κατάποση ενός και μόνο τσιγάρου, μπορεί να προκαλέσει το θάνατο<sup>6</sup>. • Κάθε τσιγάρο που καπνίζουμε αφαιρεί 11 λεπτά από τη ζωή μας.

**Ε:** «Γνωρίζετε ποιες είναι οι διάφορες μορφές χρήσης προϊόντων καπνού;»

**Α:** Τσιγάρα, πίπες, ναργιλέ, καπνός για εισπνοή, καπνός για μάσημα, πούρα, το ηλεκτρονικό τσιγάρο. Να σημειώσουμε ότι κάποτε αναγραφόταν επάνω στο τσιγάρο η λέξη «light». Σε δημοσιευμένες μελέτες αποδείχτηκε ότι δεν είναι ασφαλέστερα τα τσιγάρα τύπου «light», με αποτέλεσμα να απαγορευτεί η παραπλάνηση του καταναλωτικού κοινού.

**Ε:** «Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι ή οι λιγότεροι νέοι και νέες της ηλικίας σας καπνίζουν;»

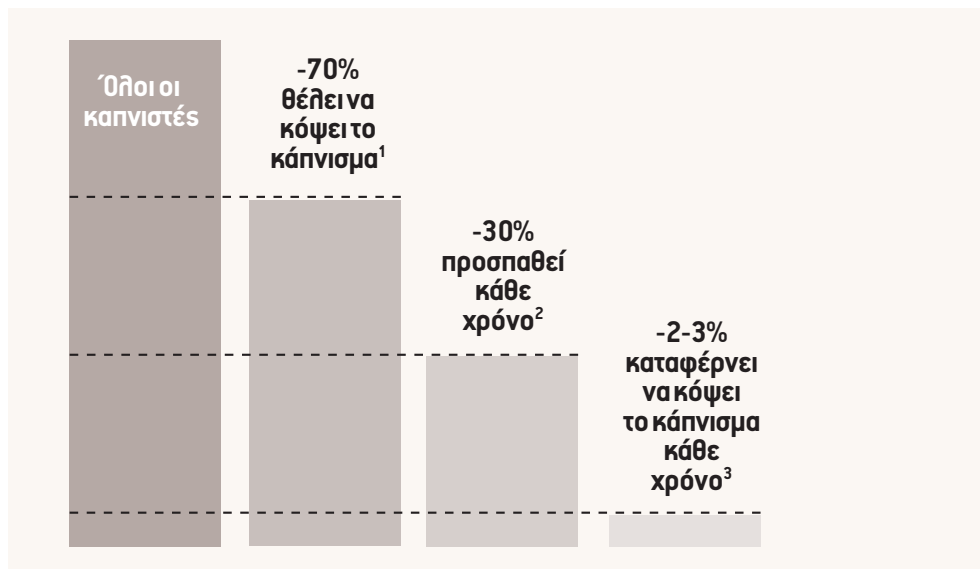
**Α:** Η αλήθεια είναι ότι μας έχουν περάσει την εντύπωση μέσω των μουσικών βιντεοκλίπ, των ταινιών, των τηλεοπτικών σειρών και γενικότερα των προτύπων lifestyle που προβάλλονται, ότι οι περισσότεροι νέοι και νέες της ηλικίας σας καπνίζουν. Σκεφτείτε το λόγο που μας επιβάλλουν αυτή την άποψη. Μήπως, επειδή πολλές φορές οι καπνοβιομηχανίες είναι χορηγοί σε αυτά; Πολλές φορές μάλιστα μας παρουσιάζουν και παραπλανητικές ή μη έγκυρες και επιστημονικά ατεκμηρίωτες έρευνες για τη χρήση καπνίσματος στους νέους. Μπορεί, για παράδειγμα, να παρουσιαστεί μια έρευνα, η οποία αναφέρει ότι το 95% των νέων καπνίζει και να είναι υπερτονισμένη, χωρίς όμως να διευκρινίζει εάν αφορά σε νέους που έχουν καπνίσει

για φορά στη ζωή τους (οπότε είναι πιθανό να εμφανιστεί ένα τόσο υψηλό ποσοστό), αλλά η ερώτηση να τίθεται γενικά και αόριστα, με σκοπό να εντυπωσιάσει.

Σε καμία έγκυρη έρευνα παγκοσμίως δεν υπάρχει τέτοιο υψηλό ποσοστό νέων καπνιστών σε καθημερινή ή ευκαιριακή βάση. Ας σκεφτούμε με κριτική σκέψη και, εάν θέλουμε επίσημα και έγκυρα δεδομένα, ας πλοηγηθούμε στην ιστοσελίδα του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά στη χώρα μας ([www.ektern.gr](http://www.ektern.gr)), όπου θα έχουμε τη δυνατότητα να ενημερωθούμε σωστά. Κρατάμε στο μυαλό μας ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό μαθητών καπνίζει, δηλαδή γύρω στο 10, 2%. Για παράδειγμα, ένας στους δέκα μαθητές ηλικίας 15-18 ετών είναι συστηματικός καπνιστής στη χώρα μας σύμφωνα με έρευνα για το μαθητικό πληθυσμό που πραγματοποιήθηκε το 2011 από το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά. (Η έρευνα υλοποιείται κάθε τέσσερα χρόνια και τα ποσοστά συνεχώς μειώνονται)<sup>13</sup>. Επιπροσθέτως, στην τελευταία μελέτη του GYTS ([www.nsrh.gr](http://www.nsrh.gr)) που υλοποιήθηκε στη χώρα μας και δημοσιεύτηκε το 2013, αναφέρεται για τους μαθητές ηλικίας 13-15 ετών ότι «το 10, 1% καπνίζει τσιγάρα»<sup>14</sup>.

**Ε:** «Θεωρείτε ότι η διακοπή του τσιγάρου είναι εύκολη υπόθεση;»

**Α:** Όπως καταλαβαίνουμε, η διακοπή του τσιγάρου είναι πολύ δύσκολη υπόθεση, λόγω της ισχυρής εξάρτησης της νικοτίνης και λόγω του ότι το κάπνισμα έχει συνδυαστεί με την



**Εικόνα 2.** Η δύναμη του εθισμού.

1. Bridgwood et. al. General Household Survey 1998. 2. West, Getting serious about stopping smoking 1997. 3. Amsten, Prim Psychiatry 1996

καθημερινότητά μας. Επί της ουσίας το καλύτερο είναι να μην το ξεκινήσουμε ποτέ, διότι μετά, εάν καταφέρουμε να το σταματήσουμε, θα προσπαθούμε σε όλη μας τη ζωή να μην το ξαναρχίσουμε (Εικόνα 2).

**Ε:** «**Η χρήση δύο με τριών τσιγάρων καθημερινά μπορεί να έχει βλαβερές συνέπειες στην υγεία μου;**»

**Α:** Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι και η ελάχιστη ποσότητα χρήσης καπνού - ακόμα και το παθητικό κάπνισμα - είναι επικίνδυνο. Οι καπνοβιομηχανίες περνούν μηνύματα, ότι δήθεν η λίγη χρήση δεν βλάπτει, επειδή με τον τρόπο αυτό προσπαθούν να οδηγήσουν στην εξάρτηση τα 50.000 παιδιά που «πρέπει» κάθε χρόνο να ξεκινήσουν το κάπνισμα προκειμένου να μην πέσουν οι πωλήσεις τους.

Επιπλέον, η δόση στην οποία τελικά οδηγείται ο χρήστης κάθε εξαρτησιογόνου ουσίας, δεν ρυθμίζεται από τον ίδιο, αλλά από την ουσία! Δεν είναι καθόλου τυχαίο ότι κάθε πακέτο έχει 20 τσιγάρα, διότι αυτό αποτελεί τη μέση ημερήσια δόση ενός εξαρτημένου.

**Ε:** «**Εάν είμαι παθητικός καπνιστής, υπόκειμαι σε βλαβερές συνέπειες για την υγεία μου;**»

**Α:** Ναι. Όταν εισπνέω παθητικά τον καπνό, αυξάνονται οι πιθανότητες για καρδιοπάθειες, πνευμονοπάθειες, καρκίνους και οι κίνδυνοι μεγαλώνουν κατά 20%, εάν είμαι παιδί.

Βλαβερό, όμως, είναι και το τριπογενές κάπνισμα, που αναφέρεται στον καπνό που επικάθεται επάνω στα ρούχα μας, στους τοίχους, στα έπιπλα και γενικότερα στο χώρο που ζούμε.

Σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες εκτιμήσεις της σύμπραξης που δημιουργήθηκε από την Ευρωπαϊκή Πνευμονολογική Εταιρεία (European Respiratory Society) τον οργανισμό Cancer Research UK (Έρευνα για τον καρκίνο ΗΒ) και το Institut National du Cancer (Εθνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο) στη Γαλλία, περισσότεροι από 79.000 ενήλικες πεθαίνουν κάθε χρόνο λόγω του παθητικού καπνίσματος στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Από αυτούς οι 72.000 είχαν εισπνεύσει τα τοξικά χημικά του καπνού μέσα στο ίδιο τους το σπίτι, ενώ οι 7.000 στον εργασιακό τους χώρο. Τα στοιχεία αυτά δημοσιεύτηκαν από την Smoke Free Partnership, ένα φόρουμ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου το οποίο ερευνά θέματα που σχετίζονται με τον καρκίνο και την καρδιά<sup>7</sup>.

Όπως έχει αποκαλύψει πρόσφατη έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, που διεξήχθη σε 192 χώρες, η έκθεση των μη καπνιστών στο παθητικό κάπνισμα προκαλεί 600.000 θανάτους ετησίως. Το 1/3 των θανάτων αυτών είναι παιδιά, ενώ ιδιαίτερα ευάλωτη κατηγορία είναι οι γυναίκες, με ετήσιο αριθμό θανάτων περίπου 281.000<sup>8</sup>.

Επιπλέον, στην Ελλάδα τα κέντρα αναψυχής, όπου βασιλεύει ο καπνός, αποτελούν «θαλάμους αερίων καπνού» και συγχρόνως «φυτώρια» νέων καπνιστών. Στο πλαίσιο μελέτης

που διεξήχθη από ερευνητές του Τμήματος Φυσικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, η οποία δημοσιεύεται στο διαδικτυακό τόπο του επιστημονικού εντύπου «Science of the Total Environment», οι συγκεντρώσεις μικροσωματιδίων στον αέρα των «κέντρων υγειονομικού ενδιαφέροντος» είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες και γίνονται ακόμα πιο επικίνδυνες λόγω του χορού και της συχνής μετακίνησης των θαμώνων, διότι έτσι οι επικίνδυνοι ρύποι επαναωροούνται. Ο δε αντικαπνιστικός νόμος αφενός αφήνει πολλά «παράθυρα», για να εισέρχεται ο καπνός εντός των κέντρων, και αφετέρου δεν περιφρουρείται στην εφαρμογή του<sup>9,10</sup>.

**E: «Η διαφήμιση του τσιγάρου επιτρέπεται;»**

**A:** Όχι, πλέον. Επιτρέπεται μόνο στον εσωτερικό χώρο πώλησής τους (και όχι, όπως γίνεται στον εξωτερικό χώρο πώλησης των περιπτέρων) και σε καμία περίπτωση δεν επιτρέπεται η πώλησή τους σε ανηλίκους.

**E: «Οι καπνιστές μπορούν να καπνίζουν ελεύθερα, όπου θέλουν;»**

**A:** Όχι, βέβαια. Απαγορεύεται σε κλειστούς χώρους όπου είναι ανήλικοι, σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους, στους χώρους εργασίας, δυστυχώς, όμως, δεν τηρείται. Ποιος έχει άραγε ευθύνη; Αναμφίβολα ο καθένας από εμάς έχει το δικαίωμα να προστατέψει τον εαυτό του και να είναι εντάξει απέναντι στις υποχρεώσεις και τα δικαιώματά του είτε είναι καπνιστής είτε είναι μη καπνιστής.

**E: «Έχετε αναλογιστεί για ποιους λόγους οι άνθρωποι καπνίζουν;»**

**A:** Ξεκίνησαν για τυχαίους λόγους στην παιδική και εφηβική ηλικία τους. Ο κυριότερος λόγος είναι, επειδή δεν μπορούν να το κόψουν. Και σήμερα η ανθρωπότητα καταβάλλει τεράστιες προσπάθειες, για να σταματήσει την εξάρτηση από το κάπνισμα

Επισήμανση: Εναλλακτικά μπορείτε να έχετε χωρίσει την τάξη σε υπο-ομάδες, π.χ. εάν είναι είκοσι μαθητές σε τέσσερις υπο-ομάδες και να τους μοιράσετε από τρία τέσσερα ερωτήματα στην καθεμία, για να επεξεργαστείτε τα ερωτήματα. Τους δίνετε 5 λεπτά για αυτή την δραστηριότητα. Στη συνέχεια, με τη βοήθεια του power point συζητάτε τα ερωτήματα ένα –ένα με τη σειρά που τα έχουμε αριθμήσει. Η συγκεκριμένη διαδικασία δίνει ένα περισσότερο βιωματικό τρόπο επεξεργασίας στη δραστηριότητα.

## **2η ΑΣΚΗΣΗ**

**Προβολή βίντεο – συζήτηση. Προτεινόμενος χρόνος: 15 λεπτά.**

Θα παρακολουθήσουμε ένα σύντομο βίντεο όλοι μαζί αναφορικά με τις βλάβες που προκαλεί το τσιγάρο στους πνεύμονες. Είναι διαθέσιμο σε ηλεκτρονική μορφή στο power point στο cd του τρέχοντος κεφαλαίου και στην ιστοσελίδα: [www.smokefreegreece.gr](http://www.smokefreegreece.gr).

Εάν δεν έχετε δυνατότητα προβολής, μπορείτε να αξιοποιήσετε το πείραμα με το τσιγάρο από τη μεθοδολογία της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Ακολουθούν ερωτήσεις για ανάπτυξη συζήτησης από την προβολή του βίντεο.

- Υπήρξε κάτι που σας εντυπωσίασε και δεν το περιμένατε;
- Έχει τύχη να ξαναδείτε κάτι ανάλογο;

Ποιο είναι, λοιπόν, το συμπέρασμά μας από το βίντεο που είδαμε; Το κάπνισμα βλάπτει τους πνεύμονες και οι πνεύμονές μας θα καταστραφούν!

### 3η ΑΣΚΗΣΗ

**Πίεση παρέας – επιρροή συνομηλίκων. Προτεινόμενος χρόνος: 20 λεπτά.**

- Ζητάμε από τρεις εθελοντές μαθητές να μας βοηθήσουν στη δραματοποίηση ενός μικρού θεατρικού χωρίς να τους αναφέρουμε λεπτομέρειες. Τους διευκρινίζουμε, όμως, ότι θα φροντίσουμε να μην έρθει κανείς σε δύσκολη θέση. Από τους μαθητές που δεν θα συμμετέχουν στο θεατρικό ζητάμε να σεβαστούν τους πρωταγωνιστές.
- Παίρνουμε ιδιαίτερος τους πρωταγωνιστές και τους δίνουμε να διαδραματίσουν το παρακάτω θεατρικό:

*«Η Αγγελική δεν έχει καπνίσει ποτέ της. Την περασμένη εβδομάδα η Αγγελική επέστρεψε σπίτι μετά το σχολείο με τη μεγαλύτερη αδερφή της, την Κάτια και τις φίλες της αδερφής της. Οι φίλες της Κάτιας άναψαν δύο τσιγάρα, καθώς περπατούσαν και είπαν στην Αγγελική να δοκιμάσει κι εκείνη ένα. Της είπαν πως είναι μια παρέα όλες μαζί και γι' αυτό πρέπει να κάνει ό, τι κάνουν όλες. Εξάλλου, κανείς δε θα πάθει τίποτα...»*

**Σημείωση:** Φροντίζουμε να αλλάξουμε τα ονόματα των μαθητών στο θεατρικό, εάν υπάρχουν και στην τάξη ίδια ονόματα, για να μην προκαλέσουμε αναστάτωση μετά. Τους δίνουμε δυο λεπτά να προετοιμαστούν, καθώς και τη σαφή οδηγία να δώσουν επιχειρήματα αντίστασης στην Αγγελική να καπνίσει. Το δραματοποιούν για δυο λεπτά και, όταν τελειώσουν, ζητάμε από την τάξη να χειροκροτήσει τους πρωταγωνιστές και τους αποσυμπέξουμε, αποκαλώντας τους και ευχαριστώντας τους, κι εμείς προσωπικά, με το αληθινό τους όνομα.

Ακολουθεί συζήτηση.

**Ε:** «Πώς πιστεύετε πως ένιωσε η Αγγελική, όταν της ζήτησαν να καπνίσει;»

**Α:** Επιτρέψτε σε μερικούς μαθητές να απαντήσουν. Οι απαντήσεις μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Σκέφτεται να καπνίσει, για να εντυπωσιάσει τους μεγαλύτερους μαθητές.
- Φοβάται μήπως δεν την κάνουν παρέα.
- Φοβάται μήπως οι μεγαλύτεροι μαθητές την πουν «άτολη».
- Φοβάται γιατί ξέρει ότι, μόλις βάλει το τσιγάρο στο στόμα της, θα της φέρει βήχα, ζαλάδα και εμετό.

**E:** «Με ποιο τρόπο οι φίλες της Κάτιας πάζουν την Αγγελική να καπνίσει;»

**A:** Οι πιθανές απαντήσεις μπορεί να είναι:

- Οι φίλες της Κάτιας την πάζουν λέγοντάς της πως το κάπνισμα είναι κάτι που κάνουν όλοι οι άνθρωποι μεγαλώνοντας.
- Την πάζουν λέγοντάς της πως, αν καπνίσει, τότε θα μπορεί να μπει στην παρέα τους.
- Την πάζουν λέγοντάς της πως, αν καπνίσει, δε θα έχει κανένα πρόβλημα.

**E:** «Είναι αλήθεια αυτό; Δεν έχει κανένα πρόβλημα κάποιος όταν καπνίζει;»

**A:** Η απάντηση πρέπει να είναι αρνητική.

**E:** «Πώς θα μπορούσε να απαντήσει αρνητικά η Αγγελική σε αυτήν την περίπτωση που πέζεται να καπνίσει;»

**A:** Επιτρέψτε σε μερικούς μαθητές να απαντήσουν. Έπειτα, προτείνετε τις εξής απαντήσεις:

- Θα μπορούσε απλώς να απαντήσει: «Όχι, ευχαριστώ».
- Θα μπορούσε να το αποφύγει λέγοντας: «Δε θα το ήθελα τώρα».
- Θα μπορούσε να ζητήσει τη βοήθεια της αδερφής της ρωτώντας: «Κι εσύ δεν καπνίζεις. Έτσι, δεν είναι;».
- Θα μπορούσε να απαντήσει λέγοντας στις φίλες της αδερφής της πως το τσιγάρο είναι «εξάρτηση» και καταστρέφει τους πνεύμονες.

Η πίεση που μπορεί να ασκήσουν είτε οι μεγαλύτεροι μαθητές είτε οι μαθητές της ηλικίας σας μπορεί να είναι πραγματικά μεγάλη. Όμως, όταν ξέρεις την αλήθεια για το κάπνισμα, τότε είσαι έτοιμος να απαντήσεις και να μην υποκύψεις κάνοντας κάτι που γνωρίζεις πολύ καλά ότι είναι βλαβερό. Μπορείς να πάρεις τη σωστή απόφαση για το κάπνισμα.

Επισημάνσεις:

- Στο παιχνίδι ρόλων είναι πιθανό να χρειαστεί να αντικαταστήσετε τους ρόλους των κοριτσιών με αγοριών.
- Δοκιμάστε να το ξανακάνετε άλλη μέρα με διαφορετική τροπή, έτσι ώστε να προετοιμάσετε τους μαθητές σας για τις αληθινές συνθήκες πίεσης να καπνίσουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.
- Ζητήστε από ένα μαθητή να καταγράψει ό,τι λέγεται στο παιχνίδι ρόλων, έτσι ώστε να μπορείτε ευκολότερα να συζητήσετε μετά.

#### **4η ΑΣΚΗΣΗ**

**Διαφήμιση και κάπνισμα. Προτεινόμενος χρόνος: 15 λεπτά.**

Πείτε στους μαθητές σας: «Οι φίλοι δεν είναι οι μόνοι που μπορεί να σας πιέσουν να καπνίσετε. Οι άνθρωποι που φτιάχνουν και πωλούν τα τσιγάρα - το καπνεμπόριο - θέλουν πολύ να καπνίζετε, για να αγοράζετε τα τσιγάρα τους και να τους κάνετε πλούσιους. Χρησι-



Δείξτε στους μαθητές τη διαφάνεια με τη διαφήμιση. Κάντε αναφορά στους ηθοποιούς-μοντέλα.

μπορούν παράνομες διαφημίσεις, για να δείξουν στους νέους πως το κάπνισμα κάνει τους ανθρώπους λαμπερούς και γοητευτικούς. Το κάπνισμα δημιουργεί ρυτίδες σε μικρή ηλικία. Κιτρινίζει και χαλαίει τα νύχια και τα δόντια σας. Δυστυχώς, προβάλλεται πολύ το κάπνισμα και στις ταινίες, ακόμη και σε αυτές που είναι κατάλληλες για την ηλικία σας. Όλα αυτά αποβλέπουν στην παραγωγή 50.000 νέων καπνιστών κάθε χρόνο στην Ελλάδα μόνο.»

Δείξτε στους μαθητές τη διαφάνεια με τη διαφήμιση περιοδικού. Κάντε αναφορά στους ηθοποιούς-μοντέλα. «Πώς φαίνονται οι άνθρωποι σε αυτήν τη διαφήμιση; Φαίνονται ωραίοι και υγιείς. Με κατάλευκα δόντια, χωρίς ούτε μια ρυτίδα. Έτσι, δεν είναι; Αυτό θέλουν οι παραγωγοί των τσιγάρων να πιστεύετε, ώστε να θελή-

σετε να μοιάσετε σε αυτούς και στα άλλα μοντέλα που προβάλλουν και να αγοράζετε τα τσιγάρα τους. Η αλήθεια, όμως, είναι ότι δεν υπάρχει τίποτα το γοητευτικό ή λαμπερό στο κάπνισμα. Μην ξεγελαστείτε. Το κάπνισμα καταστρέφει τα πνευμόνια σας και μπορεί να σας σκοτώσει.»

#### Εποσημάνσεις:

- Μπορείτε εναλλακτικά να ζητήσετε από τους μαθητές να σκεφτούν τραγούδια, ταινίες, μουσικά βιντεοκλίπ με τους καλλιτέχνες να καπνίζουν οι ίδιοι ή να αναφέρονται στο κάπνισμα. Υπό την προϋπόθεση ότι θα αποδημήσετε μέσω συζήτησης το υλικό που θα σας φέρουν, αναδεικνύοντας την εξάρτηση και τις βλάβες που προκαλεί το κάπνισμα στον ανθρώπινο οργανισμό. Τολμώντας να αναφερθείτε στα συμφέροντα της καπινοβιομηχανίας, προωθώντας το κάπνισμα ως μέρος life style με μοναδικό σκοπό να οδηγήσει στην εξάρτηση 50.000 νέων καπνιστών κάθε χρόνο στη χώρα μας για τη συντήρηση του καπνεμπορίου.
- Μια καλή ιδέα θα ήταν να τους ενθαρρύνετε να δημιουργήσουν οι ίδιοι προληπτικές διαφημίσεις για το κάπνισμα που να απευθύνονται σε συνομηλίκους τους και να τις παρουσιάσουν στο σχολείο ή ακόμα και να κοσμούν μόνιμα έναν τοίχο στο σχολείο.
- Θα μπορούσατε γενικότερα να τους εμπνεύσετε να ασχοληθούν σε πολλές συναντήσεις για το συγκεκριμένο θέμα και να τους αναθέσετε την ευθύνη της προβολής του.

Τι μπορείτε να κάνετε εσείς γι' αυτό;

- Υποσχεθείτε εσείς και οι φίλοι σας ότι δε θα καπνίσετε ποτέ.
- Γίνετε πρεσβευτές για μια ζωή χωρίς τσιγάρο: μιλήστε για το κάπνισμα στους γονείς, στα αδέρφια και στους φίλους σας.

- Κάντε εργασίες και παρουσιάστε τες στο σχολείο σας.
- Πιστέψτε στον εαυτό σας.

### **Κλείσιμο: Τί μάθαμε σήμερα; Προτεινόμενος χρόνος: 5 λεπτά.**

Χρησιμοποιήστε τα παρακάτω, για να βοηθήσετε του μαθητές να συνοψίσουν αυτά που έμαθαν κατά τη διάρκεια του μαθήματος. Αυτό είναι ένα πολύ σημαντικό μέρος του μαθήματος, καθώς επιτρέπει στους μαθητές να σκεφτούν αυτά που μόλις άκουσαν και τους δίνει τη δυνατότητα να σκεφτούν τι χρειάζονται ακόμη να μάθουν, για να παραμείνουν υγιείς. Πείτε τους: «Θα ήθελα να σκεφτείτε:

- Ένα πράγμα που έμαθα σήμερα και που δεν ήξερα έως τώρα.
- Ένα πράγμα που έμαθα και που με εξέπληξε.
- Ένα πράγμα που χρειάζομαι να μάθω περισσότερα γι' αυτό.

Είστε ένα θαυμάσιο ακροατήριο. Σας ευχαριστώ πολύ για την προσοχή σας.»

## **ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΕΝΤΥΠΟ ΥΛΙΚΟ ΓΙΑ ΤΟ ΣΠΙΤΙ**

Συστήνεται για μαθητές γυμνασίου και θεωρείται προαιρετικό για μαθητές λυκείου. Περισσότερα ενδιαφέροντα στοιχεία:

- Το κάπνισμα είναι η πρώτη αποτρέψιμη αιτία θανάτου σε ολόκληρο τον κόσμο.
- Το κάπνισμα σκοτώνει 20.000 ανθρώπους κάθε χρόνο στην Ελλάδα.
- Η συντήρηση του καπνεμπορίου στην Ελλάδα στηρίζεται στη δημιουργία 50.000 νέων καπνιστών κάθε χρόνο.
- Η νικοτίνη φτάνει στον εγκέφαλο μέσα σε 10 δευτερόλεπτα και είναι το τρίτο ναρκωτικό μετά την ηρωίνη και την κοκαΐνη.
- Το 75% των ταινιών του Hollywood διαφημίζει το κάπνισμα-πολλές από αυτές θεωρούνται κατάλληλες για ανηλίκους.
- Οι ανήλικοι που εκτίθενται σε αυτές τις ταινίες διατρέχουν τριπλάσια, περίπου, πιθανότητα να καπνίσουν<sup>11</sup>.

## **ΑΣΚΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ**

- Συμμετοχή στο Διαγωνισμό για τη: «Δημιουργία Διαφήμισης για την πρόληψη του καπνίσματος στον εφηβικό πληθυσμό». Ενθαρρύνουμε τους μαθητές να δημιουργήσουν μια διαφήμιση για την πρόληψη του καπνίσματος που να αποτρέπει τους νέους και νέες της ηλικίας τους να καπνίσουν. Η διαφήμισή τους μπορεί να έχει τη μορφή αφίσας, βίντεο, ηχητικού μηνύματος ακόμα και εφαρμογών για το κινητό. Περισσότερες λεπτομέρειες μπορούν να αναζητήσουν στην ιστοσελίδα: [www.smokefreegreece.gr](http://www.smokefreegreece.gr)
- Δίνουμε στους μαθητές τα υλικά για τις ασκήσεις και τους ζητάμε να τα συζητήσουν μαζί μας. Επίσης, τους ενθαρρύνουμε να συζητήσουν και με τους γονείς τους το υλικό αυτό.



## ΥΛΙΚΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ

### Τα χημικά συστατικά του τσιγάρου:

- Ακεταλδεΐδη (χρησιμοποιείται στην κατασκευή κόλλας).
- Ακετόνη (κύριο συστατικό στο ξεβαφτικό νυχιών).
- Αμμωνία (χημικό που χρησιμοποιείται για να καθαριστούν οι τουαλέτες).
- Αρσενικό (χημικό που χρησιμοποιείται για να σκοτώσει έντομα και ζιζάνια).
- Βενζόλιο (εύφλεκτο, τοξικό υγρό που χρησιμοποιείται ως διαλύτης ή ως καύσιμο).
- Κάδμιο (βρίσκεται στις μπαταρίες).
- Κυάνιο (δηλητήριο που χρησιμοποιείται για να σκοτώσει ποντίκια).
- Μονοξειδίο του Άνθρακα (ισχυρό δηλητήριο-καυσαέριο αυτοκινήτων).
- Νικοτίνη (φυτοφάρμακο που χρησιμοποιείται για να σκοτώσει έντομα).
- Στυρένιο (υγρό που χρησιμοποιείται στην παραγωγή συνθετικού καουτσούκ και πλαστικών).
- Τολουένιο (υγρό που χρησιμοποιείται ως αντικροπικό συστατικό της βενζίνης).
- Υδροξίνη (διαβρωτικό υγρό που χρησιμοποιείται ως καύσιμο για πυραύλους και αεροσκάφη).
- Φαινόλη (δηλητηριώδες χημικό που χρησιμοποιείται ως απολυμαντικό).
- Φορμαλδεΐδη (χημικό που χρησιμοποιείται για να διατηρήσει πτώματα).
- Χλωριούχο Βινύλιο (χρησιμοποιείται στην κατασκευή σακουλών σκουπιδιών)<sup>5</sup>.

## Η ΑΛΗΘΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

### Ερωτήσεις

Σημειώστε με x το κουτάκι στο τέλος κάθε πρότασης, ανάλογα με αυτό που πιστεύετε. Δείτε τις σωστές απαντήσεις που ακολουθούν.

1. Η νικοτίνη είναι ένα εξαιρετικά εθιστικό ναρκωτικό.  
Σωστό  Λάθος
2. Το κάπνισμα είναι βλαβερό μόνον αν καπνίζεις πολύ και για μεγάλο χρονικό διάστημα.  
Σωστό  Λάθος
3. Το ίδιο χημικό που περιέχεται στο ποντικοφάρμακο περιέχεται και στα τσιγάρα.  
Σωστό  Λάθος
4. Οι νέοι άνθρωποι, που δεν καπνίζουν σε καθημερινή βάση, δεν κινδυνεύουν να εθιστούν στη νικοτίνη.  
Σωστό  Λάθος
5. Το κάπνισμα αραιά και που ή τα τσιγάρα χαμηλής περιεκτικότητας σε πίσσα και νικοτίνη δε βλάπτουν την υγεία.  
Σωστό  Λάθος

6. Αν ένας άνθρωπος καταφέρει να περάσει την εφηβεία του χωρίς να καπνίσει, είναι πολύ πιθανό ότι δε θα καπνίσει ποτέ στη ζωή του.

Σωστό  Λάθος

7. Είναι ευκολότερο να μην καπνίσεις ποτέ από το να προσπαθήσεις να το κόψεις.

Σωστό  Λάθος

### Απαντήσεις

1. *Η νικοτίνη είναι ένα εξαιρετικά εθιστικό ναρκωτικό.*

**Σωστό.** Η νικοτίνη είναι εθιστική, όπως η ηρωίνη και η κοκαΐνη. Το 70% των καπνιστών θα ήθελαν να μην καπνίζουν. Το 30% των καπνιστών επιχειρούν μία φορά το χρόνο να διακόψουν το κάπνισμα. Μόνο το 2%-3% το καταφέρνει.

2. *Το κάπνισμα είναι βλαβερό μόνον αν καπνίζεις πολύ και για μεγάλο χρονικό διάστημα.*

**Λάθος.** Ορισμένες ασθένειες, όπως ο καρκίνος των πνευμόνων και οι καρδιοπάθειες μπορεί να πάρουν αρκετά χρόνια, για να αναπτυχθούν. Η ζημιά, όμως, των πνευμόνων ξεκινάει από το πρώτο τσιγάρο. Γι' αυτόν το λόγο, οι περισσότεροι άνθρωποι βήχουν και αισθάνονται ζάλη, ναυτία και δυσφορία την πρώτη φορά που θα καπνίσουν.

3. *Το ίδιο χημικό που περιέχεται στο ποντικοφάρμακο, περιέχεται και στα τσιγάρα.*

**Σωστό.** Τα τσιγάρα περιέχουν κυάνιο, ένα θανατηφόρο χημικό που χρησιμοποιείται για να σκοτώσει ποντίκια. Η νικοτίνη είναι ένα ακόμη χημικό που βρίσκεται στο τσιγάρο και χρησιμοποιείται, για να σκοτώσει έντομα.

4. *Οι νέοι άνθρωποι, που δεν καπνίζουν σε καθημερινή βάση, δεν κινδυνεύουν να εθιστούν στη νικοτίνη.*

**Λάθος.** Όπως σε όλα τα ναρκωτικά, έτσι και στο κάπνισμα: ο εθισμός αρχίζει από την πρώτη δόση. Το παιδί που καπνίζει έστω και ένα τσιγάρο την ημέρα έχει μεγάλη δυσκολία να το διακόψει.

5. *Τα τσιγάρα χαμηλής περιεκτικότητας σε πίσσα και νικοτίνη δε βλάπτουν την υγεία.*

**Λάθος.** Δεν υπάρχει ασφαλές, μη εθιστικό τσιγάρο.

6. *Αν ένας άνθρωπος καταφέρει να περάσει την εφηβεία του χωρίς να καπνίσει είναι πολύ πιθανό ότι δε θα καπνίσει ποτέ στη ζωή του.*

**Σωστό.** Το μεγαλύτερο ποσοστό των ενηλίκων καπνιστών (80%) ξεκίνησαν το κάπνισμα πριν από την ηλικία των 18 ετών. Λιγότεροι άνθρωποι ξεκίνησαν να καπνίζουν στην ενήλικη ζωή τους. Είναι, λοιπόν, πιθανότερο ότι δεν θα καπνίσεις ποτέ στη ζωή σου, αν μείνεις μακριά από το τσιγάρο στα χρόνια της εφηβείας σου.

7. *Είναι ευκολότερο να μην καπνίσεις ποτέ από το να προσπαθήσεις να το κόψεις.*

**Σωστό.** Τρεις στους 4 εφήβους που είναι καπνιστές λένε πως συνεχίζουν το κάπνισμα, γιατί είναι δύσκολο να το κόψουν.


### ΚΡΥΠΤΟΛΕΞΟ

Βρείτε ποιες είναι οι βλαβερές επιπτώσεις του τσιγάρου.


A	I	K	P	Y	O	L	O	G	H	M	A	Z	Q
K	C	A	M	K	D	E	P	P	D	L	K	P	
N	P	N	E	Y	M	O	N	I	A	E	B	T	O
Ξ	I	Δ	Λ	Ε	Σ	Β	Μ	Π	Σ	Π	Ρ	Φ	Ν
Ο	Ε	Ξ	Α	Ρ	Τ	Η	Σ	Η	Τ	Υ	Ο	Α	Ο
Z	M	X	P	L	D	X	E	Y	I	Ξ	Γ	Σ	Λ
P	Φ	N	E	T	I	A	P	O	K	Γ	X	Z	A
Γ	P	X	Q	B	N	Σ	M	P	E	Θ	I	Π	I
E	A	Γ	Δ	Σ	E	T	P	Π	O	A	T	Q	M
H	Γ	Q	Π	E	Γ	K	E	Φ	A	Λ	I	K	O
Σ	M	N	Λ	Π	Σ	Γ	P	Υ	Τ	I	Δ	E	Σ
K	A	P	K	I	N	O	Σ	Ψ	Z	I	A	Θ	Π
A	Φ	Λ	B	Ψ	Δ	K	Λ	T	Φ	E	Υ	Π	Ξ
I	E	Δ	Γ	E	M	Φ	Υ	Σ	H	M	A	P	T

Ψάξτε για αυτές τις λέξεις:

<b>Εξάρτηση</b>	<b>Καρκίνος</b>
<b>Βρογχίτιδα</b>	<b>Έμφραγμα</b>
<b>Κρουστικό</b>	<b>Πνευμονία</b>
<b>Βήχας</b>	<b>Πονόλαιμος</b>
<b>Εμφύσημα</b>	<b>Εγκεφαλικό</b>
<b>Γρίπη</b>	<b>Ρυτίδες<sup>12</sup></b>



**Ένα σύγχρονο πρόγραμμα αγωγής υγείας,**  
χρειάζεται να παρέχει εξειδικευμένες γνώσεις και τεχνικές  
στους εκπαιδευτικούς, για μια αποτελεσματική παρέμβαση για τον έλεγχο  
του καπνίσματος στους μαθητές.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15

# ΣΥΧΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΚΑΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΑΛΕΞΑΚΗ

*Κοινωνική Λειτουργός, Ψυχοθεραπεύτρια - Επιστημονικό Στέλεχος Πρόληψης,  
Κέντρο Πρόληψης Εξαρτήσεων & Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Δήμου Κηφισιάς -  
ΟΚΑΝΑ «ΠΡΟΝΟΗ», Επιστημονικός Συνεργάτης Heart II - IIBEAA*

ΑΡΧΟΝΤΟΥΛΑ ΑΛΕΞΑΚΗ - ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ

*Κοινωνική Λειτουργός- Οικογενειακή Θεραπεύτρια - Επιστημονικό Στέλεχος Πρόληψης  
Κέντρου Πρόληψης Εξαρτήσεων & Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας  
Δήμου Κηφισιάς - ΟΚΑΝΑ «ΠΡΟΝΟΗ»*

**Σ**το παρόν κεφάλαιο θα μας δοθεί η δυνατότητα να ενισχύσουμε τις πληροφορίες και τις γνώσεις μας γύρω από ερωτήματα που μπορεί να κληθούμε να απαντήσουμε στη δουλειά μας με τους μαθητές μας. Δε χρειάζεται να γνωρίζουμε τα πάντα γύρω από το κάπνισμα, διότι μια τέτοια τακτική δεν θα ήταν ούτε εφικτή, αλλά ούτε και σκόπιμη, τουλάχιστον σύμφωνα με τους στόχους του παρόντος εγχειριδίου, το οποίο απλώς θέλει να λειτουργήσει υποστηρικτικά στο σημαντικό ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει ένας εκπαιδευτικός στην πρόληψη του καπνίσματος στους μαθητές.

Προσπαθήσαμε να συγκεντρώσουμε τα πιο συχνά ερωτήματα που διατυπώνουν οι μαθητές για τις βλάβες, την πρόληψη, τη διακοπή ή ακόμα και προσωπικά ζητήματα που τους απασχολούν σχετικά με το κάπνισμα. Σε περίπτωση που κάποιο από τα ερωτήματα των μαθητών δεν έχει διατυπωθεί στο παρόν εγχειρίδιο, μπορείτε να ανατρέξετε στη σχετική βιβλιογραφία, αλλά μη διστάσετε να επικοινωνήσετε με τον επιστημονικά υπεύθυνο και τους συγγραφείς του. Είναι καλύτερο να πούμε στους μαθητές ότι δεν ξέρουμε την απάντηση για κάποιο ερώτημά τους παρά να τους απαντήσουμε λανθασμένα για ένα θέμα, το οποίο είναι ιδιαίτερα επιβεβαρωμένο με παραπληροφόρηση και μύθους.

Έχουμε πάντα κατά νου, ότι συνήθως ο μαθητής που συντάσσει την ερώτηση είναι «υποψιασμένος» και για την απάντηση, άρα πιθανά αναζητά μια επιβεβαίωση εάν αυτό

που κατέχει είναι ή δεν είναι έγκυρο. Τα πιθανά ερωτήματα των μαθητών και οι απαντήσεις που θα μπορούσαμε να τους δώσουμε περιγράφονται στη συνέχεια.

## **ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ - ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ**

**E:** «**Κύριε / κυρία εσείς καπνίζετε;**»

**A:** Μπορούμε να απαντήσουμε με ένα «ναι ή ένα όχι», σίγουρα, όμως, χρειάζεται να ενισχύσουμε την απάντησή μας με περαιτέρω επιχειρηματολογία, διότι ίσως είναι το σημαντικότερο ερώτημα που μπορεί να ενδιαφέρει πολλές φορές τους μαθητές μας. Τους εξηγούμε ότι, εάν δεν καπνίζουμε, έχουμε κατανοήσει τις βλάβες του καπνίσματος, αλλά παρόλα αυτά δεν θεωρούμε «κακούς» αυτούς που καπνίζουν. Ωστόσο, σεβόμαστε πάντοτε το γεγονός ότι οι περισσότεροι καπνιστές, θα ήθελαν να το διακόψουν, αλλά δεν μπορούν, διότι η εξάρτηση στον καπνό είναι πολύ σκληρή. Επίσης, εάν τους απαντήσουμε ότι καπνίζουμε, τους εξηγούμε πόσο δύσκολη είναι η διακοπή του καπνίσματος και πως ακόμα και πολλοί ιατροί, οι οποίοι γνωρίζουν πολύ καλά τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, δεν μπορούν να το διακόψουν λόγω της εξάρτησης που προκαλεί το τσιγάρο. Το καλύτερο είναι να μην ξεκινήσουμε ποτέ να καπνίζουμε <sup>1</sup>.

*(Περισσότερες πληροφορίες για την εξάρτηση του καπνίσματος μπορείτε να αναζητήσετε στο κεφάλαιο: «Εξάρτηση και εθισμός στο κάπνισμα».)*

**E:** «**Εάν καπνίζουμε λίγα τσιγάρα, είναι επιβλαβές για την υγεία μας;**»

**A:** Δεν υπάρχει καμία έγκυρη επιστημονική έρευνα που να τεκμηριώνει ότι η χρήση ακόμα και ενός μόνο τσιγάρου δεν βλάπτει τον οργανισμό μας. Μπορούμε να φέρουμε και ένα τραγικό παράδειγμα, λέγοντας ότι η χρήση ενός τσιγάρου σε ένα βρέφος μπορεί να προκαλέσει τον άμεσο θάνατό του από τοξική δηλητηρίαση<sup>2</sup>. Όπως όλες οι εξαρτησιογόνες ουσίες, έτσι και η νικοτίνη αρχίζει με ελάχιστη χρήση και στην πορεία η δόση της σταδιακά αυξάνει, η έλλειψή της γίνεται όλο και πιο έντονη, η διακοπή συνεχώς δυσκολότερη και αυτό συνιστά το πρόβλημα της εξάρτησης. Τονίζουμε ότι σε κάθε εξάρτηση ή δόση τελικά δεν ρυθμίζεται από τον χρήστη αλλά από την ουσία!

*(Περισσότερες πληροφορίες για την εξάρτηση του καπνίσματος μπορείτε να αναζητήσετε στο κεφάλαιο: «Εξάρτηση και εθισμός στο κάπνισμα».)*

**E:** «**Πολλοί καπνιστές δεν διακόπτουν το κάπνισμα για να μην πάρουν βάρος;**»

**A:** Η νικοτίνη είναι μια ναρκωτική ουσία που έχει τη δυνατότητα να αλλάζει τον μεταβολισμό μας, με αποτέλεσμα οι καπνιστές να έχουν μειωμένη αίσθηση πείνας και ο οργανισμός τους να καίει λιγότερες θερμίδες. Είναι γεγονός ότι οι άνθρωποι που διακόπτουν το κάπνισμα παίρνουν μακροπρόθεσμα βάρος. Αυτό είναι ένα από τα προβλήματα που σή-

μερα αντιμετωπίζεται. Ειδικότερα, εάν κάποιος ενδιαφέρεται να το σταματήσει μπορεί παράλληλα να ξεκινήσει ήπια άσκηση και προσεγμένη διατροφή, ώστε παρακολουθώντας και ελέγχοντας τον εαυτό του, να μην προσθέσει καθόλου επιπλέον βάρος<sup>3</sup>.

**Ε:** «Ο θεός μου λέει, ότι το κάπνισμα τον ηρεμεί και τον χαλαρώνει. Ισχύει αυτό;»

**Α:** Και μόνο ένα τοιγάρο την ημέρα να καπνίζουμε, εμφανίζουμε συμπτώματα στέρησης, όπως νευρικότητα, άγχος κ.ά., όταν μας λείψει. Μόλις καπνίσουμε, αυτό το άγχος φεύγει και έχουμε την ψευδαίσθηση ότι έχουμε ηρεμήσει και χαλαρώσει. Στην πραγματικότητα, όμως, απλώς λειτουργούμε ως εξαρτημένα άτομα. Μόνο ένα άγχος δημιουργεί το τοιγάρο: αυτό που προκαλεί η ίδια του η έλλειψη.

*(Περισσότερες πληροφορίες για την εξάρτηση του καπνίσματος μπορείτε να αναζητήσετε στο κεφάλαιο: «Εξάρτηση και εθισμός στο κάπνισμα».)*

**Ε:** «Ο πατέρας μου έχει προσπαθήσει πολλές φορές να διακοπεί το κάπνισμα και δεν τα έχει καταφέρει. Μήπως δεν προσπαθεί πραγματικά;»

**Α:** Η διακοπή του καπνίσματος δεν είναι καθόλου εύκολη υπόθεση, μην ξεχνάμε πόσο ισχυρή είναι η εξάρτηση που προκαλεί το κάπνισμα στον οργανισμό. Γι' αυτόν τον λόγο και πολλοί δικοί μας άνθρωποι αποτυγχάνουν να το σταματήσουν. Εάν όμως εμείς θέλουμε να τους παρακινήσουμε, μπορούμε να τους πούμε να απευθυνθούν σε εξειδικευμένους ιατρούς και ειδικούς που ασχολούνται με τη διακοπή του καπνίσματος π.χ. στα Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος των μεγάλων Δημόσιων Νοσοκομείων της χώρας μας. Επιπλέον, μπορούν να ενημερωθούν εκτενέστερα στην ιστοσελίδα [smokefreegreece.gr/](http://smokefreegreece.gr/) *(Περισσότερες πληροφορίες για τη διακοπή του καπνίσματος μπορείτε να αναζητήσετε στο κεφάλαιο: «Τρόποι βοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος».)*

**Ε:** «Στην παρέα μου με έχουν απομονώσει, επειδή είμαι ο μόνος που δεν καπνίζει. Τι να κάνω, αφού και παρέα θέλω να κάνω μαζί τους, αλλά και να μην καπνίζω;»

**Α:** Η παρέα είναι πολύ σημαντική για όλους μας. Όμως, θέλουμε να μας αποδέχεται έτσι όπως είμαστε και κατά ανάλογο τρόπο χρειάζεται να αποδεχόμαστε και εμείς τους φίλους μας έτσι όπως είναι. Είναι πολύ σπουδαίο, σε μια ελκρινή φιλία να σεβόμαστε ο ένας τον άλλον και πραγματικά να νοιαζόμαστε για το καλό του, χωρίς όμως να πιέζουμε κανέναν. Το σημαντικότερο, όμως, είναι να προασπίζουμε αυτά που πιστεύουμε και να τα εκφράζουμε στους φίλους μας, ακόμα και εάν χρειαστεί να αποκλειστούμε από μια παρέα. Γεγονός που μπορεί τη δεδομένη στιγμή να μας πληγώσει, στο μέλλον όμως θα αποδειχθεί ότι μόνο σεβόμενοι τον εαυτό μας σεβόμαστε και τους γύρω μας. Και επομένως έχουμε κατακτήσει το νόημα της αληθινής φιλίας<sup>4</sup>.

**E:** «Για ποιον λόγο το πακέτο του τσιγάρου αναγράφει μηνύματα για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος;»

**A:** Σύμφωνα με το Νόμο υπ' αριθμ. 3420 της Σύμβασης Πλαίσιο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για τον Έλεγχο του Καπνού, που έχει υπογράψει και η χώρα μας, οι καπνοβιομηχανίες οφείλουν να αναγράφουν σε κάθε πακέτο και κουτί προϊόντων καπνού και κάθε εξωτερική συσκευασία και σήμανση των προϊόντων, προειδοποιήσεις για την υγεία, οι οποίες θα αναφέρονται στις επιβλαβείς επιδράσεις της χρήσης καπνού και θα μπορούν να περιλαμβάνουν και άλλα κατάλληλα μηνύματα<sup>5</sup>.

Η αισθητική του πακέτου είναι ένα μέσο προώθησης και διαφήμισης του καπνίσματος και έχει βρεθεί ότι η παρέμβαση στην αισθητική αυτή κάνει το πακέτο και το κάπνισμα λιγότερο ελκυστικό στα παιδιά.

*(Περισσότερες πληροφορίες για τη διαφήμιση και το κάπνισμα μπορείτε να αναζητήσετε στο κεφάλαιο: «Marketing, Διαφήμιση και Lifestyle στην προώθηση του καπνίσματος».)*

**E:** «Γιατί, παρόλο που είμαστε ανήλικοι, μπορούμε πολύ εύκολα στη χώρα μας να αγοράσουμε τσιγάρα;»

**A:** Ένας από τους παράνομους τρόπους προώθησης του καπνίσματος στα παιδιά είναι και η παράνομη πώληση καπνού σε ανηλίκους.

**E:** «Έχω ακούσει ότι το ηλεκτρονικό τσιγάρο δεν είναι το ίδιο βλαβερό με το συμβατικό τσιγάρο. Ισχύει; Μάλιστα είδα σε διαφήμιση στο διαδίκτυο ότι μπορούμε να το χρησιμοποιήσουμε για να διακόψουμε το κάπνισμα.»

**A:** Το ηλεκτρονικό τσιγάρο πρόσφατα εισήχθη στην ελληνική αγορά και γενικότερα γίνεται πολύ συζήτηση γύρω από την χρήση του. Οι πληροφορίες που έχουμε για την ασφάλεια του ηλεκτρονικού τσιγάρου είναι σχετικά λίγες. Το ηλεκτρονικό τσιγάρο είναι ένας διαφορετικός τρόπος να καπνίζουμε, δεν είναι μέθοδος διακοπής καπνίσματος. Μπορεί να είναι λιγότερο βλαβερό σε σχέση με το κοινό τσιγάρο, όμως είναι, επίσης, επικίνδυνο από την εισπνεόμενη νικοτίνη και, κυρίως τα ηλεκτρονικά τσιγάρα, δεν κατασκευάζονται με τις ίδιες προδιαγραφές ασφάλειας που ισχύουν για τα υποκατάστατα νικοτίνης (τσιχλες, πιπάκια, επιθέματα, ρινικά σπρέι). Αυτό πιθανά να σημαίνει ότι ο εισπνεόμενος καπνός τους ίσως περιέχει άγνωστη ποσότητα νικοτίνης και άλλες τοξικές ουσίες που, πολλές φορές, δεν γνωρίζουμε.

Σε μια πρόσφατη μελέτη αποδείχτηκε ότι η πεντάλεπτη χρήση του ηλεκτρονικού τσιγάρου σε μη καπνιστές είχε παρόμοιες βλαβερές συνέπειες στον πνεύμονα με την χρήση του συμβατικού τσιγάρου<sup>6</sup>.



Κρατάμε στο μυαλό μας ότι το ηλεκτρονικό τσιγάρο προσπαθεί να γίνει μόδα και προβάλλεται ως ένας τρόπος που ανεβάζει το lifestyle μας. Καλό είναι να είμαστε επιφυλακτικοί στις «πονηρές» διαφημίσεις.

(Περισσότερες πληροφορίες για το ηλεκτρονικό τσιγάρο μπορείτε να αναζητήσετε στο σχετικό κεφάλαιο «Νέες τάσεις στην χρήση καπνικών προϊόντων».)

**Ε:** «Τα φαρμακευτικά σκευάσματα που κυκλοφορούν στο εμπόριο, όπως π.χ. είναι οι τοίχλες νικοτίνης είναι ασφαλής μέθοδος, για να διακόψει κάποιος το κάπνισμα;»

**Α:** Μπορεί να είναι μόνο εφόσον έχουμε ρωτήσει το φαρμακοποιό μας ή τον ιατρό μας σε σχέση με τον τρόπο που μπορούμε να τα χρησιμοποιήσουμε, διότι είναι φάρμακα και δεν μπορούμε να τα καταναλώνουμε ανεπιφύλακτα. Για όποιον ενδιαφέρεται να σταματήσει το κάπνισμα υπάρχουν πολλές μορφές θεραπειών, ακόμα και εάν είναι ανήλικος μπορεί να απευθυνθεί στον κατάλληλο ιατρό που είναι έμπειρος και βέβαια έχει λάβει συστάσεις γ' αυτόν από αξιόπιστο δικό του άνθρωπο.

(Περισσότερες πληροφορίες για τη διακοπή του καπνίσματος μπορείτε να αναζητήσετε στο κεφάλαιο: «Τρόποι βοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος».)

**Ε:** «Πόσο κινδυνεύει ένας παθητικός καπνιστής, για παράδειγμα ένας σερβιτόρος σε καφετέρια ή μουσικός σε νυχτερινό κέντρο;»

**Α:** Η μακροχρόνια έκθεση στο παθητικό κάπνισμα αυξάνει κατά 30% ως 50% τον κίνδυνο καρκίνου του πνεύμονα καθώς και τον κίνδυνο της στεφανιαίας νόσου και άλλων χρόνιων νοσημάτων.

(Περισσότερες πληροφορίες για τις συνέπειες στην υγεία μας από το κάπνισμα μπορείτε να αναζητήσετε στα κεφάλαια: «Πώς το κάπνισμα επηρεάζει την υγεία» και «Παθητικό κάπνισμα, δευτερογενές και τριτογενές».)

**Ε:** «Οι γονείς μου καπνίζουν μέσα στο σπίτι κάτω από τον απορροφητήρα ή κοντά στο τζάκι. Είμαι παθητικός καπνιστής; Τί επιπτώσεις έχει αυτό στην υγεία μου;»

**Α:** Ναι, είσαι παθητικός καπνιστής, αφού κι εσύ εισπνέεις τον καπνό! Σύμφωνα με μελέτη, που έγινε σε 192 χώρες υπό την εποπτεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, 600.000 άτομα το χρόνο πληρώνουν το παθητικό κάπνισμα με θυσία της ίδιας τους της ζωής. Το τραγικότερο, όμως, από αυτή τη θυσία είναι ότι πάνω από 150.000 είναι παιδιά<sup>7</sup>. Επίσης, έχει βρεθεί ότι παιδιά που μεγαλώνουν κάτω από συνθήκες παθητικού καπνίσματος εμφανίζουν σε όλη τους τη ζωή μειωμένη αναπνευστική λειτουργία σε σχέση με παιδιά που

*(Περισσότερες πληροφορίες για τις συνέπειες στην υγεία μας από το παθητικό κάπνισμα αναζητήστε στο κεφάλαιο: «Παθητικό κάπνισμα, δευτερογενές και τριτογενές».)*

**E:** «Τι μπορώ να κάνω εγώ, για να προφυλάξω τον εαυτό μου από το παθητικό κάπνισμα μέσα στο σπίτι μου;»

**A:** Διεκδίκησε το δικαίωμά σου στην ΥΓΕΙΑ!

- Φτιάξε μια περιοχή έξω από το σπίτι σου, στο μπαλκόνι ή στη βεράντα που μπορούν να καπνίζουν οι επισκέπτες καπνιστές.
- Τοποθέτησε ταμπέλες στο σπίτι που να αναγράφουν «Απαγορεύεται το κάπνισμα».
- Αφαίρεσε όλα τα τασάκια από το σπίτι σου.
- Ενημέρωσε τους ενήλικες για το παθητικό κάπνισμα και τις βλαβερές συνέπειές του.
- Τέλος, και πιο σημαντικό, σε όποιον καπνίζει μπροστά σου λέγε χωρίς δισταγμό ότι αυτό που κάνει απαγορεύεται και ότι δεν έχει κανένα δικαίωμα να σε βλάπτει!

*(Περισσότερες πληροφορίες για τις συνέπειες στην υγεία μας από το παθητικό κάπνισμα αναζητήστε στο κεφάλαιο: «Παθητικό κάπνισμα, δευτερογενές και τριτογενές».)*

**E:** «Ποιες είναι οι επιπτώσεις του καπνίσματος;»

**A:** Το κάπνισμα προκαλεί κάθε χρόνο σ' όλον τον κόσμο 5.000.000 θανάτους. Το 2025 ο αριθμός αυτός θα φτάσει τα 10.000.000. Στις αναπτυγμένες χώρες το κάπνισμα αποτελεί την κυριότερη αιτία ασθενειών και πρόωρων θανάτων<sup>9</sup>. Έχει υπολογιστεί ότι οι θάνατοι που προκαλεί το κάπνισμα κάθε χρόνο στις ανεπτυγμένες χώρες είναι περισσότεροι από όσους προκαλούν μαζί: το AIDS, τα τροχαία ατυχήματα, οι ανθρωποκτονίες, οι αυτοκτονίες, η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και τα ναρκωτικά. Μεταξύ των σοβαρών ασθενειών που προκαλεί το κάπνισμα συγκαταλέγονται:

- Ο καρκίνος των πνευμόνων, που είναι η συχνότερη αιτία θανάτων από καρκίνο σε άνδρες και γυναίκες. Η σχέση καπνίσματος και καρκίνου των πνευμόνων είναι απόλυτη. Οι πνεύμονες είναι το όργανο που είναι άμεσα εκτεθειμένο στις καρκινογόνες ουσίες του καπνού.
- Οι χρόνιες πνευμονοπάθειες, όπως είναι η χρόνια βρογχίτιδα, το εμφύσημα, το άσθμα. Οι καπνιστές καταστρέφουν σταδιακά την υγεία των πνευμόνων τους. Η πίσσα με όλα τα βλαπτικά συστατικά της εναποτίθεται και καλύπτει τους βρόγχους και τις κυψελίδες των πνευμόνων, όπως ο καπνός της σόμπας κολλά στο εσωτερικό της καμινάδας.
- Οι παθήσεις των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς, του εγκεφάλου και των αγγείων των άκρων του σώματος. Ο καπνός στενεύει τα τοιχώματα των αγγείων και δυσκολεύει την αιμάτωση των κυττάρων. Είναι η κύρια αιτία αγγειακών παθήσεων με συ-

νέπεια την πρόκληση εμφραγμάτων, εγκεφαλικών επεισοδίων και γάγγραινας των ακρών. Ο συνδυασμός καπνίσματος και λήψης αντιουλλπηπικών χαπιών αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο να εμφανίσουν οι γυναίκες θρομβώσεις των φλεβών.

- Η οστεοπόρωση. Οι καπνίστριες υποφέρουν πιο έντονα από την εξέλιξη της οστεοπόρωσης και τις επιπτώσεις της.
- Οι καρκίνοι του στόματος, του οισοφάγου, του παγκρέατος, της ουροδόχου κύστεως κ.λπ. Εκτός από τον καρκίνο των πνευμόνων, το κάπνισμα ενοχοποιείται για πολλές μορφές καρκίνου, που εμφανίζονται είτε σε θέσεις άμεσα εκτεθειμένες στον καπνό, είτε σε θέσεις που δρουν τα τοξικά προϊόντα του καπνού τα οποία απορροφώνται από τους πνεύμονες και κυκλοφορούν στο αίμα.
- Προβλήματα γονιμότητας και εγκυμοσύνης. Οι καπνιστές εμφανίζουν συχνότερα προβλήματα σεξουαλικής ικανότητας. Στους καπνιστές το σπέρμα είναι συχνά αδύναμο, ενώ στις καπνίστριες η σύλληψη μπορεί να είναι δυσκολότερη και έχουν συχνά αποβολές.

Πέρα, όμως, από τα προβλήματα υγείας, το κάπνισμα επιδρά αρνητικά στην εμφάνιση των καπνιστών.

- Το δέρμα τους γερνάει πιο γρήγορα. Εμφανίζονται νωρίτερα περισσότερες ρυτίδες, ιδίως γύρω από το στόμα και τα μάτια.
- Τα νύχια τους είναι πιο ευαίσθητα και συχνά χρωματίζονται με την κιτρινίλα του τσιγάρου.
- Τα δόντια τους μαυρίζουν γρηγορότερα και χάνουν την στιλπνότητά τους.
- Ο καπνιστής μυρίζει «καπνίλα». Και αυτό γίνεται έντονα αισθητό, όταν βρίσκεται πολύ κοντά σε άλλους ανθρώπους (στο διπλανό κάθισμα, στο ασανσέρ, στο αυτοκίνητο κ.λπ.)<sup>10</sup>.

### **Ε:** «Πώς προκαλεί καρκίνο το κάπνισμα;»

**Α:** Στον καπνό του τσιγάρου περιέχονται πολλές καρκινογόνες ουσίες που εισέρχονται στους πνεύμονες και προκαλούν βλάβες στο γενετικό υλικό DNA των κυττάρων τους. Με τον καιρό τα κύτταρα που έχουν υποστεί βλάβη χάνουν τον έλεγχο του πολλαπλασιασμού και της ανάπτυξής τους και καθίστανται καρκινικά. Το 80%-90% των καρκίνων του πνεύμονα οφείλονται στο κάπνισμα. Επιπλέον, ο χρόνιος καπνιστής έχει 20 έως 40 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου των πνευμόνων. Επίσης, αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνων και σε άλλα όργανα, όπως λάρυγγα, στοματική κοιλότητα, οισοφάγο, πάγκρεας, ουροδόχο κύστη, κ.λπ.

(Περισσότερες πληροφορίες για τις συνέπειες στην υγεία μας από το κάπνισμα μπορείτε

**E:** «Γιατί οι καπνιστές εθίζονται στο κάπνισμα;»

**A:** Ανάμεσα στις χιλιάδες ουσίες του καπνού υπάρχει ως γνωστόν και η ΝΙΚΟΤΙΝΗ. Αυτή είναι μία άοσμη και άχρωμη ουσία που απορροφάται αμέσως από τους πνεύμονες του καπνιστή, μπαίνει στην κυκλοφορία του αίματος και μέσα σε περίπου 10 δευτερόλεπτα φτάνει στον εγκέφαλο. Σε νέους καπνιστές η δράση της νικοτίνης στον εγκέφαλο μπορεί να είναι ισχυρή και γι' αυτό να αισθανθούν ζαλάδα (ναυτία) ή ακόμα και ελαφρύ τρέμουλο. Με την πάροδο του χρόνου ο οργανισμός του καπνιστή, απαιτεί ολοένα και μεγαλύτερες ποσότητες νικοτίνης. Συνηθίζοντας πλέον να χρησιμοποιεί τη συγκεκριμένη ουσία, ο οργανισμός του καπνιστή απαιτεί να λαμβάνει τακτικά και τις ανάλογες δόσεις, αλλιώς θα εμφανίσει συμπτώματα στέρησης. Πολλοί ερευνητές εκτιμούν ότι η εθιστική δράση της νικοτίνης δε διαφέρει σε τίποτα με αυτή των ναρκωτικών ουσιών.  
(Περισσότερες πληροφορίες για την εξάρτηση του καπνίσματος μπορείτε να αναζητήσετε στο κεφάλαιο: «Εξάρτηση και εθισμός στο κάπνισμα».)

**E:** «Ποια είναι τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος;»

**A:** Τα άμεσα και τα μακροπρόθεσμα οφέλη στην υγεία μετά το κάπνισμα του τελευταίου τοιγάρου αναζητείστε τα στο κεφάλαιο «Τρόποι βοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος», Πίνακας 1.

**E:** «Τα «ελαφριά – light» τσιγάρα βλάπτουν λιγότερο;»

**A:** Μύθος! Οι καπνιστές «ελαφρών» τσιγάρων εισπνέουν πιο βαθιά και παρατεταμένα τον καπνό ή καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα, με αποτέλεσμα η ποσότητα της προσλαμβανόμενης πίσσας και νικοτίνης να είναι ίδια με εκείνη που προέρχεται από τα «κανονικά» τσιγάρα. Μάλιστα, μελέτες αποδεικνύουν ότι η πιθανότητα για καρκίνο του πνεύμονα είναι παρόμοια, ανεξάρτητα από την περιεκτικότητα των τσιγάρων σε νικοτίνη. Γι' αυτό και η ένδειξη «light» απαγορεύτηκε<sup>5</sup>.

**E:** «Όποιος καπνίζει τρία με πέντε τσιγάρα την ημέρα είναι ασφαλής;»

**A:** Κατηγορηματικά ΟΧΙ! Κατ' αρχάς, για τον έφηβο ή γενικά τον νέο καπνιστή το επείρημα της ελάχιστης και ασφαλούς χρήσης αποτελεί τη συνηθέστερη μεθοδολογία «στράτευσης» στο κάπνισμα. Η νευροβιολογική επίδραση κάθε εξαρτησιογόνου διεργασίας στον εγκέφαλο περνά από μια αρχική περίοδο εύκολης ικανοποίησης και ευχαρίστησης, με πολύ λίγη δόση εξαρτησιογόνου ουσίας. Με βάση μελετημένες και γνωστές νευροβιολογικές διαδικασίες που αποτελούν τη βάση της εξάρτησης, στη συνέχεια φτάνει κάποιος σταδιακά στη μέση ημερήσια δόση του σκληρού αυτού ναρκωτικού, που είναι περίπου 20

τοιγάρα την ημέρα, γεγονός που εξηγεί το γιατί αυτός είναι ο αριθμός των τσιγάρων που διεθνώς περιέχονται σε κάθε πακέτο. Είναι η ημερήσια ανάγκη του μέσου καπνιστή, ο οποίος, ξεκινώντας από ένα ή δυο ελεγχόμενα τσιγάρα σε νεανική ηλικία, βρίσκεται χωρίς να το καταλάβει να είναι κανονικός χρήστης με πολύ λίγες πιθανότητες διακοπής χωρίς βοήθεια<sup>10</sup>.

(Περισσότερες πληροφορίες για την εξάρτηση του καπνίσματος μπορείτε να αναζητήσετε στο κεφάλαιο: «Εξάρτηση και εθισμός στο κάπνισμα».)

**Ε:** «Έχει βάση ο ισχυρισμός κάποιων γυναικολόγων ότι 1-2 τσιγάρα ημερησίως κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν κάνουν κακό στο έμβryo;»

**Α:** Μια τέτοια οδηγία αποτελεί ιατρικό λάθος! Οι συνέπειες ακόμα και του παθητικού καπνίσματος στην έγκυο και στο έμβryo είναι σωματικές και ως εκ τούτου θα πρέπει η γυναίκα να διακόψει το κάπνισμα οριστικά αμέσως με τη διάγνωση της κύησης. Η φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου παρεμποδίζεται από την χρήση νικοτίνης, η οποία διέρχεται από την πλακούντια κυκλοφορία και μετατρέπει το παιδί σε παθητικό καπνιστή από την εμβρυϊκή περίοδο. Το όλο θέμα κάπνισμα - γυναίκα - κύηση - έμβryo είναι τεράστιο. Σκόπιμο είναι να αντιμετωπιστεί με ειδικές στοχευόμενες δράσεις<sup>11</sup>.

(Περισσότερες πληροφορίες για τις συνέπειες του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη μπορείτε να αναζητήσετε στο κεφάλαιο: «Κάπνισμα και κύηση».)

**Ε:** «Γιατί ορισμένοι καπνιστές φτάνουν ως τα βαθιά γεράματα καπνίζοντας ενώ άλλοι πεθαίνουν νέοι;»

**Α:** Η νόσση και ο θάνατος είναι συνάρτηση πολυπαραγοντικών επιδράσεων. Έτσι, ακόμη και στη Χιροσίμα και στο Ναγκασάκι που επλήγησαν από τις ατομικές βόμβες υπάρχουν κάτοικοι που δεν προσβλήθηκαν από καρκίνο και έφτασαν τα 90 ή και 100 χρόνια. Αυτό δεν αλλάζει το γεγονός ότι τόσο η ιονίζουσα ακτινοβολία όσο και το κάπνισμα αποτελούν καρκινογόνους παράγοντες. Εξαιρέσεις αυτού του είδους δεν αναιρούν τον κανόνα, τον ενισχύουν.



**Τι να κάνεις για να προφυλάξεις  
τον εαυτό σου από το παθητικό κάπνισμα μέσα στο σπίτι σου:**

- ◆ Φτιάξε μια περιοχή έξω από το σπίτι σου, στο μπαλκόνι ή στη βεράντα, που να μπορούν να καπνίζουν οι επισκέπτες καπνιστές.
- ◆ Τοποθέτησε ταμπέλες στο σπίτι που να αναγράφουν «Απαγορεύεται το κάπνισμα».
- ◆ Αφαίρεσε όλα τα τασάκια από το σπίτι σου.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16

# ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ - ΣΥΝΔΕΣΗ ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

ΟΛΓΑ ΖΟΥΖΟΥΛΑ

Φιλολόγος- Ψυχολόγος- Ψυχοθεραπεύτρια, Υπεύθυνη ΚΕ.ΣΥ.Π  
(Κέντρο Συμβουλευτικής & Επαγγελματικού Προσανατολισμού) Ν. Ιωνίας

**Τ**ο κάπνισμα αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα το οποίο έλαβε διαστάσεις παγκόσμιας επιδημίας στη διάρκεια του 20ού αιώνα και θεωρείται ως η κορυφαία αιτία για θανάτους που μπορούν να αποτραπούν. Σύμφωνα με την τελευταία Έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για το 2012, το κάπνισμα ευθύνεται για 5 εκατομμύρια θανάτους ετησίως<sup>1,2</sup>.

Παράλληλα με τα νομοθετικά μέτρα για τον έλεγχο του καπνίσματος (αυξημένη φορολογία των προϊόντων καπνού, απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους και απαγόρευση διαφημίσεων και προβολής προϊόντων καπνού), σημαντική είναι η ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης για παιδιά και εφήβους καθώς και για εκπαιδευτικούς και γονείς. Στόχο έχουν την ευαισθητοποίηση ανηλίκων και ενηλίκων ως προς το κάπνισμα και τη διαμόρφωση ενός κλίματος πρόληψης του καπνίσματος στο σχολείο και στην οικογένεια. Τα προγράμματα πρόληψης που εμπλέκουν γονείς και εκπαιδευτικούς διασφαλίζουν θετικότερα αποτελέσματα ενδυναμώνοντας τις συμπεριφορές πρόληψης του καπνίσματος των παιδιών στο πλαίσιο του σχολείου και της οικογένειας<sup>3</sup> και προάγουν τη σωματική και ψυχική υγεία των παιδιών.

### ΦΟΡΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΚΑΙ Η ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ

Η κοινωνικοποίηση είναι μια διαδικασία μάθησης και μεταβίβασης από γενιά σε γενιά των αξιών, των προτύπων, των γνώσεων με σκοπό τη συνέχεια του πολιτισμού κάθε κοινωνίας

ή κοινωνικής ομάδας.

Φορείς κοινωνικοποίησης ονομάζονται όλοι οι θεσμοί και οι ομάδες που επηρεάζουν τη διαδικασία κοινωνικοποίησης ενός ατόμου. Άλλοι από αυτούς είναι τυπικοί (π.χ. οικογένεια, εκπαίδευση) και άλλοι άτυποι θεσμοί (π.χ. παρέες συνομηλίκων).

Η οικογένεια αποτελεί το πρωτογενές κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο το παιδί κοινωνικοποιείται, μαθαίνει πρότυπα, συμπεριφορές, διαμορφώνει και αρχίζει την προσωπικότητά του, τον χαρακτήρα του και τον ψυχισμό του δηλαδή αποτελεί τον πυρήνα, επάνω στον οποίο δομείται ολόκληρη η κοινωνική δομή<sup>4</sup>. Η οικογενειακή κοινωνικοποίηση είναι μια λειτουργία που ξεκινά από τη στιγμή της γέννησης και συνεχίζεται σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου.

Το σχολείο είναι ο αμέσως επόμενος σε σπουδαιότητα κοινωνικός θεσμός κοινωνικοποίησης και ανάπτυξης της προσωπικότητας των παιδιών, που ανεξάρτητα από φύλο και καταγωγή, τους δίνει τη δυνατότητα να εξελιχθούν σε ολοκληρωμένες προσωπικότητες. Η ανάγκη για αγάπη, αίσθηση ασφάλειας, αναγνώρισης και παραδοχής του παιδιού, που είναι απαραίτητες για την ομαλή ψυχοσυναισθηματική του εξέλιξη, καλύπτονται μέσα στην οικογένεια και στο σχολείο.

Η οικογένεια και το σχολείο, λοιπόν, ενεργούν όχι μόνο ανεξάρτητα, αλλά και σε στενή αλληλεξάρτηση μεταξύ τους, δημιουργώντας σχέσεις μη γραμμικές, ποικιλόμορφες, πολύπλοκες και κατά περίπτωση άνισες, ως προς τον βαθμό επίδρασης που ασκούν στο παιδί - μαθητή. Βέβαια, η επίδραση της οικογένειας είναι ευρύτερη, μεγαλύτερη και διαρκέστερη στην ψυχοκοινωνική διαμόρφωση του παιδιού. Σε αυτήν την ψυχοκοινωνική διαμόρφωση των παιδιών, σημαντική επίδραση ασκούν οι γονείς με την προσωπικότητα που διαθέτουν, τις συμπεριφορές που εκδηλώνουν, τις αξίες και τις πεποιθήσεις τους, τις μεταξύ τους σχέσεις και γενικά με τα συναισθηματικά πρότυπα που δημιουργούν για τα παιδιά τους<sup>5</sup>.

Όσο καλύτερη είναι η σχέση συνεργασίας σχολείου και οικογένειας, τόσο οι στόχοι της ανάπτυξης του παιδιού επιτυγχάνονται με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Επίσης, η συνεργασία των δυο πιο σημαντικών φορέων κοινωνικοποίησης του παιδιού αποδεικνύεται ιδιαίτερα χρήσιμη και αποτελεσματική, καθώς δημιουργεί συνθήκες για έγκαιρη παρέμβαση σε προβλήματα, τα οποία μπορεί να συνδέονται είτε με τη μάθηση, είτε με τη συναισθηματική κατάσταση, είτε με τη συμπεριφορά του παιδιού. Η «γονεϊκή συμμετοχή» σχετίζεται με ένα ευρύτερο και διαφορετικό φάσμα σχέσεων και δραστηριοτήτων που αναπτύσσονται ανάμεσα στο σχολείο και στις οικογένειες τόσο ως προς το περιεχόμενο όσο και ως προς τον σκοπό τους, έτσι ώστε και οι δύο «πλευρές» να μοιράζονται ευθύνες και εξουσία σε μια συνεχή βάση<sup>6</sup>. Το είδος και ο βαθμός των επιθυμητών σχέσεων, εξαρτάται από την κουλτούρα του σχολείου, την προσωπικότητα του εκπαιδευτικού και τη διάθεση των γονέων να συμμετέχουν σε αυτές<sup>7</sup>.



## ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, «Υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Με τον ορισμό αυτό αναγνωρίζονται δύο παράμετροι που οριοθετούν την υγεία: η παράμετρος της απουσίας της αρρώστιας και η παράμετρος της ευεξίας.

Ο άνθρωπος είναι μία ολοκληρωμένη φυσική και πνευματική ύπαρξη και έτσι είναι υποχρεωμένος να συνδυάζει τον τρόπο ζωής και τις συνθήκες ζωής. Η υγεία του, λοιπόν, όπως υποστηρίζει η Γενική/Ολιστική θεώρηση της υγείας, είναι το αποτέλεσμα μιας συνεχούς αλληλεπίδρασης σωματικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων και εξαρτάται και από εξωτερικούς παράγοντες, οι οποίοι προέρχονται από τον τρόπο και τις συνθήκες ζωής<sup>8</sup>.

Η προαγωγή της υγείας (health promotion), σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organisation – WHO) και τη Διακήρυξη της Οτάβα<sup>9</sup>, είναι η διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στα άτομα να ελέγξουν και να βελτιώσουν την υγεία τους. Εντάσσεται σε μια ευρύτερη αντίληψη αναβάθμισης του κοινωνικού, φυσικού και οικονομικού περιβάλλοντος και των συνθηκών ζωής που προωθούν την υγεία και διαμορφώνουν υγιείς στάσεις και συμπεριφορές<sup>10</sup>. Βασικός σκοπός της προαγωγής της υγείας είναι η ενίσχυση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, καθώς και η προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής.

Σε πρακτικό επίπεδο, η προαγωγή της υγείας είναι μια ευρεία έννοια που περιλαμβάνει την αγωγή υγείας και μπορεί να θεωρηθεί θεμέλιο στην πρόληψη της εξάρτησης. Είναι σημαντικό η πρόληψη να μην απευθύνεται αποκλειστικά και να μην περιορίζεται στους νέους προκειμένου να αλλάξουν την ατομική τους συμπεριφορά, στάση κ.τ.λ., αλλά να επιδιώκει και την αλλαγή του περιβάλλοντος όπου ζουν οι νέοι.

Η αγωγή υγείας (health education) περιλαμβάνει τις ουστηματικά σχεδιασμένες δράσεις που δίνουν τη δυνατότητα και βοηθούν τα άτομα να παίρνουν αποφάσεις, να υιοθετούν συμπεριφορές και να δρουν εκούσια προς την κατεύθυνση της βελτίωσης της υγείας τους<sup>11</sup>.

## ΠΡΟΛΗΨΗ

Η έννοια της πρόληψης αναφέρεται στο σύνολο των δράσεων πριν την εκδήλωση μιας συμπεριφοράς, στην αντιμετώπιση των παραγόντων που κάνουν ευάλωτο το άτομο και στην ενίσχυση των παραγόντων που το ενδυναμώνουν και το προστατεύουν, συμβάλλοντας στην αποφυγή ή στην αναβολή της έναρξης της χρήσης ουσιών και της εμφάνισης μιας νόσου εξάρτησης<sup>12,13</sup>. Στην πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, εκτός από την απλή παροχή πληροφοριών, αξιοποιούνται εκπαιδευτικές διαδικασίες με μεθόδους αλληλεπίδρασης και ενεργούς μάθησης που στοχεύουν στην αύξηση των γνώσεων, την ενδυνάμωση, την υποστήριξη και

την εκπαίδευση των ατόμων, ώστε να αναλαμβάνουν μια θετική στάση ζωής και να αναπτύξουν δεξιότητες που συνδέονται με την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας.<sup>14,15</sup>

Στρατηγικές παρεμβάσεων πρόληψης που χρησιμοποιούνται σε προγράμματα πρόληψης είναι:<sup>16</sup>

- **Δικτύωση - Κινητοποίηση:** Αποσκοπεί στην ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινότητας και στην κινητοποίηση των μελών της, ώστε να αναλάβουν ενεργό ρόλο και να λειτουργήσουν ως πολλαπλασιαστές.
- **Ενημέρωση - Ευαισθητοποίηση:** σε θέματα πρόληψης και αγωγής υγείας, σε θέματα διαπαιδαγώγησης, στο ρόλο και στις δυνατότητες του σχολείου ή της οικογένειας στην κατάρριψη μύθων και στερεοτύπων κ.ά.
- **Εκπαίδευση:** παροχή γνώσεων, μέσω σεμιναρίων και ομάδων βιωματικού χαρακτήρα, με σκοπό τη διαμόρφωση στάσεων-αντιλήψεων, καθώς και την απόκτηση δεξιοτήτων.
- **Συμβουλευτική:** παροχή συμβουλευτικής και υποστήριξης για την αντιμετώπιση διάφορων παιδαγωγικών, εκπαιδευτικών και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Η εκπαίδευση και το σχολείο είναι ο χώρος που η συμβουλευτική είχε και έχει πρωτεύουσα θέση και αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο, ενσωματωμένο στις παιδαγωγικές, εκπαιδευτικές και κοινωνικές υποχρεώσεις του έργου του εκπαιδευτικού<sup>17</sup>. Επίσης, η προληπτική συμβουλευτική εφαρμόζεται σε περιπτώσεις ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης ατόμων σε θέματα χρήσης ουσιών (καπνός, αλκοόλ, ναρκωτικά) καθώς και στην εκπαίδευση παιδαγωγών και γονέων για τη διαπαιδαγώγηση και ανατροφή των παιδιών<sup>18</sup>.
- **Ρυθμιστικά μέτρα:** ρυθμίσεις, νόμοι και πολιτικές για τις νόμιμες ουσίες, ως στρατηγικές πρόληψης. Τέτοια ρυθμιστικά μέτρα για τις νόμιμες ουσίες, θεωρείται ότι πρέπει να προηγούνται και να πλαισιώνουν τις εκπαιδευτικές παρεμβάσεις πρόληψης, καθώς έχουν σημαντική επίδραση στην καθυστέρηση της έναρξης της χρήσης νόμιμων και παράνομων ουσιών.

Παρεμβάσεις πρόληψης υλοποιούνται στη σχολική κοινότητα και στην οικογένεια. Στη σχολική κοινότητα η πρόληψη ευνοείται λόγω της πρόσβασης σε μεγάλο αριθμό νέων και επειδή το σχολείο είναι ένα παιδαγωγικό και οργανωμένο πλαίσιο που διευκολύνει τέτοιου είδους παρεμβάσεις.

Στην οικογένεια, η πρόληψη υλοποιείται με παρεμβάσεις στους γονείς και σύμφωνα με μελέτες αξιολόγησης, αποτελεσματικές παρεμβάσεις είναι αυτές που περιλαμβάνουν την ενδυνάμωση των οικογενειακών δεσμών και των σχέσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας και την ανάπτυξη δεξιοτήτων που σχετίζονται με τον γονεϊκό ρόλο.

Σύμφωνα με τους Buehler & Kroeger (2008)<sup>19</sup>, μερικοί από τους αποτελεσματικότερους παράγοντες των παρεμβάσεων πρόληψης στην οικογένεια είναι:

- Η ενίσχυση της σχέσης γονέα-παιδιού.

- Η εκπαίδευση με βάση την προσέγγιση της κοινωνικής ενίσχυσης, καθώς και σε θέματα ορίων.
- Η αξιοποίηση μεθόδων αλληλεπίδρασης (σε αντίθεση με μεθόδους οι οποίες στηρίζονται σε ομιλίες, διαλέξεις).
- Η αξιοποίηση εμπειρικά τεκμηριωμένου θεωρητικού πλαισίου.
- Η επεξεργασία θεμάτων, ώστε η παρέμβαση να ανταποκρίνεται στα διαφορετικά στάδια ανάπτυξης των παιδιών (προσχολική, σχολική και εφηβική ηλικία).
- Η επεξεργασία θεμάτων λαμβάνοντας υπόψη πολιτισμικές και κοινωνικές ιδιαιτερότητες των γονέων.

## ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Τις τελευταίες δεκαετίες ανέκυψε πλήθος στοιχείων που καταδεικνύουν ότι διάφορες στάσεις γονέων συνδέονται άμεσα με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από τα παιδιά και μπορούν να λειτουργήσουν είτε ως παράγοντες προστασίας, είτε ως παράγοντες κινδύνου<sup>20</sup>.

- **Παράγοντες κινδύνου** ορίζονται οι μεταβλητές που ευνοούν και μπορεί να οδηγήσουν στην χρήση ουσιών και στην εμφάνιση σχετικών προβλημάτων. Καθιστούν το άτομο πιο ευάλωτο και αυξάνουν τις πιθανότητες οι επιλογές του να έχουν επιπτώσεις υπό κάποιες συνθήκες. Οι παράγοντες κινδύνου αποτελούν πρόκληση για τη συναισθηματική, κοινωνική και ακαδημαϊκή ανάπτυξη των παιδιών, ενώ έχουν διαφορετική επίδραση ανάλογα με την προσωπικότητα του ατόμου, την αναπτυξιακή φάση που βρίσκεται το άτομο και το περιβάλλον.
- **Προστατευτικοί παράγοντες** θεωρούνται οι παράγοντες εκείνοι που μετριάζουν ή απομακρύνουν τις πιθανότητες εμφάνισης και εκδήλωσης συμπεριφορών, επιλογών και προβλημάτων που σχετίζονται με την χρήση ουσιών. Οι προστατευτικοί παράγοντες προωθούν θετικές συμπεριφορές και εμποδίζουν τις αρνητικές, αμβλύνοντας την επίδραση που μπορεί να έχει η έκθεση ενός ατόμου σε καταστάσεις κινδύνου και σε συνθήκες που ευνοούν την χρήση ουσιών (WHO 1998).

### **Προστατευτικοί παράγοντες**

#### **ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΧΟΛΕΙΟΥ**

- Παροχή γνώσεων – ενημέρωση.
- Συνεργασία γονέων – εκπαιδευτικών.
- Καλές σχέσεις μαθητών – εκπαιδευτικών.

#### **Ενίσχυση κοινωνικών δεξιοτήτων:**

- Διεκδικητικότητα (assertiveness).
- Δεξιότητες επικοινωνίας (communication skills).

- Δεξιότητες αντίστασης σε πίεση συνομηλίκων. (peer pressure resistance /refusal skills)<sup>21</sup>.
- Προαγωγή της υγείας των μαθητών.
- Θετικές εκπαιδευτικές προσδοκίες από γονείς και εκπαιδευτικούς.
- Εξειδικευμένες παρεμβάσεις για μαθητές με ιδιαίτερες εκπαιδευτικές ανάγκες.
- Ανάπτυξη συναισθηματικής αγωγής των παιδιών.

### **ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΩΝ**

- Πνεύμα συνεργασίας.
- Αποδοχή και σεβασμός της διαφορετικότητας.
- Έκφραση συναισθημάτων.
- Δραστηριότητες θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς.

### **ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

- Επικοινωνία γονέα – παιδιού.
- Σεβασμός στην προσωπικότητα του παιδιού.
- Ποιοτικός χρόνος μεταξύ των μελών της οικογένειας.
- Συνέπεια λόγων και πράξεων από τα μέλη της οικογένειας.

### **Ενίσχυση προσωπικών δεξιοτήτων:**

- Δεξιότητες λήψης αποφάσεων (decision making skills).
- Δεξιότητες διαχείρισης προβλημάτων (coping skills).
- Δεξιότητες καθορισμού στόχων (goal setting skills)<sup>21</sup>.

### **Εκπαίδευση σε θέματα αντίληψης του εαυτού μέσω:**

- Της ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης.
- Της ανάπτυξης των συναισθημάτων του ατόμου.
- Της αυτο-αξίας και αυτο-αποδοχής.

### **Ενίσχυση συναισθηματικών δεξιοτήτων:**

- Εντοπισμός και κατονομασία συναισθημάτων.
- Έκφραση και διαχείριση συναισθημάτων.
- Έλεγχος παρορμήσεων και άγχους.
- Επίγνωση διαφοράς μεταξύ συναισθήματος και πράξεων<sup>21</sup>.

## **ΠΟΤΕ ΜΙΛΑΜΕ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

Η οικογένεια συμβάλλει σημαντικά στην πρόληψη του καπνίσματος, αρκεί οι παρεμβάσεις των γονέων να ξεκινήσουν έγκαιρα με συχνές, μικρές συζητήσεις για τις συνέπειες του καπνού, του αλκοόλ και των ναρκωτικών προσαρμοζόμενες (οι συζητήσεις και οι παρεμβάσεις) στις αναπτυξιακές ανάγκες και δυνατότητες κάθε παιδιού. Οι γονείς συχνά προβληματίζονται για το πότε θα μιλήσουν στα παιδιά τους για θέματα χρήσης εθιστικών ουσιών και

ανησυχούν μήπως προκαλέσουν το ενδιαφέρον των παιδιών τους να δοκιμάσουν. Παρατηρείται, οι γονείς να γίνονται επιπρεπικοί στην χρήση καπνού, ως ένας τρόπος διαχείρισης του άγχους, σε περιόδους ιδιαίτερα αγχογόνες, όπως η περίοδος των πανελλαδικών εξετάσεων, πιστεύοντας ότι έτσι μειώνουν τον κίνδυνο δοκιμής ναρκωτικών ουσιών. Δεν πρέπει, όμως, να μπαίνουν στη διαδικασία σύγκρισης του ποιο είναι περισσότερο επιβλαβές και να δείχνουν ανοχή στο κάπνισμα, διότι και τα δύο προκαλούν εθισμό με σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία. Είναι σημαντικό να γνωρίζουν οι γονείς ότι, όταν επικοινωνούν και μοιράζονται σκέψεις και προβληματισμούς με τα παιδιά τους, αυτά αισθάνονται πιο ασφαλή συναισθηματικά και είναι πιο «έτοιμα» να προστρέξουν στο οικογενειακό πλαίσιο για υποστήριξη, όταν αντιμετωπίσουν δυσκολίες.

**Προσχολική ηλικία:** Οι στάσεις και οι συνήθειες που διαμορφώνονται σε αυτήν την ηλικία, συμβάλλουν σημαντικά στις μελλοντικές αποφάσεις των παιδιών, που συνδέονται με την χρήση καπνού, αλκοόλ ή άλλων ουσιών και δεν είναι πρόωρο να μιλήσουμε σε αυτήν την ηλικία στα παιδιά. Τα νήπια εσωτερικεύουν κανόνες και ανυψώσεις για το τι είναι καλό και τι κακό, μαθαίνουν τη σημασία των ορίων μέσω των απαγορεύσεων και των επιτρεπών συμπεριφορών και ασκούνται σε κοινωνικές και προσωπικές δεξιότητες. Αξίζει να επενδύσετε στη σχέση σας με το παιδί, να αφιερώσετε ποιοτικό χρόνο, να παίξετε μαζί, να μάθετε τι του αρέσει και τι όχι, ώστε να δημιουργηθούν δυνατοί δεσμοί εμπιστοσύνης και στοργής που θα δράσουν προληπτικά στο μέλλον. Αναμφίβολα, σε αυτήν την αναπτυξιακή περίοδο, τίθενται τα θεμέλια για πολλές από τις εξελίξεις των μεταγενέστερων σταδίων ανάπτυξης του παιδιού.

**Το παιδί στις πρώτες τάξεις του Δημοτικού** στρέφει το ενδιαφέρον του στον κόσμο έξω από τα όρια της οικογένειάς του και αλληλεπιδρά περισσότερο με άτομα έξω από το προστατευμένο πλαίσιο της οικογένειας. Επιθυμεί, όμως, την προσοχή και την εμπλοκή των γονέων του, επιζητά την αποδοχή τους. Είναι η κατάλληλη χρονική στιγμή να του εξηγήσετε τι είναι ο καπνός, το αλκοόλ και ποιες οι συνέπειες της χρήσης, εστιάζοντας στο ότι οι ανήλικοι χρήστες καπνού αποτελούν μειονότητα, καταρρίπτοντας έτσι τον μύθο ότι «όλοι οι μαθητές καπνίζουν». Μιλήστε για την αξία της υγιεινής διατροφής και επιβραβεύστε τα παιδιά που φροντίζουν και προστατεύουν το σώμα τους. Ενθαρρύνετε την ενασχόλησή του με αθλητικές, καλλιτεχνικές, πολιτιστικές, ψυχαγωγικές εκδηλώσεις και δραστηριότητες. Ενισχύστε τη σχολική επίδοση και την κοινωνικο-συναισθηματική εκπαίδευσή του προκειμένου να αντιμετωπίσουν παράγοντες κινδύνου, όπως η πρόωγη επιθετικότητα και η σχολική αποτυχία.

**Κατά την πρώιμη εφηβεία,** (στις τελευταίες τάξεις του Δημοτικού), επιτελείται η μετάβαση από την παιδική στην εφηβική ηλικία. Ως στάδιο ξεκινά στην ηλικία των 11 ή 12 ετών και

χαρακτηρίζεται από τεράστιες αλλαγές σε πολλά πεδία ανάπτυξης του παιδιού. Αξιοποιήστε την περιέργειά τους και την γνωστική τους ικανότητα να συμμετέχουν σε συζητήσεις και συζητήστε για τις συνέπειες της χρήσης καπνού, για τον εθισμό. Εξηγήστε τους πως οι εξαρτησιογόνες ουσίες, ακόμη και σε ελάχιστη χρήση, είναι εξαιρετικά επικίνδυνες, διότι οδηγούν στον εθισμό.

Είναι σημαντικό, σε αυτήν την ηλικία, να αρχίζει να διαμορφώνεται η στάση των παιδιών απέναντι στο κάπνισμα και σε κάθε μορφή εθισμού και να είναι ενημερωμένα, πριν προχωρήσουν στην επόμενη εκπαιδευτική βαθμίδα, το Γυμνάσιο, για:

- τους λόγους που είναι επιβλαβές το κάπνισμα για τον οργανισμό και ιδιαίτερα για την ομαλή σωματική, πνευματική και ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξή τους,
- τις συνέπειες του καπνίσματος.
- πώς τα ΜΜΕ προβάλλουν και συνδέουν την χρήση του καπνίσματος με έναν ελκυστικό τρόπο ζωής, ώστε να αυξηθεί το ποσοστό καπνιστών νεαρής ηλικίας,
- να διακρίνουν τους μύθους από τις αλήθειες για τον καπνό, το αλκοόλ και τις παράνομες ουσίες.

Η μετάβαση από το Δημοτικό στο Γυμνάσιο αποτελεί κρίσιμη περίοδο στη διαμόρφωση των αντιλήψεων και των στάσεων σχετικά με το κάπνισμα, αφού η αρνητική στάση, που έως τότε έχουν υιοθετήσει τα παιδιά, μπορεί να αμβλυωθεί και να μετατραπεί σε ανοχή του καπνίσματος από την παρέα ή ακόμα και στον πειραματισμό<sup>22</sup>. Επομένως, κρίνεται σημαντική η υλοποίηση παρεμβάσεων πρόληψης σε παιδιά δημοτικού, προτού αποδυναμωθούν οι ισχυρές μέχρι τότε αντιλήψεις και στάσεις σε σχέση με το κάπνισμα.

**Στο Γυμνάσιο** το παιδί διανύει την εφηβεία, την περίοδο των μεγάλων αλλαγών, η οποία αρχίζει με το τέλος της παιδικής ηλικίας και οδηγεί στην ενήλικιση. Κατά τη διάρκειά της, συντελούνται βιολογικές, σωματικές και ψυχολογικές μεταβολές, που επηρεάζουν και διαμορφώνουν τη στάση του εφήβου απέναντι στον εαυτό του και στους άλλους, ενήλικες και συνομηλίκους, καθώς και τις απόψεις και τις ιδέες του απέναντι σε αρχές και αξίες που επικρατούν στην κοινωνία όπου ζει. Η εφηβεία είναι μια αναπτυξιακή περίοδος μετασχηματισμού και αναδιοργάνωσης των οικογενειακών σχέσεων. Ο έφηβος διεκδικεί την ανεξαρτησία, την απομάκρυνση από την οικογένεια, αν και στην πραγματικότητα θέλει την υποστήριξη των γονέων του, την καθοδήγηση και τα όρια. Οι έρευνες υποδηλώνουν ότι οι συγκρούσεις γονέων-εφήβων κορυφώνονται κατά την προ-εφηβεία, ενώ στην ύστερη εφηβεία παρατηρείται σημαντική ύφεση<sup>23</sup>.

- Στο πλαίσιο αυτό των αλλαγών και ανακατατάξεων «οι έφηβοι είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στις ανεπιθύμητες επιδράσεις της χρήσης ουσιών, λόγω του μεταβατικού χαρακτήρα και της ρευστότητας των συναισθημάτων τους, του αμυντικού μηχανισμού τους, αλλά και της

προσωπικότητάς τους στο σύνολό της, στη συγκεκριμένη φάση της ζωής τους»<sup>24</sup>. Η καπνιστική συμπεριφορά τυπικά εδραιώνεται κατά τη διάρκεια της εφηβείας, καθώς οι περισσότεροι ενήλικοι καπνιστές κάπνισαν το πρώτο τους τσιγάρο ή είχαν εθιστεί στη νικωτίνη ήδη μέχρι την ηλικία των 18 ετών. Πιο πρόσφατη έρευνα του Ιδρύματος Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών<sup>25</sup>, δείχνει ότι η πρώτη επαφή με το τσιγάρο φαίνεται πως έχει ήδη αρχίσει από την ηλικία των 12-13 ετών, καθώς το 28,4% των μαθητών έχει καπνίσει, έστω και μία φορά στη ζωή του, σε αυτήν την ηλικία.

- Γι' αυτό είναι πολύ σημαντικό να έχουμε χτίσει ως γονείς, γέφυρες επικοινωνίας με τους εφήβους από νωρίς, ώστε σε αυτό το στάδιο της ζωής τους να μπορούμε να συζητήσουμε ενδελεχώς και εκτεταμένα αυτά τα θέματα, με στόχο την ενδυνάμωση της αντίστασής τους στην χρήση καπνού, αλκοόλ, ουσιών, την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων (π.χ. διεκδικητικότητα), δεξιοτήτων αντίστασης στην πίεση συνομηλίκων, τη διαμόρφωση αντιλήψεων και στάσεων σχετικά με την χρήση ουσιών και την ενίσχυση προσωπικών δεσμεύσεων και κινήτρων για αποχή από την χρήση ουσιών.

**Στο Λύκειο** πλέον οι έφηβοι έχουν ήδη «μπει στον πειρασμό» να καπνίσουν και, αν δεν έχει γίνει σωστή προετοιμασία και πρόληψη από την οικογένεια, ο κίνδυνος χρήσης καπνού, αλκοόλ ή ουσιών είναι μεγαλύτερος. Τα τελευταία στοιχεία της έρευνας<sup>26</sup>, που πραγματοποιήθηκε το 2013 στη χώρα μας από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας και το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας για το κάπνισμα, δείχνουν πως στο σύνολό τους το 10,1% των παιδιών καπνίζει (10,3% των αγοριών και 9,9% των κοριτσιών). Επίσης, σε αυτό το στάδιο είναι σημαντική η επιρροή που ασκεί η ομάδα των συνομηλίκων. Αν μάλιστα ο καλύτερος φίλος του εφήβου καπνίζει, η πιθανότητα να υιοθετήσει και εκείνος/η αυτήν τη συμπεριφορά είναι μεγαλύτερη από ότι, αν καπνίζουν άλλοι φίλοι ή συνομήλικοι<sup>27</sup>. Παρά την υποστήριξη της απαγόρευσης του καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους και τον καταγιοσμό πληροφοριών για τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία, οι έφηβοι έλκονται από αυτό, ίσως γιατί αναλαμβάνονται το κάπνισμα ως μια ενήλικη συμπεριφορά και έχουν έντονη την επιθυμία να γίνουν ανυληπιποί ως τέτοιοι (ενήλικες) από τους συνομηλίκους τους<sup>28</sup>. Συνεπώς, η αποφυγή καπνιστικής συμπεριφοράς σε αυτήν την ηλικία εξαρτάται από τη σχέση που ήδη έχουμε χτίσει με τον έφηβο και πόσο έχουμε επενδύσει στην πρόληψη από μικρή ηλικία.

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ HEART II ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Χωρίς καμία αμφισβήτηση το κάπνισμα είναι μία παγκόσμια επιδημία, με τραγικό απολογισμό 5 εκατομμύρια θανάτους ετησίως, αλλά και μία τραγικότερη πρόβλεψη ότι εντός του 21ου αιώνα ένα δισεκατομμύριο συνάνθρωποί μας θα πεθάνουν από το κάπνισμα. Επιπλέ-

ον, πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα επισημαίνουν εκ νέου την επικινδυνότητα του παθητικού καπνίσματος για καπνιστές και μη, ενώ η Ε.Ε. ανακοινώνει ότι η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα στο σπίτι φαίνεται να προκαλεί επιπλέον 72.000 θανάτους ετησίως, με 17.000 θανάτους σε άτομα που δεν καπνίζουν οι ίδιοι. Οι αριθμοί αυτοί δε διαφοροποιούνται ιδιαίτερα και για το χώρο εργασίας. Τα παραπάνω στοιχεία υπογραμμίζουν την αδιαμφισβήτητη ανάγκη για μία πολύπλευρη, ολοκληρωμένη και στοχευμένη προσπάθεια περιορισμού του καπνίσματος και βελτίωσης των ποσοστών της αποτρέψιμης νοσηρότητας και θνησιμότητας που σχετίζεται με το κάπνισμα.

Αναγνωρίζοντας κι ανησυχώντας για την εξάπλωση της χρήσης προϊόντων καπνού, αλλά και σεβόμενοι τις έγκυρες επιστημονικές μελέτες για τη μείωση της ηλικίας έναρξης του καπνίσματος, αναπτύχθηκε το πρόγραμμα πρόληψης του καπνίσματος στην μαθητική κοινότητα HEART II - Η ΑΛΗΘΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ που χρηματοδοτείται από το Behrakis Foundation της Βοστώνης και μέσω του Ιδρύματος Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών (ΠΒΕΑΑ) διεξάγει τις ερευνητικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες για τη μείωση του καπνίσματος στη χώρα μας με ιδιαίτερη έμφαση στη σχολική ηλικία<sup>29</sup>.

Οι προληπτικές παρεμβάσεις του HEART II για το κάπνισμα σε σχολεία εστιάζουν στις εξής δράσεις:

**«Μαθαίνω να μην καπνίζω»** που έχει ως σκοπό την πρόληψη του καπνίσματος στους μαθητές Ε΄ και ΣΤ΄ Δημοτικού, Γυμνασίου καθώς και Α΄ Λυκείου και παρέχει στους μαθητές τη δυνατότητα να ενημερωθούν με έγκυρο και επιστημονικό τρόπο και παράλληλα να αναπτύξουν, αλλά και να καλλιεργήσουν τόσο τις ατομικές όσο και τις κοινωνικές δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την αντίσταση στο κάπνισμα.

**Διοργάνωση βιωματικών σεμιναρίων** με τίτλο «Μαθαίνω την αλήθεια, λέω όχι στο τσιγάρο» για εκπαιδευτικούς, εργαζόμενους στις υπηρεσίες υγείας, συμβούλους αγωγής υγείας και άλλους φορείς συναφείς με την εκπαίδευση, με στόχο την ενεργοποίηση του εκπαιδευτικού δυναμικού της χώρας για ανάπτυξη πρωτοβουλιών κατά του καπνίσματος από τους μαθητές των Δημοτικών, των Γυμνασίων και των Λυκείων σε Πανελλαδικό επίπεδο.

**Το πρόγραμμα «Ενέργειες ενημέρωσης και υποστήριξης για την οργάνωση και υλοποίηση προγράμματος αγωγής υγείας για το κάπνισμα στα σχολεία»** με θεμελιώδη στόχο τη δημιουργία ενός δικτύου σχολείων – εκπαιδευτικών – μαθητών και γονέων για τη διάδοση της αντικαπνιστικής ιδέας και την αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών στο κοινωνικό σύνολο. Από την υλοποίηση των δράσεων του έργου αναμένεται:

- Η βελτίωση της υγείας του μαθητικού πληθυσμού.



- Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της ομάδας στόχου, ώστε να αποκτήσει σωστές συνήθειες και συμπεριφορές.
- Η προώθηση υγιών στάσεων, συμπεριφορών και προτύπων στα σχολεία.
- Η ανάπτυξη του αισθήματος αυτοεκτίμησης και η κατανόηση της σημασίας της αυτοφροντίδας.
- Μεσομακροπρόθεσμα μείωση των δαπανών του ΕΣΥ.

Στο πλαίσιο της πρόληψης έχουν παραχθεί τρεις αφίσες που αντιστοιχούν σε διαφορετικές ηλικιακές βαθμίδες, Δημοτικό, Γυμνάσιο και Λύκειο και προβάλλουν στους μαθητές έναν υγιεινό τρόπο ζωής που αποτελεί συνειδητή προσωπική επιλογή. Όταν κάτι αποτελεί προσωπική αξία και προσωπική επιλογή, τότε γίνεται ισχυρό κίνητρο αλλαγής και σε επίπεδο μάθησης και σε επίπεδο διαμόρφωσης στάσεων και συμπεριφορών.

Το να «θέλω» να έχω καθαρά δόντια, καθαρή αναπνοή, γερή καρδιά με οδηγεί στη «γνώση» των συνεπειών του καπνού για την υγεία μου και στην «προσωπική επιλογή» να μην καπνίζω και στην «απαίτηση» ενός κόσμου χωρίς τσιγάρο, διεκδικώντας το δικαίωμά μου να προστατεύω την υγεία μου.

### ΠΩΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΟΥΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ (ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΩΙΜΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ)

- Μιλάμε με απλό, αλλά έγκυρο τρόπο στα παιδιά ανάλογα με το γνωστικό στάδιο ανάπτυξής τους, χωρίς όμως να τα τρομάζουμε, π.χ. δεν αναφερόμαστε στις χειρότερες συνέπειες του καπνίσματος ή δε χρησιμοποιούμε ορολογία που δεν κατανοεί το παιδί.
- Όταν ενημερώνουμε το παιδί, οφείλουμε να έχουμε χρόνο και ηρεμία, π.χ. στο πλαίσιο ενός οικογενειακού συμβουλίου.
- Είμαστε ενεργητικοί ακροατές. Το παιδί θα μας εμπιστευτεί, όταν είναι σίγουρο ότι ακούμε πραγματικά αυτά που έχει να μας πει.
- Ακούμε το παιδί με τα μάτια, με την καρδιά και με το μυαλό.
- Διδάσκουμε με το παράδειγμά μας, είμαστε πρότυπα μίμησης για τα παιδιά. Θα μιμηθούν περισσότερο αυτό που βλέπουν, παρά αυτό που ακούν.
- Δημιουργούμε ένα περιβάλλον που θα υποστηρίζει την αποχή από το τσιγάρο.
- Ενισχύουμε τη θετική στάση των παιδιών απέναντι στη διατήρηση της υγείας τους, π.χ. σωστή διατροφή, άσκηση, καλή ψυχική υγεία.
- Ενημερώνουμε για τις συνέπειες του καπνίσματος, δίνοντας έμφαση στις βραχυπρόθεσμες συνέπειες που γίνονται ευκολότερα κατανοητές από τα παιδιά, π.χ. το κάπνισμα προκαλεί δύσσομη αναπνοή, κίτρινα δόντια, κίτρινα δάχτυλα, ρυτίδες, κυτταρίδα.
- Βοηθάμε τα παιδιά να κατανοήσουν την έννοια της εξάρτησης, π.χ. εξάρτηση σημαίνει να μην είσαι ελεύθερος να αποφασίζεις για τον εαυτό σου, να μην ορίζεις τη ζωή σου.

- Αποδομούμε μύθους, στερεότυπα και λανθασμένες αντιλήψεις γύρω από το κάπνισμα, π.χ. «όλοι πίνουν, καπνίζουν, παίρνουν ναρκωτικά» ή «το κάπνισμα μειώνει το άγχος», ενώ ισχυροποιούμε ορθές αντιλήψεις, π.χ. μόνο ένας στους 10 μαθητές καπνίζει ή «η καταστροφή της αναπνοής αρχίζει με το πρώτο τσιγάρο και η εξάρτηση στη νικοτίνη αρχίζει με την πρώτη ρουφηξιά».
- Μιλάμε για τη σημασία της υγείας και την ατομική ευθύνη απέναντι στη χρήση βλαπτικών ουσιών, όπως ο καπνός, π.χ. «το κάπνισμα στενεύει και φράζει τις αρτηρίες» ή «το κάπνισμα μειώνει τη ζωή των γυναικών κατά περίπου 10 χρόνια».
- Ενθαρρύνουμε την αξιολογική κρίση των παιδιών μας σε σχέση με την επρροή των ΜΜΕ και την καπνιστική συμπεριφορά, π.χ. οι βιομηχανίες καπνού και όσοι εμπλέκονται με το κάπνισμα αυξάνουν τα κέρδη τους, όσο αυξάνονται οι νεαρές ηλικίας καπνιστές» ή «το κάπνισμα συχνά προβάλλεται ως ομορφιά, γοητεία και δύναμη» ή «οι νεαρές γυναίκες είναι κεντρικός στόχος της διαφήμισης».
- Μαθαίνουμε στα παιδιά να μην υποκύπτουν στην πίεση των συνομηλίκων, να υποστηρίζουν την άποψή τους και τα βοηθάμε να αναπτύξουν προστατευτικές προς τον εαυτό τους συμπεριφορές, π.χ. να λένε «όχι» σε οτιδήποτε είναι αντίθετο με τις προσωπικές τους αξίες ή π.χ. αν κάποιος τους προτείνει να δοκιμάσουν τσιγάρο και δεν το επιθυμούν, να μην ντραπούν να υποστηρίξουν την άρνησή τους.
- Μαθαίνουμε στα παιδιά να αγαπούν και να φροντίζουν το σώμα τους, π.χ. η υγιεινή ζωή είναι εύκολη: τρώω σωστά, κοιμάμαι καλά, γυμνάζομαι, δεν καπνίζω.
- Ενθαρρύνουμε την επαφή των παιδιών με τη φύση, τις τέχνες και τον πολιτισμό επενδύοντας σε αξίες που δίνουν νόημα στη ζωή του ανθρώπου και ενισχύουν την προσωπική του ανάπτυξη και την κοινωνική εμπλοκή.
- Βοηθάμε το παιδί να αναπτύξει ισχυρό σύστημα αξιών. Η ύπαρξη ισχυρού συστήματος αξιών ενδυναμώνει την ικανότητα των παιδιών στη λήψη αποφάσεων και προστατεύει από επικίνδυνες επιλογές, π.χ. «επιλέγω να ζήσω χωρίς καπνό ελεύθερος/η και δυνατός/η».
- Μιλάμε για την αξία της φιλίας και της ανθρώπινης επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης, π.χ. βοηθάμε τα παιδιά να βρίσκονται με φίλους τους στον φυσικό κόσμο, από το να ασχολούνται με τον Η/Υ και να «επικοινωνούν» στον διαδικτυακό κόσμο.
- Τους μαθαίνουμε από μικρά να σέβονται τον εαυτό τους και τους άλλους, π.χ. να σέβονται τις προσωπικές τους επιλογές, αλλά και τις επιλογές των άλλων, αν είναι διαφορετικές από τις δικές τους.
- Αποφεύγουμε την επιδοκμασία της χρήση καπνού (άμεσα ή έμμεσα) και των ουσιών γενικότερα, π.χ. το τσιγάρο δεν είναι κάτι τρομερό, υπάρχουν πιο επιβλαβείς ουσίες.
- Συνεργαζόμαστε με άλλους γονείς, δημιουργούμε ή εντασσόμαστε σε υποστηρικτικές

ομάδες που θα μας βοηθήσουν στην πρόληψη καπνιστικής συμπεριφοράς.

- Διατηρούμε σταθερή επικοινωνία και συνεργασία με το σχολείο του παιδιού και τους εκπαιδευτικούς.

Όταν έχουμε απέναντί μας μεγαλύτερους εφήβους, εκτός των όσων αναφέρθηκαν, είναι σημαντικό να υιοθετούμε τα ακόλουθα:

- Μιλάμε με επιστημονικά ή άλλα στοιχεία που αποδεικνύουν όσα υποστηρίζουμε.
- Αποδεχόμαστε και ενθαρρύνουμε τις ανεξάρτητες επιλογές του εφήβου. Έτσι, αυτονομείται, ανεξαρτητοποιείται και μαθαίνει να αναλαμβάνει προσωπική ευθύνη.
- Δεν απορρίπτουμε/αποδοκιμάζουμε τον έφηβο για επιλογές με τις οποίες διαφωνούμε. Εκφράζουμε την αντίθεσή μας, χρησιμοποιώντας λογικά επιχειρήματα.
- Μιλάμε για την αξία του να κάνουν συνειδητές και υπεύθυνες επιλογές.
- Δημιουργούμε το «συμβόλαιο» της οικογένειας, δηλαδή σαφείς, λογικούς και σταθερούς κανόνες που απαγορεύουν την χρήση καπνού ή αλκοόλ και ορίζουμε από πριν με το παιδί ποια θα είναι η τιμωρία, αν παραβεί το συμβόλαιο.
- Καλλιεργούμε στους εφήβους θετική αυτοεκτίμηση. Οι άνθρωποι με θετική αυτοεκτίμηση αντιστέκονται περισσότερο στην κοινωνική πίεση.
- Οριοθετούμε με αγάπη, συνέπεια και σταθερότητα.
- Εστιάζουμε στη μάθηση τρόπων αντίστασης «λέω όχι», ώστε να μπορούν οι έφηβοι να προστατεύουν τους εαυτούς τους και να μην παρασύρονται από την ανάγκη (ιδιαίτερα έντονη στην εφηβεία) να μοιάζουν με τους υπόλοιπους<sup>30</sup>.
- Φροντίζουμε να υπάρχει συνέπεια λόγων και συμπεριφοράς, όταν μιλάμε για αντικαπνιστικές συμπεριφορές, διαφορετικά ακυρώνουμε τον εαυτό μας και «πέφτουμε» στα μάτια του εφήβου.
- Γνωρίζοντας τη δύναμη που ασκεί η ομάδα των συνομηλίκων στην εφηβεία, οφείλουμε να γνωρίζουμε τις συναναστροφές των παιδιών μας.
- Ασκούμε έλεγχο και εποπεία στον έφηβο με διακριτικό τρόπο. Βοηθά πολύ το να έχουμε το σπίτι μας «ανοικτό» στις παρέες του παιδιού μας, ώστε να τις γνωρίζουμε, να γνωρίζουμε το ωράριο των μαθημάτων του και τις δυνατότητές του και να παρεμβαίνουμε μονάχα εκεί που κρίνουμε αναγκαίο, στις περιπτώσεις δηλαδή πρόληψης ή αποφυγής μιας ανεπιθύμητης συμπεριφοράς.
- Μαθαίνουμε να αναγνωρίζουμε τις ενδείξεις που μαρτυρούν τη χρήση καπνού, οινόπνευματων ποτών και ουσιών, ώστε να ενεργήσουμε άμεσα, απευθυνόμενοι στους εξειδικευμένους φορείς.

## ΠΩΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΟΥΜΕ ΑΝ ΕΙΜΑΣΤΕ ΓΟΝΕΙΣ - ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ

**254** Ως γονείς και κηδεμόνες - καπνιστές οφείλουμε, εκτός από τη γνώση των επιπτώσεων του

καπνίσματος και την εξάρτηση από τη νικοτίνη, να γνωρίζουμε την επιρροή που ασκεί η δική μας καπνιστική συμπεριφορά – ως ισχυρά πρότυπα μίμησης-στη συμπεριφορά των παιδιών. Συγκεκριμένα, τα παιδιά των γονιών – καπνιστών είναι 3 φορές πιο πιθανό να ξεκινήσουν το κάπνισμα από τα παιδιά γονέων μη καπνιστών. Σημαντικός επίσης παράγοντας, εκτός των γονέων, στην καπνιστική συμπεριφορά ενός εφήβου είναι οι «σημαντικοί άλλοι» (φίλοι, μεγαλύτερα αδέρφια) καπνιστές<sup>31</sup>.

Όταν, λοιπόν, θέλουμε να μιλήσουμε στα παιδιά μας για την πρόληψη του καπνίσματος:

- Ας μην ξεχνάμε πως είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αποτελούμε υγιή πρότυπα συμπεριφοράς.
- Αναγνωρίζουμε ότι το κάπνισμα είναι μια νόσος και όχι συνήθεια, διότι τα παιδιά μιμούνται και υιοθετούν τη συνήθεια ευκολότερα από τη μη υγιή συμπεριφορά.
- Ας τους αφηγηθούμε τη δική μας ιστορία, πώς ξεκινήσαμε το κάπνισμα και γιατί εξακολουθούμε να καπνίζουμε εστιάζοντας στην αδυναμία μας να διακόψουμε λόγω της ισχυρής εξάρτησης και στα αρνητικά στοιχεία της χρήσης καπνού.
- Αποσυνδέουμε το κάπνισμα από την απόλαυση, π.χ. «το καλό φαγητό συνοδεύεται από ένα τσιγάρο» ή «καφές και τσιγάρο».
- Αποσυνδέουμε το κάπνισμα από τη δύσκολη ή στρεσογόνα συναισθηματική κατάσταση, π.χ. «το τσιγάρο με ανακουφίζει από το άγχος».
- Δεν επιτρέπουμε το κάπνισμα σε εσωτερικούς χώρους του σπιτιού, ακόμα κι όταν έχουμε φιλοξενούμενους.
- Δεν καπνίζουμε στο αυτοκίνητο ή σε άλλους κλειστούς χώρους (ασανσέρ).
- Δε στέλνουμε το παιδί να μας αγοράσει είδη καπνιστού.
- Δεν ζητάμε ποτέ από το παιδί μας να ανάψει ένα τσιγάρο για εμάς.
- Ορίζουμε ή διαμορφώνουμε έναν εξωτερικό χώρο μόνο για τους καπνιστές, σεβόμενοι το δικαίωμα των μη καπνιστών να μην είναι αποδέκτες των συνεπειών του παθητικού καπνίσματος.
- Αποφεύγουμε την εύκολη προσβασιμότητα του καπνού στο σπίτι (π.χ. πακέτα τσιγάρων ή καπνού σε κοινή θέα στο σπίτι).
- Δεν έχουμε τασάκια εντός του σπιτιού, παρά μόνο στον εξωτερικό χώρο όπου επιτρέπεται το κάπνισμα.
- Ζητάμε την άποψη των παιδιών για το κάπνισμα.
- Μιλάμε για τις σκέψεις μας και τα συναισθήματά μας για τη χρήση καπνού και τη δυσκολία μας να το κόψουμε.
- Δεν καθουσαχάζουμε το παιδί υποτιμώντας τη σημασία καπνιστικών συμπεριφορών, λέγοντας για παράδειγμα «αν δοκιμάσεις ένα τσιγάρο, δεν έγινε κάτι τρομερό» ή «όταν καπνίζεις 2-3 τσιγάρα την ημέρα δεν εθίζεσαι στη νικοτίνη».
- Δεν καπνίζουμε ποτέ μπροστά τους και δεν επιτρέπουμε και σε τρίτους να καπνίζουν, 255

- διότι αυτή η συμπεριφορά αποδυναμώνει την ισχύ των επιχειρημάτων μας.
- Εξηγούμε στα παιδιά ότι δεν είναι «cool» να καπνίζει κάποιος, ούτε «μαγκιά».
- Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να χρησιμοποιούμε αποτελεσματικούς τρόπους συζήτησης τέτοιων θεμάτων και επικοινωνίας με τα παιδιά.

### **ΑΡΧΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: «ΟΤΑΝ ΘΕΛΩ ΝΑ ΜΙΛΗΣΩ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ»**

Κάθε συμπεριφορά σε μια κατάσταση αλληλεπίδρασης έχει αξία μηνύματος, δηλαδή είναι επικοινωνία. Η δραστηριότητα ή η απραξία, τα λόγια ή η σιωπή μεταφέρουν μηνύματα, είναι επικοινωνία, επηρεάζουν τους άλλους και αυτοί με τη σειρά τους ανταποκρίνονται με κάποιον τρόπο, αλληλεπιδρώντας. Θα λέγαμε, λοιπόν, ότι, όσο κι αν προσπαθήσει κανείς, δεν μπορεί να μην επικοινωνεί<sup>32</sup>. Η επικοινωνία στο πλαίσιο της οικογένειας αναφέρεται στην ανταλλαγή λεκτικών και μη λεκτικών μηνυμάτων μεταξύ των μελών της. Μέσα από τη διαδικασία της επικοινωνίας γονείς και παιδιά μεταφέρουν γνώσεις, αντιλήψεις, στάσεις ζωής, εκφράζουν τις ανάγκες, τις επιθυμίες, τις ανησυχίες, αλλά και την αγάπη και τη στοργή τους ο ένας για τον άλλον. Οι έρευνες υποδηλώνουν ότι η φτωχή και αναποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας μπορεί να οδηγήσει σε ποικίλα προβλήματα, όπως υπερβολικές ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, αναποτελεσματική επίλυση προβλημάτων, έλλειψη οικειότητας, ασθενής συναισθηματικός δεσμός και προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά<sup>33</sup>.

Χωρίς να υπάρχει πρόθεση να κατηγορήσουμε τους γονείς, οι συνήθεις τρόποι που χρησιμοποιούμε, για να επικοινωνήσουμε και να διαπαιδαγωγήσουμε τα παιδιά, είναι αυτοί που έχουμε βιώσει στις πατρικές μας οικογένειες και που έχουμε μάθει από τις προσωπικές μας εμπειρίες. Συχνά οι γονείς παραπονιούνται πως, ενώ έχουν την πρόθεση και την καλή διάθεση να επικοινωνήσουν με τα παιδιά τους, οι προσπάθειές τους πέφτουν στο κενό, ιδιαίτερα όταν έχουν να διαχειριστούν εφήβους.

Συνήθεις τρόποι επικοινωνίας γονέων – παιδιών που δεν επιφέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα, είναι αυτοί που κινούνται στα άκρα, δηλαδή μεγάλη αυστηρότητα ή χωρίς όρια ελευθερία.<sup>34</sup>

Αν επιθυμούμε, λοιπόν, να είμαστε αποτελεσματικοί, όταν θα μιλήσουμε στα παιδιά μας για το κάπνισμα, θα ήταν χρήσιμο να αποφεύγουμε:

- Να δίνουμε διαταγές: «Στο ξεκαθαρίζω! Δε θα σου επιτρέψω να καπνίσεις! Έλθε!»
- Να προειδοποιούμε απειλητικά: «Αν μάθω ότι δοκίμασες τσιγάρο, αλίμονό σου!»
- Να ηθικολογούμε: «Τα καλά παιδιά δεν καπνίζουν.»
- Να υποδεικνύουμε ή να συμβουλευόμαστε: «Σε συμβουλεύω να μην καπνίσεις. Το τσιγάρο περιέχει πολλές βλαπτικές ουσίες. Θα έχεις πολλά προβλήματα υγείας.»
- Να επιχειρηματολογούμε με απόλυτο τρόπο: «Το τσιγάρο καταστρέφει τους πνεύμονες.

Προκαλεί καρκίνο, γι' αυτό μην καπνίσεις ποτέ!»

- Να επικρίνουμε και να κατηγορούμε τις επιλογές των παιδιών: «Με αυτούς που κάνεις παρέα, δε βλέπω να προχωράς. Πρόσχεσε μη σε παρασύρουν και καπνίσεις.»
- Να γελοιοποιούμε και να ντροπιάζουμε τα παιδιά: «Οι αλήτες μόνον καπνίζουν! Μην νομίζεις ότι είσαι και τόσο μεγάλος για τοιγάρα και τέτοια...»
- Να ερμηνεύουμε και να αναλύουμε: «Οι αδύναμοι χαρακτήρες καπνίζουν. Μην βλέπεις εμένα, εγώ είμαι μεγάλος και έχω πολλά προβλήματα.»
- Να καθουσιάζουμε υποτιμώντας τη σοβαρότητα του γεγονότος: «Δεν είναι τραγικό, αν καπνίσεις και μια φορά από περιέργεια, δεν παθαίνεις κάτι.»
- Να ανακρίνουμε το παιδί: «Γιατί ρωτάς για το τοιγάρο; Καπνίζουν οι φίλοι σου; Μήπως έχεις καπνίσει κι εσύ;»
- Να επιτρέπουμε και να ενισχύουμε την αρνητική συμπεριφορά: «Εάν θέλεις να καπνίσεις, δεν έχω πρόβλημα. Άλλωστε κι εγώ στην ηλικία σου δοκίμασα να καπνίσω.»
- Να αδιαφορούμε ή να αλλάζουμε θέμα συζήτησης από αμνηχανία: «Δε νομίζω ότι είναι ώρα να μιλήσουμε για το τοιγάρο. Έχω πολλή δουλειά να ετοιμάσω για το γραφείο...»

Με τους τρόπους που αναφέρθηκαν δεν καταφέρνουμε ούτε να αναπτύξουμε ουσιαστική σχέση επικοινωνίας με τα παιδιά, ούτε να τα ενημερώσουμε σωστά, ούτε να αποτρέψουμε τη δοκιμή του τοιγάρου.

Ο βοηθητικός και αποτελεσματικός γονέας είναι αυτός που συζητά και ακούει, που είναι διαθέσιμος να μοιραστεί τις αγωνίες και τους προβληματισμούς του παιδιού του. Αυτός που θα πει: «Βλέπω, παιδί μου, ότι σε απασχολεί το θέμα του καπνίσματος. Είμαι στη διάθεσή σου να συζητήσουμε, όποτε είσαι έτοιμος/η. Θα ήθελα να ακούσω τι σκέφτεσαι, ποια είναι τα συναισθήματά σου». Όταν έχουμε να αντιμετωπίσουμε εφήβους, τότε ως γονείς οφείλουμε να είμαστε περισσότερο ευέλικτοι. Ο έφηβος διακατέχεται από το αίσθημα της «παντοδυναμίας», «γνωρίζει τα πάντα» και φυσικά αμφισβητεί το γονεϊκό πρότυπο. Ωστόσο, οι γονείς δεν πρέπει να αρνούμαστε τη γονεϊκή εποπτεία στην εφηβεία, αλλά να μάθουμε πώς να την προσαρμόζουμε και να την ασκούμε με ευελιξία, ανάλογα με τις καταστάσεις. Οφείλουμε να επιτηρούμε τους εφήβους χωρίς αυταρχισμό και καταπίεση. Να μπορούμε να διαπραγματευόμαστε μαζί τους.

Οφείλουμε να καθοδηγούμε τον έφηβο, δηλαδή:

- να τον αφουγκραζόμαστε,
- να τον κινητοποιούμε, χωρίς να τον κατευθύνουμε,
- να τον στηρίζουμε στην αποτυχία και,
- να τον επαινούμε στην επιτυχία.

Αυτός ο τρόπος διαπαιδαγώγησης μπορεί να περιγραφεί και ως «καθοδήγηση» του έφηβου στη διαδικασία εξατομίκευσής του<sup>35</sup>.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τα παιδιά και οι έφηβοι στη χώρα μας πλήττονται τόσο από τον καπνό των άλλων, όσο και από την παρουσία μοντέλων ενηλίκων με καπνιστική συμπεριφορά, γι' αυτό και οι παρεμβάσεις πρόληψης κρίνονται απαραίτητες. Αποτελεσματικές παρεμβάσεις πρόληψης είναι αυτές που αντιμετωπίζουν ολιστικά το θέμα του καπνίσματος παρεμβαίνοντας και στο άτομο (μαθητές) και στο περιβάλλον (γονείς, εκπαιδευτικοί). Είναι τα προγράμματα πρόληψης που δημιουργούν συνθήκες συνεργασίας και αλληλεπίδρασης μεταξύ ενός κοινωνικά προσανατολισμένου σχολείου, ενός ευαισθητοποιημένου εκπαιδευτικού και μιας ενδυναμωμένης οικογένειας, με στόχο τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος για το παιδί αποχής από τον καπνό.

Αξίζει, λοιπόν, να επενδύσουμε σε μια πολυεπίπεδη εκπαίδευση, εκπαιδευτικών και γονέων, με στόχο την ευαισθητοποίηση, την απόκτηση γνώσεων, την ανάπτυξη δεξιοτήτων μέσω δημιουργίας ομάδων βιωματικού χαρακτήρα, την αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών, υποστηρίζοντας τον δύσκολο και απαιτητικό ρόλο της ανάπτυξης υγιών ανθρώπων σωματικά και ψυχικά.

ΑΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΥΝΗ ΠΟΥ  
ΕΧΟΥΜΕ ΩΣ ΓΟΝΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΑΣ,  
ΩΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ ΜΑΣ,  
ΜΕ ΤΟ ΠΟΙΗΜΑ ΤΗΣ **DOROTHY LAW NOLTE**:



## « ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΑΘΑΙΝΟΥΝ ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΖΟΥΝ »

*Αν ένα παιδί ζει μέσα στην κριτική: Μαθαίνει να κατακρίνει.*

*Αν ένα παιδί ζει μέσα στην έχθρα: Μαθαίνει να κανγαδίζει.*

*Αν ένα παιδί ζει μέσα στην ειρωνεία: Μαθαίνει να είναι νιροπαδό.*

*Αν ένα παιδί ζει μέσα στην ντροπή: Μαθαίνει να αισθάνεται ένοχο.*

*Αν ένα παιδί ζει μέσα στην ενθάρρυνση: Μαθαίνει να έχει εμπιστοσύνη.*

*Αν ένα παιδί ζει μέσα στην κατανόηση: Μαθαίνει να είναι υπομονετικό.*

*Αν ένα παιδί ζει μέσα στον έπαινο: Μαθαίνει να εκτιμάει.*

*Αν ένα παιδί ζει μέσα στην αποδοχή: Μαθαίνει να αγαπάει.*

*Αν ένα παιδί ζει μέσα στην επιδοκιμασία: Μαθαίνει να έχει αυτοεκτίμηση.*

*Αν ένα παιδί ζει στην ειδικρίνεια: Μαθαίνει να είναι φιδαδήθες.*

*Αν ένα παιδί ζει μέσα στην ασφάλεια: Μαθαίνει να έχει πίστη στον εαυτό του και στους άλλους.*

*Αν ένα παιδί ζει μέσα στη φιλία: Μαθαίνει να βρίσκει την αγάπη μέσα στον κόσμο.*

*Και τελειώνει με το ερώτημα:*

*Με τι ζουν τα δικά σας παιδιά;*



# ΕΠΙΣΤΟΛΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ

## ΕΠΙΣΤΟΛΗ Ι

### *Αγαπητοί γονείς και κηδεμόνες,*

Αντιλαμβανόμενοι τη σημασία της συνεργασίας σχολείου και οικογένειας για την πρόληψη και προαγωγή της υγείας των παιδιών, σας απευθύνουμε αυτήν την επιστολή που αφορά σε αποτελεσματικούς τρόπους επικοινωνίας με τα παιδιά, ελπίζοντας ότι θα διευκολύνουμε τον δύσκολο και απαιτητικό ρόλο του γονέα στο θέμα της πρόληψης του καπνίσματος.

#### **Όταν μιλάμε στα παιδιά μας για το κάπνισμα, αποφεύγουμε να:**

- **Δίνουμε διαταγές:** «Σου ξεκαθαρίζω ότι δε θα σου επιτρέψω ποτέ να καπνίσεις! Έλνε!»
- **Προειδοποιούμε απειλητικά:** «Αν μάθω ότι δοκίμασες τσιγάρο, αλίμονό σου!»
- **Ηθικολογούμε:** «Τα καλά παιδιά δεν καπνίζουν.»
- **Υποδεικνύουμε ή συμβουλευόμαστε:** «Σε συμβουλεύω να μην καπνίσεις. Το τσιγάρο περιέχει πολλές βλαπτικές ουσίες. Θα έχεις πολλά προβλήματα υγείας.»
- **Επιχειρηματολογούμε με απόλυτο τρόπο:** «Το τσιγάρο καταστρέφει τους πνεύμονες. Προκαλεί καρκίνο, γι' αυτό μην καπνίσεις ποτέ!»
- **Επικρίνουμε και κατηγορούμε τις επιλογές του:** «Με αυτούς που κάνεις παρέα, δεν βλέπω να προχωράς. Πρόσχευε μη σε παρασύρουν και καπνίσεις.»
- **Γελοιοποιούμε /ντροπιάζουμε:** «Οι αλήτες μόνον καπνίζουν! Μην νομίζεις ότι είσαι και τόσο μεγάλος για τσιγάρα και τέτοια...»
- **Ερμηνεύουμε και αναλύουμε:** «Οι αδύναμοι χαρακτήρες καπνίζουν. Μην βλέπεις εμένα, εγώ είμαι μεγάλος και έχω πολλά προβλήματα.»
- **Καθουσιάζουμε υποτιμώντας τη σοβαρότητα του γεγονότος:** «Δεν είναι τραγικό, αν καπνίσεις και μια φορά από περιέργεια, δεν παθαίνεις κάτι.»
- **Ανακρίνουμε το παιδί:** «Γιατί ρωτάς για το τσιγάρο; Καπνίζουν οι φίλοι σου; Μήπως έχεις καπνίσει κι εσύ;»
- **Επιτρέπουμε και ενισχύουμε την αρνητική συμπεριφορά:** «Εάν θέλεις να καπνίσεις, δεν έχω πρόβλημα. Άλλωστε κι εγώ στην ηλικία σου δοκίμασα να καπνίσω.»
- **Αδιαφορούμε ή αλλάζουμε θέμα συζήτησης από αμχανία:** «Δεν νομίζω ότι είναι ώρα να μιλήσουμε για το τσιγάρο. Έχω πολλή δουλειά να ετοιμάσω για το γραφείο..»

#### **Αντίθετα, επιλέγουμε να πούμε στο παιδί:**

- «Βλέπω, παιδί μου, ότι σε απασχολεί το θέμα του καπνίσματος. Είμαι στη διάθεσή σου να συζητήσουμε, όποτε είσαι έτοιμος/η. Θα ήθελα να ακούσω τι σκέφτεσαι, ποια είναι τα συνασθήματά σου.»

#### **Έτσι του δείχνουμε ότι είμαστε:**

- Διαθέσιμοι να ακούσουμε και να συζητήσουμε την αγωνία του, τον προβληματισμό του.
- Ευέλικτοι στη διαχείριση προβλημάτων.
- Υποστηρικτικοί, όποτε μας χρειάζεται και μπορούμε να αναπτύξουμε ουσιαστική σχέση επικοινωνίας με το παιδί, που θα βοηθήσει και στη σωστή ενημέρωση και στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας του.

*Με εκτίμηση*

## ΕΠΙΣΤΟΛΗ II

### *Αγαπητοί γονείς και κηδεμόνες,*

Αντιλαμβανόμενοι τη σημασία της συνεργασίας σχολείου και οικογένειας για την πρόληψη και προαγωγή της υγείας των παιδιών, σας απευθύνουμε αυτήν την επιστολή που αφορά σε μύθους και αλήθειες σχετικά με τη χρήση καπνού. Θεωρούμε εξαιρετικά σημαντικό να τις γνωρίζουμε, ώστε να μπορούμε να αποδομούμε τους μύθους και να μεταφέρουμε τις αλήθειες στα παιδιά ενδυναμώνοντας τις αντικαπνιστικές συμπεριφορές. Άλλωστε, η γνώση είναι δύναμη και είμαστε υπεύθυνοι και ως εκπαιδευτικοί και ως γονείς να μεταφέρουμε αληθινή γνώση.

#### **Μύθοι για το κάπνισμα:**

- Το κάπνισμα μειώνει το άγχος.
- Το κάπνισμα σε κάνει όμορφο/η, κομψό/ή και ανεξάρτητο/η.
- Το κάπνισμα είναι βλαβερό μόνο αν καπνίζει κανείς πολύ και για μεγάλο χρονικό διάστημα.
- Οι νέοι άνθρωποι που καπνίζουν 2-3 τσιγάρα καθημερινά, δεν κινδυνεύουν να εθιστούν στη νικοτίνη.
- Τα τσιγάρα χαμηλής περιεκτικότητας σε πίσσα και νικοτίνη δε βλάπτουν την υγεία.

#### **Αλήθειες για το κάπνισμα:**

- Η εξάρτηση από τη νικοτίνη δε μειώνει το άγχος, παρά μόνο τη νευρικήτητα και την ανησυχία που προκαλεί η ίδια η έλλειψή της.
- Το κάπνισμα είναι η πρώτη αποτρέψιμη αιτία θανάτου σε ολόκληρο τον κόσμο.
- Το κάπνισμα ενός και μόνο τσιγάρου μπορεί να επηρεάσει άμεσα τη σωματική μας ικανότητα.
- Η εξάρτηση από τη νικοτίνη έχει κοινά χαρακτηριστικά με κάθε άλλη μορφή εξάρτησης.
- Όσοι καπνίζουν έχουν μειωμένη σωματική αντοχή.
- Σημάδια καρδιακής νόσου και εγκεφαλικών επεισοδίων εντοπίζονται ακόμα και σε εφήβους που καπνίζουν.
- Το κάπνισμα καταστρέφει την καρδιά και όλα τα ζωτικά όργανα.
- Στην Ελλάδα 50.000 παιδιά κάθε χρόνο αρχίζουν το κάπνισμα. Τα μισά από αυτά θα πεθάνουν μια μέρα από το κάπνισμα.
- Η νικοτίνη είναι η κύρια ναρκωτική ουσία που δυσκολεύει τον χρήστη καπνού να σταματήσει το κάπνισμα.
- Η εξάρτηση από τη νικοτίνη αρχίζει με την πρώτη ρουφηξιά.
- Αν ένας άνθρωπος δεν καπνίσει στην εφηβεία του, είναι πολύ πιθανό να μην καπνίσει ποτέ στη ζωή του.
- Είναι ευκολότερο να μην καπνίσεις ποτέ από το να το κόψεις.

*Με εκτίμηση*

### ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΙΙΙ

#### *Αγαπητοί γονείς και κηδεμόνες,*

Αντιλαμβανόμενοι τη σημασία της συνεργασίας σχολείου και οικογένειας για την πρόληψη και προαγωγή της υγείας των παιδιών, σας απευθύνουμε αυτήν την επιστολή που αφορά στους ενήλικες καπνιστές και στον τρόπο που μπορούν να συμβουλευθούν τα παιδιά σχετικά με την πρόληψη του καπνίσματος. Ωστόσο, ως γονείς και κηδεμόνες-καπνιστές οφείλουμε, εκτός από τη γνώση των επιπτώσεων του καπνίσματος και την εξάρτηση από τη νικοτίνη, να γνωρίζουμε την επιρροή που ασκεί η δική μας καπνιστική συμπεριφορά –ως ισχυρό πρότυπο μίμησης- στη συμπεριφορά των παιδιών.

#### **Όταν, λοιπόν, θέλουμε να μιλήσουμε στα παιδιά μας για την πρόληψη του καπνίσματος:**

- Ας μην ξεχνάμε πως είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αποτελούμε υγιή πρότυπα συμπεριφοράς.
- Αναγνωρίζουμε ότι το κάπνισμα είναι μια νόσος και όχι συνήθεια, διότι τα παιδιά μιμούνται και υιοθετούν τη συνήθεια ευκολότερα από τη μη υγιή συμπεριφορά.
- Αφηγούμαστε τη δική μας ιστορία, πώς ξεκινήσαμε το κάπνισμα και γιατί εξακολουθούμε να καπνίζουμε εστιάζοντας στα αρνητικά στοιχεία της καπνιστικής μας συμπεριφοράς.
- Αποσυνδέουμε το κάπνισμα με την απόλαυση, π.χ. «το καλό φαγητό συνοδεύεται από ένα τσιγάρο» ή «καφές και τσιγάρο».
- Αποσυνδέουμε το κάπνισμα με τη δύσκολη ή στρεσογόνα συναισθηματική κατάσταση, π.χ. «το τσιγάρο με ανακουφίζει από το άγχος».
- Δεν επιτρέπουμε το κάπνισμα σε εσωτερικούς χώρους του σπιτιού, ακόμα κι όταν έχουμε φιλοξενούμενους.
- Δεν καπνίζουμε στο αυτοκίνητο ή σε άλλους κλειστούς χώρους (ασανσέρ).
- Δε στέλνουμε το παιδί, να μας αγοράσει είδη καπνιστού.
- Δε ζητάμε ποτέ από το παιδί μας να ανάψει ένα τσιγάρο για εμάς.
- Ορίζουμε ή διαμορφώνουμε έναν εξωτερικό χώρο μόνο για τους καπνιστές, σεβόμενοι το δικαίωμα των μη καπνιστών να μην είναι αποδέκτες των συνεπειών του παθητικού καπνίσματος.
- Αποφεύγουμε την εύκολη προσβασιμότητα του καπνού στο σπίτι (π.χ. πακέτα τσιγάρων ή καπνού σε κοινή θέα στο σπίτι).
- Φροντίζουμε να μην υπάρχουν τασάκια εντός του σπιτιού, παρά μόνο στον εξωτερικό χώρο που επιτρέπεται το κάπνισμα.
- Ζητάμε την άποψη των παιδιών για το κάπνισμα.
- Μιλάμε για τις σκέψεις μας και τα συναισθήματά μας για τη χρήση καπνού και τη δυσκολία μας να το κόψουμε.
- Δεν καθιστούμε το παιδί υποτιμώντας τη σημασία καπνιστικών συμπεριφορών, π.χ. «αν δοκιμάσεις ένα τσιγάρο, δεν έγινε κάτι τρομερό» ή όταν καπνίζεις 2-3 τσιγάρα την ημέρα, δεν εθίζεσαι στη νικοτίνη».
- Όταν συζητάμε με τα παιδιά για το κάπνισμα, δεν καπνίζουμε ταυτόχρονα, διότι αυτή η συμπεριφορά αποδυναμώνει την ισχύ των επιχειρημάτων μας.
- Εξηγούμε στα παιδιά ότι δεν είναι «cool» να καπνίζει κάποιος, ούτε «μαγκιά».
- Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να χρησιμοποιούμε αποτελεσματικούς τρόπους συζήτησης τέτοιων θεμάτων και επικοινωνίας με τα παιδιά.

*Με εκτίμηση*

## ΕΠΙΣΤΟΛΗ IV

### *Αγαπητοί γονείς και κηδεμόνες,*

Αντιλαμβανόμενοι τη σημασία της συνεργασίας σχολείου και οικογένειας για την πρόληψη και προαγωγή της υγείας των παιδιών, σας απευθύνουμε αυτήν την επιστολή που αφορά στον τρόπο που θα μπορούσαμε να συμβουλευόμαστε τους εφήβους για την πρόληψη του καπνίσματος.

Όταν έχουμε απέναντί μας μεγαλύτερους εφήβους, είναι σημαντικό να μην ξεχνάμε ότι η καπνιστική συμπεριφορά τυπικά εδραιώνεται κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Μιλάμε με περισσότερα επιστημονικά ή άλλα στοιχεία που αποδεικνύουν όσα υποστηρίζουμε. Γι' αυτό είναι πολύ σημαντικό να έχουμε χτίσει ως γονείς γέφυρες επικοινωνίας με τους εφήβους από νωρίς, ώστε σε αυτό το στάδιο της ζωής τους να μπορούμε να συζητήσουμε ενδελεχώς και εκτεταμένα θέματα εξάρτησης από καπνό, αλκοόλ και ουσίες.

#### **Είναι σημαντικό, λοιπόν, να υιοθετούμε συμπεριφορές και στάσεις, όπως οι ακόλουθες:**

- Αποδεχόμαστε και ενθαρρύνουμε τις ανεξάρτητες επιλογές του εφήβου. Έτσι, αυτονομείται, ανεξαρτητοποιείται και μαθαίνει να αναλαμβάνει προσωπική ευθύνη.
- Δεν απορρίπτουμε / αποδοκιμάζουμε τον έφηβο για επιλογές με τις οποίες διαφωνούμε. Εκφράζουμε την αντίθεσή μας, χρησιμοποιώντας λογικά επιχειρήματα.
- Μιλάμε για την αξία του να κάνουν συνειδητές και υπεύθυνες επιλογές.
- Δημιουργούμε το «συμβόλαιο» της οικογένειας, δηλαδή σαφείς, λογικούς και σταθερούς κανόνες που απαγορεύουν τη χρήση καπνού ή αλκοόλ και ορίζουμε από πριν με το παιδί ποια θα είναι η τιμωρία, αν παραβεί το συμβόλαιο.
- Καλλιεργούμε στους εφήβους θετική αυτοεκτίμηση. Οι άνθρωποι με θετική αυτοεκτίμηση αντιστέκονται περισσότερο στην κοινωνική πίεση.
- Οριοθετούμε με αγάπη, συνέπεια και σταθερότητα.
- Εστιάζουμε στη μάθηση τρόπων αντίστασης «λέω όχι», ώστε να μπορούν οι έφηβοι να προστατεύουν τους εαυτούς τους και να μην παρασύρονται από την ανάγκη (ιδιαίτερα έντονη στην εφηβεία) να μοιάζουν με τους συνομηλίκους τους.
- Φροντίζουμε να υπάρχει συνέπεια λόγων και συμπεριφοράς, όταν μιλάμε για αντικαπνιστικές συμπεριφορές, διαφορετικά ακυρώνουμε τον εαυτό μας και «πέφτουμε» στα μάτια του εφήβου.
- Γνωρίζοντας τη δύναμη που ασκεί η ομάδα των συνομηλίκων στην εφηβεία οφείλουμε να γνωρίζουμε τις συναναστροφές των παιδιών μας.
- Ασκούμε έλεγχο και εποπτεία στον έφηβο με διακριτικό τρόπο. Βοηθά πολύ το να έχουμε το σπίτι μας ανοικτό στις παρέες του παιδιού μας, ώστε να τις γνωρίζουμε, να γνωρίζουμε το ωράριο των μαθημάτων του και τις δυνατότητές του και να παρεμβαίνουμε μόνον εκεί που κρίνουμε αναγκαίο, στις περιπτώσεις δηλαδή πρόληψης ή αποφυγής μιας ανεπιθύμητης συμπεριφοράς.
- Μαθαίνουμε να αναγνωρίζουμε τις ενδείξεις που μαρτυρούν τη χρήση καπνού, οιογονευματών ποτών και ουσιών, ώστε να ενεργήσουμε άμεσα, απευθυνόμενοι στους εξειδικευμένους φορείς.

### *Με εκτίμηση*

Ο/Η Διευθυντής/τρια της σχολικής μονάδας

Ο/Η Εκπαιδευτικός

## ΕΠΙΣΤΟΛΗ V

### *Αγαπητοί γονείς και κηδεμόνες,*

Αντιλαμβανόμενοι τη σημασία της συνεργασίας σχολείου και οικογένειας για την πρόληψη και προαγωγή της υγείας των παιδιών, σας απευθύνουμε αυτήν την επιστολή που αφορά στον τρόπο που θα μπορούσαμε να συμβουλευόμαστε τα παιδιά πρώιμης εφηβείας για την πρόληψη του καπνίσματος.

- Μιλάμε με απλό, αλλά έγκυρο τρόπο στα παιδιά ανάλογα με το γνωστικό στάδιο ανάπτυξής τους, χωρίς όμως να τα τρομάζουμε, π.χ. δεν αναφερόμαστε στις χειρότερες συνέπειες του καπνίσματος ή δε χρησιμοποιούμε ορολογία που δεν κατανοεί το παιδί.
- Όταν ενημερώνουμε το παιδί, οφείλουμε να έχουμε χρόνο και ηρεμία, π.χ. στο πλαίσιο ενός οικογενειακού συμβουλίου.
- Είμαστε ενεργητικοί ακροατές. Το παιδί θα μας εμπιστευτεί, όταν είναι σίγουρο ότι ακούμε πραγματικά αυτά που έχει να μας πει.
- Ακούμε το παιδί με τα μάτια, με την καρδιά και με το μυαλό.
- Διδάσκουμε με το παράδειγμά μας, είμαστε πρότυπα μίμησης για τα παιδιά. Θα μιμηθούν περισσότερο αυτό που βλέπουν, παρά αυτό που ακούν.
- Δημιουργούμε ένα περιβάλλον που θα υποστηρίζει την αποχή από το τσιγάρο.
- Ενισχύουμε τη θετική στάση των παιδιών απέναντι στη διατήρηση της υγείας τους, π.χ. σωστή διατροφή, άσκηση, καλή ψυχική υγεία.
- Ενημερώνουμε για τις συνέπειες του καπνίσματος, δίνοντας έμφαση στις βραχυπρόθεσμες συνέπειες που γίνονται ευκολότερα κατανοητές από τα παιδιά, π.χ. το κάπνισμα προκαλεί δύσσομη αναπνοή, κίτρινα δόντια, κίτρινα δάχτυλα, ρυτίδες, κυτταρίτιδα.
- Βοηθάμε τα παιδιά να κατανοήσουν την έννοια της εξάρτησης, π.χ. εξάρτηση σημαίνει να μην είσαι ελεύθερος, να αποφασίζεις για τον εαυτό σου, να μην ορίζεις τη ζωή σου.
- Αποδομούμε μύθους, στερεότυπα και λανθασμένες αντιλήψεις γύρω από το κάπνισμα, π.χ. «όλοι πίνουν, καπνίζουν, παίρνουν ναρκωτικά» ή «το κάπνισμα μειώνει το άγχος» ενώ ισχυροποιούμε ορθές αντιλήψεις, π.χ. μόνο ένας στους 10 μαθητές καπνίζει ή «η καταστροφή της αναπνοής αρχίζει με το πρώτο τσιγάρο και η εξάρτηση στη νικοτίνη αρχίζει με την πρώτη ρουφηξιά».
- Μιλάμε για τη σημασία της υγείας και την ατομική ευθύνη απέναντι στη χρήση βλαπτικών ουσιών, όπως ο καπνός, π.χ. «το κάπνισμα στενεύει και φράζει τις αρτηρίες» ή «το κάπνισμα μειώνει τη ζωή των γυναικών κατά περίπου 10 χρόνια».
- Ενθαρρύνουμε την αξιολογική κρίση των παιδιών μας σε σχέση με την επιρροή των ΜΜΕ και την καπνιστική συμπεριφορά, π.χ. οι βιομηχανίες καπνού και όσοι εμπλέκονται με το κάπνισμα αυξάνουν τα κέρδη τους, όσο αυξάνονται οι νεαρές ηλικίας καπνιστές» ή «το κάπνισμα συχνά προβάλλεται ως ομορφιά, γοητεία και δύναμη» ή «οι νεαρές γυναίκες είναι κεντρικός στόχος της διαφήμισης».
- Μαθαίνουμε στα παιδιά να μην υποκύπτουν στην πίεση των συνομηλίκων, να υποστηρίζουν την άποψή τους και τα βοηθάμε να αναπτύξουν προστατευτικές προς τον εαυτό τους συμπεριφορές, π.χ. να λένε «όχι» σε οτιδήποτε είναι αντίθετο με τις προσωπικές τους αξίες ή πχ. αν κάποιος τους προτείνει να δοκιμάσουν τσιγάρο και δεν το επιθυμούν, να μην ντραπούν να υποστηρίξουν την άρνησή τους.
- Μαθαίνουμε στα παιδιά να αγαπούν και να φροντίζουν το σώμα τους, π.χ. η υγιεινή ζωή είναι εύκολη: τρώω σωστά, κοιμάμαι καλά, γυμνάζομαι, δεν καπνίζω.
- Ωθούμε τα παιδιά σε δραστηριότητες που τα φέρνουν σε επαφή με τη φύση και την άθληση και ενισχύουν τη θετική στάση των παιδιών απέναντι στη διατήρηση της υγείας τους.
- Ενθαρρύνουμε την επαφή των παιδιών με τις τέχνες και τον πολιτισμό επενδύοντας σε αξίες που

δίνουν νόημα στη ζωή του ανθρώπου και ενισχύουν την προσωπική του ανάπτυξη και την κοινωνική εμπλοκή.

- Βοηθάμε το παιδί να αναπτύξει ισχυρό σύστημα αξιών. Η ύπαρξη ισχυρού συστήματος αξιών ενδυναμώνει την ικανότητα των παιδιών στη λήψη αποφάσεων και προστατεύει από επικίνδυνες επιλογές, π.χ. «επιλέγω να ζήσω χωρίς καπνό ελεύθερος/η και δυνατός/η».
- Μιλάμε για την αξία της φιλίας και της ανθρώπινης επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης, π.χ. βοηθάμε τα παιδιά να βρίσκονται με φίλους τους στον φυσικό κόσμο από το να ασχολούνται με τον Η/Υ και να «επικοινωνούν» στον διαδικτυακό κόσμο.
- Τους μαθαίνουμε από μικρά να σέβονται τον εαυτό τους και τους άλλους, π.χ. να σέβονται τις προσωπικές τους επιλογές, αλλά και τις επιλογές των άλλων, αν είναι διαφορετικές από τις δικές τους.
- Αποφεύγουμε την επιδοκίμασία της χρήσης καπνού (άμεσα ή έμμεσα) και των ουσιών γενικότερα, π.χ. το τσιγάρο δεν είναι κάτι τρομερό, υπάρχουν πιο επιβλαβείς ουσίες.
- Συνεργαζόμαστε με άλλους γονείς, δημιουργούμε ή εντασσόμαστε σε υποστηρικτικές ομάδες που θα μας βοηθήσουν στην πρόληψη αντικαπνιστικής συμπεριφοράς.
- Διατηρούμε σταθερή επικοινωνία και συνεργασία με το σχολείο του παιδιού και τους εκπαιδευτικούς.

### *Με εκτίμηση*

Ο/Η Διευθυντής/τρια της σχολικής μονάδας

Ο/Η Εκπαιδευτικός

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17

# ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΕ ΓΟΝΕΙΣ

ΣΩΤΗΡΙΑ ΜΑΚΑΡΩΝΗ,

*Ψυχολόγος Υγείας MSc-Ψυχοθεραπεύτρια, Επιστημονικά Υπεύθυνη του Κέντρου Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής Ψυχοκοινωνικής Υγείας Δήμου Κηφισιάς -ΟΚΑΝΑ «ΠΡΟΝΟΗ»*

ΑΡΧΟΝΤΟΥΛΑ ΑΛΕΞΑΚΗ-ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ

*Κοινωνική Λειτουργός, Οικογενειακή Θεραπεύτρια, Επιστημονικό Στέλεχος του Κέντρου Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής Ψυχοκοινωνικής Υγείας Δήμου Κηφισιάς -ΟΚΑΝΑ «ΠΡΟΝΟΗ»*

**Μ**έσα στη βιβλιογραφία που διερευνά τους αιτιολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με την έναρξη του καπνίσματος, μια κατηγορία παραγόντων που αναδεικνύονται σταθερά είτε ως παράγοντες προστασίας είτε ως παράγοντες κινδύνου, είναι αυτοί που σχετίζονται με την οικογένεια.

Οι έρευνες αναφέρουν ότι οι μεταβλητές που σχετίζονται με την καπνιστική συμπεριφορά των γονέων, τις στάσεις τους σε σχέση με το κάπνισμα, τις σχέσεις γονέων - παιδιών, τον τρόπο διαπαιδαγώγησης, τη γονική εποπτεία, την οριοθέτηση, την επικοινωνία, και την εμπλοκή των γονέων στη ζωή του παιδιού μεταξύ άλλων, αποτελούν πολύ σημαντικές επιρροές για την έναρξη του καπνίσματος ή μη των εφήβων<sup>1-9</sup>.

Ειδικότερα, τα παιδιά που μεγαλώνουν σε οικογένειες που οι γονείς καπνίζουν έχουν περισσότερες πιθανότητες να αρχίσουν το κάπνισμα και μάλιστα αυτό το ρίσκο αυξάνει, αν καπνίζουν και οι δύο γονείς<sup>1,10,11</sup>.

Τα περισσότερα προγράμματα και παρεμβάσεις πρόληψης για το κάπνισμα εστιάζουν κυρίως στα παιδιά και στους εφήβους παραγνωρίζοντας το σημαντικό ρόλο που έχουν οι γονείς να παίξουν προς αυτή την κατεύθυνση.

Αν και φαίνεται ότι το μη κάπνισμα ή η διακοπή του καπνίσματος των γονέων να είναι μία από τις πιο προστατευτικές προσεγγίσεις πρόληψης του καπνίσματος στην οικογένεια<sup>1,10</sup>, τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν πως η γονεϊκή «αντικαπνιστική κοινωνικοποίηση» (anti-smoking socialization) μπορεί επίσης να αποτελεί έναν αποτελεσματικό τρόπο πρόληψης<sup>3</sup>.

Αποτελεσματικές μορφές γονεϊκής «αντικαπνιστικής κοινωνικοποίησης» αποτελούν η ενημέρωση από τους γονείς για τους κινδύνους και τις επιπτώσεις του καπνίσματος, η θέσπιση ενός συνόλου κανόνων για το κάπνισμα στο σπίτι, και η επικοινωνιακή επικοινωνία και αντίδραση των γονέων στον πειραματισμό με το κάπνισμα των παιδιών τους<sup>12-15</sup>. Το σημαντικό στοιχείο σε σχέση με την αντικαπνιστική εκπαίδευση είναι η προστατευτική επίδραση που έχει ακόμη και όταν προέρχεται από καπνιστές γονείς. Οι μελέτες δείχνουν πως, όταν οι

## ΣΤΟΧΟΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

- Να παρέχει ενημέρωση-ευαισθητοποίηση γύρω από τη φύση της εξάρτησης από το κάπνισμα.
- Να βοηθήσει τους γονείς να διακρίνουν ότι η πορεία προς την εξάρτηση είναι συνεχής και ότι μπορούν να παίξουν έναν ενεργό ρόλο σε κάθε διαφορετική φάση.
- Να απομυθοποιήσει μύθους γύρω από το κάπνισμα.
- Να προσφέρει τη δυνατότητα στους γονείς να καταλάβουν τους αιτιολογικούς παράγοντες κινδύνου για την έναρξη του καπνίσματος και με ποιο τρόπο οι ίδιοι μπορούν να λειτουργήσουν προληπτικά στα παιδιά τους.
- Να κινητοποιήσει και να ενισχύσει τους γονείς να προσφέρουν «αντικαπνιστική κοινωνικοποίηση» στα παιδιά τους είτε καπνίζουν είτε όχι.
- Να βοηθήσει τους γονείς να εντοπίσουν πράγματα που ενδέχεται να κάνουν, τα οποία ενθαρρύνουν τους εφήβους στη χρήση καπνού.
- Να βοηθήσει τους γονείς, ώστε να ορίσουν τους δικούς τους κανόνες στο σπίτι σχετικά με το κάπνισμα.
- Να τους προβληματίσει σε σχέση με τις δικές τους συμπεριφορές, στάσεις και πεποιθήσεις γύρω από το κάπνισμα.
- Να τους ευαισθητοποιήσει πάνω στους βέλτιστους και πιο αποτελεσματικούς τρόπους επικοινωνίας με τα παιδιά τους.

## ΥΛΙΚΟΤΕΧΝΙΚΑ ΜΕΣΑ

- Πίνακας ή flip chart.
- Διαδραστικός πίνακας/προβολικό πανί.
- Κόλλες Α4.
- Μαρκαδόροι.
- Φωτοτυπίες ασκήσεων της παρέμβασης.



γονείς έχουν πειστικά επιχειρήματα ενάντια στο κάπνισμα και επιστρατεύουν τις παραπάνω στρατηγικές πρόληψης ενεργά, ο κίνδυνος έναρξης καπνίσματος στα παιδιά τους μειώνεται σημαντικά ακόμη και όταν οι ίδιοι καπνίζουν<sup>12,13</sup>.

Σκοπός της συγκεκριμένης βραχείας παρέμβασης για γονείς είναι να αποτελέσει μια καλή πρακτική πρόληψης εστιάζοντας πάνω σε κάποιους από τους παράγοντες κινδύνου που έχουν να διαχειριστούν οι γονείς. Η παρέμβαση για γονείς στόχο έχει, όχι μόνο, να παρέχει πληροφορίες για την εξάρτηση από το κάπνισμα και τους κινδύνους του, αλλά και να δώσει στους γονείς κατευθυντήριες γραμμές ως προς το πώς να προσφέρουν «αντικαπνιστική κοινωνικοποίηση» στα παιδιά τους, και να τους βάλει σε μια διαδικασία προβληματισμού σε σχέση με τις δικές τους στάσεις και συμπεριφορές απέναντι στο κάπνισμα.

## ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΓΟΝΕΙΣ

### **Έναρξη. Καλωσόρισμα και συστάσεις (5 λεπτά):**

Παρουσίαση δομής και περιεχομένου βιωματικού σεμιναρίου. Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι το σεμινάριο θα είναι βιωματικό και ότι τα μέλη θα κληθούν να συμμετάσχουν σε δραστηριότητες που προτείνονται.

### **Εισαγωγή (2 λεπτά):**

«Στη σημερινή συνάντησή μας θα συζητήσουμε όλοι μαζί για την πρόληψη της εξάρτησης από το κάπνισμα. Θα διερευνήσουμε τη δική μας σχέση με το κάπνισμα, θα αποσαφηνίσουμε θέματα που αφορούν τη φύση της εξάρτησης από το κάπνισμα, τις χημικές ουσίες που περιέχει το τσιγάρο, τους λόγους που κάποιος άνθρωπος καπνίζει, και τι μπορούμε να κάνουμε εμείς, για να προστατεύσουμε τα παιδιά μας παίρνοντας γνώσεις και πληροφορίες γύρω από την εξάρτηση και την πρόληψη του καπνίσματος. Θα δουλέψουμε βιωματικά ως ομάδα γι' αυτό καθόμαστε και σε κύκλο. Η συνάντησή μας θα διαρκέσει 2-2.5 ώρες.»

### **Κανόνες εργασίας ομάδας.**

Σε περίπτωση που είναι μια και μοναδική συνάντηση και δε γίνεται στο πλαίσιο κάποιας ομάδας γονέων τότε κάνουμε και τη δραστηριότητα των κανόνων εργασίας της ομάδας.

### **Άσκηση: καταγιγμός ιδεών.**

Οδηγία: «Τι κανόνες-όρους καλής συνεργασίας θα μπορούσαμε να θέσουμε, ώστε να επιτευχθεί ένα θετικό κλίμα επικοινωνίας και ανταλλαγής ιδεών;» Καταγραφή στον πίνακα και συμπλήρωση από τον συντονιστή.

ομάδα είναι οι εξής:

- Εχεμύθεια. (Κρατήστε τις πληροφορίες που μάθατε για τους υπολοίπους εμπιστευτικές).
- Σεβαστείτε την ιδιαιτερότητα του καθενός.
- Επιτρέψτε στους άλλους να έχουν ίσο χρόνο με εσάς.
- Μείνετε συγκεντρωμένοι στο θέμα που συζητάμε κάθε φορά.
- Κινητά κλειστά ή στη σίγαση.

### **Γνωριμία μελών.**

**Ενεργοποιητής: Η εμπειρία μου ως καπνιστής (20 λεπτά).**

**Άσκηση: σε ζεύγη.**

Οδηγία: «Αλλάξτε θέσεις, συστηθείτε με το διπλανό σας και συζητήστε μεταξύ σας πάνω στους παρακάτω άξονες» (μπορεί να είναι χρήσιμο να έχουμε post it και να γράφουν τα μέλη τα ονόματά τους, για να τα θυμόμαστε).

- Αν καπνίζετε και πόσο καιρό;
- Αν έχετε σκεφτεί ποτέ να το κόψετε και για ποιο λόγο;
- Η «πρώτη μου φορά».
- Εμπειρίες από διακοπή καπνίσματος.
- Ολομέλεια: Κάθε ζευγάρι παρουσιάζει ο ένας τον άλλο στην ομάδα και συνοπικά την προσωπική τους εμπειρία από το κάπνισμα.

### **Θεωρητικό πλαίσιο για συζήτηση**

#### **A. Έναρξη καπνίσματος.**

Η εφηβεία είναι η αναπτυξιακή φάση στην οποία τυπικά ξεκινά συνήθως ο πειραματισμός με το κάπνισμα. Καθώς ο έφηβος διανύει αυτό το διάστημα, οι πιθανότητες του να ξεκινήσει να καπνίζει είναι αυξημένες<sup>16</sup>. Όσο πιο αργά γίνει η έναρξη του καπνίσματος, τόσο μειώνονται οι πιθανότητες ένα άτομο να εξαρτηθεί από το κάπνισμα<sup>17</sup>. Οι περισσότεροι καπνιστές ξεκινούν το κάπνισμα πριν τα 18 έτη σε ποσοστό 88,2%, με μέσο όρο έναρξης τα 15 με 16 έτη<sup>18</sup>.

Πόσο είναι το ποσοστό των εφήβων που καπνίζουν σήμερα στην Ελλάδα; Σύμφωνα με το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (2011)<sup>19</sup>:

- Ένας στους 12 εφήβους ηλικίας 11-15 ετών (8,6%) αναφέρει ότι καπνίζει κατά την παρούσα περίοδο.
- Ένας στους 10 εφήβους ηλικίας 15-18 ετών (10,2%) είναι συστηματικός καπνιστής στη χώρα μας.

#### **B. Εξάρτηση από το κάπνισμα.**

**Άσκηση:** Συζήτηση στην ολομέλεια.

Εισαγωγή στο θέμα με αναφορά στην παρακάτω ρήση:

*«Το να κόψει κανείς το κάπνισμα είναι το πιο εύκολο πράγμα στον κόσμο. Το ξέρω, γιατί το έχω κόψει εκατοντάδες φορές.» Mark Twain*

### **Ερώτηση: «Γιατί πιστεύετε ότι είναι δύσκολο να κόψει κανείς το κάπνισμα;»**

Αφού μας πουν τις ιδέες τους, προχωράμε με την παρακάτω εισήγηση:

- Το τσιγάρο ή οποιαδήποτε άλλη μορφή καπνίσματος προκαλεί πολύ ισχυρή εξάρτηση τόσο σωματική όσο ψυχολογική και είναι πολύ δύσκολη η διακοπή του <sup>20</sup>.
- Μάλιστα τα 2/3 (70%) των καπνιστών επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα, δυστυχώς τα καταφέρνουν ελάχιστοι. Μόνοι τους δεν ξεπερνούν το 2% -3%<sup>21</sup>.
- Η εξάρτηση από το κάπνισμα στηρίζεται στη διέγερση και λειτουργία των εγκεφαλικών κέντρων, που λειτουργούν ως δίπολο. Αναλυτικότερα, είναι το κέντρο της στέρσης που διεγείρεται, όταν έχει πέσει η στάθμη της εξαρτησιογόνου ουσίας στο αίμα και προκαλεί άγχος και έντονη ανάγκη για χρήση. Και το κέντρο της ικανοποίησης που διεγείρεται και προκαλεί ευχαρίστηση μόλις πάλι ανέβει η στάθμη της ουσίας στο αίμα.
- Η έλλειψη της νικοτίνης προκαλεί στερητικά συμπτώματα τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά<sup>21</sup>. Συνήθως, αρχίζουν λίγες ώρες μετά από τη διακοπή του καπνίσματος και φτάνουν το μέγιστο βαθμό έντασης δύο με τρεις ημέρες αργότερα. Από αυτό το χρονικό σημείο και μετά παρουσιάζουν ύφεση, η έντασή τους ελαττώνεται βαθμιαία έως την πλήρη εξάλειψή τους. Χαρακτηριστικά στερητικά συμπτώματα είναι τα ακόλουθα<sup>22</sup>:
  - δυσκολία συγκέντρωσης,
  - ανησυχία, σύγχυση, αίσθημα κατάθλιψης,
  - πονοκέφαλοι,
  - αίσθημα τρόμου,
  - εφίδρωση,
  - έντονη επιθυμία για κάπνισμα,
  - αγχώδεις εκδηλώσεις,
  - εκνευρισμός και ευερεθιστότητα,
  - διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών,
  - διαταραχές ύπνου,
  - αυξημένη όρεξη ή και αύξηση του σωματικού βάρους,
  - βραδυκαρδία,
  - υπνηλία,
  - ανικανότητα και άλλα.

Τα συμπτώματα αυτά αποτελούν το μεγαλύτερο εμπόδιο για όσους θέλουν να κόψουν το κάπνισμα.

## ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΣΤΙΣ ΜΟΡΦΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

### Σωματική σε σύγκριση με την ψυχολογική

Μπορούμε, λοιπόν, να καταγράψουμε τέσσερις πλευρές στο κάπνισμα<sup>23</sup>, οι οποίες συντηρούν τη συμπεριφορά αυτή και δυσχεραίνουν τη διακοπή του:

- Η σωματική έξη στη νικοτίνη (σωματική εξάρτηση).
- Η συνήθεια και ο αυτοματισμός στο κάπνισμα (ψυχολογική εξάρτηση).
- Οι ευχάριστες επιπτώσεις του καπνίσματος (ψυχολογική εξάρτηση).
- Οι αρνητικές προσδοκίες για το χρόνο που απαιτείται για τη διακοπή του καπνίσματος (ψυχολογική εξάρτηση).
- Παροχή πληροφόρησης για βοήθεια και εναλλακτικές στην διακοπή καπνίσματος, Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος, Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ κ.τλ.

### Γ. Στάδια στην εξάρτηση του καπνίσματος.

Πώς φτάνει, όμως, κανείς σε αυτό το σημείο; Η μετάβαση από το να είναι κάποιος μη-καπνιστής στο να γίνει εξαρτημένος καπνιστής αποτελεί μια διεργασία που εξελίσσεται μέσα από διάφορα στάδια. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, προτείνεται η παρακάτω κατηγοριοποίηση για τα στάδια ανάπτυξης της εξάρτησης από το κάπνισμα<sup>24</sup>.

- **Το στάδιο της προ-περίσκεψης:** σε αυτήν τη φάση οι νέοι δεν έχουν ξεκινήσει σοβαρά να σκέπτονται το κάπνισμα, είτε γιατί δεν βρίσκουν κανένα όφελος σε αυτό είτε γιατί θεωρούν τις αρνητικές συνέπειες ως έναν πολύ σημαντικό λόγο, για να αντισταθούν στις πιέσεις.
- **Το στάδιο της προετοιμασίας:** σε αυτήν τη φάση οι μη καπνιστές αρχίζουν να διαμορφώνουν πεποιθήσεις και αναλήψεις για την χρησιμότητα του καπνίσματος, ενώ μειώνεται η αντίσταση τους στις πιέσεις από τους συνομηλικούς και από τα ΜΜΕ.
- **Το στάδιο της έναρξης:** αυτό το στάδιο αναφέρεται στο διάστημα όπου οι έφηβοι κάνουν το πρώτο τους τσιγάρο ή τις πρώτες «τζούρες». Σε αυτήν τη φάση οι συνομηλικοί ασκούν

## ΣΤΑΔΙΑ ΣΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Προ-  
περίσκεψη

Προετοιμασία

Έναρξη

Πειρα-  
ματισμός

Τακτική  
χρήση

Εξάρτηση/  
Εθισμός

πολύ μεγαλύτερη επιρροή από τους γονείς.

- **Το στάδιο του πειραματισμού:** σε αυτήν τη φάση υπάρχει μια σταδιακή αύξηση της συχνότητας του καπνίσματος. Οι έφηβοι και οι νέοι δεν πειραματίζονται απλώς με τον καπνό, αλλά και με την εικόνα του εαυτού τους ως καπνιστές. Αρχίζουν να αναρωπιούνται και να σκέπτονται πάνω στα αντιλαμβανόμενα οφέλη και συνέπειες που έχει το να είναι κάποιος καπνιστής.
- **Το στάδιο της τακτικής χρήσης:** σε αυτό το σημείο οι νέοι καπνίζουν σε μια μη συστηματική, αλλά τακτική βάση και σε μια ποικιλία καταστάσεων και κοινωνικών σχέσεων. Εδώ, π.χ., ανήκουν οι λεγόμενοι κοινωνικοί καπνιστές που μπορεί να καπνίζουν μόνο το σαββατοκύριακο ή σε πάρτυ. Οι καπνιστές σε αυτήν τη φάση δίνουν αρκετά μεγάλη έμφαση στα αντιλαμβανόμενα θετικά πλεονεκτήματα που έχει το κάπνισμα.
- **Το στάδιο της εξάρτησης/εθισμού:** σε αυτό το στάδιο κάποιος είναι πλέον εθισμένος στο κάπνισμα και δυσκολεύεται πάρα πολύ να το κόψει, καθώς έχει αναπτύξει πλέον εξάρτηση σωματική και ψυχολογική. Συνήθως σε αυτή τη φάση οι καπνιστές καπνίζουν καθημερινά και κατά τη διάρκεια πολλών και διαφορετικών καταστάσεων και συνθηκών, αρκετά συχνά με στόχο να διαχειριστούν δύσκολα συναισθήματα.

Είναι σημαντικό ως γονείς να αντιληφθούμε ότι σε όλα τα παραπάνω στάδια έχουμε σημαντικό ρόλο να παίζουμε. Και αφού εξηγήσαμε αυτά τα στάδια, κάνουμε την εξής άσκηση.

### **Περιεχόμενο τοιγάρου (10 λεπτά):**

**Άσκηση: στην ολομέλεια.**

Οδηγία: Έχουμε ακούσει όλοι τις βλάβες που προκαλεί ο καπνός στον οργανισμό. Να δούμε τώρα που οφείλεται αυτό. Θα σας μοιράσω ένα χαρτάκι στον καθένα που θα γράφει μια χημική ουσία, διαβάστε το και όταν έρθει η σειρά σας το κολλάτε στον πίνακα και μας λέτε αν περιέχεται στο τοιγάρο ή όχι κατά τη γνώμη σας.

Κάθε τοιγάρο περιέχει περίπου 7.000 χημικές ουσίες που είναι επικίνδυνες για την υγεία μας<sup>25</sup>. Οι 70 από αυτές είναι καρκινογόνες και γι' αυτό 70- 90% των καρκίνων του πνεύμονα και άλλων μορφών καρκίνου, όπως της στοματικής κοιλότητας, του λάρυγγα, του φάρυγγα, του οισοφάγου, της ουροδόχου κύστεως, των νεφρών, του στομάχου, του παγκρέατος κ.τλ., οφείλονται στο κάπνισμα. Επίσης, το κάπνισμα είναι υπεύθυνο και για άλλα πνευμονικά και για καρδιαγγειακά νοσήματα<sup>26</sup>. Ένας άνθρωπος κάθε οκτώ περίπου δευτερόλεπτα πεθαίνει από το κάπνισμα. Κάθε χρόνο πεθαίνουν 5 εκατομμύρια άνθρωποι και, αν συνεχίσουμε με αυτόν το ρυθμό, αυτό το ποσοστό θα φτάσει τα 10 εκατομμύρια ετησίως μέχρι το έτος 2025<sup>27</sup> !

### **Παθητικό κάπνισμα: Σύνοψη θεωρητική εισήγηση (5 λεπτά):**

**α. Έκθεση στο Παθητικό Κάπνισμα<sup>28</sup>.**

272 Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα πραγματοποιείται στο σπίτι (καπνιστής γονιός στα παι-

διά, καπνιστής σύζυγος σε μη καπνίστρια σύζυγο), στους δημόσιους χώρους (χώροι εστίασης, γραφεία) και στα οχήματα (ΙΧ, ταξί κ.τλ.).

Υπάρχουν τρεις τύποι καπνού που παράγονται από τα τσιγάρα<sup>29</sup>.

- Εισπνεόμενος Καπνός (Mainstream smoke): Ο καπνός που εισπνέει ο καπνιστής.
- Εκπνεόμενος Καπνός (Exhaled mainstream smoke): Ο καπνός που εκπνέεται από τον καπνιστή.
- Καπνός Περιφερικής ροής (Sidestream smoke): ο καπνός που βγαίνει, όταν καίγεται ένα τσιγάρο. (Καθώς καίγεται σε χαμηλότερη θερμοκρασία περιέχει περισσότερα χημικά από ότι ο εκπνεόμενος καπνός του καπνιστή! Ο καπνός περιφερικής ροής περιέχει δύομια φορές περισσότερη νικοτίνη από όση περιέχεται στον εισπνεόμενο καπνό. Τα σωματίδια στον παράπλευρο καπνό είναι μικρότερα από ό,τι εκείνα στον εκπνεόμενο καπνό και φθάνουν βαθύτερα στους πνεύμονες).

Όταν κάποιος, λοιπόν, εισπνέει είτε τον εκπνεόμενο καπνό του καπνιστή ή τον παράπλευρο καπνό που βγαίνει, καθώς καίγεται ένα τσιγάρο, αυτό λέγεται παθητικό άπνισμα.

Επιπλέον, υπάρχει και το «Τριτογενές Παθητικό Κάπνισμα» (Third-hand smoke) που είναι το αόρατο τοξικό μείγμα που προσκολλάται στα μαλλιά, στα ρούχα των καπνιστών και στα αντικείμενα ενός χώρου καπνίσματος (έπιπλα, χαλιά, κουρτίνες). Το τοξικό αυτό μείγμα περιέχει βαρέα μέταλλα, καρκινογόνες ουσίες και ραδιενεργά στοιχεία, ικανά να μολύνουν ένα παιδί που ανυποψίαστο μπουσουλάει στο πάτωμα και κατόπιν βάζει τα χέρια του στο στόμα. Το τριτογενές κάπνισμα παραμένει, έστω και αν ο χώρος αυτός αεριστεί. (Πηγή: [smokefreegreece.gr](http://smokefreegreece.gr))

## **β. Επιπτώσεις παθητικού καπνίσματος<sup>30</sup>**

Αυξημένος κίνδυνος για:

- Καρκίνο του πνεύμονα και καρδιακή νόσο (Μη καπνιστές που εργάζονται με καπνιστές για μεγάλο χρονικό διάστημα βρέθηκαν να έχουν πνευμονική βλάβη παρόμοια με εκείνη των καπνιστών).
- Αναπνευστικά προβλήματα, όπως πνευμονία και βρογχίτιδα (παιδιά των οποίων οι γονείς καπνίζουν έχουν διπλάσιες πιθανότητες να αναπτύξουν λοιμώξεις του αναπνευστικού, όπως η βρογχίτιδα και η πνευμονία).
- Βραδύτερη ανάπτυξη των πνευμόνων και μειωμένη λειτουργία των πνευμόνων στα παιδιά.
- Πόνο ή / και υγρά μάτια.
- Φτέρνισμα ή βήχα.
- Κρίσεις άσθματος.
- Αυξημένος κίνδυνος για σύνδρομο αφνίδιου βρεφικού θανάτου.

Στις εγκυμονούσες μπιτέρες δημιουργεί προβλήματα, όπως αυξημένη συχνότητα αποκόλλη-

σης του πλακούντα, πρόδρομου πλακούντα, αιμορραγιών και πρόωρης ρήξης του θυλακίου. Προβλήματα στην ομαλή ανάπτυξη του εμβρύου, γέννηση νεογνών χαμηλού σωματικού βάρους και προβλήματα συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία, όπως υπερκινητικότητα, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής.

### **Αίτια έναρξης της χρήσης του τσιγάρου (20 λεπτά):**

**Άσκηση:** σε ζευγάρια ή υπό ομάδες.

**Οδηγία:** «Θα συζητήσετε στα ζευγάρια σας τους λόγους - αίτια που συνήθως οδηγούν κάποιον νέο να αρχίσει το τσιγάρο και θα τα καταγράψετε στις κόλλες Α4. Θα έχετε 7 λεπτά. Το κάθε ζευγάρι - υποομάδα θα μας παρουσιάσει τα όσα συζητήσε στην ολομέλεια.»

Τα καταγράφουμε όλα στον πίνακα και εξηγούμε για το καθένα από αυτά.

**Ολομέλεια:** «Ποιο ζευγάρι θέλει να ξεκινήσει;»

### **Θεωρητικό πλαίσιο για συζήτηση<sup>31, 32, 33</sup>**

- Κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες: ηλικία, φύλο, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας, εθνικότητα, τόπος διαμονής.
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες: επιρροές από την οικογένεια, το κάπνισμα από τους συνομηλικούς, το μάρκετινγκ και η διαφήμιση, καθώς και η πρόσβαση και διαθεσιμότητα του καπνού.
- Ατομικοί παράγοντες: γνωσιακοί, βιολογικοί και ψυχολογικοί παράγοντες.
- Συμπεριφορικοί παράγοντες: σεξουαλική δραστηριότητα, η χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών, η παραβατικότητα και άλλα.
- Αναπτυξιακά χαρακτηριστικά εφηβείας: περίοδος ανάπτυξης που χαρακτηρίζεται από αξιοσημείωτες εγκεφαλικές αλλαγές, υψηλά επίπεδα συναισθηματισμού, παρορμητικότητας και ριψοκίνδυνες συμπεριφορές.
- Πειραματισμός με ουσίες:
  - Συνδέεται με την προσπάθεια αυτονομίησης, ανεξαρτησίας και επανάστασης απέναντι στην εξουσία.
  - Τρόπος να είναι κανείς δημοφιλής και αποδεκτός από τους συνομηλικούς, ανάπτυξης μιας αίσθησης «ταυτότητας» και ωριμότητας.
  - Δυστυχώς, η χρήση καπνού ή αλκοόλ μπορεί να φαίνεται ως ένας λειτουργικός τρόπος να κατακτήσει κανείς όλους τους παραπάνω αναπτυξιακούς στόχους.

### **Ο ρόλος της οικογένειας στην πρόληψη του καπνίσματος**

#### **Η σημασία του γονεϊκού καπνίσματος για τα παιδιά**

**Άσκηση:** Καταγιγμός ιδεών.

274 **Οδηγία:** «Με ποιο τρόπο/ους νομίζετε ότι η οικογένεια παίζει ρόλο στην έναρξη/πρόληψη

του καπνίσματος; Ποιοι παράγοντες που σχετίζονται με την οικογένεια μπορούν να λειτουργήσουν προστατευτικά και ποιοι επιβαρυντικά;»

Καταγραφή στον πίνακα σε δύο στήλες:

- Παράγοντες προστασίας/Παράγοντες Κινδύνου.
- Συζήτηση στην ολομέλεια:

### Θεωρητικό πλαίσιο

- Οι γονείς αποτελούν πρότυπα για την συμπεριφορά των παιδιών τους. Συνεπώς, το κάπνισμα των γονέων παρέχει το πλαίσιο εκείνο μέσα στο οποίο οι έφηβοι μπορεί να το δουν με θετικό μάτι, που με την σειρά του θα κάνει πιο εύκολη την αποδοχή ενός τσιγάρου, όταν προσφερθεί<sup>34</sup>.
- Το γονεϊκό κάπνισμα ασκεί σημαντικότερη επίδραση όχι μόνο στην έναρξη του καπνίσματος (στο πρώτο τσιγάρο), αλλά και στη μετέπειτα συνέχιση της καπνιστικής συμπεριφοράς:
  - α) Υπάρχει 32% πιθανότητα το γονεϊκό κάπνισμα να επηρεάσει το παιδί να δοκιμάσει να καπνίσει.
  - β) Υπάρχει 28% πιθανότητα το γονεϊκό κάπνισμα να επηρεάσει το παιδί να κάνει τη μετάβαση από το μνηιαίο κάπνισμα στο καθημερινό (σύνδεση με τα στάδια).
- Επιπλέον, οι γονείς που καπνίζουν μπορεί να διευκολύνουν το κάπνισμα των παιδιών, αφού υπάρχει πρόσβαση σε τσιγάρα και έχουν πιο επιτρεπτικούς κανόνες για το κάπνισμα μέσα στο σπίτι<sup>35</sup>.
- Παρόλα αυτά, πέρα από την καπνιστική συμπεριφορά των γονέων ακόμη σημαντικότερο παράγοντα επιρροής συνιστούν οι στάσεις των γονέων απέναντι στο κάπνισμα.
- Η αρνητική στάση των γονέων απέναντι στο κάπνισμα, όπως π.χ. το να υπάρχουν αυστηρές απαγορεύσεις σχετικά με αυτό στο σπίτι ή στο να αποφεύγονται χώροι καπνιστών στο εστιατόριο συμβάλει στην αποχή των παιδιών από το τσιγάρο<sup>35,36</sup>.
- Οι αντιλήψεις των εφήβων για την αρνητική στάση των γονέων τους και τη δυσαρέσκειά τους απέναντι στο κάπνισμα των παιδιών τους, καθώς και οι αυστηροί κανόνες για το κάπνισμα, ακόμη και από γονείς που καπνίζουν, μπορεί να έχουν μια πολύ ισχυρή προστατευτική επίδραση απέναντι σε παράγοντες κινδύνου, όπως είναι το κάπνισμα από τους συνομηλίκους<sup>37,38</sup>.
- Έφηβοι που έχουν ισχυρούς δεσμούς με τους γονείς τους έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να σέβονται και να ακολουθούν τους γονεϊκούς κανόνες και λιγότερες πιθανότητες να ξεκινήσουν το κάπνισμα<sup>39,40</sup>.
- Παράγοντες, όπως η γονική εποπτεία, η καλή επικοινωνία, οι δυνατοί δεσμοί μεταξύ των μελών μιας οικογένειας και οι κανόνες για το κάπνισμα και τα όρια μπορούν να λειτουργήσουν προστατευτικά<sup>41-44</sup>.



### Τι νύματα περνάω για το κάπνισμα; (10 λεπτά):

**Άσκηση:** σε ζευγάρια ή υπό ομάδες.

**Οδηγία:** Μερικές φορές οι γονείς μπορεί να ενθαρρύνουν τη χρήση καπνού από τα παιδιά τους, χωρίς καν να το συνειδητοποιούν. Διαβάστε την παρακάτω λίστα και σημειώστε αν έχετε κάνει κάποιο από τα ακόλουθα:

- Να έχετε ζητήσει από το παιδί σας να ανάψει ένα τσιγάρο για εσάς.
- Να επιτρέπετε στους επισκέπτες να καπνίζουν μέσα στο σπίτι σας.
- Να υπάρχει εύκολη προσβασιμότητα του καπνού στο σπίτι (π.χ. πακέτα πάνω στο τραπέζι της κουζίνας κ.τ.λ.).
- Να έχετε ζητήσει από το παιδί σας να σας αγοράσει ένα πακέτο τσιγάρα από το περίπτερο.
- Να μην έχετε συζητήσει με τα παιδιά σας για τις απόψεις και τα συναισθήματά σας για τη χρήση καπνού από τους εφήβους.
- Να έχετε τοποθετήσει πολλά σταχτοδοχεία σε ολόκληρο το σπίτι.
- Να έχετε αναφέρει κάτι, όπως «Ένα τσιγάρο τώρα, θα ήταν ό,τι πρέπει», όταν ήσαστε κουρασμένος/η, στρεσορρισμένος/η ή ενοχλημένος/η με κάτι.

Αν σημειώσατε κάποιο/α από τα παραπάνω, τι αλλαγές θα μπορούσατε να κάνετε εσείς ή τα άλλα μέλη της οικογένειάς σας, ώστε να βεβαιωθείτε ότι δεν συμβάλλετε στην ενθάρρυνση του εφήβου στο κάπνισμα;

**Ολομέλεια:** Ποιο ζευγάρι θέλει να ξεκινήσει;»

Σημειώνουμε στον πίνακα τις ιδέες της ομάδας. Προτάσεις:

- Διατήρηση ενός αντικαπνιστικού σπιτιού! Αν το σπίτι είναι αντικαπνιστικός χώρος, κάνει τα παιδιά να καπνίζουν λιγότερο, ακόμα και αν οι γονείς καπνίζουν. Με την απαγόρευση σε όλους να καπνίζουν στο σπίτι, οι γονείς βοηθούν όχι μόνο στο να κάνουν λιγότερο δελεαστικό το κάπνισμα, αλλά δημιουργούν μια ισχυρή στάση ότι το κάπνισμα είναι δυσάρεστο.
- Καταρρίψτε το μύθο ότι όλοι καπνίζουν! Πολλά παιδιά υπερεκτιμούν το εύρος του καπνίσματος στους συνομηλίκους τους και τέτοια υπερεκτίμηση είναι ένας από τους πιο σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες καπνίσματος.
- Δώστε έμφαση στις επιπτώσεις του καπνίσματος στο image! Το τσιγάρο δίνει την εντύπωση ότι είναι ελκυστικό και σέξι και τα παιδιά θέλοντας να φιάξουν την εικόνα τους καπνίζουν. Όμως, το κάπνισμα προκαλεί κίτρινα δόντια, άσχημη αναπνοή, ρούχα που μυρίζουν καπνό και πολλές και πρόωρες ρυτίδες.

### « Η σημασία των κανόνων για το κάπνισμα » (5 λεπτά):

**Άσκηση:** ατομικά.

276 **Οδηγία:** «Κάθε οικογένεια έχει το δικό της σύνολο κανόνων συμπεριφοράς – κανόνες που

προσδιορίζουν τι είναι επιτρεπτό και τι όχι- ακόμα κι αν αυτοί δεν είναι κάπου γραμμένοι. Οι κανόνες για το κάπνισμα ορισμένες φορές μπορεί να μηπεδεύουν τους εφήβους, αλλά και τους γονείς. Για παράδειγμα, οι ενήλικοι έχουν νόμιμο δικαίωμα στη χρήση καπνού, αλλά οι έφηβοι δεν έχουν. Κάποιοι κανόνες μπορούν να εφαρμοστούν από κοινού σε γονείς και εφήβους, ενώ κάποιοι μπορεί να αφορούν μόνο τους εφήβους. Επίσης, κάποιοι κανόνες ενδέχεται να μεταβληθούν, καθώς ο έφηβος μεγαλώνει. Τέλος, κάποιοι κανόνες μπορεί να είναι αποτελεσματικοί/ να εφαρμόζονται σε μια οικογένεια, αλλά όχι σε κάποια άλλη.

**Ατομικά:** α) Σκεφτείτε κάποιους κανόνες σχετικούς με το κάπνισμα, που θα θέλατε να ισχύουν για τα μέλη της οικογένειάς σας και ειδικά για τα παιδιά σας. β) Διαλέξτε κανόνες που θεωρείτε ότι είναι σταθεροί, δίκαιοι και λογικοί και που ταιριάζουν στην οικογένειά σας. Μπορείτε να βάλετε όσους θέλετε.

- Οι γονείς θα πρέπει να είναι ξεκάθαροι τόσο για τους κανόνες όσο και για τις συνέπειες που έχει η μη τήρηση τους.
- Είναι σημαντικό οι γονείς να θυμούνται τόσο να επιβραβεύουν τα παιδιά τους που ακολουθούν τους κανόνες όσο και να υπάρχουν συνέπειες, όταν οι κανόνες δεν ακολουθούνται.

### **Επικοινωνία στην οικογένεια και κάπνισμα (25 λεπτά):**

**Άσκηση:** Παιχνίδι ρόλων.

Οδηγία: «Πολλές φορές οι γονείς λόγω της αγωνίας και της ανησυχίας που νιώθουν σε σχέση με το κάπνισμα από το παιδιά τους μπορεί να χρησιμοποιούν τρόπους επικοινωνίας που δεν είναι αποτελεσματικοί.

Θα ήθελα 6 εθελοντές. Το κάθε ζευγάρι θα μας παίξει ένα μικρό θεατρικό για να δούμε μερικούς χαρακτηριστικούς τρόπους αναποτελεσματικής επικοινωνίας.

Πρόταση: *Ο έφηβος γιος/κόρη γυρνάει σπίτι από απογευματινή έξοδο με φίλους και μυρίζει έντονα τσιγάρο.*

Παρουσιάστε μια περίπτωση που ο γονέας ανυδρά: α) με απειλές (π.χ. “έτσι και καπνίζεις, κακομοίρη μου, δεν θα βγεις από το σπίτι μέχρι να πας 18 χρονών!”), β) με πηλολογία (π.χ. “μόνο οι αλίπτες καπνίζουν”) και γ) με συγκατάβαση (π.χ. “οκ, μια φορά δεν πειράζει, απλώς, μην το ξανακάνεις. Πάμε να δούμε τηλεόραση!”)

As ξεκινήσουμε με το πρώτο ζευγάρι.»

Προτεινόμενες ερωτήσεις για συζήτηση:

- Τι έγινε μόλις τώρα;
- Πώς μπορεί να ένιωσε ο έφηβος;
- Τι ευκαιρία έχασε εδώ ο γονιός;
- Πώς μπορούμε να επικοινωνούμε αποτελεσματικά με το παιδί μας;

### Θεωρητικό πλαίσιο για συζήτηση

#### Ο γονιός που ακουεί ενεργά και συζητά με το παιδί του.

Τρεις βασικές τεχνικές για την αποτελεσματική ενεργό ακρόαση:

1. Εστίαση στον συνομιλητή μας.
2. Μπαίνουμε στη θέση του (είναι σημαντικό να μη δίνετε συμβουλές, αν δεν σας έχει ζητηθεί. Να ακούτε τόσο αυτά που λέγονται όσο και τον τρόπο με τον οποίο λέγονται. Ελέγξτε ότι έχετε κατανοήσει σωστά το μήνυμα του συνομιλητή σας).
3. Δίνουμε χρόνο για να θέσουμε ερωτήσεις .

#### De-roling (βγαίνουμε από το παιχνίδι ρόλων): «Αλλαγή θέσης και όνομα».

Ρωτάμε τα μέλη να μας πουν ένας-ένας:

1. Πώς ένιωσαν στον ρόλο του γονέα και του παιδιού.
2. Τι είναι αυτό που τους άρεσε και τι ήταν αυτό που τους δυσκόλεψε.

#### Κινητοποίηση και ενίσχυση γονέων για την πρόληψη του καπνίσματος.

Υλικοτεχνικά: χρωματιστά χαρτιά.

**Άσκηση:** ατομικά.

Οδηγία: Το κάθε μέλος σκέφτεται και καταγράφει στο χαρτί του (χρωματιστά χαρτάκια).

- Στο άσπρο χαρτί : τι του άρεσε από το βιογραφικό εργαστήρι και τι θα μπορούσε να αξιοποιήσει σε μια συζήτηση με το παιδί του.
- Στο μπλε χαρτί: τι φοβάται ή τι τον ανησυχεί σε σχέση με την πρόληψη του καπνίσματος των παιδιών του.


#### Στην ολομέλεια

- Αποσαφήνιση των προβλημάτων και των δυσκολιών και ανάδυση πιθανών λύσεων από τους εκπαιδευτές και την ομάδα.
- Εντοπισμός υποστηρικτικών δικτύων μέσα από την ομάδα.


#### Κλείσιμο

**Άσκηση:** Κλεισίματος.

Οδηγία: «Να πει ο καθένας από εμάς: τι αποκόμισε φεύγοντας από εδώ;»



**Έφηβοι που έχουν ισχυρούς δεσμούς και καλή επικοινωνία με τους γονείς τους, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να σέβονται και να ακολουθούν τους γονεϊκούς κανόνες και λιγότερες πιθανότητες να ξεκινήσουν το κάπνισμα. Τα όρια μπορούν να λειτουργήσουν προστατευτικά.**



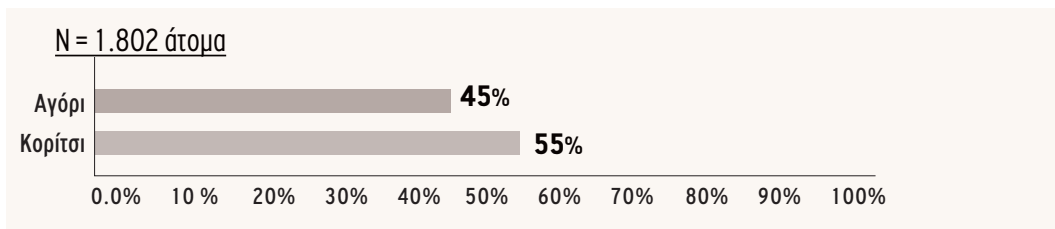
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 18

# ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

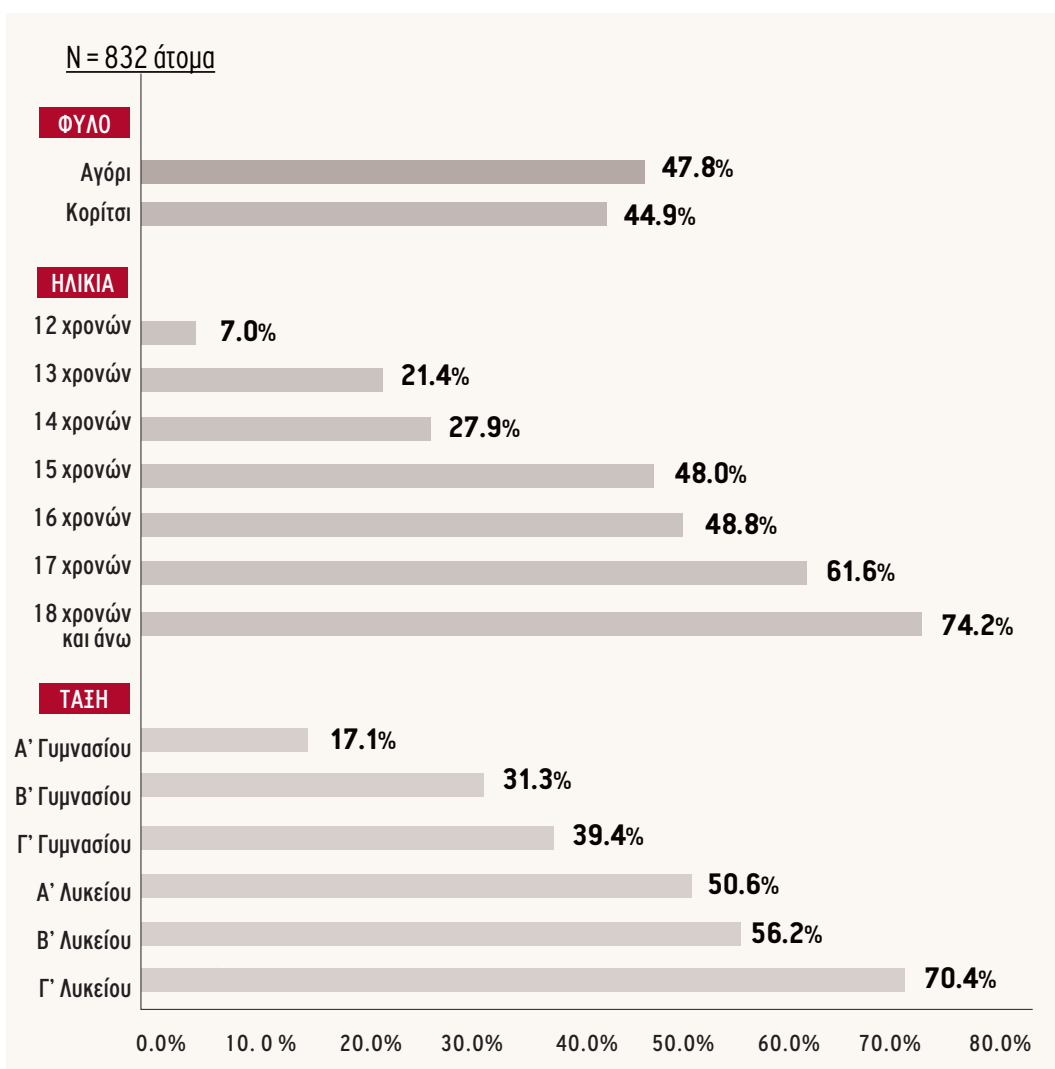
*ΙΙΒΕΑΑ: «Ενέργειες ενημέρωσης και υποστήριξης για την οργάνωση και υλοποίηση προγράμματος Αγωγής Υγείας για το Κάπνισμα στα Σχολεία (κωδ. 372829), στο πλαίσιο του Ε.Π. Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού/ΕΚΤ του ΕΣΠΑ.  
Επιστημονικός υπεύθυνος: Παναγιώτης Κ. Μπεχράκης*

Στο τελευταίο κεφάλαιο του βιβλίου, θεωρήθηκε απαραίτητο να παρατεθεί μέρος της πρόσφατης έρευνας του ΙΙΒΕΑΑ με αντικείμενο την καταγραφή στάσεων και συμπεριφορών μαθητών και μαθητριών απέναντι στο κάπνισμα. Η έρευνα έδωσε τη δυνατότητα να γίνει μια σημαντική προσπάθεια για τη διερεύνηση των προδιαθεσικών παραγόντων της εξάρτησης από το κάπνισμα των μαθητών. Πραγματοποιήθηκε από 7 έως 17 Μαΐου 2014 και συμμετείχαν 1.802 μαθητές γυμνασίου και λυκείου που φοιτούν σε σχολεία των μεγαλύτερων αστικών περιοχών της Ελλάδας και ειδικότερα της Αττικής και της Θεσσαλονίκης. Είναι η πρώτη συστηματική έρευνα για το κάπνισμα στα σχολεία, που επικεντρώνεται στα δυο μεγαλύτερα αστικά κέντρα της χώρας μας. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με επιτόπιες επισκέψεις ερευνητών στις σχολικές μονάδες που επιλέχθηκαν, οι οποίοι διένημαν έντυπα ερωτηματολόγια κλειστών ερωτήσεων στους μαθητές του δείγματος. Η συμμετοχή κάθε μαθητή ήταν προαιρετική και έγινε με έγγραφη γονική συναίνεση. Η έρευνα έγινε στο πλαίσιο της Πράξης: «Ενέργειες ενημέρωσης και υποστήριξης για την οργάνωση και υλοποίηση προγράμματος αγωγής υγείας για το κάπνισμα στα σχολεία» του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού 2007-2013». Εντολέας ήταν το ΙΙΒΕΑΑ και ανάδοχος η ΣΜΤ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΕΠΕ.

Ακολουθεί μια επλεκτική αναφορά σε καίρια ερευνητικά σημεία. Ειδικότερα, στις ενότητες που διερευνήθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των μαθητών, διαπιστώθηκε σε σχέση με το φύλο ότι το 55% ήταν κορίτσια και το 45% αγόρια (Εικόνα 1).



**Εικόνα 1.** Το φύλο των μαθητών της έρευνας.

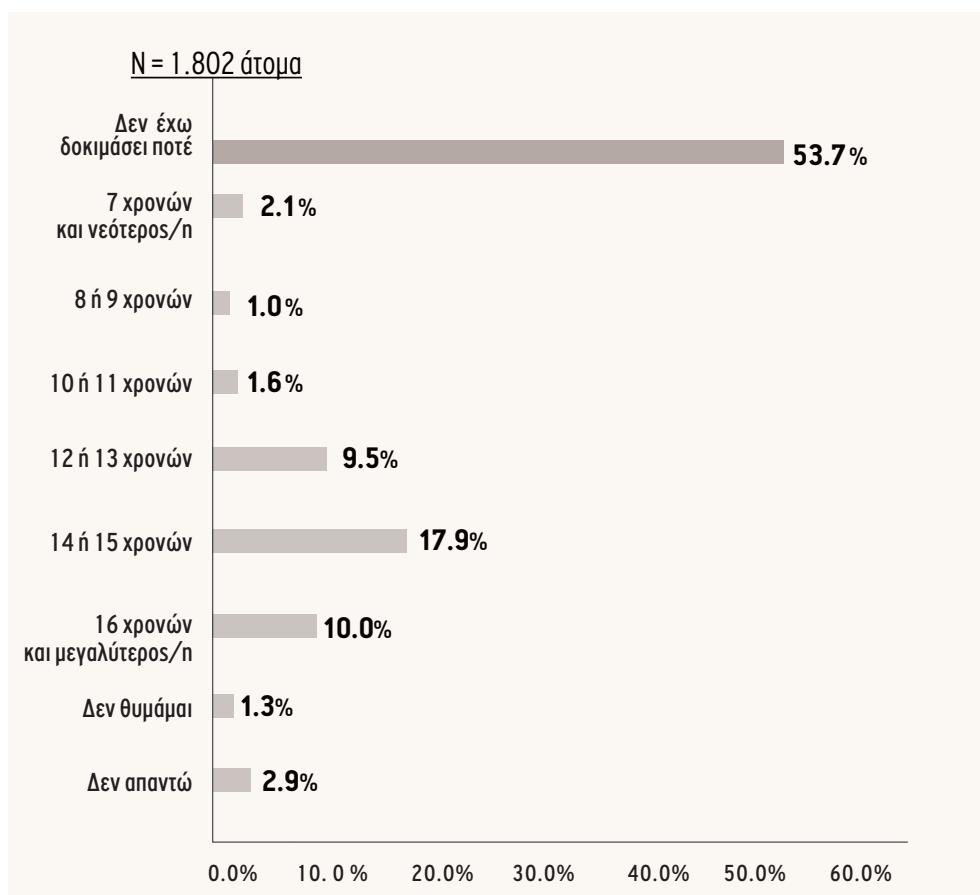


**Εικόνα 2.** Το προφίλ των μαθητών που έχουν δοκιμάσει να καπνίσουν έστω και μια ρουφηξιά.

Αναφορικά με «το προφίλ» των μαθητών που έχουν καπνίσει τσιγάρο ή κάποιο άλλο είδος καπνίσματος (έστω και μία μόνο ρουφηξιά), διαπιστώθηκαν τα εξής (Εικόνα 2):

- Ως προς το φύλο ότι το 47,8% είναι αγόρια και το 44,9% κορίτσια.
- Ως προς την ηλικία που έχουν δοκιμάσει να καπνίσουν έστω και μία μόνο ρουφηξιά, ότι όσο μεγαλώνει η ηλικία αυξάνει και το ποσοστό των μαθητών. Ειδικότερα στην ηλικία των 12 ετών το ποσοστό είναι 7%, για να διαμορφωθεί στο 61,6% στην ηλικία των 17 ετών των μαθητών.
- Σχετική αναλογία υπάρχει και στην τάξη φοίτησης, με αξιοσημείωτο εύρημα ότι στην Γ΄ Λυκείου το ποσοστό των μαθητών που έχουν δοκιμάσει να καπνίσουν έστω και μία μόνο ρουφηξιά είναι 70,4%.

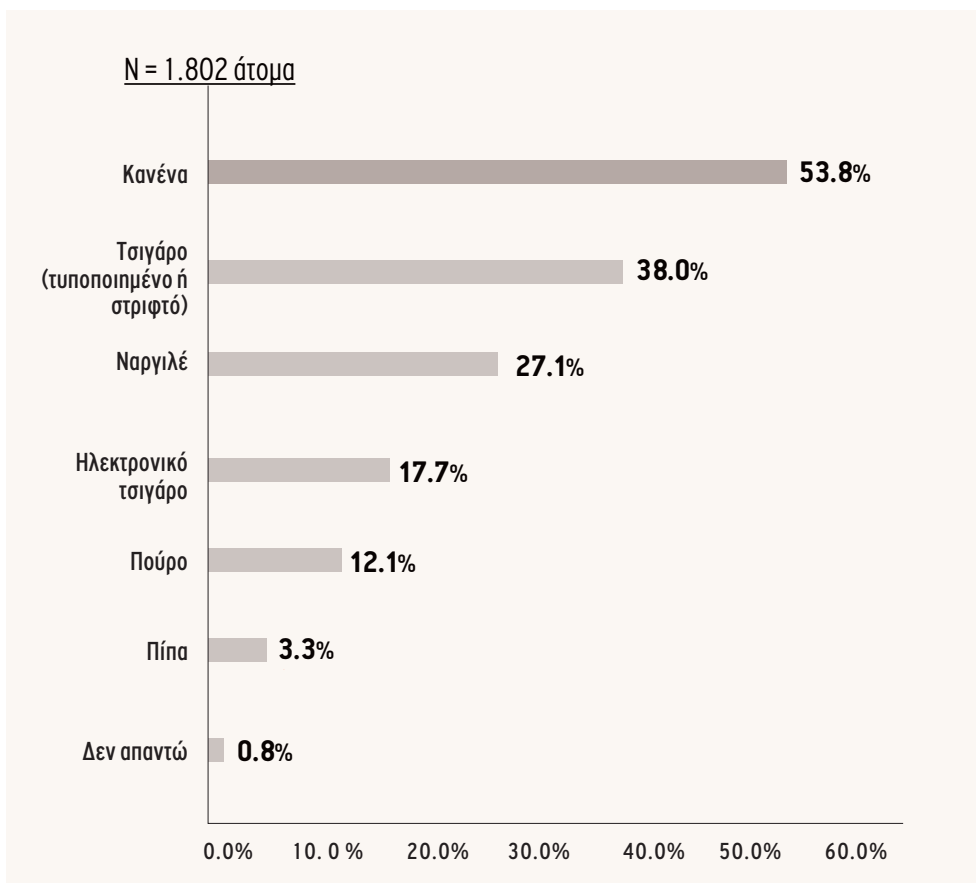
Στο ερώτημα: «πόσο χρονών ήσουν όταν δοκίμασες για πρώτη φορά να καπνίσεις;», τα απο-



τελέσματα της έρευνας επιτάσσουν την ανάγκη για παρεμβάσεις πρόληψης του καπνίσματος πριν την έναρξη της εφηβείας, αφού το 14,2% των ερωτηθέντων μαθητών ανέφεραν ότι δοκίμασαν να καπνίσουν για πρώτη φορά μέχρι τα 13 τους χρόνια και το 17,9% μέχρι τα 14-15 τους χρόνια. Συμπερασματικά το 1/3 (32,1%) των μαθητών έχει ήδη δοκιμάσει να καπνίσει μέχρι την ηλικία των 14-15 ετών (Εικόνα 3).

Στο ερώτημα: «ποια από τα παρακάτω είδη καπνίσματος έχεις δοκιμάσει;», έστω και μια φορά, οι μαθητές στις τρεις πρώτες θέσεις κατέταξαν (Εικόνα 4), με ιδιαίτερα εντυπωσιακά υψηλά ποσοστά: **α)** το τυποποιημένο ή στριφτό τσιγάρο με 38%, **β)** το ναργιλέ με 27,1% και **γ)** το ηλεκτρονικό τσιγάρο με 17,7%

Στο σημαντικό ερώτημα: «κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών, πόσες ημέρες κάπνισες έστω και ένα τσιγάρο;», θετικά απάντησαν το 18,15% των ερωτηθέντων μαθητών,



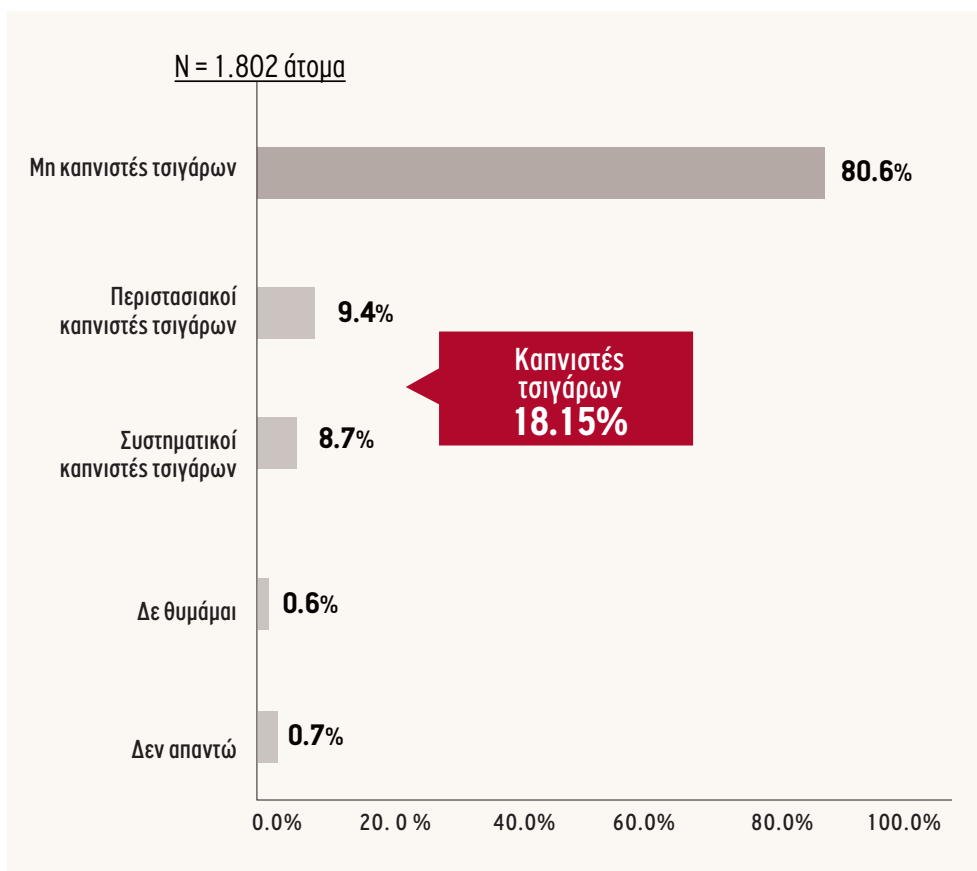
**Εικόνα 4.** Ποιά είδη καπνίσματος έχεις δοκιμάσει;



εκ των οποίων οι 9,4% είναι περιστασιακοί καπνιστές και οι 8,7 συστηματικοί καπνιστές (Εικόνα 5).

Στο ερώτημα: «σε ποιους από τους παρακάτω χώρους καπνίζεις;», το 12,99% των ερωτηθέντων μαθητών ανέφεραν ότι καπνίζουν σε κάποιο χώρο του σχολείου (Εικόνα 6). Διαπιστώνεται, ότι το προαύλιο του σχολείου και οι τουαλέτες είναι οι κυρίως χώροι που καπνίζουν οι μαθητές.

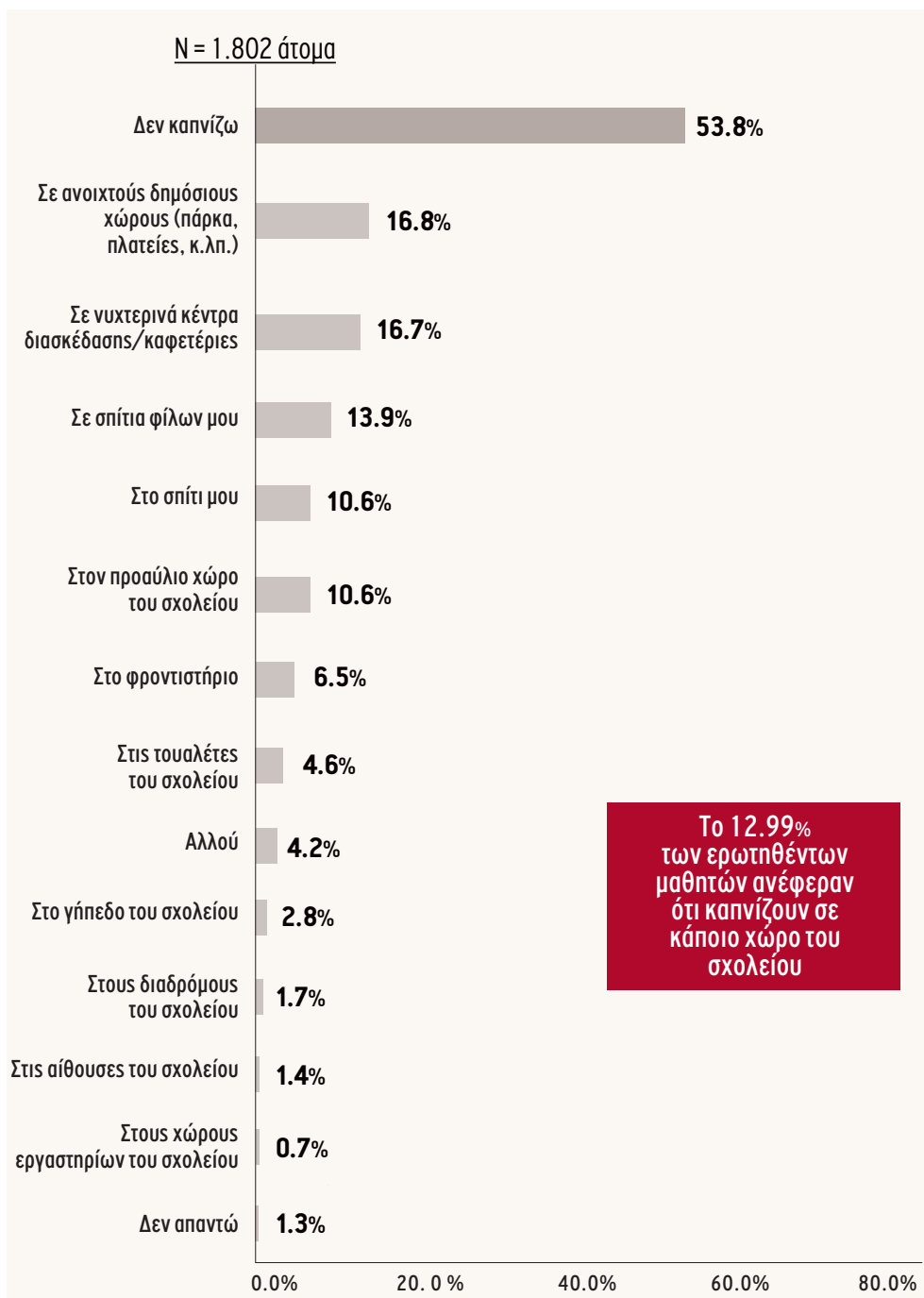
Στην ερώτηση: «οι γονείς σου καπνίζουν;», το 60% των ερωτηθέντων μαθητών ανέφεραν πως καπνίζει τουλάχιστον ένας από τους γονείς του (Εικόνα 7). Γεγονός που επιβεβαιώνει τη γνώση ότι το κάπνισμα των γονέων αποτελεί σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα για έναρξη του καπνίσματος στους ανήλικους.



**Εικόνα 5.** Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών, πόσες ημέρες κάπνισες έστω και ένα τσιγάρο;

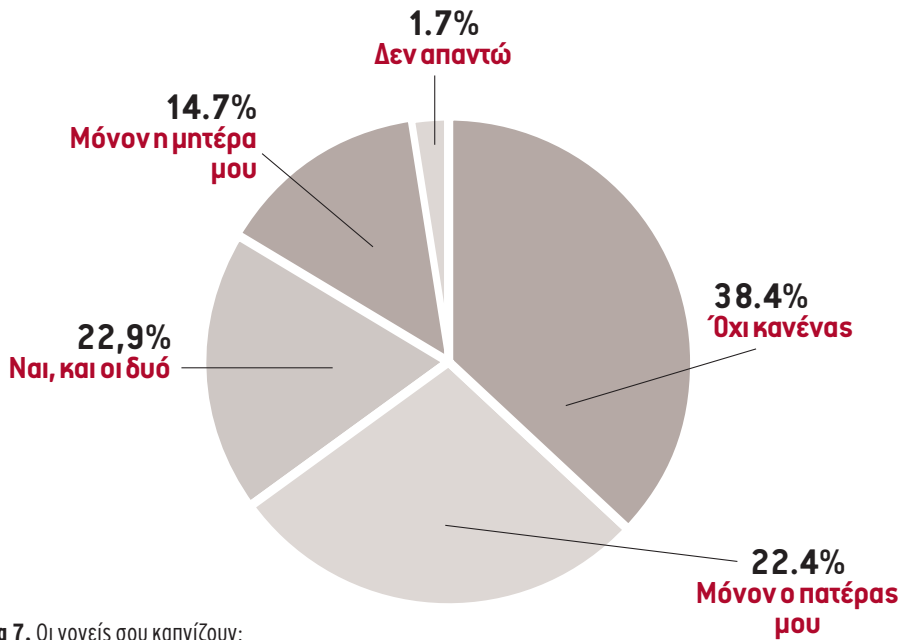
**ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΟΥ) ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ**

- Μη καπνιστές: όσοι δεν έχουν καπνίσει κανένα τσιγάρο τις τελευταίες τριάντα ημέρες.
- Περιστασιακοί καπνιστές: όσοι έχουν καπνίσει λιγότερα από 20 τσιγάρα τις τελευταίες τριάντα ημέρες.
- Συστηματικοί καπνιστές: όσοι έχουν καπνίσει περισσότερα από 20 τσιγάρα τις τελευταίες τριάντα ημέρες.



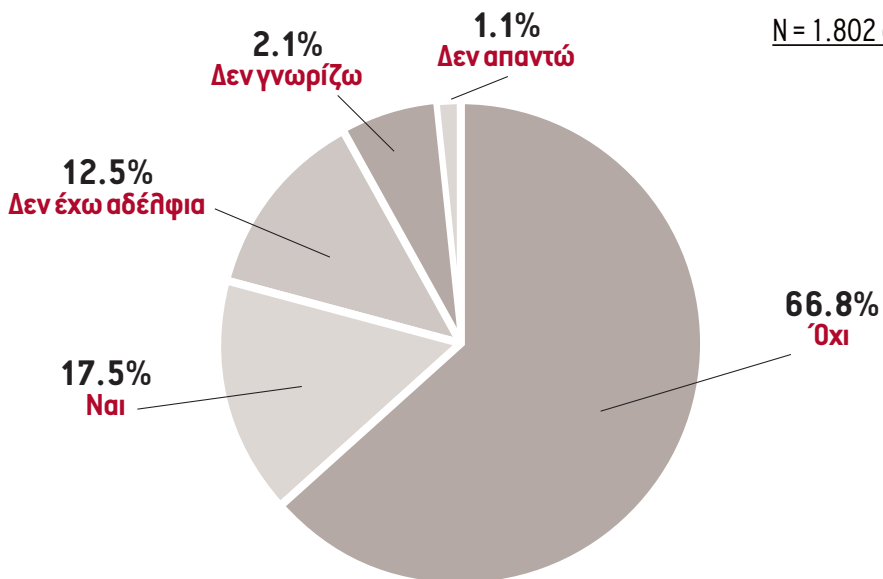
Εικόνα 6. Σε ποιούς χώρους καπνίζεις;

N = 1.802 άτομα

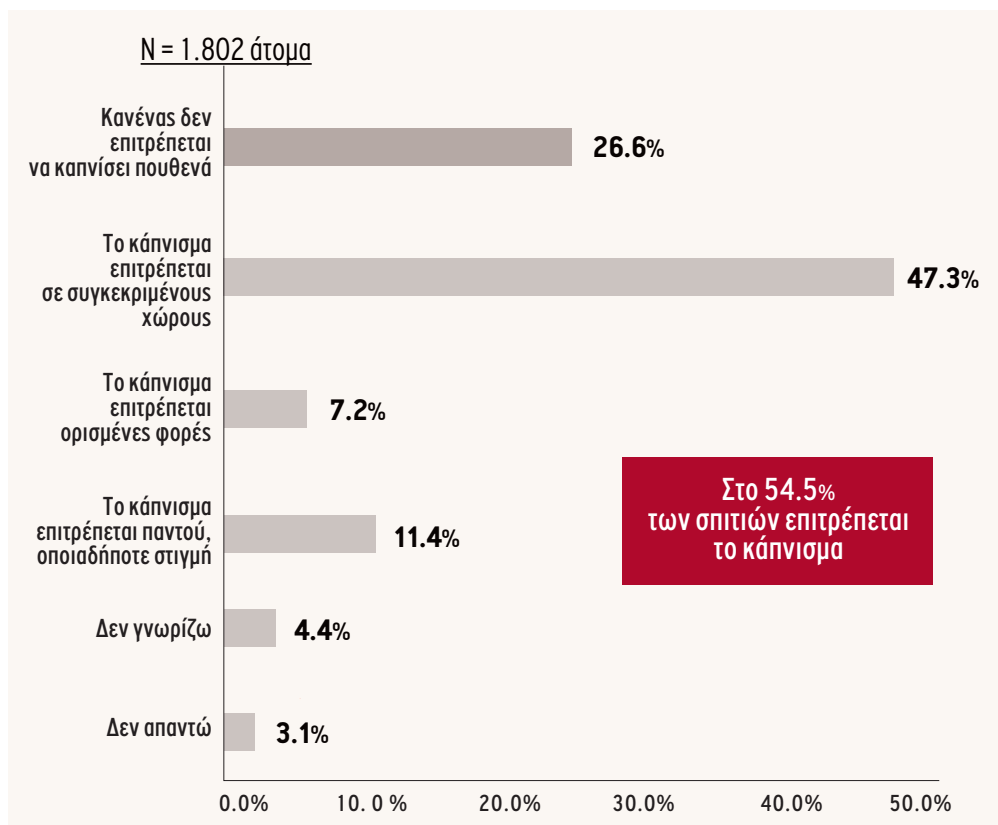


Εικόνα 7. Οι γονείς σου καπνίζουν;

N = 1.802 άτομα

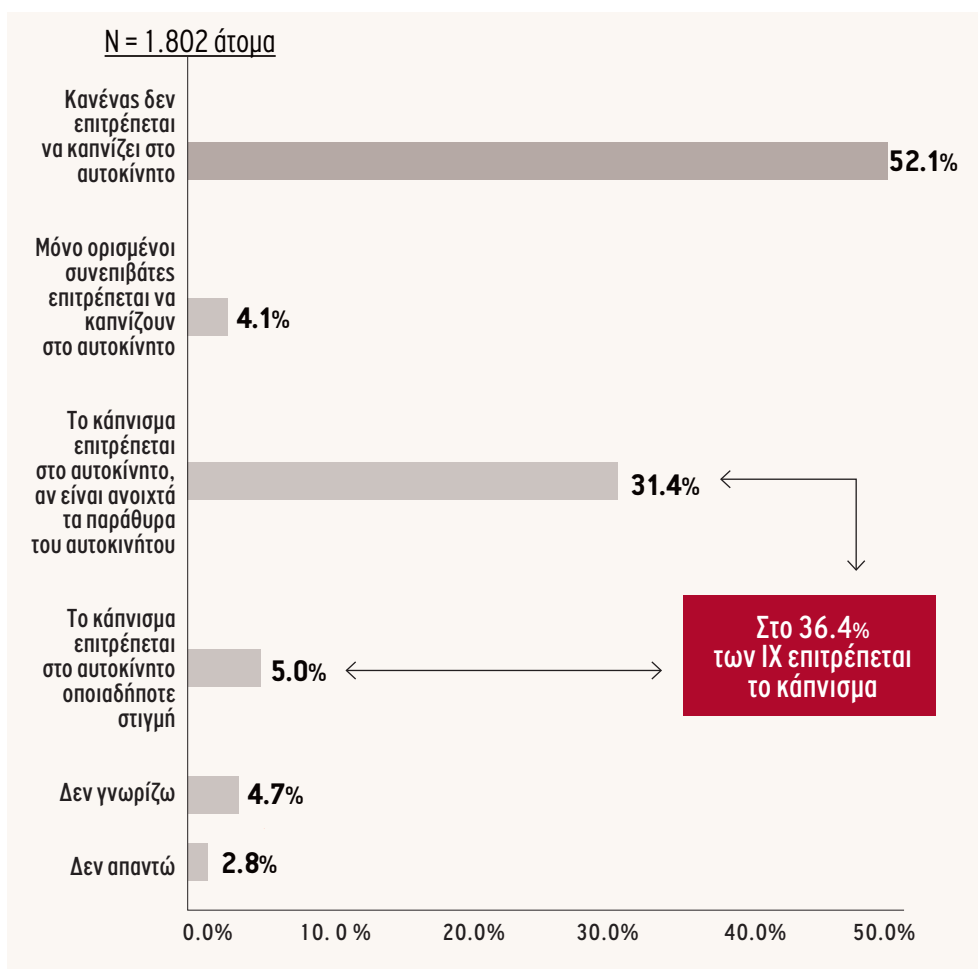


Επιπλέον στο ερώτημα: «καπνίζει κάποιος αδελφός/αδελφή σου;», το 17,5% απάντησε θετικά στο ότι είναι καπνιστής ένα από τα αδέρφια του (Εικόνα 8). Στο εξής ερώτημα: «ποιος από τους παρακάτω κανόνες περιγράφει καλύτερα την κατάσταση στο σπίτι σου ως προς το κάπνισμα;», στο 54,5% των σπιτιών των μαθητών επιτρέπεται το κάπνισμα (Εικόνα 9), ενώ μόνο στο 26,6% δεν επιτρέπεται πουθενά το κάπνισμα.



**Εικόνα 9.** Ποιοί κανόνες περιγράφουν καλύτερα την κατάσταση στο σπίτι σου ως προς το κάπνισμα;

Σε ανάλογο ερώτημα με το προηγούμενο που αναφέρεται στην καπνιστική εξάρτηση στο οικογενειακό περιβάλλον και ειδικότερα: «ποιος από τους παρακάτω κανόνες περιγράφει καλύτερα την κατάσταση ως προς το κάπνισμα στο αυτοκίνητο της οικογένειάς σου ή στο αυτοκίνητο με το οποίο συνήθως ταξιδεύετε;» στο 36,4% των ΙΧ αυτοκινήτων της οικογένειας του μαθητή επιτρέπεται το κάπνισμα (Εικόνα 10). Αξίζει να σχολιαστεί πως το ποσοστό 36,4%

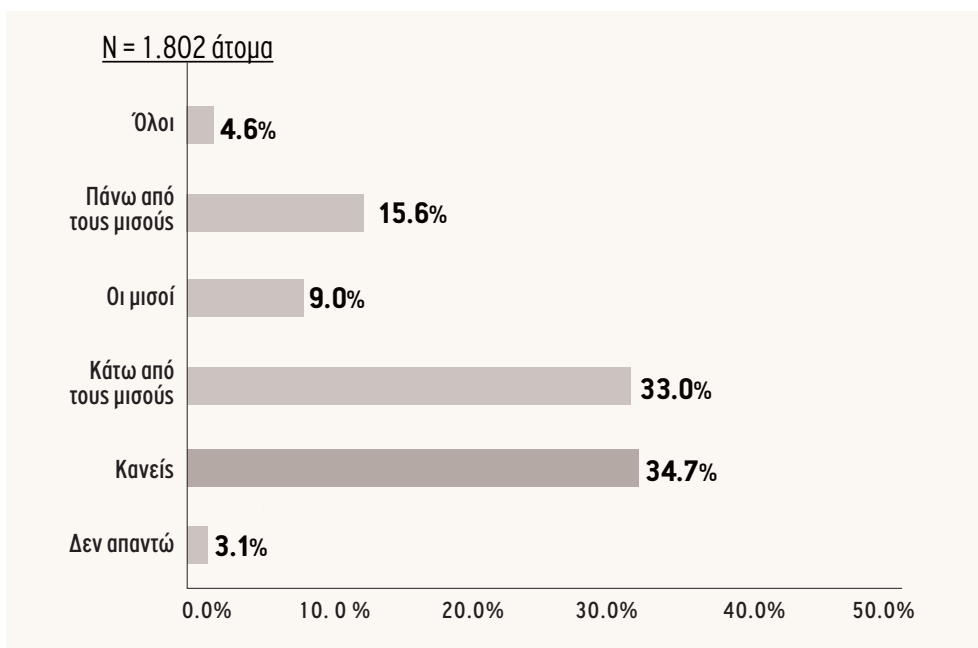


**Εικόνα 10.** Ποιοί κανόνες περιγράφουν καλύτερα την κατάσταση ως προς το κάπνισμα στο αυτοκίνητο της οικογένειάς σου ή στο αυτοκίνητο με το οποίο συνήθως ταξιδεύετε;

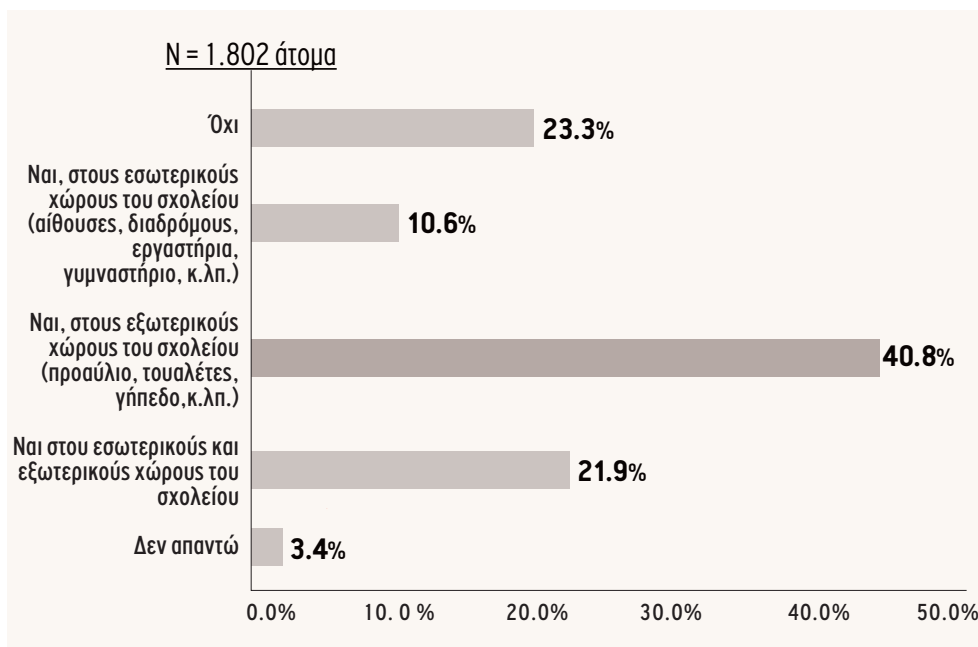
είναι ιδιαίτερα μεγάλο σε σχέση με τις τεκμηριωμένες βλαβερές συνέπειες του παθητικού καπνίσματος στην υγεία σε έναν τόσο περιορισμένο χώρο.

Αναφορικά με το ερώτημα : «πόσοι από τους φίλους σου καπνίζουν;», το 62,2% των μαθητών απάντησε ότι έχει φίλους που καπνίζουν (Εικόνα 11). Ποσοστό που αναδεικνύει τη σημαντικότητα της παραμέτρου «επιρροή συνομηλίκων».

Στο ερώτημα: «έχεις δει καθηγητές / καθηγήτριες να καπνίζουν στο σχολείο;», το 73,3% των μαθητών δήλωσε πως έχει δει καθηγητές να καπνίζουν στους χώρους του σχολείου (Εικόνα 12). Ενώ στο ερώτημα: «πιστεύεις πως είναι σωστό οι καθηγητές / καθηγήτριες του σχολείου

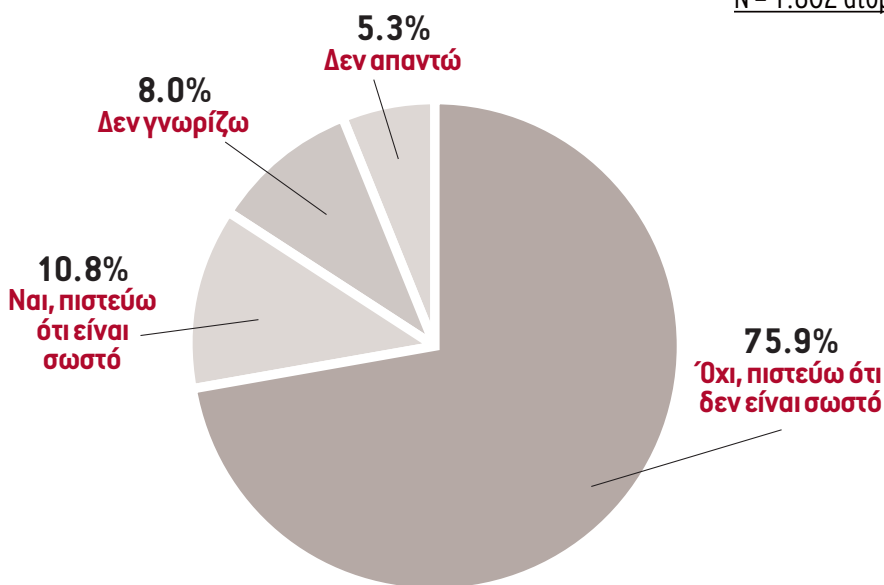


**Εικόνα 11.** Πόσοι από τους φίλους σου καπνίζουν;



**Εικόνα 12.** Έχεις δει καθηγητές / καθηγήτριες να καπνίζουν στο σχολείο;

N = 1.802 άτομα



Εικόνα 13. Πιστεύεις πως είναι σωστό οι καθηγητές /καθηγήτριες του σχολείου σου να καπνίζουν μπροστά σου;

N = 1.802 άτομα

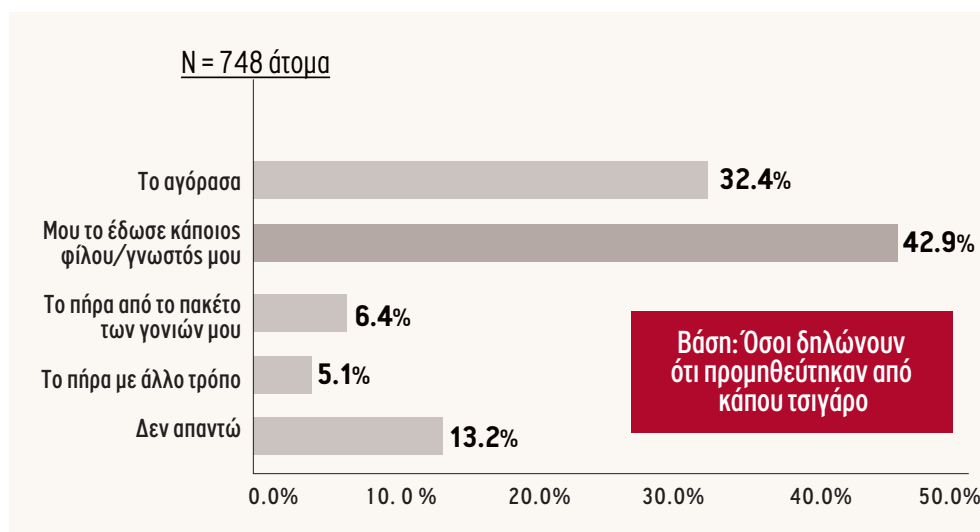


σου να καπνίζουν μπροστά σου;», το 75,9% ποτεύει ότι δεν είναι σωστό (Εικόνα 13). Ποσοστά που αναδεικνύουν αφενός τη σωστή κρίση των μαθητών και αφετέρου την ανάγκη ενημέρωσης και επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών για την αντιμετώπιση του καπνίσματος, ώστε να λειτουργούν ως υγιή πρότυπα για τους μαθητές τους.

Οι μαθητές ερωτώμενοι: «αν ένας από τους καλύτερους σου φίλους /φίλες, σου πρόσφερε τσιγάρο, θα το κάπνιζες;», το 21,1% δήλωσε ότι σίγουρα ναι και μάλλον ναι θα κάπνιζε εάν ένας από τους καλύτερους φίλους τους, τους προσέφερε τσιγάρο (Εικόνα 14). Ποσοστό που αναδεικνύει την «πίεση της παρέας» ως παράγοντα έναρξης του καπνίσματος στην εφηβεία.

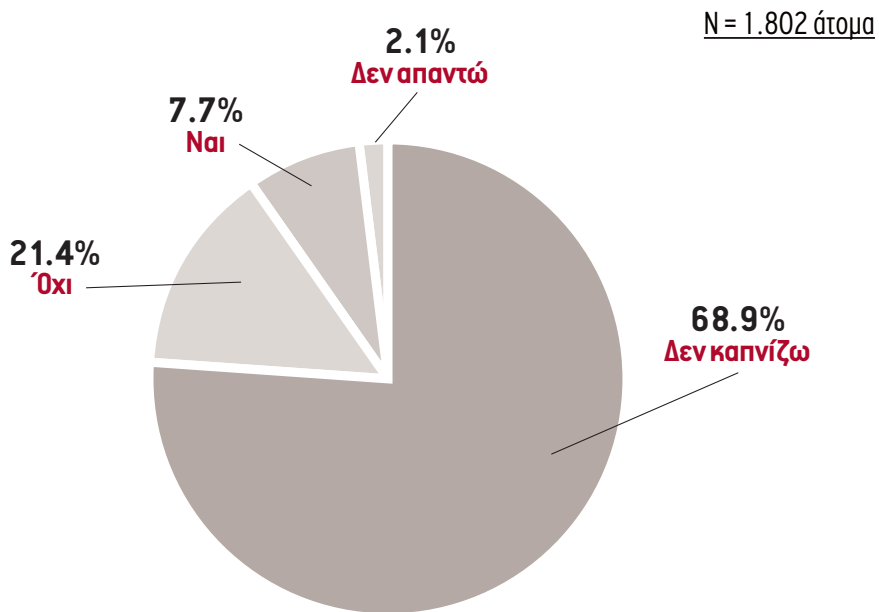
Στο ερώτημα: «την τελευταία φορά που κάπνισες τσιγάρο, από πού το προμηθεύτηκες;», το 42,9% των μαθητών ανέφερε από κάποιο φίλο ή γνωστό και 32,4% ότι το αγόρασε ο ίδιος (Εικόνα 15). Από την έρευνα διαπιστώνεται ότι στο ερώτημα: «αρνήθηκε ποτέ να σου πουλήσει κάποιος τσιγάρα ή άλλα προϊόντα καπνού λόγω της ηλικίας σου;», μόνο στο 7,7 % των μαθητών, αρνήθηκε κάποιος να του πουλήσει τσιγάρα ή άλλα προϊόντα καπνού λόγω της ηλικίας του (Εικόνα 16), ενώ αποδεικνύεται η ελλιπής εφαρμογή του νόμου για τη μη πώληση προϊόντων καπνού σε ανηλίκους.

Στο ερώτημα εάν: «το κάπνισμα βλάπτει την επίδοση και την αντοχή των εφήβων αθλητών;», αξιοσημείωτο είναι ότι το 93,8% των μαθητών γνωρίζει τις βλαβερές επιδράσεις του καπνίσματος στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα (Εικόνα 17).

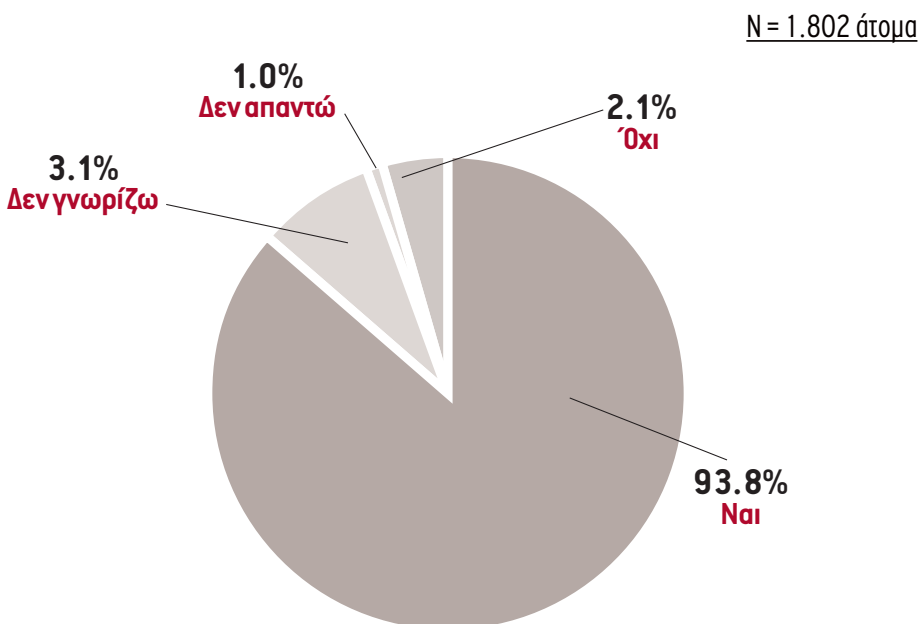


Εικόνα 15. Την τελευταία φορά που κάπνισες τσιγάρο, από πού το προμηθεύτηκες;





Εικόνα 16. Αρνήθηκε ποτέ να σου πουλήσει κάποιος τσιγάρα ή άλλα προϊόντα καπνού λόγω της ηλικίας σου;



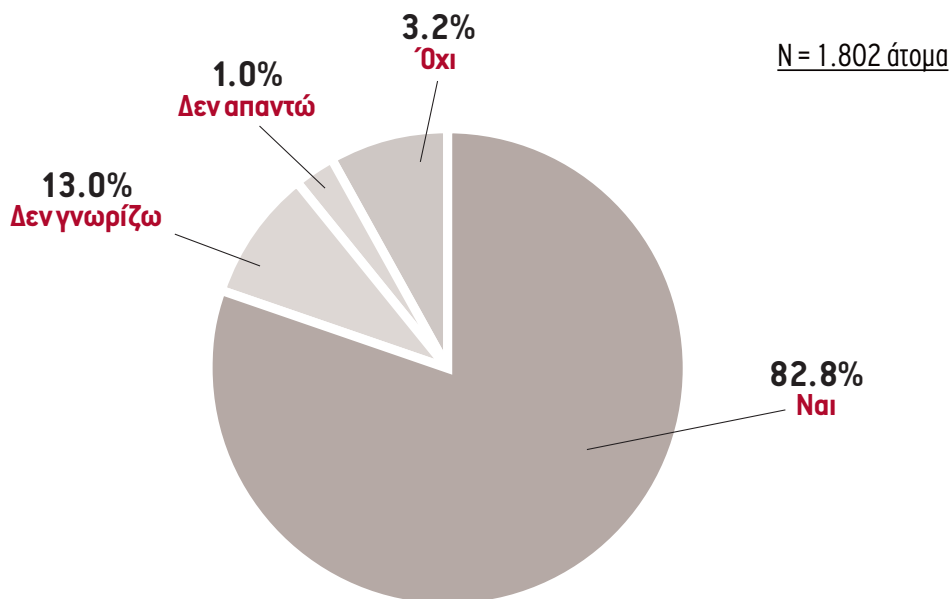
292 Εικόνα 17. Το κάπνισμα βλάπτει την επίδοση και την αντοχή των εφήβων αθλητών;

Οι μαθητές ερωτώμενοι εάν: «το παθητικό κάπνισμα, δηλαδή η εισπνοή του καπνού των άλλων μπορεί να προκαλέσει βλάβες στον ανθρώπινο οργανισμό;», η συντριπτική πλειοψηφία αυτών απάντησαν θετικά και συγκεκριμένα το 82,2% πως γνωρίζει ότι το παθητικό κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει βλάβες στον ανθρώπινο οργανισμό (Εικόνα 18).

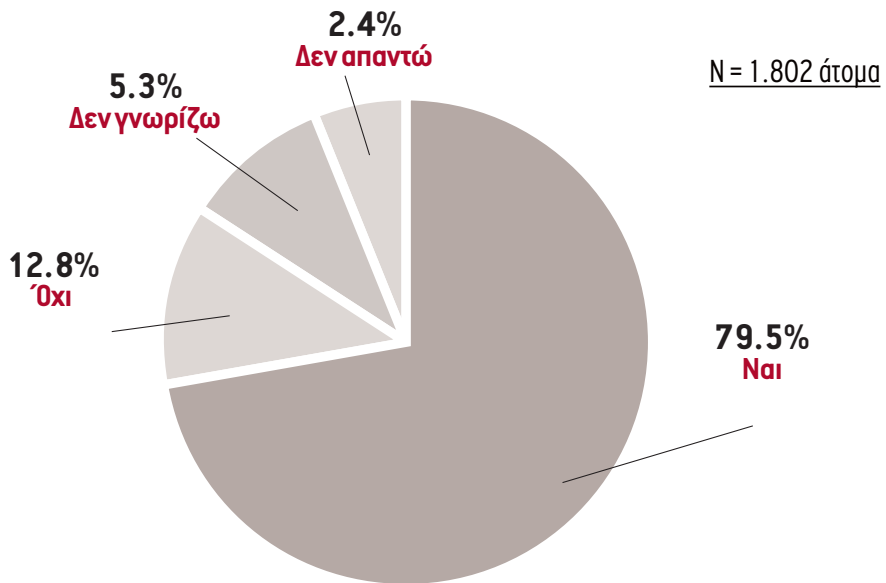
Στο ερώτημα: «συμφωνείς με την εφαρμογή της νομοθεσίας για την προστασία από το παθητικό κάπνισμα σε κλειστούς δημόσιους χώρους (όπως μαγαζιά, εστιατόρια, καφετέριες, μπαρ, κ.λπ.);», το 79,5% των μαθητών συμφωνεί με την εφαρμογή της νομοθεσίας για την προστασία από το παθητικό κάπνισμα σε κλειστούς δημόσιους χώρους (Εικόνα 19).

Επιπλέον, στο σχετικό ερώτημα: «συμφωνείς με την απαγόρευση του καπνίσματος σε ειδικούς ανοικτούς δημόσιους χώρους, όπως είναι τα γήπεδα, αθλητικοί χώροι, αρχαιολογικοί χώροι ειδικού ενδιαφέροντος π.χ. Ακρόπολη, Μαντείο των Δελφών;», το 67,7% συμφωνεί με την εφαρμογή της νομοθεσίας για την απαγόρευση του καπνίσματος και σε ειδικούς ανοικτούς δημόσιους χώρους όπως γήπεδα, αθλητικοί χώροι, αρχαιολογικοί χώροι κ.λπ., (Εικόνα 20). Τα ποσοστά που αναδεικνύονται από το Εικόνα 19 και το Εικόνα 20 είναι ενθαρρυντικά για τις τοποθετήσεις των μαθητών.

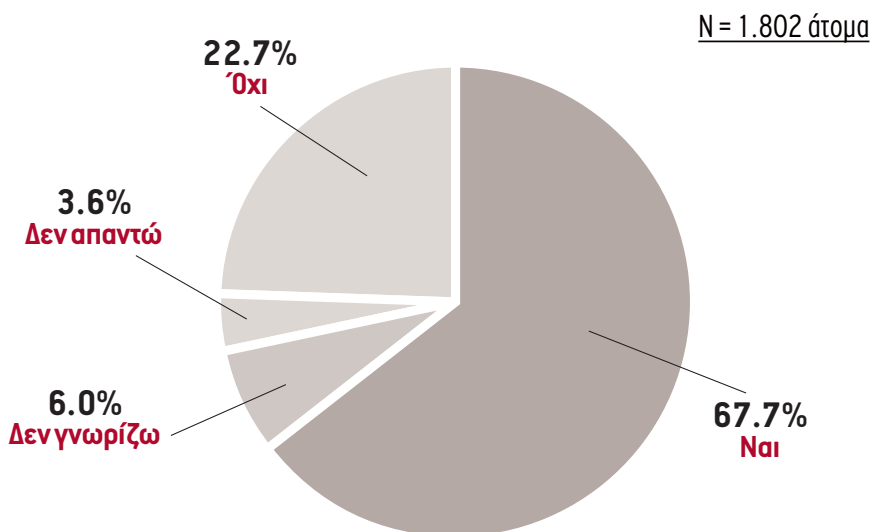
Η επέκταση της έκθεσης του παθητικού καπνίσματος στην εφηβική ηλικία έχει μελετηθεί



**Εικόνα 18.** Το παθητικό κάπνισμα, δηλαδή η εισπνοή του καπνού των άλλων, μπορεί να προκαλέσει βλάβες στον ανθρώπινο οργανισμό;



**Εικόνα 19.** Συμφωνείς με την εφαρμογή της νομοθεσίας για την προστασία από το παθητικό κάπνισμα σε κλειστούς δημόσιους χώρους (όπως μαγαζιά, εστιατόρια, καφετέριες, μπαρ, κ.λπ.);



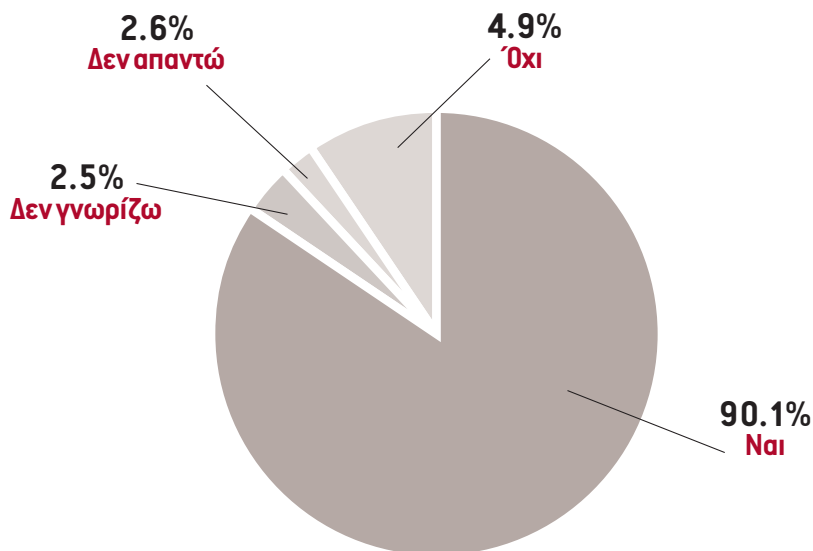
**Εικόνα 20.** Συμφωνείς με την απαγόρευση του καπνίσματος σε ειδικούς ανοιχτούς δημόσιους χώρους, όπως είναι τα γήπεδα, οι αθλητικοί χώροι, οι αρχαιολογικοί χώροι ειδικού ενδιαφέροντος π.χ. Ακρόπολη, Μαντείο των Δελφών;

σε πολλές χώρες μέσω της Global Youth Tobacco Survey (παγκόσμια μελέτη παιδιών για το κάπνισμα). Η σχετική μελέτη βασίζεται στη συμπλήρωση ερωτηματολογίων από παιδιά ηλικίας 13-15 ετών και παρέχει μεταξύ άλλων πληροφορίες και για την παθητική έκθεσή τους στο κάπνισμα. Η εκτίμηση της έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα αναφέρεται στην οικία και σε δημόσιους χώρους<sup>1</sup>. Το τμήμα της μελέτης που διεξήχθη στην Ελλάδα έδειξε ότι 56,7% των εφήβων εκτίθεντο στο παθητικό κάπνισμα στην κατοικία, το 67,4% σε κλειστούς δημόσιους χώρους και το 68,4 σε οποιοδήποτε ανοικτό δημόσιο χώρο<sup>2</sup>.

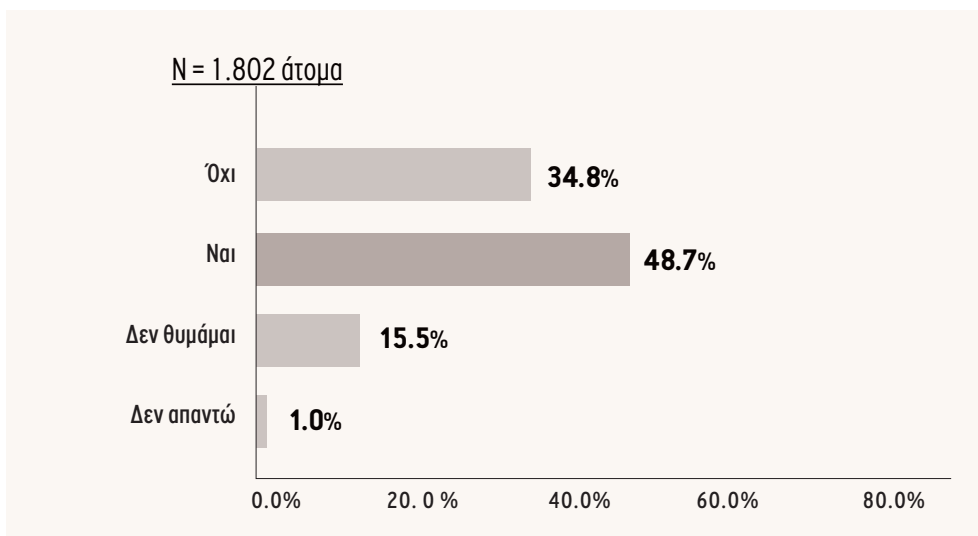
Μετά από την παράθεση και της προαναφερθείσας έρευνας είναι κατανοητός ο λόγος που στην πρόσφατη έρευνα του ΠΒΕΑΑ και ειδικότερα στο ερώτημα: «*συμφωνείς πως είναι ανθρώπινο δικαίωμα κάθε παιδιού, εφήβου και ενήλικα να μεγαλώνει και να ζει σε ένα περιβάλλον με καθαρό αέρα χωρίς το δηλητηριώδη καπνό του τσιγάρου ή άλλων προϊόντων καπνού;*», το 90,1% των μαθητών θεωρεί ότι είναι ανθρώπινο δικαίωμα κάθε παιδιού, εφήβου και ενήλικα να μεγαλώνει και να ζει σε ένα περιβάλλον με καθαρό αέρα χωρίς το δηλητηριώδη καπνό του τσιγάρου ή άλλων προϊόντων καπνού (Εικόνα 21).

Στο ερώτημα εάν: «*τις τελευταίες 30 ημέρες, είδες ή άκουσες κάποια διαφήμιση κατά του καπνίσματος στην τηλεόραση, στο ραδιόφωνο, στο ίντερνετ, σε περιοδικά, σε αφίσες, σε εφημερίδες ή σε κινηματογραφική ταινία;*», το 48,7% των μαθητών απάντησε καταφατικά (Εικόνα 22).

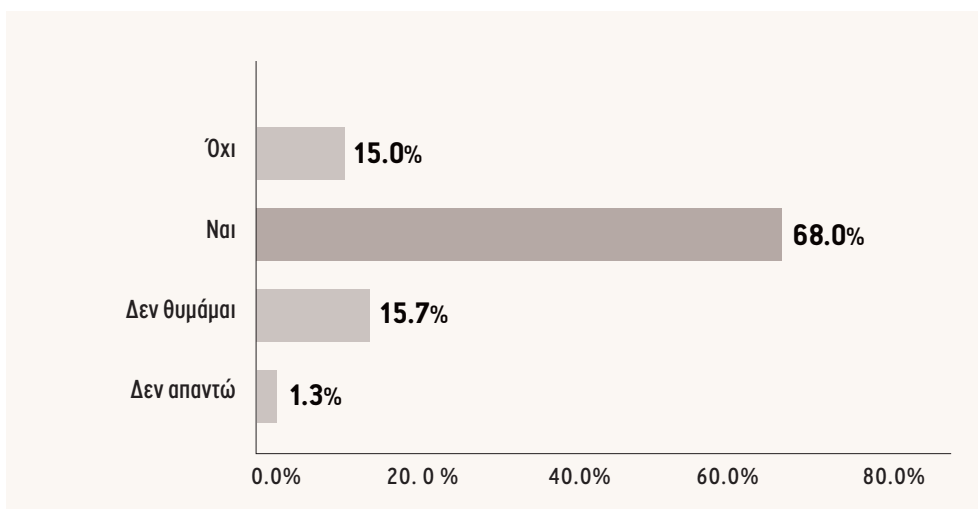
N = 1.802 άτομα



**Εικόνα 21.** Συμφωνείς πως είναι ανθρώπινο δικαίωμα κάθε παιδιού, εφήβου και ενήλικα να μεγαλώνει και να ζει σε ένα περιβάλλον με καθαρό αέρα χωρίς τον δηλητηριώδη καπνό του τσιγάρου ή άλλων προϊόντων καπνού;



**Εικόνα 22.** Τις τελευταίες 30 ημέρες, είδες ή άκουσες κάποια διαφήμιση κατά του καπνίσματος στην τηλεόραση, στο ραδιόφωνο, στο ίντερνετ, σε περιοδικά, σε αφίσες, σε εφημερίδες ή σε κινηματογραφική ταινία;

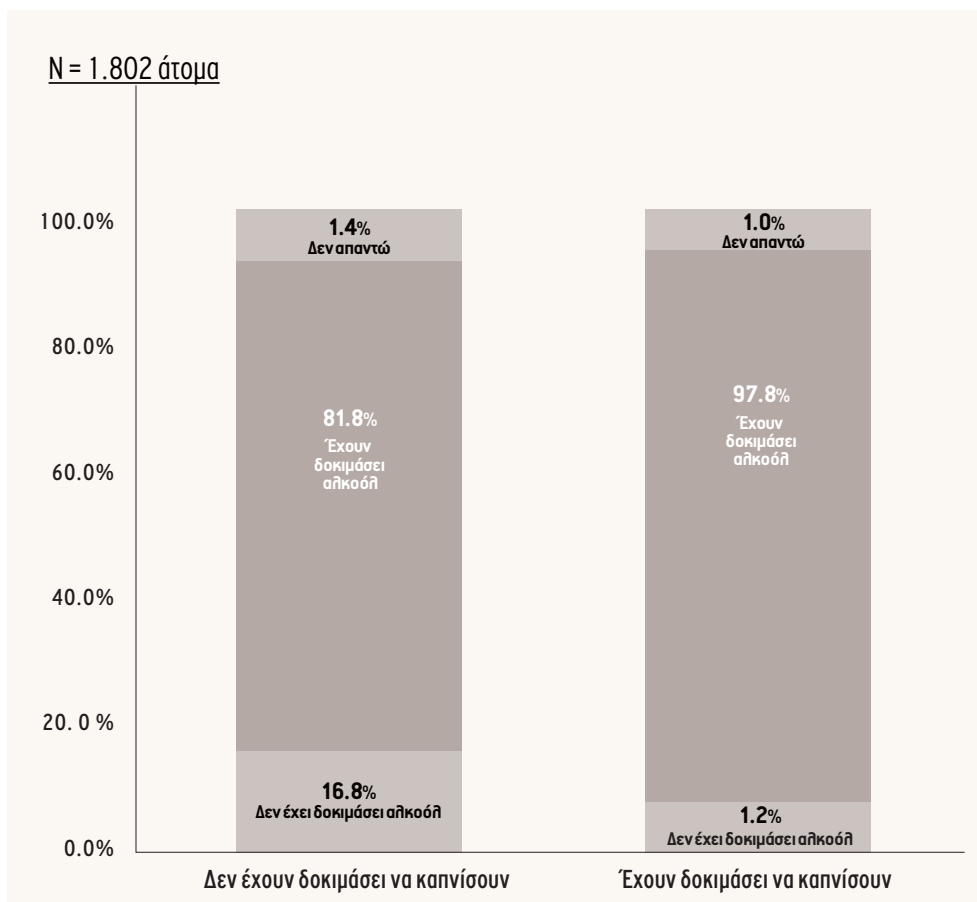


**Εικόνα 23.** Τις τελευταίες 30 ημέρες, είδες κάποιον ηθοποιό/ πρωταγωνιστή/ τραγουδιστή να καπνίζει επιδεικτικά σε ταινία/σειρά/video clip στην τηλεόραση ή στον κινηματογράφο;

Επιπροσθέτως στο ερώτημα εάν: «*τις τελευταίες 30 ημέρες, είδες κάποιον νηθοποιό/ πρωταγωνιστή/ τραγουδιστή να καπνίζει επιδεικτικά σε ταινία/σειρά/video clip στην τηλεόραση ή στον κινηματογράφο;*», το 68% των μαθητών ανέφερε ότι είδε (Εικόνα 23). Επομένως, πολύ μεγάλο ποσοστό των μαθητών δέχεται την αρνητική επιρροή των κανονιστικών προτύπων και του life style στην έναρξη του καπνίσματος.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η συσχέτιση μεταξύ χρήσης καπνού και αλκοόλ μέσω του ερωτήματος: «*έχεις δοκιμάσει ποτέ αλκοόλ (κρασί, μπίρα, ούζο, κ.λπ.);*», όπου το 97,8% των μαθητών που έχει δοκιμάσει να καπνίσει έχει δοκιμάσει και αλκοόλ (Εικόνα 24). Στοιχείο που επισημαίνει τον κίνδυνο της ταυτόχρονης εξάρτησης από ουσίες.

Συμπερασματικά ως οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες για την έναρξη του καπνίσματος στη σχολική ηλικία, διαπιστώνεται από την παρούσα έρευνα ότι είναι:



**Εικόνα 24.** Έχεις δοκιμάσει ποτέ αλκοόλ (κρασί, μπίρα, ούζο, κ.λπ.):

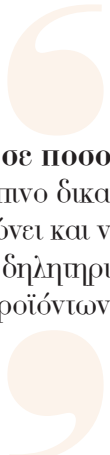
- Το φύλο του μαθητή σε σχέση με τη συστηματική χρήση του καπνίσματος (υπερέχουν τα κορίτσια).
- Η εφηβεία ως χρονική περίοδος έναρξης του καπνίσματος.
- Το κάπνισμα των γονέων και των αδελφών.
- Το κάπνισμα της παρέας συνομηλίκων.
- Το κάπνισμα στους χώρους του σχολείου.
- Το κάπνισμα των εκπαιδευτικών στους χώρους του σχολείου.
- Η προβολή επωνύμων πθοποιών, καλλιτεχνών κ.λπ. να καπνίζουν στα ΜΜΕ.
- Η μη εφαρμογή της νομοθεσίας για την απαγόρευση του παθητικού καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους και του καπνίσματος σε ειδικούς ανοικτούς δημόσιους χώρους όπως γήπεδα, αθλητικοί χώροι, αρχαιολογικοί χώροι κ.λπ.
- Η διαθεσιμότητα προϊόντων καπνού σε μαθητές από φίλους, γνωστούς και καταστηματάρχες.
- Η παράλληλη χρήση αλκοόλ.

Ολόκληρη η έρευνα είναι διαθέσιμη στην ιστοσελίδα [www.smokefreegreece.gr/](http://www.smokefreegreece.gr/).

Ανάλογες και κυρίως αξιόπιστες έρευνες για το κάπνισμα στον μαθητικό και ενήλικα πληθυσμό μπορείτε να βρείτε πάντα διαθέσιμες:

- Στην ιστοσελίδα του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΠΨΥ): [www.epipsi.gr](http://www.epipsi.gr) (αποτελέσματα πανελληνίας έρευνας στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών - Έρευνα ESPAD - στο μαθητικό πληθυσμό η οποία ξεκίνησε το 1984 από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και συνεχίζεται έως σήμερα από το ΕΠΠΨΥ, δίνοντας έτσι τη δυνατότητα διαχρονικής παρακολούθησης της εξέλιξης του φαινομένου στη χώρα μας τα τελευταία 25 χρόνια).
- Στην ιστοσελίδα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ): [www.nsph.gr](http://www.nsph.gr) (αποτελέσματα πανελληνίας έρευνας στον ανήλικο (GYTS) και ενήλικο πληθυσμό (GATS) σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και τον US CDC (Αμερικανικό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων).

Με την παράθεση μέρους της έρευνας και των προδιαθεσικών παραγόντων εξάρτησης από το κάπνισμα στους μαθητές, πιστεύουμε ότι γίνεται ακόμα επιτακτικότερη η ανάγκη αξιοποίησης όλων των κεφαλαίων του βιβλίου στη σχολική κοινότητα. Αναδεικνύοντας την αγωγή υγείας για την πρόληψη του καπνίσματος στους μαθητές μας, ως τη σημαντικότερη ευκαιρία για τη δημιουργία της πρώτης γενιάς ανθρώπων, που μέσα από μια συνειδητή επιλογή και έντιμη πληροφόρηση, θα έχει αποφασίσει τη στάση της απέναντι στο κάπνισμα.



**Οι μαθητές, σε ποσοστό 90,1%,**  
συμφωνούν πως είναι ανθρώπινο δικαίωμα κάθε παιδιού, εφήβου  
και ενήλικα να μεγαλώνει και να ζει σε περιβάλλον  
με καθαρό αέρα, χωρίς τον δηλητηριώδη καπνό του τσιγάρου,  
ή άλλων προϊόντων καπνού.



# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

1. Rodgman A, Perfetti TA. 2009. The Chemical Components of Tobacco and Tobacco Smoke. Boca Raton (FL): CRC Press, Taylor & Francis Group.
2. Benowitz NL. 1990. Clinical pharmacology of inhaled drugs of abuse: implications in understanding nicotine dependence. In: Chang CN, Hawks RL, editors. Research Findings on Smoking of Abused Substances. NIDA Research Monograph 99. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute on Drug Abuse, DHHS Publication No. (ADM) 90-1690.
3. U.S. Department of Health and Human Services. A Report of the Surgeon General: How Tobacco Smoke Causes Disease: What It Means to You. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.
4. Faculty of the Harvard School of Public Health. 2011. The Greek Tobacco Epidemic. Faculty of the Harvard School of Public Health in collaboration with the Hellenic Ministry of Health and Social Solidarity, the Hellenic Ministry of Education, Life-time Learning and Religious Affairs and the Hellenic Anti-Cancer Society.
5. National Cancer Institute. 2001. Risks Associated with Smoking Cigarettes with Low Machine-Measured Yields of Tar and Nicotine. Smoking and Tobacco Control Monograph No. 13. Bethesda (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute. NIH Publication No. 02-5047.
6. Stratton K, Shetty P, Wallace R, Bondurant S, editors. 2001. Clearing the Smoke: Assessing the Science Base for Tobacco Harm Reduction. Washington: National Academy Press.
7. Scientific Advisory Committee on Tobacco Product Regulation. 2002. Recommendation on Health Claims Derived from ISO/FTC Method to Measure Cigarette Yield. Geneva: World Health Organization.
8. U.S. Department of Health and Human Services. 2004. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
9. Hecht SS, Murphy SE, Carmella SG, Li S, Jensen J, Le C, Joseph AM, Hatsukami DK. 2005. Similar uptake of lung carcinogens by smokers of regular, light, and ultralight cigarettes. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*; 14(3):693–8.
10. National Cancer Institute. Common Cancer Types. Διαθέσιμο στο <http://cancer.gov/cancertopics/types/commoncancers>. Πρόσβαση 15 Σεπτεμβρίου 2013.
11. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, Office of Rare Diseases Research. Crohn's disease. Διαθέσιμο στο [http://rarediseases.info.nih.gov/GARD/Condition/10232/OnA/19275/Crohns\\_disease.aspx](http://rarediseases.info.nih.gov/GARD/Condition/10232/OnA/19275/Crohns_disease.aspx). Πρόσβαση 15 Σεπτεμβρίου 2013.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Arthritis. Διαθέσιμο στο <http://www.cdc.gov/arthritis/basics/rheumatoid.htm#4>. Πρόσβαση 15 Σεπτεμβρίου 2013.
13. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. How Does Smoking Affect the Heart and Blood Vessels? Διαθέσιμο στο <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/smo/>. Πρόσβαση 15 Σεπτεμβρίου 2013.
14. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, Osteoporosis and Related Bone Diseases National Resources Center. Smoking and Bone Health. Διαθέσιμο στο [http://www.niams.nih.gov/health\\_info/bone/Osteoporosis/Conditions\\_Behaviors/bone\\_smoking.asp](http://www.niams.nih.gov/health_info/bone/Osteoporosis/Conditions_Behaviors/bone_smoking.asp). Πρόσβαση 15 Σεπτεμβρίου 2013.
15. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Eye Institute. Eye Health Tips. Διαθέσιμο στο <http://www.nei.nih.gov/healthyeyes/eyehealthtips.asp>. Πρόσβαση 15 Σεπτεμβρίου 2013.
16. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. What Is COPD? Διαθέσιμο στο <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/copd/>. Πρόσβαση 15 Σεπτεμβρίου 2013.
17. Cooper GM. 2000. The Cell, A Molecular Approach. ASM Press and Sinauer Associates Inc.
18. International Agency for Research on Cancer. 2004. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans: Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Vol. 83. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer.
19. Borgerding M, Klus H. 2005. Analysis of complex mixtures—cigarette smoke. *Experimental and Toxicologic Pathology*; 57(Suppl 1):43–73.
20. Ionov Y, Peinado MA, Malkhosyan S, Shibata D, Perucho M. 1993. Ubiquitous somatic mutations in simple repeated sequences reveal a new mechanism for colonic carcinogenesis. *Nature* 363(6429):558–61.
21. Αλεπόπουλου-Μαρίνου Β, Αργυροκαστριτσά Α, Κομποπούλου Α, Πιαλλόγλου Π, Σγουρίτσα Β. 1999. Βιολογία θετικής κατεύθυνσης Γ΄ τάξης ενιαίου λυκείου, ΠΥΕ-ΔΙΟΦΑΝΤΟΣ, Αθήνα.
22. Kuper H, Adami HO, Boffetta P. 2002. Tobacco use, cancer causation and public health impact. *J. Intern. Med.* 251(6):455–66.
23. Kindt TJ, Goldsby BA, Osborne R. 2006. Kuby's Immunology, 6th edition, W.H. Freeman.
24. Sopori M. 2002. Effects of cigarette smoke on the immune system. *Nature Reviews Immunology*; 2(5):372–77.
25. Lu L-M, Zavitz CCJ, Chen B, Kianpour S, Wan Y, Stampfli MR. 2007. Cigarette smoke impairs NK cell-dependent tumor immune surveillance. *Journal of Immunology*; 178(2):936–43.
26. Ferlay, J; Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. 2010. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *International Journal of Cancer* 127(12):2893–917.
27. Goldman L, Schaffer A 2012. Goldman's Cecil Medicine, 24th Edition, Elsevier.

28. Horn L; Pao W, Johnson DH. 2012. Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th Edition. McGraw-Hill.
29. Αθανασίου Π, Οικονόμου Μ, Ρίζος Μ. 2004. Νοσολογία, 4η έκδοση, ΟΕΔΒ.
30. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, Thun MJ. 2008. Cancer statistics, 2008. *CA Cancer Journal for Clinicians*; 58(2):71–96.
31. Rubin E. 1995. Βασική παθολογική ανατομική Ι, Εκδόσεις Πααχαλίδης.
32. Stepanov I, Jensen J, Hatsukami D, Hecht SS. 2008. New and traditional smokeless tobacco: comparison of toxicant and carcinogen levels. *Nicotine & Tobacco Research*; 10(12): 1773–82.
33. Johnston-Early A, Cohen MH, Minna JD, Paxton LM, Fossieck BE Jr, Ihde DC, Bunn PA Jr, Matthews MJ, Makuch R. 1980. Smoking abstinence and small cell lung cancer survival. An association. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*; 244(19):2175–9.
34. Browman GP, Wong G, Hodson I, Sathya J, Russell R, McAlpine L, Skingley P, Levine MN. 1993. Influence of cigarette smoking on the efficacy of radiation therapy in head and neck cancer. *New England Journal of Medicine*; 328(3):159–63.
35. Videtic GMM, Stitt LW, Dar AR, Kocha WI, Tomiak AT, Truong PT, Vincent MD, Yu EW. 2003. Continued cigarette smoking by patients receiving concurrent chemoradiotherapy for limited-stage small-cell lung cancer is associated with decreased survival. *Journal of Clinical Oncology*; 21(8):1544–9.
36. Schulz H, Brand P, Heyder J. 2000. Particle deposition in the respiratory tract. In: Gehr P, Heyder J, editors. *Particle-Lung Interactions. Lung Biology in Health and Disease*. Vol. 143. New York: Marcel Dekker, 229–90.
37. U.S. Environmental Protection Agency. 1993. *Air Quality Criteria for Oxides of Nitrogen*. Washington: U.S. Environmental Protection Agency, Publication No. EPA/600/8-91/049AF.
38. Gardner DE, Crapo JD, McClellan RO. 2000. *Toxicology of the Lung*, 3rd ed. Philadelphia: Taylor & Francis.
39. U.S. Department of Health and Human Services. 2000. 9th Report on Carcinogens. Research Triangle Park (NC): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Toxicology Program.
40. U.S. Environmental Protection Agency. 2000. *Air Quality Criteria for Carbon Monoxide*. Washington: U.S. Environmental Protection Agency, Office of Research and Development. Publication No. EPA 600/P-99/001F.
41. Klaassen CD, editor. 2001. *Casarett and Doull's Toxicology: The Basic Science of Poisons*. 6th Edition, New York: McGraw-Hill.
42. Pocock G, Richards C, Richards P. 2013. *Human Physiology*, 4th Edition, Oxford University Press.
43. U.S. Department of Health and Human Services. 2010. *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
44. Deanfield JE, Shea MJ, Wilson RA, Horlock P, de Landsheere CM, Selwyn AP. 1986. Direct effects of smoking on the heart: silent ischemic disturbances of coronary flow. *American Journal of Cardiology*; 57(13):1005–9.
45. Czernin J, Sun K, Brunken R, Böttcher M, Phelps M, Schelbert H. 1995. Effect of acute and long-term smoking on myocardial blood flow and flow reserve. *Circulation*; 91(12):2891–7.
46. Barutcu I, Esen AM, Degirmenci B, Acar M, Kaya D, Turkmen M, Melek M, Onrat E, Esen OB, Kirma C. 2004. Acute cigarette smoking-induced hemodynamic alterations in the common carotid artery—a transcranial Doppler study. *Circulation Journal*; 68(12):1127–31.
47. Strong JP, Richards ML. 1976. Cigarette smoking and atherosclerosis in autopsied men. *Atherosclerosis*; 23(3):451–76.
48. Auerbach O, Garfinkel L. 1980. Atherosclerosis and aneurysm of aorta in relation to smoking habits and age. *Chest*; 78(6): 805–9.
49. Solberg LA, Strong JP. 1983. Risk factors and atherosclerotic lesions: a review of autopsy studies. *Arteriosclerosis*; 3(3): 187–98.
50. Weiss NS. 1972. The value of roentgenographic abdominal aortic calcification in predicting site of occlusion in arteriosclerosis obliterans. *Angiology*; 23(3):136–9.
51. Kannel WB, Doyle JT, McNamara PM, Quickenton P, Gordon T. 1975. Precursors of sudden coronary death: factors related to the incidence of sudden death. *Circulation*; 51(4):606–13.
52. U.S. Department of Health and Human Services. 1983. *The Health Consequences of Smoking: Cardiovascular Disease*. A Report of the Surgeon General. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (PHS) 84-50204
53. Wilt TJ, Davis BR, Meyers DG, Rouleau J-L, Sacks FM. 1996. Prevalence and correlates of symptomatic peripheral atherosclerosis in individuals with coronary heart disease and cholesterol levels less than 240 mg/dL: baseline results from the Cholesterol and Recurrent Events (CARE) Study. *Angiology*; 47(6):533–41.
54. Price JF, Mowbray PI, Lee AJ, Rumley A, Lowe GDO, Fowkes FGR. 1999. Relationship between smoking and cardiovascular risk factors in the development of peripheral arterial disease and coronary artery disease: Edinburgh Artery Study. *European Heart Journal*; 20(5):344–53.
55. Meijer WT, Grobbee DE, Hunink MGM, Hofman A, Hoes AW. 2000. Determinants of peripheral arterial disease in the elderly: the Rotterdam Study. *Archives of Internal Medicine*; 160(19):2934–8.
56. Ness J, Aronow WS, Ahn C. 2000. Risk factors for symptomatic peripheral arterial disease in older persons in an academic hospital-based geriatrics practice. *Journal of the American Geriatric Society*; 48(3):312–4.
57. Mathews JD, Whittingham S, Hooper BM, Mackay JR, Stenhouse NS. 1973. Association of autoantibodies with smoking, cardiovascular morbidity, and death in the Busselton population *Lancet*; 2(7832):754–8.
58. Masdottir B, Jonsson T, Manfreoddottir V, Vikingsson, Brekkan A, Valdimarsson H. 2000. Smoking, rheumatoid factor isotypes and severity of rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*; 39(11):1202–5.
59. Tracy RP, Psaty BM, Macy E, Bovill EG, Cushman M, Cornell ES, Kuller LH. 1997. Lifetime smoking exposure affects the association of C-reactive protein with cardiovascular disease risk factors and subclinical disease in healthy elderly subjects. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology* 17(10): 2167–76.
60. Jensen E, Pedersen B, Frederiksen R, Dahl R. 1998. Prospective study on the effect of smoking and nicotine substitution on leucocyte blood counts and relation between blood leucocytes and lung function. *Thorax* 53(9): 784–9.
61. Tuut M, Hense H-W. Smoking, other risk factors and fibrinogen levels: evidence of effect modification. 2001. *Annals of Epidemiology* 11(4): 232–8.
62. Johnson GK, Slach NA. 2001. Impact of tobacco use on periodontal status. *Journal of dental education*; 65(4): 313–21.
63. Ness L, Rosekrans Dde L, Welford JF. 1977. An epidemiologic study of

factors affecting extrinsic staining of teeth in an English population. *Community dentistry and oral epidemiology*; 5(1): 55–60.

**64.** Dietrich T, Maserejian NN, Joshipura KJ, Krall EA, Garcia RI. 2007. Tobacco use and incidence of tooth loss among US male health professionals. *Journal of dental research*; 86(4): 373–77.

**65.** Grady D, Ernster V. 1992. Does cigarette smoking make you ugly and old? *Am J Epidemiol*; 135(8): 839–42.

**66.** Ernster VL, Grady D, Milke R, Black D, Selby J, Kerlikowske K. 1995. Facial wrinkling in men and women, by smoking status. *Am J Pub Health*; 85(1): 78–82.

**67.** Wolf R, Tur E, Wolf D, Landau M. 1992. The effect of smoking on skin moisture and on surface lipids. *Int J Cosmet Sci*; 14(2): 83–8.

**68.** Kanis JA, Johnell O, Oden A, Johansson H, De Laet C, Eisman JA, Fujiwara S, Kroger H, McCloskey EV, Mellstrom D, Melton LJ, Pols H, Reeve J, Silman A, Tenenhouse A. 2005. Smoking and fracture risk: a meta-analysis. *Osteoporosis Int*; 16(2): 155–62.

**69.** Age-Related Eye Disease Study Research Group. 2001. Risk factors associated with age-related nuclear and cortical cataract. *Ophthalmology*; 108(8): 1400–8.

**70.** 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. *International Journal of Epidemiology*; 30(3): 540–6.

**71.** Madsbad S, McNair P, Christensen MS, Christiansen C, Faber DK, Binder C, Transbol I. 1980. Influence of smoking on insulin requirement and metabolic status in diabetes mellitus. *Diabetes Care*; 3(1): 41–3.

**72.** Jarrett RJ, McCartney P, Keen H. 1982. The Bedford survey: ten year mortality rates in newly diagnosed diabetics, borderline diabetics and normoglycaemic controls and risk indices for coronary heart disease in borderline diabetics. *Diabetologia*; 22(2): 79–84.

**73.** Manson JE, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Krolewski AS, Rosner B, Arky RA, Speizer FE, Hennekens CH. 1991. A prospective study of maturity-onset diabetes mellitus and risk of coronary heart disease and stroke in women. *Archives of Internal Medicine*; 151(6): 1141–7.

**74.** Morrish NJ, Stevens LK, Fuller JH, Jarrett RJ, Keen H. 1991. Risk factors for macrovascular disease in diabetes mellitus: the London follow-up to the WHO Multinational Study of Vascular Disease in Diabetics. *Diabetologia*; 34(8): 590–4.

**75.** Chase HP, Garg SK, Marshall G, Berg CL, Harris S, Jackson WE, Hamman RE. 1991. Cigarette smoking increases the risk of albuminuria among subjects with type 1 diabetes. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*; 265(5): 614–7.

**76.** Biesenbach G, Grafinger P, Janko O, Zazgornik J. 1997. Influence of cigarette-smoking on the progression of clinical diabetic nephropathy in type 2 diabetic patients. *Clinical Nephrology*; 48(3): 146–50.

**77.** Chuahirun T, Wesson DE. 2002. Cigarette smoking predicts faster progression of type 2 established diabetic nephropathy despite ACE inhibition. *American Journal of Kidney Diseases*; 39(2): 376–82.

**78.** Chuahirun T, Khanna A, Kimball K, Wesson DE. 2003. Cigarette smoking and increased urine albumin excretion are interrelated predictors of nephropathy progression in type 2 diabetes. *American Journal of Kidney Diseases*; 41(1): 13–21.

**79.** Walker JM, Cove DH, Beavers DG, Dodson PM, Leatherdale BA, Fletcher RF, Wright AD. 1985. Cigarette smoking, blood pressure and the control of blood glucose in the development of diabetic retinopathy. *Diabetes Research*

(Edinburgh, Scotland); 2(4): 183–6.

**80.** Moss SE, Klein R, Klein BE. 1991. Association of cigarette smoking with diabetic retinopathy. *Diabetes Care*; 14(2): 119–26.

**81.** Mitchell BD, Hawthorne VM, Vinik AI. 1990. Cigarette smoking and neuropathy in diabetic patients. *Diabetes Care*; 13(4): 434–7.

**82.** Jörgens V, Grüßer M. 2006. *Mein buch über Diabetes mellitus*. Kirchheim & Co. GmbH.

**83.** Chaturvedi N, Stevens L, Fuller JH. 1997. Which features of smoking determine mortality risk in former cigarette smokers with diabetes: the World Health Organization Multinational Study Group. *Diabetes Care*; 20(8): 1266–72.

## 12. ΠΙΝΑΚΕΣ-ΕΙΚΟΝΕΣ

**Πίνακας 1.:** Food and Drug Administration. Harmful and Potentially Harmful Constituents in Tobacco Products. Διαθέσιμο στο <http://www.fda.gov/TobaccoProducts/>. Πρόσβαση Αύγουστος 2013.

**Εικόνες 1 & 2:** U.S. Department of Health & Human Services. Infogallery. Διαθέσιμες στο <http://betobaccofree.hhs.gov/gallery/Gallery-LP.html>. Πρόσβαση Σεπτέμβριος 2013.

**Εικόνες 3, 4A & 6:** Selby C. 2006. Αναπνευστικά νοσήματα (Εικονογραφημένο έγχρωμο εγχειρίδιο). Επιμέλεια Μηεράκνης Π. Εκδόσεις Παρισίδου.

**Εικόνες 4B & 5:** Netter F. H. 1979. *The Ciba Collection of Medical Illustrations*, Volume 7, Respiratory System.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΚΑΙ ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

**1.** World, Health, Organization. *Neuroscience of Substance Use and Dependence*. Geneva: World Health Organization; 2004.

**2.** O'Brien C, Volkow N, Li TK. What's in a word? Addiction versus dependence in DSM-V. *Am J Psychiatry*. 2006;163(5):764–5.

**3.** O'Brien C, Volkow N, Li TK. Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction (Abingdon, England)*. 2011;106(5):866–7.

**4.** Heit HA, Gourlay DL. DSM-V and the definitions: time to get it right. *Pain medicine*. 2009;10(5):784–6.

**5.** Dawson DA, Goldstein RB, Grant BF. Differences in the profiles of DSM-IV and DSM-5 alcohol use disorders: implications for clinicians. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2013;37 Suppl 1:E305–13.

**6.** Hatsukami DK, Stead LF, Gupta PC. Tobacco addiction. *The Lancet*. 2008;371(9629):2027–38.

**7.** World, Health, Organization. *Tenth Revision of the International Classification of Disease (ICD-10)*. Geneva: World Health Organization; 1992.

**8.** American, Psychiatric, Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

**9.** Ruiz P, Strain E. *Substance Abuse. A Comprehensive Textbook*. 5th ed. Philadelphia, USA: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

**10.** Jarvis M. ABC of Smoking Cessation. Why people smoke. *British Medical Journal*. 2004;328:277–9.

**11.** Picciotto MR, Mineur YS. Molecules and circuits involved in nicotine addiction: The many faces of smoking. *Neuropharmacology*. 2014;76 Pt B:545–53.

**12.** Fagerstrom K-O, Schneider N. Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*. 1989;12(2):159–82.

**13.** Jasinska AJ, Zorick T, Brody AL, Stein EA. Dual role of nicotine in addiction

and cognition: A review of neuroimaging studies in humans. *Neuropharmacology*. (0).

14. Lezak MD, Howieson DB, Erin DB, Tranel D. *Neuropsychological Assessment*. New York: Oxford University Press; 2012.

15. The health consequences of smoking: nicotine and addiction. A report of the surgeon general. Washington DC: United States Department of Health and Human Services, 1988 CDC-89-8411.

16. Agrawal A, Madden PA, Bucholz KK, Heath AC, Lynskey MT. Initial reactions to tobacco and cannabis smoking: a twin study. *Addiction* (Abingdon, England). 2014;109(4):663-71.

17. Flay BR. Youth tobacco use: risk patterns, and control. *Nicotine addiction: Principles and management*. New York: Oxford University Press; 1993. p. 653-61.

18. Mayhew KP, Flay BR, Mott JA. Stages in the development of adolescent smoking. *Drug and alcohol dependence*. 2000;59, Supplement 1(0):61-81.

19. Willet JB. Measuring change: what individual growth modelling buys you. In: Amsel E, Renninger, K., editor. *Change and development: Issues of theory, Method and application*. Erlbaum, New Jersey 1997. p. 213-41.

20. Preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General. Executive summary. *MMWR Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report Recommendations and reports / Centers for Disease Control*. 1994;43(Rr-4):1-10.

21. Shadel WG, Shiffman S, Niaura R, Nichter M, Abrams DB. Current models of nicotine dependence: what is known and what is needed to advance understanding of tobacco etiology among youth. *Drug and alcohol dependence*. 2000;59, Supplement 1(0):9-22.

22. Hughes JR. Genetics of smoking: a brief review. *Behav Ther*. 1986;17(335-45).

23. Bierut LJ, Dinwiddie SH, Begleiter H, et al. Familial transmission of substance dependence: alcohol, marijuana, cocaine, and habitual smoking. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:982-8.

24. Carmelli D, Swan GE, Robinette D, Fabsitz R. Genetic influence on smoking - a study of male twins. *The New England journal of medicine*. 1992;327(12):829-33.

25. Griesler PC, Kandel DB, Davies M. Ethnic differences in predictors of initiation and persistence of adolescent cigarette smoking in the National Longitudinal Survey of Youth. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 2002;4(1):79-93.

26. Heath AC, Kirk KM, Meyer JM, Martin NG. Genetic and social determinants of initiation and age at onset of smoking in Australian twins. *Behavior genetics*. 1999;29(6):395-407.

27. Kendler KS, Neale MC, Sullivan P, Corey LA, Gardner CO, Prescott CA. A population-based twin study in women of smoking initiation and nicotine dependence. *Psychological medicine*. 1999;29(2):299-308.

28. Hall W, Madden P, Lynskey M. The genetics of tobacco use: methods, findings and policy implications. *Tobacco control*. 2002;11(2):119-24.

29. Kendler KS, Thornton LM, Pedersen NL. Tobacco consumption in Swedish twins reared apart and reared together. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(9):886-92.

30. Frawley PJ. Neurobehavioral model of addiction: addiction as a primary disease. In: Peele S, editor. *Visions of Addiction: Major Contemporary Perspectives on Addiction and Alcoholism*. DC, Health, Lexington, MA 1988. p. 25-44.

31. Bradley BP, Field M, Healy H, Mogg K. Do the affective properties of smoking-related cues influence attentional and approach biases in cigarette

smokers? *Journal of psychopharmacology* (Oxford, England). 2008;22(7):737-45.

32. Tiffany ST, Conklin CA, Shiffman S, Clayton RR. What can dependence theories tell us about assessing the emergence of tobacco dependence? *Addiction* (Abingdon, England). 2004;99 Suppl 1:78-86.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### MARKETING, ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ ΚΑΙ LIFESTYLE ΣΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

1. Advertising Age. 2005. The advertising century. *Advertising Age*. <http://adage.com/century>.

2. Khermouch, G. 2003. America has image woes, not its brands: Despite foreign fears of the country's go-it-alone attitude, the impact on its iconic product names has been negligible. *Business Week*, August 4. [http://www.businessweek.com/@aHb5Jlc0IZitOhcA/magazine/content/03\\_31/b3844021\\_mz046.htm](http://www.businessweek.com/@aHb5Jlc0IZitOhcA/magazine/content/03_31/b3844021_mz046.htm).

3. BusinessWeek. 2003. The 100 top brands. *Business Week*, August 4.

4. Shapiro, S. J., K. B. Wong, W. D. Perreault, and E. J. McCarthy. 2002. Basic marketing: A global-managerial approach. 10th Canadian ed. Toronto, ON: McGraw-Hill Ryerson.

5. Cook, B. L., G. F. Wayne, L. Keithly, and G. Connolly. 2003. One size does not fit all: How the tobacco industry has altered cigarette design to target consumer groups with specific psychological and psychosocial needs. *Addiction* 98 (11): 1547-61.

6. D'Alessandro, D. F., and M. Owens. 2001. *Brand warfare: 10 rules for building the killer brand*. New York: McGraw-Hill.

7. Muniz Jr., A. M., and T. C. O' Guinn. 2001. Brand community. *Journal of Consumer Research* 27: 412-32.

8. McAlexander, J. H., J. W. Schouten, and H. F. Koenig. 2002. Building brand community. *Journal of Marketing* 66 (1): 38-54.

9. Aaker, D. A. 1996. *Building strong brands*. New York: Free Press.

10. World Health Organization. WHO.com. [Online].; 2003 [cited 2013 September 10]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/83779/1/WHO\\_NMH\\_PND\\_13.1\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/83779/1/WHO_NMH_PND_13.1_eng.pdf).

11. Wikipedia. Greenwashing. [Online].; 2013 [cited 2013 September 15]. Available from: <http://en.wikipedia.org/wiki/Greenwashing>.

12. Rattue G. Medical news today. [Online].; 2011 [cited 2013 September 15]. Available from: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/233428.php>.

13. World health organization. Tobacco industry and corporate responsibility. an inherent contradiction. [Online].; 2003 [cited 2013 September 13]. Available from: <http://www.who.int/tobacco/media/en/tob-industry.pdf>.

14. Southeast Asia Tobacco Control Alliance. Ceatca. [Online]. Available from: [http://seatca.org/dmdocuments/CSR%20Handout\\_2013\\_SEATCA%20\(1\).pdf](http://seatca.org/dmdocuments/CSR%20Handout_2013_SEATCA%20(1).pdf).

15. World Health Organization. Smoke-free movies : from evidence to action. [Online].; 2011 [cited 2013 09 05]. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502399\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502399_eng.pdf).

16. sglantz. Center for tobacco control research & education. [Online].; 2013 [cited 2013 09 05]. Available from: <http://www.tobacco.ucsf.edu/health-groups-and-ags-call-universal-drop-tobacco-use-and-brand-depiction>

promo-materials-movie-rush.

17. The Lancet. Smoking in movies: a major problem and a real solution. [Online].; 2003 [cited 2013 september 01. Available from: <http://image.thelancet.com/extras/03cmt159web.pdf>.
18. Mann D. CNN. [Online].; 2009 [cited 2013 09 05. Available from: <http://edition.cnn.com/2009/HEALTH/06/03/health.smoking.movies/>.
19. C Mekemson SAG. tobaccocontrol. [Online].; 2002 [cited 2013 09 05. Available from: [http://tobaccocontrol.bmj.com/content/11/suppl\\_1/i81.full.pdf](http://tobaccocontrol.bmj.com/content/11/suppl_1/i81.full.pdf).
20. Madeline A. Dalton AMAMALMTFH. American Academy of Pediatrics. [Online].; 2013 [cited 2013 09 06. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/123/4/e551.full>.
21. The Telegraph. [Online].; 2013 [cited 2013 September 22. Available from: <http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/10326252/Mad-Men-boost-for-Lucky-Strike-cigarettes-angers-campaigners.html>.
22. Kellogg School of Management. Kellogg on Branding Alice Tybout TC, editor. New Jersey: John Wiley & Sons; 2005.
23. Kjonstad A. An attempt to circumvent the ban on cigarette advertising in Norway. [Online].; 1985 [cited 2013 August 28. Available from: <http://legacy.library.ucsf.edu/documentStore/s/l/i/sli82f00/Ssli82f00.pdf>.
24. Wikipedia. Marlboro Classics. [Online].; 2013 [cited 2013 September 20. Available from: [http://en.wikipedia.org/wiki/Marlboro\\_Classics](http://en.wikipedia.org/wiki/Marlboro_Classics).
25. ASH.ORG. ASH.org. [Online]. [cited 2013 September 20. Available from: [http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH\\_176.pdf](http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH_176.pdf).
26. M Wakefield CMJKHKMC. Tobacco Control. [Online].; 2002 [cited 2013 September 01. Available from: [http://tobaccocontrol.bmj.com/content/11/suppl\\_1/i73.full](http://tobaccocontrol.bmj.com/content/11/suppl_1/i73.full).
27. Morton J. Colormatter.com. [Online].; 2012 [cited 2013 September 20. Available from: <http://www.colormatters.com/color-and-marketing/color-and-branding>.
28. Legacy Tobacco Documents Library. [Online]. Available from: <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/qxb79d00/pdf>.
29. Jabour B. The Guardian. [Online].; 2013 [cited 2013 September 10. Available from: <http://www.theguardian.com/world/2013/jul/22/plain-packaging-makes-cigarettes-less-appealing>.
30. Wikipedia. Wikipedia. [Online].; 2013 [cited 2013 September 10. Available from: [http://en.wikipedia.org/wiki/Plain\\_cigarette\\_packaging](http://en.wikipedia.org/wiki/Plain_cigarette_packaging).
31. World Health Organization. Reducing the appeal of smoking – first experiences with Australia's plain tobacco packaging law. [Online].; 2013 [cited 2013 August 25. Available from: [http://www.who.int/features/2013/australia\\_tobacco\\_packaging/ev/](http://www.who.int/features/2013/australia_tobacco_packaging/ev/).
32. Public Health Law Center. Public Health Law Center. [Online]. [cited 2013 August 23. Available from: <http://publichealthlawcenter.org/topics/tobacco-control/tobacco-control-litigation/master-settlement-agreement>.
33. National Cancer Institute. "Light" Cigarettes and Cancer Risk. [Online].; 2010 [cited 2013 August 24. Available from: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Tobacco/light-cigarettes>.
34. Sanburn J. The Time. [Online].; 2013 [cited 2013 September 09. Available from: <http://business.time.com/2013/01/08/can-electronic-cigarettes-challenge-big-tobacco/>.
35. Craver/Winston-Salem R. Analyst projection: E-cigs will overtake traditional tobacco revenue at Reynolds in 2021. [Online].; 2013 [cited 2013 September 17. Available from: [http://www.journalnow.com/business/business\\_news/local/article\\_948674ca-1ca9-11e3-a0ae-0019bb30f31a.html](http://www.journalnow.com/business/business_news/local/article_948674ca-1ca9-11e3-a0ae-0019bb30f31a.html).
36. ELLIOTT S. New York Times. [Online].; 2013 [cited 2013 September 2. Available from: [http://www.nytimes.com/2013/08/30/business/media/e-cigarette-makers-ads-echo-tobaccos-heyday.html?\\_r=0](http://www.nytimes.com/2013/08/30/business/media/e-cigarette-makers-ads-echo-tobaccos-heyday.html?_r=0).
37. Tobacco free kids. Big Tobacco Guilty As Charged. [Online].; 2010 [cited 2013 August 29. Available from: [http://www.tobaccofreekids.org/what\\_we\\_do/industry\\_watch/doj\\_lawsuit/](http://www.tobaccofreekids.org/what_we_do/industry_watch/doj_lawsuit/)
38. A Report of the Surgeon General. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults. Annual report.; 2012.
39. Pollay, Richard W. [2001], "Targeting Youth and Concerned Smokers: Evidence from Canadian Tobacco Industry Documents", Tobacco Control, Vol. 9 #2 (June)
40. DiFranza JR, Wellman RJ, Sargent JD Weitzman M, Hipple BJ, Winickoff JP. Tobacco Promotion and the Initiation of Tobacco Use: Assessing the Evidence for Causality. Pediatrics. 2006; 117:e1237-e1248
41. Moodie C, MacKintosh AM, Brown A, Hastings G. Tobacco marketing awareness on youth smoking susceptibility and perceived prevalence before and after an advertising ban. European Journal of Public Health. 2008 Mar 24
42. Lovato C, Linn G, Stead LF, Best A. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviors. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(4):CD003439
43. Lopez M, Herrero P, Comas A, et al. Impact of cigarette advertising on smoking behaviour in Spanish adolescents as measured using recognition of billboard advertising. Eur J Public Health. 2004;14:428-432.
44. The World Bank. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington, DC: World Bank Publications; 1999.
45. Saffer H. Tobacco Advertising and Promotion. In: Jha P, Chaloupka F, editors. Tobacco Control in Developing Countries. New York: Oxford University Press, Inc.; 2000. p. 224
46. Moodie C, 2008
47. P. J. Hilt, Smokescreen - The Truth Behind the Tobacco Industry Cover-Up, 1996, Addison Wesley, p77.
48. Philip Morris Vice President for Research and Development, Why One Smokes, First Draft, 1969, Autumn (Minnesota Trial Exhibit 3681).
49. R. J. Reynolds, Summary of Decisions Made in MRD-ESTY Meeting, 1971, 7 April (Minnesota Trial Exhibit 12,258).
50. R. J. Reynolds, Domestic Operating Goals, 1974, 26 November (Minnesota Trial Exhibit 12,377).
51. M. Johnston, Re: Young Smokers—Prevalence, trends, Implications, and Related Demographic Trends, 1981, 31 March (Minnesota Trial Exhibit 10,339).
52. P. J. Hilt, Smokescreen - The Truth Behind the Tobacco Industry Cover-Up, 1996, Addison Wesley, p96-8.
53. J. di Giovanni, Cancer Country - Who's Lucky Now?, The Sunday Times, 1992, 2 August, p12.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

1. European Network for smoking Prevention Annual Report, Bruxelles Belgium; 2007. [www.ensp.org](http://www.ensp.org)
2. Ershoff DH, Ashford TH, Goldenberg RL. Helping pregnant women quit smoking: An overview. *Nicotine Tob. Res* 2004; 6 (2): 101-105.
3. Castles A, Adams K, Melvin CL, Kelsch C. Effects of smoking during Pregnancy: five meta-analyses *American Journal of Preventive Medicine* 1999; 16 (3): 208-215.
4. Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 18 (4): CD001055. Review. John Wiley & Sons Ltd, Chichester, UK.
5. DiFranza JF, Lew RA. Effect of cigarette smoking on pregnancy complication and sudden infant death syndrome *Family Practice* 1995; 40: 1-10.
6. Stick SM, Burton PR, Gurrin L, Sly PD, LeSoeuf PN. Effects of maternal smoking during pregnancy and a family history of asthma on respiratory function in newborn infants. *Lancet* 1996; 348: 1060-1064.
7. Dezateux C, Stocks J. Lung development and early origins of childhood respiratory illness. *Brit Med Bul* 1997; 53:40–57.
8. Hoo A, Henschen M, Dezateux C, et al. Respiratory Function Among Preterm Infants Whose Mothers Smoked During Pregnancy. *Am. J. Respir. Crit. Care Med* 1998; 158 (3): 700-705.
9. Beratis NG, Panagoulas D, Varvarigou A. Increased blood pressure in neonates and infants whose mothers smoked during pregnancy. *J Pediatr* 1996; 128: 806–812.
10. Ayer JG, Belousova E, Harmer JA, David C, Marks GB, Celermajer D S. Maternal cigarette smoking is associated with reduced high-density lipoprotein cholesterol in healthy 8-year-old children *Eur Heart J* 2011; 32 (19): 2446-2453.
11. Browne CA, Colditz PB, Dunster KR. Infant autonomic function is altered by maternal smoking during pregnancy. *Early Hum Dev* 2000; 59: 209–218.
12. Dombrowski SC, Martin RP, Huttunen MO. Gestational exposure to cigarette smoke imperils the long-term physical and mental health of offspring. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2005; 73: 170–176.
13. Olds D. Tobacco exposure and impaired development: A review of the evidence. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 1997; 3: 257–269
14. Brennan P, Grekin E, Mednick S. Maternal smoking during pregnancy and adult male criminal outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 215–219.
15. Lambe M, Hultman C, Topping A, MacCabe J, Cnattingius S. Maternal Smoking During Pregnancy and School Performance at Age 15. *Epidemiology* 2006; 17; 5: 524-530.
16. Fergusson D, Lloyd M. Smoking during pregnancy and its effects on child cognitive ability from the ages of 8 to 12 years. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1991; 5: 189–200.
17. Baghurst P, Tong S, Woodward A, McMichael A. Effects of maternal smoking upon neuropsychological development in early childhood: importance of taking account of social and environmental factors. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1992; 6: 403–415.
18. Ramlau-Hansen CH, Thulstrup AM, Storgaard L, Toft G, Olsen J, Bonde JP. Is prenatal exposure to tobacco smoking a cause of pure semen quality? A follow-up study. *Am J Epidemiol* 2007; 165 (12): 13372-9.
19. Himmelberger DU, Brown BW, Cohen EN. Cigarette smoking during pregnancy and the occurrence of spontaneous abortion and congenital abnormality. *Am. J. Epidemiol* 1978; 108 (6): 470-479.
20. Little J, Cardy A, Munger RG. Tobacco smoking and oral clefts: a meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2004; 82: 213–218.
21. Man LX, Chang B. Maternal Cigarette Smoking during Pregnancy increases the Risk of Having a Child with a Congenital Digital Anomaly. *Plast Reconst Surg* 2006; 117 (1): 301-308.
22. Gillberg C, Wing L. Autism: not an extremely rare disorder *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 399–406.
23. Hultman CM, Sparén P, Cnattingius S. Perinatal Risk Factors for Infantile Autism. *Epidemiology.* 2002; 13 (4): 417-423.
24. Solomon LJ, Quinn VP. Spontaneous quitting: Self-initiated smoking cessation in early pregnancy. *Nicotine Tob. Res.* 2004; 6 (Suppl 2): 203–216.
25. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. A Public Health Service Report. ( [www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating\\_tobacco\\_use08.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf))
26. Schneider S, Huy C, Schütz J, Diehl K. Smoking cessation during pregnancy: a systematic literature review. *Drug Alcohol Rev.* 2010 Jan; 29(1): 81-90.
27. Schuz J, Kaatsch P, Kaletsch U, Meinert R, Michaelis J. Association of childhood cancer with factors related to pregnancy and birth. *International Journal of Epidemiology* 1999; 28: 631–9.
28. Chatenoud L, Chiaffarino F, Parazzini F, Benzi G, LaVecchia C. Prevalence of smoking among pregnant women is lower in Italy than England. *Br Med J* 1999; 318: 1012.
29. DeFarias Aragao VM, Barbieri MA, Moura Da Silva AA, Bettiol H, Ribeiro VS. Risk factors for intrauterine growth restriction: a comparison between two Brazilian cities. *Pediatric Research* 2005; 57: 674–9.
30. Grange G, Vayssiere C, Borgne A et al. Description of tobacco addiction in pregnant women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2005; 120: 146–51.
31. Vijoen JE, Odendaal HJ. Smoking in pregnancy-what does my patient know? *South African Medical Journal.* 2005; 95: 308–10.
32. Hoyert DL, Mathews TJ, Menacker F, Strobino DM, Guyer B. Annual summary of vital statistics: 2004. *Pediatrics.* 2006; 117: 168–83.
33. Pichini S, Garcia-Algar O. In utero exposure to smoking and newborn neurobehavior: how to assess neonatal withdrawal syndrome? *Therapeutic Drug Monitoring.* 2006; 28: 288–90.
34. Cnattingius S, Haglund B. Decreasing smoking prevalence during pregnancy in Sweden: the effect on small-for-gestational-age births. *American Journal of Public Health* 1997; 87: 410-413
35. Owen L., McNeill A., Callum C. Trends in smoking during pregnancy in

England, 1992–7: quota sampling surveys. *BMJ* 1998; 317: 728.

**36.** Bolling K. Infant Feeding Survey 2005: Early Results. London: The Information Centre; 2006.

**37.** European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010 [www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html](http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html)

**38.** Kramer MS. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organisation*. 1987; 65: 663-737.

**39.** Kleinman J, Pierre MJ, Madans J, Land G, Schramm W. The effects of maternal smoking on fetal and infant mortality. *Am J Epidemiol* 1988; 127: 274–282.

**40.** Ventura SJ, Martin JA, Taffel SM, Mathews TJ, Clarke SC. Advance report of final natality statistics, 1993. *Monthly Vital Stat Rep* 1995; 44 (suppl): 1-88.

**41.** Κρεατσός ΓΚ. Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πααχαλίδου, 1998: 162, 280.

**42.** Χααμάν Αντάθα Χουσεΐν. Επίδραση του καπνού και του καφέ στην υπερηχογραφική απεικόνιση του πλακούντα. Πανεπιστήμιο Πατρών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική, Πάτρα. 1990. Διδακτορική Διατριβή.

**43.** Bush PG, Mayhew TM, Abramovich DR, et al. A quantitative study on the effects of maternal smoking on placental morphology and cadmium concentration. *Placenta* 2000; 21: 247-56.

**44.** Genbacev O, McMaster MT, Zdravkovic T, Fisher SJ. Disruption of oxygen-regulated responses underlies pathological changes in the placentas of women who smoke or who are passively exposed to smoke during pregnancy *Reproductive Toxicology* 2003; 17: 509–518.

**45.** Goldner TE, Lawson HW, Xia Z, Atrash HK. Surveillance for ectopic pregnancy—United States, 1970–1989. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1993; 42 (SS-6): 73–85.

**46.** Handler A, Davis F, Ferre C, Yeko T. The Relationship of Smoking and Ectopic Pregnancy *AJPH* 1989; 79 (9): 1239-1242.

**47.** Saraiya M, Berg C, Kendrick J, Strauss L, Atrash H, Ahn Y. Cigarette smoking as a risk factor for ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178: 493-498.

**48.** Σαλαμαλέκκινς Ε. Ειδικά θέματα Εμβρυομητρικής Ιατρικής. Εκδόσεις Γ' Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αττικό, Αθήνα, 2003: 107

**49.** Meyer M, Tonascia J. Perinatal events associated with maternal smoking during pregnancy. *Am J Epidemiol* 1976; 1103: 464–476.

**50.** Avanth CV, Crnattigious S. Influence of maternal smoking on placental abruption in successive pregnancies: A population –based prospective cohort study in Sweden. *Am J Epidemiol* 2007; 1-7.

**51.** Monica G, Lijja C. Placenta previa, maternal smoking and recurrence risk. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74: 341–345.

**52.** Ananth CV, Demissie K, Smulian JC, Vintzileos AM. Placenta previa in singleton and twin births in the United States, 1989 through 1998: A comparison of risk factor profiles and associated conditions. *Am J Obstet*

*Gynecol* 2003; 188: 275-281.

**53.** Williams M, Mittendorf A, Stubblefield P, et al. Cigarettes, coffee and preterm premature rupture of the membranes. *Am J Epidemiol* 1992; 135 (8): 895-903.

**54.** Hadley C, Main D, Gabbe, S. Risk factors for preterm premature rupture of the fetal membranes. *Am J Perinatol* 1990; 7: 374–379.

55. World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), World Health Organization, Geneva, 2003.

**56.** Simpson WJ. A preliminary report on cigarette smoking and the incidence of prematurity. *Am J Obstet Gynecol* 1957; 73: 4: 808.

**57.** Hofhuis W, de Jongste JC, Merkus PJF. Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Arch Dis Child* 2003; 88: 1086-1090.

**58.** United Nations. Convention of United Nations on the Rights of Child, New York, 1989.

**59.** Barker D, Osmond C, Simmonds SJ, Wield GA. The relation of headsize and thinness at birth to death from cardiovascular disease in adult life. *BMJ* 1993; 306: 422-426.

**60.** U.S. Department of Health and Human Services. Department of Health and Human Services. CDC, 2001. [www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/sgr\\_2001/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2001/index.htm)

**61.** Λαμπρόπουλος Α/Κάρνιωμα και κύκονα. *Ιατρική*. 1992; 62 (3): 237-241.

**62.** Yu S, Park C, Schwalberg R. Factors associated with smoking cessation among U.S. pregnant women. *Matern Child Health J* 2002; 6: 89–97.

**63.** Stein R, Siegel MJ, Bauman LJ. Are Children of Moderately Low Birth Weight at Increased Risk for Poor Health? A New Look at an Old Question *Pediatrics*. 2006; 118 (1): 217-223.

**64.** Willinger M, James LS, Catz C. Defining the sudden infant death syndrome (SIDS): deliberations of an expert panel convened by the National Institute of Child Health and Human Development. *Paediatr Path* 1991; 11: 677-84.

**65.** Gavin NI, Wiesen C, Layton C. Review and Meta-Analysis of the Evidence On The Impact of Smoking on Perinatal Conditions Bull into SAMMECII, Final Report to the national centre for the chronic Disease Prevention and health promotion, Research Triangle Institute (RTI) RTI Project NO 7171-010, Sept 2001.

**66.** American Academy of Pediatrics. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The Changing Concept of Sudden Infant Death Syndrome: Diagnostic Coding Shifts; Controversies Regarding the Sleeping Environment; and New Variables to Consider in Reducing Risk. *Pediatrics* 2005; 116: 1245-1255.

**67.** U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006.

**68.** Alati R, Al Mamun A, O'Callaghan M, et al. In utero and postnatal maternal smoking and asthma in adolescence. *Epidemiology* 2006; 17: 138-44.

69. Jaakkola JJ, Kosheleva AA, Katsnelson BA, et al. Prenatal and postnatal tobacco smoke exposure and respiratory health in Russian children. *Respir Res* 2006; 7: 48.

70. Bisgaard H, Dalgaard P, Nyboe J. Risk factors for wheezing during infancy. *Acta Paediatr Scand* 1987; 76: 719-726.

71. Xepapadaki P, Manios Y, Liargkivinos T, et al. Association of passive exposure of pregnant women to environmental tobacco smoke with asthma symptoms in children. *Pediatr Allergy Immunol* 2009; 20: 423-429.

72. Skorge TD, Eagan TM, Eide GE, et al. The adult incidence of asthma and respiratory symptoms by passive smoking in uterus or in childhood. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2005; 172: 61-6.

73. Narang I, Rosenthal M, Cremonesi D, Silverman M, Bush A. Longitudinal Evaluation of Airway Function 21 Years after Preterm Birth. *Am. J. Respir. Crit. Care Med* 2008; 178: 74-80.

74. Gilmore A, Pomerleau J, McKee M. Prevalence of smoking in 8 countries of the former Soviet Union: Results from the Living Conditions, Lifestyles and Health Study. *Am. J. Public Health* 2004; 94: 2177-2187.

75. Larroque B. Prenatal exposure to tobacco smoke and cognitive development: epidemiology studies. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* (Paris) 2003; 32: 23-29.

76. Wisborg K, Henriksen TB, Obel C, Skjajaa E, Ostergaard JR. Smoking during pregnancy and hospitalization of the child. *Pediatrics* 1999; 104 (4): e46.

77. Leonardi-Bee J, Smyth A, Britton J, Coleman T. Environmental tobacco smoke and fetal health: systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2008 Sep; 93 (5): F351-61.

78. Dybing E, Sanner T. Passive smoking, sudden infant death syndrome (SIDS) and childhood infections. *Hum Exp Toxicol* 1999; 18: 202-205.

79. Makin J, Fried PA, Watkinson B. A comparison of active and passive smoking during pregnancy: long-term effects. *Neurotoxicol Teratol.* 1991 Jan-Feb; 13 (1): 5-12.

80. Καθαρά Ι, Πατελάρου Ε, Κογιβίνας Μ. Αξιολόγηση των Πηγών και της Συχνότητας Εκθέσεως στο Παθητικό Κάπνισμα κατά την Περίοδο της Εγκυμοσύνης *Νοσηλευτική* 2009, 48(4): 431-438

81. Λουκοπούλου Α. Η αποτελεσματικότητα της εντατικής και της ελαχίστης παρέμβασης στη διακοπή του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Τομέας Μορφολογικού, Αθήνα 2012, Διδακτορική Διατριβή.

82. Harvard School of Public Health. The Greek Tobacco Epidemic. Center for Global Tobacco control, 2011.

83. Marks JS, Koplan JP, Hogue CJ, et al. Cost-benefit/cost-effectiveness analysis of smoking cessation for pregnant women. *AJPM* 1990; 6 (5): 282-9.

84. Lightwood JM, Pihbs C, Glantz SA. Short-term health and economic benefits of smoking cessation: low birth weight. *Pediatrics* 1999; 104(6): 1312-20.

85. Trichopoulos D, kalandidi A, Sparow L, Macmahon B Lung cancer and passive smoking *International Journal of Cancer* 1981; 27; 1-4.

86. U.S. Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation. U.S. 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. (DHHS Publication No (CDC) 90-8416, 1990. [www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/previous\\_sgr.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/previous_sgr.htm)

87. Vardavas CI, Chatzi L, Patelarou E, et al. Smoking and smoking cessation during early pregnancy and its effect on adverse pregnancy outcomes and fetal growth. *Eur J Pediatr* 2010; 169 (6): 741-748.

88. Melvin CL, Dolan-Mullen P, Windsor RA, et al. Recommended cessation counselling for pregnant woman who smoke: a review of the evidence. *Tobacco Control* 2000; 9 (Sup III): 80-84.

89. Τούντας ΓΚ. Αγωγή υγείας στο: Κακίθαμάνη Ε, Φραγκοούλη-Κουμαντάκη Υ. Προληπτική Ιατρική και Αγωγή Υγείας, Ιατρικές Εκδόσεις Γλαυχαλίδης, Β' Έκδοση, 1994: 26-30.

90. Κυριακίδου Ε. Κοινωνική Νοσηλευτική. Εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ, 1995: 74-79, 30-40, 200.

91. Centers for Disease Control and Prevention, Women and smoking: a report of the Surgeon General (Executive Summary), Morbidity and Mortality Weekly Report 51 (No. RR-12), 2002.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΩΣ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

1. WHO. WHO Global Report: mortality attributable to tobacco, Geneva: World Health Organization; 2012

2. Mackay J, Eriksen MP. The tobacco atlas. Geneva: World Health Organization; 2002.

3. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030, *PLoS Medicine* 2006; 3(11): e442.

4. Öberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Üstün A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries, *Lancet* 2011; 377(9760): 8-14.

5. WHO. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic: the MPOWER package. Geneva: World Health Organization; 2008.

6. Faculty of the Harvard School of Public Health, The Hellenic Ministry of Health and Social Solidarity, The Hellenic Ministry of Education, Life-time Learning, and Religious Affairs, and The Hellenic Anti-Cancer Society. The Greek Tobacco Epidemic, Boston, Massachusetts: Center for Global Tobacco Control, Harvard School of Public Health, Harvard University; 2011.

7. Τούντας Γ. και συνεργάτες. Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού 1986-2006. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, 2009.

8. OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. OECD Publishing; 2011.

9. OECD. Health at a Glance: Europe 2012. OECD Publishing; 2012.

10. WHO. Economics of Tobacco Toolkit: Assessment of the Economic Costs of Smoking. Geneva: World Health Organization; 2011.

11. Warner KE, Hodgson TA, Carroll CE. Medical costs of smoking in the United States: Estimates, their validity, and their implications, *Tobacco Control* 1999; 8(3): 290-300

12. World Bank. Curbing the epidemic governments and the economics of tobacco control. Washington, DC, USA: World Bank; 1999.



13. Lightwood JD, Collins D, Lapsley H and Novotny TE. Estimating the costs of tobacco use. In: Jha P, Chaloupka FJ, editors. Tobacco control in developing countries. Oxford: Oxford University Press; 2000; p. 63-103.
14. European Commission. Tobacco or Health in the European Union: past, present and future. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2004.
15. Rice DP, Hodgson TA, Sinsheimer P, Browner W, Kopstein AN. The economic costs of the health effects of smoking. *The Milbank Quarterly* 1986; 64(4): 489-547.
16. Tsalapati K, Vardavas CI, Athanasakis K, Thireos E, Vozikis A, Pavi E, Behrakis P, Kyriopoulos I. Going up in ashes? Smoking-attributable morbidity, hospital admissions and expenditure in Greece. *European Journal of Public Health* 2014; doi: 10.1093/eurpub/cku040.
17. RuffLK, Volmer T, Nowak D, Meyer A. The economic impact of smoking in Germany. *European Respiratory Journal* 2000; 16(3): 385-390.
18. Max W, Rice DP, Sung HY, Zhang X, Miller L. The economic burden of smoking in California. *Tobacco Control* 2004; 13: 264-267.
19. Jha P, Musgrove P, Chaloupka FJ, Yurekli A. The economic rationale for intervention in the tobacco market. In: Jha P, Chaloupka FJ, editors. Tobacco control in developing countries. Oxford: Oxford University Press; 2000; p. 153-174.
20. Weinstein ND. Accuracy of smokers risk perceptions. *Annals of Behavioral Medicine* 1998; 20(2): 135-140.
21. Kessler DA, Barnett PS, Witt A, Zeller MR, Mande JR, Schultz WB. The legal and scientific basis of FDA's assertion of jurisdiction over cigarettes and smokeless tobacco. *Journal of the American Medical Association* 1997; 277(5): 405-409.
22. Pekurinen M. Economic Aspects of Smoking: is there a case for government intervention in Finland. Helsinki: Vapki-Publishing; 1991.
23. Atkinson AB, Townsend JL. Economic aspects of reduced smoking. *Lancet* 1977; 2(8036): 492-495.
24. Hodgson TA. Cigarette smoking and lifetime medical expenditures. *Milbank Quarterly* 1992; 70(1): 81-125.
25. Barendregt JJ, Bonneux L, van der Maas PJ. The health care costs of smoking. *New England Journal of Medicine* 1997; 337(15): 1052-1057.
26. Hoch SJ, Loewenstein GF. Time-inconsistent preferences and consumer self-control. *Journal of Consumer Research* 1991; 17(4): 492-507.
27. Gruber J, Köszegi B. Tax incidence when individuals are time-inconsistent: the case of cigarette excise taxes. *Journal of Public Economics* 2004; 88(9): 1959-1987.
28. Gruber J, Köszegi B. A Modern Economic View of Tobacco Taxation. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease; 2008.
29. Wan T. The Effects of Taxes and Advertising Restrictions on the Market Structure of the U.S. Cigarette Market. *Review of Industrial Organization* 2006; 28(3): 231-251.
30. Jha P, Chaloupka FJ. The economics of global tobacco control. *British Medical Journal* 2000; 321(7257): 358-361.
31. Chaloupka FJ, Hu TW, Warner KE, Jacobs R, Yurekli A. The taxation of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ, editors. Tobacco control in developing countries. Oxford: Oxford University Press; 2000; p. 237-272.
32. Moore MJ. Death and tobacco taxes. *RAND Journal of Economics* 1996; 27(2): 415-428.
33. Alpert HR, Vardavas CI, Chaloupka FJ, Vozikis A, Athanasakis K, Kyriopoulos I, Bertic M, Behrakis PK, Connolly GN. The recent and projected public health and economic benefits of cigarette taxation in Greece. *Tobacco Control* 2013; doi:10.1136/tobaccocontrol-2012-050857.
34. Kenkel D, Chen L. Consumer information and tobacco use. In: Jha P, Chaloupka FJ, editors. Tobacco control in developing countries. Oxford: Oxford University Press; 2000; p. 177-214.
35. Saffer H. Tobacco advertising and promotion. In: Jha P, Chaloupka FJ, editors. Tobacco control in developing countries. Oxford: Oxford University Press; 2000; p. 215-236.
36. Saffer H, Chaloupka FJ. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of Health Economics* 2000; 19(6): 1117-1137.
37. Vardavas CI, Kafatos A. Greece's tobacco policy: another myth?. *Lancet* 2006; 367(9521): 1485-1486.
38. Woollery T, Asma S, Sharp D. Clean indoor air laws and youth access restrictions. In: Jha P, Chaloupka FJ, editors. Tobacco control in developing countries. Oxford: Oxford University Press; 2000; p. 273-286.
39. Yurekli AA, Zhang P. The impact of clean indoor-air laws and cigarette smuggling on demand for cigarettes: an empirical model. *Health Economics* 2000; 9(2): 159-170.
40. Vardavas CI, Kafatos A. Bans on smoking on public places: policy enforcement needed. *Lancet* 2007; 370(9582): 133-134.
41. Taylor A, Chaloupka FJ, Guindon E, Corbett M. The impact of trade liberalization on tobacco consumption. In: Jha P, Chaloupka FJ, editors. Tobacco control in developing countries. Oxford: Oxford University Press; 2000; p. 343-364.
42. Joossens L, Raw M. Cigarette smuggling in Europe: who really benefits?. *Tobacco Control* 1998; 7: 66-71.
43. Taylor AL, Bettcher DW. WHO Framework Convention on Tobacco Control: a global "good" for public health. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78(7): <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862000000700010>.
44. Joossens L, Chaloupka FJ, Merriman D, Yurekli A. Issues in the smuggling of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ, editors. Tobacco control in developing countries. Oxford: Oxford University Press; 2000; p. 393-406.
45. Joossens L, Raw M. Smuggling and cross-border shopping of tobacco in Europe. *British Medical Journal* 1995; 310: 1393-1397.
46. Filippidis FT, Vardavas CI, Loukopoulou A, Behrakis P, Connolly GN, Tountas Y. Prevalence and determinants of tobacco use among adults in Greece: 4 year trends. *European Journal of Public Health* 2013; 23(5): 772-776.
47. Vardavas CI, Filippidis FT, Agaku I, Myrtas V, Bertic M, Connolly GN, Tountas Y, Behrakis P. Tobacco taxation: the importance of earmarking the revenue to health care and tobacco control. *Tobacco Induced Diseases* 2012; 10(1): 21

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ, ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΟΓΕΝΕΣ

1. [www.inews.gr/89/paraviasi-anthropinou-dikaiomatos-to-pathitiko-kapnisma.htm](http://www.inews.gr/89/paraviasi-anthropinou-dikaiomatos-to-pathitiko-kapnisma.htm)
2. Ερωτήσεις & μύθοι για το κάπνισμα. *Ενατενίσαις*. 2011. 13:166-173.
3. [www.bestrong.org/el/tv/health/nosmoking/passivesmoking/](http://www.bestrong.org/el/tv/health/nosmoking/passivesmoking/)
4. Παθητικό κάπνισμα και οι επιπτώσεις στην υγεία: Εθνική Στρατηγική για τον Έλεγχο του Καπνίσματος στην Κύπρο. Υπουργείο Υγείας Κύπρου, 2012.
5. Η ζωή χωρίς τσιγάρο: Πυξίδα, Κέντρο πρόληψης της εξάρτησης & προαγωγής της υγείας, σε συνεργασία με τον Ο.Κ.Α.Ν.Α., Δήμος Συκεών, 2008.
6. [www.neaυgeia.gr/page.asp?p=433](http://www.neaυgeia.gr/page.asp?p=433)
7. [www.antismoking.gr/default.asp?catid=7205&subid=2&pubid=554](http://www.antismoking.gr/default.asp?catid=7205&subid=2&pubid=554)
8. <http://00357.info/com/index/nosmoking/pathitiko.htm>
9. Παπαϊωάννου Μ. Παθητικό κάπνισμα και ενεργή σκέψη. *Popular Medicine*. 2007; 32-35.
10. Δονιάς Ν. Ένας πρακτικός οδηγός για όσους εργάζονται κοντά στα νιάτα «Για μια γενιά ελεύθερη καπνού...» για ηλικίες από 7 έως 14 ετών. Αθήνα: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2012.
11. [www.medlook.net/kids/passmoke.asp](http://www.medlook.net/kids/passmoke.asp)
12. The Greek Tobacco Epidemic. Harvard School of Public Health, 2011.
13. Ας κάνουμε μια νέα αρχή... Πυξίδα, Κέντρο Πρόληψης της Εξάρτησης & Προαγωγής της Υγείας, σε συνεργασία με τον Ο.Κ.Α.Ν.Α., Δήμος Συκεών, 2009.
14. Rabin R.C. A new cigarette hazard: 'Third hand smoke'. *The New York Times*. 2009:45-47.
15. Γεωργιάδης Φ. Παθητικό κάπνισμα. *Ενατενίσαις*. 2008. 4:70-73.
16. [www.cancer.org](http://www.cancer.org)
17. Khan MA, Franks IM, Elliott D, Lawrence GP, Chua R, Bernier PM. Inferring online and offline processing of visual feedback in target-directed movements from kinematic data. *Neuroscience and Biobehavioral Review*. 2006; 30:1106-1121.
18. [www.ethnos.gr/article.asp?catid=22768&subid=2&pubid=6384002519](http://www.ethnos.gr/article.asp?catid=22768&subid=2&pubid=6384002519)
19. Φραντζοπούλου Γ. Οι Κοινωνικές Επιπτώσεις από το Κάπνισμα. Αθήνα: Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και Κάπνισμα, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, υπό την αιγίδα της ΕΣΗΕΑ, 1996.
20. [antikleidi.com/smoking/passive-smoking-stats/](http://antikleidi.com/smoking/passive-smoking-stats/)
21. Αποστόλου Θ. Πώς να απαλλαγείτε από το κάπνισμα ΠΑΝΕΥΚΟΛΑ! Αθήνα: 2007.
22. [www.ensp.org](http://www.ensp.org)
23. [www.inews.gr/0/afiximenoi-oi-kindynoi-thanatou-apo-to-pathitiko-kapnisma.htm](http://www.inews.gr/0/afiximenoi-oi-kindynoi-thanatou-apo-to-pathitiko-kapnisma.htm)
24. [www.inews.gr/0/to-pathitiko-kapnisma-skotonei.htm](http://www.inews.gr/0/to-pathitiko-kapnisma-skotonei.htm)
25. European Commission. The Gallup Organization. Survey on Tobacco. Analytical Report. Flash Euro barometers series 25; 2009
26. Μπερσάκης Π. Η αλήθεια για το κάπνισμα, HEART II, Αθήνα: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, ΙΙΒΕΑΑ, Εθνική Επιτροπή για τον Έλεγχο του Καπνίσματος, 2013.
27. Επίσημη εφημερίδα Ευρωπαϊκής Ένωσης για Περιβάλλον χωρίς καπνό (2009/C 296/02), 6.
28. Wong S. Results of the Designated Smoking Room (DSR) Air Flow Compliance Checks in York Region. In: Smoking in Public Places: First Report of Session 2005-06, Volume 2, Great Britain: Parliament: House of

Commons: Health Committee.

29. Τοώνη Θ. Η Ελλάδα στα κλάμια δηλητηριάζεται... ΒΗΜΑ SCIENCE. 2009, Ιούλι, 28:24.
30. Τσάκαλης Ν. ΦΑΚΕΛΟΣ NO SMOKING! Το ομιχλώδες τσιγάρο της διασκέδασης χωρίς τσιγάρο. ΑΘΗΝΟΠΑΜΑ. 2009 Μάιος; 470: 32-39.
31. Nebot M, Lopez MJ, Gorini G, Neuberger M, Axelsson S, Pilali M, Fonseca C, Abdennbi K, Hackshaw A, Moshammer H, Laurent AM, Salles J, Georgouli M, Fondelli MC, Serrahima E, Centrich F, Hammond SK. Environmental tobacco smoke exposure in public places of European cities. *Tobacco Control*. 2005; 14:60-63.
32. Jarvis MJ, Boreham R, Primatesta P, Feyerabend C, Bryant A. Nicotine yield from machine-smoked cigarettes and nicotine intakes in smokers: evidence from a representative population survey. *J Natl Cancer Inst*. 2001 Jan 17; 93(2):134-138.
33. Jarvis MJ, Faulds J, Feyerabend C. Exposure to passive smoking among bar staff. *Br J Addict*. 1992 Jan; 87(1):111-113.
34. [www.otc.ie/article.asp?article+192](http://www.otc.ie/article.asp?article+192)
35. [www.eirinika.gr/gr/blog/itsgoodnews/pathitiko-kapnisma.asp](http://www.eirinika.gr/gr/blog/itsgoodnews/pathitiko-kapnisma.asp)
36. Σοφρονίου Α, Ευθυμίου Κ, Χαριλάου Ν, Καραδήμας Ε, Καλαντζή-Αζίζ Α. Η καπνιστική συμπεριφορά στους νέους. *Νέα Υγεία*. 2012 Ιαν. - Μαρτ.; 75: 10.
37. Δασασιός-Αφεντάκης Α.Κ. Εισαγωγή στην Παιδαγωγική, «Σύγχρονες Τάσεις της Αγωγής», Β' Έκδοση, Τμήμα Φιλοσοφίας- Παιδαγωγικής- Ψυχολογίας, Φιλοσοφική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα: 1997.
38. Παυλόπουλος Χ, Τσιάντης Ι. Εγχειρίδιο «Αγωγή Υγείας- Ψυχική Υγεία- Διπροσωπικές σχέσεις, 11-14 ετών», Αθήνα: Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Διεύθυνση Σπουδών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, Γραφείο Αγωγής Υγείας; 2000.
39. Στριζομαι στα πόδια μου, Εκπαιδευτικό Υλικό Αγωγής Υγείας: Κέντρο Εκπαίδευσης για την Πρόληψη της Χρήσης Ναρκωτικών και την Προαγωγή της Υγείας, Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.- Ο.Κ.Α.Ν.Α.; 1996.
40. Μουτζούρη-Μανουσού Ε. Η Αγωγή Υγείας μέσα από τη διδασκαλία των βιολογικών μαθημάτων. Προεκτάσεις στην Εκπαίδευση. 1992; 11:69-75.
41. Βιλντιέ Γ. Η Ιατρική του Μέλλοντος, *Courier* της Unesco. Ιατρική και Υγεία. Αθήνα: 1987.
42. [www.nsph.gr](http://www.nsph.gr)
43. [www.kathimerini.gr/756730/article/epikairothta/episthmh/epikindyno-to-pahtiko-kapnisma-gia-ta-paidia](http://www.kathimerini.gr/756730/article/epikairothta/episthmh/epikindyno-to-pahtiko-kapnisma-gia-ta-paidia)
44. [www.bestrong.org/el/health/nosmoking/passivesmoking/children/](http://www.bestrong.org/el/health/nosmoking/passivesmoking/children/)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### ΝΕΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΠΝΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ

1. Morbidity and Mortality Weekly Report Weekly / Vol. 63 / No. 13 April 4, 2014 CDC Grand Rounds: Global Tobacco Control Samira Asma, DDS, Yang Song, Joanna Cohen, PhD, Michael Eriksen, DSc, Terry Pechacek, PhD, Nicole Cohen, MD, John Iskander, MD (Author affiliations at end of text)
2. [BeTobaccoFree.gov](http://BeTobaccoFree.gov)
3. INT J TUBERC LUNG DIS 12(7):718-727 ■ 2008 The Union Alternative forms of tobacco use  
J. J. Prignot, A. J. Sasco, E. Poulet, P. C. Gupta, T. Y. Aditama  
Waterpipe (Hookah) Tobacco Smoking Among Youth Mary P. Martinasek,

MPH, CHES, Robert J.

4. McDermott, PhD, FAAHB, and Leila Martini, MPH, MLS

5. New tobacco trends: Waterpipe (hookah) smoking and implications for healthcare providers Devon Noonan, MPH, FNP-BC & Pamela A. Kubok, RN, DNSc, PHCNS-BC (Associate Professor) University of Virginia School of Nursing, Charlottesville, Virginia Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 21 (2009) 258–260 a 2009 The Author(s) Journal compilation a 2009 American Academy of Nurse Practitioners

6. Effects of Water-Pipe Smoking on Lung Function A Systematic Review and Meta-analysis Dany Raad, MD; Swarna Gaddam, MBBS, MPH; Holger J. Schunemann, MD, PhD, FCCP; Jihad Irani, MD, MPH; Philippe Abou Jaoude

7. HEALTH RISKS ASSOCIATED WITH CIGAR SMOKING JAMA 2000 ; 284 : 735-740

8. Annals of Internal Medicine Article The Association of Pipe and Cigar Use With Cotinine Levels, Lung Function, and Airflow Obstruction A Cross-sectional Study Josanna Rodriguez, MD; Rui Jiang, MD, DrPH; W. Craig Johnson, MS; Barbara A. MacKenzie; Lewis J. Smith, MD; an

9. Deposition of Cigar Smoke Particles in the Lung: Evaluation with Ventilation Scan Using 99mTc-Labeled Sulfur Colloid Particles Lori J. McDonald, Rajdeep S. Bhatia and Peter D. Hollett J Nucl Med. 2002;43:1591-1595.

10. Cigar Smoking Has an Acute Detrimental Effect on Arterial Stiffness Charalambos Vlachopoulos, Nikolaos Alexopoulos, Demosthenes Panagiotakos, Michael F. D'Rourke, and Christodoulos Stefanadis AJH 2004; 17:299–303

11. Association Between Exclusive Pipe Smoking and Mortality From Cancer and Other Diseases S. Jane Henley, Michael J. Thun, Ann Chao, Eugenia E. Calle

12. Pipe and cigar smoking and major cardiovascular events, cancer incidence and all-cause mortality in middle-aged British men AG Shaper, SG Wannamethee and Mary Walker

13. Electronic cigarettes: The road ahead Ahmad Besaratinia, Stella Tommasi Department of Preventive Medicine, Keck School of Medicine, University of Southern California, M/C 9603, Los Angeles, CA 90033, USA

14. Non-cigarette tobacco products: What have we learned and where are we headed? Richard J. O'Connor, Ph.D. [Associate Professor of Oncology] Tob Control. 2012 March ; 21(2): 181–190. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050281.

15. DIRECTIVE 2014/40/EU OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 3 April 2014 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco and related products and repealing Directive 2001/37/EC article 2, definitions

16. Safety evaluation and risk assessment of electronic cigarettes as tobacco cigarette substitutes: a systematic review Konstantinos E. Farsalinos and Riccardo Polosa

17. Do e-Cigarettes Have the Potential to Compete With Conventional Cigarettes? A Survey of Conventional Cigarette Smokers' Experiences With e-Cigarettes Eva Kralkova, MD, PhD; Jan Novak; Oliver West, MSc; Alexandra Kmetova, MD, and Peter Hajek, PhD

18. Electronic cigarettes and vaping: a new challenge in clinical medicine and

public health. A literature review Dominic L. Palazzolo Department of Physiology and Pharmacology, DeBusk College of Osteopathic Medicine, Lincoln Memorial University, Harrogate, TN, USA published: 18 November 2013 PUBLICHEALTH doi: 10.3389/tpubh.2013.00056

19. Καταγραφή στάσεων και συμπεριφορών μαθητών μαθητριών απέναντι στο κάπνισμα στο ηθίσαιο της Πράξης: «Ένεργειες ενημέρωσης και υποστήριξης για την οργάνωση και υλοποίηση προγράμματος αγωγής υγείας για το κάπνισμα στα σχολεία» του Επιχειρησιακού Προγράμματος “Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού 2007-2013” Ιούλιος 2014»

20. FCTC/COP/6/10 21 July 2014 Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control FCTC/COP/6/10 21 July 2014 Sixth session Moscow, Russian Federation, 13–18 October 2014 Provisional agenda item 4.4.2 Electronic nicotine delivery systems Report by WHO

21. Nowak D, Jörres RA, Rüter T: E-cigarettes—prevention, pulmonary health, and addiction. Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 349–55. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0349 E-Cigarettes—Prevention, Pulmonary Health, and Addiction Dennis Nowak, Rudolf A. Jörres, Tobias Rüter

22. CHEST 2012; 141(6):1400–1406 Short-term Pulmonary Effects of Using an Electronic Cigarette Impact on Respiratory Flow Resistance, Impedance, and Exhaled Nitric Oxide

Constantine I. Vardavas, MD, MPH, PhD; Nektarios Anagnostopoulos, MD; Marios Kougas, MD; Vassiliki Evangelopoulou, MD; Gregory N. Connolly, DMD, MPH; and Panagiotis K. Behrakis, MD, PhD, FCCP

23. BMC Public Health 2009, 9:194 doi:10.1186/1471-2458-9-194 This article is available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/194> Hand-rolled cigarette smoking patterns compared with factory-made cigarette smoking in New Zealand men Murray Laugesen, Michael Epton, Chris MA Frampton, Marewa Glover and Rod A Lea

24. Nicotine & Tobacco Research, Volume 15, Number 8 (August 2013) 1453–1457 Make Your Own Cigarettes: Characteristics of the Product and the Consumer Zachary R. Rosenberry BS, Andrew A. Strasser PhD, Lauren L. Canlas BS, Jennifer L. Potts MA, Wallace B. Pickworth PhD

25. Drug and Alcohol Dependence 139 (2014) 60–70 Poly-tobacco use among adults in 44 countries during 2008–2012: Evidence for an integrative and comprehensive approach in tobacco control Israel T. Agaku, Filippos T. Filippidis, Constantine I. Vardavas, Oluwakemi O. Odukoya, Ayodeji J. Awopogba, Olalekan A. Ayo-Yusuf, Gregory N. Connolly

26. Cancer Causes Control. 2011 June ; 22(6): 859–868. doi:10.1007/s10552-011-9756-1. Association of tobacco habits, including bidi smoking, with overall and site-specific cancer incidence: results from the Mumbai cohort study Mangesh S. Pedekar, Prakash C. Gupta, Balkrishna B. Yeole, James R. Héber

27. Nicotine & Tobacco Research, Volume 15, Number 8 (August 2013) 1453–1457. Make Your Own Cigarettes: Characteristics of the Product and the Consumer Zachary R. Rosenber BS, Andrew A. Strasser PhD, Lauren L. Canlas BS, Jennifer L. Potts MA, Wallace B. Pickworth PhD

28. International Epidemiological Association 2000 Printed in Great Britain International Journal of Epidemiology 2000; 29:36–42 Tobacco type and risk of squamous cell cancer of the oesophagus in males: a French multicentre case-control study Guy Launoy Chantal Milan, Jean Favre,

Patrice Pienkowski and Marc Gignoux

- 29.** Pharmacology, Biochemistry and Behavior 74 (2003) 739–745 Clove cigarette smoking: biochemical, physiological, and subjective effects Jennifer L. Malson, Eun M. Lee, Ram Murty, Eric T. Moolchan, Wallace B. Pickworth National Institute on Drug Abuse, Intramural Research Program, 5500 Nathan Shock Drive, Baltimore, MD 21224, USA Murty Pharmaceutical Corporation, 518 Codell Drive, Lexington, KY, USA Received 20 August 2002; received in revised form 11 November 2002; accepted 22 November 2002
- 30.** Smoking, Menthol Cigarettes and All-Cause, Cancer and Cardiovascular Mortality: Evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) and a Meta-Analysis Miranda R. Jones, Maria Tellez-Plaza, Ana Navas-Acien PLOS ONE | www.plosone.org 1 October 2013 | Volume 8 | Issue 10 | e77941
- 31.** Broadstock M. Systematic review of the health effects of modified smokeless tobacco product. New Zealand Health Technology Assessment Report, Vol 10. Christchurch, New Zealand: Christchurch School of Medicine and Health Sciences, 2007.
- 32.** Tobacco Control 2011;20(Suppl 2):ii1eii7. doi:10.1136/tc.2011.043604 Menthol: putting the pieces together Youn Ok Lee, Stanton A Glantz
- 33.** &NTIoboatinceo &ReTsoebarachco Research Advance Access published July 31, 2014 doi:10.1093/ntr/ntu126 Teen Use of Flavored Tobacco Products in New York City Shannon M. Farley MPH, Hannah Seoh MS, MPH, Rachel Sacks MPH, Michael Johns PhD Bureau of Chronic Disease Prevention and Tobacco Control, New York City Department of Health and Mental Hygiene, Queens, NY

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

### ΤΡΟΠΙ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

- 1.** GOLD. Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease NHLBI/WHO workshop report. National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute. 2010
- 2.** A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: AUS Public Health Service report. JAMA 2000;283:3244-54.
- 3.** Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2000 Jun
- 4.** Working in harmony with how people quit smoking naturally. Prochaska JO. Rhode Island Med 1993; 76:493-5.
- 5.** Physician advice for smoking cessation. Silagy C, Ketteridge S. The Cochrane Library 1998
- 6.** WHO Europe evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. Raw M, Anderson P, Batra A, et al. Tobacco Control 2002;11:44–6
- 7.** World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Package Geneva, World Health Organization; 2008. Available at [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282_eng.pdf)
- 8.** Australian Institute of Health and Welfare. Australia's health 2008. Cat. no. AUS 99. Canberra: AIHW, 2008

- 9.** Smoking cessation pharmacotherapy: an update for health professionals (updated 2009). Melbourne: The Royal Australian College of Zwar N, Richmond R, Borland R, et al.
- 10.** Partnership on smoking cessation. Guidelines. Treatment of tobacco dependence 2006. Available at <http://treatotobacco.net/en/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/Netherlands%202006.pdf>
- 11.** US Department of Health and Human Services. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the Surgeon General. Atlanta GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.\
- 12.** The natural history of chronic airflow obstruction. Fletcher C, Peto R. BMJ 1977
- 13.** American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Edn. American Psychiatric Association, 1994.
- 14.** Eur Respir J. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority integral component of therapy 2007; 29: 390-417
- 15.** Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000; 55: 987-999
- 16.** Australian Institute of Health and Welfare 2001 National Drug Strategy Household Survey: Detailed Findings. Drug Statistics Series No. 11. 2002. AIHW Cat. No. PHE- 41.
- 17.** Australian Institute of Health and Welfare. Australia's Health 2000. AIHW Cat.No. 19 Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, 2000.
- 18.** Pharmacodynamics of nicotine: implications for rational treatment of nicotine addiction. Benowitz N. Br J Addict 1991; 86:495-9
- 19.** Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: A randomised trial. Butler CC, Rollnick S, Cohen D, et al. British Journal of General Practice 1999; 49(445):11-616.
- 20.** The process of stopping smoking. Gratziau Ch. Breathe Sep 2005;2;1 :61-65 Review
- 21.** The treatment of tobacco addiction. Gratziau Ch. PG11 ERS course 2008
- 22.** Review of current guidelines on Smoking Cessation. Gratziau Ch. Chapter in ERS Monograph on "Smoking Cessation, a Chest-physician's responsibility Editors: Nardini, Bartsch, Tonnesen 2008; 42 Smoking Cessation: 35-43;
- 23.** Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit. Jiménez-Ruiz CA, Andreas S, Lewis KE, Tonnesen P, van Schayck CP, Hajek P, Tonstad S, Dautzenberg B, Fletcher M, Masefield S, Powell P, Hering T, Nardini S, Tonias T, Gratziau C. Eur Respir J. 2015 Jul;46(1):61-79.
- 24.** Smoking cessation effectiveness in smokers with COPD and asthma under real life conditions. Gratziau Ch, Florou A, Ischaki E, Eleftheriou K, Sachlas A, Bersimis S, Zakyntinos S. Respir Med. 2014 Apr;108(4):577-83.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΟΥΣΙΑΣΤΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

- 1.** WORLD HEALTH ORGANISATION. Technical Report Series No 516, 1973.

2. ΑΓΟΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΧΟΛΕΙΟ – Παιδαγωγική και Βιολογική Προσέγγιση. Εκδόσεις ΤΥΠΟΘΗΤΩ, Αθήνα, 2003.
3. Young I. & William T., (1989). The Healthy School, WHO, Scottish Health Education Group, Edinburgh.
4. Draijer, J., Williams, T., 1991. School Health Education and Promotion in the Member States of the European Community. The Commission of the European communities.
5. ΣΩΚΟΥ, Κ., (1994). Η Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας στα Σχολεία, ΑΠΟΨΕΙΣ, Παράρτημα 7, Η Αγωγή Υγείας: Διδακτικές Προσεγγίσεις, Περιοδική Έκδοση Σ.Ε.Λ.Κ.Ε., Αθήνα.
6. ΧΑΤΖΗΧΡΗΣΤΟΥ, Χ. (2004): Πρόγραμμα προαγωγής της ψυχικής υγείας και της μάθησης. Κοινωνική και συναισθηματική αγωγή στα σχολεία. Εκπαιδευτικό υλικό για εκπαιδευτικούς και μαθητές της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Τάξεις Δ', Ε', Στ'. Θεωρητικό πλαίσιο και δραστηριότητες. Κέντρο Έρευνας και Εφαρμογών Σχολικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Εκδόσεις Τυπωθήτω.
7. Bossert, S.T. (1985). Effective elementary schools. In R.M.J. Kyle (Ed), reaching for excellence: An effective schools sourcebook (pp. 39-53). Washington, DC: E.H. White.
8. Baker, J.A., Bridger, R., Terry, T. & Winsor, A. (1997). Schools as caring communities: a relational approach to school reform. *School Psychology Review*, 26(4), 586-602.
9. ΔΕΛΗΚΩΝΣΤΑΝΤΗΣ, Κ. (1998). «Οι τρεις κούρτσες του σύγχρονου εκπαιδευτικού». Μακεδόν, 4.
10. ΚΥΡΙΔΗΣ, Α., ΑΓΓΕΛΑΚΗ, Χ., ΜΑΥΡΙΚΑΚΗ, Ε., & ΣΜΑΓΑ, Σ. (1999). Συνθήκες λειτουργίας των ελληνικών δημόσιων σχολείων – Η υλικότεχνική υποδομή. Σύγχρονη Εκπαίδευση, τ. 104, 105, 106, 107.
11. ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ, Κ. (1994). ό.π., σσ. 33-34.
12. ΚΑΨΑΛΗΣ, ΑΧ. (1989). Παιδαγωγική ψυχολογία. Θεσσαλονίκη. Αρσά Κυριακίδη, σελ. 485.
13. SCOTTISH HEALTH EDUCATION GROUP (1989). The Healthy School. Edinburgh: World Health Organization Group.
14. ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ, Κ. (1995). (Επιμ.). Φάκελος: Αγωγή Υγείας, Ηλέσχη των εκπαιδευτικών, τεύχ. 9, σ. 29.
15. ΣΩΚΟΥ, Κ. (1994). Οδηγός αγωγής και προαγωγής της υγείας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σ. 30.
16. ΦΡΟΣΥΝΗΣ, Α. & ΡΟΥΜΠΙΔΗΣ, Χ. (2005): Εκπαιδευτικοί και καινοτομίες: Εμπειρίες από τη σχολική πράξη. Παρουσίαση πεπραγμένων υλοποίησης προγραμμάτων καινοτόμων δράσεων. Ημερίδα Τομέα Παιδαγωγικής της Φιλοσοφικής Σχολής του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.
17. Kuper, H., Adams, O., Boffetta, P. Tobacco use, cancer causation and public health impact. *Journal of Internal Medicine*. 2002, 251, 455–466.
18. Baumann M, Spitz E, Guillemin F, Ravaut J-F, Choquet M, Falissard B, Chau N, Lorhandicap Group. Associations of social and material deprivation with tobacco, alcohol, and psychotropic drug use, and gender: a population-based study. *International Journal of Health Geographics* 2007;6:50.
19. Neufeld KJ, Peters DH, Rani M, Bonu S, Brooner RK. Regular use of alcohol and tobacco in India and its association with age, gender, and poverty. *Drug and Alcohol Dependence* 2005;77(3):283–91.
20. Haustein KO. Smoking and poverty. *European Journal of Cardiovascular*
- patterns. In: Koop CE, Pearson CE, Schwartz MR, eds. *Critical Issues in Global Health*. San Francisco, Calif: Jossey-Bass; 2001:154–161.
3. World Health Organisation (WHO). The European Tobacco Control Report. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 2007
4. Warren CW, Lea V, Lee J, Jones NR, Asma S, McKenna M. Change in tobacco use among 1315 year olds between 1999 and 2008: findings from the Global Youth Tobacco Survey. *Global Health Promotion* 2009;16:38. [DOI: 10.1177/1757975909342192]
5. The Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group. Tobacco use among youth: a cross country comparison. *Tobacco Control* 2002;11:252–70
6. Κοκκέβη Α., Φωτίου Α., Καναβού Ε., Σταύρου Μ. Εξαρτητικές συννεριφορές στην εφηβεία: Μέρος Α. Χρήση ουσιών. Σειρά Θεματικών τευχών: Εφηβεία, Συμπεριφορές & Υγεία. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Αθήνα, 2015.
7. McCool J, Cameron L, Petrie K & Robinson E. Smoking behaviour and expectations among Auckland adolescents. *NZ Med J*, 2003, 116 (1176), 478-486.
8. U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Young People. A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.
9. U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2012.
10. Leventhal, H., & Cleary, P. D. The smoking problem: A review of the research and theory in behavioral risk modification. *Psychological Bulletin*, 1980, 88, 370-405
11. Stern, R. A., Prochaska, J. O., Velicer, W. F., & Elder, J. P. Stages of adolescent cigarette smoking acquisition: Measurement and sample profiles. *Addictive Behaviors*, 1987, 12, 319-329.
12. Mayhew, K., Flay, B. R., & Mott, J. A. Stages in the development of adolescent smoking. *Drug & Alcohol Dependence*, 2000, 59, S61-S81.
13. Tyas, S. L., & Pederson, L. L. Psychosocial factors related to adolescent smoking: A critical review of the literature. *Tobacco Control*, 1998, 7, 409-420.
14. Griffin KW, Botvin GJ. Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2010;19(3): 505–26.
15. Steinberg L. Risk taking in adolescence: new perspectives from brain and behavioral science. *Current Directions in Psychological Science* 2007;16(2):55–9
16. Escobedo LG et al. Sociodemographic characteristics of cigarette smoking initiation in the United States: implications for smoking prevention policy. *Journal of the American Medical Association*, 1990, 264:1550–1555
17. Kuper, H., Adams, O., Boffetta, P. Tobacco use, cancer causation and public health impact. *Journal of Internal Medicine*. 2002, 251, 455–466.
18. Baumann M, Spitz E, Guillemin F, Ravaut J-F, Choquet M, Falissard B, Chau N, Lorhandicap Group. Associations of social and material deprivation with tobacco, alcohol, and psychotropic drug use, and gender: a population-based study. *International Journal of Health Geographics* 2007;6:50.
19. Neufeld KJ, Peters DH, Rani M, Bonu S, Brooner RK. Regular use of alcohol and tobacco in India and its association with age, gender, and poverty. *Drug and Alcohol Dependence* 2005;77(3):283–91.
20. Haustein KO. Smoking and poverty. *European Journal of Cardiovascular*

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

### ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

1. Warren CW, Jones NR, Peruga A, Chauvin J, Baptiste J, Costa de Silva V, el Awa F, Tsouros A, Rahman K, Fishburn B, Bettcher DW, Asma S. Global Youth Tobacco Surveillance. *Morbidity Mortality Weekly Review - CDC* 25 Jan 2008;57(SS01):1–21.
2. Peto R, Lopez AD. Future worldwide health effects of current smoking

Prevention and Rehabilitation 2006;13(3):312–8.

21. Darling, N., & Curnsille, P. Theory, measurement and methods in the study of family influences on adolescent smoking. *Addiction*, (2003). 98, 21-36.
22. Scragg R, Laugesen M, Robinson E. Parental smoking and related behaviours influence adolescent tobacco smoking: results from the 2001 New Zealand national survey of 4th form students. *New Zealand Medical Journal*, 2003, 116(1187):U707.
23. Buller, D. B., Borland, R., Woodall, W. G., Hall, J. R., Burris-Woodall, P., & Voeks, J. H.. Understanding factors that influence smoking uptake. *Tobacco Control*, 2003, 12, iv16-iv25.
24. Wakefield MA, Chaloupka FJ, Kaufman NJ, Orleans CT, Barker DC, Ruel EE. Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study. *BMJ*. 2000;321:333-7. [PMID:10926588]
25. Sasco, A. J., & Kleihues, P. Why can't we convince the young not to smoke? *European Journal of Cancer*, 1999. 35, 1933-1940.
26. Biglan A et al. Peer and parental influences on adolescent tobacco use. *Journal of Behavioral Medicine*, 1995, 18:315–330.
27. Taylor JE et al. Saturation of tobacco smoking models and risk of alcohol and tobacco use among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 2004, 35:190–196
28. Chassin L et al. Predicting the onset of cigarette smoking in adolescents: a longitudinal study. *Journal of Applied Social Psychology*, 1984, 14:224–243
29. Villani S. Impact of media on children and adolescents: A 10-year review of the research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:392–401. [PubMed: 11314564]
30. Ling P & Glantz S (2002). Why and how the tobacco industry sells cigarettes to young adults: evidence from industry documents. *American Journal of Public Health*, 92(6), 908-916.
31. Tye J, Warner K, Glantz S. Tobacco advertising and consumption: evidence of a causal relationship. *J Public Health Policy* 1987;8:492–507. [PubMed: 3323236]
32. Lewis-Esquerre JM, Rodrigue JR, Kahler CW. Development and validation of an adolescent smoking consequences questionnaire. *Nicotine & Tobacco Research* 2005;7(1):81–90.
33. Andrews JA, Hampson SE, Barckley M, Gerrard M, Gibbons FX. The effect of early cognitions on cigarette and alcohol use during adolescence. *Psychology of Addictive Behaviors* 2008;22(1):96–106.
34. Conrad KM, Flay BR, Hill D. Why children start smoking cigarettes: predictors of onset. *British Journal of Addiction*, 1992, 87:1711–1724,.
35. Abernathy TJ, Massad L, Romano-Dwyer L. The relationship between smoking and self-esteem. *Adolescence*, 1995, 30:899–907.
36. Byrne D, Davenport S, Mazanov J. Profiles of adolescent stress: the development of the adolescent stress questionnaire (ASQ). *Journal of Adolescence*, 2007, 30:393
37. Scal, P., Ireland, M., & Borowsky, I. W. Smoking among American adolescents: A risk and protective factor analysis. *Journal of Community Health: The Publication for Health Promotion & Disease Prevention*, 2003, 28, 79-97.
38. Griffin, K. W., Botvin, G. J., Scheier, L. M., Doyle, M. M., & Williams, C. Common predictors of smoking, alcohol use, aggression, and delinquency among inner-city minority youth. *Addictive Behaviors*, 2003 28, 1141-1148.
39. Melnick, M. J., Miller, K. E., Sabo, D. F., Farrell, M. P., & Barnes, G. M Tobacco use among high school athletes and non-athletes: Results of the 1997 Youth Risk Behavior survey. *Adolescence*, 2001, 36, 727-747.
40. Institute of Medicine (IOM). Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Research. Washington D.C.: National Academy Press, 1994
41. Caplan, G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books, 1964.
42. ΕΚΤΕΠΙΝ. Εγχειρίδιο για την Πρόληψη της Ουισοεξάρτησης: Κατευθυντήριες γραμμές και σχεδιασμός παρεμβάσεων. Αθήνα, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, 2011
43. American Lung Association. Trends in Tobacco Use. 2011.
44. Thomas RE, McLellan J, Perera R. . School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 4. Art. No.: CD001293. DOI: 10.1002/14651858.CD001293.pub3.
45. Roberts-Gray C, Gingiss PM, Boerm M. Evaluating school capacity to implement new programs. *Evaluation Programme Planning*. 2007; 30(3):247–257. [PubMed: 17689330]
46. Campbell R, Starkey F, Holliday J, Audrey S, Bloor M, Parry-Langdon N, Hughes R., Moore L. An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. 2008, *The Lancet*, 371 (9624), pp. 1595-1602.
47. Bangert-Drowns, R. (1988). The effects of school-based substance abuse education: A metaanalysis. *Journal of Drug Education*, 18, 243-265
48. Lantz, P. M., Jacobson, P. D., Warner, K. E., Wasserman, J., Pollack, H. A., Berson, J., & Ahlstrom, A. Investing in youth tobacco control: A review of smoking prevention and control strategies. *Tobacco Control*, 2000. 9, 47-63.
49. Bandura, A. Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1977.
50. Jessor, R. Problem-behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking. *British Journal of Addiction*, 1987. 82, 331-342.
51. Botvin GJ, Griffin KW, Diaz T, Scheier LM, Williams C, Epstein JA. Preventing illicit drug use in adolescents: Long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population. *Addictive Behaviors* 2000;25:769–74.
52. McGuire, W. J. Inducing resistance to persuasion: Some contemporary approaches. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 192–227). New York: Academic Press, 1964
53. McGuire, W. J. The nature of attitudes and attitude change. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *Handbook of social psychology* (pp. 136–314). Reading, MA: Addison-Wesley, 1968
54. Evans, R. I. Smoking in children: Developing a social psychological strategy of deterrence. *Preventive Medicine*, 1976, 5, 122–127.
55. Evans, R. I., Rozelle, R. M., Mittlemark, M. B., Hansen, W. B., Bane, A. L., & Havis, J. D. Detering the onset of smoking in children: Knowledge of immediate physiological effects and coping with peer pressure, media pressure and parent modelling. *Journal of Applied Social Psychology*, 1978. 8, 126–135
56. Maes L & Lievens J Can the school make a difference? A multilevel analysis of adolescent risk and health behaviour. *Social Science and Medicine*, 2003, b. 56, 547-529.
57. Adams ML, Jason LA, Pokorny S et al. The relationship between school policies and youth tobacco use. *Journal of School Health* 2009;79: 17–23
58. Lipperman-Kreda S, Grube JW. Students' perception of community disapproval, perceived enforcement of school antismoking policies, personal beliefs, and their cigarette smoking behaviors: results from a structural equation modeling analysis. *Nicotine & Tobacco Research* 2009; 11: 531–9

59. Lovato CY, Pullman AW, Halpin P et al. The influence of school policies on smoking prevalence among students in grades 5–9, Canada, 2004–2005. *Preventing Chronic Disease* 2010;7:A129
60. Lovato CY, Zeisser C, Campbell HS et al. Adolescent smoking: Effect of school and community characteristics. *American Journal of Preventive Medicine* 2010; 39: 507–14
61. Sabiston CM, Lovato CY, Ahmed R et al. School smoking policy characteristics and individual perceptions of the school tobacco context: are they linked to students' smoking status? *Journal of Youth & Adolescence* 2009; 38: 1374–87
62. NICE (2013) Evidence Update 38 – School-based interventions to prevent the uptake of smoking among children and young people. A summary of selected new evidence relevant to NICE public health guidance 23 'School-based interventions to prevent the uptake of smoking among children and young people' (2010)
63. Thompson E.L. Smoking education programs 1960–1976. *American Journal of Public Health* 1978, 68(3):250-7.
64. Beattie A. Health education and the science teacher: Incitation to a debate. *Education and Health* 1984, 2:9-16.
65. Goodstadt MS. Alcohol and drug education: Models and outcomes. *Health Education Monographs* 1978, 6(3):263-79.
66. World Bank *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington: The World Bank, 1999.
67. Stead M, Hastings G, Tudor-Smith C. Preventing adolescent smoking: a review of options. *Health Education Journal* 1996;55(1):31–54
68. Sussman S. School-based tobacco use prevention and cessation: where are we going? *American Journal of Health Behavior* 2001;25(3):191–9.
69. Cuijpers P. Effective ingredients of school-based drug prevention programs: a systematic review. *Addictive Behaviors* 2002;27(6):1009–23.
70. Skara S, Sussman S. A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Preventive Medicine* 2003;37(5):451–74.
71. Buttross LS, Kastner JW. A brief review of adolescents and tobacco: what we know and don't know. *American Journal of the Medical Sciences* 2003;326(4):235–7.
72. Thomas RE, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD001293. DOI: 10.1002/14651858.CD001293.pub2
73. Flay BR. The promise of long-term effectiveness of school-based smoking prevention programs: a critical review of reviews. *Tobacco Induced Diseases* 2009b;5:7
74. Dobbins M, DeCorby K, Manske S, Goldblatt E. Effective practices for school based tobacco use prevention. *Preventive Medicine* 2008, 46, 289-297
75. Bruvold WH. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *American Journal of Public Health* 1993;83(6):872–80.
76. Tobler NS, Stratton HH. Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention* 1997;18(1):71–128.
77. Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P, Marshall DG, Streke AV, Stackpole KM. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention* 2000;20(4):275–336.
78. Hwang MS, Yeagley KL, Petosa R: A Meta-Analysis of Adolescent Psychosocial Smoking Prevention Programs Published Between 1978 and 1997 in the United States. *Health Education & Behavior* 2004, 31(6):702.
79. Wiehe, S.E., Garrison, M.M., Christakis, D.A., Ebel, B.E., Rivara, F.P., A systematic review of school-based smoking prevention trials with long term follow-up. *Journal of Adolescent Health*, 2005. 36 (3), 162–169
80. Backinger, C.L., Fagan, P., Matthews, E., Grana, R., Adolescent and young adult tobacco prevention and cessation: current status and future directions. *Tobacco Control* 2003, 12 (Suppl 4), IV46–IV53 (Dec).
81. Chen X, Ren Y, Lin F, MacDonell K, Jiang Y. Exposure to school and community based prevention programs and reductions in cigarette smoking among adolescents in the United States, 2000-08. *Evaluation Programme Planning*. 2012 August; 35 (3): 321–328. doi:10.1016/j.evalprogplan.2011.12.001
82. Thomas R, Baker, Lorenzetti D. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007. Issue 1 Art.No.:CD0044493
83. Liddle HA, Santisteban DA, Levant RF, Bray JH. *Family Psychology: Science-Based Interventions*. Washington: American Psychological Association, 2002.
84. Sowden AJ, Stead LF. Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 1. Art. No.: CD001291, DOI: 10.1002/14651858.CD001291.
85. Carson KV, Brinn MP, Labiszewski NA et al. Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* issue 7: 2011 CD001291 Wiehe, S.E., Garrison, M.M., Christakis, D.A., Ebel, B.E., Rivara, F.P., A systematic review of school-based smoking prevention trials with long term follow-up. *Journal of Adolescent Health*, 2005. 36 (3), 162–169
86. Backinger, C.L., Fagan, P., Matthews, E., Grana, R., Adolescent and young adult tobacco prevention and cessation: current status and future directions. *Tobacco Control* 2003, 12 (Suppl 4), IV46–IV53 (Dec).
87. Chen X, Ren Y, Lin F, MacDonell K, Jiang Y. Exposure to school and community based prevention programs and reductions in cigarette smoking among adolescents in the United States, 2000-08. *Evaluation Programme Planning*. 2012 August; 35 (3): 321–328. doi:10.1016/j.evalprogplan.2011.12.001
88. Gilman, SE, Rende R, Boergers J, et al. Parental Smoking and Adolescent Smoking Initiation: An Intergenerational Perspective on Tobacco Control, *Pediatrics* 123(2): e274-e281, February 2009.
89. Mays, Darren, Stephen E Gilman, Richard Rende, George Luta, Kenneth P Tercyak, and Raymond S Niaura. Parental smoking exposure and adolescent smoking trajectories. *Pediatrics* 133, (6) 2014; 983-91

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

### Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΜΑΘΗΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ - Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

- Κέντρο Εκπαίδευσης για την Πρόληψη της Χρήσης των Ναρκωτικών και την Προαγωγή της Υγείας. Σημειώματα στα πόδια μου: Εκπαιδευτικό Υλικό Αγωγής Υγείας για τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση. Αθήνα: ΕΠΙΨΥ, 1996.
- Θεοδωράκη Γ, Χασάνδρα Μ, Κοσμίδου Ε, Γούδας Μ, & Παπαϊωάννου Α. Δελτακινίτζα, γυμναζόμενα. Τετράδιο για μαθητές Ε΄ & Στ΄ γυμνασίου. Τρίκαλα: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, 2006.
- Γούδας Μ, Θεοδωράκης Γ. & Δερμιτζάκη Ε. Δελτακινίτζα, γυμναζόμενα. Οδηγός για το διδάσκοντα. Οδηγός για το μαθητή. Τρίκαλα: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, 2000.

4. Κουμή Ι & Τσιάντης Ι. Πρόληψη του καπνίσματος στο χώρο του σχολείου: Παρατηρήσεις από την εφαρμογή ενός πιλοτικού προγράμματος. *Ψυχοθολογία*. 2001; 8(4):469-487.
5. Σμαλιτάνη Ε. Εφαρμογή και αξιολόγηση του εκπαιδευτικού λογισμικού «Τα 5 τσιγάρα»: Διπλωματική Εργασία. Αθήνα: ΕΚΠΑ; 2009.

#### Παραπομπές

- 1 Botvin GJ & Griffin KW. School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *Int Rev Psychiatry*. 2007; 19(6):607-615.
- 2 Institute of Medicine (IOM). Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Research. Washington D.C.: National Academy Press; 1994.
- 3 Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης & Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕ-ΠΙΝ). Εγχειρίδιο για την Πρόληψη της Ουσιολογίας. Αθήνα: ΕΠΨΥ; 2011.
- 4 Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης & Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕ-ΠΙΝ). Ετήσια Έκθεση για την Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Ουσιολογισμών στην Ελλάδα 2011. Αθήνα: ΕΠΨΥ; 2011.
- 5 Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης & Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕ-ΠΙΝ). Ετήσια Έκθεση για την Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Ουσιολογισμών στην Ελλάδα 2012. Αθήνα: ΕΠΨΥ; 2013.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

#### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΓΙΑ ΜΑΘΗΤΕΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

1. Peters, L.W.H & Paulussen, T.G.W.M (1994) School health, a review of the effectiveness of health education and health promotion, Utrecht (Dutch Centre for Health Promotion and Education)
2. Bandura, A. (1986) Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
3. Logan, D. & Carlmini-Marlatt, B (2005) Smoking and Adolescence: some issues on prevention and smoking, Prevention Perspectives, www.mentorfoundation.org
4. Lovato, C., Linn, G., Stead, L.F. & Best, A. (2003). Cochrane Database Systematic Review, 4: CDD003439
5. «Πρόταση» Κίνηση για έναν αήθελ τρόπο ζωής - Κέντρο Πρόληψης Εξαρτήσεων & Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Ν. Αχαΐας (2003) Αγγίζοντας τον Κύκλο, Κίνηση Πρόταση, Πάτρα
6. Παραδοτέο Π.1.4. για το Υπόεργο 1 της Πράξης: «Ενέργειες Ενημέρωσης και Υποστήριξης για την Οργάνωση και την Υλοποίηση Προγράμματος Αγωγής Υγείας για το Κάπνισμα στα Σχολεία» (MIS372829) του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού 2007-2013»

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14

#### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ΚΑΙ ΛΥΚΕΙΟΥ

1. Έρευνα σε εφηβικό μαθητικό πληθυσμό με τίτλο: «Πρόληψη της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών σε Εφήβους: Αξιολόγηση μιας Βραχείας Ψυχοεκπαιδευτικής Παρέμβασης», Λοΐζου Δωροθέα, Μακαρώνη Σωτηρία, Manchester Metropolitan University, Αγγλία & Κέντρο Πρόληψης Εξαρτήσε-

ων & Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Δήμου Κηφισιάς—ΟΚΑΝΑ (Οργάνισμός Κατά των Ναρκωτικών) «Πρόνοη», Ελλάδα, 2009.

2. «Ψυχική Υγεία—Διαπροσωπικές Σχέσεις». Εγχειρίδιο για τον Εκπαιδευτικό, Συζητήσεις Εφήβων, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα, 2000.
3. Pritchard, Milligan, Elgin, Rush & Shea, 2008.
4. «Οδηγός Διακοπής Καπνίσματος: Ζωή Χωρίς Τσιγάρο». Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής & Υπουργείο Υγείας - Κέντρο Έλεγχου & Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.).
5. [11] & [12] Παραδοτέο Π.1.4. για το Υπόεργο 1 της Πράξης: «Ενέργειες Ενημέρωσης και Υποστήριξης για την Οργάνωση και την Υλοποίηση Προγράμματος Αγωγής Υγείας για το Κάπνισμα στα Σχολεία» (MIS372829) του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού 2007-2013».
6. «Ξέρω τι Ζητάω: Πρόγραμμα πρόληψης της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών στα σχολεία». ΕΥ-Δαρ-ΟΚΑΝΑ—«Πυξίδα»: Κέντρο Πρόληψης της Εξάρτησης από Ναρκωτικά και Προαγωγής της Υγείας - ΟΚΑΝΑ, 2011.
7. antikleidi.com/smoking/passive-smoking-stats
8. www.protagon.gr/?i=protagon.el.post&iid=25376 (άρθρο: Παναγιώτης Κ. Μπεχράκης, MD, PhD (McGill), FCCP, Adjunct Professor, Harvard University, πρόεδρος της Εθνικής Επιτροπής για τον Έλεγχο του Καπνίσματος.
9. «Η Ελλάδα στα κήλαμ δηλητηριάζεται...». Τσώλη θ. ΒΗΜΑ SCIENCE. 2009, Ιουν, 28:24.
10. «ΦΑΚΕΛΟΣ NO SMOKING! Το ομιχλώδες τοπίο της διασκέδασης χωρίς τσιγάρο». Τσάκαλος Ν., ΑΘΗΝΟΡΑΜΑ. 2009 Μάιος, 470: 32-39.
11. www.ektepn.gr
12. www.nsph.gr

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15

#### ΣΥΧΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΚΑΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

1. Διακοπή καπνίσματος για πρωτάρηδες. Brizer David, MD, Πήγασος Εκδοτική Α.Ε, 2010
2. www.tovima.gr/science/article/?aid=411220
3. Οδηγός Διακοπής Καπνίσματος: Ζωή Χωρίς Τσιγάρο, Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής & Υπουργείο Υγείας - Κέντρο Έλεγχου & Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)
4. Ξέρω τι Ζητάω: Πρόγραμμα πρόληψης της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών στα σχολεία, ΕΥ-Δαρ-ΟΚΑΝΑ—«Πυξίδα»: Κέντρο Πρόληψης της Εξάρτησης από Ναρκωτικά και Προαγωγής της Υγείας - ΟΚΑΝΑ, 2011
5. Η αλήθεια για το κάπνισμα. HEART II, Εθνική Επιτροπή για τον Έλεγχο του Καπνίσματος, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ), 2013
6. Ποια η αλήθεια για το ηλεκτρονικό τσιγάρο, Περιοδικό: «Πνεύμων», Τεύχος 3ο, Τόμος 25ος, Ιούλιος—Σεπτέμβριος 2012, (www.pneumon.org/873), Αθανασία Πατάκα & Παρασκευή Αργυροπούλου, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Μονάδα Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, ΓΠΘ «Γ. Παπανικολάου», Εξοχή, Θεσσαλονίκη, 2012
7. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Package Geneva, World Health Organization; 2008. Available at [whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282_eng.pdf)
8. Πρόγραμμα Συμβουλευτικής Παρακίνησης για τη διακοπή του Καπνίσμα-



τος Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ), 2012

9. [www.who.int/en/](http://www.who.int/en/)

10. [www.bestrong.org.gr](http://www.bestrong.org.gr)

11. European Network for smoking Prevention Annual Report, Bruxelles Belgium; 2007. (<http://www.ensp.org>)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16

### ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ -ΣΥΝΔΕΣΗ ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

1. World Health Organisation. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2009: Enforcing Bans on Tobacco Advertising, Promotion and Sponsorship. France: World Health Organisation; 2013.

2. World Health Organisation. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2011: Warning about the Dangers of Tobacco. France: World Health Organisation; 2011.

3. Botvin GJ, Griffin KW. School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *Int Rev Psychiatry*. 2007; 19(6): 607-615.

4. Δασκαλάκης Δ. Εισαγωγή στη σύγχρονη Κοινωνιολογία. Αθήνα: Παπαζήση; 2009.

5. Μυλωνάκου Η. Συμμετοχή σχολείου, Οικογένειας και Κοινότητας. Θεωρητικές Προσεγγίσεις και Πρακτικές Εφαρμογές. Αθήνα: Παπαζήση; ΑΕΒΕ, 2009.

6. Συμεού Λ. Σχέσεις σχολείου-οικογένειας: έννοιες, μορφές και εκπαιδευτικές συσχετιστικές. *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*: 2003; (36): 101-113.

7. Symeou L. Cultural capital and family involvement in children's education: Tales from two primary schools in Cyprus. *Brit J Social Educ*. 2007; 28 (4): 473-487.

8. Στάπια-Μουρτζίνη Μ. Αγωγή Υγείας Βασικές Αρχές-Σχεδιασμός Προγράμματος. Αθήνα: ΟΕΔΒ, 2010.

9. World Health Organisation [Internet]. Ottawa: World Health Organisation; 1986 [cited 2014]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

10. World Health Organisation. Health Promotion Glossary. Switzerland: World Health Organisation; 1998.

11. Green LW, Kreuter MW. Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.

12. Botvin GJ, Griffin KW. School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *Int Rev Psychiatry*; 2007; 19(6): 607-615.

13. Institute of Medicine. Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Research. Washington DC: Institute of Medicine; 1994.

14. Botvin GJ, Botvin EM. School-based and community-based prevention approaches. In Lowinson J, Ruiz P, Millman R, editors. *Comprehensive Textbook of Substance Abuse*. Baltimore: Williams, Wilkins; 1997. p. 910-927.

15. Petraitis J, Flay BR, Miller TQ. Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle. *Psychol Bull*. 1995; 117(1): 67-86.

16. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά [Internet]. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά; 2011 [ανακτήθηκε 2011 Σεπτέμβριος]. Ανακτήθηκε από: <http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/EGXEIRIDIOFINaL.pdf>

17. Μηρούζος Α. «Ο εκπαιδευτικός ως λειτουργός Συμβουλευτικής & προσανατολισμού». Μια ανθρωπιστική θεώρηση της εκπαίδευσης. Αθήνα: Λύκνος; 1998.

18. Μαθικιώση-Λοίζου Μ. Συμβουλευτική Ψυχολογία. Αθήνα: Ελληνικά

Γράμματα; 1999.

19. Buhler A, Kroger C. Prevention of Substance Use. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA; 2008.

20. Κέντρο Πρόληψης της Εξάρτησης από Ναρκωτικά και Προαγωγής της Υγείας [Internet]. Τοπίνο: Κέντρο Πρόληψης της Εξάρτησης από Ναρκωτικά και Προαγωγής της Υγείας; 2007 [ανακτήθηκε 2011 Οκτώβριος]. Ανακτήθηκε από: <http://www.pyxida.org.gr/files/THGUIDEINGREEK.pdf>

21. Goleman D. Η Συναίσθηματική νοημοσύνη. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα; 1998.

22. Crone MR, Spruijt R, Dijkstra NS, Willemsen MC, Paulussen TG. Does a smoking prevention program in elementary schools prepare children for secondary school?. *Prev Med*. 2011; 52(1); 53-59.

23. Laursen B, Coy KC, Collins WA. Reconsidering changes in parent-child conflict across adolescence: A meta-analysis. *Child Dev*. 1998; 69(3): 817-832.

24. Brook JS, Brook DW, Gordon AS, Whiteman M, Cohen P. The Psychosocial Etiology of Adolescence Drug Use: A Family International Approach. *Genet Soc Gen Psych* 1990; 116(2): 113-267.

25. Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών. Έρευνα καταγραφής στάσεων και συμπεριφορών μαθητών και μαθητριών απέναντι στο κάπνισμα. Αθήνα; Ιούλιος 2014.

26. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας [Internet]. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας; 2013 [ανακτήθηκε 2013]. Ανακτήθηκε από: [http://www.esdy.edu.gr/files/016\\_Nea\\_Sxolis/Greece%20GYTS%202013%20Factsheet%20\\_Ages%2013-15\\_%CE%95%CE%9B%CE%9B.pdf](http://www.esdy.edu.gr/files/016_Nea_Sxolis/Greece%20GYTS%202013%20Factsheet%20_Ages%2013-15_%CE%95%CE%9B%CE%9B.pdf)

27. World Health Organisation. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2009: Implementing smoke-free Environments. France: World Health Organisation; 2009.

28. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας [Internet]. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας; 2013 [ανακτήθηκε 2013]. Ανακτήθηκε από: [http://www.esdy.edu.gr/files/016\\_Nea\\_Sxolis/GATS-%CE%95%CE%B-%B%CE%BB%CE%B7%CE%BD\\_Fact\\_Sheet\\_21Nov2013%20%CE%95%CE%9B%CE%9B.pdf](http://www.esdy.edu.gr/files/016_Nea_Sxolis/GATS-%CE%95%CE%B-%B%CE%BB%CE%B7%CE%BD_Fact_Sheet_21Nov2013%20%CE%95%CE%9B%CE%9B.pdf)

29. Smoke Free Greece, Για μια Ελλάδα χωρίς τσιγάρο. Ανακτήθηκε από: <http://smokefreegreece.gr/CF%80%CF%81%CF%8C%CE%B3%CF%81%CE%B1%CE%BC%CE%BC%CE%B1-heart-ii/>

30. Συμβούλιο της Ευρώπης. Εγχειρίδιο Πρόληψης Οικογενειακών, Ναρκωτικών & Καπνός. Στρασβούργο. Συμβούλιο της Ευρώπης; 1998.

31. Leonardi-Bee J, Jere ML, Britton J. Exposure to parental and sibling smoking and the risk of smoking uptake in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis. *Thorax*. 2011; 66 (10): 847-855.

32. Watzlawick P, Bavelas JB, Jackson DD. Ορισμένα δοκιμαστικά αξιώματα της επικοινωνίας. Στο: Watzlawick P, Bavelas JB, Jackson DD. Ανθρώπινη επικοινωνία και οι επιδράσεις της στην συμπεριφορά Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα; 2005. σελ. 69-73.

33. Bray JH, Hetherington EM. Families in transition: Introduction and overview. *J Fam Psychol*. 1993; 7: 3-8.

34. Ακοντοπούλου Β, Βλάχοπούλου Μ, Διονυσίου Γ, Εσαγιάν Γ, Χαχατζή Ν, Κυριακίδου Μ, και συν. «Κάπνισμα; Όχι Είμε!» Πρόγραμμα για την πρόληψη του καπνίσματος σε μαθητές Γνωστικού Εκπαιδευτικού Θεσσαλονίκης: 2014

35. Eu-Dap (European Drug Addiction prevention trial), ΟΚΑΝΑ, Πυξίδα. Πρόγραμμα πρόληψης της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών στα σχολεία, «Ξέρω τι ζητάω». Θεωρητική τεκμηρίωση και δομή των ενδημειωτικών συναντήσεων με τους γονείς; 2007, σελ. 13

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΕ ΓΟΝΕΙΣ

- 1 Otten R, Engels R, Van de Ven M, Bricker J. Parental smoking and adolescent smoking stages: The role of parents' current and former smoking, and family structure. *Journal of Behavioral Medicine* 2007; 30:143–54
- 2 Gilman, SE, Rende R, Boergers J, et al. Parental Smoking and Adolescent Smoking Initiation: An Intergenerational Perspective on Tobacco Control. *Pediatrics* 123(2): e274-e281, February 2009.
- 3 den Exter Blokland EAW, Hale WW, III, Meeus W, Engels RCME. Parental Anti-Smoking Socialization: Associations between Parental Anti-Smoking Socialization Practices and Early Adolescent Smoking Initiation. *European Addiction Research* 2006;12(1):25-32.
- 4 Hill KG, Hawkins JD, Catalano RF, Abbott RD, Guo J. Family influences on the risk of daily smoking initiation. *Journal of Adolescent Health* 2005;37(3):202-10.
- 5 Simons- Morton B, Chen R, Abroms L, Haynie DL. Latent growth curve analyses of peer and parent influences on smoking progression among early adolescents. *Health Psychology* 2004;23(6):612-21.
- 6 Simons- Morton BG. Prospective analysis of peer and parent influences on smoking initiation among early adolescents. *Prevention Science* 2002;3(4):275-83.
- 7 Cohen DA, Richardson J, LaBree L. Parenting behaviors and the onset of smoking and alcohol use: a longitudinal study. *Pediatrics* 1994;94(3):368-75.
- 8 Steinberg L, Fletcher A, Darling N. Parental monitoring and peer influences on adolescent substance use. *Pediatrics*, 1994; 93: 1060–4.
- 9 Mott JA, Crowe PA, Richardson J, Flay B. After-school supervision and adolescent cigarette smoking: contributions of the setting and intensity of after-school self-care. *Journal of Behavioral Medicine* 1999;22(1):35-58.
- 10 Peterson, A. V., Leroux, B. G., Bricker, J. B., Kealey, K. A., Marek, P. M., Sarason, I. G., and Anderson, M. R. Nine-year prediction of adolescent smoking by number of smoking parents. *Addictive Behaviours* 2006 31(5): 788–801
- 11 Leonardi-Bee J, Jere ML, Britton. Exposure to parental and sibling smoking and the risk smoking uptake in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis. *Thorax Online First*, published on February 15, 2011 as 10.1136/thx.2010.153379
- 12 Henriksen L, Jackson C. Anti-smoking socialization: Relationship to parent and child smoking status. *Health Communication* 1998; 10: 87–101.
- 13 Jackson C, Henriksen L: Do as I say: Parent smoking, anti-smoking socialization and smoking onset among children. *Addict Behaviours* 1997; 22: 107–114.
- 14 Engels RCME, Willemsen M: Communication about smoking in Dutch families: Associations between anti-smoking socialization and adolescent smoking-related cognitions. *Health Education Research* 2004; 19: 227–238.
- 15 Otten R, Engles RCME, van den Eijnden RJJM. General parenting, anti-smoking socialization and smoking onset. *Health Education Research* 2008;23:859e69.
- 16 McCool J, Cameron L, Petrie K & Robinson E. Smoking behaviour and expectations among Auckland adolescents. *NZ Med J*, 2003, 116 (1176), 478-486.
- 17 U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Young People. A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.
- 18 U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2012.
- 19 Κοκκέβη Α., Φωτίου Α., Ξανθάκη Μ., Καναβού Ε. Εξαρτησιογόνες ουσίες στην εφηβεία. Σειρά Θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Αθήνα, 2011
- 20 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013
- 21 Hughes JR, Gulliver SB, Ferwick JW, Valliere WA, Cruser K, Pepper S, Shea P, Solomon LJ, Flynn BS. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychology* 1992; 11(5):331-5
- 22 Hatsukami DK, Stead LF, Gupta PC. Tobacco addiction. *The Lancet* 2008;371(9629):2027-38.
- 23 Ευθυμίου Κ., Σοφιανοπούλου Α., (επιμ.) Διακοπή καπνίσματος. Αρχιτέλλας, Αθήνα. 2007
- 24 Mayhew, K., Flay, B. R., & Mott, J. A. Stages in the development of adolescent smoking. *Drug & Alcohol Dependence*, 2000, 59, S61-S81.]
- 25 WHO Europe evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. Raw M, Anderson P, Batra A, et al. *Tobacco Control* 2002;11:44–6
- 26 U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014 [accessed 2014 Apr 11].
- 27 World Health Organisation (WHO). *The European Tobacco Control Report*. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 2007
- 28 Παθητικό Κάπνισμα <http://smokefreegreece.gr/>
- 29 D. Wright, V. Hanson, P., Foss & D., Mulheron Smoke screen: a smoking prevention resource for Stage 3. Curriculum support material for Stage 3 Personal Development, Health and Physical Education, 2001 New South Wales Department of Education and Training, Student Services and Equity Programs.
- 30 Centers for Disease Control and Prevention. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*, 2006
- 31 U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Young People. A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): U.S.

Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994

**32.** Tyas, S. L., & Pederson, L. L. Psychosocial factors related to adolescent smoking: A critical review of the literature. *Tobacco Control*, 1998, 7, 409-420.

**33.** Griffin KW, Botvin GJ. Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2010;19(3): 505–26

**34.** Darling, N., & Cumsille, P. Theory, measurement and methods in the study of family influences on adolescent smoking. *Addiction*, (2003). 98, 21-36.

**35.** Scragg R, Laugesen M, Robinson E. Parental smoking and related behaviours influence adolescent tobacco smoking: results from the 2001 New Zealand national survey of 4th form students. *New Zealand Medical Journal*, 2003, 116(1187):U707.

**36.** Buller, D. B., Borland, R., Woodall, W. G., Hall, J. R., Burris-Woodall, P., & Voeks, J. H. Understanding factors that influence smoking uptake. *Tobacco Control*, 2003, 12, iv16-iv25.

**37.** Wakefield MA, Chaloupka FJ, Kaufman NJ, Orleans CT, Barker DC, Ruel EE. Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study. *BMJ*. 2000;321:333-7. [PMID:10926588]

**38.** Sargent, J.D. & Dalton, M. Does parental disapproval of smoking prevent adolescents from becoming established smokers? *Pediatrics*, 2001.108, 1256-1262.

**39.** Krohn MD, Massey JL, Skinner WF, Lauer RM. Social bonding theory and adolescent cigarette smoking: A longitudinal analysis. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983; 24(4):337–349. [PubMed: 6668413]

**40.** Matsueda RL, Heimer K. Race, family structure and delinquency: A test of differential association and social control theories. [Article]. *American Sociological Review*. 1987; 52(6):826–840.

**41.** Harakeh Z, Scholte RH, de Vries H, Engels RC. Parental rules and communication: Their association with adolescent smoking. *Addiction*. 2005; 100(6):862–870.

**42.** Simons-Morton BG. The protective effect of parental expectations against early adolescent smoking initiation. *Health Education Research*. 2004; 19(5):561–569.

**43.** Simons-Morton BG, Farhat T. Recent findings on peer group influences on adolescent smoking. *Journal of Primary Prevention*. 2010; 31(4):191–208.

**44.** Stanton B, Cole M, Galbraith J, Li X, Pendleton S, Cottrel L, et al. Randomized trial of a parent intervention: Parents can make a difference in long-term adolescent risk behaviors, perceptions, and knowledge. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2004; 158(10):947–955

**2.** GYTS: Global Youth Tobacco Survey (GYTS) Fact sheet: Greece 2013. Athens, National School of Public Health, University of Thessaly, World Health Organisation & US CDC Foundation, 2014 ([www.nsph.gr/default.aspx?page=home](http://www.nsph.gr/default.aspx?page=home)), (ΠΕΚ-Πρόγραμμα για τον Έλεγχο της Καρβιτσικής Συμπίεσης), accessed June 2014.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 18

### ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

