



ΠΑΙΔΕΙΑ ΓΙΑ ΕΝΑΝ ΚΟΣΜΟ ΧΩΡΙΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΚΔΟΣΗ

ΑΘΗΝΑ
2019

ΕΚΔΟΤΗΣ: ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΜΠΕΧΡΑΚΗΣ


George D. Behrakis
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ



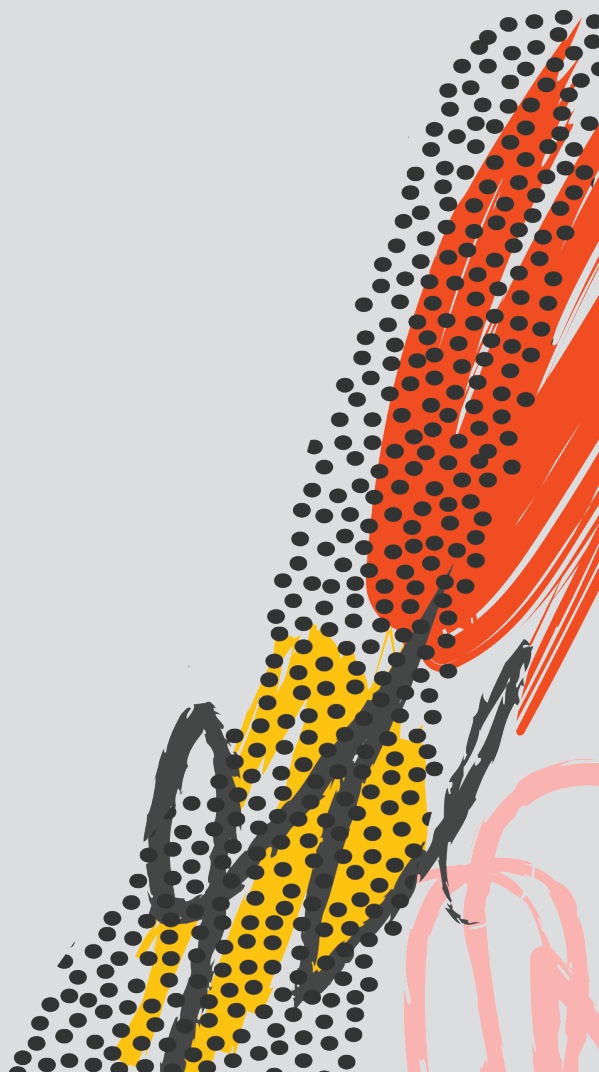
ΧΟΡΗΓΙΑ ΕΚΤΥΠΩΣΗΣ



ΙΔΡΥΜΑ
ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗΣ
ΛΑΣΚΑΡΙΔΗ

ΠΑΙΔΕΙΑ ΓΙΑ ΕΝΑΝ ΚΟΣΜΟ ΧΩΡΙΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

ΑΘΗΝΑ
2019
ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΚΔΟΣΗ



ΠΑΙΔΕΙΑ ΓΙΑ ΕΝΑΝ ΚΟΣΜΟ ΧΩΡΙΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Επιμέλεια έκδοσης

**ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΜΠΕΧΡΑΚΗΣ
ΒΑΣΩ ΕΥΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ
ANNA ΤΖΩΡΤΖΗ**

*Σχεδιασμός layout εντύπου & εικαστική επιμέλεια
γραφημάτων/εικόνων*

A3 RESIZING IDEAS

Διόρθωση κειμένων

ΜΑΡΙΑ ΚΟΥΡΟΥ

Εκτύπωση

DATA PRINT

Δεύτερη έκδοση, Αθήνα 2019

ΔΙΑΝΕΜΕΤΑΙ ΔΩΡΕΑΝ

*Το βιβλίο μπορείτε να το βρείτε, σε μορφή pdf,
στο www.smokefreegreece.gr*

Το παρόν αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του George D. Behrakis Research Lab της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας και προστατεύεται σύμφωνα με τις διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας (Ν2121/1993, όπως εκάστοτε ισχύει) και τις διεθνείς συμβάσεις περί πνευματικής ιδιοκτησίας.

Επιτρέπεται η εν όλω ή εν μέρει αναπαραγωγή του, μόνον κατόπιν μνείας της πηγής, για αυστηρά μη κερδοσκοπικούς εκπαιδευτικούς σκοπούς.

George D. Behrakis RESEARCH LAB

Ηπίτου 17B, Πλάκα | 210 647 0056 - 210 600 9800

 www.smokefreegreece.gr | www.researchlab.gr

 SmokefreeGreece

Αφιερώνεται σε όλους τους εκπαιδευτικούς

Πρόλογος

Παναγιώτης Μπεχράκης
ΣΕΛ. 6-7

01 Κάπνισμα και επιπτώσεις στην υγεία

Βασίλειος Κ. Βαρβαρήγος, Άννα Τζώρτζη
ΣΕΛ. 8-33

02 Εξάρτηση και εθισμός στο κάπνισμα

Αθανασία Γ. Λιοζίδου
ΣΕΛ. 34-59

03 Κάπνισμα και κύηση

Ανδριανή Λουκοπούλου
ΣΕΛ. 60-77

04 Παθητικό κάπνισμα

Χρυσούλα Κ. Μπαρμπούτη, Βάσω Ευαγγελοπούλου
ΣΕΛ. 78-91

05 Σύγχρονη προσέγγιση διακοπής του καπνίσματος

Αθανασία Πατάκα
ΣΕΛ. 92-103

06 Νέες τάσεις στη χρήση καπνικών προϊόντων

Άννα Τζώρτζη
ΣΕΛ. 104-129

07 Marketing, διαφήμιση και lifestyle στην προώθηση του καπνίσματος

Παναγιώτης Αρκουμανέας
ΣΕΛ. 130-153

08

**Το κάπνισμα ως αντικείμενο
της οικονομικής επιστήμης**

Κώστας Αθανασάκης, Ηλίας Κυριόπουλος
ΣΕΛ. 154-165

09

**Ιστορική αναδρομή και ισχύουσα νομοθεσία
για τον καπνό και τα συναφή προϊόντα**

Ευστράτιος Σκοπελίτης
ΣΕΛ. 166-201

10

**Σύγχρονες πρακτικές και προσεγγίσεις στην πρόληψη
του καπνίσματος στη σχολική κοινότητα**

Σωτηρία Μακαρώνη
ΣΕΛ. 202-223

11

**Μεθοδολογία προληπτικής παρέμβασης για το
κάπνισμα σε μαθητές δημοτικού σχολείου**

Αρχοντούλα Αλεξάκη-Αναστασοπούλου
ΣΕΛ. 224-237

12

**Μεθοδολογία προληπτικής παρέμβασης για
το κάπνισμα σε μαθητές Γυμνασίου & Λυκείου**

Βασιλική Αλεξάκη
ΣΕΛ. 238-259

13

**Συχνές ερωτήσεις των μαθητών και απαντήσεις
για την πρόληψη του καπνίσματος**

Βασιλική Αλεξάκη, Αρχοντούλα Αλεξάκη-Αναστασοπούλου
ΣΕΛ. 260-269

14

**Συμβουλευτική γονέων για την πρόληψη του
καπνίσματος - Σύνδεση σχολείου & οικογένειας**

Όλγα Ζούζουλα
ΣΕΛ. 270-303

15

**Μεθοδολογία βραχείας ψυχοεκπαιδευτικής
προληπτικής παρέμβασης για το κάπνισμα σε γονείς**

Σωτηρία Μακαρώνη, Αρχοντούλα Αλεξάκη-Αναστασοπούλου
ΣΕΛ. 304-319

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η ΕΠΙΤΑΚΤΙΚΗ ΑΝΑΓΚΗ για ανανεωμένα και επικαιροποιημένα δεύτερη έκδοση του βιβλίου μας, **«Παιδεία για Έναν Κόσμο Χωρίς Κάπνισμα»**, επιβεβαιώνει τον ουσιαστικό του ρόλο ως απαραίτητου εκπαιδευτικού εργαλείου για τη διαμόρφωση μιας νέας κουλτούρας και σύγχρονης κοινωνικής στάσης απέναντι στο μεγάλο πρόβλημα του καπνίσματος.

Η έκδοση του βιβλίου συμπίπτει με τον νέο νόμο για το παθητικό κάπνισμα, ο οποίος τελεί υπό δημοσίευση στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και ανοίγει μια νέα εποχή για την προστασία της Δημόσιας Υγείας στη χώρα μας.

Το κάπνισμα δεν είναι απλώς μια «συνήθεια». Η χρήση προϊόντων καπνού είναι μια σκληρή εξάρτηση, είναι νόσος, είναι η μεγαλύτερη επιδημία όλων των εποχών. ►

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Κ. ΜΠΕΧΡΑΚΗΣ

*Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος,
τ. Αν. Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών
και Harvard, Διευθυντής Ινστιτούτου
Δημόσιας Υγείας - Αμερικανικό Κολλέγιο
της Ελλάδος*

Την τελευταία δεκαετία στην Ελλάδα, για την προληπτική αντιμετώπιση της καπνιστικής νόσου, έχει χρησιμοποιηθεί ένα μείγμα επιστήμης, επικοινωνίας και εκπαίδευσης μέσω της πρωτοβουλίας **SMOKEFREEGREECE**, η οποία υλοποιείται με τη βασική χορηγία του **Behrakis Foundation** της Βοστώνης και φορείς σήμερα το **George D. Behrakis Ερευνητικό Εργαστήριο της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας** και το **Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας του Αμερικανικού Κολλεγίου Ελλάδος**. Σε συνεργασία με την έξοχη εκπαιδευτική κοινότητα της χώρας και την ενεργό υποστήριξη και αιγίδα του **Προέδρου της Ελληνικής Δημοκρατίας Κυρίου Προκοπίου Παυλοπούλου**, η πρωτοβουλία SMOKEFREEGREECE έχει σχεδιάσει και πραγματοποιεί ένα μεγάλο σε όγκο και χρονική διάρκεια έργο προληπτικών παρεμβάσεων για το κάπνισμα στη σχολική ηλικία.

Αποτέλεσμα του έργου αυτού είναι ότι η χώρα μας από τη θλιβερή θέση της παγκόσμιας «πρωτιάς» στο κάπνισμα έχει περάσει στη διεθνή πρωτοπορία για την αντιμετώπισή του.

Με θετικά μηνύματα, χωρίς φοβιστικές εικόνες και απειλές, με χαρούμενα χρώματα και έξυπνα συνθήματα, μαθητές και καθηγητές συγκροτούν σήμερα τον πυρήνα ανατροπής ξεπερασμένων στάσεων, που κατευθύνει την κοινωνία με γνώση και θετικές επιλογές στην επαναδιαχείριση του προβλήματος που λέγεται «κάπνισμα».

Και αυτή είναι η συμβολή του παρόντος βιβλίου, που η ολοκλήρωσή του είναι προϊόν επίπονης δουλειάς μιας ομάδας εξαιρετων επιστημόνων, συνεργατών της πρωτοβουλίας SMOKEFREEGREECE, προς τους οποίους και απευθύνω πολύ θερμές ευχαριστίες.

Ευχαριστώ τους εκλεκτούς συγγραφείς των επιμέρους κεφαλαίων, που, με την επιστημονική επιμέλεια των πνευμονολόγων Βάσως Ευαγγελοπούλου και Άννας Τζώρτζη, τον δημιουργικό σχεδιασμό βιβλίου και εξωφύλλου της Ηρώς Μακρυνάκη και Χαράς Βιδοπούλου, τη φιλολογική επιμέλεια της Μαρίας Κούρου και την εκδοτική υποστήριξη του Ιδρύματος Αικατερίνης Λασκαρίδη, δημιούργησαν ένα επιστημονικό σύγγραμμα πολύ υψηλών απαιτήσεων.

Το μήνυμα «**Παιδεία για Έναν Κόσμο Χωρίς Κάπνισμα**», ιδιαίτερα επίκαιρο, με αφιέρωση σε όλους τους εκπαιδευτικούς, παίρνει μια νέα μορφή και απευθύνεται πηχρά σε όλη την ελληνική κοινωνία. ■

ΚΕΦΑΛΑΙΟ

01

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ Κ. ΒΑΡΒΑΡΗΓΟΣ

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

ANNA TZORTZI, MD, FCCP

*Πνευμονολόγος, Επιστημονική Διευθύντρια
στο George D. Behrakis Ερευνητικό Εργαστήριο
- Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αναπληρώτρια
Διευθύντρια στο Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας
- Αμερικανικό Κολλέγιο Ελλάδος*

Το κάπνισμα αντιπροσωπεύει τη συνηθέστερη και ισχυρότερη εξαρτησιογόνο συμπεριφορά του ανθρώπου τα τελευταία τετρακόσια χρόνια περίπου¹.

Οι πρώτες ενδείξεις της βλαπτικής του επίδρασης άρχισαν να διαφαίνονται πριν από διακόσια χρόνια, αλλά αγνοήθηκαν. Μόλις το 1950 δημοσιεύτηκαν στοιχεία για πέντε περιπτώσεις ασθενών οι οποίες συνέδεαν τον καρκίνο του πνεύμονα με το κάπνισμα, ενώ πολύ αργότερα άρχισε να αντιμετωπίζεται το κάπνισμα ως πρόβλημα για τη δημόσια υγεία. Συγκεκριμένα, η πρώτη αναφορά του επικεφαλής των υγειονομικών υπηρεσιών των ΗΠΑ (Surgeon General's Report) δημοσιοποιήθηκε το 1964 και η πρώτη Θέση Ομοφωνίας σχετικά με τις επιπτώσεις στην υγεία από την Αμερικανική Θωρακική Εταιρεία (American Thoracic Society) εκδόθηκε δύο δεκαετίες αργότερα².

Για την κατανόηση της σημασίας της καθυστέρησης αυτής, αξίζει να αναφερθεί ένα πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό του καπνίσματος, η χρονική υστέρηση (time-lag effect). Ο όρος αυτός αναφέρεται στο γεγονός ότι μεσολαβεί, συνήθως, ένα πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα (μία με δύο δεκαετίες) από την έναρξη της έκθεσης στον καπνό έως την εμφάνιση των συνεπειών. Αυτή η χρονική υστέρηση δημιουργεί συχνά εσφαλμένες εντυπώσεις ασφαλείας στο κοινό². Στην πράξη, η βλαπτική επίδραση αρχίζει από το πρώτο τσιγάρο και εξελίσσεται αθροιστικά, καθώς είναι δόσο-και χρονο-εξαρτώμενη (dose dependent, duration dependent)². Για αυτό τον λόγο είναι προφανές ότι δεν υπάρχει ασφαλές επίπεδο καπνίσματος, ούτε ασφαλές επίπεδο παθητικής έκθεσης³. Η μόνη ασφαλής οδός είναι η αποχή από το κάπνισμα και την παθητική έκθεση στον καπνό των άλλων.

Το κάπνισμα δεν αποτελεί συνήθεια, αλλά χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο, ταξινομείται δε σύμφωνα με τη Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD10) ως ψυχική διαταραχή και διαταραχή συμπεριφοράς λόγω χρήσης καπνού, με κωδικό F17⁴.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), το 2008, όρισε το κάπνισμα ως τη μεγαλύτερη επιδημία όλων των εποχών και ως τη δεύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως. Εκτιμάται ότι, συνεχίζοντας με αυτά τα δεδομένα, το 2030 το κάπνισμα θα ευθύνεται για περισσότερο από 9.000.000 θανάτους ετησίως¹.

Σήμερα στην Ελλάδα γίνεται στοχευμένη προσπάθεια με παρεμβάσεις στη μαθητική κοινότητα για την πρόληψη του καπνίσματος. Τα μέχρι τώρα στοιχεία είναι ενθαρρυντικά, καθώς φαίνεται να μειώνονται τα ποσοστά των νεαρών καπνιστών, δημιουργώντας αισιοδοξία για το μέλλον.

Σε κάθε παρέμβαση για το κάπνισμα στο σχολικό περιβάλλον, κρίνεται σκόπιμο ο εισηγητής (εκπαιδευτικός, επαγγελματίας υγείας) να έχει μια καλά τεκμηριωμένη γνώση των επιπτώσεων του καπνίσματος στην υγεία. Στο παρόν κεφάλαιο γίνεται αναφορά στα επιβλαβή συστατικά του καπνού και παρουσιάζονται οι βασικές συνέπειες του ενεργητικού καπνίσματος (active smoking) στην υγεία του ανθρώπου και του περιβάλλοντος. Οι επιπτώσεις του δευτερογενούς και τριτογενούς παθητικού καπνίσματος (passive smoking) αναλύονται στο οικείο κεφάλαιο.

ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ

Ο ΚΑΠΝΟΣ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ περιέχει ένα μείγμα 7.000 διαφορετικών χημικών ουσιών, με τις 250 από αυτές να έχουν επιβεβαιωμένη τοξικότητα και οι 70 καρκινογενετικές επιδράσεις (Πίνακας 1, Πίνακας 2).

Πίνακας 1

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

ΚΑΡΚΙΝΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Φορμαλδεΰδη (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 (παισιότερη 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).

Πίνακας 2

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ βλαβερών και πιθανώς βλαβερών συστατικών που εντοπίζονται σε προϊόντα καπνού και στον εισπνεόμενο από αυτά καπνό (αλφαβητική σειρά). Με έντονη γραφή παρουσιάζονται οι 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.

Σημείωση: 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 ως εργασία να βρουν περισσότερες πληροφορίες για αυτές ή να παρουσιάσει τον πίνακα στο σύνολό του, τονίζοντας με αυτό τον τρόπο την έκταση της τοξικότητας του καπνού των τσιγάρων.

Α/Α	ΣΥΣΤΑΤΙΚΟ	ΔΡΑΣΗ	Α/Α	ΣΥΣΤΑΤΙΚΟ	ΔΡΑΣΗ
1	Αιθυλενοβενζόλιο	ΚΑ	11	3MeA-a-C (2-αμινο3-μεθυλο)- 9Ηπυριδο[2,3-b]ινδόλιο)	ΚΑ
2	Αιθυλενοξειδίο	ΔΑ, ΔΑΑ, ΚΑ	12	A-a-C (2-αμινο-9 Ηπυριδο[2,3-b]ινδόλη)	ΚΑ
3	Αιθυλοκαρβαμίδιο (ουραιθάνη)	ΔΑΑ, ΚΑ	13	PhIP (2-άμινο-1-μέθυλ- 6-φαίνυλομιδαζο[4,5-b] πυριδίνιο)	ΚΑ
4	Ακεταλδεϋδη	ΔΑ, ΕΘ, ΚΑ	14	Trp-P-1 (3-αμινο1,4- διμεθυλο-5Ηπυρι- δο[4,3-b]ινδόλιο)	ΚΑ
5	Ακεταμίδη	ΚΑ	15	4-αμινοδιφαινύλιο	ΚΑ
6	Ακετόνη	ΔΑ	16	Glu-P-2 (2-αμινοδιπυρι- λο[1,2-a:3',2'-d] ιμιδαζόλιο)	ΚΑ
7	Ακρολεΐνη	ΔΑ, ΔΚ	17	1-αμινοναφθαλίνη	ΚΑ
8	Ακρυλαμίδη	ΚΑ	18	2-αμινοναφθαλίνη	ΚΑ
9	Ακρυλονιτρίλιο	ΔΑ, ΚΑ	19	Αμμωνία	ΔΑ
10	3IQ (2-άμινο-3-μεθυλι- μιδαζο[4,5-f]κινολίνιο)	ΚΑ	20	Αναβασίνη	ΕΘ

Α/Α	ΣΥΣΤΑΤΙΚΟ	ΔΡΑΣΗ	Α/Α	ΣΥΣΤΑΤΙΚΟ	ΔΡΑΣΗ
21	ο-ανισιδίνη	ΚΑ	45	Καφεϊκό οξύ	ΚΑ
22	Αρσενικό	ΔΑΑ, ΔΚ, ΚΑ	46	Κινολίνη	ΚΑ
23	Αφλατοξίνη Β1	ΚΑ	47	Κοβάλτιο	ΔΚ, ΚΑ
24	Βενζο[α]ανθρακένιο	ΔΚ, ΚΑ	48	Κουμαρίνη: Απαγορευμένη στα τρόφιμα	
25	Βενζο[β]φθοροανθένιο	ΔΚ, ΚΑ	49	Κρεσόλες	ΔΑ, ΚΑ
26	Βενζο[σ]φαινανθρένιο	ΚΑ	50	Κροτοναλδεϋδη	ΚΑ
27	Βενζο-ακετυλο-αιθυλένιο	ΚΑ	51	Κυκλοπεντα[σ,δ]πυρένιο	ΚΑ
28	Βενζο[κ]φθοροανθένιο	ΔΚ, ΚΑ	52	μεθυλ Trp-P-2 (1-μεθυλ-3-αμινο-5Ηπυριδο[4,3-β]ινδόλιο)	ΚΑ
29	Βενζο[α]πυρένιο	ΚΑ	53	Μεθυλαιθυλοκετόνη	ΔΑ
30	Βενζο[β]φουράνιο	ΚΑ	54	Glu-P-1 (2-άμινο-6-μεθυλοδιπυριλο[1,2-α:3',2'-d]ιμιδαζόλιο)	ΚΑ
31	Βενζόλιο	ΔΑΑ, ΔΚ, ΚΑ	55	5-μεθυλοχρυσένιο	ΚΑ
32	Βηρύλλιο	ΚΑ	56	Μόλυβδος	ΔΑΑ, ΔΚ, ΚΑ
33	Βινυλοχλωρίδιο	ΔΑ, ΚΑ	57	Μονοξειδίο του άνθρακα	ΔΑ
34	1,3-βουταδιένιο	ΔΑ, ΔΑΑ, ΚΑ	58	Ναφθαλένιο	ΔΑ, ΚΑ
35	Διβενζο[α,ε]πυρένιο	ΚΑ	59	Νικέλιο	ΔΑ, ΚΑ
36	Διβενζο[α,η]ανθρακένιο	ΚΑ	60	Νικοτίνη	ΔΑΑ, ΕΘ
37	Διβενζο[α,η]πυρένιο	ΚΑ	61	Νιτροβενζόλιο	ΔΑ, ΔΑΑ, ΚΑ
38	Διβενζο[α,ι]πυρένιο	ΚΑ	62	N-νιτροδιαιθανολαμίνη (NDELA)	ΚΑ
39	Διβενζο[α,λ]πυρένιο	ΚΑ	63	N-νιτροδιαιθυλαμίνη	ΚΑ
40	διμεθυλο 2,6-διμεθυλο-ανιλίνη	ΚΑ	64	N-νιτροδιμεθυλαμίνη (NDMA)	ΚΑ
41	Ινδενο[1,2,3-cd]πυρένιο	ΚΑ	65	Νιτρομεθάνιο	ΚΑ
42	Ισοπρένιο	ΚΑ	66	N-νιτρομεθυλαιθυλαμίνη	ΚΑ
43	Κάδμιο	ΔΑ, ΔΑΑ, ΚΑ	67	N-νιτρομορφολίνη (NMOR)	ΚΑ
44	Κατεχόλη	ΚΑ	68	N-νιτρονορνικοτίνη (NNN)	ΚΑ

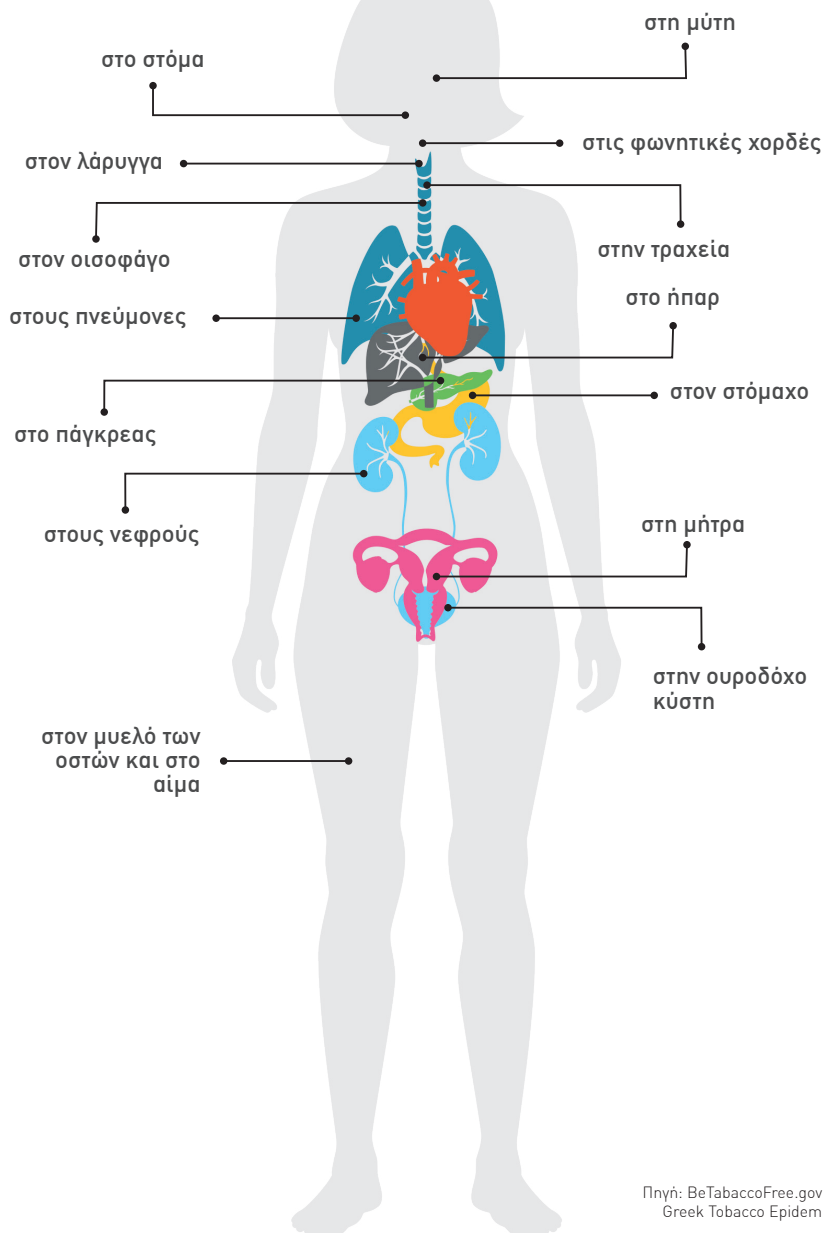
Α/Α	ΣΥΣΤΑΤΙΚΟ	ΔΡΑΣΗ	Α/Α	ΣΥΣΤΑΤΙΚΟ	ΔΡΑΣΗ
69	N-νιτροπιπεριδίνη (NPIP)	ΚΑ	81	Στυρένιο	ΚΑ
70	2-νιτροπροπάνιο	ΚΑ	82	ο-τολουϊδίνη	ΚΑ
71	N-νιτροπυρολιδίνη (NPYR)	ΚΑ	83	Τολουένιο	ΔΑ, ΔΑΑ
72	N-νιτροσαρκοζίνη (NSAR)	ΚΑ	84	Υδραζίνη	ΔΑ, ΚΑ
73	NNK	ΚΑ	85	Υδράργυρος	ΔΑΑ, ΚΑ
74	Νορνικοτίνη	ΕΘ	86	Υδροκυάνιο	ΔΑ, ΔΚ
75	Ουράνιο-235	ΔΑ, ΚΑ	87	Φαινόλη	ΔΑ, ΔΚ
76	Ουράνιο-238	ΔΑ, ΚΑ	88	Φορμαλδεϋδη	ΔΑ, ΚΑ
77	Πολώνιο-210	ΚΑ	89	Φουράνιο	ΚΑ
78	Προπιονοαλδεϋδη	ΔΑ, ΔΚ	90	Χλωριωμένες διοξίνες /φουράνια	ΔΑΑ, ΚΑ
79	Προπυλενοξειδίο	ΔΑ, ΚΑ	91	Χρυσένιο	ΔΚ, ΚΑ
80	Σελήνιο	ΔΑ	92	Χρώμιο	ΔΑ, ΔΑΑ, ΚΑ

Πηγή: Οργανισμός Τροφίμων & Φαρμάκων των ΗΠΑ

Όταν ένας άνθρωπος εισπνέει τον καπνό του τσιγάρου, οι τοξικές ουσίες φτάνουν στους πνεύμονες και περνούν στην κυκλοφορία του αίματος. Μέσω της κυκλοφορίας εξαπλώνονται σε όλο τον οργανισμό σε ελάχιστο χρόνο. Για να γίνει κατανοητή η ταχύτητα εξαπλώσεως 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 εγκέφαλο⁵.

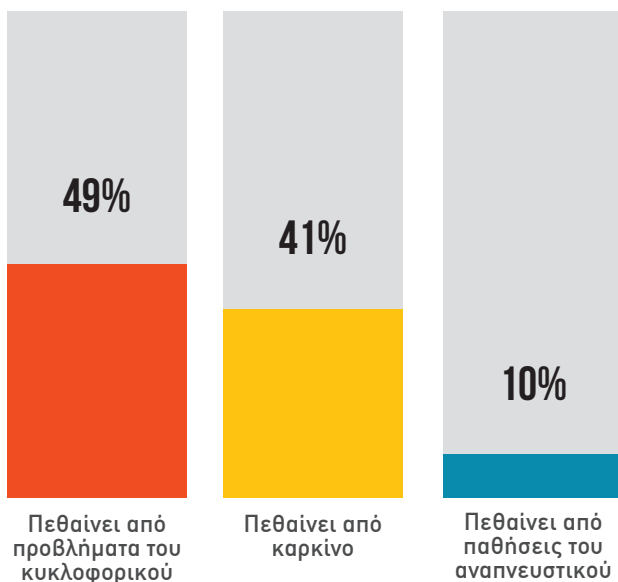
Όταν οι τοξικές ουσίες του καπνού έρχονται σε επαφή με τους ιστούς του ανθρώπινου οργανισμού, προκαλούν βλάβες⁶. Ο οργανισμός βρίσκεται σε έναν διαρκή αγώνα δρόμου στην προσπάθειά του να επιδιορθώσει τις βλάβες αυτές. Κάθε φορά όμως που εκτίθεται, ενεργητικά ή παθητικά, στον καπνό του τσιγάρου, μένει όλο και πιο πίσω σε αυτό τον αγώνα, με τις βλάβες να συσσωρεύονται και την πιθανότητα εμφάνισης ασθένειας να αυξάνεται⁶.

Το κάπνισμα επηρεάζει το ανθρώπινο σώμα:



ΕΙΚΟΝΑ 1: Επίδραση του καπνίσματος στο ανθρώπινο σώμα.

Με αυτό τον τρόπο το κάπνισμα βλάπτει κάθε όργανο του ανθρώπινου οργανισμού (Εικόνα 1 και Εικόνα 2). Ευθύνεται δε για περισσότερους από 19.000 θανάτους ετησίως στη χώρα μας (από ένα σύνολο 150.000 θανάτων περίπου)⁷. Δηλαδή το 18% των θανάτων στη χώρα μας σχετίζεται με το κάπνισμα.



ΕΙΚΟΝΑ 2: Επίδραση του καπνίσματος στην ανθρώπινη υγεία.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι όσοι καπνίζουν ελαφρά (τα λεγόμενα «light» τσιγάρα) εκτίθενται στις ίδιες χημικές ουσίες που περιέχουν όλα τα τσιγάρα (βλ. Πίνακα 1 και Πίνακα 2) και πιθανόν στις ίδιες ποσότητες, μην έχοντας κάποιο ιδιαίτερο όφελος για την υγεία τους⁸⁻¹².

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ**ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ****● ΒΛΑΒΕΣ ΑΕΡΟΦΟΡΩΝ ΟΔΩΝ**

- Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (χρόνια βρογχίτιδα, εμφύσημα)
- Επιδείνωση Άσθματος

● ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ**ΕΞΩΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ****● ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

- Αθηρωμάτωση
- Υπέρταση
- Στεφανιαία Νόσος
- Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια
- Περιφερική Αρτηριοπάθεια

● ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

- Απορρύθμιση, επιπλοκές

● ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- Χρόνια φλεγμονή
- Αυτοάνοσα νοσήματα

● ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗΣ - ΠΗΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ**● ΟΡΑΣΗ**

- Εκφύλιση ωχράς κηλίδας
- Καταρράκτης
- Βλάβη οπτικού νεύρου

● ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ

- Δυσχρωμία δοντιών
- Τερηδόνα
- Περιοδοντική νόσος

● ΔΕΡΜΑ και ΟΣΤΑ

- Ξηρότητα δέρματος
- Δυσχρωμία
- Πρόωρη γήρανση
- Μείωση οστικής πυκνότητας
- Οστεοπόρωση

● ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΑΛΛΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

- Λάρυγγα
- Οισοφάγου
- Στομάχου
- Ήπατος
- Παχέος εντέρου
- Μαστού
- Ουροδόχου κύστεως

● ΚΥΗΣΗ

- Επιπλοκές κύησης
- Λιποβαρές νεογνό
- Συγγενείς ανωμαλίες
- Περιγεννητική θνησιμότητα
- Σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου
- Διαταραχές συμπεριφοράς

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΕΣ**● ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ ΔΑΣΩΝ****● ΡΥΠΑΝΣΗ ΥΠΕΔΑΦΟΥΣ, ΥΔΑΤΙΝΟΥ ΟΡΙΖΟΝΤΑ ΑΠΟ ΦΥΤΟΦΑΡΜΑΚΑ****● ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ ΟΙΚΟΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΟΞΙΚΑ ΑΠΟΒΛΗΤΑ**

Νικοτίνη

ΤΟ ΚΥΡΙΟΤΕΡΟ ΚΑΙ ΑΚΡΩΣ εξαρτησιογόνο συστατικό του τσιγάρου είναι η νικοτίνη, ένα αλκαλοειδές μόριο με ισχυρή ψυχοτρόπο δράση το οποίο συναντάται στα φύλλα του καπνού (*Nicotiana tabacum*) και κάποιων άλλων φυτών¹³⁻¹⁴.

Αν και για τον εθισμό στη νικοτίνη συμβάλλουν πολλοί παράγοντες, καθοριστικής σημασίας είναι η οδός χορήγησης. Το τσιγάρο και τα διάφορα καιόμενα και μη καιόμενα καπνικά προϊόντα αντιπροσωπεύουν τον πιο εξαρτησιογόνο τρόπο, καθώς ο σχεδιασμός και η κατασκευή τους στοχεύουν στην ανάπτυξη και τη συντήρηση του εθισμού¹⁴.

Οι φαρμακολογικές δράσεις της νικοτίνης οφείλονται στη συμπαθομιμική της ιδιότητα, η οποία συντελεί στην έκκριση κατεχολαμινών (οι λεγόμενες «ορμόνες του στρες»), με αποτέλεσμα να επηρεάζονται η καρδιακή λειτουργία, η συσταλτικότητα του μυοκαρδίου και η αρτηριακή πίεση¹⁴.

Ιδιαίτερα επικίνδυνη αποδεικνύεται η έκθεση του ατόμου στη νικοτίνη σε αναπτυξιακά ευαίσθητες φάσεις της ζωής του, όπως κατά την ενδομήτριο ζωή και την εφηβεία. Έχει καταγραφεί ότι προκαλεί τερατογενέσεις σε αναπτυσσόμενα έμβρυα και επιδρά αρνητικά στην ανάπτυξη του εγκεφάλου των εφήβων¹⁵.

Σε σχέση με τον ρόλο της νικοτίνης στην καρκινογένεση, δεν υπάρχουν αποδείξεις για άμεση εμπλοκή. Ωστόσο, έρευνες σε ζωικά μοντέλα δείχνουν ότι η νικοτίνη προάγει την ανάπτυξη όγκων¹⁴ και σχετίζεται, πιθανότατα, με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου της στοματικής κοιλότητας, του οισοφάγου και του παγκρέατος¹⁵. Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι έχουν υπάρξει δυνητικά θανατηφόρες δηλητηριάσεις από νικοτίνη. Αυτές αφορούν κυρίως σε παιδιά και είχαν προκληθεί είτε από κατάποση τσιγάρων είτε από άμεση λήψη της ουσίας, π.χ., από το υγρό αναπλήρωσης των ηλεκτρονικών τσιγάρων¹⁴.

Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία μπορεί να ταξινομηθούν σε σχέση με:

- Τον χρόνο εμφάνισης, σε άμεσες και μακροπρόθεσμες.
- Το σύστημα που επηρεάζεται, σε αναπνευστικές και εξωπνευμονικές.
- Την υγεία του πλανήτη, σε περιβαλλοντικές.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ είναι η πύλη εισόδου και το κατεξοχήν σύστημα-στόχος. Το κάπνισμα διαταράσσει τη δομή και την άμυνα του αναπνευστικού συστήματος, οδηγώντας στην εμφάνιση σοβαρών νόσων, συχνά με δυσμενή εξέλιξη.

Βλάβες στις αεροφόρους οδούς

ΟΙ ΑΕΡΟΦΟΡΟΙ ΟΔΟΙ του αναπνευστικού συστήματος καλύπτονται από μικροσκοπικές βλεφαρίδες (κροσσούς). Οι κροσσοί αυτοί κινούνται διαρκώς, βοηθώντας στην αποβολή της παραγόμενης βλέννης και μαζί 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 οδούς¹⁶. Το κάπνισμα καταστρέφει τους κροσσούς¹⁷⁻²¹. Το αποτέλεσμα είναι οι κατεστραμμένοι κροσσοί να μην μπορούν να απομακρύνουν την παραγόμενη βλέννη, η οποία αρχίζει να λιμνάζει στους πνεύμονες και το άτομο, στην προσπάθειά του να την αποβάλει, εμφανίζει τον «βήχα του καπνιστή»⁶.

Όταν ένας καπνιστής σταματήσει να καπνίζει, σταματάει να βλάπτει τους κροσσούς και σταδιακά ο βήχας και τα πτύελα μειώνονται. Μερικούς μήνες μετά τη διακοπή του καπνίσματος, η βελτίωση στην αναπνευστική ικανότητα αρχίζει να γίνεται ορατή⁶.

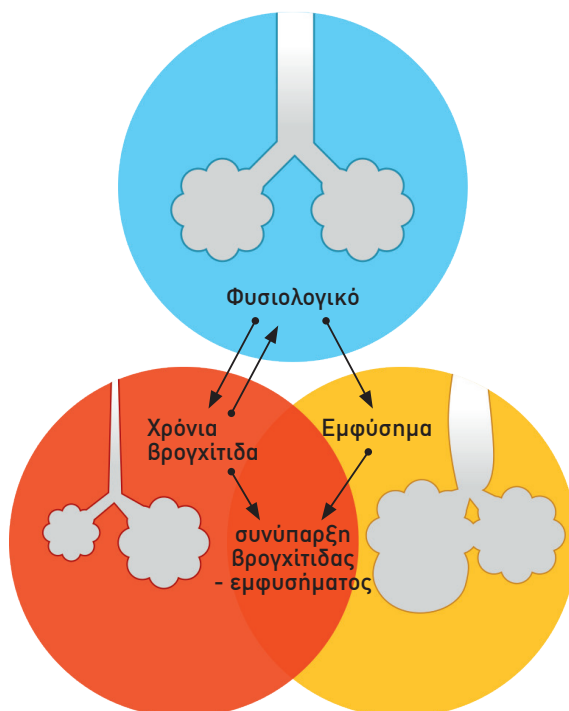
Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

Η ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ (ΧΑΠ) είναι μια χρόνια εξελισσόμενη, φλεγμονώδης διαδικασία στην περιφέρεια του αναπνευστικού συστήματος (περιφερικοί αεραγωγοί και πνευμονικό παρέγχυμα), που οφείλεται στην επίδραση διαφόρων ερεθιστικών παραγόντων, με σημαντικότερο, όπως προαναφέρθηκε, το κάπνισμα²².

Η ΧΑΠ θεωρείται η τέταρτη αιτία θανάτου, με περίπου 200 εκατομμύρια πάσχοντες παγκοσμίως. Είναι η μόνη νόσος που εξακολουθεί να εμφανίζει αυξητική τάση²³. Ποσοστό 5%-10% του πληθυσμού ηλικίας άνω των 40 ετών εμφανίζει ΧΑΠ²². Εξαιρουμένων των περιστατικών που προκλήθηκαν από επαγγελματική έκθεση σε καπνό (αγροτικές, βιομηχανικές και κατασκευαστικές δραστηριότητες) και την κληρονομική έλλειψη της πρωτεΐνης α1-αντιθρυψίνης, η πλειονότητα των περιστατικών ΧΑΠ οφείλεται αποκλειστικά στο κάπνισμα²³.

Η ΧΑΠ εγκαθίσταται βαθμιαία, με τα πρώτα συμπτώματα να εμφανίζονται πολύ ήπια. Το συνηθέστερο πρώτο σύμπτωμα είναι ο βήχας, που οι καπνιστές θεωρούν «φυσιολογικό και αναμενόμενο» (τσιγαρόβηχας) και δεν δίνουν σημασία. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο θεωρείται ύπουλη ασθένεια. Στη συνέχεια και συνήθως μετά από αρκετά χρόνια, εμφανίζεται δύσπνοια, αρχικά σε συνδυασμό με τη σωματική προσπάθεια, αργότερα όμως και σε ηρεμία. Επιπλέον εμφανίζεται συρίττουσα αναπνοή και σφίξιμο στο στήθος²².

Χαρακτηριστικό της ΧΑΠ είναι οι παροξύνσεις, δηλαδή επεισόδια οξείας επιδείνωσης, που συνήθως πυροδοτούνται από λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος. Οι παροξύνσεις επιταχύνουν την έκπτωση της αναπνευστικής λειτουργίας, επιδεινώνουν τα συμπτώματα, μειώνουν την αντοχή στη φυσική δραστηριότητα, υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής και αυξάνουν τον κίνδυνο θανάτου²².



ΕΙΚΟΝΑ 3: ΧΑΠ - Συσχέτιση χρόνιας βρογχίτιδας και εμφυσήματος.

Η ΧΑΠ περιλαμβάνει δύο κλινικές οντότητες, τη χρόνια βρογχίτιδα και το πνευμονικό εμφύσημα ή τον συνδυασμό τους.

Στη χρόνια βρογχίτιδα κυριαρχούν η χρόνια φλεγμονή και η παραγωγή βλέννης, η οποία εκδηλώνεται με τον χρόνιο παραγωγικό βήχα, ενώ στο εμφύσημα βασικό στοιχείο είναι η καταστροφή του ελαστικού ιστού που περιβάλλει τους βρόγχους και τις κυψελίδες. Αποτέλεσμα η καταστροφή των κυψελίδων, η οποία οδηγεί στη δημιουργία μεγάλων, μη λειτουργικών αεροχώρων (φυσαλίδων).

Η κλινική διάγνωση πιστοποιείται και βαθμονομείται με τη σπιρομέτρηση. Η μέθοδος αυτή αναδεικνύει την «αποφρακτική διαταραχή», στην οποία οι βρόχοι στενεύουν, εμποδίζουν τη ροή του αέρα, κυρίως στη φάση της εκπνοής, οι πνεύμονες δυσκολεύονται να αδειάσουν (παγίδευση αέρα), με αποτέλεσμα να διαθέτουν λιγότερο χώρο για να γεμίσουν στην επόμενη εισπνοή.

Με τη σπιρομέτρηση, εκτός από τη διάγνωση, μπορούμε να παρακολουθήσουμε την πορεία και την εξέλιξη της νόσου, καθώς και την ανταπόκριση στη θεραπεία²²⁻²³.

Η θεραπεία προϋποθέτει τη διακοπή του καπνίσματος, που είναι και ο αιτιολογικός παράγοντας. Η διακοπή του καπνίσματος αναχαιτίζει την εξέλιξη της νόσου, βελτιώνει τα συμπτώματα και την ποιότητα ζωής, επίσης αυξάνει το προσδόκιμο επιβίωσης του ασθενούς. Ο ετήσιος εμβολιασμός έναντι του ιού της γρίπης, καθώς και ο εμβολιασμός έναντι του πνευμονιόκοκκου συμβάλλουν στην πρόληψη των παροξύνσεων, μειώνοντας τη συχνότητα και τη βαρύτητα των αντίστοιχων λοιμώξεων.

Επιπλέον, ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου, χρησιμοποιούνται διάφορα θεραπευτικά σχήματα, τα οποία περιλαμβάνουν βρογχοδιασταλτικά φάρμακα, αντιφλεγμονώδη, αντιβιοτικά, οξυγονοθεραπεία και φυσιοθεραπεία²²⁻²³.

Άσθμα

ΤΟ ΑΣΘΜΑ είναι ένα εξαιρετικά συχνό νόσημα, τόσο στους ενήλικες όσο και στα παιδιά. Πρόκειται για μια χρόνια φλεγμονώδη νόσο των αεραγωγών, η οποία εκδηλώνεται με υποτροπιάζοντα επεισόδια που περιλαμβάνουν συρίπτουσα αναπνοή, δύσπνοια και σφίξιμο ή βάρος στο στήθος. Επιπλέον, οι ασθενείς εμφανίζουν βήχα, ιδιαίτερα κατά τις νυχτερινές και πρώτες πρωινές ώρες²².

Το άσθμα και η αλλεργία που συνήθως το συνοδεύει έχουν κληρονομική βάση και εκφράζεται ως βρογχική υπεραντιδραστικότητα, βασικό

χαρακτηριστικό του άσθματος²². Με τον όρο «βρογχική υπεραντιδραστικότητα» ορίζεται η υπερβολική στένωση των βρόγχων, ως αποτέλεσμα της απάντησης στους εισπνεόμενους ερεθιστικούς παράγοντες, με υπέρμετρη βρογχοσύσπαση (βρογχόσπασμο)²⁴.

Οι αναπνευστικές λοιμώξεις ευθύνονται για το μεγαλύτερο ποσοστό παροξύνσεων στα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Αργότερα στο πρόβλημα συντελούν κατά πολύ τα αλλεργιογόνα (οικιακή σκόνη, γύρη, χημικά, τρίχωμα ζώων, φάρμακα, καπνός), όπως επίσης η έκθεση σε κρύο αέρα και η σωματική άσκηση. Εκτιμάται ότι το 60% των παιδιών σχολικής ηλικίας εμφανίζουν αλλεργίες. Άσθμα προκαλείται, επίσης, στο πλαίσιο κάποιων επαγγελμάτων, το αναφερόμενο ως «επαγγελματικό άσθμα»^{22, 25}.

Το άσθμα δεν προκαλείται άμεσα από το κάπνισμα. Η πορεία του όμως μεταβάλλεται και επιβαρύνεται σημαντικά με το κάπνισμα, ειδικά σε άτομα που αρχίζουν την καπνιστική τους δραστηριότητα σε νεαρή ηλικία. Η επιστημονική βιβλιογραφία είναι πλούσια σε άρθρα που περιγράφουν την επιβλαβή σχέση του άσθματος με το κάπνισμα. Μερικοί ενδιαφέροντες τίτλοι πολύ εύγλωττα και συνοπτικά δίνουν το μήνυμα: «Άσθμα και κάπνισμα, επικίνδυνες σχέσεις», «Άσθμα και κάπνισμα, ατυχής συνδυασμός»²⁶.

Σύμφωνα με επιστημονικές μελέτες, το κάπνισμα, ανεξαρτήτως βαρύτητας, προκαλεί ήπια απόφραξη των αεραγωγών, επιταχύνει τη μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας, αναιρεί το σημαντικό χαρακτηριστικό του άσθματος, την αναστρεψιμότητα, μειώνει την ανταπόκριση στα χορηγούμενα φάρμακα, επιβραδύνει την ανάπτυξη του αναπνευστικού συστήματος στα παιδιά και στους εφήβους και η επίδρασή του είναι μεγαλύτερη στο γυναικείο φύλο^{15, 27-28}. Ακόμη, έχει αποδειχτεί ότι στα νεογέννητα που οι μητέρες τους καπνίζουν αυξάνεται ο κίνδυνος για άσθμα και μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας²².

Καρκίνος του πνεύμονα

Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα υγείας. Οι στατιστικές δείχνουν ότι αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου. Ο όρος «καρκίνος» δεν αποδίδεται σε μία μόνο ασθένεια, αλλά σε μια ομάδα ασθενειών, που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των κυττάρων^{17, 29}. Αυτό έχει ως συνέπεια την ανάπτυξη μιας μάζας κυττάρων, γνωστής ως όγκο. Οι όγκοι διακρίνονται σε καλοήθεις και κακοήθεις. Ως καρκίνοι χαρακτηρίζονται μόνον οι κακοήθεις όγκοι.

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι ο πιο συχνός καρκίνος παγκοσμίως

(12,7% όλων των διαγνώσεων καρκίνου, 1,6 εκατομμύρια περιπτώσεις παγκοσμίως κατ' έτος). Ευθύνεται για το 18% των θανάτων από καρκίνο, περισσότερους από όσους προκαλούν ο καρκίνος του μαστού, του παχέος εντέρου και του προστάτη μαζί³⁰.

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 2, περίπου 70 από τις χημικές ουσίες του καπνού του τσιγάρου είναι καρκινογόνες³¹⁻³³.

Το κάπνισμα προκαλεί βλάβες στο DNA του κυττάρου, που είναι το γενετικό υλικό, το «Βιβλίο οδηγιών» το οποίο περιγράφει λεπτομερώς τη δομή και τη λειτουργία του. Κάθε τσιγάρο που καπνίζει κάποιος βλάπτει το DNA του με τρόπο που θα μπορούσε να οδηγήσει σε εμφάνιση καρκίνου³⁴⁻³⁶.

Με εξαίρεση την επαγγελματική και περιβαλλοντική έκθεση σε καρκινογόνες ουσίες (ραδόνιο, αμίαντος), το κάπνισμα και το παθητικό κάπνισμα ευθύνονται για την πλειονότητα των περιστατικών καρκίνου του πνεύμονα, τα οποία αυξάνονται παράλληλα με τη συχνότητα του καπνίσματος. Ενδεικτικά θα πρέπει να σημειωθεί ότι η αύξηση του καπνίσματος στις γυναίκες κατά τον περασμένο αιώνα ακολουθήθηκε από αύξηση της νόσου σε αυτές.²² Το φαινόμενο της χρονικής υστέρησης, το οποίο έχει αναφερθεί παραπάνω^{2, 22}, ευθύνεται συχνά για την καθυστερημένη διάγνωση, που έχει ως αποτέλεσμα τις περιορισμένες δυνατότητες θεραπευτικής παρέμβασης²².



ΕΙΚΟΝΑ 4: Όγκος στους πνεύμονες. Βρογχογενές καρκίνωμα (τύπος καρκίνου που σχετίζεται έντονα με το κάπνισμα).



ΕΙΚΟΝΑ 5: Πληκτροδακτυλία σε ασθενή με καρκίνο των πνευμόνων.

Τα κυριότερα συμπτώματα του καρκίνου του πνεύμονα είναι έντονος και επίμονος βήχας, αιμόπτυση, απώλεια βάρους, δύσπνοια, θωρακικός πόνος και πληκτροδακτυλία^{37,-38}. Ο καρκίνος του πνεύμονα μπορεί να προκαλέσει, επίσης, πνευμονία, μεγάλη ενδοπνευμονική αιμορραγία και έντονα αποφρακτικά φαινόμενα στην τραχεία και στους βρόγχους, με τα τελευταία να δυσκολεύουν σημαντικά την αναπνοή του ασθενούς. Σε κάποιες περιπτώσεις προκαλεί δυσφαγία (λόγω πίεσης του οισοφάγου από την καρκινική μάζα) ή βράγχος φωνής (λόγω προσβολής των λαρυγγικών νεύρων)³⁷⁻³⁸.

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι, σε αρκετές περιπτώσεις, συμβαίνει να γίνεται πρώτα η διάγνωση των μεταστάσεων του καρκίνου του πνεύμονα σε άλλα όργανα, συνήθως στον εγκέφαλο, στα οστά και στο ήπαρ, και μετά να εντοπίζεται ο πρωτοπαθής όγκος στους πνεύμονες³⁹.

Η θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα εξαρτάται από τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου και τον βαθμό εξάπλωσής του³⁸. Οι εξελίξεις στον τομέα της χημειοθεραπείας, στο πεδίο της χειρουργικής, στις τεχνικές σταδιοποίησης, αλλά και ο προληπτικός έλεγχος των ομάδων υψηλού κινδύνου έχουν βελτιώσει σημαντικά τους δείκτες πρόγνωσης. Εντούτοις ο καρκίνος του πνεύμονα παραμένει μια πολύ σοβαρή νόσος και ο πιο θανατηφόρος μεταξύ των καρκίνων⁴⁰⁻⁴¹.

Οι καπνιστές, ως ομάδα υψηλού κινδύνου, είναι σκόπιμο να υποβάλλονται σε ετήσιο προληπτικό έλεγχο ανεξαρτήτως συμπτωμάτων. Οι τελευταίες οδηγίες των Ευρωπαϊκών και Αμερικανικών Θωρακικών Εταιρειών

συνιστούν ετήσιο έλεγχο με αξονική τομογραφία θώρακος, με χαμηλής δόσης ακτινοβολία, όλων των καπνιστών ηλικίας πάνω από 55 ετών, ενώ αν έχουν ιστορικό καπνίσματος πάνω από 20 πακέτα-έτη (αριθμός πακέτων τσιγάρων την ημέρα x έτη καπνίσματος), η αξονική τομογραφία συνιστάται από την ηλικία των 50 ετών⁴⁰. Στόχος είναι η διάγνωση της νόσου σε πρώιμη ασυμπτωματική φάση, ώστε να είναι αντιμετωπίσιμη⁴¹, αλλά και η πρόληψη, που είναι απόλυτα εφικτή με τη διακοπή, την αποφυγή και την πρόληψη του καπνίσματος.

ΕΞΩΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΕΙΝΑΙ ΠΛΕΟΝ ΓΝΩΣΤΟ ότι το κάπνισμα είναι μια συστηματική νόσος που επηρεάζει διάφορα όργανα και συστήματα, πέραν των βλαβών που προκαλεί στο αναπνευστικό σύστημα. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει 107 οξειδωτικά μικροσωματίδια που ευθύνονται για το «χρόνιο συστηματικό stress» και τη «χρόνια συστηματική χαμηλού βαθμού φλεγμονή». Τα παραπάνω σχετίζονται με την αθηροσκλήρυνση, τη δυσλειτουργία του ενδοθηλίου των αγγείων, καθώς και τις διαταραχές της αιμόστασης και της πηκτικότητας³³.

Κυκλοφορικό σύστημα

Η ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ επηρεάζεται από το οικογενειακό ιστορικό, τα πιθανά συνυπάρχοντα νοσήματα, την ηλικία και τον τρόπο ζωής. Οι βασικοί παράγοντες κινδύνου, όμως, για τα καρδιαγγειακά νοσήματα που είναι δυνατόν να επηρεαστούν ευνοϊκά από τις αλλαγές του τρόπου ζωής είναι η αρτηριακή υπέρταση, η υψηλή χοληστερόλη, ο διαβήτης και το κάπνισμα⁴². Ειδικά το κάπνισμα επιδρά πολύ έντονα, γιατί εκτός της άμεσης επίδρασης, επηρεάζει δυσμενώς και τους δύο πρώτους παράγοντες κινδύνου (υπέρταση και χοληστερόλη), όπως επίσης και τη βιοχημική, μεταβολική και ρεολογική ισορροπία του αίματος. Επιπλέον, η νικοτίνη και το μονοξείδιο του άνθρακα του τσιγάρου μειώνουν άμεσα τις επιδόσεις του μυοκαρδίου και προκαλούν αγγειοσπασμό, ταχυκαρδία και υπέρταση⁴³.

Στην Ευρώπη 3,9 εκατομμύρια θάνατοι ετησίως, ήτοι το 45% της συνολικής θνησιμότητας του πληθυσμού, οφείλονται σε καρδιαγγειακά νοσήματα⁴⁴. Το 80% των καρδιαγγειακών θανάτων οφείλονται σε καρδιακό ή εγκεφαλικό επεισόδιο⁴⁵.

Αθηρωματική νόσος

ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ αποτελεί έναν από τους κύριους προδιαθεσικούς παράγοντες της αθηροσκλήρυνσης^{9, 46-47}. Κατ' αυτήν, στο εσωτερικό των αρτηριών εναποτίθεται μια πλάκα από ινώδη ιστό, κολλαγόνο, θρομβωτικό υλικό και μεγάλα «αφρώδη» κύτταρα γεμάτα λιπίδια και ασβέστιο (αθηρωματική πλάκα). Με τον καιρό η πλάκα σκληραίνει, μειώνει τη διάμετρο των αρτηριών και την ελαστικότητα του τοιχώματός τους. Το αποτέλεσμα είναι η προοδευτική απόφραξη του αγγείου, η ρήξη και απόσπαση της πλάκας, η κυκλοφορία της με το αίμα και η αιφνίδια απόφραξη του αγγείου στο οποίο θα ενσφηνωθεί, λόγω μεγέθους. Η θέση του αγγείου που αποφράσσεται καθορίζει αν το επεισόδιο θα είναι καρδιακό, εγκεφαλικό ή περιφερικό. Λειτουργεί, δηλαδή, ως μηχανικός φραγμός, περιορίζοντας τη ροή του πλούσιου σε οξυγόνο αίματος προς τα διάφορα μέρη του ανθρώπινου σώματος³⁹.

Στεφανιαία νόσος

Η ΣΤΕΝΩΣΗ Ή Η ΑΠΟΦΡΑΞΗ των στεφανιαίων αγγείων που αιματώνουν την καρδιά εκδηλώνεται με στηθάγχη, δηλαδή πόνο, βάρος και δυσφορία στο στήθος, καθώς ο καρδιακός μυς δεν προσλαμβάνει το απαιτούμενο για τη λειτουργία του οξυγόνο. Στο έμφραγμα του μυοκαρδίου παρατηρείται νέκρωση τμήματος του καρδιακού μυός, λόγω της πλήρους απόφραξης του υπεύθυνου για την αιμάτωσή του αγγείου. Μακροπρόθεσμα ο καρδιακός μυς εξασθενεί, με τελικό αποτέλεσμα την καρδιακή ανεπάρκεια.

Στην καθημερινή κλινική πράξη τα πράγματα δεν είναι τόσο απόλυτα και ξεκάθαρα, καθώς τα συμπτώματα μπορεί να είναι ήπια ή να αποδίδονται σε άλλους λόγους. Έτσι, η ευαισθητοποίηση κοινού και ιατρικής κοινότητας, ώστε να αναγνωρίζεται γρήγορα «η πραγματική εικόνα», παίζει σημαντικό ρόλο στην άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση.

Συμπτώματα που πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη είναι:

- Έντονη δύσπνοια, σφίξιμο και έντονη πίεση στο στήθος
- Έντονος πόνος πίσω από το στήρνο, που μπορεί να αντανakλά στη σιαγόνα και στον αριστερό ώμο
- Πόνος στον λαιμό ή στην πλάτη
- Εφίδρωση, αδυναμία και τάση για λιποθυμία
- Ανεξήγητη κόπωση και ναυτία ή έμετος

Ο χρόνος παρέμβασης είναι ίσως η πιο κρίσιμη παράμετρος, ιδιαίτερα

το διάστημα από την εκδήλωση των συμπτωμάτων έως την πρόσβαση σε χώρο επείγουσας αντιμετώπισης, ιδανικά σε νοσοκομείο με αιμοδυναμικό εργαστήριο. Άμεση (σε 60-90 λεπτά) αντιμετώπιση δίνει τη δυνατότητα αφαίρεσης του θρόμβου (πρωτογενής αγγειοπλαστική), θρομβόλυσης (με ινωδολυτικούς παράγοντες) και αποκατάστασης της αιμάτωσης, προλαμβάνοντας τη μόνιμη βλάβη, δηλαδή το έμφραγμα, ή, ακόμη, και τον θάνατο⁴⁸.

Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια

ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΙΜΑΤΩΣΗΣ του εγκεφάλου προκαλούν τα εγκεφαλικά επεισόδια. Αποτελούν την τρίτη αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες, μετά τις καρδιοπάθειες και τον καρκίνο. Πολύ συχνά οδηγούν τον άνθρωπο σε αναπηρία. Ανάλογα με τον μηχανισμό που τα προκαλεί, διακρίνονται σε ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια, όταν αποφράσσεται κάποια αρτηρία του εγκεφάλου, και σε αιμορραγικά εγκεφαλικά επεισόδια, στα οποία συμβαίνει ρήξη εγκεφαλικών αγγείων³⁹. Το 87% των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων είναι ισχαιμικής αιτιολογίας.

Συμπτώματα τα οποία υποδεικνύουν ένα εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελούν τα εξής:

- Αιφνίδιο μούδιασμα και αδυναμία στο πρόσωπο ή σε κάποιο μέλος, συνήθως από τη μία πλευρά του σώματος
- Σύγχυση
- Δυσκολία στην ομιλία ή την κατανόηση των άλλων
- Διαταραχές όρασης
- Ζάλη, απώλεια ισορροπίας ή προσανατολισμού
- Δυσκολία στη βάρδια
- Αιφνίδιος και ισχυρός πονοκέφαλος, άγνωστης αιτιολογίας⁴⁹

Η αναγνώριση των συμπτωμάτων και η άμεση αντιμετώπιση βελτιώνουν την επιβίωση και μειώνουν τον βαθμό αναπηρίας.

Περιφερική αρτηριοπάθεια

Η ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗ η οποία αναπτύσσεται στις αρτηρίες των άκρων, συχνότερα των κάτω άκρων, επιφέρει προϊούσα στένωση έως και απόφραξη.

Χαρακτηριστικά εκδηλώνεται με πόνο, σφίξιμο ή κράμπα κατά το περπάτημα, συσφιγκτικό πόνο στη γαστροκνημία και τελικά διαλείπουσα χωλότητα που αναγκάζει τον ασθενή να σταματήσει το βάδισμα. Χαρακτηρι-

στική είναι επίσης η εμφάνιση του πάσχοντος άκρου, που μπορεί να είναι κρύο, να έχει λεπτό δέρμα με απώλεια τριχοφυΐας, μυϊκή ατροφία, οι δε καρδιακές σφύξεις ψηλαφούνται συνήθως πολύ ασθενείς ή καθόλου. Η πλήρης απόφραξη αγγείου διακόπτει εντελώς τη ροή του αίματος στην πάσχουσα περιοχή, η οποία εμφανίζει νέκρωση.

Η πρόληψη και η αντιμετώπιση της περιφερικής αρτηριοπάθειας απαιτεί:

- Διακοπή του καπνίσματος και αποφυγή της έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα
- Θεραπεία της βασικής νόσου (διαβήτης, παχυσαρκία)
- Χορήγηση ασπιρίνης ή άλλων αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων
- Ελεγχόμενη άσκηση
- Χειρουργική αντιμετώπιση των πολύ σοβαρών περιπτώσεων

Σακχαρώδης διαβήτης

ΜΕ ΤΟΝ ΟΡΟ «ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ» αναφερόμαστε σε μια ομάδα διαταραχών όπου χαρακτηριστική είναι η υψηλή τιμή της γλυκόζης στο αίμα. Η διαταραχή αυτή είναι αποτέλεσμα της αδυναμίας του παγκρέατος να παράγει ινσουλίνη – ή του οργανισμού να τη χρησιμοποιεί σωστά. Δύο είναι οι βασικοί τύποι διαβήτη, ο τύπου I (νεανικός) και ο τύπου II (ενηλίκων)⁵⁰.

Ο διαβήτης τύπου II είναι ο πιο συχνός (90% των περιπτώσεων) και σχετίζεται σημαντικά με τον σύγχρονο τρόπο ζωής, το κάπνισμα, το αυξημένο σωματικό βάρος, την καθιστική ζωή και την ανθυγιεινή διατροφή⁵⁰.

Σήμερα είναι πλέον αποδεδειγμένο ότι το κάπνισμα εμπλέκεται στην πρόκληση διαβήτη τύπου II. Οι καπνιστές είναι 30%-40% πιο πιθανό να εμφανίσουν διαβήτη σε σχέση με τους μη καπνιστές, με την πιθανότητα αυτή να αυξάνεται ανάλογα με τη βαρύτητα του καπνίσματος.

Το κάπνισμα καθιστά τον έλεγχο της νόσου δυσκολότερο, με αποτέλεσμα οι διαβητικοί καπνιστές να χρειάζονται μεγαλύτερες δόσεις ινσουλίνης σε σχέση με τους μη καπνιστές⁵⁰⁻⁵¹.

Επιπλέον, είναι πιθανό να εμφανίσουν περισσότερες και πολύ σοβαρότερες επιπλοκές σε σχέση με τους μη καπνιστές διαβητικούς⁵⁰⁻⁶¹.

Από τις συχνότερες και δυσμενέστερες επιπλοκές είναι οι:

- Στεφανιαία νόσος^{56-57, 59}
- Νεφρική ανεπάρκεια⁵²⁻⁵⁵
- Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια
- Περιφερική νευροπάθεια (βλάβη των νεύρων, κυρίως των κάτω άκρων)

Εκδηλώνεται με μούδιασμα, πόνο, αδυναμία και δυσκολία στον συντονισμό των κινήσεων^{50, 58}. Οι διαβητικοί καπνιστές εμφανίζουν τέτοιες βλάβες 3 φορές περισσότερο από τους μη καπνιστές.

- Αποφρακτική αρτηριοπάθεια άκρων, με ενδεχόμενο ακρωτηριασμό του πάσχοντος μέλους⁶².
- Αμφιβληστροειδοπάθεια, η οποία βλάπτει σοβαρά την όραση και μπορεί να οδηγήσει σε τύφλωση⁶⁰⁻⁶¹.

Η διακοπή του καπνίσματος διευκολύνει τον έλεγχο του διαβήτη και βελτιώνει όλες τις βιολογικές παραμέτρους. Οι διαβητικοί που διακόπτουν το κάπνισμα παρατηρούν άμεσα καλύτερο έλεγχο του επιπέδου σακχάρου στο αίμα⁶³.

Ανοσοποιητικό σύστημα και αυτοάνοσα νοσήματα

ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΟΒΑΡΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ότι το κάπνισμα επηρεάζει το ανοσοποιητικό σύστημα, τόσο προς την κατεύθυνση της διέγερσης όσο και εκείνη της καταστολής. Η εξασθένηση της ανοσίας αυξάνει τον κίνδυνο των λοιμώξεων, ενώ με τη σειρά της η διαταραχή της ομοιόστασης προάγει την εμφάνιση αυτοάνοσων νοσημάτων⁶⁴⁻⁶⁶.

Τα υψηλά επίπεδα λευκών αιμοσφαιρίων, C αντιδρώσας πρωτεΐνης, ινωδογόνου, καθώς και άλλοι δείκτες οξειδωτικού stress που έχουν παρατηρηθεί στο αίμα των καπνιστών πιθανότατα εκφράζουν την κατάσταση χρόνιας, χαμηλού βαθμού συστηματικής φλεγμονής^{1, 67-69}. Σαφής συσχέτιση έχει διαπιστωθεί για τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, όπου επιπλέον το κάπνισμα μειώνει τη δράση των θεραπευτικών παραγόντων⁶⁴.

Όραση

ΟΙ ΕΡΕΥΝΕΣ ΔΕΙΧΝΟΥΝ ότι οι καπνιστές κινδυνεύουν περισσότερο, σε σχέση με τους μη καπνιστές, να εμφανίσουν καταρράκτη, ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας και βλάβη του οπτικού νεύρου. Όλες οι καταστάσεις αυτές είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε τύφλωση^{9, 70}. Παράλληλα, έχει διαπιστωθεί ότι η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τον κίνδυνο εκφύλισης της ωχράς κηλίδας¹⁵.

Στοματική κοιλότητα

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΑΥΞΑΝΕΙ τον κίνδυνο εμφάνισης τερηδόνας και περιοδοντικής νόσου και επιπλέον η αντιμετώπισή τους καθίσταται δυσκολότερη στους καπνιστές⁷¹. Τα δόντια των καπνιστών εμφανίζουν χαρακτηριστικά στίγματα⁷², σχεδόν τριπλάσια πιθανότητα απώλειας και συχνή αποτυχία στις προσπάθειες τοποθέτησης οδοντικών εμφυτευμάτων^{15, 73}.

Υπάρχει επίσης αυξημένος κίνδυνος καρκίνου της στοματικής κοιλότητας, με τον καρκίνο των χειλέων να συνδέεται, αποδεδειγμένα, με τη χρήση πίπας¹⁵.

Δέρμα και οστά

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ αναφέρονται στη δυσμενή επίδραση του καπνίσματος στο δέρμα. Οι καπνιστές εμφανίζουν πρόωρη γήρανση, με περισσότερες ρυτίδες, αλλοίωση στο χρώμα του δέρματος και ξηρότητα της επιδερμίδας⁷⁴⁻⁷⁶.

Πρόσφατες μελέτες δείχνουν άμεση συσχέτιση μεταξύ της χρήσης καπνού και της μειωμένης οστικής πυκνότητας⁷⁷, ιδιαίτερα στις γυναίκες κατά την εμμηνόπαυση¹⁵.

Το κάπνισμα αποτελεί έναν από τους πολλούς παράγοντες που, μαζί με το αυξημένο βάρος, την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και την καθιστική ζωή, αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης οστεοπόρωσης, μιας κατάστασης στην οποία τα οστά εξασθενούν και γίνονται εύθραυστα³⁰.

Καρκίνος άλλων οργάνων

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ, επιπλέον του καρκίνου του πνεύμονα, έχει βρεθεί να εμπλέκεται αιτιολογικά στην ανάπτυξη και άλλων καρκίνων, όπως του οισοφάγου, στομάχου, λάρυγγα, ήπατος, παχέος εντέρου, πρωκτού, μαστού, ενδομητρίου και των νεφρών.

Το κάπνισμα συνδέεται επίσης με τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης, όπου η διακοπή του μειώνει εντυπωσιακά τον κίνδυνο κατά 50%, καθώς και με την ανάπτυξη οξείας μυελοειδούς λευχαιμίας¹⁵.

Κύηση

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ κατά την κύηση καθιστά το έμβρυο, για πρώτη φορά στη ζωή του, «παθητικό καπνιστή». Μέσω του πλακούντα το μονοξείδιο του άνθρακα, η νικοτίνη και πολλές ακόμη από τις τοξικές ουσίες του τσιγάρου μεταφέρονται στο έμβρυο και επιβαρύνουν τόσο το ίδιο όσο και τη μέλλουσα μητέρα¹⁵.

Ειδικότερα, έχει αναφερθεί ότι το κάπνισμα κατά την κύηση σχετίζεται με:

- Έκτοπη κύηση
- Εξωμήτριο κύηση
- Προδρομικό πλακούντα
- Πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων
- Πρόωρο τοκετό
- Λιποβαρές νεογνό
- Περιγεννητική θνησιμότητα
- Διαταραχές της αναπνευστικής λειτουργίας του νεογνού
- Σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου
- Διαταραχές της συμπεριφοράς στη βρεφική και παιδική ηλικία
- Συγγενείς ανωμαλίες

Περισσότερες πληροφορίες υπάρχουν στο ειδικό κεφάλαιο του βιβλίου, «Κάπνισμα και κύηση».

Επίδραση στο περιβάλλον

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ του καπνίσματος στο περιβάλλον είναι εξίσου σοβαρές και καταλήγουν δευτερογενώς σε επιπτώσεις στην υγεία του ανθρώπου.

Ειδικότερα προκαλείται:

- Καταστροφή των δασών, αφενός για τη δημιουργία εκτάσεων καλλιέργειας καπνού και αφετέρου για παραγωγή της ξυλείας που απαιτείται για την επεξεργασία των φύλλων μετά τη συγκομιδή.
- Χρήση ποικιλίας χημικών φυτοφαρμάκων για την αντιμετώπιση των νόσων που πλήττουν το φυτό καθώς και λιπασμάτων για την αύξηση της παραγωγής.
- Απελευθέρωση τοξικών χημικών ουσιών στο υπέδαφος και τον υδάτινο ορίζοντα με τα απόβλητα των καπνοβιομηχανιών.
- Ρύπανση από τη διαδικασία παραγωγής, τα συστατικά, τις μπαταρίες και τα εξαρτήματα των ηλεκτρονικών τσιγάρων.

- Ρύπανση από τις γόπες των τσιγάρων. Παγκοσμίως απορρίπτονται 800.000 τόνοι γόπες ανά έτος. Το φίλτρο που έχουν είναι μη βιοδιασπώμενο, με τα αποτσίγαρα να απειλούν μικρά παιδιά και ζώα που ίσως τα καταναλώσουν από περιέργεια (στην παραλία, για παράδειγμα). Οι επιπτώσεις της ρύπανσης από γόπες εμφανίζονται ιδιαίτερα έντονες στα υδάτινα οικοσυστήματα.
- Κατασπατάληση πόρων για την κατασκευή των πακέτων των τσιγάρων και μετέπειτα επιβάρυνση του περιβάλλοντος από την απόρριψή τους.

Επιδράσεις στη συνολική υγεία, νοσηρότητα και θνησιμότητα

ΟΙ ΜΕΧΡΙ ΤΩΡΑ επιστημονικές μελέτες συγκλίνουν στο συμπέρασμα πως το κάπνισμα δεν συμβαδίζει με την έννοια της «καλής υγείας». Οι καπνιστές απουσιάζουν συχνά από την εργασία τους για λόγους υγείας, όπως αναφέρεται στην τελευταία αναφορά του επικεφαλής των υγειονομικών υπηρεσιών των ΗΠΑ. Στην ίδια αναφορά επισημαίνεται, επίσης, ότι το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου από όλες τις αιτίες και για τα δύο φύλα. Επιπλέον, ο κίνδυνος αυτός φαίνεται να έχει αυξηθεί τα τελευταία πενήντα χρόνια ιδιαίτερα για τις γυναίκες¹⁵.

Περισσότερα από 2 δισεκατομμύρια άνθρωποι εξακολουθούν να καπνίζουν, παρά το γεγονός ότι σχεδόν τα 2/3 των χωρών ήδη εφαρμόζουν, έως έναν βαθμό, τις στρατηγικές και τα μέτρα πρόληψης της Σύμβασης-Πλαίσιο του ΠΟΥ για την Καταπολέμηση του Καπνίσματος (FCTC)⁷⁸.

Οι προβλέψεις για το μέλλον δεν φαίνονται ευοίωνες. Η νοσηρότητα αλλά και οι θάνατοι από τα νοσήματα που σχετίζονται με το κάπνισμα (ΧΑΠ, καρκίνος) όχι μόνον δεν μειώνονται, αλλά αυξάνονται. Αξίζει να αναφερθεί ότι αυτό συμβαίνει σε μια εποχή κατά την οποία οι θάνατοι από τα μεταδιδόμενα νοσήματα εμφανίζουν πτωτική τάση, τόσο στην Ευρώπη όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, μείωση που αναμένεται ακόμα μεγαλύτερη μέχρι το 2030²².

Με αυτό τον τρόπο, το κάπνισμα μειώνει το παρατεταμένο προσδόκιμο ζωής που έχει κατακτήσει η σύγχρονη ιατρική τεχνολογία και θεραπευτική, καθώς και οι προληπτικές παρεμβάσεις στον τομέα της δημόσιας υγείας^{22, 79}. ■

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

02

ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΚΑΙ ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

ΑΘΑΝΑΣΙΑ Γ. ΛΙΟΖΙΔΟΥ, MSC, LPsy

*Κλινικός Νευροψυχολόγος, Επιστημονικός
Συνεργάτης Β' Νευρολογικής Κλινικής - ΠΓΝ
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 του, ενώ αργότερα επεκτάθηκε στα οπιοειδή και σε άλλες ψυχοδραστικές ουσίες. Το 1950, εμφανίστηκε ο όρος «αλκοολισμός» για την περιγραφή της διαταραχής χρήσης αλκοόλ, ενώ η ορολογία της εξάρτησης από τον καπνό είναι πιο πρόσφατη. Στις μέρες μας, οι έννοιες της εξάρτησης και του εθισμού¹ 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 αυτές².

Στο παρόν κεφάλαιο επιχειρείται η επισκόπηση της εξάρτησης από τη νικοτίνη και του εθισμού στο κάπνισμα μέσω της παρουσίασης και της σύνοψης ανάπτυξης των βασικότερων εννοιών, των διαγνωστικών συστημάτων και των πιο μελετημένων θεωρητικών μοντέλων.

ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΙΔΕΑ 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 μίας ουσίας δεν επιλέγει 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 αυτό 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 δεκαετία του '80 και είναι πέραν των στόχων του παρόντος συγγραφικού εγχειρήματος. Για μια πληρέστερη επισκόπηση του εν λόγω θέματος ο ενδιαφερόμενος αναγνώστης μπορεί να ανατρέξει στη σχετική βιβλιογραφία³⁻⁶.

Βασικά χαρακτηριστικά της εξάρτησης από τη νικοτίνη είναι: **α)** η επαλαμβανόμενη 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 (World Health Organization - WHO), τρία από τα παραπάνω κριτήρια που τυχόν εμφανίζονται κατά το τελευταίο έτος χρήσης καθορίζουν την εξάρτηση από το κάπνισμα (Πίνακας 1).

Πίνακας 1

ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ
.....

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 την 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 βρίσκονται 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 νικοτίνης 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 καπνίσματος⁷.

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 από το 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 δέκα κατηγορίες ναρκωτικών ουσιών τοποθετώντας ανάμεσα σε αυτές και τον καπνό⁸. Κύρια χαρακτηριστικά της εξάρτησης από τον καπνό, κατά τον APA, είναι η διαταραχή στη χρήση και η απόσυρση από τη χρήση καπνού, που αναλυτικότερα περιγράφονται στη συνέχεια.

I. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΧΡΗΣΗΣ ΚΑΠΝΟΥ⁹

Διαγνωστικά κριτήρια:

ΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΤΥΠΟ 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 εμμένοντα 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 αυτή 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 αυτή 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 από τη 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 από τη νικοτίνη¹⁰.

II. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΠΟΣΥΡΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΠΝΟΥ⁹

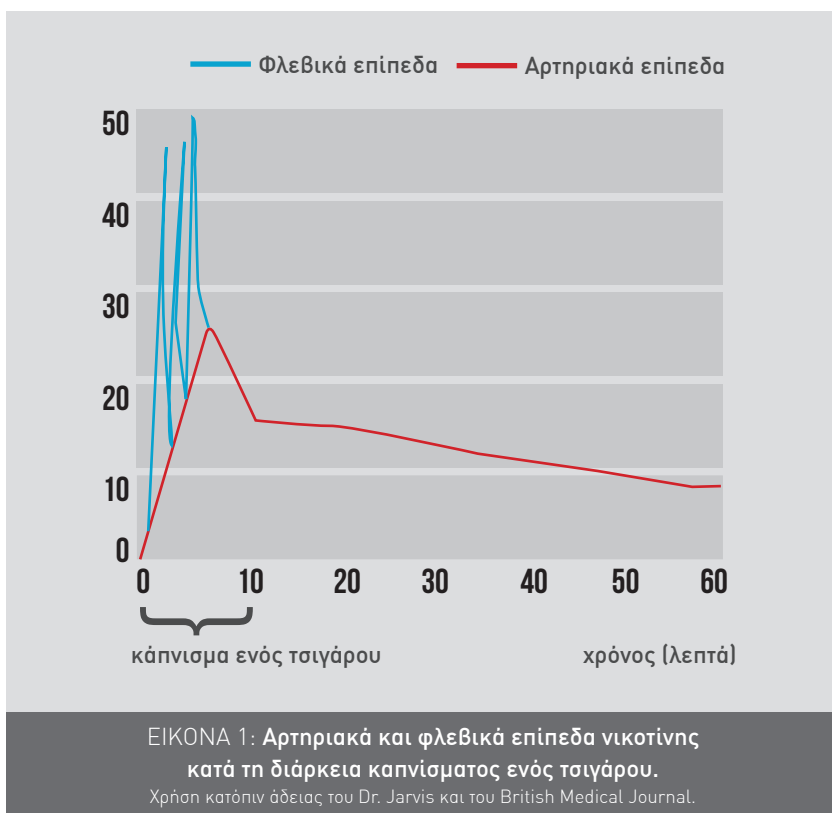
Διαγνωστικά κριτήρια:

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 1 Καθημερινή χρήση καπνού τουλάχιστον για μερικές εβδομάδες.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 2 Απότομη διακοπή της χρήσης καπνού ή ελάττωση της ποσότητας χρήσης καπνού, η οποία ακολουθείται εντός 24 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 διαταραχή 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 στερητικού συνδρόμου από κάποια άλλη ουσία.



Μηχανισμός δράσης της νικοτίνης

Η ΝΙΚΟΤΙΝΗ είναι η κύρια ψυχοδραστική ουσία στον καπνό. Όταν η νικοτίνη εισπνέεται, εισέρχεται στους πνεύμονες, μεταφέρεται στην κυκλοφορία 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 ουσίας¹¹ (Εικόνα 1).

Η ενεργοποίηση από τη νικοτίνη των υποδοχέων ακετυλοχολίνης στον εγκέφαλο διευκολύνει την απελευθέρωση νευροδιαβιβαστών, που ανάμεσα τους η ντοπαμίνη είναι ιδιαίτερα κρίσιμης σημασίας στην ανάπτυξη εξάρτησης. Πιο αναλυτικά, η νικοτίνη ενεργοποιεί την έκλυση ντοπαμίνης από τους νευρώνες του μεσομεταιχμιακού συστήματος, ξεκινώντας από την κοιλιακή καλυπτρική περιοχή και καταλήγοντας στον επικλινή πυρήνα (Εικόνα 2). Η έκλυση ντοπαμίνης είναι ο ισχυρότερος νευροδιαβιβαστικός μηχανισμός εξάρτησης από τη 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-αμινοβουτυρικού οξέος (μείωση του άγχους και της έντασης), του γλουταμινικού οξέος (μάθηση, ενίσχυση της μνήμης) και των ενδορφινών (μείωση του άγχους και της έντασης)^{2, 12}.

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



ΕΙΚΟΝΑ 2: Η μεσομεταιχμιακή ντοπαμινεργική οδός.

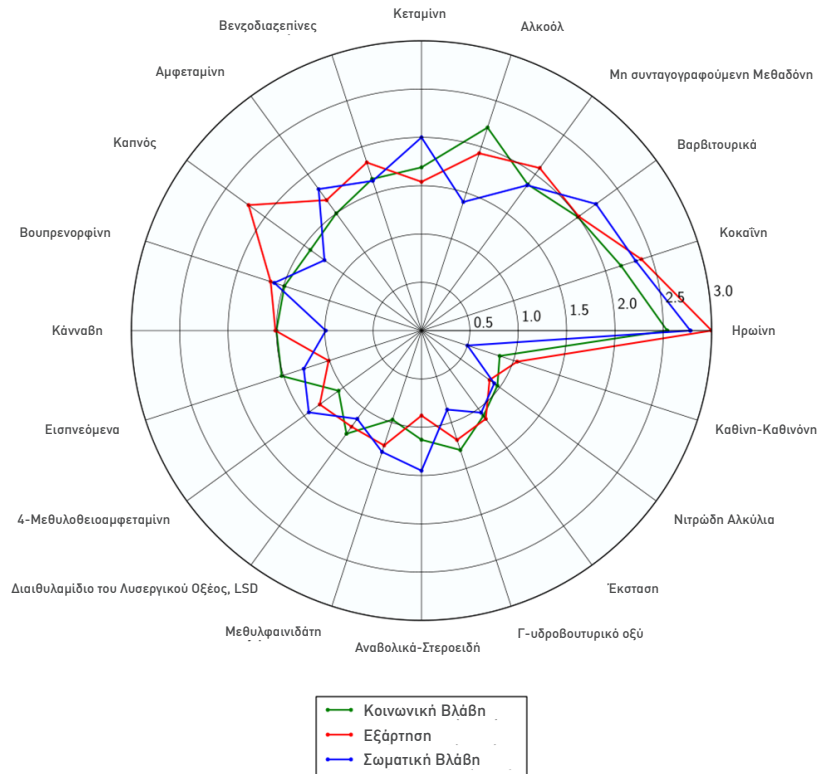
Χρήση κατόπιν άδειας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

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 εγρήγορση, 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 τη 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 απόσυρσης¹⁰.

Το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο εργαλείο μέτρησης του βαθμού εξάρτησης από τη νικοτίνη είναι η κλίμακα Fagerström¹³ (βλ. σελίδα 43-224). 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.

ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΚΑΙ ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ



ΓΡΑΦΗΜΑ 1: Διάγραμμα ραντάρ το οποίο παρουσιάζει τις βλαπτικές επιπτώσεις παράνομων και νόμιμων ουσιών σε τρεις κατηγορίες ενδιαφέροντος.

Ο καπνός κατηγοριοποιείται ως ουσία που είναι συγκρίσιμη με τις παράνομες ναρκωτικές ουσίες Τάξης Α (Τάξη Α = Περισσότερο βλαπτική ουσία, Τάξη Γ = Λιγότερο βλαπτική ουσία). Ειδικότερα, ο καπνός τοποθετείται στις 10 πρώτες ουσίες με την υψηλότερη βλαπτική επίδραση ως προς την Ψυχολογική και Σωματική Εξάρτηση, τις Χρόνιες Σωματικές Βλάβες και το Κόστος Υγειονομικής Περίθαλψης.

Χρήση κατόπιν άδειας από Wikipedia Contributors (2012).

ΝΙΚΟΤΙΝΗ ΚΑΙ ΝΟΗΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΕΧΕΙ ΣΥΝΔΕΘΕΙ 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 ξεκινήσει κατά την περίοδο της εφηβείας. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει πως το κάπνισμα αυτό καθαυτό αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την άνοια λόγω της νόσου Αλτσχάιμερ, για την αγγειακή άνοια και για τη νοητική έκπτωση στον πληθυσμό των ηλικιωμένων¹⁴⁻¹⁵.

Η ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ FAGERSTRÖM

ΒΑΘΜΟΙ

**Πόσο γρήγορα αφού ξυπνήσετε καπνίζετε
το πρώτο σας τσιγάρο;**

Μέσα στα πρώτα 5 λεπτά	3
Μέσα στα πρώτα 6-30 λεπτά	2
Μέσα στα πρώτα 31-60 λεπτά	1
Μετά τα 60 λεπτά	0

**Είναι δύσκολο να μην καπνίσετε σε μέρη όπου
το κάπνισμα απαγορεύεται (π.χ., στην εκκλησία,
στη βιβλιοθήκη, στον κινηματογράφο);**

Ναι	1
Όχι	0

Η ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ FAGERSTRÖM (ΣΥΝΕΧΕΙΑ)

ΒΑΘΜΟΙ

**Ποιο τσιγάρο σας είναι πιο δύσκολο
να μην το καπνίσετε;**

Το πρώτο της ημέρας	1
Οποιοδήποτε άλλο	0

Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;

10 ή λιγότερα	0
11-20	1
21-30	2
31 ή περισσότερα	3

Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί από το απόγευμα;

Ναι	1
Όχι	0

**Καπνίζετε ακόμη κι όταν μια ασθένεια σας αναγκάζει να μεί-
νετε στο κρεβάτι;**

Ναι	1
Όχι	0

Η μέγιστη βαθμολογία είναι το 10. Η υψηλή βαθμολογία καταδεικνύει τον υψηλό βαθμό εξάρτησης.

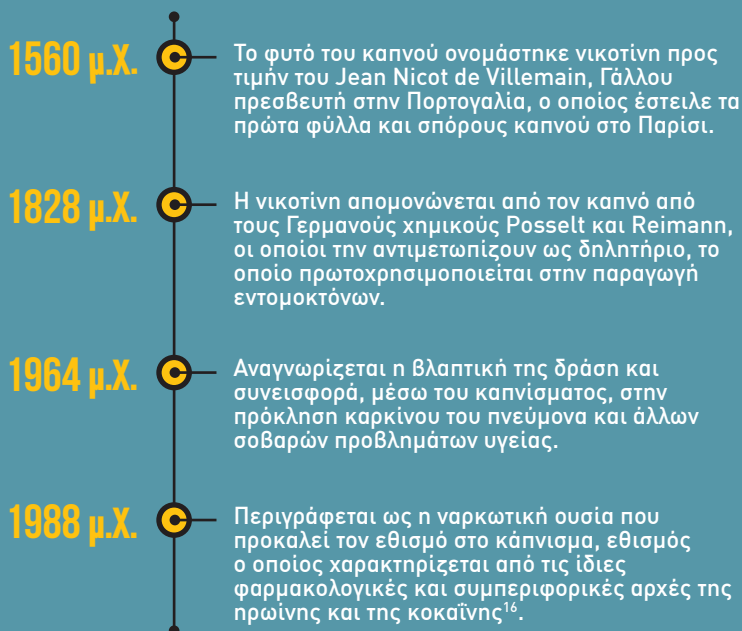
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ

Η ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ συνήθως λαμβάνει χώρα κατά την περίοδο της εφηβείας, με τους περισσότερους καπνιστές να δοκιμάζουν το πρώτο τους τσιγάρο πριν από την ηλικία των 18 ετών. Τον πειραματισμό πολύ γρήγορα διαδέχεται η καθημερινή χρήση καπνού και η ανάπτυξη της νικοτινικής εξάρτησης. Η πολυετής ερευνητική προσπάθεια εξακριβω-

σης 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 νικοτίνης¹⁰

ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ*



*Νικοτίνη: Αλκαλοειδές που απαντάται στα φύλλα του καπνού [Nicotiana tabacum].

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 ή έναν συνδυασμό θετικών και αρνητικών συναισθημάτων 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 την έναρξη του καπνίσματος ή την τακτική του χρήση, συσχετίζονται με την εξάρτηση από τη νικοτίνη και την υποτροπή μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Αντίθετα, οι αρνητικές αντιδράσεις φαίνεται πως ασκούν αμελητέα επίδραση στην εξάρτηση από τη νικοτίνη¹⁷.

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 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ έναρξης και τακτικής χρήσης των προϊόντων καπνού οδήγησε στη διατύπωση απόψεων και στην ανάπτυξη θεωριών αναφορικά με την «αναπτυξιακή» φύση του καπνίσματος¹⁸. Έχει, δηλαδή, διατυπωθεί η άποψη πως τα νεαρά άτομα διέρχονται μια σαφώς καθορισμένη αναπτυξιακή πορεία προς το τακτικό κάπνισμα. Ειδικότερα, και με μικρές διαφορές, έχουν προταθεί ορισμένα διακριτά στάδια: **α)** το στάδιο της προ-περίσκεψης, **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. Συγκεκριμένα¹⁹:

Το στάδιο της προ-περίσκεψης αφορά τους εφήβους οι οποίοι δεν έχουν καπνίσει ποτέ, δεν επιθυμούν και, πολύ πιθανώς, δεν 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 (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 αυτή 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 ξεθωριάζουν (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 στον δρόμο προς ή από το σχολείο, ενώ άλλοι μπορεί να καπνίζουν κάθε Σαββατοκύριακο, σε πάρτι ή άλλες συγκεντρώσεις. Σε αυτό το στάδιο τα παιδιά πειραματίζονται, δεν είναι καθημερινοί ούτε βαρείς κα-

πνιστές. Παρ' όλα αυτά, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό εφήβων μπορεί να περάσουν στο τελικό στάδιο και να γίνουν καθημερινοί χρήστες προϊόντων καπνού.

Το τελικό στάδιο της εξάρτησης και του εθισμού προκύπτει όταν οι έφηβοι καπνίζουν 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 αυτή 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 μια ανοικτή συζήτηση, η οποία διαθέτει υποστηρικτές εκατέρωθεν^{18, 20-21}. 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 στο άλλο δεν έχουν διευκρινιστεί.

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 2 με 4 φορές υψηλότερος.

ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΙΚΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ

Η ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΔΕΝ ΑΠΟΤΕΛΕΙ μια ξεχωριστή θεωρία αυτή καθαυτή, αλλά μάλλον διαμεσολαβεί στις διαφορετικές πτυχές κάθε θεωρίας για τη νικοτινική εξάρτηση. Εντούτοις, οποιαδήποτε θεωρία της εξάρτησης πρέπει να εξετάσει και τον 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 ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ 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%)²³. Άλλοι ερευνητές²⁴ βρήκαν πως τα αδέρφια ατόμων τακτικών καπνιστών είχαν περίπου διπλάσια αυξημένο κίνδυνο να γίνουν τακτικοί καπνιστές συγκρινόμενοι με τα αδέρφια μη καπνιστών. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε 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 ανατράφηκαν στο ίδιο ή σε διαφορετικό περιβάλλον και στον 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 καπνού¹⁰.

ΜΕΛΕΤΕΣ ΔΙΔΥΜΩΝ

ΑΡΚΕΤΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΔΙΔΥΜΩΝ 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 ό,τι 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 από τη νικοτίνη, αλλά και στις διεργασίες που σχετίζονται με την έναρξη του καπνίσματος²⁶⁻²⁸. 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 από τη 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 ομάδας²⁵.

ΜΕΛΕΤΕΣ ΥΙΟΘΕΣΙΑΣ

ΤΟ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΟ των μελετών διδύμων έρχονται να καλύψουν οι μελέτες υιοθεσίας, οι οποίες συνιστούν μια χρήσιμη μεθοδολογική προσέγγιση στην προσπάθεια διαχωρισμού της περιβαλλοντικής και γενετικής συνεισφοράς στο κάπνισμα. Μια κλασική μελέτη υιοθεσίας²⁹ κατέδειξε 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 ανατράφηκαν στο ίδιο περιβάλλον έδειξαν υψηλότερους δείκτες συνάφειας συγκριτικά με αυτούς που μεγάλωσαν χώρια, εύρημα που επιβεβαιώνει ακόμη μία φορά ότι το περιβάλλον και η γενετική αλληλεπιδρούν και από κοινού επηρεάζουν την πιθανότητα να γίνει κάποιος καπνιστής^{10, 30}.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ

ΤΑ ΔΙΑΦΟΡΑ ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ που έχουν αναπτυχθεί για την περιγραφή και την ερμηνεία της εξάρτησης από τη 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

ΔΙΑΦΟΡΑ ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ 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 αυτή την ενότητα θα εξετάσουμε την παραδοσιακή θεωρητική κατεύθυνση και μια λιγότερο γνωστή άποψη²².

Σύμφωνα με τη θεωρία της νευρωνικής προσαρμογής, η εξάρτηση επι συμβαίνει σε νευροκυτταρικό επίπεδο. Αναλυτικότερα, η επαναλαμβανόμενη έκθεση σε μια ουσία αλλάζει την ευαισθησία και τον αριθμό των νευροϋποδοχέων στους οποίους η ουσία προσδένεται. Συν τω χρόνω, οι

νευρώνες απευαίσθητοποιούνται 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 αυτή 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 ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ²²

Η νικοτίνη χαρακτηρίζεται από δοσοεξαρτώμενη 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 από τη νικοτίνη είναι μια χρόνια πάθηση.

Η νικοτίνη χρησιμοποιείται για τη διαχείριση του αρνητικού συναισθήματος και του στρες.

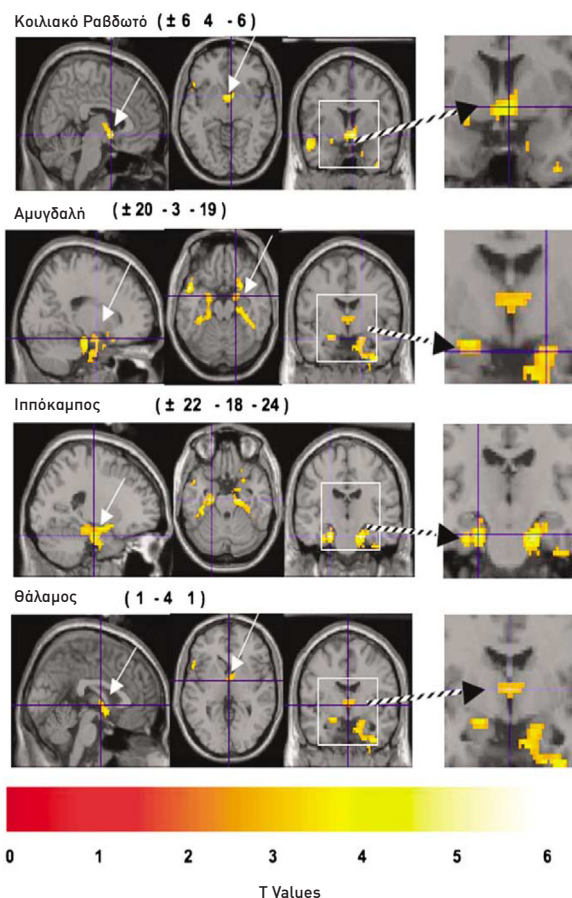
Μια λιγότερο γνωστή άποψη της νευροβιολογικής θεώρησης της εξάρτησης³¹ υποστηρίζει ότι οι ουσίες διεγείρουν τις οδούς της ενίσχυσης του κεντρικού νευρικού συστήματος (π.χ., απελευθέρωση ενδορφινών, ντοπαμινεργική ενεργοποίηση). Υπό αυτή τη θεώρηση, οι θετικές νευρωνικές επιπτώσεις της λήψης της ουσίας (π.χ., ευφορία) είναι αυτές οι οποίες διαιωνίζουν 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.

ΚΛΑΣΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΜΑΘΗΣΗΣ

ΤΑ ΚΛΑΣΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΜΑΘΗΣΗΣ επιχειρούν να εξηγήσουν το κάπνισμα συνδυάζοντας τη φαρμακευτική επίδραση της νικοτίνης και τη συμπεριφορά που τη συνοδεύει³². Σε αυτό το πνεύμα, συμπληρώνουν τα νευροβιολογικά μοντέλα χωρίς να τα ανταγωνίζονται.

Τα μοντέλα της κλασικής εξαρτημένης μάθησης στηρίζονται, καταρχάς, στον ισχυρισμό ότι οι ουσίες κατάχρησης παράγουν φυσιολογικές και υποκειμενικές αντιδράσεις στον 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 συνήθειες (π.χ., με τον καφέ, μετά από ένα γεύμα) ή συναισθηματικές καταστάσεις (π.χ., άγχος, ματαιώση). Με το πέρασμα του χρόνου αυτοί οι συνδυασμοί μετατρέπουν τις καταστάσεις σε ισχυρούς συνδέσμους του καπνίσματος ή σε αίσθηση έντονης ανάγκης για κάπνισμα. Κατά τον ίδιο τρόπο, άλλες πτυχές 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 ανθρώπινου εγκεφάλου²³.

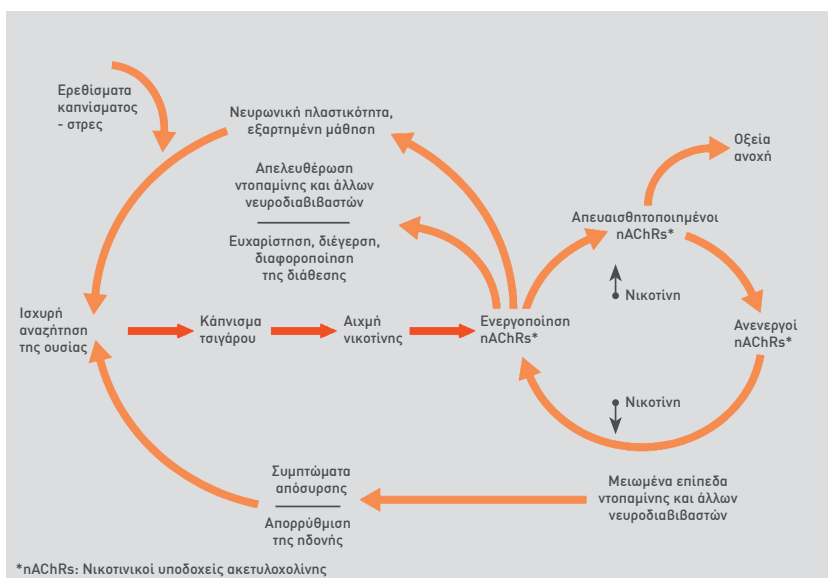


ΓΡΑΦΗΜΑ 2: Μελέτες Λειτουργικής Απεικόνισης Μαγνητικού Συντονισμού (Functional Magnetic Resonance Imaging).

Οι συγκεκριμένες μελέτες έχουν δείξει πως από μόνη της η θέα αντικειμένων και καταστάσεων που συνδέονται με το κάπνισμα ενεργοποιεί περιοχές του εγκεφάλου στους καπνιστές. Στο ανωτέρω γράφημα παρουσιάζονται τομές των εγκεφάλων καπνιστών με τις αντίστοιχες περιοχές που ενεργοποιήθηκαν (Ventral Striatum: Κοιλιακό Ραβδωτό, Amygdala: Αμυγδαλή, Hippocampus: Ιππόκαμπος, Thalamus: Θάλαμος) στη θέα ερεθισμάτων σχετικών με το κάπνισμα.

Χρήση κατόπιν άδειας της περιοδικής έκδοσης *Neuropsychopharmacology*.

Τα μοντέλα της κλασικής εξαρτημένης μάθησης περιγράφουν με ακρίβεια τον μηχανισμό που οδηγεί από την ενίσχυση στην καταναγκαστική χρήση, καλύπτοντας με αυτό 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.



ΓΡΑΦΗΜΑ 3: Μοριακές και συμπεριφορικές όψεις της εξάρτησης από τη νικοτίνη.

Η ισχυρή αναζήτηση της νικοτίνης (craving) –που προκαλείται από τα ερεθίσματα που σχετίζονται με το κάπνισμα ή από την επιθυμία ανακούφισης των συμπτωμάτων απόσυρσης– πυροδοτεί το κάπνισμα ενός τσιγάρου, το οποίο προκαλεί την υψηλή συγκέντρωση της νικοτίνης στον εγκέφαλο (αιχμή της νικοτίνης).

Οι νικοτινικοί υποδοχείς ακετυλοχολίνης (nicotinic Acetylcholine Receptors- nAChRs) ενεργοποιούνται, οδηγώντας στην απελευθέρωση ντοπαμίνης και άλλων νευροδιαβιβαστών, οι οποίοι με τη σειρά τους προκαλούν το αίσθημα ευχαρίστησης, διέγερσης και διαφοροποίησης της διάθεσης. Επιπροσθέτως, η ενεργοποίηση των υποδοχέων έχει ως αποτέλεσμα ►

την ανάπτυξη νέων νευρωνικών κυκλωμάτων (νευρωνική πλαστικότητα) και σε συνδυασμό με τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα καπνίσματος έχει ως αποτέλεσμα την εξαρτημένη συμπεριφορά.

Αφού ενεργοποιηθούν οι νικοτινικοί υποδοχείς ακετυλοχολίνης από τη νικοτίνη, σταδιακά απευαισθητοποιούνται σε αυτή και αποκτούν ανοχή στη συγκεκριμένη ουσία, καθώς και μειωμένη ευχαρίστηση από το κάπνισμα. Στο χρονικό διάστημα μεταξύ του καπνίσματος τσιγάρων ή κατά την περίοδο διακοπής του καπνίσματος, τα επίπεδα της νικοτίνης στον εγκέφαλο μειώνονται. Ως εκ τούτου, μειώνονται και τα επίπεδα της ντοπαμίνης και των άλλων νευροδιαβιβαστών και εμφανίζονται συμπτώματα απόσυρσης, συμπεριλαμβανομένης και της έντονης αναζήτησης της ουσίας. Κατά την απουσία της νικοτίνης, οι νικοτινικοί υποδοχείς ακετυλοχολίνης αποκτούν εκ νέου την ευαισθησία τους στη νικοτίνη και επανενεργοποιούνται έπειτα από μία νέα δόση, δηλαδή έπειτα από το κάπνισμα ενός τσιγάρου.

Χρήση κατόπιν άδειας του καθηγητή Ιατρικής Neal L. Benowitz, MD.

ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΑΘΗΣΗ

ΤΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΑΘΗΣΗΣ πρεσβεύουν πως η χρήση μίας 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 πεποιθήσεις και οι στάσεις για τη χρήση του τσιγάρου μαθαίνονται μέσω της παρατήρησης, της μίμησης και της δημιουργίας προτύπων από σημαντικούς ανθρώπους του κοινωνικού περιβάλλοντος (π.χ., γονείς, αδέρφια, φίλοι, δάσκαλοι). Από την άλλη πλευρά, οι άμεσες εμπειρίες με την ουσία παρέχουν βιωματική γνώση για τις επιδράσεις της ουσίας. Εντέλει, 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 πεποιθήσεις καθοδηγούν τη συμπεριφορά λήψης της ουσίας. Για παράδειγμα, η μόνιμη πεποίθηση ότι το κάπνισμα σε χαλαρώνει προωθεί το κάπνισμα, ακόμη και αν το τελευταίο δεν έχει αυτή την επίδραση. Τελικά, η χρήση της ουσίας οδηγεί σε μειωμένη ικανότητα των ατόμων να λει-

τουργούν αποτελεσματικά και προς το συμφέρον τους, δηλαδή να καταφέρνουν να χαλαρώνουν χωρίς αυτήν.

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

ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΠΙΡΡΟΗ

Η ΜΑΚΡΑ ΙΣΤΟΡΙΑ των ουσιών εξάρτησης αποκαλύπτει ότι 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 τον 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, εποχική) επηρεάζονται από τον τρόπο με τον οποίο κατανέμεται ο χρόνος στις διάφορες κοινωνικές δραστηριότητες, ενώ 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 ότι πολύ περισσότεροι άνθρωποι χρησιμοποιούν τον καπνό από όσους είναι στην πραγματικότητα. Όταν το μάρκετινγκ είναι αποτελεσματικό, ενσωματώνονται και νομιμοποιούνται στην καθημερινή ζωή ρυθμοί κατανάλωσης, όπως συμβαίνει με το διάλειμμα για καφέ και τσιγάρο.

Η μακρά ιστορία των ουσιών εξάρτησης αποκαλύπτει ότι 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 τον χρόνο και τρόπο κατανάλωσής τους.

Ό,τι ήταν κάποτε της μόδας μετατρέπεται σε δικαίωμα πολιτισμικής αλλαγής, για να φιλοξενήσει την ανάγκη που προέκυψε. Είναι εύκολο να δει κάποιος ότι 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 μάρκετινγκ, απευθυνόμενη στους νέους στο όνομα της «ελευθερίας επιλογής» και της «ωριμότητας να καπνίζουν υπεύθυνα».

Οι πολιτισμικές αντιλήψεις γύρω από το τι συνιστά αποκλίνουσα χρήση μιας ουσίας βασίζονται συχνά σε κοινωνικά κριτήρια και σε κριτήρια που αφορούν την 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 τι είναι «φυσιολογικό» και τι «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 το 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 μετριάσει 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 επικοινωνίας που σχετίζονται με γονεϊκές συμπεριφορές μπορεί να έχουν 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 παράγοντας

που επηρεάζει τους χαμηλούς δείκτες καπνίσματος στον πληθυσμό των Αφροαμερικανών φαίνεται πως είναι το γονεϊκό πρότυπο και η άμεση επικοινωνία στο ζήτημα του καπνίσματος¹⁹.

Τα ανωτέρω μοντέλα είναι καλό να θεωρηθούν συμπληρωματικά. Έτσι, γίνεται ξεκάθαρο ότι οι διαφορές ανάμεσά τους δεν σημαίνουν την αντίθεση, αλλά τη σύνθεση. ■

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

03

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

ΑΝΔΡΙΑΝΗ Ν. ΛΟΥΚΟΠΟΥΛΟΥ, MSc

*Νοσηλεύτρια, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,
Προϊσταμένη Β' Παθολογικού Νοσηλευτικού
Τμήματος - Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο
Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι»*

Το 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 ακόμη και στον θάνατο¹, καθώς δεν υπάρχει επίπεδο έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα που να θεωρείται ασφαλές.

Συγκεκριμένα, το κάπνισμα κατά την κύηση είναι μια πολύ σοβαρή αιτία για τη δημιουργία επιπλοκών². Ειδικότερα, αυξάνει τη συχνότητα εμφάνισης προδρομικού πλακούντα, αποκόλλησης πλακούντα, έκτοπης κύησης και πρόωρης ρήξης των εμβρυϊκών υμένων³. Επίσης, το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη έχει αποδειχτεί ότι σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά εμφάνισης: υπολειπόμενου βάρους γέννησης νεογνών, περιγεννητικής θνησιμότητας, πρόωρου τοκετού⁴ και του συνδρόμου αιφνίδιου θανάτου των βρεφών⁵.

Επιπλέον, μεγαλώνοντας αυτά τα παιδιά εμφανίζουν διάφορα προβλήματα υγείας, όπως: αναπνευστικά⁶⁻⁸, καρδιαγγειακά⁹⁻¹⁰, διαταραχές συμπεριφοράς, ελλειμματική προσοχή και υπερκινητικότητα¹¹⁻¹⁷. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η επίδραση του καπνίσματος της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στη γονιμότητα των αγοριών¹⁸, στην εμφάνιση συγγενών ανωμαλιών¹⁹⁻²¹, καθώς και στη σύνδεση του αυτισμού με το καθημερινό κάπνισμα της μητέρας στην αρχή της εγκυμοσύνης²²⁻²³.

Παρόλο που το 40% των εγκύων καπνιστριών διακόπτουν αυθορμήτως το κάπνισμα πριν από την πρώτη τους επίσκεψη στον γυναικολόγο²⁴, το υπόλοιπο 60% επιμένει να καπνίζει.

Σε αυτές απευθύνονται τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος κατά την κύηση, με αρκετά σημαντικά ποσοστά επιτυχίας^{4, 25}. Τα ποσοστά της αποτελεσματικότητας των διαφόρων παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος κατά την κύηση ποικίλλουν από 26,5% έως 47% για τις κλινικές μελέτες, σύμφωνα με τη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση 19 ερευνών²⁶. Ο επιπολασμός του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της κύησης ποικίλλει ανάλογα με τη χώρα. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Προγεννητική Έρευνα Υγείας (2010) σχετικά με το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη στην Ευρώπη, στις περισσότερες χώρες πάνω από το 10% των εγκύων συνεχίζει να καπνίζει²⁷⁻²⁸. Από τις ευρωπαϊκές χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά

είναι η Γαλλία με 17,7% και μερικές χώρες στο Ηνωμένο Βασίλειο, ανάμεσα τους η Σκωτία με 19%, η Ουαλία με 16% και η Βόρεια Ιρλανδία με 15%, όπως επίσης και η Ισπανία με 14,4% (η συλλογή πληροφοριών έγινε στην Καταλονία). Ωστόσο 11 ευρωπαϊκές χώρες δεν περιλήφθηκαν στη συγκεκριμένη συλλογή πληροφοριών, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα²⁷.

Σύμφωνα με πολυεθνική διαδικτυακή έρευνα που αξιολόγησε εγκύους και νέες μητέρες από 15 ευρωπαϊκές χώρες κατά το χρονικό διάστημα 2011-2012, το κάπνισμα πριν από την εγκυμοσύνη αναφέρθηκε σε ποσοστό 35,3%³¹. Η έρευνα κατέδειξε ότι το 26,2% των γυναικών συνέχισε να καπνίζει κατά την κύηση, ενώ το 11,4% όσων ρωτήθηκαν ανέφερε ότι κάπνιζε πάνω από 10 τσιγάρα ημερησίως. Αξίζει να σημειωθεί ότι υπήρξε μεγάλη διακύμανση μεταξύ των 15 ευρωπαϊκών χωρών στον επιπολασμό της χρήσης καπνού, με ποσοστά από 25% στη Σουηδία και σε 50% στην Κροατία πριν από την εγκυμοσύνη, ενώ κατά την κύηση κάπνιζε από 42% στην Ισλανδία σε 18,9% στην Κροατία²⁹. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ο επιπολασμός του καπνίσματος στις σκανδιναβικές χώρες στην αρχή της εγκυμοσύνης, καθώς έχει μειωθεί τα τελευταία είκοσι χρόνια. Το ποσοστό της χρήσης καπνού στην εγκυμοσύνη στη Δανία μειώθηκε από 30,6% σε 12,5%, στη Νορβηγία από 20,6% σε 16,5 % και στη Σουηδία από 31,4% σε 6,9%, εκτός από τη Φινλανδία, όπου ο επιπολασμός παραμένει στο 15%³². Τα υψηλότερα ποσοστά σημειώθηκαν σε εφήβους (24% στη Σουηδία, 49% στη Φινλανδία και στη Νορβηγία). Επιπλέον, οι άγαμες γυναίκες ήταν 2 με 3 φορές πιο πιθανό να καπνίσουν από τις παντρεμένες, ενώ οι γυναίκες των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων ήταν 6 με 7 φορές πιο πιθανό να καπνίσουν από τις γυναίκες των υψηλότερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων σε Φινλανδία και Νορβηγία³⁰.

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ κατά την κύηση είναι να συνδέεται, μεταξύ άλλων, με πρόωρο τοκετό και αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα³¹. Το ποσοστό της αύξησης της περιγεννητικής θνησιμότητας εξαιτίας του καπνίσματος κατά την κύηση ανέρχεται στο 150%³² και της αύξησης των πρόωρων τοκετών στο 15%³³. Η περιγεννητική θνησιμότητα είναι αυξημένη στα νεογνά των εγκύων καπνιστριών ανεξάρτητα από τον αριθμό των τσιγάρων που αυτές καπνίζουν ημερησίως. Κύρια αιτία είναι η υποξία και η πρωωρότητα, που οφείλονται στις συχνές αιμορραγίες από

την αποκόλληση πλακούντα ή τον προδρομικό πλακούντα και την πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων³⁴. Επίσης, η κατανάλωση καπνού βρέθηκε ότι προκαλεί πρόωρη γήρανση του πλακούντα, εντάσσοντας τις εγκύους καπνίστριες σε ομάδα κύησης υψηλού κινδύνου³⁵.

Συγκεκριμένα:

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ:

Αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα (150%)

Ανωμαλίες πλακούντα

Πρόωρος τοκετός (αυξημένος κατά 15%)

Ανωμαλίες πλακούντα

ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΕΡΕΥΝΑ που μελέτησε τις επιπτώσεις του μητρικού καπνίσματος κατά την κύηση στη μορφολογία του πλακούντα, αποδεικνύεται ότι δημιουργούνται παθολογοανατομικές αλλοιώσεις στον πλακούντα, οι οποίες προκαλούν ελάττωση της διάχυσης του οξυγόνου μέσω αυτού, με αποτέλεσμα το έμβρυο να αναπτύσσεται σε συνθήκες υποξικού στρες³⁶.

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 πλακούντα³⁷.

Έκτοπη κύηση

ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ του γονιμοποιημένου ωαρίου σε θέση εκτός της κοιλότητας της μήτρας, συνήθως μέσα στις σάλπιγγες³⁸. 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 ανερχόταν από 1,4% για τις γυναίκες που κάπνιζαν λιγότερο από 10 τσιγάρα ημερησίως έως 5% για εκείνες που κάπνιζαν περισσότερο από 30 τσιγάρα ημερησίως³⁹.

Ακολούθως και η έρευνα των Saraiya και συνεργατών απέδειξε ότι η αύξηση του κινδύνου για έκτοπη κύηση ήταν αντίστοιχη 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 αυξανόταν στο 2,3% στις γυναίκες που κάπνιζαν 11-20 τσιγάρα ημερησίως⁴⁰.

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

Αποκόλληση πλακούντα

ΩΣ ΠΡΟΩΡΗ ΑΠΟΚΟΛΛΗΣΗ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ ονομάζεται ο διαχωρισμός του φυσιολογικά προσφυόμενου πλακούντα από τη μήτρα πριν από 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 κύησης⁴¹. 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 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 εξαιτίας του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη⁴².

Έρευνα που διεξήχθη σε εθνικό επίπεδο στη Σουηδία και εκτείνεται χρονικά από το 1983 έως το 2001, όπου συμμετείχαν 526.690 γυναίκες που γέννησαν διαδοχικά με μονήρεις κυήσεις τα δύο πρώτα τους παιδιά, 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 μόνο τη στατιστική σημασία των αποτελεσμάτων, αλλά δίνει και τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων σε άλλες χώρες⁴³.

Προδρομικός πλακούντας

ΟΤΑΝ Ο ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ εμφυτεύεται και αναπτύσσεται στο κατώτερο τμήμα της μήτρας ονομάζεται προδρομικός³⁴. Η εμφάνιση προδρομικού πλακούντα έχει αποδειχτεί 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 τοκετούς⁴².

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, συμπεριέλαβαν 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 δόσοεξαρτώμενη σχέση με αναλογία πιθανότητας 1,40% μεταξύ των γυναικών που κάπνιζαν λιγότερο από 10 τσιγάρα ημερησίως και 1,72% μεταξύ εκείνων που κάπνιζαν περισσότερα από 10 τσιγάρα καθημερινά⁴⁴.

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 διδυμες κυήσεις, ο αριθμός των τσιγάρων 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 διδυμων γεννήσεων⁴⁵.

Πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων

ΩΣ ΠΡΟΩΡΗ ΡΗΞΗ εμβρυϊκών υμένων νοείται η αυτόματη ρήξη των υμένων πριν από την ολοκλήρωση της κύησης³, ενώ η πρόωπη πρόωρη ρήξη των υμένων (Preterm Premature Rupture of Membranes), πριν από τη συμπλήρωση της 37ης εβδομάδας κύησης, αποτελεί την πιο συχνή αιτία πρόωρου τοκετού⁴⁶, αφού αντιστοιχεί σχεδόν στο 30% όλων των πρόωρων τοκετών⁴⁷. Το κάπνισμα θεωρείται μία από τις σημαντικότερες αιτίες της πρόωρης ρήξης των εμβρυϊκών υμένων, καθώς σχετίζεται με αναλο-

για πιθανότητας 1,81% σε έξι έρευνες³. 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 καπνίστριες⁴⁶.

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

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΠΟΥ ΘΑ ΓΕΝΝΗΘΕΙ:

Ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης
Χαμηλό Βάρος γέννησης νεογνού
Σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου των Βρεφών
Άσθμα
Διαταραχή συμπεριφοράς, ελλειμματική προσοχή και υπερκινητικότητα
Αυτιστικές διαταραχές
Υπογονιμότητα στα αγόρια
Συγγενείς ανωμαλίες
Αυξημένη νοσοκομειακή νοσηλεία
Αύξηση καρδιαγγειακού κινδύνου

ΟΤΑΝ Η ΕΓΚΥΟΣ ΚΑΠΝΙΖΕΙ ή εκτίθεται σε παθητικό κάπνισμα, το έμβρυο εξαναγκάζεται να καπνίζει, με αποτέλεσμα να είναι ο πρώτος παθητικός καπνιστής και ακολούθως να προκαλούνται δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία και την ανάπτυξη του⁴⁸. 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 περίμετρο κεφαλής, θώρακος και ώμων⁴⁹.

Το παθητικό κάπνισμα του εμβρύου επηρεάζει την ανάπτυξη των πνευμόνων και του εγκεφάλου⁵⁰, με αποτέλεσμα να επιβαρύνει την υγεία αυτού του παιδιού για όλη του τη ζωή⁵¹.

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ:

Μητρικό κάπνισμα και χαμηλό βάρος γέννησης νεογνού

ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ του νεογνού δεν αντικατοπτρίζει μόνο την εμβρυϊκή ανάπτυξη, αλλά αποτελεί έναν από τους κυριότερους δείκτες καθορισμού της βρεφικής νοσηρότητας⁵². Το κάπνισμα της μητέρας κατά την κύηση υπολογίστηκε ότι ευθύνεται για το 20%-30% των λιποβαρών νεογνών στις ΗΠΑ⁵³. Η συχνότητα εμφάνισης πρόωρων λιποβαρών νεογνών σχετίζεται θετικά με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν οι έγκυες καπνίστριες⁵⁴. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που καπνίζουν κατά την εγκυμοσύνη έχουν κατά μέσο όρο 150-250 γραμμ. μικρότερου βάρους γέννησης νεογνά συγκριτικά με τις μη καπνίστριες⁵⁵.

Πρόσφατη έρευνα των Stein και συνεργατών σε εθνικό επίπεδο σε 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 εκείνα 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 υπερκινητικότητα⁵⁶.

Το σύνδρομο του αιφνίδιου θανάτου των βρεφών

ΤΑ ΝΕΟΓΝΑ ΤΩΝ ΚΑΠΝΙΣΤΡΙΩΝ κινδυνεύουν ιδιαίτερα από το σύνδρομο του αιφνίδιου θανάτου των βρεφών (Sudden Infant Death Syndrome), που ορίζεται ως ο αιφνίδιος θάνατος ενός υγιούς νεογνού μικρότερου του 1 έτους, του οποίου η αιτία θανάτου δεν μπορεί να προσδιοριστεί ούτε από το ιατρικό ιστορικό ούτε από τη νεκροψία⁵⁷. Αναλυτικότερα, τα νεογνά των οποίων οι μητέρες καπνίζουν κατά την κύηση κινδυνεύουν 2,3 φορές περισσότερο από το σύνδρομο του αιφνίδιου 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 εγκυμοσύνη⁵⁸⁻⁵⁹. Σε νεογνά που πέθαναν από το σύνδρομο του αιφνίδιου

θανάτου βρέθηκε αυξημένη συγκέντρωση νικοτίνης στους πνεύμονες, καθώς και αυξημένα επίπεδα κοτινίνης συγκριτικά με νεογνά που πέθαναν από άλλες αιτίες⁶⁰.

Μητρικό κάπνισμα και αναπνευστικό σύστημα του παιδιού

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ κατά την κύηση μειώνει την αναπνευστική λειτουργία των νεογνών⁶⁻⁸. 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 νωρίτερα⁸. Επιδημιολογικές έρευνες αποδεικνύουν ότι το μητρικό κάπνισμα αποτελεί έναν ουσιαστικό παράγοντα κινδύνου για το άσθμα της παιδικής ηλικίας⁶⁰⁻⁶¹. 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 τσιγάρου, εξαιτίας του μητρικού καπνίσματος, συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης άσθματος⁶¹. Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε κορίτσια των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν περισσότερο από 20 τσιγάρα ημερησίως κατά την κύηση έδειξε ότι είχαν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης συμπτωμάτων άσθματος ακόμα και σε μεγαλύτερη ηλικία από ό,τι στην προηγούμενη έρευνα (έως και 14 ετών)⁶⁰. Επίσης, το κάπνισμα της μητέρας κατά την κύηση θεωρείται σημαντικός παράγοντας εκδήλωσης ασθματικής βρογχίτιδας τον πρώτο χρόνο ζωής⁶². 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 άσθματος, αλλά και για τη διαγνωσμένη ύπαρξη άσθματος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Η εκδήλωση άσθματος ήταν δόσοεξαρτώμενη, καθώς φάνηκε πως για κάθε 1 τσιγάρο που κάπνιζε η έγκυος κατά τη διάρκεια της κύησης αύξανε κατά 1% η πιθανότητα εμφάνισης επεισοδίων συριγμού ή η ύπαρξη διαγνωσμένου άσθματος⁶³.

Εκτός από το άσθμα στην παιδική ηλικία και την 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 εγκυμοσύνης⁶⁴. 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 υπάρ-

χουν πλέον στοιχεία εμμένουσας απόφραξης των αεραγωγών, ούτε βρογχική υπεραντιδραστικότητα, εξακολουθούν να υπάρχουν ακόμα και 21 χρόνια μετά την πρόωρη γέννηση σημαντικά αναπνευστικά συμπτώματα⁶⁵.

Διαταραχή συμπεριφοράς, ελλειμματική προσοχή και υπερκινητικότητα

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ υποστηρίζουν ότι η έκθεση στο κάπνισμα κατά την κύηση μπορεί να έχει τέτοιες επιπτώσεις στο εμβρυϊκό νευρικό σύστημα που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε διαταραχές της συμπεριφοράς στο νεογνό, το παιδί ή ακόμα και στον νέο ενήλικα¹¹⁻¹². Φαίνεται ότι το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη συνδέεται με την ελλειμματική προσοχή των παιδιών¹³, την υπερκινητικότητα, με περισσότερες μαθησιακές διαταραχές⁶⁶ αλλά και με διαταραχή της συμπεριφοράς¹⁴.

Έχει διαπιστωθεί ισχυρή σχέση μεταξύ μητρικού καπνίσματος κατά την κύηση και της κάτω του μετρίου ακαδημαϊκής επίδοσης των παιδιών στην ηλικία των 15 ετών¹⁵. Εντούτοις, παραμένει ασαφές αν η αναφερόμενη σχέση μεταξύ καπνίσματος στην εγκυμοσύνη και μετρήσεων της γνωστικής λειτουργίας οφείλεται 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 περιβάλλον¹⁶⁻¹⁷. 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 αλλά και στον χρόνο και στην προσοχή που αφιερώνουν στο παιδί⁶⁷.

Καθημερινό μητρικό κάπνισμα και αυτισμός

ΠΑΡΟΛΟ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΣΠΑΝΙΟΣ ο σχετικός κίνδυνος εμφάνισης αυτισμού με συχνότητα 1/1.000 γεννήσεις²², εντούτοις συνδέεται με το καθημερινό κάπνισμα της μητέρας στην αρχή της εγκυμοσύνης, σύμφωνα με επιδημιολογική έρευνα που διεξήχθη σε εθνικό επίπεδο στη Σουηδία²³. 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 υποομάδα παιδιών να αναπτύσσουν αυτισμό διότι πάσχουν από τον ενδομήτριο περιορισμό ανάπτυξης και εκτίθενται στη δυσμενή εμβρυϊκή ασφυξία. Αυτό συνάδει με αρ-

κετά από τα συμπεράσματα που είναι σύμφωνα με τη μη γενετική διαμεσολάβηση κινδύνων που οδηγούν στην εμφάνιση του αυτισμού²³.

Η επίδραση του μητρικού καπνίσματος στη γονιμότητα των αγοριών

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ κατά τη διάρκεια της κύησης μπορεί να επηρεάσει τη γονιμότητα των αγοριών που θα γεννηθούν, όπως αποδεικνύει έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δύο χρονικές περιόδους. Το πρώτο στάδιο της έρευνας διεξήχθη από το 1984 έως το 1987 και αφορούσε το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη και τις επιπτώσεις του στο έμβρυο. Τα έτη 2005-2006, στο δεύτερο στάδιο, 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% χαμηλότερο όγκο σπέρματος, 17% χαμηλότερη συγκέντρωση σπέρματος και συνολικά 38% χαμηλότερο σπερματικό επίπεδο¹⁸.

Συγγενείς ανωμαλίες και μητρικό κάπνισμα

Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ 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 έδειξαν ότι, όταν η μητέρα καπνίζει, αυξάνεται η συχνότητα εμφάνισης συγγενών ανωμαλιών, ιδιαίτερα η εμφάνιση λυκοστόματος και λαγώχειλου¹⁹. Ειδικότερα, σύμφωνα με τη μετα-ανάλυση των δεδομένων εννέα ερευνών, που δημοσιεύτηκαν μεταξύ 1974-2001 και εξέτασαν συνολικά στοματοπροσωπικές σχιστίες, διαπιστώθηκε ότι το μητρικό κάπνισμα συνδέεται με 34% αύξηση του κινδύνου για λαγώχειλο, με ή χωρίς λυκόστομα, και 22% αύξηση του κινδύνου για λυκόστομα²⁰.

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 2002²¹. Ειδικότερα, εξετάστηκαν τα αρχεία 6.839.854 γεννήσεων και ανευρέθησαν 5.171 νεογέννητα 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 τσιγάρων 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. Παρ' όλα αυτά, 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 γεννήσεις²¹.

Μητρικό κάπνισμα και αυξημένη νοσοκομειακή νοσηλεία των παιδιών

ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ των Wisborg και συνεργατών σε δείγμα 1.974 παιδιών, που διερεύνησε τη σχέση μεταξύ καπνίσματος στην κύηση και νοσηλείας σε νοσοκομείο βρεφών λιγότερο από 8 μηνών, το 8% των παιδιών αυτών νοσηλεύτηκαν 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 νοσηλευτούν από εκείνα που οι μητέρες τους δεν κάπνιζαν. Συμπερασματικά, το κάπνισμα τουλάχιστον 15 τσιγάρων ημερησίως επηρεάζει την υγεία των παιδιών σε τέτοιο βαθμό, ώστε, αν όλες οι έγκυοι που καπνίζουν τουλάχιστον 15 τσιγάρα ημερησίως σταματούσαν το κάπνισμα, θα μπορούσε να αποφευχθεί το 5% των νοσοκομειακών εισαγωγών παιδιών μικρότερων των 8 μηνών⁶⁸⁻⁶⁹.

Αύξηση παιδικού καρδιαγγειακού κινδύνου και μητρικό κάπνισμα

Η ΕΚΘΕΣΗ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ στο μητρικό κάπνισμα συνδέεται με αυξημένη αρτηριακή πίεση (ΑΠ) στα νεογνά, σύμφωνα με 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 ζωής⁹.

Παράλληλα, η συσχέτιση του καπνίσματος με μειωμένα επίπεδα HDL χοληστερόλης σε υγιή 8χρονα 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)¹⁰.

ΕΚΘΕΣΗ ΤΩΝ ΕΓΚΥΩΝ ΣΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Η ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ μπορεί να επηρεάσει την υγεία της μητέρας και του εμβρύου είτε η μητέρα είναι καπνίστρια είτε όχι⁷⁰⁻⁷¹. Ειδικότερα, 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 γραμμαρίων.⁷² Το παθητικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνδέεται με πολλαπλά προβλήματα υγείας στην προγεννητική περίοδο, συμπεριλαμβανομένων του πρόωρου τοκετού, της βροχοπνευμονικής δυσπλασίας, του λαχανιάσματος/άσθματος κ.ά.^{73-74, 70, 75}, ενώ έχει συσχετιστεί και με το σύνδρομο του αιφνίδιου θανάτου των βρεφών⁷⁶.

Δυστυχώς, είναι σύνηθες σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες γυναίκες που δεν καπνίζουν και που καταφέρνουν να διακόψουν το κάπνισμα ή να το μειώσουν να εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα από τους συντρόφους τους, από άλλα μέλη της οικογένειάς τους ή από το κοινωνικό τους περιβάλλον.

Οι δύο πιο σημαντικοί λόγοι έκθεσης της εγκύου στο παθητικό κάπνισμα είναι το γεύμα σε εστιατόρια και το να έχουν σύντροφο καπνιστή⁷⁴.

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 (σε τεστ του λόγου, γλωσσικές δεξιότητες, ευφυΐα και 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 εκβάσεις⁷⁷.

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 εγκύους μη καπνίστριες, οι οποίες επισκέφτηκαν τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία της Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης, η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα υπολογίστηκε σε 55% από τον 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, στοιχείο που υπογραμμίζει την εξαιρετικά υψηλή έκθεση στο παθητικό κάπνισμα των εγκύων γυναικών στην Κρήτη⁷⁸.

Η εκτεταμένη έκθεση των εγκύων στο παθητικό κάπνισμα επιβεβαιώνεται και από κλινική δοκιμή που διεξήχθη στις μαιευτικές κλινικές δύο δημόσιων νοσοκομείων της Αττικής (9/2009-2/2012), στην οποία συμμετείχαν 84 έγκυοι καπνίστριες⁷⁹. 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 τσιγάρων⁸⁰. 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% στην ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, 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 δημόσι-

ους 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 επιβεβλημένη⁷⁹. Η διατήρηση ενός απαλλαγμένου από τσιγάρο περιβάλλοντος θα έπρεπε να είναι προτεραιότητα για όλους τους γονείς⁷⁴.

ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ κατά την κύηση είναι αναστρέψιμη, καθώς υπάρχει σημαντική τεκμηρίωση από τη βιβλιογραφία ότι όσο πιο νωρίς γίνει η διακοπή του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη, τόσο περισσότερο μπορεί να μειωθεί ο κίνδυνος για την υγεία⁸¹⁻⁸². Συγκεκριμένα, τα ευρήματα της μελέτης κοόρτης (cohort study) των McGowan και συνεργατών (2009) απέδειξαν ότι οι ανεπιθύμητες συνέπειες του καπνίσματος μπορεί να γίνουν αναστρέψιμες, αν η διακοπή του καπνίσματος γίνει νωρίς στην κύηση⁸³.

ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΕΡΕΥΝΑ, η επίτευξη της διακοπής του καπνίσματος κατά την κύηση έχει ως αποτέλεσμα λιγότερους πρόωγους τοκετούς, μείωση των γεννήσεων λιποβαρών νεογνών και μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας και νοσηρότητας⁴. Επίσης, όταν διακόπτεται το κάπνισμα, μειώνεται και ο σχετικός κίνδυνος για πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων. Επιπλέον, όταν η διακοπή του καπνίσματος γίνεται πριν από τη σύλληψη, ο κίνδυνος είναι ίδιος με εκείνον που διατρέχουν οι μη καπνίστριες⁴⁰. Τα παιδιά που οι μητέρες τους διακόπτουν το κάπνισμα κατά την κύηση μεγαλώνοντας είναι υγιέστερα (έχουν μικρότερη ανάγκη φροντίδας υγείας), καθώς πάσχουν λιγότερο από χρόνια νοσήματα και έχουν λιγότερες μαθησιακές δυσκολίες⁸⁴⁻⁸⁵.

Η ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ 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 ποτέ⁸⁶⁻⁸⁸. Ωστόσο, το θετικό αυτό αποτέλεσμα της διακοπής του καπνίσματος δεν παρατηρείται σε περιπτώσεις απλής ελάττωσης του αριθμού των τσιγάρων⁸⁹.

ΕΠΙΣΗΣ, ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 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 εγκυμοσύ-

νης. 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 παραπάνω ευρήματα είναι σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες διακοπής καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας του προγράμματος TOB-g, οι οποίες τονίζουν τη σημασία της διακοπής του καπνίσματος κατά το α' τρίμηνο της κύησης⁹⁰⁻⁹¹ και τεκμηριωμένα συστήνουν, μεταξύ άλλων, και τα ακόλουθα:

- α)** Η έγκυος πρέπει να διακόψει το κάπνισμα όσο το δυνατόν νωρίτερα στο α' τρίμηνο της εγκυμοσύνης και να συνεχίσει να μην καπνίζει μετά τον τοκετό (Level of Evidence A)⁹¹.
- β)** Δεν υπάρχει ασφαλής αριθμός τσιγάρων στην εγκυμοσύνη και πρέπει να συστήνεται στις εγκύους να διακόπτουν τελείως το κάπνισμα (Level of Evidence A)⁹¹.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΑ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ επιδημιολογικά δεδομένα, η εφαρμογή προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος κατά την κύηση είναι ιδιαίτερα επωφελής όχι μόνο για τις ίδιες τις εγκύους καπνίστριες και τις οικογένειές τους, αλλά και για ολόκληρο το σύστημα υγείας⁸⁴. Επιπλέον, τα οφέλη που προκύπτουν στην υγεία των γυναικών που διακόπτουν το κάπνισμα είναι άμεσα και για όλη τους τη ζωή⁹².

ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ προς αυτή την κατεύθυνση, στο πλαίσιο της πρόληψης του καπνίσματος, μπορεί να αποδειχτεί η προαγωγή υγείας μέσω μεθόδων αγωγής υγείας που στοχεύουν στην ευαισθητοποίηση και στη λήψη αποφάσεων με τελικό στόχο την αλλαγή συμπεριφοράς⁹⁴, με έναν από τους βασικούς στόχους να παραμένει η πρόληψη της έναρξης του καπνίσματος από τους μαθητές και τις μαθήτριες.

ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ, ΟΙ ΜΑΘΗΤΡΙΕΣ θα πρέπει να ενημερωθούν ότι αποτελούν τον πληθυσμό-στόχο του καπνεμπορίου τις τελευταίες δεκαετίες, που στην προσπάθειά του να τις προσεγγίσει προβάλλει εκτενώς μέσω των διαφημίσεων το γυναικείο σώμα ως καλλίγραμμα σιλουέτα και το τσιγάρο ως μέσο απόκτησής της⁹⁵. 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 μητέρων.

ΤΕΛΟΣ, Η ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ κατά την κύηση είναι επιτακτική και για τους δύο γονείς διότι δεν υπάρχει επίπεδο έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα που να θεωρείται ασφαλές¹. ■

ΚΕΦΑΛΑΙΟ

04

ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΜΠΑΡΑΜΠΟΥΤΗ, MA, Cand. PhD

*Καθηγήτρια Θεολογίας (ΠΕ1) και Αγωγής Υγείας,
Γυμνάσιο και Λύκειο Αμερικανικού Κολλεγίου Ελλάδος
(Pierce)*

ΒΑΣΩ ΕΥΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ, MD, PhD

*Πνευμονολόγος - Εντατικολόγος, George D.
Behrakis Research Lab - Ελληνική Αντικαρκινική
Εταιρεία, Υπεύθυνη Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων
SMOKEFREEGREECE*

Παθητικό κάπνισμα είναι η έκθεση ατόμων κάθε ηλικίας ή κατάστασης στον καπνό του τσιγάρου που υπάρχει στο περιβάλλον (Environmental Tobacco Smoke - ETS). Το παθητικό κάπνισμα αναφέρεται και ως Δευτερογενές Παθητικό Κάπνισμα (Passive Smoking ή Second-hand Smoke). Παθητικοί ή ακούσιοι ή έμμεσοι καπνιστές αποκαλούνται τα άτομα που εκτίθενται ακούσια στον καπνό των άλλων, ανάμεσά τους δε και ομάδες ευαίσθητες και ευάλωτες στον καπνό του τσιγάρου, όπως κυοφορούσες γυναίκες, παιδιά και ασθενείς.

Έχει αποδειχτεί επιστημονικά από το 1972 η συσχέτιση παθητικού καπνίσματος και ανάπτυξης νόσου¹. Η καρκινογόνος δράση του παθητικού καπνίσματος τεκμηριώθηκε για πρώτη φορά το 1981 από έρευνα του Εργαστηρίου Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών από τον καθηγητή Δημήτριο Τριχόπουλο². Το 1990 επισημάνθηκαν οι κίνδυνοι του παθητικού καπνίσματος και άλλαξε ριζικά η παγκόσμια στρατηγική για τον έλεγχο του³⁻⁴.

Τα ρεύματα καπνού που παράγονται κατά το κάπνισμα και είναι υπεύθυνα για τα ρυπογόνα συστατικά του παθητικού καπνίσματος είναι τα εξής:

- α.** Το πρωτεύον ή κύριο ρεύμα καπνού (mainstream smoke) είναι αυτό που εισπνέει ο ίδιος ο καπνιστής.
- β.** Το δευτερεύον ή πλευρικό ρεύμα καπνού (sidestream smoke) παράγεται από την αναμμένη άκρη του τσιγάρου, ανάμεσα σε δύο εισπνοές καπνού από τον καπνιστή.
- γ.** Το τριτεύον ρεύμα καπνού (exhaled mainstream smoke) είναι ο καπνός που εκπνέεται από τον καπνιστή⁵.

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 είναι καρκινογόνες⁶.

Τελευταία, ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στο Τριτογενές Παθητικό Κάπνισμα (Third-hand smoke). Πρόκειται για το αόρατο τοξικό μείγμα που προσκολλάται στα μαλλιά και τα ρούχα των καπνιστών, ακόμη και στα έπιπλα και στις κουρτίνες του χώρου όπου κάπνιζαν προηγουμένως, το οποίο παραμένει επί μακρόν, έστω κι αν ο χώρος αυτός αεριστεί. Τα υπολείμματα

του ανωτέρω μείγματος είναι ικανά να μολύνουν ένα παιδί που ανυποψίαστο μπουσουλάει στο πάτωμα και κατόπιν βάζει τα χέρια του στο στόμα.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Ενήλικες

ΟΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ που εκτίθενται καθημερινά στον καπνό του τσιγάρου:

- Παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα κατά 20%-30% σε σχέση με όσους δεν εκτίθενται⁷.
- Εμφανίζουν συχνότερα προβλήματα που σχετίζονται με το αναπνευστικό σύστημα, όπως άσθμα, Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια και αύξηση της πνευμονίας της κοινότητας σε άτομα άνω των 65 ετών⁸⁻¹⁰.
- Παρουσιάζουν αυξημένα προβλήματα που σχετίζονται με το καρδιαγγειακό τους σύστημα. Αποδεδειγμένα, ο κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου αυξάνεται κατά 20%¹¹⁻¹².
- Εμφανίζουν αιτιώδη συνάφεια μεταξύ παθητικού καπνίσματος και αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων¹³.
- Έχουν διπλάσιες, σχεδόν, πιθανότητες για κίνδυνο εκφύλισης της ωχράς κηλίδας, η οποία αποτελεί την κύρια αιτία απώλειας της όρασης¹⁴.

Έγκυοι και Βρέφη

Η ΕΚΘΕΣΗ στο παθητικό κάπνισμα κατά την κύηση:

- Επιδρά αρνητικά στην υγεία της εγκύου, καθώς παρουσιάζεται αυξημένη συχνότητα αποκόλλησης του πλακούντα¹⁵.
- Έχει προβλέψιμες και μακροχρόνιες συνέπειες στην ανάπτυξη εμβρύων και νεογνών διότι οι τοξικές ουσίες του τσιγάρου απορροφώνται από την έγκυο, διαπερνούν τον πλακούντα και συσσωρεύονται στο έμβρυο, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι πιθανότητες διάφορων μορφών καρκίνου στο μέλλον¹⁶.
- Σχετίζεται με μεγαλύτερη προγεννητική θνησιμότητα.
- Αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης πρόωρου τοκετού (<37 εβδομάδες), συγγενών ανωμαλιών, χαμηλού σωματικού βάρους των νεογνών κατά τη γέννηση¹⁷, αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (SIDS)¹⁸ και προβλημάτων του αναπνευστικού συστήματος¹⁵.

Λεπτομερής αναφορά για το κάπνισμα και την κύηση γίνεται στο ειδικό κεφάλαιο του Βιβλίου.

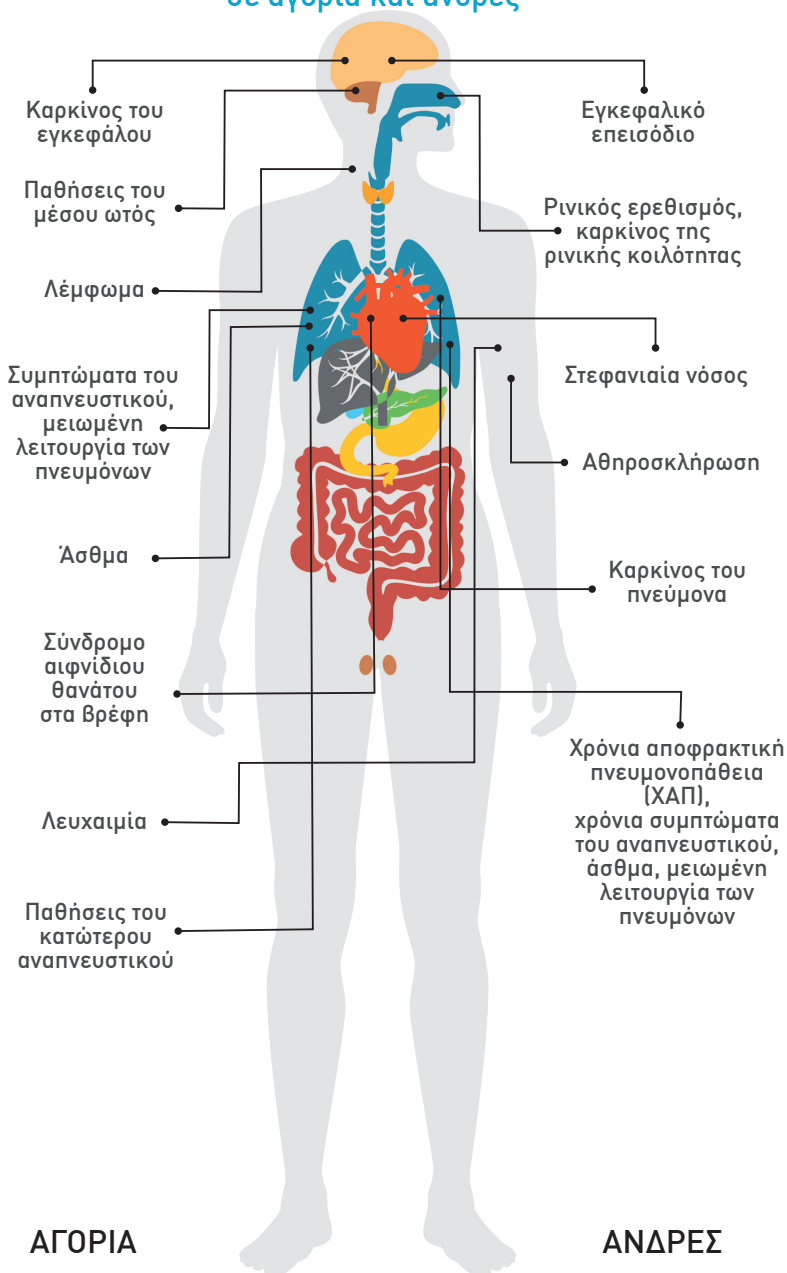
Παιδιά

ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ είναι πολύ πιο ευάλωτα στη δευτερογενή και τριτογενή έκθεση στον καπνό του τσιγάρου, ειδικότερα όταν μεγαλώνουν σε περιβάλλον όπου και οι δυο γονείς τους καπνίζουν. Το περιβάλλον του σπιτιού είναι η πιο σημαντική πηγή έκθεσης για τα παιδιά. Το επίπεδο κοτινίνης στον ορό παιδιών που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα στο σπίτι είναι μεγαλύτερο από ό,τι εκείνων που δεν εκτίθενται¹⁹.

Τα παιδιά που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν:

- Συμπτώματα από το αναπνευστικό σύστημα, όπως βήχα ή συριγμό, λοιμώξεις των πνευμόνων όπως βρογχίτιδα και πνευμονία, κρίσεις άσθματος και μη φυσιολογική ανάπτυξη των πνευμόνων²⁰⁻²¹.
- Φλεγμονές του επιπεφυκότα²², ξηροφθαλμία²³, αλλεργική ρινίτιδα και άλλες αλλεργίες²⁴, ωτίτιδα και παθήσεις του μέσου ωτός²⁵.
- Κεφαλαλγία στην ενήλικη ζωή²⁶.
- Μειωμένη αναπνευστική λειτουργία σε όλη τους τη ζωή, σε σχέση με τα παιδιά των οποίων οι μητέρες δεν κάπνιζαν²⁷.
- Υπάρχουν ενδείξεις ότι το παθητικό κάπνισμα και από τους δύο γονείς μπορεί να δημιουργήσει μόνιμες βλάβες στα αγγεία των παιδιών, με αποτέλεσμα αυτά να γερνούν πρόωρα κατά τρία και πλέον χρόνια¹⁵.
- Μπορεί να παρουσιάσουν προβλήματα συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία, όπως υπερκινητικότητα και διαταραχή προσοχής, γνωστής ως ADHD²⁸.
- Εμφανίζουν μειωμένη ανάπτυξη των νοητικών λειτουργιών και, ως εκ τούτου, μείωση του δείκτη ευφυΐας²⁹.
- Τα «μυεί» στο ενεργητικό κάπνισμα, αυξάνοντας τις πιθανότητες να καπνίσουν κι εκείνα στο μέλλον³⁰.

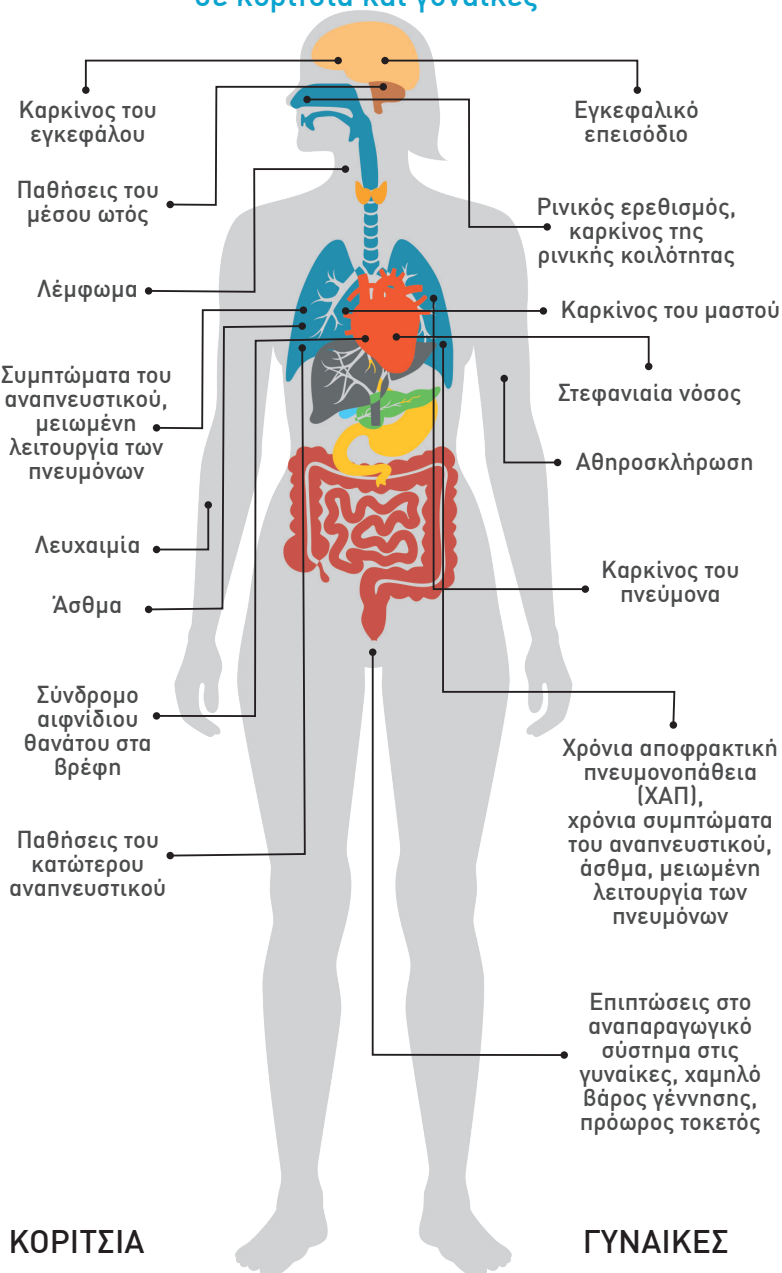
Η επίδραση του παθητικού καπνίσματος σε αγόρια και άνδρες



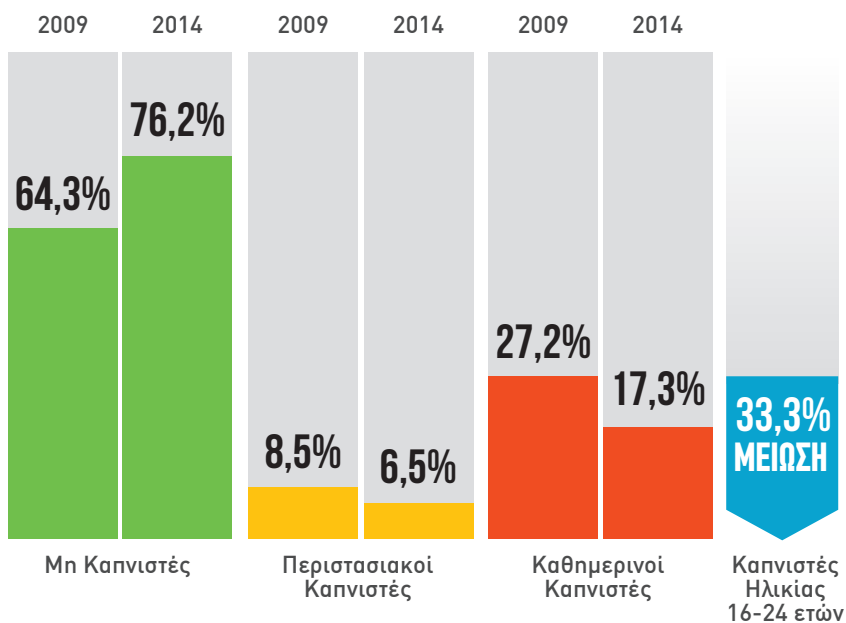
* Επιστημονική τεκμηρίωση: Ενδεικτική ** Επιστημονική τεκμηρίωση: Πλήρης
WHO Training Package for the Health Sector, Children's Health and the Environment, Second-hand tobacco smoke and children [2011].

Η επίδραση του παθητικού καπνίσματος σε κορίτσια και γυναίκες

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

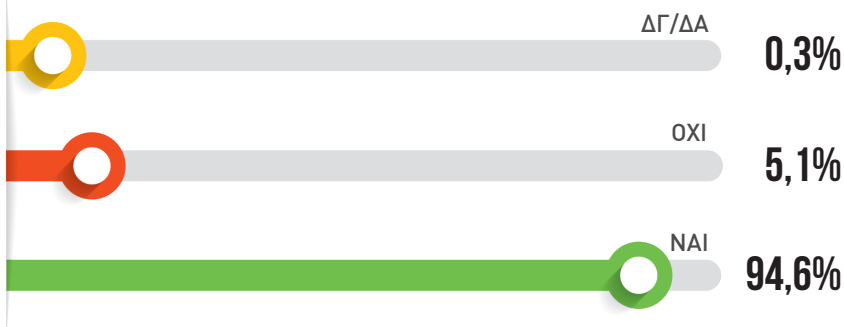


Είναι γνωστό ότι τα τελευταία χρόνια το κάπνισμα στην Ελλάδα έχει μειωθεί σημαντικά, κυρίως στις ηλικίες 16-24 ετών, καθώς και στις ηλικίες άνω των 65 ετών (ΕΛΣΤΑΤ 2014). Το παθητικό κάπνισμα, όμως, παραμένει σε υψηλά επίπεδα.



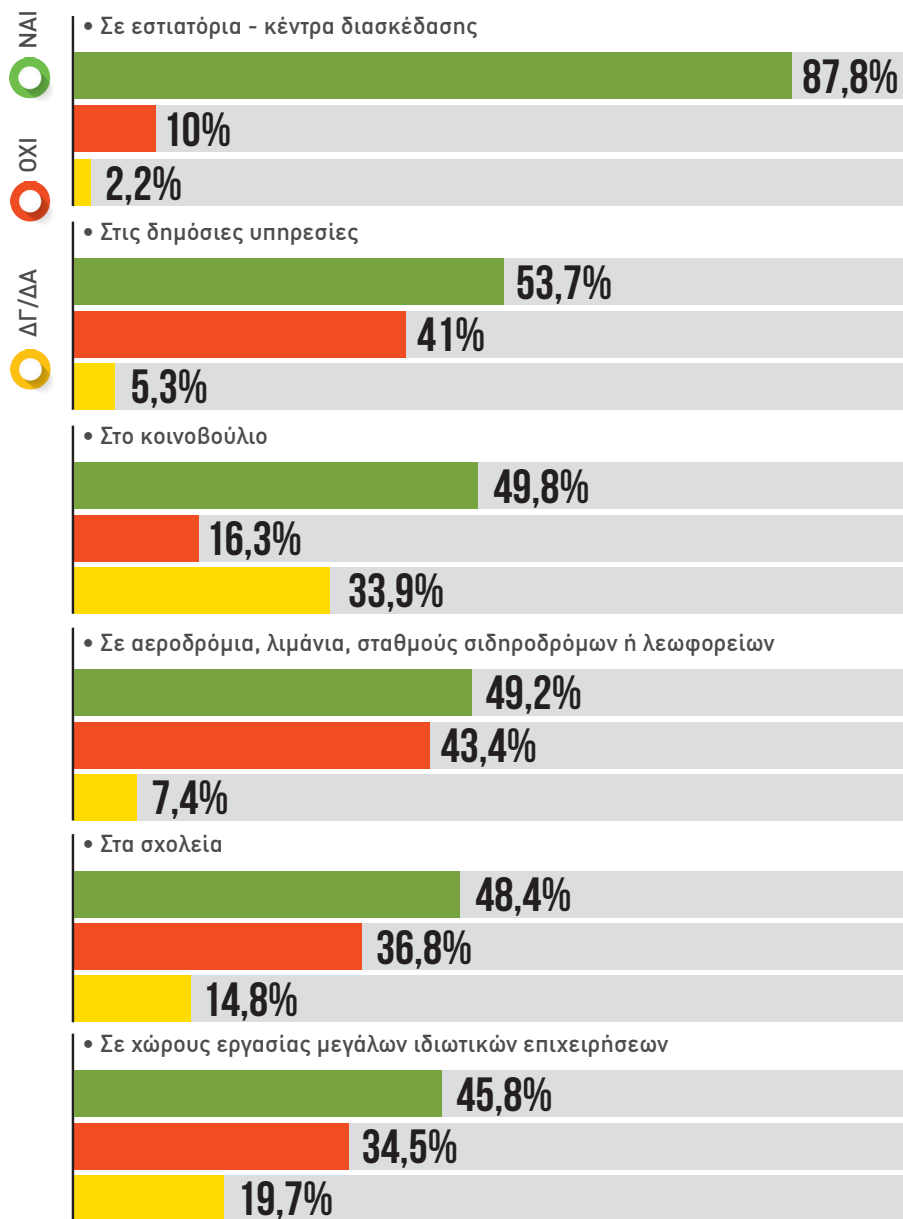
Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2014

Σε έρευνα της ΚΑΠΑ Research, η οποία διεξήχθη τον Μάιο του 2019 σε δείγμα 1.908 ατόμων από τις 13 περιφέρειες της χώρας, στην ερώτηση **«Τον τελευταίο χρόνο έχετε βρεθεί σε χώρους που καπνίζουν παρόλο που απαγορεύεται το κάπνισμα;»** η απάντηση ήταν «ναι» σε ποσοστό 94,6%.



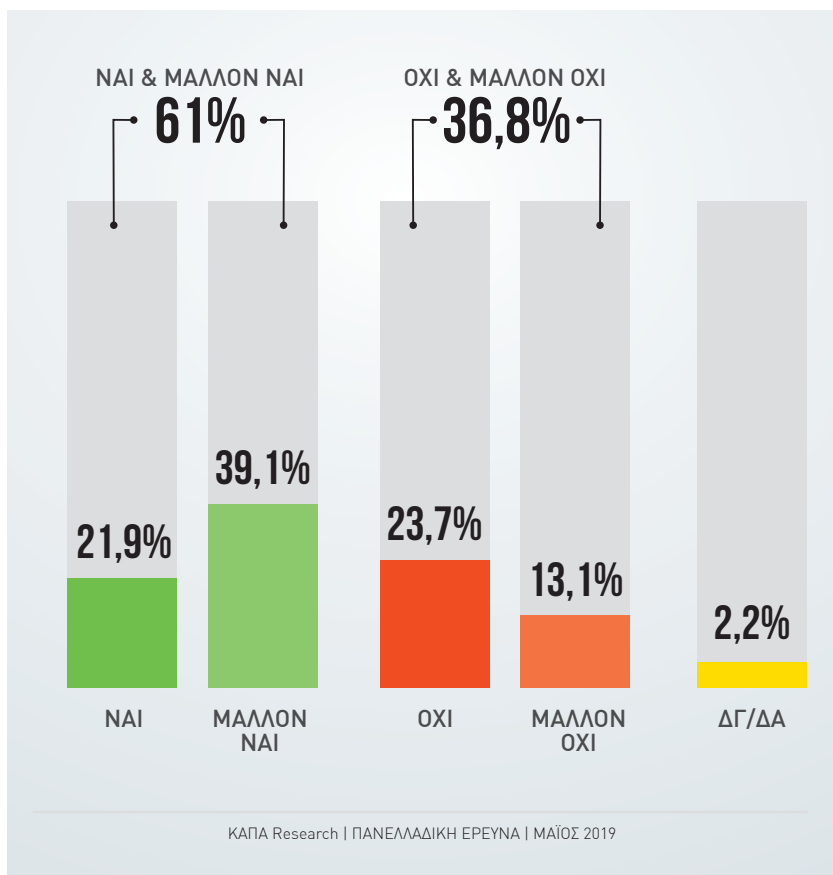
ΚΑΠΑ Research | ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ | ΜΑΪΟΣ 2019

Στην ερώτηση «Πιστεύετε ότι καταστρατηγείται ο νόμος για την προστασία από το παθητικό κάπνισμα;» τα αποτελέσματα είναι χαρακτηριστικά για την ανάγκη της εφαρμογής του νόμου.

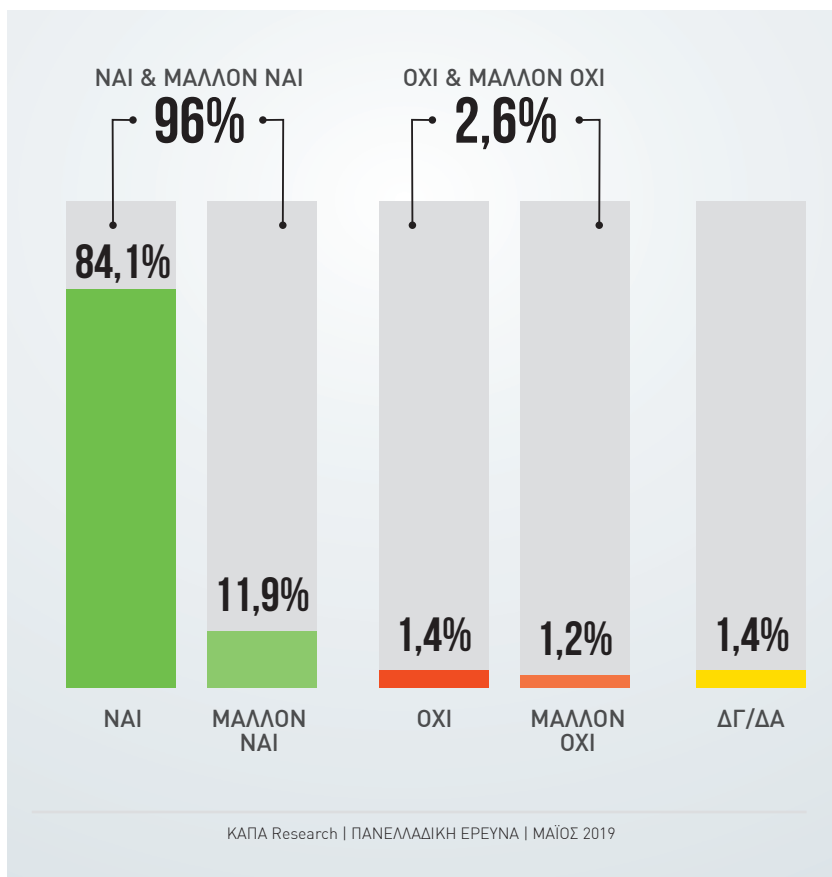


ΚΑΠΑ Research | ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ | ΜΑΪΟΣ 2019

Επίσης, στην ερώτηση «**Η εφαρμογή του νόμου για την προστασία από το παθητικό κάπνισμα στους χώρους διασκέδασης των νέων θα τους ωθούσε να αποφύγουν ή να διακόψουν το κάπνισμα;**» τα αποτελέσματα ήταν:



Αξίζει να σημειωθεί ότι στην ερώτηση «**Επικροτείτε την ανάπτυξη στοχευμένων δραστηριοτήτων για τη μείωση του καπνίσματος στη σχολική ηλικία;**» οι απαντήσεις ήταν εντυπωσιακές.



Το 96% των ερωτηθέντων επικροτεί τις δραστηριότητες στα σχολεία για την πρόληψη και τον έλεγχο του καπνίσματος. Τα αποτελέσματα από την έρευνα αλλά και την εμπειρία που έχει αποκτηθεί μέσα στα δέκα χρόνια εφαρμογής των δραστηριοτήτων αυτών οδηγούν στο συμπέρασμα πως διαφορετικές στρατηγικές πρόληψης και ελέγχου απευθύνονται σε διαφορετικά περιβάλλοντα, καθώς και στις διάφορες βαθμίδες εκπαίδευσης.

Η παιδεία καθορίζει τη βάση για καλή συμμόρφωση και σε μερικές περιπτώσεις, όπως είναι η μαθητική κοινότητα, αποτελεί τη μόνη αποτελεσματική παρέμβαση για τη μείωση του αριθμού νέων καπνιστών.

Στην προαναφερθείσα έρευνα τα αποτελέσματα δείχνουν ένα ποσοστό 87,8% παθητικού καπνίσματος σε χώρους εστιατορίων και κέντρων διασκέδασης (ΚΑΠΑ Research 2019).

Στους χώρους αυτούς, εκτός από τους προσερχόμενους θαμώνες, το παθητικό κάπνισμα αποτελεί σοβαρό πρόβλημα και για τους εργαζόμενους. Υπάρχουν νόμοι, από πολλών ετών, που προστατεύουν το δικαίωμα της εργασίας σε συνθήκες δικαιοσύνης, ισότητας, υγιεινού εργασιακού περιβάλλοντος, ασφάλειας και αξιοπρέπειας.

- The Universal Declaration on Human Rights (UDHR), 1948, article 23 (1)
- United Nations Human Rights, International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1966, article 7 (b)
- Lisbon Treaty, 2009, article 153

Στην Ελλάδα σήμερα, μόνο στους χώρους εστίασης και διασκέδασης πάνω από 130.000 εργαζόμενοι εκτίθενται σε καθημερινό υποχρεωτικό παθητικό κάπνισμα. Για τους εργαζομένους αυτούς έχει βρεθεί ότι τα επίπεδα κοτινίνης είναι συγκρίσιμα με εκείνα που προέρχονται από μετρήσεις παθητικού καπνίσματος στο σπίτι.

Παράλληλα, αρκετές μελέτες έδειξαν βελτίωση της κατάστασης ασθενών με άσθμα μετά την εφαρμογή της απαγόρευσης του καπνίσματος σε χώρους εργασίας και εργαζόμενοι σε μπαρ βελτίωσαν την αναπνευστική τους λειτουργία. Τα αποτελέσματα αυτά καταδεικνύουν ότι η εξάλειψη του καπνίσματος στους χώρους εργασίας είναι η μόνη μέθοδος πλήρους προστασίας των μη καπνιστών εργαζομένων από τις συνέπειες της έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα³¹⁻³².

Στην Αμερική και στην Αγγλία, η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους αναφέρεται πως συνέβαλε στη μείωση του καπνίσματος στο σπίτι³³⁻³⁴. Οι νέες αυτές συνθήκες είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση των οξέων καρδιακών νοσημάτων, τον περιορισμό των πρόωρων τοκετών και τη μείωση της νοσηλείας παιδιών με άσθμα³⁵.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο αριθμός των θανάτων από το παθητικό κάπνισμα ανέρχεται παγκοσμίως σε 890.000, εκ των οποίων οι 250.000 είναι παιδιά (ΠΟΥ 2019).

Αντιστοίχως, σύμφωνα με εκτιμήσεις της Ευρωπαϊκής Πνευμονολογικής Εταιρείας (ERS 2019), περίπου 79.000 ενήλικες πεθαίνουν κάθε χρόνο λόγω του παθητικού καπνίσματος στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ από το παθητικό κάπνισμα τείνει σήμερα να αναγνωριστεί ως ανθρώπινο δικαίωμα.

Η Ελλάδα πρωτοστάτησε στο θέμα αυτό, καθώς 10.000 Έλληνες φοιτητές και φοιτήτριες προσυπέγραψαν σχετικό αίτημα και στις 05/11/2013 παρουσιάστηκαν στο Ευρωκοινοβούλιο και εισηγήθηκαν:

- Να αναγνωριστεί η προστασία από το παθητικό κάπνισμα ως ανθρώπινο δικαίωμα σε όλη την Ευρώπη.
- Να αναγνωριστεί το παθητικό κάπνισμα ως ζήτημα παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στους τομείς υγείας, εργασίας και προστασίας της γυναίκας και του παιδιού.
- Να αναγνωριστεί το παθητικό κάπνισμα στους κλειστούς δημόσιους χώρους ως μια μορφή βίας που στρέφεται, κυρίως, εναντίον των μικρών παιδιών και των αδύναμων πληθυσμιακών ομάδων, όπως οι πάσχοντες από αναπνευστικά ή καρδιαγγειακά νοσήματα και οι έγκυοι.

Οι προσπάθειες της Ελλάδας προς αυτή την κατεύθυνση συνεχίζονται. Στο «CHEST Regional Congress Athens 2019», σε κοινή συνεδρία της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας και του American College of Chest Physicians, εκδόθηκε κοινή διακήρυξη για να αναγνωριστεί η προστασία από το παθητικό κάπνισμα ως «Ανθρώπινο Δικαίωμα».

ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ

ΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ είναι ένα σοβαρό θέμα δημόσιας υγείας και η ανάδειξή του ως ζήτημα παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αποκτά συνεχώς υποστηρικτές. Η μη εφαρμογή του νόμου για την απαγόρευση του δημιουργεί σε πολλούς την αίσθηση πολιτισμικής υποβάθμισης.

Το παθητικό κάπνισμα στο σπίτι, σε κλειστούς δημόσιους χώρους, καθώς και σε χώρους διασκέδασης αφορά μια μεγάλη μερίδα μαθητών και μαθητριών, που βρίσκονται σε ηλικία διαμόρφωσης των προτύπων και των μοντέλων συμπεριφοράς. Ως εκ τούτου, οι ευθύνες της οικογένειας, του σχολείου και της πολιτείας είναι μεγάλες.

Η Αγωγή Υγείας είναι ένα μακροπρόθεσμο μέτρο, που για να έχει αποτελέσματα πρέπει να εφαρμόζεται από τα πρώτα χρόνια της εκπαιδευτικής διαδικασίας³⁶. Η παιδική ηλικία είναι πιο εύπλαστη και δεκτική στα προγράμματα που αφορούν την υγεία. Τα νεαρά άτομα ευαισθητοποιούνται πιο εύκολα³⁷ και μαθαίνουν να σέβονται τους άλλους, ακριβώς όπως «Μαθαίνουν να μην καπνίζουν».

Τα προγράμματα των προληπτικών παρεμβάσεων για τον έλεγχο του καπνίσματος στα σχολεία δίνουν στα παιδιά τη δυνατότητα να ενισχύσουν την αυτοεκτίμησή τους, να αναπτύξουν άμυνες κατά του καπνίσματος, ενεργητικού και παθητικού, και να καταθέσουν τον δικό τους προβληματισμό.

Μόνο ένας χώρος στον οποίο δεν καπνίζει κανείς είναι ελεύθερος παθητικού καπνίσματος. Αυτό επιτυγχάνεται με την εφαρμογή της νομοθεσίας, κυρίως όμως με την αλλαγή νοοτροπίας σε σχέση με το κάπνισμα – κι αυτό είναι θέμα παιδείας. ■

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

05

**ΣΥΓΧΡΟΝΗ
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
ΔΙΑΚΟΠΗΣ
ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

ΑΘΑΝΑΣΙΑ ΠΑΤΑΚΑ

*Επίκουρη Καθηγήτρια Πνευμονολογίας - ΑΠΘ,
Κλινική Αναπνευστικής Ανεπάρκειας - ΓΠΝ
«Γ. Παπανικολάου» Θεσσαλονίκης*

Το κάπνισμα αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας που μπορεί να αποφευχθεί. Παγκοσμίως, περίπου 8 εκατομμύρια θάνατοι ετησίως οφείλονται σε παθήσεις που σχετίζονται με το κάπνισμα. Η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος οφείλεται σε έναν μεγάλο αριθμό τοξικών ουσιών. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει περισσότερα από 7.000 συστατικά, στερεά και αέρια, συμπεριλαμβανομένων τοξικών ουσιών, όπως καρκινογόνες N-νιτροζαμίνες, αρωματικούς υδρογονάνθρακες, αμμωνία, οξείδιο του αζώτου, κυανίδιο του υδρογόνου, CO και νικοτίνη¹. Η παρουσία φίλτρου και τα «ελαφριά» τσιγάρα δεν μειώνουν ουσιαστικά τους κινδύνους του καπνίσματος.

Το κάπνισμα θεωρείται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) νόσος και θα πρέπει να διαγιγνώσκεται και να θεραπεύεται όπως και τα υπόλοιπα χρόνια νοσήματα². Η εξάρτηση από το κάπνισμα είναι μια σύνθετη συμπεριφορά, που περιλαμβάνει περιβαλλοντικές όσο και γενετικές επιρροές. Παρόλο που πολλοί γιατροί θεραπεύουν χρόνια νοσήματα, όπως ο διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση, δεν είναι τόσο εξοικειωμένοι στη θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη/κάπνισμα. Για την επιτυχημένη διακοπή χρειάζονται επίμονες και επαναλαμβανόμενες παρεμβάσεις μακροχρόνια, ενώ θεωρείται αναγκαία η κατάλληλη ιατρική εκπαίδευση και ενημέρωση²⁻³.

Τα άμεσα και τα μακροχρόνια οφέλη της διακοπής του καπνίσματος είναι σημαντικά. Πολλές φορές οι χρόνιοι καπνιστές θεωρούν πως η ζημιά έχει γίνει και δεν θα ωφεληθούν επειδή καπνίζουν πολλά χρόνια. Τα οφέλη όμως από τη διακοπή του καπνίσματος είναι αποδεδειγμένα και ξεκινούν άμεσα.

- ΣΕ 20 ΛΕΠΤΑ αρχίζει να βελτιώνεται η καρδιακή συχνότητα και η αρτηριακή πίεση.
- ΣΕ 8 ΩΡΕΣ τα επίπεδα νικοτίνης και το μονοξείδιο του άνθρακα (CO) μειώνονται (το CO αποτελεί προϊόν καύσης).
- ΣΕ 24 ΩΡΕΣ το CO αποβάλλεται, με αποτέλεσμα την καλύτερη οξυγόνωση του οργανισμού.
- ΣΕ 48 ΩΡΕΣ δεν ανιχνεύεται νικοτίνη, η γέυση και η όσφρηση βελτιώνονται.
- ΣΕ 72 ΩΡΕΣ χαλαρώνουν οι βρόγχοι και αυξάνεται ο αναπνεόμενος όγκος αέρα στους πνεύμονες.

- ΣΕ 2 ΜΕ 12 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ η κυκλοφορία του αίματος βελτιώνεται ορατά σε ολόκληρο το σώμα κάνοντας το περπάτημα και την άσκηση πιο ευχάριστα.
- ΣΕ 3-9 ΜΗΝΕΣ βελτιώνονται τα συμπτώματα από το αναπνευστικό, όπως βήχας, δύσπνοια, απόχρεμψη.
- ΣΕ 5 ΧΡΟΝΙΑ ο κίνδυνος καρδιακής προσβολής μειώνεται στο μισό.
- ΣΕ 10 ΧΡΟΝΙΑ ο κίνδυνος αυτός φτάνει στα επίπεδα ενός μη καπνιστή.
- ΣΕ 15-20 ΧΡΟΝΙΑ ο κίνδυνος για καρκίνο του πνεύμονα είναι ελάχιστα μεγαλύτερος από τους μη καπνιστές.

ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Η ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΠΝΟ του περιβάλλοντος που οφείλεται στο κάπνισμα ονομάζεται «παθητικό κάπνισμα» (Environmental Tobacco Smoke - ETS) ή δευτερογενές κάπνισμα (Second-hand smoke) και αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας⁴. (Πληροφορίες για το παθητικό κάπνισμα μπορείτε να αναζητήσετε στο ειδικό κεφάλαιο του Βιβλίου.)

Είναι εύκολο να διακόψει ένας καπνιστής το κάπνισμα;

ΟΛΟΙ ΟΙ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ γνωρίζουν ότι η διακοπή του καπνίσματος δεν είναι απλή υπόθεση⁵. Σε ετήσια βάση, ποσοστό περίπου 70% των ενηλίκων καπνιστών αναφέρουν πως έχουν σκεφτεί να διακόψουν το κάπνισμα, αλλά μόνο το 35% έχει κάνει προσπάθεια διακοπής και μόνο το 3% επιτυγχάνει αποχή από το κάπνισμα για 1 έτος. Η εξάρτηση από τη νικοτίνη/τσιγάρο/κάπνισμα αποτελεί μια χρόνια παθολογική κατάσταση με υποτροπιάζοντα χαρακτήρα, που συνήθως ξεκινά κατά την εφηβεία. Έχει τα χαρακτηριστικά της χρόνιας νόσου, αφού πολλοί καπνιστές επιμένουν να καπνίζουν για χρόνια ή δεκαετίες παρά το γεγονός ότι επέτυχαν να διακόψουν το κάπνισμα για μικρές ή μεγαλύτερης διάρκειας περιόδους.

Η εξάρτηση από τον καπνό/κάπνισμα είναι μια σύνθετη συμπεριφορά, που ενέχει περιβαλλοντολογικές όσο και γενετικές επιρροές⁵. Η νικοτίνη είναι το κύριο συστατικό που συμβάλλει στον εθισμό. Η νικοτίνη δρα στους νικοτινικούς υποδοχείς της ακετυλοχολίνης στον εγκέφαλο, διεγείρει την απελευθέρωση ντοπαμίνης, που σχετίζεται με το αίσθημα ανταμοιβής, και νοραδρεναλίνης, η οποία ενισχύει την ετοιμότητα και αυξάνει την ενέργεια⁶⁻⁷. Το χρόνιο κάπνισμα οδηγεί σε μια αύξηση των νικοτινικών υποδοχέων.

Ο εθισμός στη νικοτινική χαρακτηρίζεται από 3 παράγοντες:

- α.** Η χρήση της νικοτινής δημιουργεί μια ευχάριστη αίσθηση κάνοντας τον καπνιστή να συνεχίζει να καπνίζει.
- β.** Το συνεχόμενο κάπνισμα οδηγεί σε ανοχή και ο καπνιστής πρέπει να αυξήσει την πρόσληψη νικοτινής για να επιτύχει τις ίδιες επιδράσεις.
- γ.** Η αποχή από τη νικοτινική δημιουργεί δυσάρεστα συμπτώματα στέρησης που κάνουν τον καπνιστή να συνεχίζει το κάπνισμα.

Μετά τη διακοπή του καπνίσματος, σε 2-12 ώρες αρχίζουν τα στερητικά συμπτώματα, τα οποία περιλαμβάνουν:

1. Ευερεθιστότητα
2. Νευρικότητα
3. Ανησυχία
4. Δυσφορία (ή κατάθλιψη)
5. Δυσκολία συγκέντρωσης
6. Έντονη επιθυμία για κάπνισμα
7. Διαταραχές ύπνου
8. Αυξημένη όρεξη
9. Δυσκοιλιότητα ή διάρροια
10. Βραδυκαρδία ή ταχυκαρδία

Αυτά κορυφώνονται την πρώτη εβδομάδα και διαρκούν έως και 8-12 εβδομάδες. Αύξηση του σωματικού βάρους γίνεται τους 3 πρώτους μήνες.

ΤΡΟΠΟΙ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Πώς μπορούμε να παρέμβουμε ουσιαστικά

Η ΠΡΟΛΗΨΗ είναι η πιο ουσιαστική παρέμβαση. Καταρχάς, η πολιτεία θα πρέπει να υιοθετήσει και να εφαρμόσει νομοθετικά μέτρα ενημέρωσης του κοινού και κανόνων διάθεσης και χρήσης προϊόντων καπνού. Η κοινωνία είναι ανάγκη να διεκδικήσει το δικαίωμα στην ενημέρωση και στο ασφαλές περιβάλλον, ενώ οι επαγγελματίες υγείας να αντιμετωπίζουν το κάπνισμα ως χρόνια νόσο και τους καπνιστές ως ασθενείς⁷. Η σαφής σήμανση των χώρων όπου παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας ως ελεύθεροι καπνού, η τοποθέτηση ενημερωτικών φυλλαδίων ή αφισών διπλασιάζει τα ποσοστά διακοπής καπνίσματος. Η πολιτεία θα πρέπει να στηρίξει στρατηγικές μείωσης του καπνίσματος, όπως η απαγόρευση της διαφήμισης και στήριξης του καπνίσματος, η αύξηση της τιμής των τσιγάρων, η απαγόρευση πώλησης τσιγάρων σε ανηλίκους, η εντατικότερη καμπάνια

κατά του καπνίσματος στα πλαίσια της δημόσιας υγείας. Η απαγόρευση του καπνίσματος πρέπει να εφαρμόζεται σε όλους τους δημόσιους χώρους. Επίσης, από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και από τα σχολεία πρέπει να παρέχεται η πληροφόρηση τόσο για τους κινδύνους, αλλά και για τους τρόπους διακοπής του καπνίσματος. Έχει βρεθεί ότι πολιτικές κατά του καπνίσματος υποστηρίζονται τόσο από τους καπνιστές όσο και από τους μη καπνιστές από τη στιγμή της εφαρμογής τους⁸.

Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να ενημερώνουν τους καπνιστές για τις επιβλαβείς συνέπειες του καπνού στην υγεία τους, τα άμεσα αλλά και μακροπρόθεσμα οφέλη της διακοπής, να ενισχύουν συστηματικά το κίνητρο της διακοπής και στη συνέχεια να τους εντάσσουν σε ειδικά προγράμματα διακοπής καπνίσματος⁶⁻⁹. Συστήνεται όλοι οι γιατροί και επαγγελματίες υγείας να προσεγγίζουν τους καπνιστές ως ασθενείς πάσχοντες από μια χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο, την εξάρτηση από το κάπνισμα, και να τους αντιμετωπίζουν με τις κατάλληλες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Η άμεση έναρξη θεραπείας αποτελεί σωστή κλινική πράξη. Αποτελεί ιατρικό λάθος να μην προταθεί θεραπεία στους καπνιστές και να μη γίνει κινητοποίηση για τη διακοπή του καπνίσματος. Μια ελάχιστη παρέμβαση μερικών λεπτών μπορεί να συμβάλει στην αύξηση του ποσοστού διακοπής καπνίσματος, παρά μια ουδέτερη στάση, που παράλληλα αποτελεί και κακή ιατρική πρακτική. Η παροχή μιας μικρής διάρκειας συμβουλευτικής παραίνεσης είναι πιο αποτελεσματική από την απλή συμβουλή στον ασθενή να διακόψει το κάπνισμα και τριπλασιάζει το ποσοστό διακοπής συγκριτικά με τη μη παρέμβαση.

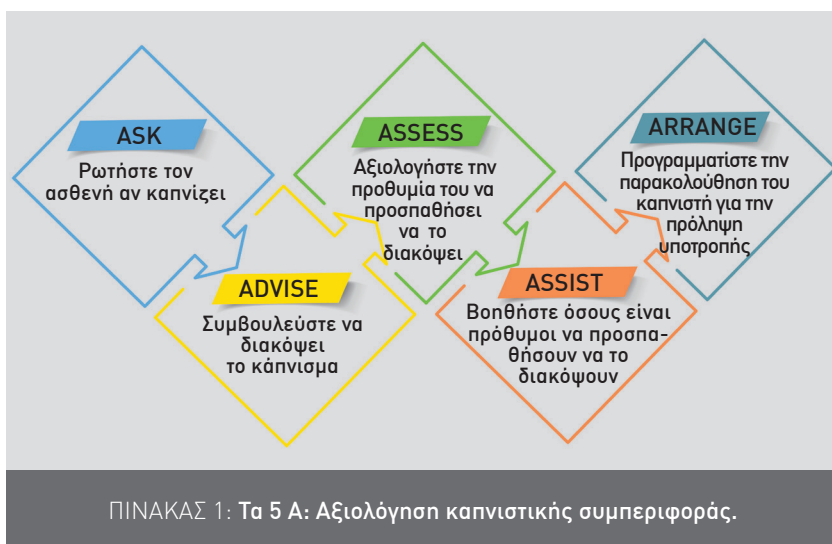
Σε κάθε επίσκεψη σε χώρους υγείας θα πρέπει να καταγράφεται η καπνιστική συμπεριφορά και οι καπνιστές θα πρέπει να ταξινομούνται σύμφωνα με την προθυμία τους ή όχι να διακόψουν το κάπνισμα σε τέσσερις κατηγορίες⁸.

- Εκείνους που επιθυμούν τη διακοπή.
- Εκείνους που βρίσκονται σε διαδικασία σκέψης και προετοιμασίας για τη διακοπή.
- Εκείνους που δεν επιθυμούν να διακόψουν.
- Τους πρώην καπνιστές που διέκοψαν πρόσφατα.

Η συνέντευξη κινητοποίησης του καπνιστή αποτελεί σημαντική παράμετρο για την κατανόηση της επιθυμίας που ωθεί τον ασθενή στην αλλαγή συμπεριφοράς, του βαθμού της εξάρτησης από τον καπνό και τις υπάρχουσες συννοσηρότητες. Μια ένδειξη του βαθμού εξάρτησης από τη νικοτίνη δίδεται από τη χρήση ερωτηματολογίων όπως το Fagerström

(Fagerström Test for Nicotine Dependence - FTND). Η βαθμολογία κυμαίνεται από 0-10 και ο μέσος όρος των καπνιστών βρίσκεται στο 3-4. Οι δύο σημαντικότερες ερωτήσεις είναι ο χρόνος που μεσολαβεί έως το πρώτο πρωινό τσιγάρο και ο αριθμός καπνισμένων τσιγάρων ημερησίως. Ένας άλλος ισχυρός δείκτης εξάρτησης είναι το νυχτερινό κάπνισμα. Η βαθμολογία του FTND αποτελεί επίσης προγνωστικό παράγοντα για τη δυσκολία διακοπής, τη βαρύτητα των στερητικών συμπτωμάτων και την ανάγκη θεραπευτική αγωγής.

Ένα από τα σημαντικότερα βήματα για τη διαδικασία βοήθειας του καπνιστή είναι ο κανόνας των 5 A (Πίνακας 1) και για εκείνους που δεν επιθυμούν να διακόψουν των 5 R (Πίνακας 2). Ο αλγόριθμος των 5 A θα πρέπει να γίνει ρουτίνα κατά την κλινική εξέταση. Ο γιατρός πρέπει να ρωτάει (ask) για την καπνιστική κατάσταση, να συμβουλεύει (advise) για τη διακοπή, να εκτιμά (assess) την ετοιμότητα για διακοπή, να βοηθά (assist) στην προσπάθεια διακοπής και να προγραμματίζει (arrange) τους επανελέγχους και την επικοινωνία. Οι καπνιστές που δεν επιθυμούν να διακόψουν πρέπει να ενημερώνονται για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στους ίδιους, αλλά και του παθητικού καπνίσματος κυρίως στα παιδιά τους. Ο ρόλος του επαγγελματία υγείας στην περίπτωση αυτή είναι να εκτιμήσει την αντίληψη του καπνιστή για το τσιγάρο (κίνδυνοι και οφέλη από κάπνισμα), ώστε να τον παρακινήσει να σκεφτεί τη διακοπή (5 R).





ΟΔΗΓΙΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΔΥΟ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ έχουν ένδειξη ισχυρής αποτελεσματικότητας για τη διακοπή του καπνίσματος: η συμβουλευτική παραίνεση και η φαρμακευτική αγωγή^{4, 8-14}. Ο συνδυασμός των δυο προσεγγίσεων βρέθηκε πως επιτυγχάνει τα υψηλότερα ποσοστά στη διακοπή του καπνίσματος. Η παραπάνω προσέγγιση οκταπλασιάζει την πιθανότητα για επιτυχή διακοπή του καπνίσματος σε σύγκριση με το να προσπαθεί κάποιος μόνος του. Η εξατομίκευση στην αντιμετώπιση κάθε καπνιστή, η σωστή κινητοποίηση, η επιλογή της κατάλληλης για εκείνον φαρμακευτικής ή ψυχολογικής θεραπείας και η συστηματική παρακολούθηση αποτελούν το μυστικό της επιτυχίας για τη διακοπή του καπνίσματος και την αποφυγή υποτροπών¹⁵⁻¹⁶.

Η συμβουλευτική παραίνεση περιλαμβάνει: **α)** παρεμβάσεις αυτοβοήθειας, **β)** σύντομες συμβουλές και **γ)** τη συμβουλευτική υποστήριξη. Και οι τρεις μέθοδοι είναι αποτελεσματικές στη διακοπή του καπνίσματος. Η συμβουλευτική παραίνεση μπορεί να παρέχεται είτε με την άμεση επαφή στο ιατρείο είτε τηλεφωνικά, μέσω του Διαδικτύου ή ομαδικής θεραπείας.

Η φαρμακευτική αγωγή: Για να βοηθηθεί ο καπνιστής στην προσπάθειά του, υπάρχουν φάρμακα που μειώνουν σημαντικά τα στερητικά συμπτώματα. Οι καπνιστές των 10 και παραπάνω τσιγάρων ανά ημέρα, που είναι έτοιμοι να διακόψουν, θα πρέπει να ενθαρρύνονται στη χρήση φαρμακοθεραπείας ως βοήθημα στην προσπάθεια διακοπής του. Τέτοια φάρμακα είναι τα:

- **Υποκατάστατα της νικοτίνης:** Στοχεύουν στην υποκατάσταση της νικοτίνης που λαμβάνεται από τα τσιγάρα και στη μείωση των συμπτωμάτων στέρησης. Υπάρχουν διάφορες μορφές, όπως αυτοκόλλητα, μαστίχες, εισπνεόμενα, ρινικά σπρέι, υπογλώσσια δισκία και παστίλιες. Συνδυασμός διαφόρων μορφών υποκατάστατων είναι επίσης αποτελεσματικός.
- **Βουπροπρόνη παρατεταμένης αποδέσμευσης:** Είναι αντικαταθλιπτικό φάρμακο που αναστέλλει την επαναπρόσληψη νοραδρεναλίνης και ντοπαμίνης από τους νευρώνες και αποδείχθηκε αποτελεσματικό στη διακοπή του καπνίσματος.
- **Βαρενικλίνη:** Μερικός αγωνιστής του υποτύπου των νευρωνικών νικοτινικών υποδοχέων ($\alpha 4\beta 2$), συνδυάζοντας και λειτουργίες ανταγωνιστή, που μπορεί να μειώσει την εξάρτηση από τη νικοτίνη και να εξασθενήσει τα στερεοτυπικά συμπτώματα.

Τα φάρμακα θα πρέπει να χορηγούνται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας, ανάλογα με την προτίμηση αλλά και τις ενδείξεις κάθε καπνιστή. Τα φάρμακα είναι εξαιρετικά ασφαλή, όταν τηρούνται οι οδηγίες χρήσης και πολύ αποτελεσματικά, αρκεί ο καπνιστής να πάρει την απόφαση για διακοπή!

Στη χώρα μας υπάρχουν πιστοποιημένα Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος που μπορεί να βοηθήσουν αποτελεσματικά τους καπνιστές στην προσπάθειά τους. Πληροφορίες για τα Ειδικά Ιατρεία δίνονται από το **1142**, στην ιστοσελίδα της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας - ΕΠΕ <http://www.hts.org.gr> Δίκτυο Καπνίσματος, ενώ πρόσθετες οδηγίες θα βρείτε στις ιστοσελίδες <http://www.denkapnizo.gr> και www.smokefreegreece.gr.

Εναλλακτικές θεραπείες: Δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι η ύπνωση ή η θεραπεία με λέιζερ έχουν οποιαδήποτε επίδραση στη διακοπή του καπνίσματος. Ο βελονισμός δεν αυξάνει την επιτυχημένη διακοπή μακροπρόθεσμα, εκτός εάν συνδυαστεί με συμβουλευτική και εκπαιδευτικά προγράμματα διακοπής καπνίσματος¹⁷⁻¹⁸.

Νέα προϊόντα: Το ηλεκτρονικό και το θερμαινόμενο τσιγάρο

Το ηλεκτρονικό τσιγάρο είναι μια ηλεκτρονική συσκευή διανομής νικοτίνης που λειτουργεί με μπαταρία και μοιάζει με συμβατικό τσιγάρο. Μετατρέπει ένα υγρό που περιέχει νικοτίνη σε ατμό (vapour) που μπορεί να εισπνευσθεί. Η περιεκτικότητα νικοτίνης μπορεί να ποικίλλει από καθόλου έως 16-36 mg/ml ανά φυσιγγίο. Η προπυλενική γλυκόλη (propylene glycol) και η γλυκερίνη είναι χημικά πρόσθετα που χρησιμοποιούνται για τη δημιουργία του τεχνητού καπνού. Ακόμη, τα διαλύματα περιέχουν γεύσεις, όπως κεράσι, ροδάκινο, καραμέλα. Πρόσφατα κυκλοφόρησαν συ-

σκευές που θερμαίνουν τον καπνό (heated tobacco) στους 350°C (ταιγάρο 600°C) με σύστημα μπαταρίας επαναφορτιζόμενης. Ο χρήστης εισπνέει τον καπνό και για να λειτουργήσουν η μπαταρία χρειάζεται να φορτίζεται.

Αναλύσεις έδειξαν πως τα ηλεκτρονικά τσιγάρα μπορεί να περιέχουν καρκινογόνες ουσίες, όπως νιτροζαμίνες (nitrosamines), στοιχεία του καπνού πιθανώς επιβλαβή στον άνθρωπο, όπως η αναβασίνη (anabesine) και η βήτα-νικοτυρίνη (beta-nicotyrine), και τοξικά χημικά, όπως η διεθυλενική γλυκόλη (diethylene glycol), που είναι συστατικό που χρησιμοποιείται σε αντιψυκτικά. Ακόμη, διαπιστώθηκε πως φυσίγγια με την ένδειξη «καθόλου νικοτίνη» περιείχαν χαμηλά επίπεδα νικοτίνης. Η νικοτίνη που περιέχεται στο αερόλυμα από 13 εισπνοές ηλεκτρονικού τσιγάρου με υγρό αναπλήρωσης με 18 mg/ml νικοτίνης ισοδυναμεί με την ποσότητα ενός τυπικού τσιγάρου, δηλ. περίπου 0,5 mg νικοτίνη. Το εύρος συγκεντρώσεων μολύβδου και χρωμίου ήταν παρόμοιο με εκείνο του καπνού συμβατικών τσιγάρων, ενώ του νικελίου ήταν 2-100 φορές υψηλότερο από τον καπνό ενός τσιγάρου. Βραχυχρόνια χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου οδήγησε σε αναπνευστικά προβλήματα, ακόμη και σε θάνατο, σε αύξηση του καρδιακού ρυθμού, της αρτηριακής πίεσης και σε μείωση του οξυγόνου του αίματος. Επίσης, βρέθηκε πως μειώνουν την άμυνα του οργανισμού¹⁹⁻²². Ακόμη, έχουν αναφερθεί περιπτώσεις μηχανικού τραύματος από έκρηξη της συσκευής, εγκαύματα άκρων και στοματικές βλάβες, καθώς και περιπτώσεις δηλητηρίασης, κυρίως παιδιών, μετά από κατάποση του διαλύματος (υψηλή δόση νικοτίνης). Οι μακροπρόθεσμες επιδράσεις των ηλεκτρονικών τσιγάρων στην καρκινογένεση και γενικότερα στον ανθρώπινο οργανισμό δεν είναι ακόμη γνωστές.

Οι περισσότερες μελέτες που υποστηρίζουν την ασφάλεια του θερμαινόμενου τσιγάρου δημοσιεύτηκαν από τις καπνοβιομηχανίες²³. Ανεξάρτητοι ερευνητές υποστηρίζουν πως βλάπτει την αναπνευστική λειτουργία και την άμυνα του οργανισμού σε βαθμό παρόμοιο με του συμβατικού τσιγάρου. Δεν υπάρχουν ακόμη μακροπρόθεσμες μελέτες για τις επιπτώσεις του²⁴.

Η προώθηση των νέων αυτών προϊόντων μπορεί να ενισχύσει στα παιδιά και στους εφήβους το μήνυμα πως το κάπνισμα δεν είναι επικίνδυνο, αυξάνοντας τον κίνδυνο εξάρτησης από τη νικοτίνη και χρήσης του καπνού. Κάποιοι έφηβοι που πειραματίζονται με ηλεκτρονικό ή θερμαινόμενο τσιγάρο δεν έχουν δοκιμάσει ποτέ συμβατικό τσιγάρο κι εθίζονται στη νικοτίνη μέσω αυτού. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντική αύξηση της χρήσης των προϊόντων αυτών από τους νέους τα τελευταία χρόνια (έως και 80% αύξηση σε μαθητές γυμνασίου)²⁵. Τελευταία τα δια-

λύματα χρησιμοποιούνται από εφήβους για τη χρήση κάνναβης. Επίσης, μπορεί οι νέοι να θεωρήσουν το ηλεκτρονικό τσιγάρο πιο ελκυστικό και πιο ασφαλές από τα συμβατικά τσιγάρα και βαθμιαία να χρησιμοποιήσουν τύπους υψηλότερης περιεκτικότητας σε νικοτίνη και στη συνέχεια να προχωρήσουν στο συμβατικό τσιγάρο, αφού η ανοχή τους στη νικοτίνη αυξάνεται.

Το ηλεκτρονικό τσιγάρο δεν αποτελεί επιτυχημένη μέθοδο διακοπής σύμφωνα με τελευταία δεδομένα. Το κάπνισμα είναι κάτι πολύ περισσότερο από το αποτέλεσμα της εξάρτησης από τη νικοτίνη. Είναι μια εξάρτηση η οποία περιλαμβάνει ένα τελετουργικό που κάθε καπνιστής σχετίζει με την καθημερινότητά του. Η διακοπή του καπνίσματος με προϊόντα που μοιάζουν με το συμβατικό τσιγάρο, όπως το ηλεκτρονικό ή το θερμαινόμενο τσιγάρο, δεν αλλάζει τον τρόπο ζωής και σκέψης των καπνιστών μακριά από το τσιγάρο. Επιπλέον, φαίνεται ιδιαίτερα επικίνδυνο στη συμπεριφορά κυρίως των εφήβων, που εθίζονται στη νικοτίνη μέσω τέτοιων προϊόντων και στη συνέχεια χρησιμοποιούν το συμβατικό. Η Ευρωπαϊκή Πνευμονολογική Εταιρεία (European Respiratory Society - ERS) αντιτίθεται στη χρήση του τσιγάρου και των μη εγκεκριμένων προϊόντων διανομής νικοτίνης, συμπεριλαμβανόμενου και του ηλεκτρονικού και του θερμαινόμενου τσιγάρου, ενώ και η Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία συμβαδίζει με τις θέσεις αυτές. Η ασφάλεια του ηλεκτρονικού και του θερμαινόμενου τσιγάρου στην υγεία δεν έχει τεκμηριωθεί ακόμη. Ο νόμος για την απαγόρευση του καπνίσματος ισχύει εξίσου και για τα παραπάνω προϊόντα.

ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΟΜΑΔΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι κύριες βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος εντοπίζονται στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισης των κατωτέρω νοσημάτων²⁶.

- **Καρδιαγγειακά νοσήματα:** Στεφανιαία νόσο-έμφραγμα μυοκαρδίου, εγκεφαλικά επεισόδια, αγγειοπάθειες
- **Καρκίνοι:** Πνεύμονα, λάρυγγα, ουροδόχου κύστης, παγκρέατος, στομάχου, μαστού, εντέρου
- **Αναπνευστικά νοσήματα:** Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, επιδείνωση άσθματος, πνευμονική ίνωση
- Διαταραχές στυτικής λειτουργίας, υπογονιμότητα σε άντρες και γυναίκες
- Μη ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης
- Πρόωρη γήρανση, ουλίτιδα και περιοδοντίτιδα

Υπολογίζεται ότι το κάπνισμα ευθύνεται για το 82% του συνόλου των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα, το 83% όλων των θανάτων από ΧΑΠ και το 30% των θανάτων από καρκίνο συνολικά^{1, 26}. Η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί βασικό μέρος της θεραπείας αλλά και της πρόληψης της επιδείνωσης των παραπάνω νοσημάτων. Επιπλέον, η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί άμεση ανάγκη σε ομάδες υψηλού κινδύνου όπως οι εγκυμονούσες γυναίκες και οι έφηβοι.

Η ανάγκη διακοπής του καπνίσματος σε ομάδες υψηλού κινδύνου οδήγησε στην εκπόνηση ειδικών Ευρωπαϊκών Κατευθυντήριων Οδηγιών για τις ομάδες αυτές. Οι οδηγίες δημιουργήθηκαν μέσω ενός ευρωπαϊκού προγράμματος υγείας, του TOB.g²⁷ (Tobacco Cessation Guidelines for High Risk Populations), με φορέα υλοποίησης στην Ελλάδα το ΚΕΕΛΠΝΟ. (Κέντρο Ελέγχου Πρόληψης Νοσημάτων). Το πρόγραμμα ξεκίνησε το 2014 και ολοκληρώθηκε το 2017. Το TOB.g αφορούσε σεμινάρια για επιστήμονες υγείας στην Ελλάδα και τη Ρουμανία, οι οποίοι συμμετείχαν σε πιλοτικές παρεμβάσεις σε ομάδες υψηλού κινδύνου που απαρτίζονταν από εγκυμονούσες, εφήβους, ασθενείς με διαβήτη τύπου II, ασθενείς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα. Το TOB.g περιλάμβανε αξιολόγηση του προγράμματος κατά τον πρώτο και τον έκτο μήνα της εφαρμογής του. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ήταν σημαντική η αύξηση της ικανότητας παροχής βοήθειας στους ασθενείς από τους επιστήμονες υγείας που πήραν μέρος στο πρόγραμμα, καθώς και αύξηση της διακοπής του καπνίσματος στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

Στο τέλος του προγράμματος δημιουργήθηκε μια επιμορφωτική διαδικτυακή πλατφόρμα (E-Learning), στην οποία η πρόσβαση είναι ελεύθερη μέσω της ηλεκτρονικής διεύθυνσης <http://elearning.tob-g.eu/moodle/course/index.php>. Επίσης, εκδόθηκε βιβλίο με τις κατευθυντήριες οδηγίες, διαθέσιμο στη διεύθυνση tob-g.eu. ■

ΚΕΦΑΛΑΙΟ

06

ΝΕΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΠΝΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ

ANNA ΤΖΩΡΤΖΗ, MD, FCCP

*Πνευμονολόγος, Επιστημονική Διευθύντρια
στο George D. Behrakis Ερευνητικό Εργαστήριο
- Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αναπληρώτρια
Διευθύντρια στο Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας
- Αμερικανικό Κολλέγιο 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 παγκοσμίως¹.

Η εθιστική του επίδραση καθώς και οι βλαπτικές του συνέπειες επί της υγείας, όχι μόνο των ιδίων των καπνιστών, αλλά και όσων παθητικά εκτίθενται σε αυτό, είναι πλέον απόλυτα γνωστές και επιστημονικά τεκμηριωμένες. Η χρήση καπνού αναφέρεται ως η κύρια υποκείμενη αιτία θανάτου παγκοσμίως (100 εκατομμύρια θάνατοι στη διάρκεια του 20ού αιώνα)¹. Σύμφωνα δε με την τελευταία έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, του 2019, το κάπνισμα ευθύνεται για περίπου 8 εκατομμύρια θανάτους ετησίως².

Οι προσπάθειες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ - WHO) και των επιμέρους κυβερνητικών και μη κυβερνητικών φορέων διεθνώς για έλεγχο και μείωση της μαστίγας 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 - απεξάρτησης¹

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», που δεν υπόκεινται στις νομοθετικές και οικονομικές απαγορευτικές ρυθμίσεις του τσιγάρου.
- 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 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 συνοδεύεται από καθησυχαστικούς και αθωωτικούς ισχυρισμούς για τη χρήση του.

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 στον 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, καίόμενα 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, караμέλας, ακόμη και αλκοόλ.

Το 1998³⁴ αποφασίστηκε η απαγόρευση της άμεσης πώλησης και προώθησης καπνού στους εφήβους και ανηλίκους γενικότερα. Εσωτερικά έγγραφα της καπνοβιομηχανίας, όμως, δείχνουν πως έκτοτε η ίδια εστίασε στην ανάπτυξη τεχνολογίας σχετικής με τα αρωματισμένα καπνικά προϊόντα, στοχεύοντας στην προσέλκυση των ανηλίκων και νέων.

Το 2009³³ ο Πρόεδρος των ΗΠΑ υπέγραψε νομοθετική πράξη που ανέ-

θετε στον FDA (Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων) την αρμοδιότητα ρύθμισης των καπνικών προϊόντων, ζητώντας την απαγόρευση προσθήκης φρούτων, καραμέλας και καρυκευμάτων στα τσιγάρα, εξαιρώντας όμως τα υπόλοιπα καπνικά προϊόντα από τη ρύθμιση, όπως και την προσθήκη μέντας, γεγονός που ξεσήκωσε 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.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΠΝΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ³

ΚΑΙΟΜΕΝΑ ΚΑΠΝΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Τσιγάρο, «Ελαφρύ» τσιγάρο, Τσιγάρο Menthol ● Πούρο | <ul style="list-style-type: none"> ● Πίπα ● Ναργιλές ● Στριπτό τσιγάρο ● Bidi, Kretek - Clove |
|---|---|

ΜΗ ΚΑΙΟΜΕΝΑ ΚΑΠΝΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Μασώμενος καπνός ● Dry snuff ● Moist snuff | <ul style="list-style-type: none"> ● Snus ● Διαλυόμενος καπνός (υπό μορφή δισκίων, ράβδων) |
|--|--|

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ

Συσκευές εξαέρωσης νικοτίνης (ENDS = Electronic Nicotine Delivery Systems) σχεδιασμένα με μορφή:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Τσιγάρου ● Πούρου | <ul style="list-style-type: none"> ● Πίπας ● Στιλό |
|--|--|

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 εφήβους και τους νεότερους ενήλικες.

Συνοπτικά και εν τάχει θα αναφέρουμε κι άλλα προϊόντα, τα οποία παραδοσιακά συναντώνται σε άλλες χώρες, κυρίως επειδή η παγκοσμιοποίηση αλλά και οι κινήσεις της καπνοβιομηχανίας μεταβάλλουν καθημερινά το τοπίο.

ΝΑΡΓΙΛΕΣ

ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ 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 hookah⁴. Θεωρείται πως το χρησιμοποιούσαν οι αυτόχθονες κάτοικοι της Αφρικής και της Ασίας εδώ και τέσσερις τουλάχιστον αιώνες για να καπνίσουν καπνό και μείγματα καπνού με άλλες ουσίες.

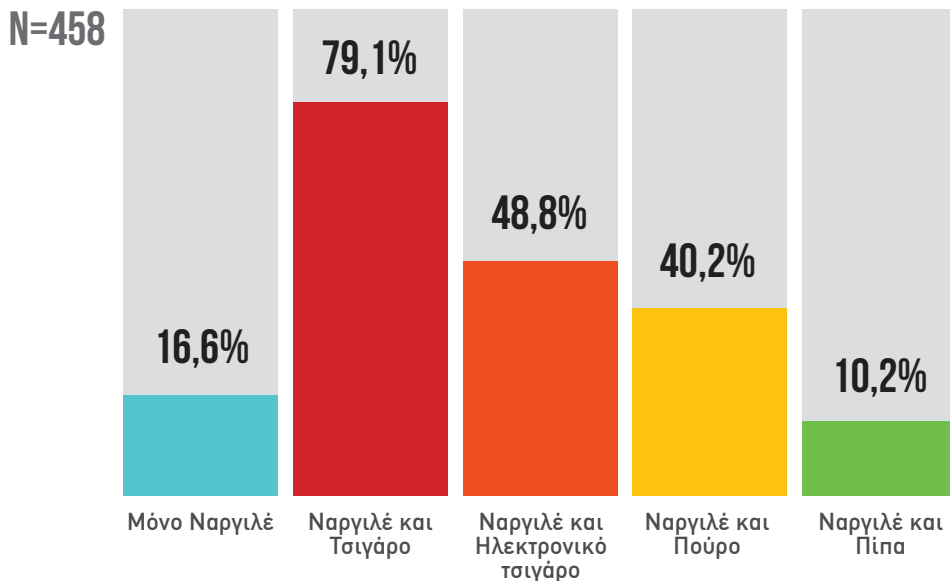
Η συσκευή αποτελείται από τέσσερα μέρη:

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

Τρόπος χρήσης

Η ΣΥΣΚΕΥΗ μπορεί να διαθέτει περισσότερους από έναν εύκαμπτους σωλήνες επιτρέποντας την ταυτόχρονη χρήση από πολλαπλούς χρήστες⁵, 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 κι 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 ώρα⁶.



Καταγραφή στάσεων και συμπεριφορών μαθητών - μαθητριών απέναντι στο κάπνισμα.

Τα ποσοστά αναφέρονται στους μαθητές που δήλωσαν ότι έχουν δοκιμάσει ναργιλέ.

N = 458 άτομα = 27,1% του συνόλου των ερωτηθέντων.

ΕΙΚΟΝΑ 1: Όσοι δήλωσαν ότι έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα ναργιλέ σε σχέση με ποιο άλλο είδος το έχουν δοκιμάσει.

Επιδημιολογία

ΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ 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 αντιστάθμιση των διαφυγόντων κερδών αναζητεί άλλες οδούς εθισμού των νέων στη νικοτίνη, προωθώντας προϊόντα ειδικά για κάπνισμα ναργιλέ⁴. Εκατό εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο καπνίζουν καθημερινά ναργιλέ⁵.

Ενώ μέχρι την προηγούμενη δεκαετία η χρήση του περιοριζόταν μεταξύ μεταναστών, από χώρες με παράδοση στον συγκεκριμένο τρόπο καπνίσματος, σήμερα οι χρήστες είναι νέοι και των δύο φύλων, ηλικίας 15-20 ετών. Οι λόγοι για τους οποίους επιλέγουν 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 προϊόντα⁴.

Πρόσφατη έρευνα²⁰ μαθητικού πληθυσμού της Ελλάδας, συγκεκριμένα μαθητές Γυμνασίου - Λυκείου Αθήνας και Θεσσαλονίκης, μας δίνει ενδεικτικά στοιχεία.

Περίπου το ένα τέταρτο (27,1%) των μαθητών που ρωτήθηκαν απάντησαν ότι έχουν δοκιμάσει να καπνίσουν ναργιλέ. Όπως φαίνεται και από την Εικόνα 1, 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%)²⁰. Αν και η χρήση συμβατικού τσιγάρου υπερέχει, παρατηρούμε πως οι μαθητές πειραματίζονται και με άλλα είδη καπνίσματος.

Επιπτώσεις στην υγεία

ΑΝ ΚΑΙ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ αναλογίες, ο καπνός από τον ναργιλέ περιέχει τις ίδιες σχεδόν ουσίες με το τσιγάρο. Για τη θέρμανσή του χρησιμοποιείται το κάρβουνο. Η θερμοκρασία που αναπτύσσεται είναι 450°C, ενώ στο τσιγάρο η διπλάσια (900°C). Εκείνο που το διαφοροποιεί, μάλλον αρνητικά, είναι η μεγάλη διάρκεια της συνεδρίας καπνίσματος, που έχει ως αποτέλεσμα τη 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 ό,τι καπνός, ενδέχεται το κάρβουνο να αποτελεί την κύρια πηγή καρκινογόνων ουσιών στον συγκεκριμένο τύπο καπνίσματος⁵.

Τα επίπεδα των τοξικών ουσιών που απελευθερώνονται κατά τη διάρκεια μιας 45λεπτης συνεδρίας είναι ισοδύναμα με εκείνα που παράγονται από 2-10 καπνιστές τσιγάρου⁵. Στη διάρκεια μιας συνεδρίας 60 λεπτών ο καπνιστής ναργιλέ εκτίθεται 100-200 φορές στον όγκο που εισπνέεται από ένα τσιγάρο⁶.

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 μονοξείδιο 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 μονοξείδιο του άνθρακα⁵.

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 επισημάνση στο μονοξείδιο του άνθρακα. Το μείγμα 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 (το μονοξείδιο του άνθρακα έχει έξι ώρες χρόνο ημίσειας ζωής στον ατμοσφαιρικό αέρα), τα οποία 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 οικογένειας⁵.

Επιδημιολογικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί κυρίως σε Λίβανο, Συρία, Αίγυπτο⁵, χώρες όπου παραδοσιακά χρησιμοποιείται ο ναργιλές, αναδεικνύουν υψηλό κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα και πιθανώς κι άλλων τύπων καρκίνων (στοματικής κοιλότητας, στοματοφάρυγγα, οισοφάγου και στομάχου), όπως επίσης περιοδοντικά προβλήματα και χαμηλό βάρος γέννησης των νεογνών.

Μελέτη⁷ σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος ναργιλέ στο αναπνευστικό σύστημα αναφέρει πως δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στις σπιρομετρικές 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 παθογένεια 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 ΠΟΥ⁵ ως ένα νέο πρόβλημα για τη δημόσια υγεία.

Το κάπνισμα ναργιλέ συνδέεται δυνητικά και με μεταδοτικά νοσήματα, όπως λοιμώξεις από μυκοβακτηρίδιο φυματίωσης, ιό Epstein-Barr (ιός της λοιμώδους μονοκυρήνωσης), ερπητοϊούς, αναπνευστικούς ιούς, καθώς συνηθίζεται η κοινή χρήση συσκευής και επιστομίου από πολλούς χρήστες⁶.

Οποσδήποτε πρόκειται για μορφή καπνίσματος που μόνο υγιεινή εναλλακτική δεν είναι, ενώ είναι βέβαιο ότι μέσω της νικοτίνης που περιέχει ο καπνός οδηγεί με μαθηματική ακρίβεια σε εθισμό και εξάρτηση. Επιπλέον, θεωρείται ότι αποτελεί για τους νέους είσοδο στη χρήση κι άλλων ουσιών. Αναφέρεται η συνήθεια της προσθήκης στον ναργιλέ θρυμματισμένων παραισθησιογόνων χαπιών, οινόπνευματων ποτών, χασίς, μαριχουάνας⁵.

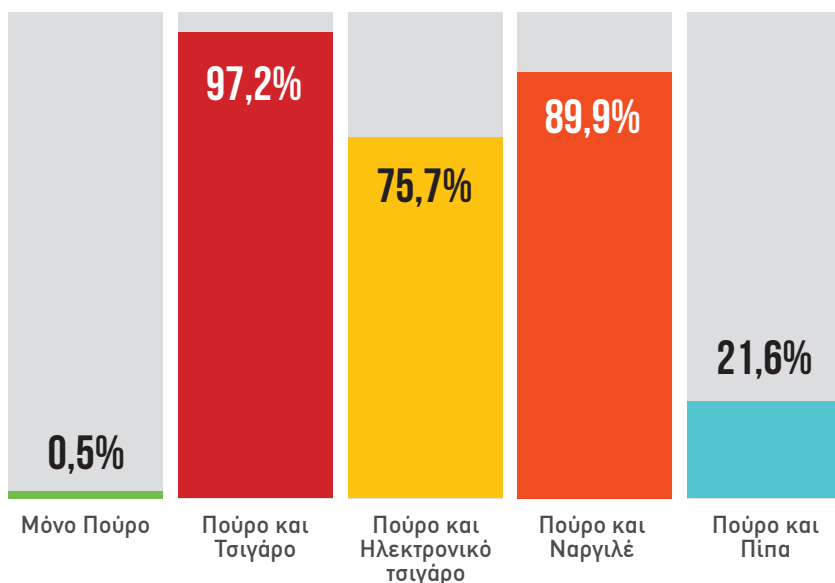
ΠΟΥΡΟ

Σύμφωνα με τον ορισμό του Health Department of Treasury⁸:

- Πούρο ονομάζεται κάθε κυλινδρικό καπνικό προϊόν που είναι τυλιγμένο σε φύλλο καπνού ή σε άλλο υλικό που περιλαμβάνει καπνό. (Ταιγάρo ονομάζεται κάθε κυλινδρικό καπνικό προϊόν που είναι τυλιγμένο σε χαρτί ή υλικό που δεν περιλαμβάνει καπνό.)
- Η ουσιαστική διαφορά του πούρου από το τσιγάρο έγκειται στη 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 νιτροζαμίνες (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 μεγάλη⁸. 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 αναμφίβολα οδηγεί σε εθισμό.

— Όπως προαναφέρθηκε, το κάπνισμα του πούρου αποδίδει καρκινογόνες ουσίες (νιτροζαμίνες), αμμωνία, πίσσα, νικοτίνη, μονοξειδίο 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 μονοξειδίο του άνθρακα, πενταπλάσια ποσότητα μικροσωματιδίων, διπλάσια ποσότητα πολυκυκλικών αρωματικών υδρογονανθράκων.

N=218



Καταγραφή στάσεων και συμπεριφορών μαθητών - μαθητριών απέναντι στο κάπνισμα.

Τα ποσοστά αυτά αναφέρονται στους μαθητές που απάντησαν πως έχουν δοκιμάσει πούρο.

N = 218 άτομα = 12% του συνόλου των ερωτηθέντων.

ΕΙΚΟΝΑ 2: Όσοι δήλωσαν ότι έχουν δοκιμάσει πούρο σε σχέση με ποιο άλλο είδος καπνίσματος το έχουν δοκιμάσει.

Επιδημιολογία

ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΧΡΟΝΙΑ 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 ωριοποιημένες 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 ενηλίκων 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 και 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 (75,7%)²⁰.

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»⁸.

Επιπτώσεις στην υγεία

Η ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ μελέτη⁸, όπως και πολλές παλαιότερες, επιβεβαιώνει τον υψηλό κίνδυνο των καπνιστών πούρου για καρκίνο του πνεύμονα, λάρυγγα, στοματικής κοιλότητας, οισοφάγου και πιθανότατα παγκρέατος.

Επιπλέον, υπάρχει συσχέτιση του καπνίσματος πούρου με εμφάνιση χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας⁹. Ο βαθμός έκπτωσης των παραμέτρων της αναπνευστικής λειτουργίας είναι ανάλογος⁹ της συχνότητας και του βαθμού βαρύτητας του καπνίσματος.

Έχει αποδειχτεί¹⁰ ότι τα σωματίδια του καπνού από το πούρο εγκαθίστανται στους πνεύμονες, ανεξαρτήτως από τον ισχυρισμό του καπνιστή ότι δεν εισπνέει. Επιπλέον, οι καπνιστές πούρου⁹ εμφανίζουν αυξημένες τιμές καρβοξυαιμοσφαιρίνης, καθώς και υψηλά επίπεδα κοτινίνης (προϊόν μεταβολισμού της νικοτίνης). Η σημασία όλων των παραπάνω έγκειται στο ότι καταδεικνύουν 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 αρτηριών¹¹. 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 αποδίδει πολύ περισσότερο καπνό και περιβαλλοντική ρύπανση⁹. 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

ΗΔΗ ΑΠΟ ΤΟ 1795 υπάρχουν αναφορές που συνδέουν το κάπνισμα πίπας με καρκίνο της γλώσσας και των χειλέων¹².

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 μελέτη 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.

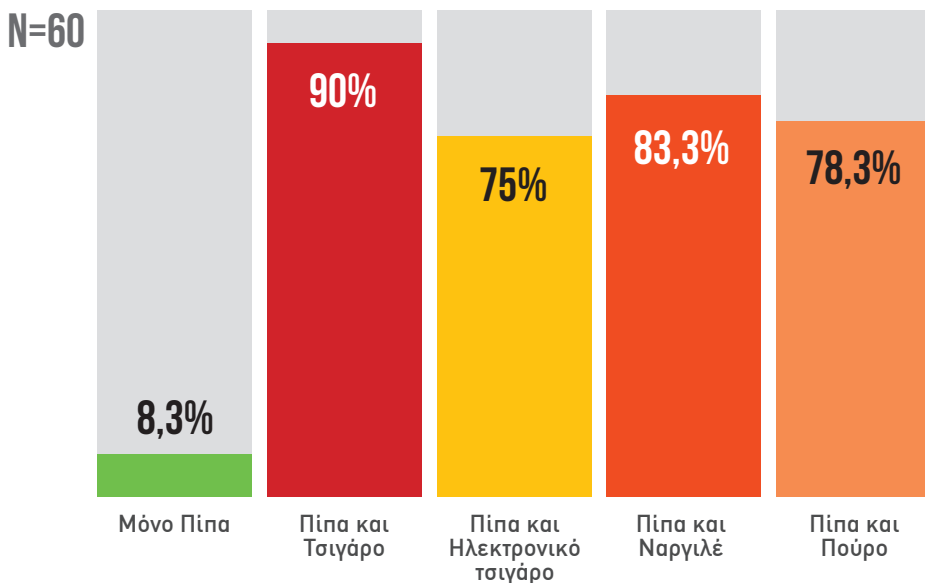
Όπως διαπιστώνεται από τη σχετική έρευνα²⁰, μόλις 3,3% του συνόλου των ερωτηθέντων μαθητών απάντησε ότι έχει δοκιμάσει πίπα. Από αυτούς 8,3% δήλωσαν πως δεν έχουν δοκιμάσει άλλο είδος, ενώ οι περισσότεροι ανέφεραν πως έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα πίπας κατά σειρά προτεραιότητας σε σχέση με το τσιγάρο (90%), πούρο (78%) και με μικρή διαφορά το ηλεκτρονικό τσιγάρο (75%)²⁰ – Εικόνα 3.

Το κάπνισμα πίπας, όπως ακριβώς και του πούρου, προωθείται ως σύμβολο επαγγελματικής, κοινωνικής και προσωπικής επιτυχίας, ενώ παράλληλα επιμελώς καλλιεργείται η άποψη ότι αποτελεί ασφαλή εναλλακτική του τσιγάρου.

Τα αποτελέσματα έρευνας¹² τεκμηριώνουν την αιτιολογική συσχέτιση του καπνίσματος πίπας και της θνησιμότητας από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, καρκίνο στοματοφάρυγγα, οισοφάγου, λάρυγγα και πνευμόνων.

Σύμφωνα με έρευνα¹³ που πραγματοποιήθηκε στη Μεγάλη Βρετανία σε άνδρες 40-59 ετών καπνιστές πούρου-πίπας για χρονικό διάστημα περίπου 21 ετών διαπιστώθηκε ότι: Όλοι οι καπνιστές παρουσίασαν 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.



Καταγραφή στάσεων και συμπεριφορών μαθητών - μαθητριών απέναντι στο κάπνισμα.

Τα ποσοστά αυτά αναφέρονται στους μαθητές που δήλωσαν ότι έχουν δοκιμάσει πίπα.

N = 60 άτομα = 3,3% του συνόλου των ερωτηθέντων.

ΕΙΚΟΝΑ 3: Όσοι δήλωσαν ότι έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα πίπας σε σχέση με ποιο άλλο είδος το έχουν δοκιμάσει.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΤΣΙΓΑΡΟ

ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΤΣΙΓΑΡΟ, εφεύρεση¹⁴ 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 στηρίχτηκαν στο Διαδίκτυο και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης¹⁵, τα οποία χρησιμοποίησαν οι καπνοβιομηχανίες είτε άμεσα είτε έμμεσα για να το προωθήσουν.

Έτσι, μια ολόκληρη κοινωνία «ατμιστών» έχει δημιουργηθεί διαδικτυακά, 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 ορισμό¹⁶, ηλεκτρονικό τσιγάρο είναι κάθε προϊόν που χρησιμοποιείται για την κατανάλωση ατμού ο οποίος περιέχει νικοτίνη, μέσω επιστομίου ή οποιουδήποτε τμήματος αυτού, συμπεριλαμβανομένων του φυσιγγίου και της δεξαμενής ή της συσκευής χωρίς το φυσιγγιοδεξαμενή.

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

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

Το βέβαιο 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, ως δίοδος για εθισμό στη νικοτίνη και έναρξη καπνίσματος.

Τον Απρίλιο του 2014, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο εξέδωσε οδηγίες σχετικά με τα καπνικά και συναφή προϊόντα, στις οποίες περιλαμβάνονται ρυθμιστικές διατάξεις και για το ηλεκτρονικό τσιγάρο¹.

Η συσκευή αποτελείται από:

- επιστόμιο
- φιαλίδιο με το υγρό περιεχόμενο, το οποίο περιέχει προπυλενογλυκόλη, πολυαιθυλενογλυκόλη, γλυκερίνη και διάφορες συγκεντρώσεις νικοτίνης (υπάρχει και εκδοχή χωρίς νικοτίνη).
- θάλαμο εξοπλισμένο με μικροεπεξεργαστή, αισθητήρα και θερμαντικό σώμα που λειτουργεί με επαναφορτιζόμενη μπαταρία.

Επιδημιολογία

Η ΧΡΗΣΗ ηλεκτρονικού τσιγάρου¹⁷, αναφερόμενη 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 χρήστες¹⁸, 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 ενηλίκων¹⁹. Στις συγκεκριμένες ηλικίες ο πειραματισμός με το ηλεκτρονικό τσιγάρο είναι πιο εύκολος, δεδομένου ότι προωθείται και ως λιγότερο βλαπτικό, με αποτέλεσμα να εκφράζεται ο φόβος ότι τελικά η χρήση του μπορεί να οδηγήσει τους νέους σε κάπνισμα συμβατικού τσιγάρου.

Πρόσφατη έρευνα²⁰ σε μαθητικό πληθυσμό Αθήνας και 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 8,3% δεν έχει δοκιμάσει κάποιο άλλο είδος.
- Η πλειονότητα (85,2%) το έχει δοκιμάσει σε σχέση με το συμβατικό τσιγάρο και αμέσως μετά με ναργιλέ (74,8%). Ακολουθεί το πούρο (51,6%).
- 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 τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO Framework Convention on Tobacco Control - FCTC) έκθεση που αφορά το ηλεκτρονικό τσιγάρο και τα συναφή προϊόντα (ENDS: ηλεκτρονικά συστήματα απόδοσης νικοτίνης) γενικότερα. Συνοπτικά αναφέρεται ότι: Σύμφωνα με τις μέχρι τώρα ενδείξεις, το αερόλυμα που προέρχεται από το ηλεκτρονικό τσιγάρο δεν είναι απλά «υδρατμοί», 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 ουσιών²¹.

N=318



**Καταγραφή στάσεων και συμπεριφορών
μαθητών - μαθητριών απέναντι στο κάπνισμα.**

Τα ποσοστά αυτά αναφέρονται στους μαθητές που δήλωσαν ότι έχουν δοκιμάσει ηλεκτρονικό τσιγάρο.

N = 318 άτομα = 18% του συνόλου των ερωτηθέντων.

ΕΙΚΟΝΑ 4: Όσοι δήλωσαν ότι έχουν δοκιμάσει ηλεκτρονικό τσιγάρο σε σχέση με ποιο άλλο είδος καπνίσματος το έχουν δοκιμάσει.

Επιπτώσεις στην υγεία

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

- Την νικοτίνη που περιέχει και συνεπώς την πρόκληση εθισμού - εξάρτησης.
- Τις επιδράσεις κάθε επιμέρους χημικής ουσίας που βρίσκεται στο υγρό του περιεχόμενο (αναφέρεται ότι συνηθίζεται η προσθήκη κι άλλων ουσιών, φαρμάκων: ανορεξιογόνων, ενισχυτικών της στυτικής λειτουργίας κ.ά.)²².
- 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 μέσου 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 ΠΟΥ²¹, 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 μείγματος νικοτίνης
- Προβλήματα από τη δερματική επαφή με το περιεχόμενο ή τα υλικά της συσκευής

Αξίζει να αναφέρουμε πρόσφατη ελληνική μελέτη σχετικά με τις άμεσες επιδράσεις του καπνίσματος ενός ηλεκτρονικού τσιγάρου στο αναπνευστικό σύστημα²³, από την οποία προκύπτει ότι πέντε λεπτά καπνίσμα-

τος 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 ηωσινοφιλικής 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.

Πρόσφατα (Ιούλιος 2019), παρατηρήθηκε κυρίως στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής έξαρση «οξείας σοβαρής αναπνευστικής νόσου», που σχετίζεται με χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου.

Η νόσος εκδηλώνεται σε νέα άτομα (18-34 ετών) με βήχα, θωρακικό πόνο, αιμόπτυση, δύσπνοια, αδυναμία, ρίγη, αλλά και συμπτώματα από το πεπτικό. Οι ασθενείς στις περισσότερες περιπτώσεις χρειάστηκε να εισαχθούν σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας για μηχανική υποστήριξη της αναπνοής³⁵.

Οι αναφορές περιστατικών και οι αντίστοιχες επιστημονικές δημοσιεύσεις αθροίζονται καθημερινά, 805 περιστατικά και 12 θάνατοι (27 Σεπτεμβρίου 2019). Η ακριβής αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη και αποτελεί αντικείμενο συνεχιζόμενης διαγνωστικής διερεύνησης, ενώ το Κέντρο Παρακολούθησης Νοσημάτων (CDC) συνιστά αποφυγή χρήσης ηλεκτρονικών τσιγάρων και σχετικών προϊόντων, ιδιαίτερα δε όσων περιέχουν τετραϋδροκανναβινόλη (THC)³⁶.

Επομένως, παρά το γεγονός ότι οι συσκευές εξαέρωσης νικοτίνης (ENDS - Electronic Nicotine Device Systems) δεν χρησιμοποιούν καύση, δεν μπορούν να θεωρηθούν ασφαλείς, καθώς ήδη υπάρχουν αναφορές για άμεση βλαπτική επίδραση^{21, 23} τόσο με την ενεργητική χρήση όσο και με την παθητική έκθεση. Η παραγωγή τοξικών παραπροϊόντων σε χαμηλότερα επίπεδα δεν σημαίνει πως η έκθεση σε αυτά τα επίπεδα είναι και ασφαλής²¹. Πρόκειται επομένως για καπνικό προϊόν το οποίο ως εκ τούτου δεν έχει θέση στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Σχετικά με τη θέση του στην αγορά εκκρεμούν ενέργειες, όπως:

- Ταξινόμηση του προϊόντος (καπνικό, φαρμακευτικό ή άλλο).
- Νομοθετικές ρυθμίσεις και κανονισμοί σχετικά με την παραγωγή,

σήμανση, πώληση, διαφήμιση, φορολόγηση, χώρους επιτρεπόμενης χρήσης.

Όσον αφορά τη χρόνια χρήση τους και τις μακροχρόνιες συνέπειες, θα απαιτηθούν αρκετά χρόνια παρακολούθησης και έρευνας για τη διαμόρφωση τεκμηριωμένης επιστημονικής άποψης.

ΣΤΡΙΦΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ

Η ΘΕΣΠΙΣΗ ΜΕΤΡΩΝ 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 χρησιμοποιεί²⁴ στριφτά τσιγάρα. Από στοιχεία έρευνας του International Tobacco Control (ICT-4) το 2012, προκύπτει ότι 28% των καπνιστών στη Μ. Βρετανία, 24% στην Αυστραλία, 17% στον Καναδά και 7% στις ΗΠΑ είναι χρήστες στριφτού τσιγάρου²⁵. Σύμφωνα με στοιχεία²⁶ 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 καπνοβιομηχανίες στρέφονται στην αγορά που αντιπροσωπεύουν οι αναπτυσσόμενες χώρες, και ιδιαίτερα στους πιο ευαίσθητους πληθυσμούς (εφήβους και γυναίκες)²⁷. 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 γίνονται²⁸ 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 (make-your-own cigarette - 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 φτιάχνονται με

διαφορετικό μέγεθος, προσαρμοζόμενα στις εκάστοτε οικονομικές συνθήκες. Δεύτερον²⁴, το χαρτί που χρησιμοποιείται δεν έχει υποστεί χημική επεξεργασία (δεν έχει επιταχυντή καύσης - citrate accelerator), με αποτέλεσμα να σβήνει 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 επειδή περιέχει λιγότερο καπνό, απαιτεί συχνότερες και βαθύτερες εισπνοές. Και αυτό συμβαίνει διότι ο καπνιστής συνήθως προσαρμόζει τον ρυθμό καπνίσματος έτσι ώστε, ανεξαρτήτως του τύπου καπνιστικού προϊόντος, να λάβει τη συνήθη δόση νικοτίνης που έχει ανάγκη.

Το εκπνεόμενο μονοξείδιο του άνθρακα²⁴ ανά γραμμάριο καίόμενου καπνού βρέθηκε πως είναι υψηλότερο στο στριφτό σε σχέση με το συμβατικό.

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^{23,29}, 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

ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΜΙΚΡΑ ΚΩΝΙΚΑ⁴, λεπτά ρολά από λεπτοκομμένο 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 όχι 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 φτιάχνουν στα σπίτια τους, στην πλειονότητά τους γυναίκες και παιδιά.

Επιπτώσεις στην υγεία

Ο ΚΑΠΝΟΣ ΤΟΥΣ (το πρωτογενές εισπνεόμενο ρεύμα καπνού - mainstream) περιέχει μεγαλύτερη συγκέντρωση⁴ νικοτίνης, πίσσας και μονοξειδίου του άνθρακα από ό,τι τα συμβατικά τσιγάρα. Από τις περισσότερες μελέτες^{7,29}

προκύπτει σημαντικά αυξημένος κίνδυνος για καρκίνο στοματικής κοιλότητας και φάρυγγα (δοσοεξαρτώμενη σχέση) συγκριτικά με το συμβατικό, ενώ όσον αφορά τις άλλες μορφές καρκίνου (λάρυγγα, οισοφάγου), εμφανίζει τον ίδιο κίνδυνο με το συμβατικό, επίσης με δοσοεξαρτώμενη σχέση.

KRETEKS - CLOVES

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΙΝΔΟΝΗΣΙΑ. Περιέχουν μεγάλο αριθμό (εκατοντάδες) πρόσθετων ουσιών (αμμωνία, κακάο, αρώματα), 30 διαφορετικές ποικιλίες καπνού, clove (γαρίφαλο) και «σάλτσες». Τα γαρίφαλα περιέχουν ευγενόλη, της οποίας η τοπική αναισθητική δράση προκαλεί 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 νοσηλεία³⁰. Βαρύτερη κατάσταση είχαν εκείνοι που κάπνισαν ενώ παρουσίαζαν συμπτώματα οξείας αναπνευστικής λοίμωξης.

Η εισπνοή καπνού του clove έχει συσχετιστεί³¹ με σοβαρή βλάβη στους πνεύμονες, ιδιαίτερα σε κάποια προδιατεθειμένα άτομα, όπως ασθενείς με ιστορικό άσθματος ή ενεργό λοίμωξη του αναπνευστικού. Επιπλέον, λόγω της αναισθητικής δράσης της ευγενόλης, μειώνει το αντανακλαστικό της κατάποσης, προδιαθέτοντας έτσι σε εισρόφηση.

ΤΣΙΓΑΡΟ MENTHOL

ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ MENTHOL δημιουργήθηκε³³ από τυχαίο γεγονός το 1925 (από τον Lloyd «Spud» Hughes, ο οποίος, υποφέροντας από κοινό κρυολόγημα, άφησε τις καραμέλες μέντας μαζί με τα τσιγάρα του. Η μέντα από τις λιωμένες καραμέλες εμποτίσε τα τσιγάρα και άνοιξε ουσιαστικά τον 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 καπνοβιομηχανία πολύ νωρίς. Ήδη από το 1970 είχαν διαπιστώσει ότι η προσθήκη μέντας σε υψηλά επίπεδα μετριάξει την ενοχλητική αίσθηση που προκαλεί η εισπνοή του καπνού. Έρευνες³³ που άρχισαν το 1995 κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η μέντα μπορεί να αυξήσει την αίσθηση και την ικανοποίηση που αναμένει ο καπνιστής, ανεξάρτητα από τη νικοτίνη, υπονοώντας ότι ενισχύει την καπνιστική συμπεριφορά. Αυτή τη «νικοτινικού τύπου» επίδραση εκμεταλλεύτηκαν πολλές εταιρείες για να βελτιώσουν τα «ελαφριά» 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 ιδιότητά 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 καρδιοαγγειακά 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 μελέτη³¹ 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), είτε σε ελεύθερη μορφή είτε συσκευασμένος σε ημιδιαπερατούς φακελίσκους, ο οποίος συγκρατείται κάτω από τη γλώσσα ή μεταξύ ούλων και οδοντοστοιχίας. Ιδιαίτερη κατηγορία moist snuff είναι το σουηδικό snus.
- Nass: Μείγμα από καπνό, ξύλο, στάχτη, λάιμ, λάδι.
- Ariva: Δισκία συμπιεσμένου μασώμενου καπνού χαμηλής περιεκτικότητας σε νιτροζαμίνες.

Οι διάφορες μορφές⁴ 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 (αυξημένα σιελόρροια, λευκοπλακία, καρκίνο στοματικής κοιλότητας, φάρυγγα, οισοφάγου), καρδιοαγγειακά νοσήματα, τοξικότητα στα έμβρυα.

Ο σουηδικός snus είναι ένας καπνός με χαμηλότερα επίπεδα νιτροζαμινών, ο οποίος παράγεται με τις αυστηρότερα ελεγχόμενες τεχνικές παραγωγής (The Gothiatek Standard). Παρουσιάζεται ως απαλλαγμένος από τις σοβαρές επιπτώσεις του καπνού στην υγεία, αν και στην πραγματικότητα περιέχει τις ειδικές νιτροζαμίνες του καπνού (TNSA) σε χαμηλότερα επίπεδα. Ενδέχεται³² να εμφανίζει χαμηλότερο κίνδυνο για καρκίνο του γαστρεντερικού από το συμβατικό κάπνισμα.

ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΒΛΑΠΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ (POTENTIALLY REDUCED EXPOSURE PRODUCTS - PREPs)

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

«Ελαφριά» τσιγάρα («light», «extra light», «ultra light»)

ΣΤΙΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ⁴ με καπνιστικό μηχανήμα 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 καπνό⁴, 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 17% λιγότερη νικοτίνη από ένα συμβατικό «ελαφρύ» τσιγάρο
- επίπεδο 2: με 58% λιγότερη νικοτίνη
- επίπεδο 3: θεωρητικά χωρίς νικοτίνη

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

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

Σχετικά με τα «ελαφριά» τσιγάρα, δεν έχουν προκύψει στοιχεία που να παρουσιάζουν βελτίωση των δεικτών υγείας των χρηστών τους. Το παραπάνω συμπέρασμα δεν εκπλήσσει, αν αναλογιστούμε ότι ο καπνιστής, ανεξάρτητα από το είδος του τσιγάρου, θα πάρει τη δόση νικοτίνης που έχει ανάγκη, προσαρμόζοντας τον 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.

ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ

ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΣΦΑΛΕΣ, μη τοξικό καπνικό προϊόν. Κάθε μορφή καπνίσματος εκθέτει τον καπνιστή σε κίνδυνο ανάπτυξης πληθώρας νοσημάτων.

Όλα τα καπνικά προϊόντα, καίόμενα ή μη (ηλεκτρονικό, θερμαινόμενο τσιγάρο), 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 εμπονομαζόμενα «λιγότερο βλαπτικά προϊόντα» δεν έχει αποδειχτεί αποτελεσματικό ως μέσο απεξάρτησης, αντιθέτως οδηγεί σε εθισμό και πολύ συχνά σε παράλληλη χρήση πολλών 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, θερμαινόμενα ή καίόμενα προϊόντα), 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 κακοήγη νοσήματα, ιδιαίτερα της στοματικής κοιλότητας και του οισοφάγου, αναμένεται να μεταβάλει 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 σχεδιαστούν 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 περιθώρια στην καπνοβιομηχανία να χρησιμοποιήσει όλα τα όπλα του σύγχρονου μάρκετινγκ, προκειμένου να τα προωθήσει στις νεαρές, κατά κύριο λόγο, ηλικίες.

Καθίσταται, λοιπόν, προφανής αλλά και επιτακτική η ανάγκη νομοθετικών ρυθμίσεων όλων των προϊόντων και, κυρίως, η εντατικοποίηση των μέτρων ενημέρωσης - πρόληψης - απεξάρτησης.

Προτεραιότητα έχει 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. ■

ΚΕΦΑΛΑΙΟ

07

**MARKETING,
ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ
ΚΑΙ LIFESTYLE
ΣΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ
ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΑΡΚΟΥΜΑΝΕΑΣ

Σύμβουλος Στρατηγικής και Επικοινωνίας

A διαμφισβήτητα, 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.

ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ: ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ MARKETING ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΚΑΠΝΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ

ΟΙ ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΕΣ ΠΡΟΩΘΗΣΗΣ των προϊόντων καπνού τον 20ό αιώνα αποδείχθηκαν ιδιαίτερα αποτελεσματικές, όπως μαρτυρούν έγκριτα περιοδικά του κλάδου. Σύμφωνα με το *Advertising Age*, πρωταγωνιστής διαφημίσεων μάρκας τσιγάρων έχει αναδειχτεί κορυφαίο πρότυπο του περασμένου αιώνα, σε επίπεδο αποτελεσματικότητας στις πωλήσεις των προϊόντων της εταιρείας, αναγνωρισιμότητας και διάρκειας επιρροής. Οι εν λόγω διαφημίσεις έχουν λάβει την 3η θέση, μετά τη Volkswagen και την Coca-Cola, στην ιστορία της διαφήμισης του 20ού αιώνα, ενώ το 2003 το επιχειρηματικό έντυπο *Business Week* κατέταξε συγκεκριμένη μάρκα τσιγάρων ως το 9ο πολυτιμότερο brand παγκοσμίως¹⁻³. Επιπροσθέτως, αξίζει να σημειωθεί ότι, αν και τα τελευταία χρόνια έχει γίνει συστηματική προσπάθεια από τις περισσότερες κυβερνήσεις να μειωθεί το κάπνισμα και να υπάρξει περιορισμός στην προώθηση των καπνικών προϊόντων, συναντάμε στο #23 της λίστας *Forbes* με τα ισχυρότερα brands στον κόσμο γνωστή εταιρεία καπνού (<https://www.forbes.com/powerful-brands/list/#tab:rank>).

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 αγορές⁴.

ΤΜΗΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΓΟΡΑΣ (MARKET SEGMENTATION)

Η ΠΡΟΩΘΗΣΗ 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)

Βασίζεται στην πυκνότητα του πληθυσμού, τις διαφοροποιήσεις του ανά περιοχή και τις κλιματολογικές/εποχικές συνθήκες.

2. Δημογραφική (demographic segmentation)

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 βάσει ολόένα 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 τον διαχωρισμό των καταναλωτών βάσει της περίπτωσης που χρησιμοποιούν το προϊόν, εν προκειμένω το τσιγάρο (σε ειδική περίπτωση ή σταθερή βάση), το status του χρήστη (καπνιστής, νέος καπνιστής, πρώην καπνιστής, μη καπνιστής) και τα οφέλη που επιζητεί (απόλαυση, κοινωνική κατάξωση, αυτοπεποίθηση, χαλάρωση, μείωση άγχους, αύξηση συγκέντρωσης, απώλεια βάρους⁵).

4. Ψυχογραφική (psychographic segmentation)

Συνδέεται με τον τρόπο ζωής των καταναλωτών και 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 ανθρώπων⁶⁻⁸.

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΙΣΧΥΡΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΓΙΑ ΤΟ BRAND (COMMUNICATING BRAND IMAGE)

ΟΠΩΣ ΑΝΑΛΥΕΤΑΙ και στη συνέχεια, οι τρόποι επικοινωνίας των εταιρειών με τους καταναλωτές ποικίλλουν: διαφήμιση, προβολή στα social media, 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.λπ⁹. Επί παραδείγματι, μάρκα τσιγάρων συμβολίζει τον αρρενωπό, σκληρό άντρα, ενώ άλλη μάρκα τσιγάρου 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 λεπτομερώς προσδιορισμένων ομάδων ενδιαφέροντος, οδήγησε εν μέρει και στην καθολική απαγόρευση οποιασδήποτε διαφημιστικής ενέργειας στον χώρο της καπνοβιομηχανίας.

ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΠΡΩΘΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΚΑΠΝΟΥ

ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ 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 μπορεί 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 στις γυναίκες. **Μέσα από τις διαφημιστικές εκστρατείες και τις χορηγικές ενέργειες, οι καπνοβιομηχανίες επιχειρούν:**

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

Επιπλέον, μέσα από την ετήσια δαπάνη δισεκατομμυρίων δολαρίων σε διαφημιστικές εκστρατείες, προωθητικές ενέργειες και χορηγίες, ενδυναμώνεται η εικόνα της καπνοβιομηχανίας στον χώρο των ΜΜΕ, αλλά και στη βιομηχανία του θεάματος και του αθλητισμού.

Τέλος, οι ανυπολόγιστες επενδύσεις σε διαφήμιση και χορηγίες εκ μέρους των καπνοβιομηχανιών 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 ετών¹⁰ δηλώνουν ότι γίνονται τακτικά αποδέκτες διαφημιστικών ή άλλων προωθητικών μηνυμάτων από τις καπνοβιομηχανίες.

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

ΕΤΑΙΡΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΙΕΣ

Η ΕΤΑΙΡΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ (ΕΚΕ) αναφέρεται σε ενέργειες «προς όφελος του κοινωνικού συνόλου» που υλοποιεί μια εταιρεία, προκειμένου να κερδίσει την κοινωνική αποδοχή και να βελτιώσει την εταιρική ει-

κόνα της. Μάλιστα, στις βιομηχανίες των πετρελαιοειδών και των καπνών η ΕΚΕ έχει κερδίσει σημαντικό προβάδισμα τις δύο τελευταίες δεκαετίες.

Συγκεκριμένα, οι εταιρείες πετρελαίου έχουν κάνει τεράστιες προσπάθειες¹¹ να 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 καπνοβιομηχανίες 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 καπνοβιομηχανίες αποκτούν πρόσβαση σε πολιτικούς φορείς και πρόσωπα επιδιώκοντας να τα επηρεάσουν ως προς τη διαμόρφωση πολιτικών δημόσιας υγείας και την εξυπηρέτηση των εταιρικών συμφερόντων τους¹².

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

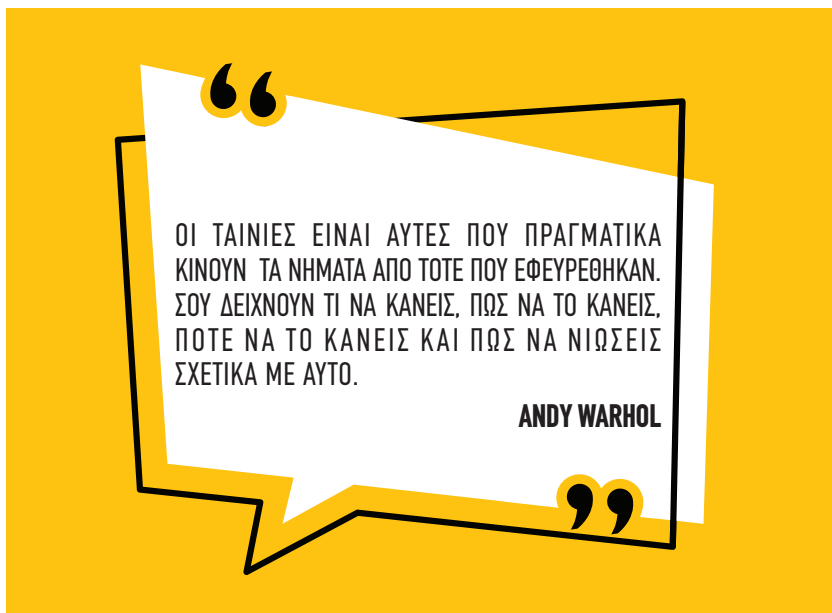
- Να προβληθεί το όνομα και το λογότυπο της καπνοβιομηχανίας μεταξύ των παρευρισκομένων στις επιχορηγούμενες εκδηλώσεις.
- Να εμφανιστεί ότι οι εταιρείες είναι δήθεν κοινωνικά υπεύθυνες και να αμβλυνθεί το γεγονός ότι οι καπνοβιομηχανίες πωλούν ένα προϊόν που σκοτώνει.
- Να ενισχυθεί η εταιρική εικόνα της εταιρείας και να ταυτιστεί με μια συγκεκριμένη αγορά-στόχο ή έναν 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 έτσι δυνατότητες προβολής σε μια ευρύτερη βάση τηλεθεατών, ακροατών και αναγνωστών.

Ένας τομέας στον οποίο σχεδόν όλες οι καπνοβιομηχανίες 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 όχι ως εξάρτηση, αλλά ως μια συνήθεια αποκλειστικά για «μεγάλους», ενισχύουν την επιθυμία των νέων να καπνίσουν¹³.

Ένα έγγραφο καπνοβιομηχανίας, για χορηγία στην κυβέρνηση της Μалаισίας, το 1996, αποκαλύπτει τον πραγματικό σκοπό της εταιρείας πίσω από τη συγκεκριμένη δραστηριότητα ΕΚΕ: «Η σημαντική οικονομική προσφορά της καπνοβιομηχανίας 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 καπνοβιομηχανία όταν προκύψουν θέματα σχετικά με τα προϊόντα καπνού»¹⁴.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΤΑΙΝΙΕΣ



Η ΚΑΠΝΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ 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 χώρες⁶, δημιουργώντας μοναδικές ευκαιρίες στην καπνοβιομηχανία να προωθήσει τα προϊόντα της σε ένα τεράστιο κοινό όλων των ηλικιών.

Αν και ήταν το 1990 που η καπνοβιομηχανία υποσχέθηκε για πρώτη φορά στο Αμερικανικό Κογκρέσο ότι θα σταματήσει την πληρωμένη τοποθέτηση προϊόντων στις ταινίες, η συχνότητα 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 χρόνο¹⁵⁻¹⁶.

Σε γράμμα του, το 1972, πρόεδρος εταιρείας τοποθέτησης προϊόντων στον κινηματογράφο και στην τηλεόραση αναφέρει στον πρόεδρο άλλης μεγάλης καπνοβιομηχανίας 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 ανάμειξη χορηγού¹⁷⁻¹⁸...».

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 ταινίες¹⁹. Αυτό το αποτέλεσμα είναι πολύ ισχυρότερο σε σχέση με τον παραδοσιακό τρόπο που η καπνοβιομηχανία 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 καινούριων καταναλωτών, ιδιαίτερα των νέων ηλικιών.

Όπως υποστηρίζει η Madeline Dalton και οι συνεργάτες της στην έρευνά τους²⁰, αν μειωνόταν η προβολή του καπνίσματος στις ταινίες, θα ελαττωνόταν αντίστοιχα και ο αριθμός των καινούριων 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 Κ-17 (κατάλληλη για άνω των 17 ετών), ώστε να μειωθεί ο αριθμός των νέων που θα εκτεθούν στις εικόνες προϊόντων καπνού. Ακριβώς για αυτό τον λόγο ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, με απόφασή του το 2016, προτρέπει όλες τις κυβερνήσεις να χαρακτηρίζουν τις ταινίες στις οποίες υπάρχει χρήση καπνικών προϊόντων ως ακατάλληλες για ανηλίκους, προκειμένου να προστατέψει τους νέους και τους εφήβους από το να ξεκινήσουν το κάπνισμα (<https://www.who.int/news-room/detail/01-02-2016-films-showing-smoking-scenes-should-be-rated-to-protect-children-from-tobacco-addiction>).

Φυσικά, η καπνοβιομηχανία πάντα προσπαθεί να βρίσκει τρόπους να παρακάμπτει 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 στη 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 γνωστής μάρκας τσιγάρων, αλλά και ηθοποιών που καπνίζουν. Κι αυτό επειδή, παρόλο που η ταινία έχει χαρακτηριστεί ως Κ-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 εταιρείας²¹.

Ένα ακόμη παράδειγμα για το πώς προωθείται το κάπνισμα μέσω τηλεόρασης αποτελεί η δημοφιλής σειρά *Mad Men*, που έχει αποσπάσει δεκάδες διακρίσεις και είναι ιδιαίτερα γνωστή για τους όμορφους και στιλάτους 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 συνεχώς και σε όλους τους χώρους. Με αυτό τον τρόπο, το ιδιαίτερα γοητευτικό lifestyle των πρωταγωνιστών και η επαγγελματική και κοινωνική επιτυχία που βιώνουν στη σειρά υποσυνείδητα στο μυαλό του θεατή σχετίζονται άμεσα με το κάπνισμα. Μάλιστα, σύμφωνα με τελευταία στοιχεία⁵⁰, οι πωλήσεις της μάρκας τσιγάρων που προβάλλεται ιδιαίτερα στη σειρά έχουν εκτοξευτεί στα επίπεδα-ρεκόρ των 33 δισεκατομμυρίων πακέτων το 2012, σημειώνοντας περίπου 30% αύξηση πωλήσεων σε σχέση με το 2007, όταν ξεκίνησε η σειρά²¹.



BRAND STRETCHING

ΟΙ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ συχνά δανείζουν το όνομα και το λογότυπο της μάρκας τους σε μια καινούρια και διαφορετική κατηγορία προϊόντων, και μάλιστα τα τελευταία χρόνια αυτή η τάση έχει αυξηθεί. Στην περίπτωση της καπνοβιομηχανίας, αυτή η μέθοδος έμμεσου marketing, που ονομάζεται και «brand stretching»²², αναφέρεται στην εφαρμογή των ονομάτων, των λογότυπων 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 μπότες με διαφημίσεις που ήταν σχεδόν ίδιες με τις διαφημίσεις για τα τσιγάρα της ίδιας εταιρείας²³.

Μάρκα ρούχων η οποία στο λογότυπο συνδέεται με μάρκα τσιγάρων είναι πλέον η δεύτερη μεγαλύτερη μάρκα ρούχων με δυνατότητα παραγγελίας μέσω e-mail στις ΗΠΑ, με πάνω από 2.400 καταστήματα σε 42 χώρες στον κόσμο²⁴. Μερικά ακόμη παραδείγματα πετυχημένων brand extensions είναι άλλα είδη που συνδέουν το λογότυπό τους με μάρκα τσιγάρων. Η καπνο-

Βιομηχανία 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 με τα χαρακτηριστικά εταιρειών τσιγάρων είναι 4 φορές πιο πιθανό να ξεκινήσουν το κάπνισμα σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά²⁵.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΑΚΕΤΟΥ

ΓΙΑ ΤΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ο σχεδιασμός του πακέτου έχει εξελιχθεί σε σημαντικό παράγοντα της συνολικής στρατηγικής μάρκετινγκ. Παραδοσιακά η βασική λειτουργικότητα του πακέτου είναι 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, σε αντίθεση 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 μπορεί να χαρακτηριστούν ως «badge products»²⁶, δηλαδή προϊόντα που συνδέουν τον χρήστη με την εικόνα και τα χαρακτηριστικά της φήμης 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. Μάλιστα 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 μάρκετινγκ²⁷, προσδίδουν βασικά στοιχεία στην ει-

κόνα 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 μια αναφορά του 1979 σημειώνεται ότι η καπνοβιομηχανία αποφάσισε να αυξήσει τους λευκούς χώρους και να φωτίσει τους καφέ τονισμούς στο πακέτο των τσιγάρων, ώστε «να δώσουμε στο καινούριο πακέτο την αίσθηση μειωμένης δύναμης (reduced marketing strength²⁸)».

Έρευνα που έγινε από το Cancer Council Victoria και δημοσιεύτηκε στο British Medical Journal²⁹ υποστηρίζει ότι τα απλά πακέτα (ως τέτοια ορίζονται αυτά που δεν φέρουν στη σχεδιάσή τους κανένα διακριτικό της μάρκας των τσιγάρων, παρά μόνο το όνομα) κάνουν τους καπνιστές να πιστέψουν ότι τα τσιγάρα τους έχουν χειρότερη ποιότητα και τους αφήνουν με μικρότερη ευχαρίστηση. Η έρευνα βρήκε ότι 30,6% των καπνιστών που χρησιμοποίησαν απλά πακέτα είχαν την αντίληψη ότι τα τσιγάρα ήταν χαμηλότερης ποιότητας²⁹⁻³⁰. Η απλοποίηση των πακέτων, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας³¹, είναι λοιπόν ένα μέτρο που θα μείωνε 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.

Ποσοστό περίπου 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.

ΠΑΡΑΠΛΑΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ Ή ΧΡΗΣΗ ΟΡΩΝ

ΟΙ ΠΡΩΤΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ που κατέδειξαν τη σχέση μεταξύ καπνίσματος και καρκίνου του πνεύμονα και παθήσεων της καρδιάς εκπονήθηκαν τη δεκαετία του 1950³². 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 τον σκοπό αυτό. Ωστόσο, οι νό-

μοι πάντα είχαν «παραθυράκια», που γίνονταν αμέσως αντιληπτά από τα υψηλής εκπαίδευσης στελέχη των καπνοβιομηχανιών, τα οποία δρούσαν με την ανάλογη ευελιξία προκειμένου να προβάλουν 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 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 βλαβερές επιπτώσεις στην υγεία του.

Εντούτοις, αυτό δεν μπόρεσε να αποδειχτεί μέσω επιστημονικών μελετών και η ιατρική κοινότητα υποστηρίζει, βάσει ερευνών, ότι τα «ελαφριά» τσιγάρα δεν είναι ασφαλέστερα από τα κανονικά³³. Το 2010 και μετά από αλληπάλληλες δίκες στις ΗΠΑ, η χρήση των παραπάνω λέξεων απαγορεύτηκε διά νόμου. Οι καπνοβιομηχανίες ναί μεν 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 «Οne», για να χαρακτηρίσουν ένα τσιγάρο το οποίο θεωρείται «ελαφρύτερο» από τις καπνοβιομηχανίες, επειδή έχει περιεκτικότητα πίσσας 1 mg.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΤΣΙΓΑΡΑ

ΟΙ ΕΙΔΙΚΟΙ σε θέματα υγείας προειδοποιούν ότι υπάρχει σοβαρός κίνδυνος η πρόοδος που έχει επιτευχθεί τα τελευταία χρόνια στη μείωση του καπνίσματος να εκληφθεί ως αποτέλεσμα της επανεισόδου των μεγάλων καπνοβιομηχανιών στην τηλεοπτική διαφήμιση για πρώτη φορά μετά από δεκαετίες με δούρειο ίππο τα ηλεκτρονικά τσιγάρα και φυσικά τις συσκευές θέρμανσης καπνού. Τα τελευταία αποτελούν την αιχμή του δόρατος στην προσπάθεια των εταιρειών καπνού για τη διαμόρφωση των κατάλληλων συνθηκών προκειμένου να υπάρξει ανάκαμψη των εταιρικών κερδών. Νέο προϊόν εταιρείας είναι το πρώτο ηλεκτρικά θερμαινόμενο προϊόν καπνού που κατάφερε να λάβει άδεια κυκλοφορίας στις ΗΠΑ, σε συνέχεια του νόμου του 2009, που εξουσιοδοτεί τον FDA να ρυθμίζει τα προϊόντα καπνού, συμπεριλαμβανομένης της εποπτείας των καινοτόμων

προϊόντων. Μάλιστα, για να υπάρξει άμεση αναγνωρισιμότητα από τους καπνιστές, το σχετικό προϊόν κυκλοφόρησε στην αμερικανική αγορά με σύνθετη ονομασία, στην οποία συμπεριλήφθηκε ως πρώτο συνθετικό η επωνυμία γνωστής εταιρείας καπνού.

Στη χώρα μας, έρευνα της ΚΑΠΑ Research Α.Ε. τον Μάιο του 2019 αναφέρει ότι στην Ελλάδα οι συστηματικοί και οι περιστασιακοί καπνιστές ανέρχονται στο 28,5%. Από αυτούς συσκευές θέρμανσης καπνού χρησιμοποιεί το 9,6%, ποσοστό που ανέρχεται στο 2,7% του συνολικού πληθυσμού.

Η UBS (Union Bank of Switzerland) είχε προβλέψει ότι οι πωλήσεις ηλεκτρονικών τσιγάρων, οι οποίες διπλασιάζονται κάθε χρόνο από το 2008, θα έφτασαν το 1 δισεκατομμύριο το 2013 και πιθανόν η κατανάλωση των ηλεκτρονικών τσιγάρων καθώς και των συσκευών θέρμανσης καπνού θα ξεπεράσει τα παραδοσιακά τσιγάρα μέσα στην επόμενη δεκαετία (όπως υποστηρίζει ο αναλυτής Bonnie Herzog της Wells Fargo)³⁴. Σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών (CDC)³⁵ των ΗΠΑ, ο αριθμός των μαθητών Λυκείου στην Αμερική που χρησιμοποίησαν ηλεκτρικό τσιγάρο μέσα σε 30 μέρες της έρευνας αυξήθηκε από 1,5% σε 2,8% το 2012. Αυτό δείχνει ότι όλο και περισσότεροι νέοι αρχίζουν να καπνίζουν e-τσιγάρα. Το 75% όσων χρησιμοποιούν ηλεκτρονικά τσιγάρα ταυτόχρονα καπνίζει και κανονικά τσιγάρα, αφήνοντας ένα περιθώριο 25% που δεν καπνίζει παραδοσιακά τσιγάρα. Αυτό σημαίνει ότι, αν και πολλοί αποφεύγουν το παραδοσιακό κάπνισμα λόγω θεμάτων υγείας, όλο και πιο πολύ έλκονται από την υγρή νικοτίνη των ηλεκτρονικών τσιγάρων και από τα προϊόντα θέρμανσης καπνού.

Οι ισχυρές καπνοβιομηχανίες έχουν ανακοινώσει ότι θα τοποθετήσουν μεγάλο μέρος των διαφημιστικών τους κονδυλίων για την προώθηση των ηλεκτρονικών τσιγάρων³⁶, καθώς βλέπουν δυνατότητα σημαντικών κερδών από την εντυπωσιακή αύξηση της αγοράς των e-τσιγάρων.

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

ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΩΝ ΚΑΠΝΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΩΝ 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 προκύ-

πουν 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 ανηλίκους 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 μάρκετινγκ 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 επιβεβαιώνονται πανηγυρικά από την απόφαση-σταθμό δικαστηρίου των ΗΠΑ το 2006, στην οποία αναφέρεται, μεταξύ άλλων, ότι οι καπνοβιομηχανίες παραπλανούν τον κόσμο και προσελκύουν νεαρά άτομα και παιδιά μέσω των διαφημιστικών εκστρατειών τους³⁷.

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

Στο σημείο αυτό 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 χρήσης³⁸.

ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΗ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ

ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ 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 που 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 από τον 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, έτσι, το κάπνισμα γίνεται ελκυστικό. Βέβαια, θα πρέπει να τονιστεί ότι οι πρακτικές αυτές δεν αφορούν μόνο τις καπνοβιομηχανίες, αλλά το σύνολο των εταιρειών που διαφημίζονται και στοχεύουν στους 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 στις ΗΠΑ που 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 έτοιμες 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 νομίζουν ότι μπορούν να καλύψουν μέσω του καπνίσματος. Φυσικά, οι καπνοβιομηχανίες αντιλαμβάνονται τα παραπάνω και προωθούν αναλόγως τα προϊόντα τους στοχεύοντας στις νεαρές ηλικίες. Ειδική αναφορά πρέπει να γίνει στις συντονισμένες προσπάθειες που κάνουν οι εταιρείες καπνικών προϊόντων για διαφήμιση μέσα από τα δίκτυα κοινωνικής δικτύωσης. Σύμφωνα με διετή έρευνα (<https://www.prnewswire.com/news-releases/campaign-for-tobacco-free-kids-new-investigation-exposes-how-tobacco-companies-market-cigarettes-on-social-media-in-the-us-and-around-the-world-300702690.html>) της Tobacco-Free Kids:

- Οι εταιρείες καπνού ψάχνουν τους νέους που έχουν μεγάλο αριθμό ακολούθων στα social media και τους πληρώνουν για να κάνουν αναρτήσεις με φωτογραφίες στις οποίες εμφανίζονται μάρκες τσιγάρων.
- Οι εταιρείες καπνού οργανώνουν μεγάλα πάρτι και διαγωνισμούς με χορηγίες τσιγάρων και καλούν τους συμμετέχοντες να αναρτήσουν φωτογραφίες στους λογαριασμούς τους στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης.
- Οι διαμορφωτές κοινής γνώμης λαμβάνουν οδηγίες προκειμένου να συμπεριλάβουν στις αναρτήσεις τους συγκεκριμένα hashtags που προωθούν τσιγάρα και καπνικά προϊόντα.

Συνδυαστικά αυτές οι καμπάνιες εξαπάτησης των νέων στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης έχουν παραπάνω από 25 δισεκατομμύρια προβολές.

Δεν θα πρέπει να παραλειφθεί ότι οι νέοι και τα παιδιά είναι δυνητικοί και μελλοντικοί πελάτες των καπνοβιομηχανιών αλλά και άλλων εταιρειών. Αποτελούν, δε, τον 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 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 καπνοβιομηχανιών³⁸.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΗΣ ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑΣ ΤΩΝ ΚΑΠΝΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΩΝ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ

ΑΠΟ ΕΝΔΕΛΕΧΗ ΕΡΕΥΝΑ 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 ενηλίκων³⁹.

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 νέους⁴⁰.

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 μάρκετινγκ των καπνοβιομηχανιών που αναγνωρίζεται από τους νέους αυξάνει κατά 7% την πιθανότητα να ξεκινήσουν το κάπνισμα⁴¹.
- Εννέα μακροχρόνιες μελέτες επί 12.000 νέων και παιδιών απέδειξαν ότι οι διαφημιστικές και προωθητικές ενέργειες των καπνοβιομηχανιών αυξάνουν την πιθανότητα τα νεαρά σε ηλικία άτομα να ξεκινήσουν το κάπνισμα⁴².

— 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 κάπνισμα⁴³.

Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι πλήθος επιστημονικών δεδομένων έχει καταδείξει ότι οι νέοι εκτίθενται συνεχώς σε διαφημίσεις καπνικών προϊόντων με ελκυστικό περιεχόμενο, οι οποίες έχουν σκοπό να υποστηρίξουν την ανάγκη των νέων να καπνίσουν.

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 καπνού⁴⁴.

Από τον 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 υπολογιστεί ότι περίπου 8.000.000 άτομα παγκοσμίως πεθαίνουν κάθε χρόνο από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΩΘΗΣΗΣ ΤΩΝ ΚΑΠΝΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΚΑΠΝΟΥ

ΟΠΩΣ ΠΡΟΑΝΑΦΕΡΘΗΚΕ, Η ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗ 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%⁴⁵.
- Μεταγενέστερη έρευνα που διεξήχθη σε 102 χώρες κατέδειξε ότι η καθολική ή σχεδόν καθολική απαγόρευση οδήγησε στη μείωση κατανάλωσης κατά 8%, ενώ οι μερικές απαγορεύσεις δεν είχαν σχεδόν καθόλου επίδραση στην κατανάλωση⁴⁶.
- 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 κάπνισμα¹⁰.

Είναι αναγκαίο να τονίζεται η πραγματική εικόνα του καπνιστή με σαφή και διεξοδικό τρόπο σε κάθε δυνατή ευκαιρία ενημέρωσης των μαθητών, στο πλαίσιο σχολικών προγραμμάτων για την πρόληψη του καπνίσματος από τους εκπαιδευτικούς και τους επαγγελματίες υγείας, και να αποδομείται η ψευδής εικόνα των διαφημίσεων (ευεξία, πρότυπα ομορφιάς, σύμβολα θηλυκότητας και αρρενωπότητας κ.ά).

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 και ενδεδειγμένος 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.

Είναι αναγκαίο να τονίζεται η πραγματική εικόνα του καπνιστή, με σαφή και διεξοδικό τρόπο, σε κάθε δυνατή ευκαιρία ενημέρωσης των μαθητών, στο πλαίσιο σχολικών προγραμμάτων για την πρόληψη του καπνίσματος από τους εκπαιδευτικούς και τους επαγγελματίες υγείας, και να αποδομείται η ψευδής εικόνα των διαφημίσεων (ευεξία, πρότυπα ομορφιάς, σύμβολα θηλυκότητας και αρρενωπότητας κ.ά).

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

Δεκαετία 1950

ΥΨΗΛΟΒΑΘΜΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ 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 στη μάρκα τσιγάρων με την οποία ξεκίνησαν το κάπνισμα»⁴⁷.

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

Δεκαετία 1960

ΟΠΩΣ ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ σε έγγραφο του διοικητικού συμβουλίου της ίδιας εταιρείας, «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 συνεχιστεί η συνήθεια»⁴⁸.

Δεκαετία 1970

ΕΓΓΡΑΦΟ άλλης εταιρείας τονίζει: «Το κατώτατο όριο ηλικίας για το προφίλ του νέου καπνιστή θα παραμείνει στα 14 έτη⁴⁹». Σύμφωνα με έγγραφο της συγκεκριμένης εταιρείας, ως πρωταρχικός στόχος του σχεδίου μάρκετινγκ ορίζεται η «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 μας⁵⁰».

MARKETING, ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ ΚΑΙ LIFESTYLE ΣΤΗΝ ΠΡΩΘΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Δεκαετία 1980

ΟΠΩΣ ΑΝΑΛΥΕΙ ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ ΚΑΠΝΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ, «Είναι σημαντικό να αποκτήσουμε γνώση για τις συνήθειες καπνίσματος στην εφηβική ηλικία. Ο σημερινός έφηβος είναι ο αυριανός δυνητικός τακτικός πελάτης, ενώ η συντριπτική πλειονότητα 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 στη 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 καπνιστές⁵¹».

Δεκαετία 1990

ΕΝΑΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ ΠΩΛΗΣΕΩΝ άλλης καπνοβιομηχανίας παραδέχεται πως «Στοχεύαμε στα παιδιά και, όταν εναντιώθηκα και είπα ότι αυτό είναι ανήθικο και ίσως παράνομο, μου απάντησαν ότι ήταν απλά η πολιτική της εταιρείας». Στο ερώτημα αν με τον όρο «παιδιά» εννοούσε μαθητές Γυμνασίου ή πιο νεαρά άτομα ο αντιπρόσωπος απάντησε: «Έχουν στόμα; Τους θέλουμε ως πελάτες!⁵²».

Βασικό μοντέλο της διαφημιστικής εκστρατείας γνωστής καπνοβιομηχανίας για επτά χρόνια αποκαλύπτει ότι σκοπός του, σύμφωνα με το σχέδιο μάρκετινγκ 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 1995⁵³».

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Το καπνεμπόριο υποστηρίζει ότι η διαφήμιση δεν στοχεύει στους 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 ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΟΥ ΔΙΕΠΕΙ τα θέματα χρήσης και προβολής προϊόντων καπνού αποτελείται από τον Νόμο 3730/2008, τον Νόμο 3868/2010 και τις σχετικές Υπουργικές Αποφάσεις.

ΜΕ ΤΟΝ ΝΟΜΟ 3868/2010 προστέθηκε η ακόλουθη παράγραφος στον 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 περιβάλλων χώρος του περιπτερού. 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».

ΥΠΕΝΘΥΜΙΖΕΤΑΙ ΟΤΙ Η ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ και προώθηση προϊόντων καπνού μέσω τηλεόρασης, ραδιοφώνου, διαφημιστικών πινακίδων (αφισών), εντύπων, Διαδικτύου έχει απαγορευτεί εδώ και πολλά χρόνια. Όπου επιτρέπεται η διαφήμιση, αυτή γίνεται με την προσθήκη προειδοποιήσεων υγείας.

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

ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΝΑ ΤΟΝΙΣΤΕΙ 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 επι-

χειρήσεις, εταιρείες ΜΜΕ και εμπορικές εταιρείες. Επίσης, παλαιότερα είχαν τεθεί θέματα ελεύθερης διακίνησης αγαθών, ενιαίας αγοράς, ανταγωνιστικότητας των απαγορευτικών διατάξεων, επιχορήγησης των καπνοπαραγωγών κ.λπ.

ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΚΑΤΑΝΟΗΤΟ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ 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 που σχετίζεται με το κάπνισμα μπορεί να προσελκύσει και νεανικό κοινό, το οποίο είναι εξοικειωμένο με τη χρήση της τεχνολογίας αυτής.

ΒΛΕΠΟΥΜΕ ΔΗΛΑΔΗ ΟΤΙ, 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. ■

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

08

**ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ
ΩΣ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ
ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΗΛΙΑΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ

*Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας - Τομέας
Οικονομικών της Υγείας*

ΚΩΣΤΑΣ ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ

*Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας - Τομέας
Οικονομικών της Υγείας*

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

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ - WHO), το κάπνισμα ευθύνεται για το 12% των θανάτων σε ενήλικες άνω των 30 ετών¹, ενώ σε διεθνές επίπεδο θεωρείται ότι με την έγκαιρη αντιμετώπισή του μπορεί να προληφθούν ασθένειες και θάνατοι που οφείλονται σε αυτό². Ωστόσο, το κάπνισμα οδηγεί στον θάνατο 8 εκατομμύρια άτομα ετησίως, ενώ επιπλέον 890.000 άτομα πεθαίνουν εξαιτίας του παθητικού καπνίσματος³⁻⁴ 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 δισεκατομμύριο⁵ στη διάρκεια του 21ου αιώνα, αν 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 ετών⁶. Το κάπνισμα σχετίζεται με το 12,9% του συνόλου των προσαρμοσμένων στην ανικανότητα ετών ζωής (DALYs), δηλαδή του συνολικού φορτίου νοσηρότητας, γεγονός που το ανάγει στον κυριότερο παράγοντα επιδείνωσης της νοσηρότητας στη χώρα μας⁷.

Στην Ελλάδα το ποσοστό των καπνιστών κυμαινόταν κατά μέσο όρο το 2010 στο 41% (45% για τους άνδρες και 38% για τις γυναίκες)⁶. Σύμφωνα με τον Οργανισμό Ευρωπαϊκής Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ-ΟΕCD), η συχνότητα των καπνιστών στον γενικό πληθυσμό από 39,7% το 2009 μειώθηκε σε 31,9% το 2010⁸⁻⁹. Πρόσφατη έρευνα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής δίνει για το 2014 ποσοστά καθημερινών καπνιστών 27,2% και περιστασιακών 5,2%. Ωστόσο, παρά την ομολογούμενως μεγάλη μείωση της κατανάλωσης καπνού κατά τα τελευταία έτη, η Ελλάδα παραμένει σταθερά μία από τις χώρες με σχετικά υψηλό ποσοστό ενηλίκων καπνιστών στον ΟΟΣΑ, ενώ παράλληλα παραμένει στις πρώτες θέσεις της σχετικής κατάταξης για την κατά κεφαλήν κατανάλωση 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 τη σκοπιά της οικονομικής επιστήμης έχουν χρησιμοποιηθεί μέθοδοι με σκοπό τον υπολογισμό του οικονομικού φορτίου, αλλά και τη διερεύνηση της επιπτώσεως 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 πολλές και σύνθετες και προεκτείνονται πέρα από ένα συγκεκριμένο πλαίσιο συζήτησης σχετικής με τις επιπτώσεις στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού. Συνεπώς, η ατζέντα περιλαμβάνει τον 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

ΑΥΤΟ ΤΟ ΥΠΟΚΕΦΑΛΑΙΟ 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 ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ 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 στη 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 κα-

πνίσματος, **δ)** η διαμόρφωση και η έγκριση παρεμβάσεων οικονομικής πολιτικής, όπως η επιβολή φορολογίας ή η παροχή αντικινήτρων για το κάπνισμα και **ε)** ο σχεδιασμός πολιτικής υγείας για την αντιμετώπιση του καπνίσματος. Όσον αφορά τη 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 άορατο¹⁰.

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 εμπεριέχει 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 χαμένης παραγωγικότητας των ασθενών που πάσχουν από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα. Με άλλα λόγια, απορρέει από το γεγονός ότι ένας ασθενής ενδεχομένως να μην μπορεί να εργαστεί επ' αμοιβή ή να εκτελέσει δραστηριότητες στο νοικοκυριό. Συνεπώς, αυτή η μορφή έμμεσου κόστους συνεκτιμά τη χρηματική αξία των δραστηριοτήτων με τις οποίες ο ασθενής θα μπορούσε να ασχολείται (να εργάζεται επ' αμοιβή ή να εκτελεί δραστηριότητες 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.

Για την περίπτωση της Ελλάδας, ένας πρόσθετος φόρος των 2 ευρώ ανά πακέτο τσιγάρων εκτιμάται ότι θα συνεισφέρει αύξηση των φορολογικών εσόδων περίπου κατά 1,2 δισεκατομμύρια ευρώ, ενώ παράλληλα θα οδηγήσει στην αποφυγή 192.000 πρόωρων θανάτων³³.

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

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙ 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 μπορεί 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

ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΤΡΑΠΕΖΑ, το 6%-15% των δαπανών υγείας σχετίζεται με το κάπνισμα στις αναπτυγμένες χώρες¹¹⁻¹². Παράλληλα, όσον αφορά τις αναπτυγμένες χώρες, το κάπνισμα δημιουργεί δαπάνες που κυμαίνονται μεταξύ 0,1% και 1,1% του ΑΕΠ¹³. Το αντίστοιχο ποσοστό για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κυμαίνεται μεταξύ 1,04% και 1,39%¹⁴. Αξίζει να αναφερθεί ότι αντίστοιχες μελέτες για άλλες περιοχές της υψηλίου καταλήγουν σε παρόμοια μεγέθη όσον αφορά το κόστος που δημιουργεί το κάπνισμα¹⁵. 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 στο 10,7% του συνολικού προϋπολογισμού τους¹⁶.

Όσον αφορά το κόστος του καπνίσματος και των ασθενειών που σχετίζονται με αυτό, δύο σχετικά πρόσφατες έρευνες καταλήγουν σε παρόμοιους υπολογισμούς, που υπερβαίνουν τα 3 δισεκατομμύρια ευρώ. Συγκεκριμένα, εκτιμάται ότι στην Ελλάδα ξοδεύονται περίπου 3,4 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως⁶. 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 αυτή 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 ΑΕΠ¹⁶. 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 αναπτυγμένες 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 αναπτυγμένες περιοχές¹⁷⁻¹⁸.

Η ΛΟΓΙΚΗ ΠΙΣΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΑΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΑΥΞΑΝΕΙ τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, πλήττοντας τη δημόσια υγεία. Κατά συνέπεια, η κρατική παρέμβαση μπορεί να αιτιολογηθεί και να ενταχθεί σε ένα πλαίσιο προσαρτημάτων για τη μείωση των αρνητικών επιπτώσεων του καπνίσματος στη δημόσια υγεία¹⁹. Ωστόσο, από την πλευρά της οικονομικής επιστήμης είναι σημαντικό εκτός από το αναμφισβήτητο όφελος για την υγεία να αναζητηθούν επιπλέον πτυχές που καθιστούν απαραίτητη την παρέμβαση του κράτους.

Στα οικονομικά, η κρατική παρέμβαση δικαιολογείται σε ένα πλαίσιο όπου παρατηρούνται «αποτυχίες της αγοράς»¹⁹. Στην περίπτωση του καπνίσματος, η ελλιπής και ανεπαρκής πληροφόρηση για τις βλαβερές συνέπειες στην υγεία και 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 καπνού²⁰. 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)¹⁹. Ακόμη, η ανεπαρκής πληροφόρηση συνεπάγεται υποεκτίμηση του κινδύνου εθισμού, ο οποίος δεν είναι μόνο φυσικός, λόγω της νικοτίνης, αλλά και ψυχολογικός²¹. 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 καπνίσουν¹⁹.

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 κόστος²². Παράλληλα, ένα άλλο ζήτημα το οποίο δικαιολογεί την κρατική παρέμβαση αφορά τις εξωτερικότητες, δηλαδή το γεγονός ότι μια δραστηριότητα ενός ατόμου ενδέχεται να επιβάλει κόστος ή να δημιουργήσει οφέλη για άλλα άτομα. Όπως

δείχνουν πολλές επιστημονικές μελέτες, μια κατηγορία εξωτερικότητων 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 εξωτερικότητων περιλαμβάνει το οικονομικό κόστος που δημιουργείται και εμμέσως μετακυλύεται από τους καπνιστές στους μη καπνιστές. Ένα παράδειγμα τέτοιων εξωτερικότητων 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 καπνίζει²³⁻²⁴. 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 χρόνια²⁵. Παρ' όλα 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 κατανάλωσή του σε μελλοντικό ορίζοντα²⁶. Για παράδειγμα, ένας καπνιστής μπορεί μεν να απολαμβάνει το κάπνισμα σήμερα, ενδεχομένως δε να προτιμά να συγκρατήσει τον εαυτό του στο μέλλον μειώνοντας το κάπνισμα²⁷.

ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ για τον έλεγχο του καπνίσματος είναι χρήσιμο να βασίζεται στις πολύπλευρες επιστημονικές διαπιστώσεις της οικονομικής θεωρίας και της δημόσιας υγείας¹⁹. 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 ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΜΕΙΩΣΗΣ 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 καπνού²⁸⁻²⁹. Η διεθνής βιβλιογραφία καταλήγει στη διαπίστωση 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 έσοδα³⁰⁻³¹. Επίσης, το μέτρο αυτό δημιουργεί πολλά οφέλη για την υγεία, καθώς η αύξηση του φόρου οδηγεί σε λιγότερους θανάτους που συνδέονται με το κάπνισμα³².

Σε γενικές γραμμές, έχει εκτιμηθεί ότι μια αύξηση 10% στις τιμές των τσιγάρων οδηγεί σε μια μείωση της κατανάλωσης περίπου κατά 4%. Αξιζει 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 περίπου κατά 1,2 δισεκατομμύρια ευρώ, ενώ παράλληλα θα οδηγήσει στην αποφυγή 192.000 πρόωρων θανάτων³³.

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 ετικέτες στα πακέτα τσιγάρων³⁴.

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 διαφημίσεων και της προώθησης των προϊόντων καπνού οδηγεί σε μείωση της κατανάλωσης³⁵. Επομένως, εκτιμάται ότι οι αποσπασματικές απαγορεύσεις της διαφήμισης και προώθησης έχουν μικρό ή και καθόλου αντίκτυπο στην κατανάλωση³⁶. Στην Ελλάδα η σχετική απαγορευτική νομοθεσία υπήρξε ανεπαρκής, καθώς δεν αποσκοπούσε σε μια πλήρη και καθολική απαγόρευση της διαφήμισης ειδών καπνού³⁷.

Επιπροσθέτως, οι πολιτικές απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, χώρους εργασίας κ.ά. μπορεί να συνεισφέρουν στον περιορισμό της χρήσης και κατανάλωσης καπνού³⁸⁻³⁹. Ωστόσο, απαιτεί ευρεία κοινωνική συναίνεση και συνειδητοποίηση των προβλημάτων που δημιουργούνται από το κάπνισμα στους δημόσιους χώρους³⁰. 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 νόμων⁴⁰.

Οι πολιτικές περιορισμού της προσφοράς προϊόντων καπνού

ΤΑ ΜΕΤΡΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ τη μείωση της προσφοράς προϊόντων καπνού δεν φαίνεται να είναι τόσο αποτελεσματικά συγκριτικά με τα αντίστοιχα που στοχεύουν στη μείωση της ζήτησης³⁰. Ενδεικτικά, οι απαγορεύσεις όσον αφορά την αγορά ειδών καπνού από νέους, αν και αναγκαίες, δεν χαρακτηρίζονται από υψηλή αποτελεσματικότητα³⁸. Αναμφίβολα το διεθνές εμπόριο διαμορφώνει 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 απεμπλοκή από τους συνδέσμους του διεθνούς εμπορίου δεν φαίνεται να προτείνεται ως αξιόπιστη λύση για τον περιορισμό του καπνίσματος⁴¹. 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 προϊ-

όντων καπνού⁴². 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 υγεία⁴³. Αντιθέτως, η αντιμετώπιση του λαθρεμπορίου φαίνεται να έχει ευεργετικές συνέπειες στην οικονομία και τη δημόσια υγεία⁴⁴. 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 λαθρεμπόρους⁴⁵. Παράλληλα, η προσπάθεια για μείωση της διαφοράς μεταξύ των φόρων που επιβάλλονται σε γειτονικές χώρες περιορίζει τα κίνητρα για λαθρεμπόριο, αφού μειώνεται η δυνατότητα επίτευξης υψηλού κέρδους⁴⁴. 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 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΥΝΙΣΤΑ 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 επιστήμης¹⁹. 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 την υψηλή οικονομική επιβάρυνση.

ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΤΗ παρατηρείται μείωση των νέων καπνιστών και της κατανάλωσης τσιγάρων με σημαντικά οφέλη για τη δημόσια υγεία⁴⁶. Ωστόσο, εξαιτίας της υψηλής κατανάλωσης ειδών καπνού στην Ελλάδα, η αντιμετώπιση του καπνίσματος πρέπει να αποτελέσει επιβεβλημένη προτεραιότητα για την πολιτική της υγείας⁴⁷. Η επιστημονική κοινότητα έχει ήδη προτείνει και έχει αξιολογήσει μέτρα όπως η αύξηση του φόρου, που κατά τεκμήριο αποτελεί ένα ιδιαίτερα αποτελεσματικό μέτρο για τη δημόσια υγεία και τη συλλογή φορολογικών εσόδων³³, το οποίο παράλληλα φαίνεται να έχει και την απαραίτητη κοινωνική συναίνεση και υποστήριξη.

Η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ των διαφόρων επιλογών μπορεί να λειτουργήσει ως πολύτιμος σύμβουλος στην παραγωγή πολιτικών αντιμετώπισης του καπνίσματος, μερικές από τις οποίες παρουσιάστηκαν παραπάνω. Είναι αξιοσημείωτο ότι ήδη παρατηρείται σημαντική βελτίωση όσον αφορά τη μείωση της κατανάλωσης ειδών καπνού. Ωστόσο, η θεσμοθέτηση 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. ■

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

09

**ΙΣΤΟΡΙΚΗ
ΑΝΑΔΡΟΜΗ
ΚΑΙ ΙΣΧΥΟΥΣΑ
ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ
ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΠΝΟ
ΚΑΙ ΤΑ ΣΥΝΑΦΗ
ΠΡΟΪΟΝΤΑ**

ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΣ ΣΚΟΠΕΛΙΤΗΣ

*BBA - ΟΠΑ (ΑΣΟΕΕ), ΜΡΑ - ΕΣΔΔ, Προϊστάμενος
Τμήματος Λοιπών Εξαρτήσεων - Υπουργείο Υγείας,
Εθνικός Εμπειρογνώμων στο Expert Group on
Tobacco Policy (EC) & αρ. 9, 10 FCTC (WHO)*

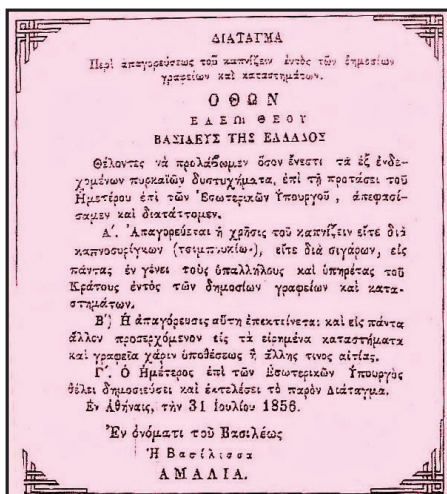
Ο καπνός (*Nicotiana tabacum*) είναι φυτό της οικογένειας των Στρυκνοειδών (*Solanaceae*) και η καλλιέργειά του χρονολογείται ήδη από το 1400-1000 π.Χ. στην Κεντρική και Νότια Αμερική, όπου αρχικά χρησιμοποιήθηκε σε θρησκευτικές ή θεραπευτικές τελετές από τις αυτόχθονες φυλές υπό τη μορφή καπνιζόμενων φύλλων. Ωστόσο, με την ανακάλυψη της Αμερικής τον 15ο και 16ο αιώνα μ.Χ. άρχισε η μεγάλη διάδοση της χρήσης και εμπορίας του και στην Ευρώπη. Αρχικά ο καπνός ήρθε στη Γαλλία και τη βασιλική αυλή από τον Γάλλο πρεσβευτή στην Πορτογαλία Jean Nicot, από το όνομα του οποίου προέρχεται τόσο η επιστημονική ονομασία του φυτού όσο και η τοξική χημική ουσία που περιέχεται σε αυτό. Το 1559 εισήχθη προς καλλιέργεια στην Ισπανία από τον Hernández de Boncalo, κατ' εντολή του βασιλιά της χώρας, ενώ σταδιακά η ανταλλακτική του αξία αλλά και οι αντιλήψεις της εποχής για τις ιδιότητές του, μέσω των θαλασσοπόρων και των αποικιοκρατικών εθνών, επέφεραν τη γενικευμένη εξάπλωσή του παγκοσμίως. Έκτοτε παράγεται σε διάφορες μορφές που υφίστανται ακόμη και σήμερα (καιόμενα φύλλα καπνού, καπνός μεταποιημένος για μάσηση, καπνός εισπνεόμενος σε σκόνη κ.ά.), ενώ βαθμιαία οι τεχνολογικές εξελίξεις και η βιομηχανική επανάσταση του 19ου αιώνα έδωσαν τη δυνατότητα μαζικής παραγωγής προϊόντων, υπό τη μορφή τσιγάρων, που γρήγορα διαδόθηκαν σε όλο τον κόσμο και πλέον αποτελούν την κύρια μορφή του προϊόντος. Σε εθνικό επίπεδο, η συστηματική καλλιέργεια καπνού εμφανίστηκε περίπου τον 17ο αιώνα στη Βόρεια Ελλάδα (Ίάνθη, Κομοτηνή κι άλλες περιοχές της Μακεδονίας), ενώ σήμερα η χώρα μας αποτελεί μαζί με τη Βουλγαρία και την Ιταλία μία από τις μεγαλύτερες καπνοπαραγωγές χώρες της Ε.Ε.

Σε όλη αυτή τη μακρά περίοδο οι αντιλήψεις γύρω από τις ιδιότητες του καπνού υπήρξαν διαφορετικές. Ενώ αρχικά του απέδιδαν θεραπευτικές ιδιότητες (ακόμη και μέχρι τη δεκαετία του '50 στον αναπτυσσόμενο κόσμο) και θεωρούνταν κύριο ψυχαγωγικό μέσο, αλλά και μέσο κοινωνικής καταξίωσης, η πρόοδος της επιστήμης, και ιδιαίτερα της Ιατρικής, από τα μέσα του 20ού αιώνα κατέδειξε τις πραγματικές καταστροφικές συνέπειες της χρήσης του στην υγεία. Η ιατρική κοινότητα με συστηματικές έρευνες ανέδειξε την κατανάλωση καπνού ως τον κυριότερο παράγοντα για την εμφάνιση ασθενειών, καθώς και θανάτων οφειλόμενων στις

τοξικές και καρκινογόνες ιδιότητές του, ενώ σε συνεργασία με τις αρμόδιες αρχές, κυρίως στις ΗΠΑ, επισημάνθηκε και ο αποφασιστικός ρόλος της καπνοβιομηχανίας στην απόκρυψη σημαντικών πληροφοριών γύρω από τα επικίνδυνα συστατικά, την εθιστικότητα των προϊόντων καπνού, τις συνέπειες από την παθητική χρήση, αλλά και τη στρατηγική προώθησης και διαφήμισής τους με κύριους αποδέκτες τους νέους, τους ανηλίκους και το γυναικείο φύλο.

Ως αποτέλεσμα των παραπάνω αποκαλύψεων, όλο και περισσότερες χώρες, όχι μόνο στον δυτικό κόσμο, στο πέρασμα των χρόνων προχώρησαν σε σημαντικά ρυθμιστικά μέτρα πάνω σε ζητήματα όπως η απαγόρευση ή ο περιορισμός της διαφήμισης και προώθησης των προϊόντων καπνού, των πωλήσεων σε ανηλίκους, των παραπλανητικών ή ψευδών επικλήσεων για την υγεία και την προστασία από το παθητικό κάπνισμα, με στόχο την καταπολέμηση της αυξανόμενης διάδοσης του καπνού, που στη σύγχρονη εποχή έχει λάβει διαστάσεις επιδημίας σε παγκόσμιο επίπεδο, με οικονομικές, κοινωνικές, περιβαλλοντικές κι άλλες προεκτάσεις. Ενδεικτικό των παραπάνω είναι ότι, σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση των Νόσων (ICD) στην τρέχουσα μορφή της, η εξάρτηση από τη νικοτίνη του καπνού, με τις ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς που επιφέρει, θεωρείται πέρα από παράγοντας κινδύνου και αυτοτελώς ασθένεια.

Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



Η ΠΡΩΤΗ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ νομοθετικού περιορισμού της κατανάλωσης καπνού στην Ελλάδα χρονολογείται ήδη από την εποχή του Όθωνα, με το βασιλικό διάταγμα του 1856. Βέβαια, όπως είναι αντιληπτό, εξαιτίας της παγιωμένης διεθνούς αντίληψης που επικρατούσε τότε για τη χρήση καπνού, οι λόγοι που επέβαλαν τον συγκεκριμένο νόμο δεν ήταν υγειονομικοί, αλλά ασφάλειας και προστασίας από τον κίνδυνο πυρκαγιάς.

Έστω κι έτσι, όμως, το διάταγμα απαγόρευε την κατανάλωση των καιόμενων προϊόντων καπνού σε όλες τις δημόσιες υπηρεσίες και δημόσια καταστήματα.

Έκτοτε το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο έχει αλλάξει ουκ ολίγες φορές, συχνά με αντιφατικό περιεχόμενο και διαφορετικό σκοπό, εισάγοντας, ωστόσο, σταδιακά σημαντικούς περιορισμούς, μεταξύ άλλων, στην κατανάλωση, προώθηση ή διαφήμιση του καπνού. Αν εξαιρέσουμε ειδικότερους κανονισμούς υγιεινής και ασφάλειας εργασιακών χώρων, όπου οι απαγορεύσεις ή περιορισμοί στην κατανάλωση καπνού δεν αφορούσαν σε λόγους δημόσιας υγείας για το ευρύ κοινό, ή άλλες διατάξεις τοπικού ή μη δεσμευτικού περιεχομένου, οι σημαντικότερες διαχρονικά ρυθμίσεις παρατίθενται στον ακόλουθο πίνακα.

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ ΑΠΟ ΤΟ 1930 ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ

A/A	Νόμος	Σχετικό Απόσπασμα
1	Ν. 4841/1930, άρθρο 41, παρ. 22 (όπως τροποποιήθηκε από το άρθρ. 57 του ΝΔ 22/1933), (ΦΕΚ 260/τ. Α/ 1930)	«Τιμωρείται με πρόστιμον ή κράτησιν, εν υποτροπή δε με αμφοτέρας τας ποινάς ταύτας: ... «Εισπράκτωρ λεωφορείου ... ή καπνίζων εν υπηρεσία».
2	ΠΔ 29/1931, άρθρο 32 (ΦΕΚ 21/τ. Α/ 1931)	«Εν υπηρεσία απαγορεύεται εις τον οδηγόν να καπνίζει».
3	ΠΔ 06/1933, άρθρο 1 (ΦΕΚ 34/τ. Α/ 1933)	«Υπόκεινται εις προσωρινήν στέρησιν της αδείας εισπράκτορος αυτοκινήτου λεωφορείου: Α'. Μέχρις ενός μηνός: ... 21) Εισπράκτωρ λεωφορείου καπνίζων εν υπηρεσία».
4	ΑΝ 207/1945, άρθρο 2, παρ. 5 (ΦΕΚ 66/τ. Α/ 1945)	«Απαγορεύεται η υπό των καπνοβιομηχανών υποσχέσις και χορήγησις και λαχείων προς τους πελάτες των υπό οιονδήποτε τύπο».
5	Υγειονομική Διάταξη Υπουργού Υγείας 389966 / 1952, άρθρο 6, εδ. Β' (ΦΕΚ 235/τ. Β/ 1952)	«Επίσης απαγορεύεται το καπνίζειν εντός των τροχιοδρομικών οχημάτων και λεωφορείων αυτοκινήτων».
6	Υγειονομική Διάταξη Υπουργού Υγείας Α2γ/οικ. 1989/1979 (ΦΕΚ 416/τ. Β / 1979)	«1. Απαγορεύουμε το κάπνισμα στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου και στις Ιδιωτικές Κλινικές. 2. Σε κάθε όροφο επιφανείας μέχρι 200 τ.μ. μπορούν να ορισθούν ειδικοί χώροι - καπνιστήρια στους οποίους θα υπάρχει ισχυρό σύστημα αερισμού».
7	Υγειονομική Διάταξη Υπουργού Υγείας Α2γ/οικ. 3051/1980 (ΦΕΚ 475/τ. Β / 1930)	«1. Απαγορεύεται το κάπνισμα σε όλους γενικά τους κλειστούς δημόσιους χώρους (αίθουσες αναμονής του κοινού, συνεδριάσεων, συνελεύσεων, ανελκυστήρες κ.λπ. που ανήκουν σε κρατικούς φορείς, σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου ή ιδιωτικού Δικαίου, σε Οργανισμούς και άλλα ιδρύματα (ΟΤΕ, ΔΕΗ, ΕΛΤΑ, και τα όμοια). ►

A/A	Νόμος	Σχετικό Απόσπασμα
		2. Εξαιρητικώς επιτρέπεται το κάπνισμα σε χώρους μακράς αναμονής του κοινού (λ.χ. αεροδρόμια, σιδηροδρομικούς σταθμούς κ.ά.), εφόσον θα έχουν φροντίσει οι αρμόδιοι φορείς για τη δημιουργία ξεχωριστών χώρων για τους καπνιστές».
8	N. 1802/1988, άρθρο 12 (ΦΕΚ 172/ τ. Α/ 1988)	«1. Σε κάθε είδους συσκευασία προϊόντων καπνού που προορίζονται για τον καταναλωτή και τίθενται με οποιοδήποτε τρόπο σε κυκλοφορία στον ελληνικό χώρο, καθώς επίσης και στις έντυπες διαφημίσεις των προϊόντων αυτών αναγράφονται υποχρεωτικά στα ελληνικά, σύμφωνα με όσα ορίζονται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ιατρικές προειδοποιήσεις σχετικές με τη βλαπτική επίδραση του καπνίσματος στην υγεία. 2. Η διαφήμιση με οποιοδήποτε τρόπο προϊόντων καπνού επιτρέπεται μόνο με όρους, προϋποθέσεις και διαδικασία που θα προβλέπει απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, εφάπαξ εκδιδόμενη. 3. Οι παραβαίνοντες τις πιο πάνω διατάξεις καθώς και τους όρους, τις προϋποθέσεις και τις διαδικασίες της προηγούμενης παραγράφου τιμωρούνται με φυλάκιση έως έξι (6) μήνες ή με χρηματική ποινή έως δέκα εκατομμύρια (10.000.000) δραχμές και, σε κάθε περίπτωση, όχι κατώτερη του 100% (εκατό τοις εκατό) του συνολικού ποσού που διατίθεται για τη συγκεκριμένη διαφήμιση ή και με τις δύο (2) ποινές».
9	ΠΔ 25/1988, άρθρο 9, παρ. 6 (ΦΕΚ 10/ τ. Α/ 1988)	«Η έμμεση διαφήμιση ως και η διαφήμιση παιδικών παιχνιδιών και προϊόντων καπνού (στα ραδιόφωνα) δεν επιτρέπεται».
10	ΥΑ Υπουργού Υγείας Α2 /οικ.6139/1988 (ΦΕΚ 928 / τ. Β/ 1988)	«Όλα τα κουτιά προϊόντων καπνού, που τίθενται με οποιοδήποτε τρόπο σε κυκλοφορία στον ελληνικό χώρο, πρέπει να φέρουν στη μεγαλύτερη πλάγια επιφάνεια της συσκευασίας τους, στην ελληνική γλώσσα, τις παρακάτω σημάνσεις: α) Το Υπουργείο Υγείας προειδοποιεί.... β) ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΒΛΑΠΤΕΙ ΣΟΒΑΡΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ...».
11	ΥΑ Υπουργού Υγείας Α2 /οικ.1591/1989 (ΦΕΚ 411 / τ. Β/ 1989)	«1. Η διαφήμιση των προϊόντων καπνού που τίθενται με οποιοδήποτε τρόπο σε κυκλοφορία στη χώρα μας επιτρέπεται: α. Στα έντυπα (ημερήσιο και περιοδικό Τύπο, διαφημιστικά έντυπα, αυτοκόλλητα και περιοδικές αφίσες) με την υποχρέωση να φέρουν προειδοποιήσεις σχετικές με τη βλαπτική επίδραση του καπνίσματος στην υγεία του πληθυσμού που ορίζονται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινων. Ασφαλίσεων, σύμφωνα με την παρ. 1 του άρθρου 12 του Ν. 1802/88. Η παραπάνω υποχρέωση και με τους ίδιους όρους αφορά και το κάθε μορφής πρωθητικό διαφημιστικό υλικό για κάθε νέα κατασκευή, εισαγωγή και διάθεσή του στην αγορά. ►

A/A	Νόμος	Σχετικό Απόσπασμα
		Β. Στις μόνιμες κατασκευές διαφήμισης προϊόντων καπνού με την υποχρέωση, εντός ενός (1) έτους, να φέρουν τη σήμανση: “Το Υπουργείο Υγείας προειδοποιεί: ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΒΛΑΠΤΕΙ ΣΟΒΑΡΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ” εντός πλαισίου το οποίο θα καλύπτει το 10% της ολικής επιφάνειας της διαφήμισης... Υ. Στον κινηματογράφο, και μόνο κατά την προβολή ταινιών ακατάλληλη για ανήλικους, με την υποχρέωση στο τέλος κάθε διαφημιστικού μηνύματος προϊόντων καπνού να προβάλλεται μόνη η σήμανση: “Το Υπουργείο Υγείας προειδοποιεί: ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΒΛΑΠΤΕΙ ΣΟΒΑΡΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ” ... 2. Κάθε είδους διαφήμιση απαγορεύεται σε χώρους Υπηρεσιών Υγείας (Νοσοκομεία, Ιδιωτικές Κλινικές, Εξωτερικά Ιατρεία, ασφαλιστικοί φορείς κ.λπ.), Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων όλων των βαθμίδων Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου Νεότητας και χώρους άθλησης (κλειστά και ανοιχτά γυμναστήρια, γήπεδα κ.λπ.)».
12	ΥΑ Υπουργού Υγείας Α2 /οικ.1592/1989 (ΦΕΚ 411 / τ. Β/ 1989)	«1. Όλες οι έντυπες διαφημίσεις προϊόντων καπνού, τα οποία τίθενται με οποιοδήποτε τρόπο σε κυκλοφορία στον ελλαδικό χώρο, πρέπει να φέρουν, στην ελληνική γλώσσα, τη σήμανση: “Το Υπουργείο Υγείας προειδοποιεί: ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΒΛΑΠΤΕΙ ΣΟΒΑΡΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ”. 2. Κατά την έννοια της παρούσας απόφασης ως έντυπες διαφημίσεις ορίζονται οι διαφημίσεις στον ημερήσιο και περιοδικό Τύπο, τα διαφημιστικά έντυπα, οι περιοδικές αφίσες από χαρτί ή άλλο υλικό και τα αυτοκόλλητα».
13	ΚΥΑ οικ.4508/1990 (ΦΕΚ 327/ τ. Β/ 1990)	«... απαγορεύεται το κάπνισμα στις πτήσεις όλων των εσωτερικών αερογραμμών της χώρας».
14	ΚΥΑ Α2γ/1861/1991 (ΦΕΚ 433/ τ. Β/ 1991)	«Ανάλυση των τσιγάρων για τη μέτρηση της πίσσας και νικοτίνης».
15	Ν. 1943/1991, άρθρο 85, παρ. 2 (ΦΕΚ 50/ τ. Α/ 1991)	«Απαγορεύεται η διαφήμιση των προϊόντων του καπνού, ιδίως των τσιγάρων και των πολεμικών παιδικών παιχνιδιών. Επίσης απαγορεύεται η έμμεση διαφήμιση».
16	ΥΑ Υπουργού Υγείας οικ. 560/1992 (ΦΕΚ 460/ τ. Β / 1992)	1. Απαγορεύουμε την κυκλοφορία, διάθεση και πώληση του συγκεκριμένου προϊόντος (προϊόν που παρακινεί τα παιδιά να καπνίσουν) που είναι πανομοιότυπο με το τσιγάρο 2. Απαγορεύουμε την πράξη εισαγωγής ή τον εκτελωνισμό του».
17	ΚΥΑ Υ3/2917/1992, άρθρο 1 (ΦΕΚ 435/ τ. Β/ 1993)	«Γ. Εκτός από τη γενική προειδοποίηση... οι μονάδες συσκευασίας των προϊόντων καπνού εκτός των τσιγάρων φέρουν ειδική προειδοποίηση σύμφωνα με τους ακόλουθους κανόνες: α. για τα πακέτα των καπνών για στρίψιμο οι ειδικές προειδοποιήσεις εναλλάσσονται ώστε να εξασφαλίζουν τη διαδοχική αναφορά κάθε προειδοποίησης σε ίσο αριθμό μονάδων συσκευασίας, με περιθώριο ανοχής 5% περίπου. ►

A/A	Νόμος	Σχετικό Απόσπασμα
		Β. οι μονάδες συσκευασίας των πούρων, μικρών πούρων, καπνού για πίπα και άλλων προϊόντων καπνού για κάπνισμα, με εξαίρεση τα τσιγάρα και τον καπνό για στρίψιμο, φέρουν μία από τις ακόλουθες ειδικές προειδοποιήσεις ώστε να εξασφαλίζεται η πραγματική εναλλαγή τους: Ι) Το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο. ΙΙ) Το κάπνισμα προκαλεί θανατηφόρες παθήσεις. ΙΙΙ) Το κάπνισμα προκαλεί καρδιαγγειακές παθήσεις ΙV) Το κάπνισμα βλάπτει τα πρόσωπα του περιβάλλοντός σας. γ. Οι μονάδες συσκευασίας των προϊόντων καπνού χωρίς καύση φέρουν την ακόλουθη ειδική προειδοποίηση: “Προκαλεί Καρκίνο”. Οι ειδικές αυτές προειδοποιήσεις εκτυπώνονται ή επιτίθενται σταθερά, στην ελληνική γλώσσα, πάνω στις μονάδες συσκευασίας. Οι μονάδες συσκευασίας των προϊόντων καπνού χωρίς καύση φέρουν την ακόλουθη ειδική προειδοποίηση: “Προκαλεί Καρκίνο”. Ε. Απαγορεύεται η διάθεση στην αγορά καπνών που λαμβάνονται από το στόμα».
18	ΥΑ Υπουργού Υγείας Υ3δ/4322/1993 (ΦΕΚ 802 / τ. Β/ 1993)	«1. Απαγορεύουμε το κάπνισμα σε όλους τους χώρους όπου παρέχονται υπηρεσίες υγείας και συγκεκριμένα: α) Στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα και Ιδιωτικές Κλινικές, β) Σε όλα τα μέσα μεταφοράς ασθενών (ασθενοφόρα - ελικόπτερα κ.λπ.), γ) Σε όλους τους χώρους παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Κέντρα Υγείας - Υγειονομικοί Σταθμοί, Περιφ. Ιατρεία Νοσ. Μονάδων), δ) Σε όλους τους χώρους (εξεταστήρια, αναρρωτήρια και λοιπούς χώρους σε ασθενείς) Ασφαλιστικών Οργανισμών, Ταμείων και λοιπών Νομικών Προσώπων Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου, ε) Σε Ιατρεία Δημοτικά και Κοινοτικά, στ) Σε ιδιωτικούς και Δημόσιους Βρεφονηπιακούς Σταθμούς, ζ) Στις Υπηρεσίες Πρώτων Βοηθειών, η) Στα Φαρμακεία, θ) Στα Θεραπευτήρια χρόνιων Παθήσεων, ι) Σε κάθε άλλο χώρο που δεν αναφέρεται παραπάνω όπου παρέχονται υπηρεσίες υγείας και συνεπώς επιβαρύνονται οι ασθενείς με τον καπνό του τσιγάρου. 3. Απαγορεύεται η πώληση τσιγάρων - προϊόντων καπνού από τα κυλικεία των Νοσοκομείων και Ιδιωτικών Κλινικών».
19	ΥΑ Υπουργού Υγείας Υ3δ/ 515 /1994 (ΦΕΚ 137/ τ. Β/1994)	«Προϊόντα κατά του καπνίσματος ή απωθητικά του καπνίσματος».
20	ΠΔ 100/2000, άρθρο 1, παρ. δ (ΦΕΚ 98/ τ. Α/ 2000)	«Τα τηλεοπτικά προγράμματα δεν μπορούν να αποτελούν αντικείμενο χορηγίας από φυσικά ή νομικά πρόσωπα των οποίων η κύρια δραστηριότητα συνίσταται στην παρασκευή ή πώληση τσιγάρων ή άλλων προϊόντων του καπνού ή οποιουδήποτε άλλου προϊόντος ή υπηρεσίας των οποίων η διαφήμιση απαγορεύεται απολύτως».
21	Υγειονομική Διάταξη Υπουργού Υγείας ΥΑ οικ.76017/2002 (ΦΕΚ 1001/ τ. Β/ 2002)	«Απαγορεύουμε το κάπνισμα στους παρακάτω αναφερόμενους χώρους: α. Σε όλα τα κτίρια όπου στεγάζονται Γραφεία Δημοσίων Υπηρεσιών, Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου, Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου ►

Α/Α	Νόμος	Σχετικό Απόσπασμα
		που εποπτεύονται και επιχορηγούνται από το Κράτος, Οργανισμοί και άλλα Ιδρύματα (ΟΤΕ, ΔΕΗ, ΕΛΤΑ κ.λπ.). Επίσης σε χώρους εργασίας που ανήκουν σε ιδιωτικούς φορείς, καθώς και στους χώρους μακράς αναμονής του κοινού (αίθουσες αναμονής αεροδρομίων, σιδηροδρομικών σταθμών, σταθμών λεωφορείων κ.λπ.). β. Σε όλες τις μονάδες παροχής Υπηρεσιών Υγείας, όπως: 1) Νοσοκομεία, 2) Ιδιωτικές Κλινικές, 3) Κέντρα Υγείας, 4) Περιφερειακά Ιατρεία, 5) Δημοτικά Ιατρεία, 6) Ιατρεία Νομικών Προσώπων Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου (ΙΚΑ κ.λπ.), 7) Ιδιωτικά Ιατρεία - Οδοντιατρεία, 8) Φαρμακεία, 9) Λοιπές μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), 10) Σε κάθε άλλο χώρο που δεν αναφέρεται παραπάνω, όπου παρέχονται υπηρεσίες υγείας. γ. Σε όλους τους χώρους που παρέχεται εκπαίδευση, όπως: 1) Σχολεία Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης (Δημόσια ή Ιδιωτικά), 2) Σχολεία Δευτεροβάθμιας και Μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Δημόσια ή Ιδιωτικά), 3) Πανεπιστήμια, Τεχνολογικά Ιδρύματα και γενικά Ιδρύματα Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, 4) Φροντιστήρια. δ. Στα νηπιαγωγεία, παιδικούς σταθμούς, βρεφονηπιακούς σταθμούς, παιδότοπους. ε. Επίσης στα μέσα μαζικής μεταφοράς: 1) Λεωφορεία (ΚΤΕΛ Αστικά, Τουριστικά, Σχολικά κ.λπ.), 2) Τρένα (ΟΣΕ, ΜΕΤΡΟ, ΗΣΑΠ κ.λπ.), 3) Πλοία εσωτερικών γραμμών, 4) Αεροπλάνα εσωτερικών αερογραμμών, 5) Ταξί».
22	Υγειονομική Διάταξη Υπουργού Υγείας ΥΑ Υ1/82942/2003 (ΦΕΚ 1292 / τ. Β/ 2003)	«Απαγορεύεται το κάπνισμα στους δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους αναμονής, υποδοχής, συναλλαγής και προσέλευσης του κοινού, στις αίθουσες συνεδριάσεων, συνελεύσεων, αμφιθέατρα κ.λπ.».
23	ΚΥΑ Υ1/ 266/2003 (ενσωμάτωση Οδηγίας 2001/37/ΕΚ για τα προϊόντα καπνού), (ΦΕΚ 8/ τ. Β/ 2003)	Ορίζει τη μέγιστη περιεκτικότητα και επίπεδα εκπομπών των τσιγάρων, τη μέθοδο και διαδικασίες μέτρησης, τις προδιαγραφές για τη σήμανση, τις προειδοποιήσεις υγείας, τις μη επικλήσεις περί ωφελειών της υγείας, την υποχρέωση υποβολής πληροφοριών κ.λπ.
24	ΚΥΑ Υ1/ 81348/2005, άρθρο 3 (ΦΕΚ 1075/ τ. Β / 2005)	«Η διαφήμιση στον Τύπο και σε άλλα έντυπα μέσα περιορίζεται μόνο σε έντυπα που προορίζονται αποκλειστικά για τους επαγγελματίες του εμπορίου καπνού και σε έντυπα που τυπώνονται και εκδίδονται σε τρίτες χώρες, εφόσον η κοινοτική αγορά δεν είναι ο κύριος προορισμός των εντύπων αυτών. Κάθε άλλη διαφήμιση στον Τύπο και σε άλλα έντυπα μέσα απαγορεύεται. 2. Η διαφήμιση που δεν επιτρέπεται στον Τύπο και σε άλλα έντυπα μέσα δεν επιτρέπεται ούτε στις υπηρεσίες της κοινωνίας της πληροφορίας», ►

Α/Α	Νόμος	Σχετικό Απόσπασμα
		Άρθρο 4 «1. Απαγορεύεται κάθε μορφή ραδιοφωνικής διαφήμισης των προϊόντων καπνού. 2. Τα ραδιοφωνικά προγράμματα δεν λαμβάνουν χορηγίες από επιχειρήσεις η κύρια δραστηριότητα των οποίων είναι η παραγωγή ή πώληση προϊόντων καπνού», Άρθρο 5 «1. Απαγορεύεται η χορηγία υπέρ εκδηλώσεων ή δραστηριοτήτων στις οποίες συμμετέχουν περισσότερα του ενός κράτη-μέλη ή οι οποίες διεξάγονται σε περισσότερα του ενός κράτη-μέλη ή έχουν με άλλο τρόπο διασυνωριακό αντίκτυπο. 2. Απαγορεύεται η διανομή προϊόντων καπνού δωρεά στα πλαίσια χορηγίας των εκδηλώσεων που αναφέρονται στην παράγραφο 1 και αποσκοπούν ή έχουν ως άμεσο ή έμμεσο αντίκτυπο την προώθηση των εν λόγω προϊόντων».
25	Ν. 3420/2005, άρθρο 1 (ΦΕΚ 298/ τ. Α/ 2005)	«Κυρώνεται και έχει την ισχύ, που ορίζει το άρθρο 28 παρ. 1 του Συντάγματος, η Σύμβαση-Πλαίσιο για τον έλεγχο του καπνού που υιοθετήθηκε από την 56η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στις 21 Μαΐου 2003».
26	Ν. 3730/2008, άρθρο 2 (ΦΕΚ 262/ τ. Α/ 2008)	«1. απαγορεύεται: α) η πώληση προϊόντων καπνού σε ανηλίκους και από ανηλίκους, η κατασκευή, η προβολή, η εμπορία και η πώληση αντικειμένων που έχουν την εξωτερική μορφή προϊόντων καπνού, καθώς και το ηλεκτρονικό τσιγάρο, β) η διαφήμιση και πώληση προϊόντων καπνού σε χώρους Υπηρεσιών Υγείας και εκπαιδευτικών ιδρυμάτων όλων των βαθμίδων Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου, καθώς και στα κυλικεία των ιδρυμάτων και των Υπηρεσιών αυτών, ε) η πώληση προϊόντων καπνού και το κάπνισμα σε χώρους παροχής υπηρεσιών Διαδικτύου και παιχνιδιών τεχνητής νοημοσύνης και στ) η κατανάλωση προϊόντων καπνού σε κλειστούς χώρους διεξαγωγής αθλοπαιδιών, ομαδικών αθλημάτων και αθλητικών εκδηλώσεων. 3. ...απαγορεύεται η πώληση προϊόντων καπνού με μηχανήματα αυτόματης πώλησης, καθώς και η πώληση μεμονωμένων σιγαρέτων ή σιγαρέτων σε συσκευασία μικρότερη των είκοσι τεμαχίων. 4. Απαγορεύεται η δωρεάν διανομή προϊόντων καπνού. 5. Στους χώρους πώλησης προϊόντων καπνού αναρτάται σε εμφανές σημείο ένδειξη σχετικά με την απαγόρευση πώλησης προϊόντων καπνού σε ανηλίκους», Άρθρο 3 «...απαγορεύεται πλήρως το κάπνισμα και η κατανάλωση προϊόντων καπνού στους ακόλουθους χώρους: α) σε όλους τους δημόσιους ή ιδιωτικούς χώρους, κλειστούς ή στεγασμένους, που χρησιμοποιούνται για την παροχή εργασίας, β) σε όλα τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος, ιδίως τα καταστήματα παρασκευής και προσφοράς φαγητών, ποτών, γλυκισμάτων, κάθε είδους παρασκευασμάτων γάλακτος, μικτών καταστημάτων και κέντρων ... εξαιρουμένων των εξωτερικών τους χώρων, γ) στους παντός είδους κλειστούς χώρους αναμονής, δ) στα αεροδρόμια, εξαιρουμένων των χώρων που ειδικά θα προσδιοριστούν για τους καπνιστές, ε) στους σταθμούς μεταφορικών μέσων και επιβατικών σταθμών λιμένων, ►

A/A	Νόμος	Σχετικό Απόσπασμα
		στ) στα παντός είδους κυλικεία, ς) στα παντός είδους μέσα μαζικής μεταφοράς, συμπεριλαμβανομένων των επιβατηγών δημόσιας χρήσης αυτοκινήτων, με μετρητή (ταξί) και αγοραίων».
27	ΠΔ 109/2010, άρθρο 10 (ΦΕΚ 190/τ. Α/ 2010)	Άρθρο 10 «Απαγορεύονται όλες οι μορφές οπτικοακουστικών εμπορικών ανακοινώσεων που αφορούν σε τσιγάρα και λοιπά προϊόντα καπνού», Άρθρο 11 «2. Οι υπηρεσίες οπτικοακουστικών μέσων ή τα προγράμματα δεν επιτρέπεται να αποτελούν αντικείμενο χορηγίας από επιχειρήσεις των οποίων κύρια δραστηριότητα είναι η παρασκευή ή πώληση τσιγάρων και λοιπών προϊόντων καπνού», Άρθρο 12 «6. Απαγορεύεται απολύτως η τοποθέτηση προϊόντων καπνού ή τσιγάρων ή προϊόντων από επιχειρήσεις των οποίων κύρια δραστηριότητα είναι η παρασκευή ή πώληση τσιγάρων και λοιπών προϊόντων καπνού».
28	Ν. 3868/2010, άρθρο 17, παρ. 3 (ΦΕΚ 129/τ. Α / 2010)	«Απαγορεύεται η κάθε είδους διαφήμιση και προώθηση προϊόντων καπνού σε όλους τους εξωτερικούς, υπαίθριους και εσωτερικούς χώρους. Απαγορεύεται η προβολή διαφημιστικών μηνυμάτων προϊόντων καπνού στους κινηματογράφους».
29	Ν. 3896/2010, άρθρο 35 (ΦΕΚ 207/τ. Α/ 2010)	«(Απαγορεύεται πλήρως το κάπνισμα και η κατανάλωση προϊόντων καπνού) στα πάσης φύσεως αυτοκίνητα, ιδιωτικής και δημόσιας χρήσης, όταν επιβαίνουν ανήλικοι κάτω των 12 ετών».
30	Ν. 4410/2016, άρθρο 4 (ΦΕΚ 141/τ. Α/ 2016)	«Οι διασυνοριακές εξ αποστάσεως πωλήσεις προϊόντων καπνού μέσω Διαδικτύου, τηλεπικοινωνιών ή κάθε άλλου τρόπου πώλησης βασισμένου σε εξελισσόμενη τεχνολογία απαγορεύονται».
31	Ν. 4419/2016 (ενσωμάτωση Οδηγίας 2014/40/ΕΕ για τον καπνό και τα συναφή με αυτόν προϊόντα), (ΦΕΚ 174/τ. Α / 2016)	Ρυθμίζει τους όρους και προδιαγραφές κυκλοφορίας των νικοτινούχων ηλεκτρονικών τσιγάρων, των νέων προϊόντων (θερμαινόμενων) καπνού, των φυτικών προϊόντων για κάπνισμα, ορίζει απαγορεύσεις και περιορισμούς ως προς τη συσκευασία, την επισήμανση, τις (συνδυασμένες ή μη) προειδοποιήσεις υγείας, τις επικλήσεις για την υγεία, την κοινοποίηση των πληροφοριών προς τις Αρμόδιες Αρχές, τα συστατικά και τις εκπομπές, απαγορεύει τη διασυνοριακή πώληση ηλεκτρονικών τσιγάρων, καθορίζει διαδικασίες πληρωμής τελών, καθορίζει τα όργανα ελέγχου της αγοράς και τις διοικητικές κυρώσεις, δίνει τη δυνατότητα με απόφαση του Υπουργού Υγείας, κάτω από αυστηρούς όρους και προϋποθέσεις, να απαγορεύεται μια ορισμένη κατηγορία προϊόντων καπνού και συναφών προϊόντων ή να τίθενται περαιτέρω προδιαγραφές επί της συσκευασίας στα προϊόντα, υπάγει όλα τα σχετικά με τον καπνό προϊόντα στο κοινό πλαίσιο απαγορεύσεων και περιορισμών διαφήμισης, πώλησης, χορηγίας, προώθησης, χρήσης κ.λπ.

A/A	Νόμος	Σχετικό Απόσπασμα
32	Ν. 4600/2019, άρθρα 96 και 97 (ΦΕΚ 43/τ. Α/ 2019)	Καθορίζει τους όρους, προϋποθέσεις και προδιαγραφές κυκλοφορίας των μη νικοτινούχων ηλεκτρονικών τσιγάρων κατ' επέκταση των όσων ισχύουν για τα νικοτινούχα, απαγορεύει υποκατάστατα μελλοντικά προϊόντα που δεν υπάγονται σε κάποια από τις υπάρχουσες κατηγορίες, επιφέρει ειδικότερες ρυθμίσεις επί των συσκευασιών και άλλων πτυχών των συσκευών των νέων προϊόντων καπνού.

ΤΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΠΝΟ ΚΑΙ ΤΑ ΣΥΝΑΦΗ ΜΕ ΑΥΤΟΝ ΠΡΟΪΟΝΤΑ

α) Η Σύμβαση-Πλαίσιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τον Έλεγχο του Καπνού (World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control - WHO FCTC).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει κυρώσει από το 2005 τη Σύμβαση-Πλαίσιο και έχει καταστεί έτσι αυτοτελώς Μέρος αυτής, γεγονός που σημαίνει ότι υπόκειται στις διεθνείς δεσμεύσεις και υποχρεώσεις που απορρέουν από αυτήν, καθώς και από τα Πρωτόκολλα και τις τακτικές Αποφάσεις της Συνόδου των Μερών (Conference of the Parties - COP).

β) Το Πρωτόκολλο της Σύμβασης-Πλαίσιο για την Εξάλειψη του Παράνομου Εμπορίου Προϊόντων Καπνού (WHO FCTC Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products).

Κυρωμένο από την Ε.Ε. το 2016, το Πρωτόκολλο προβλέπεται από το άρθρο 15 της Σύμβασης-Πλαίσιο και θέτει πολύ αυστηρές υποχρεώσεις για τα Μέρη σε ό,τι αφορά τις επαφές με την καπνοβιομηχανία κατά την άσκηση μέτρων και δράσεων, την παρακολούθηση της εφοδιαστικής αλυσίδας και την αδειοδότηση όλων των ενδιάμεσων και τελικών σημείων παραγωγής και διάθεσης των προϊόντων καπνού, τη δέσμευση πόρων και μέσων, με στόχο την καταπολέμηση του λαθρεμπορίου προϊόντων καπνού, που αποτελεί φαινόμενο με παγκόσμιες διαστάσεις για τη δημόσια υγεία.

γ) Η Οδηγία 2003/33/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 26ης Μαΐου 2003, για την προσέγγιση των νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων των κρατών-μελών όσον

αφορά τη διαφήμιση και τη χορηγία υπέρ των προϊόντων καπνού.

Με αφορμή τη διαφήμιση, προώθηση και χορηγία προϊόντων της καπνοβιομηχανίας, που ξεπερνούσε τα όρια της επικράτειας ενός κράτους-μέλους, μέσα από την προβολή παγκόσμιων αθλητικών γεγονότων μεγάλης εμβέλειας, ιδιαίτερα των αγώνων της Formula 1, εκδίδεται η συγκεκριμένη Οδηγία. Παρέχοντας συγκεκριμένους εννοιολογικούς ορισμούς, απαγορεύει:

- Τη διαφήμιση σε έντυπα μέσα ενημέρωσης και σε υπηρεσίες της κοινωνίας της πληροφορίας, καθώς και τη ραδιοφωνική διαφήμιση προϊόντων καπνού και τη ραδιοφωνική χορηγία από επιχειρήσεις η κύρια δραστηριότητα των οποίων είναι η παραγωγή ή πώληση προϊόντων καπνού.
- Τη χορηγία από επιχειρήσεις προϊόντων καπνού υπέρ εκδηλώσεων ή δραστηριοτήτων στις οποίες συμμετέχουν περισσότερα του ενός κράτη-μέλη ή οι οποίες διεξάγονται σε περισσότερα του ενός κράτη-μέλη ή έχουν με άλλο τρόπο διασυννοριακό αντίκτυπο, καθώς και τη διανομή προϊόντων καπνού δωρεάν στο πλαίσιο τέτοιας χορηγίας που αποσκοπεί ή έχει ως άμεσο ή έμμεσο αντίκτυπο την προώθηση των εν λόγω προϊόντων.

δ) Η Οδηγία 2010/13/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 10ης Μαρτίου 2010, για τον συντονισμό ορισμένων νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων των κρατών-μελών σχετικά με την παροχή υπηρεσιών οπτικοακουστικών μέσων (Οδηγία για τις υπηρεσίες οπτικοακουστικών μέσων).

Λαμβάνοντας υπόψη το προϋπάρχον πλαίσιο και τις σχετικές προβλέψεις της Σύμβασης-Πλαίσιο, αλλά και τις αντίστοιχες δράσεις της καπνοβιομηχανίας με σκοπό την παράκαμψη των σχετικών απαγορεύσεων διαφήμισης και προώθησης σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η συγκεκριμένη Οδηγία παρέχει το εννοιολογικό πλαίσιο και αντιστοίχως απαγορεύει:

- Όλες τις μορφές οπτικοακουστικών εμπορικών ανακοινώσεων για τσιγάρα και λοιπά προϊόντα καπνού.
- Τη χορηγία σε υπηρεσίες οπτικοακουστικών μέσων ή τηλεοπτικά και συναφή προγράμματα από επιχειρήσεις των οποίων κύρια δραστηριότητα είναι η παραγωγή ή πώληση τσιγάρων και λοιπών προϊόντων καπνού.
- Την τοποθέτηση προϊόντος για προϊόντα καπνού ή τσιγάρων ή τοποθέτηση προϊόντων από επιχειρήσεις των οποίων κύρια δραστηριότητα είναι η παραγωγή ή πώληση τσιγάρων και λοιπών προϊόντων καπνού.

ε) Η Οδηγία 2014/40/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 3ης Απριλίου 2014, για την προσέγγιση των νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων των κρατών-μελών σχετικά με την παραγωγή, την παρουσίαση και την πώληση προϊόντων καπνού και συναφών προϊόντων.

Λαμβάνοντας υπόψη το δεσμευτικό πλαίσιο που ορίζει η Σύμβαση-Πλαίσιο για τον Έλεγχο του Καπνού σε μια σειρά από μέτρα, όπως τον έλεγχο του περιεχομένου και των εκπομπών, την επισήμανση, τη διαφήμιση, προώθηση και χορηγία, την πώληση σε ανηλίκους, τον περιορισμό της δι-άθεσης και διάδοσης, τις μη εξακριβωμένες ως και ψευδείς επικλήσεις περί ωφελειών της υγείας, την προστασία από την έκθεση στον καπνό, με έμφαση στα παιδιά και τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των αρμόδιων εθνικών αρχών για τα προϊόντα καπνού, την ανάγκη αποτελεσματικής και ακριβούς ενημέρωσης της κοι-νής γνώμης ως προς τα προϊόντα, τις επιδράσεις τους στην υγεία και τις αντίστοιχες δράσεις της καπνοβιομηχανίας, η συγκεκριμένη Οδηγία (σε αντικατάσταση της προηγούμενης Οδηγίας, 2001/37/ΕΕ):

- Καθορίζει τα προϊόντα εκείνα που είναι συναφή με τον καπνό (ηλε-κτρονικά τσιγάρα, φυτικά προϊόντα για κάπνισμα) και τα υπάγει στο ίδιο ρυθμιστικό πλαίσιο.
- Ορίζει τα μέγιστα επίπεδα εκπομπών σε πίσσα, νικοτίνη και μονοξειδίο του άνθρακα, τα συστατικά και τις εκπομπές των προϊόντων καπνού και τις συναφείς υποχρεώσεις κοινοποιήσεων, τα πρότυπα και τις διαδικα-σίες επαληθεύσεων.
- Ρυθμίζει πολύ αυστηρά ορισμένες πτυχές της επισήμανσης και της συσκευασίας των προϊόντων καπνού, καθώς και των προειδοποιήσεων για την υγεία που πρέπει να αναγράφονται στις μονάδες συσκευασίας και σε κάθε εξωτερική συσκευασία των προϊόντων καπνού και συνα-φών προϊόντων.
- Προσδιορίζει λεπτομερές σύστημα αναφορών και ελέγχων των συστα-τικών, καθώς και την απαγόρευση της διάθεσης στην αγορά των προ-ϊόντων καπνού που έχουν χαρακτηριστικό άρωμα/γεύση και τα οποία αυξάνουν την εθιστικότητά τους.
- Απαγορεύει, πλην συγκεκριμένων εξαιρέσεων, την κυκλοφορία προ-ϊόντων καπνού και συναφών προϊόντων που περιέχουν: **α)** βιταμίνες ή άλλα πρόσθετα που δημιουργούν την εντύπωση ότι το προϊόν ωφε-λεί την υγεία ή ενέχει μειωμένους κινδύνους για την υγεία, **β)** καφε-ΐνη 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.

- Απαγορεύει συγκεκριμένα στοιχεία (σύμβολα, κείμενα, σήματα κ.λπ.) επί των συσκευασιών και επί των ίδιων των προϊόντων του καπνού που τον καθιστούν ελκυστικό (ωφέλεια για την υγεία, βιολογικά συστατικά, αρώματα, τρόφιμα, γεύσεις κ.λπ.).
- Ορίζει την υποχρεωτική περίληψη σε κάθε μονάδα συσκευασίας και κάθε εξωτερική συσκευασία πληροφοριών 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.
- Απαγορεύει τη διάθεση στην αγορά του καπνού που λαμβάνεται από το στόμα και παρέχει τη δυνατότητα στα κράτη-μέλη της απαγόρευσης των διασυνοριακών εξ αποστάσεως πωλήσεων προϊόντων καπνού, καθώς και των ηλεκτρονικών τσιγάρων.
- Προβλέπει την υιοθέτηση συστήματος σε όλες τις φάσεις της εφοδιαστικής αλυσίδας για την ιχνηλασιμότητα και χαρακτηριστικών ασφαλείας των προϊόντων καπνού.
- Ορίζει υποχρεώσεις υποβολής επιστημονικών εκθέσεων και αναφορών από τους κατασκευαστές/εισαγωγείς προϊόντων καπνού και συναφών προϊόντων.
- Ορίζει ειδικότερα προδιαγραφές και προϋποθέσεις κυκλοφορίας των νέων προϊόντων καπνού (που δεν ανήκουν στις γνωστές έως και την έκδοση της Οδηγίας κατηγορίες), των ηλεκτρονικών τσιγάρων με νικοτίνη και των φυτικών προϊόντων για κάπνισμα.
- Καθορίζει ειδικότερα την υποχρέωση ορισμού αρμόδιων εθνικών αρχών και ελέγχου της αγοράς, καθώς και συνεργασίας και ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ των κρατών-μελών για την αποτελεσματική εφαρμογή της Οδηγίας.

στ) Η Σύσταση του Συμβουλίου της Ε.Ε., της 2ας Δεκεμβρίου 2002, σχετικά με την πρόληψη του καπνίσματος και πρωτοβουλίες για την ενίσχυση της καταπολέμησής του.

Λαμβάνοντας υπόψη την ανάγκη προστασίας ιδιαίτερα των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, καθώς και τις σχετικές διεργασίες που οδήγησαν εκ των υστέρων στην υπογραφή και θέση σε ισχύ της Σύμβασης-Πλαίσιο για τον Έλεγχο του Καπνού, το Συμβούλιο της Ε.Ε. συνιστά στα κράτη-μέλη:

- Να θεσπίσουν τα κατάλληλα μέτρα για την παρεμπόδιση των πωλήσεων προϊόντων καπνού σε παιδιά και εφήβους, συμπεριλαμβανομένων μεταξύ άλλων των εξής: **α)** να απαιτήσουν από τους πωλητές προϊόντων καπνού να εξακριβώνουν ότι οι αγοραστές καπνού έχουν την απαιτούμενη από την εθνική νομοθεσία ηλικία για την αγορά τέτοιων προϊόντων, εφόσον υφίσταται όριο ηλικίας, **β)** να αποσύρουν τα προϊόντα καπνού από τα σημεία έκθεσης για αυτοεξυπηρέτηση στα καταστήματα λιανικής πώλησης, **γ)** να περιορίσουν την πρόσβαση στα αυτόματα μηχανήματα πώλησης καπνού σε μέρη όπου θα έχουν πρόσβαση μόνο τα άτομα που έχουν τη νόμιμη για την αγορά προϊόντων καπνού ηλικία σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία, εφόσον υφίσταται όριο ηλικίας, ή αλλιώς να ρυθμίσουν την πρόσβαση στα προϊόντα που πωλούνται μέσω παρόμοιων μηχανημάτων με άλλο, εξίσου αποτελεσματικό τρόπο, **δ)** να περιορίσουν τις πωλήσεις καπνού εξ αποστάσεως για το λιανικό εμπόριο γενικώς, όπως τις πωλήσεις μέσω του Διαδικτύου, σε ενηλίκους με τη χρήση των κατάλληλων τεχνικών μέσων, **ε)** να απαγορεύσουν την πώληση γλυκισμάτων και παιχνιδιών που προορίζονται για παιδιά και παρασκευάζονται με τη σαφή πρόθεση το προϊόν ή/και η συσκευασία να μοιάζει στη μορφή με κάποιο προϊόν καπνού, **στ)** να απαγορεύσουν την πώληση τσιγάρων μεμονωμένα ή σε πακέτα που περιέχουν λιγότερα από 19 τεμάχια.
- Να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα, ώστε να απαγορεύονται οι παρακάτω μορφές διαφήμισης και προώθησης: **α)** η χρησιμοποίηση των εμπορικών ονομασιών καπνού σε προϊόντα ή υπηρεσίες που δεν αφορούν καπνό, **β)** η χρησιμοποίηση διαφημιστικών ειδών (σταχτοδοχείων, αναπτήρων, ομπρελών κ.λπ.) και δειγμάτων προϊόντων καπνού, **γ)** η χρησιμοποίηση και ανακοίνωση μεθόδων προώθησης πωλήσεων, όπως είναι οι εκπώσεις, τα δώρα, τα βραβεία ή η παροχή ευκαιρίας συμμετοχής σε διαγωνισμό ή παιχνίδι προώθησης προϊόντων, **δ)** η χρησιμοποίηση πινάκων, αφισών και άλλων τεχνικών διαφήμισης σε εξωτερικούς ή εσωτερικούς χώρους (όπως είναι η διαφήμιση στα αυτό-

ματα μηχανήματα πώλησης καπνού), **ε)** η χρησιμοποίηση διαφημίσεων στους κινηματογράφους και **στ)** κάθε άλλης μορφής διαφήμιση, χορηγία ή πρακτικές με άμεσο ή έμμεσο στόχο την προβολή των προϊόντων καπνού.

- Να θεσπίσουν τα κατάλληλα μέτρα, προκειμένου οι παραγωγοί, οι εισαγωγείς και οι έμποροι προϊόντων καπνού και προϊόντων και υπηρεσιών με το ίδιο εμπορικό σήμα όπως τα προϊόντα καπνού να υποχρεούνται να παρέχουν στα κράτη-μέλη πληροφορίες σχετικά με τις δαπάνες τους για εκστρατείες διαφήμισης, μάρκετινγκ, χορηγίας και προώθησης οι οποίες δεν απαγορεύονται από την εθνική ή την κοινοτική νομοθεσία.
- Να εφαρμόσουν μέτρα για την εξασφάλιση προστασίας από την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα σε εσωτερικούς χώρους εργασίας, σε κλειστούς δημόσιους χώρους και στα μέσα μαζικής μεταφοράς, με προτεραιότητα, μεταξύ άλλων, σε εκπαιδευτικά ιδρύματα, εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης και χώρους παροχής υπηρεσιών σε παιδιά.
- Να υιοθετήσουν στρατηγικές και μέτρα για τη μείωση της διάδοσης του καπνίσματος, όπως είναι η ενίσχυση της συνολικής διαπαιδαγώγησης σε θέματα υγείας, ιδιαίτερα στα σχολεία, καθώς και γενικά προγράμματα για την αποτροπή από την έναρξη της χρήσης προϊόντων καπνού και την απεξάρτηση από τον καπνό, αλλά και να χρησιμοποιήσουν πλήρως τη συμβολή των ίδιων των νέων σε πολιτικές και δράσεις σχετιζόμενες με την υγεία τους, ιδίως στο πεδίο της πληροφόρησης, και να ενθαρρύνουν συγκεκριμένες δραστηριότητες τις οποίες αυτοί ξεκινούν, σχεδιάζουν, εφαρμόζουν και αξιολογούν.
- Να θεσπίσουν και να εφαρμόσουν τα κατάλληλα μέτρα τιμολόγησης των προϊόντων καπνού, προκειμένου να αποθαρρύνουν την κατανάλωση καπνού, καθώς και να εφαρμόσουν όλες τις αναγκαίες και ενδεδειγμένες διαδικασίες για τον έλεγχο της συμμόρφωσης.

ζ) Η Σύσταση του Συμβουλίου της Ε.Ε., της 30ής Σεπτεμβρίου 2009, για περιβάλλον χωρίς καπνό.

Σε συνέχεια προηγούμενων δράσεων, αλλά και των θεσμοθετημένων πια υποχρεώσεων που απορρέουν από την Κύρωση της Σύμβασης-Πλαίσιο, τα κράτη-μέλη της Ε.Ε. παροτρύνονται να:

- Παρέχουν αποτελεσματική προστασία από την έκθεση στον καπνό ταιγάρου στους εσωτερικούς χώρους εργασίας, στους εσωτερικούς δημόσιους χώρους, στα δημόσια μέσα συγκοινωνίας και, αναλόγως προς την περίπτωση, σε άλλους δημόσιους χώρους (άρθρο 8 της FCTC και των

αντίστοιχων κατευθυντήριων γραμμών για την εφαρμογή της).

- Να αναπτύξουν και να ενισχύσουν μέτρα για τη μείωση της έκθεσης των παιδιών και των εφήβων στο παθητικό κάπνισμα.
- Να συμπληρώσουν τις πολιτικές κατά του καπνίσματος με την υποστήριξη μέτρων όπως οι συνδυασμένες προειδοποιήσεις στα πακέτα των τσιγάρων ή η υποστήριξη για την εγκατάλειψη του καπνίσματος.
- Να εφαρμόζουν, να επανεξετάζουν και να αξιολογούν στρατηγικές για την καταπολέμηση του καπνίσματος, να προβλέπουν εθνικά σημεία επαφής για την καταπολέμηση του καπνίσματος, να συνεργάζονται μεταξύ τους και με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

ΤΟ ΙΣΧΥΟΝ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΕΩΝ και περιορισμών στην κατανάλωση, διαφήμιση, προώθηση και χορηγία, στα σημεία χρήσης και πώλησης, στην πώληση σε ανηλίκους, στην κυκλοφορία, στις προδιαγραφές επί των εκπομπών, στα περιεχόμενα πρόσθετα, στην παρουσίαση και επισήμανση των προϊόντων καπνού, καθώς κι άλλες πτυχές επ' αυτών που είναι σε ισχύ σήμερα στην Ελλάδα είναι από τα αυστηρότερα στην Ε.Ε., όπως γίνεται αποδεκτό και από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Πέραν του ζητήματος της διαχρονικά ελλιπούς εφαρμογής, που είναι και το σημαντικότερο, ιδιαίτερα δε ως προς την προστασία από την έκθεση στην παθητική χρήση στον καπνό και στα συναφή με αυτόν προϊόντα, το ισχύον νομικό πλαίσιο αποτελείται κυρίως από τα ακόλουθα νομοθετήματα:

α) Τον Ν. 3420/2005, με τον οποίο κυρώθηκε η Σύμβαση-Πλαίσιο για τον Έλεγχο του Καπνού.

Η χώρα μας ήδη από τα μέσα της προηγούμενης δεκαετίας κύρωσε, σύμφωνα με τις ισχύουσες κοινοβουλευτικές διαδικασίες, τη Διεθνή Σύμβαση-Πλαίσιο για τον Έλεγχο του Καπνού (FCTC), την οποία είχε υπογράψει από το 2003, καθιστώντας την έκτοτε μέρος της εθνικής έννομης τάξης, και μάλιστα με την αυξημένη, έναντι των λοιπών εθνικών νόμων, ισχύ που της προσδίδει το άρθρο 28 παρ. 1 του Συντάγματος («Οι γενικά παραδεγμένοι κανόνες του διεθνούς δικαίου, καθώς και οι διεθνείς συμβάσεις, από την επικύρωσή τους με νόμο και τη θέση τους σε ισχύ σύμφωνα με τους όρους καθεμιάς, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του εσωτερικού ελληνικού δικαίου και υπερισχύουν από κάθε άλλη αντίθετη διάταξη νόμου»).

Αποτελεί το θεσμικό πλαίσιο σε διεθνές επίπεδο, βάσει του οποίου

αναπτύσσονται από τα Μέρη, και συνεπώς και τη χώρα, οι αντίστοιχες πολιτικές ενάντια στην καταστροφική επιδημία του καπνού και των συναφών με αυτόν προϊόντων.

Β) Τον Ν. 3730/2008 «Προστασία ανηλίκων από τον καπνό και το αλκοόλ» με τις επακόλουθες τροποποιήσεις του, με σημαντικότερη αυτή του Ν. 3868/2010.

Αποτελεί τον πρώτο συστηματικό και πλήρη νόμο περί προστασίας από τον καπνό και τα συναφή προϊόντα στη δημόσια υγεία, στηριζόμενος στο δεσμευτικό, ρυθμιστικό πλαίσιο της Σύμβασης-Πλαίσιο για τον Έλεγχο του Καπνού, τις κατά καιρούς Αποφάσεις των Συνόδων των Μερών της Σύμβασης, τις Συστάσεις του Συμβουλίου της Ε.Ε., καθώς και τα εθνικά σχέδια καταπολέμησης του καπνού. Κύρια χαρακτηριστικά του, όπως αυτός ισχύει σήμερα, είναι:

- Η καθολική απαγόρευση της κατανάλωσης προϊόντων και συναφών προϊόντων σε όλους τους δημόσιους ή ιδιωτικούς χώρους, κλειστούς ή στεγασμένους, που χρησιμοποιούνται για την παροχή εργασίας, εξαιρουμένων των χώρων που χρησιμοποιούνται για την παρασκευή προϊόντων καπνού, σε όλα τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος, τους παντός είδους κλειστούς χώρους αναμονής, τα αεροδρόμια, εξαιρουμένων των χώρων που ειδικά θα προσδιοριστούν για τους καπνιστές, τους σταθμούς μεταφορικών μέσων και επιβατικών σταθμών λιμένων, τα παντός είδους κυλικεία, τα παντός είδους μέσα μαζικής μεταφοράς, συμπεριλαμβανομένων των επιβατηγών δημόσιας χρήσης αυτοκινήτων με μετρητή (ταξί) και αγοραίων, τα πάσης φύσεως αυτοκίνητα, ιδιωτικής και δημοσίας χρήσης, όταν επιβαίνουν ανήλικοι κάτω των 12 ετών, σε κλειστούς χώρους διεξαγωγής αθλοπαιδιών, ομαδικών αθλημάτων και αθλητικών εκδηλώσεων. Διατηρούνται, επιπλέον, όσες απαγορευτικές διατάξεις ισχυαν κατά την έκδοση του νόμου, όπως η απαγόρευση της χρήσης ειδικότερα σε όλες τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές, κέντρα υγείας, περιφερειακά ή δημοτικά ιατρεία, φαρμακεία κ.λπ.), σε όλους τους χώρους που παρέχεται εκπαίδευση, όπως σχολεία πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (δημόσια ή ιδιωτικά), πανεπιστήμια, τεχνολογικά ιδρύματα και γενικά ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, φροντιστήρια, σε νηπιαγωγεία, παιδικούς σταθμούς, βρεφονηπιακούς σταθμούς, παιδότοπους, σε κλειστούς χώρους διεξαγωγής αθλοπαιδιών, ομα-

δικών αθλημάτων και αθλητικών εκδηλώσεων, σε κλειστούς ή στεγασμένους χώρους των χώρων παροχής υπηρεσιών Διαδικτύου.

- Η απαγόρευση της πώλησης σε ανηλίκους και από ανηλίκους, της τοποθέτησης προϊόντων καπνού και συναφών προϊόντων σε προθήκες επιχειρήσεων μαζικής εστίασης και επιχειρήσεων αναψυχής, της κατασκευής, προβολής, εμπορίας και πώλησης αντικειμένων που έχουν την εξωτερική μορφή προϊόντων καπνού και συναφών προϊόντων, της διαφήμισης και πώλησης σε χώρους υπηρεσιών υγείας και εκπαιδευτικών ιδρυμάτων όλων των βαθμίδων δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου, καθώς και στα κυλικεία των ιδρυμάτων και των υπηρεσιών αυτών, της πώλησης σε χώρους παροχής υπηρεσιών Διαδικτύου και παιχνιδιών τεχνητής νοημοσύνης, της κάθε είδους διαφήμισης και προώθησης σε όλους τους εξωτερικούς, υπαίθριους και εσωτερικούς χώρους, πλην των εσωτερικών χώρων των σημείων πώλησης.
- Ο προσδιορισμός της αρμόδιας εθνικής αρχής, εντός του Υπουργείου Υγείας, για την ανάπτυξη της εθνικής έρευνας και τον συντονισμό των ερευνητικών προγραμμάτων στον τομέα του ελέγχου του καπνού και ως προς τους καθοριστικούς παράγοντες και τις συνέπειες της κατανάλωσης και της έκθεσης σε καπνό, καθώς και της έρευνας για τον εντοπισμό εναλλακτικών καλλιεργειών, την εκπαίδευση και υποστήριξη όσων εμπλέκονται σε δραστηριότητες ελέγχου, την καθιέρωση, σε συνεργασία με αρμόδιους ρυθμιστικούς και επιστημονικούς φορείς, ενός εθνικού συστήματος επιδημιολογικής παρακολούθησης, καθώς και των σχετικών κοινωνικών και οικονομικών δεικτών και δεικτών υγείας, τη συγκρότηση και ενημέρωση βάσης δεδομένων με αντικείμενο τη νομοθεσία και τους κανονισμούς ελέγχου, πληροφορίες αναφορικά με την εφαρμογή τους και τη σχετική νομολογία, τη συνεργασία με αρμόδια όργανα άλλων χωρών, καθώς και με διεθνείς ή περιφερειακούς οργανισμούς, για την υλοποίηση των σκοπών και δράσεων ελέγχου του καπνού, τη διατύπωση γνώμης ή τη διαχείριση, κατόπιν σχετικής απόφασης του υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, κάθε άλλου ζητήματος που αφορά τον καπνό και τη δημιουργία, με αντίστοιχους εθνικούς φορείς, ενός εθνικού σχεδίου πρόληψης.
- Ο καθορισμός σε γενικό επίπεδο των αρμόδιων εθνικών αρχών και οργάνων ελέγχου για τη συμμόρφωση στις ισχύουσες απαγορεύσεις (Δημοτική Αστυνομία, Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας Περιφερειών, ΣΕΥΥΠ, ΣΕΠΕ, Λιμενικές Αρχές κ.ά.), καθώς και των διοικητικών κυρώσεων με τη δυνατότητα να εξειδικεύονται περαιτέρω οι λεπτομέρειες

μέσω κανονιστικών πράξεων της Διοίκησης (βλ. ΚΥΑ 104720/2010).

γ) Τον Ν. 4419/2016, με τον οποίο ενσωματώθηκε στο ελληνικό δίκαιο η Οδηγία 2014/40/ΕΕ, όπως αυτός έχει τροποποιηθεί από τον Ν. 4600/2019.

Πέραν των όσων προβλέπει η Οδηγία 2014/40/ΕΕ για όλα τα κράτη-μέλη, με τον συγκεκριμένο νόμο:

- Ορίζεται το Γενικό Χημείο του Κράτους ως αρμόδιο για την επαλήθευση των επιπέδων εκπομπών σε πίσσα, νικοτίνη και μονοξειδίο του άνθρακα των τσιγάρων, καθώς και οι ειδικότερες προϋποθέσεις πιστοποίησης και διαδικασίες για τα εργαστήρια (εθνικά ή άλλων κρατών-μελών) που είναι αρμόδια για την επαλήθευση, με βασικότερη την ανεξαρτησία από την καπνοβιομηχανία.
- Προβλέπεται η ηλεκτρονική υποβολή στο Υπουργείο Υγείας των πληροφοριών: συστατικά, ποσότητες, εκπομπές, τοξικολογικά δεδομένα όσον αφορά τα συστατικά πριν ή μετά την καύση τους, πρόσθετα, μελέτες τοξικότητας, εσωτερικές και εξωτερικές μελέτες που διαθέτουν για τις έρευνες αγοράς και τις προτιμήσεις διαφόρων ομάδων καταναλωτών, συμπεριλαμβανομένων των νέων και των σημερινών καπνιστών, στοιχεία για τον όγκο των πωλήσεών τους ανά μάρκα και τύπο, μελέτες για κάθε πρόσθετο συστατικό εντός συγκεκριμένου καταλόγου εάν συμβάλλει στην τοξικότητα ή την εθιστικότητα του προϊόντος, έχει ως αποτέλεσμα χαρακτηριστικό άρωμα/γεύση, διευκολύνει την εισπνοή ή την πρόσληψη νικοτίνης ή οδηγεί στον σχηματισμό ουσιών με ιδιότητες καρκινογόνες, μεταλλαξιογόνες, τοξικές. Το Υπουργείο Υγείας έχει την υποχρέωση εμπιστευτικού χειρισμού, αλλά και ανταλλαγής πληροφοριών με τα άλλα κράτη-μέλη και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.
- Ορίζεται η υποχρέωση για κάθε μονάδα συσκευασίας προϊόντος καπνού (και συναφούς) και κάθε εξωτερική συσκευασία που διατίθεται στην ελληνική αγορά να φέρει τις προβλεπόμενες προειδοποιήσεις για την υγεία στην ελληνική γλώσσα. Επιπλέον, ορίζεται η υποχρέωση για κάθε μονάδα συσκευασίας και κάθε εξωτερική συσκευασία προϊόντων καπνού για κάπνισμα να φέρει τη γενική προειδοποίηση «Το κάπνισμα σκοτώνει», το ενημερωτικό μήνυμα «Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει πάνω από 70 ουσίες, οι οποίες είναι γνωστό ότι προκαλούν καρκίνο», καθώς και να περιλαμβάνουν την ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας («Πληροφορίες Απεξάρτησης: www.moh.gov.gr») για παροχή πληροφοριών για την απεξάρτηση από το κάπνισμα, ενώ κάθε μονάδα

συσκευασίας και κάθε εξωτερική συσκευασία μη καπνιζόμενων προϊόντων καπνού πρέπει να φέρει την προειδοποίηση υγείας: «Αυτό το προϊόν καπνού βλάπτει την υγεία σας και είναι εθιστικό».

- Απαγορεύονται οι διασυνοριακές εξ αποστάσεως πωλήσεις, πέραν του καπνού, και των ηλεκτρονικών τσιγάρων και περιεκτών επαναπλήρωσης από το εξωτερικό προς την Ελλάδα, αλλά όχι οι διασυνοριακές εξ αποστάσεως πωλήσεις ηλεκτρονικών τσιγάρων και περιεκτών επαναπλήρωσης από την Ελλάδα προς το εξωτερικό, υπό την προϋπόθεση ότι τα κράτη-μέλη στην αγορά των οποίων θα διατεθούν τα προϊόντα αυτά δεν έχουν απαγορεύσει τις εν λόγω διασυνοριακές πωλήσεις και κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις για τα λιανικά καταστήματα της επικράτειας (εγγραφή σε μητρώο της Γενικής Γραμματείας Βιομηχανίας, σύστημα επαλήθευσης ηλικίας κ.ά.).
- Απαγορεύονται τα υποκατάστατα καπνού, ήτοι κάθε προϊόν που δεν περιέχει καπνό, δεν αποτελεί φυτικό προϊόν για κάπνισμα ή ηλεκτρονικό τσιγάρο και μπορεί να προσομοιάζει ως προς τη σκοπούμενη χρήση με αυτά.
- Εξειδικεύονται όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την υποβολή φακέλου πληροφοριών και την αδειοδότηση των νέων προϊόντων καπνού από ειδική Επιτροπή Αξιολόγησης του Υπουργείου Υγείας, που εισηγείται στον υπουργό την έκδοση σχετικής απόφασης. Πέραν τούτου, η συσκευασία τυχόν συσκευής με την οποία χρησιμοποιείται το νέο προϊόν καπνού, εφόσον αυτή διατίθεται χωριστά, υπάγεται στις ίδιες κατά περίπτωση υποχρεώσεις περί παρουσίασης (απαλοιφή κάθε αναφοράς για ωφέλεια στην υγεία ή μειωμένης βλάβης σε σχέση με άλλα προϊόντα, γεύση, μυρωδιά, για οικονομικές προσφορές ή εκπτώσεις κ.λπ.) όπως και το προϊόν αυτό καθαυτό.
- Ορίζονται ειδικότερα οι προδιαγραφές και απαιτήσεις κυκλοφορίας των ηλεκτρονικών τσιγάρων, όπως η κοινοποίηση των απαιτούμενων πληροφοριών στο Υπουργείο Υγείας ηλεκτρονικά, συμπεριλαμβανομένων και των όγκων πωλήσεων, μελετών της αγοράς και των καταναλωτών, οι προειδοποιήσεις για την υγεία στα ελληνικά, τα στοιχεία του φυλλαδίου επί της συσκευασίας στα ελληνικά κ.ά.
- Εισάγονται, βάσει των διατάξεων του Ν. 4600/2019, προϋποθέσεις και προδιαγραφές για την άρση της απαγόρευσης κυκλοφορίας των ηλεκτρονικών τσιγάρων άνευ νικοτίνης, σύμφωνα με τη σχετική Απόφαση FCTC/COP6(9) της Συνόδου των Μερών της Σύμβασης-Πλαίσιο, ειδικότερα ως προς το περιεχόμενο, τη συσκευασία, την παρουσίαση κ.λπ.,

ενώ απαγορεύεται και η χωριστή πώληση συστατικών για την ιδιοκατασκευή (από τον χρήστη) ηλεκτρονικών τσιγάρων.

- Προσδιορίζεται η προειδοποίηση υγείας στα ελληνικά για τα φυτικά προϊόντα για κάπνισμα, καθώς και η υποχρέωση υποβολής πληροφοριών ηλεκτρονικά στο Υπουργείο Υγείας.
- Ορίζονται ως Αρμόδιες Εθνικές Αρχές για την εφαρμογή του νόμου το Τμήμα Λοιπών Εξαρτήσεων του Υπουργείου Υγείας, η Γενική Γραμματεία Βιομηχανίας του Υπουργείου Οικονομίας και Ανάπτυξης, η Διεύθυνση Ενεργειακών Βιομηχανικών και Χημικών Προϊόντων και οι περιφερειακές Χημικές Υπηρεσίες της Γενικής Διεύθυνσης του Γενικού Χημείου του Κράτους, καθώς και η Γενική Διεύθυνση Τελωνείων και Ειδικών Φόρων Κατανάλωσης (ΕΦΚ) και Τελωνεία της Ανεξάρτητης Αρχής Δημοσίων Εσόδων (ΑΑΔΕ). Ορίζονται, επιπλέον, οι αρμόδιες αρχές εποπτείας της αγοράς (Υγειονομικές Υπηρεσίες των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης Β' βαθμού, οι Υπηρεσίες Εμπορίου των Περιφερειακών Ενοτήτων της χώρας, τα τελωνεία και οι περιφερειακές Χημικές Υπηρεσίες του Γενικού Χημείου του Κράτους), οι αρμοδιότητές τους και το πλαίσιο ελέγχων.
- Επεκτείνονται ρητά οι ισχύουσες απαγορεύσεις στη χρήση, πώληση, διαφήμιση και προβολή των προϊόντων καπνού, βάσει του Ν. 3730/2008 και της ΚΥΑ 81348/2005, και στα νέα προϊόντα καπνού, το ηλεκτρονικό τσιγάρο και τα φυτικά προϊόντα για κάπνισμα, καθώς και η διαδικασία ελέγχου που προβλέπεται στην ΚΥΑ 104720/2010.
- Επιβάλλονται τα προβλεπόμενα από την ΚΥΑ 104720/2010 πρόστιμα για συγκεκριμένες παραβάσεις, καθώς και πρόστιμο 400 € σε περίπτωση ελλιπούς, ψευδούς ή καθόλου κοινοποίησης πληροφοριών με απόφαση του υπουργού Υγείας.
- Επιβάλλονται διάφορα τέλη για συγκεκριμένες υποχρεώσεις που προβλέπονται για τους κατασκευαστές και εισαγωγείς από τον νόμο.
- Δίνεται η δυνατότητα στον υπουργό Υγείας με αποφάσεις του να καθορίζει περαιτέρω απαιτήσεις για την τυποποίηση της συσκευασίας (βλ. plain packaging), καθώς και να απαγορεύει μια συγκεκριμένη κατηγορία βάσει προϋποθέσεων.

δ) Το ΠΔ 109/2010 «Εναρμόνιση της ελληνικής ραδιοτηλεοπτικής νομοθεσίας στις διατάξεις της Οδηγίας 2010/13/ΕΕ (ΕΕ L 95, 15.4.2010) του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, με την οποία κωδικοποιήθηκαν οι διατάξεις της Οδηγίας 89/552/ΕΟΚ (ΕΕ L 298, 17.10.1989)

του Συμβουλίου, όπως ίσχυε μετά την τελευταία τροποποίησή της από την Οδηγία 2007/65/EK (ΕΕ L 332, 18.12.2007) του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, για τον συντονισμό ορισμένων νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων των κρατών-μελών σχετικά με την παροχή υπηρεσιών οπτικοακουστικών μέσων».

Απαγορεύει όλες τις μορφές οπτικοακουστικών εμπορικών ανακοινώσεων που αφορούν σε καπνό και συναφή προϊόντα, τις υπηρεσίες οπτικοακουστικών μέσων ή τα προγράμματα που αποτελούν αντικείμενο χορηγίας από επιχειρήσεις των οποίων κύρια δραστηριότητα είναι η κατασκευή ή πώληση καπνού ή συναφών προϊόντων, καθώς επίσης και την τοποθέτηση προϊόντων καπνού και συναφών προϊόντων ή γενικά προϊόντων επιχειρήσεων των οποίων κύρια δραστηριότητα είναι η κατασκευή ή πώληση προϊόντων καπνού και συναφών προϊόντων. Κατά παράβαση των διατάξεων αυτών το Εθνικό Συμβούλιο Ραδιοτηλεόρασης (ΕΣΡ) επιβάλλει αντίστοιχες κυρώσεις.

ε) Την ΚΥΑ Υ1/Γ.Π. οικ. 81348/2005 «Διαφήμιση και χορηγία προϊόντων καπνού σε συμμόρφωση προς την Οδηγία 2003/33/EK (ΕΕ L 152, 20.6.2003) του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου».

Προσδιορίζει το εννοιολογικό πλαίσιο για τη διαφήμιση, την κοινωνία της πληροφορίας (συμπεριλαμβανομένου και του Διαδικτύου), τη χορηγία και τα προϊόντα καπνού, επιβάλλει κάθε διαφήμιση στον Τύπο και σε άλλα έντυπα μέσα να περιορίζεται μόνο σε έντυπα που προορίζονται αποκλειστικά για τους επαγγελματίες του εμπορίου καπνού και σε έντυπα που τυπώνονται και εκδίδονται σε τρίτες χώρες, εφόσον η κοινοτική αγορά δεν είναι ο κύριος προορισμός των εντύπων αυτών και απαγορεύει κάθε άλλη διαφήμιση στον Τύπο και σε άλλα έντυπα. Η διαφήμιση που δεν επιτρέπεται στον Τύπο και σε άλλα έντυπα μέσα δεν επιτρέπεται ούτε στις υπηρεσίες της κοινωνίας της πληροφορίας, ενώ παράλληλα απαγορεύεται κάθε μορφή ραδιοφωνικής διαφήμισης, καθώς και η χορηγία προς ραδιοφωνικά προγράμματα από επιχειρήσεις η κύρια δραστηριότητα των οποίων είναι η παραγωγή ή πώληση προϊόντων καπνού. Απαγορεύεται ακόμη και η χορηγία των ανωτέρω επιχειρήσεων υπέρ εκδηλώσεων ή δραστηριοτήτων στις οποίες συμμετέχουν περισσότερα του ενός κράτη-μέλη ή οι οποίες διεξάγονται σε περισσότερα του ενός κράτη-μέλη ή έχουν με άλλο τρόπο διασυνοριακό αντίκτυπο, καθώς και η διανομή προϊόντων καπνού δωρεάν στο πλαίσιο χορηγίας αντίστοιχων εκδηλώσεων που αποσκοπούν ή έχουν ως άμεσο ή έμμεσο αντίκτυπο την προώθηση των εν λόγω προ-

ϊόντων. Οι κυρώσεις για την παράβαση των απαγορεύσεων αυτών είναι ποινικές και αυστηρές, καθώς επιφέρουν φυλάκιση έως έξι (6) μήνες ή χρηματική ποινή έως δέκα εκατομμύρια δραχμές (3.000 €) και, σε κάθε περίπτωση, όχι κατώτερη του 100% του συνολικού ποσού που διατίθεται για τη συγκεκριμένη διαφήμιση, ή και τις δύο ποινές. Σε περίπτωση υποτροπής τα ανωτέρω όρια των ποινών διπλασιάζονται (άρθρο 12 του Ν. 1802/1988).

στ) Την ΚΥΑ 104720/2010, με την οποία καθορίζονται ειδικότερα οι όροι, τα όργανα, οι παραβάσεις, η διαδικασία ελέγχου και επιβολής προστίμου και οι κυρώσεις για τις παραβάσεις που αφορούν στις απαγορεύσεις του Ν. 3730/2008.

Αποτελεί εφαρμοστική απόφαση του Ν. 3730/2008, όπως ισχύει. Εξειδικεύει με λεπτομέρεια τις αρμόδιες αρχές και τα αρμόδια όργανα ελέγχου, τη διαδικασία ελέγχου και πιστοποίησης των παραβάσεων, το ύψος και τα κριτήρια της επιβολής προστίμων, τις ειδικότερες περιπτώσεις επί των οποίων στοιχειοθετείται κάθε παράβαση, τον τρόπο καταβολής του οφειλόμενου προστίμου κι άλλα ειδικότερα ζητήματα.

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

ΑΝΑΜΦΙΒΟΛΑ Ο ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ της αντικαπνιστικής πολιτικής σε διεθνές επίπεδο, καθ' όλη την περίοδο που η επιστημονική κοινότητα έχει τεκμηριώσει τους κινδύνους και τις καταστροφικές συνέπειες από την κατανάλωση καπνού, υπήρξε η θέση σε ισχύ της Σύμβασης-Πλαίσιο για τον Έλεγχο του Καπνού του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας τον Φεβρουάριο του 2005.

Αποτελεί την πρώτη διεθνή συνθήκη που αφορά θέματα δημόσιας υγείας και έχει κυρωθεί από 181 χώρες, οι οποίες αντιπροσωπεύουν το 90% του παγκόσμιου πληθυσμού. Μάλιστα, πρόκειται για την ταχύτερα υιοθετημένη διεθνή συνθήκη στην ιστορία των Ηνωμένων Εθνών, αφού τέθηκε αμέσως σε ισχύ, έπειτα από την απαιτούμενη κύρωσή της από 40 Μέρη, το 2005. Η κατάρτιση και υιοθέτηση της Σύμβασης ήρθε ως αποτέλεσμα της όξυνσης του φαινομένου της κατανάλωσης των προϊόντων καπνού στη δεκαετία του 1990, που λαμβάνοντας διαστάσεις επιδημίας κατέστησε τον καπνό πρώτιστο ζήτημα δημόσιας υγείας και πρώτη αιτία προώρου θανάτου παγκοσμίως. Οι παραδοσιακές εθνικές στρατηγικές σε

ένα πλαίσιο παγκοσμιοποιημένης διαφήμισης και προώθησης των προϊόντων καπνού και επιθετικών τακτικών μάρκετινγκ από τις καπνοβιομηχανίες, σε συνδυασμό με τις πολύ μεγάλες διαφορές σε ρυθμιστικό επίπεδο μεταξύ των χωρών, έκαναν την ανάγκη λήψης συστηματικής και αποτελεσματικής δράσης σε διεθνές επίπεδο επιτακτική.

Σύμφωνα με το προοίμιο της Σύμβασης, μεταξύ άλλων, τα Συμβαλλόμενα Μέρη αναγνωρίζουν ότι η εξάπλωση της επιδημίας του καπνίσματος αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα με σοβαρές επιπτώσεις για τη δημόσια υγεία, το οποίο απαιτεί την κατά το δυνατόν ευρύτερη διεθνή συνεργασία, με τη συμμετοχή όλων των χωρών απέναντι στις καταστροφικές επιπτώσεις που έχουν η κατανάλωση καπνού και η έκθεση σε καπνό στην υγεία, την κοινωνία, την οικονομία και στο περιβάλλον παγκοσμίως, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες, στις οικογένειες, στα φτωχά στρώματα και τα εθνικά συστήματα υγείας. Επιβεβαιώνονται οι θάνατοι, οι ασθένειες, οι αναπηρίες και η μακροχρόνια εκδήλωσή τους, ο υψηλός βαθμός εξάρτησης, τα προβλήματα ανάπτυξης των παιδιών ως αποτέλεσμα της κατανάλωσης ή και της έκθεσης στον καπνό, καθώς και η τοξικότητα και οι καρκινογόνες και μεταλλαξιογόνες ιδιότητες κάποιων συστατικών που περιέχονται σε αυτόν. Επισημαίνεται η ανησυχία για την εξάπλωση της κατανάλωσης μεταξύ των παιδιών και των εφήβων παγκοσμίως, και ιδίως του καπνίσματος σε όλο και μικρότερες ηλικίες ή στις γυναίκες, την επίδραση όλων των μορφών διαφήμισης, προώθησης και χρηματοδότησης που αποσκοπούν στην ενθάρρυνση της χρήσης προϊόντων καπνού, το λαθρεμπόριο, την παράνομη κατασκευή και την παρασκευή πλαστών προϊόντων. Υπογραμμίζεται η ανάγκη δέσμευσης επαρκών οικονομικών και τεχνικών πόρων, ανάπτυξης κατάλληλων μηχανισμών για την αντιμετώπιση των κοινωνικών και οικονομικών επιπτώσεων των επιτυχημένων στρατηγικών μείωσης της ζήτησης καπνού, της συνεργασίας και της αλληλοπαροχής τεχνικής και οικονομικής βοήθειας. Τονίζεται ιδιαίτερα ο ρόλος των επιστημονικών και μη οργανώσεων και φορέων της Κοινωνίας των Πολιτών, που δεν εξαρτώνται από την καπνοβιομηχανία, καθώς και Διακυβερνητικών ή Περιφερειακών Οργανισμών. Σημειώνεται ιδιαίτερα η ανάγκη επαγρύπνησης για την αντιμετώπιση τυχόν προσπαθειών της βιομηχανίας καπνού να υπονομεύσει ή να ανατρέψει τις προσπάθειες ελέγχου του καπνού και ενημέρωσης για τις δραστηριότητές της που έχουν αρνητική επίδραση στις προσπάθειες ελέγχου του καπνού.

Οι προβλέψεις της Σύμβασης-Πλαίσιο, που αποτελούν διεθνώς για όσες χώρες την έχουν κυρώσει τη θεμέλια εξουσιοδοτική βάση για την

αντίστοιχη νομοθέτηση μέτρων, αλλά και νομικό εργαλείο για την αντιμετώπιση αιτημάτων ακύρωσης αυτών σε εθνικά ή περιφερειακά ή διεθνή διαιτητικά όργανα και δικαστήρια, είναι οι ακόλουθες.

Τι προβλέπουν τα άρθρα της Σύμβασης-Πλαίσιο

ΑΡΘΡΟ 3: Ορίζει τον σκοπό της Σύμβασης και των πρωτοκόλλων της, ήτοι την προστασία της σημερινής και των μελλοντικών γενεών από τις καταστροφικές επιπτώσεις της κατανάλωσης καπνού και της έκθεσης σε αυτόν στην υγεία, την κοινωνία, την οικονομία και στο περιβάλλον, μέσω ενός πλαισίου εφαρμογής μέτρων σε εθνικό, περιφερειακό και διεθνές επίπεδο.

ΑΡΘΡΟ 4: Ως βασικές αρχές ορίζονται η ενημέρωση όλων για τις επιπτώσεις στην υγεία, την εθιστική φύση και τη θανάσιμη απειλή της κατανάλωσης καπνού και της έκθεσης σε καπνό, ο σχεδιασμός αποτελεσματικών μέτρων στο κατάλληλο επίπεδο και την κατάλληλη μορφή για την προστασία όλων, η σταθερή πολιτική δέσμευση για την ανάπτυξη και υποστήριξη συνολικών μέτρων προστασίας όλων από την έκθεση στον καπνό, την πρόληψη της έναρξης, την προώθηση και υποστήριξη της διακοπής και τη μείωση της κατανάλωσης προϊόντων καπνού οποιασδήποτε μορφής, την προώθηση της συμμετοχής των αυτοχθόνων, ατόμων και κοινοτήτων, με στόχευση στους κινδύνους που αφορούν ειδικά κάθε φύλο, κατά την ανάπτυξη των στρατηγικών ελέγχου του καπνού. Αναγνωρίζεται η σημασία της διεθνούς συνεργασίας, ιδίως σε ό,τι αφορά τη μεταφορά τεχνολογίας, γνώσεων, οικονομικής βοήθειας και παροχή της σχετικής τεχνογνωσίας, τονίζεται η ανάγκη λήψης συνολικών μέτρων για την πρόληψη της εκδήλωσης ασθενειών, πρόωρης αναπηρίας και θνησιμότητας λόγω της κατανάλωσης καπνού και της έκθεσης σε αυτόν, της συμμετοχής της Κοινωνίας των Πολιτών αλλά και της αντιμετώπισης ζητημάτων μετάβασης από την καπνοκαλλιέργεια σε εναλλακτικές μορφές.

ΑΡΘΡΟ 5: Ορίζει την υποχρέωση κάθε Μέρους για την ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση εθνικών στρατηγικών και δράσεων ελέγχου του καπνού, μέσω εθνικών μηχανισμών συντονισμού ή εστιακών σημείων ελέγχου και υιοθέτησης μέτρων και πολιτικών πρόληψης και μείωσης της κατανάλωσης, της έκθεσης στον καπνό και του εθισμού στη νικοτίνη. Ορίζεται ρητά η υποχρέωση των Μερών κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή της οικείας πολιτικής στον τομέα της δημόσιας υγείας σε σχέση με τον έλεγχο του καπνού να μεριμνούν για την προστασία της πολιτι-

κής αυτής από εμπορικά κι άλλα κεκτημένα δικαιώματα της βιομηχανίας καπνού σύμφωνα με το εθνικό δίκαιο, καθώς και να προωθούν τη συνεργασία με αρμόδιους περιφερειακούς διακυβερνητικούς οργανισμούς κι άλλα όργανα και μέσω διμερών και πολυμερών μηχανισμών χρηματοδότησης, προκειμένου να εφαρμόσουν τη Σύμβαση και τα πρωτόκολλα των οποίων είναι Μέρη.

ΑΡΘΡΟ 6: Καθορίζει την υποχρέωση υιοθέτησης τιμολογιακών και φορολογικών μέτρων για τη μείωση της ζήτησης καπνού ή και απαγόρευσης ή περιορισμού, αν είναι απαραίτητο, των πωλήσεων προς άτομα που ταξιδεύουν στο εξωτερικό ή/και της εισαγωγής από τα άτομα αυτά αφορολόγητων ή αδασμολόγητων προϊόντων καπνού.

ΑΡΘΡΟ 8: Προβλέπει την υποχρέωση ανάληψης κατάλληλων μέτρων για την προστασία από την έκθεση σε καπνό σε εσωτερικούς χώρους εργασίας, στις δημόσιες μεταφορές, στους εσωτερικούς δημόσιους χώρους και, αν είναι απαραίτητο, σε άλλους δημόσιους χώρους.

ΑΡΘΡΑ 9-10: Ορίζουν την υποχρέωση για ρυθμιστικό έλεγχο του περιεχομένου και των εκπομπών των προϊόντων καπνού, καθώς και για γνωστοποίηση εκ μέρους των κατασκευαστών ή εισαγωγέων προϊόντων καπνού στις κρατικές αρχές πληροφοριών σχετικών με το περιεχόμενο και τις εκπομπές των προϊόντων καπνού, όπως και δημοσιοποίηση πληροφοριών σχετικά με τα τοξικά συστατικά των προϊόντων καπνού και τις εκπομπές που μπορούν να παράγουν.

ΑΡΘΡΟ 11: Καθορίζεται η υποχρέωση λήψης κατάλληλων μέτρων προκειμένου η συσκευασία και η σήμανση των προϊόντων καπνού να μην προωθούν 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 κάθε πακέτο και κουτί προϊόντων καπνού και κάθε εξωτερική συσκευασία και σήμανση των προϊόντων αυτών να φέρουν προειδοποιήσεις για την υγεία με συγκεκριμένες προδιαγραφές.

ΑΡΘΡΟ 12: Ορίζεται η υποχρέωση προαγωγής και ενίσχυσης της ευαισθησίας του κοινού για θέματα ελέγχου του καπνού, με τη χρήση όλων των διαθέσιμων επικοινωνιακών εργαλείων, ειδικότερα για την ευρύτερη

δυνατή πρόσβαση σε αποτελεσματικά και συνολικά προγράμματα εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης του κοινού σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία και τα οφέλη της διακοπής της χρήσης καπνού και του τρόπου ζωής χωρίς κάπνισμα. Προβλέπει τη δημόσια πρόσβαση, σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία, σε ένα ευρύ φάσμα πληροφοριών για τη βιομηχανία καπνού, προγράμματα κατάρτισης ή ευαισθητοποίησης απευθυνόμενα σε πρόσωπα όπως το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, τους κοινοτικούς υπάλληλους, τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους επαγγελματίες των ΜΜΕ, τους εκπαιδευτικούς, τους αρμόδιους λήψεως αποφάσεων, τα διοικητικά στελέχη κι άλλους ενδιαφερόμενους, τη συμμετοχή φορέων του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα και μη κυβερνητικών οργανώσεων που δεν εξαρτώνται από τη βιομηχανία καπνού στην ανάπτυξη και εφαρμογή προγραμμάτων και την ευαισθητοποίηση και πρόσβαση του κοινού σε πληροφορίες σχετικά με τις δυσμενείς επιπτώσεις που έχουν η κατανάλωση καπνού και η έκθεση σε καπνό στην υγεία, την κοινωνία, την οικονομία και το περιβάλλον.

ΑΡΘΡΟ 13: Αναγνωρίζεται ως ανάγκη η γενική απαγόρευση της διαφήμισης, προώθησης και χρηματοδότησης για την προώθηση του καπνού και η υποχρέωση κάθε Μέρους, σύμφωνα με τις συνταγματικές αρχές του, για γενική απαγόρευση ή περιορισμό των δραστηριοτήτων διασυννοριακής διαφήμισης, προώθησης και χρηματοδότησης για την προώθηση του καπνού που εκκινούν από την επικράτειά του ή περιορισμού σε κάθε μορφή διαφήμισης, προώθησης και χρηματοδότησης για την προώθηση του καπνού. Κατ' ελάχιστον, τα Μέρη θα πρέπει να απαγορεύσουν κάθε μορφή διαφήμισης, προώθησης και χρηματοδότησης για την προώθηση προϊόντων καπνού η οποία χρησιμοποιεί ψευδή, παραπλανητικά ή απληλικά μέσα ή είναι πιθανόν να δημιουργήσει εσφαλμένη εντύπωση σχετικά με τα χαρακτηριστικά, τις επιδράσεις στην υγεία, τους κινδύνους ή τις εκπομπές των προϊόντων αυτών, να απαιτήσουν να συνοδεύεται κάθε μορφή διαφήμισης, προώθησης και χρηματοδότησης για την προώθηση του καπνού από προειδοποιήσεις ή μηνύματα για την υγεία ή άλλα κατάλληλα θέματα, να περιορίσουν την παροχή άμεσων ή έμμεσων κινήτρων που ενθαρρύνουν την αγορά προϊόντων καπνού από το κοινό, να απαιτήσουν, εάν δεν επιβάλλουν γενική απαγόρευση, τη γνωστοποίηση στις αρμόδιες κρατικές αρχές των δαπανών της βιομηχανίας καπνού για τις μορφές διαφήμισης, προώθησης και χρηματοδότησης για την προώθηση του καπνού, να επιβάλουν γενική απαγόρευση ή να περιορίσουν τη διαφήμιση, προώθηση και χρηματοδότηση για την προώθηση του καπνού μέσω

του ραδιοφώνου, της τηλεόρασης, των έντυπων, να απαγορεύσουν ή να περιορίσουν τη χρηματοδότηση διεθνών εκδηλώσεων, δραστηριοτήτων ή/και όσων συμμετέχουν σ' αυτές.

ΑΡΘΡΟ 14: Ορίζει την υποχρέωση για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή αποτελεσματικών προγραμμάτων με στόχο την προώθηση της διακοπής της χρήσης καπνού σε χώρους όπως εκπαιδευτικά ιδρύματα, νοσηλευτικά ιδρύματα, χώρους εργασίας και άθλησης, της συμπερίληψης στα εθνικά προγράμματα της διάγνωσης και της θεραπείας της εξάρτησης από τον καπνό, καθώς και συμβουλευτικών υπηρεσιών για τη διακοπή της χρήσης καπνού, σχεδίων και στρατηγικών δημόσιας υγείας και εκπαίδευσης, με τη συμμετοχή ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, κοινοτικών υπαλλήλων και κοινωνικών λειτουργών, ανάλογα με τις ανάγκες, καθώς και για την καθιέρωση προγραμμάτων διάγνωσης, συμβουλευτικής, πρόληψης και θεραπείας της εξάρτησης από τον καπνό σε νοσηλευτικά ιδρύματα και κέντρα αποκατάστασης και για τη συνεργασία με άλλα Συμβαλλόμενα Μέρη για τη διευκόλυνση της πρόσβασης και την εξασφάλιση χαμηλού κόστους για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό.

ΑΡΘΡΟ 15: Αναγνωρίζοντας ότι η καταπολέμηση των παράνομων προϊόντων καπνού, συμπεριλαμβανομένων της λαθρεμπορίας, της παράνομης παραγωγής και της παραποίησης, είναι κεφαλαιώδους σημασίας για τον έλεγχο του καπνού, ορίζει την υποχρέωση υιοθέτησης και εφαρμογής κατάλληλων μέτρων ώστε κάθε πακέτο και κουτί προϊόντων καπνού και κάθε εξωτερική συσκευασία των προϊόντων αυτών να φέρουν σήμανση για τον προσδιορισμό της προέλευσης των προϊόντων και την τεκμηρίωση και έλεγχο της κίνησης των προϊόντων καπνού, να πιστοποιείται ο προορισμός και η νομιμότητα πώλησης μέσω κατάλληλου συστήματος εντοπισμού στη γλώσσα κάθε Μέρους. Προβλέπει τη συνεργασία και την ανταλλαγή σχετικών πληροφοριών και την υποχρέωση λήψης μέτρων για την κατάσχεση και την ποινική ή διοικητική ευθύνη των παραβατών, καθώς και την υποχρέωση θέσπισης συστήματος αδειοδότησης για τον έλεγχο ή τη ρύθμιση της παραγωγής και διάθεσης προϊόντων καπνού.

ΑΡΘΡΟ 16: Ορίζει την υποχρέωση για την υιοθέτηση και εφαρμογή μέτρων απαγόρευσης της πώλησης προϊόντων καπνού σε ανηλίκους, όπως, π.χ., υποχρέωση τοποθέτησης ευκρινούς και εμφανούς ένδειξης, απαγόρευση της πώλησης προϊόντων καπνού με οποιονδήποτε τρόπο που τα καθιστά ευπρόσιτα, π.χ., σε ράφια καταστημάτων, απαγόρευση της κατασκευής και πώλησης γλυκών, σνακ, παιχνιδιών ή άλλων αντικειμένων που έχουν τη μορφή προϊόντων καπνού για να προσελκύσουν τους

ανηλίκους, την απαγόρευση της διανομής δωρεάν προϊόντων καπνού στο κοινό, και ιδίως στους ανηλίκους, και της πώλησης μεμονωμένων σιγαρέτων ή σιγαρέτων σε μικρά πακέτα τα οποία τα καθιστούν οικονομικότερα για τους ανηλίκους κ.ά.

ΑΡΘΡΑ 17 -19: Ορίζουν την υποχρέωση των Μερών να μεριμνούν για την προώθηση εναλλακτικών, οικονομικά βιώσιμων καλλιέργειών αντί του καπνού, να λαμβάνουν υπόψη τους 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 και να υιοθετούν νομοθετικά μέτρα προς την προώθηση της αστικής και νομικής ευθύνης και αποζημίωσης από τη χρήση προϊόντων καπνού.

ΑΡΘΡΑ 20-22: Προβλέπουν ειδικότερες λεπτομέρειες και διαδικασίες σχετικά με την ανάγκη στενότερης συνεργασίας σε κάθε επίπεδο, π.χ., ανταλλαγής πληροφοριών, παροχής τεχνογνωσίας, υποβολής αναφορών και εκθέσεων.

ΑΡΘΡΑ 24-27: Ρυθμίζουν θέματα διαχειριστικής φύσεως και ζητήματα οργανωτικά και θεσμικά, καθορίζοντας τα όργανα, ήτοι τη Διάσκεψη των Συμβαλλόμενων Μερών και τη Γραμματεία της Σύμβασης, τους οικονομικούς πόρους, τη σχέση με άλλους Διακυβερνητικούς Οργανισμούς, τη διαδικασία επίλυσης διαφορών.

ΑΡΘΡΑ 28-38: Κατοχυρώνουν ρητά τη νομική ισχύ τόσο της ίδιας της Σύμβασης-Πλαίσιο όσο και των παραρτημάτων και των τροποποιήσεων αυτής, όπως λαμβάνουν χώρα μέσω των σχετικών αποφάσεων της Διάσκεψης των Μερών (COP), καθορίζουν τις διαδικασίες υπογραφής, κύρωσης, αποχώρησης από τη Σύμβαση, το δικαίωμα ψήφου, τον θεματοφύλακα της Σύμβασης κ.ά.

Πρόσφατες εξελίξεις - μελλοντικές προκλήσεις

ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΗΜΕΙΩΘΕΙ ότι οι διεργασίες και τα αποτελέσματα της Σύμβασης, από την έναρξη ισχύος της έως και την τελευταία, 8η, Σύνοδο των Μερών, η οποία έλαβε χώρα το 2018, είναι εξόχως σημαντικά, καθώς αντιμετωπίζουν, βάσει σχετικών αποφάσεων, κατά καιρούς ιδιαίτερα ζητήματα που προκύπτουν από τις εξελίξεις στην αγορά, όπως η εμφάνιση των ηλεκτρονικών τσιγάρων στα μέσα της προηγούμενης δεκαετίας, αλλά και των νέων ή αναδυόμενων προϊόντων καπνού στα μέσα της δεκαετίας που διανύουμε. Από τα νέα ζητήματα που καλούνται τα Μέρη να αντιμετωπίσουν ξεχωρίζουν κυρίως:

- Η αντιμετώπιση της παράκαμψης των απαγορεύσεων και περιορισμών στη διαφήμιση και προώθηση των προϊόντων καπνού και των συναφών με αυτόν μέσω νέων τεχνολογιών (υπηρεσίες streaming, μέσα κοινωνικής δικτύωσης, υπηρεσίες συνδρομητικών καναλιών κ.λπ.), ιδιαίτερα σε σχέση με τις συσκευές των νέων προϊόντων καπνού, οι οποίες δεν καλύπτονται από τις ισχύουσες απαγορεύσεις και περιορισμούς.
- Η εμφάνιση και διάδοση σε διευρυμένες αγορές προϊόντων (π.χ., άλατα νικοτίνης) των οποίων η κατάταξη στις ισχύουσες σε εθνικό, περιφερειακό ή διεθνές επίπεδο κατηγορίες είναι δυσχερής και κατά συνέπεια τοποθετούνται εκτός του ρυθμιστικού πλαισίου, με ανησυχητικές συνέπειες ως προς την προστασία της δημόσιας υγείας.
- Η αυξανόμενη επανεμφάνιση χορηγιών σε αθλητικές διοργανώσεις με διασυννοριακό αντίκτυπο (Formula 1) από κατασκευαστές προϊόντων καπνού με έμμεσους τρόπους και στρατηγικές μάρκετινγκ (π.χ., απόκρυψη εμπορικής ονομασίας και κάλυψή της από άλλο σλόγκαν ή λογότυπο).
- Το ζήτημα της αυξανόμενης πίεσης προς τις εθνικές αρχές των Μερών για υιοθέτηση στρατηγικών «μείωσης της βλάβης» που έρχονται σε αντίθεση με τα όσα προβλέπει η Σύμβαση.
- Η καταπολέμηση του παράνομου εμπορίου προϊόντων καπνού.

Το Πρωτόκολλο της Σύμβασης-Πλαίσιο για την Εξάλειψη του Παράνομου Εμπορίου Προϊόντων Καπνού (WHO FCTC Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products).

Με τη νομική και θεσμική εξουσιοδότηση που παρέχει το άρθρο 15 της Σύμβασης-Πλαίσιο για τον Έλεγχο του Καπνού, το Πρωτόκολλο του ΠΟΥ για την Εξάλειψη του Παράνομου Εμπορίου Προϊόντων Καπνού υιοθετήθηκε από την 5η Σύνοδο των Μερών (COP 5) τον Νοέμβριο του 2012 και τέθηκε σε ισχύ στις 25 Σεπτεμβρίου του 2018. Περιλαμβάνει αυτή τη στιγμή 52 Μέρη, συμπεριλαμβανομένης και της Ε.Ε., ενώ για τη χώρα μας, αν και το έχει υπογράψει ήδη από το 2013, εκκρεμεί ακόμη η κύρωσή του κατά τις κοινοβουλευτικές διαδικασίες.

Εξειδικεύοντας περαιτέρω το άρθρο 15 της Σύμβασης-Πλαίσιο, το Πρωτόκολλο καλείται να αντιμετωπίσει το ιδιαίτερα έντονο, πολύπλευρο και σε έξαρση ζήτημα της παράνομης εμπορίας προϊόντων καπνού διεθνώς, το οποίο έχει πολύ σημαντικές προεκτάσεις για τη δημόσια υγεία.

Σύμφωνα με το προοίμιο, επισημαίνονται από τα συμβαλλόμενα Μέρη: Ο καθοριστικός ρόλος του παράνομου εμπορίου προϊόντων καπνού στην

εξάπλωση της επιδημίας του καπνίσματος, στην υπονόμηση των τιμολογιακών και φορολογικών μέτρων κατά του καπνού, στην εύκολη προσβασιμότητά του, ιδιαίτερα στους νέους ανθρώπους, στις φτωχότερες κι άλλες ευάλωτες ομάδες, οι οικονομικές, κοινωνικές επιπτώσεις, οι συνέπειες στην ασφάλεια και τη σταθερότητα των κρατών, η αναγκαιότητα επαρκών τεχνικών και οικονομικών πόρων για την καταπολέμησή του, η εκμετάλλευση νόμιμων μέσων και καναλιών για τη λαθραία παραγωγή κι εμπορία προϊόντων, αλλά και η ανάγκη εξασφάλισης της χάραξης και εφαρμογής της πολιτικής απέναντι στα εμπορικά κι άλλα κεκτημένα συμφέροντα της καπνοβιομηχανίας, αλλά και επαγρύπνησης προκειμένου αυτά τα συμφέροντα να μην υπονομεύουν τα σχετικά μέτρα.

Με βάση αυτά, τα συμβαλλόμενα μέρη θα πρέπει:

- Να υιοθετήσουν και να εφαρμόσουν αποτελεσματικά μέτρα συνεργασίας και ελέγχου ή ρύθμισης της αλυσίδας εφοδιασμού των προϊόντων για την πρόληψη, αποτροπή, ανίχνευση, διερεύνηση και δίωξη του παράνομου εμπορίου των προϊόντων αυτών.
- Να λάβουν μέτρα για την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας των αρμόδιων αρχών για την πρόληψη, την αποτροπή, την ανίχνευση, τη διερεύνηση, τη δίωξη και την εξάλειψη όλων των μορφών παράνομης διακίνησης εμπορευμάτων.
- Να λάβουν αποτελεσματικά μέτρα τεχνικής βοήθειας και οικονομικής στήριξης, ανάπτυξης ικανοτήτων και διεθνούς συνεργασίας μεταξύ των Μερών, των αρμοδίων αρχών, αλλά και Περιφερειακών και Διακυβερνητικών Οργανισμών.
- Να εξασφαλίζουν τη μέγιστη δυνατή διαφάνεια όσον αφορά τυχόν αλληλεπιδράσεις ή επαφές που ενδέχεται να έχουν με την καπνοβιομηχανία.

Το ουσιαστικό περιεχόμενο του Πρωτοκόλλου διαρθρώνεται σε τρία κύρια μέρη:

α) Μέρος III - Έλεγχος Αλυσίδας Εφοδιασμού

- Προβλέπει την υιοθέτηση και εφαρμογή πλήρους συστήματος αδειοδότησης ή συναφούς για όλα τα στάδια παραγωγής, εμπορίας και διακίνησης προϊόντων καπνού μέχρι και το στάδιο της τελικής διάθεσης στον καταναλωτή.
- Ορίζει την υποχρέωση κάθε φυσικού ή νομικού προσώπου να επιδεικνύει τη δέουσα επιμέλεια στην άσκηση των δραστηριοτήτων σε κάθε στάδιο της εφοδιαστικής αλυσίδας.

- Προβλέπει την καθιέρωση ενός συστήματος ιχνηλασιμότητας.
- Ορίζει την υποχρέωση για τήρηση αρχείου με όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες από τους υπόχρεους.
- Ορίζει υποχρεώσεις για την εξασφάλιση της μη διακίνησης προϊόντων μέσα από παράνομα κανάλια.
- Προβλέπει την απαγόρευση της πώλησης μέσω Διαδικτύου, τηλεπικοινωνιών ή άλλου είδους εξελισσόμενης τεχνολογίας.
- Ορίζει περιορισμούς και απαγορεύσεις για τις ελεύθερες ζώνες, τη διεθνή διαμετακόμιση και την ανάμειξη προϊόντων καπνού με άλλα προϊόντα.
- Ορίζει την ένταξη στο καθεστώς του Πρωτοκόλλου και των αφορολόγητων πωλήσεων (duty free).

β) Μέρος IV - Αδικήματα

- Επιβάλλει στα Μέρη να προσδιορίσουν συγκεκριμένες δραστηριότητες που σχετίζονται με τα παραπάνω, ρητά αναφερόμενες, ως παράνομες.
- Προβλέπει την υιοθέτηση μέτρων για τη θέσπιση της ευθύνης, ποινικής, αστικής ή διοικητικής, των νομικών προσώπων για την παράνομη συμπεριφορά, χωρίς να αναιρείται αυτή των φυσικών προσώπων, για τη διασφάλιση ότι τα πρόσωπα αυτά υπόκεινται σε αποτελεσματικές, αποτρεπτικές, αναλογικές κυρώσεις, καθώς και για την καταστροφή των κατασχεθέντων ειδών με φιλικές προς το περιβάλλον μεθόδους.
- Προβλέπει τη χρήση ειδικών ερευνητικών τεχνικών για την παρακολούθηση και τον έλεγχο των προϊόντων, των εξοπλισμών και της διενέργειας ποινικών αδικημάτων, καθώς και τη συνεργασία μεταξύ των μερών και διακυβερνητικών οργανισμών, αλλά και στο πλαίσιο διμερών ή πολυμερών συμφωνιών για το σκοπό αυτό.

γ) Μέρος V - Διεθνής Συνεργασία

- Προβλέπει την υποχρέωση υποβολής λεπτομερών αναφορών στο πλαίσιο της Σύμβασης-Πλαίσιο ως προς τις δράσεις και επιμέρους υποχρεώσεις που αναφέρονται στο Πρωτόκολλο, καθώς και την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των Μερών στη βάση ειδικά ορισμένων εθνικών αρμόδιων αρχών και με μέριμνα για τη διασφάλιση της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών.
- Ορίζει την υποχρέωση συνεργασίας μεταξύ των Μερών στην εκπαίδευση, την παροχή τεχνικής, τεχνολογικής και επιστημονικής βοήθειας, καθώς και ενίσχυσης της συνεργασίας με πολυμερείς, περιφερειακές ή διμερείς ρυθμίσεις για την πρόληψη, ανίχνευση, διερεύνηση, δίωξη και τιμωρία των εμπλεκόμενων στο παράνομο εμπόριο

καπνού, προϊόντων καπνού ή εξοπλισμού παραγωγής, ειδικότερα μέσω των αρμοδίων ρυθμιστικών, διοικητικών ή αστυνομικών αρχών.

- Κατοχυρώνει και προστατεύει στο πλαίσιο της εκπλήρωσης των προβλεπόμενων υποχρεώσεων την εδαφική ακεραιότητα και εθνική κυριαρχία κάθε Μέρους και ρυθμίζει ζητήματα δικαιοδοσίας.
- Προβλέπει την υιοθέτηση όλων των απαραίτητων μέτρων για την αποτελεσματική συνεργασία και ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των δικαστικών αρχών κάθε Μέρους, καθώς και την αμοιβαία διοικητική και δικαστική συνδρομή για την επίτευξη των στόχων του Πρωτοκόλλου, αλλά και τους όρους έκδοσης των προσώπων σε κάθε κράτος, λόγω τέλεσης σχετικών αδικημάτων.

Τα Μέρη VI - IX, κατ' αναλογία των αντίστοιχων ρυθμίσεων που περιλαμβάνονται και στη Σύμβαση-Πλαίσιο για τον Έλεγχο του Καπνού:

- Καθορίζουν τις λεπτομέρειες για την υποβολή περιοδικών εκθέσεων μεταξύ των Μερών διαμέσου της Γραμματείας της Σύμβασης.
- Προσδιορίζουν τα θεσμικά όργανα, ήτοι τη Γραμματεία της Σύμβασης-Πλαίσιο ως Γραμματεία του Πρωτοκόλλου και τη Συνέλευση των Μερών και τους ρόλους και το έργο αυτών.
- Προσδιορίζουν τους οικονομικούς πόρους και τον τρόπο κατανομής μεταξύ των Μερών του Πρωτοκόλλου.
- Ορίζουν τις διαδικασίες επίλυσης διαφορών, κύρωσης, ανάπτυξης του Πρωτοκόλλου, της υιοθέτησης των παραρτημάτων, αποχώρησης Μέρους από το Πρωτόκολλο, το δικαίωμα ψήφου και λοιπές λεπτομέρειες.

Τον Οκτώβριο του 2018 έλαβε χώρα στη Γενεύη η πρώτη Σύνοδος των Μερών, όπου ελήφθησαν σημαντικές αποφάσεις ως προς τα οργανωτικά - θεσμικά ζητήματα, αλλά και αυτά που αφορούν κατ' ουσίαν την υλοποίηση των προβλέψεων του Πρωτοκόλλου. Αν και ως κράτος-μέλος της Ε.Ε. η Ελλάδα υλοποιεί κάποιες από τις προβλέψεις του Πρωτοκόλλου (σύστημα Ικνηλασιμότητας και χαρακτηριστικά ασφαλείας), όπως αυτές ορίζονται από την Ευρωπαϊκή Οδηγία 2014/40/ΕΕ, η κύρωση του Πρωτοκόλλου και αντιστοίχως η υιοθέτηση όλων των εν τω μεταξύ αποφάσεων των Συνόδων των Μερών, υπό τον αυστηρό χαρακτήρα που τις διακρίνει, θα αποτελέσει ένα ισχυρό θεμέλιο για την αποτελεσματική καταπολέμηση του λαθρεμπορίου καπνού και την περαιτέρω προάσπιση της δημόσιας υγείας στη χώρα μας.

ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ

ΑΝΑΜΦΙΣΒΗΤΗΤΑ, ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΔΕΚΑΕΤΙΕΣ έχουν γίνει πολλά όσον αφορά την προστασία της δημόσιας υγείας από τις καταστροφικές συνέπειες της κατανάλωσης καπνού και της έκθεσης σε αυτόν, όχι μόνο υπό όρους διεθνών ή ευρωπαϊκών θεσμών, αλλά ακόμη και σε εθνικό επίπεδο. Τόσο οι διαμορφωμένες συνθήκες όσο και οι αναμενόμενες εξελίξεις, που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα πεδίων (οικονομικό - εμπορικό, κοινωνικό, πολιτικό, επιστημονικό, τεχνολογικό, νομικό) σε παγκοσμιοποιημένο επίπεδο, συνθέτουν μια ισχυρή πρόκληση, την οποία οι αρμόδιες Αρχές καλούνται να αντιμετωπίσουν για την προστασία της υγείας, χωρίς εκπώσεις, επιφυλάξεις, εξαιρέσεις ή οπισθοδρομήσεις, με μόνο γνώμονα τη διαχρονική εξασφάλιση της υγείας του πληθυσμού. Σε αυτό το πλαίσιο, η ελληνική πολιτεία έχει ακόμη αρκετά περιθώρια δράσης, νομοθέτησης και, κυρίως, αποτελεσματικής εφαρμογής, τα οποία θα πρέπει να αξιοποιήσει στο έπακρο, προκειμένου να βελτιώσει την υφιστάμενη κατάσταση και το διεθνές αποτύπωμά της στο ζήτημα της προστασίας από τον καπνό. Αναγκαία προϋπόθεση για αυτό αποτελεί η συνεχής εγρήγορση και η ανάπτυξη στενής συνεργασίας με τις δυνάμεις εκείνες της επιστημονικής και ιατρικής κοινότητας, των φορέων άσκησης δημόσιας πολιτικής, της Κοινωνίας των Πολιτών, αλλά και ειδικότερα της εκπαιδευτικής κοινότητας, που ενεργά συμβάλλουν στην προώθηση ενός υγιούς προτύπου ζωής χωρίς καπνό. ■

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

10

**ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ
ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ
ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ
ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ
ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ
ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ**

ΣΩΤΗΡΙΑ ΜΑΚΑΡΩΝΗ, MSc

*Ψυχολόγος Υγείας, Υπ. Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιστημονικά Υπεύθυνη
στο Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων &
Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας «Προνόη»,
Δήμος Κηφισιάς - ΟΚΑΝΑ*

Το κάπνισμα από παιδιά και εφήβους είναι μια πρακτική που συναντάται σε όλες τις κουλτούρες –με μια τάση αύξησης στις αναπτυσσόμενες χώρες¹–, παρά το γεγονός πως αποτελεί τον μεγαλύτερο κίνδυνο για την υγεία και τον υπ’ αριθμόν 1 προλήψιμο αιτιολογικό παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως².

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 τη χρήση καπνού, όσο και οι θεωρίες αλλά και οι πρακτικές που αξιοποιούνται στην πρόληψη του καπνίσματος, με ιδιαίτερη έμφαση στις παρεμβάσεις που απευθύνονται στη σχολική κοινότητα.

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ ΣΕ ΑΡΙΘΜΟΥΣ

Ο ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΟΥ) εκτιμά ότι το 1/3 του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού, δηλ. 1,1 δισεκατομμύριο άνθρωποι, είναι καπνιστές και ο καπνός προκαλεί 8.000.000 θανάτους ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο³⁻⁴. Υπολογίζεται ότι 1 στους 5 εφήβους διεθνώς καπνίζει τακτικά, ενώ εκτιμάται πως 30.000.000 παιδιά και έφηβοι ξεκινούν το κάπνισμα κάθε χρόνο παγκοσμίως⁵. Η έναρξη της χρήσης ουσιών γίνεται συνήθως στην εφηβεία, με πρώτες ουσίες δοκιμής το αλκοόλ και τον καπνό.

ΝΕΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΕΙΔΙΚΑ ΣΕ Ο,ΤΙ ΑΦΟΡΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ, σύμφωνα με στοιχεία του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ), όπως αυτά πρόέκυψαν από την τελευταία έρευνα HBSC (Health Behaviour in School-aged Children Study) που πραγματοποιήθηκε το 2014 πανευρωπαϊκά, αποκαλύπτονται τα εξής για τη χώρα μας⁶:

— 1 στους 3 15χρονους (36,9%), 1 στους 7 13χρονους (14,6%) και το 1,6% των 11χρονων μαθητών έχουν 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 μία φορά σε όλη τη ζωή (από 42,3% στο 36,9%), σημαντική μείωση στο κάπνισμα τον τελευταίο μήνα (από 26% στο 19,7%), ενώ δεν υπήρξε μεταβολή στο καθημερινό ή βαρύ κάπνισμα.

1. Συχνότητα καπνίσματος στους Έλληνες εφήβους

Μεταξύ των 15χρονων που έχουν καπνίσει έστω και μία φορά στη ζωή τους, 1 στους 2 (19,7%) είχε καπνίσει τις τριάντα τελευταίες ημέρες πριν από την έρευνα, σχεδόν 1 στους 3 (11,4%) κάπνιζε καθημερινά, ενώ σχεδόν 1 στους 5 (8,2%) κάπνιζε τουλάχιστον 6 τσιγάρα την ημέρα. Στις μικρότερες ηλικίες οι 13χρονοι κάπνιζαν καθημερινά σε ποσοστό 1,7% και οι 11χρονοι 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 έως το 2014 και σε αυτή 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 ΕΠΙΨΥ⁶ οι μαθητές ρωτήθηκαν, επίσης, για τη 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, 1 στους 13 13χρονους (8,1%) και 1 στους 6 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

ΠΑΡΑ ΤΙΣ ΕΝΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ κρατών, φορέων και οργανισμών για τον έλεγχο και τον περιορισμό του καπνίσματος μέσα από καμπάνιες, ετικέτες στα προϊόντα καπνού, προγράμματα πρόληψης, νομικά και φορολογικά μέτρα κι άλλες ενέργειες, η εφηβική ηλικία συνεχίζει να

«παράγει» εκατομμύρια καπνιστές τον χρόνο παγκοσμίως⁵.

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 να αρχίσει να καπνίζει είναι αυξημένες⁷. Όσο πιο αργά γίνει η έναρξη του καπνίσματος, τόσο μειώνονται οι πιθανότητες να εξαρτηθεί από το κάπνισμα⁸. Οι περισσότεροι καπνιστές ξεκινούν το κάπνισμα πριν τα 18 έτη, σε ποσοστό 88,2%, με μέσο όρο έναρξης τα 15 με 16 έτη⁸⁻⁹.

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 ερευνητές¹⁰⁻¹².

Σύμφωνα με την ανασκόπηση του Mayhew και των συνεργατών του¹², για τα στάδια ανάπτυξης της εξάρτησης από το κάπνισμα προτείνεται η παρακάτω κατηγοριοποίηση:

- **Το στάδιο της προ-περίσκεψης:** Σε αυτή τη φάση οι νέοι δεν έχουν ξεκινήσει σοβαρά να σκέπτονται το κάπνισμα, γιατί δεν βρίσκουν κανένα όφελος σε αυτό ή γιατί θεωρούν τις αρνητικές συνέπειες έναν πολύ σημαντικό λόγο να αντισταθούν στις πιέσεις να αρχίσουν το κάπνισμα.
- **Το στάδιο της προετοιμασίας:** Σε αυτή τη φάση οι μη καπνιστές αρχίζουν να διαμορφώνουν πεποιθήσεις και αντιλήψεις για τη χρησιμότητα του καπνίσματος, ενώ μειώνεται η αντίστασή τους στις πιέσεις από τους συνομηλίκους και τα ΜΜΕ.
- **Το στάδιο της έναρξης:** Το συγκεκριμένο στάδιο αναφέρεται στο διάστημα όπου οι έφηβοι κάνουν το πρώτο τους τσιγάρο ή τις πρώτες «τζούρες». Σε αυτή τη φάση οι συνομηλικοί ασκούν πολύ μεγαλύτερη επιρροή από τους γονείς.
- **Το στάδιο του πειραματισμού:** Σε αυτή 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 να αναρωτιούνται και να σκέφτονται 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, για παράδειγμα, ανήκουν οι λεγόμενοι «κοινωνικοί καπνιστές», που μπορεί να καπνίζουν μόνο το Σαββατοκύριακο ή σε πάρτι. Οι καπνιστές σε αυτή 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 εξάρτηση, σωματική και ψυχολογική, από τον καπνό. 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.

Παρ' όλα 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. Με βάση αυτά τα δεδομένα, 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.

Η ΠΟΡΕΙΑ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ



ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ στο πολύ σημαντικό ερώτημα «Γιατί οι νέοι άνθρωποι ξεκινούν το κάπνισμα;», ειδικά όταν έχουν προηγηθεί πλέον πενήντα 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^{9, 13}.

ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΑΜΕ ΝΑ ΠΟΥΜΕ ότι η χρήση ουσιών είναι ένα φαινόμενο καταρχήν αναπτυξιακό¹⁴. Η αναπτυξιακή προοπτική είναι πολύ σημαντική για την καλύτερη κατανόηση του καπνίσματος στους εφήβους. Η εφηβεία είναι μια πολύ ευαίσθητη περίοδος ανάπτυξης, η οποία χαρακτηρίζεται από αξιοσημείωτες εγκεφαλικές αλλαγές, υψηλά επίπεδα συναισθηματισμού, παρορμητικότητας και ριψοκίνδυνες συμπεριφορές⁹. Η πλαστικότητα του εφηβικού εγκεφάλου μαζί με τα σχετικά ανώριμα νευροσυμπεριφορικά συστήματα που χρειάζονται για τον αυτοέλεγχο και τη ρύθμιση του συναισθήματος προσδίδουν μια αυξημένη επιρρέπεια στη χρήση καπνού¹⁵. 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 έναν τρόπο επανάστασης απέναντι στην εξουσία¹⁴. Δυστυχώς, συχνά οι έφηβοι αντιλαμβάνονται τη χρήση καπνού ή αλκοόλ ως έναν λειτουργικό τρόπο να κατακτήσει κάποιος όλους τους παραπάνω αναπτυξιακούς στόχους.

Το κάπνισμα στους εφήβους είναι μια συμπεριφορά πολυπαραγοντική, η οποία 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 μπορεί 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^{8, 13-14}.

Κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες

ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ 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 κόψουν¹⁶⁻¹⁷. Επιπλέον, το σχετικά χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο έχει συσχετιστεί συστηματικά με αυξημένα επίπεδα καπνίσματος στους εφήβους¹⁸⁻²¹.

— Ο ρόλος του φύλου φαίνεται να διαφοροποιείται από πολιτισμικές μεταβλητές, με τις δυτικές χώρες να επιδεικνύουν έναν μεγαλύτερο παράγοντα κινδύνου στις έφηβες, ενώ στις ανατολικές χώρες αυτό ισχύει για τα αγόρια¹³.

Περιβαλλοντικοί παράγοντες

ΟΙ ΕΠΙΡΡΟΕΣ από το κοινωνικό περιβάλλον αποτελούν έναν από τους πιο σταθερούς και ισχυρούς παράγοντες που ωθούν στον πειραματισμό και την έναρξη του καπνίσματος^{14, 19}. 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.

— **Οικογένεια και κάπνισμα:** Οι γονείς αποτελούν πρότυπα για τη 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, κάτι που με τη σειρά του θα κάνει πιο εύκολη την αποδοχή ενός τσιγάρου, όταν αυτό προσφερθεί²¹. 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 σπίτι²². Επιπλέον, 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 επίδραση²³⁻²⁴. 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.λπ.^{13-14, 21}.

- **Συνομήλικοι:** Το κάπνισμα από τους συνομηλίκους έχει τεκμηριωθεί από πολλές μελέτες ως ένας από τους κυρίαρχους παράγοντες κινδύνου σε ό,τι αφορά τον πειραματισμό, τη συντήρηση αλλά και τις προθέσεις γύρω από το κάπνισμα^{23, 25-26}, ξεπερνώντας σε επιρροή και το πρότυπο του καπνίσματος από τους γονείς¹³⁻¹⁴. Η Taylor και οι συνεργάτες της διαπίστωσαν ότι οι έφηβοι που είχαν έστω έναν σημαντικό για αυτούς συνομήλικο που κάπνιζε εμφάνιζαν 4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να καπνίσουν σε σχέση με όσους δεν είχαν κανέναν σημαντικό συνομήλικο που να καπνίζει²⁷. Επίσης, αξιοσημείωτο στοιχείο είναι η τάση των εφήβων να υπερεκτιμούν το ποσοστό των συνομηλίκων τους που καπνίζουν²⁸.
- **Μάρκετινγκ, διαφήμιση και MME:** Άλλες δυνατές επιρροές αποτελούν η θετική απεικόνιση διασημοτήτων από τον χώρο της τέχνης και της σόουμπιζ που καπνίζουν σε ταινίες, μουσικά βίντεο και στην τηλεόραση²⁹. Αντίστοιχα, αν και οι καπνοβιομηχανίες αρνούνται ότι προωθούν τσιγάρα στους εφήβους, στην ουσία δουλεύουν πολύ εντατικά στη στρατολόγηση νέων ανθρώπων στο κάπνισμα³⁰. 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 ανθρώπους³¹.

Ατομικοί παράγοντες

ΣΕ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ συγκαταλέγονται γνωσιακοί, βιολογικοί και ψυχολογικοί παράγοντες. Για παράδειγμα, σε επίπεδο γνωσιακής επεξεργασίας, πεποιθήσεις ότι η χρήση καπνού έχει θετικές κοινωνικές συνέπειες, ότι είναι σχετικά ασφαλής, καθώς και υπερέτιμηση 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 καπνίσματος³²⁻³³. 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 στρες³⁴⁻³⁶. Σε ό,τι αφορά το βιολογικό υπόστρωμα

της χρήσης καπνού, παρατηρείται 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 εξάρτησης⁹. Η εκδήλωση, όμως, αυτού του γενετικού ρίσκου φαίνεται να αποτελεί αντικείμενο διαμεσολάβησης από μεταβλητές που σχετίζονται με παράγοντες περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς.

Συμπεριφορικοί παράγοντες

ΥΠΑΡΧΕΙ ΥΨΗΛΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ανάμεσα σε ριψοκίνδυνες συμπεριφορές, όπως η σεξουαλική δραστηριότητα, η χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών, η παραβατικότητα, και το κάπνισμα στους εφήβους³⁷⁻³⁸. 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 έπιναν³⁹. Επιπλέον, φαίνεται πως αρκετά συχνά οι χαμηλές σχολικές επιδόσεις συσχετίζονται με το κάπνισμα³⁴, καθώς και άλλες μεταβλητές που έχουν να κάνουν με τις ακαδημαϊκές επιδόσεις, όπως είναι η δέσμευση στο σχολείο και η στοχοθεσία για το ακαδημαϊκό και το επαγγελματικό μέλλον³⁷. Στον αντίποδα, προστατευτικά φαίνεται πως λειτουργεί η ενασχόληση με τον αθλητισμό³⁹.

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Μερικοί χρήσιμοι ορισμοί

ΣΕ ΜΙΑ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ των παρεμβάσεων, το 1994 το Ινστιτούτο της Ιατρικής πρότεινε αρχικά η πρόληψη κατά του καπνίσματος να γίνεται στο πλαίσιο μιας συνεχούς παροχής φροντίδας, που περιλαμβάνει την πρόληψη, τη θεραπεία και τη συντήρηση⁴⁰. Υπό αυτή την έννοια, ως πρόληψη νοείται η παρέμβαση που αρχίζει πριν από την εμφάνιση μιας διαταραχής. Με βάση αυτή την εισήγηση η πρόληψη κατηγοριοποιείται περαιτέρω σε καθολική, επικεντρωμένη και ενδελεχόμενη, οδηγώντας τους περισσότερους επαγγελματίες υγείας να εγκαταλείψουν την τυπολογία που διέκρινε την πρόληψη σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή⁴¹, 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»⁴².

- **Καθολική πρόληψη (Universal prevention):** Οι παρεμβάσεις καθολικής πρόληψης εστιάζουν στον γενικό πληθυσμό με στόχο να αποτρέψουν ή να καθυστερήσουν την έναρξη μιας κατάστασης (π.χ., κάπνισμα, ουσίες κ.λπ.). Ένα παράδειγμα καθολικής πρόληψης 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 πρώιμα σημάδια κινδύνου άλλων προβληματικών συμπεριφορών, όπως, για παράδειγμα, το να βρίσκονται στα αρχικά στάδια μιας συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου. Σε αυτή τη φάση μπορεί να μην πληρούνται ακόμη 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. Συνεπώς, η συμμετοχή ενός ατόμου σε μια ενδεδειγμένη παρέμβαση εξαρτάται από τις ενδείξεις ή συμπεριφορές υψηλού κινδύνου που επιδεικνύει το άτομο, οπότε η παρέμβαση μπορεί να γίνεται και σε ατομικό επίπεδο.

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.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ 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 ενήλικων 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 των 12-25 ετών^{9,43}.

Καθώς οι παρεμβάσεις πρόληψης του καπνίσματος προσπαθούν να ενισχύσουν τους προστατευτικούς και να αποδυναμώσουν τους αιτιολογικούς παράγοντες κίνδυνου που αναφέραμε, 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.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΣΧΕΔΟΝ ΣΑΡΑΝΤΑ ΧΡΟΝΙΑ το σχολικό πλαίσιο έχει αποτελέσει επίκεντρο των προσπαθειών της πρόληψης της καπνιστικής συμπεριφοράς στους νέους.

Το κυριότερο πλεονέκτημα της εφαρμογής προγραμμάτων στον χώρο του σχολείου είναι πως με αυτό τον τρόπο μπορούν να προσεγγιστούν σχεδόν όλα τα παιδιά, μια παιδαγωγική διαδικασία που ταιριάζει σαφέστερα με τον χαρακτήρα του σχολείου⁴⁴. Επιπλέον, τα παιδιά περνούν το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας στο σχολείο αλληλεπιδρώντας μεταξύ τους, οπότε υπό αυτή την έννοια το σχολείο συνιστά ιδανικό χώρο για διάχυση πληροφοριών και εφαρμογή προγραμμάτων που στοχεύουν στην επιρροή των συνομηλίκων⁴⁵.

Διεθνώς τα προγράμματα αυτά υλοποιούνται κυρίως από τους εκπαιδευτικούς των σχολείων, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις ενεργό ρόλο μπορεί να παίξουν και οι ίδιοι οι συνομήλικοι, όπως στην περίπτωση του βρετανικού προγράμματος ASSIST, που βασίζεται στην έννοια της εκπαίδευσης ομοτίμων (peer leader education)⁴⁶.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

Προσεγγίσεις ορθολογιστικές ή βασιζόμενες στο έλλειμμα πληροφοριών (Rational or Information-deficit approaches)

ΑΥΤΕΣ ΟΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ, που ξεκίνησαν να εφαρμόζονται πριν από τα μέσα της δεκαετίας του '70, 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 αποτρεπτικά⁴⁷⁻⁴⁸.

Προσεγγίσεις ψυχοσυναισθηματικές ή ανάπτυξης κοινωνικής επάρκειας (Social competence)

ΤΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ αυτών των παρεμβάσεων βασίζεται στη θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης (Social Learning Theory) του Bandura⁴⁹, 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 (Problem Behaviour Theory) του Jessor⁵⁰, σύμφωνα με την οποία μια προβληματική συμπεριφορά, 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 απώτερες κοινωνικές επιρροές, όπως είναι οι φίλοι, η οικογένεια και οι προσδοκίες για κοινωνικό έλεγχο και υποστήριξη.
3. 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.λπ., ενώ ως συμβατική συμπεριφορά ορίζεται εκείνη που υπακούει στις παραδοσιακές προδιαγραφές και ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της κοινωνίας για σωστή διαγωγή, όπως είναι η

ακαδημαϊκή επιτυχία, η συμμετοχή στις σχολικές δραστηριότητες κ.λπ.

Επομένως, σε καθένα από τα τρία παραπάνω συστήματα περιλαμβάνονται μεταβλητές που είτε υποκινούν την εμφάνιση μιας προβληματικής συμπεριφοράς είτε ελέγχουν και προστατεύουν από την εμπλοκή σε προβληματικές συμπεριφορές.

Η επιρρέπεια κάποιου απέναντι στη χρήση ουσιών αυξάνεται ακόμη περισσότερο όταν κάποιος διαθέτει ανεπαρκείς προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες και χαμηλή αυτοεκτίμηση⁵¹.

Συνεπώς, αυτές οι προσεγγίσεις ξεπερνούν το κομμάτι της πληροφόρησης, καθώς στόχο έχουν μέσω γνωσιακών-συμπεριφορικών τεχνικών να επηρεάσουν πεπεισθήσεις, 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^{44, 48}.

Προσεγγίσεις εστιασμένες στις κοινωνικές επιρροές

ΟΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ αυτές στηρίζουν το περιεχόμενό τους στη θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης του Bandura, στη θεωρία της Πειστικής Επικοινωνίας (Persuasive Communications Theory) του McGuire⁵²⁻⁵³ και στη θεωρία του Ψυχολογικού Εμβολιασμού (Theory Of Psychological Inoculation) του Evans⁵⁴⁻⁵⁵.

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 σημείο 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 τη 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^{44, 48}.

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 καπνίσματος¹⁴.

Προσεγγίσεις συνδυαστικές

ΣΕ ΑΥΤΟ ΤΟΝ ΤΥΠΟ 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

ΜΕΧΡΙ ΠΡΟΣΦΑΤΑ υπήρχε κυρίως η ένδειξη ότι η κουλτούρα του σχολείου έχει κάποιο ρόλο να παίξει στις συνήθειες καπνίσματος των μαθητών, καθώς οι έρευνες που είχαν πραγματοποιηθεί κατέληγαν 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 στόχους⁵⁶⁻⁶¹.

Τα παραπάνω ευρήματα έρχονται σε συμφωνία και με τις συστάσεις του Εθνικού Ινστιτούτου Αριστείας στην Υγεία και στην Περίθαλψη⁶² 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)⁹ το 2012, στις οποίες προτείνεται τα σχολεία 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.λπ.) σε οποιοδήποτε μέρος του

σχολείου κι αν βρίσκονται. Για αυτό τον λόγο χρειάζεται οι κανονισμοί να είναι δημόσιοι και να υπάρχει εύκολη πρόσβαση σε αυτούς.

Προσεγγίσεις πολυεπίπεδες

ΑΥΤΕΣ ΟΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ 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 την αλλαγή της πολιτικής του σχολείου για το κάπνισμα, την 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 ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΠΟΙΚΙΛΙΑΣ των εφαρμοζόμενων προγραμμάτων παρέμβασης, τόσο σε σχέση με τον σχεδιασμό και το θεωρητικό τους πλαίσιο όσο και με το περιεχόμενο και την υλοποίησή τους, η αξιολόγησή τους συνιστά μια μεγάλη πρόκληση. Για τον λόγο αυτό χρειάζεται οι επαγγελματίες πρόληψης, οι χαράσσοντες πολιτική αλλά και οι εκπαιδευτικοί να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων πριν υιοθετήσουν και εφαρμόσουν κάποιο πρόγραμμα.

Πιο συγκεκριμένα, αναφορικά με τις παρεμβάσεις που βασίζονται στην παροχή πληροφοριών, ήδη από τις δεκαετίες του '70 και '80 είχε διαφανεί πως δεν είναι αποτελεσματικές⁶³⁻⁶⁵, καθώς ναι μεν αυξάνουν τις γνώσεις, αλλά δεν επαρκούν για να αλλάξουν τις στάσεις ή τη συμπεριφορά⁴⁷. Επιπλέον, μια βασική αδυναμία των παραπάνω προσεγγίσεων έγκειται στο ότι οι αντιδράσεις των εφήβων διαφέρουν από εκείνες των ενηλίκων ως προς τις μακροπρόθεσμες συνέπειες για την υγεία. Αυτό συμβαίνει γιατί κυρίως η συμπεριφορά των εφήβων είναι εστιασμένη στο παρόν, αλλά και εν μέρει λόγω της τάσης τους να επαναστατούν απέναντι στις συμβουλές των ενηλίκων⁶⁶.

Από τη δεκαετία του '90 και μετά έχουν δημοσιευτεί πολυάριθμες ανασκοπήσεις ερευνών^{44, 48, 67-74} καθώς και μετα-αναλύσεις⁷⁵⁻⁷⁹ που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα των εφαρμοζόμενων παρεμβάσεων για την πρόληψη του καπνίσματος στο σχολικό πλαίσιο. 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.

Όπως κατέδειξε η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των ετών 1985-2007 από την Dobbins και τους συνεργάτες της⁷⁴ πάνω στην αξιολόγηση διαφορετικών τύπων παρεμβάσεων πρόληψης του καπνίσματος στο σχολείο, 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.

Παρ' όλα αυτά, στην παραπάνω έρευνα, αλλά και σε άλλες⁷⁹⁻⁸⁰ που έχουν δημοσιευτεί, επισημαίνεται ότι τα αποτελέσματα αυτά δεν διατηρούνται μακροπρόθεσμα, δηλαδή έως 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 τρία χρόνια είτε στο ότι δεν παρατηρείται η παρέμβαση για μεγαλύτερο διάστημα.

Ο Flay⁷³ 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 μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα.

Μια άλλη πρόσφατη ανασκόπηση των Thomas και των συνεργατών του⁴⁴ 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 αρχικά δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές ως προς το κάπνισμα στον πρώτο χρόνο ανάμεσα στις ομάδες που είχαν συμμετάσχει σε πρόγραμμα και σε εκείνες που δεν είχαν. Σε πιο μακροπρόθεσμες επαναληπτικές μετρήσεις, όμως, το ποσοστό των μαθητών που κάπνιζε 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) διαχρονικά⁸¹.

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 επικοινωνήσουν, 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^{44, 69, 73, 77-78}.

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, ενώ το ίδιο ισχύει για τα προγράμματα που βασίζονται στην ενημέρωση - πληροφόρηση για το κάπνισμα.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΩΝ ΣΧΟΛΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ^{44, 69, 73, 77-78} αναδεικνύεται ότι υπάρχουν κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που καθιστούν κάποια προγράμματα αποτελεσματικά, όπως αυτά φαίνονται και στον παρακάτω πίνακα.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΣΧΟΛΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΕΙΑ

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Διαδραστικές τεχνικές • Κοινωνικές επιρροές • Εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων • Έμφαση στις δεξιότητες αντίστασης και γνωσιακής | <p>επεξεργασίας (κανονιστική εκπαίδευση)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αποδόμηση των μηνυμάτων για το κάπνισμα από τα ΜΜΕ • Τουλάχιστον 15 συναντήσεις |
|---|---|

ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ

ΣΧΟΛΕΙΟ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Εκπαιδευτικοί • Επαγγελματίες Υγείας | <ul style="list-style-type: none"> • Συνομήλικοι |
|---|---|

ΑΛΛΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμογή σε συνδυασμό με μέτρα στην κοινότητα • Μέρος μιας συνολικής προσέγγισης • Προσαρμοσμένα στο | <p>εκπαιδευτικό πρόγραμμα και στις ανάγκες διαφόρων πολιτισμικών ομάδων</p> <ul style="list-style-type: none"> • Χρήση νέων τεχνολογιών και ηλεκτρονικών ΜΜΕ |
|--|---|

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

ΟΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΣΤΙΑΖΟΥΝ 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 εφήβων⁸²⁻⁸⁴. Οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις 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 τον γονεϊκό ρόλο και τη διαχείριση της συμπεριφοράς των παιδιών⁸⁵.

Το θεωρητικό πλαίσιο των περισσότερων παρεμβάσεων βασίζεται στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεωρία, στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης και στην οικογενειακή συστημική θεωρία⁸⁶.

Αναφορικά με την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας, οι ανασκοπήσεις που έχουν πραγματοποιηθεί στη βιβλιογραφία 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 ελέγχου κ.ά.⁸⁵

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΟ ΕΥΡΥΤΕΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Η ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ότι η απόφαση να καπνίσει κάποιος λαμβάνεται σε ένα ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο οδήγησε στην ανάπτυξη και εφαρμογή παρεμβάσεων και εκτός σχολικού πλαισίου, στην ευρεία κοινότητα⁸⁷. Στις παρεμβάσεις στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο θα μπορούσαμε να εντάξουμε πολλαπλές, συντονισμένες δράσεις που υποστηρίζουν τον αγώνα κατά του καπνίσματος. Τέτοιες είναι η εφαρμογή αντικαπνιστικών πολιτι-

κών (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 κι άλλα εξειδικευμένα σχολικά προγράμματα⁴⁸. Άλλωστε, όπως ειπώθηκε 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 μη 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 πρόληψη⁴⁹. 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 κόσμο⁵⁰.

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

ΟΠΩΣ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗΚΕ στις προηγούμενες ενότητες του κεφαλαίου, η έναρξη και η διατήρηση του καπνίσματος είναι ένα φαινόμενο πολυπαραγοντικό. Για αυτό τον λόγο οι προσπάθειες για την πρόληψή του πρέπει να απευθύνονται σε ένα ευρύ πλέγμα αιτιολογικών παραγόντων. Το σχολείο έχει έναν σημαντικότατο ρόλο να διαδραματίσει 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 ευαισθητοποιημένα πάνω στον τρόπο που μπορούν να προάγουν ένα περιβάλλον που να προστατεύει από τη χρήση καπνού.

ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΣΧΟΛΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ, αυτό που φαίνεται ξεκάθαρα είναι ότι πρέπει να ξεκινούν νωρίς, ήδη δηλαδή από το Δημοτικό, και να διατηρούνται μακροπρόθεσμα, ώστε να μπορούν να υποστηρίξουν τους μαθητές στις σημαντικές βιολογικές, κοινωνικές, γνωσιακές και συναισθηματικές αλλαγές που συντελούνται στην εφηβεία. Αρκετές φορές τα ευρήματα των μελετών προκαλούν σύγχυση, αφού οδηγούν σε μεικτά ή αντικρουόμενα συμπεράσματα ως προς την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης. Εντούτοις, υπάρχουν σήμερα τεκμηριωμένες έρευνες που παρέχουν ένα σύνολο κατευθυντήριων γραμμών πάνω στις οποίες μπορούν να βασιστούν οι εκπαιδευτικοί για να αναγνωρίσουν τα προγράμματα-παρεμβάσεις που είναι πραγματικά χρήσιμα. Σε ό,τι αφορά την εφαρμογή προγραμμάτων, αυτό που πρέπει να υπογραμμιστεί είναι η σημασία τού να μένει κανείς πιστός στη μεθοδολογία ενός τεκμηριωμένου προγράμματος, καθώς μόνο με αυτό τον τρόπο μπορεί να διασφαλιστεί η ποιότητα και η αποτελεσματικότητά του.

ΤΕΛΟΣ, ΓΙΑ ΝΑ ΥΠΑΡΞΕΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ, της επικράτησης αλλά και της έντασης του καπνίσματος στους εφήβους και στους νέους, δεν αρκούν μεμονωμένες προσεγγίσεις. Είναι αναγκαίο να υπάρξουν συντονισμένες, πολυσύνθετες παρεμβάσεις, που να συνδυάζουν σχολικά προγράμματα, παρεμβάσεις στους γονείς, προγράμματα διακοπής καπνίσματος, καμπάνιες στα ΜΜΕ, εφαρμογή της νομοθεσίας για το κάπνισμα, αύξηση της φορολόγησης στην τιμή του καπνού, ξεκάθαρες

πολιτικές του σχολείου για το κάπνισμα, μαζί με αλλαγές σε κοινοτικό και εθνικό επίπεδο. Μόνον έτσι θα μπορέσουμε, ως σύγχρονες κοινωνίες, να δημιουργήσουμε μελλοντικές γενιές απαλλαγμένες από το κάπνισμα. ■

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

11

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ
ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ
ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ
ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ
ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ**

ΑΡΧΟΝΤΟΥΛΑ ΑΛΕΞΑΚΗ-ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ

*Κοινωνική Λειτουργός - Οικογενειακή Θεραπεύτρια,
Επιστημονικό Στέλεχος στο Κέντρο Πρόληψης των
Εξαρτήσεων & Προαγωγής Ψυχοκοινωνικής Υγείας
«Προνόη», Δήμος Κηφισιάς - ΟΚΑΝΑ*

Λαμβάνοντας 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 τάση περαιτέρω μείωσης–, γίνεται επιτακτική η ανάγκη για εφαρμογή προληπτικών παρεμβάσεων από το δημοτικό σχολείο. Η συγκεκριμένη περίοδος θεωρείται η πλέον πρόσφορη για την πρόληψη του καπνίσματος, καθώς το παιδί δεν έχει ακόμη ξεκάθαρα διαμορφωμένες απόψεις και στάσεις απέναντι στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Μάλιστα, σε αυτή την ηλικία διαμορφώνει τις σχετικές απόψεις από την πληροφόρηση που αντλεί από το σχολείο και την οικογένεια, σε αντίθεση με ό,τι συμβαίνει στην εφηβεία. Επιπλέον, έρευνες αποτελεσματικότητας της προαγωγής υγείας στα σχολεία δείχνουν ότι η παροχή πληροφοριών φαίνεται ότι είναι αποτελεσματική κυρίως στο Δημοτικό¹.

Επίσης, σύμφωνα με τη θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης, η αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του παίζει καταλυτικό ρόλο στην ανάπτυξη προθέσεων και προσδοκιών και εντέλει στη συμπεριφορά ενός ατόμου². Στην περίπτωση της ουσιοεξάρτησης φαίνεται πως πρόκειται για φαινόμενο με πολυπαραγοντική αιτιολογία. Και εμείς ως εκπαιδευτικοί καλούμαστε να παρέμβουμε ακριβώς πάνω σε αυτούς τους παράγοντες. Στη συγκεκριμένη παρέμβαση, λοιπόν, πέρα από την πληροφόρηση, προσπαθούμε να δουλέψουμε μαζί με τα παιδιά για να κατανοήσουμε ορισμένους από τους λόγους για τους οποίους οι άνθρωποι καπνίζουν, όπως είναι η διαχείριση συγκρούσεων, η πίεση των συνομηλίκων και η διαφήμιση³. Συγκεκριμένα, για τη διαφήμιση αξίζει να αναφέρουμε μια ανασκόπηση βιβλιογραφίας που πραγματοποιήθηκε 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 κάπνισμα⁴.

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 ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Να κατανοήσουν οι μαθητές την έννοια της εξάρτησης που προκαλεί το τσιγάρο.

Να πληροφορηθούν σχετικά με τις βλάβες που προκαλεί το κάπνισμα στον οργανισμό.

Να καταλάβουν γιατί μερικοί άνθρωποι καπνίζουν, αν και γνωρίζουν τις βλάβες που προκαλεί στον οργανισμό το τσιγάρο.

Να ενημερωθούν με την παροχή έγκυρων πληροφοριών για τις χημικές ουσίες που εμπεριέχονται στο τσιγάρο.

Να αναγνωρίσουν τη δύναμη της διαφήμισης και να μάθουν να ανακαλύπτουν τα κρυμμένα μηνύματά της.

Να κινητοποιηθούν προκειμένου να αναλάβουν προσωπική ευθύνη για την προστασία του εαυτού τους, όταν βρεθούν αντιμέτωποι με την πρόκληση του τσιγάρου στην πίεση της παρέας και των φίλων.



ΥΛΙΚΟΤΕΧΝΙΚΑ ΜΕΣΑ - ΔΙΑΤΑΞΗ ΧΩΡΟΥ ΤΑΞΗΣ

Σκίτσα	Μαρκαδόροι
Διαφήμιση	Καρτελάκια με βλάβες
Διαδραστικός πίνακας	Φωτοτυπίες ασκήσεων της παρέμβασης
Κόλλες Α4	Πείραμα με τσιγάρο

Οι μαθητές κάθονται σε κύκλο.



ΠΡΟΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

2 διδακτικές ώρες (90')



ΕΙΚΟΝΑ 1:
Απεικόνιση της εξάρτησης
του ανθρώπου από το τσιγάρο

ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Έναρξη - Εισαγωγή: ⌚ 5'

ΚΑΛΩΣΟΡΙΖΟΥΜΕ ΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ και τους λέμε δυο λόγια σχετικά με τους στόχους της συνάντησής μας, τη χρονική διάρκεια και τον τρόπο δι-εξαγωγής 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. Θα μιλήσουμε για τις βλάβες που προκαλεί στον οργανισμό, τους λόγους που κάποιος άνθρωπος καπνίζει, τις χημικές ουσίες που εμπεριέχει 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 βι-ωματικά, ομαδικά και γι' αυτό καθόμαστε και σε κύκλο. Μπορεί να εκφρά-σει τη γνώμη του ή την απορία του όποιος επιθυμεί σηκώνοντας το χέρι του. Είναι σημαντικό να σεβόμαστε την άποψη και την προσωπικότητα του άλ-λου. Η συνάντησή μας θα διαρκέσει 2 διδακτικές ώρες, χωρίς διάλειμμα».

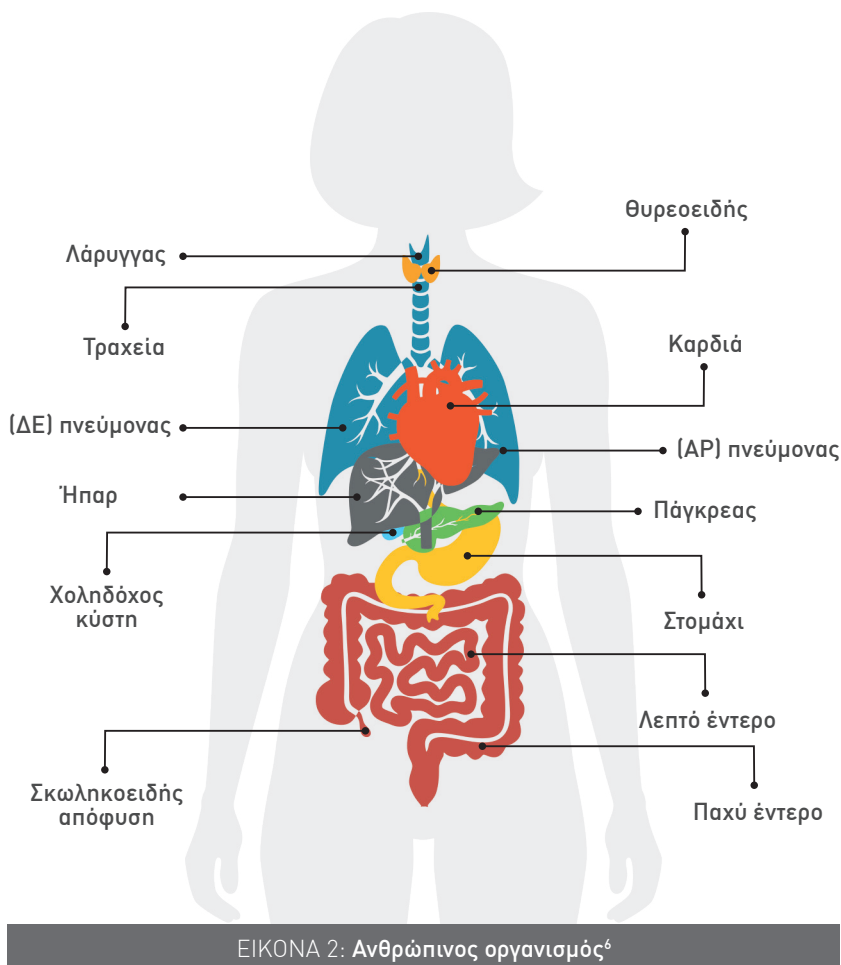
Ονόματα και χρώματα: ⌚ 5'

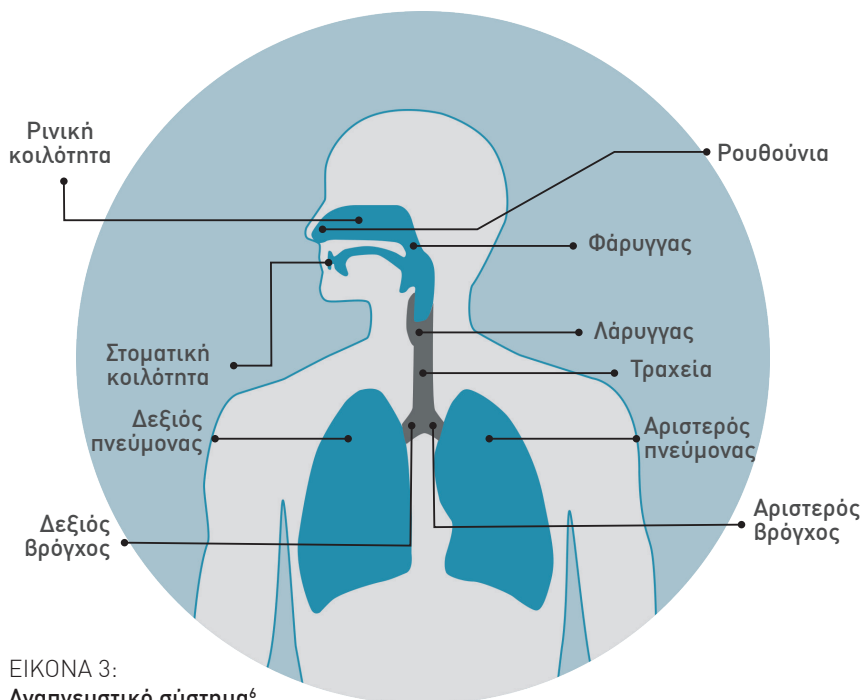
Ειδικοί στόχοι δραστηριότητας

- Να μάθουν οι μαθητές 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 το όνομά του και το αγαπημένο του χρώμα (συμμετέχει και ο εκπαιδευτικός)⁵.





ΕΙΚΟΝΑ 3:
Αναπνευστικό σύστημα⁶

Έννοια της εξάρτησης: ⌚ 10'

Ειδικοί στόχοι δραστηριότητας

— Να προσπαθήσουν οι μαθητές να κατανοήσουν την έννοια της εξάρτησης από το κάπνισμα.

Περιγραφή δραστηριότητας

Ξεκινάμε ρωτώντας τους μαθητές να μας πουν τι 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.

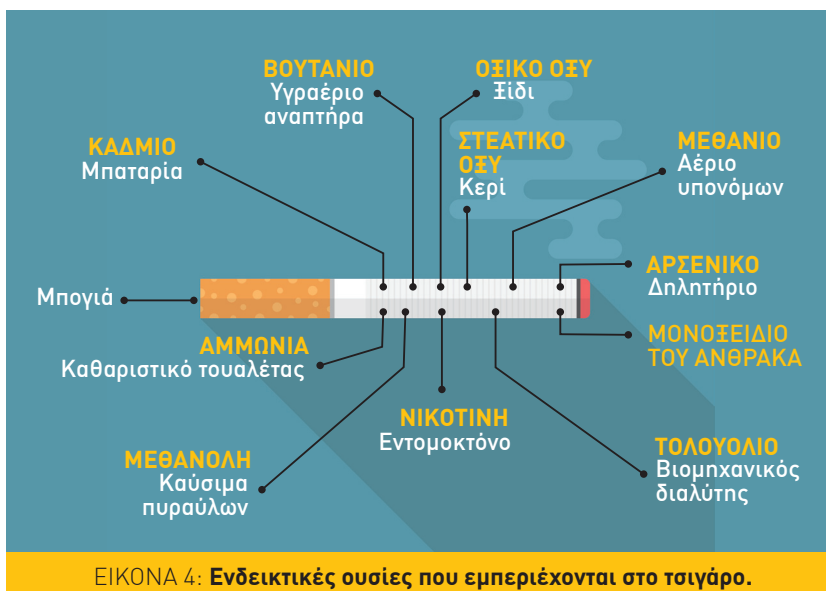
Ορισμός εξάρτησης

«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 (πόννοι 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, τη χρησιμοποιούμε και δυσκολευόμαστε να λειτουργήσουμε στη ζωή μας φυσιολογικά χωρίς αυτήν⁵.

ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ: Βλάβες από το τσιγάρο

ΟΡΓΑΝΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ
Εγκέφαλος	Εγκεφαλικά επεισόδια
Λάρυγγας	Καρκίνος του λάρυγγα
Πνεύμονες	Καρκίνος του πνεύμονα, βρογχίτιδα, εμφύσημα, άσθμα
Καρδιά	Καρδιακές παθήσεις, θρομβώσεις
Χέρια	Κίτρινα δάχτυλα
Γλώσσα	Καρκίνος της γλώσσας
Δόντια	Κίτρινα δόντια
Στόμα	Δυσάρεστη αναπνοή



Βλάβες από τη χρήση του τσιγάρου: ⌚ 15'

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 πληροφορηθούν οι μαθητές για το τι προκαλεί στον οργανισμό ενός ενήλικα η χρήση του τσιγάρου. Για αυτό τον λόγο δείχνουμε στους μαθητές τον ανθρώπινο οργανισμό στον διαδραστικό πίνακα, όπου φαίνονται τα όργανα (εγκέφαλος, καρδιά, πνεύμονες, φάρυγγας, γλώσσα, δόντια, χέρια, στόμα). Στη συνέχεια μοιράζουμε στους μαθητές από ένα καρτελάκι με γραμμένη μία βλάβη που προκαλεί το τσιγάρο στον οργανισμό.

ΒΛΑΒΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| • ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ | • ΕΜΦΥΣΗΜΑ |
| • ΚΙΤΡΙΝΑ ΔΑΧΤΥΛΑ | • ΑΣΘΜΑ |
| • ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΟΝ ΛΑΡΥΓΓΑ | • ΒΡΟΓΧΙΤΙΔΑ |
| • ΔΥΣΑΡΕΣΤΗ ΑΝΑΠΝΟΗ | • ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ |
| • ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ | • ΘΡΟΜΒΩΣΕΙΣ |

Οδηγίες

Κόβουμε τα καρτελάκια με τις βλάβες και μαζί με τους μαθητές τα τοποθετούμε στο αντίστοιχο όργανο του σώματος όπου 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 ζητάμε από δύο μαθητές να περιγράψουν τον ανθρώπινο οργανισμό και να διαβάσουν τα όργανά του. Έπειτα προτρέπουμε τους μαθητές που έχουν τα καρτελάκια να διαβάσει ο καθένας τη βλάβη που αναγράφεται και να την τοποθετήσει σε όποιο όργανο του σώματος προκαλείται η βλάβη αυτή.

Πείραμα με τσιγάρο⁵: ⌚ 20'

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 ξεβαφτικό 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.
- **Μονοξειδίο του άνθρακα:** Ισχυρό δηλητήριο - καυσαέριο αυτοκινήτων.
- **Νικοτίνη:** Χρησιμοποιείται σε φυτοφάρμακα ή εντομοπαγίδες.
- **Πίσσα:** Χρησιμοποιείται στα οικοδομικά υλικά και τα οδοστρώματα.
- **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 σκουπιδιών⁶.

Στη συνέχεια ρωτάμε τους μαθητές «Ποια πιστεύουν ότι είναι η πιο εξαρτησιογόνος χημική ουσία απ' όλες;».

Απάντηση:

- Η νικοτίνη είναι μια εξαιρετικά βλαβερή χημική ουσία, γιατί εμποδίζει τους ανθρώπους 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 αν εσύ θέλεις να σταματήσεις.
- Οι άνθρωποι που καπνίζουν είναι εξαρτημένοι από τη νικοτίνη χωρίς να το συνειδητοποιούν.

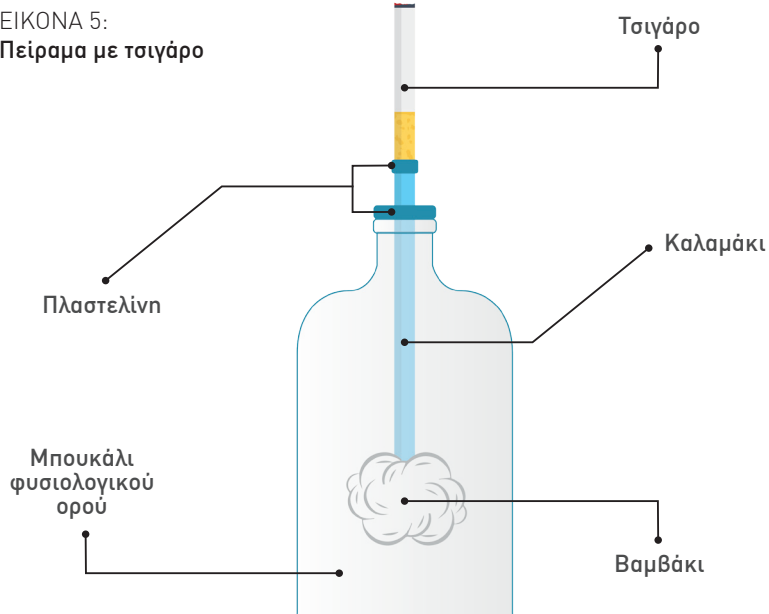
Συνεχίζουμε με ένα πείραμα, ώστε να δούμε τι συμβαίνει στα πνεύμονα όταν κάποιος καπνίσει ένα τσιγάρο.

Στο μυαλό μας έχουμε τα εξής:

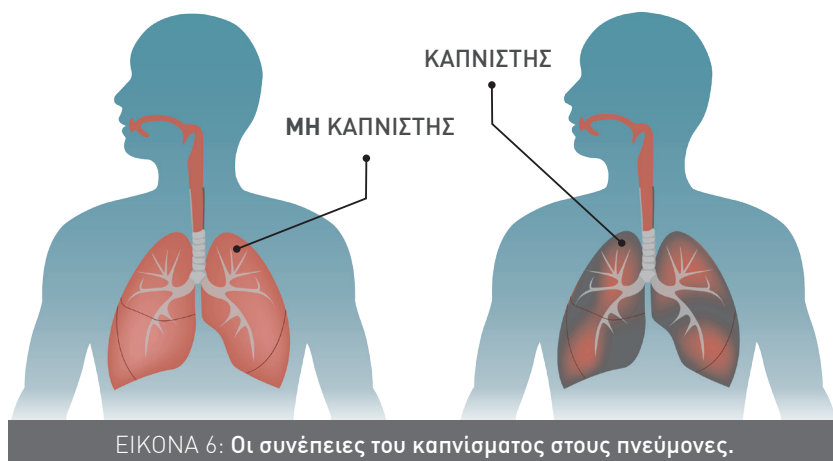
- **Νικοτίνη:** Εξαρτησιογόνος ουσία, που έχει χρώμα κίτρινο - καφέ.
- **Πίσσα:** Προκαλεί καρκίνο και έχει χρώμα καφέ - μαύρο.

Για να κάνουμε το πείραμα με το τσιγάρο (Εικόνα 5), χρησιμοποιούμε ένα άδαιο 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. Έπειτα ανάβουμε το τσιγάρο και συγχρόνως πιέζουμε μερικές φορές το μπουκάλι, ώστε να γίνει τεχνητά η διαδικασία του καπνίσματος. Παροτρύνουμε τα παιδιά να συμμετάσχουν 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 πνεύμόνά μας από το κάπνισμα ενός τσιγάρου. Ακόμη, τους δείχνουμε το φίλτρο του τσιγάρου το οποίο έχει χρωματιστεί από τις ουσίες και εξηγούμε ότι, παρόλο που φαίνεται να έχει συγκρατήσει το σύνολο της ποσότητας, εντούτοις μια ποσότητα έχει περάσει στον πνεύμονα⁵.

ΕΙΚΟΝΑ 5:
Πείραμα με τσιγάρο



Σημείωση: Αν υπάρχουν μαθητές με αναπνευστικά προβλήματα ή αλλεργίες, καλό είναι να μη συμμετάσχουν στο πείραμα. Επίσης, συστήνουμε το πείραμα να υλοποιηθεί σε ανοιχτό χώρο ή με ανοιχτό παράθυρο, προκειμένου να μην έρθουν σε επαφή με τον καπνό οι μαθητές. Για το κλείσιμο αυτής της δραστηριότητας τους δείχνουμε στον διαδραστικό πίνακα την εικόνα με τους πνεύμονες του καπνιστή και του μη καπνιστή (Εικόνα 6).



ΕΙΚΟΝΑ 6: Οι συνέπειες του καπνίσματος στους πνεύμονες.

Αίτια έναρξης της χρήσης του τσιγάρου: ⌚ 10'

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 τσιγάρο. Το κάθε ζευγάρι μάς παρουσιάζει τα όσα συζητήσε. 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

Επιμένουμε περισσότερο στην επιρροή της παρέας και τη διαφήμιση.

Κάπνισμα και λήψη αποφάσεων: ⌚ 10'

Ειδικοί στόχοι δραστηριότητας

- Να αναγνωρίσουν και να επισημάνουν οι μαθητές την επιρροή των φίλων στις επιλογές και τις αποφάσεις τους.
- Να κινητοποιηθούν προκειμένου να αναλάβουν προσωπική ευθύνη για την προστασία του εαυτού τους, όταν βρεθούν αντιμέτωποι με την πρόκληση του τσιγάρου στην πίεση της παρέας και των φίλων.

Περιγραφή δραστηριότητας

Ξεκινάμε διαβάζοντας στους μαθητές την ιστορία της Μαρίας, που πάει στην έκτη τάξη.



Η Μαρία δεν έχει καπνίσει ποτέ της. Την περασμένη εβδομάδα, η Μαρία επέστρεψε στο σπίτι μετά το σχολείο με τη μεγαλύτερη αδελφή της, την Ελένη, και τις φίλες της αδελφής της. Οι φίλες της Ελένης άναψαν δύο τσι-

γάρα 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 δεν θα μάθαινε ότι κάπνισε. Τι θα κάνει τελικά η Μαρία;.



Στην ιστορία αυτή δίνεται έμφαση στην επιρροή και στην πίεση που μπορεί να ασκήσουν η παρέα και οι φίλοι. Συζητάμε το θέμα αυτό μέσα από τις παρακάτω ερωτήσεις:

- Πώς πιστεύετε ότι ένωσε 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 αυτή την περίπτωση που πιέζεται να καπνίσει; Για να δοκιμάσουμε να πούμε «όχι».
- Ποια συναισθήματα σας δημιούργησε αυτή η κατάσταση;
- Μπορείτε να πάρετε τη σωστή απόφαση για το κάπνισμα⁶;

Διαφήμιση του τσιγάρου: ⌚ 10'

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 δύναμη της διαφήμισης και την αλήθεια πίσω από αυτήν.

Περιγραφή δραστηριότητας

Παραθέτουμε ως παράδειγμα μια έμμεση διαφήμιση τσιγάρου που προβάλλει τη μαγκιά. Αρχικά δείχνουμε στον διαδραστικό πίνακα τη διαφήμιση με το τσιγάρο. Ζητάμε από τους μαθητές να την περιγράψουν, δηλαδή να περιγράψουν το άτομο (τι φοράει, πώς στέκεται, τι έκφραση έχει το πρόσωπό του), να εντοπίσουν τον χώρο που βρίσκεται 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 κι 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.
- Δεν χρειάζεται να κάνεις «ακροβατικά» για να αποδείξεις 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;

- Το τσιγάρο δεν είναι απλά ένα εμπορικό προϊόν, αλλά μια εξάρτηση.
- Κάθε χρόνο μόνο στην Ελλάδα στόχος είναι να προστίθενται 50.000 νέοι καπνιστές, προκειμένου να συντηρείται το καπνεμπόριο.
- Έστω ότι καπνίζουν ένα πακέτο τσιγάρα καθημερινά, δηλαδή πληρώνει ο καθένας από αυτούς περίπου 4,5€. Όλοι μαζί δίνουν 225.000€ ημερησίως, ενώ το ετήσιο κόστος φτάνει στα 82.125.000€.

ΚΛΕΙΣΙΜΟ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗΣ

ΚΛΕΙΝΟΥΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΜΑΣ με τον κάθε μαθητή αλλά και τον εκπαιδευτικό να αναφέρουν «κάτι που έμαθαν από τη σημερινή μας συνάντηση». ■

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

12

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ
ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ
ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ
ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ
ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ΚΑΙ ΛΥΚΕΙΟΥ**

ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΑΛΕΞΑΚΗ

*Κοινωνική Λειτουργός, Ψυχοθεραπεύτρια - Σύμβουλος
Εξαρτήσεων Νέων, Επιστημονικό Στέλεχος στο
Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων & Προαγωγής της
Ψυχοκοινωνικής Υγείας «Προνόη», Δήμος Κηφισιάς
- ΟΚΑΝΑ*

Στα προηγούμενα κεφάλαια του εγχειριδίου παρουσιάστηκαν 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 τη θεωρητική σας κατάρτιση («Σύγχρονες πρακτικές και προσεγγίσεις στην πρόληψη του καπνίσματος στη σχολική κοινότητα», «Συχνές ερωτήσεις των μαθητών και απαντήσεις για την πρόληψη του καπνίσματος» και «Συμβουλευτική γονέων για την 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 το πρόγραμμα σε μια βραχεία παρέμβαση διάρκειας μιάμισης ώρας, μέχρι και σε εβδομαδιαία βάση από μιάμιση ώρα σε κάθε συνάντηση.

Στην παρούσα φάση πιθανόν να μας γεννάται το ερώτημα: «Κατά πόσο μπορεί μια βραχεία 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 μαθητών¹.

Θα θέλαμε να επισημάνουμε, πριν από την έναρξη υλοποίησης της παρέμβασης, την ανάγκη για αλλαγή στη διάταξη της σχολικής αίθουσας σε περίπτωση που δεν διευκολύνει την εργασία σε ομάδες. Ιδανική διάταξη 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 αλ-

ληλεπίδραση μεταξύ τους, με αποτέλεσμα η καλύτερη δυνατή διάταξη να προσφέρει και τις μέγιστες δυνατές γνώσεις και αποτύπωση στη βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη μνήμη τους².

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, 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 νέο άτομο στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών είναι:

- Η επιρροή των προτύπων (MME, lifestyle) και ειδικότερα όσον αφορά τους 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 τριάντα μαθητές περίπου, 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 προσπαθήσει 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

Σας ευχόμαστε καλή επιτυχία στην υλοποίηση της παρέμβασης!



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 είναι εξάρτηση.

Να απομυθοποιήσει τους λόγους για τους οποίους οι άνθρωποι καπνίζουν, μολονότι γνωρίζουν τις βλαβερές επιδράσεις του καπνίσματος.



ΥΛΙΚΟΤΕΧΝΙΚΑ ΜΕΣΑ - ΔΙΑΤΑΞΗ ΧΩΡΟΥ ΤΑΞΗΣ

Διαδραστικός πίνακας

Φωτοτυπίες των ασκήσεων της παρέμβασης

Οι μαθητές κάθονται σε διάταξη σχήματος «Π»



ΠΡΟΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟΣ ΧΡΟΝΟΣ

ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

2 διδακτικές ώρες (90')

Η ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Έναρξη - Εισαγωγή: ⌚ 5'

ΚΑΛΩΣΟΡΙΖΟΥΜΕ ΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ και τους λέμε δυο λόγια σχετικά με τους στόχους της συνάντησης. Ειδικότερα, θα μπορούσαμε να τους αναφέρουμε 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 δύο διδακτικές ώρες, χωρίς διάλειμμα. Θα υπάρξει, όμως, εσωτερικό διάλειμμα με παιχνίδια στα οποία θα συμμετάσχουμε. 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 σε κάποιες δραστηριότητες, όπως είναι τα αθλήματα, αλλά ακόμα κι άλλα τα οποία απαιτούν τη συγκέντρωσή μας (π.χ., σκάκι, διαδραστικά παιχνίδια στρατηγικής στον υπολογιστή κ.ά.), μειώνεται η απόδοση, 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 άσκηση³.

1η ΑΣΚΗΣΗ

Προβολή διαφανειών - συζήτηση: ⌚ 30'

«ΘΑ ΔΟΥΜΕ ΚΑΠΟΙΕΣ ΔΙΑΦΑΝΕΙΕΣ στον διαδραστικό πίνακα και θα προσπαθήσουμε να απαντήσουμε σε όλες. Θα προσπαθήσουμε να πάρουν όλοι τον 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, με την ενέργεια και τη ζωηράδα τους, μπορεί 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 τι 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 λιγότεροι νέοι και νέες της ηλικίας σας καπνίζουν; ►

ΚΑΡΤΕΛΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ (ΣΥΝΕΧΕΙΑ)

8. Θεωρείτε ότι η διακοπή του τσιγάρου είναι εύκολη υπόθεση;
9. Γνωρίζετε πού μπορώ να απευθυνθώ εάν θέλω να σταματήσω το κάπνισμα;
10. Η χρήση δύο-τριών τσιγάρων καθημερινά μπορεί να έχει βλαβερές συνέπειες στην υγεία μου;
11. Εάν είμαι παθητικός καπνιστής, υπόκειμαι σε βλαβερές συνέπειες για την υγεία μου;
12. Η διαφήμιση του τσιγάρου επιτρέπεται;
13. 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 όμως τα καταφέρνουν ελάχιστα. Μόνοι 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 με τις παραπάνω ουσίες στο διεθνές σύστημα κατάταξης νοσημάτων ICD-10.

Ε: «Γνωρίζετε τι 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 των βιολογικών του ανα-

γκών, 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 στέρησης που διεγείρεται, όταν 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, προκαλώντας 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.)⁴.



ΕΙΚΟΝΑ 1: Οι οδοί του εθισμού

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 οπτικό 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 γνωρίζουμε (βλ. κεφάλαιο «Κάπνισμα και επιπτώσεις στην υγεία», Πίνακα 1).

Γνωρίζετε, όμως, ότι στο τσιγάρο εμπεριέχονται και διάφορες ουσίες που στόχο έχουν να αυξάνουν την εθιστική δράση του μέσω της γεύσης ή των οσφρηστικών ερεθισμάτων, όπως, π.χ., μέντα, κακάο, γλυκόριζα κ.ά⁵;

Ε: «Γνωρίζετε ποιες είναι οι άμεσες (βραχυπρόθεσμες) συνέπειες του καπνίσματος;»

Α: Μυρίζουν τα μαλλιά μας. / Μυρίζουν τα ρούχα μας. / Μυρίζει η αναπνοή μας. / Κιτρινίζουν 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, άσθμα, χρόνια βρογχίτιδα. / Αλλεργίες. / Μείωση των αντοχών και της φυσικής άμυνας του οργανισμού. / Προβλήματα υπογονιμότητας (συστήνεται, μάλιστα, στα ζευγάρια που πρόκειται να μπουν στη 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 τον θάνατο⁶. / Κάθε τσιγάρο που καπνίζουμε αφαιρεί 11 λεπτά από τη ζωή μας.

Ε: «Γνωρίζετε ποιες είναι οι διάφορες μορφές χρήσης προϊόντων καπνού;»

Α: Τσιγάρα, πίπες, ναργιλές, 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.

Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι δεν υπάρχει κάποια διεθνώς τεκμηριωμένη έρευνα που να κατατάσσει τα καπνικά προϊόντα σε λιγότερο ή περισσότερο βλαβερά για την υγεία μας. Όλα μας βλάπτουν!

Ε: «Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι ή λιγότεροι νέοι και νέες της ηλικίας σας καπνίζουν;»

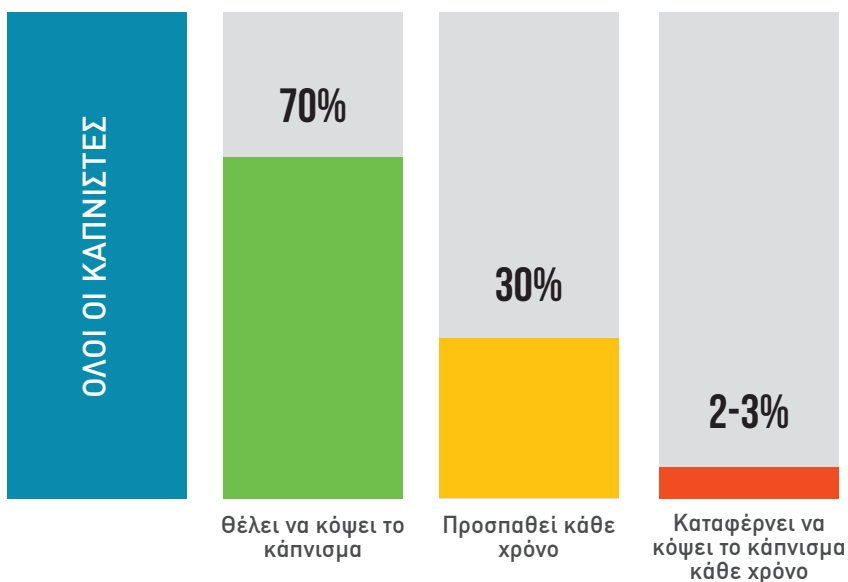
Α: Η αλήθεια είναι ότι μας έχουν περάσει την εντύπωση μέσω των μουσικών βιντεοκλίπ, των ταινιών, των τηλεοπτικών σειρών και γενικότερα των προτύπων lifestyle που προβάλλονται πως οι περισσότεροι νέοι και νέες της ηλικίας σας καπνίζουν. Σκεφτείτε τον λόγο που μας επιβάλλουν αυτή την άποψη. Μήπως επειδή 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 μία 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 πληρηθούμε στην ιστοσελίδα του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά στη χώρα μας (www.ektepn.gr), όπου θα έχουμε τη δυνατότητα να ενημερωθούμε σωστά. Κρατάμε στο μυαλό μας ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό μαθητών καπνίζει, δηλαδή γύρω στο 10%. Για παράδειγμα, ένας στους δέκα μαθητές ηλικίας 15-18 ετών είναι συστηματικός καπνιστής στη χώρα μας, σύμφωνα με έρευνα για τον μαθητικό πληθυσμό που πραγματοποιήθηκε από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Η έρευνα υλοποιείται κάθε τέσσερα χρόνια και διεξάγεται στο πλαίσιο του διεθνούς προγράμματος Health Behaviour in

School - Aged Children (HBSC, www.hbsc.org) υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας¹¹.

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 από τη νικοτίνη και λόγω του ότι το κάπνισμα έχει συνδυαστεί με την 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).



● Bridgwood et. al. General Household Survey 1998 ● West, Getting serious about stopping smoking 1997 ● Amsten, Prim Psychiatry 1996

ΕΙΚΟΝΑ 2: Η δύναμη του εθισμού

Ε: «Γνωρίζετε πού μπορώ να απευθυνθώ εάν θέλω να σταματήσω το κάπνισμα;»

Α: Μπορώ να απευθυνθώ στα συνολικά 75 Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών που υπάρχουν σε όλη την Ελλάδα, καλώντας στο τηλεφωνικό νούμερο **1031**, καθώς και σε όλα τα μεγάλα δημόσια νοσοκομεία.

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 τριτογενές παθητικό κάπνισμα που αναφέρεται στον καπνό που επικάθεται επάνω στα ρούχα μας, στους τοίχους, στα έπιπλα και γενικότερα στον 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 Ε.Ε. 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 τη Smoke Free Partnership, ένα φόρουμ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου το οποίο ερευνά θέματα που σχετίζονται με τον καρκίνο και την καρδιά⁷.

Όπως έχει αποκαλύψει πρόσφατη έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η έκθεση των μη καπνιστών στο παθητικό κάπνισμα προκαλεί 890.000 θανάτους ετησίως. Το 1/3 των θανάτων αυτών είναι παιδιά, ενώ ιδιαίτερα ευάλωτη κατηγορία είναι οι γυναίκες⁸.

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 Τμήμα-

τος Φυσικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, η οποία δημοσιεύεται στον διαδικτυακό τόπο του επιστημονικού εντύπου *Science of the Total Environment*, οι συγκεντρώσεις μικροσωματιδίων στον αέρα των «κέντρων υγειονομικού ενδιαφέροντος» είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες και γίνονται ακόμη πιο επικίνδυνες λόγω του χορού και της συχνής μετακίνησης των θαμώνων, διότι έτσι οι επικίνδυνοι ρύποι επαναεισφέρονται. Ο δε αντικαπνιστικός νόμος αφενός αφήνει πολλά «παράθυρα», για να εισέρχεται ο καπνός εντός των κέντρων, και αφετέρου δεν περιφρουρείται στην εφαρμογή του⁹⁻¹⁰.

Ε: «Η διαφήμιση του τσιγάρου επιτρέπεται;»

Α: Όχι, πλέον. Επιτρέπεται μόνο στον εσωτερικό χώρο πώλησής τους (και όχι, όπως γίνεται, στον εξωτερικό χώρο πώλησης των περιπτέρων), ενώ σε καμία περίπτωση δεν επιτρέπεται η πώλησή τους σε ανηλίκους.

Ε: «Οι καπνιστές μπορούν να καπνίζουν ελεύθερα, όπου θέλουν;»

Α: Όχι, βέβαια. Απαγορεύεται σε κλειστούς χώρους όπου είναι ανήλικοι, σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους, δυστυχώς, όμως, στους χώρους εργασίας δεν τηρείται. Ποιος έχει άραγε ευθύνη; Αναμφίβολα ο κάθηνος 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.

Ε: «Έχετε αναλογιστεί για ποιους λόγους οι άνθρωποι καπνίζουν;»

Α: Ξεκίνησαν το κάπνισμα για τυχαίους λόγους στην παιδική και εφηβική ηλικία τους και εξακολουθούν να καπνίζουν επειδή δεν μπορούν να το κόψουν. Σήμερα, η ανθρωπότητα καταβάλλει τεράστιες προσπάθειες, για να σταματήσει την εξάρτηση από το κάπνισμα.

Επισήμανση: Εναλλακτικά μπορείτε να έχετε χωρίσει την τάξη σε υποομάδες, π.χ., εάν είναι είκοσι μαθητές σε τέσσερις υποομάδες, και να τους μοιράσετε από τρία- τέσσερα ερωτήματα στην καθεμία για να τα επεξεργαστείτε. Τους δίνετε 5 λεπτά για αυτή τη δραστηριότητα. Στη συνέχεια, συζητάτε τα ερωτήματα ένα ένα με τη σειρά που τα έχουμε αριθμήσει. Η συγκεκριμένη διαδικασία δίνει έναν περισσότερο βιωματικό τρόπο επεξεργασίας στη δραστηριότητα.

2η ΑΣΚΗΣΗ

Προβολή Βίντεο - συζήτηση: ⌚ 15'

«ΘΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΟΥΜΕ ένα σύντομο βίντεο όλοι μαζί αναφορικά με τις βλάβες που προκαλεί το τσιγάρο στους πνεύμονες.

Το βίντεο μπορείτε να το βρείτε απευθείας στο YouTube, στον σύνδεσμο <https://www.youtube.com/watch?v=KuBzsmxqxeU>¹². Διάρκει ενάμισι λεπτό και θα έχετε τη δυνατότητα να δείτε τι συμβαίνει στον οργανισμό μας όταν καπνίζουμε 400 τσιγάρα. Δηλαδή, την ποσότητα που καταναλώνει ένας μέσος καπνιστής σε 20 ημέρες!».

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 τύχει 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: ⌚ 20'

ΖΗΤΑΜΕ ΑΠΟ ΤΡΕΙΣ ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ ΜΑΘΗΤΕΣ να μας βοηθήσουν σε ένα παιχνίδι ρόλων χωρίς να τους αναφέρουμε λεπτομέρειες. Τους διευκρινίζουμε, ωστόσο, ότι θα φροντίσουμε να μην έρθει κανείς σε δύσκολη θέση. Από τους μαθητές που δεν θα συμμετάσχουν στο θεατρικό ζητάμε να σεβαστούν τους πρωταγωνιστές.

Παίρνουμε ιδιαίτερως τους πρωταγωνιστές και τους δίνουμε να δραματοποιήσουν την παρακάτω ιστορία:



Η Αγγελική δεν έχει καπνίσει ποτέ της. Την περασμένη εβδομάδα η Αγγελική επέστρεψε σπίτι μετά το σχολείο με τη μεγαλύτερη αδελφή της, την Κάτια, και τις φίλες της αδελφής 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 δεν 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 δύο λεπτά να προετοιμαστούν, καθώς και τη σαφή οδηγία να δώσουν επιχειρήματα αντίστασης στην Αγγελική να καπνίσει. Το δραματοποιούν για δύο λεπτά και, όταν τελειώσουν, ζητάμε από την τάξη να χειροκροτήσει τους πρωταγωνιστές και τους αποσυμπιέζουμε αποκαλώντας τους και ευχαριστώντας τους κι εμείς προσωπικά με το αληθινό τους όνομα.

Ακολουθεί συζήτηση.

Ε: «Πώς πιστεύετε ότι 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 «άτολμη».
- Φοβάται γιατί ξέρει ότι, μόλις βάλει το τσιγάρο στο στόμα της, θα της φέρει βήχα, ζαλάδα και εμετό.

Ε: «Με ποιο τρόπο οι φίλες της Κάτιας πιέζουν την Αγγελική να καπνίσει;»

Α: Οι πιθανές απαντήσεις μπορεί να είναι:

- Οι φίλες της Κάτιας την πιέζουν λέγοντάς της πως το κάπνισμα είναι κάτι που κάνουν όλοι οι άνθρωποι μεγαλώνοντας.
- Την πιέζουν λέγοντάς της πως, αν καπνίσει, τότε θα μπορεί να μπει στην παρέα τους.
- Την πιέζουν λέγοντάς της πως αν καπνίσει, δεν θα έχει κανένα πρόβλημα.

Ε: «Είναι αλήθεια αυτό; Δεν έχει κανένα πρόβλημα κάποιος όταν καπνίζει;»

Α: Η απάντηση πρέπει να είναι αρνητική.

Ε: «Πώς θα μπορούσε να απαντήσει αρνητικά η Αγγελική σε αυτή την περίπτωση που πιέζεται να καπνίσει;»

Α: Επιτρέψτε σε μερικούς μαθητές να απαντήσουν. Έπειτα, προτείνετε τις εξής απαντήσεις:

- Θα μπορούσε απλώς να απαντήσει: «Όχι, ευχαριστώ».
- Θα μπορούσε να το αποφύγει λέγοντας: «Δεν θα το ήθελα τώρα».
- Θα μπορούσε να ζητήσει τη βοήθεια της αδελφής της ρωτώντας: «Κι εσύ δεν καπνίζεις. Έτσι, δεν είναι;».

— Θα μπορούσε να απαντήσει λέγοντας στις φίλες της αδελφής 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 ίσως 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 που υφίστανται για να καπνίσουν.
- Ζητήστε από έναν μαθητή να καταγράψει ό,τι λέγεται στο παιχνίδι ρόλων στον πίνακα, έτσι ώστε να μπορείτε ευκολότερα να συζητήσετε μετά.

Στο τέλος της δραστηριότητας μπορούμε να ζητήσουμε από τους μαθητές να γράψουν σε ένα μεγάλο χαρτί που θα έχουμε κολλήσει στον τοίχο τις καλύτερες και, πάνω από όλα, τις αληθινές συμβουλές τους, που πιστεύουν ότι θα βοηθούσαν έναν αληθινό τους φίλο/η να σταματήσει το κάπνισμα!

4η ΑΣΚΗΣΗ

Διαφήμιση και κάπνισμα: ⌚ 15'

ΠΕΙΤΕ ΣΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ 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. Χρησιμοποιούν 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 χαλάει 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 τις έμμεσες διαφημίσεις επώνυμων καλλιτεχνών. Κάντε αναφορά στους ηθοποιούς που καπνίζουν στις ταινίες. «Πώς φαίνονται οι διάσημοι σε αυτή 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 θελήσετε 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».



Milla Jovovich
(ηθοποιός)¹³



Robert Pattinson
(ηθοποιός)¹³

Επισημάνσεις:

- 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. Στη συνέχεια θα αποδομήσετε μέσω συζήτησης το υλικό που θα σας φέρουν: **1.** Αναδεικνύοντας την εξάρτηση και τις βλάβες που προκαλεί το κάπνισμα στον ανθρώπινο οργανισμό. **2.** Τολμώντας να αναφερθείτε στα συμφέροντα της καπνοβιομηχανίας, που προωθεί το κάπνισμα ως μέρος lifestyle 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 διαφημίσεις για την πρόληψη του καπνίσματος που να απευθύνονται σε συνομηλίκους τους και να τις παρουσιάσουν στο σχολείο ή ακόμη και να κοσμούν μόνιμα έναν τοίχο στο σχολείο.
- Θα μπορούσατε γενικότερα να τους εμπνεύσετε να ασχοληθούν σε πολ-

λές συναντήσεις για το συγκεκριμένο θέμα και να τους αναθέσετε την ευθύνη της προβολής του.

Τι μπορείτε να κάνετε εσείς για αυτό;

- Υποσχεθείτε εσείς και οι φίλοι σας ότι δεν 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.

ΚΛΕΙΣΙΜΟ

Τι μάθαμε σήμερα; ⌚ 5'

ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΤΕ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ για να βοηθήσετε τους μαθητές να συνοψίσουν αυτά που έμαθαν κατά τη διάρκεια της παρέμβασης. 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 δεν ήξερα έως τώρα.
- Ένα πράγμα που έμαθα και με εξέπληξε.
- Ένα πράγμα που χρειάζομαι να μάθω περισσότερα γι' αυτό.

Είστε ένα θαυμάσιο ακροατήριο. Σας ευχαριστώ πολύ για την προσοχή σας.»

Επιπρόσθετες πληροφορίες και έντυπο υλικό για το σπίτι

ΣΥΣΤΗΝΕΤΑΙ ΓΙΑ ΜΑΘΗΤΕΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ 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 Χόλιγουντ διαφημίζει το κάπνισμα, ενώ πολλές από αυτές θεωρούνται κατάλληλες για ανηλίκους.
- Οι ανήλικοι που εκτίθενται σε αυτές τις ταινίες διατρέχουν τριπλάσια περίπου πιθανότητα να καπνίσουν¹¹.

ΑΣΚΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟΝ ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΟ «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, ακόμη και εφαρμογών για το κινητό.
- Περισσότερες λεπτομέρειες μπορούν να αναζητήσουν στην ιστοσελίδα **www.smokefreegreece.gr**

ΔΙΝΟΥΜΕ ΣΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ τα υλικά για τις ασκήσεις και τους ζητάμε να τα συζητήσουν μαζί μας. Επίσης, τους προτρέπουμε 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 σε καθαριστικά για 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 σε εντομοκτόνα.
- **Πίσσα:** Χρησιμοποιείται σε οικοδομικά υλικά και οδοστρώματα.
- **Στυρένιο:** Υγρό που χρησιμοποιείται στην παραγωγή συνθετικού καουτσούκ και πλαστικών.
- **Τολουένιο:** Υγρό που χρησιμοποιείται ως αντικροτικό 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 σκουπιδιών⁵.

Η ΑΛΗΘΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Ερωτήσεις

Σημειώστε ένα ✓ στο αντίστοιχο κουτάκι, ανάλογα με αυτό που πιστεύετε. Δείτε τις σωστές απαντήσεις που ακολουθούν.

Η νικοτίνη είναι ένα εξαιρετικά εθιστικό ναρκωτικό.

☐ Σωστό ☐ Λάθος

Το κάπνισμα είναι βλαβερό μόνο αν καπνίζει κανείς πολύ και για μεγάλο χρονικό διάστημα.

☐ Σωστό ☐ Λάθος

Το ίδιο χημικό που περιέχεται στο ποντικοφάρμακο περιέχεται και στα τσιγάρα.

☐ Σωστό ☐ Λάθος

Οι νέοι άνθρωποι που δεν καπνίζουν σε καθημερινή βάση δεν κινδυνεύουν να εθιστούν στη νικοτίνη.

☐ Σωστό ☐ Λάθος

Το κάπνισμα αραιά και πού ή τα τσιγάρα χαμηλής περιεκτικότητας σε πίσσα και νικοτίνη δεν βλάπτουν την υγεία.

☐ Σωστό ☐ Λάθος

Αν ένας άνθρωπος καταφέρει να περάσει την εφηβεία του χωρίς να καπνίσει, είναι πολύ πιθανό ότι δεν θα καπνίσει ποτέ στη ζωή του.

☐ Σωστό ☐ Λάθος

Είναι ευκολότερο να μην καπνίσεις ποτέ από το να προσπαθήσεις να το κόψεις.

☐ Σωστό ☐ Λάθος

Απαντήσεις

1. Η νικοτίνη είναι ένα εξαιρετικά εθιστικό ναρκωτικό.

ΣΩΣΤΟ. 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 τον χρόνο να διακόψουν το κάπνισμα. Μόνο το 2%-3% το καταφέρνει.

2. Το κάπνισμα είναι βλαβερό μόνο αν καπνίζεις πολύ και για μεγάλο χρονικό διάστημα.

ΛΑΘΟΣ. 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' αυτό τον 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.

ΣΩΣΤΟ. Τα τσιγάρα περιέχουν κυάνιο, ένα θανατηφόρο χημικό που χρησιμοποιείται για να σκοτώσει ποντίκια.

4. Οι νέοι άνθρωποι που δεν καπνίζουν σε καθημερινή βάση δεν κινδυνεύουν να εθιστούν στη νικοτίνη.

ΛΑΘΟΣ. 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 δεν βλάπτουν την υγεία.

ΛΑΘΟΣ. Δεν υπάρχει ασφαλές τσιγάρο.

6. Αν ένας άνθρωπος καταφέρει να περάσει την εφηβεία του χωρίς να καπνίσει είναι πολύ πιθανό ότι δεν θα καπνίσει ποτέ στη ζωή του.

ΣΩΣΤΟ. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ενήλικων 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.

ΣΩΣΤΟ. 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	Γ	H	M	A	Z	Ω
K	Σ	A	M	K	Δ	E	Π	P	Π	Δ	Λ	K	Π
N	Π	N	E	Y	M	O	N	I	A	E	B	T	O
Ξ	I	Δ	Λ	E	Σ	B	M	Π	Σ	Π	P	Φ	N
O	E	Ξ	A	P	T	H	Σ	H	T	Y	O	A	O
Z	M	X	Π	Λ	Δ	X	E	Y	I	Ξ	Γ	Σ	Λ
P	Φ	N	E	T	I	A	Π	O	K	Γ	X	Z	A
Γ	P	X	Ω	B	N	Σ	M	P	E	Θ	I	Π	I
E	A	Γ	Δ	Σ	E	T	P	Π	O	A	T	Ω	M
H	Γ	Ω	Π	E	Γ	K	E	Φ	A	Λ	I	K	O
Σ	M	N	Λ	Π	Σ	Γ	P	Y	T	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	Y	Π	Ξ
I	E	Δ	Γ	E	M	Φ	Y	Σ	H	M	A	P	T

Ψάξτε για αυτές τις λέξεις:

Εξάρτηση	Καρκίνος
Βρογχίτιδα	Έμφραγμα
Κρυστάλλωμα	Πνευμονία
Βήχας	Πονόλαιμος
Εμφύσημα	Εγκεφαλικό
Γρίπη	Ρυτίδες ⁵



Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

13

ΣΥΧΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΚΑΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΑΛΕΞΑΚΗ

*Κοινωνική Λειτουργός, Ψυχοθεραπεύτρια - Σύμβουλος Εξαρτήσεων
Νέων, Επιστημονικό Στέλεχος στο Κέντρο Πρόληψης των
Εξαρτήσεων & Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας «Προνόη»,
Δήμος Κηφισιάς - ΟΚΑΝΑ*

ΑΡΧΟΝΤΟΥΛΑ ΑΛΕΞΑΚΗ-ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ

*Κοινωνική Λειτουργός - Οικογενειακή Θεραπεύτρια,
Επιστημονικό Στέλεχος στο Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων
& Προαγωγής Ψυχοκοινωνικής Υγείας «Προνόη», Δήμος
Κηφισιάς - ΟΚΑΝΑ*

Στο 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. Δεν 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 θέλει να λειτουργήσει υποστηρικτικά στον 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 ακόμη 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 βιβλίου. 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 επιβαρημένο με παραπληροφόρηση και μύθους.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ - ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

Ε: «Κύριε/κυρία, εσείς καπνίζετε;»

Α: 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 παρ' όλα αυτά δεν θεωρούμε «κακούς» αυτούς που καπνίζουν. Επιπλέον, σεβόμαστε πάντοτε το γεγονός ότι οι περισσότεροι καπνιστές θα ήθελαν να το διακόψουν, αλλά δεν μπορούν, επειδή η εξάρτηση από τον καπνό είναι πολύ σκληρή. Επίσης, εάν τους απαντήσουμε ότι καπνίζουμε, τους εξηγούμε πόσο δύσκολη είναι η διακοπή του καπνίσματος και πως ακόμη και πολλοί ιατροί, οι οποίοι γνωρίζουν πολύ καλά τις βλαβερές συνέ-

πειες του καπνίσματος, δεν μπορούν να το διακόψουν λόγω της εξάρτησης που προκαλεί το τσιγάρο. Το καλύτερο είναι να μην ξεκινήσουμε ποτέ να καπνίζουμε¹.

(Περισσότερες πληροφορίες για την εξάρτηση του καπνίσματος μπορείτε να αναζητήσετε στο κεφάλαιο «Εξάρτηση και εθισμός στο κάπνισμα».)

Ε: «Εάν καπνίζουμε λίγα τσιγάρα, είναι επιβλαβές για την υγεία μας;»

Α: Δεν υπάρχει καμία έγκυρη επιστημονική έρευνα που να τεκμηριώνει ότι η χρήση ακόμη 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 δηλητηρίαση². Όπως συμβαίνει με 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 κι αυτό συνιστά το πρόβλημα της εξάρτησης. Τονίζουμε ότι σε κάθε εξάρτηση η 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».)

Ε: «Πολλοί καπνιστές δεν διακόπτουν το κάπνισμα για να μην πάρουν βάρος;»

Α: Η νικοτίνη είναι μια ναρκωτική ουσία που έχει τη δυνατότητα να αλλάζει τη συμπεριφορά μας. Στους ανθρώπους που διακόπτουν το κάπνισμα πιθανώς μακροπρόθεσμα να αυξηθεί το βάρος τους. Αυτό είναι ένα από τα προβλήματα που σήμερα 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 βάρος³.

Ε: «Ο Θεός μου λέει ότι το κάπνισμα τον ηρεμεί και τον χαλαρώνει. Ισχύει αυτό;»

Α: Και μόνο ένα τσιγάρο την ημέρα να καπνίζουμε, εμφανίζουμε συμπτώματα στέρησης, όπως νευρική κατάσταση, άγχος κ.ά., όταν μας λείπει. Μόλις καπνίσουμε, αυτό το άγχος φεύγει και έχουμε την ψευδαίσθηση ότι έχουμε ηρεμήσει και έχουμε χαλαρώσει. Στην πραγματικότητα, όμως, απλώς λειτουργούμε ως εξαρτημένα άτομα. Μόνο ένα άγχος δημιουργεί το τσιγάρο: 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 διακόψει 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' αυτό 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**.

(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 ειλικρινή φιλία να σεβόμαστε ο ένας τον άλλο 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, ακόμη και εάν χρειαστεί να αποκλειστούμε από μια παρέα. Γεγονός που μπορεί τη δεδομένη στιγμή να μας πληγώσει, στο μέλλον όμως θα αποδειχτεί ότι μόνο σεβόμενοι τον εαυτό μας σεβόμαστε και τους γύρω μας και, επομένως, έχουμε κατακτήσει το νόημα της αληθινής φιλίας⁴.

Ε: «Για ποιο λόγο το πακέτο του τσιγάρου αναγράφει μηνύματα για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος;»

Α: Σύμφωνα με τον Νόμο υπ' αριθμ. 3420 της Σύμβασης-Πλαίσιο για τον Έλεγχο του Καπνού του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, 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 κι άλλα κατάλληλα μηνύματα⁵.

Η αισθητική του πακέτου είναι ένα μέσο προώθησης και διαφήμισης του καπνίσματος, έτσι η συγκεκριμένη παρέμβαση 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».)

Ε: «Γιατί, παρόλο που είμαστε ανήλικοι, μπορούμε πολύ εύκολα στη χώρα μας να αγοράσουμε τσιγάρα;»

Α: Ένας από τους παράνομους τρόπους προώθησης του καπνίσματος στα παιδιά είναι και η παράνομη πώληση καπνού σε ανήλικους.

Ε: «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»

Α: Το ηλεκτρονικό τσιγάρο εισήχθη στην ελληνική αγορά πριν από δεκαπέντε χρόνια περίπου και γίνεται πολλή συζήτηση γύρω από τη χρήση του. Οι πληροφορίες που έχουμε για την ασφάλειά του είναι σχετικά λίγες. Το ηλεκτρονικό τσιγάρο είναι ένας διαφορετικός τρόπος να καπνίζουμε, δεν είναι μέθοδος διακοπής καπνίσματος. Ακόμη και αν είναι λιγότερο βλαβερό σε σχέση με το κοινό τσιγάρο, είναι εξίσου επικίνδυνο λόγω της εισπνεόμενης νικοτίνης και, κυρίως, τα ηλεκτρονικά τσιγάρα δεν κατασκευάζονται με τις ίδιες προδιαγραφές ασφαλείας που ισχύουν για τα υποκατάστατα νικοτίνης (τσιχλες, πιπάκια, επιθέματα, ρινικά σπρέι). Αυτό πιθανόν να σημαίνει ότι ο εισπνεόμενος καπνός τους ίσως περιέχει άγνωστη ποσότητα νικοτίνης κι άλλες τοξικές ουσίες, που πολλές φορές δεν γνωρίζουμε.

Σε μία μελέτη του 2012 αποδείχτηκε ότι η πεντάλεπτη χρήση του ηλεκτρονικού τσιγάρου σε μη καπνιστές είχε παρόμοιες βλαβερές συνέπειες στον πνεύμονα με τη χρήση του συμβατικού τσιγάρου⁶.

Κρατάμε στο μυαλό μας ότι το ηλεκτρονικό τσιγάρο προσπαθεί να γίνει μόδα και προβάλλεται ως ένας τρόπος που ανεβάξει 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 στη 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 τον φαρμακοποιό μας ή τον γιατρό 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 θεραπείας. Ακόμη και στην περίπτωση που κάποιος είναι ανήλικος, μπορεί να απευθυνθεί στον κατάλληλο γιατρό που να είναι έμπειρος, αφού βέβαια πρώτα λάβει συστάσεις 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% έως 50% τον κίνδυνο καρκίνου του πνεύμονα, καθώς και τον κίνδυνο της στεφανιαίας νόσου κι άλλων χρόνιων νοσημάτων.

(Περισσότερες πληροφορίες για τις συνέπειες στην υγεία μας από το κάπνισμα μπορείτε να αναζητήσετε στα κεφάλαια «Κάπνισμα και επιπτώσεις στην υγεία» και «Παθητικό κάπνισμα».)

Ε: «Οι γονείς μου καπνίζουν μέσα στο σπίτι, κάτω από τον απορροφητήρα ή κοντά στο τζάκι. Είμαι παθητικός καπνιστής; Τι επιπτώσεις έχει αυτό στην υγεία μου;»

Α: Ναι, είσαι παθητικός καπνιστής, αφού κι εσύ εισπνέεις τον καπνό. Σύμφωνα με μελέτη που έγινε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 2019, 890.000 άτομα τον χρόνο πληρώνουν το παθητικό κάπνισμα με θυσία της ίδιας τους της ζωής. Το τραγικότερο, όμως, είναι ότι περισσότερο από 250.000 είναι παιδιά⁷. 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 δεν έχουν εκτεθεί⁸ σε αυτό.

(Περισσότερες πληροφορίες για τις συνέπειες στην υγεία μας από το παθητικό κάπνισμα μπορείτε να αναζητήσετε στο κεφάλαιο «Παθητικό κάπνισμα».)

Ε: «Τι μπορώ να κάνω εγώ για να προφυλάξω τον εαυτό μου από το παθητικό κάπνισμα μέσα στο σπίτι μου;»

Α: Διεκδίκησε το δικαίωμά σου στην ΥΓΕΙΑ!

- Φτιάξε μια περιοχή έξω από το σπίτι σου, στο μπαλκόνι ή στη βεράντα, όπου μπορούν να καπνίζουν οι επισκέπτες καπνιστές.
- Τοποθέτησε ταμπέλες που να αναγράφουν «Απαγορεύεται το κάπνισμα».
- Αφαίρεσε όλα τα τασάκια.
- 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 μπορείτε να αναζητήσετε στο κεφάλαιο «Παθητικό κάπνισμα».)

Ε: «Ποιες είναι οι επιπτώσεις του καπνίσματος;»

Α: Το κάπνισμα προκαλεί κάθε χρόνο σε όλο τον κόσμο περίπου 8.000.000 θανάτους. Το 2025 ο αριθμός αυτός αναμένεται να φτάσει τα 10.000.000. Στις αναπτυγμένες χώρες το κάπνισμα αποτελεί την κυριότερη αιτία ασθενειών και πρόωγων θανάτων⁹. Έχει υπολογιστεί ότι οι θάνατοι που προκαλεί το κάπνισμα κάθε χρόνο στις αναπτυγμένες 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 εναποτί-

θεται 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 συνέπεια την πρόκληση εμφραγμάτων, εγκεφαλικών επεισοδίων και γάγγραινας των ακρών. Ο συνδυασμός καπνίσματος και λήψης αντισυλλληπτικών χαπιών αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο να εμφανίσουν οι γυναίκες θρομβώσεις των αγγείων.
- 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.
- 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 τη στιλπνότητά τους.
- Ο καπνιστής μυρίζει «καπνίλα», κάτι που γίνεται έντονα αισθητό όταν βρίσκεται πολύ κοντά σε άλλους ανθρώπους (στο διπλανό κάθισμα, στο ασανσέρ, στο αυτοκίνητο κ.λπ.)¹⁰.

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, στο 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

νει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνων και σε άλλα όργανα, όπως λάρυγγας, στοματική κοιλότητα, οισοφάγος, πάγκρεας, ουροδόχος κύστη κ.λπ.

(Περισσότερες πληροφορίες για τις συνέπειες στην υγεία μας από το κάπνισμα μπορείτε να αναζητήσετε στο κεφάλαιο «Κάπνισμα και επιπτώσεις στην υγεία».)

Ε: «Γιατί οι καπνιστές εθίζονται στο κάπνισμα;»

Α: Ανάμεσα στις χιλιάδες ουσίες του καπνού υπάρχει ως γνωστόν και η ΝΙΚΟΤΙΝΗ. Αυτή είναι μια 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 ακόμη 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. Οι ερευνητές εκτιμούν ότι η εθιστική δράση της νικοτίνης δεν διαφέρει σε τίποτα από αυτή των ναρκωτικών ουσιών.

(Περισσότερες πληροφορίες για την εξάρτηση του καπνίσματος μπορείτε να αναζητήσετε στο κεφάλαιο «Εξάρτηση και εθισμός στο κάπνισμα».)

Ε: «Ποια είναι τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος;»

Α: Για τα άμεσα και τα μακροπρόθεσμα οφέλη στην υγεία μετά το κάπνισμα του τελευταίου τσιγάρου ανατρέξτε στο κεφάλαιο «Τρόποι βοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος», Πίνακας 1.

Ε: «Τα “ελαφριά - light” τσιγάρα βλάπτουν λιγότερο;»

Α: 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» απαγορεύτηκε⁵.

Ε: «Όποιος καπνίζει 3 με 5 τσιγάρα την ημέρα είναι ασφαλής;»

Α: Κατηγορηματικά ΟΧΙ! Καταρχάς, για τον έφηβο ή γενικά τον νέο κα-

πνιστή το επιχείρημα 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 μικρή δόση εξαρτησιογόνου ουσίας. Στη συνέχεια ο χρήστης, με βάση μελετημένες και γνωστές νευροβιολογικές διαδικασίες που αποτελούν τη βάση της εξάρτησης, φτάνει σταδιακά στη μέση ημερήσια δόση του σκληρού αυτού ναρκωτικού, που είναι περίπου 20 τσιγάρα την ημέρα, γεγονός που εξηγεί 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 δύο ελεγχόμενα τσιγάρα σε νεανική ηλικία βρίσκεται χωρίς να το καταλάβει να είναι κανονικός χρήστης, με πολύ λίγες πιθανότητες διακοπής χωρίς βοήθεια¹⁰.

(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 έμβρυο;»

Α: Μια τέτοια οδηγία αποτελεί ιατρικό λάθος! Οι συνέπειες ακόμη και του παθητικού καπνίσματος στην έγκυο και στο έμβρυο είναι σωματικές και ως εκ τούτου θα πρέπει η γυναίκα να διακόπτει το κάπνισμα οριστικά αμέσως με τη διάγνωση της κύησης. Η φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου παρεμποδίζεται από τη 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 - έμβρυο είναι τεράστιο. Σκόπιμο είναι να αντιμετωπιστεί με ειδικές στοχευόμενες δράσεις¹¹.

(Περισσότερες πληροφορίες για τις συνέπειες του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη μπορείτε να αναζητήσετε στο κεφάλαιο «Κάπνισμα και κύηση».)

Ε: «Γιατί ορισμένοι καπνιστές φτάνουν έως τα βαθιά γεράματα καπνίζοντας, ενώ άλλοι πεθαίνουν νέοι;»

Α: Η νόσηση 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. ■

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

14

**ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ
ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΠΡΟΛΗΨΗ
ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ
ΣΥΝΔΕΣΗ ΣΧΟΛΕΙΟΥ
ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

ΟΛΓΑ ΖΟΥΖΟΥΛΑ

*Φιλολόγος, Ψυχολόγος - Ψυχοθεραπεύτρια,
Υπεύθυνη ΚΕΣΥΠ (Κέντρο Συμβουλευτικής &
Επαγγελματικού Προσανατολισμού) Νέας Ιωνίας*

Το 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 το 2019, το κάπνισμα ευθύνεται περίπου για 8.000.000 θανάτους ετησίως¹⁻².

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 οικογένειας³ και προάγουν τη σωματική και ψυχική υγεία των παιδιών.

ΦΟΡΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΚΑΙ Η ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ

Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ είναι μια διαδικασία μάθησης και μεταβίβασης από γενιά σε γενιά των αξιών, των προτύπων και 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 καταρχήν την προσωπικότητά του, τον χαρακτήρα του και τον ψυχισμό του, δηλαδή είναι ο πυρήνας επάνω στον οποίο χτίζεται ολόκληρη η κοινωνική δομή⁴. Η οικογενειακή κοινωνικοποίηση είναι μια λει-

τουργία 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, ανεξαρτήτως φύλου και καταγωγής, τους δίνει τη δυνατότητα να εξελιχθούν σε ολοκληρωμένες προσωπικότητες. Η ανάγκη για αγάπη, αίσθηση ασφάλειας, αναγνώρισης και αποδοχής 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 αυτή 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 τους⁵.

Όσο καλύτερη είναι η σχέση συνεργασίας σχολείου και οικογένειας, τόσο οι στόχοι της ανάπτυξης του παιδιού επιτυγχάνονται με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Επίσης, η συνεργασία των δύο 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 βάση⁶. 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 αυτές⁷.

ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΟΡΙΣΜΟ που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, «Υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σω-

ματικής, 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 μια 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 ζωής⁸.

Προαγωγή της υγείας (health promotion), σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organisation - WHO) και τη Διακήρυξη της Οτάβας⁹, 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 συμπεριφορές¹⁰. 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, η οποία 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.λπ., αλλά να επιδιώκει και την αλλαγή του περιβάλλοντος όπου ζουν οι νέοι.

Η αγωγή υγείας (health education) περιλαμβάνει τις συστηματικά 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 τους¹¹.

ΠΡΟΛΗΨΗ

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ αναφέρεται στο σύνολο των δράσεων πριν από 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 εξάρτησης¹²⁻¹³. 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 αναπτύσσουν δεξιότητες που συνδέονται με την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας¹⁴⁻¹⁵. Στρατηγικές παρεμβάσεων πρόληψης που χρησιμοποιούνται σε προγράμματα πρόληψης είναι¹⁶:

- **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:** Για θέματα που αφορούν την πρόληψη και αγωγή υγείας, τη διαπαιδαγώγηση, τον ρόλο και τις 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 διαφόρων παιδαγωγικών, εκπαιδευτικών και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Η εκπαίδευση και το σχολείο είναι ο χώρος όπου η συμβουλευτική είχε και έχει πρωτεύουσα θέση και αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο, ενσωματωμένο στις παιδαγωγικές, εκπαιδευτικές και κοινωνικές υποχρεώσεις του έργου του εκπαιδευτικού¹⁷. 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 παιδιών¹⁸.
- **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.

Οι 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. Σύμφωνα, μάλιστα, 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)¹⁹, 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 ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΔΕΚΑΕΤΙΕΣ 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 κινδύνου²⁰.

Παράγοντες κινδύνου ορίζονται οι μεταβλητές που ευνοούν και μπορεί να οδηγήσουν στη 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 στην οποία βρίσκεται το άτομο και το περιβάλλον.

Προστατευτικοί παράγοντες θεωρούνται εκείνοι που μετριάζουν ή απομακρύνουν τις πιθανότητες εμφάνισης και εκδήλωσης συμπεριφορών, επιλογών και προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών. Οι προ-

στατευτικοί παράγοντες προωθούν θετικές συμπεριφορές και εμποδίζουν τις αρνητικές, αμβλύνοντας την επίδραση που μπορεί να έχει η έκθεση ενός ατόμου σε καταστάσεις κινδύνου και συνθήκες που ευνοούν τη χρήση ουσιών (WHO 1998).

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

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)²¹

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:

Δεξιότητα επικοινωνίας

Δεξιότητες λήψης αποφάσεων (decision making skills)

Δεξιότητες διαχείρισης προβλημάτων (coping skills)

Δεξιότητες καθορισμού στόχων (goal setting skills)²¹

Ανάπτυξη συναισθηματικών δεξιοτήτων:

Καλλιέργεια συναισθηματικής νοημοσύνης

Καλλιέργεια ενσυναίσθησης

ΠΟΤΕ ΜΙΛΑΜΕ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ 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) πάντα 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 εθιστικές ουσίες. Παρατηρείται, δε, οι γονείς να επιτρέπουν τη χρήση καπνού σε περιόδους ιδιαίτερα αγχωγόνες, όπως η περίοδος των πανελλαδικών εξετάσεων. Θεωρούν ότι το κάπνισμα δύναται να λειτουργήσει ως ένας τρόπος διαχείρισης του άγχους των εξετάσεων, μειώνοντας 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 κατά την προσχολική ηλικία συμβάλλουν σημαντικά στις μελλοντικές αποφάσεις των παιδιών που συνδέονται με τη χρήση καπνού, αλκοόλ ή άλλων ουσιών, για αυτό τον λόγο δεν είναι πρόωρο να μιλήσουμε σε αυτή την ηλικία στα παιδιά. Τα νήπια εσωτερικεύουν κανόνες και αντιλήψεις για το τι είναι καλό και τι κακό, μαθαίνουν τη σημασία των ορίων μέσω των απαγορεύσεων και των επιτρεπτών 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 αυτή την αναπτυξιακή περίοδο τίθενται τα θεμέλια για πολλές από τις εξελίξεις των μεταγενέστερων σταδίων ανάπτυξης του παιδιού.

Σχολική ηλικία

α. Πρώτες τάξεις του Δημοτικού: 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 και 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 αντιμετωπιστούν παράγοντες κινδύνου όπως η πρόωρη επιθετικότητα και η σχολική αποτυχία.

Β. Πρώιμη εφηβεία: 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 του και τη γνωστική του ικανότητα να συμμετέχει σε συζητήσεις και μιλήστε για τις συνέπειες της χρήσης καπνού και τον εθισμό. Εξηγήστε του πως οι εξαρτησιογόνες ουσίες, ακόμη και σε ελάχιστη χρήση, είναι εξαιρετικά επικίνδυνες διότι οδηγούν στον εθισμό.

Είναι σημαντικό σε αυτή 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.
- το πώς τα ΜΜΕ προβάλλουν και συνδέουν τη 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 έχουν υιοθετήσει τα παιδιά έως τότε μπορεί να αμβλυνθεί και να μετατραπεί σε ανοχή του καπνίσματος από την παρέα ή ακόμα και να οδηγήσει στον πειραματισμό²². Επομένως, κρίνεται σημαντική η υλοποίηση παρεμβάσεων πρόληψης σε παιδιά Δημοτικού, προτού αποδυναμωθούν οι ισχυρές μέχρι τότε αντιλήψεις και στάσεις σε σχέση με το κάπνισμα.

Εφηβική ηλικία

Γυμνάσιο: Στο Γυμνάσιο το παιδί διανύει την εφηβεία, την περίοδο των μεγάλων αλλαγών, η οποία αρχίζει με το τέλος της παιδικής ηλικίας και οδηγεί στην ενηλικίωση. 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 εί-

να 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 ύφεση²³.

- Σε αυτό το πλαίσιο 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»²⁴. Η καπνιστική συμπεριφορά τυπικά εδραιώνεται κατά τη διάρκεια της εφηβείας, καθώς οι περισσότεροι ενήλικοι καπνιστές κάπνισαν το πρώτο τους τσιγάρο ή είχαν εθιστεί στη νικοτίνη ήδη μέχρι την ηλικία των 18 ετών. Έρευνα του Ιδρύματος Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών²⁵ 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 αυτή 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 στη χρήση καπνού, αλκοόλ, ουσιών, την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων (π.χ., διεκδικητικότητα), δεξιοτήτων αντίστασης στην πίεση συνομηλίκων, τη διαμόρφωση αντιλήψεων και στάσεων σχετικά με τη χρήση ουσιών και την ενίσχυση προσωπικών δεσμεύσεων και κινήτρων για αποχή από τη χρήση ουσιών.

Λύκειο: 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 έρευνας²⁶ 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 αυτή τη συμπεριφορά είναι μεγαλύ-

τερη από ό,τι αν καπνίζουν άλλοι φίλοι ή συνομήλικοι²⁷. Παρά την υποστήριξη της απαγόρευσης του καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους και τον καταγισμό πληροφοριών για τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία, οι έφηβοι έλκονται από αυτό, ίσως γιατί αντιλαμβάνονται το κάπνισμα ως μια ενήλικη συμπεριφορά και έχουν έντονη την επιθυμία να γίνουν αντιληπτοί ως τέτοιοι (ενήλικες) από τους συνομηλικούς τους²⁸. Συνεπώς, η αποφυγή καπνιστικής συμπεριφοράς σε αυτή 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

ΑΝΑΜΦΙΣΒΗΤΗΤΑ το κάπνισμα είναι μια παγκόσμια επιδημία, με τραγικό απολογισμό 8.000.000 θανάτους ετησίως αλλά και μια τραγικότερη πρόβλεψη ότι εντός του 21ου αιώνα 1 δισεκατομμύριο συνάνθρωποί μας θα πεθάνουν από το κάπνισμα. Επιπλέον, 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 τον χώρο εργασίας. Τα παραπάνω στοιχεία υπογραμμίζουν την αδήριτη ανάγκη για μια πολύπλευρη, ολοκληρωμένη και στοχευμένη προσπάθεια περιορισμού του καπνίσματος και βελτίωσης των ποσοστών της αποτρέψιμης νοσηρότητας και θνησιμότητας που σχετίζεται με το κάπνισμα.

Με αφετηρία την ανησυχητική εξάπλωση της χρήσης προϊόντων καπνού και τη μείωση της ηλικίας έναρξης του καπνίσματος, όπως προκύπτει από στοιχεία έγκυρων επιστημονικών μελετών, αναπτύχθηκε το πρόγραμμα πρόληψης του καπνίσματος στη μαθητική κοινότητα **HEART II - Η ΑΛΗΘΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ**, το οποίο χρηματοδοτήθηκε από το Behrakis Foundation της Βοστώνης, ενώ μέσω του Ιδρύματος Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ) υλοποιήθηκαν ερευνητικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες για τη μείωση του καπνίσματος στη χώρα μας, με ιδιαίτερη έμφαση στη σχολική ηλικία²⁹.

Οι παρεμβάσεις για την πρόληψη του καπνίσματος στη μαθητική κοινότητα συνεχίζονται σήμερα μέσω της πρωτοβουλίας SMOKEFREEGREECE και εστιάζουν στις εξής δράσεις:

«Μαθαίνω να μην καπνίζω» και **«Παιδεία για έναν κόσμο χωρίς κάπνισμα»**, που έχουν ως σκοπό την πρόληψη του καπνίσματος στους μαθητές Ε' και ΣΤ' Δημοτικού, Α', Β' και Γ' Γυμνασίου καθώς και Α' Λυκείου και παρέχουν 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 **«Παιδεία για έναν κόσμο χωρίς κάπνισμα»** για εκπαιδευτικούς, εργαζόμενους στις υπηρεσίες υγείας, συμβούλους αγωγής υγείας κι 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 έχει έναν θεμελιώδη στόχο: τη δημιουργία ενός δικτύου σχολείων - εκπαιδευτικών - μαθητών και γονέων για τη διάδοση της αντι-καπνιστικής ιδέας και την αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών στο κοινωνικό σύνολο. Από την υλοποίηση των δράσεων του έργου αυτού 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 αυτο-φροντίδας.
- Η μεσομακροπρόθεσμη μείωση των δαπανών για την υγεία.

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 (ΠΡΩΙΜΗ ΕΦΗΒΕΙΑ)

- Μιλάμε με απλό αλλά έγκυρο τρόπο στα παιδιά, ανάλογα με το γνωστικό στάδιο ανάπτυξής τους, χωρίς όμως να τα τρομάζουμε: Για παράδειγμα, δεν αναφερόμαστε στις χειρότερες συνέπειες του καπνίσματος ή δεν χρησιμοποιούμε ορολογία που δεν κατανοούν.
- 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, την καρδιά και 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, οι οποίες 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 1 στους 10 μαθητές καπνίζει» ή «Η διαταραχή 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 βιομηχα-

νίες καπνού και όσοι εμπλέκονται με το κάπνισμα αυξάνουν τα κέρδη τους όσο περισσότερο 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, αν κάποιος τους προτείνει να δοκιμάσουν τσιγάρο και δεν το επιθυμούν, να μην ντραπούν να υποστηρίξουν την άρνησή τους.
- Προτρέπουμε τα 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 τα παιδιά να αναπτύξουν ισχυρό σύστημα αξιών. Η ύπαρξη ισχυρού συστήματος αξιών ενδυναμώνει την ικανότητά τους στη λήψη αποφάσεων και προστατεύει από επικίνδυνες επιλογές, π.χ. «Επιλέγω να ζήσω χωρίς καπνό ελεύθερος/η και δυνατός/ή».
- Τονίζουμε τη σημασία 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 επιδοκιμασία 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 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 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 παρσύρονται από την ανάγκη (ιδιαίτερα έντονη στην εφηβεία) να μοιάζουν με τους υπόλοιπους³⁰.
- 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.
- Ασκοούμε έλεγχο και εποπτεία στον έφηβο με διακριτικό τρόπο. Βοηθά πολύ το να έχουμε το σπίτι μας ανοιχτό στις παρέες του παιδιού μας, ώστε να έχουμε άμεση αντίληψη για τους φίλους του, να γνωρίζουμε το ωράριο των μαθημάτων του και τις δυνατότητές του και να παρεμβαίνουμε μόνο εκεί που κρίνουμε αναγκαίο, στις περιπτώσεις δηλαδή πρόληψης ή αποφυγής μιας ανεπιθύμητης συμπεριφοράς.
- Μαθαίνουμε να αναγνωρίζουμε τις ενδείξεις που μαρτυρούν τη χρήση καπνού, οιοσπνευματωδών ποτών και ουσιών, ώστε να ενεργήσουμε άμεσα, απευθυνόμενοι σε εξειδικευμένους φορείς.

ΠΩΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΟΥΜΕ ΑΝ ΕΙΜΑΣΤΕ ΓΟΝΕΙΣ - ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ

ΩΣ ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΚΗΔΕΜΟΝΕΣ - 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. Συγκεκριμένα, τα παιδιά των γονέων - 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) καπνιστές³¹.

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, ακόμη κι όταν έχουμε φιλοξενούμενους.
- Δεν καπνίζουμε στο αυτοκίνητο ή σε άλλους κλειστούς χώρους (ασανσέρ).
- Δεν 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 καθησυχάζουμε 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, 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»

ΚΑΘΕ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ 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 επικοινωνεί³². 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 άλλο. 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 παιδιά³³.

Χωρίς να υπάρχει πρόθεση να κατηγορήσουμε τους γονείς, οι συνήθειες τρόποι που χρησιμοποιούμε για να επικοινωνήσουμε και να διαπαιδαγωγήσουμε τα παιδιά είναι εκείνοι που έχουμε βιώσει στις πατρικές μας οι-

κογένειες και 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 με-γάλη αυστηρότητα ή χωρίς όρια ελευθερία³⁴.

Αν επιθυμούμε, λοιπόν, να είμαστε αποτελεσματικοί όταν θα μιλήσουμε στα παιδιά μας για το κάπνισμα, θα ήταν χρήσιμο να αποφεύγουμε:

- Να δίνουμε διαταγές: «Σ' το ξεκαθαρίζω! Δεν θα σου επιτρέψω να καπνίσεις! Έλνε!».
- Να προειδοποιούμε απειλητικά: «Αν μάθω ότι δοκίμασες τσιγάρο, αλίμονό σου!».
- Να ηθικολογούμε: «Τα καλά παιδιά δεν καπνίζουν».
- Να υποδεικνύουμε ή να συμβουλεύουμε: «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, δεν βλέπω να προχωράς. Πρόσεχε μη σε παρασύρουν και καπνίσεις».
- Να γελοιοποιούμε και να ντροπιάζουμε τα παιδιά: «Οι αλήτες μόνο καπνίζουν! Μην νομίζεις ότι είσαι και τόσο μεγάλος για τσιγάρα και τέτοια...».
- Να ερμηνεύουμε και να αναλύουμε: «Οι αδύναμοι χαρακτήρες καπνίζουν. Μην βλέπεις εμένα, εγώ είμαι μεγάλος και έχω πολλά προβλήματα».
- Να καθισχύζουμε 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 τσιγάρο; 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: «Δεν νομίζω ότι είναι ώρα να μιλήσουμε για το τσιγάρο. Έχω πολλή δουλειά να ετοιμάσω για το γραφείο».

Με τους τρόπους που αναφέρθηκαν παραπάνω, δεν καταφέρνουμε ούτε να αναπτύξουμε ουσιαστική σχέση επικοινωνίας με τα παιδιά ούτε να τα ενημερώσουμε σωστά ούτε να αποτρέψουμε τη δοκιμή του τσιγάρου.

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.
- να τον επαινούμε στην επιτυχία.

Αυτός ο τρόπος διαπαιδαγώγησης μπορεί να περιγραφεί και ως «καθοδήγηση» του εφήβου στη διαδικασία εξατομίκευσής του³⁵.

ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ

ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΦΗΒΟΙ 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 εκείνες που αντιμετωπίζουν ολιστικά το θέμα του καπνίσματος, παρεμβαίνοντας και στο άτομο (μαθητές) και στο περιβάλλον (γονείς, εκπαιδευτικοί). Εν κατακλείδι, τα προγράμματα πρόληψης είναι αυτά 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 καβγαδίζει.

Αν ένα παιδί ζει μέσα στην ειρωνεία:

Μαθαίνει να είναι ντροπαλό.

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 ειλικρίνεια:

Μαθαίνει να είναι φιλαλήθες.

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

Ακολουθούν 5 επιστολές προς τους γονείς, τις οποίες μπορείτε να βρείτε και στο site www.smokefreegreece.gr, στην ενότητα Δράσεις/Εκπαιδευτικό Υλικό, για να τις τυπώσετε και να τις χρησιμοποιήσετε κατά περίπτωση.

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 αυτή την επιστολή που αφορά αποτελεσματικούς τρόπους επικοινωνίας με τα παιδιά, επιίζοντας 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 δεν θα σου επιτρέψω ποτέ να καπνίσεις! Έλνε!».
- **Προειδοποιούμε απειλητικά:** «Αν μάθω ότι δοκίμασες τσιγάρο, αλίμονό σου!».
- **Ηθικολογούμε:** «Τα καλά παιδιά δεν καπνίζουν».
- **Υποδεικνύουμε ή συμβουλεύουμε:** «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. Πρόσεχε μη σε παρασύρουν και καπνίσεις».
- **Γελοιοποιούμε/ντροπιάζουμε το παιδί:** «Οι αλήτες μόνο καπνίζουν! Μην νομίζεις ότι είσαι και τόσο μεγάλος για τσιγάρα και τέτοια...».
- **Ερμνεύουμε και αναλύουμε:** «Οι αδύναμοι χαρακτήρες καπνίζουν. Μην βλέπεις εμένα, εγώ είμαι μεγάλος και έχω πολλά προβλήματα».
- **Καθουαχάζουμε το παιδί υποτιμώντας τη σοβαρότητα του γεγονότος:** «Δεν είναι τραγικό αν καπνίσεις και μια φορά από περιέργεια, δεν παθαίνεις κάτι».
- **Ανακρίνουμε:** «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 αμνηχανία:** «Δεν νομίζω ότι είναι ώρα να μιλήσουμε για το τσιγάρο. Έχω πολλή δουλειά να ετοιμάσω για το γραφείο».

Αντίθετα, επιλέγουμε να πούμε:

- «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, δείχνουμε στο παιδί 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 μαζί του, που θα βοηθήσει και στη σωστή ενημέρωση και στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας του.

Με εκτίμηση

Ο/Η Διευθυντής/ντρια
της σχολικής μονάδας

Ο/Η Εκπαιδευτικός

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 αυτή την επιστολή που αφορά 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, ενδυναμώνοντάς με αυτό τον τρόπο 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 δεν βλάπτουν την υγεία.

Αλήθειες για το κάπνισμα:

- Η εξάρτηση από τη νικοτίνη δεν μειώνει το άγχος, παρά μόνο τη νευρικότητα 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.
- 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 καπνίζει στην εφηβεία του, είναι πολύ πιθανό να μην καπνίζει ποτέ στη ζωή του.
- Είναι ευκολότερο να μην καπνίσεις ποτέ, από το να το κόψεις.

Με εκτίμηση

Ο/Η Διευθυντής/ντρια
της σχολικής μονάδας

Ο/Η Εκπαιδευτικός

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 αυτή την επιστολή που αφορά τους ενήλικες καπνιστές και τον 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).
- Δεν 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).
- Φροντίζουμε να μην υπάρχουν 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 καθουσιάζουμε 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».
- Δεν καπνίζουμε ταυτόχρονα ενώ συζητάμε με τα παιδιά για το κάπνισμα, 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

Ο/Η Διευθυντής/ντρια
της σχολικής μονάδας

Ο/Η Εκπαιδευτικός

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 αυτή την επιστολή που αφορά τον 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 δεν χρησιμοποιούμε ορολογία που δεν κατανοούν.
- 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, την καρδιά και 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 δύσοσμη 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 1 στους 10 μαθητές καπνίζει» ή «Η καταστροφή της αναπνοής αρχίζει με το πρώτο τσιγάρο και η εξάρτηση από τη 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 περισσότερο 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, αν κάποιος τους προτείνει να δοκιμάσουν τσιγάρο και δεν το επιθυμούν, να μην ντραπούν να υποστηρίξουν την άρνησή τους.
- Προτρέπουμε τα 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 τα παιδιά να αναπτύξουν ισχυρό σύστημα αξιών. Η ύπαρξη ισχυρού συστήματος αξιών ενδυναμώνει την ικανότητά τους στη λήψη αποφάσεων και προστατεύει από επικίνδυνες επιλογές, π.χ., «Επιλέγω να ζήσω χωρίς καπνό ελεύθερος/η και δυνατός/η».
- Τονίζουμε τη σημασία 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 επιδοκιμασία 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/ντρια
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 αυτή την επιστολή που αφορά τον 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 κάνει 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.
- Με δεδομένη τη δύναμη που ασκεί η ομάδα των συνομηλίκων στην εφηβεία, οφείλουμε να γνωρίζουμε τις συναναστροφές των παιδιών μας.
- Ασκοούμε έλεγχο και εποπτεία στον έφηβο με διακριτικό τρόπο. Βοηθά πολύ το



να έχουμε το σπίτι μας ανοιχτό στις παρέες του παιδιού μας, ώστε να έχουμε άμεση αντίληψη για τους φίλους του, 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, οινοπνευματωδών ποτών και ουσιών, ώστε να ενεργήσουμε άμεσα, απευθυνόμενοι σε εξειδικευμένους φορείς.

Με εκτίμηση

Ο/Η Διευθυντής/ντρια
της σχολικής μονάδας

Ο/Η Εκπαιδευτικός

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

15

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ
ΒΡΑΧΕΙΑΣ
ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ
ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΕ ΓΟΝΕΙΣ**

ΣΩΤΗΡΙΑ ΜΑΚΑΡΩΝΗ, MSc

*Ψυχολόγος Υγείας, Υπ. Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου
Αθηνών, Επιστημονικά Υπεύθυνη στο Κέντρο Πρόληψης
των Εξαρτήσεων & Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας
«Πρόνοη», Δήμος Κηφισιάς - ΟΚΑΝΑ*

ΑΡΧΟΝΤΟΥΛΑ ΑΛΕΞΑΚΗ-ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ

*Κοινωνική Λειτουργός - Οικογενειακή Θεραπεύτρια, Επιστημονικό
Στέλεχος στο Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων & Προαγωγής
Ψυχοκοινωνικής Υγείας «Πρόνοη», Δήμος Κηφισιάς - ΟΚΑΝΑ*

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία που διερευνά συστηματικά τις αιτιολογικές παραμέτρους που συνδέονται με την έναρξη του καπνίσματος, οι παράγοντες που αναδεικνύονται σταθερά και λειτουργούν είτε προστατευτικά είτε επιβαρυντικά είναι αυτοί που σχετίζονται με την οικογένεια. Οι έρευνες αναφέρουν ότι οι μεταβλητές που αφορούν 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 εφήβων¹⁻⁹. 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^{1, 10-11}. Τα περισσότερα προγράμματα και παρεμβάσεις πρόληψης για το κάπνισμα εστιάζουν κυρίως στα παιδιά και στους εφήβους, παραγνωρίζοντας τον σημαντικό ρόλο που έχουν οι γονείς προς αυτή την κατεύθυνση.

Αν και το μη κάπνισμα ή η διακοπή του καπνίσματος των γονέων φαίνεται να είναι μια από τις πιο προστατευτικές προσεγγίσεις πρόληψης του καπνίσματος στην οικογένεια^{1, 10}, τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η γονεϊκή «αντικαπνιστική κοινωνικοποίηση» (anti-smoking socialization) μπορεί επίσης να αποτελεί έναν αποτελεσματικό τρόπο πρόληψης³.

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 εποικοδομητική επικοινωνία και αντίδραση των γονέων στον πειραματισμό με το κάπνισμα των παιδιών τους¹²⁻¹⁵. 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 ότι, όταν οι 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 αν οι ίδιοι καπνίζουν¹²⁻¹³.



ΣΤΟΧΟΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

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 ενεργό ρόλο σε κάθε διαφορετική φάση.

Να καταρρίψει μύθους γύρω από το κάπνισμα.

Να προσφέρει τη δυνατότητα στους γονείς να καταλάβουν τους αιτιολογικούς παράγοντες κινδύνου για την έναρξη του καπνίσματος αλλά και με ποιο τρόπο οι ίδιοι μπορούν να λειτουργήσουν προληπτικά για τα παιδιά τους.

Να κινητοποιήσει και να ενισχύσει τους γονείς να προσφέρουν «αντικαπνιστική κοινωνικοποίηση» στα παιδιά τους είτε καπνίζουν οι ίδιοι είτε όχι.

Να βοηθήσει τους γονείς να εντοπίσουν πράγματα που ενδέχεται να κάνουν και 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 A4

Μαρκαδόροι

Φωτοτυπίες ασκήσεων
της παρέμβασης



ΠΡΟΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

2 έως 2,5 ώρες



ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Σκοπός της συγκεκριμένης βραχείας παρέμβασης για γονείς είναι να αποτελέσει μια καλή πρακτική πρόληψης, εστιάζοντας σε κάποιους από τους παράγοντες κινδύνου που έχουν να διαχειριστούν. Η παρέμβαση αυτή 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, καθώς και να βάλει τους ίδιους 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'

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΟΜΗΣ και περιεχομένου βιωματικού σεμιναρίου. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι το σεμινάριο θα είναι βιωματικό και τα μέλη θα κληθούν να συμμετάσχουν σε δραστηριότητες που προτείνονται.

Εισαγωγή: ⌚ 2'

«ΣΤΗ ΣΗΜΕΡΙΝΗ 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».

ΚΑΝΟΝΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΟΜΑΔΑΣ

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ που είναι μία και μοναδική συνάντηση και δεν γίνεται στο πλαίσιο κάποιας ομάδας γονέων, τότε κάνουμε και τη δραστηριότητα των κανόνων εργασίας της ομάδας.

Άσκηση: Καταιγισμός 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.

Κάποιοι απλοί κανόνες που θα κάνουν κάθε γονέα να νιώσει πιο άνετα μέσα στην 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.
- Απενεργοποιήστε τα κινητά ή βάλτε τα στη σίγαση.

ΓΝΩΡΙΜΙΑ ΜΕΛΩΝ

Ενεργοποιητής: Η εμπειρία μου ως καπνιστή 20'

Άσκηση: Σε ζεύγη

Οδηγία: «Αλλάξτε θέσεις, συστηθείτε με τον 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 συνοπτικά την προσωπική τους εμπειρία από το κάπνισμα.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Α. Έναρξη καπνίσματος

Η ΕΦΗΒΕΙΑ είναι η αναπτυξιακή φάση στην οποία τυπικά ξεκινά συνήθως ο πειραματισμός με το κάπνισμα. Καθώς ο έφηβος διανύει αυτό το διάστημα, οι πιθανότητες να ξεκινήσει να καπνίζει είναι αυξημένες¹⁶. Όσο πιο αργά γίνεται η έναρξη του καπνίσματος, τόσο μειώνονται οι πιθανότητες ένα άτομο να εξαρτηθεί από το κάπνισμα¹⁷. Οι περισσότεροι καπνιστές ξεκινούν το κάπνισμα πριν από τα 18 έτη, σε ποσοστό 88,2%, με μέσο όρο έναρξης τα 15 με 16 έτη¹⁸.

Ποιο είναι το ποσοστό των εφήβων που καπνίζουν σήμερα στην Ελλάδα; Σύμφωνα με το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (2011)¹⁹:

- 1 στους 12 εφήβους ηλικίας 11-15 ετών (8,6%) αναφέρει ότι καπνίζει κατά τη συγκεκριμένη ηλικιακή φάση.
- 1 στους 10 εφήβους ηλικίας 15-18 ετών (10,2%) είναι συστηματικός καπνιστής στη χώρα μας.

Β. 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 και ψυχολογική, ενώ είναι πολύ δύσκολη η διακοπή του²⁰.
- Μάλιστα, αν και τα 2/3 (70%) των καπνιστών επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα, δυστυχώς τα καταφέρνουν ελάχιστοι. Μόνοι τους δεν ξεπερνούν το 2%-3%²¹.
- Η εξάρτηση από το κάπνισμα στηρίζεται στη διέγερση και λειτουργία των εγκεφαλικών κέντρων, τα οποία λειτουργούν ως δίπολο. Αναλυτικότερα, όταν έχει πέσει η στάθμη της εξαρτησιογόνου ουσίας στο αίμα, το κέντρο της στέρσης διεγείρεται, προκαλώντας άγχος και έντονη ανάγκη για χρήση. Και αντίστοιχα το κέντρο της ικανοποίησης διεγεί-

ρεται και προκαλεί ευχαρίστηση μόλις πάλι ανέβει η στάθμη της ουσίας στο αίμα.

- Η έλλειψη της νικοτίνης προκαλεί στερητικά συμπτώματα τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά²¹. Συνήθως αρχίζουν λίγες ώρες μετά τη διακοπή του καπνίσματος και φτάνουν τον 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 ακόλουθα²²:

- 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 κ.ά.

Τα συμπτώματα αυτά αποτελούν το μεγαλύτερο εμπόδιο για όσους θέλουν να κόψουν το κάπνισμα.

ΣΕ ΠΟΙΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΔΙΑΚΡΙΝΕΤΑΙ Η ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Σωματική & ψυχολογική

ΜΠΟΡΟΥΜΕ, λοιπόν, να καταγράψουμε τέσσερις πλευρές στο κάπνισμα²³ 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 τον χρόνο που απαιτείται για τη διακοπή του καπνίσματος (ψυχολογική εξάρτηση).

Παροχή πληροφόρησης για βοήθεια και εναλλακτικές στη διακοπή καπνίσματος μπορείτε να αναζητήσετε σε Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος, Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ κ.λπ.

Γ. Στάδια στην εξάρτηση από το κάπνισμα

ΠΩΣ ΦΤΑΝΕΙ, 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 κάπνισμα²⁴.

- **Το στάδιο της προ-περίσκεψης:** Σε αυτή τη φάση οι νέοι δεν έχουν ξεκινήσει σοβαρά να σκέφτονται 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 αυτή τη φάση οι μη καπνιστές αρχίζουν να διαμορφώνουν πεποιθήσεις και αντιλήψεις για τη χρησιμότητα του καπνίσματος, ενώ μειώνεται η αντίστασή τους στις πιέσεις από τους συνομηλικούς και 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 αυτή τη φάση οι συνομήλικοι ασκούν πολύ μεγαλύτερη επιρροή από τους γονείς.

ΣΤΑΔΙΑ ΣΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ



- **Το στάδιο του πειραματισμού:** Σε αυτή 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 αναρωτιούνται και να σκέφτονται 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. Στο στάδιο αυτό, π.χ., ανήκουν οι λεγόμενοι «κοινωνικοί καπνιστές», που μπορεί να καπνίζουν μόνο το Σαββατοκύριακο ή σε πάρτι. Οι καπνιστές σε αυτή 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 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. Στη συνέχεια κάνουμε την παρακάτω άσκηση.

Περιεχόμενο τσιγάρου: 10'

Άσκηση: Στην ολομέλεια

Οδηγία: «Έχουμε ακούσει όλοι για τις βλάβες που προκαλεί ο καπνός στον οργανισμό. Να δούμε τώρα πού 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, κατά τη γνώμη σας, αν περιέχεται στο τσιγάρο ή όχι».

Κάθε τσιγάρο περιέχει περίπου 7.000 χημικές ουσίες που είναι επικίνδυνες για την υγεία μας²⁵. Οι 70 από αυτές είναι καρκινογόνες και γι' αυτό προκαλούν το 70%-90% των καρκίνων του πνεύμονα κι άλλες μορφές καρκίνου, όπως της στοματικής κοιλότητας, του λάρυγγα, του φάρυγγα, του οισοφάγου, της ουροδόχου κύστεως, των νεφρών, του στομάχου, του παγκρέατος κ.λπ., που οφείλονται και στο κάπνισμα. Επίσης, το κάπνισμα είναι υπεύθυνο και για άλλα πνευμονολογικά και καρδιαγγειακά

νοσήματα²⁶. Κάθε χρόνο πεθαίνουν περίπου 8.000.000 άνθρωποι παγκοσμίως, δηλαδή 1 άνθρωπος κάθε 5 δευτερόλεπτα, ενώ αν συνεχίσουμε με τον ίδιο ρυθμό, αυτό το ποσοστό θα φτάσει τα 10.000.000 ετησίως μέχρι το έτος 2025²⁷.

Παθητικό κάπνισμα: Σύντομη θεωρητική εισήγηση ⌚ 5'

α. Έκθεση στο παθητικό κάπνισμα²⁸

Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα πραγματοποιείται στο σπίτι (καπνιστής γονέας στα παιδιά, καπνιστής σύζυγος σε μη καπνίστρια σύζυγο), στους δημόσιους χώρους (χώροι εστίασης, γραφεία) και στα οχήματα (ΙΧ, ταξί κ.λπ.).

Υπάρχουν τρεις τύποι καπνού που παράγονται από τα τσιγάρα²⁹.

- **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 ό,τι ο εκπνεόμενος καπνός του καπνιστή! Ο καπνός περιφερικής ροής περιέχει δυόμισι φορές περισσότερη νικοτίνη από όση περιέχεται στον εισπνεόμενο καπνό. Τα σωματίδια στον παράπλευρο καπνό είναι μικρότερα από ό,τι εκείνα στον εκπνεόμενο καπνό και φτάνουν βαθύτερα στους πνεύμονες.)

Όταν κάποιος, λοιπόν, εισπνέει είτε τον εκπνεόμενο καπνό του καπνιστή είτε τον παράπλευρο καπνό που βγαίνει καθώς καίγεται ένα τσιγάρο, αυτό λέγεται παθητικό κάπνισμα. Επιπλέον, υπάρχει και το τριτογενές παθητικό κάπνισμα (third-hand smoke), που είναι το αόρατο τοξικό μείγμα που προσκολλάται στα μαλλιά, τα ρούχα των καπνιστών και τα 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)

Β. Επιπτώσεις παθητικού καπνίσματος³⁰

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

Κατά την κύηση προκαλούνται προβλήματα όπως αυξημένη συχνότητα αποκόλλησης του πλακούντα, πρόδρομου πλακούντα, αιμορραγίες και πρόωρη ρήξη του θυλακίου. Προβλήματα στην ομαλή ανάπτυξη του εμβρύου, γέννηση νεογνών χαμηλού σωματικού βάρους, αυξημένος κίνδυνος για σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου των βρεφών και προβλήματα συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία, όπως υπερκινητικότητα και διαταραχή ελλειμματικής προσοχής.

Αίτια έναρξης της χρήσης του τσιγάρου: ⌚ 20'

Άσκηση: Σε ζευγάρια ή υποομάδες

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 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 συζήτηση³¹⁻³³

- **Κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες:** Ηλικία, φύλο, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας, εθνικότητα, τόπος διαμονής.
- **Περιβαλλοντικοί παράγοντες:** Επιρροές από την οικογένεια, το κάπνισμα από τους συνομηλίκους, το μάρκετινγκ και η διαφήμιση, καθώς και η πρόσβαση και διαθεσιμότητα του καπνού.
- **Ατομικοί παράγοντες:** Γνωσιακοί, βιολογικοί και ψυχολογικοί παράγοντες.

- **Συμπεριφορικοί παράγοντες:** σεξουαλική δραστηριότητα, χρήση αλκοόλ κι άλλων ουσιών, παραβατικότητα κ.ά.
- **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 αυτονόμησης, ανεξαρτησίας και επανάστασης απέναντι στην εξουσία.
 - Τρόπος να είναι κανείς δημοφιλής και αποδεκτός από τους συνομηλίκους, 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 ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η σημασία του γονεϊκού καπνίσματος για τα παιδιά

Άσκηση: Καταιγισμός ιδεών

Οδηγία: «Με ποιο τρόπο/ους νομίζετε ότι η οικογένεια παίζει ρόλο στην έναρξη/πρόληψη του καπνίσματος; Ποιοι παράγοντες που σχετίζονται με την οικογένεια μπορεί 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 τη 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 τη σειρά του θα κάνει πιο εύκολη την αποδοχή ενός τσιγάρου, όταν αυτό προσφερθεί³⁴.
- 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 μηνιαίο 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 σπίτι³⁵.
- Παρ' όλα 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, συμβάλλει στην αποχή των παιδιών από το τσιγάρο³⁵⁻³⁶.
- 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 συνομηλίκους³⁷⁻³⁸.
- 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 κάπνισμα³⁹⁻⁴⁰.
- 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 μπορεί να λειτουργήσουν προστατευτικά⁴¹⁻⁴⁴.

Τι μηνύματα περνάω για το κάπνισμα; ⌚ 10'

Άσκηση: Σε ζευγάρια ή υποομάδες

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.λπ.).
- 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 ήσασταν κουρασμένος/η, στρεσαρισμένος/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 τον 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 φτιάξουν 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'

Άσκηση: Ατομικά

Οδηγία: «Κάθε οικογένεια έχει το δικό της σύνολο κανόνων συμπεριφοράς –οι οποίοι προσδιορίζουν τι είναι επιτρεπτό και τι όχι–, ακόμη κι αν αυτοί δεν είναι κάπου γραμμένοι. Ορισμένες φορές οι κανόνες για το κάπνισμα είναι πιθανό να μπερδεύουν τους εφήβους αλλά και τους γονείς. Για παράδειγμα, οι ενήλικοι έχουν νόμιμο δικαίωμα στη χρήση καπνού, αλλά οι έφηβοι όχι. Κάποιοι κανόνες μπορεί να εφαρμοστούν από κοινού σε γονείς και εφήβους, ενώ άλλοι να αφορούν μόνο τους εφήβους. Επί-

σης, κάποιοι ενδέχεται να μεταβληθούν καθώς ο έφηβος μεγαλώνει. Τέλος, ορισμένοι κανόνες μπορεί να είναι αποτελεσματικοί όταν 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 τήρησή 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'

Άσκηση: Παιχνίδι ρόλων

Οδηγία: «Πολλές φορές οι γονείς, λόγω της αγωνίας και της ανησυχίας που νιώθουν σε σχέση με το κάπνισμα από τα παιδιά τους, μπορεί να χρησιμοποιούν τρόπους επικοινωνίας που δεν είναι αποτελεσματικοί.

Θα ήθελα 6 εθελοντές. Κάθε ζευγάρι θα μας παίξει ένα μικρό θεατρικό για να δούμε μερικούς χαρακτηριστικούς τρόπους αναποτελεσματικής επικοινωνίας.

Πρόταση: Ο έφηβος γιος/κόρη επιστρέφει στο σπίτι από απογευματινή έξοδο με φίλους και μυρίζει έντονα τσιγάρο.

Παρουσιάστε μια περίπτωση που ο γονέας αντιδρά:

α) με απειλές (π.χ., "Έτσι και καπνίζεις, κακομοίρη μου, δεν θα βγεις από το σπίτι μέχρι να πας 18 χρόνων!"), **β)** με ηθικολογία (π.χ., "Μόνο οι αλητρες καπνίζουν") και **γ)** με συγκατάβαση (π.χ., "ΟΚ, μια φορά δεν πειράζει, απλώς μην το ξανακάνεις. Πάμε να δούμε τηλεόραση!")

Ας 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 γονέας που ακούει ενεργά και συζητά με το παιδί του****Τρεις βασικές τεχνικές για την αποτελεσματική ενεργό ακρόαση:**

1. Εστιάζουμε 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 μέσα: Χρωματιστά χαρτιά**Άσκηση: Ατομικά**

Οδηγία: Το κάθε μέλος σκέφτεται και καταγράφει στο χαρτί του (χρωματιστά χαρτάκια).

- Στο άσπρο χαρτί: Τι του άρεσε από το βιωματικό εργαστήριο 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.

ΚΛΕΙΣΙΜΟ**Άσκηση κλεισίματος.**

Οδηγία: «Τι αποκόμισε ο καθένας μας φεύγοντας από εδώ;». ■

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

01 Κάπνισμα και επιπτώσεις στην υγεία

1. Yanbaeva D.G., Dentener M.A., Creutzberg E.C., Wesseling G., Wouters E.F.M. Systemic Effects of Smoking. CHEST. 2007, 131 (5): 1557-1566. DOI: 10.1378/chest.06-2179.
2. Bartal M. Health Effects of Tobacco Use and Exposure. Monaldi Arch Chest Dis. 2001, 56 (6): 545-554.
3. Eriksen M., Mackay J., Schluger N., Gomeshtapeh F.I., Drop IN. The Tobacco Atlas, Fifth Edition. Fifth Edition ed: American Cancer Society, 2015. ISBN 978-1-60443-235-0.
4. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization. Διαθέσιμο στο <http://www.who.int/iris/handle/10665/37958>.
5. Benowitz N. L. Clinical Pharmacology of Inhaled Drugs of Abuse: Implications in Understanding Nicotine Dependence. NIDA Res Monogr. 1990, 99:12-29.
6. U.S. 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. 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, 2010.
7. Faculty of the Harvard School of Public Health. The Greek Tobacco Epidemic: Harvard School of Public Health, 2011.
8. Stratton K., Shetty P., Wallace R., Bondurant S., editors. Clearing the Smoke. Washington: National Academy Press, 2001.
9. U.S. Department of Health and Human Services. 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, 2004.
10. Scientific Advisory Committee on Tobacco Product Regulation. Recommendation on Health Claims Derived from ISO/FTC Method to Measure Cigarette Yield. Geneva: World Health Organization, 2002.
11. National Cancer Institute. Risks Associated with Smoking Cigarettes with Low Machine-Measured Yields of Tar and Nicotine, 2001.
12. Hecht S., Murphy S.E., Carmella S.G. et al. Similar Uptake of Lung Carcinogens by Smokers of Regular, Light and Ultralight Cigarettes. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention. 2005, 14 (3): 693-698.
13. FCTC. Intergovernmental Negotiating Body on the WHO Framework Convention on Tobacco Control, Third Session, Provisional Agenda Item 3, 2001.
14. Drug and Therapeutics Bulletin. Republished: Nicotine and Health. BMJ. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.2014.7.0264rep>.
15. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking - 50 Years of Progress. Διαθέσιμο στο <http://www.surgeon-general.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf>.
16. Schulz H., Brand P., Heyder J. 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, 2000.
17. U.S. Environmental Protection Agency. Air Quality Criteria for Oxides of Nitrogen. Washington: U.S. Environmental Protection Agency, 1993.
18. U.S. Environmental Protection Agency. Air Quality Criteria for Carbon Monoxide. Washington: U.S. Environmental

- Protection Agency, Office of Research and Development. Publication No. EPA 600/P-99/001F, 2000.
19. Gardner D.E., Crapo J.D., McClellan R.O. Toxicology of the Lung. 3rd ed. Philadelphia: Taylor & Francis, 2000.
 20. Klaassen C.D. Casarett and Doull's Toxicology: The Basic Science of Poisons. 6th Edition. New York: McGraw-Hill, 2001.
 21. U.S. Department of Health and Human Services. 9th Report on Carcinogens, 2000.
 22. European Respiratory Society. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. In: European Lung White Book. Διαθέσιμο στο <http://www.erswhitebook.org/chapters/chronic-obstructive-pulmonary-disease>.
 23. Forum of International Respiratory Societies. Respiratory Diseases in the World. Realities of Today - Opportunities for Tomorrow, 2013. ISBN: 978-1-84984-056-9, e-ISBN: 978-1-84984-057-6.
 24. Grootendorst D.C., Rabe K.F. Mechanisms of Bronchial Hyperreactivity in Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Proc Am Thorac Soc.* 2004, 1(2): 77-87. DOI: 10.1513/pats.2306025.
 25. Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία. Διαθέσιμο στο <http://www.myastrhma.gr/>.
 26. Casado J.B. Asthma and Smoking: An Unfortunate Combination. *Arch Bronconeumol.* 2007, 43(6): 340-345.
 27. Chalmers G.W., Macleod K.J., Little S.A., Thomson L.J., McSharry C.P., N.C. T. Influence of Cigarette Smoking on Inhaled Corticosteroid Treatment in Mild Asthma. *Thorax.* 2002, 57(3): 226-230.
 28. Prescott E., Bjerg A.M., Andersen P.K., Lange P., Vestbo J. Gender Difference in Smoking Effects on Lung Function and Risk of Hospitalization for COPD: Results from a Danish Longitudinal Population Study. *Eur Respir J.* 1997, 10: 822-827. DOI: 10.1183/09031936.97.10040822.
 29. Cooper G.M. The Cell, A Molecular Approach. ASM Press and Sinauer Associates Inc. 2000.
 30. 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. Ανακτήθηκε: 15 Σεπτεμβρίου 2013.
 31. Borgerding M., Klus H. Analysis of Complex Mixtures-Cigarette Smoke. *Exp Toxicol Pathol.* Jul 2005, 57 Suppl 1: 43-73.
 32. International Agency for Research on Cancer. 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, 2004.
 33. Rodgman A., Perfetti T.A. The Chemical Components of Tobacco and Tobacco Smoke. Boca Raton (FL): CRC Press, 2013.
 34. Ionov Y., Peinado M. A., Malkhosyan S., Shibata D., Perucho M. Ubiquitous Somatic Mutations in Simple Repeated Sequences Reveal a New Mechanism for Colonic Carcinogenesis. *Nature.* Jun 10 1993, 363(6429): 558-561. 10.1038/363558a0.
 35. Kuper H., Adami H. O., Boffetta P. Tobacco Use, Cancer Causation and Public Health Impact. *J Intern Med.* Jun 2002, 251(6): 455-466.
 36. Αλεπόρου-Μαρίνου Β., Αργυροκαστρίτης Α., Κομποπούλου Α., Πιαλόγλου Π., Β. Σ. Βιολογία Θετικής Κατεύθυνσης Γ' Τάξης Ενιαίου Λυκείου. Αθήνα: ΙΤΥΕ-ΔΙΟΦΑΝΤΟΣ, 1999.
 37. Goldman L., Schaffer A. Goldman's Cecil Medicine, 24th Edition, 2012.
 38. Horn L., Pao W., Johnson D.H. Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th Edition: McGraw-Hill, 2012.
 39. Αθανασοπούλου Π., Οικονόμου Μ., Ρίζος Μ. Νοσολογία, 4η Έκδοση: ΟΕΔΒ, 2004.
 40. Kauczor H.U., Bonomo L., Gaga M. et al. ESR/ERS White Paper on Lung Cancer Screening. *Eur Respir J.* 2015, 46(1): 28-39. DOI: 10.1183/09031936.00033015.
 41. Forum of International Respiratory Societies. Forum of International Respiratory Societies Continues Grassroots. World Lung Cancer Efforts, 2018.

42. CDC. Heart Disease Risk Factors. 2015. Διαθέσιμο στο http://www.cdc.gov/heartdisease/risk_factors.htm.
43. Krupski W.C. The Peripheral Vascular Consequences of Smoking. Elsevier. 1991, 5 (3): 291-304. <https://doi.org/10.1007/BF02329389>.
44. European Heart Network. European Cardiovascular Disease Statistics. Διαθέσιμο στο <http://www.ehnheart.org/images/CVD-statistics-report-August-2017.pdf>.
45. WHO. Cardiovascular Disease. Διαθέσιμο στο http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en.
46. Deanfield J. E., Shea M. J., Wilson R. A., Horlock P., de Landsheere C. M., Selwyn A. P. Direct Effects of Smoking on the Heart: Silent Ischemic Disturbances of Coronary Flow. Am J Cardiol. May 1 1986, 57 (13): 1005-1009.
47. Solberg L. A., Strong J. P. Risk Factors and Atherosclerotic Lesions. A Review of Autopsy Studies. Arteriosclerosis. May-Jun 1983, 3 (3): 187-198.
48. CDC. About Heart Disease. Διαθέσιμο στο <http://www.cdc.gov/heartdisease/about.htm>.
49. CDC. Stroke Fact Sheet. Διαθέσιμο στο http://www.cdc.gov/dhdsdp/data_statistics/fact_sheets/fs_stroke.htm.
50. CDC. Smoking and Diabetes. Διαθέσιμο στο <http://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/diseases/diabetes.html#how-related>.
51. Madsbad S., McNair P., Christensen M.S. et al. Influence of Smoking on Insulin Requirement and Metabolic Status in Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 1980, 3 (1): 41-43.
52. Biesenbach G., Grafinger P., Janko O., Zazgornik J. Influence of Cigarette-Smoking on the Progression of Clinical Diabetic Nephropathy in Type 2 Diabetic Patients. Clin Nephrol. Sep 1997, 48 (3): 146-150.
53. Chase H. P., Garg S. K., Marshall G. et al. Cigarette Smoking Increases the Risk of Albuminuria Among Subjects with Type I Diabetes. Jama. Feb 6 1991, 265 (5): 614-617.
54. Chuahirun T., Khanna A., Kimball K., Wesson D. E. Cigarette Smoking and Increased Urine Albumin Excretion Are Interrelated Predictors of Nephropathy Progression in Type 2 Diabetes. Am J Kidney Dis. Jan 2003, 41 (1): 13-21. 10.1053/ajkd.2003.50009.
55. Chuahirun T., Wesson D. E. Cigarette Smoking Predicts Faster Progression of Type 2 Established Diabetic Nephropathy Despite ACE Inhibition. Am J Kidney Dis. Feb 2002, 39(2): 376-382. 10.1053/ajkd.2002.30559.
56. Jarrett R. J., McCartney P., Keen H. 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. Feb 1982, 22 (2): 79-84.
57. Manson J. E., Coldit G. A., Stampfer M. J. et al. A Prospective Study of Maturity-onset Diabetes Mellitus and Risk of Coronary Heart Disease and Stroke in Women. Arch Intern Med. Jun 1991, 151 (6): 1141-1147.
58. Mitchell B. D., Hawthorne V. M., Viniak A. I. Cigarette Smoking and Neuropathy in Diabetic Patients. Diabetes Care. Apr 1990, 13 (4): 434-437.
59. Morrish N. J., Stevens L. K., Fuller J. H., Jarrett R. J., Keen H. Risk Factors for Macrovascular Disease in Diabetes Mellitus: The London follow-up to the WHO Multinational Study of Vascular Disease in Diabetics. Diabetologia. Aug 1991, 34 (8): 590-594.
60. Moss S. E., Klein R., Klein B. E. Association of Cigarette Smoking with Diabetic Retinopathy. Diabetes Care. Feb 1991, 14 (2): 119-126.
61. Walker J.M., Cove D.H., Beevers D.G. et al. Cigarette Smoking, Blood Pressure and the Control of Blood Glucose in the Development of Diabetic Retinopathy. Diabetes Research (Edinburgh, Scotland), 2 (4): 183-6. Diabetes Research (Edinburgh, Scotland). 1985, 2 (4): 183-186.
62. Jörgens V., Grüber M. Mein Buch Über Diabetes Mellitus, 2006.
63. Chaturvedi N., Stevens L., Fuller J. H. Which Features of Smoking Determine Mortality Risk in Former Cigarette Smokers with Diabetes? The World Health Organization Multinational Study Group. Diabetes Care. Aug 1997, 20 (8): 1266-1272.

64. Masdottir B., Jonsson T., Manfredsdottir V., Vikingsson A., Brekkan A., Valdimarsson H. Smoking, Rheumatoid Factor Isotypes and Severity of Rheumatoid Arthritis. *Rheumatology* (Oxford). Nov 2000, 39 (11): 1202-1205.
65. Mathews J. D., Whittingham S., Hooper B. M., Mackay I. R., Stenhouse N. S. Association of Autoantibodies with Smoking, Cardiovascular Morbidity and Death in the Busselton Population. *Lancet*. Oct 6 1973, 2 (7832): 754-758.
66. Sopori M. Effects of Cigarette Smoke on the Immune System. *Nat Rev Immunol*. May 2002, 2 (5): 372-377. 10.1038/nri803.
67. Jensen E. J., Pedersen B., Frederiksen R., Dahl R. Prospective Study on the Effect of Smoking and Nicotine Substitution on Leucocyte Blood Counts and Relation Between Blood Leucocytes and Lung Function. *Thorax*. Sep 1998, 53 (9): 784-789.
68. Tracy R. P., Psaty B. M., Macy E. et al. Lifetime Smoking Exposure Affects the Association of C-reactive Protein with Cardiovascular Disease Risk factors and Subclinical Disease in Healthy Elderly Subjects. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. Oct 1997, 17 (10): 2167-2176.
69. Tuut M., Hense H. W. Smoking, Other Risk Factors and Fibrinogen Levels. Evidence of Effect Modification. *Ann Epidemiol*. May 2001, 11 (4): 232-238.
70. Age-Related Eye Disease Study Research Group. Risk Factors Associated with Age-related Nuclear and Cortical Cataract: A Case-control Study in the Age-Related Eye Disease Study, AREDs Report No. 5. *Ophthalmology*. Aug 2001, 108 (8): 1400-1408.
71. Johnson G. K., Slach N. A. Impact of Tobacco Use on Periodontal Status. *J Dent Educ*. Apr 2001, 65 (4): 313-321.
72. Ness L., Rosekrans Dde L., Welford J. F. An Epidemiologic Study of Factors Affecting Extrinsic Staining of Teeth in an English Population. *Community Dent Oral Epidemiol*. Jan 1977, 5 (1): 55-60.
73. Dietrich T., Maserejian N. N., Joshipura K. J., Krall E. A., Garcia R. I. Tobacco Use and Incidence of Tooth Loss Among US Male Health Professionals. *J Dent Res*. Apr 2007, 86 (4): 373-377. 10.1177/154405910708600414.
74. Ernster V. L., Grady D., Miike R., Black D., Selby J., Kerlikowske K. Facial Wrinkling in Men and Women, By smoking Status. *Am J Public Health*. 1995, 85 (1): 78-82.
75. Grady D., Ernster V. Does Cigarette Smoking Make You Ugly and Old? *Am J Epidemiol*. 1992, 135 (8): 839-842.
76. Wolf R., Tur E., Wolf D., M. L. The Effect of Smoking on Skin Moisture and on Surface Lipids. *Int J Cosmet Sci*. 1992, 14 (2): 83-88.
77. Kanis J. A., Johnell O., Oden A., et al. Smoking and Fracture Risk: A Meta-analysis. *Osteoporos Int*. Feb 2005, 16 (2): 155-162. 10.1007/s00198-004-1640-3.
78. WHO. Monitoring Tobacco Use and Prevention Policies. Διαθέσιμο στο http://www.who.int/tobacco/global_report/en/.
79. WHO. World Health Statistics 2017: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Διαθέσιμο στο <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/half-deaths-recorded/en>.

ΠΙΝΑΚΕΣ & ΕΙΚΟΝΕΣ

Πίνακας 1 & 2: Food and Drug Administration. Harmful and Potentially Harmful Constituents in Tobacco Products. Διαθέσιμοι στο <http://www.fda.gov/TobaccoProducts>. Ανακτήθηκε: Αύγουστος 2013.

Εικόνα 1 & 2: U.S. Department of Health & Human Services. Infogallery. Διαθέσιμες στο <http://betobaccofree.hhs.gov/gallery/Gallery-LP.html>. Ανακτήθηκε: Σεπτέμβριος 2013.

Εικόνα 3: Netter F. H. 1979. The Ciba Collection of Medical Illustrations, Volume 7, Respiratory System.

02 Εξάρτηση και εθισμός στο κάπνισμα

1. World Health Organization. Neuroscience of Substance Use and Dependence. Geneva: World Health Organization 2004.
2. O'Brien C., Volkow N., Li T-K. 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 T-K. Addiction and Dependence in DSM-V. *Addiction* (Abingdon, England), May 2011, 106 (5): 866-7.
4. Heit H.A., Gourlay D.L. DSM-V and the Definitions: Time to Get it Right. *Pain Medicine* 2009, 10 (5): 784-6.
5. Dawson D.A., Goldstein R.B., Grant B.F. 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 D.K., Stead L.F., Gupta P.C. 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, D.C.: 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 M.R., Mineur Y.S. Molecules and Circuits Involved in Nicotine Addiction: The Many Faces of Smoking. *Neuropharmacology* 2014, 76 (Pt B): 545-53.
12. Fagerström K-O, Schneider N. Measuring Nicotine Dependence: A Review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989, 12 (2): 159-82.
13. Jasinska A.J., Zorick T., Brody A.L., Stein E.A. Dual Role of Nicotine in Addiction and Cognition: A Review of Neuroimaging Studies in Humans. *Neuropharmacology* (0).
14. Lezak M.D., Howieson D.B., Erin D.B., 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 D.C.: United States Department of Health and Human Services 1988. CDC-89-8411.
16. Agrawal A., Madden P.A., Bucholz K.K., Heath A.C., Lynskey M.T. Initial Reactions to Tobacco and Cannabis Smoking: A Twin Study. *Addiction* (Abingdon, England), April 2014, 109 (4): 663-71.
17. Flay B.R. Youth Tobacco Use: Risk Patterns and Control. *Nicotine Addiction: Principles and Management*. New York: Oxford University Press 1993, p. 653-61.
18. Mayhew K.P., Flay B.R., Mott J.A. Stages in the Development of Adolescent Smoking. *Drug and Alcohol Dependence* 2000, 59 (Suppl 1): 61-81.
19. Willet J.B. Measuring Change: What Individual at Growth Modeling Buys You. In: Amsel E., Renninger K. (Eds.). *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 W.G., Shiffman S., Niaura R., Nichter M., Abrams D.B. 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 (Suppl 1): 9-22.
22. Hughes J.R. Genetics of Smoking: A Brief Review. *Behav Ther* 1986, 17 (335-45).
23. Bierut L.J., Dinwiddie S.H., Begleiter H. et al. Familial Transmission of Substance Dependence: Alcohol, Mar-

- ijuana, Cocaine and Habitual Smoking. *Arch Gen Psychiatry* 1998, 55: 982-8.
24. Carmelli D., Swan G.E., 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 P.C., Kandel D.B., 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 A.C., Kirk K.M., Meyer J.M., Martin N.G. Genetic and Social Determinants of Initiation and Age at Onset of Smoking in Australian Twins. *Behavior Genetics* 1999, 29 (6): 395-407.
 27. Kendler K.S., Neale M.C., Sullivan P., Corey L.A., Gardner C.O., Prescott C.A. 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 K.S., Thornton L.M., Pedersen N.L. Tobacco Consumption in Swedish Twins Reared Apart and Reared Together. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57 (9): 886-92.
 30. Frawley P.J. Neurobehavioral Model of Addiction: Addiction As a Primary Disease. In: Peele S. editor. *Visions of Addiction: Major Contemporary Perspectives on Addiction and Alcoholism*. D.C., Health, Lexington, MA 1988. p. 25-44.
 31. Bradley B.P., 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 S.T., Conklin C.A., Shiffman S., Clayton R.R. What Can Dependence Theories Tell Us About Assessing the Emergence of Tobacco Dependence? *Addiction* (Abingdon, England) 2004, 99 (Suppl 1): 78-86.
- Εικόνα 1:** Jarvis M. ABC of Smoking Cessation. Why People Smoke. *British Medical Journal* 2004, 328: 277-9.
- Εικόνα 2:** World Health Organization, Neuroscience of Substance Use and Dependence. Geneva: World Health Organization 2004, p.44.
- Γράφημα 1:** Development of a Rational Scale to Assess the Harm of Drugs of Potential Misuse (Nutt D., King, L.A., Saulsbury W., & Blakemore C. (2007). *The Lancet*, 369 (9566), 1047-1053. In Wikipedia, The Free Encyclopedia. Rational Harm Assessment of Drugs Radar Plot, 16: 44, 2 June 2019. Ανακτήθηκε από το https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Rational_harm_assessment_of_drugs_radar_plot.svg.
- Γράφημα 2:** Franklin, T.R., Wang Z., Wang J., Sciortino N., Harper D., Li Y., Erhman R., Kampman K., O'Brien C.P., Detre J.A., Childress A.R. (2007). Limbic Activation to Cigarette Smoking Cues Independent of Nicotine Withdrawal: A Perfusion fMRI Study. *Neuropsychopharmacology*, 32 (11), 2301-2309. www.neuropsychopharmacology.org.
- Γράφημα 3:** Neal L. Benowitz, M.D. Division of Clinical Pharmacology and Experimental Therapeutics, Medical Service, San Francisco General Hospital Medical Center and the Departments of Medicine, Bioengineering and Therapeutic Sciences, University of California, San Francisco.

03 Κάπνισμα και κύηση

1. European Network for Smoking Prevention Annual Report, Bruxelles Belgium, 2007. www.ensp.org.
2. Ershoff D.H., Ashford TH, Goldenberg R.L. Helping Pregnant Women Quit Smoking: An Overview. *Nicotine Tob. Res* 2004, 6 (2): 101-105.
3. Castles A., Adams K., Melvin C.L., Kelsch C. Effects of Smoking During Pregnancy: Five Meta-analyses *American Journal of Preventive Medicine* 1999, 16 (3): 208-215.
4. Lumley J., Oliver S.S., Chamberlain C., Oakley L. Interventions for Promoting Smoking Cessation During Pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2004, 18 (4): CD001055. Reviews John Wiley & Sons Ltd, Chichester, UK.
5. DiFranza J.R., Lew R.A. Effect of Cigarette Smoking on Pregnancy Complication and Sudden Infant Death Syndrome *Family Practice* 1995, 40: 1-10.
6. Stick S.M., Burton P.R., Gurrin L., Sly P.D., LeSoeuf P.N. 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 Bull* 1997, 53: 40-57.
8. Hoo A.F., 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 N.G., Panagoulas D., Varvarigou A. Increased Blood Pressure in Neonates and Infants Whose Mothers Smoked During Pregnancy. *J Pediatr* 1996, 128: 806-812.
10. Ayer J.G., Belousova E., Harmer J.A., David C., Marks G.B., Celermajor 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 C.A., Colditz P.B., Dunster K.R. Infant Autonomic Function is Altered by Maternal Smoking During Pregnancy. *Early Hum Dev* 2000, 59: 209-218.
12. Dombrowski S.C., Martin R.P., Huttunen M.O. 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., Torrang A., MacCabe J.H., Cnattingius S. Maternal Smoking During Pregnancy and School Performance at Age 15. *Epidemiology* 2006, 17, 5: 524-530.
16. Fergusson D.M., 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 C.H., Thulstrup A.M., 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 D.U., Brown B.W., Cohen E.N. 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 R.G. Tobacco Smoking and Oral Clefts: A Meta-analysis. *Bull World Health Organ* 2004, 82: 213-218.
21. Man L.X., Chang B. Maternal Cigarette Smoking During Pregnancy Increases the Risk of Having a Child with a Con-

- genital Digital Anomaly. *Plast Reconstr 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 C.M., Sparén P., Cnattingius S. Perinatal Risk Factors for Infantile Autism. *Epidemiology* 2002, 13 (4): 417-423.
 24. Solomon L.J., Quinn V.P. Spontaneous Quitting: Self-initiated Smoking Cessation in Early Pregnancy. *Nicotine Tob Res* 2004, 6 [Suppl 2]: 203-216.
 25. Fiore M.C., Jaén C.R., Baker T.B. 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).
 26. Schneider S., Huy C., Schütz J., Diehl K. Smoking Cessation During Pregnancy: A Systematic Literature Review. *Drug Alcohol Rev* Jan 2010, 29 (1): 81-90.
 27. Euro-Peristat Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report. The Health and Care of Pregnant Women and Babies in 2010. May 2013. Διαθέσιμο στο www.europeristat.com.
 28. Miyazaki Y., Hayashi K., Imazeki S. Smoking Cessation in Pregnancy: Psychosocial Interventions and Patient-focused Perspectives. *Int J Womens Health* 2015, 7: 415-427.
 29. Smedberg J., Lupattelli A., Mardby A.C., Nordeng H. Characteristics of Women Who Continue Smoking During Pregnancy: A Cross-sectional Study of Pregnant Women and New Mothers in 15 European Countries. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014, 14: 213-2393-14-213.
 30. Ekblad M., Gissler M., Korkeila J., Lehtonen L. Trends and Risk Groups for Smoking During Pregnancy in Finland and Other Nordic Countries. *Eur J Public Health* 2014, 24 (4): 544-551.
 31. Kramer M.S. Determinants of Low Birth Weight: Methodological Assessment and Meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organisation* 1987, 65: 663-737.
 32. Kleinman J., Pierre M.J., Madans J., Land G., Schramm W. The Effects of Maternal Smoking on Fetal and Infant Mortality. *Am J Epidemiol* 1988, 127: 274-282.
 33. Ventura S.J., Martin J.A., Taffel S.M., Mathews T.J., Clarke S.C. Advance Report of Final Natality Statistics 1993. *Monthly Vital Stat Rep* 1995, 44 (suppl): 1-88.
 34. Κρεατσάς Γ. Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδου, 1998. 162, 280.
 35. Χασμάν Αντάλα 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.
 36. Bush P.G., Mayhew T.M., Abramovich D.R. et al. A Quantative Study on the Effects of Maternal Smoking on Placental Morphology and Cadmium Concentration. *Placenta* 2000, 21: 247-56.
 37. Genbacev O., McMaster M.T., Zdravkovic T., Fisher S.J. 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.
 38. Goldner T.E., Lawson H.W., Xia Z., Atrash H.K. Surveillance for Ectopic Pregnancy - United States, 1970-1989. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1993, 42 (SS-6): 73-85.
 39. Handler A., Davis F., Ferre C., Yeko T. The Relationship of Smoking and Ectopic Pregnancy *AJPH* 1989, 79 (9): 1239-1242.
 40. 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.
 41. Σαλαμαλέκης Ε. Ειδικά Θέματα Εμβρυομητρικής Ιατρικής. Εκδόσεις Γ' Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Απικόν». Αθήνα, 2003, 107.
 42. Meyer M., Tonascia J. Perinatal Events Associated with Maternal Smoking

- During Pregnancy. *Am J Epidemiol* 1976, 1103: 464-476.
43. Avanth C.V., Cnattingius 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.
44. Monica G., Lilja C. Placenta Previa, Maternal Smoking and Recurrence Risk. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995, 74: 341-345.
45. Ananth C.V., Demissie K., Smulian J.C., Vintzileos A.M. 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.
46. 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.
47. Hadley C.B., Main D.M., Gabbe S.G. Risk Factors for Preterm Premature Rupture of the Fetal Membranes. *Am J Perinatol* 1990, 7: 374-379.
48. World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), World Health Organization, Geneva, 2003.
49. Simpson W.J. A Preliminary Report on Cigarette Smoking and the Incidence of Prematurity. *Am J Obstet Gynecol* 1957, 73: 4: 808.
50. Hoffhuis W., de Jongste J.C., Merkus P.J. Adverse Health Effects of Prenatal and Postnatal Tobacco Smoke Exposure on Children. *Arch Dis Child* 2003, 88: 1086-1090.
51. United Nations. Convention of United Nations on the Rights of Child, New York, 1989.
52. Barker D.J., Osmond C., Simmonds S.J., Wield G.A. The Relation of Head Size and Thinness at Birth to Death from Cardiovascular Disease in Adult Life. *BMJ* 1993, 306: 422-426.
53. 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.
54. Λαμπρόπουλος Α. Κάπνισμα και Κύηση. *Ιατρική*. 1992, 62 (3): 237-241.
55. Yu S., Park C., Schwalberg R. Factors Associated with Smoking Cessation Among U.S. Pregnant Women. *Matern Child Health J* 2002, 6: 89-97.
56. Stein R.E., Siegel M.J., Bauman L.J. 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.
57. Willinger M., James L.S., 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 Pathol* 1991, 11: 677-84.
58. Gavin N.I., 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.
59. 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.
60. 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.
61. 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.
62. Jaakkola J.J., Kosheleva A.A., Katsnelson B.A. et al. Prenatal and Postnatal Tobacco Smoke Exposure and Respiratory Health in Russian Children.

- Respir Res 2006, 7: 48.
63. Bisgaard H., Dalgaard P., Nyboe J. Risk Factors for Wheezing During Infancy. *Acta Paediatr. Scand* 1987, 76: 719-726.
 64. Χεραπαδάκη P., Manios Y., Liarigkovichos T. et al. Association of Passive Exposure of Pregnant Women to Environmental Tobacco Smoke with Asthma Symptoms in Children. *Pediatric Allergy Immunol* 2009, 20: 423-429.
 65. Skorge T.D., Eagan T.M., Eide G.E. 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.
 66. Narang I., Rosenthal M., Cremonesini 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.
 67. 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.
 68. 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.
 69. Wisborg K., Henriksen T.B., Obel C., Skajaa E., Ostergaard J.R. Smoking During Pregnancy and Hospitalization of the Child. *Pediatrics* 1999, 104 (4): e46.
 70. Wagijjo M.A., Sheikh A., Duijts L., Been J.V. Reducing Tobacco smoking and Smoke Exposure to Prevent Preterm Birth and its Complications. *Paediatr Respir Rev* 2015.
 71. Miyazaki Y., Hayashi K., Imazeki S. Smoking Cessation in Pregnancy: Psychosocial Interventions and Patient-focused Perspectives. *Int J Womens Health* 2015, 7: 415-427.
 72. 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.
 73. Leonardi-Bee J., Jere M.L., 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.
 74. Blaakman S., Borrelli B., Wiesenthal E. et al. Secondhand Smoke Exposure Reduction After NICU Discharge: Results of a Randomized Trial. *Acad Pediatr* 2015, 15 (6): 605-612.
 75. El-Mohandes A.A., Kiely M., Blake S.M., Gantz M.G., El-Khorazaty M.N. An Intervention to Reduce Environmental Tobacco Smoke Exposure Improves Pregnancy Outcomes. *Pediatrics* 2010, 125 (4): 721-728.
 76. Dybing E., Sanner T. Passive Smoking, Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) and Childhood Infections. *Hum Exp Toxicol* 1999, 18: 202-205.
 77. Makin J., Fried P.A., Watkinson B. A Comparison of Active and Passive Smoking During Pregnancy: Long-term Effects. *Neurotoxicol Teratol* 1991 Jan-Feb, 13 (1): 5-12.
 78. Καθαρού Ι., Πατελάρου Ε., Κογεβίνας Μ. Αξιολόγηση των Πηγών και της Συχνότητας Έκθεσης στο Παθητικό Κάπνισμα κατά την Περίοδο της Εγκυμοσύνης. *Νοσηλευτική* 2009, 48 (4): 431-438.
 79. Λουκοπούλου Α. Η Αποτελεσματικότητα της Εντατικής και της Ελάχιστης Παρέμβασης στη Διακοπή του Καπνισμού κατά την Εγκυμοσύνη. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Τομέας Μορφολειτουργικός, Αθήνα 2012, Διδακτορική Διατριβή.
 80. Harvard School of Public Health. The Greek Tobacco Epidemic. Center for Global Tobacco Control, 2011.
 81. New Zealand Ministry of Health. Background and Recommendation of the New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking: Providing Stop-smoking Support to Pregnant and Breastfeeding Women. 2014.
 82. National Institute for Health and Clinical Excellence (2010) PH26 Quitting Smoking in Pregnancy and Following Childbirth. London: NICE. Ανακτήθηκε από το www.nice.org.uk/PH26. NICE

- Guidance is Prepared for the National Health Service in England and Wales.
83. McCowan L.M., Dekker G.A., Chan E. et al. Spontaneous Preterm Birth and Small for Gestational Age Infants in Women Who Stop Smoking Early in Pregnancy: Prospective Cohort Study. *BMJ* 2009, 338: b1081.
84. Marks J.S., Koplan J.P., Hogue C.J. et al. Cost-benefit/Cost-effectiveness Analysis of Smoking Cessation for Pregnant Women. *AJPM* 1990, 6 (5): 282-9.
85. Lightwood J.M., Phibbs C., Glantz S.A. Short-term Health and Economic Benefits of Smoking Cessation: Low Birth Weight. *Pediatrics* 1999, 104 (6): 1312-20.
86. Trichopoulos D., Kalandidi A., Sparros L., MacMahon B. Lung Cancer and Passive Smoking. *International Journal of Cancer* 1981, 27, 1-4.
87. CDC. Cigarette Smoking-attributable Mortality and Years of Potential Life Lost - United States. Morbidity and Mortality Weekly Report 1993.
88. USDHHS. The Health Benefits of Smoking Cessation. A Report of the Surgeon General. 1990.
89. 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
90. Vardavas C.I., 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.
91. Tobacco Cessation Guidelines for High-Risk Populations (TOB-G). European Union's Health Programme (2014-2020), pp. 13-58. Vivilaki Victoria, Loukopoulou Andriani (2017), chapter «Smoking Cessation during Pregnancy and the Postpartum Period».
92. Melvin C.L., Dolan-Mullen P., Windsor R.A. et al. Recommended Cessation Counselling for Pregnant Woman Who Smoke: A Review of the Evidence. *Tobacco Control* 2000, 9 (Sup III): 80-84.
93. Τούντας Γ.Κ. Αγωγή Υγείας στο: Κακλαμάνη Ε., Φραγκούλη-Κουμαντάκη Υ, Προληπτική Ιατρική και Αγωγή Υγείας, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Β' Έκδοση, 1994: 26-30.
94. Κυριακίδου Ε. Κοινωνική Νοσηλευτική. Εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ, 1995: 74-79, 30-40, 200.
95. 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.

04 Παθητικό κάπνισμα

- Garland C., Barrett-Connor E. et al. Effects of Passive Smoking on Ischemic Heart Disease Mortality of Non-smokers: A Prospective Study, *American Journal of Epidemiology*, Vol. 121, Issue 5, May 1985.
- Trichopoulos D., Kalandidi A., Sparros L., Macmahon B. Lung Cancer and Passive Smoking, *IJC* Vol. 27, Issue 1, January 1981.
- R. Masironi & H. Geizerova, World Health Org., Smoke-Free Public Places: A World Overview, WHO Doc. WHO/TOH/CLH/90.3 (1990).
- Maria Oknoska. Legal Aspects of Passive Smoking: An Annotated Bibliography, 86 LAW LIBR. J. 445 (1994) (highlighting public concerns and legal strategies relating to second-hand smoke).
- 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.
- American Lung Association. What's in a Cigarette? <https://www.lung.org/stop-smoking/smoking-facts/whats-in-a-cigarette.html>.
- Centers for Disease Control and Prevention Health Effects of Secondhand Smoke. https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/health_effects/index.htm (ανακτήθηκε: Σεπτέμβριος 2019).
- U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General External Icon. 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 2006 (ανακτήθηκε: 12 Ιουλίου 2019).
- Hagstad S., Bjerg A., Ekerlung L. et al. Passive Smoking Exposure is Associated with Increased Risk of COPD in Never Smokers. *Chest* 2014, 145: 1298.
- Almirall J, Serra-Pratt M., Bolivar I. et al. Passive Smoking at Home is a Risk Factor for Community-acquired Pneumonia in Older Adults: A Population-based Case-control Study. *BMJ Open* 2014, 4: e005133.
- Steenland K., Thun M., Lally C., Heath C. Jr. Environmental Tobacco Smoke and Coronary Heart Disease in the American Cancer Society CPS - II cohort. *Circulation* 1996, 94: 622.
- Wells A.J. Passive Smoking As A Cause of Heart Disease. *J Am Coll Cardiol* 1994, 24: 546.
- Whincup P.H., Gilg J.A., Emberson J.R. et al. Passive Smoking and Risk of Coronary Heart Disease and Stroke: Prospective Study with Cotinine Measurement. *BMJ* 2004, 329: 200.
- Age-related Eye Disease Study Research Group, 2001. Risk Factors Associated with Age-related Nuclear and Cortical Cataract. *Ophthalmology*, 108 (8): 1400-8.
- US Department of Health and Human Services (2006). The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the US Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Mannino D.M., Siegel M., Husten C., Rose D., Etzel R. Environmental Tobacco Smoke Exposure and Health Effects in Children: Results from the 1991 National Health Interview Survey. *Tob Control* 1996, 5 (1): 13.
- Misra D.P., Nguyen R.H. Environmental Tobacco Smoke and Low Birth Weight: A Hazard in the Workplace? *Environ Health Perspect* 1999, 107 Suppl 6: 897.
- Behm I., Kabir Z., Connolly G.N., Alpert H.R. Increasing Prevalence of Smoke-free Homes and Decreasing Rates of Sudden Infant Death Syndrome in the United States: An Ecological Association Study. *Tob Control* Jan 2012, 21 (1): 6-11. Epub 2011 Apr 7.

19. Jauniaux E., Gulbis B., Acharya G., Thiry P., Rodeck C., Hajnal B.L., Braun-Fahrländer C., Grize L. et al. Maternal Tobacco Exposure and Cotinine Levels in Fetal Fluids in the First Half of Pregnancy. *Obstet Gynecol* Jan 1999, 93 (1): 25-9.
20. Hajnal B.L., Braun-Fahrländer C., Grize L. et al. Effect of Environmental Tobacco Smoke Exposure on Respiratory Symptoms in Children. SCARPOL Team. Swiss Study on Childhood Allergy and Respiratory Symptoms with Respect to Air Pollution, Climate and Pollen. *Schweiz Med Wochenschr* May 1999, 129 (19): 723-30.
21. Henderson A.J. The Effects of Tobacco Smoke Exposure on Respiratory Health in School-aged Children. *Paediatr Respir Rev* Mar 2008, 9 (1): 21-7, quiz 27-8.
22. Timo T. Hugg, Maritta S. Jaakkola, Risto O. Ruotsalainen et al Parental Smoking Behaviour and Effects of Tobacco Smoke on Children's Health in Finland and Russia, *European Journal of Public Health*, Volume 18, Issue 1, February 2008, Pages 55-62.
23. Amany Abdel-Fattah El-Shazly, Walid M A El-Zawahry et al. Passive Smoking as a Risk Factor of Dry Eye in Children, *Journal of Ophthalmology* 2012.
24. Michael Kulig, Werner Luck, Ulrich Wahn et al. The Association Between Pre and Postnatal Tobacco Smoke Exposure and Allergic Sensitization During Early Childhood, *Human and Experimental Toxicology*, Volume 18, issue 4, pages: 241-244. Issue published: 1 April 1999.
25. Simpson S.A., Thomas C.L., van der Linden M., MacMillan H. et al. Identification (through screening) of Children in the First Four Years of Life for Early Treatment for Otitis Media with Effusion (OME), *Cochrane Database*, January 2007.
26. Rozen T.D. Cluster Headache Clinical Phenotypes: Tobacco Nonexposed (never smoker and no parental secondary smoke exposure as a child) Versus Tobacco-exposed: Results from the United States Cluster Headache Survey, *Headache*, Volume 58, Issue 5, May 2018, pages 688-699.
27. Jesse D. Thacher, Erica S. Schultz, Jenny Hallberg et al. Tobacco Smoke Exposure in Early Life and Adolescence in Relation to Lung Function *European Respiratory Journal* 2018, 51: 1702111.
28. Tandon M., Lessov-Schlaggar C.N., Tillman R. et al. Secondhand Smoke Exposure and Severity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Preschoolers: A Pilot Investigation, *Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol*. 2014, 2 (1): 37-40.
29. Polańska K., Jurewicz J., Hanke W. Smoking and Alcohol Drinking During Pregnancy as the Risk Factors for Poor Child Neurodevelopment - A Review of Epidemiological Studies. *Int J Occup Med Environ Health*. 2015, 28 (3): 419-43.
30. Patient Education: Secondhand Smoke: Risks to Children (The Basics), UpToDate 2017.
31. Eisner M.D., Smith A.K., Blanc P.D. Bartenders' Respiratory Health After Establishment of Smoke-free Bars and Taverns. *JAMA* 1998, 280: 119.
32. Menzies D., Nair A., Williamson P.A. et al. Respiratory Symptoms, Pulmonary Function and Markers of Inflammation among Bar Workers Before and After a Legislative Ban on Smoking in Public Places. *JAMA* 2006, 296: 1742.
33. Cheng K.W., Glantz S.A., Lightwood J.M. Association Between Smokefree Laws and Voluntary Smokefree Home Rules. *Am J Prev Med* 2011, 41: 566.
34. Lee J.T., Glantz S.A., Millett C. Effect of Smoke-free Legislation on Adult Smoking Behaviour in England in the 18 months Following Implementation. *PLoS One* 2011, 6: e20933.
35. Pell J.P., Haw S., Cobbe S. et al. Smoke-free Legislation and Hospitalizations for Acute Coronary Syndrome. *N Engl J Med* 2008, 359: 482.
36. Δανασσής-Αφεντάκης Α.Κ. Εισαγωγή στην Παιδαγωγική «Σύγχρονες Τάσεις της Αγωγής», Β' Έκδοση, Τμήμα Φιλοσοφίας - Παιδαγωγικής - Ψυχολογίας, Φιλοσοφική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα 1997.
37. Παπαδόπουλος Χ., Τσάντης Ι. Εγχειρίδιο «Αγωγή Υγείας - Ψυχικής Υγείας - Διαπροσωπικές σχέσεις, 11 - 14 ετών». Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Διεύθυνση Σπουδών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, Γραφείο Αγωγής Υγείας, Αθήνα 2000.

05 Σύγχρονη προσέγγιση διακοπής του καπνίσματος

1. World Health Organization. Tobacco Key Facts, 29 May 2019. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
2. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2008: The MPOWER Package Geneva, World Health Organization 2008. Διαθέσιμο στο http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282_eng.pdf.
3. Steinberg M.B., Schmelzer A.C., Lin P.N., Garcia G. Smoking as a Chronic Disease. *Curr Cardio Risk Rep.* 2010, 4: 413-420.
4. https://www.who.int/gho/phe/secondhand_smoke/en/. Ανακτήθηκε: 21 Σεπτεμβρίου 2019.
5. Jarvis M.J. (2004). Why People Smoke. *BMJ*, 328: 277-279.
6. <https://www.erswhitebook.org/chapters/tobacco-smoking>.
7. Schoretsaniti S., Filippidis F.T., Vardavas C.I., Dimitrakaki C., Behrakis P., Connolly G.N., Tountas Y. *Addict Behav.* 2014, 39: 140-5.
8. Smoking Cessation Pharmacotherapy: An Update for Health Professionals (updated 2009). Melbourne: The Royal Australian College. Zwar N., Richmond R., Borland R. et al.
9. Partnership on Smoking Cessation. Guidelines. Treatment of Tobacco Dependence 2006. Διαθέσιμο στο <http://treatobacco.net/en/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/Netherlands%202006.pdf>.
10. Smoking Cessation Guidelines for Health Professionals: An Update. *Thorax* 2000, 55: 987-999.
11. Barua R.S., Rigotti N.A., Benowitz N.L. et al. 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment. *J Am Coll Cardiol* 2018, 5.
12. Raw M., Anderson P., Batra A. et al. WHO Europe Evidence Based Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence. *Tobacco Control* 2002; 11: 44-6.
13. European Smoking Cessation Guidelines 3/10/2012. (http://www.ensp.org/sites/default/files/ENSP-ESCG_FINAL.pdf).
14. Fiore M.C., Jaen C.R., Baker T.B. et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008.
15. Motivational Consulting Versus Brief Advice for Smokers in General Practice: A Randomised Trial. Butler C.C., Rollnick S., Cohen D. et al. *British Journal of General Practice* 1999, 49: 11-616.
16. The Process of Stopping Smoking. Gratzou Ch. Breathe 2005, 1: 61-65.
17. White A.R., Rampes H., Liu J., Stead L.F., Campbell J. Acupuncture and Related Interventions for Smoking Cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 1. Art. No.: CD000009. DOI: 10.1002/14651858.CD000009.pub4.
18. Wang J., Haselen R.V., Wang M. et al. Acupuncture for Smoking Cessation: A Systematic Review and Meta-analysis of 24 Randomized Controlled Trials. *Tobacco Induced Diseases.* 2019, 17 (June): 48. DOI: 10.18332/tid/109195.
19. Vardavas C.I., Anagnostopoulos N., Kougias M., Evangelopoulou V., Connolly G.N., Behrakis P.K. Short-term Pulmonary Effects of Using an Electronic Cigarette: Impact on Respiratory Flow Resistance, Impedance and Exhaled Nitric Oxide. *Chest.* 2012, 141: 1400-1406.
20. Lappas A.S., Tzortzi A.S., Konstantinidi E.M., Teloniatis S.I., Tzavara C.K., Genimata S.A., Koulouris N.G., Behrakis P.K. Short-term Respiratory Effects of e-cigarettes in Healthy Individuals and Smokers with Asthma. *Respirology.* 2018, 23: 291-297.
21. Boulay M.E., Henry C., Bossé Y., Boulet L.P., Morissette M.C. Acute Effects of Nicotine-free and Flavour-free Electronic Cigarette Use on Lung Functions in Healthy and Asthmatic Individuals. *Respir Res.* 2017, 18 (1): 33.
22. Antoniewicz L., Bosson J.A., Kuhl J., Abdel-Halim S.M., Kiessling A., Mobarrez F., Lundbäck M. Electronic Cigarettes Increase Endothelial Progenitor Cells in the Blood of Healthy Volunteers. *Atherosclerosis.* 2016, 255: 179-185.

23. Simonavicius E., McNeill A., Shahab L. et al. Heat-not-burn Tobacco Products: A Systematic Literature Review Tobacco Control 2019, 28: 582-594.
24. Moazed F., Chun L., Matthay M.A. et al. Assessment of Industry Data on Pulmonary and Immunosuppressive Effects of IQOS Tobacco Control 2018, 27: s20-s25.
25. Cullen K., Ambrose B., Gentzke A., Apelberg B., Jamal A., King B. Notes from the Field: Use of Electronic Cigarettes and Any Tobacco Product Among Middle and High School Students - United States, 2011-2018. MMWR Morbid Mortal Wkly Rep. 2018, 67: 1276-1277.
26. Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I. Mortality in Relation to Smoking: 50 Years' Observations on Male British Doctors. BMJ 2004, 328: 1519.
27. TOB-g.eu 2017.

06 Νέες τάσεις στη χρήση καπνικών προϊόντων

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. World Health Organization. Tobacco. Key Facts. 29 May 2019. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
3. <https://betobaccofree.hhs.gov>.
4. Int J Tuberc Lung Dis. 2008, 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.
5. McDermott, PhD, FAAHB, and Leila Martini, MPH, MLS.
6. New Tobacco Trends: Waterpipe (hookah) Smoking and Implications for Healthcare Providers. Devon Noonan, MPH, FNP-BC & Pamela A. Kulbok, 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. The Author(s) Journal compilation a 2009 American Academy of Nurse Practitioners.
7. 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.
8. Health Risks Associated with Cigar Smoking. Jama 2000, 284: 735-740.
9. 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.
10. Deposition of Cigar Smoke Particles in the Lung: Evaluation with Ventilation Scan Using 99m Tc-Labeled Sulfur Colloid Particles. Lori J. McDonald, Rajdeep S. Bhatia and Peter D. Hollett J Nucl Med. 2002, 43: 1591-1595.
11. Cigar Smoking Has an Acute Detrimental Effect on Arterial Stiffness. Charalambos Vlachopoulos, Nikolaos Alexopoulos, Demosthenes Panagiotakos, Michael F. O'Rourke, Christodoulos Stefanadis. AJH 2004, 17: 299-303.
12. Association Between Exclusive Pipe Smoking and Mortality From Cancer and Other Diseases. S. Jane Henley, Michael J. Thun, Ann Chao, Eugenia E. Calle.
13. Pipe and Cigar Smoking and Major Cardiovascular Events, Cancer Incidence and All-cause Mortality in Middle-aged British Men. A.G. Shaper, S.G. Wannamethee and Mary Walker.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
 17. Safety Evaluation and Risk Assessment of Electronic Cigarettes as Tobacco Cigarette Substitutes: A Systematic Review. Konstantinos E. Farsalinos and Riccardo Polosa.
 18. Do e-Cigarettes Have the Potential to Compete With Conventional Cigarettes? A Survey of Conventional Cigarette Smokers' Experiences With e-Cigarettes. Eva Kralikova, MD, PhD, Jan Novak, Oliver West, MSc, Alexandra Kmetova, MD, and Peter Hajek, PhD.
 19. 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, Public Health. DOI: 10.3389/fpubh.2013.00056.
 20. Καταγραφή στάσεων και συμπεριφορών μαθητών - μαθητριών απέναντι στο κάπνισμα 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», Ιούνιος 2014.
 21. 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.
 22. Nowak D., Jörres R.A., Rüther 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 Rüther.
 23. 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 Kougiass, MD, Vassiliki Evangelopoulou, MD, Gregory N. Connolly, DMD, MPH, and Panagiotis K. Behrakis, MD, PhD, FCCP.
 24. BMC Public Health 2009, 9: 194. DOI: 10.1186/1471-2458-9-194. Διαθέσιμο στο <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 M.A. Frampton, Marewa Glover and Rod A. Lea.
 25. 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.
 26. 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. Awopegba, Olalekan A. Ayo-Yusuf, Gregory N. Connolly.
 27. 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. Pednekar, Prakash C. Gupta, Balkrishna B. Yeole, James R. Héber.
 28. Nicotine & Tobacco Research, Volume 15, Number 8 (August 2013), 1453-

1457. Make Your Own Cigarettes: Characteristics of the Product and the Consumer. Zachary R. Rosenberr, BS, Andrew A. Strasser, PhD, Lauren L. Canlas, BS, Jennifer L. Potts, MA, Wallace B. Pickworth, PhD.
29. © 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 Faivre, Patrice Pienkowski and Marc Gignoux.
30. 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.
31. 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.
32. 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.
33. Tobacco Control 2011, 20 (Suppl 2): ii1eii7. DOI: 10.1136/tc.2011.043604. Menthol: Putting the Pieces Together. Youn Ok Lee, Stanton A. Glantz.
34. NTiocboatinceo & 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.
35. Layden, Jennifer E. et al. "Pulmonary Illness Related to E-Cigarette Use in Illinois and Wisconsin — Preliminary Report." New England Journal of Medicine (2019) DOI: 10.1056/nejmoa191161.
36. Schier JG, Meiman JG, Layden J, et al. Severe Pulmonary Disease Associated with Electronic-Cigarette-Product Use — Interim Guidance. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2019;68:787-790. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6836e2externalicon>.

07 Marketing, διαφήμιση και lifestyle στην προώθηση του καπνίσματος

1. Advertising Age 2005. The Advertising Century. Advertising Age. <https://adage.com/article/special-report-the-advertising-century/ad-age-advertising-century-top-100-advertising-campaigns/140150>.
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. BusinessWeek, August 2004. http://www.businessweek.com/@aHbSJlc-QIZitQhcA/magazine/content/03_31/b3844021_mz046.htm.
3. BusinessWeek 2003. The 100 Top Brands. Business Week, August 2004.
4. Shapiro S.J., Wong K.B., Perreault W.D. and McCarthy E.J. 2002. Basic Marketing: A Global-managerial Approach. 10th Canadian ed. Toronto, On: McGraw-Hill Ryerson.
5. Cook B.L., Wayne G.F., Keithly L. and Connolly G. 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 Owens M. 2001.

- Brand Warfare: 10 Rules for Building the Killer Brand. New York: McGraw-Hill.
7. Muniz Jr. A.M. and O'Guinn T.C. 2001. Brand Community. *Journal of Consumer Research* 27: 412-32.
 8. McAlexander J.H., Schouten J.W. and Koenig H.F. 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. <https://www.who.com> [online], 2003 [cited 10 September 2013]. Διαθέσιμο στο http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/83779/1/WHO_NMH_PND_13.1_eng.pdf.
 11. Wikipedia. Greenwashing. [Online], 2013 [cited 15 September 2013]. Διαθέσιμο στο <http://en.wikipedia.org/wiki/Greenwashing>.
 12. Rattue G. Medical News Today. [Online], 2011 [cited 15 September 2013]. Διαθέσιμο στο <http://www.medicalnewstoday.com/articles/233428.php>.
 13. World Health Organization. Tobacco Industry and Corporate Responsibility. An Inherent Contradiction. [Online], 2003 [cited 13 September 2013]. Διαθέσιμο στο <http://www.who.int/tobacco/media/en/tob-industry.pdf>.
 14. Southeast Asia Tobacco Control Alliance. Seatca [online]. Διαθέσιμο στο [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 5 September 2013]. Διαθέσιμο στο http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502399_eng.pdf.
 16. Glantz S.A. Center for Tobacco Control Research & Education. [Online], 2013 [cited 5 September 2013]. Διαθέσιμο στο <http://www.tobacco.ucsf.edu/healthgroups-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 1 September 2013]. Διαθέσιμο στο <http://image.thelancet.com/extras/03cmt159web.pdf>.
 18. Mann D. CNN. [Online], 2009 [cited 5 September 2013]. Διαθέσιμο στο <http://edition.cnn.com/2009/HEALTH/06/03/health.smoking.movies>.
 19. Mekemson C. SAG. Tobacco Control. [Online], 2002 [cited 5 September 2013]. Διαθέσιμο στο http://tobaccocontrol.bmj.com/content/11/suppl_1/i81.full.pdf.
 20. Dalton M.A. American Academy of Pediatrics. [Online], 2013 [cited 6 September 2013]. Διαθέσιμο στο <http://pediatrics.aappublications.org/content/123/4/e551.full>.
 21. The Telegraph. [Online], 2013 [cited 22 September 2013]. Διαθέσιμο στο <https://www.telegraph.co.uk/news/health/news/10326252/Mad-Men-boost-for-Lucky-Strike-cigarettes-campaigners.html>.
 22. Kellogg on Branding: The Marketing Faculty of The Kellogg School of Management. Alice Tybout and Tim Calkins editors. New Jersey: John Wiley & Sons, 2005.
 23. Kjønsstad A. An Attempt to Circumvent the Ban on Cigarette Advertising in Norway. [Online], 1985 [cited 28 August 2013]. Διαθέσιμο στο <http://legacy.library.ucsf.edu/documentStore/s/l/i/sli82f00/Ssli82f00.pdf>.
 24. Wikipedia. Marlboro [cigarette]. [Online], 2013 [cited 20 September 2013]. Διαθέσιμο στο https://en.wikipedia.org/wiki/Marlboro_cigarette.
 25. Ash.Org. Ash.org. [Online]. [Cited 20 September 2013]. Διαθέσιμο στο http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH_176.pdf.
 26. Wakefield M.A. Tobacco Control. [Online], 2002 [cited 1 September 2013]. Διαθέσιμο στο http://tobaccocontrol.bmj.com/content/11/suppl_1/i73.full.
 27. Morton J. Colormatter.com. [Online], 2012 [cited 20 September 2013]. Διαθέσιμο στο <http://www.colormatters.com/color-and-marketing/color-and-branding>.
 28. Legacy Tobacco Documents Library. [Online]. Διαθέσιμο στο <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/qxb79d00/pdf>.
 29. Jabour B. The Guardian. [Online], 2013 [cited 10 September 2013]. Διαθέσιμο στο <http://www.theguardian.com/world/2013/jul/22/plainpackaging-makes-cigarettes-less-appealing>.
 30. Wikipedia. Wikipedia. [Online], 2013

- (cited 10 September 2013). Διαθέσιμο στο 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 25 August 2013]. Διαθέσιμο στο http://www.who.int/features/2013/australia_tobacco_packaging/en.
 32. Public Health Law Center. Public Health Law Center. [Online]. [Cited 23 August 2013]. Διαθέσιμο στο <http://publichealthlawcenter.org/topics/tobacco-control/tobacco-control-litigation/master-settlementagreement>.
 33. National Cancer Institute. "Light" Cigarettes and Cancer Risk. [Online], 2010 [cited 24 August 2013]. Διαθέσιμο στο <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Tobacco/light-cigarettes>.
 34. Sanburn J. The Time. [Online], 2013 [cited 9 September 2013]. Διαθέσιμο στο <http://business.time.com/2013/01/08/can-electronic-cigaretteschallenge-big-tobacco>.
 35. Carver Richard. Winston-Salem. Analyst Projection: E-cigs Will Overtake Traditional Tobacco Revenue at Reynolds in 2021. [Online], 2013 [cited 17 September 2013]. Διαθέσιμο στο http://www.journalnow.com/business/business_news/local/article_948674ca1ca9-11e3-a0ae-0019bb30f31a.html.
 36. Elliott S. New York Times. [Online], 2013 [cited 2 September 2013]. Διαθέσιμο στο 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 29 August 2013]. Διαθέσιμο στο 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 J.R., Wellman R.J., Sargent J.D., Weitzman M., Hipple B.J., Winickoff J.P. Tobacco Promotion and the Initiation of Tobacco Use: Assessing the Evidence for Causality. *Pediatrics* 2006, 117: e1237-e1248.
 41. Moodie C., MacKintosh A.M., 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*, 24 Mar 2008.
 42. Lovato C., Linn G., Stead L.F., Best A. Impact of Tobacco Advertising and Promotion on Increasing Adolescent Smoking Behaviors. *Cochrane Database Syst Rev* 2003, (4): CD003439.
 43. Lopez Mi, 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. Hiltz P.J. Smokescreen: The Truth Behind the Tobacco Industry Cover-up. Addison-Wesley, 1996, p. 77.
 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. Hiltz P.J. Smokescreen: The Truth Behind the Tobacco Industry Coverup, 1996, Addison-Wesley, p. 96-8.
 53. J. di Giovanni, Cancer Country - Who's Lucky Now?, The Sunday Times, 2 August 1992, p. 12.

08 Το κάπνισμα ως αντικείμενο της οικονομικής επιστήμης

1. WHO. WHO Global Report: Mortality Attributable to Tobacco, Geneva: World Health Organization 2012.
2. Mackay J., Eriksen M.P. The Tobacco Atlas. Geneva: World Health Organization 2002.
3. Mathers C.D., Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030, PLoS Medicine 2006, 3 (11): e442.
4. Öberg M., Jaakkola M.S., 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 K.E., Hodgson T.A., Carroll C.E. 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 J.D., Collins D., Lapsley H. and Novotny T.E. Estimating the Costs of Tobacco Use. In: Jha P., Chaloupka F.J. 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 D.P., Hodgson T.A., Sinsheimer P., Browner W., Kopstein A.N. The Economic Costs of the Health Effects of Smoking. The Milbank Quarterly 1986, 64 (4): 489-547.
16. Tsalapati K., Vardavas C.I., Athanasiakis 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. Ruff L.K., 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 D.P., Sung H.Y., Zhang X., Miller L. The Economic Burden of Smoking in California. Tobacco Control 2004, 13: 264-267.
19. Jha P., Musgrove P., Chaloupka F.J., Yurekli A. The Economic Rationale for Intervention in the Tobacco Market. In: Jha P., Chaloupka F.J. editors. Tobacco Control in Developing Countries. Oxford: Oxford University Press 2000, p. 153-174.
20. Weinstein N.D. Accuracy of Smokers Risk Perceptions. Annals of Behavioral Medicine 1998, 20 (2): 135-140.
21. Kessler D.A., Barnett P.S., Witt A., Zeller M.R., Mande J.R., Schultz W.B. 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: Vapka-Publishing 1991.
23. Atkinson A.B., Townsend J.L. Economic Aspects of Reduced Smoking. Lancet 1977, 2 (8036): 492-495.

24. Hodgson T.A. Cigarette Smoking and Lifetime Medical Expenditures. *Milbank Quarterly* 1992, 70 (1): 81-125.
25. Barendregt J.J., Bonneux L., Van der Maas P.J. The Health Care Costs of Smoking. *New England Journal of Medicine* 1997, 337 (15): 1052-1057.
26. Hoch S.J., Loewenstein G.F. 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 F.J. The Economics of Global Tobacco Control. *British Medical Journal* 2000, 321 (7257): 358-361.
31. Chaloupka F.J., Hu T.W., Warner K.E., Jacobs R., Yurekli A. The Taxation of Tobacco Products. In: Jha P., Chaloupka F.J. editors. *Tobacco Control in Developing Countries*. Oxford: Oxford University Press 2000, p. 237-272.
32. Moore M.J. Death and Tobacco Taxes. *RAND Journal of Economics* 1996, 27 (2): 415-428.
33. Alpert H.R., Vardavas C.I., Chaloupka F.J., Vozikis A., Athanasakis K., Kyriopoulos I., Bertic M., Behrakis P.K., Connolly G.N. 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 F.J. 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 F.J. editors. *Tobacco Control in Developing Countries*. Oxford: Oxford University Press 2000, p. 215-236.
36. Saffer H., Chaloupka F.J. The Effect of Tobacco Advertising Bans on Tobacco Consumption. *Journal of Health Economics* 2000, 19 (6): 1117-1137.
37. Vardavas C.I., Kafatos A. Greece's Tobacco Policy: Another Myth? *Lancet* 2006, 367 (9521): 1485-1486.
38. Woollety T., Asma S., Sharp D. Clean Indoor Air Laws and Youth Access Restrictions. In: Jha P., Chaloupka F.J. editors. *Tobacco Control in Developing Countries*. Oxford: Oxford University Press 2000, p. 273-286.
39. Yurekli A.A., 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 C.I., Kafatos A. Bans on Smoking on Public Places: Policy Enforcement Needed. *Lancet* 2007, 370 (9582): 133-134.
41. Taylor A., Chaloupka F.J., Guindon E., Corbett M. The Impact of Trade Liberalization on Tobacco Consumption. In: Jha P., Chaloupka F.J. 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 F.J., Merriman D., Yurekli A. Issues in the Smuggling of Tobacco Products. In: Jha P., Chaloupka F.J. 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 F.T., Vardavas C.I., Loukopoulou A., Behrakis P., Connolly G.N., 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 C.I., Filippidis F.T., Agaku I., Myrtas V., Bertic M., Connolly G.N., 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.

09 Ιστορική αναδρομή και ισχύουσα νομοθεσία για τον καπνό και τα συναφή προϊόντα

Διεθνής, Ευρωπαϊκή και Εθνική Νομοθεσία

- WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) (2003), Convention Secretariat, World Health Organization (WHO), Geneva. Διαθέσιμο στο <https://www.who.int/fctc/en>.
- WHO FCTC Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products (2013), World Health Organization (WHO), Geneva. Διαθέσιμο στο <https://www.who.int/fctc/en>.
- 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 (2014), Official Journal L127, p. 1. Διαθέσιμο στο <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html>.
- Directive 2003/33/EC of the European Parliament and of the Council of 26 May 2003 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States relating to the advertising and sponsorship of tobacco products (2003), Official Journal L152, p. 16. Διαθέσιμο στο <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html>.
- Directive 2010/13/EU of the European Parliament and of the Council of 10 March 2010 on the coordination of certain provisions laid down by law, regulation or administrative action in Member States concerning the provision of audiovisual media services (Audiovisual Media Services Directive, 2010), Official Journal L95, p. 1. Διαθέσιμο στο <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html>.
- Council Recommendation of 30 November 2009 on smoke-free environments (2009), Official Journal C296, Vol. 52, p. 4. Διαθέσιμο στο <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html>.
- Council Recommendation of 2 December 2002 on the prevention of smoking and on initiatives to improve tobacco control (2002), Official Journal L22, Vol. 46, p. 31. Διαθέσιμο στο <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html>.
- Όλες οι νομοθετικές ρυθμίσεις που αφορούν τον έλεγχο του καπνού στην Ελλάδα από το 1930 έως σήμερα και αναφέρονται στο παρόν κεφάλαιο είναι διαθέσιμες στο www.et.gr.
- Hirschhorn Norbert & WHO Tobacco Free Initiative, The tobacco industry documents: What they are, what they tell us and how to search them: A practical manual (2005), World Health Organization. Διαθέσιμο στο <http://www.who.int/iris/handle/10665/43153>.
- www.who.int/topics/tobacco/en.
- www.smokefreegreece.gr.
- https://ec.europa.eu/health/tobacco/overview_en.
- www.moh.gov.gr.

10 Σύγχρονες πρακτικές και προσεγγίσεις στην πρόληψη του καπνίσματος στη σχολική κοινότητα

1. Warren C.W., Jones N.R., Peruga A., Chauvin J., Baptiste J., Costa de Silva V., El-Awa F., Tsouros A., Rahman K., Fishburn B., Bettcher D.W., Asma S. Global Youth Tobacco Surveillance. Morbidity Mortality Weekly Review - CDC 25 Jan 2008, 57 (SS01): 1-21.
2. Peto R., Lopez A.D. Future World-wide Health Effects of Current Smoking Patterns. In: Koop C.E., Pearson C.E., Schwartz M.R. eds. Critical Issues in Global Health. San Francisco, Calif: Jossey-Bass, 2001: 154-161.
3. World Health Organization. Tobacco. Key Facts. 29 May 2019. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
4. Warren C.W., Lea V., Lee J., Jones N.R., Asma S., McKenna M. Change in Tobacco Use Among 13-15 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 Ά., Φωτίου Α., Καναβού Ε., Σταύρου Μ. Εξαρτητικές Συμπεριφορές στην Εφηβεία: Μέρος Α. Χρήση ουσιών. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, 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 K.W., Botvin G.J. 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 L.G. 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., Adami 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., Ravaud 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 K.J., Peters D.H., Rani M., Bonu S., Brooner R.K. 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. Hausteine K.O. Smoking and Poverty. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2006, 13 (3): 312-8.
21. Darling N. & Cumsille 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, iv 16-iv25.
24. Wakefield M.A., Chaloupka F.J., Kaufman N.J., Orleans C.T., Barker D.C., Ruel E.E. 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 J.E. 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* 2002 Jun, 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 J.M., Rodrigue J.R., Kahler C.W. Development and Validation of an Adolescent Smoking Consequences Questionnaire. *Nicotine & Tobacco Research* 2005, 7 (1): 81-90.
 33. Andrews J.A., Hampson S.E., Barckley M., Gerrard M., Gibbons F.X. The Effect of Early Cognitions on Cigarette and Alcohol Use During Adolescence. *Psychology of Addictive Behaviors* 2008, 22 (1): 96-106.
 34. Conrad K.M., Flay B.R., Hill D. Why Children Start Smoking Cigarettes: Predictors of Onset. *British Journal of Addiction* 1992, 87: 1711-1724.
 35. Abernathy T.J., 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. ΕΚΤΕΠΝ. Εγχειρίδιο για την Πρόληψη της Ουσιοεξάρτησης: Κατευθυντήριες Γραμμές και Σχεδιασμός Παρεμβάσεων. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα 2011.
 43. American Lung Association. Trends in Tobacco Use, 2011.
 44. Thomas R.E., 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 P.M., 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. *The Lancet* 2008, 371

- (9624), p. 1595-1602.
47. Bangert-Drowns R. (1988). The Effects of School-based Substance Abuse Education: A Meta-analysis. *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 G.J., Griffin K.W., Diaz T., Scheier L.M., Williams C., Epstein J.A. 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* (p. 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* (p. 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. Deterring the Onset of Smoking in Children: Knowledge of Immediate Physiological Effects and Coping with Peer Pressure, Media Pressure and Parent Modeling. *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 M.L., Jason L.A., 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 J.W. 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 C.Y., Pullman A.W., 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 C.Y., Zeisser C., Campbell H.S. et al. Adolescent Smoking: Effect of School and Community Characteristics. *American Journal of Preventive Medicine* 2010, 39: 507-14.
61. Sabiston C.M., Lovato C.Y., 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 M.S. 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 L.S., Kastner J.W. 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 R.E., 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 B.R. The Promise of Long-term Effectiveness of School-based Smoking Prevention Programs: A Critical Review of Reviews. *Tobacco Induced Diseases* 2009, b. 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 W.H. A Meta-analysis of Adolescent Smoking Prevention Programs. *American Journal of Public Health* 1993, 83 (6): 872-80.
76. Tobler N.S., Stratton H.H. Effectiveness of School-based Drug Prevention Programs: A Meta-analysis of the Research. *Journal of Primary Prevention* 1997, 18 (1): 71-128.
77. Tobler N.S., Roona M.R., Ochshorn P., Marshall D.G., Streke A.V., Stackpole K.M. School-based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-analysis. *Journal of Primary Prevention* 2000, 20 (4): 275-336.
78. Hwang M.S., Yeagley K.L., 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. Gilman S. E., 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.
83. Mays D., Gilman S.E. Rende R., Luta G., Tercyak K.P. and Niaura R.S. Parental Smoking Exposure and Adolescent Smoking Trajectories. *Pediatrics* 133, (6) 2014, 983-91.
84. Vandewater E., Park S.E., Carey F.R., Wilkinson A.V. Intergenerational Transfer of Smoking Across Three Generations and Forty-Five Years. *Nicotine & Tobacco Research* 2014, 16, 11-7.
85. Thomas R., Baker P., Lorenzetti D. Family-based Programmes for Preventing Smoking by Children and Adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art No.: CD004493.
86. Liddle H.A., Santisteban D.A., Levant R.F., Bray J.H. *Family Psychology: Science-based Interventions*. Washington: American Psychological Association 2002.
87. Sowden A.J., Stead L.F. Community Interventions for Preventing Smoking in Young People. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 1. Art. No.: CD001291, DOI: 10.1002/14651858.CD001291.
88. Carson K.V., Brinn M.P., Labiszewski N.A. et al. Community Interventions for Preventing Smoking in Young People. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 7: 2011. CD001291.

11 Μεθοδολογία προληπτικής παρέμβασης για το κάπνισμα σε μαθητές δημοτικού σχολείου

1. Peters L.W.H. & Paulussen T.G.W.M. School Health, A Review of the Effectiveness of Health Education and Health Promotion, Utrecht 1994 (Dutch Centre for Health Promotion and Education).
2. Bandura A. Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs 1986, NJ: Prentice Hall.
3. Logan D. & Carlini-Marlatt B. Smoking and Adolescence: Some Issues on Prevention and Smoking, Prevention Perspectives 1986, www.mentorfoundation.org.
4. Lovato C., Linn G., Stead L.F. & Best A. Cochrane Database Systematic Review 2003, 4: CDD003439.
5. Κίνηση «Πρόταση» για έναν άλλο τρόπο ζωής - Κέντρο Πρόληψης Εξαρτήσεων & Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Ν. Αχαΐας, Αγγίζοντας τον Κύκλο, Κίνηση Πρόταση, Πάτρα, 2003.
6. Παραδοτέο Π.1.4. για το Υποέργο 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».

12 Μεθοδολογία προληπτικής παρέμβασης για το κάπνισμα σε μαθητές Γυμνασίου & Λυκείου

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 Εξαρτήσεων & Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Δήμου Κηφισιάς - OKANA (Οργανισμός 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 Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ).
5. [11] & [12] Παραδοτέο Π.1.4. για το Υποέργο 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-Δαφ-OKANA - «Πυξίδα»: Κέντρο Πρόληψης της Εξάρτησης από Ναρκωτικά και Προαγωγής της Υγείας - OKANA, 2011.
7. antikleidi.com/smoking/passive-smoking-stats
8. www.protagon.gr/?i=protagon.el.post&id=25376. Άρθρο: Μπερχάκης Κ. Παναγιώτης, MD, PhD (McGill), FCCP, Adjunct Professor, Harvard University, πρόεδρος της Εθνικής Επιτροπής για τον Έλεγχο του Καπνίσματος.
9. «Η Ελλάδα στα Κλαμπ Δηλητηριάζεται...». Τσώλη Θ., ΒΗΜΑ Science. 2009 Ιούνιος, 28:24.
10. «Φάκελος No Smoking! Το Ομιχλώδες Τοπίο της Διασκέδασης Χωρίς Τσιγάρο». Τσάκαλος Ν., Αθηνόραμα. 2009 Μάιος, 470: 32-39.
11. Πανελλήνια έρευνα για τις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία των εφήβων μαθητών - HBSC/WHO, 2014.
12. <https://www.youtube.com/watch?v=KuBzsmxqxeU>.
13. <https://eurodomik.ru/el/materialy/zvezdy-kotorye-kuryat-rossiiskie-rossiiskie-aktrisy-kotorye-nikak-ne.html>.

13 Συχνές ερωτήσεις των μαθητών και απαντήσεις για την πρόληψη του καπνίσματος

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 Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ).
4. Ξέρω τι Ζητάω: Πρόγραμμα πρόληψης της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών στα σχολεία, EU-Dap - 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. Tobacco. Key Facts. 29 May, 2019. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
8. Πρόγραμμα Συμβουλευτικής Παρακίνησης για τη διακοπή του Καπνίσματος του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ), 2012.
9. www.who.int/en.
10. www.bestrong.org.gr.
11. European Network for smoking Prevention Annual Report, Bruxelles - Belgium, 2007 (<http://www.ensp.org>).

14 Συμβουλευτική γονέων για την πρόληψη του καπνίσματος Σύνδεση σχολείου και οικογένειας

1. World Health Organization. Tobacco. Key Facts, 29 May 2019. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
2. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2011: Warning about the Dangers of Tobacco. France: World Health Organization 2011.
3. Botvin G.J., Griffin K.W. 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: Εκδόσεις Παπαζήση, 2009.
5. Μυλωνάκου Η. Συνεργασία Σχολείου, Οικογένειας και Κοινότητας. Θεωρητικές Προσεγγίσεις και Πρακτικές Εφαρμογές. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση ΑΕΒΕ, 2009.
6. Συμεού Α. Σχέσεις Σχολείου - Οικογένειας: Έννοιες, Μορφές και Εκπαιδευτικές Συνεργαγίες. Παιδαγωγική Επιθεώρηση: 2003, (36): 101-113.
7. Συμεού Λ. Cultural Capital and Family Involvement in Children's Education: Tales From two Primary Schools in Cyprus. British Journal of Sociology of Education July 2007, 28 (4): 473-487.
8. Στάππια-Μουρτζίνη Μ. Αγωγή Υγείας: Βασικές Αρχές - Σχεδιασμός Προγράμματος. Αθήνα: ΟΕΔΒ, 2010.
9. World Health Organization [Internet]. Ottawa: World Health Organization 1986 (cited 2014). Διαθέσιμο στο <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
10. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Switzerland: World Health Organization 1998.
11. Green L.W., Kreuter M.W. Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill 2005.
12. Botvin G.J., Griffin K.W. 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 G.J., Botvin E.M. 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.
15. Petraitis J., Flay B.R., Miller T.Q. Re-viewing 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 [αναρτήθηκε: Σεπτέμβριος 2011]. 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: Λύχνος, 1998.
18. Μαλικιώση-Λοΐζου 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). Τορίνο: Κέντρο Πρόληψης της Εξάρτησης από Ναρκωτικά και Προαγωγής της Υγείας, 2007 [αναρτήθηκε: Οκτώβριος 2011]. Ανακτήθηκε από <http://www.pyxida.org.gr/files/THEGUIDEINGREEK.pdf>.
21. Goleman D. Η Συναισθηματική Non-μοσούν. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1998.
22. Crone M.R., Spruijt R., Dijkstra N.S., Willemssen M.C., Paulussen T.G. Does a Smoking Prevention Program in Elementary Schools Prepare Children for Secondary School? Prev Med 2011; 52 (1), 53-59.
23. Laursen B., Coy K.C., Collins W.A. Re-considering Changes in Parent-child Conflict Across Adolescence: A Meta-analysis. Child Dev 1998, 69 (3): 817-832.
24. Brook J.S., Brook D.W., Gordon A.S., Whiteman M., Cohen P. The Psycho-social 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 Ανέναντι στο Κάπνισμα. Αθήνα: Ιούνιος 2014.
26. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Internet). Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2013 [αναρτήθηκε 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.
27. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2009: Implementing Smoke-free Environments. France: World Health Organization, 2009.
28. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Internet). Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2013 [αναρτήθηκε 2013]. Ανακτήθηκε από http://www.esdy.edu.gr/files/016_Nea_Sxolis/GATS-%CE%95%CE%B-B%CE%BB%CE%B7%CE%BD_FactSheet_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 Πρόληψη Οικογενειακών, Ναρκωτικών & Καπνός. Στρασβούργο: Συμβούλιο της Ευρώπης, 1998.
31. Leonardi-Bee J., Jere M.L., 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 J.B., Jackson D.D. Ορισμένα Δοκιμαστικά Αξιώματα της Επικοινωνίας. Στο Watzlawick P., Bavelas J.B., Jackson D.D. Ανθρώπινη Επικοινωνία και οι Επιδράσεις της στη Συμπεριφορά. Αθήνα: Ελληνικά

- Γράμματα, 2005. σελ. 69-73.
33. Bray J.H., Hetherington E.M. Families in Transition: Introduction and Overview. *J Fam Psychol* 1993 [7]: 3-8.
 34. Ασκητοπούλου Β., Βλαχοπούλου Μ., Διονυσίου Π., Εσαγιάν Γκ., Ζαχαριτζή Ν., Κυριακίδου Μ. κ.ά. «Κάπνισμα; Όχι Εμείς!». Πρόγραμμα για την Πρόληψη του Καπνίσματος σε Μαθητές Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Θεσσαλονίκη: 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 Ενημερωτικών Συναντήσεων με τους γονείς. 2007, σελ. 13.

15 Μεθοδολογία βραχείας ψυχοεκπαιδευτικής προληπτικής παρέμβασης για το κάπνισμα σε γονείς

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 S.E., 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 K.G., Hawkins J.D., Catalano R.F., Abbott R.D., 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 D.L. 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 B.G. Prospective Analysis of Peer and Parent Influences on Smoking Initiation Among Early Adolescents. *Prevention Science* 2002, 3 [4]: 275-83.
7. Cohen D.A., 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 J.A., Crowe P.A., 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 M.L., 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, Willemssen 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 RJM. General Parenting, Antismoking 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 J.R., Gulliver S.B., Fenwick J.W., Valliere W.A., Cruser K., Pepper S., Shea P., Solomon L.J., Flynn B.S. Smoking Cessation Among Self-quitters. *Health Psychology* 1992, 11 (5): 331-5.
22. Hatsukami D.K., Stead L.F., Gupta P.C. Tobacco Addiction. *The Lancet* 2008, 371 (9629): 2027-38.
23. Ευθυμίου Κ., Σοφianoπούλου Α. (επιμ.). Διακοπή Καπνίσματος. Αρχιπέλαγος, 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 [ανακτήθηκε: 11 Απριλίου 2014].
27. World Health Organisation (WHO). The European Tobacco Control Report. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe 2007.
28. Παθητικό Κάπνισμα <http://smoke-freegreece.gr>.
29. Wright D., Hanson V., Foss P. & Mulheron D. 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 K.W., Botvin G.J. 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 M.A., Chaloupka F.J., Kaufman N.J., Orleans C.T., Barker D.C., Ruel E.E. 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].
 37. Wakefield M.A., Chaloupka F.J., Kaufman N.J., Orleans C.T., Barker D.C., Ruel E.E. 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 M.D., Massey J.L., Skinner W.F., Lauer R.M. 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 R.L., 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 R.H., de Vries H., Engels R.C. Parental Rules and Communication: Their Association with Adolescent Smoking. *Addiction* 2005, 100 (6): 862-870.
 42. Simons-Morton B.G. The Protective Effect of Parental Expectations Against Early Adolescent Smoking Initiation. *Health Education Research* 2004, 19 (5): 561-569.
 43. Simons-Morton B.G., 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. ■

George D. Behrakis RESEARCH LAB

Ηπίτου 17B, Πλάκα | 210 647 0056 - 210 600 9800

 www.smokefreegreece.gr | www.researchlab.gr

 SmokefreeGreece

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



George D. Behrakis

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ



ΧΟΡΗΓΙΑ ΕΚΤΥΠΩΣΗΣ



ΙΔΡΥΜΑ
ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗΣ
ΛΑΣΚΑΡΙΔΗ

ISBN: 978 618 84634 0 0