



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΠΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ -  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΜΕΤΡΟ  
ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΟΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΧΩΡΟ»**



ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΚΑΡΑΜΠΙΝΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

Κ.ΝΟΜΙΚΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ

ΜΑΚΡΗ ΦΩΤΕΙΝΗ

**ΠΑΤΡΑ, Νοέμβριος 2010**





Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ

Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**<<Το κάπνισμα στην εφηβική ηλικία - πρόγραμμα αγωγής υγείας ως μέτρο πρόληψης στον εκπαιδευτικό χώρο >>**

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι) Πάτρας.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΜΑΚΡΗ ΦΩΤΕΙΝΗ

ΝΟΜΙΚΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ

ΚΑΡΑΜΠΙΝΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΠΑΤΡΑ, 2010

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε πολύ την υπεύθυνη καθηγήτρια της εργασίας μας Κα Αντωνία Νομικού για την πολύτιμη υποστήριξη, καθοδήγηση και βοήθεια που μας προσέφερε στην πτυχιακή μας. Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους εκπαιδευτικούς που υλοποιούν το πρόγραμμα αγωγής υγείας, για τον πολύτιμο χρόνο που διαθέσανε για να μας βοηθήσουν στην ερευνά μας. Τέλος ευχαριστούμε τις οικογένειες μας για την υποστήριξη τους όλο αυτό το διάστημα.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη εξετάζει το κάπνισμα στην εφηβική ηλικία. Ειδικότερα στα πρώτα μέρη γίνεται βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τις επιπτώσεις και τις συνέπειες του τσιγάρου στη υγεία, την εφηβική ηλικία και τους λόγους για τους οποίους οι έφηβοι καπνίζουν. Γίνεται αναφορά για τους τρόπους διακοπής του καπνίσματος και τα μέτρα πρόληψης. Ένα από αυτά είναι το πρόγραμμα αγωγής υγείας στον εκπαιδευτικό χώρο.

Στο κεφάλαιο 1 γίνεται ιστορική αναδρομή για το τσιγάρο, παρουσιάζονται τα συστατικά του και ο τρόπος με τον οποίο επιδρούν στον οργανισμό. Στην συνέχεια γίνεται αναφορά στις ασθένειες που προκαλούνται από το τσιγάρο καθώς και στις κοινωνικές συνέπειες που προκαλεί στον κόσμο. Έπειτα παρουσιάζονται οι αντικαπνιστικές πολιτικές και η κατάσταση που επικρατεί σήμερα στην Ελλάδα. Τέλος, γίνεται αναφορά στους τρόπους διακοπής και θεραπείας των καπνιστών από το τσιγάρο και στα συμπτώματα στέρησης που προκαλούνται από την διακοπή. Στο κεφάλαιο 2, συγκεκριμένα αναφέρονται τα χαρακτηριστικά της εφηβείας, γίνεται συσχέτιση του καπνίσματος με την εφηβεία και διερευνούνται οι λόγοι για τους οποίους οι έφηβοι καπνίζουν.

Στο κεφάλαιο 3 συγκεκριμένα, αναφέρονται τα προληπτικά μέτρα για τη μείωση του καπνίσματος. Στην συνέχεια παρουσιάζεται το πρόγραμμα αγωγής υγείας και ο τρόπος λειτουργίας του στον εκπαιδευτικό χώρο. Στο τελευταίο μέρος (ερευνητικό μέρος) παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας. Η έρευνα εξετάζει τις απόψεις των εκπαιδευτικών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με την λειτουργικότητα του προγράμματος αγωγής υγείας και των αιτιών που καπνίζουν οι έφηβοι. Η έρευνα έδειξε πως είναι ένα καλό και αποτελεσματικό πρόγραμμα το οποίο πρέπει να ενσωματωθεί στο σχολικό πρόγραμμα ως μόνιμο μάθημα. Οι λόγοι που καπνίζουν οι έφηβοι είναι α) το οικογενειακό περιβάλλον β) οι παρέες και η τάση για αυτονομία και επανάσταση.

## SUMMARY

This study examines smoking in adolescence. In particular the first three parts of a literature review on the impact and effects of smoking on health, adolescence and the reasons why teenagers start the smoking. Mention how smoking cessation and prevention measures. One of these preventive measures is the program is health education on campus.

Chapter 1 gives an historical overview of the cigarette, put the ingredients and the way Rename which affect the body. Then referring to diseases caused by smoking and social synepeiespou cause the world. After presenting the smoke politics and the current situation in Greece. At the and, reference ways to interruption and treatment of cigarette smokers and withdrawal symptoms caused apotin break.

In Chapter 2, specifically referred to the characteristics of adolescence, smoking is correlated metin puberty and explores the reasons why teenagers smoke. Chapter 3 specifically mentioned preventive measures to reduce smoking. Then present the program of health education and how functionality in the educational field.

In the fourth part (research part) presents the research methodology. The survey examines the views of secondary schools and their grounds are smoke adolescence. .I investigation showed that it is a good and effective program that aims to Prevention and information to students and should be an ongoing lesson in the school program completely reasons teens smoke is a) family, b) friends and the propensity for revolution and independence.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά τον 21ο αιώνα γεννήθηκε και εξελίχθηκε μια νέα επιδημία. «Η εξάρτηση από τον καπνό». Τα τελευταία 40 χρόνια, εξαιτίας της αύξησης της κατανάλωσης των τσιγάρων, η χρήση καπνού εξελίχθηκε σε ιδιαίτερο κίνδυνο για την παγκόσμια υγεία. Το κάπνισμα είναι η δεύτερη αιτία θανάτου στον κόσμο. Από το κάπνισμα πεθαίνουν αυτή τη στιγμή εκατομμύρια άνθρωποι το χρόνο. Το κάπνισμα αποτελεί τον πρώτο από τους δέκα κυριότερους παράγοντες κινδύνου που ευθύνονται για σοβαρά νοσήματα στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες. Από τη δεκαετία του 80 έχει γίνει γνωστό ότι το παθητικό κάπνισμα ευθύνεται για σοβαρότατες ασθένειες τόσο στους ενήλικες όσο και στα παιδιά. Παιδιά που μεγαλώνουν με καπνιστές γονείς παρουσιάζουν μεγάλες πιθανότητες να γίνουν καπνιστές μπαίνοντας στην εφηβική ηλικία. Η νικοτίνη είναι μια ουσία αρκετά εθιστική για τους εφήβους. Σε συνάρτηση με αυτό, υπάρχουν και άλλοι λόγοι για τους οποίους οι έφηβοι ξεκινούν το κάπνισμα, όπως η τάση για αυτονομία. Παραπάνω από τους μισούς έφηβους μαθητές είναι καπνιστές.

Γρήγορα σχετικά έγινε κατανοητή η ανάγκη υλοποίησης προγραμμάτων για την πρόληψη και καταπολέμηση του καπνίσματος στους εφήβους. Τα προγράμματα αυτά αποσκοπούν στη ανάπτυξη γνώσεων για την φροντίδα της σωματικής και ψυχικής ουσίας, την ενημέρωση των μαθητών για τη διαφύλαξη της υγείας του ενεργού πολίτη, και την ανάπτυξη δεξιοτήτων για καλύτερη επικοινωνία με τον εαυτό του και με τους άλλους. Σχεδιαστές προγραμμάτων αγωγής υγείας, επαγγελματίες υγείας, εκπαιδευτικοί και γονείς μπορούν να συνεισφέρουν στο κομμάτι της πρόληψης και ενημέρωσης.

### **α)Αναγκαιότητα μελέτης**

Το κάπνισμα και κυρίως τα κάπνισμα στην εφηβική ηλικία είναι ένα φαινόμενο πολύ θλιβερό στις μέρες μας. Ο λόγος ης μελέτης αυτής βασίζεται στην ενημέρωση για τις επιπτώσεις που δημιουργεί το τσιγάρο στην υγεία μας καθώς και το κατά πόσο είναι ενημερωμένοι οι νέοι και πια είναι η δικιά τους αντιμετώπιση. Η αναγκαιότητα της μελέτης αυτής έγινε για να αναφερθεί το πρόγραμμα αγωγής υγείας το οποίο μπορεί να βοηθήσει τους εφήβους στο να σταματήσουν το κάπνισμα.

### **β)Σκοπός της μελέτης**

Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η ενημέρωση για το κάπνισμα στην εφηβική ηλικία , τις επιπτώσεις που προκαλεί και να διερευνηθούν οι απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με το πρόγραμμα αγωγής υγείας ως

μέτρο πρόληψης στον εκπαιδευτικό χώρο . Συγκεκριμένα τα ερευνητικά ερωτήματα αναφέρονται στα εξής:

- 1.οι κίνδυνοι του τσιγάρου για υγεία μας
- 2.τρόποι διακοπής και θεραπείας του καπνίσματος
- 3.προληπτικά μέτρα για την μείωση του καπνίσματος
- 4.χαρακτηριστικά της εφηβείας
- 5.λόγοι που καπνίζουν οι έφηβοι μαθητές
- 6.τι είναι το πρόγραμμα αγωγής υγείας
- 7.τρόπος λειτουργίας του προγράμματος στον εκπαιδευτικό χώρο ως μέτρο πρόληψης
- 8.τρόπος λειτουργίας του καπνίσματος στον εκπαιδευτικό χώρο

### **γ)Ορισμοί όρων**

**Κάπνισμα:** Κάπνισμα ονομάζεται η πρακτική της εισπνοής καπνού προερχόμενου από την καύση φύλλων του φυτού καπνός. Η καύση γίνεται συνήθως σε τσιγάρο, πίπα, πούρο ή με άλλο τρόπο. Η πρακτική αυτή ήταν συνήθεια των κατοίκων της Κεντρικής και Νότιας Αμερικής, πριν ακόμα αυτές ανακαλυφθούν από τους Ευρωπαίους. Η συνήθεια μεταφέρθηκε στην Ευρώπη και την Ασία μετά το 1556.(Μπαμπινιώτης ,2004)

Το κάπνισμα είναι η πρώτη αιτία θανάτου και ασθενειών που θα μπορούσε να αποφευχθεί στην Ευρώπη και σε άλλες βιομηχανικές χώρες. Στην Ευρώπη πεθαίνουν κάθε χρόνο πάνω από 500.000 άτομα λόγω των συνεπειών του καπνίσματος.

**Εφηβεία:** Με τον όρο εφηβεία για το ανθρώπινο είδος εννοείται μια διακριτή αναπτυξιακή φάση εξαιτίας των ραγδαίων βιοσωματικών αλλαγών και των νέων εξελίξεων:

- § ως προς τις νοητικές ικανότητες και
- § ως προς την σεξουαλικότητα.

Με τον διακριτό όρο *ήβη* εννοούνται τα φυσιολογικά, ορμονικά φαινόμενα που εμφανίζονται στα κορίτσια σε ηλικία



12-14 ετών περίπου και στα αγόρια 14-16 ετών περίπου.(Μπαμπινιώτης 2004)

Είναι η αναπτυξιακή εκείνη περίοδος της ζωής του ανθρώπου που ξεκινάει με ειδικές βιολογικές αλλαγές(ορμονικές) στο σώμα του παιδιού (αλλαγές που έχουν παράλληλα και ψυχοσωματικές επιπτώσεις) και τελειώνει με την τελική γενετήσια ολοκλήρωση και αυτόνομη ωρίμανση του ατόμου. Θα λέγαμε ότι η εφηβεία αρχίζει γενικά από το 11<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας και φτάνει μέχρι το 18<sup>ο</sup> .

**Αγωγή υγείας:** Η αγωγή υγείας στο χώρο της εκπαίδευσης περιλαμβάνει δραστηριότητες που αφορούν στην γνώση, στις στάσεις, στις αξίες και στη συμπεριφορά σε σχέση με την υγεία. Αγωγή υγείας <<είναι μια διαδικασία που στηρίζεται σε επιστημονικές αρχές και χρησιμοποιεί προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης που δίνουν την δυνατότητα στους ανθρώπους, όταν λειτουργούν ως άτομα ή ως σύνολο, να αποφασίζουν και να ενεργούν συνειδητά(ενημερωμένα) για θέματα που επηρεάζουν την υγεία τους>> (Draijer and Williams, 1991).

**Πρόληψη:** Πρόληψη είναι η λήψη μέτρων για να αποτραπούν γεγονότα που προκαλούν αρνητικές συνέπειες ή η δημιουργία ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση των δυσκολιών της ζωής. (Μπαμπινιώτης 2004)

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	i
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	ii
SUMMARY .....	iii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	iv
α)Αναγκαιότητα μελέτης.....	iv
β)Σκοπός της μελέτης.....	iv
γ)Ορισμοί όρων .....	v
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....	1
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΥΓΧΡΟΝΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ .....	1
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ .....	1
1.2 ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΚΑΠΝΟΥ .....	2
1.2.1. Πληροφορίες σχετικά με την νικοτίνη .....	2
1.2.2. Επιπτώσεις χρήσης της νικοτίνης ,πίσσας και μονοξειδίου του άνθρακα .....	3
1.3 ΟΙ ΣΥΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ .....	5
1.3.1. Καρκίνος του πνεύμονα .....	6
1.3.2.Καρκίνος του οισοφάγου .....	7
1.3.3.Καρκίνος του λάρυγγα .....	7
1.3.4. Εκδήλωση καρκίνου του μαστού .....	8
1.3.5 .Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην καρδιά .....	9
1.3.6.Προβλήματα στον εγκέφαλο και στον δείκτη νοημοσύνης .....	10
1.3.7.Σκλήρυνση κατά πλάκας .....	10
1.3.8. Τύφλωση και κάπνισμα.....	11
1.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ .....	12
1.4.1. Επιδημία του καπνίσματος .....	12
1.4.2. Το κόστος για το τσιγάρο .....	12
1.4.3. Οι στάσεις προς τις αντικαπνιστικές πολιτικές.....	13
1.5. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	14
1.5.1. Η κατάσταση στην Ελλάδα.....	14
1.6. ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ .....	16
1.6.1. Συμπτώματα στέρησης.....	18

1.6.2. Οφέλη από τη διακοπή .....	20
1.6.3 Θεραπείες διακοπής καπνίσματος .....	21
1.6.4. Ψυχολογική υποστήριξη των καπνιστών.....	21
1.6.5. Φαρμακευτική θεραπεία .....	22
1.6.6. Διαδερμικό επίθεμα νικοτίνης.....	23
1.6.7. Τσίχλα νικοτίνης.....	23
1.6.8. Παστίλιες νικοτίνης.....	24
1.6.9. Ενδοκρινικό εκνέφωμα .....	24
1.6.10 Εισπνεόμενη νικοτίνη.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	26
ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ.....	26
2.1. ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ .....	26
2.2.ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ .....	27
2.3. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ.....	29
2.4.ΓΙΑΤΙ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ ΟΙ ΝΕΟΙ.....	31
2.5.ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΜΑΘΗΤΕΣ .....	33
2.6. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΔΙΑΘΕΤΟΥΝ ΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ.....	34
2.7. ΔΙΑΦΟΡΟΙ ΤΥΠΟΙ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ.....	35
2.8. Η ΝΙΚΟΤΙΝΗ ΜΙΑ ΕΘΙΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ .....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....	40
3.1 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ .....	40
3.1.1. Φορολογικά μέτρα .....	41
3.1.2. Αναγραφή μηνυμάτων σε πακέτα .....	43
3.2 ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	46
3.2.1 Προγράμματα αγωγής υγείας για τους νέους .....	46
3.2.2. Πρόγραμμα αγωγής υγείας στον εκπαιδευτικό χώρο .....	46
3.2.3. Σκοποί και στόχοι του προγράμματος αγωγής υγείας.....	47
3.2.4 Άξονες και θεματικές ενότητες της Αγωγής Υγείας .....	48
3.2.5 Εκπαιδευτικοί και αγωγή υγείας.....	49
3.2.6. Κάπνισμα και αγωγή υγείας.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 .....	52
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	52
4.1 ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	52
4.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	53

4.3 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ-ΔΕΙΓΜΑ.....	54
4.4 ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	55
4.5 ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	56
4.6 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	57
4.7 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	58
4.8 ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ.....	59
4.9 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	61
ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	61
5.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	61
5.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ.....	63
5.3 ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΑΘΗΤΩΝ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ΝΕΟΥ ΣΟΥΛΙΟΥ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	65
5.4.ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΑΠΟ ΟΜΑΔΑ ΜΑΘΗΤΩΝ ΣΤΟ 6Ο ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΣΕΡΡΩΝ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	70
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ.....	70
6.1.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	70
6.1.1. Οι επιπτώσεις και οι συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία.....	70
6.1.2.Τρόποι διακοπής και θεραπείας του καπνίσματος.....	70
6.1.3.Μέτρα πρόληψης για το κάπνισμα.....	71
6.1.4.Χαρακτηριστικά εφηβείας.....	71
6.1.5.Λόγοι για τους οποίους καπνίζουν οι έφηβοι.....	72
6.1.6.Πρόγραμμα αγωγής υγείας.....	72
6.1.7.Η λειτουργία του προγράμματος αγωγής υγείας στον εκπαιδευτικό χώρο.....	73
6.1.8.Η λειτουργία του προγράμματος αγωγής υγείας στον εκπαιδευτικό χώρο για το κάπνισμα.....	74
6.2 ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	75
6.3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	76
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	77
Ελληνική βιβλιογραφία.....	77
Ξενόγλωσση.....	78
ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ.....	80
Ηλεκτρονικές διευθύνσεις.....	81
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	82

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.....	83
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.....	85
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3.....	87
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4.....	99
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5.....	104
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6 .....	107
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 7.....	111
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 8.....	117
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 9.....	122
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 10.....	125

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΥΓΧΡΟΝΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ

### 1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο Καπνός είναι είδος του φυτού « Νικοτιάνη» που οφείλει το όνομα της στον Γάλλο πρεσβευτή Ιωάννη Νίκοτ (Nicot), που το διέδωσε στη Γαλλία το 1560. Με την πρόθεση να ανακουφίσει τη βασίλισσα των Μεδίκων και τον γιο της από τους φοβερούς πονοκεφάλους που τους ταλαιπωρούν, της έστειλε αποξηραμένα φύλλα καπνού. ([www.nosmoking.gr./index.html](http://www.nosmoking.gr./index.html)).

Ο καπνός προέρχεται από την Αμερική. Αρχαιολογικές έρευνες διαπίστωσαν ότι εκεί η χρήση του καπνού ήταν γνωστή 500 χρόνια πριν από την ανακάλυψη της Αμερικής. Ο Κολόμβος το 1492 εξερευνώντας την Κούβα βρήκε Ιθαγενείς, που εισέπνεαν τον καπνό από καιγόμενα φύλλα. Είδε πως οι ιθαγενείς εισέπνεαν σκόνη καπνού και έκανε σχετικές ανακοινώσεις προς τον Πέτρο της Βερώνης. Στην Ευρώπη ο καπνός έφτασε από τους Ισπανούς το 1519 και στη Γαλλία αναπτύχθηκε το 1556. Στην Αγγλία ο καπνός άρχισε να καλλιεργείται το 1613. Το 1880 κατασκευάστηκε η πρώτη μηχανή που κατασκεύαζε τσιγάρα και αυτόματα αυξήθηκε η παραγωγή τους.

Στην Ελλάδα μεταφέρθηκε στα τέλη του 16ου αιώνα. Η χρήση του καπνού δημιούργησε συζητήσεις και αντιδράσεις και πολεμήθηκε από την εκκλησία. Στον ελληνικό χώρο οι πρώτες τσιγαροποιητικές μηχανές εισήγαγαν το 1909, οι βιομήχανοι Βάρκας και Καραβασίλης. Παρά την αντίδραση που υπήρξε ο καπνός διαδόθηκε και η χρήση του έγινε γνωστή. ([www.nosmoking.gr/istoria.htm](http://www.nosmoking.gr/istoria.htm)).

## 1.2 ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΚΑΠΝΟΥ

Από την καύση του τσιγάρου παράγονται περίπου 4.000 ουσίες. Τα συστατικά αυτών των ουσιών είναι τοξικά, μεταλλαξιγόνα και καρκινογόνα. Τα 43 καρκινογόνα που έχουν περιγράψει μέχρι σήμερα περιλαμβάνουν πολυχρωματικούς υδρογονάνθρακες, ετερόκυκλους υδρογονάνθρακες, N- νιτροζαμίνες, αρωματικές αμίνες, αλδεΐδες, πτητικές καρκινογόνες ενώσεις, ανόργανες ουσίες και ραδιενεργά στοιχεία.

Επίσης ο καπνός περιέχει μεταξύ άλλων και αμμωνία που χρησιμοποιείται στα απορρυπαντικά καθώς και αρσενικό που χρησιμοποιείται στα ποντικοφάρμακα.

Οι 3 κυρίες ουσίες στις οποίες επικεντρώνεται το ενδιαφέρον της ιατρικής έρευνας για τις βλάβες της υγείας του ανθρώπου, είναι η νικοτίνη, η πίσσα, και το μονοξειδίο του άνθρακα. Το καιγόμενο τσιγάρο περιέχει: 8% σωματίδια νικοτίνης 59% άζωτο 14% διοξείδιο του άνθρακα 3% μονοξειδίο του άνθρακα 13% οξυγόνο 2% άλλα αέρια 1% ατμού. Επίσης πίσσα, νερό και περί τις 500 άλλες βλαβερές ουσίες (Βαλαβανίδης, 1998).

Οι περισσότερες ουσίες που παράγονται είναι καρκινογόνες και διακρίνονται σε καρκινογόνες, μη καρκινογόνες και σε ουσίες που βοηθούν την ανάπτυξη του καρκίνου. Τα στάδια της καρκινογένεσης ξεκινούν με την μετάλλαξη και διαίρεση των κύτταρων σε καρκινικά και αυτό πολλές φορές είναι μη αναστρέψιμο. (<http://www.6gymnasio.gr>)

### 1.2.1. Πληροφορίες σχετικά με την νικοτίνη

Η νικοτίνη είναι μία τοξική ουσία με τοξικές δράσεις. Στους ενήλικες μια δόση 0,05 γραμμαρίων καθαρής νικοτίνης προκαλεί το θάνατο όπως και στα βρέφη. Η τοξική δράση είναι εμφανής όταν κάποιος καπνίζει το πρώτο του τσιγάρο: τα συνηθισμένα συμπτώματα είναι βήχας και τάση για εμετό. Ο λαιμός ξηραίνεται, τα μάτια κοκκινίζουν και δακρύζουν.

Η νικοτίνη είναι το συστατικό που προκαλεί το εθισμό, φτάνει με μεγάλη ταχύτητα στον οργανισμό και συγκεκριμένα στην κυκλοφορία του αίματος. Αυτή η ουσία ευθύνεται για τις επιπτώσεις στην υγεία και στην εξωτερική εμφάνιση. Επίσης η νικοτίνη φτάνει πολύ γρήγορα στον εγκέφαλο.

Οι καπνιστές νιώθουν να αυξάνονται οι παλμοί της καρδιά τους και ανεβαίνει η πίεση. Συχνά έχουν κρύα χέρια διότι γίνεται συστολή στα αιμοφόρα αγγεία.

Επηρεάζει διάφορες περιοχές του εγκεφάλου και προκαλεί αλλαγές σε ολόκληρο το σώμα. Οι επιδράσεις αυτές καταπονούν τον οργανισμό και είναι παρόμοιες με αυτές που προκαλεί το άγχος. Η νικοτίνη που εισπνέεται από έναν καπνιστή καθώς ένα τσιγάρο ανάβει, μπαίνει στην κυκλοφορία του αίματος και φτάνει και στο εγκέφαλο μέσα σε πολύ λίγα δευτερόλεπτα. Η καρδιά αρχίζει να χτυπά πιο γρήγορα και τα αγγεία

συσπώνται .Τότε στέλνονται διάφορα μηνύματα στα όργανα του καπνιστή, δίνεται εντολή να εκκριθεί αδρεναλίνη «ειδοποιείται» και απελευθερώνεται γλυκόζη κ.λπ.

### **1.2.2. Επιπτώσεις χρήσης της νικοτίνης ,πίσσας και μονοξειδίου του άνθρακα**

Η σύνδεση του καπνού (νικοτίνης) με τον ανθρώπινο οργανισμό είναι έκδηλη τόσο λόγω του στερητικού συνδρόμου αποστέρησης, το οποίο εκδηλώνεται μετά από απότομη διακοπή του καπνίσματος, όσο και λόγω των ασθενειών τις οποίες προκαλεί ή ευνοεί η χρήση του καπνού σε αυτόν. Ίσως δεν είναι πολλοί αυτοί που γνωρίζουν ότι η εμφάνιση του καπνίσματος στις αρχές του 16ου αιώνα στην Ευρώπη συνοδεύτηκε από τις ίδιες συζητήσεις, επιχειρήματα και αντιμαχίες οι οποίες λίγο πολύ συνοδεύουν την εμφάνιση των "ελαφρών ναρκωτικών" σήμερα. Η συνηθεία αυτή που εμφανίστηκε πριν από περίπου 400 χρόνια και εξαπλώθηκε σε όλο το μήκος και πλάτος του δυτικού κόσμου είναι σε όλους λίγο πολύ γνωστή. Στην Δ. Γερμανία υπολογίστηκε ότι το 1975 πέθαναν περίπου 105.600 άτομα από επακόλουθα του καπνίσματος. Αλλά τόσα υποχρεώθηκαν σε χειρουργικές επεμβάσεις νόσησαν από ασθένειες που τα κατέστησαν ανάπηρα. (Παπαγεωργίου Ευάγγελος .Γ 2004)

Αμέσως μετά την εισπνοή της νικοτίνης ο καπνιστής αισθάνεται την επίδραση στο σώμα. Αυτόματα συνήθως αυξάνεται η ικανότητα του να αυτοσυγκεντρώνεται. Νιώθει έντονη χαλάρωση αλλά πολλές φορές και υπερδιέγερση. Το τσιγάρο καλύπτει την αίσθηση της πείνας και του πόνου. Το αίσθημα της χαλάρωσης δημιουργείται γιατί με την χρήση του καπνού μειώνονται τα συμπτώματα της στέρησης.

Μερικά από τα συμπτώματα στέρησης είναι η ανησυχία και οι διαταραχές στον ύπνο και στο φαγητό. Λόγω των συμπτωμάτων στέρησης οι καπνιστές καπνίζουν περίπου δύο τσιγάρα τη ώρα, δηλαδή ένα πακέτο την μέρα. Με την μείωση της περιεκτικότητας της νικοτίνης στο αίμα, ο καπνιστής νιώθει την ανάγκη να ανεβάσει εκ νέου τα επίπεδα της. Τα δυσάρεστα αποτελέσματα γίνονται αντιληπτά πολύ γρήγορα από τον καπνιστή. Το σύνολο αυτών των συμπτωμάτων είναι αποτέλεσμα της διπλής εξάρτησης από τον καπνό τόσο δηλαδή της σωματικής όσο και της ψυχικής. Όταν μιλάμε για κάπνισμα θα πρέπει να μετρήσουμε όχι μόνο την απλή δράση του καπνού και της νικοτίνης, στον ανθρώπινο οργανισμό αλλά και ότι άλλο συνδέεται με την πράξη του καπνίσματος. (Παπαγεωργίου Ε.Γ. 2004)

Δυσάρεστες επιπτώσεις του καπνίσματος είναι ο βήχας και ο πονοκέφαλος. Επίσης προκαλείτε τάση για εμετό και ναυτία, καθώς αυξάνετε ο κίνδυνος καρδιοπαθειών, καρκίνου και νοσημάτων του αναπνευστικού. Ο οργανισμός πάσχει, επειδή το κάπνισμα επιφέρει χρόνια δηλητηρίαση με τη νικοτίνη.



Το μονοξείδιο του άνθρακα είναι ένα τοξικό αέριο που περιέχεται στον καπνό του τσιγάρου. Αυτό το αέριο μειώνει τη μεταφορά του οξυγόνου στα εσωτερικά όργανα, και είναι υπεύθυνο για την άσχημη φυσική κατάσταση. Ουσιαστικά στερεί από τον οργανισμό το οξυγόνο που χρειάζεται.

Η πίσσα δημιουργείται από την καύση του τσιγάρου και καλύπτει τους πνεύμονες και τους βρόγχους και αναλώνει τα αποθέματα βιταμίνης C. Έχει σκούρο χρώμα, κολλώδη υφή και προσκολλάται σε διάφορα ζωτικά όργανα. Τα όργανα τα οποία καλύπτονται από την πίσσα συχνά μεταλλάσσονται και έτσι δημιουργούνται καρκινώματα. Ένας καπνιστής που καπνίζει ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα «καταναλώνει» περίπου ένα φλιτζάνι καθαρής πίσσας το χρόνο. Η χρήση των τσιγάρων με χαμηλή περιεκτικότητα σε πίσσα δεν φαίνεται ασφαλέστερη, καθώς οι καπνιστές αυτοί εισπνέουν βαθύτερα τον καπνό και τον κρατούν περισσότερη ώρα, με αποτέλεσμα να οδηγούν την πίσσα βαθύτερα στους πνεύμονες. (<http://www.pyxida.org.gr>)

### 1.3 ΟΙ ΣΥΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ

Με το πέρασμα του καιρού, ο ανθρώπινος οργανισμός αναγκάζεται να συμβιβαστεί και στην συνέχεια να αποδεχτεί όλο και περισσότερο τον καπνό. Το κάπνισμα αποτελεί κύριο παράγοντα στην εμφάνιση σοβαρών ασθενειών που μπορούν να προκαλέσουν ακόμα και τον θάνατο. Πολλοί από τους καπνιστές καταλήγουν σε θάνατο αφού η χρήση τσιγάρου έχει δημιουργήσει αρκετές συνέπειες στον οργανισμό. Τόσο το ενεργητικό όσο και το παθητικό κάπνισμα προκαλούν μια σειρά από εξίσου σοβαρά προβλήματα, από τον καρκίνο του οισοφάγου ως το άσθμα και τον θάνατο ακόμη και βρεφών. Μια απλή βρογχίτιδα μέχρι και ένας αιφνίδιος θάνατος μπορούν να καταλογιστούν στο παθητικό κάπνισμα. Οι σημαντικότερες συνέπειες του τσιγάρου στον οργανισμό είναι: ο καρκίνος του πνεύμονα, του λάρυγγα, του οισοφάγου καθώς και προβλήματα στην καρδιά όπως το έμφραγμα. (Με ενδιαφέρει, ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ)

Άλλες συνέπειες στην υγεία που συνοδεύουν την χρήση του τσιγάρου και προκαλούν χρόνια προβλήματα υγείας στο αναπνευστικό σύστημα είναι η πνευμονία και το άσθμα. Ο διαβήτης, ο καταρράκτης, η οστεοπόρωση η σκλήρυνση κατά πλάκας, ο πολύποδας εντέρου, η οστεοαρθρίτιδα και το στομαχικό έλκος είναι επίσης ασθένειες που ενισχύονται με την χρήση καπνού. Συχνά οι καπνιστές αντιμετωπίζουν προβλήματα στα ούλα και απώλεια δοντιών, μυϊκές βλάβες όπως τραυματισμό στους συνδέσμους, πόνους στην πλάτη και στον λαιμό. (<http://6tee-irakl.ira.sch.gr/Activities/act.htm>) Προβλήματα όμως παρουσιάζονται στην σεξουαλική ζωή και αναπαραγωγή των ατόμων. Το κάπνισμα επηρεάζει τη γονιμότητα και των δύο φίλων. Αυξάνεται ο κίνδυνος ανικανότητας για τους άντρες και οι επιπλοκές στην εγκυμοσύνη για τις γυναίκες,

Πέρα από την προσβολή των εσωτερικών οργάνων δημιουργούνται αλλαγές και στην εξωτερική εμφάνιση του καπνιστού. Οι αλλαγές αυτές γίνονται στο δέρμα, στο ατομικό βάρος και στη μορφή. Επίσης το τσιγάρο προκαλεί ρυτίδες και ξήρανση της επιδερμίδας γιατί το οξυγόνο δεν περνάει από το δέρμα. Τα δόντια και τα νύχια κιτρινίζουν και μυρίζουν άσχημα. Στο στόμα οι μηχανισμοί άμυνας είναι σημαντικοί για την προστασία μας από τους πάρα πολλούς μικροοργανισμούς με τους οποίους ερχόμαστε καθημερινά σε επαφή. Λόγω της μείωσης της άμυνας στο στόμα που επιφέρει το κάπνισμα, τα βακτηρίδια αναπτύσσονται πιο εύκολα στα ούλα. (The effect of quitting smoking on chronic periodontitis 2005). Ακόμη αλλαγές παρατηρούνται και στο βάρος. Δεδομένου ότι η νικοτίνη μειώνει την όρεξη για φαγητό, αλλάζει ο μεταβολισμός του ατόμου καπνιστή. Έτσι, όταν μπει στην διαδικασία διακοπής του καπνίσματος θα υπάρξει και αύξηση του βάρους του σώματος, αφού ο μεταβολισμός αλλάζει ξανά.

### 1.3.1. Καρκίνος του πνεύμονα

Ο καρκίνος του πνεύμονα εμφανίζεται πολύ συχνά. Μάλιστα κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η συχνότητά του έχει αυξηθεί, κυρίως στις γυναίκες. Ο καρκίνος του πνεύμονα ευθύνεται για το 34% περίπου των θανάτων από καρκίνο στους άνδρες και για το 23% στις γυναίκες.

Υπάρχουν δύο κύριοι τύποι καρκίνου του πνεύμονα: ο μη-μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα (NSCLC) και ο μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα (SCLC). Ο πρώτος τύπος καρκίνου εξαπλώνεται πολύ γρήγορα.

Τα ποσοστά επιβίωσης του καρκίνου του πνεύμονα είναι χειρότερα από οποιονδήποτε άλλο συνηθισμένο καρκίνο. Πρόκειται για μια από τις συχνότερες μορφές καρκίνου. Είναι η αιτία που προκαλεί από 80% έως 90% των περιπτώσεων. Δεν υπάρχει αμφιβολία σήμερα ότι το κάπνισμα ευθύνεται για όλους τους τύπους του καρκίνου του πνεύμονα εκτός από έναν, το αδενοκαρκίνωμα.

Ο κίνδυνος του καρκίνου του πνεύμονα έχει άμεση σχέση με τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνονται καθημερινά. Ένα άτομο που καπνίζει ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα, επί πολλά χρόνια, έχει 30 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να πάθει καρκίνο από ένα μη καπνιστή. Ένα στα επτά άτομα που καπνίζουν περισσότερα από δύο πακέτα τσιγάρα ημερησίως, θα πεθάνει από καρκίνο του πνεύμονα. Ο κίνδυνος του καρκίνου μειώνεται σημαντικά μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Οι καπνιστές που έχουν το λεγόμενο "βήχα του καπνιστή" πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί, όταν αλλάζει ο χαρακτήρας του ή χειροτερεύει. Ο επίμονος θωρακικός πόνος είναι ένα σύμπτωμα που οδηγεί συχνά στη διάγνωση της νόσου. Η δύσπνοια και οι συχνές αναπνευστικές λοιμώξεις, τα αιμόφυρτα πτύελα, η αιμόπτυση, η βραχνάδα της φωνής και το οίδημα του προσώπου αποτελούν ειδικά συμπτώματα του καρκίνου του πνεύμονα. Μια απλή ακτινογραφία θώρακος είναι συνήθως αρκετή για την αρχική διάγνωση. (Κιτράκη Ε., 2006)

Η αξονική και η μαγνητική τομογραφία θώρακος δίνουν αρκετές πληροφορίες και με μεγαλύτερη ακρίβεια όσον αφορά στην ύπαρξη μεταστάσεων, την έκταση του όγκου και την πιθανή προσβολή μεγάλων αγγείων καρδιάς και θωρακικών τοιχωμάτων. Η βρογχοσκόπηση και η βιοψία του όγκου θέτουν την τελική κυτταρολογική διάγνωση, το βαθμό της κακοήθειας και τον τύπο του καρκίνου. Η θεραπεία του, προσαρμόζεται για κάθε άτομο ξεχωριστά και εξαρτάται από τον τύπο της πάθησης και το στάδιο. Η χημειοθεραπεία και οι ακτινοβολίες είναι συχνά αποτελεσματικές θεραπείες αφού η εγχείρηση για την αφαίρεση του καρκίνου του πνεύμονα είναι δυνατή μόνο σε λίγες περιπτώσεις. (<http://www.asda.gr>).

Ο καρκίνος του πνεύμονα στις γυναίκες έχει χαρακτηριστικά που είναι διαφορετικά από ότι στους άνδρες. <<Η ευαισθησία των γυναικών

στον καπνό του τσιγάρου, οι επιδράσεις των οιστρογόνων και ορισμένες διαφορές στο γενετικό κώδικα DNA, επηρεάζουν τη φυσική εξέλιξη του καρκίνου του πνεύμονα στις γυναίκες. Μεταξύ των γυναικών που δεν καπνίζουν ο καρκίνος του πνεύμονα είναι πολύ πιο συχνός παρά στους άνδρες που δεν καπνίζουν.>> Οι γυναίκες πρέπει να γνωρίζουν τους ιδιαίτερους κινδύνους που έχουν από τον καρκίνο του πνεύμονα, να αποφεύγουν το κάπνισμα και να συμβουλευονται το γιατρό τους όταν παρουσιάζουν παρατεταμένο βήχα, επίμονο πόνο στο θώρακα, συριγμό, αιμόπτυση και δύσπνοια (National Cancer Institute, Men's Health Forum, Women's Health Initiative).

### **1.3.2.Καρκίνος του οισοφάγου**

Ο οισοφάγος είναι ένας ινοελαστικός σωλήνας ο οποίος αποτελεί μέρος του πεπτικού σωλήνα που μεταφέρει την τροφή από την στοματική κοιλότητα και τον φάρυγγα στο στομάχι. Η αύξηση που παρατηρείται στο αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου, σχετίζεται με τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Η παλινδρόμηση είναι η αρχή της δημιουργίας καλοήθους καρκίνου που μπορεί πολύ γρήγορα να αναπτυχθεί σε κακοήθη. Σημαντικό ρόλο έχει το βάρος του σώματος, όσο πιο σταθερό μένει τόσο μειώνεται ο κίνδυνος προσβολής από τον καρκίνο του οισοφάγου.

Ο καρκίνος του οισοφάγου στη χώρα μας εμφανίζεται με συχνότητα περίπου επτά νέων περιπτώσεων σε πληθυσμό 100000 ατόμων κάθε χρόνο. Το κυριότερο σύμπτωμα της νόσου είναι η δυσκολία στην κατάποση. Στην αρχή ο άρρωστος δυσκολεύεται να καταπιεί στερεές τροφές ενώ στα τελικά στάδια αδυνατεί να καταπιεί υγρά ακόμα και το σάλιο του.

Ο καρκίνος του οισοφάγου είναι μια κακοήθης νόσος με ταχεία εξέλιξη. Το κάπνισμα είναι ένας από τους αιτιολογικούς παράγοντες τους οποίους δημιουργεί τον καρκίνο του οισοφάγου. Όσοι είναι καπνιστές και ταυτόχρονα πίνουν περισσότερα από ένα ή δύο ποτήρια κρασί τη μέρα κινδυνεύουν οκτώ φορές περισσότερο να αναπτύξουν καρκίνο. Οι άντρες έχουν υψηλότερα ποσοστά τόσο καρκίνου του στομάχου όσο και του οισοφάγου σε σχέση με τις γυναίκες. (Concepts in the Prevention of Adenocarcinoma of the Distal Esophagus and Proximal Stomach, CA: A Cancer Journal for Clinicians 2005).

### **1.3.3.Καρκίνος του λάρυγγα**

Ο καρκίνος του λάρυγγα είναι μια σοβαρή ασθένεια που απειλεί τη ζωή για την οποία όμως υπάρχει μια αποτελεσματική πρόληψη. Οι περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του λάρυγγα όπως επίσης και το 90% των καρκίνων της κεφαλής και του λαιμού, οφείλονται σε γνωστούς παράγοντες που προκαλούν καρκίνο. Για το λόγο αυτό, η πρόληψη είναι δυνατή χάρι σε μια αλλαγή του τρόπου ζωής που στόχο έχει την αποφυγή της έκθεσης στους νοσηρούς καρκινογόνους παράγοντες.

Αιτία για την ανάπτυξη αυτού του τύπου καρκίνου είναι το κάπνισμα και το αλκοόλ. Όπως οι περισσότερες μορφές καρκίνου, έτσι και ο καρκίνος του λάρυγγα είναι μια σοβαρή ασθένεια που απειλεί τη ζωή. Περισσότεροι από 95% των ασθενών που προσβάλλονται από καρκίνο του λάρυγγα, είναι καπνιστές. Το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο διότι δημιουργεί μεταλλάξεις στα γονίδια των κυττάρων του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος. Επίσης μειώνει το σύστημα άμυνας του οργανισμού με αποτέλεσμα αυτό να μη μπορεί να καταπολεμά νεοεμφανιζόμενα καρκινικά κύτταρα. Οι πιθανότητες κάποιου καπνιστή να αναπτύξει καρκίνο του λάρυγγα αυξάνονται όχι μόνο από το πόσο καπνίζει αλλά και από τη συνολική χρονική διάρκεια για την οποία καπνίζει.

Τα συχνότερα σημεία και συμπτώματα του καρκίνου του λάρυγγα είναι η επίμονη βραχνάδα της φωνής που εγκαθίσταται προοδευτικά, η δυσκολία στην κατάποση, ο επίμονος πόνος στο λαιμό ή πόνος που εκδηλώνεται κατά την κατάποση με πόνο στον λαιμό και στο αυτί, η εμφάνιση μάζας στο λαιμό, οι αλλαγές στη φωνή, δυσκολία στην κατάποση υγρών, και τροφής και πόνοι στα αυτιά και στον λαιμό. (Anderson HR, Cook DG.,1997).

#### **1.3.4. Εκδήλωση καρκίνου του μαστού**

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος των γυναικών στον Δυτικό κόσμο. Συμβαίνει όταν κάποια κύτταρα του μαστού χάνουν τον έλεγχο του πολλαπλασιασμού και διαιρούνται ανεξέλεγκτα. Για τις περισσότερες εκδηλώσεις καρκίνου του μαστού ευθύνεται η κληρονομικότητα. Σημαντικό ρόλο κατέχει όμως και η χρήση του τσιγάρου. Τα κορίτσια που ξεκινούν το κάπνισμα στην εφηβική τους ηλικία έχουν πιθανότητες εκδηλώσεις καρκίνου του μαστού. Ένα πακέτο τσιγάρα ημερησίως για εννέα έτη αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού κατά 59%, επίδραση που μειώνεται για τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες σε 50%. Όσο σε μικρότερη ηλικία μια γυναίκα γεννήσει ενώ δεν είναι καπνίστρια τόσο λιγοστεύουν οι πιθανότητες να προσβληθεί από αυτόν τον τύπο καρκίνου.([www.healthview.gr](http://www.healthview.gr))

Ο καρκίνος αυτός εκδηλώνεται σπάνια στους άντρες. Από έρευνες που έχουν γίνει η δράση κάποιων συστατικών όπως η λυκοπένη, β-καροτένιου vit-E, του σεληνίου, του συμπληρώματος vit. Α και του φυλλικού οξέος δείχνουν ότι είναι προστατευτικά ή δεν έχουν καμία δράση και όχι επιβαρυντικά. Προστατευτική δράση ενάντια στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού παρουσιάζεται και για την vit D, το ασβέστιο, το α-καροτένιο, τη νιασίνη, το ιώδιο και τα ρετινοειδή. Τα φρούτα και τα λαχανικά είναι προστατευτικά για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού.

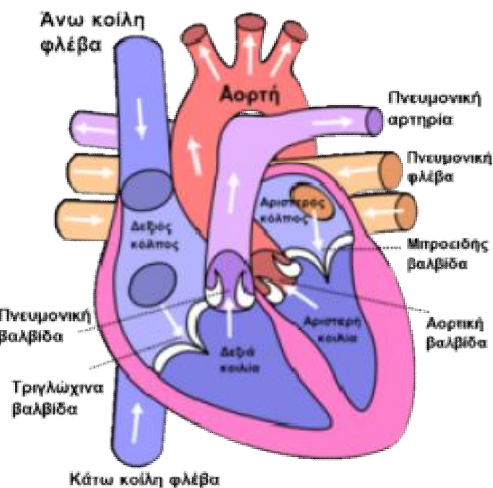
Καθώς ο καρκίνος είναι μια περίπλοκη νόσος που μπορεί να βρίσκεται σε λανθάνουσα κατάσταση για χρόνια, είναι σημαντικό να

ακολουθούμε έναν υγιεινό τρόπο ζωής, προσέχοντας το βάρος μας, αποφεύγοντας το κάπνισμα και ασκώντας τακτικά το σώμα μας. (Πινακίδης Μ. 1993)

### 1.3.5 .Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην καρδιά

Η καρδιά είναι το όργανο του ανθρώπινου σώματος που δίνοντας στο αίμα πίεση, το κάνει να κυκλοφορεί στο εσωτερικό των αρτηριών λειτουργώντας σαν αντλία , με τέτοιο τρόπο, ώστε να φτάνει σε όλα τα όργανα.

Το κάπνισμα δημιουργεί και επιπτώσεις στην καρδιά όπως είναι η στεφανιαία νόσος Έχει βρεθεί ότι η εισπνοή καπνού αυξάνει την αρτηριακή πίεση και την καρδιακή συχνότητα και επομένως τις ανάγκες της καρδιάς σε οξυγόνο, το μονοξείδιο του άνθρακα που παράγεται από την καύση του τσιγάρου ανταγωνίζεται τη μεταφορά του οξυγόνου στους ιστούς, περιλαμβανομένου και του μυοκαρδίου, προκαλεί «υπερπηκτική» κατάσταση, με συνέπεια την αυξημένη πιθανότητα δημιουργίας θρόμβων που περιορίζουν ή αποφράσσουν τον αγγειακό αυλό, προκαλεί ανεπιθύμητες μεταβολές των λιπιδίων, όπως αύξηση της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων και μείωση της HDL-χοληστερόλης και το κάπνισμα, όπως και η υπερλιπιδαιμία έχουν συσχετισθεί με αιφνίδιο θάνατο. Η στεφανιαία νόσος ευθύνεται περίπου για το 20% των καρδιαγγειακών θανάτων και δημιουργεί το έμφραγμα του μυοκαρδίου. (παράρτημα 8).



Το έμφραγμα δημιουργείται όταν στους μυς της καρδιάς φτάνουν μικρότερες ποσότητες αίματος από όσο πρέπει. Αυτό συμβαίνει γιατί οι αρτηρίες της καρδιάς έχουν υποστεί στένωση. Τα συμπτώματα που προειδοποιούν για την εμφάνιση του προβλήματος είναι ο έντονος πόνος στο στήθος. Συνήθως τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται ύστερα από έντονες στιγμές ,έντονα συναισθήματα χαράς ή λύπης, απότομη εναλλαγή θερμοκρασίας ή ύστερα από αρκετό κάπνισμα. .(Anderson HR, Cook DG.,1997).

### **1.3.6. Προβλήματα στον εγκέφαλο και στον δείκτη νοημοσύνης**

Παρόλο που οι συνέπειες του καπνίσματος είναι γνωστές οι καπνιστές συνεχίζουν να καπνίζουν. Ο καπνός δεν δημιουργεί προβλήματα μόνο στο ζωτικά όργανα αλλά και στις πνευματικές ικανότητες των ατόμων. Η έλλειψη της απαραίτητης ποσότητας οξυγόνου επηρεάζει τον εγκέφαλό και προκαλεί αλλαγές στον μεταβολισμό του. Η νικοτίνη δρα στον εγκέφαλο εμποδίζοντας τον να λειτουργεί ομαλά. Από την κακή λειτουργία του εγκεφάλου λόγω έλλειψης οξυγόνου επηρεάζεται και υπολειτουργεί το κεντρικό νευρικό σύστημα το οποίο είναι ευάλωτο και ευαίσθητο στις βλαβερές ουσίες. Ο εγκέφαλος των ατόμων που έχουν διακόψει το κάπνισμα αρχίζει σταδιακά να παίρνει την αρχική του μορφή και να επαναπροσαρμόζεται.

Οι καπνιστές με το άναμμα ενός τσιγάρου νιώθουν ευχάριστα συναισθήματα και αύξηση της δυνατότητας να αυτοσυγκεντρώνονται. Στην πραγματικότητα όμως ο καπνός χαμηλώνει τις γνωστικές ικανότητες των ατόμων. Επίσης μειώνεται η ψυχοκοινωνική ταχύτητα και επηρεάζει γενικά τις πνευματικές δεξιότητες. Οι λόγοι για τους οποίους το κάπνισμα μειώνει τις πνευματικές ικανότητες δεν είναι διευκρινισμένοι. Τα άτομα που πάσχουν από ασθένειες για τις οποίες ευθύνεται το τσιγάρο και συνεχίζουν να καπνίζουν παρουσιάζουν προβλήματα στις γνωστικές δεξιότητες τους.

Η παρουσία της ασθένειας και του καπνού επιβαρύνει τις πνευματικές δεξιότητες του ατόμου καθώς και στην μνήμη. Η πίεση του σώματος στους καπνιστές ανεβαίνει και έτσι περιορίζεται η ροή του αίματος προς τον εγκέφαλο. Αυτό προκαλεί την επιτάχυνση της απώλειας μνήμης. Όσο περισσότερο καπνίζει ένα άτομο τόσο μεγαλύτερος κίνδυνος αποδυνάμωσης και απώλειας μνήμης υπάρχει. (Cigarette Smoking and Cognitive Decline in Midlife: Evidence From a Prospective Birth Cohort Study, American Journal of Public Health Ιούνιος 2003).

### **1.3.7. Σκλήρυνση κατά πλάκας**

Η κατά πλάκας σκλήρυνση είναι μια χρόνια νευρολογική πάθηση που προσβάλλει συνήθως νέους ενήλικες. Τα συμπτώματά της έχουν αναγνωριστεί εδώ και ενάμιση αιώνα, παρόλα αυτά όμως η αιτία που προκαλεί την σκλήρυνση παραμένει άγνωστη. Πιθανολογείται πως η έναρξη της νόσου σχετίζεται με κληρονομικούς λόγους και με το περιβάλλον. Οφείλεται σε μια φλεγμονή του κεντρικού νευρικού συστήματος που επηρεάζει τη μυελίνη. Η μυελίνη είναι η ουσία που καλύπτει τα νεύρα. Ουλές που εμφανίζονται στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Τα συμπτώματα είναι αστάθεια βάρδισης προβλήματα στην κίνηση και μούδιασμα στα άκρα.

Το κάπνισμα είναι ένας από τους σημαντικότερους περιβαλλοντικούς παράγοντες που ενοχοποιούνται για την πρόκληση της σκλήρυνσης κατά πλάκας προκαλώντας βλάβες στα αγγεία και διευκολύνεται το πέρασμα βλαβερών ουσιών στην κυκλοφορία του αίματος. Τα σημαντικότερα σημεία που βοηθάνε στην σκλήρυνση κατά πλάκας είναι η ξεκούραση, η άσκηση, η καλή διατροφή και η καθολική διακοπή του τσιγάρου.([www.gmss.gr](http://www.gmss.gr))

#### **1.3.8. Τύφλωση και κάπνισμα.**

Το να χάσει κανείς την όραση του είναι μια από τις τραγικότερες απώλειες αισθήσεων. Το κάπνισμα είναι ένας σοβαρός λόγος τύφλωσης αν και τα περισσότερα άτομα δεν γνωρίζουν τις επιπτώσεις του καπνού στην όραση. Όσο περισσότερο και σε όσο πιο μικρή ηλικία ξεκινήσει το κάπνισμα τόσο μεγαλώνουν οι πιθανότητες να χάσει την όραση του.

Αρχικά γίνεται αλλοίωση και καταστροφή του κεντρικού συστήματος όρασης και στην συνέχεια παρατηρείται αστάθεια και δυσκολία στην εστίαση σε αντικείμενα. Ο κίνδυνος τύφλωσης αυξάνεται όσο οι καπνιστές μεγαλώνουν ηλικιακά. Για αυτούς που σταμάτησαν να καπνίζουν ο κίνδυνος τύφλωσης μειώνεται δραστικά. (Smoking and blindness, British Medical Journal 2004).



## **1.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ**

Το κάπνισμα είναι μια παλιά και πολύ διαδεδομένη συνήθεια παγκοσμίως. Κάθε χρόνο από τις 350.000 περιπτώσεις καρκίνου οι περισσότερες οφείλονται στο κάπνισμα. Το κάπνισμα μπορεί να είναι υπεύθυνο για τις διαφορές υγιεινής που παρατηρούνται μεταξύ των Βορείων και Νοτίων Ευρωπαϊκών κρατών. (Με ενδιαφέρει, ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ)

### **1.4.1. Επιδημία του καπνίσματος**

Σε όλα τα μέρη του κόσμου γίνονται προσπάθειες ελέγχου του καπνού. Στους καπνιστές επιβάλλονται αυστηρές ποινές, από οικονομικής φύσης μέχρι και μαστίγωμα, όμως το κάπνισμα κατάφερε να γίνει μια παραδεκτή συνήθεια. Μπορούν να κάνουν χρήση του όλοι ανεξαρτήτου ηλικίας, φύλου και οικονομικής κατάστασης. Έκπληξη προκαλεί πως οι περισσότεροι που δοκιμάζουν τσιγάρο τελικά γίνονται καπνιστές και όσοι είχαν διακόψει τελικά αρχίζουν ξανά να καπνίζουν. Το κάπνισμα αρχίζει να μοιάζει με μια επιδημία που είναι δύσκολο κανείς να την καταπολεμήσει. Σύμφωνα με γνωστή μελέτη υπάρχουν κάποιοι λόγοι που επηρεάζουν τους καπνιστές να συνεχίζουν να καπνίζουν. Η αίσθηση αυξημένης ενεργητικότητας που νιώθουν ανάβοντας ένα τσιγάρο. Πολλές φορές επίσης οι καπνιστές ανταμείβουν τον εαυτό τους με ένα τσιγάρο ύστερα από έντονες στιγμές και έτσι μειώνουν τα αρνητικά συναισθήματα που έχουν νιώσει. Οι περισσότεροι καπνιστές ανάβουν ένα τσιγάρο για να καλύψουν την δυσάρεστη αίσθηση λαχτάρας που τους διακατέχει όταν δεν το έχουν. (Τζάφφη Τ, Πήτερσον Ρ, Χόντσον Ρ, 1980)

### **1.4.2. Το κόστος για το τσιγάρο**

Το οικονομικό κόστος του καπνίσματος είναι δυσβάστακτο για τη χώρα. Στην Ελλάδα το 1978 το κόστος νοσοκομειακής περίθαλψης εξαιτίας του καπνίσματος ήταν 3,2 δισεκατομμύρια δραχμές ή το 6,6% των συνολικών δαπανών για την Υγεία. Στο δημοσιονομικό πρέπει να προστεθεί και η δαπάνη για ημεραργίες, αναπηρίες και πρόωρες συντάξεις. Οι οικονομικές επιπτώσεις από το κάπνισμα σε παγκόσμια κλίμακα ανέρχονται σε δαπάνες της τάξεως των 100 δισ. δολαρίων το χρόνο για γιατρούς, φάρμακα, επιδόματα ανεργίας λόγω νόσου και εγχειρήσεων. Αν μπορούσαν να περικοπούν τα έξοδα για τη νοσηλεία ενεργών και παθητικών καπνιστών, τα έσοδά της οικονομίας θα ήταν αρκετά. Τα έξοδα είναι πολλά για την νοσηλεία στους ενήλικους που ήταν η είναι καπνιστές. Έξοδα με υπέρογκα ποσά συμβαίνουν για επεμβάσεις καρδιάς, καρωτίδων και αρτηριών των κάτω άκρων. Επίσης η φαρμακευτική αγωγή πνευμονοπαθειών, για χειρουργικές επεμβάσεις βρογχοπνευμονικών καρκίνων, καρκίνου της ουροδόχου κύστεως, οισοφάγου, στοματοφαρυγγικής κοιλότητας, γλώσσας, για φαρμακοθεραπεία και

ακτινοθεραπεία είναι δαπανηρές. Τα στρέμματα καπνού που καλλιεργούνται σε ολόκληρο τον κόσμο θα ήταν αρκετά για να λυθεί το πρόβλημα της πείνας.

### **1.4.3. Οι στάσεις προς τις αντικαπνιστικές πολιτικές**

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ευρωπαίων συμφωνεί με την απαγόρευση του καπνίσματος και σε πολλές χώρες έχουν τεθεί σε εφαρμογή αντικαπνιστικές εφαρμογές στους δημόσιους χώρους. Οι αντικαπνιστικές πολιτικές δεν έχουν μόνο ως στόχο την προώθηση των καπνιστών στην διακοπή χρήσης καπνού αλλά και την προστασία των μη καπνιστών. Η συνήθεια του τσιγάρου και η παθητική έκθεση στον καπνό του τσιγάρου είναι ένα από τα κύρια θέματα για το οποίο ανησυχούν οι Ευρωπαίοι. Μελέτες έχουν δείξει πως αντικαπνιστικές πολιτικές και απαγορεύσεις τσιγάρου είναι αποτελεσματικές. ([www.madrev.com](http://www.madrev.com))

Σύμφωνα όμως με μελέτη της Ελληνικής Αντικαπνιστικής Εταιρείας όλες οι αντικαπνιστικές πολιτικές και ρυθμίσεις που υπάρχουν ενάντια του καπνίσματος στη χώρα μας έχουν καταστρατηγηθεί. Κανένας δεν μοιάζει να τις υπακούει και να τις υποστηρίζει. Παραβάσεις συμβαίνουν ακόμη και μέσα στα νοσοκομεία και στους χώρους Υγείας. Η ατμόσφαιρα η οποία δημιουργείται στους κλειστούς δημόσιους χώρους είναι πνιγηρή.

(Με ενδιαφέρει, ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ)

## **1.5. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

### **1.5.1. Η κατάσταση στην Ελλάδα**

Η Ελλάδα είναι η χώρα των ηλικιωμένων και των καπνιστών. Σύμφωνα με στοιχεία της WHO στη χώρα μας τα παιδιά ηλικίας 15 χρονών καπνίζουν με το μεγαλύτερο ποσοστό να αναλογεί στα κορίτσια. Έχει καταγραφεί μια ραγδαία αύξηση του αριθμού των γυναικών που καπνίζουν. Επίσης η διακοπή του καπνίσματος είναι δυσκολότερη για τις γυναίκες παρά για τους άντρες.(Με ενδιαφέρει ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ)

Στην Ελλάδα το μεγαλύτερο ποσοστό των πολιτών είναι ενημερωμένοι για τις επιπτώσεις του καπνίσματος. Το 95% γνωρίζει τις επιπτώσεις στην υγεία και το 65% γνωρίζει τις επιπτώσεις στην εμφάνιση και ένα μεγαλύτερο ποσοστό γνωρίζει το οικονομικό κόστος.(παράρτημα 5).

Οι νόμοι στην Ελλάδα έχουν εναρμονιστεί με Ελληνικό δίκαιο έχει εναρμονιστεί με τις εκάστοτε Κοινοτικές Οδηγίες που κατατείνουν στην καταπολέμηση της βλαβερής επενέργειας του καπνίσματος, τον περιορισμό των πωλήσεων τσιγάρων και την απαγόρευσή τους σε ανήλικα άτομα.

Σύμφωνα με το άρθρο 3 του νόμου 3730/2008, και πέρα από τις απαγορευτικές ή περιοριστικές διατάξεις που ισχύουν και εφαρμόζονται ήδη, από την 1η Ιουλίου του 2009 απαγορεύεται πλήρως το κάπνισμα και η κατανάλωση προϊόντων καπνού σε συγκεκριμένους δημόσιους ή ιδιωτικούς χώρους οι οποίοι προορίζονται για την προσπέλασή τους από το κοινό ή την εργασία, προσωρινή διαμονή και μεταφορά των πολιτών.

Το κάπνισμα δεν θα επιτρέπεται πλέον στους κάθε είδους κλειστούς χώρους αναμονής, στα αεροδρόμια, εξαιρουμένων των χώρων που θα προσδιοριστούν ειδικά για τους καπνιστές, στους σταθμούς μεταφορικών μέσων και επιβατικών σταθμών λιμένων, στα παντός είδους κυλικεία και στα παντός είδους μέσα μαζικής μεταφοράς, συμπεριλαμβανομένων των επιβατηγών δημόσιας χρήσης αυτοκινήτων, με μετρητή (ταξί) και αγοραίων.

Περαιτέρω, βασική μέριμνα του νομοθέτη απετέλεσε η απολύτως εύλογη προστασία των μη καπνιζόντων από την βλαβερή επενέργεια του καπνού εντός των χώρων της επαγγελματικής τους δραστηριότητας. Απαγορεύεται το κάπνισμα σε όλους τους κλειστούς ή στεγασμένους δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους, που χρησιμοποιούνται για την παροχή εργασίας, εξαιρουμένων των χώρων που θα προβλεφθούν ειδικά για τους καπνιστές από την κατά περίπτωση αρμόδια αρχή ή όργανο.(Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης)

Το μεγαλύτερο ωστόσο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διάταξη του άρθρου 1 περίπτωση β' του ίδιου ως άνω νόμου, η οποία επιβάλλει την απαγόρευση του καπνίσματος σε όλα τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος, ιδίως δε στα καταστήματα παρασκευής και προσφοράς φαγητών, ποτών, γλυκισμάτων, κάθε είδους παρασκευασμάτων γάλακτος, των μικτών καταστημάτων καθώς και των κέντρων διασκέδασης κατά την έννοια των σχετικών διατάξεων της υπ' αριθμ. Α1β/8577/1983 Υγειονομικής Διάταξης, εξαιρουμένων των εξωτερικών τους χώρων.

Το μέτρο αυτό, το οποίο πρόκειται εκ των πραγμάτων να αποξενώσει τους Έλληνες καπνιστές από την άνεση με την οποία απολάμβαναν το δικαίωμά του «καπνίζεин» εντός των ανωτέρω χώρων, έχει προσεγγιστεί με ιδιαίτερη περίσκεψη και από τους ιδιοκτήτες των καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος που υποψιάζονται βάσιμα μείωση των εσόδων τους από την εφαρμογή του προκειμένου μέτρου. (Νόμος 3730-2008 Παράρτημα 10)

Την καταρχήν αυστηρότητα της συγκεκριμένης ρύθμισης έρχεται να μετριάσει η διάταξη της παραγράφου 2, σύμφωνα με την οποία μετά τη θέση σε ισχύ της ανωτέρω απαγόρευσης, μπορούν να διαμορφωθούν στους κλειστούς ή στεγασμένους χώρους των καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος χώροι καπνιζόντων που θα διαχωρίζονται από την υπόλοιπη αίθουσα και θα έχουν ειδικές εγκαταστάσεις εξαερισμού. Ειδικά δε για τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος με εμβαδόν έως 70 τετραγωνικών μέτρων, θα χαρακτηρίζονται ως καταστήματα καπνιστών η μη καπνιστών. Αυτές οι νομοθετικές ρυθμίσεις για την καταπολέμηση της κατανάλωσης καπνού και την προστασία των μη καπνιζόντων είναι αναμφισβήτητα θεμιτές, εντούτοις η ανεπιφύλακτη αποδοχή τους θα πρέπει να υπερκεράσει την ουσιαστική διάσταση δύο οικονομικών σκοπέλων. Υπάρχει κίνδυνος οι καπνιστές να νιώθουν σαν πολίτες δεύτερης κατηγορίας, οι οποίοι θα αναγκάζονται να καταφεύγουν σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους, προκειμένου να καπνίσουν. Επίσης υπάρχει κίνδυνος τα καταστήματα να οδηγηθούν σε οικονομικό αδιέξοδο αφού οι καπνιστές δεν θα επιλέγουν τους χώρους αυτούς για να διασκεδάσουν. Τα τελευταία μέτρα κατά του καπνίσματος ανακοινώθηκαν από την υπουργό υγείας την παγκόσμια ημέρα κατά του καπνίσματος. Έτσι, από 1η Σεπτεμβρίου απαγορεύεται χωρίς εξαίρεση το κάπνισμα σε όλους τους δημόσιους χώρους, τους εργασιακούς, καφέ, μπαρ και αλλού. Από 1ης Σεπτεμβρίου καταργούνται, επίσης, τα καπνιστήρια σε όλους τους χώρους εργασίας και οι καπνίζοντες θα πρέπει να πηγαίνουν έξω από την είσοδο του κτιρίου ή στην ταράτσα.

## 1.6. ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Αν και το κάπνισμα είναι μια άσχημη εθιστική ουσία πολλοί είναι οι καπνιστές που απλά αρνούνται να το κόψουν. Άλλοι ισχυρίζονται πως θα το κόψουν και άλλοι δεν κάνουν τίποτα. Άλλοι πάλι δοκίμασαν να το κόψουν και απέτυχαν και άλλοι το έκοψαν και ξεκίνησαν και πάλι να καπνίζουν.

Οι ειδικοί πιστεύουν πως αυτοί που ζητούν βοήθεια για να σταματήσουν το τσιγάρο είναι συνήθως άτομα τα οποία καπνίζουν υπερβολικά και μπορούν να αποτελέσουν αποτελεσματικό δείγμα όλων των καπνιστών. Από την άλλη πιστεύουν πως ίσως είναι αυτοί που έχουν περισσότερα κίνητρα για την διακοπή του. Όσοι καταφέρνουν να κόψουν το τσιγάρο πάντα βρίσκονται αντιμέτωποι με μια εσωτερική ανάγκη για την δράση του καπνού. Πολλές πλευρές της συμπεριφοράς του ατόμου, ως καπνιστή έχουν ταυτιστεί με το περιβάλλον του. Αυτό το ταυτισμένο περιβάλλον με το τσιγάρο μπορεί να προκαλέσει αισθήματα εξάρτησης και συμπτώματα αποστέρησης. (Τζάφφη T, Πήτερσον P, Χόντσον P 1980)

### ΒΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Σύμφωνα με την Dr. Carols Haltruber στο βιβλίο της "από καπνιστής στον μη καπνιστή" αναφέρεται σε 34 βήματα τα οποία βοηθάνε στη διακοπή καπνίσματος. Αυτά είναι:

- 1) Κάθε φορά που γίνεται αγορά τσιγάρων να αλλάζει η μάρκα.
- 2) Να διαλέγονται τα περισσότερα φτωχά σε νικοτίνη και πίσσα τσιγάρα που είναι εφικτό να βρεθούνε.
- 3) Όσοι καπνίζουν τσιγάρα με φίλτρο να αρχίσουν να κάνουν χωρίς και το αντίθετο, για τα άφιλτρα να χρησιμοποιούν φίλτρο.
- 4) Να γίνεται αγορά μόνο σε ένα πακέτο τσιγάρα για να μην υπάρχει παρακαταθήκη στο σπίτι.
- 5) Να αγοράζονται τα τσιγάρα όχι από το κοντινό περίπτερο της γειτονιάς αλλά από κάποιο που βρίσκεται μακριά.
- 6) Να καπνίζονται τα τσιγάρα, με το χέρι το οποίο δεν καπνίζονταν ποτέ μέχρι τώρα.
- 7) Να μην καπνίζονται τσιγάρα τα οποία προσφέρονται.
- 8) Να γίνεται χρήση καπνού μόνο όταν υπάρχει παρέα. Αυτό μπορεί να εξασκηθεί και αντίθετα για τα άτομα που συνηθίζουν να καπνίζουν μόνο όταν είναι με άλλα άτομα.

- 9) Να μην γίνεται χρήση καπνού ποτέ στο κρεβάτι, , ούτε πριν τον ύπνο.
- 10) Να καπνίζονται τα τσιγάρα κάθε μέρα μισή ή μια ώρα αργότερα από το συνηθισμένο.
- 11) Να χωριστεί το τσιγάρο σε τρία τμήματα: το πρώτο κανονικά, το δεύτερο χωρίς να ρουφιέται ο καπνό στους πνεύμονες και το τρίτο να πετιέται.
- 12) Να καπνίζεται κάθε τσιγάρο μέχρι τη μέση.
- 13) Να καπνίζεται μέχρι το μεσημέρι ή μόνο μετά της μια το απόγευμα.
- 14) Να καπνίζονται μόνο δανεισμένα τσιγάρα.
- 15) Να καθιερωθεί μια μέρα την εβδομάδα στην οποία δεν θα γίνεται χρήση καπνού καθόλου.
- 16) Εάν μια μέρα δεν είναι εφικτό να τηρηθεί το πρόγραμμα, να "τιμωρηθεί" ο εαυτό μας με το κάπνισμα ενός τσιγάρου χωρίς να εισπνέεται ο καπνό στους πνεύμονες.
- 17) Να πλένονται τα χέρια πάντα πριν καπνισθεί ένα τσιγάρο.
- 18) Να μην γίνεται χρήση καπνού κατά την οδήγηση στο αυτοκίνητο ή σε ταξίδια με τρένο ή με κάποιο άλλο μεταφορικό μέσο.
- 19) Κατά την οδήγηση σε μεγάλες αποστάσεις να γίνεται χρήση καπνού μόνο όταν γίνεται στάση για ξεκούραση.
- 20) Για κάθε τσιγάρο που καπνίζεται να μπαίνουν 10 cents μέσα σε ένα ποτήρι. Με τα λεφτά αυτά θα αγοραστεί ένα δώρο για κάποιον.
- 21) Να πίνεται πριν από κάθε τσιγάρο ένα ποτήρι νερό, χυμό, τσάι ή γάλα.
- 22) Πριν από κάθε τσιγάρο να παίρνεται μια βαθιά ανάσα όπως όταν γίνεται χρήση καπνού. Να κρατιέται ο αέρας για λίγο στους πνεύμονες και μετά να βγαίνει ακριβώς όπως ο καπνός

του τσιγάρου. Να επαναλαμβάνονται οι αναπνοές αυτές πέντε φορές.

- 23) Να αδειάζει μετά από κάθε τσιγάρο το τασάκι.
- 24) Να μην γίνεται χρήση καπνού μπροστά στον σύζυγο, στην σύζυγο ή τα παιδιά.
- 25) Να δοθεί η ποσότητα των τσιγάρων που καπνίζονται καθημερινά σε κάποιο κοντινό πρόσωπο.
- 26) Να καθαρίζονται τα δόντια μετά από κάθε τσιγάρο.
- 27) Να μην ανάβει τσιγάρο αμέσως μετά ή πριν από κάθε γεύμα.
- 28) Να εξαφανιστούν οι αναπτήρες και τα σπίρτα έτσι ώστε για κάθε τσιγάρο να ζητιέται φωτιά.
- 29) Να σταματήσει η εισπνοή του καπνού στους πνεύμονες.
- 30) Να μην γίνεται χρήση καπνού στο δωμάτιο που περνιέται ο περισσότερος χρόνος ή στον καναπέ που συνηθίζεται να περνιέται η μέρα. Το ίδιο ισχύει και για το γραφείο.
- 31) Να σβήνει το τσιγάρο μετά από μια-δυο ρουφηξιές και να ξανά ανάβει λίγο μετά.
- 32) Να μην γίνεται χρήση καπνού κατά την διάρκεια μιας προσωπικής συζήτησης ή συζήτησης εργασίας.
- 33) Να μην ανάβει τσιγάρο όταν γίνονται τηλεφωνήματα.
- 34) Να μην γίνεται χρήση καπνού για δυο ώρες μετά από κάποια άθληση ή σωματική εξάσκηση.

Τα βήματα αυτά δεν είναι εύκολα για κάποιον ο οποίος είναι εθισμένος ή ακόμα χειρότερα από κάποιον εξαρτημένο από το τσιγάρο. Χρειάζεται μεγάλη υπομονή και επιμονή. (Παπαγεωργίου. Ε.Γ 2004)

### **1.6.1. Συμπτώματα στέρησης**

Όταν ένα άτομο σταματάει να καπνίζει αρχίζει να αντιστέκεται στον εθισμό του προς την νικοτίνη. Τότε αρχίζουν να παρουσιάζονται σχήματα

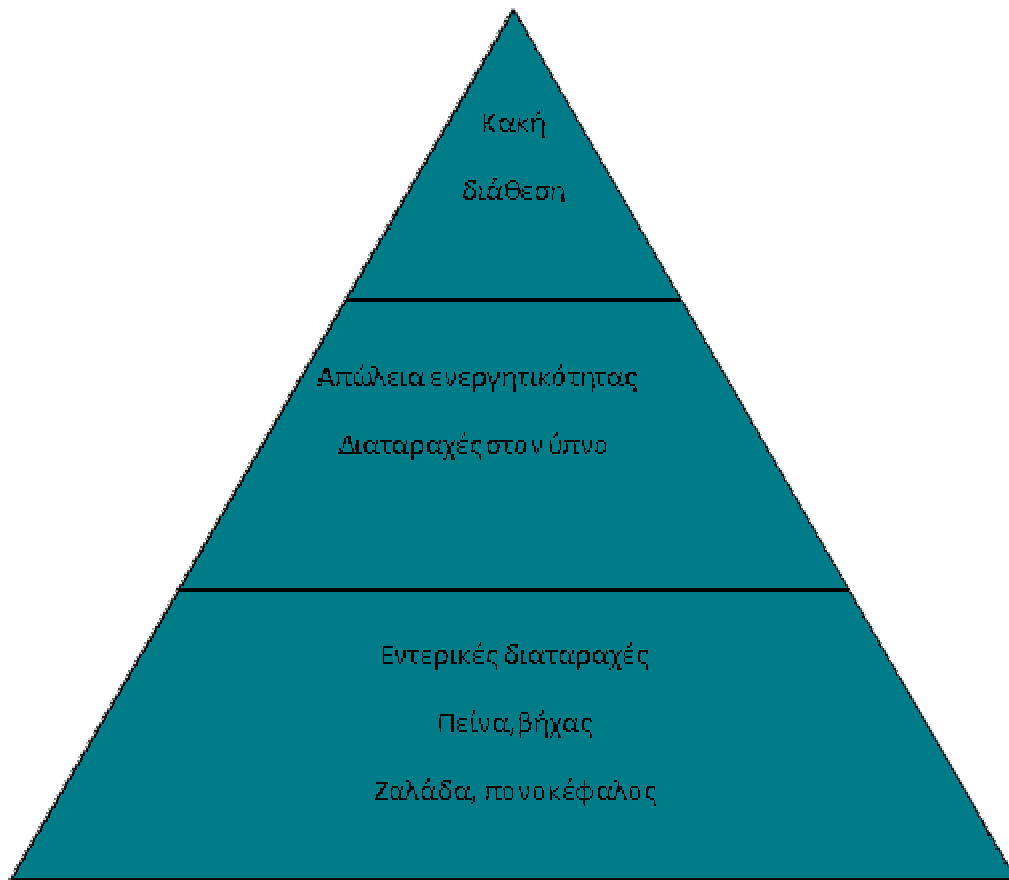
συμπτωμάτων . Τα συμπτώματα αυτά κάνουν την παρουσίαση τους τις δύο πρώτες μέρες μετά την διακοπή και μέσα στις επόμενες πέντε μέρες αρχίζουν να κάμπτουν.([www.neaygeia.gr](http://www.neaygeia.gr))

Τα συμπτώματα στέρησης διαφέρουν από καπνιστή σε καπνιστή, αλλά τα πιο κοινά που έχουν παρατηρηθεί είναι: ευερεθιστότητα, δυστροπία, εκνευρισμός, απώλεια ενεργητικότητας, δυσκολία στην συγκέντρωση, ταχυπαλμία και έντονος πονοκέφαλος. Ακόμη παρουσιάζονται αυξημένη όρεξη ή και αύξηση του σωματικού βάρους, βραδυκαρδία, υπνηλία η αϋπνία. Τα συμπτώματα αυτά αποτελούν το μεγαλύτερο εμπόδιο για όσους θέλουν να κόψουν το κάπνισμα.. Επίσης γίνονται και οργανικές αλλαγές όπως μείωση του σφυγμού και ανέβασμα της πίεσης.

Σε μελέτες έχει βρεθεί πως η ευερεθιστότητα είναι ένα από τα συχνότερα συμπτώματα στέρησης γιατί η νικοτίνη μειώνει τα αισθήματα θυμού και ματαίωσης. Γενικά τα άτομα που καπνίζουν τείνουν να είναι πιο νευρικά από ότι η μη καπνιστές. Στο καπνό βρίσκουν ένα ηρεμιστικό, έτσι κόβοντας το κάπνισμα τείνουν στην εκδήλωση συμπτωμάτων θυμού. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που έχουν διακόψει υποτροπιάζει διότι δεν τους βοηθάνε καθημερινοί παράγοντες. Τα συμπτώματα στέρησης αυξάνονται καθώς έρχεται καθημερινά σε επαφή με το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον που αποτελείται από καπνιστές και παρατηρεί την διαθεσιμότητα των τσιγάρων. ( Τζάφφη Τ,Πήτερσον Ρ,Χόντσον Ρ,1980)

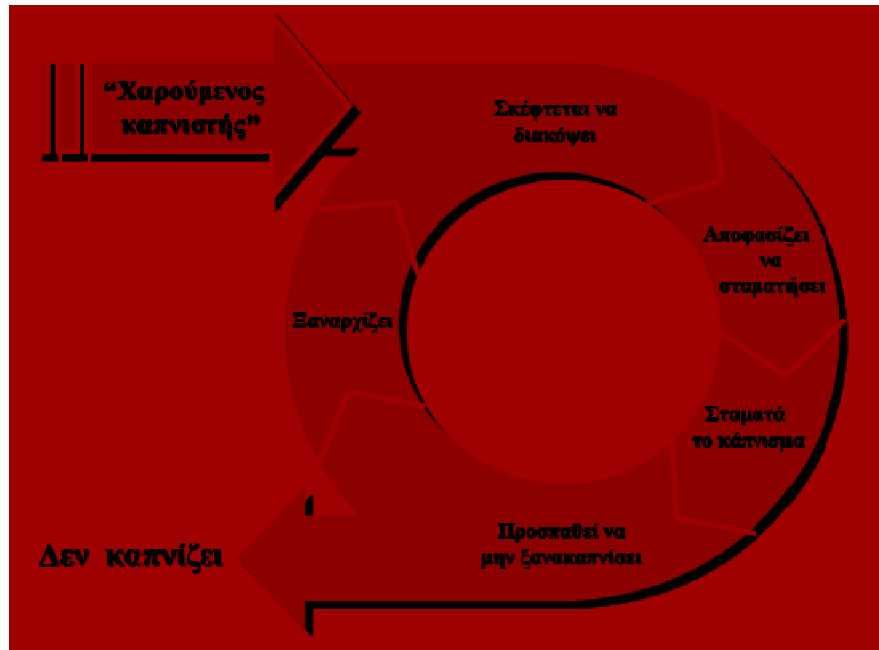


**Συμπτώματα που παρουσιάζονται κατά την διακοπή του καπνίσματος.**



### **1.6.2. Οφέλη από τη διακοπή**

Σύμφωνα με την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία τις πρώτες 24 ώρες μετά την διακοπή του καπνίσματος η πιθανότητα καρδιακών επεισοδίων έχει μειωθεί αισθητά. Η αρτηριακή πίεση επανέρχεται στα φυσιολογικά πλαίσια και το οξυγόνο μπαίνει στον οργανισμό με τις απαραίτητες ποσότητες. Τις επόμενες τρεις μέρες παρατηρούνται αλλαγές στις αισθήσεις, όπως στην όσφρηση και στην γεύση. Το λαχάνιασμα μειώνεται και η αναπνοή βελτιώνεται γιατί είδη οι πνεύμονες έχουν μεγαλύτερη χωρητικότητα. Οι βλαβερές ουσίες του τσιγάρου ,η νικοτίνη και το διοξείδιο του άνθρακα αποδεσμεύουν τον οργανισμό. Στα δέκα πρώτα χρόνια διακοπής του καπνίσματος η πιθανότητες εκδηλώσεις καρκίνων του πνεύμονα και του λάρυγγα και στομάχου έχουν μειωθεί σημαντικά. Ο οργανισμός τείνει να λειτουργεί όπως ενός ατόμου που δεν έχει καπνίσει ποτέ .([www.nosmokegr.blogspot.gr](http://www.nosmokegr.blogspot.gr).)



### 1.6.3 Θεραπείες διακοπής καπνίσματος

Η αρχή της προσπάθειας για θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης των καπνιστών από την νικοτίνη, ξεκίνησε στις Η.Π.Α ΤΟ 1993. Οι θεραπείες οι οποίες προσφέρονται για να βοηθηθούν οι καπνιστές να διακόψουν την συνήθεια της χρήσης τσιγάρου ποικίλλουν. ([www.prolipsis.gr](http://www.prolipsis.gr))

Από την ύπνωση, την αποτρεπτική εξαρτημένη μάθηση μέχρι και τον βελονισμό με τοξικές ουσίες αντικαθιστώντας την νικοτίνη. Επίσης υπάρχουν φαρμακευτικά υποκατάστατα όπως οι τσίχλες νικοτίνης και το αεροζόλ νικοτίνης όπου είναι δύσκολο να αποδειχτεί αν όντως βοηθούν τους καπνιστές στην διακοπή του τσιγάρου. Σημαντική προϋπόθεση για την ελάττωση του τσιγάρου είναι η ψυχολογική υποστήριξη από το οικογενειακό, φιλικό περιβάλλον και από ειδικούς. Το άτομο έχει ανάγκη από ψυχολογική υποστήριξη από την νικοτίνη σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο. ( Τζάφφη Τ, Πήτερσον Ρ, Χόντσον Ρ, 1980)

### 1.6.4. Ψυχολογική υποστήριξη των καπνιστών

Η διακοπή του καπνίσματος απαιτεί ένα ευνοϊκό οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Όταν τα μέλη της οικογένειας του καπνιστή δεν καπνίζουν η αποφεύγουν να κάνουν χρήση καπνού μπροστά του τον βοηθούν στην προσαρμογή σε μια ζωή χωρίς τσιγάρο. Επίσης η οικογένεια απαγορεύοντας στον καπνιστή να καπνίζει μέσα στο σπίτι τον βοηθά να καταφέρει να μην ανάψει τσιγάρο για τουλάχιστον τριάντα λεπτά από την ώρα που ξυπνάει. Η απαγόρευση αυτή σε συνδυασμό με την ύπαρξη αντικαπνιστών ή παιδιών στο σπίτι δίνει περισσότερα κίνητρα στον καπνιστή να συνεχίσει την προσπάθεια. Καπνιστές αναφέρουν πως η υποστήριξη της οικογένειας και των φίλων τους ήταν ένας καθοριστικός

και σημαντικός παράγοντας στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος. (Με ενδιαφέρει. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ)

Η επιστήμη της ψυχολογίας ερευνά συστηματικά από τη δεκαετία του 1970 την ανάπτυξη ομαδικών και ατομικών θεραπευτικών προγραμμάτων για την απεξάρτηση από τη νικοτίνη και την αποτελεσματικότητά τους. Η παροχή συμβουλών από έναν ειδικό, μπορεί να βοηθήσει τους καπνιστές να αποφύγουν λάθη τα οποία θα τους οδηγήσουν να ξαναρχίσουν το κάπνισμα. Στην Ελλάδα υπάρχουν ιατρεία διακοπής καπνίσματος και ιατρεία απεξάρτησης καπνίσματος. Στα ιατρεία διακοπής καπνίσματος εργάζονται γιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι και διατροφολόγοι, χωρίς όμως ιδιαίτερη διοικητική μέριμνα και χωρίς καμία βοήθεια από το κράτος. Οι Ομάδες Εργασιών των αιτίων διακοπής καπνίσματος οργανώνουν εκπαιδευτικά σεμινάρια διάρκειας 26 ωρών που περιλαμβάνουν, εκτός από θεωρητική, και πρακτική εκπαίδευση (role play).(www. dromostherapeia.gr)

#### **1.6.5. Φαρμακευτική θεραπεία**

Η φαρμακευτική θεραπεία για την διακοπή του καπνίσματος περιλαμβάνει το διαδερμικό επίθεμα νικοτίνης, την τσίγλα νικοτίνης, το ρινικό εκνέφωμα, τις εισπνοές νικοτίνης και χάπια κατά του καπνίσματος. Σκοπός αυτών των θεραπευτικών μεθόδων είναι η αντικατάσταση της νικοτίνης και να ανακουφίσουν τον οργανισμό από τα στερητικά συμπτώματα δίνοντας στον οργανισμό το ποσό της νικοτίνης που έχει ανάγκη μέχρι να απεξαρτηκοποιηθεί τελείως. Ο εγκέφαλος δέχεται το ποσό της νικοτίνης με πολύ αργό τρόπο και έτσι στο άτομο ελαττώνονται τα συμπτώματα στέρησης τις πρώτες μέρες ή εβδομάδες της διακοπής του καπνίσματος. Τα υποκατάστατα νικοτίνης είναι επικίνδυνα για τις έγκυες γυναίκες και για τους ανηλίκους.(GlaxoSmithKline 2002).

Οι θεραπείες απεξάρτησης της νικοτίνης είναι χρήσιμες, ευεργετικές και ασφαλής για εκείνους που θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα. Τα στοιχεία από μελέτες δείχνουν ότι τα φαρμακευτικά σκευάσματα βελτιώνουν σημαντικά την πιθανότητα διακοπής του καπνίσματος. Τα ποσοστά είναι 2 -3 φορές περισσότερα από εκείνους που δεν έχουν υιοθετήσει αυτά τα φαρμακευτικά προϊόντα. Όπως είναι γνωστό το κάπνισμα προκαλεί χιλιάδες θανάτους ετησίως. Η αιτία δεν είναι η νικοτίνη που περιέχεται στα τσιγάρα, αλλά τα υπόλοιπα συστατικά που περιέχονται στον καπνό, όπως το μονοξειδίο του άνθρακα και η πίσσα. Η διαδικασία ενεργοποίησης της φυσικής αντίδρασης που διαθέτει το οργανικό σύστημα του ανθρώπου στην είσοδο κάθε ξένου σώματος προϋποθέτει αποτοξίνωση του οργανισμού, καθώς ένα ρυπαρό σύστημα δεν πρόκειται να αντιδράσει σε έναν ακόμη ρύπο. Παράλληλα όμως θα πρέπει να καλυφθεί και το σύνδρομο στέρησης του ατόμου, έτσι ώστε να

μπορέσει να αντεπεξέλθει.(U.S. Department of Health and Human Services, 1988, American Psychiatric Association 1994, Raw M. et al 1999)

#### **1.6.6. Διαδερμικό επίθεμα νικοτίνης**

Σύμφωνα με έρευνα που έγινε από ομάδα μαθητών του γυμνασίου Νέας Ζίχνης στα πλαίσια του προγράμματος αγωγής υγείας με θέμα Κάπνισμα και Αλκοόλ τα στοιχεία για το διαδερμικό επίθεμα νικοτίνης είναι : <<Οι παρασκευαστές των επιθεμάτων δηλώνουν ότι αυτά απελευθερώνουν νικοτίνη στον ανθρώπινο οργανισμό σταδιακά και σε αδιάκοπη ροή. Έχουν 16ωρη διάρκεια δράσης και τοποθετούνται στο δέρμα το πρωί, για να αποκολληθούν πριν από τον ύπνο. Στην αρχή επικολλούνται επιθέματα των 15 mg νικοτίνης και μετά, περίπου στους 2 μήνες, τοποθετούνται αυτοκόλλητα των 10 mg ή των 5 mg, για να γίνει ο «απογαλακτισμός». Τα επιθέματα πρέπει να «κολλούν» σε περιοχή του δέρματος που να είναι καθαρή, στεγνή και άτριχη, όπως π.χ. στο μπράτσο και στο γοφό.

Σε γενικές γραμμές είναι γνωστό ότι μπορεί να προκαλέσουν ταχυπαλμία. Δεν πρέπει να τα χρησιμοποιούν εγκυμονούσες χωρίς συνεννόηση με το γιατρό. Επίσης, πρέπει να τα αποφεύγουν όσοι έχουν καρδιοπάθειες, νεφρική ανεπάρκεια, έλκος. Γενικά δεν πρέπει να λαμβάνονται χωρίς προσυνεννόηση με το γιατρό και όποιος τελικά αποφασίζει να κάνει χρήση θα πρέπει να αποφεύγει την παράλληλη χρήση παρόμοιων βοηθημάτων ή το κάπνισμα, γιατί υπάρχει κίνδυνος να πάρει υπερβολική δόση και να παρουσιάσει αϋπνίες και τάση εμετού ή να πάθει και σοβαρή δηλητηρίαση>>.([www.gym-n-zichn.ser.sch.gr](http://www.gym-n-zichn.ser.sch.gr))

Άλλες παρενέργειες που μπορούν να προκληθούν είναι ερεθισμός του δέρματος, ίλιγγος, ταχυκαρδία, αϋπνία ,πονοκέφαλος, ναυτία, εμετός, μυαλγίες και ακαμψία μυών. Την πρώτη φορά που κάποιος τοποθετεί ένα αυτοκόλλητο νικοτίνης πιθανόν να νιώσει τοπικά φαγούρα ή αίσθημα κνησμού και ερύθημα. Αυτά τα συμπτώματα συνήθως υποχωρούν μέσα σε μια ώρα. Επίσης μετά την αφαίρεση του αυτοκόλλητου το δέρμα παραμένει ερυθρό για περισσότερο από μια ημέρα, χρειάζεται η συμβουλή γιατρού. (American Cancer Society, Fiore MC et al 1995).

#### **1.6.7. Τσίχλα νικοτίνης**

Η τσίχλα νικοτίνης βοηθάει απομακρύνοντας την επιθυμία του τσιγάρου, χωρίς να προσφέρει ούτε την πίσσα ούτε τα δηλητηριώδη αέρια που βρίσκονται στο τσιγάρο. Είναι μια προσωρινή λύση, αφού μειώνει τα συμπτώματα στέρησης της νικοτίνης μετά την διακοπή του καπνίσματος. Την τσίχλα νικοτίνης μπορεί κανείς να την πάρει όποτε νιώθει την ανάγκη να καπνίσει χωρίς να ξεπερνάει το ποσοστό της νικοτίνης που πρέπει να παίρνει ημερησίως. Το οικονομικό κόστος της είναι μικρό και δίνει την ικανοποίηση που έχει κάποιος όταν καπνίζει ένα τσιγάρο. Μοιάζει με

τσίγλα, αλλά είναι ένα φάρμακο που περιέχει νικοτίνη που εισέρχεται σταδιακά στον οργανισμό.

Δεν επιτρέπεται να γίνεται χρήση της σε συνδυασμό με αλκοόλ ή κάποιο αναψυκτικό. Οι επιπτώσεις από την χρήση της τσίγλας είναι η ζαλάδα ειδικά τα πρώτα λεπτά της χρήσης της. Η τσίγλα νικοτίνης μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλους αλλά είναι πιο δόκιμη σε :

- βαρείς καπνιστές (>10 τσιγάρα την ημέρα) που εμφανίζουν στερητικό σύνδρομο όταν προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα.
- άτομα που προτιμούν να ελέγχουν τη δόση νικοτίνης που λαμβάνουν
- άτομα με δερματική ευαισθησία ή άλλο δερματολογικό νόσημα που δεν επιτρέπει τη χρήση αυτοκόλλητου νικοτίνης
- άτομα που επιθυμούν να μασούν κάτι για να ικανοποιήσουν και την συνήθεια του να έχουν κάτι στο στόμα που να αντικαθιστά το τσιγάρο. (<http://health.in.gr>)

#### **1.6.8. Παστίλιες νικοτίνης**

Αυτό το προϊόν λειτουργεί με τον ίδιο τρόπο όπως η τσίγλα νικοτίνης, η νικοτίνη απορροφάται στην κυκλοφορία του αίματος μέσω της επένδυσης του στόματος. Η παστίλιες νικοτίνης φέρνουν περισσότερα αποτελέσματα από τις τσίγλες νικοτίνης στην μείωση των συμπτωμάτων στέρησης. Ο χρήση της παστίλιας γίνεται μέσω του στόματος και λιώνει σε 30 περίπου λεπτά στην στοματική κοιλότητα. Ημερησίως δεν πρέπει να υπερβαίνει χρήση της, τις 15 παστίλιες. (Shiffman S. Et al 2002, Houtsmuller EJ et al 2003, Muramoto ML. Et al 2003).

Η παστίλια κατά την χρήση της μπορεί να προκαλέσει αρνητικές επιδράσεις στον οργανισμό, όπως δυσπεψία, ναυτία, λόξιγκα, πονοκέφαλο, πονόλαιμο και στομαχική ενόχληση.

Κάποιος που χρησιμοποιεί της παστίλιες νικοτίνης, δεν πρέπει να καπνίζει γιατί μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης παρενεργειών και καρδιακών προβλημάτων. (<http://www.mhcs.health.nsw.>)

#### **1.6.9. Ενδοκρινικό εκνέφωμα**

Η χρήση του ενδοκρινικού εκνεφώματος γίνεται από την μύτη και μεταφέρεται με μεγάλη ταχύτητα στην κυκλοφορία του αίματος. Το γεγονός ότι επιδρά γρήγορα στον οργανισμό το καθιστά ιδιαίτερα ελκυστικό στους εξαρτημένους καπνιστές. Οι δόσεις που μπορεί να πάρει κάποιος είναι μέχρι πέντε την ημέρα και περιλαμβάνει δύο ψεκασμούς σε κάθε ρουθούνη. Οι πιο κοινές παρενέργειες διαρκούν περίπου 1 έως 2 εβδομάδες και μπορεί να περιλάβουν τα εξής:

- Ερεθισμό της μύτης.
- Συνάχι.
- Υδατώδη μάτια.
- Φτέρνισμα.

- Ερεθισμό του λάρυγγα.
- Βήχα. (ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΝΤΑΓΟΛΟΓΙΟ)

#### **1.6.10 Εισπνεόμενη νικοτίνη**

Το αεροζόλ νικοτίνης εισήχθη στην αγορά το 1998 και διατίθεται μόνο κατόπιν ιατρικής συνταγής. Εισπνέοντας το απελευθερώνεται ένα ποσό νικοτίνη . Απελευθερώνει την νικοτίνη στο στόμα, όχι στους πνεύμονες και εισέρχεται στο σώμα πιο αργά από ότι η νικοτίνη που περιέχεται στα τσιγάρα. Το ποσό νικοτίνης που απελευθερώνεται από ένα τσιγάρο αντιστοιχεί σε 80 ριπές. Η αρχική δόση είναι εξατομικευμένη. Η καλύτερη επίδραση επιτυγχάνεται με συνεχής και συχνές εισπνοές για 20 λεπτά. Προκαλεί βήχα, ερεθισμό λαιμού και στομαχικές ενοχλήσεις. ([www.hygeia.gr](http://www.hygeia.gr))

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

#### 2.1. ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Η εφηβεία είναι η περίοδος της μετάβασης από την παιδική στην ώριμη ηλικία. Είναι σαν μια δεύτερη γέννηση που γίνεται προοδευτικά. Ο στόχος της εξέλιξης είναι να δημιουργηθεί από το μεγάλο παιδί ο έτοιμος ενήλικας.

Το να αποχωριστούμε την παιδική ηλικία και να εξαφανίσουμε το παιδί μέσα μας είναι μια μετάλλαξη. Μέσα στα προηγούμενα πενήντα χρόνια στις δυτικές κοινωνίες η εφηβεία έγινε μια όλο και μεγαλύτερης χρονικής διάρκειας περίοδος της ζωής. (Ντολτο Φ – Ντολτο Κ -Τολις 1996).

Στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες καθώς και σε ορισμένες αναπτυσσόμενες χώρες, η ηλικία της πρώτης εμμηνόρροιας μειώνεται σε όλες τις κοινωνικές ομάδες. Η εξέλιξη στην εφηβεία από κοινωνική άποψη οδηγεί σε μια ώθηση ανεξαρτητοποίησης και στη δημιουργία του ενήλικα που βασίζεται στον εαυτό του. Στη δεκαετία του 1840, ο μέσος όρος πρώτης εμμηνόρροιας ήταν 14 με 15 ετών για τις γυναίκες στην Ευρώπη, ενώ τώρα είναι 12 με 13 ετών. Μια παρόμοια τάση παρατηρήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες όπου, σήμερα, σε σύγκριση με το 1890, η πρώτη εμμηνόρροια εμφανίζεται δύο χρόνια νωρίτερα (Cole M. - Cole Sh, 2002).

Ασφαλώς, τόσο η βιολογική ωρίμανση όσο και η νοητική ανάπτυξη έχουν, στις βασικές τους δομές, ολοκληρωθεί ήδη στο 16ο ή το αργότερο στο 18ο έτος. Θα μπορούσε λοιπόν να υποστηριχθεί ότι βιολογικά και ψυχοπνευματικά το άτομο είναι ώριμο ήδη από το 18ο έτος της ηλικίας του. Η απόκτηση όμως της ψυχοκοινωνικής ωριμότητας δημιουργεί την ασάφεια και τη σύγχυση, γιατί συνάπτεται άμεσα προς τα εκάστοτε κοινωνικά δεδομένα.

Η εφηβεία αρχίζει βαθμιαία κατά το τέλος της λανθάνουσας περιόδου (περίπου στα 10,1/2 - 11 χρόνια) και τελειώνει βαθμιαία με την έναρξη της ενήλικης ζωής (από τα 18 έως τα 21 χρόνια). Η εφηβική ηλικία μπορεί να διαιρεθεί σε τρία στάδια:

- στην πρώιμη εφηβική ηλικία, από 10,1/2 - 11 έως 14
- στη μέση από 14 έως 16-17
- στην όψιμη από 16-17 έως 20-21.

## 2.2.ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Η σωματική εφηβική ανάπτυξη μεταβάλλει τη μορφή και τις λειτουργίες του σώματος, έτσι ώστε διαμορφώνεται ο ώριμος ενήλικας. Στο βιοσωματικό τομέα η ήβη είναι το πέρασμα από την παιδική ηλικία στην εφηβεία. Χαρακτηρίζεται από μια μεταμόρφωση του σώματος (φυσιολογική μεταμόρφωση) και από μια μεταμόρφωση του πνεύματος και των συναισθημάτων (ψυχική μεταμόρφωση). Το πνεύμα πρέπει να προσαρμοστεί στις μεταμορφώσεις του σώματος και κάτι τέτοιο δεν είναι πάντα εύκολο να το αντιμετωπιστεί. Όλη αυτή η αλλαγή που ο καθένας περνά όπως μπορεί και με εντελώς προσωπικό τρόπο δημιουργεί μια μεγάλη αναταραχή σε όλο το είναι. Οι αλλαγές που συμβαίνουν παίρνουν πολύ χρόνο γιατί η ήβη είναι ένα φαινόμενο που διαρκεί και γίνεται βαθμιαία. Τα πάντα γίνονται κάτω από την επίδραση των ορμονών. Μερικοί αδένες- υπόφυση, όρχις, ωοθήκες- είναι ώριμοι να εκκρίνουν υγρά που ονομάζονται "ορμόνες". Αυτές οι ορμόνες κυκλοφορούν στο αίμα και μεταβάλλουν τα όργανα για τα οποία προορίζονται και τα οποία μεταμορφώνονται στην διάρκεια της ήβης. Όλο το σώμα μεγαλώνει, ιδιαίτερα τα ακραία σημεία του όπως οι πατούσες, οι παλάμες, η μύτη. Η εξωτερική εμφάνιση και το περίγραμμα του σώματος, μεταβάλλονται. (Ντολτο Φ – Ντολτο Κ –Τολιτς, 1996)

Η πορεία προς την ενηλικίωση ενός εφήβου μπορεί να γίνει ποικιλότροπα και προς διάφορες κατευθύνσεις. Τα πολλά παραδείγματα που μιμείται το παιδί για να γνωρίσει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του ενήλικα ανθρώπου, καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την διαμόρφωση της προσωπικότητας του εφήβου. (Ρεμπλάιν Χ., 1980)

Στο νοητικό η σκέψη μπορεί να κινείται στο χώρο όχι μόνο του συγκεκριμένου και του υπαρκτού, όπως συμβαίνει κατά την παιδική ηλικία, αλλά και στο χώρο του πιθανού, των υποθέσεων και των θεωριών. Μπορεί να συλλαμβάνει και να επεξεργάζεται όχι μόνο ότι υπάρχει ή ότι έχει υπάρξει στην πραγματικότητα, αλλά και ότι θα μπορούσε να υπάρξει στο μέλλον ή που είναι ακόμη και αντίθετο προς την πραγματικότητα. Η πνευματική εφηβική ανάπτυξη ανοίγει μια ανεξάρτητη είσοδο στον κόσμο των αξιών, των ιδεών και των ιδανικών. Εξοπλισμένος λοιπόν ο έφηβος, μπορεί να συλλαμβάνει για κάθε θέμα εναλλακτικές λύσεις, πέρα από αυτές που εφαρμόζονται στην πραγματικότητα, να προτείνει θεωρητικά πρότυπα για την επίλυση των κοινωνικών και ατομικών μας προβλημάτων, να διαμορφώνει ένα προσωπικό σύστημα αξιολόγησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Με την ανακάλυψη των πολλαπλών εναλλακτικών λύσεων και των θεωρητικών προτύπων, η πραγματικότητα στη σκέψη του εφήβου αποτελεί μία επιμέρους περίπτωση σε μια ολόκληρη δέσμη ποικίλων εναλλακτικών λύσεων. (Παρασκευόπουλος Ι.Ν., 1985).



Οι έφηβοι βιάζονται να μεγαλώσουν και να μοιάσουν με τους ενήλικες. Τα αγόρια αφήνουν μακριά μαλλιά , αλλάζουν το περπάτημα τους, την φωνή τους και χρησιμοποιούν ξένες λέξεις και προτάσεις. Τα κορίτσια προσπαθούν γίνουν ελκυστικά εναρμονίζοντας το στυλ τους με την μόδα. Ο έφηβος προσπαθεί να πλησιάσει τους συμμαθητές του και να κάνει φίλιες. Για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα ο κοινωνικός κύκλος του εφήβου είναι πλατύς. (Γιανσίκοβα Λ. 1987)

### 2.3. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ

Μια πράξη είναι κοινωνικά αποδεκτή ή αποκλίνουσα με βάση τα κριτήρια που καθορίζουν μια πράξη κανονική ή μη κανονική.

Η συνεχής αύξηση της λανθασμένης συμπεριφοράς των ανηλίκων σε παγκόσμιο επίπεδο καθώς και η ποιοτική διαφοροποίηση που αυτή σημειώνει οδηγεί τους ειδικούς επιστήμονες να υποθέσουν πως οι κοινωνικοί θεσμοί για την προστασία των ανηλίκων δεν είναι σε θέση να τον προστατεύσουν. Στους έφηβους δεν δίνεται η απαραίτητη έμφαση στα προβλήματά τους από το ευρύτερο κοινό και την ιατρική κοινότητα γιατί θεωρούν ότι οι δείκτες που αποτιμούν την ποιότητα ζωής είναι δύσκολο να προσδιοριστούν. Οι έφηβοι είναι γνωστικά ανώριμοι να στοχαστούν το μέλλον, έχουν μία αυταπάτη αθανασίας σχετικά με τα νοσήματα φθοράς των ενηλίκων και θεωρούν τους εαυτούς τους «άτρωτους». Επίσης δεν διεκδικούν το δικαίωμα στην προστασία και προώθηση των υπηρεσιών υγείας που τους αφορούν, η οικογένεια βρίσκεται συχνά σε αμηχανία και δεν μπορεί να χειριστεί την φυσιολογική αναπτυξιακή μεταβολή των εφήβων που απαιτούν να διαχειρίζονται μόνοι την υγεία τους. Οι γονείς εστιάζουν την προσοχή τους στη σχολική επιτυχία, τον επαγγελματικό προσανατολισμό και άλλες δραστηριότητες, θεωρώντας την υγεία δεδομένη. Είναι αναμφισβήτητο πως το παιδί στην πρώιμη φάση της παιδικής ηλικίας συγκροτεί στα πλαίσια της οικογένειας την βάση της προσωπικότητας του. (Ματσαγκούρας 2005).

Κατά την εφηβεία μπορεί να αναδυθούν λανθάνουσες, προϋπάρχουσες καταστάσεις στην ψυχολογία και στο κοινωνικό περιβάλλον, λόγω της οργανικής και συναισθηματικής αστάθειας της περιόδου αυτής. Το περιβάλλον έχει ιδιαίτερη σημασία για την υγεία και την ευημερία των εφήβων. Οι έφηβοι είναι εξαιρετικά ευαίσθητοι στις περιβαλλοντικές επιδράσεις, γιατί δεν έχουν ακόμη αναπτύξει όλες τις γνωστικές λειτουργίες για την αξιολόγηση πληροφοριών και μοντέλων ζωής. Διαμορφώνουν την συμπεριφορά τους προσπαθώντας να αποκτήσουν την επιθυμητή εικόνα του εαυτού τους. Όταν υπάρχει ασυμφωνία ανάμεσα στην ιδέα που έχει ο έφηβος για τον εαυτό του και για την κοινωνία με αυτά που πραγματικά ισχύουν προκαλείται άγχος. Τότε είναι πιθανό ο έφηβος να βρει διέξοδο στο τσιγάρο.

Η πρώτη και πιο συνηθισμένη λανθάνουσα συμπεριφορά των εφήβων είναι το κάπνισμα. Σύμφωνα με έρευνα που έγινε, το 35% των μαθητών καπνίζουν, με μεγαλύτερο ποσοστό τα αγόρια, ( $P < 0,001$ ) από τα οποία καθημερινά καπνίζει το 31,6%, ενώ σποραδικά το 68,4%. Από τους μη καπνίζοντες, το 23,8 έχει δοκιμάσει τσιγάρο έστω και μια φορά. 190 καπνίζοντες μαθητές αναφέρουν ότι και τα αλλά μέλη της οικογένειας τους καπνίζουν, ενώ μόλις 22 αναφέρουν ότι καπνίζουν μέσα στο σπίτι τους, σε

αντιπαράθεση με τους υπόλοιπους(90,2%) που καπνίζουν στο φροντιστήριο, στο σχολείο, και αλλού.( παράρτημα 5)

Είναι θλιβερό το γεγονός ότι έως το 2025 θα έχουν πεθάνει 100.000.000 άνθρωποι με αιτία το κάπνισμα, και ένα μεγάλο μέρος αυτών, θα είναι νέοι άνθρωποι.

Υπολογίζεται ότι οι καπνιστές σε όλο το κόσμο είναι 1.100.000.000 άνθρωποι και από αυτούς πεθαίνουν 3.500.000 το χρόνο (10.000 την ημέρα) εξαιτίας του καπνίσματος. Στην Ελλάδα 3 στα 10 ελληνόπουλα δοκίμασαν το τσιγάρο για πρώτη φορά σε ηλικία 13 ετών (<http://www.2gym-stavroup.thess.sch.gr>)

Σύμφωνα με έρευνα του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου, με δείγμα 2150 εφήβους ηλικίας 12-18ετών, προέκυψε πώς ένας στους δέκα είναι καπνιστές.

Η αγωγή υγείας των εφήβων καθρεφτίζει το επίπεδο και τις παροχές της κοινωνίας και της οικογένειας στην οποία αναπτύσσονται. Τα νεαρά άτομα στην εποχή μας καλούνται να βιώσουν ένα μεταβατικό στάδιο σε έναν εξαιρετικά μεταβαλλόμενο κόσμο: κινητικότητα πληθυσμού, φάσμα ανεργίας, μεγάλη τεχνολογική ανάπτυξη, επίδραση μέσων μαζικής επικοινωνίας (ΜΜΕ), φαινόμενο διαζυγίου και μείωση της κοινωνικής συνεκτικότητας (μικρές οικογένειες σε μεγάλες κοινωνίες) (<http://www.iator.gr>).

## 2.4.ΓΙΑΤΙ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ ΟΙ ΝΕΟΙ

Οι πιο σημαντικοί παράγοντες, που καθορίζουν το ποιός γίνεται καπνιστής είναι η διαθεσιμότητα του τσιγάρου και το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ξεκινάει το κάπνισμα. Οι καπνιστές έχουν την τάση να έχουν φίλους καπνιστές και οι γονείς τους είναι επίσης. Τα άτομα που καπνίζουν δίνουν μεγαλύτερη αξία στο νόημα, που αποδίδει στο κάπνισμα η οικογένειά τους, η κοινωνική τους τάξη και ο κύκλος των φίλων τους παρά στις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία τους. Οι έφηβοι καπνιστές έχουν την τάση να είναι παρορμητικοί, περιπετειώδεις και λιγότερο ανεκτικοί με τους περιορισμούς. Ο πειραματισμός με τις ουσίες στην εφηβική ηλικία είναι ιδιαίτερα επικίνδυνος λόγω των συναισθηματικών αλλαγών που υφίσταται το άτομο. (Τζάφφη Τ, Πήτερσον Ρ, Χόντσον Ρ 1980)

Σύμφωνα με μελέτες η χρήση καπνού ξεκινάει σε ηλικία μικρότερη των δεκαεφτά ετών και σχετίζεται με πολλούς παράγοντες και όχι μόνο με την απουσία γνώσης των επιπτώσεων στην υγεία. Τα αίτια που οι νέοι αρχίζουν το κάπνισμα ποικίλουν: από συνήθεια γονέων, για να αποδείξουν ότι μεγάλωσαν, από φίλους, για να δοκιμάσουν και γιατί το κάνουν τα μεγαλύτερα αδέρφια. Το κοινωνικό περιβάλλον, η διαφήμιση και η εμπορική σύνδεση με την εικόνα τους, είναι επίσης αιτίες. Οι σχέσεις και η οικογενειακή δομή, το επίπεδο εκπαίδευσης, το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, η διαχείριση άγχους και καταπίεσης και η άγνοια εθισμού στον καπνό συμβάλλουν στην αύξηση του φαινομένου. Η χρήση καπνού από τους εφήβους σχετίζεται με την ανάγκη ανακούφισης από αγχωγόνες καταστάσεις. Το πέρασμα του χρόνου και η μονιμότητα των αγχωγόνων αυτών εμπειριών κάνει, το τσιγάρο να γίνεται το μοναδικό μέσο που τους κάνει να αισθάνονται καλά. (Rhodes & Jason, 1988)

Κατά την περίοδο της εφηβείας τα παιδιά αγωνίζονται να ανεξαρτητοποιηθούν. Προσπαθούν να κερδίσουν την ελευθερία τους από τους γονείς και τους δασκάλους και επιθυμούν να αποκτήσουν τις δικές τους σκέψεις και συναισθήματα. Με την θέληση να αποδείξουν ότι μεγάλωσαν οδηγούνται στο κάπνισμα. Με τον τρόπο αυτό αντιδρούν σε ένα αυταρχικό οικογενειακό πλαίσιο καθώς νιώθουν πως καταπιέζονται από αυτό.

Στην διαμόρφωση των παραγόντων που οδηγούν τον έφηβο στο κάπνισμα, πρωταγωνιστικό ρόλο κατέχει η οικογένεια και η εμπειρία του κατά την παιδική ηλικία. Σύμφωνα με τους Merikangas οι έφηβοι που γίνονται καπνιστές εθίζονται στον καπνό από μικρή ηλικία. Τα παιδιά που μεγαλώνουν με γονείς καπνιστές ή έχουν μεγαλύτερα αδέρφια τα οποία κάνουν χρήση καπνού στην πλειονότητα τους γίνονται καπνιστές. (Merikangas Dierker et al., 2002) Το κάπνισμα των γονέων οκταπλασιάζει τις πιθανότητες ο έφηβος να γίνει καπνιστής, σύμφωνα με

έρευνα του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου. Ακόμη όσο αφορά τον ρόλο της οικογενείας, η έλλειψη εμπιστοσύνης και η μη στενή σχέση μεταξύ γονέων και παιδιών προδιαθέτει τους εφήβους στην χρήση καπνού. Η σχέση του εφήβου με τους γονείς που στηρίζεται στην εμπιστοσύνη, λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας και ενισχύει τους μηχανισμούς άμυνας του προς το τσιγάρο.

Οι έφηβοι μιμούνται τους ενήλικες και τους φίλους τους. Οι βιολογικές, κοινωνικές και ατομικές τους ανάγκες, τους οδηγούν στην αναζήτηση ένταξης τους σε μια ομάδα συνομήλικων, κάτι που καθορίζει την συμπεριφορά τους σε μεγάλο βαθμό. Μεταξύ του εφήβου και της ομάδας συνομήλικων υπάρχει αλληλεπίδραση. Η αλληλεπίδραση αυτή οδηγεί στην κοινωνική μάθηση. Μαθαίνουν να καπνίζουν ως μέρος της κοινωνικοποίησης τους. Καπνίζοντας βρίσκουν τον τρόπο να δημιουργούν κοινωνικούς δεσμούς, να εντάσσονται σε ομάδες συνομηλίκων και να γίνονται αποδεκτοί από αυτές.

Οι νέοι επίσης επηρεασμένοι από τα Μ.Μ.Ε ακολουθούν τις διαφημίσεις και την μόδα. Ορισμένοι πιστεύουν ότι το κάπνισμα τους δίνει κάποιο στυλ. Ιδιαίτερα οι νέοι θεωρούν ότι οι κοπέλες το βρίσκουν ελκυστικό και μπορεί να συνδεθεί με ένα γενικό τρόπο ζωής. Οι έφηβοι βομβαρδίζονται από διάφορες διαφημίσεις με διάφορες μάρκες τσιγάρων. Η τηλεόραση και το ραδιόφωνο ήταν τα μέσα πληροφόρησης των εφήβων για το τσιγάρο. (Pons & Berjano,1997)

Πολύ συχνά το κάπνισμα αρχίζει τυχαία και χωρίς να το σκεφτούν οι έφηβοι ακολουθούν το ρεύμα. Για αρκετούς από τους εφήβους το κάπνισμα γεμίζει τον ελεύθερο χρόνο τους και τους δίνει την αίσθηση της απόλαυσης. Οι έφηβοι μαθητές θεωρούν ότι το κάπνισμα τους βοηθά στη συγκέντρωση και ειδικότερα όσο αφορά το διάβασμα τους.

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

Τα περισσότερα παιδιά, σε ποσοστό 43,6% αναφέρουν ότι ξεκινούν το κάπνισμα από περιέργεια, που είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα της παιδικής ηλικίας, όπως συμπεραίνεται και από άλλες έρευνες. Το 30,8% αναφέρει ότι άρχισε να καπνίζει για να αποκτήσει μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, στο οποίο επίσης συμφωνούν τα πορίσματα παρόμοιων ερευνών. Γεγονός αναμενόμενο, δεδομένου ότι οι έφηβοι προσπαθούν να απαγκιστρωθούν, και να ανεξαρτητοποιηθούν από την οικογένεια τους.(παράρτημα 7)

## 2.5.ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΜΑΘΗΤΕΣ

Για να γίνει διερεύνηση του ποσοστού των μαθητών που καπνίζουν γίνονται επιδημιολογικές μελέτες οι οποίες σχετίζονται με τον μαθητικό πληθυσμό. Οι μελέτες αυτές γίνονται με ερωτηματολόγια τα οποία συμπληρώνουν οι μαθητές. Για τα ποσοστά χρήσης καπνού από τους μαθητές γνωρίζουμε λίγα καθώς έχουν την τάση να υπερβάλλουν στις αναφορές τους ή να μην αναφέρουν τα πραγματικά γεγονότα. Το σχολικό περιβάλλον όταν έρχεται αντιμέτωπο με το φαινόμενο του καπνίσματος, αδυνατεί να διαχειριστεί τις καταστάσεις.( Νόβα Κολντούνη Χ, Μακρή Μπότσαρη Ε, Τσιμουκλή Α,2002)

Από έρευνα το 10% των παιδιών της 5ης και 6ης Δημοτικού έχουν εμπειρία καπνίσματος καθώς και το 13% των εφήβων, (Γυμνάσιο & Λύκειο), είναι τακτικοί καπνιστές, το 23,1% έχει δοκιμάσει και το 6,7% καπνίζει περιστασιακά.(παράρτημα 10)

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

Συγκριτικά με τα προηγούμενα χρόνια, ενώ παρατηρήθηκε σημαντική μείωση του συστηματικού καπνίσματος στους μαθητές ανάμεσα στο 1984 και το 1993, από 22% σε 14,6%, η καθοδική αυτή πορεία δυστυχώς αντιστράφηκε το 1998 και ο αριθμός των συστηματικών καπνιστών στους μαθητές επιστρέφει κοντά στα υψηλά (20,8%) επίπεδα για άτομα αυτής της ηλικίας, όπως είχε παρατηρηθεί και το 1984.

Όλα αυτά ενισχύουν την ανάγκη να έχουν οι νέοι πραγματική αποδεκτή ενημέρωση σχετικά με την εξάρτηση από τη νικοτίνη και τα αποτελέσματα του καπνίσματος (<http://www.cancer-society.gr>)

## 2.6. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΔΙΑΘΕΤΟΥΝ ΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Υπάρχει μια πληθώρα προδιαθετικών παραγόντων που προωθούν τους νέους στο κάπνισμα. Πολυετής έρευνες καθορίζουν ορισμένους παράγοντες που είναι κοινοί στο ρόλο που παίζουν στη μύηση των νέων στο κάπνισμα. Αυτοί περιλαμβάνουν υψηλά επίπεδα κοινωνικής αποδοχής για τα προϊόντα καπνού, έκθεση και αδυναμία αντίδρασης απέναντι στη διαφήμιση, διαθεσιμότητα και εύκολη πρόσβαση, ρόλος προτύπου από τους γονείς και άλλους ενήλικες και κοινωνική πίεση της ομάδας. Στην προσωπικότητα των καπνιστών υπάρχουν διαφορές που οφείλονται στο περιβάλλον και στην κληρονομικότητα. Υπάρχουν ενδείξεις κληρονομικού παράγοντα όσο αφορά το κάπνισμα. Μονοζυγωτικά δίδυμα που μεγάλωσαν ξεχωριστά με ίδια γενετικά χαρακτηριστικά έχουν ίδιες συνήθειες καπνίσματος από ότι δίδυμα που μεγάλωσαν μαζί και δεν είναι μονωζυγότες. (Τζάφφη Τ, Πήτερσον Ρ, Χόντσον Ρ 1980)

Οι εμπειρίες μιας οικογένειας μπορεί να είναι κοινές για όλα τα μέλη της και να βιώνονται με τον ίδιο τρόπο αλλά και κάποια από τα μέλη να βιώνουν τις καταστάσεις διαφορετικά. Η χρήση καπνού από τον πατέρα μπορεί να αποτελεί κοινή εμπειρία για τα παιδιά της οικογένειας αλλά το κάθε παιδί να την βιώνει διαφορετικά. Κάποιο από τα παιδιά θα κάνει χρήση καπνού και κάποιο άλλο θα προσπαθήσει να την αποφύγει. Επίσης τα παιδιά που έχουν ενεργό ρόλο στην οικογένεια, που είχαν κοντά την μητέρα τους και που βίωναν την συντροφιά των συνομηλίκων τους και των αδερφών τους μπορούν να διαχειριστούν καλύτερα τον εαυτό τους και να μην καπνίσουν. (Νόβα Κολντούνη Χ, Μακρή Μπότσαρη Ε, Τσιμουκλή Α, 2002)

Στην εφηβεία οι απόψεις και οι στάσεις των φίλων είναι καθοριστικές για την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς αλλά και η αυτοαποτελεσματικότητα. Η αυτοαποτελεσματικότητα είναι η πεποίθηση ενός ατόμου ότι μπορεί να συμπεριφερθεί με τον απαιτούμενο τρόπο, σε συγκεκριμένες καταστάσεις όπου το άτομο πρέπει να ανταποκριθεί. Η αυτοαποτελεσματικότητα έχει ιδιαίτερη σημασία για την χρήση καπνού και την συντήρηση αποχής από την χρήση. (Bandura 1997)

Σύμφωνα με έρευνα του Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας τρία είναι τα αίτια που προδιαθέτουν τους εφήβους στο κάπνισμα.

Παρότρυνση συνομηλίκου φίλου

Περιέργεια

Γονείς και αδέρφια (Καρδιά και Αγγεία)

## **2.7. ΔΙΑΦΟΡΟΙ ΤΥΠΟΙ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ**

Το κάπνισμα έχει εισχωρήσει τόσο πολύ μέσα στη ζωή μας, ώστε θα μπορούσαμε να φανταστούμε ότι αν κάποιος θα ήθελε να περιγράψει το ανθρώπινο είδος θα μπορούσε να αρχίσει με την διάκριση των ανθρώπων σε καπνιστές και μη καπνιστές. Το διαχωρισμό αυτό τον έχουμε αρχίσει μάλιστα εμείς οι ίδιοι χωρίζοντας πολλούς από τους κοινωνικούς χώρους σε αυτούς που επιτρέπεται το κάπνισμα και σε αυτούς που δεν επιτρέπεται, θα ήταν όμως επιπόλαιο να χαρακτηρίσουμε κάθε καπνιστή σαν εξαρτημένο.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι καπνιστών οι οποίοι χαρακτηρίζονται σε: μη καπνίζοντες, ευκαιριακός καπνιστής, εθισμένος καπνιστής και εξαρτημένος καπνιστής.

### **A).ΜΗ ΚΑΠΝΙΖΟΝΤΕΣ**

Δεν μπορούμε να προσδιορίσουμε ακριβώς τον αριθμό των ατόμων που δεν καπνίζουν. Άσχετα όμως με αυτό, το πρόβλημα είναι ότι παρόλο ότι για οποιονδήποτε λόγο δεν κάνουν χρήση καπνού, είναι υποχρεωμένοι να μοιραστούν μέρος από τα βλαβερά επακόλουθα της χρήσης του από τα άλλα άτομα. Είναι γεγονός ότι μόνο 25% του εισπνεόμενου καπνού περνάει σε ανταλλαγή με τα άλλα αέρια στις αναπνευστικές οδούς του καπνιστή, περισσότερο από το 50% του καπνού επανέρχεται αυτούσιο στο περιβάλλον και αναπνέετε φυσικά από αυτό. Ακόμα και ο διαχωρισμός που γίνεται σε κέντρα διασκέδασης, αυτοκίνητα κ.τ.λ. για καπνίζοντες και μη καπνίζοντες δεν έχει καμία έννοια μιας κ εκεί καπνίζουν και οι μη καπνίζοντες. Αποτέλεσμα ο ερεθισμός και πολλές φορές η φλεγμονή των οφθαλμών και των αναπνευστικών οδών των άμοιρων μη καπνιστών, οι κεφαλαλγίες, το αίσθημα ζάλης, η ψυχική δυσφορία και η δυσκολία της αναπνοής που παρουσιάζονται ξαφνικά σε πολλούς από αυτούς. Ιδιαίτερα ευπαθή είναι τα άτομα στα οποία ήδη προϋπάρχει μια τέτοια ασθένεια π.χ. άσθμα, καρδιοπάθειες, κ.τ.λ. που μπορεί να επιδεινωθεί πολύ γρήγορα κάτω από τέτοιες συνθήκες.

Ένα άλλο μεγάλο τμήμα του μη καπνίζοντος πληθυσμού που υποφέρει κάτω από τις καπνιστικές συνήθειες των άλλων είναι φυσικά τα παιδιά. (Παπαγεωργίου Ε.Γ. 2004)

Εκτός από το "καλό παράδειγμα" που τους μεταδίδεται, έχει παρατηρηθεί ότι παιδιά των οποίων καπνίζουν οι γονείς, παρουσιάζουν δυο έως τρεις φορές συχνότερα φλεγμονές των οφθαλμών ή των



αναπνευστικών οδών, σε σχέση με άλλα των οποίων οι γονείς δεν καπνίζουν. Ιδιαίτερα επικίνδυνη είναι φυσικά η τοξική δράση της νικοτίνης στο έμβρυο. Έχει παρατηρηθεί ότι πολλές διαταραχές που παρουσιάζονται στα νεογνά (εμετοί, άρνηση τροφής κ.λπ.) έχουν σχέση είτε με τη δηλητηρίαση του αέρα με τον καπνό, είτε στη γεύση από νικοτίνη των τροφών που παρασκεύασε η μητέρα τους καπνίζοντας. Το ότι κάτι τέτοιο συμβαίνει μπορεί κάθε ένας να το εξακριβώσει μόνος του μυρίζοντας τα ρούχα του μετά μια διασκέδαση σε ένα κλειστό χώρο όπου επιτρεπόταν το κάπνισμα.

## **Β).ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΟΣ ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ:**

Ευκαιριακοί καπνιστές είναι τα άτομα που καπνίζουν ένα μικρό αριθμό τσιγάρων (3-5-8) και μόνο σε ορισμένες ευκαιρίες ή συνθήκες.

Συνήθως καπνίζουν ένα τσιγάρο μετά το φαί ή όταν βρεθούν σε μια παρέα. Η χρήση του τσιγάρου γίνεται δηλαδή συνειδητά για να προσθέσει κάτι στην απόλαυση της στιγμής. Πολλοί από αυτούς μπορούν να καπνίζουν χωρίς να "ρουφάνε" τον καπνό στους πνεύμονες τους.

Τον τύπο του ευκαιριακού καπνιστή βρίσκουμε συχνότερα, σε αυτούς οι οποίοι καπνίζουν πίπα ή πούρο. Σε αυτούς το κάπνισμα διατηρεί ένα τελετουργικό χαρακτήρα που προσθέτει στη ατμόσφαιρα στην οποία βρίσκονται. Αυτό βέβαια δεν ισχύει γι'αυτούς που συνειδητά καπνίζουν πούρα ή πίπα σε μια προσπάθεια να μειώσουν το μεγάλο αριθμό τσιγάρων που χρειάζονται. (Παπαγεωργίου Ε.Γ. 2004)

## **Γ)Ο ΣΥΝΗΘΗΣ Η ΕΘΙΣΜΕΝΟΣ ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ:**

Ο τύπος αυτός του καπνιστή είναι και ο συχνότερος. Ένα χαρακτηριστικό του τύπου αυτού είναι ότι παραμένει συνήθως για όλη του τη ζωή σε μια σχετικά ανεκτή ποσότητα τσιγάρων την ημέρα (συνήθως ένα πακέτο) χωρίς τάσεις αύξησης της ποσότητας αυτής. Ο συγκεκριμένος καπνιστής είναι σε θέση να σταματήσει το κάπνισμα για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα όταν αυτό είναι αναγκαίο (ασθένεια). Συνήθης τύπος καπνιστή είναι αυτός που αρχίζει το κάπνισμα σε νεαρή ηλικία παρακινούμενος από το περιβάλλον του ή διαφόρους κοινωνικούς παράγοντες όπως π.χ. επίδειξη αντρισμού, κάπνισμα των γονιών ή των φίλων κτλ.

Ο συνήθης καπνιστής λόγω του μεγάλου αριθμού είναι ο καλύτερος πελάτης της βιομηχανίας του καπνού. Το πόσο ευάλωτος είναι στα διαφημιστικά ερεθίσματα, δείχνει ο διαφημιστικός βομβαρδισμός της καπνοβιομηχανίας και η αυξομείωση της κατανάλωσης διαφόρων τύπων τσιγάρων ανάλογα με την επιτυχημένη ή όχι διαφήμιση τους. (Παπαγεωργίου Ε.Γ. 2004)

## **Δ).ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΟΣ ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ:**

Στον εξαρτημένο καπνιστή βρίσκουμε σε αναλογία όλα τα συμπτώματα τα οποία εμφανίζονται και στις εξαρτήσεις από διάφορες άλλες τοξικές ουσίες. Βρίσκουμε δηλαδή την τάση για την για αύξηση της συχνότητας καπνίσματος, (αύξηση της δόσης) απώλεια του ελέγχου, συμπτώματα στέρησης σε απότομη διακοπή του καπνίσματος όπως και ατομικά ή κοινωνικά επακόλουθα.

Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι οι περισσότεροι από τους εξαρτημένους ασθενείς δεν είναι σε θέση να αναφέρουν τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνουν καθημερινά. Το κάπνισμα έχει πάρει έναν υποχρεωτικό χαρακτήρα. Οι κινήσεις είναι σχεδόν αυτοματοποιημένες, πολλές φορές ανάβουν και δεύτερο τσιγάρο χωρίς να έχουν καν τελειώσει το πρώτο που ίσως άφησαν για λίγο σε ένα τασάκι. Η χρήση δηλαδή του τσιγάρου έχει αποκτήσει μια ιδιαίτερη δυναμική και κυριαρχεί στη συμπεριφορά του εξαρτημένου. Εξαρτημένος καπνιστής είναι αυτός που έρχεται στη φαντασία μας πάντα με ένα τσιγάρο στο χέρι. Στην περίπτωση αναγκαστικής διακοπής του καπνίσματος έχουμε εμφάνιση συμπτωμάτων στέρησης. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η μεταφορά της εξάρτησης σε άλλου είδους ουσίες, που ικανοποιούν συνήθως τις στοματικές επιθυμίες του καπνιστή (π.χ. γλυκά, καραμέλες κ.τ.λ) πράγμα που δείχνει ξεκάθαρα το πρόβλημα που έχουν τα άτομα αυτά όσο αφορά τον τρόπο συμπεριφοράς τους. (Παπαγεωργίου Ε.Γ. 2004)

## 2.8. Η ΝΙΚΟΤΙΝΗ ΜΙΑ ΕΘΙΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ

Οι φαρμακολόγοι επισημαίνουν πως μικρές δόσεις νικοτίνης ερεθίζουν τα γαγγλιακά κύτταρα (του φυτικού νευρικού συστήματος) απευθείας και ευκολύνουν την μετάδοση των ερεθισμάτων. Στο νωτιαίο μυελό μικρές δόσεις νικοτίνης προκαλούν απελευθέρωση κατεχολαμικών ενώ μεγάλες δόσεις προλαμβάνουν την απελευθέρωση τους ρυθμίζοντας έτσι το τόνο του συμπαθητικού

Στο κεντρικό νευρικό σύστημα είναι γνωστό πως η νικοτίνη εξασκεί "εκσεσημασμένες" ερεθιστικές επιδράσεις. Επιπλέον διεγείρει και το αναπνευστικό κέντρο ενώ προκαλεί και έκκριση αντιδιουρατικής ορμόνης.

Η νικοτίνη στο καρδιοαγγειακό σύστημα προκαλεί αγγειοσυσπασση, ταχυκαρδία και άνοδο της αρτηριακής πίεσης αλλά και αύξηση της καρδιακής παροχής. (Ιωαννίδης Π, 1986)

Το 1942, ένας Βρετανός ερευνητής, ο Δρ Λέννοξ Τζώνς χρησιμοποίησε ενέσεις νικοτίνης σαν υποκατάστατο του καπνίσματος σε 35 εθελοντές. Οι μη καπνιστές βρήκαν την νικοτίνη δυσάρεστη, αλλά οι καπνιστές όταν οι δόσεις ήταν επαρκείς δεν αισθάνονταν την ανάγκη να καπνίσουν για αρκετό διάστημα. Σε ένα παρόμοιο πείραμα που έκανε το 1978 ο Ρής Τζοουνς και οι συνεργάτες του και πάλι οι καπνιστές βρήκαν ευχάριστη την ένεση νικοτίνης ενώ οι μη καπνιστές αισθάνθηκαν ναυτία.

Η νικοτίνη έχει σχετικά βραχυπρόθεσμη δράση και τα επίπεδα της μέσα στο αίμα πέφτουν γρήγορα.

Σε ορισμένους ανθρώπους η νικοτίνη, είναι τόσο εθιστική όσο και η ηρωίνη. Αυξάνει στον εγκέφαλο την κυκλοφορία νευροδιαβιβαστών που μειώνουν την όρεξη, αυξάνουν την ευχαρίστηση και προκαλούν χαλάρωση. Πολλοί έφηβοι νομίζουν ότι μπορούν να σταματήσουν το κάπνισμα όποτε το θελήσουν. Όμως δυστυχώς οι έφηβοι αναπτύσσουν εθισμό στη νικοτίνη πιο γρήγορα από τους ενήλικες και σε χαμηλότερες δόσεις. (Βαλτινός Θ, 2003)

Η προσέγγιση προς τους έφηβους για σκοπούς διακοπής του καπνίσματος, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Η αναφορά στις βλαβερές επιδράσεις του καπνού και στις μακροχρόνιες βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία τους, είναι αντιπαραγωγικές. Ο χρόνιος βήχας, η μειωμένη αντοχή, η κακοσμία του στόματος, το κιτρίνισμα των δοντιών, η κακή μυρωδιά των ρούχων λόγω του καπνού και το ψηλό κόστος των τσιγάρων, είναι θέματα που αφορούν άμεσα στην εικόνα τους. Αυτές οι πραγματικότητες είναι σε θέση να τους ανησυχήσουν περισσότερο και να τους δώσουν ισχυρότερα κίνητρα για να διακόψουν το κάπνισμα. (Di Franza et al)

Παράλληλα ενδυναμώνεται η αντίσταση τους στις πιέσεις των συνομήλικων τους και άλλων νέων για να καπνίζουν. Είναι γεγονός ότι

υπάρχουν έφηβοι που ενώ δεν έχουν επιθυμία να καπνίζουν, δεν έχουν αρκετή δύναμη για να αντισταθούν στις πιέσεις των φίλων και συνομηλίκων τους για να καπνίζουν. Οι αρνητικές κοινωνικές συνέπειες του καπνίσματος πρέπει να τονίζονται. Δυστυχώς στην εικόνα των καπνιστών έχει δοθεί κάποια αίγλη. Αυτό έγινε εδώ και μερικές δεκαετίες ιδιαίτερα από τον κινηματογράφο.

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

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3.1 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Τα προληπτικά μέτρα που λαμβάνουν χώρα στην Ελλάδα δυστυχώς κρίνονται ελλιπή συγκριτικά με άλλες χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης. Το κάπνισμα ως επιδημία, είναι μια πολλή μεγάλη κοινωνική πρόκληση υγείας για όλα τα κράτη. Το τσιγάρο είναι η μόνη ουσία που καλλιεργείται και διατίθεται νόμιμα και είναι θανατηφόρα και ισχυρά εθιστική.

Οι πρώτοι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν ως προληπτικά μέτρα αφορούσαν την παροχή πληροφοριών για τους κινδύνους που αποφέρει το κάπνισμα είτε μέσω των Μ.Μ.Ε είτε μέσω συνεδρίων και ερευνητικών μελετών. Η απλή ενημέρωση δεν αρκεί για να πείσει τον καπνιστή να κόψει το τσιγάρο. Η διαφήμιση είναι ένας από τους λόγους που οι έφηβοι ξεκινούν το κάπνισμα. Οι ταινίες και οι διαφημίσεις προβάλλουν πρότυπα που επηρεάζουν τα νεαρά άτομα. Προωθούν ως πρότυπο γυναίκες που καπνίζουν να είναι δυναμικές και αυτόνομες και άντρες καπνιστές, επιτυχημένους και οικονομικά ευκατάστατους. ( Kline S,2008)

Οι καπνοβιομηχανίες συνεχίζουν να επιμένουν ότι οι διαφημίσεις τους απευθύνονται και επηρεάζουν αποκλειστικά και μόνο τους καπνιστές για να τους επηρεάσουν να αλλάξουν τη μάρκα που καπνίζουν. Κάτι τέτοιο όμως δεν ισχύει. Η διαφήμιση των τσιγάρων επηρεάζει τους μη καπνιστές και το χειρότερο επηρεάζει κυρίως τα παιδιά τα οποία κατανοούν τις διαφημίσεις των τσιγάρων με αποτέλεσμα αυτά που τις εγκρίνουν να έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να γίνουν καπνιστές. Τα παιδιά επηρεάζονται από τις διαφημίσεις σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από όσο οι ενήλικες. ([www.asda.gr](http://www.asda.gr))

Η διαφήμιση σαν μέσο πρόληψης επιδιώκει να πληροφορήσει και να πείσει. Έχουν γίνει προσπάθειες για την απαγόρευση της ή την προώθηση της με θετικό τρόπο στο παρελθόν όπου το 1989 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ενέκρινε μια πρόταση σκοπεύοντας να εναρμονίσει τους νόμους των κρατών μελών με τις απαγορεύσεις καπνού. Θεώρησε ότι η πρόταση για ολοκληρωτική απαγόρευση των διαφημίσεων καπνού ήταν αδύνατη αφού μόνο δυο χώρες είχαν μια σχετική απαγόρευση εκείνη την περίοδο. Αργότερα το 1990 το Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο ψήφισε υπέρ μιας ολοκληρωτικής απαγόρευσης διαφημίσεων καπνού. Μια μελέτη που συμπεριλάμβανε 22 χώρες με υψηλά εισοδήματα και βασίστηκε σε στοιχεία από το 1970 έως το 1992 κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι περιεκτικές απαγορεύσεις στη διαφήμιση των τσιγάρων και η προώθηση μπορεί να συμβάλουν στη μείωση του καπνίσματος. Στον ελλαδικό χώρο οι απαγορεύσεις των διαφημίσεων καπνού στην τηλεόραση και το

ραδιόφωνο ισχύουν μόλις από τον Αύγουστο του 2005 και έτσι η Ελλάδα συμμορφώνεται με την ευρωπαϊκή οδηγία του 2003. (Jha P., Chaloupka F, 1999)

Υπάρχουν τρεις τομείς πρόληψης: η πρωτογενής, η δευτερογενής και η τριτογενής. Η πρωτογενής πρόληψη αναφέρεται στην έγκυρη και έγκαιρη ενημέρωση των παθήσεων που δημιουργεί το τσιγάρο και απευθύνεται κυρίως στους εφήβους προσπαθώντας να τους αποτρέψει να μην το χρησιμοποιήσουν. Παρακινεί τα άτομα να αλλάξουν τρόπο ζωής με κατανοητά μηνύματα εύκολα στην αφομοίωση. Δίνει έμφαση στον τρόπο ζωής και στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, ώστε τα άτομα να μπορούν να ανταπεξέλθουν και να απαρνηθούν την χρήση καπνού. ([www.klimaka.org](http://www.klimaka.org))

Η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται στους καπνιστές για την διακοπή ή μείωση του τσιγάρου. Στους εφήβους δίνεται μεγάλη σημασία στον τρόπο με τον οποίο γίνεται η ενημέρωση για τις επιπτώσεις, για να μην φανεί εκφοβιστικός.

Η τριτογενής πρόληψη αναφέρεται στους συστηματικούς και εξαρτημένους χρήστες του καπνού καθώς παράλληλα και στην θεραπεία και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση που χρειάζεται σε αυτές τις περιπτώσεις, γίνεται επίσης παρέμβαση για την αποφυγή υποτροπής.(Charlton.,1986)

### **3.1.1. Φορολογικά μέτρα**

Υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις ότι η κυβερνητική απραξία παραχωρεί τη θέση της σε κάποια δράση εναντίον των επιπτώσεων του τσιγάρου πάνω στη δημόσια υγεία. Σε μερικές χώρες έχει αυξηθεί η φορολογία κι έχουν απαγορευτεί οι διαφημίσεις. Αλλά οι ουσιαστικές λύσεις δεν έχουν βρεθεί ακόμα. Η χρήση του καπνού διαδόθηκε πολύ πριν υπάρξουν οι διαφημίσεις και σε μια εποχή όπου το κόστος του ήταν συγκριτικά πολύ μεγαλύτερο από ότι είναι σήμερα ακόμα και με τα νέα φορολογικά μέτρα. Οι άπλες προσπάθειες να απαγορευτεί το τσιγάρο χωρίς να ξέρουμε γιατί τόσοι πολλοί άνθρωποι βρίσκουν ευχαρίστηση σε αυτό φαίνονται καταδικασμένες. Αν μπορούμε να βρούμε γιατί ακριβώς προσφέρει μια κάποια μικρή ικανοποίηση τότε ίσως να μπορέσουμε να βρούμε έναν λιγότερο καταστρεπτικό τρόπο για να αντλήσουμε την ευχαρίστηση που μας προσφέρει σήμερα το κάπνισμα.( Τζάφφη Τ. Πήτερσον Ρ. - Χάντσον Ρ. 1980)

Η Ε.Ε το 2008 προτείνει σταδιακή αύξηση της φορολογίας των τσιγάρων και άλλων προϊόντων καπνού αυξάνοντας τις τιμές των τσιγάρων έως και 20% σε 11 χώρες κατά την επόμενη πενταετία σε σχέση με το 2006. Αυτό έχει σαν στόχο την μείωση και την προστασία από την

έκθεση στον καπνό. Η μεγαλύτερη αύξηση γύρω στο 47% θα σημειωθεί στην Πολωνία και ακολουθούν η Σλοβακία και η Βουλγαρία με 36%.

Η επιτροπή εκτιμά πως μέχρι το 2014 θα μειωθεί με αυτό τον τρόπο στο 10% κατανάλωσης του τσιγάρου. (<http://ec.europa.eu>).

Η αποτελεσματικότητα της αύξησης της φορολογίας είναι δεδομένη. Η αύξηση των φόρων κατά 10% στα τσιγάρα μπορεί να μειώσει περίπου 4% την κατανάλωση τους. Η βιομηχανία καπνού κάνει εκπτώσεις στις τιμές των τσιγάρων προκειμένου να αντισταθμίσει τις αυξήσεις στη φορολογία και να διατηρεί προσιτή την κατανάλωση των τσιγάρων. Από το 1997 ως το 2004 η μέση λιανική τιμή ενός πακέτου τσιγάρων, με προσαρμογή ως προς τον πληθυσμό, έκανε άλμα 63% και το κάπνισμα των ενηλίκων μειώθηκε κατά 15%. Από το 2004 ως το 2008 η τιμή αυξήθηκε μόλις 2% και το κάπνισμα των ενηλίκων μειώθηκε μόλις 1% περίπου.

Οι ΗΠΑ μειώνει την χρήση του καπνού αυξάνοντας το φόρο της από 39 σεντς φτάνοντας στα 1,01 δολάρια ανά συσκευασία. Η αύξηση αυτή τέθηκε σε ισχύ την 1 Απριλίου 2009. Αυτή η αύξηση της φορολογίας έφερε το συνδυασμένο ομοσπονδιακό και τη μέση φορολογική κατάσταση για τα τσιγάρα πάνω από 2,00 δολάρια ανά συσκευασία. Η ομοσπονδιακή φορολογία στα τσιγάρα αυξήθηκε από 24 σεντς ανά πακέτο το 1995 σε 1.01 δολάρια ανά συσκευασία το 2009 (ένα 321% αύξηση) Η τάση της αγοράς στις πραγματικές τιμές των τσιγάρων στην ΕΕ μεταξύ 1990 και 2000 είναι αρκετά διαφορετική. Ενώ η πραγματική τιμή και των τοπικών εμπορικών προϊόντων και των τσιγάρων Marlboro αυξήθηκε περισσότερο από 5% ετησίως στη Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο , παρέμεινε σταθερή π.χ. στην Αυστρία, τη Γερμανία και τη Δανία. Παρά τις προσπάθειες να χρησιμοποιηθούν οι φόροι τσιγάρων ως μέσο για την προστασία της δημόσιας υγείας, τα τσιγάρα στην Ευρώπη εξακολουθούν να είναι προσιτά στο κοινό. Στο Ηνωμένο Βασίλειο παρά τις πρόσφατες αυξήσεις στις τιμές του καπνού, τα τσιγάρα είναι πιο προσιτά από ότι ήταν την δεκαετία του 1960(UK Department of Health 1998).

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

Επίσης αναφέρεται ότι η μέση φορολογία στα τσιγάρα αυξήθηκε από 33 σεντς το 1995 σε 1,20 δολάρια ανά συσκευασία το 2009 (ένα 267% αύξηση). Επιπλέον η καλλιέργεια καπνού κράτη και άλλες νοτιοανατολικές γειτονικές πολιτείες είχαν ένα φορολογικό συντελεστή σημαντικά χαμηλότερο από το εθνικό μέσο όρο των 1,20 δολαρίων ανά συσκευασία. Εκτιμάται ότι μια αύξηση κατά 10% της τιμής των τσιγάρων θα μειώσει την κατανάλωση κατά 4%. ([www.cdc.gov](http://www.cdc.gov))

### 3.1.2. Αναγραφή μηνυμάτων σε πακέτα

Το 2003 υπογράφηκε από πολλά κράτη 192 σε αριθμό η παγκόσμια συνθήκη για τον έλεγχο του Καπνού (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) υπό την αρωγή της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ). Σύμφωνα με τη σύμβαση αυτή, η ΠΟΥ δηλώνει την ανησυχία της για την εξάπλωση του καπνίσματος σε μικρότερες ηλικίες. Επισημαίνει την ανάγκη για διεθνή συνεργασία όσον αφορά το λαθρεμπόριο τσιγάρων και καπνού και καλεί σε επαγρύπνηση όσον αφορά τις ενέργειες της καπνοβιομηχανίας με σκοπό την υπονόμευση της αντικαπνιστικής προσπάθειας. Το περιεχόμενο της συνθήκης αναφέρει μέτρα για τη συνεργασία των χωρών, τη φορολόγηση και τιμολόγηση, τη σήμανση των πακέτων και τα παραπλανητικά μηνύματα όπως 'light', 'mild', 'χαμηλή πίσσα', τη διαφήμιση, τη νομική ευθύνη των κρατών, την προώθηση θεραπευτικών προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος, την απαγόρευση πώλησης τσιγάρων σε ανήλικους, τη μείωση της έκθεσης του κοινού στο παθητικό κάπνισμα και άλλα. ([www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr))

Πλέον η αναγραφή των μηνυμάτων είναι υποχρεωτική σε πολλές χώρες. Από την δεκαετία του 1960 είχαν αρχίσει να χρησιμοποιούνται οι προειδοποιήσεις πάνω στα πακέτα τσιγάρων που έκαναν λόγο για τους κινδύνους που συνδέονται με το κάπνισμα. (Mackay J. Et al.,2006) Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δημιούργησε το κοινό πρόγραμμα στο τέλος του 1986.( Europe against cancer programme 1987)

Το μέτρο που επέβαλε το κοινό αυτό πρόγραμμα είχε ως στόχο την δημιουργία μιας ενιαίας αγοράς που απαιτούσε κοινούς εμπορικούς κανόνες οι οποίοι έπρεπε να έχουν προτεραιότητα την προστασία της υγείας. Εκδόθηκε το 1989 και άρχισε να ισχύει από το 1992. Στην Ελλάδα δεν υπήρχε μέχρι τότε τέτοιο μέτρο.( Richonnier M. 1991)

Από τον Ιανουάριο του 1992 η πίσσα και η νικοτίνη πρέπει να αναγράφονται στα πακέτα των τσιγάρων και όλα τα προϊόντα καπνού πρέπει να φέρουν την προειδοποίηση ότι : «το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία». Τα κείμενα των μηνυμάτων πρέπει να περιέχουν μια γενική προειδοποίηση στην πρόσοψη, είτε «το κάπνισμα σκοτώνει», είτε «μπορεί να σκοτώσει», είτε «το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά εσάς και τους γύρω σας», που θα εναλλάσσονται με πρόσθετες προειδοποιήσεις στο πίσω τμήμα, ένας κατάλογος δώδεκα διαφορετικών κειμένων.

Τα μηνύματα και οι ενδείξεις των παραγώγων θα τυπωθούν σε μαύρη έντονη γραμματοσειρά πάνω σε άσπρο υπόβαθρο. Επίσης τα πακέτα τσιγάρων, πρέπει να φέρουν μια πρόσθετη ειδική προειδοποίηση που επιλέγεται από ένα κατάλογο. Η επιτροπή είχε την απαίτηση η επιγραφή να είναι σαφής, ευανάγνωστη, τυπωμένη με μαύρους έντονους χαρακτήρες σε φόντο που να κάνει αντίθεση. Δεν έπρεπε να τυπωθούν σε μια θέση όπου μπορούσαν να υποστούν φθορές όταν το πακέτο ήταν ανοιχτό ή είχε ένα



διαφανές περιτύλιγμα ή οποιαδήποτε άλλο εξωτερικό περιτύλιγμα. Το μέγεθος των μηνυμάτων είναι σημαντικό και γίνεται αποδεκτό ότι πρέπει να καλύπτει τουλάχιστον το 25% των μπροστινών και πίσω επιφανειών των πακέτων. Το σκεπτικό είναι πως οι καπνιστές μπορεί να γνωρίζουν τις επιπτώσεις που προκαλούνται στην υγεία αλλά δεν έχουν πλήρη επίγνωση της κατάστασης. (The development of European Union Tobacco- Control Policy)

Να απαγορευθούν σήματα επάνω στο πακέτο που να παραπλανούν τον χρήστη και να του δίνουν την εντύπωση ότι το προϊόν είναι λιγότερο βλαβερό από άλλα αντίστοιχα προϊόντα. Τέτοιες ετικέτες είναι το light, super light, mild ή χαμηλής πίσσας. Επίσης να επιβληθεί η παρουσία μεγάλων (τουλάχιστον 30% του πακέτου), καθαρών, ευανάγνωστων και εναλλασσομένων προειδοποιητικών σημάτων υγείας, εγκεκριμένων από τις αρχές που θα περιέχουν και εικόνα. Στην πατρίδα μας δεν έχει επιβληθεί απαγόρευση χρήσης παραπλανητικών ετικετών, αλλά έχουμε σε γενικές γραμμές ακολουθήσει τις κοινοτικές οδηγίες στο δεύτερο ζήτημα. Η προσθήκη αποκρουστικών φωτογραφιών στο πακέτο βρίσκεται υπό συζήτηση. (<http://www.neaygeia.gr>)

Η αναγραφή σε πακέτα της περιεκτικότητας της πίσσας, της νικοτίνης και του μονοξειδίου του άνθρακα είναι παραπλανητική. Ειδικότερα στα ελαφριά τσιγάρα. Απαιτείται από τις καπνοβιομηχανίες να αναγράφουν λεπτομερώς τις πρόσθετες ουσίες που χρησιμοποιούν στα προϊόντα καπνού και το σκοπό τους, και απαγορεύεται να αναγράφονται στα προϊόντα καπνού οι επιγραφές "ελαφρύ" και "μαλακό" που παραπλανούν το κοινό. Η περιεκτικότητα στα τσιγάρα που επιτρέπεται για την πίσσα είναι 10mg, για το μονοξείδιο του άνθρακα 10mg, και για την νικοτίνη 1mg. Η Επιτροπή της ΕΕ, θα παράσχει τις οδηγίες προς τα κράτη μέλη για να προσθέσουν τις εικόνες πάνω στις συσκευασίες καπνών και να ενισχύσουν περαιτέρω τις γραπτές προειδοποιήσεις.

Η οδηγία για τις αναγραφές των μηνυμάτων, είχε θετική αντιμετώπιση από τις οργανώσεις πρόληψης στην Ευρώπη. Όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας του Π.Ο.Υ. πρέπει να εγκρίνουν τα μέτρα που περιλαμβάνονται στην Οδηγία της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, αναφορικά με τις προειδοποιήσεις υγείας.

Οι οδηγίες αυτές ήταν υποχρεωτικές για όλα τα κράτη μέλη, ακόμα και σε χώρες χωρίς σχεδόν καμία νομοθεσία για τον έλεγχο του καπνού όπως η Ολλανδία, η Ελλάδα και το Λουξεμβούργο οι οποίες έπρεπε να ενισχύσουν τις προειδοποιήσεις υγείας. (The development of European Union Tobacco- Control Policy).

. Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον Καναδά έδειξε ότι οι μεγαλύτερες αναγραφές ήταν πιο αποτελεσματικές. Εξέτασε την αύξηση του μεγέθους των αναγραφών από 30% σε 60% και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μια σημαντική σχέση μεταξύ του μεγέθους των

μηνυμάτων και της επιρροής που ασκούν στο θέμα του καπνίσματος. Όσο μεγαλύτερο είναι το μέγεθος της προειδοποίησης τόσο μεγαλύτερο αποτέλεσμα υπάρχει στην απόφαση των καπνιστών να σταματήσουν το κάπνισμα. (Health Canada 1999, Strahan EJ. Et al 2002)

Από τον Σεπτέμβριο του 2004, η αναγραφή προειδοποιητικών μηνυμάτων στα πακέτα τσιγάρων έγινε υποχρεωτική σε όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η επίδραση όμως που προκαλούσαν τα πακέτα άρχισε να εξασθενεί καθώς οι καπνιστές συνήθισαν να βλέπουν τις αναγραφές και πλέον δεν τους τρόμαζαν. (Willemsen, 2005)

<<Το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία>>

Οδηγία της ΕΕ για τα προϊόντα καπνού κανονισμός (2001/37/ΕΚ).  
Περιεχόμενο των προειδοποιήσεων:

#### Μηνύματα

Το κάπνισμα σκοτώνει  
Το κάπνισμα μπορεί να βλάψει σοβαρά εσάς και τους γύρω σας  
Οι καπνιστές πεθαίνουν νεότεροι  
Το κάπνισμα φράζει τις αρτηρίες  
Το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο πνευμόνων  
Το κάπνισμα βλάπτει το έμβρυο  
Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει έναν αργό και επίπονο θάνατο  
Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει γήρανση της επιδερμίδας  
Το κάπνισμα μπορεί να βλάψει το σπέρμα και να μειώσει τη γονιμότητα  
Ο καπνός περιέχει βενζόλιο, νιτροζαμίνες, φορμαλδεΰδες και υδροκυάνιο  
( EU Directive 2001/37)

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

Ουσιαστικά, για την μείωση του καπνίσματος έχουν χρησιμοποιηθεί δύο κατηγορίες νόμων. Από την μια υπάρχει η αύξηση των φόρων και η απαγόρευση των διαφημίσεων με στόχο την μείωση του τσιγάρου και από την άλλη, η μείωση και πρόληψη του καπνίσματος με την πραγματοποίηση ενημερωτικών εκστρατειών και με την προώθηση προγραμμάτων αγωγής υγείας. (Willemsen, 2005)

## **3.2 ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### **3.2.1 Προγράμματα αγωγής υγείας για τους νέους**

Εδώ και πολλές δεκαετίες έγινε κατανοητή η ανάγκη υλοποίησης προγραμμάτων για την διακοπή και την πρόληψη του καπνίσματος για τα νεαρά μέλη της κοινωνίας. Οι αναφορές του Surgeon General το 1994 όσο και του Ινστιτούτου Ιατρικής υπέδειξαν την ανάγκη διενέργειας εκτενέστερης έρευνας δεδομένου ότι τα προγράμματα που ήδη υλοποιούνταν δεν ήταν ιδιαίτερα αποτελεσματικά. Έτσι ξεκίνησε ένα τριετές πρόγραμμα με στόχο να εξεταστούν όλες οι παράμετροι που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στο σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής υγείας που θα ήταν προσαρμοσμένα στα στάδια ανάπτυξης των εφήβων. (Lamkin, L., B. Davis, and A. Kamen, 1998)

Για να εξεταστεί πως οι σχολικές πολιτικές και τα προγράμματα πρόληψης σχετίζονται με το περιστασιακό και ενεργητικό κάπνισμα, έλαβε χώρα μια έρευνα στον Καναδά κατά την τριετία 1999-2001. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η παρακολούθηση σχολικού προγράμματος με στόχο την πρόληψη του καπνίσματος σχετιζόταν με την ελάττωση του κινδύνου κάποιος να εξελιχθεί σε περιστασιακό καπνιστή.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας με την Διακήρυξη της Οτάβας θεσμοθέτησε την Προαγωγή Υγείας. Σκοπός της είναι η αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών. Βασίζεται στην παραδοχή ότι καμία ουσιαστική αλλαγή δεν μπορεί να συμβεί στην συμπεριφορά, αν δεν υπάρχουν ικανοποιητικές και κατάλληλες περιβαλλοντικές συνθήκες και το αντίστροφο. Τα προγράμματα αυτά ενδυναμώνουν τους νέους και τους παρέχουν την δυνατότητα δράσης στο ευρύτερο περιβάλλον τους, καλλιεργώντας δεξιότητες, ικανότητες και στάσεις, όχι μόνο για την κοινωνία της γνώσης αλλά και για την διαμόρφωση πολιτών που γνωρίζουν πως να διεκδικούν βελτιωμένες συνθήκες ζωής. (Jensen, 2000)

<<Η προαγωγή υγείας είναι η διαδικασία που δίνει την δυνατότητα στους ανθρώπους να ελέγχουν και να βελτιώνουν την υγεία τους>> (ΠΟΥ, 1986)

### **3.2.2. Πρόγραμμα αγωγής υγείας στον εκπαιδευτικό χώρο**

Η υγεία δεν είναι απλά η έλλειψη κάποιας ασθένειας αλλά ένα κοινωνικό και προσωπικό εφόδιο για καλή ζωή.

Αγωγή υγείας είναι μια διαδικασία που στηρίζεται σε επιστημονικές αρχές και χρησιμοποιεί προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης που δίνουν τη δυνατότητα στους ανθρώπους, όταν λειτουργούν σαν άτομα ή ως

σύνολο, να αποφασίζουν και να ενεργούν συνειδητά για θέματα που επηρεάζουν την υγεία τους. (Draijer and Williame 1991)

Η θεσμοθέτηση της αγωγής υγείας συμβάλλει στη συστηματική και διαβαθμισμένη προσφορά των θεματικών πεδίων της σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης.

Στα πλαίσια της αγωγής υγείας οι επιλογές του ατόμου δεν αντιμετωπίζονται ως συνειδητές προσωπικές επιλογές, αλλά ως αποτελέσματα αλληλεπίδρασης του ατόμου και των παραγόντων που αφορούν τις συνθήκες διαβίωσης του. Οι παρεμβάσεις αγωγής υγείας δεν περιορίζονται στην συμπεριφορά του ατόμου αλλά στην αναβάθμιση του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος, έτσι ώστε μέσα από τις κοινωνικές αλλαγές να προάγεται η υγεία των πολιτών.

Οι αξίες του κάθε ατόμου και η ιδεολογία του συμβάλλουν στην διαμόρφωση και επιλογή των πράξεών του. Με την αγωγή υγείας γίνεται προσπάθεια ιεράρχησης των αξιών των ατόμων καθώς τα ίδια αγνοούν το τι είναι σημαντικό για αυτούς και τι όχι. (ΠΟΥ,1997)

Η αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς είναι ένας από τους πιο δύσκολους στόχους του προγράμματος. Για να επιτευχθεί η αλλαγή στάσης χρειάζεται αρκετός χρόνος και διαφορετικές μέθοδοι και τεχνικές. Η αγωγή υγείας οφείλει να σέβεται τις επιλογές κάθε ατόμου ξεχωριστά και να μην επιβάλλει τις απόψεις της. Η ενδυνάμωση του πολίτη στην εκπαιδευτική πράξη αφορά την ενθάρρυνση του για στοχασμό ,κριτική σκέψη, στοχευμένη δράση και δημιουργία συνθηκών υγείας για όλους. Οι δράσεις στα σχολεία δεν περιορίζονται στην τάξη και στην διδακτέα ύλη αλλά ανοίγονται στο φάσμα του ευρύτερου περιβάλλοντος του μαθητή.

Οι μαθητές πρέπει να κατανοήσουν την αλληλεπίδραση που υπάρχει ανάμεσα στο κράτος, την κοινωνία και τον πολίτη, ώστε να καλλιεργηθεί η υπευθυνότητα και η προώθηση της συλλογικής υγείας. (ΠΟΥ,1997)

### **3.2.3. Σκοποί και στόχοι του προγράμματος αγωγής υγείας**

Σκοπός του προγράμματος αγωγής υγείας στον εκπαιδευτικό χώρο είναι η προαγωγή της υγείας, με στόχο την ενδυνάμωση του ατόμου και τη δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Μέλημα του προγράμματος είναι οι μαθητές να προβληματιστούν και να εξετάσουν την αλληλεξάρτηση που υπάρχει ανάμεσα σε παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία. Η ευαισθητοποίηση και η συμμετοχή του ατόμου σε θέματα υγείας, συνηθίζοντας τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του. Να καταστούν ικανοί να εξετάζουν τους κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ασφάλεια και την υγεία.

Αποτέλεσμα είναι η δραστηριοποίηση και ευαισθητοποίηση των ατόμων για την βελτίωση των συνθηκών υγείας. Το πρόγραμμα αγωγής

υγείας έχει σαν στόχο οι μαθητές να γνωρίσουν τον εαυτό τους στη νοητική, συναισθηματική, κοινωνική και ηθική διάσταση και να αποκτήσουν κριτική σκέψη. Να μάθουν να αναγνωρίζουν, να εκφράζουν και να αναφέρουν τα συναισθήματα τους καθώς και να επιδεικνύουν πρακτικά υγιεινές συμπεριφορές.

Σημαντικό είναι, να μπορούν να λύνουν προβλήματα της καθημερινότητας τους και να τα χειρίζονται. Τα νεαρά άτομα γίνονται ικανά μέσα από το πρόγραμμα να παίρνουν αποφάσεις για το μέλλον τους, έχοντας συναίσθηση των επιλογών τους. Ο υγιεινός τρόπος ζωής πρέπει να προβάλλεται στον μαθητή ως εφόδιο για καλή ζωή και να βιώνεται μέσα από θετικές εμπειρίες ζωής εντός και εκτός σχολείου. ([www.yrepth.gr](http://www.yrepth.gr))

### **3.2.4 Άξονες και θεματικές ενότητες της Αγωγής Υγείας**

Το περιεχόμενο του αναλυτικού προγράμματος διασφαλίζει την ολιστική έννοια της υγείας, αφού περιλαμβάνονται θεματικές ενότητες που αφορούν όλες τις πτυχές της υγείας.

#### **1. Ανάπτυξη και ενδυνάμωση του ατόμου**

- Ανάπτυξη και εξέλιξη εαυτού
- Συναισθηματική εκπαίδευση και αυτοεκτίμηση
- Αξίες ζωής

#### **2. Ανάπτυξη ασφαλούς και υγιεινού τρόπου ζωής**

- Υγιεινός τρόπος ζωής και συνθήκες ζωής
- Φαγητό και υγεία
- Φυσική δραστηριότητα και υγεία
- Χρήση και κατάχρηση ουσιών
- Ασφάλεια

#### **3. Δημιουργία και βελτίωση κοινωνικού εαυτού**

- Οικογενειακός προγραμματισμός, σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία
- Ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και σχέσεων.
- Αποδοχή και διαχείριση διαφορετικότητας και διαπολιτισμικότητας

#### **4. Δημιουργία ενεργού πολίτη**

- Αγωγή του καταναλωτή
- Οικονομική και επαγγελματική αγωγή
- Δικαιώματα και υποχρεώσεις. ([www.yrepth.gr](http://www.yrepth.gr))

Οι βασικοί άξονες του γνωστικού περιεχομένου του προγράμματος αγωγής υγείας είναι ,οι διαπροσωπικές σχέσεις , η σεξουαλική αγωγή – διαφυλικές σχέσεις, Κυκλοφοριακή αγωγή και εθελοντισμός.

### **3.2.5 Εκπαιδευτικοί και αγωγή υγείας**

Για τα προγράμματα αγωγής υγείας δεν υπάρχουν καταγεγραμμένα δεδομένα, τόσο ως προς την πορεία υλοποίησής τους όσο και ως προς την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς τους, που να καταδεικνύουν αν ακολουθείται διαφοροποίηση παρεμβάσεων είτε ανάλογα με τη σχολική βαθμίδα, είτε ανάλογα με τον τύπο της σχολικής εκπαίδευσης (π.χ. ενιαία λύκεια και τεχνικά επαγγελματικά λύκεια).

Τα προγράμματα αυτά αξιολογούνται από τους Υπευθύνους Αγωγής Υγείας, οι οποίοι είναι μόνιμοι εκπαιδευτικοί του Υπουργείου Παιδείας , αποσπασμένοι στα Γραφεία Αγωγής Υγείας της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Ελληνικής Εκπαίδευσης.

Η εκπαίδευση των συμμετεχόντων καθηγητών δεν είναι στοχευόμενη , ώστε αυτοί να αποτελέσουν μελλοντικά τους ικανούς πολλαπλασιαστές για την προαγωγή της υγείας. Ενημερώνονται από τους Υπευθύνους Αγωγής Υγείας, μέσω επεξηγηματικών και επιμορφωτικών παρεμβάσεων για τους βασικούς άξονες του σχολικού προγράμματος. Βασική προϋπόθεση για την επιτυχή εφαρμογή του προγράμματος αγωγής υγείας είναι η επαρκής κατάρτιση και επιμόρφωση των εκπαιδευτικών. Θετική εξέλιξη θα ήταν η συμπερίληψη μαθήματος Αγωγής στις σπουδές των εκπαιδευτικών και η συμμετοχή τους σε συστηματικό πρόγραμμα πιστοποιημένης επιμόρφωσης.(Σώκου Κ ,1999)

### **3.2.6. Κάπνισμα και αγωγή υγείας**

Στην απόφαση ενός νέου ανθρώπου να καπνίσει , επιρρεαστικό ρόλο έχουν οι γονείς ,ο κοινωνικός περίγυρος, οι φίλοι και η έλλειψη αυτοπεποίθησης .Τα προγράμματα αγωγής υγείας επικεντρώνονται στην καλλιέργεια της αυτοεκτίμησης, των ικανοτήτων αντίστασης και λήψης αποφάσεων, στην ανάπτυξη της ανθρώπινης επικοινωνίας και της δημιουργικότητας. Σκοπός του προγράμματος αγωγής υγείας για το κάπνισμα είναι η έγκυρη ενημέρωση των μαθητών εφηβικής ηλικίας για τις συνέπειες του καπνίσματος και η ενίσχυση της άμυνας τους απέναντι στο κάπνισμα.

Στόχοι είναι η αυτοεκτίμηση , η αυτονομία των μαθητών , το αίσθημα αυτοπεποίθησης και η εξοικείωση τους στην συνεργασία και την ομαδοποίηση. Οι έφηβοι μαθητές ερευνούν τις επιδράσεις του καπνίσματος στο σώμα και στην ζωή των ατόμων. Επίσης μέσω της

συζήτησης με τους συμμαθητές τους κατανοούν τους λόγους για τους οποίους μπορεί οι νέοι να καπνίζουν και απομυθοποιούν την χρήση του καπνίσματος μέσω της αμφισβήτησης διαδεδομένων και λανθασμένων κοινωνικών αντιλήψεων. Ακόμη, στα πλαίσια του προγράμματος αγωγής υγείας για το κάπνισμα οι νέοι μπορούν να συνδέουν και να περιγράφουν μέσα από την τέχνη τρόπους διαχείρισης της πίεσης που τους ασκείται για να καπνίσουν από το φιλικό τους περιβάλλον. Τέλος αξιοποιούν τον ελεύθερο χρόνο τους και να αναπτύξουν σχέδια δράσης με τους γονείς και τους εκπροσώπους των γονέων.(ΑΝΑΛΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ)

Οι εκπαιδευτικοί οι οποίοι υλοποιούν το πρόγραμμα αγωγής υγείας για το κάπνισμα γνωρίζουν τεχνικές ενεργοποίησης και ομαδοποίησης των μαθητών και έχουν γνώσεις βιοματικών μαθημάτων. Για την υλοποίηση του προγράμματος ενημερώνουν τους γονείς και συνεργάζονται με αυτούς. Είναι οι συντονιστές της ομάδας και φροντίζουν να συμμετέχουν όλοι ενεργά. Συμβάλουν ενεργά στην δημιουργία θετικού κλίματος και συνεργάζονται με όλους τους φορείς του σχολείου. Η διάρκεια του προγράμματος εξαρτάται από τον χρόνο των εκπαιδευτικών και των μαθητών και μπορεί να είναι μια δραστηριότητα εκτός διδακτικών ορών ή να ενταχθεί ως θέμα στο πρόγραμμα ποικίλων μαθημάτων.

Οι μέθοδοι και οι δραστηριότητες που χρησιμοποιούνται από τους εκπαιδευτικούς ποικίλουν. Πρώτο σημαντικό βήμα του εκπαιδευτικού είναι να ανιχνεύσει τις γνώσεις, τις στάσεις και τις συμπεριφορές των μαθητών απέναντι στο κάπνισμα με την χρήση ερωτηματολογίων. Ο εκπαιδευτικός για την έγκυρη ενημέρωση των μαθητών ακολουθεί την προβολή βίντεο για το κάπνισμα. Μετά την προβολή της ταινίας γίνεται επεξεργασία από την ομάδα των μαθητών της πολύπλευρης διάστασης του καπνίσματος η οποία χωρίζεται σε: βιολογική, ψυχολογική, κοινωνική και πολιτική. Επίσης χρησιμοποιώντας ο εκπαιδευτικός το θεατρικό παιχνίδι ενισχύει την άμυνα των μαθητών απέναντι στο κάπνισμα. Παίζοντας διάφορους ρόλους οι έφηβοι ενισχύουν την απόφαση τους να μην καπνίζουν. Βασικό θέμα συζήτησης είναι οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία όπως επίσης ο ρόλος των διαφημίσεων για το κάπνισμα.([www.e-paidia.net](http://www.e-paidia.net))

Το υλικό που χρησιμοποιεί ο εκπαιδευτικός για την υλοποίηση του προγράμματος αγωγής υγείας για το κάπνισμα είναι: τηλεόραση και βίντεο για την προβολή ταινιών με περιεχόμενο που σχετίζεται άμεσα με το κάπνισμα όπως η ταινία με τίτλο <<Smoking and you>> . Ερωτηματολόγια και βιβλιογραφία σχετική με το κάπνισμα είναι απαραίτητα εργαλεία. Η ανάπτυξη project είναι εξίσου μια σημαντική μέθοδος η οποία διασφαλίζει την απόκτηση γνώσεων για τους μαθητές.(Jensen,1997 and 2004)

Η εκπαίδευση στο θέμα κάπνισμα και υγεία, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως τμήμα της γενικότερης εκπαίδευσης σε θέματα υγείας. Πρέπει να τονίζονται περισσότερο τα θετικά σημεία της επιλογής του μη καπνιστή και λιγότερο τα αρνητικά αποτελέσματα του καπνίσματος. Η αγωγή των παιδιών σε θέματα υγείας πρέπει να αρχίζει νωρίς στην παιδική ηλικία και να επαναλαμβάνεται κατά καιρούς, έτσι ώστε να διατηρείται και να ενισχύεται η αποτελεσματικότητα των μηνυμάτων. Ιδιαίτερα πρέπει να δίνεται έμφαση στην εκπαίδευση και ενημέρωση των ατόμων που ασχολούνται με την εκπαίδευση του κοινού σε θέματα υγείας. Οι υγειονομικές αρχές πρέπει να καταρτίζουν προγράμματα σε συνεργασία με τις εκπαιδευτικές αρχές, σχετικά με την ενημέρωση για το κάπνισμα των παιδιών μικρής ηλικίας που είναι ιδιαίτερα ευάλωτα.( παράρτημα 7)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 4.1 ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το είδος της έρευνας είναι ποιοτική για να διερευνηθούν οι απόψεις των εκπαιδευτικών. Οι ποιοτικές μέθοδοι έχουν φυσιολογική ροή και κατά μεγάλο βαθμό δεν είναι κατευθυνόμενες (Lincon και Guda,1985). Ο ερευνητής παρατηρεί, παίρνει συνεντεύξεις, κρατά σημειώσεις, περιγράφει και ερμηνεύει τα φαινόμενα ως έχουν (Eisner,1991).Το κύριο χαρακτηριστικό της ποιοτικής έρευνας είναι ότι βασίζεται σε συγκριτικά μικρότερο αριθμό περιπτώσεων με στόχο όχι την ανακάλυψη γενικών τάσεων, αλλά τη διαμόρφωση ολικής εικόνας για κάθε περίπτωση και την ανεύρεση των κοινών τους στοιχείων. (Κυριαζή,1999)

## 4.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

- ποιες είναι οι επιπτώσεις και οι κίνδυνοι του τσιγάρου στην υγεία;
- ποιοι τρόποι διακοπής και θεραπείας καπνίσματος υπάρχουν;
- ποια είναι τα προληπτικά μέτρα για την μείωση του καπνίσματος;
- ποια είναι τα χαρακτηριστικά της εφηβείας;
- για ποιους λόγους καπνίζουν οι έφηβοι μαθητές;
- τι είναι το πρόγραμμα αγωγής υγείας;
- ποιος είναι ο τρόπος λειτουργίας του προγράμματος στον εκπαιδευτικό χώρο;
- ποιος είναι ο τρόπος λειτουργίας του προγράμματος στον εκπαιδευτικό χώρο για το κάπνισμα;

### 4.3 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ-ΔΕΙΓΜΑ

Ο πληθυσμός της έρευνας αυτής ήταν οι εκπαιδευτικοί δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Το δείγμα της έρευνας αποτελούν οι 5 εκπαιδευτικοί δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης που συμμετέχουν στο πρόγραμμα αγωγής υγείας.

Η δειγματοληψία θα είναι χιονοστιβάδα. Εντοπίστηκε ένας μικρός αριθμός ατόμων τα οποία έχουν τα χαρακτηριστικά που ζητούνται. Αυτοί οι άνθρωποι χρησιμοποιήθηκαν ως πληροφοριοδότες ώστε να εντοπιστούν και άλλα άτομα με τα ίδια χαρακτηριστικά, να συμπεριληφθούν και αυτά στο δείγμα και αυτοί με τη σειρά τους να εντοπίσουν κι άλλα άτομα.

#### 4.4 ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το εργαλείο της έρευνας είναι η συνέντευξη. Η συνέντευξη μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως το κύριο μέσο συλλογής πληροφοριών που έχουν άμεση σχέση με τα αντικείμενα της έρευνας, να χρησιμοποιηθεί για να ελεγχθούν υποθέσεις ή να υποδειχτούν νέες ή ως ερμηνευτικό εργαλείο που βοηθά να εντοπιστούν οι μεταβλητές και οι σχέσεις. Επίσης η συνέντευξη μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους στη διεξαγωγή μιας έρευνας. Πιο συγκεκριμένα πραγματοποιήσαμε την ημιδομημένη συνέντευξη σύμφωνα με την οποία:

- Η συζήτηση επικεντρώνεται σε προκαθορισμένα ερωτήματα ή άξονες διερεύνησης.
- Ο ερευνητής καθοδηγεί ήπια τη συζήτηση βάση του οδηγού της συζήτησης δηλαδή του περιγράμματος που περιέχει τα ερωτήματα που οφείλουν να απαντηθούν.
- Ωστόσο ο ερευνητής έχει την ελευθερία να παρεκκλίνει από τον οδηγό της συνέντευξης, να αλλάξει τη διάταξη των ερωτήσεων, να συμπεριλάβει νέες ερωτήσεις ή ακόμα και να παραλείψει όσες αποδειχτούν ακατάλληλες για τον συγκεκριμένα συμμετέχοντα
- Ταυτόχρονα ο ερωτώμενος αισθάνεται την ελευθερία να εκφράσει σκέψεις ή παρατηρήσεις που παρεκκλίνουν από την θεματολογία.

Επειδή το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό, θα γίνει ανάλυση ερευνών και εργασιών που έχουν πραγματοποιηθεί από σχολικές ομάδες στα πλαίσια του προγράμματος αγωγής υγείας, για το κάπνισμα. (Cohen L.2000)

#### **4.5 ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Ο χρόνος που χρειάστηκε για την διεξαγωγή της έρευνας είναι σε διάρκεια ,ένας μήνας.

Ο τόπος ο οποίος πραγματοποιήθηκαν οι έρευνες είναι σε:

Σχολεία

Γραφείο υπευθύνου αγωγής υγείας δευτεροβάθμιας εκπαίδευση  
Ναυπλίου

6ο γυμνάσιο Περάματος

1ο λύκειο Αγ.Τριάδας Αργολίδας

2ο γυμνάσιο Ναυπλίου, ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΦΥΣΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ  
(ΕΚΣΕ)

#### 4.6 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου της εργασίας συντάχθηκαν τα δεδομένα από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνές μελέτες. Αρχικά πραγματοποιήθηκε με τηλεφωνική επικοινωνία η πρώτη επαφή της ερευνητικής ομάδας με τους υπεύθυνους των υπηρεσιών. Σε αυτή την επικοινωνία ζητήθηκε η άδεια για την πραγματοποίηση συνεντεύξεων στους επαγγελματίες καθώς και αναφέρθηκε ο σκοπός και το αντικείμενο της έρευνας μας. Ο τρόπος με τον οποίο ήρθαμε σε επαφή με το δείγμα της έρευνας μας ήταν μέσω προκαθορισμένου ραντεβού που είχε οριστεί έπειτα από τηλεφωνική επικοινωνία. Χρειάστηκε ένας μήνας για να πραγματοποιηθούν οι συνεντεύξεις. Τέλος μετά από την πραγματοποίηση των συνεντεύξεων έγινε η ανάλυση των πληροφοριών.

#### **4.7 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Τα κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα ήταν:

- Η συμμετοχή του ερωτώμενου στο πρόγραμμα αγωγής υγείας

Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- Όχι άμεση σχέση του ερωτώμενου με το πρόγραμμα αγωγής υγείας (Bell 2001, Gohen και Manion 1997).

#### **4.8 ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ**

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφή έρευνας με βάση τα δικαιώματα των ανθρώπων, από κάθε μορφή έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς. (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική συγκινησιακή κτλ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης)

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η διαδικασία της συνέντευξης, επεξηγούνται ο σκοπός της έρευνας όπως επίσης επιδιώκονταν η μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας. Τέλος οι συνεντεύξεις ήταν ανώνυμες. Αναλυτικά οι ερωτήσεις των συνεντεύξεων παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας.



#### 4.9 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι περιορισμοί που προέκυψαν κατά την διάρκεια της έρευνας ήταν:

Η διάρκεια στην διάθεση ικανοποιητικού χρόνου για τις συνεντεύξεις, λόγω φόρτου εργασίας. Έγιναν κάποιες αλλαγές ως προς το χρόνο διεξαγωγής <<ώστε να εξασφαλιστεί η συνεργασία μας>>(Παπαγεωργίου 1998).

Καταβλήθηκε όμως κάθε δυνατή προσπάθεια προκειμένου να δοθεί απαραίτητος χρόνος αλλά και να καταγραφούν όπως εκλέχθηκαν προφορικά οι απαντήσεις των ερωτώμενων έτσι ώστε τα αποτελέσματα της έρευνας να δώσουν την πληρέστερη και αντιπροσωπευτικότερη δυνατή εικόνα για το υπό διερεύνηση θέμα.

Επίσης αντιμετωπίστηκε δυσκολία στην εύρεση εκπαιδευτικών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης που ασχολούνται με το πρόγραμμα αγωγής υγείας, καθώς το πρόγραμμα δεν πραγματοποιείται σε όλα τα σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Ακόμη αντιμετωπίστηκε πρόβλημα εύρεσης ερευνών και αποτελεσμάτων για το πρόγραμμα αγωγής υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

#### 5.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στις συνεντεύξεις έλαβαν μέρος τρεις εκπαιδευτικοί δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης οι οποίοι έχουν ασχοληθεί με το πρόγραμμα αγωγής υγείας. Η μία εκπαιδευτικός είναι Υπεύθυνη αγωγής υγείας. Σκοπός των συνεντεύξεων είναι μέσω των εμπειριών ,γνώσεων και απόψεων των εκπαιδευτικών να διερευνηθεί ο τρόπος λειτουργίας του προγράμματος στον εκπαιδευτικό χώρο. Οι ερωτήσεις που τους τέθηκαν βρίσκονται στο παράρτημα 1.

Η μία εκπαιδευτικός είναι καθηγήτρια Φυσικής Αγωγής και υπεύθυνη Αγωγής Υγείας στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση εδώ και δύο χρόνια. Η εμπειρία της στο χώρο της δημόσιας εκπαίδευσης είναι έντεκα χρόνια. Ο δεύτερος ερωτώμενος έχει ειδικότητα Φιλολόγου. Στο χώρο της δημόσιας εκπαίδευσης εργάζεται πέντε χρόνια και ασχολείται με το πρόγραμμα τέσσερα χρόνια. Η τρίτη ερωτώμενη έχει ειδικότητα Φυσικού και στο χώρο της δημόσιας εκπαίδευσης βρίσκεται 12 χρόνια. Με το πρόγραμμα έχει ασχοληθεί έναν χρόνο.

Αγωγή υγείας είναι ο τομέας εκπαιδευτικών προγραμμάτων που σχετίζεται με ζητήματα ψυχικής και σωματικής υγείας του ατόμου. Η εκμάθηση κοινωνικών συμπεριφορών πέρα από την γνωστική ανάπτυξη των μαθητών. Είναι γνώση, πρόληψη και συμπεριφορά για την υγεία μας, με σεβασμό προς τον εαυτό μας και προς το περιβάλλον.

Όλοι οι εκπαιδευτικοί μπορούν να ασχοληθούν με το πρόγραμμα αγωγής υγείας, εφόσον το θέλουν. Πέρα από την σκοπιά του λειτουργήματος το πρόβλημα είναι πως δεν υπάρχει οικονομικό κίνητρο.

Οι εκπαιδευτικοί προσεγγίζονται από τον υπεύθυνο αγωγής υγείας, όπου τους γίνεται ανάλυση των αξόνων του προγράμματος. Δεν υπάρχει συγκεκριμένος τρόπος εκπαίδευσης τους. Υπάρχουν εγκεκριμένα εγχειρίδια και σεμινάρια αλλά μη στοχευόμενα. Οι εκπαιδευτικοί διαβάζουν, αναζητούν πληροφορίες και ενημερώνονται από ειδικούς.

Η θεματολογία του προγράμματος είναι: Ψυχική υγεία, διαπολιτισμικότητα, ανθρώπινα δικαιώματα, πρόληψη εξαρτίσεων και κάπνισμα , σεξουαλική συμπεριφορά, κοινωνικές συμπεριφορές και σχολική ζωή, ενδοσχολική βία(όπου εντάσσεται μέσα στην εκμάθηση συμπεριφορών για την σχολική ζωή) πρόληψη ατυχημάτων, πρώτες βοήθειες και οδική ασφάλεια.

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούν για την τέλεση του προγράμματος ποικίλουν. Αντλούν πληροφορίες από βιβλία, από το internet και

χρησιμοποιούν project. Επίσης φτιάχνουν με τα παιδιά ομάδες κάνοντας δραστηριότητες όπως κατασκευή ερωτηματολογίων και βιωματικά παιχνίδια όπως role playing, και δραματοποίηση.

Ο σκοπός του προγράμματος είναι να προλαμβάνει να αποτρέπει και να ενημερώνει τους μαθητές σε ζητήματα καθημερινής ζωής. Η γνώση και η επίγνωση των παιδιών και όλης της κοινωνίας για το τι είναι καλό για την ατομική και κοινωνική υγεία. Η ευαισθητοποίηση και εγρήγορση μαθητών και καθηγητών με αποτέλεσμα την πληρέστερη και άμεση αντιμετώπιση των όποιων προβλημάτων. Πρέπει να υπάρχει πρόληψη ανάμεσα στις ανθρώπινες σχέσεις αφού υπάρχει αλληλεξάρτηση σε αυτές. Επίσης σκοπός είναι η επικοινωνία των εκπαιδευτικών με τους μαθητές πέρα από τα όρια της διδακτικής διαδικασίας.

Οι έφηβοι αντιμετωπίζουν με ενθουσιασμό το πρόγραμμα αν και το ποσοστό συμμετοχής είναι μικρό. Υπάρχει ενδιαφέρον από το μέρος των παιδιών, με διαφορετικές προτάσεις και προσεγγίσεις. Παρόλο που το πρόγραμμα υλοποιούνταν τα Σαββατοκύριακα τα παιδιά συμμετείχαν ανελλιπώς.

Τα αποτελέσματα του προγράμματος είναι αρχικά η ευαισθητοποίηση των παιδιών και έπειτα η συνειδητοποίηση. Η μεταφορά της καινούργιας συμπεριφοράς και γνώσης στο σπίτι και στην κοινωνία. Επίσης αποτέλεσμα είναι η συνειδητοποίηση των αρνητικών φαινομένων και καταστάσεων που λαμβάνουν χώρα στον εκπαιδευτικό χώρο και δεν είχαν εντοπίσει. Τα παιδιά νιώθουν το ενδιαφέρον των καθηγητών, πιο ασφαλή και ικανά να κάνουν πράγματα για τον εαυτό τους και τους συμμαθητές τους. Ενισχύεται η πεποίθηση λειτουργίας ως ομάδας και η μεταξύ τους συνεργασία. Παρόλα αυτά περισσότερο ουσιαστικά αποτελέσματα θα υπάρξουν με μακροχρόνιες δράσεις και όχι απλά με εισηγήσεις και δραστηριότητες ορισμένου χρόνου.

Οι απόψεις των εκπαιδευτικών για το πρόγραμμα είναι θετικές. Προτείνουν την ένταξη του προγράμματος αγωγής υγείας στο σχολικό πρόγραμμα ως μόνιμο μάθημα. Να υπάρχουν συγκεκριμένες πρωτοβουλίες από τα σχολεία για συγκεκριμένα προγράμματα (π.χ. Σχολείο 1->εξαρτησιογώνες ουσίες, Σχολείο 2->ενδοσχολική βία), για συλλογική δράση θεσμοθετημένη από την σχολική επιτροπή, τον σύλλογο καθηγητών, τον σύλλογο γονέων και το δεκαπενταμελές συμβούλιο του σχολείου. Επίσης, θα πρέπει όλοι οι εκπαιδευτικοί να εκπαιδεύονται (από ειδικούς, με σεμινάρια στοχευόμενα και εντατική ενημέρωση) συνειδητά για να έχουν επίγνωση των προβλημάτων των μαθητών. Έτσι θα μπορούν να εντοπίζουν έγκαιρα τα όποια προβλήματα, να προτείνουν λύσεις και να συμμετέχουν ενεργά. Τέλος, κρίνεται απαραίτητη στον εκπαιδευτικό χώρο η παρουσία ειδικών, κοινωνικών λειτουργών και ψυχολόγων.

## 5.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Οι συνεντεύξεις υλοποιήθηκαν με την συμμετοχή δύο εκπαιδευτικών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, που ασχολούνται με το πρόγραμμα αγωγής υγείας για το κάπνισμα. Τα ερωτήματα που τέθηκαν στους εκπαιδευτικούς υπάρχουν στο παράρτημα 2. Οι συνεντεύξεις αυτές έγιναν για να διερευνηθεί μέσω των εμπειριών και των απόψεων των εκπαιδευτικών, ο τρόπος λειτουργίας και η αποτελεσματικότητα του προγράμματος για το κάπνισμα στον εκπαιδευτικό χώρο.

Ο ένας εκπαιδευτικός διδάσκει πληροφορική και εργάζεται στον χώρο της δημόσιας εκπαίδευσης δώδεκα χρόνια. Ασχολείται με το πρόγραμμα αγωγής υγείας για το κάπνισμα περίπου πέντε χρόνια. Ο δεύτερος ερωτώμενος έχει ειδικότητα μαθηματικού. Εργάζεται στον χώρο της δημόσιας εκπαίδευσης εννέα χρόνια και με το πρόγραμμα αγωγής υγείας για το κάπνισμα ασχολείται 3 χρόνια.

Αγωγή υγείας είναι ένα πρόγραμμα το οποίο δίνει την ευκαιρία στα παιδιά να αποκτήσουν γνώσεις για την υγεία, πέρα από τα μαθήματα που τους διδάσκονται στο σχολείο. Μια ευκαιρία για να ανοιχτούν έξω από τα θέματα σχολικών γνώσεων.

Όλοι οι εκπαιδευτικοί μπορούν να ασχοληθούν με το πρόγραμμα φτάνει να το θέλουν πραγματικά, να μην το κάνουν τυπικά και να έχουν άνεση και επικοινωνία με τα παιδιά. Χρειάζεται θέληση για να μεταφέρουν στα παιδιά κάτι παραπάνω από τα μαθήματα του σχολείου.

Οι εκπαιδευτικοί που ασχολούνται με το πρόγραμμα εκπαιδεύονται μέσω εγχειριδίων, από βιβλιογραφία και από σεμινάρια.

Στην ερώτηση για το ποιές μεθόδους ακολουθούν απάντησαν πως, γίνεται προσπάθεια για την ομαδική συμμετοχή και την πλήρη κατανόηση του θέματος, δημιουργώντας τεστ που δίνουν την δυνατότητα προσωπικής άποψης για το κάθε θέμα. Τα παιδιά χωρίζονται σε ομάδες και κάνουν βιωματικές ασκήσεις. Ο εκπαιδευτικός μιλά με το κάθε παιδί ξεχωριστά για την κατανόηση της προσωπικότητας του καθενός. Στην συνέχεια γίνεται συζήτηση για τις εμπειρίες του κάθε παιδιού. Γίνεται προσπάθεια να κατανοήσουν τα παιδιά για πιο λόγο ξεκινάει ένα παιδί το κάπνισμα. Αυτό είναι το βασικότερο θέμα του προγράμματος. Κυρίως η μέθοδος που ακολουθείται είναι η επικοινωνία με τα παιδιά.

Ο σκοπός του προγράμματος είναι η σωστή ενημέρωση, η πρόληψη και κυρίως η αυτογνωσία για τον καθένα ξεχωριστά. Να ανακαλύψουν τα παιδιά το πόσο σημαντικό είναι να μην καπνίζουν και η πλήρη ενημέρωση για την αποφυγή του καπνίσματος.

Τα παιδιά αντιμετωπίζουν το πρόγραμμα θετικά αν και οι εκπαιδευτικοί δεν το περίμεναν. Ενδιαφέρονται αρκετά για το πρόγραμμα.

Τα αποτελέσματα του προγράμματος είναι η σωστή ενημέρωση για το κάπνισμα, η επίγνωση για την πράξη αυτή και τέλος η διακοπή της πράξης. Η διακοπή του καπνίσματος είναι δύσκολο να επιτευχθεί.

Το κάθε τμήμα αποτελείται από δεκαπέντε έως δεκαοχτώ παιδιά όπου το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών είναι καπνιστές. Οι έφηβοι καπνιστές αντιμετωπίζουν επίσης το πρόγραμμα θετικά.

Στην ερώτηση για ποιους λόγους ξεκινούν οι έφηβοι το κάπνισμα απάντησαν πως το πρόβλημα ξεκινά από την οικογένεια. Ένας άλλος παράγοντας είναι οι φίλοι και οι παρέες στις οποίες ξεκινούν το κάπνισμα για να δείξουν ότι μεγάλωσαν. Οι νέοι παρασύρονται εύκολα. Γνωρίζουν τις επιπτώσεις του καπνίσματος αλλά επιφανειακά.

Έχουν την άποψη πως το πρόγραμμα αγωγής υγείας είναι ένα καλό και χρήσιμο πρόγραμμα αλλά όχι αρκετό. Το σημαντικό είναι ότι μπορεί να επηρεάσει ένα στα δέκα άτομα. Τα αποτελέσματα που μπορεί να φέρει είναι η σωστή ενημέρωση για το τσιγάρο και τις παθήσεις που περιλαμβάνει.

Τέλος, οι προτάσεις τους είναι να υπάρξει περισσότερο ενδιαφέρον από το Υπουργείο Υγείας με περισσότερη ενημέρωση για το τσιγάρο και τους κινδύνους που έχει η χρήση του. Η ύπαρξη περισσότερης διαφήμισης γύρω από τις παθήσεις και να υπάρξει περισσότερη βοήθεια για την διακοπή του. Επίσης προτείνεται η δημιουργία ταινίας για το κάπνισμα η οποία να απευθύνεται αποκλειστικά στους εφήβους.

### 5.3 ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΑΘΗΤΩΝ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ΝΕΟΥ ΣΟΥΛΙΟΥ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Παρακάτω αναλύεται εργασία που πραγματοποιήθηκε από ομάδα μαθητών γυμνασίου. Η εργασία έχει μορφή roleplaying, ανάμεσα σε μια έφηβη μαθήτρια και έναν ενήλικα.(βλέπε παράρτημα 3).

Στην εργασία αυτή υπάρχουν στοιχεία για την καταγωγή και την εξάπλωση του καπνού, τους λόγους για τους οποίους οι έφηβοι καπνίζουν. Στην συνέχεια δίνονται στοιχεία για την νικοτίνη, το μονοξειδίο του άνθρακα και την πίσσα. Έπειτα γίνεται λόγος για την ασθένεια του καρκίνου και τον τρόπο με τον οποίο οι ουσίες του τσιγάρου βοηθούν την δημιουργία του.

Τέλος παρουσιάζονται βοηθητικοί τρόποι διακοπής του τσιγάρου.

Στην συνέχεια της εργασίας παρατίθεται ένα τεστ κατασκευασμένο από τους μαθητές ,όπου οι έφηβοι μπορούν να μετρήσουν τον βαθμό εθισμού-εξάρτησης τους από το τσιγάρο.

#### Ανάλυση

Ο καπνός ανακαλύφθηκε το 1492 από τον Χριστόφορο Κολόμβο και ήρθε στην Ευρώπη το 1556. Έγινε γνωστός από τον Jean Nicot, έναν πρεσβευτή ο οποίος έστειλε καπνό στην βασίλισσα των Μεδίκων για να την ανακουφίσει από του πονοκεφάλους. Στην Ελλάδα ήρθε τον 18ο αιώνα και προκάλεσε έντονες αντιδράσεις.

Οι λόγοι που οι έφηβοι ξεκινούν το κάπνισμα είναι ποικίλοι. Ξεκινούν γιατί τα μέλη της παρέας τους καπνίζουν. Θεωρούν το κάπνισμα μια ευχάριστη και χαλαρωτική διαδικασία. Έτσι μπορούν κάνουν φίλους, γίνονται μέλη μιας παρέας και νιώθουν την αποδοχή των υπολοίπων. Επίσης μιμούνται τους ενήλικες και τους συμμαθητές που καπνίζουν.

Οι έφηβοι θεωρούν το κάπνισμα μια επανάσταση προς τους γονείς και τους καθηγητές που θέτουν όρια και απαγορεύσεις και συνήθως καπνίζουν κρυφά από αυτούς.

Παιδιά με γονείς καπνιστές, έχουν μεγάλες πιθανότητες να ξεκινήσουν το κάπνισμα αφού έχουν εθιστεί από μικρή ηλικία με το παθητικό κάπνισμα.

Οι έφηβοι συνήθως δεν γνωρίζουν τις επιπτώσεις των ουσιών του τσιγάρου στην υγεία.

- Η νικοτίνη είναι ένα έλαιο το οποίο επιδρά αρνητικά στο νευρικό σύστημα. Με την βοήθεια του σάλιου απορροφάται και περνάει

στην κυκλοφορία του αίματος, δημιουργώντας προβλήματα στην λειτουργία του οργανισμού.

- Το μονοξείδιο του άνθρακα είναι ένα αέριο που φτάνοντας στους πνεύμονες σταματάει την καλή οξυγόνωση τους και μειώνει την ενέργεια του οργανισμού.

- Η πίσσα καλύπτει τους βρόγχους των πνευμόνων.

Οι ουσίες αυτές μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο προσβάλλοντας ζωτικά όργανα του σώματος με προτεραιότητα τον πνεύμονα.

Καπνίζοντας 20 τσιγάρα την ημέρα, δηλαδή 7300 το χρόνο, ύστερα από 30 χρόνια ένας καπνιστής βρίσκεται στην ομάδα υψηλού κινδύνου.

Όλα τα τσιγάρα είναι βλαβερά ανεξάρτητα απ' το αν είναι ελαφριά σε περιεκτικότητα πίσσας νικοτίνης και σε μονοξείδιο του άνθρακα.

Η διακοπή του τσιγάρου είναι μια δύσκολη υπόθεση μα όχι ακατόρθωτη. Για να σταματήσει κάποιος το τσιγάρο πρέπει να έχει κίνητρο και να λάβει την απόφαση μόνος του την κατάλληλη στιγμή. Κάποια κίνητρα είναι η καλή υγεία, η καλή φυσική κατάσταση, η οικονομία και η ελευθερία από τις εξαρτήσεις. Σημαντικό είναι να βοηθηθεί από το περιβάλλον, να βρει καινούργιες ασχολίες και να επιβραβεύει τον εαυτό του. Αυτό που θα τον διευκόλυνε είναι στην αρχή της προσπάθειάς του να κάνει παρέα με μη καπνιστές. Επίσης να μην πίνει καφέ και αλκοόλ και να προσέχει την διατροφή του.

### **Συσχέτιση έρευνας με τη θεωρεία**

Τα στοιχεία που μας δίνονται από την εργασία της μαθητικής ομάδας έρχονται σε συμφωνία με την βιβλιογραφία.

Στο υποκεφάλαιο 1.2 υπάρχουν οι επιπτώσεις που δημιουργούν στην υγεία η νικοτίνη και το μονοξείδιο του άνθρακα. Συμπερασματικά η νικοτίνη είναι η ουσία που προκαλεί εθισμό και προκαλεί αλλαγές σε ολόκληρο το σώμα. Δίνει την αίσθηση χαλάρωσης αλλά ουσιαστικά, με την εισχώρηση της στον οργανισμό γίνεται κορεσμός της στέρησης. Αυτόν τον κορεσμό ο καπνιστής τον αντιλαμβάνεται ως χαλάρωση. Το μονοξείδιο του άνθρακα είναι ένα βλαβερό αέριο που ευθύνεται για την άσχημη οξυγόνωση του οργανισμού, την αίσθηση αδυναμίας και την κακή φυσική κατάσταση. Στο υποκεφάλαιο 2.4 έως 2.6 γίνεται βιβλιογραφική αναφορά για τους λόγους που καπνίζουν οι έφηβοι. Ξεκινούν να καπνίζουν τυχαία, από πλήξη και για να νιώσουν απόλαυση. Μερικοί καπνίζουν για να επαναστατήσουν και από αντίδραση στους κανονισμούς. Άλλοι με αυτόν τον τρόπο γίνονται αποδεκτοί από τις παρέες, πιστεύουν ότι τους δίνει στιλ και προσελκύει το αντίθετο φίλο. Επίσης καπνίζουν μιμούμενοι φίλους και γνωστούς και νιώθουν ότι μεγάλωσαν.

Από την θεωρία και την εργασία του σχολείου γίνεται ξεκάθαρο ότι η νικοτίνη εθίζει τους νέους. Σημαντικό ρόλο για το αν θα γίνει κάποιος καπνιστής παίζει το οικογενειακό περιβάλλον. Συνήθως παιδιά με καπνιστές γονείς γίνονται και τα ίδια καπνιστές. Από την εργασία της μαθητικής ομάδας συμπεραίνουμε πως στην διακοπή του καπνίσματος παίζει σημαντικό ρόλο η υποστήριξη από το περιβάλλον, και ο τρόπος ζωής του καπνιστή (καλή διατροφή, ασχολία με σπορ). Επειδή όμως η διακοπή του καπνίσματος είναι αρκετά δύσκολη ,στην θεωρία στο υποκεφάλαιο3.1 βλέπουμε βοηθήματα για να καταφέρει ο καπνιστής να διακόψει. Το διαμετρικό επίθεμα νικοτίνης τα οποία είναι αυτοκόλλητα που αποδεσμεύουν ένα σταθερό ποσό νικοτίνης στο σώμα, η τσίχλα νικοτίνης και οι παστίλιες νικοτίνης. Επίσης για την διακοπή του καπνίσματος υπάρχει το ενδορινικό εκνέφωμα το οποίο ανακουφίζει από την επιθυμία του τσιγάρου και το αεροζόλ νικοτίνης.



#### **5.4.ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΑΠΟ ΟΜΑΔΑ ΜΑΘΗΤΩΝ ΣΤΟ 6Ο ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΣΕΡΡΩΝ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Η έρευνα αυτή (βλέπε παράρτημα 4) έγινε με βάση το πρόγραμμα αγωγής υγείας στο 6ο γυμνάσιο Σερρών με την συμμετοχή 10 μαθητών και 2 καθηγητών συντονιστών.

Στην έρευνα αυτή έγιναν δυο ερωτηματολόγια με σκοπό να φανεί η άποψη των μαθητών για το τσιγάρο και αν γνωρίζουν την επικινδυνότητα και τις επιπτώσεις της υγείας τους. Επίσης ερευνάτε αν συμφωνούν με την διακοπή του καπνίσματος στο χώρο του σχολείου.

Το πρώτο ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε δυο μέρη. Στο Α μέρος ρωτήθηκαν 50 άτομα από τα οποία στην πρώτη ερώτηση αν πιστεύουν πως το κάπνισμα βλάπτει την υγεία απάντησαν όλοι θετικά, στην δεύτερη ερώτηση αν οι ίδιοι καπνίζουν οι περισσότεροι απάντησαν όχι και στην ερώτηση γιατί καπνίζουν αφού γνωρίζουν ότι το κάπνισμα βλάπτει την υγεία απάντησαν : από συνήθεια, από εξάρτηση, έτσι, όρεξη, δεν μας κόβει.

Στο Β μέρος απάντησαν 220 άτομα από τα οποία οι περισσότεροι συμφωνούν ότι το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία καθώς και ότι είναι επικίνδυνο για την υγεία μας να εκπνέουμε τον καπνό των άλλων. Επίσης ρωτήθηκαν αν συμφωνούν ότι το κάπνισμα δημιουργεί καρκίνο στο πνεύμονα, αν προκαλεί καρδιακές παθήσεις και είναι αν είναι επικίνδυνο να καπνίζει μια έγκυος και οι περισσότεροι απάντησαν ότι συμφωνούν. Στην ερώτηση αν θεωρούν ότι οι άνθρωποι αρχίζουν το κάπνισμα γιατί θεωρούν ότι προκαλεί συνήθεια που χαρακτηρίζει τους ενήλικες οι περισσότεροι συμφωνούν, ένα πιο μικρό μέρος διαφωνεί και ένα μικρότερο ποσοστό δεν γνωρίζει. Στην ερώτηση αν θα έπρεπε να επιτρέπεται στους καπνιστές να καπνίζουν οπουδήποτε το μεγαλύτερο ποσοστό διαφωνεί. Επίσης οι ερωτώμενοι ρωτήθηκαν αν θα πρέπει να απαγορευτεί εντελώς η πώληση και η διαφήμιση προϊόντων του καπνού και οι περισσότεροι απάντησαν ότι συμφωνούν. Στην ερώτηση αν θα πρέπει να απαγορευτεί το τσιγάρο από τα σχολεία το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε ότι συμφωνεί όπως το ίδιο και στη ερώτηση αν θα πρέπει να αναγράφεται στο πακέτο των τσιγάρων προειδοποίηση σχετικά με τις βλάβες που προκαλεί το κάπνισμα στην υγεία μας.

Στο δεύτερο ερωτηματολόγιο ρωτήθηκαν 162 αγόρια και 182 κορίτσια. Οι περισσότεροι από τους μαθητές ηλικίας 12 - 16 ετών προκύπτει ότι δεν είναι καπνιστές και αυτοί που είναι έχουν κάνει το πρώτο τους τσιγάρο σε ηλικία 10 - 16 ετών. Στην ερώτηση πως αισθάνθηκαν όταν κάπνισαν το πρώτο τους τσιγάρο απάντησαν: ένιωσα μεγάλος, ήρεμος, απαίσια, αηδία, μαγκιά, πολύ ωραία, παράξενα, κανονικά. Οι περισσότεροι μαθητές στην ερώτηση αν καπνίζουν μέχρι

σήμερα απάντησαν πως όχι. Ρωτήθηκαν ποσά τσιγάρα κάνουν την μέρα και οι περισσότεροι απάντησαν κανένα ενώ σε μικρότερο ποσοστό υπήρχαν παιδιά που έκαναν από 10 μέχρι 50 τσιγάρα. Στην ερώτηση ποιες ασθένειες προκαλεί το κάπνισμα οι περισσότεροι απάντησαν: καρκίνο στο πνεύμονα, βλάπτει την υγεία, άσθμα, καρδιακές παθήσεις, καρκίνος στόματος, εγκεφαλικά. Στην ερώτηση γιατί άρχισαν το κάπνισμα αναφέρονται κυρίως στην πλειοψηφία ότι το έκαναν επειδή καπνίζουν οι φίλοι τους. Ένα ακόμα ερώτημα που τους τέθηκε είναι αν πιστεύουν ότι θα καπνίζουν όταν θα τελειώσουν το σχολείο και οι περισσότεροι απάντησαν πως όχι και στην ερώτηση αν τους ενοχλεί που καπνίζουν άλλοι στην παρέα τους το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε πως ναι.

### **Συσχέτιση έρευνας με την θεωρία**

Από την έρευνα αυτή φαίνεται ότι η απαγόρευση του τσιγάρου είναι ένα επιθυμητό μέτρο στα σχολεία. Η συσχέτιση της έρευνας με την θεωρία γίνεται στα παρακάτω σημεία:

Στο υποκεφάλαιο 1.2 αναφέρονται οι κίνδυνοι που πρέπει να γνωρίζουμε. Στο ερευνητικό όσο και στο θεωρητικό αναγνωρίζεται η γνώση των εφήβων όσο αφορά τους κινδύνους που προκαλεί το τσιγάρο. Το θεωρητικό κομμάτι αναφέρεται σε αυτούς τους κινδύνους όπως είναι ο αυξημένος κίνδυνος καρκίνου, ο αυξημένος κίνδυνος καρδιοπαθειών και άλλων παθήσεων καθώς αναφέρεται και στην μειωμένη κυκλοφορία του αίματος, στο μονοξείδιο του άνθρακα που υπάρχει στο καπνό του τσιγάρου και μειώνει την μεταφορά οξυγόνου στα εσωτερικά όργανα.

Στα υποκεφάλαια 2.2 και 2.6 αναφέρονται στην αιτία που καπνίζουν οι νέοι. Τόσο στο θεωρητικό όσο και στο ερευνητικό κομμάτι οι κύριοι λόγοι που οι νέοι ξεκινούν το κάπνισμα έχει να κάνει με το οικογενειακό περιβάλλον, την συνήθεια γονέων, τους φίλους, τη διαφήμιση, τις σχέσεις, την εκπαίδευση, το άγχος, την αδυναμία των εφήβων να κατανοήσουν τον εθισμό που προκαλεί.

Άλλη μια συσχέτιση που υπάρχει στο θεωρητικό όσο και στο ερευνητικό κομμάτι είναι η αναφορά που γίνεται στην αναγραφή μηνυμάτων στα πακέτα. Η αναγραφή έχει γίνει υποχρεωτική στις περισσότερες χώρες παγκοσμίως και έχει στόχο την επιρροή του καταναλωτή στο να διακόψει το κάπνισμα. Με βάση την έρευνα οι σημερινοί νέοι είναι θετικοί και πιστεύουν πως η αναγραφή βοηθάει στην διακοπή του τσιγάρου.

Από το ερευνητικό κομμάτι και την θεωρία συμπεραίνουμε ότι οι νέοι είναι γνώστες των παθήσεων που δημιουργεί το τσιγάρο. Το πρόγραμμα αγωγής υγεία προσφέρει τη γνώση και την πρόληψη για τους νέους όσο αφορά το κάπνισμα. Είναι μια διαδικασία με αρκετά θετικά αποτελέσματα όσο αφορά την γνώση των νέων που προκύπτει από το ερευνητικό κομμάτι.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

#### 6.1.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

##### 6.1.1. Οι επιπτώσεις και οι συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία

Μελετώντας το θέμα «Το κάπνισμα στην εφηβική και Αγωγή Υγείας» παρατηρήσαμε πως το κάπνισμα, και η ραγδαία ανάπτυξη του, επιφέρει μόνο επιπτώσεις και δυσλειτουργίες (μέχρι θανάτου) στον ανθρώπινο οργανισμό. Πιο συγκεκριμένα τα προβλήματα που προκαλεί το κάπνισμα είναι εξίσου θανάσιμα-βλαβερά ανεξαρτήτου ηλικίας και φύλου. Στη συνέχεια βλέποντας ένα τσιγάρο, ένα αθώο μυαλό μπορεί να πει «πόσο κακό μπορεί να μου κάνει ένα τόσο μικρό τσιγάρο» και όμως είναι τεράστιος ο μύθος καθώς το τσιγάρο περιέχει 4000 βλαβερές ουσίες, πράγμα τραγικό και τόσο εξωπραγματικό για κάποιον που δεν γνωρίζει. Η νικοτίνη είναι η ουσία που εθίζει στο τσιγάρο. Οι επιπτώσεις λοιπόν είναι αρχικά η μείωση της μεταφοράς του οξυγόνου στα εσωτερικά όργανα του οργανισμού, μειώνετε τη κυκλοφορία του αίματος, επηρεάζετε το δέρμα και προκαλείτε πρόωρη γήρανση. Επίσης αυξάνετε ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα, λάρυγγα, φάρυγγα και για τις γυναίκες καρκίνος του μαστού. Ακόμη, το κάπνισμα επηρεάζει τη γονιμότητα ανδρών και γυναικών. Επιπλέον υπάρχει κίνδυνος καρδιοπαθειών, περιοδοντίτιδας και άλλων παθήσεων της στοματικής κοιλότητας, μυϊκές βλάβες καθώς και πολλές άλλες παθήσεις οι οποίες καταστρέφουν την φυσική κατάσταση του ανθρώπινου οργανισμού.

##### 6.1.2. Τρόποι διακοπής και θεραπείας του καπνίσματος

Ο καπνιστής ξεκινώντας την διακοπή του τσιγάρου έρχεται αντιμέτωπος με μία χρόνια συνήθεια η οποία φέρνει αλλαγές στην συμπεριφορά και στον οργανισμό. Αυτές οι αλλαγές είναι τα συμπτώματα στέρησης τα οποία παρουσιάζονται. Τα συμπτώματα αυτά είναι η επιθυμία για τσιγάρο, βήχας, πείνα, διαταραχές στον ύπνο, κακή διάθεση, δυσκολία συγκέντρωσης και αύξηση του βαθμού stress. Η διακοπή του καπνίσματος είναι ένα δύσκολο εγχείρημα, αφού ο καπνιστής είναι εθισμένος σωματικά

και ψυχικά, μα όχι ακατόρθωτο. Ο καλύτερος τρόπος διακοπής είναι ο συνδυασμός ιατρικής και ψυχολογικής υποστήριξης. Η ψυχολογική υποστήριξη και η παροχή συμβουλών από ειδικούς φέρνει επιθυμητά αποτελέσματα. Επίσης, η υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον, φίλους και συναδέλφους είναι καθοριστικός παράγοντας για την επίτευξη του στόχου. Εκτός από την ψυχολογική υποστήριξη χρειάζεται και φαρμακευτική αγωγή για θεραπεία. Η φαρμακευτική αγωγή για το κάπνισμα περιέχει: Το διαδερμικό επιθέματα νικοτίνης, τη τσίχλα νικοτίνης, τη παστίλια νικοτίνης, το ενδορινικό εκνέφωμα και το αεροζόλ νικοτίνης. Τέλος, σημαντικό ρόλο παίζει ο τρόπος ζωής. Ο καπνιστής πρέπει να τρέφεται υγιεινά και να πίνει αρκετό νερό την περίοδο που κόβει το κάπνισμα. Τα καινούργια ενδιαφέροντα και η γυμναστική βοηθούν ιδιαίτερα.

### **6.1.3. Μέτρα πρόληψης για το κάπνισμα**

Το τσιγάρο είναι η μόνη εθιστική και θανατηφόρα ουσία η οποία διατίθεται νόμιμα. Προληπτικά μέτρα, εκπαιδευτικές εκστρατείες και νομοθετικά μέτρα έχουν μπει σε εφαρμογή για την μείωση και καταπολέμηση του καπνίσματος. Ξεκίνησαν προγράμματα αγωγής υγείας για την προστασία των μη καπνιστών και την μείωση του καπνίσματος. Τα προγράμματα αυτά έχουν στόχο την πρόληψη και την ενημέρωση για την νεολαία, δεδομένου ότι το κάπνισμα από τους νέους έχει αυξηθεί. Τα σχολικά προγράμματα για την αγωγή υγείας είναι μια σίγουρη επένδυση για υγιείς μέλλον. Ένα ακόμη μέτρο πρόληψης για το κάπνισμα είναι τα φορολογικά μέτρα. Με την αύξηση της τιμής των τσιγάρων μειώνεται η χρήση καπνού και η πιθανότητα έναρξης του καπνίσματος. Άλλα προληπτικά μέτρα, είναι η αναγραφή μηνυμάτων σε πακέτα με σαφής προειδοποιήσεις για την υγεία <<το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία>> και η απαγόρευση διαφήμισης του καπνού σε τηλεόραση και ραδιόφωνο. Επίσης σημαντικό μέτρο είναι ο πρόσφατος νόμος απαγόρευσης του τσιγάρου στους δημόσιους χώρους.

### **6.1.4. Χαρακτηριστικά εφηβείας**

Η εφηβική ηλικία ξεκινάει από το δωδέκατο περίπου έτος και τελειώνει περίπου στο δέκατο έβδομο. Οι έφηβοι μέσα σε αυτή περίοδο ζουν σημαντικές αλλαγές σε βιοσωματικό και νοητικό επίπεδο. Στο βιοσωματικό επίπεδο γίνονται αλλαγές στο ύψος, στο βάρος, στις αναλογίες και στην γενετήσια λειτουργία. Όσο αφορά το νοητικό επίπεδο, οι έφηβοι αρχίζουν να κατανοούν τον κόσμο. Αρχίζουν να

αντιλαμβάνονται όχι μόνο όσα υπάρχουν αλλά και αυτά που θα μπορούσαν να υπάρξουν. Φτιάχνουν υποθέσεις και χρησιμοποιούν τον στοχασμό. Επίσης κατά την περίοδο της εφηβείας δημιουργείται οργανική και συναισθηματική αστάθεια.

### **6.1.5.Λόγοι για τους οποίους καπνίζουν οι έφηβοι**

Στην περίοδο της εφηβείας έρχονται στο φώς λανθάνουσες, προϋπάρχουσες καταστάσεις σε σωματικό , ψυχικό επίπεδο και κοινωνικοπεριβαλλοντικές. Αυτό συμβαίνει επειδή υπάρχει οργανική και συναισθηματικής αστάθεια. Το περιβάλλον στο οποίο ζουν οι έφηβοι έχει ιδιαίτερη σημασία για την ζωή τους .Οι περιβαλλοντικές αλλαγές οξύνουν την ευαισθησία τους. Οι αλλαγές στο σώμα στο νοητικό επίπεδο και στο περιβάλλον σπρώχνουν τους εφήβους σε λάθος επιλογές. Μία λάθος επιλογή των εφήβων είναι το κάπνισμα. Στην ηλικία των δεκατριών, 3 στα 10 Ελληνόπουλα δοκίμασαν τσιγάρο και έγιναν καπνιστές.

Οι λόγοι για τους οποίους οι έφηβοι ξεκινούν το κάπνισμα είναι αρκετοί. Αρχικά μεγάλο μέρος της ευθηνής έχουν οι γονείς ,οι σχέσεις με αυτούς και η οικογενειακή δομή. Παιδιά που μεγαλώνουν με γονείς καπνιστές, εθίζονται στην νικοτίνη από μικρή ηλικία. Μεγαλώνοντας γίνονται καπνιστές. Η συνήθεια αυτή καθώς και η εικόνα, τους είναι οικεία. Γονείς και μεγαλύτερα αδέρφια λειτουργούν ως πρότυπα.

Οι φίλοι και οι παρέες παίζουν σημαντικό ρόλο. Οι έφηβοι παρασύρονται από τις παρέες τους. Επίσης μέσω του καπνίσματος νιώθουν πως γίνονται μέλη της παρέας και αποδεκτοί. Σημαντικό ρόλο επίσης παίζει η διαφήμιση και η εμπορική σύνδεση με την εικόνα τους, πιστεύουν πως με το να καπνίζουν έχουν στυλ. Ένας άλλος λόγος είναι για να διαχειρίζονται το άγχος και την καταπίεση που νιώθουν. Είναι ένας τρόπος επανάστασης προς της απαγορεύσεις των γονιών και των εκπαιδευτικών. Συνάμα ρόλο παίζει το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο καθώς και το επίπεδο εκπαίδευσης .Τέλος οι έφηβοι συχνά αγνοούν τη δυνατότητα εθισμού στον καπνό και τις συνέπειες του στην υγεία.

### **6.1.6.Πρόγραμμα αγωγής υγείας**

Το πρόγραμμα αγωγής υγείας είναι ένα μέτρο πρόληψης μέσω της εκπαίδευσης, λαμβάνοντας υπόψη τις κοινωνικές και πολιτισμικές διαστάσεις των προβλημάτων. Περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση σωματικών, νοητικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων και σχετίζεται με ζητήματα ψυχικής και σωματικής υγείας του ατόμου. Είναι γνώση , πρόληψη και συμπεριφορά για την υγεία.

Πριμοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας και αξιολογείται από τους Υπεύθυνους Αγωγής υγείας, οι οποίοι είναι μόνιμο εκπαιδευτικό προσωπικό το οποίο είναι αποσπασμένο στα γραφεία Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Οι εκπαιδευτικοί που υλοποιούν το πρόγραμμα πριμοδοτούνται για τρίωρη εκπαιδευτική απασχόληση. Για την εκπαίδευση τους δεν υπάρχει συγκεκριμένος τρόπος. Προσεγγίζονται από την Υπεύθυνο Αγωγής Υγείας και ενημερώνονται για τους βασικούς άξονες του προγράμματος. Επίσης παρακολουθούν σεμινάρια μη στοχευμένα όμως και ενημερώνονται από εγχειρίδια, internet και βιβλιογραφία.

### **6.1.7. Η λειτουργία του προγράμματος αγωγής υγείας στον εκπαιδευτικό χώρο**

Σκοπός των προγραμμάτων αγωγής υγείας στον εκπαιδευτικό χώρο είναι η εκμάθηση κοινωνικών συμπεριφορών, πέρα από την γνωστική ανάπτυξη των μαθητών. Η πρόληψη και ενημέρωση τους, σε ζητήματα καθημερινής ζωής. Επίσης στόχος είναι η ευαισθητοποίηση και εγρήγορση μαθητών και καθηγητών για την αντιμετώπιση των προβλημάτων στην σχολική κοινότητα. Μέσω του προγράμματος επίσης, γίνεται δυνατή η επικοινωνία μαθητών και εκπαιδευτικών πέρα από τα όρια της διδακτικής διαδικασίας. Οι έφηβοι αντιμετωπίζουν θετικά το πρόγραμμα και συμμετέχουν ενεργά, παρόλο που οι συναντήσεις για την υλοποίηση του προγράμματος γίνονται εκτός διδακτικών ωρών και πολλές φορές τα Σαββατοκύριακα.

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούν οι εκπαιδευτικοί είναι: χωρισμός των εφήβων σε ομάδες φέρνοντας τα παιδιά σε συνεργασία, χρησιμοποίηση project, βιβλιογραφικού υλικού, κατασκευή ερωτηματολογίων, βιωματικά παιχνίδια, δραματοποίηση και roleplaying.

Τα αποτελέσματα του προγράμματος είναι η ευαισθητοποίηση των εφήβων και η μεταφορά στο σπίτι και στην κοινωνική ζωή, γνώσεων και καινούργιων τρόπων συμπεριφοράς.

Όλοι οι εκπαιδευτικοί μπορούν να ασχοληθούν με την υλοποίηση του προγράμματος, ανεξάρτητα από την ειδικότητα τους. Σημαντικός παράγοντας όμως που παρεμποδίζει την συμμετοχή τους είναι η έλλειψη εκπαίδευσης με στοχευμένα προγράμματα και σεμινάρια καθώς και η έλλειψη οικονομικού κριτηρίου.

Για την επίτευξη ουσιαστικών αποτελεσμάτων χρειάζονται μακροχρόνιες δράσεις. Το πρόγραμμα αγωγής υγείας πρέπει να γίνει ένα μόνιμο μάθημα, ενταγμένο στο σχολικό πρόγραμμα. Επίσης το κάθε σχολείο να ακολουθεί στοχευμένα προγράμματα και όλα τα σχολεία να συνεργάζονται μεταξύ τους. Η εκπαίδευση των εκπαιδευτικών θα πρέπει

να γίνει εντατική και στοχευμένη για την καλύτερη αντιμετώπιση των αρνητικών φαινομένων στο σχολείο και την ενημέρωση των μαθητών.

#### **6.1.8. Η λειτουργία του προγράμματος αγωγής υγείας στον εκπαιδευτικό χώρο για το κάπνισμα.**

Με το πρόγραμμα αγωγής υγείας για το κάπνισμα γίνεται προσπάθεια, τα παιδιά να ενημερωθούν σωστά για της επιπτώσεις του τσιγάρου στην υγεία και κατά συνέπεια οι καπνιστές να διακόψουν τη χρήση του καπνού. Στόχος είναι η κατανόηση από τους εφήβους του λόγου για τον οποίο καπνίζουν. Η διαδρομή προς την αυτογνωσία. Οι έφηβοι ξεκινούν το πρόγραμμα επηρεασμένοι από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. Επίσης είναι ένας τρόπος επανάστασης προς της απαγορεύσεις, να νιώσουν αυτοπεποίθηση και να αποδείξουν ότι μεγάλωσαν. Στην πλειοψηφία τους οι έφηβοι μαθητές είναι καπνιστές όμως αντιμετωπίζουν θετικά το πρόγραμμα και συμμετέχουν.

Για την επίτευξη των στόχων καλό θα ήταν να υπάρχει περισσότερη διαφήμιση για της επιπτώσεις του τσιγάρου στην υγεία μας ,στον εκπαιδευτικό χώρο καθώς και περισσότερη βοήθεια για την διακοπή του. Χρήσιμη θα ήταν η δημιουργία και προβολή ταινίας για το κάπνισμα που θα απευθύνεται στους έφηβους όπως επίσης και η μονιμοποίηση του προγράμματος στο σχολικό πρόγραμμα.

## 6.2 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το τσιγάρο είναι ένα θανατηφόρο προϊόν το οποίο περιέχει πολλές βλαβερές ουσίες . Το κάπνισμα είναι μια από τις χειρότερες συνήθειες που μπορεί να υιοθετήσει ο άνθρωπος και είναι η αιτία θανάτου του περισσότερου πληθυσμού στον κόσμο. Το τσιγάρο περιέχει την νικοτίνη όπου είναι μια τοξική ουσία με τοξικές δράσεις η οποία ευθύνεται για τις επιπτώσεις στην υγεία και στην εξωτερική εμφάνιση. Δημιουργείτε καρκίνος στον πνεύμονα, καρκίνος στον οισοφάγο, παρουσιάζονται επιπτώσεις στην καρδιά, καρκίνος στο λάρυγγα, προβλήματα στον εγκέφαλο και στον δείκτη νοημοσύνης, σκλήρυνση κατά πλάκας, τύφλωση, καρκίνο του μαστού. Αν και ο περισσότερος πληθυσμός γνωρίζει τις επιπτώσεις και τους τρόπους διακοπής του καπνίσματος δεν σταματάει το κάπνισμα.

Το κάπνισμα λαμβάνει χώρα και στην εφηβική ηλικία .Το μεγαλύτερο ποσοστό των εφήβων καπνίζουν. Οι έφηβοι ξεκινούν το κάπνισμα είτε λόγω περιέργειας, ή επειδή επηρεάζονται από το οικογενειακό, φιλικό, σχολικό, κοινωνικό περιβάλλον. Η ενημέρωση των παθήσεων είναι γνωστή αλλά όχι επαρκής. Η ενημέρωση και η πρόληψη είναι η αρχή για την μείωση του καπνίσματος. Το πρόγραμμα αγωγή υγείας είναι ένα πρόγραμμα το οποίο βοηθάει στην πλήρη ενημέρωση και πρόληψη στον εκπαιδευτικό χώρο, για θέματα που απασχολούν τη σχολική κοινωνία και την ευρύτερη ζωή τους . Συγκεκριμένα για το κάπνισμα, ενημερώνει τους εφήβους για τις θανατηφόρες επιπτώσεις που δημιουργεί και προσπαθεί να επηρεάσει τους νέους που καπνίζουν να το σταματήσουν και εκείνους που δεν καπνίζουν να μην το αρχίσουν την χρήση του τσιγάρου.



### 6.3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά ύστερα από όλη αυτή τη μελέτη αυτό που θα ήταν εφικτό να προταθεί, είναι η περισσότερη ενημέρωση γύρω από το τσιγάρο και τους κινδύνους που έχει για την υγεία. Θα πρέπει να υπάρχει περισσότερη ενημέρωση στα πλαίσια της οικογένειας και στο σχολικό περιβάλλον. Είναι πολύ σημαντικό οι γονείς να έχουν τον σωστό τρόπο για να αποτρέψουν τα παιδιά τους από την κακιά αυτή συνήθεια. Επίσης προτείνεται περισσότερη διαφήμιση των επιπτώσεων που δημιουργεί το κάπνισμα είτε μέσα από τα Μ.Μ.Ε είτε με κάποια σεμινάρια που θα πρέπει να γίνονται στους γονείς έτσι ώστε να αποτρέψουν τα παιδιά τους.

Ακόμη προτείνεται η ενημέρωση των ίδιων των γονέων από ειδικά κέντρα, για την πρόληψη στο τσιγάρο και από τους ίδιους καθώς απέναντι στα παιδιά λειτουργούν σαν πρότυπα. Επίσης αρκετά σημαντική εξέλιξη θα είναι η μονιμοποίηση του προγράμματος αγωγής υγείας στο σχολικό πρόγραμμα ενταγμένο στην διδακτική διαδικασία. Με την εντατική ενημέρωση των εφήβων από το πρόγραμμα θα υπάρξουν ουσιαστικότερα αποτελέσματα. Επίσης θα πρέπει να υλοποιηθεί το πρόγραμμα εκπαίδευσης για τους εκπαιδευτικούς που υλοποιούν το πρόγραμμα αγωγής υγείας, με στοχευόμενα σεμινάρια, εγκεκριμένα εγχειρίδια και η εκμάθηση δεξιοτήτων και μεθόδων διαχείρισης των προβλημάτων να παρουσιάζονται στην σχολική κοινότητα.

Προτείνεται η απαγόρευση του καπνίσματος στο σχολικό χώρο και για τους μαθητές αλλά και για τους εκπαιδευτικούς αφού οι εκπαιδευτικοί λειτουργούν ως πρότυπο για τα παιδιά.

Η δημιουργία μιας ταινίας η οποία θα αναφέρεται στο κάπνισμα και μόνο και στις επιπτώσεις που δημιουργούνται θα ήταν ένας τρόπος να παρακολουθούν τα παιδιά τα προβλήματα που δημιουργεί. Κάτι ανάλογο έχει γίνει με ταινίες που αναφέρονται στα ναρκωτικά οι οποίες έχουν θετική επιρροή σε αυτούς που την παρακολουθούν. Επίσης προτείνεται η ένταξη ειδικών συμβούλων και κοινωνικών λειτουργών στα σχολεία.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική βιβλιογραφία

1. Αβραμίδης ΔΣΒ, 1980, Βασικά στοιχεία δημόσιας υγιεινής, Αθήνα, Εκδ. Ακρίτας.
2. Αργυρώ Πολυχρονοπούλου, Θεσσαλία Αθανασούλη, 1998, Πώς να βοηθήσετε τους ασθενείς να διακόψουν το κάπνισμα>> Αθήνα, Εκδ. Βαλαβανίδης.
3. Βαλαβανίδης Α.Π, Ιατρική 1988 ,Η Χημική Σύσταση Του Καπνού Του Τσιγάρου, Εκδ. Βήτα Ιατρικές.
4. Βαλτινός Θ. 2003,Εθισμός στην νικοτίνη,Αθήνα, Εκδ. Μεταίχμιο.
5. Γιανσικοβα Λ. 1987,Ο κόσμος του παιδιού, Εκδ. Gundenbarg.
6. Καρπάθιος Θ. 1977,Το κάπνισμα και το παιδί,Παιδιατρική Θεραπευτική Ενημέρωση, Ιατρικές εκδόσεις.
7. Κιρτάκη Ε. 2006,Η βιολογία του καρκίνου, Αθήνα, Εκδ. Ιατρικές Πασχαλίδης.
8. Κοκκέβη Άννα, 1988,Η χρήση νόμιμων και παράνομων τοξικών ουσιών στην εφηβεία, Αθήνα, Εκδ. Καστανιώτης.
9. Κρασανάκη Γεωργίου Ε. 1986, Η εφηβεία – ψυχοπαιδαγωγική θεώρηση, Εκδ. Γκοβόστη, Σταματίου.
- 10.Κοεν Λ. Μανιόν Λ. 2000, Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας, Εκδ. Μεταίχμιο.
- 11.Ματσαγκούρας Γ. 2005,Μορφές αποκλίνουσας συμπεριφοράς στην εφηβεία, Εκδ. Gundenbarg.
- 12.Μπαμπινιώτης Γ. 2004, Λεξικό για το γραφείο και το σχολείο, Τόμος πρώτος Α-Β, Αθήνα, κέντρο λεξικολογίας.
- 13.Ντάβου Μπετίνα, 1992, Το κάπνισμα στην εφηβεία Αθήνα , Εκδ. Παπαζήση.
- 14.Ντολτο Φ. Ντόλτο Κ. Τολιτς, 1996, Έφηβοι – προβλήματα και ανησυχίες. Πανεπιστημιακές Εκδ. Κρήτης.
15. Νόμος 3868, Νόμος καθολικής απαγόρευσης τσιγάρων2010. Παπαεμμανουήλ, Ε.Γ , 1987: << Θέματα δημόσιας υγιεινής>> Αθήνα, 3<sup>η</sup> έκδοση.
- 16.Παπαγεωργίου Ε.Γ , 2004,Εξαρτήσεις στη ζωή μας,Εκδ. Παρισιανού.
- 17.Παπαρηγορίου – Θεοδωρίδου Μ. 1987,Κάπνισμα και Θεραπευτική Ενημέρωση,Αθήνα, Εκδ. ιατρικές.
- 18.Παντελίδου Μ. 1987,Πολιτικές στάσεις και αντιλήψεις στην αρχή της εφηβείας, Αθήνα, Εκδ Gundenbarg.
- 19.Παρασκευόπουλος Ι.Ν 1985,Εξελικτική ψυχολογία 2,Εκδ. ιδιωτική έκδοση.

20. Ρεμπλαϊν Χ. 1980, Ο έφηβος – η νεανική ηλικία, Εκδ. Δημ. Ι. Κωτσιανά.
21. Σώκου Κ. 1999, Θεωρία της διδασκαλίας. Η προσωπική θεωρία ως πλαίσιο στοχαστικό – κριτικής ανάλυσης, Αθήνα, Εκδ Gundenbarg.
22. Σώκου Κ. 1999, Οδηγός Αγωγής και προαγωγής της Υγείας, Πρότυπο πρόγραμμα, Αλκοόλ και Ατύχημα, Αθήνα, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα.
23. Κλάιν Σ., Διαφήμιση και επικοινωνία, Αθήνα, Εκδ. Καστανιώτη.
24. Τζάφη Τ, Πήτερσον Ρ, Χόντσον Ρ. 1980, Ναρκωτικά, τσιγάρο, αλκοόλ. Προβλήματα και απαντήσεις, Εκδ. Αθ. Ψυχογίος.
25. Τσουμάκας Κ. 1999, Το κάπνισμα στην παιδική ηλικία, 37<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο.
26. Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων [www. Document] URL.

### Ξενόγλωσση

1. American Cancer Society: << Quitting Smoking. Prevention and Early Detection; Available at: <http://www.cancer.org/>.
2. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
3. An evaluation of health warnings in cigarette advertisements using standard market research methods: what does it mean to harm? Tobacco Control, 1993.
4. Anderson HR, Cook DG: << Passive smoking and sudden infant >>, 1997 Health << Young smokers' heart attack risk Retrieved >>, 2005.
5. BBC7. Concepts in the Prevention of Adenocarcinoma of the Distal Esophagus and Proximal Stomach, CA: A Cancer Journal for Clinicians 2005.
6. **Bandura (1997)** reviewed nearly two thousand published studies examining the role of ... athletic performance, career choice, **drug** and alcohol abstinence.
7. Borup IK Learning about health: << The pupils and the school head nurses >>. Assessment of the health dialogue. Thesis, Goteborg Sweden 1999.
8. Cigarette Smoking and Cognitive Decline in Midlife: Evidence from a Prospective Birth cohort study American Journal of public health. Ιούνιος 2003.
9. **Charlton A.** Evaluation of a family-linked **smoking** education programme in primary schools. Health Education Journal **1986**.
10. Cole M. Cole Sh. (2002).

11. Clark MJ Nursing in the community. Second ed. Stamford, Appleton & Lange, 1996.
12. Council Regulation (EEC) 2075/92 OJ no. L 215 of 30/7/92 and Commission Implementing Regulation 2427/93 OJ no. L223 of 2/9/93.
13. Devlin E, Anderson S, Hastings G, Macfadyen L, 2005 Targeting smokers via tobacco product labeling: opportunities and challenges for Pan European health promotion. Health Promot Int.
14. Doll R, Peto R, Boreham J, and Sutherland I Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004.
15. Draijer and Williams (1991) .
16. Europe against cancer program 1987.
17. Fischer, P. M., Krugman, D. M., Fletcher, J. E., Fox, R. J. and Rojas, T. H.
18. GlaxoSmithKline, Nicobate CQ(r) Lozenges 2/4mg. [Leaflet]. Ermington, NSW: GlaxoSmithKline, January 2002.
19. Health Canada 1999, Strahan Ej Et al 2002.
20. <<How cigarettes are made>>. Video presentation at Philip Morris USA, Richmond offices. Retrieved October 31, 2006.
21. Kaiserman, M. J: <<The effectiveness of health warning messages>> Tobacco Control, 1993.
22. Kathiann M. Kowalski. 2000: <<How tobacco ads target teens, tobacco companies spend millions of dollars on advertising to hook more smokers. Here are what you. should know to avoid the lure of tobacco.>> Lamkin L. B. Davis and A. Kamen 1998.
23. **Merikangas, Smoking** Dierker, S. Avenevoli, M. Stolar and K.R. and depression: an examination of mechanisms 24 Mar 2009.
24. National Institutes of Health: Centers for Disease Control and Prevention, Preventive Medicine 2002.
25. **Pons**, Women pregnant with their first **child**, those who had started **smoking** at a later age and .... and Menorca, a Spanish Mediterranean island ( **1997-1998**). .... Jane M, Nebot M, Badi M, **Berjano** B, Muñoz M, Rodríguez MC, et al.
26. **Rhodes & Jason, SMOKING PREVENTION** Researchers have long grappled with the problem of reducing tobacco ... the health and well-being of communities (**DiFranza** JR, Rigotti NA,

- McNeill AD, **et al.** Initial symptoms of nicotine .... **DiFranza JR**, Wellman RJ, Sargent JD, **et al.** Tobacco promotion ,1988.
27. Richonnier M.: <<The EC decision-making process; an inside view. The case of the Anti-Tobacco Fight>> The Center for International Affairs, Harvard University, 1991.
28. Shiffman S, Dresler CM, Hajek P, Gilbert SJ, Targett DA, Strahs KR. 2002 Efficacy of a nicotine lozenge for smoking cessation. Arch Intern Med. 2002. The development of European Union Tobacco – Control Policy.
29. Smoking and blindness British Medical Journal 2004.
30. Syndrome: review of the epidemiological evidence. Thorax 1997. Agency for Health.
31. Care Policy and Research Clinical Practice Guideline on Smoking Cessation, No. 18 AHCPR Rockville, MD, April 1997.
32. The effect of quitting smoking on chronic periodontitis 2005.
33. US Department of Health and Human Services. 1988 The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A report of the Surgeon General. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health, Who/Europe European Commission and Council of Europe 2002 the armond agenda.1988.

### **ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ**

1. <<ΜΕ ΕΝΔΙΑΦΕΡΕΙ>> .ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ:
- A. Σεπτέμβριος – Οκτώβριος .(1999).τεύχος 11
- B. Νοέμβριος – Δεκέμβριος . (1999) τεύχος 12
- Γ. Ιούλιος – Αύγουστος . (1999) τεύχος 10
- Δ. Ιούλιος – Αύγουστος . (2000) τεύχος 16
- Ε. Ιούνιος – Αύγουστος . (2002) τεύχος 27
2. <<ΚΑΡΔΙΑ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑ>>.
- A. Ιανουάριος – Μάρτιος. (2006) τεύχος 1

## Ηλεκτρονικές διευθύνσεις

1. <http://2gym-stavroup.thess.sch.gr/kapnisma/protaseis.htm>
2. <http://www.iator.gr/ag.sofia%20Hosp/efiviki.htm>
3. <http://www.nosmoking.gr> Μη κερδοσκοπικός οργανισμός
4. <http://www.6gymnasio.gr>
5. <http://www.pyxida.gr>
6. <http://www.asda.gr>
7. <http://www.gmss.gr>
8. <http://www.healthview.gr>
9. <http://www.madrev.com>
10. <http://www.heaygeia.gr>
11. <http://www.dromotherapeia.gr>
12. <http://www.cancer-society.gr/teensmoke/neoi1.htm>
13. <http://www.gym-n-zichn.ser.sch.gr>
15. <http://www.health.in.gr>
16. <http://www.mhcs.health.nsw>
17. <http://www.hygeia.gr>
18. <http://www.klimaka.org>
19. <http://www.cdc.gov>
20. <http://www.iatronet.gr>
21. (<http://www.medlook.net/article.asp?itene=id=1929>)

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1**



## ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ ΠΟΥ ΥΛΟΠΟΙΟΥΝ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1. τι ειδικότητα έχετε;
2. πόσο καιρό εργάζεστε στο χώρο της εκπαίδευσης;
3. πόσο διάστημα ασχολείστε με το πρόγραμμα αγωγής υγείας;
4. τι είναι η αγωγή υγείας;
5. μπορούν όλοι οι εκπαιδευτικοί να ασχοληθούν με το πρόγραμμα;
6. ποιος είναι ο τρόπος εκπαίδευσης σας;
7. ποια είναι η θεματολογία του προγράμματος;
8. ποιοι μέθοδοι ακολουθούνται στο μάθημα;
9. ποιος είναι ο σκοπός του προγράμματος;
10. πως αντιμετωπίζουν οι έφηβοι το πρόγραμμα;
11. ποια είναι τα αποτελέσματα του προγράμματος;
12. τι άποψη έχετε για το πρόγραμμα και για τα αποτελέσματα που μπορεί να φέρει;
13. ποιες είναι οι δικές σας προτάσεις σχετικά με την πρόληψη και ενημέρωση στον εκπαιδευτικό χώρο;

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2**

## **ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ ΠΟΥ ΑΣΧΟΛΟΥΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

1. τι ειδικότητα έχετε;
2. πόσο καιρό εργάζεστε στο χώρο της εκπαίδευσης;
3. πόσο διάστημα ασχολείστε με το πρόγραμμα αγωγής υγείας;
4. τι είναι η αγωγή υγείας;
5. μπορούν όλοι οι εκπαιδευτικοί να ασχοληθούν με το πρόγραμμα;
6. ποιος είναι ο τρόπος εκπαίδευσης σας;
7. ποια είναι η θεματολογία του προγράμματος;
8. ποιοι μέθοδοι ακολουθούνται στο μάθημα;
9. ποιος είναι ο σκοπός του προγράμματος;
10. πως αντιμετωπίζουν οι έφηβοι το πρόγραμμα αγωγής υγείας για το κάπνισμα;
11. ποια είναι τα αποτελέσματα του προγράμματος;
12. πόσοι απ τους εφήβους καπνίζουν και πως αντιμετωπίζουν το πρόγραμμα αγωγής υγείας για το κάπνισμα;
13. για ποιους λόγους πιστεύεται ξεκινούν οι έφηβοι το κάπνισμα;
14. οι έφηβοι γνωρίζουν τις επιπτώσεις του καπνίσματος;
15. τι άποψη έχετε για το πρόγραμμα και για τα αποτελέσματα που μπορεί να φέρει;
16. ποιες είναι οι δικές σας προτάσεις σχετικά με την πρόληψη και ενημέρωση στον εκπαιδευτικό χώρο;

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3**

## ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ

Η εργασία «Το κάπνισμα και οι έφηβοι» πραγματοποιήθηκε από τους μαθητές του Γυμνασίου Χρυσού στα πλαίσια Προγράμματος Αγωγής Υγείας, υπό την καθοδήγηση της κ.Θεοχαρίδου Αντωνίας, καθηγήτριας, συντονίστριας του προγράμματος και μεταφέρθηκε στην ιστοσελίδα του Νέου Σουλίου από τους μαθητές του Γυμνασίου Νέου Σουλίου.

Κατερίνα, πες μου εσύ γιατί καπνίζεις;

-Επειδή οι φίλοι μου καπνίζουν και επειδή μ' αρέσει.

Ξέρεις ότι το να καπνίζεις είναι ίσως επικίνδυνο;

-Ναι. Είναι κάποιοι που το λένε. Γενικά πρόκειται για γιατρούς ή ανθρώπους που δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Αλήθεια, ποτέ κανείς δεν μου εξήγησε γιατί είναι επικίνδυνο.

Ξέρεις Κατερίνα, από που κατάγεται ο καπνός;

-Όχι. Από την Αμερική ίσως;

Από την Αμερική, σωστά. Το 1492,ο Χριστόφορος Κολόμβος και οι ναύτες του έφτασαν στην Κούβα. Εκεί με έκπληξη είδαν, σε μια ιεροτελεστία, τους ιθαγενείς να ρουφούν με το στόμα και να βγάζουν από τα ρουθούνια καπνό που προερχόταν από δέσμη ξηρών φύλλων που καίονταν. Ο καπνός αυτός είχε μεθυστικό άρωμα, προκαλούσε μια γλυκιά νάρκη, και προερχόταν από τα φύλλα ενός φυτού που οι ιθαγενείς ονόμαζαν πετούν. Τα φύλλα, τυλιγμένα κυλινδρικά, καίονταν μέσα σε σωλήνα ή πίπα που καλούνταν ταμπάκο. Οι πρώτοι σπόροι μεταφέρθηκαν στην Ευρώπη γύρω στο 1556,στη Γαλλία, Πορτογαλία και Ισπανία ταυτόχρονα.

Ξέρεις από ποιόν έγινε γνωστός ο καπνός στη Γαλλία;

- Όχι.

Από το Jean Nicot, γάλλο πρεσβευτή στη Λισσαβόνα. Αυτός θέλοντας να ανακουφίσει τη βασίλισσα των Μεδίκων και το γιο της από τους φοβερούς πονοκεφάλους που τους ταλαιπωρούσαν, της έστειλε αποξηραμένα φύλλα καπνού με μια λεπτομερή περιγραφή για το πώς να τα χρησιμοποιεί και ποιες ωφέλειες προκύπτουν από τη χρήση τους. Την εποχή εκείνη πολύς κόσμος πίστευε στις θεραπευτικές ιδιότητες του καπνού.

Τότε κάπνιζαν τόσα τσιγάρα όσα και σήμερα;

- Ασφαλώς όχι. Κάπνιζαν λιγότερο γιατί ο καπνός ήταν ακριβός και δεν ήταν για όλους. Εξάλλου δεν υπήρχαν τσιγάρα σαν αυτά που καπνίζεις τώρα εσύ. Το τσιγάρο με τη σημερινή του μορφή εμφανίστηκε τον 19ο αιώνα και από τότε συνεχώς εξελίσσεται.

Πότε ήρθε ο καπνός στην Ελλάδα;

- Στην Ελλάδα ήρθε στις αρχές του 18ου αιώνα. Η διάδοση της χρήσης του καπνού τα πρώτα χρόνια προκάλεσε σφοδρές συζητήσεις και πολεμήθηκε από την εκκλησία και το κράτος. Οι θρησκευτικοί αρχηγοί αναθεμάτιζαν όσους κάπνιζαν. Μέχρι σήμερα

σώζονται στις βιβλιοθήκες του Αγίου Όρους αφορισμοί και απαγορεύσεις των Πατριαρχών και άλλων Πατέρων της χριστιανικής Εκκλησίας. Πολλοί σουλτάνοι επέβαλαν την ποινή του θανάτου στους καπνιστές. Όμως παρόλη την καταδίωξη, ίσως και χάριν σ' αυτήν, ο καπνός επιβλήθηκε και συνεχίζει να χρησιμοποιείται ως σήμερα.

Ξέρεις τι είναι ένα τσιγάρο;

- Ναι, ασφαλώς. Είναι ψιλοκομμένος καπνός τυλιγμένος από χαρτί.

- Ακριβώς. Ένα τσιγάρο είναι ένας κύλινδρος ψιλοκομμένου καπνού, τυλιγμένο σ' ένα χαρτί από φυτικές ίνες, πορώδες και εύφλεκτο. Το μήκος του ποικίλει από 7 εκ. έως 12 εκ. Τα τσιγάρα τα πιο μακριά είναι πιο πρόσφατα. Πολλές μάρκες τσιγάρων είναι εφοδιασμένες μ' ένα φίλτρο συχνά έγχρωμο, από ειδικό χαρτί για να μην κολλάει στα χείλη. Το φίλτρο είναι αναμφισβήτητα μια πρόοδος αλλά η προστασία του δεν είναι απόλυτη. Δεν κρατάει παρά 30% έως 40% των τοξικών ουσιών.

Από πότε καπνίζεις;

-Εδώ και 2 χρόνια.

Κάπνισες δηλαδή το πρώτο σου τσιγάρο στα 14.

-Ναι.

Πόσα τσιγάρα καπνίζεις σήμερα;

- Περίπου δέκα πέντε. Με φίλτρο.

-Κάποια συγκεκριμένη μάρκα;

- Όχι. Μ' αρέσει ν' αλλάζω. Μερικές φορές μου συμβαίνει να καπνίζω ένα πακέτο την ημέρα.

- Να ένα ενδιαφέρον θέμα έρευνας για τους υπεύθυνους της Δημόσιας Υγείας.

- Γιατί το λες αυτό;

Επειδή οι ασθένειες που συνδέονται με το καπνό εμφανίζονται τόσο πιο νωρίς όσο πιο νέος αρχίζει κάποιος το κάπνισμα. Δυστυχώς η ηλικία που αρχίζει κανείς το κάπνισμα δεν παύει να μικραίνει. Δεν είναι πια σπάνια να βλέπεις παιδιά 12 χρονών να καπνίζουν. Και κορίτσια. Καταλαβαίνεις τώρα γιατί οι υπεύθυνοι υγείας ανησυχούν;

Πες μου, εσύ γιατί καπνίζεις

- ... Επειδή όλοι καπνίζουν ... Επειδή είναι ευχάριστο ..... μ' αρέσει

Γιατί πιστεύεις ότι οι άνθρωποι καπνίζουν;

- Για τους ίδιους λόγους.

Οι λόγοι είναι στην πραγματικότητα διάφοροι και ποικίλουν ανάλογα με τα άτομα. Ποιος σου έδωσε το πρώτο τσιγάρο;

- Ο Κώστας. Καπνίζει εδώ και τρία χρόνια. Και του αρέσει. Λέει ότι τον χαλαρώνει, ότι τον κάνει λιγότερο νευρικό, λιγότερο αγχωμένο, τον επιτρέπει να δουλεύει καλύτερα.

Λέει ακόμη ότι του αρέσει να βλέπει τα δαχτυλίδια του καπνού. Και εγώ θέλησα να κάνω σαν αυτόν, να δω, να δοκιμάσω, από περιέργεια.

Και σου αρέσει;

- Στην αρχή όχι. Άρχισα να βήχω, τα μάτια μου μ' έτσουζαν. Δεν ήταν ωραία. Και έπειτα αυτό το άρωμα, η γεύση!

Οι φίλοι σου καπνίζουν;

- Ναι, η Άννα πλήττει, το κάπνισμα την διασκεδάζει. Ξεχνάει τον χρόνο που περνάει, και έτσι νικάει την μοναξιά και την κατάθλιψη. Ο Νίκος πήρε το πρώτο του τσιγάρο για να κάνει την επανάστασή του απέναντι στους γονείς του, στους καθηγητές, απέναντι στις απαγορεύσεις, όπως λέει.

- Α, στις απαγορεύσεις!

- Εμένα ποτέ δεν μου απαγόρευσαν τίποτε. Η μαμά μου καπνίζει πολύ. Έτσι, τα τσιγάρα τα γνωρίζω καλά, στο σπίτι. Πάντα κυκλοφορεί ένα πακέτο κοντά στην τηλεόραση.

Σου πρότεινε ποτέ τσιγάρο η μητέρα σου;

- Όχι. Δεν ξέρει ότι καπνίζω και σίγουρα δεν θα' θελα να το μάθει.

Πού καπνίζεις;

- Στο δρόμο, βγαίνοντας από το σχολείο. Μόνη ή με τους φίλους μου, όταν βρισκόμαστε. Εκεί, στην παρέα, τα τσιγάρα κυκλοφορούν. Όταν δέχεσαι ένα τσιγάρο, είναι σαν να δέχεσαι τον άλλον, κάνεις φίλους. Δημιουργείται ένας δεσμός μεταξύ μας.

Γενικά, σ' αρέσει το κάπνισμα;

- Ναι.

Και έπειτα;

- Έπειτα;

Ναι έπειτα;

- .....

Μίλησέ μου για την μαμά σου.

- Η μαμά καπνίζει πολύ, περίπου 40 τσιγάρα την ημέρα. Καπνίζει όταν τηλεφωνεί, όταν είναι συγχυσμένη, το πρωί μόλις ξυπνήσει, το βράδυ για να μην νυστάζει. Καπνίζει οδηγώντας και με ενοχλεί ειδικά τον χειμώνα όταν τα παράθυρα είναι κλειστά. Καπνίζει με τον καφέ, βλέποντας τηλεόραση. Γενικά καπνίζει πολύ και παντού. Αισθάνεται πολύ δυστυχισμένη όταν την Κυριακή το απόγευμα, τελειώνει το πακέτο της. Εκνευρίζεται θυμώνει με όλους και με όλα. Και τότε ο μπαμπάς πάει να της αγοράσει τσιγάρα. Και τότε όλα ηρεμούν. Η μαμά δεν μιλάει ποτέ για απόλαυση. Ίσως δεν αισθάνεται καμία απόλαυση. Θα' λέγε κανείς ότι είναι σκλάβο του τσιγάρου.

Και ο μπαμπάς σου;

- Αυτός δεν καπνίζει. Κάπνιζε όταν ήταν νέος αλλά σταμάτησε πριν να γεννηθώ. Θεωρεί τον εαυτό του πολύ τυχερό γι' αυτό.

Ο καπνός τον ενοχλεί;

- Μερικές φορές. Παραπονιέται ότι τσούζουν τα μάτια του, ότι πονάει ο λαιμός του και του φέρνει βήχα. Αλλά δεν λέει τίποτα. Αγαπάει πολύ την μαμά. Ωστόσο, θα' θελε πολύ να την έβλεπε να σταματάει το κάπνισμα. Μου 'χει μιλήσει γι' αυτό. Αν ήξερε ότι κι εγώ καπνίζω! Δυστυχώς η μαμά δεν καταφέρνει να το κόψει οριστικά. Προσπάθησε αρκετές φορές. Πήγε σε ειδικούς, δοκίμασε διάφορα προγράμματα, μαστίχες, χάπια. Σταματάει για λίγο αλλά μετά πάλι το ξαναρχίζει για το τίποτε. Η συνήθεια βλέπεις, η εξάρτηση.

Εσύ θα' θελες να γίνεις σαν την μητέρα σου;

- Όχι. Λυπάμαι όμως τον μπαμπά μου που είναι παθητικός καπνιστής. Έκανε τον αγώνα του, έκοψε το κάπνισμα αλλά δυστυχώς ζει σ' ένα περιβάλλον γεμάτο καπνό και είναι σαν να καπνίζει και ο ίδιος.

Το ίδιο ισχύει και για σένα και για όλα τα παιδιά που μεγαλώνουν σε περιβάλλον όπου οι μεγάλοι καπνίζουν. Έτσι εθίζονται από πολύ μικρά και υπάρχουν μεγάλες πιθανότητες να γίνουν καπνιστές μόλις μεγαλώσουν

Η Νικοτίνη

Και αυτή η εξάρτηση που κάνει τον καπνό ναρκωτικό και κάνει εξαρτημένους όλους αυτούς που καπνίζουν ξέρεις που οφείλεται;

- Στην Νικοτίνη.

Μπράβο. Ξέρεις τι είναι στ' αλήθεια η νικοτίνη;

- Όχι.

Η νικοτίνη είναι το σημαντικότερο αλκαλοειδές ανάμεσα στα άλλα που υπάρχουν στα φύλλα του καπνού. Τα αλκαλοειδή είναι αζωτούχες ουσίες φυτικής προέλευσης με αλκαλικές αντιδράσεις που επιδρούν βαθιά στο νευρικό σύστημα των ζώντων οργανισμών. Τέτοια είναι η κοκαΐνη, η μορφίνη, η στρυχνίνη, η καφεΐνη. Όλα τα φύλλα καπνού την περιέχουν. Είναι ένα δηλητήριο.

Δηλητήριο;

- Ναι. Ένα δυνατό δηλητήριο.

Η νικοτίνη στην φυσική της μορφή είναι ένα άχρωμο έλαιο, πικρό και καυτερό που σκουραίνει όταν εκτεθεί στον αέρα. Η νικοτίνη διαλύεται στο νερό και στο σάλιο. Αν κάνουμε μια ένεση με έξι σταγόνες νικοτίνης σ' ένα σκύλο, ο σκύλος θα ψοφήσει αμέσως, 8 σταγόνες είναι αρκετές για να σκοτώσουν ένα άλογο.



Πρόσεξεξ που σου είπα ότι η νικοτίνη διαλύεται στο σάλιο;

- Ναι.

- Μ' αυτόν τον τρόπο απορροφάται με μεγάλη ευκολία και ταχύτητα, από το βρογχικό επιθήλιο και το επιθήλιο των πνευμονικών κυψελίδων. Αυτό εξηγεί γιατί οι επιδράσεις ενός τσιγάρου γίνονται αντιληπτές από ένα καπνιστή. Μόλις περάσει μέσα στην κυκλοφορία του αίματος, η απορροφημένη νικοτίνη καταστρέφεται κατά μεγάλο ποσοστό από το συκώτι, το υπόλοιπο από άλλα όργανα άμυνας και αποβάλλεται από τα ούρα και τον ιδρώτα. Χρειάζεται περίπου μισή ώρα για να αποβληθεί η ποσότητα νικοτίνης που έχει απορροφηθεί. Ενεργεί άμεσα στο κεντρικό νευρικό σύστημα δημιουργώντας εθισμό. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα οφείλονται κατά κύριο λόγο στη νικοτίνη. Τα αιμοφόρα αγγεία κάτω από μια συνεχή διακύμανση πιέσεων τείνουν να χάσουν την ελαστικότητά τους και φθείρονται. Γι' αυτό όταν κάποιος έχει καρδιακά προβλήματα, υψηλή πίεση ή είναι διαβητικός είναι καλύτερο να μην καπνίζει.

Γιατί;

- Γιατί τα προβλήματα που οφείλονται σ' αυτές τις αρρώστιες εμφανίζονται πολύ πιο νωρίς στους καπνιστές, απ' ότι στους μη καπνιστές.

Κάνεις σπορ;

- Ναι.

- Τότε λοιπόν, πρέπει να ξέρεις ότι η νικοτίνη είναι επικίνδυνη για τους αθλητές επειδή προκαλεί υπογλυκαιμία. Από την άλλη, προκαλεί αύξηση του γαλακτικού οξέος το οποίο καταστρέφει την βιταμίνη C, απαραίτητη για τους αθλητές.

- Ωστόσο μερικοί αθλητές καπνίζουν

- Δεν έχουν δίκιο. Οι πραγματικοί αθλητές, αυτοί που κάνουν σπορ υψηλού επιπέδου για οποίους η αντοχή και η αναπνοή είναι απαραίτητες, δεν καπνίζουν. Γνωρίζεις το ποσοστό νικοτίνης των τσιγάρων που καπνίζεις;

- 1,09mg. Αυτό γράφει πάνω στο πακέτο. Τα πιο ελαφριά τσιγάρα περιέχουν 0,09mg. Δυστυχώς οι καπνιστές δεν το εκτιμούν αυτό, γιατί έχουν την εντύπωση ότι καπνίζουν άχυρο. Όμως η νικοτίνη δεν είναι η μοναδική τοξική ουσία του τσιγάρου.

- Ναι, ξέρω, πίσω της κρύβονται κι άλλες 3.000 ουσίες ένα μόνο τσιγάρο. Για φαντάσου!

- Όλες δεν είναι τοξικές και κάποιες φεύγουν μαζί με τον καπνό. Όμως θα ήθελα να μιλήσουμε για το μονοξείδιο του άνθρακα.

-Για το μονοξείδιο του άνθρακα ;

-Ακριβώς. Το μονοξείδιο του άνθρακα είναι ένα αέριο βλαβερό για τον οργανισμό. Μπορεί να προκαλέσει το θάνατο σε περίπτωση δηλητηρίασης. Για να ζήσει ο άνθρωπος έχει ανάγκη από οξυγόνο και όχι από μονοξείδιο του άνθρακα στο αίμα. Σ' ένα μη καπνιστή το ποσοστό του CO είναι 1% ενώ σ' ένα καπνιστή φτάνει το 6%. Το

μονοξειδίο του άνθρακα φτάνει στους πνεύμονες μαζί με τον καπνό, τοποθετείται στην αιμοσφαιρίνη, σχηματίζοντας ανθρακοαιμοσφαιρίνη και εμποδίζει τη δημιουργία οξυγονοαιμοσφαιρίνης, που είναι το συστατικό που μεταφέρεται από το οξυγόνο, σαν να ζούσε συνεχώς σε μεγάλο υψόμετρο όπου λείπει το οξυγόνο, πράγμα που μειώνει την ενέργειά του.

- Ωστε έτσι.

- Και οι άλλες βλαβερές ουσίες; Τι προβλήματα προκαλούν;

- Καταστρέφουν το επιθήλιο των βρόγχων. Έτσι μειώνεται η αντίσταση του οργανισμού και ευνοείται η εμφάνιση ασθενειών. Ο καπνιστής αρχίζει να βήχει και να φτύνει. Σιγά – σιγά αποκτά χρόνια βρογχίτιδα και αναπνευστικά προβλήματα. Έτσι, κάποιες καθημερινές δραστηριότητες όπως το ν' ανέβει σκαλιά, να ανέβει μια ανηφόρα γίνονται όλο και πιο δύσκολες.

- Και αν ο καπνιστής σταματήσει να καπνίζει;

- Τότε η κατάσταση μπορεί σιγά – σιγά να καλυτερεύσει. Όλα εξαρτώνται από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται. Δυστυχώς, κάποιοι καπνιστές παρά τις συμβουλές του γιατρού τους δεν καταλαβαίνουν και συνεχίζουν να καπνίζουν. Συνεχίζουν επειδή τους λείπει η θέληση. Έτσι βήχουν, φτύνουν, υποφέρουν και προκαλούν προβλήματα και στεναχώρια στον εαυτό τους αλλά και στα άτομα του περιβάλλοντός τους.

-Το κάπνισμα έχει άλλες δυσάρεστες επιπτώσεις;

-Ναι. Ορισμένες είναι ανώδυνες, αλλά ενοχλητικές, όπως τα κιτρινωμένα δάχτυλα και δόντια, η δυσάρεστη αναπνοή, η δυσάρεστη μυρωδιά των ρούχων. Άλλες είναι πιο σοβαρές, όπως η πρόωγη εμφάνιση των ρυτίδων, οι σακούλες κάτω από τα μάτια, το αραίωμα των μαλλιών και η μείωση του χρόνου ζωής.

Μείωση του χρόνου ζωής;

-Ναι. Κάθε τσιγάρο που καπνίζεις κονταίνει τη ζωή σου κατά 15 λεπτά. Σε σχέση με ένα μη καπνιστή, ο καπνιστής κόβει την ελπίδα ζωής κατά 4 έως 8 χρόνια.

Επιτρέπεται να καπνίζει μια γυναίκα που περιμένει παιδί;

- Όχι. Η νικοτίνη περνάει στο έμβryo. Μια έγκυος γυναίκα που καπνίζει κινδυνεύει να γεννήσει πρόωρα ή να γεννήσει ένα μωρό μικρού βάρους με καρδιακά προβλήματα. Επίσης τα παιδιά των καπνιστών προσβάλλονται ευκολότερα από αναπνευστικά προβλήματα, βρογχίτιδες, ωτίτιδες, πόνους στο λαιμό από τα παιδιά των μη καπνιστών.

Και πως γίνεται αυτό;

-Τα παιδιά που εισπνέουν τον καπνό του τσιγάρου που καίει στο τασάκι δίπλα τους είναι παθητικοί καπνιστές.

Δηλαδή; Τι είναι ακριβώς το παθητικό κάπνισμα;

-Το παθητικό κάπνισμα μπαίνει στην κατηγορία του άφιλτρου καπνίσματος. Όσο το τσιγάρο καίει στο τασάκι, ο καπνός εισέρχεται στον οργανισμό μας σαν να μην υπήρχε καθόλου φίλτρο. Έτσι «τα ξεχασμένα» τσιγάρα είναι αυτά τα τσιγάρα που καπνίζουμε,

και μάλιστα διπλά, γιατί η περιεκτικότητα σε πίσσα και νικοτίνη που αναφέρονται πάνω σε κάθε πακέτο αφορά την εισπνοή με το φίλτρο.

Τώρα καταλαβαίνω γιατί με πιάνει πονοκέφαλος όταν μείνω πολλές ώρες σε ένα μπαρ. Καπνίζω το τσιγάρο μου αλλά εισπνέω και τον καπνό των άλλων.

-Ίσως μπορείς τώρα να καταλάβεις γιατί οι μη καπνιστές υποφέρουν όταν βρίσκονται σε χώρο με πολύ καπνό και κάνουν αγώνες για να διεκδικήσουν το δικαίωμα για χώρους καθαρούς χωρίς καπνό, αποπνικτική ατμόσφαιρα και άσχημη μυρωδιά.

Μίλησε μου για τον καρκίνο.

- Καταστρέφοντας το επιθήλιο των βρόγχων, οι βλαβερές ουσίες ευνοούν τη δημιουργία του καρκίνου των πνευμόνων. Η πίσσα δημιουργεί μια μαύρη επικάλυψη στις κυψελίδες και στους βρόγχους των πνευμόνων, η οποία παραμένει για αρκετά χρόνια αφότου ο ασθενής διακόψει το κάπνισμα. Στην ουσία, το τσιγάρο είναι ένα θερμοδυναμικό σύστημα. Στην αναμμένη άκρη του, στην καύτρα, η θερμοκρασία φτάνει τους 800ο C ,ενώ στο φίλτρο η θερμοκρασία είναι μόνο 25ο . Τα μόρια του καπνού δέχονται αλληπάλληλες πυρολύσεις, διασπώνται δηλαδή με την επίδραση της υψηλής θερμοκρασίας και περνούν σε ασταθή κατάσταση. Στη συνέχεια κρυώνουν, μέχρι να δεχθούν την επόμενη ηλεκτρόλυση. Τα ελεύθερα ηλεκτρόνια που περιέχουν τα ασταθή αυτά μόρια εισέρχονται στα κύτταρα των πνευμόνων και προκαλούν ζημιά. Με τις σημερινές γνώσεις πάνω στο θέμα μπορούμε να επιβεβαιώσουμε χωρίς ίχνος αμφιβολίας ότι υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στον καπνό και το καρκίνο των πνευμόνων που συνεχώς αυξάνει. Ένας μέσος καπνιστής έχει 70% περισσότερες πιθανότητες να προσληφθεί από καρκίνο σε σύγκριση με έναν που καπνίζει σε σύγκριση με ένα που δεν καπνίζει.

-Παρ' όλα αυτά γνωρίζω δυο άτομα που έχουν καρκίνο του πνεύμονα και δεν έχουν καπνίσει ποτέ!

- Ασφαλώς. Οι καρκίνοι των πνευμόνων παρατηρούνται επίσης και σε μη καπνιστές. Ούτε βέβαια όλοι οι καπνιστές παθαίνουν καρκίνο των πνευμόνων, απλά τα ποσοστά εμφάνισης τους είναι μεγαλύτερα στους καπνιστές.

Πως εξηγείται αυτό;

- Όσο κι αν φαίνεται παράξενο, ο υπερήλικας, που πέρασε τα 65 χρόνια μπορεί να συνεχίσει το κάπνισμα με τον ίδιο ρυθμό, χωρίς να παρουσιάσει αναπνευστικές ή αγγειοκαρδιακές διαταραχές. Υπάρχουν σπάνιες περιπτώσεις που ο οργανισμός έχει πλέον συνηθίσει τα ναρκωτικά και έμαθε να ελέγχει τα αποτελέσματα. Η φυσιολογική τους κατάσταση μάλιστα μπορεί να χειροτερέψει από μια ριζική έλλειψη καπνού.

Σε τι ηλικία εμφανίζονται οι καρκίνοι;

-Αργά, μετά από 30-40 χρόνια ,αν εισπνέει κανείς τον καπνό.

Δεν πρέπει λοιπόν να εισπνέουμε τον καπνό;

-Σίγουρα όχι, πρέπει επίσης να 'χει καπνίσει κάποιος πάνω από 250.000 τσιγάρα.

Πόσα τσιγάρα καπνίζεις την ημέρα;

- Περίπου 20.

Ωραία, αν τα πολλαπλασιάσουμε με το 365 θα βρούμε πόσα καπνίζεις το χρόνο.

- 7300

-Μπράβο. Πολλαπλασιάζοντας με το 10 θα έχουμε τον αριθμό των τσιγάρων σε 10 χρόνια.

73.000.

-Ναι ,πολλαπλασιάζοντας με τον αριθμό 30, τον αριθμό των τσιγάρων σε 30 χρόνια.

-219.000.

-Αν δεν σταματήσεις να καπνίζεις οι γιατροί θα σε κατατάξουν γύρω στα 44 στην κατηγορία των καπνιστών υψηλού κινδύνου.

Ο καπνός προκαλεί άλλους καρκίνους;

-Ναι, τον καρκίνο των χειλέων, του νεφρού, της ουροδόχου κύστης, του οισοφάγου, του στομάχου.

Υπάρχουν καλά και κακά τσιγάρα; Για παράδειγμα ,τα «ελαφριά» είναι λιγότερο επικίνδυνα;

-Ένας από τους βασικούς παράγοντες που καθορίζουν τον κίνδυνο που διατρέχει ένας καπνιστής είναι οι προσωπικές του συνήθειες. Η χρονική διάρκεια της συνήθειας και ο ημερήσιος αριθμός τσιγάρων που καταναλώνονται είναι οι πιο σημαντικοί συντελεστές. Θα πρέπει όμως να συνυπολογίσουμε και άλλους παράγοντες, όπως, για παράδειγμα, με πόσες ρουφηξιές καταναλώνουμε ένα τσιγάρο, τον όγκο του καπνού που αντιστοιχεί σε καθεμιά, το βάθος και τη διάρκεια κάθε εισπνοής.

Η ιδέα ότι τα τσιγάρα που περιέχουν χαμηλό ποσοστό νικοτίνης είναι λιγότερο επιβλαβή, είναι λανθασμένη. Αν η βαθύτερη εισπνοή είναι το πρώτο μείον του ελαφρού τσιγάρου, το δεύτερο είναι η αύξηση της ποσότητας του καπνού που λαμβάνουμε για να διατηρηθούν τα επίπεδα της νικοτίνης σταθερά. Ένας καπνιστής που περνάει σε πιο ελαφρύ τσιγάρο έχει την τάση να καπνίζει περισσότερο, για να δώσει στον οργανισμό του το ποσοστό της νικοτίνης στην οποία είναι εθισμένος. Το αποτέλεσμα είναι πως μειώνει έτσι τον κίνδυνο του καρκίνου των πνευμόνων αυξάνοντας ταυτόχρονα τον κίνδυνο των καρδιαγγειακών ασθενειών. Το αποτέλεσμα της χρήσης των ελαφρών τσιγάρων θεωρείται αρνητικό αν δεν συνοδεύεται από παράλληλη μείωση του ποσοστού της νικοτίνης.

Πόσο μας προστατεύουν τα φίλτρα των τσιγάρων;

Ο παραλληλισμός του φίλτρου των τσιγάρων με τα φίλτρα των εξατμίσεων των αυτοκινήτων είναι αρκετά επιτυχημένος. Το άφιλτρο τσιγάρο, γευστικότερο για αρκετούς καπνιστές, μοιάζει με μια εξάτμιση που αφήνει τα καυσαέρια ανεπεξέργαστα στην ατμόσφαιρα. Στην ελληνική αγορά κυκλοφορεί σήμερα το φίλτρο BF, που βασίζεται σε ένα συνδυασμό οξικής κυτταρίνης, ενεργού άνθρακα και αιμοσφαιρίνης. Παρόλο που το συγκεκριμένο φίλτρο έχει διεθνή αναγνώριση και τα αποτελέσματα του είναι επιστημονικά τεκμηριωμένα, η δράση του αμφισβητείται από πολλούς ερευνητές.

Καλύτερα λοιπόν λίγα βαριά τσιγάρα τη ημέρα ή περισσότερα ελαφριά;

-Υπάρχει κίνδυνος και από τα δυο. Στην ουσία δεν μπορεί να είναι παρά προσωπική επιλογή. Αν επιμένει κάποιος να καπνίζει πολλά τσιγάρα, τότε καλύτερα να είναι ελαφριά. Αν μπορεί όμως να κρατήσει σε χαμηλά επίπεδα το ποσοστό της νικοτίνης που χρειάζεται, τότε καλύτερα λιγότερα και πιο βαριά.

-Ένα πράγμα κατάλαβα. Ο καπνός είναι βλαβερός για την υγεία με όποιο τρόπο και αν καταναλώνεται. Γι' αυτό κάθε καπνιστής πρέπει να γνωρίζει τους κινδύνους που διατρέχει και να διαλέγει ΥΓΕΙΑ Η ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.

Πόσο σου στοιχίζει ένα πακέτο τσιγάρα;

-Δυο ευρώ περίπου.

Δεν θέλεις να αγοράσεις κάτι για τον εαυτό σου κάπου-κάπου;

-Ναι, αλλά η ζωή είναι ακριβή.

Αν εξοικονομούσες 2 ευρώ την ημέρα; Έχεις σκεφτεί τι θα μπορούσες να αγοράσεις για τον εαυτό σου; Πόσα αρώματα; Πόσα μπλουζάκια;

-Ομολογώ ότι δεν το έχω σκεφτεί!

Και όλα αυτά τα πακέτα που είναι πεταμένα στους δρόμους, στα πάρκα, στα παρκινγκ, σου αρέσουν;

-Όχι!

Τότε, γιατί καπνίζεις;

-.....

-Δεν θα ήταν καλύτερα να μυρίζεις ωραία ,να έχεις κατάλευκα δόντια, να ξοδεύεις το χαρτζιλίκι σου όπως σου αρέσει, να μπορείς να λες περήφανα «Όχι, ευχαριστώ, δεν καπνίζω!»;

Πιστεύεις ότι είναι τόσο εύκολο να το κόψω;

-Σίγουρα δεν είναι τόσο εύκολο, αλλά ούτε τόσο δύσκολο. Καταρχήν πρέπει να πιστέψεις ότι ζωή χωρίς τσιγάρο έχει περισσότερα πλεονεκτήματα και απολαύσεις παρότι η ζωή η εξαρτημένη από τον καπνό.

Είναι αρκετό μόνο αυτό; Και ο εθισμός, η παρέα;

- Πρέπει να διαλέξεις εσύ τη μέρα και τη στιγμή που θα κόψεις το τσιγάρο. Σίγουρα δεν βοηθάει μια περίοδος άγχους και πολλής δουλειάς.

Και οι φίλοι;

-Στην αρχή θα κάνεις παρέα με φίλους που δεν καπνίζουν ή έχουν αποφασίσει κι εκείνοι να κόψουν το τσιγάρο. Ίσως τότε ο αγώνας να είναι πιο εύκολος.

Είναι προτιμότερο να κόψω το τσιγάρο μια κι έξω ή να το μειώνω σταδιακά;

-Σίγουρα ο καλύτερος τρόπος είναι να το κόψεις μια κι έξω. Καλό είναι επίσης να ακολουθήσεις μια δίαιτα πλούσια σε βιταμίνες με φρούτα και λαχανικά. Να αποφεύγεις τον καφέ, το αλκοόλ. Αυτό θα σε βοηθήσει.

Νομίζω ότι πρέπει να προσπαθήσω για τον εαυτό μου και για τους ανθρώπους που αγαπώ.

- Και κάτι ακόμη. Όταν κάποια στιγμή νιώσεις έντονη την επιθυμία να καπνίσεις πάλι, πάρε πολλές βαθιές αναπνοές, μετά πιεσ ένα ποτήρι νερό και.....σκέψου πάλι την απόφασή σου. Και αν αποτύχεις την πρώτη φορά, ξαναδοκίμασε! Λίγοι τα καταφέρνουν με την πρώτη. Καλή τύχη!

## ΣΤΑΜΑΤΗΣΤΕ ΤΩΡΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Οι κίνδυνοι του τσιγάρου για τους καπνιστές:

Χρόνιες βρογχίτιδες

Καρκίνος των πνευμόνων

Καρδιακά προβλήματα

Κόπωση

Ο καπνός είναι τοξικός και για τους καπνιστές και για τους μη καπνιστές και προκαλεί τα ίδια άσχημα συμπτώματα.

Γιατί να σταματήσω;

Η ζωή χωρίς τσιγάρο έχει περισσότερα πλεονεκτήματα από τις αμφίβολες απολαύσεις της εξάρτησης από τη νικοτίνη.

Καλύτερευση της υγείας και ελπίδα ζωής

Καλύτερη φυσική κατάσταση

Καλύτερες επιδόσεις

Οικονομία

Ελευθερία γιατί το κάπνισμα, ας μη γελιόμαστε, είναι μια εξάρτηση.

Κάποια κόλπα που βοηθούν

Πέταξε τα τσιγάρα, αναπτήρες, σταχτοδοχεία.

Ειδοποίησε τους φίλους σου και τους συνεργάτες σου (ώστε να μην μπορείς εύκολα να κάνεις πίσω).

Να πίνεις πολύ νερό.

Να αποφεύγεις τον καφέ, το τσάι, το αλκοόλ που ζητάν τσιγάρο.

Να τρως φρούτα και γαλακτοκομικά.

Να αρνηθείς, αν είναι δυνατόν, μια έξοδο με καπνιστές.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4**



## 6ο Γυμνασιο Σερρών

### ΚΑΠΝΙΣΜΑ & ΥΓΕΙΑ

(Πρόγραμμα Αγωγή Υγείας)

Η εργασία αυτή έγινε από τους παρακάτω μαθητές:

Αδαμούδη Αθανασία - Ζαφειράκη Αργυρή - Μαρία Δεδούση - Νίκος Αυγερινός - Γιώργος Αξιάρης - Λίνα Δημητρακοπούλου - Δικαίου Ευφροσύνη

Γεωργιτζίκη Ελπίδα - Βενέτη Αικατερίνη - Γεωργίου Χρυσούλα

Την επιμέλεια και τον συντονισμό της εργασίας είχαν

οι Καθηγήτριες του 6ου Γυμνασίου:

Σαμσάρη Αργυρή και Κιλτζή Σοφία.

Web team:

Βαγγέλης Γκιμπερίτης και οι μαθητές του.

A) 50 άτομα ρωτήθηκαν

1) Πιστεύετε ότι το κάπνισμα βλάπτει την υγεία :

Απάντησαν Ναι = 50 Οχι = 0

2) Εσείς καπνίζετε

Ναι = 22 Οχι = 28

3) Αφού ξέρετε ότι το κάπνισμα βλάπτει την υγεία γιατί καπνίζετε;

α) συνήθεια β) εξάρτηση γ) έτσι δ) όρεξη ε) δεν μας κόβει

B) 220 άτομα απάντησαν στις ερωτήσεις

1) Το κάπνισμα βλάπτει την υγεία:

α) συμφωνώ 209

β) διαφωνώ 11

γ) δεν γνωρίζω 0

2) Είναι επικίνδυνο για την υγεία να εκπνέουμε τον καπνό των άλλων:

α) συμφωνώ 210

β) διαφωνώ 9

γ) δεν γνωρίζω 1

- 3) Το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα :
- α) συμφωνώ 205
  - β) διαφωνώ 9
  - γ) δεν γνωρίζω 6
- 4) Το κάπνισμα προκαλεί καρδιακές παθήσεις:
- α) συμφωνώ 177
  - β) διαφωνώ 9
  - γ) δεν ξέρω 34
- 5) Μια έγκυος που καπνίζει κινδυνεύει να βλάψει την υγεία του παιδιού της:
- α) συμφωνώ 201
  - β) διαφωνώ 9
  - γ) δεν γνωρίζω 10
- 6) Οι άνθρωποι αρχίζουν το κάπνισμα γιατί θεωρούν ότι αποτελεί συνήθεια που χαρακτηρίζει τους ενήλικες:
- α) συμφωνώ 96
  - β) διαφωνώ 63
  - γ) δεν γνωρίζω 61
- 7) Θα έπρεπε να επιτρέπεται στους καπνιστές να καπνίζουν οπουδήποτε:
- α) συμφωνώ 50
  - β) διαφωνώ 165
  - γ) δεν γνωρίζω 5
- 8) Θα πρέπει να απαγορευτεί εντελώς η πώληση προϊόντων καπνού:
- α) σύμφωνα 120
  - β) διαφωνώ 72
  - γ) δεν γνωρίζω 28
- 9) Θα πρέπει να απαγορευτεί εντελώς κάθε είδους διαφήμιση προϊόντων καπνού:
- α) συμφωνώ 89
  - β) διαφωνώ 58
  - γ) δεν γνωρίζω 31
- 10) Το κάπνισμα θα πρέπει να απαγορευτεί στα σχολεία:

α) συμφωνώ 210

β) διαφωνώ 5

γ) δεν γνωρίζω 5

11) Θα πρέπει να αναγράφεται στα πακέτα των τσιγάρων προειδοποίηση σχετικά με τις βλάβες που προκαλεί το κάπνισμα στην υγεία:

α) συμφωνώ 199

β) διαφωνώ 16

γ) δεν γνωρίζω 5

Σ' ένα δεύτερο ερωτηματολόγιο απάντησαν 162 αγόρια και 182 κορίτσια ηλικίας 12-16 ετών.

Έχεις ποτέ καπνίσει:

Ναι 64 Όχι 280

Πόσων ετών ήσουν όταν κάπνισες το πρώτο σου τσιγάρο:

10-16 ετών.

Πως αισθανόσουνα όταν κάπνισες το πρώτο σου τσιγάρο και μετά.

Ένωσα μεγάλος, ήρεμος, απαίσια, αηδία, μαγκιά, πολύ ωραία, παράξενα, κανονικά.

Αν συνεχίζεις να καπνίζεις σήμερα :

Ναι 39 Όχι 305

Πόσα τσιγάρα καπνίζεις την εβδομάδα :

κανένα 305ατ.

10 ή λιγότερα 13ατ.

Περισσότερα από 10 - 10ατ.

Περισσότερα από 20 - 3ατ.

Περισσότερα από 50 - 13ατ.

Το κάπνισμα προκαλεί μια σειρά από ασθένειες. Γράψε αυτές που γνωρίζεις:

Καρκίνος των πνευμόνων, βλάπτει την υγεία, άσθμα, καρδιακές παθήσεις, καρκίνος στόματος, εγκεφαλικά Γιατί άρχισες να καπνίζεις:

Καπνίζουν οι φίλοι μου 355

Είχα την περιέργεια να δοκιμάσω 230

Ήθελα να αισθανθώ μεγάλος 173

Οι γονείς και τα αδέρφια μου καπνίζουν 135

Ήθελα να εντυπωσιάσω το αγόρι / κορίτσι μου 185

Αισθανόμουν μοναξιά 72

Το κάπνισμα με βοηθάει να ηρεμώ 111

Άλλος λόγος, μαγκιά, κάτι ξεχωριστό μου αρέσει η κίνηση.

Πιστεύεις ότι θα καπνίζεις όταν τελειώσεις το σχολείο;

α) Ναι 62

β) Όχι 176

γ) δεν είμαι βέβαιος 106

Σε ενοχλεί να καπνίζουν άλλοι στην παρέα σου;

α) Ναι 209

β) Όχι 135

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5**

## **Κάπνισμα: Εξάρτηση και βαθμός Ενημέρωσης σε μαθητές Μέσης εκπαίδευσης και τους γονείς τους.**

### **Ερευνητική εργασία**

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Τόμος 18 Τεύχος 3, 142-148, 2006

Δ. Γιαννόπουλος, Α. Αρβανίτης, Σ. Βουλίωτη, Α. Σκαρπέλος, Ν. Ραζής, και ομάδα εργασίας του τμήματος Γενικής Ιατρικής Γ.Ν Πατρών «Άγιος Ανδρέας»

### Περίληψη

#### Σκοπός

Παρ' όλη την εντατική αντικαπνιστική εκστρατεία των τελευταίων ετών, το πρόβλημα του καπνίσματος στον ελληνικό πληθυσμό και ειδικότερα στους εφήβους παραμένει έντονο. Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση του μεγέθους του προβλήματος σε μαθητές Γυμνασίου και στους γονείς τους.

#### Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος

Μετά την λήψη των κατάλληλων αδειών από τη περιφερειακή Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Δυτικής Ελλάδας, απευθυνθήκαμε σε 640 συνολικά μαθητές (ηλικία 11-15 ετών) 5 Γυμνασίων. Στους μαθητές μοιράστηκαν δυο ανώνυμα ερωτηματολόγια, ένα για να απαντηθεί από τους ίδιους και ένα για να απαντηθεί από έναν εκ των γονέων τους (τυχαία επιλογή από τους μαθητές). Τα ερωτηματολόγια μαθητή-γονέα παρέμειναν σε αντιστοιχία. Οι ερωτήσεις αφορούσαν στις καπνιστικές συνήθειες μαθητών και γονέων, στην ενημερότητα των γονέων για το εάν καπνίζουν τα παιδιά τους και, τέλος, στη γνώση των συνεπειών του καπνίσματος.

#### Αποτελέσματα

Το 35% των μαθητών καπνίζουν, με υπεροχή των αγοριών ( $P < 0,001$ ). Από αυτούς καθημερινά καπνίζει το 31,6%, ενώ σποραδικά το 68,4%. Από τους μη καπνίζοντες, το 23,8 αναφέρει ότι έχουν δοκιμάσει τσιγάρο έστω και μια φορά. 190 καπνίζοντες μαθητές αναφέρουν ότι και τα αλλά μέλη της οικογένειάς τους καπνίζουν, ενώ μόλις 22 αναφέρουν ότι καπνίζουν μέσα στο σπίτι τους, σε αντιπαράθεση με τους υπόλοιπους (90,2%) που καπνίζουν στο φροντιστήριο, στο σχολείο, και αλλού. 76,1% των γονέων καπνίζει, χωρίς σημαντική υπεροχή κάποιου φύλου. Υπήρξε αξιοσημείωτη υπεροχή των καπνιζόντων γονέων για τους καπνίζοντες μαθητές ( $P < 0,0001$ ). Ποσοστό 82,6% των γονέων δεν γνωρίζουν ότι καπνίζουν τα παιδιά τους. Από τους υπολοίπους 39 γονείς που γνωρίζουν ότι τα παιδιά τους καπνίζουν, μόλις οι 11 (28,2%) αναφέρουν ότι επιτρέπουν στα παιδιά τους να καπνίζουν μπροστά τους. Όλοι οι μαθητές και όλοι οι γονείς δηλώνουν ότι γνωρίζουν τις συνέπειες του καπνίσματος και σχεδόν όλοι αναφέρουν τον καρκίνο του πνεύμονα και τον θάνατο. Ωστόσο σημαντικό ποσοστό επικεντρώνεται σε «κοσμητικές» συνέπειες (κιτρίνισμα δοντιών, δυσσομία αναπνοής και ρούχων), ενώ άλλες σημαντικές συνέπειες στην υγεία αναφέρονται με πολύ χαμηλά ποσοστά.

#### Συμπεράσματα

Από τα καταγραφόμενα στοιχεία προκύπτει ότι σημαντικό ποσοστό μικρών μαθητών καπνίζει έχοντας ως πρότυπο του γονείς, άρα τους περιορισμούς εκ μέρους των γονέων. Επίσης καταδεικνύεται το χαμηλό επίπεδο ενημέρωσης εφήβων και ενηλίκων σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος. Είναι απαραίτητη η Αγωγή Υγείας στα σχολεία προκειμένου να βελτιωθεί η εκπαίδευση των οικογενειών για την πρόληψη του καπνίσματος.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6**



## ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΜΙΑ ΒΛΑΒΕΡΗ ΕΛΞΗ- ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ

Μίχου Ε., Παξιμαδάκη Ζ.

Στατιστική έρευνα

Για τη συλλογή των πληροφοριών χρησιμοποιήσαμε ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν σε 200 δείγματα. Η εκλογή του δείγματος ήταν τυχαία και απευθύνονταν σε ενήλικους καπνιστές άνδρες και γυναίκες.

Η μέθοδος επεξεργασίας του υλικού που ακολουθήσαμε ήταν το σύστημα των χειρόγραφων ατομικών δελτίων.

Από τα δημοσιογραφικά στοιχεία που συλλέξαμε με την έρευνα, στο μόνο αξιοσημείωτο συμπέρασμα που καταλήξαμε είναι ότι οι γνώσεις των καπνιστών για το κάπνισμα είναι ανεξάρτητες από την ηλικία ή το επάγγελμα.

Τα αποτελέσματα στα οποία καταλήξαμε ανά ερώτηση είναι τα εξής:

1.Γνωρίζεται τις επιπτώσεις του καπνίσματος;

- Στην υγεία.
- Στην εμφάνιση.
- Στο οικονομικό κόστος.

Ο κόσμος είναι ενημερωμένος στο σύνολο τους για τις επιπτώσεις του καπνίσματος: 95% γνωρίζουν τις επιπτώσεις στην υγεία, 67,5% στην εμφάνιση και 87,5% στο οικονομικό κόστος. Εδώ αξίζει να σημειωθεί το προβάδισμα των γυναικών σ' αυτή την ερώτηση: 86% των γυναικών την επίπτωση του καπνίσματος στην εμφάνιση, εν αντίθεση με τους άνδρες(45%).

2.Έχετε ποτέ διακόψει το κάπνισμα;

- αν ναι, με ποιο τρόπο
- αν όχι, για ποιο λόγο

Το 63% των ατόμων έχει διακόψει το κάπνισμα για κάποιο χρονικό διάστημα. Ο πιο συνηθισμένος τρόπος ήταν η απότομη διακοπή του καπνίσματος (46,8%) και ακολουθεί η σταδιακή ελάττωση με ποσοστό 10%.Ενώ το 36.5%δεν έχουν διακόψει ποτέ το κάπνισμα γιατί τους αρέσει να καπνίζουν σε ποσοστό 42%, μάλιστα ένας καπνιστής έδωσε την εξής χαρακτηριστική απάντηση: «Είμαι η ερωμένη μου»

3.Ποιες από τις παρακάτω μεθόδους αντικατάστασης νικοτίνης γνωρίζετε;

- διαδερμικό τσιρότο (patch) νικοτίνης
- τσίγλα νικοτίνης
- ενδορινικό σπρέι
- εκνέφωμα

- χάπι κατά του καπνίσματος

Η πιο γνωστή μέθοδος φαίνεται να είναι η τσίχλα νικοτίνης (67%) και ακολουθούν: διαδερμικό τσιρότο(42.5%), χάπι κατά του καπνίσματος(27%), ενδορινικό σπρέι (9,0%), in haler νικοτίνης(5%). Ενώ 16% των ερωτηθέντων δεν γνώριζε κανένα από τα παραπάνω.4. Θα σας ενδιέφερε μια ευρεία ενημέρωση πάνω στο θέμα αυτό από ειδικούς (γιατρούς-νοσηλευτές κ.α.);

Το 52% θα ήθελαν να ενημερωθούν για τους τρόπους αντικατάστασης της νικοτίνης από ειδικούς ενώ 45% δεν το επιθυμούν.

Εδώ αξίζει να σχολιαστεί το γεγονός ότι το 56% των καπνιστών που αγνοούν τους τρόπους αντικατάστασης της νικοτίνης δεν επιθυμούν να ενημερωθούν.

5.Πιστεύετε ότι τα άτομα για τη διακοπή του καπνίσματος έχουν ανάγκη από:

- βοήθεια από ειδικό ψυχολόγο• υποστήριξη από ομάδα γιατρών-νοσηλευτών
- ηθική συμπαράσταση από το οικείο τους περιβάλλον
- άλλο...

Οι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι για τη διακοπή του καπνίσματος έχουν ανάγκη από την υποστήριξη του οικείου περιβάλλοντος τους σε ποσοστό 64% , ενώ ισχυρή θέληση(24,5%)αποτελεί σημαντικό παράγοντα. Σαν γενικό συμπέρασμα από τα παραπάνω ανάγεται ότι οι καπνιστές αν και ενημερωμένοι για τις επιπτώσεις του καπνίσματος, συνεχίζουν το κάπνισμα, έτσι κι αν για κάποιο διάστημα απέχουν απ' αυτό(π.χ. εγκυμοσύνη).Ακόμη πολλοί δεν γνωρίζουν τις μεθόδους αντικατάστασης της νικοτίνης ( που ενδεχομένως μπορούν να βοηθήσουν στη διακοπή του καπνίσματος) αλλά και δεν επιθυμούν την ενημέρωση από ειδικούς. Τι φταίει για τούτες τις αντιλήψεις; Γιατί αυτή η αδιαφορία των ατόμων για την υγεία τους, για τη ζωή τους; Γιατί υπερέχει της λογικής η ικανοποίηση των επιθυμιών, έστω κι αν αυτές είναι επιζήμιες για την υγεία τους;Είναι γενικό φαινόμενο των καιρών ή φταίει ο «ωχαδילφισμός» που μας διακατέχει; Η μήπως οι καπνιστές δεν πιστεύουν ότι το κάπνισμα θα δημιουργήσει σ' αυτούς πρόβλημά υγείας;Εστω κι αν μια στιγμή πιστέψουν ότι δεν πρόκειται να συμβεί σ' αυτούς , ήδη έχουν διαπράξει το μεγαλύτερο λάθος της ζωής τους. Γιατί πολύ απλά κάποια στιγμή συμβαίνει και τότε πανικόβλητοι σταματούν το κάπνισμα. Μόνο που πολλές φορές είναι ανώφελο. Το πάθος τους για μια απόλαυση τους έχει οδηγήσει στη διακύβευση της ίδιας τους της ζωής.

#### Συμπεράσματα

Η διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως σταθερός στόχος και οι καπνιστές πρέπει να ενθαρρύνονται για να υποστούν τον κύκλο της δοκιμασίας να σταματήσουν το κάπνισμα και της υποτροπής πολλές φορές.

Ποικίλοι μέθοδοι υποστήριξης είναι δυνατοί ξεκινώντας από την απλή συμβουλή έως την φαρμακολογική θεραπεία συμπεριφοράς.

Η επιτυχέστερη μέθοδος είναι η απότομη διακοπή του καπνίσματος ενώ και η σταδιακή μείωση μπορεί να έχει επιτυχία.

Το πρώτο στάδιο είναι να εξηγηθούν στους καπνιστές οι επιδράσεις του καπνίσματος, το όφελος από τη διακοπή καθώς και να γίνει ενθάρρυνση για τη διακοπή. Ενημερωτικά φυλλάδια και προσπέκτους μπορούν να μοιράζονται προς αυτή την κατεύθυνση.

Ένα ποσοστό των καπνιστών μπορεί να σταματήσει το κάπνισμα κατόπιν απλής συμβουλής. Η συμβουλή θα πρέπει να περιλαμβάνει χρήσιμες στρατηγικές για την διακοπή του καπνίσματος και ενθάρρυνση για άλλες αλλαγές προς πιο υγιούς τρόπους ζωής.

Αν μια ενθάρρυνση δεν είναι επιτυχής τότε το επόμενο στάδιο είναι πιο εντατική υποστήριξη από ομάδα ειδικών (γιατρών- νοσηλευτών). Αυτή μπορεί να περιλαμβάνει υποκατάστατα νικοτίνης, παρέμβαση συμπεριφοράς, ατομικά ή ομαδικά προγράμματα.

Η ενθάρρυνση για τη διακοπή του καπνίσματος αποτελεί σημαντικό στοιχείο σε κάθε ιατρική επίσκεψη. Οι εργαζόμενοι του τομέα της υγείας δεν θα πρέπει να καπνίζουν, διότι το προσωπικό παράδειγμα αποτελεί χρήσιμο τρόπο αποτροπής του καπνίσματος. Επίσης, η συμπαράσταση και η προτροπή της οικογένειας και των φίλων είναι ένας σημαντικός παράγοντας στη βοήθεια αποχής από το κάπνισμα.

Ακόμη, ένα γενικευμένο αντικαπνιστικό κλίμα(απαγόρευση διαφήμισης τσιγάρων στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, απαγόρευση καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, νοσοκομεία, χώρους εξυπηρέτησης κοινού, υψηλές τιμές τσιγάρων, προειδοποιήσεις για την υγεία) σίγουρα βοηθά τους καπνιστές να απέχουν καλύτερα από το κάπνισμα και να μην υποτροπιάζουν.

Άρα λοιπόν υπάρχουν τρόποι διακοπής του καπνίσματος. Όμως πρέπει οι καπνιστές να έχουν κατά νου τα εξής: Κανένας, μα κανένας τρόπος διακοπής του καπνίσματος δεν θα τους κάνει να σταματήσουν το κάπνισμα αν δεν το θέλουν οι ίδιοι προσωπικά. Το κλειδί για όλη την υπόθεση είναι η προσωπική θέληση.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 7**

## **ΧΡΗΣΗ ΚΑΠΝΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 10-15 ΕΤΩΝ**

**Κυρίτση Ε., Κάσσου Π., Κουριωτσίδου Κ.,**

**Παπαγεωργίου Ε., Μωρου Ζ., Τσούγια Π.**

### **Εισαγωγή**

Όπως αναφέρουν οι ιστορικοί μελετητές η χρήση καπνού χρονολογείται από το τέλος του 1ου μ.Χ. αιώνα από τους Ινδιάνους της Β. Αμερικής κατά τις θρησκευτικές ή μαγικές τους τελετές. Το 1559 Ισπανοί εξερευνητές έφεραν τους πρώτους σπόρους καπνού από την Αμερική στην Ευρώπη. Ο Jean Nicot , στον οποίο οφείλεται το όνομα της νικοτίνης, διευκόλυνε τη διάδοση του καπνού, συνιστώντας τη χρήση του για τις θεραπευτικές του ιδιότητες.

Το κάπνισμα των τσιγάρων διαδόθηκε πολύ μεταξύ ανδρών κατά τη διάρκεια του 1ου και του 2ου παγκόσμιου πολέμου, ενώ στις γυναίκες διαδόθηκαν τις τρεις τελευταίες δεκαετίες και συνδέθηκε με τη χειραφέτησή τους, το φεμινιστικό κίνημα και την αλλαγή στις δομές της σύγχρονης κοινωνίας.

Η ευρύτατη διατήρηση της χρήσης καπνού, παρά τους γνωστούς πλέον κινδύνους που εγκυμονεί, αποδίδεται στις φαρμακολογικές ιδιότητες της νικοτίνης. Αυτές αφορούν σε σημαντικό βαθμό το κεντρικό νευρικό σύστημα, συνδέονται άμεσα με την ανάπτυξη εξάρτησης και βιώνονται από το άτομο άλλοτε ως ηρεμιστικές και άλλους ως ψυχοδιεγερτικές. Η νικοτίνη ευθύνεται κυρίως για τη σωματική εξάρτηση από το κάπνισμα, ενώ τα δευτερογενή στοιχεία, γεύση και ερεθισμός, του βρογχικού δέντρου συνδέονται με την εγκατάσταση ψυχολογικής εξάρτησης.

Οι Έλληνες έρχονται δεύτεροι στην κατανάλωση καπνού στην Ευρώπη, 28.000.000.000 τσιγάρα τον χρόνο, μετά τους Ισπανούς που κατέχουν την πρώτη θέση.

Ο πειραματισμός με τα τσιγάρα και κυρίως η υιοθέτηση της συνήθειας του καπνίσματος, αποτελούν τυπικό παράδειγμα επιβλαβούς συμπεριφοράς, που αρχίζει να καθιερώνεται κατά τη διάρκεια της εφηβείας στα πλαίσια της κοινωνικοποίησης του ατόμου και της απομίμησης των προτύπων της ενήλικης ζωής. Επιπλέον τα πρότυπα που χρησιμοποιούνται είναι προκλητικά, ελκυστικά, γοητευτικά, ευρηματικά. Αρρενωπότητα, θηλυκότητα, χιούμορ: όλα επιστρατεύονται για κάμψουν κάθε αντίσταση. Και βέβαια το Υπουργείο Υγείας προειδοποιεί...

Αν και οι λόγοι που καθορίζουν το αν κάποιος αρχίσει να καπνίζει είναι κυρίως κοινωνικοί, εκείνοι που θα τον κάνουν να συνεχίσει ο κάπνισμα είναι και φαρμακολογικοί.

Οι πρώτες κατευθύνσεις για το σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής υγείας, όσον αφορά το κάπνισμα, δόθηκε από την Π.Ο.Υ. το 1974. Οι κυριότερες προτεινόμενες ενέργειες ήταν:

- Η εκπαίδευση στο θέμα κάπνισμα και υγεία, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως τμήμα της γενικότερης εκπαίδευσης σε θέματα υγείας.
- Πρέπει να τονίζονται περισσότερο τα θετικά σημεία της επιλογής του μη καπνιστή και λιγότερο τα αρνητικά αποτελέσματα του καπνίσματος.

- Η αγωγή των παιδιών σε θέματα υγείας πρέπει να αρχίζει νωρίς στην παιδική ηλικία και να επαναλαμβάνεται κατά καιρούς, έτσι ώστε να διατηρείται και να ενισχύεται η αποτελεσματικότητα των μηνυμάτων.
- Ιδιαίτερα πρέπει να δίνεται έμφαση στην εκπαίδευση και ενημέρωση των ατόμων που ασχολούνται με την εκπαίδευση του κοινού σε θέματα υγείας.
- Οι υγειονομικές αρχές πρέπει να καταρτίζουν προγράμματα σε συνεργασία με τις εκπαιδευτικές αρχές, σχετικά με την ενημέρωση για το κάπνισμα των παιδιών μικρής ηλικίας που είναι ιδιαίτερα ευάλωτα.

Η παρατήρηση μας ότι το κάπνισμα παίρνει ανησυχητικές διαστάσεις στην προεφηβική ηλικία στη χώρα μας, καθώς και ο εθισμός που παρατηρείται σε παιδιά αυτής της ηλικίας υπήρξε η αφορμή για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να διερευνηθούν οι καπνιστικές ή μη συνήθειες των παιδιών της ηλικιακής ομάδας 10-15 ετών. Απώτερος στόχος είναι το αποτέλεσμα αυτής της ερευνάς να αποτελέσουν το έναυσμα για σωστή, έγκυρη συνεχή και τακτική επιστημονική ενημέρωση, με τελικό σκοπό την αλλαγή συμπεριφοράς.

#### Υλικό και μέθοδος

Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 450 παιδιά, ηλικίας 10-15 ετών, που φοιτούν σε Γυμνάσια και Δημοτικά σχολεία της ευρύτερης περιοχής της Αθήνας.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με συμπλήρωση αυστηρά ανώνυμου, προσωπικού ερωτηματολογίου, με ανοικτού και κλειστού τύπου ερωτήσεις, το οποίο συμπλήρωσαν οι μαθητές στις τάξεις τους, υπό την εποπτεία των ερευνητών, αφού ενημερώθηκαν για το ανώνυμο και το απόρρητο των απαντήσεων τους.

Εκτός των απαραίτητων δημογραφικών στοιχείων, το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε ερωτήσεις για τις καπνιστικές συνήθειες της οικογένειας, των φίλων και των ίδιων των ερωτηθέντων, για τις ασχολίες τους στον ελεύθερο χρόνο τους και τέλος για τη ενημέρωσή τους για θέματα υγείας.

Για την επεξεργασία δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS. Στη στατιστική ανάλυση έγινε έλεγχος διαφοράς μέσων (means) με t-Means test, έλεγχος κύμανσης τιμών για μεταβλητές με δυο ή περισσότερες ομάδες με  $\chi^2$ test του Pearson και έλεγχος συσχέτισης δυο μεταβλητών (Correlation Bivariate) με συντελεστή συσχέτισης Pearson.

#### Αποτελέσματα

##### A. Περιγραφικά αποτελέσματα

Από τους 450 μαθητές ελήφθησαν 441 έγκυρα ερωτηματολόγια και 9 άκυρα. Από τα 441 έγκυρα ερωτηματολόγια τα 195 συμπληρώθηκαν από παιδιά ηλικίας 13-15 ετών, ποσοστό 55,8%. Στα 441 έγκυρα ερωτηματολόγια βρέθηκαν 222, ποσοστό 50,3% προερχόμενα από αγόρια και 219, ποσοστό 49,7% από κορίτσια.

Από 426 παιδιά που απάντησαν για τις καπνιστικές συνήθειες του πατέρα τους, ποσοστό 35,7% αναφέρει ότι δεν καπνίζει, το 35,4% ότι καπνίζει πολύ, το 20,9% ότι καπνίζει πολύ, το 20,9% ότι καπνίζει λίγο και το 8% ότι καπνίζει σπάνια.

Από τα 440 παιδιά που απάντησαν για τις καπνιστικές συνήθειες της μητέρας τους, ποσοστό, 51,4% αναφέρει ότι δεν καπνίζει, 21,1% ότι καπνίζει πολύ, το 17,5% ότι καπνίζει λίγο και 10% ότι καπνίζει σπάνια.

Σε ότι αφορά τις καπνιστικές συνήθειες των αδερφών από τα 407 παιδιά που απάντησαν βρέθηκε ότι το ποσοστό 81,8% δεν καπνίζει, 6,9% ότι καπνίζει πολύ, 13,8% καπνίζει λίγο και 10,2% καπνίζει σπάνια.

Αντίστοιχα από τα 441 παιδιά που ερωτήθηκαν για τις καπνιστικές συνήθειες των φίλων τους, βρέθηκε ότι απ' αυτούς, ποσοστό 61% δεν καπνίζει, 15% καπνίζει πολύ, 13,8% καπνίζει λίγο και 10,2% καπνίζει σπάνια.

Από τον πληθυσμό της μελέτης 325 παιδιά ποσοστό 73,7% δεν έχουν δοκιμάσει τσιγάρο, ενώ τα 116 ποσοστό 16,3% έχουν δοκιμάσει. Πιο συγκεκριμένα, από το ποσοστό αυτό, το 9,3% το «πήρε κρυφά» από τους γονείς ή από τα αδέρφια του, το 9,1% του το προσέφεραν φίλοι, το 5,2% το ζήτησε μόνο του και το 2,7% το αγόρασε μόνο του. Τα ποσοστά δοκιμής είναι 29,3% για τα αγόρια και 23,3% για τα κορίτσια.

Η μέση ηλικία δοκιμής και για τα δυο φύλα είναι 11,8 έτη, με τυπική απόκλιση +-2,24%. Ειδικότερα για τα κορίτσια η μέση ηλικία είναι 12,47 έτη, ενώ για τα αγόρια είναι 11,26 έτη.

Από το πλήθος των 116 που έχουν δοκιμάσει τσιγάρο, το 66,4% δεν συνεχίζει να καπνίζει, ενώ το υπόλοιπο 33,6% συνεχίζει να καπνίζει. Για 8,83% του πληθυσμού της μελέτης που καπνίζει η μέση κατανάλωση τσιγάρων ημερησίως είναι 7,6 με min=1 και max=40. Ειδικότερα για τα κορίτσια που καπνίζουν τώρα, ποσοστό 9,1% η μέση κατανάλωση είναι 8,55 τσιγάρα ημερησίως.

Από τα παιδιά που καπνίζουν το 46,2% καπνίζει παντού, το 23,1% σε χώρους διασκέδασης, το 12,8% σε πάρκα και πλατείες, το 7,7% καπνίζει στο σπίτι του, το 5,1% σε σπίτια φίλων, το 5,1% στο σχολείο ή στο φροντιστήριο. Από το ίδιο πλήθος, το 56,4% απαντάει ότι οι γονείς τους δεν γνωρίζουν ότι καπνίζει, το 38,5% ότι το συμβούλεψαν να σταματήσει και το 5,1% αναφέρει ότι το μάλωσαν. Στις αιτίες για την έναρξη του καπνίσματος, το 43,6% απαντά από περιέργεια, το 30,8% για απόκτηση μεγαλύτερης αυτοπεποίθησης, το 17,9% αναφέρει το κάπνισμα φίλων και το 7,7% γιατί του άρεσε το άρωμα και η γεύση του καπνού.

Σημαντικό είναι ότι τα αγόρια που έχουν δοκιμάσει τσιγάρο: αυτά που αναφέρουν ως μοναδική τους ασχολία τον αθλητισμό, δεν συνεχίζουν να καπνίζουν το κάπνισμα σε ποσοστό 100%. Αλλά και εκείνα που στις κυρίες ασχολίες τους συμπεριλαμβάνεται ο αθλητισμός, δεν συνεχίζουν το κάπνισμα σε ποσοστό 71,8%, ενώ στα κορίτσια, το ποσοστό αυτό είναι αντίστοιχα 73,1%.

Σε ότι αφορά την κριτική των παιδιών για την ενημέρωση που υπάρχει για το κάπνισμα, το 46,1% τη χαρακτηρίζει αρκετή, το 28,6% μέτρια, 20,4% ελάχιστη, ενώ το 2,9% τη χαρακτηρίζει μηδαμινή. Όπως αναφέρουν τα παιδιά η ενημέρωση τους προέρχεται σε ποσοστό 57,4% από την οικογένεια και άλλους φορείς, το 33,8% μόνο από την οικογένεια, το 4,8% από τα Μ.Μ.Ε., το 2,7% από υγειονομικούς και εκπαιδευτικούς, ενώ το 1,3% δηλώνει ότι δεν έχει ενημερωθεί από κανέναν.

Τέλος, το 97,3% θα ήθελε να υπάρχει στο σχολείο τους ειδικός ο οποίος θα ενημέρωνε για θέματα που αφορούν στην υγεία του και συγκεκριμένα το 50,3% προτιμά γιατρό, το 20% επιθυμεί ενημέρωση από τους δασκάλους του, το 10,7% δεν έχει συγκεκριμένη

προτίμηση, το 7,5% προτιμά νοσηλευτή και τι υπόλοιπο ποσοστό προτιμά συνδυασμό ιατρού-νοσηλευτή-δασκάλου.

## B. Στατιστικά στοιχεία

Ο έλεγχος με t-means test με τη μέθοδο άνισων διασπορών, έδειξε ότι διαφέρουν σημαντικά οι ηλικίες δοκιμής τσιγάρου στα δυο φύλα. Τα κορίτσια δοκιμάζουν σε μεγαλύτερη ηλικία απ' ότι τα αγόρια. ο έλεγχος με t-means test με τη μέθοδο ίσων διασπορών, έδειξε ότι η μέση κατανάλωση τσιγάρων δεν διαφέρει σημαντικά στα δυο φύλα.

Ο έλεγχος με  $\chi^2$  test με συντελεστή Pearson, έδειξε ότι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο φύλων ως προς τον τρόπο δοκιμής τσιγάρου και στη διάθεση τους για δοκιμή. Βρέθηκε μικρότερη διαφορά ως προς τις καπνιστικές συνήθειες των δυο ηλικιακών ομάδων (10-12 και 13-15 χρονών). Αντίθετα δεν υπάρχει διαφορά ως προς τις καπνιστικές συνήθειες των δυο φύλων. Οι ασχολίες των παιδιών στον ελεύθερο χρόνο τους, δεν επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τις καπνιστικές συνήθειες των αγοριών και εκείνες των κοριτσιών.

Οι έλεγχοι διμεταβλητής συσχέτισης (Correlations bivariate) έδειξαν ότι το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα, όπως και της μητέρας, επηρεάζει ελάχιστα τις καπνιστικές συνήθειες των παιδιών. Επίσης, δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση του επαγγέλματος των γονιών με τις καπνιστικές συνήθειες των παιδιών. Οι καπνιστικές συνήθειες των παιδιών επηρεάζονται αρκετά από αυτές του πατέρα, της μητέρας και των αδερφών και πολύ περισσότερο από τις καπνιστικές συνήθειες των φίλων. Επί πλέον, έχει βρεθεί ότι τα αγόρια επηρεάζονται περισσότερο όταν καπνίζει ο πατέρας τους, ενώ δεν υπάρχει ανάλογη σχέση του καπνίσματος της μητέρας με το κάπνισμα των κοριτσιών.

## Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι το συνολικό ποσοστό των παιδιών που καπνίζει είναι το 8,83%. Στη ηλικιακή ομάδα των 10-12 ετών, η πρώτη δοκιμή τσιγάρου γίνεται από αγόρια στα 6 χρόνια, ενώ από τα κορίτσια στα 9 χρόνια.

Αντίστοιχα στην ηλικιακή ομάδα 13-15 ετών η πρώτη δοκιμή τσιγάρου γίνεται από τα αγόρια στα 7 χρόνια, ενώ από τα κορίτσια στα 9 χρόνια. Για όλα τα παιδιά η μέση ηλικία δοκιμής είναι τα 11,8 χρόνια.

Τα παραπάνω φανερώνουν ότι η ηλικία έναρξης του καπνίσματος συνεχώς μειώνεται. Ανάλογα συμπεράσματα παρατηρούνται σε παρόμοιες ερευνητικές εργασίες που έγιναν σε χώρες της Δυτικής Ευρώπης και των Η.Π.Α. Οι περισσότεροι αναλυτές αποδίδουν τα αποτελέσματα αυτά σε ψυχοπιεστικές καταστάσεις που δημιουργεί στα παιδιά το περιβάλλον τους. Τα περισσότερα παιδιά, ποσοστό 43,6% αναφέρουν ότι ξεκινούν το κάπνισμα από περιέργεια, που είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα της παιδικής ηλικίας, όπως συμπεραίνεται και από άλλες έρευνες. Το 30,8% αναφέρει ότι άρχισε να καπνίζει για να αποκτήσει μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, στο οποίο επίσης συμφωνούν τα πορίσματα παρόμοιων ερευνών. Γεγονός αναμενόμενο, δεδομένου ότι οι έφηβοι προσπαθούν να απαγκιστρωθούν, και να ανεξαρτητοποιηθούν από την οικογένεια τους.

Σημαντικό επίσης είναι το ποσοστό 17,9% που αναφέρει ότι καπνίζει επειδή καπνίζουν οι φίλοι. Η τάση να καπνίζουν τα παιδιά μαζί με τους φίλους σε φιλικά σπίτια ή σε



χώρους διασκέδασης, είναι χαρακτηριστικό που αντανακλά τη σημασία που έχει το κάπνισμα σαν κοινωνική συμπεριφορά.

Αξιοσημείωτο είναι το αποτέλεσμα που βρέθηκε για τα παιδιά που ασχολούνται με τον αθλητισμό και είχαν δοκιμάσει τσιγάρο, ότι δεν συνέχισαν το κάπνισμα.

Σημαντική διαπίστωση αποτελεί το γεγονός ότι στην ενημέρωση των παιδιών, καθοριστικό ρόλο παίζουν οι γονείς, είτε η ενημέρωση προέρχεται μόνο απ' αυτούς, είτε σε συνδυασμό με άλλους υγειονομικούς και εκπαιδευτικούς φορείς. Η υπάρχουσα ενημέρωση χαρακτηρίζεται από τα περισσότερα παιδιά ως αρκετή, γεγονός που ενισχύει τη προηγούμενη διαπίστωση. Παρόλα αυτά τα παιδιά επιθυμούν να υπάρχει ειδικός επιστήμονας στο σχολείο που θα τους ενημερώνει για θέματα υγείας και προτιμούν αυτός να είναι κατά πρώτον γιατρός, γεγονός που επιβεβαιώνει ιατροκεντρικό μοντέλο υγείας στην Ελλάδα 15 και κατά δεύτερον εκπαιδευτικός, ο οποίος είναι περισσότερο προσιτός στα παιδιά εξ' αιτίας της καθημερινής επαφής του μαζί τους.

#### Συμπεράσματα

- Η μέση ηλικία δοκιμής τσιγάρου από παιδιά έχει μειωθεί στην Αθήνα, ακολουθώντας τις διεθνείς πτωτικές τάσεις.
- Οι καπνιστικές συνήθειες των παιδιών επηρεάζονται ως ένα βαθμό από τις αντίστοιχες του πατέρα, της μητέρας και των αδελφών τους.
- Οι καπνιστικές συνήθειες των φίλων αποτελούν καθοριστικό παράγοντα επιρροής για το κάπνισμα των παιδιών.
- Συντριπτικό ποσοστό των παιδιών που έχουν δοκιμάσει τσιγάρο, αλλά ο αθλητισμός αποτελεί την κύρια ενασχόληση τους, δεν συνεχίζει το κάπνισμα.
- Στην ενημέρωση των παιδιών για τις συνέπειες του καπνίσματος, καθοριστικό ρόλο παίζουν οι γονείς τους, είτε η ενημέρωση προέρχεται μόνο απ' αυτούς, είτε σε συνδυασμό με άλλους φορείς.
- Τα ενημερωτικά προγράμματα πρέπει να ξεκινούν από την ηλικία των 11 ετών

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 8**

## ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ, ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

**.Μεζίτη Μ.,ΓεροδήμουΕ.,ΚηπουρούΓ.,**

**Μιχαλοπούλου Θ.,Σαλούρου Μ., Κονίδα Α.**

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ειδικότερα η ισχαιμική καρδιοπάθεια ή στεφανιαία νόσος, αποτελούν τη μεγαλύτερη και τη βαρύτερη επιδημιολογία της εποχής μας. Είναι συχνότερη στις τεχνολογικές στις τεχνολογικές αναπτυγμένες χώρες αλλά και στις αναπτυσσόμενες, ανάμεσα στις οποίες συγκαταλέγεται και η χώρα μας. Στις πρώτες αναπτυγμένες, η επιδημία αυτή έχει επισημανθεί από μακρού και για την αντιμετώπιση της έχουν ληφθεί ενδεικνυόμενα μέτρα πρόληψης. Όσο καλύτερα και πιστότερα έχουν εφαρμοσθεί, τόσο αποτελεσματικότερα είναι τα μέτρα αυτά.

Αντίθετα σε πληθυσμούς που η εφαρμογή τους είναι πλημμελής ή δεν εφαρμόζεται καθόλου οι θάνατοι αυξάνονται προοδευτικά.

Μολονότι η αιτιολογία της επιδημίας αυτής παραμένει ασαφής, συσχετίζεται με ορισμένες μεταβλητές, τους παράγοντες κινδύνου ή προδιαθεσικούς παράγοντες. Μεταξύ αυτών είναι το κάπνισμα.

Στόχοι της εργασίας είναι:

- η διερεύνηση του καπνίσματος και της συσχέτισης του με τη στεφανιαία νόσο
- η συμμετοχή στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου συλλέγοντας τις μέχρι σήμερα γνωστές μεθόδους διακοπής του καπνίσματος.

Υλικό και μέθοδοι

Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε ήταν τυχαίο δείγμα πληθυσμού που υποβλήθηκε σε στεφανιαία αρτηριογραφία αφού προσήλθε στη Μ.Ε.Θ. Στεφανιαίας νόσου λόγω τυπικών συμπτωμάτων.

Ο αριθμός του δείγματος ήταν 285 άτομα και των δυο φύλων. Η ηλικία του δείγματος ήταν 50 έτη(+/- 3 έτη).

Διευρύνθηκε αν το κάπνισμα έχει συσχέτιση με τη στεφανιαία νόσο και αν ο πρόσθιος κλάδος της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας, είναι το αγγείο που προσβάλλεται συχνότερα στους καπνιστές.

Σαν στεφανιαία νόσος ορίστηκε η στένωση της διαμέτρου >50% ενός τουλάχιστον στεφανιαίου αγγείου.

Η στατική αξιολόγηση των δεδομένων έγινε με τη δοκιμασία  $\chi^2$ .

Αποτελέσματα

Κάπνισμα και στεφανιαία νόσος.

Από το συνολικό δείγμα το 61% ήταν καπνιστές εκ των οποίων το 48% παρουσίαζε στένωση σ' ένα τουλάχιστον στεφανιαίο αγγείο. Η συσχέτιση καπνίσματος και στεφανιαίας νόσου βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική.

Κλάδος πρόσθιος κάντιων.

Το κάπνισμα ως προδιάθεσης παράγοντας δεν βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική σχέση με τον πρόσθιο κατιόντα κλάδο.

Άλλα στοιχεία

Το 39% του συνολικού δείγματος ήταν μη καπνιστές με άλλους η χωρίς προδιαθεσικούς παράγοντες. Από αυτούς το 25% παρουσίαζε στένωση. Το 83% των πασχόντων ήταν αρένες. Από το σύνολο των καπνιστών του δείγματος οι οποίοι είχαν τουλάχιστον άλλον ένα προδιαθεσικό παράγοντα το 90% παρουσίαζε στεφανιαία νόσο.

Σχόλια

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν και τεκμηριώνουν στατιστικά τη βλαπτική επίδραση του καπνίσματος της στεφανιαίας αρτηρίες. Στο σύνολο τους οι καπνιστές έχουν 1,5 φορά περισσότερες πιθανότητες από τους μη καπνιστές να πάθουν στεφανιαία ανεπάρκεια. Η επίπτωση δε της πάθησης στα νέα άτομα που καπνίζουν πολύ είναι αρκετές φορές μεγαλύτερη απ' όσο στα νέα άτομα που δεν καπνίζουν, διότι το κάπνισμα σ' αυτούς τους πληθυσμούς ευθύνεται για θανατηφόρες κοιλιακές αρρυθμίες και επεισόδια ενδοαρτηριακής θρόμβωσης.

Όσον αφορά τη στεφανιαία νόσο το κάπνισμα σχετίζεται περισσότερο με τον αιφνίδιο θάνατο και το έμφραγμα του μυοκαρδίου, ιδιαίτερα σε νέα άτομα, παρά με τη στηθάγχη. Ο κίνδυνος του θανατηφόρου ή μη στεφανιαίου επεισοδίου αυξάνεται πολύ περισσότερο εάν ο καπνιστής πάσχει από υπερλιπιδαιμία, υπέρταση, η σακχαρώδη διαβήτη.

Ο βαθμός επικινδυνότητας να παρουσιάσει κανείς στεφανιαία νόσο είναι ευθέως ανάλογος με τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνει ανά ημέρα.

Το κάπνισμα ως παράγον κινδύνου, δεν διαφοροποιείται από την ποσότητα της νικοτίνης ή την ποσότητα του μονοξειδίου του άνθρακα που περιέχει το κάθε τσιγάρο. Οι άνθρωποι δηλαδή που καπνίζουν τσιγάρα με λιγότερη νικοτίνη και πίσσα δεν μειώνουν μ' αυτό τον τρόπο τις πιθανότητες να παρουσιάσουν έμφραγμα του μυοκαρδίου. Αντίθετα με την ελκυστικότητα των θεωριών σχετικά με τα χαμηλής νικοτίνης και μονοξειδίου του άνθρακα τσιγάρα, κλινικές έρευνες έδειξαν ότι τα τσιγάρα με χαμηλή νικοτίνη και πίσσα δεν μειώνουν τα περιστατικά εμφράγματος του μυοκαρδίου. Πιθανόν είναι επίσης, τα τσιγάρα αυτά να τα καπνίζει κανείς παίρνοντας μεγαλύτερη εισπνοή ή να καπνίζει μεγαλύτερο αριθμό τσιγάρων ανά ημέρα. Σε κάθε περίπτωση αν κάποιος θέλει να μειώσει εντελώς τον κίνδυνο καρδιαγγειακής πάθησης δεν θα πρέπει να βασίζεται στα υποσχόμενα προτερήματα των τσιγάρων χαμηλής νικοτίνης. Επίσης σχετικά με το κάπνισμα της πίπας ή του πούρου δεν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι ο καπνιστής διατρέχει μικρότερο κίνδυνο στεφανιαίου επεισοδίου.

Ακόμα και οι μη καπνιστές είναι πιθανόν να εκτίθενται σε αυξημένο κίνδυνο από το παθητικό κάπνισμα. Σύμφωνα με έρευνες στο MRFIT, άνδρες που αξιολογήθηκαν των οποίων οι σύζυγοι κάπνιζαν, βρέθηκαν να έχουν αυξημένη προδιάθεση για καρδιαγγειακές παθήσεις.

Η διακοπή του καπνίσματος ελαττώνει την πιθανότητα προσβολής από στεφανιαίο επεισόδιο. Αναφέρεται ότι ο κίνδυνος θανάτου από καρδιακή νόσο είναι 2,2 φορές μεγαλύτερος στους καπνιστές, συγκριτικά μ' εκείνους που έχουν διακόψει το κάπνισμα. Έχει επίσης βρεθεί πως η διακοπή του καπνίσματος οδηγεί σε αύξηση της HDL της χοληστερίνης. Επιπλέον ωφέλιμη είναι η διακοπή του καπνίσματος μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η επιβίωση των εμφραγματικών ασθενών είναι πολύ μεγαλύτερη σ' εκείνους που σταμάτησαν το κάπνισμα από άλλους που συνεχίζουν και αυτό το κέρδος φαίνεται να είναι πιο μεγάλο από αυτά που προσφέρουν τα φάρμακα. Η πιθανότητα προσβολής από στεφανιαία νόσο υποβιβάζεται στο επίπεδο του μη καπνιστή περίπου 12 μήνες μετά τη διακοπή του καπνίσματος.

### Μέθοδοι διακοπής του καπνίσματος

Με την αύξηση της γνώσης σχετικά με τις βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος και των μεθόδων διακοπής του, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να υποστηρίξουν και να ενθαρρύνουν τη μεγάλη πλειοψηφία των καπνιστών που θέλουν να κόψουν αυτή την συνήθεια.

Οι μέθοδοι διακοπής του καπνίσματος περιλαμβάνουν:

- Τη συμβουλευτική μέθοδο (counselling) η οποία στηρίζεται στη συμβουλή και στην ενθάρρυνση για διακοπή του καπνίσματος. Η συμβουλευτική μέθοδος εμπεριέχει απλές στρατηγικές όπως η συμφωνία με τον καπνιστή συγκεκριμένης ημερομηνίας που θα διακόψει το κάπνισμα, συζήτηση για προηγούμενες δυσκολίες από τη διακοπή του καπνίσματος, συνέχιση ενθαρρύνσεις μετά τη διακοπή, ψυχολογική υποστήριξη με τηλεφωνήματα, γράμματα ή επισκέψεις.
- Την ψυχοθεραπεία είτε είναι ατομική είτε είναι ομαδική. Στην ομαδική ψυχοθεραπεία τα άτομα συναντιούνται προκειμένου ν' ανταλλάξουν πληροφορίες για τις συνέπειες του καπνίσματος, να υποστηρίξει και να ενθαρρύνει το ένα το άλλο για τη διακοπή του τσιγάρου και να συζητηθούν τα προβλήματα που προκύπτουν απ' αυτή τη διαδικασία .
- Το ν' ανήκει κανείς σε ομάδες υψηλού κινδύνου όπως είναι οι έγκυες και αυτοί που πάσχουν από στεφανιαία νόσο.
- Τις συμπεριφοριστικές θεραπείες που σκοπό έχουν την απόσβεση των εσφαλμένων, ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς. Ένα είδος θεραπείας που χρησιμοποιείται είναι η αποστροφική θεραπεία. Τα ερεθίσματα που χρησιμοποιούνται για την πρόκληση αντιδράσεων αποστροφής είναι τα χημικά παρασκευάσματα και οι ελαφρές ηλεκτρικές καταπλήξεις (shocks).

Άλλο είδος θεραπείας είναι ο κορεσμός του ερεθίσματος όπου το κάπνισμα μπορεί να χάσει την ελκυστικότητά του αν ο καπνιστής αναγκαστεί να καπνίζει ασταμάτητα για ώρες. Άλλες τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι η ύπνωση, η χαλάρωση, η αμοιβή και η τιμωρία. Επίσης τεχνικές όπου ο καπνιστής βοηθάται ν' αναγνωρίζει τις καταστάσεις που συνήθως πυροδοτούν την παρόρμηση του να καπνίσει και να αποφεύγει με εύρεση άλλων δραστηριοτήτων. Ακόμη, δίνοντας έμφαση στους θετικούς λόγους που πρέπει κανείς να σταματήσει το κάπνισμα όπως π.χ. η φράση: αγαπώ τον εαυτό μου, άρα δεν καπνίζω.

- Τις φαρμακευτικές θεραπείες οι οποίες περιλαμβάνουν:

Α. Θεραπεία με σκευάσματα που περιέχουν νικοτίνη όπως τα διαδερμικά αυτοκόλλητα, οι τσίγλες και τα sprays.

Β. Θεραπεία με υδροχλωρική κλωνιδίνη που χρησιμοποιείται ως αντιυπερτασικό φάρμακο.

Γ. Θεραπεία με ηρεμιστικά ή αντικαταθλιπτικά.

- Τη θεραπεία με βελονισμό.
- Τις τεχνικές αυτοβοήθειας οι συνήθως είναι:

Α. Φίλτρα που αφαιρούν προοδευτικά περισσότερη νικοτίνη.

Β. Διαδοχική αλλαγή από βαριά σ' ελαφρά τσιγάρα.

Γ. Σταδιακή μείωση των τσιγάρων που καπνίζουν ανά ημέρα

Δ. Ξαφνική διακοπή του καπνίσματος

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Τμήμα Περιβαλλοντικής και Προληπτικής Ιατρικής, του ινστιτούτου Wolfson του Λονδίνου σε 188 άτομα, από αυτούς που επισκέφθηκαν το γιατρό τους και τους συμβούλεψε να διακόψουν το κάπνισμα ένα 2% το διέκοψε και δεν το ξανάρχισε μέσα σ' ένα χρόνο. Το αποτέλεσμα ήταν μέτριο αλλά οικονομικό. Πρόσθετες επεμβάσεις από επαγγελματίες υγείας όπως η υπενθύμιση, η παρακολούθηση με γράμματα, το τηλέφωνο ή οι επισκέψεις είχαν κάποιο παραπάνω αποτέλεσμα. Τεχνικές διαφοροποίησης της συμπεριφοράς σε ομάδες ή ατομικές συνεδρίες που καθοδηγούνταν από ένα ψυχολόγο, είχαν ένα αποτέλεσμα που είναι στατιστικά σημαντικό αλλά όχι μεγαλύτερο από την απλή συμβουλή ενός γιατρού. Άλλωστε, αυτές οι τεχνικές είναι περισσότερο ακριβές από την επίσκεψη στο γιατρό. Η ύπνωση δεν αποδείχτηκε ότι φέρνει αποτέλεσμα. Η θεραπεία με σκευάσματα που περιέχουν νικοτίνη είναι αποτελεσματική σ' ένα 13% των καπνιστών που αναζητούν βοήθεια για τη διακοπή του καπνίσματος. Το αποτέλεσμα είναι μεγαλύτερο σ' αυτούς που είναι εξαρτημένοι από την νικοτίνη. Άλλες φαρμακευτικές θεραπείες δεν έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές και ο βελονισμός είναι αποτελεσματικός. Η ξαφνική διακοπή ή η σταδιακή μείωση του καπνίσματος είναι παρόμοιες όσον αφορά την αποτελεσματικότητα τους η οποί είναι μικρή.

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να βρουν το χρόνο να συμβουλευούν τους ασθενείς τους και ιδιαίτερα εκείνους που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 9**

## ERC – ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΑΓΚΟΣΜΩΣ

Πρόσφατα στοιχεία από το ERC, μία ομάδα έρευνας της αγοράς, δείχνουν πως οι Έλληνες καπνίζουν έναν μέσο όρο 3.000 τσιγάρων κατά κεφαλή το 2006 -περισσότερο από την FYROM, τη Ρωσία, τη Τσεχία και την Ισπανία. Σήμερα στην Ελλάδα δύο στους τρεις Έλληνες και μία στις τρεις Ελληνίδες καπνίζουν κάθε μέρα, ενώ ανησυχητικά είναι τα ποσοστά στους εφήβους και τις νέες γυναίκες. Το 1991 η Ελλάδα ήταν πρώτη στην ημερήσια κατά κεφαλή κατανάλωση τσιγάρων με 7,8 ενώ οι ΗΠΑ είναι στο 5,6. Ήταν πρώτη μαζί με τη Βουλγαρία, Πολωνία και Κίνα, όσον αφορά το ποσοστό καπνιστών στις ηλικίες 15-30. Ο ρυθμός αύξησης του καπνίσματος στον γυναικείο πληθυσμό είναι υψηλός (2,2% ετησίως στην πενταετία '86-90). • Το 10% των παιδιών της 5ης και 6ης Δημοτικού έχουν εμπειρία καπνίσματος • Το 13% των εφήβων, (Γυμνάσιο & Λύκειο), είναι τακτικοί καπνιστές, το 23,1% έχει δοκιμάσει και το 6,7% καπνίζει περιστασιακά. Η μέση ηλικία έναρξης του καπνίσματος είναι τα 13,9 έτη, 6 μήνες νωρίτερα από τα παιδιά στις ΗΠΑ, με τα αγόρια να πειραματίζονται λίγο νωρίτερα. Το έτος 2000 οι άνδρες καπνιστές ήταν 47%, ενώ οι γυναίκες 29%. Βέβαια, οι Έλληνες καπνιστές ήταν πολύ περισσότεροι το 1991 (60% οι άνδρες και 32% οι γυναίκες). Το 1995 οι άνδρες έπεσαν στο 49% και οι γυναίκες στο 29%, ενώ το έτος 2000 τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν για τους άνδρες 47% και τις γυναίκες 29%, δηλαδή ποσοστό αμετάβλητο στην περίπτωση των Ελληνίδων. Πάλι όμως έχουμε ένα από τα υψηλότερα στη γηραιά ήπειρο (αν συγκριθούμε με τους Ιταλούς, 32% για τους άνδρες και 17% για τις γυναίκες, αλλά και με άλλους Ευρωπαίους). Ειδικότερα, σε ηλικίες άνω των 15 ετών έχουμε την τρίτη χειρότερη/ υψηλότερη θέση στην Ευρώπη (ερχόμαστε αμέσως μετά την Αλβανία και τη Σερβία). Με κατανάλωση 2.457,2 τσιγάρων ετησίως ανά κάτοικο είμαστε, μαζί με την Ιαπωνία, την Κίνα και τη Βουλγαρία, μια από τις χώρες με τη μεγαλύτερη κατά κεφαλήν κατανάλωση προϊόντων καπνού παγκοσμίως. Το 41,7% του συνολικού πληθυσμού της χώρας, ηλικίας 14 ετών και άνω, είναι καπνιστές τσιγάρων. Όπως προκύπτει από την έρευνα οικογενειακών προϋπολογισμών 2004/2005 της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδας, οι άνδρες καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα από τις γυναίκες και όσο αυξάνεται η ηλικία μέχρι τα 54 έτη, τόσο αυξάνεται και η μέση κατανάλωση.

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

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

- Το 41,7% του συνολικού πληθυσμού της χώρας, ηλικίας 14 ετών και άνω είναι καπνιστές τσιγάρων.
- Οι άνδρες καπνιστές είναι περισσότεροι από τις γυναίκες με ποσοστό 52,2% έναντι 32%.
- Το ποσοστό καπνιστών για τα μέλη των νοικοκυριών ηλικίας άνω των 75 ετών φθάνει το 11,4%.
- Το 14,6% των μελών των νοικοκυριών είναι καπνιστές τσιγάρων πριν την ενηλικίωσή τους.



- Καπνιστές είναι και παιδιά ηλικίας 14 ετών (το 8,3%).
- Οι έφηβοι 15 ετών που καπνίζουν φτάνουν το 10,1%.
- Οι έφηβοι 16 ετών που καπνίζουν φτάνουν το 14,1%.
- Οι έφηβοι 17 ετών που καπνίζουν φτάνουν το 14,4% και οι έφηβοι 18 ετών που καπνίζουν φτάνουν το 27,5%.

Σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο, το 42% των Ελλήνων δηλώνουν καπνιστές, έναντι 32% του ευρωπαϊκού μέσου όρου. Εννέα στους δέκα Έλληνες καπνιστές δηλώνουν πως καπνίζουν τακτικά και σε καθημερινή βάση, ενώ το 53% των Ελλήνων καπνιστών δηλώνουν πως καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα ημερησίως. Μετά τους Έλληνες πρωταθλητές στο κάπνισμα είναι οι Κύπριοι με ποσοστό 39%, οι Ούγγροι και οι Βούλγαροι (36%), οι Πολωνοί (35%), οι Τσέχοι και οι Εσθονοί (34%). Αντιθέτως, στη Σουηδία βρίσκονται οι λιγότεροι καπνιστές (18%), ακολουθεί η Πορτογαλία (24%), η Σλοβακία και η Μάλτα (25%).

Πίνακας: Ποσοστά καπνιστών ανδρών-γυναικών στις ευρωπαϊκές χώρες

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

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

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 10**

**Κοινή Υπουργική Απόφαση για την εφαρμογή του νόμου περί ολικής απαγόρευσης.**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Αθήνα 25 – 8 – 2010

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ

Αρ. Πρωτ. Γ. Π.οικ.104720

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

**ΑΠΟΦΑΣΗ**

Ταχ. Διεύθυνση: Βερανζέρου 50

Ταχ. Κώδικας : 10438

Πληροφορίες : Μ. Λέκκα

Τηλέφωνο : 210 5236948

FAX : 210 5233563

ΘΕΜΑ: Καθορισμός των οργάνων, της διαδικασίας ελέγχου πιστοποίησης των παραβάσεων και επιβολής των προβλεπόμενων κυρώσεων, καθώς και των κριτηρίων προσδιορισμού του ύψους του προστίμου, της διαδικασίας είσπραξης των προστίμων καθώς και κάθε άλλης αναγκαίας λεπτομέρειας για την εφαρμογή του Νόμου 3868/2010 (ΦΕΚ 129Α' /3.8.2010).

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ, ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ, ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ και ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Έχοντας υπόψη

1. Τις διατάξεις του ν. 3868/2010 (ΦΕΚ 129Α/3.8.2010 ) «Αναβάθμιση του Ε.Σ.Υ. και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας & Κοιν. Αλληλεγγύης».
2. Το ν. 356/1974 «Περί Κώδικος Εισπράξεως Δημοσίων Εσόδων» (ΦΕΚ Α'90)
3. Το ν. 2362/1995 (ΦΕΚΑ'247) «Περί Δημοσίου Λογιστικού, Ελέγχου των Δαπανών του Κράτους και άλλες διατάξεις».
4. Τις διατάξεις του ν. 2920/2001 (ΦΕΚ 131Α/27.6.2001) «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.) και άλλες διατάξεις».
5. Τις διατάξεις του ν. 3370/2005(ΦΕΚ 176Α/11.7.2005) «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις».
6. Τις διατάξεις του ν. 3420/05 (ΦΕΚ 298Α/6-12-2005) «Κύρωση της Σύμβασης Πλαίσιο του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας για τον έλεγχο του Καπνού» (FCTC – W.H.O. for tobacco control).

7. Τις διατάξεις του ν. 3528/2007 περί κύρωσης του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ.
8. Τις διατάξεις του ν. 3730/2008(ΦΕΚ 262Α/23.12.2008) «Προστασία ανηλίκων από τον καπνό και τα αλκοολούχα ποτά και άλλες διατάξεις»
9. Τις διατάξεις του ν. 3731/2008 (ΦΕΚ 263Α /23.12.2008) «Αναδιοργάνωση της δημοτικής αστυνομίας και ρυθμίσεις λοιπών θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Εσωτερικών».
10. Τις διατάξεις του ν. 3852Α/ 7.6.2010 (ΦΕΚ 87) «Νέα αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα «ΚΑΛΛΙΚΡΑΤΗΣ»
11. Το π.δ. 284/1988 (ΦΕΚ Α/14.6.1988) «Οργανισμός Υπουργείου Οικονομίας».
12. Τα άρθρα 159, 169 του Π.Δ. 141/91 «Αρμοδιότητες των οργάνων και υπηρεσιακές ενέργειες του προσωπικού Δημοσίας Τάξης και θέματα οργάνωσης υπηρεσιών».
13. Το Π.Δ. 95/2000 (ΦΕΚ 76Α/2000) «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας».
14. Το π.δ. 63/2005 (ΦΕΚ Α 98/22.4.2005) «Κωδικοποίηση της Νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και τα Κυβερνητικά όργανα»
15. Την Α1β/8577/83 (ΦΕΚ 526Β) Υγειονομική Διάταξη περί Υγειονομικού Ελέγχου και Αδειών Ίδρυσης και Λειτουργίας εγκαταστάσεων υγειονομικού ενδιαφέροντος, όπως έχει τροποποιηθεί με την αριθμ. 94643/3.8.2007 (ΦΕΚ 1384Β).
16. Την Υ1/ΓΠ/οικ.76017/2002 (ΦΕΚ 1001Β) Υγειονομική Διάταξη «περί απαγόρευσης καπνίσματος»
17. Την Υ1/ΓΠ/οικ.82942/2003 (ΦΕΚ 1292Β) Υγειονομική Διάταξη «περί απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας».

18. Την επιτακτική ανάγκη δημιουργίας πλαισίου προστασίας και προαγωγής της υγείας του πληθυσμού από τον καπνό.

19. Το γεγονός ότι από την παρούσα δεν δημιουργείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού.

## ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

### Άρθρο 1

#### Αρμόδιες Αρχές και Όργανα Ελέγχου

Την εποπτεία για την εφαρμογή του κεφ. Ζ άρθρα 17 και 32 του Ν. 3868/2010 περί ολικής απαγόρευσης του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους και σε όλους τους χώρους παροχής εργασίας, ασκεί το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μέσω της Δ/σης Εξαρτήσεων. Μέχρι την συγκρότηση της ανωτέρω Δ/σης στα τμήματα που προβλέπει ο Ν. 3868/2010 η αρμοδιότητα ασκείται από τη Δ/ση Δημόσιας Υγιεινής, τμήματα Β' και Γ'.

1.α) Αρμόδιες Αρχές για τον έλεγχο εφαρμογής του Νόμου 3868/2010 καθώς και για τον έλεγχο εφαρμογής της κείμενης νομοθεσίας κοινοτικής και εθνικής, τη βεβαίωση των παραβάσεων και την επιβολή κυρώσεων, ορίζονται οι Υγειονομικές Υπηρεσίες των Οργανισμών Περιφερειακής και Τοπικής Αυτοδιοίκησης Α' και Β' βαθμού, η δημοτική αστυνομία, καθώς και οι λιμενικές αρχές στην περιοχή της ευθύνης τους.

β) Όργανα ελέγχου αποτελούν τα αρμόδια υγειονομικά όργανα των Υγειονομικών Υπηρεσιών των Οργανισμών Περιφερειακής και Τοπικής Αυτοδιοίκησης Α' και Β' βαθμού, το ένστολο προσωπικό της Δημοτικής Αστυνομίας και το ένστολο προσωπικό των λιμενικών αρχών.

2. Ο Τομέας Ελέγχου Καπνού και Αλκοόλ του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.), διερευνά τις σχετικές καταγγελίες παραβάσεων του νόμου και συνεργάζεται σύμφωνα με τις αρμοδιότητες του με τις άλλες ελεγκτικές αρχές για την ορθή εφαρμογή του νόμου. Σε περιπτώσεις επαναλαμβανόμενων καταγγελιών το Σ.Ε.Υ.Υ.Π. επιλαμβάνεται και διενεργεί το ίδιο τον έλεγχο, ενώ διαπιστωθείσης της παράβασης μπορεί να ζητήσει την επιβολή προστίμων και κυρώσεων κατά των παραβατών από τις κατά τόπο Αρμόδιες Αρχές.

3. Τα όργανα ελέγχου κατά την εκτέλεση του έργου τους και κατόπιν αιτήματός τους συνεπικουρούνται από τις κατά τόπους αστυνομικές και λοιπές αρχές, μεταξύ άλλων και των ελεγκτικών Υπηρεσιών του Ελληνικού Οργανισμού Τουρισμού (Ε.Ο.Τ) και του Σώματος Επιθεώρησης Εργασίας (Σ.ΕΠ.Ε.), οι οποίες υποχρεούνται να ανταποκριθούν.

4. α) Τα ανωτέρω όργανα ελέγχου διενεργούν τακτικούς ελέγχους, έκτακτους ελέγχους και ελέγχους κατόπιν καταγγελίας και ενημερώνουν εγγράφως την Προϊσταμένη τους Αρχή.

β) Τα όργανα ελέγχου συντάσσουν μηνιαίες εκθέσεις. Οι εκθέσεις αυτές περιλαμβάνουν αναλυτικά στοιχεία σχετικά με τα αποτελέσματα των ελέγχων από τις αρμόδιες αρχές και τη διαπίστωση των παραβάσεων, όπως: η ημεροχρονολογία της εκάστοτε παράβασης, τα στοιχεία ταυτότητας του παραβαίνοντος, όταν πρόκειται για παράβαση φυσικού προσώπου και τα στοιχεία της επιχείρησης, όταν η παράβαση αφορά κατάσταση υγειονομικού ενδιαφέροντος, ο Α.Φ.Μ. και η ΔΟΥ του παραβαίνοντος, ο αύξων αριθμός της Πράξης Επιβολής Προστίμου κτλ. Οι εκθέσεις αυτές θα διαβιβάζονται αντίστοιχα στην αρμόδια υπηρεσία του Υπουργείου Οικονομικών και στην αρμόδια για την αδειοδότηση των καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος Υπηρεσία της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, ώστε να ελέγχονται τυχόν επαναλαμβανόμενες παραβάσεις χώρων υγειονομικού ενδιαφέροντος και να προβαίνει η υπηρεσία σε ανάκληση της άδειας λειτουργίας του καταστήματος, σε περίπτωση μη συμμόρφωσης.

5. Παράλληλα, ο Προϊστάμενος της κατά τόπον αρμόδιας Υγειονομικής Υπηρεσίας υποχρεούται να συγκεντρώνει στοιχεία και συνοπτικές αναφορές των ανωτέρω (υπό 4.) εκθέσεων από όλα τα όργανα που διενεργούν ελέγχους στην Περιφέρειά του για την εφαρμογή του ν. 3868/2010 και να συντάσσει εξαμηνιαίες αναφορές, που θα υποβληθούν στο Τμήμα Αντιμετώπισης Αλκοολισμού – Κατάχρησης Ουσιών της Διεύθυνσης Εξαρτήσεων της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας του Υ.Υ.Κ.Α., προκειμένου να εκδοθούν περιοδικά στατιστικά στοιχεία για την πορεία των ελέγχων, τα ποσοστά συμμόρφωσης των παραβατών και τα ποσοστά μείωσης των καπνιστών στη Χώρα μας. Τα συγκεντρωμένα στατιστικά αυτά στοιχεία θα αποτελούν το περιεχόμενο ετήσιας έκθεσης της Διεύθυνσης Εξαρτήσεων, που θα υποβάλλεται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και θα δημοσιεύεται.

6. Ο κάθε ελεγκτικός μηχανισμός αυτοβούλως ή μετά από καταγγελία διενεργεί ελέγχους στην περιοχή ευθύνης του. Όπου κρίνεται σκόπιμο, με Πράξη του Προϊσταμένου της Αρμόδιας Υγειονομικής Αρχής της Περιφερειακής Αυτοδιοίκησης, δημιουργούνται κοινά κλιμάκια από ένα υγειονομικό όργανο, ένα όργανο της δημοτικής αστυνομίας ή του λιμενικού, συνεπικουρούμενα, εφόσον παραστεί ανάγκη, από ένα αστυνομικό όργανο ή ένα στέλεχος των ελεγκτικών υπηρεσιών του Ελληνικού Οργανισμού Τουρισμού ή επιθεωρητές εργασίας, όπως ειδικότερα καθορίζονται με την εκάστοτε Πράξη συγκρότησης του κλιμακίου. Προκειμένου να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικότερα το ζήτημα του ελέγχου των επαναλαμβανόμενων παραβάσεων σε

δημόσιους χώρους και καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος θα δημιουργηθεί πλήρες μηχανογραφημένο ηλεκτρονικό σύστημα καταγραφής των παραβάσεων.

7. Η διαδικασία ελέγχου, ασκείται όπως προβλέπεται στους Οργανισμούς λειτουργίας των αρμοδίων ελεγκτικών Αρχών και όπως ορίζεται στην παρούσα.

8. Τα εντεταλμένα αρμόδια ελεγκτικά όργανα φέρουν και επιδεικνύουν κατά τη διάρκεια των ελέγχων την ταυτότητα της υπηρεσίας τους.

## Άρθρο 2

### Διαδικασίες Ελέγχων – Πιστοποίηση παραβάσεων

1. Σύμφωνα με το άρθρο 1 της παρούσας οι αρμόδιες Αρχές και τα Όργανα ελέγχου διενεργούν ελέγχους για τη διαπίστωση παραβάσεων των διατάξεων των άρθρων 2, 3, 4 του ν. 3730/2008 (ΦΕΚ 262, τΑ'), όπως έχει τροποποιηθεί με το ν. 3868/2010 και ισχύει.

2. Οι ανωτέρω αρμόδιες Αρχές και τα Όργανα ελέγχου παρεμβαίνουν στους δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους, όπως αυτοί περιγράφονται αναλυτικά στα άρθρα 2 και 3 του Ν. 3730/2008 και στις Υγειονομικές Διατάξεις Υ1/ΓΠ/οικ.76017/2002 (ΦΕΚ 1001Β) και Υ1/ΓΠ/οικ.82942/2003 (ΦΕΚ 1292Β) «περί απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας».

3. Τακτικοί έλεγχοι κατά το άρθρο 1, παρ. 4 της παρούσης διεξάγονται σε μηνιαία, ή διμηνιαία βάση ανάλογα: α) με τον αριθμό των διαπιστωθεισών παραβάσεων και β) το εύρος της περιοχής ελέγχου.

Έκτακτοι έλεγχοι διενεργούνται οποιαδήποτε ώρα της ημέρας ή της νύχτας, ανάλογα με το ωράριο λειτουργίας του ελεγχόμενου χώρου, δίνοντας προτεραιότητα σε χώρους στους οποίους έχουν ήδη διαπιστωθεί παραβάσεις.



Σε περίπτωση καταγγελίας κινητοποιείται η διαδικασία έκτακτου ελέγχου.

4. Σε περίπτωση που διαπιστωθεί παράβαση, συντάσσεται από τα ελεγκτικά όργανα Πράξη Επιβολής Προστίμου, βάσει του υποδείγματος του Παραρτήματος Β που επισυνάπτεται στην παρούσα και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της, στην οποία περιγράφεται συνοπτικά η διαπιστωθείσα παράβαση και αιτιολογείται το ύψος του επιβαλλόμενου προστίμου, στο πλαίσιο του άρθρου 6 του ν. 3730/2008, όπως έχει αντικατασταθεί από τον Ν. 3868/2010 και ισχύει. Αντίτυπο της Πράξης αυτής επιδίδεται στον παραβάτη επιτόπου ή κοινοποιείται στον αρμόδιο υπεύθυνο του χώρου ή θυροκολλείται σε περίπτωση άρνησης παραλαβής του από τους παραβάτες ή τους προστιθέντες αυτών. Εντός προθεσμίας δέκα (10) εργάσιμων ημερών από την επίδοση της Πράξης Επιβολής Προστίμου, ο ελεγχόμενος δύναται να διατυπώσει γραπτώς τις αντιρρήσεις του στον Προϊστάμενο της υπηρεσίας στην οποία ανήκει το όργανο το οποίο διαπίστωσε την παράβαση. Σε περίπτωση που παρέλθει άπρακτη αυτή η προθεσμία, το επιβληθέν πρόστιμο οριστικοποιείται. Σε περίπτωση που ο παραβάτης προβάλλει επαρκείς αντιρρήσεις, κατά την έγγραφη αιτιολογημένη κρίση του Προϊσταμένου της υπηρεσίας στην οποία ανήκει το όργανο το οποίο διαπίστωσε την παράβαση, το πρόστιμο μειώνεται ή διαγράφεται.

5. Η επιβολή πειθαρχικών κυρώσεων για την παράβαση των διατάξεων απαγόρευσης του καπνίσματος στους δημόσιους λειτουργούς, τους δημόσιους υπαλλήλους, τους υπαλλήλους ΟΤΑ, τους υπαλλήλους των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου, τους υπαλλήλους των νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου και τους υπαλλήλους του ευρύτερου δημόσιου τομέα, στους χώρους που είναι εγκατεστημένες οι υπηρεσίες τους, συνίσταται σε επίπληξη ή οποία καταγράφεται επιτόπου στον προσωπικό υπηρεσιακό φάκελο του υπαλλήλου και επιβάλλεται και πρόστιμο ανάλογο ύψους με το διοικητικό που επισύρει η ίδια παράβαση. Κάθε επαναλαμβανόμενη παράβαση του ιδίου υπαλλήλου στον ίδιο ή άλλο χώρο ή αντίστοιχα επαναλαμβανόμενη παράβαση σε χώρο αρμοδιότητας του ιδίου Προϊσταμένου υπαλλήλου επισύρει διπλασιασμό του αμέσως προηγούμενου επιβληθέντος προστίμου έως το ανώτερο εκ του νόμου 3868/2010 προβλεπόμενο ποσό.

Σε ειδικές περιπτώσεις υπαλλήλων που, εξαντληθέντων όλων των ηπιότερων πειθαρχικών ποινών, από εξαιρετική δυστροπία αρνούνται να συμμορφωθούν ή Προϊσταμένων που παρά των επαναλαμβανόμενων παραβάσεων αρνούνται επιδεικτικώς να λάβουν μέτρα στην Υπηρεσία τους δεν αποκλείεται επιβολή έτι αυστηρότερων πειθαρχικών ποινών, κατά την κρίση του αρμόδιου Υπηρεσιακού-Πειθαρχικού Συμβουλίου.

Το ύψος των πειθαρχικών προστίμων είναι ανάλογο των διοικητικών που επισύρει η ίδια παράβαση, όπως ορίζονται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α', παρ. 12: ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΡΟΣΤΙΜΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ. Για κάθε παράβαση που διαπιστώνεται σε χώρο δημόσιας υπηρεσίας όπως αυτό ορίζεται στην παρ. 11 του άρθρου 17 του ν. 3868/2010, προβλέπονται συγκεκριμένα πρόστιμα.

Τα επιβαλλόμενα πρόστιμα δεν μπορεί να είναι κατώτερα των αναφερόμενων στον συγκεκριμένο (υπό 12. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α') πίνακα. Σε περίπτωση επανάληψης της παράβασης το Πειθαρχικό συμβούλιο οφείλει να διπλασιάσει το επιβαλλόμενο πρόστιμο.

Το Πειθαρχικό Συμβούλιο οφείλει να συγκαλείται ταχύτατα προκειμένου να επιληφθεί των συγκεκριμένων παραβάσεων.

6. Για το πρόστιμο κριτήρια αποτελούν:

Α. ο χώρος εντός του οποίου διαπιστώνεται η παράβαση,

Για την εφαρμογή του νόμου ορίζεται η ακόλουθη σειρά προτεραιότητας:

- νοσηλευτικά ιδρύματα όλων των ειδών και των βαθμίδων,
  
- εκπαιδευτικά ιδρύματα κατά προτεραιότητα: παιδικοί σταθμοί και νηπιαγωγεία, δημοτικά σχολεία, ειδικά σχολεία, δευτεροβάθμια εκπαίδευση όλων των τύπων, Πανεπιστημιακά Ιδρύματα, Εκπαιδευτικά Ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, χώροι παροχής κάθε είδους τεχνικής εκπαίδευσης, χώροι παροχής παντός τύπου ιδιωτικής εκπαίδευσης,
  
- χώροι αθλητικών εγκαταστάσεων,
  
- καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος,
  
- κέντρα διασκέδασης, κλπ.,

Β. η μη λήψη μέτρων για την αποτροπή των παραβάσεων, όπως ενδεικτικά η μη απομάκρυνση των σταχτοδοχείων,

Γ. η μη ανάρτηση σήματος για την απαγόρευση του καπνίσματος. Οι υπεύθυνοι των χώρων εργασίας ή υγειονομικού ενδιαφέροντος ή κάθε αρμόδιος θα πρέπει να φροντίζει για την ανάρτηση απαγορευτικού σήματος στο χώρο ευθύνης του και μάλιστα σε

εμφανή σημεία αυτού και να επαναλαμβάνει τη σήμανση για κάθε δεκαπέντε τετραγωνικά μέτρα του χώρου.

Δ. η μη ανταπόκριση του υπεύθυνου λειτουργίας του καταστήματος σε διαμαρτυρία για την πραγματοποίηση της παράβασης και η μη κλήση των αρμοδίων οργάνων καθώς και η μη πραγματοποίηση συστάσεων στους παραβάτες,

Ε. η μη συνεργασία του υπεύθυνου της επιχείρησης με τα αρμόδια όργανα κατά τη διεξαγωγή του ελέγχου

ΣΤ. η υποτροπή, ήτοι η επανάληψη της παράβασης στον ίδιο χώρο.

Ειδικότερα, για τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος που αναπτύσσουν τραπεζοκαθίσματα, τα πρόστιμα συναρτώνται με τον αριθμό των κατοίκων του δημοτικού διαμερίσματος, όπως ειδικότερα κατά παράβαση αναλύεται στο Παράρτημα Α' της παρούσας.

7. Για την παρούσα ως επαναλαμβανόμενη παράβαση ή υποτροπή νοείται η πλέον της μίας παράβαση των διατάξεων του Ν. 3868/2010, που βεβαιώνεται από τις αρμόδιες αρχές στον ίδιο δημόσιο χώρο ή στο ίδιο κατάστημα υγειονομικού ενδιαφέροντος.

8. Τυχόν κυρώσεις που προβλέπονται από άλλους νόμους δεν θίγονται από τις διατάξεις της παραγράφου 2 του παρόντος άρθρου.

## Άρθρο 3

### Επιβολή προστίμων

#### 1. Τα πρόστιμα που επιβάλλονται ανά περίπτωση είναι:

Α. Σε όσους καπνίζουν ή καταναλώνουν προϊόντα καπνού κατά παράβαση του άρθρου 3 του ν. 3730/2008, επιβάλλεται πρόστιμο, το ύψος του οποίου κυμαίνεται από 50 έως 500 ευρώ για κάθε παράβαση, όπως εξειδικεύεται στο Παράρτημα Α' ΠΙΝΑΚΑΣ 1, που επισυνάπτεται στην παρούσα και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της.

Β. Σε κάθε υπεύθυνο διαχείρισης και λειτουργίας των χώρων της πρώτης παραγράφου του άρθρου 3 του ν. 3730/2008, ή σε όποιον παραβιάζει τις διατάξεις άρθρου 2 του ν. 3730/2008, όπως τροποποιήθηκαν και ισχύουν με το Ν. 3868/2010, επιβάλλεται πρόστιμο, το ύψος του οποίου είναι από 500 έως 10.000 ευρώ για κάθε παράβαση, όπως εξειδικεύεται στο Παράρτημα Α' ΠΙΝΑΚΑΣ 1, που επισυνάπτεται στην παρούσα και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της.

Γ. Σε όσους πωλούν προϊόντα καπνού και αλκοόλ σε ανηλίκους κατά παράβαση των άρθρων 2 και 4 του Ν. 3730/2008 ή ανέχονται παραβίαση της σχετικής διάταξης του παρόντος επιβάλλεται πρόστιμο από 500 έως 10.000 ευρώ για κάθε παράβαση, το ύψος οποίου εξειδικεύεται στο Παράρτημα Α', ΠΙΝΑΚΑΣ 2, που επισυνάπτεται στην παρούσα και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της.

Δ. Σε όσους παραβιάζουν τις διατάξεις του Ν. 3868/2010 σχετικά με τη διαφήμιση προϊόντων καπνού επιβάλλεται πρόστιμο από 500 έως 10.000 ευρώ για κάθε παράβαση, το ύψος οποίου εξειδικεύεται στο Παράρτημα Α', ΠΙΝΑΚΑΣ 3, που επισυνάπτεται στην παρούσα και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της.

2. Η παράβαση βεβαιώνεται σε «Βιβλίο Αναφοράς του Ν. 3868/2010», το οποίο οφείλει να προμηθευτεί ο υπόχρεος. Πρόκειται για κοινό 100φυλλο βιβλίο αναφορών με χοντρό εξώφυλλο και με αριθμημένες σελίδες, ριγέ, μεγέθους Α4, θεωρημένο από την αδειοδοτούσα αρχή. Επιπροσθέτως, η παράβαση καταχωρείται σε ειδικό τριπλότυπο έντυπο, που τιτλοφορείται «ΠΡΑΞΗ ΕΠΙΒΟΛΗΣ ΠΡΟΣΤΙΜΟΥ». Ο τύπος και το περιεχόμενο του εντύπου της Πράξης Επιβολής Προστίμου ορίζονται με βάση το υπόδειγμα του Παραρτήματος Β, που επισυνάπτεται και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της παρούσας.

Η παράβαση καταχωρείται στο ανωτέρω τριπλότυπο έντυπο, ένα αντίγραφο του οποίου επιδίδεται στον παραβάτη, ένα παραμένει ως στέλεχος και ένα διαβιβάζεται στην ΔΟΥ του παραβάτη και ακολουθούνται οι προβλεπόμενες διαδικασίες περί βεβαίωσης και είσπραξης προστίμων του άρθρου 4 της παρούσας. Το ειδικό τριπλότυπο έντυπο θα εκδίδεται και θα διαβιβάζεται από και με ευθύνη του Υ.Υ.Κ.Α. προς όλες τις ελεγκτικές αρχές. Θα φέρει ανάγλυφο το έμβλημα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σε κάθε αριθμημένο φύλλο του προκειμένου να εξασφαλίζεται η γνησιότητά του. Μέχρι να ολοκληρωθεί η αποστολή του ειδικού τριπλότυπου εντύπου, η παράβαση βεβαιώνεται στο «Βιβλίο Αναφοράς του Ν. 3868/2010». Για τις βεβαιωθείσες παραβάσεις επιβάλλονται τα πρόστιμα που αναλογούν.

Σε περίπτωση που διαπιστώνεται υποτροπή σε επανέλεγχο, το πρόστιμο διπλασιάζεται για κάθε παράβαση, βάσει του αμέσως προηγούμενου επιβληθέντος προστίμου στον ίδιο χώρο ή στην ίδια επιχείρηση.

Σε περίπτωση διαπίστωσης τέταρτης παράβασης σε χώρο ή κατάσταση, κατόπιν διενέργειας τακτικού ή έκτακτου ελέγχου ή και ελέγχου κατόπιν καταγγελίας από τα αρμόδια ελεγκτικά όργανα, η αρμόδια ελεγκτική αρχή πέραν του νέου προστίμου που θα επιβάλλει, κοινοποιεί εντός δέκα (10) εργάσιμων ημερών την Πράξη διαπίστωσης παράβασης στον Τομέα Ελέγχου Καπνού του ΣΕΥΥΠ και στις αρχές της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, που είναι αρμόδιες για την έκδοση της άδειας λειτουργίας του καταστήματος, οι οποίες με σχετική απόφασή τους, εντός διαστήματος δέκα (10) εργάσιμων ημερών από τη μέρα που θα ενημερωθούν, προβαίνουν σε προσωρινή σφράγιση του καταστήματος για χρονικό διάστημα δέκα (10) ημερών.

Σε περίπτωση διαπίστωσης πέμπτης παράβασης, η αρμόδια ελεγκτική αρχή πέραν του προστίμου, που θα επιβάλλει, κοινοποιεί εντός δέκα (10) εργάσιμων ημερών την Πράξη διαπίστωσης παράβασης στον Τομέα Ελέγχου Καπνού του ΣΕΥΥΠ και στις αρχές της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, που είναι αρμόδιες για την έκδοση της άδειας λειτουργίας του καταστήματος, οι οποίες με σχετική απόφασή τους, εντός διαστήματος δέκα (10) εργάσιμων ημερών από τη μέρα που θα επιληφθούν, προβαίνουν σε οριστική ανάκληση της άδειας λειτουργίας και οριστική σφράγιση του καταστήματος.

3. Ο παραβάτης υποχρεούται να δώσει στον ελεγκτή οποιοδήποτε από τα προσωπικά του στοιχεία ή τα στοιχεία της επιχείρησης θα ζητηθούν, όπως: ονοματεπώνυμο, Α.Φ.Μ., ΑΦΜ επιχείρησης, Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας (Α.Δ.Τ.), Δ.Ο.Υ., διεύθυνση κατοικίας, και να προσκομίσει στα πλαίσια του ελέγχου, αν πρόκειται για κατάσταση υγειονομικού ενδιαφέροντος, την άδεια λειτουργίας του καταστήματος.

Σε περίπτωση που ο παραβάτης αρνηθεί να δώσει οποιοδήποτε από τα προαναφερθέντα στοιχεία, τότε ο ελεγκτής δύναται να ζητήσει άμεσα τη συνδρομή της αστυνομίας.

Οι αστυνομικές αρχές υποχρεούνται να παρέχουν άμεσα τη συνδρομή τους προκειμένου να συμπληρωθεί άρτια η Πράξη Επιβολής Προστίμου.

4. Σε κάθε περίπτωση η άμεση καταβολή του ποσού του προστίμου εντός δεκαπέντε (15) ημερών από την επίδοση, κοινοποίηση ή θυροκόλληση της Πράξης Επιβολής του, συνεπάγεται μείωση του ποσού του προστίμου σε ποσοστό 50%.

5. Τα επιβαλλόμενα πρόστιμα του Παραρτήματος Α' δεν μπορούν να υπερβούν τα οριζόμενα κατά περίπτωση ανώτερα ποσά.

## Άρθρο 4

### Βεβαίωση και Είσπραξη προστίμων

1. Τα επιβαλλόμενα κατά τις διατάξεις της παρούσας Κ.Υ.Α. πρόστιμα αποστέλλονται για βεβαίωση στις αρμόδιες Δημόσιες Οικονομικές Υπηρεσίες (Δ.Ο.Υ.) σε βάρος των υπόχρεων καταβολής τους, ως δημόσια έσοδα (ν. δ. 356/1974).
2. Οι τίτλοι είσπραξης πρέπει να περιέχουν τα στοιχεία που ορίζουν οι διατάξεις του άρθρου 55 του Π.Δ. 16/ 1989 (κανονισμός Λειτουργίας των Δ.Ο.Υ.) σε συνδυασμό με τις διατάξεις του Κώδικα Είσπραξης Δημοσίων Εσόδων (ΚΕΔΕ), προκειμένου να εισπράττονται ως δημόσια έσοδα.
3. Τα βεβαιωθέντα πρόστιμα τα οποία εισπράττονται ως δημόσια έσοδα κατανέμονται σε ποσοστό 20% στον υπ' αριθμ. ....Κωδικό Καπνού του Υ.Υ.Κ.Α. για την κάλυψη προγραμμάτων δημόσιας υγείας και σε ποσοστό 80% στον υπ' αριθμ. .... Κωδικό του Υπ. Εσωτερικών για την ανταποδοτική υποστήριξη και την ανατροφοδότηση του ελεγκτικού μηχανισμού της παρούσης Κ.Υ.Α. Τα εισπραχθέντα ποσά από τα βεβαιωθέντα πρόστιμα αποδίδονται στις αρμόδιες Αυτοδιοικητικές Αρχές.
4. Το Υπουργείο Οικονομικών αντιπαραβάλει τα στοιχεία επιβολής και είσπραξης των προστίμων ανά δίμηνο και μεριμνά προκειμένου να εισπραχθούν από τις αρμόδιες ΔΟΥ τα μη εισπραχθέντα πρόστιμα.
5. Ο κωδικός καπνού του Υ.Υ.Κ.Α. πιστώνεται το αργότερο ανά δίμηνο από το Υπ. Οικονομικών και λίστα των εισπραχθέντων προστίμων διαβιβάζεται στο Υ.Υ.Κ.Α.

Άρθρο 5

Έναρξη ισχύος

Η ισχύς της παρούσης αρχίζει από τη δημοσίευσή της στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Η παρούσα ΚΥΑ να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ & ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ

Γ ΡΑΓΚΟΥΣΗΣ Γ. ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Π. ΓΕΡΟΥΛΑΝΟΣ

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ.

ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Μ. ΧΡΥΣΟΧΟΪΔΗΣ Α. ΛΟΒΕΡΔΟΣ Μ. ΞΕΝΟΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

-----© ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ