



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



Διπλωματική Εργασία

**«Οι απόψεις των μαθητών ειδικότητας Βοηθών
Νοσηλευτών για την καπναπαγόρευση»**

**Μεταπτυχιακός Φοιτητής:
Χάμος Ιάκωβος**

**Επιβλέπουσα καθηγήτρια:
Χατζόγλου Χρυσή
Επίκ. Καθηγήτρια**

Λάρισα 2011



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



Διπλωματική Εργασία

**«Οι απόψεις των μαθητών ειδικότητας Βοηθών
Νοσηλευτών για την καπναπαγόρευση»**

Μεταπτυχιακός Φοιτητής: **Χάμος Ιάκωβος**
Εκπαιδευτικός Νοσηλευτής

Τριμελής Επιτροπή:

Γουργουλιάνης Κ.Ι.: Καθηγητής Πνευμονολογίας,
Πρύτανης Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Χατζόγλου Χ.: Επίκουρη Καθηγήτρια Φυσιολογίας
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
(Επιβλέπουσα Καθηγήτρια)

Καρέτση Ε.: Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια Β
Πνευμονολογικής Κλινική, Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας

Λάρισα 2011

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας, μου δίνεται η ευκαιρία να ευχαριστήσω θερμά, ιδιαίτερα την **επιβλέπουσα καθηγήτρια Κυρία Χατζόγλου Χρύσα**, επίκουρο καθηγήτρια Φυσιολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας για την αμέριστη στήριξη, καθοδήγηση και συνεισφορά της στην ολοκλήρωση και παρουσίαση της παρούσας μελέτης.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα επίσης να εκφράσω τις πιο θερμές μου ευχαριστίες στον **Κύριο Γουργουλιάνη Κ.Ι.**, καθηγητή πνευμονολογίας – πρύτανη του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας που χωρίς τη συμβολή του δεν θα μπορούσε να υφίσταται το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».

Τέλος θα πρέπει να ευχαριστήσω την **Κυρία Καρέτση Ε.** για τις πολύτιμες υποδείξεις της, στην συγγραφή της Διπλωματικής Εργασίας.

Αφιερώνεται στα σημαντικότερα πρόσωπα
της ζωής μου, **τα παιδιά μου**, Ελένη και Γιάννη
για την υπομονή, ανοχή και κατανόηση
που επέδειξαν καθ' όλη τη διάρκεια
του Μεταπτυχιακού Προγράμματος.

Περιεχόμενα	Σελ.
<u>Εισαγωγή</u>	6
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
<u>1. Παθητικό Κάπνισμα, Θνησιμότητα, Νοσηρότητα</u>	9
α. <u>Παθητικό Κάπνισμα</u>	9
β. <u>Νοσηρότητα</u>	12
<u>Ασθένειες στους ενήλικες</u>	13
<u>Παθητικό κάπνισμα και παιδιά</u>	18
γ. <u>Θνησιμότητα</u>	21
<u>2. Η απαγόρευση του καπνίσματος είναι ο μόνος τρόπος:</u>	22
<u>Φαρμακευτική αγωγή</u>	23
<u>3. Οι απόψεις των πολιτών για ένα περιβάλλον ελεύθερο καπνού στην</u>	
<u>Ευρώπη</u>	24
α. <u>Απόψεις πριν από την ψήφιση αντικαπνιστικών νόμων στην Ευρώπη</u>	25
β. <u>Αντικαπνιστική νομοθεσία εκτός Ευρώπης</u>	27
γ. <u>Απόψεις μετά από την ψήφιση αντικαπνιστικών νόμων στην Ευρώπη</u>	28
<u>4. Νομοθεσία Ελλάδας, Ιστορικά δεδομένα</u>	29
<u>5. Τι ισχύει στις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες</u>	32
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
<u>6.Σκοπός</u>	36
<u>7.Υλικό και μέθοδος</u>	36
α. <u>Πληθυσμός της μελέτης</u>	36
β. <u>Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά</u>	37
γ. <u>Ατομικές συνήθειες</u>	37
δ. <u>Απόψεις για το κάπνισμα</u>	37
ε. <u>Απόψεις για την καπναπαγόρευση</u>	37
στ. <u>Στατιστική Ανάλυση</u>	38
<u>8.Αποτελέσματα</u>	39
α. <u>Περιγραφικά στοιχεία</u>	39
β. <u>Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και ατομικές</u>	
<u>συνήθειες</u>	50
γ. <u>Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και απόψεις</u>	
<u>για το κάπνισμα</u>	53
δ. <u>Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και απόψεις</u>	
<u>για την καπναπαγόρευση</u>	56
ε. <u>Ατομικές συνήθειες και απόψεις για το κάπνισμα</u>	61
στ. <u>Ατομικές συνήθειες και απόψεις για την</u>	
<u>καπναπαγόρευση</u>	62
<u>9.Συζήτηση - Συμπεράσματα</u>	67
<u>10.Περίληψη</u>	71
<u>11.Abstract</u>	73
<u>12.Βιβλιογραφία</u>	75
<u>13.Παράρτημα</u>	81

Εισαγωγή

Η κατανάλωση καπνού αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες θανάτου που θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί. Ο καπνός περιέχει χιλιάδες καρκινογόνες ουσίες, οι οποίες είναι πτητικές και γι' αυτό προκαλούν βλάβες όχι μόνο στον ίδιο τον καπνιστή, αλλά και σε όσους βρίσκονται στο περιβάλλον του, μέσω του παθητικού καπνίσματος. Στους παθητικούς καπνιστές, θα πρέπει ασφαλώς να συμπεριληφθούν και τα παιδιά, ως η πλέον ευαίσθητη ομάδα του πληθυσμού.

Το κάπνισμα είναι ένας από τους κύριους προδιαθεσικούς παράγοντες για καρκίνο, κυρίως στους πνεύμονες και για στεφανιαία νόσο, που ευθύνεται με τη σειρά της και για άλλες παθήσεις. Μεταξύ των χημικών ουσιών που περιέχει, ξεχωρίζει η νικοτίνη, γιατί προκαλεί έντονη εξάρτηση, με αποτέλεσμα η διακοπή του καπνίσματος να πραγματοποιείται με πολύ μεγάλη δυσκολία.

Σε ότι αφορά την εφαρμογή των νόμων και την ελληνική πραγματικότητα, η διακοπή του καπνίσματος δεν έχει επιβληθεί με σαφήνεια στον πολίτη, με αποτέλεσμα να δημιουργείται η εντύπωση ότι οι νόμοι δεν εφαρμόζονται γιατί θα χαθούν τα τεράστια έσοδα από τη φορολογία των τσιγάρων. Εκτός αυτού, δεκάδες επαγγελματιών ζουν από τον καπνά: αγρότες, εργάτες, μεταφορείς, διαφημιστές, βιομηχανίες καπνού, χαρτιού, συσκευασίας κ.ά. Μια έμμεση αντιμετώπιση είναι η συνεχής αύξηση της τιμής των τσιγάρων, ώστε να περιορίζεται η χρήση του, ενώ σε άλλες χώρες της Ευρώπης η τιμή του πακέτου είναι ήδη διπλάσια της τιμής του στην Ελλάδα. Επίσης, πάνω στο πακέτο τυπώνονται προειδοποιήσεις για την υγεία του καπνιστή, οι οποίες σχεδιάζονται για να είναι πολύ ευδιάκριτες και να ξεχωρίζουν.

Η μείωση του κινδύνου θα πρέπει βέβαια να ενσωματώνεται στο πλαίσιο μιας στρατηγικής ελέγχου του καπνού, η οποία περιλαμβάνει επίσης υψηλή φορολογία του καπνού, πολιτική εξάλειψης του καπνίσματος, απαγόρευση διαφημίσεων και άλλες πολιτικές περιορισμού του καπνίσματος. Ακόμη, γίνεται μεγάλη προσπάθεια για να βρεθούν και να εφαρμοστούν αποτελεσματικές θεραπείες για τη διακοπή του καπνίσματος.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.), έχουν ήδη ληφθεί σημαντικά μέτρα για την προώθηση ενός περιβάλλοντος χωρίς καπνό. Στις αρχές της δεκαετίας του 1990, σχετικές οδηγίες της Ε.Ε. για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία προέβλεπαν ορισμένους περιορισμούς για το κάπνισμα στο χώρο εργασίας. Οι διατάξεις αυτές συμπληρώθηκαν από τον κανονισμό του Συμβουλίου του 1989 και τη σύσταση σχετικά με την πρόληψη του καπνίσματος του 2002, που καλούσαν τα κράτη-μέλη να παρέχουν προστασία από την έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος σε εσωτερικούς χώρους εργασίας, συμπεριλαμβανομένων των δημόσιων χώρων και των δημόσιων συγκοινωνιών.

Το 2007, η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, εξέδωσε την «Πράσινη Βίβλο - για μια Ευρώπη απαλλαγμένη από το κάπνισμα: στρατηγικές επιλογές σε επίπεδο Ε.Ε.» και έτσι ξεκίνησε η θέσπιση αυστηρότερων νόμων στα κράτη-μέλη.

Οι νομοθεσίες των κρατών μελών διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό μεταξύ τους. Η Επιτροπή επικροτεί το εξαιρετικό παράδειγμα της Ιρλανδίας, της Ιταλίας, της Μάλτας, της Σουηδίας και περιοχών της Βρετανίας, και ενθαρρύνει όλα τα κράτη-μέλη να επιτύχουν ταχεία πρόοδο στη λήψη αποτελεσματικών μέτρων για την προστασία των πολιτών από τις βλαβερές συνέπειες του παθητικού καπνίσματος.

Σε διεθνές επίπεδο, η σύμβαση-πλαίσιο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για την καταπολέμηση του καπνίσματος (WHO FCTC), την οποία έχουν υπογράψει 168 μέρη και έχουν κυρώσει 141 μέρη, συμπεριλαμβανομένης της Ε.Ε., αναγνωρίζει ότι «βάσει επιστημονικών στοιχείων έχει σαφώς αποδειχθεί ότι η έκθεση σε καπνό προκαλεί θάνατο, ασθένεια και αναπηρία». Η σύμβαση υποχρεώνει την Κοινότητα και τα κράτη-μέλη της να λάβουν μέτρα για την έκθεση στον καπνό σε εσωτερικούς χώρους εργασίας, στις δημόσιες συγκοινωνίες και στους εσωτερικούς δημόσιους χώρους.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Παθητικό Κάπνισμα, Θνησιμότητα, Νοσηρότητα

α. Παθητικό Κάπνισμα

Η έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος που οφείλεται στο κάπνισμα –που ονομάζεται επίσης «παθητικό κάπνισμα»- εξακολουθεί να είναι μια σημαντική αιτία αύξησης της νοσηρότητας και της θνησιμότητας, και να επιβαρύνει με σημαντικές δαπάνες την κοινωνία ως σύνολο.

Η έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος που οφείλεται στο κάπνισμα (environmental tobacco smoke - EST) είναι ένα πολυσύνθετο μίγμα χιλιάδων συστατικών που εκλύονται στον αέρα, και δε μπορεί να υπολογιστεί σαν μια ολότητα. Παρ' όλα αυτά, συγκεκριμένα συστατικά όπως η νικοτίνη και διάφορα εισπνεόμενα σωματίδια (respirable suspended particulates - RSPs) χρησιμοποιούνται για να προσδιοριστεί η έκθεση στον περιβαλλοντικό αυτό κίνδυνο (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008-2012).

Πρέπει να έχουμε υπ' όψη ότι ο καπνός περιέχει πάνω από 400 χημικές ουσίες, από τα οποίες περισσότερες από 60 είναι γνωστό ή υπάρχει υποψία ότι είναι καρκινογόνες (Stefanadis 2008). Σύμφωνα με μια ευρύτερη άποψη, ο καπνός περιέχει περίπου 4,000 διαφορετικές χημικές ουσίες μεταξύ των οποίων τουλάχιστον 100 δηλητήρια και 50 καρκινογόνα (Χονδρού 2011). Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει επίσης μονοξειδίο του άνθρακα, ένα δηλητηριώδες αέριο που αναστέλλει τη μεταφορά του οξυγόνου μέσω του αίματος σε ζωτικά όργανα του σώματος. Ο καπνός που εκπέμπεται από την άκρη του τσιγάρου έχει περίπου διπλάσια συγκέντρωση νικοτίνης και πίσσας, από αυτή που περιέχεται στον καπνό που εισπνέεται απευθείας από τον καπνιστή. Περιέχει, επίσης, περίπου τρεις φορές το ποσό του καρκινογόνου βενζο(α)πυρενίου, πέντε φορές το επίπεδο του μονοξειδίου του άνθρακα και περίπου 50 φορές την ποσότητα της αμμωνίας. Αν προστεθούν σε αυτά οι άλλες χημικές ουσίες στον καπνό, όπως αρσενικό, φορμαλδεΐδη, χλωριούχο βινύλιο και υδροκυάνιο, έχουμε ένα πολύ απωθητικό κοκτέιλ αερίου. Πολλά από τα δυνητικώς τοξικά αέρια στον καπνό είναι παρόντα σε υψηλότερες συγκεντρώσεις στο «παράπλευρο ρεύμα» καπνού, σε σχέση με τον καπνό του «κύριου ρεύματος» (Stefanadis 2008).

Η κοτινίνη και η μητρική της ουσία η νικοτίνη είναι εξαιρετικά ειδικές για την έκθεση σε παθητικό κάπνισμα. Η κοτινίνη αποτελεί σήμερα τον πιο κατάλληλο δείκτη για την αξιολόγηση της πρόσφατης έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα στους ενήλικες, τα παιδιά και τα νεογέννητα (Ροβίνα 2007).

Πολλές μελέτες έχουν δείξει υψηλότερα επίπεδα καρκινογόνων, συμπεριλαμβανομένων αρωματικών αμινών και πολυκυκλικών αρωματικών

υδατανθράκων στους παθητικούς καπνιστές και στα παιδιά μητέρων που καπνίζουν, συγκριτικά με τους μη καπνιστές.

Στα ούρα, μεταβολίτες του ειδικού για τον καπνό καρκινογόνου, 4-(μεθυλνιτροσαμινό)-1-(3-πυριδυλ)-1-βουτανόνιου, έχουν βρεθεί σχετικά αυξημένοι σε παθητικούς καπνιστές. Τα επίπεδα αυτών των μεταβολιτών είναι 1-5% υψηλότερα συγκριτικά με τους μη καπνιστές, όπως και στους καπνιστές (Ροβίνα 2007).

Δεν έχει καθοριστεί επίπεδο ασφάλειας για τον καπνό του περιβάλλοντος και η μελλοντική έρευνα δεν αναμένεται να προσδιορίσει τέτοιο επίπεδο (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008-2012).

Ο καπνός που υπάρχει στο περιβάλλον καπνιστών προκύπτει από δύο ρεύματα: το κύριο (mainstream), που εκπνέεται από τον καπνιστή, και το πλάγιο (sidestream) που παράγεται από το άκρο του τσιγάρου που σιγοκαίει. Το πλάγιο ρεύμα είναι ποσοτικά και ποιοτικά το σημαντικότερο, αφού α) ευθύνεται για το 85% του καπνού που υπάρχει στον αέρα του περιβάλλοντος των καπνιστών και β) παράγεται σε χαμηλή θερμοκρασία, γεγονός που το καθιστά πιο βλαπτικό, λόγω είδους και υψηλότερης συγκέντρωσης τοξικών συστατικών (Χονδρού 2011).

Για την ιστορία, ο όρος παθητικό κάπνισμα (ΠΚ) αναφέρεται αρχικά το 1939 σε βιβλίο του Γερμανού F. Flickint, ενώ οι όροι “secondhand smoking” και “environmental smoke exposure” (έκθεση στον καπνό που αιωρείται στο περιβάλλον) εμφανίζονται αργότερα. Τη δεκαετία 1960-70 διεξάγονται οι πρώτες επιδημιολογικές μελέτες για την επίδραση του ΠΚ στην υγεία, όπως των Cameron et al. (1969). Οι πρώτες πειστικές αποδείξεις σχετικά με τον κίνδυνο του ΠΚ προέκυψαν το 1981, από μια μελέτη που δείχνει ότι μη καπνίστριες γυναίκες στην Ιαπωνία, σύζυγοι ανδρών που κάπνιζαν, είχαν αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα (Hirayama 1981). Από τότε, ένας μεγάλος αριθμός μελετών έχουν εμφανιστεί και ερευνούν τις δυσμενείς επιπτώσεις του ΠΚ (Metsios et al. 2011). Το 1986 εθνικοί και διεθνείς φορείς στις ΗΠΑ, όπως ο ‘US Surgeon General’ στην ετήσια αναφορά του (ένα είδος επιτηρητή-συμβούλου σε θέματα δημόσιας υγείας) και το ‘International Agency for Research on Cancer’ υποστηρίζουν την αιτιολογική του σχέση με τον καρκίνο του πνεύμονα, καθώς και με αναπνευστικές διαταραχές σε παιδιά (IARC 1986).

Ακολουθούν πλήθος μελετών που τεκμηριώνουν τη συσχέτισή του με σημαντικό αριθμό παθολογικών καταστάσεων, ιδιαίτερα με τον καρκίνο του πνεύμονα, άλλες μορφές καρκίνου, ισχαιμική καρδιοπάθεια, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις και τον καθιστούν σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας τόσο στον ενήλικο, όσο και στον παιδιατρικό πληθυσμό. Ενδεικτικά, 79.000 θάνατοι στην Ευρώπη και 2.500 θάνατοι

στην Ελλάδα αποδόθηκαν το 2002 στο παθητικό κάπνισμα. Μεταξύ αυτών, 19.000 και 550 αντίστοιχα αφορούσαν σε μη καπνιστές (Χονδρού 2011).

Παράλληλα με το ενεργητικό κάπνισμα, είναι σήμερα γενικά αποδεκτό ότι το ΠΚ οδηγεί σε αυξημένη συχνότητα διαφόρων καρδιαγγειακών νοσημάτων (USDHHS 2006) και αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου κατά τουλάχιστον 20%. Πιο σημαντικά είναι ορισμένα πρόσφατα μεθοδολογικά ισχυρά στοιχεία από μη καπνίζοντες ενήλικες, τα οποία έχουν δείξει ότι το ΠΚ θέτει σε κίνδυνο την υγεία, όχι μόνο όταν τα άτομα εκτίθενται συχνά για παρατεταμένες χρονικές περιόδους -όπως αρχικά νομιζόταν- αλλά και μετά από μία και μόνο σύντομη έκθεση. Αυτά τα νέα αποδεικτικά στοιχεία δείχνουν σαφώς ότι το ΠΚ ενδέχεται να έχει ένα ουσιαστικό ρόλο στην ανάπτυξη των χρόνιων παθήσεων (Flouris et al. 2009) (Metsios et al. 2011).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Πράσινης Βίβλου για μια Ευρώπη απαλλαγμένη από το κάπνισμα, το 2002 ο καπνός του περιβάλλοντος ταξινομήθηκε ως γνωστό καρκινογόνο για τον άνθρωπο, από τον Οργανισμό Προστασίας του Περιβάλλοντος των ΗΠΑ (US Environmental Protection Agency), το 1993 από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών (Department of Health and Human Services) των ΗΠΑ και από Διεθνές Κέντρο Έρευνας για τον Καρκίνο του Π.Ο.Υ. (WHO International Agency for Research on Cancer). Επιπλέον, έχει ταξινομηθεί ως καρκινογόνο στο χώρο εργασίας από τις κυβερνήσεις της Φινλανδίας (2000) και της Γερμανίας (2001). Πρόσφατα, η Υπηρεσία Προστασίας Περιβάλλοντος της Καλιφόρνια (California Environment Protection Agency) ταξινόμησε τον καπνό ως «τοξικό ατμοσφαιρικό ρύπο».

Οι κύριοι χώροι χρόνιας και εντατικής έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος είναι το σπίτι και ο χώρος εργασίας. Σύμφωνα με την έκθεση του Συστήματος πληροφοριών για την επαγγελματική έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες του 1998 (Information System on Occupational Exposure to Carcinogens) (CAREX), ο καπνός του περιβάλλοντος ήταν η δεύτερη συνηθέστερη μορφή έκθεσης σε καρκινογόνα (μετά την ηλιακή ακτινοβολία) στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.) των 15. Κατά το διάστημα 1990-93, περίπου 7,5 εκατ. Ευρωπαίοι εργαζόμενοι είχαν εκτεθεί σε παθητικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια τουλάχιστον του 75% του χρόνου εργασίας τους.

Στις δυτικές κοινωνίες, όπου το κάπνισμα εμφανίζεται με μια συχνότητα της τάξης του 30–50%, υπολογίζεται ότι παραπάνω από το 50% των σπιτιών, στα οποία υπάρχει τουλάχιστον ένας καπνιστής, συμβάλλουν σημαντικά στην έκθεση των παιδιών και άλλων μη καπνιστών στα παράγωγα του καπνού. Παρόμοιο ποσοστό μη καπνιστών εκτίθεται στον ίδιο κίνδυνο και στο εργασιακό του περιβάλλον (Π.Ο.Υ., 2000) (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008-2012).

Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα αρχίζει πολύ νωρίς, ήδη από την ενδομήτριο ζωή και μπορεί να συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της. Είναι εξάλλου μια έκθεση που μπορεί να θεωρηθεί αναπόφευκτη για τα παιδιά και για τα 2/3 των ενηλίκων που δεν καπνίζουν, αφού οι ενήλικες καπνιστές ανέρχονται σε 1,3 δισεκατομμύρια παγκοσμίως. Ο επιπλέον κίνδυνος που προσθέτει το παθητικό κάπνισμα στην εμφάνιση διαφόρων νοσημάτων είναι γενικά μικρός, αλλά η εξαιρετικά μεγάλη επίπτωσή του (περίπου 40% του ενήλικου πληθυσμού), το καθιστά εν τέλει έναν σημαντικό βλαπτικό περιβαλλοντικό παράγοντα (Χονδρού 2011).

β. Νοσηρότητα

Μελέτη του Π.Ο.Υ (WHO-IARC) για την έρευνα κατά του καρκίνου έδειξε ότι, για τους μη καπνιστές που ζουν με καπνιστές, ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα είναι 20-30% μεγαλύτερος. Ο επιπλέον κίνδυνος λόγω της έκθεσης στο χώρο εργασίας εκτιμήθηκε ότι είναι 12-19%. Οι σχέσεις μεταξύ έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος και άλλων τύπων καρκίνου, είναι λιγότερο σαφείς.

Ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου είναι αυξημένος μεταξύ των μη καπνιστών που ζουν με καπνιστές κατά 25-30%. Υπάρχουν επίσης όλο και περισσότερες ενδείξεις ότι υπάρχει αιτιώδης συνάφεια μεταξύ παθητικού καπνίσματος και εγκεφαλικών επεισοδίων σε μη καπνιστές, παρότι απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την εκτίμηση του κινδύνου.

Το παθητικό κάπνισμα συνδέεται με αναπνευστικές νόσους και αποτελεί σημαντική αιτία επιδείνωσης για άτομα που πάσχουν από άσθμα, αλλεργίες και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), που οδηγεί σε κοινωνικό και εργασιακό αποκλεισμό. Μια πρόσφατη πανευρωπαϊκή έρευνα σε άτομα με συμπτώματα άσθματος οξείας μορφής, έδειξε ότι μια από τις σημαντικές επιθυμίες τους για το μέλλον είναι να μπορούν να αναπνέουν καθαρό αέρα (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008-2012).

Το κάπνισμα έχει επίσης αναγνωριστεί ως η κύρια αιτία του καρκίνου του πνεύμονα, της ΧΑΠ, της περιφερικής αρτηριοσκλήρυνσης και ως ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο (Panagiotakos et al. 2007).

Ο Vineis (2008) υποστηρίζει ότι η κατάσταση είναι πολύ χειρότερη, γιατί έχουν μελετηθεί λεπτομέρειες μόνο για ορισμένες διαδεδομένες μορφές καρκίνου, τα καρδιαγγειακά και τα αναπνευστικά προβλήματα. Αν το πρότυπο έρευνας για τις επιδράσεις του καπνίσματος επεκτεινόταν και σε άλλες παθολογικές καταστάσεις, θα αποδίδονταν στο κάπνισμα, κατά τον 21^ο αιώνα, 1 δισεκατομμύριο θάνατοι, σε σύγκριση με 100 εκατομμύρια περίπου, κατά τον 20^ο αιώνα. Μόνον ο HIV έχει παρουσιάσει ανάλογο δυσμενή αντίκτυπο στις Δυτικές χώρες. Μεγάλο μέρος του

προβλήματος αποδίδεται στο παθητικό κάπνισμα. Ένα από τα παλαιότερα επιχειρήματα προέρχεται από μετα-αναλύσεις μελετών σε μη καπνιστές/μη καπνίστριες, συζύγους καπνιστριών/-στών. Από αυτές συμπεραίνεται ότι οι μη καπνιστές/μη καπνίστριες κινδυνεύουν από καρκίνο του πνεύμονα (Vineis 2008).

Μια πρόσφατη έρευνα δείχνει ότι η έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος διπλασιάζει σχεδόν τον κίνδυνο εκφύλισης της ώχρας κηλίδας λόγω γήρανσης –την κύρια αιτία απώλειας της όρασης στην Ευρώπη (Khan et al., 2006).

Γενικότερα, φαίνεται ότι υπάρχουν επαρκείς και αξιόπιστες αποδείξεις από τη βιβλιογραφία και από τη συναίνεση των ειδικών επιστημόνων ότι μπορούν να γίνουν αξιόπιστοι προσδιορισμοί για τη συμμετοχή του παθητικού καπνίσματος στην πρόκληση άσθματος, λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος, συμπτωμάτων από το ανώτερο αναπνευστικό, χαμηλού σωματικού βάρους γέννησης στα παιδιά, καθώς και στον καρκίνο του πνεύμονα (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008-2012).

Ασθένειες στους ενήλικες

Καρκίνος του πνεύμονα

Η ποσότητα των καρκινογόνων ουσιών στον καπνό που εισπνέουν οι μη καπνιστές είναι μικρή. Ωστόσο, η πρώιμης έναρξης (ήδη από την παιδική ηλικία) και μεγάλης διάρκειας έκθεση, η απουσία ασφαλούς ουδού δόσης εισπνεόμενων καρκινογόνων και η ανεύρεση σε σωματικά υγρά μη καπνιστών, καρκινογόνων που σχετίζονται με τον καπνό, καθιστούν το παθητικό κάπνισμα έναν δυνητικά καρκινογόνο παράγοντα (Χονδρού 2011).

Μελέτες και μεταanalύσεις καταλήγουν στην κοινή διαπίστωση ότι οι μη καπνιστές που εκτίθενται παθητικά σε καπνό έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα. Πιο συγκεκριμένα, η ενδοοικιακή έκθεση λόγω συμβίωσης με σύζυγο καπνιστή αυξάνει τον σχετικό κίνδυνο κατά 21-31%. Η σχέση είναι σταθερή για τα δύο φύλα και ανεξάρτητη της γεωγραφικής προέλευσης. Η έκθεση στον εργασιακό χώρο αυξάνει τον σχετικό κίνδυνο κατά 17 έως 30% ενώ η ενδοοικιακή έκθεση κατά την παιδική και εφηβική ηλικία λόγω του καπνίσματος των γονέων αυξάνει τον κίνδυνο κατά περίπου 11%. Σε όλες τις μελέτες η σχέση είναι δόσοεξαρτώμενη, δηλαδή όσο μεγαλύτερης βαρύτητας η έκθεση, τόσο μεγαλύτερος ο σχετικός κίνδυνος εμφάνισης της νόσου (USDHHS 2006, Ροβίνα 2007, Χονδρού 2011).

Στις ουσίες που διαχέονται στο περιβάλλον περιλαμβάνονται αρωματικοί υδρογονάνθρακες, νιτροζαμίνες, οργανικές ουσίες (πχ βουταδιένιο) και ανόργανες ουσίες (μέταλλα, υδραζίνη). Η διάλυση αυτών των ουσιών στον αέρα του περιβάλλοντος μειώνει σημαντικά τις εισπνεόμενες δόσεις από τους μη καπνιστές,

γεγονός που εξασθενεί τον κίνδυνο να εμφανίσουν βρογχοπνευμονικό καρκίνο (ΒΠΚ) (47). Ωστόσο, πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη υπολογίζει σε 16-24% το ποσοστό των κρουσμάτων ΒΠΚ σε μη καπνιστές, το οποίο θα μπορούσε να αποδοθεί στο παθητικό κάπνισμα στο εργασιακό περιβάλλον (Vineis et al. 2007). Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη, βιολογικοί δείκτες δηλωτικοί της έκθεσης στον καπνό, όπως οι νιτροζαμίνες (N-νιτροζοδιαιθυλαμίνη ή NDMA, 4-(μεθυλνιτροζαμίνη)-1-(3-πυριδύλ)-1-βουτανόνη ή NNK) και οι ενώσεις τους με το γλυκουρονικό οξύ, βρέθηκαν στα ούρα μη καπνιστών που ήταν εκτεθειμένοι στον περιβαλλοντικό καπνό για μεγάλο χρονικό διάστημα (Hecht et al. 2006, Βλαστός 2011).

Η ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα από την παθητική έκθεση σε καπνό, έχει πιθανώς σχέση με γενετικούς παράγοντες. Μελέτες μοριακών βλαβών σε ιστούς καπνιστών και μη καπνιστών με ΒΠΚ, έδειξαν την παρουσία ομοίων γονιδιακών βλαβών (Βλαστός 2011). Έχει παρατηρηθεί ότι μη καπνιστές που υπόκεινται σε παθητική έκθεση και ανέπτυξαν καρκίνο του πνεύμονα, παρουσιάζουν με μεγαλύτερη συχνότητα πολυμορφισμούς στο γονίδιο γλουταθειόνη-S-τρανσφεράση-M1 (GSTM1), συγκριτικά με τους μη καπνιστές που δεν εμφάνισαν τη νόσο (Χονδρού 2011)

Καρδιαγγειακές Παθήσεις

Είναι γνωστό ότι το ενεργητικό κάπνισμα προάγει την αθηροσκλήρωση, προκαλεί αγγειακό σπασμό, μειώνει την ικανότητα του αίματος για μεταφορά O₂, προδιαθέτει σε θρόμβωση και καρδιακές αρρυθμίες και επηρεάζει την λειτουργικότητα του ενδοθηλίου. Σχετίζεται θετικά με θανατηφόρα και μη στεφανιαία νόσο, κατά τρόπο δόσοεξαρτώμενο και αναστρέψιμο, με τον σχετικό κίνδυνο να μειώνεται ταχέως μετά τη διακοπή του καπνίσματος.

Το παθητικό κάπνισμα επιδρά στο καρδιαγγειακό σύστημα, πιθανότατα με τους ίδιους μηχανισμούς, προκαλώντας δυσλειτουργία του ενδοθηλίου των στεφανιαίων και μικρών περιφερικών αγγείων και κινητοποιώντας φλεγμονώδεις διαδικασίες. Νεότερες μελέτες έδειξαν, ότι ακόμη και μισής ώρας έκθεση ενός μη καπνιστή σε περιβάλλον παθητικού καπνίσματος, είναι αρκετή για να επηρεάσει τα κύτταρα του επιθηλίου στις στεφανιαίες αρτηρίες. Η δυσλειτουργία αυτών των ενδοθηλιακών κυττάρων συμβάλλει στη στένωση των αρτηριών και στην ελάττωση της αιματικής ροής.

Επιπλέον, το παθητικό κάπνισμα επηρεάζει τη μεταφορά του οξυγόνου και την χοληστερόλη HDL (Ροβίνα 2007). Η σημασία του στην παθογένεια των καρδιαγγειακών παθήσεων ερευνάται ολοένα και περισσότερο τα τελευταία χρόνια. Δεκάδες μελέτες έχουν πλέον τεκμηριώσει τη θετική και δόσοεξαρτώμενη σχέση του παθητικού καπνίσματος με νόσους του καρδιαγγειακού συστήματος και ιδίως με

στεφανιαία νόσο (ΣΝ) και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ), αυξάνοντας τη νοσηρότητα αλλά και τη θνησιμότητα από αυτά (Χονδρού 2011).

Τα πιο εντυπωσιακά μέχρι σήμερα δημοσιευθέντα αποτελέσματα, τα οποία είναι συνεπή τόσο στις ΗΠΑ και στον Καναδά, όσο και σε ορισμένες Ευρωπαϊκές χώρες, είναι η αισθητή βελτίωση στην καρδιαγγειακή υγεία του πληθυσμού στο σύνολό του, και οι σημαντικές μειώσεις στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ), που αναφέρθηκαν σε όλες τις μελέτες. Οι μειώσεις κυμαίνονται από 6 έως 40%, με τις μεγαλύτερες μειώσεις να αναφέρονται ως επί το πλείστον από μελέτες με μικρότερα μεγέθη πληθυσμού. Αυτό που είναι ιδιαίτερα έντονο για τις μειώσεις αυτές στο ΟΕΜ είναι ότι εντοπίζονται στο γενικό πληθυσμό, το μεγαλύτερο μέρος του οποίου είναι μη καπνιστές και αποτελεί σαφές όφελος από την κατάργηση της έκθεσης σε ΠΚ του πληθυσμού στο σύνολό του. Συγκεκριμένα, μπορεί κάποιος να έχει μεγάλη εμπιστοσύνη σε αυτά τα αποτελέσματα γιατί, όπως έχουν δείξει ορισμένες μελέτες (Lemstra et al. 2008, Pell et al. 2008), σε γειτονικές χώρες όπου δεν υπήρχε νόμος απαγόρευσης του καπνίσματος, δεν παρατηρήθηκε η ίδια μείωση του ΟΕΜ (Goodman et al. 2009).

Υπάρχει, ωστόσο, ένα αρκετά μεγάλο φάσμα μειώσεων του οξέος καρδιαγγειακού επεισοδίου, που έχει αναφερθεί σε προηγούμενες μελέτες στις ΗΠΑ (Khuder et al. 2007, Seo and Torabi 2007), σχετιζόμενες σε γενικές γραμμές με μικρές ομάδες πληθυσμού και με τοπική νομοθεσία σε επίπεδο νομού. Τα αποτελέσματα από τη Νέα Υόρκη (Juster et al. 2007), που έχει πολύ μεγαλύτερο πληθυσμό, αναφέρουν 8% πτώση, η οποία είναι σημαντικά χαμηλότερη από αυτή που παρουσιάζεται σε άλλες μελέτες στις ΗΠΑ. Ωστόσο, στη Νέα Υόρκη, είχε υπάρξει μια ροή αντικαπνιστικής νομοθεσίας που εισαγόταν επί σειρά ετών, η οποία ενδέχεται να έχει συμβάλει στην μικρότερη πτώση που αναφέρεται (Goodman et al. 2009).

Τα αποτελέσματα που αναφέρθηκαν από Ευρωπαϊκές μελέτες (Cesaroni et al. 2008, Pell et al. 2008, Vasselli et al. 2008) αναφέρουν μείωση των οξέων καρδιαγγειακών συμβαμάτων κάτω από το 20%. Τα αποτελέσματα από τον Καναδά (Lemstra et al. 2008) είναι επίσης της ίδιας τάξης μεγέθους. Πρέπει να σημειωθεί ότι δεν αναφέρουν όλες οι μελέτες τα ίδια ακριβώς αποτελέσματα, και δεν χρησιμοποιούν όλες τις ίδιες ηλικιακές ομάδες, ενώ υπάρχει και κάποια αβεβαιότητα ως προς τον τρόπο και τις συνήθειες κατανάλωσης καπνού και αυτό σίγουρα θα αντιπροσωπεύει κάποιες από τις διαφορές στα αναφερόμενα αποτελέσματα (Goodman et al. 2009).

Οι Meyers et al. (2009) διηύθυναν μια μετανάλυση των δημοσιευμένων μελετών από τις ΗΠΑ, τον Καναδά και την Ευρώπη και αναφέρουν μια γενική μείωση κατά

17% στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, που σχετίζεται με την απαγόρευση του καπνίσματος, αν και δεν ήταν σε θέση να εξηγήσουν πλήρως τις διαφορές στις αναφερόμενες μειώσεις (Goodman et al. 2009).

Οι Lightwood και Glantz (2009) διηύθυναν, επίσης, μια μετα-ανάλυση της δημοσιευμένης βιβλιογραφίας σχετικά με το OEM και την απαγόρευση του καπνίσματος, και καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η μείωση του OEM είναι συνεπής όταν κάποιος λαμβάνει υπόψη την παρακολούθηση στη συνέχεια. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι σε χώρες με ισχυρή νομοθεσία απαγόρευσης του καπνίσματος υπάρχουν άμεσα και σημαντικά οφέλη όσον αφορά τη μείωση εμφραγμάτων του μυοκαρδίου και ότι τα οφέλη αυτά αυξάνονται με το χρόνο. Η εργασία αυτή μπορεί να εξηγήσει τις μεγάλες διαφορές στα αναφερόμενα αποτελέσματα για το OEM στις διάφορες μελέτες (Barone-Adesi et al. 2006, Cesaroni et al. 2008, Juster et al. 2007, Khuder et al. 2007, Lemstra et al. 2008, Pell et al. 2008, Seo and Torabi 2007, Vasselli et al. 2008, Goodman et al. 2009).

Πρόσφατα, οι Richiardi et al. (2009) ερεύνησαν την αξιοπιστία των αναφερθέντων μειώσεων των οξέων καρδιαγγειακών επεισοδίων. Χρησιμοποιώντας προσομοιώσεις, και το σχετικό κίνδυνο, από δημοσιεύσεις, που συνδέεται με το ενεργητικό και το παθητικό κάπνισμα, εκτιμούν ότι μετά την εφαρμογή της νομοθεσίας, θα πρέπει να αναμένονται μειώσεις μεταξύ 5 και 15% στα οξέα καρδιαγγειακά επεισόδια. Αυτό είναι σύμφωνο με τα πρόσφατα ευρήματα από την Ευρώπη (Barone-Adesi et al. 2006, Cesaroni et al. 2008, Pell et al. 2008, Vasselli et al. 2008), τον Καναδά (Lemstra et al. 2008) και τις ΗΠΑ (Juster et al. 2007).

Τα αποδεικτικά στοιχεία είναι σαφή για το ότι οι ολοκληρωμένοι νόμοι απαγόρευσης του καπνίσματος σε χώρους εργασίας (δηλ. αυτοί που προβλέπουν πλήρη απαγόρευση), όχι μόνο βελτιώνουν την υγεία των εργαζομένων μη καπνιστών, αλλά και ότι η καρδιαγγειακή υγεία του γενικού πληθυσμού έχει επίσης βελτιωθεί, λόγω της διακοπής της έκθεσης του γενικού πληθυσμού στο ΠΚ σε μπαρ και εστιατόρια (Goodman et al. 2009).

Χρόνιες Πνευμονοπάθειες

Το παθητικό κάπνισμα έχει συσχετισθεί με το βρογχικό άσθμα και την χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, αν και τα αποτελέσματα των σχετικών μελετών δεν είναι πάντα σαφή, σταθερά και ομόφωνα (Χονδρού 2011).

Βρογχικό Άσθμα (BA)

Η παθητική έκθεση σε καπνό ασθματικών ασθενών σχετίζεται με αυξημένο αριθμό παροξύνσεων, επισκέψεων σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, ημερών απουσίας από την εργασία και με σημαντικά μεγαλύτερο περιορισμό της αναπνευστικής λειτουργίας με κριτήριο δείκτες όπως ο λόγος FEV1/FVC. Οι γυναίκες

εμφανίζονται πιο ευπαθείς από τους άνδρες στις ανωτέρω αρνητικές επιδράσεις του παθητικού καπνίσματος (Larsson et al. 2003).

Εξάλλου, ασθματικοί ασθενείς παρουσιάζουν σαφή βελτίωση της κατάστασής τους, σε ότι αφορά στη συχνότητα και βαρύτητα των συμπτωμάτων και στην ποιότητα ζωής, μετά την εφαρμογή απαγόρευσης του καπνίσματος στον εργασιακό τους χώρο.

Θα πρέπει να αναφερθεί ακόμη ότι μη καπνιστές, μη ατοπικοί ενήλικες με παθητική έκθεση στον καπνό κατά την ενδομήτριο ζωή, λόγω καπνίσματος της εγκύου, αλλά και κατά την νεογνική και την παιδική ηλικία, λόγω έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα των γονέων, παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης άσθματος, αυξημένη επίπτωση αναπνευστικών συμπτωμάτων και χειρότερη αναπνευστική λειτουργία (Χονδρού 2011).

Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)

Ποσοστό 85-90% της ΧΑΠ αποδίδεται στο ενεργητικό κάπνισμα, ενώ για το υπόλοιπο 10-15% έχουν ενοχοποιηθεί γενετικοί και βλαπτικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγεται και το παθητικό κάπνισμα. Επιπρόσθετα, η έκθεση σε καπνό ατόμων που πάσχουν από ΧΑΠ φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα και βαρύτητα συμπτωμάτων, σοβαρότερη έκπτωση της αναπνευστικής λειτουργίας και χειρότερη ποιότητα ζωής, ενώ τις ίδιες αρνητικές επιδράσεις από το παθητικό κάπνισμα σε ό,τι αφορά στα αναπνευστικά συμπτώματα και την αναπνευστική λειτουργία υφίστανται και οι πάσχοντες από μέτρια ή σοβαρή έλλειψη α1-αντιθρυψίνης (Eisner et al. 2006, Sen et al. 2005, Χονδρού 2011).

Είναι σαφές ότι μετά την εφαρμογή των νόμων απαγόρευσης του καπνίσματος στο χώρο εργασίας, υπάρχουν εξαιρετικά σταθερά αποτελέσματα (Larsson et al. 2008, Valente et al. 2007) σχετικά με βελτιώσεις αναπνευστικών και ερεθιστικών συμπτωμάτων που αναφέρονται από τους ίδιους τους ερωτώμενους. Οι μελέτες βρίσκουν με συνέπεια μείωση των συμπτωμάτων μεταξύ 20 και 50%. Αν και αυτά είναι υποκειμενικά στοιχεία, εάν οι εργαζόμενοι αισθάνονται καλύτερα, οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι αυτό πρέπει να θεωρηθεί ως ένα θετικό αποτέλεσμα για την υγεία.

Οι μελέτες που έχουν μετρήσει αλλαγές στην πνευμονική λειτουργία είναι λιγότερες σε αριθμό, αλλά αυτές που έχουν δημοσιευθεί, αναφέρουν βελτιώσεις στην αναπνευστική υγεία των εργαζομένων σε μπαρ, αλλά καθώς η πνευμονική λειτουργία υποβαθμίζεται με την ηλικία, βελτίωση της αναπνευστικής υγείας με την πάροδο του χρόνου δεν θα πρέπει να αναμένεται. Οι βελτιώσεις στην πνευμονική λειτουργία των μη καπνιστών προσθέτει ακόμη μεγαλύτερο βάρος στο επιχείρημα ότι οι νόμοι απαγόρευσης του καπνίσματος βελτιώνουν την υγεία. Αυτά τα

αποτελέσματα για το αναπνευστικό σύστημα, είναι παρόμοια με αυτά των πρώτων μελετών από την Καλιφόρνια, των Eisner et al. (1998) (Goodman et al. 2009).

Άλλες παθολογικές οντότητες

Υπάρχουν κάποια στοιχεία που δείχνουν μια θετική συσχέτιση μεταξύ ενεργητικού καπνίσματος και σακχαρώδους διαβήτη, καθώς και μεταξύ παθητικού καπνίσματος και διαταραγμένης ανοχής στη γλυκόζη ωστόσο, οι σχέσεις αυτές δεν είναι τεκμηριωμένα αιτιολογικές (Χονδρού 2011).

Οφθαλμικές παθήσεις όπως η εκφύλιση της ωχράς κηλίδας, η οφθαλμοπάθεια Grave και ο καταρράκτης έχουν περιστασιακά μελετηθεί σε σχέση με το παθητικό κάπνισμα αλλά τα στοιχεία είναι ανεπαρκή για να επιβεβαιώσουν κάποια συσχέτιση (Χονδρού 2011).

Παθητικό κάπνισμα και παιδιά

Πολυάριθμες αναφορές υγειονομικών υπηρεσιών, στην Αμερική και αλλού, έχουν καταδείξει την αρνητική επίδραση του παθητικού καπνίσματος στην παιδική νοσηρότητα και θνησιμότητα, τόσο λόγω έκθεσης κατά την ενδομήτριο ζωή όσο και λόγω έκθεσης μετά τη γέννηση. Το πρόβλημα είναι μεγάλο, καθώς υπολογίζεται ότι το 24% των εμβρύων και το 38% των παιδιών εκτίθενται παθητικά σε καπνό στην Αμερική (Χονδρού 2011).

Το παθητικό κάπνισμα είναι ιδιαίτερα επικίνδυνο για τα μικρά παιδιά και τα βρέφη, εφόσον συνδέεται με τον αιφνίδιο θάνατο των βρεφών, την πνευμονία, τη βρογχίτιδα, το άσθμα, παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος καθώς και παθήσεις του μέσου ωτός. Η έκθεση των εγκύων στον καπνό του περιβάλλοντος μπορεί να έχει ως συνέπεια νεογνά χαμηλού βάρους γέννησης, θάνατο του εμβρύου και πρόωρα νεογνά.

Συγκεκριμένα και όσον αφορά στις έγκυες γυναίκες, είναι τεκμηριωμένο ότι, όσες είναι καπνίστριες έχουν συσχετισθεί με πρόωρο τοκετό (<37 εβδομάδες), με γέννηση ελλιποβαρών νεογνών (μέσος όρος 150-200 γραμμάρια λιγότερο) σε διπλάσια συχνότητα, αυτόματη αποβολή, εκδήλωση άσθματος στην παιδική ηλικία, αλλά και ελαττωμένη πνευμονική λειτουργία τόσο στα νεογνήματα, όσο και στα παιδιά σχολικής ηλικίας. Στις έγκυες γυναίκες, επίσης, το παθητικό κάπνισμα έχει συνδεθεί με ελλιποβαρή νεογνά (31 γραμμάρια) κυρίως, αλλά και με πρόωρο τοκετό (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008-2012).

Το ένα τρίτο των γυναικών συνεχίζουν να καπνίζουν κατά τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης, αν και οι ενδείξεις για τις αρνητικές συνέπειες της έκθεσης στον καπνό στην ανάπτυξη του εμβρύου, ενώ το έμβρυο βρίσκεται στη μήτρα, αυξάνονται. Επιδημιολογικές μελέτες έχει δείξει ότι η προγεννητική έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος είναι ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για την κακή

πνευμονική λειτουργία, τη συρίπτουσα αναπνοή και την ανάπτυξη (ενδεχομένως μη ατοπικού) άσθματος. Επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με την επίδραση στην ανάπτυξη της αλλεργικής ευαισθητοποίησης δεν οδηγούν σε σαφή συμπεράσματα, δεδομένου ότι στις περισσότερες μελέτες δεν υπάρχει σαφής διαχωρισμός μεταξύ προ- και μεταγεννητικής έκθεσης. Ωστόσο, μελέτες που περιλάμβαναν την προγεννητική έκθεση στο παθητικό κάπνισμα, δεν έδειξαν καμία επίδραση στην ευαισθητοποίηση. Ανώμαλη ανάπτυξη της δομής των πνευμόνων του εμβρύου, όπως φαίνεται σε πειραματικά μοντέλα, μπορεί να αποτελεί τη βάση του αυξημένου κινδύνου για την κακή πνευμονική λειτουργία και την ανάπτυξη άσθματος. Πρόσφατα, οι Hylkema και Blacquiere έδειξαν σε νεογνά ποντικών ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μειώνει την έκφραση των γονιδίων που εμπλέκονται στην ανάπτυξη των πνευμόνων. Επιπλέον, το κάπνισμα της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αύξησε την αναδιαμόρφωση των αεραγωγών σε ενήλικες απογόνους, σε ποντικούς. Στο μέλλον, πειράματα ενδέχεται να αποκαλύψουν αν οι αναπτυξιακές αλλαγές στον πνεύμονα μπορεί να αποτελούν τη βάση μιας επιπλέον ευαισθησίας στην εμφάνιση χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας στους ενηλίκους (Hylkema and Blacquiere 2009).

Το κάπνισμα στην κύηση αυξάνει τη συχνότητα εμφάνισης προδρομικού πλακούντα, αποκόλλησης του πλακούντα, έκτοπης κύησης και πρόωρης ρήξης των εμβρυικών υμένων. Επίσης έχει αποδειχθεί ερευνητικά ότι συσχετίζεται με αυξημένα ποσοστά εμφάνισης: υπολειπόμενου βάρους γέννησης νεογνών, περιγεννητικής θνησιμότητας, με πρόωρο τοκετό και με το σύνδρομο του αιφνιδίου θανάτου των βρεφών. Επιπλέον, μεγαλώνοντας αυτά τα παιδιά τα ακολουθούν διάφορα προβλήματα υγείας όπως: αναπνευστικά, διαταραχή συμπεριφοράς, ελλειμματική προσοχή και υπερκινητικότητα, ανωμαλίες στη διάπλαση όπως στοματοπροσωπικά ελλείμματα και συγγενείς καρδιοπάθειες καθώς και νευροψυχολογικές διαταραχές. Ανασκόπηση μελετών έδειξε ότι παιδιά με μητέρες που κάπνιζαν στην εγκυμοσύνη εμφανίζουν συχνότερα, από ότι παιδιά χωρίς ενδομήτριο έκθεση, γνωσιακά προβλήματα. Επίσης, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η επίδραση του καπνίσματος της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στη γονιμότητα των αγοριών που θα γεννηθούν, η εμφάνιση συγγενών ανωμαλιών, καθώς και η σύνδεση του αυτισμού με το καθημερινό κάπνισμα της μητέρας στην αρχή της εγκυμοσύνης (Λουκοπούλου και συν. 2010, Χονδρού 2011).

Το παθητικό κάπνισμα της μητέρας κατά την ενδομήτριο ζωή σχετίζεται επίσης με μικρό βάρος γέννησης (αν και η επίδραση είναι σαφώς μικρότερης σημασίας προκαλώντας μείωση κατά 30gr κατά μέσο όρο), καθυστερημένη ανάπτυξη και γενετικές ανωμαλίες (Χονδρού 2011).

Η εγκυμοσύνη θεωρείται από πολλούς ως ένα μοναδικό παράθυρο ευκαιρίας για τη διακοπή του καπνίσματος, καθώς το κίνητρο για τη φροντίδα του εμβρύου είναι συνήθως υψηλό. Η διακοπή του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη είναι επίσης μια σημαντική μέθοδος μείωσης της βλάβης, γιατί η διακοπή νωρίς κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει βρεθεί ότι μειώνει τον κίνδυνο των θανάτου του βρέφους και την αποφυγή ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων της κύησης, όπως το χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση, η μικρή ηλικία κύησης και ο πρόωρος τοκετός (Vardavas et al 2010).

-Σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου νεογνών (SIDS)

Το μητρικό κάπνισμα στην εγκυμοσύνη έχει επίσης ενοχοποιηθεί για το 25-40% των περιπτώσεων SIDS (Pollack 2001) αυξάνοντας έως και 3 φορές τον σχετικό κίνδυνο στα εκθετιμένα παιδιά και δρώντας κατά τρόπο δόσοεξαρτώμενο (USDHHS 2006).

-Αναπνευστικές Παθήσεις και Συμπτώματα

Τα παιδιά καπνιστών εμφανίζουν σε ποσοστό 23-50% συχνότερα συμπτώματα του αναπνευστικού συστήματος όπως βήχα, δύσπνοια, συριγμό, απόχρεμψη ιδίως μάλιστα όταν καπνίζουν και οι δύο γονείς.

Νεογνά με γονείς καπνιστές παρουσιάζουν συχνότερα νόσους του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος και κυρίως βρογχίτιδα και πνευμονία, συνεπεία πιθανόν του συχνότερου αποικισμού του στοματοφάρυγγα και του ρινοφάρυγγα από παθογόνα και όχι ως αποτέλεσμα ευθείας απάντησης του αναπνευστικού στους βλαπτικούς παράγοντες του καπνού. Ο σχετικός κίνδυνος αυξάνεται έως και κατά 50% με δόσοεξαρτώμενο τρόπο και ειδικά όταν καπνιστής γονέας είναι η μητέρα.

Το παθητικό κάπνισμα στην ενδομήτριο ζωή αλλά και την παιδική ηλικία σχετίζεται επιπλέον με αυξημένη συχνότητα και βαρύτητα άσθματος (USDHHS 2006).

-Ανάπτυξη των Πνευμόνων

Το κάπνισμα των γονέων επηρεάζει αρνητικά την ανάπτυξη των πνευμόνων, ανατομική και λειτουργική προκαλώντας έως και τετραπλασιασμό της συχνότητας εμφάνισης χαμηλών τιμών παραμέτρων της αναπνευστικής λειτουργίας, όπως η FEF 25-75% (Forced Midexpiratory Flow Rate, δυναμικά εκπνεόμενη μεσοεκπνευστική ροή) (USDHHS 2006).

Παιδιά με κυστική ίνωση είναι πιο ευπαθή στις επιδράσεις αυτές του παθητικού καπνίσματος (Collaco 2008).

-Αθηρογένεση

Η παθητική έκθεση των παιδιών σε καπνό, όπως αυτή εκτιμάται από τα επίπεδα κοτινίνης στον ορό του αίματος, έχει συσχετισθεί, πάντα κατά τρόπο

δοσοεξαρτώμενο, με δυσλειτουργία του αγγειακού ενδοθηλίου, διαταραχή που οδηγεί με τη σειρά της σε αθηρογένεση (Kallio et al. 2007).

-Μέση Ωτίτιδα

Μετα-ανάλυση δείχνει ότι το παθητικό κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο μέσης ωτίτιδας, κυρίως υποτροπιάζουσας μορφής, και συλλογής στο μέσο ους κατά περίπου 40% (USDHHS 2006).

-Τερηδόνα

Παιδιά με αυξημένα επίπεδα κοτινίνης στον ορό παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης τερηδόνας η οποία αφορά στα νεογιλά αλλά όχι στα μόνιμα δόντια (Aligne et al. 2003).

-Παιδικός Καρκίνος

Τα υπάρχοντα στοιχεία δείχνουν μια θετική συσχέτιση μεταξύ παθητικού καπνίσματος και νεοπλασμάτων της παιδικής ηλικίας όπως η λευχαιμία και τα λεμφώματα χωρίς να είναι μέχρι τώρα αρκετά για να εδραιώσουν μια αιτιολογική σχέση (USDHHS 2006).

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι η παθητική έκθεση στον καπνό κατά την παιδική ηλικία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης κατά την ενήλικη ζωή νοσημάτων όπως ο καρκίνος του πνεύμονα. Έτσι, έκθεση σε 25 τσιγάρα το χρόνο διπλασιάζει τον κίνδυνο, ενώ μικρότερη έκθεση φαίνεται να μην έχει επίδραση. Για άλλα νοσήματα όπως η στεφανιαία νόσος (ΣΝ), ο κίνδυνος για μελλοντική νόσηση επί έκθεσης στην παιδική ηλικία απαιτεί περαιτέρω μελέτη, αν και τα υπάρχοντα στοιχεία δείχνουν να είναι υπαρκτός (USDHHS 2006).

Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι τα μέχρι στιγμής διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι το ΠΚ στα παιδιά συνδέεται με επιδείνωση του λιπιδαιμικού προφίλ και της αγγειακής λειτουργίας, ενώ τα στοιχεία για το κάπνισμα της μητέρας (κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και το ΠΚ μετά τη γέννηση) είναι ακόμα ελλιπή, κυρίως λόγω των περιορισμών στο σχεδιασμό των μελετών και της έλλειψης προσαρμογής λόγω σημαντικών παραγόντων σύγχυσης (Metsios et al. 2011).

γ. Θνησιμότητα

Σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες –συντηρητικές- εκτιμήσεις της σύμπραξης που δημιουργήθηκε από την ‘European Respiratory Society’ (Ευρωπαϊκή Πνευμονολογική Εταιρεία), τον οργανισμό ‘Cancer Research UK’ (Έρευνα για τον καρκίνο) στη Βρετανία και το ‘Institut National du Cancer’ (Εθνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο) στη Γαλλία, περισσότεροι από 79.000 ενήλικες πεθαίνουν κάθε χρόνο λόγω του παθητικού καπνίσματος στις 25 χώρες της Ε.Ε.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι το παθητικό κάπνισμα στο χώρο εργασίας προκάλεσε περισσότερους από 7.000 θανάτους στην Ε.Ε. το 2002, ενώ η έκθεση στο σπίτι είχε

ως συνέπεια 72.000 θανάτους επιπλέον. Οι εκτιμήσεις αυτές περιλαμβάνουν θανάτους από καρδιοπάθειες, εγκεφαλικά επεισόδια, καρκίνο του πνεύμονα και ορισμένες αναπνευστικές νόσους που προκαλούνται από το παθητικό κάπνισμα. Εντούτοις, στις εκτιμήσεις αυτές δεν περιλαμβάνονται οι θάνατοι ενηλίκων που οφείλονται σε άλλες νόσους που συνδέονται με την έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος (όπως πνευμονία), οι θάνατοι παιδιών και η σοβαρή νοσηρότητα, οξεία και χρόνια, λόγω του παθητικού καπνίσματος (Πράσινη Βίβλος, 2007).

Υπολογίζεται ότι σήμερα στην Ελλάδα πεθαίνουν κάθε χρόνο γύρω στα 10.000 άτομα εξαιτίας του καπνίσματος. Έχει ακόμα υπολογιστεί με ακρίβεια ότι κάποιος που καπνίζει 40 τσιγάρα την ημέρα, ζει 8,5 χρόνια λιγότερο από το μη καπνιστή, ενώ εάν καπνίζει 20 τσιγάρα την ημέρα, ζει κατά 5 χρόνια λιγότερο. Κάθε εισπνοή καπνού είναι περίπου μισό λεπτό λιγότερης ζωής, κάθε κατανάλωση ενός τσιγάρου είναι 5,5 λεπτά λιγότερα και ενός πακέτου σχεδόν δύο ώρες λιγότερες. Η θνητότητα των καπνιστών είναι 6 φορές υψηλότερη από εκείνη των μη καπνιστών και η νοσηρότητά τους σε περίπτωση νοσηλείας πολύ υψηλότερη (Γερουλάνος 2008).

2. Η απαγόρευση του καπνίσματος είναι ο μόνος τρόπος:

Στην Ελλάδα καπνίζει το 45% του πληθυσμού, δηλαδή, 5.000.000 Έλληνες (Κωνσταντοπούλου 2006). Ημερησίως καταναλώνονται περίπου 30.000.000 τσιγάρα. Αυτό σημαίνει ότι εισπράττονται 2,5 εκατομμύρια ευρώ ημερησίως προπληρωμένοι φόροι, ή 1 δις ευρώ το χρόνο (Γερουλάνος 2008). Αυτή είναι μια όχι ιδιαίτερα προβεβλημένη πτυχή του προβλήματος. Ενδέχεται λοιπόν ότι, για να απαγορευθεί πλήρως το κάπνισμα και να εφαρμοστεί πραγματικά ο νόμος, το κράτος πρέπει να αντικαταστήσει αυτό το έσοδο με κάποιο άλλο, εξίσου βέβαιο ότι θα εισπράττεται κάθε χρόνο. Άλλη εκδοχή είναι να πειστούν ότι το κόστος θεραπείας και νοσηλείας υπερβαίνει αυτό των εσόδων από τους φόρους.

Ένα επιθυμητό αποτέλεσμα ενός νόμου γενικής απαγόρευσης του καπνίσματος θα είναι να μειωθεί η συχνότητα του καπνίσματος στο γενικό πληθυσμό και ενώ υπάρχουν ενδείξεις γι' αυτό από ορισμένες μελέτες, τα αποτελέσματα διαφέρουν αρκετά από τόπο σε τόπο. Αναμένεται ωστόσο, ότι καθώς η απαγόρευση του καπνίσματος με νόμους θα καθιερώνεται περισσότερο, οι νεότεροι θα είναι πλέον λιγότερο πιθανό να αρχίσουν το κάπνισμα, και ότι με την πάροδο του χρόνου η μείωση του επιπολασμού θα συμβεί σε όλες τις περιοχές με ολοκληρωμένους νόμους απαγόρευσης του καπνίσματος, και με άλλη νομοθεσία, όπως είναι η απαγόρευση της διαφήμισης του καπνίσματος και των προϊόντων καπνού. Αυτό συμβαίνει σε αναμονή της αλλαγής νοοτροπίας που θα έχει ως αποτέλεσμα την «αποκανονικοποίηση» του καπνίσματος στην κοινωνία γενικότερα. Έχουμε αποδεικτικά στοιχεία για τη μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος στα μικρά

παιδιά στην Ιρλανδία, μετά τους νόμους απαγόρευσης του καπνίσματος (Clancy et al. 2008).

Υπάρχουν πλέον σημαντικά και συγκλίνοντα αποδεικτικά στοιχεία απ' όλο τον κόσμο, που δείχνουν ότι πλήρεις νόμοι απαγόρευσης του καπνίσματος, με στόχο την προστασία της υγείας των εργαζομένων, συνδέονται με τη βελτίωση της αναπνευστικής υγείας των εργαζομένων αυτών, τόσο αυτή που αναφέρεται από τους ίδιους, όσο και αυτή που μετρήθηκε. Οι νόμοι απαγόρευσης του καπνίσματος οδήγησαν σε σημαντική μείωση της καρδιαγγειακής επιβάρυνσης της υγείας του γενικού πληθυσμού, στις περιοχές όπου έχουν εισαχθεί. Μπορούμε επίσης να συμπεράνουμε ότι οι εν λόγω νόμοι απαγόρευσης του καπνίσματος ενδέχεται να συμβάλουν στη μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος (Goodman et al. 2009).

Το άρθρο 8 της σύμβασης-πλαισίου του ΠΟΥ για την καταπολέμηση του καπνίσματος (the WHO Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) διατυπώνει συστάσεις για την ανάπτυξη, εφαρμογή και επιβολή των εθνικών νόμων γενικής απαγόρευσης του καπνίσματος. Μέχρι σήμερα, ο FCTC του ΠΟΥ υιοθετήθηκε από 164 χώρες. Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι οι πλήρεις νόμοι απαγόρευσης του καπνίσματος σχετίζονται με σημαντικά οφέλη για την υγεία. Τα αποδεικτικά στοιχεία είναι τέτοια που δεν υπάρχει πλέον καμία δικαιολογία για τις χώρες που δε μπορούν να υλοποιήσουν συνολικούς νόμους απαγόρευσης του καπνίσματος και η αδυναμία να το πράξουν, θα σήμαινε τη συνέχιση της διακινδύνευσης της υγείας, τόσο των εργαζομένων, όσο και του γενικού πληθυσμού (Goodman et al. 2009). Επομένως, τυχόν αλλαγή του τρόπου καταπολέμησης της συνήθειας του καπνίσματος, σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, είναι πολύ δύσκολο πλέον να συμβεί.

Φαρμακευτική αγωγή

Ακόμη, για την απεξάρτηση των καπνιστών έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα φαρμακευτικά σχήματα. Το αρχαιότερο σχήμα είναι η χορήγηση ελεγχόμενης ποσότητας νικοτίνης, από διάφορες οδούς, για τη μείωση των συμπτωμάτων στέρησης και της επιθυμίας για κάπνισμα. Το επόμενο χρονολογικά σκεύασμα είναι η βουπροπρόνη και τέλος η βαρενικλίνη. Στόχος αυτών των φαρμάκων είναι η μείωση των συμπτωμάτων στέρησης και της επιθυμίας για κάπνισμα. Αξίζει να σημειωθεί ότι έχει χρησιμοποιηθεί και ο συνδυασμός κάποιων από τα πιο πάνω φάρμακα με καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με το καθένα ξεχωριστά. Υπό κλινική εξέλιξη βρίσκονται και εμβόλια κατά της νικοτίνης (Οικονόμου 2009).

Υποστηρίζεται ότι στον εγκέφαλο των καπνιστών διαπιστώθηκαν νευροχημικές αντιδράσεις όμοιες με αυτές που έχουν άτομα σε αντικαταθλιπτική αγωγή. Πάνω σ' αυτό, στηρίζεται και μια από τις υποστηρικτικές θεραπείες για τη διακοπή του

καπνίσματος, η οποία είναι μια ειδική αντικαταθλιπτική αγωγή, που στοχεύει στο να αδρανοποιήσει –όπως και η νικοτίνη- το σημείο του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνο για την ήπια κατάθλιψη που δημιουργείται από τη διακοπή του καπνίσματος. Πρόκειται για τα φάρμακα βουπροπιόνη και βαρεκικλίνη, που δίνονται για μικρό χρονικό διάστημα πριν ο καπνιστής διακόψει το κάπνισμα και μέχρι 4-8 εβδομάδες μετά τη διακοπή (Γερουλάνος 2008). Όμως, η φαρμακευτική υποστήριξη, ακόμη και αν εξελιχθεί σε μια άριστη και ιδανική λύση, δε σημαίνει ότι θα αποτελέσει το μόνο τρόπο καταπολέμησης. Οι απαγορευτικοί νόμοι θα συνεχίσουν να ισχύουν.

3. Οι απόψεις των πολιτών για ένα περιβάλλον ελεύθερο καπνού στην Ευρώπη

Παρά τις διαφορές στη μεθοδολογία και τις ερωτήσεις που χρησιμοποιούνται σε δημοσκοπήσεις σε όλη την Ευρώπη, προκύπτουν ορισμένα γενικά συμπεράσματα. Η υποστήριξη σε νόμους για να περιοριστεί το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους, καθώς και για πολιτικές απαγόρευσης του καπνίσματος, αυξάνεται σε όλη την Ευρώπη. Η υποστήριξη είναι υψηλότερη μεταξύ των ατόμων που έχουν επίγνωση των κινδύνων του παθητικού καπνίσματος για την υγεία. Είναι υψηλότερη μεταξύ των μη καπνιστών από ότι μεταξύ των καπνιστών, με τους πρώην καπνιστές ως ενδιάμεσους μεταξύ των δύο ομάδων. Οι υποστηρικτές των περιορισμών του καπνίσματος είναι πιθανότερο να είναι γυναίκες, να είναι σε επαγγελματικά ή διευθυντικά επαγγέλματα και να είναι ηλικίας 35 ετών και άνω. Οι καπνιστές έχουν περισσότερες πιθανότητες να ευνοούν περιορισμούς στο κάπνισμα, σε χώρους με πλήρη απαγόρευση του καπνίσματος (Jones, Muller 2006).

Η υποστήριξη για απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους είναι μεγαλύτερη όταν οι ερωτήσεις που χρησιμοποιούνται υπογραμμίζουν την προστασία της υγείας, ως αιτιολόγηση. Αλλά ακόμη και όπου η στήριξη για την απαγόρευση του καπνίσματος στους χώρους εργασίας -όπως η απαγόρευση του καπνίσματος στα εστιατόρια- είναι ισχυρή, τα στοιχεία δείχνουν ότι πολλοί δεν αναγνωρίζουν πάντα πλήρως τα μπαρ, παμπ και κλαμπ, ως χώρους εργασίας. Για παράδειγμα, σε μια βρετανική δημοσκόπηση του 2004, σχεδόν το ήμισυ (49%) των ερωτηθέντων τάχθηκαν υπέρ ενός νόμου που θα κάνει τις παμπ και τα μπαρ ελεύθερα καπνίσματος. Ωστόσο, στην ίδια έρευνα, όταν τους υπενθύμισαν ότι το μεγαλύτερο μέρος των κλειστών δημόσιων χώρων είναι επίσης χώροι εργασίας, σχεδόν τα τρία τέταρτα (73%) των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι θα υποστήριζαν ένα νόμο που κάνει όλους τους δημόσιους χώρους και τους χώρους εργασίας ελεύθερους καπνίσματος. Μόλις το 15% των ερωτηθέντων θα αντιπασσόταν στον εν λόγω νόμο (Jones, Muller 2006).

Εσωτερικά έγγραφα που δημοσιοποιήθηκαν ως αποτέλεσμα νομικής δράσης κατά της καπνοβιομηχανίας στις ΗΠΑ, δείχνουν ότι ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1980, συμπεριφορές καπνίσματος σε δημόσιους χώρους στην Ευρώπη ήταν υπό παρακολούθηση από τις εταιρείες καπνού (Jones, Muller 2006).

Σε έγγραφο του 1989 που σύγκρινε τη στάση του κοινού απέναντι σε μια σειρά από μέτρα ελέγχου του καπνού σε 10 Ευρωπαϊκές χώρες και τις ΗΠΑ, η εταιρεία 'Philip Morris' διαπίστωσε ότι ένα σημαντικό ποσοστό των ενηλίκων πίστευαν ότι η κυβέρνηση πρέπει να περάσει νόμους για να περιοριστεί το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους. Σε όλες τις χώρες εκτός από τρεις (Τουρκία, Σουηδία και Ελβετία), η υποστήριξη για περιορισμούς στο κάπνισμα υπερέβη την αντίστοιχη στις ΗΠΑ. Η στήριξη ήταν υψηλότερη στην Ιταλία (84%), την Ισπανία (73%), το Ηνωμένο Βασίλειο (70%) και τη Γαλλία (67%) (Jones, Muller 2006).

α. Απόψεις πριν από την ψήφιση αντικαπνιστικών νόμων στην Ευρώπη

Ενωμένο Βασίλειο (Βρετανία) Μια έρευνα αποτίμησης (ICM Research) του 2004 διαπίστωσε ότι το 70% των ερωτηθέντων ανησυχούσε προσωπικά για τους κινδύνους για την υγεία από την εισπνοή καπνού που προέρχεται από άλλους ανθρώπους. Η υποστήριξη για τους περιορισμούς στα μπαρ αυξήθηκε με την πάροδο των ετών, φθάνοντας το 65% το 2004. Οι εργοδότες είναι υπέρ της απαγόρευσης του καπνίσματος στους χώρους εργασίας: η συντριπτική πλειοψηφία (93%) θα ήθελε να ενθαρρύνει ένα νόμο που απαγορεύει το κάπνισμα στο χώρο εργασίας (Jones, Muller 2006).

Το 2010 πλέον, αναφέρεται ότι καπνίζει το 30% των υπαλλήλων, ενώ από αυτούς, περισσότερο από το 70% εκφράζει την επιθυμία να σταματήσει το κάπνισμα. Πιστεύεται πλέον ότι τα προγράμματα διακοπής μειώνουν τόσο τη συνολική ημερήσια κατανάλωση καπνού, όσο και το παθητικό κάπνισμα στους χώρους εργασίας, βελτιώνοντας ακόμη και τις σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων (Halpern and Taylor 2010).

Γαλλία Στη Γαλλία, η ευαισθητοποίηση ως προς το παθητικό κάπνισμα ως επαγγελματικό κίνδυνο για την υγεία είναι υψηλή: 93% των ερωτηθέντων σε μια έρευνα τον Ιούλιο του 2005, συμφώνησε ότι εργάζεται σε ένα περιβάλλον καπνού που δημιουργεί πραγματικό κίνδυνο για την υγεία. Ένας νόμος απαγόρευσης στα εστιατόρια θα υποστηριζόταν από την πλειοψηφία των εργαζομένων (61%) και τους ιδιοκτήτες (51%).

Γερμανία Μια μελέτη που δημοσιεύθηκε τον Δεκέμβριο του 2005 από το Γερμανικό Κέντρο Ερευνών για τον Καρκίνο, ανέφερε ότι σχεδόν επτά στους δέκα (69%) Γερμανούς υποστηρίζουν την απαγόρευση του καπνίσματος στους χώρους εργασίας (το 85% των μη καπνιστών, το 44% των καπνιστών), ενώ τρεις στους

τέσσερις (75 %) είναι υπέρ αποφάσεων για να χαρακτηριστούν όλα τα δημόσια κτίρια ελεύθερα καπνού.

Βέλγιο Μια έρευνα του Σεπτεμβρίου του 2004 που ανατέθηκε από το Βελγικό Ίδρυμα κατά του Καρκίνου, βρήκε ένα σημαντικό επίπεδο στήριξης για εστιατόρια και καφέ με 100% απαγόρευση. Η πλειοψηφία (58%) υποστήριξε την πλήρη απαγόρευση του καπνίσματος σε εστιατόρια, ενώ σχεδόν οι μισοί (49%) τάσσονται υπέρ των καφέ πλήρους απαγόρευσης, που θεσπίζεται με νόμο.

Λετονία Στοιχεία από την ετήσια έρευνα παρακολούθησης το έτος 2004 για την υγεία, δείχνουν ένα σημαντικό επίπεδο στήριξης μεταξύ των Λετονών για τον έλεγχο του καπνίσματος σε εστιατόρια, καφετέριες και μπαρ. Η συντριπτική πλειοψηφία (87,5%) των ερωτηθέντων συμφώνησε ότι ο έλεγχος ήταν αναγκαίος για τον περιορισμό του καπνίσματος στους χώρους αυτούς.

Φινλανδία Στη Φινλανδία, το κάπνισμα δεν επιτρέπεται στην πλειοψηφία των χώρων εργασίας, αλλά επιτρέπεται σε εστιατόρια και μπαρ. Πρόσφατα, μια ομάδα εργασίας στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας συνέστησε 100% απαγόρευση στα εστιατόρια και τα μπαρ. Μια δημοσκόπηση σε εφημερίδα τον Ιούλιο του 2005, θέτει την υποστήριξη του κοινού στην πρόταση αυτή στο 47%, με το 49% των ερωτηθέντων να αντιτίθεται.

Κύπρος Μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των Κυπρίων υποστηρίζουν τις αντικαπνιστικές πολιτικές. Σε ερώτηση, κατά πόσον θα συμφωνούσαν να απαγορεύεται σε δημόσιους χώρους το κάπνισμα, το 86% των ερωτηθέντων τάχθηκε υπέρ, ενώ το 78% πιστεύει ότι το κάπνισμα δεν πρέπει να επιτρέπεται στο χώρο εργασίας.

Σουηδία Τα δεδομένα από τις έρευνες αποτίμησης πριν από την εισαγωγή της νομοθεσίας για την απαγόρευση του καπνίσματος σε μπαρ στη Σουηδία, τον Ιούνιο του 2005, δείχνουν ότι πάνω από οκτώ στους δέκα Σουηδούς (85%) υποστηρίζουν την εισαγωγή του νόμου.

Ελβετία Τα δεδομένα για τη στήριξη πολιτικών απαγόρευσης του καπνίσματος στην Ελβετία προέρχονται από έρευνα, που ανατέθηκε από τον Ελβετικό Σύνδεσμο κατά του Καρκίνου τον Οκτώβριο του 2005. Αυτό δείχνει ότι πάνω από τρεις στους τέσσερις (76,8%) Ελβετούς ενήλικες –συμπεριλαμβανομένης της πλειοψηφίας (62%) των καπνιστών- είναι υπέρ της απαγόρευσης του καπνίσματος σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους. Σχεδόν δύο στους τρεις (64%) θα υποστήριζαν ένα νόμο απαγόρευσης για τα μπαρ, τα καφέ και τα εστιατόρια.

Λιθουανία Σε έρευνα από το Υπουργείο Υγείας κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού του 2005, τρεις στους τέσσερις ερωτηθέντες (75%) υποστήριξαν την ιδέα ενός νόμου που απαγορεύει το κάπνισμα σε μπαρ, εστιατόρια και άλλους

κλειστούς δημόσιους χώρους. Η υποστήριξη έφτασε το 86% μεταξύ των μη καπνιστών, ενώ περίπου ένας στους δύο (51%) καπνιστές ήταν επίσης υπέρ.

Ρουμανία Σε έρευνα του 2004 διαπιστώθηκε ότι πάνω από εννέα στους δέκα (91,9%) καπνιστές πίστευαν ότι ο καπνός από τα τσιγάρα που κάπνιζαν οι ίδιοι είναι επικίνδυνος για τους άλλους, ενώ το 95,3% των μη καπνιστών πίστευαν ότι ο καπνός από τα τσιγάρα των άλλων είναι επικίνδυνος για την υγεία τους. Πάνω από το ήμισυ (56,4%) των μη καπνιστών συμφώνησε ότι το κάπνισμα δεν πρέπει να επιτρέπεται στο χώρο εργασίας, παρουσία των μη καπνιστών. Μόλις πάνω από το ένα τρίτο των καπνιστών (34,7%) συμφώνησε.

Ισλανδία Περισσότεροι από εννέα στους δέκα (93,8%) συμμετέχοντες πίστευαν ότι η εργασία σε ένα περιβάλλον όπου επιτρέπεται το κάπνισμα είναι κακό για την υγεία. Περισσότεροι από έξι στους δέκα (61,3%) υποστήριξαν ένα νόμο για την πλήρη απαγόρευση σε όλα τα εστιατόρια, παμπ και μπαρ.

Ισπανία Στην Ισπανία, μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε πριν από την εισαγωγή ενός νέου νόμου, την 1η Ιανουαρίου του 2006, που περιορίζει το κάπνισμα σε χώρους εργασίας που δεν παρέχουν φιλοξενία, βρήκε ότι υπάρχει γενική υποστήριξη για το μέτρο. Η έρευνα έδειξε ότι τρεις στους τέσσερις ερωτηθέντες (77%) υποστήριξαν το νόμο, με μόνο το 15% των ερωτηθέντων να εκφράζει αντίθεση. Επτά στους δέκα (70,5%) θεώρησαν ότι ο νόμος θα συμβάλει στη βελτίωση της δημόσιας υγείας (Jones, Muller 2006).

β. Αντικαπνιστική νομοθεσία εκτός Ευρώπης

ΗΠΑ – νομοθεσία σε επίπεδο Πολιτείας Η αντικαπνιστική νομοθεσία των ΗΠΑ σε επίπεδο Πολιτείας είναι δημοφιλής. Στην Καλιφόρνια, η στήριξη για τη θέσπιση νόμου για να απαγορευτεί το κάπνισμα στα μπαρ, αυξήθηκε από 68% πριν από την εισαγωγή του το 2000, σε 75% στη συνέχεια. Στο Κοννέκτικατ, μια έρευνα αντιλήψεων της κοινής γνώμης για ένα νόμο, ώστε να απαγορεύεται το κάπνισμα στο σύνολο του περιβάλλοντος εργασίας –περιλαμβανομένων και μπαρ, εστιατορίων κ.λπ., βρήκε ότι το 85% των ερωτηθέντων υποστήριζε το νόμο. Στο Maine, η υποστήριξη για την πράξη απαγόρευσης του καπνού αυξήθηκε από 77%, όταν εισήχθη το Δεκέμβριο του 2003, σε 88% ένα χρόνο αργότερα.

Η υποστήριξη μεταξύ των καπνιστών αυξήθηκε από 40% στο 54% στο ίδιο διάστημα. Η εμπειρία στη Νέα Υόρκη απηχεί αυτό που παρατηρείται σε άλλα μέρη των ΗΠΑ, με μια σταθερή αύξηση της υποστήριξης για τη «νομοθετική πράξη καθαρού αέρα σε εσωτερικό περιβάλλον» (Clean Indoor Air Act, CIIA), σύμφωνα με την οποία στους εσωτερικούς χώρους εργασίας -συμπεριλαμβανομένων των μπαρ, παμπ και κλαμπ– θα απαγορεύεται πλήρως το κάπνισμα.

Νέα Ζηλανδία Τον Δεκέμβριο του 2004, ξεκίνησε πλήρης απαγόρευση για όλους τους χώρους εργασίας στη Νέα Ζηλανδία -συμπεριλαμβανομένων των εστιατορίων, μπαρ και καζίνο. Από την αξιολόγηση του νόμου που δημοσιεύθηκε στην ενός έτους επέτειο από την εισαγωγή του, διαπιστώθηκε αύξηση της υποστήριξης στο νόμο. Η υποστήριξη για την απαγόρευση του καπνίσματος στα εστιατόρια αυξήθηκε από 73% πριν τεθεί σε ισχύ ο νόμος, έως 80% εννέα μήνες μετά. Η υποστήριξη για απαγόρευση του καπνίσματος στα εστιατόρια αυξήθηκε από 48% στο 67%. Η συμμόρφωση με το νόμο είναι υψηλή, σε ποσοστό 97% των μπαρ και ταβερνών. Την εισαγωγή του νόμου ακολούθησε μια ταχεία μείωση του καπνίσματος, ως επηρεασμός από την κοινωνία, σε νυχτερινά κέντρα, μπαρ, καζίνο και καφετέριες. Η εμπειρία στη Νέα Ζηλανδία δείχνει με σαφήνεια το πώς η στάση του κοινού απέναντι στο κάπνισμα σε δημόσιους χώρους και σε χώρους εργασίας μπορεί να αλλάξει σε σύντομο χρονικό διάστημα (Jones, Muller 2006).

γ. Απόψεις μετά από την ψήφιση αντικαπνιστικών νόμων στην Ευρώπη

Ιρλανδία Η απαγόρευση του καπνίσματος στο χώρο εργασίας εισάγεται με νόμο στην Ιρλανδία τον Μάρτιο του 2004. Η συντριπτική πλειοψηφία (96%) πιστεύει ότι ο νόμος είναι επιτυχής, συμπεριλαμβανομένων σχεδόν εννέα στους δέκα (89%) από τους καπνιστές. Ομοίως, η μεγάλη πλειοψηφία (93%) έχει τη γνώμη ότι η εισαγωγή του νόμου ήταν μια καλή ιδέα -συμπεριλαμβάνεται το 80% των καπνιστών. Ο νόμος γίνεται σεβαστός –αυτό είναι ένας άλλος δείκτης της στήριξης από το κοινό. Εννέα μήνες μετά την εισαγωγή του, δεδομένα που συγκεντρώθηκαν για έλεγχο έδειξαν συνολική συμμόρφωση σε ποσοστό 94%, με συμμόρφωση 99% στα εστιατόρια, 93% στα ξενοδοχεία και 90% στα καταστήματα πώλησης οινοπνευματωδών ποτών. Το μέσο ποσοστό συμμόρφωσης στο ίδιο διάστημα, για κτιριακές εγκαταστάσεις όπως γραφεία και εργοστάσια, που παρακολουθούνται από την Υπηρεσία Υγείας και Ασφάλειας (Health and Safety Authority), ήταν 92%.

Νορβηγία Η συμμόρφωση με το νόμο είναι υψηλή: 94% των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι εκτέθηκαν στον καπνό του τσιγάρου σπάνια ή ποτέ, σε μπαρ και εστιατόρια, μια σημαντική βελτίωση σε σχέση με την κατάσταση (56%) που υπήρχε το προηγούμενο έτος.

Μάλτα Η έγκριση του κοινού για την πρόσφατη νομοθεσία για το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους στη Μάλτα είναι υψηλή: σχεδόν εννέα στους δέκα (89%) των ερωτηθέντων συμφώνησε ότι ο νόμος που ρυθμίζει το κάπνισμα ήταν απαραίτητος, με το 96% των μη καπνιστών και το 72% των καπνιστών να στηρίζει το νόμο.

Ιταλία Στις 10 Ιανουαρίου 2005, η Ιταλία θέσπισε νομοθεσία πλήρους απαγόρευσης σε όλους τους χώρους εργασίας, συμπεριλαμβανομένων των μπαρ και των εστιατορίων. Το μέτρο αυτό απολαμβάνει ένα υψηλό επίπεδο υποστήριξης

από το κοινό. Ακόμη και πριν από την εισαγωγή του, έρευνα αποτίμησης δεδομένων αποδεικνύει ότι η στήριξη του νόμου ήταν υψηλή: το 2004 δημοσκοπήσεις έδειξαν ότι η υποστήριξη φτάνει στο 85,8% , με το 47,5% των ερωτηθέντων να εκφράζει ισχυρή υποστήριξη για το μέτρο. Ένα χρόνο αργότερα, η συνολική στήριξη παρέμεινε σταθερή, στο 86,8% και η ισχυρή υποστήριξη του νόμου είχε αυξηθεί σε 55,5%. Η αντίθεση στο νόμο μειώθηκε ελαφρά, από το 11,1% στο 10,6%.

Σκωτία και Βόρεια Ιρλανδία Στη Σκωτία, ένας νέος νόμος πλήρους απαγόρευσης σε όλους τους δημόσιους χώρους τέθηκε σε ισχύ στις 26 Μαρτίου 2006. Μια έρευνα αποτίμησης που πραγματοποιήθηκε τον Αύγουστο του 2005 έδειξε ότι το 56% των Σκωτσέζων υποστηρίζουν το νέο νόμο, με την υποστήριξη μεταξύ των καπνιστών να έχει αυξηθεί από το 19% στο 33% στους τρεις μήνες από Μάιο έως Αύγουστο. Στη Βόρεια Ιρλανδία, είχαν ανακοινωθεί σχέδια για πλήρη απαγόρευση σε όλους τους εργασιακούς χώρους από τον Απρίλιο του 2007, μια κίνηση που υποστηριζόταν από το 69% του κοινού (Jones, Muller 2006).

Μεταξύ των παραγόντων-κλειδιών για την επιτυχία των πολιτικών απαγόρευσης του καπνίσματος, είναι ένα υψηλό επίπεδο ευαισθητοποίησης του κοινού σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία από το παθητικό κάπνισμα και ένα ορισμένο επίπεδο στήριξης από το κοινό στους νόμους για την απαγόρευση του καπνίσματος. Κάποιοι ισχυρίζονται ότι η υποστήριξη από το κοινό στις πολιτικές απαγόρευσης του καπνίσματος, στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, απέχει πολύ από το κρίσιμο επίπεδο που θα επέτρεπε την επιτυχή εισαγωγή τους και θα εξασφάλιζε τη λαϊκή υποστήριξη και σεβασμό.

Αν και τα δεδομένα με βάση τον πληθυσμό δεν είναι ακόμη διαθέσιμα για πολλά κράτη μέλη της Ε.Ε., τα στοιχεία που είναι διαθέσιμα υποδηλώνουν το αντίθετο. Πράγματι, η συνειδητοποίηση των κινδύνων για την υγεία από το παθητικό κάπνισμα και η υποστήριξη για την απαγόρευση του καπνίσματος σε διάφορους χώρους, σε ορισμένες χώρες της Ε.Ε., είναι πλέον ίση ή υπερβαίνει αυτή που έχει αποδειχθεί επαρκής για την επιτυχή εισαγωγή νόμων απαγόρευσης του καπνίσματος σε άλλες χώρες. Επιπλέον, τα τελευταία στοιχεία δείχνουν ότι νόμοι για χώρους εργασίας 100% χωρίς καπνό, μπορεί να θεσπιστούν με επιτυχία, ακόμη και όταν ένας στους τρεις ενήλικες καπνίζει (Jones, Muller 2006)

4. Νομοθεσία Ελλάδας, Ιστορικά δεδομένα

Νόμοι σχετικοί με την απαγόρευση του καπνίσματος υπάρχουν εδώ και 150 χρόνια. Για ιστορικούς λόγους, θα πρέπει να αναφερθεί η ύπαρξη διατάγματος, εν ονόματι του βασιλιά Όθωνα, με ημερομηνία 31 Ιουλίου 1856, το οποίο απαγορεύει το κάπνισμα στους υπαλλήλους του δημοσίου και σε όσους επισκέπτονται δημόσια κτίρια για οποιοδήποτε λόγο, αν και θα πρέπει να επισημανθεί ότι το διάταγμα

εκδόθηκε για την πρόληψη πυρκαγιάς (Ροβίνα 2007). Όμως, αν είχε τηρηθεί, η συνήθεια του καπνίσματος θα ήταν πολύ διαφορετική στις μέρες μας, ίσως και ανύπαρκτη.

Η προσπάθεια επαναλήφθηκε με το Ν. 3899 66/52 που απαγόρευε το κάπνισμα σε όλα τα μεταφορικά μέσα (λεωφορεία, ταξί, πλοία και αεροπλάνα). Στη συνέχεια, η Υπουργική Απόφαση του ΦΕΚ Β' 35/3.5.79 απαγόρευε το κάπνισμα στα νοσηλευτικά ιδρύματα, το ΦΕΚ 475/9.5.80 το απαγόρευε σε όλους τους κλειστούς χώρους, το ΦΕΚ Β' 802/6.10.93 σε όλους τους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας ή το ΦΕΚ ΤΒ ΑΦ/1 00 1 /02 σε όλους τους δημόσιους χώρους. Αυτά και πολλά άλλα νομοθετήματα, απλά αγνοήθηκαν. Μόνον η Υ.Α. του ΦΕΚ Β' 327/31.5.90, που απαγόρευε το κάπνισμα στις αεροπορικές πτήσεις, τηρήθηκε αυστηρά. Αυτό γιατί όλες οι ξένες αεροπορικές εταιρείες την είχαν ήδη εφαρμόσει, επειδή η συχνή αλλαγή φίλτρων στα αεροσκάφη είχε πολύ υψηλό κόστος. Η Ολυμπιακή Αεροπορία ήταν η τελευταία που απαγόρευσε το κάπνισμα στις υπερατλαντικές πτήσεις της, προσελκύοντας έτσι επιβάτες καπνιστές (Γερουλάνος 2008).

Η μεγάλη αντίφαση βρίσκεται στο γεγονός ότι, από τα μέσα της δεκαετίας του '80 υπάρχει μια προοδευτική αύξηση της κατανάλωσης τσιγάρων και της καπνισματικής συνήθειας των Ελλήνων. Παράλληλα, τα μέτρα έτυχαν περιορισμένης εφαρμογής για αρκετά χρόνια, με αποτέλεσμα στα επόμενα 24 χρόνια να απαιτηθεί να εκδοθούν δύο ακόμη υπουργικές αποφάσεις με το ίδιο περιεχόμενο, το 1993 και το 2002.

Τα κύρια νομοθετικά μέτρα που έχουν ληφθεί στη χώρα μας είναι αποτέλεσμα εναρμόνισης της Ελληνικής νομοθεσίας προς τις Ευρωπαϊκές οδηγίες 1989/622, 2001/37, 2003/33. Όλες οι προσπάθειες νομοθετικής παρέμβασης από την Ελληνική πολιτεία για να περιοριστεί το κάπνισμα, παρουσιάζονται συνοπτικά στον πίνακα 1.

Τώρα, πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος ισχύει:

- Στα μέσα μαζικής μεταφοράς, με εξαίρεση τα πλοία
- Στα θέατρα και τους κινηματογράφους
- Στις υπηρεσίες υγείας
- Στα σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης

Μερική απαγόρευση υπάρχει:

- Στα θαλάσσια μέσα μεταφοράς
- Στα εστιατόρια, παμπ και μπαρ
- Στα δημόσια κτίρια και τους εσωτερικούς χώρους εργασίας.

Δεν υπάρχει όμως επαρκής εποπτεία στην εφαρμογή των απαγορεύσεων.

Πλήρης απαγόρευση της διαφήμισης υπάρχει στα ακόλουθα μέσα:

- Τηλεόραση, καλωδιακή τηλεόραση και ραδιόφωνο.

- Έμμεση τηλεοπτική διαφήμιση.

Μερική απαγόρευση υπάρχει:

- Στη διαφήμιση στους κινηματογράφους.
- Στις διαφημιστικές εκπτώσεις στις τιμές (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008-2012).

Πίνακας 1. Νομοθετικές πράξεις για το κάπνισμα στην Ελλάδα

Έτος	Είδος/αριθμός	Περιεχόμενο
1952	ΥΑ 389966	Απαγόρευση καπνίσματος στα μεταφορικά μέσα.
1979	ΥΑ 1989	Απαγόρευση του καπνίσματος στα νοσηλευτικά ιδρύματα και στις ιδιωτικές κλινικές.
1980	ΥΑ 25.5.1980	Απαγόρευση καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους.
1989	ΥΑ 1591	Απαγόρευση διαφήμισης σε χώρους υπηρεσιών υγείας, εκπαίδευσης, νεότητας, άθλησης κλπ.
1990	ΥΑ 4508	Απαγόρευση καπνίσματος στις αεροπορικές πτήσεις εσωτερικού.
1990	ΚΥΑ 2160	Σήμανση προϊόντων καπνού, σε συμμόρφωση με την Οδηγία 89/622.
1991	N 1943	Απαγόρευση άμεσης και έμμεσης διαφήμισης προϊόντων καπνού στην κρατική τηλεόραση.
1991	ΚΥΑ 5259	Καθορισμός περιεκτικότητας σε πίσσα, σύμφωνα με την Οδηγία 90/239.
1992	ΠΔ 236	Απαγόρευση διαφήμισης προϊόντων καπνού στην τηλεόραση και απαγόρευση χορηγίας τηλεοπτικών εκπομπών.
1992	ΥΑ 2917	Σήμανση προϊόντων καπνού (Τροποποίηση ΚΥΑ 2160).
1993	ΥΑ 4322	Απαγόρευση του καπνίσματος σε χώρους υπηρεσιών υγείας.
1993	Υ3/ΟΙΚ.4552	Ίδρυση και λειτουργία Κέντρων Διακοπής Καπνίσματος σε δημόσια νοσοκομεία.
1996	ΥΑ 2431	Σήμανση προϊόντων καπνού (Τροποποίηση ΚΥΑ 2160).
2002	ΥΑ 76017	Απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.
2003	ΚΥΑ 266	Διατάξεις για την παραγωγή, παρουσίαση και πώληση προϊόντων καπνού σε συμμόρφωση προς την οδηγία 2001/37/EK.
2003	ΥΑ 82942	Συμπλήρωση διατάξεων για απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους, μεταφορικά μέσα και υπηρεσίες υγείας.
2005	ΚΥΑ 81348	Διατάξεις για τη διαφήμιση και χορηγία προϊόντων καπνού σε συμμόρφωση προς την Οδηγία 2003/33/EK.
2008	Νόμος 3730/2008 - ΦΕΚ 262/Α'/23.12.08	«Προστασία ανηλίκων από τον καπνό και τα αλκοολούχα ποτά».
2010	Νόμος 3868/2010/ - ΦΕΚ 129/Α'/03.09.10	«Αναβάθμιση Ε.Σ.Υ και ειδικότερα κεφάλαιο Ζ μέτρα για την ολική απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους, άρθρο 17, σελίδα 2907 – 2908».

5. Τι ισχύει στις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες

Η πλήρης απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους τέθηκε σε ισχύ στην Αγγλία, την Ιρλανδία και τη Γαλλία, ενώ η Γερμανία, η Ολλανδία, η Αυστρία, η Ιταλία και η Ισπανία έχουν προβλέψει, κάποιο σχήμα ή μορφή, για το κάπνισμα στα μπαρ και τα καταστήματα φιλοξενίας. Ξεχωριστοί χώροι καπνιστών προβλέπονται στο Βέλγιο, την Κύπρο, την Τσεχική Δημοκρατία, την Εσθονία, τη Γαλλία, τη Λετονία, τη Λιθουανία, τη Σλοβενία, την Ιταλία, τη Μάλτα και τη Σουηδία. Στην Ελλάδα, ξεχωριστοί χώροι καπνίσματος είναι διαθέσιμοι σε δημόσιους χώρους, αν και ο εξαιρισμός του αέρα στα περισσότερα μέρη είναι ανεπαρκής και οι μη καπνιστές εκτίθενται συχνά στον καπνό του περιβάλλοντος (Stefanadis 2008).

Όταν η νομοθεσία απαγόρευσης του καπνίσματος εισήχθη στην Αγγλία την 1η Ιουλίου 2007, οι περιορισμοί στο κάπνισμα σε δημόσιους χώρους και στους χώρους εργασίας είχαν ήδη τεθεί σε εφαρμογή σε αρκετές χώρες σε όλο τον κόσμο. Από τα διαθέσιμα στοιχεία προτείνεται ότι η νομοθεσία για ένα περιβάλλον χωρίς καπνό σε αυτές τις χώρες, έχει οδηγήσει σε σημαντικές μειώσεις της έκθεσης στο ΠΚ, σε βελτίωση της υγείας, και μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος. Η συμμόρφωση με το νόμο έχει γενικά επιτευχθεί (Borland et al. 2006), και η δραστηριότητα της βιομηχανίας φιλοξενίας και αναψυχής (στην Ελλάδα διατυπώνεται ως βιομηχανία εστίασης) φάνηκε, σε μεγάλο βαθμό, να μην επηρεάζεται (Stolzenberg, D'Alessio 2007). Οι θετικές επιπτώσεις της Αγγλικής νομοθεσίας κατά του καπνίσματος επιβεβαιώνονται με παρακολούθηση και υποβολή εκθέσεων για τις βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις του σε επιχειρήσεις φιλοξενίας και αναψυχής που ελέγχονται επιλεκτικά. Μέσα σε μόλις δύο μήνες από την εισαγωγή της νομοθεσίας, η ποιότητα του αέρα έχει βελτιωθεί σημαντικά και η έκθεση των εργαζομένων στο ΠΚ έχει μειωθεί σημαντικά στους χώρους που συμμετείχαν στην έρευνα (Gotz et al. 2008).

Από άλλη μελέτη, συμπεραίνεται ότι, μετά την προσαρμογή για τις μακροχρόνιες και τις εποχιακές τάσεις και διακυμάνσεις του μεγέθους του πληθυσμού, υπήρχε μια μικρή αλλά σημαντική μείωση του αριθμού των εισαγωγών στα επείγοντα για έμφραγμα του μυοκαρδίου, μετά την εφαρμογή των νομοθεσιών κατά του καπνίσματος (-2,4%). Αυτό ισοδυναμεί με 1.200 λιγότερες εισαγωγές έκτακτης ανάγκης για έμφραγμα του μυοκαρδίου (1600, συμπεριλαμβανομένων των επανεισαγωγών) κατά το πρώτο έτος μετά την εφαρμογή της νομοθεσίας (Sims et al. 2010).

Στη Σκωτία ειδικότερα, η νομοθετική πράξη για το Κάπνισμα, την Υγεία και την Κοινωνική φροντίδα απαγόρευσε το κάπνισμα σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους και στους χώρους εργασίας, από την 26^η Μαρτίου του 2006. Η νομοθεσία

είχε εξαιρετική επιτυχία ως προς τον πρωταρχικό στόχο, της μείωσης της έκθεσης στον καπνό του περιβάλλοντος σε δημόσιους χώρους, όπως τα μπαρ (Semple et al. 2007). Κατά συνέπεια, υπήρξε μείωση των αναπνευστικών συμπτωμάτων μεταξύ των εργαζομένων σε μπαρ -ακόμη και μεταξύ των εργαζομένων που συνεχίζουν να καπνίζουν (Ayres et al. 2009). Οι αρχικές ανησυχίες ότι η νομοθεσία θα αυξήσει το κάπνισμα στο σπίτι, δεν υλοποιήθηκαν. Αντίθετα, η νομοθεσία έχει ως αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη υιοθέτηση εθελοντικής απαγόρευσης του καπνίσματος στο σπίτι και τη μείωση της συνολικής έκθεσης των παιδιών σε καπνό που προέρχεται από το περιβάλλον. Πριν τεθεί σε εφαρμογή η νομοθεσία, οι εισαγωγές για το άσθμα αυξάνονταν με μέσο ποσοστό 5,2% ανά έτος. Μετά την εφαρμογή της νομοθεσίας, υπήρξε μια μέση μείωση 18,2% ανά έτος, του ποσοστού των εισαγωγών, σε σχέση με το ποσοστό στις 26 Μαρτίου 2006. Η μείωση ήταν εμφανής και στα παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας (Mackay et al. 2010).

Στην Ισπανία, όπου η «επιδημία» του καπνίσματος καθυστέρησε σε σύγκριση με άλλες δυτικές χώρες (Fernández et al. 2001), η έκθεση στο ΠΚ δεν είχε ληφθεί υπόψη ως πρόβλημα δημόσιας υγείας, μέχρι πρόσφατα. Το κάπνισμα στο χώρο εργασίας και σε δημόσιους χώρους ήταν συνηθισμένο και σπάνια περιοριζόταν, μέχρι την εισαγωγή μιας ολοκληρωμένης αντικαπνιστικής νομοθεσίας τον Ιανουάριο του 2006. Έτσι, οι πληροφορίες για την έκθεση στο ΠΚ στον πληθυσμό της Ισπανίας είναι ελάχιστες. Η Ισπανική νομοθεσία που απαγορεύει το κάπνισμα σε όλους τους κλειστούς χώρους εργασίας και δημόσιους χώρους (με ορισμένες εξαιρέσεις για τα μπαρ και τα εστιατόρια), είναι μια αναγκαία, αλλά ανεπαρκής παροχή κινήτρων για την επίτευξη της διακοπής του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους (Twose et al. 2007).

Ο νόμος της απαγόρευσης του καπνίσματος στην Ισπανία επηρεάζει όλους τους κλειστούς χώρους εργασίας, εκτός από τον κλάδο της φιλοξενίας, των οποίων οι ιδιοκτήτες μπορούν να επιλέξουν ανάμεσα σε συνολική αντικαπνιστική πολιτική, εν μέρει περιορισμό σε σχέση με καθορισμένες περιοχές καπνίσματος, ή χωρίς κανένα περιορισμό για το κάπνισμα. Εν ολίγοις, η μερική απαγόρευση του καπνίσματος στην Ισπανία δεν προστατεύει επαρκώς τους εργαζόμενους στο χώρο της φιλοξενίας (εστίασης) από το ΠΚ και τις επιπτώσεις του στο αναπνευστικό σύστημα. Τα ευρήματα υποδηλώνουν την ανάγκη για σημαντικές αλλαγές στην Ισπανική νομοθεσία, για την ενθάρρυνση των συνολικών απαγορεύσεων που αποσκοπούν στη δημιουργία περιβάλλοντος 100% χωρίς καπνό, χωρίς εξαιρέσεις (Galán, López 2008). Έχει υπολογιστεί ότι μόνο στο 30% του συνόλου του κλάδου της φιλοξενίας ισχύει στην πραγματικότητα η συνολική απαγόρευση (σε εγκαταστάσεις μικρότερες των 100μ² που έχουν περάσει την απαγόρευση του καπνίσματος σε εθελοντική

βάση, καθώς και σε εκείνες που είναι μεγαλύτερες από 100μ²). Ως εκ τούτου στην Ισπανία, σχεδόν 1.000.000 εργαζόμενοι στη φιλοξενία (περίπου οι μισοί από αυτούς είναι μη καπνιστές), συνεχίζουν να είναι απροστάτευτοι έναντι του ΠΚ. Οι μερικές απαγορεύσεις, οι εθελοντικές πολιτικές ή προγράμματα «ευγένειας της επιλογής» (που προωθούνται από τη βιομηχανία καπνού) (Sebrié, Glantz 2007), δεν προστατεύουν πλήρως τους εργαζόμενους και άλλους από το παθητικό κάπνισμα (Fernández et al. 2009).

Στη Βουλγαρία, την Κροατία, τη Ρουμανία και την Τουρκία, υπάρχουν πλήρεις απαγορεύσεις του καπνίσματος στον τομέα της υγείας, της εκπαίδευσης και σε κυβερνητικές εγκαταστάσεις. Σε θέατρα και κινηματογράφους, ισχύει επίσης απαγόρευση καπνίσματος σε αυτές τις χώρες. Μεγαλύτερη ανοχή υπάρχει σε εγκαταστάσεις όπως παμπ και μπαρ. Δεν υπάρχουν περιορισμοί στη Ρουμανία και την Τουρκία, ενώ η Βουλγαρία και η Κροατία έχουν ορισμένους περιορισμούς. Μετά από 6 μήνες πειραματισμού, στην Κροατία χαλάρωσε εν μέρει η απαγόρευση του καπνίσματος σε καφέ, ως απάντηση σε παράπονα καπνιστών και ιδιοκτητών των επιχειρήσεων. Υπάρχουν πλήρεις απαγορεύσεις σε εσωτερικούς χώρους εργασίας και γραφεία στη Βουλγαρία και την Κροατία, αλλά μόνο μερικός περιορισμός στην Τουρκία και σχεδόν κανένας περιορισμός στη Ρουμανία. Παρά τους νομικούς περιορισμούς, η τήρηση και η εφαρμογή έχουν συχνά αποδειχθεί χαλαρές (Muilenburg et al. 2010).

Η Ρουμανία έχει το μεγαλύτερο πρόβλημα στην επίτευξη αποδοχής της απαγόρευσης. Παρ' όλα αυτά, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι υπήρξε σημαντική υποστήριξη σε κάθε χώρα για την απαγόρευση σε εστιατόρια, μπαρ και παμπ, εσωτερικούς χώρους εργασίας και εσωτερικούς δημόσιους χώρους (με μόνη εξαίρεση την υποστήριξη για την απαγόρευση του καπνίσματος σε μπαρ και παμπ από τους Κροάτες). Ευρήματα όπως αυτά θα πρέπει να διαφημίζονται στο γενικό πληθυσμό και να παρέχονται στους φορείς χάραξης πολιτικής και άλλους βασικούς διαμορφωτές της κοινής γνώμης (Muilenburg et al. 2010).

Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6.Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσουμε τις απόψεις των μαθητών για το νόμο της καπναπαγόρευσης και τους παράγοντες (όπως κοινωνικό-δημογραφικοί, απόψεις για το κάπνισμα και ατομικές συνήθειες) που επηρεάζουν τη στάση των μαθητών απέναντι στην καπναπαγόρευση.

7.Υλικό - Μέθοδος

α. Πληθυσμός της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτελούν 303 μαθητές ηλικίας άνω των 18 ετών (64 άνδρες και 239 γυναίκες) που φοιτούσαν στις Επαγγελματικές Σχολές (ΕΠΑ.Σ.), Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, Ειδικότητας Βοηθών Νοσηλευτών, του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Το συγκεκριμένο δείγμα μαθητών είναι ένα δείγμα ευκολίας (convenience sample). Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν όλοι οι μαθητές που φοιτούσαν: 1. ΕΠΑ.Σ. του Γ.Ν.Ν.Θ. Αθηνών «Σωτηρία» 2. ΕΠΑ.Σ. του Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων» 3. ΕΠΑ.Σ. του Γ.Ν Πειραιά «Τζάνειο» 4. ΕΠΑ.Σ. του Γ.Ν. Αθηνών «Ευαγγελισμός» 5. ΕΠΑ.Σ. του Γ.Ν. Αθηνών «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» 6. ΕΠΑ.Σ. του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «Δαφνί» 7. ΕΠΑ.Σ. του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ» κατά τη χρονική περίοδο Φεβρουάριος 2010 - Ιούνιος 2010. Οι μαθητές ενημερώνονταν από τον ερευνητή προφορικά για τους σκοπούς και τον τρόπο διεξαγωγής της παρούσας έρευνας. Στη συνέχεια ο ερευνητής ζητούσε την προφορική συγκατάθεση τους για συμμετοχή στη μελέτη. Μόνο τα άτομα που έδωσαν την προφορική συγκατάθεση τους συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Συγκεκριμένα, στη μελέτη συμμετείχαν: 1. **48 μαθητές/τριες** της ΕΠΑ.Σ. του Γ.Ν.Ν.Θ. Αθηνών «Σωτηρία» 2. **50 μαθητές/τριες** της ΕΠΑ.Σ. του Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων» 3. **28 μαθητές/τριες** της ΕΠΑ.Σ. του Γ.Ν Πειραιά «Τζάνειο» 4. **54 μαθητές/τριες** της ΕΠΑ.Σ. του Γ.Ν. Αθηνών «Ευαγγελισμός» 5. **43 μαθητές/τριες** της ΕΠΑ.Σ. του Γ.Ν. Αθηνών «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» 6. **32 μαθητές/τριες** της ΕΠΑ.Σ. του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «Δαφνί» 7. **48 μαθητές/τριες** της ΕΠΑ.Σ. του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής «ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ».

Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου που δημιουργήθηκε από τους ερευνητές της μελέτης έτσι ώστε να εξυπηρετεί πλήρως τους σκοπούς της μελέτης. Το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε μετά από εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση και συμπληρώθηκε από τους ίδιους τους μαθητές. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δεν ξεπερνούσε τα 10 λεπτά και η συμπλήρωση πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια μιας διδακτικής ώρας.

β. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στη μελέτη συγκεντρώθηκαν ορισμένα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων μαθητών. Πιο συγκεκριμένα καταγράφηκαν:

- το φύλο και η ηλικία των συμμετεχόντων,
- η οικογενειακή τους κατάσταση (έγγαμος/η, άγαμος/η, διαζευγμένος/η, χήρος/α, συμβίωση),
- εκτίμηση της οικονομικής τους κατάστασης (πολύ κακή, κακή, μέτρια, καλή και πολύ καλή)

γ. Ατομικές συνήθειες

Το ερωτηματολόγιο συμπεριλάμβανε 8 ερωτήσεις που αποσκοπούσαν στην αξιολόγηση των ατομικών συνηθειών των συμμετεχόντων

- καπνισματικές συνήθειες: νυν καπνιστής/μη καπνιστής, αριθμός τσιγάρων ανά ημέρα, καθημερινό ή περιστασιακό κάπνισμα, διάρκεια καπνίσματος, έτη διακοπής καπνίσματος αν το είχαν διακόψει κτλ
- συχνότητα εξόδου για διασκέδαση (π.χ. καθόλου, λίγο, σπάνια, συχνά, πολύ συχνά)

δ. Απόψεις για το κάπνισμα

Επιπλέον το ερωτηματολόγιο συμπεριλάμβανε ερωτήσεις που αποσκοπούσαν στην αποτύπωση των απόψεων των συμμετεχόντων για το κάπνισμα. Πιο αναλυτικά, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν αν πιστεύουν ότι τόσο το κάπνισμα όσο και το παθητικό κάπνισμα έχουν αρνητικές συνέπειες για την υγεία, αν το κάπνισμα σημαίνει εξάρτηση, αγχώδωση, διασκέδαση, συντροφιά ή κάτι άλλο και αν το κάπνισμα θεωρείται νόσος ή συνήθεια.

ε. Απόψεις για την καπναπαγόρευση

Τέλος, το ερωτηματολόγιο συμπεριλάμβανε 8 ερωτήσεις αναφορικά με την καπναπαγόρευση. Πιο αναλυτικά, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν:

- αν συμφωνούν με τα μέτρα κατά του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους,
- αν θεωρούν ότι η εφαρμογή του νόμου κατά του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους θα επηρεάσει τον τρόπο διασκέδασης τους αλλά και τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα,
- πως θα αντιδρούσαν αν έβλεπαν κάποιον να καπνίζει σε ένα δημόσιο χώρο που εφαρμόζεται ο αντικαπνιστικός νόμος,
- αν η εφαρμογή του νόμου είναι ευθύνη της πολιτείας ή των πολιτών
- αν η πολιτεία πρέπει να λαμβάνει μέτρα πρόληψης του καπνίσματος ή μέτρα διακοπής τους καπνίσματος

- αν η απαγόρευση του καπνίσματος οφείλει να είναι ευθύνη της πολιτείας ή των καπνιστών απέναντι στους συνανθρώπους τους
- αν η πολιτεία θα πρέπει να παρέμβει στην καταστολή του καπνίσματος

στ. Στατιστική ανάλυση

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας των συνεχών μεταβλητών (π.χ. έτη διακοπής καπνίσματος ή διάρκεια καπνίσματος σε έτη κτλ) με το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov. Τα κατηγορικά δεδομένα παρουσιάζονται με απόλυτες και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ τα συνεχή δεδομένα παρουσιάζονται με διάμεσο και ενδοτεταρτημοριακό εύρος επειδή βρέθηκαν να μην ακολουθούν την κανονική κατανομή.

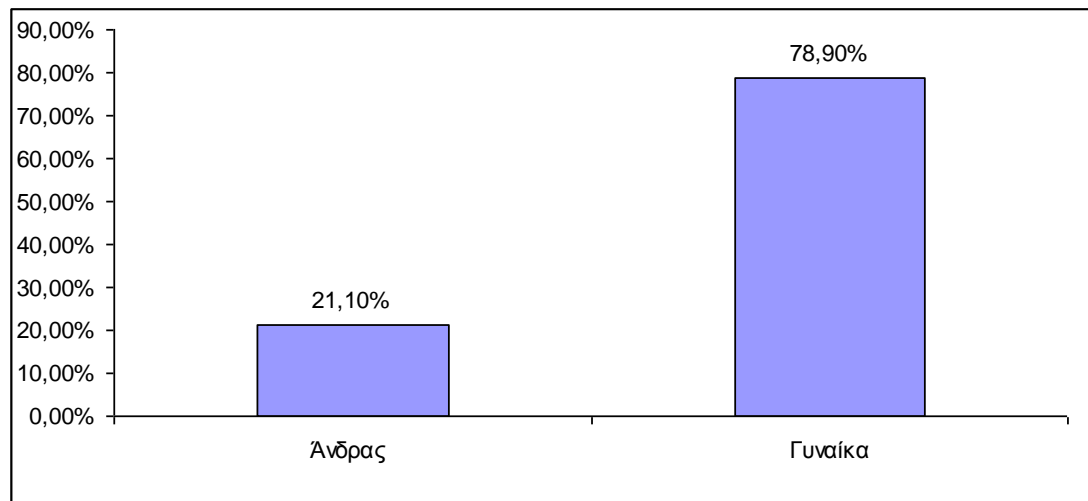
Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν το κριτήριο Mann-Whitney, για να ελεγχθεί η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα σε μία ποσοτική μεταβλητή που δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή και μία ποιοτική με 2 κατηγορίες (π.χ. φύλο) και το κριτήριο Kruskal-Wallis για τον έλεγχο ύπαρξης συσχέτισης ανάμεσα σε μία ποσοτική μεταβλητή και μία κατηγορική με περισσότερες από 2 κατηγορίες (π.χ. οικονομική κατάσταση). Το κριτήριο χ^2 χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα σε 2 ποιοτικές μεταβλητές.

Ως στατιστικά σημαντικό θεωρήθηκε το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας 5%. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με την έκδοση 19 του προγράμματος SPSS (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

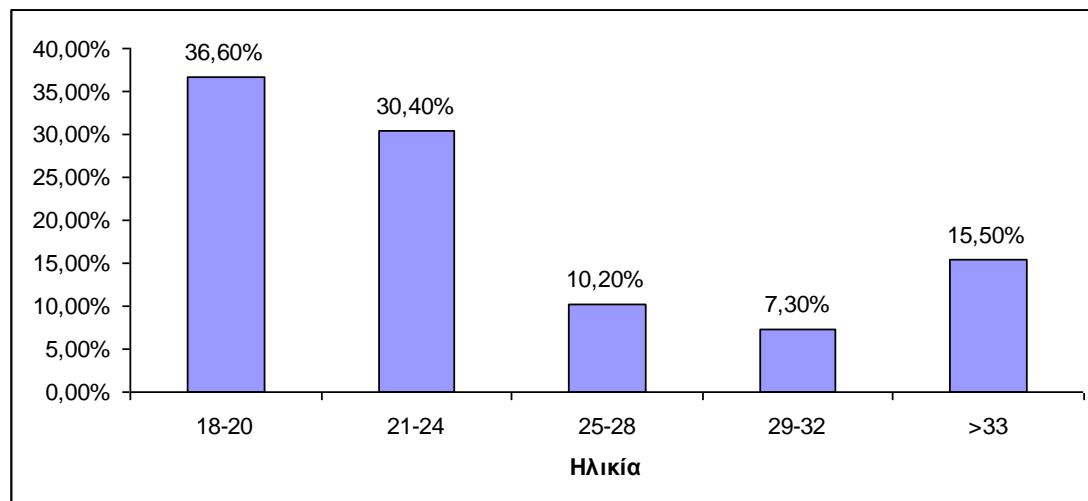
8.Αποτελέσματα

α. Περιγραφικά στοιχεία

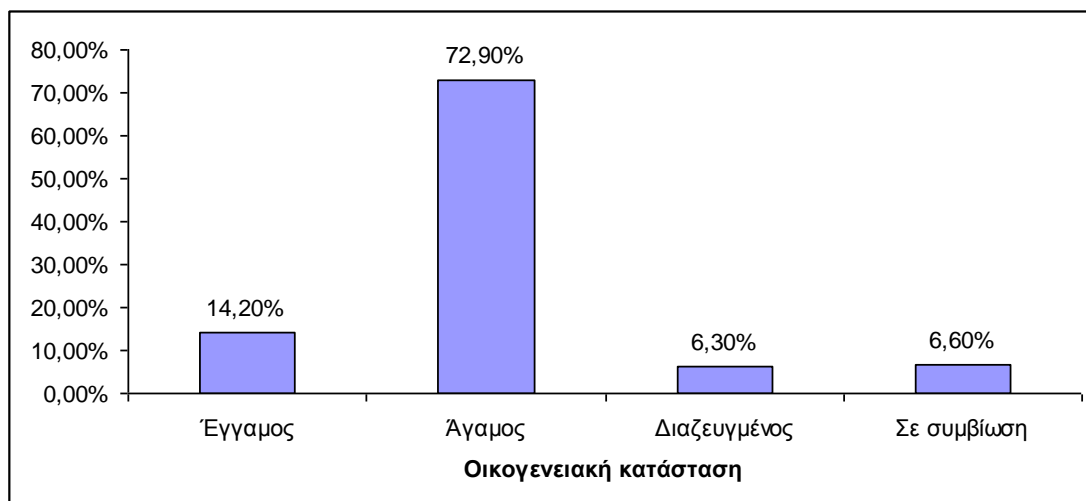
Από τα *Γραφήματα 1-4* διαπιστώνουμε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (78,9%) (*Γράφημα 1*), ήταν ηλικίας 18-24 ετών (67%) (*Γράφημα 2*), ήταν άγαμοι (72,9%) (*Γράφημα 3*) και χαρακτήρισαν την οικονομική τους κατάσταση ως μέτρια (57,4%) (*Γράφημα 4*).



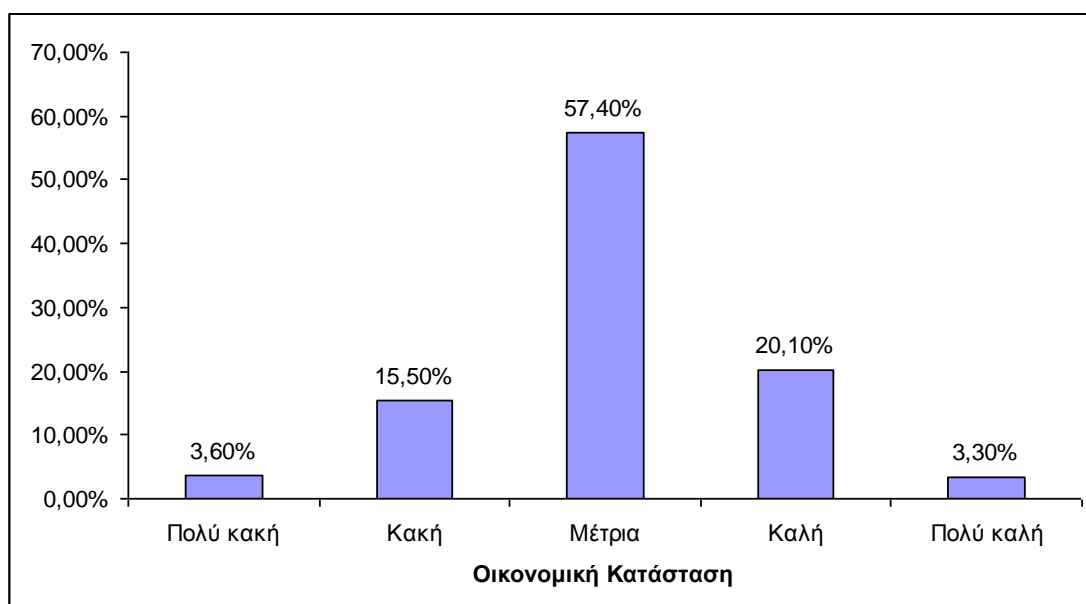
Γράφημα 1: Κατανομή φύλου των συμμετεχόντων



Γράφημα 2: Κατανομή ηλικίας των συμμετεχόντων

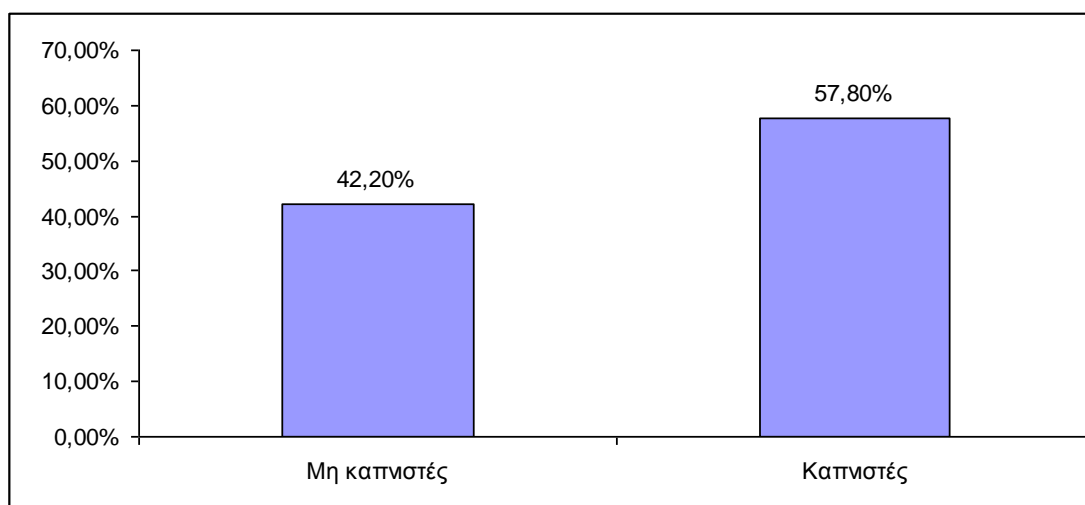


Γράφημα 3: Κατανομή οικογενειακής κατάστασης

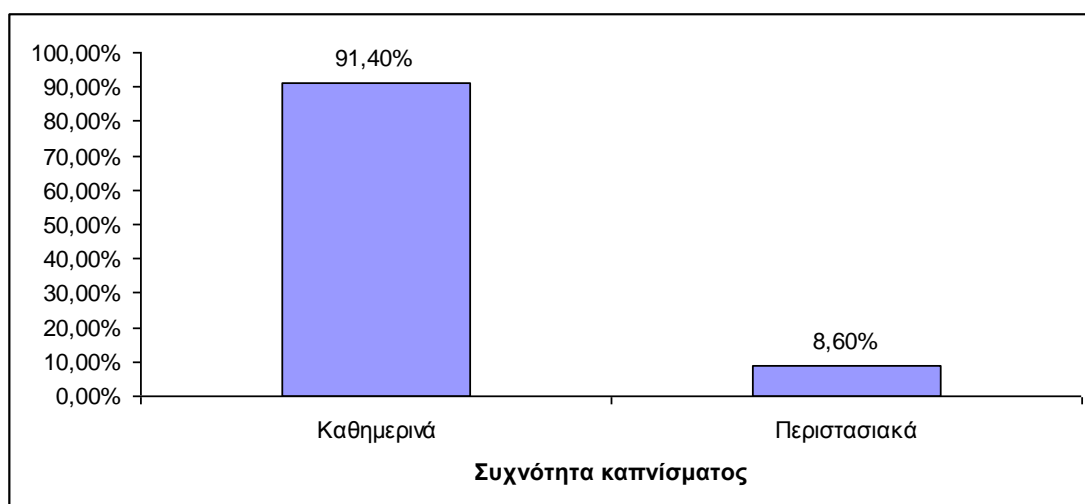


Γράφημα 4: Κατανομή οικονομικής κατάστασης

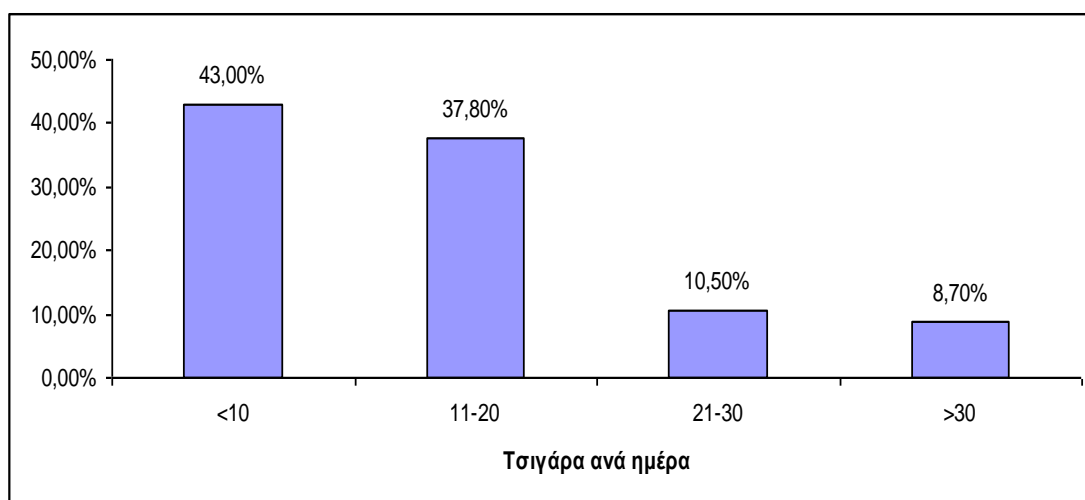
Από τα *Γραφήματα 5 – 10* διαπιστώνουμε ότι περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (57,8%) δήλωσαν πως ήταν καπνιστές (*Γράφημα 5*), η συντριπτική πλειοψηφία αυτών (91,4%) ανέφερε πως καπνίζει καθημερινά (*Γράφημα 6*) και περίπου το 80% των καπνιστών ανέφεραν πως καπνίζουν από 1 έως 20 τσιγάρα την ημέρα (*Γράφημα 7*). Επίσης, το 50% των συμμετεχόντων ανέφεραν πως έχουν κάνει προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος (*Γράφημα 8*) και το 64% ότι έχουν γονείς που καπνίζουν (*Γράφημα 9*). Επιπλέον, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφερε ότι βγαίνουν συχνά (41,6%), ενώ μόνο το 1,7% αυτών ανέφερε πως δεν βγαίνει καθόλου (*Γράφημα 10*). Τέλος, βρέθηκε ότι το 50% των καπνιστών καπνίζει περισσότερο από 5 έτη, ενώ μεταξύ αυτών που έχουν διακόψει το κάπνισμα, το 50% το έχει διακόψει για περισσότερο από 4,5 έτη.



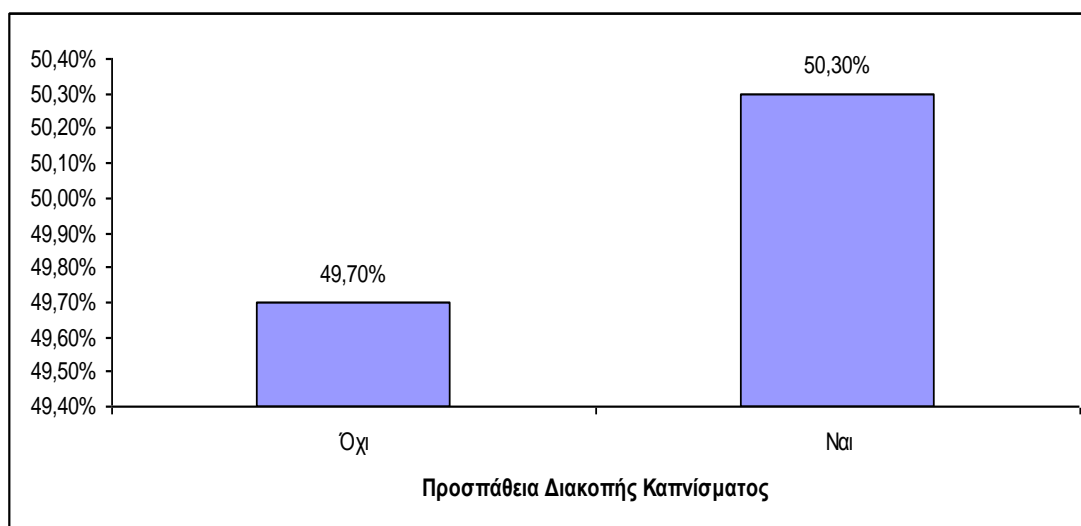
Γράφημα 5: Συχνότητα καπνιστών και μη καπνιστών μεταξύ των συμμετεχόντων



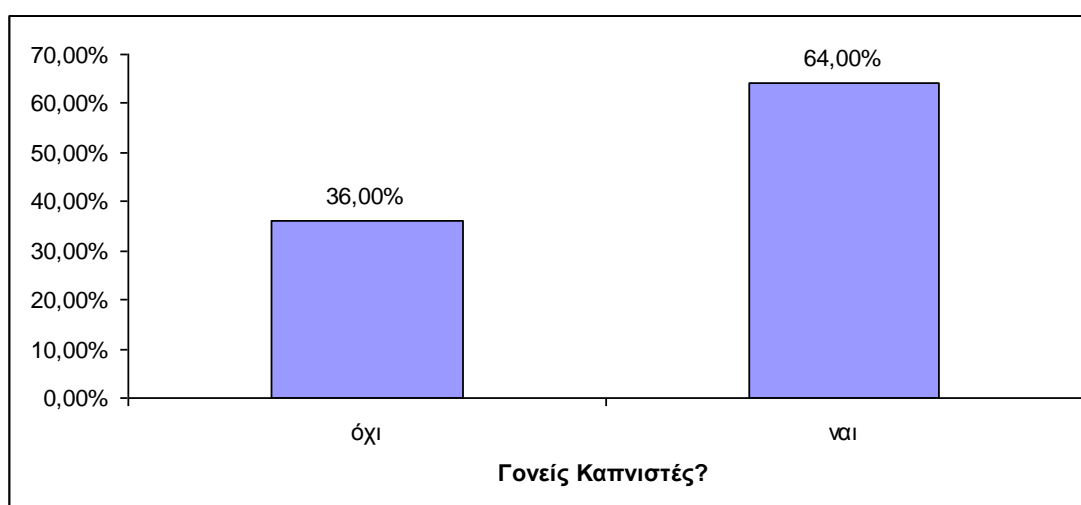
Γράφημα 6: Κατανομή της συχνότητας καπνίσματος μεταξύ των καπνιστών συμμετεχόντων



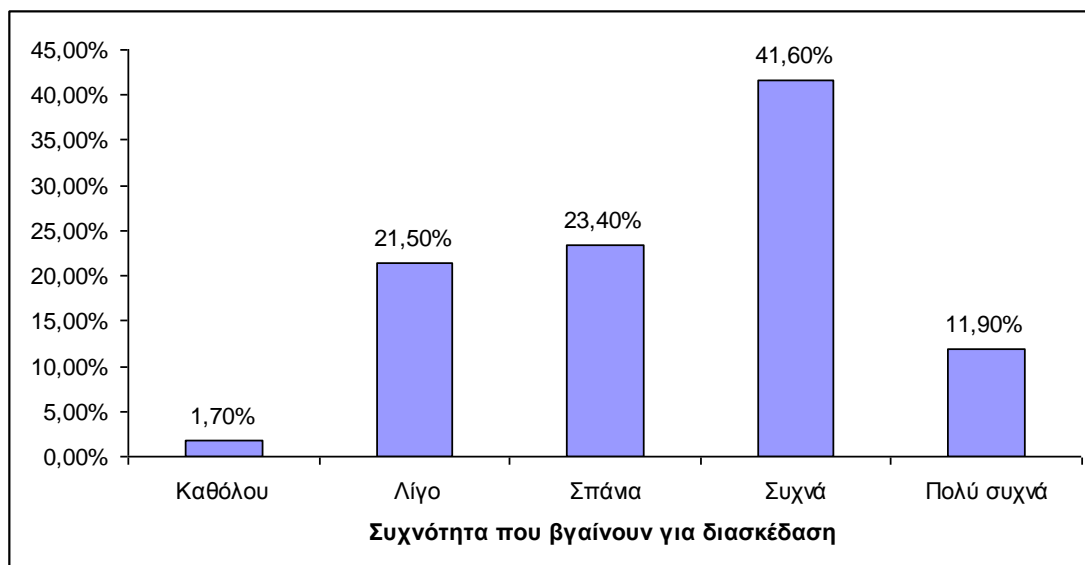
Γράφημα 7: Κατανομή τσιγάρων/ημέρα



Γράφημα 8: Συχνότητα προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος μεταξύ των συμμετεχόντων

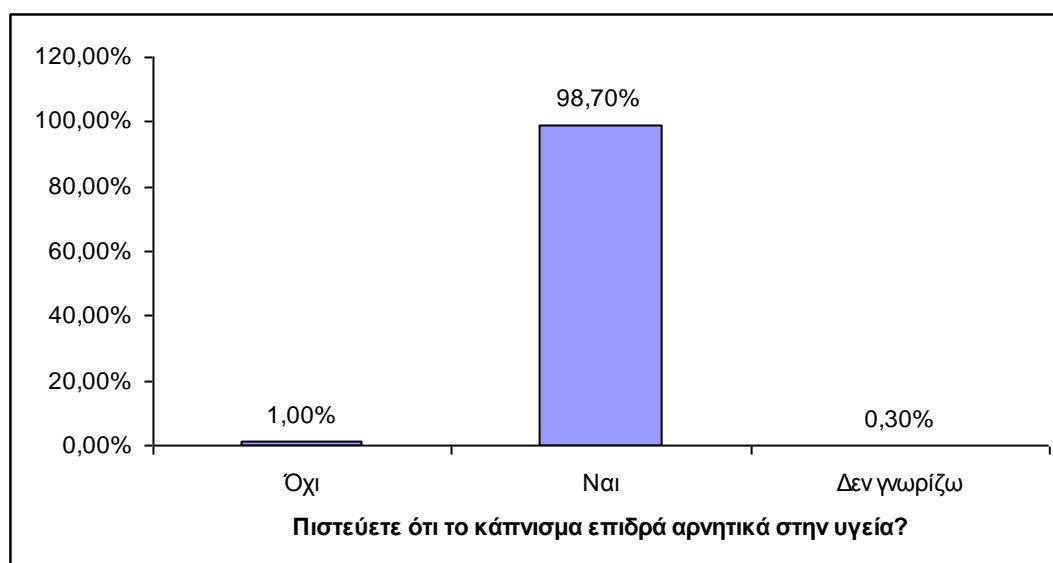


Γράφημα 9: Κατανομή των καπνιστικών συνηθειών των γονέων

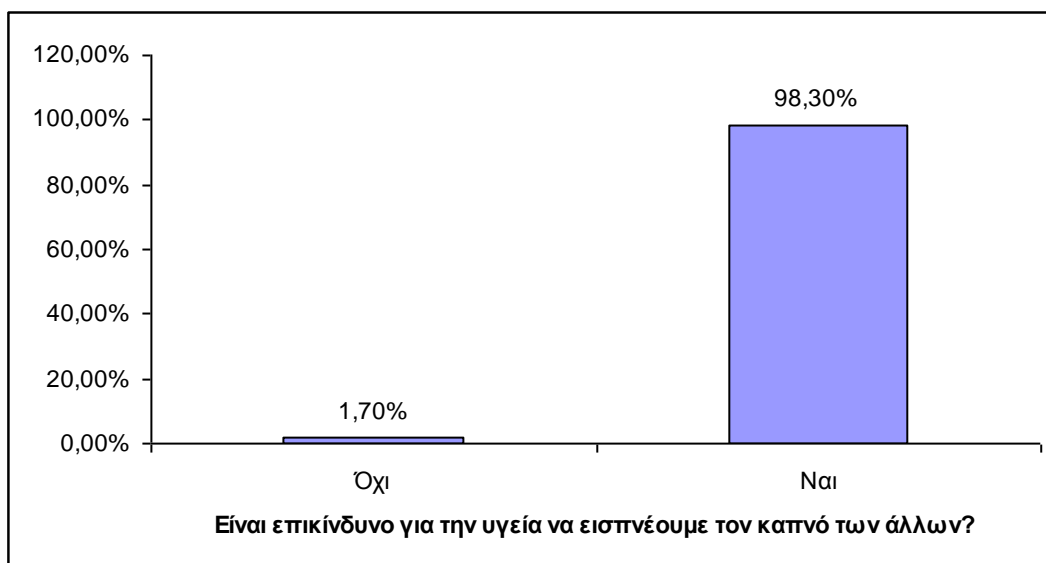


Γράφημα 10: Κατανομή της συχνότητας που βγαίνουν οι συμμετέχοντες για διασκέδαση

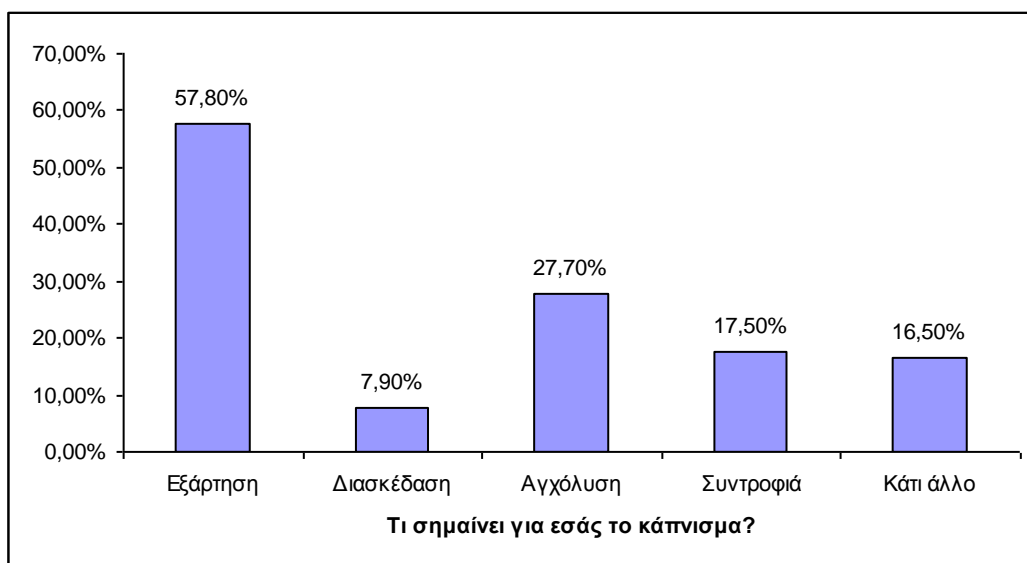
Από τα *Γραφήματα 11 & 12* διαπιστώνουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων θεωρεί ότι τόσο το κάπνισμα όσο και το παθητικό κάπνισμα έχει αρνητικές συνέπειες για την υγεία. Επίσης, σχεδόν το 58% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι το κάπνισμα είναι εξάρτηση, ενώ ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (27,7%) θεωρεί ότι είναι αγχώλυση. Το μικρότερο ποσοστό των συμμετεχόντων είναι αυτό που θεωρεί ότι το κάπνισμα είναι διασκέδαση (7,9%, *Γράφημα 13*). Τέλος, περίπου οι μισοί συμμετέχοντες (53,3%) θεωρούν ότι το κάπνισμα είναι συνήθεια και όχι νόσος αν και περίπου το 1/3 των ερωτηθέντων απάντησε πως θεωρεί το κάπνισμα και νόσο και συνήθεια (*Γράφημα 14*).



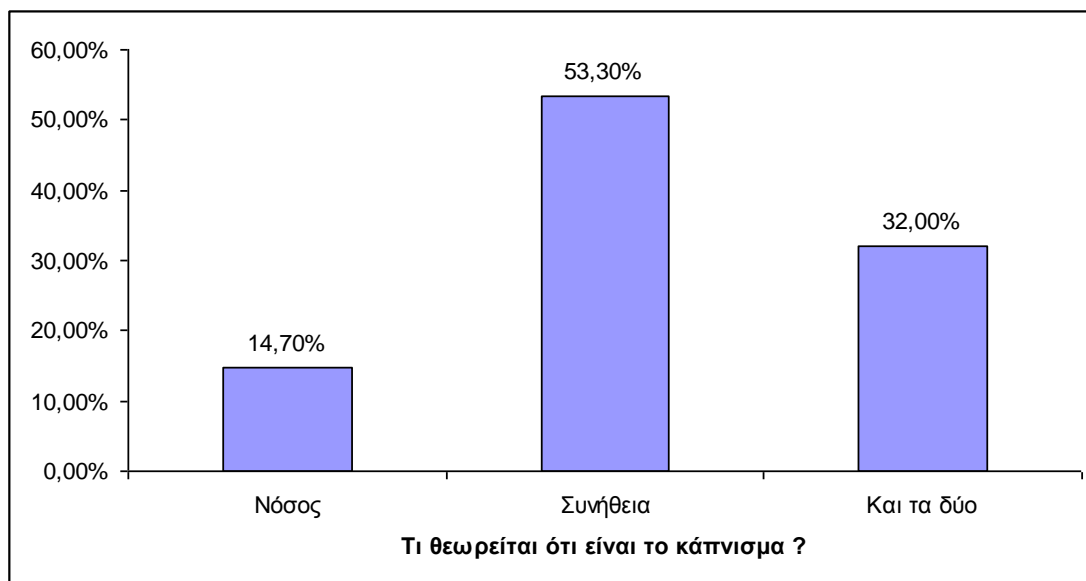
Γράφημα 11: Κατανομή των απόψεων των συμμετεχόντων αναφορικά με την αρνητική επίδραση του καπνίσματος στην υγεία.



Γράφημα 12: Ποσοστό των συμμετεχόντων που πιστεύουν ότι το παθητικό κάπνισμα είναι ή δεν είναι επιβλαβές για την υγεία

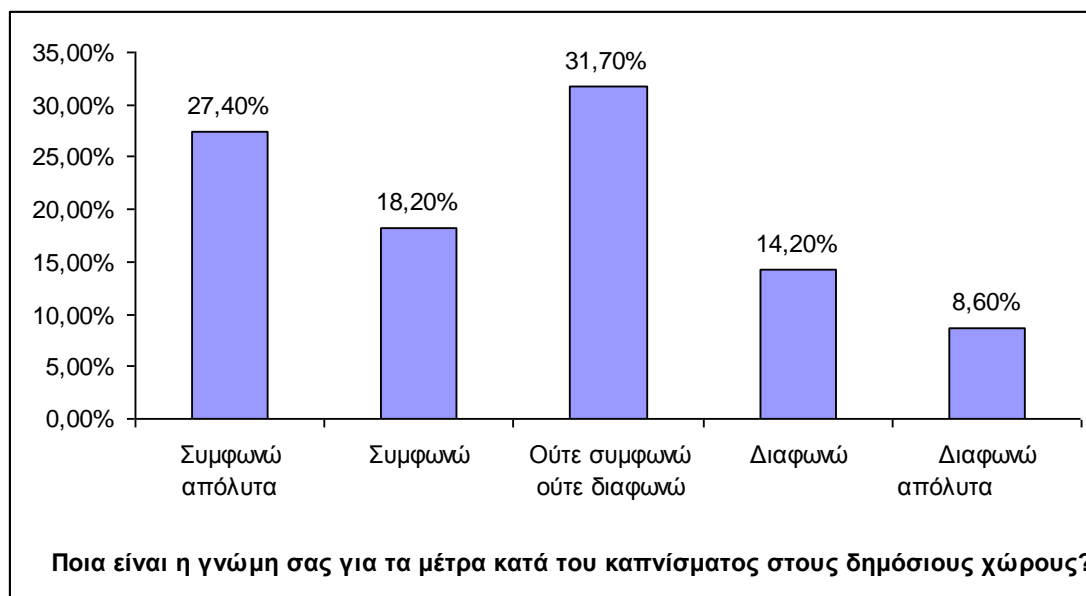


Γράφημα 13: Κατανομή των απόψεων των συμμετεχόντων αναφορικά με τη σημασία του καπνίσματος

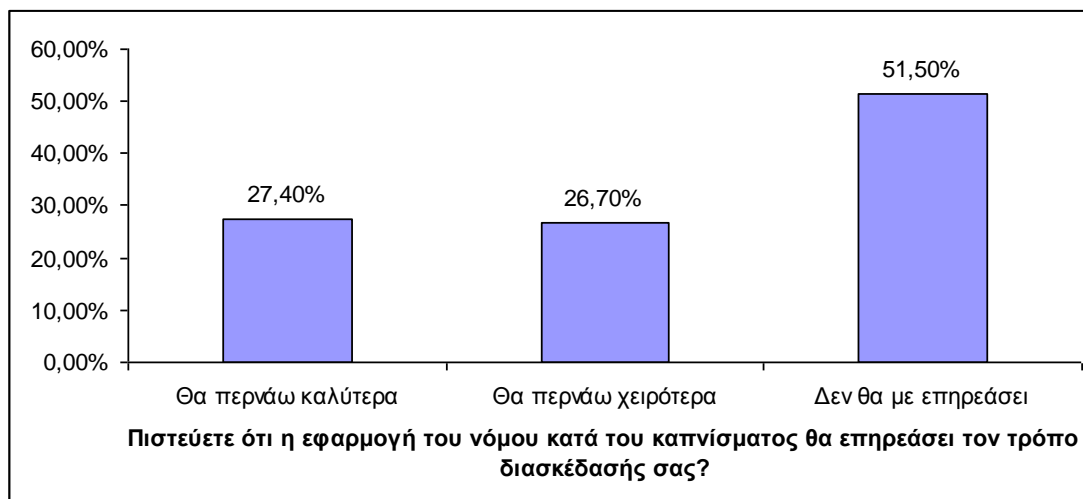


Γράφημα 14: Κατανομή των απόψεων των συμμετεχόντων αναφορικά με το αν το κάπνισμα είναι συνήθεια ή νόσος.

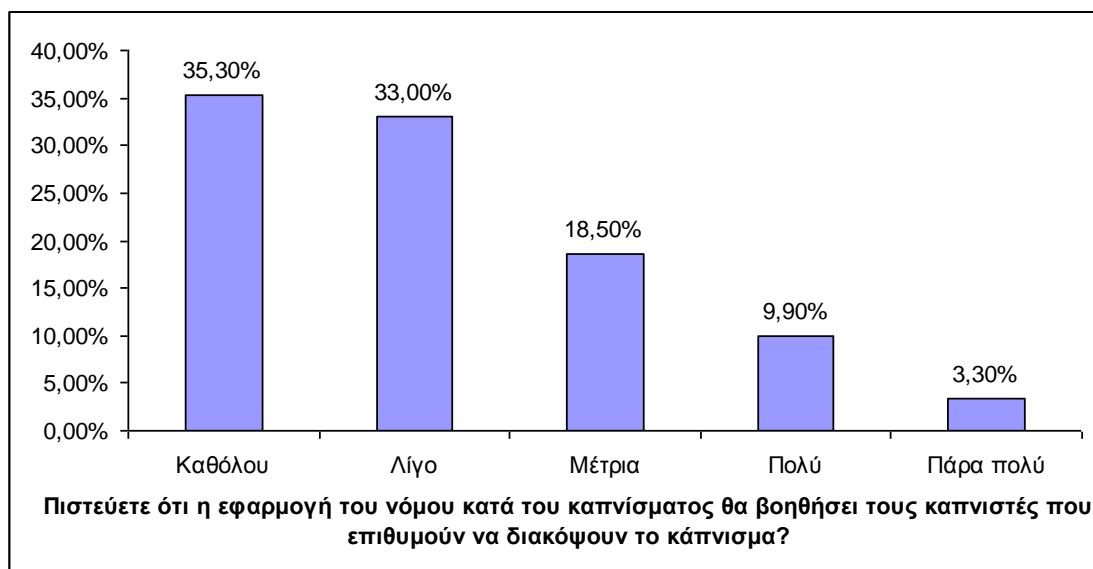
Από το *Γράφημα 15* διαπιστώνουμε ότι περίπου το 1/3 (31,7%) των συμμετεχόντων ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν με τα μέτρα κατά του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους, ενώ ένα εξίσου υψηλό ποσοστό (27,4%) δήλωσε πως συμφωνεί απόλυτα. Επίσης, περίπου οι μισοί συμμετέχοντες (51,5%) δήλωσαν πως τα μέτρα κατά του καπνίσματος δεν θα επηρεάσουν καθόλου τον τρόπο διασκέδασης τους, ενώ από τους υπόλοιπους, σχεδόν οι μισοί απάντησαν ότι θα περνούν καλύτερα και οι άλλοι μισοί ότι θα περνούν χειρότερα (*Γράφημα 16*). Επίσης, το 68,3% απάντησε πως θεωρεί ότι η εφαρμογή του καπνίσματος θα επηρεάσει καθόλου ή λίγο τους καπνιστές στο να κόψουν το κάπνισμα (*Γράφημα 17*).



Γράφημα 15: Κατανομή της άποψης των συμμετεχόντων αναφορικά με τα μέτρα κατά του καπνίσματος



Γράφημα 16: Κατανομή της άποψης των συμμετεχόντων αναφορικά με το αν η εφαρμογή του νόμου κατά του καπνίσματος θα επηρεάσει τον τρόπο διασκέδασης.

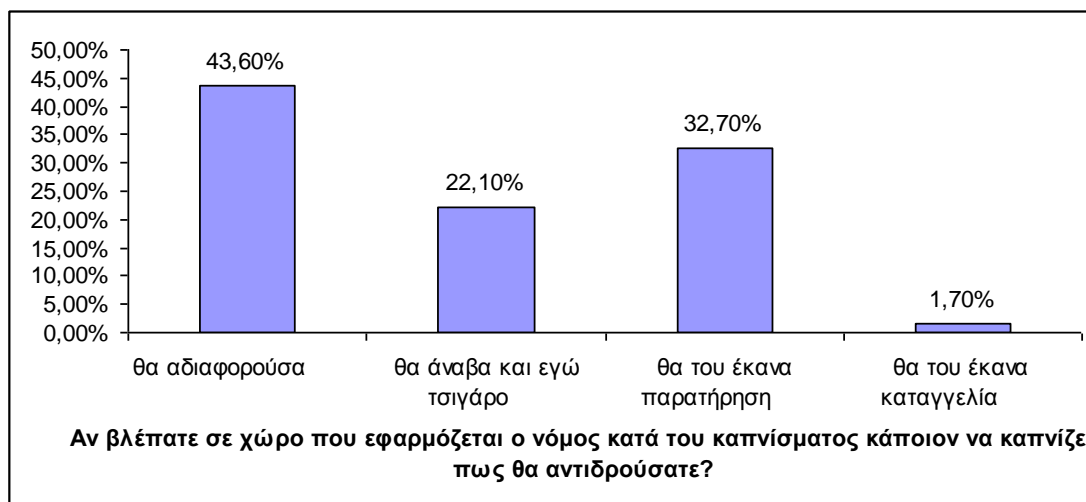


Γράφημα 17: Κατανομή της άποψης των συμμετεχόντων αναφορικά με το αν η εφαρμογή του νόμου κατά του καπνίσματος θα βοηθήσει τους καπνιστές που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα

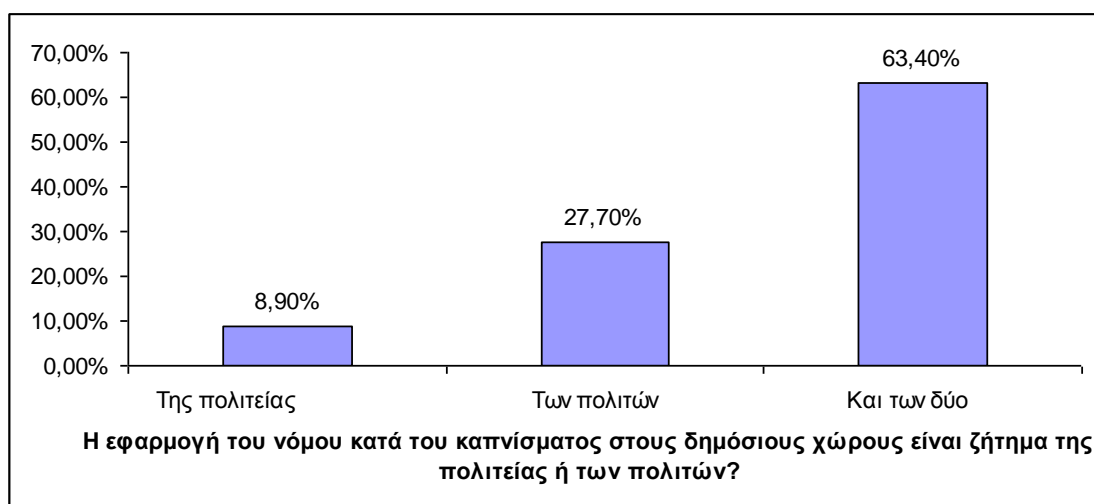
Από το *Γράφημα 18* προκύπτει ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (43,6%), θα αδιαφορούσε αν έβλεπε κάποιον να καπνίζει σε κάποιο χώρο που εφαρμόζεται ο νόμος κατά του καπνίσματος, ενώ μόνο το 1,7% θα έκανε καταγγελία.

Επιπλέον από το *γράφημα 19* φαίνεται ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (63,4%) θεωρεί ότι η εφαρμογή του νόμου κατά του καπνίσματος είναι τόσο υποχρέωση της πολιτείας όσο και των πολιτών και επίσης από το *Γράφημα 22* προκύπτει ότι η απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους είναι τόσο ευθύνη της πολιτείας όσο και των ίδιων των πολιτών απέναντι στους συνανθρώπους

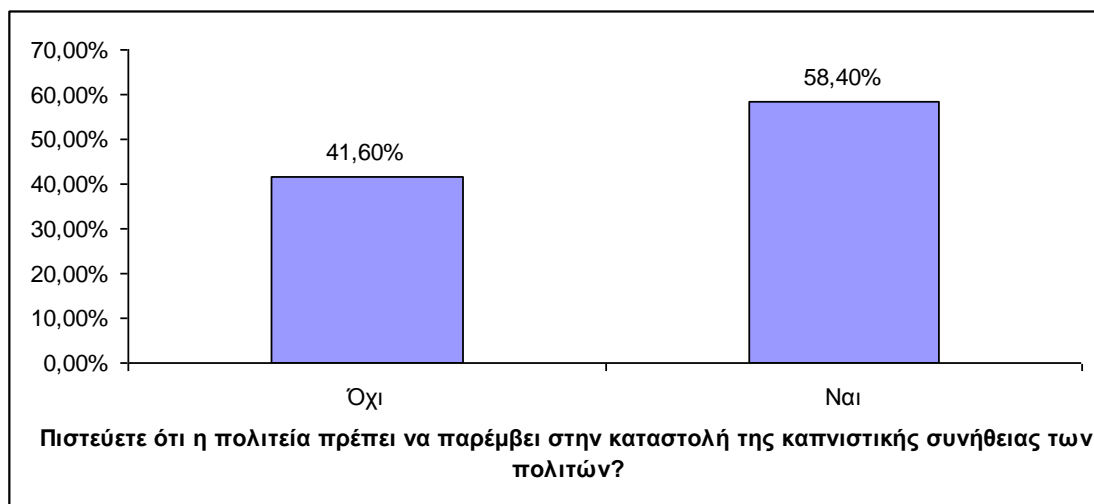
τους (53,8%). Επίσης, από το *Γράφημα 20* φαίνεται ότι περίπου το 58% των ατόμων θεωρεί ότι η πολιτεία πρέπει να παρέμβει στην καταστολή των καπνιστικών συνηθειών, ενώ το υπόλοιπο 42% θεωρεί πως δεν πρέπει. Τέλος, το *Γράφημα 21* δείχνει ότι περίπου το 47% των ερωτηθέντων ότι η πολιτεία πρέπει να λάβει μέτρα πρόληψης για την διακοπή του καπνίσματος, καθώς επίσης και ένα άλλο 47% δήλωσε πως πρέπει να λάβει τόσο μέτρα πρόληψης όσο και μέτρα διακοπής.



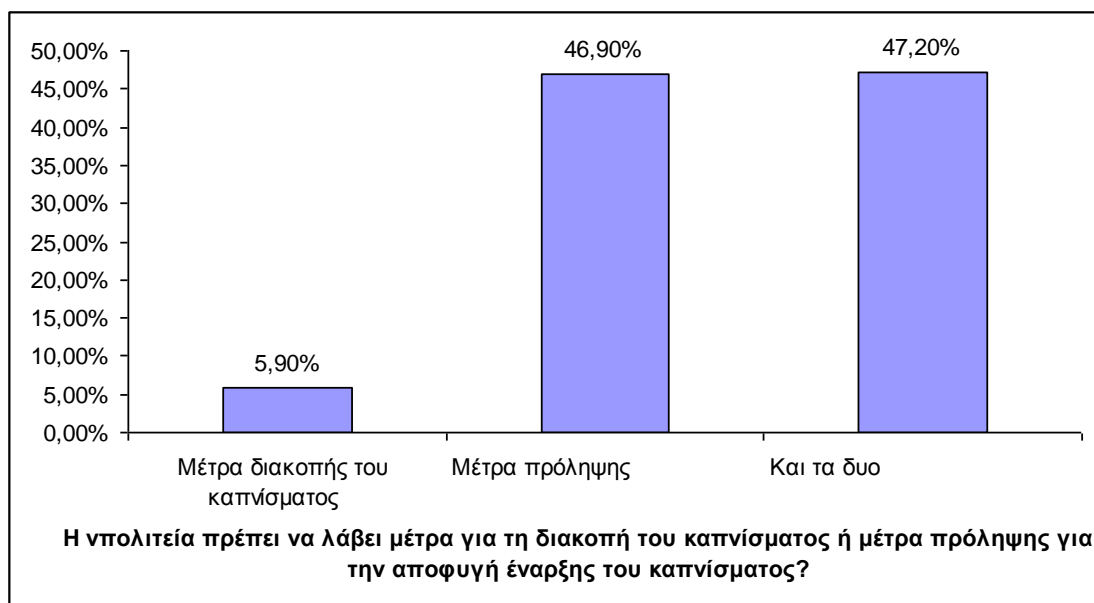
Γράφημα 18: Κατανομή της αντίδρασης των συμμετεχόντων αν έβλεπαν κάποιον να καπνίζει σε χώρο που εφαρμόζεται ο νόμος κατά του καπνίσματος.



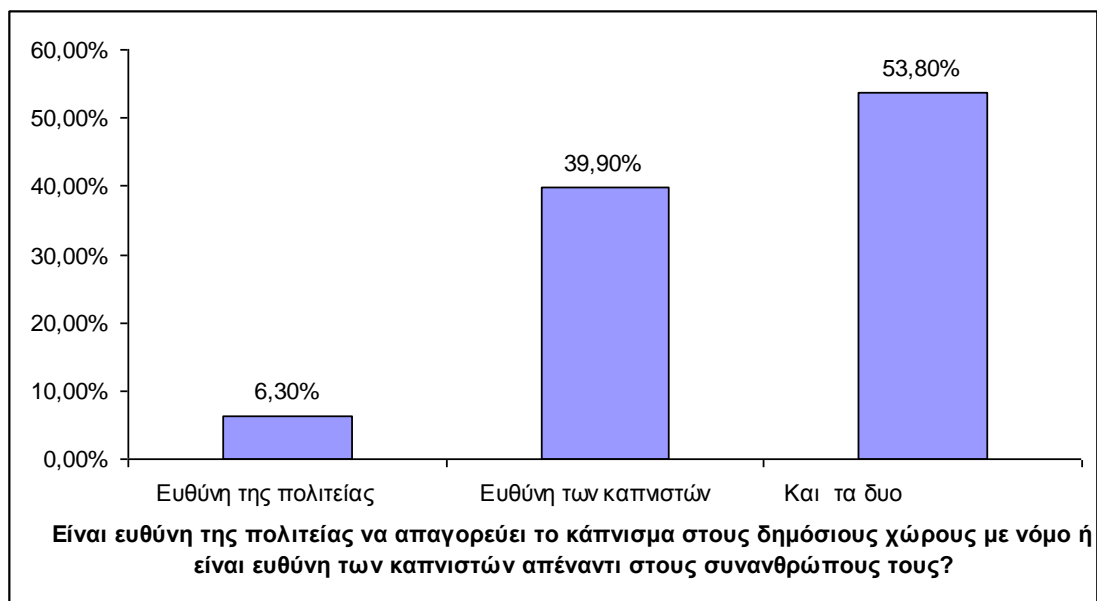
Γράφημα 19: Κατανομή της άποψης των συμμετεχόντων αναφορικά με το ποιοι ευθύνει είναι η εφαρμογή του νόμου κατά του καπνίσματος.



Γράφημα 20: Συχνότητα των ατόμων που πιστεύουν ότι η πολιτεία θα πρέπει ή δεν θα πρέπει να παρέμβει στην καταστολή της καπνιστικής συνήθειας των πολιτών.



Γράφημα 21: Κατανομή της άποψης των συμμετεχόντων αναφορικά με το αν η πολιτεία θα πρέπει να λάβει μέτρα για τη διακοπή του καπνίσματος ή να λάβει μέτρα πρόληψης για την αποφυγή έναρξης του καπνίσματος.



Γράφημα 22: Κατανομή της άποψης των συμμετεχόντων αναφορικά με το αν η απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους είναι ευθύνη της πολιτείας ή ευθύνη των πολιτών απέναντι στους συνανθρώπους τους.

β. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά και ατομικές συνήθειες

Από τον Πίνακα 1 προκύπτει ότι η μοναδική συνήθεια που φαίνεται να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το φύλο είναι ο αριθμός των τσιγάρων ανά ημέρα ($p=0,001$). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι άνδρες είναι πιο πιθανό να καπνίζουν περισσότερα από 20 τσιγάρα/ημέρα σε σχέση με τις γυναίκες (23,4% και 7,5%, αντίστοιχα).

Πίνακας 1: Ατομικές συνήθειες των συμμετεχόντων ανά φύλο

	Ανδρας	Γυναίκα	p-value
Καπνιστές	38 (59,4%)	137 (57,3%)	0,768
Συχνότητα καπνίσματος			0,410
Καθημερινά	36 (94,7%)	124 (90,5%)	
Περιστασιακά	2 (5,3%)	13 (9,5%)	
Τσιγάρα/ ημέρα	6 (4, 10)	5 (4, 10)	0,001
Κανένα	26 (40,6%)	105 (43,9%)	
1-10	8 (12,5%)	66 (27,6%)	
11-20	15 (23,4%)	50 (20,9%)	
21-30	10 (15,6%)	8 (3,3%)	
>30	5 (7,8%)	10 (4,2%)	
Έτη καπνίσματος	3 (1,5, 8)	3,5 (1,8, 9,5)	0,833
Προσπάθεια διακοπής καπνίσματος	17 (44,7%)	71 (51,8%)	0,439
Έτη που έχουν διακόψει το κάπνισμα			0,792
Γονείς καπνιστές	41 (64,1%)	153 (64,0%)	0,995
Συχνότητα που βγαίνουν για διασκέδαση			0,997
Καθόλου/ Λίγο	15 (23,4%)	55 (23,0%)	
Σπάνια	15 (23,4%)	56 (23,4%)	
Συχνά/ Πολύ συχνά	34 (53,1%)	128 (53,6%)	

Από τον Πίνακα 2 διαπιστώνουμε ότι η οικογενειακή κατάσταση συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τα έτη καπνίσματος ($p<0,001$), με τη συχνότητα που οι ερωτηθέντες βγαίνουν για διασκέδαση ($p<0,001$) και με το αν έχουν γονείς καπνιστές ή όχι ($p<0,001$). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι τα έτη καπνίσματος στους έγγαμους και τους διαζευγμένους είναι στατιστικά σημαντικά περισσότερα σε σύγκριση με τους άγαμους και αυτούς που απλά βρίσκονται σε συμβίωση. Επίσης, βρέθηκε ότι οι διαζευγμένοι βγαίνουν πιο συχνά σε σχέση με τους υπόλοιπους. Τέλος, το ποσοστό των άγαμων που είχαν καπνιστές γονείς ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο σε σχέση με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες.

Πίνακας 2: Ατομικές συνήθειες των συμμετεχόντων ανά οικογενειακή κατάσταση					
	Οικογενειακή κατάσταση				p-value
	Έγγαμος	Άγαμος	Διαζευγμένος	Σε συμβίωση	
Καπνιστές	24 (55,8%)	126 (57,0%)	12 (63,2%)	13 (65,0%)	0,856
Συχνότητα καπνίσματος					0,908
<i>Καθημερινά</i>	21 (87,5%)	116 (92,1%)	11 (91,7%)	12 (92,3%)	
<i>Περιστασιακά</i>	3 (12,5%)	10 (7,9%)	1 (8,3%)	1 (7,7%)	
Τσιγάρα/ημέρα					0,491
<i>Κανένα</i>	19 (44,2%)	97 (43,9%)	8 (42,1%)	7 (35,0%)	
<i>1-10</i>	11 (25,6%)	54 (24,4%)	2 (10,5%)	7 (35,0%)	
<i>11-20</i>	7 (16,3%)	47 (21,3%)	7 (36,8%)	4 (20,0%)	
<i>21-30</i>	2 (4,7%)	14 (6,3%)	2 (10,5%)	0	
<i>>30</i>	4 (9,3%)	9 (4,1%)	0	2 (10,0%)	
Έτη καπνίσματος	13,5 (5,3, 20) ^{*§}	5 (3, 7)	13 (6,5, 24,5) ^{*§}	6 (4, 11,8)	<0,001
Προσπάθεια διακοπής καπνίσματος	14 (58,3%)	59 (46,8%)	6 (50,0%)	9 (69,2%)	0,378
Έτη που έχουν διακόψει το κάπνισμα	12 (8, 14)	2 (1,3, 2,8)	3	4 (1, 4)	0,077
Γονείς καπνιστές	17 (39,5%)	158 (71,5%)	8 (42,1%)	11 (55,0%)	<0,001
Συχνότητα που βγαίνουν για διασκέδαση					<0,001
<i>Καθόλου/ Λίγο</i>	15 (34,9%)	45 (20,4%)	9 (47,4%)	1 (5,0%)	
<i>Σπάνια</i>	15 (34,9%)	40 (18,1%)	5 (26,3%)	11 (55,0%)	
<i>Συχνά/ Πολύ συχνά</i>	13 (30,2%)	136 (61,5%)	5 (26,3%)	8 (40,0%)	

* p-value<0,05 σε σύγκριση με τους άγαμους μετά από διόρθωση Bonferroni για πολλαπλούς ελέγχους

§ p-value<0,05 σε σύγκριση με τους αυτούς που συμβιώνουν μετά από διόρθωση Bonferroni για πολλαπλούς ελέγχους

Από τον Πίνακα 3 προκύπτει ότι μόνο η συχνότητα εξόδου για διασκέδαση συσχετίζεται με την οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων ($p=0,002$). Πιο αναλυτικά, βρέθηκε ότι τα άτομα με καλή/πολύ καλή οικονομική κατάσταση βγαίνουν πιο συχνά σε σχέση με τα υπόλοιπα άτομα.

Πίνακας 3: Ατομικές συνήθειες των συμμετεχόντων ανά οικονομική κατάσταση				
	Οικονομική κατάσταση			
	Πολύ κακή/ Κακή	Μέτρια	Πολύ καλή/ Καλή	p- value
Καπνιστές	39 (67,2%)	102 (58,6%)	34 (47,9%)	0,081
Συχνότητα καπνίσματος				0,318
Καθημερινά	37 (94,9%)	94 (92,2%)	29 (85,3%)	
Περιστασιακά	2 (5,1%)	8 (7,8%)	5 (14,7%)	
Τσιγάρα/ημέρα				0,242
Κανένα	21 (36,2%)	73 (42,0%)	37 (52,1%)	
1-10	14 (24,1%)	46 (26,4%)	14 (19,7%)	
11-20	13 (22,4%)	42 (24,1%)	10 (14,1%)	
21-30	6 (10,3%)	7 (4,0%)	5 (7,0%)	
>30	4 (6,9%)	6 (3,4%)	5 (7,0%)	
Έτη καπνίσματος	6 (4, 11,8)	5 (4, 10)	5 (3,8, 10,3)	0,903
Προσπάθεια διακοπής καπνίσματος	18 (46,2%)	52 (51,0%)	18 (52,9%)	0,826
Έτη που έχουν διακόψει το κάπνισμα	6 (3, 10)	3,5 (1,3, 11,0)	2	0,722
Γονείς καπνιστές	37 (63,8%)	115 (66,1%)	42 (59,2%)	0,590
Συχνότητα που βγαίνουν για διασκέδαση				0,002
Καθόλου/ Λίγο	19 (32,8%)	40 (23,0%)	11 (15,5%)	
Σπάνια	19 (32,8%)	42 (24,1%)	10 (14,1%)	
Συχνά/ Πολύ συχνά	20 (34,5%)	92 (52,9%)	50 (70,4%)	

Από τον Πίνακα 4 προκύπτει ότι η ηλικία συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τα έτη καπνίσματος ($p < 0,001$), με τα έτη που έχουν διακόψει το κάπνισμα (όσοι το έχουν διακόψει) ($p = 0,028$), με τη συχνότητα που βγαίνουν για διασκέδαση ($p < 0,001$) και με την πιθανότητα να έχουν γονείς καπνιστές ($p < 0,001$). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι η διάρκεια καπνίσματος είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη στα άτομα ηλικίας 29-33 και > 33 ετών σε σχέση με τους υπόλοιπους. Επίσης, φαίνεται ότι το ποσοστό των ατόμων που έχουν γονείς καπνιστές είναι σημαντικά χαμηλότερο μεταξύ αυτών ηλικίας > 33 ετών και το ποσοστό αυτών που βγαίνει συχνά/πολύ συχνά είναι κάτω των 24 ετών. Τέλος, τα έτη που οι συμμετέχοντες έχουν διακόψει το κάπνισμα είναι στατιστικά σημαντικά περισσότερα μεταξύ αυτών που είναι ηλικίας > 33 ετών σε σχέση με τους υπόλοιπους.

Πίνακας 4: Ατομικές συνήθειες των συμμετεχόντων ανά ηλικία

	Ηλικία					p-value
	<20 ετών	21-24 ετών	25-28 ετών	29-32 ετών	≥33 ετών	
Καπνιστές	61 (55,0%)	55 (59,8%)	19 (61,3%)	16 (72,7%)	24 (51,1%)	0,470
Συχνότητα καπνίσματος						
Καθημερινά	55 (90,2%)	49 (89,1%)	18 (94,7%)	16 (100,0%)	22 (91,7%)	0,685
Περιστασιακά	6 (9,8%)	6 (10,9%)	1 (5,3%)	0	2 (8,3%)	
Τσιγάρα/ημέρα						
Κανένα	52 (46,8%)	37 (40,2%)	12 (38,7%)	6 (27,3%)	24 (51,1%)	0,102
1-10	31 (27,9%)	24 (26,1%)	7 (22,6%)	5 (22,7%)	7 (14,9%)	
11-20	16 (14,4%)	26 (28,3%)	9 (29,0%)	5 (22,7%)	9 (19,1%)	
21-30	8 (7,2%)	3 (3,3%)	2 (6,5%)	2 (9,1%)	3 (6,4%)	
>30	4 (3,6%)	2 (2,2%)	1 (3,2%)	4 (18,2%)	4 (8,5%)	
Έτη καπνίσματος	4 (3, 5)	5 (4, 7)	8 (6, 10)	12,5 (10, 16)	17,5 (12, 22,7)	<0,001
Προσπάθεια διακοπής καπνίσματος	30 (49,2%)	29 (52,7%)	11 (57,9%)	5 (31,3%)	13 (54,2%)	0,547
Έτη που έχουν διακόψει το κάπνισμα	-	1 (1, 2)	3,5 (2,3, 4)	-	10 (4,3,13,5)	0,028
Γονείς καπνιστές	87 (78,4%)	57 (62,0%)	19 (61,3%)	16 (72,7%)	15 (31,9%)	<0,001
Συχνότητα που βγαίνουν για διασκέδαση						<0,001
Καθόλου/ Λίγο	19 (17,1%)	12 (13,0%)	10 (32,3%)	7 (31,8%)	22 (46,8%)	
Σπάνια	18 (16,2%)	22 (23,9%)	11 (35,5%)	6 (27,3%)	14 (29,8%)	
Συχνά/ Πολύ συχνά	74 (66,7%)	58 (63,0%)	10 (32,3%)	9 (40,9%)	11 (23,4%)	

γ. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά και απόψεις για το κάπνισμα

Από τον Πίνακα 5 φαίνεται ότι μεταξύ όλων των ερωτήσεων που χρησιμοποιήθηκαν για την αποτύπωση των απόψεων των νέων για το κάπνισμα, το φύλο βρέθηκε να συσχετίζεται μόνο με την άποψη των συμμετεχόντων σχετικά με το αν το κάπνισμα είναι αγχολυτικό ($p=0,017$). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι το ποσοστό των ατόμων που θεωρούν το κάπνισμα αγχολυτικό είναι σημαντικά υψηλότερο στις γυναίκες (30,5%) σε σχέση με τους άνδρες (15,6%).

Πίνακας 5: Απόψεις των συμμετεχόντων για το κάπνισμα ανά φύλο			
	Άνδρας	Γυναίκα	p-value
Πιστεύετε ότι το κάπνισμα επιδρά αρνητικά στην υγεία;			
Όχι	1 (1,6%)	2 (0,8%)	0,765
Ναι	63 (98,4%)	236 (98,7%)	
Δεν γνωρίζω	0	1 (0,4%)	
Είναι επικίνδυνο για την υγεία να εισπνέουμε τον καπνό των άλλων (παθητικό κάπνισμα);			
Όχι	2 (3,1%)	3 (1,3%)	0,297
Ναι	62 (96,9%)	236 (98,7%)	
Δεν γνωρίζω	-	-	
Τι σημαίνει για εσάς το κάπνισμα;			
Εξάρτηση	32 (50,0%)	143 (59,8%)	0,157
Διασκέδαση	4 (6,3%)	20 (8,4%)	0,577
Αγχόλυση	10 (15,6%)	73 (30,5%)	0,017
Συντροφιά	11 (19,0%)	33 (19,0%)	0,475
Κάτι άλλο	14 (21,9%)	39 (16,3%)	0,299
Αν έπρεπε να επιλέξετε ανάμεσα στα δυο: θεωρείτε ότι το κάπνισμα είναι «συνήθεια» η «νόσος»;			
Νόσος	10 (15,6%)	34 (14,4%)	0,898
Συνήθεια	35 (54,7%)	125 (53,0%)	
Και τα δύο	3 (29,7%)	77 (32,6%)	

Από τον Πίνακα 6 διαπιστώνουμε ότι το ποσοστό των ατόμων που θεωρούν ότι το κάπνισμα είναι συνήθεια είναι σημαντικά υψηλότερο σε αυτούς που συζούν και στους άγαμους, ενώ οι διαζευγμένοι και οι έγγαμοι στην πλειοψηφία τους θεωρούν ότι το κάπνισμα είναι τόσο νόσος όσο και συνήθεια.

Πίνακας 6: Απόψεις των συμμετεχόντων για το κάπνισμα ανά οικογενειακή κατάσταση					
Οικογενειακή κατάσταση					
	Έγγαμος	Άγαμος	Διαζευγμένος	Σε συμβίωση	p-value
Πιστεύετε ότι το κάπνισμα επιδρά αρνητικά στην υγεία;					0,305
Όχι	0 (0%)	3 (1,4%)	0 (0%)	0 (0%)	
Ναι	42 (97,7%)	218 (98,6%)	19 (100,0%)	20 (100,0%)	
Δεν γνωρίζω	1 (2,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Είναι επικίνδυνο για την υγεία να εισπνέουμε τον καπνό των άλλων (παθητικό κάπνισμα);					0,483
Όχι	0 (0%)	4 (1,8%)	0 (0%)	1 (5,0%)	
Ναι	43 (100,0%)	217 (98,2%)	19 (100,0%)	19 (95,0%)	
Δεν γνωρίζω	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Τι σημαίνει για εσάς το κάπνισμα;					
Εξάρτηση	24 (55,8%)	132 (59,7%)	11 (57,9%)	8 (40,0%)	0,391
Διασκέδαση	2 (4,7%)	19 (8,6%)	1 (5,3%)	2 (10,0%)	0,784
Αγχόλυση	14 (32,6%)	56 (25,3%)	7 (36,8%)	6 (30,0%)	0,225
Συντροφιά	4 (9,3%)	42 (19,0%)	2 (10,5%)	5 (25,0%)	0,288
Κάτι άλλο	6 (14,0%)	36 (16,3%)	3 (15,8%)	4 (20,0%)	0,123
Αν έπρεπε να επιλέξετε ανάμεσα στα δυο: θεωρείτε ότι το κάπνισμα είναι «συνήθεια» ή «νόσος»;					0,028
Νόσος	3 (7,1%)	35 (16,0%)	2 (10,5%)	4 (20,0%)	
Συνήθεια	18 (42,9%)	120 (54,8%)	8 (42,1%)	14 (70,0%)	
Και τα δύο	21 (50,0%)	64 (29,2%)	9 (47,4%)	2 (10,0%)	
Κάτι άλλο	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

Από τις ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν για να αποτυπώσουμε την άποψη των νέων για το κάπνισμα δεν βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την οικονομική κατάσταση τους. Όμως, μία οριακή στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στην οικονομική κατάσταση και τη σημασία του καπνίσματος ως αγχολυτικού ($p=0,088$). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι το ποσοστό των ατόμων που θεωρεί ότι το κάπνισμα είναι αγχολυτικό είναι σημαντικά υψηλότερο μεταξύ αυτών με πολύ κακή/κακή οικονομική κατάσταση (39,7%) σε σχέση με αυτούς που είχαν μέτρια (27,6%) και πολύ καλή/καλή (18,3%) οικονομική κατάσταση (τα αποτελέσματα δεν φαίνονται). Καμία από τις ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν για να αποτυπώσουμε την άποψη των νέων για το κάπνισμα δεν βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την ηλικία (τα αποτελέσματα δεν φαίνονται).

δ. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά και απόψεις για την καπναπαγόρευση

Από τον Πίνακα 7 προκύπτει ότι το ποσοστό των ατόμων που ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν με τα μέτρα κατά του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους είναι υψηλότερο στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες (33,5% & 25,0%), ενώ το ποσοστό των ατόμων που διαφωνούν απόλυτα με αυτά τα μέτρα είναι υψηλότερο στους άνδρες (20,3%) σε σχέση με τις γυναίκες (5,4%) ($p=0,002$). Επίσης, οι γυναίκες φαίνεται να πιστεύουν ότι τα μέτρα κατά του καπνίσματος δεν θα τους επηρεάσουν τον τρόπο διασκέδασης τους σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τους άνδρες (55,6% και 35,9%, αντίστοιχα), ενώ οι άντρες σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τις γυναίκες δήλωσαν πως θα περνούν χειρότερα (39,1% και 23,4%, αντίστοιχα), ($p=0,012$). Τέλος, φαίνεται ότι το ποσοστό των ατόμων που πιστεύουν πως η πολιτεία θα πρέπει να παρέμβει στις καπνιστικές συνήθειες των πολιτών είναι στατιστικά σημαντικά υψηλότερο στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες (61,5% και 46,9%, αντίστοιχα, $p=0,035$).

Πίνακας 7: Απόψεις των συμμετεχόντων για την καπναπαγόρευση ανά φύλο			
	Ανδρας	Γυναίκα	p-value
Ποια είναι η γνώμη σας για τα μέτρα κατά του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους;			0,002
<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>	17 (26,6%)	66 (27,6%)	
<i>Συμφωνώ</i>	7 (10,9%)	48 (20,1%)	
<i>Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ</i>	16 (25,0%)	80 (33,5%)	
<i>Διαφωνώ</i>	11 (17,2%)	32 (13,4%)	
<i>Διαφωνώ απόλυτα</i>	13 (20,3%)	13 (5,4%)	
Πιστεύετε ότι η εφαρμογή του νόμου κατά του καπνίσματος θα επηρεάσει τον τρόπο διασκέδασής σας;			0,012
<i>Θα περνάω καλύτερα</i>	16 (25,0%)	50 (20,9%)	
<i>Θα περνάω χειρότερα</i>	25 (39,1%)	56 (23,4%)	
<i>Δεν θα με επηρεάσει</i>	23 (35,9%)	133 (55,6%)	
Πιστεύετε ότι η εφαρμογή του νόμου κατά του καπνίσματος θα βοηθήσει τους καπνιστές που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα;			0,185
<i>Καθόλου</i>	27 (42,2%)	80 (33,5%)	
<i>Λίγο</i>	19 (29,7%)	81 (33,9%)	
<i>Μέτρια</i>	7 (10,9%)	49 (20,5%)	
<i>Πολύ/πάρα πολύ</i>	11 (17,2%)	29 (12,1%)	
Αν βλέπατε σε χώρο που εφαρμόζεται ο νόμος κατά του καπνίσματος κάποιον να καπνίζει πως θα αντιδρούσατε;			0,242
<i>θα αδιαφορούσα</i>	35 (54,7%)	97 (40,6%)	
<i>θα άναβα και εγώ τσιγάρο</i>	12 (18,8%)	55 (23,0%)	
<i>θα του έκανα παρατήρηση</i>	16 (25,0%)	83 (34,7%)	
<i>θα του έκανα καταγγελία</i>	1 (1,6%)	4 (1,7%)	
Η εφαρμογή του νόμου κατά του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους είναι ζήτημα της πολιτείας ή των πολιτών;			0,264
<i>Της πολιτείας</i>	9 (14,1%)	18 (7,5%)	
<i>Των πολιτών</i>	17 (26,6%)	67 (28,0%)	
<i>Και των δύο</i>	38 (59,4%)	154 (64,4%)	
Πιστεύετε ότι η πολιτεία πρέπει να παρέμβει στην καταστολή της καπνιστικής συνήθειας των πολιτών;			0,035
<i>Όχι</i>	34 (53,1%)	92 (38,5%)	
<i>Ναι</i>	30 (46,9%)	147 (61,5%)	
Η πολιτεία πρέπει να λάβει μέτρα για τη διακοπή του καπνίσματος ή μέτρα πρόληψης για την αποφυγή έναρξης του καπνίσματος;			0,466
<i>Μέτρα διακοπής του καπνίσματος</i>	2 (3,1%)	16 (6,7%)	
<i>Μέτρα πρόληψης</i>	33 (51,6%)	109 (45,6%)	
<i>Και τα δυο</i>	29 (45,3%)	114 (47,7%)	
Είναι ευθύνη της πολιτείας να απαγορεύσει το κάπνισμα στους δημόσιους χώρους με νόμο ή είναι ευθύνη των καπνιστών απέναντι στους συνάνθρωπους μας;			0,218
<i>Ευθύνη της πολιτείας</i>	7 (10,9%)	12 (5,0%)	
<i>Ευθύνη των καπνιστών</i>	25 (39,1%)	96 (40,2%)	
<i>Και τα δυο</i>	32 (50,0%)	131 (54,8%)	

Από τον Πίνακα 8 προκύπτει ότι η πλειοψηφία των έγγαμων θα έκαναν παρατήρηση σε κάποιον που θα κάπνιζε σε χώρο που εφαρμόζεται το μέτρο κατά του καπνίσματος (58,1%), ενώ η πλειοψηφία των υπολοίπων θα αδιαφορούσαν (45,7%, 52,6% & 50,0%, στους άγαμους, διαζευγμένους και αυτούς που συζούν, αντίστοιχα, $p=0,023$).

Πίνακας 8: Απόψεις των συμμετεχόντων για την καπναπαγόρευση ανά οικογενειακή κατάσταση					
	Οικογενειακή κατάσταση				p-value
	Έγγαμος	Άγαμος	Διαζευγμένος	Σε συμβίωση	
Αν βλέπατε σε χώρο που εφαρμόζεται ο νόμος κατά του καπνίσματος κάποιον να κάπνίζει πως θα αντιδρούσατε;					0,023
θα αδιαφορούσα	11 (25,6%)	101 (45,7%)	10 (52,6%)	10 (50,0%)	
θα άναβα και εγώ τσιγάρο	7 (16,3%)	51 (23,1%)	3 (15,8%)	6 (30,0%)	
θα του έκανα παρατήρηση	25 (58,1%)	65 (29,4%)	6 (31,6%)	3 (15,0%)	
θα του έκανα καταγγελία	0 (0%)	4 (1,8%)	0 (0%)	1 (5,0%)	

Από τον Πίνακα 9 προκύπτει ότι ο τρόπος που θα αντιδρούσε κάποιος όταν έβλεπε κάποιον να καπνίζει σε ένα χώρο που εφαρμόζεται ο νόμος κατά του καπνίσματος διαφέρει στατιστικά σημαντικά ανάλογα με την οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων ($p=0,001$). Συγκεκριμένα φαίνεται ότι το ποσοστό των ατόμων που θα αδιαφορούσε είναι μεγαλύτερο στα άτομα με μέτρια (43,1%) και με πολύ καλή/καλή οικονομική κατάσταση (57,7%) σε σχέση με αυτούς που έχουν κακή/πολύ κακή οικονομική κατάσταση (27,6%), ενώ το ποσοστό των ατόμων που θα άναβαν και αυτοί τσιγάρο είναι υψηλότερο σε αυτούς με κακή/πολύ κακή ή μέτρια οικονομική κατάσταση (37,9% & 23,0%) σε σχέση με αυτούς που έχουν πολύ καλή/καλή οικονομική κατάσταση (7,0%).

Πίνακας 9: Απόψεις των συμμετεχόντων για την καπναπαγόρευση ανά οικονομική κατάσταση				
	Οικονομική κατάσταση			p-value
	Πολύ κακή/ Κακή	Μέτρια	Πολύ καλή/ Καλή	
Αν βλέπατε σε χώρο που εφαρμόζεται ο νόμος κατά του καπνίσματος κάποιον να καπνίζει πως θα αντιδρούσατε;				0,001
θα αδιαφορούσα	16 (27,6%)	75 (43,1%)	41 (57,7%)	
θα άναβα και εγώ τσιγάρο	22 (37,9%)	40 (23,0%)	5 (7,0%)	
θα του έκανα παρατήρηση	20 (34,5%)	55 (31,6%)	24 (33,8%)	
θα του έκανα καταγγελία	0 (0%)	4 (2,3%)	1 (1,4%)	

Από τον Πίνακα 10 διαπιστώνουμε ότι η αντίδραση των μαθητών αν έβλεπαν κάποιον να καπνίζει σε χώρο που απαγορεύεται το κάπνισμα διαφέρει στατιστικά σημαντικά ανάλογα με την ηλικία τους ($p=0,012$). Πιο αναλυτικά, βρέθηκε ότι η πλειοψηφία των μαθητών ηλικίας > 33 ετών θα έκαναν παρατήρηση, ενώ τα άτομα μικρότερης ηλικίας σε γενικές γραμμές φαίνεται πως θα αδιαφορούσαν και σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό θα άναβαν και οι ίδιοι τσιγάρο.

Πίνακας 10: Απόψεις των συμμετεχόντων για την καπναπαγόρευση ανά ηλικία

	Ηλικία					p-value
	<20 ετών	21-24 ετών	25-28 ετών	29-32 ετών	≥33 ετών	
Ποια είναι η γνώμη σας για τα μέτρα κατά του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους;						0,064
<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>	24 (21,6%)	28 (30,4%)	9 (29,0%)	3 (13,6%)	19 (40,4%)	
<i>Συμφωνώ</i>	26 (23,4%)	10 (10,9%)	4 (12,9%)	7 (31,8%)	8 (17,0%)	
<i>Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ</i>	35 (31,5%)	36 (39,1%)	9 (29,0%)	7 (31,8%)	9 (19,1%)	
<i>Διαφωνώ</i>	15 (13,5%)	11 (12,0%)	7 (22,6%)	1 (4,5%)	9 (19,1%)	
<i>Διαφωνώ απόλυτα</i>	11 (9,9%)	7 (7,6%)	2 (6,5%)	4 (18,2%)	2 (4,3%)	
Πιστεύετε ότι η εφαρμογή του νόμου κατά του καπνίσματος θα επηρεάσει τον τρόπο διασκέδασής σας;						0,045
<i>Θα περνάω καλύτερα</i>	19 (17,1%)	18 (19,6%)	9 (29,0%)	4 (18,2%)	16 (34,0%)	
<i>Θα περνάω χειρότερα</i>	23 (20,7%)	26 (28,3%)	10 (32,3%)	10 (45,5%)	12 (25,5%)	
<i>Δεν θα με επηρεάσει</i>	69 (62,2%)	48 (52,2%)	12 (38,7%)	8 (36,4%)	19 (40,4%)	
Πιστεύετε ότι η εφαρμογή του νόμου κατά του καπνίσματος θα βοηθήσει τους καπνιστές που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα;						0,391
<i>Καθόλου</i>	37 (33,3%)	35 (38,0%)	10 (32,3%)	9 (40,9%)	16 (34,0%)	
<i>Λίγο</i>	37 (33,3%)	28 (30,4%)	12 (38,7%)	6 (27,3%)	17 (36,2%)	
<i>Μέτρια</i>	27 (24,3%)	15 (16,3%)	3 (9,7%)	6 (27,3%)	5 (10,6%)	
<i>Πολύ/πάρα πολύ</i>	10 (9,0%)	14 (15,2%)	6 (19,4%)	1 (4,5%)	9 (19,1%)	
Αν βλέπατε σε χώρο που εφαρμόζεται ο νόμος κατά του καπνίσματος κάποιον να καπνίζει πως θα αντιδρούσατε;						0,012
<i>θα αδιαφορούσα</i>	53 (47,7%)	46 (50,0%)	10 (32,3%)	11 (50,0%)	12 (25,5%)	
<i>θα άναβα και εγώ τσιγάρο</i>	29 (26,1%)	19 (20,7%)	9 (29,0%)	4 (18,2%)	6 (12,8%)	
<i>θα του έκανα παρατήρηση</i>	26 (23,4%)	26 (28,3%)	12 (38,7%)	7 (31,8%)	28 (59,6%)	
<i>θα του έκανα καταγγελία</i>	3 (2,7%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (2,1%)	
Η εφαρμογή του νόμου κατά του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους είναι ζήτημα της πολιτείας ή των πολιτών;						0,318
<i>Της πολιτείας</i>	10 (9,0%)	12 (13,0%)	1 (3,2%)	0 (0,0%)	4 (8,5%)	
<i>Των πολιτών</i>	27 (24,3%)	31 (33,7%)	9 (29,0%)	5 (22,7%)	12 (25,5%)	
<i>Και των δύο</i>	74 (66,7%)	49 (53,3%)	21 (67,7%)	17 (77,3%)	31 (66,0%)	
Πιστεύετε ότι η πολιτεία πρέπει να παρέμβει στην καταστολή της καπνιστικής συνήθειας των πολιτών;						0,534
<i>Όχι</i>	45 (40,5%)	38 (41,3%)	12 (38,7%)	13 (59,1%)	18 (38,3%)	
<i>Ναι</i>	66 (59,5%)	54 (58,7%)	19 (61,3%)	9 (40,9%)	29 (61,7%)	
Η πολιτεία πρέπει να λάβει μέτρα για τη διακοπή του καπνίσματος ή μέτρα πρόληψης για την αποφυγή έναρξης του καπνίσματος;						0,393
<i>Μέτρα διακοπής του καπνίσματος</i>	7 (6,3%)	8 (8,7%)	1 (3,2%)	2 (9,1%)	0 (0,0%)	
<i>Μέτρα πρόληψης</i>	47 (42,3%)	48 (52,2%)	13 (41,9%)	11 (50,0%)	23 (48,9%)	
<i>Και τα δύο</i>	57 (51,4%)	36 (39,1%)	17 (54,8%)	9 (40,9%)	24 (51,1%)	
Είναι ευθύνη της πολιτείας να απαγορεύσει το κάπνισμα στους δημόσιους χώρους με νόμο ή είναι ευθύνη των καπνιστών απέναντι στους συνάνθρωπους μας;						0,627
<i>Ευθύνη της πολιτείας</i>	8 (7,2%)	8 (8,7%)	1 (3,2%)	1 (4,5%)	1 (2,1%)	
<i>Ευθύνη των καπνιστών</i>	44 (39,6%)	31 (33,7%)	13 (41,9%)	12 (54,5%)	21 (44,7%)	
<i>Και τα δύο</i>	59 (53,2%)	53 (57,6%)	17 (54,8%)	9 (40,9%)	25 (53,2%)	

ε. Ατομικές συνήθειες και απόψεις για το κάπνισμα

Από τον Πίνακα 11 διαπιστώνουμε ότι η σημασία του καπνίσματος, αλλά ο χαρακτηρισμός του καπνίσματος ως νόσο ή συνήθεια διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ αυτών που καπνίζουν και αυτών που δεν καπνίζουν. Πιο αναλυτικά, φαίνεται ότι το ποσοστό των ατόμων που θεωρούν ότι το κάπνισμα σημαίνει εξάρτηση είναι σημαντικά μεγαλύτερο μεταξύ των μη καπνιστών (77,3%) σε σχέση με τους μη καπνιστές (43,4%, $p < 0,001$). Αντίθετα, το ποσοστό αυτών που το θεωρούν διασκέδαση, αγχολυτικό και συντροφιά είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο μεταξύ των καπνιστών (13,1%, 41,1% και 23,4%, αντίστοιχα) σε σχέση με τους μη καπνιστές (0,8%, 9,4% και 9,4%, αντίστοιχα). Επίσης, το ποσοστό των συμμετεχόντων που θεωρεί ότι το κάπνισμα είναι νόσος ή νόσος και συνήθεια μαζί είναι σημαντικά υψηλότερο μεταξύ των μη καπνιστών (24,2% και 41,4%, αντίστοιχα) σε σχέση με τους καπνιστές (7,6% και 25,0%, αντίστοιχα), ενώ αντίθετα το ποσοστό αυτών που θεωρούν το κάπνισμα συνήθεια είναι υψηλότερο μεταξύ αυτών που καπνίζουν (67,4%) σε σχέση με τους μη καπνιστές (34,4%, $p < 0,001$).

Πίνακας 11: Απόψεις των συμμετεχόντων για το κάπνισμα ξεχωριστά για καπνιστές και μη καπνιστές

	Καπνιστής		p-value
	Όχι	Ναι	
Πιστεύετε ότι το κάπνισμα επιδρά αρνητικά στην υγεία;			
Όχι	0 (0%)	3 (1,7%)	0,168
Ναι	127 (99,2%)	172 (98,3%)	
Δεν γνωρίζω	0 (0%)	0 (0%)	
Είναι επικίνδυνο για την υγεία να εισπνέουμε τον καπνό των άλλων (παθητικό κάπνισμα);			
Όχι	0 (0%)	5 (2,9%)	0,054
Ναι	128 (100,0%)	170 (97,1%)	
Δεν γνωρίζω	0 (0%)	0 (0%)	
Τι σημαίνει για εσάς το κάπνισμα;			
Εξάρτηση	99 (77,3%)	76 (43,4%)	<0,001
Διασκέδαση	1 (0,8%)	23 (13,1%)	<0,001
Αγχόλυση	12 (9,4%)	72 (41,1%)	<0,001
Συντροφιά	12 (9,4%)	41 (23,4%)	0,001
Κάτι άλλο	22 (17,2%)	28 (16,0%)	0,500
Αν έπρεπε να επιλέξετε ανάμεσα στα δυο: θεωρείτε ότι το κάπνισμα είναι «συνήθεια» η «νόσος»;			
Νόσος	31 (24,2%)	13 (7,6%)	<0,001
Συνήθεια	44 (34,4%)	116 (67,4%)	
Και τα δύο	53 (41,4%)	43 (25,0%)	
Κάτι άλλο	0 (0%)	0 (0%)	

Από τον Πίνακα 12 προκύπτει ότι η συχνότητα με την οποία οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι βγαίνουν για διασκέδαση δεν επηρεάζει τις απαντήσεις τους στατιστικά σημαντικά στις ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν για την αποτύπωση των απόψεών τους αναφορικά με το κάπνισμα.

Πίνακας 12: Απόψεις των συμμετεχόντων για το κάπνισμα ανάλογα με τη συχνότητα που βγαίνουν για διασκέδαση

	Πόσο συχνά βγαίνετε για να διασκεδάσετε;			p-value
	Καθόλου/Λίγο	Σπάνια	Συχνά/Πολύ συχνά	
Πιστεύετε ότι το κάπνισμα επιδρά αρνητικά στην υγεία;				0,153
Όχι	2 (2,9%)	0 (0%)	1 (0,6%)	
Ναι	68 (97,1%)	70 (98,6%)	161 (99,4%)	
Δεν γνωρίζω	0 (0%)	1 (1,4%)	0 (0%)	
Είναι επικίνδυνο για την υγεία να εισπνέουμε τον καπνό των άλλων (παθητικό κάπνισμα);				0,395
Όχι	2 (2,9%)	0 (0%)	3 (1,9%)	
Ναι	68 (97,1%)	71 (100,0%)	159 (98,1%)	
Δεν γνωρίζω	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Τι σημαίνει για εσάς το κάπνισμα;				
Εξάρτηση	44 (62,9%)	35 (49,3%)	96 (59,3%)	0,225
Διασκέδαση	2 (2,9%)	5 (7,0%)	17 (10,49%)	0,135
Αγχόλυση	25 (35,7%)	22 (31%)	37 (22,8%)	0,106
Συντροφιά	11 (15,7%)	13 (18,3%)	29 (17,9%)	0,903
Κάτι άλλο	10 (14,3%)	11 (15,5%)	28 (17,3%)	0,460
Αν έπρεπε να επιλέξετε ανάμεσα στα δύο: θεωρείτε ότι το κάπνισμα είναι «συνήθεια» ή «νόσος»;				0,935
Νόσος	10 (14,7%)	9 (12,7%)	25 (15,5%)	
Συνήθεια	35 (51,5%)	41 (57,7%)	84 (52,2%)	
Και τα δύο	23 (33,8%)	21 (29,6%)	52 (32,3%)	
Κάτι άλλο	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

στ. Ατομικές συνήθειες και απόψεις για την καπναπαγόρευση

Από τον Πίνακα 13 προκύπτει ότι οι καπνισματικές συνήθειες των συμμετεχόντων συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με:

Α) τη γνώμη τους για τα μέτρα κατά του καπνίσματος ($p < 0,001$). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι το ποσοστό των καπνιστών που συμφωνούν απόλυτα με το νόσο είναι εξαιρετικά μικρότερο (9,1%) σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό των μη καπνιστών (52,3%)

Β) τη γνώμη τους αναφορικά με τον αν αυτοί οι νόμοι θα επηρεάσουν τον τρόπο διασκέδασής τους ($p < 0,001$). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι το ποσοστό των μη

καπνιστών που δήλωσε πως θα περνάει καλύτερα είναι υψηλότερο (48,4%) σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό των καπνιστών (2,3%), ενώ ακριβώς το αντίστροφο ισχύει όσον αφορά αυτούς που ανέφεραν ότι θα περνούν χειρότερα (1,6% στους μη καπνιστές και 45,1% στους καπνιστές)

Γ) την αντίδρασή τους αν έβλεπαν κάποιον να καπνίζει σε χώρο που απαγορεύεται το κάπνισμα ($p<0,001$). Πιο αναλυτικά, βρέθηκε ότι το ποσοστό των ατόμων που θα του έκανα παρατήρηση είναι σημαντικά υψηλότερο μεταξύ των μη καπνιστών (53,9%) σε σχέση με τους καπνιστές (17,1%), ενώ το ποσοστό αυτών που θα άναβαν τσιγάρο θα είναι μεγαλύτερο είναι μεγαλύτερο μεταξύ των καπνιστών (37,7%) σε σχέση με τους μη καπνιστές (0,8%).

Δ) την άποψή τους αναφορικά με το αν η εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου είναι ευθύνη της πολιτείας ή των πολιτών ($p=0,003$) και πιο αναλυτικά οι καπνιστές δήλωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τους μη καπνιστές ότι είναι ευθύνη των πολιτών (34,3% και 18,8%, αντίστοιχα), ενώ οι μη καπνιστές δήλωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τους καπνιστές ότι είναι ευθύνη και της πολιτείας και των πολιτών (74,2% και 55,4%, αντίστοιχα).

Ε) τη γνώμη τους αναφορικά με το αν η πολιτεία πρέπει να παρέμβει στην καταστολή της καπνιστικής συνήθειας των πολιτών ($p<0,001$) και συγκεκριμένα το 85,9% των μη καπνιστών απάντησαν πως είναι ευθύνη της πολιτείας, ενώ το 38,3% των καπνιστών έδωσαν την ίδια απάντηση.

ΣΤ) τη γνώμη τους αναφορικά με το αν η πολιτεία πρέπει να λάβει μέτρα για την διακοπή του καπνίσματος ή μέτρα πρόληψης κατά του καπνίσματος ($p<0,001$) και συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των καπνιστών (62,3%) δήλωσαν πως πρέπει η πολιτεία να λάβει μέτρα πρόληψης, ενώ το 64,1% των μη καπνιστών δήλωσαν πως πρέπει να πάρει μέτρα διακοπής τους καπνίσματος.

Ζ) και τη γνώμη τους αναφορικά με το αν η απαγόρευση του καπνίσματος πρέπει να είναι ευθύνη της πολιτείας εφαρμόζοντας τους νόμους ή των πολιτών απέναντι στους συνανθρώπους τους ($p<0,001$). Πιο αναλυτικά, η πλειοψηφία των μη καπνιστών συμμετεχόντων (66,4%) δήλωσαν πως είναι ευθύνη και των 2 ενώ σχεδόν το 50% των καπνιστών δήλωσαν πως είναι ευθύνη των καπνιστών, αλλά και ένα εξίσου σημαντικό ποσοστό ανέφερε πως είναι ευθύνη τόσο των καπνιστών όσο και της πολιτείας.

Πίνακας 13: Απόψεις των συμμετεχόντων για την καπναπαγόρευση για καπνιστές και μη καπνιστές, ξεχωριστά.

	Καπνιστής		p-value
	Όχι	Ναι	
Ποια είναι η γνώμη σας για τα μέτρα κατά του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους;			<0,001
<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>	67 (52,3%)	16 (9,1%)	
<i>Συμφωνώ</i>	28 (21,9%)	27 (15,4%)	
<i>Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ</i>	28 (21,9%)	68 (38,9%)	
<i>Διαφωνώ</i>	2 (1,6%)	41 (23,4%)	
<i>Διαφωνώ απόλυτα</i>	3 (2,3%)	23 (13,1%)	
Πιστεύετε ότι η εφαρμογή του νόμου κατά του καπνίσματος θα επηρεάσει τον τρόπο διασκέδασής σας;			<0,001
<i>Θα περνάω καλύτερα</i>	62 (48,4%)	4 (2,3%)	
<i>Θα περνάω χειρότερα</i>	2 (1,6%)	79 (45,1%)	
<i>Δεν θα με επηρεάσει</i>	64 (50,0%)	92 (52,6%)	
Πιστεύετε ότι η εφαρμογή του νόμου κατά του καπνίσματος θα βοηθήσει τους καπνιστές που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα;			0,062
<i>Καθόλου</i>	36 (28,1%)	71 (40,6%)	
<i>Λίγο</i>	50 (39,1%)	50 (28,6%)	
<i>Μέτρια</i>	23 (18,0%)	33 (18,9%)	
<i>Πολύ/πάρα πολύ</i>	19 (14,8%)	21 (12,0%)	
Αν βλέπατε σε χώρο που εφαρμόζεται ο νόμος κατά του καπνίσματος κάποιον να καπνίζει πως θα αντιδρούσατε;			<0,001
<i>θα αδιαφορούσα</i>	55 (43,0%)	77 (44,0%)	
<i>θα άναβα και εγώ τσιγάρο</i>	1 (0,8%)	66 (37,7%)	
<i>θα του έκανα παρατήρηση</i>	69 (53,9%)	30 (17,1%)	
<i>θα του έκανα καταγγελία</i>	3 (2,3%)	2 (1,1%)	
Η εφαρμογή του νόμου κατά του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους είναι ζήτημα της πολιτείας ή των πολιτών;			0,003
<i>Της πολιτείας</i>	9 (7,0%)	18 (10,3%)	
<i>Των πολιτών</i>	24 (18,8%)	60 (34,3%)	
<i>Και των δύο</i>	95 (74,2%)	97 (55,4%)	
Πιστεύετε ότι η πολιτεία πρέπει να παρέμβει στην καταστολή της καπνιστικής συνήθειας των πολιτών;			<0,001
<i>Όχι</i>	18 (14,1%)	108 (61,7%)	
<i>Ναι</i>	110 (85,9%)	67 (38,3%)	
Η πολιτεία πρέπει να λάβει μέτρα για τη διακοπή του καπνίσματος ή μέτρα πρόληψης για την αποφυγή έναρξης του καπνίσματος;			<0,001
<i>Μέτρα διακοπής του καπνίσματος</i>	13 (10,2%)	5 (2,9%)	
<i>Μέτρα πρόληψης</i>	33 (25,8%)	109 (62,3%)	
<i>Και τα δυο</i>	82 (64,1%)	61 (34,9%)	
Είναι ευθύνη της πολιτείας να απαγορεύσει το κάπνισμα στους δημόσιους χώρους με νόμο ή είναι ευθύνη των καπνιστών απέναντι στους συνάνθρωπους μας;			<0,001
<i>Ευθύνη της πολιτείας</i>	8 (6,3%)	11 (6,3%)	
<i>Ευθύνη των καπνιστών</i>	35 (27,3%)	86 (49,1%)	
<i>Και τα δυο</i>	85 (66,4%)	78 (44,6%)	

Από τον Πίνακα 14 προκύπτει ότι η συχνότητα με την οποία βγαίνουν οι συμμετέχοντες για διασκέδαση συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τη γνώμη τους για τα μέτρα κατά του καπνίσματος ($p < 0,001$). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι το ποσοστό των ατόμων που ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν με το μέτρο είναι σημαντικά υψηλότερο μεταξύ αυτών που βγαίνουν σπάνια ή συχνά/πολύ συχνά (38% και 34,6%, αντίστοιχα) σε σχέση με αυτούς που βγαίνουν καθόλου/λίγο (18,6%), ενώ το ποσοστό αυτών που συμφωνούν απόλυτα ή απλά συμφωνούν είναι υψηλότερο σε αυτούς που βγαίνουν λίγο/καθόλου (32,9% και 24,3%, αντίστοιχα) σε σχέση με αυτούς που βγαίνουν συχνά/πολύ συχνά (23,5% και 16,7%, αντίστοιχα).

Πίνακας 14: Απόψεις των συμμετεχόντων για την καπναπαγόρευση ανάλογα με το πόσο συχνά βγαίνουν για διασκέδαση

	Πόσο συχνά βγαίνετε για να διασκεδάσετε			p-value
	Καθόλου/Λίγο	Σπάνια	Συχνά/Πολύ συχνά	
Ποια είναι η γνώμη σας για τα μέτρα κατά του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους;				0,001
<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>	23 (32,9%)	22 (31,0%)	38 (23,5%)	
<i>Συμφωνώ</i>	17 (24,3%)	11 (15,5%)	27 (16,7%)	
<i>Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ</i>	13 (18,6%)	27 (38,0%)	56 (34,6%)	
<i>Διαφωνώ</i>	14 (20,0%)	11 (15,5%)	18 (11,1%)	
<i>Διαφωνώ απόλυτα</i>	3 (4,3%)	0 (0%)	23 (14,2%)	
Πιστεύετε ότι η εφαρμογή του νόμου κατά του καπνίσματος θα επηρεάσει τον τρόπο διασκέδασής σας;				0,400
<i>Θα περνάω καλύτερα</i>	19 (27,1%)	18 (25,4%)	29 (17,9%)	
<i>Θα περνάω χειρότερα</i>	20 (28,6%)	16 (22,5%)	45 (27,78%)	
<i>Δεν θα με επηρεάσει</i>	31 (44,3%)	37 (52,1%)	88 (54,32%)	
Πιστεύετε ότι η εφαρμογή του νόμου κατά του καπνίσματος θα βοηθήσει τους καπνιστές που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα;				0,130
<i>Καθόλου</i>	21 (30,0%)	33 (46,5%)	53 (32,7%)	
<i>Λίγο</i>	21 (30,0%)	21 (29,6%)	58 (35,8%)	
<i>Μέτρια</i>	11 (15,7%)	12 (16,9%)	33 (20,4%)	
<i>Πολύ/πάρα πολύ</i>	17 (24,3%)	5 (7,0%)	18 (11,1%)	
Αν βλέπατε σε χώρο που εφαρμόζεται ο νόμος κατά του καπνίσματος κάποιον να καπνίζει πως θα αντιδρούσατε;				0,200
<i>θα αδιαφορούσα</i>	32 (45,7%)	30 (42,3%)	70 (43,2%)	
<i>θα άναβα και εγώ τσιγάρο</i>	12 (17,1%)	11 (15,5%)	44 (27,2%)	
<i>θα του έκανα παρατήρηση</i>	26 (37,1%)	28 (39,4%)	45 (27,8%)	
<i>θα του έκανα καταγγελία</i>	0 (0%)	2 (2,8%)	3 (1,9%)	
Η εφαρμογή του νόμου κατά του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους είναι ζήτημα της πολιτείας ή των πολιτών;				0,551
<i>Της πολιτείας</i>	9 (12,9%)	5 (7,0%)	13 (8,0%)	
<i>Των πολιτών</i>	22 (31,4%)	20 (28,2%)	42 (25,9%)	
<i>Και των δύο</i>	39 (55,7%)	46 (64,8%)	107 (66,0%)	
Πιστεύετε ότι η πολιτεία πρέπει να παρέμβει στην καταστολή της καπνιστικής συνήθειας των πολιτών;				0,723
<i>Όχι</i>	32 (45,7%)	29 (40,8%)	65 (40,1%)	
<i>Ναι</i>	38 (54,3%)	42 (59,2%)	97 (59,9%)	
Η πολιτεία πρέπει να λάβει μέτρα για τη διακοπή του καπνίσματος ή μέτρα πρόληψης για την αποφυγή έναρξης του καπνίσματος;				0,496
<i>Μέτρα διακοπής του καπνίσματος</i>	2 (2,9%)	5 (7,0%)	11 (6,8%)	
<i>Μέτρα πρόληψης</i>	38 (54,3%)	34 (47,9%)	70 (43,2%)	
<i>Και τα δυο</i>	30 (42,9%)	32 (45,1%)	81 (50,0%)	
Είναι ευθύνη της πολιτείας να απαγορεύσει το κάπνισμα στους δημόσιους χώρους με νόμο ή είναι ευθύνη των καπνιστών απέναντι στους συνάνθρωπους μας;				0,535
<i>Ευθύνη της πολιτείας</i>	3 (4,3%)	7 (9,9%)	9 (5,6%)	
<i>Ευθύνη των καπνιστών</i>	32 (45,7%)	26 (36,6%)	63 (38,9%)	
<i>Και τα δυο</i>	35 (50,0%)	38 (53,5%)	90 (55,6%)	

9.Συζήτηση - Συμπεράσματα

Το κάπνισμα ως πρωταρχική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας στις σύγχρονες κοινωνίες αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη ζητήματα δημόσιας υγείας. Επιστημονικές έρευνες διεθνώς δείχνουν πως οι περισσότεροι καπνιστές γνωρίζουν τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, πραγματικότητα που επιβεβαιώνεται και από την παρούσα έρευνα. Συγκεκριμένα το 98,7% των ερωτηθέντων παραδέχονται ότι γνωρίζουν τις βλαβερές συνέπειες της καπνιστικής συνήθειας για την υγεία τους.

Πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα επισημαίνουν εκ νέου την επικινδυνότητα του παθητικού καπνίσματος για καπνιστές και μη, ενώ η Ε.Ε. ανακοινώνει ότι η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα φαίνεται να προκαλεί επιπλέον 72000 θανάτους, με 17000 θανάτους σε άτομα που δεν καπνίζουν οι ίδιοι. Οι αριθμοί αυτοί δεν διαφοροποιούνται ιδιαίτερα και για το χώρο εργασίας (Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία 2010).

Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία τόσο των ενεργητικών όσο και των παθητικών καπνιστών, εμφανίζονται πλέον με την ίδια συχνότητα και στα δύο φύλα. Οι πιο συχνές παθήσεις οι οποίες επιβαρύνονται δραματικά από το κάπνισμα είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, όπως η αρτηριοσκλήρυνση, η στηθάγχη, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, αλλά και η διαλείπουσα χωλότητα ή η αρτηριοσκλήρυνση του εγκεφάλου. Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια που περιλαμβάνει το εμφύσημα και τη χρόνια βρογχίτιδα έρχονται δεύτερες. Το κάπνισμα συνδέεται επίσης με μία σειρά από σοβαρές μορφές καρκίνου, όπως είναι τα καρκινώματα του στόματος, του λάρυγγα, του οισοφάγου, του παγκρέατος, του νεφρού, της ουροδόχου κύστης, του τραχήλου της μήτρας, του παχέως εντέρου, του προστάτη, του μαστού και του αίματος (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008 - 2012).

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης η πλειονότητα των μη καπνιστών (58%), θεωρούν το κάπνισμα ως εξάρτηση γεγονός που επιβεβαιώνεται και από τον Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) ο οποίος έχει κατατάξει το κάπνισμα στις εξαρτήσεις (Σύνδρομο στέρησης από τον καπνό: Κατάταξη F17.2 στη Διεθνή Κατάταξη Ασθενειών, Δέκατη Αναθεώρηση [ICD-10], ενώ οι καπνιστές (27%) ως αγχόλυση ή διασκέδαση. Η νικοτίνη, η κύρια εθιστική ουσία στο τσιγάρο, αποδίδεται πολύ γρήγορα στον εγκέφαλο και προκαλεί εξάρτηση. Οι εθισμένοι στην νικοτίνη καπνιστές ρυθμίζουν αυτόματα την πρόσληψη νικοτίνης βάσει των επιπέδων της στο αίμα καπνίζοντας όταν απαιτείται ώστε να προκληθούν τα ψυχοδραστικά αποτελέσματα της νικοτίνης και να αποφευχθούν τα συμπτώματα στέρησης (Γερουλάνος 2008).

Σύμμαχο στην πολύπλευρη, ολοκληρωμένη και στοχευμένη προσπάθεια περιορισμού του καπνίσματος και βελτίωσης των ποσοστών της αποτρέψιμης θνητότητας και θνησιμότητας που σχετίζεται με το κάπνισμα αποτελεί η εφαρμογή των μέτρων για την απαγόρευση του Καπνίσματος στους Δημόσιους χώρους. Τέτοια μέτρα εφαρμόστηκαν σε πολλές γειτονικές μας χώρες και έχει αποδειχθεί ότι έχουν σημαντικές μετρήσιμες ευνοϊκές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία. Ο νέος νόμος συμβάλλει στην απαγόρευση της πώλησης τσιγάρων σε ανήλικα άτομα, απαγορεύει την ελεύθερη διανομή τσιγάρων που μέχρι σήμερα γίνεται συστηματικά στους χώρους διασκέδασης νέων παιδιών, διώχνει το κάπνισμα από τα Internet cafe και από τους χώρους εργασίας, από τα μέσα και τους σταθμούς μαζικής μεταφοράς και το περιορίζει στους χώρους διασκέδασης (Νόμος 3868- 2010).

Καταργείται, έτσι, μια σειρά από πρακτικές που ως παραστάσεις διαμόρφωναν μέχρι σήμερα μια νεανική κουλτούρα με πρότυπα καπνιστών, τα οποία ο κάθε νέος «πρέπει» να μιμηθεί προκειμένου να διασφαλίσει την επιβαλλόμενη από την εφηβική ψυχολογία αποδοχή.

Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (31,7%) κυρίως γυναίκες, παρουσιάζουν αδιάφορη στάση απέναντι στην καπναπαγόρευση ιδιαίτερα στους δημόσιους χώρους. Εν αντιθέσει με τους άντρες του δείγματος οι οποίοι διαφωνούν απόλυτα από την εφαρμογή των εν λόγω μέτρων καθώς καπνίζουν περισσότερο ημερησίως από τις γυναίκες σύμφωνα με τα ευρήματα της εν λόγω έρευνας. Πιο αναλυτικά, το ποσοστό των ανδρών του δείγματος που καπνίζει περισσότερα από 20 τσιγάρα την ημέρα ανέρχεται σε 23,4% με το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών να βρίσκεται στο 7,5%.

Την αναποτελεσματικότητα της καπναπαγόρευσης ως μέτρο για τον περιορισμό ή και την διακοπή του καπνίσματος παραδέχονται οι ερωτηθέντες της παρούσας μελέτης με το ποσοστό τους να ανέρχεται σε 68,3%. Λόγοι που πιθανότατα να εξηγούν την εν λόγω αποτυχία της πολιτικής αυτής είναι (Ρούσσος 2011) :

- ✓ Τα οικονομικά συμφέροντα στο χώρο του τσιγάρου.
- ✓ Ο χαμηλός βαθμός πειθαρχίας της ελληνικής κοινωνίας στα νέα μέτρα καθώς και η μη καθολική ισχύ των μέτρων αυτών με αποτέλεσμα οι εξαιρέσεις και τα ημίμετρα δύσκολα να εφαρμόζονται και εύκολα να καταστρατηγούνται.
- ✓ Η ανυπαρξία μηχανισμού εποπτείας και ελέγχου εφαρμογής των συγκεκριμένων μέτρων.
- ✓ Η έλλειψη κουλτούρας πρόληψης.

Αξίζει να σημειωθεί σε αυτό το σημείο ότι για την επιτυχημένη εφαρμογή των μέτρων και την επίτευξη του στόχου πρέπει να συμβάλλουν εκτός του Υπουργείου

Υγείας και πολλά άλλα υπουργεία και κυρίως το Υπουργείο Παιδείας για τα σχολεία, το Υπουργείο Απασχόλησης για τους χώρους εργασίας και το Υπουργείο Εσωτερικών για τον έλεγχο και την περιφρούρησή τους, καθώς και άλλοι κοινωνικοί και επιστημονικοί φορείς.

Ο έλεγχος της εφαρμογής και τήρησης του εν λόγω νόμου αποτελεί ζήτημα τόσο της πολιτείας όσο και των πολιτών σύμφωνα με το 63,4% των ερωτηθέντων. Η πολιτεία οφείλει από την πλευρά της να αναπτύξει ελεγκτικούς μηχανισμούς και να επιβάλλει την καταβολή χρηματικών κυρώσεων σε όσους παρανομούν και οι πολίτες να σέβονται τους συμπολίτες τους που δεν έχουν αναπτύξει αυτή τη συνήθεια και να τους προστατεύουν από τη πιο «διαδεδομένη μορφή άσκησης βίας» που δεν είναι άλλη από το παθητικό κάπνισμα (Τούντας 2011) .

Το 47% του δείγματος υποστηρίζει ότι θα πρέπει να δοθεί έμφαση σε μέτρα πρόληψης του καπνίσματος από την πλευρά της πολιτείας. Τέτοια μέτρα είναι τα ακόλουθα (Τούντας 2009) :

- ✓ Μείωση της προσφοράς προϊόντων καπνού σε παιδιά και εφήβους.
- ✓ Περιορισμός διαφήμισης και προώθησης των προϊόντων καπνού.
- ✓ Τοποθέτηση προειδοποιητικών ετικετών πάνω στις συσκευασίες.
- ✓ Εκστρατεία με τη χρήση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης.
- ✓ Μέτρα για τους παραγωγούς προϊόντων καπνού.
- ✓ Προστασία κατά του παθητικού καπνίσματος κ.α.

Αντίθετα οι μη καπνιστές ερωτηθέντες υπογράμμισαν την ανάγκη θέσπισης μέτρων διακοπής του καπνίσματος. Τέτοια μέτρα θα μπορούσαν να είναι:

- ✓ Η παροχή σύντομης συμβουλευτικής παρακίνησης από τους επαγγελματίες υγείας.
- ✓ Η χορήγηση υλικού αυτοβοήθειας.
- ✓ Η συνέντευξη παροχής κινήτρων.
- ✓ Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική παρέμβαση.
- ✓ Η φαρμακοθεραπεία.

Συνεπώς, το κάπνισμα αποτελεί μια σοβαρή χρόνια νόσο, η οποία δημιουργεί την ανάγκη για επιπλέον ιατρικές υπηρεσίες, υποβαθμίζοντας την ποιότητα ζωής των ανθρώπων. Μία ακόμα κρίσιμη παράμετρος είναι η κοινωνική διάσταση των επιπτώσεων του καπνίσματος. Στις περισσότερες χώρες, οι άνθρωποι από τα χαμηλότερα κοινωνικό-οικονομικά στρώματα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι καπνιστές, αλλά και να νοσήσουν ή να πεθάνουν από αιτίες που σχετίζονται με το κάπνισμα. Η καθημερινή κατανάλωση προϊόντων καπνού επιβαρύνει οικονομικά τις φτωχότερες οικογένειες και δυσχεραίνει την πρόοδο, ακόμα και την επιβίωσή τους.

Αξίζει, λοιπόν, ο περιορισμός του καπνίσματος και η συνεχής ενημέρωση να εντάσσονται στις σοβαρότερες προτεραιότητες της κοινωνίας μας.

10.Περίληψη

Εισαγωγή: Το κάπνισμα είναι ίσως ο βλαπτικότερος ψυχοδραστικός παράγοντας για την υγεία του ανθρώπου και η κυριότερη αιτία πρώιμης θνησιμότητας στις αναπτυσσόμενες χώρες. Οι καταστρεπτικές συνέπειες της κατανάλωσης του καπνού αφορούν όχι μόνο τον ίδιο τον καπνιστή αλλά εκτείνονται και σε όσους βρίσκονται στο περιβάλλον του μέσω του παθητικού καπνίσματος.

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος, προτάθηκαν και εφαρμόζονται στα πλαίσια της κοινής πολιτικής των κρατών-μελών της Ε.Ε., σημαντικά μέτρα για την προώθηση ενός περιβάλλοντος ελεύθερου καπνού. Τα μέτρα αυτά εφαρμόζονται σταδιακά, ενώ στην Ελλάδα η εφαρμογή τους αποδείχτηκε δυσκολότερη σε δημόσιους χώρους.

Σκοπός: της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσουμε τις απόψεις των μαθητών για το νόμο της καπναπαγόρευσης και τους παράγοντες (όπως κοινωνικό-δημογραφικοί, απόψεις για το κάπνισμα και ατομικές συνήθειες) που επηρεάζουν τη στάση των μαθητών απέναντι στην καπναπαγόρευση.

Υλικό-Μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτελούν 303 μαθητές (64 άνδρες και 239 γυναίκες) που φοιτούσαν στις Επαγγελματικές Σχολές (ΕΠΑ.Σ.), Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, Ειδικότητας Βοηθών Νοσηλευτών, του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου που δημιουργήθηκε από τους ερευνητές της μελέτης έτσι ώστε να εξυπηρετεί πλήρως τους σκοπούς της μελέτης. Στη μελέτη συγκεντρώθηκαν ορισμένα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, στοιχεία αναφορικά με τις καπνιστικές τους συνήθειες, τις απόψεις τους για το κάπνισμα και τις απόψεις τους σχετικά με την καπναπαγόρευση.

Αποτελέσματα: Από τους συμμετέχοντες, το 57,8% δήλωσαν πως ήταν καπνιστές. Σχεδόν το 58% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι το κάπνισμα είναι εξάρτηση, ενώ ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (27,7%) θεωρεί ότι είναι αγχώλυση. Περίπου οι μισοί συμμετέχοντες (53,3%) θεωρούν ότι το κάπνισμα είναι συνήθεια και όχι νόσος αν και περίπου το 1/3 των ερωτηθέντων απάντησε πως θεωρεί το κάπνισμα και νόσο και συνήθεια. Το 1/3 (31,7%) των συμμετεχόντων ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν με τα μέτρα κατά του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους, ενώ ένα εξίσου υψηλό ποσοστό (27,4%) δήλωσε πως συμφωνεί απόλυτα. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (63,4%) θεωρεί ότι η εφαρμογή του νόμου κατά του καπνίσματος είναι τόσο υποχρέωση της πολιτείας όσο και των πολιτών. Το ποσοστό των ατόμων που ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν με τα μέτρα κατά του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους είναι υψηλότερο στις γυναίκες σε σχέση με

τους άνδρες (33,5% & 25,0%), ενώ το ποσοστό των ατόμων που διαφωνούν απόλυτα με αυτά τα μέτρα είναι υψηλότερο στους άνδρες (20,3%) σε σχέση με τις γυναίκες (5,4%) ($p=0,002$). Το ποσοστό των ατόμων που ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν με το μέτρο είναι σημαντικά υψηλότερο μεταξύ αυτών που βγαίνουν σπάνια ή συχνά/πολύ συχνά (38% και 34,6%, αντίστοιχα) σε σχέση με αυτούς που βγαίνουν καθόλου/λίγο (18,6%), ενώ το ποσοστό αυτών που συμφωνούν απόλυτα ή απλά συμφωνούν είναι υψηλότερο σε αυτούς που βγαίνουν λίγο/καθόλου (32,9% και 24,3%, αντίστοιχα) σε σχέση με αυτούς που βγαίνουν συχνά/πολύ συχνά (23,5% και 16,7%, αντίστοιχα). Τέλος, το ποσοστό των καπνιστών που συμφωνούν απόλυτα με το νόμο είναι εξαιρετικά μικρότερο (9,1%) σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό των μη καπνιστών (52,3%).

Συμπέρασμα: Από τα παραπάνω διαπιστώνουμε ότι μόνο 1 στους 3 μαθητές φαίνεται να συμφωνεί απόλυτα με τα μέτρα της καπναπαγόρευσης και αυτό το ποσοστό είναι πολύ μικρότερο μεταξύ των καπνιστών, ενώ απόλυτα σύμφωνους φαίνεται να βρίσκει ο νόμος της καπναπαγόρευσης αυτούς που βγαίνουν ελάχιστα. Συνεπώς, ενδεχομένως, να είναι απαραίτητη η εκστρατεία ενημέρωσης των μαθητών αναφορικά με την αξία της καπναπαγόρευσης σε δημόσιους χώρους τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο κοινωνίας.

11.Abstract

Introduction: Smoking is probably the most harmful psychoactive factor for human health and the leading cause of premature mortality in developed countries. Tobacco consumption can have negative and dangerous consequences not only for the smoker himself but also for those in the same environment through passive smoking. Under the common policies of the member states of the EU, various important measures to promote an environment free of tobacco have been proposed in order to tackle this health-threatening problem. While the implementation of these measures is moving gradually, their application in Greece has been proven to be difficult especially in public places.

Objective: The aim of the current study was to explore students' views on smoking ban and factors that affect students' attitudes towards smoking ban, such as socio-demographic status, attitudes about smoking and personal habits.

Material and Method: The study sample comprised of 303 participants who were students enrolled in the Professional Schools of Secondary Education Specialist Nurses Assistant, falling in the Ministry of Health and Social Solidarity. Of these, 64 were male participants and 239 were female participants. Data were collected using a questionnaire developed by the writers in order to fully serve the aim of the present research. Moreover, some additional information was gathered, such as participants' socio-demographic characteristics, smoking habits, opinions regarding smoking and views on smoking ban.

Results: To begin with, 57,8% of the participants were smokers. Nearly 58% of the respondents consider smoking as an addiction, while a sizable proportion (27,7%) believes that smoking can reduce anxiety. Approximately half of the participants (53,3%) believe that smoking is a habit and not a disease. However, about 1/3 of the sample replied that it is both a disease and a habit. Also, 1/3 of the respondents either agree or disagree with the measures against smoking in public places, while on the other hand an equally high percentage (27,4%) fully agrees with those measures.

The majority of students taking part in the study (63,4%) believes that enforcing the law against smoking is both an obligation of the state and citizens. The percentage of people who neither agree nor disagree with the measures against

smoking in public places is higher in women than men (33,5% % 25%), while the percentage of people who disagree entirely with these measures is higher among males (20,3%) than women (5,4%, $p = 0.002$). In addition, the percentage of people who neither agree nor disagree with the measure is significantly higher among those who go out occasionally or often/very often (38% and 34,6% respectively) than those who go out a little/not go out at all (18,6%), while the proportion who agree or totally agree is just higher among those who go a little or not going out at all (32,9% & 24,3% respectively) than those who go out often/very often (23,5% & 16,7% respectively). Finally, the percentage of smokers who agree completely with the law is very less (9,1%) compared with the corresponding percentage of non-smokers (52,3%).

Conclusion: From the aforementioned we can conclude that only 1 in 3 students seem to agree fully with the measures of smoking ban and this percentage is much lower among smokers. Nonetheless, those participants who use to go out a little are fully conformed with the law. Therefore, it might be necessary to create campaigns for students highlighting the important value of smoking ban in public places both in individual and social level.

12.Βιβλιογραφία

1. Aligne, CA, Moss, ME, Auinger, P, Weitzman, M. (2003). Association of pediatric dental caries with passive smoking. JAMA; 289:1258.
2. Ayres JG, Semple S, MacCalman L, et al. (2009). Bar workers' health and environmental tobacco smoke exposure (BHETSE): symptomatic improvement in bar staff following smoke-free legislation in Scotland. Occup Environ Med; 66:339-46.
3. Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F, Richiardi L (2006). Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction. Eur Heart J 27:2468–2472.
4. Βλαστός Φ. (2010). Καρκινογένεση του βρογχικού επιθηλίου που σχετίζεται με τον καπνό: μοριακοί μηχανισμοί. Πρακτικά του 2^{ου} Smoking cessation workshop, Athens 2010.
5. Borland R, Yong HH, Siahpush M et al. (2006). Support for and reported compliance with smoke-free restaurants and bars by smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Tob Control; 15(Suppl. 3):34–41.
6. Cameron, P, Kostin, JS, Zaks, JM, et al. (1969). The health of smokers' and nonsmokers' children. J Allergy; 43:336.
7. Γερουλάνος Σ. (2008). Κάπνισμα και Υγεία. Athens Cardiology Update. Hospital Chronicles 2008, Supplement: 124–127.
8. Cesaroni G, Forastiere F, Agabiti N, Valente P, Zuccaro P, Perucci CA (2008). Effect of the Italian smoke-free laws on population rates of acute coronary events. Circulation 117:1183–1188.
9. Collaco, JM, Vanscoy, L, Bremer, L, et al. (2008). Interactions between secondhand smoke and genes that affect cystic fibrosis lung disease. JAMA; 299:417.
10. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008-2012. Αθήνα, 2008. Επιστημονική - Γνωμοδοτική Επιτροπή. Πρόεδρος: Κυριόπουλος Γ.
Μέλη: Αλαμάνος Γ., Αλκιβιάδης Β., Δημολιάτης Γ., Κουρέα -Κρεμαστινού Τ., Κωνσταντινίδης Θ., Λιονής Χ., Μανιαδάκης Ν., Πάβη Ε., Παπαδημητρίου Θ., Ρουμελιώτου Α., Τούντας Γ., Χατζηχριστοδούλου Χ.
11. Eisner M, Balmes J, Yelin E, et al. (2006). Directly measured secondhand smoke exposure and COPD health outcomes. BMC Pulmonary Medicine; 6:12.
12. Eisner MD, Smith AK, Blanc PD (1998). Bartenders' respiratory health after establishment of smoke free bars and taverns. JAMA 280:1909–1914.

- 13.** Fernández E, Schiaffino A, Garcia M, Borrás JM (2001). Widening social inequalities in smoking cessation in Spain, 1987–1997. *J Epidemiol Community Health*, 55:729-30.
- 14.** Fernández E., Fu M., Pascual A. J., López J. M., Pérez-Ríos M., Schiaffino A., Martínez-Sánchez M. J., Ariza C., Saltó E., Nebot M., and the Spanish Smoking Law Evaluation Group (2009). Impact of the Spanish Smoking Law on Exposure to Second-Hand Smoke and Respiratory Health in Hospitality Workers: A Cohort Study. *PLoS ONE* 4(1): e4244. Volume 4, Issue 1.
- 15.** Flouris D. A., Metsios S. G., Carrillo E. A. et al. (2009). “Acute and short-term effects of secondhand smoke on lung function and cytokine production,” *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 179, no. 11, pp. 1029-1033.
- 16.** Galán I, López MJ (2008) Tres años con “Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo”: aire más limpio pero no lo suficiente. *Gac Sanit* 23 (2): In press.
- 17.** Goodman G. P., Haw S., Kabir Z., Clancy L. (2009). Are there health benefits associated with comprehensive smoke-free laws. *Int J Public Health* 54:367–378.
- 18.** Gotz K. N., van Tongeren M., Wareing H., Wallace M. L., Semple S., MacCalman L. (2008). Changes in air quality and second-hand smoke exposure in hospitality sector businesses after introduction of the English Smoke-free legislation. *Journal of Public Health*. Vol. 30, No. 4, pp. 421–428.
- 19.** Halpern T. M. and Taylor H. (2010). Employee and employer support for workplace-based smoking cessation: results from an international survey. *J Occup Health*; 52: 375-382
- 20.** Hecht SS (2006). A biomarker of exposure to environmental tobacco smoke (ETS) and Ernst Wynder's opinion about ETS and lung cancer. *Prev Med.*; 43(4):256-60
- 21.** Hirayama, T. (1981). Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *Br Med J (Clin Res Ed)*; 282:183.
- 22.** Hylkema N. M. and Blacquiére J. M. (2009). Intrauterine effects of maternal smoking on sensitization, asthma, and chronic obstructive pulmonary disease. *Proc Am Thorac Soc* Vol 6. pp 660-662, 2009.
- 23.** International Agency for Research on Cancer (IARC) (1986). *IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans: Tobacco Smoking*.

24. Jones S, Muller T. (2006). Chapter 4. Public attitudes to smoke free policies in Europe; in: *Lifting the smokescreen 10 reasons for a smoke free Europe* By the Smoke Free Partnership.

25. Juster HR, Loomis BR, Hinman TM, Farrelly MC, Hyland A, Bauer UE, Birkhead GS (2007). Declines in hospital admissions for acute myocardial infarction in New York State after implementation of a comprehensive smoke-free laws. *Am J Public Health* 97: 2035–2039.

26. Kallio K, Jokinen E, Raitakari OT, et al. (2007). Tobacco smoke exposure is associated with attenuated endothelial function in 11-yearold healthy children. *Circulation*; 115:3205.

27. Khuder SA, Milz S, Jordan T, Price J, Silvestri K, Butler P (2007). The impact of a smoke-free laws on hospital admissions for coronary heart disease. *Prev Med* 45:3–8.

28. Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία (2010). Κάπνισμα και Δημόσια Υγεία. Διαθέσιμο από:
http://www.hcs.gr/admin/spaw/uploads/files/Finally_Signed_Consensus_Statement.pdf

29. Κωνσταντοπούλου Σ. (2006). Επιδράσεις προϊόντων καύσης του καπνού στη δημόσια υγεία και το περιβάλλον. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.

30. Larsson M, Boëthius G, Axelsson S, Montgomery SM (2008). Exposure to environmental tobacco smoke and health effects among hospitality workers in Sweden—before and after the implementation of a smoke-free law. *Scand J Work Environ Health* 34:267–277.

31. Larsson ML, Loit HM, Meren M et al. (2003). Passive smoking and respiratory symptoms in the FinEsS Study. *Eur Respir J*; 21:672-676.

32. Lemstra M, Neudorf C, Opondo J (2008). Implications of a public smoke-free laws. *Can J Public Health* 99:62–65.

33. Lightwood JM, Glantz SA (2009). Declines in acute myocardial infarction after smoke free laws and individual risk attributable to secondhand smoke. *Circulation* 120:1373–1379.

34. Λουκοπούλου Α, Ευαγγελοπούλου Β, Μπεχράκης Π. (2010). Κάπνισμα και κύηση. *Πνεύμων*, 23(2):153-159.

35. Mackay D., Ph.D., Haw S., B.Sc., Ayres G. J., M.D., Fischbacher C., M.B., Ch.B., and Pell P. Jill, M.D (2010). Smoke-free Legislation and Hospitalizations for Childhood Asthma. *N Engl J Med*;363:1139-45.

36. Metsios S. G., Flouris D. A., Angioi M., and Koutedakis Y. (2011). Passive Smoking and the Development of Cardiovascular Disease in Children: A Systematic

Review. Cardiology Research and Practice Volume 2011, Article ID 587650, 6 pages.

37. Meyers DG, Neuberger JS, He J (2009). Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta analysis. *J Am Col Cardiol* 54:1249–1255

38. Muilenburg L. J., Legge Jr S. J., Burdell A. (2010). Indoor smoking bans in Bulgaria, Croatia, Northern Cyprus, Romania and Turkey. *Tobacco Control*;19:417e420.

39. Νόμος 3868 (ΦΕΚ 129-03.08.2010), «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης» ΚΕΦ. Ζ:σελ. 2907-2908.

40. Οικονόμου Α. Κ. (2009). Καρδιολογική κλινική Γενικού Νοσοκομείου Έδεσσας Φαρμακευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης από το κάπνισμα. *Καρδιολογία*, 2-3: 119-124.

41. Panagiotakos DB, Fitzgerald AP, Pitsavos C, Pipilis A, Graham I, Stefanadis C (2007). Statistical modelling of 10-year fatal cardiovascular disease risk in Greece: the HellenicSCORE (a calibration of the ESC SCORE project). *Hellenic J Cardiol*; 48: 55-63.

42. Pell JP, Haw S, Cobbe S, Newby DE, Pell AC, Fischbacher C, McConnachie A, Pringle S, Murdoch D, Dunn F, Oldroyd K, Macintyre P, O'Rourke B, Borland W (2008). Smoke-free legislation and hospitalizations for acute coronary syndrome. *N Engl J Med* 359:482–491.

43. Pollack, HA (2001). Sudden infant death syndrome, maternal smoking during pregnancy, and the cost-effectiveness of smoking cessation intervention. *Am J Public Health*; 91:432

44. Richiardi L, Vizzini L, Merletti F, Barone-Adesi F (2009). Cardiovascular benefits of smoking regulations: the effect of decreased exposure to passive smoking. *Prev Med* 48:167–172.

45. Ροβίνα Ν. (2007). Παθητικό κάπνισμα. *Info Respiratory & Internal Medicine*.

46. Ρούσσο Χ, (2011), «Κάπνισμα: Η μεγάλη επιδημία (Η πολιτική και ηθική ευθύνη των γιατρών)», περιοδικό Πνευμών, Τεύχος 1 Ιανουάριος- Απρίλιος.

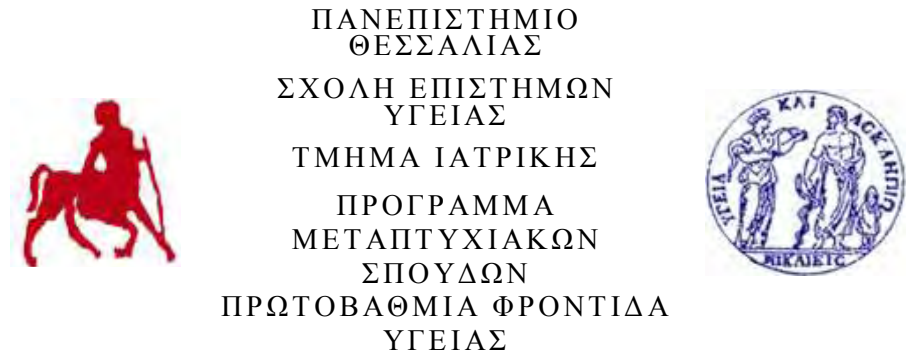
47. Sebríe EM, Glantz SA (2007). “Accommodating” smoke-free policies: tobacco industry’s Courtesy of Choice programme in Latin America. *Tob Control* 16: e6.

48. Semple S, Maccalman L, Naji AA, et al. (2007). Bar workers’ exposure to second-hand smoke: the effect of the Scottish smoke-free legislation on occupational exposure. *Ann Occup Hyg*;51:571-80.

49. Sen O, Rucci EW, Imboden M, et al. (2005). α 1-antitrypsin deficiency and lung disease: risk modification by occupational and environmental inhalants. *Eur Respir J*; 26: 909-917.
50. Seo DC, Torabi MR (2007). Reduced admissions for acute myocardial infarction associated with a public smoke-free laws: matched controlled study. *J Drug Educ* 37:217–226.
51. Sims M., Maxwell R., Bauld L., Gilmore A. (2010). Short term impact of smoke-free legislation in England: retrospective analysis of hospital admissions for myocardial infarction. *BMJ*;340:c2161.
52. Stefanadis I. C. (2008). Exposure to Second-Hand Smoke and Cardiovascular Health: Time to Act. *Hellenic J Cardiol* 48: 63-64.
53. Stolzenberg L, D'Alessio SJ. (2007). Is nonsmoking dangerous to the health of restaurants? The effect of California's indoor smoking ban on restaurant revenues. *Eval Rev*;31(1):75–92.
- 54.Τούντας Γ, (2011), «Πολίτες και Κάπνισμα», Ελευθεροτυπία 29 Ιανουαρίου 2011, http://www.efes.gr/files/MHNIAIO_FYLLO9.pdf.
- 55.Τούντας Γ, (2009), «Η αποτελεσματικότητα των μέτρων κατά του καπνίσματος», <http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=989>.
56. Twose J., Schiaffino A., García M., Borrás María J., and Fernández E. (2007). Correlates of exposure to second-hand smoke in an urban Mediterranean population. *BMC Public Health*, 7:194.
57. US Department of Health and Human Services, US Department of Health and Human Services CfDCaP, and National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health (2006). "The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General". Atlanta, Ga, USA.
58. US Department of Health and Human Services (USDHHS) (2006). The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke. Centers for Disease Control and Prevention, Rockville, MD.
59. Valente P, Forastiere F, Bacosi A et al (2007). Exposure to fine and ultrafine particles from secondhand smoke in public places before and after the smoke-free laws, Italy 2005. *Tob Control* 16:312–317.
60. Vardavas I. C., Patelarou E., Chatzi L., Roumeliotaki T., Sarri K., Murphy S., Koutis A., Kafatos G. A., and Kogevinas M. (2010). Factors Associated with Active Smoking, Quitting, and Secondhand Smoke Exposure among Pregnant Women in Greece. *J Epidemiol*;20(5):355-362.

- 61.** Vasselli S, Papini P, Gaelone D, Spizzichino L, De Campora E, Gnani R, Saitto C, Binkin N, Laurendi G (2008). Reduction incidence of myocardial infarction associated with a national legislative ban on smoking. *Minerva Cardioangiol* 56:197–203.
- 62.** Vineis P. (2008). Smoking and impact on health. *Eur. Respir. Rev.* 2008.
- 63.** Vineis P, Hoek G, Krzyzanowski M, Vigna-Taglianti F, Veglia F, Airolidi L, Overvad K, Raaschou-Nielsen O, Clavel-Chapelon F, Linseisen J, Boeing H, Trichopoulos A, Palli D, Krogh V, Tumino R, Panico S, Bueno-De-Mesquita HB, Peeters PH, Lund E, Agudo A, Martinez C, Dorronsoro M, Barricarte A, Cirera L, Quiros JR, Berglund G, Manjer J, Forsberg B, Day NE, Key TJ, Kaaks R, Saracci R, Riboli E. (2007). Lung cancers attributable to environmental tobacco smoke and air pollution in non-smokers in different European countries: a prospective study. *Environ Health.*; 6:7.
- 64.** Χονδρού Α. Ε. (2011). Κλινική σημασία παθητικού καπνίσματος. Πρακτικά του 2^{ου} Smoking cessation workshop, Athens 2011.

13.Παράρτημα



ΕΡΕΥΝΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Το ερωτηματολόγιο αυτό συντάχθηκε στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας αναφορικά με τις απόψεις των μαθητών ειδικότητας βοηθών νοσηλευτών για την καπναπαγόρευση.

Παρακαλείστε να συμπληρώσετε το ακόλουθο ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Ο χρόνος που θα αφιερώσετε δε θα ξεπεράσει τα 10 λεπτά. Οι απαντήσεις σας θα είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας,

Με εκτίμηση,

Χάμος Ιάκωβος

Τηλ. 6945066838

Email: ixam27@otenet.gr

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Κωδικός (συμπληρώνεται από τον ερευνητή)
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	
Φύλο:	1. Άνδρας <input type="checkbox"/> 2. Γυναίκα <input type="checkbox"/>
Ηλικία:	1. 18-20 ετών <input type="checkbox"/> 2. 21-24 ετών <input type="checkbox"/> 3. 25-28 ετών <input type="checkbox"/> 4. 29-32 ετών <input type="checkbox"/> 5. ≥ 33 ετών <input type="checkbox"/>
Οικογενειακή κατάσταση:	1. Έγγαμος/η <input type="checkbox"/> 2. Άγαμος/η <input type="checkbox"/> 3. Διαζευγμένος/η <input type="checkbox"/> 4. Σε συμβίωση <input type="checkbox"/> 5. Χήρος/α <input type="checkbox"/>
Πως θα χαρακτηρίζατε την οικονομικής σας κατάσταση;	1. Πολύ κακή <input type="checkbox"/> 2. Κακή <input type="checkbox"/> 3. Μέτρια <input type="checkbox"/> 4. Καλή <input type="checkbox"/> 5. Πολύ καλή <input type="checkbox"/>
ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ	
Καπνίζετε;	0. Όχι <input type="checkbox"/> 1. Ναι <input type="checkbox"/>
Εάν καπνίζετε, παρακαλώ σημειώστε αν καπνίζετε καθημερινά ή περιστασιακά;	1. Καθημερινά <input type="checkbox"/> 2. Περιστασιακά <input type="checkbox"/>
Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;	0. Κανένα <input type="checkbox"/> 1. 1-10 <input type="checkbox"/> 2. 11-20 <input type="checkbox"/> 3. 21-30 <input type="checkbox"/> 4. >30 <input type="checkbox"/>
Πόσα χρόνια καπνίζετε είτε περιστασιακά είτε καθημερινά;
Προσπαθήσατε να διακόψετε το κάπνισμα στο παρελθόν;	0. Όχι <input type="checkbox"/> 1. Ναι <input type="checkbox"/>
Εάν έχετε διακόψει το κάπνισμα, παρακαλώ σημειώστε για πόσα χρόνια δεν καπνίζετε.
Καπνίζουν οι γονείς σας;	0. Όχι <input type="checkbox"/> 1. Ναι <input type="checkbox"/>
Πόσο συχνά βγαίνετε για να διασκεδάσετε;	1. Καθόλου <input type="checkbox"/> 2. Λίγο <input type="checkbox"/> 3. Σπάνια <input type="checkbox"/> 4. Συχνά <input type="checkbox"/> 5. Πολύ συχνά <input type="checkbox"/>
ΑΠΟΦΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	
Πιστεύετε ότι το κάπνισμα επιδρά αρνητικά στην υγεία;	0. Όχι <input type="checkbox"/> 1. Ναι <input type="checkbox"/> 2. Δεν γνωρίζω <input type="checkbox"/>
Είναι επικίνδυνο για την υγεία να εισπνέουμε τον καπνό των άλλων (παθητικό κάπνισμα);	0. Όχι <input type="checkbox"/> 1. Ναι <input type="checkbox"/> 2. Δεν γνωρίζω <input type="checkbox"/>
Τι σημαίνει για εσάς το κάπνισμα;	1. Εξάρτηση <input type="checkbox"/> 2. Διασκέδαση <input type="checkbox"/> 3. Αγχόλυση <input type="checkbox"/> 4. Συντροφιά <input type="checkbox"/> 5. Κάτι άλλο <input type="checkbox"/>
Αν έπρεπε να επιλέξετε ανάμεσα στα δύο: θεωρείτε ότι το κάπνισμα είναι «συνήθεια» η «νόσος»;	1. Νόσος <input type="checkbox"/> 2. Συνήθεια <input type="checkbox"/> 3. Και τα δύο <input type="checkbox"/> 4. Κάτι άλλο (προσδιορίστε)
ΑΠΟΦΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΠΝΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗ	
Ποια είναι η γνώμη σας για τα μέτρα κατά του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους;	1. Συμφωνώ απόλυτα <input type="checkbox"/> 2. Συμφωνώ <input type="checkbox"/> 3. Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ <input type="checkbox"/> 4. Διαφωνώ <input type="checkbox"/>

	5. Διαφωνώ απόλυτα <input type="checkbox"/>
Πιστεύετε ότι η εφαρμογή του νόμου κατά του καπνίσματος θα επηρεάσει τον τρόπο διασκέδασής σας;	1. Θα περνάω καλύτερα <input type="checkbox"/> 2. Θα περνάω χειρότερα <input type="checkbox"/> 3. Δεν θα με επηρεάσει <input type="checkbox"/>
Πιστεύετε ότι η εφαρμογή του νόμου κατά του καπνίσματος θα βοηθήσει τους καπνιστές που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα;	1. Καθόλου <input type="checkbox"/> 2. Λίγο <input type="checkbox"/> 3. Μέτρια <input type="checkbox"/> 4. Πολύ <input type="checkbox"/> 5. Πάρα πολύ <input type="checkbox"/>
Αν βλέπατε σε χώρο που εφαρμόζεται ο νόμος κατά του καπνίσματος κάποιον να καπνίζει πως θα αντιδρούσατε;	1. Θα αδιαφορούσα <input type="checkbox"/> 2. Θα άναβα και εγώ τσιγάρο <input type="checkbox"/> 3. Θα του έκανα παρατήρηση <input type="checkbox"/> 4. Θα του έκανα καταγγελία <input type="checkbox"/>
Η εφαρμογή του νόμου κατά του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους είναι ζήτημα της πολιτείας ή των πολιτών;	1. Της πολιτείας <input type="checkbox"/> 2. Των πολιτών <input type="checkbox"/> 3. Και των δύο <input type="checkbox"/>
Πιστεύετε ότι η πολιτεία πρέπει να παρέμβει στην καταστολή της καπνισματικής συνήθειας των πολιτών;	0. Όχι <input type="checkbox"/> 1. Ναι <input type="checkbox"/>
Η πολιτεία πρέπει να λάβει μέτρα για τη διακοπή του καπνίσματος ή μέτρα πρόληψης για την αποφυγή έναρξης του καπνίσματος;	1. Μέτρα διακοπής του καπνίσματος <input type="checkbox"/> 2. Μέτρα πρόληψης <input type="checkbox"/> 3. Και τα δυο <input type="checkbox"/>
Είναι ευθύνη της πολιτείας να απαγορεύσει το κάπνισμα στους δημόσιους χώρους με νόμο ή είναι ευθύνη των καπνιστών απέναντι στους συνάνθρωπους μας;	1. Ευθύνη της πολιτείας <input type="checkbox"/> 2. Ευθύνη των καπνιστών <input type="checkbox"/> 3. Και τα δυο <input type="checkbox"/>

Χάμος Ιάκωβος
Εκπαιδευτικός ΠΕ18-Νοσηλευτής
Μεταπ. Φοιτητής Π.Μ.Σ.
«Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»
Τηλ. Εργ.: 2132046269
Κινητό: 6945066838
e-mail: ixam27@otenet.gr

Προς
Τη Διευθύντρια της ΕΠΑ.Σ.
ειδικ. «Βοηθών Νοσηλευτών»
του Γ.Νοσοκομείου Αθηνών

Θέμα: «Άδεια συλλογής δεδομένων για εκπόνηση διπλωματικής εργασίας»

Στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και του τμήματος Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Λάρισας, όπου και φοιτώ στο Β΄ έτος, Δ΄ εξάμηνο, εκπονώ διπλωματική εργασία με θέμα: **«Οι απόψεις των μαθητών ειδικότητας Βοηθών Νοσηλευτών για την καπναπαγόρευση»** Επιβλέπουσα καθηγήτρια είναι η Κα Χατζόγλου Χρύσα, επίκ. καθηγήτρια Φυσιολογίας του τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Παρακαλώ όπως εγκρίνεται η συλλογή δεδομένων για τη διπλωματική μου εργασία από την ΕΠΑ.Σ. σας και ειδικότερα από τους μαθητές σας. Επισημαίνω ότι για την εν λόγω μελέτη δεν θα υπάρξει καμία οικονομική επιβάρυνση για την σχολή σας και τους συμμετέχοντες σε αυτή.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν απαιτεί την καταχώρηση προσωπικών στοιχείων, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η ανωνυμία των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Η έρευνα αυτή γίνεται για την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας.

Σας επισυνάπτω αντίγραφο του ερωτηματολογίου, όπου και θα δοθεί στους μαθητές σας προς συμπλήρωση. Για τυχόν περαιτέρω διευκρινίσεις-πληροφορίες παρακαλώ επικοινωνήστε μαζί μου στα ποιο πάνω τηλέφωνα.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας.

Με τιμή,

Χάμος Ιάκωβος