



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

**Καπνιστικές συνήθειες και χρήση αλκοόλ από νέους, σε περίοδο οικονομικής
κρίσης**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΑΝΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Κ. Σουλιώτης, Επίκουρος Καθηγητής, Επιβλέπων

Μ. Γείτονα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μ. Σαρίδη, Επιστημονική Συνεργάτης

Κόρινθος, Σεπτέμβριος 2015

Copyright © Νάνου Αναστασία, 2015.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

- AMA: American Medical Association - Αμερικάνικη Ιατρική Ένωση
- APA: Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας
- ASI: Addiction Severity Index - Δείκτης Σοβαρότητας της Εξάρτησης
- AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test
- CDC: Κέντρου Ελέγχου Λοιμώξεων των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής ή Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νόσων της Αμερικής
- DSM-IV-TR: 4η αναθεωρημένη έκδοση του Διαγνωστικού Στατιστικού Εγχειριδίου
- EAHF: European Alcohol and Health Forum - Ευρωπαϊκό Φόρουμ για το Αλκοόλ και την Υγεία
- ESPAD: European School Survey Project for Alcohol and other Drugs
- EUSAH: European Information System on Alcohol and Health
- FAST: Fast Alcohol Screening Test
- GATS: Global Adult Tobacco Survey
- GISAH: Global Information System on Alcohol and Health
- GYTS: Global Youth Tobacco Survey
- IUPAC: International Union of Pure and Applied Chemistry
- WHO-FCTC: Framework Convention on Tobacco Control - Διεθνής Συνθήκη για τον Έλεγχο του Καπνού Framework Convention on Tobacco Control
- ΕΕΛΙΑ: Ελληνική Εταιρία Λιπιδολογίας και Αθηροσκλήρωσης
- ΕΠΙΨΥ: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο για την Ψυχική Υγεία
- ΕΣΔΥ: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
- ΙΟΒΕ: Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών
- ΚΕΕΛΠΝΟ: Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
- ΚΕΘΕΑ: Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων
- ΟΟΣΑ: Οργανισμού Οικονομικής Σταθερότητας και Ανάπτυξης
- ΠΟΥ: Παγκόσμιος οργανισμός Υγείας

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Βάσει πρόσφατων στοιχείων του ΠΟΥ τόσο η χρήση του καπνού όσο και η χρήση του αλκοόλ, έχουν σημειώσει αυξημένες τάσεις παρά της προσπάθειας ενημέρωσης και δράσης από διεθνής και τοπικούς φορείς. Στην Ελλάδα το ποσοστό καπνιστών υπολογίζεται στο γενικό πληθυσμό στο 40% και η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα στο 71%. Η χρήση αλκοόλ δε σημειώνει τα αντίστοιχα υψηλά ποσοστά αλλά καταγράφεται στην Ελλάδα σε υψηλά ποσοστά σε σχέση με άλλες χώρες.

Η αλόγιστη κατανάλωση αλκοόλ και καπνού από τους φοιτητές έχει απασχολήσει τους διεθνής οργανισμούς αλλά και τους φορείς που εμπλέκονται στη λειτουργία των πανεπιστημίων. Στην Ελλάδα η κατανάλωση αλκοόλ από τους φοιτητές έχει υπολογιστεί από μελέτες και κυμαίνεται από 75 έως 95%, δεν έχουν όμως καταγραφεί αυξημένα περιστατικά βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ όπως αντίστοιχα συμβαίνει σε άλλες χώρες. Η χρήση καπνού υπολογίζεται από μελέτες περίπου στο 30-35% του φοιτητικού πληθυσμού.

Η καταγραφή της χρήσης αλλά και της εξάρτησης από το αλκοόλ και τον καπνό σε σχολές που έχουν άμεση σχέση με την υγεία και οι απόφοιτοί τους, ως επιστήμονες υγείας, θα διαδραματίσουν μαζί με τους ιθύνοντες της πολιτείας σημαντικό ρόλο για τον έλεγχο και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που απορρέουν από την αυξημένη χρήση καπνού και αλκοόλ, έχουν απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα. Στην κατεύθυνση αυτή, η καταγραφή της χρήσης και κατάχρησης των ουσιών αυτών σε σχολές που έχουν άμεση σχέση με την κοινωνική πολιτική και την εκπαιδευτική πολιτική ενδέχεται να αναδείξει τυχόν ελλείψεις στην ενημέρωση των φοιτητών σε σχέση με τα θέματα αυτά, αλλά και να ενισχύσει την ευαισθητοποίηση τους σε θέματα που αφορούν τη μείωση του επιπολασμού της χρήσης του καπνού και του αλκοόλ τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και στους νέους.

Η παρούσα μελέτη φιλοδοξεί να καταγράψει τις καπνιστικές συνήθειες των προπτυχιακών και μεταπτυχιακών φοιτητών του τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, τις πεποιθήσεις τους σχετικά με το κάπνισμα, την έκθεσή τους σε παθητικό κάπνισμα καθώς και να αναδείξει το βαθμό κατανάλωσης και εξάρτησης των συμμετεχόντων από το αλκοόλ, καθώς και των συμμετεχόντων καπνιστών από τη νικοτίνη.

Στο γενικό μέρος παρουσιάζονται πληροφορίες που αφορούν το κάπνισμα και τη χρήση αλκοόλ στο γενικό πληθυσμό παγκοσμίως αλλά και στην Ελλάδα.

Ξεχωριστά παρατίθενται στοιχεία για τη χρήση και κατάχρηση αλκοόλ και καπνού σε φοιτητικούς πληθυσμούς παγκοσμίως, αλλά και στον ελληνικό.

Στο ειδικό μέρος παρουσιάζονται, αναλύονται και σχολιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη μελέτη του δείγματος.

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη στο πλαίσιο της απόκτησης μεταπτυχιακού διπλώματος από το Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, για την εκπόνηση της οποίας θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή της μελέτης, κ. Σουλιώτη Κυριάκο, Επίκουρο Καθηγητή του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, καθώς και την κ. Σαρίδη Μαρία, Επιστημονική Σύμβουλο, για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση που μου παρείχαν καθώς και για τις γνώσεις που μου μετέδωσαν.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Λέκτορα Αστικού Δικαίου του ΕΚΠΑ κ. Νικολόπουλο Παναγιώτη για τις συμβουλές του σε νομικά θέματα, την φιλόλογο κ. Βελιζιώτη Αγγελική αλλά και τον προγραμματιστή υπολογιστών κ. Νικολόπουλο Δημήτριο για τις συμβουλές και τις εύστοχες παρατηρήσεις τους στη δομή και μορφοποίηση του κειμένου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές που συμμετείχαν στη μελέτη και δέχτηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο.

Ξεχωριστά ευχαριστώ τον σύζυγό μου για την πραγματικά αμέριστη συμπαράσταση που μου παρείχε και να του αφιερώσω την παρούσα εργασία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Συντομογραφίες	3
Πρόλογος	4
Περιεχόμενα	6
Εικόνες	9
Πίνακες	9
Γραφήματα	11
Περίληψη	12
Abstract	14
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - Κάπνισμα	17
1.1 - Ιστορική Αναδρομή	17
1.2 Εξάρτηση από τη νικοτίνη	18
1.3 Επιδημιολογικά στοιχεία της χρήσης του καπνού	23
1.4 Οι επιπτώσεις της χρήσης καπνού στην υγεία του πληθυσμού	26
1.5 Παθητικό κάπνισμα	29
1.6 Θεραπευτικές προσεγγίσεις-Διακοπή καπνίσματος	31
1.7 Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας κατά του καπνίσματος	34
1.7.1 Θεσμικό Πλαίσιο	34
1.7.2 Σύντομη παρουσίαση πολιτικών υγείας κατά του καπνίσματος	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - Αλκοόλ	44
2.1 Αλκοόλ-Σύντομη ιστορική Αναδρομή	44
2.2 Εξάρτηση από το αλκοόλ- Διαγνωστικά εργαλεία	45
2.3 Επιδημιολογικά Στοιχεία	51
2.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση αλκοόλ	56
2.4.1 Οικονομική κατάσταση της χώρας	57
2.4.2 Προσβασιμότητα και κοινωνική αποδοχή του αλκοόλ	57
2.4.3 Ελλιπές Θεσμικό πλαίσιο	58
2.4.4 Ηλικία	58
2.4.5 Φύλο	58
2.4.6 Οικογενειακοί Παράγοντες	58
2.5 Επιπτώσεις της κατάχρησης από αλκοόλ	59
2.5.1 Επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία του χρήστη	60

2.5.2 Κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της κατάχρησης στον χρήστη	62
2.5.3 Επιπτώσεις της κατάχρησης στην κοινωνία και την οικονομία	63
2.6 Θεραπευτικές Προσεγγίσεις	66
2.7 Θεσμικό Πλαίσιο και Πολιτικές Υγείας	
για την αντιμετώπιση της κατάχρησης του αλκοόλ	69
2.7.1 Θεσμικό Πλαίσιο για την αντιμετώπιση της κατάχρησης του αλκοόλ	69
2.7.2 Πολιτικές Υγείας για την αντιμετώπιση της κατάχρησης του αλκοόλ	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - Καπνιστικές συνήθειες και χρήση αλκοόλ σε φοιτητές	80
3.1 Σύντομη παρουσίαση του προβλήματος	80
3.2 Επιδημιολογικά στοιχεία	80
3.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση αλκοόλ από φοιτητές	83
3.4 Μέτρα για την αντιμετώπιση της κατάχρησης αλκοόλ σε φοιτητές	84
3.5 Παράγοντες που επηρεάζουν το κάπνισμα από φοιτητές	87
3.6 Μέτρα για την αντιμετώπιση της κατάχρησης καπνού σε φοιτητές	88
3.7 Οι καπνιστικές συνήθειες και η κατανάλωση του αλκοόλ σε φοιτητές στην Ελλάδα	89
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - Υλικό και Μέθοδος της Μελέτης	92
4.1 Σκοπός και επιμέρους στόχοι της μελέτης	92
4.2 Ηθικά Θέματα	93
4.3 Υλικό και μέθοδος	94
4.3.1 Σχεδιασμός της μελέτης	94
4.3.2 Χώρος διεξαγωγής της μελέτης	94
4.3.3 Δείγμα μελέτης	95
4.3.4 Περιγραφή Ερωτηματολογίου	95
4.3.5 Διαδικασία και Μέθοδοι συλλογής δεδομένων	98
4.3.6 Στατιστική Ανάλυση-Διαχείριση Δεδομένων	98
4.4 Περιορισμοί της μελέτης	99
ΚΕΦΑΛΑΙΟ - Αποτελέσματα	100
5.1 Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων	100
5.2 Ενότητα 1	102
5.2.1 Η σχέση σας με το κάπνισμα-Καπνιστικές συνήθειες	102
5.2.2 Συσχέτιση του καπνίσματος των φοιτητών με δημογραφικά τους στοιχεία	105
5.3 Ενότητα 2	106

5.3.1 Εξάρτηση από τη νικοτίνη- Κλίμακα Fagerström	106
5.3.2 Συσχέτιση της κλίμακας εξάρτησης από τη νικοτίνη με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων	109
5.4 Ενότητα 3- Έκθεση σε παθητικό κάπνισμα	112
5.5 Ενότητα 4	114
5.5.1 Πεποιθήσεις	114
5.5.2 Συσχέτιση πεποιθήσεων	119
5.6 Ενότητα 5	121
5.6.1 Αποτελέσματα Κλίμακας εξάρτησης από το αλκοόλ (AUDIT)	121
5.6.2 Συσχέτιση της κλίμακας εξάρτησης από το αλκοόλ με δημογραφικά στοιχεία των φοιτητών	123
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 - ΣΥΖΗΤΗΣΗ	132
6.1 Εισαγωγή	132
6.2 Δημογραφικά Στοιχεία συμμετεχόντων της μελέτης	133
6.3 Καπνιστικές συνήθειες των συμμετεχόντων	134
6.4 Εξάρτηση από τη νικοτίνη (Κλίμακα Fagerström)	136
6.5 Παθητικό Κάπνισμα	136
6.6 Πεποιθήσεις σχετικά με το κάπνισμα	137
6.7 Κατανάλωση και εξάρτηση από το αλκοόλ (Κλίμακα AUDIT)	139
Συμπεράσματα	141
Προτάσεις	142
ΠΗΓΕΣ- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	144
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	144
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	148
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ	163
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	164

ΕΙΚΟΝΕΣ

<u>ΕΙΚΟΝΑ 1:</u> Άνθος, Νικοτιανή ο ταμπάκος.....	17
<u>ΕΙΚΟΝΑ 2:</u> Ποσοστό ενηλίκων καπνιστών παγκοσμίως, 2005.....	23
<u>ΕΙΚΟΝΑ 3:</u> Ποσοστό καπνιστών στις χώρες της ΕΕ, 2012.....	24
<u>ΕΙΚΟΝΑ 4:</u> Τύποι καρκίνου που σχετίζονται με το κάπνισμα.....	28
<u>ΕΙΚΟΝΑ 5:</u> Έκθεση σε παθητικό κάπνισμα στις χώρες της ΕΕ.....	31
<u>ΕΙΚΟΝΑ 6:</u> Ολική κατά κεφαλήν κατανάλωση αλκοόλ (>15 ετών, σε λίτρα καθαρής αλκοόλης),2010.....	52
<u>ΕΙΚΟΝΑ 7:</u> Πενταετής μεταβολή της κατά κεφαλήν κατανάλωσης αλκοόλ (>15 ετών), 2006-2010.....	53
<u>ΕΙΚΟΝΑ 8:</u> Επιπολασμός επεισοδίων επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ μεταξύ ατόμων άνω των 15 ετών που καταναλώνουν αλκοόλ (%)......	55
<u>ΕΙΚΟΝΑ 9:</u> Χρήση αλκοόλ από μαθητές ηλικίας 13-19 ετών στο σύνολο και ανά φύλο (%)......	56
<u>ΕΙΚΟΝΑ 10:</u> Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση αλκοόλ από τους φοιτητές.....	84
<u>ΕΙΚΟΝΑ 11:</u> Οι επιδράσεις της κατανάλωσης του αλκοόλ σε ζώνες.....	86
<u>ΕΙΚΟΝΑ 12:</u> Εικονίδιο της εκστρατείας για τη "θετική διασκέδαση".....	87

ΠΙΝΑΚΕΣ

<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 1:</u> Κατηγορία ICD-10: F17, Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς από χρήση καπνού, Περιεχόμενα ομάδας.....	18
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 2:</u> Διαγνωστικά κριτήρια της Διαταραχής Νικοτινικής Στέρησης, κατά DSM-IV-TR.....	21
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 3:</u> Διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV-TR (εξάρτηση από τη νικοτίνη).....	22
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 4:</u> Επίπεδα αλκοόλης στο αίμα και επιπτώσεις.....	47
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 5:</u> Κατηγορία ICD-10: F10, Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς από χρήση αλκοόλ, Περιεχόμενα ομάδας.....	48
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 6:</u> Διαγνωστικά κριτήρια της Διαταραχής Αλκοολικής Στέρησης, κατά DSM-IV-TR.....	49
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 7:</u> Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση του αλκοόλ.....	59
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 8:</u> Επιπτώσεις της κατάχρησης από αλκοόλ.....	65
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 9:</u> Το περιεχόμενο των δώδεκα βημάτων στις ομάδες αυτοβοήθειας.....	68

<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 10α:</u> Οι δέκα τομείς δράσης για τη μείωση της κατανάλωσης του αλκοόλ κατά ΠΟΥ.....	76
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 10β:</u> Οι δέκα τομείς δράσης για τη μείωση της κατανάλωσης του αλκοόλ κατά ΠΟΥ.....	77
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 11:</u> Επιπτώσεις και επιπολασμός της κατάχρησης αλκοόλ από φοιτητές στις ΗΠΑ.....	82
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 12:</u> Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων	101
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 13:</u> Καπνιστικές συνήθειες συμμετεχόντων.....	103
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 14:</u> Καπνιστικές συνήθειες συμμετεχόντων, ερώτηση: "Με ποια αφορμή αρχίσατε να καπνίζετε;".....	104
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 15:</u> Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με το κάπνισμα.....	105
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 16:</u> Αποτελέσματα των ερωτήσεων της κλίμακας Fagerström.....	106
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 17:</u> Επίπεδα εξάρτησης συμμετεχόντων	107
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 18:</u> Συσχέτιση αποτελεσμάτων κλίμακας Fagerström με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.....	109
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 19:</u> Συσχέτιση αποτελεσμάτων κλίμακας Fagerström με τους τρόπους διαχείρισης της οικονομικής κρίσης από τους συμμετέχοντες.....	110
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 20:</u> Συντελεστής συσχέτισης του Spearman μεταξύ της κλίμακας εξάρτησης των συμμετεχόντων από το κάπνισμα και της ηλικίας τους.....	111
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 21:</u> Έκθεση των συμμετεχόντων σε παθητικό κάπνισμα.....	112
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 22:</u> Έκθεση σε παθητικό κάπνισμα μεταξύ νυν, πρώην και μη καπνιστών.....	113
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 23α:</u> Πεποιθήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το κάπνισμα.....	114
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 23 β:</u> Πεποιθήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το κάπνισμα.....	117
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 24:</u> Αιτιολόγηση αρνητικής απάντησης στην ερώτηση "Πιστεύετε ότι η πολιτεία έχει λάβει τα απαραίτητα μέτρα για την εφαρμογή του Ν.3868/2010; Αν Όχι, γιατί πιστεύετε ότι συμβαίνει αυτό;", απαντήσεις με τη μεγαλύτερη συχνότητα.....	115
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 25:</u> Αιτιολόγηση αρνητικής απάντησης στην ερώτηση: "Θεωρείτε ωφέλιμη την απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους;".....	116
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 26:</u> Αιτιολόγηση αρνητικής απάντησης στην ερώτηση: "Πιστεύετε ότι η προώθηση αντικαπνιστικών προγραμμάτων προαγωγής υγείας έχει σχεδιαστεί και εφαρμόζεται σωστά από την ελληνική πολιτεία;".....	118

<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 27:</u> Συσχέτιση των πεποιθήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με το κάπνισμα ανάλογα με το αν ήταν νυν, πρώην και μη καπνιστές.....	119
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 28:</u> Ποσοστά απαντήσεων των συμμετεχόντων στην κλίμακα AUDIT.....	122
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 29:</u> Η βαθμολογία της κλίμακας AUDIT των συμμετεχόντων.....	123
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 30:</u> Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων των φοιτητών και βαθμολογιών τους στην κλίμακα AUDIT.....	124
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 31:</u> Παρουσίαση συντελεστή συσχέτισης του Spearman μεταξύ της κλίμακας εξάρτησης των συμμετεχόντων από το αλκοόλ και της ηλικίας τους.....	125
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 32:</u> Συσχέτιση των τρόπων διαχείρισης της οικονομικής κρίσης των φοιτητών και των βαθμολογιών τους στην κλίμακα AUDIT.....	127
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 33:</u> Συσχέτιση βαθμολογιών κλίμακας AUDIT και Fagerström.....	128
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 34:</u> Συντελεστής συσχέτισης του Spearman μεταξύ της κλίμακας εξάρτησης από το κάπνισμα και το αλκοόλ των συμμετεχόντων.....	128
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 35:</u> Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση κλίμακας AUDIT με δημογραφικά στοιχεία και καπνιστικές συνήθειες φοιτητών.....	130
<u>ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ</u>	
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 1:</u> Ποσοστό καπνιστών τσιγάρων, 2005 και 2013	26
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 2:</u> Αγορά καπνικών προϊόντων στην Ελλάδα για τα έτη 2007-2014... ..	42
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 3:</u> Αναλογία θανάτων (%) από διαταραχές που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ, στοιχεία του 2012	62
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 4:</u> Έτος φοίτησης συμμετεχόντων.....	100
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 5:</u> Τρόποι διαχείρισης της οικονομικής κρίσης	102
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 6:</u> Καπνιστικές συνήθειες συμμετεχόντων	104
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 7:</u> Βαθμός εξάρτησης των συμμετεχόντων από τη νικοτίνη.....	108
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 8:</u> Έκθεση σε παθητικό κάπνισμα.....	113
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 9:</u> Η άποψη καπνιστών και μη ή πρώην καπνιστών, σχετικά με το τι είναι το κάπνισμα κατά τη γνώμη τους	120
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 10:</u> Βαθμολογία AUDIT σε σχέση με το φύλο.....	126
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 11:</u> Βαθμολογία AUDIT των φοιτητών σε σχέση με τις καπνιστικές συνήθειες των γονιών τους.....	126
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 12:</u> Βαθμολογία κλίμακας AUDIT στους συμμετέχοντες.....	129

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η καταγραφή υψηλών ποσοστών κατανάλωσης καπνού και αλκοόλ από φοιτητές υποδεικνύει την αναγκαιότητα περαιτέρω διερεύνησης και αντιμετώπισης του φαινομένου αυτού, καθώς και την κατανόηση των πεποιθήσεων σε θέματα που σχετίζονται με το κάπνισμα. Η διερεύνηση αυτή κρίνεται κρίσιμη ιδιαίτερα σε περίοδο οικονομικής κρίσης, στην οποία η κατανάλωση των ουσιών αυτών έχει καταγράψει αυξητική τάση.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση των καπνιστικών συνηθειών, των πεποιθήσεων και της χρήσης αλκοόλ σε φοιτητές, καθώς και της έκθεσής τους σε παθητικό κάπνισμα.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Το δείγμα αποτέλεσαν 203 φοιτητές του τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με δομημένο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιελάμβανε 32 ερωτήματα. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το πρόγραμμα SPSS, έκδοση 19.0. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's T-test και για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την ανάλυση των ερωτηματολογίων προκύπτει ότι το 32,0% είναι καπνιστές, με την πλειοψηφία αυτών (64,6%) να δηλώνουν ότι η οικονομική κρίση δεν επηρέασε τις καπνιστικές τους συνήθειες και μόλις το 7,7% να κατατάσσεται ως ισχυρά εξαρτημένοι από τη νικοτίνη. Επίσης, το 88,2% των συμμετεχόντων θεωρούν ότι η πολιτεία δεν έχει λάβει τα απαραίτητα μέτρα για την εφαρμογή της απαγόρευσης του καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους. Η κατανάλωση αλκοόλ καταγράφηκε στο 92,6% των συμμετεχόντων, όμως μόλις το 4,9% σημείωσε βαθμολογία ίση με εμφάνιση εξάρτησης. Ακόμη, βρέθηκε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο μειώνεται εμφάνιση εξάρτησης από το αλκοόλ ($p=0,001$, $r=-0,14$) και ότι οι καπνιστές σημείωσαν μεγαλύτερα ποσοστά εξάρτησης σε σύγκριση με τους μη ή τους πρώην καπνιστές ($p<0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο επιπολασμός του καπνίσματος στους φοιτητές βρέθηκε σε παρόμοια επίπεδα με φοιτητές άλλων σχολών. Η κατανάλωση αλκοόλ καταγράφηκε

στην πλειοψηφία των συμμετεχόντων, όμως το ποσοστό επικίνδυνης και βαριάς επεισοδιακής κατανάλωσης αλκοόλ βρέθηκε συγκριτικά πολύ χαμηλό με άλλες χώρες. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν εμφάνισε εξάρτηση ούτε από τη νικοτίνη ούτε από το αλκοόλ. Παρά την εφαρμογή νομοθεσίας για την απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους, η πλειοψηφία εκτέθηκε όλες τις ημέρες σε παθητικό κάπνισμα στους χώρους αυτούς. Η εξάρτηση από το αλκοόλ σχετίζεται με το κάπνισμα και την ηλικία.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: Καπνιστικές συνήθειες, κατανάλωση αλκοόλ, φοιτητές, εξάρτηση από αλκοόλ, νικοτινική εξάρτηση,

ABSTRACT

INTRODUCTION: The high percentage of alcohol and tobacco consumption which has been recorded among students calls for further research and means of addressing this phenomenon, as well as understanding the students' beliefs on smoking-related issues. Such research becomes particularly critical in times of financial crises, during which consumption of said substances has shown an upward trend.

PURPOSE: The exploration of smoking habits, beliefs and alcohol use among students, including their exposure to passive smoking.

MATERIAL-METHOD: 203 students of the Department of Social and Educational Policy of the University of the Peloponnese constituted the sample for this research. The data was collected using a structured self assessment questionnaire of 32 questions. The statistical analysis of the results was conducted using the SPSS program, version 19.0. Students T-Test was used in order to compare quantitative variables between two groups and the nonparametric criterion Kruskal-Wallis was used to compare quantitative variables among more groups. Spearman's correlation coefficient (r) was used to determine the ratio of two quantitative variables.

RESULTS: Analysis of the questionnaires shows that 32% are smokers, the majority of whom (64.6%) state that the financial crisis has not impacted their smoking habits, while only 7.7% rates as strongly addicted to nicotine. Moreover, 88.2% of the participants believe that the state has not taken the necessary measures to enforce the smoking ban in indoor public areas. 92.6% of participants consume alcohol, but only 4.9% score in the emergence of addiction scale. Furthermore, according to the research, as age grows, alcohol addiction reduces ($p=0.001$, $r=-0.14$). Also, smokers show higher percentages of addiction compared to former or non-smokers ($p<0.001$).

CONCLUSIONS: Prevalence of smoking among the sample students was found to be on equal levels to students of other departments. The majority of participants declared alcohol consumption; however, the percentage of heavy and binge drinking was found to be lower compared to that of other countries. The majority of participants did not show addiction to either nicotine or alcohol. Although the

smoking ban in indoor public spaces has been implemented, the majority of participants were exposed to passive smoking in such spaces during the days of testing. Alcohol addiction is related to smoking and age.

KEY WORDS: *smoking habits, alcohol consumption, students, alcohol addiction, nicotine addiction.*

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Κάπνισμα

1.1 - Ιστορική Αναδρομή

Ο καπνός είναι μονοετές, ποώδες φυτό και ανήκει στο γένος *Νικοτιανή* (*Nicotiana*). Καλλιεργείται για τα φύλλα του, τα οποία μετά από κατάλληλη επεξεργασία χρησιμοποιούνται για την παραγωγή καπνικών προϊόντων, όπως τσιγάρα κλπ. (Δοδόπουλος 2004).

Οι Ινδιάνοι της Αμερικής είχαν ανακαλύψει τις χαλαρωτικές ιδιότητες του καπνού, πολύ πριν αυτή ανακαλυφθεί από τον Κολόμβο. Συνήθιζαν να καπνίζουν πίπα ή πούρο ή ακόμη και να μασούν τον καπνό. Πίστευαν ότι ο καπνός έχει σπουδαίες φαρμακευτικές ιδιότητες και έπαιξε σημαντικό ρόλο στις διάφορες τελετουργίες τους^{1,2}. Η εισαγωγή του καπνού στην Ευρώπη έγινε το 1556, όταν έφτασε στη Γαλλία και στη συνέχεια στην Πορτογαλία και την Ισπανία. Οι ιδιότητές του έγιναν γνωστές χάρη στον Γάλλο πρεσβευτή στην Πορτογαλία Ζαν Νικό (Jean Nicot) στον οποίον οφείλεται και η επιστημονική του ονομασία, Νικοτιανή ο ταμπάκος (***Nicotiana tabacum***). Από εκεί και με τους Πορτογάλους και Ισπανούς θαλασσοπόρους, μεταφέρθηκε σε ολόκληρο τον κόσμο. Στην Ελλάδα ο καπνός έφτασε στις αρχές του 17ου αιώνα και καλλιεργήθηκε πρώτα στην Ξάνθη και αργότερα σε πολλά μέρη της Ελλάδος, κυρίως στη Μακεδονία (Μαρσέλος, 2005).

ΕΙΚΟΝΑ 1: Άνθος, Νικοτιανή ο ταμπάκος

Το πέρασμα από το κάπνισμα ακατέργαστου καπνού στο τσιγάρο έγινε μόλις τον 20ο αιώνα, όταν με την πρόοδο της τεχνολογίας κατέστη δυνατόν να παραχθεί σε μεγάλες ποσότητες. Τότε δημιουργήθηκαν και οι πρώτες καπνοβιομηχανίες, οι οποίες σημείωσαν μεγάλη άνοδο παραγωγής κατά τη διάρκεια του Α' Παγκοσμίου Πολέμου. Μετά τον πόλεμο και κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '20,



το τσιγάρο πέρασε στο χώρο της διαφήμισης κι έγινε το σύμβολο μιας λαμπρής ανέμελης ζωής. Αυτή η εικόνα συνεχίστηκε ως τη δεκαετία του '60, όταν η ιατρική κοινότητα και οι κυβερνήσεις, κυρίως των ΗΠΑ, άρχισαν να συνειδητοποιούν τις βλαβερές συνέπειες του καπνού και να επιβάλουν σταδιακά απαγορεύσεις και μέτρα για τη δημόσια υγεία (Κοκκέβη και συν., 2007).

1.2 Εξάρτηση από τη νικοτίνη

Η ουσία που προκαλεί την εξάρτηση από τον καπνό, είναι **η νικοτίνη**. Χημικά ανήκει στα αλκαλοειδή και από φυσικής άποψης θεωρείται δηλητήριο που προσβάλλει τόσο το κεντρικό όσο και το περιφερειακό νευρικό σύστημα και με την ιδιότητα αυτή χρησιμοποιείται και ως εντομοκτόνο. Όταν εισέλθει στον ανθρώπινο οργανισμό μέσω του κυκλοφορικού συστήματος, απορροφάται ταχέως και υπερβαίνει τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό φθάνοντας στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) μέσα σε 10 δευτερόλεπτα μετά την εισπνοή του καπνού που την περιέχει. Η ημιπερίοδος ζωής της νικοτίνης στον οργανισμό είναι περίπου δύο ώρες (Μαρσέλος, 2005).

Η νικοτίνη δημιουργεί πολυάριθμα θετικά αποτελέσματα, συμπεριλαμβανομένης της βελτίωσης στη συγκέντρωση και στη διάθεση και της ελάττωσης του θυμού. Η συνεχόμενη χρήση της νικοτίνης προκαλεί **ανοχή** στον οργανισμό, δηλαδή αύξηση της ποσότητας της ουσίας για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα, καθώς και σωματική και ψυχολογική εξάρτηση. Η ψυχολογική και σωματική εξάρτηση είναι χαρακτηριστικά χρήσης όλων των ψυχοδραστικών ουσιών. Η ψυχολογική εξάρτηση χαρακτηρίζεται από την επιθυμία συνεχούς χρήσης της ουσίας και επικέντρωση των δραστηριοτήτων του ατόμου στην ανεύρεση της ουσίας παρά την επίγνωση του ατόμου ότι έχει εμπλακεί σε ένα χρόνιο και υποτροπιάζον ψυχοκοινωνικό πρόβλημα. Η επιθυμία για νικοτίνη μπορεί να είναι τόσο ισχυρή, που μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε αντικοινωνική συμπεριφορά. Η ένταση της ψυχολογικής εξάρτησης ποικίλλει ανάλογα με την προσωπικότητα του ατόμου. Η σωματική εξάρτηση χαρακτηρίζει την κατάσταση του οργανισμού, κατά την οποία εκδηλώνονται διάφορα σωματικά ή ψυχοπαθολογικά συμπτώματα κατά τη μείωση ή διακοπή χρονίως λαμβανόμενης νικοτίνης. Τα συμπτώματα αυτά είναι χαρακτηριστικά για κάθε είδος ουσίας. Η εμφάνιση δυσάρεστων σωματικών συμπτωμάτων ονομάζονται στη βιβλιογραφία και **απόσυρση** (withdrawal), αύξηση της δοσολογίας,. Η εξάρτηση χαρακτηρίζεται επίσης από ανεπιτυχείς προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος και οδηγεί τον χρήστη της νικοτίνης σε **κατάχρηση** της ουσίας, δηλαδή σε έναν παθολογικό τρόπο χρήσης της (Μαδιανός, 2006).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο βαθμός εξάρτησης που προκαλείται από τη νικοτίνη είναι το αποτέλεσμα πολλών συντελεστών. Η σοβαρότητα της εξάρτησης αυτής μετριέται συνήθως με την κλίμακα Fagerström και αποτελέσματα μεγαλύτερα του 7 αυτής της κλίμακας δείχνουν μεγάλη εξάρτηση από τη νικοτίνη (Fagerström, 1978). Η δόση της νικοτίνης που λαμβάνει ένα άτομο μπορεί να ελεγχθεί ακριβώς με

την ποσότητα του καπνού που κάνει χρήση. Ο καπνιστής πχ. ενός πακέτου την ημέρα προσλαμβάνει συγκεκριμένες δόσεις νικοτίνης.

Οι χρήστες του καπνού, μετά από τη διακοπή του, βιώνουν συμπτώματα **στέρξης της ουσίας**. Τα συμπτώματα αυτά περιλαμβάνουν έντονη επιθυμία για καπνό, αυξημένο βήχα, δυσφορία ή κατάθλιψη, αϋπνία, εκνευρισμό, απογοήτευση ή θυμό, άγχος, δυσκολία στη συγκέντρωση, ανησυχία, χαμηλότερο καρδιακό ρυθμό, αυξημένη όρεξη ή επιθυμία για γλυκά, αύξηση βάρους. Η έναρξη των συμπτωμάτων αυτών γίνεται μέσα σε λίγες ώρες από τη διακοπή του καπνίσματος και κορυφώνονται μέσα σε 24 με 48 ώρες. Τα περισσότερα από αυτά τα συμπτώματα συνεχίζονται για περίπου 4 εβδομάδες, αν και το αίσθημα της πείνας και η έντονη επιθυμία για κάπνισμα μπορεί να συνεχισθούν για 6 μήνες ή και περισσότερο (Μαδιανός, 2006).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει κατατάξει τον καπνό στις ψυχοδραστικές ή ψυχοτρόπες ουσίες, και τις διαταραχές που προκαλεί η χρήση του σε ειδική κατηγορία που ονομάζεται: *Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς από χρήση καπνού*. Η κατηγορία αυτή φέρει κωδικό F17 στη Διεθνή Κατάταξη Ασθενειών με βάση τη Δέκατη Αναθεώρηση [ICD-10] και αποτελεί ομάδα της κατηγορίας νοσημάτων: *Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς που οφείλονται στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών*, με κωδικούς F10-F19. Τα περιεχόμενα της ομάδας F17 αποτελούνται από 10 υποομάδες (F17.0-F17.9) και δεν διαφέρουν ως προς το περιεχόμενό τους από τις υποομάδες των διαταραχών των υπολοίπων ψυχοδραστικών ουσιών. Οι κωδικοί F17.2 και F17.3 αντιστοιχούν στο *Σύνδρομο Εξάρτησης από τον καπνό* και το *Σύνδρομο στέρξης από τον καπνό*. Στον Πίνακα 1 αναφέρονται οι υποομάδες της κατηγορίας F17 (WHO, 2015a).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατηγορία ICD-10: F17, Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς από χρήση καπνού, Περιεχόμενα ομάδας

<i>Κωδικός</i>	<i>Τίτλος υποομάδας</i>
<i>F17.0</i>	<i>Τοξίκωση: Το σύνολο εκδηλώσεων που συνδέονται με πρόσφατη λήψη του καπνού. Εξαρτάται από τη δοσολογία, τις συνθήκες χρήσης, την ιδιοσυγκρασία του χρήστη.</i>
<i>F17.1</i>	<i>Επιβλαβής χρήση (ουσιών): Τρόπος χρήσης του καπνού που προκαλεί βλάβη σωματικής ή ψυχικής υγείας. Δεν περιλαμβάνει την κοινωνική λειτουργικότητα, την παραβατικότητα ή τη χρήση ουσιών σε καταστάσεις στις οποίες είναι σωματικά επικίνδυνες (π.χ. οδήγηση αυτοκινήτου ή χειρισμός μηχανών υπό την επήρεια της ουσίας).</i>
<i>F17.2</i>	<i>Σύνδρομο εξάρτησης: Φάσμα φυσιολογικών, νοητικών και συμπεριφορικών εκδηλώσεων που αφορούν την ακατανίκητη επιθυμία για εξεύρεση και χρήση της ουσίας αλλά και ότι η χρήση της ουσίας αυτής αποκτά πολύ μεγαλύτερη σημασία από άλλες σημαντικές δραστηριότητες του ατόμου.</i>
<i>F17.3</i>	<i>Σύνδρομο στέρησης: Εκδηλώνεται με ένα σύνολο συμπτωμάτων (τρόμος, ναυτία, εμετός, κεφαλαλγία κ.τ.λ.) εάν δεν γίνει λήψη καπνού.</i>
<i>F17.4</i>	<i>Σύνδρομο στέρησης με παραλήρημα</i>
<i>F17.5</i>	<i>Ψυχωσική διαταραχή</i>
<i>F17.6</i>	<i>Αμνησιακό σύνδρομο: το σύνδρομο αυτό μπορεί να σχετίζεται με απώλεια πρόσφατης αλλά και μακράς μνήμης.</i>
<i>F17.7</i>	<i>Υπολειμματική και οψίμου ενάρξεως ψυχωσική διαταραχή</i>
<i>F17.8</i>	<i>Άλλες ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς</i>
<i>F17.9</i>	<i>Διάφορες ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς: Αλλαγή προσωπικότητας, συμπεριφοράς και περιορισμός κοινωνικών και επαγγελματικών δραστηριοτήτων που οφείλονται στη λήψη καπνού.</i>

Πηγή: ΠΟΥ, 2015

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Διαγνωστικά κριτήρια της Διαταραχής Νικοτινικής Στέρησης, κατά DSM-IV-TR

Διαγνωστικά κριτήρια της Διαταραχής Νικοτινικής Στέρησης, κωδικός 292.0	
A. Καθημερινή χρήση της νικοτίνης για τουλάχιστον αρκετές εβδομάδες.	
B. Απότομη διακοπή της χρήσης καπνού (νικοτίνης) ή ελάττωση της ποσότητας της χρησιμοποιούμενης νικοτίνης ακολουθείται μέσα σε μια μέρα από τέσσερα ή και περισσότερα από τα παρακάτω σημεία:	
1) δυσφορική ή καταθλιπτική διάθεση	2) αϋπνία
3) ευερεθιστότητα, εκνευρισμό ή θυμό	4) άγχος
5) δυσκολία στη συγκέντρωση	6) ανησυχία
7) επιβράδυνση του καρδιακού ρυθμού	
8) αυξημένη όρεξη ή αύξηση σωματικού βάρους	
Γ. Τα συμπτώματα στο κριτήριο B προκαλούν σημαντική έκπτωση στους διάφορους τομείς λειτουργικότητας του ατόμου.	
Δ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε κάποια γενική ιατρική κατάσταση και δεν ταιριάζουν καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή.	

Πηγή: APA (2000)

Εκτός από την κατάταξη του ΠΟΥ, η εξάρτηση από τη νικοτίνη περιγράφεται και στην 4η αναθεωρημένη έκδοση του Διαγνωστικού Στατιστικού Εγχειριδίου (DSM-IV-TR) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (APA). Σύμφωνα με την αναθεώρηση αυτή η συνεχιζόμενη χρήση καπνού οδηγεί στη *Διαταραχή Νικοτινικής εξάρτησης*, με κωδικό ασθένειας 305.10 και η απότομη διακοπή του σε εμφάνιση έντονων συμπτωμάτων στέρησης μέσα στο πρώτο 24ωρο, που ανήκουν στη *Διαταραχή Νικοτινικής Στέρησης*, με κωδικό 292.0 (APA, 2000). Αναλυτικά τα διαγνωστικά κριτήρια των κατηγοριών αυτών παρουσιάζονται στους Πίνακες 2,3. Η APA προχώρησε και σε 5η αναθεώρηση που εκδόθηκε τον Μάιο του 2013, όπου δεν σημειώθηκαν διαφορές στις προσεγγίσεις των διαγνωστικών κριτηρίων της χρήσης των ψυχοτρόπων ουσιών αλλά διαχωρίστηκε ο όρος «εξάρτηση από την ουσία» από τον όρο «εθισμός» από αυτήν (APA, 2013).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Διαγνωστικά κριτήρια της εξάρτησης από τη νικοτίνη κατά DSM-IV-TR

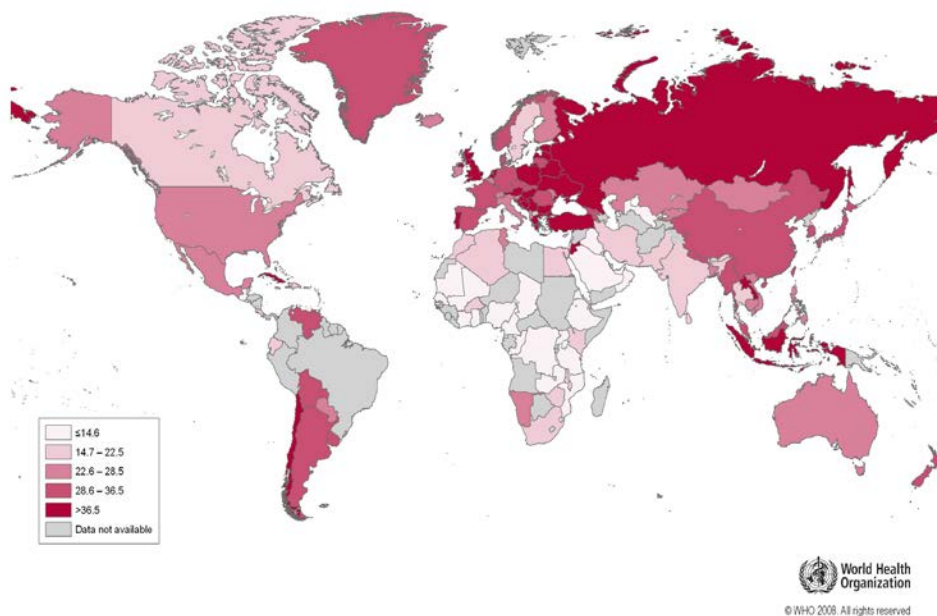
Διαγνωστικά κριτήρια της εξάρτησης από καπνό(νικοτίνη) 305.10
Αφορά μια δυσπροσαρμοστικού τύπου χρήσης του καπνού, που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή υποκειμενική ενόχληση και εκδηλώνεται με τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα τα οποία συμβαίνουν οποτεδήποτε μέσα σε μια περίοδο δώδεκα μηνών ^{6,98} :
1) Ανοχή: όπως αυτό ορίζεται με οποιοδήποτε από τα παρακάτω δύο: α) ανάγκη για έντονα αυξημένες ποσότητες καπνού προκειμένου να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα ή τοξίκωση. β) έντονα μειωμένο αποτέλεσμα με συνέχιση χρήση της ίδιας ποσότητας καπνού.
2) Στερητικό Σύνδρομο: όπως αυτό εκδηλώνεται με οποιοδήποτε από τα παρακάτω δύο: α) χαρακτηριστικό στερητικό σύνδρομο για καπνό β) λαμβάνεται καπνός για την ανακούφιση ή αποφυγή στερητικών συμπτωμάτων.
3) Ο καπνός λαμβάνεται συχνά σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερες περιόδους από την αρχική πρόθεση του ατόμου.
4) Υπάρχουν επίμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες για διακοπή ή έλεγχο χρήσης της ουσίας.
5) Το άτομο σπαταλά ένα μεγάλο μέρος του χρόνου του σε δραστηριότητες εύρεσης του και κάνει χρήση άλλων ουσιών για να συνέλθει από τα αποτελέσματά της.
6) Περιορίζονται Σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες του ατόμου εξαιτίας της χρήσης του καπνού.
7) Η χρήση του καπνού συνεχίζεται παρόλη την επίγνωση της ύπαρξης μόνιμου ή υποτροπιάζοντος σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος. Το πρόβλημα αυτό είναι πιθανό να έχει προκληθεί ή επιδεινωθεί με την επίμονη χρήση του καπνού.

Πηγή: APA (2000)

1.3 Επιδημιολογικά στοιχεία της χρήσης του καπνού

Με βάση στοιχεία που παραθέτει ο ΠΟΥ στην έκθεσή του για τους κινδύνους της χρήσης του καπνού, έχουν καταγραφεί περίπου 1,25 δισεκατομμύρια καπνιστές παγκοσμίως με ετήσιο αριθμό θανάτων να ανέρχεται στα 6 εκατομμύρια ανθρώπων (WHO, 2011c). Ο αριθμός των χρηστών αντιπροσωπεύει το ένα τρίτο του πληθυσμού της γης των ατόμων άνω των 15 ετών. Η πλειοψηφία των χρηστών του καπνού, όπως και των θανάτων από καπνό που προαναφέρθηκαν, διαβιεί στα αναπτυσσόμενα κράτη (800 εκατ.), ενώ υπερέχουν αριθμητικά οι άνδρες. Οι προβλέψεις του ΠΟΥ για την εξάπλωση της χρήσης του καπνού είναι δυσοίωνες, καθώς το 2030 αναμένεται ο αριθμός των θανάτων από τη χρήση καπνού να αγγίξει τα 8 εκατομμύρια, ενώ αν διατηρηθούν οι υπάρχουσες τάσεις 250 εκατομμύρια σημερινών παιδιών θα αποβιώσουν από σχετιζόμενες με το κάπνισμα νόσους (WHO, 2011c). Αυξημένα ποσοστά καπνιστών σημειώνονται τόσο στα αναπτυσσόμενα όσο και αναπτυγμένα κράτη, όπως φαίνεται και από την *Εικόνα 2*. Σημειώνεται ότι σε πολλές από τις αναπτυσσόμενες χώρες δεν υφίσταται καταγραφή στοιχείων.

ΕΙΚΟΝΑ 2: Ποσοστό ενηλίκων καπνιστών παγκοσμίως, 2005

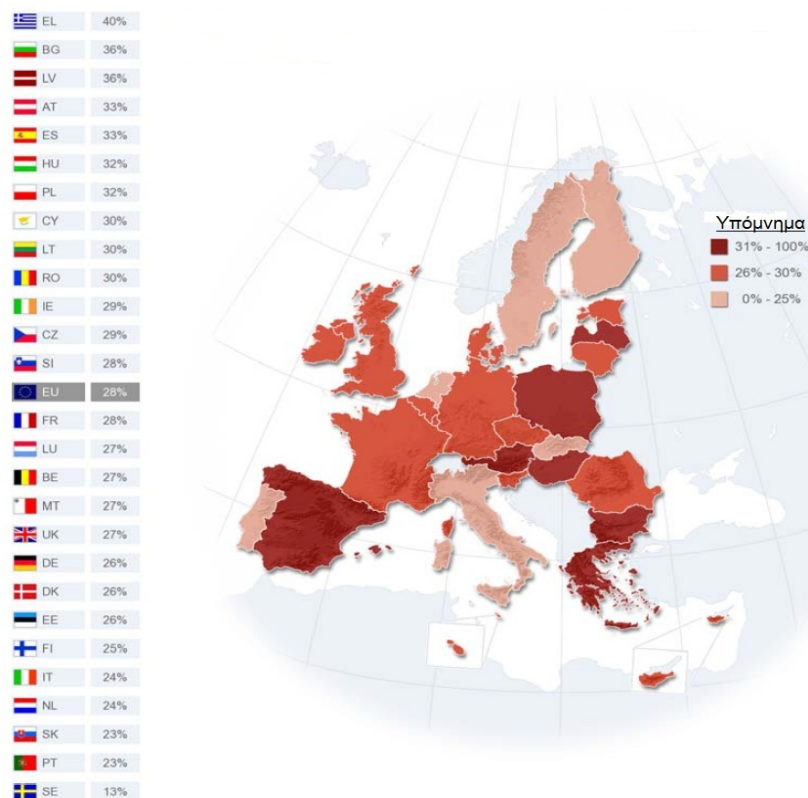


Πηγή: ΠΟΥ (2005)

Στην Ελλάδα ο επιπολασμός του καπνίσματος είναι ιδιαίτερα υψηλός. Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία που αντλούμε από το Ευρωβαρόμετρο της

Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τις στάσεις των Ευρωπαίων σχετικά με το κάπνισμα που δημοσιεύτηκε τον Μάιο του 2012, οι Έλληνες συμμετέχοντες σημείωσαν το υψηλότερο ποσοστό (40%) αναφορικά με το κάπνισμα (European Commission-*Special Euro barometer*, 2012). (Εικόνα 3)

ΕΙΚΟΝΑ 3: Ποσοστό καπνιστών στις χώρες της ΕΕ, 2012



Πηγή: *Ευρωβαρόμετρο για τις καπνιστικές συνήθειες (No385)*, Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2012)

Η αύξηση του επιπολασμού του καπνίσματος έχει συσχετιστεί και με την ύπαρξη οικονομικής ύφεσης στη χώρα διαμονής. Η οικονομική ύφεση ή οικονομική κρίση οδηγεί σε μεγάλα ποσοστά ανεργίας χωρίς να υπάρχει σε πολλές χώρες επαρκές κοινωνικό δίκτυο και κράτος πρόνοιας για την αύξηση αυτή. Ακολούθως, η ανεργία, με τη σειρά της, έχει συσχετιστεί με αύξηση του επιπολασμού του καπνίσματος. Σε ανασκοπική μελέτη μια από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης που μελετήθηκαν, και η οποία αποτελεί και παράγοντα μείωσης της ποιότητας υγείας, ήταν η αύξηση του καπνίσματος σε άνεργους πληθυσμούς στις περιόδους αυτές (Πατελάρου και συν., 2011). Σε εποχές ύφεσης σταθεροποιητικός παράγοντας θεωρείται η κοινωνική πολιτική του κράτους που ασκείται από την εκάστοτε κυβέρνηση. Στη σημερινή εποχή, όμως, οι περικοπές στον τομέα αυτόν σε

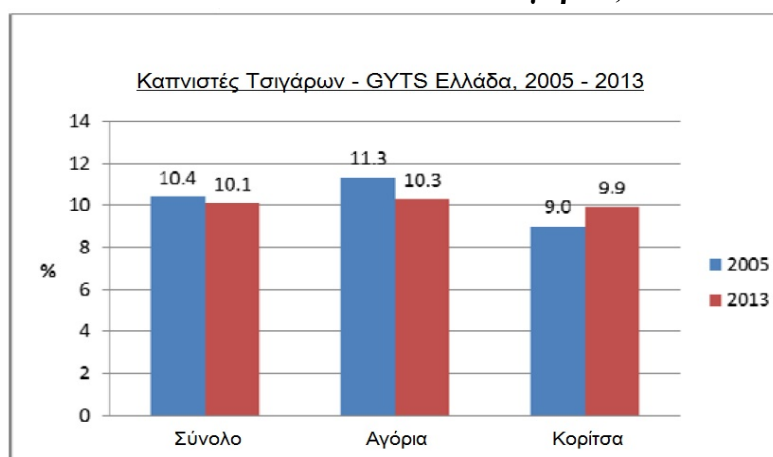
συνδυασμό με τη μείωση του ΑΕΠ μπορεί να αποφέρουν άμεσα αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία του πληθυσμού. Στην Ελλάδα, χώρα που βρίσκεται σε οικονομική ύφεση από το 2010, σύμφωνα με έκθεση του Οργανισμού Οικονομικής Σταθερότητας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) του 2014 οι περικοπές στον τομέα της υγείας ανέρχονται στο 25% από τις δαπάνες του έτους 2008. Η Ελλάδα σημειώνει το μεγαλύτερο ποσοστό ενήλικων καπνιστών ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ, με ποσοστό 39% το 2010. Το μέσο ποσοστό των χωρών του ΟΟΣΑ δεν ξεπερνά το 20,7% και υπάρχουν χώρες όπως η Σουηδία, η Ισλανδία και η Νορβηγία στις οποίες το ποσοστό κυμαίνεται κάτω από το 16% (OECD, 2014).

Ειδική μελέτη για την καταγραφή των καπνιστικών συνηθειών σε άτομα άνω των 15 ετών διεξήχθη το 2013 από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), το τμήμα υγιεινής και επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και την ιδιωτική εταιρία δημοσκοπήσεων MRB Hellas. Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο καταγραφής σε επίπεδο νοικοκυριών και τη διεξαγωγή προσωπικών συνεντεύξεων. Η έρευνα αυτή είναι μέρος της παγκόσμιας μελέτης ενηλίκων για το κάπνισμα, Global Adult Tobacco Survey (GATS, 2013), η οποία αποτελεί ένα διεθνώς αναγνωρισμένο ερευνητικό πρωτόκολλο για τη συστηματική καταγραφή και παρακολούθηση της χρήσης καπνού από ενήλικες καθώς επίσης παρέχει και πληροφορίες για σημαντικούς δείκτες που αφορούν τη χρήση καπνικών προϊόντων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παραπάνω μελέτης, οι περισσότεροι καπνιστές στην Ελλάδα ξεκινούν το κάπνισμα από τα πρώτα χρόνια της εφηβείας. Συγκεκριμένα, το 13% των μαθητών ήταν καπνιστές και η μέση ηλικία έναρξης ήταν τα 12,9 \pm 2,5 έτη για τα αγόρια και τα 13,1 \pm 1,9 έτη για τα κορίτσια. Ακόμη, βρέθηκε ότι το 38.2% του δείγματος, το οποίο αποτελούνταν από 3,5 εκατ. ενήλικες, ήταν καπνιστές και συγκεκριμένα το 51.2% αποτελούνταν από άνδρες και το 25.7% από γυναίκες.

Η ανάγκη στοχευμένης μελέτης για τη χρήση καπνού στον εφηβικό πληθυσμό καλύφθηκε με τη μελέτη Global Youth Tobacco Survey (GYTS), που προέρχεται από τη μεθοδολογία του ΠΟΥ και του Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νόσων της Αμερικής (CDC). Η μελέτη αυτή διεξήχθη το 2005 και επαναλήφθηκε το 2013 σε πανελλαδικό δείγμα εφήβων 13-15 ετών (ΕΣΔΥ, 2013 & WHO, 2013e). Η μελέτη αυτή έδειξε ότι το 15.0% των νέων (16.9% των αγοριών, 12.9% των κοριτσιών) είναι καπνιστές (Kyrleski *et al.*, 2007).

Συγκριτικά με τη μελέτη του 2005, στη μελέτη του 2013 σημειώθηκε μείωση στα ποσοστά των αγοριών και του συνόλου αλλά στα κορίτσια σημειώθηκε αύξηση του ποσοστού κατά 0,9%, όπως φαίνεται και στον *Γράφημα 1*.

ΓΡΑΦΗΜΑ 1: Ποσοστό καπνιστών τσιγάρων, 2005 και 2013



Πηγή: *Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, GYTS (2013)*

Σχετικά με τη χρήση του καπνού στις εφηβικές ηλικίες, μπορούμε να αντλήσουμε πληροφορίες για την Ελλάδα και από την πανελλήνια έρευνα στον σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (Έρευνα ESPAD) που διεξήχθη το 2011 από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο για την Ψυχική Υγεία (ΕΠΨΥ). Η έρευνα αυτή περιέχει αναλυτικά στοιχεία για κάθε νομό και κατέγραψε παρόμοια αποτελέσματα με την προηγούμενη (ΕΠΨΥ, 2012).

1.4 Οι επιπτώσεις της χρήσης καπνού στην υγεία του πληθυσμού

Το κάπνισμα ευθύνεται ετησίως για τον θάνατο περίπου 6 εκατομμυρίων ανθρώπων παγκοσμίως και αποτελεί την κυριότερη αιτία αποφευκτέας θνησιμότητας, βάσει στοιχείων που παραθέτει ο ΠΟΥ στην έκθεσή του για τους κινδύνους της χρήσης του καπνού που δημοσιεύτηκε το 2011 τα οποία ενισχύονται με στοιχεία που προσέθεσε ο Οργανισμός στην επόμενη έκθεσή του το 2013 (WHO, 2011c, 2013d). Στις αναπτυσσόμενες χώρες έχουν καταγραφεί ο μεγαλύτερος αριθμός θανάτων και η ανισότητα αυτή αναμένεται να διευρυνθεί περαιτέρω τα επόμενα έτη. Οι θάνατοι αυτοί οφείλονται στις επιπτώσεις που προκαλεί η χρήση καπνού στον ανθρώπινο οργανισμό, καθώς το κάπνισμα έχει ενοχοποιηθεί ως σημαντικότερη αιτία πρόκλησης διαφόρων τύπων καρκίνου και έχει συνδεθεί με την εμφάνιση χρόνιας αποφρακτικής

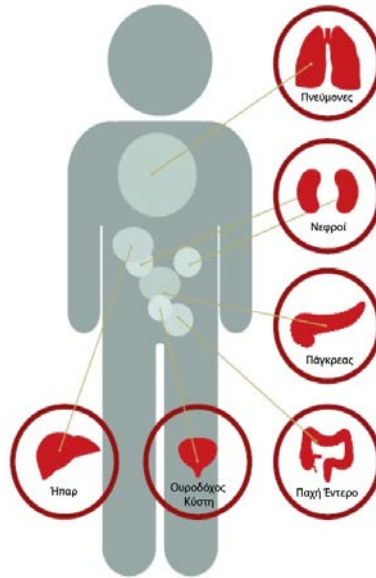
πνευμονοπάθειας και καρδιαγγειακών νοσημάτων (Filippos *et al.*,2012). Ακόμη, μελέτες έχουν δείξει ότι συνδέεται άμεσα, τόσο η παθητική και όσο και η ενεργητική χρήση του καπνού από τη μητέρα, με προβλήματα του εμβρύου κατά την κύηση και με τη γέννηση πρόωρων και ελλιποβαρών νεογνών (Ion *et al.*,2014).

Σύμφωνα με έκθεση του Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ), το κάπνισμα ευθύνεται περίπου για το 30% του συνόλου των θανάτων από καρκίνο και το παθητικό κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο κατά 30%, σε σχέση με τους μη εκτεθειμένους σε καπνό οργανισμούς. Άλλο ένα σημαντικό στοιχείο που παρατίθεται στην έκθεση αυτή είναι, ότι η χρήση φίλτρων ή «ελαφρών» τσιγάρων δε φαίνεται να μειώνει αντίστοιχα τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονα. Αυτό συμβαίνει ενδεχομένως επειδή η εξάρτηση από τη νικοτίνη οδηγεί αντιρροπιστικά σε αύξηση του αριθμού των καπνιζόμενων τσιγάρων. Συγκεκριμένα, το κάπνισμα ευθύνεται για το (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2014):

- 70 - 90% των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα.
- 75 - 85% των θανάτων από καρκίνο του λάρυγγα.
- 50 - 75% των θανάτων από καρκίνο στόματος, φάρυγγα και οισοφάγου.
- 30 - 50% των θανάτων από καρκίνο της ουροδόχου κύστης και των νεφρών.
- 20 - 25% των θανάτων από καρκίνο του παγκρέατος, του στομάχου και μικρότερα ποσοστά άλλων καρκίνων.

Η πιθανότητα προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα εκτιμάται στους καπνιστές κατά 23,3 φορές μεγαλύτερη στους άνδρες και κατά 12,7 φορές στις γυναίκες σε σχέση με τους μη καπνιστές (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2014). Αντίστοιχα, πολύ υψηλότερη είναι η πιθανότητα προσβολής από καρκίνο στόματος, φάρυγγα, οισοφάγου, αλλά και διπλάσια έως τριπλάσια η πιθανότητα για καρκίνο ουροδόχου κύστης, νεφρών, παγκρέατος και άλλων μορφών καρκίνου. Νέα ευρήματα που ανακοινώθηκαν το 2014 (CDC, 2014), συνδέουν και την εμφάνιση καρκίνου του ήπατος και του ορθοσιγμοειδούς με το κάπνισμα. Οι τύποι καρκίνου που έχουν συνδεθεί με το κάπνισμα παρουσιάζονται στην *Εικόνα 4*.

ΕΙΚΟΝΑ 4: Τύποι καρκίνου που σχετίζονται με το κάπνισμα



Πηγή: CDC (2014)

Το κάπνισμα αποτελεί και την πρώτη αιτία εμφάνισης κρουσμάτων χρόνιων πνευμονοπαθειών, όπως είναι η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η χρόνια βρογχίτιδα και το άσθμα (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008). Η κλιμάκωση του κινδύνου εμφάνισης της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας στους καπνιστές σε συνάρτηση με τον αριθμό των καταναλισκόμενων τσιγάρων είναι περίπου ίδια με εκείνη που παρατηρείται στον καρκίνο του πνεύμονα. Δηλαδή, οι καπνιστές μισού, ενός, δύο ή άνω των δύο πακέτων τσιγάρων την ημέρα, έχουν αντίστοιχα 5, 10, 15 και 20 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου από χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες σε σύγκριση με τους μη καπνιστές.

Παρόμοια είναι και η συμβολή της χρήσης καπνού στην εμφάνιση καρδιαγγειακών νόσων, καθώς οι καπνιστές εμφανίζουν έμφραγμα του μυοκαρδίου μία δεκαετία πριν από τους μη καπνιστές. Τη συσχέτιση της εμφάνισης στεφανιαίας νόσου σε καπνιστές έδειξε και η πανελλήνια μελέτη καταγραφής των περιστατικών των εμφραγμάτων του μυοκαρδίου στην Ελλάδα, όπως παρουσιάζεται από την Ελληνική Εταιρία Λιπιδολογίας, Αθηροσκλήρωσης και Αγγειακής Νόσου Ελληνική (ΕΕΛΙΑ, 2009). Στα αποτελέσματα της μελέτης αυτής αναδείχθηκε ότι το 93% των αντρών και το 78% των γυναικών που υπέστησαν οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ήταν καπνιστές. Ακόμη ένα στοιχείο που προκύπτει από μελέτες είναι ότι ο επιπολασμός του εμφράγματος είναι ταχύτερα αυξανόμενος στις γυναίκες (WHO,

2011b). Καθώς τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η κυριότερη αιτία θανάτου και στον γυναικείο πληθυσμό, το κάπνισμα αποτελεί τον σημαντικότερο τροποποιήσιμο παράγοντα κινδύνου σε σχέση με τους υπόλοιπους παράγοντες κινδύνου που είναι η υπέρταση, ο διαβήτης και η υπερχοληστερολαιμία (WHO, 2011b). Μάλιστα, ενώ το κάπνισμα στους άντρες παρουσιάζει σχετική σταθεροποίηση ή και πτωτική τάση, στις γυναίκες αυξάνει ή παραμένει σε σταθερούς ρυθμούς, μειώνοντας τη διαφορά που υπήρχε μεταξύ των δύο φύλων. Σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ, η διαφορά αυτή παρουσιάζει σχεδόν σύγκλιση στις χώρες Αυστρία, Δανία, Ιρλανδία, Νορβηγία, Ολλανδία, Σουηδία και Ηνωμένο Βασίλειο ενώ σε άλλες δεν υπάρχει πλέον. Χαρακτηριστικά, στη Σουηδία και στη Νορβηγία η επίπτωση της ημερήσιας κατανάλωσης καπνού είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες (WHO, 2015c).

1.5 Παθητικό κάπνισμα

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ως *παθητικό κάπνισμα* ή *κάπνισμα από δεύτερο χέρι* (second-hand smoking) ορίζεται η εισπνοή καπνού τσιγάρου ή άλλων προϊόντων καπνού ο οποίος προέρχεται από τη χρήση καπνού από άλλους ανθρώπους γύρω μας, σε κλειστούς χώρους. Από το 1972 έχει δειχθεί η συσχέτιση μεταξύ παθητικού καπνίσματος και ανάπτυξης νόσου (WHO, 2014a).

Χώροι στους οποίους συμβαίνει έκθεση σε παθητικό κάπνισμα είναι κυρίως το σπίτι, από καπνιστή γονιό, σύζυγο, αδερφό, οι χώροι εργασίας, οι χώροι διασκέδασης και τα μέσα μεταφοράς, κυρίως ιδιωτικά αυτοκίνητα. Οι παθητικοί καπνιστές εισπνέουν εξίσου βλαβερές για τον οργανισμό ουσίες με τους καπνιστές, καθώς ο καπνός περιέχει 7000 χημικές ουσίες υπό την μορφή σωματιδίων ή αερίων. Από αυτές περίπου οι 100 υπολογίζονται σε τοξικές για τον ανθρώπινο οργανισμό και περίπου 70, επίσημα καρκινογόνες (Iranani,1972). Η ρύπανση του αέρα από το κάπνισμα σε έναν κλειστό χώρο οφείλεται στις ακόλουθες διεργασίες (Mat, 2009):

- 1) Την εκπνοή του καπνιστή (mainstream smoke- κοινό ρεύμα καπνού)
- 2) Τα παράγωγα της καύσης του τσιγάρου (sidestream smoke- παράπλευρο ρεύμα καπνού)
- 3) Το "Τριτογενές Παθητικό Κάπνισμα" (third-hand smoke), δηλαδή το αόρατο μίγμα που προσκολλάται στα μαλλιά, στα ρούχα των καπνιστών και στα αντικείμενα ενός χώρου καπνίσματος (έπιπλα, χαλιά, κουρτίνες). Το μείγμα

αυτό περιέχει βαρέα μέταλλα, καρκινογόνες ουσίες και ραδιενεργά στοιχεία και παραμένει για μέρες, έστω και αν ο χώρος αυτός αεριστεί.

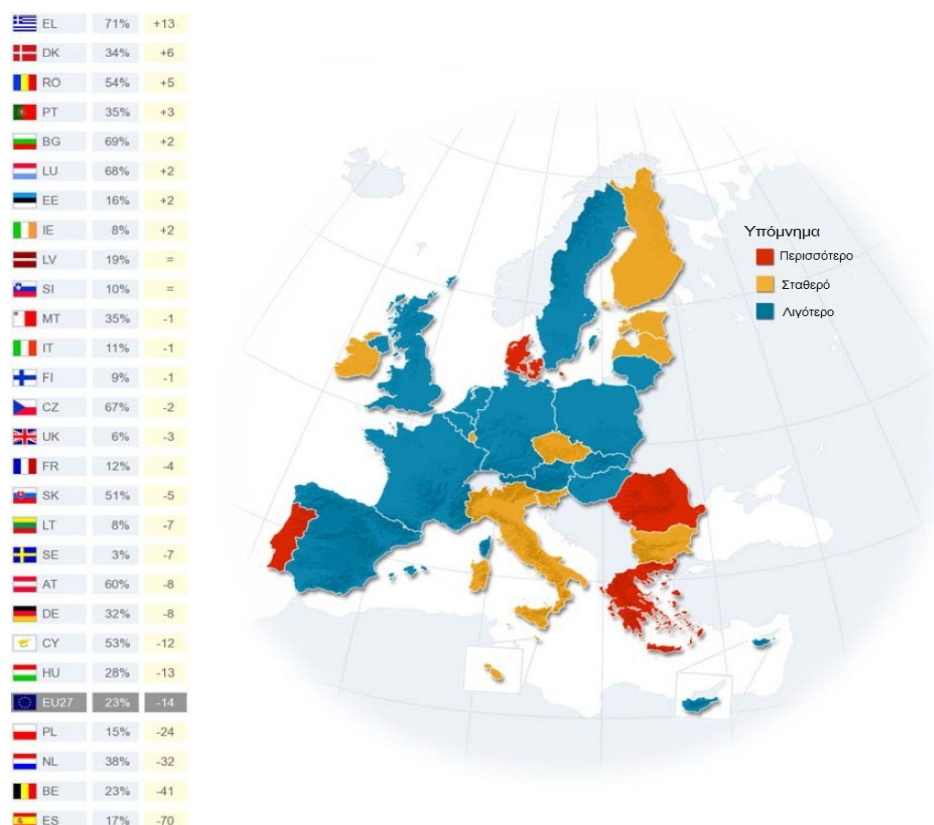
Οι επιπτώσεις στην υγεία των μη καπνιστών από το παθητικό κάπνισμα, με βάση και τα παραπάνω στοιχεία, είναι ιδιαίτερα επιβλαβείς. Σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ, η έκθεση των μη καπνιστών στο παθητικό κάπνισμα προκαλεί 600.000 θανάτους ετησίως οι οποίοι κατανέμονται ως εξής: 379.000 από ισχαιμική καρδιακή νόσο, 165.000 από λοιμώξεις του αναπνευστικού, 36.900 από άσθμα και 21.400 από καρκίνο του πνεύμονα. Το 1/3 των θανάτων αυτών είναι παιδιά, ενώ ιδιαίτερα ευάλωτη κατηγορία είναι οι γυναίκες που φαίνεται ότι σε μεγαλύτερο ποσοστό καπνίζουν παθητικά σε σχέση με τους άνδρες που θεωρούνται περισσότερο υπεύθυνοι για το ενεργητικό κάπνισμα, με ετήσιο αριθμό θανάτων περίπου 281.000. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι πιθανότητες για καρδιοπάθειες, πνευμονοπάθειες, καρκίνους αυξάνονται κατά 20% στους ανήλικους (WHO, 2014a).

Ιδιαίτερης σημασίας είναι και οι επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στις εγκυμονούσες γυναίκες. Στην περίοδο της εγκυμοσύνης η συστηματική έκθεση σε καπνό τσιγάρου μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην ομαλή ανάπτυξη του εμβρύου, καθώς παρουσιάζεται αυξημένη συχνότητα αποκόλλησης του πλακούντα, των αιμορραγιών και της πρόωρης ρήξης του θυλακίου. Το παθητικό κάπνισμα, όπως και το κάπνισμα, έχει δειχθεί ότι σχετίζεται με τη γέννηση νεογνών χαμηλού σωματικού βάρους (ελλιποβαρή νεογνά), το σύνδρομο αιφνιδίου θανάτου στα βρέφη και προβλήματα συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία, όπως εμφάνιση του συνδρόμου υπερκινητικότητας και ελλειμματικής προσοχής (Ion, 2014).

Στην Ελλάδα η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα παρουσιάζει το μεγαλύτερο ποσοστό στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (European Commission- *Special Euro barometer*, 2012). Έτσι, σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής του 2012, οι έλληνες συμμετέχοντες σημείωσαν το υψηλότερο ποσοστό στο ερώτημα «αν έχουν βρεθεί σε μπαρ ή σε εστιατόριο όπου καπνίζουν τους τελευταίους έξι μήνες», με ποσοστό 71%. Στην ίδια έκθεση, το 42% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι έχουν εκτεθεί σε παθητικό κάπνισμα στον χώρο εργασίας τους, ενώ από τους ερωτηθέντες που εργάζονται το 18% δήλωσε ότι εκτίθεται περισσότερο από πέντε ώρες ανά ημέρα. Σύμφωνα με την κοινωνικο- δημογραφική ανάλυση της έκθεσης αυτής, οι άντρες είναι πιο πιθανό σε σχέση με τις γυναίκες να εκτίθενται στον καπνό τσιγάρου κατά την εργασία τους. Συγκεκριμένα, το 33% των ερωτηθέντων ηλικίας 18-24 ετών εκτίθενται στον καπνό τσιγάρου κατά την εργασία τους. Σημειώνουμε ότι

στην Ελλάδα υφίσταται το θεσμικό πλαίσιο που απαγορεύει το κάπνισμα σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους (Ν.3868/2010). Στην παρακάτω Εικόνα παρουσιάζονται τα ποσοστά του παθητικού καπνίσματος στις χώρες της ΕΕ σε σύγκριση με στοιχεία του 2009. Η Ελλάδα παρουσιάζει αύξηση 13% με μέση μείωση 14% στα κράτη που συμμετείχαν.

ΕΙΚΟΝΑ 5: Έκθεση σε παθητικό κάπνισμα στις χώρες της ΕΕ, σύγκριση με στοιχεία του 2009



Πηγή: Ευρωβαρόμετρο για τις καπνιστικές συνήθειες, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012

1.6 Θεραπευτικές προσεγγίσεις-Διακοπή καπνίσματος

Η αντιμετώπιση της εξάρτησης από τον καπνό και η τελική διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται από τον ασθενή και τους εμπλεκόμενους στη θεραπεία ειδικούς, ως μία χρόνια και υποτροπιάζουσα νόσος. Ο ασθενής έχει ανάγκη από παρακίνηση, δημιουργία κινήτρων, αντιμετώπιση των στερητικών συνδρόμων κατά τη διάρκεια της διακοπής καθώς και παρακολούθηση για πρόληψη υποτροπών. Η συμβουλευτική ψυχοθεραπεία σε συνδυασμό με την κατάλληλη φαρμακοθεραπεία, αποτελούν τις θεραπευτικές παρεμβάσεις με τη μέγιστη αποτελεσματικότητα (Stead *et al.*,2012).

Στη φαρμακοθεραπεία, σημαντική είναι η συμβολή σκευασμάτων υποκατάστασης της νικοτίνης. Τέτοια είναι επιθέματα των 5,10 και 15 mg, μασώμενα δισκία των 2mg, καθώς και εισπνεόμενα. Ακόμη, σε κάποιες χώρες κυκλοφορούν και υπογλώσσια δισκία των 2mg και ρινικά εκνεφώματα. Στη φαρμακοθεραπεία ανήκουν επίσης και θεραπείες που δεν περιέχουν νικοτίνη, όπως είναι για παράδειγμα η χορήγηση αγχολυτικών (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2014). Εκτός από τα κοινά αγχολυτικά που μπορεί να χρησιμοποιηθούν στην περίπτωση αυτή, έχει παρατηρηθεί ότι η βουπροπιόνη (Zyban), ενισχύει την ικανότητα των ασθενών να απέχουν από το κάπνισμα. Η θεραπεία αυτή δεν αφορά όλους τους ασθενείς και χρησιμοποιείται κατά περίπτωση από τους θεράποντες ιατρούς και με βάση την προσωπικότητα και την ψυχομετρική εκτίμηση του ασθενή (<http://www.galinos.gr/web/drugs/main/drugs/zyban>).

Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται ευρέως και φάρμακα που επιδρούν στους νικοτινικούς υποδοχείς. Στην Ελλάδα το πιο διαδεδομένο είναι η βαρενικλίνη (Champix), φαρμακευτικό σκεύασμα το οποίο όμως δεν αποζημιώνεται από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης (<http://www.galinos.gr/web/drugs/main/drugs/champix>). Παρουσιάζει, αφενός, δράση αγωνιστή με χαμηλότερη εγγενή αποτελεσματικότητα από τη νικοτίνη και, αφετέρου, δράση ανταγωνιστή παρουσία της νικοτίνης. Η χρήση του θα πρέπει να γίνεται πάντα με ιατρική οδηγία και να λαμβάνεται υπόψη το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό του ασθενή για την αποφυγή παρενεργειών. Πληθώρα μελετών έχει δείξει ότι η θεραπεία με βαρενικλίνη έχει αποφέρει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε σχέση με τα αντίστοιχα φαρμακευτικά σκευάσματα συμβάλλοντας σε μεγαλύτερα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος (Annemans *et al.*, 2009 & Heydari *et al.*, 2014 & von Wartburg *et al.*, 2014).

Όσον αφορά τη συμβουλευτική θεραπεία, πληθώρα ερευνών έχει δείξει ότι η ομαδική θεραπεία αποφέρει καλύτερα αποτελέσματα από την ατομική. Αυτό συμβαίνει διότι οι ομαδικές ψυχοθεραπείες σημειώνουν πιο άμεσα και μακροχρόνια αποτελέσματα καθώς αυξάνουν την κοινωνική στήριξη του ατόμου και της επιλογής του να διακόψει το κάπνισμα (Stead *et al.*, 2002). Στη συμβουλευτική ψυχοθεραπεία προτεραιότητα έχει η κινητοποίηση του ασθενή και η παρακίνηση της ανάπτυξης τεχνικών αυτοβοήθειας. Σε διάφορες χώρες εφαρμόζεται στο πλαίσιο της συμβουλευτικής θεραπείας, η τακτική του "φίλου" ή "buddy" ή "partner" (West *et al.*, 1998 & Ford *et al.*, 2013). Συγκεκριμένα, στο Ηνωμένο Βασίλειο τα προγράμματα

αυτά αφορούν τη δέσμευση κάποιου συντρόφου του ατόμου που ενδιαφέρεται να διακόψει το κάπνισμα. Το άτομο ορίζεται από τον καπνιστή και συνήθως είναι άτομο του οικογενειακού ή φιλικού του περιβάλλοντος. Μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα έχει δείχθει ότι έχουν οι περιπτώσεις όπου το άτομο αυτό αποτελείται από τον ή την σύζυγο ή τον ή την καλύτερη φίλη. Σε κάθε περίπτωση το άτομο που θα επιλεγεί δεν θα πρέπει να συμπεριφέρεται επικριτικά αλλά συμβουλευτικά. Εκτενείς ανασκοπικές μελέτες έχουν δείξει όμως ότι η μέθοδος αυτή δεν είναι όσο αποτελεσματική είναι η ομαδική θεραπεία και η στήριξη από μια ομάδα (Stead *et al.*, 2002).

Βασισμένο στη θεωρία της τακτικής του "φίλου" ή "buddy", στην Αυστραλία έχει δημιουργηθεί μια εφαρμογή για Android και iPhone κινητά τηλέφωνα, το "quitbuddy", με το οποίο προωθείται η διακοπή του καπνίσματος καθώς καταμετρά τις ημέρες που απέχει ο καπνιστής και υπολογίζει πόσα χρήματα έχει εξοικονομήσει από την προσπάθεια αυτή. Ακόμη, διαθέτει υπηρεσία συμβουλευτικής υποστήριξης και ειδική πλατφόρμα επικοινωνίας με άλλους χρήστες της συγκεκριμένης εφαρμογής. Η αποτελεσματικότητα της εφαρμογής αυτής δεν έχει ελεγχθεί από την κυβέρνηση της Αυστραλίας (Australian Government, 2015).

Μια ακόμη ειδική τεχνική ψυχοθεραπείας που ακολουθείται για τη διακοπή του καπνίσματος και η οποία σημειώνει θετικά αποτελέσματα, είναι η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία. Σύμφωνα με τη θεραπεία αυτή τίθεται ο στόχος και το πλάνο για την επίτευξη του, καθώς και στρατηγική για τη διατήρησή του και την αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων. Στη συνέχεια, ο ενδιαφερόμενος, με τη συνεργασία ειδικού, πράττει τα προγραμματισμένα για τον σκοπό αυτό (Bartlett *et al.*, 2014).

Την τελευταία 10ετία εμφανίστηκαν στην αγορά καπνικών προϊόντων τα ηλεκτρονικά τσιγάρα. Πρόκειται για συσκευές που παράγουν εκνέφωμα με ρυθμιζόμενη περιεκτικότητα σε νικοτίνη και δεν περιέχουν πίσσα αλλά πολλά από τα σκευάσματα αυτά περιέχουν φορμαλδεΰδη, μια τεκμηριωμένη καρκινογόνο ουσία. Από την αρχή της κυκλοφορίας τους υπήρχαν αμφιβολίες για τις παρενέργειες και ανεπαρκή στοιχεία για τις μακροχρόνιες επιπτώσεις που ενδέχεται να προκαλέσουν στον οργανισμό του χρήστη αλλά και στο περιβάλλον του (Drummond *et al.*, 2014 & Bam *et al.*, 2014). Ύστερα από διεθνή ανησυχία, τον Ιούνιο του 2014 ο ΠΟΥ εξέδωσε ανακοίνωση με την οποία εκφράζει τον προβληματισμό του οργανισμού για την ύπαρξη και τη δημόσια χρήση των συσκευών αυτών (WHO, 2014b). Συγκεκριμένα, η έκθεση αυτή αναφέρει ότι η χρήση τους ενδέχεται να παρεμποδίσει πολιτικές ελέγχου για το κάπνισμα και αυξάνει την έκθεση των μη καπνιζόντων στη

νικοτίνη χωρίς να τεκμηριώνει τη δράση τους ως βοηθητικό εργαλείο στη διακοπή του καπνίσματος. Επίσης, προχωράει και στην οδηγία για ανάγκη θεσμικής κατοχύρωσης της απαγόρευσης της χρήσης του ηλεκτρονικού τσιγάρου σε κλειστούς δημόσιους χώρους. Τον Φεβρουάριο του 2015 ο ΠΟΥ εξέδωσε νέα ανακοίνωση αναφορικά με τη χρήση του ηλεκτρονικού τσιγάρου. Η ανακοίνωση αυτή περιέχει συνοπτικές πληροφορίες σχετικά με το ηλεκτρονικό τσιγάρο, καθώς και μια πιο ουδέτερη στάση καθώς δεν υπάρχουν τεκμηριωμένα και ολοκληρωμένα στοιχεία για την απαγόρευση της χρήσης του σε κλειστούς χώρους. Επιβεβαιώνει όμως ότι καλό θα ήταν να μην γίνεται χρήση σε κλειστό χώρο όπου υπάρχουν παιδιά, έγκυες και χρόνιοι πάσχοντες (WHO, 2015f).

1.7 Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας κατά του καπνίσματος

1.7.1 Θεσμικό Πλαίσιο

Όπως φαίνεται και από τα παραπάνω, η διακοπή του καπνίσματος και η θεραπεία από τον εθισμό στη νικοτίνη είναι υψίστης σημασίας για την υγεία των πολιτών. Σε παγκόσμιο επίπεδο ο ΠΟΥ είναι ο κύριος οργανισμός ο οποίος παρακολουθεί και καθοδηγεί τις δράσεις για το θέμα του καπνίσματος (CDC, 2011). Για την πλέον συντονισμένη προσπάθεια αντιμετώπισης του καπνίσματος, το 2003 θεσπίστηκε από τον ΠΟΥ η Διεθνής Συνθήκη για τον Έλεγχο του Καπνού (Framework Convention on Tobacco Control- WHO-FCTC) (WHO, 2003). Η συνθήκη αυτή υπογράφηκε το 2003 από τα μέλη του ΠΟΥ και τέθηκε σε εφαρμογή τον Φεβρουάριο του 2005. Τα κράτη μέλη της ΕΕ, από κοινού με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, είναι ενεργά συμβαλλόμενα μέλη της συνθήκης αυτής. Η Ελλάδα υπέγραψε τη συνθήκη αυτή το 2003 και την επικύρωσε στις 27 Ιανουαρίου του 2006. Στη συνθήκη αυτή συμμετέχουν και κράτη εκτός της ΕΕ που ανήκουν όμως στην ευρωπαϊκή περιφέρεια του ΠΟΥ. Μέχρι το 2013 είχαν επικυρώσει τη σύμβαση 50 από τα 53 κράτη του ευρωπαϊκού τομέα του ΠΟΥ. Η συνθήκη περιλαμβάνει το πλαίσιο για τη θέσπιση ολοκληρωμένης νομοθεσίας και ολοκληρωμένης πολιτικής από τις χώρες - μέλη για τον έλεγχο του καπνίσματος, με την ανάληψη από τα κράτη μιας σειράς μέτρων και πρωτοβουλιών στους ακόλουθους τομείς (WHO, 2003):

- Θέσπιση απαγορευτικών διατάξεων στη διαφήμιση, την προβολή και τη χορηγία προϊόντων καπνού.

- Υποχρεωτική αναγραφή προειδοποιητικών πινακίδων πάνω στις συσκευασίες προϊόντων καπνού που καλύπτουν τουλάχιστον το 30% και ιδανικά το 50% της επιφάνειας της συσκευασίας, οι οποίες θα περιλαμβάνουν έγχρωμες φωτογραφίες και διαγράμματα.
- Απαγόρευση της χρήσης παραπλανητικών όρων όπως «ελαφρά» ή «μαλακά».
- Προστασία των πολιτών από την έκθεση στον καπνό στους χώρους εργασίας, τις δημόσιες μεταφορές και τους κλειστούς δημόσιους χώρους.
- Καταπολέμηση του λαθρεμπορίου προϊόντων καπνού.
- Αύξηση της φορολογίας στα προϊόντα καπνού.
- Παροχή θεραπευτικών υπηρεσιών απεξάρτησης από τη νικοτίνη.
- Η ενημέρωση - ευαισθητοποίηση του πληθυσμού για τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία.

Η συνθήκη προβλέπει επιπλέον νομοθετικά μέτρα για τη βιομηχανία καπνού, την αναγραφή των ενδείξεων περιεκτικότητας στα διάφορα συστατικά, την ανταλλαγή πληροφοριών και τη συνεργασία μεταξύ των κρατών.

Στην ΕΕ, οι κεντρικές οδηγίες που αφορούν της πολιτικές υγείας κατά του καπνίσματος προέρχονται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή με τη μορφή κοινοτικών οδηγιών και ανακοινώσεων που αφορούν τα κράτη μέλη. Το 2007 ανακοινώθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή η "Πράσινη Βίβλος - Προς μια Ευρώπη ελεύθερη καπνίσματος: επιλογές πολιτικής σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης" (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2007). Στην οδηγία αυτή παρουσιάζονται οι υφιστάμενες έως τότε κοινοτικές διατάξεις και σκοπός της οδηγίας αυτής ήταν η προώθηση μιας ευρείας πολιτικής της ΕΕ για τη δημιουργία χώρων ελεύθερων καπνίσματος και με πεδίο εφαρμογής της πρωτοβουλίας την πλήρη απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς χώρους.

Τα κύρια νομοθετικά μέτρα που έχουν ληφθεί στη χώρα μας είναι αποτέλεσμα εναρμόνισης της ελληνικής νομοθεσίας προς τις ευρωπαϊκές οδηγίες. Το 2010 ήταν χρονιά σταθμός για τη θεσμική αντιμετώπιση του καπνίσματος καθώς θεσπίστηκε νόμος για την απαγόρευσή του σε όλους τους κλειστούς και δημόσιους χώρους (Ν.3868/2010) και ορίστηκε ως ημέρα στόχος η 1^η Σεπτεμβρίου 2010, για την έναρξη της εφαρμογής του.

Συνοψίζοντας τις νομοθετικές διατάξεις σχετικά με το κάπνισμα στην Ελλάδα,

η κατάσταση που έχει διαμορφωθεί κατά τομέα δραστηριότητας έχει ως εξής (http://www.elinyae.gr/el/category_details.jsp):

1) Απαγόρευση του καπνίσματος

- Στα μέσα μαζικής μεταφοράς, με εξαίρεση τα πλοία όπου υπάρχει ειδικός χώρος για καπνιστές.
- Σε κάθε κλειστό δημόσιο χώρο (χώροι εργασίας, δημόσιες υπηρεσίες)
- Στις υπηρεσίες υγείας.
- Στα σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και στους εσωτερικούς χώρους της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.
- Στα εστιατόρια, παμπ και μπαρ.
- Στο εσωτερικό της Βουλής.

2) Απαγόρευση της διαφήμισης προϊόντων καπνού

Πλήρης απαγόρευση της διαφήμισης υπάρχει στα ακόλουθα μέσα:

- Τηλεόραση, καλωδιακή τηλεόραση και ραδιόφωνο.
- Έμμεση τηλεοπτική διαφήμιση.
- Στους κινηματογράφους.
και επιπλέον:
- Στις διαφημιστικές εκπτώσεις στις τιμές.
- Την υπαίθρια διαφήμιση μέσω πινακίδων.
- Τη διαφήμιση μέσω τοπικών και διεθνών περιοδικών και εφημερίδων.
- Τη χορηγία εκδηλώσεων πλην τηλεοπτικών και ραδιοφωνικών εκπομπών, καθώς και τη χορηγία εκδηλώσεων με διασυννοριακό αντίκτυπο.

Δεν υπάρχει περιορισμός όσον αφορά:

- Τη διαφήμιση σε σημεία πώλησης και σε περίπτερα.
- Τη διαφήμιση μόνο σε έντυπα μέσα που απευθύνονται στους επαγγελματίες προϊόντων καπνού.

3) Περιορισμοί στην πώληση

Πλήρης απαγόρευση υπάρχει σε ό,τι αφορά:

- Την πώληση προϊόντων καπνού χωρίς άδεια.
- Την πώληση μεμονωμένων τσιγάρων εκτός συσκευασίας.
- Τη δωρεάν διανομή δειγμάτων.
- Την πληροφόρηση και αγωγή υγείας στους χώρους εργασίας.

Παρ'όλες τις παραπάνω προσπάθειες, τόσο με την εφαρμογή του Πλαισίου Σύμβασης του ΠΟΥ (WHO-FCTC) για τον έλεγχο του καπνίσματος όσο και με την ψήφιση νόμου για την απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους

(N.3868/2010), η Ελλάδα κατέχει ακόμα ένα από τα υψηλότερα ποσοστά ενήλικων χρηστών καπνού παγκοσμίως και το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών αλλά και παθητικού καπνίσματος στις χώρες της ΕΕ.

1.7.2 Σύντομη παρουσίαση πολιτικών υγείας κατά του καπνίσματος

Ο έλεγχος και η μείωση των ποσοστών των καπνιστών επιτυγχάνεται με τη συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας και με επιστημονικά τεκμηριωμένες δράσεις (evidence-based) και ολοκληρωμένες πολιτικές υγείας. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, ο ΠΟΥ είναι ο κύριος οργανισμός που καταγράφει, σχεδιάζει και καθοδηγεί τις δράσεις για το θέμα του καπνίσματος (WHO, 2008). Ο ΠΟΥ, συγκεκριμένα, εκδίδει οδηγίες για την καταπολέμηση της χρήσης του καπνού, προτρέπει τις χώρες για καταγραφή του φαινομένου και προτείνει πολιτικές αντιμετώπισής του. Επίσης, στην ιστοσελίδα του περιέχει υλικό που αφορά την παγκόσμια καταγραφή του φαινομένου, στοιχεία για καινούριες θεραπείες, νέες πολιτικές αντιμετώπισης του φαινομένου καθώς και όλα τα νέα δεδομένα και τις ενέργειες του οργανισμού πάνω στο συγκεκριμένο θέμα. Στην ίδια λογική κυμαίνονται και οι ανακοινώσεις του CDC. Το CDC έχει θεσπίσει επιπλέον ειδικό τμήμα με στόχο την καταγραφή του καπνίσματος σε εγχώρια αλλά και σε παγκόσμια κλίμακα, καθώς και τον σχεδιασμό προγραμμάτων αντιμετώπισης και πρόληψής του. Στο τμήμα αυτό δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στον περιορισμό του παθητικού καπνίσματος με τη θέσπιση χώρων όπου απαγορεύεται το κάπνισμα. Επίσης, στην ίδια ιστοσελίδα υπάρχει οπτικοακουστικό υλικό για την προώθηση της διακοπής του καπνίσματος (<http://www.cdc.gov/tobacco/index.htm>). Ακόμη, το CDC ανακοινώνει πολιτικές υγείας και αποτελέσματα νέων μελετών που ακολουθούνται όχι μόνο εντός συνόρων των ΗΠΑ αλλά και από διάφορες χώρες και οργανισμούς (CDC, 2011).

Η ανάγκη συλλογικής αντιμετώπισης της αποκαλούμενης από τον ΠΟΥ "επιδημίας του καπνίσματος", οδήγησε στη δημιουργία ερευνητικών πρωτοκόλλων και ερωτηματολογίων για τη διευκόλυνση της καταγραφής και παρακολούθησης του φαινομένου καθώς και των διακρατικών συγκρίσεων. Το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε από τον ΠΟΥ και το CDC και ονομάστηκε Global Adult Tobacco Survey (GATS). Το ερωτηματολόγιο GATS, σύμφωνα με τη μεθοδολογία του, αποτελείται από δύο βασικά ερωτηματολόγια που συνήθως χρησιμοποιούνται σε συνεντεύξεις. Το ένα ερωτηματολόγιο περιέχει ερωτήσεις σε σχέση με τη χρήση του καπνού σε νοικοκυριά όπου ο ερωτώμενος είναι ένας ανά οικογένεια. Το δεύτερο

αποτελείται από εξατομικευμένο ερωτηματολόγιο. Και τα δύο προσαρμόζονται με βάση τη χώρα όπου θα διεξαχθούν και περιέχουν ερωτήσεις για τους εξής τομείς: τον επιπολασμό της χρήσης του καπνού, την έκθεση σε παθητικό κάπνισμα, τη διακοπή του καπνίσματος, γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις σε θέματα που αφορούν το κάπνισμα, έκθεση σε μέσα μαζικής ενημέρωσης που προωθούν ή όχι το κάπνισμα και οικονομικά στοιχεία. Η μεθοδολογία αυτή καλύπτει άτομα άνω των 15 ετών (WHO, 2014g).

Αντίστοιχα ερωτηματολόγια για εφήβους και για φοιτητές σχολών υγείας έχουν αναπτυχθεί από τον ΠΟΥ και χρησιμοποιούνται παγκοσμίως. Τα ερωτηματολόγια είναι:

1. το Global Youth Tobacco Survey (GYTS) που αφορά εφήβους ηλικίας 13-15 (ΕΣΔΥ, 2013 & WHO, 2013e)
2. το Global Health Professionals Students Survey (GHPSS) που αφορά φοιτητές σχολών υγείας (WHO, 2004)

Ακόμη, ο ΠΟΥ στα πλαίσια της συνθήκης WHO-FCTC και ως υποστηρικτικό μέσον για την ολοκλήρωση των στόχων της δημιούργησε μια μέθοδο, το πακέτο "MPOWER", που περιέχει έξι πρακτικές για την εφαρμογή αντικαπνιστικών μέτρων που ακολουθούν τα άρθρα της Συνθήκης και έχουν αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα. Το πακέτο MPOWER, περιλαμβάνει τους εξής άξονες (WHO, 2013c):

- **M**onitoring tobacco use and prevention policies- (καταγραφή της χρήσης του καπνού και χρήση πολιτικών πρόληψης)
- **P**rotecting people from tobacco smoke- (προστασία από το παθητικό κάπνισμα)
- **O**ffering help to quit tobacco use- (προσφορά βοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος)
- **W**arning about the dangers of tobacco- (παρουσίαση των κινδύνων του καπνού)
- **E**nforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship- (ενίσχυση απαγόρευσης των διαφημίσεων αλλά και ό,τι σχετίζεται με την προβολή του καπνίσματος)
- **R**aising taxes on tobacco- (αύξηση της φορολογίας στα προϊόντα καπνού)

Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων της Συνθήκης WHO-FCTC και της μεθοδολογίας του MPOWER πραγματοποιήθηκε από τον ΠΟΥ το έτος 2014. Τα στοιχεία έδειξαν ότι από την αρχή εφαρμογής του προγράμματος μέχρι τη μέρα καταγραφής, οι περισσότερες χώρες της Ευρώπης έχουν επικυρώσει τη Συνθήκη WHO-FCTC. Το πιο αποτελεσματικό μέτρο που προτάθηκε από τη μεθοδολογία MPOWER και έχει υιοθετηθεί από τις 25 από τις 53 συμμετέχοντες χώρες, είναι η αύξηση της φορολογίας στα προϊόντα καπνού. Στους υπόλοιπους τομείς της παραπάνω μεθοδολογίας σημειώθηκε μικρή πρόοδος (WHO, 2014e).

Στην Ελλάδα οι πολιτικές για τη μείωση της επίπτωσης του καπνίσματος περιλαμβάνουν, σύμφωνα με το *Εθνικό σχέδιο δράσης για το κάπνισμα 2008-2012* του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, τους εξής άξονες (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008):

Άξονας 1ος: Πρόληψη

1. Ίδρυση Εθνικού Φορέα Πρόληψης του Καπνίσματος
2. Ενίσχυση της προειδοποιητικής σήμανσης επικινδυνότητας
3. Περιορισμός της πρόσβασης των νέων στα προϊόντα καπνού
4. Επέκταση της απαγόρευσης καπνίσματος σε δημόσιους χώρους και βελτίωση της εποπτείας εφαρμογής
5. Ίδρυση Εθνικού Δικτύου Πρόληψης
6. Εκστρατεία ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού για το κάπνισμα
7. Αγωγή υγείας στα σχολεία και την Τριτοβάθμια εκπαίδευση
8. Δημιουργία προγράμματος τηλεσυμβουλευτικής «Quit line 1031»
9. Δημιουργία Εθνικού Δικτυακού τόπου για τις εξαρτήσεις
10. Συμμετοχή στο Διεθνές Πρόγραμμα "Quit and Win", «Κερδίζω Κόβοντας το Κάπνισμα»

Άξονας 2ος: Θεραπεία

1. Δημιουργία Αντικαπνιστικών Ιατρείων στο Ε.Σ.Υ
2. Προώθηση της παροχής φαρμακευτικής θεραπείας απεξάρτησης
3. Ένταξη των ιδιωτικών αντικαπνιστικών ιατρείων στους φορείς παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Άξονας 3ος: Συντονισμός, Διατομεακή Συνεργασία και Κοινωνική Συμμετοχή

1. Ενίσχυση της διατομεακής συνεργασίας κατά του καπνίσματος
2. Ενίσχυση της κοινωνικής συμμετοχής και αλλαγή κοινωνικών προτύπων και συμπεριφορών σχετικά με το κάπνισμα

Άξονας 4ος: Έρευνα-Τεκμηρίωση-Εκπαίδευση

1. Δημιουργία Υγειονομικού Χάρτη
2. Εκπαίδευση στελεχών υγείας στις μεθόδους διακοπής καπνίσματος
3. Εκπαίδευση στελεχών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης

Το παραπάνω σχέδιο δράσης και μετά το πέρας του χρονοδιαγράμματός του, δεν έχει αξιολογηθεί ως προς την αποτελεσματικότητά του από κάποιον επίσημο ελληνικό φορέα. Ωστόσο η έκθεση αξιολόγησης για τον βαθμό εφαρμογής της Συνθήκης WHO-FCTC του 2013, προσφέρει πληροφορίες για την επίτευξη των παραπάνω στόχων στην Ελλάδα .

Σύμφωνα με την παραπάνω έκθεση και βάση του πακέτου MPOWER, σημειώθηκαν:

- ✓ Μείωση της επίπτωσης της κατανάλωσης καπνού. (**M**onitor tobacco use and prevention policies)
- ✓ Θέσπιση νόμου για απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς χώρους. (**P**rotect people from tobacco smoke)
- ✓ Μερική λειτουργία Αντικαπνιστικών ιατρείων σε νοσηλευτικά ιδρύματα και ιδιωτικά ιατρεία. (**O**ffer help to quit smoking)
- ✓ Έγκριση και κυκλοφορία φαρμάκων για διακοπή του καπνίσματος και απεξάρτησης, τα σκευάσματα νικοτίνης δεν καλύπτονται από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. (**O**ffer help to quit smoking)
- ✓ Θέσπιση προειδοποιητικής σήμανσης επικινδυνότητας στις συσκευασίες καπνού, ωστόσο δεν αναγράφεται στο πάνω μέρος της συσκευασίας και δεν είναι υποχρεωτική η παρουσίαση φωτογραφικού υλικού. Ακόμη, δεν είναι θεσμικά κατοχυρωμένη η υποχρέωση να αναγράφεται στο πακέτο αριθμός που προσφέρει βοήθεια για διακοπή του καπνίσματος. Δεν υπάρχουν στοιχεία για την αποτελεσματικότητα αντικαπνιστικών εκστρατειών ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού για το κάπνισμα. (**W**arn about the dangers of tobacco)
- ✓ Απαγόρευση της διαφήμισης καπνικών προϊόντων, εκτός από την εμφάνιση της χρήσης τσιγάρου σε κινηματογραφικές ταινίες. (**E**nforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship)
- ✓ Σταθερή αύξηση της φορολογίας σε καπνικά προϊόντα, εκτός των πούρων. (**R**aise taxes on tobacco)

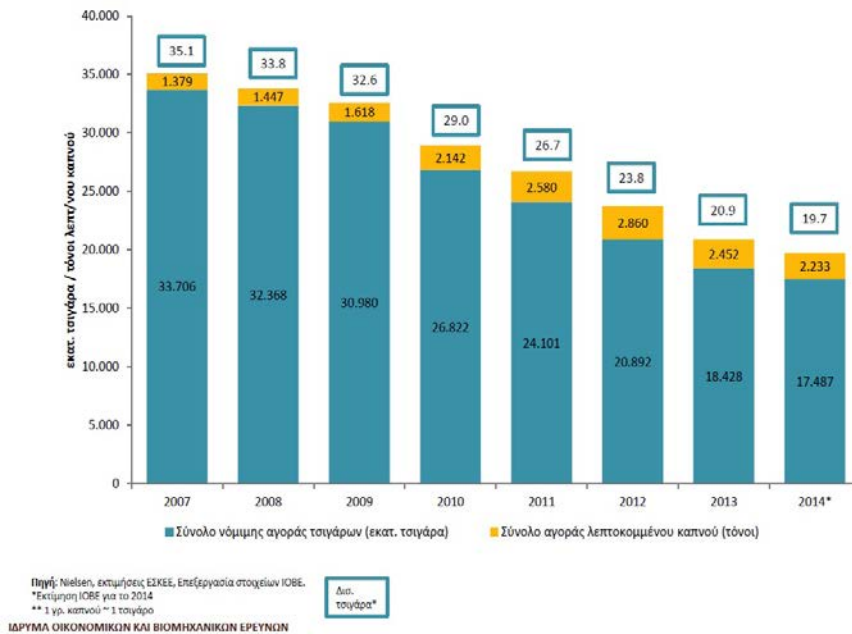
Από μεταγενέστερα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για το 2014 και καλύπτοντας κάποια από τα κενά στους παραπάνω

άξονες, θεσπίστηκε η δημιουργία διαδικτυακού ιστότοπου που αφορά το κάπνισμα. Ο ιστότοπος αυτός προσφέρει ενημέρωση για τη διακοπή του καπνίσματος, παρουσιάζει το δίκτυο εθελοντών για την ενίσχυση της διακοπής του καπνίσματος και παρέχει πρόσβαση σε πρόγραμμα καταγγελίας περιστατικών καταπάτησης της αντικαπνιστικής νομοθεσίας. Επιπλέον, το Υπουργείο θέσπισε γραμμή βοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος: 1142. Στον τομέα της πληροφόρησης του γενικού πληθυσμού, τα τελευταία χρόνια έχουν υπάρξει κάποιες αποσπασματικές προσπάθειες από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς και έχει θεσπιστεί η συμμετοχή της Ελλάδας στην Παγκόσμια Ημέρα κατά του καπνίσματος (31 Μαΐου). Ακόμη, στα στοιχεία του Υπουργείου αναφέρονται κάποιες εκστρατείες ενημέρωσης στην πρωτοβάθμια και στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2014α, β, γ).

Σχετικά με το μέτρο της αύξησης της φορολογίας σε καπνικά προϊόντα, ενώ αποδεικνύεται παγκοσμίως ως το πλέον αποτελεσματικό μέτρο για τη μείωση της επίπτωσης του καπνίσματος και ταυτόχρονα αύξησης των εσόδων του κράτους, στην Ελλάδα παρουσιάστηκε να μεν μείωση της αγοράς των καπνικών προϊόντων (Γράφημα 2) αλλά και ταυτόχρονη αύξηση της παράνομης διακίνησης των προϊόντων αυτών. Σύμφωνα με στοιχεία του Ιδρύματος Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) που παρουσιάστηκαν το 2014, στην Ελλάδα παρουσιάζεται έξαρση διακίνησης παράνομων καπνικών προϊόντων κατά τα έτη 2010-2014, με ιδιαίτερα ανησυχητικές επιπτώσεις για την υγεία των καπνιστών που τα καταναλώνουν και τη δημόσια υγεία (IOBE, 2014).

ΓΡΑΦΗΜΑ 2: Αγορά καπνικών προϊόντων στην Ελλάδα για τα έτη 2007-2014

Η αγορά καπνικών προϊόντων ακολουθεί συνεχή πτωτική πορεία (-36% την περίοδο 2009/2013)



Πηγή: IOBE (2014)

Όσον αφορά τις πολιτικές για την παροχή βοήθειας στη διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να αναφέρουμε ξεχωριστά την προσπάθεια που καταβάλλεται στην κατεύθυνση αυτή από τα Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα. Τα ιατρεία αυτά λειτουργούν στην Ελλάδα από το 2002 σε δημόσια νοσοκομεία, σε κάποια κέντρα υγείας και δημοτικά ιατρεία καθώς και σε ιδιωτικά διαγνωστικά και θεραπευτικά ιδρύματα, τα *Εξωτερικά Ιατρεία Διακοπής του Καπνίσματος* (Κουτίνου, 2013). Στα ιατρεία αυτά παρέχεται δωρεάν και, κατόπιν ραντεβού, βοήθεια για τη διακοπή του καπνίσματος. Απαραίτητο στοιχείο για την έκβαση της θεραπείας είναι η εθελοντική συμμετοχή του χρήστη στις υπηρεσίες αυτές. Βάσει των στοιχείων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το δίκτυο των ιατρείων αυτών καλύπτει όλη την Ελλάδα. Για την ενίσχυση του θεσμού αυτού το Υπουργείο προχώρησε τον Μάιο του 2014 στη δημιουργία του Εθνικού Δικτύου Εθελοντών για την Υποστήριξη Διακοπής του Καπνίσματος. Στον αγώνα κατά του καπνίσματος δήλωσαν συμμετοχή 500 εθελοντές γιατροί και φαρμακοποιοί, οι οποίοι διαθέτουν δωρεάν τις γνώσεις τους και μέρος του χρόνου τους σε όσους ζητούν βοήθεια για να διακόψουν το κάπνισμα. Το Δίκτυο Εθελοντών λειτουργεί υποστηρικτικά και συμπληρωματικά με τα 50 Δημόσια Ιατρεία Διακοπής του Καπνίσματος που διαθέτουν 1.100 άτομα εξειδικευμένο προσωπικό. Ακόμη

λειτουργεί ειδική γραμμή με τετραψήφιο αριθμό για την όσο πιο άμεση παρέμβαση σε αιτούντες βοήθεια εξαρτημένους από τον καπνό καθώς και στην όλο και πιο προσιτή πρόσβαση σε υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2014β).

Συμπερασματικά, κρίνεται αναγκαίο ο έλεγχος του καπνίσματος να παραμείνει προτεραιότητα των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα με αφετηρία την επανεξέταση και επικαιροποίηση του προηγούμενου σχεδίου δράσης με νέα στοιχεία και δεδομένα ως μέρος της εθνικής στρατηγικής, όπως άλλωστε υπαγορεύεται από τη συνθήκη WHO-FCTC. Με αφετηρία τη βάση αυτή θα πρέπει να ενισχυθεί ο έλεγχος της εφαρμογής των κλειστών δημόσιων χώρων ως χώρων απαγόρευσης του καπνίσματος, η ενημέρωση του κοινού με στοχευμένες και ολοκληρωμένες εκστρατείες πληροφόρησης και ίσως και τα προειδοποιητικά μηνύματα στις συσκευασίες των καπνικών προϊόντων. Παραδείγματα στην κατεύθυνση αυτή μπορούν να ληφθούν από πολιτικές υγείας που έχουν εφαρμοστεί σε άλλες χώρες και κρίθηκαν αποτελεσματικές, όπως η Τουρκία και η Αυστραλία (WHO, 2013d). Συγκεκριμένα, στην Τουρκία από το 2012 εφαρμόστηκαν οι φωτογραφικές απεικονίσεις των βλαβερών συνεπειών του καπνίσματος στις συσκευασίες των καπνικών προϊόντων και η αφαίρεση του χαρακτηρισμού "ελαφριά" τσιγάρα. Τα μέτρα αυτά εκτιμήθηκαν ως αποτελεσματικά, καθώς σε συνδυασμό με την περαιτέρω αύξηση της φορολογίας των καπνικών προϊόντων, συνέβαλαν στη μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος κατά 13%. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα για την Αυστραλία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Αλκοόλ

2.1 Αλκοόλ-Σύντομη ιστορική Αναδρομή

Το *αλκοόλ* ή αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη είναι μια οργανική χημική ένωση και παραπροϊόν της μεταβολικής διεργασίας της ζύμωσης. Η επίσημη ονομασία της είναι αιθανόλη. Η ζύμωση της γλυκόζης σε αιθανόλη είναι μια από τις πρώτες γνωστές χημικές αντιδράσεις που ανακάλυψε η ανθρωπότητα. Τα μεθυστικά αποτελέσματα της κατανάλωσης της αιθανόλης είναι γνωστά από την αρχαιότητα καθώς απορροφάται ταχέως από το στομάχι απ'όπου και διανέμεται γρήγορα στην κυκλοφορία του αίματος. Το 90-95% διασπάται στο ήπαρ, ενώ το υπόλοιπο αποβάλλεται από τους πνεύμονες, τα ούρα και το δέρμα. Στη σύγχρονη εποχή, η αιθανόλη που παράγεται για βιομηχανική χρήση παράγεται επίσης και από το αιθέριο.

Αν και δεν έχει προσδιοριστεί ποια ακριβώς ιστορική περίοδο ξεκίνησε η παρασκευή και χρήση του αλκοόλ, γνωρίζουμε ότι από τους πρώτους κίβλους πολιτισμούς η παραγωγή και η πώληση ποτών που περιέχουν ήταν καταγεγραμμένες διαδικασίες και η διακίνησή της ρυθμιζόνταν με νόμους. Για παράδειγμα, ο κώδικας του Χαμουραμί περιείχε διατάξεις που ρύθμιζαν τον κανονισμό λειτουργίας των καπηλειών της εποχής εκείνης. Τα παλαιότερα στοιχεία που αναφέρονται στο αλκοόλ και στη μέθοδο απόσταξης του χρονολογούνται στο 800 π.Χ. και βρέθηκαν στην Κίνα. Αφορούν κείμενα που περιγράφουν τη διαδικασία παρασκευής ποτών από μύρα ρυζιού. Στην Ευρώπη τα πρώτα κείμενα για τα απεσταγμένα ποτά εμφανίζονται τον 1ο αιώνα μ.Χ. Τα ποτά αυτά διαδόθηκαν ιδιαίτερα την εποχή του Μεσαίωνα και σε πολλές χώρες αντικαθιστούσαν το νερό καθώς η έλλειψη αποχετευτικών συστημάτων το μετέτρεπε σε μολυσματικό στοιχείο (Μαρσέλος 2005).

Η λέξη οινόπνευμα περιέχει μια μυστικιστική ετυμολογία μέσα του, καθώς σημαίνει το "πνεύμα" του οίνου. Ο όρος αλκοόλ προέρχεται από την αραβική λέξη "al kohl", που σημαίνει "ουσία" (Μαρσέλος, 2005). Στους πρώτους γεωργικούς πολιτισμούς το αλκοόλ χρησιμοποιείτο και σε σπονδές στις διάφορες θρησκευτικές τελετουργίες ως ένα από τα πολυτιμότερα αγαθά. Οι κάτοικοι της Μεσοποταμίας και της Αιγύπτου χρησιμοποιούσαν αλκοόλ σχεδόν κάθε βράδυ, ως μέσο ανακούφισης και δροσιάς μετά από μια κουραστική μέρα. Στην Αρχαία Αίγυπτο υπήρχαν καπηλειά

όπου ελεύθεροι και δούλοι σύχναζαν για να χαλαρώσουν και να διασκεδάσουν. Στην Αρχαία Ελλάδα χαρακτηριστικό πλαίσιο οινοποσίας ήταν το Συμπόσιο, δηλαδή η οινοποσία που ακολουθούσε ένα κοινό γεύμα (Ζουράρις, 1991). Επίσης, αξίζει να σημειωθεί και η χρήση του στην ιατρική. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι Σουμέριοι και οι Αιγύπτιοι χρησιμοποιούσαν τη μύρα και το κρασί ως συστατικό στοιχείο των ιατρικών συνταγών (Μαρσέλος, 2005).

Στη σύγχρονη εποχή η κατανάλωση του αλκοόλ με τη μορφή κρασιού, μύρας ή οινοπνευματωδών ποτών υψηλής περιεκτικότητας θεωρείται κοινωνικά αποδεκτό φαινόμενο. Έχει επίσης ποικίλες χρήσεις ως διαλύτης. Συνήθως συναντάται σε εφαρμογές τόσο της καθημερινής ζωής (π.χ. σε μαρκαδόρους οινοπνεύματος, κόλλες κτλ.) όσο και της βιομηχανίας. Ευρύτατη είναι και η χρήση του στην ιατρική ως απολυμαντικό και για την παρασκευή οινοπνευματωδών ποτών (Ποταμιάνος, 2005).

2.2 Εξάρτηση από το αλκοόλ- Διαγνωστικά εργαλεία

Το αλκοόλ θεωρείται ισχυρά εξαρτησιογόνος ουσία, ιδίως όταν καταναλώνεται για μεγάλη χρονική περίοδο και σε μεγάλες ποσότητες. Τα άτομα που καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά έχουν κατηγοριοποιηθεί σε τέσσερις τύπους (Μαδιανός, 2006):

- στους κοινωνικούς πότες.
- στους επεισοδιακά υπερβολικούς πότες.
- στους προοδευτικά υπερβολικούς πότες.
- στους χρόνιους αλκοολικούς.

Η χρήση του αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές που, σύμφωνα με την APA, περιλαμβάνουν δύο καταστάσεις:

α) Την κατάχρηση του αλκοόλ: ανάγκη καθημερινής χρήσης αλκοόλ από το άτομο για την επαρκή λειτουργία του η οποία συμβάλλει στην έκπτωση των καθημερινών λειτουργιών του ατόμου.

β) Την εξάρτηση από το αλκοόλ: που χαρακτηρίζεται από παθολογικού τύπου χρήση του αλκοόλ, στην έκπτωση των κοινωνικών και επαγγελματικών λειτουργιών του ατόμου και στην εμφάνιση στερητικού συνδρόμου σε περίπτωση έλλειψης αλκοόλ.

Ο όρος *αλκοολισμός* περιγράφει μια χρόνια διαταραχή της συμπεριφοράς του ατόμου με επαναλαμβανόμενη χρήση οινοπνευματωδών ποτών σε ασυμβατότητα με

τις ποσότητες που ορίζουν οι διαιτητικές συνήθειες και τα κοινωνικά πρότυπα, που επιφέρουν δυσάρεστα αποτελέσματα στην υγεία και τη λειτουργικότητα του χρήστη. Η κατάχρηση αυτή προκαλεί βλάβες στον οργανισμό του ατόμου σε επίπεδο υγείας, εργασίας και κοινωνικής συναναστροφής, ανεξάρτητα από το κατά πόσον έχει αναπτυχθεί σωματική εξάρτηση από το αλκοόλ ή όχι (Ποταμιάνος, 2005 & Μαδιανός 2006). Ο αλκοολισμός θεωρείται νόσος και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ανάλογα. Άλλη μια ιατρική ορολογία που σχετίζεται με την κατανάλωση του αλκοόλ είναι η *αλκοολική μέθη ή τοξίκωση*. Ως μέθη ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία υπάρχει συγκέντρωση της ουσίας στην κυκλοφορία του αίματος του ατόμου πάνω από το ανεκτό όριο για τον οργανισμό του. Η κατάσταση αυτή προκαλεί τόσο διαταραχές στη συμπεριφορά (άρση αναστολών, ευφορία, μείωση της προσοχής, επιθετικότητα), νευρολογικές διαταραχές (δυσαρθρία, αταξία, αστάθεια) και σωματικές διαταραχές (ταχυκαρδία, υπέρταση, εξέρυθρο πρόσωπο). Η μέθη διαχωρίζεται σε δύο μορφές, την οξεία και τη χρόνια μέθη. Στην οξεία μέθη, ανάλογα με την ποσότητα του οινοπνεύματος που έχει καταναλωθεί και την κατάσταση του ατόμου (βαθμό πληρώσεως στομάχου, ιδιοσυγκρασία, φύλο κ.τ.λ.) εμφανίζονται διαταραχές συνειδήσεως, αναστολή φραγμών, μειωμένη αντίληψη έως κόμα και θάνατος. Στη χρόνια μέθη έχουμε καθημερινή χρήση μεγάλης ποσότητας αιθανόλης με επιπτώσεις στην υγεία και την κοινωνική συμπεριφορά (Μαρσέλος, 2005).

Ο δείκτης που χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό της ποσότητας της αλκοόλης που βρίσκεται στην κυκλοφορία του αίματος είναι η Περιεκτικότητα Αλκοόλ στο αίμα (Blood Alcohol Concentration-BAC ή ΠΑ). Ο δείκτης εκπνεόμενου αέρα (BrAC) χρησιμοποιείται από την αστυνομία στις τακτικές μετρήσεις νηφαλιότητας που διεξάγει αλλά και από μελετητές. Για παράδειγμα, τιμή BAC 0.05% σημαίνει ότι ένα άτομο έχει συγκέντρωση 0,05 gr. αλκοόλ ανά 100ml αίματος ή αλλιώς επίπεδα της τάξης των 5mg/dl (Μαδιανός, 2006). Ανάλογα με τα επίπεδα της τιμής αυτής, παρουσιάζονται οι επιπτώσεις στην υγεία και τη συμπεριφορά του ατόμου. Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι επιπτώσεις στη συμπεριφορά ανάλογα με τα επίπεδα αλκοόλ στο αίμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Επίπεδα αλκοόλης στο αίμα και επιπτώσεις

Επίπεδα (mg/dl)	Επιπτώσεις στη λειτουργία του οργανισμού και της κοινωνικής συμπεριφοράς
20-30	Μείωση κινητικότητας και ικανότητας σκέψης
30-80	Αύξηση προβλημάτων κινητικότητας/γνωσιακών μηχανισμών
80-200	Απουσία συντονισμού και κρίσης/ ευμεταβλητότητα συναισθήματος
200-300	Νυσταγμός, έντονη δυσαρθρία
>300	Έκπτωση ζωτικών λειτουργιών, θάνατος

Πηγή: Μαδιανός Μ., Κλινική Ψυχιατρική (2006)

Η κατανάλωση αλκοόλ έχει κατηγοριοποιηθεί ως εξής (<http://www.cdc.gov/alcohol/faqs.htm>):

- *Επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ*: το επίπεδο ή ο τρόπος κατανάλωσης που είναι πιθανόν να οδηγήσει σε βλάβη εάν οι συνήθειες κατανάλωσης επιμείνουν. Η ποσότητα αφορά τη μέση ημερήσια κατανάλωση 20-40 gr αλκοόλης για τις γυναίκες και 40-60 gr για τους άνδρες.
- *Επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ*: η μορφή κατανάλωσης που σχετίζεται με πρόκληση βλάβης στην υγεία είτε οργανική είτε ψυχική και προϋποθέτει τη μέση κατανάλωση άνω των 40 gr αλκοόλης ημερησίως στις γυναίκες και άνω των 60 gr για τους άνδρες.
- *Βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ (BINGE DRINKING)*: Ο όρος αυτός εμπεριέχει εκτός από τη βαριά κατανάλωση, την έννοια του σε μία μόνη περίπτωση. Αφορά την κατανάλωση 60 gr αλκοόλης σε μία μόνο περίπτωση το λιγότερο.

Ο ΠΟΥ έχει κατατάξει το αλκοόλ στις ψυχοδραστικές ή ψυχοτρόπες ουσίες και τις διαταραχές που προκαλεί η χρήση του σε ειδική κατηγορία που ονομάζεται: *Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς από τη χρήση αλκοόλ*. Η κατηγορία αυτή φέρει κωδικό F10 και αποτελεί ομάδα της κατηγορίας νοσημάτων: *Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς που οφείλονται στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών*, με κωδικούς F10-F19. Τα περιεχόμενα της ομάδας F10 αποτελούνται και αυτά, όπως και στην περίπτωση του καπνού, από 10 υποομάδες (F10.0-F10.9). Οι κωδικοί F10.2 και F10.3 αντιστοιχούν στο *Σύνδρομο Εξάρτησης από το αλκοόλ* και στο *Σύνδρομο στέρησης από αλκοόλ*. Στον Πίνακα 5 αναφέρονται οι υποομάδες της κατηγορίας F10 (WHO, 2015a).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κατηγορία ICD-10: F10, Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς από χρήση αλκοόλ, Περιεχόμενα ομάδας.

<u>F10.0</u>	Τοξίκωση: Το σύνολο εκδηλώσεων που συνδέονται με πρόσφατη λήψη του αλκοόλ. Εξαρτάται από τη δοσολογία, τις συνθήκες χρήσης, την ιδιοσυγκρασία του χρήστη.
<u>F10.1</u>	Επιβλαβής χρήση: Τρόπος χρήσης του αλκοόλ που προκαλεί βλάβη σωματικής ή ψυχικής υγείας. Δεν περιλαμβάνει την κοινωνική λειτουργικότητα, την παραβατικότητα ή τη χρήση ουσιών σε καταστάσεις στις οποίες είναι σωματικά επικίνδυνες (π.χ. οδήγηση αυτοκινήτου ή χειρισμός μηχανών υπό την επήρεια της ουσίας).
<u>F10.2</u>	Σύνδρομο εξάρτησης: Φάσμα φυσιολογικών, νοητικών και συμπεριφορικών εκδηλώσεων που αφορούν την ακατανίκητη επιθυμία για εξεύρεση και χρήση του αλκοόλ αλλά και ότι η χρήση αυτού αποκτά πολύ μεγαλύτερη σημασία από άλλες σημαντικές δραστηριότητες του ατόμου.
<u>F10.3</u>	Σύνδρομο στέρησης: Εκδηλώνεται με ένα σύνολο συμπτωμάτων (τρόμος, ναυτία, εμετός, κεφαλαλγία κ.τ.λ.) εάν δεν γίνει λήψη αλκοόλ.
<u>F10.4</u>	Σύνδρομο στέρησης με παραλήρημα
<u>F10.5</u>	Ψυχωσική διαταραχή
<u>F10.6</u>	Αμνησιακό σύνδρομο(Σύνδρομο Korsakoff): το σύνδρομο αυτό μπορεί να σχετίζεται με απώλεια πρόσφατης αλλά και μακράς μνήμης.
<u>F10.7</u>	Υπολειμματική και οψίμου ενάρξεως ψυχωσική διαταραχή
<u>F10.8</u>	Άλλες ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς
<u>F10.9</u>	Διάφορες ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς: Αλλαγή προσωπικότητας, συμπεριφοράς και περιορισμός κοινωνικών και επαγγελματικών δραστηριοτήτων που οφείλονται στη λήψη αλκοόλ.

Πηγή: WHO (2015)

Εκτός από την κατάταξη του ΠΟΥ, η εξάρτηση από το αλκοόλ περιγράφεται, όπως και στην περίπτωση της νικοτίνης που αναλύθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, και στο DSM-IV-TR της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (APA, 2000). Σύμφωνα με την αναθεώρηση αυτή η συνεχιζόμενη χρήση αλκοόλ οδηγεί στη *Διαταραχή Αλκοολικής εξάρτησης*, με κωδικό ασθένειας 305.00, και η απότομη διακοπή του οδηγεί σε εμφάνιση έντονων συμπτωμάτων στέρησης μέσα στο πρώτο 24ωρο, που ανήκουν στη *Διαταραχή Αλκοολικής Στέρησης ή Σύνδρομο απόσυρσης*, με κωδικό 291.81. Αναλυτικά, τα διαγνωστικά κριτήρια των κατηγοριών αυτών παρουσιάζονται στους Πίνακες 5,6.Επομένως, τα διαγνωστικά κριτήρια της

εξάρτησης και κατάχρησης αλκοόλ είναι παρόμοια με αυτά που ισχύουν για τις υπόλοιπες ψυχοτρόπες ουσίες. Στη διάγνωση μπορούν ακόμη να ληφθούν υπόψη και εργαστηριακές εξετάσεις του χρήστη. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα παραπάνω σημεία χαρακτηρίζουν την τυπική μορφή της εξάρτησης από το αλκοόλ, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι κάποιος πρέπει να παρουσιάζει αποκλειστικά αυτά προκειμένου να θεωρηθεί αλκοολικός (APA, 2013).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Διαγνωστικά κριτήρια της Διαταραχής Αλκοολικής Στέρησης, κατά DSM-IV-TR

Διαγνωστικά κριτήρια της Διαταραχής Αλκοολικής Στέρησης, κωδικός 291.81	
A. Καθημερινή χρήση του αλκοόλ για τουλάχιστον αρκετές εβδομάδες.	
B. Απότομη διακοπή της χρήσης αλκοόλ ή ελάττωση της ποσότητας της χρησιμοποιούμενης δόσης που ακολουθείται μέσα σε μια μέρα από τέσσερα ή και περισσότερα από τα παρακάτω σημεία:	
1) δυσφορική ή καταθλιπτική διάθεση	2) αϋπνία
3) ευερεθιστότητα, εκνευρισμό ή θυμό	4) άγχος
5) δυσκολία στη συγκέντρωση	6) ανησυχία
7) επιβράδυνση του καρδιακού ρυθμού	
8) αυξημένη όρεξη ή αύξηση σωματικού βάρους	
Γ. Τα συμπτώματα στο κριτήριο B προκαλούν σημαντική έκπτωση στους διάφορους τομείς λειτουργικότητας του ατόμου.	
Δ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε κάποια γενική ιατρική κατάσταση και δεν ταιριάζουν καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή.	

Πηγή: APA (2000)

Για τον προσδιορισμό του βαθμού εξάρτησης από το αλκοόλ έχουν αναπτυχθεί στη διεθνή βιβλιογραφία ερωτηματολόγια, κυρίως αυτοαναφοράς και συνέντευξης, που προσδιορίζουν τον βαθμό εξάρτησης του ατόμου από το αλκοόλ (Jones, 2010). Τα ερωτηματολόγια είναι εξειδικευμένα εργαλεία διάγνωσης και χρησιμοποιούνται σε επιδημιολογικές μελέτες για τον υπολογισμό του επιπολασμού της χρήσης του αλκοόλ αλλά και σε άτομα που δεν εμφανίζουν ακραία συμπτώματα εξάρτησης. Ένα από τα πιο διαδεδομένα και σταθμισμένα στον ελληνικό πληθυσμό ερωτηματολόγιο είναι το Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις που η κάθε μια βαθμολογείται από 0 έως 4. Από το σύνολο των 10 ερωτήσεων, τρεις αφορούν στη χρήση του αλκοόλ, τέσσερεις στην εξάρτηση και τρεις στα προβλήματα που προκαλούνται από τη χρήση

του αλκοόλ. Συνολική βαθμολογία ≥ 8 αποτελεί ένδειξη για πρόβλημα κατάχρησης αλκοόλ, ενώ βαθμολογία μεγαλύτερη του 15 υποδηλώνει εξάρτηση, σύμφωνα με τις οδηγίες των κατασκευαστών του. Η κλίμακα του AUDIT έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό (Μουσσάς και συν., 2010). Μια συντομευμένη εκδοχή του AUDIT, το AUDIT-C έχει αναπτυχθεί για την καταγραφή της επιβλαβούς χρήσης. Το ερωτηματολόγιο αυτό περιέχει 3 ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση του αλκοόλ (Bush *et al.*, 1998).

Άλλα σταθμισμένα ερωτηματολόγια που βοηθούν στη διάγνωση της κατάχρησης και εξάρτησης από αλκοόλ, είναι το FAST (Fast Alcohol Screening Test) που αποτελείται από 4 ερωτήσεις του AUDIT και χρησιμοποιείται σε τμήματα επειγόντων περιστατικών (Hodgson *et al.*, 2002), το ερωτηματολόγιο ASI (Addiction Severity Index- Δείκτης Σοβαρότητας της Εξάρτησης) που είναι ένα ερωτηματολόγιο- οδηγός συνέντευξης, που καλύπτει τους εξής έξι τομείς: Ιατρικό Ιστορικό, Απασχόληση-Υποστηρικτικό Περιβάλλον, Χρήση αλκοόλ ή κάποιας άλλης ουσίας, Νομική-Δικαστική Κατάσταση, Οικογενειακές Σχέσεις και Ιστορικό και Παρούσα Ψυχική Κατάσταση. Όπως φαίνεται και από το εύρος των ερωτήσεων του, περιέχει όλους τους τομείς που ενδέχεται να συνδέονται με την κατάχρηση του αλκοόλ. Το ερωτηματολόγιο όμως αυτό χρειάζεται την κατάλληλη εκπαίδευση του ατόμου που πραγματοποιεί τη συνέντευξη (Denis *et al.*, 2013). Στην Ελλάδα, το ερωτηματολόγιο ASI χρησιμοποιείται από το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) και τη Μονάδα Απεξάρτησης "18 Άνω" του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής "Δαφνή", με την προσαρμοσμένη μορφή του για την Ελλάδα (EuroASI). Το ερωτηματολόγιο αυτό εφαρμόζεται στις συνεδρίες παρακολούθησης για την έκβαση της πορείας των ασθενών τους σε διάστημα 12 και 24 μηνών από την έναξή τους στα προγράμματα απεξάρτησης από το αλκοόλ (ΚΕΘΕΑ, 2015).

Μια άλλη διαγνωστική μέθοδος, πιο σύντομη από το ASI, είναι το ερωτηματολόγιο CRAFFT (Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble). Σχεδιάστηκε σε μια προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα πιο σύντομο ερωτηματολόγιο που να αφορά τη χρήση ουσιών συμπεριλαμβανομένου και του αλκοόλ (Knight *et al.*, 1999). Η χρήση του ερωτηματολογίου είναι διαδεδομένη και έχει ελεγχθεί για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του (Dhalla *et al.*, 2011). Έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε διάφορες χώρες. Επίσης, το 2014 ελέγχθηκε η αξιοπιστία και η εγκυρότητά του και σε σχέση με το DSM-V, την 5^η αναθεωρημένη έκδοση του

Διαγνωστικού Στατιστικού Εγχειριδίου της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (Mitchell *et al.*, 2014).

2.3 Επιδημιολογικά Στοιχεία

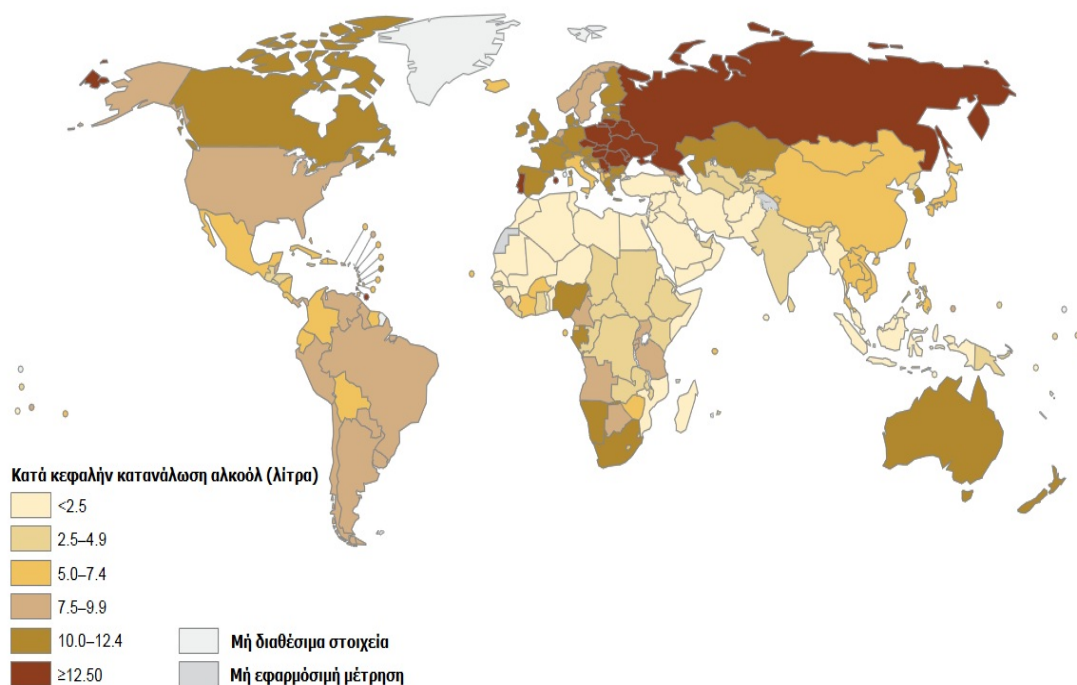
Η επιβλαβής χρήση του αλκοόλ έχει σοβαρές συνέπειες στη δημόσια υγεία και επιπτώσεις σε επίπεδο ατομικό, κοινωνικό και οικονομικό. Έχει συσχετιστεί με επιπτώσεις στην υγεία και την κοινωνικοποίηση του ατόμου, με προβλήματα στην οικογενειακή συνοχή, με περιπτώσεις οικογενειακής βίας, με μειωμένη παραγωγικότητα, με ατυχήματα και με βίαιες συμπεριφορές. Η επιβλαβής χρήση του αλκοόλ εκτιμάται ότι οδηγεί σε πάνω από 200 ασθένειες και νοσολογικές καταστάσεις καθώς και τραυματισμούς. Οι επιπτώσεις στην υγεία που εμφανίζουν τη μεγαλύτερη συχνότητα είναι η κίρρωση του ήπατος, η παγκρεατίτιδα και κάποιες μορφές καρκίνου, με τους τραυματισμούς από ατυχήματα και επεισόδια βίας να έπονται (WHO, 2011a).

Σύμφωνα με την έκθεση του 2014 του ΠΟΥ για την παγκόσμια κατάσταση της κατανάλωσης αλκοόλ και της υγείας (Global status report on alcohol and health), υπολογίζεται ότι παγκοσμίως συμβαίνουν 3.3 εκατομμύρια θάνατοι που σχετίζονται με την κατανάλωση του αλκοόλ ετησίως (WHO, 2014e). Το νούμερο αυτό αντιπροσωπεύει το 5,9 % του συνόλου των θανάτων ετησίως, με ποσοστό 7.6% για τους άνδρες και 4.0% για τις γυναίκες. Η διαφορά αυτή ανάμεσα στα φύλα αποτελεί μια ένδειξη ότι οι άνδρες και οι γυναίκες ακολουθούν διαφορετικά μοτίβα κατανάλωσης, με τους άνδρες να υπερέχουν στις περιπτώσεις εμφάνισης εξάρτησης από το αλκοόλ, αλλά και στις ποσότητες κατανάλωσης, με ολική ετήσια κατανάλωση ανά άτομο (Total per capita (15+ years) consumption) 21,2 l στους άνδρες και 8,9 l στις γυναίκες.

Κατά μέσο όρο η ετήσια κατανάλωση κατ'άτομο ανέρχεται σε 6.2 l, που σημαίνει 13.5 gr.αλκοόλης ανά ημέρα. Διαφορές παρουσιάζονται όμως στην κατανάλωση του αλκοόλ στις διάφορες περιφέρειες του ΠΟΥ. Έτσι, όπως φαίνεται και στην *Εικόνα 6*, η μεγαλύτερη κατανάλωση έχει καταγραφεί σε αναπτυγμένες χώρες και μάλιστα στην Ευρωπαϊκή και Αμερικανική Περιφέρεια του ΠΟΥ. Η Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ κατέχει την πρώτη θέση στην κατανάλωση αλκοόλ, με ποσοστό 25,7% της ολικής κατανάλωσης αλκοόλ παγκοσμίως. Κατέχει επίσης την πρώτη θέση στον επιπολασμό των διαταραχών που προκαλεί το αλκοόλ καθώς και στους θανάτους που σχετίζονται με αυτό. Οι διαφορές αυτές οφείλονται σε μια

πληθώρα παραγόντων, που περιλαμβάνουν κοινωνικοοικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες καθώς και τον τύπο των αλκοολούχων ποτών που καταναλώνονται. Για παράδειγμα, σε κράτη στα οποία υπερέχει η ισλαμική θρησκεία η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών μειώνεται αυτομάτως λόγω του αυστηρού πλαισίου αποχής από αυτά που πρεσβεύει η θρησκεία αυτή. Τα ποσοστά αυτά επηρεάζονται και από τον αριθμό επεισοδίων βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ, που διαφέρουν από χώρα σε χώρα, χωρίς όμως να έχει αποδειχθεί ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της κατά κεφαλήν κατανάλωσης αλκοόλ και των επεισοδίων αυτών. Ακόμη, σύμφωνα με τον ΠΟΥ χώρες χαμηλού εισοδήματος δεν παρέχουν πλήρη στοιχεία για την κατανάλωση του αλκοόλ και μεγάλα ποσά κατανάλωσης, εκτιμάται ότι το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 40%, ως μη καταγεγραμμένα. Οι χώρες αυτές παρουσιάζουν επίσης υψηλή θνητότητα και θνησιμότητα από τις επιπτώσεις του αλκοόλ, καθώς παρουσιάζουν και πιο επικίνδυνα μοτίβα κατανάλωσής του (WHO, 2014e).

ΕΙΚΟΝΑ 6: Ολική κατά κεφαλήν κατανάλωση αλκοόλ (>15 ετών, σε λίτρα καθαρής αλκοόλης),2010

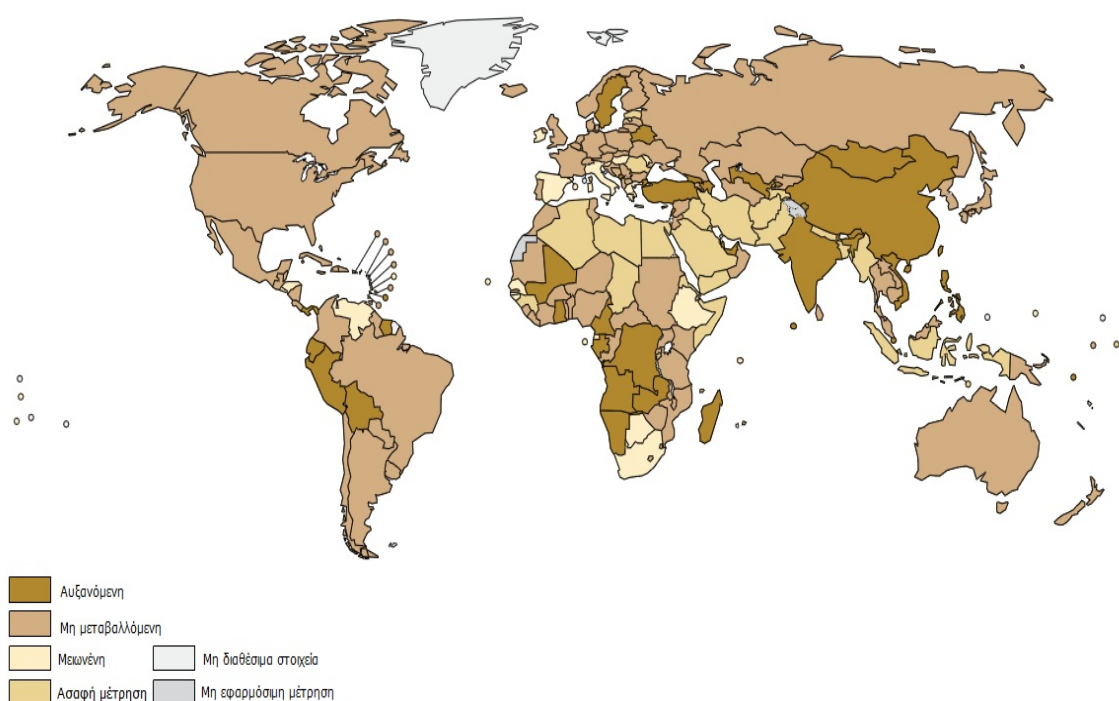


Πηγή: ΠΟΥ (2014)

Η κατανάλωση αλκοόλ σημειώνει τα μεγαλύτερα ποσοστά στους νέους, στους ηλικιωμένους (άνω των 60ετών) και στους εφήβους (15-19 ετών). Τα μεγαλύτερα ποσοστά σε πότες ηλικίας 15-19 ετών, έχουν καταγραφεί στην Ευρωπαϊκή και Αμερικανική Περιφέρεια του ΠΟΥ, με ποσοστά 69,5% και 52,7% αντίστοιχα. Ωστόσο, οι επιπτώσεις στην υγεία εμφανίζονται πιο συχνά στα άτομα ηλικίας 40-49 αλλά σε άτομα 20-39 ετών το 25% των θανάτων της ηλικιακής ομάδας αυτής οφείλεται σε κάποια αιτία που σχετίζεται με το αλκοόλ (WHO, 2014e).

Η πενταετής τάση κατανάλωσης αλκοόλ που καταγράφηκε από τον ΠΟΥ για τα έτη 2006-2010 εκτιμάται κυρίως αυξανόμενη και παρουσιάζεται στην *Εικόνα 7*. Οι χώρες με τη μεγαλύτερη αύξηση ήταν η Κίνα και η Ινδία και σταθερή εκτιμήθηκε η κατάσταση στην Αφρικανική, την Ευρωπαϊκή και την Αμερικανική Περιφέρεια του ΠΟΥ. Στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια παρατηρήθηκε μάλιστα και μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ σε κάποιες χώρες, όπως είναι η Ισπανία, η Ιταλία και η Ελλάδα (WHO, 2014e).

ΕΙΚΟΝΑ 7: Πενταετής μεταβολή της κατά κεφαλήν κατανάλωσης αλκοόλ (>15 ετών), 2006-2010



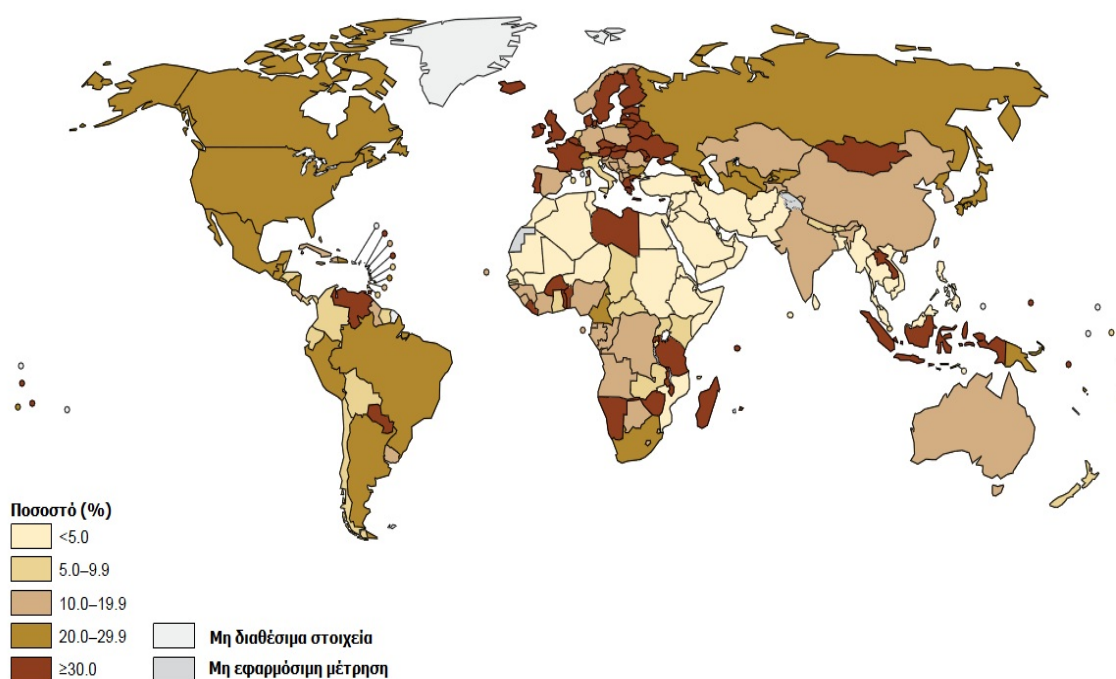
Πηγή: ΠΟΥ (2014)

Συγκεκριμένα για τις χώρες της ΕΕ υπάρχουν διαθέσιμα επιδημιολογικά στοιχεία και από ευρωπαϊκές στατιστικές μελέτες. Σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Έρευνας για τα Ναρκωτικά (European Drug Report) που διεξήχθη από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Καταγραφής της χρήσης και κατάχρησης των ναρκωτικών (European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction) το 2014, για το έτος 2013 καταγράφηκαν περίπου 40 εκατομμύρια πάσχοντες από αλκοολισμό. Το ποσοστό ανέρχεται στο 5,38% του πληθυσμού της Ευρώπης. Ξεχωριστά για την κατανάλωση αλκοόλ στον εφηβικό πληθυσμό παρουσιάζονται στοιχεία στην Ευρωπαϊκή Έρευνα σχολικού πληθυσμού για το αλκοόλ και άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες (European School Survey Project for Alcohol and other Drugs-ESPAD 2012) με τη συνεργασία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής αλλά και με τη συμμετοχή χωρών και εκτός ΕΕ. Η έρευνα πραγματοποιείται κάθε τέσσερα χρόνια από μη κυβερνητική οργάνωση. Στοιχεία παρέχονται χωριστά για κάθε χώρα- μέλος. Η τελευταία μέτρηση πραγματοποιήθηκε το 2011 και η μέση ποσότητα κατανάλωσης του αλκοόλ σημείωσε μια μικρή αύξηση με ποσοτική υπεροχή των αγοριών. Δεν συνέβη όμως το ίδιο και στο ποσοστό κατανάλωσης οποιουδήποτε αλκοολούχου ποτού τις τελευταίες 30 ημέρες που παρουσίασε μια μικρή μείωση σε σχέση με τα επίπεδα που είχαν καταγραφεί το 2007 (ΕΠΙΨΥ, 2012).

Στην Ελλάδα σύμφωνα με στοιχεία που παραθέτει ο ΠΟΥ στην έκθεσή του το 2014, η τάση κατανάλωσης στον πληθυσμό καταγράφηκε μειωμένη σε σχέση με προηγούμενες μετρήσεις, με αυξητική τάση όμως να εμφανίζει η μη καταγεγραμμένη κατανάλωση αλκοόλ σε σχέση με παλαιότερα στοιχεία (WHO, 2014e). Σημειώνεται ότι τα στοιχεία που αφορούν την Ελλάδα στην έκθεση αυτή, αποτελούν στοιχεία του έτους 2010. Συγκεκριμένα, στα στοιχεία αυτά φαίνεται ότι και στην Ελλάδα υπάρχει διαφορά στην κατανάλωση αλκοόλ ανάμεσα στα δύο φύλα, με τους άνδρες να υπερσχύουν με μέση κατά κεφαλήν ποσότητα κατανάλωσης σε λίτρα ανά έτος 14,6 έναντι 6,2 των γυναικών. Η τάση μείωσης της κατανάλωσης έχει καταγραφεί και σε έκθεση του ΟΟΣΑ για το 2014. Στην έκθεση αυτή, η κατά κεφαλήν κατανάλωση αλκοόλ από ενήλικες σε λίτρα ήταν το 2000 8,5 και το 2012 μειώθηκε στο 7,9, με μέση τιμή στις χώρες του ΟΟΣΑ 9,5 και 9 αντίστοιχα. Η Ελλάδα με τα στοιχεία αυτά κατέχει την 25^η θέση ανάμεσα σε 34 χώρες στην κατά κεφαλήν κατανάλωση αλκοόλ από ενήλικους. Τελευταία μέτρηση πραγματοποιήθηκε το 2012 και τα νέα στοιχεία τα οποία θα περιλαμβάνουν και τα έτη κατά τα οποία η Ελλάδα διένυε βαθιά οικονομική ύφεση αναμένονται (OECD, 2014).

Το αλκοολούχο ποτό που καταναλώνεται περισσότερο στην Ελλάδα είναι το κρασί και ο ΠΟΥ εκτιμά το μοτίβο κατανάλωσης αλκοόλ που έχει παγιωθεί στη χώρα μας σχετικά μη επικίνδυνο αλλά την κατανάλωση αλκοόλ ως μια πολύ διαδεδομένη συνήθεια που παρατηρείται συνήθως στα πλαίσια των κοινωνικών συναναστροφών (WHO, 2014e). Το ποσοστό των επεισοδίων επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ (κατανάλωση άνω των 60γρ.αλκοόλης στις προηγούμενες 30 ημέρες) εκτιμάται για τον γενικό πληθυσμό και σε άτομα άνω των δεκαπέντε ετών στο 34,9 %, όπως φαίνεται και στον *Εικόνα 8*. Το ποσοστό αυτό κατατάσσει την Ελλάδα στις χώρες με τα μεγαλύτερα ποσοστά αυτών των επεισοδίων. Άλλες τέτοιες χώρες είναι οι χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, όπως η Ουκρανία, η Λιθουανία, η Λευκορωσία αλλά και χώρες της Κεντρικής Ευρώπης όπως είναι η Γαλλία, το Βέλγιο, η Αυστρία, η Τσεχία κ.α.

ΕΙΚΟΝΑ 8: Επιπολασμός επεισοδίων επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ μεταξύ ατόμων άνω των 15 ετών που καταναλώνουν αλκοόλ (%)

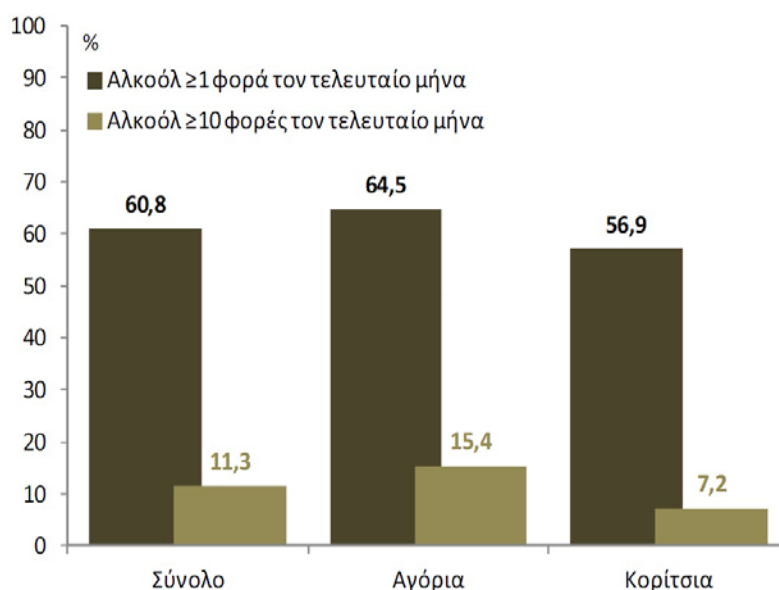


Πηγή: WHO (2014)

Στοιχεία για τον ελληνικό εφηβικό πληθυσμό και την κατανάλωση του αλκοόλ, αντλούμε από την έρευνα ESPAD του 2011 που διεξήχθη από το ΕΠΙΨΥ

(ΕΠΙΨΥ, 2012). Στην έρευνα αυτή παρουσιάζονται στοιχεία για την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών σε όλες τις περιφέρειες της χώρας και σε ηλικίες 13-19. Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάζονται στη μελέτη καταγραφής, 6 στους 10 μαθητές (60,8 %) κατανάλωσαν αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες, ενώ 1 στους 10 κατανάλωσε αλκοόλ με συχνότητα πάνω από δύο φορές την εβδομάδα. Τα αγόρια υπερέχουν σε ποσοστά κατανάλωσης από τα κορίτσια και διπλάσιος αριθμός αγοριών σε σχέση με τα κορίτσια αναφέρουν επεισόδιο επιβλαβούς χρήσης αλκοόλ (στην έρευνα ορίζεται ως κατανάλωση 5 ή περισσότερα αλκοολούχα ποτά έστω μια φορά μέσα στον τελευταίο μήνα). Στο παρακάτω Εικόνα 8 παρουσιάζονται τα ποσοστά της έρευνας αυτής.

ΕΙΚΟΝΑ 9: Χρήση αλκοόλ από μαθητές ηλικίας 13-19 ετών στο σύνολο και ανά φύλο (%)



Πηγή: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Έκθεση αποτελεσμάτων πανελληνίας έρευνας για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές – Έρευνα ESPAD 2011, Αθήνα, 2012

2.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση αλκοόλ

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση του αλκοόλ είναι ατομικοί και κοινωνικοί (WHO, 2014e). Στους κοινωνικούς ή εξωτερικούς παράγοντες έχουν καταγραφεί η οικονομική κατάσταση της χώρας που διαμένει το άτομο, η κοινωνική αποδοχή της χρήσης του αλκοόλ, η προσβασιμότητα σε αυτό, η κουλτούρα της κοινωνίας στην οποία ζει το άτομο αναφορικά με το αλκοόλ, η προώθηση και

διαφήμιση των αλκοολούχων ποτών, η πιθανή ανισότητα πρόσβασης σε κέντρα στήριξης και απεξάρτησης καθώς και το επίπεδο και η αποτελεσματικότητα πολιτικών υγείας κατά της κατάχρησης του αλκοόλ από τους αρμόδιους φορείς. Οι παράγοντες αυτοί παρουσιάζονται και στην έκθεση του ΠΟΥ που δημοσιεύτηκε το 2009 για τους κινδύνους που έχουν καταγραφεί και αφορούν στην υγεία, σε ξεχωριστό κεφάλαιο για τους παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάχρηση του αλκοόλ (WHO, 2009). Οι ατομικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάχρηση του αλκοόλ είναι η ηλικία, το φύλο, οι οικογενειακοί παράγοντες και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου. Στην έκθεση του ΠΟΥ για την παρουσίαση στοιχείων της κατανάλωσης του αλκοόλ σε παγκόσμιο επίπεδο, η οποία δημοσιεύτηκε το 2014, φαίνεται ότι ο πιο ισχυρός ατομικός παράγοντας που συμβάλλει στην κατάχρηση του αλκοόλ είναι η ηλικία.

2.4.1 Οικονομική κατάσταση της χώρας

Η οικονομική κατάσταση της χώρας όπου διαμένει το άτομο αναφέρεται από τον ΠΟΥ ως ο πιο σημαντικός εξωτερικός ή κοινωνικός παράγοντας. Η παγκόσμια καταγραφή κατανάλωσης έχει δείξει ότι η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών είναι πιο αυξημένη στις ανεπτυγμένες χώρες, αλλά στις αναπτυσσόμενες χώρες καταγράφονται περισσότερες αρνητικές επιπτώσεις στον πληθυσμό από την κατανάλωση αυτή. Σε περιόδους οικονομικής κρίσης η αύξηση της ανεργίας οδηγεί σε αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ.

2.4.2 Προσβασιμότητα και κοινωνική αποδοχή του αλκοόλ

Άλλος κοινωνικός παράγοντας είναι η κοινωνική αποδοχή της χρήσης του αλκοόλ, η οποία εκφράζεται μέσω της προβολής της χρήσης του στα μέσα μαζικής ενημέρωσης και στις κινηματογραφικές ταινίες, καθώς και μέσω της εξύψωσης της χρήσης του από άτομα που λειτουργούν ως κοινωνικά πρότυπα, όπως καλλιτέχνες και δημόσια πρόσωπα. Επίσης, η εύκολη προσβασιμότητα στο αλκοόλ συμβάλλει στην αύξηση της κατανάλωσής του. Η προσβασιμότητα αυτή αφορά στην ύπαρξη πληθώρας καταστημάτων πώλησης αλκοόλ σε μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή, όπως είναι μια Πανεπιστημιούπολη ή μια γειτονιά (McKinney *et al.*, 2012).

2.4.3 Ελλιπές Θεσμικό πλαίσιο

Ενισχυτικός παράγοντας είναι και η ύπαρξη διαφημίσεων για το αλκοόλ που δεν έχουν ποινικοποιηθεί, όπως ισχύει αντίστοιχα για τον καπνό, γεγονός που συμβάλλει στη δημιουργία αντίληψης ότι η κατανάλωση του αλκοόλ δεν έχει βλαβερές συνέπειες. Το θεσμικό πλαίσιο και οι πολιτικές υγείας για την κατανάλωση του αλκοόλ θα πρέπει να λειτουργούν συντονισμένα και να επιδέχονται συχνούς ελέγχους και αξιολογήσεις της αποτελεσματικότητάς τους για να συμβάλουν προληπτικά στην κατάχρηση του αλκοόλ (Grittner *et al.*, 2012).

2.4.4 Ηλικία

Έχει δειχθεί ότι οι ανήλικοι καθώς και τα άτομα τρίτης ηλικίας είναι πιο επιρρεπείς στην κατάχρηση του αλκοόλ και στη δημιουργία εξάρτησης από αυτό. Σε αυτές τις ηλικιακές ομάδες οι επιπτώσεις της κατάχρησης του αλκοόλ είναι πιο άμεσες και σοβαρές σε σχέση με τους ενήλικες και τις μέσες ηλικίες, καθώς ο οργανισμός τους μεταβολίζει με βραδύ ρυθμό το αλκοόλ. Για τον λόγο αυτό, ο ΠΟΥ στις καταγραφές που διεξάγει ξεχωρίζει τον παράγοντα ηλικία από τους υπόλοιπους ατομικούς παράγοντες (WHO, 2009 & 2014e).

2.4.5 Φύλο

Το φύλο αποτελεί τον δεύτερο πιο σημαντικό ατομικό παράγοντα που επηρεάζει τη χρήση του αλκοόλ καθώς έχουν ξεχωρίσει οι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, και κυρίως οι ηλικίες 15-59. Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί όμως αύξηση του αριθμού των γυναικών που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και έχουν καταγραφεί αυξανόμενος αριθμός επιπλοκών στο γυναικείο φύλο (WHO 2009 & 2014 & Sharon *et al.*, 2013).

2.4.6 Οικογενειακοί Παράγοντες

Όσον αφορά στους οικογενειακούς παράγοντες, στην κατάχρηση συμβάλλει η ύπαρξη δυσλειτουργικής σχέσης μεταξύ των μελών της οικογένειας, καθώς και η ύπαρξη αλκοολικού περιστατικού στην οικογένεια κυρίως κάποιου γονέα, που σε πολλές περιπτώσεις συμβάλλει και σε γενετική προδιάθεση στις εξαρτήσεις. Η δυσμενής κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου συμμετέχει ως παράγοντας στην κατάχρηση του αλκοόλ. Η κατάσταση αυτή έχει δύο ιδιαιτερότητες: η μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ έχει καταγραφεί σε υψηλά κοινωνικοοικονομικά

στρώματα, αλλά οι περισσότερες επιπτώσεις από την κατάχρηση του αλκοόλ αναφέρονται σε χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα (Grittner *et al.*, 2012). Στον παρακάτω Πίνακα δίνονται συνοπτικά οι παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση του αλκοόλ, όπως προκύπτουν από τη βιβλιογραφία .

Πίνακας 7: Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση του αλκοόλ.

Ατομικοί παράγοντες	Κοινωνικοί ή Εξωτερικοί παράγοντες
Ηλικία	Οικονομική κατάσταση της χώρας (ανεπτυγμένες ή αναπτυσσόμενες), κατάσταση οικονομικής ύφεσης της χώρας
Φύλο	Προσβασιμότητα σε αλκοόλ
Οικογενειακή Κατάσταση	Κουλτούρα για το αλκοόλ και τη χρήση του
Κοινωνικοοικονομική Κατάσταση ή ανεργία	Προώθηση και διαφήμιση των Αλκοολούχων ποτών
	Πιθανή ανισότητα πρόσβασης σε κέντρα στήριξης και απεξάρτησης
	Επίπεδο και αποτελεσματικότητα πολιτικών υγείας κατά της κατάχρησης από το αλκοόλ από τους αρμόδιους φορείς
	Θέσπιση και έλεγχος κανόνων που αφορούν το αλκοόλ

Πηγή: ΠΟΥ (2014)

2.5 Επιπτώσεις της κατάχρησης από αλκοόλ

Οι επιπτώσεις της κατάχρησης αλκοόλ περιλαμβάνουν επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία του χρήστη, κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις για το ίδιο το άτομο αλλά και επιπτώσεις που επιδρούν στο περιβάλλον του. Με τον τρόπο αυτό, το άτομο που κάνει κατάχρηση εκθέτει σε κίνδυνο όχι μόνο τον ίδιο του τον εαυτό αλλά και άλλα άτομα, όπως μέλη της οικογένειάς του, του κοινωνικού του περίγυρου, συνεργάτες ακόμη και αγνώστους. Όλο και περισσότερο στο στόχαστρο των μελετητών βρίσκονται οι επιπτώσεις που ενδέχεται να επιφέρει η καταχρηστική χρήση του αλκοόλ στην κοινωνία, αλλά και τα οικονομικά αποτελέσματα της χρήσης αυτής (Laslett *et al.*, 2011).

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η ακίνδυνη και με μέτρο κατανάλωση αλκοολούχων ποτών έχει θετικές επιδράσεις στην υγεία του ατόμου. Η συμβολή της στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου, του ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου καθώς και στην εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη είναι επιβεβαιωμένη. Η κατανάλωση αυτή αναφέρεται σε μια μονάδα αλκοολούχου ποτού την ημέρα, που σημαίνει ένα ποτήρι κρασί ή ένα κουτάκι μπίρας ή 10-15 γρ. αλκοόλης. Για τον υπολογισμό των υπόλοιπων αλκοολούχων ποτών υπάρχουν οι ακόλουθες αντιστοιχίες (Μαδιανός, 2006):

- 1 ποτήρι μπίρα 0,33 ml (περιεκτικότητα 5% σε αλκοόλ)= 13 γρ. οινόπνευματος.
- 1 ποτήρι κρασί ή σαμπάνια 0,21 ml (περιεκτικότητα 10% σε αλκοόλ)= 16 γρ. οινόπνευματος.
- 1 ποτήρι κονιάκ, ούζου, ουίσκι 0,02 ml (40 % αλκοόλ)= 7 γρ. οινόπνευματος.

2.5.1 Επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία του χρήστη

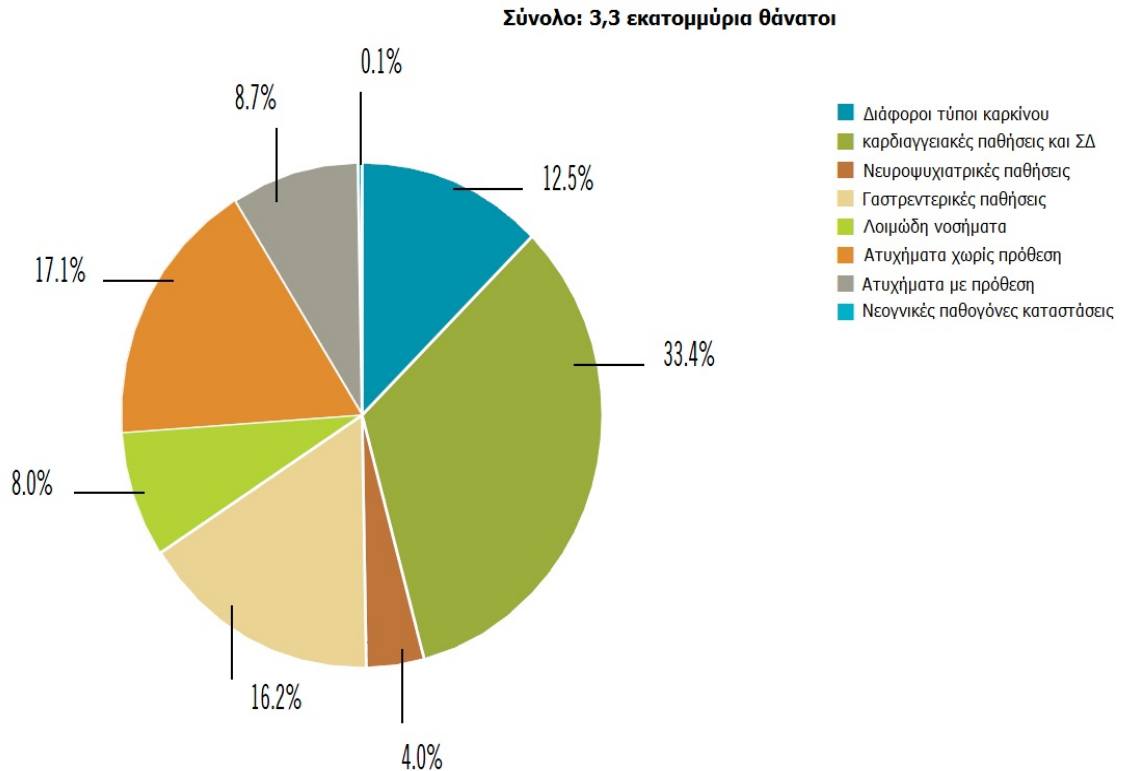
Η μακροχρόνια και σε μεγάλες ποσότητες χρήση του αλκοόλ οδηγεί, βάσει της έκθεσης του ΠΟΥ για την παγκόσμια κατάσταση κατανάλωσης του αλκοόλ που δημοσιεύτηκε το 2014, σε 200 διαφορετικού τύπου ασθένειες κωδικοποιημένες στο ICD-10 καθώς και διαφόρων τύπων τραυματισμούς (WHO, 2014e). Από τις 200, οι 30 παρουσιάζουν άμεση σχέση με τη χρήση αλκοόλ (Alcohol Use Disorders -AUDs). Οι δύο πιο σημαντικές είναι: η *Επιβλαβής Χρήση του αλκοόλ* και η *Διαταραχή Αλκοολικής Εξάρτησης*. Η επιβλαβής χρήση του αλκοόλ προκαλεί πολλές επιπτώσεις στην υγεία του χρήστη. Η κατάχρηση του αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε πολλές ταυτόχρονες επιπτώσεις στην υγεία του χρήστη. Οι κύριες επιπτώσεις είναι:

- Ηπατοπάθεια, μετά από μακροχρόνια χρήση αλκοόλ (Αλκοολική Ηπατοπάθεια). Αυτή ενδέχεται να είναι αποτέλεσμα λιπώδους διήθησης του ήπατος, κάποιας μορφής ηπατίτιδας, κίρρωση ή καρκίνος του ήπατος. Η λίπωση και η φλεγμονή του ήπατος είναι αναστρέψιμα με τη διακοπή του οινόπνευματος. Συχνά εκδηλώνεται παροδική επιδείνωση παρά τη διακοπή της χρήσεως. (National Health System-UK Government, 2013)
- Επιπτώσεις στο γαστρεντερικό σύστημα, όπως: οξεία και χρόνια οισοφαγίτιδα, σύνδρομο Mallory-Weis, οξεία γαστρίτιδα, διάρροια και οξεία και χρόνια παγκρεατίτιδα.

- Διάφοροι τύποι καρκίνου, όπως: καρκίνος λάρυγγα, οισοφάγου, στομάχου, παγκρέατος και μαστού (Lee *et al.*, 2014).
- Επιπτώσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα, όπως: υπέρταση, μυοκαρδιοπάθεια, στεφανιαία νόσος, υπερκοιλιακές και κοιλιακές αρρυθμίες. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (Roswall *et al.*, 2015).
- Επιπτώσεις στο μεταβολισμό, όπως: σακχαρώδης διαβήτης, οξέωση, έλλειψη βιταμινών (κυρίως συμπλέγματος Β), υποκαλιαιμία και υπομαγνησιαμία (Μαδιανός, 2006).
- Νευροψυχιατρικές επιπτώσεις, όπως: αμνησιακή διαταραχή προκαλούμενη από οينوπνευματώδη (Σύνδρομο Korsakoff), αγχώδης ή συναισθηματική διαταραχή προκαλούμενη από οينوπνευματώδη, παρεγκεφαλιδοπάθεια, άνοια προκαλούμενη από οينوπνευματώδη, σεξουαλική δυσλειτουργία και περιφερική νευροπάθεια (Μαδιανός, 2006).
- Αυξημένη εμφάνιση λοιμώξεων, όπως: φυματίωση, πνευμονία και HIV/AIDS (Rehm *et al.*, 2009).
- Ατυχήματα και μικροτραυματισμοί ως αποτέλεσμα κατάχρησης αλκοόλ, με ή χωρίς πρόθεση (WHO, 2014e).
- Διαταραχές κύησης και διάπλασης εμβρύου, όπως: εμβρυικό σύνδρομο από χρήση αλκοόλ, χαρακτηριστικό προσωπείο νεογνού. Σε μέτρια χρήση αυξάνεται ο κίνδυνος αυτόματης αποβολής (Μαδιανός, 2006).

Όπως φαίνεται και στο *Γράφημα 2*, οι περισσότεροι θάνατοι έχουν καταγραφεί από καρδιαγγειακά νοσήματα και διαβήτη, τραυματισμούς καθώς και από κίρρωση του ήπατος και καρκίνο (WHO, 2014e).

ΓΡΑΦΗΜΑ 3: Αναλογία θανάτων (%) από διαταραχές που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ, στοιχεία του 2012



Πηγή: WHO (2014)

2.5.2 Κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της κατάχρησης στον χρήστη

Η χρήση του αλκοόλ, στα πλαίσια μη κατάχρησης, θεωρείται από τις περισσότερες κοινωνίες ως αποδεκτή συμπεριφορά. Στις περιπτώσεις όμως που παρατηρείται κατάχρηση αλκοόλ, ο χρήστης ενδέχεται να υποστεί κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις που επιβάλλονται από το περιβάλλον του και την κοινωνία στην οποία ζει. Οι συνέπειες αυτές περιλαμβάνουν κυρίως προβλήματα στον εργασιακό τομέα, όπως υποβάθμιση του ρόλου του ατόμου στην εργασία του, απόλυση και ανεργία και προβλήματα στον οικογενειακό τομέα, όπως περιθωριοποίηση, διατάραξη των συζυγικών και οικογενειακών σχέσεων και διαζύγιο (WHO, 2014e). Απόρροια της κοινωνικής συμπεριφοράς του χρήστη που οδηγείται σε κατάχρηση είναι και η δημιουργία στίγματος εις βάρος του. Το "στίγμα του αλκοολικού" περιλαμβάνει ένα αναμενόμενο από την κοινωνία πλαίσιο λειτουργίας του ατόμου, όπου το άτομο περιθωριοποιείται και θεωρείται δυσλειτουργικό και μη χρήσιμο για την κοινωνία και

του αποδίδονται συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, μη ατομικά. Καθώς σύμφωνα με τον Goffman, το στίγμα δεν συνιστά εγγενή ιδιότητα ενός χαρακτηριστικού ή μιας συμπεριφοράς καθεαυτής αλλά είναι αποτέλεσμα κοινωνικής κατασκευής, το άτομο που στιγματίζεται χάνει τα ατομικά του χαρακτηριστικά και κρίνεται από το κοινωνικό σύνολο ως μέρος ενός δυσλειτουργικού υποσυνόλου που τα χαρακτηριστικά του έχουν οριστεί από την κοινωνία (Οικονόμου & Σπυριδάκης, 2012). Το "στίγμα" έχει συμβάλει και σε προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (Room *et al.*, 2001).

2.5.3 Επιπτώσεις της κατάχρησης στην κοινωνία και την οικονομία

Οι κοινωνικές επιπτώσεις της κατάχρησης του αλκοόλ δεν αφορούν μόνο άτομα ή περιστάσεις που σχετίζονται άμεσα με τον χρήστη, όπως το οικογενειακό, εργασιακό ή φιλικό περιβάλλον αλλά και άτομα και περιστάσεις που εμπεριέχουν άγνωστους, όπως στην περίπτωση των τροχαίων ατυχημάτων. Για το λόγο αυτό ο ΠΟΥ, στην έκθεση του 2010 για την χάραξη παγκόσμιας στρατηγικής με στόχο τη μείωση των συνεπειών της επιβλαβούς χρήσης του αλκοόλ, τονίζει ότι θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στη μείωση των βλαβερών συνεπειών της κατάχρησης του αλκοόλ όχι μόνο στους χρήστες αλλά και στα άτομα που τους περιβάλλουν (WHO, 2010c).

Οι επιπτώσεις στο οικογενειακό περιβάλλον περιλαμβάνουν περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας, διαζυγίων και δυσλειτουργία στην άσκηση του γονεϊκού ρόλου με απώτερες συνέπειες για όλα τα μέλη της οικογένειας. Στον εργασιακό τομέα, ο χρήστης σημειώνει συνήθως έλλειψη συγκέντρωσης και χαμηλή παραγωγικότητα, όπως αποτυπώνεται και στην έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την υγεία και το αλκοόλ του 2011, που διεξήχθη από το Ευρωπαϊκό Φόρουμ για το Αλκοόλ και την Υγεία (European Alcohol and Health Forum-EAHF, 2011). Στην έκθεση αυτή, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα και ο αντίκτυπος που έχει η κατάχρηση του αλκοόλ στον εργασιακό τομέα και πώς αυτό μπορεί να ελεγχθεί και να βοηθηθεί ο χρήστης. Καθώς το άτομο καταναλώνει ένα μεγάλο μέρος της ζωής του στο χώρο εργασίας του, ο χώρος αυτός θα μπορούσε να αποτελέσει αφετηρία για την αντιμετώπιση του προβλήματος με υποστηρικτικές παροχές και όχι απολύοντάς τον. Στις οικονομικές επιπτώσεις στην κοινωνία συμπεριλαμβάνονται, τόσο από τον ΠΟΥ όσο και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, οι επιπτώσεις στον τομέα των δαπανών των συστημάτων υγείας, καθώς οι επιπλοκές, οι υποτροπές και ο μη ολοκληρωμένος σχεδιασμός απεξάρτησης των ασθενών μιας χώρας, ενδέχεται να οδηγήσει σε

αυξημένες δαπάνες περίθαλψης των χρηστών από τις υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας (WHO, 2014e).

Η κατάχρηση του αλκοόλ εμπλέκεται, όπως έχει καταγραφεί παγκοσμίως και από τον ΠΟΥ, σε μια πλειάδα ατυχημάτων και τραυματισμών (WHO, 2014e). Στην κατηγορία αυτή, τα θανατηφόρα τροχαία ατυχήματα έχουν τον μεγαλύτερο κοινωνικό αντίκτυπο και βρίσκονται στο επίκεντρο της πρόσφατης βιβλιογραφίας. Σε μελέτη που διεξήχθη στην Αυστραλία το 2010, υπολογίστηκαν για πρώτη φορά η θνησιμότητα, η θνητότητα, οι επιπτώσεις σε οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο καθώς και το συνολικό αποτέλεσμα της κατάχρησης του αλκοόλ σε τρίτους (Laslett *et al.*, 2011). Στον τομέα αυτό θα πρέπει να επιστήσουν την προσοχή τους οι προσεχείς μελέτες με τρόπο παρόμοιο, όπως το παθητικό κάπνισμα μελετάται σε σχέση με την κατάχρηση του καπνού. Ακόμη, η κατάχρηση του αλκοόλ έχει συνδεθεί με περιστατικά εγκληματικότητας που οδηγούν τον χρήστη σε ποινικά αδικήματα ή κακουργήματα (Μαδιανός, 2006).

Στον παρακάτω Πίνακα, παρουσιάζονται συνοπτικά και ανά κατηγορία οι επιπτώσεις από την κατάχρηση του αλκοόλ στο άτομο, στο οικογενειακό περιβάλλον και οι κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις.

Πίνακας 8: Επιπτώσεις της κατάχρησης από αλκοόλ

Επιπτώσεις στο άτομο	Επιπτώσεις στη σωματική υγεία:	Ηπατοπάθεια, Γαστρίτιδα, Σακχαρώδης Διαβήτης, Σύνδρομο Mallory-Weiss, Σύνδρομο Korsakoff, Ατυχήματα, Διαταραχές κύησης, Φυματίωση, HIV/AIDS
	Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία:	Ψυχολογικές και Ψυχιατρικές (Άγχος, Κατάθλιψη, Αμνησιακό σύνδρομο, Ψυχωσική Διαταραχή)
	Επιπτώσεις στις κοινωνικές επαφές:	Περιθωριοποίηση, δυσλειτουργία οικογένειας, διαζύγιο
	Επιπτώσεις στον εργασιακό τομέα:	Υποβάθμιση του ρόλου του στην εργασία, απόλυση, ανεργία
	Στίγμα:	Κρίνεται από το κοινωνικό σύνολο ως μέρος ενός δυσλειτουργικού υποσυνόλου που τα χαρακτηριστικά του έχουν οριστεί από την κοινωνία, όχι ως άτομο
	Ελλιπής πρόσβαση σε δομές υγείας:	Προβλήματα πρόσβασης σε δομές υγείας λόγω στίγματος
Επιπτώσεις στο οικογενειακό περιβάλλον	Στο έμβryo:	Αυτόματη αποβολή, χαμηλό βάρος
	Στο/στη σύζυγο:	Ενδοοικογενειακή βία, Διαζύγιο
	Στα παιδιά:	Ενδοοικογενειακή βία, ελλιπής γονεϊκός ρόλος
	Οικονομικές:	Απώλεια εργασίας, μείωση ή στέρηση οικογενειακού εισοδήματος
Κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις	Οικονομικές:	Μειωμένη παραγωγικότητα, Αυξημένες δαπάνες περίθαλψης
	Τροχαία ατυχήματα:	Βλάβες προς τρίτους
	Τραυματισμοί:	Βλάβες προς τρίτους
	Εγκληματικότητα:	Ποινικά αδικήματα

2.6 Θεραπευτικές Προσεγγίσεις

Όπως αναλύθηκε και παραπάνω, οι επιπτώσεις της κατάχρησης του αλκοόλ επιδρούν σε επίπεδο ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικοοικονομικό. Επομένως, τόσο η πρόληψη, όσο και η θεραπευτική αντιμετώπιση των βλαβερών επιπτώσεων της κατάχρησης του αλκοόλ, αποτελεί μια σύνθετη επίλυση που προϋποθέτει διεπιστημονική συνεργασία.

Σε πρώτο πλάνο τίθεται η θεραπευτική προσέγγιση του χρήστη, η οποία θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη και σε συνάρτηση με τον βαθμό εξάρτησης του ατόμου καθώς και τις βλάβες που έχει προκαλέσει η υπερκατανάλωση της αλκοόλης στον οργανισμό του (Μαδιανός, 2005 & 2006). Η ατομική θεραπεία ξεκινάει ύστερα από την εκτίμηση του βαθμού εξάρτησης, των επιπλοκών που έχει επιφέρει στον οργανισμό, καθώς και στην εκτίμηση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης του ατόμου. Έτσι, η ατομική θεραπεία περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση πιθανόν συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης, ψυχιατρικών προβλημάτων και επιπλοκών, στερητικών συμπτωμάτων, κατάλληλη διατροφή και διόρθωση τυχόν ελλείψεων σε ηλεκτρολύτες και ιχνοστοιχεία, ανάπαυση και συμπεριφορική ψυχοθεραπεία (Μαδιανός, 2006). Η φαρμακευτική θεραπεία της εξάρτησης από αλκοόλ περιλαμβάνει την αντιμετώπιση των ακόλουθων σταδίων (http://www.eof.gr/c/document_library/get_file?p_l_id=34765&folderId=236302&name=DLFE-1701.pdf):

1. Οξείας τοξίκωσης (overdose).
2. Συνδρόμου Στέρησης.
3. Τρομώδους Παραληρήματος (DT), που εκδηλώνεται με σπασμούς.
4. Νευροψυχιατρικών Επιπλοκών.

Τα συμπτώματα σε περιπτώσεις στερητικών συνδρόμων αντιμετωπίζονται με βενζοδιαζεπίνες ως φάρμακο εκλογής, λόγω της αντισπασμωδικής τους δράσης και της διασταυρούμενης ανοχής. Η χρήση των βενζοδιαζεπινών κυμαίνεται στα 25-100 mg ημερησίως και μπορεί να φτάσει και τα 600 mg ημερησίως, ανάλογα με τη συμπτωματολογία του ατόμου, και ακολουθεί τις παρακάτω συστάσεις:

- Χορηγούνται για 7-10 ημέρες.
- Η χορήγηση εξαρτάται από τις συνθήκες.
- Η χλωροδιαζεποξίδη είναι η βενζοδιαζεπίνη εκλογής σε σύνδρομο στέρησης χωρίς επιπλοκές.

- Βραχείας δράσεως βενζοδιαζεπίνες (οξαζεπάμη) χορηγούνται σε περιπτώσεις ηπατοπάθειας και ασθενών προχωρημένης ηλικίας.
- Μακράς δράσεως βενζοδιαζεπίνες είναι καλύτερες για την πρόληψη «Ε» κρίσεων και DT
- Η χορήγηση των Βενζοδιαζεπινών γίνεται με διαφόρους τρόπους:
 - Δόση εφόδου
 - Εξαρτωμένη από τα συμπτώματα σε ασθενείς χωρίς επιπλοκές
 - Σταδιακή μείωση αγωγής

Στη φάση του στερητικού συνδρόμου ενδέχεται, ανάλογα με το βαθμό εξάρτησης που έχει αναπτύξει το άτομο, να είναι υποχρεωτική η εισαγωγή του σε νοσηλευτικό ίδρυμα για την καλύτερη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του. Για τη θεραπεία των συμπτωμάτων αυτών χρησιμοποιούνται ακόμη, φαινυτοΐνη μέχρι και 300 mg ημερησίως για την αντιμετώπιση των σπασμών, αλοπεριδόλη 5-10 mg ημερησίως για την αντιμετώπιση των ψυχωσικών εκδηλώσεων και παρεντερική ενυδάτωση για τη βελτίωση ηλεκτρολυτικών διαταραχών (Μαδιανός 2006). Έτσι, η ενδοκλινική αντιμετώπιση της εξάρτησης από αλκοόλ περιλαμβάνει τα εξής στάδια (http://www.eof.gr/c/document_library/get_file?p_l_id=34765&folderId=236302&name=DLFE-1701.pdf):

1. Αξιολόγηση κατάχρησης/ εξάρτησης με κριτήρια ICD-10 ή DSM-IV-TR
2. Ιστορικό DT (Delirium Tremens) ή Επιληπτικών κρίσεων
3. Συνύπαρξη κατάχρησης/ εξάρτησης άλλης ουσίας
4. Προηγούμενες απόπειρες διακοπής – Διάρκεια διακοπής
5. Αξιολόγηση υποστηρικτικού Πλαισίου (Οικογένεια –Εργασία –Κοινότητα)
6. Ύπαρξη Γνωσιακών Διαταραχών
7. Έλεγχος συννοσηρότητας Ψυχικών Διαταραχών
 - Κατάθλιψη
 - Έντονο άγχος
 - Ψυχωτική Διαταραχή
 - Αυτοκτονικότητα- Παραυτοκτονικότητα
8. Έλεγχος ύπαρξης σωματικής νόσου (Οξεία: οξεία νεφρική ανεπάρκεια, Χρόνια: κίρρωση του ήπατος)

Στη συνέχεια και ενώ έχουν μετριαστεί τα σωματικά συμπτώματα της στέρησης, εφαρμόζεται η ατομική ψυχοθεραπεία. Στην κατηγορία αυτή η συμπεριφορική προσέγγιση θεωρείται η πιο αποτελεσματική, καθώς επιτυγχάνει την απευαισθητοποίηση του εξαρτημένου ατόμου. Μια ακόμη θεραπεία που φέρει άμεσα αποτελέσματα είναι η θεραπεία αποστροφής στη λήψη οινοπνεύματος. Στα πλαίσια της θεραπείας του ατόμου και λόγω των πολύπλευρων επιπτώσεων της κατάχρησης του αλκοόλ θεωρείται χρήσιμη και η οικογενειακή θεραπεία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Το περιεχόμενο των δώδεκα βημάτων στις ομάδες αυτοβοήθειας ΑΑ

1. Παραδεχτήκαμε ότι γίναμε ανίσχυροι από τη χρήση του αλκοόλ κι ότι έτσι χάσαμε τον έλεγχο της ζωής μας.
2. Πιστέψαμε ότι μια δύναμη ανώτερη από εμάς θα μας βοηθούσε να επανακτήσουμε την ψυχική και πνευματική μας υγεία.
3. Αποφασίσαμε να παραδοθούμε ολοκληρωτικά στη Φροντίδα της Ανώτερης Δύναμης, όπως ο καθένας μας την εννοεί.
4. Προχωρήσαμε σε μια βαθιά κι ακριβή καταγραφή του εαυτού μας.
5. Αφού αναγνωρίσαμε τα σφάλματά μας, τα δεχτήκαμε και τα ομολογήσαμε στην Ανώτερη Δύναμη και σε έναν άλλο άνθρωπο.
6. Είμαστε έτοιμοι να δεχθούμε τη βοήθεια της Ανώτερης Δύναμης για να διορθώσουμε τα ελαττώματά του χαρακτήρα μας.
7. Ρίχνοντας τον εγωισμό μας, ταπεινά, ζητήσαμε βοήθεια.
8. Φτιάξαμε έναν κατάλογο με όλους τους ανθρώπους που είχαμε βλάψει και προθυμοποιηθήκαμε να επανορθώσουμε ό,τι κακό τους είχαμε κάνει.
9. Επανορθώσαμε το κακό σ' αυτούς τους ανθρώπους όπου ήταν δυνατόν, κι αφού δεν έβλαπτε αυτούς ή άλλους.
10. Συνεχίζοντας την προσωπική απογραφή παραδεχτήκαμε τα λάθη μας.
11. Επιδιώξαμε συνειδητά να βελτιώσουμε την επαφή με την Ανώτερη Δύναμη, για να μάθουμε τη θέλησή της σχετικά με μας και ν' αποκτήσουμε τη δύναμη να την πραγματοποιήσουμε.
12. Αποτέλεσμα των βημάτων αυτών ήταν ν' αποκτήσουμε ένα πνευματικό ξύπνημα, να προσπαθήσουμε να μεταφέρουμε το μήνυμά αυτό σε όλους όσους πάσχουν από αλκοολισμό και στηριζόμενοι στις αρχές μας να δημιουργήσουμε έναν νέο τρόπο ζωής.

Πηγή: Μαδιανός Μ., Κλινική Ψυχιατρική (2006)

Μια από τις πιο αποτελεσματικές θεραπείες, όπως έχει δειχθεί και από τη βιβλιογραφία, είναι η ένταξη του ατόμου σε ομάδες αυτοβοήθειας όπως είναι οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί ή οι ομάδες αυτοβοήθειας των συζύγων τους (Μαδιανός 2005 & 2006). Πρόκειται για ομάδες με ψυχοϋποστηρικτική μέθοδο με βάση τη θεωρία των 12 βημάτων, που παρουσιάζεται στον Πίνακα 7. Οι ομάδες αυτές αναπτύχθηκαν στις ΗΠΑ τη δεκαετία το 1930 με βασικές αρχές την ειλικρίνεια μεταξύ των μελών για τις παρελθοντικές τους πράξεις, τα συναισθήματά τους, τις σχέσεις τους ώστε η ομάδα να αποκτήσει κοινές εμπειρίες, αλληλοϋποστήριξη και αλληλοκατανόηση με σκοπό κάθε αλλαγή στη συμπεριφορά των μελών της να γίνεται δεκτή με τη βοήθεια της ομάδας. Η λειτουργία τους διαφέρει από τις ομάδες της ομαδικής ψυχοθεραπείας, καθώς στις συναντήσεις τους δεν παρευρίσκεται θεραπευτής και τηρούν μια πολιτική ανοιχτής συμμετοχής των μελών τους (Μαδιανός 2005 & 2006).

2.7 Θεσμικό Πλαίσιο και Πολιτικές Υγείας για την αντιμετώπιση της κατάχρησης του αλκοόλ

2.7.1 Θεσμικό Πλαίσιο για την αντιμετώπιση της κατάχρησης του αλκοόλ

Στην ΕΕ, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και η Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ συμβάλλουν με την παρουσίαση του απαραίτητου θεσμικού πλαισίου μέσω των αποφάσεων και των εκθέσεων τους, στην ενεργό συμμετοχή της Ευρώπης για την πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπτώσεων του αλκοόλ. Το 2006 εισήγαγε ένα πλαίσιο για τον σχεδιασμό πολιτικής κατά του αλκοόλ (Framework for alcohol policy in the WHO European Region), με το οποίο καθορίστηκαν οι **πέντε** παρακάτω βασικές αρχές και στόχοι (WHO, 2006):

- 1) Όλοι οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα να ζουν σε μια οικογένεια, μια κοινωνία και να εργάζονται σε χώρους εργασίας προστατευμένους από τη βία και τα ατυχήματα αλλά και από άλλες αρνητικές επιπτώσεις που προκαλεί η κατάχρηση του αλκοόλ.
- 2) Όλοι οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα για ίση πληροφόρηση σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις που προκαλεί η κατάχρηση του αλκοόλ στην υγεία του ατόμου, στην οικογένεια και στην κοινωνία.
- 3) Όλα τα παιδιά και οι έφηβοι έχουν δικαίωμα να μεγαλώσουν σε ένα περιβάλλον προστατευμένο από τις αρνητικές επιπτώσεις του αλκοόλ, καθώς και να απέχουν όσο το δυνατόν από την προώθηση αλκοολούχων ποτών.

- 4) Όλοι οι άνθρωποι που έχουν εμφανίσει επιπτώσεις στην υγεία τους από την επιβλαβή χρήση του αλκοόλ, καθώς και οι οικογένειές τους, θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.
- 5) Όλοι οι άνθρωποι, οι οποίοι έχουν υιοθετήσει μια μη καταναλωτική συμπεριφορά προς τα αλκοολούχα ποτά, θα πρέπει να ενθαρρύνονται στη διατήρηση της συμπεριφοράς αυτής.

Το 2010 η Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ, προχώρησε στην υιοθέτηση του ψηφίσματος *WHA63.13*, της εξηκοστής-τρίτης Συνόδου του ΠΟΥ για την Παγκόσμια Υγεία (World Health Assembly), με το οποίο επικυρώθηκε η παγκόσμια στρατηγική για τη μείωση της βλαπτικής χρήσης του αλκοόλ παροτρύνοντας τα Κράτη-Μέλη να υιοθετήσουν και να υλοποιήσουν την παγκόσμια στρατηγική (WHO, 2010d). Στο πλαίσιο του ψηφίσματος αυτού το 2011 η Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ εξέδωσε ένα νέο *Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης για τη μείωση της βλαπτικής χρήσης του Αλκοόλ για τα έτη 2012-2020*. Το σχέδιο αυτό συνδέεται στενά με τις παρεμβάσεις του σχεδίου δράσης για την υλοποίηση της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής στην πρόληψη και τον έλεγχο μη-μεταδιδόμενων νοσημάτων (2012-2016). Επίσης, σχετίζεται με τις πρόσφατες ευρωπαϊκές πολιτικές υγείας, όπως το *Υγεία 2020* (Health 2020), όπου τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα και οι παράγοντες κινδύνου τους, έχουν τεθεί ως προτεραιότητες του ΠΟΥ κατά τα έτη 2012-2020 (WHO- Regional Office for Europe, 2013). Συνοπτικά, από τα κείμενα αυτά και ιδιαίτερα από το ψήφισμα *WHA63.13*, διαμορφώνεται η ανάγκη για θέσπιση θεσμικού πλαισίου με τους εξής τομείς:

1. Νομοθετικός προσδιορισμός αλκοολούχων ποτών.
2. Περιορισμός στη διαθεσιμότητα, φραγμοί στην παραγωγή και την κατανάλωση.
3. Περιορισμός στην πώληση ανά περιοχή, θέσπιση ειδικής άδειας.
4. Περιορισμός στην ηλικία πώλησης.
5. Νομοθετικές ρυθμίσεις και κυρώσεις για την οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ. Επανεξέταση επιτρεπόμενων ορίων συγκέντρωσης αλκοόλ στο αίμα.
6. Θέσπιση ειδικών φορολογικών ρυθμίσεων για την τιμή των αλκοολούχων ποτών.

7. Θέσπιση περιορισμών και κωδικοποίησης στον τομέα διαφήμισης και προώθησης των αλκοολούχων ποτών.
8. Εκστρατείες ενημέρωσης του κοινού για της επιπτώσεις της κατάχρησης του αλκοόλ.

Παρακινούμενα από τα παραπάνω κείμενα κάποια από τα ευρωπαϊκά κράτη θέσπισαν νομοθετικά πλαίσια προσπαθώντας να καλύψουν όλους τους τομείς των παραγόντων που επηρεάζουν τη χρήση του αλκοόλ. Οι περισσότερες χώρες εφάρμοσαν δραστηριότητες ευαισθητοποίησης σε εθνικό επίπεδο, κυρίως εναντίον της οδήγησης σε κατάσταση μέθης. Διαπιστώθηκε ότι σε κάποιες χώρες θα πρέπει να προχωρήσει η μείωση των ανώτατων επιπέδων αλκοόλ στο αίμα κατά την οδήγηση, βάσει νόμου. Δυστυχώς, σημαντικός αριθμός χωρών δεν επέβαλε περιορισμούς στη διαφήμιση αλκοολούχων ποτών. Σε γενικές γραμμές, οι φόροι οινοπνεύματος λιανικής πώλησης αντιπροσωπεύουν ένα μικρό ποσοστό της τιμής, καθώς και σε σχέση με τον δείκτη τιμών του καταναλωτή, οι τιμές στο αλκοόλ ήταν στο ίδιο επίπεδο ή είχαν μειωθεί σε περισσότερες από τις μισές χώρες κατά τη διάρκεια των προηγούμενων πέντε ετών (WHO-Regional Office for Europe, 2010).

Στην Ελλάδα θεσμική δραστηριότητα για τον έλεγχο και την πρόληψη της αντιμετώπισης της κατάχρησης του αλκοόλ έχει παρατηρηθεί στους εξής τομείς (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008α):

- ✓ Έλεγχος στην παραγωγή και την πώληση αλκοολούχων ποτών, με τη θέσπιση σχετικής άδειας για την παραγωγή αλκοολούχων ποτών και τον ποιοτικό έλεγχο στα αλκοολούχα ποτά.
- ✓ Απαγόρευση πώλησης αλκοόλ σε νέους (κάτω των 18 ετών).
- ✓ Απαγόρευση της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ, με ανώτατη επιτρεπόμενη συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα (BAC) το 0,05% στον γενικό πληθυσμό, 0,02% για ανηλίκους και επαγγελματίες οδηγούς. Σε περίπτωση υπέρβασης του ορίου, ο χρήστης επιδέχεται κυρώσεις που ορίζονται και στο Άρθρο 34 της αναθεωρημένης έκδοσης του Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας (ΚΟΚ) (Υπουργείο Υποδομών, Μεταφορών και δικτύων, 2009).
- ✓ Θέσπιση φορολογικής ρύθμισης για τα αλκοολούχα ποτά, εκτός του οίνου.

Συγκρίνοντας τις οδηγίες του ΠΟΥ και του ψηφίσματος *WHA63.1* με την παρούσα θεσμική κατάσταση της Ελλάδας, διαπιστώνεται νομοθετικό κενό στη

θέσπιση του ορισμού της έννοιας "αλκοολούχο ποτό", ενώ δεν έχει θεσπιστεί πολιτική τιμών για τον περιορισμό της ζήτησης του αλκοόλ και για την καθιέρωση προειδοποιητικής σήμανσης επικινδυνότητας στις συσκευασίες των αλκοολούχων ποτών. Επιπλέον, η Ελλάδα υστερεί στη θέσπιση θεσμοθετημένων στρατηγικών που αφορούν: άδεια πώλησης αλκοολούχων ποτών, γεωγραφικό και χρονικό περιορισμό λειτουργίας στα καταστήματα πώλησης και εστίασης, περιορισμό στη διαφήμιση και τη χορηγία αλκοολούχων ποτών και περιορισμό στην κατανάλωση αλκοόλ στους χώρους εργασίας. Ακόμη, θα πρέπει να ενισχυθεί η διεξαγωγή εκστρατειών για την προειδοποίηση όλων των κινδύνων του αλκοόλ και να μην εστιάζουν μόνο στους κινδύνους που συνδέονται με την οδική συμπεριφορά, όπως γίνεται στην παρούσα χρονική περίοδο.

2.7.2 Πολιτικές Υγείας για την αντιμετώπιση της κατάχρησης του αλκοόλ

Η επιβλαβής χρήση του αλκοόλ μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο με οργανωμένες πολιτικές και στρατηγικές υγείας, σχεδιασμένες από τα κράτη για την προστασία των πολιτών τους. Σε παγκόσμιο επίπεδο τα κράτη που έχουν υιοθετήσει το ψήφισμα *WHA63.13* του ΠΟΥ επιβαρύνονται με την ευθύνη του σχεδιασμού, της εφαρμογής, της παρακολούθησης και της αξιολόγησης πολιτικών υγείας για τη μείωση της καταχρηστικής χρήσης του αλκοόλ. Οι πολιτικές αυτές απαιτούν μια πληθώρα μέτρων που αφορούν τόσο στην πρόληψη όσο και στην έγκαιρη διάγνωση περιπτώσεων εξάρτησης αλλά και την αντιμετώπισή τους. Ακόμη, απαιτούν πολιτική δέσμευση διατήρησης αποτελεσματικής συνεργασίας μεταξύ οργανισμών και οικονομικών φορέων καθώς και την ενεργή συμμετοχή των πολιτών.

Για την επίτευξη της αποτελεσματικότητας των θεραπειών που ενδέχεται να ακολουθήσει ένας ασθενής, αλλά και στα πλαίσια του υγιούς πληθυσμού, κρίσιμη είναι και η ενίσχυση του αλφαριθμητισμού υγείας (Health Literacy). Ως «αλφαριθμητισμός υγείας» ορίζεται από το CDC "ο βαθμός στον οποίον τα άτομα έχουν τη δυνατότητα να αποκτήσουν, να κατανοήσουν και να επεξεργαστούν βασικές πληροφορίες για την υγεία και τις υπηρεσίες υγείας που απαιτούνται για να λαμβάνουν τις κατάλληλες αποφάσεις για την υγεία τους" (CDC, 2015). Δεν αφορά την ικανότητα του ατόμου να διαβάσει και σχετίζεται με κλινικά αποτελέσματα και συμπεριφορές υγείας. Ιδιαίτερα ισχυρή είναι η επίδρασή του σε θέματα που αφορούν την κατανάλωση αλκοόλ αλλά και του καπνίσματος. Μέσω της ενίσχυσης του αλφαριθμητισμού υγείας, οι ασθενείς αλλά και οι πολίτες αναζητούν και λαμβάνουν της κατάλληλες πληροφορίες για την

υγεία τους και ταυτόχρονα αυξάνουν την εμπλοκή και τη συμμετοχή τους σε θέματα υγείας που τους αφορούν. Μάλιστα σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ιατρική Ένωση (American Medical Association-AMA), ο αλφαριθμητισμός υγείας είναι πιο ισχυρός παράγοντας πρόβλεψης υγείας ακόμη και από την ηλικία, το εισόδημα, την εργασιακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και τη φυλή (AMA, 2015). Οι επιπτώσεις του ανεπαρκούς αλφαριθμητισμού υγείας έχουν άμεση επίπτωση στην έκβαση της θεραπείας ενός ασθενούς, με περιστατικά μη συμμόρφωσης ή λανθασμένης λήψης αγωγής αλλά και έμμεσα αποτελέσματα του υγιούς πληθυσμού που συνοδεύονται με βλαβερές συμπεριφορές και επιλογές υγείας. Οι τρόποι αντιμετώπισης περιλαμβάνουν ενίσχυση των τεχνολογιών πρόσβασης στην πληροφορία, την επανεγγραφή των υπαρχόντων υλικών πληροφόρησης σε απλή και κατανοητή γλώσσα καθώς και την ανάπτυξη ενός δικτύου επαγγελματιών υγείας για την προώθησή του (CDC & AMA, 2015).

Σε παγκόσμιο επίπεδο οι πολιτικές υγείας για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του φαινομένου της κατάχρησης του αλκοόλ και οι στρατηγικές τους, όπως και στην περίπτωση του καπνού που αναλύθηκε παραπάνω, εκδίδονται από τον ΠΟΥ. Το ψήφισμα *WHA63.13*, του 2010, περιέχει, εκτός από την παρότρυνση ανάπτυξης νομοθετικής βάσης για την αντιμετώπιση της κατάχρησης του αλκοόλ, και γενικές οδηγίες και κατευθύνσεις για τον σχεδιασμό και την ανάπτυξη πολιτικών υγείας στον τομέα αυτόν. Οι περιοχές δράσης κάθε χώρας ομαδοποιήθηκαν στο παραπάνω κείμενο με τους εξής **δέκα** τομείς (WHO-Regional Office for Europe, 2010):

1. Ηγεσία, ευαισθητοποίηση, δέσμευση.
2. Ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας.
3. Δράση με κέντρο την κοινότητα και τους χώρους εργασίας.
4. Πολιτικές υγείας κατά της οδήγησης σε κατάσταση μέθης. Μέτρα και Αντίμετρα.
5. Διαθεσιμότητα του αλκοόλ με μέτρα για γεωγραφικό και χρονικό όριο λειτουργίας καταστημάτων πώλησης αλκοολούχων ποτών.
6. Εμπορία και Προώθηση προϊόντων οινοπνεύματος.
7. Πολιτικές τιμολόγησης αλκοολούχων ποτών.
8. Μείωση των αρνητικών συνεπειών της κατανάλωσης και της δηλητηρίασης από οινόπνευμα.

9. Μείωση των βλαπτικών επιπτώσεων στη δημόσια υγεία από το παράνομο αλκοόλ και το αλκοόλ που παράγεται ανεπίσημα.
10. Παρακολούθηση, επιτήρηση και αξιολόγηση των μέτρων.

Από τον ΠΟΥ έχουν εκδοθεί λεπτομερείς στρατηγικές, όπως η πιο πρόσφατη του 2010 για τη χάραξη παγκόσμιας στρατηγικής για την επιβλαβή χρήση του αλκοόλ η οποία βασίστηκε στο παραπάνω ψήφισμα. Στην έκθεση αυτή, εκτός από την ανάλυση των 10 παραπάνω περιοχών δράσης, τέθηκαν και οι τέσσερις βασικοί άξονες για την παγκόσμια αντιμετώπιση του φαινομένου που περιέχουν: την εστίαση στη δημόσια υγεία, την παροχή τεχνικής υποστήριξης για την επίτευξη των στόχων, την αύξηση επιπέδου γνώσης για τις επιβλαβείς επιπτώσεις της κατάχρησης του αλκοόλ και τον καθορισμό κινήτρων για τη μείωση κατανάλωσης του αλκοόλ. Ο ΠΟΥ εφαρμόζει επίσης μια διαδικτυακή βάση, το Παγκόσμιο Σύστημα πληροφοριών για το Αλκοόλ του ΠΟΥ (Global Information System on Alcohol and Health-GISAH), στο οποίο παρουσιάζονται δεδομένα για τα επίπεδα και τα μοτίβα της κατανάλωσης του αλκοόλ, τις επιπτώσεις της κατανάλωσης αυτής σε κοινωνικό επίπεδο και επίπεδο υγείας, καθώς επίσης παρέχει πληροφορίες για την ανταπόκριση των πολιτικών υγείας που έχει προτείνει. Οι πληροφορίες συλλέγονται με βάση επτά κατηγορίες που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία. Οι κατηγορίες αυτές είναι (WHO, 2015b):

1. Τα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ.
2. Τα μοτίβα κατανάλωσης αλκοόλ.
3. Καταγραφή των βλαβερών επιπτώσεων της κατανάλωσης αλκοόλ.
4. Οι οικονομικές επιπτώσεις
5. Οι πολιτικές υγείας για τον έλεγχο κατανάλωσης αλκοόλ.
6. Πρόληψη, Έρευνα και θεραπεία.
7. Νέοι και αλκοόλ.

Συνοπτική ανάλυση των τομέων παρουσιάζεται στον Πίνακα 8 α και β. Οι τομείς αυτοί περιέχουν πολιτικές υγείας που καλύπτουν όλο το φάσμα των πιθανών παραγόντων κατάχρησης του αλκοόλ και επενδύουν στον έλεγχο της κατανάλωσής του στην κοινότητα με την κινητοποίηση δομών υγείας, δομών κοινωνικής πρόνοιας, φορέων εκπαίδευσης και την εφαρμογή συντονισμένων προγραμμάτων αλλάζοντας την ατομική αλλά και τη συλλογική συμπεριφορά. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην ολοκληρωμένη αντιμετώπιση περιστατικών καταχρηστικής χρήσης και εμφάνισης εξάρτησης από το αλκοόλ, στις πολιτικές για τη μείωση οδήγησης σε κατάσταση

μέθης, στη διαθεσιμότητα του αλκοόλ, στον έλεγχο προώθησης και πώλησης αλκοολούχων ποτών καθώς και στη θέσπιση νομοθεσίας για τον έλεγχο του «μη καταγεγραμμένου αλκοόλ». Το αλκοόλ αυτό καλύπτει άτυπες και σπιτικές αλκοόλες, οινοπνευματώδη προϊόντα που παρήχθησαν παράνομα ή λαθραία, καθώς και υποκατάστατα του αλκοόλ που δεν προορίζονται επίσημα για κατανάλωση από τον άνθρωπο. Για την παρακολούθηση και επιτήρηση των τομών αυτών, τα κράτη θα πρέπει να εκδίδουν τακτικές εκθέσεις με στατιστικά στοιχεία για την κατανάλωση του αλκοόλ, τη θνητότητα και θνησιμότητα που επιφέρει η καταχρηστική κατανάλωσή του, αλλά και την αξιολόγηση των δομών και προγραμμάτων που έχουν αναπτυχθεί στον τομέα της ενημέρωσης του κοινού και στην πρόληψη των κρουσμάτων αλκοολισμού και των επιπτώσεών του.

Με την εφαρμογή και τον σωστό συνδυασμό των παραπάνω μέτρων δίνεται η δυνατότητα στις χώρες που θα τα εφαρμόσουν να ανταμειφθούν με σημαντικά κέρδη, όπως είναι η καλύτερη υγεία και ευημερία του πληθυσμού τους, βελτιωμένοι τομείς εργασίας και παραγωγικότητας, μεγαλύτερη εξοικονόμηση πόρων στην υγεία και την κοινωνική ασφάλιση, ευρύτερη ισονομία στην υγεία και την οικονομία, καθώς και ισχυρότερη κοινωνική συνοχή και ένταξη. Ο ΠΟΥ θεωρεί ότι κάθε κοινωνία έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και, για να είναι αποτελεσματικά τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση της κατανάλωσης αλκοόλ και των επιπτώσεων από αυτό, πρέπει να είναι κατάλληλα για τη συγκεκριμένη κοινωνία στην οποία απευθύνονται. Δεν υπάρχει λοιπόν ένα και μοναδικό μοντέλο που θα πρέπει να εφαρμόζεται απ' άκρη σ' άκρη στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια. Αυτό που κρίνεται σημαντικότερο είναι τα Κράτη-Μέλη να αναλάβουν την καταλληλότερη δράση για τη μείωση των βλαβών από το αλκοόλ στις χώρες τους.

Η Ελλάδα σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ διαθέτει από το 2006 γραπτή πολιτική αντιμετώπισης για τη μείωση της κατάχρησης του αλκοόλ (WHO, 2014c). Εντούτοις, οι τομείς στον ποιοτικό έλεγχο της παραγωγής αλκοολούχων ποτών και την απαγόρευση παραγωγής αλκοολούχων ποτών χωρίς την αντίστοιχη άδεια, στην απαγόρευση πώλησης αλκοολούχων σε νέους κάτω των 18 ετών, στην απαγόρευση της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ, στη φορολόγηση αλκοολούχων ποτών και στην αποσπασματική διεξαγωγή στρατηγικών ενημέρωσης του κοινού για της επιπτώσεις της κατάχρησης του αλκοόλ είναι αυτοί στους οποίους έχει σημειωθεί δράση και πρόοδος με τους υπόλοιπους τομείς να βρίσκονται σε αρχικά στάδια υλοποίησης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10α: Οι δέκα τομείς δράσης για τη μείωση της κατανάλωσης του αλκοόλ κατά ΠΟΥ

Τομέας	Μέτρα που λαμβάνονται	Δείκτες
1. Ηγεσία, Ευαισθητοποίηση, Δέσμευση.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Κατάλληλη ηγεσία και δέσμευση υλοποίησης. ➤ Ολοκληρωμένα σχέδια δράσης για την ευαισθητοποίηση. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ύπαρξη Εθνικού σχεδίου δράσης προσβάσιμο στον πολίτη. ➤ Μέτρα για τη γνώση, τους τρόπους αντιμετώπισης και τις απόψεις για το αλκοόλ. ➤ Βαρομετρικές έρευνες (barometer surveys), δημοσκοπήσεις.
2. Ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας.	Κινητοποίηση δομών υγείας, δομών κοινωνικής πρόνοιας, φορέων εκπαίδευσης.	Ποσοστό πληθυσμού με επιβλαβή χρήση οινόπνευματος έχοντας δεχθεί συμβουλές από φορέα παροχής Α βάρθμιας φροντίδας.
3. Δράση με κέντρο την κοινότητα και τους χώρους εργασίας.	Δράση με συντονισμένα και ευθυγραμμισμένα προγράμματα, αλλάζοντας τη συλλογική, παρά την ατομική συμπεριφορά σε: <ul style="list-style-type: none"> ➤ τοπικό επίπεδο ➤ στην κοινότητα ➤ στο χώρο εργασίας ➤ στην εκπαίδευση 	Ποσοστώσεις σχολείων, δήμων και χώρων εργασίας που υλοποιούν πολιτικές και προγράμματα για με εξειδικευμένα κριτήρια.
4. Πολιτικές για την οδήγηση σε κατάσταση μέθης: μέτρα και αντίμετρα.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Μείωση του νόμιμου ορίου κατά την οδήγηση, ΒΑC από 0,05% σε 0,02 % στην Ελλάδα ή και 0,00 % στους ανηλίκους ➤ Αύξηση και κατάλληλη επιλογή σημείων ελέγχου νηφαλιότητας. 	Ο αριθμός θυμάτων τροχαίων λόγω οδήγησης σε κατάσταση μέθης.
5. Διαθεσιμότητα του αλκοόλ.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Μείωση αδειών πώλησης και παραγωγής αλκοολούχων ποτών. ➤ Μείωση ωραρίου και πυκνότητας σημείων πώλησης και διατήρηση ενός κυβερνητικού μονοπωλίου λιανικής πώλησης. ➤ Άρνηση πώλησης σε ανηλίκους και σε άτομα σε κατάσταση μέθης και κατάλληλοι έλεγχοι τήρησης. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Καταμέτρηση του αριθμού σημείων πώλησης και τις ημέρες και ώρες πώλησης. ➤ Καταμέτρησης πρόσβασης των ανηλίκων.
6. Προώθηση και Εμπορία αλκοολούχων ποτών.	Θέσπιση ρυθμιστικών πλαισίων για: <ul style="list-style-type: none"> ➤ το περιεχόμενο και των όγκο των πωλήσεων. ➤ τις χορηγίες που προωθούν τα οινόπνευματώδη ποτά. ➤ περιορίζοντας ή απαγορεύοντας την προώθησή τους σε δράσεις που απευθύνονται στους νέους. ➤ ρυθμίζοντας νέες μεθόδους μάρκετινγκ με τη χρήση π.χ. κοινωνικών δικτύων. 	Ο δείκτης αφορά την έκθεση των παιδιών και των νέων σε όλο το φάσμα της εμπορίας αλκοόλ, και ορίζεται από τις έρευνες που πραγματοποιούνται κάθε ένα ή δύο χρόνια και με τον συνυπολογισμό της οδικής συμπεριφοράς των άλλων οδηγών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10β: Οι δέκα τομείς δράσης για τη μείωση της κατανάλωσης του αλκοόλ κατά ΠΟΥ

7. Πολιτικές Τιμολόγησης	Αύξηση τιμής αλκοολούχων ποτών με αύξηση φορολόγησής του ανάλογα με την περιεκτικότητα σε αλκοόλ.	Δείκτης καταμέτρησης του κατά πόσο είναι προσιτό το κόστος του αλκοόλ (με βάση μετρήσεις που συγκρίνουν το σχετικό δείκτη των τιμών του αλκοόλ με τον πραγματικό δείκτη διαθέσιμων εσόδων ανά νοικοκυριό).
8. Μείωση των αρνητικών συνεπειών της κατανάλωσης και της δηλητηρίασης από οινόπνευμα.	<p>Στόχος:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Μικρότερη συχνότητα και μειωμένος όγκος κατανάλωσης στις περιπτώσεις βαριάς χρήσης. ➤ Ενέργειες στο περιβάλλον όπου καταναλώνεται αλκοόλ (οικογένεια και μπαρ). ➤ Εισαγωγή προειδοποιητικών ετικετών σε όλες τις συσκευασίες αλκοολούχων ποτών. 	Τα ποσοστά θνησιμότητας από το οινόπνευμα, καθώς και οι εκούσιοι και ακούσιοι τραυματισμοί.
9. Μείωση των βλαπτικών επιπτώσεων στη δημόσια υγεία από το παράνομο αλκοόλ και το αλκοόλ που παράγεται ανεπίσημα.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Μηχανοργάνωση των δεδομένων παρακολούθησης για την κυκλοφορία των προϊόντων κατανάλωσης. ➤ Έκδοση φορολογικών σφραγίδων, όπου θα αναγράφεται πότε και πού έγινε η καταβολή των δασμών. 	Η ανεύρεση ακεταλδεΐδης, κουμαρίνης, φθαλικές ενώσεις και το περιεχόμενο καρβαμιδικού αιθυλεστερά σε δείγματα μη καταγεγραμμένων αλκοολών.
10. Παρακολούθηση και Επιτήρηση	<p>Τακτικές εκθέσεις για το αλκοόλ που να περιλαμβάνουν:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Τη συγκέντρωση όλων των διαθέσιμων στοιχείων για το αλκοόλ σε μία έκθεση που να καλύπτει την κατανάλωση, τη ζημία, την κοινωνική δαπάνη και την ανταπόκριση στις πολιτικές. ➤ Στοιχεία για τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, που θα πρέπει να επιμερίζονται ανάλογα με τη βλαπτική επίδραση του αλκοόλ. ➤ Την αποτίμηση του κοινωνικού κόστους. 	Η πρόσβαση του κοινού στις ετήσιες (ή διετείς, κατ' ελάχιστο) γενικές εκθέσεις σχετικά με το αλκοόλ.

Πηγή: WHO(2011)

Ακόμη, με τη συμμετοχή της επιστημονικής κοινότητας και των μελετών που διεξάγονται στον γενικό πληθυσμό της Ελλάδος, αλλά και σε ειδικούς πληθυσμούς όπως π.χ. στους νέους (ΕΠΨΥ, 2011), καλύπτεται ο τομέας της παρακολούθησης και επιτήρησης. Στην Ελλάδα δεν υπάρχει νομοθετικός προσδιορισμός της έννοιας «αλκοολούχο ποτό». Η έλλειψη αυτή δυσχεραίνει τη λήψη μέτρων και την εφαρμογή πολιτικών πρόληψης. Οι τομείς που υστερούν είναι οι υπόλοιποι από τους δέκα τομείς της λίστας του ΠΟΥ. Έτσι, στην Ελλάδα δεν έχει καταγραφή πρόοδος στους εξής τομείς:

- ❖ Στην ενιαία εθνική στρατηγική για την καταπολέμηση της κατάχρησης του αλκοόλ με βάση την κατάλληλη ηγεσία, την ευαισθητοποίηση και τη δέσμευση, καθώς η απουσία στρατηγικού σχεδιασμού και στοχευμένων δράσεων οδηγεί σε αποσπασματικές ενέργειες και βασικές οργανωτικές αδυναμίες. Η δραστηριότητα των αρμόδιων φορέων εξαντλείται συνήθως σε αποσπασματικές ενέργειες ή δράσεις περιορισμένης κλίμακας και δεν επενδύεται σε συνολικές στρατηγικές.
- ❖ Στην ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας, καθώς η Ελλάδα δεν διαθέτει ολιστικό σχεδιασμό για την καταπολέμηση των συνεπειών του αλκοόλ και δεν έχουν αναπτυχθεί ειδικά συμβουλευτικά κέντρα και συμβουλευτικές υπηρεσίες για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της κατάχρησης του αλκοόλ σε κοινοτικό επίπεδο.
- ❖ Στη διαθεσιμότητα του αλκοόλ, καθώς δεν διαθέτει πολιτικές σχετικά με τη θέσπιση περιορισμών στα καταστήματα πώλησης και στο σερβίρισμα, τη θέσπιση περιορισμών στην κατανάλωση αλκοόλ στους χώρους εργασίας.
- ❖ Στη δράση με κέντρο την κοινότητα και τους χώρους εργασίας και την οργάνωση εθνικής καμπάνιας ενημέρωσης, με εξαίρεση τις στρατηγικές ενημέρωσης του κοινού για τους κινδύνους στην οδήγηση. Δεν διαθέτουμε αρμόδιο φορέα για την πρόληψη. Δεν διαθέτουμε εκπαιδευτικά προγράμματα και δράσεις για την ταυτόχρονη προαγωγή θετικών προτύπων και συμπεριφορών. Δεν διαθέτουμε εκπαιδευτικά προγράμματα για τα παιδιά και τους νέους. Δεν διαθέτουμε προγράμματα επιμόρφωσης των εργοδοτών και του προσωπικού για την κατανάλωση αλκοόλ στους χώρους εργασίας.

- ❖ Στην ανάπτυξη πολιτικών τιμολόγησης με βάση την περιεκτικότητα σε αλκοόλ των αλκοολούχων ποτών.
- ❖ Στην προώθηση και εμπορία αλκοολούχων ποτών με τη θέσπιση ειδικών κανόνων και προδιαγραφών για την προβολή της κατανάλωσης του αλκοόλ στα μέσα μαζικής ενημέρωσης καθώς και στον έλεγχο χορηγίας και δράσης που απευθύνονται στους νέους. **Εξαιρέση αποτελεί η φράση που αναφέρεται σε όλες τις διαφημιστικές εκστρατείες αλκοολούχων ποτών «Απολαύστε Υπεύθυνα».**
- ❖ Στη μείωση των αρνητικών συνεπειών της κατανάλωσης και της δηλητηρίασης από οινόπνευμα καθώς δεν έχει θεσπιστεί μέτρο για την ύπαρξη ετικετών προειδοποίησης στις συσκευασίες αλκοολούχων ποτών.
- ❖ Στη μείωση των βλαπτικών επιπτώσεων στη δημόσια υγεία από το παράνομο αλκοόλ και το αλκοόλ που παράγεται ανεπίσημα. Στον τομέα αυτόν, ενώ έχει θεσπιστεί νόμος για την παράνομη παραγωγή και διακίνηση αλκοολούχων ποτών, οι έλεγχοι είναι ελλιπείς και ο προσανατολισμός του μέτρου σχετίζεται περισσότερο με τη διασφάλιση των φορολογικών εσόδων του κράτους και όχι με την προστασία της Δημόσιας Υγείας.
- ❖ Στην παρακολούθηση και στην επιτήρηση Δεν διαθέτουμε σύστημα ποιότητας και αξιολόγησης των προγραμμάτων. Οι αξιολόγηση των προγραμμάτων θα πρέπει να γίνεται από τους αρμόδιους φορείς με βάση τους δείκτες που παρουσιάστηκαν παραπάνω και έχουν προταθεί από τον ΠΟΥ.

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι οι πολιτικές υγείας για τη μείωση της κατανάλωσης του αλκοόλ αλλά και των βλαβερών συνεπειών του στην Ελλάδα, παρουσιάζουν σοβαρές ελλείψεις και δεν ανταποκρίνονται ακόμα στη σοβαρότητα των επιπτώσεων που εντοπίζονται στην υγεία των πολιτών, την κοινωνία και την οικονομία της χώρας. Ακόμη, διαπιστώνεται ότι οι πολιτικές αντιμετώπισης της επιβλαβούς χρήσης και εξάρτησης από το αλκοόλ δεν προσαρμόζονται κατάλληλα στο πλαίσιο των κοινωνικών πολιτικών και των πολιτικών ανάπτυξης που αφορούν τον τομέα της υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Καπνιστικές συνήθειες και χρήση αλκοόλ σε φοιτητές

3.1 Σύντομη παρουσίαση του προβλήματος

Αυξημένα ποσοστά καπνίσματος, κατάχρησης αλκοόλ, επεισοδίων βαριάς κατανάλωσής του καθώς και η χρήση επικίνδυνων μοτίβων κατανάλωσης έχουν καταγραφεί στους φοιτητικούς πληθυσμούς παγκοσμίως. Οι καπνιστικές συνήθειες των φοιτητών εγείρουν ανησυχία αναδεικνύοντας το κάπνισμα από φοιτητές ως ένα από τα κυριότερα προβλήματα δημόσιας υγείας (Johnston *et al.*, 2003). Επιπροσθέτως, η κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της φοιτητικής ζωής ενός ατόμου, έχει λάβει σε πολλές χώρες τελετουργικά χαρακτηριστικά, με πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα να έχουν καταγραφεί στις ΗΠΑ στις φοιτητικές αδελφότητες των Πανεπιστημίων. Σύμφωνα με έκθεση του Υπουργείου Υγείας των ΗΠΑ, εδώ και δεκαετίες έχει εδραιωθεί μια κουλτούρα ακραίας κατανάλωσης αλκοόλ στα Πανεπιστήμια της χώρας (National Institutes of Health-U.S., 2002). Αυτή η κουλτούρα προωθεί την κατανάλωση αλκοόλ σε μεγάλες ποσότητες ή την ανοχή των συμπεριφορών αυτών από φοιτητές που δε συμμετέχουν σε περιπτώσεις ακραίας κατανάλωσης. Με την προσέγγιση αυτή, η κατανάλωση αλκοόλ στη διάρκεια των φοιτητικών χρόνων, θεωρείται από τους ίδιους τους φοιτητές ως μια διαδικασία μετάβασης από την εφηβική περίοδο στην ενήλικη ζωή τους και έχει εδραιωθεί σε κουλτούρα για τους φοιτητές. Επομένως, για να υπάρχει οποιαδήποτε αλλαγή θα πρέπει να αλλάξει η κουλτούρα αυτή.

3.2 Επιδημιολογικά στοιχεία

Το κάπνισμα σε φοιτητικούς πληθυσμούς έχει καταγράψει αύξηση την τελευταία δεκαετία με καταγραφές που ανέρχονται σε ποσοστά καπνιστών 29% στις ΗΠΑ για τις ηλικίες 18-24 καθώς και 22.9% και 19.8% για τις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης αντίστοιχα (Von Ah *et al.*, 2005). Στα στοιχεία αυτά θα πρέπει να προστεθεί και η καταγεγραμμένη αδιαφορία των φοιτητών, παρά την ενημέρωσή τους, σε σχέση με τις συνέπειες που ενδέχεται να αποφέρει το κάπνισμα στην υγεία τους. Ο επιπολασμός του καπνίσματος καταγράφεται και στους φοιτητικούς πληθυσμούς με μεγαλύτερα ποσοστά στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Σε διεθνή μελέτη από τους 583 συμμετέχοντες το 20.8% ήταν καπνιστές, με ποσοστό 26,1% άνδρες και 9,5% γυναίκες (Al-Kubaisy *et al.*, 2012). Κατά τη διάρκεια των

φοιτητικών τους χρόνων οι φοιτητές εκτίθεντο και σε παθητικό κάπνισμα, τόσο σε χώρους του Πανεπιστημίου όσο και χώρους εστίασης και διασκέδασης. Η έκθεσή τους στο παθητικό κάπνισμα υπολογίζεται από μελέτες αυξημένη, με ποσοστό που ανέρχεται στο 49,6% (Inandi *et al.*, 2013). Οι φοιτητές παρά τα υψηλά ποσοστά έκθεσής τους στο παθητικό κάπνισμα, τείνουν να είναι θετικοί ως προς πολιτικές περιορισμού του καπνίσματος σε χώρους του Πανεπιστημίου. Σε διαδικτυακή μελέτη, που διεξήχθη σε φοιτητές της Νέας Ζηλανδίας υπήρχε θετική ανταπόκριση στην υποστήριξη της πολιτικής υγείας για τους ελεύθερους από καπνό χώρους (Marsh *et al.*, 2014).

Η κατανάλωση αλκοόλ καταγράφεται εξίσου αυξημένη σε φοιτητικούς πληθυσμούς. Σε έρευνα των σε πανεπιστήμια των ΗΠΑ, εκτιμήθηκε ότι το 42% των φοιτητών, δηλαδή 3 εκατ. από τους συνολικά 8 εκατ. φοιτητές των ΗΠΑ, είχαν καταναλώσει 5 ή περισσότερα ποτά σε μία και μόνο ημέρα σε διάστημα 30 ημερών (επεισόδιο επιβλαβούς χρήσης αλκοόλ) (Turrisi *et al.*, 2006). Στις ΗΠΑ το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κατάχρηση Αλκοόλ και Αλκοολισμού (National Institute for Alcohol abuse and Alcoholism- NIAAA) σε ανακοίνωσή του το 2013, καθορίζει την έννοια της βαριάς επεισοδιακής κατανάλωσης (binge drinking) με τιμή BAC στα 0,08%, που συνήθως ακολουθεί μετά από κατανάλωση 4 αλκοολούχων ποτών για τις γυναίκες και 5 για τους άνδρες σε διάστημα 5 ωρών και ορίζει το "ποτό" σε 14 γρ. αλκοόλης. Η έκθεση αυτή παρουσιάζει επίσης στοιχεία από επιδημιολογικές μελέτες για τις επιπτώσεις της κατάχρησης αλκοόλ στους φοιτητικούς πληθυσμούς των ΗΠΑ και τονίζει την αυξητική τάση που έχουν καταγράψει οι επιπτώσεις αυτές (NIAAA, 2007). Οι επιπτώσεις αφορούν όχι μόνο τους φοιτητές εκείνους που καταναλώνουν σε μεγάλες ποσότητες αλκοόλ αλλά και το περιβάλλον τους, την οικογένειά τους, την κοινωνική τους ζωή και την κοινότητα μέσα στην οποία δραστηριοποιούνται, καθώς και τη ζωή τους μετά την αποφοίτηση (Hingson *et al.*, 2009). Οι επιπτώσεις καθώς και ο επιπολασμός τους παρουσιάζονται συνοπτικά στον ακόλουθο Πίνακα (NIAAA, 2013).

Επιδημιολογικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε Ευρωπαϊκά κράτη έχουν καταγράψει παρόμοια αποτελέσματα με αυξημένα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ στους φοιτητικούς πληθυσμούς (Wicki *et al.*, 2010). Μελέτη σε Πανεπιστήμια της Αγγλίας έδειξε ότι το 61% των φοιτητών σε αγγλικά πανεπιστήμια, 65% για τους άνδρες και 58% για τις γυναίκες σημείωσαν επικίνδυνη, επιβλαβή χρήση και σημεία εξάρτησης με ποσοστά 40%, 11% και 10% αντίστοιχα (Heather *et al.*, 2011).

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Επιπτώσεις και επιπολασμός της κατάχρησης αλκοόλ από φοιτητές στις ΗΠΑ

Επιπτώσεις	Επιπολασμός ανά έτος
Θνητότητα	1,825 θάνατοι που σχετίζονται με το αλκοόλ σε φοιτητές 18-24 ετών.
Ατυχήματα	599.000 ατυχήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ. Τα ατυχήματα αυτά ανήκουν στην κατηγορία των ατυχημάτων χωρίς πρόθεση.
Επιθέσεις	696.000 φοιτητές έχουν αναφέρει επίθεση από άλλον φοιτητή που είναι σε κατάσταση μέθης.
Σεξουαλική κακοποίηση	97.000 φοιτητές έχουν δηλώσει ότι έχουν υποστεί βίαια σεξουαλική συμπεριφορά από συμφοιτητή τους σε κατάσταση μέθης.
Μη ασφαλείς ερωτικές επαφές	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 400.000 φοιτητές 18-24 ετών, αναφέρουν ότι ήταν σε κατάσταση μέθης και δεν χρησιμοποίησαν προφυλάξεις κατά τη σεξουαλική επαφή. ❖ 100.000 δεν μπορούν να ανακαλέσουν στη μνήμη τους αν ήρθαν σε επαφή ή όχι κατά τη διάρκεια οξείας μέθης.
Δυσκολία στη διεκπεραίωση των σπουδών	<p>το ένα τέταρτο των φοιτητών αναφέρουν προβλήματα στον τομέα αυτόν, με χαμηλούς βαθμούς ή ακόμη και την απώλεια ολόκληρου εξαμήνου.</p> <p>Προβλήματα έχουν σημειωθεί και μετά το πέρας των σπουδών.</p>
Εξάρτηση από το αλκοόλ	το 18% των φοιτητών συμπληρώνει τα κριτήρια για τον ορισμό εξάρτησης από το αλκοόλ.
Οδήγηση σε κατάσταση μέθης	3.360.000 φοιτητές ηλικίας 18-24 έχουν οδηγήσει υπό την επήρεια αλκοόλ.
Άλλες επιπτώσεις	επιθέσεις, βανδαλισμοί, απόπειρες αυτοκτονίας και άλλα περιστατικά που περιλαμβάνουν ανάμειξη της αστυνομίας.

Πηγή: *National Institute for Alcohol abuse and Alcoholism (2013)*

Μια άλλη μελέτη που διεξήχθη σε 7.015 φοιτητές Πανεπιστημίων του Βελγίου από τους, έδειξε ότι συμβαίνουν τρία επεισόδια βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ ανά φοιτητή κάθε μήνα και ότι οι φοιτητές καταναλώνουν τουλάχιστον 2 ποτά ημερησίως για λόγους κοινωνικοποίησης (Lorant *et al.*, 2013). Ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι η αυξημένη θνητότητα, καθώς πάνω από το 25% των θανάτων που έχουν καταγραφεί σε άνδρες στις ηλικίες 15-29 σχετίζονται με την κατανάλωση του αλκοόλ και πάνω από 10% για τις γυναίκες (Hughes *et al.*, 2011). Σημειώνεται ότι οι χώρες της Ευρώπης παρουσιάζουν μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ τους σε σχέση με τα μοτίβα κατανάλωσης αλκοόλ (Anderson *et al.*, 2006).

3.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση αλκοόλ από φοιτητές

Οι παράγοντες που οδηγούν σε ακραίες συμπεριφορές κατανάλωσης αλκοόλ των φοιτητών σύμφωνα με την έκθεση του NIAAA, είναι η μη τήρηση ενός σταθερού προγράμματος, η διαδεδομένη διαθεσιμότητα και προώθηση αλκοολούχων προϊόντων σε μέρη όπου ζουν και δραστηριοποιούνται οι φοιτητές, ο μειωμένος έλεγχος για την κατανάλωση αλκοόλ από ανηλίκους ή ενηλίκους που δεν έχουν φτάσει το νόμιμο ηλικιακό όριο κατανάλωσης αλκοόλ από την πολιτεία καθώς και η έλλειψη παρουσίας γονέων ή άλλων ενηλίκων, όπως επιστατών (NIAAA, 2013). Οι περισσότεροι φοιτητές εισέρχονται στην τριτοβάθμια εκπαίδευση με καθιερωμένα μοτίβα κατανάλωσης αλκοόλ και οι πρώτοι δύο μήνες θεωρούνται οι πιο κρίσιμοι για την καθιέρωση επικίνδυνων μοτίβων κατανάλωσης αλκοόλ. Συγκεκριμένα, στις ΗΠΑ αλλά και σε άλλα κράτη όπου οι φοιτητές διαμένουν σε αδελφότητες (Greek systems-sororities), η κατανάλωση αλκοόλ έχει καταγραφεί σε μεγαλύτερο βαθμό από κράτη όπου οι φοιτητές διαμένουν εκτός Πανεπιστημιούπολης. Οι φοιτητές δε που διαμένουν με τους γονείς τους σημειώνουν τα χαμηλότερα ποσοστά επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ (Lorant *et al.*, 2013).

Ένας ακόμη παράγοντας με ιδιαίτερα ισχυρή επίδραση στον τρόπο κατανάλωσης αλκοόλ από τους φοιτητές είναι η κοινωνική συναναστροφή με συνομηλίκους που έχουν αναπτύξει ήδη επικίνδυνα μοτίβα κατανάλωσης αλκοόλ¹⁴⁹. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση του αλκοόλ από τους φοιτητές είναι προβλήματα με συνομηλίκους σε προσωπικό επίπεδο, όπως εκφοβισμός (bullying), έλλειψη αυτοπεποίθησης, προβλήματα κοινωνικοποίησης, επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ στην πρώιμη εφηβική ηλικία και επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ από τους γονείς ή από άτομα του συγγενικού περιβάλλοντος (Cleveland *et al.*, 2012). Συνοπτικά παρουσιάζονται οι παραπάνω παράγοντες στην *Εικόνα 8*.

ΕΙΚΟΝΑ 10: Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση αλκοόλ από τους φοιτητές



3.4 Μέτρα για την αντιμετώπιση της κατάχρησης αλκοόλ σε φοιτητές

Η επικέντρωση της παγκόσμιας επιστημονικής κοινότητας στο θέμα της βαριάς επεισοδιακής κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών από φοιτητές και στις επιδράσεις που έχει αυτή στην υγεία τους αλλά και στην υγεία των ατόμων του περιβάλλοντός τους, έχει οδηγήσει σε μια ολοένα αυξανόμενη ανάγκη αντιμετώπισης του προβλήματος αυτού. Οι πολιτικές υγείας για την αντιμετώπιση των συμπεριφορών αυτών για να επιτευχθεί η μέγιστη αποτελεσματικότητά τους, θα πρέπει να περιλαμβάνουν μέτρα πρόληψης, παρεμβατικά μέτρα, θεραπευτικές στρατηγικές που θα στοχεύουν σε άτομα αλλά και στο σύνολο του φοιτητικού πληθυσμού. Στις ΗΠΑ το NIAAA με ανακοίνωσή του το 2002 (A Call to Action: Changing the Culture of Drinking at U.S. Colleges), επικεντρώθηκε στην ανάδειξη αυτού του προβλήματος με την παρουσίαση των παραγόντων κινδύνου και την επιστημονικά τεκμηριωμένη παράθεση στρατηγικών παρέμβασης. Με βάση το κείμενο αυτό αναπτύχθηκαν συγκεκριμένες στρατηγικές (3 in 1 Framework) οι οποίες αναπτύσσονται σε 3 επίπεδα και περιλαμβάνουν (NIAAA, 2002):

Επίπεδο 1: Στρατηγικές που στοχεύουν σε ατομικό επίπεδο :

- ✓ Εντοπισμός των φοιτητών που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για συμπεριφορές κατάχρησης αλκοόλ από τις κοινωνικές υπηρεσίες του Πανεπιστημίου, με κατάλληλες διαγνωστικές μεθόδους και βάσει παραγόντων κινδύνου.
- ✓ Εντοπισμός των φοιτητών που έχουν αναπτύξει εξάρτηση από το αλκοόλ και αντιμετώπισή της.
- ✓ Συμμετοχή των γονέων των φοιτητών που παρουσιάζουν προβλήματα καταχρηστικής συμπεριφοράς στη θεραπεία τους.

Επίπεδο 2: Στρατηγικές που στοχεύουν στη φοιτητική κοινότητα:

- ✓ Παροχή πληροφοριών και κατάλληλη εκπαίδευση σε θέματα που αφορούν το αλκοόλ στα πλαίσια των ακαδημαϊκών μαθημάτων. Ανάπτυξη ειδικού ιστότοπου πληροφοριών.
- ✓ Μείωση της διαθεσιμότητας των αλκοολούχων ποτών.
- ✓ Παροχή δραστηριοτήτων του Πανεπιστημίου που να προωθούν τη διασκέδαση χωρίς αλκοόλ.
- ✓ Συμμετοχή των φοιτητών στη διοργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων ενημέρωσης για τις επιπτώσεις της καταχρηστικής συμπεριφοράς του αλκοόλ.
- ✓ Ειδικό πρόγραμμα για τους πρωτοετείς φοιτητές κατά τη διάρκεια των εγγραφών για την ενημέρωσή τους σε θέματα κατανάλωσης αλκοόλ.
- ✓ Παρακολούθηση και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων στρατηγικών. Ενώ παρέχονται πληροφορίες για τις στρατηγικές αντιμετώπισης, λίγες είναι αυτές που βρίσκουμε στη βιβλιογραφία για την παρακολούθηση και την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής τους (Scott-Sheldon *et al.*, 2012).

Επίπεδο 3: Στρατηγικές που στοχεύουν στην κοινότητα που την περιβάλλει:

- ✓ Συνεργασία του Πανεπιστημίου με τις τοπικές αρχές για συντονισμό δράσεων στο θέμα της διαθεσιμότητας και προώθησης αλκοολούχων ποτών αλλά και εκπαιδευτικών παρεμβάσεων και ενημέρωσης του κοινού.
- ✓ Αύξηση της τιμής των ποτών από τις Αρχές καθώς και μείωση της διαθεσιμότητας φθηνών αλκοολούχων ποτών.
- ✓ Πιο συχνοί και αυστηροί έλεγχοι νηφαλιότητας από τις αρμόδιες Αρχές σε περιοχές περιμετρικά του Πανεπιστημίου.

Ο συνδυασμός και όχι η αποσπασματική εφαρμογή των παραπάνω στρατηγικών θεωρείται κρίσιμη για την αποτελεσματικότητά τους. Ακόμη, οι παρεμβάσεις θα πρέπει να στοχεύουν στον κατάλληλο πληθυσμό. Για παράδειγμα, σε φοιτητικούς πληθυσμούς υψηλού κινδύνου κρίνεται απαραίτητη η εφαρμογή περισσότερων ατομικών στρατηγικών σε σχέση με πληθυσμούς χαμηλότερου κινδύνου, όπου οι εφαρμογές ευρείας πληροφόρησης μέσω ειδικών διαδικτυακών ιστότοπων φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα (Carey K *et al.*, & Lane *et al.*, 2012).

Οι πιο ολοκληρωμένες παρεμβάσεις έχουν καταγραφεί σε πανεπιστήμια των ΗΠΑ με χαμηλή όμως ακόμη ανταπόκριση και συμμόρφωση με τις οδηγίες του NIAAA σε επίπεδο χώρας. Χαρακτηριστική όμως είναι η περίπτωση του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου της Βιρτζίνιας (Virginia Polytechnic Institute and State University), το οποίο έχει καταβάλει μία ολοκληρωμένη προσπάθεια σε πανεπιστημιακό επίπεδο. Συγκεκριμένα, μέσω ειδικής πλατφόρμας στην ιστοσελίδα του παρέχει πληροφορίες για την ασφαλή κατανάλωση αλκοόλ αλλά και για άλλα θέματα που αφορούν τους φοιτητές σχετικά με την κατανάλωση του αλκοόλ. Η δημιουργία ενός ειδικού εικονιδίου όπου παρουσιάζεται η θετική επίδραση της κατανάλωσης του αλκοόλ σε ζώνες και σε ποια τιμή του BAC αυτή σταματά, είναι μια από τις αποκλειστικότητες της ιστοσελίδας αυτής (Εικόνα 9).

ΕΙΚΟΝΑ 11: Οι επιδράσεις της κατανάλωσης του αλκοόλ σε ζώνες



Πηγή: Virginia Polytechnic Institute and State University (2015)

Στο ίδιο πανεπιστήμιο έχει εφαρμοστεί και μια άλλη πολιτική, αυτή της "θετικής διασκέδασης" (Party Positive, Εικόνα 10) (Virginia Polytechnic Institute and State

University, 2015), η οποία περιλαμβάνει οδηγίες που απευθύνονται στους φοιτητές που αφορούν:

1. Την κατανάλωση συγκεκριμένης ποσότητας αλκοόλ ώστε η τιμή του BAC να μην ξεπερνάει το 0,06%.
2. Την επιλογή της κατάλληλης αφορμής για κατανάλωση αλκοόλ αλλά και της ποσότητας που θα καταναλώσουν.
3. Τον ορισμό του "οδηγού", ο οποίος θα πρέπει να είναι κάποιος που δεν συμμετέχει στην κατανάλωση αλκοολούχου ποτού.
4. Την κατανάλωση φαγητού και σωστής ενυδάτωσης ταυτόχρονα με την κατανάλωση αλκοόλ.
5. Την καταμέτρηση του αριθμού των ποτών που καταναλώνουν κατά τη διάρκεια μιας εξόδου.

ΕΙΚΟΝΑ 12: Εικονίδιο της εκστρατείας για τη "θετική διασκέδαση"



Πηγή: *Virginia Polytechnic Institute and State University (2014)*

3.5 Παράγοντες που επηρεάζουν το κάπνισμα από φοιτητές

Οι φοιτητές εισέρχονται στην τριτοβάθμια εκπαίδευση συνήθως έχοντας αρχίσει το κάπνισμα από τα εφηβικά τους χρόνια. Υπάρχει όμως και ένα ποσοστό φοιτητών που δηλώνει ως περίοδο έναρξης του καπνίσματος την περίοδο κατά την οποία φοιτούσε. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην έναρξη αλλά και διατήρηση της συνήθειας του καπνίσματος κατά την περίοδο της φοιτητικής ζωής ανήκουν σε τρεις κατηγορίες: σε ατομικούς παράγοντες, οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες. Εν συντομία, οι παράγοντες θα μπορούσαν να αναλυθούν ως εξής (U.S. Department of Health and Human Services, 2012):

- ❖ Ατομικοί παράγοντες: προσωπικότητα, βίαιη συμπεριφορά, έλλειψη δραστηριοτήτων, έλλειψη αυτοπεποίθησης και στρατηγικών διεκπεραίωσης δυσκολιών (Von Ah *et al.*, 2005).
- ❖ Οικογενειακοί παράγοντες: γονείς καπνιστές, οικονομικά προβλήματα και προβλήματα συνοχής της οικογένειας, ανεργία γονέων.
- ❖ Κοινωνικοί παράγοντες: καπνιστικές συνήθειες συνομηλίκων και ευρεία αποδοχή του καπνιστή από τον κοινωνικό του περίγυρο, υψηλή

διαθεσιμότητα καπνικών προϊόντων και ελλιπής έλεγχος του καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους από την πολιτεία.

3.6 Μέτρα για την αντιμετώπιση της κατάχρησης καπνού σε φοιτητές

Η δημιουργία νομοθετικών ρυθμίσεων για την εφαρμογή και διατήρηση κλειστών και δημόσιων χώρων, στους οποίους θα απαγορεύεται το κάπνισμα, είναι το κύριο μέτρο αντιμετώπισης τους προβλήματος της αυξημένης κατανάλωσης καπνού και έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα στους φοιτητές. Πολλά πανεπιστήμια των ΗΠΑ αλλά και της Ευρώπης έχουν θεσπίσει την απαγόρευση σε όλους τους κλειστούς χώρους και σε κάποια έχει προχωρήσει η απαγόρευση και στους εξωτερικούς χώρους. Εντούτοις, υπάρχει η ένδειξη ότι με την απαγόρευση του καπνίσματος στους φοιτητές προκαλείται το αντίθετο αποτέλεσμα από τα επιθυμητά χαμηλά ποσοστά διακοπής του καπνίσματος και αύξηση της παραβατικότητας (Martinelli *et al.*, 1999). Συμπληρωματικό μέτρο στην κατεύθυνση αυτή είναι και η μείωση της διαθεσιμότητας των καπνικών προϊόντων σε περιοχές πλησίον των Πανεπιστημίων.

Μεγαλύτερη όμως αποτελεσματικότητα έχουν καταγράψει πολιτικές για τη μείωση του καπνίσματος, οι οποίες περιλαμβάνουν όχι μόνο αυστηρή τήρηση της παραπάνω νομοθεσίας αλλά και προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας με συμμετοχή των φοιτητών και με προηγούμενη μελέτη των καπνιστικών τους συμπεριφορών και αντιλήψεων. Σε μελέτη με δείγμα περίπου 13.000 προπτυχιακούς φοιτητές πανεπιστημίων της πολιτείας του Τέξας, φάνηκε ότι η εφαρμογή κατάλληλων προγραμμάτων εκπαίδευσης σε θέματα που αφορούν το κάπνισμα αλλά και η θέσπιση ειδικών χώρων καπνίσματος, είχαν τη μεγαλύτερη αποδοχή σε σχέση με πολιτικές απόλυτης απαγόρευσης του καπνίσματος και μείωσης της διαθεσιμότητας των καπνικών προϊόντων (Borders *et al.*, 2005). Η εκπαίδευση σε θέματα που αφορούν το κάπνισμα ξεκινάει σε πολλά Πανεπιστήμια των ΗΠΑ, της Ευρώπης αλλά και άλλων χωρών, από τη δημιουργία ιστότοπου όπου παρέχονται οι σχετικές πληροφορίες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ο ιστότοπος που έχει δημιουργήσει το πανεπιστήμιο του Harvard για το θέμα του καπνίσματος (<http://www.hsph.harvard.edu/cgtc/research/>). Σε ανασκοπική μελέτη αναδεικνύεται η συνδυαστική χρήση όλων των παραπάνω για τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των μέτρων (Murphy-Hoefler *et al.*, 2005). Τονίζεται επίσης ότι το επίκεντρο των ιθυνόντων θα πρέπει να είναι η αποδοχή των οποιωνδήποτε μέτρων από τους φοιτητές. Η επίτευξη του στόχου αυτού βρίσκεται στην κατάλληλη και έγκαιρη

ενημέρωση για την εφαρμογή τους. Τα παραπάνω μέτρα όμως προϋποθέτουν την καταγραφή (monitoring) του φαινομένου με τα κατάλληλα εργαλεία.

3.7 Οι καπνιστικές συνήθειες και η κατανάλωση του αλκοόλ σε φοιτητές στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα οι καπνιστικές συνήθειες και η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών σε φοιτητές έχει μελετηθεί σε επιδημιολογικές μελέτες που αφορούν στην ευρύτερη μελέτη των συνηθειών τους σε θέματα υγείας. Συγκεκριμένα, στη μελέτη των Mammias και συν., καταγράφηκαν 33,2% καπνιστές στους άνδρες και 28,4% στις γυναίκες (Mammias *et al.*, 2003). Στην ίδια μελέτη η κατανάλωση αλκοόλ από φοιτητές σε καθημερινή βάση καταγράφηκε σε ποσοστό 77,2% για τους άνδρες και 58% για τις γυναίκες. Η καταγραφή φοιτητών με μοτίβο βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ μετρήθηκε στο 5% για τους άνδρες και στο 3,5% για τις γυναίκες. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα άλλης μελέτης, όπου μελετήθηκαν αποκλειστικά οι πρωτοετείς φοιτητές για τις καπνιστικές τους συνήθειες και την κατανάλωση αλκοόλ με αντίστοιχα ποσοστά καπνιστών 32,4% και φοιτητών που καταναλώνουν αλκοόλ στο 82,7% των συμμετεχόντων (Κωνσταντινίδης και συν., 2014). Στη μελέτη αυτή όμως δεν υπάρχουν στοιχεία για περιστατικά επιβλαβούς χρήσης αλκοόλ.

Στοιχεία για τις καπνιστικές συνήθειες και την κατανάλωση του αλκοόλ περιλαμβάνονται και σε μελέτες αξιολόγησης των αντιλήψεων, των στάσεων και των συνηθειών των φοιτητών στα θέματα αυτά, κυρίως σε σχολές επαγγελματιών υγείας. Σε έρευνα που διεξήχθη σε φοιτητές Νοσηλευτικής, βρέθηκε πως το 36,8% των φοιτητών καπνίζει συστηματικά και το 41,2% ότι καταναλώνει αλκοόλ. Αναφορικά με τις καπνιστικές τους συνήθειες η πλειοψηφία (74%) των καπνιστών ανέφερε ότι ήταν προσωπική τους επιλογή και ότι έχουν τη διάθεση για διακοπή του καπνίσματος, το 98% όμως από αυτούς δήλωσε ότι δε προέβη σε ανεύρεση βοήθειας για να το επιτύχει. Αντιθέτως, πολύ μικρότερο ποσοστό των φοιτητών δήλωσαν ότι είχαν άμεσο σκοπό τη διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ (Διομήδους και συν., 2007). Οι καπνιστικές συνήθειες φοιτητών ιατρικής έχουν μελετηθεί (Παντσίδης και συν., 2012). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι το 24% των φοιτητών όλων των ετών φοίτησης ήταν καπνιστές και πως το 88,6% θεωρεί χρήσιμη την απαγόρευση του καπνίσματος. Στη μελέτη αυτή χρησιμοποιήθηκε μια τροποποιημένη ελληνική εκδοχή του Global Health Professional Student's Survey που περιλάμβανε 31 ερωτήσεις, χωρισμένες στις έξι ακόλουθες ενότητες: καπνιστικές συνήθειες, παθητικό κάπνισμα, πεποιθήσεις

σχετικά με τον έλεγχο του καπνίσματος, τη συμπεριφορά και τη διακοπή, την εκπαίδευση και τα δημογραφικά στοιχεία.

Ο επιπολασμός τόσο για το κάπνισμα όσο και για την κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα εκτιμάται υψηλός στο φοιτητικό πληθυσμό. Ωστόσο, δεν έχει καταγραφεί καμία συντονισμένη προσπάθεια προσέγγισης και επίλυσης του προβλήματος αυτού σε σχέση με άλλες χώρες, όπως οι ΗΠΑ. Η εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας στα πλαίσια του Πανεπιστημίου μπορεί να ανατρέψει την μονιμοποίηση των συμπεριφορών αυτών στην ενήλικη ζωή. Η αποτελεσματικότητά τους όμως θα εξαρτηθεί και από τη συμμετοχή της πολιτείας και τη δραστηριοποίηση των ιδρυμάτων στην κατεύθυνση της πρόληψης, αλλά και του ελέγχου ακραίων συμπεριφορών κατανάλωσης αλκοόλ και την παγίωση χώρων ελεύθερων από το κάπνισμα. Άλλωστε, όπως αποδεικνύεται και από τις προσπάθειες σε Πανεπιστήμια των ΗΠΑ, δεν μπορεί να υπάρξει θετικό αποτέλεσμα παρά μόνο αν γίνει συντονισμένη προσπάθεια σε ατομικό, κοινωνικό επίπεδο και επίπεδο φοιτητικής κοινότητας.

Η προσπάθεια αυτή θα μπορούσε να ενισχυθεί με την ισχυροποίηση του αλφαριθμητισμού υγείας στους φοιτητές. Οι φοιτητές αποτελούν ηλικιακή ομάδα που παρουσιάζει ισχυρή σχέση με τις τεχνολογίες πληροφόρησης και αυξημένη πρόσβαση στο διαδίκτυο και την πληροφορία. Στα πλαίσια αυτά, οι αρμόδιες αρχές θα πρέπει να προσαρμόσουν τις πληροφορίες υγείας ώστε να παρουσιάζουν τη μέγιστη αναγνωσιμότητα και να έχουν ελκυστική παρουσίαση και ποιοτικό σχεδιασμό. Σε μελέτη για τον αλφαριθμητισμό υγείας σε δείγμα 1.526 φοιτητών, ηλικίας 18-24, στην Ελλάδα εκτιμάται μέτριας έως υψηλής βαθμίδας. Οι συμπεριφορές σε θέματα υγείας, όπως κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ, έδειξαν άμεση συσχέτιση με τον βαθμό του αλφαριθμητισμού υγείας των φοιτητών (Vozikis *et al.*, 2014).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Υλικό και Μέθοδος της Μελέτης

4.1 Σκοπός και επιμέρους στόχοι της μελέτης

Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό τη διερεύνηση των καπνιστικών συνηθειών, των πεποιθήσεων και τη χρήση αλκοόλ από νέους και συγκεκριμένα φοιτητές, καθώς και την έκθεσή τους σε παθητικό κάπνισμα. Η διερεύνηση αυτή ενδέχεται να συμβάλει στην καταγραφή περιστατικών εθισμού από το κάπνισμα και το αλκοόλ και αποσκοπεί στην απώτερη ευαισθητοποίηση των φοιτητών στα θέματα αυτά. Η

Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν:

- Η καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων των φοιτητών που συμμετείχαν στη μελέτη.
- Η διερεύνηση των τρόπων διαχείρισης της οικονομικής κρίσης από τους ίδιους τους φοιτητές και την οικογένειά τους, τους τελευταίους 12 μήνες.
- Η καταγραφή των καπνιστικών τους συνηθειών και συγκεκριμένα, η καταγραφή της σχέσης τους με το κάπνισμα, η πρώτη πιθανή επαφή με το τσιγάρο, η αφορμή και ηλικία έναρξης του καπνίσματος, η επιρροή της οικονομικής κρίσης στις συνήθειες αυτές καθώς και αν έχουν λάβει κάποια συμβουλή για τη διακοπή του καπνίσματος.
- Η καταγραφή της πιθανής εξάρτησης από τη νικοτίνη, στους φοιτητές που δήλωσαν ότι καπνίζουν.
- Η καταγραφή της έκθεσης σε παθητικό κάπνισμα των φοιτητών τόσο στην οικία τους, όσο και σε μέρη τα οποία επισκέφθηκαν τις τελευταίες 7 ημέρες.
- Η χρήση αλκοόλ από τους φοιτητές και η ανάπτυξη πιθανών φαινομένων εξάρτησης από αυτό.

Ακόμη διερευνήθηκε κατά πόσο οι φοιτητές:

- Θεωρούν ωφέλιμη την απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους.
- Θεωρούν το κάπνισμα προσωπική επιλογή, κακή ή εθιστική συνήθεια ή ως μια συνήθεια που τους κάνει αρεστούς στου άλλους.

- Πιστεύουν ότι η πολιτεία έχει λάβει τα απαραίτητα μέτρα για την εφαρμογή του νόμου 3868/2010, με τον οποίον απαγορεύεται το κάπνισμα σε κλειστούς δημόσιους χώρους.
- Πιστεύουν ότι τα κείμενα που αναγράφονται στις συσκευασίες καπνού και αναφέρουν τις επιβλαβείς συνέπειες του καπνίσματος, προωθούν και συμβάλλουν στη διακοπή του καπνίσματος.
- Πιστεύουν ότι η ελληνική πολιτεία έχει σχεδιάσει και εφαρμόζει με σωστό τρόπο τις στρατηγικές προώθησης της αγωγής υγείας.
- Δηλώνουν πρόθυμοι να λάβουν μέρος σε δράσεις που αφορούν την ευαισθητοποίηση των συμφοιτητών τους, σε θέματα που αφορούν τη χρήση του αλκοόλ και του καπνού.

4.2 Ηθικά Θέματα

Η παρούσα μελέτη έχει μηδαμινό κίνδυνο πρόκλησης κάθε είδους βλάβης, φυσική, συγκινησιακή, νομική, οικονομική και κοινωνική. Στα πλαίσια του δικαιώματος των συμμετεχόντων για πλήρη διαφάνεια οι μελετητές ενημέρωσαν τους συμμετέχοντες φοιτητές για τη φύση, τη διάρκεια, το σκοπό, τις μεθόδους και την χρήση των ευρημάτων της μελέτης. Τηρήθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων και τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της μελέτης. Επίσης, συμπληρώθηκε από όλους τους συμμετέχοντες φόρμα πληροφορημένης συγκατάθεσης.

Το ερευνητικό πρωτόκολλο της παρούσας μελέτης εγκρίθηκε στις 27/11/14 από τη Γενική Συνέλευση του τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Δεν υπάρχει κάποιο σχετικό έγγραφο έγκρισης καθώς η έγκριση ήταν προφορική. Σύμφωνα με τον κανονισμό του τμήματος, οι μελέτες που διεξάγονται από φοιτητές του τμήματος και αφορούν φοιτητές της σχολής δεν χρειάζονται έγκριση. Η ενημέρωση αυτή έγινε από τη Γραμματεία του τμήματος.

4.3 Υλικό και μέθοδος

4.3.1 Σχεδιασμός της μελέτης

Σύμφωνα με τον ερευνητικό σχεδιασμό, η μέθοδος που επιλέχθηκε για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης ήταν η μέθοδος της περιγραφικής μελέτης. Ο λόγος που επιλέχθηκε η μέθοδος αυτή αφορά τη φύση του σκοπού και των επιμέρους στόχων της παρούσας μελέτης, καθώς αποσκοπεί στη διερεύνηση περιγραφικών δεδομένων σε πραγματικές καταστάσεις. Στις περιγραφικές μελέτες είναι δυνατή η περιγραφή διαφόρων μεταβλητών, η σύγκριση ομάδων υποκειμένων καθώς και η συσχέτιση ανάμεσα σε δύο ή περισσότερες μεταβλητές (Κατσής και συν., 2011)

Συγκεκριμένα, η περιγραφική αυτή μελέτη ακολούθησε τη μεθοδολογία της *μελέτης συσχέτισεως*. Οι μελέτες συσχέτισεως αφορούν αλληλοσχετιζόμενες μεταβλητές, παρατηρώντας πως η αλλαγή μιας μεταβλητής σχετίζεται με αλλαγή στην άλλη μεταβλητή (Σαχίνη- Καρδάση, 2007). Οι μελέτες συσχέτισεως διεξάγονται με συγχρονική επισκόπηση (cross-sectional survey) ή διαχρονική επισκόπηση (longitudinal survey)επισκόπηση. Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε η μέθοδος της συγχρονικής μελέτης καθώς με τον τρόπο αυτόν τα δεδομένα συλλέγονται σε διάφορα στάδια, τον ίδιο χρόνο και εκλαμβάνονται ότι αντιπροσωπεύουν σημεία του χρόνου. Στην πράξη αυτό σημαίνει ότι η συλλογή των δεδομένων αυτών πραγματοποιείται σε μια μόνο χρονική στιγμή χωρίς να περιλαμβάνει ξεχωριστές δειγματοληψίες αλλά μία μόνο δειγματοληψία για όλο τον πληθυσμό.

4.3.2 Χώρος διεξαγωγής της μελέτης

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, που εδρεύει στην Κόρινθο. Στο τμήμα αυτό πραγματοποιούνται προπτυχιακά μαθήματα στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα θεμάτων όπως η θεωρητική, θεσμική και οικονομική ανάλυση του κοινωνικού κράτους, η διοίκηση και αξιολόγηση των φορέων παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, η πολιτική απασχόλησης, η πολιτική υγείας, οι κοινωνικές ανισότητες και η φτώχεια, η μετανάστευση και η κοινωνική οικονομία. Η δεύτερη κατεύθυνση του τμήματος αφορά την εκπαιδευτική πολιτική και η διδασκαλία της επικεντρώνεται στην ανώτατη εκπαίδευση, την ανάπτυξη, την εφαρμογή και την αξιολόγηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων και υλικού, καθώς και στην διά βίου εκπαίδευση. Στα πλαίσια των παραπάνω κατευθύνσεων διεκπεραιώνονται και

προγράμματα μεταπτυχιακών σπουδών με τους εξής τίτλους: Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας, Κοινωνικές Διακρίσεις-Μετανάστευση και Ιδιότητα του Πολίτη, Εκπαιδευτικά Προγράμματα και Υλικό και Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική.

Το Πρόγραμμα Σπουδών δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην Ευρωπαϊκή Διάσταση των σπουδών προσεγγίζοντας την κοινωνική πολιτική και την εκπαιδευτική πολιτική σε συσχέτιση με τις σύγχρονες τάσεις και προοπτικές που διαμορφώνονται σε Ευρωπαϊκό επίπεδο. Στο πλαίσιο αυτό, επιδιώκεται και η μέγιστη δυνατή εμπλοκή και η πλέον ενεργή συμμετοχή του τμήματος αυτού σε συναφείς δράσεις και πρωτοβουλίες που αναπτύσσονται σε Ευρωπαϊκό επίπεδο.

4.3.3 Δείγμα μελέτης

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν όλοι οι φοιτητές, προπτυχιακοί, μεταπτυχιακοί και διδακτορικοί του τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Το δείγμα της μελέτης αυτής επελέγη τυχαία και αποτελείται από τους φοιτητές που βρίσκονταν στους χώρους της σχολής κατά τη διάρκεια του διαλλείματος τους ή κατά τη διάρκεια μαθημάτων τους. Συνολικά προσεγγίστηκαν 225 προπτυχιακοί και μεταπτυχιακοί φοιτητές από τους 720 εγγεγραμμένους του τμήματος, στους οποίους μοιράστηκαν τα αντίστοιχα ερωτηματολόγια. Από αυτά, επιστράφηκαν τα 203, δηλαδή το ποσοστό απόκρισης ήταν 90,2%.

Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης ως καπνιστές ορίστηκαν όσοι δήλωσαν καπνιστές και απάντησαν ως καπνιστές στα ερωτήματα 3,4,5 και 6 της Ενότητας 1 του ερωτηματολογίου.

4.3.4 Περιγραφή Ερωτηματολογίου

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης συντάχθηκε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, που αποτελείται από 32 ερωτήματα. Η σύνταξη των ερωτημάτων πραγματοποιήθηκε από τους μελετητές με βάση την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και τη μελέτη παρόμοιων ερευνών σε φοιτητικούς πληθυσμούς. Το παρόν ερωτηματολόγιο περιέχει τέσσερα ερωτήματα από το ερωτηματολόγιο του Global Health Professional Student's Survey. Περιέχει επίσης το ερωτηματολόγιο για τη διαπίστωση εξάρτησης από τη νικοτίνη ή κλίμακα Fagerström και το ερωτηματολόγιο για τον προσδιορισμό του βαθμού εξάρτησης από το αλκοόλ, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Μουσσάς και συν., 2010).

Η κλίμακα Fagerström είναι μια διαδομένη και αξιόπιστη κλίμακα αξιολόγησης της εξάρτησης από τη νικοτίνη τόσο στην ελληνική όσο και στη ξενόγλωσση βιβλιογραφία (Heatherton *et al.*, 1991) και έχει ελεγχθεί για την αξιοπιστία και την εγκυρότητά της (Pomerleau *et al.*, 1994). Αποτελείται από 8 ερωτήματα στην αρχική της έκδοση του 1978 του Fagerström και συν.(Fagerström Tolerance Questionnaire -FTQ) και 6 ερωτήματα στην αναθεωρημένη έκδοση του 1991 από τους Heatherton και συν.(Fagerström test for nicotine dependence- FTND). Αποτελέσματα μεγαλύτερα του 7 αυτής της κλίμακας δείχνουν ισχυρή εξάρτηση από τη νικοτίνη. Αντίστοιχα, το ερωτηματολόγιο AUDIT έχει χρησιμοποιηθεί και αυτό σε ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία σε επιδημιολογικές μελέτες. Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις, που η κάθε ερώτηση βαθμολογείται από 0 έως 4. Συνολική βαθμολογία ≥ 8 αποτελεί ένδειξη για προβληματική χρήση αλκοόλ, ενώ βαθμολογία μεγαλύτερη του 15 υποδηλώνει εξάρτηση. Συγκεκριμένα, για τον ελληνικό πληθυσμό έχει σταθμιστεί από τους Μουσσά και συν. και έχει ελεγχθεί για την αξιοπιστία και την εγκυρότητά του, καθώς βρέθηκε από τους μελετητές ο δείκτης Cronbach $\alpha = 0,80$, για μάρτυρες και για ασθενείς, και η ευαισθησία του ερωτηματολογίου για επίπεδο απαντήσεων ≥ 8 με τιμή 0,98 και η ειδικότητά του για το ίδιο επίπεδο με τιμή 0,94 (Μουσσάς και συν., 2010).

Το ερωτηματολόγιο Global Health Professional Student's Survey (GHPSS), περιλαμβάνει 42 ερωτήσεις και είναι μέρος της παγκόσμιας έρευνας του ΠΟΥ και του CDC για την καταγραφή των καπνιστικών συνηθειών σε φοιτητές σχολών επαγγελματιών υγείας. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν 4 ερωτήματα που βασίστηκαν σε ερωτήματα του ερωτηματολογίου αυτού. Συγκεκριμένα, δύο ερωτήματα για τις καπνιστικές συνήθειες των φοιτητών και δύο ερωτήματα που αφορούν την έκθεσή τους σε παθητικό κάπνισμα.

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελείται από **5 Ενότητες**:

Ενότητα 1: Η σχέση σας με το κάπνισμα- Καπνιστικές συνήθειες, η οποία περιλαμβάνει 6 ερωτήματα που αφορούν την πιθανή ηλικία έναρξης ή δοκιμής του καπνίσματος και την αφορμή για την οποία έγινε αυτό, τη διάρκεια του καπνίσματος, την επιρροή της οικονομικής κρίσης στις καπνιστικές συνήθειες, καθώς και τη λήψη βοήθειας ή συμβουλών για τη διακοπή του καπνίσματος. Συμπληρώθηκε από όλους τους συμμετέχοντες.

Ενότητα 2: Εξάρτηση από τη νικοτίνη (Κλίμακα Fagerström), η οποία περιλαμβάνει 8 ερωτήματα και συμπληρώθηκε μόνο από τους καπνιστές.

Ενότητα 3: Έκθεση σε παθητικό κάπνισμα, η οποία περιλαμβάνει 2 ερωτήματα και αφορά ερωτήματα τόσο για το παθητικό κάπνισμα στην οικία τους, όσο και σε μέρη τα οποία επισκέφθηκαν τις τελευταίες 7 ημέρες.

Ενότητα 4: Πεπειθήσεις, η οποία περιλαμβάνει 6 ερωτήματα για τις απόψεις των φοιτητών σχετικά με το κάπνισμα σε κλειστούς δημόσιους χώρους καθώς και την εφαρμογή της παρούσας νομοθεσίας στην Ελλάδα, την προώθηση αντικαπνιστικών προγραμμάτων από την πολιτεία, τη χρησιμότητα της εφαρμογής των κειμένων στις συσκευασίες καπνού και τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες σε σχέση με το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ στα πλαίσια του τμήματός τους. Ακόμη, περιλαμβάνει ερωτήματα για την επιλογή του καπνίσματος εάν αυτή αποτελεί προσωπική επιλογή ή συνήθεια με την οποία φαίνεσαι πιο αρεστός ή είναι μια εθιστική βλαβερή συνήθεια.

Ενότητα 5- Χρήση και εξάρτηση αλκοόλ (Ερωτηματολόγιο AUDIT), η οποία αποτελείται από 10 ερωτήματα.

Ακόμη, στην ενότητα των δημογραφικών στοιχείων καταγράφηκαν το φύλο, η ηλικία, εάν οι γονείς ήταν καπνιστές, το έτος φοίτησης, το επίπεδο μόρφωσης αλλά και η επαγγελματική κατάσταση των γονέων καθώς και εάν οι φοιτητές εργάζονται παράλληλα με τις σπουδές τους. Στην ενότητα αυτή συμπεριλήφθηκε και ειδική ερώτηση για τις μεθόδους διαχείρισης της οικονομικής κρίσης από τους φοιτητές και τις οικογένειες τους με την επιλογή 7 πεδίων: ξοδεύοντας μέρος ή το σύνολο των αποταμιεύσεων, πωλώντας κάτι από την κινητή κι ακίνητη περιουσία, αναζητώντας δανεισμό από τράπεζα, αναζητώντας δανεισμό από κοινωνικό περιβάλλον, παίζοντας τυχερά παιχνίδια, περιορίζοντας δραστικά τις δαπάνες σε είδη πρώτης ανάγκης (είδη αναγκαία για τη διαβίωση), περιορίζοντας δραστικά τις δαπάνες σε είδη μη απολύτως απαραίτητα (είδη που δεν είναι πρώτης ανάγκης).

Το ερωτηματολόγιο σχολιάστηκε και κρίθηκε από ομάδα ειδικών για την καταλληλότητα του για τη μελέτη και τη διατύπωση των ερωτημάτων του. Η ομάδα αυτή αποτελούνταν από τα μέλη της τριμελούς επιτροπής καθώς και από φιλόλογο ελληνικής και αγγλικής φιλολογίας και από μαθηματικό με εξειδίκευση στη βιοστατιστική. Για να εξεταστεί κατά πόσο είναι κατανοητό και σαφές, δόθηκε προς συμπλήρωση σε πέντε φοιτητές. Η δοκιμαστική αυτή χρήση του ερωτηματολογίου καθώς και οι παρατηρήσεις και επισημάνσεις της ομάδας των ειδικών, βοήθησαν στη διόρθωση και συμπλήρωση του.

4.3.5 Διαδικασία και Μέθοδοι συλλογής δεδομένων

Η διαδικασία συλλογής των δεδομένων της μελέτης πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο αυτοαναφοράς και συγκεκριμένα με τη χρήση του ανώνυμου δομημένου ερωτηματολογίου. Συμμετείχαν οι φοιτητές όλων των βαθμίδων, οι οποίοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο κατά τη διάρκεια του διαλλείματος και κυρίως κατά την έναρξη ή πριν τη λήξη των μαθημάτων τους. Υπογραμμίζεται ότι πριν από τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους φοιτητές, ενημερώνονταν πλήρως από τους μελετητές για το ύφος και το περιεχόμενο της μελέτης και σημειώνεται ότι η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν άμεση και η συμμετοχή στη μελέτη ήταν εθελοντική και δεν επιβλήθηκε σε κανέναν συμμετέχοντα. Ακόμη, έγινε προσπάθεια από τους μελετητές ώστε να αποφευχθεί η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου για δεύτερη φορά από τον ίδιο φοιτητή.

Η τεχνική της δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε ήταν αυτή της πιθανότητας και συγκεκριμένα της *απλής τυχαίας*.

4.3.6 Στατιστική Ανάλυση-Διαχείριση Δεδομένων

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/\kappa$ (κ = αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που

σχετίζονται με την κλίμακα εξάρτησης από το αλκοόλ από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών.

Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

4.4 Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει περιορισμούς που κρίνεται ηθικό και σκόπιμο να αναφερθούν:

1. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ένα από τα Τμήματα του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, που στεγάζονται στην πόλη της Κορίνθου, για λόγους περιορισμένου χρονοδιαγράμματος.
2. Το δείγμα που επιλέχθηκε παρουσιάζει περιορισμό και σε μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να επιλεγθεί μεγαλύτερο ή και διαφορετικό δείγμα για την τεκμηρίωση της υπόθεσης της παρούσας μελέτης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

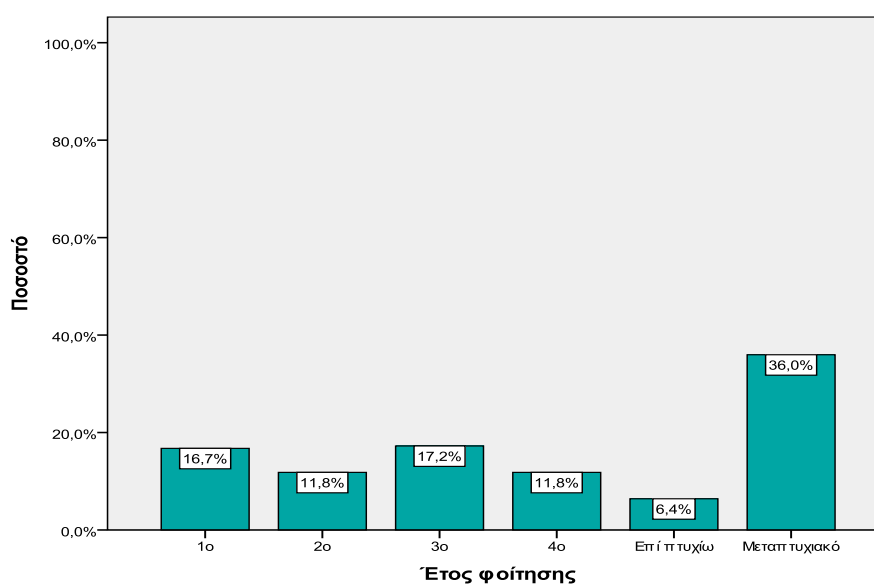
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά προσεγγίστηκαν 225 προπτυχιακοί και μεταπτυχιακοί φοιτητές του τμήματος, στους οποίους μοιράστηκαν τα αντίστοιχα ερωτηματολόγια. Από αυτά, επιστράφηκαν τα 203, δηλαδή το ποσοστό απόκρισης ήταν 90,2%. Επομένως το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελούν 203 φοιτητές.

5.1 Δημογραφικά στοιχεία

Από την ανάλυση των ερωτηματολογίων (N=203), προκύπτει ότι η πλειοψηφία των φοιτητών ήταν γυναίκες με ποσοστό 82,3% (N=167). Η μέση ηλικία των φοιτητών ήταν τα 24,9 έτη ($\pm 7,6$ έτη) και η πλειοψηφία ήταν σε μεταπτυχιακό επίπεδο, με το ποσοστό να φτάνει το 36,0% (N=73). Το 47,8% (N=97) των φοιτητών δεν είχαν γονείς καπνιστές, το 29,6% (N=60) είχαν ένα γονιό καπνιστή και το υπόλοιπο 22,7% (N=46) είχε δύο γονείς καπνιστές. Επίσης, το 41,4% (N=84) των φοιτητών είχαν γονείς απόφοιτους λυκείου και το 30% είχαν γονείς πτυχιούχους ΑΕΙ. Ακόμη, το 46,3% των φοιτητών είχε τουλάχιστον ένα γονιό δημόσιο υπάλληλο και το 32,5% είχε τουλάχιστον ένα γονιό ελεύθερο επαγγελματία. Σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες (50,7%) εργάζονταν παράλληλα με τις σπουδές τους και μάλιστα το 48,5% (N=51) ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι. Στον Πίνακα 10 δίνονται δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και στο Γράφημα 3 που ακολουθεί δίνεται το έτος φοίτησης των συμμετεχόντων.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4: Έτος φοίτησης συμμετεχόντων



ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων (N= 203)

		N	%
Φύλο	Γυναίκες	167	82,3
	Άντρες	36	17,7
Ηλικία, μέση τιμή±SD		24,9±7,6	
Γονείς Καπνιστές	Όχι	97	47,8
	Ένας	60	29,6
	Και οι δύο	46	22,7
Έτος φοίτησης	1ο	34	16,7
	2ο	24	11,8
	3ο	35	17,2
	4ο	24	11,8
	Επί πτυχίω	13	6,4
	Μεταπτυχιακό	73	36,0
Ανώτερο Επίπεδο Μόρφωσης Γονέων	Δημοτικό/ Γυμνάσιο	19	9,4
	Λύκειο	84	41,4
	ΤΕΙ	23	11,3
	ΑΕΙ	61	30,0
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	16	7,9
Επαγγελματική Κατάσταση Γονέων	Δημόσιος Υπάλληλος	58	28,6
	Δημόσιος Υπάλληλος, Ελεύθερος Επαγγελματίας	14	6,9
	Δημόσιος Υπάλληλος, Ιδιωτικός Υπάλληλος	21	10,3
	Δημόσιος Υπάλληλος, Συνταξιούχος	1	0,5
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	45	22,2
	Ελεύθερος Επαγγελματίας, Ιδιωτικός Υπάλληλος	7	3,4
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	26	12,8
	Ιδιωτικός Υπάλληλος, Συνταξιούχος	1	0,5
	Άνεργος	7	3,4
	Άνεργος, Αγρότης	1	0,5
	Συνταξιούχος	18	8,9
	Αγρότης	4	2,0
Εργάζεστε παράλληλα με τις σπουδές σας;	Όχι	100	49,3
	Ναι	103	50,7
Αν ναι, σε τι δουλειά	Δημόσιος Υπάλληλος	39	37,9
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	13	12,6
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	51	48,5
	εθελοντής	1	1,0

Στην ενότητα των δημογραφικών χαρακτηριστικών μελετήθηκε και ο τρόπος διαχείρισης της οικονομικής κρίσης από τους φοιτητές και τις οικογένειές τους. Στο

γράφημα που ακολουθεί δίνονται οι τρόποι διαχείρισης της οικονομικής από τους φοιτητές και την οικογένειά τους για τον τελευταίο χρόνο και με φθίνουσα σειρά.

ΓΡΑΦΗΜΑ 5: Τρόποι διαχείρισης της οικονομικής κρίσης



Ο κυριότερος τρόπος διαχείρισης της οικονομικής κρίσης ήταν ο δραστικός περιορισμός των δαπανών σε είδη που κρίνονται μη απολύτως απαραίτητα, με το ποσοστό να φτάνει το 89,2% (N=181). Ακολουθεί η σπατάλη μέρους ή του συνόλου των αποταμιεύσεων με ποσοστό 59,6% (N=21) και μόνο το 8,4% (N=17) αναζήτησε δανεισμό σε τράπεζα. Το 8,9% (N=18) όμως δήλωσε ότι έπαιξε τυχερά παιχνίδια.

5.2 Ενότητα 1

5.2.1 Η σχέση σας με το κάπνισμα-Καπνιστικές συνήθειες

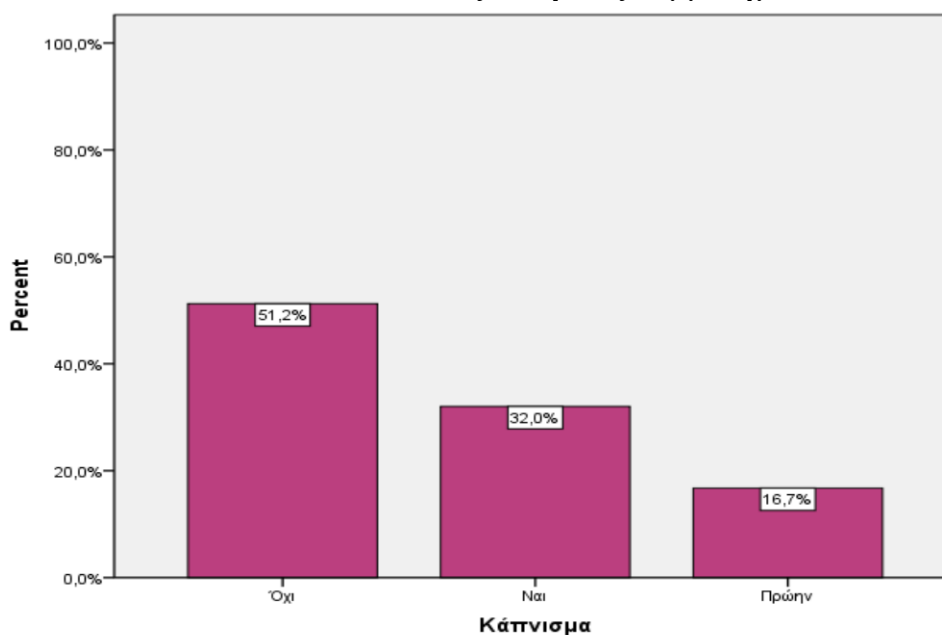
Το 70,4% (N=143) των φοιτητών έχουν δοκιμάσει να καπνίσουν έστω μια φορά. Μάλιστα η πλειοψηφία αυτών δηλώνει ηλικία έναρξης ή δοκιμής τα 16-17 έτη (48,5%, N=48). Η διάμεση διάρκεια καπνίσματος ήταν τα 4 έτη (48 μήνες). Η πλειοψηφία (64,6%, N=42) των συμμετεχόντων δεν άλλαξε τις καπνιστικές του συνήθειες εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, με ποσοστό όμως 35,4% (N=23) να δηλώνει αλλαγή στις καπνιστικές του συνήθειες κυρίως με μείωση λόγω κόστους. Συγκεκριμένα, 14 από αυτούς (60,9%) μείωσαν το κάπνισμα λόγω κόστους και οι υπόλοιποι 9 (39,1%) το αύξησαν με κυριότερο λόγο το άγχος. Τέλος, το 15,2% (N= 15) των συμμετεχόντων που καπνίζουν ή κάπνιζαν στο παρελθόν είχαν λάβει βοήθεια ή συμβουλές για να βοηθηθούν και να κόψουν το κάπνισμα. Στον πίνακα

που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στις καπνιστικές συνήθειες των συμμετεχόντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Καπνιστικές συνήθειες συμμετεχόντων

		N	%
Έχετε δοκιμάσει ποτέ να καπνίσετε, ακόμα και μία ή δύο ρουφηξιές;	Όχι	60	29,6
	Ναι	143	70,4
Πόσων ετών ήσασταν όταν δοκιμάσατε για πρώτη φορά να καπνίσετε;	10 ή λιγότερο	1	1,0
	11 – 15	15	15,2
	16 – 17	48	48,5
	18 – 19	22	22,2
	20 – 22	9	9,1
	Πάνω από 22	4	4,0
Κάπνισμα	Όχι	104	51,2
	Ναι	65	32,0
	Πρώην	34	16,7
Πόσο καιρό καπνίζετε (μήνες);, μέση τιμή±SD διάμεσος (ενδ. εύρος)		73,6±72,2	48 (24 - 120)
Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τις καπνιστικές σας συνήθειες;*	Όχι	42	64,6
	Ναι	23	35,4
Αύξησα το κάπνισμα λόγω..	έλλειψης χόμπι	1	11,1
	λόγω άγχους	6	66,7
	οικογενειακά οικονομικά προβλήματα	1	11,1
	οικονομικά προβλήματα	1	11,1
Μείωσα το κάπνισμα λόγω..	λόγω κόστους	14	100,0
Έχετε λάβει βοήθεια ή συμβουλές για να σας βοηθήσουν να διακόψετε το κάπνισμα;	Όχι	84	84,8
	Ναι	15	15,2

*αφορά στους νυν καπνιστές

ΓΡΑΦΗΜΑ 6: Καπνιστικές συνήθειες συμμετεχόντων

Ενεργοί καπνιστές δηλώνουν το 32,0% (N=65) των φοιτητών και το 16,7% (N=34) δηλώνουν πρώην καπνιστές. Στο *Γράφημα 5* δίνονται οι καπνιστικές συνήθειες των συμμετεχόντων. Ακόμη, το 55,6% (N=55) των φοιτητών που καπνίζουν ή κάπνισαν στο παρελθόν, ξεκίνησαν να καπνίζουν λόγω προσωπικών προβλημάτων και το 15,2% (N=15) λόγω παρέας. Στην επιλογή "Κάποιος άλλος λόγος (αναφέρατε)...", η πλειοψηφία (6,9%, N=14) δήλωσε από περιέργεια. (*Πίνακας 12*)

ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Καπνιστικές συνήθειες συμμετεχόντων, ερώτηση: "Με ποια αφορμή αρχίσατε να καπνίζετε;"

Με ποια αφορμή αρχίσατε να καπνίζετε;	Λόγω παρέας	15	15,2
	Λόγω προσωπικών προβλημάτων	55	55,6
	Λόγω οικονομικών προβλημάτων	9	9,1
	Κάποιος άλλος λόγος	20	20,2
Κάποιος άλλος λόγος (αναφέρατε).....	Από γονείς	1	0,5
	Μου άρεσε πολύ	2	1,0
	Μου έδωσε συγγενικό μου πρόσωπο	1	0,5
	Λόγω πανελληνίων	1	0,5
	Από περιέργεια	14	6,9
	Προσωπική επιλογή	1	0,5

5.2.2 Συσχέτιση του καπνίσματος των φοιτητών με τα δημογραφικά τους στοιχεία

Το ποσοστό των νυν καπνιστών βρέθηκαν σημαντικά υψηλότερο στους φοιτητές που οι γονείς τους είναι πτυχιούχοι ΤΕΙ/ΑΕΙ ή κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος σε σύγκριση με αυτό των φοιτητών που οι γονείς τους ήταν το πολύ απόφοιτοι λυκείου ($p=0,007$). Αναλυτικά παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των συσχετίσεων στον παρακάτω πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων σε νυν, πρώην και μη καπνιστές

		Κάπνισμα				P Pearson's χ^2 test
		Όχι/ Πρώην		Ναι		
		N	%	N	%	
Φύλο	Γυναίκες	118	70,7	49	29,3	0,078
	Άντρες	20	55,6	16	44,4	
Ηλικία, μέση τιμή\pmSD, *Student's t-test		25,3 \pm 8,2		24,2 \pm 6,1		0,340*
Γονείς Καπνιστές	Όχι	72	74,2	25	25,8	0,149
	Ένας	39	65,0	21	35,0	
	Και οι δύο	27	58,7	19	41,3	
Έτος φοίτησης	1ο-2ο	42	72,4	16	27,6	0,619
	3ο-4ο/ Επί πτυχίω	49	68,1	23	31,9	
	Μεταπτυχιακό	47	64,4	26	35,6	
Ανώτερο Επίπεδο Μόρφωσης Γονέων	Δημοτικό/ Γυμνάσιο/ Λύκειο	79	76,7	24	23,3	0,007
	ΤΕΙ/ Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό ΑΕΙ/	59	59,0	41	41,0	
Εργάζεστε παράλληλα με τις σπουδές σας	Όχι	67	67,0	33	33,0	0,768
	Ναι	71	68,9	32	31,1	

5.3 Ενότητα 2

5.3.1 Εξάρτηση από τη νικοτίνη- Κλίμακα Fagerström

Η ενότητα αυτή αφορά τους νυν καπνιστές (N=65) και την αξιολόγηση της εξάρτησής τους από τη νικοτίνη. Στον παρακάτω πίνακα δίνονται στοιχεία που αφορούν την εξάρτηση των φοιτητών από το κάπνισμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Αποτελέσματα των ερωτήσεων της κλίμακας Fagerström

		N	%
Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα	Λιγότερα από 15	52	80,0
	16 έως 25	13	20,0
	Πάνω από 25	0	0,0
Ποια είναι η περιεκτικότητα σε νικοτίνη των τσιγάρων που καπνίζετε (αναγράφεται στο πακέτο);	Λιγότερα από 0,8 mg	26	40,0
	0,8 έως 1,5 mg	36	55,4
	Πάνω από 1,5 mg	3	4,6
Καταπίνετε τον καπνό	Ποτέ	13	20,0
	Μερικές φορές	13	20,0
	Πάντα	39	60,0
Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί απ' ότι το απόγευμα	Όχι	62	95,4
	Ναι	3	4,6
Πότε καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο	Αργότερα	49	75,4
	Μέσα σε μισή ώρα αφού σηκωθεί το πρωί	16	24,6
Ποιο τσιγάρο σας φαίνεται το πιο απαραίτητο	Κάποιο άλλο	39	60,0
	Το πρώτο	26	40,0
Καπνίζετε ακόμη και όταν μια αρρώστια (γρίπη, κρυολόγημα) σας υποχρεώνει να μείνετε στο κρεβάτι	Όχι	48	73,8
	Ναι	17	26,2
Σας είναι δύσκολο να μην καπνίζετε σε χώρους που απαγορεύεται το κάπνισμα	Όχι	55	84,6
	Ναι	10	15,4

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι το 80,0% (N=52) των καπνιστών φοιτητών καπνίζουν λιγότερα από 15 τσιγάρα την ημέρα. Επίσης, το 55,4% (N=36) των καπνιστών φοιτητών καπνίζουν τσιγάρα με 0,8-1,5 mg νικοτίνη. Το 60,0% (N=39) των συμμετεχόντων που καπνίζουν δήλωσαν ότι κατεβάζουν πάντα τον καπνό και το 95,4% (N=62) δεν καπνίζει περισσότερο το πρωί απ' ότι το βράδυ και μόλις το 24,6% (N=16) των συμμετεχόντων καπνίζει το πρώτο τσιγάρο της ημέρας μέσα σε μισή ώρα

αφού σηκωθεί. Ακόμα, το 40,0% (N=26) των καπνιστών θεωρεί πιο απαραίτητο τσιγάρο το πρώτο. Το 26,2% (N=17) των φοιτητών καπνίζει ακόμα και όταν μια αρρώστια τους υποχρεώνει να μείνει στο κρεβάτι. Τέλος, το 15,4% (N=10) δυσκολεύεται να μη καπνίσει σε χώρους που απαγορεύεται το κάπνισμα.

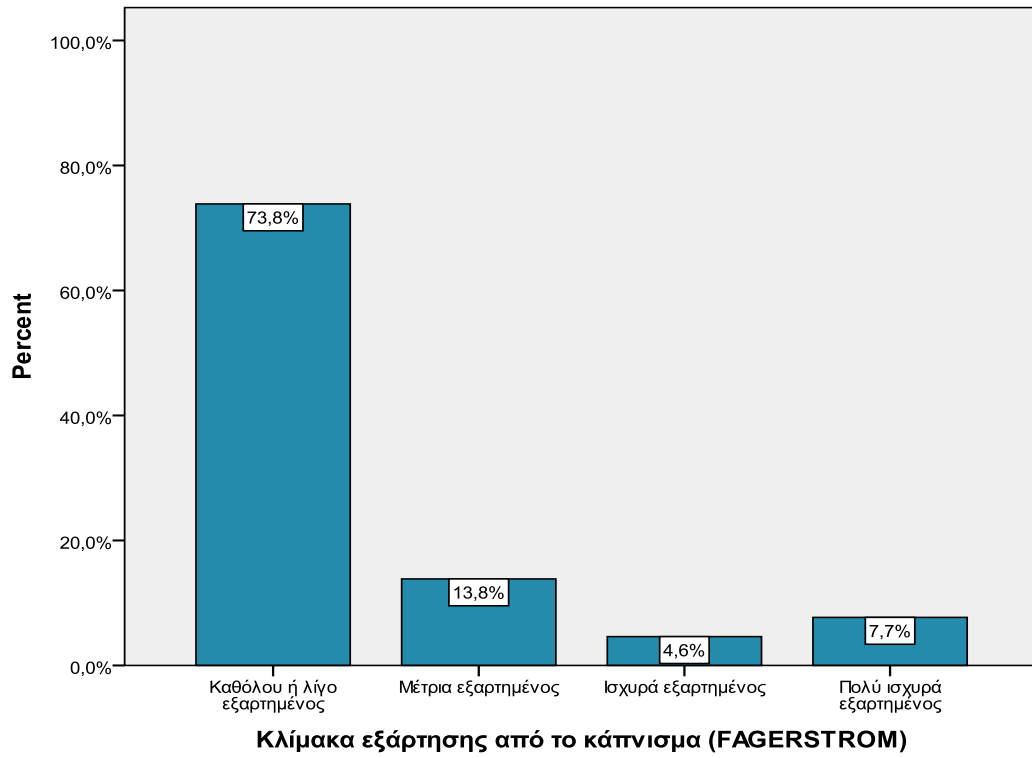
Με βάση και τις οδηγίες των συγγραφέων, υπολογίστηκαν τα επίπεδα εξάρτησης των συμμετεχόντων. Ακόμη, υπολογίστηκε η μέση βαθμολογία εξάρτησης από το κάπνισμα των συμμετεχόντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Επίπεδα εξάρτησης συμμετεχόντων (Κλίμακα Fagerström, n=65)

		N	%
Κλίμακα εξάρτησης από το κάπνισμα (FAGERSTROM), μέση τιμή±SD διάμεσος (ενδ. εύρος)		3,6±2,3	2 (1 - 4)
Κλίμακα εξάρτησης από το κάπνισμα (FAGERSTROM)	Καθόλου ή λίγο εξαρτημένος	48	73,8
	Μέτρια εξαρτημένος	9	13,8
	Ισχυρά εξαρτημένος	3	4,6
	Πολύ ισχυρά εξαρτημένος	5	7,7

Η βαθμολογία εξάρτησης μπορεί να κυμανθεί από 0 έως 12 μονάδες, όπου υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη εξάρτηση. Η μέση τιμή της βαθμολογίας των φοιτητών ήταν 3,6 μονάδες (±2,3 μονάδες). Το 73,8% (N=48) των καπνιστών φοιτητών ήταν καθόλου/λίγο εξαρτημένοι, το 13,8% (N=9) μέτρια, το 4,6% (N=3) ισχυρά και το 7,7% (N=5) πολύ ισχυρά εξαρτημένοι από το κάπνισμα. Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα επίπεδα εξάρτησης των συμμετεχόντων από το κάπνισμα.

**ΓΡΑΦΗΜΑ 7: Βαθμός εξάρτησης των συμμετεχόντων από τη νικοτίνη
(Κλίμακα Fagerström, n= 65)**



5.3.2 Συσχέτιση της κλίμακας εξάρτησης από τη νικοτίνη με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων

Στη συνέχεια συσχετίστηκαν τα αποτελέσματα της κλίμακας Fagerström με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και τους τρόπους διαχείρισης της κρίσης από του ίδιους και από τις οικογένειές τους. Οι Πίνακες 16,17 που ακολουθούν δίνουν αναλυτικά στοιχεία για τα αποτελέσματα των συσχετίσεων αυτών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Συσχέτιση αποτελεσμάτων κλίμακας Fagerström με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων

		Κλίμακα εξάρτησης από το κάπνισμα (FAGERSTROM)		P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Φύλο	Γυναίκες	3,55±2,25	3 (2 - 4)	0,919
	Άντρες	3,75±2,52	3 (2 - 5,5)	
Γονείς Καπνιστές	Όχι	3,76±2,28	3 (2 - 5)	0,459*
	Ένας	3,81±2,5	3 (2 - 6)	
	Και οι δύο	3,16±2,14	2 (2 - 4)	
Έτος φοίτησης	1ο-2ο	3,75±2,21	3 (2 - 4,5)	0,399*
	3ο-4ο/ Επί πτυχίο	2,96±1,61	3 (2 - 3)	
	Μεταπτυχιακό	4,08±2,77	3 (2 - 6)	
Ανώτερο Επίπεδο Μόρφωσης Γονέων	Δημοτικό/ Γυμνάσιο/ Λύκειο	3,46±1,89	3 (2 - 4)	0,681
	ΤΕΙ/ ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	3,68±2,52	3 (2 - 5)	
Εργάζεστε παράλληλα με τις σπουδές σας	Όχι	3,55±2,27	3 (2 - 4)	0,957
	Ναι	3,66±2,36	3 (2 - 6)	

*Kruskal-Wallis test

ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Συσχέτιση αποτελεσμάτων κλίμακας Fagerström με τους τρόπους διαχείρισης της οικονομικής κρίσης από τους συμμετέχοντες

<i>"Πώς έχετε διαχειριστεί εσείς ή η οικογένειά σας την οικονομική κρίση τους τελευταίους 12 μήνες;"</i>	Κλίμακα εξάρτησης από το κάπνισμα (FAGERSTROM)			P Mann-Whitney test
	Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)		
Ξοδεύοντας μέρος ή το σύνολο των αποταμιεύσεων	Όχι	3,07±1,88	2 (2 - 3)	0,160
	Ναι	3,97±2,51	3 (2 - 6)	
Πωλώντας κάτι από την κινητή κι ακίνητη περιουσία	Όχι	3,61±2,34	3 (2 - 4)	0,992
	Ναι	3,5±2,07	3,5 (1,5 - 5,5)	
Αναζητώντας δανεισμό από τράπεζα	Όχι	3,58±2,2	3 (2 - 4,5)	0,57
	Ναι	3,8±3,56	2 (1 - 6)	
Αναζητώντας δανεισμό από κοινωνικό περιβάλλον	Όχι	3,62±2,38	3 (2 - 5)	0,809
	Ναι	3,5±1,84	3 (2 - 6)	
Παίζοντας τυχερά παιχνίδια	Όχι	3,43±2,23	3 (2 - 4)	0,113
	Ναι	4,67±2,55	4 (3 - 6)	
Περιορίζοντας δραστικά τις δαπάνες σε είδη πρώτης ανάγκης (είδη αναγκαία για τη διαβίωση)	Όχι	3,5±2,34	3 (2 - 4)	0,472
	Ναι	3,81±2,25	3 (2 - 6)	
Περιορίζοντας δραστικά τις δαπάνες σε είδη μη απολύτως απαραίτητα (είδη που δεν είναι πρώτης ανάγκης)	Όχι	5±2,65	6 (2 - 7)	0,321
	Ναι	3,53±2,28	3 (2 - 4)	

Δε βρέθηκε να διαφοροποιείται σημαντικά η κλίμακα εξάρτησης από το κάπνισμα μεταξύ των διαφόρων δημογραφικών παραγόντων των συμμετεχόντων.

Στη συνέχεια δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman μεταξύ της κλίμακας εξάρτησης των συμμετεχόντων από το κάπνισμα και της ηλικίας τους. (Πίνακας 18)

ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Συντελεστής συσχέτισης του Spearman μεταξύ της κλίμακας εξάρτησης των συμμετεχόντων από το κάπνισμα και της ηλικίας τους

		Κλίμακα εξάρτησης από το κάπνισμα (FAGERSTROM)
Ηλικία	r	0,20
	P	0,113

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας εξάρτησης των συμμετεχόντων από το κάπνισμα και της ηλικίας τους.

5.4 Ενότητα 3 - Έκθεση σε παθητικό κάπνισμα

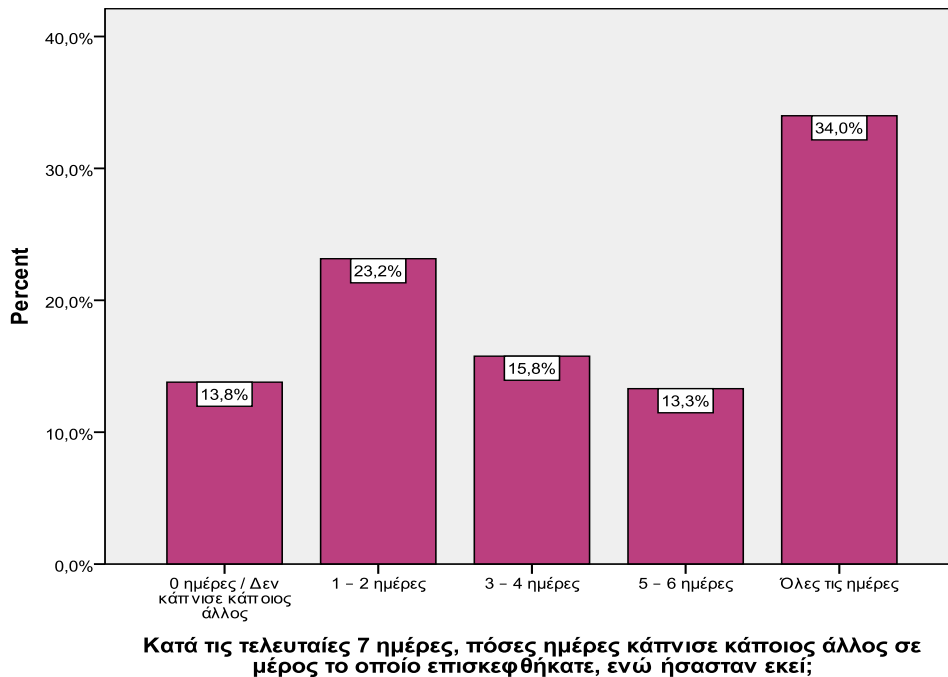
Στον Πίνακα 19 δίνονται στοιχεία που αφορούν την έκθεση των συμμετεχόντων σε παθητικό κάπνισμα κατά τις τελευταίες 7 ημέρες πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου στο σπίτι τους αλλά και σε μέρη τα οποία επισκέφθηκαν όπως π.χ. σπίτι φίλου ή καφετέρια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Έκθεση των συμμετεχόντων σε παθητικό κάπνισμα

		N	%
Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες κάπνισε κάποιος άλλος στο σπίτι σας, ενώ ήσασταν εκεί;	0 ημέρες / Δεν κάπνισε κάποιος άλλος	94	46,3
	1 – 2 ημέρες	30	14,8
	3 – 4 ημέρες	9	4,4
	5 – 6 ημέρες	14	6,9
	Όλες τις ημέρες	56	27,6
Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες κάπνισε κάποιος άλλος σε μέρος το οποίο επισκεφθήκατε, ενώ ήσασταν εκεί;(π.χ. σπίτι φίλου, καφετέρια κ.λπ.)	0 ημέρες / Δεν κάπνισε κάποιος άλλος	28	13,8
	1 – 2 ημέρες	47	23,2
	3 – 4 ημέρες	32	15,8
	5 – 6 ημέρες	27	13,3
	Όλες τις ημέρες	69	34,0

Το 46,3% (N=94) των φοιτητών δήλωσε ότι δεν εκτέθηκε σε παθητικό κάπνισμα την τελευταία εβδομάδα στο σπίτι του ενώ το 27,6% (N=56) εκτέθηκε όλες τις ημέρες σε παθητικό κάπνισμα. Επίσης, το 23,2% (N=47) των φοιτητών εκτέθηκε 1-2 μέρες σε παθητικό κάπνισμα την τελευταία εβδομάδα σε μέρος το οποίο επισκέφθηκε ενώ το η πλειοψηφία με 34,0% (N=69) εκτέθηκε όλες τις ημέρες σε παθητικό κάπνισμα. Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συχνότητα έκθεσης των συμμετεχόντων στο παθητικό κάπνισμα σε μέρος όπου επισκεφθήκαν οι φοιτητές.

ΓΡΑΦΗΜΑ 8: Έκθεση σε παθητικό κάπνισμα σε μέρος όπου επισκεφθήκαν οι φοιτητές



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συχνότητες με τις οποίες εκτέθηκαν οι συμμετέχοντες στο παθητικό κάπνισμα ανάλογα με το αν κάπνιζαν οι ίδιοι ή όχι. Υψηλότερες μέσες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη συχνότητα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Έκθεση σε παθητικό κάπνισμα μεταξύ νυν, πρώην και μη καπνιστών

	Κάπνισμα		P Mann-Whitney test
	Όχι/ Πρώην	Ναι	
	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες κάπνισε κάποιος άλλος στο σπίτι σας, ενώ ήσασταν εκεί;	0 (0 - 3)	2 (0 - 4)	0,003
Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες κάπνισε κάποιος άλλος σε μέρος το οποίο επισκεφθήκατε, ενώ ήσασταν εκεί;(π.χ. σπίτι φίλου, καφετέρια κ.λπ.)	2 (1 - 3)	4 (2 - 4)	<0,001

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες που κάπνιζαν είχαν εκτεθεί σε σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα σε παθητικό κάπνισμα είτε στο σπίτι τους είτε σε κάποιο άλλο ιδιωτικό ή δημόσιο κλειστό χώρο, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν κάπνιζαν ή ήταν πρώην καπνιστές ($p < 0,001$).

5.5 Ενότητα 4

5.5.1 Πεποιθήσεις

Το 90,1% (N=183) των φοιτητών θεωρούν ωφέλιμη την απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους. Από τους υπόλοιπους 20 συμμετέχοντες που απάντησαν ότι δεν θεωρούν ωφέλιμη την απαγόρευση σε κλειστούς δημόσιους χώρους, δεν υπήρχε κάποια αιτιολόγηση της αρνητικής απάντησης που να διακρίνεται ως προς τη συχνότητα. Κάποιες από τις απαντήσεις αφορούσαν ότι η απαγόρευση αυτή είναι αντιδημοκρατικό μέσο, ότι θα πρέπει οι χώροι να χωρίζονται σε καπνίζοντες και μη και ότι η απαγόρευση οδηγεί σε αντίθετα αποτελέσματα (Πίνακας 22). Στους Πίνακες 21 α και β δίνονται στοιχεία των πεποιθήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με το κάπνισμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23α: Πεποιθήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το κάπνισμα

		N	%
Θεωρείτε ωφέλιμη την απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους;	Όχι	20	9,9
	Ναι	183	90,1
Το κάπνισμα κατά τη γνώμη σας είναι:	προσωπική επιλογή και δικαίωμα του καθενός	62	30,5
	μια κακή συνήθεια με άσχημες επιπτώσεις στη ζωή του καπνιστή	66	32,5
	μια εθιστική συνήθεια με άσχημες επιπτώσεις στην υγεία του κοινωνικού συνόλου	73	36,0
	μια συνήθεια που σε κάνει να φαίνεσαι αρεστός	2	1,0
Η απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους απαγορεύεται βάσει του Ν.3868/2010. Πιστεύετε ότι η πολιτεία έχει λάβει τα απαραίτητα μέτρα για την εφαρμογή του;	Όχι	179	88,2
	Ναι	24	11,8
Πιστεύετε ότι τα κείμενα που αναγράφονται στα πακέτα τσιγάρων για τις συνέπειες του καπνίσματος συμβάλλουν στη διακοπή του καπνίσματος;	Όχι	187	92,1
	Ναι	16	7,9

Επίσης, το 36,0% (N=73) των φοιτητών πιστεύει ότι το κάπνισμα είναι μια εθιστική συνήθεια με άσχημες επιπτώσεις στην υγεία του κοινωνικού συνόλου, το 32,5% (N=66) ότι είναι μια κακή συνήθεια με άσχημες επιπτώσεις στη ζωή του καπνιστή, το 30,5% (N=62) ότι είναι προσωπική επιλογή και δικαίωμα του καθενός και μόνο το 1% (N=2) ότι είναι μια συνήθεια που σε κάνει να φαίνεσαι αρεστός. Το 88,2% (N=179) των φοιτητών πιστεύει ότι η πολιτεία δεν έχει λάβει τα απαραίτητα μέτρα για την εφαρμογή της απαγόρευσης του καπνίσματος στους κλειστούς χώρους με επικρατέστερη αιτιολόγηση της αρνητικής απάντησης να είναι η μη διεξαγωγή ελέγχων (27,6%) και η μη τήρηση (20,7%) και εφαρμογή (14,3%) της υφιστάμενης νομοθεσίας. Στον Πίνακα 23 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων στο παραπάνω ερώτημα με τη μεγαλύτερη συχνότητα. Ακόμα, το 92,1% (N=187) των φοιτητών πιστεύει ότι τα κείμενα που αναγράφονται στα πακέτα τσιγάρων για τις συνέπειες του καπνίσματος δεν συμβάλλουν στη διακοπή του καπνίσματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24: Αιτιολόγηση αρνητικής απάντησης στην ερώτηση "Πιστεύετε ότι η πολιτεία έχει λάβει τα απαραίτητα μέτρα για την εφαρμογή του Ν.3868/2010; Αν Όχι, γιατί πιστεύετε ότι συμβαίνει αυτό;", απαντήσεις με τη μεγαλύτερη συχνότητα

		N	%
Η απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους απαγορεύεται βάσει του Ν.3868/2010. Πιστεύετε ότι η πολιτεία έχει λάβει τα απαραίτητα μέτρα για την εφαρμογή του; Αν Όχι, γιατί πιστεύετε ότι συμβαίνει αυτό;	μη εφαρμογή νομοθεσίας	29	14,3
	μη τήρηση νομοθεσίας	42	20,7
	δεν γίνονται έλεγχοι	56	27,6

ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Αιτιολόγηση αρνητικής απάντησης στην ερώτηση: "Θεωρείτε ωφέλιμη την απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους; "

		N	%
Θεωρείτε ωφέλιμη την απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους; Αν Όχι γιατί;	αντιδημοκρατικό μέσον	1	0,5
	δεν θεωρώ το μέτρο δίκαιο για τους καπνιστές	1	0,5
	δεν προσφέρει βοήθεια στους καπνιστές	1	0,5
	δεν υπάρχει ουσιαστική μείωση των καπνιστών	1	0,5
	διαχωρισμός καπνιστών και μη	1	0,5
	δυσκολία περιορισμού σε αίθουσες διασκέδασης	2	1,0
	δύσκολο για καπνιστές να μην καπνίζουν στους χώρους διασκέδασης	1	0,5
	η απαγόρευση αυξάνει την περιέργεια	1	0,5
	η απαγόρευση είναι καταπιεστικό μέτρο για καπνιστές	1	0,5
	η απαγόρευση οδηγεί στα αντίθετα αποτελέσματα	1	0,5
	θα πρέπει να γίνει διαχωρισμός καπνιζόντων και μη	1	0,5
	θα πρέπει να υπάρχει χώρος καπνιστών και μη	1	0,5
	να γίνει διαχωρισμός καπνιζόντων και μη	1	0,5
	να δίνεται χώρος και σεβασμός σε αυτούς που καπνίζουν	1	0,5
	να υπάρχει σεβασμός και στο δικαίωμα του καπνιστή	1	0,5
	να χωρίζονται οι χώροι, καπνίζοντες και μη	1	0,5
	προκαλεί αντιδραστικότητα	1	0,5
σέβομαι το δικαίωμα των καπνιστών	1	0,5	

Επιπλέον, στην ενότητα αυτή που αφορά τις πεποιθήσεις σχετικά με το κάπνισμα το 80,8% (N=164) των φοιτητών δεν πιστεύουν ότι η προώθηση αντικαπνιστικών προγραμμάτων προαγωγής υγείας έχει σχεδιαστεί και εφαρμόζεται σωστά από την ελληνική πολιτεία. Στην αιτιολόγηση της αρνητικής απάντησης οι φοιτητές απάντησαν με συχνότητα 10,8% (N=22) ότι δεν υπάρχει καλή οργάνωση των προγραμμάτων από την πολιτεία. Άλλες απαντήσεις ήταν η ελλιπής προώθηση και ο ελλιπής σχεδιασμός τους από την πολιτεία και η μη ύπαρξη αρκετών τέτοιων προγραμμάτων για νέους. Αναλυτικά οι απαντήσεις με την πιο μεγάλη συχνότητα της αρνητικής απάντησης στην ερώτηση αυτή παρουσιάζονται στον Πίνακα 24.

Τέλος, το 81,3% (N=165) των φοιτητών επιθυμεί να λάβει μέρος σε δράσεις, στα πλαίσια της σχολής τους, για την ευαισθητοποίηση σε θέματα που αφορούν τη χρήση καπνού και αλκοόλ. Στο υπόλοιπο 18,7% (N=38) που απάντησε αρνητικά ως αιτιολόγηση ξεχώρισε, με συχνότητα 8,4% (N=17), η απάντηση σχετικά με την έλλειψη χρόνου για τη συμμετοχή σε δράσεις για την ευαισθητοποίηση σε θέματα που αφορούν τη χρήση καπνού και αλκοόλ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23 β: Πεποιθήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το κάπνισμα

		N	%
Πιστεύετε ότι η προώθηση αντικαπνιστικών προγραμμάτων προαγωγής υγείας έχει σχεδιαστεί και εφαρμόζεται σωστά από την ελληνική πολιτεία;	Όχι	164	80,8
	Ναι	39	19,2
Θα επιθυμούσατε να λάβετε μέρος σε δράσεις, στα πλαίσια της σχολής σας, για την ευαισθητοποίηση σε θέματα που αφορούν τη χρήση καπνού και αλκοόλ;	Όχι	38	18,7
	Ναι	165	81,3

**ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Αιτιολόγηση αρνητικής απάντησης στην ερώτηση:
 "Πιστεύετε ότι η προώθηση αντικαπνιστικών προγραμμάτων προαγωγής υγείας
 έχει σχεδιαστεί και εφαρμόζεται σωστά από την ελληνική πολιτεία;", απαντήσεις
 με τη μεγαλύτερη συχνότητα**

		N	%
Πιστεύετε ότι η προώθηση αντικαπνιστικών προγραμμάτων προαγωγής υγείας έχει σχεδιαστεί και εφαρμόζεται σωστά από την ελληνική πολιτεία; Αν Όχι, γιατί πιστεύετε ότι συμβαίνει αυτό;	κακή οργάνωση	22	10,8
	περισσότερα προγράμματα για νέους	7	3,4
	ελλιπής προώθηση προγραμμάτων	7	3,4
	όχι σωστός σχεδιασμός από την πολιτεία	6	3,0
	έλλειψη πόρων	5	2,5
	ελλιπής σχεδιασμός	4	2,0
	κακός σχεδιασμός προγραμμάτων	4	2,0
	λάθος νοοτροπία	4	2,0
	λάθος σχεδιασμός	3	1,5
	ελλιπής οργάνωση	3	1,5
	έλλειψη σωστού σχεδιασμού	3	1,5
	έλλειψη βούλησης από την πολιτεία	2	1,0
	έλλειψη ενδιαφέροντος των πολιτών	2	1,0
	έλλειψη κουλτούρας πρόληψης στους Έλληνες	2	1,0
	έλλειψη παιδείας για το θέμα	2	1,0
	η πολιτεία δεν προωθεί γιατί έχει συμφέρον από πωλήσεις καπνού	2	1,0
	ελλιπής χρηματοδότηση	1	0,5
	έλλειψη ενδιαφέροντος από την πολιτεία	1	0,5
	έλλειψη ενδιαφέροντος από τους πολίτες	1	0,5
	έλλειψη οργάνωσης	1	0,5
έλλειψη ουσιαστικού ενδιαφέροντος από την πολιτεία για σωστά προγράμματα	1	0,5	

5.5.2 Συσχέτιση πεποιθήσεων

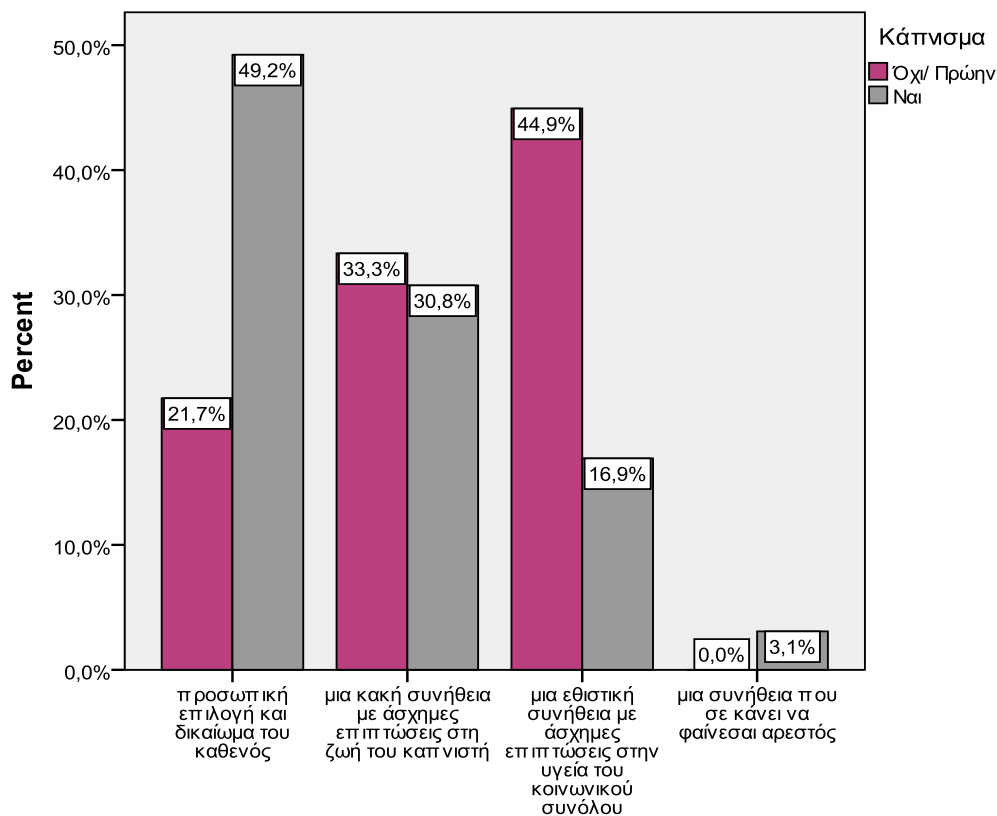
Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε συσχέτιση των πεποιθήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με το κάπνισμα ανάλογα με το αν κάπνιζαν ή ήταν μη ή πρώην καπνιστές (Πίνακας 25).

ΠΙΝΑΚΑΣ 27: Συσχέτιση των πεποιθήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με το κάπνισμα ανάλογα με το αν ήταν νυν, πρώην και μη καπνιστές

		Κάπνισμα				P
		Όχι/ Πρώην		Ναι		Pearson's
		N	%	N	%	χ^2 test
Θεωρείτε ωφέλιμη την απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους;	Όχι	10	7,2	10	15,4	0,069
	Ναι	128	92,8	55	84,6	
Το κάπνισμα κατά τη γνώμη σας είναι:	προσωπική επιλογή και δικαίωμα του καθενός	30	21,7	32	49,2	<0,001, Fisher's exact test
	μια κακή συνήθεια με άσχημες επιπτώσεις στη ζωή του καπνιστή	46	33,3	20	30,8	
	μια εθιστική συνήθεια με άσχημες επιπτώσεις στην υγεία του κοινωνικού συνόλου	62	44,9	11	16,9	
	μια συνήθεια που σε κάνει να φαίνεσαι αρεστός	0	0,0	2	3,1	
Η απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους απαγορεύεται βάσει του Ν.3868/2010. Πιστεύετε ότι η πολιτεία έχει λάβει τα απαραίτητα μέτρα για την εφαρμογή του;	Όχι	123	89,1	56	86,2	0,540
	Ναι	15	10,9	9	13,8	
Πιστεύετε ότι τα κείμενα που αναγράφονται στα πακέτα τσιγάρων για τις συνέπειες του καπνίσματος συμβάλλουν στη διακοπή του καπνίσματος;	Όχι	125	90,6	62	95,4	0,236
	Ναι	13	9,4	3	4,6	
Πιστεύετε ότι η προώθηση αντικαπνιστικών προγραμμάτων προαγωγής υγείας έχει σχεδιαστεί και εφαρμόζεται σωστά από την ελληνική πολιτεία;	Όχι	115	83,3	49	75,4	0,180
	Ναι	23	16,7	16	24,6	
Θα επιθυμούσατε να λάβετε μέρος σε δράσεις, στα πλαίσια της σχολής σας, για την ευαισθητοποίηση σε θέματα που αφορούν τη χρήση καπνού και αλκοόλ;	Όχι	25	18,1	13	20,0	0,748
	Ναι	113	81,9	52	80,0	

Μόνο η γνώμη των συμμετεχόντων σχετικά με το κάπνισμα βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά μεταξύ καπνιστών και μη ή πρώην ($p < 0,001$, Fisher's exact test). Συγκεκριμένα, οι καπνιστές πίστευαν σε υψηλότερο ποσοστό (49,2%, N=32) ότι το κάπνισμα είναι προσωπική επιλογή και δικαίωμα του καθενός σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Αντίθετα, οι καπνιστές πίστευαν σε χαμηλότερο ποσοστό (16,9%, N=11) ότι το κάπνισμα είναι μια εθιστική συνήθεια με άσχημες επιπτώσεις στην υγεία του κοινωνικού συνόλου σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Στο *Γράφημα 8* δίνεται η άποψη καπνιστών και μη ή πρώην καπνιστών σχετικά με το τι είναι το κάπνισμα κατά τη γνώμη τους.

ΓΡΑΦΗΜΑ 9: Η άποψη καπνιστών και μη ή πρώην καπνιστών, σχετικά με το τι είναι το κάπνισμα κατά τη γνώμη τους



Το κάπνισμα κατά τη γνώμη σας είναι:

5.6 Ενότητα 5

5.6.1 Αποτελέσματα Κλίμακας εξάρτησης από το αλκοόλ (AUDIT)

Στους παρακάτω πίνακες δίνονται στοιχεία που αφορούν τα ποσοστά απαντήσεων των συμμετεχόντων στην κλίμακα εξάρτησης από το αλκοόλ (AUDIT).

Από τα ποσοστά στον *Πίνακα 26* προκύπτουν τα ακόλουθα αποτελέσματα: το 92,6% (N=15) των φοιτητών καταναλώνει αλκοόλ, όμως το 36,0% (N=73) των φοιτητών καταναλώνει αλκοόλ μηνιαίως ή λιγότερο, το 79,8% (N=162) των συμμετεχόντων καταναλώνει 1-2 αλκοολούχα ποτά μία συνηθισμένη μέρα όταν πίνει, το 80,3% (N=163) δεν πίνει ποτέ 6 ή περισσότερα ποτά την ημέρα και το 88,2% (N=179) των φοιτητών δεν έχει διαπιστώσει ποτέ ότι δεν είναι σε θέση να σταματήσει να καταναλώνει αλκοόλ άπαξ και αρχίσει. Επίσης, το 91,1% (N=185) των φοιτητών αναφέρουν ότι πάντα ήταν σε θέση να πραγματοποιήσουν κάτι που ήθελαν οι άλλοι από εκείνους παρά του ότι είχαν καταναλώσει αλκοόλ. Το 96,1% (N=195) των φοιτητών δεν χρειάστηκε ποτέ να πει ένα ποτό το πρωί για να μπορέσει να λειτουργήσει μετά από ένα βράδυ που είχε πει. Ακόμα, το 91,6% (N=186) δεν είχε ποτέ αισθήματα ενοχής και τύψεων μετά από μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ και το 90,1% (N=183) δεν παρουσίασε ποτέ έλλειψη μνήμης λόγω υψηλής κατανάλωσης αλκοόλ το προηγούμενο βράδυ. Στο 85,2% (N=173) των συμμετεχόντων δεν είχε τύχει ποτέ να τραυματιστεί ο ίδιος ο φοιτητής ή κάποιος άλλος λόγω του ότι είχε πει και τέλος, στο 94,6% (N=192) των φοιτητών δεν είχε συστήσει κανένας συγγενής/φίλος ή γιατρός να διακόψει την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών λόγω ανησυχίας για την κατάστασή του.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28: Ποσοστά απαντήσεων των συμμετεχόντων στην κλίμακα AUDIT

	N	%	
Πόσο συχνά πίνετε κάτι που περιέχει αλκοόλ;	Ποτέ	15	7,4
	Μηνιαίως ή λιγότερο	73	36,0
	2-4 φορές τον μήνα	57	28,1
	2-3 φορές τη βδομάδα	49	24,1
	4 ή περισσότερες φορές τη βδομάδα	9	4,4
Πόσα αλκοολούχα ποτά καταναλώνετε μία συνηθισμένη μέρα όταν πίνετε;	1 ή 2	162	79,8
	3 ή 4	34	16,7
	5 ή 6	6	3,0
	7-9	0	0,0
	10 ή περισσότερα	1	0,5
Πόσο συχνά πίνετε 6 ή περισσότερα ποτά την ημέρα;	Ποτέ	163	80,3
	Μηνιαίως ή λιγότερο	23	11,3
	Μηνιαίως	10	4,9
	Εβδομαδιαίως	6	3,0
	Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	1	0,5
Πόσο συχνά τον τελευταίο χρόνο διαπιστώνετε ότι δεν είστε σε θέση να σταματήσετε να πίνετε άπαξ και αρχίσετε;	Ποτέ	179	88,2
	Μηνιαίως ή λιγότερο	10	4,9
	Μηνιαίως	3	1,5
	Εβδομαδιαίως	9	4,4
	Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	2	1,0
Πόσο συχνά τον τελευταίο χρόνο δεν καταφέρατε να κάνετε αυτό που ήθελαν οι άλλοι από εσάς λόγω του ότι είχατε πει;	Ποτέ	185	91,1
	Μηνιαίως ή λιγότερο	12	5,9
	Μηνιαίως	3	1,5
	Εβδομαδιαίως	2	1,0
	Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	1	0,5
Πόσο συχνά, μέσα στον τελευταίο χρόνο, χρειάστηκε να πιείτε ένα ποτό το πρωί για να μπορέσετε να λειτουργήσετε μετά από ένα βράδυ που είχατε πιει;	Ποτέ	195	96,1
	Μηνιαίως ή λιγότερο	6	3,0
	Μηνιαίως	2	1,0
	Εβδομαδιαίως	0	0,0
	Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	0	0,0
Πόσο συχνά, μέσα στον τελευταίο χρόνο, είχατε αισθήματα ενοχής και τύψεων μετά που είχατε πιει πολύ;	Ποτέ	186	91,6
	Μηνιαίως ή λιγότερο	13	6,4
	Μηνιαίως	2	1,0
	Εβδομαδιαίως	2	1,0
	Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	0	0,0
Πόσο συχνά, μέσα στον τελευταίο χρόνο, δεν μπορούσατε να θυμηθείτε τι συνέβη το προηγούμενο βράδυ γιατί είχατε πιει;	Ποτέ	183	90,1
	Μηνιαίως ή λιγότερο	11	5,4
	Μηνιαίως	6	3,0
	Εβδομαδιαίως	3	1,5
	Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	0	0,0
Έχει τύχει εσείς ή κάποιος άλλος να τραυματιστεί λόγω του ότι είχατε πιει;	Όχι	173	85,2
	Ναι, αλλά όχι μέσα στο έτος αυτό	24	11,8
	Ναι, μέσα στο τρέχον έτος	6	3,0
Υπάρχει κάποιος συγγενής, φίλος ή γιατρός που έχει ανησυχήσει για το πόσο πίνετε ή σας έχει συστήσει να το κόψετε;	Όχι	192	94,6
	Ναι, αλλά όχι μέσα στο έτος αυτό	5	2,5
	Ναι, μέσα στο τρέχον έτος	6	3,0

Στη συνέχεια υπολογίστηκε η βαθμολογία εξάρτησης από το αλκοόλ καθώς και το ποσοστό των συμμετεχόντων που είχαν σοβαρή εξάρτηση από το αλκοόλ. Η βαθμολογία στην κλίμακα εξάρτησης από το αλκοόλ μπορεί να κυμανθεί από 0 έως 40 μονάδες, σύμφωνα όμως με τους συγγραφείς τιμές άνω των 8 μονάδων υποδηλώνουν ισχυρή εξάρτηση από το αλκοόλ. Τα ποσοστά παρουσιάζονται στον Πίνακα 27.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29: Η βαθμολογία της κλίμακας AUDIT των συμμετεχόντων

		N	%
Κλίμακα εξάρτησης από το αλκοόλ (AUDIT), μέση τιμή±SD διάμεσος (ενδ. εύρος)		3,6±4,0	3 (2 - 5)
Σοβαρή κατάχρηση-Εξάρτηση από το αλκοόλ	Όχι	193	95,1
	Ναι	10	4,9

Στο συγκεκριμένο δείγμα η διάμεση τιμή των φοιτητών στην κλίμακα εξάρτησης από το αλκοόλ ήταν 3 μονάδες (2 - 5 μονάδες). Το 95,1% (N=193) των φοιτητών δεν εμφάνισε βαθμολογία για τον υπαινιγμό εξάρτησης, και μόλις το 4,9% (N=10) σημείωσε βαθμολογία ίση με εμφάνιση εξάρτησης.

5.6.2 Συσχέτιση της κλίμακας εξάρτησης από το αλκοόλ με δημογραφικά στοιχεία των φοιτητών

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε συσχέτιση των βαθμολογιών των φοιτητών στην κλίμακα AUDIT, με τα δημογραφικά τους στοιχεία. Στους Πίνακες ; δίνεται αναλυτικά η βαθμολογία των φοιτητών στην κλίμακα εξάρτησης από το αλκοόλ (AUDIT) ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία και με τους τρόπους διαχείρισης της οικονομικής κρίσης από του ίδιους αλλά και από τις οικογένειές τους.

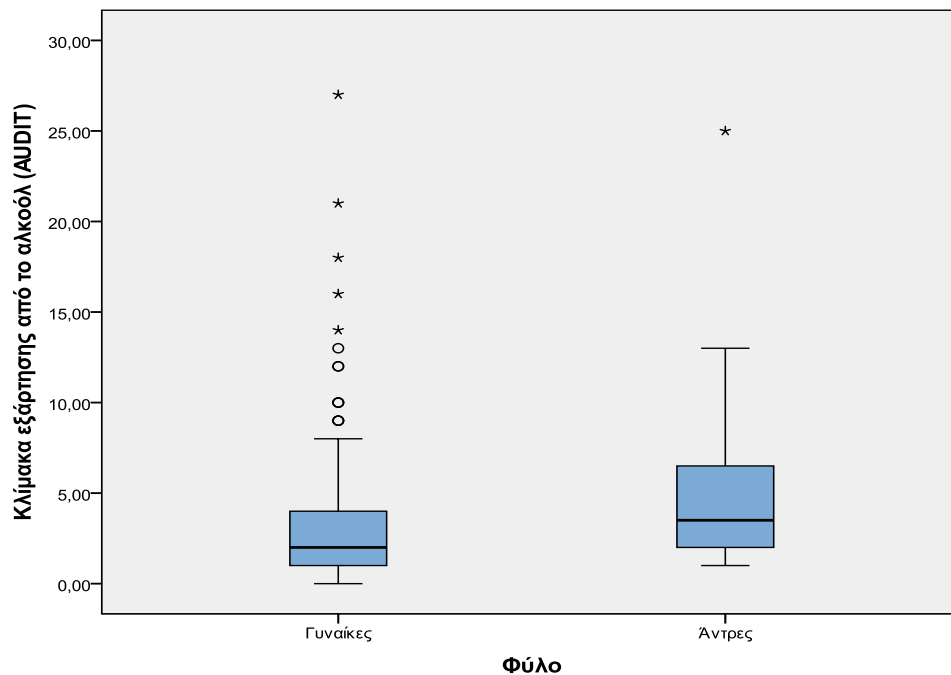
ΠΙΝΑΚΑΣ 30: Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων των φοιτητών και βαθμολογιών τους στην κλίμακα AUDIT

		Κλίμακα εξάρτησης από το αλκοόλ (AUDIT)		P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Φύλο	Γυναίκες	3,35±3,87	2 (1 - 4)	0,001
	Άντρες	4,89±4,49	3,5 (2 - 6,5)	
Γονείς Καπνιστές	Όχι	3,13±4,06	2 (1 - 3)	0,005*
	Ένας	3,33±3,17	2 (1 - 4)	
	Και οι δύο	5,02±4,64	3 (2 - 7)	
Έτος φοίτησης	1ο-2ο	3,9±4,39	2 (1 - 4)	0,771*
	3ο-4ο/ Επί πτυχίω	4,03±4,84	2 (1 - 5)	
	Μεταπτυχιακό	3±2,53	2 (1 - 4)	
Ανώτερο Επίπεδο Μόρφωσης Γονέων	Δημοτικό/ Γυμνάσιο/ Λύκειο	2,74±2,57	2 (1 - 3)	0,002
	ΤΕΙ/ ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	4,53±4,95	3 (1,5 - 5,5)	
Εργάζεστε παράλληλα με τις σπουδές σας	Όχι	4,12±4,84	2 (1 - 5)	0,338
	Ναι	3,14±2,96	2 (1 - 4)	

*Kruskal-Wallis test

Από τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι οι άντρες σημείωσαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα εξάρτησης από το αλκοόλ, δηλαδή μεγαλύτερη εξάρτηση, σε σύγκριση με τις γυναίκες. Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στην κλίμακα εξάρτησης από το αλκοόλ των φοιτητών ανάλογα με το φύλο τους.

ΓΡΑΦΗΜΑ 10: Βαθμολογία AUDIT σε σχέση με το φύλο



Επίσης διερευνήθηκε η συσχέτιση της ηλικίας με τη βαθμολογία της κλίμακας AUDIT. Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman μεταξύ της κλίμακας εξάρτησης των συμμετεχόντων από το αλκοόλ και της ηλικίας τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31: Παρουσίαση συντελεστή συσχέτιση του Spearman μεταξύ της κλίμακας εξάρτησης των συμμετεχόντων από το αλκοόλ και της ηλικίας τους.

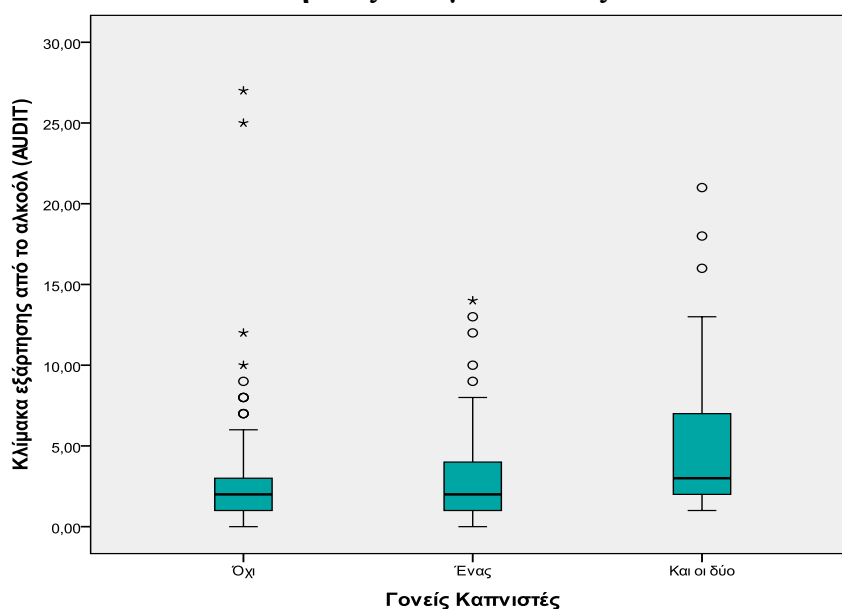
		Κλίμακα εξάρτησης από το αλκοόλ (AUDIT)
Ηλικία	r	-0,14
	P	0,050

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας εξάρτησης των συμμετεχόντων από το αλκοόλ και της ηλικίας τους ($p=0,001$, $r=-0,14$). Συνεπώς, όσο αυξάνεται η ηλικία των συμμετεχόντων τόσο μειώνεται η εξάρτησή τους από το αλκοόλ.

Ακόμη, οι φοιτητές των οποίων οι γονείς ήταν πτυχιούχοι ΤΕΙ/AEI ή κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος σημείωσαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα εξάρτησης από το αλκοόλ, δηλαδή μεγαλύτερη εξάρτηση, σε σύγκριση με τους φοιτητές των οποίων οι γονείς ήταν το πολύ απόφοιτοι λυκείου

($p=0,002$). Μια ακόμη συσχέτιση που προέκυψε ήταν ότι υπήρξε σημαντική διαφορά στις βαθμολογίες των φοιτητών στην κλίμακα εξάρτησης από το αλκοόλ ανάλογα με τις καπνιστικές συνήθειες των γονιών τους. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι φοιτητές που δεν είχαν κανένα γονιό καπνιστή είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερη εξάρτηση από το αλκοόλ, σε σύγκριση με τους φοιτητές που κάπνιζαν και οι δύο γονείς τους ($p=0,005$, Kruskal-Wallis test). Στο *Γράφημα 10* δίνεται η βαθμολογία στην κλίμακα εξάρτησης από το αλκοόλ των φοιτητών ανάλογα με τις καπνιστικές συνήθειες των γονιών τους.

ΓΡΑΦΗΜΑ 11: Βαθμολογία AUDIT των φοιτητών σε σχέση με τις καπνιστικές συνήθειες των γονιών τους



Τέλος, δε βρέθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας στην κλίμακα AUDIT και των τρόπων διαχείρισης της κρίσης (Πίνακας 30). Τα αποτελέσματα της συσχέτισης αυτής παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 32: Συσχέτιση των τρόπων διαχείρισης της οικονομικής κρίσης των φοιτητών και των βαθμολογιών τους στην κλίμακα AUDIT

<i>"Πώς έχετε διαχειριστεί εσείς ή η οικογένειά σας την οικονομική κρίση τους τελευταίους 12 μήνες;"</i>		Κλίμακα εξάρτησης από το αλκοόλ (AUDIT)		P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Ξοδεύοντας μέρος ή το σύνολο των αποταμιεύσεων	Όχι	3,21±3,32	2 (1 - 4)	0,387
	Ναι	3,9±4,42	2 (1 - 5)	
Πωλώντας κάτι από την κινητή κι ακίνητη περιουσία	Όχι	3,52±3,98	2 (1 - 4)	0,353
	Ναι	4,63±4,39	3 (1 - 8)	
Αναζητώντας δανεισμό από τράπεζα	Όχι	3,7±4,1	2 (1 - 4)	0,216
	Ναι	2,76±2,99	2 (1 - 3)	
Αναζητώντας δανεισμό από κοινωνικό περιβάλλον	Όχι	3,65±4,12	2 (1 - 4)	0,963
	Ναι	3,4±3,29	2 (2 - 3)	
Παίζοντας τυχερά παιχνίδια	Όχι	3,47±3,71	2 (1 - 4)	0,778
	Ναι	5,17±6,32	2,5 (1 - 8)	
Περιορίζοντας δραστικά τις δαπάνες σε είδη πρώτης ανάγκης (είδη αναγκαία για τη διαβίωση)	Όχι	3,8±4,35	2 (1 - 5)	0,385
	Ναι	3,25±3,2	2 (1 - 4)	
Περιορίζοντας δραστικά τις δαπάνες σε είδη μη απολύτως απαραίτητα (είδη που δεν είναι πρώτης ανάγκης)	Όχι	4,23±3,56	2,5 (2 - 6)	0,235
	Ναι	3,55±4,07	2 (1 - 4)	

Στη συνέχεια συσχετίστηκαν από τους μελετητές, οι κλίμακες AUDIT και Fagerström αλλά και η κλίμακα AUDIT με το αν κάπνιζαν οι φοιτητές ή όχι. Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων αυτών παρουσιάζονται στους Πίνακες 31 και 32.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33: Συσχέτιση βαθμολογιών κλίμακας AUDIT και Fagerström

		Κλίμακα εξάρτησης από το αλκοόλ (AUDIT)		P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Κλίμακα εξάρτησης από το κάπνισμα (FAGERSTROM)	Καθόλου ή λίγο εξαρτημένος	5,27±5,37	3,5 (2 - 7)	0,532
	Μέτρια έως πολύ ισχυρά εξαρτημένος	6,47±6,37	4 (2 - 9)	
Κάπνισμα	Όχι/ Πρώην	2,7±2,52	2 (1 - 3)	<0,001
	Ναι	5,58±5,62	4 (2 - 7)	

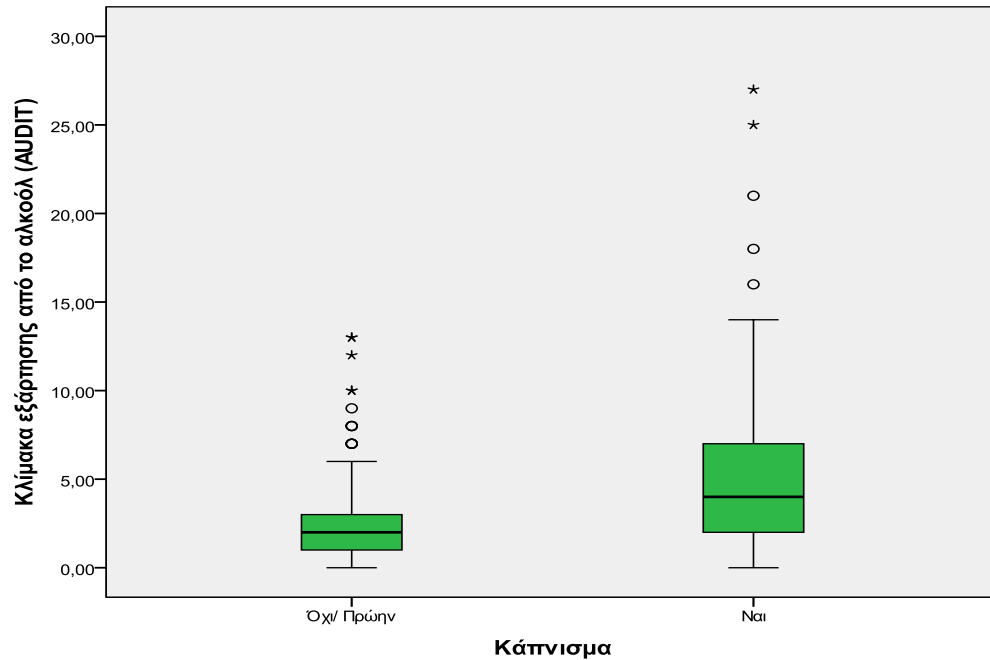
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman μεταξύ της κλίμακας εξάρτησης των συμμετεχόντων από το κάπνισμα και το αλκοόλ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 34: Συντελεστής συσχέτισης του Spearman μεταξύ της κλίμακας εξάρτησης από το κάπνισμα και το αλκοόλ των συμμετεχόντων

		Κλίμακα εξάρτησης από το κάπνισμα (FAGERSTROM)
Κλίμακα εξάρτησης από το αλκοόλ (AUDIT)	r	0,05
	P	0,711

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας εξάρτησης από το αλκοόλ και της κλίμακας εξάρτησης από το κάπνισμα. Επομένως, δε διέφερε σημαντικά η βαθμολογία εξάρτησης από το αλκοόλ με τα επίπεδα εξάρτησης από τη νικοτίνη. Αντιθέτως, οι φοιτητές που κάπνιζαν είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία εξάρτησης από το αλκοόλ, δηλαδή μεγαλύτερη εξάρτηση, σε σύγκριση με τους φοιτητές που δεν κάπνιζαν ή τους πρώην καπνιστές ($p < 0,001$). Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στην κλίμακα εξάρτησης από το αλκοόλ των φοιτητών ανάλογα με τις καπνιστικές τους συνήθειες.

ΓΡΑΦΗΜΑ 12: Βαθμολογία κλίμακας AUDIT στους νυν, πρώην και μη καπνιστές



Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα εξάρτησης από το αλκοόλ και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων που βρέθηκαν στην παραπάνω ανάλυση να συσχετίζονται μεταξύ τους καθώς και εάν ήταν καπνιστές ή μη/πρώην καπνιστές. Με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών και τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα του Πίνακα 33.

ΠΙΝΑΚΑΣ 35: Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση κλίμακας AUDIT με δημογραφικά στοιχεία και καπνιστικές συνήθειες φοιτητών

		β^+	SE ⁺⁺	P
Φύλο	Γυναίκες	0,00*		
	Άντρες	0,12	0,05	0,009
Ηλικία		-0,01	0,002	0,014
Ανώτερο Επίπεδο Μόρφωσης Γονέων	Δημοτικό/ Γυμνάσιο/ Λύκειο	0,00		
	ΤΕΙ/ ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	0,09	0,04	0,013
Γονείς Καπνιστές	Και οι δύο	0,00		
	Όχι	-0,13	0,05	0,005
	Ένας	-0,12	0,05	0,023
Κάπνισμα	Όχι/ Πρώην	0,00		
	Ναι	0,16	0,04	<0,001

⁺ συντελεστής εξάρτησης

⁺⁺ τυπικό σφάλμα συντελεστή

Συμπερασματικά στην πολυπαραγοντική ανάλυση βρέθηκε ότι, το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονιών τους, οι καπνιστικές συνήθειες των γονιών τους και το αν κάπνιζαν οι ίδιοι οι φοιτητές βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την κλίμακα εξάρτησης από το αλκοόλ. Συγκεκριμένα:

- Οι άντρες είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή μεγαλύτερη εξάρτηση από το αλκοόλ, σε σύγκριση με τις γυναίκες (p=0,009).
- Όσο αυξάνεται η ηλικία των φοιτητών τόσο μειώνεται η εξάρτησή τους από το αλκοόλ (p=0,014)
- Οι φοιτητές, των οποίων οι γονείς ήταν πτυχιούχοι ΤΕΙ/ΑΕΙ ή κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος είχαν σημαντικά μεγαλύτερη εξάρτηση από το αλκοόλ, σε σύγκριση με τους φοιτητές των οποίων οι γονείς ήταν το πολύ απόφοιτοι λυκείου (p=0,013).

- Οι φοιτητές που δεν είχαν κανένα γονιό καπνιστή είχαν σημαντικά λιγότερη εξάρτηση από το αλκοόλ, σε σύγκριση με τους φοιτητές που κάπνιζαν και οι δύο γονείς τους ($p=0,005$).
- Οι φοιτητές που είχαν ένα γονιό καπνιστή είχαν σημαντικά λιγότερη εξάρτηση από το αλκοόλ, σε σύγκριση με τους φοιτητές που κάπνιζαν και οι δύο γονείς τους ($p=0,023$).
- Οι φοιτητές που κάπνιζαν είχαν σημαντικά μεγαλύτερη εξάρτηση από το αλκοόλ, σε σύγκριση με τους φοιτητές που δεν κάπνιζαν ($p<0,001$).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1 Εισαγωγή

Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία του ΠΟΥ, τόσο η χρήση καπνού όσο και η χρήση αλκοόλ, σημειώνουν αυξημένα ποσοστά παγκοσμίως παρόλη την προσπάθεια ενημέρωσης και δράσης από διεθνείς οργανισμούς και τοπικούς φορείς. Στην Ελλάδα το ποσοστό καπνιστών στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται στο 40% και η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα εκτιμάται στο 71% (European Commission, *Special Euro barometer 385*, 2012). Παρά την ύπαρξη σχετικού θεσμικού πλαισίου για την απαγόρευσή του στους κλειστούς δημόσιους χώρους, όπως αποδεικνύεται το παθητικό κάπνισμα στην Ελλάδα κατέχει το πιο υψηλό ποσοστό ανάμεσα στις χώρες της ΕΕ. Η χρήση αλκοόλ σημειώνει μειωτική τάση στην Ελλάδα (OECD, 2014) αλλά ο επιπολασμός των επεισοδίων επιβλαβούς χρήσης του αλκοόλ στον ενήλικο πληθυσμό, δηλαδή κατανάλωση άνω των 60 γρ. σε 30 ημέρες, καταγράφηκε στο 34,9% (WHO, 2015d).

Η αλόγιστη κατανάλωση αλκοόλ και καπνού από τους φοιτητές έχει απασχολήσει τους διεθνείς οργανισμούς αλλά και τους φορείς που εμπλέκονται στη λειτουργία των πανεπιστημίων. Στην Ελλάδα, ο επιπολασμός της κατανάλωσης αλκοόλ από φοιτητές έχει υπολογιστεί από μελέτες από 75 έως 95%. Δεν έχουν όμως διερευνηθεί τα ποσοστά επιβλαβούς χρήσης του αλκοόλ. Η καταγραφή αυτή έχει καταγράψει αυξημένα ποσοστά σε άλλες χώρες όπως για παράδειγμα στις ΗΠΑ που έχουν βρεθεί ιδιαίτερα αυξημένα. Ο επιπολασμός της χρήση καπνού έχει επίσης υπολογιστεί από μελέτες και εκτιμάται ότι ανέρχεται στο 30 έως 35% του ελληνικού φοιτητικού πληθυσμού (Mammas *et al.*, 2003 & Κωνσταντινίδης και συν., 2014 & Παντσίδης και συν., 2012 & Διομήδους και συν., 2007).

Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό την καταγραφή των καπνιστικών συνηθειών των προπτυχιακών και μεταπτυχιακών φοιτητών του τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, τις πεποιθήσεις τους σχετικά με το κάπνισμα, την έκθεσή τους σε παθητικό κάπνισμα καθώς και να αναδείξει το βαθμό χρήσης από το αλκοόλ, καθώς και τον υπολογισμό του βαθμού εξάρτησης των συμμετεχόντων από τη νικοτίνη και το αλκοόλ. Η καταγραφή αυτή σε σχολή με αντικείμενο τον τομέα των κοινωνικών επιστημών, ενδέχεται να επισημάνει τυχόν ελλείψεις στην ενημέρωση των φοιτητών σε σχέση με τα θέματα αυτά αλλά και να ενισχύσει την

ευαισθητοποίηση τους και να συμβάλει στη μείωση του επιπολασμού των συνηθειών αυτών στους νέους και κατ'επέκταση στο γενικό πληθυσμό.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συγκρίθηκαν με αποτελέσματα παρόμοιων μελετών, οι οποίες εστιάζουν στην καταγραφή του επιπολασμού της κατανάλωσης αλλά και της καταχρηστικής χρήσης αλκοόλ και καπνού σε φοιτητικούς πληθυσμούς σε διεθνές και ελληνικό επίπεδο.

6.2 Δημογραφικά Στοιχεία συμμετεχόντων της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 203 προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές που φοιτούν στο τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (82,3%,N=167), σε μεταπτυχιακό επίπεδο (36,0%,N=73) και η μέση ηλικία υπολογίστηκε στα $24,9\pm 7,6$ έτη. Σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες (50,7%) εργάζονταν παράλληλα με τις σπουδές τους και μάλιστα το (48,5%,N=51) ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι.

Τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος της παρούσας μελέτης συνάδουν με εκείνα προγενέστερων μελετών. Έτσι, σε παρόμοια μελέτη που διεξήχθη στην Ελλάδα και σε δείγμα 136 προπτυχιακών και μεταπτυχιακών φοιτητών του τμήματος Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ, η πλειοψηφία ήταν γυναίκες (65,4%,N=89) και υπερτερούσαν οι μεταπτυχιακοί φοιτητές (53,7%,N=73) έναντι των προπτυχιακών (46,3%,N=63) (Διομήδους και συν., 2007). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων και στη μελέτη αυτή υπολογίστηκε στα $24,2\pm 5,3$ έτη. Η αριθμητική υπεροχή των συμμετεχόντων γυναικών συνάδει και με τα αποτελέσματα της μελέτης που πραγματοποιήθηκε στην Ιατρική Σχολή του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης (Παντσίδης και συν., 2012). Στη μελέτη αυτή όμως δε συμπεριλήφθηκαν μεταπτυχιακοί φοιτητές, με την πλειοψηφία των φοιτητών να είναι 18-23 ετών (87,3%). Αντίστοιχα, και σε διεθνής μελέτες τα δείγματα συνήθως αποτελούνται από προπτυχιακούς φοιτητές (Rabanales *et al.*, 2015 & Oliver *et al.*, 2014 & Dania *et al.*, 2015). Η αριθμητική υπεροχή των γυναικών εξαρτάται από το αντικείμενο σποδών της σχολής, στην οποία διεξάγεται η εκάστοτε μελέτη με συνήθη υπεροχή των γυναικών στις επιστήμες υγείας και τις θεωρητικές σχολές. Στην κατηγορία αυτή ανήκει και η παρούσα μελέτη.

6.3 Καπνιστικές συνήθειες των συμμετεχόντων

Ο επιπολασμός των καπνιστών εκτιμήθηκε στο 32% των συμμετεχόντων της παρούσας μελέτης, καθώς ενεργοί καπνιστές δήλωσαν οι 65 από τους 203 συμμετέχοντες. Το ποσοστό αυτό κυμαίνεται περίπου στα ίδια νούμερα με άλλες μελέτες που έχουν διεξαχθεί αναφορικά με το κάπνισμα σε φοιτητικούς πληθυσμούς στην Ελλάδα. Σε μελέτη, όπου μελετήθηκαν οι καπνιστικές συνήθειες και η κατανάλωση αλκοόλ πρωτοετών φοιτητών (Κωνσταντινίδης και συν., 2014) το αντίστοιχο ποσοστό καπνιστών φοιτητών βρέθηκε στο 32,4% και σε άλλη ελληνική μελέτη των όπου βρέθηκε πως το 36,8% των φοιτητών κάπνιζε συστηματικά (Διομήδους και συν., 2007). Οι καπνιστικές συνήθειες φοιτητών ιατρικής έχουν μελετηθεί και χωριστά (Παντσίδης και συν., 2012). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι το 24% των φοιτητών όλων των ετών φοίτησης ήταν καπνιστές. Στη μελέτη αυτή χρησιμοποιήθηκε μια τροποποιημένη και ελληνική εκδοχή του Global Health Professional Student's Survey που περιλάμβανε 31 ερωτήσεις, χωρισμένο στις έξι ακόλουθες ενότητες: καπνιστικές συνήθειες, παθητικό κάπνισμα, πεποιθήσεις σχετικά με τον έλεγχο του καπνίσματος, τη συμπεριφορά και τη διακοπή, την εκπαίδευση και τα δημογραφικά στοιχεία.

Τα ποσοστά αυτά είναι χαμηλότερα από το ποσοστό καπνιστών του ενήλικου πληθυσμού της Ελλάδος, που από την μελέτη GATS του ΠΟΥ υπολογίζεται στο 38.2% του πληθυσμού (ΕΣΔΥ, 2013). Σε σύγκριση όμως με φοιτητές άλλων χωρών ο επιπολασμός είναι υψηλότερος σε σχέση χώρες, όπως η Αυστραλία (4-6%), αλλά χαμηλότερος σε σχέση με χώρες όπως της Ανατολικής Ευρώπης και των Βαλκανίων. Σε συγκριτική μελέτη μεταξύ φοιτητών της Ελλάδας και του Καναδά, καταγράφηκε εμφανέστατη διαφορά επιπολασμού του καπνίσματος με τους έλληνες φοιτητές να σημειώνουν ποσοστό 24% έναντι των καναδών που σημείωσαν ποσοστό 3,3% (Pantsidis *et al.*, 2014).

Ενώ σε ελληνικές και διεθνής μελέτες ο επιπολασμός του καπνίσματος καταγράφεται στους φοιτητικούς πληθυσμούς με μεγαλύτερα ποσοστά στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, η ιδιαιτερότητα της παρούσας μελέτης έγκειται στο γεγονός ότι ανέδειξε μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών καπνιστών έναντι των ανδρών. Για παράδειγμα, σε διεθνή μελέτη από τους 583 συμμετέχοντες μόνο το 20.8% ήταν καπνιστές, με ποσοστό 26,1% άνδρες και 9,5% γυναίκες (Al-Kubaisy *et al.*, 2012). Το ίδιο καταγράφεται και σε ελληνικές μελέτες, με σαφή υπεροχή των ανδρών καπνιστών έναντι των γυναικών (Κωνσταντινίδης και συν., 2014 & Παντσίδης και

συν., 2012 & Διομήδους και συν., 2007). Η διαφορά αυτή που προέκυψε στην παρούσα μελέτη εξηγείται λόγω του ότι το δείγμα ήταν μεγαλύτερο όσον αφορά τις γυναίκες, οι οποίες αποτέλεσαν το 82,3% του παρόντος δείγματος.

Στην παρούσα μελέτη αναδείχθηκε ως η πιο συχνή ηλικία έναρξης ή δοκιμής τσιγάρου, με ποσοστό 48,5% (N=48), ότι ήταν τα 16-17 έτη. Η ηλικία αυτή αναδείχθηκε και σε ελληνική, ως η ηλικία έναρξης ή δοκιμής με ποσοστό 33,3% έναντι 25,3% που αφορούσε ηλικίες 11-15 (Παντσίδης και συν., 2012). Σε διεθνή μελέτη με δείγμα 247 φοιτητών νοσηλευτικής και φυσιοθεραπείας, η πιο συχνή ηλικία έναρξης δηλώθηκε κατά τη διάρκεια της εφηβείας (Fernández *et al.*, 2015). Το ίδιο στοιχείο διασταυρώνεται και από άλλη μελέτη, με πιο συχνή ηλικία έναρξης να δηλώνεται από τους 297 συμμετέχοντες φοιτητές φαρμακευτικής τα 16-20 έτη με ποσοστό 63% (Aina *et al.*, 2009). Το γεγονός αυτό έχει παρουσιαστεί και σε έκθεση του ΠΟΥ, όπου καταγράφηκε στις περισσότερες χώρες η εφηβική ηλικία ως η πιο συχνή ηλικία έναρξης του καπνίσματος (WHO, 2014e). Τα παραπάνω καταδεικνύουν την ανάγκη παρέμβασης και ενημέρωσης για τις συνέπειες του καπνίσματος και τα οφέλη της διακοπής του στις ηλικίες αυτές ώστε να επιτευχθεί η πρόληψη της έναρξης του καπνίσματος.

Όσον αφορά την αναζήτηση βοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος, μόνο το 15,2% (N=15) των συμμετεχόντων της μελέτης μας που δήλωσαν καπνιστές ή πρώην καπνιστές, δήλωσε ότι είχαν λάβει βοήθεια ή συμβουλές για τη διακοπή του καπνίσματος. Το ποσοστό αυτό εκτιμάται χαμηλό αλλά πιο υψηλό σχετικά με άλλες μελέτες, όπως για παράδειγμα στη μελέτη των. όπου μόνο το 2% των καπνιστών είχε ζητήσει βοήθεια για τη διακοπή του καπνίσματος Διομήδους και συν. Η καταγραφή αυτή καταδεικνύει την ανάγκη στοχευμένων και πιο ολοκληρωμένων παρεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος σε χώρους παιδείας, τόσο στη δευτεροβάθμια όσο και στη τριτοβάθμια εκπαίδευση. Την ανάγκη αυτή έχει καταγράψει και ινδική μελέτη οι οποίοι κατέγραψαν τις καπνιστικές συνήθειες 219 φοιτητών οδοντιατρικής και ανέδειξαν ελλείψεις στην εύρεση αλλά και αναζήτηση βοήθειας για τη διακοπή του τσιγάρου από τους καπνιστές φοιτητές (Foterdar *et al.*, 2013).

Στη μελέτη μας, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων πιστεύει ότι το κάπνισμα είναι μια εθιστική συνήθεια με άσχημες επιπτώσεις στην υγεία του κοινωνικού συνόλου, με ποσοστό 36,0% (N=73), με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες να δηλώνουν ότι το κάπνισμα είναι μια κακή συνήθεια με άσχημες επιπτώσεις στη ζωή του καπνιστή (32,5%, N=66), μια προσωπική επιλογή και δικαίωμα του καθενός

(30,5%,N=62) και μόνο το 1% (N=2) να θεωρεί ότι το κάπνισμα είναι μια συνήθεια που σε κάνει να φαίνεσαι αρεστός. Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι καπνιστές πίστευαν σε υψηλότερο ποσοστό ότι το κάπνισμα είναι προσωπική επιλογή και δικαίωμα του καθενός σε σύγκριση με τους μη καπνιστές ($p<0,001$, Fisher's exact test). Αντίθετα, οι καπνιστές πίστευαν σε χαμηλότερο ποσοστό ότι το κάπνισμα είναι μια εθιστική συνήθεια με άσχημες επιπτώσεις στην υγεία του κοινωνικού συνόλου σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Ακόμη, η πλειοψηφία των φοιτητών (55,6%, N=55) της παρούσας μελέτης, δήλωσε ότι αφορμή έναρξης του καπνίσματος αποτελούσαν προσωπικά προβλήματα σε αντιδιαστολή με τη μελέτη των Διομήδους και συν., όπου η πλειοψηφία (74%) δήλωσε ότι το κάπνισμα είναι μια προσωπική επιλογή.

6.4 Εξάρτηση από τη νικοτίνη (Κλίμακα Fagerström)

Ένα από τα σημαντικότερα σημεία της παρούσας μελέτης είναι τα χαμηλά ποσοστά εξάρτησης που σημείωσαν οι συμμετέχοντες από τη νικοτίνη όσο. Συγκεκριμένα, με ποσοστό 73,8% (N=48) των καπνιστών σημείωσαν βαθμολογία στην Κλίμακα Fagerström σχετική με το ότι είναι καθόλου ή λίγο εξαρτημένοι από τη νικοτίνη και μόλις το 7,7% (N=5) των καπνιστών να σημειώνουν βαθμολογία σχετική με πολύ ισχυρή εξάρτηση.

Παρόμοιες διεθνής μελέτες έχουν καταγράψει εξίσου χαμηλά ποσοστά εξάρτησης από τη νικοτίνη χρησιμοποιώντας την ίδια κλίμακα. Για παράδειγμα, σε σχετική μελέτη, μόλις το 6% των συμμετεχόντων καπνιστών φοιτητών σημείωσε βαθμολογία της κλίμακας Fagerström ίση με υποψία εξάρτησης (Aina *et al.*, 2009). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι όσο λιγότερη είναι η εξάρτηση από τη νικοτίνη, τόσο πιο εύκολα επιτυγχάνεται η οριστική διακοπή του καπνίσματος. Αυτό σημαίνει ότι οι συμμετέχοντες καπνιστές της παρούσας μελέτης έχουν καλή πρόγνωση σε περίπτωση που αποφασίσουν να διακόψουν το κάπνισμα. Η απόφαση για τη διακοπή του καπνίσματος είναι αυτή που θα πρέπει να ενισχυθεί και να καλλιεργηθεί με τη βοήθεια της πολιτείας τόσο σε κοινοτικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο τμήματος.

6.5 Παθητικό Κάπνισμα

Η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα στην Ελλάδα, όπως αναλύθηκε και στο γενικό μέρος, σημειώνει τα υψηλότερα ποσοστά στην Ε.Ε και ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά παγκοσμίως. Η έκθεσή των φοιτητών στο παθητικό κάπνισμα υπολογίζεται επίσης αυξημένη από μελέτες παγκοσμίως. Συγκεκριμένα, σε πρόσφατη σχετική

μελέτη υπολογίστηκε ότι οι φοιτητές εκτίθεντο σε παθητικό κάπνισμα με ποσοστό που ανέρχεται στο 49,6% (Inandi *et al.*, 2013). Οι φοιτητές παρά τα υψηλά ποσοστά έκθεσής τους στο παθητικό κάπνισμα, τείνουν να είναι θετικοί ως προς πολιτικές περιορισμού του καπνίσματος σε χώρους του Πανεπιστημίου όπως αναδεικνύεται από την ίδια μελέτη. Ενισχύοντας τα αποτελέσματα αυτά, σε μελέτη που διεξήχθη στη Σαουδική Αραβία σε 805 φοιτητές ιατρικής αναδείχθηκε ότι το 57,7% εκτίθεντο σε παθητικό κάπνισμα σε κλειστούς δημόσιους χώρους. Στην ίδια μελέτη οι φοιτητές κατέδειξαν ανάγκη για πιο ολοκληρωμένη πολιτική για τη μείωση του καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους (Almutairi *et al.*, 2014). Ωστόσο σε χώρες όπου το παθητικό κάπνισμα σημειώνει μειωμένα ποσοστά, όπως η Αυστραλία, σχετική μελέτη έχει καταγράψει χαμηλά ποσοστά παθητικού καπνίσματος και ακόμη πιο ενισχυμένη συμμετοχή των φοιτητών στις πολιτικές για τη μείωση του καπνίσματος και την εγκαθίδρυση πολιτικής για τη θέσπιση χώρων ελεύθερων του καπνίσματος ακόμη και σε εξωτερικούς χώρους των Πανεπιστημιακών χώρων και έχει εξετάσει λεπτομερώς τους λόγους για τους οποίους δεν υπήρχε συμμόρφωση ώστε να εξαλειφθούν (Jancey *et al.*, 2014).

Στην παρούσα μελέτη η πλειοψηφία, με ποσοστό 34,0% (N=69), δήλωσε ότι εκτέθηκε όλες τις ημέρες τις προηγούμενης εβδομάδας σε παθητικό κάπνισμα σε μέρος το οποίο επισκέφθηκε και το 27,6% (N=56) εκτέθηκε αντίστοιχα όλες τις μέρες σε παθητικό κάπνισμα στην οικεία του. Η πλειοψηφία όμως, με ποσοστό 46,3% (N=94), δεν εκτέθηκε καμία μέρα την τελευταία εβδομάδα στην οικεία του. Ακόμη, βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που κάπνιζαν είχαν εκτεθεί σε σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα σε παθητικό κάπνισμα είτε στο σπίτι τους είτε σε κάποιο άλλο ιδιωτικό ή δημόσιο κλειστό χώρο, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν κάπνιζαν ή ήταν πρώην καπνιστές. Καταγραφή της αυξημένης έκθεσης των καπνιστών σε παθητικό κάπνισμα συναντάμε και στην έκθεση του ΠΟΥ για το κάπνισμα στους ενηλίκους (WHO, 2014e).

6.6 Πεποιθήσεις σχετικά με το κάπνισμα

Στην Ενότητα του ερωτηματολογίου που αφορά τις πεποιθήσεις σχετικά με το κάπνισμα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε ότι θεωρεί ωφέλιμη την απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους, με ποσοστό 90,1% (N=183) και ότι θα ήθελε, με ποσοστό 81,3% (N=165), να λάβει μέρος σε δράσεις στα πλαίσια της σχολής τους για την ευαισθητοποίηση σε θέματα

που αφορούν τη χρήση καπνού και αλκοόλ. Σε αντίστοιχη ελληνική μελέτη των Παντσίδης και συν. το 88,6% των φοιτητών ιατρικής θεωρεί χρήσιμη την απαγόρευση του καπνίσματος στους κλειστούς δημόσιους χώρους. Στην ίδια κατεύθυνση πληθώρα διεθνών μελετών επισημαίνουν τη θετική στάση των φοιτητών στις πολιτικές για την αύξηση χώρων ελευθέρων από καπνό (smoking free policies). Ενδεικτικά, σε διαδικτυακή μελέτη που διεξήχθη σε φοιτητές της Νέας Ζηλανδίας, υπήρξε εξίσου θετική ανταπόκριση στην υποστήριξη της πολιτικής υγείας για τους ελεύθερους από καπνό χώρους, όπως και σε μελέτη που διεξήχθη σε χώρα της Σαουδικής Αραβίας με ποσοστό 89,6% των συμμετεχόντων να τάσσονται υπέρ των πολιτικών ελευθέρων από καπνό (Marsh *et al.* & Almutairi *et al.*, 2014). Επιπλέον, σε μετα-ανάλυση, όπου περιλήφθηκαν 18 μελέτες από τις ΗΠΑ και μία μελέτη από το Ηνωμένο Βασίλειο και σχετικά με την υποστήριξη των πολιτικών υγείας για την καταπολέμηση του καπνίσματος και των χώρων ελευθέρων του καπνίσματος σε χώρους Πανεπιστημίων, βρέθηκε ότι η πλειοψηφία με ποσοστό 58,9% των φοιτητών υποστήριζαν τις πολιτικές αυτές (Lupton & Townsend, 2015). Επιπροσθέτως, σε μία ακόμη διαδικτυακή μελέτη σε δείγμα 5691 φοιτητών το 77% δήλωσε θετική στάση στις πολιτικές για την ενίσχυση των χώρων ελευθέρων από καπνό (Braverman *et al.*, 2015).

Η θετική ανταπόκριση των φοιτητών στο θέμα της απαγόρευσης της χρήσης καπνού στους κλειστούς δημόσιους χώρους, αναδεικνύει τη στήριξη από μέρος τους στις πολιτικές αυτές. Σε αντιδιαστολή με τη θετική στάση των φοιτητών και σύμφωνα με την άποψη της πλειοψηφίας στην παρούσα μελέτη οι συμμετέχοντες δηλώνουν, με ποσοστό 88,2% (N=179), ότι η πολιτεία δεν έχει λάβει τα απαραίτητα μέτρα για την εφαρμογή της απαγόρευσης του καπνίσματος στους κλειστούς δημόσιους χώρους και ότι η προώθηση αντικαπνιστικών προγραμμάτων προαγωγής υγείας δεν έχει σχεδιαστεί και δεν εφαρμόζεται σωστά από την ελληνική πολιτεία, με ποσοστό 80,8% (N=164). Το εύρημα αυτό καταδεικνύει την άμεσα ανάγκη λήψη μέτρων από την πολιτεία για μια πιο ασφαλή διαβίωση των κατοίκων της με κλειστούς δημόσιους χώρους ελεύθερους από καπνό. Για την επίτευξη αυτή θα πρέπει να ενισχυθούν οι έλεγχοι για την τήρηση της υπάρχουσας νομοθεσίας, όπως χαρακτηριστικά δηλώνει η πλειοψηφία των συμμετεχόντων της μελέτης μας.

6.7 Κατανάλωση και εξάρτηση από το αλκοόλ (Κλίμακα AUDIT)

Η κατανάλωση αλκοόλ από τους φοιτητές στην παρούσα μελέτη βρέθηκε, ότι το 92,6% (N=188) των συμμετεχόντων καταναλώνει αλκοόλ. Το αποτέλεσμα αυτό συμβαδίζει με προϋπάρχοντα αποτελέσματα σχετικών μελετών στην Ελλάδα (Κωνσταντινίδης και συν., 2014 & Διομήδους και συν., 2007) όπου οι φοιτητές δήλωσαν ότι καταναλώνουν αλκοόλ στο 82,7% και 41,2% των συμμετεχόντων αντίστοιχα.

Η εξάρτηση από το αλκοόλ εκτιμάται χαμηλή για τους συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη με μόλις το 4,9% (N=10) να έχει εμφανίσει βαθμολογία ίση με τον υπαινιγμό εξάρτησης. Η βαθμολογία αυτή είναι χαμηλή σε σχέση με διεθνής μελέτες. Συγκεκριμένα, σε μελέτη που διεξήχθη στη Γαλλία σε 1021 φοιτητές ιατρικής, ποσοστό 11% σημείωσε βαθμολογία στη κλίμακα AUDIT σχετική με υπαινιγμό εξάρτησης από το αλκοόλ (Gignon *et al.*, 2015). Το χαμηλό ποσοστό εξάρτησης από το αλκοόλ για τους συμμετέχοντες της μελέτης καταδεικνύει ότι δεν εμφανίζονται αυξημένοι κίνδυνοι σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ από τους φοιτητές του τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής και με τις κατάλληλες παρεμβάσεις το ποσοστό αυτό θα μπορούσε να εξαλειφθεί.

Ιδιαίτερα θετικά κρίνονται τα αποτελέσματα σχετικά με τη βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ (binge drinking) από τους φοιτητές, καθώς δεν καταγράφηκαν τέτοια περιστατικά από τους συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη. Αυτό εξάγεται ως συμπέρασμα από το γεγονός ότι η πλειοψηφία δήλωσε ότι καταναλώνει αλκοόλ μηνιαίως ή λιγότερο (36,0%,N=73), και όχι καθημερινά. Ακόμη, ότι το 79,8% (N=162) των συμμετεχόντων καταναλώνει 1-2 αλκοολούχα ποτά μία συνηθισμένη μέρα όταν πίνει και ότι το 80,3% (N=163) δεν πίνει ποτέ 6 ή περισσότερα ποτά την ημέρα. Επιπλέον, το 88,2% (N=179) των φοιτητών δεν έχει διαπιστώσει ποτέ ότι δεν είναι σε θέση να σταματήσει να καταναλώνει αλκοόλ άπαξ και αρχίσει. Από τα στοιχεία αυτά αποκλείεται η πλειοψηφία των συμμετεχόντων να συμμετέχει σε περιστατικά βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ. Σε σύγκριση με υψηλά ποσοστά βαριάς επεισοδιακής κατανάλωσης αλκοόλ από φοιτητές σε χώρες, όπως η ΗΠΑ, η Ελλάδα λόγω και του χαμηλού κινδύνου μοτίβου κατανάλωσης αλκοόλ των κατοίκων της που έχει χαρακτηριστεί και από τον ΠΟΥ (WHO, 2014e) δεν θεωρείται ως χώρα επικίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλ τόσο ότι αφορά το γενικό πληθυσμό αλλά και το φοιτητικό πληθυσμό (NIAAA, 2013). Ενισχύοντας την υπόθεση ότι σε χώρες του εξωτερικού σημειώνονται υψηλά ποσοστά επικίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλ, σε

πρόσφατη μελέτη σε δείγμα 1060 φοιτητών νοσηλευτικής βρέθηκε ότι σε ποσοστό 43,3% ότι οι φοιτητές ασκούσαν επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ (Rabanales *et al.*, 2015).

Τέλος, η παρούσα μελέτη ανέδειξε ένα βασικό εύρημα ότι όσο αυξάνεται η ηλικία των φοιτητών τόσο μειώνεται η εξάρτησή τους από το αλκοόλ. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία αλλά και με άλλες προϋπάρχουσες μελέτες και τη με (Lorant *et al.*, 2013). Σε συμφωνία με παλαιότερες μελέτες για την κατανάλωση αλκοόλ από φοιτητές, η παρούσα μελέτη ανέδειξε και αυτή με τη σειρά της ένα βασικό χαρακτηριστικό της κατανάλωσης αλκοόλ από φοιτητές, που είναι η διαφορά των ποσοστών κατανάλωσης ανά φύλο (Rabanales *et al.*, 2015 & Oliver *et al.*, 2014). Έτσι, υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα AUDIT σημείωσαν οι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Επίσης οι καπνιστές σημείωσαν υψηλότερα ποσοστά σε σύγκριση με αυτούς που δήλωσαν μη ή πρώην καπνιστές. Το ίδιο εύρημα αναδεικνύεται σε προϋπάρχουσα μελέτη (Rabanales *et al.*, 2015). Τα παραπάνω στοιχεία θα μπορούσαν να φανούν ιδιαίτερα χρήσιμα στον σχεδιασμό μελλοντικής παρέμβασης στο τμήμα σχετικά με την ενημέρωση των φοιτητών σε θέματα που να αφορούν την κατανάλωση αλκοόλ. Έτσι, οι παρεμβάσεις αυτές θα μπορούσαν να στοχεύουν στους φοιτητές των μικρότερων ετών αλλά και στους άνδρες περισσότερο από τις γυναίκες και τους καπνιστές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα κύρια ερωτήματα της μελέτης αφορούσαν τη διερεύνηση των καπνιστικών συνηθειών, των πεποιθήσεων σχετικά με αυτό, της χρήση αλκοόλ από φοιτητές, καθώς και την έκθεσή τους σε παθητικό κάπνισμα. Η διερεύνηση αυτή ενδέχεται να συμβάλει στην καταγραφή του επιπολασμού του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ από φοιτητές αλλά και στον εντοπισμό περιστατικών εθισμού από αυτές. Ακόμη, η διερεύνηση αυτή κρίνεται κρίσιμη ιδιαίτερα σε περίοδο οικονομικής κρίσης, στην οποία η κατανάλωση των παραπάνω ουσιών έχει καταγράψει αυξητική τάση. Τα ερωτήματα της μελέτης ενισχύονται και με τα υψηλά ποσοστά κατανάλωσης καπνού και αλκοόλ από φοιτητές που σημειώνονται παγκοσμίως και υποδεικνύουν την αναγκαιότητα περαιτέρω διερεύνησης και αντιμετώπισης του φαινομένου αυτού, καθώς και την κατανόηση των πεποιθήσεων σε θέματα που σχετίζονται με το κάπνισμα.

Από την ανάλυση των ερωτηματολογίων βρέθηκε ότι ο επιπολασμός του καπνίσματος στους φοιτητές είναι αυξημένος και ότι κυμαίνεται σε παρόμοια επίπεδα με φοιτητές άλλων σχολών στην Ελλάδα. Η πλειοψηφία των φοιτητών δήλωσαν ότι έχουν δοκιμάσει να καπνίσουν έστω μια φορά και ως ηλικία έναρξης ή δοκιμής σημείωσαν τα 16-17 έτη. Δε βρέθηκε αλλαγή στις καπνιστικές συνήθειες των συμμετεχόντων το τελευταίο χρόνο, που η Ελλάδα διανύει περίοδο οικονομικής κρίσης. Η κατανάλωση αλκοόλ καταγράφηκε στην πλειοψηφία των συμμετεχόντων, όμως το ποσοστό επιβλαβούς χρήσης και βαριάς επεισοδιακής κατανάλωσής βρέθηκε συγκριτικά χαμηλό με άλλες χώρες. Ακόμη, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν εμφάνισε εξάρτηση ούτε από τη νικοτίνη ούτε από το αλκοόλ. Η εξάρτηση από το αλκοόλ βρέθηκε ότι σχετίζεται με το κάπνισμα και την ηλικία.

Παρά την εφαρμογή νομοθεσίας για την απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους, η πλειοψηφία εκτέθηκε όλες τις ημέρες σε παθητικό κάπνισμα στους χώρους αυτούς. Οι συμμετέχοντες που κάπνιζαν είχαν εκτεθεί σε σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα σε παθητικό κάπνισμα είτε στο σπίτι τους είτε σε κάποιο άλλο ιδιωτικό ή δημόσιο κλειστό χώρο, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν κάπνιζαν ή ήταν πρώην καπνιστές.

Στις πεποιθήσεις των φοιτητών σε σχέση με το κάπνισμα καταγράφηκε στην πλειοψηφία και αναφορικά με το κάπνισμα, ότι είναι μια εθιστική συνήθεια με άσχημες επιπτώσεις στην υγεία του κοινωνικού συνόλου. Όμως σημειώθηκε διαφορά

στους καπνιστές, οι οποίοι πίστευαν σε υψηλότερο ποσοστό ότι το κάπνισμα είναι προσωπική επιλογή και δικαίωμα του καθενός σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Αντίθετα, οι καπνιστές πίστευαν σε χαμηλότερο ποσοστό ότι το κάπνισμα είναι μια εθιστική συνήθεια με άσχημες επιπτώσεις στην υγεία του κοινωνικού συνόλου σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Η πλειοψηφία επίσης θεωρεί ωφέλιμη την απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους, αλλά ότι η πολιτεία δεν έχει λάβει τα απαραίτητα μέτρα για την εφαρμογή της απαγόρευσης του καπνίσματος στους κλειστούς δημόσιους χώρους, κυρίως για λόγους ελλιπούς επιτήρησης και μη εφαρμογής της παρούσας νομοθεσίας.

Ακόμη, πιστεύει ότι η προώθηση αντικαπνιστικών προγραμμάτων προαγωγής υγείας δεν έχει σχεδιαστεί και δεν εφαρμόζεται σωστά από την ελληνική πολιτεία. Τέλος, οι φοιτητές δήλωσαν πρόθυμοι να συμμετέχουν σε δράσεις στα πλαίσια της σχολής τους για την ευαισθητοποίηση των φοιτητών και της κοινής γνώμης σε θέματα που αφορούν τη χρήση καπνού και αλκοόλ.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Με βάση τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης η πρόταση που τίθεται, έγκειται στη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου σχεδίου με κύριο στόχο παρέμβασης τον περιορισμό των παραγόντων που συμβάλουν στην εμφάνιση του αυξημένου επιπολασμού κατανάλωσης καπνού και αλκοόλ από φοιτητές.

Αρχικά προτείνεται η δημιουργία ενός ενιαίου φορέα, ο οποίος θα είναι υπεύθυνος για την καταγραφή, το σχεδιασμό, την υλοποίηση και τον έλεγχο των δράσεων σχετικά με τη χρήση καπνού και αλκοόλ, αλλά και των υπολοίπων εξαρτησιογόνων ουσιών, από νέους και οι παρεμβάσεις που οποιού να απευθύνονται σε ατομικό επίπεδο, σε επίπεδο φοιτητικής κοινότητας και στην κοινότητα που την περιβάλλει. Ο ενιαίος σχεδιασμός των παραπάνω δράσεων εκτιμάται ότι θα βελτιώσει την αποτελεσματικότητά τους.

Καθώς στην παρούσα μελέτη η κατανάλωση αλκοόλ καταγράφηκε στην πλειοψηφία των συμμετεχόντων και η εξάρτηση από αυτό σε μικρό ποσοστό, η παρούσα πρόταση παρέμβασης αναπτύσσεται με τη διοργάνωση ενημερωτικών προγραμμάτων με στόχο την ενημέρωση για ασφαλή κατανάλωση αλκοόλ. Η κύρια ομάδα στόχος αποτελείται από τους φοιτητές των πρώτων ετών και τους καπνιστές. Η ενημέρωση θα περιέχει πληροφορίες σχετικά με:

1. την επιλογή της κατάλληλης αφορμής για κατανάλωση αλκοόλ αλλά, την ποσότητα που θα καταναλώσουν και την καταμέτρηση του αριθμού των ποτών που καταναλώνουν κατά τη διάρκεια μιας εξόδου.
2. τον ορισμό του "οδηγού", ο οποίος θα πρέπει να είναι κάποιος που δεν συμμετέχει στην κατανάλωση αλκοολούχου ποτού.
3. την κατανάλωση φαγητού και σωστής ενυδάτωσης ταυτόχρονα με την κατανάλωση αλκοόλ.

Ακόμη προτείνεται ανάπτυξη ειδικού χώρου στον ιστότοπο του τμήματος, ο οποίος θα παρέχει πληροφορίες σχετικά με το αλκοόλ.

Η πρόταση της παρούσας μελέτης περιλαμβάνει επιπλέον και την παρουσίαση μέτρων για τη μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος από φοιτητές, καθώς βρέθηκε υψηλός και της έκθεσής τους σε παθητικό κάπνισμα. Οι παρεμβάσεις που προτείνονται για τον φοιτητικό πληθυσμό περιλαμβάνουν ειδικά σχεδιασμένη παρέμβαση ενημέρωσης για το κάπνισμα με κύρια ομάδα στόχου τους φοιτητές που καπνίζουν. Η παρέμβαση αυτή να παρέχει πληροφορίες σχετικά με τη φύση της νικοτίνης, ως ισχυρά εξαρτησιογόνος ουσία και με την παρουσίαση των επιπτώσεων του καπνίσματος τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στο περιβάλλον του. Ακόμη προτείνεται η συμμετοχή των φοιτητών σε εκπαιδευτικών προγραμμάτων ενημέρωσης για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία και ευκρινής επισήμανση και επιτήρηση των χώρων ελεύθερου καπνού. Απαραίτητη κρίνεται και η ενίσχυση των παρεμβάσεων στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Επιπλέον, δίνονται μελλοντικές κατευθύνσεις έρευνας σχετικά με το θέμα της παρούσας μελέτης:

- Πανελλήνια καταγραφή επιπολασμού επιβλαβούς κατανάλωσης αλκοόλ από φοιτητές.
- Διεξαγωγή μελέτης που να συγκρίνει την κατανάλωση αλκοόλ από φοιτητές σχολών Αττικής – Επαρχίας.
- Διεξαγωγή μελέτης για τις πεποιθήσεις σχετικά με τη χρήση αλκοόλ.
- Διεξαγωγή μελέτης σχετικά με τη χρήση αλκοόλ από νέους, σε περίοδο οικονομικής κρίσης.

ΠΗΓΕΣ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Διομήδους Μ., Γαλάνης Π., Μπάκουλα Χ., Πιστόλης Ι., Ζήκος Δ., Φρίγγας Α., Λιάσκος Ι., (2007), Αξιολόγηση των στάσεων των φοιτητών Νοσηλευτικής απέναντι στο κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ, *Νοσηλευτική*, 46(4):523-528

Δοδόπουλος Σ., (2004), *Καπνός και Κάπνισμα, Ένα πολυσύνθετο και δυσεπίλυτο ζήτημα*, Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα

ΕΕΛΙΑ, (2009) *Φυλλάδιο ενημέρωσης κοινού για πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων*, διαθέσιμο σε: <http://www.eelia.gr/media/k2/pdf/FYH-leaflet.pdf> , (πρόσβαση στις 15/10/2014)

ΕΛΙΑΑ, (2009), *Στοιχεία για την ετήσια καταγραφή των εμφραγμάτων στην Ελλάδα*, διαθέσιμο σε: <http://www.eelia.gr/> , (πρόσβαση στις 13/10/2014)

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, (2007), *Πράσινη Βίβλος - Προς μια Ευρώπη ελεύθερη καπνίσματος: επιλογές πολιτικής σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης*, διαθέσιμο σε: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_smoke_el.pdf (πρόσβαση στις 25/11/2014)

ΕΠΙΨΥ, (2012), *Έκθεση αποτελεσμάτων πανελλήνιας έρευνας για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές – Έρευνα ESPAD 2011*, Αθήνα, διαθέσιμο σε: http://www.epipsi.gr/Tekmiriosi/epid/Epidimiologikes_erevnes/epadgr.php (πρόσβαση στις 3/12/2014)

ΕΣΔΥ, (2013), *Παγκόσμια μελέτη παιδιών (13-15 ετών) για το κάπνισμα*, διαθέσιμο σε: http://www.nsph.gr/files/016_Nea_Sxolis/Greece%20GYTS%202013%20Factsheet%20Ages%2013-15_%CE%95%CE%9B%CE%9B.pdf (πρόσβαση στις 31/10/2014)

Ζουράρις Χ., (1991), *Ο Δειπνοσοφιστής*, εκδόσεις "Ίκαρος", 8η έκδοση, Αθήνα

ΙΟΒΕ, (2014), *Αξιολόγηση του υφιστάμενου πλαισίου φορολόγησης των καπνικών προϊόντων στην Ελλάδα*, διαθέσιμο σε:

http://www.iobe.gr/docs/research/RES_04_25092014_PRE_GR.pdf (πρόσβαση στις 13/01/2015)

Κατσή Α., Σιδερίδης Γ, Εμβαλωτής Α., (2011) *Στατιστικές μέθοδοι στις κοινωνικές επιστήμες*, 1η έκδ. , Επιστημονικές Εκδόσεις, Αθήνα

ΚΕΕΛΠΝΟ, (2014), *Κάπνισμα και καρκίνος*, διαθέσιμο σε: <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=4845> , (πρόσβαση στις 12/10/2014)

ΚΕΕΛΠΝΟ, *Στοιχεία για τον επιπολασμό για το κάπνισμα για την κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα στον φοιτητικό πληθυσμό*, διαθέσιμο σε: <http://www.keelpno.gr/el-gr/%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%AE%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1%CE%B8%CE%AD%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82/%CE%BA%CE%AC%CF%80%CE%BD%CE%B9%CF%83%CE%BC%CE%B1.aspx> (πρόσβαση στις 30/01/2015)

ΚΕΘΕΑ, (2015) *Πληροφορίες για EuroASI*, διαθέσιμο σε: <http://www.kethea.gr/Portals/0/Uploads/docs/ergalia%20erevna.pdf> (πρόσβαση στις 15/10/2014)

Κοκκέβη Α., Κίτσος Γ., Φωτίου Α., (2007), *Καπνός, οινοπνευματώδη, ναρκωτικά: Η πορεία της χρήσης από τη δεκαετία του 1980 έως σήμερα*, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα

Κουτίνου Ε., (2013), *Ιατρία Διακοπής Καπνίσματος, Περιεγχειριστική Νοσηλευτική*, Τόμος 2, Τεύχος 3, σελ.93-94

Κωνσταντινίδης Θ., Σκανδαλάκη Ν., Κριτσωτάκης Γ., (2014), *Κάπνισμα και κατανάλωση οινοπνεύματος σε προπτυχιακούς φοιτητές νοσηλευτικής*, *Νοσηλευτική*, 53 (1): 42-47

Λιάππας Ι., Παπαρρηγόπουλος Θ., Μουσσάς Ι., Μέλλος Ε., Καραΐσκος Α., Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, *Θεραπευτικά πρωτόκολλα στην αντιμετώπιση του αλκοολισμού*, διαθέσιμο σε: http://www.eof.gr/c/document_library/get_file?p_1_id=34765&folderId=236302&name=DLFE-1701.pdf (πρόσβαση στις 25/10/2014)

Μαδιανός Μ., (2005) *Ψυχιατρική και Αποκατάσταση*, Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα

Μαδιανός Μ., (2005), *Ψυχιατρική Αποκατάσταση*, Εκδόσεις Καστανιώτη, 1^η έκδοση, Αθήνα

Μαδιανός Μ., (2006), *Κλινική Ψυχιατρική*, 2^η συμπληρωμένη έκδοση, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα

Μαρσέλος Μ., (2005) *Εξαρτησιογόνες ουσίες*, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα

Μουσσάς Γ., Νταντούτη Γ., Δουζένης Α., Πουλής Ε., Τσελεμπής Α., Μπράτης Δ., Χριστοδούλου Χ., Λύκουρας Ε., (2010), Αξιοπιστία και εγκυρότητα της Ελληνικής μετάφρασης του ερωτηματολογίου Ανίχνευσης Διαταραχών Κατάχρησης - Εξάρτησης Αλκοόλ (AUDIT), *Ψυχιατρική*, Τόμος 21 Τεύχος 1, σελίδα 54

Νόμος 3868/2010, (ΦΕΚ 129/Α\3.8.2010), *Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύη*, Κεφάλαιο Ζ, Άρθρο ν.17, *Μέτρα για την Ολική απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους, Τροποποίηση Νόμων 3730/2008 και 3370/2005*

Οικονόμου Χ., Σπυριδάκης Ε., (2012), *Ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της υγείας*, εκδ. Ι. Σιδέρης, Αθήνα

Παντσιδής Γ., Παπαγεωργίου Δ., Μπούρος Δ., (2012), Καπνιστικές συνήθειες, πεποιθήσεις και εκπαίδευση φοιτητών ιατρικής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, *Πνεύμων*, 25(2):198-207

Πατελάρου Α., Μανιδάκη Α., Μπαλολάκης Α., Ορφανού Ε., Πατελάρου Ε., (2011), Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία- Προτάσεις για παρέμβαση, *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4 (3): 53-61

Ποταμιάνος Γ., (2005), *Αλκοόλ: Επιστημονικά δεδομένα για τη χρήση και την κατάχρηση της αλκοόλης, το σύνδρομο εξάρτησης και τη θεραπεία*, Εκδοτικός Οίκος Α. Α. Λιβάνη

Σαχίνη-Καρδάση Α., (2007), *Μεθοδολογία της Έρευνας*, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα

Σπυρόπουλος Θ. , Παγώνη Α., Καζιάνη Κ., Σούλης Γ., Κακκαβιάς Θ., Γιαλαμάς Σπ., Μπαλανίκα Α., Μπαλατάς Χρ., (2009) Μέθοδοι διακοπής του καπνίσματος. Νεότερα δεδομένα, *Ιατρικά Χρονικά*, Τόμος ΚΒ', Τεύχος 2, 106-109

Τηλεφωνική Γραμμή, Antismoking, διαθέσιμο σε:
<https://sites.google.com/site/antismoking1142/> (πρόσβαση στις 20/11/2014)

Τούντας Ι., (2012), *Ζήσε χωρίς Τσιγάρο, Όλα όσα πρέπει να μάθετε για το κάπνισμα και πώς να κόψετε το τσιγάρο*, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα

Υπουργείο Υγείας και Αλληλεγγύης, (2008α), *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη δημόσια Υγεία- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον περιορισμό των βλαπτικών συνεπειών του αλκοόλ στην υγεία 2008-2012*, διαθέσιμο σε:
http://sup.kathimerini.gr/xtra/media/files/fin/alchool_final180908.pdf (πρόσβαση στις 26/12/2014)

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2008), *Εθνικό σχέδιο δράσης για το κάπνισμα 2008-2012- Εθνικά Σχέδια δράσης για επιμέρους τομείς παρέμβασης*, διαθέσιμο στο: <http://ygeiamap.gov.gr/dhmosia-ygeia-meletes/ethniko-sxedio-gia-thn-dhmosia-ygeia/tomeis-paremvasis/> , (πρόσβαση στις 14/10/2014)

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2014α), *Γραφείο Τύπου Υφυπουργού με αφορμή την παγκόσμια ημέρα κατά του καπνίσματος*, διαθέσιμο στο: www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-ty pou/press-releases/2470-synenteyksh-ty pou-ths-yfy pou yrgoy-ygeias-kas-zettas-makrh-me-aformh-thn-pagkosmia-hmera-kata-toy-kapnismatos<https://sites.google.com/site/antismoking1142/> (πρόσβαση στις 30/10/2014)

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2014β), *Πληροφορίες για την ανοιχτή γραμμή διακοπής του καπνίσματος*, διαθέσιμο στο: <http://www.aftodioikisi.gr/ipourgeia/ip-igeias-parousiasi-tou-ethnikou-diktiou-ethelonton-gia-tin-ipostirixi-diakopis-tou-kapnismatos> (πρόσβαση στις 2/10/2014)

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ελληνική Δημοκρατία, (2014γ), *Παγκόσμια ημέρα κατά του καπνίσματος, Επιδημιολογικά στοιχεία για το κάπνισμα στην Ελλάδα*, Διαθέσιμο στο: <http://www.moh.gov.gr/articles/oxi-sto-kapnisma/2459-pagkosmia-hmera-kata-toy-kapnismatos-31-maiou-2014> (πρόσβαση στις 15/12/2014)

Υπουργείο Υποδομών, Μεταφορών και δικτύων, (2009), *Κώδικας Οδικής Κυκλοφορίας- Άτυπη Κωδικοποίηση Κώδικα*, Β' έκδοση, διαθέσιμο στο: <http://www.yme.gr/index.php?tid=249> (πρόσβαση στις 14/2/2015)

Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής "Δαφνή", Μονάδα Απεξάρτησης "18 Άνω", (2014), *Τμήμα Έρευνας και Τεκμηρίωσης*, διαθέσιμο στο: <http://www.18ano.gr/ereyna.html> (πρόσβαση στις 30/12/2014)

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aina BA, Onajole AT, Lawal BM, Oyerinde OO, (2009), Promoting cessation and a tobacco free future: willingness of pharmacy students at the University of Lagos, Nigeria, *Tobacco induced diseases* 22;5:13

Al-Kubaisy W., Abdullah N., Al-Nuaimy H., Halawany G., Kurdy S., (2012), Epidemiological study on tobacco smoking among university students in Damascus, Syrian Arab Republic, *Eastern Mediterranean health journal*, 18(7):723-7

Almutairi K., (2014), Prevalence of tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke among saudi medical students in Riyadh, Saudi Arabia, *Journal of community health*, 39(4):668-73

Almutairi K., (2014), Attitudes of students and employees towards the implementation of a totally smoke free university campus policy at King Saud University in Saudi Arabia: a cross sectional baseline study on smoking behavior following the implementation of policy, *Journal of community health*, 39(5):894-900

American Psychiatric Association (APA), (2013), *The fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Substance-Related and Addictive Disorders*, available at: <http://www.dsm5.org/Documents/Substance%20Use%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf> (accessed 21/10/2014)

Anderson P., Baumberg B., (2006), *Alcohol in Europe: A Public Health Perspective*, London: Institute of Alcohol Studies

Annemans L, [Nackaerts K](#), [Bartsch P](#), [Prignot J](#), [Marbaix S.](#), (2009), Cost effectiveness of varenicline in Belgium, compared with bupropion, nicotine replacement therapy, brief counselling and unaided smoking cessation: a BENESCO Markov cost-effectiveness analysis, *Clinical drug investigation*, 29(10):655-65

Argeriou M., (1992), The Fifth Edition of the Addiction Severity Index, *Journal of substance abuse treatment*, 9(3):199-213

Australian Government, (2015), *Quit-now Program, Tools: My QuitBuddy*, available at: <http://www.quitnow.gov.au/internet/quitnow/publishing.nsf/Content/quit-buddy> (accessed 25/10/2014)

Bam TS, Bellew W, Berezhnova I, Jackson-Morris A, Jones A, Latif E, Molinari MA, Quan G, Singh RJ, Wisotzky M, (2014), Position statement on electronic cigarettes or electronic nicotine delivery systems, *The international journal of tuberculosis and lung disease : the official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease*, 18(1):5-7

Bartlett YK., [Sheeran P.](#), [Hawley MS.](#), (2014), Effective behaviour change techniques in smoking cessation interventions for people with chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis, *British journal of health psychology*, 19(1):181-203

Borders T., Xu K., Bacchi D., Cohen L., SoRelle-Miner D., (2005), College campus smoking policies and programs and students' smoking behaviors, *BMC public health [electronic resource]*, 7;5:74

Braverman MT, Hoogesteger LA, Johnson JA., (2015), Predictors of support among students, faculty and staff for a smoke-free university campus, *Preventive medicine*, 71:114-20

Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, et al., (1998), The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. *Arch Internal Med.* (3): 1789-1795

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, (2014), *Rapid Response Report: Nicotine replacement therapy for smoking cessation or reduction: review of the clinical evidence*, available at:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0064475/pdf/TOC.pdf> (accessed 21/10/2014)

Carey K., Scott-Sheldon L., Elliott J., Garey L., Carey M., (2012), Face-to-face versus computer-delivered alcohol interventions for college drinkers: a meta-analytic review, 1998 to 2010, *Clinical psychology review*, 32(8):690-703

CDC, (2010), *Surgeon's General Report, Chemicals in Tobacco smoke*, available at: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2010/consumer_booklet/chemicals_smoke/ (accessed 30/10/2014)

CDC, (2011), *Office: Smoking and Tobacco use*, available at: <http://www.cdc.gov/tobacco/index.htm> (accessed 30/10/2014)

CDC, (2014), *Surgeon General's Report: The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress*, available at: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/50th-anniversary/pdfs/general-audience-presentation.pdf (accessed 30/10/2014)

CDC, (2015), *Health literacy*, available at: <http://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/> (accessed 30/01/2015)

Cleveland M., Lanza S., Ray A., Turrisi R., Mallett K., (2012), Transitions in first-year college student drinking behaviors: does pre-college drinking moderate the effects of parent- and peer-based intervention components?, *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 26(3):440-50

Dania MG, Ozoh OB, Bandele EO, (2015), Smoking habits, awareness of risks, and attitude towards tobacco control policies among medical students in Lagos, Nigeria, *Annals of African medicine*, 14(1):1-7

Denis C., Cacciola J., Alterman A., (2013), Addiction Severity Index (ASI) summary scores: comparison of the Recent Status Scores of the ASI-6 and the Composite Scores of the ASI-5, *Journal of substance abuse treatment*, 45(5):444-50

Dhalla S., Zumbo B., Poole G., (2011), A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999-2010, *Current drug abuse reviews*, 2011, 4(1):57-64

Drummond MB., Upson D., (2014), Electronic cigarettes. Potential harms and benefits, *Annals of the American Thoracic Society*, 11(2):236-42

[Drygas W.](#), [Kowalska A.](#), [Dziankowska-Stachowiak E.](#), (2000), *Tobacco-The growing Epidemic, Chapter: Effectiveness in Poland of the second, international 'Quit and Win' anti-smoking campaign*, Springer , 745-746

European Alcohol and Health Forum-EAHF, (2011), available at: http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/science_02_en.pdf (accessed 2/11/2014)

European Commission, (2006), *An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm*, available at: [http://www.rarha.eu/Resources/Publications/Lists/Publications/Attachments/1/EU Alcohol Strategy.pdf](http://www.rarha.eu/Resources/Publications/Lists/Publications/Attachments/1/EU_Alcohol_Strategy.pdf) (accessed 30/11/2014)

European Commission, (2011), *ALCOHOL, WORK AND PRODUCTIVITY, Scientific Opinion of the Science Group of the European Alcohol and Health Forum*, available at: http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/science_02_en.pdf (accessed 23/11/2014)

European Commission, (2012), *Special Euro barometer 385, Report: Attitudes of Europeans towards tobacco*, available at: http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf, (accessed 21/10/2014)

European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction, (2014), *European Drug Report*, available at: <http://www.emcdda.europa.eu/data/2014> (accessed 5/10/2014)

European School Survey Project for Alcohol and other Drugs-ESPAD, (2012), available at: http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULLL_2012_10_29.pdf (accessed 30/10/2014)

Fagerström K.O., (1978), "Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment", *Addictive behaviors* 3(3-4):235-410.

Fernández D., Ordás B, Álvarez MJ, Ordóñez C, (2015), Knowledge, attitudes and tobacco use among nursing and physiotherapy students, *International nursing review*, [Epub ahead of print] Feb 3. doi: 10.1111/inr.12177.

Filippos T. Filippidis, Constantine I. Vardavas, Alexia Loukopoulou, Panagiotis Behrakis, Gregory N. Connolly, Yannis Tountas, (2012), Prevalence and determinants of tobacco use among adults in Greece: 4 year trends, *European Journal of Public Health*, Vol. 23, No. 5, 772–776

Ford P, Clifford A, Gussy K, Gartner C, (2013), A systematic review of peer-support programs for smoking cessation in disadvantaged groups, *International journal of environmental research and public health*, 10(11):5507-22

Fotedar S, Sogi GM, Fotedar V, Bhushan B, Singh B, Dahiya P, Thakur AS, (2013), Knowledge of, attitude towards, and prevalence of tobacco use among dental students in Himachal Pradesh State, India, *Oral health and dental management*, Jun;12(2):73-9

GATS, (2013) National School of Public Health, University of Thessaly & US CDC Foundation, *GATS: Global Adult Tobacco Survey, Fact sheet: Greece 2013*, available at: http://www.nsph.gr/files/016_Nea_Sxolis/GATS-%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CE%BD_FactSheet_21Nov2013%20%CE%95%CE%9B%CE%9B.pdf, (accessed 20/10/2014)

Gentile D., Walsh D., Bloomgren B., Atti J., Norman J., (2001), Frogs Sell Beer: the Effects of Beer Advertisements on Adolescent Drinking Knowledge, Attitudes, and Behavior, *National Institute on Media and the Family*, available at: <http://drdouglas.org/drpdfs/AIc%20Ad%20SRCD%20Handout.pdf> (accessed 21/11/2014)

Gholamreza Heydari, Mohammadreza Masjedi, Arezoo Ebn Ahmady, Scott J. Leischow, Harry A. Lando, Mohammad Behgam Shadmehr, and Lida Fadaizadeh, (2014), A Comparative Study on Tobacco Cessation Methods: A Quantitative Systematic Review, *International journal of preventive medicine*, 5(6): 673–678

Gignon M, Havet E, Ammirati C, Traullé S, Manaouil C, Balcaen T, Loas G, Dubois G., Ganry O, (2015), Alcohol, cigarette, and illegal substance consumption among medical students: a cross-sectional survey, *Workplace health & safety*, 63(2):54-63

Grittner U, Kuntsche S, Graham K, Bloomfield K., (2012), Social inequalities and gender differences in the experience of alcohol-related problems, *Alcohol and alcoholism : international journal of the Medical Council on Alcoholism*, 47(5):597-605

Harvard, School of Public Health, (2015), *Centre for Global Tobacco Control*, available at: <http://www.hsph.harvard.edu/cgtc/research/> (accessed 30/11/2014)

Heather N., Partington S., Partington E., Longstaff F., Allsop S., Jankowski M., Wareham H., St Clair Gibson A., (2011), Alcohol use disorders and hazardous drinking among undergraduates at English universities, *Alcohol and alcoholism : international journal of the Medical Council on Alcoholism*, 46(3):270-277

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 86:1119-27.

Hingson, R.W., Zha, W., and Weitzman, E.R., (2009), Magnitude of and trends in alcohol related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18–24, 1998–2005. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs Supplement*, 16:12–20

Hodgson R., Alwyn T., John B., Thom B., Smith A., (2002), The FAST Alcohol Screening Test, *Alcohol and alcoholism : international journal of the Medical Council on Alcoholism*, 37(1):61-6

Hughes K., Quigg Z., Eckley L., Bellis M., Jones L, Calafat A., Kosir M., van Hasselt N., (2011), Environmental factors in drinking venues and alcohol-related harm: the evidence base for European intervention, *Addiction*, 106 Suppl 1:37-46

Inandi T., Caman O., Aydin N., Onal A., Kaypmaz A., Turhan E., Erguder T., Warren W., (2013), Global Health Professions Student Survey--Turkey: second-hand smoke

exposure and opinions of medical students on anti-tobacco law, *Central European journal of public health*, 21(3):134-9

Ion R, [Bernal AL](#), (2014) Smoking and Preterm Birth, *Reproductive sciences* 12, 120-121

Iravani J., (1972), Effects of cigarette smoke on the ciliated respiratory epithelium of rats. *Respiration*, 29(5):480-7.

Jancey J, Bowser N, Burns S, Crawford G, Portsmouth L, Smith J., (2014), No smoking here: examining reasons for noncompliance with a smoke-free policy in a large university, *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 16(7):976-83

Johnston L., O'Malley P., Bachman J., (2003), Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975–2002. Volume II: College students and adults ages 19–40., *NIH Publication No 03-5376*, available at: http://monitoringthefuture.org/pubs/monographs/vol2_2002.pdf (accessed 21/10/2014)

Jones L., (2010), Systematic review of alcohol screening tools for use in the emergency department, *Emergency medicine journal*, 28(3):182-91.

Knight J., Sherritt L., Shrier L., Harris S., Chang G., (2002), Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients, *Archives of pediatrics and adolescent medicine*, 156(6):607-14

Knight J., Shrier L., Bravender T., Farrell M., Vander Bilt J., Shaffer H., (1999), A new brief screen for adolescent substance abuse, *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 153(6):591-6

Kyrlesi A., Soteriades E., Warren E., Kremastinou J., Papastergiou P., Jones N., Hadjichristodoulou C., (2007) Tobacco use among students aged 13–15 years in Greece: the GYTS project, *BMC Public Health* 7:3,121-123

Lane D., Lindemann D., Schmidt J., (2012), A comparison of computer-assisted and self-management programs for reducing alcohol use among students in first year experience courses, *Journal of drug education*, 42(2):119-35

Laslett AM, Room R, Ferris J, Wilkinson C, Livingston M, Mugavin J, (2011), Surveying the range and magnitude of alcohol's harm to others in Australia, *Addiction*, 106:1603–11, available at: <http://www.fare.org.au/wp-content/uploads/2011/10/The-Range-and-Magnitude-of-Alcohols-Harm-to-Others.pdf> (accessed 6/12/2014)

Le Foll B., (2005), Smoking cessation guidelines: French Health Products Safety Agency *Europ Psyc*;20:431

Lee YC., Hashibe M., (2014), Tobacco, alcohol, and cancer in low and high income countries, *Annals of global health*, 80(5):378-83

Lorant V., Nicaise P., Soto V., d'Hoore W., (2013), Alcohol drinking among college students: college responsibility for personal troubles, *BMC public health [electronic resource]*, Jun 28;13:615. doi: 10.1186/1471-2458-13-615.

Lupton JR, Townsend JL, (2015), A Systematic Review and Meta-analysis of the Acceptability and Effectiveness of University Smoke-Free Policies, *Journal of American college health : J of ACH*, 18:1-10

Mammas I., Bertias G., Linardakis M., Tzanakis N., Labadarios D., Kafatos A., (2003), Cigarette smoking, alcohol consumption, and serum lipid profile among medical students in Greece, *European journal of public health*, Sep;13(3):278-82

Marsh L., Robertson L., Cameron C., (2014), Attitudes towards smoke free campus policies in New Zealand, *The New Zealand medical journal*, 127(1393):87-98

Martinelli., (1999), An Explanatory Model of Variables Influencing Health Promotion Behaviors in Smoking and Nonsmoking College Students, *Public Health Nursing*, 16 (4), 263-269

Matt GE, Quintana PJ, Destailats H, Gundel LA, Sleiman M, Singer BC, Jacob P, Benowitz N, Winickoff JP, Rehan V, Talbot P, Schick S, Samet J, Wang Y, Hang B,

Martins-Green M, Pankow JF, Hovell MF, (2009), Third hand tobacco smoke: emerging evidence and arguments for a multidisciplinary research agenda, *Environmental health perspectives*, 119(9):1218-26

McKinney CM, Chartier KG, Caetano R, Harris TR, (2012), Alcohol availability and neighborhood poverty and their relationship to binge drinking and related problems among drinkers in committed relationships, *Journal of interpersonal violence*, 13: 2703-27

Mitchell S., Kelly S., Gryczynski J., Myers C., O'Grady K., Kirk A., Schwartz R., (2014), The CRAFFT cut-points and DSM-5 criteria for alcohol and other drugs: a reevaluation and reexamination, *Substance abuse : official publication of the Association for Medical Education and Research in Substance Abuse*, 35(4):376-80

Murphy-Hoefer R., Griffith R., Pederson L., Crossett L., Iyer S., Hiller M., (2005), A review of interventions to reduce tobacco use in colleges and universities, *American journal of preventive medicine*, Feb;28(2):188-200

Nair JM., Nemeth LS, Williams PH, Newman SD, Sommers MS., (2015), Alcohol Misuse Among Nursing Students. *Journal of addictions nursing*, 26(2):71-80

National Health System, UK Government, (2013) *Alcohol related liver diseases*, available at: http://www.nhs.uk/conditions/liver_disease_%28alcoholic%29/Pages/Introduction.aspx (accessed 1/12/2014)

National Institute for Alcohol abuse and Alcoholism- NIAAA, (2002), *A Call to Action: Changing the Culture of Drinking at U.S. Colleges*, available at: <http://www.collegedrinkingprevention.gov/media/TaskForceReport.pdf> (accessed 12/12/2014)

National Institute for Alcohol abuse and Alcoholism- NIAAA, (2007), *What Colleges Need to Know Now-An Update on College Drinking Research*, available at: http://www.collegedrinkingprevention.gov/1college_bulletin-508_361C4E.pdf (accessed 15/12/2014)

National Institute for Alcohol abuse and Alcoholism- NIAAA, (2013), *Fact Sheet- College Drinking*, available at: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/CollegeFactSheet/CollegeFactSheet.pdf> (accessed 12/12/2014)

National Institutes of Health, U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, (2002), *Task Force of the National Advisory Council on Alcohol Abuse and Alcoholism*, available at: <http://www.collegedrinkingprevention.gov/media/taskforcereport.pdf> (accessed 12/12/2014)

OECD, (2014) *Health Statistics 2014-How does Greece compare?, Briefing Note*, available at: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-GREECE-2014.pdf> (accessed 10/11/2014)

Oliver W., McGuffey G., Westrick SC., Jungnickel PW., Correia CJ., (2014), Alcohol use behaviors among pharmacy students, *American Journal of pharmaceutical education*, 12;78(2):30

Palipoudi KM, Morton J, Hsia J, Andes L, AsmaS, et al., (2013), Methodology of the Global Adult Tobacco Survey 2008-2010, *Global Health Promotion*, Sep 16 [Epub ahead of print]

Panagiotakos DB, Georgousopoulou EN, Pitsavos C, Chrysohoou C, Metaxa V, Georgiopoulos GA, Kalogeropoulou K, Tousoulis D, Stefanadis C, (2015), ATTICA Study group, , Ten-year (2002-2012) cardiovascular disease incidence and all-cause mortality, in urban Greek population: The ATTICA Study, *International journal of cardiology* 180:178-84

Pantsidis G., Papageorgiou D, Bouros D., (2014), Comparing smoking habits and tobacco-related education between Canadian and Greek medical students, *Tobacco Induced Diseases*, 12(Suppl 1):A5 doi:10.1186/1617-9625-12-S1-A5

Pitsavos C., Panagiotakos D., Chrysohoou C. and Stefanadis C., (2003) Epidemiology of cardiovascular risk factors in Greece: aims, design and baseline characteristics of the ATTICA study, *BMC Public Health*, 3:32

Rabanales Sotos J, López Gonzalez Á, Párraga Martínez I, Campos Rosa M, Simarro Herraiz MJ, López-Torres Hidalgo J., (2015), Prevalence of hazardous drinking among nursing students, *Journal of Advanced Nursing*, 71(3):581-90

Room R., Rehm J., Trotter R. T. II, Paglia A., Üstün T. B., (2001), Cross-cultural views on stigma valuation parity and societal attitudes towards disability, *Disability and Culture: universalism and diversity*, 247– 91

Roswall N., Weiderpass E., (2015), Alcohol as a Risk Factor for Cancer: Existing Evidence in a Global Perspective, *Journal of preventive medicine and public health*, 48(1):1-9

Scoccianti C., Lauby-Secretan B., Bello PY., Chajes V., Romieu I., (2014), Female breast cancer and alcohol consumption: a review of the literature, *American journal of preventive medicine*, 46:16-25

Scott-Sheldon L., Terry D., Carey KB, Garey L., Carey M., (2012), Efficacy of expectancy challenge interventions to reduce college student drinking: a meta-analytic review, *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 26(3):393-405

Sharon C. Wilsnack, P., Richard W. Wilsnack, D., (2013), Focus On: Women and the Costs of Alcohol Use, National Institute for Alcohol and Alcoholism, *Alcohol Research: Current Reviews*, 35, Issue Number 2

Stead LF, [Lancaster T.](#), (2002), Group behaviour therapy programmes for smoking cessation, *The Cochrane database of systematic reviews* ;(3):CD001007

Stead LF., Lancaster T., (2012), Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation, *Cochrane Database Syst Rev*, Oct 17;10:CD008286.

Sureda X, Fernández E, López MJ, Nebot M, (2013), Secondhand tobacco smoke exposure in open and semi-open settings: a systematic review, *Environmental health perspectives*,121(7):766-73

Turrisi R., Mallett K., Mastroleo N., Larimer M., (2006), Heavy drinking in college students: who is at risk and what is being done about it?, *The Journal of general psychology*, 133(4):401-20

U.S. Department of Health and Human Services, (2012), *Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General*, available at: <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/preventing-youth-tobacco-use/full-report.pdf> (accessed 5/11/2014)

Virginia Polytechnic Institute and State University, (2015), *Party Positive*, available at: http://www.alcohol.vt.edu/Students/Party_positive/Zone/index.html (accessed 21/01/2014)

Von Ah D., Ebert S., Ngamvitroj A., Park N., Kang D., (2005), Factors related to cigarette smoking initiation and use among college students, *Tobacco induced diseases [electronic resource]*, 2005 Dec 15;3(1):27-40. doi: 10.1186/1617-9625-3-1-27.

[von Wartburg M](#), [Raymond V](#), [Paradis PE](#), (2014), The long-term cost-effectiveness of varenicline (12-week standard course and 12 + 12-week extended course) vs. other smoking cessation strategies in Canada, *International Journal of clinical practice*;68(5):639-46

Vozikis A., Drivas K., Milioris K., (2014), Health literacy among university students in Greece: determinants and association with self-perceived health, health behaviors and health risks, *Archives of public health*, 23;72(1):15

[West R](#), [Edwards M](#), [Hajek P.](#), (1998), A randomized controlled trial of a "buddy" systems to improve success at giving up smoking in general practice, *Addiction*, 93(7):1007-11.

WHO, (2003), *Framework Convention on Tobacco Control*, available at: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf> (accessed 16/11/2014)

WHO, (2004), *Global Health Professional Survey (GHPS)*, available at: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/ghps/en/> (accessed 5/12/2014)

WHO, (2006), *Regional Office for Europe, Framework for alcohol policy in the WHO European Region*, available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/79396/E88335.pdf (accessed 21/01/2015)

WHO, (2008), *Media centre: Tobacco*, available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> (accessed 21/10/2014)

WHO, (2009), *Health statistics and Information, Global Health Risks*, available at: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/ (accessed 21/10/2014)

WHO Regional Office for Europe, (2010), *European status report on alcohol and health 2010*. Copenhagen 2010, available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf (accessed 30/11/2014)

WHO, (2010), *Global status report on non-communicable diseases*, available at: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf (accessed 10/10/2014)

WHO, (2010c), *Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol*, available at: http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf (accessed 30/11/2014)

WHO, (2010d), *Strategies to reduce the harmful use of alcohol: draft global strategy*, available at: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_13-en.pdf (accessed 21/12/2014)

WHO, (2011a), *Global status report on alcohol and health*, available at: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf (accessed 2/12/2014)

WHO, (2011b), *Health topics-Cardiovascular diseases*, available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cardiovascular-diseases/cardiovascular-diseases2>, (accessed 22/10/2014)

WHO, (2011c), *WHO report on the global tobacco epidemic, warning about the dangers of tobacco. World Health Organization*, available at: http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/, (accessed 23/10/2014)

WHO, (2012d), *Europe Region, Health policy for alcohol abuse*, Πληροφορίες για τις πολιτικές υγείας για την κατάχρηση από αλκοόλ, available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/policy> (accessed 21/12/2014)

WHO- Regional Office for Europe,(2013a), *Health 2020- A European policy framework and strategy for the 21st century*, available at: <http://ee.euro.who.int/Health2020-EN-Long.pdf> (accessed 17/01/2014)

WHO, (2013b), *Reducing the appeal of smoking – first experiences with Australia’s plain tobacco packaging law*, May 2013, available at: http://www.who.int/features/2013/australia_tobacco_packaging/en/ (accessed 13/11/2014)

WHO, (2013c), *Tobacco Free Initiative, MPOWER*, available at: <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/> (accessed 1/12/2014)

WHO, (2013d), *WHO report on the global tobacco epidemic 2013, Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*, available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf?ua=1 (accessed 21/11/2014)

WHO, (2013e), *GYTS: Global Youth Tobacco Survey, Fact sheet: Greece 2013*, available at: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/gyts/en/>, (accessed 21/10/2014)

WHO, (2014a), *Information about Second hand tobacco smoke*, available at: http://www.who.int/tobacco/research/secondhand_smoke/en/ (accessed 14/11/2014)

WHO, (2014b), *Report on regulation of e-cigarettes and similar products*, available at: <http://www.who.int/nmh/events/2014/backgrounder-e-cigarettes/en/> (accessed 9/11/2014)

WHO, (2014c), *Global Alcohol Report*, Greece, available at: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/grc.pdf (accessed 10/11/2014)

WHO, (2014), *Global Health Observatory (GHO) data, Mortality and burden of disease from second-hand smoke*, available at: http://www.who.int/gho/phe/secondhand_smoke/burden/en/ (accessed 15/12/2014)

WHO, (2014e), *Global status report on alcohol and health 2014*, available at: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/ (accessed 30/10/2014)

WHO, (2014), *Regional office for Europe, Tobacco, Data and Statistics*, available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/data-and-statistics> (accessed 25/10/2014)

WHO, (2014g), *Tobacco Free Initiative, Global Adult Tobacco Survey*, available at: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/en/> (accessed 23/10/2014)

WHO, (2015a), *Classification of diseases-Version:2015*, available at: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>, (accessed 26/10/2014)

WHO, (2015b), *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)*, available at: <http://apps.who.int/gho/data/?showonly=GISAH&theme=main> (accessed 19/12/2014)

WHO, (2015c), *Health Topics-Tobacco, Data and Statistics*, available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/data-and-statistics> , (accessed 27/10/2014)

WHO, (2015d), *Media centre, Factsheets*, available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/> (accessed 26/10/2014)

WHO, (2015), *Tobacco control country profiles*, available at: http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/grc.pdf?ua=1 (accessed 3/11/2014)

WHO, (2015f), *Tobacco- What everyone needs to know about e-cigarettes*, available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/news/news/2015/02/what-everyone-needs-to-know-about-e-cigarettes> (accessed 8/11/2014)

Wicki M., Kuntsche E., Gmel G., (2010), Drinking at European universities? A review of students' alcohol use, *Addictive behaviors*, 35(11):913-24

Ηλεκτρονικές πηγές

Γαληνός, (2014) *Πληροφορίες για φαρμακευτικό σκεύασμα: Champix*, διαθέσιμο σε: <http://www.galinos.gr/web/drugs/main/drugs/champix#content>, (πρόσβαση στις 23/10/2014)

Γαληνός, (2014) *Πληροφορίες για φαρμακευτικό σκεύασμα: Zyban*, διαθέσιμο σε: <https://www.galinos.gr/web/drugs/main/drugs/zyban#content>, (πρόσβαση στις 22/10/2014)

Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, (2015) *Πληροφορίες για το θεσμικό πλαίσιο σχετικά με το κάπνισμα στην Ελλάδα*, διαθέσιμο σε: http://www.elinyae.gr/el/category_details.jsp (πρόσβαση στις 20/7/2015)

ΕΟΦ, Θεραπευτικά πρωτόκολλα στην αντιμετώπιση του αλκοολισμού, διαθέσιμο σε: http://www.eof.gr/c/document_library/get_file?p_l_id=34765&folderId=236302&name=DLFE-1701.pdf (πρόσβαση στις 7/1/15)

CDC, (2014), *Frequently Asked Questions*, available at: <http://www.cdc.gov/alcohol/faqs.htm> (accessed 20/7/2015)

CDC, (2015), *Smoking and Tobacco use*, available at: <http://www.cdc.gov/tobacco/index.htm> (accessed 8/4/2015)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Μ.Π.Σ. «ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ»

Τίτλος έρευνας:

Καπνιστικές συνήθειες και χρήση αλκοόλ από νέους, σε περίοδο οικονομικής κρίσης

Αγαπητοί συμφοιτητές,

Στα πλαίσια της έρευνας που διεξάγουμε σχετικά με τις καπνιστικές συνήθειες, πεποιθήσεις και τη χρήση του αλκοόλ σε φοιτητές, σας προσκαλούμε να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο. Η συμμετοχή σας θα συμβάλει σημαντικά στην ανάδειξη των συνηθειών των φοιτητών στη χρήση καπνού και αλκοόλ και στην καταμέτρηση φαινομένων πιθανής εξάρτησης στις εθιστικές αυτές ουσίες, καθώς και στην καταγραφή των πεποιθήσεών τους σε θέματα που αφορούν το κάπνισμα. Η καταγραφή αυτή έχει ως απώτερο σκοπό την ευαισθητοποίηση των φοιτητών στα θέματα αυτά. Τα δεδομένα θα είναι ανώνυμα, εμπιστευτικά και εθελοντικά και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά στην παρούσα μελέτη.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ!!!

Η ερευνητική ομάδα,

Επίκουρος Καθηγητής, κος Σουλιώτης Κυριάκος,

Δρ. Σαρίδη Μαρία,

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια, Νάνου Αναστασία

Δημογραφικά στοιχεία

Φύλο: Γυναίκα Άνδρας

Ηλικία:.....

Γονείς Καπνιστές; Κανένας Ένας Και οι δύο

Έτος φοίτησης:

1ο 3ο επί πτυχίω

2ο 4ο μεταπτυχιακό

Επίπεδο Μόρφωσης Γονέων:

Απόφοιτος λυκείου Απόφοιτος ΑΕΙ

Απόφοιτος ΤΕΙ Κάτοχος μεταπτυχιακού/ διδακτορικού
διπλώματος

Άλλο (αναφέρατε).....

Επαγγελματική Κατάσταση Γονέων:

Δημόσιος Υπάλληλος Άνεργος

Ελεύθερος Επαγγελματίας Άλλο (αναφέρατε).....

Ιδιωτικός Υπάλληλος

Εργάζεστε παράλληλα με τις σπουδές σας ; Ναι Όχι

Αν ναι, σε τι δουλειά;

Δημόσιος Υπάλληλος Άλλο (αναφέρατε).....

Ελεύθερος Επαγγελματίας

Ιδιωτικός Υπάλληλος

Πως έχετε διαχειριστεί εσείς ή οικογένειά σας την οικονομική κρίση τους τελευταίους 12 μήνες; (απαντήστε και τα 7 πεδία με Ναι ή Όχι)

Απάντηση:	Ναι	Όχι
Ξοδεύοντας μέρος ή το σύνολο των αποταμιεύσεων		
Πωλώντας κάτι από την κινητή κι ακίνητη περιουσία		
Αναζητώντας δανεισμό από τράπεζα		
Αναζητώντας δανεισμό από κοινωνικό περιβάλλον		
Παίζοντας τυχερά παιχνίδια		
Περιορίζοντας δραστικά τις δαπάνες σε είδη πρώτης ανάγκης (είδη αναγκαία για τη διαβίωση)		
Περιορίζοντας δραστικά τις δαπάνες σε είδη μη απολύτως απαραίτητα (είδη που δεν είναι πρώτης ανάγκης)		

Ενότητα 1- Η σχέση σας με το κάπνισμα- Καπνιστικές συνήθειες (συμπληρώνεται από όλους)

1. Έχετε δοκιμάσει ποτέ να καπνίσετε, ακόμα και μία ή δύο ρουφηξίες;

α) Ναι β) Όχι

2. Πόσων ετών ήσασταν όταν δοκιμάσατε για πρώτη φορά να καπνίσετε;

α) Δεν κάπνισα ποτέ ε) 18 – 19
 β) 10 ή λιγότερο στ) 20 – 22
 γ) 11 – 15 ζ) Πάνω από 22
 δ) 16 – 17

3. Πόσο καιρό καπνίζετε;

α) Δεν κάπνισα ποτέ
 β) Είμαι πρώην καπνιστής
 γ) _____ έτη ή μήνες (αριθμήστε τους μήνες ή έτη που κάνετε χρήση καπνού)

4. Με ποια αφορμή αρχίσατε να καπνίζετε;

- α) Δεν κάπνισα ποτέ
- β) Λόγω παρέας
- γ) Λόγω προσωπικών προβλημάτων
- δ) Λόγω οικονομικών προβλημάτων
- ε) Κάποιος άλλος λόγος (αναφέρατε).....

5. Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τις καπνιστικές σας συνήθειες;

- α) Δεν κάπνισα ποτέ γ) Όχι
- β) Είμαι πρώην καπνιστής δ) Ναι

Αν Ναι, με ποιόν τρόπο; (κυκλώστε ένα από τα παρακάτω και αναφέρατε τους λόγους)

- α) Αύξησα το κάπνισμα λόγω (πχ. λόγω άγχους, οικονομικών προβλημάτων).....
- β) Μείωσα το κάπνισμα λόγω (πχ. λόγω κόστους).....

6. Έχετε λάβει βοήθεια ή συμβουλές για να σας βοηθήσουν να διακόψετε το κάπνισμα;

- α) Δεν κάπνισα ποτέ β) Ναι γ) Όχι

Ενότητα 2- Εξάρτηση από τη νικοτίνη (Κλίμακα Fagerström)

Συμπληρώνεται μόνο από τους καπνιστές, κυκλώστε ένα από τα παρακάτω:

1. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα; (σημείωση 1 πακέτο=20 τσιγάρα)

- α) Λιγότερα από 15 β) 16 έως 25 γ) Πάνω από 25

2. Ποια είναι η περιεκτικότητα σε νικοτίνη των τσιγάρων που καπνίζετε (αναγράφεται στο πακέτο);

- α) Λιγότερα από 0,8 mg β) 0,8 έως 1,5 mg γ) Πάνω από 1,5 mg

3. Καταπίνετε τον καπνό;

- α) Ποτέ β) Μερικές φορές γ) Πάντα

4. Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί απ' ότι το απόγευμα;

- α) Ναι β) Όχι

5. Πότε καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;

- α) Μέσα σε μισή ώρα αφού σηκωθεί το πρωί β) Αργότερα

- β) μια κακή συνήθεια με άσχημες επιπτώσεις στη ζωή του καπνιστή
- γ) μια εθιστική συνήθεια με άσχημες επιπτώσεις στην υγεία του κοινωνικού συνόλου
- δ) μια συνήθεια που σε κάνει να φαίνεσαι αρεστός

3. Η απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους απαγορεύεται βάσει του Ν.3868/2010. Πιστεύετε ότι η πολιτεία έχει λάβει τα απαραίτητα μέτρα για την εφαρμογή του;

α) Ναι

β) Όχι

Αν Όχι, γιατί πιστεύετε ότι συμβαίνει αυτό;.....

4. Πιστεύετε ότι τα κείμενα που αναγράφονται στα πακέτα τσιγάρων για τις συνέπειες του καπνίσματος συμβάλλουν στη διακοπή του καπνίσματος;

α) Ναι β) Όχι

5. Πιστεύετε ότι η προώθηση αντικαπνιστικών προγραμμάτων προαγωγής υγείας έχει σχεδιαστεί και εφαρμόζεται σωστά από την ελληνική πολιτεία;

α) Ναι

β) Όχι

Αν Όχι γιατί πιστεύετε ότι συμβαίνει αυτό ;.....

6. Θα επιθυμούσατε να λάβετε μέρος σε δράσεις, στα πλαίσια της σχολής σας, για την ευαισθητοποίηση σε θέματα που αφορούν τη χρήση καπνού και αλκοόλ;

α) Ναι

β) Όχι

Αν Όχι γιατί;.....

Ενότητα 5- Χρήση και εξάρτηση από το αλκοόλ (Ερωτηματολόγιο AUDIT)

Συμπληρώνεται από όλους, κυκλώστε ένα από τα παρακάτω:

1. Πόσο συχνά πίνετε κάτι που περιέχει αλκοόλ;

- α) Ποτέ
β) Μηνιαίως ή λιγότερο
γ) 2-4 φορές τον μήνα
- δ) 2-3 φορές τη βδομάδα
ε) 4 ή περισσότερες φορές τη βδομάδα

2. Πόσα αλκοολούχα ποτά καταναλώνετε μία συνηθισμένη μέρα όταν πίνετε;

- α) 1 ή 2
β) 3 ή 4
γ) 5 ή 6
- δ) 7-9
ε) 10 ή περισσότερα

3. Πόσο συχνά πίνετε 6 ή περισσότερα ποτά την ημέρα;

- α) Ποτέ
β) Μηνιαίως ή λιγότερο
γ) Μηνιαίως
- δ) Εβδομαδιαίως
ε) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

4. Πόσο συχνά τον τελευταίο χρόνο διαπιστώνετε ότι δεν είστε σε θέση να σταματήσετε να πίνετε άπαξ και αρχίσετε;

- α) Ποτέ
β) Μηνιαίως ή λιγότερο
γ) Μηνιαίως
- δ) Εβδομαδιαίως
ε) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

5. Πόσο συχνά τον τελευταίο χρόνο δεν καταφέρατε να κάνετε αυτό που ήθελαν οι άλλοι από εσάς λόγω του ότι είχατε πει;

- α) Ποτέ
β) Μηνιαίως ή λιγότερο
γ) Μηνιαίως
- δ) Εβδομαδιαίως
ε) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

6. Πόσο συχνά, μέσα στον τελευταίο χρόνο, χρειάστηκε να πιείτε ένα ποτό το πρωί για να μπορέσετε να λειτουργήσετε μετά από ένα βράδυ που είχατε πει;

- α) Ποτέ
β) Μηνιαίως ή λιγότερο
- δ) Εβδομαδιαίως
ε) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

γ) Μηνιαίως

7. Πόσο συχνά, μέσα στον τελευταίο χρόνο, είχατε αισθήματα ενοχής και τύψεων μετά που είχατε πει πολύ;

α) Ποτέ

δ) Εβδομαδιαίως

β) Μηνιαίως ή λιγότερο

ε) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

γ) Μηνιαίως

8. Πόσο συχνά, μέσα στον τελευταίο χρόνο, δεν μπορούσατε να θυμηθείτε τι συνέβη το προηγούμενο βράδυ γιατί είχατε πει;

α) Ποτέ

δ) Εβδομαδιαίως

β) Μηνιαίως ή λιγότερο

ε) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

γ) Μηνιαίως

9. Έχει τύχει εσείς ή κάποιος άλλος να τραυματιστεί λόγω του ότι είχατε πει;

α) Όχι

γ) Ναι, μέσα στο τρέχον έτος

β) Ναι, αλλά όχι μέσα στο έτος αυτό

10. Υπάρχει κάποιος συγγενής, φίλος ή γιατρός που έχει ανησυχήσει για το πόσο πίνετε ή σας έχει συστήσει να το κόψετε;

α) Όχι

γ) Ναι, μέσα στο τρέχον έτος

β) Ναι, αλλά όχι μέσα στο τρέχον έτος

Τέλος ερωτηματολογίου

Ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας!!