

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΚΑΠΝΙΣΜΑ – ΠΑΘΗΣΕΙΣ – ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ
ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Η
ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ : ΜΑΣΧΑΛΙΔΗ ΔΗΜΗΤΡΑ
ΜΟΥΡΟΥΝΑ ΑΓΓΕΛΙΚΗ
ΝΤΙΝΟΥ ΕΙΡΗΝΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Κα ΠΑΓΙΑΤΑΚΗ ΖΗΝΙΑ –
ΚΡΙΣΤΗ.



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε την καθηγήτρια κα. Ζήνια - Κρίστι Παγιατάκη,
και όλους όσους μας βοήθησαν στην εκπόνηση αυτής της εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο πρώτο κεφάλαιο ορίζονται ο σκοπός της μελέτης, το πρόβλημα που είναι η βλαβερή συνήθεια του καπνίσματος που έχει λάβει τόσο μεγάλη έκταση.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, στο πρώτο μέρος, παραθέτονται στοιχεία όπως τα συστατικά του καπνού του τσιγάρου, ποσοστά σχετικά με το κάπνισμα και οι διάφορες παθήσεις που προκαλούνται από το κάπνισμα, που επηρεάζουν την υγεία και τη λειτουργικότητα του ατόμου και πολλές φορές το οδηγούν στο θάνατο. Ακολουθούν τα αίτια εξαιτίας των οποίων τα άτομα ξεκινούν το κάπνισμα, που το συνεχίζουν και τα αίτια που δεν μπορούν να το διακόψουν, ακόμα κι όταν φανερά απειλεί τη ζωή τους. Έπειτα, παραθέτονται στοιχεία για τη δράση της Ελληνικής Αντικαπνιστικής Εταιρείας, του Ευρωπαϊκού Δικτύου, και την Παγκόσμια Ημέρα κατά του καπνίσματος. Στο δεύτερο μέρος του δευτέρου κεφαλαίου παρουσιάζονται οι σύγχρονες μέθοδοι που υπάρχουν για τη διακοπή του καπνίσματος –μέθοδοι με τη βοήθεια της κοινωνικής εργασίας και οργανικές μέθοδοι.

Ακολουθεί στο τρίτο κεφάλαιο η μεθοδολογία και ,τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο τα συμπεράσματα και οι προτάσεις όσον αφορά το πρόβλημα.

ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΑ- ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Α.Π.Θ.: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Ε.Ε.: Ευρωπαϊκή Ένωση

Ε.Σ.Υ.: Εθνικό Σύστημα Υγείας

κ.λπ.: και λοιπά

mg: milligram

Π.Ο.Υ: Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας

π.χ. : παραδείγματος χάριν

ΣΕΛΙΔΑ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Όνοματεπώνυμο:

Όνοματεπώνυμο:

Όνοματεπώνυμο:

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Εισαγωγή8

Το πρόβλημα.....10

Σκοπός μελέτης.....13

Ορισμοί όρων.....14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

A. ΚΑΠΝΙΣΜΑ.....16

A1. Συστατικά καπνού....16

A2.Ποσοστά καπνιστών.....25

A3.Οργανικές επιπτώσεις καπνίσματος.....40

A3.1 Καρκίνος.....40

A3.2 Κάπνισμα και η απώλεια της μνήμης....55

A3.3 Κάπνισμα και νοημοσύνη.....56

A3.4 Κάπνισμα και τύφλωση.....58

A3.5 Κάπνισμα και παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος.....61

A3.6 Κάπνισμα και καρδιαγγειακές παθήσεις.....69

A3.7 Κάπνισμα – γονιμότητα – εγκυμοσύνη.....77

A3.8 Κάπνισμα και δερματολογικές παθήσεις.....80

A3.9 Κάπνισμα και το αντιοξειδοτικό σύστημα του οργανισμού....83

A3.10 Παθητικό κάπνισμα.....85

A.3.11 Κοινωνικές επιπτώσεις.....97

A4. Αίτια προσφυγής των ανθρώπων στο κάπνισμα.....99

A5 Ψυχολογικές επιπτώσεις.....105

A5.1 Η ψυχολογία του καπνίσματος – Παράγοντες που επιδρούν στο άτομο για το ξεκίνημα του καπνίσματος.....105

A.5.2 Επιδράσεις κατά τη διάρκεια του καπνίσματος.....109

A.5.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τη συνέχιση του καπνίσματος....114

A5.4 Διακοπή καπνίσματος – Στερητικό σύνδρομο.....119

A6. Ευεργετήματα.....125

A6.1 Τι κερδίζουμε διακόπτοντας το κάπνισμα.....125

A7 Παγκόσμια ημέρα κατά του καπνίσματος.....128

A.8 Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία.....132

A8.1 Αποτελέσματα Αντικαπνιστικής Εταιρείας.....133

A.9 Ευρωπαϊκό Δίκτυο.....137

B. ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

B1. Κ.Ε.Α.....139

B2. Κ.Ε.Ο.....145

B3. Κ.Ε.Κ.....147

Γ. ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟ.....151

Γ1. Τσίγλα νικοτίνης.....151

Γ2.Αυτοκόλλητο νικοτίνης.....152

Γ3. Βουπροπιόνη.....152

Γ4. Βελονισμός.....153

Γ5.Εμβόλιο.....154

Γ6.Ηλεκτρομαγνητική Αντικαπνιστική Μέθοδος.....154

Γ.7 Βαρενικλίνη (chantix).....155

Γ.8 Αρωματοθεραπεία156

Γ.9 Θεραπεία με νερό.....157

Γ.10 Ύπνωση.....158

Γ.11 Πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος με βότανα.....160

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....161

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....164

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καπνός ήταν άγνωστος για τους Ευρωπαίους και τους Ασιάτες μέχρι που ανακαλύφθηκε ο Νέος Κόσμος. Όταν έφτασε ο Κολόμβος στις Δυτικές Ινδίες, οι Ινδιάνοι τον υποδέχτηκαν με αποξηραμένα φύλλα ενός ντόπιου φυτού. Για εκείνους τα φύλλα ήταν πολύτιμα και το δώρο ήταν μια ένδειξη εκτίμησης. Ο Κολόμβος και το πλήρωμά του πέταξαν τα φύλλα στη θάλασσα. Αλλά στο νησί της Κούβας οι Ισπανοί βρήκαν τους Ινδιάνους να τυλίγουν αυτά τα φύλλα σε σωληνάκια, να τα ανάβουν και να εισπνέουν τον καπνό. Ο Ροντρίγκο ντε Χερέθ, μέλος της ομάδας που αποβιβάστηκε στο νησί, έγινε ο πρώτος Ευρωπαίος καπνιστής και έφερε τη συνήθεια στην Ισπανία. Μέχρι τις αρχές του 17^{ου} αιώνα οι Ευρωπαίοι ήξεραν τον καπνό σαν ένα ιαματικό βότανο. Το κάπνισμα της πίπας έγινε μια συνήθεια που απολάμβαναν εξίσου οι πρίγκιπες και οι κοινοί θνητοί, οι άντρες, οι γυναίκες και τα παιδιά. (Jaffre and all, 1981)

Εκείνοι που δεν απολάμβαναν το κάπνισμα θεωρούσαν τη συνήθεια προσβλητική. Οι ποικίλες και εντατικές προσπάθειες τους να το αποτρέψουν είναι εντυπωσιακές για την καθολική τους αποτυχία.

Ο βασιλιάς Ιάκωβος ο πρώτος της Αγγλίας ήταν ίσως ο πρώτος μονάρχης που αποκήρυξε το κάπνισμα – το 1604 – σαν μια αποτρόπαια κοινωνική πράξη. Αλλά παρ' όλη τη βασιλική αντίδραση και την απαγορευτική του τιμή (το βάρος του καπνού πληρωνόταν με το ίδιο βάρος σε ασήμι) οι Άγγλοι εξακολουθούσαν να καπνίζουν.

Οι ηγεμόνες σε άλλα μέρη του κόσμου έκαναν ακόμα πιο εντατικές προσπάθειες να ελέγξουν τον καπνό κατά τον 17^ο αιώνα. Οι πρώτοι τσάροι της δυναστείας των Ρωμανόφ θέσπισαν βαριές ποινές – που

περιελάμβαναν δημόσιο μαστίγωμα και εξορία στη Σιβηρία – για την κατοχή, χρήση και πώλησή του. Όταν όμως ήρθε στην εξουσία ο Μεγάλος Πέτρος – 1689 – το κάπνισμα έγινε μια παραδεκτή συνήθεια. Στην Ιαπωνία επίσης, ύστερα από τις αρχικές προσπάθειες να απαγορευτεί η χρήση του, το κάπνισμα έγινε αναπόσπαστο μέρος της κοινωνικής τελετουργίας.(Jaffre and all, 1981)

Για τα πρώτα 250 χρόνια στην Ευρώπη, ο καπνός καπνιζόταν σε πίπες ή πούρα, μυριζόταν σαν πρέζα και μασιόταν. Το τσιγάρο, που είναι η πιο βλαβερή μορφή της χρήσης του καπνού, κατασκευάστηκε για πρώτη φορά στη Βραζιλία και διαδόθηκε πολύ κατά τη διάρκεια του 1^{ου} Παγκοσμίου πολέμου στους άνδρες και μετά το 2^ο Παγκόσμιο πόλεμο στις γυναίκες. Η εφεύρεση μιας μηχανής που κατασκεύαζε τσιγάρα, έδωσε τη δυνατότητα να αυξηθεί η παραγωγή. Αυτό συνέπεσε με τη αρχή των πιο «επιθετικών» από τις τεχνικές πώλησης που γνωρίζουμε σήμερα. Δεν ήταν μόνο για την ευκολία της χρήσης του που η εφεύρεση του τσιγάρου αποτελεί σημαντικό σταθμό. Στα μέσα του 19^{ου} αιώνα, στις Η.Π.Α. άρχισε να κυκλοφορεί ένας νέος τύπος καπνού – μια πιο ήπια παραλλαγή – που τα φύλλα του στέγνωσαν γρήγορα σε θερμαινόμενες αποθήκες αντί να ξεραίνονται σιγά σιγά στον ήλιο. Το γεγονός που παραβλέπουν οι περισσότεροι ιστορικοί είναι ότι με τον τύπο του καπνού που χρησιμοποιούταν στις πίπες ή τα πούρα, η νικοτίνη απορροφιόταν από τους ιστούς του στόματος και του φάρυγγα. Ο καπνός ήταν πολύ βαρύς για να τον εισπνέει κανείς. Η νικοτίνη στο νέο ηπιότερο και πιο περιεκτικό σε οξέα καπνό, δεν απορροφιόταν καλά από το στόμα, αλλά ο καπνός ήταν αρκετά ελαφρύς για εισπνοή, έτσι παρόλο που ο καπνός του τσιγάρου είχε λιγότερη νικοτίνη, στην πραγματικότητα ένα τσιγάρο διοχέτευε περισσότερη νικοτίνη στον εγκέφαλο του καπνιστή – και μάλιστα με εντυπωσιακή ταχύτητα.(Jaffre and all, 1981)

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Δεν υπάρχει στην ιστορία της ανθρωπότητας ουσία τόσο διαδεδομένη ανά την οικουμένη, που να έχει προξενήσει και να προξενεί ακόμα τόσες βλαπτικές επιδράσεις στον ανθρώπινο οργανισμό όσο το κάπνισμα. Ο καπνός σήμερα είναι το μοναδικό εμπόριο θανάτου που κυκλοφορεί ως νόμιμο θανατηφόρο προϊόν της Διεθνούς Αγοράς όπου εξασφαλίζει μια αργή πορεία προς το θάνατο και αποτελεί την κυριότερη αιτία πρόωρων θανάτων στη σύγχρονη κοινωνία.

Η Ελλάδα έρχεται πρώτη στην κατά κεφαλήν κατανάλωση τσιγάρων στην Ευρώπη (πάνω από 3.500 το χρόνο) και τρίτη στον κόσμο μετά την Κούβα και την Κύπρο. Η ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων στη χώρα μας κυμαίνεται μεταξύ 100 – 300 εκατομμύρια. Το κάπνισμα στην Ελλάδα είναι υπεύθυνο για 20.000 και πλέον θανάτους το χρόνο, ενώ στην Ευρώπη χάνουν τη ζωή τους από αυτή την αιτία άνω των 500.000 άνθρωποι. Σε ολόκληρο τον κόσμο ο αριθμός των θανάτων, από αρρώστιες που συνδέονται με το κάπνισμα ξεπερνά τα τέσσερα εκατομμύρια το χρόνο .Σε όλο τον κόσμο και κυρίως τον αναπτυσσόμενο, ο αριθμός των καπνιστών αυξάνει και υπολογίζεται ότι τα επόμενα χρόνια θα πεθάνουν από το κάπνισμα άνω των 500 εκατομμυρίων άνθρωποι, δηλαδή κάθε 4’’ και ένας θάνατος.([www.ellinikiantikapnistikietairia.gr/19 - 7 - 2006](http://www.ellinikiantikapnistikietairia.gr/19-7-2006))

Οι καπνιστές πεθαίνουν σε νεαρότερη ηλικία από τους μη καπνιστές. Η απώλεια ζωής κυμαίνεται από 8 – 10 – 18 έτη ζωής. Όσο περισσότερα τσιγάρα καπνίζει κάποιος και όσο πιο μικρός ξεκίνησε το κάπνισμα , τόσο ο κίνδυνος να πεθάνει νέος μεγαλώνει. Η συχνότητα θανάτου καπνιστών σε σχέση με τους μη καπνιστές σε κάθε ηλικία είναι μεγαλύτερη κατά 60% όταν καπνίζει κανείς μισό πακέτο, και ανεβαίνει

στο 90% όταν καπνίζει δύο πακέτα, και ακόμα σε 120% όταν καπνίζει πάνω από δύο πακέτα ημερησίως.(www.ellinikiantikapnistikietairia.gr/ 19 – 7 – 2006)

Από του εφήβους που συνεχίζουν να καπνίζουν συστηματικά, πεθαίνουν ως ενήλικες πρόωρα 1 στους 2 (50%), που σημαίνει το 25% χάνει 20 – 25 χρόνια ζωής και το άλλο 25% χάνει 10 – 15 χρόνια ζωής. Το τσιγάρο σκοτώνει περισσότερους ανθρώπους απ’ ότι τα τροχαία ατυχήματα, τα ναρκωτικά, το αλκοόλ, το AIDS, οι εμπρησμοί, οι αυτοκτονίες και οι ανθρωποκτονίες. (www.ellinikiantikapnistikietairia.gr/ 19 – 7 - 2006)

Σύμφωνα με στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, 3.000.000 άτομα σε όλο τον κόσμο πεθαίνουν κάθε χρόνο από ασθένειες που προκαλεί το κάπνισμα, ενώ προβλέπεται ότι το 2020 ο αριθμός τους θα ξεπεράσει τα 10.000.000.

Στην Ελλάδα οι καπνιστές ανέρχονται σε 3.650.000 (35,5% του συνολικού πληθυσμού), από τους οποίους το 55% είναι άντρες, το 37% γυναίκες και το 8% παιδιά κάτω των 15 ετών.(www.neo.gr/ 8-7-2006)

Η υποδούλωση του ανθρώπου στο πάθος του καπνίσματος είναι τόσο ισχυρή, αλλά και τυραννική εξίσου λόγω της εξάρτησης και του εθισμού, ιδιαίτερα όταν υπάρχει το σύνδρομο στέρησης, όπου έκανε τη φαρμακολογία να κατατάξει τη νικοτίνη, ως το 3^ο ναρκωτικό μετά την ηρωίνη και την κοκαΐνη. Το τσιγάρο είναι το μόνο δηλητήριο που δεν διώκεται ποινικά. Η εξάρτηση από τη νικοτίνη του τσιγάρου είναι περισσότερο ισχυρή από άλλα είδη ναρκωτικών, γι ‘ αυτό και το 80% των καπνιστών, αδυνατούν να το κόψουν, αφήνοντας τις ασθένειες να «θερίζουν» τον οργανισμό τους.(Μπιλάλης, 1997)

Επιπροσθέτως, υπάρχει και ένα μεγάλο οικονομικό κόστος. Μεγάλα ποσά δαπανούνται για την θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενειών, ενώ το έμμεσο κόστος που προκαλείται από την απώλεια της παραγωγικότητας είναι ακόμη μεγαλύτερο. Το κάπνισμα είναι τόσο ζημιογόνο στην Εθνική Οικονομία διότι επιφέρονται πολλές επιπτώσεις όπως :1. απώλεια ζωής πρόωρα, 2. αυξημένη νοσηρότητα, 3. άδεια λόγω νόσου, 4. φάρμακα, 5. έξοδα καθαριότητας, 6. σπατάλη διαφημίσεων, περίπου 2,5 δισεκατομμύρια. το χρόνο παγκοσμίως, 7. εμβόλια για 6 ασθένειες και 8. καταστροφή του περιβάλλοντος από πυρκαγιές. (Μπιλάλης, 1997)

Το κόστος της συνήθειας αυτής ανήλθε το 1993 σε 28 δισεκατομμύρια δολάρια, ενώ το 70% του καπνού που καταναλώθηκε ήταν ξένης προέλευσης.(www.neo.gr/8-7-2006)

Κατά τον Μπιλάλη, (1997), «η προληπτική αγωγή για το κάπνισμα είναι χρέος όλων των ενηλίκων λαϊκών και κληρικών των οποίων η αντικαπνιστική συμπεριφορά θα θεωρείται παράδειγμα προς μίμηση.»(σελ 187). Συνεχίζει αναφέροντας ένα ‘καλό’ παράδειγμα του παρελθόντος. «Αφορά τον Γέρο του Μωριά Θ. Κολοκοτρώνη, ο οποίος πολεμώντας τους Τούρκους πριν διαπεραιωθεί από τη Ζάκυνθο προς το Μωριά έμεινε αρκετές μέρες χωρίς να βρει καπνό για την πίπα του. Προσπαθεί να μυρίσει την νικοτίνη μήπως του περάσει η επιθυμία για κάπνισμα. Τίποτε όμως. Κάποια στιγμή είπε στον εαυτό του στεναχωρημένος : «Για δεσ άνθρωπος να θέλει να λευτερώσει την Πατρίδα του και δεν μπορεί να λευτερωθεί ο ίδιος από ένα συνήθειο – πάθος. Θεέ μου συγχώρεσέ με.». Πέταξε την πίπα στην θάλασσα και δεν ξανακάπνισε».(σελ. 187 – 188)

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο σκοπός μελέτης της εργασίας αυτής, είναι γενικά να εντυφλήσει στο θέμα του τσιγάρου. Να υπάρχει μια πιο σφαιρικά ολοκληρωμένη εικόνα στο κατά πόσο αρνητικά επηρεάζεται η υγεία του ανθρώπου. Επιπρόσθετα, στο τι μπορεί να κάνει και με πιο τρόπο να βοηθηθεί καθένας που νιώθει πως ήρθε η ώρα να διακόψει τη συνήθεια αυτή.

Επιγραμματικά λοιπόν οι στόχοι – ερωτήματα είναι τα εξής :

1. Πως επηρεάζεται η υγεία του ανθρώπου - τα ζωτικά όργανα και η εξωτερική εμφάνιση.
2. Οι λόγοι έναρξης και συνέχισης του καπνίσματος.
3. Πως μπορεί να προληφθεί η έναρξη του καπνίσματος και με πιο τρόπο μπορεί να θεραπευτεί μέσω των σύγχρονων μεθόδων και με τη συμβολή της Κοινωνικής Εργασίας.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

ΚΑΠΝΙΣΜΑ : η εισπνοή του καπνού των τσιγάρων.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ : οι ασθένειες, οι αρρώστιες.

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ : της ίδιας εποχής ή ηλικίας. Αυτό που ανήκει στην εποχή μας.

ΜΕΘΟΔΟΣ : η συστηματική εξέταση ενός ζητήματος με ορισμένους επιστημονικούς κανόνες. Επίσης, τρόπος ενέργειας και λύσης προβλημάτων.

ΔΙΑΚΟΠΗ : σταμάτημα – παύση προσωρινή ή οριστική.

ΣΥΜΒΟΛΗ : ένωση, συνεισφορά..

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ : εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη με παγκόσμια ακτινοβολία και εφαρμογή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μέθοδος που ακολουθήσαμε για τη συλλογή των πληροφοριών ήταν κατά κύριο λόγο η επίσκεψή μας στη Δημοτική βιβλιοθήκη του Δήμου Πατρέων και στη βιβλιοθήκη του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πατρών, από όπου δανειστήκαμε τα βιβλία, τα οποία ήταν χρήσιμα στην εργασία μας. Επίσης, δανειστήκαμε βιβλία και από τις Δημοτικές βιβλιοθήκες των Δήμων Θεσσαλονίκης, Τρικάλων και Χίου.

Ακόμη, συλλέξαμε πληροφορίες από περιοδικά, τα οποία έχουν σχέση με την υγεία καθώς και από άρθρα εφημερίδων. Πολύ χρήσιμη στη συλλογή των πληροφοριών μας ήταν και η συνέντευξη που πήραμε από την κα. Αλεξανδρίδη Βάλια, κοινωνική λειτουργό του Κοινωνικού Τομέα του Δήμου Πατρέων, καθώς αντιμετωπίσαμε πολύ μεγάλη δυσκολία στην εύρεση βιβλιογραφικών πηγών, για τον ρόλο της κοινωνικής εργασίας σε σχέση με τη διακοπή του καπνίσματος, παρά το γεγονός ότι η συμβολή της κοινωνικής εργασίας στη διακοπή του καπνίσματος είναι ένας επιμέρους στόχος της εργασίας μας καθώς αποτελεί και τμήμα του τίτλου της πτυχιακής μας. Επίσης οι πληροφορίες που μας δόθηκαν από το Antismoking Center, το οποίο είχαμε επισκεφθεί στην περιοχή της Πάτρας ήταν πολύ σημαντικές..

Τέλος, αρκετές πληροφορίες για την εργασία μας αναζητήσαμε σε διάφορες ιστοσελίδες του Διαδικτύου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ : Α. ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Α1. ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΠΝΟΥ

Όταν καίγεται ένα τσιγάρο είναι σα να δουλεύει ένα εργοστάσιο και με βάση την θερμοδυναμική παράγονται περίπου 4.000 ουσίες – ενώσεις υπό στερεή, υγρή και αέρια μορφή. Η θερμοκρασία στο σημείο καύσης ανέρχεται στους 900° και ποικίλει αυτή μέχρι το άλλο άκρο. Τα παραγόμενα αυτά συστατικά περιλαμβάνουν πολλά, τα οποία είναι γνωστά από τη φαρμακολογία ως δραστικά, τοξικά, μεταλλαξιογόνα και καρκινογόνα. Τα 43 καρκινογόνα που έχουν περιγραφεί μέχρι σήμερα περιλαμβάνουν πολυαρωματικούς υδρογονάνθρακες, ετεροκυκλικούς υδρογονάνθρακες, N- νιτροζαμίνες, αρωματικές αμίνες, αλδεΐδες, πτητικές καρκινογόνες ενώσεις, ανόργανες ενώσεις και ραδιενεργά στοιχεία.(Μπιλάλης, 1997)

Κατά την καύση του τσιγάρου διακρίνουμε μια φάση αέρια και μια φάση σωματιδίων.

Από τις ουσίες της αέριας φάσης, ανεπιθύμητες ενέργειες προκαλούν οι εξής: μονοξείδιο και διοξείδιο του άνθρακα, οξείδια του αζώτου, υδροκυάνιο, πτητικές θειούχες ενώσεις, νιτρίλια και άλλες αζωτούχες ενώσεις, πτητικοί υδρογονάνθρακες, αλκοόλες, αλδεΐδες και κετόνες. Μερικές από τις τελευταίες είναι ισχυροί αναστολείς της κίνησης των κροσσών.(Μπιλάλης, 1997)

Η φάση των σωματιδίων περιέχει νικοτίνη, νερό και «πίσσα». Η πίσσα είναι ό,τι απομένει μετά την απομάκρυνση της υγρασίας και της νικοτίνης και αποτελείται κυρίως από πολυκυκλικούς αρωματικούς υδρογονάνθρακες, ορισμένοι από τους οποίους είναι αποδεδειγμένα καρκινογόνοι.(Μπιλάλης, 1997)

Οι τρεις ουσίες στις οποίες επικεντρώνεται το ενδιαφέρον της ιατρικής έρευνας για τις βλάβες της υγείας του ανθρώπου είναι η νικοτίνη, η πίσσα και το μονοξείδιο του άνθρακα.(Μπιλάλης, 1997)

Η λεπτομερής χημική ανάλυση του μείγματος από το καιγόμενο τσιγάρο απέδειξε αναλογικά ότι περιέχει:

- 8% σωματίδια νικοτίνης
- 14% διοξείδιο του άνθρακα
- 3% μονοξείδιο του άνθρακα
- 13% οξυγόνο
- 2% άλλα αέρια
- 1% ατμούς

Επίσης πίσσα, νερό και άλλες 500 βλαβερές ουσίες. Οι περισσότερες από αυτές είναι καρκινογόνες και διακρίνονται :

1. σε καρκινογόνες ουσίες
2. σε μη καρκινογόνες που υποβοηθούν την ανάπτυξη του καρκίνου και
3. σε μη καρκινογόνες, αλλά που βοηθούν στην βλάβη του αναπνευστικού συστήματος.(Μπιλάλης, 1997)

Αναλυτικότερα τα στάδια της καρκινογένεσης διαιρούνται σε μια φάση έναρξης μη αναστρέψιμη που περιλαμβάνει βλάβη στο DNA των κυττάρων και σε μια φάση προώθησης, κατά την διάρκεια της οποίας τα κύτταρα, στα οποία έχει αρχίσει η διαδικασία, μετατρέπονται σε καρκινικά.(Μπιλάλης, 1997)

Η σημαντικότερη καρκινογόνος επίδραση του καπνού επέρχεται στους ιστούς εκείνους, που εκτίθενται άμεσα στον καπνό των τσιγάρων, όπως είναι η βρογχική επίστρωση των πνευμόνων. Εξάλλου και όργανα μακριά από την έκθεση του καπνού προσβάλλονται από ένα πλήθος ενεργών συστατικών του καπνού των τσιγάρων. Π.χ. η 2 – ναφθυλαμίνη είναι ένας μεταβολίτης του καπνού που συγκεντρώνεται στα ούρα και συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου της ουροδόχου κύστης.(Μπιλάλης, 1997)

Η παράλληλη χρήση αλκοόλ και τσιγάρου οδηγούν σε αθροιστική συνεργεία στην αύξηση εμφάνισης καρκίνου στόματος, οισοφάγου και λάρυγγα. Το αλκοόλ χρησιμεύει πιθανώς ως διαλύτης των καρκινογόνων ουσιών του καπνού και μπορεί επίσης να μεταβάλλει τον ηπατικό μεταβολισμό των συστατικών του καπνού. Μέσω αυτού του μηχανισμού το αλκοόλ δύναται να επηρεάζει την καρκινογένεση από τον καπνό σε μακρινά όργανα.. π.χ. οι εργάτες που καπνίζουν και είναι εκτεθειμένοι σε άσβεστο ή σε ορυχεία διατρέχουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα.(Μπιλάλης, 1997)

Ο κίνδυνος που διατρέχει ένα άτομο να πάθει καρκίνο από τσιγάρο καθορίζεται από την αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων. Υπάρχουν ουσίες που βρίσκονται σε απόρρητη λίστα – περίπου 700 επιπλέον – και απαγορεύεται από τον ομοσπονδιακό νόμο να διαρρεύσει οποιαδήποτε πληροφορία για αυτές. (Μπιλάλης , 1997)

ΝΙΚΟΤΙΝΗ

Η νικοτίνη, το κυριότερο συστατικό του καπνού, είναι τοξική ουσία που επιδρά κυρίως στο κεντρικό νευρικό σύστημα του ανθρώπου. (www.neo.gr/8-7-2006)

Ένα από τα χαρακτηριστικά του φυτού – καπνού είναι η ανάπτυξη τοξικών αντιδότηων τα οποία χρησιμοποιεί στην άμυνά του κατά των διαφόρων εντόμων, περιέχει δηλαδή ουσίες πραγματικά εντομοκτόνες. Επομένως η νικοτίνη, δρα στο νευρικό σύστημα των εντόμων και δεν περιορίζεται μόνο σε αυτά, αλλά και στα θηλαστικά που έρχονται σε επαφή μαζί της.

Οι συνέπειες αυτής της επαφής είναι πολλές, αλλά η σπουδαιότερη για την επικράτηση της συνήθειας του καπνίσματος είναι το αίσθημα της ευφορίας που προκαλεί στον καπνιστή.

Είναι ισχυρότατο δηλητήριο και επιδρά στο νευρικό σύστημα. Μια δύο σταγόνες είναι δυνατόν να προκαλέσουν άμεσο θάνατο στα ζώα (κουνέλι, σκύλο, γάτα). (Μπιλάλης, 1997)

Η ουσία αυτή ενισχύει το σχηματισμό αθηρώματος στις αρτηρίες και επιβαρύνει – εκτός από το καρδιαγγειακό, το γαστρεντερικό και το ουροποιητικό σύστημα. (www.neo.gr/8-7-2006)

Προσπάθεια για έρευνες με ακίνδυνες μορφές τσιγάρων που δεν περιείχαν νικοτίνη απέτυχαν εντελώς. Η νικοτίνη απορροφάται από το στόμα σε μικρή αναλογία, ενώ μέρος αυτής από τους πνεύμονες και εντός δευτερολέπτων μεταφέρεται από τα τριχοειδή των πνευμόνων στην κυκλοφορία του αίματος και από εκεί κατευθείαν στον εγκέφαλο

ερεθίζοντας διάφορους νεύρο - υποδοχείς. Η νικοτίνη που φτάνει στα εγκεφαλικά κύτταρα γίνεται αιτία να αντιδρά ο εγκέφαλος απελευθερώνοντας μια σειρά από χημικές ουσίες, όπως αδρεναλίνη, αρτερενόλη και νικοτίνη με αποτέλεσμα ταχυκαρδία, άνοδο της αρτηριακής πίεσης και χαλάρωση των μυών. Η σταθερή στάθμη στο αίμα της νικοτίνης είναι 25 – 50ng/ml και όταν αυτή κατέβει, τότε ο καπνιστής αυτομάτως ανάβει το επόμενο τσιγάρο.(Μπιλάλης, 1997)

Σύμφωνα με ανακοίνωση της Αμερικανικής Υπηρεσίας Τροφίμων και Φαρμάκων (F.D.A), η νικοτίνη είναι τοξική ουσία που επιδρά στον οργανισμό με τον ίδιο τρόπο όπως τα ναρκωτικά: η συστηματική της χρήση προκαλεί εθισμό και η διακοπή της συνοδεύεται από στερητικό σύνδρομο (ταχυπαλμία, ευερεθιστότητα, αδυναμία συγκέντρωσης, υπνηλία, τρεμούλα, εκνευρισμό, αϋπνία κ.λ.π.). (www.neo.gr/8-7-2006)

Είκοσι τσιγάρα ημερησίως δημιουργούν 70.000 δόσεις – ενέσεις νικοτίνης στον εγκέφαλο ετησίως. Η νικοτίνη υπό καθαρή μορφή είναι δραστικότατο δηλητήριο του νευρικού συστήματος και 60 χιλιοστά, δηλαδή 1 – 2 σταγόνες είναι δυνατό ύστερα από μια διεγερτική φάση με σπασμούς να σκοτώσουν έναν ενήλικα προκαλώντας κεντρική και περιφερειακή παράλυση της αναπνοής. Ακόμη και 10 τσιγάρα εάν καπνιστούν απανωτά σε κλειστό χώρο μπορεί να προκαλέσουν θανατηφόρα δηλητηρίαση, λόγω παράλυσης του κέντρου αναπνοής.(Μπιλάλης, 1997)

Το κάπνισμα αποτελεί μια μορφή χρόνιας δηλητηρίασης με νικοτίνη.

Επίσης η σύνθεση πολλών γεωργικών φαρμάκων σήμερα περιλαμβάνει τη νικοτίνη σε αναλογία 40% ως ισχυρότατο δηλητήριο. Η οξεία δηλητηρίαση με νικοτίνη προκαλεί τα παρακάτω συμπτώματα :1)

ναυτία, 2) εμετούς, 3) εφιδρώσεις – ρίγος – σπασμούς, 4) παράλυση του κέντρου αναπνοής και 5) θάνατο.

Η απορρόφηση της νικοτίνης και φυσικά των άλλων ουσιών εξαρτάται από πολλούς παράγοντες του οργανισμού και από τη συνήθεια των καπνιστών και τον τρόπο του καπνίσματος και πόσο βαθιές ρουφηξιές – εισπνοές χρησιμοποιούν. Ένας καπνιστής με λιγότερα τσιγάρα την ημέρα μπορεί να απορροφά περισσότερες ουσίες από έναν άλλο με περισσότερα τσιγάρα. (Μπιλάλης, 1997)

Η πιθανότητα κινδύνου αυξάνεται, γενικά ανάλογα με :

1. τον αριθμό των τσιγάρων την ημέρα
2. τον αριθμό των ετών καπνίσματος
3. την ηλικία έναρξης
4. από τις βαθιές ρουφηξιές
5. τον χρόνο που κρατά τον καπνό μέσα του
6. την περιεκτικότητα σε πίσσα και νικοτίνη
7. το κράτημα του τσιγάρου στο στόμα, μεταξύ των εισπνοών καπνού και
8. την ποσότητα από το μήκος του τσιγάρου που καπνίζει

Στην καρδιά συνοπτικά η νικοτίνη προκαλεί :

- αύξηση της αρτηριακής πίεσης
- αύξηση της καρδιακής συχνότητας
- αύξηση της παροχής
- αύξηση της μυοκαρδιακής ταχύτητας συστολής και
- αύξηση της ταχύτητας συστολής της μυϊκής ίνας, με αρνητική ινότροπο ενέργεια. (Μπιλάλης, 1997).

ΠΙΣΣΑ

Εκτός από την παραγόμενη νικοτίνη, κατά την καύση του τσιγάρου και μάλιστα κατά την φάση της υψηλής θερμοκρασίας σχηματίζονται μέσω της πυρόλυσης, αέρια άλλα και υπερμικροσκοπικά μόρια άνθρακα και υδρογόνου τα οποία αμέσως με πυροσύνθεση παράγουν πολυκυκλικούς και αρωματικούς υδρογονάνθρακες, πολλοί από τους οποίους είναι καρκινογόνοι.(Μπιλάλης, 1997)

Η πίσσα του τσιγάρου παραγόμενη και αυτή μέσω της πυρόλυσης – πυροσύνθεσης και μάλιστα το περιεχόμενο της – κλάσμα πολυκυκλικών υδρογονανθράκων – το βενζοπυρένιο, είναι ουσία υπεύθυνη κατά 90% για την πρόκληση του καρκίνου των πνευμόνων. (Μπιλάλης, 1997).

Διαφορετικά μπορούμε να πούμε πως η πίσσα αποτελεί ένα παχύρρευστο μείγμα πολλών ουσιών (κυρίως άνθρακα πολυπυρηνικών αρωματικών υδρογονανθράκων, φαινόλης και οργανικών βάσεων), που επικάθεται στους πνεύμονες και οδηγεί στο σχηματισμό κακοηθών όγκων (καρκίνος). (www.neo.gr/8-7-2006).

Η πίσσα επί της ουσίας είναι το ολικό σωματιδιακό υλικό του καπνού όταν αφαιρεθεί το νερό και η νικοτίνη. (Jaffre and all, 1981)

Η πίσσα περιέχει τέσσερα είδη διαφορετικών μορφών (βασικές, όξινες, ουδέτερες και αδιάλυτες). Η ουδέτερη μορφή, που είναι το βενζοπυρένιο, είναι η σπουδαιότερη λόγω καρκινογένεσης. Η όξινη μορφή περιέχει ουσίες νιτροσαμίνες και αρωματικές αμίνες κυρίως που ερεθίζουν το βρογχικό βλεννογόνο και προκαλούν βήχα, σπασμό των βρογχιολίων και παραγωγή βλέννας. Μερικές από αυτές όπως οι φαινόλες και οι ακρολεΐνες είναι τοξικές και παραλύουν τους κροσσούς των κυλινδρικών κυττάρων, του βρογχικού επιθηλίου και εμποδίζουν έτσι την απόχρεμψη

και τον καθαρισμό των βρόγχων από τις διάφορες ερεθιστικές ουσίες. Συνέπεια αυτής της παράλυσης είναι η παραμονή διάφορων ουσιών και επομένως και των καρκινογόνων στις θέσεις εκείνες όπου ξεκινά η καρκινογόνος δράση τους.(Μπιλάλης, 1997)

Από τον καπνό εύκολα εισέρχονται στους πνεύμονες η σκόνη, τα μικρόβια και η παραγόμενη βλέννη αυξάνει. Με το πέρασμα του χρόνου αναπτύσσεται η αναπνευστική λοίμωξη και νοσηρότητα των ατόμων καπνιστών. Κύριο σύμπτωμα είναι ο βήχας όπου προσπαθεί ο οργανισμός να αυτοθεραπευτεί, να απαλλαγεί από ανεπιθύμητες και βλαβερές ουσίες. Η πίσσα ως εκ τούτου εγκαθίσταται στο βλεννογόνο του αναπνευστικού και του πεπτικού συστήματος και το ήμισυ των χρόνιων βρογχίτιδων οφείλονται σε αυτή. (Μπιλάλης, 1997)

ΜΟΝΟΞΕΙΔΙΟ ΤΟΥ ΑΝΘΡΑΚΑ

Η τρίτη κύρια ουσία του παράγεται από την καύση του τσιγάρου είναι το μονοξείδιο (CO) και διοξείδιο του άνθρακα (CO₂) , ουσίες δηλητηριώδεις και τοξικές, οι οποίες διαχεόμενες στο κυκλοφορικό σύστημα, μειώνουν την οξυγόνωση των κυττάρων του οργανισμού. Συγκεκριμένα το μονοξείδιο του άνθρακα δεσμεύει μια πρωτεΐνη του αίματος την αιμοσφαιρίνη, της οποίας φυσιολογικός προορισμός είναι η δέσμευση και μεταφορά οξυγόνου στους ιστούς, και την μετατρέπει σε ανθρακυλαιμοσφαιρίνη. Εάν το επίπεδο της ανθρακυλαιμοσφαιρίνης ανέβει πολύ στον οργανισμό 50 – 70% επέρχεται θανατηφόρα δηλητηρίαση. (π.χ. αναθυμιάσεις φωταερίου, μαγκάλι με κάρβουνα σε κλειστό δωμάτιο, εξάτμιση αυτοκινήτου κ.λ.π.). (Μπιλάλης, 1997)

Η παρουσία του μονοξειδίου του άνθρακα στον αναπνεόμενο αέρα δυσχεραίνει όχι μόνο την πρόσληψη και μεταφορά του οξυγόνου στους πνεύμονες, αλλά και την απόδοση του οξυγόνου που υπάρχει στο αίμα, προς τα κύτταρα που το έχουν ανάγκη. Επίσης το μονοξείδιο του άνθρακα με τη νικοτίνη μαζί συντελούν στην συγκόλληση των αιμοπεταλίων του ενδοθήλιου των αγγείων και ο κίνδυνος παραγωγής θρόμβων στο αίμα με τα δυσάρεστα επακόλουθα των εμβολών είναι μεγάλος. (Μπιλάλης, 1997). Ακόμη το μονοξείδιο του άνθρακα απορροφάται κυρίως από τις κυψελίδες, οπότε και ο κίνδυνος για καρκίνο του πνεύμονα είναι μεγάλος.

Επειδή το μονοξείδιο του άνθρακα που περιέχει το τσιγάρο δυσχεραίνει τη μεταφορά οξυγόνου από το αίμα στους ιστούς του σώματος, είναι η ουσία που ευθύνεται για τις αναπνευστικές παθήσεις που συνδέονται με το κάπνισμα. (www.neo.gr/8-7-2006)

Α2 ΠΟΣΟΣΤΑ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ

Κάθε δέκα δευτερόλεπτα ένας άνθρωπος πεθαίνει στη γη εξαιτίας του καπνίσματος

Ο αριθμός των καπνιστών σε όλο τον κόσμο υπολογίζεται σε 1,2 δις άτομα. Κατ' άλλους ο αριθμός αυτός φθάνει τα 2 δις. Δηλαδή, καπνίζει το 1/3 του ενεργού πληθυσμού του πλανήτη και μάλιστα με τάση ανόδου στις αναπτυσσόμενες χώρες και μείωσης στις ανεπτυγμένες στις οποίες όμως αυξάνεται ο αριθμός των γυναικών που καπνίζουν. Υπολογίζεται ότι καταναλώνονται κάθε χρόνο, περίπου 5500 δις τσιγάρα, 28 δις πούρα και δύο εκατομμύρια τόνοι καπνού για πίπα. Από το σύνολο των καπνιστικών προϊόντων που παράγονται κάθε χρόνο, το 50% καταναλώνεται στην Ασία και Αυστραλία, το 25% στην Ευρώπη, το 17% στην Αμερική και το 8% αποκλειστικά στις ΗΠΑ. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση το σύνολο των καπνιστών ανέρχεται σε 97 εκατομμύρια ενώ στην Ευρώπη 215 εκατομμύρια από τους οποίους τα 130 είναι άντρες. Το 35,5% του ελληνικού πληθυσμού καπνίζει, γεγονός που κοστίζει 15.000 θανάτους το χρόνο. Κάθε τσιγάρο που καπνίζεται αφαιρεί 5,5 λεπτά ζωής από το καπνιστή (www.disabled.gr/17- 08 - 2006).

Τα ποσοστά καπνιστών στην Ευρώπη στο γενικό πληθυσμό των χωρών τους σύμφωνα με τα στοιχεία της ΠΟΥ (2000) είναι:

Τσεχία	26,5%	Ολλανδία	33,3%
Δανία	33%	Πολωνία	39%
Βουλγαρία	28,5%	Πορτογαλία	18,1%
Φινλανδία	25%	Ισπανία	33,1%
Γαλλία	34%	Ελβετία	33%
Γερμανία	26%	Τουρκία	35%
Ιρλανδία	31%	Αγγλία	28%
Ιταλία	24,5%	Ελλάδα	37%
Λουξεμβούργο	32%		
Μέσος όρος	28,7%		

Στα κράτη μέλη της Ε.Ε. κάθε καπνιστής ηλικίας άνω των 15 ετών καπνίζει την ημέρα την εξής ποσότητα τσιγάρων :

Ελλάδα	9,3	Βέλγιο	4,9
Ιρλανδία	6,1	Βρετανία	4,8
Γερμανία	5,5	Δανία	4,2
Αυστρία	5,4	Ολλανδία	3,4
Πορτογαλία	5,4	Σουηδία	3,2
Γαλλία	5,2	Φινλανδία	3,0
Ιταλία	5,0		

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η Ελλάδα κατέχει την πρώτη θέση σε κατά κεφαλήν κατανάλωση τσιγάρων στην Ε.Ε., ενώ από νεότερα στοιχεία της Π.Ο.Υ. κατέχει την τρίτη θέση σε παγκόσμιο επίπεδο με πρώτη την Κούβα και δεύτερη την Κύπρο, από την έβδομη που κατείχε το 1996.(Δοδόπουλος, 2004)

Στην Ελλάδα οι καπνιστές ανέρχονται σε 3.650.000 (35,5% του συνολικού πληθυσμού) από τους οποίους το 55% είναι άνδρες, το 37% γυναίκες και το 8% παιδιά κάτω των 15 ετών, και συνολικά καπνίζουν 34 περίπου δισεκατομμύρια τσιγάρα το χρόνο. Οι Ελληνίδες καπνίζουν 2,5 φορές περισσότερο από το μέσο όρο καπνιστριών παγκοσμίως. Σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας (Eurostat Οκτ.1999) σε κάθε Έλληνα αντιστοιχούν ετησίως 3020 τσιγάρα ή 51 πακέτα των 20, με μέσο όρο κατανάλωσης στην Ε.Ε. 1646 τσιγάρα.(Δοδόπουλος, 2004)

Οι Έλληνες διαθέτουν κάθε χρόνο ένα τρισεκατομμύριο εκατόν δέκα δις δραχμές περίπου για την αγορά τσιγάρων. Το κόστος της συνήθειας αυτής παγκοσμίως ανήλθε το 1993 σε 28 δις δολάρια, ενώ το 70% του καπνού που καταναλώθηκε ήταν ξένης προέλευσης (www.iatronet.gr,17/08/2006).

Από στοιχεία της Π.Ο.Υ. προκύπτουν τα εξής:

Στις ανεπτυγμένες χώρες τα ποσοστά των ανδρών είναι 42% και των γυναικών 24%, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες 48% και 7%. Φαίνεται πως το τσιγάρο αποτελεί «τεκμήριο ισότητας» των δύο φύλων, και σύμβολο χειραφέτησης των γυναικών. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Π.Ο.Υ. τα ποσοστά των καπνιστών γενικά στις παρακάτω επτά χώρες που πρωτοστατούν στο κάπνισμα είναι τα εξής σε γενική κατάταξη:

1. Ρωσία	48,5 %
2. Φίτζι	45%
3. Τουρκία	43,5%
4. Πολωνία	40%
5. Εσθονία	38%
6. Ισραήλ	37,5%
7. Ελλάδα	35,5%

(Δοδόπουλος, 2004)

Ποσοστά καπνιστών σε μικρές ηλικίες στα κράτη- μέλη της Ε.Ε.

Καπνιστές ηλικίας άνω των 15 ετών το 1999 (επί τοις % συνολικού				Καπνιστές ηλικίας 15 έως 24 ετών το 1999 (επί τοις %			
Κράτη	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο		Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Βέλγιο	46,8	28,2	37,2		52,8	38,2	45,7
Δανία	32,4	43,7	38,2		20,6	48,9	34,5
Γερμανία	40,9	27,2	33,8		45,3	44,5	46,9
Ελλάδα	58,1	32,2	44,9		46,5	43,3	44,9
Ισπανία	47	28,3	37,3		46,4	45,2	45,8
Γαλλία	42,7	34,2	38,3		53,3	52,8	53,1
Ιρλανδία	37,5	27,3	32,3		32	26,9	29,5
Ιταλία	34,7	19,6	26,9		33,9	23,4	28,7
Λουξεμβούργο	38,9	28,8	33,7		50,1	39,1	44,7
Ολλανδία	36,6	26,5	31,4		34,3	28,8	31,6
Αυστρία	46,5	29,9	37,8		45	38,8	42
Πορτογαλία	43,7	13,9	28,1		32,9	16,4	24,7
Φινλανδία	39,5	21,5	30,1		33,7	28,7	31,2

Σουηδία	19,2	24,9	22,1		15,9	26,1	21
Ην. Βασίλειο	37	33	34,9		15,9	26,1	21
E.E. 15	40,2	28	33,9	E.E . 15	45,3	41,4	43,3

(www.iatronet.gr/ 17- 8 - 2006)

Από τους παραπάνω πίνακες προκύπτουν τα εξής :

A) Οι πλέον μανιώδεις καπνιστές στην E.E. είναι οι Έλληνες, ενώ η μεγαλύτερη αύξηση παρατηρείται στις νεαρές γυναίκες ηλικίας 15- 24 ετών, οι οποίες πλησιάζουν πλέον το ποσοστό των ανδρών καπνιστών.

B) Το 44,9% των Ελλήνων άνω των 15 ετών επί του συνολικού πληθυσμού καπνίζει. Το ποσοστό αυτό υπερβαίνει κατά 11 εκατοστιαίες μονάδες τον αντίστοιχο μέσο όρο της E.E.

Γ) Το ποσοστό των Ελλήνων ανδρών καπνιστών ανέρχεται στο 58,1% επί του συνόλου του πληθυσμού άνω των 15 ετών. Πρόκειται για το μεγαλύτερο ποσοστό στην E.E. στην οποία ο μέσος όρος μόλις φτάνει το 40,2%.

Δ) Στις Ελληνίδες το αντίστοιχο ποσοστό είναι 32,2% με μέσο όρο της E.E. 28%.

E) Ιδιαίτερα εντυπωσιακά είναι τα στοιχεία που αφορούν τις νεαρές Ελληνίδες (15 έως 24 ετών), οι οποίες καπνίζουν περίπου όσο και οι άντρες της ίδιας ηλικίας. Σύμφωνα με τα στοιχεία το 43,3% των Ελληνίδων της προαναφερόμενης ηλικίας καπνίζει σε ποσοστό που είναι τρεις περίπου μονάδες υψηλότερο από τον αντίστοιχο μέσο όρο της κοινότητας. Σε σχέση με τις γυναίκες όλων των ηλικιών το ποσοστό των νεαρών Ελληνίδων που καπνίζουν είναι κατά 11 μονάδες μεγαλύτερο.

Αντίθετα, στους νέους άντρες το ποσοστό των καπνιστών είναι 46,5% που υπολείπεται κατά 12 μονάδες από αυτό των ανδρών του συνολικού πληθυσμού (www.iatronet.gr,17/08/2006).

Από έρευνα της Ελληνικής Αντικαπνιστικής εταιρείας προκύπτουν τα εξής για το κάπνισμα στην Ελλάδα : Καπνίζει το 80% των ανδρών και το 70% των γυναικών ηλικίας 20- 45 ετών. Στο σύνολο δε του πληθυσμού τα αντίστοιχα ποσά ξεπερνούν το 50 % και 40%.(www.ellinikantikapnistikietairia.gr/ 19 – 7 – 2006)

Από έρευνες και μελέτες που έγιναν στην τελευταία δεκαετία στην Ελλάδα από πανεπιστημιακά και άλλα ιδρύματα, προέκυψαν τα εξής:

Σε δείγμα 2.700 μαθητών Αθήνας και Πειραιά που λήφθηκε το 1999 από την Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία προέκυψαν τα εξής:

Μεταξύ των κοριτσιών του Γυμνασίου καπνίζει το 3,9 % ενώ μεταξύ των αγοριών του Γυμνασίου καπνίζει το 3,3 %.

Μεταξύ των κοριτσιών του Λυκείου καπνίζει το 19,7 % ενώ μεταξύ των αγοριών του Λυκείου καπνίζει το 21,6%. (Δοδόπουλος, 2004)

Οι λόγοι για τους οποίους καπνίζει η μαθητική κοινότητα, ανάγονται κυρίως στην περιέργεια, την ανάγκη να ξεφύγει από το καθημερινό άγχος των μαθημάτων και στη μίμηση καθηγητών, γονιών, συμμαθητών και φίλων. Τα κορίτσια ξεκινούν κατά μέσο όρο σε ηλικία 12,8 ετών ενώ τα αγόρια σε ηλικία 13,2 ετών. Τα αγόρια προτιμούν τα τσιγάρα που περιέχουν σε μεγάλο ποσοστό πίσσα και νικοτίνη.(Δοδόπουλος, 2004)

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Αντικαπνιστικό Σύλλογο Ελλάδος κατά το διάστημα από 1-8-1998 μέχρι 30-10- 1999 σε νέους κατά τη διάρκεια της νυκτερινής τους διασκέδασης έδειξε ότι το 1/3 των

κοριτσιών δοκίμασαν το τσιγάρο από τα 12 χρόνια τους ενώ το 1/3 των αγοριών σε αρκετά μεγαλύτερη ηλικία. Οι λόγοι που τους ώθησαν στο κάπνισμα ανάγονται κατά:

30% σε μίμηση φίλων τους

25% σε παρότρυνση της παρέας

20% σε περιέργεια- δοκιμή

15% σε προσπάθεια καταξίωσης, και

10% στην εντύπωση ότι όποιος δεν καπνίζει υστερεί των άλλων. (www.disabled.gr, 17/08/2006)

Σε πρόσφατη (2001) μελέτη του εργαστηρίου έρευνας παθήσεως από το περιβάλλον της πνευμονολογικής κλινικής του Α.Π.Θ. σε μαθητές και μαθήτριες λυκείου διαπιστώθηκαν τα εξής:

α) Ως προς τα αίτια που οδηγούν στο κάπνισμα

Το 43% απάντησε ότι καπνίζουν επειδή τους αρέσει να σπάζουν τον κανόνα που απαγορεύει στους νεαρούς να καπνίζουν.

Το 21% καπνίζει γιατί θέλησε να μιμηθεί τα πρότυπά του και το 36% επικαλέστηκε διάφορους άλλους λόγους.

β) Ως προς το ποσοστό καπνιστών ανά περιοχές

Στην περιοχή Θεσσαλονίκης καπνίζει το 35% των μαθητών ενώ στη Δυτική Μακεδονία το 30%. Στην περιοχή Θεσσαλονίκης υπερέχουν τα κορίτσια στο κάπνισμα που φτάνει στο 36,6% έναντι 33,7 των αγοριών. (Δοδόπουλος, 2004)

Το μεγαλύτερο ποσοστό ανδρών καπνιστών βρέθηκε στην Πτολεμαίδα που ανέρχεται στο 64,7%. Στην πόλη αυτή, που τη βαραίνει η μεγαλύτερη ατμοσφαιρική ρύπανση, σημειώθηκε κατά τη δεκαετία 1991- 2001 διπλασιασμός και του ποσοστού καπνιστριών που από 26% το 1991 εκτινάχθηκε στο 45,5% το 2001. Οι κάτοικοι της πόλης αυτής, κατά τον

διευθυντή της καρδιολογικής κλινικής του νοσοκομείου Καβάλας Α. Τυρολόγο, καπνίζουν κατά 30% περισσότερο από τον υπόλοιπο πληθυσμό της Ελλάδας. (www.iatronet.gr,17/08/2006)

Από έρευνα του ΑΠΘ σε φοιτητές της Ιατρικής Σχολής προκύπτουν τα εξής :

Το 17% των φοιτητών καπνίζει περιστασιακά.

Το 24% καπνίζει συστηματικά, και

Το 59% δεν καπνίζει.

Οι καπνιστές φοιτητές απέδωσαν την αιτία που άρχισαν και συνεχίζουν το κάπνισμα σε μιμητισμό, αμηχανία, επίδειξη, πάθος, συνήθεια και σε ανάγκη διαφυγής από τα προβλήματα.

Από νεότερη έρευνα του ίδιου πανεπιστημίου διαπιστώθηκε ότι μεταξύ των γιατρών του ΕΣΥ καπνίζει το 44% των ανδρών και το 40% των γυναικών. (Δοδόπουλος, 2004)

Έρευνα της Ελληνικής Αντικαρκινικής εταιρείας σε συνεργασία με τη σχολή ΚΟΡΕΛΚΟ που έγινε το Μάρτιο του 2001 σε 2.403 νέους ηλικίας 17 έως 25 ετών στην Αττική αλλά και σε 383 γιατρούς σε όλη τη χώρα έδειξε τα εξής:

Τα παιδιά ξεκινούν το κάπνισμα από την τρίτη Γυμνασίου και την πρώτη Λυκείου.

Οι πιθανότητες να αρχίσει ένα αγόρι το κάπνισμα είναι μεγαλύτερες κατά 35% αν καπνίζει ο πατέρας του ενώ για το κορίτσι αυξάνεται στο 42%.

Αν καπνίζει η μητέρα, για το κορίτσι η πιθανότητα να καπνίσει ανέρχεται στο 74%. Αν καπνίζουν και οι δύο γονείς ελαχιστοποιείται η πιθανότητα να μη καπνίσουν τα παιδιά.

Το 53% από τα 1.320 αγόρια που πήραν μέρος στην έρευνα δήλωσε ότι καπνίζει, ενώ από τα 1.080 κορίτσια δήλωσαν ότι καπνίζει το 64%.

Οι δύο στους τρεις καπνίζουν μέχρι 20 τσιγάρα την ημέρα ενώ οι δύο στους δέκα περισσότερα από 20.

Ως προς τους λόγους που προκαλούν το κάπνισμα δήλωσαν :

Το 75% περιέργεια, επίδειξη (φιγούρα-μαγκιά), με σκοπό την προσέλκυση του άλλου φύλου.

Το 18% επηρεασμό από το φιλικό περιβάλλον.

Το 7% επηρεασμό από το οικογενειακό περιβάλλον. (Δοδόπουλος, 2004)

Αξιοσημείωτο γεγονός αποτελεί ότι οι γιατροί από όλοι την Ελλάδα δεν έδειξαν ενδιαφέρον για τη συγκεκριμένη έρευνα. Από τα 2.500 ερωτηματολόγια που απεστάλησαν σε γιατρούς γενικών ειδικοτήτων, συμπλήρωσαν μόνο οι 363 δηλ. το 15%. Από αυτούς οι 129 (35%) δήλωσαν καπνιστές και ότι πιστεύουν ότι καθήκον των γιατρών είναι να πληροφορούν τους ασθενείς για τις μεθόδους διακοπής καπνίσματος. Ωστόσο μόνο το 69% αισθάνεται προετοιμασμένο να βοηθήσει τους ασθενείς προς αυτή την κατεύθυνση, καθώς μόνο το 8% των γιατρών έχει λάβει κάποια εκπαίδευση σχετική με τη μεθοδολογία που απαιτείται για τη διακοπή του καπνίσματος. (Δοδόπουλος, 2004)

Στις 31 Μαΐου 2003 με αφορμή την επετειακή ημέρα κατά του καπνίσματος το Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας ανακοίνωσε τα αποτελέσματα μιας έρευνας που διεξήγαγε σε 6000 μαθητές Γυμνασίου και Λυκείου όλης της χώρας τα οποία συνοψίζονται ως εξής:

Το 65% των εφήβων αρχίζει το κάπνισμα με την παρότρυνση των φίλων και συμμαθητών τους, ενώ το 27% δοκιμάζει το κάπνισμα από περιέργεια.

Περισσότεροι από το 50% των εφήβων καπνιστών καταναλώνουν πάνω από 10 τσιγάρα την ημέρα.

Τα παιδιά βλέπουν θετικά το κάπνισμα από μικρή ηλικία 4-6 ετών, εξαιτίας των οικονομικών, κοινωνικών και διαφημιστικών προτύπων. Οι έφηβοι καπνιστές που γίνονται συστηματικοί αρχίζουν από τα 13 τους

χρόνια και δηλώνουν ότι έχουν μη επαρκή ενημέρωση και θετική αίσθηση για το κάπνισμα με την ανοχή των γονιών και των δασκάλων τους. Δύο στους τρεις μαθητές του γυμνασίου καπνίζουν περιστασιακά και ένας στους τρεις συστηματικά. Σε ό,τι αφορά στους μαθητές του λυκείου περιστασιακά καπνίζουν οι μισοί (50,5%). Στην Ελλάδα 3 στα 10 ελληνόπουλα δοκίμασαν το τσιγάρο για πρώτη φορά σε ηλικία 13 ετών.(Δοδόπουλος, 2004)

Η Ελλάδα έχει τους περισσότερους καπνιστές σε ποσοστό του πληθυσμού στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ενώ είναι μια από τις ελάχιστες χώρες που ο αριθμός τους αυξήθηκε τα τελευταία χρόνια.(Δοδόπουλος, 2004)

Τα αποτελέσματα της έρευνας του «Ευρωβαρομέτρου», που έδωσε φέτος στη δημοσιότητα η Ευρωπαϊκή Επιτροπή με την ευκαιρία της Παγκόσμιας Ημέρας κατά του Καπνίσματος, δείχνουν μια σημαντική υποχώρηση των καπνιστών σε όλα τα κράτη-μέλη της Ε.Ε. Εξαίρεση αποτελούν η Ελλάδα και η Ισπανία όπου ο συνολικός αριθμός των καπνιστών αυξήθηκε.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Κομισιόν το ποσοστό των καπνιστών στην Ε.Ε. από το 33% του πληθυσμού το 2002, μειώθηκε στο 27% το 2005. Μάλιστα, η μείωση σε ορισμένες χώρες, όπως η Ισπανία έφτασε τις 10 μονάδες. Στην Ελλάδα το ποσοστό των καπνιστών από 39% το 2002 αυξήθηκε στο 40% του πληθυσμού το 2005. Φυσικά, η Έλληνες κατέχουν τα πρωτεία στην Κοινότητα.

Ο αριθμός των ατόμων που δηλώνουν ότι δεν έχουν καπνίσει ποτέ αυξήθηκε από 42% το 2002 σε 47% το 2005 στο σύνολο της Κοινότητας. Στην Ελλάδα το ποσοστό παρέμεινε αμετάβλητο στο 42%.

Ο αριθμός των ατόμων που έχουν σταματήσει το κάπνισμα έχει αυξηθεί από 19% σε 22% στην Ε.Ε., ενώ στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό ήταν

15%.

Το 56% των Ευρωπαίων τάσσονται υπέρ της απαγόρευσης του καπνίσματος στα εστιατόρια, ενώ στην Ελλάδα το ποσοστό φτάνει το 70%.(Δοδόπουλος, 2004)

Θνησιμότητα: Η ανησυχία για τις συνέπειες του καπνίσματος άρχισε όταν οι επιστήμονες πανικοβλήθηκαν με την εντυπωσιακή αύξηση θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα. Ακόμα και οι πρώτες έρευνες έδειξαν μια σαφή συσχέτιση ανάμεσα στο κάπνισμα και τον καρκίνο του πνεύμονα. Πιο εμπειριστατωμένες μελέτες όχι μόνο επιβεβαίωσαν ένα υψηλότερο ποσοστό θανάτων ανάμεσα στους καπνιστές, αλλά αποκάλυψαν ότι μόνο το ένα όγδοο των επιπλέον θανάτων οφειλόταν σε καρκίνο του πνεύμονα. Οι υπόλοιποι θάνατοι οφείλονταν σε παθήσεις της στεφανιαίας, σε χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις και σε άλλες μορφές καρκίνου. Οι πρώτες υποψίες των κλινικών είχαν πλέον επιβεβαιωθεί. Οι καπνιστές έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν καρδιακή προσβολή και λιγότερες πιθανότητες να επιζήσουν από τους μη καπνιστές. Οι άνθρωποι που καπνίζουν πολλά χρόνια έχουν τις διπλάσιες πιθανότητες να πεθάνουν από πάθηση της στεφανιαίας από ότι εκείνοι που δεν έχουν καπνίσει.
(Δοδόπουλος, 2004)

Σύμφωνα με στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας 3.000.000 σε όλο τον κόσμο πεθαίνουν κάθε χρόνο από ασθένειες που προκαλεί το κάπνισμα, ενώ προβλέπεται ότι το 2020 ο αριθμός τους θα ξεπεράσει τα 10.000.000. Το κάπνισμα αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου των ενηλίκων στις ανεπτυγμένες χώρες. Αποδεδειγμένα σχετίζεται στενά με τον καρκίνο των πνευμόνων, ο οποίος αποτελεί το πιο συχνό αίτιο θανάτου των καπνιστών μετά από τις καρδιακές προσβολές και τα εγκεφαλικά επεισόδια. Κάθε χρόνο 40.000 καπνιστές πεθαίνουν από καρκίνο των

πνευμόνων. Πολύ περισσότεροι πεθαίνουν από καρδιακή προσβολή. Το 20% τουλάχιστον των περιπτώσεων καρδιακών προσβολών αποδίδονται στο κάπνισμα. Για τους άνδρες ηλικίας 30-50 χρόνων τα 20 ή περισσότερα τσιγάρα την ημέρα τριπλασιάζουν τον κίνδυνο καρδιακής προσβολής ενώ τα 40 και άνω τσιγάρα τη μέρα αυξάνουν τον κίνδυνο κατά 20 φορές. Ένας ήπιος καπνιστής έχει επτά φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνει από καρκίνο των πνευμόνων σχετικά με έναν μη καπνιστή, ενώ για έναν μέτριο και έναν μανιώδη καπνιστή ο κίνδυνος να νοσήσει και να πεθάνει από την ίδια ασθένεια είναι κατά 12 και 24 φορές αντίστοιχα, πιο πιθανός. (www.iatronet.gr/ 17 – 7 – 2006)

Στις Η.Π.Α. κάθε χρόνο, πάνω από 600.000 θάνατοι οφείλονται σε πάθηση της στεφανιαίας. Είναι η κυριότερη αιτία θανάτου. Τουλάχιστον το ένα τρίτο αυτών των θανάτων αποδίδεται στο κάπνισμα.

Υπολογίζεται (1994) ότι το κάπνισμα σκοτώνει 15.000 Έλληνες κάθε χρόνο. Σε κάθε 1.000 νεαρούς καπνιστές, 250 θα πεθάνουν πρόωρα-συνήθως στα 40 ή στα 50 χρόνια τους από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα. Οι καπνιστές παρουσιάζουν θνησιμότητα από Χ.Α.Π. μέχρι και εξαπλάσια από τους μη καπνιστές ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που έχουν καπνίσει.

Έως το 2025 θα έχουν πεθάνει 100.000.000 άνθρωποι με αιτία το κάπνισμα, και ένα μεγάλο μέρος αυτών, θα είναι νέοι άνθρωποι.

Υπολογίζεται ότι οι καπνιστές σε όλο το κόσμο είναι 1.100.000.000. άνθρωποι και από αυτούς πεθαίνουν 3.500.000 το χρόνο (10.000 την ημέρα) εξαιτίας του καπνίσματος. (www.iatronet.gr/17 - 7 - 2006)

Δεν υπάρχει σήμερα κανένα άτομο που να μην γνωρίζει ότι το κάπνισμα είναι επικίνδυνο. Ακόμη και οι πιο φανατικοί καπνιστές δέχονται ότι το κάπνισμα «τους κάνει κακό» αλλά μία παράξενη δύναμη τους

καθιστά ανίκανους να αντιδράσουν σε αυτό τον κίνδυνο και να αποτάξουν αυτό το κακό.

Αν σήμερα 1000 νεαρά στην ηλικία άτομα αρχίσουν να καπνίζουν 20 τσιγάρα ημερησίως τότε τα άτομα αυτά θα πεθάνουν πριν έρθει η ώρα τους.

1 λόγω εγκληματικής ενέργειας

6 λόγω τροχαίου ατυχήματος

250 λόγω καπνίσματος!

Βλέπει λοιπόν κανείς ότι η πιθανότητα να πεθάνει κανείς από το κάπνισμα είναι 40 φορές μεγαλύτερα από το να σκοτωθεί σε ένα τροχαίο ατύχημα.

Θα πρέπει επίσης να είναι γνωστό ότι το κάπνισμα προκαλεί 4 φορές περισσότερους πρώιμους θανάτους από ότι προκαλούν όλες μαζί οι παρακάτω καταστάσεις (οι οποίες σημειωτέων μπορούν και αυτές να προληφθούν):

Τροχαία ατυχήματα

Κατάχρηση αλκοολούχων ποτών

Τοξικομανία

Αυτοκτονίες

Όταν λέμε πρώιμους θανάτους εννοούμε τους θανάτους που έρχονται σε μικρότερη ηλικία από αυτή που λογικά το άτομο θα έπρεπε να πεθάνει. Τα πόσα χρόνια ένας καπνιστής χάνει από τη ζωή του είναι υπολογισμένο και εξαρτάται από τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζει.

Ο ισχυρισμός των καπνιστών «Δε βαριέσαι ας ζήσω και ένα χρόνο λιγότερο καπνίζοντας» απέχει πολύ από την πραγματικότητα.

Υπολογίζεται ότι ένας καπνιστής χάνει περίπου 10-15 χρόνια από τη ζωή του. Εκτός όμως από τα χρόνια που χάνονται θα πρέπει κανείς να υπολογίσει και τα χρόνια που υποφέρει ο καπνιστής από τις αρρώστιες που προκαλεί το κάπνισμα. (www.iatronet.gr/17 - 7 - 2006)

Η επιστράτευση αυτού του ακραίου επιχειρήματος δεν αποσκοπεί πουθενά αλλού παρά μόνο στο να απαλύνει τις ενοχές που αισθάνεται ο καπνιστής μέσα στην αδυναμία του να αποτάξει το τσιγάρο, αφού σίγουρα γνωρίζει πολλαπλάσια άτομα στο περιβάλλον του που επλήγησαν από θανατηφόρες ή μη παθήσεις που σχετίζονταν με το τσιγάρο.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι είναι άπειρα τα επιχειρήματα που μπορεί να επικαλεσθεί ένας καπνιστής είτε να δικαιολογήσει στον εαυτό του την ολέθρια συνήθειά του και να απαλύνει κατά κάποιο τρόπο τις ενοχές του είτε για να αντικρούσει τις συμβουλές και τις παροτρύνσεις των πιο αγαπητών προσώπων της οικογένειάς του που ικετευτικά του ζητούν να σταματήσει το κάπνισμα με μόνη ελπίδα να τον έχουν μερικά περισσότερα χρόνια κοντά τους.(Δοδόπουλος, 2004)

Το κάπνισμα δεν υπήρξε ποτέ προϊόν λογικής. Οι επιλογές των καπνοβιομηχανιών για την προώθηση των προϊόντων τους αφορούν απεριόριστες εικονικές εκδοχές της ιστορίας, της παράδοσης, των θρύλων και των επιθυμιών έτσι ώστε η διαφήμιση να απευθύνεται στη συναισθηματική σφαίρα παρά στη συνειδητοποιημένη λογική επιλογή.

Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην αύξηση της θνησιμότητας, της θνητότητας και της εν γένει νοσηρότητας είναι πλέον αποδεδειγμένες.

Το κάπνισμα, προκαλεί νοσήματα που ακόμη και οι πιο εύρωστες οικονομικά χώρες δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν. Εκτός όμως από τα χρήματα που ξοδεύονται για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας η συνήθεια από μόνη της είναι οικονομικά δυσβάσταχτη. Έχει υπολογισθεί, για παράδειγμα, ότι αν με τα δύο τρίτα των χρημάτων που ξοδεύονται για τσιγάρα αγοράζόταν τροφή θα ήταν αρκετή να σώσει 10 εκατομμύρια ανθρώπους από την πείνα. (Δοδόπουλος, 2004)

Το κάπνισμα είναι η δεύτερη αιτία θανάτου στον κόσμο. Ευθύνεται για ένα στους δέκα θανάτους ενηλίκων σε παγκόσμια κλίμακα. Δηλαδή από το κάπνισμα πεθαίνουν αυτή τη στιγμή 5 εκατομμύρια άνθρωποι το

χρόνο. Αν η καπνιστική συνήθεια συνεχισθεί με τον σημερινό ρυθμό μέχρι το 2025 το κάπνισμα θα κοστίζει 10 εκατομμύρια ανθρώπινες ζωές το χρόνο. Οι μισοί από τους σημερινούς καπνιστές (περίπου 650 εκατομμύρια άνθρωποι) θα πεθάνουν τελικά από νόσο που σχετίζεται με το κάπνισμα.(Δοδόπουλος, 2004)

Το BBC επισημαίνει ότι το κάπνισμα ευθύνεται για 4.000.000 θανάτους ετησίως, ενώ έως το 2030 ο αριθμός αυτός αναμένεται να ανέλθει στα 10.000.000 θύματα.

Το κάπνισμα σήμερα σκοτώνει 100.000 άτομα το χρόνο γεγονός που σημαίνει ότι ο 1 στους 4 καπνιστές θα πεθάνει από το κάπνισμα. Πιο απλά ακόμα σημαίνει ότι: 247 άτομα πεθαίνουν κάθε μέρα 11 άτομα πεθαίνουν κάθε ώρα 1 άτομο πεθαίνει κάθε πέντε λεπτά. (www.iatronet.gr,17/08/2006)

Θα πρέπει να τονίσουμε ότι μπορεί οι 3 στους 4 καπνιστές να μην πεθαίνουν από το κάπνισμα αλλά αυτό δε σημαίνει ότι δεν προσβάλλονται από παθήσεις οι οποίες μπορεί να μην είναι θανατηφόρες όμως σίγουρα είναι βασανιστικές αφού προκαλούν σημαντική αναπηρία.

A3.ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

A3.1 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΙ

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ;

Σε έναν υγιή οργανισμό εκατομμύρια κύτταρα διαιρούνται, πολλαπλασιάζονται και πεθαίνουν καθημερινά, για να αντικατασταθούν από νέα. Χάρη σε αυτόν το μηχανισμό, που ελέγχεται από το DNA μας , οι ιστοί και τα όργανα του σώματός μας επιδιορθώνονται και αναζωογονούνται. Οποιαδήποτε όμως αλλοίωση ή βλάβη στο DNA μπορεί να προκαλέσει τον ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό μη φυσιολογικών, καρκινικών κυττάρων, τα οποία όμως πολλαπλασιάζονται, δημιουργούν κακοήθεις όγκους, οι οποίοι εισβάλλουν σε γειτονικούς ιστούς και όργανα και τα καταστρέφουν. (Καλογεροπούλου, 2006)

Κατά το άρθρο της Αθανασοπούλου, του περιοδικού «Διατροφή – Health + Wellness», (2006), που είναι αφιερωμένο στην παγκόσμια ημέρα κατά του καπνίσματος, «το 21% των θανάτων από καρκίνο οφείλεται στο κάπνισμα».(σελ.11). Πρόκειται για ένα από τα συμπεράσματα που εξήχθησαν από την ανάλυση δεδομένων που συγκεντρώθηκαν από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) και ένα πρόγραμμα της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας. Η έρευνα – όπως αναφέρει το άρθρο – αφορούσε 1,42 εκατομμύρια θανάτους από καρκίνο κατά το 2000 και πραγματοποιήθηκε από επιδημιολόγους του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ. Όπως ήταν αναμενόμενο, ο καρκίνος έδωσε τα πλέον ‘εντυπωσιακά’ αποτελέσματα, καθώς το 70% των κρουσμάτων αποδίδονται στο κάπνισμα. Τα επόμενα υψηλά ποσοστά κρουσμάτων

καρκίνων που αποδίδονται στη βλαβερή αυτή συνήθεια αφορούσαν το ανώτερο αναπνευστικό (φάρυγγας, στόμα, οισοφάγος).(Αθανασοπούλου, 2006)

Σήμερα έχει αποδειχτεί ότι ο καπνός περιέχει μεγάλο αριθμό καρκινογόνων ουσιών, και επιδημιολογικά στοιχεία πείθουν για τη σχέση του καπνίσματος με μια σειρά από κακοήθεις νεοπλασίες.

Το κάπνισμα θεωρείται ο σπουδαιότερος παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του πνεύμονα, ο οποίος είναι 10 φορές συχνότερος στους καπνιστές από ότι στους μη καπνιστές. Ο κίνδυνος αυξάνει όσο αυξάνει η ποσότητα και η διάρκεια του καπνίσματος, και όσο μικρότερη είναι η ηλικία έναρξης, ενώ ελαττώνεται με τη διακοπή του καπνίσματος. Ο κίνδυνος είναι μικρότερος σε καπνιστές τσιγάρων με φίλτρο, σε καπνιστές πούρων και πίπας και στους καπνιστές που δεν εισπνέουν τον καπνό. Πάρ' όλα αυτά οι άνθρωποι που καπνίζουν πίπα ή πούρο διατρέχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθουν καρκίνο στα χείλη, τη γλώσσα, το λαιμό και τον οισοφάγο, από ότι εκείνοι που δεν καπνίζουν. (Jaffre and all, 1981) Στην περίπτωση της πίπας, ο καρκίνος αποδίδεται στη συνεχή θέρμανση από το άκρο της πίπας σε συνδυασμό με την επίδραση των καρκινογόνων ουσιών του καπνού. Το ίδιο είναι δυνατό να συμβαίνει με τα πούρα και τα τσιγάρα, αλλά σε πολύ μικρότερο βαθμό, ιδιαίτερα μάλιστα στα τσιγάρα. (Ευαγγελίδης, 1986)

Το κάπνισμα θεωρείται σημαντικός παράγοντας κινδύνου και για ορισμένους άλλους καρκίνους. Ο καπνιστής έχει 3 - 6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθει καρκίνο του λάρυγγα από ότι ένας μη καπνιστής. Ο κίνδυνος είναι ακόμη μεγαλύτερος αν το άτομο καταναλώνει αλκοόλ. Ο κίνδυνος για καρκίνο της στοματικής κοιλότητας υπολογίζεται ότι είναι 4 - 7 φορές μεγαλύτερος, για καρκίνο του ρινοφάρυγγα 2 φορές μεγαλύτερος. Για καρκίνο του οισοφάγου 2 - 6 φορές μεγαλύτερος.

Επίσης το κάπνισμα σχετίζεται με τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης, του παγκρέατος, του νεφρού και του ήπατος. (Jaffre and all, 1981)

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Το κάπνισμα αποδεδειγμένα σχετίζεται στενά με τον καρκίνο του πνεύμονα, ο οποίος αποτελεί την τρίτη πιο συχνή αιτία θανάτου. Ο συσχετισμός καρκίνου του πνεύμονα – καπνίσματος έγινε πρώτη φορά το 1948. Εκτιμάται ότι 250.000 άτομα πεθαίνουν ετησίως στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης από την ασθένεια αυτή. (www.neo.gr/22-7-2006)

Για τον καρκίνο του πνεύμονα ενοχοποιούνται διάφορα καρκινογόνα, όπως κάπνισμα, ακτινοβολία, αμίαντος και άλλα.

Από κλινικά δεδομένα και νεκροτομές, διαπιστώθηκε η ανάπτυξη βρογχογενούς καρκίνου ανάλογα βέβαια και με τον βαθμό του χρόνου επίδρασης του καπνού στην βλεννογόνο και ανάλογα με τον αριθμό της ημερήσιας ποσότητας τσιγάρων, όπως και με τον τρόπο του καπνίσματος (βαθείς ρουφηξιές). Επίσης έχει βρεθεί ότι οι καρκινογόνες ουσίες του καπνού έχουν μεταλλαξιογόνες ιδιότητες, δηλαδή, αλλαγή της γενετικής δομής. (Μπιλάλης, 1997)

Γενικά προκαλούνται αυξημένες χρωμοσωματικές παραλλαγές στα λεμφοκύτταρα των καπνιστών. Από έρευνα που έγινε διαπιστώθηκε μείωση της δραστηριότητας των φυσικών φονικών κυττάρων από το κάπνισμα. Αυτή η μείωση δραστηριότητας πιθανόν να παίζει ρόλο στην παθογένεση του καρκίνου του πνεύμονα των καπνιστών. Στην προαναφερόμενη έρευνα, το 90% των πασχόντων από καρκίνο του πνεύμονα ήταν καπνιστές. Η επιφάνεια του πνεύμονα είναι αρκετά

ευαίσθητη και τα μικρόβια καταστρέφονται από τα λευκά αιμοσφαίρια του πνεύμονα. Κατά το κάπνισμα όμως, η αμυντική ικανότητα μειώνεται και βραδέως αναμένεται η εξέλιξη του καρκίνου. Το κάπνισμα λοιπόν είναι μια αργή επιδείνωση της υγείας και κατά συνέπεια η αντοχή των ασθενών προοδευτικά μειώνεται.(Μπιλάλης, 1997)

Επίσης, αποτελέσματα που δημοσιεύτηκαν από ερευνητές το 1997, στην επιθεώρηση του Εθνικού Ινστιτούτου για τον καρκίνο του πνεύμονα, γράφουν πως μεταξύ των ατόμων με ιστορικό καπνίσματος, το 86% παρουσίασε γενετικές αλλαγές κατά τη βιοψία, ενώ το 24% έδειξε αλλαγές σε όλο το φάσμα των εξετάσεων. Παράλληλα οι βιοψίες σε μη καπνιστές απέδειξαν ότι δεν είχε γίνει καμία μετάλλαξη.(Μπιλάλης, 1997)

Οι γενετικές αυτές μεταλλάξεις σταδιακά οδηγούν στον καρκίνο, υπάρχουν όμως και στους πρώην καπνιστές, έστω και αν έχουν διακόψει το κάπνισμα προ πολλών ετών.(Μπιλάλης, 1997)

Οι καρκινογόνες ουσίες του καπνού απορροφώνται από την αναπνευστική βλεννογόνο, μεταβολίζονται στον οργανισμό του καπνιστή και αποβάλλονται με τα ούρα εμφανίζοντας μεταλλαξιογόνο δραστηριότητα κατά 5 – 10 φορές εντονότερη, από ότι τα ούρα των μη καπνιστών.(Μπιλάλης, 1997)

Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονα είναι μεγαλύτερος για τους καπνιστές τσιγάρου 9,0 φορές και μικρότερος για τους καπνιστές πίπας ή πούρου 2,5 – 2,9 φορές. Επίσης για τον καρκίνο, το φίλτρο των τσιγάρων προστατεύει κάπως από τα τσιγάρα χωρίς φίλτρο. (Μπιλάλης, 1997)

Σύμφωνα με την Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία, το 93% των καπνιστών καπνίζει τσιγάρα με φίλτρο. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι αυτοί που καπνίζουν τσιγάρα με χαμηλό ποσοστό πίσσας, δηλαδή τα «ελαφριά» τσιγάρα (βιολογικό φίλτρο) έχουν τις ίδιες πιθανότητες να

πεθάνουν από καρκίνο του πνεύμονα και καρδιαγγειακές παθήσεις. Προκειμένου δε να διατηρήσουν σταθερή την ποσότητα νικοτίνης στο αίμα καταναλώνουν περισσότερα τσιγάρα.

Επιπλέον αναφέρει σχετικά με τον καρκίνο του πνεύμονα, πως σπάνια συμβαίνει σε μη καπνιστές, είναι όμως το πιο συχνό αίτιο θανάτου των καπνιστών μετά τις καρδιακές προσβολές και τα εγκεφαλικά επεισόδια. Μελέτες δείχνουν ότι ένας ήπιος καπνιστής έχει 7 φορές πιο πολλές πιθανότητες να πεθάνει από καρκίνο του πνεύμονα, απ' ότι ένας μη καπνιστής, ενώ ένας μέτριος 12 φορές και ένας φανατικός 28 φορές πιο πολλές πιθανότητες από ένα μη καπνιστή. Το 85% των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα οφείλονται στο τσιγάρο. (www.neo.gr/22 - 7 - 2006)

Τον Ιούνιο του 1995 Έλληνες επιστήμονες ανακάλυψαν ένα νέο φίλτρο που προστατεύει τους καπνιστές από τον καρκίνο του πνεύμονα ` το φίλτρο αυτό, η σύσταση του οποίου βασίζεται στην αιμοσφαιρίνη, προσαρμόζεται στο τσιγάρο και απορροφά το 85% των βλαβερών ουσιών του καπνού. (www.neo.gr/22-7-2006)

Η θνησιμότητα από πνευμονικό καρκίνο εξ αιτίας του καπνίσματος, μειώνεται προοδευτικά στους πρώην καπνιστές, ανάλογα με τον αριθμό των ετών από τότε που έκοψαν το κάπνισμα.[...]. Ένας πρώην καπνιστής ο οποίος δεν κάπνισε τα τελευταία 5 χρόνια, μειώνει τον κίνδυνο να πεθάνει στο 40%, σε σύγκριση με εκείνον που συνεχίζει να καπνίζει' και μετά 15 χρόνια απόχης από το κάπνισμα, οι πρώην καπνιστές παρουσιάζουν θνησιμότητα ελαφρώς μόνο μεγαλύτερη από εκείνους οι οποίοι δεν κάπνισαν ποτέ. (Αβραμίδης, 1988)

Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο και για τους τέσσερις κύριους τύπους καρκίνου του πνεύμονα : όπως πλακωδών κυττάρων,

μικροκυτταρικό, μεγαλοκυτταρικό και αδenoκαρκίνομα. Για τους δύο τελευταίους τύπους η ευθύνη του καπνίσματος είναι μικρότερη. (Μπιλάλης, 1997)

Ύστερα από εκτεταμένες μελέτες για τον βρογχογενή καρκίνο, που έγιναν στο βρογχικό επιθήλιο των καπνιστών, σημειώθηκε μια σειρά παθολογικών αλλοιώσεων: απώλεια κροσσών, υπερπλασία του βασικού επιθηλίου, πυρηνικές ανωμαλίες (εμφάνιση άτυπων κυττάρων, με ανώμαλο υπερχρωματικό πυρήνα) και άτυπη πλακώδης μετάπλαση. Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι στο βρογχικό επιθήλιο μη καπνιστών δεν έχουν παρατηρηθεί και οι τρεις αλλοιώσεις μαζί. Αντίθετα, παρατηρούνται σε ποσοστό 9,3 % στους καπνιστές 20 – 40 τσιγάρων την ημέρα, σε ποσοστό 11,4% σε αυτούς που καπνίζουν πάνω από 40 τσιγάρα την ημέρα και σε ποσοστό 15,0% περίπου σε όσους πέθαναν από πνευμονικό καρκίνο.

Σε νέους καπνιστές κάτω των 40 ετών, οι πρώιμες παθολογοανατομικές αλλοιώσεις αφορούν στα μικρά βρογχιόλια και τα κυψελιδικά τοιχώματα. Ενδιαφέρουσα φαίνεται η παρατήρηση ότι οι αλλοιώσεις αυτές υποχωρούν με τη διακοπή του καπνίσματος και παράλληλα υποχωρεί και ο κίνδυνος της νόσου. Η συμπτωματολογία του καρκίνου του πνεύμονα εκδηλώνεται με μόνιμο βήχα 75%, με πόνο στο στήθος 40%, με προοδευτική απώλεια βάρους 40% λόγω ανορεξίας, με αιμόπτυση και άλλα συμπτώματα. (Μπιλάλης, 1997)

Όσον αφορά τις γυναίκες, από μελέτες που διεξήχθησαν, διαπιστώθηκε ταχύτερη ανάπτυξη καρκίνου από ότι στους άντρες και έχει καταστεί η πρώτη αιτία θανάτου των γυναικών από όλες τις κακοήθειες νόσους, διότι ο αριθμός των καπνιστριών συνεχώς αυξάνεται τα τελευταία χρόνια. Ο καρκίνος του πνεύμονα στις γυναίκες αυξάνει συνεχώς και μειώνεται εκείνος του μαστού. (Μπιλάλης, 1997)

Για την γυναίκα που καπνίζει δύο πακέτα τσιγάρα την ημέρα, οι κίνδυνοι πρόωρου θανάτου είναι μεγαλύτεροι παρά σε μια μη καπνίστρια. Ακόμη σημειώνουν περισσότερες απώλειες ωρών εργασίας λόγω της κακής υγείας. Προσβάλλονται επίσης στο διπλάσιο από έλκος στομάχου. Ανεξαρτήτως φύλου και φυλής ο αριθμός των τσιγάρων και η διάρκεια της συνήθειας του καπνίσματος αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την εμφάνιση καρκίνου των πνευμόνων. (Μπιλάλης, 1997)

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΤΟΦΑΡΥΓΓΑ ΚΑΙ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Ο κίνδυνος στους καπνιστές από καρκίνο του στοματοφάρυγγα είναι ακόμη μεγαλύτερος εάν οι καπνιστές κάνουν ταυτόχρονη κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών. Αυτός ο συνδυασμός αποτελεί σημαντικό αιτιολογικό παράγοντα του καρκίνου του οισοφάγου και του στόματος σε μεγάλο ποσοστό.(Μπιλάλης, 1997)

Ούτως ή άλλως η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου της στοματικής κοιλότητας, του οισοφάγου, του λάρυγγα, του μαστού, και του ήπατος. Η βλαβερή του επίδραση αυξάνεται σημαντικά με το κάπνισμα.(Καλογεροπούλου, 2006)

Ο συνηθέστερος ιστολογικός τύπος καρκίνου του στόματος είναι το καρκίνωμα των πλακωδών κυττάρων. Αναπτύσσεται λόγω του καπνίσματος, καρκίνος της γλώσσας, των σιελογόνων αδένων, του στόματος και του φάρυγγα. Οι καπνιστές πίπας και πούρων διατρέχουν τον ίδιο κίνδυνο να προσβληθούν με τους καπνιστές τσιγάρων, ενώ το μάσημα και ο ερρινισμός καπνού συνδέονται με μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου του στόματος. Υπολογίζεται ότι οι περισσότεροι από το 80% των καρκίνων της παρειάς και των ούλων έχουν σχέση με την τοπική εφαρμογή καπνού στην ρινοστοματική κοιλότητα.(Μπιλάλης, 1997)

Επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι οι πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του οισοφάγου είναι 2 – 10 φορές περισσότερες στους καπνιστές κατά τρόπο σαφώς που σχετίζεται με τον αριθμό των καταναλωμένων τσιγάρων.(Μπιλάλης, 1997)

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Παλαιότερα ήταν πιο δύσκολο να αποδοθεί ευθύνη στο κάπνισμα για τον καρκίνο του λάρυγγα, διότι δεν υπήρξε κάποια ιδιαίτερη αύξηση περιστατικών κατά διάφορα στατιστικά στοιχεία.. Άλλες πάλι έρευνες έδειχναν τη συχνότητα της ασθένειας σε εκείνους που προτιμούσαν να καπνίζουν πίπα και πούρα. Γενικά στις νεκροψίες, είχαν παρατηρηθεί υπερπλαστικές αλλαγές στο επιθήλιο του λάρυγγα σε βαρείς καπνιστές. Λαμβάνοντας βέβαια υπ' όψιν πως το κάπνισμα επιδρά και επηρεάζει αρνητικά άλλα μέρη του αναπνευστικού συστήματος, είναι απόλυτα φυσιολογικό να παραδεχτούμε τη σχέση μεταξύ καπνού και λαρυγγικού καρκίνου.(Ευαγγελίδης, 1986)

Ο καρκίνος του λάρυγγα πολύ σπάνια προσβάλλει τις γυναίκες. Διάφορες στατιστικές βρίσκουν τη συχνότητα στους άνδρες 5, 10 και 13 φορές μεγαλύτερη παρά στις γυναίκες.(Ευαγγελίδης, 1986)

Σήμερα πολυάριθμες επιδημιολογικές κλινικές και παθολογοανατομικές μελέτες έχουν τεκμηριώσει σαφώς, ότι το κάπνισμα τσιγάρων σχετίζεται αιτιολογικά με καρκίνο του λάρυγγα. Ο κίνδυνος για καρκίνο του λάρυγγα είναι 10πλάσιος στους καπνιστές άνδρες και 8πλάσιος στις γυναίκες. Υπολογίζεται ότι οι καπνιστές έχουν 2 – 30 μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του λάρυγγα σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Η κατάχρηση καπνού και οινοπνευματωδών ποτών, όπως προαναφέρθηκε, από το ίδιο άτομο αυξάνει ακόμη περισσότερο τις πιθανότητες να ασθενήσει.(Μπιλάλης, 1997)

Το βασικό σύμπτωμα είναι ο παρατεινόμενος βρόγχος της φωνής που θα αναγκάσει τον ασθενή να καταφύγει σε λαρυγγολόγο γιατρό.

Ως γνωστόν στο τσιγάρο εμπεριέχονται ραδιενεργό πολώνιο – 210, του οποίου η παράμετρος είναι η σοβαρότερη καρκινογένεση πνεύμονα, λάρυγγα ` και κανένα φίλτρο μέχρι σήμερα, ούτε και το βιολογικό, το εμποδίζουν να περάσει στον οργανισμό του καπνιστή.(Μπιλάλης, 1997)

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ ΚΑΙ ΝΕΦΡΩΝ

Με τα χρόνια παρατηρείται αύξηση της συχνότητας του καρκίνου ουροδόχου κύστης και νεφρών αποδιδόμενη κατά 50% στο κάπνισμα. Ο κίνδυνος καρκίνου στα όργανα αυτά όταν διακοπεί το κάπνισμα, δεν μειώνεται τόσο, όσο σε άλλα όργανα του σώματος.(Μπιλάλης, 1997)

Οι εργάτες που ασχολούνται στην παραγωγή βαφών, ελαστικών, δέρματος και άλλων προϊόντων που περιέχουν οργανικές χημικές ενώσεις, όταν καπνίζουν εμφανίζουν καρκίνο ουροδόχου κύστης σε υψηλότερα ποσοστά έναντι των μη καπνιζόντων εργατών.(Μπιλάλης, 1997)

Η αιτιολογική συσχέτιση καρκίνου και καπνίσματος παρ' όλα αυτά αποδίδεται στον ενδογενή σχηματισμό νιτροζαμινών από την πίσσα του καπνού. Οι νιτροζαμίνες που είναι γνωστά καρκινογόνα, αποβάλλονται από τα ούρα και προκαλούν καρκίνο της ουροδόχου κύστης. Η καρκινογένεση της ουροδόχου κύστης σχετίζεται με τον αριθμό των τσιγάρων σε ημερήσια κατανάλωση. Επίσης έχει διαπιστωθεί, πως το κάπνισμα ασκεί συνεργατικά δράση με διάφορες καρκινογόνες ουσίες του περιβάλλοντος που ενοχοποιούνται για πρόκληση καρκίνου της ουροδόχου κύστης.(Μπιλάλης, 1997)

Η χρόνια μόλυνση και τοξίκωση προετοιμάζουν το έδαφος για την εξέγερση των κυττάρων. Μόνο ένα αρκεί να μην υπακούσει, να ξεφύγει

από την επιτήρηση των λευκών αιμοσφαιρίων, να πολλαπλασιαστεί με άναρχο τρόπο, για να αρχίσει η διαδικασία της καρκινογένεσης. Βέβαια τα νεφρά, κάνουν τα πάντα για να διώξουν όσο το δυνατόν περισσότερο τις τοξικές ουσίες που είναι παρούσες μέσα στο αίμα. Έτσι τις συγκεντρώνουν στα ούρα. Αυτά όμως τα επικίνδυνα απόβλητα δεν παραλείπουν να επιτεθούν στα τοιχώματα του ουροποιητικού. Η ουροδόχος κύστη είναι συχνά το καθορισμένο θύμα στους μανιώδεις καπνιστές. Ωστόσο κάθε πεπλατυσμένο κύτταρο της ουροδόχου κοιλότητας έχει τρία φύλλα στεγανά και ελαστικά ταυτόχρονα, που σκεπάζουν την εξωτερική της μεμβράνη. Αυτό προστατεύει το κύτταρο από τα επικίνδυνα προϊόντα που κολυμπούν μες τα ούρα. Όταν όμως, το επίπεδο της νικοτίνης ξεπεράσει το ανεκτό «όριο», το δηλητήριο διαβρώνει τα προστατευτικά φύλλα. Προκαλεί σ' αυτά ρωγμές, αποκολλάει τμήματά τους, τρυπά τη μεμβράνη και επιτίθεται στον πυρήνα των κυττάρων.(Μπιλάλης, 1997)

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι το ίδιο συχνός με αυτόν του πνεύμονα.(Δρ. Τραν Κυ and all, 2000)

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Από διάφορες επιδημιολογικές μελέτες έχουν προκύψει ενδείξεις ότι υπάρχει σχέση μεταξύ καπνίσματος και του καρκίνου του παγκρέατος. Περίπου το 30% των θανάτων από καρκίνο του παγκρέατος αποδίδονται στο κάπνισμα. Για το πάγκρεας, ο κίνδυνος υπολογίζεται διπλάσιος έως πενταπλάσιος, όταν τα τσιγάρα ανέρχονται από 20 – 40 ημερησίως.(Μπιλάλης, 1997)

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Η νικοτίνη είτε απορροφηθεί κατευθείαν από το σάλιο, είτε μεταφερθεί με το αίμα, είτε εισπνευστεί παθητικά, επιτίθεται στο γαστρικό βλεννογόνο και επιδεινώνει το έλκος.(Δρ Τραν Κυ and all, 2000)

Η συνολική θνησιμότητα του καρκίνου του στομάχου έχει ελαττωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Η ήπια αύξηση του κινδύνου καρκίνου του στομάχου είναι κατά μέσο όρο 50% για τους καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνιστές.(Μπιλάλης, 1997)

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Οι γυναίκες που καπνίζουν και παίρνουν αντισυλληπτικά χάπια έχουν αυξημένα επίπεδα βλάβης στο DNA του τραχηλικού τους ιστού, συγκριτικά με καπνίστριες που δεν παίρνουν αντισυλληπτικά χάπια. Έρευνες για τα επίπεδα παραγώγων στο DNA παρέχουν αποδείξεις ότι το κάπνισμα συνιστά παράγοντα επικινδυνότητας για καρκίνο στον τράχηλο. Επίσης μπορεί και ο σεξουαλικός μεταδιδόμενος ανθρώπινος ιός παπίλομα (HPV) να λειτουργεί σαν προαγωγός στη γενετική βλάβη που προκαλεί το κάπνισμα για τη δημιουργία καρκίνου.(Μπιλάλης, 1997)

Για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, εκτός από τον υπεύθυνο ιό παπίλομα, συμβάλλουν και οι νιτροζαμίνες, ως καρκινογόνες ουσίες του καπνού που επιδρούν εκλεκτικά στο επιθήλιο του τραχήλου της μήτρας. Από άλλες μελέτες παλαιότερα, βρέθηκε ότι οι καπνίστριες έχουν

μεγαλύτερη βλάβη του DNA των τραχηλικών κυττάρων απ' ότι οι μη καπνίστριες.(Μπιλάλης, 1997)

Διάφοροι ερευνητές βρήκαν ότι η συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι τρεις φορές μεγαλύτερη στις καπνίστριες γυναίκες και μάλιστα τις βαριές από τις καπνίστριες.(Μπιλάλης, 1997)

Το κάπνισμα και ο ιός του έρπητα ζωστήρα επιδρούν στο επιθήλιο του τραχήλου της μήτρας που προκαλούν καρκίνο. Οι κύριοι καθοριστικοί παράγοντες για καρκίνο του τραχήλου πιστεύεται ότι περιλαμβάνουν σεξουαλικούς παράγοντες και μολυσματικές νόσους.(Μπιλάλης, 1997)

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Διάφορες επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο κάπνισμα και την ανάπτυξη πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος. Η βλαπτική επίδραση στο ήπαρ σχετίζεται περισσότερο με ιστορικό προσβολής από ηπατίτιδα Β και λιγότερο, με παράλληλη χρήση οινοπνεύματος. Το κάπνισμα προκαλεί χολολιθίαση και οι νιτροζαμίνες του τσιγάρου ευθύνονται για ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Το κάπνισμα ευνοεί την ενεργοποίηση των ενζύμων που είναι υπεύθυνα για την αποδόμηση φαρμάκων στο ήπαρ και έτσι μειώνεται η δράση τους. Ως τέτοια φάρμακα αναφέρονται η θεοφυλλίνη, η φαινακετίνη, η αντιπυρίνη, η καφεΐνη, η βιταμίνη C και άλλα. Το κάπνισμα επηρεάζει επίσης το αποτέλεσμα μερικών εργαστηριακών εξετάσεων π.χ. του αιματοκρίτη, της αιμοσφαιρίνης, και των λευκοκυττάρων.(Μπιλάλης, 1997)

Σε περίπτωση κίρρωσης του ήπατος είτε εξαιτίας αλκοολισμού είτε από μόλυνση, η λειτουργία αποτοξίνωσης του οργάνου είναι ελλιπής. Το

κάπνισμα σ' αυτή την περίπτωση είναι επικίνδυνο εφόσον οι τοξικές ουσίες δεν θα αλλοιωθούν ποτέ. Επωφελούνται μάλιστα της κατάστασης και επιταχύνουν τη καταστροφή του ήπατος.(Δρ. Τραν Κυ and all, 2000)

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ – «ΑΣΘΕΝΕΙΑ» ΠΕΟΥΣ

Το τσιγάρο δεν είναι άμεσα υπεύθυνο για τους κακοήθεις ή καλοήθεις όγκους του προστάτη. Συμβάλλει ωστόσο στη δημιουργία τους, επιδεινώνοντας τις βλάβες στο επίπεδο των νευρικών κλάδων που ελέγχουν την ούρηση, κάνοντας τα κύτταρα εύθραυστα.. ο καρκίνος του προστάτη στους καπνιστές εξελίσσεται με αστραπιαία ταχύτητα, άσχετα από τη θεραπεία που ακολουθείται. Αντίθετα, αυτός ο καρκίνος στους μη καπνιστές παραμένει λανθάνων για πολύ καιρό και είναι ευαίσθητος στην ιατρική θεραπεία.(Δρ. Τραν Κυ and all, 2000)

Όσον αφορά το πέος ενός άνδρα που καπνίζει, συμβαίνει το ίδιο ό,τι και στις στεφανιαίες αρτηρίες της καρδιάς. Τα ενδοθηλιακά κύτταρα που καλύπτουν το εσωτερικό των αγγείων, καθώς καπνίζονται, παραλύουν και δηλητηριάζονται αδιάκοπα, χάνοντας προοδευτικά τη λειτουργία τους. Αφήνονται να κυριευθούν από τα τοξικά απόβλητα, από μόρια λίπους, θρόμβους αίματος, ακόμα και μεταλλικά άλατα. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, οι αρτηρίες του πέους υποφέρουν από πάχυνση του τοιχώματος τους και η ελαστικότητά του εκμηδενίζεται. Είναι η διαδικασία της αρτηριοσκλήρωσης, που η εξέλιξη της θα περιορίσει τη διάμετρο των αγγείων, θα παρενοχλήσει την ελεύθερη κυκλοφορία, θα θέσει το όργανο στο έλεος του παραμικρού θρόμβου, που θα μπορεί πάντα να προκαλέσει μια απόφραξη, μια εμβολή. (Δρ. Τραν Κυ and all, 2000)

ΑΙΜΑΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Από μελέτες υπάρχουν ενδείξεις και σε ποσοστό 20 – 30% να υπάρχει σχέση καπνίσματος και λευχαιμίας. Η παθογένεια αυτής της σχέσης είναι προς το παρόν υποθετική. Ο καπνός των τσιγάρων περιέχει βενζένιο και είναι πηγή ιονίζουσας ακτινοβολίας (πολώνιο – 210) πράγματα που είναι και τα δύο αιτίες λευχαιμίας.(Μπιλάλης, 1997)

A3.2 Η ΑΠΩΛΕΙΑ ΜΝΗΜΗΣ ΚΑΙ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Η μνήμη φαίνεται από πρόσφατες έρευνες, ότι υποφέρει από τοξικές επιδράσεις του καπνίσματος. Τα άτομα που καπνίζουν περισσότερα από 20 τσιγάρα την ημέρα, όταν είναι μεταξύ 40 – 50 παρουσιάζουν μεγαλύτερη επιδείνωση της μνήμης τους. Η απώλεια της μνήμης που παρουσιάζουν είναι ανεξάρτητη από την οικονομική ή κοινωνική κατάσταση τους από το επάγγελμα ή το φύλλο τους. Το σοβαρό αυτό συμπέρασμα προέκυψε από έρευνα στο Λονδίνο σε 5.362 άτομα. Τα άτομα αυτά γεννήθηκαν το 1946 και μέχρι που έγιναν 53, οι ερευνητές επικοινωνήσαν μαζί τους 21 φορές για να αξιολογηθεί η εξέλιξη τους. (www.medlook.net/4-8-2006)

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη υποβλήθηκαν κατά καιρούς σε διάφορα ψυχομετρικά τεστ. Σε τεστ που αξιολογούσαν την προφορική μνήμη, την ταχύτητα και τη συγκέντρωση, βρέθηκε ότι οι καπνιστές παρουσίασαν μια ταχύτερη επιδείνωση των δυνατοτήτων τους, με την αύξηση της ηλικίας σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. (www.medlook.net/4-8-2006)

Οι ερευνητές δεν μπόρεσαν να απαντήσουν στο ερώτημα γιατί παρατηρείται το φαινόμενο αυτό, με ποιο τρόπο δηλαδή δρα το κάπνισμα και οι τοξικές του ουσίες ώστε να μειώνουν τη μνήμη. Μια υποψία είναι η επιτάχυνση της απώλειας της μνήμης που παρατηρείται στους καπνιστές, μπορεί να οφείλεται στην αύξηση της πίεσης που προκαλεί το κάπνισμα. Η αύξηση της πίεσης αλλοιώνει τη ροή του αίματος προς τον εγκέφαλο. Το γεγονός αυτό μπορεί να συμβάλλει σε μειωμένη προς τον εγκέφαλο προσφορά θρεπτικών ουσιών που με τη σειρά τους να προκαλούν μακροχρόνια προβλήματα στη μνήμη. (www.medlook.net/4-8-2006)

A3.3 ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Σε μια πρωτότυπη έρευνα, γιατροί και επιστήμονες από τη Σκωτία, εξέτασαν την επιρροή του καπνίσματος στο δείκτη νοημοσύνης. Χρησιμοποίησαν τεστ νοημοσύνης που έγιναν σε 465 άτομα το 1947, όταν τα εν λόγω άτομα ήταν ηλικίας 11 ετών (γεννήθηκαν το 1936) και είχαν στη διάθεσή τους το παιδικό I.Q που υπολογίστηκε τότε. Τα ίδια άτομα αξιολογήθηκαν ξανά και μετρήθηκε το I.Q τους, μεταξύ 2000 – 2004, όταν είχαν φτάσει στα 64 τους χρόνια. (www.medlook.net/4-8-2006)

Αποτελέσματα :

1. Οι καπνιστές είχαν σημαντικά χειρότερα αποτελέσματα σε πέντε διαφορετικά τεστ αξιολόγησης γνωστικών ικανοτήτων, σε σύγκριση με αυτούς που δεν κάπνισαν ποτέ ή που το είχαν διακόψει.
2. Η ψυχοκινητική ταχύτητα ήταν πιο μειωμένη στους καπνιστές.
3. Οι βλαβερές επιδράσεις του καπνίσματος στις πνευματικές δεξιότητες, ήταν πιο εμφανής στους καπνιστές παρά στους μη καπνιστές. Είναι πιθανό ότι οι μειονεξίες των πνευματικών ικανοτήτων εμφανίζονται μετά από πολλά χρόνια καπνίσματος. Επίσης όταν συνδυάζονται με τις αλλαγές που προκαλούνται λόγω ηλικίας, τα αποτελέσματα ίσως είναι χειρότερα. Προηγούμενες έρευνες εισηγήθηκαν ότι από την ηλικία των 53, αρχίζει να εμφανίζεται η εν λόγω σημαντική για τον εγκέφαλο συνέργια.

Για να ερμηνευτούν οι σημαντικές αυτές διαφορές στις πνευματικές ικανότητες μεταξύ καπνιστών και μη, ελήφθησαν υπ` όψιν τα I.Q. κατά την παιδική ηλικία, το επίπεδο μόρφωσης , το επάγγελμα, η λειτουργία των πνευμόνων και τι ιστορικό του καπνίσματος. (www.medlook.net/4-8-2006)

Το κάπνισμα φάνηκε ότι είναι ανεξάρτητος παράγοντας που συμβάλλει μέχρι και 1% στην απώλεια των γνωστικών ικανοτήτων. Ο συνδυασμός όμως καπνίσματος και κακής πνευμονικής λειτουργίας, συμβάλλει μέχρι 4% στη μείωση των γνωστικών ικανοτήτων. (www.medlook.net/4-8-2006)

Η χρήση του I.Q όπως υπολογίστηκε κατά την παιδική ηλικία, για την αξιολόγηση της επίδρασης του καπνίσματος στις πνευματικές ικανότητες κατά τη διάρκεια της ζωής, προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα. (www.medlook.net/4-8-2006)

Δίνει έναν αρχικό υπολογισμό των πνευματικών ικανοτήτων προτού ακόμη αρχίσει το κάπνισμα. Δείχνει το επίπεδο πνευματικών ικανοτήτων προτού ακόμη αρχίσει η επαγγελματική ζωή, διότι ορισμένα επαγγέλματα συνδυάζονται περισσότερο με το κάπνισμα, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει στη μείωση του I.Q. Τέλος η σύγκριση του I.Q. στην παιδική προχωρημένη ηλικία, επιτρέπει να φανεί η διαφορά που επέρχεται στις πνευματικές δεξιότητες ενός ατόμου κατά τη διάρκεια μιας ολόκληρης ζωής. (www.medlook.net/4-8-2006)

Οι λόγοι δεν έχουν πλήρως διαλευκανθεί. Είναι πιθανό η λειτουργία των πνευμόνων που επηρεάζεται αρνητικά από το κάπνισμα, να συμβάλλει στην απώλεια γνωστικών ικανοτήτων.

Μια άλλη πιθανή εξήγηση είναι ότι ο εγκέφαλος των καπνιστών υφίσταται οξειδωτικές αλλοιώσεις από τα τοξικά περιεχόμενα του καπνού. Οι νευρώσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στους οξειδωτικούς βλαβερούς παράγοντες. (www.medlook.net/4-8-2006)

A3.4 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΤΥΦΛΩΣΗ

Μέσα από έρευνες αποδείχτηκε πως το ενεργητικό και το παθητικό κάπνισμα είναι αιτίες απώλειας όρασης και τύφλωσης.(www.medlook.net/5-8-2006)

Υπάρχουν χιλιάδες καπνιστές που δεν υποψιάζονται καθόλου ότι το κάπνισμα είναι σε θέση να τους στερήσει την όρασή τους. Έρευνες σε ασθενείς έχουν δείξει ότι ενώ το 90% γνώριζαν ότι το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο των πνευμόνων, μόνο το 10% γνώριζαν πως η βλαβερή αυτή συνήθεια είναι σε θέση να προκαλέσει τύφλωση.(www.medlook.net/5-8-2006)

Οι τοξικές χημικές ουσίες που εισέρχονται λόγω του καπνίσματος, ενεργητικού ή παθητικού, επηρεάζουν τα μικρά αιμοφόρα αγγεία των ματιών και σταδιακά προκαλούν μόνιμες βλάβες.(www.medlook.net/5-8-2006)

Μία από τις κυριότερες αιτίες τύφλωσης, είναι ο εκφυλισμός της ωχράς κηλίδας του αμφιβληστροειδούς χιτώνα του ματιού. Η συχνότητά της αυξάνεται με την ηλικία. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι άνω των 60 ετών. Όμως όταν υπάρχει γενετική προδιάθεση , η νόσος εκδηλώνεται πιο νωρίς, σε μεσήλικες.(www.medlook.net/5-8-2006)

Στη νόσο αυτή, επηρεάζεται η κεντρική όραση. Η ωχρά κηλίδα του αμφιβληστροειδούς ευθύνεται για την κεντρική, μεγάλης ευκρίνειας όραση. Οι ασθενείς δεν μπορούν να διαβάσουν ή να οδηγήσουν. Μερικοί ασθενείς δεν χάνουν πλήρως την όραση τους αλλά άλλοι τυφλώνονται.(www.medlook.net/5-8-2006)

Μια μεγάλη Ευρωπαϊκή έρευνα που πρόκειται να δημοσιευτεί σύντομα (European Eye Study), συμπεριέλαβε 5.000 ασθενείς με εκφυλισμό της ωχράς κηλίδας. Από τα ευρήματα προέκυψαν τα εξής :

1. Στο 27% των ασθενών με εκφυλισμό της ωχράς κηλίδας του ματιού, η κυριότερη αιτία βρέθηκε να είναι το κάπνισμα
2. Ο καταρράκτης βρέθηκε να εκδηλώνεται στους καπνιστές, 10 έως 15 χρόνια πιο νωρίς από ότι στους μη καπνιστές
3. Οι καπνιστές έχουν 2 έως 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από εκφυλισμό της ωχράς κηλίδας.(www.medlook.net/5-8-2006)

Εάν πρόκειται για καπνιστές που επιπρόσθετα έχουν γενετική προδιάθεση για τη νόσο, τότε οι πιθανότητες τους να παρουσιάσουν τη νόσο, γίνονται 8 φορές περισσότερες από τους μη καπνιστές.(www.medlook.net/5-8-2006)

Πρέπει να επισημανθεί ότι και άλλες έρευνες έδειξαν ότι το παθητικό κάπνισμα μπορεί να οδηγήσει σε παθήσεις των ματιών.

Ήδη οι οφθαλμίατροι σε πολλές χώρες, ζητούν όπως στα πακέτα των τσιγάρων να αναγράφεται ότι το κάπνισμα προκαλεί τύφλωση. Είναι γνωστό ότι τα πακέτα σήμερα αναγράφουν πως το κάπνισμα σκοτώνει, προκαλεί καρκίνο, καρδιοπάθειες και στυτικές δυσλειτουργίες.

Η απώλεια όρασης όμως είναι από τις χειρότερες παθήσεις που μπορεί να υποστεί κάποιος άνθρωπος.(www.medlook.net/5-8-2006)

Είναι πολύ σημαντικό λοιπόν να γίνονται συνεχώς προσπάθειες, για να ενημερώνονται οι άνθρωποι πως το κάπνισμα μπορεί να τους «κλέψει» την όραση.

Ίσως ακόμη να χρειάζονται επειγόντως να γίνουν ενέργειες δεδομένου ότι οι περισσότεροι παθητικοί ή ενεργητικοί καπνιστές, αγνοούν τον κίνδυνο των τοξικών ουσιών του καπνού για τα μάτια και την όραση τους. (www.medlook.net/5-8-2006)

A3.5. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Τα αναπνευστικά όργανα είναι το πρώτο σημείο που ενεργεί ο καπνός και οι βλαβερές ουσίες που περιέχει. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει πολλές ερεθιστικές ουσίες όπως το υδροκυάνιο, οι φαινόλες, η ακρολεΐνη, τα οξείδια του αζώτου κ.α. που εισπνεόμενα με τα καυσαέρια του καπνού, ερεθίζουν το βλεννογόνο των βρόγχων και προκαλούν χρόνιες πνευμονοπάθειες. (Μπιλάλης, 1997)

Το υδροκυάνιο, η ακρολεΐνη και οι Φαινόλες ως αεριώδεις υδροδιαλυτές ουσίες, εύκολα απορροφούνται από το βλεννογόνο των μεγαλύτερων βρόγχων, επιδρούν παραλυτικά και καταστρέφουν με πρωτεόλυση τους κροσσούς του βρογχικού επιθήλιου. Το υδροκυάνιο σε δόση 0,04- 0,06 του γραμμαρίου προκαλεί ακαριαίο θάνατο σε ενήλικα. Τα οξείδια του αζώτου είναι και αυτά αεριώδη, επιδρούν κυρίως στους μικρούς βρόγχους (βρογχιόλια), όπως και η ακρολεΐνη και προκαλούν απελευθέρωση ισταμίνης, βρογχοσπασμό και πάχυνση του τοιχώματος με αποτέλεσμα τη χρόνια στένωση και το εμφύσημα. (Μπιλάλης, 1997)

Υπολογίζεται ότι το 80-90 % των αναπνευστικών παθήσεων συνδέονται με τη βλαβερή συνήθεια του καπνίσματος. Λόγω του συνεχούς ερεθισμού από τα καυσαέρια του καπνού, τα διάφορα συμπτώματα που προκαλούνται, όπως η δύσπνοια, η μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας, η χρόνια λαρυγγίτιδα, οι συχνές λοιμώξεις και ο πρωινός βήχας, είναι πολύ γνώριμα στους καπνιστές. Επιπλέον, εμφανίζονται κόκκινοι ή άσπροι λεκέδες στο στόμα, κομμένη ανάσα και λαχάνιασμα, και πόνοι στο θώρακα. (Μπιλάλης, 1997)

Το κάπνισμα θεωρείται ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (Χρόνια Βρογχίτιδα και Πνευμονικό Εμφύσημα) η οποία αποτελεί συχνό αίτιο προσωρινής ή

μόνιμης αναπηρίας και από τις πρώτες αιτίες θανάτου στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες. Οι καπνιστές παρουσιάζουν θνησιμότητα και διπλάσια από τους μη καπνιστές.(Μπιλάλης, 1997)

Η Χ.Α.Π. είναι ένα σύνολο παθήσεων που έχουν κοινό γνώρισμα τη διάχυτη και επίμονη στένωση των αεροφόρων οδών, με αποτέλεσμα την αύξηση των πνευμονικών αντιστάσεων κατά την εκπνοή του αέρα. Οι παθήσεις αυτές είναι το βρογχικό άσθμα, η χρόνια βρογχίτιδα και το πνευμονικό εμφύσημα. Οι κλινικοί μελετούν τις ανωτέρω τρεις καταστάσεις υπό τον κοινό όρο Χ.Α.Π. ο οποίος περιλαμβάνει χρόνιες μη ειδικές πνευμονικές παθήσεις των οποίων χαρακτηριστικό είναι η χρόνια εκπνευστική απόφραξη, καθώς είναι δυσχερής συνήθως η διάκριση, αν όχι αδύνατη, από τον ειδικό.(Μπιλάλης, 1997)

1.Βρογχικό άσθμα

Χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζοντα και αναστρέψιμο βρογχοσπασμό. Η νόσος εκδηλώνεται με παροξυσμούς δύσπνοιας, συρίττουσα αναπνοή, ξηρό παροξυσμικό βήχα και απόχρεμψη. Σήμερα είναι αποδεκτό ότι η απόφραξη που παρατηρείται είναι αποτέλεσμα της επίδρασης βιολογικά δραστικών ουσιών (ισταμίνη, προσταγλανδίνες και λευκοτριένια) που εκλύονται ή παράγονται από ορισμένα κύτταρα του πνεύμονα (ουδετερόφυλλα, μακροφάγα, σιτευτικά) μετά από επίδραση εξωγενών ή και ενδογενών παραγόντων. Τέτοιοι παράγοντες είναι: **ερεθιστικές ουσίες (όπως ο καπνός του τσιγάρου, το οξείδιο του αζώτου)**, αλλεργιογόνα που μεταφέρονται με την εισπνοή (π.χ. γύρη) και είναι υπεύθυνα για το αλλεργικό άσθμα, λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος, κόπωση, ψυχολογικοί παράγοντες (έντονο στρες) και φάρμακα (π.χ. ασπιρίνη).('Ειδική Νοσολογία', Παρισιανός.)

2. Χρόνια βρογχίτιδα

Κατά τον κλινικό ορισμό που διατυπώθηκε από την American Thoracic Society, η χρόνια βρογχίτιδα είναι ‘κλινική κατάσταση χαρακτηριζόμενη από υπερβολική παραγωγή βλέννης υπό των αδένων του τραγχειοβρογχικού δένδρου και εκδηλούμενη δια χρονίου ή υποτροπιάζοντος παραγωγικού βηχός επί τρεις τουλάχιστον μήνας κατ’ έτος επί δύο τουλάχιστον συνεχή έτη, απουσία άλλου νοσήματος προκαλούντος αυτά.’(‘Ειδική νοσολογία’, Γ.Παρισιανός)

Χαρακτηρίζεται από υπερτροφία των βλενογονίων αδένων του βρογχικού τοιχώματος σε συνδυασμό με υπερτροφία και αύξηση του αριθμού των καλυκοειδών κυττάρων, ως και πλακώδη μεταπλασία του επιθηλίου και ποικίλου βαθμού φλεγμονώδους διηθήσεως. Η χρόνια βρογχίτιδα προκαλεί απόφραξη που ευθύνεται σε πάχυνση του τοιχώματος από την υπερτροφία των βλενογόνων αδένων, υποβλενογόνο οίδημα, απόφραξη του αυλού των μικρότερων αεραγωγών από βλέννα κ.α. Προκαλείται ακόμα περιορισμός της ροής του εισπνεόμενου και εκπνεόμενου αέρα, που δε βελτιώνεται από τη χορήγηση βρογχοδιασταλτικών, υποξυγοναιμία μετά από/ ή και όχι ελαφρά υπερκαπνία. Ο ασθενής εμφανίζει δύσπνοια, συνήθως μετά από έντονη κόπωση, πρωινό ‘βήχα των καπνιστών’, ο οποίος έπειτα γίνεται επίμονος κυρίως κατά τους χειμερινούς μήνες, απόχρεμψη, και σε προχωρημένα στάδια πυρετό. (Τριχόπουλος, 1986)

Η χρόνια βρογχίτιδα είναι συχνή νόσος, παρουσιάζεται με μεγάλη συχνότητα μετά το 40^ο έτος, πιο συχνά σε κατοίκους πόλεων. Προσβάλλεται το 10- 25% των ενηλίκων, αλλά η συχνότητα χρόνιας βρογχίτιδας που προκαλεί αξιόλογη ανεπάρκεια είναι πολύ μικρότερο. Κυριότεροι αιτιολογικοί παράγοντες είναι το κάπνισμα, η έκθεση του ατόμου στη ρύπανση και οι λοιμώξεις.(Τριχόπουλος,1986)

3. Πνευμονικό εμφύσημα

Χαρακτηρίζεται από διάταση και καταστροφή των κυψελίδων του πνεύμονα. Πιστεύεται ότι οφείλεται σε διαταραχή της ισορροπίας των πνευμονικών πρωτεασών και αντιπρωτεασών. Οι πρωτεάσες είναι ουσίες που απελευθερώνονται από τα ουδετερόφυλλα και προκαλούν την καταστροφή των ελαστικών ινών του πνεύμονα. Η δράση τους εξουδετερώνεται από τις αντιπρωτεάσες όπως η α1 αντιθρυψίνη και οι α2 μακροσφαιρίνες. Έχει αποδειχτεί ότι το κάπνισμα επηρεάζει αυτή την ισορροπία, ενώ η συγγενής έλλειψη α1 αντιθρυψίνης προκαλεί πνευμονικό εμφύσημα. Στο εμφύσημα καταστρέφεται η ελαστικότητα των πνευμόνων. Με άλλα λόγια, οι πνεύμονες δεν έχουν την ικανότητα να βγάλουν τον αέρα που εισέρχεται με την εισπνοή. Ο αέρας αυτός είναι άχρηστος, διότι το αίμα έχει πάρει το οξυγόνο που χρειάζεται και καταλαμβάνει απλώς χώρο. Επίσης, το μονοξειδίο του άνθρακα και η νικοτίνη επηρεάζουν την υγεία των τριχοειδών αγγείων. Το άσθμα δεν είναι νόσος, αλλά ένα σύνδρομο που πολλές φορές σχετίζεται με αλλεργικούς παράγοντες ή σωματίδια που φτάνουν μέχρι τους πνεύμονες. Όταν ο ασθματικός συνεχίζει να καπνίζει επιβαρύνει τη συχνότητα των κρίσεων και διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθει εμφύσημα. (Δοδόπουλος, 2004))

Η Χ.Α.Π., γνωστή και ως "νόσος των καπνιστών", σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, ενώ μέχρι το έτος 2020 αναμένεται να αποτελεί την τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου και αναπηρίας, από 12η που ήταν στις αρχές της δεκαετίας του '90.

Προσβάλλει περίπου το 4% των ανδρών και το 2% των γυναικών ηλικίας πάνω από 45 ετών. Το 6% των θανάτων στους άνδρες και το 4% στις γυναίκες αποδίδεται στη συγκεκριμένη νόσο, η οποία είναι σε έξαρση λόγω της αύξησης της συνήθειας του καπνίσματος, αλλά και του μεγαλύτερου προσδόκιμου ζωής. (Δοδόπουλος, 2004)

Κατά τη θεραπεία συνίσταται **διακοπή του καπνίσματος**, αποφυγή διαβίωσης σε βιομηχανικές περιοχές και μη υγιεινούς χώρους και προφύλαξη από τις λοιμώξεις του αναπνευστικού. Η φαρμακευτική αγωγή γίνεται συνήθως με χορήγηση αντιβιοτικών, βλεννορρυθμιστικών και αποχρεμπτικών φαρμάκων, βρογχοδιασταλτικών και κορτικοστεροειδών. Σε βαριές περιπτώσεις μπορεί να απαιτείται χορήγηση οξυγόνου ή μηχανικός αερισμός. (Δοδόπουλος, 2004)

Ακόμα, υπάρχει σχέση ανάμεσα στην πνευμονική φυματίωση και το κάπνισμα. Από την παρακολούθηση των εργατών του εργοστασίου «Μπολσεβίκος» στο Λένινγκραντ, βγήκε το συμπέρασμα ότι η αναλογία των φυματικών στους καπνιστές είναι σχεδόν διπλάσια από ότι είναι στους μη καπνιστές. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ασφαλιστικού ταμείου της Λειψίας, η πιο μεγάλη αναλογία φυματιωδών παθήσεων και απωλειών ημέρας εργασίας παρατηρήθηκε στους εργαζόμενους στον καπνό (πρέπει βέβαια να σημειωθεί και η ανεπάρκεια υγιεινών όρων, μεταξύ των οποίων και ο αερισμός στις γερμανικές καπνοβιομηχανίες της εποχής). Οι Γάλλοι συγγραφείς (Πτί κλπ.) διαπίστωσαν ότι από τα εκατό περιστατικά φυματίωσης των πνευμόνων της ώριμης ηλικίας τα 95 αφορούσαν καπνιστές. Τα σύγχρονα στατιστικά δεδομένα μιλούν καθαρά για τη σχέση ανάμεσα στο κάπνισμα και τη μεγάλη συχνότητα που εμφανίζει ο καρκίνος των πνευμόνων, από τον οποίο περισσότερο προσβάλλονται οι άντρες και, σχεδόν αποκλειστικά, οι καπνιστές. (Δοδόπουλος, 2004)

Έτσι, η έκταση της βλάβης εξαρτάται από τη χρονιότητα του καπνίσματος και το βάθος εισπνοής των καυσαερίων. (Ευαγγελίδης, 1986)

Για την επίδραση του καπνίσματος στα όργανα της αναπνοής, ο Γκίλντεμπραντ ξεχωρίζει την επιφανειακή ερεθιστική ενέργεια της νικοτίνης στους βλεννογόνους του φάρυγγα και της έσω επιφάνειας των παρειών και την ενέργεια της νικοτίνης στα πιο βαθιά στρώματα του

τοιχώματος των βρόγχων, των αιμοφόρων τους αγγείων, των νεύρων και του λείου μυϊκού ιστού. Στην ενέργεια αυτή προστίθεται ακόμα και η ενέργεια της νικοτίνης που περνάει στο αίμα. Η ενέργεια αυτή ασκείται πάνω στο κεντρικό νευρικό σύστημα λόγω της επενέργειας της εισαγόμενης νικοτίνης στο αίμα. Λόγω του ερεθισμού αυτών των συστημάτων από τα καυσαέρια του καπνού, μπορούν να προκληθούν οι παρακάτω καταστάσεις : 1) η χρόνια βρογχίτιδα- ο απύρετος βρογχικός κατάρρους, ο οποίος «με κανέναν τρόπο δεν απορροφάται», 2) η εικόνα βρογχόσπασμων, που θυμίζει ελαφρές μορφές βρογχικού άσθματος, 3) εικόνα πάρεσης των βρόγχων. (Δοδόπουλος, 2004)

Η σπαστική και παρετική κατάσταση των βρόγχων των καπνιστών, κατά τον Γκίλντεμπραντ, προκαλείται με τρεις τρόπους : άμεσα, από την επίδραση των βλαβερών ουσιών πάνω στους μυς των βρόγχων, έμμεσα, μέσω των σχετικών νεύρων ή τέλος, μέσω ακόμη και του κεντρικού νευρικού συστήματος. (Δοδόπουλος, 2004)

Τα πρώτα συμπτώματα που παρουσιάζονται στη χρόνια βρογχίτιδα, είναι ο χαρακτηριστικός «πρωινός βήχας» των καπνιστών και η βλεννώδης υπερέκκριση και συχνά βλεννοπυώδης απόχρεμψη που οφείλονται στη συνεχή δράση των ερεθιστικών ουσιών που περιέχονται στα εισπνεόμενα καυσαέρια του καπνού. Ο ερεθισμός των βρόγχων και ο βήχας δεν οφείλεται μόνο στις αεριώδεις αυτές ουσίες, αλλά και σε άλλες σωματιδιακές που μπορεί να βρίσκονται σε μεγάλες συγκεντρώσεις στον εισπνεόμενο αέρα, όπως συμβαίνει στους εργάτες ορυχείων ασβέστου, αμιάντου και μεταλλείων (επαγγελματική πνευμονοπάθεια). Είναι επομένως φυσικό τα άτομα αυτά να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν χρόνια πνευμονοπάθεια ή, ακόμα, και καρκίνο. (Μπιλάλης, 1997)

Συνήθως οι καπνιστές θεωρούν το βήχα και τη βλεννοπυώδη απόχρεμψη σαν ένα εντελώς φυσιολογικό φαινόμενο και δεν ανησυχούν

γιατί αγνοούν ότι στους φυσιολογικούς πνεύμονες, δεν υπάρχει ούτε βήχας ούτε απόχρεμψη. Άλλοτε πάλι ισχυρίζονται ότι το κάπνισμα δεν τους προκαλεί καμία ενόχληση. Η απατηλή αυτή γνώμη οφείλεται στο ότι οι ενοχλήσεις αναπτύσσονται με αργό ρυθμό οπότε δε γίνονται εύκολα αντιληπτές, ωστόσο χειροτερεύει η κατάσταση.(Μπιλάλης, 1997)

Οι πνεύμονες του καπνιστή είναι σκοτεινότεροι και στη διατομή παρουσιάζουν βλέννα. Οι πνεύμονες του ατόμου που δεν καπνίζει έχουν φυσιολογικό χρώμα και, αν βέβαια το άτομο δεν έχει περάσει πνευμονικές αρρώστιες, δεν εμφανίζουν βλέννα. Με το χρόνο, ο ερεθισμός αυτός προκαλεί μια μόνιμη στένωση του αυλού κυρίως των μικρών βρόγχων, με υπερτροφία των αδένων του βλεννογόνου-η οποία ανευρίσκεται σταθερά στους καπνιστές- που μαζί με την υπερπαραγωγή βλέννας εμποδίζουν την ελεύθερη αναπνοή. Με τις λειτουργικές μεθόδους έρευνας της αναπνοής ανευρίσκονται σταθερά ενδείξεις αποφράξεως στους καπνιστές, ακόμα και σε καπνιστές που δεν αναφέρουν συμπτώματα. (Μπιλάλης, 1997)

Τα φαινόμενα αυτά δεν παρουσιάζονται μόνο στις μεγάλες ηλικίες, αλλά και σε νεώτερα άτομα που καπνίζουν συστηματικά. Τόσο ο βήχας όσο και η στένωση των μικρών βρόγχων, οδηγούν στο αποφρακτικό εμφύσημα, το οποίο χαρακτηρίζεται από προοδευτική διάταση των τελικών απολήξεων των βρόγχων (βρογχιολίων) και λέπτυνση του τοιχώματος των πνευμονικών κυψελίδων, οι οποίες επειδή χάνουν την ελαστικότητά τους και δεν μπορούν να βγάλουν όλο τον αέρα κατά την εκπνοή, διατείνονται. Η διάταση και λέπτυνση αυτή του τοιχώματος των κυψελίδων, που δεν είναι αναστρέψιμες, επηρεάζουν την ανταλλαγή των αερίων και αυξάνουν την αναπνευστική δυσχέρεια η οποία στην αρχή αντιμετωπίζεται με μικρές και γρήγορες αναπνοές (ταχύπνοια).(Μπιλάλης, 1997)

Όταν από τη στένωση των βρογχιολίων η διάταση των κυψελίδων με το χρόνο αυξηθεί ακόμα περισσότερο, είναι δυνατό να σπάσει το

τοίχωμα γειτονικών κυψελίδων, οι χώροι τους να ενωθούν και να σχηματίσουν μεγαλύτερες φυσαλίδες, το λεγόμενο φυσαλιώδες εμφύσημα που περιορίζει ακόμα περισσότερο την αναπνευστική επιφάνεια των πνευμόνων, την ανταλλαγή των αερίων και την οξυγόνωση του αίματος. Τα συμπτώματα όμως αυτά δεν περιορίζονται μόνο στον πνεύμονα. Έχουν αντίκτυπο και στην καρδιά η οποία δυσκολεύεται να στείλει και να κυκλοφορήσει το αίμα στους πνεύμονες και τούτο γιατί οι διασταλμένες κυψελίδες πιέζουν τα τριχοειδή αγγειακά πλέγματα που βρίσκονται γύρω από τα λεπτά τους τοιχώματα και αυξάνουν τις αντιστάσεις στην κυκλοφορία του αίματος. Έτσι, με τον καιρό η καρδιά κουράζεται, με αποτέλεσμα την καρδιακή ανεπάρκεια, τη στάση του αίματος στους πνεύμονες και την καρδιοπνευμονική συμφόρηση που τελικά οδηγεί στο θάνατο. Από διάφορες έρευνες, ο συνδυασμός αυτός της χρόνιας βρογχίτιδας και του αποφρακτικού εμφυσηματος από το κάπνισμα, έχει μεγαλύτερη θνησιμότητα και από τον καρκίνο του πνεύμονα. Στους καπνιστές πούρων και πίπας, η χρόνια βρογχίτιδα και το εμφύσημα είναι πολύ σπάνια, προφανώς γιατί οι καπνιστές αυτοί δεν εισπνέουν τα καυσαέρια του καπνού. Στους καπνιστές 25 τσιγάρων και άνω την ημέρα, οι χρόνιες αυτές παθήσεις έχουν εικοσαπλάσια συχνότητα θανάτων από τους μη καπνιστές. (Μπιλάλης,1997).

A3.6 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Πληθώρα εργασιών από το 1958 έως σήμερα επιβεβαιώνει ότι υπάρχει μεγάλου βαθμού συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος τσιγάρων και καρδιαγγειακών παθήσεων. Οι θάνατοι από το καρδιαγγειακό σύστημα είναι τριπλάσιοι από τους θανάτους του πνεύμονα και οι θάνατοι από άλλες αιτίες είναι το ήμισυ στατιστικώς των θανάτων της καρδιάς. Είναι επιστημονικώς παραδεκτό ότι το κάπνισμα τσιγάρων αποτελεί τη σημαντικότερη προδιαθεσική αιτία πρόωρων θανάτων τουλάχιστον για τα οικονομικώς προηγμένα κράτη. (Μπιλάλης, 1997).

Το κάπνισμα τσιγάρων είναι η κύρια αιτία αθηροσκληρυντικών νόσων και θεωρείται ένας από τους τρεις παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία καρδιοπάθεια μαζί με την αρτηριακή υπέρταση και τις διαταραχές της χοληστερόλης. Το κάπνισμα λοιπόν, με την υπέρταση, τον σακχαρώδη διαβήτη και την υπερχοληστεριναίμια αποτελούν τους κυριότερους προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη του εμφράγματος του μυοκαρδίου και των λοιπών καρδιαγγειακών παθήσεων. (Μπιλάλης, 1997).

Ως προς το ερώτημα, αν η μείωση των τσιγάρων σε πίσσα και νικοτίνη μπορεί να ελαττώσει τις καρδιαγγειακές παθήσεις, το συνέδριο στην Αγγλία τον Νοέμβριο του 1984 αποφάσισε ότι η ποιότητα των τσιγάρων παίζει κάποιο ρόλο, όχι όμως τόσο σημαντικό, ως προς τη μείωση πίσσας και νικοτίνης, διότι οι καπνιστές στις μειώσεις των ουσιών αυτών και κυρίως της νικοτίνης αντιδρούν με αντιστάθμισμα το κάπνισμα περισσότερων τσιγάρων, λόγω της εξάρτησης από τη νικοτίνη, που τους υποχρεώνει να διατηρούν τη στάθμη της νικοτίνης σταθερή στο αίμα. (Μπιλάλης, 1997).

Επομένως, το πόρισμα του συνεδρίου κατέληξε στο συμπέρασμα ότι σημασία έχει, εάν καπνίζουν οι άνθρωποι και πόσο καπνίζουν. Το είδος των τσιγάρων που καπνίζουν είναι κατά πολύ μικρότερης σημασίας και δεν αξίζει μεγάλης εμφάσης.(Μπιλάλης, 1997)

Ο κίνδυνος ανάπτυξης της στεφανιαίας νόσου και του εμφράγματος του μυοκαρδίου αυξάνει με την αύξηση της κατανάλωσης καπνού, η ποιότητα αυτού και τα χρόνια καπνίσματος, ανεξάρτητα από τους άλλους γνωστούς προδιαθεσικούς παράγοντες. Η στεφανιαία νόσος εκδηλώνεται με τη μορφή της στηθάγχης, του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου ή του αιφνίδιου θανάτου. (Μπιλάλης, 1997).

1. ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ

Για τη στεφανιαία νόσο (στηθάγχη), το κάπνισμα σαν προδιαθεσική αιτία ανάπτυξής της, αποτελεί τη σπουδαιότερη από τις γνωστές αιτίες, και αν ο καπνιστής διακόψει το κάπνισμα συμβάλλει σημαντικά στην τροποποίηση της πρόγνωσης της νόσου καθώς και στην ελάττωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας. Οι στεφανιογραφικά τεκμηριωμένες διαγνώσεις στεφανιαίας νόσου έχουν αφετηρία το κάπνισμα. Υπάρχει σαφής συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζονται ημερησίως, του τρόπου καπνίσματος (σε έτη) και της βαρύτητας της στεφανιαίας νόσου, ενώ ο συνδυασμός του καπνίσματος με άλλους παράγοντες κινδύνου αυξάνουν γεωμετρικά τον κίνδυνο από τη στεφανιαία νόσο. (Μπιλάλης, 1997).

Γενικώς, η στεφανιαία νόσος, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες αυξάνεται σημαντικά, όταν η συνήθεια του καπνίσματος αρχίζει στη νεανική ηλικία. Οι στεφανιαίες αρτηρίες είναι πολύ ευαίσθητες στο κάπνισμα και αρκεί ένα και μόνο τσιγάρο να προκαλέσει σπασμό σε αθηροσκληρωτικά στεφανιαία αγγεία. Οι καπνιστές έχουν εικοσαπλάσιο κίνδυνο αγγειοσπαστικής στηθάγχης σε σχέση με τους μη καπνιστές.(Μπιλάλης, 1997)

Όταν εκδηλωθεί η στεφανιαία ανεπάρκεια και συνεχίζεται το κάπνισμα, διαταράσσεται η ισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης οξυγόνου από τον καρδιακό μύ, προκαλώντας αύξηση των απαιτήσεων του μυοκαρδίου σε οξυγόνο, επιδείνωση της μεταφοράς και της χρησιμοποίησης του οξυγόνου και μείωση της παροχής δια μέσου των στεφανιαίων αρτηριών. (Μπιλάλης, 1997).

Η διακοπή του καπνίσματος έχει ευεργετικά αποτελέσματα και σαν συνέπεια τη μείωση του κινδύνου θανάτου από στεφανιαία νόσο, κατά τρόπο ανάλογο προς το χρόνο που μεσολαβεί μετά από τη διακοπή. Υπολογίζεται ότι ο κίνδυνος για θανατηφόρο στεφανιαίο επεισόδιο ελαττώνεται κατά 50% τον πρώτο χρόνο μετά τη διακοπή, αλλά πλησιάζει τα επίπεδα ενός μη καπνιστή μετά από δέκα χρόνια ή και περισσότερα. (Μπιλάλης, 1997).

2. ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Πολλές επιδημιολογικές μελέτες σε ολόκληρο τον κόσμο έδειξαν ότι οι καπνιστές τσιγάρων παρουσιάζουν έμφραγμα του μυοκαρδίου κατά 70%

περίπου υψηλότερα από τους μη καπνιστές. Οι άνδρες καπνιστές, ηλικίας 40-59 ετών, όταν καταναλώνουν είκοσι ή περισσότερα τσιγάρα την ημέρα, διατρέχουν 2,5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για κάποιο σοβαρό στεφανιαίο επεισόδιο σε σύγκριση με τους μη καπνιστές συνομηλικούς τους και μάλιστα κατά τρόπο ανάλογο προς τον ημερήσιο αριθμό τσιγάρων. (Μπιλάλης, 1997)

Το κάπνισμα αυξάνει οξέως τις μυοκαρδιακές ανάγκες οξυγόνου με την αύξηση των περιφερικών αντιστάσεων, της αρτηριακής πίεσης, της καρδιακής συχνότητας και πιθανώς της στεφανιαίας ροής αίματος, ενώ το μονοξείδιο του άνθρακα ελαττώνει την ικανότητα μεταφοράς του οξυγόνου του αίματος. Οι σχετιζόμενες με το κάπνισμα αρρυθμίες ενδέχεται να συνδέονται με την αύξηση της θνησιμότητας και του αιφνίδιου θανάτου του οξέος εμφράγματος σε καπνιστές. (Μπιλάλης, 1997).

Σε μια προοπτική μελέτη διάρκειας ενός έτους σε ασθενείς που έλαβαν θρομβολυτική αγωγή, εξετάσθηκε η συσχέτιση της ηλικίας, του φύλου, του ιστορικού προηγούμενης καρδιακής νόσου, του διαβήτη, της υπέρτασης, της δοκιμασίας κοπώσεως και άλλων μεταβλητών και βρέθηκε ότι ο καλύτερος μεμονωμένος προβλεπτικός παράγοντας επανεμφράγματος του μυοκαρδίου ήταν η συνέχιση του καπνίσματος τσιγάρων. Ο κίνδυνος στην περίπτωση αυτή για νέο έμφραγμα διπλασιάζεται με το κάπνισμα. Τέλος, η πιθανότητα θανάτου από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι 2,2 φορές μεγαλύτερη στους καπνιστές σε σύγκριση με εκείνους που έχουν διακόψει το κάπνισμα. Η επιβίωση των εμφραγματικών ασθενών που διέκοψαν το κάπνισμα είναι μεγαλύτερη από την επιβίωση εκείνων που συνεχίζουν να καπνίζουν, ενώ το κέρδος από τη διακοπή του καπνίσματος είναι μεγαλύτερο από αυτό που προσφέρουν τα φάρμακα ή η σωματική άσκηση. (Μπιλάλης, 1997).

3.ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ

Οι κίνδυνοι για εγκεφαλοαγγειακά επεισόδια αυξάνουν σε όλα τα επίπεδα του καπνίσματος, από σύσπαση, απόφραξη, ή αιμορραγία λόγω ρήξεως αγγείου. Η θνησιμότητα σε υπέρβαρους καπνιστές αυξάνει μέχρι και έξι φορές. Οι ίδιοι σχεδόν αριθμοί απαντούν και στις γυναίκες.(Μπιλάλης, 1997)

Στο εγκεφαλικό, πρώτα προσβάλλονται τα μεγάλα αγγεία, αορτή – καρωτίδες και μετά από δέκα χρόνια οι στεφανιαίες και εγκεφαλικές αρτηρίες. Οι καπνιστές είναι περισσότερο υποψήφιοι για εγκεφαλικά επεισόδια, λόγω της κακής αιμάτωσης του εγκεφάλου προερχόμενη από αγγειοσπασμό, που προκαλείται από τη νικοτίνη, η οποία μπορεί να προκαλέσει ακόμα και έκπτωση των διανοητικών λειτουργιών. Η διακοπή, για παράδειγμα, του τσιγάρου για έναν χρόνο, βελτιώνει την εγκεφαλική κυκλοφορία, άρα ποτέ δεν είναι αργά. (Μπιλάλης, 1997)

Το κάπνισμα συμμετέχει σημαντικά σαν προδιαθεσική αιτία στα αγγειακά εμβολικά ή αιμορραγικά εγκεφαλικά επεισόδια. Οι καπνιστές πρέπει να προσέχουν διότι ενδέχεται να πάθουν σε μεγαλύτερη αναλογία εγκεφαλικά, από τους μη καπνιστές. Σε άνδρες ηλικίας 40 – 50 ετών βρέθηκε μεγαλύτερη συσχέτιση πρόκλησης εγκεφαλικών επεισοδίων από το κάπνισμα σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Οι καπνίστριες παρουσιάζουν εγκεφαλικά επεισόδια με σχεδόν εξαπλάσια συχνότητα σε σύγκριση με τις μη καπνίστριες. Όταν μάλιστα γίνεται παράλληλη χρήση αντισυλληπτικών σκευασμάτων, η συχνότητα εμφάνισης εγκεφαλικών επεισοδίων αυξάνεται κατά 22 φορές, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν καπνίζουν ή δεν παίρνουν αντισυλληπτικά χάπια. Η θνησιμότητα από

εγκεφαλικά επεισόδια ελαττώνεται αμέσως μετά τη διακοπή του καπνίσματος και σχεδόν εξισώνεται με εκείνη των μη καπνιστών. (Μπιλάλης, 1997).

4. ΘΡΟΜΒΩΣΗ

Το κάπνισμα προκαλεί συγκόλληση των αιμοπεταλίων του αίματος και την δημιουργία θρόμβων, με αποτέλεσμα τη θρόμβωση. Στις γυναίκες η συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων αυξάνεται με τη λήψη των αντισυλληπτικών δισκίων. Τα αιμοπετάλια μετά το κάπνισμα ελευθερώνουν διεγερτικές ουσίες που πολλαπλασιάζουν τα λεία μυϊκά κύτταρα και οι χρόνιες αυτές μεταβολές της αιμοπεταλιακής λειτουργίας συμβάλλουν στην ανάπτυξη της αγγειακής νόσου. Η νικοτίνη, όπως αποκάλυψαν εξετάσεις μακροχρόνιων καπνιστών, αλλοιώνει την ισορροπία των δύο αυτών ορμονών και προκαλεί μείωση της προστακυκλίνης και αύξηση της θρομβοξάνης. (Μπιλάλης, 1997)

Επομένως, το κάπνισμα ευνοεί τη συσσώρευση και τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων, αυξάνει το ινωδογόνο του πλάσματος, την γλοιότητα του αίματος και τον αιματοκρίτη, ευνοεί δηλαδή την θρόμβωση. (Μπιλάλης, 1997).

5. ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Το κάπνισμα δεν ενοχοποιείται σαν προδιαθεσική αιτία αρτηριακής υπέρτασης, οι καπνιστές όμως, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης κακοήθους και νεφραγγειακής υπέρτασης από τους μη καπνιστές, ενώ ο λόγος των υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών προς της χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες στους καπνιστές είναι χαμηλότερος από ότι στους μη καπνιστές. (Μπιλάλης, 1997).

6. ΑΡΤΗΡΙΟΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΕΣ

Η αρτηριοσκλήρυνση των αγγείων είναι η πάθηση εκείνη που χαρακτηρίζεται ως ένας από τους πλέον αδυσώπητους εχθρούς της υγείας του ανθρώπου. Είναι μια γήρανση, μια φθορά, δηλαδή εκφύλιση του φυσιολογικού τοιχώματος των αγγείων του ανθρώπου. Το κάπνισμα θεωρείται ο μεγαλύτερος προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξη της αρτηριοσκληρώσεως της αορτής και των περιφερικών αρτηριών. Από έρευνα της Καρδιολογικής κλινικής του Ιπποκράτειου νοσοκομείου Αθηνών προέκυψε ότι και ένα μόνο τσιγάρο στο πρώτο κιόλας λεπτό προκαλεί σημαντική μείωση της ελαστικότητας της αορτής για τουλάχιστον είκοσι λεπτά. Αυτό ισχύει και για τους παθητικούς καπνιστές. (Μπιλάλης, 1997)

Η σκλήρυνση της αορτής έχει ως συνέπεια την καταπόνηση σε μεγάλο βαθμό της αριστερής κοιλίας της καρδιάς και τη μείωση της ροής του αίματος στα στεφανιαία αγγεία. Η θνησιμότητα από ανευρύσματα της

κοιλιακής αορτής είναι διπλάσια μέχρι τριπλάσια στους καπνιστές σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Επίσης, όλοι οι πάσχοντες από περιφερικές αγγειοπάθειες είναι κατά 90% καπνιστές. Η επίδραση του καπνίσματος στην πρόκληση αρτηριοσκληρύνσεως είναι περισσότερο έκδηλη στις περιφερικές αρτηρίες και στην αορτή. (Μπιλάλης, 1997).

I. ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Η έναρξη της αθηροσκληρύνσεως γίνεται την πρώτη δεκαετία της ζωής, αλλά επιταχύνεται κατά τη δεύτερη δεκαετία παρουσία γνωστών παραγόντων κινδύνου. Το κάπνισμα συνδέεται με εκτεταμένη αθηροσκλήρυνση της αορτής σε όλες τις ηλικίες, η δε θνησιμότητα από ρήξη ανευρύσματος κοιλιακής αορτής είναι υψηλότερη σε άτομα που καπνίζουν. (Μπιλάλης, 1997).

II. ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το κάπνισμα δύο μόνο τσιγάρων αυξάνει την αρτηριακή πίεση, την καρδιακή συχνότητα και τα επίπεδα πλάσματος. Τόσο η κακοήθης όσο και η νεφραγγειακή υπέρταση είναι συχνότερες σε καπνιστές και η αντιυπερτασική θεραπεία, εφόσον συνεχίζεται το κάπνισμα, δεν είναι τόσο αποτελεσματική. (Μπιλάλης, 1997).

A3.7 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ - ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

1. ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΡΙΝ ΤΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Το κάπνισμα επιδρά στους γεννητικούς αδένες και των δύο φύλων, παραλύει την γεννητική ορμή, ελαττώνει τη ζωτικότητα και καταστρέφει τη γονιμότητα. Το κάπνισμα είναι πολύ πιθανό να μειώνει τη γονιμότητα, αφού οι επιδράσεις φτάνουν μέχρι τα όργανα αναπαραγωγής. Από έρευνα προκύπτει ότι το 50% των ανδρών καπνιστών έχουν πρόβλημα στυτικής δυσλειτουργίας. Έτσι, όσοι καπνίζουν πάνω από είκοσι τσιγάρα παρουσιάζουν υπερδιπλάσιο ποσοστό δυσλειτουργίας. Επίσης, επιστήμονες υποστηρίζουν ότι φαίνεται να υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στο τσιγάρο και στη μειωμένη γονιμότητα των ανδρών. Το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για κυκλοφοριακές παθήσεις των οποίων η προέκταση ευνοεί τη σεξουαλική δυσλειτουργία και οδηγεί σε στέρωση. (Μπιλάλης, 1997)

Όσον αφορά στις γυναίκες, το πιο σημαντικό είναι ότι οι γυναίκες καπνίστριες που υποβάλλονται σε θεραπεία για προβλήματα γονιμότητας, έχουν κατά 30% μειωμένες πιθανότητες να γονιμοποιηθεί το ωάριο τους. Επίσης, το κάπνισμα έχει επιπτώσεις στις αναπαραγωγικές και ενδοκρινολογικές λειτουργίες του γυναικείου οργανισμού. Η περιορισμένη γονιμότητα, οι βλάβες στο έμβρυο, η πρόωρη εμμηνόπαυση και η οστεοπόρωση είναι αιτίες υπαρκτές από τη χρήση του καπνού. (Μπιλάλης, 1997).

2. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΕΜΒΡΥΟ

Το 75% των γυναικών που καπνίζουν πάσχουν από διαταραχές της εμμήνου ροής, τους προκαλείται στειρώση ή υπόκεινται σε αποβολές, πρόωρους τοκετούς ή και μαιευτικές επιπλοκές, όπως προδρομικό πλακούντα, πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα και αιμορραγίες. Η σχέση για τον κίνδυνο άμεσου αποβολής στις καπνίστριες γυναίκες που κάνουν υπέρκαταχρηση (2-3 πακέτα ημερησίως) είναι 1,7 φορές έναντι των μη καπνιστριών. (Μπιλάλης, 1997).

3. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ

- I. Το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη συνδέεται με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης ανωμαλιών στην διάπλαση των άκρων του εμβρύου.
- II. Το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη είναι δυνατόν να ευθύνεται για διάφορα είδη όγκων.
- III. Η εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία μπορεί να σχετίζεται με το κάπνισμα της εγκύου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
- IV. Το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη ευθύνεται για ανωμαλίες στην εξέλιξη της ακοής των παιδιών.
- V. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το κάπνισμα επηρεάζει την φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου διότι ο καπνός μολύνει το αίμα της εγκύου και της εμβρυϊκής κυκλοφορίας.
- VI. Το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη προκαλεί τη γέννηση ελλιποβαρών, κατά 200-500 γραμμάρια, βρεφών, μικρότερα σε μήκος σώματος

και με μικρότερη περίμετρο κεφαλής, λόγω της μη επαρκούς ανάπτυξης του εγκεφάλου.

- VII. Το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη προκαλεί στα παιδιά μειωμένη ικανότητα μαθήσεως και προβληματική συμπεριφορά.
- VIII. Το κάπνισμα της εγκύου κατά τη διάρκεια της κύησης αυξάνει την αρτηριακή πίεση στα τελειόμηνα αλλά και στα πρόωρα νεογνά.
- IX. Το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη επηρεάζει την καρδιακή λειτουργία του εμβρύου με ταχυκαρδία.
- X. Οι κινήσεις του εμβρύου μειώνονται εξαιτίας του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
- XI. Το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη επηρεάζει την ανοσολογική αντίδραση του εμβρύου και της μητέρας. (Μπιλάλης, 1997)

A.3.8 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Τσιγάρα, αναπτήρας, σταχτοδοχείο είναι τα αναγκαία συστατικά χαλάρωσης για πολλούς ανθρώπους. Το κάπνισμα όμως, όπως ξέρουμε βλάπτει. Και εκτός των άλλων, βλάπτει και την υγεία και την ομορφιά της επιδερμίδας μας. (www.kapnismakaiderma.gr/15 - 09 - 2006).

Συγκεκριμένα, η κα. Χαρά Βλαχάκη, ειδικός Δερματολόγος – Αφροδισιολόγος, επισημαίνει ότι το κάπνισμα προκαλεί, εκτός των άλλων, πρόωρη γήρανση, αφυδάτωση, ρυτίδες – κυρίως σε σημεία του προσώπου όπου το δέρμα είναι λεπτότερο, όπως γύρω από το στόμα και τα μάτια. Επίσης, μια άλλη πολύ συχνή συνέπεια της εν λόγω συνήθειας είναι η πρόκληση δυσχρωμιών στην επιδερμίδα, η γνωστή «κιτρινίλα», κυρίως στις άκρες των δακτύλων. Η απελευθέρωση υπολειμμάτων πίσσας, νικοτίνης, και των λεγόμενων «ελεύθερων ριζών» στους ιστούς του δέρματος, μας προσθέτει χρόνια και μας αφαιρεί γοητεία. (www.iatronet.gr, 10/09/2006).

· ΕΥΡΥΑΓΓΕΙΕΣ

Οι ευρυαγγείες, είναι αυτό που συνηθίζουμε να αποκαλούμε «σπασμένες φλέβες». Πρόκειται για ακίνδυνα μικρά αγγεία κόκκινου ή προς το μπλε χρώματος και εμφανίζονται είτε στο πρόσωπο είτε στα πόδια. Όπως εξηγεί ο αγγειοχειρουργός κ. Παναγιώτης Πέτροβας, «μπορεί να συναντώνται σε όλη την επιφάνεια του δέρματος, κυρίως όμως στα κάτω άκρα, και αθροίζονται εκεί όπου υπάρχει πολύ λίπος. Εντοπίζονται κυρίως

στις γυναίκες, επειδή υπάρχει περισσότερο λίπος στους μηρούς, μαστούς και τους γλουτούς». (www.iatronet.gr, 10/09/2006)

Οι ευρυαγγείες αποτελούν ένα καθαρά αισθητικό πρόβλημα, καθώς δεν επιφέρουν καμιά βλάβη στην υγεία. Η εμφάνισή τους οφείλεται κατά κύριο λόγο στην κληρονομικότητα και επιβαρύνεται από μια σειρά παραγόντων, όπως η παχυσαρκία, η κακή διατροφή, το κάπνισμα και η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας. (www.kapnismakaiderma.gr, 15/09/2006).

· Η ΦΤΩΧΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΟΔΗΓΗΣΕΙ ΣΕ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ

Το υγιές δέρμα εξαρτάται από την καλή κυκλοφορία ενός πολύ καλά οξυγονωμένου αίματος που μεταφέρει τα θρεπτικά συστατικά στο δέρμα και απομακρύνει τα άχρηστα από αυτό. Το κάπνισμα γενικά και ιδιαίτερα η νικοτίνη, προκαλεί μείωση της κυκλοφορίας του αίματος στα άκρα. Επιπρόσθετα, το κάπνισμα παράγει μονοξείδιο του άνθρακα, που μειώνει την ποσότητα οξυγόνου από όλη την κυκλοφορία. Με άλλα λόγια, το κάπνισμα όχι μόνο μειώνει την κυκλοφορία του αίματος στο δέρμα, αλλά το αίμα που τελικά κατορθώνει να φτάσει στους ιστούς, περιέχει πολύ λιγότερο οξυγόνο από αυτό που θα είχε σε κανονικές συνθήκες. Έτσι, το δέρμα του ανθρώπου που τρέφεται μέσω ενός δικτύου τριχοειδών αγγείων «υποφέρει» μια και το αίμα δεν έχει θρεπτικές ουσίες που του είναι τόσο απαραίτητες. Μια μείωση των θρεπτικών συστατικών και του οξυγόνου στο αίμα και μια περιορισμένη ικανότητα απομάκρυνσης των άχρηστων συστατικών από αυτό, ενισχύουν τις προϋποθέσεις για τη δημιουργία κατακλίσεων. (www.kapnismakaiderma.gr, 15/09/2006).

· ΕΠΙΒΡΑΔΥΝΣΗ ΤΗΣ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ ΤΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ

Η μείωση του οξυγόνου στο αίμα είναι η μεγαλύτερη απειλή για την επούλωση των τραυμάτων (ή κατακλίσεων). Ο συσχετισμός μεταξύ καπνίσματος και περιορισμένης ικανότητας επούλωσης, έχει παρατηρηθεί από πολλούς χειρουργούς και πολλές ερευνητικές μελέτες έχουν δείξει τον μεγάλο κίνδυνο της νέκρωσης των ιστών του δέρματος, που δημιουργείται μετά από μια πλαστική χειρουργική επέμβαση και οφείλεται στο κάπνισμα. Έτσι, το κάπνισμα όχι μόνο βοηθάει στην πρόκληση των κατακλίσεων αλλά μοιάζει να βοηθάει και στη διατήρησή τους. (www.kapnismakaiderma.gr, 15/09/2006)

A.3.9 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΤΟ ΑΝΤΙΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

Το κάπνισμα δεν δημιουργεί μόνο κακοήθεις όγκους στα διάφορα όργανα του οργανισμού, αλλά και έναν τεράστιο φόρτο οξειδωτικών βλαβών των ελεύθερων ριζών, σε επίπεδο τέτοιο ώστε να καταβάλλει το αντιοξειδωτικό σύστημα του οργανισμού. Πιστεύεται πως η μαζική οξειδωτική βλάβη των ελεύθερων ριζών που συμβαίνει στους καπνιστές, μπορεί να οδηγήσει στην έναρξη καρκίνου, ιδιαίτερα όταν το αντιοξειδωτικό σύστημα του οργανισμού είναι κατεστραμμένο λόγω διαιτητικών ελλείψεων σε πολύτιμα θρεπτικά συστατικά.(Αθανασοπούλου, 2006)

Καπνίζοντας τα επίπεδα ορισμένων βιταμινών και ιχνοστοιχείων, όπως οι βιταμίνες C , E και B12 και το σελήνιο, μειώνονται σημαντικά. Είναι χαρακτηριστικό γεγονός ότι μόνο ένα τσιγάρο καταστρέφει 25 – 100 mg βιταμίνης C. Αποτελέσματα έρευνας έδειξαν ότι η βιταμίνη C είναι το μόνο αντιοξειδωτικό στο πλάσμα, τα αποθέματα του οποίου εξαντλούνται από το κάπνισμα και μόνο. Βέβαια η εξάντληση των αποθεμάτων της βιταμίνης C στους καπνιστές οφείλεται κυρίως στην τοξικότητα του καπνού και όχι μόνο λόγω της μειωμένης διαιτητικής κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών. Έδειξαν επίσης χαμηλότερες συγκεντρώσεις βιταμίνης E και μειωμένα επίπεδα συνολικών καροτενοειδών και βιταμίνης A στο πλάσμα ή στο αίμα σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Μάλιστα, όσον αφορά τη βιταμίνη E, οι συγκεντρώσεις της στο αίμα ήταν χαμηλότερες στους καπνιστές, ακόμα και όταν οι διαιτητικές προσλήψεις ήταν ίσες με τις αντίστοιχες των μη καπνιστών. Οπότε βασική σημασία έχει, ιδιαίτερα οι καπνιστές να διατηρούν επαρκώς στον οργανισμό τους αντιοξειδωτικές ουσίες μέσω της διατροφής τους.(Αθανασοπούλου, 2006)

Οι καπνιστές βεβαίως, είναι απαραίτητο να τρώνε τρόφιμα πλούσια σε βιταμίνες ή να παίρνουν συμπληρώματα βιταμινών. Μάλιστα η λήψη τους είναι ο μόνος τρόπος για να διασφαλιστεί μια επαρκής πρόσληψη θρεπτικών συστατικών σε άτομα που καπνίζουν πολύ. Οι διαιτητικές συστάσεις του Εθνικού Συμβουλίου Ερευνών της ΠΟΥ για τα φρούτα και τα λαχανικά είναι 5 – 9 μερίδες καθημερινά. Όπως και το κάπνισμα, μια χαμηλή διαιτητική πρόσληψη φρούτων και λαχανικών έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιων παθήσεων, όπως ο καρκίνος και η αθηροσκλήρωση. Πληθώρα ερευνών έχει δείξει ότι μια καλύτερη διατροφή, η οποία περιλαμβάνει την κατανάλωση μεγαλύτερων ποσοτήτων φρούτων και φρέσκων λαχανικών, συμβάλλει θετικά σε υψηλότερα επίπεδα αντιοξειδωτικών στο αίμα όπου συσχετίζονται με μειωμένη οξειδωτική βλάβη των ελευθέρων ριζών στους ιστούς. Αυτό σημαίνει ότι η υιοθέτηση μιας καλύτερης διατροφής οδηγεί σε μείωση του κινδύνου για προσβολή από ασθένειες. (Αθανασοπούλου, 2006)

A.3.10 ΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το παθητικό ή ακούσιο κάπνισμα δημιουργείται με τη εισπνοή του καπνού που εκπέμπουν οι καπνιστές και εκείνου που παράγεται από τα τσιγάρα – πούρα ή πίπες που βρίσκονται στα χέρια των καπνιστών ή στα σταχτοδοχεία. Ο καπνός μάλιστα αυτός (παράπλευρο ρεύμα) περιέχει μεγαλύτερη συγκέντρωση βλαπτικών ουσιών. Οπωσδήποτε ο καπνός που τελικά εισπνέεται ακούσια από τους παθητικούς καπνιστές είναι κατά πολύ αραιωμένος καθώς διαχέεται στον αέρα, οπότε και η πυκνότητα των βλαπτικών στοιχείων είναι κατά πολύ μικρότερη από εκείνη που εισπνέει ο καπνιστής με το «κύριο ρεύμα».(Δοδόπουλος, 2004)

Έτσι λοιπόν, λέμε πως ο καπνός που εισπνέει ένας καπνιστής στο στόμα του λέγεται ‘κύριο ρεύμα καπνού’, ενώ ο καπνός που προέρχεται από την καύση του τσιγάρου και πηγαίνει κατευθείαν στον αέρα λέγεται ‘παράπλευρο ρεύμα καπνού’ και διαφέρει από το κύριο ρεύμα. Αναλυτικότερα, ο περιβαλλοντικός καπνός του τσιγάρου (ΠΚΤ) αποτελείται από τον καπνό της κεντρικής ροής (ΚΚΡ) , τον καπνό περιφερειακής ροής (ΚΠΡ) και από συστατικά σε κατάσταση ατμού τα οποία διαφεύγουν μέσα από το χαρτί του τσιγάρου στο περιβάλλον.(Μπιλάλης, 1997)

Ο καπνός κεντρικής ροής είναι ο εισπνεόμενος, ενώ ο καπνός περιφερειακής ροής είναι εκείνος που εξέρχεται από την άκρη του τσιγάρου μεταξύ δύο εισπνοών. Ο περιβαλλοντικός καπνός τσιγάρου, δημιουργείται κυρίως από τον καπνό περιφερειακής ροής.(Μπιλάλης, 1997)

Κατά το παθητικό κάπνισμα , περίπου το 85% του εισπνεόμενου καπνού προέρχεται από τον καπνό περιφερειακής ροής και το 15% από τον καπνό κεντρικής ροής.(Μπιλάλης, 1997)

Το παραγόμενο μονοξειδίο του άνθρακα στο παράπλευρο ρεύμα είναι 10 – 15% (ενώ στο ‘κύριο ρεύμα’ των ενεργητικών καπνιστών, μόνο, 5%). (Μπιλάλης, 1997)

Στον καπνό παράπλευρης ροής τα μόρια του καπνού έχουν μικρότερη διάμετρο από ότι στον καπνό κεντρικής ροής και διαθέτουν περισσότερες πιθανότητες να φτάσουν στις πιο μακρινές κυψελιδικές περιοχές του πνεύμονα.(Μπιλάλης, 1997)

Το επίπεδο του περιβαλλοντικού καπνού του τσιγάρου επηρεάζεται από πολυάριθμους παράγοντες : όπως από το μέγεθος του δωματίου, τον εξαερισμό, την θερμοκρασία, την ποσότητα και τον τύπο του καταναλωμένου καπνού και την πτητική ικανότητα των παραγόντων. Παρά τις δυσκολίες που μπορεί να παρουσιάζει η μέτρηση των βιομηχανικών συστατικών του περιβαλλοντικού καπνού του τσιγάρου ,κάτω από τις πραγματικές συνθήκες, αρκετές έρευνες απέδειξαν ότι η ακρολεΐνη, το μονοξειδίο του άνθρακα, η νικοτίνη και συνολικά τα αναπνεύσιμα μόρια είναι αυξημένα αν συγκριθούν με τις ελεγχόμενες τιμές. Επί πλέον στα ούρα και το αίμα των μη καπνιστών που εξαναγκάστηκαν σε παθητικό κάπνισμα εντοπίστηκαν νικοτίνη και το μεταβολικό προϊόν της, η κοτιτίνη, καθώς και καρκινογόνες ουσίες.(Μπιλάλης, 1997)

Το παράπλευρο ρεύμα του καπνού είναι ο πιο σημαντικός και επικίνδυνος τύπος εσωτερικής ρύπανσης του αέρα για τους μη καπνιστές, διότι περιέχει π.χ. μονοξειδίο του άνθρακα δυο – τρεις φορές περισσότερο από το κύριο ρεύμα.(Μπιλάλης, 1997)

Το παράπλευρο ρεύμα καπνού έχει υψηλότερες συγκεντρώσεις διαφόρων επικίνδυνων και ερεθιστικών ουσιών από το κύριο ρεύμα καπνού. Μια καρκινογόνος χημική ουσία (HN – νιτροζοδιμεθυλαμίνη) είναι μέχρι οκτακόσιες φορές υψηλότερη σε παράπλευρο ρεύμα καπνού. Η

πλέον καρκινογόνος ουσία του καπνού, η νιτροσαμίνη, βρίσκεται σε πενήντα φορές μεγαλύτερη συγκέντρωση στον καπνό που εισπνέει ο ίδιος ο παθητικός καπνιστής σε σχέση με τον καπνό που εισπνέει ο ίδιος ο καπνιστής. Επίσης σε μεγαλύτερες ποσότητες υπάρχουν αρσενικό, φαινόλη και φορμαλδεΐδη.(Μπιλάλης, 1997)

Έτσι κατά το παθητικό ή ακούσιο κάπνισμα. παρατηρούνται υψηλότερες περιεκτικότητες διαφόρων επιβλαβών ή ερεθιστικών χημικών ουσιών απ' ότι στο ενεργητικό κάπνισμα.(Μπιλάλης, 1997)

Ένας μη καπνιστής που εργάζεται σ' ένα συνηθισμένο γραφείο γεμάτο καπνό, εισπνέει καθημερινά καπνό, που ισοδυναμεί με ένα – πέντε τσιγάρα. Ο αριθμός των ετών τέτοιας έκθεσης στον καπνό είναι δύο ή τρεις φορές πλέον σημαντικός στην πρόκληση καρκίνου απ' ότι η ποσότητα καπνού που καπνίζει κάποιος καθημερινά. Συνοπτικά λοιπόν ο παθητικός καπνιστής εισπνέει αυτές τις ουσίες από τρεις πηγές : 1) την εκπνοή του ενεργητικού καπνιστή, 2) την καύση του καπνού καθώς περνάει από το ίδιο το τσιγάρο και 3) την καύση του καπνού στην άκρη του τσιγάρου, ο οποίος καίγεται χωρίς να «φιλτράρεται» από το υπόλοιπο τσιγάρο και γι' αυτό είναι πιο βλαβερός. Από την άκρη του τσιγάρου παράγεται νιτροσαμίνη, η καρκινογόνος αυτή ουσία στην οποία αποδίδεται η καρκινογόνος δράση της στον άνθρωπο. Η εισπνοή του διαχεόμενου καπνού από τον παθητικό καπνιστή είναι συνεχής και έτσι παρά τη χαμηλή δόση εισπνεόμενων συστατικών, αυτά συσσωρεύονται επί μεγάλο χρονικό διάστημα στον οργανισμό του.(Μπιλάλης, 1997)

Ο καπνός του τσιγάρου μπορεί να προκαλέσει στους παθητικούς καπνιστές δυσφορία, ερεθισμό στα μάτια, πονοκέφαλο, κνησμό, φτέρνισμα, βήχα, συνάχι, ξηρότητα της μύτης, μπούκωμα, ναυτία, ζαλάδες, ερεθισμό στο λαιμό και βραχνάδα. Ο καπνός επίσης προξενεί ειδικά πόνο στα μάτια πολλών ανθρώπων που φορούν φακούς επαφής. Επιπλέον παρατηρείται αύξηση του καρδιακού ρυθμού, της πίεσης και του

μονοξειδίου του άνθρακα και ελαφριά συσσώρευση νικοτίνης στο ρεύμα του αίματος.(Μπιλάλης, 1997)

Όλα αυτά συμβαίνουν από το παθητικό κάπνισμα σε υγιείς μη καπνιστές, πολύ όμως περισσότερο σε ανθρώπους που βρίσκονται σε κίνδυνο, όπως παιδιά, άρρωστοι και ηλικιωμένοι.(Μπιλάλης, 1997)

Το κάπνισμα των γονιών μπορεί να έχει δυσάρεστες επιπτώσεις στην υγεία των παιδιών. Η καθημερινή έκθεση ενός μη καπνιστή για πολλά χρόνια στο κάπνισμα άλλων επηρεάζει την αναπνευστική του λειτουργία και αυξάνει την πιθανότητα να πάθει καρκίνο του πνεύμονα και καρδιαγγειοπάθειες.(Μπιλάλης, 1997)

Η επίδραση του παθητικού καπνίσματος στο έμβρυο κατά την εγκυμοσύνη αποτελεί ένα από τα πρώτα θέματα που έχουν απασχολήσει την έρευνα για το παθητικό κάπνισμα. Ήδη από το 1957 έχει διαπιστωθεί ότι τα μωρά γυναικών που καπνίζουν κατά την εγκυμοσύνη έχουν βάρος μικρότερο από τα μωρά γυναικών που δεν καπνίζουν , το κάπνισμα σήμερα θεωρείται επικίνδυνο σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ιδιαίτερα τον 4^ο μήνα, ο μηχανισμός όμως κατά τον οποίο προκαλούνται βλάβες στο έμβρυο δεν είναι γνωστές και αποτελεί αντικείμενο μελέτης.(www.neo.gr/23-8-2006)

Εκτός από το χαμηλό βάρος γέννησης, από σειρά εργασιών έχει διαπιστωθεί πως το κάπνισμα της μητέρας ευθύνεται για τη μείωση του μήκους του σώματος και της περιμέτρου της κεφαλής του μωρού, καθώς και για απότομες αποβολές ή γεννήσεις νεκρών μωρών, όπως και διάφορες άλλες μαιευτικές επιπλοκές. Το κάπνισμα της μητέρας έχει επίσης συνδεθεί και με τερατογέννεση στο έμβρυο. Πρόσφατη μελέτη επισημαίνει ότι το παθητικό κάπνισμα της μητέρας από τον πατέρα καπνιστή (20 τσιγάρα ημερησίως) έχει παρόμοια βλαπτική επίδραση στο έμβρυο και το

μωρό γεννιέται με βάρος μειωμένο κατά 120 γρ. Τέλος μελέτες έχουν γίνει και για το ποσό της νικοτίνης που προσλαμβάνει το βρέφος από το μητρικό γάλα της καπνίστριας μητέρας του. Έχει ακόμα βρεθεί ότι το ποσό είναι ανάλογο του αριθμού των τσιγάρων της μητέρας και του χρόνου που μεσολαβεί μεταξύ καπνίσματος του τσιγάρου και του θηλασμού. Το παιδί γίνεται παθητικός καπνιστής από το κάπνισμα κυρίως των γονέων του ή άλλων μέσω του στενού περιβάλλοντος. Έχει διαπιστωθεί ότι όταν ο πατέρας και η μητέρα είναι καπνιστές 15 – 20 τσιγάρων ημερησίως, το παιδί «καπνίζει» 80 τσιγάρα το χρόνο και τα 50 απ' αυτά αποδίδονται στο κάπνισμα της μητέρας η οποία εκθέτει περισσότερο το παιδί της στον καπνό.www.neo.gr/23-8-2006

Η βρογχίτιδα και η βρογχοπνευμονία συμβαίνουν συχνότερα στα παιδιά γονέων καπνιστών. Η συχνότητα των λοιμώξεων αυξάνει γενικά ανάλογα με τη συγκέντρωση καπνού στο περιβάλλον του παιδιού. Τέλος οι φόβοι που εκφράζονται για τον καρκίνο του πνεύμονα και τις καρδιοπάθειες, στηρίζονται στα δεδομένα ότι ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος για τα άτομα που εκτίθενται στον καπνό από την παιδική τους ηλικία. Έχουν γίνει ακόμα πολλές μελέτες σε συζύγους καπνιστών (ο ένας μόνο σύζυγος καπνίζει). Οι μελέτες αυτές έδειξαν ότι η θνησιμότητα στον καπνό των παθητικών καπνιστών και καπνιστριών είναι αυξημένη κατά 80%. Παρατηρήθηκε μάλιστα ότι όσο περισσότερο καπνίζει ο καπνιστής σύζυγος, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα θανάτου του έτερου ημίσεως από καρδιοπάθεια.www.neo.gr/23-8-2006

Εκεί που τα πράγματα είναι πιο δύσκολα για τους μη καπνιστές είναι ακόμη πιο δύσκολα απ' ότι ο καπνός στο σπίτι, είναι ο καπνός στη δουλειά. Στον τόπο δουλείας δεν είναι μόνο ένας ενεργός καπνιστής αλλά ο μη καπνιστής εκτίθεται στον καπνό πολλών. Σχετικές μελέτες δείχνουν ότι αν ένας μη καπνιστής καθίσει σε ένα χώρο κυριολεκτικά γεμάτο από καπνό θα ανέβει η πίεση του αίματός του και η καρδιακή του συχνότητα.

Άτομα μάλιστα με στεφανιαία νόσο, μπορούν να πάθουν στηθάγχική κρίση ή και σπασμό των στεφανιαίων αρτηριών. Το παθητικό κάπνισμα ελαττώνει την σωματική απόδοση ακόμη και σε υγιή άτομα ιδιαίτερα στους δρόμους.(www.neo.gr/23-8-2006)

Οι παθητικοί καπνιστές παρουσιάζουν 2 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρδιοπάθεια και, επιπλέον, 1 – 4 φορές αυξημένη νοσηρότητα σε σχέση με τους μη καπνιστές.(www.neo.gr/23-8-2006)

Σύμφωνα με τον Μπιλάλη (1997), «η καρδιά των παθητικών καπνιστών κινδυνεύει πιο πολύ σε σχέση με όσους καπνίζουν, και αυτό γιατί ο οργανισμός τους δεν έχει αναπτύξει φυσιολογικούς μηχανισμούς άμυνας»(σελ 102). Ο συγγραφέας αναφέρεται στον καθηγητή του πανεπιστημίου της Καλιφόρνια, Στάντον Γκλάντζ που υποστηρίζει από άλλες μελέτες, πως και μικρές μόνο ποσότητες καπνού, απορροφώμενες από τους μη καπνιστές, μπορούν να προκαλέσουν καρδιαγγειακές δυσλειτουργίες.

Συνεχίζει αναφέροντας πως «το παθητικό κάπνισμα ελαττώνει τη δυνατότητα που έχει η καρδιά να μεταβολίζει, όλη την ποσότητα του οξυγόνου που λαμβάνει. Το γεγονός αυτό την αναγκάζει να εργάζεται περισσότερο, με αποτέλεσμα να γίνεται πιο δύσκολη κάθε σωματική προσπάθεια».(σελ 102)

Το παθητικό κάπνισμα ελαττώνει την ικανότητα του αίματος να απελευθερώσει το οξυγόνο στην καρδιά και να συμβιβάσει την ικανότητα του μυοκαρδίου να χρησιμοποιήσει το οξυγόνο και να δημιουργήσει τριφωσφορική αδενοσίνη (το ενεργειακό νόμισμα των κυττάρων).(Μπιλάλης, 1997)

Οι ενεργητικοί καπνιστές προσαρμόζονται εν μέρει χρονικά και ισοφαρίζουν κάπως τα βλαβερά αποτελέσματα του καπνίσματος. Οι παθητικοί καπνιστές όμως δεν έχουν το όφελος αυτής της προσαρμογής και οι βλάβες είναι μεγαλύτερες εκείνων των ενεργητικών καπνιστών.(Μπιλάλης, 1997)

Από μελέτη για το παθητικό κάπνισμα, προέκυψε και βιολογική επίπτωση στην καρδιά λόγω της δράσης της νικοτίνης, του μονοξειδίου του άνθρακα και των αρωματικών υδρογονανθράκων.(Μπιλάλης, 1997)

Το παθητικό κάπνισμα 30 τσιγάρων σε χώρο 18 κυβικών μέτρων και διάρκειας 20 λεπτών έως 8 ωρών οδηγεί στα εξής επακόλουθα:

1. Αυξάνεται η συσσώρευση και θρομβωτική τάση των αιμοπεταλίων.
2. Αυξάνονται οι απαιτήσεις σε οξυγόνο από το μυοκάρδιο, καθώς ο χρόνος και οι συνθήκες προσφοράς του είναι μειωμένες.
3. Στο αίμα των παθητικών καπνιστών παρατηρείται αυξημένος αριθμός ενδοθηλιακών κυττάρων, ως τεκμήριο ιστολογικής βλάβης του ενδοθηλίου του αρτηριακού τοιχώματος.(Μπιλάλης, 1997)

Ορισμένοι επιστήμονες υποστηρίζουν πως το παθητικό κάπνισμα επηρεάζει πολύ τις αναπνευστικές οδούς των μη καπνιστών. Όμως άλλες πληροφορίες είναι αντιφατικές για την επίδραση του καπνού σε όλο το αναπνευστικό σύστημα. Επιπλέον οι ασθματικοί όταν εκτίθενται στο καπνό άλλων μειώνεται σημαντικά η ζωτική ικανότητα τους στο λόγο, γιατί ελαττώνεται η ταχύτητα ροής στο μέσο της αναπνοής τους.(Μπιλάλης, 1997)

Πάντα όμως υπάρχει και ο αντίποδας που έρχεται σε αντίθεση με ισχυρισμούς και γεγονότα. Κατά τον Δοδόπουλο (2004), που αναφέρεται

σε ένα δημοσίευμα της “Sunday Telegraph” μελέτη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, ισχυρίζεται πως δεν υπάρχει στατιστική απόδειξη ότι παθητικό κάπνισμα προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα. Η μελέτη αυτή την οποία ο ΠΟΥ εμπόδισε να δημοσιευτεί ανατρέπει τους μέχρι σήμερα αντίθετους ισχυρισμούς των αντικαπνιστών. Στην έρευνα έγινε σύγκριση 650 ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα με 1542 υγιείς. Εξετάστηκαν άνθρωποι που είναι παντρεμένοι με καπνιστές ή εργάζονται στον ίδιο χώρο όπου επιτρεπόταν το κάπνισμα ή που συνδύαζαν και τα δύο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπάρχει επιπλέον κίνδυνος για κάποιον που ζει ή εργάζεται με έναν καπνιστή. Περιληπτικά και συμπερασματικά η έρευνα αυτή αναφέρει ακόμη ότι δεν υπήρξε σχέση μεταξύ κινδύνου για καρκίνο του πνεύμονα και έκθεσης σε καπνό στο περιβάλλον κατά την παιδική ηλικία.(Δοδόπουλος, 2004)

Παρ’ όλα αυτά - όπως συνεχίζει να υποστηρίζει ο συγγραφέας αναφερόμενος πάντα στο άρθρο της προαναφερθείσας Βρετανικής εφημερίδας – «δεν πρέπει να πανηγυρίζουν οι καπνιστές τόσο γρήγορα.. Όλα αυτά που βρίσκουν οι έρευνες είναι προσωρινά και μπορούν να ανατραπούν από άλλες έρευνες. Και αν το παθητικό κάπνισμα δεν προκαλεί καρκίνο στους μη καπνιστές, πιθανόν να προκαλεί άσθμα και βρογχίτιδα στα παιδιά». (σελ,270)

Επιπρόσθετα, ο συγγραφέας αναφέρεται στο κείμενό του, στον καθηγητή του πανεπιστημίου της Οξφόρδης, Sir Richard Doll, ο οποίος κατά τη γνώμη του σημειώνει πως «ο κίνδυνος από το παθητικό κάπνισμα είναι μικρός. Το θέμα βρίσκεται στο αναφαίρετο δικαίωμα των μη καπνιστών να μην αναπνέουν ακούσια καπνό».(σελ, 271)

Όσον αφορά τον κίνδυνο που διατρέχουν τα παιδιά, δίνονται οι απαντήσεις μέσα από μια έρευνα που εκπόνησε η πνευμονολογική κλινική του Α.Π.Θ., στο πλαίσιο της οποίας εξετάστηκαν 11.000 παιδιά ηλικίας 9 –

12 ετών. Το 16,3% των παιδιών με γονείς καπνιστές είχαν προσβληθεί από διάφορες πνευμονοπάθειες (λοιμώδη βρογχίτιδα, οξεία βρογχίτιδα, βρογχικό άσμα, κ.λ.π) και παρουσίαζαν απόχρεμψη, συριγμό και μόνιμο βήχα. Η βαρύτητα που έχει το παθητικό κάπνισμα γίνεται ιδιαίτερα εμφανής από το γεγονός ότι επηρεάζει ακόμα και τα έμβρυα των εγκύων που κινούνται σε περιβάλλον καπνιστών. Το 1994 канаδοί επιστήμονες εντόπισαν ίχνη νικοτίνης και κοτινίνης (η νικοτίνη μετά το μεταβολισμό) στο μαλλί του εμβρύου που γέννησε μητέρα – παθητική καπνίστρια.(www.neο.gr/23-8-2006)

Η πληθυσμιακή έκρηξη, η βιομηχανική ανάπτυξη, η αστυφιλία και η διαμόρφωση ειδικών συνθηκών διαβίωσης συνετέλεσαν στην υπερσυγκέντρωση των ανθρώπων σε ορισμένους χώρους εργασίας και συγκατοίκησης. Για την εύρυθμη συμβίωση αυτού του πληθυσμού θεσπίστηκαν κανόνες προστασίας του ατόμου και περιβάλλοντός από τις διάφορες εκπομπές ήχων, αερίων, οσμών κ.λ.π., τις οποίες η φύση αδυνατούσε και αδυνατεί να τις εξουδετερώσει.

Ειδικότερα για το καπνοσύννεφο που δημιουργείται από το κάπνισμα θεσπίστηκε μια σειρά απαγορευτικών διατάξεων τις οποίες ο καπνιστής υποχρεούται να τηρεί προς χάριν της δημόσιας υγείας και της προστασίας των μη καπνιστών.(Δοδόπουλος, 2004)

Ωστόσο το παθητικό κάπνισμα έχει δημιουργήσει τεράστια προβλήματα μεταξύ των ανθρώπων που καπνίζουν και αυτών που δεν καπνίζουν. Τα σημεία τριβής και διενέξεων μάλιστα αυτών απασχόλησαν και απασχολούν κρατικές και δικαστικές αρχές, καθώς και κανόνες κοινωνικής συμπεριφοράς. Κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει το δικαίωμα των μη καπνιστών να προστατευτούν από τις όποιες βλάβες που είναι δυνατόν να προκαλέσει το κάπνισμα των άλλων ή και από την ανεπιθύμητη γι' αυτούς μυρωδιά και οπτική ρύπανση που δημιουργεί ο

εκπνεόμενος καπνός. Έτσι καπνιστές και μη καπνιστές επιβάλλεται να συνυπάρχουν και να συμβιώνουν θεσπίζοντας και ακολουθώντας κάποιους κανόνες αμοιβαίας συμπεριφοράς.(Δοδόπουλος, 2004)

Οι καπνιστές από τον φόβο των κυρώσεων υποχρεώθηκαν να υποκύψουν στην επιθετική αντικαπνιστική εκστρατεία των μη καπνιστών, την υπεράσπιση των οποίων ανέλαβαν με ιδιαίτερο ζήλο ειδικοί επιστήμονες, κληρικοί, δάσκαλοι, κρατικοί φορείς, αντικαπνιστικές οργανώσεις αλλά και εκατοντάδες δικηγόροι.(Δοδόπουλος, 2004)

Ο Αβραμίδης, (1995), εμπεριέχει στο κείμενό του το άρθρο 5 παράγραφος 1 του Συντάγματος, του 1975, όπου ορίζονται τα εξής:

«Καθένας έχει το δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του και να συμμετέχει στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της χώρας, εφ' όσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων, το Σύνταγμα ή τα χρηστά ήθη»(σελ. 73).

Η συνταγματική αυτή διάταξη προστατεύει χωρίς επιφυλάξεις την ανθρώπινη προσωπικότητα, τόσο στην εκδήλωσή της με το δικαίωμα στο κάπνισμα, όσο και επίσης με το δικαίωμα στο μη κάπνισμα. Η σύγκρουση μεταξύ των δύο αυτών δικαιωμάτων – τα οποία αντιτίθενται το ένα στο άλλο – αίρεται με το κριτήριο του λεγόμενου «φυσικού δικαίου», εφ' όσον το κάπνισμα ικανοποιεί μια βιολογική επίκτητη 'ανάγκη', αφού κανείς δεν γεννήθηκε καπνιστής, αλλά έγινε με τη θέληση του αργότερα. Ενώ το δικαίωμα του μη καπνιστή, ικανοποιεί μια φυσιολογική βιοτική ανάγκη και γι' αυτό ανάγεται σε δικαίωμα επικρατέστερο.(Αβραμίδης, 1995)

Επιπλέον εδώ και πολλά χρόνια έγινε υποχρεωτική και στην Ελλάδα η αναγραφή, στα προϊόντα καπνού και τα πακέτα των τσιγάρων η

ένδειξη 'Το Υπουργείο Υγείας προειδοποιεί: το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία'. Η προειδοποίηση αυτή «καλύπτει» τις καπνοβιομηχανίες, ειδάλλως μένουν 'ανοιχτές' για σωρεία αγωγών εναντίων τους.(Αβραμίδης, 1995)

Ο Μπιλάλης, (1997), σημειώνει μέσα στο βιβλίο του ένα 'σύνθημα' θα λέγαμε του Γάλλου Προέδρου Φρανσουά Μιτεράν όπου λέει πως «η ελευθερία των καπνιστών σταματά εκεί που αρχίζει η ελευθερία των μη καπνιστών».(σελ.166)

Όσον αφορά τα δικαιώματα των μη καπνιστών, το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής κοινότητας και οι Υπουργοί Υγείας των χωρών – μελών είχαν εκδώσει ψήφισμα, σύμφωνα με το οποίο απαγορεύεται το κάπνισμα στους δημόσιους χώρους. Το ψήφισμα αυτό αποβλέπει στην προστασία της υγείας των μη καπνιστών. Ο όρος 'δημόσιοι χώροι' περιλαμβάνει τους χώρους πώλησης στο κοινό αγαθών ή υπηρεσιών, τα σχολικά ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και επαγγελματικής εκπαίδευσης, τους κινηματογράφους, τα θέατρα, τις εκθέσεις, τους κλειστούς χώρους αθλοπαιδιών, τους σταθμούς 'μετρό' και σιδηροδρόμου, τα λιμάνια, τα αεροδρόμια και τα νοσοκομεία.(Εφημερίδα «τα Νέα»)

Το συμβούλιο και οι αντιπρόσωποι των χωρών – μελών συνιστούν στα κράτη – μέλη να λάβουν δια της νομοθετικής οδού ή μέσω άλλων οδών και σύμφωνα με τις ισχύουσες σε κάθε κράτος πρακτικές και συνθήκες τα ακόλουθα μέτρα : Να απαγορεύσουν το κάπνισμα στους κλειστούς δημόσιους χώρους. Να επεκτείνουν την απαγόρευση του καπνίσματος σε όλα τα μέσα μαζικής μεταφοράς. Να προβλέψουν να υπάρχουν ενδεχομένως για τους καπνιστές σαφώς προσδιορισμένοι χώροι στα δημόσια κτίρια και αν είναι δυνατόν, στα μέσα μαζικής μεταφοράς,

ιδίως για τις μεγάλες διαδρομές. Να εξασφαλίσουν ότι, σε περίπτωση διαμάχης, εκτός από τους χώρους που προορίζονται αποκλειστικά για τους καπνιστές, το δικαίωμα στην υγεία των μη καπνιστών θα υπερισχύει του δικαιώματος των καπνιστών να καπνίσουν.(Εφημερίδα «τα Νέα»)

A.3.11 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

1. Η ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ

Το τσιγάρο παραμένει ο αγιάτρευτος έρωτας πολλών εκατομμυρίων ανθρώπων και αποτελεί συγχρόνως και ένα πραγματικό χρυσορυχείο για τις διαφημιστικές εταιρείες. Οι διαφημίσεις τσιγάρων, στις οποίες έχουν λάβει μέρος πολλοί σταρ σε ολόκληρο τον κόσμο, δεν είναι τόσο αθώες όσο πιστεύουμε, διότι πολλοί πρωταγωνιστές έχουν χάσει τη ζωή τους εξαιτίας του καπνίσματος. (Μπιλάλης, 1997)

Οι διαφημίσεις βοηθούν στο να ξεκινήσει ένας νέος το κάπνισμα. Η διαφήμιση του τσιγάρου, που έχει πάρει και στη χώρα μας τρομακτικές διαστάσεις, αφήνει έκθετο τον παιδικό πληθυσμό σε όλα τα διαφημιστικά μηνύματα που προβάλλουν το τσιγάρο σαν ένα είδος μύησης στον κόσμο των μεγάλων, σαν έναν κομψό τρόπο ζωής, που αγγίζει τα βασικά σύμβολα των ενηλίκων και συνήθως το ονομάζουμε ωριμότητα. Οι διαφημίσεις συσχετίζουν το κάπνισμα με καλή υγεία, αθλητική ζωντάνια, κοινωνική και επαγγελματική επιτυχία. Συνήθως το τσιγάρο εμφανίζεται ως αναπόσπαστο μέρος της νεότητας, της ευτυχίας, της γοητείας, της προσωπικής επιτυχίας και ενός ζωντανού τρόπου ζωής. Οι διαφημίσεις, μια ευφύεστατη μέθοδος προαγωγής και προβολής παντός έμψυχου και άψυχου πράγματος, αποτελούν σημαντικό στοιχείο της εκάστοτε κοινωνίας. Μια όμως διαφήμιση τόσο απατηλή για την ανθρώπινη υγεία και τόσο διαδεδομένη σε ολόκληρο τον κόσμο είναι η διαφήμιση του τσιγάρου. Η διαφήμιση του τσιγάρου μπορεί να επιδράσει σημαντικά ή και όχι τόσο, στους εφήβους, να πειραματιστούν με τον καπνό παρακινούμενοι και από τους συνομηλίκους τους. (Μπιλάλης, 1997).

Το παιδί σήμερα βομβαρδίζεται και ζει σε έναν κόσμο γεμάτο από πρότυπα καπνιστών γονέων, συγγενών, φίλων της οικογένειας, ιατρών, αστέρων του κινηματογράφου και της τηλεόρασης, φανταχτερών διαφημίσεων και όλα αυτά το παροτρύνουν και το προάγουν ψυχολογικά στην έναρξη του καπνίσματος.(Μπιλάλης, 1997)

Το τραγελαφικό που συμβαίνει με τις διαφημίσεις των τσιγάρων είναι ότι παρουσιάζεται ο «παράδεισος» της ειδικής μάρκας τσιγάρου, με τις ωραιότερες εικόνες και στο κάτω μέρος της γιγαντοαφίσας με μεγάλα γράμματα σημειώνεται, «το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία» σύμφωνα με απόφαση του υπουργείου υγείας. (Μπιλάλης, 1997)

Όσον αφορά στις καπνοβιομηχανίες, που προωθούν το τσιγάρο λέγοντας πως έχει τέλεια γεύση ενώ δεν υπαινίσσονται καν τον καρκίνο που προκαλείται, βλάπτουν εσκεμμένως την υγεία των ανθρώπων με το τσιγάρο, το οποίο μοιράζουν και δωρεάν στο στρατό, στα καφέ, στις πλατείες και αλλού. Τέλος, η χώρα μας βρίσκεται μεταξύ των πρώτων χωρών του κόσμου σε ότι αφορά τη διάδοση του καπνίσματος ιδιαίτερα μεταξύ των νέων, και την αυξημένη κατανάλωση τσιγάρων τα τελευταία έντεκα χρόνια. (Μπιλάλης, 1997).

A4 ΑΙΤΙΕΣ ΠΡΟΣΦΥΓΗΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Γιατί καπνίζουν οι άνθρωποι; Οι ερευνητές έχουν την τάση ν' αναλύουν την ερώτηση σε τέσσερα διαφορετικά μέρη:

Γιατί οι άνθρωποι δοκιμάζουν κατ' αρχήν το κάπνισμα;

Γιατί γίνονται καπνιστές;

Γιατί δυσκολεύονται τόσο πολύ να το κόψουν ακόμα κι όταν είναι πεπεισμένοι ότι καταστρέφει την υγεία τους;

Γιατί τόσοι πολλοί άνθρωποι ξαναρχίζουν το κάπνισμα ενώ είχαν καταφέρει να το κόψουν;

Είναι φανερό ότι ούτε το τρομερά υψηλό κόστος, ούτε οι ηθικές αποκηρύξεις (είτε από πρίγκιπες ή πάπες), ούτε οι ποινές, ούτε οι φόβοι για τους κινδύνους της υγείας μπόρεσαν να εξαφανίσουν την επιθυμία των ανθρώπων για τον καπνό. Αναμφισβήτητα, μερικά από αυτά τα μέτρα καθυστέρησαν το ρυθμό διάδοσής του αλλά, απ' ό,τι φαίνεται σε καμία κοινωνία όπου άρχισαν να χρησιμοποιούν τον καπνό δεν εγκατέλειψαν ποτέ τελείως τη χρήση του. (Jaffre and all, 1981)

Σχετικά με την τεράστια έκταση, τις σοβαρές συνέπειες του καπνίσματος και τις αιτίες που ευνοούν, οδηγούν ή «εξαναγκάζουν» τους ανθρώπους να καταφεύγουν στον καπνό έχουν γίνει αρκετές μελέτες που προέκυψαν ύστερα από σχετικές έρευνες.

Εκατομμύρια άνθρωποι κάθε μέρα βάζουν φωτιά στο τσιγάρο και εισπνέουν τον καπνό του μέχρι το τελευταίο εκατοστό, αρκετές φορές την ημέρα. Κανείς όμως δεν μπορεί να δώσει μια πειστική απάντηση στο γιατί άρχισε το κάπνισμα και τί ακριβώς τον κάνει να το συνεχίζει. Προβάλλουν

συχνά στερεότυπες απαντήσεις όπως: «Μου αρέσει», «έχω συνηθίσει» ή ακόμα «καπνίζω τόσα χρόνια και δεν με έχει βλάψει».(Μπιλάλης, 1997)

Οι άνθρωποι αρχίζουν να καπνίζουν για έναν ή περισσότερους από τους παρακάτω λόγους : περιέργεια, συμβιβασμός με τις αξίες της ομάδας που ανήκουν, έκφραση επαναστατικότητας, μίμηση της συμπεριφοράς ατόμων που θεωρούνται ότι έχουν μεγαλύτερο κύρος, όπως στην περίπτωση των νέων που θέλουν να κάνουν τους «μεγάλους». Υπάρχει λιγότερη συμφωνία για τους παράγοντες που καθορίζουν το ποιοι από αυτούς που δοκιμάζουν το τσιγάρο θα γίνουν τελικά καπνιστές, το γιατί οι άνθρωποι δεν το κόβουν παρόλο που το επιθυμούν και γιατί το ξαναρχίζουν ύστερα από μια περίοδο αποχής. (Ντάβου, 1992)

Έξι παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν κυρίως τους καπνιστές στο να συνεχίσουν να καπνίζουν:

- ερεθισμός (μια αίσθηση αυξημένης ενεργητικότητας),
- αισθητηριοκινητικοί χειρισμοί (ικανοποίηση στο να ανάβουν τσιγάρο),
- ευχάριστη χαλάρωση (ανταμείβοντας τον εαυτό τους με ένα τσιγάρο όταν περάσει η ανάγκη για εγρήγορση και ένταση ή για να διευκολύνουν τις κοινωνικές σχέσεις),
- συνήθεια (δεν του λείπει το τσιγάρο όταν δεν υπάρχει αλλά όταν είναι διαθέσιμο το καπνίζει αυτόματα και δεν πιστεύει ότι τον κάνει να αισθάνεται διαφορετικά),
- μείωση των αρνητικών αισθημάτων (καπνίζουν για να ανταπεξέλθουν σε αισθήματα έντασης, άγχους ή θυμού σε δύσκολες καταστάσεις),

- εθισμός (καπνίζουν για να εμποδίζουν τη δυσάρεστη αίσθηση της λαχτάρας που δοκιμάζουν όταν τους λείπει το τσιγάρο).

Σύμφωνα με τους ίδιους τους καπνιστές η «μείωση της έντασης» και ο «εθισμός» φαίνονται να είναι οι πιο σημαντικοί από τους παραπάνω λόγους. (Ντάβου, 1992)

Δε χρειάζεται καμία ιδιαίτερη ψυχολογική ή κοινωνική συνθήκη για να αποκτήσει και το πιο καλά ισορροπημένο άτομο εξάρτηση από το κάπνισμα. Μια εκτεταμένη μελέτη έδειξε ότι από τα παιδιά που έχουν καπνίσει περισσότερα από ένα τσιγάρα μόνο το 15% δεν έγιναν τακτικοί καπνιστές. (Δοδόπουλος, 2004)

Οι λόγοι για τους οποίους οι άνθρωποι καταφεύγουν στο κάπνισμα, σχετίζονται με τα οικονομικά, κοινωνικά, εθνικά, ιστορικά, πολιτιστικά, περιβαλλοντικά ως και εθμικά προβλήματα και γεγονότα που βιώνουν όπως είναι η ανεργία, η ανέχεια αλλά και η μεγάλη ευμάρεια, το πνευματικό επίπεδο, το οικογενειακό και φυσικό περιβάλλον, οι καταστάσεις πολεμικών και κοινωνικών αναστατώσεων και αναταραχών. Για τους παραπάνω αλλά και άλλους λόγους οι άνθρωποι οδηγούνται ή εξωθούνται στο κάπνισμα αναζητώντας από τον καπνό την έστω προσωρινή 'λύτρωσή' τους από τις εσωτερικές τους διαταραχές που τις δημιουργούν εξωτερικοί παράγοντες. Πολλά ανασφαλή, ανήσυχα και αδύναμα άτομα καταφεύγουν στο κάπνισμα αναζητώντας παρηγοριά σε δύσκολες στιγμές ψυχολογικής και σωματικής υπερέντασης, μοναξιάς και γενικότερης αναστάτωσης. Οποσδήποτε οι παραπάνω λόγοι απαιτούν βαθύτερη ψυχολογική προσέγγιση. (Δοδόπουλος, 2004)

Οι πιο σημαντικοί παράγοντες που καθορίζουν το ποιος γίνεται καπνιστής είναι η διαθεσιμότητα του τσιγάρου και το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αρχίζει το κάπνισμα. Κοινωνικοί είναι κυρίως οι λόγοι που καθορίζουν αν κάποιος θα αρχίσει το κάπνισμα, ενώ φαρμακολογικοί αν

θα το συνεχίσει. Η οικονομικοκοινωνική τάξη, το παράδειγμα από τους γονείς (3 στα 4 παιδιά που καπνίζουν έχουν τουλάχιστον ένα γονέα καπνιστή), και τα αδέρφια και κυρίως οι καπνισματικές συνήθειες των φίλων αποτελούν τους σημαντικότερους γνωστούς προσδιοριστικούς παράγοντες για τη διαμόρφωση της καπνισματικής συνήθειας. Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε σκανδιναβικές οικογένειες απέδειξαν ότι στις περιπτώσεις που οι γονείς δεν κάπνιζαν και ήταν ενάντιοι στο να καπνίζουν τα παιδιά τους, μόνο το 10% των παιδιών άρχισαν να καπνίζουν. Ενώ όταν οι γονείς κάπνιζαν και τους επέτρεπαν να καπνίζουν το ποσοστό ανέβαινε στο 70%. (Ευαγγελίδης, 1986)

Οι καπνιστές φαίνεται να δίνουν μεγαλύτερη αξία στο νόημα που αποδίδει στην πράξη του καπνίσματος η οικογένεια, η κοινωνική τους τάξη και ο κύκλος των φίλων παρά στις πιθανές μακροπρόθεσμες επιπτώσεις. Λόγοι κοινωνικοί είναι εκείνοι που προκάλεσαν την αλλαγή στις καπνισματικές συνθήκες των γυναικών τα τελευταία 40 χρόνια. Έχει αλλάξει ο ρόλος της γυναίκας μέσα στην κοινωνία και έχει αλλάξει και ο τρόπος που αντιμετωπίζει η κοινωνία τις καπνίστριες. Σήμερα, όχι μόνο καπνίζουν περισσότερες γυναίκες αλλά συνεχώς καπνίζουν περισσότερο και αρχίζουν το κάπνισμα σε μικρότερη ηλικία. Σε πολλές χώρες οι νέες γυναίκες έχουν πλέον τις ίδιες καπνισματικές συνήθειες με τους άνδρες. (Ντάβου, 1992, Ευαγγελίδης, 1986, Μπιλάλης, 1997)

Πολλοί θεωρούν το κοινωνικό γόητρο που φέρεται να προσδίδει το κάπνισμα να είναι το μεγαλύτερο αίτιο για να αρχίσει κάποιος το κάπνισμα. Οι περισσότεροι από τους νεαρούς που σε μικρή ηλικία δοκιμάζουν το κάπνισμα, το κάνουν κεντριζόμενοι από εικόνες που έχουν από τους γονείς, τα μεγαλύτερα αδέρφια ή άλλα άτομα που λειτουργούν σαν πρότυπα. Το κάπνισμα είναι χαρακτηριστικό του «μεγάλου», του «ανδρωμένου» και τα παιδιά το υπολήπτονται με ανάλογο θαυμασμό που

έχουν για άλλες δραστηριότητες των ενηλίκων ή για τις φορεσιές τους.(Ντάβου, 1992, Ευαγγελίδης, 1986, Μπιλάλης, 1997)

Επίσης, θεωρείται πράγμα απαγορευμένο και αυτό συμβάλλει ώστε να είναι διπλάσια ελκυστικό στα παιδιά αλλά και στους ενηλίκους, ιδίως στις γυναίκες, αν μάλιστα ένα αυστηρό μέλος της οικογένειας προβάλλει το αξίωμα ότι «οι κόσμιες γυναίκες δεν καπνίζουν». Έτσι το κάπνισμα αποκτά και μια παράλληλη αξία, τελείως ξεχωριστή από την ουσιαστική του αξία. Μοιάζει με τους μορφασμούς ή τις ζημιές που κάνουν οι μαθητές πίσω από την πλάτη του δασκάλου. Είναι κάτι το «άσεμνο» και «άτακτο». Είναι τολμηρό και κατά συνέπεια ελκυστικό. Ειδικώς στις γυναίκες προσφέρει την ευκαιρία να επιδειχθούν ότι είναι κοσμοπολίτισσες και χειραφετημένες, γυναίκες του κόσμου. (Ντάβου, 1992, Ευαγγελίδης, 1986, Μπιλάλης, 1997)

Από την άλλη, για τους άντρες αυτή η αυστηρότητα κατά του καπνίσματος είναι πολύ πιο ασθενής- όσον αφορά το κοινωνικό προφίλ που δίνει ως καπνιστής. Αντιθέτως, φαίνεται να ασκείται μια κοινωνική πίεση στους άνδρες να δοκιμάσουν το κάπνισμα, κυρίως καθώς εισέρχεται από την εφηβική ηλικία στην ενήλική ζωή. Το τσιγάρο συχνά λειτουργεί σαν «χρίσμα», σαν διαδικασία μύησης στη ζωή των ενηλίκων, όπως λειτουργεί για τα αγόρια η πρώτη τους σεξουαλική επαφή. (Ντάβου, 1992, Ευαγγελίδης, 1986, Μπιλάλης, 1997)

Μεγαλύτερη ακαδημαϊκή μόρφωση, συνήθως, σημαίνει μικρότερη ροπή προς το κάπνισμα. Οι πλούσιες γυναίκες είναι πιο πιθανό να καπνίζουν από τις φτωχές, αλλά οι πλούσιοι άνδρες είναι λιγότερο πιθανό να καπνίζουν απ' ότι οι φτωχοί.(Μπιλάλης, 1997)

Οι καπνιστές ακόμα και σαν έφηβοι έχουν την τάση να είναι πιο παρορμητικοί, πιο περιπετειώδεις, πιο κοινωνικοί, πιο επαναστατημένοι και λιγότερο ανεκτικοί στους περιορισμούς και την εξουσία. Πίνουν περισσότερο καφέ, τσάι και οίνοπνευματώδη απ' ότι οι μη καπνιστές,

τείνουν περισσότερο στη χρήση μαριχουάνας, αμφεταμίνες, βαρβιτουρικών και άλλων παράνομων τοξικών ουσιών. Οι καπνιστές αρχίζουν να πίνουν και να έχουν σεξουαλική δραστηριότητα από μικρότερη ηλικία. Μπορεί να ζυγίζουν μερικά κιλά λιγότερο από τους μη καπνιστές παρ' όλο που καταναλώνουν περισσότερες θερμίδες την ημέρα. Ακόμα, είναι μάλλον πιο αγχώδεις και πιο οργισμένοι.(Ντάβου, 1992, Ευαγγελίδης, 1986, Μπιλάλης, 1997)

Υπάρχει όμως μεγάλη επαλληλία ανάμεσα σε καπνιστές και μη καπνιστές. Οι διαφορές μεταξύ τους φαίνονται μόνο όταν μελετώνται σε εκατοντάδες. Οι διαφορές της προσωπικότητας των καπνιστών και των μη καπνιστών ίσως να οφείλονται στο συνδυασμό περιβάλλοντος και κληρονομικότητας. Υπάρχουν ενδείξεις κληρονομικού παράγοντα, όταν μονοζυγώτες δίδυμοι (με ακριβώς τις ίδιες γενετικές ιδιότητες), που μεγάλωσαν χωριστά, έχουν ίδιες συνήθειες καπνίσματος πιο συχνά από δίδυμους που μεγάλωσαν χωριστά και δεν είναι μονοζυγώτες. Φαίνεται ότι ο τρόπος που αντιμετωπίζουμε το στρες και που αντιδρούμε στον κόσμο καθορίζεται (τουλάχιστον εν μέρει) γενετικά. Είναι φανερό ότι οι άνθρωποι που γίνονται τακτικοί καπνιστές βρίσκουν την επίδραση του τσιγάρου πιο «ευεργετική» ή πιο ευχάριστη απ' τους άλλους. (Ντάβου,1992/ Ευαγγελίδης,1986/, Μπιλάλης, 1997)

A5 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

A5.1 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΓΙΑ ΤΟ ΞΕΚΙΝΗΜΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Το κάπνισμα συνήθεια-εξάρτηση- εθισμός

Το κάπνισμα είναι μια μορφή φαρμακολογικής εξάρτησης διαφορετικής από τις άλλες, αλλά οπωσδήποτε αρκετά ισχυρή. Μόνο το 2% από τους καπνιστές είναι περιστασιακοί. Οι περισσότεροι είναι συστηματικοί καπνιστές που σπάνια μπορούν να περάσουν 1-2 ώρες χωρίς να καπνίσουν. Αφού 3 στους 4 καπνιστές είτε επιθυμούν να το κόψουν είτε έχουν προσπαθήσει και έχουν αποτύχει να κόψουν το κάπνισμα, προκύπτει ότι η εξάρτησή τους απ' αυτό είναι πολύ έντονη. Το 1974 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας κατέληξε ότι ο καπνός είναι ουσία που προκαλεί εξάρτηση και βλάβη της υγείας, επειδή δε είναι πολύ διαδεδομένος, αποτελεί το σημαντικότερο πρόβλημα δημόσιας υγείας στις περισσότερες χώρες του κόσμου. (Μπιλάλης,1997)

Το κάπνισμα δημιουργεί εθισμό στους περισσότερους καπνιστές αφού συνιστά μια ακατανίκητη επιθυμία ή ανάγκη να χρησιμοποιεί κανείς μια φαρμακευτική ουσία (νικοτίνη). Αν εθισμός σημαίνει αλλαγή στον οργανισμό, που προέρχεται από την επαναλαμβανόμενη χορήγηση μιας τοξικής ουσίας έτσι ώστε όταν σταματήσει, να παρατηρείται σύνδρομο αποστέρευσης, τότε πάλι μερικοί καπνιστές έχουν εθισμό. Αν όμως με τον όρο εθισμός εννοούμε ότι η τοξική ουσία προκάλεσε μια αλλαγή στον

οργανισμό τόσο σοβαρή, ώστε το άτομο να πεθάνει ή να αρρωστήσει βαριά, όταν σταματήσει η χορήγηση, τότε ο καπνός δεν προκαλεί εθισμό. Ποτέ δεν έχει αναφερθεί θάνατος από απότομη διακοπή καπνίσματος. Πολλοί ειδικοί υποστηρίζουν ότι το πραγματικό μέτρο του εθισμού σαν συμπεριφορά είναι η προσπάθεια που κάνει το άτομο για να αποχτήσει την τοξική ουσία, η ιεράρχηση της χρήσης της σε σχέση με άλλες αξίες της ζωής του, και ο βαθμός που το άτομο μπορεί να ελέγξει τη χρήση της. Υποστηρίζουν ακόμα, ότι ένα σύνδρομο αποστέρησης μπορεί, χωρίς να απειλήσει τη ζωή του ατόμου, να επηρεάσει βαθύτατα τη συμπεριφορά του. (Μπιλάλης, 1997)

Πολλοί καπνιστές κάνουν μεγάλες θυσίες και διακινδυνεύουν πολλά για να προμηθευτούν καπνό. Όταν, στον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, η κατάληψη της Ολλανδίας προκάλεσε πείνα σε πολλές πόλεις, υπήρχαν άνθρωποι που προτιμούσαν να καλλιεργούν καπνό αντί για λαχανικά στο κομμάτι γης που τους είχε χορηγηθεί για αυτό το σκοπό. Ακόμα και την πεινυχή τροφή των στρατοπέδων συγκεντρώσεως την αντάλασσαν με τσιγάρα. Πολλοί γιατροί έχουν συναντήσει ασθενείς, ακρωτηριασμένους εξαιτίας κάποιας περιφερειακής αγγειακής αρρώστιας που προκλήθηκε από το κάπνισμα, οι οποίοι συνεχίζουν μανιωδώς το κάπνισμα. Ακόμα και ασθενείς που έχουν υποστεί τραχειοτομή (δημιουργία ανοίγματος από το λαιμό στην τραχεία), έπειτα από εγχείρηση καρκίνου, αρνούνται να σταματήσουν το κάπνισμα. Ρουφάνε τον καπνό απευθείας στους πνεύμονες από το άνοιγμα της τραχειοτομής. (Jaffre and all, 1981)

Ένας από τους λόγους που υπάρχουν τόσες διαφωνίες για το αν ο καπνός προκαλεί εθισμό, είναι το γεγονός ότι οι μισοί σχεδόν από τους καπνιστές κατορθώνουν να σταματήσουν το κάπνισμα, αισθανόμενοι μια μικρή και περαστική ενόχληση, ή καμία ενόχληση. Το θέμα όμως δεν είναι αν ο κάθε καπνιστής έχει εθισμό. Υπάρχουν πολλοί που όταν αισθανθούν ότι συντρέχει σοβαρός λόγος μπορούν να κόψουν το τσιγάρο. Αλλά

συνήθως, όταν ένας καπνιστής λέει «Μπορώ να το κόψω όποτε θέλω» δεν είναι περισσότερο αξιόπιστος από τον αλκοολικό που υποστηρίζει τον ίδιο ισχυρισμό. Πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι ο όρος «εθισμός» πρέπει να αντικατασταθεί από τη λέξη «εξάρτηση». Ο καπνός χωρίς αμφιβολία δημιουργεί εξάρτηση. (Ντάβου,1992/ Ευαγγελίδης,1986)

Η συνήθεια του καπνίσματος διαμορφώνεται και αναπτύσσεται μέσα από διάφορες αλληλεπιδράσεις, ανάμεσα σε ατομικούς, βιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες από τη μια πλευρά και στο κοινωνικό περιβάλλον από την άλλη. Τα ερευνητικά δεδομένα επισημαίνουν τέσσερα κρίσιμα στάδια μέσα από τα οποία το κάπνισμα εξελίσσεται σε αναπόσπαστο κομμάτι της συμπεριφοράς: α) την προετοιμασία, β) τη μύηση και τον πειραματισμό, γ) το πέρασμα από την περιστασιακή στη συστηματική χρήση και δ) την τελική φάση, της συστηματικής χρήσης και της εξάρτησης. Σε κάθε ένα από αυτά τα στάδια το κάπνισμα συνδέεται με διαφορετικές ψυχικές διεργασίες και καλύπτει ξεχωριστές ανάγκες. Στο στάδιο της προετοιμασίας, π.χ. οι έφηβοι ανακαλύπτουν τα λειτουργικά και τελετουργικά στοιχεία που εντάσσουν το κάπνισμα στην καθημερινότητά τους, παρατηρώντας τους γονείς, τους φίλους ή άλλα σημαντικά γι' αυτούς πρόσωπα να καπνίζουν. Οι καπνιστές δρουν ως πρότυπα, τα οποία καθορίζουν την έκταση και την ένταση της αρχικής εμπειρίας με το κάπνισμα. Η επίδραση των προτύπων, όπως και η απομυθοποίηση της τελετουργίας είναι, επομένως, σημαντικά στοιχεία που πρέπει να αξιοποιηθούν στη διαμόρφωση της παρέμβασης σε αυτή τη φάση. Στο στάδιο της μύησης και του πειραματισμού, η παρέμβαση μπορεί να αξιοποιήσει τις πρώτες, συνήθως αρνητικές, αντιδράσεις του οργανισμού, για να τις μετατρέψει σε αποθαρρυντικούς παράγοντες, αν εκμεταλλευτεί το γεγονός ότι μόνο το ένα τρίτο από όσους

πρωτοδοκιμάζουν να καπνίσουν, καταφέρνουν να αντέξουν το βήχα και το κάψιμο στο λαιμό και να ανάψουν και δεύτερο τσιγάρο. (Ντάβου, 1992)

A.5.2 ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.

Κατά τον Κανναβού (1962), «η κυριότερη αιτία η οποία, σύμφωνα με την ομολογία των καπνιστών, τους ωθεί στο κάπνισμα, είναι η περιέργεια.[...]. Το ίδιο σχεδόν συχνή αιτία είναι ιδιαίτερα για τα παιδιά, η μίμηση. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις, οι καπνιστές αναφέρουν σαν αιτία τα ‘βάσανα’, την ανάγκη διέγερσης της πνευματικής τους ικανότητας, την ανάγκη να αυξήσουν την ικανότητά τους για δουλειά, καθώς επίσης και ότι δεν είχαν τίποτε άλλο να κάνουν, την ακεφιά, τη λύπη, τις πικρίες, την ανάγκη να νικήσουν τον ύπνο σε νυχτερινές βάρδιες, να σταματήσουν τον πονόδοντο ή επειδή έχασαν αγαπημένο τους πρόσωπο, για να ηρεμήσουν τα νεύρα τους, ‘ύστερα από συμβουλή γιατρού’ σε περιπτώσεις βρογχικού άσθματος, κ.λ.π.».(σελ 47)

Ειδικά σε σχέση με πολιτικούς, ιστορικούς, κοινωνικούς και πολλούς άλλους λόγους για τους οποίους οι άνθρωποι καταφεύγουν στο κάπνισμα έχουν γραφτεί άπειρες σελίδες και αφιερώματα, στα οποία εκθειάζεται η συμβολή του καπνού στην πνευματική ευφορία και τη δημιουργικότητα του ανθρώπου. Εξάλλου είναι μια από τις παλαιότερες συνήθειες και πιο διαδεδομένες στο κόσμο.(Δοδόπουλος, 2004)

Οι αιτίες για τις οποίες οι άνθρωποι καταφεύγουν στο κάπνισμα είναι πολλές και διαφορετικές μεταξύ τους. Άλλοι ξεκινούν για κοινωνικούς λόγους, άλλοι για λόγους παράδοσης, εθιμοτυπίας κ.ο.κ.. Οι καπνιστές βέβαια γνωρίζουν μόνο την αγχολυτική ιδιότητα του τσιγάρου, που τους προσφέρει διέξοδο σε στιγμές άγχους καθώς και συντροφιά σε δύσκολες στιγμές μοναξιάς, υπερέντασης κ.α.(Δοδόπουλος, 2004)

Για πολλούς από τους καπνιστές η συνήθεια του καπνίσματος θεωρείται θαυμάσια. Ισχυρίζονται πως ενισχύει τη μνήμη και τη συγκέντρωση, καλμάρει τα νεύρα, αυξάνει την αντοχή τους σε κάθε σωματική και κυρίως πνευματική εργασία, καταπολεμά και εξουδετερώνει το στρες, δημιουργεί διέξοδο σε στιγμές εκνευρισμού, ψυχολογικής πίεσης ή φόβου και αποτελεί μοναδική διέξοδο σε στιγμές μοναξιάς και απόγνωσης. Είναι κοινά αποδεκτό ότι η χρησιμότητα του έχει ιδιαίτερη σημασία σε περιόδους πολέμου και κοινωνικής κρίσης. Διευκολύνει τη μνήμη και την προσοχή, ελαττώνει την ενεργητικότητα και την όρεξη και κάνει τα άτομα να αισθάνονται ευχάριστα. (Δοδόπουλος, 2004)

Ορισμένοι υποστηρίζουν πως το κάπνισμα έχει επωφελείς επιδράσεις, αν και κάτι τέτοιο είναι προφανώς ‘παράλογο’, εφόσον έχει αποδειχτεί πως προκαλεί δεκάδες ασθένειες και ορισμένες φορές ο τρόπος χρήσης του μπορεί να επιφέρει και το θάνατο.

Ο Δοδόπουλος (2004), αναφέρεται στο «Κάπνισμα» (Μέγα Πάθος Μέγα Λάθος), που εξέδωσε ο Αντικαπνιστικός Σύλλογος Ελλάδος, σύμφωνα με τον οποίο, ανεξάρτητα από τα όσα καταλογίζει στο κάπνισμα, σημειώνει και ορισμένα θετικά όπως:

§ «βοηθά στην αντιμετώπιση στρεσογόνων, δυσάρεστων και οδυνηρών καταστάσεων

§ βελτιώνει την ικανότητα συγκέντρωσης

§ συντελεί στην καλύτερευση της διάθεσης σε στενάχωρες καταστάσεις

§ ‘σπάει’ την ανία σε περιόδους πλήξης

§ κάνει τις ευχάριστες στιγμές ακόμα πιο απολαυστικές

§ δημιουργεί μεγαλύτερη άνεση στις κοινωνικές σχέσεις».(σελ, 255)

Συνεχίζει αναφέροντας πως ο ίδιος ο καπνός χωρίς να καίει, έχει χρησιμοποιηθεί για πολλές ιατρικές χρήσεις όπως το καθάρισμα πληγών , το σταμάτημα της αιμορραγίας, την εξόντωση κάποιων εντόμων βλαβερών για τον άνθρωπο. Ορισμένες μαρτυρίες λένε πως το 1665, όταν η πανώλη θέριζε τους ανθρώπους, εκείνοι που δεν έπαθαν τίποτα ήταν οι καπνοπώλες και οι οικογένειές τους. Σε όσους πάλι δεν παρεχόταν η απαραίτητη ιατρική φροντίδα, έκαναν ελεύθερη χρήση ταμπάκου για απολύμανση.(Δοδόπουλος, 2004)

Παρ' όλες τις ιδιότητες του τσιγάρου, 'φανατικοί' χρήστες του αποτελούν κυρίως συγγραφείς, ποιητές, φιλόσοφοι και πάσης φύσεως καλλιτέχνες, οι οποίοι θεωρούν το κάπνισμα αναπόσπαστο μέρος του καλλιτεχνικού τους οίστρου.(Δοδόπουλος, 2004)

Πολλοί συγγραφείς χρησιμοποιούν το τσιγάρο ή την πίπα σαν εργαλείο ενώ για τους περισσότερους αποτελεί συνάμα μια μούσα που τους εμπνέει. Ακόμη γι' αυτούς το κάπνισμα αποτελεί μια από τις υλικές ουσίες που μοιάζει περισσότερο με την ουσία της σκέψης.(Δοδόπουλος, 2004)

Παρακάτω, ο συγγραφέας έχει «αποτυπώσει», πολλά που έχουν λεχθεί από τους καπνιστές για το κάπνισμα:

- Ø «Είναι μια γοητευτική σχεδόν φετιχιστική συνήθεια.
- Ø Πνίγει άγχη, φοβίες, στρες και ανασφάλειες
- Ø Προσθέτει κύρος, ανδρισμό, αλλά και γυναικεία χειραφέτηση και γοητεία
- Ø Η προσφορά ενός τσιγάρου αποτελεί πράξη φιλίας και ευγένειας
- Ø Κρατά μακριά τα φαντάσματα και τα κακά πνεύματα όπως γινόταν κάποτε στις τελετές των Ινδιάνων
- Ø Συντροφεύει το στρατιώτη στην ανία της σκοπιάς και του χαρακώματος, τον βιοπαλαιστή στην προσπάθειά του να βγάλει τον επιούσιο, τον συγγραφέα να γράψει και τον φυλακισμένο να μην αυτοκτονήσει.
- Ø Ευνοεί την έμπνευση
- Ø Εργαλείο αναζήτησης της πρόσκαιρης χαράς και ευχαρίστησης που απομακρύνει τον άνθρωπο από τη δυστυχία του
- Ø Είναι απολαυστικό, φιλικό, ευάρεστο, ειρηνικό και ευλογημένο.
- Ø Διακρίνει το παιδί από τον άντρα
- Ø Ενώνει τους ανθρώπους με το θεό.
- Ø Συμφιλιώνει τον άνθρωπο με τον κόσμο και τον εαυτό του.
- Ø Ακόμη κάποιοι λένε πως ο άνθρωπος εκτός από τη διανοητική του υπεροχή και διάκριση, ξεχωρίζει από όλα τα έμβια όντα για τη δυνατότητά του να χαμογελάει και να καπνίζει. Επειδή όμως τελευταία οι γενικότερες δυσμενείς συνθήκες που τον περιβάλλουν και τα πολλαπλά προβλήματα που τον απασχολούν τον εμποδίζουν να χαμογελά, η μόνη διακριτή ιδιότητα που του απέμεινε είναι αυτή του καπνίσματος.».(σελ, 263)

Τέλος, συνεχίζει αναφερόμενος σε μια έρευνα του Arise (Association for Research into the Science of Enjoyment), που ερευνά την επιστήμη της ευχαρίστησης. [...]. Η έρευνα αυτή κατέληξε στο ότι το 27% των εργαζομένων σε 16 χώρες, χρησιμοποιούν το κάπνισμα για χαλάρωση μεταξύ των άλλων τρόπων. Στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 37%. Το Arise επίσης ερεύνησε τα επιστημονικά αποτελέσματα ενός τσιγάρου, ενός φλιτζανιού καφέ, ενός ποτηριού κρασιού και λίγης σοκολάτας στην ψυχοσύνθεση των ανθρώπων και βρήκε ότι τα παραπάνω τους κάνουν πιο ήρεμους και πιο χαρούμενους. (Δοδόπουλος, 2004)

A.5.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Το κάπνισμα είναι μια πολύπλοκη πράξη συνοδευόμενη από ηδονιστικές καταστάσεις οι οποίες διέπονται από βιοχημικούς και φυσιολογικούς μηχανισμούς. Πολλοί θεωρούν πως το κάπνισμα είναι γοητεία, σημαίνει άνοδο, επιτυχία και πρόοδο.(Μπιλάλης, 1997)

Οι απαντήσεις – δικαιολογίες των νέων σήμερα είναι πως το τσιγάρο καλμάρει τα νεύρα, τους κάνει να είναι αυτόνομοι, ώριμοι και ελεύθεροι να αναπτύξουν σχέσεις με άλλους, αισθάνονται γοητεία και ανδρισμό απελευθερωμένοι από γονεϊκές επικρίσεις. Οι κοπέλες πιστεύουν πως βρίσκουν ανεξαρτητοποίηση και διέξοδο στην κοινωνική προσαρμογή, μια εικόνα ανάπτυξης του ‘εγώ’ τους, μια παρηγοριά σε στιγμές κατάθλιψης, ανίας μοναξιάς, απώλεια βάρους κ.λ.π.(Μπιλάλης, 1997)

Γενική είναι η παραδοχή ότι οι άνθρωποι ανά τον κόσμο ξεκινούν το κάπνισμα για διάφορους λόγους, όπως: περιέργεια, συμβιβασμός με τις αξίες της ομάδας που ανήκουν, έκφραση επαναστατικότητας, μίμηση συμπεριφοράς ατόμων που θεωρούνται ότι έχουν μεγάλο κύρος, όπως στην περίπτωση των νέων που θέλουν να κάνουν τους μεγάλους, αλλά και επίδειξη «μοντερνισμού – προοδευτικότητας».(Μπιλάλης, 1997)

Επιπλέον, η έλλειψη σωστής διαπαιδαγώγησης από την οικογένεια, το σχολικό και το κοινωνικό περιβάλλον, για το ότι η υγεία είναι το ύψιστο αγαθό, συμβάλλουν στη διάδοση του καπνίσματος.(Μπιλάλης, 1997)

Ο Μπιλάλης, (1997), αναφέρει πως «η προσωπικότητα του καπνιστή σύμφωνα με την ψυχιατρική, αφορά σε άτομα εξωστρεφή, συναισθηματικά ασταθή, με υψηλό ανδρισμό, επιθετικά, τα οποία, όπως υποστηρίζουν μερικοί ερευνητές, συνδέονται με ένα γενετικό παράγοντα». (σελ 114)

Ο πραγματικός λόγος που ένα παιδί καπνίζει, είναι η πίεση που εξασκούν οι φίλοι του, η επίδειξη και ο εθισμός. Επίσης και το παράδειγμα των γονέων, των δασκάλων, των γιατρών και γενικά των μεγαλύτερων επιδρά θετικά στην έναρξη του καπνίσματος.

Το κάπνισμα είναι μια επίκτητη και ανθυγιεινή συνήθεια με τα συνοδά στοιχεία εθισμού και τοξικομανίας, η οποία εγκαθίσταται εύκολα και εγκαταλείπεται δύσκολα, γιατί προσφέρει άμεση ικανοποίηση στα άτομα αυτά και τους δημιουργεί ψυχική πόρωση.(Μπιλάλης, 1997)

Ένας επιπλέον λόγος που μπορεί ένα άτομο να συνεχίζει το κάπνισμα είναι ο φόβος για αύξηση βάρους.

Σύμφωνα με το άρθρο της Αθανασοπούλου, του περιοδικού «Διατροφή – Health + Wellness», (2006), «Το κάπνισμα προκαλεί σημαντική αύξηση του μεταβολικού ρυθμού και τείνει να ελαττώνει την πρόσληψη τροφής σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Μπορεί επίσης να προκαλέσει μια παρατεταμένη αύξηση του βασικού μεταβολισμού, αν και τα στοιχεία αυτά είναι αμφιλεγόμενα. Το κάπνισμα πάντως σχετίζεται αντιστρόφως ανάλογα με το βάρος του σώματος και οι καπνιστές συχνά κερδίζουν βάρος όταν διακοπεί αυτή η συνήθεια.»(σελ 12).

Συνεχίζει με μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ποντίκια από Αμερικάνους ερευνητές στο Πανεπιστήμιο του Yale, και έδειξε τα αντίστροφα αποτελέσματα. Αφού χορήγησαν στα πειραματόζωα νικοτίνη σε εναίσιμη μορφή είδαν ότι η ποσότητα του φαγητού που κατανάλωσαν αυξήθηκε (μέσα στις επόμενες τρεις εβδομάδες) σημαντικά.. Η εξήγηση που προτάθηκε από τους ερευνητές, είναι ότι πιθανότατα η νικοτίνη να έχει μια επίδραση στα κέντρα του εγκεφάλου που ρυθμίζουν την όρεξη.(Αθανασοπούλου, 2006)

Επιπροσθέτως, η Αθανασοπούλου, αναφέρεται σε μια μελέτη που έγινε στις ΗΠΑ όπου μελετήθηκε μεγάλο και αντιπροσωπευτικό δείγμα, και βρέθηκε ότι το μέσο βάρος του σώματος που κερδίσθηκε και το οποίο αποδόθηκε στη διακοπή του καπνίσματος ήταν 2,8 κιλά στους άντρες και 3,8 κιλά στις γυναίκες. Επίσης οι βαριοί καπνιστές και τα νεαρότερα άτομα διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο σοβαρής αύξησης βάρους (> 13 κιλά) μετά τη διακοπή του καπνίσματος.(Αθανασοπούλου, 2006)

Επιπλέον θα πρέπει να παρατηρούνται τα εξής:

- ο Η διακοπή του καπνίσματος δεν συνεπάγεται και άμεση απομάκρυνση από τον οργανισμό. Η νικοτίνη ως ουσία παραμένει στο σώμα για περισσότερο χρονικό διάστημα. Άρα πιθανότατα και η επίδραση της να κρατάει πιο πολύ καιρό, άσχετα αν σταματήσει κάποιος το κάπνισμα..

- ο Η διαδικασία του καπνίσματος για πολλούς ανθρώπους είναι μια αντίδραση στο συναίσθημα της αμηχανίας. Πιθανότατα για ορισμένους το κάπνισμα να αντικαταστάθηκε από τη διαδικασία λήψης τροφής (τσιμπολόγημα)

- ο Η κίνηση να βάζει το τσιγάρο στο στόμα ο καπνιστής μπορεί αυθόρμητα και ασυναίσθητα να βρήκε υποκατάστατο στην κίνηση 'βάζω το χέρι στο στόμα με τροφή'. Ο καθένας μπορεί να επιχειρηματολογήσει υπέρ της μιας ή της άλλης εκδοχής. Το δεδομένο που δεν επιδέχεται καμιά αμφισβήτηση είναι ότι το κάπνισμα σκοτώνει. Υπάρχουν αναρίθμητα επιστημονικά δεδομένα που το αποδεικνύουν. Υπάρχουν χιλιάδες έρευνες που δείχνουν τη στενή σχέση του τσιγάρου με πολλές θανάσιμες παθήσεις για τον άνθρωπο. Η λίστα είναι μακρά. Χωρίς να υποβαθμίζεται κίνδυνος από την αύξηση του βάρους, είναι πολύ σημαντικό να κατανοηθεί ότι η διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να αποτελεί μεγαλύτερη προτεραιότητα από την απώλεια βάρους στα παχύσαρκα άτομα που καπνίζουν. Οι ευεργετικές επιδράσεις της διακοπής του καπνίσματος είναι

απίθανο να επισκιαστούν από την αύξηση του βάρους που μπορεί να επακολουθήσει.(Αθανασοπούλου, 2006)

Πολλοί καπνιστές, όταν αποφασίσουν να κόψουν το κάπνισμα φοβούνται ότι θα παχύνουν. Η γνωστή λοιπόν αύξηση του σωματικού βάρους που ακολουθεί σ ` ένα μεγάλο ποσοστό την διακοπή του καπνίσματος πιθανώς αποτελεί μια προσπάθεια αναπροσαρμογής του οργανισμού στις νέες συνθήκες αλλαγής του βιολογικού υποστρώματος (νέα δεδομένα ομοιοστασίας – φαινόμενο αναπήδησης). (Μπιλάλης, 1997)

Ο μεταβολισμός του οργανισμού με το κάπνισμα διαταράσσεται ενζυμικά, δηλαδή το ένζυμο λιποπρωτεϊνική λιπάση είναι αυξημένο την περίοδο του καπνίσματος και εμποδίζει την αύξηση του σωματικού βάρους. Όταν σταματήσει το κάπνισμα παράγεται με την απουσία της νικοτίνης μια χημική ουσία, η σεροτονίνη. (Μπιλάλης, 1997)

Η ερμηνεία βέβαια για την παραπάνω διαδικασία που εξηγεί ο Μπιλάλης, (1997) σύμφωνα με μια έκθεση που δημοσιεύτηκε το 1986 στη Βοστώνη έχει ως εξής: «Οι καπνιστές «καίουν» τις θερμίδες τους γρηγορότερα κατά 10% από εκείνους που δεν καπνίζουν. Αυτό ίσως να εξηγεί γιατί όσοι κόβουν το τσιγάρο τείνουν να πάρουν περισσότερο βάρος. Ο μεταβολισμός όσων καπνίζουν 24 τσιγάρα σε διάστημα 12 ωρών, αυξάνει κατά 10%, γι ` αυτό και οι καπνιστές μπορούν συνήθως να τρώνε περισσότερο από εκείνους που δεν καπνίζουν, χωρίς να κερδίζουν επιπλέον βάρος, πράμα που σημαίνει ότι αν σταματήσουν να καπνίζουν 24 τσιγάρα την ημέρα που αντιστοιχούν προς καύση 200 θερμίδων ημερησίως, ενδέχεται να αυξηθεί το βάρος τους κατά 6 – 10 κιλά, εφ ` όσον βέβαια συνεχίσουν να τρώνε τη ίδια ποσότητα φαγητού».(σελ 156)

Συνεχίζοντας σύμφωνα πάντα με τον Μπιλάλη (1997), από έρευνες που δημοσιεύτηκαν από την ιατρική σχολή του Χάρβαρντ, μετά το 1994 στην επιθεώρηση την Αμερικανικής ιατρικής ένωσης, φάνηκε ότι «οι γυναίκες που κάπνιζαν περισσότερα από πέντε τσιγάρα την ημέρα, πριν να μείνουν έγκυες, διέτρεχαν σημαντική υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν διαβήτη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, απ' ότι οι μη καπνίζουσες.»(σελ. 157). Ακόμη και η μέτρια αύξηση βάρους νωρίς στην ενηλικίωση σε γυναίκες που καπνίζουν – από 5 έως 10 κιλά μετά την ηλικία των 18 ετών – διαπιστώθηκε ότι ενέχει επίσης σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο για διαβήτη μετά την εγκυμοσύνη. Ενώ όσοι από τους καπνιστές θεωρούν ότι δεν κερδίζουν εύκολα βάρος, κάνουν λάθος. Αντίθετα από τη συνήθη πεποίθηση, οι καπνιστές έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αντιμετωπίσουν πρόβλημα βάρους – μεγαλύτερου του κανονικού – απ' ότι τα άτομα που δεν έχουν εθιστεί στη νικοτίνη. Σημειώνεται ότι η μελέτη αυτή περιελάμβανε 14613 γυναίκες που έφεραν στη ζωή παιδιά την περίοδο του 1990 – 1994 και δεν είχαν κανένα ιστορικό διαβήτη πριν την εγκυμοσύνη τους.(Μπιλάλης, 1997)

Ορισμένες κυβερνήσεις, συμπεριλαμβανομένης και της χώρας μας, για να δράσει εναντίον των βλαβερών επιπτώσεων του καπνίσματος στη δημόσια υγεία, έχουν λάβει κάποια μέτρα. Έχει αυξηθεί η φορολογία, έχουν απαγορευτεί οι διαφημίσεις με σχετικά περιεχόμενα, κ.α. Οι απλές προσπάθειες να απαγορευτεί το τσιγάρο, χωρίς να είναι γνωστό, γιατί τόσοι πολλοί άνθρωποι βρίσκουν ευχαρίστηση σε αυτό, φαίνονται άκαρπες. Αν μπορούσαν να αντιληφθούν οι καπνιστές τί ακριβώς προσφέρει μια 'κάποια κρυφή ικανοποίηση', τότε ίσως να μπορούσαν να βρουν έναν λιγότερο καταστρεπτικό τρόπο για να αντλήσουν την ευχαρίστηση που τους προσφέρει σήμερα το κάπνισμα. (Jaffre and all, 1981)

A.5.4 Διακοπή καπνίσματος - στερητικό σύνδρομο

Εκείνο που παρατηρήθηκε σε συστηματικούς και βαρείς καπνιστές που διέκοψαν το κάπνισμα, είναι η εκδήλωση διαταραχών στο ΚΝΣ και το καρδιαγγειακό, όπως και άλλων υποκειμενικών και αντικειμενικών λειτουργικών φαινομένων που όλα μαζί συνθέτουν την έννοια του «στερητικού συνδρόμου» που αναγκάζει το συστηματικό καπνιστή που σταμάτησε το κάπνισμα, να το ξαναρχίσει. (Jaffre and all, 1981)

Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα που προκαλεί η διακοπή του καπνίσματος στο συστηματικό καπνιστή είναι ότι γίνεται ευερέθιστος, αισθάνεται κατάπτωση, έχει διαταραχές στον ύπνο, γαστρεντερικές ανωμαλίες, άγχος, δυσκολία στη συγκέντρωση και ψυχοκινητικές ανωμαλίες. Αυτό το σύνδρομο μπορεί να αρχίσει μερικές μέρες ή και αρκετά μετά από τη διακοπή του καπνίσματος και να συνεχιστεί μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα, ανάλογα με την εξάρτηση του καπνιστή από τη νικοτίνη. (Jaffre and all, 1981)

Το πόρισμα, ότι η υπερβολική ευερεθιστότητα είναι συνηθισμένο σύμπτωμα του συνδρόμου αποστέρησης από τον καπνό, είναι ιδιαίτερα εντυπωσιακό γιατί σε εργαστηριακές μελέτες έχει βρεθεί, ότι η νικοτίνη μειώνει αποτελεσματικά τα αισθήματα θυμού και ματαίωσης. Ακόμα, τα άτομα που καπνίζουν πολύ, έχουν βασικά την τάση να θυμώνουν πιο εύκολα και να ανέχονται λιγότερο τη ματαίωση των επιθυμιών τους, τους κανόνες και την εξουσία από εκείνους που κάπνιζαν λίγο ή και καθόλου. Ίσως για αυτόν που καπνίζει πολύ, τα αυξημένα αισθήματα θυμού κατά την αποστέρηση να είναι περισσότερο ανυπόφορα. Είναι πιθανό ότι οι άνθρωποι που βιώνουν τα αισθήματα θυμού ή ματαίωσης πιο έντονα (ή πιο συχνά) από το μέσο όρο βρίσκουν στο κάπνισμα ένα μη υπνωτικό ηρεμιστικό, χωρίς πολλές παρενέργειες. (Jaffre and all, 1981)

Στα παραπάνω συμπτώματα μπορεί να προστεθούν επιβράδυνση του καρδιακού ρυθμού, πτώση της διαστολικής πίεσεως, ελάττωση της εκκρίσεως των κατεχολαμινών (αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης) και αύξηση του σωματικού βάρους. Στις γυναίκες η συμπτωματολογία του στερητικού συνδρόμου από τη διακοπή του καπνίσματος είναι εντονότερη και η δυσκολία της συνέχισης της διακοπής μεγαλύτερη, γιατί μέσα στα δυσάρεστα συμπτώματα είναι και το άγχος της, έστω και προσωρινής, αύξησης του σωματικού βάρους. (Μπιλάλης,1987)

Αυτά τα δυσάρεστα συμπτώματα είναι κι εκείνα που κλονίζουν την αντίσταση του καπνιστή να συνεχίσει τη διακοπή του καπνίσματος. Καθοριστικό ρόλο παίζει αν η προσπάθεια για διακοπή του καπνίσματος γίνεται από άτομο με δυνατή θέληση, γιατί η επιθυμία για το κάπνισμα είναι ισχυρή. Όταν η διακοπή του καπνίσματος είναι μερική, είτε διαχρονικά είτε κατά περιόδους, είτε με μείωση του αριθμού των τσιγάρων και της περιεκτικότητας σε νικοτίνη και πίσσα, τα συμπτώματα βέβαια είναι ελαφρότερα, αλλά ο καπνιστής εξακολουθεί να υφίσταται έστω και σε μικρότερο βαθμό τη βλαβερή επίδραση του καπνίσματος και επιπλέον η μερική αυτή στέρηση, εύκολα οδηγεί στην επιστροφή στον αρχικό ρυθμό του καπνίσματος. (Ντάβου, 1992, Δοδόπουλος, 2004)

Σε πολλούς ανθρώπους το τσιγάρο λείπει για τους ίδιους ακριβώς λόγους που τους έκαναν να αρχίσουν να καπνίζουν. Η δράση της τοξικής ουσίας δημιουργούσε μια ευχάριστη κατάσταση ερεθισμού ή χαλάρωση και τους βοηθούσε να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις και τις αντιξοότητες της ζωής. Το μεγάλο ποσοστό της υποτροπής στο κάπνισμα είναι αποτέλεσμα ενός συνδυασμού παραγόντων, όπως η μεγάλη διαθεσιμότητα τσιγάρων και η παρουσία συγγενών και φίλων που εξακολουθούν να καπνίζουν. Έτσι ο καπνιστής που θέλει να διακόψει το κάπνισμα δεν έχει μόνο να αντιμετωπίσει την αρχική του «εσωτερική ανάγκη» για τη δράση του αλλά και μερικές από τις συνέπειες του

καπνίσματος. Είναι πιθανό ότι στα χρόνια που κάπνιζε πολλές πλευρές της συμπεριφοράς και του συνδρόμου αποστέρησης από τη νικοτίνη έχουν συνδεθεί με στοιχεία του περιβάλλοντος του καπνιστή. Σαν αποτέλεσμα το περιβάλλον μπορεί να προκαλέσει εξαρτημένα συμπτώματα αποστέρησης, που ο καπνιστής βιώνει σαν έντονη επιθυμία για τσιγάρο. Μπορεί να χρειαστούν μήνες ή χρόνια για να εξαλειφθούν αυτές οι εξαρτημένες απαντήσεις. (Ντάβου,1992/ Δοδόπουλος, 2004)

Πολλοί καπνιστές ισχυρίζονται ότι θα επιθυμούσαν να κόψουν το κάπνισμα, άλλοι δοκίμασαν αλλά απέτυχαν, άλλοι τα κατάφεραν για ένα διάστημα και μετά ξανάρχισαν ενώ άλλοι απλά αρνούνται να το κόψουν. Στις Η.Π.Α. υπάρχουν πάνω από 30 εκατομμύρια πρώην καπνιστές. Πριν από μια δεκαετία, περίπου το 60% των Αμερικανών γιατρών ήταν καπνιστές. Το ποσοστό αυτό σήμερα είναι 21%. Αυτές οι στατιστικές όμως δεν εξαλείφουν το θλιβερό γεγονός ότι εκείνοι που αποζητούν τη βοήθεια των ειδικών για να το κόψουν έχουν λίγες πιθανότητες μακροπρόθεσμης επιτυχίας. ([www.iatronet.gr/10 - 9 - 2006](http://www.iatronet.gr/10-9-2006)).

Στα περισσότερα προγράμματα καταστολής του καπνίσματος, ο μέσος όρος των αποτελεσμάτων δείχνει ότι οι περισσότεροι από τους μισούς καπνιστές που κατάφεραν να το κόψουν ξαναρχίζουν το κάπνισμα μέσα σε έξι μήνες. Μέχρι να συμπληρωθεί ένας χρόνος μόνο το 25-35% από εκείνους που είχαν σταματήσει εξακολουθούν να μη καπνίζουν. Αυτοί που αποζητούν βοήθεια για να κόψουν το κάπνισμα μπορεί να μην αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα όλων των καπνιστών. Ορισμένοι ειδικοί πιστεύουν ότι αυτοί είναι άνθρωποι που καπνίζουν υπερβολικά, άλλοι πάλι πιστεύουν ότι είναι οι καπνιστές με τα σοβαρότερα κίνητρα. Όποια και να είναι η πραγματικότητα, για έναν τέτοιο καπνιστή οι πιθανότητες να σταματήσει το κάπνισμα με μια και μόνο προσπάθεια,

χρησιμοποιώντας τις σύγχρονες προσεγγίσεις θεραπείας, είναι λιγότερο από μια στις πέντε .(www.iatronet.gr, 17 – 8 – 2006)

Όπως υποστηρίζει πρόσφατη έρευνα, οι παρορμητικές απόπειρες να κόψει κάποιος το κάπνισμα είναι πιο πιθανό να φέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα από ότι οι προγραμματισμένες προσπάθειες. Ερευνητές από το πανεπιστήμιο College του Λονδίνου πήραν συνεντεύξεις από 1.900 καπνιστές και πρώην καπνιστές σχετικά με τις απόπειρές τους να το κόψουν, όπως αναφέρεται στην επιστημονική έκδοση British Medical Journal. (www.iatronet.gr, 17 - 08 - 2006)

Από τις συνεντεύξεις προέκυψε ότι τα 2/3 των καπνιστών που ξαφνικά διέκοψαν τη βλαβερή αυτή συνήθεια, κατάφεραν να μην καπνίζουν τουλάχιστον για 6 μήνες, ενώ από αυτούς που είχαν προγραμματίσει με λεπτομέρειες τη διακοπή λιγότεροι από τους μισούς είχαν το ίδιο αποτέλεσμα. Σύμφωνα με την έρευνα, τα άτομα που ακολούθησαν κάποιο πρόγραμμα για τη διακοπή, πιθανά ένιωθαν λιγότερο αποφασισμένοι να κόψουν το κάπνισμα. (www.iatronet.gr/17 - 8 - 2006)

Η θεωρία βασίζεται στην ιδέα ότι πριν από τη διακοπή, οι καπνιστές βιώνουν διαφορετικά επίπεδα κινητοποίησης που οδηγούν τελικά στην απόφασή τους να κόψουν το κάπνισμα. Τα κίνητρα για τη διακοπή είναι πιθανότατα πιο έντονα στα άτομα αυτά που λαμβάνουν άμεση δράση ενώ φαίνεται να μην έχουν την ίδια ένταση στους καπνιστές που σκοπεύουν να το κόψουν «κάποια στιγμή στο μέλλον». (www.iatronet.gr/17 - 8 - 2006)

Στην εν λόγω έρευνα, το 65% των μη προγραμματισμένων προσπαθειών ήταν επιτυχημένες για τουλάχιστον 6 μήνες. Το ποσοστό αυτό συγκρίνεται με μόλις 45% στους καπνιστές που είχαν προγραμματίσει τη διακοπή. Η κοινή αντίληψη είναι ότι ο καλύτερος τρόπος για να κόψει κανείς το κάπνισμα είναι να περάσει από διάφορα στάδια – να το σκεφτεί, να το προγραμματίσει και μετά να το κάνει. (www.iatronet.gr/17 - 8 - 2006)

Ο επικεφαλής της έρευνας Robert West σημειώνει: «Τα αποτελέσματα αυτά δεν σημαίνουν ότι θα πρέπει να προτρέψουμε τους καπνιστές να κόψουν το κάπνισμα χωρίς να έχουν κάποιο πρόγραμμα στο μυαλό τους, μας δείχνουν όμως πολλά στοιχεία για την πνευματική κατάσταση του καπνιστή που πράγματι θέλει να απαλλαγεί από αυτή τη συνήθεια. Η δυσαρέσκεια που νιώθει κάποιος επειδή είναι καπνιστής δημιουργεί πίεση στο άτομο. Όταν αυτή η πίεση είναι πολύ έντονη, ακόμα και η παραμικρή αφορμή μπορεί να προκαλέσει τον καπνιστή να αποφασίσει ότι έφτασε η στιγμή να το κόψει. Αν η απόφαση αυτή δεν πρόκειται να υλοποιηθεί αμέσως αλλά κάποια στιγμή στο μέλλον, αυτό σε πολλούς καπνιστές υποδηλώνει μικρότερη επιθυμία και ασθενέστερη δέσμευση απέναντι στην απόφασή τους για διακοπή.» (www.iatronet.gr,17/08/2006)

Ο Jean King, επικεφαλής του Ινστιτούτου Cancer Research της Βρετανίας στον τομέα του ελέγχου καπνίσματος, σχολιάζοντας τα ευρήματα αυτά είπε: «Είναι πολύ ενδιαφέρουσα αυτή η έρευνα γιατί δείχνει ότι κάθε άνθρωπος ενεργεί διαφορετικά. Όπως φαίνεται, κάποιοι μπορούν να κόψουν το κάπνισμα από μια στιγμιαία παρόρμηση και αυτό είναι πολύ θετικό για αυτούς. Άλλοι ωφελούνται περισσότερο από ένα προγραμματισμένο ...ραντεβού.» (www.iatronet.gr , 17/8/2006)

Η δύναμη που εμποδίζει τον καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα είναι η **εξάρτηση**. Η εξάρτηση αφορά και τη βιοχημεία του ανθρώπινου οργανισμού και τη συμπεριφορά του ίδιου του ανθρώπου. (www.iatronet.gr,17/08/2006)

Στη πρώτη περίπτωση που πρόκειται για φαρμακολογική εξάρτηση, αποκλειστικά υπεύθυνη είναι η νικοτίνη. Η εξάρτηση της συμπεριφοράς, στηρίζεται στο γεγονός ότι η επανάληψη μιας κίνησης πολλές φορές καταλήγει στο να γίνεται αυτόματα. Η αυτόματη αυτή συμπεριφορά πολύ συχνά συσχετίζεται και με άλλες δραστηριότητες όπως το πρώτο τσιγάρο

το πρωί, το τσιγάρο με το καφέ, το τσιγάρο με τους φίλους. Έτσι όταν συμβαίνουν καταστάσεις με τις οποίες ο καπνιστής έχει συνδυάσει το άναμμα του τσιγάρου, αυτός ανάβει τσιγάρο ασχέτως αν έχει ανάγκη για νικοτίνη εκείνη τη στιγμή. Έτσι όσοι αποφασίσουν να διακόψουν το κάπνισμα θα πρέπει να προετοιμαστούν ψυχολογικά για κάποιο χρονικό διάστημα να ενημερώσουν το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον ώστε να μην τους προτρέπουν για ένα τσιγάρο και φυσικά να μην συμπίπτει η εν λόγω προσπάθεια με διάφορες δυσκολίες και στενοχώριες επιμονή για τη διακοπή του καπνίσματος. (www.iatronet.gr/17 - 8 - 2006)

A.6 ΕΥΕΡΓΕΤΗΜΑΤΑ

A.6.1 ΤΙ ΚΕΡΑΙΖΟΥΜΕ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Πολυάριθμες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί για να διαπιστωθούν τα αποτελέσματα που προκύπτουν σχετικά με τη μείωση της θνησιμότητας των πρώην καπνιστών και των μη καπνιστών. Εδώ και μερικά χρόνια λοιπόν είναι πλέον γνωστό, πως όταν ένας καπνιστής διακόψει αυτή την ανθυγιεινή συνήθεια, με τον καιρό η πιθανότητα να προσβληθεί από οποιαδήποτε ασθένεια προκαλεί το κάπνισμα μειώνεται κατακόρυφα. Ο οργανισμός επίσης ξεκινά να «αναδομείται» σωστά ή ακόμα καλύτερα να αποτοξινώνεται , από την πρώτη κίολας ημέρα διακοπής.

Κατά τον Μπιλάλη, (1997), «Εκτός και αν κάποια αρρώστια έχει αρχίσει, όταν κάποιος σταματήσει το κάπνισμα, τα ευεργετήματα στην υγεία του ξεκινούν αμέσως»(σελ,153). Επιπλέον, μετά από ένα χρόνο υπάρχει μεγάλη ελάττωση της πιθανότητας για καρδιακή προσβολή σ' εκείνους που σταματούν το κάπνισμα σε σύγκριση με εκείνους που συνεχίζουν. Μετά από δέκα πέντε χρόνια το ποσοστό της θνησιμότητας σε εκείνους που σταματούν το κάπνισμα είναι περίπου τόσο χαμηλό, όσο σε εκείνους που δεν κάπνισαν ποτέ.(Μπιλάλης, 1997)

Όταν κάποιος σταματά να καπνίζει, ένα από τα πρώτα συμπτώματα που παύουν να υπάρχουν είναι το φτερούγισμα στην καρδιά. Έτσι διευκολύνεται πλέον και ο ύπνος. Επίσης το χειμώνα η εκδοχή να κρυολογήσει ο πρώην καπνιστής είναι πιο σπάνια, και ταυτόχρονα όλα εκείνα τα συνωδά συμπτώματα (φλέματα, κ.α.). Σχετικά με τις ενοχλήσεις στο στομάχι, ιδιαίτερα όταν ο καπνιστής συνοδεύει το φαγητό του με

ποτό, ο συνδυασμός αυτός ποτού – τσιγάρου, φέρνει πολλές φορές καούρες, και στο κεφάλι ζαλάδες και πονοκεφάλους. Οπότε όταν σταματά το συνδυασμό αυτό, αμέσως νιώθει πολύ καλύτερα. Ένα πολύ βασικό πλεονέκτημα είναι η ζωή που κερδίζει ο άνθρωπος χωρίς το τσιγάρο. Γιατί αν αναλογιστεί κανείς πως κατά μέσο όρο ένα τσιγάρο του αφαιρεί 5,5 λεπτά από τη ζωή του, ένας συνολικός υπολογισμός από τις ώρες μέχρι τα χρόνια - για τους πιο βαρύν και χρόνιους καπνιστές – που χάθηκαν, θα προκαλέσει έκπληξη. Άρα δεν είναι δύσκολο να σκεφτεί κανείς τα χρόνια ζωής που θα κερδίσει χωρίς αυτό. Ίσως ακόμα να είναι λίγοι, αν όχι ελάχιστοι, εκείνοι που μπορεί να αναρωτήθηκαν το χρονικό διάστημα που σπαταλούν κάνοντας την κίνηση από το να πάρουν το τσιγάρο ,την πίπα ή το πούρο, μέχρι τη στιγμή που σταματούν να καπνίζουν σβήνοντάς το. Ο σπαταλώμενος αυτός χρόνος, δεν ξανακερδίζεται. Οι στιγμές αυτές, οι κινήσεις με άλλα λόγια που σπαταλά ένας καπνιστής κινώντας το χέρι προς το στόμα και από εκεί προς το σταχτοδοχείο κ.ο.κ., που μέσα στα χρόνια επαναλαμβάνονται αναρίθμητα, θα μπορούσαν να εκμεταλλευτούν αλλιώς και πιο εποικοδομητικά.(Herbert Brean, Orison Marden, 1963)

Όταν πλέον κάποιος απαλλαγεί από το κάπνισμα, θα διαπιστώσει πολλά ευεργετήματα στον οργανισμό του αλλά και την εμφάνισή του. Η οδοντοστοιχία πια αποκτά πιο λευκό χρώμα. Οι κιτρινίλες στα δάχτυλα και τα νύχια εξαφανίζονται. Η αναπνοή ειδικότερα το πρωί, δεν έχει εκείνη την απεχθή μυρωδιά, όπως επίσης και τα ρούχα. Παύουν να υπάρχουν ξερόβηχες, και όλα τα συναφή ενοχλητικά συμπτώματα στο λαιμό, και η οποιαδήποτε κατάποση δεν θα παρεμποδίζεται από αυτά. Το φαγητό πλέον θα έχει πολύ καλύτερη γεύση, διότι θα μπορεί ο πρώην καπνιστής να το απολαύσει, εφόσον θα μπορεί και να το μυρίζει πιο «αυθεντικά». Κατ' επέκταση η όσφρηση επανέρχεται στα αρχικά της επίπεδα και γενικότερα όλο το αναπνευστικό σύστημα – πνεύμονες, ρουθούνια- αποκαθίσταται.

Αυτό δίνει και τη δυνατότητα πια στο άτομο να ασκηθεί και να λειτουργήσει στην καθημερινότητά του πιο άνετα απ' ό τι πριν. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η νευρική κατάσταση που προκαλεί το τσιγάρο και κυρίως η έλλειψή του, μετά από λίγες μέρες ξεπερνιέται. Έτσι, σιγά σιγά η χαμένη ενηργητικότητα θα πάρει ξανά τη θέση της. Επιπροσθέτως, από τα κύρια πλεονεκτήματα είναι η οικονομία που εξασφαλίζει κάποιος όταν σταματά να σπαταλά τα λεφτά του για να αγοράσει καπνό, άσχετα από το είδος και τη μορφή του. Η ετήσια εξοικονόμηση χρημάτων από τα τσιγάρα κυρίως, είναι μεγάλη για τον κάθε καπνιστή και είναι τόσο αυξημένη όσα περισσότερα ήταν και τα πακέτα που αγόραζε καθημερινά..(Herbert Brean, Orison Marden, 1963)

Βέβαια το υπέρτατο αγαθό που κερδίζει κάποιος στο σύνολό του είναι η υγεία του από όλες τις πλευρές. Τέλος, όταν κάποιος που διέκοψε το κάπνισμα, περάσει έξω από ένα καπνοπωλείο και δεν μπει στον πειρασμό, σημαίνει πως δεν είναι αδύναμος. Κάτι που μπορεί να τον κάνει να υπερηφανεύεται ξέροντας πια πως με τη θέλησή του, πολλά μπορεί να καταφέρει.(Herbert Brean, Orison Marden, 1963)

Αυτό που πρέπει να ξέρουν οι καπνιστές, σύμφωνα με τη Βελώνη του περιοδικού «Αρμονία», (2006), είναι πως :

• «Ύστερα από έξι ώρες η παροδική αύξηση της καρδιακής συχνότητας και της αρτηριακής πίεσης που προκαλείται από τη νικοτίνη αρχίζουν να επανέρχονται στις αρχικές τιμές.

• Ύστερα από 2 μέρες η αίσθηση της γεύσης και της όσφρησης βελτιώνονται.

• Μέσα σε 2 – 12 εβδομάδες η καλή κυκλοφορία του αίματος επανέρχεται, το τρέξιμο και το βάδισμα γίνονται ευκολότερα. Ύστερα από 3 – 9 μήνες, ο βήχας, ο συριγμός και τα αναπνευστικά προβλήματα μειώνονται και η κατάσταση των πνευμόνων βελτιώνεται». (σελ 46)

A.7 ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Σκοπός της Παγκόσμιας Ημέρας Κατά Του Καπνίσματος 2006 είναι η ενημέρωση για την ύπαρξη μιας μεγάλης ποικιλίας θανατηφόρων προϊόντων καπνού κατά τέτοιο τρόπο ώστε να δοθούν ακριβείς πληροφορίες στο κοινό, να πέσουν οι μάσκες και να αποκαλυφθεί η αλήθεια πίσω από τα προϊόντα καπνού – είτε αυτά είναι παραδοσιακά, είτε νέα, είτε αυτά που θα κυκλοφορήσουν στο μέλλον. (www.pagosmiosorganismosigias.com/2 - 11 - 2006)

Ο εθισμός στον καπνό αποτελεί παγκόσμια επιδημία η οποία ολοένα και περισσότερο ερημώνει χώρες και περιοχές που δεν μπορούν να αντέξουν καθόλου το αντίτιμό του σε αναπηρίες, ασθένειες, απώλεια παραγωγικότητας και θανάτους. Η καπνοβιομηχανία συνεχίζει να θέτει κέρδη πάνω από τη ζωή` την επέκτασή της πάνω από την υγεία των επόμενων γενεών, το δικό της οικονομικό όφελος πάνω από τη βιώσιμη ανάπτυξη των φτωχών χωρών. Σήμερα, ενώ οι χώρες έχουν αρχίσει την αντεπίθεση με μια παγκόσμια στρατηγική και ορισμένες από αυτές μάλιστα έχουν επιτύχει την αντιμετώπιση της επιδημίας, η καπνοβιομηχανία συνεχίζει να εισάγει νέα όπλα υπό τη μορφή μεταμφιεσμένων προϊόντων προκειμένου να εμφανίζονται λιγότερο επιβλαβή και περισσότερο ελκυστικά.. (www.pagosmiosorganismosigias.com/2 - 11 - 2006)

Η κύρια στρατηγική της καπνοβιομηχανίας δεν είναι καινούρια. Αποτελεί τη νέα παραλλαγή των εκστρατειών με τα ‘ελαφριά’ (light), τα ‘μαλακά’ (mild) και τα χαμηλής περιεκτικότητας σε νικοτίνη (low tar) τσιγάρα, οι οποίες είχαν πολύ καλά αποτελέσματα στη συγκράτηση των πελατών, την προσέλκυση νέων και την υπονόμηση του ελέγχου του

καπνίσματος τον 20^ο αιώνα. (www.pagosmiosorganismosigias.com/2 - 11-2006)

Σήμερα η καπνοβιομηχανία συνεχίζει να καθησυχάζει τους καπνιστές που ανησυχούν για την υγεία τους, προσφέροντάς τους μέσω των νέων προϊόντων της την ψευδαίσθηση της ασφάλειας. Συνεχίζει να οδηγεί τόσο τους παλιούς όσο και τους νέους πελάτες της σε ολοένα και πιο απατηλά στάδια πλάνης με τη προώθηση και την πώληση νέων προϊόντων μεταμφιεσμένων με υγιεινότερα ονόματα, γεύσεις φρούτων ή πιο ελκυστικές συσκευασίες. Παράλληλα συνεχίζει την έρευνα της για προϊόντα που προκαλούν μειωμένη βλάβη. Ωστόσο κανένα δεν έχει αξιολογηθεί ενδελεχώς σε μελέτες επί του ανθρώπινου οργανισμού, συνεπώς δεν υπάρχει καθόλου αξιόπιστη πληροφόρηση σχετικά με το ποσοστό έκθεσης σε τοξικές ουσίες ή με τις επιπτώσεις στην υγεία. (www.pagosmiosorganismosigias.com/2 - 11 - 2006)

Είναι πολύ σημαντικό να δοθεί η δυνατότητα στους ανθρώπους και τους οργανισμούς εκείνους που διαθέτουν γνώσεις για τα διάφορα προϊόντα καπνού και τις πολλές φανερές ή κρυμμένες μορφές του να εφαρμόσουν με πιο αποτελεσματικό τρόπο τον έλεγχο του καπνού προκειμένου να βελτιωθεί η παγκόσμια υγεία.

Έτσι η Π.Ο.Υ. για την Παγκόσμια Ημέρα Κατά του Καπνίσματος 2006 έχει τους ακόλουθους στόχους:

§ «Αύξηση της ενημέρωσης για όλες τις μορφές καπνού: ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟΣ ΜΕ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΦΑΝΕΡΗ ΜΟΡΦΗ. Τσιγάρα, πίπες, ταμπάκο, καπνός για μάσηση, bidies, kreteks, τσιγάρα clove, smokeless. κ.α....είναι όλα θανατηφόρα.

§ Αύξηση της ενημέρωσης για όλους τους τύπους, τα ονόματα και τις γεύσεις προϊόντων καπνού : ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟΣ ΜΕ

ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΚΡΥΜΜΕΝΗ ΜΟΡΦΗ. Ήπια (mild), ελαφριά (light), χαμηλής περιεκτικότητας σε πίσσα (low tar), πλήρους γεύσης, με άρωμα φρούτων, με άρωμα σοκολάτας, φυσικά (natural), χωρίς πρόσθετα (additive – free), οργανικά (organic) τσιγάρα, PREPS (Προϊόντα με πιθανή μειωμένη έκθεση), με μειωμένη βλάβη.. είναι όλα θανατηφόρα.

§ Αύξηση ενημέρωσης για την ανάγκη αυστηρής νομοθεσίας και ενθάρρυνσης της εφαρμογής της».(www.pagosmiosorganismosigias.com/2 - 11 - 2006)

Ο Μπιλάλης (1997), καταγράφει στο βιβλίο του ένα πρόγραμμα – πρόταση δέκα σημείων για τον επιτυχή έλεγχο του καπνίσματος, κατά τον οποίο θα πρέπει να γίνεται :

- 1) «Προστασία των παιδιών από τον εθισμό στο κάπνισμα.
- 2) Εφαρμογή δημοσιονομικών πολιτικών για αποθάρρυνση του καπνίσματος, όπως φόροι καπνού που αυξάνονται ταχύτερα από την αύξηση των τιμών και των εισοδημάτων.
- 3) Χρησιμοποίηση ενός μέρους των χρημάτων που αντλούνται από τη φορολόγηση του καπνού για τη χρηματοδότηση άλλων μέτρων , που αποβλέπουν στον έλεγχο του καπνίσματος και την προαγωγή της υγείας.
- 4) Πρόγραμμα προαγωγής, αγωγής της υγείας και απεξάρτησης από το κάπνισμα. Οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν παράδειγμα με το να μη καπνίζουν και οι υπηρεσίες υγείας με το να απαγορεύουν σ ‘ αυτές το κάπνισμα.
- 5) Προστασία των παθητικών καπνιστών.
- 6) Εξάλειψη κοινωνικό – οικονομικών, συμπεριφορών και άλλων κινήτρων που υποστηρίζουν και προάγουν την χρήση του καπνού.

7) Εξάλειψη της άμεσης και έμμεσης διαφήμισης τσιγάρων, της προώθησης τους και των χορηγιών υπό καπνοβιομηχανιών για διάφορες εκδηλώσεις.

8) Έλεγχοι στα προϊόντα καπνού, που να συμπεριλαμβάνουν ευδιάκριτες προειδοποιήσεις υγείας στα προϊόντα αυτά και σε κάθε διαφήμιση ως προς τη βλαπτικότητά τους, περιορισμός των τοξικών συστατικών των προϊόντων καπνού και του καπνού των τσιγάρων καθώς και υποχρεωτική αναγραφή των συστατικών αυτών.

9) Προώθηση εναλλακτικών λύσεων για την αντικατάσταση της καλλιέργειας και της κατεργασίας του καπνού και όχι επιδότηση των καπνοκαλλιεργειών.

10) Αποτελεσματική διαχείριση, παρακολούθηση και αξιολόγηση των προβλημάτων που συνδέονται με το κάπνισμα.».(σελ. 190 – 191)

A.8 ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Κατά τον Μπιλάλη (1997), «η Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία (Ε.Α.Ε.) ιδρύθηκε το 1987 με πρωτοβουλία του αείμνηστου καθηγητή Παιδιατρικής Σπύρου Δοξιάδη και η πρώτη αυτή 10ετία αποτελεί ένα σημαντικό σταθμό στην επιστημονική ζωή της χώρας μας, όσον αφορά στο καίριο θέμα προάσπισης της Δημόσιας Υγείας. Στόχος της Ε.Α.Ε. είναι η αντικαπνιστική ενημέρωση του Ελληνικού λαού και κυρίως της νεολαίας η οποία παγιδεύεται από τα διαφημιστικά μηνύματα του τσιγάρου».(σελ. 192)

Από το 1995 περίπου ιδρύονται με εντονότερο ρυθμό παραρτήματα της Ε.Α.Ε. στις πρωτεύουσες των νομών, όπου επεκτείνεται η διδασκαλία των μαθητών σε όλες τις βαθμίδες της πρώτης και της μέσης εκπαίδευσης. Υπάρχει συνεργασία και με τα Μ.Μ.Ε. επίσης η Εταιρεία της χώρας μας, εκπροσωπεί την Ελλάδα συμμετέχοντας στο Ευρωπαϊκό δίκτυο καταπολέμησης του καπνίσματος.(Μπιλάλης, 1997)

Άλλη δραστηριότητα της Ελληνικής Αντικαπνιστικής Εταιρείας, είναι η ενσωμάτωση σε βιβλίο Μ. Εκπαίδευσης, κείμενο αντικαπνιστικού περιεχομένου, υπό την αιγίδα πάντα του Υπουργείου Υγείας. Αυτή η κίνηση σαφώς θα βοηθάει και κυρίως θα υπενθυμίζει την βλαπτικότητα του τσιγάρου στους μαθητές, - οπότε σαν στόχος τίθεται η πρόληψη - και ίσως με αυτόν τον τρόπο να επηρεαστούν θετικά οι γονείς – καπνιστές. Η απόπειρα που έγινε κάπου στο 1996 να δημιουργηθούν μερικές ομάδες καπνιστών, κάνοντας σεμινάρια, με την προοπτική να το διακόψουν, απέβησαν άκαρπες. Μόνο δύο από τους 15 κάθε ομάδα τα κατάφεραν και αυτό όχι για μεγάλο χρονικό διάστημα..

Το τελευταίο παράρτημα Ε.Α.Ε. που ιδρύθηκε ήταν τον Οκτώβριο του 1997 στη Θεσσαλονίκη. (Μπιλάλης, 1997)

A.8.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗΣ ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑΣ

Ιστορικά προκύπτει ότι οι νόμοι που κατά καιρούς θεσπίστηκαν και οι πρακτικές που εφαρμόστηκαν για την εξάλειψη του καπνίσματος απέτυχαν σε σημείο τέτοιο, ώστε να εγείρουν υποψίες σχετικά με τα κίνητρα και τις επιδιώξεις που οδήγησαν στην επιβολή τους. Οι διώκτες του καπνίσματος χαρακτηρίστηκαν ως κυνηγοί μαγισσών, ενώ οι εκστρατείες εναντίον του καπνίσματος πήραν τη μορφή θρησκευτικών πολέμων οι οποίοι κατηγορούνται πως πίσω από το θρησκευτικό φανατισμό και την υποκριτική αγανάκτηση κρύβουν εξουσιαστικές και ωφελιμιστικές επιδιώξεις. Οπωσδήποτε τα μέχρι σήμερα αποτελέσματα από την οργανωμένη πολυμέτωπη και συστηματική εκστρατεία εναντίον του καπνίσματος επί πενήντα περίπου χρόνια δεν μπορεί να αξιολογηθούν ως ιδιαίτερα ικανοποιητικά. Από έρευνες προκύπτει πως από το 1992 έως και το 1998 εξαιτίας της αντικαπνιστικής εκστρατείας που ήταν ιδιαίτερα έντονη στις ΗΠΑ και την Ευρώπη, το κάπνισμα στην πρώτη μειώθηκε κατά 6,2% και στην δεύτερη κατά 4,3%. Το παράδοξο όμως είναι πως αυξήθηκε κατά 8,8% στις χώρες της Αφρικής και Μέσης Ανατολής. (Δοδόπουλος, 2004)

Ο Δοδόπουλος, (2004), υποστηρίζει πως «σύμφωνα με έκθεση της ΠΟΥ(2001), ο αριθμός των καπνιστών το 2025 αναμένεται να ξεπεράσει το 1,6 δισεκατομμύριο από 1,2 που υπολογίζεται σήμερα. Δηλαδή θα αυξηθεί κατά 400 εκατομμύρια καπνιστές ή κατά 33% περίπου».(σελ. 248)

Οπότε οι αστυνομικού τύπου απαγορεύσεις, διώξεις και προσπάθειες περιθωριοποίησης και απαξίωσης των καπνιστών ελάχιστα, αν όχι καθόλου, συνέβαλαν. Οι προσπάθειες όμως προς την ίδια κατεύθυνση συνεχίζονται εντονότερα και μάλιστα σε παγκόσμιο επίπεδο.

Ο Δοδόπουλος (2004), συμπληρώνει πως «στις 21 Μαΐου 2003 κατά την ετήσια Γενική Συνέλευση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στη Γενεύη ψηφίστηκε ομόφωνα από 192 κράτη – μέλη κείμενο διεθνούς συνθήκης ύστερα από διαπραγματεύσεις τριών ετών και αφού οι ΗΠΑ, η Γερμανία και η Ιαπωνία ήσαν τις σχετικές τους επιφυλάξεις. Η συνθήκη αυτή θα τεθεί σε ισχύ μετά την επικύρωσή της από 40 κράτη – μέλη.[...].

Βασικοί στόχοι της συνθήκης αυτής αποτελούν :

- i. Η απαγόρευση της διαφήμισης προϊόντων καπνού.
- ii. Η αναγραφή στα πακέτα προειδοποίησης για τους κινδύνους του καπνίσματος
- iii. Η απαγόρευση πώλησης προϊόντων καπνού σε ανήλικους.
- iv. Η υιοθέτηση μέτρων κατά του λαθρεμπορίου προϊόντων καπνού».(σελ, 249)

Πάντα όμως υπάρχει και ο αντίλογος από μια μερίδα ανθρώπων. Στην προκειμένη περίπτωση από τους καπνιστές που υπερασπίζονται με σθένος τον καπνό και το κάπνισμα.

Προβάλλουν και επικαλούνται κυρίως οι καπνοπαραγωγοί τα οικονομικά, δημοσιονομικά, δημογραφικά, κοινωνικά, εθνικά και άλλα οφέλη που προκύπτουν από την καλλιέργεια, ιδιαίτερα σε ορισμένες χώρες και περιοχές, των οποίων η γεωγραφική θέση, πληθυσμιακή σύνθεση, η έκταση, η μορφή και σύσταση του εδάφους παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες. Για παράδειγμα στην Ελλάδα, όπου η καπνοκαλλιέργεια μαζί με δυο – τρεις άλλες καλλιέργειες αποτελεί μονόδρομο για τους αγρότες αφού εκτός της ικανοποιητικής της απόδοσης συντελεί άμεσα και έμμεσα στην απασχόληση 400.000 περίπου ατόμων (10% του ενεργού πληθυσμού και συμμετέχει στον ετήσιο κρατικό προϋπολογισμό με 950 δισεκατομμύρια δραχμές που αντιπροσωπεύουν το 12% όλων των ειδικών φόρων κατανάλωσης. Οι καπνιστές επίσης ισχυρίζονται πως αν τα ποσά που τους

παρακρατεί το κράτος απ' την φορολογία των καπνιστικών προϊόντων, τα διέθεταν για κάποιο ταμείο ασφάλειας και αλληλοβοήθειας οι καπνιστές θα ήταν οι καλύτερα ασφαλισμένοι άνθρωποι του κόσμου. (Δοδόπουλος, 2004)

Έπειτα αμφισβητούν αν τα κίνητρα για την απαγόρευση του καπνίσματος αφορούν μόνο στην προστασία των καπνιστών αφήνοντας αιχμές για εξυπηρέτηση και άλλων συμφερόντων και σκοπιμοτήτων καθώς και για την ικανοποίηση των υποκριτικών, ψυχονευρωτικών, εγωιστικών και ρατσιστικών ιδεολογιών κάποιων. (Δοδόπουλος, 2004)

Σατιρίζουν την απαγόρευση καπνιστών σε εστιατόρια και σε άλλους κλειστούς χώρους, όπου όμως επιτρέπεται η είσοδος σκύλων, πιθήκων και άλλων ζώων, την απαγόρευση του καπνίσματος σε πλαζ και δημόσια πάρκα για να μην ενοχλούνται οι λουόμενοι και οι περιπατητές ή οι διερχόμενοι. (Δοδόπουλος, 2004)

Ειρωνεύονται ακόμα τις υπερβολές και ακρότητες των αντικαπνιστών αφού ορισμένοι από αυτούς ξεπερνούν πολλές φορές κάθε όριο λογικής όπως στην περίπτωση της διαμαρτυρίας ενοίκων πολυκατοικίας των κάτω ορόφων επειδή καπνίζουν οι ένοικοι των ρετιρέ.

Υποστηρίζουν ότι η απόλαυση του τσιγάρου αναδεικνύεται σε σημαντική παράμετρο της ανθρώπινης συμπεριφοράς ικανή να σημαδέψει την εξέλιξη των προσωπικών γεγονότων και τελικά να καθορίσει την ίδια τη ζωή. (Δοδόπουλος, 2004)

Ακόμη αμφιβάλλουν σε επιστημονικό επίπεδο αν υπάρχει «αιτιώδης σχέση» και μάλιστα στο βαθμό που ισχυρίζονται οι αντικαπνιστικές – μεταξύ του καπνίσματος και πολλών εκφυλιστικών κυρίως ασθενειών.

Επιπλέον πιστεύουν ότι μέση αλήθεια δεν υπάρχει, αλλά όταν για ένα θέμα αντιπαρατίθενται εκ διαμέτρου αντίθετες απόψεις τότε η αλήθεια βρίσκεται στη μέση.

Τέλος, τολμούν και ισχυρίζονται πως, το κάπνισμα πολύ πιθανόν να αποτρέπει κάποια νοσήματα, εξ' αιτίας της αγχολυτικής ιδιότητάς του, δεδομένου ότι ιατρικές έρευνες απέδειξαν ότι το στρες έχει επιπτώσεις στην άμυνα του οργανισμού έναντι ορισμένων ασθενειών συμπεριλαμβανομένου και αυτών για τις οποίες ενοχοποιείται το κάπνισμα. (Δοδόπουλος, 2004)

Α.9. ΤΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ

Το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την καταπολέμηση του καπνίσματος ιδρύθηκε τον Οκτώβριο του 1996 στο Ελσίνκι. Το δίκτυο αυτό αποτελείται από εκπροσώπους του επιστημονικού και εκπαιδευτικού κόσμου κάθε χώρας καθώς και από κοινωνικούς φορείς με ανάλογη δράση. Έχει σαν στόχο τη διαμόρφωση σε Πανευρωπαϊκή κλίμακα ενός συντονισμένου προγράμματος εφαρμογής των αποφάσεων του Ελσίνκι με βάση πάντοτε τη σωστή ενημέρωση του κοινού και την αρχή, ότι ο εχθρός της κοινωνίας δεν είναι ο καπνιστής, αλλά το κάπνισμα.(Μπιλάλης, 1997)

Κατά τον Μπιλάλη (1997), τα προτεινόμενα μέτρα για τον περιορισμό του καπνίσματος είναι :

I. «Η περιστολή της άμεσης ή έμμεσης διαφήμισης κάθε προϊόντος καπνού.

II. Η σαφέστατη αναγραφή των κινδύνων από το κάπνισμα σε κάθε πακέτο τσιγάρων. Π.χ. προκαλεί καρκίνο και αναπνευστικές και καρδιαγγειακές παθήσεις.

III. Η ακόμη μεγαλύτερη μείωση των ανώτατων επιτρεπτών ορίων πίσσας και νικοτίνης στα τσιγάρα.

IV. Η εφαρμογή ειδικών μέτρων για περιορισμό της εύκολης προμήθειας τσιγάρων από παιδιά κάτω της ηλικίας των 18 ετών.

V. Η διαμόρφωση μιας πολιτικής τιμών τέτοιας που να αποθαρρύνει τους νέους από το κάπνισμα.»(σελ, 191 – 192)

Ο Μπιλάλης (1997), συνεχίζει με την καταγραφή προτάσεων που κάνει το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την πρόληψη του καπνίσματος στα σχολεία. Οι προτάσεις λοιπόν είναι οι εξής:

α «Να αναπτυχθούν ειδικά προγράμματα και στρατηγικές σε όλα τα σχολεία για να προληφθεί το πρόβλημα του καπνίσματος πριν ξεκινήσει.

α Εκπαιδευτικοί και γονείς να συνεργάζονται με στόχο την πρόληψη και τη καταπολέμηση του καπνίσματος στα σχολεία.

α Να υπάρχουν ειδικά προγράμματα για την ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης των παιδιών και την ενίσχυση του χαρακτήρα για να αντιστέκονται στις προκλήσεις (τσιγάρο, οίνοπνευματώδη ποτά, ναρκωτικά)

α Να υπάρχει ειδική συμμετοχή σχολείων, εκπαιδευτικών και παιδιών σε αντικαπνιστικά προγράμματα.

α Να γίνεται ειδική εκπαίδευση και μετεκπαίδευση εκπαιδευτικών για τη σωστή παιδαγωγική αντιμετώπιση του προβλήματος.

α Να γίνονται ειδικές επαναληπτικές διδασκαλίες και εφαρμογή στρατηγικών ανάλογα με την ηλικία των παιδιών.

α Το παράδειγμα των εκπαιδευτικών είναι καταλυτικό για τον τρόπο ζωής των μαθητών. Για αυτό δεν πρέπει να καπνίζουν μπροστά στα παιδιά». (σελ ,192)

B. Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

B1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΤΟΜΑ

Η κοινωνική εργασία είναι μια πολύ χρήσιμη ειδικότητα και εφαρμόζεται σε κάθε κομμάτι της καθημερινής μας ζωής. Έτσι και στη διακοπή του καπνίσματος η συμβολή της κοινωνικής εργασίας είναι απαραίτητη για διάφορους ψυχολογικούς και κοινωνικούς λόγους. Όμως παρά τη μεγάλη χρησιμότητά της, η εύρεση πληροφοριών για την συμβολή της κοινωνικής εργασίας στη διακοπή του καπνίσματος, ήταν πολύ δύσκολη. Όπως προαναφέρθηκε και στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας, η βιβλιογραφία που βρήκαμε για την κοινωνική εργασία σε σχέση με τη διακοπή του καπνίσματος, είναι φτωχή.

Η κοινωνική εργασία με άτομα εφαρμόζεται από τους κοινωνικούς λειτουργούς σε νοσοκομεία ή σε Κέντρα Υγείας, όπου πραγματοποιείται ιατρείο διακοπής καπνίσματος. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι να βοηθήσει τους ανθρώπους που αποφάσισαν να διακόψουν το κάπνισμα να φέρουν εις πέρας την προσπάθειά τους, μαζί με την ιατρική βοήθεια που συνήθως παρέχεται.

Τα δύο συνηθέστερα προβλήματα του καπνιστή είναι η απόλαυση που του δίνει το κάπνισμα και το δυσάρεστο αίσθημα του στερητικού συνδρόμου. Πρέπει επομένως ο καπνιστής, να βρει κάτι που θα αντικαταστήσει την ευχαρίστηση και τη συνήθεια του καπνίσματος, όταν αποφασίσει να το κόψει. Γι' αυτό ο κοινωνικός λειτουργός εφαρμόζοντας διάφορες μεθόδους συμπεριφοράς, που πρέπει να χρησιμοποιηθούν κατά περίπτωση σε καπνιστές σύμφωνα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε καπνιστή, προσπαθεί να ενισχύσει την επιθυμία του ατόμου να διακόψει το κάπνισμα. Επίσης, ο κοινωνικός λειτουργός στηρίζει

ψυχολογικά τον καπνιστή και τον βοηθάει να ξεπεράσει ομαλά το στερητικό σύνδρομο που προκαλείται από τη διακοπή του καπνίσματος. (Μπιλάλης, 1997).

Σε κάθε καπνιστή πρέπει να δίνεται η υποστήριξη που ταιριάζει στην προσωπικότητα του και τις ιδιαίτερες συνήθειες του. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να παρακολουθεί τα αποτελέσματα της θεραπείας για να διαπιστώσει το βαθμό επιτυχίας της και τη διάρκεια της. Επίσης, πρέπει να συνεργάζεται με τον ειδικό γιατρό που παρακολουθεί τον καπνιστή, διότι ταυτοχρόνως με την ψυχολογική υποστήριξη οι περισσότεροι καπνιστές χρειάζονται και την ιατρική βοήθεια, όπου τους παρέχεται ειδικό χάπι, το οποίο βοηθάει στη διακοπή του καπνίσματος. (Μπιλάλης, 1997).

Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να προτείνει στα άτομα που έχουν αποφασίσει να διακόψουν το κάπνισμα, ένα πρόγραμμα το οποίο προτείνουν Αμερικάνοι ειδικοί και έχει δημοσιευθεί στην εφημερίδα «τα Νέα», (1993) και είναι πολύ βοηθητικό για τους ανθρώπους που αποφασίζουν να διακόψουν το κάπνισμα:

ΠΡΩΤΗ ΜΕΡΑ: Κρατήστε ένα ημερολόγιο καπνίσματος για την επόμενη εβδομάδα. Στο ημερολόγιο αυτό θα καταγράφετε πότε και κάτω από ποιες συνθήκες ανάβετε τσιγάρο. π.χ μετά το φαγητό, μαζί με τον καφέ. Ποιο τσιγάρο απολαμβάνετε περισσότερο την ημέρα και ποιο τσιγάρο θα μπορούσατε να αποφύγετε πιο εύκολα.

Τα όσα θα μάθετε για τις συνήθειές σας σε σχέση με το τσιγάρο, θα σας βοηθήσουν αφάνταστα όταν το σταματήσετε. Θα έχετε εντοπίσει πότε υποκύπτετε πιο εύκολα στον πειρασμό και θα βρείτε τρόπους για να αντιμετωπίσετε το πρόβλημα.

Κρατήστε ένα γυάλινο βάζο από μαρμελάδα και βάλτε μέσα τα αποτσίγαρά σας. Όταν βρίσκεστε στη δουλειά ή έξω από το σπίτι, να τα συγκεντρώνετε σε ένα άδειο πακέτο και μόλις φτάσετε στο σπίτι, βάλτε τα

και αυτά στο βάζο. Κοιτάτε το βάζο με τα αποσίγαρα κάθε φορά που ανάβετε και απολαμβάνετε το τσιγάρο σας.

ΔΕΥΤΕΡΗ ΜΕΡΑ: Καταγράψτε στο ημερολόγιο σας τους λόγους για τους οποίους θέλετε να κόψετε το τσιγάρο. Προσπαθήστε να βρείτε όσο το δυνατόν περισσότερους, που είναι για εσάς σημαντικοί. Ίσως οι δικοί σας λόγοι, καθαρά προσωπικοί, να είναι πιο σημαντικοί από τους γενικούς και ιατρικούς λόγους. Αναζητήστε ένα ισχυρό κίνητρο για να σταματήσετε το τσιγάρο, ένα κίνητρο που θα ενισχύσει τη δύναμη της θέλησης σας. Για να βοηθηθείτε στην απόφασή σας να κόψετε το τσιγάρο, αλλάξτε μάρκα. Κάθε φορά αγοράστε και διαφορετική μάρκα τσιγάρου, κατά προτίμηση ελαφρά.

ΤΡΙΤΗ ΜΕΡΑ: Ανακοινώστε στους συγγενείς σας και τους φίλους σας ότι θα κόψετε τελείως το τσιγάρο σε λίγες μέρες. Αυτή η δέσμευση θα σας βοηθήσει ακόμη περισσότερο. Θα νιώσετε εκτεθειμένοι στο περιβάλλον σας, με αποτέλεσμα να ενισχυθεί ακόμη περισσότερο η δύναμη της θέλησής σας. Πείτε στους φίλους σας πόσο σημαντικό είναι για εσάς να κόψετε το τσιγάρο και πόσο θα εκτιμήσετε τη βοήθεια τους σε αυτή σας την προσπάθεια. Οι πρώην καπνιστές φίλοι σας θα σας βοηθήσουν με τη δική τους πείρα.

Οι καπνιστές μπορεί να γελάσουν, αλλά στο βάθος της καρδιάς τους και αυτοί θα θέλουν να σας μιμηθούν.

ΤΕΤΑΡΤΗ ΜΕΡΑ: Τοποθετήστε δυο λαστιχάκια γύρω από το πακέτο σας. Έτσι θα συνειδητοποιείτε κάθε φορά ότι πάτε να πάρετε τσιγάρο. Οι περισσότεροι καπνιστές ανοίγουν το πακέτο τους ενστικτωδώς, χωρίς να συνειδητοποιούν τι ακριβώς κάνουν. Βλέποντας τα λαστιχάκια ίσως καταλάβετε ότι δεν έχετε ανάγκη από αυτό το τσιγάρο.

ΠΕΜΠΤΗ ΜΕΡΑ: Πείτε σε όλους τους καπνιστές με τους οποίους συναναστρέφεστε, ότι είναι σημαντικό για εσάς να μη σας προσφέρουν τσιγάρο. Ανακοινώστε τους ότι θα το κόψετε σε δύο μέρες.

Συγκεντρωθείτε στο τσιγάρο που καπνίζετε. Μην κάνετε τίποτε άλλο την ώρα που καπνίζετε, μη μιλάτε, μην πίνετε, μη διαβάζετε. Καπνίστε το τσιγάρο σας γρήγορα, αναλογιζόμενοι τις συνέπειες του στον οργανισμό σας.

ΕΚΤΗ ΜΕΡΑ: Πετάτε αναπτήρες και σπέρτα, ή τουλάχιστον μη τα κουβαλάτε μαζί σας. Έτσι, θα κάνετε μια ακόμη συνειδητή προσπάθεια όταν ανάβετε τσιγάρο. Διαβάστε ξανά το ημερολόγιο σας. Επισημάνετε ποια είναι τα «απαραίτητα» τσιγάρα για εσάς, εκείνα που πραγματικά έχετε ανάγκη ή απολαμβάνετε. Σε αυτές τις περιπτώσεις, θα πρέπει από αύριο να καταβάλλετε ιδιαίτερη προσπάθεια.

ΕΒΔΟΜΗ ΜΕΡΑ: Η μέρα της μεγάλης απόφασης. Σήμερα κόβετε το τσιγάρο. Μόλις σηκωθείτε από το κρεβάτι το πρωί πείτε στον εαυτό σας : «δεν θέλω να καπνίσω».

Πάρτε ένα δεύτερο γυάλινο βάζο και βάλτε μέσα όλα τα χρήματα που θα διαθέτατε για την αγορά των τσιγάρων σας. Κάντε ένα δώρο στον εαυτό σας. Αγοράστε ένα καινούργιο ρούχο ή πηγαίnete σε ένα καλό εστιατόριο.

Κινητοποιήστε όλες σας τις δυνάμεις για τις ώρες της ημέρας που το τσιγάρο σας ήταν απαραίτητο.

ΟΓΔΟΗ ΜΕΡΑ: Μόλις ξυπνήσετε πείτε: « είμαι ένας πρώην καπνιστής». Ήδη, ζήσατε 24 ώρες χωρίς να καπνίσετε. Δώστε συγχαρητήρια στον εαυτό σας. Εφόσον το πετύχατε μια μέρα, μπορείτε να το πετύχετε και σήμερα και αύριο.

Προσέχετε για τις ενδείξεις της εξάρτησης. Ίσως νιώθετε υπνηλία, υπερκινητικότητα ή εκνευρισμό. Όλα τα συμπτώματα όμως, θα περάσουν γρήγορα με το πέρασμα του χρόνου.

Αποφύγετε τις καταστάσεις που σας βάζουν σε πειρασμό να ανάψετε τσιγάρο. Αν για παράδειγμα, καπνίζατε μετά το φαγητό, σηκωθείτε αμέσως από το τραπέζι. Αποφύγετε τις θέσεις στις οποίες συνηθίζατε να καπνίζετε. Πιείτε τον πρωινό καφέ σας σε κάποιο διαφορετικό σημείο του σπιτιού. Καλό είναι το πρώτο διάστημα που άρχισε η διακοπή του καπνίσματος, ο καφές ως διεγερτικός του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος να αντικατασταθεί με χυμούς φρούτων, ώστε να μειώνεται η επιθυμία του τσιγάρου.

ΕΝΑΤΗ ΜΕΡΑ: Μόλις σηκωθείτε το πρωί από το κρεβάτι, πείτε στον εαυτό σας; « Όχι ευχαριστώ. Δεν καπνίζω. Όχι ευχαριστώ. Δεν καπνίζω». Γρήγορα θα σας γίνει αυτόματη αντίδραση κάθε φορά που κάποιος θα σας προσφέρει τσιγάρο.

Αν νιώσετε τρελή επιθυμία για τσιγάρο, πείτε στον εαυτό σας ότι μπορείτε να ελέγξετε το πάθος σας εσείς και ότι δεν σας ελέγχει αυτό. Η τρέλα για τσιγάρο θα διαρκέσει μόνο λίγα λεπτά. Υπερνικήστε την. Κάντε κάτι για να ξεχαστείτε. Ασχοληθείτε με τον κήπο, φάτε ένα μήλο, κάντε ένα ντους. Μέχρι να κάνετε κάτι από όλα αυτά, η μανία για τσιγάρο θα περάσει.

ΔΕΚΑΤΗ ΜΕΡΑ: Μόλις ξυπνήσετε διαβάστε στο ημερολόγιό σας τους λόγους για τους οποίους κόψατε το τσιγάρο. Ίσως να προσθέσετε και άλλους. Ρίξτε μια ματιά στο γυάλινο βάζο, όπου βάζετε τα χρήματα που εξοικονομείτε από το κόψιμο του τσιγάρου.

ΕΝΔΕΚΑΤΗ ΜΕΡΑ: Μόλις ξυπνήσετε το πρωί, πείτε στον εαυτό σας ότι έχετε να καπνίσετε τέσσερις μέρες. Τα καταφέρατε. Ανήκετε τώρα στην κατηγορία των μη καπνιστών.

Καταγράψτε όλα τα πλεονεκτήματα που μπορείτε να σκεφτείτε από τη νέα σας ιδιότητα ως μη καπνιστή.

ΔΩΔΕΚΑΤΗ ΜΕΡΑ: Περάσατε μια ακόμη μέρα χωρίς τσιγάρο. Κάθε μέρα που περνάτε χωρίς να καπνίζετε, αποτελεί για εσάς μια επένδυση για το μέλλον. Πείσετε τον εαυτό σας ότι δεν αξίζει να τη χαραμίσετε.

Κοιτάξτε πάλι το γυάλινο βάζο με τα χρήματα που κερδίσατε από το κόψιμο του τσιγάρου. Σκεφτείτε πόσα χρήματα θα έχετε εξοικονομήσει σε ένα μήνα.

ΔΕΚΑΤΗ ΤΡΙΤΗ ΜΕΡΑ: Μην υποκύψετε στον πειρασμό να καπνίσετε «ένα μόνο τσιγαράκι». Το ένα οδηγεί σε δεύτερο, σε τρίτο κλπ. Όλες οι μέχρι τώρα προσπάθειές σας θα πάνε χαμένες.

Αναλογιστείτε τα προτερήματα του μη καπνιστή:

- Η αναπνοή μου είναι δροσερή
- Τα ρούχα μου δεν μυρίζουν από το τσιγάρο
- Το φαγητό μου έχει τώρα καλύτερη γεύση

Για μερικές εβδομάδες αποφύγετε τις κοινωνικές συναναστροφές, όπου θα μπορούσατε να υποκύψετε στον πειρασμό του τσιγάρου. (Εφημερίδα «Τα Νέα», 1993)

Όταν ξυπνάτε το πρωί, θυμίστε στον εαυτό σας ότι έχετε να καπνίσετε μια ολόκληρη εβδομάδα. Δώστε συγχαρητήρια στον εαυτό σας. Αν αντέξατε μια ολόκληρη εβδομάδα χωρίς τσιγάρο, μπορείτε να αντέξετε και για ένα μήνα, για ένα χρόνο, για μια ολόκληρη ζωή. (Μπιλάλης, 1997)

B.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΜΑΔΕΣ

Η κοινωνική εργασία με ομάδες εφαρμόζεται από τους κοινωνικούς λειτουργούς σε συνεργασία με ψυχολόγους, κυρίως σε δήμους, όπου πραγματοποιούνται ομάδες διακοπής καπνίσματος. Σύμφωνα με τα όσα μας έχει πει η κα Αλεξανδρίδη Βάλια, κοινωνική λειτουργός του κοινωνικού τομέα του Δήμου Πατρέων και σύμφωνα με τη συνέντευξη της κας Δημοπούλου Όλγας, ψυχολόγο του κοινωνικού τομέα του Δήμου Πατρέων, το πρόγραμμα για τη διακοπή καπνίσματος αφορά τα άτομα που θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα και από μόνα τους δεν έχουν τη δυνατότητα αυτή για πάρα πολλούς λόγους. Στο πρόγραμμα συμμετέχει και πνευμονολόγος, ο οποίος έχει εξειδικευθεί πάνω σε αυτό το θέμα και παρακολουθεί ιατρικά τα άτομα που συμμετέχουν σε αυτό.

Το πρόγραμμα περιέχει μια νέα φιλοσοφία με βάση κάποια μοντέλα συμπεριφορικής προσέγγισης καθαρά ψυχολογικά, όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα μπορούν να διακόψουν το κάπνισμα και να θεραπευθούν από τον εθισμό, μέσα από μια συμβουλευτική και ψυχολογική διαδικασία.

Ο κοινωνικός λειτουργός με τον ψυχολόγο ακολουθούν κάποιους τρόπους, για να μπορέσουν μέσα στην ομάδα όλα τα άτομα να αλληλοβοηθηθούν και να αλληλοστηριχθούν μεταξύ τους, να βγάλουν τις εμπειρίες τους, να μοιραστούν κάποια πράγματα που τους απασχολούν και μέσα από τον συντονισμό και την εμπύχωση των ειδικών, να καταφέρουν να μπουν στη διαδικασία διακοπής καπνίσματος.

Βασική προϋπόθεση στην όλη διαδικασία είναι το άτομο το ίδιο να θέλει να κόψει το κάπνισμα. Κάθε άτομο έχει τελείως διαφορετικό τρόπο καπνίσματος, έχει μια διαφορετική σχέση με το τσιγάρο. Ο καθένας

καπνίζει για τους δικούς του λόγους, ο καθένας ξεκίνησε το τσιγάρο με διαφορετική αιτία, ο καθένας έχει λιγότερη ή μεγαλύτερη εξάρτηση, άλλων η σχέση με το τσιγάρο είναι πιο σημαντική, άλλος τη θεωρεί πιο προβληματική ή αρρωστημένη και άλλος πιο αγχωτική. Γι' αυτό, η αντιμετώπιση των συμμετεχόντων είναι και ατομική και ομαδική.

Η απεξάρτηση είναι μια ολόκληρη διαδικασία όπου το κάπνισμα αντιμετωπίζεται ομαδικά και εξατομικευμένα. Μέσα από αυτές τις ομαδικές συναντήσεις το κάθε άτομο βγάζει τη δική του εμπειρία, τη δική του σχέση, τον δικό του προβληματισμό, τη δική του ανησυχία αλλά και τα δικά του «θέλω» σχετικά με το τσιγάρο και το κάπνισμα. Έτσι, ο κοινωνικός λειτουργός σε συνεργασία με τον ψυχολόγο, μέσα από αυτή τη διαδικασία προσπαθούν να ενισχύσουν αυτό το «θέλω», το οποίο μπορεί να μην είναι ακέραιο, και να ενισχύσουν τη βούληση, την πειθαρχία, τον αυτοέλεγχο και την αυτοεκτίμηση του ατόμου, ώστε να μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του έναντι του τσιγάρου.

Είναι πολύ σημαντικό, το άτομο που είναι εξαρτημένο από το κάπνισμα να αντιμετωπίζεται στην ολότητά του, σαν άνθρωπος με ψυχολογική εξάρτηση.

B.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Η κοινωνική εργασία με την κοινότητα εφαρμόζεται από τους κοινωνικούς λειτουργούς κατά κύριο λόγο για την πρόληψη και μετά για την διακοπή του καπνίσματος. Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν τη δυνατότητα, σε συνεργασία με την Πολιτεία και την Τοπική Αυτοδιοίκηση να παρεμβαίνουν προληπτικά στα σχολεία, στις κοινότητες, στους δήμους, τους χώρους εργασίας, τα Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα, τα νοσοκομεία.

Σύμφωνα με τον Μπιλάλη (1997), τα σχολεία είναι το ιδανικό περιβάλλον στο οποίο μπορούν να ενσωματωθούν προγράμματα εκπαίδευσης σχετικά με το κάπνισμα και την υγεία. Οι παρεμβάσεις αυτές είναι καλό να αρχίζουν από τις μικρές τάξεις αντί για το Λύκειο, όπου οι νέοι μπορεί να έχουν ήδη αρχίσει το κάπνισμα και να είναι πλέον εξαρτημένοι. Οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να συνεργάζονται στενά με τους δασκάλους στην προετοιμασία προγραμμάτων πρόληψης του καπνίσματος με βάση το σχολείο. Παράδειγμα αποτελεί η προώθηση της αληθινής ψυχαγωγίας των νέων. Η αγάπη και προστασία του φυσικού περιβάλλοντος, η καλλιέργεια των ψυχικών χαρισμάτων, η γυμναστική και ο αθλητισμός πρέπει να προωθούνται στους νέους, ώστε αυτές οι ενασχολήσεις τους να αποβαίνουν δημιουργικές και χρήσιμες στην κοινωνία.

Στην ιδανική περίπτωση, τα προγράμματα πρόληψης του καπνίσματος πρέπει να εστιάζονται στην τελευταία τάξη του Δημοτικού και στο

Γυμνάσιο και όχι στο Λύκειο όπου έχει αρχίσει η εξάρτηση από το τσιγάρο. (Μπιλάλης, 1997).

Η βοήθεια του κοινωνικού λειτουργού προς το παιδί, να αναπτύξει αυξημένη ευθύνη όσον αφορά στην συμπεριφορά του σε θέματα υγείας, του είναι πολύτιμη. Ο ρόλος της σχέσης κοινωνικού λειτουργού και εφήβου πρέπει να καλλιεργείται δεόντως, ιδιαίτερα στην ηλικία 11-13 ετών διότι οι έφηβοι είναι επιρρεπείς σε παρεκκλίσεις, δείχνουν σχετική έλλειψη ενδιαφέροντος για τους συμβατικούς στόχους και υπερεκτιμούν ανάμεσα στους ενήλικες και συνομηλίκους τους διατρέχοντας έτσι αυξημένο κίνδυνο να γίνουν καπνιστές.(Μπιλάλης, 1997)

Οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να συγχάιρουν τους εφήβους που αντιστέκονται στο κάπνισμα και να τους προτρέπουν να εμβολιάζουν ψυχολογικά τους φίλους τους, ώστε να απομακρύνονται από το τσιγάρο. επίσης, πρέπει να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των εφήβων σε προγράμματα που προωθούν την ανάπτυξη ικανοτήτων για την επίλυση προβλημάτων, τη θέση στόχων, τη λήψη αποφάσεων και την αντιμετώπιση αρνητικής πίεσης από συνομηλίκους. Οι συμβουλές στα παιδιά, ότι αν δεν μάθουν το κάπνισμα, θα είναι οι πραγματικά προοδευτικοί νέοι της σύγχρονης εποχής και ο ρόλος τους αυτός θα αποτελεί πρωτοτυπία ζηλευτή, δεδομένου ότι θα γνωρίζουν και τους κινδύνους του παθητικού καπνίσματος, είναι αναγκαίες.(Μπιλάλης, 1997)

Τέλος, όταν οι έφηβοι έχουν ήδη αρχίσει το κάπνισμα, οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να τους συμβουλεύουν να σταματήσουν τώρα το κάπνισμα παρά αργότερα που δεν θα μπορούν λόγω μεγαλύτερης εξάρτησης και δύσκολων συνθηκών ζωής καθώς να τους εξηγούν τις περιορισμένες αθλητικές ικανότητες, το κόστος των τσιγάρων, τους λεκέδες, την άσχημη μυρωδιά, τις ρυτίδες του προσώπου και τους κινδύνους πυρκαγιάς.(Μπιλάλης 1997)

Στους Δήμους και τις Κοινότητες οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να προγραμματίσουν εκδηλώσεις – ομιλίες, σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, ώστε να βοηθήσουν στην πρόληψη αλλά και στη διακοπή του καπνίσματος. Καλό είναι να ενημερώσουν τους κατοίκους κάθε ηλικίας για τις αρνητικές επιδράσεις του καπνίσματος και τα προβλήματα που δημιουργεί. Πρέπει να εστιάσουν περισσότερο την προσοχή τους στους νέους οι οποίοι είτε μόλις άρχισαν το κάπνισμα ή σκοπεύουν να γίνουν μελλοντικοί καπνιστές. Επίσης, να ενθαρρύνουν τους ανθρώπους για γυμναστικές ασκήσεις και κοινωνικές δραστηριότητες, που είναι ασυμβίβαστες με το κάπνισμα. (Μπιλάλης, 1997)

Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν επίσης τη δυνατότητα να μιλήσουν για το κάπνισμα με τους γονείς οι οποίοι έχουν παιδιά στην εφηβεία, και να τους συμβουλέψουν σωστά, ώστε να προστατέψουν τα παιδιά τους από το παθητικό και το ενεργητικό κάπνισμα. Η συνεργασία με έναν ειδικό γιατρό, ο οποίος θα βοηθούσε στην παρουσίαση των προβλημάτων και των επιπτώσεων του καπνίσματος, θα ήταν αρκετά εποικοδομητική. Οι άνθρωποι που έχουν ήδη ξεκινήσει το κάπνισμα και έχουν την επιθυμία να το διακόψουν, χρειάζονται εξίσου τη βοήθεια του κοινωνικού λειτουργού. Με διάφορες μεθόδους συμπεριφοράς οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να τους στηρίξουν ψυχολογικά και να τους βοηθήσουν να διακόψουν το κάπνισμα. Τέλος, πραγματοποιώντας ομάδες διακοπής καπνίσματος στον Δήμο ή την Κοινότητα, θα μπορούσαν να ενθαρρύνουν την επιθυμία των ανθρώπων για τη διακοπή του καπνίσματος υλοποιώντας την επιθυμία τους με πολύ καλή συνεργασία μεταξύ τους. (Μπιλάλης, 1997)

Στα Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να προσφέρουν πολλά στο κομμάτι της πρόληψης, για όσους δεν καπνίζουν ενώ μπορούν να βοηθήσουν και για τη διακοπή του καπνίσματος. Οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να ενημερώσουν τους

φοιτητές για τις επιδράσεις του τσιγάρου σε όλους τους τομείς, μοιράζοντας διάφορα φυλλάδια. Επίσης, έχουν τη δυνατότητα, σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς, να καθιερώσουν κάποια εκπαιδευτικά προγράμματα σχετικά με το κάπνισμα και τη διακοπή του. Τέλος, έχουν τη δυνατότητα, παραχωρώντας τους οι εκπαιδευτικοί κάποιες ώρες από το μάθημά τους ή αφιερώνοντας το κάθε τμήμα κάποιες ώρες από το πρόγραμμά τους για τους κοινωνικούς λειτουργούς, να ενημερώσουν τους φοιτητές για το κάπνισμα με οπτικοακουστικό υλικό και να συζητήσουν μαζί τους για τη διακοπή του καπνίσματος, παραπέμποντας όσους επιθυμούν σε ανάλογα προγράμματα.(Μπιλάλης, 1997)

Όσον αφορά στα νοσοκομεία, οι κοινωνικοί λειτουργοί σε συνεργασία με έναν ειδικό γιατρό, ενημερώνουν τους ασθενείς αλλά και όσους δεν νοσηλεύονται, για το κάπνισμα και τη διαδικασία διακοπής καπνίσματος. Οι κοινωνικοί λειτουργοί τοποθετώντας αφίσες στο χώρο του νοσοκομείου, μοιράζοντας ενημερωτικά φυλλάδια και συζητώντας με τους ενδιαφερόμενους, μπορούν να τους ενημερώσουν για το όφελος που έχουν από τη διακοπή του καπνίσματος, παραπέμποντας τους σε ιατρείο διακοπής καπνίσματος που ίσως πραγματοποιείται στο νοσοκομείο ή σε αντίστοιχα προγράμματα διακοπής καπνίσματος.(Μπιλάλης, 1997)

Γ. Η ΧΡΗΣΗ ΟΡΓΑΝΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Ø Γ.1 Τσίγλα νικοτίνης

Η τσίγλα νικοτίνης, περιέχει νικοτίνη η οποία απελευθερώνεται με το μάσημα και απελευθερώνεται από το βλεννογόνο του στόματος. Επειδή η απελευθέρωση της στον οργανισμό είναι πιο άμεση σε σχέση με το αυτοκόλλητο, χρησιμοποιείται όταν η ανάγκη είναι πιο έντονη. Οι τσίγλες νικοτίνης δεν έχουν τη δύναμη μας κάνουν να κόψουμε το κάπνισμα, αλλά συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση της επιθυμίας. (Μπιλάλης, 1997, www.healthin.gr, 29/3/2007, www.nosmoking.gr, 7/3/2007).

Τα καλύτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται όταν χρησιμοποιείται τσίγλα των 4 MG, ιδίως όταν καπνίζονται άνω των είκοσι τσιγάρων ημερησίως, η οποία πρέπει να μασιέται με πολύ αργές κινήσεις (διάρκεια μισή ώρα και άνω), για να εξασφαλίσει σταθερή και βραδεία απελευθέρωση της νικοτίνης. (Μπιλάλης 1997/, www.healthin.gr, 29/3/2007, www.nosmoking.gr, 7/3/2007).

Η χορήγηση της νικοτίνης με τη μορφή της τσίγλας έχει σαν στόχο να βοηθήσει τον καπνιστή να απαλλαγεί από τη συνήθεια του καπνίσματος που συνδέεται με ψυχολογικούς, κοινωνικούς και φαρμακολογικούς παράγοντες, απαλλάσσοντας τον σε πρώτο στάδιο από τα συμπτώματα στέρησης. Με αυτόν τον τρόπο ο καπνιστής, μπορεί ευκολότερα να απαλλαγεί από τη συνήθεια του καπνίσματος διότι έχει να καταπολεμήσει μόνο τον ψυχολογικό παράγοντα. (Μπιλάλης 1997, www.healthin.gr, 29/3/2007, www.nosmoking.gr, 7/3/2007).

Η χρήση της τσίχλας νικοτίνης ελαττώνει την ευερεθιστότητα, την ανησυχία, την αδυναμία συγκέντρωσης και τα σωματικά ενοχλήματα που αφορούν τη στέρηση. (www.healthin.gr, 29/3/2007).

Ø Γ.2 Αυτοκόλλητα νικοτίνης

Πρόκειται για είδος τσιρότου που μπορείτε να κολλήσετε σε κάποιο σημείο του σώματος (π.χ στην κοιλιά, στο μπράτσο ή όπου αλλού δεν υπάρχουν τρίχες) και αποδεσμεύει τη νικοτίνη.

Αρχικά η νικοτίνη απορροφάται από το δέρμα και μεταφέρεται σταδιακά στο αίμα. Στην Ελλάδα κυκλοφορούν τσιρότα σε τρία δοσολογικά σχήματα (5,10,15 mg) και υπάρχει συγκεκριμένος αλγόριθμος για τη χρήση τους που είναι καλό να συζητείται με τον γιατρό. (www.healthin.gr, 29/3/2007).

Η διάρκεια της θεραπείας για τους καπνιστές του ενός πακέτου την ημέρα είναι συνήθως τρίμηνη, μπορεί όμως να εξατομικευτεί, ανάλογα με το βαθμό εξάρτησης και τα συμπτώματα στέρησης.

Η μέθοδος με τα αυτοκόλλητα νικοτίνης, επειδή αποτελεί θεραπεία υποκατάστασης, βοηθά στο να μειώνονται στο ελάχιστο οι ενοχλήσεις του στερητικού συνδρόμου, ενώ με τη σταδιακή ελάττωση της δόσης επιτυγχάνεται απεξάρτηση από τη νικοτίνη. (Μπιλάλης, 1997, www.healthin.gr, 29/3/2007).

Ø Γ.3 Βουπροπιόνη

Είναι η φαρμακευτική λύση για τη διακοπή του καπνίσματος. Η ουσία αυτή δρα στο κεντρικό νευρικό σύστημα και ελαττώνει το

σύνδρομο στέρησης και την ανάγκη του οργανισμού για τσιγάρο. Η βουπροπιόνη κυκλοφορεί σε μορφή χαπιού, είναι εγκεκριμένη από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων, αλλά για τη χορήγηση της είναι απαραίτητη η ιατρική παρακολούθηση. (www.mednet.gr, 29/3/2007)

Ø Γ.4 Βελονισμός

Οι βελόνες εισάγονται σε ορισμένα σημεία του δέρματος και ενεργοποιούν την «αντίδραση ξένου σώματος», που στην προκειμένη περίπτωση, είναι η νικοτίνη. Έτσι, μετά τη θεραπεία-συνήθως απαιτούνται επτά συνεδρίες – ο καπνιστής δεν απολαμβάνει πια το κάπνισμα. (Μπιλάλης, 1997).

Ο βελονισμός εδώ και αιώνες χρησιμοποιείται από τους Κινέζους και έχει προκαλέσει μεγάλο ενδιαφέρον για την ενδεχόμενη βοήθειά του στην διακοπή του καπνίσματος. Αναφέρονται συχνά υποτροπές και πολλές μελέτες έδειξαν ότι δεν είναι πιο αποτελεσματική μέθοδος από τις άλλες που προσφέρουν στους καπνιστές κάποια υποστήριξη απεξάρτησης. Προκειμένου να βοηθηθεί ο καπνιστής να απαλλαγεί από αυτή τη συνήθεια είναι απαραίτητο να υπάρχει ένα πλήρες ιστορικό των καπνιστικών του συνηθειών (χρόνο, διάρκεια, αριθμό τσιγάρων), ώστε να προσαρμοστεί το πρόγραμμα απεξάρτησης κατά τον πιο αποτελεσματικό τρόπο. (Μπιλάλης 1997, www.mediacus.gr, 29/3/2007).

Ø Γ.5 Εμβόλιο

Τα τελευταία χρόνια έχουν αρχίσει στη Μεγάλη Βρετανία προσπάθειες για την παρασκευή ενός αντικαπνιστικού εμβολίου. Το εμβόλιο θα εμποδίζει τις εθιστικές και ευχάριστες ουσίες του τσιγάρου να φτάσουν στον εγκέφαλο και έτσι βοηθά στα άτομα να μην εθίζονται στη «διέγερση» από το κάπνισμα, στερούνται το μόνο ευχάριστο σκέλος της συνήθειας αυτής. Πάντως οι έρευνες έχουν ακόμη μέλλον γιατί πρέπει να διασφαλιστεί ότι το εμβόλιο είναι ασφαλές. (www.nosmokersclub.com, 29/3/2007).

Ø Γ.6 Ηλεκτρομαγνητική αντικαπνιστική μέθοδος

Λέγεται Antismoking Elektromeridian Kombra και είναι μια ηλεκτρονική μέθοδος διακοπής του καπνίσματος, αναγνωρισμένη από τις Εθνικές Αντικαπνιστικές Εταιρείες των χωρών όπου λειτουργεί.

Η θεραπεία στην οποία υποβάλλεται το άτομο που επιθυμεί να κόψει το κάπνισμα διαρκεί είκοσι λεπτά και είναι τελείως ανώδυνη και χωρίς παρενέργειες. Αφού συγκεντρωθούν τα αναγκαία στοιχεία, όπως η ηλικία, πόσα χρόνια καπνίζει, πόσα τσιγάρα την ημέρα, ο καρδιακός ρυθμός, τα αποτελέσματα από σπυρομετρική εξέταση, αναλύονται αυτόματα από έναν ηλεκτρονικό υπολογιστή που καθορίζει την ένταση της ηλεκτρομαγνητικής θεραπείας. Ο επίδοξος μη καπνιστής κάθεται αναπαυτικά σε μια καρέκλα και ο γιατρός του διοχετεύει με το ειδικό μηχάνημα την κατάλληλη ποσότητα ηλεκτρομαγνητικών ερεθισμάτων σε συγκεκριμένα σημεία του σώματός του. Τα ερεθίσματα αυτά στην ουσία

προκαλούν στα όργανα του σώματος ένα ειδικό μικρομασάζ, το οποίο διαλύει τη νικοτίνη, την πίσσα και τα άλλα κατάλοιπα του καπνού που αθροίζονται με τα χρόνια στους πνεύμονες, τους βλεννογόνους, τους ιστούς κλπ. (www.antismokingcentre.gr, 3/8/2006)

Η μέθοδος αυτή αντενδεικνύεται μόνο σε περίπτωση εγκυμοσύνης και σε όσους έχουν βηματοδότη. Αν κάποιος δεν καταφέρει να διακόψει το κάπνισμα με την πρώτη θεραπεία, έχει το δικαίωμα για άλλες τέσσερις θεραπείες δωρεάν, σε απόσταση τουλάχιστον 15 ημερών η μία από την άλλη, με εξαίρεση τη δεύτερη θεραπεία που αν θεωρηθεί αναγκαίο μπορεί να επαναληφθεί και την επόμενη ημέρα. (www.antismokingcentre.gr, 3/8/2006)

Ø Γ.7 Βαρενικλίνη (chantix)

Το φάρμακο ονομάζεται βαρενικλίνη και η εμπορική ονομασία του είναι chantix. Πρόκειται για ένα νέο μόριο για το οποίο πιστεύεται ότι οι θετικές του επιπτώσεις για τη δημόσια υγεία, μπορεί να είναι σημαντικές. (www.medlook.net.gr,/10 - 03 - 2007)

Η βαρενικλίνη επιδρά στις περιοχές του εγκεφάλου που επηρεάζονται από τη νικοτίνη. Μπορεί να βοηθά αυτούς που θέλουν να απεξαρτηθούν από τη νικοτίνη και το κάπνισμα με βασικά δύο τρόπους.

Ο πρώτος τρόπος είναι με την απάμβλυνση των συμπτωμάτων στη φάση στέρησης της νικοτίνης που συμβαίνει αμέσως μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Παρέχει δια της δράσης της λίγα από τα αποτελέσματα της νικοτίνης και έτσι καθιστά τη

φάση στέρησης πιο εύκολη για τους χρήστες που διακόπτουν το κάπνισμα.

Ο δεύτερος τρόπος είναι το μπλοκάρισμα των δράσεων της νικοτίνης σε περίπτωση που ο χρήστης δοκιμάσει να καπνίσει ξανά. Εξουδετερώνοντας τη δραστηριοποίηση των κυκλωμάτων ευχαρίστησης από τη νικοτίνη, εξαφανίζει τους λόγους για τους οποίους ο χρήστης καταφεύγει στο κάπνισμα. (www.medlook.net.gr/10 - 3 - 2007)

Οι κυριότερες παρενέργειες της βαρενικλίνης στις θεραπευτικές κλινικές δοκιμές, ήταν αναγούλες, ναυτία, πονοκέφαλος, εμετοί, αϋπνία, ανώμαλα όνειρα και αλλαγές της γεύσης (δυσγευσία).

Υπολογίζεται ότι η βαρενικλίνη θα είναι σε θέση να βοηθά περισσότερους από 1 στους 5 χρήστες νικοτίνης, να διακόπτουν το κάπνισμα. (www.medlook.net.gr/10 - 03 - 2007).

Ø Γ.8 Αρωματοθεραπεία

Η αρωματοθεραπεία με μίγμα ελαίων βοηθάει στην διακοπή του καπνίσματος αποτελεσματικά. Ακολουθώντας τα παρακάτω βήματα, βλέπουμε πως λειτουργεί.

- 1) Το πρώτο πράγμα που πρέπει να κάνει κανείς είναι να κρατήσει το λάδι κοντά στα τσιγάρα του καπνιστή.
- 2) Έπειτα, να προσπαθήσει να τοποθετήσει το λάδι κοντά στα χείλη, όπως ένα τσιγάρο. Να πάρει αρκετές βαθιές ανάσες ώστε να μπορέσει να εισπνεύσει το άρωμα.
- 3) Αυτό είναι σαν ένα κόλπο του μυαλού ώστε να ξεχάσει τον εθισμό από την νικοτίνη. Αυτή η κίνηση είναι σχεδόν παρόμοια

με του καπνίσματος αφού και εδώ εισπνέεται κάτι. (www.stop-smoking-tips.com,/7 - 03 - 2007)

Η αρωματοθεραπεία είναι αποτελεσματική ώστε να βοηθήσει το άτομο να ξεχάσει τη συνήθεια της νικοτίνης και δρα ως υποκατάστατο της νικοτίνης. Ο καθένας μας μπορεί να το αποκαλέσει και ως ψυχολογικό φαινόμενο. Αν ο καπνιστής μπορεί να αντισταθεί στον πειρασμό για δύο λεπτά, τότε σίγουρα μπορεί να διακόψει το κάπνισμα. (www.stop-smoking-tips.com,/7 - 3 - 2007)

Ø Γ.9 Θεραπεία με νερό

Η επιθυμία να καπνίσει κανείς ένα τελευταίο τσιγάρο, υπάρχει διαρκώς στους ανθρώπους που έχουν διακόψει το κάπνισμα. Πολλοί άνθρωποι που έχουν διακόψει το ενεργό κάπνισμα εδώ και πολλά χρόνια, αναφέρουν πως είχαν κάποια περιστασιακή επιθυμία για το κάπνισμα.

Ευχαριστημένοι οι καπνιστές, μπορούν να ελέγξουν αυτές τις επιθυμίες τους με τη θεραπεία του νερού, μια πολύ απλή και φθηνή μέθοδο. Το νερό, λέγεται πως βοηθάει τους ανθρώπους να ξεφύγουν από τον πειρασμό του καπνίσματος. (www.stop-smoking-aids-water.html/7 -3 - 2007)

Τα καλά νέα είναι ότι η θεραπεία με το νερό βοηθάει αυτούς που πρόσφατα σταμάτησαν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια των αρχικών εβδομάδων. Οι καπνιστές που καπνίζουν για πολύ μεγάλο διάστημα, έχουν εθιστεί στη νικοτίνη, ένα δυνατό ναρκωτικό. Καθώς το σώμα συνηθίζει να έχει νικοτίνη σε καθημερινή βάση, επιθυμεί τη νικοτίνη ακόμη περισσότερο, όταν οι άνθρωποι σταματούν το κάπνισμα ή

βρίσκονται σε μια βαθμιαία διαδικασία διακοπής καπνίσματος.(www.stop-smoking-aids-water.html/7 - 3 - 2007)

Το νερό βοηθάει αποτελεσματικά, στο να αποβάλλουμε τις τοξίνες που περιέχουν νικοτίνη από το σώμα μας. Όσο περισσότερη είναι η κατανάλωση του νερού, τόσο μεγαλύτερη είναι η εξάλειψη των τοξινών. Κατά μέσο όρο, ένα άτομο που έχει την επιθυμία του καπνίσματος καλό θα ήταν να διπλασιάσει το νερό που πίνει. (www.stop-smoking-aids-water.html,/7 - 3 - 2007).

Ø Γ.10 Ύπνωση

Όταν κάποιοι μιλούν σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος, πολύ συχνά αναφέρονται στην ύπνωση. Στην πραγματικότητα, η ύπνωση είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιείται πιο συχνά από τα άτομα που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα. Μερικοί άνθρωποι που έχουν ήδη διακόψει το κάπνισμα, ταυτίζονται με αυτή τη μέθοδο ενώ πολλοί άλλοι νιώθουν σαν να είναι χάσιμο χρόνου και χρήματος. (www.stop-smoking-tips.com, 7/3/2007)

Οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να υπνωτιστούν. Ο σκοπός του υπνωτιστή είναι να δημιουργήσει μια μικρή δίοδο έτσι ώστε οι προτάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος, που προσφέρει, να μπορέσουν να αντικαταστήσουν την επιθυμία και τον πόθο για κάπνισμα.(www.stop-smoking-tips.com, 7/3/2007)

Πολλοί άνθρωποι που χρησιμοποιούν την ύπνωση για να διακόψουν το κάπνισμα, τους αρέσει να συνδυάζουν την ύπνωση με μερικές άλλες μεθόδους, όπως ένα καλό πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος ή φαρμακευτική αγωγή.(www.stop-smoking-tips.com, 7/3/2007)

Ο αριθμός των συνεδριών που χρειάζονται ποικίλλει ανάλογα με τον υπνωτιστή και με το άτομο που επιθυμεί να διακόψει το κάπνισμα. Μερικοί άνθρωποι διακόπτουν το κάπνισμα μετά από μια συνεδρία ενώ μερικοί άλλοι απαιτούν μέχρι και πάνω από τέσσερις συνεδρίες. Οι συνεδρίες μπορούν να διεξαχθούν σε ατομική βάση ή σε ομαδική βάση. (www.stop-smoking-tips.com, 7/3/2007)

Οι ατομικές συνεδρίες διαρκούν περίπου μία ώρα ενώ οι ομαδικές συνεδρίες διαρκούν περισσότερες ώρες. Οι περισσότεροι υπνωτιστές πιστεύουν πως η ατομική προσέγγιση έχει καλύτερο βαθμό επιτυχίας από την ομαδική προσέγγιση. (www.stop-smoking-tips.com, 7/03/2007).

Τα πλεονεκτήματα της ύπνωσης

- Δεν συμπεριλαμβάνει φάρμακα.
- Μπορεί να απαιτεί μόνο μια επίσκεψη.
- Είναι χρήσιμη για τους ανθρώπους που νιώθουν ότι το πρόβλημά τους είναι η έλλειψη ισχυρής θέλησης. (www.stop-smoking-tips.com, 7/03/2007).

Τα μειονεκτήματα της ύπνωσης

- Μπορεί να είναι ακριβή.
- Δεν απευθύνεται στον εθισμό από τη νικοτίνη.
- Δεν έχει αποδειχθεί ότι δουλεύει μακροπρόθεσμα.
- Δεν διδάσκει στους ενδιαφερόμενους πώς να μην ξαναρχίσουν το κάπνισμα ή πώς να αντιμετωπίσουν δύσκολες καταστάσεις. (www.stop-smoking-tips.com, 7/03/2007).

Ø Γ.11 Πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος με βότανα

Πολλές ιδιότητες των βοτάνων έχουν αναγνωριστεί από μερικά κέντρα αποτοξίνωσης και χρησιμοποιήθηκαν σε πολλά από τα προγράμματά τους για τη διακοπή του καπνίσματος με βότανα. (www.stop-smoking-tips.com, 7/03/2007).

- Η πρώτη φάση του προγράμματος διακοπής καπνίσματος με βότανα περιλαμβάνει γενικά, μια ολοκληρωτική αποβολή του καπνού από τον οργανισμό του ενδιαφερόμενου. Σε αυτό το στάδιο θα εμφανιστούν πολλά συμπτώματα, τα πιο φανερά από τα οποία είναι το άγχος και η νευρικότητα. Ένα μίγμα από τα στοιχεία των βοτάνων και τη νευρικότητα μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν στήριγμα για τον ενδιαφερόμενο, ο οποίος έχει συμπτώματα στέρησης ενώ προσπαθεί να διακόψει το κάπνισμα.
- Η δεύτερη φάση του προγράμματος διακοπής καπνίσματος με βότανα περιλαμβάνει εναλλακτικές με διατροφικά θεραπευτικά στοιχεία. Αυτοί οι συνδυασμοί των βοτάνων παρέχουν στον ενδιαφερόμενο υποστήριξη, όταν το σώμα αρχίζει να αποβάλλει μόνο του τη νικοτίνη και άλλες τοξίνες που έχουν αποθηκευτεί στο σώμα του ύστερα από πολλά χρόνια χρήσης του καπνού. (www.stop-smoking-tips.com, 7/03/2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ολοκληρώνοντας την εργασία μας, καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι το κάπνισμα, παρόλο που είναι μια συνήθεια πολύ βλαπτική για τον ανθρώπινο οργανισμό, έχει εξαπλωθεί σε ολόκληρο τον κόσμο και το γεγονός αυτό αποδεικνύεται από πολλές έρευνες, οι οποίες έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια.

Το κάπνισμα, όχι μόνο βλάπτει την υγεία μας, προκαλώντας διαφόρων ειδών παθήσεις και καρκίνους, αλλά βλάπτει και την εμφάνισή μας δημιουργώντας μας κιτρινωπά δόντια και δάχτυλα, δυσάρεστη αναπνοή και άσχημη μυρωδιά στα ρούχα μας. Εντούτοις, όλο και περισσότεροι άνθρωποι αρχίζουν το κάπνισμα και ιδιαίτερα οι νέοι άνθρωποι.

Σημαντικό ρόλο στο να ξεκινήσει κανείς το κάπνισμα παίζουν οι διαφημίσεις του τσιγάρου, το κοινωνικό και το οικογενειακό περιβάλλον. Οι διαφημίσεις βοηθούν πολύ στο να ξεκινήσει ένας νέος άνθρωπος το κάπνισμα και ιδιαίτερα στις ημέρες μας που τα παιδιά παρακολουθούν όλο και περισσότερο τηλεόραση. Ένας ακόμη παράγοντας που ωθεί τους νέους στο να ξεκινήσουν το κάπνισμα, είναι η μίμηση των φίλων τους και των γονέων τους. Για τους λόγους αυτούς, τα τελευταία χρόνια γίνονται διάφορες προσπάθειες για τη διακοπή του καπνίσματος, όπως είναι η καθιέρωση της Παγκόσμιας Ημέρας κατά του καπνίσματος καθώς και διάφορες εκστρατείες που γίνονται για τη διακοπή του καπνίσματος.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί, με την χρήση των μεθόδων κοινωνικής εργασίας μπορούν να συμβάλλουν στη διακοπή του καπνίσματος είτε με

μεθόδους συμπεριφοράς είτε δημιουργώντας ομάδες διακοπής καπνίσματος σε ένα νοσοκομείο ή σε έναν Δήμο – Κοινότητα.

Η χώρα μας έχει μεγάλη ανάγκη από προσπάθειες και μέτρα κατά του καπνίσματος διότι το ποσοστό των καπνιστών μεγαλώνει καθημερινά όλο και περισσότερο. Επομένως προτείνουμε :

- Οι γονείς, οι δάσκαλοι, οι ιατροί πρέπει όχι μόνο να προβάλλουν το αντικαπνιστικό τους παράδειγμα, αλλά να μεταδώσουν το μήνυμα, ότι το κάπνισμα αποτελεί αντικοινωνική εκδήλωση εις βάρος των νέων.
- Καλό θα ήταν να γίνονται εκδηλώσεις – ομιλίες με σκοπό την ενημέρωση των μαθητών και των φοιτητών για τις βλαβερές επιδράσεις του καπνίσματος αλλά και για τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος, από τους κοινωνικούς λειτουργούς και από άλλες ειδικότητες σε σχολικές μονάδες, όπου υπάρχουν οι υποψήφιοι μελλοντικοί καπνιστές.
- Επίσης, πολύ εποικοδομητική θα ήταν η ενημέρωση για το κάπνισμα σε ανθρώπους διαφόρων Δήμων και Κοινοτήτων από κοινωνικούς λειτουργούς και άλλες ιατρικές και παραϊατρικές ειδικότητες.. Η Τοπική Αυτοδιοίκηση θα έπρεπε να αναλάβει την πρωτοβουλία για μια τέτοιου είδους ενημέρωση, με οπτικοακουστικά μέσα, μέσα από την οποία, μεγαλύτερη έμφαση θα δίνεται στους νέους ανθρώπους του Δήμου ή της Κοινότητας καθώς και στους γονείς, οι οποίοι ενδιαφέρονται για την προστασία των παιδιών τους.
- Το κράτος, θα ήταν καλό να απαγόρευε την πώληση των τσιγάρων σε άτομα κάτω των 18 ετών.
- Επίσης, θα πρέπει να εφαρμοστούν οι κανόνες δημόσιας υγιεινής, όπως η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους και η μη

τήρηση αυτών να τιμωρείται ποινικώς, ένα βήμα που σταδιακά προσπαθεί η Ευρωπαϊκή Ένωση να κάνει.

- Τέλος, σε κάθε πακέτο με τσιγάρα θα ήταν καλό να υπάρχουν εικόνες, οι οποίες θα απεικονίζουν τη φθορά των οργάνων μας, η οποία προκαλείται από το κάπνισμα, με σκοπό να μειωθεί η ζήτηση των τσιγάρων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΑ

1. Αβραμίδης Αθανάσιος, 1995, «*Κάπνισμα, το άλλο νέφος μέσα μας*». Εκδόσεις : Ακρίτας, Αθήνα, σελ. 31, 73.
2. Δοδόπουλος Σοφοκλής, 2004, «*Καπνός και κάπνισμα*» (ένα πολυσύνθετο και δυσεπίλυτο ζήτημα). Εκδόσεις: Σταμούλης, Αθήνα, σελ. 248 – 249, 252 – 256, 263 – 271.
3. Ευαγγελίδης Τάκης, 1986, «*Το κάπνισμα*», Λευκωσία, σελ. 17.
4. «*Ειδική Νοσολογία*», 4^η Έκδοση (1984), Εκδόσεις: Παρισιανός,
5. Μπιλάλης Παύλος, 1997, «*Κάπνισμα και υγεία*», Γ^η έκδοση, Αθήνα, σελ. 15 - 193.
6. Ντάβου Μπ., 1992, «*Το κάπνισμα στην εφηβεία*», Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα.
7. Τριχόπουλος Δ., 1986, «*Προληπτική ιατρική αγωγή υγείας*», Εκδόσεις: Παρισιανός, Αθήνα

ΞΕΝΑ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΑ

1. Δρ. Τραν Κυ – Δρ. Ζαν – Μισέλ Γκίλμπερ – Μισέλ Ντίντου, «Η τέχνη του να καπνίζεις χωρίς να πεθαίνεις» (μετάφραση: Παρδάλογλου Γιώργος), Εκδόσεις : Παπάκη, Αθήνα 2000, σελ. 170, 181 – 182, 189, 192.
2. Α.Γ. ΣΤΟΗΚΟ (Α.Γ. ΣΤΟΙΚΑ), «Ο χρόνιος νικοτινισμός και η θεραπεία του» (μετάφραση Κανναβού Στάθης). Αθήνα 1962, σελ. 47, 75 – 76.
3. Jaffre, Peterson, Hodgson, «Ναρκωτικά – Τσιγάρο – Αλκοόλ» (προβλήματα και απαντήσεις) (μετάφραση: Μαράτου Όλγα και Σόλμου Μαρία), Εκδόσεις: Ψυχογιός Αθανάσιος, Αθήνα 1981, σελ. 82 – 83, 97 – 98, 138 – 141.
4. Herbert Brean, Orison Marden, «Πως θα απαλλαγείτε οριστικά από τους εφιάλτες του τσιγάρου», (μετάφραση: Μπουγδονόπουλος Ηλίας), Εκδόσεις: Χρήστου, Αθήνα 1963, σελ. 21-26.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ ΚΑΙ ΑΡΘΡΑ

1. Βελώνη Ρ., 2006, «Πληρώνουμε τον Τρόπο Ζωής μας», Αρμονία, τεύχος 71, σελ. 46
2. Καλογεροπούλου Α., 2006, «Κάπνισμα Χωρίς Όρια», Αρμονία, τεύχος 71, σελ 39.
3. Αθανασοπούλου Ι., 2006, «31Μαΐου Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καπνίσματος», «Διακοπή Καπνίσματος και Αύξηση Βάρους», Διατροφή – Health + Wellness, τεύχος 7, σελ. 11 - 13.
4. Τα ΝΕΑ, «Υγεία και Πρόληψη», Εκδόσεις: Λαμπράκη, 1993.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

1. <http://www.antismokingcentre.gr./home.asp.htm>. ημ/νία : 3/8/2006
2. <http://www.neo.gr/website/ergasiamathiti/30htm./> ημ/νία:8/7/2006,
22/7/2006, 23/8/2006,
3. (2006), «Η απώλεια μνήμης και το κάπνισμα», «Νοημοσύνη και κάπνισμα», «Κάπνισμα και τύφλωση». Διαθέσιμα στον δικτυακό τόπο: http://www.medlook.net.cy/article.asp?item_id/ ημ/νίες:, 4/8/2006, 5/8/2006
4. <http://www.ellinikantikapnistikieteria.gr./> ημ/νία : 19/7/2006
5. <http://www.iatronet.gr./> ημ/νία : 17/8/2006, 10/9/2006
6. <http://www.diabled.gr> ημ/νία: 17/8/2006
7. <http://www.kapnismakaiderma.gr/> ημ/νία : 15/9/2006
8. <http://www.-stop-smoking-tips.com/stop-smoking-aids-water.html>
/ημ/νία:7/3/ 2007
9. <http://www.stop-smoking-tips.com/articles/stop-smoking-withhypnosis.html> /ημ/νία: 7/3/2007
10. <http://www.stop-smoking-tips.com/herbal-stop-smoking.html>/ημ/νία:
7/3/2007
11. <http://www.nosmoking.gr/index.html/> ημ/νία: 7/3/2007
12. <http://www.stop-smoking-tips.com/stop-smoking-with-aromatherapy.html> /ημ/νία: 7/3/2007
13. <http://www.nosmokersclub.com/content/view/73/2/0./> ημ/νία: 29/3/2007
14. <http://www.healthin.gr/news/article.asp?ng.article.id/> ημ/νία: 29/3/2007
15. <http://www.mednet.gr/pneumons/pdf/18-3-1.pdf/> ημ/νία: 29/3/2007
16. <http://www.mediacus.gr/belonismos/perig.asp?id=2/> ημ/νία: 29/3/2007

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΚΑΠΝΙΣΜΑ – ΠΑΘΗΣΕΙΣ – ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ
ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Η
ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ : ΜΑΣΧΑΛΙΔΗ ΔΗΜΗΤΡΑ
ΜΟΥΡΟΥΝΑ ΑΓΓΕΛΙΚΗ
ΝΤΙΝΟΥ ΕΙΡΗΝΗ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Κ_α ΠΑΓΙΑΤΑΚΗ ΖΗΝΙΑ –
ΚΡΙΣΤΙ**

