

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

Παπαδημητρίου Μαρία

Σπουδάστριες:

Ντελμπίζη Στέλλα

Παρασκευοπούλου Μαρία



Πάτρα -Απρίλιος 1991

290

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελ.
Περιεχόμενα	I
Πρόλογος	IV
Εισαγωγή	VII
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	1
Επιδημιολογικά - Στατιστικά στοιχεία	1
Η ιστορία του καπνού	3
Χημική σύσταση του καπνού	5
- Νικοτίνη: Φαρμακοκινητική	9
απορρόφηση	9
φαρμακολογικές επιδράσεις	10
- Μονοξειδίο του άνθρακα	11
Κλινικές επιπτώσεις του καπνίσματος	12
- Καρδιαγγειακό σύστημα	12
- Αναπνευστικό σύστημα	13
- Καρκίνος και κάπνισμα	14
Λόγοι που οδηγούν στο κάπνισμα	17

	Σελ.
Κάπνισμα και προσωπικότητα	19
Παθητικό Κάπνισμα	21
Η σημασία της διακοπής του καπνίσματος	26
Στερητικό Σύνδρομο-Υποτροπή	30
Θεραπευτικά προγράμματα	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	36
Ο ρόλος της νομοθεσίας στον αγώνα κατά του καπνίσματος.	36
-Ισχύουσες Διατάξεις στην Ελληνική Νομοθεσία	36
-Νομοθετικά μέτρα που αποσκοπούν στην ελάττωση παραγωγής και πώλησης καπνού	38
-Νομοθετικά μέτρα που αποσκοπούν στην αλλαγή συνηθειών μεταξύ των καπνιστών	39
Δικαιώματα μη καπνιστών	42
Διακήρυξη των δικαιωμάτων των μη καπνιστών	43
Προτάσεις και λύσεις για τη μείωση ή καταστολή του καπνίσματος	44
Ο ρόλος του Νοσηλευτικού και Ιατρικού προσωπικού στον αντικαπνιστικό αγώνα	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	51
Εγκυμοσύνη (γενικά)	51
Εγκυμοσύνη -Εμβρυογένεση	52

	Σελ.
-Η πρώτη εβδομάδα της ανάπτυξης	52
-Η δεύτερη εβδομάδα της ανάπτυξης	52
-Η τρίτη εβδομάδα της ανάπτυξης	53
-Από την τέταρτη ως την όγδοη εβδομάδα	53
-Από την ένατη εβδομάδα ως τον τοκετό	54
Πλακούντας-κυκλοφορία του πλακούντα	56
Μητροπλακουντική κυκλοφορία	57
Εμβρυοπλακουντική κυκλοφορία	58
Ανεπάρκεια του πλακούντα	59
Ουσίες που επιδρούν στην εγκυμοσύνη	61
-Επίδραση των φαρμάκων στο έμβρυο	61
-Επίδραση του οινοπνεύματος στο έμβρυο	61
-Επίδραση του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη	62
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	65
Υλικό -Μέθοδος	65
Αποτελέσματα	66
Συζήτηση	109
Συμπέρασμα	112
Ερωτηματολόγιο	113
Βιβλιογραφία	121

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Το κάπνισμα έχει αποκτήσει στις μέρες μας, ιδιαίτερη κοινωνική σημασία. Αφ' ενός, έχει διαδοθεί πολύ, σε άτομα όλο και νεαρότερης ηλικίας και αφ' ετέρου, έχει γίνει καλά γνωστό το μέγεθος των βλαβερών και νοσηρών επιδράσεων τις οποίες συνεπάγεται. Ομως, παρά τη συνεχή ενημέρωση για τις ολέθριες επιπτώσεις του καπνίσματος στον οργανισμό, η συντριπτική πλειοψηφία των καπνιστών αποτυγχάνει να απομακρυνθεί από αυτήν την έξη. Κι αυτό, γιατί το κάπνισμα αποτελεί μία μορφή ισχυρής εξάρτησης που ερμηνεύει τη δυσκολία διακοπής του.

Η καταστροφική αυτή συνήθεια, παρ' όλες τις προληπτικές προσπάθειες που ανέλαβαν οι κυβερνήσεις των περισσότερων χωρών, εξακολουθεί να επεκτείνεται και να δημιουργεί νέα θύματα σε όλα τα κοινωνικά στρώματα και το χειρότερο προστίθενται, με συνεχώς αυξανόμενο ρυθμό, γυναίκες-σαν μία κατάκτηση του γυναικείου κινήματος για απελευθέρωση. Η χειραφετημένη γυναίκα της εποχής μας απέκτησε τα δικαιώματα του άνδρα, αλλά και τις κακές του συνήθειες. Το ποσοστό γυναικών-χρηστών έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια.

Το κάπνισμα εκτός από τις βλάβες που προκαλεί στην υγεία (ισχαιμική καρδιοπάθεια, εμφύσημα, βρογχίτιδα, λοιμώξεις κ.λπ) προκαλεί και σοβαρά προβλήματα στην εγκυμοσύνη. Η εγκυμονούσα που καπνίζει επιβαρύνει την ίδια της την υγεία και επί πλέον παρεμποδίζει την ομαλή ανάπτυξη του εμβρύου. Προβλήματα, όπως η προωρότητα ή γεννήσεις νεογνών με βάρος χαμηλότερο του φυσιολογικού και με αναπνευστικές λοιμώξεις έχουν αποδοθεί στην επίδραση της νικοτίνης που περιέχει ο καπνός.

Οι παραπάνω παρατηρήσεις αποτέλεσαν το κίνητρο για να ξεκινήσουμε αυτή την έρευνα, σε εγκυμονούσες της περιοχής

Αχάλας, με σκοπό να προσδιορίσουμε την επίδραση του καπνού τόσο στην εγκυμονούσα, όσο και στην ανάπτυξη του εμβρύου. Επίσης, θελήσαμε να διαπιστώσουμε σε ποιό βαθμό οι γυναίκες αυτές ήταν ενημερωμένες πάνω στο θέμα και παράλληλα να κά-
νουμε μία διαφώτιση γύρω από τα σημεία που πιθανόν αγνοού-
σαν.

Αισθανόμαστε την υποχρέωση να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στους καθηγητές μας, που με τις υποδείξεις τους και τη βοήθειά τους μπορέσαμε να ολοκληρώσουμε την εργασία μας.

Επίσης, θέλουμε να ευχαριστήσουμε τις ίδιες τις λε -
χωίδες που δέχθηκαν να μετάσχουν στην εργασία αυτή, απα-
ντώντας μας στα ερωτηματολόγια που τους υποβάλαμε.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Δυόμιση εκατομμύρια άνθρωποι θυσιάζονται κάθε χρόνο στο βωμό του καπνίσματος· σε κάθε 13^ο αντιστοιχεί καί ένας θάνατος. Το τσιγάρο είναι υπεύθυνο για την απώλεια περισσότερων ζώων απ'όσες αφανίζουν μαζί τα ναρκωτικά, τα οινοπνευματώδη, οι πυρκαγιές, οι δολοφονίες, τα τροχαία. Επί πλέον κάθε χρόνο ξοδεύονται πολλά εκατομμύρια για την προβολή του καπνίσματος από τις βιομηχανίες, ενώ για την αντικαπνιστική εταιρία οι δαπάνες είναι μηδαμινές. Οι δε προσπάθειες των επιστημόνων ή των φορέων που διαφωτίζουν με ομιλίες το κοινό για τους κινδύνους του τσιγάρου μένουν συχνά στο στάδιο του "κηρύγματος". Μόλις το κήρυγμα τελειώνει ο ακροατής ανάβει τσιγάρο.

Από τις 2-4000 χημικές ουσίες που παράγονται κατά την καύση του τσιγάρου οι κυριώτερες είναι: νικοτίνη, πίσσα καί το μονοξειδίο του άνθρακος.

Το 75% των γυναικών που καπνίζουν, πάσχουν από διαταραχές της εμμήνου ροής, από στειρώση, ή κινδυνεύουν από αποβολές καί πρόωρο τοκετό. Ο κίνδυνος αποβολής στην καπνίστρια είναι κατά 1,7 φορές μεγαλύτερος απ'ότι στη μη καπνίστρια. Τα παιδιά που γεννιούνται από μητέρες καπνίστριες είναι συνήθως ελλιποβαρή καί μικρότερα στο μήκος. Επειδή η νικοτίνη προκαλεί συστολή στα αγγεία του πλακούντα καί της μήτρας, μειώνεται η ποσότητα των θρεπτικών ουσιών καί του οξυγόνου που θα έπρεπε να φθάσει στο έμβρυο.

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ - ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στοιχεία για το κάπνισμα στη χώρα μας, που συγκεντρώθηκαν μέσα στο 1984 με μία Πανελλήνια επιδημιολογική έρευνα που έκανε η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών έδειξαν πως ο μισός σχεδόν πληθυσμός των ενηλίκων, με αναλογία περίπου 3:1 ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες, είναι συστηματικοί καπνιστές. Στους μαθητές 14-18 ετών το 71% έχει καπνίσει και το 22% καπνίζει συστηματικά. Ενδιαφέρον είναι ακόμα πως το 30-50% των ενηλίκων καπνιστών και το 22% των μαθητών, ομολογούν πως προσπάθησαν να διακόψουν το κάπνισμα αλλά χωρίς αποτέλεσμα. Ακόμα το 44% των μαθητών απαντούν θετικά στην ερώτηση κατά πόσο πιστεύουν πως θα καπνίζουν μετά από πέντε χρόνια, ενώ οι διαφορές που παρατηρούνται ανάμεσα στα δύο φύλα στους ανηλίκους τείνουν να εξαλειφθούν ιδιαίτερα στους μεγαλύτερους μαθητές.

Στη χώρα μας υπολογίζεται ότι πάνω από 10.000 Έλληνες και Ελληνίδες πεθαίνουν κάθε χρόνο πρώιμα, επειδή καπνίζουν. Εξ άλλου, σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η Ελλάδα κατέχει την τρίτη θέση στη διάδοση της καπνισματικής συνήθειας μεταξύ των αγοριών ηλικίας 16-18 ετών και τη δεύτερη θέση μεταξύ των κοριτσιών της ίδιας ηλικίας ανάμεσα σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες και τις Ηνωμένες Πολιτείες.

Μεγάλες προοπτικές μελέτες πληθυσμών σε διάφορες χώρες δείχνουν ότι οι άνδρες καπνιστές έχουν κατά 70% υψηλότερο ποσοστό θανάτου από τους μη καπνιστές. Αυτό το ποσοστό θνησιμότητας αναφέρεται σε όλες τις ηλικίες: 35 ετών και κυρίως σε ηλικίες 45-54 ετών. Η θνησιμότητα στις γυναίκες καπνίστριες είναι λίγο μικρότερη σε σχέση με τους άνδρες αλλά τελευταία αυξάνεται και τείνει να εξομοιωθεί με αυτή των ανδρών.

Μία μελέτη στη Βρετανία έδειξε ότι το 40% των ανδρών ηλικίας 35 ετών, που κάπνιζαν περισσότερα από 25 τσιγάρα την ημέρα πέθαναν πριν την ηλικία των 65 ετών, σε σύγκριση με το 15% των ανδρών της ίδιας κατηγορίας, αλλά μη καπνιστές.

Μελέτες που έγιναν στις Η.Π.Α έδειξαν ότι το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για 350.000 πρόωρους θανάτους κάθε χρόνο. Όμως τις δύο τελευταίες δεκαετίες συμβαίνουν σημαντικές αλλαγές στην καπνιστική συνήθεια των Αμερικανών. Γενικά, σημειώθηκε ελάττωση του καπνίσματος, καθώς οι παλιότεροι καπνιστές πεθαίνουν, ή σταματούν το κάπνισμα. και όλο και λιγότερο νέοι άνθρωποι αρχίζουν να καπνίζουν.

Έτσι, ενώ το 1963 η κατανάλωση τσιγάρων από ενήλικες είχε φθάσει στα 4.345 τσιγάρα ανά άτομο το χρόνο, το 1984 έπεσε στα 3.454 τσιγάρα.

Από το 1965 μέχρι το 1983 το ποσοστό των ενηλίκων καπνιστών στις Η.Π.Α, μειώθηκε από 52% σε 36% για τους άνδρες και από 34% σε 29% για τις γυναίκες. Υπάρχουν 51.000.000 ενήλικες συστηματικοί καπνιστές και 36.100.000 ενήλικες πρώην καπνιστές. Η κατανομή των καπνιστών ανάμεσα στα δύο φύλα είναι σχεδόν ίση με 25.400.000 άνδρες και 24.500.000 γυναίκες. Στους εφήβους το κάπνισμα είναι ελαφρά πιο συχνό στα κορίτσια.

ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ

Ο καπνός ανακαλύφθηκε ταυτόχρονα με την ανακάλυψη του Νέου Κόσμου. Όταν το 1492 ο Κολόμβος έφτασε στις Δυτικές Ινδίες, οι Ινδιάνοι τον υποδέχτηκαν με αποξηραμένα φύλλα ενός ντόπιου φυτού, που το ονόμαζαν "κογίμπα". Στην Κούβα, οι Ισπανοί βρήκαν τους ντόπιους να τυλίγουν αυτά τα φύλλα σε κυλίνδρους, να τα ανάβουν και να εισπνέουν τον καπνό. Τους κυλίνδρους τους ονόμαζαν "ταμπάκο". Ο Ροντρίγκο ντε Χερέθ, μέλος της ομάδος που αποβιβάστηκε στο νησί, έγινε ο πρώτος Ευρωπαίος καπνιστής και έφερε τη συνήθεια στην Ισπανία. Μέχρι τις αρχές του 17ου αιώνα οι Ευρωπαίοι ήξεραν τον καπνό σαν ιαματικό βότανο. Μόνο μετά το 1610 το κάπνισμα αρχίζει να γίνεται μία απολαυστική συνήθεια.

Στον επόμενο αιώνα, το κάπνισμα του καπνού διαδόθηκε σ'όλο τον κόσμο, παρά τη σοβαρή αντίθεση των αρχών και τα αυστηρά μέτρα που λήφθηκαν σε ορισμένες περιπτώσεις.

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, πρωτοεμφανίστηκε στα μέσα του 19ου αιώνα. Τότε, στα 1880, η εφεύρεση μιας μηχανής που κατασκεύαζε τσιγάρα έδωσε τη δυνατότητα αύξησης της παραγωγής.

Παράλληλα στα μέσα του 19ου αιώνα, στις Η.Π.Α άρχισε να κυκλοφορεί ένας νέος τύπος καπνού που τα φύλλα του στέγνωσαν γρήγορα σε θερμαινόμενες αποθήκες αντί να ξεραίνονται σιγά-σιγά στον ήλιο. Και ενώ στον παλιό, βαρύ για εισπνοή τύπο καπνού, η νικοτίνη απορροφιδόταν από τους ιστούς του στόματος και του φάρυγγα, τώρα η νικοτίνη, στο νέο, ηπιότερο και πιο περιεκτικό σε οξέα καπνό, δεν απορροφιέται καλά από

το στόμα, αλλά ο καπνός είναι 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-καί μάλιστα με εντυπωσιακή ταχύτητα.

Μέσα σε λίγες δεκαετίες η πώληση των τσιγάρων στις Η.Π.Α αυξήθηκε από εκατομμύρια σε δισεκατομμύρια και από κεί σε εκατοντάδες δισεκατομμυρίων. Και αυτό, παρά το γεγονός ότι σε περισσότερες από 14 πολιτείες είχαν ψηφιστεί νόμοι που απαγόρευαν το τσιγάρο.

Στην Ελλάδα ο καπνός αρχίζει να καλλιεργείται στα μέσα του 17αι. Μετά την άρση, μάλιστα, των απαγορευτικών μέτρων εναντίον των καπνιστών από τον Σουλτάνο Σουλεϊμάν, η καλλιέργεια του καπνού σε διάφορες περιοχές της χώρας γνώρισε ιδιαίτερη άνθηση.

Στις αρχές του 20ου αιώνα, η Ελλάδα είναι μία από τις κύριες καπνοπαραγωγούς χώρες και μεγάλο μέρος της οικονομίας της είναι εξαρτώμενο από την καλλιέργεια του καπνού. Στα 1925 η παραγωγή καπνού έφθασε τους 65.462 τόννους, ενώ 50 χρόνια μετά τους 118.133 τόννους. Το 1976, 543.000 άτομα ασχολούνται με την παραγωγή του καπνού, 45.000 εργατοϋπάλληλοι απασχολούνται στην Ελληνική Καπνοβιομηχανία, ενώ άλλες 12.000 ασχολούνται με τις διαδικασίες εμπορίας του καπνού. Στα 1925 η κατανάλωση καπνού στην εγχώρια αγορά ανέρχεται στους 6.050 τόννους, ενώ για τα χρόνια 1926-1933 η ετήσια κατανάλωση είναι κάτω των 5.000 τόννων και συνεχίζει μέχρι σήμερα να κινείται, με αυξομειώσεις, σε παραπλήσια με τα πιο πάνω επίπεδα.

ΧΗΜΙΚΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ

Έχει τεκμηριωθεί με διάφορες επιδημιολογικές μελέτες ό-
τι το κάπνισμα αποτελεί τον κυριότερο εξωγενή παράγοντα νο-
σηρότητας και θνησιμότητας για τον άνθρωπο. Περισσότερες από
4.000 ουσίες έχουν ταυτοποιηθεί στον καπνό του τσιγάρου, συμ-
περιλαμβανομένων μερικών που είναι κυτταροτοξικές, μεταλλαξιο-
γόνες και καρκινογόνες.

Ο καπνός του τσιγάρου χωρίζεται σε δύο μέρη: Το κύριο
ρεύμα και το παράπλευρο ή δευτερεύον ρεύμα. Το κύριο ρεύμα
παράγεται κατά τη διάρκεια της εισρόφησης του καπνού από τον
καπνιστή και εισέρχεται στους πνεύμονές του. Το παράπλευρο
ρεύμα του καπνού είναι αυτό που εκπνέεται από τον καπνιστή
και αυτό που διαχέεται στο περιβάλλον από την "καύτρα" του
τσιγάρου στα ενδιάμεσα χρονικά διαστήματα.

Η χημική σύνθεση του καπνού και οι φυσιοχημικές ιδιότη-
τές του εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες όπως, την ποιότη-
τα και το είδος των φύλλων του καπνού, τη θερμοκρασία καύσης,
το μήκος του τσιγάρου, το παρώδες του χαρτιού και την ιδιότη-
τα του φίλτρου να συγκρατεί ορισμένες ποσότητες σωματιδίων
καπνού και άλλων συστατικών.

Ο καπνός του τσιγάρου αποτελείται από υδατάνθρακες, μη
λιπαρά οργανικά οξέα, βαρέα μέταλλα και ραδιενεργά στοιχεία.
Πολλές απ' αυτές τις ουσίες υπάρχουν ως συστατικά των φύλλων
του καπνού, αλλά τα περισσότερα σχηματίζονται στη ζώνη πυρό-
λυσης-απόσταξης των θερμών περιοχών, που γίνεται σε θερμοκρα-
σία 950°C.

Το κύριο ρεύμα του καπνού του τσιγάρου είναι αυτό που
παρουσιάζει τη μεγαλύτερη σημασία για τις βλαβερές συνέπει-
ες του καπνίσματος. Αποτελείται κατά 58% από άζωτο και κατά

12% από οξυγόνο του αέρα που εισροφώνται κατά το κάπνισμα, κατά 13% από διοξείδιο του άνθρακα(CO_2), κατά 3,5% από μονοξείδιο του άνθρακα(CO), κατά 8% από στερεά και υγρά σωματίδια, κατά 5% από διάφορα αέρια συστατικά και κατά 0,5% από υδρογόνο.

Οι απαντήσεις των ιστών και των οργάνων στην εισπνοή του καπνού είναι πολλαπλές και σύνθετες. Οι περισσότερες μελέτες στον άνθρωπο συμφωνούν στο ότι η έκθεση στον καπνό ή σε ειδικά συστατικά αυτού, θέτουν σε μεγαλύτερο κίνδυνο την υγεία. Τέτοιες ουσίες είναι η νικοτίνη και το μονοξείδιο του άνθρακα. Σχετικά λίγα είναι γνωστά για τις επιδράσεις και τις αλληλεπιδράσεις άλλων, δυναμικά, τοξικών συστατικών του καπνού, που βρίσκονται σε χαμηλές συγκεντρώσεις μέσα σ' αυτόν.

Σύμφωνα με τελευταία στοιχεία που έδωσε η Παγκόσμια οργάνωση Υγείας(Π.Ο.Υ) ενα αναμμένο τσιγάρο δημιουργεί περί τις 4.000 νέα προϊόντα τα οποία διακρίνονται σε αέρια και σε μικροσωματιδιακά. Η παρουσία και η αναλογία αυτών δεν είναι σταθερή και ποικίλλει από το ένα είδος καπνού στο άλλο, από τα μείγματα καπνού φύλλου και άλλων προστιθεμένων στο τσιγάρο ουσιών, από την παρεμβολή ή όχι φίλτρου και από πλήθος άλλων παραγόντων. Τα πιά πολλά απ' αυτά έχουν χαρακτηριστεί σαν απ'ευθείας καρκινογόνα, αλλά σαν συν καρκινογόνα, άλλα σαν ογκοεναρκτικά και άλλα σαν απλώς τοξικά(Πίνακας I).

Πίνακας I

Συστατικά του τσιγάρου

Ουσία

Επίδραση

"Τατ" *

Καρκινογόνο

Πολυπηρυνικοί αρωματικοί
υδρογονάνθρακες

καρκινογόνα

Νικοτίνη

Γαγγλιοπληγικό-Συνκαρκινο
γόνο

Φαινόλη

Συνκαρκινογόνο-Ερεθιστικό

Κρεσόλη

"

"

B-NAPHTHYL AMINE

Καρκινογόνο

Βενζοπυρένιο

"

N-NITROSONOTNICOTINE

"

Ιχνοστοιχεία

"

Ινδόλη

Επιταχύνει τον όγκο

Καρβαζόλη

"

"

Κατεχόλη

Συνκαρκινογόνο

Μονοξειδίο του άνθρακα

τη μεταφορά και τη χρήση

Υδροκυανικό οξύ

ερεθιστικό και τοξικό

Ακεταλδέδη

"

Ακρολεΐνη

"

Αμμωνία

"

Συστατικά του τσιγάρου

Ουσία

Επίδραση

Φορμαλδεύδη

ερεθιστικό και τοξικό

Οξειδία Αζώτου

"

Νιτροζαμίνες

καρκινογόνο

Υδραζίνη

"

Βινιλχλωρίδιο

"

* Τα αθροίσματα των σωματιδίων του καπνού μετά την αφαί-
ρεση της νικοτίνης και της υγρασίας.

Νικοτίνη:

Η νικοτίνη είναι το πιο χαρακτηριστικό συστατικό του καπνού. Πρόκειται για ένα υψηλής τοξικότητας αλκαλοειδές το οποίο είναι ταυτόχρονα διεγερτικό και κατασταλτικό των γαγγλίων.

-Φαρμακοκινητική.

-Η νικοτίνη απορροφάται μέσω του δέρματος, της αναπνευστικής οδού και των βλεννώδων μεμβρανών.

-Μεταβολίζεται σε κοτινίνη, στο ήπαρ, στους νεφρούς και στους πνεύμονες και αποβάλλεται μέσω των νεφρών.

-Απεκκρίνεται στο μητρικό γάλα σε γυναίκες που θηλάζουν και είναι βαρείς καπνίστριες.

-Απορρόφηση από τον καπνό.

Η νικοτίνη στον καπνό του τσιγάρου, απορροφάται γρήγορα από τους πνεύμονες σχεδόν με την αποτελεσματικότητα της ενδοφλέβιας χορήγησης. Φτάνει στον εγκέφαλο μέσα σε 8 δευτερόλεπτα μετά την εισπνοή του καπνού.

Η νικοτίνη του τσιγάρου που είναι όξινη δεν απορροφάται καλά από το στόμα. Στο πούρο και στην πίπα που είναι πιο αλκαλική (PH 8,5) απορροφάται καλύτερα, αλλά η συγκέντρωση νικοτίνης στο πλάσμα αυτών που καπνίζουν αλλά δεν εισπνέουν το πούρο είναι πιο χαμηλή, σε σύγκριση με αυτούς που εισπνέουν το καπνό του τσιγάρου.

Η νικοτίνη έχει σχετικά βραχυπρόθεσμη δράση και τα επίπεδά της στο πλάσμα πέφτουν γρήγορα: περίπου στο μισό, μισή ώρα μετά το τέλος του τσιγάρου και στο ένα τέταρτο, την επόμενη μισή ώρα. Δεν είναι λοιπόν τυχαίο ότι οι περισσότεροι

καπνιστές καπνίζουν 20 τσιγάρα περίπου μέσα στις 16 ώρες που είναι ξύπνιοι κάθε μέρα. Αντίθετα, σε χρόνιους καπνιστές ο χρόνος ημίσειας ζωής είναι περίπου 2 ώρες.

Η νικοτίνη, οξειδώνεται στον κύριο μεταβολητή της, την νικοτίνη, η οποία έχει λίγες ή καθόλου υποκειμενικές ή καρδιαγγειακές επιδράσεις. Ο χρόνος ημίσειας ζωής της κοτινίνης είναι 19 ώρες.

-Φαρμακολογικές επιδράσεις.

Η νικοτίνη προκαλεί αλλαγές στο ενδοκρινικό σύστημα, το καρδιαγγειακό σύστημα, το γαστρεντερικό και το νευρικό σύστημα.

-Περιφεριακό Νευρικό σύστημα: Η νικοτίνη σε χαμηλές δόσεις διεγείρει τα γάγγλια του αυτόνομου νευρικού συστήματος, ενώ σε μεγαλύτερες δόσεις τα καταστέλλει. Η αρχική φάση της διέγερσης επισκιάζεται από την ταχέως επερχόμενη φάση της καταστολής και παράλυσης.

Η νικοτίνη διεγείρει επίσης διάφορους αισθητικούς υποδοχείς, που ανταποκρίνονται στην τάση ή σε πίεση στο δέρμα, τη γλώσσα, στον στόμαχο χημειουποδοχείς, στο καρωτιδικό σωματίο θερμουποδοχείς, στο δέρμα υποδοχείς πόνου.

-Κεντρικό Νευρικό Σύστημα: Η νικοτίνη προκαλεί τρόμο και σε μεγαλύτερες δόσεις μπορεί να ακολουθείται από σπασμούς

Επιδρά επίσης και στην αναπνοή. Χαμηλές δόσεις αυξάνουν το ρυθμό της αναπνοής, ενώ μεγαλύτερες δόσεις δρούν απευθείας στο αναπνευστικό κέντρο του προμήκη μυελού. Σε τοξικές δόσεις, η νικοτίνη προκαλεί θάνατο από αναπνευστική ανεπάρκεια που οφείλεται αφ' ενός σε κεντρική παράλυση και αφ' ετέρου σε περιφερικό αποκλεισμό των αναπνευστικών μυών.

Τέλος η νικοτίνη προκαλεί έμετο μέσω κεντρικής (προμήκης μυελός) και περιφερικής (πνευμονογαστρικό και νωτιαία νεύρα)

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Παράγοντες που επιδρούν και επηρεάζουν τους κινδύνους που εγκυμονεί το κάπνισμα για την υγεία είναι η διάρκεια του καπνίσματος, ο αριθμός των τσιγάρων, ο τύπος της έκθεσης στον καπνό, η γενετική προδιάθεση του ατόμου, η επαγγελματική και περιβαλλοντική έκθεση, η χρήση φαρμάκων και η συνύπαρξη άλλων παραγόντων ή νόσων.

Καρδιαγγειακό Σύστημα:

Η πιο σημαντική επίπτωση του καπνίσματος είναι η στεφανιαία καρδιακή νόσος. Το 25% των θανάτων από Στεφανιαία καρδιακή νόσο (περίπου 500.000) κάθε χρόνο στις Η.Π.Α. οφείλονται στο κάπνισμα. Η σχέση της Στεφανιαίας καρδιακής νόσου είναι 70% μεγαλύτερη στους άνδρες καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνιστές.

Αιφνίδιος θάνατος μπορεί να είναι η πρώτη εκδήλωση της Στεφανιαίας καρδιακής νόσου και είναι 2-3 φορές πιο πιθανή σε άνδρες 35-54 ετών που καπνίζουν από ότι στους μη καπνιστές. Οι γυναίκες καπνίστριες έχουν επίσης μεγαλύτερο κίνδυνο από εκείνες που δεν καπνίζουν και ο κίνδυνος αυτός δεκαπλασιάζεται αν χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά.

Η διακοπή του καπνίσματος ελαττώνει τη θνητότητα από Στεφανιαία καρδιακή νόσο. Το κάπνισμα διαταράσσει την ισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων και των παροχών οξυγόνου στο μυοκάρδιο, ελαττώνει την οδό του κοιλιακού ινιδισμού και αυξάνει τον κίνδυνο, επίσης για:

διέγερσης.

-Καρδιαγγειακό: Η νικοτίνη προκαλεί ταχυκαρδία και αύξηση της αρτηριακής πίεσης.

-Γαστρεντερικό σύστημα: Η νικοτίνη προκαλεί αυξημένο τόνο και κινητικότητα του εντέρου. Μετά από συστηματική απορρόφηση της παρατηρούνται ναυτία, έμετος και μερικές φορές διάρροια .

-Ενδοκρινικό σύστημα: Αρχικά διεγείρει και στη συνέχεια καταστέλλει την έκκριση των σιελογόνων και των βρογχικών αδένων. Η σιελόρροια που προκαλείται από το κάπνισμα οφείλεται κυρίως σε ερεθισμό από τον καπνό και αντανακλαστική απάντηση και όχι τόσο σε συστηματική δράση της νικοτίνης.

Μονοξειδίο του άνθρακα.

Είναι ένα τοξικό αέριο που παρεμβαίνει στη μεταφορά και τη χρήση του οξυγόνου. Τριετή μελέτη πάνω σε 29.000 αιμοδότες έδειξε ότι: το 50% περίπου απ' αυτούς ήταν καπνιστές και το επίπεδο CO στο αίμα τους κυμαίνετο από 0,5% σ' αυτούς που κάπνιζαν λίγο, μέχρι 20% σ' αυτούς που κάπνιζαν πολύ. Αυτό σημαίνει πως το αίμα ενός που καπνίζει πολύ έχει χάσει περίπου το 1/5 του οξυγόνου που χρειάζεται.

Η ποσότητα του μονοξειδίου στο κύριο ρεύμα του καπνού μειώνεται ανάλογα με τον τύπο του φίλτρου του τσιγάρου. Σε ορισμένες περιπτώσεις το CO αυξάνεται, γιατί τα φίλτρα περιορίζουν την εισαγωγή οξυγόνου. Στις Η.Π.Α είναι υποχρεωτικό να αναγράφεται στα κουτιά των τσιγάρων η περιεκτικότητα του CO/τσιγάρο.

Το CO θεωρείται υπεύθυνο για τις καρδιαγγειακές παθήσεις στους καπνιστές.

- Αρτηριοσκλήρυνση των στεφανιαίων αγγείων και πάχυνση των ενδομυοκαρδιακών αρτηριών και αρτηριδίων.
- Αποφρακτική αρτηριοσκλήρυνση και θρομβοαγγειίτιδα.
- Η θνησιμότητα του αρτηριοσκληρυντικού αορτικού ανευρύσματος είναι μεγαλύτερη στους καπνιστές.
- Το κάπνισμα δεν είναι παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη υπέρτασης. Όμως, αν οι υπερτασικοί ασθενείς καπνίζουν, εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν κακοήθη υπέρταση και στένωση της νεφρικής αρτηρίας.
- Εγκεφαλική αιματική ροή και αυξάνει τον κίνδυνο για εγκεφαλικό επεισόδιο. Μεταξύ ψυνοικών, η υπαρακνοειδής αιμορραγία είναι πιο συχνή στις καπνίστριες και ιδιαίτερα, όταν οι γυναίκες αυτές χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά.

Αναπνευστικό σύστημα:

Κατά το κάπνισμα, στην καύτρα του τσιγάρου, όπου αναπτύσσεται θερμοκρασία 600-800°C βαθμών κελσίου, παράγονται 4.000 περίπου συστατικά πολλά από τα οποία με την εισπνοή του καπνού, προκαλούν ποικίλες βλαπτικές επιδράσεις στους αεροφόρους οδούς. Τέτοιες είναι:

- Η υπερέκκριση βλέννης
- Η τοξική επίδραση επί του κροσσωτού επιθηλίου των βρόγχων, μείωση της ικανότητας του να καθαρίζει τους βρόγχους.
- μείωση παραγωγής ανοσοσφαιρινών από κάποια εκφύλιση των κυττάρων στα βλαστικά κέντρα των τραχειοβρογχικών γαγγλίων.

-μείωση της κυτταροκτόνου δραστηριότητας των λευκών αιμοσφαιρίων(των μακροφάγων).

Όλα αυτά δημιουργούν τις ιδεώδεις συνθήκες για την ανάπτυξη χρόνιας βρογχίτιδας με όλα τα επακόλουθά της. Συμπτώματα, όπως ο χρόνιος "βήχας των καπνιστών", το βράγχος της φωνής η παραγωγή πτυέλων και η δύσπνοια, είναι χαρακτηριστικά.

Εξ άλλου, η αναπτυσσόμενη φλεγμονή στις μικρότερες αεροφόρους οδούς των βρόγχων, οδηγεί στην αποφρακτική πνευμονοπάθεια, με το σφύριγμα στην αναπνοή- "τα γατάκια", περίπου όπως το άσθμα, η οποία καταλήγει ύστερα από καιρό στο πνευμονικό εμφύσημα. Το 85% περίπου των θανάτων από χρόνια αποφρακτική νόσο(δηλ. χρόνια βρογχίτιδα και εμφύσημα) οφείλονται στο κάπνισμα.

Επίσης, το κάπνισμα σχετίζεται με αυξημένη επίπτωση πνευμονικών λοιμώξεων και θανάτων από πνευμονία και γρίπη λόγω της ανοσολογικής λειτουργίας.

Καρκίνος και κάπνισμα:

Τα δεδομένα πολλών ερευνών δείχνουν ότι το κάπνισμα τσιγάρου είναι ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας του καρκίνου του πνεύμονα. Το 80-88% των καρκίνων του πνεύμονα οφείλεται στο κάπνισμα.

Ο καπνός του τσιγάρου περιλαμβάνει καρκινογόνες ουσίες (βενζοπυρένιο, βενζοανθρακένιο, κ.α), αυτές παραμένουν και δρουν περισσότερο χρόνο, τοπικά στο βρογχικό δένδρο. Από εκεί απορροφώνται, μεταβολίζονται και προκαλούν βλάβες και σε άλλα όργανα, όπως και γενετικές μεταβολές και μεταλλάξεις στους καπνιστές.

Η πιθανότητα αναπτύξεως καρκίνου αυξάνει ανάλογα:

- α) Τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζει κανείς.
- β) Το χρονικό διάστημα που είναι καπνιστής-ρια
- γ) Την ηλικία που άρχισε το κάπνισμα
- δ) Το βάθος που κατεβάζει τον καπνό
- ε) Την περιεκτικότητα σε πίσσα
- στ) Το κράτημα του τσιγάρου στο στόμα, μεταξύ των εισπνοών του καπνού
- ζ) Το πόσο από το μήκος του τσιγάρου καπνίζει.

Ο σχετικός κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου του πνεύμονα, σε έναν άνδρα, που από την ηλικία των 20 ετών καπνίζει 20 τσιγάρα ημερησίως, σε σύγκριση με έναν συνομηλικό του άνδρα μη καπνιστή, είναι 4,4 στην ηλικία των 40 ετών, 9,2 στην ηλικία των 50 ετών και 19,4 στην ηλικία των 60 ετών. Ο σχετικός κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου του πνεύμονα είναι μικρότερος για τους καπνιστές πίπας και πούρων, σε σύγκριση με τον κίνδυνο των καπνιστών τσιγάρων, αλλά παραμένει σαφώς μεγαλύτερος σε σύγκριση με τον κίνδυνο των μη καπνιστών. Το ίδιο ισχύει και για τους καπνιστές τσιγάρων με φίλτρο. Η συχνότητα αναπτύξεως καρκίνου σε πρώην καπνιστές εξαρτάται από το χρόνο που πέρασε από την ημέρα διακοπής του καπνίσματος.

Κατά τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται ότι η αύξηση της συχνότητας αναπτύξεως καρκίνου του πνεύμονα είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες παρά στους άνδρες.

Εχει, επίσης, διαπιστωθεί ότι το κάπνισμα είναι σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας αναπτύξεως καρκίνου στο λάρυγγα, στον στοματοφάρυγγα, στον οισοφάγο, στην ουροδόχο κύστη και πιθανόν στον τράχηλο της μήτρας, στους νεφρούς και στο

πάγκρεας.

Τα υπάρχοντα στοιχεία δείχνουν ότι το κάπνισμα αποτελεί την κύρια αιτία του 30% του συνόλου των θανάτων από κακοήθεις νόσους.

ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Η έναρξη του καπνίσματος αποτελεί, κατά κύριο λόγο, εφηβικό φαινόμενο. Το κάπνισμα, ως συμπεριφορά, συνδέεται με βασικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά της εφηβείας όπως: περιέργεια, αναζήτηση νέων εμπειριών, προσπάθεια ανεξαρτητοποίησης απ' τους γονείς, προσχώρηση στην ομάδα των συνομηλίκων και ανάγκη για αποδοχή απ' αυτούς, αναζήτηση ταυτότητας, επιβεβαίωση της αυτονομίας του εαυτού, έκφραση επαναστατικότητας, μίμηση της συμπεριφοράς των ατόμων, που θεωρούνται ότι έχουν μεγαλύτερο κύρος και η ελλειπής ενημέρωση για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στον οργανισμό.

Σημαντικό ρόλο στις στάσεις που διαμορφώνονται και στη συμπεριφορά που υιοθετείται απέναντι στο κάπνισμα, παίζουν η διαθεσιμότητα του τσιγάρου και το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αρχίζει το κάπνισμα. Είναι πολύ πιθανό για ένα άτομο να καπνίζει, αν υπάρχει τουλάχιστον ένας γονιός ή αδελφός στην οικογένεια που καπνίζει. Ακόμα, πρότυπα ενηλίκων, όπως για παράδειγμα ο δάσκαλος ή άλλες μορφές που προβάλλονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, διαμορφώνουν στάσεις απέναντι στο κάπνισμα και προσφέρονται ως μορφές ταύτισης.

Σήμερα, οι άνθρωποι συνεχίζουν να καπνίζουν, αν και γνωρίζουν τις σοβαρές επιπτώσεις που έχει η συμπεριφορά αυτή στην υγεία τους. Κι αυτό γιατί το κάπνισμα είναι μία πολύπλοκη μορφή συμπεριφοράς με ποικίλες ψυχολογικές και βιολογικές συνιστώσες.

Σύμφωνα με τις σπαντήσεις των καπνιστών για τους λόγους που τους κάνουν να συνεχίζουν το κάπνισμα, έξι παράγοντες φαίνεται πως συμβάλλουν σ' αυτό: ερεθισμός (μία αίσθηση αυξημένης ενεργητικότητας), αισθητηριοκινητικοί χειρισμοί (η ικανοποίηση

ν'ανάβουν το τσιγάρο), ευχαρίστηση-χαλάρωση(ανταμείβοντας τον εαυτό τους μ'ένα τσιγάρο, όταν περάσει η ανάγκη για εγρήγορση και ένταση ή για να διευκολύνουν τις κοινωνικές σχέσεις), συνήθεια-αυτοματισμός(του καπνιστή δεν του λείπει το τσιγάρο, όταν δεν υπάρχει, αλλά όταν είναι διαθέσιμο το καπνίζει αυτόματα), μείωση αρνητικών συναισθημάτων(καπνίζουν για να ανταπεξέλθουν σε αισθήματα έντασης, άγχους ή θυμού σε δύσκολες καταστάσεις)και εθισμός(καπνίζουν για να εμποδίσουν 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 απ'τους παραπάνω λόγους.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Έχουν γίνει έρευνες, με στόχο να συσχετιστεί το κάπνισμα με χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Τα ευρήματα συγκλίνουν στη διαπίστωση πως η προσωπικότητα συνδέεται περισσότερο με τη βαρύτητα, τη διατήρηση, και τη δυσκολία διακοπής του καπνίσματος και πολύ λιγότερο με την έναρξη του καπνίσματος.

Το συχνότερα συσχετιζόμενο χαρακτηριστικό προσωπικότητας με το κάπνισμα είναι η εξωστρέφεια. Εξωστρεφής είναι ο τύπος της προσωπικότητας που επιδιώκει νέες εμπειρίες, είναι ριψοκίνδυνος, κοινωνικός, ανέμελος, εύκολος, παρορμητικός και πιθανά επιθετικός. Η σχέση εξωστρεφούς προσωπικότητας με το κάπνισμα προκύπτει από έρευνες, που έγιναν σε διαφορετικές χώρες, όπως η Αγγλία, ΗΠΑ, και σε διαφορετικές ηλικίες καπνιστών χρησιμοποιώντας διάφορα ερωτηματολόγια προσωπικότητας, επαγγελματικών ενδιαφερόντων και από τις εκτιμήσεις που έκαναν φίλοι των καπνιστών. Οι εξωστρεφείς προσωπικότητες επηρεάζονται περισσότερες από τις κοινωνικές επιδράσεις και επομένως, και από τους δύο σημαντικότερους περιβαλλοντικούς παράγοντες, που είναι οι πιέσεις της παρέας και οι γονείς ή τα μεγαλύτερα αδέρφια που καπνίζουν.

Μία σειρά από άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως "νευρωτισμός", "άγχος", "νευρική κατάσταση", "στοματική προσωπικότητα", έχουν συνδεθεί με το κάπνισμα, χωρίς όμως να υπάρχει συμφωνία στα ευρήματα των σχετικών ερευνών. Για το "νευρωτισμό" υπάρχουν ενδείξεις, πως θετική συσχέτιση με το κάπνισμα παρουσιάζουν κυρίως οι γυναίκες. Άλλοι θεωρούν την ελαφρά τάση νευρωτισμού στους καπνιστές ως αποτέλεσμα της εξάρτησης από τον καπνό και όχι ως αιτία για το κάπνισμα.

Σε αρκετές μελέτες, έχουν, επίσης, επισημανθεί στους καπ-

νιστές χαρακτηριστικά αντικοινωνικής προσωπικότητας.

Σε άλλες έρευνες μελετήθηκαν τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας που συσχετίζονται με την πετυχημένη διακοπή του καπνίσματος. Σε γενικές γραμμές, η εξωστρέφεια φαίνεται να συσχετίζεται θετικά με τη διακοπή του καπνίσματος, ενώ αντίθετα ο νευρωτισμός αρνητικά, αλλά μόνο στους άνδρες.

Οι καπνιστές ανεξάρτητα από το αν είναι εξωστρεφείς, νευρωτικοί, αγχώδεις, χαρακτηρίζονται από μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ και καφέ, σε σχέση με τους μη καπνιστές. Το βάρος και η αρτηριακή τους πίεση είναι ελαφρώς χαμηλότερη και ο καρδιακός τους ρυθμός ελαφρώς πιο γρήγορος από ότι στους μη καπνιστές.

Στις γυναίκες καπνίστριες, η εμμηνόπαυση έρχεται γρηγορότερα, έχουν μειωμένη αντοχή και ικανότητα για άσκηση καθώς και ελαττωμένο ανοσολογικό σύστημα. Παρουσιάζουν μία σημαντική αύξηση των πνευμονικών κυψελικών μακροφάγων, των οποίων η λειτουργία και ο μεταβολισμός είναι ανώμαλα. Έχουν τέλος συγκέντρωση θειοκυανίου στον ορρό.

Οι καπνιστές συγκρινόμενοι με τους μη καπνιστές έχουν μικρή αύξηση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων και μικρή ελάττωση των επιπέδων της VIT C στα λευκοκύτταρα.

ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Υπάρχουν άτομα που ενώ δεν καπνίζουν, εισπνέουν τα καυσαέρια του καπνίσματος, τόσο από το δευτερεύον ρεύμα του καιόμενου τσιγάρου, όσο και από τα εκπνεόμενα, από τους καπνιστές, καυσαέρια που μολύνουν και αυτά την ατμόσφαιρα. Τα άτομα αυτά των μη καπνιστών που όμως καπνίζουν χωρίς να το θέλουν, συνιστούν την κατηγορία των "παθητικών καπνιστών".

Πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι δευτερεύον ρεύμα του καπνού του τσιγάρου, έχει μεγαλύτερες συγκεντρώσεις νικοτίνης, μονοξειδίου του άνθρακα και από τα καρκινογόνα: βενζο-α-πυρένιο και Νιτροζαμίνες. Τα καυσαέρια αυτά διαχέονται στον αέρα και η πυκνότητά τους εξαρτάται από τον αριθμό των ατόμων που καπνίζουν, από την απόσταση που βρίσκεται ο μη καπνιστής από τα καιόμενα τσιγάρα και τους καπνιστές, και από το αν οι καπνιστές αυτοί δεν εισπνέουν τα καυσαέρια ή αντίθετα τα εισπνέουν, οπότε μία μεγάλη ποσότητα αυτών συγκρατείται στους πνεύμονες. Έχει επίσης, σημασία αν το κάπνισμα γίνεται σε κλειστούς χώρους (δωμάτια, εστιατόρια, μεταφορικά μέσα κ.λ.π) ή στο ύπαιθρο.

Τα συνηθέστερα συμπτώματα σ' ένα παθητικό καπνιστή είναι ο ερεθισμός των ματιών, του ρινοφάρυγγα, και της τραχείας που εκδηλώνεται με ξηρό βήχα και όχι σπάνια με πονοκέφαλο, που οφείλονται κυρίως στις ερεθιστικές ουσίες του τσιγάρου.

Το θέμα των επιπτώσεων των καυσαερίων του καπνού, στους παθητικούς καπνιστές, στην ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα είναι σχετικά νέο και οι μέχρι τώρα έρευνες που έχουν γίνει, σε μη καπνίστριες γυναίκες, συζύγους καπνιστών, συμφωνούν, ότι πράγματι το κάπνισμα αυξάνει κατά 1,6 (60%) τον κίνδυνο, όταν ο σύζυγος καπνίζει ένα πακέτο την ημέρα και κατά 2,1 όταν

Γιατί πρέπει ν' ανεπιδώ τον καπνό σου;



ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

καπνίζει πάνω από δύο πακέτα την ημέρα, σε σύγκριση με τη συχνότητα καρκίνου του πνεύμονα στις μη καπνίστριες γυναίκες, συζύγους μη καπνιστών. Γενικά οι γυναίκες είναι περισσότερο ευαίσθητες στις βλαβερές επιδράσεις των καυσαερίων του καπνού από τους άνδρες. Η μεγάλη αυτή ευαισθησία εξηγείται ως γενική προδιάθεση, καθώς ο γυναικείος οργανισμός αποβάλλει τις βλαβερές ουσίες δυσκολότερα από ότι ο οργανισμός των ανδρών.

Συνήθως οι καπνιστές δεν εκτιμούν πόσο ενοχλητικό αλλά και βλαβερό είναι το κάπνισμα στους μη καπνιστές που δηλητηριάζονται χωρίς να το θέλουν. Δυστυχώς, στην κατηγορία αυτών των παθητικών καπνιστών δεν ανήκουν μόνο άτομα κάποιας ηλικίας που θα μπορούσαν, αν ήθελαν, να αντιδράσουν στην αντικοινωνική αυτή συμπεριφορά των καπνιστών με το δικαίωμα της ελευθερίας να αναπνέουν καθαρότερο αέρα, ιδιαίτερα, όταν πάσχουν από κάποια χρόνια πνευμονική ή καρδιαγγειακή νόσο. Αλλά, ανήκουν και άτομα, τα οποία δε γνωρίζουν τον κίνδυνο του παθητικού καπνίσματος καθώς και άλλα που δεν μπορούν να αντιδράσουν και να προστατεύσουν την υγεία τους. Είναι τα έμβρυα που γίνονται και αυτά παθητικοί καπνιστές μέσα στην κοιλιά της μέλλουσας μητέρας τους, η οποία με το κάπνισμα τα δηλητηριάζει, γιατί η νικοτίνη και κυρίως το μονοξειδίο του άνθρακα που περνούν από την κυκλοφορία της, διαμέσου του πλακούντα, στην κυκλοφορία του εμβρύου προκαλούν υποξυγόνωση των ιστών και των οργάνων του.

Πρόσφατη μελέτη επισημαίνει ότι το παθητικό κάπνισμα της μητέρας από πατέρα καπνιστή (20 τσιγάρα ημερησίως) έχει παρόμοια βλαπτική επίδραση στο έμβρυο και το νεογνό γεννιέται με βάρος μειωμένο κατά 120GR. Βέβαια το μέγεθος της βλαβερής συνέπειας, είναι μικρότερο, αλλά οι προεκτάσεις αυτών των διαπιστώσεων, για την προστασία της εγκύου στο περιβαλλον (σπίτι, εργασία, κοινόχρηστοι χώροι) είναι τεράστιες.



Εσὺ καπνίζεις
εγὼ υποφέρω

ΑΓΩΓΗ  ΥΓΕΙΑΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Το κάπνισμα της εγκύου όπως έχει αποδειχθεί επηρεάζει δυσμενώς το έμβρυο. Σοβαρές είναι και οι άμεσες και πιθανώς απώτερες επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στο αναπνευστικό σύστημα των παιδιών. Ιδιαίτερα το κάπνισμα της μητέρας βαρύνει κατά τη βρεφική και παιδική ηλικία.

Με την επάνοδο του μητρικού θηλασμού σε όλες τις χώρες του σύγχρονου κόσμου, φυσικό ήταν να απασχολήσει και το παθητικό κάπνισμα του μωρού που θηλάζει. Ποσοτική μέτρηση της νικοτίνης και της κοτινίνης στο γάλα καπνιστριών σε όλη τη διάρκεια του 24 ώρου έδειξε ότι το ποσό της νικοτίνης που προσλαμβάνει το βρέφος από το μητρικό γάλα είναι ανάλογο του αριθμού των τσιγάρων της μητέρας αλλά και του χρονικού διαστήματος που μεσολαβεί μεταξύ του καπνίσματος τσιγάρου και θηλασμού. Έτσι, αν το διάστημα αυτό είναι 2 1/2 ώρες, η συγκέντρωση της νικοτίνης στο γάλα έχει υποτετραπλασιαστεί. Είναι ευνόητο ότι η μητέρα που δεν διέκοψε το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη και στο θηλασμό, δύσκολα θα το επιτύχει στα μετέπειτα χρόνια της ανατροφής του παιδιού της.

Το παιδί γίνεται παθητικός καπνιστής από το κάπνισμα των γονέων του ή άλλων μελών του στενού του περιβαλλοντος. Υπάρχουν αρκετές μελέτες που ασχολούνται με τη σχέση του καπνίσματος και άλλων παραμέτρων της παιδικής ηλικίας, όπως ύψος, διανοητική εξέλιξη και κακοήθη νοσήματα, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στις συνέπειες του καπνίσματος στο αναπνευστικό σύστημα.

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Είτε αποκαλούμε το κάπνισμα συνήθεια, εθισμό ή εξάρτηση, είναι φανερό ότι μερικοί καπνιστές απλώς αρνούνται να το κόψουν. Άλλοι ισχυρίζονται, ότι θα επιθυμούσαν να το κόψουν, αλλά δεν κάνουν καμία προσπάθεια. Άλλοι πάλι δοκίμασαν κι απέτυχαν κι άλλοι τα κατάφεραν για ένα διάστημα αλλά μετά ξανάρχισαν.

Στις Η.Π.Α. υπάρχουν πάνω από 30 εκατομμύρια πρώην καπνιστές. Πρίν από μία δεκαετία, περίπου το 60% των Αμερικανών γιατρών ήταν καπνιστές το ποσοστό σήμερα είναι 21%.

Στα περισσότερα προγράμματα καταστολής του καπνίσματος, ο μέσος όρος των αποτελεσμάτων δείχνει, ότι οι περισσότεροι από τους μισούς καπνιστές, που κατάφεραν να το κόψουν, ξαναρχίζοντας το κάπνισμα μέσα σ'έξι μήνες. Μέχρι να συμπληρωθεί ένας χρόνος μόνο το 25-35% από εκείνους που είχαν σταματήσει εξακολουθούν να μην καπνίζουν. Το μεγάλο ποσοστό της υποτροπής στο κάπνισμα είναι ίσως αποτέλεσμα ενός συνδυασμού παραγόντων, όπως η μεγάλη διαθεσιμότητα των τσιγάρων και η παρουσία συγγενών και φίλων, που εξακολουθούν να καπνίζουν. Σε πολλούς ανθρώπους λείπει το τσιγάρο για τους ίδιους ακριβώς λόγους, που τους έκαναν να αρχίσουν να καπνίζουν. Η δράση της τοξικής ουσίας δημιουργούσε μία ευχάριστη κατάσταση ερεθισμού ή χαλάρωσης, που τους βοηθούσε να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις και τις αντιξοότητες της ζωής.

Από διάφορες μελέτες προκύπτει ότι η διακοπή του καπνίσματος μειώνει την πιθανότητα νέου επεισοδίου από τις στεφανιαίες αρτηρίες. Η σωστή ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τη ρύθμιση των προδιαθεσιακών παραγόντων (υπέρταση, υπερχοληστεριναίμια, κάπνισμα) που προκαλούν στεφανιαία ανεπάρκεια, έχει αρ-

χίσει να αποδίδει καρπούς, αφού, για πρώτη ίσως φορά την τελευταία δεκαετία στις αναπτυγμένες χώρες που εφαρμόζουν από ετών ανάλογα ενημερωτικά προγράμματα, οι θάνατοι από στεφανιαία νόσο μειώνονται. Φυσικά, σημαντικό ρόλο στη μείωση αυτών των θανάτων παίζει η διακοπή ή η αποχή από το κάπνισμα, ενώ θα πρέπει να τονιστεί ότι δεν υπάρχει παρόμοιο φαρμακευτικό ή χειρουργικό θεραπευτικό μέσο με τόσο σημαντικά ενεργητικά αποτελέσματα όσο η διακοπή του καπνίσματος, και μάλιστα χωρίς έξοδα και παρενέργειες.

Η πιθανότητα θανάτου από καρδιακή νόσο μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι 2,2 φορές μεγαλύτερη στους καπνιστές, σε σύγκριση με εκείνους που έχουν διακόψει το κάπνισμα, ενώ τα ευεργετικά αποτελέσματα τονίζονται περισσότερο σε εκείνους που κάπνιζαν λιγότερα από 20 σιγαρέτα ημερησίως. Η επιβίωση των εμφραγματικών ασθενών που διέκοψαν το κάπνισμα είναι μεγαλύτερη από την επιβίωση εκείνων που συνεχίζουν να καπνίζουν, ενώ υποστηρίζεται ότι το κέρδος από τη διακοπή του καπνίσματος είναι μεγαλύτερο από αυτό που προσφέρουν τα φάρμακα ή η σωματική άσκηση.

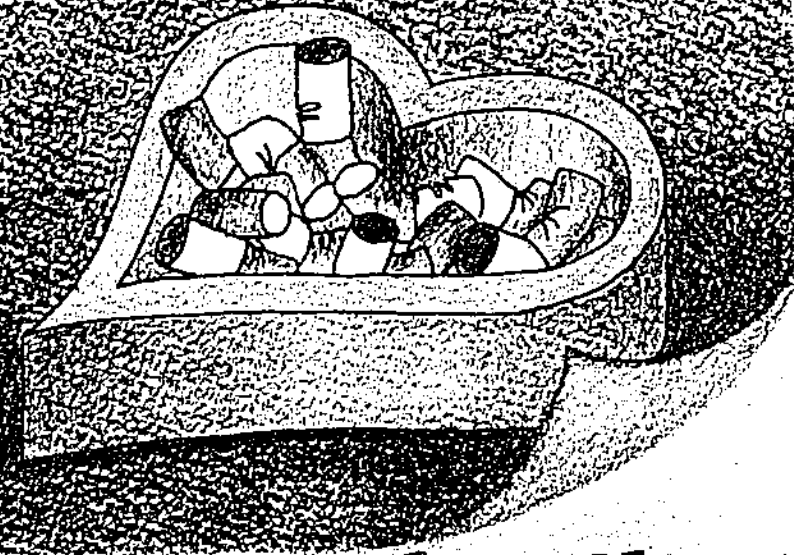
Η διακοπή του καπνίσματος δρα, επίσης, ευεργετικά στην αντιμετώπιση των καρδιακών αρρυθμιών και των περιφερικών αγγειακών παθήσεων αρτηριοσκληρωτικής αιτιολογίας, καθώς επίσης αποτρέπει νέα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.

Η ευνοϊκότερη στιγμή με πολλές πιθανότητες διακοπής του καπνίσματος είναι η χρονική περίοδος αμέσως μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Είναι, όμως, τραγικό να περιμένουμε την εμφάνιση μιας τόσο σοβαρής παθήσεως, για να αρχίσουμε την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος. Οι ασχολούμενοι επαγγελματικά με θέματα υγείας, θα πρέπει να συμμετέχουν σε προγράμματα ενημερώσεως, για να πείσουν όλα τα άτομα να διακόψουν το κάπνισμα ή να αποτρέψουν τα παιδιά και τους εφή-

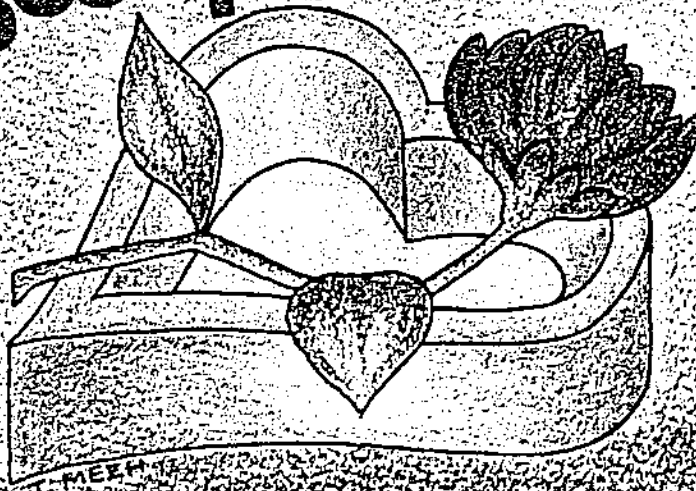
βους να αρχίσουν το κάπνισμα, αλλά, κυρίως με το να μη καπνίζουν οι ίδιοι, να αποτελούν προσωπικό παράδειγμα προς μίμηση. Θα πρέπει να γίνεται πάντοτε μνεία των κινδύνων από τη χρήση του καπνού σε όλους τους ασθενείς, οι δε καπνιστές πρέπει να ενθαρρύνονται για διακοπή του καπνίσματος.

Η πιθανότητα ανάπτυξης μιας διαταραχής που σχετίζεται με το κάπνισμα ελαττώνεται με τη διακοπή του καπνίσματος. Μέσα σε μία περίοδο 5-10 χρόνων, ο κίνδυνος πέφτει σε επίπεδο, ελαφρά μόνο υψηλότερο από αυτό των μη καπνιστών. Βέβαια, οι βλάβες που έχουν ήδη συμβεί στους πνεύμονες, στα αγγεία και στους άλλους ιστούς δεν αντιστρέφονται, αλλά με την διακοπή, ο ρυθμός της περαιτέρω έκπτωσης της πνευμονικής λειτουργίας αγγίζει τα επίπεδα των μη καπνιστών.

αυτίο
κόπνιομα



καλημέρα
ζωή



ΑΓΟΗ ΤΥ ΥΕΙΑΣ

ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΕΡΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΕΡΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΣ

ΣΤΕΡΗΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ - ΥΠΟΤΡΟΠΗ

Τι συμβαίνει όμως όταν ο καπνιστής διακόψει το κάπνισμα και σταματήσει την αυτοδηλητηρίαση του οργανισμού του. Εκείνο που παρατηρήθηκε στους συστηματικούς και βαρείς καπνιστές είναι η εκδήλωση διαταραχών και υποκειμενικών κι αντικειμενικών, λειτουργικών φαινομένων που όλα μαζί συνθέτουν την έννοια του "στερητικού συνδρόμου" που αναγκάζει το συστηματικό καπνιστή που διέκοψε το κάπνισμα να το ξαναρχίσει.

Η αποτυχία διακοπής του καπνίσματος οφείλεται κατά κύριο λόγο στα συμπτώματα στέρησης που εμφανίζονται συνήθως μερικές ώρες μετά τη διακοπή και μπορεί να διαρκέσουν από μερικές μέρες έως και αρκετούς μήνες. Τα συμπτώματα στέρησης στο συστηματικό καπνιστή είναι σωματικά και ψυχικά. Τα κυριότερα σωματικά συμπτώματα περιλαμβάνουν αύξηση βάρους, νατία, πονοκεφάλους, γαστρεντερικές διαταραχές, πολυφαγία, μείωση του επιπέδου της εγρήγορσης και της ψυχοκινητικής επίδοσης. Τα κυριότερα ψυχικά συμπτώματα είναι έντονη επιθυμία για κάπνισμα, ευερεθιστικότητα, διάσπαση της προσοχής, ανησυχία, άγχος και επιθετικότητα. Αναφέρονται, επίσης, μείωση της αρτηριακής πίεσης και του καρδιακού ρυθμού, αύξηση της διάρκειας του REM (ταχείες οφθαλμικές κινήσεις), ύπνου και επιβράδυνση των εγκεφαλικών ρυθμών στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα. Η ένταση των συμπτωμάτων στέρησης έχει θετική συσχέτιση με τη βαρύτητα του καπνίσματος και είναι σοβαρότερη στις γυναίκες.

Η έντονη κακουχία που νιώθει το άτομο από τη διακοπή του καπνίσματος και η δυσανεξία του σ' αυτή επισημαίνονται ως οι σημαντικότεροι παράγοντες που συντελούν στην υποτροπή. Η καταφυγή στο κάπνισμα ενός τσιγάρου για ανακούφιση, ιδιαίτερα μετά από διακοπή μερικών εβδομάδων, προκαλεί μία ιδιαί-

τερη έντονη ευχαρίστηση. Η αντίδραση αποφυγής της δυσάρεστης κατάστασης ενισχύεται με το κάπνισμα ενός δεύτερου ή τρίτου τσιγάρου, με αποτέλεσμα την επανεγκατάστασή του φαύλου κύκλου της εξάρτησης. Επί πλέον στην επαναφορά του καπνίσματος, ρόλο εξαρτημένων ερεθισμάτων, εκλυτικών της έντονης επιθυμίας για κάπνισμα ή του ασθήματος κακουχίας από την απόσυρση, παίζουν και ορισμένες συνθήκες της καθημερινής ζωής, όπως, ή συμμετοχή σε μία συνάθροιση παλαιών συμμαθητών που καπνίζουν ή η βίωση συναισθηματικών καταστάσεων που θυμίζουν την κατάσταση που δημιουργεί η απόσυρση.

Μία σειρά ψυχοκοινωνικές αιτίες έχουν επισημανθεί και θεωρούνται υπεύθυνες για την υποτροπή.

-Η συνειδητοποίηση των καπνιστών που έχουν εξαρτηθεί από τον καπνό τους αποθρρύνει από την προσπάθεια να διακόψουν.

-Η βαρύτητα του καπνίσματος-αριθμός τσιγάρων που καπνίζονται καθημερινά.

-Η ταυτόχρονη χρήση και άλλων εξαρτητικών ουσιών (καφέ-νη, οινόπνευματώδη), που δείχνει την τάση του ατόμου για εξάρτηση από ουσίες και που επιβεβαιώνεται και από το φαινόμενο της υποκατάστασης μιας ουσίας από άλλη.

-Ο/Η σύζυγος που καπνίζει.

-Τα προβλήματα προσαρμογής στο χώρο εργασίας, τα χρόνια προβλήματα σωματικής ή ψυχικής υγείας, το υψηλό άγχος, η χαμηλή αυτοπεποίθηση.

-Η διαφήμιση των τσιγάρων.

Βρέθηκε ακόμα πως οι γυναίκες δυσκολεύονται περισσότερο από τους άνδρες να εγκαταλείψουν το κάπνισμα.

Αντίθετα, η αυξανόμενη τα τελευταία χρόνια κοινωνική πίεση κατά του καπνίσματος, που κάνει τους καπνιστές να νιώθουν όλο και περισσότερο πως αποτελούν ενόχληση για τους άλλους, καθώς και η επίδραση των φίλων που έχουν σταματήσει το κάπνισμα αποτελούν παράγοντες που ενοούν τη διακοπή.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Το πρόβλημα στη θεραπεία της εξάρτησης από το τσιγάρο είναι η υποτροπή .Όταν ένας καπνιστής αποφασίζει, ότι είναι καιρός να σταματήσει, είναι σχετικά εύκολο να τον βοηθήσουμε να κόψει το τσιγάρο για λίγες εβδομάδες. Αλλά είναι πολύ πιο δύσκολο να τον εμποδίσουμε να ξαναρχίσει ύστερα από μήνες ή χρόνια.

Πολλοί καπνιστές μπορούν να σταματήσουν μόνοι τους, αν είναι αρκετά αποφασισμένοι. Υπάρχουν, όμως, και πολλοί που προσπάθησαν μόνοι τους να το κόψουν και δεν τα κατάφεραν. Γι αυτούς, οι εναλλακτικές λύσεις ανήκουν σε δύο, κυρίως, κατηγορίες: στις διαδικασίες αυτοβοήθειας και στα οργανωμένα θεραπευτικά προγράμματα.

-Οι διαδικασίες αυτοβοήθειας περιλαμβάνουν βιβλία, οπτικοακουστικά μέσα, τσιγάρα διάφορα τεχνικά μέσα και προσφέρουν στον καπνιστή τεχνικές, για ν'αναλύσει τη συνήθειά του και να την αποβάλλει συστηματικά. Περιλαμβάνουν ακόμα διάφορα φίλτρα και εξαρτήματα, που υποτίθεται ότι βοηθούν τον καπνιστή ν'αποκοπεί σταδιακά απ'το τσιγάρο. Μέχρι τώρα δεν έχει γίνει αξιολόγηση των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων αυτής της προσέγγισης.

-Τα οργανωμένα προγράμματα κατατάσσονται σε δέκα κύριες κατηγορίες: ατομική συμβουλευτική, εκπαιδευτικά προγράμματα, ομάδες, φάρμακα, ύπνωση, αποτρεπτική εξαρτημένη μάθηση, αυτοέλεγχος, μέσα μαζικής ενημέρωσης, κοινότητες, και διάφορα άλλα.

Η ατομική συμβουλευτική μπορεί να περιλαμβάνει απ'τη συμβουλευτική με το γιατρό ή την νοσηλεύτρια μέχρι την ατομική ψυχοθεραπεία. Η δεύτερη χρησιμοποιείται σπάνια, αλλά υ-

πάρχουν ενδείξεις, ότι η πρώτη έχει ορισμένα τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα, αποτελέσματα.

Ένα πολύ διαδεδομένο εκπαιδευτικού τύπου πρόγραμμα είναι το "Πενθήμερο πλάνο", που αποτελείται, κυρίως, από διαλέξεις σε σχετικά μεγάλες ομάδες. Οι συναντήσεις γίνονται σε πέντε συνεχείς ημέρες. Οι συμμετέχοντες βλέπουν καταστραμμένους από τον καπνό πνεύμονες, κάνουν ζεστά και κρύα ντους, σωματικές ασκήσεις και υποβάλλονται σ'ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο, όπου αποφεύγονται, ο καφές, το τσάι, η κόκα-κόλα και τα οινοπνευματώδη. Ένα μεγάλο ποσοστό σταματούν το κάπνισμα για ένα διάστημα αλλά ο βαθμός της υποτροπής είναι εξαιρετικά μεγάλος. Από εκείνους που σταμάτησαν αρχικά, λιγότεροι από 25% εξακολουθούν να μην καπνίζουν ένα χρόνο αργότερα.

Πολλά ομαδικά προγράμματα έχουν δημιουργηθεί είτε από κερδοσκοπικούς οργανισμούς, είτε από μη κερδοσκοπικές ομάδες. Οι ομάδες αυτές, συνήθως, εφαρμόζουν ένα συνοθύλευμα ομαδικών διεργασιών (θεωρία της μάθησης, έμπνευση, προτροπή). Καθοδηγούνται, συνήθως από πρώην καπνιστές και λειτουργούν μία φορά την εβδομάδα για οκτώ ως δέκα εβδομάδες. Συχνά προσφέρουν μία καλά οργανωμένη σειρά από προκαταρκτικά βήματα μαζί με την ομαδική υποστήριξη και χρήσιμες συμβουλές για την αντιμετώπιση της αποστέρησης και άλλων καταστάσεων, που είναι πιθανόν να προκαλέσουν υποτροπή.

Τα φάρμακα για την αντιμετώπιση της αποστέρησης ή τη δημιουργία απώθησης προς τη γεύση του τσιγάρου δεν έχουν αποδειχθεί μέχρι τώρα ιδιαίτερα αποτελεσματικά, αν και η τσίχλα νικοτίνης δίνει κάποια ελπίδα.

Δημιουργώντας αποστροφή για το τσιγάρο: Πιό πρόσφατα μεγάλο ενδιαφέρον έχει συγκεντρώσει μία θεραπευτική μέθοδος, που προσπαθεί να δημιουργήσει αποστροφή προς το ίδιο το κάπνισμα, σαν αντιστάθμισμα στην οποιαδήποτε ικανοποίηση, μπορεί να προσφέρει το τσιγάρο. Από τις πιο διαδεδομένες τεχνικές είναι να αναγκάζεις το άτομο να καπνίζει πολύ γρήγορα-μία ρουφηξιά κάθε έξι δευτερόλεπτα ή να τους φυσάς στο πρόσωπο ζεστό καπνό την ώρα που καπνίζει. Και οι δύο διαδικασίες δημιουργούν ενόχληση ακόμα και ναυτία. Σε μία μελέτη ανακαλύφθηκε ότι το γρήγορο κάπνισμα, ο ζεστός καπνός και ο συνδιασμός και των δύο ήταν όλα εξίσου αποτελεσματικά και το ποσοστό της αποχής έξι μήνες μετά τη θεραπεία ήταν αρκετά μεγάλο (60%). Στην ομάδα μαρτύρων δόθηκε η ίδια προσοχή και ένα φάρμακο που θα τους βοηθούσε να ελέγχουν το κάπνισμα, αλλά δε δόθηκε η θεραπεία της "αποστροφής". Υστερα από έξι μήνες μόνο οι 30% εξακολουθούσαν να μην καπνίζουν. Τα ποσοστά αυτά δείχνουν, ότι ο συσχετισμός του καπνίσματος με μία δυσάρεστη εμπειρία έχει σαν αποτέλεσμα μία εξαρτημένη αποστροφή προς το τσιγάρο.

Μία άλλη προσέγγιση μ' ευρύτατη απήχηση είναι η ύπνωση. Όμως παρά' όλο που υπάρχουν πολλά κλινικά στοιχεία διαθέσιμα, δεν υπάρχουν ενδείξεις που να επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα της ύπνωσης στη διακοπή του καπνίσματος.

Πολλές άλλες μέθοδοι θεραπείας έχουν δοκιμαστεί, συμπεριλαμβανομένης της αποστροφής διαμέσου ηλεκτρικών σοκ, του βελονισμού, της γιόγκα, της βιο-ανάδρασης, της άσκησης χαλάρωσης της απο-ευαισθητοποίησης και της αισθητηριακής αποστέρησης. Σχεδόν όλες αυτές οι μελέτες δείχνουν, ότι όποια κι αν είναι η θεραπευτική προσέγγιση τα αποτελέσματα στο τέλος της θεραπείας είναι ικανοποιητικά, αλλά ύστερα από ένα χρόνο, που γίνεται νέα αξιολόγηση, τ' αποτελέσματα δεν είναι καθόλου καλά. Αυτό δείχνει, ότι οι παραπέρα έρευνες θα πρέπει να στραφούν προς

τη δημιουργία μεθόδων, που ν'αποτρέπουν την υποτροπή.

Λόγω της απουσίας μιας γενικά παραδεκτής κι αποδειγμένης τεχνικής που να ισχύει για όλους, ο καπνιστής που θέλει να κόψει το τσιγάρο πρέπει να γίνει ο επιστήμονας τουεαυτού του. Είναι πιθανό, ότι οι διάφορες προσεγγίσεις είναι αποτελεσματικές για διαφορετικούς ανθρώπους και η καλύτερη συμβουλή για έναν καπνιστή είναι να πειραματιστεί με τις διάφορες μεθόδους μέχρι να εντοπίσει αυτή που του ταιριάζει. Αν υπάρχει μία ομάδα διαθέσιμη ή ένας ανθρώπινος κι υποστηρικτικός θεραπευτής, τότε τόσο το καλύτερο. Πάνω απ'όλα, η υποτροπή δεν θα πρέπει να οδηγήσει στην απαισιοδοξία. Η μακροπρόθεσμη επιτυχία, συνήθως, ακολουθεί μία προσωρινή αποτυχία. Δεδομένου ότι έτσι διακινδυνεύεται λιγότερο η υγεία του ατόμου, η προσπάθεια αυτή είναι μία καλή επένδυση.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΣΤΟΝ ΑΓΩΝΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η επιδημία του καπνίσματος και η καταστρεπτική συνέπειά της, η συνεχώς αυξανόμενη επίπτωση των νοσημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα, καλούν για μία συντονισμένη προσπάθεια για την αντιμετώπιση ενός από τους πιο σοβαρούς κινδύνους για την υγεία στη σύγχρονη εποχή.

Οι επικίνδυνες συνέπειες του καπνίσματος είναι σήμερα επιστημονικά τεκμηριωμένες. Το κάπνισμα θεωρείται ο υπ' αριθμόν Ι νοσογόνος παράγοντας στις αναπτυγμένες χώρες του κόσμου.

Έτσι, οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, οι Ηνωμένες Πολιτείες, ο Καναδάς, η Αυστραλία, αλλά και χώρες της Νότιας Αμερικής, της Ασίας της Αφρικής έχουν πάρει μέτρα, πολλά από τα οποία είναι νομοθετημένα, για να επιτύχουν τη μείωση του καπνίσματος.

Στην Ελλάδα ισχύουν οι παρακάτω Διατάξεις:

-Υγειονομική Διάταξη 389966/ΙΟ.ΙΙ.Ι952 "Περί υγειονομικών μέτρων επί των πάσης φύσεως μεταφορικών μέσων". Σύμφωνα με το άρθρο 6, απαγορεύεται το κάπνισμα μέσα στα τροχιοδρομικά οχήματα και τα λεωφορεία.

-Υπουργική απόφαση Α2/οικ.Ι989/Ι2.4/3.5.Ι979 "Περί απαγορεύσεως του καπνίσματος στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα και στις ιδιωτικές". Σύμφωνα με αυτή την απόφαση απαγορεύεται το κάπνισμα στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα γενικά. Σε κάθε όροφο επιφανείας μέχρι 200M² μπορούν να οριστούν ειδικοί χώροι -καπνιστήρια, στους οποίους θα υπάρχει ισχυρό σύστημα αερισμού.Υ-

πεύθυννοι για την εφαρμογή της διάταξης ορίστηκαν τα Διοικητικά Συμβούλια και οι διοικητικοί διευθυντές των ιδρυμάτων και η εκτέλεση τους ανατέθηκε στα κρατικά υγειονομικά και αστυνομικά όργανα.

-Υπουργική απόφαση Α2/οικ.3051/25.4/9.5.1980 "Περί απαγορεύσεως του καπνίσματος σε κοινούς κλειστούς χώρους". Απαγορεύεται το κάπνισμα σε όλους γενικά τους κλειστούς δημόσιους χώρους. Εξαιρετικά, επιτρέπεται το κάπνισμα σε χώρους μακράς αναμονής του κοινού (λ.χ. αερόδρομια, σιδηροδρομικούς σταθμούς) εφόσον δημιουργηθούν ξεχωριστοί χώροι για τους καπνιστές.

-Νόμος 1730/1987 "Ελληνική Ραδιοφωνία-Τηλεόραση, Ανώνυμη Εταιρεία (ΕΡΤ ΑΕ)". Σύμφωνα με αυτό το νόμο απαγορεύεται η διαφήμιση τσιγάρων από το ραδιόφωνο και την τηλεόραση.

Από τις παραπάνω διατάξεις, οι μόνες που εφαρμόζονται είναι η πρώτη που αφορά το κάπνισμα στα μεταφορικά μέσα, και η τελευταία που αφορά τη διαφήμιση από το ραδιόφωνο και την τηλεόραση. Αν όλες οι ισχύουσες διατάξεις εφαρμοστούν σωστά και αυστηρά, θα έχει γίνει ένα πρώτο βήμα για την καταπολέμηση του καπνίσματος.

Στο ερώτημα, πως μπορεί η νομοθεσία να πείσει τους ανθρώπους να μην καπνίζουν, γιατί φυσικά δεν μπορούμε να μιλάμε για εξαναγκασμό, αλλά για πειθώ, υπάρχει η απάντηση:

-Η νομοθεσία εκφράζει κρατική πολιτική. Όταν η πολιτεία εισάγει νομοθεσία για τον έλεγχο της προαγωγής και χρήσης του καπνού, μπαίνει αυτόματα στην πλευρά της υγείας.

-Η νομοθεσία μπορεί να βοηθήσει στην ελάττωση του αριθμού των καπνιζόντων εμποδίζοντας τους νέους ν' αρχίσουν να καπνίζουν.

-Η νομοθεσία μπορεί να ενθαρρύνει καπνιστές, ειδικά ομάδες υψηλής προτεραιότητας, όπως έγκυες, γονείς μικρών παιδιών,

άτομα με προβλήματα υγείας, εργάτες που εκτελούνται σε βιομηχανικούς κινδύνους, δασκάλους, καθηγητές και το νοσηλευτικό προσωπικό, που ειδικά στην Ελλάδα καπνίζει σε υψηλό ποσοστό να σταματήσουν το κάπνισμα. Η πείρα έχει δείξει ότι αυστηρή νομοθεσία συνδέεται με μείωση της κατανάλωσης τσιγάρων.

-Η νομοθεσία προστατεύει τους μη καπνιστές στο δικαίωμα τους να αναπνέουν καθαρό αέρα.

-Η νομοθεσία συμβάλλει στο να δημιουργηθεί κλίμα, κατά το οποίο το κάπνισμα δεν είναι αποδεκτό.

-Τέλος, παρέχει τις βάσεις για την εύρεση πηγών για την υποστήριξη προγραμμάτων για τον έλεγχο του καπνίσματος (κυρίως αγωγή υγείας), αλλά και βοηθάει στην επιτυχία του (π.χ έλλειψη διαφημίσεων όταν εφαρμόζεται ένα εκτεταμένο πρόγραμμα στα σχολεία).

Υπάρχουν δύο μεγάλες κατηγορίες νομοθετικών μέτρων, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον έλεγχο του καπνίσματος: Νομοθετικά μέτρα που αποσκοπούν :α) στην ελάττωση παραγωγής και πώλησης καπνού και β) στην αλλαγή συνηθειών μεταξύ των καπνιστών.

α. Νομοθετικά μέτρα που αποσκοπούν στην ελάττωση παραγωγής και πώλησης καπνού.

1. Έλεγχος της διαφήμισης και προαγωγής των πωλήσεων. Η διαφήμιση των τσιγάρων δημιουργεί την εντύπωση ότι το κάπνισμα είναι αποδεκτό και ότι σχετίζεται με την επιτυχία, την ευχαρίστηση, την απελευθέρωση, τη γοητεία, τον ανδρισμό ή τη θηλυκότητα. Ο τελικός στόχος του μέτρου αυτού θα πρέπει να είναι η ολική απαγόρευση της διαφήμισης τσιγάρων και η αντικατάστασή της με μηνύματα κατά του καπνίσματος.

2. Υποχρεωτική δήλωση της περιεκτικότητας σε πίσσα και

νικοτίνη, καθώς, και αναγραφή προειδοποιήσεων που αφορούν την υγεία, στα πακέτα των τσιγάρων. Το μέτρο αυτό αποτελεί μέσο αγωγής υγείας και προειδοποιεί το κοινό για τους κινδύνους του καπνίσματος.

3. Ελάττωση των επικίνδυνων ουσιών στα τσιγάρα. Ηδη, βιομηχανίες πολλών χωρών, έχουν παρουσιάσει τσιγάρα με χαμηλή περιεκτικότητα σε πίσσα και νικοτίνη.

4. Περιορισμοί των πωλήσεων σε νεαρά άτομα. Η επιτροπή εμπειρογνομόνων της ΠΟΥ (1979) συνιστά να υπάρχει νομοθεσία που θα κάνει παράνομη την πώληση ή προσφορά τσιγάρων σε παιδιά και νεαρά άτομα, περιορισμός που δημιουργεί αντικοινωνικό κλίμα σχετικά με το κάπνισμα.

5. Οικονομικά μέτρα για τον έλεγχο του καπνίσματος. Έχει παρατηρηθεί ότι μεγάλες αυξήσεις στη φορολογία των τσιγάρων έχουν σαν αποτέλεσμα τη μείωση της κατανάλωσης, που διαρκεί για μερικούς μήνες και επηρεάζει περισσότερο τα νεαρά άτομα που έχουν συνήθως χαμηλά εισοδήματα.

β. Νομοθετικά μέτρα που αποσκοπούν στην αλλαγή συνθηθειών μεταξύ των καπνιστών.

1. Περιορισμοί του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, όπως μέσα συγκοινωνίας, νοσηλευτικά ιδρύματα, αίθουσες αναμονής, συνεδριάσεων, συνελεύσεων, σε ανελκυστήρες κ.λ.π, διαφόρων οργανισμών και ιδρυμάτων. Οι περιορισμοί αυτοί σκοπό έχουν να προστατευτεί ο μη καπνιστής και συγχρόνως να μειωθεί η συνολική κατανάλωση καπνού και να γίνει κατανοητό ότι το κάπνισμα είναι συνήθεια αντικοινωνική.

2. Περιορισμοί του καπνίσματος στους χώρους εργασίας. Αυ-

τοί οι περιορισμοί είναι ακόμα πιο σημαντικοί για την προαγωγή της υγείας, φτάνει να σκεφτούμε ότι στο χώρο εργασίας, οι άνθρωποι δαπανούν περισσότερο χρόνο απ'ότι στα λεωφορεία ή άλλους δημόσιους χώρους.

3. Υποχρεωτική αγωγή υγείας σχετικά με το κάπνισμα. Η εφαρμογή των προγραμμάτων αγωγής υγείας είναι απαραίτητη προϋπόθεση προκειμένου να επιτύχουν τα νομοθετικά μέτρα γιατί διευκολύνουν την αποδοχή αυτών από το κοινό.

Η εμπειρία από την εισαγωγή και την εφαρμογή νομοθεσίας σχετικής με την προσπάθεια μείωσης του καπνίσματος σε περισσότερες από 60 χώρες του κόσμου δείχνει ότι πράγματι υπάρχουν θετικά αποτελέσματα. Η νομοθεσία, όμως, δεν μπορεί να δράσει μόνη της, ειδικότερα σε τόσο λεπτά θέματα που άπτονται των ευαίσθητων περιοχών της προσωπικής ελευθερίας και ευθύνης. Η νομοθεσία αποτελεί ένα μικρό μόνο τμήμα σε μία αντικαπνιστική εκστρατεία.



ΑΓΩΓΗ  **ΥΓΕΙΑΣ**

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ

Οι αρνητικές για την υγεία επιπτώσεις τόσο του ενεργητικού καπνίσματος, όσο και του παθητικού είναι πλέον επιστημονικά τεκμηριωμένες. Παρά το γεγονός αυτό, δεν υπάρχει κανένας νόμος, έθιμο ή σύμβαση που να απαγορεύει τη συνήθεια του καπνίσματος. Αντιθέτως έχουν αναζητηθεί και τεκμηριωθεί τα νομικά και ηθικά δικαιώματα των καπνιστών. Κάτι ανάλογο, βέβαια, έχει γίνει και για τους μη καπνιστές με τη διαφορά όμως ότι στα δικαιώματα των μη καπνιστών έχει δοθεί προτεραιότητα, με το σκεπτικό ότι η ελευθερία των ατόμων πρέπει να περιορίζεται όταν βλάπτονται ουσιώδη συμφέροντα τρίτων.

Τα δικαιώματα αυτά συνίστανται στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας και στο σεβασμό της αυτονομίας των μη καπνιστών και συνοφίζονται στα εξής:

1. Το δικαίωμα των μη καπνιστών να μη επιτρέπουν την ενδεχόμενη βλάβη της υγείας τους από παθητικό κάπνισμα προέχει του δικαιώματος των καπνιστών να καπνίζουν ελεύθερα οπουδήποτε.

2. Η Πολιτεία έχει αντίστοιχη υποχρέωση να προστατεύσει το δικαίωμα των μη καπνιστών, όταν αυτό παραβιάζεται.

3. Ιδιαίτερα μέτρα οφείλουν να ληφθούν προκειμένου να προστατευτούν άτομα με ελαττωμένη ικανότητα αυτοπροστασίας και ελλιπή επίγνωση των επιπτώσεων του καπνίσματος.

Τα δικαιώματα των μη καπνιστών δεν αποκλείουν την άσκηση των δικαιωμάτων των καπνιστών, όταν αυτά δεν συγκρούονται μεταξύ τους. Πρέπει, επίσης, να τονισθεί ότι οποιοδήποτε μέτρο πρόληψης ή καταστολής του καπνίσματος είναι αποτελεσματικότερο αν απευθύνεται σε ευαίσθητοποιημένα και ενημερωμένα άτομα τα οποία αυτοπεριορίζονται εύκολα.

ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ

Βοηθάμε στην προστασία της υγείας , της άνεσης και της ασφάλειας κάθε ανθρώπου όταν επιμένουμε στα ακόλουθα δικαιώματά μας.

ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ Ν'ΑΝΑΠΝΕΟΥΜΕ ΚΑΘΑΡΟ ΑΕΡΑ

Εχουμε το δικαίωμα ν'αναπνέουμε καθαρό αέρα, αμόλυντο από το βλαβερό και ερεθιστικό καπνό του τσιγάρου. Αυτό το δικαίωμα ως φυσικό, είναι επικρατέστερο έναντι του επίκτητου δικαιώματος των καπνιστών.

ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΝΑ ΔΙΑΜΑΡΤΥΡΟΜΑΣΤΕ

Εχουμε το δικαίωμα να εκφράζουμε -σταθερά αλλά ευγενικά- τη δυσφορία μας και την αντίθεσή μας προς τον καπνό του τσιγάρου και επιβάλλεται να εξωτερικεύουμε τις αντιρρήσεις μας, όταν οι καπνιστές καπνίζουν εκεί που δεν επιτρέπεται.

ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΝΑ ΕΝΕΡΓΟΥΜΕ

Εχουμε το δικαίωμα να ενεργούμε μέσω νομικών οδών, κοινωνικών πιέσεων και άλλων εννόμων διαδικασιών-ατομικά ή συλλογικά- με σκοπό να αποτρέπουμε ή να αποθαρρύνουμε τους καπνιστές να μολύνουν το άμεσο περιβάλλον , διαβίωσης και εργασίας, καθώς και τους δημοσίους χώρους.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΛΥΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ Η ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ
ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Στον ευρύτερο τομέα της προληπτικής ιατρικής, η προσπάθεια για περιορισμό και τη διακοπή του καπνίσματος, κατέχει δικαιολογημένα την πρώτη θέση σε παγκόσμια κλίμακα. Τούτο εξηγείται από το γεγονός ότι η πληθώρα των σοβαρών παθήσεων που, έχουν ως αιτία το κάπνισμα και η αυξημένη απ' αυτές θνησιμότητα, μπορούν να περιοριστούν σε σημαντικό βαθμό όταν μειωθεί ο αριθμός των καπνιστών.

Και προς αυτήν την κατεύθυνση προσβλέπουν όλες οι προσπάθειες με τη συστηματική και συνεχή πληροφόρηση και ενημέρωση κοινού για τους κινδύνους που ενέχει η επικίνδυνη, κακή και αντικοινωνική συνήθεια του καπνίσματος.

Η προληπτική προσπάθεια είναι καθαρά υπόθεση και υποχρέωση του κράτους και της πολιτείας με τη συμπαράσταση βέβαια των γιατρών και των άλλων υγειονομικών φορέων.

Στη χώρα μας, όμως η προσπάθεια αυτή καρκινοβατεί και η κρατική μέριμνα αντιμετωπίζει το θέμα της πρόληψης με αδικαιολόγητη βραδύτητα και συμπεριφορά στρουθοκαμηλισμού.

Στην Ελλάδα κάθε χρόνο η κατανάλωση του καπνού αυξάνει κατά 5-6% και η χώρα μας έχει το θλιβερό προνόμιο να είναι η πρώτη χώρα σε κατανάλωση καπνού, κατά κεφαλή, σε αναλογία πληθυσμού.

Η έκταση του καπνίσματος οφείλεται κυρίως σε δύο λόγους:

- Στην απουσία συστηματικής αντικαπνισματικής εκστρατείας και

- Στη μη αυστηρή εφαρμογή των μέτρων προστασίας τόσο των καπνιστών, όσο και των μη καπνιστών.

Προς τις δύο λοιπόν αυτές κατευθύνσεις θα πρέπει να στραφεί η όλη προσπάθεια για να περιοριστεί η κακή αυτή συνήθεια με πρόγραμμα που θα συνίσταται στη συνεχή ενημέρωση του κοινού.

Η εκστρατεία αυτή θα έχει ως αντικείμενο τις τρεις μεγάλες κοινωνικές τάξεις ηλικίας:

-Τα παιδιά της σχολικής ηλικίας

-Τους νέους και τις νέες της μετασχολικής ηλικίας και

-Τους ενήλικες, άνδρες και γυναίκες.

-Πιο συγκεκριμένα στα παιδιά της σχολικής ηλικίας, η ενημέρωση δεν πρέπει να έχει το χαρακτήρα της αστυνομικής απαγόρευσης και παρακολούθησης ούτε και τη δημιουργία φόβου, άγχους και αγωνίας, αλλά την έννοια της σωστής ενημερωτικής διδασκαλίας σαν περιεχόμενο μαθήματος που θα αποτελεί μέρος του προγράμματος της μαθητικής τους ζωής.

-Στους νέους και στις νέες της μετασχολικής ηλικίας, η προσπάθεια εφαρμογής τέτοιων προγραμμάτων στη κοινωνική ζυγή τάξη, συναντά ορισμένες δυσκολίες και αυτό γιατί οι νέοι στην ηλικία αυτή δεν αποτελούν ομοιογενή και συγκεντρωμένη πληθυσμική ομάδα, αλλά ένα διασπαρμένο κοινωνικό σύνολο με διαφορετικά χαρακτηριστικά και επαγγελματική απασχόληση. Η πληροφόρηση εδώ εντάσσεται στο γενικό αποσπασματικό πρόγραμμα της ενημέρωσης για τους μεγάλους, με τα διάφορα μέσα μαζικής πληροφόρησης εκτός αν αποτελούν χωριστές οργανωμένες ομοειδής τάξεις όπως είναι: οι στρατιώτες, οι εργαζόμενοι σε εργοστάσια, σε δημόσιες ή ιδιωτικές υπηρεσίες κ.α που μπορεί να υποχρεωθούν σε παρακολούθηση σχετικών ομιλιών στις οποίες θα τονίζονται κυρίως οι επιπτώσεις στη μετέπειτα ώριμη ηλικία, γιατί οι νέοι ως γνωστό, μεταθέτουν τις επιπτώσεις αυτές στο

απώτερο μέλλον για τους άλλους και όχι για τους ίδιους.

-Τέλος στους ενήλικες το πρόγραμμα θα πρέπει να αποβλέπει κυρίως στη διακοπή του καπνίσματος και στην αύξηση των μη καπνιστών, θα πρέπει επίσης να δίνεται μεγάλη έμφαση στις υποχρεώσεις που έχουν για την οικογένειά τους και τις τραγικές επιπτώσεις από πρόωρα γηρατειά ή από πρόωρο θάνατο με αιτία το κάπνισμα.

Η εκστρατεία αυτή εναντίον του καπνίσματος πρέπει να έχει ως αντικείμενο ιδιαίτερα τους νέους που αποτελούν την πηγή της κοινωνικής προόδου.

Στην ενημέρωση αυτή αποβλέπει και η "Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία" με πυρήνα τους εκπροσώπους 14 επιστημονικών ιατρικών εταιριών και Συλλόγων με επικεφαλής τον "Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο"

Για να περιοριστεί, λοιπόν η έκταση που έχει πάρει το κάπνισμα στη χώρα μας προτείνουμε τα εξής:

-Να αρχίσει να προγραμματίζεται η αντικατάσταση των καπνοκαλλιεργειών και βιομηχανιών με άλλες επίσης, προσοδοφόρες και όχι τόσο βλαβερές για την υγεία.

-Να γίνεται αυστηρή εφαρμογή της Νομοθεσίας (απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, επιβολή προστίμων κ.λ.π)

-Το Υπουργείο υγείας να αρχίσει πια έντονη, συστηματική και μακροχρόνη εκστρατεία διαφώτισης του κοινού για τους κινδύνους του καπνίσματος (με έκδοση διαφωτιστικών φυλλαδίων και αφισσών, διαλέξεις κ.λ.π).

-Διαπαιδαγώγηση μιας κοινότητας για ανάληψη συστηματικού και καλά οργανωμένου αντικαπνιστικού αγώνα έχοντας πάντα υπ'όψιν την ελληνική πραγματικότητα.

-Το πρόγραμμα υγειονομολογικής διαπαιδαγώγησης περιλαμβάνει διαλέξεις με προγραμματισμένα θέματα.

- Συζήτηση με συμμετοχή του κοινού, επεξηγήσεις, διευκρινήσεις, απορίες, επεδείξεις συνοδευόμενες με διδασκαλία για να συμβάλλουν στην πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση.

- Να ενταχθεί στα σχολικά προγράμματα ενημερωτική διδασκαλία σχετικά με το κάπνισμα, ούτως ώστε να γίνει συνείδηση στους νέους πως αυτό αποτελεί αντικοινωνική και επιβλαβής για την υγεία συμπεριφορά.

- Ν' αυξηθεί η επιδότηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων ώστε να προετοιμαστούν κατάλληλα άτομα που θ' αναλάβουν την υγειονομική διαπαιδαγώγηση του κοινού.

- Οι ιατρικοί σύλλογοι θα πρέπει να εντάξουν στα προγράμματά τους θέματα σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος και τους τρόπους αποφυγής των κινδύνων.

- Η απαγόρευση της διαφημίσεως των τσιγάρων μόνο από την τηλεόραση είναι αναποτελεσματική, όταν δεν συνοδεύεται και από τα άλλα μέσα μαζικής ενημέρωσης του κοινού (ημερήσιος και περιοδικός τύπος, κινηματογράφος, γιγαντιοαφίσσες στους δρόμους κ.α).

- Παράλληλα, τα μαζικά μέσα ενημέρωσης θα έπρεπε να προβάλουν και να διευκολύνουν τη διάδοση κάθε αντικαπνιστικού μηνύματος.

- Αναγραφή προειδοποιήσεων στα πακέτα των τσιγάρων σχετικά με τις βλάβες που δημιουργεί το κάπνισμα στην υγεία· η προειδοποίηση "το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία" πιστεύουμε πως δεν είναι αρκετή.

- Περιοδική αύξηση της φορολογίας των τσιγάρων, ιδιαίτερα εκείνων με μεγαλύτερα ποσοστά πίσσας και νικοτίνης.

- Να συνειδητοποιήσουν οι γονείς καπνιστές πως αποτελούν παράδειγμα και πρότυπο μίμησης για τα παιδιά τους και να

προσπαθούν ν'αποφεύγουν το κάπνισμα τουλάχιστον μπροστά στα παιδιά τους.

-Πρέπει τέλος όλοι εμείς οι Νοσηλευτές-τριες που αποτελούμε μέρος της ομάδας υγείας, να δίνουμε το καλό παράδειγμα με το να μην καπνίζουμε μέσα στο χώρο του νοσοκομείου.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΤΟΝ ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΟ ΑΓΩΝΑ

Η συμπεριφορά , τόσο του νοσηλευτικού όσο και του ιατρικού προσωπικού σχετικά με το κάπνισμα αποτελεί το κλειδί για το αν θα πεισθεί ή όχι ο ασθενής να σταματήσει το κάπνισμα.

Δυστυχώς, τουλάχιστον στη χώρα μας, η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού δεν είναι καθόλου παραδειγματική. Από μία πρόσφατη έρευνα, στο Νοσοκομείο , Άγιοι Ανάργυροι, προέκυψε ότι οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά σχετικά με το κάπνισμα , δηλαδή:

Επί 458 ανδρών, καπνίζουν οι 342, ποσοστό 75%.

Επί 422 γυναικών καπνίζουν οι 306, ποσοστό 72,5%

Το γεγονός αυτό, ασφαλώς, εντυπωσιάζει ακόμα περισσότερο, διότι πρόκειται για νοσοκομείο καρκινοπαθών, και οπωσδήποτε προσφέρει το χειρότερο παράδειγμα και μάλιστα σ' ένα περιβάλλον στο οποίο νοσηλεύονται καρκινοπαθείς, θύματα του καπνίσματος.

Πως λοιπόν περιμένουμε από τους ασθενείς μας να εφαρμόσουν τις συμβουλές των γιατρών, όταν εμείς, οι λειτουργοί της υγείας, με τη συμπεριφορά μας τους δημιουργούμε την πεποίθηση ότι το κάπνισμα δεν είναι τελικά τόσο βλαβερό και πως δε φταίει για την κατάσταση τους. Είναι αναγκαία λοιπόν, η δυναμική ανάληψη των ατομικών μας ευθυνών, ως Νοσηλευτές.

Η Νοσηλεύτρια, που ο ρόλος της έχει διευρυνθεί πολύ τα τελευταία χρόνια, είναι εκείνη που θα διαφωτίσει και θα καθοδηγήσει το κοινό στην αποφυγή της συνήθειας του καπνίσματος για την προστασία και προαγωγή της υγείας, αλλά και στην αντιμετώπιση της νόσου στο σπίτι ή στο Νοσοκομείο, στην αποκα-

τάσταση και επαναφορά στην ενεργό δράση μετά την περιπέτεια της υγείας.

Η νοσηλεύτρια βρίσκεται παντού, στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα, στο Κέντρο Υγείας, στο Εργοστάσιο, στη Κοινότητα, στα σπίτια των πολιτών, στους χώρους σχολείου, εργασίας και Ψυχαγωγίας. Ιδιαίτερα σήμερα, που η έμφαση τοποθετήθηκε πολύ σωστά στην πρόληψη και ατομική ευθύνη για τη διατήρηση της υγείας, της οικογένειας και της κοινότητας, η νοσηλεύτρια είναι εκείνη, που σε συνεργασία με τις υπηρεσίες Υγείας και με τις άλλες ομάδες θα κάνει το σχεδιασμό προγράμματος Υγειονομολογικής διαπαιδαγώγησης μιας κοινότητας.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

ΓΕΝΙΚΑ

Η γέννηση ενός παιδιού ονομάστηκε "το καθημερινό θαύμα" Είναι τόσο συχνό, αλλά και τόσο πολύπλοκο που ξεπερνάει κάθε ανθρώπινο τεχνητό κατόρθωμα. Η εγκυμοσύνη είναι για πολλούς από μας ένα ακόμα μυστήριο. Όσο για τη γυναίκα, η εγκυμοσύνη και ο τοκετός είναι το αποκορύφωμα της βιολογικής λειτουργίας της.

Η ανθρώπινη αναπαραγωγή έχει σαν κύριο σκοπό την ένωση ενός ωαρίου από ένα θηλυκό οργανισμό και ενός σπερματοζωαρίου από έναν αρσενικό οργανισμό. Το αναπαραγωγικό σύστημα και στα δύο φύλα είναι φτιαγμένο κατά τέτοιο τρόπο ώστε να επιτυγχάνει η ένωση αυτών των γεννητικών κυττάρων. Το ωοκύτταρο παράγεται από την ωοθήκη, εκδιώκεται κατά τη διάρκεια της ωορρηξίας και περνάει στον ωαγωγό. Τα σπερματοζωάρια παράγονται στα ορχικά σωληνάρια και αποθηκεύονται στην επιδιδυμίδα. Κατά τη διάρκεια της εκσπερμάτισης τα σπερματοζωάρια αφήνονται στον κόλπο. Γρήγορα περνούν από τον ισθμό του τραχήλου στην κοιλότητα της μήτρας και από κεί στον ωαγωγό και τελικά στη λήκυθο όπου θα γίνει η γονιμοποίηση αν το ωάριο είναι εκεί.

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ- ΕΜΒΡΥΟΓΕΝΝΕΣΗ

Η πρώτη εβδομάδα της Ανάπτυξης:

Η γονιμοποίηση αρχίζει τις πιά πολλές φορές στη λήκυθο του ωαγωγού. Η διεργασία έχει τελειώσει όταν ο απλοειδής αρσενικός και θηλυκός προπυρήνας ενωθούν και σχηματίσουν το διπλοειδή ζυγωπή. Αυτό το κύτταρο είναι η αρχή του νέου ανθρώπινου οργανισμού. Καθώς περνάει τον ωαγωγό ο ζυγωτής υφίσταται κυτταρική διάλυση, δημιουργώντας έναν αριθμό από μικρότερα κύτταρα που ονομάζονται βλαστομερίδια. Περίπου τρεις μέρες μετά την γονιμοποίηση, μία σφαίρα που λέγεται μορίδιο και που αποτελείται από 16 ή περίπου τόσα βλαστομερίδια, εισέρχεται στην κοιλότητα της μήτρας. Μία κοιλότητα σχηματίζεται γρήγορα στο εσωτερικό του μοριδίου και μεταβάλλει αυτό σε μία βλαστοκύστη η οποία έρχεται σε επαφή με το επιθήλιο της μήτρας. Τα τραφοβλαστικά κύτταρα εισχωρούν στο επιθήλιο της μήτρας και στο ενδομήτριο που είναι κάτω από αυτό. Στο τέλος της πρώτης εβδομάδας, η βλαστοκύστη έχει κιάλας εμφυτευθεί επιφανειακά στο επιθήλιο του ενδομητρίου.

Η Δεύτερη εβδομάδα της Ανάπτυξης:

Γρήγορος πολλαπλασιασμός της τροφολάστης γίνεται κατά τη διάρκεια της δεύτερης εβδομάδας. Κοιλότητες σχηματίζονται και ενώνονται φτιάχνοντας ένα δίκτυο κοιλοτήτων. Διαβρώνονται τα μητρικά αγγεία και αίμα φθάνει μέσα στο δίκτυο των κοιλοτήτων σχηματίζοντας έτσι μία πρωτογενή μητροπλακουντική κυκλοφορία. Η εμφύτευση έχει τελειώσει όταν το έμβρυο έχει

όλο εμφυτευθεί μέσα στο ενδομήτριο. Κατά τη δεύτερη εβδομάδα, πρωτοφαίνεται και η αμνιακή κοιλότητα, σαν ένας χώρος που έχει μέγεθος σχισμής.

Η τρίτη εβδομάδα της Ανάπτυξης:

Το έμβρυο αποτελείται από 3 πρωτογενή βλαστικά δέρματα (εξώδερμα, μεσόδερμα, ενδόδερμα). Αυτά τα δέρματα αργότερα θα δώσουν γένεση σε όλους τους ιστούς και τα όργανα του εμβρύου. Τα αγγεία πρωτοεμφανίζονται και αναπτύσσονται μέσα στο έμβρυο λίγο αργότερα. Στο τέλος της τρίτης εβδομάδας της ανάπτυξης η καρδιά παρουσιάζεται σαν ένα ζευγάρι καρδιακών σωλήνων που είναι ενωμένοι με τα αγγεία που βρίσκονται στις έξω-εμβρυϊκές μεμβράνες.

Από την τέταρτη έως την όγδοη εβδομάδα:

Το έμβρυο έχει το σχήμα μισοφέγγαρου. Ο αρχέγονος εντερικός σωλήνας γεννάται. Το κεφάλι κάμπτεται και έχει σαν αποτέλεσμα η καρδιά να βρίσκεται κοιλιακά και ο εγκέφαλος να αποτελεί το πιο κρανιακό τμήμα από το έμβρυο. Κατά την 5η-6η εβδομάδα η καρδιά του εμβρύου χτυπάει και τα πόδια του μεγαλώνουν. Ο πλακούντας αναπτύσσεται, δεν είναι όμως ακόμη έτοιμος να υποκαταστήσει στα "καθήκοντα" της την ωοθήκη. Κατά το τέλος της πρώιμης εμβρυϊκής περιόδου οι καταβολές όλων των κυρίων συστημάτων των οργάνων έχουν γίνει. Το έμβρυο έχει χαρακτηριστικά που το καθορίζουν ότι είναι αναμφίβολα ανθρώπινο, ενώ το μήκος του στο τέλος της 8ης εβδομάδας δεν ξεπερνάει τα 25 χιλιοστά. Αυτές οι πέντε εβδομάδες της ανάπτυξης

αποτελούν την πιο κριτική περίοδο της. Αναπτυξιακές διαταραχές σε αυτή την περίοδο μπορεί να δώσουν γέννηση σε μεγάλες συγγενείς ανωμαλίες.

Από την ένατη εβδομάδα έως τον τοκετό:

Η όψιμη εμβρυϊκή περίοδος αρχίζει γύρω στις 8 εβδομάδες μετά τη γονιμοποίηση και τελειώνει στη γέννηση. Χαρακτηρίζεται πρωταρχικά από μία ταχεία αύξηση στο σώμα και την ωρίμανση όλων των συστημάτων του οργανισμού. Μία φανερή αλλαγή είναι η σχετική ελάττωση στην αύξηση του κεφαλιού αν αυτό συγκριθεί με το υπόλοιπο σώμα. Χνούδι και τρίχες στο κεφάλι εμφανίζονται και το δέρμα καλύπτεται από την τυροειδή μεμβράνη στην αρχή της 20ης εβδομάδας. Είναι επίσης η στιγμή που τα δόντια του εμβρύου αρχίζουν να σχηματίζονται μέσα στο γναθικό οστόν. Τα βλέφαρα είναι συνενωμένα κατά το μεγαλύτερο διάστημα της όψιμης εμβρυϊκής περιόδου αλλά ξανανοίγουν περίπου στις 26 εβδομάδες. Μέχρι αυτό τον καιρό το έμβryo είναι αδύνατο να ζήσει έξω από τη μήτρα κύρια γιατί το αναπνευστικό σύστημα είναι ακόμα ανώριμο. Λίπος τις πιο πολλές φορές αναπτύσσεται πάρα πολύ γρήγορα τις τελευταίες 6-8 εβδομάδες της κύησης κάνοντας έτσι το έμβryo λείο και σχετικό παχύ. Η τελική περίοδος είναι αφιερωμένη κύρια στο να σχηματισθούν οι ιστοί και να προπαρασκευασθούν τα συστήματα για τη μεταβατική περίοδο από το ενδομητρικό στο εξωμητρικό περιβάλλον. Αλλαγές που γίνονται κατά τη διάρκεια της όψιμης εμβρυϊκής περιόδου δεν είναι τόσο δραματικές σαν κι εκείνες που γίνονται στην πρώιμη εμβρυϊκή περίοδο αλλά είναι εξ ίσου πολύ σοβαρές. Στο τέλος της κύησης το έμβryo φτάνει τα 51 εκατοστά περίπου και κατά μέ-

σον όρον, ζυγίζει γύρω στα 3.400 γραμμάρια.

Το όψιμο έμβρυο είναι λιγότερο τρωπό από τα τερατογόνα ή βλαπτικά αποτελέσματα που προκύπτουν από φάρμακα, ιούς ή ακτινοβολίες, αλλά αυτοί οι παράγοντες μπορεί να επέμβουν στην κανονική λειτουργική ανάπτυξη ιδίως του εγκεφάλου.

Πλακούντας :

Ο πλακούντας είναι ένα στρογγυλό ή ελλειψοειδές δισκίμορφο όργανο, διαστάσεων 15x20 εκ. στις μεγαλύτερες διαμέτρους του, και πάχους 2-2,5 εκ. Το βάρος του κυμαίνεται από 450-600 GR και ο όγκος του υπολογίζεται σε $490 \pm 31,4$ κ.εκ στο τέλος της κύησης .

Ο πλακούντας ολοκληρώνεται ανατομικά και λειτουργικά γύρω στη 13η εβδομάδα της κύησης και είναι μοναδικός για κάθε εγκυμοσύνη. Αυτό οφείλεται σε μερικές ιδιαίτερες ιδιότητες του, όπως η διπλή σύνδεση και επαφή με τους μητρικούς και εμβρυϊκούς ιστούς που γίνεται ανάμεσα σε δύο ξεχωριστά συστήματα κυκλοφορίας, η εξωσωματική θέση του με προτεραιότητα στην εμβρυϊκή κυκλοφορία χωρίς να υπάρχει νεύρωση, η διάρκεια ζωής 280 ημέρες στη διάρκεια των οποίων αυξάνεται και παθαίνει μεταβολές ανάλογα με τις απαιτήσεις του εμβρύου, καθώς επίσης και οι μοναδικές ιδιότητές του, όπως η ανταλλαγή αερίων και ο μεταβολισμός.

Η αποστολή του πλακούντα είναι να οξυγονώνει και να τρέφει το έμβρυο κατά τους 9 μήνες της ενδομήτριας ζωής. Έτσι, συνδέοντάς το με τη μητέρα, ο πλακούντας παίζει το ρόλο πνευμόνων, πεπτικού συστήματος, ήπατος και νεφρών. Για να εκτελεστούν όμως αυτές οι λειτουργίες πρέπει η κυκλοφορία εμβρύου και μητέρας να βρίσκονται σε στενή επαφή.

Κυκλοφορία του Πλακούντα :

Ο πλακούντας έχει μία μεγάλη επιφάνεια όπου μπορούν να ανταλλάγουν συστατικά δια μέσου της πλακουντικής μεμβράνης

που παρεμβάλλεται μεταξύ της εμβρυικής και της μητρικής κυκλοφορίας. Όπως, προαναφέρθηκε, το εμβρυικό αίμα παίρνει θρεπτικά συστατικά και οξυγόνο από το μητρικό αίμα. Άχρηστα προϊόντα που σχηματίζονται μέσα στο έμβρυο φέρνονται στον πλακούντα και μεταφέρονται στο μητρικό αίμα. Μέσα στον πλακούντα το μητρικό και το εμβρυικό αίμα ρέουν το ένα κοντά στο άλλο αλλά δεν ανακατεύονται και πάντα είναι σε αντίθετη κατεύθυνση.

Μητροπλακουντιακή κυκλοφορία:

Το συνολικό αίμα που δέχεται η μήτρα στο τέλος της εγκυμοσύνης είναι 500-700ML ανά λεπτό, όταν η γυναίκα βρίσκεται ξαπλωμένη στη μία πλευρά της και δεν βρίσκεται σε τοκετό.

Η κυκλοφορία αυτή επιτελείται ως εξής: Το αίμα που βρίσκεται στο μεσολάχνιο χώρο είναι προσωρινά έξω από το μητρικό κυκλοφορικό σύστημα, εισέρχεται στο μεσολάχνιο χώρο από 80-100 ελικοειδείς ενδομητρικές αρτηρίες. Το αίμα προχωρεί με ώσεις από τη μητρική πίεση του αίματος και σχηματίζει πίδακες προς το χοριακό πέταλο ή οροφή του πλακούντα. Το αίμα ρέει σιγά-σιγά γύρω και πάνω από τις επιφάνειες των λαχνών επιτρέποντας έτσι μία ανταλλαγή των μεταβολικών προϊόντων και αερίων με το εμβρυικό αίμα. Το μητρικό αίμα φθάνει τελικά στο έδαφος του μεσολαχνίου χώρου απ'όπου εισέρχεται στις ενδομητρικές φλέβες.

Σχετικά με την φλεβική μητροπλακουντιακή κυκλοφορία, έχουν παρατηρηθεί, μερικές φορές διατεταμένα αγγεία που βρί-

σκονται στην περιφέρεια του πλακούντα. Καμία φορά κάποιες απ' αυτές τις φλέβες με το λεπτό τοίχωμα μπορεί να αποσπασθεί κατά τη διάρκεια πρόωρης περιφερικής αποκόλλησης του πλακούντα προκαλώντας αιμορραγία, και πιθανότατα πρόκειται για επιχεύλια αποκόλληση του πλακούντα.

Όσο για την αρτηριακή κυκλοφορία, έχει παρατηρηθεί, καθώς ο πλακούντας ωριμάζει, ο αριθμός των αρτηριακών στελεχών ελαττώνεται τόσο, ώστε η σχέση φλεβών προς αρτηρίες να γίνει 2:1.

Τα τελικά μητρικά αρτηριδία, κοντά στην είσοδό τους στο μεσολάχινο διάστημα, χάνουν το ελαστικό τους δίκτυο, και μία αιμορραγία απ' αυτά ελέγχεται μόνο με συστολή της μήτρας.

Εμβρυοπλακουντιακή κυκλοφορία:

Το σύνολο της ροής του αίματος στον ομφάλιο λώρο είναι περίπου 350-400ML/MIN. Έτσι η μητροπλακουντιακή και εμβρυοπλακουντιακή ροή είναι περίπου παρόμοια. Η λειτουργία της αιματικής κυκλοφορίας αρχίζει με την έναρξη της καρδιακής λειτουργίας του εμβρύου, στο τέλος της 5ης εβδομάδας, και γίνεται ως εξής:

Αποξυγονωμένο αίμα φεύγει από το έμβρυο και περνάει στις ομφαλικές αρτηρίες που το φέρνουν στον πλακούντα. Τα αγγεία σχηματίζουν ένα εκτεταμένο αρτηριοτριχοειδικό-φλεβώδες σύστημα μέσα στη λάχνη, που φέρνει το εμβρυϊκό αίμα πολύ κοντά στο μητρικό αίμα. Το οξυγονωμένο εμβρυϊκό αίμα περνάει στις φλέβες που έχουν λεπτά τοιχώματα και που συμβάλλουν και σχηματίζουν την ομφαλική φλέβα. Αυτό το μεγάλο αγγείο με-

ταφέρει το οξυγονωμένο αίμα στο έμβρυο.

Το έμβρυο χρειάζεται οποιαδήποτε επαρκή και διαρκώς ανανεούμενη ποσότητα O_2 . Κατά τη συστολή της μήτρας όμως-μέτρια ή έντονη-τα τοιχώματα των μητρικών φλεβών, λόγω της παράλληλης διάταξής τους προς το τοίχωμα της μήτρας, συμπιέτουν και αναστέλλεται εντελώς η φλεβική αποχέτευση. Κάθε αξιόλογη μεταβολή της αρτηριακής πίεσης της μητέρας (καταπληξία, μαιευτική αιμορραγία, σύνδρομο κάτω κοίλης φλέβας, επισκληρίδια αναλγησία), επηρεάζει δυσμενώς την αιμάτωση του μεσολαχνίου χώρου, με αποτέλεσμα την εμφάνιση εμβρυϊκής δυσχέρειας. Η παρατεταμένη σύσπαση της μήτρας μπορεί να οδηγήσει στον ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου. Κάθε παρατεινόμενος σπασμός των σπειροειδών αρτηριδίων, έχει σαν αποτέλεσμα τη χρόνια πλημμελή αιμάτωση του πλακούντα και την ανεπαρκή διατροφή και οξυγόνωση του εμβρύου, ώστε να θεωρείται υπεύθυνος, για ένα μεγάλο ποσοστό εμβρυϊκής δυσχέρειας ή απώλειας και για υπολειπόμενο βάρος του εμβρύου και του πλακούντα.

Ανεπάρκεια του πλακούντα:

Είναι σήμερα παραδεκτό ότι κακή λειτουργία και ανωμαλίες στον πλακούντα προκαλούν υποξία του εμβρύου, υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη ή ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου. Όλες αυτές οι επιπλοκές συμβάλλουν ουσιαστικά στην περιγεννητική θνησιμότητα και νοσηρότητα και συνδέονται με αποτυχία του πλακούντα στη λειτουργία της μεταφοράς οξυγόνου και θρεπτικών συστατικών στο έμβρυο. Η δυσλειτουργία αυτή του πλακούντα αναφέρεται με τον όρο ανεπάρκεια του πλακούντα και εξηγεί περιπτώσεις ανεπάρκειας οξυγόνωσης ή ανάπτυξης του εμβρύου

που παραμένουν ακόμη χωρίς σαφή εξήγηση της παθολογικής αιτιολογίας.

Μεγάλες ανωμαλίες στη δομή του πλακούντα που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη λειτουργική ικανότητά του, συνδέονται με διαταραχές που μεταβάλλουν την κυκλοφορία του αίματος ανάμεσα στη μητέρα και το έμβρυο.

Επίσης, φάρμακα ή τοξίνες του περιβάλλοντος έχουν βλαβερές επιπτώσεις στον πλακούντα. Ένα παράδειγμα είναι η επίδραση της νικοτίνης στη λειτουργική ικανότητα του πλακούντα, που συνδέεται στις καπνίστριες με τη γέννηση παιδιών μικρού βάρους και με υψηλό ποσοστό περιγεννητικής θνησιμότητας και νοσηρότητας. Τη βλάβη του πλακούντα στις περιπτώσεις αυτές χαρακτηρίζει η μείωση της μάζας και του αριθμού των κυττάρων της κυτταροτροφολάστης στις λάχνες. Η ανωμαλία αυτή αποδόθηκε στην ισχαιμία του πλακούντα που δημιουργείται στις καπνίστριες και καταλήγει στη μείωση της ροής του αίματος στη μεσολάχνια κυκλοφορία.

Ουσίες που επιδρούν στην εγκυμοσύνη

-Επίδραση των φαρμάκων στο έμβρυο.

Φάρμακα που παίρνονται από την έγκυο, ιδιαίτερα τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης είναι δυνατό να προκαλέσουν βαριές βλάβες στο έμβρυο. Το έμβρυο πεθαίνει μέσα στη μήτρα ή γεννιέται με δυσπλασίες, που όταν είναι πολύ σοβαρές είναι καταδικαστικές για τη ζωή του νεογνού τις πρώτες ώρες ή μέρες μετά τον τοκετό.

Οι έγκυες γυναίκες δεν πρέπει να παίρνουν φάρμακα, ιδιαίτερα τους τρεις πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης, που είναι η περίοδος της οργανογενέσεως. Οι βλάβες που παθαίνει το έμβρυο οφείλονται σε διαταραχή της λειτουργίας των γονιδίων και όχι σε μεταλλάξεις.

Βλάβες όμως, είναι δυνατό να προκληθούν στο έμβρυο και σε προχωρημένα στάδια της εγκυμοσύνης. Αν, π.χ. η μητέρα έχει πάρει σουλφαναμίδες μέχρι και λίγο πριν τον τοκετό, ο κίνδυνος για το έμβρυο αλλά και το νεογέννητο να παρουσιάσει βαρύ κερνίκτερο με σοβαρότατες συνέπειες, είναι πολύ μεγάλος. Περίπου το 50% των νεογέννητων πεθαίνουν. Αν, επιζήσουν θα έχουν οπωσδήποτε σοβαρές εγκεφαλικές βλάβες, με εκδήλωση διανοητικής καθυστέρησης, κωφώσεως, σπασμών κ.α.

-Επίδραση του οινοπνεύματος στο έμβρυο.

Η πολύ περιορισμένη χρήση οινοπνευματωδών ποτών δε φαίνεται να ασκεί οποιαδήποτε δυσμενή επίδραση στο έμβρυο. Η υπερβολική όμως κατανάλωση του σχετίζεται με ψυχοκινητικές διαταραχές των νεογνών, αφού είναι γνωστό, ότι το οινοπνευμα περνά τον πλακουντιακό φραγμό και ασκεί άμεσα τη

δυσμενή του επίδραση στο έμβρυο.

-Επίδραση του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη.

Η επίδραση του παθητικού καπνίσματος του εμβρύου κατά την εγκυμοσύνη, αποτελεί ένα από τα πρώτα θέματα που έχουν απασχολήσει την έρευνα.

2 Ήδη, από το 1957 είχε διαπιστωθεί ότι τα νεογνά γυναικών που καπνίζουν κατά την εγκυμοσύνη, έχουν βάρος μικρότερο από τα νεογνά γυναικών, που δεν καπνίζουν. Πληθώρα εργασιών, στα 30 αυτά χρόνια, έχει επιβεβαιώσει το εύρημα και έχει προσθέσει νέα στοιχεία.

1 Το κάπνισμα σήμερα θεωρείται επικίνδυνο σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ιδιαίτερα μετά τον 4ο μήνα. Ο ακριβής παθογενετικός μηχανισμός, με τον οποίο προκαλούνται οι βλάβες δεν είναι γνωστός και αποτελεί ακόμα αντικείμενο μελέτης.

Σχετικά με τη μείωση (200GR) του βάρους γέννησης, ανεξάρτητα από την προωρότητα, ενοχοποιήθηκε η μειωμένη πρόσληψη θερμίδων λόγω ανορεξίας από τις έγκυες καπνίστριες, αλλά με σειρά εργασιών διαπιστώθηκε ότι η κακή διατροφή της εγκύου δεν είναι η αιτία του χαμηλού βάρους γέννησης. Επικρατέστερη άποψη για τον παθογενετικό μηχανισμό μείωσης του βάρους είναι η ενδομήτρια υποξία του εμβρύου από την ανεπαρκή ροή αίματος στον πλακούντα λόγω της αγγειοσυσπαστικής δράσης της νικοτίνης.

Σε πρόσφατη μελέτη βρέθηκε ότι τα νεογνά μητέρων καπνιστριών σε σύγκριση με νεογνά μη καπνιστριών υπολείπονται στην ανάπτυξη αντιδραστικής υπεραιμίας μετά την πρόκληση ισχαιμίας στο δέρμα. Με το εύρημα αυτό πιθανολογούνται επί υπο-

ξίας παρόμοιες διαταραχές στην μικροκυκλοφορία των άλλων ιστών του εμβρύου.

Εκτός, όμως, από το χαμηλό βάρος γέννησης, από σειρά εργασιών έχει διαπιστωθεί ότι το κάπνισμα της μητέρας ευθύνεται για μείωση του μήκους σώματος και της περιμέτρου κεφαλής, αυτόματες αποβολές, όπως προδρομικό πλακούντα, πρόωρη αποκόλληση πλακούντα και αιμορραγίες.

Το κάπνισμα της μητέρας έχει, επίσης, συνδεθεί με τερατογένεση στο έμβρυο (συγγενείς καρδιοπάθειες, ανεγκεφαλία, διαμαρτίες του κεντρικού νευρικού συστήματος) και με το σύνδρομο του αιφνιδίου θανάτου των βρεφών. Τα δεδομένα, όμως, μέχρι τώρα δεν είναι αποδεικτικά.

Υψηλές συγκεντρώσεις κοτινίνης, αντιπροσωπευτικές του παθητικού καπνίσματος του εμβρύου, έχουν διαπιστωθεί στα ούρα νεογνών από μητέρες καπνίστριες το πρώτο 24ωρο της ζωής, στο αμνιακό υγρό και το αίμα του ομφάλιου λώρου.

Η μη αναστρέψιμη επίδραση του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη οφείλεται σε τρεις κυρίως παράγοντες:

α) Το μονοξειδίο του άνθρακα προκαλεί λειτουργική απενεργοποίηση της μητρικής και εμβρυικής αιμοσφαιρίνης.

β) Η αγγειοσυσπαστική δράση της νικοτίνης οδηγεί σε ελαττωμένη ροή αίματος στον πλακούντα.

Οι γυναίκες που καπνίζουν έχουν μειωμένη όρεξη και μειωμένη πρόσληψη θερμίδων.

Είναι φυσικό, στη βιβλιογραφία να αναφέρονται σποραδικά και ευεργετικές δράσεις του καπνίσματος σε νεογνά καπνιστριών, οι οποίες όμως ούτε στο ελάχιστο αντιρροπούν το μέγεθος των δυσάρεστων συνεπειών του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη.

Σταματήστε
το κάπνισμα
και κερδίστε
διπλά



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι V

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Πάτρα, στην Πανεπιστημιακή και στην Κρατική Μαιευτική Κλινική του 409 Στρατιωτικού Νοσοκομείου. Η συλλογή των πληροφοριών άρχισε στις 11.9.1990 και τελείωσε στις 14.12.1990. Το δείγμα περιέλαβε γυναίκες λεχωίδες που μόλις είχαν γεννήσει, μία με τέσσερις ημέρες δηλαδή μετά τον τοκετό, και ο συνολικός αριθμός αυτών που συμπεριλήφθησαν στην έρευνα ήταν 283. Το δείγμα μας περιέκλειε καπνίστριες και μη καπνίστριες λεχωίδες.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη βοήθεια λεπτομερούς και εκτεταμένου ερωτηματολογίου "κλειστού τύπου" που σχεδιάστηκε αποκλειστικά για αυτό το σκοπό. Τα ερωτηματολόγια μοιράζονταν, μετά από άδεια του επιστημονικού προσωπικού, στις λεχωίδες, οι οποίες τα συμπλήρωναν μέσα στους θαλάμους με τη δική μας βοήθεια. Την ειλικρίνεια των απαντήσεων προσπαθήσαμε να εξασφαλίσουμε:

1) με την ανωνυμία των ερωτηθέντων και 2) με την ανεξάρτητη και ατομική συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους συμμετέχοντες στην έρευνα. Μόνο ένα μικρό ποσοστό των ερωτηθέντων, που κυμαίνεται στο 2-3% αρνήθηκε να απαντήσει κι αυτές ήταν κυρίως γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και πιθανότατα φορτωμένες με τις αντιλήψεις της επαρχίας όπου σε πολλές περιπτώσεις το κάπνισμα θεωρείται για τις γυναίκες ανεπίτρεπτο και ανήθικο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών, το 37,1%, κυμαίνεται μεταξύ 25 και 30 ετών, με δεύτερη την ομάδα των γυναικών ηλικίας 20-25 ετών με ποσοστό 32,9% και τρίτη την ομάδα μεταξύ 30-40 ετών σε ποσοστό 24%. Οι γυναίκες κάτω των 20 ετών αποτελούν μόνο το 4,9% και άνω των 40 ετών μόνο το 0,3% (πίνακας I). Βλέπουμε λοιπόν ότι οι ηλικίες μεταξύ 25 και 30 ετών είναι αυτές κατά τις οποίες οι Ελληνίδες γυναίκες έχουν αποκτήσει τον επιθυμητό αριθμό παιδιών. Το γεγονός αυτό το διαπιστώνουμε άλλωστε και στον πίνακα (I4), όπου βλέπουμε πως το 35,3% των γυναικών έχει αποκτήσει το δεύτερο παιδί και ένα 39,2% έχει αποκτήσει το πρώτο.

Αριθμός δείγματος 283 γυναίκες

Πίνακας I : Κατανομή του δείγματος κατά ηλικίες.

1. Κάτω των 20 ετών	14	4.9%
2. Απο 20-25 -"-	93	32.9%
3. Απο 25-30 -"-	105	37.1%
4. Απο 30-40 -"-	68	24.0%
5. Άνω των 40 ετών	1	0.3%

Πίνακας I4 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών που έχουν.

1. 1 Παιδί	111	39.2%
2. 2 Παιδιά	99	35.3%
3. 3 -"-	52	18.4%
4. 4 -"-	15	5.9%
5. 5 -"-	4	1.4%
6. 7 -"-	1	0.3%
7. 11 -"-	1	0.3%

Η κατανομή του δείγματος στους πίνακες (1) και (14) φαίνεται στα αντίστοιχα σχεδιάγραμματα.

Στους πίνακες (2) και (3) βλέπουμε πως το 56% των γυναικών μεγάλωσε σε χωριό και απ' αυτές τις γυναίκες μόνο το 22% εξακολουθεί να ζει στο χωριό. Οι γυναίκες που μεγάλωσαν στην πόλη αποτελούν το 43,8%, ενώ το ποσοστό αυτό αυξάνεται στα 77,7% αν προστεθούν οι γυναίκες που μεγάλωσαν σε χωριό αλλά ζούν στην πόλη τα τελευταία πέντε τουλάχιστον χρόνια της ζωής τους. Παρατηρούμε, δηλαδή, εδώ κάποια μετακίνηση του γυναικείου πληθυσμού από τα χωριά στην πόλη μετά το γάμο κυρίως.

Πίνακας 2 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το που έζησαν τα παιδικά τους χρόνια.		
1. Εζησαν σε χωριό	159	56.2%
2. Εζησαν σε πόλη	124	43.8%

Πίνακας 3 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το που ζούν τα τελευταία 5 χρόνια.		
1. Ζούν σε χωριό	63	22.3%
2. Ζούν σε πόλη	220	77.7%

Η κατανομή του δείγματος στους πίνακες (2) και (3) φαίνεται και στα σχεδιαγράμματα (2) και (3).

Σύμφωνα με τον πίνακα (4) οι περισσότερες γυναίκες έχουν γνώσεις δημοτικού, σε ένα ποσοστό που ανέρχεται το 35,3%, ένα 18% έχει τελειώσει και το γυμνάσιο, ενώ το λύκειο έχει τελειώσει το 27,2%. Σπάνια συναντάμε γυναίκες αγράμματες (ποσοστό 1,4%), ενώ το ποσοστό των γυναικών που έχουν τελειώσει κάποια ανώτερη ή ανώτατη σχολή, ανέρχεται στα 8,8% και 9,2% αντίστοιχα. Παρατηρούμε επίσης, όπως φαίνεται στους πίνακες (5) και (6) ότι οι περισσότερες γυναίκες προέρχονται από γονείς με μορφωτικό επίπεδο κατά 70% περίπου δημοτικού και κατά 12-26% αγραμμάτων, ενώ πολύλίγες είναι αυτές που προέρχονται από μορφωμένους γονείς

Πίνακας 4 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές τους γνώσεις.

1. Αγράμματες	4	1.4%
2. Δημοτικό	100	35.3%
3. Γυμνάσιο	51	18.0%
4. Λύκειο	77	27.2%
5. Ανώτερη σχολή	25	8.8%
6. Ανώτατη σχολή	26	9.2%

Πίνακας 5 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις του πατέρα.

1. Αγράμματος	34	12.0%
2. Δημοτικό	197	69.6%
3. Γυμνάσιο	32	11.3%
4. Λύκειο	10	3.5%
5. Ανώτερη σχολή	4	1.4%
6. Ανώτατη σχολή	6	2.1%

Πίνακας 6 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις της μητέρας.		
1. Αγράμματη	75	26.5%
2. Δημοτικό	176	62.2%
3. Γυμνάσιο	19	6.7%
4. Λύκειο	11	3.9%
5. Ανώτερη σχολή	0	0
6. Ανώτατη σχολή	2	0.7%

Η κατανομή του δείγματος στους πίνακες αυτούς φαίνεται και στα σχεδιαγράμματα (4) (5) (6).

Στον πίνακα (7) βλέπουμε πως μόνο το 28,6% καπνίζει και το 71,4% των γυναικών ανήκει στις μη καπνίστριες. Αυτό είναι αντίθετο με το δεδομένο πως οι γυναίκες καπνίστριες αποτελούν το 45-55% του γυναικείου πληθυσμού στην Ελλάδα. Η διαφορά αυτή στο ποσοστό πιστεύουμε πως οφείλεται είτε στο ότι πολλές από τις γυναίκες δεν κατάλαβαν την ερώτηση, είτε στο ότι απάντησαν ανειλικρινώς.

Πίνακας 7 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν καπνίζουν η όχι		
1. Καπνίζουν	81	28.6%
2. Δεν καπνίζουν	202	71.4%

Η κατανομή του δείγματος στον πίνακα (7) φαίνεται και στο αντίστοιχο σχεδιάγραμμα.

Ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζουν καθημερινά φαίνεται στο πίνακα (8), όπου το 51,8% των γυναικών καπνίζει κάτω από 10 τσιγάρα, το 25,9% από 10-20 τσιγάρα, το 14,8% από 20-30

τσιγάρα ημερησίως, ενώ πάνω από 30 τσιγάρα καπνίζει ένα μικρό ποσοστό της τάξεως των 7,4%. Παρατηρούμε, λοιπόν πως το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών, που ανέρχεται περίπου στα 70% δεν καπνίζει υπερβολικό αριθμό τσιγάρων την ημέρα, δεν ξεπερνάει δηλαδή το ένα πακέτο.

Πίνακας θ : Κατανομή του δείγματος των καπνιστριών ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν την ημέρα.

1. Κάτω απο 10 τσιγάρα	42	51.8%
2. Απο 10 - 20 -"-	21	25.9%
3. Απο 20 - 30 -"-	12	14.8%
4. Ανω των 30 -"-	6	7.4%

Η κατανομή του δείγματος στον πίνακα αυτό φαίνεται και στο σχεδιάγραμμα (8).

Οι γυναίκες καπνίστριες σύμφωνα με τις απαντήσεις τους που φαίνονται στον πίνακα (9), άρχισαν να καπνίζουν ως επί το πλείστον σε ηλικία 15-20 ετών, ποσοστό που φτάνει το 59,2%. Λιγότερες είναι οι γυναίκες που άρχισαν το κάπνισμα μετά τα 20 χρόνια τους (ποσοστό 23,4%), ενώ ακόμα λιγότερες είναι αυτές που άρχισαν κάτω των 15 (ποσοστό 17,3%). Επίσης, όπως βλέπουμε στον πίνακα (10), οι περισσότερες είναι χρόνιες καπνίστριες, σε ποσοστό 81,5%, ενώ καμία απ' αυτές δεν έχει αρχίσει το κάπνισμα τους τελευταίους 6 μήνες. Το ευτύχημα είναι ότι το 95,1% καπνίζει τσιγάρα με φίλτρο και μόνο ένα 4,9% τσιγάρα χωρίς φίλτρο (πίνακας 11). Σύμφωνα με τον πίνακα (12) ο κυριότερος λόγος που ωθεί τις γυναίκες στο κάπνισμα είναι η συνήθεια (ποσοστό 64,2%), ενώ το 17,3% δηλώνει πως αρέσκεται

στο κάπνισμα και το 14,8% προφασίζεται ότι με το κάπνισμα ηρεμεί. Και όπως δηλώνουν οι ίδιες προτιμούν να καπνίζουν κυρίως μετά το φαγητό, με τον καφέ και σε συντροφιάς (πίνακας Ι3).

Πίνακας 9 : Κατανομή του δείγματος των καπνιστριών ανάλογα με την ηλικία που ξεκίνησαν το κάπνισμα.

1. Κάτω των 15 ετών	14	17.3%
2. 15 - 20 "-	48	59.2%
3. Ανω των 20 "-	19	23.4%

Πίνακας 10 : Κατανομή του δείγματος των καπνιστριών ανάλογα με το χρονικό διάστημα που καπνίζουν.

1. 1 - 6 μήνες	0	
2. 6 - 12 μήνες	1	2.2%
3. 1 - 5 έτη	14	17.3%
4. Ανω των 5 ετών	66	81.5%

Πίνακας 11 : Κατανομή του δείγματος των καπνιστριών ανάλογα με τον τύπο των τσιγάρων που καπνίζουν.

1. Χωρίς φίλτρο	4	4.9%
2. Με φίλτρο	77	95.1%

Πίνακας 12 : Κατανομή του δείγματος των καπνιστριών ανάλογα με τον κυριώτερο λόγο που τους ωθεί στο κάπνισμα.

1. Απο συνήθεια	52	64.2%
2. Για να απασχολούν τα χέρια τους	1	1.2%
3. Για να αισθάνονται μεγαλύτερη όρεξη για δουλειά	0	0
4. Για να μην πάρουν βάρος	2	2.5%
5. Όταν θέλουν να ηρεμήσουν	12	14.8%
6. Επειδή τους κάνει κέφι	14	17.3%

Πίνακας 13 : Κατανομή του δείγματος των καπνιστριών ανάλογα με το πότε κυρίως καπνίζουν		
1. Μετά το φαγητό	51	63.7%
2. Με τον καφέ	22	27.2%
3. Όταν βλέπουν τηλεόραση	0	0
4. Σε συντροφιάς	7	8.6%
5. Στο τηλέφωνο	0	0
6. Όταν βαριούνται	1	1.2%

Η κατανομή του δείγματος στους πίνακες αυτούς φαίνονται και στα σχεδιαγράμματα (9), (10), (11), (12), (13).

Ο πίνακας (15) μας δίνει την κατανομή των γυναικών ανάλογα με τις αποβολές που έχουν κάνει. Το ποσοστό των καπνιστριών χωρίς αποβολές ανέρχεται στο 74%, ενώ των μη καπνιστριών στο 78,7%. Το 22,2% των καπνιστριών έχει κάνει μία αποβολή, ενώ το 3,7 δύο αποβολές. Από την άλλη το 16,8% των μη καπνιστριών έχει στο ενεργητικό της μία αποβολή, το 3,5 δύο αποβολές, ενώ ένα 1% τρεις και τέσσερις αποβολές.

	Καπνίζουν		Δεν καπνίζουν	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
1. Χωρίς αποβολές	60	74.0%	159	78.7%
2. Με 1 αποβολή	18	22.2%	34	16.8%
3. Με 2 αποβολές	3	3.7%	7	3.5%
4. Με 3 -"-	0	0.0%	1	0.5%
5. Με 4 -"-	0	0.0%	1	0.5%

Η κατανομή του δείγματος σ' αυτόν τον πίνακα φαίνεται

καί στο σχεδιάγραμμα (I5).

Οι περισσότερες καπνίστριες, δηλαδή το 67,9%, άρχισαν το κάπνισμα πριν την πρώτη εγκυμοσύνη, ενώ αυτές που άρχισαν μετά την πρώτη αποτελούν το 27,2% του συνόλου. Ένα πολύ μικρό ποσοστό γυναικών μόνο άρχισε να καπνίζει πολύ αργότερα, δηλαδή μετά την τρίτη ή και τέταρτη εγκυμοσύνη (πίνακας I6).

Πίνακας I6 : Κατανομή του δείγματος των καπνιστριών ανάλογα με την εγκυμοσύνη που άρχισαν το κάπνισμα.

1. Πριν την 1η εγκυμοσύνη	55	67.9%
2. Μετά την 1η -"-	22	27.2%
3. Μετά την 2η -"-	3	3.7%
4. Μετά την 3η -"-	1	1.2%

Η κατανομή του δείγματος στον πίνακα (I6) φαίνεται καί στο σχεδιάγραμμα (I6).

Στον πίνακα (I7), οι γυναίκες που καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν μεγαλύτερο ποσοστό προβλημάτων από εκείνες που δεν καπνίζουν. Το 11,1% των καπνιστριών έχει δυσκολία αναπνοής, αντίθετα με τις μη καπνίστριες που το ποσοστό φτάνει στα 3,5%. Επιδείνωση της πρωινής τάσης για έμετο αφορά τις καπνίστριες κατά 6,2%, ενώ τις μη καπνίστριες κατά 3%. Επίσης οι καπνίστριες, σε ένα ποσοστό 3,7% παρουσιάζουν αυξημένο αίσθημα κοπώσεως κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ το πρόβλημα αυτό απασχολεί σε μικρότερο βαθμό τις μη καπνίστριες (ποσοστό 1,5%). Γυναίκες καπνίστριες δηλώνουν παρουσία επίμονου βήχα σε ποσοστό που ανέρχεται το 4,9% σε αντίθεση με τις μη καπνίστριες που το ποσοστό είναι 1,5%.

Γενικά παρατηρούμε πως το τσιγάρο επηρεάζει σημαντικά την υγεία της εγκυμοσύνης.

Πίνακας 17 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν παρατήρησαν διαταραχές στην υγεία τους κατά την εγκυμοσύνη.				
	Καπνίζουν		Δεν καπνίζουν	
1. Καμία διαταραχή	56	69.1%	175	86.6%
2. Επίμονο βήχα	4	4.9%	3	1.5%
3. Δύσκολη αναπνοή	9	11.1%	7	3.5%
4. Επιδείνωση πρωινής τάσης εμετού	5	6.2%	6	3.0%
5. Αυξημένο αίσθημα κοπώσεως	3	3.7%	3	1.5%
6. Δυσκολία αναπνοής στον τοκετό	2	2.5%	2	1.0%
7. Αυξηση ή πτώση στην αρτηριακή πίεση	2	2.5%	5	2.5%
8. Ελάττωση σωματικού βάρους	1	1.2%	0	0.0%

Η κατανομή του δείγματος στον πίνακα (17) φαίνεται και στο σχεδιάγραμμα (17).

Αντίθετα, όσον αφορά γενικότερα προβλήματα υγείας, οι καπνίστριες φαίνεται να έχουν λιγότερα προβλήματα από τις μη καπνίστριες. Συγκεκριμένα, οι καπνίστριες με άλλα προβλήματα υγείας αποτελούν το 8,6%, ενώ οι μη καπνίστριες το 9,4% (πίνακας 18).

Πίνακας 18 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν άλλα προβλήματα υγείας				
	Καπνίζουν		Δεν καπνίζουν	
1. Έχουν προβλήματα	7	8.6%	19	9.4%
2. Δεν έχουν προβλήματα	74	91.4%	183	90.6%

Η κατανομή του δείγματος στον πίνακα (18) φαίνεται και στο αντίστοιχο σχεδιάγραμμα.

Όσον αφορά τον τοκετό, οι καπνίστριες είχαν φυσιολογικό τοκετό σε ποσοστό 66,3%, ενώ γέννησαν με καισαρική τομή σε ποσοστό 34,6%. Από την άλλη οι μη καπνίστριες που είχαν φυσιολογικό τοκετό, αποτελούν το 77,3%, ενώ αυτές που γέννησαν με καισαρική τομή το 22,7% (πίνακας 19).

Πίνακας 19 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τοκετό				
	Καπνίζουν		Δεν καπνίζουν	
1. Με φυσιολογικό τοκετό	53	66.3%	156	77.3%
2. Με καισαρική τομή	28	34.6%	46	22.7%

Η κατανομή του δείγματος στον πίνακα (19) φαίνεται και στο αντίστοιχο σχεδιάγραμμα.

Όπως παρατηρούμε στον πίνακα (20), βλέπουμε ένα ποσοστό πρόωρων γεννήσεων που για τις καπνίστριες είναι 13,6%, ενώ για τις μη καπνίστριες είναι λιγότερο 6,9%. Επίσης οι καπνίστριες έχουν γεννήσει λιποβαρή νεογνά σε ποσοστό 4,9%, ενώ οι μη καπνίστριες σε ποσοστό 2%. Αναπνευστικές λοιμώξεις παρουσιάστηκαν σε παιδιά καπνιστριών σε ποσοστό 4,9%, ενώ οι μη καπνίστριες του δείγματος μας δεν γέννησαν παιδιά που να παρουσιάζουν τέτοια προβλήματα.

Πίνακας 20 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πως γεννήθηκε το παιδί				
	Καπνίζουν		Δεν καπνίζουν	
1. Κανονικό	62	76.5%	184	91.0%
2. Πρόωρο	11	13.6%	14	6.9%
3. Λιποβαρές	4	4.9%	4	2.0%
4. Με προβλήματα αναπνοής	0	0.0%	0	0.0%
5. Με συγγενείς ανωμαλίες	0	0.0%	0	0.0%
6. Με αναπνευστικές λοιμώξεις	4	4.9%	0	0.0%

Η κατανομή του δείγματος στον πίνακα (20) φαίνεται και στο σχεδιάγραμμα (20).

Όσον αφορά τις συνήθειες διατροφής κατά την εγκυμοσύνη βλέπουμε (πίνακας 21) πως το 22,3% των καπνιστριών είχαν κακή διατροφή, ενώ από τις μη καπνίστριες μόνο το 11,9% δεν ακολούθησε τη κατάλληλη για την κατάσταση της εγκυμοσύνης διατροφή.

Αντίθετα, σχετικά με το αν έκαναν χρήση αλκοόλ ή όχι, τα αποτελέσματα μας λένε πως, απ' τις καπνίστριες μόνο το 2,5% έπινε ενώ από τις μη καπνίστριες το 8,4% (πίνακας 22). Επίσης οι καπνίστριες δεν συνδίαζαν κάπνισμα και ξενύχτι κατά την εγκυμοσύνη τους παρά μόνο κατάένα πολύ μικρό ποσοστό που υπολογίζεται γύρω στο 0,7% (πίνακας 23). Επί πλέον στον πίνακα(24) βλέπουμε ότι χρήση καφέ έκανε το 75,3% των καπνιστριών και το 52,9% των μη καπνιστριών, αποτέλεσμα δηλαδή που όσον αφορά τις καπνίστριες είναι αναμενόμενο μιά που ο καφές τις περισσότερες φορές είναι επακόλουθο του καπνίσματος, όπως και το κάπνισμα επακόλουθο του καφέ.

Πίνακας 21 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν είχαν κακή διατροφή κατά την εγκυμοσύνη.				
	Καπνίζουν		Δεν καπνίζουν	
1. Είχαν κακή διατροφή	18	22.3%	24	11.9%
2. Δεν είχαν κακή διατροφή	63	77.7%	178	88.1%

Πίνακας 22 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έκαναν χρήση αλκοόλ κατά την εγκυμοσύνη.				
	Καπνίζουν		Δεν καπνίζουν	
1. Έκαναν χρήση αλκοόλ	2	2.5%	17	8.4%
2. Δεν έκαναν χρήση	79	97.5%	185	91.6%

Πίνακας 23 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν συνδίαζαν κάπνισμα και ξενύχτι κατά την εγκυμοσύνη τους				
1. Συνδίαζαν	2	0.7%		
2. Δεν συνδίαζαν	281	99.3%		

Πίνακας 24 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έπιναν καφέ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.				
	Καπνίζουν		Δεν καπνίζουν	
1. Έπιναν καφέ	61	75.3%	107	52.9%
2. Δεν έπιναν καφέ	20	24.7%	95	47.1%

Η κατανομή του δείγματος στους πίνακες αυτούς φαίνεται

καί στα σχεδιαγράμματα (21),(22),(23),(24).

Αν καί το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών του δείγματος μας δεν καπνίζει,εντούτοις ζεί μέσα σε περιβάλλον όπου υπάρχουν άλλοι καπνιστές: σύζυγος,πατέρας,αδέλφια. Στον πίνακα (25) βλέπουμε πως στο μεγαλύτερο ποσοστό των οικογενειών καπνίζει κατά κύριο λόγο ο σύζυγος (64,7%). Αυτό σημαίνει ότι οι μη καπνίστριες εγκυμονούσες αθελά τους γίνονται παθητικές καπνίστριες με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η γενικότερη υγεία τους καί η εγκυμοσύνη.

1. Πατέρας	15	5.3%
2. Μητέρα	0	0
3. Αδέλφια	4	1.4%
4. Σύζυγος	183	64.7%
5. Κανείς άλλος	81	28.6%

Η κατανομή του δείγματος στον πίνακα 24 φαίνεται καί στο αντίστοιχο σχεδιάγραμμα.

Σύμφωνα με τονπίνακα(26) το 56,8% των καπνιστριών προσπάθησαν να κόψει το κάπνισμα,ενώ το 43,2% δεν έκανε καμία προσπάθεια .Ο κυριότερος λόγος που είχαν για τη διακοπή του καπνίσματος ήταν η νέα-εγκυμοσύνη ,σε ποσοστό 84,8%, με δεύτερο πτα παιδιά που προυπήρχαν,σε ποσοστό 4,3%(πίνακας (27)).

Πίνακας 26 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έκαναν προσπάθεια να κόψουν το τσιγάρο		
1. Έκαν προσπάθεια	46	56.8%
2. Δεν έκαναν προσπάθεια	35	43.2%

Πίνακας 27 : Κατανομή του δείγματος των καπνιστριών ανάλογα με τον λόγο που είχαν για την διακοπή του καπνίσματος.		
1. Νεας εγκυμοσύνης	39	84.8%
2. Των παιδιών που προυπήρχαν	2	4.3%
3. Χωρίς απάντηση	5	10.8%

Η κατανομή του δείγματος στους πίνακες (26), (27) φαίνεται και στα σχεδιαγράμματα.

Όταν οι καπνίστριες ρωτήθηκαν αν πιστεύουν πως θα έχουν προβλήματα με τη διακοπή του καπνίσματος, το 30,9% απάντησε πως θα έχει νευρικότητα, το 4,9% αυπνίες, το 2,5% πονοκεφάλους, το 1,2% σωματικές διαταραχές και ψυχολογικά προβλήματα, ενώ ένα 60,5% δήλωσε πως δεν πιστεύει πως θα υπάρξει πρόβλημα σε περίπτωση διακοπής (πίνακας 28). Οι απαντήσεις που δόθηκαν από τις καπνίστριες βασίζονται κατά κύριο λόγο σε προσωπική τους εμπειρία κατά την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος και λιγότερο σε γνώσεις ή φήμες.

Πίνακας 28 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα προβλήματα που πιστεύουν ότι θα έχουν αν σταματήσουν το κάπνισμα

1. Νευρικήτητα	25	30.9%
2. Πτώση πίεσης	0	0
3. Αυπνίες	4	4.9%
4. Πονοκεφάλους	2	2.5%
5. Σωματικές διαταραχές	1	1.2%
6. Ψυχολογικά προβλήματα	1	1.2%
7. Δεν ξέρουν	1	1.2%
8. Χωρίς πρόβλημα	49	60.5%

Η κατανομή του δείγματος στον πίνακα (28) φαίνεται και στο αντίστοιχο σχεδιάγραμμα.

Όταν θέσαμε στις γυναίκες ερώτηση γνώσεως σχετικά με την επίδραση του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη το 37,8% απάντησε πως το κάπνισμα προκαλεί πρόωρο τοκετό, το 27,9% ελάττωση του σωματικού βάρους του εμβρύου, 8,1% δυσκολία αναπνοής στον τοκετό και ένα 3,5% και 1,8% επιδείνωση της πρωινής τάσης για έμετο και αυξημένο αίσθημα κοπώσεως αντίστοιχα. Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα (στον πίνακα 29) βλέπουμε πως οι απαντήσεις που δόθηκαν είχαν βάση επιστημονική. Μόνο το 19% δεν μας απάντησε τίποτα λόγω άγνοιας. Εξ' άλλου, όπως βλέπουμε και στον πίνακα (30) οι περισσότερες γυναίκες δεν έχουν ενημερωθεί ποτέ από γιατρό και γενικά από ειδικό προσωπικό σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη. Μόνο ένα 37% των καπνιστριών και ένα 20,8% των μη καπνιστριών έλαβε κάποιας μορφής διαφώτιση.

Πίνακας 29 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το τι πιστεύουν ότι προκαλεί το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη.

1. Επιδείνωση της πρωινής τάσης για έμετο	7	3.5%
2. Αυξημένο αίσθημα κοπώσεως	5	1.8%
3. Δυσκολία της αναπνοής στον τοκετό	23	8.1%
4. Πρόωρο τοκετό	107	37.8%
5. Ελάττωση σωματικού βάρους	79	27.9%
6. Διάφορα άλλα	8	2.8%
7. Χωρίς ενημέρωση	54	19.0%

Πίνακας 30 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν τους έγινε διαφώτιση από ειδικό προσωπικό για το κάπνισμα.

	Καπνίζουν		Δεν καπνίζουν	
1. Τους έγινε διαφώτιση	30	37.0%	42	20.8%
2. Δεν τους έγινε διαφώτιση	51	63.0%	160	79.2%

Η κατανομή του δείγματος στους πίνακες (29), (30) φαίνεται και στα αντίστοιχα σχεδιαγράμματα.

Στην ερώτηση αν γνωρίζουν πως μπορούν να διακόψουν τη συνήθεια του καπνίσματος, βλέπουμε ότι το 43,2% δηλώνει πλήρη άγνοια, ενώ το 35,6% ισχυρίζεται πως το κάπνισμα κόβεται δια μίας, πράγμα που σημαίνει πως δεν ξέρει τις ναρκωτικές επιδράσεις της νικοτίνης και τα προβλήματα εξάρτησης που δημιουργεί. Μόνο το 12,3% απαντάει πως το κάπνισμα κόβεται με προοδευτική μείωση και το 9,9% λέει με τσίχλες νικοτίνης (πίνακας 31).

Πίνακας 31 : Κατανομή του δείγματος των καπνιστριών ανάλογα με τους τρόπους που υπάρχουν για την διακοπή του καπνίσματος.		
1. Χωρίς ενημέρωση	35	43.2%
2. Δια μιας	28	35.6%
3. Με προοδευτική μείωση	10	12.3%
4. Με τσίγκλες νικοτίνης	8	9.9%
5. Με βελονισμό	0	0

Η κατανομή του δείγματος στον πίνακα (31) φαίνεται και στο αντίστοιχο σχεδιάγραμμα.

Στον πίνακα (32) το 55,6% των καπνιστριών δηλώνει πως πιέστηκε να σταματήσει το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ το 44,4% δεν δέχθηκε καμία εξωτερική πίεση.

Στον πίνακα (34), τέλος, ενώ όλες σχεδόν, δηλαδή το 99,3% πιστεύουν πως δεν είναι σωστο για μία μητέρα να καπνίζει, εντούτοις το 51,9% των καπνιστριών δεν θέλει να σταματήσει το κάπνισμα και μόνο το 48,1% λένε ότι θέλουν να προσπαθήσουν πράγμα που όπως δηλώνουν και οι ίδιες είναι δύσκολο. (πίν.33).

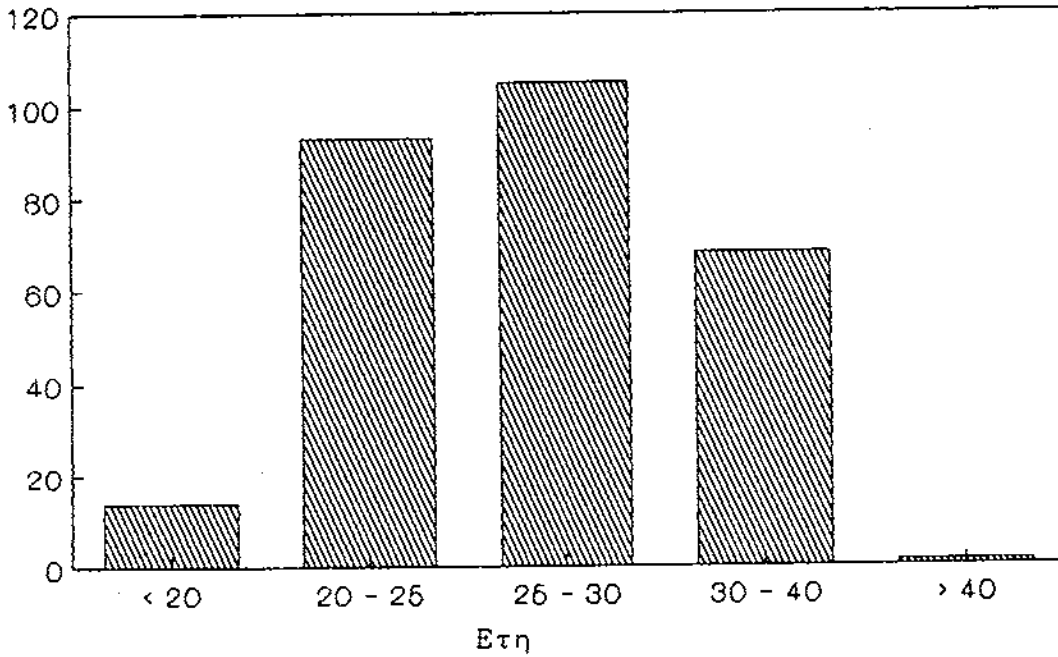
Πίνακας 32 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν πιέστηκαν κατά την εγκυμοσύνη τους να κόψουν το κάπνισμα.		
1. Πιέστηκαν	45	55.6%
2. Δεν πιέστηκαν	36	44.4%

Πίνακας 35 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν σκοπεύουν να κόψουν το τσιγάρο στο μέλλον		
1. Θέλουν να σταματήσουν	39	48.1%
2. Δεν θέλουν να σταματήσουν	42	51.9%

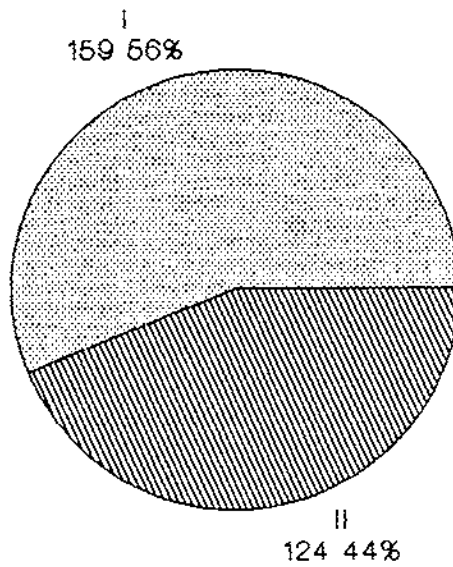
Πίνακας 34 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν πιστεύουν πως είναι σωστό να καπνίζει μια μητέρα

1. Δεν είναι σωστό	281	99.3%
2. Είναι σωστό	2	0.7%

Η κατανομή του δείγματος στους πίνακες (32), (34) και (33) φαίνεται και στα αντίστοιχα σχεδιαγράμματα.



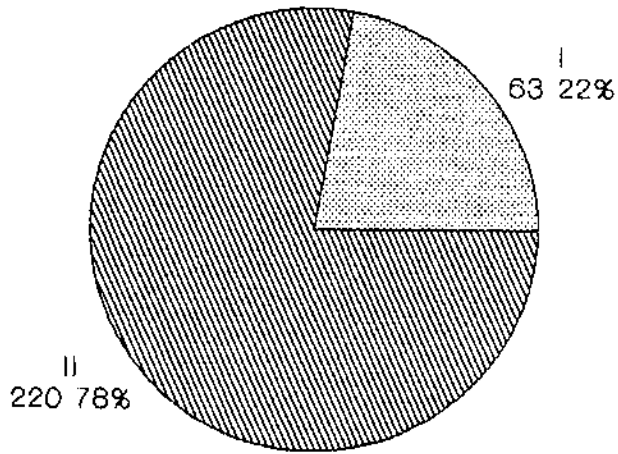
Σχήμα 1 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία.



Σχήμα 2 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το που έζησαν τα παιδικά τους χρόνια.

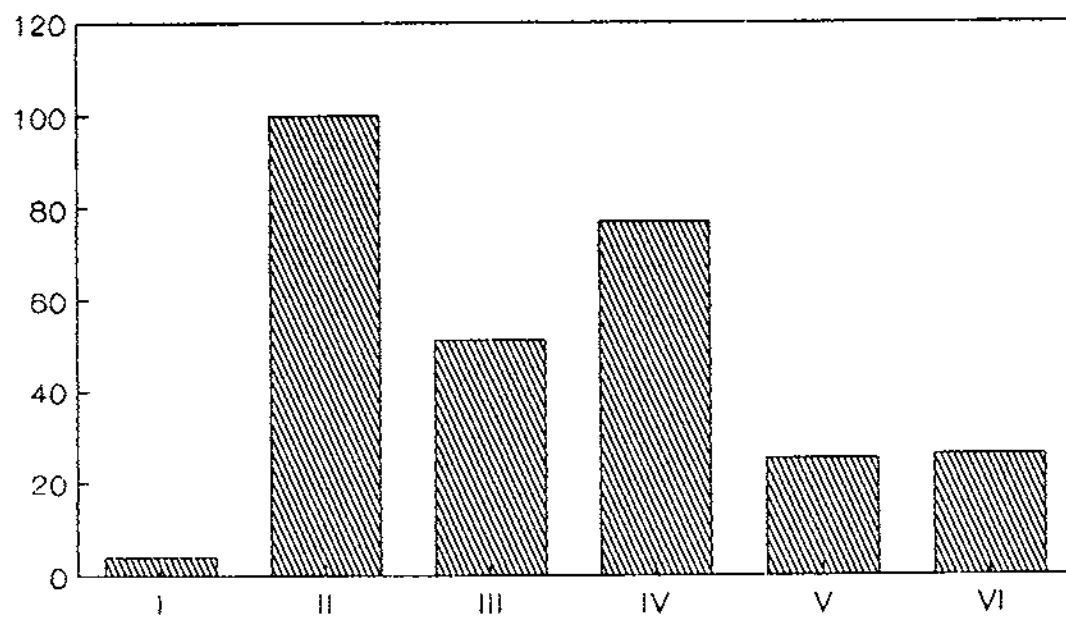
I - Χωριο

II - Πολη



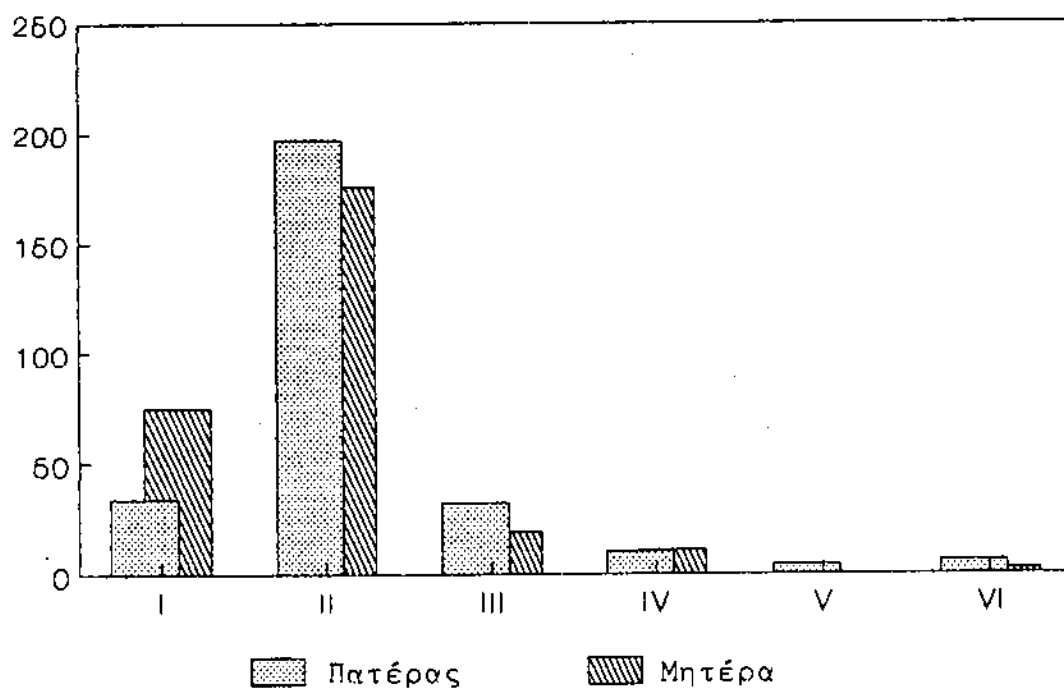
Σχήμα 3 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μένουν τα τελευταία πέντε χρόνια.

I Χωριο
II Πολη



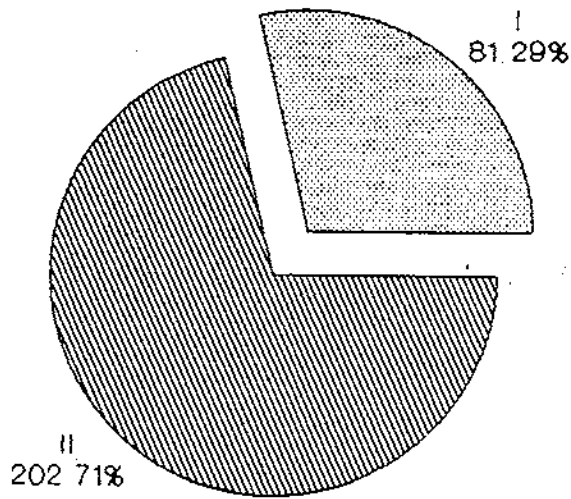
Σχήμα 4 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές τους γνώσεις.

- I - Αγράμματα
- II - Δημοτικό
- III - Γυμνάσιο
- IV - Λυκείο
- V - Ανώτερη σχολή
- VI - Ανώτατη σχολή



Σχήμα 516: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις των γονέων.

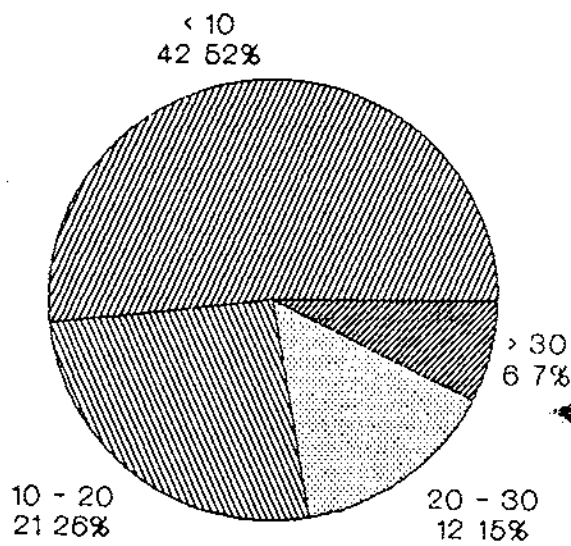
- I - Αγραμματος
- II - Δημοτικό
- III - Γυμνάσιο
- IV - Λύκειο
- V - Ανώτερη σχολή
- VI - Ανώτατη σχολή



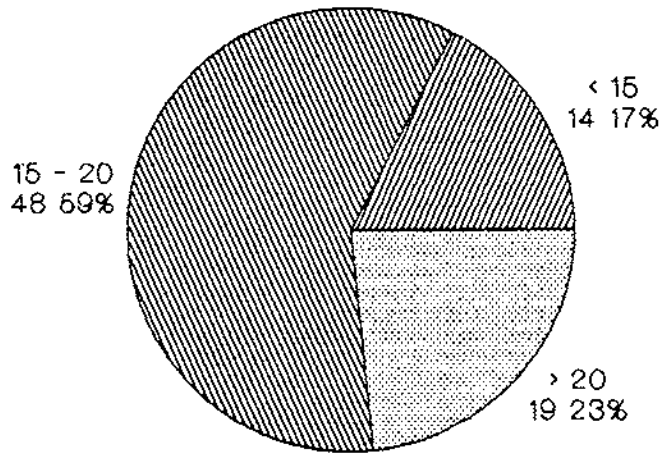
Σχήμα 7 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν καπνίζουν η όχι.

I - Καπνίζουν

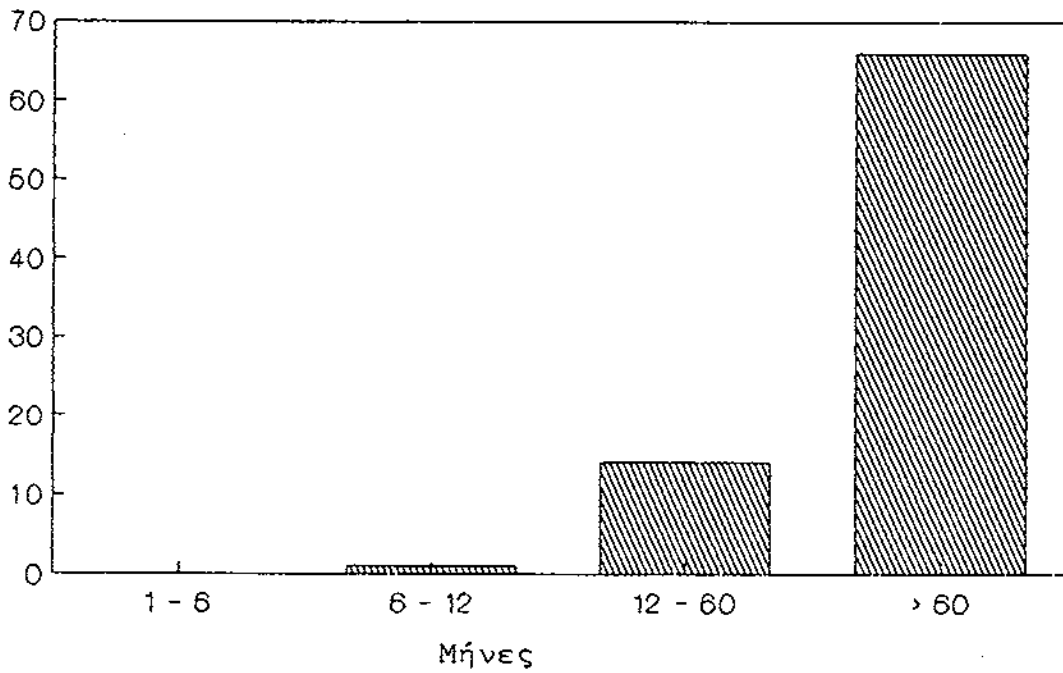
II - Δεν καπνίζουν



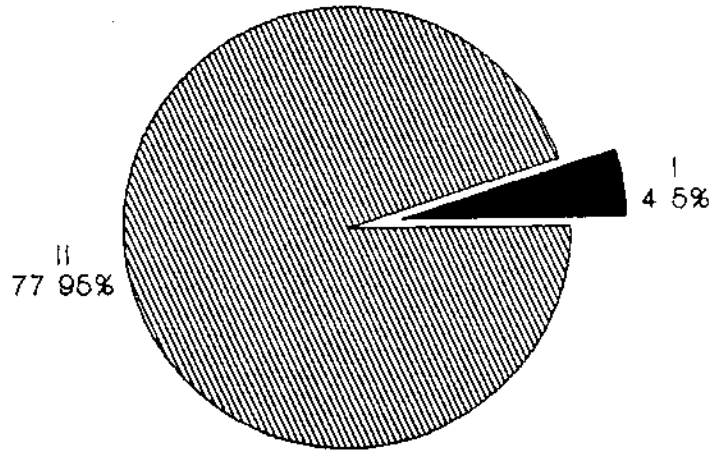
Σχήμα 8 : Κατανομή του δείγματος των καπνιστριών ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν την ημέρα.



Σχήμα 9 : Κατανομή του δείγματος των καπνιστριών ανάλογα με την ηλικία που άρχισαν το κάπνισμα.



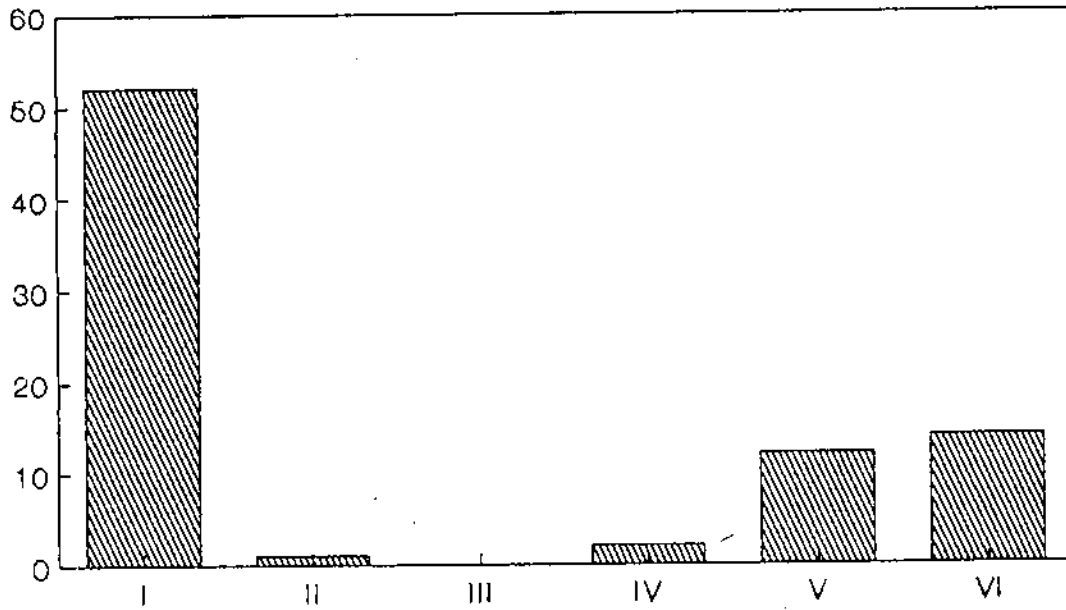
Σχήμα 10 : Κατανομή του δείγματος των καπνιστριών ανάλογα με το χρονικό διάστημα που καπνίζουν (σε μήνες).



Σχήμα II : Κατανομή του δείγματος των καπνιστριών ανάλογα με τον τύπο των τσιγάρων που καπνίζουν.

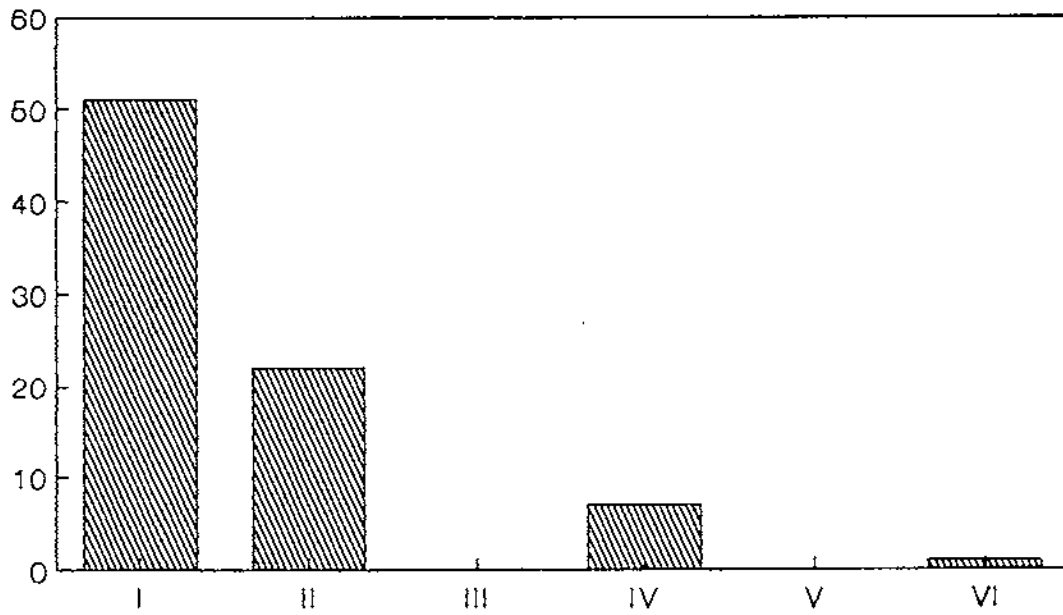
I - Χωρίς φίλτρο

II - Με φίλτρο



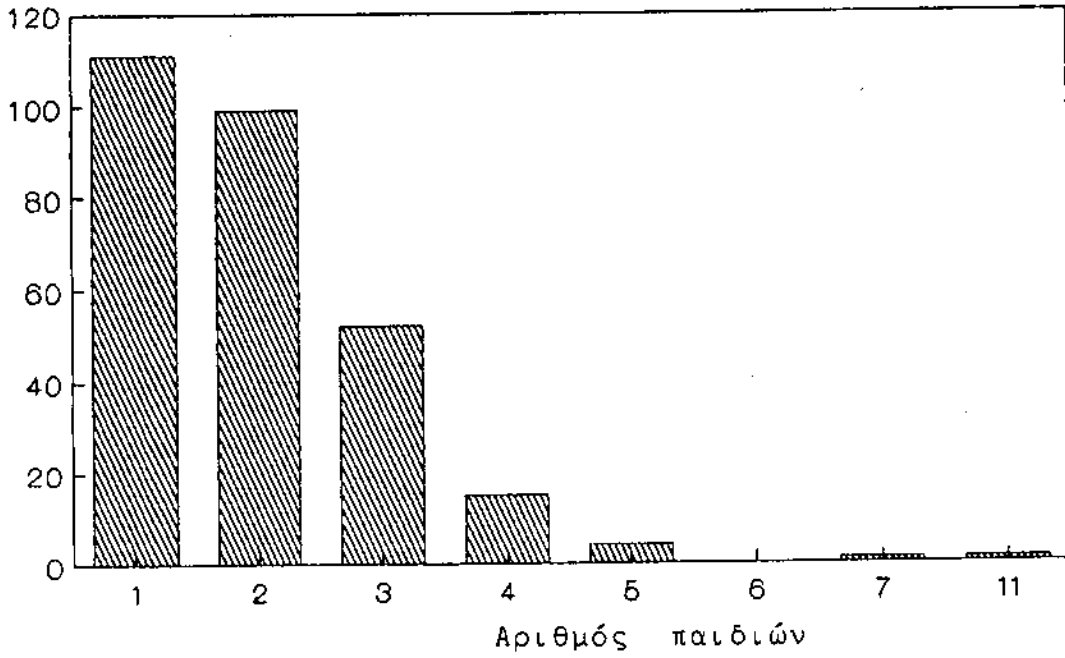
Σχήμα α: Κατανομή του δείγματος των καπνιστριών ανάλογα με τον λόγο για τον οποίο καπνίζουν.

- I - Απο συνήθεια
- II - Για να απασχολούν τα χέρια τους
- III - Για να αισθάνονται μεγαλύτερη όρεξη για δουλειά
- IV - Για να μην πάρουν βάρος
- V - Όταν θέλουν να ηρεμήσουν
- VI - Επειδή τους κάνει κέφι

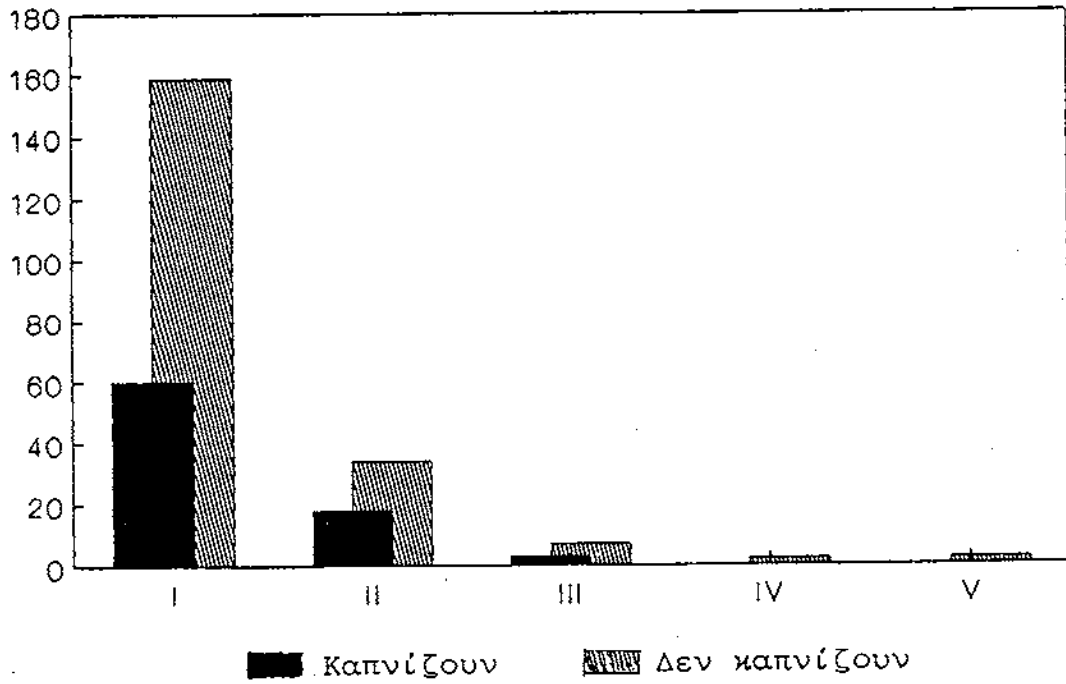


Σχήμα Β : Κατανομή του δείγματος των καπνιστριών ανάλογα με το πότε καπνίζουν.

- I - Μετά το φαγητό
- II - Με τον καφέ
- III - Όταν βλέπουν τηλεόραση
- IV - Σε συντροφιές
- V - Στο τηλέφωνο
- VI - Όταν βαριούνται

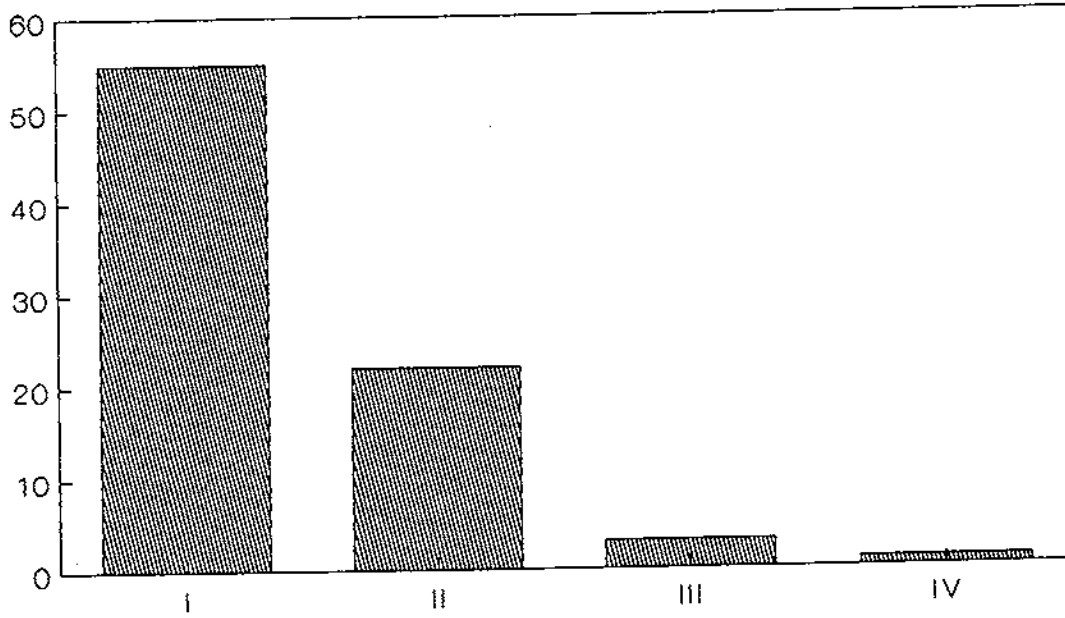


Σχήμα 14 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών που έχουν.



Σχήμα 15 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις αποβολές που έχουν κάνει για τις καπνίστριες και μή.

- I - Χωρίς αποβολές
- II - Με 1 αποβολή
- III - Με 2 αποβολές
- IV - Με 3 -"-
- V - Με 4 -"-



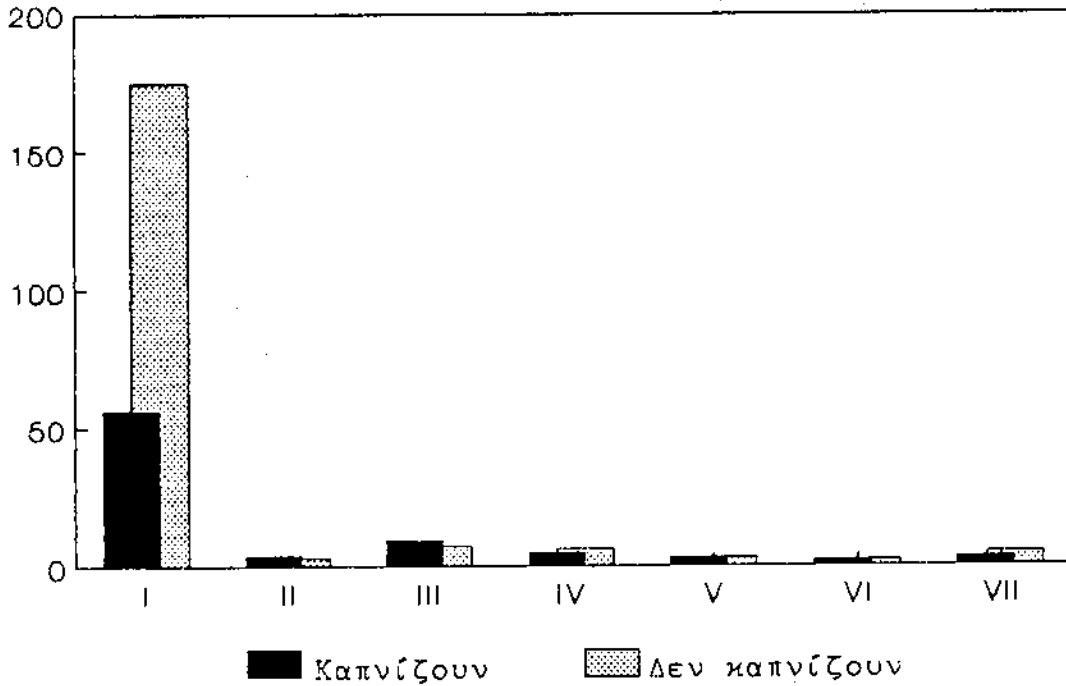
Σχήμα 16 : Κατανομή του δείγματος των καπνιστριών ανάλογα με την εγκυμοσύνη που άρχισαν το κάπνισμα.

I - Πρίν την 1η

II - Μετά την 1η

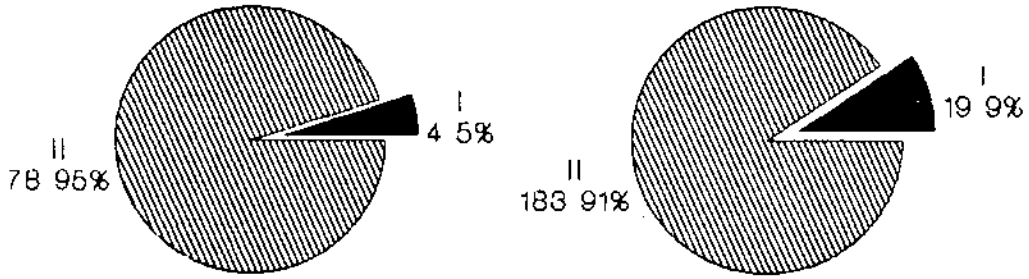
III- Μετά την 2η

IV - Μετά την 3η



Σχήμα 17 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν είχαν κάποιες διαταραχές στην υγεία τους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους.

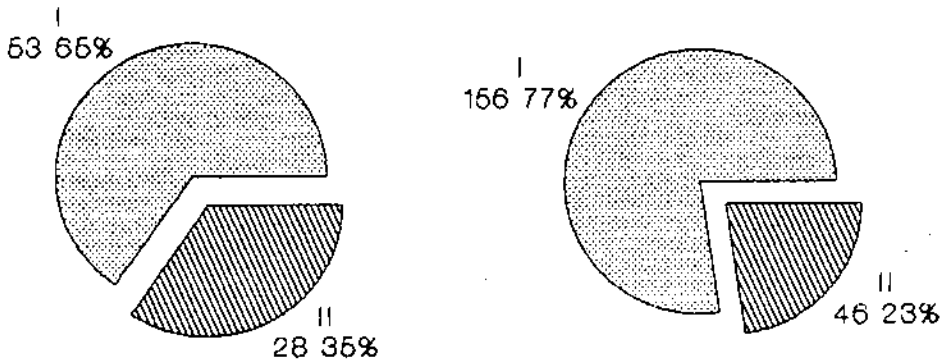
- I - Επίμονο βήχα
- II - Δύσκολη αναπνοή
- III - Επιδείνωση της πρωινής τάσης για εμετό
- IV - Αυξημένο αίσθημα κοπώσεως
- V - Δυσκολία της αναπνοής στον τοκετό
- VI - Αυξηση ή πτώση της αρτηριακής πίεσεως
- VII - Ελάττωση του σωματικού βάρους



Σχήμα 18 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν άλλα προβλήματα με την υγεία τους.

I - Ναι

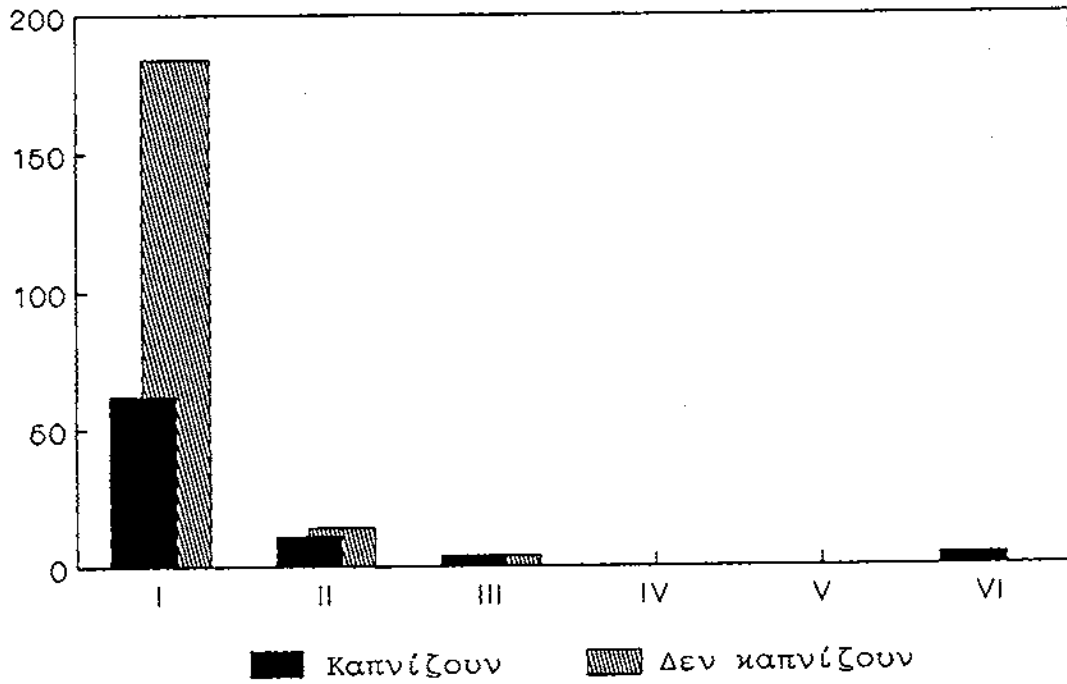
II - Όχι



Σχήμα 19 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τύπο του τοκετού.

I - Φυσιολογικός

II - Με καισαρική τομή



Σχήμα 20 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πώς γεννήθηκε το παιδί για τις καπνίστριες και μή.

I - Κανονικό

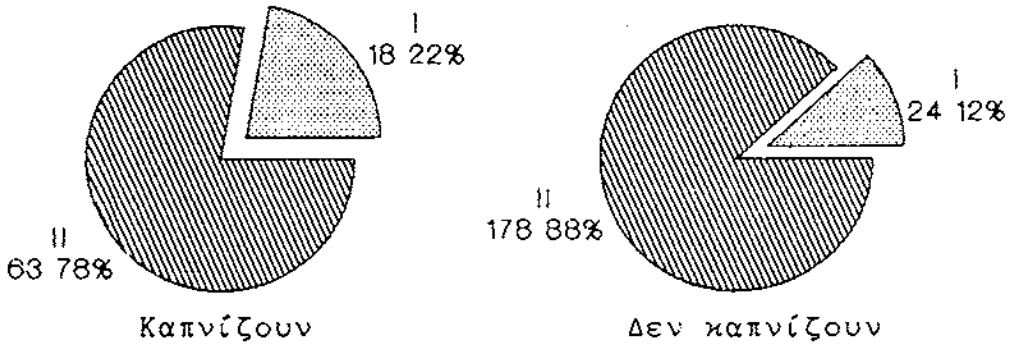
II - Πρόωρο

III- Λιποβαρές

IV - Με προβλήματα αναπνοής

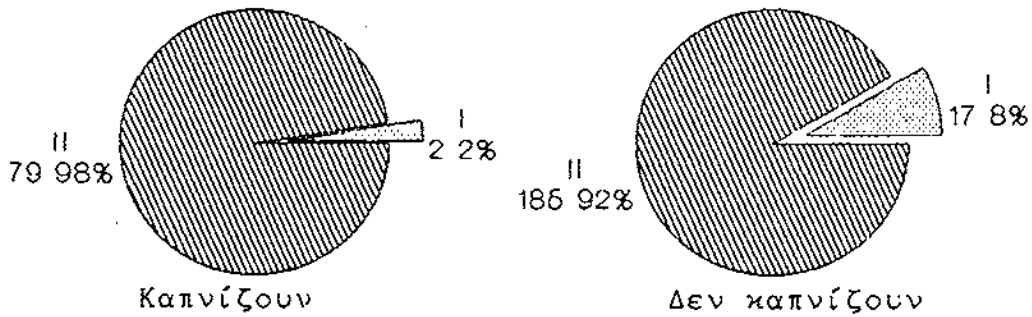
V - Με συγγενείς ανωμαλίες

VI - Με αναπνευστικές λοιμώξεις



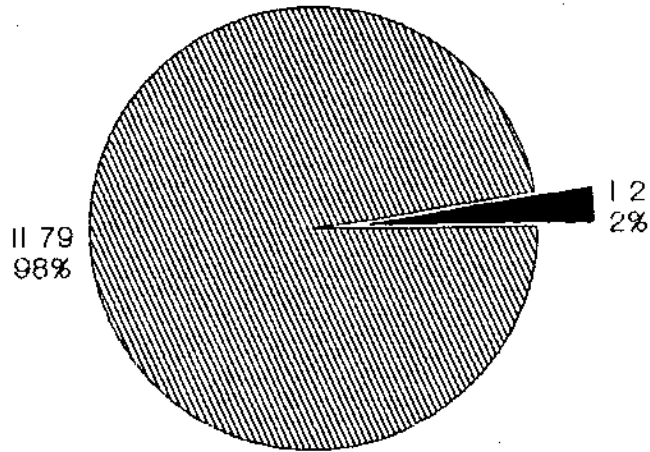
Σχήμα 21 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την διατροφή που έκαναν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

- I - Κακή διατροφή
- II - Καλή διατροφή



Σχήμα 22 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατανάλωση αλκοόλ.

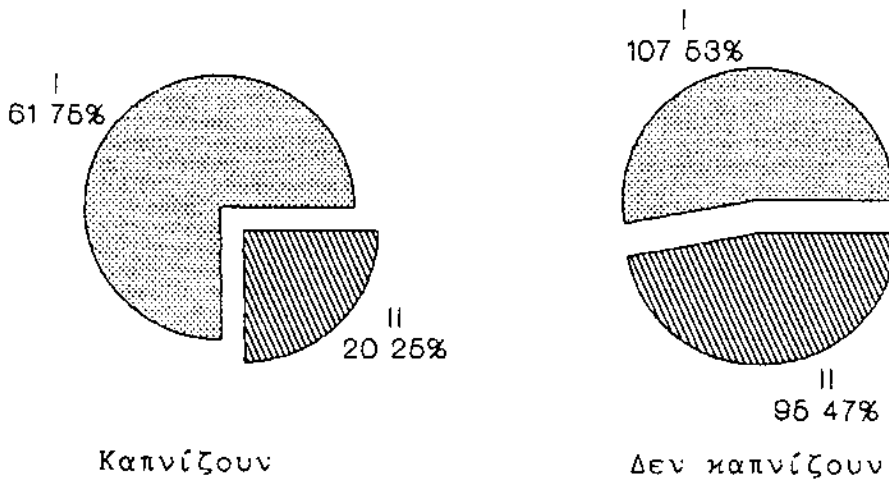
- I - Κατανάλωναν αλκοόλ
- II - Δεν κατανάλωναν αλκοόλ



Σχήμα 23 : Κατανομή του δείγματος των καπνιστριών ανάλογα με το αν συνδίαζαν κάπνισμα και ξενύχτι.

I - Ναι

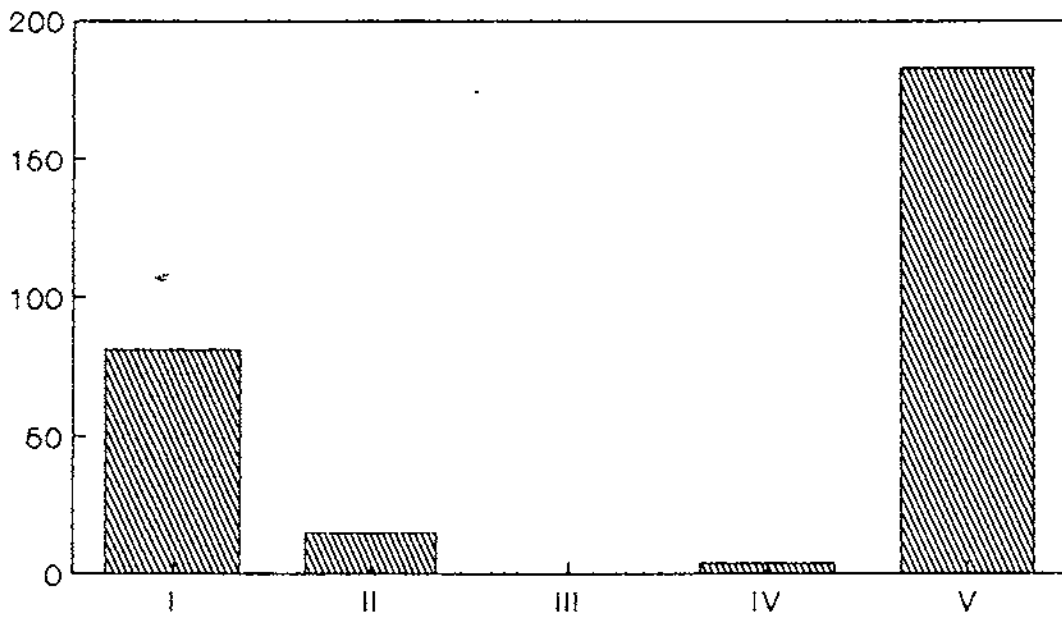
II - Όχι



Σχήμα 24 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατανάλωση καφέ.

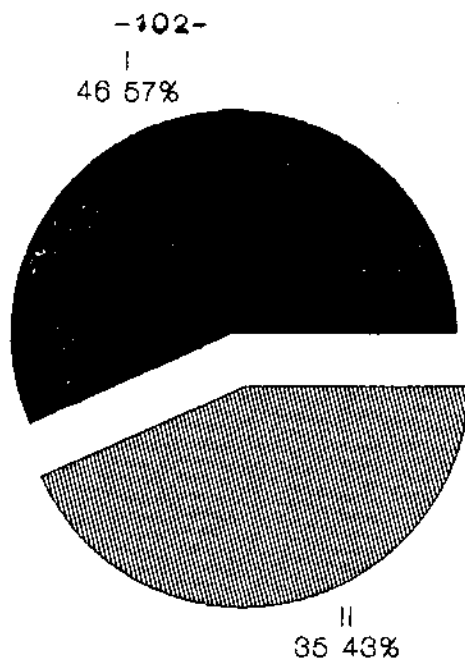
I - Κατανάλωναν καφέ

II - Δεν κατανάλωναν καφέ



Σχήμα 25 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα άλλα άτομα του οικογενειακού τους περιβάλλοντος που καπνίζουν.

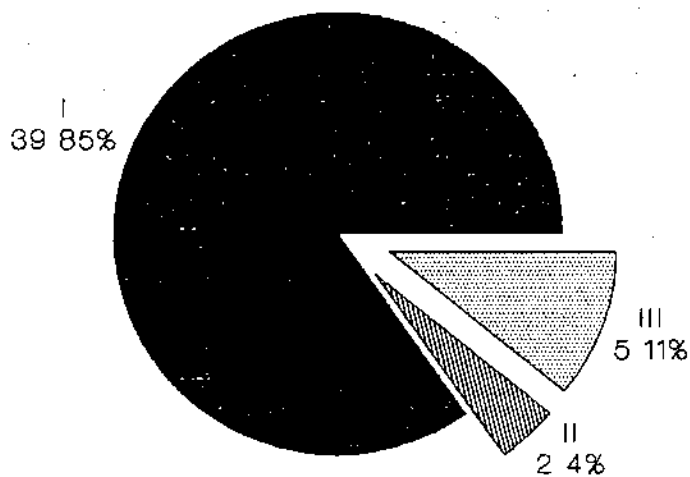
- I - Κανένα άλλο
- II - Πατέρας
- III - Μητέρα
- IV - Αδέλφια
- V - Σύζυγος



Σχήμα 26: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έκαναν προσπάθεια να κόψουν το κάπνισμα.

I - Έκαναν προσπάθεια

II - Δεν έκαναν προσπάθεια

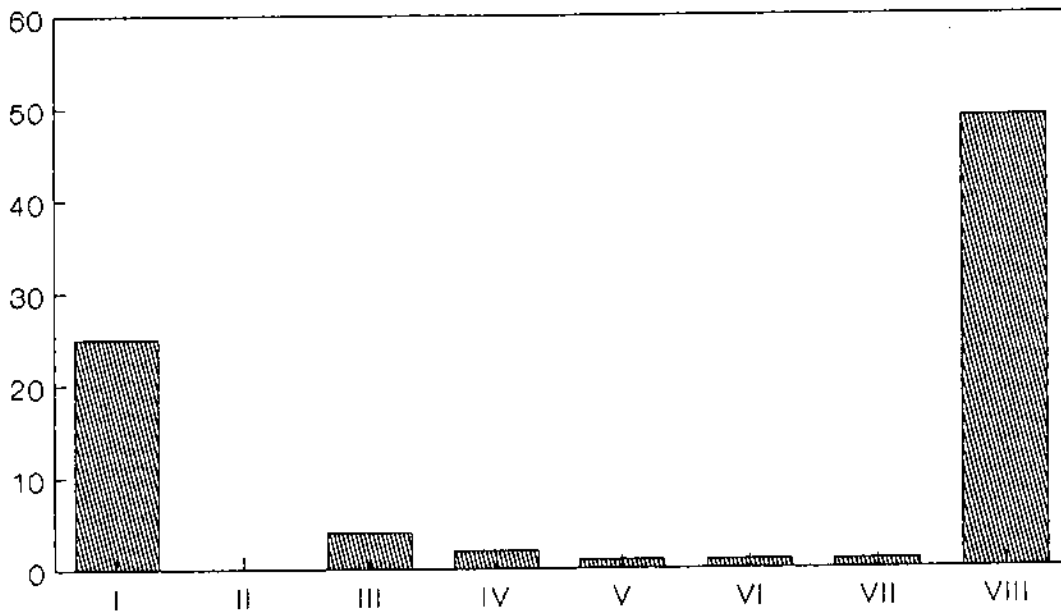


Σχήμα 27: Κατανομή του δείγματος των καπνιστριών ανάλογα με τον λόγο που είχαν για να κόψουν το κάπνισμα.

I - Νέας εγκυμοσύνης

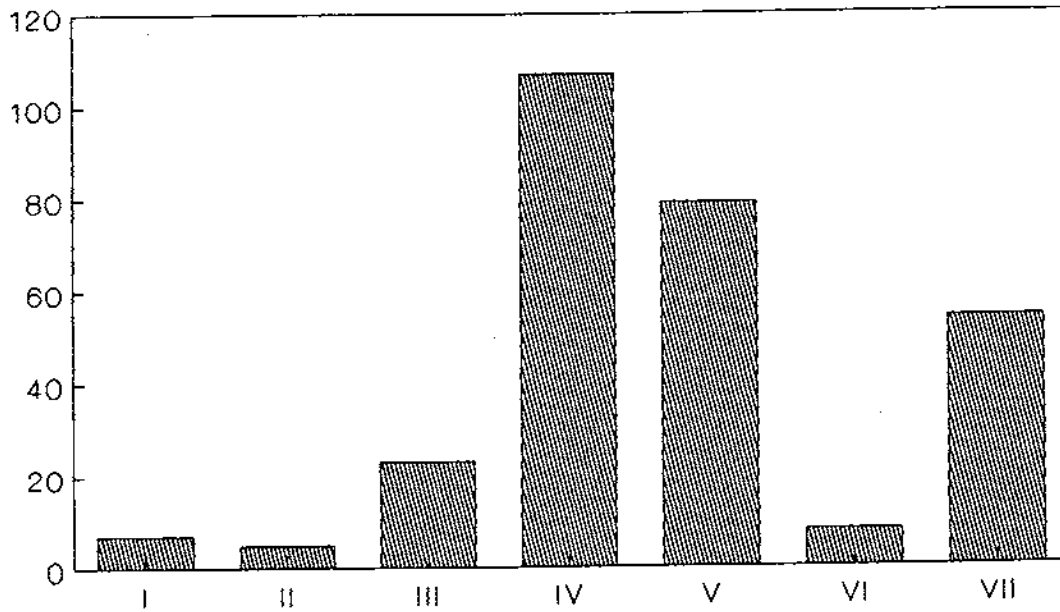
II - Των παιδιών που προυπήρχαν

III- Δεν απάντησαν



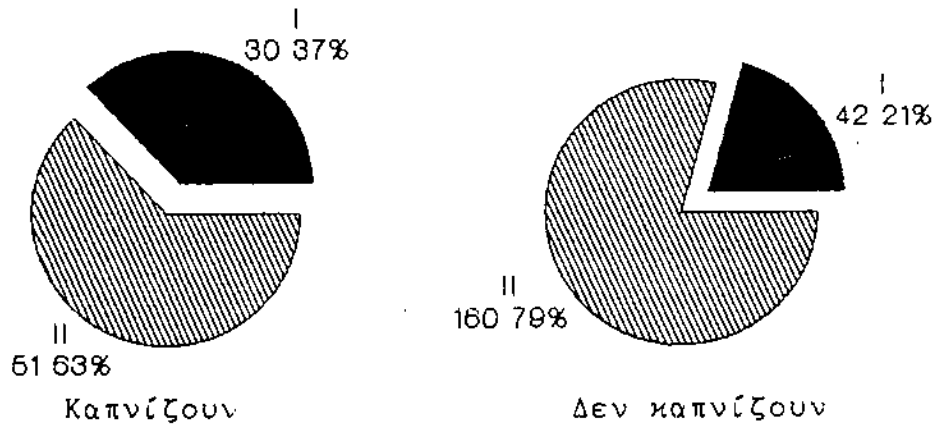
Σχήμα 26 : Κατανομή του δείγματος των καπνιστριών ανάλογα με τα προβλήματα που πιστεύουν ότι θα έχουν αν σταματήσουν το κάπνισμα.

- I - Νευρικήτητα
- II - Πτώση πίεσης
- III - Αϋπνίες
- IV - Πονοκεφάλους
- V - Σωματικές διαταραχές
- VI - Ψυχολογικά προβλήματα
- VII - Δεν ξέρουν
- VIII- Κανένα πρόβλημα



Σχήμα 29 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το τι πιστεύουν ότι προκαλεί το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη.

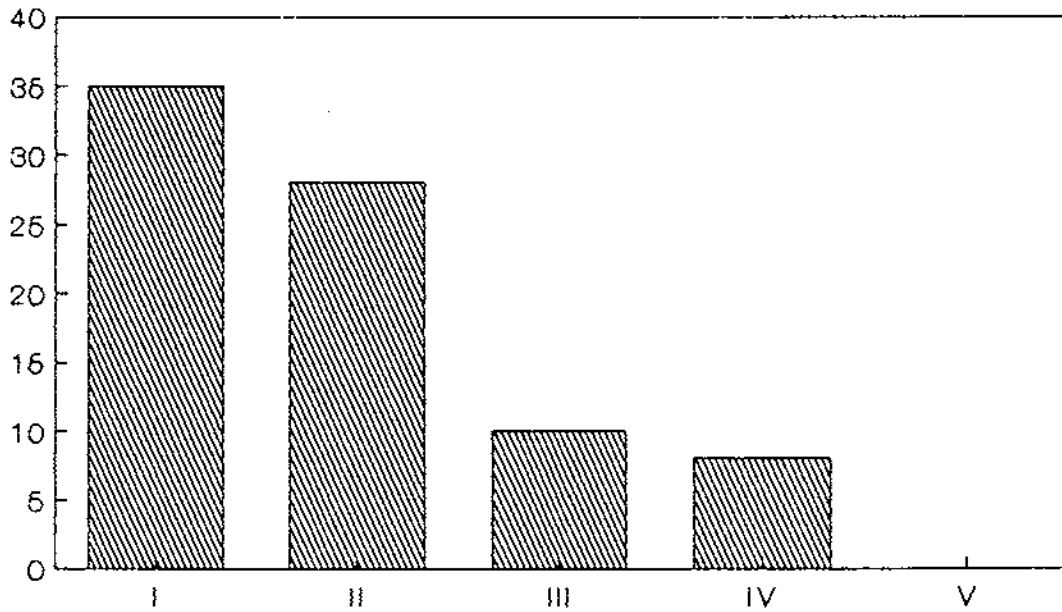
- I - Επιδείνωση της πρωινής τάσης για έμετό
- II - Αυξημένο αίσθημα κοπώσεως
- III - Δυσκολία της αναπνοής στον τοκετό
- IV - Πρόωρο τοκετό
- V - Ελάττωση σωματικού βάρους
- VI - Άλλα προβλήματα
- VII - Δεν ξέρουν



Σχήμα 30 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν τους έγινε διαφώτιση για το κάπνισμα.

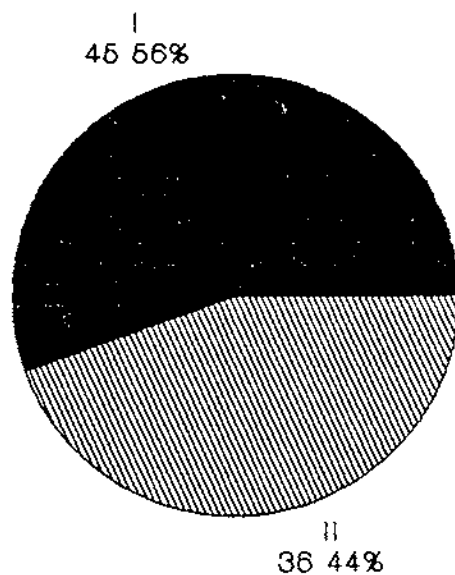
I - Τους έγινε διαφώτιση απο ειδικό

II - Δεν τους έγινε διαφώτιση



Σχήμα 31 : Κατανομή του δείγματος των καπνιστριών ανάλογα με τον τρόπο που έχουν σκεφτεί για να κόψουν το κάπνισμα.

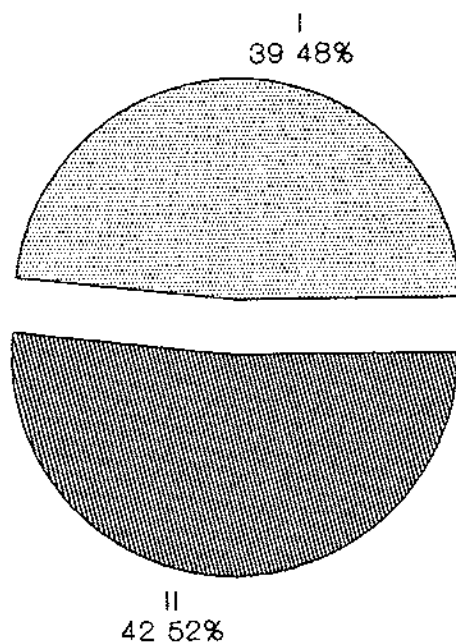
- I - Δεν σκοπεύουν να σταματήσουν το κάπνισμα
- II - Δια μιάς
- III - Με προοδευτική μείωση
- IV - Με τσίκλες νικοτίνης
- V - Με βελονισμό



Σχήμα 32 : Κατανομή του δείγματος των καπνιστριών ανάλογα με το αν πιέστηκάν να κόψουν το κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους.

I - Πιέστηκαν

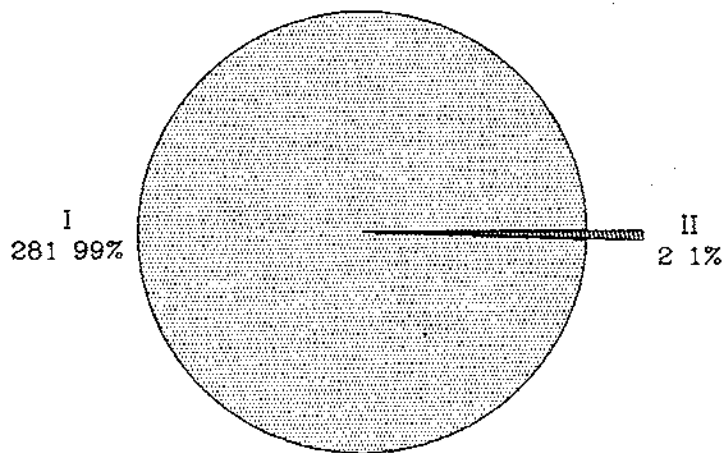
II - Δεν πιέστηκαν



Σχήμα 33 : Κατανομή του δείγματος των καπνιστριών ανάλογα με το αν σκοπεύουν να κόψουν το τσιγάρο στο μέλλον.

I - Ναι

II - Όχι



Σχήμα 34 : Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν πιστεύουν ότι είναι σωστό να καπνίζει μια μητέρα.

I - Όχι

II - Ναι

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της έρευνας μας δείχνουν ότι μόνο 29% των γυναικών του δείγματος μας είναι καπνίστριες. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την πραγματικότητα, γιατί ξέρουμε πως το ποσοστό των Ελληνίδων που καπνίζουν είναι πολύ μεγαλύτερο και ανέρχεται γύρω στο 45-55%. Από την άλλη βλέπουμε πως οι περισσότερες γυναίκες του δείγματός μας ήταν χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, με γνώσεις δηλαδή δημοτικού. Συνδιάζοντας λοιπόν αυτά τα δύο, δηλαδή το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο με το μικρό ποσοστό των γυναικών που δήλωσαν ότι καπνίζουν, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι πιθανώς υπήρξε κάποια παρανόηση της ερώτησης. Μ' αυτό θέλουμε να πούμε ότι πιθανότατα γυναίκες που κάπνιζαν πριν την εγκυμοσύνη και διέκοψαν το κάπνισμα λόγω αυτής, να δήλωσαν μη καπνίστριες. Επίσης πρέπει να πούμε, ότι πολλές γυναίκες απάντησαν στις ερωτήσεις μας παρουσία τρίτων, κυρίως γονέων, και πιθανόν να θέλησαν ν' αποκρύψουν το γεγονός ότι καπνίζουν. Επομένως δεν έχουμε το σωστό ποσοστό καπνιστριών που κατά τη γνώμη μας και σύμφωνα άλλωστε και με γενικότερες έρευνες στον γυναικείο πληθυσμό ανέρχεται σε υψηλότερα ποσοστά.

Ενα 40% των καπνιστριών, καπνίζουν από ένα έως δύο πακέτα τσιγάρα την ημέρα, ευτυχώς με φίλτρο (95%) και βλέπουμε μάλιστα πως είναι και χρόνιες καπνίστριες. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών έχει αρχίσει το κάπνισμα στην ηλικία των 15-20 ετών, πράγμα που σίγουρα μας προβληματίζει και μας δείχνει πως η αγωγή υγείας στα νεαρά άτομα της σχολικής ηλικίας είναι ανύπαρκτη. Η έλλειψη σχετικής ενημέρωσης φαίνεται επίσης από τις ερωτήσεις γνώσεως στις οποίες υποβλήθησαν οι γυναί-

κες του δείγματός μας. Είδαμε δηλαδή ότι το 20% καπνιζόντων και μη, δήλωσαν άγνοια σχετικά με τις επιδράσεις του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη, ενώ ένα 38% περίπου έδωσε ως μόνη επίπτωση τον πρόωρο τοκετό και ένα μόνο 20% μπόρεσε να μας δώσει την επίδραση του τσιγάρου στην εγκυμονούσα (δηλαδή, επίμονο βήχα, αυξημένο αίσθημα κοπώσεως, επιδείνωση της πρωινής τάσης για έμετο). Εδώ πρέπει να αναφέρουμε και την αδιαφορία του ειδικού προσωπικού, ιδιαίτερα των γιατρών, σχετικά με την παροχή ενημέρωσης στις εγκυμονούσες όσον αφορά το κάπνισμα και τις επιδράσεις του στην εγκυμοσύνη. Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό καπνιστριών και μη, που κυμαίνεται μεταξύ 60 και 80% περίπου, δηλώνει πως δεν τους έγινε ποτε η σχετική διαφώτιση από το γιατρό τους.

Στο δείγμα μας επίσης, βλέπουμε ότι στο περιβάλλον των γυναικών, κατά ένα ποσοστό 70%, καπνίζει κάποιο άτομο της οικογένειας που κατά κύριο λόγο είναι ο σύζυγος με δεύτερο στη σειρά τον πατέρα, πράγμα που σημαίνει ότι άθελά της η εγκυμονούσα γίνεται παθητική καπνίστρια με πολύ χειρότερα αποτελέσματα πολλές φορές από τις καπνίστριες.

Το άλλο αξιολογικό που παρατηρούμε είναι ότι διαταραχές υγείας κατά την εγκυμοσύνη, τοκετό με καισαρική τομή και γεννήσεις παιδιών με προβλήματα αφορούν περισσότερο τις καπνίστριες από τις μη καπνίστριες. Αυτό βέβαια δεν αποτελεί απόδειξη πως για τις παραπάνω καταστάσεις αποκλειστικός ένοχος είναι το κάπνισμα αλλά είναι μία ένδειξη ότι αυτό συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό.

Κάτι άλλο που αξίζει να παρατηρήσουμε είναι το εξής: είτε για λόγους ηθικής που απαγορεύει στη γυναίκα να καπνίζει, είτε γιατί ξέρουν ή υποφιάζονται πως το κάπνισμα είναι επιβλαβές για την υγεία, το 99% των γυναικών δηλώνει πως δεν

είναι σωστό να καπνίζει μία μητέρα. Το παράδοξο όμως και λίαν τραγελαφικό σ' αυτή την περίπτωση είναι ότι το 52% των καπνιστριών δεν θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα, ενώ το 48% μόνο επιθυμεί να το σταματήσει, δηλώνει όμως πως είναι πολύ δύσκολο. Αυτό σημαίνει ότι το έργο της αγωγής υγείας είναι δύσκολο και ο δρόμος πολύ μακρύς για να μπορέσει να επηρεάσει και να αλλάξει τη συμπεριφορά των καπνιστριών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Από τις απαντήσεις που μας έδωσαν οι 283 γυναίκες του δείγματός μας προσπαθήσαμε να δούμε τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην εγκυμονούσα και τις διαφορές που παρατηρήθηκαν μεταξύ εγκυμοσύνης των καπνιστριών και μη καπνιστριών.

Παράγοντες όμως, όπως ο μικρός αριθμός των καπνιστριών και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των συμμετασχόντων δεν μας επιτρέπουν να θεωρήσουμε τις απαντήσεις αξιόπιστες και να τις λάβουμε ως αποδεικτικά στοιχεία που ενοχοποιούν το κάπνισμα για κάποιες καταστάσεις. Παρ'όλα αυτά στις περισσότερες των περιπτώσεων (πρόωρο τοκετό, αναπνευστικές λοιμώξεις των νεογνών, λιφοβαρή παιδιά, διαταραχές στην υγεία της εγκυμοσύνας), το κάπνισμα φαίνεται να παίζει αρκετά σοβαρό λόγο για την εμφάνισή τους, μία που οι καταστάσεις αυτές εμφανίζονται σε μεγαλύτερη συχνότητα στις καπνίστριες παρά στις μη καπνίστριες.

П А Р А Р Т Н М А

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Ηλικία:

2. Που ζήσατε τα παιδικά σας χρόνια;

3. Που μένετε τα τελευταία πέντε (5)
χρόνια;

4. Γραμματικές γνώσεις:

α.αγράμματη

β.δημοτικό: 1,2,3,4,5,6

γ.γυμνάσιο: 1,2,3

δ.Λύκειο : 1,2,3

ε.ανωτέρα σχολή

στ.ανωτάτη σχολή

5. Γραμματικές γνώσεις γονέων:

Πατέρα

Μητέρας

α.αγράμματος

α. αγράμματη

β.δημοτικό: 1,2,3,4,5,6

β. δημοτικό: 1,2,3,4,5,6.

γ.γυμνάσιο: 1,2,3

γ.γυμνάσιο : 1,2,3

δ.Λύκειο : 1,2,3

δ.Λύκειο : 1,2,3

ε.ανωτέρα σχολή

ε.ανωτέρα σχολή

στ.ανωτάτη σχολή

στ.ανωτάτη σχολή

6. Καπνίζετε; ναι

όχι

αν ναι, πόσα τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε;

κάτω από 10

20-30 τσιγάρα

10-20

πάνω από 30

7. Σε ποιά ηλικία αρχίσατε να καπνίζετε;

κάτω των 15 ετών

15-20 ετών

πάνω από 20 ετών

8. Πόσο χρονικό διάστημα καπνίζετε;

1-6 μήνες

1-5 χρόνια

6-12 μήνες

πάνω από 5 χρόνια

9. Τι τσιγάρα καπνίζετε;

άφιλτρα

με φίλτρο

10. Σκεφτήκατε ποτέ γιατί καπνίζετε;

από συνήθεια

για να απασχολείτε τα χέρια σας

για να αισθάνεστε μεγαλύτερη όρεξη για δουλειά

για να μην πάρετε βάρος

όταν θέλετε να ηρεμήσετε

επειδή σας κάνει κέφι

11. Πότε καπνίζετε;

μετά το φαγητό

σε συντροφιάς

με τον καφέ

στο τηλέφωνο

όταν βλέπετε τηλεόραση

όταν βαριέστε

12. Πόσα παιδιά έχετε;

καί πόσα απ'αυτά είναι: αγόρια..... κορίτσια.....

22. Καπνίζουν άτομα του οικογενειακού σας περιβάλλοντος που μένουν στον ίδιο χώρο με σας;

ναί

όχι

αν ναί ,ποιά άτομα;

πατέρας

μητέρας

αδέλφια

σύζυγος

23. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνδιάζατε κάπνισμα και ξενύχτι;

ναί

όχι

24. Κάνατε ποτέ προσπάθεια να κόψετε το τσιγάρο;

ναί

όχι

25. Η διακοπή του καπνίσματος έγινε εξ αφορμής:
καινούργια εγκυμοσύνης

των παιδών που προυπήρχαν

26. Πιστεύετε ότι αν σταματήσετε το κάπνισμα θα έχετε κάποιο πρόβλημα;

ναί

όχι

αν ναί, τότε τί πρόβλημα:

νευρικήτητα

πτώση πίεσης

αυπνίες

πονοκεφάλους

σωματικές διαταραχές

ψυχολογικά προβλήματα

δεν ξέρω

27. Είστε ενημερωμένη για το τι μπορεί να προκαλέσει το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη; ναί

όχι

αν ναί, τί :

επιδείνωση της πρωτνης τάσης για έμετο

αυξημένο αίσθημα κοπώσεως

δυσκολία της αναπνοής στον τοκετό

πρόωρο τοκετό

ελάττωση σωματικού βάρους.

28. Σας έγινε ποτέ διαφώτιση σχετικά με το κάπνισμα και τις επιπτώσεις του στην εγκυμοσύνη, από ιατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό;

ναί

όχι

29. Έχετε ενημερωθεί με ποιούς τρόπους θα μπορούσατε να κόψετε το κάπνισμα;

ναί

όχι

αν ναί, αναφέρατε σχετικά:

δια μίας

με προοδευτική μείωση

με τις τσίχλες νικοτίνης

με βελονισμό

30. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης πιεστήκατε από άτομα να κόψετε το κάπνισμα;

ναί

όχι

31. Σκοπεύετε στο μέλλον να κόψετε το κάπνισμα;

ναί

όχι

32. Πιστεύετε ότι είναι σωστό να καπνίζει μία μητέρα;

ναί

όχι

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ Α: Κάπνισμα το άλλο νέφος μέσα μας, Επίτομος, Έκδοση 3, Εκδόσεις: Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1989
- ΒΑΛΑΒΑΝΙΔΗΣ Α: Η χημική σύσταση του τσιγάρου. Τοξικές καρκινογόνες, μεταλλαξιογόνες και τερατογόνες χημικές ουσίες, βαρέα μέταλλα και ραδιενεργά στοιχεία στο κύριο και παράπλευρο ή δευτερεύον ρεύμα του καπνού του τσιγάρου, Ιατρική, Τεύχος 54, Εκδόσεις: Βήτα, Σελίδα 20-27, Φεβρουάριος, Αθήνα 1988.
- ΒΕΛΟΓΙΑΝΝΗ Α: Δικαιώματα μη καπνιστών, Ιατρική, Τεύχος 54, Εκδόσεις: Βήτα, Σελίδα 96-98, Φεβρουάριος, Αθήνα 1988
- ΔΑΛΛΑ-ΒΟΡΓΙΑ Π: Ο ρόλος της νομοθεσίας στον αγώνα κατά του καπνίσματος, Ιατρική, Τεύχος 54, Εκδόσεις: Βήτα, Σελίδα 91-95, Φεβρουάριος, Αθήνα 1988.
- ΔΟΣΙΟΣ Θ: Πρώτοι οι καπνιστές γιατροί πρέπει να κόψουν το τσιγάρο. Για να δώσουν το παράδειγμα και να πείσουν ότι είναι πραγματικά προασπιές της υγείας. Εφημερίδα του συνεδρίου, Πέμπτη 3 Μαΐου, Έκδοση της Οργανωτικής επιτροπής του ετήσιου πανελληνίου ιατρικού συνεδρίου, Αθήνα 1988.
- ΖΑΧΑΡΟΥΔΗΣ Α: Κάπνισμα και καρδιαγγειακές παθήσεις, Ιατρική, Τεύχος 54, Εκδόσεις: Βήτα, Σελίδα 30-33, Φεβρουάριος, Αθήνα 1988.
- FAHLAND M., WAYNE - FOLKENBERG J., ELMAN J. : Πως να κόψετε το κάπνισμα σε πέντε μέρες, Επίτομος, Διεθνές εκδοτικό κέντρο Ε.Π.Ε., Αθήνα 1985.

- JAFFE J., PETERSON R., HODGSON R.: Ναρκοτικά τσιγάρο και αλκοόλ, προβλήματα και απαντήσεις, Μετάφραση Επιμέλεια: Μαράτου Ολ., Ξόλμαν Μ., Επίτομος, Έκδοση Ι, Εκδόσεις : Ψυχογιός, Αθήνα 1981
- HERBERT B: Ετσι θα κόψετε το τσιγάρο, Μετάφραση-Επιμέλεια: Σπέγγος Σ., Επίτομος, Εκδόσεις : Κάκτος, Αθήνα 1980.
- ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Π.: Το κάπνισμα, ο μύθος για τον καρκίνο, Επίτομος, Έκδοση Ι, Εκδόσεις : Κάκτος, Αθήνα 1986.
- ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ Σ: Βασική μαιευτική περιγεννητική Ιατρική και γυναικολογία, Τόμος Α', Έκδοση Ι, Εκδόσεις: Καρπάθιος, Αθήνα 1984.
- ΚΑΦΑΤΟΣ Α: Κάπνισμα-Νεότερα για τις επιδράσεις του στην υγεία, Πανεπιστήμιο Κρήτης / Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής. Ηράκλειο Κρήτης 1990.
- ΚΟΚΚΕΒΗ Α., ΣΤΕΦΑΝΗΣ Κ: Το κάπνισμα και οι ψυχοκοινωνικοί συντελεστές του, Ιατρική, Τεύχος 54, Εκδόσεις: Βήτα, Σελίδα 65-72, Φεβρουάριος, Αθήνα 1988.
- ΜΠΑΛΤΑ-ΛΥΠΙΡΙΔΟΥ Β: Κάπνισμα αγωγή υγείας, Εισήγηση στο ΙΓ' Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Πρακτικά 1986., Μάιος, Σέρρες 1986.
- MACY C., FALKNER F: Εγκυμοσύνη και γέννηση. Χαρές και προβλήματα. Μετάφραση-Επιμέλεια: Ανδρέου Ι., Επίτομος, Έκδοση Ι, Εκδόσεις: Ψυχογιός, Αθήνα 1981.
- MOORE K: Βασική Εμβρυολογία και συγγενείς ανωμαλίες, Μετάφραση-Επιμέλεια: Κοντόπουλος Α., Καραβίτη Α., Επίτομος, Έκδοση Ι, Εκδόσεις: Αίτσας, Αθήνα 1978.

ΝΑΣΙΟΥΛΑ-ΔΡΑΚΟΓΙΑΝΝΗ Ε: Κάπνισμα και ανθρώπινο σώμα, Προβληματισμός και εξελίξεις, Εισήγηση στο ΙΔ' πανελλήνιο νοσηλευτικό συνέδριο, Πρακτικά 1987, Σεπτέμβριος, Θεσσαλονίκη 1987.

ΝΤΟΖΗ-ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ Ι: Φαρμακολογία, Επίτομος, Έκδοση Ι, Εκδόσεις: Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1985.

ΠΑΠΑΓΡΗΓΟΡΙΟΥ-ΘΕΟΔΩΡΙΔΟΥ Μ: Η υγεία του παιδιού και το παθητικό κάπνισμα, Ιατρική, Τεύχος 54, Εκδόσεις: Βήτα, Σελίδα 49-53, Φεβρουάριος, Αθήνα 1988.

ΠΑΠΑΛΟΥΚΑΣ Α: Εγχειρίδιο Γυναικολογίας και Μαιευτικής, Τόμος Α', Εκδόσεις: "University studio press A.E.", Θεσσαλονίκη 1985.

ΠΕΤΣΙΝΗΣ Κ.: Πως να κόψεις το τσιγάρο, Επίτομος, Έκδοση 2, Οργανισμός εκλεκτών εκδόσεων, Αθήνα 1978.

ΠΟΥΥΣΙΔΟΥ Ε: Το βιβλίο της γυναίκας και του άνδρα, Επίτομος, Έκδοση 3, Εκδόσεις: Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1989.

ΠΟΝΤΙΦΗΚΑΣ Γ: Μάθετε για το κάπνισμα, η άγνοια σκοτώνει, Επίτομος, Έκδοση Ι, Εκδόσεις: Παρισιάνος, Αθήνα 1988.

ΣΥΚΑΚΗ-ΔΟΥΚΑ Α.: Ο τοκετός είναι αγάπη, Επίτομος, Έκδοση 3, Εκδόσεις: Σμυρνιωτάκης, Αθήνα 1984.

STOPPARD M.: Εσείς και η εγκυμοσύνη-από τη σύλληψη ως τον τοκετό, Μετάφραση-Επιμέλεια: Αυγερινόπουλος Δ., Επίτομος, Έκδοση Ι, Εκδόσεις: Ακμή, Αθήνα 1988.

ΦΡΑΓΚΙΔΗΣ Χ., ΜΑΡΣΕΛΟΣ Μ: Κάπνισμα: Απλή συνήθεια ή φαρμακευτική εξάρτηση, Ιατρική, Τεύχος 54, Εκδόσεις: Βήτα, σελίδα 73-79, Φεβρουάριος, Αθήνα 1988.

ΧΑΣΜΑΝ Α.: Επίδραση του καπνίσματος και του καφέ στην υπερηχογραφική απεικόνιση του πλακούντα, Διδακτορική διατριβή, Πάτρα 1990

WATERSON J., MURRAY LYON IM: Drinking and smoking patterns amongst women attending antenatal clinic I before pregnancy, English 1989.

WATERSON E., MURRAY-LYON I: Drinking and smoking patterns amongst women attending antenatal clinic II During pregnancy, English 1989.

WHELAN E: Βασικός οδηγός εγκυμοσύνης, Μετάφραση-Επιμέλεια Χατζή Κ., Επίτομος, Έκδοση I, Εκδόσεις: "Δωρικός", Αθήνα 1988.

