

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Πτυχιακή Εργασία

Σπουδαστών: (1) Σοφού Παναγιώτα

(2) Αλιάγας Διονύσιος

Υπεύθυνη Καθηγήτρια

Παπαδημητρίου Μαρία

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχιακής Εργασίας

1)

2)

3)

Π Α Τ Ρ Α 1 9 9 1



ΑΡΙΘ. ΟΥΣ	431
ΕΙ. Α. ΓΗΣ	

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Ευχαριστίες.....	3
Πρόλογος.....	4
Εισαγωγή.....	5

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

-Ιστορία του καπνού.....	7
-Χημική σύσταση του καπνού των τσιγάρων.....	10
-Η γοητεία της νικοτίνης.....	13
-Κάπνισμα: απλή συνήθεια ή φαρμακευτική εξάρτηση.....	17
-Κάπνισμα και ραδιενέργεια.....	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

-Γιατί καπνίζουν οι άνθρωποι.....	23
-Κάπνισμα και προσωπικότητα.....	28
-Κάπνισμα: ευθύνες όλων.....	30
-Τι συμβαίνει σταματώντας το κάπνισμα.....	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

-Καπνός - κίνδυνοι: Διακινδυνεύοντας τα πάντα για τον καπνό.....	37
-Συχνότητα του καπνίσματος από τις γυναίκες σε διάφορες χώρες.....	40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

-Το παθητικό κάπνισμα.....	44
-Κάπνισμα και εγκυμοσύνη.....	47
-Ο καπνός και τα παιδιά.....	51
-Γυναίκα και κάπνισμα.....	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

-Οι επιδράσεις του καπνίσματος στον οργανισμό.....	63
-Η επίδραση του καπνίσματος στο νευρικό σύστημα και στα όργανα των αισθήσεων.....	65
-Η επίδραση του καπνίσματος στα όργανα της αναπνοής....	68
-Κάπνισμα και καρδιαγγειακές παθήσεις.....	70
-Το κάπνισμα και τα όργανα της πέψης.....	74
-Το κάπνισμα και τα αιμαφόρα αγγεία.....	77
-Το κάπνισμα και ο καρκίνος είναι αχώριστα.....	80
-Κάπνισμα και χρόνια βρογχίτις - εμφύσημα.....	85
-Το κάπνισμα και το ενδοκρινικό σύστημα.....	89

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

-Πρόληψη και μέτρα κατά του καπνίσματος.....	91
-Αντικαπνιστικά προγράμματα.....	98
-Από αύριο το κόβω.....	101

ΒΙΒΛΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

-Υλικό και μέθοδος.....	105
-Αποτελέσματα έρευνας.....	106
-Συζήτηση.....	141
-Εισηγήσεις - Προτάσεις.....	148
-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	151
-ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	153
-SUMMARY.....	154
-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	155

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Μεσα από αυτή την εργασία θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε:

Τους γονείς μας, που χάρη στην πολύτιμη συμπαράσταση και βοήθεια τους, μπορέσαμε να ολοκληρώσουμε τις σπουδές μας.

Η έρευνά αυτή θα ήταν αδύνατο να πραγματοποιηθεί χωρίς την ουσιαστική συμπαράσταση της δίδας Παπαδημητρίου Μαρία της οποίας, η ουσιαστική συμβολή της στην κατάρτιση του ερωτηματολογίου, η συνεχώς καθοδήγησή της και οι εύστοχες παρατηρήσεις της σε όλα τα στάδια της εργασίας αποτελούν μικρή μόνο αναφορά της πολύπλευρης βοήθειά της.

Τις θερμές ευχαριστίες μας στον φοιτητή Καλογεριά Δημήτριο του Πανεπιστημίου Πατρών για την συμμετοχή του στην ταξινόμηση των στατιστικών στοιχείων.

Επίσης θέλουμε

- να ευχαριστήσουμε τους συγγραφείς βιβλίων, αρθρογράφους και εκδότες, επιστημονικών περιοδικών, των οποίων το υλικό χρησιμοποιήσαμε,
- να ζητήσουμε την επιεική κρίση των αναγνωστών για τις γραφικές και επιστημονικές ατέλειες και ελλείψεις και
- να ευχηθούμε πως το έργο που εμείς επιχειρήσαμε θα το συνεχίσουν άλλοι με μια δική τους προσφορά.

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Στη χώρα μας ελάχιστα στοιχεία υπάρχουν σχετικά με το κάπνισμα από τις γυναίκες. Ακόμα δεν υπάρχουν στοιχεία για τις γνώσεις τους για τους κινδύνους της υγείας τους από το κάπνισμα και τη γενικότερη στάση τους απέναντι σ' αυτό.

Οι παραπάνω διαπιστώσεις, μας παρακίνησαν στο σχεδιασμό και τη πραγματοποίηση αυτής της έρευνας σ' ένα σχετικά μικρό βέβαια αριθμό γυναικών, αλλά ενδεικτικό της όλης κατάστασης.

Έτσι, έχοντας σαν κύριο σκοπό την ενημέρωση και κατανόηση του κοινού και ειδικότερα των γυναικών, σχετικά με τις βλαβερές επιδράσεις και σοβαρές συνέπειες στην υγεία αυτών.

Παράλληλα, η φιλοδοξία αυτής της μελέτης, είναι να μπου οι βάσεις για εκτενέστερες μελλοντικές έρευνες που θα στοχεύουν τόσο στην παρακολούθηση του προβλήματος και των τάσεων που επικρατούν στους διάφορους κύκλους της κοινωνίας, όσο και στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των μέτρων και των προγραμμάτων που πιθανόν να εφαρμοσθούν.

Βέβαια, το θέμα της έρευνάς μας είναι αρκετά μεγάλο ώστε να καλυφθεί με μια μικρής έκτασης εργασία σαν κι αυτή.

Ας θεωρηθεί λοιπόν, σαν μια μικρή συμβολή στο αγώνα κατά του καπνίσματος και στη πρόληψη, ως ένα βαθμό, των συνεπειών του καπνού.

σματικά, παρά την γνώση που όλο και διαδίδεται σ' ευρύτερα στρώματα, αλλά κατά πρωτοφανή στα χρονικά τρόπο επεκτείνεται και σε όσους δεν καπνίζουν. Οι καπνιστές επιβάλλουν και στους γύρω τους τον καπνό, στον χώρο εργασίας, στα εστιατόρια και άλλους τόπους συγκεντρώσεων και διασκεδάσεων, στα σπίτια όπου μικρά παιδιά αναγκάζονται να εισπνέουν τον καπνό της μητέρας τους, που δεν στέργει να στερηθεί της "απολαύσεως" του καπνού, ούτε προς χάριν του μωρού που περιμένει!

Ξαναγυρίζου με στις νεώτερες ηλικίες και τονίζουμε.

Νέε μου! Σου που καπνίζεις. Θα θέλαμε να κοιτάξεις λιγάκι το πρόσωπό σου τον καθρέφτη. Βλέπεις; Τα ροδοκόκκινα μάγουλα σου έγιναν ωχροκίτρινα. Πέτρινο το χαμόγελο στάζει στα κιτρινωμένα δόντια σου. Πρώιμες ρυτίδες αυλακώνουν το μέτωπο σου, τα λαμπερά μάτια σου που καθρέπτιζαν τη σφριγηλή νιότη, φαίνονται κουρασμένα, νυσταγμένα, βαθουλωμένα στις κόγχες τους. Η φωνή σου από καθαρία και κρυστάλλινη, έγινε βραχνή. Κάθε τόσο σε πνίγει ο ξερόβηχας λες και βγήκες από σανατόριο. Τα δάκτυλα του χεριού σου και αυτά ψημένα κατακίτρινα. Ένα αποπνιχτικό σύννεφο καπνού θολώνει το πρόσωπό σου, και μια αποφορά άσχημη βγαίνει από ολοκληρο το σώμα σου. Κοντεύεις να χάσεις και την λεβέντικη κορμοστασιά σου. Καμπούριασες...

Και όμως δεν πρέπει.

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ

"...να βασανιστούν όλοι εκείνοι, που θα βρεθεί πάνω τους καπνός, να χτυπηθούν με το βούρδουλα στον "ίππο" μέχρι που να μαρτυρίσουν οι ένοχοι από που προμηθεύτηκαν τον καπνό."

(από τσαρικό διαταγμα του 17ου αιων

Το κάπνισμα είναι γνωστό από τους αρχαιότατους χρόνους. Στα έργα του αρχαίου ιστορικού Ηρόδοτου υπάρχουν μαρτυρίες πως οι Σκύθες ανέπνεαν τον καπνό από καιγόμενα φυτά, που περιείχαν διάφορες ουσίες, οι οποίες έφερναν παραισθήσεις. Φυσικά δεν πρέπει να ξεχνάμε και την Δελφική Πυθία, που μόνο κάτω από τέτοιες συνθήκες μπορούσε να χρυσοδοτήσει. Η διάδοση όμως του καπνού στην Ευρώπη συνδέεται με τ' όνομα του Χριστόφορου Κολόμβου, που ανακάλυψε όχι μόνο την Αμερική αλλά και τον καπνό. Όταν το 1492 οι ναύτες του Χ. Κολόμβου έφτασαν στις "Δυτικές Ινδίες" παρατήρησαν, ανάμεσα στα άλλα, ότι οι Ινδιάνοι κάπνιζαν μικρούς κυλίνδρους από ξερά φύλλα ενός φυτού που το ονόμαζαν "κογίμπα". Τους κυλίνδρους τους ονόμαζαν "ταμπάκο".

Όταν γύρισαν οι ναύτες του Χ. Κολόμβου στην πατρίδα διηγήθηκαν για τις συνήθειες των Ινδιάνων, για το πως καπνίζοντας έπεφταν σε διέγερση που θύμιζε μεθύσι από οινόπνευμα. Τη διέγερση αυτή αρκετά γρήγορα αντικαθιστούσε ατονία κι οι Ινδιάνοι έπεφταν στη γη κι αποκοιμόνταν.

Όμως, η τυχερή χρονιά για τον καπνό ήταν στα 1570, όταν ο πρεσβευτής του Φραγκίσκου Β' στην Πορτογαλία Ζαν Νίκο (NICOT) ντε Βιλμαίν έστειλε σκόνη καπνού και μερικούς σπόρους στην Αικατερινή των Μεδίκων συνιστώντας τους ως θεραπευτικό για διάφορες παθήσεις και κυρίως για τους πονοκεφάλους της.

Ιδιαίτερα αδιάλλακτη ενάντια στο κάπνισμα φερόνταν η εκκλησία. Στην Ιταλία ο πάπας Ουρβάνος VII αφόριζε τους καθολικούς, που κάπνιζαν ή μύριζαν τον καπνό και μάλιστα το 1692 μερικοί μοναχοί χτίστηκαν ζωντανοί γι' αυτό μέσα σ' έναν τοίχο.

Έχει ενδιαφέρον να αναφερθεί εδώ ένας Αραβικός μύθος σχετικά με την προέλευση του καπνού που πιθανώς ενισχύει τη γνώμη εκείνων που πιστεύουν ότι ο καπνός ήταν γνωστός και σε άλλες χώρες πριν ακόμα τον χρησιμοποιήσουν οι ερυθρόδερμοι που Μεξικού.

Ο μύθος αυτός λέει ότι, καθώς ο Προφήτης περπατούσε, βρήκε ένα φίδι ετοιμοθάνατο από το κρύο. Από συμπόνοια το πήρε να το ζεστάνει, αλλά η μόνη έντονη αντίδραση του ερπετού ήταν να του πει με θυμό "Η φυλή σας μας καταδιώκει παντού και έχω ορκιστεί στον Αλλάχ ότι θα πάρω εκδίκηση."

Και ο Προφήτης του είπε:

"Πως μπορεί να είσαι τόσο αχάριστο" και το ερπετό του απάντησε ότι "Ευγνωμοσύνη δεν υπάρχει στη γη" και δάγκωσε τον Προφήτη.

Εκείνος, ρούφηξε αμέσως το δηλητήριο από την πληγή και τόφτυσε στην γη.

Στο σημείο εκείνο φύτρωσε ένα φυτό. Ήταν ο καπνός, το δηλητήριο του οποίου σκοτώνει σήμερα εκατομμύρια ανθρώπους σ' όλο τον κόσμο. Και είναι περιέργο ότι κανένα από τα χορτοφάγα ζώα δεν τρώει τα φύλλα του καπνού!

Κι όμως, παρά τους διωγμούς αυτούς ο κάπνος διαδιδόταν θριαμβευτικά σ' όλες τις ηπείρους. Ανθούσε το λαθρεμπόριο του καπνού κι έγινε μέσο αισχροκέρδειας. Αυτός ήταν ο λόγος που καταργήθηκε η απαγόρευση για το κάπνισμα στην Ισπανία, στην Αγγλία και μετά στις άλλες χώρες.

Στο δεύτερο μισό του 19ου αιώνα έκανε την εμφάνιση της η βιομηχανία καπνού, που άρχισε να αναπτύσσεται πολύ γρήγορα. Τα τσιγάρα είχαν όλο και περισσότερη ζήτηση.

Μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα, το κάπνισμα ήταν προνόμιο των

ανδρών. Μετά το Α΄ παγκόσμιο πόλεμο, κατά τα χρόνια του μεσοπολέμου, η κατανάλωση του βιομηχανοποιημένου κυρίως τσιγάρου αυξήθηκε κατακόρυφα όχι μόνο γιατί άρχισαν να καπνίζουν και οι γυναίκες σαν μια κατάκτηση του γυναικείου απελευθερωτικού κινήματος.

Στην Ελλάδα, η καλλιέργεια του καπνού, η εμπορία και βέβαια το κάπνισμα, αρχίζει από τα μέσα του 17ου αιώνα. Η αρχή του 20ου αιώνα βρίσκει την Ελλάδα ως μια από τις κύριες καπνοπαραγωγούς χώρες και μεγάλο μέρος της οικονομίας μας εξαρτώμενο από την καλλιέργεια του καπνού. Στην διάρκεια του 20ου αιώνα διαπιστώνεται μια άτακτη αρχικά, αλλά σταθερή στη συνέχεια, ετήσια αύξηση της κατανάλωσης καπνού. Μια μικρή αναστολή παρατηρείται στην διετία 1978-1979, που συμπίπτει με την αιχμή της αντικαπνισματικής διαφώτισης που είχε αναλάβει το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών. Οι πρώτες σποραδικές συσχετίσεις καπνίσματος και υγείας αρχίζουμε με τη δεκαετία του '60. Μια ελληνική εργασία στην δεκαετία του '80, θέτει τεκμηριωμένα, και για πρώτη φορά διεθνώς, τις συνέπειες του παθητικού καπνίσματος, πρόβλημα που θα απασχολήσει τους ενδιαφερόμενους για όλη την δεκαετία.

Χ Η Μ Ι Κ Η Σ Υ Σ Τ Α Σ Η Τ Ο Υ Κ Α Π Ν Ο Υ

ΤΟ ΔΙΑΒΟΛΙΚΟ ΜΙΓΜΑ

"Αχ εσύ του καπελιού φαρμάκι
Τσάι κινέζικο κι εσύ
Κι εσύ τσιγάρο μου μεράκι
Με σας σερνόμαστε ζαβοί
Με το μεθύσι και με τον καπνό"

Ν.Α. Νεκράσοφ

Η χημική συνθεση του καπνού και οι φυσικοχημικές ιδιότητές του εξαρτώνται από την ποιότητα και το είδος των φύλλων του καπνού, και την ιδιότητα του φίλτρου να συγκρατεί ορισμένες ποσότητες σωματιδίων, καπνού και άλλων συστατικών. Οι ποσότητες που εισπνέει ένας καπνιστής (πίσσας, νικοτίνης, οργανικών ουσιών κτλ) εξαρτώνται από τη συχνότητα των εισπνοήσεων του καπνιστή, τη διάρκεια και την κατακράτηση του καπνού στους πνεύμονες. Οι διαφορές της χημικής σύστασης του καπνού των πούρων και της πίπας ή των "ελαφρών" τσιγάρων σε σχέση με εκείνη των "πλούσιων" σε πύσσα και νικοτίνη περιορίζονται σχεδόν αποκλειστικά στις ποσότητες των συστατικών.

Ο καπνός του τσιγάρου έχει βρεθεί ότι περιλαμβάνει περίπου 3800 χημικές ενώσεις, βαρέα μέταλλα και ραδιενεργά στοιχεία. Πολλές από αυτές τις ουσίες υπάρχουν ως συστατικά των φύλλων καπνού, αλλά η πλειοψηφία σχηματίζεται στην ζώνη πυρόλυσης απόσταξης των θερμών περιοχών, που γίνεται σε θερμοκρασία 950°C.

Με την πυράκτωση αυτή δημιουργούνται δύο ρεύματα καυσαερίων. Το κύριο ρεύμα (MAINSTREAM SMOKE) και το παράπλευρο ή δευτερευόν ρεύμα (SIDESTREAM SMOKE). Το κύριο ρεύμα (ΚΡ) παράγεται κατά την διάρκεια της εισπνοής καπνού από τον καπνιστή στην θερμή περιοχή του

τσιγάρου (καύτρα) και εισδύει στους πνεύμονες του. Το παράπλευρο ρεύμα (ΠΚ) παράγεται στο ενδιάμεσο χρονικό διάστημα και διαχέεται στο περιβάλλον. Επίσης, ένα μέρος του καπνού εκπνέεται από τον καπνιστή κατά το κάπνισμα.

Ο καπνός του τσιγάρου αποτελείται κυρίως από τα συστατικά αέρια του αέρα και μόνο το 20% από τα συστατικά που μετράμε είναι προϊόντα καύσης των φύλλων του καπνού. Τα σωματίδια του καπνού, διαμέτρου 0,2-1,0 μm, είναι ελαφρά φορτισμένα με ηλεκτρόνια, ενώ περιέχονται και ελεύθερες ρίζες, που κατά ορισμένες θεωρίες, είναι υπεύθυνες για την καρκινογόνο δράση. (πίνακας 1).

Μεταξύ των πολλών βλαπτικών ουσιών που εισπνέει ο καπνιστής, οι κυριότερες είναι:

• Το Μονοξειδίο του Άνθρακα (CO) παράγεται κατά την ατελή καύση του άνθρακα που περιέχεται στις οργανικές ουσίες όταν η ποσότητα του οξυγόνου ή του αέρα είναι ανεπαρκής. Αν αφαιρεθούν από το τσιγάρο η νικοτίνη και η πίσσα, δεν παύει το κάπνισμα να είναι επικίνδυνο κυρίως του μονοξειδίου του άνθρακα (CO) που αποτελεί το 5% του ολικού όγκου των καυσαερίων ενός μόνο τσιγάρου. Η ποσότητα του μονοξειδίου (CO) στο ΚΡ του καπνού μειώνεται ανάλογα με τον τύπο του φίλτρου περιορίζουν την εισαγωγή οξυγόνου.

Με το κάπνισμα, το CO φτάνει στις πνευμονικές κυψελίδες και απ' εκεί με την ανταλλαγή των αερίων περνά στο αίμα.

Επειδή το CO έχει μεγαλύτερη συγγένεια και ικανότητα συνδέσεως με τη σιδηρούχο αιμοσφαιρίνη, ενώνεται με αυτήν πολύ πιο εύκολα απ' ότι με το οξυγόνο και σχηματίζει σταθερή ένωση ανθρακυλαιμοσφαιρίνης, η οποία εμποδίζει τα ερυθρά αιμοσφαίρια να πάρουν ανάλογο οξυγόνο και να σχηματίσουν οξυαιμοσφαιρίνη που είναι απαραίτητη για την οξυγόνωση των ιστών και οργάνων του σώματος.

Το CO αυξάνει την διαπερατότητα του τοιχώματος των αγγείων στη χοληστερίνη και διευκολύνει έμμεσα το σχηματισμό αθηρωματικών αλλοιώσεων στο τοίχωμα.

●Οι Τοξικές και Ερεθιστικές Ουσίες, όπως είναι κυρίως το υδροκυάνιο, η ακρολεΐνη, τα οξείδια του αζώτου και οι φαινόλες που ερεθίζουν τους βρόγχους και καταστρέφουν το κροσσωτό επιθήλιο.

●Οι Καρκινογόνες ουσίες, όπως οι πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες κυρίως το βενζο-απυρένιο αλλά και οι νιτροζαμίνες.

Οι ερεθιστικές και τοξικές ουσίες συνήθως προκαλούν χρόνιες πνευμονοπάθειες (χρόνια βρογχίτιδα και εμφύσημα), οι καρκινογόνες και άλλες ουσίες την ανάπτυξη του καρκίνου του πνεύμονα. Ενώ το μονοξειδίο του άνθρακα και η Νικοτίνη, που θα αναλύσουμε παρακάτω προκαλούν βλάβες κυρίως στο καρδιαγγειακό σύστημα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Οι κυριότερες χημικές ενώσεις στο ΚΡ του καπνού ενός τσιγάρου χωρίς φίλτρο.

Ολικά στερεά σωματίδια	15-40 mg	N-Νιτροδωνορικοτίνη	200-300 ng
Μονοξειδίο του άνθρακα	10-23 mg	N-Νιτροδωδιαθειανολαμίνη	0-36 ng
Νικοτίνη	1,0-2,3 mg	N-Νιτροδωαναβασίνη	0-150 ng
Ακεταλδεΐδη	0,5-1,2 mg	N-Νιτροδωπυρρολιδίνη	0-150 ng
Οξικό οξύ	0,1-1,0 mg	N-Νιτροδωδιμεθυλαμίνη	2-20 ng
Ακετόνη	100-250 μg	N-Νιτροδωμεθυλαθειλαμίνη	0-2,7 ng
Μεθανόλη	90-180 μg	N-Νιτροδωδιαθειλαμίνη	0-2,8 ng
Οξείδια αζώτου (NO _x)	100-600 μg	N-Νιτροδωδι-η-προφυλαμίνη	0-1 ng
Μεθανοϊκό οξύ	80-600 μg	N-Νιτροδωπιπεριδίνη	0-9 ng
Υδροκυάνιο	400-500 μg	N-Νιτροδωδι-η-βουτυλαμίνη	0-3 ng
Υδροκινόνη	110-300 μg	Υδραζίνη	32-43 ng
Κατεχόλη	100-360 μg	Ουρεθάνη	20-38 ng
Αμιμονία	50-130 μg	Βινυλοχλωρίδιο	1,3-16 ng
Βενζόλιο	20-50 μg	Βενζο(α)ανθρακένιο	20-70 ng
Ακρολεΐνη	60-100 μg	Βενζο(β)φλουρανθενίο	4-22 ng
Φαινόλη	60-140 μg	Βενζο(ι)φλουορανθενίο	6-21 ng
Κροτοναλδεΐδη	10-20 μg	Βενζο(α)πυρένιο	20-40 ng
Φορμυλαδεΐδη	70-100 μg	Διβενζο(α,η)ανθρακένιο	4 ng
Πυριδίνη	16-40 μg	Δινβενζο(α,ι)πυρένιο	1,7-3,2 ng
3-Μεθυλοπυριδίνη	20-36 μg	Ινδάνο 1,2,3-cd πυρένιο	4-20 ng
2-Κρεζόλη	14-30 μg	5-Μεθυλοχρουσένιο	0,6 ng
3- και 4-Κρεζόλη	40-80 μg	Διβενζο(α) ακριδίνη	2,7 ng
3- και 4-Μεθυλοκατεχόλη	31-45 μg	2-Νοφθαλαμίνη	1,7-22 ng
Καρβαζόλη	1 μg	4-Αμινοδιφαινύλιο	2,4-4,6 ng
2-Νιτροπροπάνιο	0,2-2,2 μg	0-Τολουιδίνη	32-160 ng

Από τις 3.800 περίπου ενώσεις του ΚΡ του καπνού, 400 βρίσκονται σε ποσότητες από ng και άνω.

Η Γ Ο Η Τ Ξ Ι Α Τ Η Σ Ν Ι Κ Ο Τ Ι Ν Η Σ

"Το κάπνισμα αποβλακώνει, είναι ασυμβίβαστο με τη δημιουργική εργασία."

Γ Κ Α Ι Τ Ξ

Μήπως είναι η δράση της νικοτίνης, της τοξικής ουσίας του καπνού, που το κάνει τόσο ελκυστικό; Αν είναι έτσι τι έχει η νικοτίνη και είναι τόσο πολύτιμη στους καπνιστές;

Η νικοτίνη είναι υγρό ελαιώδες, πτητικό ισχυρής αλκαλικής αντιδράσεως, άχρωμο σε καθαρή κατάσταση, φαιόχρωμο, διαλυτό στο νερό και αναδίδει οσμή καπνού με άσχημη μυρουδιά όταν εκτεθεί στον αέρα έχει πικρή και καυστική γεύση.

Η νικοτίνη είναι βασικό δηλητήριο του καπνού, πολύ δυνατό ναρκωτικό, που προκαλεί εθισμό στον άνθρωπο. Η περιεκτικότητά σε νικοτίνη εξαρτάται από την ποιότητα και την ξηρότητα του καπνού. Τα συνηθισμένα τσιγάρα περιέχουν 15-30 mg νικοτίνης. Το ποσό της νικοτίνης που απορροφάται από το στόμα ποικίλει για κάθε τσιγάρο από 0,3-3mg. Το ποσοστό απόρροφησης της νικοτίνης είναι 5-10% για τους καπνιστές που δεν εισπνέουν βαθειά τον καπνό. Οι καπνιστές ρυθμίζουν το ποσό της νικοτίνης που απορροφούν με την εισπνοή του καπνού. Η νικοτίνη που μπαίνει στο αίμα εξαρτάται από την τεχνική του καπνίσματος και το βάθος εισπνοής του καπνιού. Ένας καπνιστής που εισπνέει βαθειά τον καπνό, μπορεί να πάρει 50-100 mg νικοτίνης καθημερινά.

ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ. Η νικοτίνη απορροφάται ταχύτατα από τους πνεύμονες και βρίσκεται στον εγκέφαλο, στον προμήκη μυελό και στα συμπαθητικά γάγγλια εντός 5 λεπτών. Μεταβολίζεται στο συκώτι, στα νεφρά, στους πνεύμονες και εκκρίνεται από το στομάχι και τα νεφρά. Όταν απορροφάται από τους πνεύμονες κατά το κάπνισμα κατανέμεται

εξ΄ίσου στους ιστούς. Αποβάλλεται και μέσω του γάλακτος στις μητέρες που θηλάζουν. Ένα μικρό μέρος μόνο αποβάλλεται αναλλοίωτο με τα ούρα, ενώ το υπόλοιπο 80-90% καταστρέφεται εντός του οργανισμού. Η πλήρη αποβολή της νικοτίνης διαρκεί περίπου 16 ώρες.

Η νικοτίνη έχει αναγνωριστεί από πολύ παλιά σαν η πιθανή αιτία εξάρτησης γεγονός που τελικά επιβεβαιώνεται από τα δεδομένα της τελευταίας δεκαετίας.

Ο JOHNSTON (1942) διαπίστωσε ότι οι ενέσεις διαλυμάτων νικοτίνης είναι ευχάριστες στους καπνιστές, αλλά όχι και στους μη καπνιστές. Δοσολογικά η ένεση 1 Mg νικοτίνης αντιστοιχεί περίπου στο κάπνισμα ενός τσιγάρου. Μετά από μια σειρά 80 ενέσεων, η λήψη του αλκαλοειδούς ήταν περισσότερο ικανοποιητική με τη μορφή ένεσης, παρά με τη μορφή τσιγάρου. Οι ενέσεις δημιουργούσαν κορεσμό ως προς το κάπνισμα και παρέτειναν το χρονικό διάστημα μέχρι το επόμενο τσιγάρο, ενώ η απότομη διακοπή τους δημιουργούσε σφοδρή επιθυμία για κάπνισμα. Ανάλογα αποτελέσματα έδωσαν και μεταγενέστερα πειράματα με ενέσεις νικοτίνης (EJKUP AND WIKANDER 1959, LUCCHESI ET AL 1967).

Έχει διαπιστωθεί ότι οι καπνιστές τροποποιούν ασυνείδητα τη συχνότητα και το βάθος των ρουφηξιών τους ανάλογα με την περιεκτικότητα του τσιγάρου σε νικοτίνη, ώστε να διατηρούν σταθερή την πρόσληψή της (ASHTON ET AL 1970). Τσιγάρα με μεγάλη περιεκτικότητα σε νικοτίνη καπνίζονται με βραδύ ρυθμό με αποτέλεσμα τη μικρότερη ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων (KILTH 1970).

ΤΙ ΚΑΝΕΙ Η ΝΙΚΟΤΙΝΗ. Η νικοτίνη προκαλεί αλλαγές στο ενδοκρινολογικό σύστημα και το νευρικό σύστημα. Οι αλλαγές που προκαλούνται μέσα στο νευρικό σύστημα είναι πολλαπλές. Πρέπει να τονίσουμε ότι δεν είναι καρκινογόνος ουσία.

Η νικοτίνη κάνει την καρδιά να χτυπάει κι ανεβάζει την αρτηριακή πίεση. Πιστεύεται, ότι αυτό οφείλεται εν μέρει στην αδρεναλίνη που εκκρίνουν τα επινεφρίδια. Είναι γνωστό ότι η νικοτίνη δρά στον εγκέφαλο (κάθε ρουφηξιά καπνού, που έρχεται σ'επαφή με τη μεγάλη ε-

πιφάνεια των τριχοειδών αγγείων των πνευμόνων, στέλνει μια μικρή δόση νικοτίνης στον εγκέφαλο πολύ πιο γρήγορα απ' την δόση της ηρωίνης, την οποία στέλνει ο τοξικομανής με ενδοφλέβια ένεση, που κάνει στο χέρι του), με τον ίδιο τρόπο που δρα και η ακετυχολίνη, η ουσία που μεταδίδει τη νευρική ώση απ' τον ένα νευρώνα στον άλλο. Έτσι, μερικοί ερευνητές πιστεύουν, ότι η νικοτίνη απελευθερώνει τη νευρομεταβιβαστική ουσία νοραδρεναλίνη απ' τα νευρικά κήτταρα στον εγκέφαλο. Επίσης, φαίνεται ότι απελευθερώνει νοραδρεναλίνη απ' τα νευρικά κήτταρα που τροφοδοτούν την καρδιά. Είναι ακόμα γνωστό, ότι προκαλεί την έκκριση διάφορων ορμονών απ' την υπόφυση.

Σ' ελάχιστες δόσεις η νικοτίνη αυξάνει τη δραστηριότητα των ανασταλτικών κυττάρων στον νωτιαίο μυελό, που προκαλεί μείωση του μυϊκού τόνου. Το είδος της μυϊκής χαλάρωσης διαφέρει από εκείνη, που προκαλούν οι αμφεταμίνες. Οι καπνιστές, συχνά, αναφέρουν ότι το αίσθημα της χαλάρωσης συνοδεύεται από αυξημένη ενεργητικότητα και ικανότητα συγκέντρωσης. Παρ' όλα αυτά δεν μπορούμε να είμαστε σίγουροι, ότι οι επιδράσεις αυτές της νικοτίνης συνδέονται απαραίτητα με τη συμπεριφορά του καπνίσματος.

Τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι οι περισσότεροι καπνίζουν για να προσλάβουν την επιθυμητή δόση νικοτίνης ρουφηξιά με ρουφηξιά, λεπτό με λεπτό και ημέρα με την ημέρα. Ήξ' άλλου, οι καπνιστές δεν ικανοποιούνται μεσιγάρα χωρίς νικοτίνη, ενώ μόνο 9% από τους άνδρες και 19% από τις γυναίκες υποστηρίζουν ότι δεν εισπνέουν τον καπνό.

Κι όμως, το κάπνισμα σημαίνει κάτι παραπάνω απ' τη διατήρηση του επιπέδου της νικοτίνης στον οργανισμό. Αν η παροχή της νικοτίνης γίνεται με χάπια ή τοιχλα, ή ακόμα και με ενέσεις, η επίδραση της πάνω στη διάθεση και τη συμπεριφορά δεν είναι η ίδια όπως όταν πηγαίνει απ' ευθείας στους πνεύμονες με την εισπνοή του καπνού.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι η νικοτίνη είναι ισχυρό δηλητήριο που δρα στο κεντρικό νευρικό σύστημα διεγερτικά σε μικρές δόσεις και παραλυτικά σε μεγάλες.

Στους συστηματικούς και βαρείς καπνιστές προκαλεί εθισμό και όπως θα δούμε στερητικό σύνδρομο όταν διακοπεί το κάπνισμα.

Κ Α Π Ν Ι Σ Μ Α : Α Π Λ Η Σ Υ Ν Η Θ Ε Ι Α

Η

Φ Α Ρ Μ Α Κ Ε Υ Τ Ι Κ Η Ε Ξ Α Ρ Τ Η Σ Η

"Η συνήθεια δεν είναι φυσική
αλλά επίκτητη ανάγκη.
Για τη συνήθεια υπάρχει η
ξεσυνήθεια."

από το λεξικό του Β.ΝΤΑΛ

Σε κάθε "δυνατό καπνιστή" είναι γνωστά λίγο πολύ τα συμπτώματα που παρουσιάζονται όταν κόψει το τσιγάρο. Μια ελαφρή νευρική κατάσταση, ελαφρό τρέμουλο των χεριών, αύξηση του αισθήματος της πείνας, διάθεση για καβγά, διαταραχές του ύπνου κ.τλ., είναι τα συχνότερα ίσως από αυτά.

Το σύνολο αυτό των συμπτωμάτων είναι αποτέλεσμα της διπλής εξάρτησης από τον καπνό, τόσο δηλαδή της σωματικής όσο και της ψυχικής.

Η συνήθεια του καπνίσματος σχετίζεται άμεσα με ψυχολογικές πρώτα παρορμήσεις που καθορίζονται και ενισχύονται από το κοινωνικό περιβάλλον και συνεχίζονται με την φαρμακολογική δράση της νικοτίνης στο συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό σύστημα και την εξάρτηση του καπνιστή στην μετέπειτα ηλικία.

Ας φανταστούμε ένα άτομο το οποίο καπνίζει περίπου δύο πακέτα τσιγάρα την ημέρα. Το άτομο αυτό επαναλαμβάνει το τελετουργικό του ανάμματος ενός τσιγάρου περίπου 18.000 φορές το χρόνο. Πηγαίνει δηλαδή περίπου 700 φορές το χρόνο σε ένα περίπτερο για να αγοράσει τσιγάρα (συνήθως οι ώρες είναι καθορισμένες), κάνει την κίνηση του πιασίματος του πακέτου, του ανάμματος του αναπτήρα ή των σπέρτων, της πρώτης ρουφηξιάς κ.τλ. περίπου 18.000 φορές μέσα σε ένα χρόνο και ρουφάει περί τις 200.000 φορές τον χρόνο τον καπνό του τσιγάρου μέσα στους πνεύμονες του. Μετά από μια τέτοια εξάσκηση δεν είναι καθό-

λου περίεργο ότι όλες αυτές οι κινήσεις γίνονται πια αυτόματα χωρίς να προϋποθέτουν κάποια σκέψη ή προσχεδιασμό.

Αλλωστε το κάπνισμα έχει δύο φάσεις, την οπτική εικόνα που σχηματίζει το παιδί στην αρχή σαν "παθητικός καπνιστής" και την ενεργό συμμετοχή του αργότερα ως "συστηματικός καπνιστής".

Το κάπνισμα όμως έχει και έναν ιδιαίτερα συμβολικό χαρακτήρα. Για τους μεν άνδρες, συμβολίζει συνήθως το πέρασμα από την εφηβεία στην ενηλικίωση. Η αλλοτρίωση δηλαδή που έχει καταφέρει η συνήθεια του καπνίσματος στην ανθρώπινη κοινωνία είναι τόσο μεγάλη, ώστε ο ανδρισμός ενός νέου επιβεβαιώνεται καμιά φορά και από τον ίδιο τον πατέρα του με τα λεφτά για να αγοράσει το πρώτο του πακέτο τσιγάρα!...

Έτσι βέβαια δικαιολογείται και ο ίδιος ο γονιός για την εξάρτησή του. Τον ίδιο όμως χαρακτήρα επίδειξης έχει το κάπνισμα και για τις γυναίκες που "κατόρθωσαν" να απαιτήσουν το δικαίωμα του καπνίσματος μετά από σκληρούς και μακροχρόνιους αγώνες. Ακόμα και στην εποχή μας η "απελευθέρωση" μετριέται συχνά από τον τρόπο, τόπο και είδος τσιγάρων που καπνίζουν πολλές από αυτές. Συνήθως οι πιο απελευθερωμένες για παράδειγμα, καπνίζουν άφιλτρα ή "σέρτικα".

Οι περισσότεροι καπνιστές συνεχίζουν να καπνίζουν όχι τόσο γιατί το θέλουν, αλλά γιατί δεν μπορούν εύκολα να σταματήσουν. Έτσι, άσχετα από τους παράγοντες που συνέβαλαν στην έναρξη του καπνίσματος οι φαρμακολογικές επιδράσεις της νικοτίνης λειτουργούν ως ισχυρότατοι πρωταρχικοί ενισχυτές, με τελικό αποτέλεσμα την εγκατάσταση εξάρτησης. Ο "πολλά βαρύς" καπνιστής το αισθάνεται αυτό. Του είναι απαραίτητο να καπνίσει να πάρει τη δόση του. Ευτυχώς όμως ο καπνιστής δεν είναι υποχρεωμένος να αυξάνει συνεχώς την δόση του, όπως ο ναρκομανής.

Το κάπνισμα αποτελεί μορφή ισχυρής εξάρτησης γεγονός που ερμηνεύει τη δυσκολία διακοπής του με ποικίλες τεχνικές, όπως ο υπνωτι-

σμός, η συμπεριφορολογική θεραπευτική προσέγγιση της αποστροφής, η ομαδική ψυχοθεραπεία κ.α. Αλλωστε, η λεπτομερής ενημέρωση των καπνιστών για τις επιβλαβείς συνέπειες του τσιγάρου σπάνια οδηγεί στην επιτυχή διακοπή του. Δυσκολία έχουν ακόμη και ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας, που δημιουργούνται ή που επιδεινώνονται με το κάπνισμα (χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, στεφανιαία νόσος, υπέρταση, εγκεφαλικά επεισόδια).

Κ Α Π Ν Ι Σ Μ Α Κ Α Ι Ρ Α Δ Ι Ε Ν Ε Ρ Γ Ε Ι Α

Ένα μισό πακέτο την ημέρα για ένα καπνιστή, αντιστοιχεί σε μια ετήσια δόση ραδιενέργειας σε τμήματα των πνευμόνων του ίση με αυτή που θα έπαιρνε από περίπου 300 ακτινογραφίες -X θώρακος."

DR. THOMAS WINTERS

Για πολλές δεκαετίες οι καλλιεργητές λιπαίνουν τις φυτείες του καπνού με φωσφορικά λιπάσματα πλούσια σε Ουράνιο. Με τη ραδιενεργό διάσπαση, αυτό το Ουράνιο δημιουργεί Ράδιο -226, το οποίο με τη σειρά του διασπάται σε Ροδόνιο -222 και τελικά σε Μόλυβδο-230 και Πολώνιο -210.

Τα φυτά του καπνού απορροφούν αμέσως τα ραδιενεργά στοιχεία από το λίπασμα και από τη φυσική ραδιενέργεια που υπάρχει στο έδαφος, τον αέρα και το νερό. Οι κολλώδεις άκρες των τριχών που υπάρχουν στα φύλλα του καπνού, απορροφούν επίσης τα επικύνδυνα στοιχεία του αέρα.

Όταν ένας καπνιστής ανάβει το τσιγάρο του, η θερμοκρασία της πυρακτωμένης του άκρης κάνει αυτές τις κολλώδεις άκρες των τριχών του φύλλου του καπνού, προς αδιάλυτα σωματίδια που περιέχουν τα ραδιενεργά ισότοπα. Στη συνέχεια ο καπνιστής εισπνέει αυτά τα σωματίδια βαθιά μέσα στα πνευμόνια του. Μέσα στα πνευμόνια, οι βρόγχοι διακλαδίζονται σ'όλο και μικρότερους αεραγωγούς. Είναι ιδιαίτερα αξιοπρόσεκτο, όπως ισχυρίζονται πολλοί επιστήμονες, το γεγονός ότι σ'αυτές ακριβώς τις διακλαδώσεις συγκεντρώνονται τα σωματίδια που εισπνέονται με τον καπνό.

Καθώς ένας καπνιστής καπνίζει το ένα τσιγάρο μετά το άλλο, αυτά τα σωματίδια αποθηκεύονται στα ίδια σημεία στους πνεύμονες. Σύμφωνα με τον EDWARD MARTELL, έναν ειδικό στη ραδιοχημεία στο Εθνικό κέντρο της Ατμοσφαιρικής Έρευνας, αυτά τα σημεία γίνονται "καυτά σημεία" ραδιενέργειας. Ο MARTELL πιστεύει ότι δεν είναι σύμπτωση ότι οι περισσότεροι καρκίνοι των πνευμόνων αρχίζουν σ'αυτά τα σημεία διακλαδώσεων, όπου μαζεύονται τα ραδιενεργά κατάλοιπα.

Το αμυντικό σύστημα ενός υγιούς ανθρώπου χρειάζεται συνήθως κάμποση ώρα για να καθαρίσει τον καπνό, τη στάχτη και τα δηλητηριώδη αέρια που δημιουργούνται από ένα και μόνο τσιγάρο. Τα συγκεντρωμένα όμως σωματίδια του καπνού είναι πολύ δύσκολο να αποκολληθούν από το προστατευτικό βρογχικό επιθήλιο και παραμένουν στους πνεύμονες συνήθως για 3 έως 6 μήνες - σε μερικές περιπτώσεις για πολλά χρόνια - εκπέμποντας ΡΑΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ.

Πάντως και όταν ακόμα το ανθρώπινο ανοσολογικό σύστημα των κυττάρων καθαρίζει αυτά τα σωματίδια από τους πνεύμονες, είναι γεγονός ότι τα ραδιοϊσότοπα μεταφέρονται μέσα από την κυκλοφορία του αίματος σε άλλα όργανα του σώματος, όπως το συκώτι, το πάγκρεας, τα νεφρά τους κυψιτικούς κόμβους, το θυροειδή και το μυελό των οστών. Τα ραδιενεργά σωματίδια που μαζεύονται χρόνο με το χρόνο σ'αυτά τα όργανα, καταστρέφουν τα γειτονικά κύτταρα με τη ραδιενέργεια που εκπέμπουν.

Ο MARTELL σημειώνει ότι οι στενώσεις στα αιμοφόρα αγγεία των καπνιστών που υποφέρουν από αρτηριοσκλήρυνση δείχνουν υψηλά επίπεδα Μολύβδου -210 και Πολωνίου -210 και υποθέτει ότι η ραδιενέργεια στα τσιγάρα μπορεί να είναι ένας ακόμα παράγοντας που συμβάλλει στην αρτηριοσκλήρυνση των καπνιστών, που τελικά μπορεί να οδηγήσει σε στεφανιαίες νόσους και προσβολές της καρδιάς.

Πόσο χρόνο μπορεί να παραμείνει αυτή η ραδιενεργός δράση στο σώμα ενός καπνιστή;

Ο ραδιενεργός μόλυβδος έχει χρόνο ημιζωής 21,4 χρόνια. Ο BENEDLY S. COHEN και ο NYOMI H. HARLEY της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Ν.Υόρκης ανακάλυψαν ότι οι καπνιστές που διακόπτουν το κάπνισμα έχουν, πέντε χρόνια αργότερα, ακόμα τόση ραδιενεργό δράση από Μόλυβδο -210, όση περίπου και οι ενεργοί καπνιστές. Σκεφτείτε πάντως ότι οι περισσότεροι καπνιστές δεν διακόπτουν μόνιμα το κάπνισμα και ότι στις ΗΠΑ ο μέσος καπνιστής καταναλώνει περισσότερα από 14.000 τσιγάρα το χρόνο.

Η ισχυρή ραδιενεργός δράση του καπνού του τσιγάρου, οφείλεται όχι τόσο στα Μόλυβδο -210 που εκπέμπει ασθενή -β ακτινοβολία, όσο στο θυγατρικό του ραδιενεργό Πολώνιο -210 που εκπέμπει ισχυρά εντοπισμένη ιονίζουσα -α ακτινοβολία, ίδια μ'αυτήν που δίνει το Πολώνιο των ατομικών βομβών. Η ακτινοβολία -α διασπά τα άτομα κάνοντας ταιόντα και μετά εύκολα καταστρέφει τα γονίδια σκοτώνοντας τα ζωτικά κύτταρα, και μεταβαλλοντάς τα σε καρκινικά. Οι επιστήμονες ισχυρίζονται ότι ο κίνδυνος από την ακτινοβολία -α είναι 20 φορές πιο καταστροφικός για τους ζωντανούς οργανισμούς από την ακτινοβολία -β.

Το ανθρώπινο σώμα εξελίχθηκε σ'ένα πλανήτη με χαμηλά επίπεδα φυσικής ραδιενέργειας, από πηγές όπως οι κοσμικές ακτίνες κλπ και γι'αυτό έχει κάποια ικανότητα να θεραπεύει τα τραύματα της ακτινοβολίας. Από κάθε 5NA όμως τσιγάρο ο καπνιστής καταπίνει τόσο πολώνιο -210 όσο μπορεί να πάρει από φυσικές πηγές σε 24 ώρες. Έτσι, ο μέσος καπνιστής εκθέτει κάθε μέρα τον εαυτό του σ'αυτά τα μακρόβια στοιχεία περίπου 30 φορές περισσότερο απ'ότι ένας μη καπνιστής.

Γ Ι Α Τ Ι Κ Α Π Ν Ι Ζ Ο Υ Ν Ο Ι Α Ν Θ Ρ Ω Π Ο Ι

"Κάτι πρέπει να κάνω τα χέρια μου..."

Απαντώντας σ' αυτή την ερώτηση οι περισσότεροι καπνιστές μπορούν να αιτιολογήσουν τη συμπεριφορά τους.

Η συνήθεια του καπνίσματος σχετίζεται άμεσα με ψυχολογικές πρώτα παρορμήσεις, που καθορίζονται και ενισχύονται από το κοινωνικό περιβάλλον και συνεχίζονται με τη φαρμακολογική δράση της νικοτίνης στο συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό σύστημα και την εξάρτηση του καπνιστή στη μετέπειτα ηλικία.

Φαίνεται ότι οι άνθρωποι αρχίζουν να καπνίζουν για τους εξής λόγους:

α. Δεν υπάρχει ουσιαστική ενημέρωση για τις μακροχρόνιες συνέπειες που έχει το κάπνισμα, ειδικά στη νεανική ηλικία που βρίσκεται στο στάδιο της βιολογικής της ανάπτυξης.

Στην έναρξη και τη συνέχιση του καπνίσματος, σημαντικό ρόλο παίζουν, όπως θα αναφερθούμε παρακάτω, και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης όπως είναι οι διαφημίσεις τσιγάρων από τον ημερήσιο τύπο και τα πολυτελή περιοδικά, οι κινηματογράφοι και οι γιγαντοαφίσσες, για τις οποίες οι καπνοβιομηχανίες ξοδεύουν 100πλάσια ποσά απ' ότι διαθέτει το κράτος για διαφώτιση και ενημέρωση.

β. Η διαφήμιση του τσιγάρου τόσο από την τηλεόραση όσο και από τον καθημερινό τύπο. Κάθε τόσο διάφορες μάρκες των τσιγάρων με τη λιγότερη νικοτίνη.

Σε πολλές παραστάσεις και κινηματογραφικές ταινίες ο ήρωας δεν είναι σε θέση να λύσει κάποιο πρόβλημα ή απλά δεν είναι σε θέση να σκεφτεί σοβαρά για κάτι χωρίς να κυκλώσει τον εαυτό του

με δαχτυλίδια καπνού. Μία τέτλια έμμεση ρειλάμα επιδρά όχι μονάχα στα παιδιά αλλά και στους ενήλικές. "Κάθεσαι στον κινηματογράφο, ξεχνάς το κάπνισμα", διηγόταν κάποτε ένας παθιασμένος καπνιστής, "και ξαφνικά εμφανίζονται στην οθόνη κάποιοι που καπνίζουν. Αμέσως σου δημιουργείται η ισχυρή επιθυμία να πάρεις το τσιγάρο στο στόμα". Είναι σπάνιο να συναντήσεις μη καπνιστή ήρωα και στην τηλεόραση. Προσέξτε τα κορίτσια που αφήνουν το φαμακερό καπνό στους διαδρόμους του πανεπιστημίου, στα τραπεζάκια της καφετέριας, στα ρεστοράν, στα παγκάκια των δεντροφυτευμένων πλατειών και σ'άλλα μέρη κρατώντας έτσι το τσιγάρο σαν τους γνωστούς ηθοποιούς του κινηματογράφου. Και πόσα φιλμ δεν βλέπουμε, που σ'αυτά κάποιος εφευρέτης, καπνίζοντας αδιάκοπα, μέσα σε μια νύχτα "βγάζει" μια εφεύρεση. Και σαν σύμβολο αυτής της νίκης του μυαλού πάλι στα σχεδιαγράμματα υψώνεται ένα βουνό αποτσιγάρα. Αλλά κι οι ήρωες των αστυνομικών ταινιών, ούτε ένας κατάσκοπος, ούτε ένας ανακριτής δεν θ'αρχίσει και δεν θα τελειώσει την "επιχείρησή" του, αν δεν ζυμώσει το τσιγάρο στα χέρια του, αν δεν ανάψει τον αναπτήρα του!

γ. Αποτελεί για μερικούς διέξοδο στο **STRESS** που τους χαρακτηρίζει. Τους ανακουφίζει στην πλήξη, στην ανία, στο ψυχικό άγχος, στο καθημερινό τους αδιέξοδο.

Σε έρευνα πούγινε στις ΗΠΑ σε 5000 καπνιστές και καπνίστριες με το ερώτημα γιατί καπνίζουν, βρέθηκε ότι 10% θεωρούν το κάπνισμα ως τονωτικό, όπως ο καφές, 10% διασκεδάζουν με το άναμμα, το κράτημα και την οσμή του καπνού, 40% καπνίζουν για να απαλαγούν από το άγχος και την υπερένταση της ζωής, 40% γιατί χαλαρώνουν τα νεύρα.

δ. Πιστεύουν ότι με το κάπνισμα γίνονται κοινωνικοί. Απελευθερώνονται. Νοιώθουν αντρισμό, ωριμότητα.

Για τη διάδοση του καπνίσματος φταίει σε κάποιο βαθμό κι η

μόδα, που οι παραξενιές της ακολουθούνται τόσο από τη νεολαία. Μερικοί ψυχολόγοι συνδέουν την αρχή του καπνίσματος σε νεαρή ηλικία με την επιδίωξη για αυτοπεποίθηση, με την επιθυμία να γίνουν "απόλυτα ενήλικοι", με τις προσπάθειες ν'αντιπαρατάξουν τον εαυτό τους στο περιβάλλον τους, με τη διαμαρτυρία ενάντια στην οικογενειακή ή σχολική κηδεμονία. Η εξωτερική ωραιοφάνεια της διαδικαδίας του καπνίσματος, δηλαδή η πόζα των καπνιστών, ο αμέριμνος τρόπος του τινάγματος της στάχτης, η επίδειξη με τα δαχτυλίδια του καπνού, κλπ. για πολλούς νεαρούς γίνονται μια ιδιόμορφη έκφραση ανεξαρτησίας, ενηλικίωσης. Επιδιώκεται ιδιαίτερα "να έχουν εμφάνιση" μπροστά στα κορίτσια.

ε. Μερικοί το θεωρούν ευχάριστη συντροφιά που διευκολύνει τις κοινωνικές τους σχέσεις.

Στον καπνιστή διαμορφώνεται μια ιδιόμορφη εθιμοτυπία, έφαγε, πρέπει να καπνίσει, τέλειωσε κάποιο στάδιο δουλειάς πρέπει να καπνίσει... Η φαινομενική άνοδος της ενέργειας με το κάπνισμα μπορεί να εξηγηθεί επίσης σαν εξαρτημένη αντανακλαστική επίδραση του ίδιου του γεγονότος του καπνίσματος. Δημιουργείται η εντύπωση πως χωρίς το τσιγάρο δεν μπορεί ο άνθρωπος ν'αρχίσει τη δουλιά. "Ο καπνός... αποδυναμώνει την ενέργεια", έγραφε ο λεπτός γνώστης της ανθρώπινης φύσης Ουόρέντε Μπαλζάκ.

στ. Άλλοι καπνίζουν από μιμητισμό. Αφού καπνίζουν οι άλλοι πρέπει και εγώ να καπνίσω για να μη θεωρηθώ καθυστερημένος, οπισθοδρομικός, ακοινωνήτος.

Η πρώτη επαφή των παιδιών με το κάπνισμα αρχίζει από τη νηπιακή τους ηλικία όταν βλέπουν τους γονείς τους ή άλλους να καπνίζουν.

Με την οπτική αυτή επαφή σιγά σιγά συνηθίζουν και όταν φθάσουν στην παιδική τους ηλικία, συνδέουν την εικόνα αυτή με τις

άλλες καθημερινές συνήθειες της ζωής των γονιών τους, όταν μάλιστα καπνίζουν και οι δυο και ο ένας δίνει τσιγάρο στον άλλο.

Έτσι, με την αγάπη τους, οι γονείς δείχνουν στο παιδί και τον τρόπο της κοινωνικής ζωής των μεγάλων αλλά και το δρόμο για να γίνουν συστηματικοί καπνιστές.

Είμαι λοιπόν φυσικό, το παιδί αυτό μεγαλώνοντας να θεωρεί το κάπνισμα μια συνηθισμένη, καθημερινή πράξη και από περιέργεια στην αρχή να θέλει να τη μιμηθεί, όταν μάλιστα βιάζεται να φανεί μεγάλος στη νεαρή και την εφηβική του ηλικία πολλές φορές με την πίεση των φίλων του που καπνίζουν.

Η μαϊμούδίστικη και μιμητική αυτή ψυχολογία των νέων όπως και των κοριτσιών που θεωρούν το κάπνισμα σαν μια έκφραση κοινωνικής απελευθέρωσης, γοητείας και σεξουαλικότητας, βοηθεύμενη και από το κοινωνικό περιβάλλον, τη φιλική συναναστροφή αλλά και από τις προκλητικές και έντεχνες διαφημίσεις των καπνοβιομηχανιών, είναι οι κύριοι παράγοντες που δημιουργούν τη ψυχολογική παρόρμηση για να αρχίσει ο νέος ή η νέα το κάπνισμα.

ζ. Με το κάπνισμα εισπράττουν τα κράτη τεράστιους φόρους και χιλιάδες άτομα βρίσκουν εργασία στους καπνοβιομηχανίες τους, έτσι τους συμφέρει η εξάπλωση του καπνίσματος και γι' αυτό το προπαγανδίζουν με κάθε τρόπο.

Ένα δεύτερο ερωτηματικό είναι "γιατί συνεχίζουν να καπνίζουν οι άνθρωποι;".

Σύμφωνα με μια γνωστή μελέτη, έξι παράγοντες φαίνεται ότι επηρεάζουν κυρίως τους καπνιστές στο να συνεχίσουν να καπνίζουν: ερεθισμός (μια αίσθηση αυξημένης ενεργητικότητας), αισθητηριοκινητικοί χειρισμοί (η ικανοποίηση ν' ανάβουν το τσιγάρο), ευχάριστη χαλάρωση (ανταμείβοντας τον εαυτό τους μ' ένα τσιγάρο, όταν περάσει η ανάγκη για εγρήγορση και ένταση ή για να διευκολύνουν τις κοινωνικές σχέσεις), συνήθεια (του καπνιστή δεν του λείπει

το τσιγάρο, όταν δεν υπάρχει, αλλά όταν είναι διαθέσιμο το καπνίζει αυτόματα και δεν πιστεύει ότι τον κάνει να αισθάνεται διαφορετικά), μείωση αρνητικών συναισθημάτων (καπνίζουν για ν'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.

Κ Α Π Ν Ι Σ Μ Α Κ Α Ι Π Ρ Ο Σ Ω Π Ι Κ Ο Τ Η Τ Α

"Να ζητάς πολλά από τον
εαυτό σου και να περιμένεις
λίγα από τους άλλους."

ΚΟΜΦΟΥΚΙΟΣ

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 συχνότερο 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.

Ο συνήθης τύπος καπνιστή είναι αυτός που αρχίζει το κάπνισμα σε νεαρή σχετικά ηλικία, παρακινούμενος από το περιβάλλον του ή διάφορους κοινωνικούς παράγοντες όπως π.χ. επίδειξη ανδρισμού, κάπνισμα των γονιών ή των φίλων κ.λπ. Στην ψυχολογία του ανήκουν συνήθως επιθυμίες ταύτισης με το περιβάλλον του, είναι ιδιαίτερα επιρρεπής σε τελετουργικές πράξεις, παρουσιάζει συχνά ελαφρά ψυχοσωματικά προβλήματα και αισθάνεται ιδιαίτερα φορτισμένος κατώ από συνθήκες πίεσης π.χ. στη δουλειά ή στο σπίτι. Συχνά υποφέρει από ελαφρά άγχη, καταθλιπτικές διακυμάνσεις του ψυχισμού του ή διακατέχεται από ένα αίσθημα αβεβαιότητας. Οι καπνιστές έχουν την τάση να έχουν φίλους καπνιστές και είναι πολύ πιο πιθανό για ένα άτομο να καπνίζει, αν υπάρχει ένας γονιός ή αδελφός μέσα στην οικογένεια, που καπνίζει. Οι καπνιστές φαίνεται να δίνουν μεγαλύτερη αξία στο νόημα, που αποδίδει στην πράξη του καπνίσματος η οικογένειά τους, η κοινωνική τους τάξη και ο κύκλος των φίλων, παρά στις πιθανές μακροπρόθεσμες επι-

πτώσεις. Μεγαλύτερη ακαδημαϊκή μόρφωση, συνήθως, σημαίνει μικρότερη ροπή προς το κάπνισμα. Οι πλούσιες γυναίκες είναι πιο πιθανό να καπνίζουν απ'τις φτωχές, αλλά οι πλούσιοι άντρες είναι λιγότερο πιθανό να καπνίζουν απ'ότι οι φτωχοί.

Ορισμένοι ψυχαναλυτές αποδίδουν την επιθυμία για το κάπνισμα σε αντανακλαστικά που επενεργούν όταν βλέπουν κάποιον άλλον να καπνίζει. Σε αρκετές μελέτες έχουν, επίσης, επισημανθεί στους καπνιστές χαρακτηριστικά αντικοινωνικής προσωπικότητας.

Τέλος, όσο περισσότερο εξωστρεφές ή κοινωνικό και όσο λιγότερο νευρωτικό ή με ισχυρή προσωπικότητα είναι το άτομο, τόσο πιθανότερο είναι να μπορέσει να σταματήσει το κάπνισμα.

Κ Α Π Ν Ι Σ Μ Α : Ε Υ Θ Υ Ν Ε Σ Ο Λ Ω Ν

"Είναι εύκολο να το κρύψεις απ' τον κόσμο, αλλά όχι και τόσο εύκολο ν'αποφύγεις τις συνέπειες."

Ας υποθέσουμε ότι σε κάποια χώρα πέφτει κάθε τρεις μέρες ένα αεροπλάνο και χάνονται 100 ζωές ή ότι βυθίζεται κάθε μήνα ένα πλοίο και χάνονται 1.000 ζωές. Ποια θα ήταν η δημόσια κατακραυγή, ποια θα ήταν η αναζήτηση ευθυνών, ποια θα ήταν τα μέτρα για αποφυγή παρόμοιων καταστροφών, ποιο θα ήταν το πένθος για το θάνατο μέσα σ'ένα χρόνο 10.000 ή και περισσότερων ανθρώπων;

Και όμως, ο ίδιος ή και μεγαλύτερος αριθμός θανάτων κάθε χρόνο προέρχεται στη χώρα μας από νόσους οφειλόμενες στο κάπνισμα! Κι εμείς; Κυβέρνηση, Ιατρικοί Σύλλογοι, επιστήμονες, λαός μένουμε, όλοι σχεδόν, αδιάφοροι μπρος σ'αυτές τις εκατόμβες, ανθρώπων και όχι βοδιών!

α. Ευθύνη των πολιτικών. "Λόγια, λόγια, λόγια!", όπως θα έλεγε και ο Σαίξπηρ. Και μάλιστα από το 1981 κι έπειτα, ούτε καν λόγια για τον υπ'αριθμόν 1 κίνδυνο για την υγεία μας. Κι όμως, είχε δειχθεί στη σύντομη περίοδο 1978-81, πόσο αποτελεσματική μπορεί να είναι η χρήση από το Υπουργείο Υγείας της τηλεόρασης και του ραδιοφώνου καθώς και άλλων μέσων, για την καταπολέμηση του καπνίσματος. Τώρα τελευταία σημειώθηκε μια αναλαμπή, έπειτα από πίεση της ΕΟΚ, που, κράτησε για λίγο μόνο διάστημα.

Ας αναφέρω εδώ και την ατομική ευθύνη ατόμων σε ηγετικές πολιτικές θέσεις που, χωρίς γνώση, χωρίς ενδιαφέρον, χωρίς ευαισθησία, εμφανίζονται στην τηλεόραση ή στον Τύπο με το τσιγάράκι στο χέρι. Τα παραδείγματα είναι πολλά και το τελευταίο (Ιούνιος

1988) ενός πολιτικού προσώπου που σε συνέντευξή του, σε περιοδικό μεγάλης κυκλοφορίας, μιλούσε για δραστηριότητες για τους νέους, με στόχο διαφώτιση και για την υγεία και η φωτογραφία του, που θα τη δουν χιλιάδες παιδιά και έφηβοι, τον δείχνει κραδαίνοντα αναμμένο τσιγάρο.

β. Ευθύνη άλλων προσωπικοτήτων. Οι διάφοροι ηθοποιοί, λογοτέχνες, αθλητές, όλοι που καλώς ή κακώς αποτελούν για τη νεολαία πρότυπα για μίμηση, δεν μπορούν την ώρα που εμφανίζονται στην τηλεόραση να σταματήσουν το κάπνισμα; Τόσα λίγα ξέρουν για την υγεία, τόσο αδιάφοροι είναι για την επίδρασή τους στους νέους, τόση ανασφάλεια έχουν όταν μετέχουν σε εκπομπές, ώστε δεν μπορούν ν'αποχωριστούν το δηλητήριο τους; Ή μήπως είναι τόσο βέβαιοι ότι κανείς δεν τους προσέχει και κανείς δεν τους μιμείται;

γ. Ευθύνη των γιατρών. Και αυτή είναι η μεγαλύτερη, γιατί κανείς από μας δεν αγνοεί την επίδραση του καπνίσματος στην υγεία. Και τι έχουμε κάνει στα τελευταία 20 χρόνια, όταν σε άλλες χώρες την πρωτοβουλία για την εκστρατεία είχαν οι γιατροί ως ιατρικοί σύλλογοι, ως επιστημονικές εταιρείες, ως άτομα; Με ελάχιστες τιμητικές εξαιρέσεις στα τελευταία χρόνια, τίποτα. Είδατε κανένα ιατρικό συνδικαλιστικό σωματείο να κινηθεί; Ακούσατε καμμία διαμαρτυρία, όταν στο τέλος του 1981 σταμάτησε από το Υπουργείο Υγείας μια από τις πιο αποτελεσματικές σε όλο τον κόσμο αντικαπνιστικές εκστρατείες; Διαβάσατε καμιά έκκληση των, σε άλλα θέματα τόσο πολυγράφων, ιατρικών συλλόγων προς Βουλή και Κυβέρνηση να ψηφίσουν και να εφαρμόσουν νομοθετικά μέτρα για τον περιορισμό του καπνίσματος; Είδατε κανέναν συνάδελφο να διαμαρτύρεται αν σε κάποια συγκέντρωση σε κλειστό χώρο οι μισοί καπνίζουν; Και όμως, εμείς πρέπει να πάρουμε τον αγώνα στα χέρια μας, αφού η Πολιτεία και οι διάφοροι άλλοι αδιαφορούν. Ο γιατρός δεν

μπορεί πια να μείνει μόνον θεραπευτής. Πρέπει να γίνει και παιδαγωγός των αρρώστων, των υγιών, των οικογενειών, του κόσμου και ιδιαίτερα αυτών που επηρεάζουν τη ζωή, τις εξελίξεις και διαμορφώνουν τα κοινωνικά πρότυπα.

δ. Είναι το κάπνισμα ελάττωμα; Τι θέση παίρνει σ' αυτό η Εκκλησία;

Αναφέρουμε ένα μικρό παράδειγμα που νομίζουμε πως αυτό ξεκαθαρίζει τη σωστή θέση της Εκκλησίας.

Ο πρόεδρος ενός Συλλόγου επισκέφτηκε κάποτε έναν Ιεράρχη για κάποιο θέμα που απασχολούσε τον Σύλλογο. Μετά από συζήτηση πάνω στο θέμα που τους απασχολούσε, ο καπνιστής πρόεδρος λέει στον Ιεράρχη:

-Δεσπότη μου, έχω μια φοβερή αμαρτία που με βασανίζει. Νομίζω πως ήρθε η ώρα να σας την πω.

-Για να ακούσουμε, λοιπόν, την αμαρτία του κ. Προέδρου, λέει χαριτολογώντας ο Σεβασμιώτατος.

-Δεσπότη μου, καπνίζω.

-Ευλογημένε, του λέει ο δεσπότης, δεν είναι αμαρτία το κάπνισμα.

-Μα καπνίζω πολύ και, ξέρετε κάτι, θέλω, έχω προσπαθήσει να το κόψω, μα δεν μπορώ.

-Α! αυτό το τελευταίο, του λέγει, είναι αμαρτία.

Δηλαδή, μ' άλλα λόγια, θα μπορούσε να πει κανείς, ότι το κάπνισμα είναι ηθικά αδιάφορο.

Βέβαια, αυτός που καπνίζει βλάπτει την υγεία του. Δεν είναι αμαρτία. Γίνεται όμως αμαρτία από την στιγμή, που γίνεται πάθος. Που ο άνθρωπος θέλει να ελευθερωθεί απ' αυτό, να το κόψει, και δεν μπορεί. Το τσιγάρο τον έχει κυριεύσει. Έχει γίνει ο αφέντης του. Για έναν έφηβο όμως το τσιγάρο είναι ενδεικτικό άλλων πρα-

γμάτων. Δείχνει πολλά τα συμπαρομαρτούντα. Για να αποφασίσει κανείς να καπνίζει, πάει να πει ότι και άλλες αβαρείες έχει επιτρέψει στον εαυτό του να κάνει.

Αλλά αν για κάποιον μεγάλο συνιστάται το μέτριο κάπνισμα και ακόμη το να το σταματήσει κανείς τελείως, τι θα πρέπει να πούμε για έναν έφηβο που είναι πάνω στην ανάπτυξη;

Τ Ι Σ Υ Μ Β Α Ι Ν Ε Ι Σ Τ Α Μ Α Τ Ω Ν Τ Α Σ

Τ Ο Κ Α Π Ν Ι Σ Μ Α

"Στο κάπνισμα συνυπάρχουν
ο μαζοχισμός με το σαδισμό.
Ο καπνιστής αυτοκτονεί αγρά
αλλά σταθερά και ταυτόχρονα
δηλητηριάζει τον κόσμο γύρω
του."

Έχουν χρησιμοποιηθεί ποικίλες μέθοδοι τα τελευταία χρόνια για τη θεραπεία του καπνίσματος. Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματά τους είναι πενιχρά και η συνήθεια του καπνίσματος φαίνεται να αντιστέκεται ακόμα και στις πιο εκσυγχρονισμένες μεθόδους θεραπευτικής προσέγγισης, αφού τα αποτελέσματά τους είναι μόνο βραχύχρονα. Από αυτούς που διέκοψαν το κάπνισμα μετά από θεραπεία, σχεδόν το 75-80% ξανάρχισαν το κάπνισμα πριν να συμπληρωθεί ένας χρόνος από τη θεραπεία.

Η αποτυχία διακοπής του καπνίσματος οφείλεται κατά κύριο λόγο στα συμπτώματα απόσυρσης που εμφανίζονται συνήθως μερικές ώρες μετά τη διακοπή και μπορεί να διαρκέσουν από μερικές μέρες έως και αρκετούς μήνες.

Συνήθως αναφέρεται σφοδρή ιδεοψυχαναγκαστική επιθυμία για κάπνισμα, ανησυχία, ευερεθιστικότητα και ζάλη. Τα υποκειμενικά αυτά συμπτώματα μπορεί να συνοδεύονται από αδυναμία διεξαγωγής εργασιών που απαιτούν παρατεταμένη προσοχή, διαταραχές στην αντιληπτική ικανότητα, μείωση της ικανότητας για προσεκτική οδήγηση ή για επίτευση μονότονων ψυχοκινητικών εργασιών.

Σωματικά συμπτώματα και ευρήματα από την διακοπή του καπνίσμα-

τος περιλαμβάνουν αύξηση βάρους, ναυτία, πονοκεφάλους, γαστρεντερικές διαταραχές, (διάρροια ή δυσκοιλιότητα) πολυφαγία, μείωση του επιπέδου της εγρήγορης και της ψυχοκινητικής επίδοσης. 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. Τα ποσά της αδρεναλίνης και της νοραδρεναλίνης που αποβάλλονται στα ούρα μειώνονται και η δοκιμασία φόρτισης με γλυκόζη αναδεικνύει φυσιολογικές τιμές σακχάρου αίματος περίπου μέσα σε ένα μήνα από την διακοπή του καπνίσματος.

Η γνωστή αύξηση του σωματικού βάρους που ακολουθεί τη διακοπή του καπνίσματος πιθανώς αποτελεί προσπάθεια αναπροσαρμογής του οργανισμού στις νέες συνθήκες ομοιοστασίας. Αυτό προκύπτει από την παρατήρηση ότι οι καπνιστές έχουν αυξημένα επίπεδα λιποπρωτεϊνικής λιπάσης και μάλιστα τα επίπεδα του ενζύμου αυτού, ακριβώς πριν από τη διακοπή του καπνίσματος είναι ευθέως ανάλογα με την αύξηση του σωματικού βάρους μετά τη διακοπή.

Η ένταση των συμπτωμάτων απόσυρσης έχει θετική συσχέτιση με τη βαρύτητα του καπνίσματος και είναι σοβαρότερη στις γυναίκες. Παρά την πληθώρα των δυσάρεστων συμπτωμάτων που συνοδεύουν τη φάση της απόσυρσης, βρέθηκε ηλεκροφυσιολογικά πως ο ύπνος βελτιώνεται σε όσους διακόπτουν το κάπνισμα.

Με την πάροδο του χρόνου τα υποκειμενικά ενοχλήματα της στέρξης (αϋπνία, ευρεθιστικότητα, δυσκοιλιότητα κ.α) υποχωρούν και τελικά εξαφανίζονται. Η πρόσφατη διακοπή του καπνίσματος επιδρά δυσμενώς στην ικανότητα οδήγησης. Όμως, μόνο το 15% των καπνιστών καταφέρνουν να κόψουν το κάπνισμα σε ηλικία μικρότερη των 60 ετών ενώ η περιστασιακή και ελεγχόμενη χρήση του καπνού αφορά μόνο το 2% των καπνιστών. Τα ποσοστά επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος είναι δυνατό να βελτιωθούν μόνο με ιατρική παρακολούθηση και με την εφαρμογή κατάλληλων θεραπευτικών τεχνικών. Επίσης, ο όρος "συ-

νήθεια" εκτός από άστοχος, εμπεριέχει και το σοβαρό κίνδυνο της παραπληροφόρησης και της παρερμηνείας. Το παιδί που δεν γνωρίζει ότι το κάπνισμα είναι μία μορφή φαρμακευτικής εξάρτησης και πιστεύει ότι μπορεί εύκολα να το σταματήσει, αρκεί να το θελήσει, συνεχίζει να καπνίζει και καταλήγει να εξαρτάται από τη νικοτίνη.

Επειδή ακριβώς η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί απλησίαστο στόχο για τους περισσότερους καπνιστές η αντιμετώπιση του προβλήματος, πρέπει να βασιστεί στην πρόληψη. Ωστόσο, η αμφισβήτηση των ισχυρών εξαρτησιογόνων ιδιοτήτων της νικοτίνης που προέρχεται κυρίως από τους καπνιστές, παρεμβάλλει σοβαρά εμπόδια και οδηγεί σε σύγχυση.

Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι ακόμη και η Διεθνής Ταξινόμηση των Νόσων δεν συμπεριλαμβάνει την εξάρτηση από το κάπνισμα

Παρά τη δυσοίωνα προοπτική, δεν δίνουμε αρκετή, προσοχή στο πρώιμο εφηβικό κάπνισμα, το οποίο εξακολουθεί να αντιμετωπίζεται ως απλό θέμα προσωπικής επιλογής. Στην πραγματικότητα, κάθε σοβαρή και ειλικρινή προσπάθεια για την αντιμετώπιση του κοινωνικού αυτού προβλήματος πρέπει να απευθύνεται στη νεολαία, από την οποία θα προέλθουν οι αυριανοί ενήλικες καπνιστές, οι αυριανοί δέσμοι της νικοτίνης.

Κ Α Π Ν Ο Σ - Κ Ι Ν Δ Υ Ν Ο Ι

ΔΙΑΚΙΝΔΥΝΟΥΝΤΑΣ ΤΑ ΠΑΝΤΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΠΝΟ

"Τυχερά παιχνίδια για την ένταση
- τσιγάρο για την χαλάρωση.
Τα παράδοξα της ανθρώπινης συμπε-
ριφοράς."

Τελευταία οι επιστήμονες ανακάλυψαν μια άλλη θανατηφόρα επιπλοκή στο κάπνισμα. Το έδαφος αναδίδει μικρά ποσά Ραδονίου. Οι νέες μέθοδοι θερμομόνωσης των κατοικιών που βοηθούν να διατηρούμε θερμική ενέργεια μέσα στα σπίτια μας, μπορούν να παγιδέψουν και να συγκεντρώσουν στο εσωτερικό τους αυτό το επικύνδυνο αέριο.

Αλλά όταν ο εσωτερικός αέρας είναι πραγματικά μολυσμένος με αόρατο, άοσμο Ραδόνιο, επιπλέον μολύνεται και με τον καπνό του τσιγάρου, κάτι ακόμα πιο τρομακτικό συμβαίνει. Σε καθαρό αέρα τα θυγατρικά μικρής ζωής του Ραδονίου τείνουν να επικοληθούν στους τοίχους, στα χαλιά και στις ταπετσαρίες. Αλλά με τον καπνό του τσιγάρου στον αέρα, τα θυγατρικά του Ραδονίου ενσωματώνονται στα σωματίδια του καπνού και παραμένουν αιωρούμενα έτσι που να εισπνέονται από τους ίδιους τους καπνιστές και στους παθητικούς καπνιστές. Τελικά ο συνδυασμός της μόλυνσης από Ραδόνιο και της μόλυνσης από καπνό τσιγάρου στους κλειστούς χώρους μπορεί να δημιουργήσει μια ακόμα πιο θανατηφόρα συνεργία απ'ότι κάθε μια από τις δύο μολύνσεις χωριστά.

Πολλοί καπνιστές κάνουν μεγάλες θυσίες και διακινδυνεύουν πολλά για να προμηθευτούν καπνό. Όταν, στο Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, η κατάληψη της Ολλανδίας προκάλεσε πείνα σε πολλές πόλεις, υπήρ-

χαν άνθρωποι, που προτιμούσαν να καλλιεργούν καπνό, αντί για λαχανικά, στο κομμάτι γης που τους είχε χορηγηθεί γι' αυτό το σκοπό. Ακόμα και την πενιχρή τροφή των στρατοπέδων συγκεντρώσεως αντάλλασαν με τσιγάρα.

Πολλοί γιατροί έχουν συναντήσει ασθενείς, ακρωτηριασμένους εξαιτίας κάποιας περιφερικής αγγειακής αρρώστιας, που προκλήθηκε απ' το κάπνισμα, οι οποίοι συνεχίζουν να καπνίζουν το ένα τσιγάρο πίσω απ' τ' άλλο. Άλλοι ασθενείς αρνούνται κατηγορηματικά να σταματήσουν το κάπνισμα ακόμα κι ύστερα από εγχείρηση καρκίνου, που απαιτεί τραχειοτομή. Ρουφάνε τον καπνό στους πνεύμονές τους κατεθείαν απ' το άνοιγμα της τραχειοτομής.

Ακόμα, υπάρχουν και οι αρνητικές οικονομικές επιπτώσεις από το κάπνισμα, που, αφορούν: την οικογενεία του καρκινοπαθούς, η εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική νοσηλεία του αρρώστου, οι μισθοί του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, οι απώλειες παραγωγικών εργάσιμων ημερών, οι συντάξεις, οι θάνατοι ατόμων που κοιμήθηκαν με αναμμένο τσιγάρο, τα τροχαία δυστυχήματα, οι υλικές ζημιές από πυρκαϊές σε σπίτια και δάση.

Η χώρα μας έχει ανάγκη το πράσινο. Είναι ένας πολυτιμότερος φυσικός πόρος που οι φωτιές απειλούν σημαντικά κάθε καλοκαίρι. Οι πιο πολλές απ' αυτές οφείλονται σε άσβηστα τσιγάρα. Όπως είδαμε τα πιο συνηθισμένα ατυχήματα εξ' αιτίας του καπνίσματος είναι οι πυρκαϊές. Σε έρευνα θανάτων από αυτήν την αιτία στις ΗΠΑ ποσοστό 18% προερχόταν από πυρκαϊές προκαλούμενες από καπνιστές. Στην Αγγλία υπολογίζεται ότι 100 τουλάχιστον θάνατοι προκαλούνται τον χρόνο με αυτόν τον τρόπο. Έχει επίσης ερευνηθεί ότι σε εργατικά ατυχήματα το ποσοστό των νεαρών καπνιστών είναι μεγαλύτερο από τους μη καπνιστές και υπάρχουν ενδείξεις ότι υπάρχει σχέση μεταξύ τροχαίων ατυχημάτων και καπνίσματος.

Επίσης, επιβεβαιώνεται η παρατήρηση ότι η ρύπανση της ατμόσφαιρας από καυσαέρια, σκόνες, και ότι άλλο στις βιομηχανικές πόλεις, παίζει πολύ μικρό ρόλο μπροστά στη ρύπανση από το "νέφος" του καπνίσματος σε κλειστούς χώρους.

Ας μη ξεχνούμε, τέλος, το εντυπωσιακό παράδειγμα του τραγικού θανάτου 123 ατόμων που είχε γίνει σε Βραζιλιανό αεροπλάνο κοντά στο αεροδρόμιο του Οκλντ στη Γαλλία το 1973 και οφειλόταν σε τσιγάρο.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΑΠΟ

ΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΧΩΡΕΣ

ΑΓΓΛΙΑ

Από τα μέσα της δεκαετίας του 1960 οι μεγάλες βρετανικές έρευνες για το κάπνισμα έδειξαν μιά σταθερή αύξηση της συχνότητας του καπνίσματος στις γυναίκες.

Η έρευνα σε 1117 έγκυες γυναίκες που βρίσκονται σε μια μαιευτική κλινική του Λονδίνου για το κάπνισμα πριν την εγκυμοσύνη και μετά την εγκυμοσύνη, έδειξε ότι πριν την εγκυμοσύνη κάπνιζε το 29% των μητέρων. Το ποσοστό αυτό έπεσε στο 23% κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι μεγάλες καπνίστριες πριν την εγκυμοσύνη ήταν πιο πιθανό να μειώσουν το κάπνισμα και λιγότερο πιθανό να το σταματήσουν. Οι πιο κοινοί λόγοι για τις αλλαγές στη συνήθεια του καπνίσματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης αφορούσαν το παιδί, την ίδια ή και τους δύο. Επίσης εκείνες που κάπνιζαν στην εγκυμοσύνη, ήταν πιο πιθανό να είναι νεότερες σε ηλικία, χαμηλότερης κοινωνικής τάξης και μορφωτικού επιπέδου. (WATERSON EJ, MURRAY-LYON IM).

Μια άλλη έρευνα σε 246 νοσοκόμες όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης απάντησαν ένα ερωτηματολόγιο για το κάπνισμα σε σχέση με τη δουλειά τους, το τρόπο ζωής τους και τις ανησυχίες τους. Το ποσοστό του κανονικού καπνίσματος ήταν χαμηλό ανάμεσα στις μαθητευόμενες νοσηλεύτριες του 1ου και 2ου χρόνου, ενώ στις μαθήτριες του τελευταίου έτους έφθασε το 22% και στο κανονικό προσωπικό έφθασε το 27%. Οι νοσοκόμες εκείνες που ανέφεραν άγχος στη δουλειά, μικρή και μεγάλη ικανοποίηση από την δουλειά τους, από τον τρόπο ζωής τους, ήταν πιο πιθανό να καπνίζουν. Η σπουδαιότητα αυ-

τών των παραγόντων σημειώθηκε κυρίως ανάμεσα στις τελειόφοιτες νοσηλεύτριες. Οι αλλαγές που σημειώνονται στο χώρο της δουλειάς και της ζωής τους κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους της εκπαίδευσης φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο του κανονικού καπνίσματος. (MURRAY M, SWANAV, MATTAH N.).

ΣΟΥΗΔΙΑ

Έρευνα σε 6090 γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας απέδειξε ότι το 66,3% αυτών ήταν καπνίστριες. Σε έλεγχο όλων των ηλικιών η αναλογία των καπνιστριών ήταν μεγαλύτερη ανάμεσα στις γυναίκες με καρκίνο. Αυτές άρχισαν το κάπνισμα σε μικρή ηλικία και ο αριθμός των τσιγάρων που κάπνιζαν καθημερινά ήταν μεγαλύτερος από 1 πακέτο. (BERGGRENG, SJOESTEDTS).

Μια άλλη μελέτη σε 1462 γυναίκες, ηλικίας 38-60 χρονών, ξεκίνησε στο GOTHENBURG, στη Σουηδία το 1968-69. Σε μια ανάλυση των αποτελεσμάτων από τότε καπνίστριες βρέθηκαν να έχουν ένα σημαντικά χαμηλότερο αριθμό γερών δοντιών απ'αυτά που είχαν οι αντικαπνίστριες. Οι διαφορές καπνιστριών και αντικαπνιστριών και ο αριθμός των γερών δοντιών που είχαν τονίστηκε 12 χρόνια αργότερα. Ο αριθμός των χαμένων δοντιών κατά τη διάρκεια της περιόδου των 12 χρόνων ήταν 3,5 ανάμεσα στις καπνίστριες και 2,1 ανάμεσα στις αντικαπνίστριες, δηλαδή 67% το ποσοστό ήταν ψηλότερο στις καπνίστριες.

Το ποσοστό αυτό ήταν ανεξαρτήτου ηλικίας, μόρφωσης κοινωνικοοικονομικής ομάδας, συζυγικής καταστασης, συχνότητας βουρτσίσματος των κοντιών και συχνότητας επισκέψεων στον οδοντίατρο.

Συμπερασματικά λοιπόν φαίνεται ότι το κάπνισμα παίζει ένα σημαντικό ρόλο στο χάσιμο των δοντιών (ARHOLMIST M, BEHRTSSONC, HOLLENDER L, LAPIDUS L, OSTERBERGT).

ΙΤΑΛΙΑ

Το κάπνισμα των γυναικών στην Ιταλία εκτιμήθηκε χρησιμοποιώντας τα δεδομένα από την εθνική Ιταλική έρευνα Υγείας το 1986-87, βασιζόμενο σ'ένα δείγμα από 32.176 γυναίκες, ηλικίας 15 και πάνω, που επιλέχθηκαν τυχαία σε γεωγραφικές περιοχές για να αντιπροσωπεύσει ολόκληρο το Ιταλικό πληθυσμό των γυναικών. Το 28,6% των γυναικών είναι καπνίστριες, οι γυναίκες καπνίστριες έχουν αυξηθεί στις αρχές της δεκαετίας του 1980 και είναι πιθανό να αυξηθεί κι άλλο στις Ιταλίδες στο κοντινό μέλλον.

Ακόμη βρήκαν ότι το κάπνισμα έχει άμεση σχέση σε ποσοστό 48% όλων των μυοκαρδιών σε νέες και μεσήλικες Ιταλίδες. (FERRELLONI M, LA VECCHIA S, PAGANO K, NEGRI E, DECAKLIA).

ΟΛΛΑΝΔΙΑ - ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ

Κατά τη διάρκεια της περιόδου 1952-82 έγινε έρευνα όπου και στις δύο χώρες τα ποσοστά των πρώτων καπνιστών αυξήθηκαν στις γυναίκες. Η παραγωγή TOBACCO αυξήθηκε στην Ολλανδία και μειώθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο. Μια εξήγηση για την Ολλανδική αύξηση ήταν μια αυξανόμενη κατανάλωση των τσιγάρων ανάμεσα στις καπνίστριες.

Σήμερα παρατηρείται όμως μια μείωση στην κατανάλωση του τσιγάρου που πιθανόν επηρεάστηκε από την εκτενή πληροφόρηση του καπνίσματος. Εάν οι τωρινές τάσεις συνεχιστούν ο αριθμός των τσιγάρων θα μειωθεί αισθητά (VAN KEE K J).

ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Σε 4 νοσοκομεία στο LEBKING της Γερμανίας το 1983-85 ερευνήθηκε ο σύνδεσμος ανάμεσα στο κάπνισμα και τον κίνδυνο του επιδρομικού τραχηλικού καρκίνου. Αναλύσεις έγιναν σε 225 γυναίκες ηλικίας 64 ετών και νεώτερες με διάγνωση επιδρομικού τραχηλικού καρ-

κίνου και 435 έλεγχοι με ορθοπεδικές ή δερματικές καταστροφές. Εκτιμήθηκε ότι ο κίνδυνος του επιδερμικού τραχηλικού καρκίνου ήταν πολύ μικρότερος για τις γυναίκες που δεν είχαν ποτέ καπμίσει. (MISCHAN P, EBELING K, SCHINDLER C).

ΔΑΝΙΑ

Τον Οκτώβριο του 1979 μια γενική έρευνα έγινε καλύπτοντας 2308 γυναίκες που ζούσαν στη Δανία, ανατολικά του GREATBELK. Μια σημαντική ανακάλυψη ήταν ότι το 77% των γυναικών που κάπνιζαν άρχισαν το τσιγάρο πριν τα 14 τους χρόνια. Εκτός από φιλόανθρωπες προσπάθειες μια κρατική παρέμβαση μπορεί να σώσει πολλά ναερά άτομα μακροπρόθεσμα από το κάπνισμα. (ROED - PETERSEN B).

Τ Ο Π Α Θ Η Τ Ι Κ Ο Κ Α Π Ν Ι Σ Μ Α

"Κάθε καπνιστής πρέπει να ξέρει και να θυμάται πως δηλητηριάζει όχι μόνο τον εαυτό του αλλά και τους άλλους."

N.A.ΣΕΜΑΣΚΟ

Για την δηλητηρίαση του οργανισμού δεν είναι απαραίτητο να καπνίζεις ο ίδιος. Οι μη καπνιστές απεχθάνονται το να καπνίζουν μπροστά τους, παράλληλα αποδεικνύεται, από πλήθος μελετών, ότι έχει επιπτώσεις και στην υγεία των τελευταίων, με κοινωνικές μάλιστα προεκτάσεις.

Ως παθητικό ή ακούσιο κάπνισμα ορίζεται η έκθεση των μη καπνιστών στα προϊόντα καύσης του καπνού σε κλειστό χώρο, που μπορεί να αφορά δημόσιους χώρους, εστιατόρια, καφενεία, χώρους εργασίας, κατοικία κ.α.

Η ακούσια εισπνοή καπνού γίνεται από δύο πηγές. Η πρώτη πηγή καπνού προέρχεται από την καύση του ίδιου του τσιγάρου και έχει πολύ μεγαλύτερη αναλογία τοξικών ουσιών και η δεύτερη πηγή από τον καπνό που εκπνέεται από τον καπνιστή προς το περιβάλλον. Σαν παράδειγμα, αναφέρεται ο όγκος του μονοξειδίου του άνθρακα (CO) που είναι 2-3 φορές μεγαλύτερος στην πρώτη πηγή από ότι στη δεύτερη. Βεβαίως το ίδιο ισχύει και με την νικοτίνη, βενζο-α-πυρένιο και νιτροζαμίνες.

Τα καυσαέρια αυτά διαχεόνται στον αέρα και η πυκνότητά τους εξαρτάται από τον αριθμό των ατόμων που καπνίζουν και από την απόσταση που βρίσκεται, ο μη καπνιστής, από τα καίόμενα τσιγάρα και τους καπνιστές και ακόμα αν οι καπνιστές αυτοί δεν εισπνέουν τα καυσαέρια, ή αντίθετα τα εισπνέουν, οπότε μια μεγάλη ποσότητα τούτων συ-

γκεντρώνονται στους πνευμονές τους.

Έχει σημασία αν το κάπνισμα γίνεται σε κλειστούς χώρους ή στο ύπαιθρο.

Η παραμονή του μη καπνιστή για μια ώρα σε χώρο γεμάτο καπνό του προξενεί τέτοια ζημιά σαν να κάπνισε τέσσερα τσιγάρα. Στο αίμα του μη καπνιστή, που υποβάλλεται στην εξωτερική επίδραση του καπνού, βρίσκουν νικοτίνη και στους πνευμονές του ραδιενεργό πολώνιο.

Οι ενήλικες παθητικοί καπνιστές, πλέον ευαίσθητοι και ευπαθείς από τους εθελοντικούς καπνιστές παρουσιάζουν: ερεθισμό στα μάτια (69%), κεφαλόπονο (33%), συμπτώματα από την μύτη (69%) και βήχα (33%), επιβάρυνση ή εγκατάσταση αλλεργικών κρίσεων, σημαντική ελάττωση της αναπνευστικής ικανότητας τους και επιδείνωση της καταστάσεως τους τα άτομα με αναπνευστικά εν γένει προβλήματα. Με το παθητικό κάπνισμα μειώνεται η λειτουργική ικανότητα των μικρών βρόγχων των υγείων τόσο όσο με το κάπνισμα 1-10 τσιγάρων, δηλαδή των ελαφρών καπνιστών.

Το ενεργητικό κάπνισμα έχει πια αποσαφηνιστεί ότι συνδέεται αιτιολογικά με την ανάπτυξη του καρκίνου. Η συσχέτιση του παθητικού καπνίσματος και καρκίνος αποτελεί αντικείμενο μελέτης τα τελευταία χρόνια. Οι TRICHOPOULOS ET AL (1981, 1983) ήταν οι πρώτοι που ανέφεραν αυξημένο σχετικό κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα σε μη καπνίστριες, συζύγους καπνιστών συγκριτικά με τον κίνδυνο σε μη καπνίστριες, συζύγους μη καπνιστών.

Ο SANDLER ET AL (1985) αναφέρουν θετική συσχέτιση του παθητικού καπνίσματος με καρκίνους διαφόρων θέσεων (αναπνευστικού και αιμοποιητικού συστήματος, μαστού).

Ο GARLAND ET AL (1985) διαπίστωσαν αυξημένο κίνδυνο θανάτου από ισχαιμική καρδιακή νόσο, σε σχέση με τον κίνδυνο σε μη καπνίστριες, συζύγους μη καπνιστών.

Συνήθως οι καπνιστές δεν εκτιμούν πόσο ενοχλητικό αλλά και βλαβερό είναι το κάπνισμα στους μη καπνιστές που δηλητηριάζονται χωρίς να το θέλουν.

Ο καπνιστής δεν πρέπει και δεν έχει δικαίωμα να καπνίζει μπρο-

στά στα παιδιά, στις γυναίκες, στους μη καπνιστές. Το κάπνισμα μπροστά στους μη καπνιστές, το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους, δεν είναι απλά εγωισμός του καπνιστή ή ένας άσχημος τρόπος. Αυτό είναι μια αντικοινωνική συμπεριφορά που οδηγεί στην υπονόμευση της ζωής αυτών που τον περιστοιχίζουν, αν κι αυτό συμβαίνει όχι από κακή προαίρεση, συχνά από κάλους ανθρώπους, που δυστυχώς ελαφρόμυαλα δεν εκτιμούν όλο το βάθος της ζημιάς που προξενούν. Έτσι, το κάπνισμα δεν είναι προσωπική υποθεση του καπνιστή. Εκτός αυτού σε πολλούς ανθρώπους ο καπνός του τσιγάρου εκτός από τη ζημιά, προξενεί αίσθημα απέχθειας.

Οι σχέσεις με τους καπνιστές δεν πρέπει να είναι ήρεμες, συγκαταβατικές. Είναι επιζήμια η υποτιθέμενη λεπτότητα των συντρόφων στην εργασία, που ντρέπονται να υπενθυμίσουν στον καπνιστή πως δεν υποσκάπτει μόνο τη δικιά του υγεία, αλλά και τη δική τους.

Μην επιτρέπεται να σας περικυκλώνουν με σύννεφα από δηλητηριασμένο καπνό. Μην επιτρέπεται να καπνίζουν μπροστά σας.

Είναι απαραίτητο παντού, στο σπίτι, στην υπηρεσία, στην ανάπαυση, σε όλους τους δημόσιους χώρους να δημιουργηθεί μια ασυμβίβαστη κατάσταση, που να κατακρίνει το κάπνισμα.

Κ Α Π Ν Ι Σ Μ Α Κ Α Ι Ε Γ Κ Υ Μ Ο Σ Υ Ν Η

"Για να μακρύνεις την ζωή
πρέπει να μην την μικραίνεις."

Λαϊκό γνωμικό

Ι. ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΜΒΡΥΟ

Υπάρχει μία κατηγορία παθητικών καπνιστών που όχι μόνο δεν γνωρίζει τον κίνδυνο του παθητικού καπνίσματος αλλά και 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 ή οποία με το κάπνισμα τα δηλητηριάζει. Η επίδραση του παθητικού καπνίσματος του εμβρύου κατά την εγκυμοσύνη αποτελεί ένα από τα πρώτα θέματα που έχουν απασχολήσει την έρευνα. 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. Το κάπνισμα σήμερα θεωρείται επικίνδυνο σε όλη την 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 (200 g) του βάρους γέννησης, ανεξάρτητα από την προωρότητα, ενοχοποιήθηκε η μειωμένη προσληψη θερμίδων, λόγω ανορεξίας, από τις έγκυες καπνίστριες, αλλά με σειρά εργασιών (DAVIES AND GRAY 1976, BOSLEY ET AL 1981) 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 (AHLSTEN ET AL 1987) με τη χρησιμοποίηση

πληθυσμογραφικής τεχνικής βρέθηκε ότι τα νεογνά μητέρων καπνιστριών σε σύγκριση με νεογνά μη καπνιστριών υπολείπονται στην ανάπτυξη αντιδραστικής υπεραιμίας μετά από πρόκληση ισχαιμίας στο δέρμα. Με το εύρημα αυτό πιθανολογούνται επί υποξίας παρόμοιες διαταραχές στη μικροκυκλοφορία και άλλων ιστών του εμβρύου.

Εκτός, όμως από το χαμηλό βάρος γέννησης, από σειρά εργασιών έχει διαπιστωθεί ότι το κάπνισμα της μητέρας αυθύνεται για μείωση του μήκους του σώματος και της περιμέτρου κεφαλής.

Ακόμα ο δόκτωρ Π. Νέις από το πανεπιστήμιο της Πενσυλβανίας ανακοίνωσε πως ακόμα και σε εκείνες τις γυναίκες που κάπνιζαν μέχρι την εγκυμοσύνη και μετά το έκοψαν παρατηρήθηκαν αρκετά συχνότερες απ'ότι στις μη καπνίστριες περιπτώσεις πιο χαμηλής επικόλλησης του πλακούντος που οδηγεί στην αποβολή, στις επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό.

Είναι η καπνίστρια γυναίκα που θέλει πάρα πολύ να έχει παιδί, αλλά δεν έρχεται η εγκυμοσύνη ή τελειώνει με αποβολή πρέπει να καταλάβει πως πριν αρχίσει να θεραπεύεται χρειάζεται χωρίς αργοπορία να κόψει το τσιγάρο.

Το κάπνισμα της μητέρας έχει, επίσης, συνδεθεί με τερατογένεση στο έμβryo. Όπως έχει εξακριβωθεί μπαίνοντας στον οργανισμό με τον καπνό του τσιγάρου το π ο λ ώ ν ι ο 210, μπορεί να επιδράσει στο γεννητικό σύστημα του κυττάρου, δημιουργώντας τις βάσεις για την εμφάνιση τεράτων εκ γενετής, βαριών ασθενειών του νευρικού συστήματος για παράδειγμα μερικών μορφών επιληψίας, υδροπικίας του εγκεφάλου, μπορεί να γίνει αιτία για την καθυστέρηση της ψυχικής ανάπτυξης, για ελαττώματα της διάπλασης του προσώπου (λαγοχειλίας, της εξαδακτυλίας κ.α.). Σύμφωνα με στοιχεία του Ε. Ολμπερτον και Χ. Γκολντεστάιν, η συχνότητα των ανεπαρκείων της καρδιάς εκ γενετής στα παιδιά, από μητέρες που καπνίζουν τον καιρό της εγκυμοσύνης, ήταν δύο φορές μεγαλύτερη, απ'ότι στις μητέρες που δεν κάπνιζαν.

Ακόμα έχει συνδεθεί το κάπνισμα της εγκύου με το σύνδρομο του αιφ-

νιδίου θανάτου των βρεφών. Όπως ανακοίνωσε ο άγγλος γιατρός Κ. Ρασελ, που εξέτασε 8.000 εγκύους, οι γυναίκες που καπνίζουν κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης γεννούν δύο φορές συχνότερα νεκρά βρέφη.

Ψηλές συγκεντρώσεις κοτινίνης (μεταβολίτης της νικοτίνης), αντιπροσωπευτικής του παθητικού καπνίσματος του εμβρύου, έχουν διαπιστωθεί στα ούρα νεογνών από μητέρες καπνίστριες (ETZEL ET AL 1985) το πρώτο 24ώρο της ζωής, στο αμνιακό υγρό και στο αίμα του ομφάλιου λώρου.

Από στοιχεία περιγεννητικής έρευνας φαίνεται ότι το 20% των Ελληνίδων αρχίζει την εγκυμοσύνη καπνίζοντας ενώ το 5% καπνίζει και μετά τον 2ο μήνα.

Πρόσφατη μελέτη (COLE 1986, RUBIN ET AL 1986) επισημαίνει ότι το παθητικό κάπνισμα της μέλλουσας μητέρας, από τον πατέρα καπνιστή (20 τσιγάρα ημερησίως) έχει παρόμοια βλαπτική επίδραση στο έμβρυο και το νεογνό γεννιέται με βάρος μειωμένο κατά 120 g. Βέβαια, το μέγεθος της βλαβερής συνέπειας είναι μικρότερο, αλλά οι προεκτάσεις αυτών των διαπιστώσεων, για την προστασία της εγκύου στο περιβάλλον (σπίτι, ερασία, κοινοχρηστοί χώροι), είναι τεράστιες.

Τέλος, αν και το τσιγάρο βρίσκεται στο στόμα της μητέρας, το έμβρυο "καπνίζει" εντατικότερα μάλιστα απ'ότι αυτή η ίδια.

Γι' αυτό και μερικές χώρες έχουν πάρει κιόλας αποφάσεις που απαγορεύουν το κάπνισμα μπροστά σε έγκυες γυναίκες.

II. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Με την επάνοδο του μητρικού θηλασμού σε όλες τις χώρες του σύγχρονου κόσμου, φυσικό ήταν να απασχόλησει και το παθητικό κάπνισμα του μωρού που θηλάζει.

Όταν καπνίζει η μητέρα που θηλάζει, "προσφέρει" στο παιδάκι της με το γάλα τις βλαβερές ουσίες του καπνού, που σ' αυτές είναι πολύ ευαίσθητος ο οργανισμός του νεογέννητου.

Οι μελέτες για τα προϊόντα του καπνού που συγκεντρώνονται στο γάλα ήταν αρκετά αντιφατικές, πιθανόν λόγω διαφορετικής μεθοδολογίας. Ποσοτική μέτρηση της νικοτίνης και της κοτινίνης στο γάλα καπνιστριών σε όλη τη διάρκεια του 24ώρου 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 (LUCK AND NAÛ 1987).

Το γάλα της μητέρας που καπνίζει μπορεί να περιέχει μέχρι 0,5 χιλιοστόγραμμα νικοτίνης που παίρνεται μαζεμένο, μπορεί ν' αποδειχτεί θανατηφόρα δόση. Έκτος αυτού, το βρέφος παίρνει ένα "μπουκέτο" βλαβερών ουσιών, αναπνέοντας τον αέρα, που είναι αναμειγμένος με τον καπνό του τσιγάρου. Ένα τέτοιο παιδάκι κοιμάται άσχημα, δεν παίρνει το στήθος, παρατηρείται συχνά σ' αυτό ρεύσιμο, μετοί, πόνοι στο στομάχι, ενοχλήσεις των εντέρων. Με την επίδραση του καπνίσματος ελαττώνεται η ποσότητα και χειροτερεύει η ποιότητα του γάλακτος, πράγμα που έχει επιπτώσεις στην υγεία του βρέφους.

Είναι ευνόητο ότι η μητέρα που δέν διέκοψε το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη και στο θηλασμό, δύσκολα θα το επιτύχει στα μετέπειτα χρόνια της ανατροφής του παιδιού της.

Ο ΚΑΠΝΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

"Ανησυχητικά νέα! Αν πριν από 100 χρόνια εμφανίστηκε το συγκλονιστικό θέμα "ο καπνός και η γυναίκα" και 50 χρόνια πριν το θέμα "ο καπνός και η νεότητα", τώρα είναι πολύ πιο εντυπωσιακό το θέμα "ο καπνός και το παιδί."

K. BINEP

1. ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ - ΑΜΕΣΟΙ ΚΑΙ ΑΠΩΤΕΡΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ.

Το παιδί γίνεται παθητικός καπνιστής από το κάπνισμα κυρίως των γονέων του ή άλλων μελών του στενού του περιβάλλοντος. Είναι ενδιαφέρων οι αριθμοί που δίνονται σε εργασία των JARVIS ET AL (1985), οι οποίοι με τον προσδιορισμό της κοτινίνης στο σάλιο υπολόγισαν τον αριθμό των τσιγάρων, στον οποίο αντιστοιχεί το παθητικό κάπνισμα του παιδιού, όταν ο πατέρας και η μητέρα είναι καπνιστές 15-20 τσιγάρων ημερησίως. Διαπιστώθηκε ότι το παιδί "καπνίζει" 80 τσιγάρα το χρόνο και τα 50 από αυτά τα τσιγάρα αποδίδονται στο κάπνισμα της μητέρας, η οποία εκθέτει περισσότερο χρόνο το παιδί της στον καπνό. Θα πρέπει να τονιστεί όμως, ότι στον αριθμό αυτό δεν συμπεριλαμβάνονται οι άλλες βλαβερές ουσίες που παράγονται κατά την καύση του τσιγάρου.

Η Αμερικάνικη Ακαδημία Παιδιατρικής αναγνώρισε, το 1982, το κάπνισμα σαν μια από τις σπουδαιότερες πηγές ρύπανσης του περιβάλλοντος και απειλή για την υγεία των παιδιών. Το 1986 οι κίνδυνοι από το κάπνισμα έχουν συγκεκριμένη διατύπωση και προτείνονται τρό-

ποι πρόσληψης τους.

Αν και υπάρχουν αρκετές μελέτες που ασχολούνται με τη σχέση του καπνίσματος και άλλων παραμέτρων της παιδικής ηλικίας, όπως ύψος, διανοητική εξέλιξη και κακοηθή νοσήματα, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στις συνέπειες του καπνίσματος στο αναπνευστικό σύστημα. Η πιθανότητα να παρουσιάζουν αναπνευστικά προβλήματα ήταν 1,5-2 φορές μεγαλύτερη στα άτομα με γονείς καπνιστές. Σε σημαντικό βαθμό η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος αποδίδεται στη μετάδοση ιογενών ή μικροβιακών λοιμώξεων από τους γονείς καπνιστές στο παιδί. Εντούτοις ο καπνός αυξάνει τη διαβατότητα του αναπνευστικού επιθηλίου, τροποποιεί τη λειτουργία των μακροφάγων του αναπνευστικού συστήματος και πιθανώς, με ανοσολογικό μηχανισμό, αυξάνει τη δραστηριότητα του βρογχικού επιθηλίου και ελαττώνει τον όγκο του εκπνεόμενου αέρα.

Η βρογχίτιδα και η βρογχοπνευμονία συμβαίνουν συχνότερα στα παιδιά γονέων καπνιστών. Η συχνότητα των λοιμώξεων αυξάνει γενικά, ανάλογα με τη συγκέντρωση καπνού στο περιβάλλον του παιδιού. Παιδιά των οποίων καπνίζουν και οι δύο γονείς, αρρωσταίνουν με βρογχίτιδα και βρογχοπνευμονία και εισάγονται συχνότερα στο νοσοκομείο, ενώ η πιθανότητα να παρουσιάσουν βρογχολίτιδα είναι τετραπλάσια. Έχει προαναφερθεί ότι το κάπνισμα της μητέρας αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο για λοιμώξεις του αναπνευστικού του παιδιού της, ιδιαίτερα του πρώτου και δεύτερου χρόνου της ζωής του. Αναφέρεται ότι αύξηση του καπνίσματος της μητέρας κατά 5 τσιγάρα ημερησίως τετραπλάσιάζει τον κίνδυνο νόσησης του παιδιού από το αναπνευστικό. Ιδιαίτερα επικίνδυνος είναι ο καπνός του τσιγάρου στο περιβάλλον παιδιού με επίμονο βήχα συρίττουσα αναπνοή και άσθμα.

Αρκετές μελέτες αναφέρουν τη δυσμενή επίδραση του παθητικού καπνίσματος κυρίως σε άτομα που πάσχουν από αναπνευστική νοσήματα. Οι O'CONNELL και LOGAN διαπίστωσαν ότι 35 ασθματικά παιδιά ενοχλούνταν από το γονικό κάπνισμα. Όταν οι γονείς 20 παιδιών σταμάτησαν να

καπνίζουν, 18 από αυτά (90%) παρουσίασαν βελτίωση του άσθματος. Η ομάδα ελέγχου, που αφορούσε γονείς που δεν διέκοψαν το κάπνισμα έδειξε βελτίωση μόνο σε 4 από τα 15 παιδιά (27%).

Το κάπνισμα αποτελεί ελαυτικό αίτιο και παράγοντα διατήρησης και επιδείνωσης του άσθματος. Θεωρείται παράλειψη αν ο παιδίατρος δεν έχει αξιολογήσει το κάπνισμα των γονέων σαν επιβαρυντικό παράγοντα στο παιδί με το άσθμα. Οι γονείς με την κατάλληλη ενημέρωση επιβάλλεται να διακόψουν το κάπνισμα και, αν αυτό είναι ανέφικτο, να τροποποιήσουν τουλάχιστο τις συνήθειες τους.

Ενώ δεν υπάρχει αμφιβολία ότι το κάπνισμα επιδεινώνει το άσθμα, δεν είναι βέβαιο ότι οι βλάβες που δημιουργούνται στους πνεύμονες είναι μόνιμες. Οι VEDAL ET AL (1984) υποστηρίζουν ότι η πνευμονική λειτουργία παιδιών που οι μητέρες τους ήταν καπνίστριες, δεν διέφερε σημαντικά από τα παιδιά μητέρων που δεν κάπνιζαν. Αντίθετα, άλλοι ερευνητές διατηρούν τις επιφυλάξεις τους για το αναστρέψιμο μιας αλλοίωσης που τροποποιεί τη λειτουργία ενός συστήματος σε περίοδο ταχείας αύξησης.

Οι MURRAY και MORRISON (1986) μελέτησαν την αναπνευστική λειτουργία παιδιών καπνιστών και μη καπνιστών και διαπίστωσαν ότι τα συμπτώματα του άσθματος ήταν εντονότερα στα παιδιά των καπνιστών και μάλιστα ανάλογα με το χρόνο έκθεσης στον καπνό. Έτσι, τα μεγαλύτερα παιδιά είχαν βαρύτερη συμμετοχή σε σχέση με τα μικρότερα αδέρφια τους. Ενδιαφέροντα στοιχεία παρουσίασε η προγραμματισμένη μελέτη των TAGER ET AL (1983), στην οποία παρακολουθήθηκαν για 7 χρόνια παιδιά καπνιστριών, ηλικίας 5-9 ετών. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των πιθανών βλαπτικών επιδράσεων του παθητικού κάπνισματος στην αναπνευστική λειτουργία των παιδιών. Η καταγραφή των αναπνευστικών λειτουργιών έδειξε ότι μετά από 5 χρόνια οι πνεύμονες των παιδιών αυτών υπολείπονται κατά 7% του αναμενόμενου ρυθμού αύξησης, μέγεθος που αντιπροσωπεύει συντελεστή κινδύνου για εμφάνιση αποφρακτικής πνευμονοπάθειας στην ενήλικη ζωή. Η βλα-

πτική επίδραση του καπνίσματος της μητέρας πιθανόν να είναι έμμεση εξαιτίας των επανειλημμένων λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος, κυρίως τα πρώτα 2 χρόνια της ζωής που οι πνεύμονες είναι εξαιρετικά ευάλωτος. Η εργασία αυτή ενισχύει τη θέση ότι ακόμα και σχετικά μικρή έκθεση παιδιών και εφήβων στον καπνό έχει μετρητό αρνητικό αποτέλεσμα στην αναπνευστική λειτουργία.

Η μείωση του ρυθμού αύξησης των πνευμόνων, από κοινού με τις καπνιστικές συνήθειες που υιοθετεί το ίδιο το παιδί αργότερα, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την εμφάνιση χρόνιας αποφρακτικής νόσου.

Οι φόβοι που εκφράζονται για τον καρκίνο του πνεύμονος και τις καρδιοπάθειες στηρίζονται στα δεδομένα ότι ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος για τα άτομα που εκτίθεται στον καπνό από την παιδική τους ηλικία. Από έρευνες που έχουν γίνει στην χώρα μας για το κάπνισμα στην παιδική και εφηβική ηλικία, φαίνεται ότι η συχνότητα του καθημερινού και περιστασιακού καπνίσματος σε παιδιά ηλικίας 10-14 χρόνων στην Αθήνα είναι 26,4% (Καφάτος και συν 1981), ενώ σε παιδιά ανάλογης ηλικίας από τη Βόρειο Ελλάδα είναι 4,7% (Κατζηστυλιανού και συν 1985).

II. ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Ιδιαίτερη ανησυχία προξενεί η διάδοση του καπνίσματος ανάμεσα στα παιδιά και στους ανήλικους.

Και πραγματικά εξαπλώνεται πλατιά. Στα σχολεία της Ιρλανδίας καπνίζουν τα 44% των μαθητών και τα 35% των μαθητριών των μεγάλων τάξεων, στις Η.Π.Α. καπνίζουν όχι λιγότερο από 4,5 εκατομμύρια μαθητών. Η έρευνα σε 3228 καπνιστές, που πραγματοποιήθηκε από Α.Β. Ορλόφσκι απέδειξε πως τα 34,5% των αντρών και τα 21% των γυναικών άρχισαν να καπνίζουν σε ηλικία από 10 μέχρι 17 χρόνων, δηλαδή πριν φτάσουν στην ενηλικίωση τους.

Η πρώτη "κορηφή" της προσέκλυσης στο κάπνισμα είναι για τα αγόρια στα παιδικά και νεανικά χρόνια (μέχρι 10-15 χρόνων), η δεύτερη στα εφηβικά (15-20 χρόνων), δηλαδή με το πέρασμα σε νέο περι-

βάλλον: από το σχολείο στις επαγγελματικές σχολές, στις τεχνικές σχολές, στις ανώτερες τεχνικές σχολές, στα ανώτερα εκπαιδευτικά ιδρύματα, στην παραγωγή, στο στρατό. Επιβεβαιώνεται από τη στατιστική πως οι άνδρες που δεν άρχισαν να καπνίζουν και σε μεγαλύτερη ηλικία. Μόνο 10,7% των ανδρών αρχίζουν να καπνίζουν σε ηλικία από 20-30 χρονών.

Τα παιδιά υποφέρουν από τα δηλητήρια του καπνού σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό απ'ότι οι ενήλικες. Κι αν ακόμα τα ίδια τα παιδιά δεν καπνίζουν, βρίσκονται όμως συνεχώς σε διαμερίσματα στα οποία καπνίζουν άλλοι, τότε αυτά υστερούν από τους συνομήλικους τους στη σωματική και πνευματική ανάπτυξη. Πρώτ'απ'όλα το κάπνισμα επιδρά στα παιδιά στην κατάσταση του νευρικού συστήματος, στη λειτουργία της καρδιάς και των αγγείων. Τα παιδιά καπνιστές είναι συνήθως νευρικά, ευερέθιστα αφηρημένα. Συχνά τους ενοχλούν πόνοι ή ταχυπαλμία της καρδιάς. Μοναδική αιτία για διαταραχή του ρυθμού της καρδιάς τους είναι το κάπνισμα.

Η ιδιαίτερη βλαβερότητα του τσιγάρου για τους νεαρούς εξηγείται ακόμα και με το ότι προσπαθώντας να κρύψουν την αμαρτία τους από γονείς και δασκάλους καπνίζουν κρυφά, γρήγορα, με λαιμαργία, ρουφώντας τον καπνό του τσιγάρου. Μ'αυτό το βιαστικό κάπνισμα, με τη γρήγορη καύση του καπνού, περνά στον καπνό μέχρι 40% της νικοτίνης, όταν με το αργό κάπνισμα φτάνει γύρω στα 20%. Εκτός αυτού τα παιδιά καπνίζουν τσιγάρα χαμηλής ποιότητας, αποτελειώνουν τ'αποσίγαρα, που σ'αυτά περιέχονται περισσότερες επιβλαβείς ουσίες. Δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας, πως το ξανακάπνισμα που αποσιγάφου οδηγεί στον κίνδυνο μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών και παρασιτώσεων του γαστρεντερικού συστήματος.

Η βλαβερή επίδραση των δηλητηριών του καπνού εκδηλώνεται πριν απ'όλα στη διανοητική εργασία. Είναι γνωστό πως ανάμεσα στα παιδιά που έχουν μικρή απόδοση στα σχολεία σημαντικά περισσότεροι είναι οι καπνιστές παρά τους υπόλοιπους μαθητές. Ο Σ. Μ. Νεβράσοφ, εξετάζο-

ντας μαθητές στα σχολεία της πόλης Σμολένση εξακρίβωσε πως τα 50% των παιδιών που καπνίζουν δεν έχουν καλή απόδοση στα μαθήματα, όταν το γενικό ποσοστό επιτυχίας στα σχολεία της πόλης φτάνει τα 86-87%. Ανάμεσα στα παιδιά και στους ανήλικους που καπνίζουν υπάρχουν πολλά που έμειναν στην έδρα τάξη για δεύτερη χρονιά.

Αρνητικά επιδρά το κάπνισμα στην απόδοση όχι μόνο των μαθητών αλλά και των φοιτητών. Έτσι, σύμφωνα με τα στοιχεία του Ντουν σε σφυγμομέτρηση περισσότερων από 300 φοιτητών του πανεπιστημίου του Ιλινόις, αποδείχτηκε πως οι καπνιστές με καλή απόδοση αποτελούν το 16,7% και με άσχημη 59,1%.

Ο παιδικός και νεανικός οργανισμός ποτίζεται στον καπνό του τσιγάρου, σαν σφουγγάρι στο νερό. Αυτό έχει την αντανάκλασή του πιο καταστροφικά στις λειτουργικές καταστάσεις των διάφορων οργάνων των παιδιών. Να γιατί το κάπνισμα στα παιδικά χρόνια, μπορεί να επηρεάσει στην εκλογή του επαγγέλματος, στις αθλητικές επιδόσεις, να επηρεάσει όλη τη μελλοντική ζωή, αφού το απόθεμα της αντοχής, της ενέργειας των νεύρων, των ικανοτήτων του αναπνευστικού, του νευρικού, του καρδιαγγειακού και των άλλων συστημάτων είναι σημαντικά περιορισμένα στους καπνιστές από τα παιδικά τους χρόνια.

Θα παρατηρήσουμε ακόμα πως τα είδωλα του ποδοσφαίρου, που τους θαυμάζουν πάντα οι πιτσιρικάδες όπως ο Λεβ Γιάσιν, ο Πελέ, ο Γάριντσα, ο Μπέκενμπαουερ, δεν κάπνισαν ποτέ τους.

ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

"Το κάπνισμα, στον άνδρα είναι συμφορά, το κάπνισμα της γυναίκας είναι διπλή συμφορά γιατί η απειλή από το γυναικείο τσιγάρο είναι διπλή και για την ίδια την γυναίκα και για το παιδί της."

Ακαδημαϊκός Φ.Γ. Ουγκλοφ

Στα 1853 ο αγωνιστής του '21 ποιητής Γεώργιος Ζαλοκώστας γράφει το ποίημα του "Το σιγάρον". Σ' αυτό παίρνει αντικαπνιστική θέση και προτρέπει τις Ελληνίδες να μη καπνίζουν, μιμούμενες τις Ευρωπαίες. Κι αυτό χωρίς ίχνος αντιφεμινισμού, μια και ο ίδιος εύχεται την είσοδό τους στη Βουλή, σε εποχή που οι γυναίκες δεν είχαν καν το διαίωμα ψήφου.

Εκείνη την εποχή όμως το κάπνισμα των γυναικών δεν είχε γνωρίσει μεγάλη άνθηση. Η αύξηση του ποσοστού των καπνιστριών επρόκειτο να γίνει τον δικό μας αιώνα, τον 20ό. Μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα η κατανάλωση του τσιγάρου ήταν σχεδόν σταθερή. Μετά τον Α' παγκόσμιο πόλεμο, η κατανάλωσή του αυξήθηκε κατακόρυφα γιατί άρχισαν να καπνίζουν και οι γυναίκες. Ο αυτοπροσδιορισμός, ως κίνητρο για κάπνισμα, χαρακτηρίζει τις γυναίκες που χρησιμοποιούν το κάπνισμα στις κοινωνικές τους σχέσεις, γιατί έχουν διαμορφώσει την αντίληψη πως καπνίζοντας δημιουργούν στους άλλους μια εικόνα ανεξάρτητης, απελευθερωμένης και χειραφετημένης κοπέλας ή γυναίκας.

Υψηλή αποστολή της γυναίκας είναι να γίνει μητέρα κι όταν γίνεται λόγος για τη ζημιά του καπνίσματος έχουμε υπόψη όχι μόνο τη

δικιά της υγεία αλλά και την υγεία εκείνων στους οποίους χάρισε ή θα χαρίσει την ζωή.

Όσον αφορά τη δική της υγεία, αυτή εκτίθεται σε μεγαλύτερο κίνδυνο, απ'ότι η υγεία, του καπνιστή άντρα. Πως εξηγείται αυτό άφου σε τελευταία ανάλυση στις γυναίκες καπνίστριες εμφανίζονται οι ίδιες αρρώστιες όπως και στους καπνιστές άντρες: χρόνια βρογχίτιδα, καρκίνος στον πνεύμονα, του οισοφάγου, έλκος του στομάχου, καρδιαγγειακές παθήσεις; Γενικά, οι γυναίκες είναι περισσότερο ευαίσθητες στις βλαβερές επιδράσεις των καυσαερίων του καπνού από τους άνδρες, όπως συμβαίνει και με το οινόπνευμα.

Η μεγαλύτερη αυτή ευαισθησία εξηγείται ως γενική προδιάθεση, καθώς ο γυναικείος οργανισμός αποβάλλει τις βλαβερές ουσίες δυσκολότερα απ'ότι ο οργανισμός των ανδρών.

Οι βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος εκδηλώνονται ολέθρια στη γυναίκα, σαν μελλοντική μητέρα. Το μακροχρόνιο κάπνισμα στις γυναίκες που βρίσκονται σε ηλικία αναπαραγωγής προκαλεί πτώση του επιπέδου των οιστρογόνων, διατάραξη της ωορρηξιάς και άκομα επιταχύνει την εμμηνόπαυση και αυξάνει τον κίνδυνο οστεοπόρωσης.

Ο γερμανός γυναικολόγος Π. Μπέρνχαρντ που έξετασε 659 τακτικές καπνίστριες και 5.000 μη καπνίστριες καθόρισε πως ήταν άτεκνες τα 41,5% των καπνιστριών και μόνο τα 4,6% των μη καπνιστριών.

Η ταυτόχρονη χρήση αντισυλληπτικών δισκίων και καπνίσματος σιγαρέτων από γυναίκες αυξάνει πάνω από το τετραπλάσιο τα προβλήματα από το κυκλοφορικό και τα θρομβοεμβολικά επεισόδια από την καρδιά και τον εγκέφαλο από ότι στις γυναίκες που καπνίζουν την ίδια ποσότητα, αλλά δεν πέρνουν αντισυλληπτικά και 40 φορές περισσότερο από τις γυναίκες της ίδιας ηλικίας που δεν πέρνουν αντισυλληπτικά.

Έτσι, η νέα γυναίκα πρέπει να διαλέξει ή μόνο αντισυλληπτικά ή μόνο κάπνισμα!

Έχει επίσης διαπιστωθεί ότι το κάπνισμα είναι σημαντικός αιτιολογικός παράγων αναπτύξεως καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Οι LYON ET AL (1983) βρήκαν ότι η συχνότητα αναπτύξεως καρκίνου του τραχήλου γυναίκες σε σύγκριση με τις μη καπνίστριες. Ανάλογα είναι και τα ευρήματα THÉBAULTIAN ET AL (1983). Εξάλλου οι CLARKE ET AL (1982) διαπίστωσαν ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι μεγαλύτερος στις καπνίστριες. Ο κίνδυνος αυτός μειώνεται προοδευτικά μετά τη διακοπή του καπνίσματος.

Τα δεδομένα αυτά ενισχύουν την υπόθεση του WINKELSTEIN (1977) ότι μεταξύ καπνίσματος και καρκίνου του τραχήλου της μήτρας υπάρχει αιτιολογική συσχέτιση. Αν και μέχρι στιγμής δεν έχει βρεθεί συγκεκριμένο καρκινογόνο που να προέρχεται από τον καπνό του τσιγάρου και να επιδρά εκλεκτικά στο επιθήλιο του τραχήλου της μήτρας (AUSTIN 1983), οι έρευνες συνεχίζονται για να εξηγηθεί η στατιστικός διαπιστούμενη μεγαλύτερη συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στις καπνίστριες γυναίκες. Οι WILKESTEIN ET AL (1984) υποστηρίζουν την άποψη ότι πιθανόν το κάπνισμα και ο ίδιος του έρπητα ζωστήρα επιδρούν στο επιθήλιο του τραχήλου της μήτρας και προκαλούν καρκίνο.

Αν πράγματι το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, προκύπτει ότι οι γυναίκες πληρώνουν για την συνήθεια του καπνίσματος βαρύτο φόρο ζωής σε σύγκριση με τους άνδρες καπνιστές.

Ας εξετάσουμε το θέμα των επιπτώσεων των καυσαερίων του καπνού στους παθητικούς καπνιστές. Μέχρι τώρα γνωστές έρευνες που έχουν γίνει στην ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα στους παθητικούς καπνιστές είναι η Ιαπωνική, η Ελληνική, των ΗΠΑ και του HONK KONΓΚ.

Οι έρευνες αυτές που εξετάζουν τον κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου του πνεύμονα σε μη καπνίστριες γυναίκες συζύγους καπνιστή, συμφωνούν με εξαίρεση εκείνης του HONK-KONΓΚ, ότι πράγματι το

κάπνισμα αυξάνει κατά 1.6 (60 %) τον κίνδυνο όταν ο σύζυγος καπνίζει ένα πακέτο την ημέρα και κατά 2,1 δηλαδή πάνω από το διπλάσιο όταν καπνίζει πάνω από δύο πακέτα την ημέρα σε σύγκριση στις μη καπνίστριες με βάση την μονάδα.

Στην ελληνική ανδρομική έρευνα βρέθηκε ότι ο κίνδυνος για καρκίνο του πνεύμονα στις μη καπνίστριες γυναίκες, συζύγους καπνιστών, ήταν 2.3 ψηλότερος και ότι το παθητικό κάπνισμα ευθύνεται για 50-100 θανάτους ετησίως στην Ελλάδα από τον πνεύμονα.

Συνήθως οι καπνιστές δεν εκτιμούν πόσο ενοχλούν αλλά και πόσο βλαβερό είναι το κάπνισμα στους μη καπνιστές, που δηλητηριάζονται χωρίς να το θέλουν.

Βλάπτει άραγε το κάπνισμα την ομορφιά.

Μια λαϊκή παροιμία λέει "Μην καπνίζεις γρήγορα θα γεράσεις"

Για πολλές γυναίκες η απειλή του εμφράγματος, του μυοκαρδίου της στέρησης της μητρότητας, φαίνεται πολύ μακρινή ή αρχίζουν ή συνεχίζουν το κάπνισμα. Θα ρθει όμως ο καιρός, η γυναίκα που πρώτη θα την "πιέσει" η καρδιά θα επιθυμήσει την υγεία της, θα νιώσει τη φλογερή επιθυμία να γεννήσει ένα παιδάκι.

Για κείνους όμως με την αρχή "κάθε τι στον καιρό του", θέλουμε να της πούμε και κάτι άλλο. Το κάθε κορίτσι θέλει να είναι ελκυστικό, όμορφο. Ο καπνός όμως είναι ο φοβερότερος εχθρός της ομορφιάς, ο επιταχυντής της γήρανσης. Κοιτάξτε αρκετά προσεκτικά τον καπνιστή και μόνο από την εξωτερική του εμφάνιση μπορείται να τον ξεχωρίσει από τον μη καπνιστή. Φαίνεται μεγαλύτερος στα χρόνια του έχει γκριζωπό χρώμα το πρόσωπό του "νικοτινικό" πρόσωπο με σακουλάκια κάτω από τα μάτια, με άτονα, πρησμένα ούλα, με καφετί "πουφί" στα δόντια, με κίτρινα κιτρινωμένα δάκτυλα.

Ιδιαίτερα αντανακλάται καθαρά το κάπνισμα στην εξωτερική εμφάνιση των γυναικών. Αυτό είναι κατανοητό: ο όγκος του θώρακα στις γυναίκες είναι μικρότερος πιο εντατικός ο μεταβολισμός

γι αυτό και δηλητηριάζονται από τη νικοτίνη γρηγορότερα. Θα παρατηρείσασαι πιθανόν, πόσο γρήγορα καταστρέφεται το χρώμα του προσώπου στις καπνίστριες, πόσο γρήγορα ακόμα και στις νεαρές γυναίκες γίνεται το δέρμα χαλαρό και χάνει την φρεσκάδα του. Είναι να απορούμε γι αυτό, αν πάρουμε υπόψη μας πως το δηλητήριο του καπνού συμπιέζουν τα αιμοφόρα αγγεία που τρέφουν το δέρμα του προσώπου και του κεφαλιού. Σ αυτό οφείλονται και οι πρόωρες ριτίδες. Γι αυτό το κάπνισμα είναι μια από τις αιτίες της πρόωρης φαλάκρας. Συνήθως οι γυναίκες για να κρύψουν αυτά τα ελλωτώματα χρησιμοποιούν διάφορες κρέμες, αλοιφές, λοσιόν κλπ. Θα φτάσει όμως μια μέρα όταν κοιτώντας στον καθρέυτη της η καπνίστρια θα τρομάζει και η ίδια. Από τη φύση της η γυναίκα πρέπει να έχει καθαρή απαλή φωνή. Ο καπνός όμως του τσιγάρου ερεθίζει τον οισοφάγο και τις φωνητικές χορδές κι η φωνή γίνεται βραχνή, πνιχτή και χοντρή. Και ποιά είναι άραγε η γυναίκα ομορφιά, όταν τα δόντια είναι κίτρινα από το στόμα βγαίνει απωθητική μυρωδιά όταν σκληραίνουν οι γραμμές του προσώπου.

Μερικές κοπέλες και νεαρές γυναίκες καπνίζουν γιατί θεωρούν το τσιγάρο σαν ιδιόμορφη έκφραση της ομορφιάς και της πικαντότητας. Η εφημερίδα "Κοσμόλοκαγια Πράβδα" στις 22 Αυγούστου 1979 στο άρθρο "Τα αγόρια όμως είπαν όχι" παρέθεσε μερικούς αριθμούς αξιους παρατήρησης. Σε 188 μαθήτριες της τελευταίας τάξης υποβλήθηκε η ερώτηση, γιατί άρχισαν να καπνίζουν; Τα 60% των κοριτσιών απάντησαν πως "αυτό είναι όμορφο", "αυτό είναι της μόδας" και τα υπόλοιπα γιατί θέλουν να αρέσουν στα αγόρια. Ποιά όμως είναι η άποψη των νεαρών πάνω σ' αυτό το θέμα; Στην ερώτηση: "θα θέλατε να καπνίζει η γυναίκα σας" από 256 νεολαίους οι 254 απάντησαν "όχι". Μόνο ένας δήλωσαν πως γι' αυτούς είναι "το ίδιο" ούτε ένας δεν έδωσε θετική απάντηση.

Έτσι η άποψη μερικών κοριτσιών και γυναικών πως το τσιγάρο

τους "πάει", τις κάνει πιο σύγχρονες είναι πολύ λαθεμένη. Οι καπνίστριες κοπέλλες και γυναίκες δεν αρέσουν και στους άνδρες. Η ψυχίατρος Η. Μπογντράνοβιτς πραγματοποίησε έρευνες ανάμεσα σε φοιτητές του Πανεπιστημίου της Λετονίας στην ερώτηση: "Σας είναι ευχάριστο όταν καπνίζει μια κοπέλλα (ή γυναίκα)" από 607 ερωτηθέντες οι 443 απάντησαν "δεν είναι ευχάριστο" και 164 απάντησαν ότι τους είναι αδιάφορο. Για μια ακόμα φορά ούτε ένας δεν είπε "μάλιστα". Αυτή η ίδια ερώτηση όμως μόνο σχετικά με τις συζύγους τους τέθηκε σε οικογενειάρχες που σπουδάζουν δι'αλληλογραφίας. Και οι 259 που ρωτήθηκαν απάντησαν αρνητικά.

Εξαιτίας του ερεθισμού των σιελογόνων αδένων από τον καπνό του τσιγάρου παρατηρείται οίδημα των ούλων και αυξημένη έκκριση σάλιου. Το συχνό φτύσιμο μπορεί τάχα να κάνει μια κοπέλλα ελκυστική; Τι δίνει όμως στον καπνιστή ο καπνός του τσιγάρου; Την υποβολή της καθησύχησης την απομίμηση της μόδας την αυταπάτη της ομορφιάς; Να γνωρίζεις το κακό του καπνίσματος για τον εαυτό σου και το περιβάλλον σου και παρ'όλα αυτά να συνεχίζεις υποβάλλοντας τον εαυτό σου σε αργή αυτοκτονία, τι μπορεί να είναι πιο παράλογο απ'αυτό; "Η χρήση του καπνού", γράφει ο καθηγητής Ν. Φορέλ "αποτελεί μια άσχημη κι ακάθαρτη συνήθεια. Γι'αυτό είναι δύσκολο μα καταλάβει κανείς πως οι γυναίκες εξαιτίας μιας αρκετά ανόητης μόδας όλο και περισσότερο παραδίδονται σ'αυτό το ελάττωμα, που φέρνει μεγάλη ζημιά στους απογόνους τους, στην υγεία στη χάρη και στην ομορφιά".

Ποιά η ανάγκη να μαραζώνουν πρόωρα όταν η αίσθηση της υγείας πρέπει να πλημμυρίζει το σώμα; Αξίζει άραγε να κάνουμε τον εαυτό μας θεληματικά θύμα του καπνού;

Ο Ι Ε Π Ι Δ Ρ Α Σ Ε Ι Σ Τ Ο Υ Κ Α Π Ν Ι Σ Μ Α Τ Ο Σ

Σ Τ Ο Ν Ο Ρ Γ Α Ν Ι Σ Μ Ο

"Το τσιγάρο αν καπνίσεις μόνος
σου θα γονατίσει."

Το κάπνισμα και η προστασία της υγείας του ανθρώπου από τις δυσάρεστες συνέπειες του, εξακολουθεί και σήμερα να είναι θέμα ανοικτό για συζήτηση. Παρόλο που απασχολεί επί χρόνια την επικαιρότητα, μόνο κατά τα τελευταία χρόνια δόθηκε έμφαση στην έρευνα της επίδρασης του στα ζωτικά συστήματα του οργανισμού.

Όσο κι αν είναι παράξενο, η ανθρώπινη ψυχολογία είναι τέτοια, που η πλειοψηφία των θαυμαστών του "γαλάζιου φιδιού" θεωρεί πως οι φοβερές αρρώστιες απειλούν όποιον άλλον θέλεις, όχι όμως κι αυτούς.

Η αμείλικτη στατιστική επιβεβαιώνει πως στις ΗΠΑ κάθε χρόνο πεθαίνουν πριν απ'τον καιρό τους 300.000 από καρκίνο των πνευμόνων, ισχαιμίες της καρδιάς, χρόνιες βρογχίτιδες και εμφύσημα των πνευμόνων, δηλαδή από αρρώστιες που έχουν άμεση σχέση με το κάπνισμα. Υπολογίστηκε πως κάθε τσιγάρο αφαιρεί από 5 μέχρι 15 λεπτά της ζωής. Αυτό σημαίνει πως ο άνθρωπος που καπνίζει 20 τσιγάρα στο 24ωρο μειώνει τη ζωή του καθημερινά κατά 1,5-3 ώρες. Με ένα μετρημένο κάπνισμα ελαττώνεται η διάρκεια της ζωής 5 χρόνια, οι παθιασμένοι όμως καπνιστές μειώνουν τη ζωή τους 8-10 χρόνια. Το γεγονός αυτό έχει αποδειχτεί από την επιστήμη κι αξίζει να το σκεφτούμε. Τις συνέπειες του καπνίσματος θα πρέπει να τις εξετάζουμε όχι μόνο από την άποψη της θνησιμότητας, αλλά κι από την άποψη της νοσηρότητας. Το κάπνισμα δεν είναι πάντα αιτία θα-

νάτου, πάντα όμως φέρνει ή επιδεινώνει την αρρώστια.

Πολλοί καπνιστές αρχίζουν και αισθάνονται τη ζημιά απ'τον καπνό, μετά το πέρασμα αρκετού καιρού από τότε που έβαλαν στο στόμα τους το πρώτο τσιγάρο και θεωρούσαν ως τότε τον εαυτό τους μακριά από τον κίνδυνο. Τεράστια ήταν η πλάνη τους! Δεν υπάρχει ούτε ένα όργανο, ούτε ένα σύστημα, που να μη γίνει στόχος του καπνού.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΣΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΚΑΙ ΤΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΩΝ ΑΙΣΘΗΣΕΩΝ

"Την υγεία αν κλονίσεις, τη
ζωή σου θα ξαφρίσεις."

Λαϊκή παροιμία

Το αλκαλοειδές νικοτίνη είναι πρωταρχικά δηλητήριο των νεύρων. Το νευρικό σύστημα αντιδρά πολύ γρήγορα στην επίδραση του καπνού.

Σ'όσους καπνίζουν πολύ και για πολύ καιρό αναπτύσσονται νευρικές καταστάσεις, η νικοτινηκή νευρασθένεια: ερεθιστικότητα, γρήγορη κούραση, αδυνάτισμα της μνήμης, πονοκέφαλος που μερικές φορές μοιάζει με ημικρανία, τρεμούλα στα χέρια, αϋπνία.

Με την επίδραση του καπνίσματος "δηλητηριάζονται" και τα μεγάλα νευρικά πλύγματα. Να γιατί εμφανίζονται στους καπνιστές πόνοι κατά μήκος των νεύρων στα χέρια και στα πόδια, ανάμεσα στα πλευρά, στη μέση και παρατηρείται μείωση της ευαισθησίας του δέρματος. Έχει αποδειχτεί πως το κάπνισμα εξασθενίζει τα αντανακλαστικά των νεύρων. Ανάμεσα στους καπνιστές υπάρχουν άρρωστοι που έπαθαν μωλωπισμούς, δάσειση εγκεφάλου, τραύμα του κεφαλιού. Το κάπνισμα έστω και λίγων τσιγάρων διαταράσσει απότομα την κυκλοφορία του αίματος στον εγκέφαλο κι αυτή είναι η αιτία για το δυνάμωνα των πονοκεφάλων. Έχει προσδιοριστεί η άμεση σχέση ανάμεσα στην τραυματική επιληψία και την εντατικότητα τον καπνίσματος.

Η άφθονη παραγωγή σάλιου στους καπνιστές εξηγείται με τον ερεθισμό των νευρικών απολήξεων των βλεννογόνων της στοματικής

κοιλότητας από τα συστατικά του καπνού του τσιγάρου. Ακόμα και μ' αυτόν τον τρόπο προσπαθεί ο οργανισμός ν' απελευθερωθεί απ' το εισαγόμενο δηλητήριο!

Επιδρά άσχημα το κάπνισμα και στα όργανα των αισθήσεων. Η νικοτίνη επιδρώντας στις απολήξεις των νεύρων της γεύσης αλλοιώνει τις γευστικές αισθήσεις. Να γιατί σε πολλούς καπνιστές δεν αρέσουν τα γλυκά.

Από την τοξική ενέργεια του καπνού στα νεύρα της όρασης οι καπνιστές χάνουν νωρίτερα την οξύτητά της, απ' ό,τι οι μη καπνιστές. Χάνουν συχνότερα την ικανότητα να ξεχωρίζουν τα χρώματα.

Πολλοί καπνιστές παραπονούνται για τη μείωση της ακοής, πως είναι "βουλωμένα" τ' αυτιά τους. Ήξαιτίας του σταθερού ερεθισμού του φάρυγγα συχνά αναπτύσσονται σ' αυτούς νευρίτιδα του ακουστικού νεύρου.

Ο καπνός προξενεί ναρκωτική επίδραση στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Ο άνθρωπος χάνει τη βούλησή του, γίνεται υποχείριος της ακατανίκητης ανάγκης για κάπνισμα που τον κατέχει συνέχεια. Με τον καιρό η αναγκαιότητα αυτή δυναμώνει, αρχίζει το κάπνισμα νηστικός, τη νύχτα, όταν βγαίνει έξω. Δεν μπορεί να δουλέψει χωρίς συχνά διαλείμματα για τσιγάρο.

Πολλοί είναι οι καπνιστές που βλέπουν στον καπνό σχεδόν κάποιο μέσο της ανύψωσης της ικανότητας για δουλειά. Υποστηρίζουν πως το κάπνισμα φέρνει συρροή δυνάμεων. Από την επιστήμη έχει αποδειχτεί πως αυτή η γνώμη είναι βαθιά λαθεμένη. Και πραγματικά στην αρχή της δράσης της, για ένα μικρό χρονικό διάστημα η νικοτίνη διευρύνει τα αγγεία του μυαλού κι ο άνθρωπος αισθάνεται κάτι σαν πλημμυρίδα δυνάμεων. Πολύ σύντομα όμως, κυριολεκτικά ύστερα από λίγα λεπτά, αρχίζει η δεύτερη φάση της δράσης της, το στένεμα των αγγείων που οδηγεί στην ανεπάρκεια οξυγόνου στο μυαλό. Να γιατί ύστερα από ένα μικρό διάστημα ο καπνιστής έλκε-

ται ξανά απ'το τσιγάρο και ξανά και ξανά, εξαντλώντας έτσι το νευρικό του σύστημα.

Υπολογίστηκε, πως απαιτείται περισσότερος χρόνος για την εκπλήρωση μιας καθορισμένης εργασίας για τον καπνιστή, παρά για το μη καπνιστή.

Το κάπνισμα και μερικών ακόμα τσιγάρων τη μέρα καθυστερεί την αντίδραση στους εξωτερικούς ερεθισμούς. Αυτό έχει μεγάλη σημασία για την εργασία σε συγκροτήματα με υψηλές ταχύτητες, που απαιτούν γρήγορη αντίδραση και ακριβείς χωρίς σφάλματα κινήσεις. Είναι γνωστό πως η ταχύτητα της αντανακλαστικής αντίδρασης του κάθε υγιούς ανθρώπου στους εξωτερικούς ερεθισμούς είναι κατά μέσο όρο 0,5 δευτερόλεπτα. Με το κάπνισμα εξαιτίας της διαταραχής της λειτουργίας του εγκεφάλου μπορεί να φτάσει μέχρι το ένα δευτερόλεπτο κι ακόμα περισσότερο. Για τον οδηγό που κάπνισε αρκετά και τρέχει με ταχύτητα 60 χλμ. την ώρα, ο χρόνος για το φρενάρισμα μεγαλώνει δυο φορές (αντί του αναμενόμενου μισού δευτερολεπτού γίνεται ένα δευτερόλεπτο) κι αυτό είναι η αιτία να του φύγει το αυτοκίνητο 8 μέτρα παραπάνω απ'το κανονικό. Οι συνεργάτες της τροχαίας ξέρουν πολύ καλά πως οι καπνιστές κάνουν περισσότερα λάθη κατά την οδήγηση των αυτοκινήτων, παρά οι μη καπνιστές. Το ξέρουν αυτό κι οι οδηγοί των ταξί. Να γιατί τα τελευταία χρόνια πολλοί οδηγοί δεν καπνίζουν στ'αμάξια τους και παρακαλούν να μην το κάνουν κι οι επιβάτες.

Με την επίδραση του καπνίσματος χαλαρώνει η προσοχή, κι αυτό έχει επιπτώσεις στην παραγωγικότητα της εργασίας και στην ποιότητα του προϊόντος. Οι καπνιστές ξοδεύουν τον εργάσιμο χρόνο τους λιγότερο ορθολογικά και βγάζουν περισσότερα σκάρτα προϊόντα. Δεν είναι τυχαίο, το ότι μερικές αμερικάνικες φέρμες καθορίζουν την αμοιβή εργασίας κατά 15% μειωμένη στους καπνιστές απ' ότι στους μη καπνιστές.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΣΤΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ

"Παρατηρώντας τώρα τα φαινόμενα απ' αυτή τη δηλητηρίαση στον εαυτό μου, θυμάμαι μερικούς πελάτες μου, που δικαιολογούσαν την πάθησή τους με άλλες αιτίες. Αν όμως τους άρπαζα τότε το τσιγάρο, μπορεί και να ζούσαν ακόμα."

Σ. Π. Μπότκιν

Το πρώτο χτύπημα απ' τον καπνό του τσιγάρου τον παίρνουν πάνω τους τ' αναπνευστικά όργανα, στην αρχή στο πάνω μέρος της αναπνευστικά όργανα, στην αρχή στο πάνω μέρος της αναπνευστικής οδού και μεπ'α στην τραχεία και στους πνεύμονες. Με την επίδραση του καπνού του τσιγάρου πραγματοποιείται σταθερός ερεθισμός της βλεννογόνου του λάρυγγα που παθαίνει φλεγμονή. Χοντραίνουν οι φωνητικές χορδές και δεν κλείνουν καλά. Αυτό οδηγεί στην αλλαγή του τέμπρου της φωνής και γίνεται χοντρή. Γι' αυτό και δεν καπνίζουν οι τραγουδιστές της όπερας. Είναι χαρακτηριστική η "φωνή του καπνιστή" ιδιαίτερα στις καπνίστριες.

Ο καπνός του τσιγάρου καταστρέφει τη βλεννογόνο του λάρυγγα, των τραχείων, των διακλαδώσεων των βρόγχων κι ο καθαρισμός των αναπνευστικών οδών απ' ο τις βλέννες, από τα ξένα σωματίδια γίνεται στον καπνιστή με το βήχα. Τον ενοχλεί ο βήχας ιδιαίτερα τα πρωινά οπότε βγαίνει το ακάθαρτο, σταχτί φλέμα. Αυτός είναι ο λεγόμενος "βήχας του καπνιστή" στη χρόνια "βρογχίτιδα του καπνιστή".

Αργότερα ο βήχας γίνεται συνεχής, κι αυτό προκαλεί άνοδο της

πίεσης στις κυψελίδες των πνευμόνων που οδηγεί στη διόγκωσή τους, δηλαδή το εμφύσημά τους. Στους καπνιστές εμφανίζεται το λαχάνιασμα, παραμορφώνεται ο θώρακας κι οβήχας γίνεται "μαλακός", όχι δυνατός, γιατί η ελαστικότητα των πνευμονικών ιστών ελαττώνεται ακόμα περισσότερο. Αναπτύσσεται η αναπνευστική και καρδιακή ανεπάρκεια. Τα προϊόντα του καπνού επιδρούν στους ιστούς των πνευμόνων 40 φορές ισχυρότερα απ'ότι σε οποιοδήποτε άλλον ιστό.

Οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν τον τελευταίο καιρό καθόρισαν πως ουσίες που βρίσκονται στον καπνό του τσιγάρου προξενούν σπασμό των βρόγχων. Η αναπνοή δυσκολεύεται, γίνεται θορυβώδης, συριστική. Γι'αυτό και συναντιέται συχνότερα το βρογχικό άσθμα στους καπνιστές παρά στους μη καπνιστές.

Κ Α Π Ν Ι Σ Μ Α Κ Α Ι Κ Α Ρ Δ Ι Α Γ Γ Ε Ι Α Κ Ε Σ

Π Α Θ Η Σ Ε Ι Σ

"Μην πίνετε κρασί, μην πικραίνετε την καρδιά με τα καπνίσματα και θα ζήσετε τόσο όσο έζησε ο Ίβσιανός."

Ι.Π.Πάβλοφ

Ο γνωστός ιταλός ζωγράφος του 16ου αιώνα Τισιανός πέθανε σε ηλικία 99 χρόνων. Ο ίδιος ο Ιβαν Πέτροβιτς Πάβλοφ έζησε 87 χρόνια. Ποτέ του δεν κάπνισε, μέχρι τα βαθιά γεράματα διατήρησε τη σφριγηλότητα, αγαπούσε τα σπορ, τους περιπάτους, δεν κουραζόνταν από τη συνεχή σωματική και πνευματική εργασία.

Συχνά δεν μετριέται η ηλικία του ανθρώπου απ'το δελτίο ταυτότητας, αλλά απ'την κατάσταση της καρδιάς και των αγγείων.

Το κάπνισμα αποτελεί ίσως τη σημαντικότερη αιτία για την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων.

Ειδικότερα, όμως, για τη στεφανιαία νόσο, το κάπνισμα, σαν προδιαθεσική αιτία αναπτύξεως της στεφανιαίας νόσου, αποτελεί τη σπουδαιότερη από τις γνωστές αιτίες που, αν ελεχθεί, συμβάλλει σημαντικά στην τροποποίηση της προγνώσεως την, διαπίστωση που δεν παρατηρείται από τη ρύθμιση άλλων παραγόντων κινδύνου, π.χ. της αρτηριακής υπερέτασεως.

Ο μηχανισμός προκλήσεως των καρδιαγγειακών παθήσεων που συσχετίζονται με το κάπνισμα των σιγαρέτων, δεν είναι απόλυτα γνωστός, ενοχοποιούνται, όμως δυο κυρίως ουσίες, η νικοτίνη και το μονοξειδίο του άνθρακα (CO).

Η εισπνοή του καπνού των τσιγάρων, με την επίδραση την νικοτίνης, προκαλεί διέγερση του συμπαθητικού συστήματος, το οποίο εκκρίνει τοπικά κατεχολαμίνες (αδρεναλίνη και νοραδρεναλίνης)

ή ενεργοποιεί τους χημειοϋποδοχείς. Έτσι, έχουμε διάφορες παροδικές αντιδράσεις από το κυκλοφορικό σύστημα, όπως αύξηση της συστολικής και διαστολικής πίεσης, αύξηση της καρδιακής συχνότητας και της καρδιακής παροχής, μείωση της παροχής των στεφανιαίων αρτηριών και αγγειοσύσπαση των περιφερικών αρτηριών. Επιπρόσθετα, η εισπνοή του καπνού προκαλεί διάφορες διαταραχές του μεταβολισμού, στις οποίες περιλαμβάνονται, κυρίως, η αύξηση της πυκνότητας των ελευθέρων λιπαρών οξέων.

Η νικοτίνη και το μονοξειδίο του άνθρακα, που εισχωρούν με τον καπνό του τσιγάρου, αυξάνουν το περιεχόμενο της χοληστερίνης στο αίμα και τη διείσδυσή της στα αγγειακά τοιχώματα. Αυτό οδηγεί στη γρηγορότερη ανάπτυξη της αρτηριοσκλήρωσης των αγγείων, που συνέπειά της είναι η χειροτέρευση της τροφοδοσίας της καρδιάς με αίμα και προξενεί τις αλλοιώσεις σε λίπη.

Έτσι το κάπνισμα χειροτερεύει την αρτηριοσκλήρωση που συντελεί στην ανάπτυξη της ισχαιμίας της καρδιάς, η οποία ονομάζεται "αρρώστια του αιώνα". Εάν ισχαιμία της καρδιάς ονομάζουμε όλες τις ασθένειές της που συνδέονται με τη σημαντική μείωση της εισροής του αίματος στα αγγεία, τα οποία τροφοδοτούν την καρδιά. Οι μορφές της ισχαιμίας είναι η στενοκαρδία, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η σκλήρωση της καρδιάς που εμφανίζεται με δύσπνοια, πόνους σ' αυτή και τη διαταραχή του καρδιακού ρυθμού. Το κάπνισμα ανήκει στους σοβαρότερους παράγοντες των κινδύνων για την ισχαιμία της καρδιάς. Έχει αποδειχτεί η άμεση επίδραση της νικοτίνης στη συστολή των αγγείων της καρδιάς. Εκτός αυτού, με την επίδραση του καπνίσματος αυξάνεται η θρόμβωση του αίματος, πραγματοποιείται η συγκόλληση των ερυθρών πλακών του αίματος. Αυτό οδηγεί στο σχηματισμό θρόμβων, που μπορούν να φράξουν τα μικρά κι ακόμα τα μεγάλα αγγεία και τότε εμφανίζεται η νέκρωση μέρους του μυός της καρδιάς, αναπτύσσεται έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Έχει προσδιοριστεί πως η πιθανότητα για έμφραγμα του μυοκαρδίου στους καπνιστές είναι 6-12 φορές μεγαλύτερη απ'ότι για τους μη καπνιστές. Οι κρίσεις της "στηθάγχης" (στενοκαρδίας), που οδηγούν στον αιφνίδιο θάνατο, συμβαίνουν 4 φορές συχνότερα στους καπνιστές απ'ότι στους μη καπνιστές.

Επιδρά αρνητικά το κάπνισμα και στο ρυθμό της καρδιάς. Παρατηρούμε συχνά διάφορες αρρυθμίες στην καρδιά (έξτρα συστολή), επιταχύνσεις (ταχυκαρδία) ή περιορισμούς (βραδυκαρδία) του καρδιακού ρυθμού στους ανήλικους καπνιστές. Συναντιούνται και άλλες απειλητικές αρρυθμίες (μαρμαριγή), που προέρχονται από τον καπνό. Αποδείχθηκε ότι το κάπνισμα αυξάνει τον καρδιακό αυτομα-

*Η νικοτίνη και το μονοξειδίο του άνθρακα
στό καρδιαγγειακό σύστημα*

Η νικοτίνη:

- επιταχύνει την καρδιακή λειτουργία
- την έπαιξάνει
- αυξάνει την αρτηριακή πίεση
- συσπᾶ τις αρτηρίες, στεφανιαίες και περιφερικές
- αυξάνει τη συγκολλητικότητα των αίμοπεταλίων
- αυξάνει τὰ ἐλεύθερα λιπαρά ὀξέα καὶ τὶς λιποπρωτεΐνες στο αἷμα

Τὸ μονοξείδιο τοῦ ἀνθρακικοῦ:

- δεσμεύει τὴν αἰμοσφαιρίνη σὲ ἀνθρακυλαιμοσφαιρίνη μέχρι καὶ 10-15%.
- αὐτὴ παρεμποδίζει τὴν ὀξυγόνωση τῶν ἰσθῶν
- μὲ τὴν κακὴ ὀξυγόνωση τοῦ ἐνδοθηλίου τῶν ἀρτηριῶν διευκολύνεται ἡ διόδος τῶν ἀθηροσκληρωτικῶν συστατικῶν ἀπὸ τὸ αἷμα στοὶς τοιχώματός, μὲ ἀποτέλεσμα τὴ στένωση καὶ τὴν ἀπόφραξή τους.

τισμό και μειώνει τον ουδό της κοιλιακῆς μαρμαρυγῆς. Αυτῆ η ηλεκτρική αστάθεια του μυοκαρδίου οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο αιφνιδίου θανάτου από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, που αντιμετωπίζουν οι καπνιστές συγκριτικά με τους μη καπνιστές.

Πρέπει να θυμούμαστε πως με το κάπνισμα μειώνεται απότομα η αποτελεσματικότητα πολλῶν φαρμακευτικῶν σκευασμάτων, ιδιαίτερα των νιτρωδῶν, δηλαδή της νιτρογλυκερίνης και άλλων παρόμοιων σκευασμάτων, που δίνονται σε περιπτώσεις ισχαιμίας της καρδιάς. Με επιτυχία μπορεί να θεραπευτεῖ η καρδιά μόνο στην περίπτωση που ο άρρωστος κόψει το τσιγάρο.

Από διάφορες πολυκεντρικές και διεθνείς επιδημιολογικές με-

λέτες 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 προδιαθεσικών παραγόντων (υπέρταση, υπερχοληστεριναίμια, κάπνισμα) που προκαλούν στεφανιαία ανεπάρκεια, έχει αρχίσει 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 ευεργετικά αποτελέσματα όσο η διακοπή του καπνίσματος, και μάλιστα χωρίς έξοδα και παρενέργειες.

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

Ακόμη, σε γυναίκες που κάνουν χρήση αντισυλληπτικών δισκίων, πρέπει να τονίζονται οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ του καπνίσματος και της φαρμακευτικής τους αγωγής για αντισύλληψη.

*Με το κάπνισμα, εξίσωση των γυναικών
με τους άνδρες και στο ... θάνατο*

- Έχυσαν τα 7 χρόνια που ζούσαν περισσότερο από τους άνδρες.
- Με 25 τσιγάρα την ημέρα τα έμφράγματα είκοσιπλάσιάζθηκαν.
- Με το κάπνισμα και το αντισυλληπτικό χάπι, δεκαπλάσιώθηκε η συχνότητα των νοσημάτων των στεφανιαίων.
- Η υπεραρτηριακή αιμορραγία, η οποία είναι συχνότερη στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες, εμφανίζεται 5,7 φορές συχνότερα στις καπνίστριες σε σύγκριση με τις μη καπνίστριες, και 21,9 φορές πιο συχνά όταν παίρνουν και το χάπι.

Τ Ο Κ Α Π Ν Ι Σ Μ Α Κ Α Ι Τ Α

Ο Ρ Γ Α Ν Α Τ Η Σ Π Ε Ψ Η Σ

"Είναι δύσκολο και να το φαντα-
στείς ακόμα, ποιιά ευτυχισμένη
αλλαγή θα γινόταν στην ανθρω-
πινή ζωή αν σταματούσαν οι άν-
θρωποι ν'αποβλακώνουν και να
δηλητηριάζουν τον εαυτό τους
με τη βότκα, το κρασί, τον κα-
πνό, το όπιο."

Λ.Ν. Τολστόι

Το πολύχρονο κάπνισμα είναι μια από τις αιτίες για την ανά-
πτυξη μερικών γαστρεντερικών ασθενειών ή παράγοντας που συντε-
λεί στην δξυνσή τους, στη βαριά εξέλιξη. Από τον καπνό του τσι-
γάρου υποφέρουν πολλά όργανα του συστήματος της πέψης. Η αίσθη-
ση της γεύσης στον καπνιστή μειώνεται ή εξαφανίζεται τελείως.
Εύκολα τραυματίζεται η βλεννογόνος του στόματος, αιμορραγεί, πα-
θαίνει φλεγμονές. Η γλώσσα σκεπάζεται με ένα γκρίζο μαύρο επί-
χρισμα. Τα δόντια κιτρινίζουν, σκάζει το σμάλτο τους, το στόμα
μυρίζει άσχημα. Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΠΟΥ, ο δείκτης θνησι-
μότητας από τον καρκίνο των οργάνων της στοματικής κοιλότητας
και του οισοφάγου ανάμεσα σ'αυτούς που καπνίζουν είναι 4 φορές
μεγαλύτερος απ'ότι στους μη καπνιστές. Οι καπνιστές έχουν συχνά
ελαττωμένη όρεξη, υποφέρουν από τάσεις για εμετό και ξυνίλες,
πολλοί απ'αυτούς έχουν πόνους στο πάνω μέρος της κοιλιάς μετά
το κάπνισμα και αυτό εξηγείται με το σπασμό των αγγείων του στο-
μάχου.

Σήμερα έχει μελετηθεί η επίδραση του καπνίσματος στη λειτου-

ργία του στομάχου. Ξεακριβώθηκε πως η νικοτίνη, επενεργώντας δι-
αμέσου του αίματος και πέφτοντας στο στομάχι με το σάλιο προξε-
νεί την αύξηση της ποσότητας και της οξύτητας των στομαχικών υ-
γρών σχεδόν 2-2,5 φορές. Η αύξηση αυτή των εκκρίσεων και της ο-
ξύτητας των στομαχικών υγρών για πολλά χρόνια, οδηγεί σε αλλα-
γές των κυττάρων των στομαχικών αδένων. Ένα τμήμα των κυττάρων
και των αδένων νεκρώνεται. Αναπτύσσεται χρόνια γαστρίτιδα.

Όπως δείχει η πρακτική μας πείρα, περισσότεροι από 90% των
άρρωστων με έλκος του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου καπνίζουν.
Το έλκος συναντιέται στους καπνιστές 12 φορές συχνότερα, απ'ότι
στους μη καπνιστές. Πού βρίσκεται η αιτία; με την επίδραση των
συστατικών του καπνού του τσιγάρου συστέλλονται τα αγγεία της
βλεννογόνου του στομάχου. Με τέτλια "ισχαιμία" της βλεννογόνου
του εύκολα επηρεάζεται από την πεπτική δράση του στομαχικού υ-
γρού, στο οποίο έχει αυξηθεί η περιεκτικότητα σε υδροχλωρικό ο-
ξύ. Να γιατί στους καπνιστές δεν επουλώνονται τα έλκη, δεν κά-
νουν ουλή, γιαντρεύονται μόνο για λίγο καιρό κι ο άρρωστος με
έλκος, που συνεχίζει το κάπνισμα, ξαναεπισκέπτεται πολύ σύντο-
μα το γιατρό με τον επόμενο παροξυσμό.

Είναι πολύ δύσκολο να γιαντρευτεί ένας τέτιος άρρωστος. Ο-
λες οι προσπάθειες των γιαντρών σ'αυτή την περίπτωση κατευθύνο-
νται στη μείωση της έκκρισης του στομαχικού υγρού, στη μείωση
ή την εξουδετέρωση της αυξημένης οξύτητας, στην καλύτερευση της
κυκλοφορίας του αίματος γύρω απ'το έλκος. Γι'αυτό το σκοπό κα-
θορίζουν μια ειδική δίαιτα για τον άρρωστο, ορίζουν τα ανάλογα
αντιόξινα σκευάσματα και ουσίες που διαστέλουν τα αγγεία. Ο κα-
πνιστής όμως "μπάζοντας" στον οργανισμό τη νικοτίνη και τ'άλλα
"προϊόντα" του καπνού αντενεργεί σ'όλα αυτά.

Πολλοί άρρωστοι καπνίζουν για να αδυνατίσουν ή να "σταθε-
ροποιήσουν" το βάρος τους. Αυτό συνδέεται με το ότι η νικοτί-

νη μειώνει τις συστολές (περισταλτική) του στομάχου. Εκτός αυτού, μειώνεται το αίσθημα της πείνας ακόμα και με το ότι στον καπνιστή αναπτύσσεται τελικά γαστρίτιδα που μ'αυτήν συνήθως η όρεξη είναι άσχημη. Κι έτσι, αξίζει άραγε να ελαττώνεται το βάρος του σώματος με αντάλλαγμα τη δημιουργία έλκους του στομάχου ή την απόκτηση γαστρίτιδας;

Τ Ο Κ Α Π Ν Ι Σ Μ Α Κ Α Ι Τ Α

Α Ι Μ Ο Φ Ο Ρ Α Α Γ Γ Ε Ι Α

"Το κάπνισμα είναι ένας από τους σοβαρότερους παράγοντες, που συντελούν στην εμφάνιση του εμφράγματος του μυοκαρδίου."

Ακαδημαϊκός Ι.Κ. Σχβατσαβάγια

Έχει αποδειχτεί πως η νικοτίνη, το μονοξειδίο του άνθρακα και τ'άλλα συστατικά, που υπάρχουν στον καπνό, συντελούν στην έκκριση από τα επινεφρίδια των ιδιαίτερα δραστήριων ουσιών κατεχολαμίνων, που στενεύουν τα αιμοφόρα αγγεία. Δεν είναι τυχαίο πως ο καπνός κατατάσσεται όχι μόνο στα δηλητήρια των νεύρων αλλά και στα αγγειακά. Οι κατεχολαμίνες αυξάνουν συνήθως την πίεση του αίματος κατά 20-25%. Ακόμα κι ύστερα από το κάπνισμα ενός τσιγάρου τα αιμοφόρα αγγεία συμπιέζονται και βρίσκονται σε τέτοια κατάσταση για αρκετό διάστημα, 30-40 λεπτά. Κι αυτό σημαίνει πως ο άνθρωπος που καπνίζει 20-25 τσιγάρα τη μέρα, συμπιέζει μόνιμα τα αγγεία του. Αυτό οδηγεί σε συμπληρωματική φόρτωση της καρδιάς, γιατί αυτή είναι αναγκασμένη να ξοδεύει περισσότερη ενέργεια προωθώντας το αίμα μέσα από στενές αρτηρίες. Από τις συμπιεσμένες αρτηρίες κυκλοφορεί λιγότερο οξυγόνο στα διάφορα όργανα. Ύ'αυτό συντελεί και το μονοξειδίο του άνθρακα, που αναπνέεται και το οποίο συνδέεται στο αίμα με την αιμοσφαιρίνη (σχηματίζοντας καρβοξυαιμοσφαιρίνη), που είναι ο μεταφορέας του οξυγόνου από το αίμα στους ιστούς.

Η αύξηση της πίεσης του αίματος με την επίδραση του καπνίσματος είναι γνωστή από πολύ καιρό. Από το 1907 ακόμα, ο γερμανός επιστήμονας Ε.Γκέσε που εξέτασε 22 υγιείς ανθρώπους κατέ-

γραφε γι' αυτούς αυξημένη πίεση μετά το κάπνισμα 1-2 τσιγάρων.

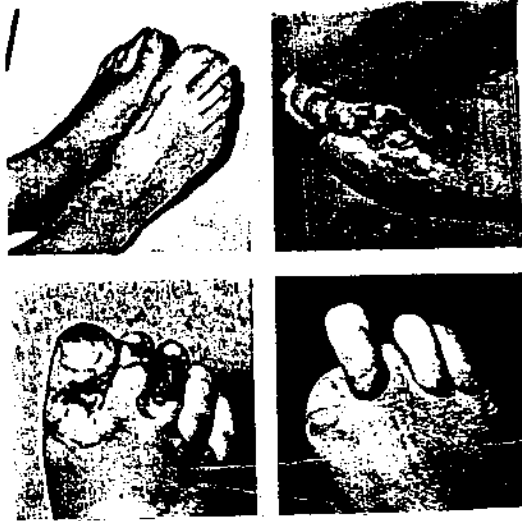
Οι έρευνες απέδειξαν πως η αρτηριακή πίεση αυξάνεται με το κάπνισμα σημαντικότερα στους νέους ανθρώπους σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους, όπως και σ' εκείνους που έχουν τάση στις αντιδράσεις των αγγείων με διάφορες διεγέρσεις και που υποφέρουν από αρρώστιες του καρδιαγγειακού συστήματος. Ακόμα και στους αρρώστους από υπέρταση, η διακοπή του καπνίσματος μείωση της πίεσης διάφορα αγγειοδιασταλτικά σκευάσματα, το κάπνισμα όμως προξενεί αντίθετα τη στένωση των αγγείων. Μπορεί να υπάρξει αποτέλεσμα από έναν τέτοιο συνδυασμό; Ήξάλλου έχει αποδειχτεί πως μερικά σκευάσματα χάνουν τη δραστητικότητά τους ολοκληρωτικά ερχόμενα σε χημικές αντιδράσεις με τα συστατικά του καπνού του τσιγάρου.

Απ' εδώ βγαίνει το φυσικό συμπέρασμα: πρόσωπα με μη σταθερή πίεση του αίματος και πολύ περισσότερο οι άρρωστοι από υπέρταση, δεν πρέπει να καπνίζουν.

Το μακροχρόνιο κάπνισμα συντελεί στην ανάπτυξη της αρτηριοσκλήρωσης. Οι κατεχολαμίνες που αυξάνονται με το κάπνισμα, συντελούν στη συγκέντρωση στο αίμα λιπιδίων (ουσιών του λίπους), πράγμα που μπορεί να επιταχύνει το σχηματισμό σε αγγεία αρτηριοσκληρωτικών πλακιδίων. Απ' την άλλη μεριά, ουσίες που μπαίνουν στο αίμα από τον καπνό του τσιγάρου διαταράσσουν την απομόωση των βιταμινών, ιδιαίτερα της βιταμίνης C. Η ανεπάρκεια της βιταμίνης αυτής συντελεί στην εναπόθεση στα τοιχώματα των αγγείων χοληστερίνης, ουσίας παρόμοιας με το λίπος, που στενεύει το ανοίγμα των αγγείων. Να γιατί οι βαριές αγγειακές παθήσεις εξαιτίας της αρτηριοσκλήρωσης συναντιούνται ακόμα και σε σχετικά νέους που είναι μανιμάδες καπνιστές.

Η αρρώστια αυτή φράζει τις αρτηρίες, που μεταφέρουν αίμα προς τα άκρα δημιουργώντας έτσι γάγγραινα - και πιθανό ακρωτηριασμό -

αντί για ξαφνικό θάνατο. Για τους άντρες που καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα οι πιθανότητες να πάθουν την αρρώστια αυτή είναι εννιά φορές μεγαλύτερες, για τις δε γυναίκες 15 φορές μεγαλύτερες, απ'ότι για εκείνους που δεν καπνίζουν.



Σχήμα

Χαρακτηριστικές αλλοιώσεις των άκρων σαν αποτέλεσμα κυκλοφορικών διαταραχών οφειλόμενων σε υπερβολική κατανάλωση καπνού "πόδι καπνιστού".(Σχήμα)

Τ Ο Κ Α Π Ν Ι Σ Μ Α Κ Ι Ο Κ Α Ρ Κ Ι Ν Ο Σ

Ε Ι Ν Α Ι Α Χ Ω Ρ Ι Σ Τ Α

"Τον περασμένο χρόνο σταμάτησαν το κάπνισμα 30 χιλιάδες Βρετανοί. Πάθαν από καρκίνο των πνευμόνων."

Από αγγλικό περιοδικό

Τα δεδομένα πολλών πειραματικών, κλινικών και επιδημιολογικών ερευνών δείχνουν ότι το κάπνισμα τσιγάρου είναι ο κύριος αιτιολογικός παράγων του καρκίνου του πνεύμονος. Το 80-88% των καρκίνων του πνεύμονος οφείλεται στο κάπνισμα. Όσο περισσότερα τσιγάρα καπνίζει ένας καπνιστής, τόσο μεγαλύτερη πιθανότητα έχει να πάθει καρκίνο του πνεύμονος. Έχει, επίσης, διαπιστωθεί ότι το κάπνισμα είναι σημαντικός αιτιολογικός παράγων ανάπτυξης καρκίνου στα λάρυγγα, στο 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.

Ι. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Η ανησυχία για τις συνέπειες του καπνίσματος άρχισε όταν οι επιστήμονες πανικοβλήθηκαν με την εντυπωσιακή αύξηση των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα. Ακόμα και οι πρώτες έρευνες έδειξαν μια σαφή συσχέτιση ανάμεσα στο κάπνισμα και στον καρκίνο του πνεύμονα. Πιο εμπειριστατωμένες μελέτες όχι μόνο επιβεβαίωσαν ένα υψηλότερο ποσοστό θανάτων ανάμεσα στους καπνιστές, αλλά αποκάλυψαν, ότι μόνο το ένα όγδοο των επιπλέον θανάτων οφείλονται σε καρκίνο του πνεύμονα.

Ο κίνδυνος ανάπτυξης του καρκίνου αυξάνεται αναλογικώς με την αύξηση του καπνίσματος, του αριθμού των ετών κατά την διάρκεια των οποίων ισχύει η συνήθεια του καπνίσματος, της ηλικίας έναρξης και του βαθμού εισπνοής του καπνού.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, ο καρκίνος συναντιέται στους καπνιστές 15-30 φορές συχνότερα απ' ό,τι στους μη καπνιστές. Σε μια δεκαετία η θνησιμότητα από τον καρκίνο των πνευμόνων στον ανδρικό πληθυσμό της Μεγάλης Βρετανίας αυξήθηκε κατά 75%. Ο δείκτης αυτός μεγάλωσε κι ανάμεσα στις γυναίκες εξαιτίας της προσχώρησης όλο και περισσότερων στο κάπνισμα.

Με την εισπνοή των καυσαερίων του καπνού είναι φυσικό, ένα μέρος από την πίσσα να συγκρατείται μέσα στον άκαυτο καπνό και το φίλτρο του τσιγάρου, όπως και ένα άλλο μέρος να αποβάλλεται με την εκπνοή. Το υπόλοιπο όμως παραμένει μέσα στους πνεύμονες.

Τούτο σημαίνει ότι το φίλτρο των τσιγάρων δεν εμποδίζει την εισπνοή καρκινογόνων και ερεθιστικών ουσιών της πίσσας, οι οποίες είναι διάφοροι πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες μεταξύ των οποίων ο σπουδαιότερος είναι το βενζο-α-πυρένιο και από τις ουσίες που δεν είναι καρκινογόνες αλλά βοηθούν στην ανάπτυξη του καρκίνου, είναι οι φαινόλες, η ακρολεΐνη, το υδροκυάνιο και άλλες.

Διαπιστώθηκε επίσης και η παρουσία ιχνοστοιχείων ραδιενεργών ουσιών όπως του Πολωνίου 210 και του Μολύβδου 210 στους πνεύμονες, το αίμα και το ήπαρ σε συγκεντρώσεις μεγαλύτερες εκείνων των μη καπνιστών που μπορεί, σε μακροχρόνια βάση, μαζί με το βενζο-α-πυρένιο και τις άλλες ουσίες να συνεπιδρούν, στην ανάπτυξη του καρκίνου.

Οι ουσίες αυτές τραυματίζοντας τα κύτταρα των αναπνευστικών οργάνων, προξενούν την ακατάσχετη αύξησή τους. Η διαδικασία της διαίρεσης και της ανανέωσης των κυττάρων ξεφεύγει από τον έλεγ-

χο του ρυθμιστικού συστήματος. Τα καρκινικά κύτταρα αυξάνονται ασυγκράτητα, αποθώνοντας κι εκτοπίζοντας τους ιστούς του ίδιου του οργάνου.

Αν ο άνθρωπος καπνίζει σ'ένα μήνα 1 κιλό καπνού, τότε σ'ένα χρόνο περνούν από τους πνεύμονές του 840 κ.εκ.πίσσας και στη διάρκεια 10 χρόνων πάνω από 8 λίτρα. Η συνεχής επίδραση στα αναπνευστικά όργανα μιας τέτοιας ισχυρής καρκινογόνου ουσίας μειώνει την τοπική αντίσταση κι οδηγεί στην καρκινική μεταμόρφωση των κυττάρων των βλεννογόνων των βρόγχων.

Τίποτα δεν μας οδηγεί στο να σκεφτούμε πως υπάρχει κάποιο "όριο ακίνδυνου καπνίσματος". Η συχνότητα των περιπτώσεων του καρκίνου μεγαλώνει σ'εξάρτηση από τη διάρκεια του καπνίσματος και την ποσότητα των τσιγάρων που καπνίζονται. Έρευνες γιαπω- νέζων επιστημόνων μαρτυρούν ότι είναι ιδιαίτερα επικίνδυνο το κάπνισμα στα νεανικά χρόνια: οι καρκινικές παθήσεις ανάμεσα σε πρόσωπα που άρχισαν να καπνίζουν στα 20 χρόνια τους συναντιού- νται 6 φορές συχνότερα απ'ότι ανάμεσα σ'αυτούς που δεν καπνίζουν. Για 'κεινούς, που απόκτησαν τη βλαβερή αυτή συνήθεια σε ηλικία από 20 μέχρι 22 χρόνων, ο κίνδυνος της αρρώστιας αυξάνεται 3,5 φορές σε σύγκριση με τους συνομήλικους που δεν καπνίζουν.

Στις γυναίκες καπνίστριες τα τελευταία χρόνια, η συχνότητα του καρκίνου του πνεύμονα παρουσιάζει δυστυχώς ρυθμό αυξήσεως μεγαλύτερο εκείνου των ανδρών και σε πολλές χώρες έχει ξεπε- ράσει και αυτόν τούτο τον καρκίνο του Μαστού που μέχρι τώρα ή- ταν ο πρώτος σε θνησιμότητα καρκίνος στις γυναίκες.

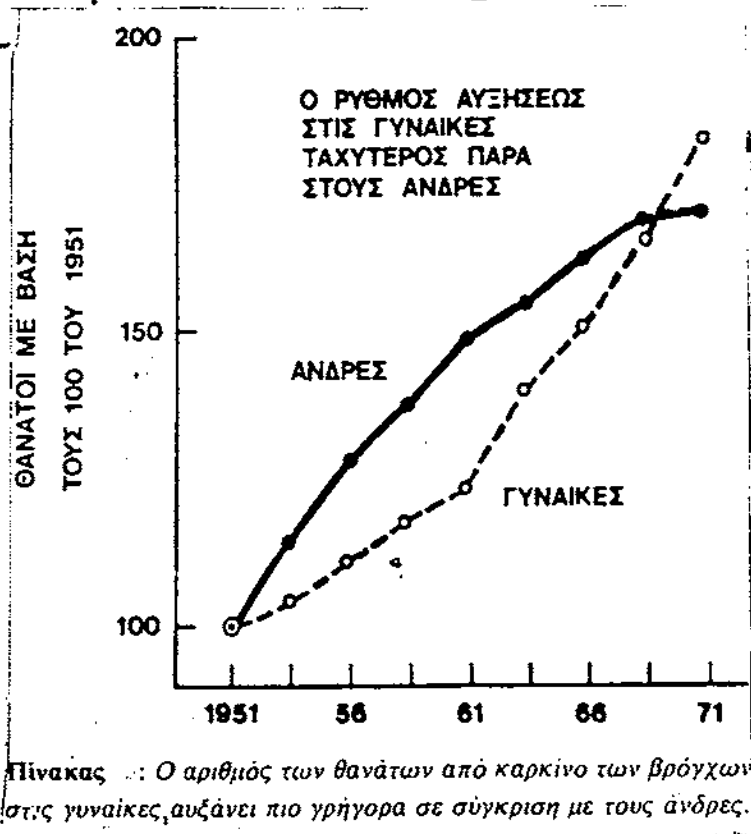
Το φαινόμενο αυτό συνδιάζεται με το γεγονός ότι έχουν ήδη περάσει 15- 30 χρόνια από τότε που οι γυναίκες άρχισαν να κα- πνίζουν, χρονική περίοδος την οποία χρειάζεται για να αναπτυχ- θεί και να εκδηλωθεί γενικά μια καρκινική επεξεργασία.

Στη μελέτη των MOLL ET AL, βρέθηκε ότι από το 1969 οι θάνα-

τοι από καρκίνο του πνεύμονα στις γυναίκες καπνίστριες αυξήθηκαν από 5000 σε 7000 το 1980 δηλαδή μέσα σε μια 10ετία.

Οι FRICHOPOYLOS ET AL (1981) μελέτησαν 40 μη καπνίστριες γυναίκες που έπασχαν

από καρκίνο του πνεύμονος, και τις συνέκριναν με 149 μάρτυρες. Διαπίστωσαν ότι οι μη καπνίστριες γυναίκες, των οποίων ο σύζυγος είναι καπνιστής τσιγάρων, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου του πνεύμονος σε σύγκριση με τις μη καπνίστριες γυναίκες, των οποίων ο σύζυγος είναι μη καπνιστής.



II. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΟΣ

Οι WIGLE ET AL (1980) έχουν υπολογίσει ότι στο 84% των ανδρών που αναπτύσσουν καρκίνο του λάρυγγος, η νόσος τους θα μπορούσε να αποδοθεί στο κάπνισμα. Οι HENKITY ET AL (1981) υπολόγισαν ότι ένας βαρύς καπνιστής έχει περίπου 40 φορές περισσότερες πιθανότητες, σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, να αναπτύξει καρκίνο του λάρυγγος. Η κατάχρηση καπνού και οινοπνευματωδών ποτών από το ίδιο άτομο αυξάνει ακόμη περισσότερο τις πιθανότητες αναπτύξεως καρκίνου του λάρυγγος.

Το ότι το κάπνισμα ευθύνεται για την πρόκληση του καρκίνου του λάρυγγος έχει επιβεβαιωθεί και σε πειραματόζωα.

III. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΦΑΡΥΓΓΟΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Έχει διαπιστωθεί ότι οι καπνιστές, συγκρινόμενοι με τους μη καπνιστές, εμφανίζουν 5,8-13 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να πεθάνουν από καρκίνο του στοματοφάρυγγος. Οι καπνιστές που είναι και πότες οινοπνευματωδών ποτών, έχουν ακόμα μεγαλύτερες πιθανότητες.

Το κάπνισμα, ιδιαίτερα αν συνδυάζεται με κατανάλωση σημαντικών ποσοτήτων οινοπνευματωδών ποτών, αποτελεί σημαντικό αιτιολογικό παράγοντα του καρκίνου του οισοφάγου.

IV. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

Ο σχετικός κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου της ουροδόχου κύστεως σε ένα καπνιστή τσιγάρων είναι 1,5-3 φορές μεγαλύτερος από ενός μη καπνιστή. Η διακοπή του καπνίσματος συνεπάγεται προοδευτική μείωση αυτού του κινδύνου. Είναι γνωστό ότι για την πρόκληση του καρκίνου της ουροδόχου κύστεως έχουν ενοχοποιηθεί διάφορα καρκινογόνα. Έχει, όμως, υπολογιστεί ότι το 40-60% των καρκίνων της ουροδόχου κύστεως των ανδρών και το 25-35% των καρκίνων της ουροδόχου κύστεως των γυναικών οφείλονται στο κάπνισμα.

Η αιτιολογική συσχέτιση καπνίσματος και καρκίνου της ουροδόχου κύστεως αποδίδεται στον ενδογενή σχηματισμό νιτροζαμινών από τη νικοτίνη του καπνού. Οι νιτροζαμίνες, που είναι γνωστά καρκινογόνα, αποβάλλονται από τα ούρα και προκαλούν καρκίνο της ουροδόχου κύστεως.

V. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ - ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Από διάφορες επιδημιολογικές μελέτες έχουν προκύψει ενδείξεις ότι υπάρχει σχέση μεταξύ καπνίσματος και καρκίνου του παγκρέατος αφενός και καπνίσματος και καρκίνου του νεφρού αφετέρου. Τα υπάρχοντα, πάντως, μέχρι σήμερα στοιχεία δεν αποδεικνύουν απολύτως αιτιολογική συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και καρκίνου του παγκρέατος ή καρκίνου του νεφρού.

Κ Α Π Ν Ι Σ Μ Α Κ Α Ι Χ Ρ Ο Ν Ι Α

Β Ρ Ο Γ Χ Ι Τ Ι Σ - Ε Μ Φ Υ Σ Η Μ Α

"Μπορεί στη μάχη να νικήσεις χίλιες φορές δεκάδες χιλιάδες πολεμιστές...

Ο μεγαλύτερος ήρωας και νικητής είναι αυτός που θα νικήσει τον εαυτό του."

Από τη διδασκαλία του Βούδα

Τα χρόνια μη κακοήθη νοσήματα του πνεύμονος αποτελούν μια από τις πλέον συχνές αιτίες προσωρινής ή μόνιμης αναπηρίας στον πληθυσμό των περισσότερων ανεπτυγμένων χωρών.

Οι καπνιστές κινδυνεύουν δέκα φορές περισσότερο από τους μη καπνιστές να πεθάνουν εξαιτίας της χρόνιας βρογχίτιδος και του εμφυσήματος.

Η χρόνια βρογχίτις-εμφύσημα θεωρείται πολυπαραγοντική νόσος αλλά το κάπνισμα θεωρείται ο πλέον σημαντικός παράγων, αν και η επαγγελματική έκθεση και η ρύπανση της ατμόσφαιρας παρουσιάζουν όλο και μεγαλύτερο ενδιαφέρον.

Το κάπνισμα, η ατμοσφαιρική ρύπανση, η επαγγελματική έκθεση σε κονιορτοβριθές περιβάλλον και οι λοιμώξεις είναι οι εξωγενείς παράγοντες που συνδέονται με την αιτιολογία της χρόνιας βρογχίτιδος και του εμφυσήματος, ενώ θεωρείται ότι υπεισέρχονται και γενετικοί παράγοντες. Από τους εξωγενείς παράγοντες το κάπνισμα είναι ο σημαντικότερος.

Μεγάλη σημασία δίνεται κατά τα τελευταία χρόνια στη συνέργεια του καπνίσματος με τους άλλους αιτιολογικούς παράγοντες και ιδιαίτερα με την επαγγελματική έκθεση και την ατμοσφαιρική

ρύπανση. Έχει διαπιστωθεί ότι η μόλυνση της ατμόσφαιρας είναι πρόσθετος παράγων στο κάπνισμα για την αιτιολογία της χρόνιας βρογχίτιδος και του εμφυσήματος. Επίσης, έχει ερευνηθεί η επίδραση του καπνίσματος και της εισπνοής κόνεως σε εργαζομένους σε κονιορτοβριθές περιβάλλον (σε υφαντουργεία). Παρατηρήθηκε μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας κατά 2-8%, λόγω του επαγγελματικού περιβάλλοντος, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Επίσης, θεωρείται ότι υπάρχει και κάποια γενετική προδιάθεση, επειδή άτομα με όμοιες καπνιστικές συνήθειες και την ίδια έκθεση σε ρύπους της ατμόσφαιρας ή του επαγγελματικού περιβάλλοντος παρουσιάζουν διαφορετική πορεία και εξέλιξη με την πάροδο του χρόνου. Σύμφωνα με τις απόψεις αυτές, υπάρχουν ιδιοσυγκρασιακοί παράγοντες, οι οποίοι παίζουν ρόλο στην εκδήλωση αλλά και στην εξέλιξη της χρόνιας βρογχίτιδος και του εμφυσήματος.

Με σκοπό να μελετηθεί η συμμετοχή του περιβάλλοντος (κάπνισμα) και των γενετικών παραγόντων στην αιτιολογία της χρόνιας βρογχίτιδος και του εμφυσήματος έγινε έρευνα σε 325 πρώτου βαθμού και 56 εξ αγγιστείας συγγενείς 150 πασχόντων. Αποδείχθηκε ότι οι γενετικοί παράγοντες συνδέονται με την αιτιολογία της νόσου, αλλά το κάπνισμα είναι ο κύριος παράγων.

Τελευταία, υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον σχετικά με το ρόλο του παθητικού καπνίσματος στην αιτιολογία της χρόνιας βρογχίτιδος και του εμφυσήματος. Πολλοί ερευνητές αναφέρουν ότι υπάρχουν ουσιώδη στοιχεία, τα οποία αποδεικνύουν ότι το παθητικό κάπνισμα έχει σαν αποτέλεσμα συχνές λοιμώξεις του αναπνευστικού και ανώμαλη αναπνευστική λειτουργία σε παιδιά καπνιστών. Παρατηρήθηκε μεγαλύτερη συχνότητα λοιμώξεων του αναπνευστικού σε παιδιά καπνιστών από ότι σε παιδιά μη καπνιστών.

Σε έρευνα που έγινε σε 1144 βρέφη μελετήθηκε η επίπτωση νόσων του αναπνευστικού κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ζω-

ής (παθητικό κάπνισμα). Διαπιστώθηκε ότι (α) η βρογχίτιδα παρουσιάστηκε σημαντικά συχνότερα στα βρέφη που βρίσκονταν σε έκθεση καπνού σιγαρέτου μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, (β) το κάπνισμα της μητέρας δημιουργεί μεγαλύτερους κινδύνους από το κάπνισμα του πατέρα, (γ) υπήρχε σταθερή συσχέτιση της βρογχίτιδος με τον αριθμό των σιγαρέτων που κάπνιζαν οι γονείς μέσα στο σπίτι, και (δ) υπήρχε μεταξύ των καπνιστών γονέων μεγαλύτερη συχνότητα λοιμώξεων του αναπνευστικού.

Το κάπνισμα επιδρά με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους στους βρόγχους και στο πνευμονικό παρέγχυμα με αποτέλεσμα χρόνια βρογχίτιδα και εμφύσημα.

Πολλές μελέτες έχουν γίνει τα τελευταία δέκα χρόνια σχετικά με το ρόλο των ενζυμικών μηχανισμών και ιδιαίτερα του συστήματος των ελαστών στην παθογένεια του πνευμονικού εμφυσήματος. Υπάρχουν συγκεκριμένες απόψεις για τη σχέση του καπνίσματος με το εμφύσημα τόσο σε χημικό όσο και σε κυτταρικό επίπεδο. Οι μελέτες εστιάζονται (α) στην προσέλευση λεμφοκυττάρων που παράγουν ελαστάση στον πνεύμονα των καπνιστών, (β) στην εξουδετέρωση των φυσιολογικών αναστολέων της ελαστάσης που υπάρχουν στον πνεύμονα, από παράγωγα του καπνού ή από μεταβολίτες που απελευθερούνται από κύτταρα του πνευμονικού παρεγχύματος τα οποία διεγείρονται από τον καπνό, και (γ) στην παρέμβολή της ανασυνθέσεως της ελαστίνης στον πνεύμονα του καπνιστού.

Υπάρχει μεγάλος αριθμός εργασιών που αναφέρουν ότι το κάπνισμα μειώνει την κινητικότητα των κροσσών του αναπνευστικού επιθηλίου. Φαίνεται ότι υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός κροσσοτοξικών ουσιών στον καπνό του σιγαρέτου, ο οποίος υπεισέρχεται στη δράση των οξειδωτικών ενζύμων. Επακόλουθο της κροσσοκαταστολής είναι η ελάττωση της μετακινήσεως της βλέννης προς την τραχεία, πράγμα που είναι αρκετά πρώιμο εύρημα στους καπνιστές, ανεξάρ-

ρητο από τη βλάβη των μικρών αεραγωγών.

Το κάπνισμα, επίσης, μειώνει την αντιμικροβιακή δράση των κυψελιδικών μακροφάγων και πιθανώς των λεμφοκυττάρων.

Έχει παρατηρηθεί βρογχόσπασμος λόγω σπασμού των λείων μυϊκών ινών των βρόγχων, που αποδόθηκε σε ανοσολογική επίδραση τύπου I σε καπνιστές αλλά και σε υγιείς. Πιο πρόσφατα, μετρήσεις της μηχανικής του θώρακος έδειξαν ότι λόγω του καπνίσματος υπάρχει προοδευτική επιδείνωση στη λειτουργικότητα των πνευμόνων.

Από τα προηγούμενα, δεδομένου ότι οι εξώγενείς παράγοντες, και ιδιαίτερα το κάπνισμα, παίζουν σοβαρό ρόλο, προκύπτει το συμπέρασμα ότι η χρόνια βρογχίτις και το εμφύσημα είναι δυνατόν να προληφθούν. Δραστική πρόληψη είναι δυνατόν να επιτευχθεί με την αποφυγή ή τη διακοπή του καπνίσματος. Τα αποτελέσματα από τη διακοπή του καπνίσματος, οπωσδήποτε, θα είναι μεγαλύτερα, αν αυτό συνδυάζεται με διαμονή σε περιοχή χωρίς ατμοσφαιρική ρύπανση καθώς και με έλλειψη ρυπάνσεως στο επαγγελματικό περιβάλλον.

Τ Ο Κ Α Π Η Ν Ι Σ Μ Α Κ Α Ι Τ Ο Ε Ν Δ Ο Κ Ρ Ι Ν Ι Κ Ο

Σ Υ Σ Τ Η Μ Α

"Μπορεί να θεωρηθεί μη τοξικό τσιγάρο, εκείνο που δεν είναι αναμμένο."

Αρτούμ Απτομ

Αμερικάνος αρχαιολόγος

Τα τελευταία χρόνια εξακριβώθηκε πως υπόκειται και το ενδοκρινικό σύστημα στη δηλητηριώδη ενέργεια της νικοτίνης και των άλλων ουσιών του καπνού του τσιγάρου. Η βλάβη της λειτουργίας του εμφανίζεται με την αλλαγή της δραστηριότητας των επινεφριδίων και του θυρεοειδούς αδένος. Το υπερβολικό κάπνισμα μπορεί να γίνει αιτία για την ανάπτυξη ατροφικών αλλαγών στον θυρεοειδή αδένος. Συχνά το κάπνισμα δυναμώνει τη λειτουργία του θυρεοειδούς αδένος και παρά τη θεραπεία δεν υποχωρούν τα συμπτώματα της αρρώστιας μέχρις ότου ο άνθρωπος σταματήσει το τσιγάρο.

Η νικοτίνη επιδρά αρνητικά στη διαδικασία εναλλαγής, ιδιαίτερα στο μεταβολισμό των υδατανθράκων. Έχει αποδειχτεί με πειράματα σε ζώα, πως η εισπνοή του καπνού του τσιγάρου συνοδεύεται με την αύξηση της ζάχαρης στο αίμα κατά 25-100%. Παρατηρήσεις σε υγιείς ανθρώπους βεβαίωσαν αυτά τα πειραματικά στοιχεία: η νικοτίνη κινητοποιεί τη ζάχαρη με την εξάντληση των αποθεμάτων σε γλυκογόνο. Στο αίμα του καπνιστή αυξάνεται η περιεκτικότητα σε ζάχαρη ολόκληρη μέρα, ανεξάρτητα από τις ανάγκες. Η κινητοποιημένη, από τη νικοτίνη, ζάχαρη ελαττώνει το αίσθημα της πείνας. Ο καπνιστής μπορεί να μη φάει για μεγάλο χρονικό διάστημα, τα αποθέματα όμως των υδατανθράκων εξαντλούνται σιγά-

σιγά. Όταν τα αποθέματα της ζάχαρης χρειαστούν ξαφνικά για την εκπλήρωση μιας εντατικής εργασίας, τότε αυτά μπορεί να αποδειχτούν λίγα και σαν συνέπεια αυτού εμφανίζονται συμπτώματα ασθένειας, όπως άφθονος ιδρώτας, αδυναμία, λιποθυμίες, απότομη πτώση της αρτηριακής πίεσης, απώλεια των εισθήσεων. Γίνεται επόμενα φανερό, πως δεν επιτρέπεται στους διαβητικούς γενικά το κάπνισμα. Σ' αυτούς και χωρίς το κάπνισμα είναι μόνιμα ψηλή η περιεκτικότητα σε ζάχαρη και δεν την αφομοιώνει ο οργανισμός. Οι συμπληρωματικές νικοτινικές δόσεις ζάχαρης στους αρρώστους από διαβήτη οδηγούν σε αγγειακές και άλλες επιπλοκές. Η πείρα απέδειξε πως ο διαβήτης στους καπνιστές εξελίσσεται δυσκολότερα απ' ότι στους μη καπνιστές. Τέτοιους αρρώστους είναι δύσκολο να τους θεραπεύσεις, αναπτύσσονται σ' αυτούς απειλητικές καταστάσεις, τα υπεργλυκαιμικά κώματα.

Το κάπνισμα επιδρά ανασταλτικά και στους γεννητικούς αδένες. Αυτό πρέπει να το θυμούνται οι άντρες. Με το μακροχρόνιο κάπνισμα εμφανίζονται αλλαγές στα κέντρα του νωτιαίου μυελού, που ρυθμίζουν τη γεννητική λειτουργία. Τα δηλητήρια του καπνού καταπνίγουν και άμεσα τη δραστηριότητα των γεννητικών αδένων. Όλα αυτά οδηγούν τους άντρες που κάνουν κατάχρηση καπνίσματος στην ανάπτυξη σεξουαλικής ανικανότητας. Σε έρευνες των τελευταίων χρόνων εξακριβώθηκε πως το 11-20% των φανατικών καπνιστών υποφέρουν από σεξουαλική ανικανότητα ενώ αντίθετα το σταμάτημα του καπνίσματος αυξάνει τις σεξουαλικές ικανότητες στους υγιείς άντρες. Πρέπει να θυμούμαστε, πως το κάπνισμα μπορεί να γίνει αιτία στειρώσεως για τους άντρες, γιατί η νικοτίνη μειώνει τη δραστηριότητα των γεννητικών κυττάρων. Θα ήθελα να επιστήσω την προσοχή του αναγνώστη ιδιαίτερα σ' αυτήν την πλευρά της μη ευνοϊκής επίδρασης του καπνού, γιατί οι πλήρης σεξουαλικές λειτουργίες έχουν σοβαρή σημασία στην αρμονία της σωματικής και ψυχολογικής δραστηριότητας του ανθρώπου.

Π Ρ Ο Λ Η Ψ Η Κ Α Ι Μ Ε Τ Ρ Α Κ Α Τ Α

Τ Ο Υ Κ Α Π Ν Ι Σ Μ Α Τ Ο Σ

"Ένα γραμμάριο προληπτικής Ιατρικής αξίζει ένα τόνο θεραπευτικής."

Στον ευρύτερο τομέα της προληπτικής ιατρικής, η προσπάθεια για τον 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, όπως είδαμε, 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 την κατεύθυνση αυτή προσβλέπουν όλες οι προσπάθειες με τη συστηματική και συνεχή πληροφόρηση και ενημέρωση του κοινού για τους κινδύνους που ενέχει η επικίνδυνη, κακή και αντικοινωνική συνήθεια του καπνίσματος.

Αν όμως τα αποτελέσματα του καπνίσματος είναι απεικείμενο του πρακτικού γιατρού, το θέμα της προληπτικής προσπάθειας είναι καθαρά υπόθεση και υποχρέωση του κράτους και της Πολιτείας με τη συμπράσταση βέβαια των γιατρών και των άλλων Υγειονομικών φορέων.

Αντίθετα στη χώρα μας, η προσπάθεια αυτή καρκινοβατεί και η κρατική μέριμνα αντιμετωπίζει το θέμα της πρόληψης με αδικαιολόγητη βραδύτητα και συμπεριφορά στρουθοκαμηλισμού, προφανώς γιατί το κράτος ίσως εισπράτει μερικά Δις παραπάνω το χρόνο απ'όσα ξοδεύει για την κλειστή και ανοικτή νοσηλεία των θυμάτων του καπνίσματος.

Από οικονομικές μελέτες πούγιναν με συνεργασία της ΠΟΥ στο

Καναδά και τη Γαλλία για παθήσεις με αιτία το κάπνισμα, τα έξοδα για περίθαλψη των αρρώστων αυτών τριπλασιάστηκαν από το 1977 μέχρι το 1980, σε σύγκριση με τα έσοδα από τη φορολογία του καπνού κυρίως λόγω της χρησιμοποιήσεως υψηλής ιατρικής τεχνολογίας, ενώ στην Αυστρία μέσα στη 10ετία του 1970-1980 τα έξοδα 10πλασιάστηκαν.

Είναι γνωστό ότι από το 1977 και το 1980 η ομάδα προγραμματισμού Υγείας του τότε Υ/γείου Κοινωνικών Υπηρεσιών, από συγκέντρωση στοιχείων, υπολόγησε ότι οι οικονομικές επιπτώσεις από το κάπνισμα για περίθαλψη σε τιμές του 1975 είχαν φθάσει το 1978 το ύψος των 14.350 εκατομμυρίων δραχμών.

Από τότε καμιά άλλη υπηρεσία δεν ασχολήθηκε με την εκτίμηση της πολυσύνθετης αυτής οικονομικής επιβάρυνσης.

Ας σημειωθεί ότι τα έσοδα σε συνάλλαγμα καλύπτουν μόνο το 1% των αναγκών μας.

Θα υπάρξει βέβαια η απάντηση ότι το κράτος έχει θεσπίσει νόμο που απαγορεύει τις διαφημίσεις των τσιγάρων από την Τηλεόραση και το κάπνισμα σε κλειστούς χώρους.

Την αναποτελεσματικότητα της απαγόρευσης της διαφήμισης μόνο από την Τηλεόραση, όταν δεν συνοδεύεται και από τα άλλα μέσα μαζικής ενημέρωσης του κοινού (ημερήσιος και περιοδικός τύπος, κινηματογράφοι, γιγαντοαφίσσες στους δρόμους κ.ά), έδειξαν και σχετικές μελέτες που γίναν στην Αγγλία, τη Δανία, την Ιρλανδία, τη νέα Ζηλανδία και την Ιταλία.

Σ' αυτό συμφωνεί και το γεγονός ότι στην Ελλάδα κάθε χρόνο η κατανάλωση του καπνού αυξάνει κατά 5-6%. Το Δεκέμβριο μάλιστα του 1986 η αύξηση ήταν 8,8% σε σχέση με τον Δεκέμβριο του 1985!

Έτσι, η χώρα μας απέκτησε το θλιβερό προνόμιο να είναι η πρώτη χώρα σε κατανάλωση καπνού κατά κεφαλή, σε αναλογία πληθυσμού.

Άλλωστε τι να κάμει η απαγόρευση της διαφημίσεως τσιγάρων από την Τηλεόραση και το Ραδιόφωνο όταν παρατηρείται το απαράδεκτο φαινόμενο εκείνων που καπνίζουν με επιδεικτική μάλιστα αυταρέσκεια, κατά τη διάρκεια τηλεοπτικών εμφανίσεων, που τις παρακολουθούν επί ώρες εκατομμύρια τηλεθεατών μικρών και μεγάλων;

Σε άλλα κράτη, όπως στις ΗΠΑ, την Ιαπωνία τον Καναδά, τα Σκανδιναυικά κράτη, την Αγγλία και αλλού, όπου η απαγόρευση του καπνίσματος σ'όλους τους δημόσιους χώρους παρακολουθείται αυστηρά, ο αριθμός των καπνιστών παρουσιάζει σημαντική ελάττωση, ιδιαίτερα στις μεγαλύτερες ηλικίες με σαφή υποχώρηση της θνησιμότητας από παθήσεις με αίτια το κάπνισμα.

Από την εμπειρία πολλών προηγμένων χωρών και από τις εκθέσεις των διαφόρων διεθνών επιτροπών και οργανώσεων όπως της ΠΟΥ, της UICC και άλλων και απ'ότι μέχρι τώρα έχει αποκομίσει ο αναγνώστης, το γενικό συμπέρασμα είναι ότι η έκταση του καπνίσματος οφείλεται κυρίως σε δύο λόγους.

- Στην απουσία συστηματικής αντικαπνισματικής εκστρατείας, και
- Στην μη αυστηρή εφαρμογή των μέτρων προστασίας τόσο των καπνιστών όσο και των μη καπνιστών.

Προς τις δυο 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.

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 τις νέες της μετασχολικής ηλικίας, η προσπάθεια εφαρμογής τέτοιων προγραμμάτων στην κοινωνική αυτή τάξη συναντά ορισμένες δυσκολίες και τούτο 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 ομοειδείς 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 του αριθμού των μη καπνιστών, καθώς και στο αναφέρετο δικαίωμα τούτων να αναπνέουν καθαρότερο αέρα.

Για τις Καπνοβιομηχανίες και τις διαφημίσεις τους, θα πρέπει να ληφθούν αυστηρό νομοθετικά μέτρα όπως γίνεται σε πολλές χώρες για την παραγωγή τσιγάρων με μειωμένη πίσσα, νικοτίνη και CO, που θα αναγράφονται στα πακέτα και όχι να υπάρχει απλώς η ένδειξη "λιγότερο βλαβερό" ή "χαμηλής περιεκτικότητας" γιατί δεν υπάρχει ούτε και θα υπάρξει ποτέ "αθώο" ή "αβλαβές" τσιγάρο.

Σε πολλές χώρες, η υποχρεωτική αναγραφή στα πακέτα είναι πε-

ρισσότερο αναλυτική και προειδοποιεί ότι "το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει όχι μόνο καρκίνο του πνεύμονα, αλλά και χρόνια βρογχίτιδα".

Τον Ιούλιο του 1983, προτάθηκε και έγινε δεκτή μια νέα αυστηρότερη προειδοποίηση που έλεγε: ΠΡΟΣΟΧΗ : το κάπνισμα του τσιγάρου προκαλεί καρκίνο, εμφύσημα και καρδιακή νόσο, μπορεί να δυσκολέψει την εγκυμοσύνη και εθίζεται.

Ακολούθησαν και άλλες, ακόμα αυστηρότερες προειδοποιήσεις όπως ειδικά για τις γυναίκες: ΠΡΟΣΟΧΗ: το κάπνισμα του τσιγάρου μπορεί να προκαλέσει αποβολή, πρόωρο τοκετό ή μειωμένο βάρος του νεογέννητου.

Οι συνεχής και αυστηρότερες αυτές προειδοποιήσεις ήταν παράλληλες με τη συνειδητοποίηση των κινδύνων από την επιδημία του καπνίσματος και την αύξηση του αριθμού των καπνιστών ιδιαίτερα στις νεώτερες ηλικίες.

Από την ΠΟΥ, τις εκθέσεις του Βασιλικού Κολλεγίου των Γιατρών, τις σειρές των εκθέσεων του Γενικού Αρχιάτρου της Δημόσιας Υγείας των ΗΠΑ και την 2η έκδοση (1980) της Διεθνούς Ενώσεως εναντίον του καρκίνου, συνιστώνται ως μέγιστα επιτρεπτά ποσοστά για κάθε τσιγάρο, τα 15 MG πίσσας και το 1MG νικοτίνης.

Αν και από θεωρητική άποψη τέτοια τσιγάρα με φίλτρο θα πρέπει να είναι λιγότερο βλαβερά, στην πραγματικότητα η κατάσταση είναι διαφορετική, γιατί οι συστηματικοί και βαρείς καπνιστές, που αποτελούν την ομάδα υψηλού κινδύνου, συνήθως αυξάνουν τον αριθμό των τσιγάρων και εισπνέουν βαθύτερα τα καυσαέρια για να ικανοποιήσουν την ανάγκη του οργανισμού τους που έχει συνηθίσει σε ορισμένο επίπεδο νικοτίνης στο αίμα.

Με την έννοια αυτή, θα πρέπει να απομακρυνθούν από την κυκλοφορία όλα τα τσιγάρα με πίσσα πάνω από τα 15MG και παράλληλα

να υποχρεωθούν οι καπνοβιομηχανίες σε ακόμα μεγαλύτερη μείωση των ποσοστών πίσσας και νικοτίνης κάτω των 10MG και του 1MG αντίστοιχα, που θα αναγράφονται στα πακέτα με την ένδειξη ότι, ο κίνδυνος με περισσότερη πίσσα και νικοτίνη είναι ακόμα μεγαλύτερος.

Εκτός από την υποχρεωτική μείωση των ποσοστών πίσσας και νικοτίνης, θα πρέπει να επιβληθούν και αυστηροί περιορισμοί του καπνίσματος σ'όλους τους δημόσιους χώρους και να ενταθεί η προσπάθεια για συνεχή ενημέρωση, ώστε να γίνει πίστη και συνείδηση στο κοινό, ότι το κάπνισμα είναι μια κακή και αντικοινωνική συμπεριφορά και οι καπνιστές άτομα με μειωμένη κοινωνική αγωγή.

Τελευταία, τα προηγμένα κράτη, για την προστασία των μη καπνιστών αυξάνουν τις θέσεις (των μη καπνιστών) στα αεροπλάνα, ενώ στις ΗΠΑ και αλλού πολλά εστιατόρια και δημόσια κέντρα, διαθέτουν, για τους καπνιστές, ξεχωριστούς χώρους και η εξυπηρέτηση δεν είναι πάντοτε του αυτού επιπέδου με εκείνη των μη καπνιστών.

Πέρα όμως απ'όλα αυτά, για τον περιορισμό του καπνίσματος, πολλές χώρες επέβαλαν και περιοδική αύξηση της φορολογίας των τσιγάρων, ιδιαίτερα εκείνων με μεγαλύτερα ποσοστά πίσσας και νικοτίνης.

Πράγματι, όπου εφαρμόστηκε η αύξηση αυτή συνέβαλε σημαντικά στη μείωση της κατανάλωσης του καπνού, όπως και το μέτρο της ευνοϊκότερης μεταχείρισης των μη καπνιστών σε περιπτώσεις διορισμών, μισθοδοσίας, προαγωγών, μείωσης των ασφαλιστρων ζωής κ.ά.

Σήμερα, που ακόμα δεν φαίνεται στον ορίζοντα της Βασικής και Εφαρμοσμένης έρευνας καμιά ελπίδα αποτελεσματικής θεραπείας του καρκίνου και των καρδιαγγειακών παθήσεων, πλην ορισμένων χειρουργικών περιπτώσεων, η εκστρατεία εναντίον του καπνίσματος αποτελεί το κυριότερο όπλο της προληπτικής ιατρικής.

Η εκστρατεία αυτή εναντίον του καπνίσματος πρέπει να έχει ως αντικείμενο ιδιαίτερα τους νέους που αποτελούν το αμυντικό τείχος και την ασπίδα για κάθε εξωτερικής επιβουλής και τηρηγή της κοινωνικής προόδου και το μέλλον του έθνους.

Στην ενημέρωση αυτή αποβλέπει και η "Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία" που συστήθηκε τελευταία, με πυρήνα τους εκπροσώπους 14 Επιστημονικών Ιατρικών Εταιρειών και Συλλόγων με επί κεφαλής τον "Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο".

Α Ν Τ Ι Κ Α Π Η Ι Σ Τ Ι Κ Α Π Ρ Ο Γ Ρ Α Μ Μ Α Τ Α

"Τον 16ο αιώνα, οι Ινδιάνοι, για να εκδικηθούν τα "χλωμά πρόσωπα" που κατέλαβαν βίαια τη γη τους, πρόσφεραν στους κατακτητές τους, υπό μορφή "δώρου", κάτι ξερά χόρτα που τα κάπνιζαν και τα αποκαλούσαν ταμπάκο. Έτσι, το ταμπάκο αποτέλεσε την ιστορική εκδίκηση των Ινδιάνων κατά των χλωμών κατακτητών."

Αν η κυβέρνηση αποφασίσει ότι ο μέσος καπνιστής θα πρέπει να γνωρίζει πλήρως ποιές είναι οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία των πολιτών και αρχίσει με αντικαπνιστική εκστρατεία, προσφέροντας προς το καταναλωτικό κοινό περισσότερες πληροφορίες μέσω τηλεόρασης, εποπτικών μέσων, διαρημίσεων κ.λπ., τότε ο μέσος καπνιστής λόγω της καλύτερης ενημέρωσης και της αγωγής υγείας που έχει δεχθεί ίσως μειώσει την κατανάλωση τσιγάρων. Ο καπνιστής αντιλαμβάνεται ότι καπνίζει πολλά τσιγάρα, πολύ περισσότερα από όσα "έπρεπε", με επιπτώσεις στην υγεία του αλλά ταυτόχρονα με σημαντικές επιπτώσεις στην οικονομική του ευημερία.

Για την Ελλάδα έχουν γίνει κάποιες αρχικές προσεγγίσεις συναρτήσεων ζήτησης, ωστόσο παραμένει ακόμα ανεξερεύνητη η πραγματική ποσοτική εκτίμηση του κοινωνικού οφέλους, που προέκυψε από τη μείωση της κατανάλωσης των τσιγάρων κατά 6% το 1979, που έγινε η πρώτη αντικαπνιστική εκστρατεία.

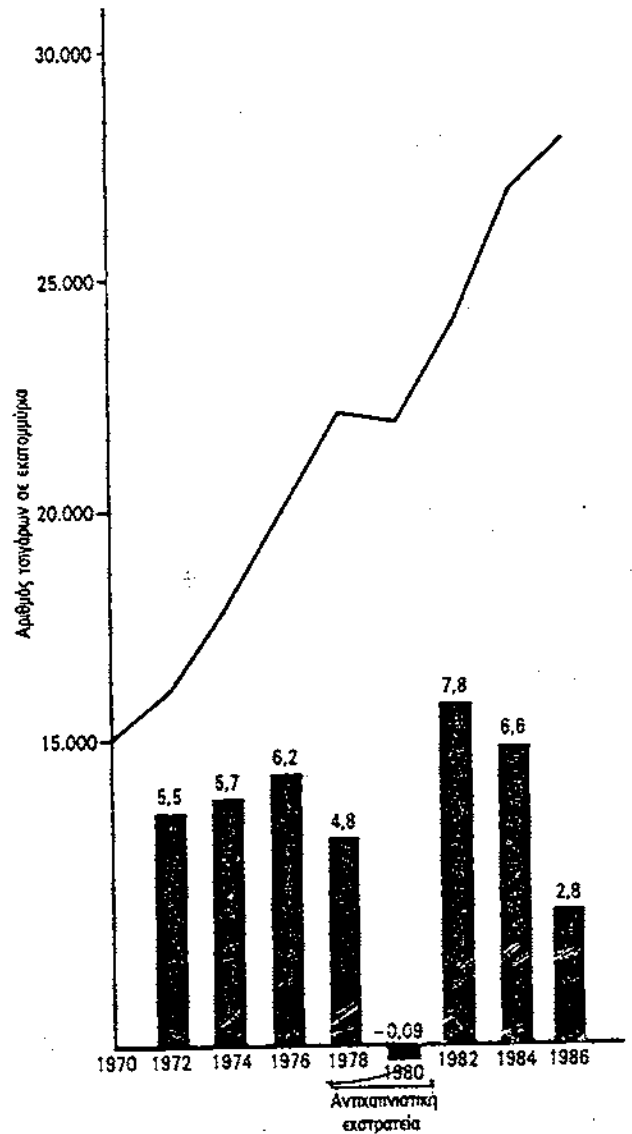
Το 1979, το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών ακολουθώντας τις διεθνείς αντικαπνιστικές τάσεις ανέπτυξε συστηματική και εντατική πολιτική πληροφόρησης του κοινού για τις βλαβερές επιπτώσεις

του καπνού στην υγεία του ατόμου. Η "εκστρατεία" κατά του καπνίσματος προγραμματίστηκε με ένα καθορισμένο χρονοδιάγραμμα φάσεων και ενεργειών και βασίστηκε τόσο στη διεθνή εμπειρία όσο και στην ελληνική νοοτροπία και πραγματικότητα. Το αποτέλεσμα της αντικαπνιστικής εκστρατείας ήταν η μείωση της κατανάλωσης του καπνού. Εξατάζοντας την κατά κεφαλή κατανάλωση καπνού για την περίοδο πριν από την έναρξη της αντικαπνιστικής εκστρατείας (1970-1978), βρέθηκε ότι ετησίως αύξανε η κατανάλωση καπνού κατά 6%. Από το έτος 1979 και μέχρι τα τέλη του 1980 που τα αντικαπνιστικά μηνύματα μεταδίδονταν από τα μέσα ενημέρωσης, παρατηρήθηκε μείωση στον ρυθμό αύξησης κατά 6%.

Αυτό σημαίνει ότι η αντικαπνιστική εκστρατεία επηρέασε σημα-

ντικά τις καταναλωτικές τάσεις του κοινού, δεδομένου ότι η συνεχής ανοδική εξέλιξη στην κατανάλωση καπνού με την έναρξη της αντικαπνιστικής εκστρατείας ανακόπτεται και μετατοπίζεται η καμπύλη κατανάλωσης τσιγάρων προς τα κάτω.

Η αντικαπνιστική εκστρατεία, όμως, είχε σαν συνέπεια άλλοι καπνιστές να μειώσουν το κάπνισμα και άλλοι καπνιστές να το κοψουν εντελώς.



Κατανάλωση τσιγάρων στην Ελλάδα και μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας δειγματοληπτικής έρευνας που έγινε το 1980 από το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, βρέθηκε ότι το 93% του πληθυσμού γνώριζε τα μηνύματα της καμπάνιας εναντίον του καπνίσματος. Τα πιο γνωστά στο κοινό "μηνύματα" ήταν το "τσιγάρο ή υγεία", "το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο", και τέλος ότι, "το κάπνισμα βλάπτει την υγεία".

Μετά το 1981 η αντικαπνιστική εκστρατεία δεν συνεχίστηκε ούτε αντικαταστάθηκε με άλλα μέτρα αγωγής υγείας, με αποτέλεσμα η κατανάλωση καπνού να αυξάνει δραστικά, να φθάνει και να ξεπερνά τα επίπεδα κατανάλωσης που ήταν πριν το 1979.

Όπως έχει δείξει η διεθνής εμπειρία τα συνεχή και ανανεούμενα αντικαπνιστικά μέτρα αγωγής υγείας που υιοθετήθηκαν από χώρες όπως η Φινλανδία, η Βρετανία και οι ΗΠΑ σε συνδυασμό με την ανάλογη ορθολογική οικογομική πολιτική είχαν σαν αποτέλεσμα τη βαθμιαία μείωση της κατά κεφαλή κατανάλωσης καπνού. Ιδιαίτερα στη Βρετανία και τις ΗΠΑ από τα μέσα της δεκαετίας του 1970, παρατηρείται μια σχεδόν κάθετη μείωση στην κατανάλωση καπνού και αντίστοιχη μεταλλαγή των καταναλωτικών προτύπων και του γενικότερου τρόπου ζωής. Τόσο η διεθνής βιβλιογραφία όσο και η ελληνική έρευνα έχουν δείξει ποιές είναι οι βλαβερές συνέπειες του καπνού στην υγεία του ατόμου. Εάν ο στόχος της υγειονομικής πολιτικής είναι η βελτίωση της υγείας του κοινωνικού συνόλου, απαιτείται η υιοθέτηση συντονισμένων μέτρων αγωγής υγείας και οικονομικής πολιτικής που θα εναρμονιστούν με τα μέτρα αγροτικής και βιομηχανικής πολιτικής για την βαθμιαία υποκατάσταση των αγροτικών καλλιεργειών και της παραγωγής με άλλες αποδοτικότερες και περισσότερο προσοδοφόρες καλλιέργειες.

Α Π Ο Α Υ Ρ Ι Ο Τ Ο Κ Ο Β Ω

"Όσοι καπνίζεσαι σταματήστε το κάπνισμα και όσοι δεν καπνίζετε μην το αρχίσετε.

Αρνηθείτε σε κάθε προσφορά.

Έχετε πολλά κακά να προλάβετε και πολλά καλά να κερδίσετε.

Δεν έχετε τίποτα να χάσετε."

Πόσες φορές δεν έχουμε ακούσει αυτή τη βαρυσήμαντη δήλωση από φίλους και γνωστούς που ξαφνικά αποφάσισαν να "το κόψουν". Τις περισσότερες φορές αυτό το αύριο αναβάλλεται καθημερινά και παραμένει πάντα "αύριο".

Το κάπνισμα, ιδιαίτερα για τους εξαρτημένους καπνιστές, αλλά και για πολλούς από τους συνήθεις, έχει μεταβληθεί σε εξάρτηση, και εξαρτήσεις αυτού του είδους, δυστυχώς δεν θεραπεύονται με μελόστομες αποφάσεις.

Σε πολλά μέρη της Ευρώπης, όπου το κοινωνικό κεφάλαιο το επιτρέπει, έχουν καθιερωθεί κλινικές θεραπείας για το σταμάτημα του καπνίσματος. Προγράμματα βασισμένα σε ψυχοθεραπευτικές μεθόδους, όπως αυτά για τους τοξικομανείς βοηθάνε τους εξαρτημένους καπνιστές να ξεφύγουν από το πάθος τους. Φυσικά η επεξεργασία των προβλημάτων δε γίνεται με την ίδια ένταση και ο χρόνος θεραπείας είναι ασύγκριτα μικρότερος. Άσχετα όμως με τη βοήθεια που δίνουν τυχόν κλινικές θεραπείες, κάτι τέτοιο για τα ελληνικά δεδομένα αγγίζει τα όρια της φαντασίας. Ίσως η βοήθεια κάποιου ψυχοθεραπευτή να βοηθήσει τον εξαρτημένο καπνιστή να ξεφύγει από το "πάθος" του.

Στην πράξη βέβαια καθένας προσπαθεί μόνος του να το κόψει

και χρησιμοποιεί κάθε είδους "κόλπα" για να ξεγελάσει τον εαυτό του. Αγοράζει καραμέλες, παίρνει κομπολόγια, κρατάει ένα σβησμένο τσιγάρο στο χέρι κλπ. Σαν μια βοήθεια στην προσπάθεια αυτή πολλών ατόμων που θέλουν να κόψουν το τσιγάρο θα ήθελα να αναφερθώ στα 34 βήματα τα οποία προτείνει η DR. CAROLA HAITUBEK στο βιβλίο της "από καπνιστής στον μη καπνιστή".

Από τα 34 αυτά βήματα θα πρέπει να διαλέξει κανείς, δυο-τρεις φορές την εβδομάδα, δυο-τρία από αυτά και να προσπαθήσει να τα πραγματοποιήσει. Η συνεργασία με ένα άλλο πρόσωπο το οποίο θα μας ελέγχει φαίνεται να βοηθάει στην επιτυχία του σκοπού. Τα βήματα αυτά είναι:

1. Αλλάζετε τη μάρκα κάθε φορά που αγοράζετε ένα πακέτο τσιγάρα.
2. Διαλέγετε τα περισσότερα φτωχά σε νικοτίνη και πίσσα τσιγάρα που μπορείτε να βρείτε.
3. Εάν μέχρι τώρα καπνίζατε άφιλτρα τσιγάρα, αρχίστε αμέσως να καπνίζετε με φίλτρο. Εάν καπνίζατε τσιγάρα με φίλτρο, τότε αρχίστε αμέσως να καπνίζετε άφιλτρα.
4. Αγοράζετε μόνο ένα πακέτο τσιγάρα, ώστε να μην έχετε παρακαταθήκη στο σπίτι.
5. Αγοράζετε τα τσιγάρα σας όχι από το πιο κοντινό περίπτερο ή κατάστημα, αλλά κάποιο άλλο που βρίσκεται μακρύτερα.
6. Καπνίζετε μόνο με το χέρι με το οποίο δεν καπνίζατε ποτέ μέχρι τώρα, ή τέλος πάντων λιγότερο.
7. Μην καπνίζετε τσιγάρα που σας προσφέρονται.
8. Καπνίζετε μόνο όταν βρισκόσαστε με παρέα, ποτέ πια μόνος σας. (Αυτός ο κανόνας μπορεί να εξασκηθεί επίσης αντίθετα για τα άτομα που συνηθίζουν να καπνίζουν με άλλους μαζί).
9. Μην καπνίζετε πια στο κρεβάτι, ούτε πριν σηκωθείτε, ούτε

πριν πάτε για ύπνο.

10. Ξεκινήστε να καπνίζετε κάθε μέρα μισή ή μια ώρα αργότερα από το συνηθισμένο.

11. Χωρίστε κάθε τσιγάρο σε τρία τμήματα: καπνίστε το πρώτο τμήμα κανονικά, το δεύτερο χωρίς να ρουφάτε τον καπνό στους πνεύμονε και το τρίτο πετάξτε το.

12. Καπνίζετε κάθε τσιγάρο μόνο μέχρι τη μέση.

13. Καπνίζετε μόνο μέχρι το μεσημέρι ή μόνο μετά τις μία το απόγευμα.

14. Καπνίζετε μόνο δανεισμένα τσιγάρα.

15. Καθιερώστε μια μέρα την εβδομάδα στην οποία δε θα καπνίζετε καθόλου.

16. Εάν μια μέρα δεν καταφέρετε να τηρήσετε το πρόγραμμα, "τιμωρήστε" τον εαυτό σας με το κάπνισμα ενός τσιγάρου χωρίς να εισπνέεται τον καπνό στους πνεύμονες.

17. Πλύντε τα χέρια σας πάντα πριν καπνίσετε ένα τσιγάρο.

18. Μην καπνίζετε πια όταν οδηγείτε αυτοκίνητο ή όταν ταξιδεύετε με το τραίνο ή κάποιο άλλο μεταφορικό μέσο.

19. Εάν συνηθίζετε να οδηγείτε μεγάλες αποστάσεις, τότε καπνίζετε μόνο όταν σταματάτε για ξεκούραση, στην ανάγκη βγάλτε τον αναπτήρα του αυτοκινήτου.

20. Για κάθε τσιγάρο που καπνίζετε βάλτε 2,5 ή 10 δραχμές μέσα σε ένα ποτήρι. Με τα λεφτά θα μπορούσατε να αγοράσετε ένα δωράκι σε κάποιον φίλο π.χ. στον συνεργάτη που σας ελέγχει στην προσπάθειά σας να κόψετε το κάπνισμα.

21. Πίνετε πριν από κάθε τσιγάρο ένα ποτήρι νερό, χυμό, τσάϊ ή γάλα.

22. Πηγαίνετε πριν από κάθε τσιγάρο στο παράθυρο και αναπνεύστε βαθιά όπως όταν καπνίζετε. Κρατήστε τον αέρα για λίγο στους

πνεύμονές σας και βγάλτε τον αέρα όπως ακριβώς φυσάτε τον καπνό του τσιγάρου. Επαναλάβετε τις αναπνοές αυτές πέντε φορές.

23. Αδειάζετε μετά από κάθε τσιγάρο το τασάκι.

24. Μην καπνίζετε πια μπροστά στη σύζυγό σας, στον σύζυγο ή τα παιδιά.

25. Δώστε την ποσότητα των τσιγάρων που καπνίζετε καθημερινά σε ένα κοντινό σας πρόσωπο (σύζυγο, παιδιά, φίλο, συνεργάτη κλπ.) έτσι ώστε να είσαστε αναγκασμένοι να ζητήσετε ένα τσιγάρο όταν θελήσετε να καπνίσετε.

26. Καθαρίστε μετά από κάθε τσιγάρο τα δόντια σας.

27. Μην καπνίζετε πια αμέσως πριν ή αμέσως μετά από ένα γεύμα.

28. Εξαφανίστε αναπτήρες και σπίρτα, ώστε για κάθε τσιγάρο να είσαστε αναγκασμένος-η, να ζητήστε φωτιά.

29. Σταματήστε να εισπνέεται τον καπνό στους πνεύμονες.

30. Μην καπνίζετε πια στο δωμάτιο του σπιτιού όπου περνάτε τον περισσότερο καιρό σας, στον καναπέ ή στην πολυθρόνα όπου συνηθίζατε να καθόσαστε, το ίδιο ισχύει και για το γραφείο σας.

31. Σβήστε κάθε τσιγάρο μετά μια-δυο ρουφηξιές και ξανα-ανάψτε το λίγο μετά.

32. Μην καπνίζετε πια κατά τη διάρκεια μιας προσωπικής συζήτησης ή συζήτησης εργασίας.

33. Μην καπνίζετε πια όταν τηλεφωνείτε.

34. Μην καπνίζετε για τουλάχιστον δυο ώρες μετά από κάποια άθληση ή σωματική εξάσκηση.

Όλα αυτά τα βήματα-ασκήσεις δεν είναι φυσικά κάτι εύκολο για έναν εθισμένο καπνιστή ή και πολύ περισσότερο για έναν εξαρτημένο. Απαιτείται αρκετή θέληση και σωστή συνεργασία με το συνεργάτη -φίλο τον οποίο διαλέξατε για να σας ελέγχει. Αν μετά από ένα λογικό χρονικό διάστημα δεν έχετε καταφέρει να "το κόψετε", τότε η εξάρτησή σας θα πρέπει να σας ανησυχήσει ιδιαίτερα.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Υ Λ Ι Κ Ο Κ Α Ι Μ Ε Θ Ο Δ Ο Σ

Η ερευνητική προσπάθεια άρχισε να πραγματοποιείται το Σεπτέμβριο του 1990. Για την πραγματοποίηση της έρευνας αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου και όχι συνέντευξη. Με τον τρόπο αυτό διασφαλίζεται η ανωνυμία και κατά συνέπεια της απάντησης.

Το δείγμα που χρησιμοποιήσαμε κατά τη μικρή έρευνα που κάναμε από τον Δεκέμβριο του 1990 έως τον Απρίλιο του 1991, αποτελούνταν από 300 ανώνυμα ερωτηματολόγια.

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην ανωνυμία και κατ'επέκταση στην ανάγκη ειλικρινών απαντήσεων. Επίσης γινόταν έκκληση να απαντήσουν σε όλες τις ερωτήσεις με απόλυτη ειλικρίνεια, σημειώνοντας με ένα Χ στην ή τις απαντήσεις με τις οποίες συμφωνούσαν.

Τα έντυπα συμπληρώθηκαν με γραπτή και προφορική συνέντευξη χωρίς οποιαδήποτε επιλογή των προσώπων.

Η απάντηση δόθηκε σ' όλες τις περιπτώσεις πρόθυμα κι όλα τα ερωτηματολόγια ήταν σωστά συμπληρωμένα και αξιολογήσιμα.

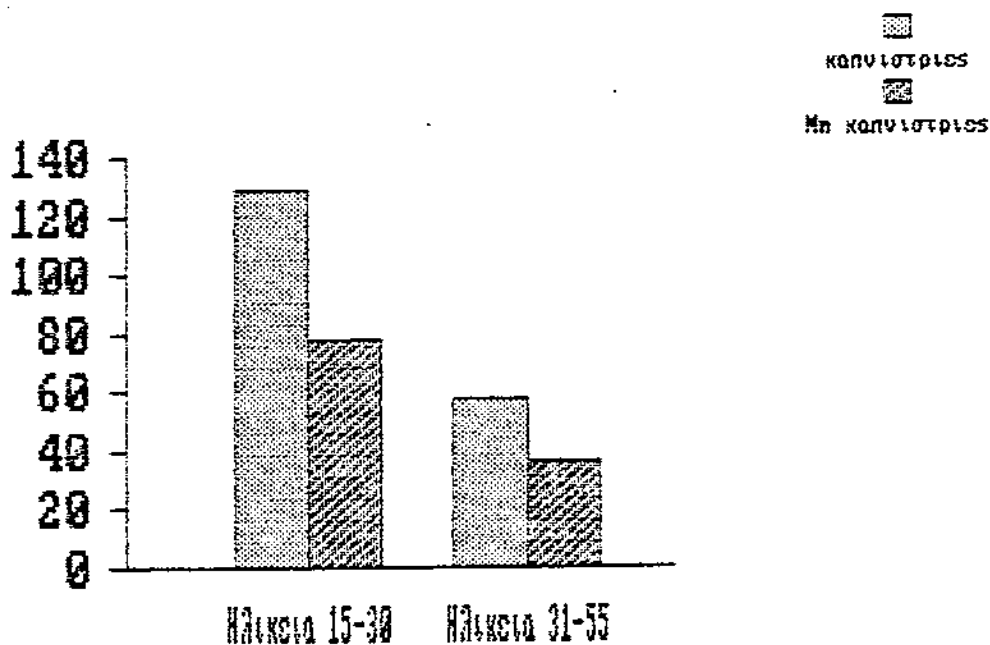
Η μέθοδος που χρησιμοποιήσαμε για τη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων της έρευνας ήταν η εκατοστιαία αναλογία.

Ο τόπος καταγωγής αυτών των γυναικών μπορούμε να πούμε ότι ήταν από την Στερεά Ελλάδα (κυρίως Αθήνα), Πελοπόννησο και νησιά.

Α Π Ο Τ Ε Λ Ε Σ Μ Α Τ Α Ε Ρ Ε Υ Ν Α Σ

Πίνακας και Σχήμα 1 : Κατανομή 300 γυναικών σε σχέση με την ηλικία τους.

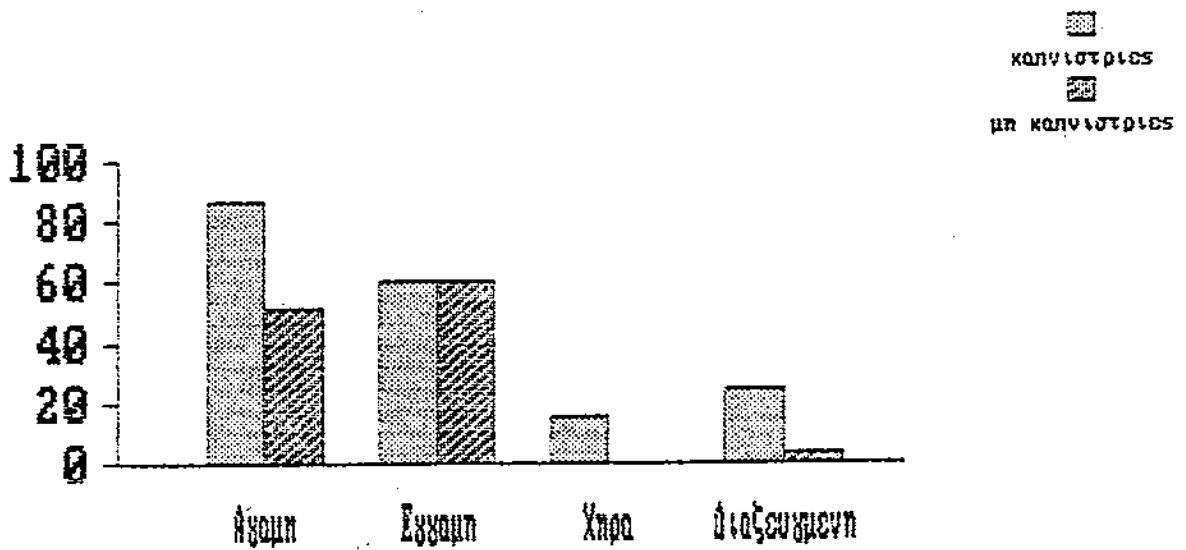
Γυναίκες (Ηλικία)	καπνιστριες		μη καπνιστριες		ΣΥΝΟΛΟ	
	F	ΓΓ%	F	ΓΓ%	F	ΓΓ
15-30	129	69.35	78	68.42	207	69
31-55	57	30.65	36	31.58	93	31
ΣΥΝΟΛΟ	186	(100)	114	(100)	300	(100)



Οπώς φαίνεται στον Πίνακα και στο Σχήμα 1 υπερτερεί η ηλικία 15-30 έναντι της ηλικίας 31-55 σε όλες τις μεταβλητές.

Πίνακας και Σχήμα 2 : Κατανομή 300 γυναικών σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση.

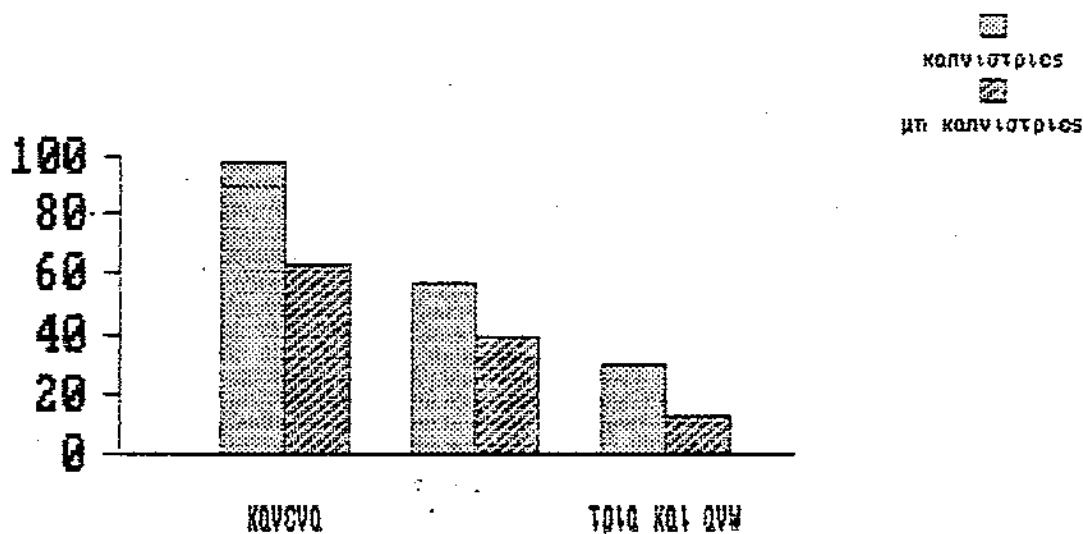
Γυναίκες	καπνιστριες		μη καπνιστριες		ΣΥΝΟΛΟ	
	F	ΓΦ%	F	ΓΦ%	F	ΓΦ%
Άγαμη	87	46.77	51	44.77	138	46
εγγαμη	60	32.25	60	52.63	120	40
χήρα	15	8.06	0	0	15	5
Διαζευγμ.	24	12.90	3	2.63	27	9
ΣΥΝΟΛΟ	186	(100)	114	(100)	300	(100)



Στον Πίνακα και στο Σχήμα 2 παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό καπνιστριών είναι άγαμες σε ποσοστό 46,77% και το πιο μικρό 8,6% που αντιστοιχεί στις χήρες.

Πίνακας και Σχήμα 3 : Ξιτινομή 300 γυναικών σε σχέση με το αν έχουνε παιδιά, και αν ναι πόσα.

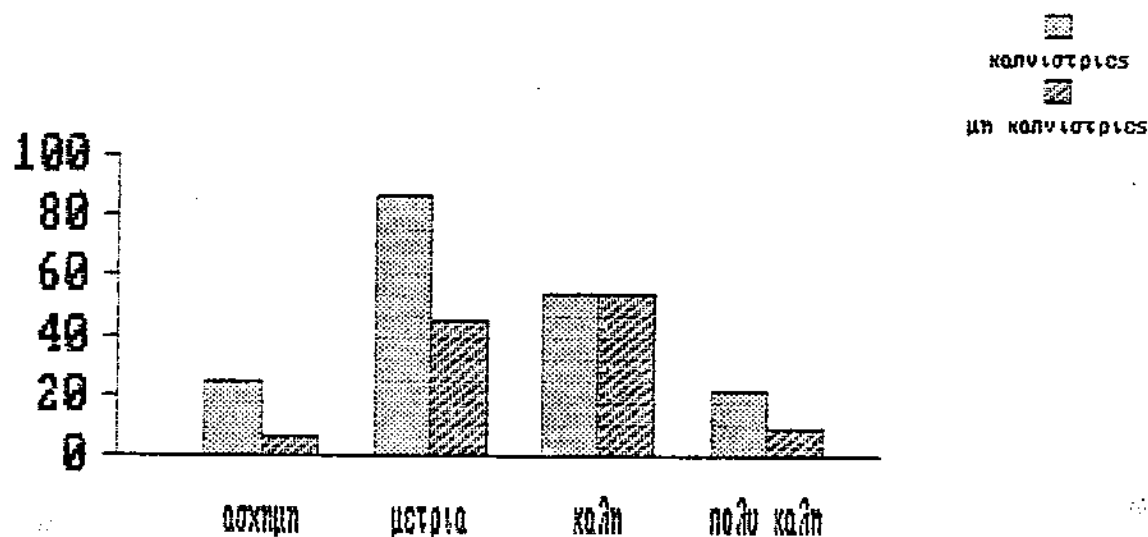
Γυναίκες	καπνίστριες		μη καπνίστριες		ΣΥΝΟΛΟ	
	F	ΓΦ%	F	ΓΦ%	F	ΓΦ%
παιδια						
κανένα	99	53.22	63	55.26	162	54
1 ως 2	57	30.64	39	34,22	96	32
3 και ανω	30	16.12	12	10,52	42	14
ΣΥΝΟΛΟ	186	(100)	114	(100)	300	(100)



Όπως βλέπουμε στον Πίνακα και στο Σχήμα 3 το 53,22% των καπνιστριών δεν έχουνε κανένα παιδί. Βλέπουμε ακόμα ότι οι γυναίκες που έχουν 1 έως 2 παιδιά οι περισσότερες είναι καπνίστριες σε ποσοστό 30,64%.

Πίνακας και Σχήμα 4 : Κατανομή 300 γυναικών σε σχέση με την οικονομική κατάσταση.

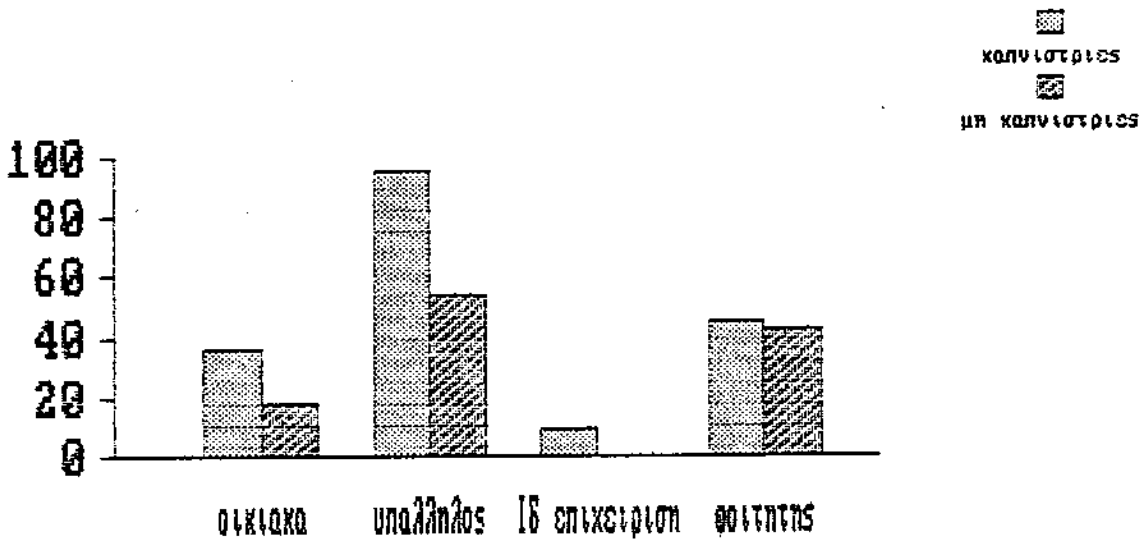
Γυναίκες	καπνίστριες		μη καπνίστριες		ΣΥΝΟΛΟ	
	F	ΓF%	F	ΓF%	F	ΓF%
ασχημη	24	12.90	6	5.26	30	10
μετρια	87	46.77	45	39.47	132	44
καλη	54	28.87	54	47.36	108	36
πολυ καλη	21	11.22	9	7.89	30	10
ΣΥΝΟΛΟ	186	(100)	114	(100)	300	(100)



Όπως βλέπουμε στον Πίνακα και στο Σχήμα 4 το μεγαλύτερο ποσοστό με 46,77% κατέχει η "μέτρια" οικονομική κατάσταση στις καπνίστριες. ενώ στις μη καπνίστριες η "καλή" με 47,36%.

Πίνακας και Σχήμα 5 : Κατανομή 300 γυναικών σε σχέση με το επάγγελμα.

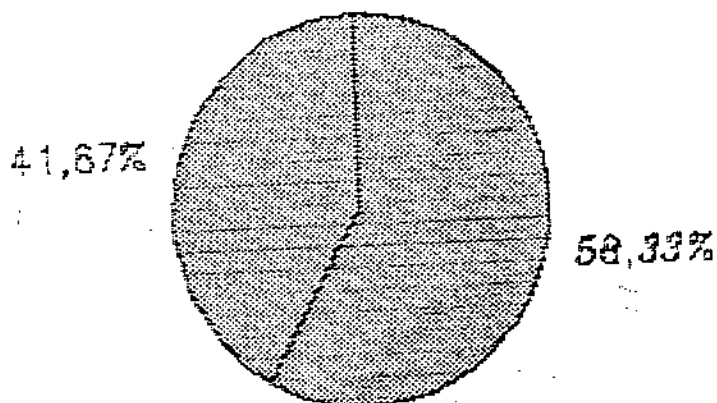
Γυναίκες	καπνίστριες		μη καπνίστριες		ΣΥΝΟΛΟ	
	F	ΓF%	F	ΓF%	F	ΓF%
οικιακά	36	19.35	18	15.78	54	18
υπάλληλος	96	51.61	54	47,36	150	50
επιχειρημ.	9	4.90	0	0	9	3
φοιτήτης	45	24.19	42	36.84	87	29
ΣΥΝΟΛΟ	186	(100)	114	(100)	300	(100)



Όπως φαίνεται στον Πίνακα και στο Σχήμα 5 τόσο στις καπνίστριες όσο και στις μη καπνίστριες, το μεγαλύτερο ποσοστό κατέχουν οι "υπάλληλοι" με ποσοστά 51,61% και 47,36% αντίστοιχα.

Πίνακας και Σχήμα 5α : Κατανομή 72 Νοσηλευτριών , καπνίζουσες και μη.

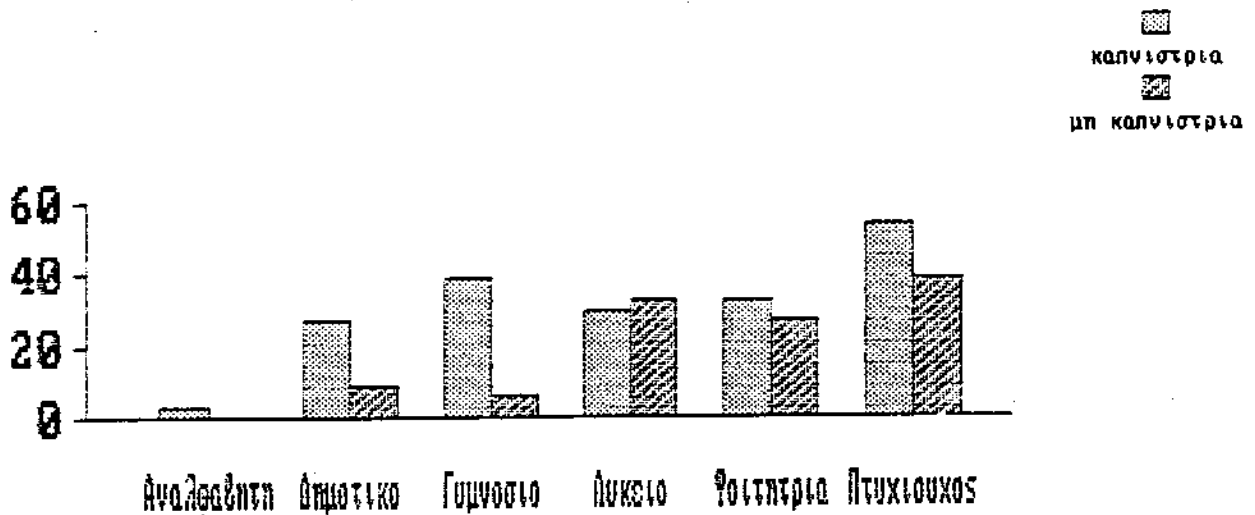
Νοσηλεύτριες	F	ΓF%
καπνιστριες	42	58.33
μη καπνιστριες	30	41.67
ΣΥΝΟΛΟ	72	(100)



Όπως φαίνεται στον Πίνακα και στο Σχήμα 5α το μεγαλύτερο ποσοστά κατέχουν οι καπνιστρίες με 58,33%.

Πίνακας και Σχήμα 6 : Κατανομή 300 γυναικών σε σχέση με την εκ-
παίδευση.

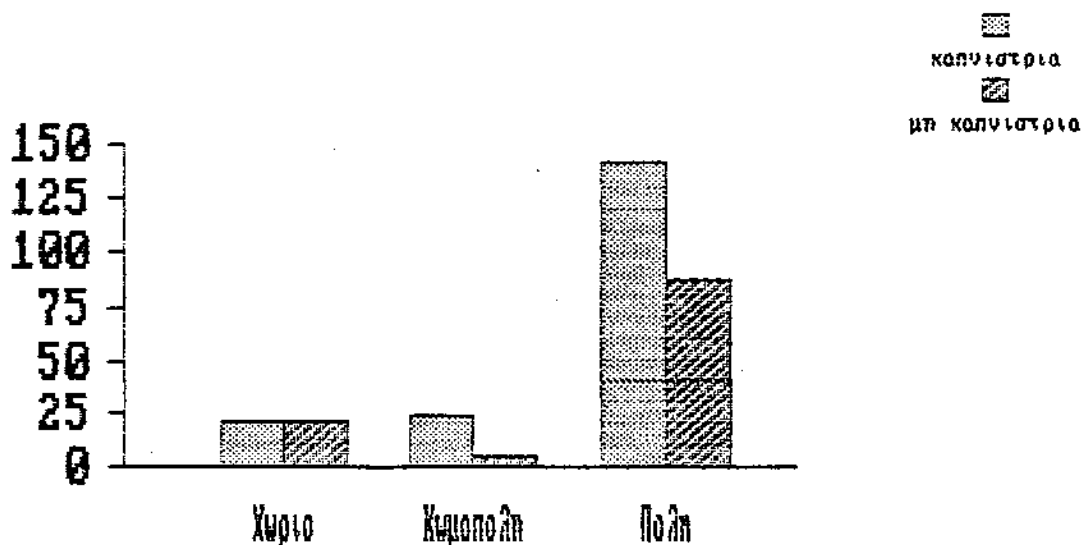
Γυναίκες εκπαίδευση	καπνίστριες		μη καπνίστριες		ΣΥΝΟΛΟ	
	F	ΓΓ%	F	ΓΓ%	F	ΓΓ%
αναφαθβητη	3	1.61	0	0	3	10
δημοτικo	27	14.51	9	7.89	36	12
γυμνασιο	39	20.96	6	5.26	45	15
λυκειo	30	16.12	33	28.94	63	21
φοιτητρια	33	17.74	27	23.68	60	20
πτυχιουχοs	54	29.03	39	34.21	93	31
ΣΥΝΟΛΟ	186	(100)	114	(100)	300	(100)



Όπως φαίνεται στο Πίνακα και στο Σχήμα 6 το μεγαλύτερο πο-
σοστό κατέχουν οι πτυχιούχες κάπνίστριες και μη με ποσοστό 29,03%
και 34,21%, αντίστοιχα.

Πίνακας και Σχήμα 7 : Κατανομή 300 γυναικών σε σχέση με τον τόπο διαμονής.

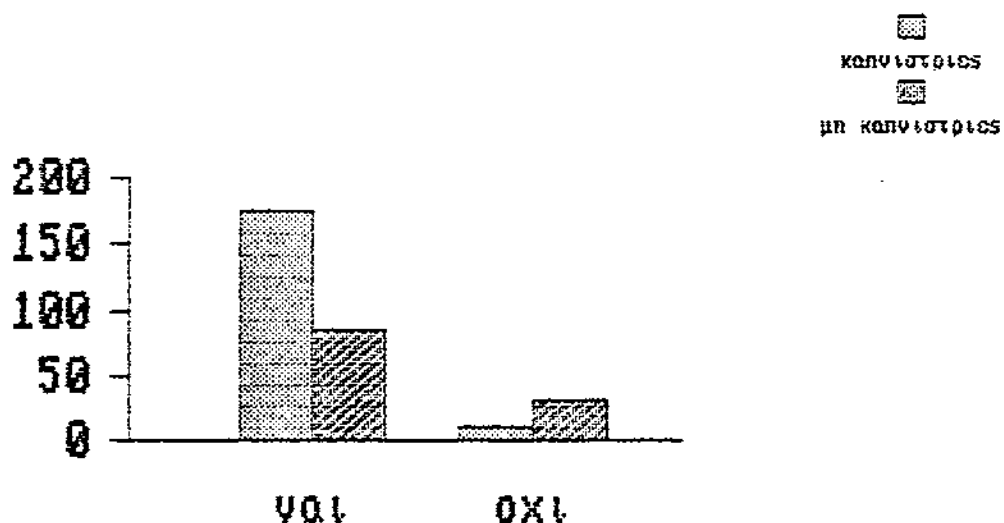
Γυναίκες τοπ. διαμον.	καπνίστριες		μη καπνίστριες		ΣΥΝΟΛΟ	
	F	ΓΦ%	F	ΓΦ%	F	ΓΦ%
χωριο	21	11.29	21	18.42	42	14
κωμοπολη	24	12.90	6	5.26	30	10
πολη	141	75.80	87	76.31	228	76
ΣΥΝΟΛΟ	186	(100)	114	(100)	300	(100)



Όπως φαίνεται στο Πίνακα και στο Σχήμα 7 το μεγαλύτερο ποσοστό κατέχουν οι γυναίκες που μένουν σε πόλη με ποσοστά 75,80% για τις καπνίστριες και 76,31 για τις μη καπνίστριες.

Πίνακας και Σχήμα 8 : Κατανομή 300 γυναικών σε σχέση με το αν καπνίζουν μέσα στο περιβάλλον τους.

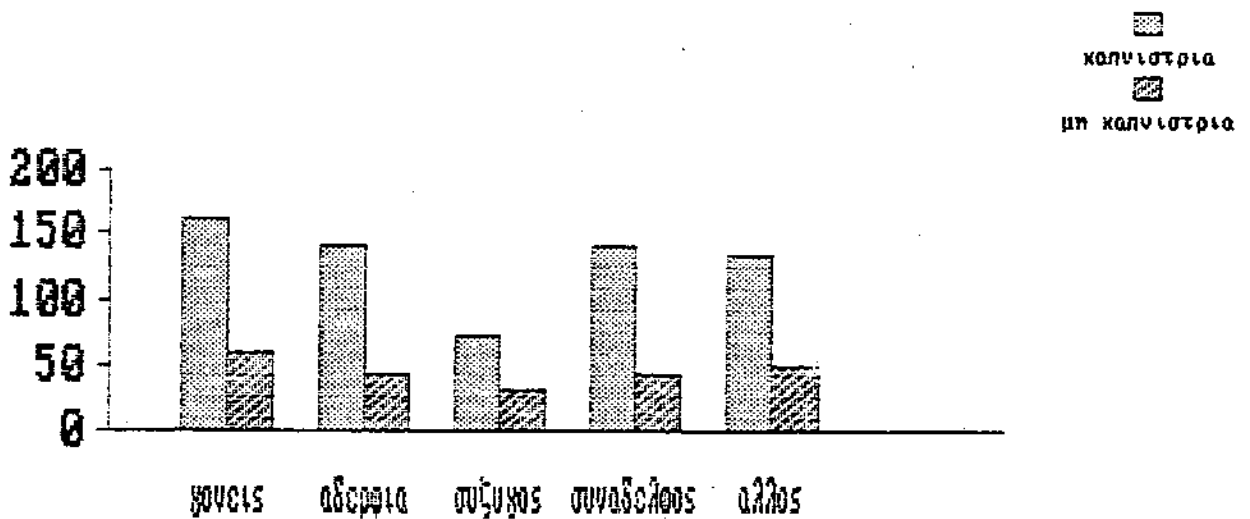
Γυναίκες	καπνιστριες		μη καπνιστριες		ΣΥΝΟΛΟ	
	F	ΓΦ%	F	ΓΦ%	F	ΓΦ%
ΝΑΙ	177	95.16	84	73.68	261	87
ΟΧΙ	9	4.84	30	26.31	39	13
ΣΥΝΟΛΟ	186	(100)	114	(100)	300	(100)



Όπως φαίνεται στον Πίνακα και στο Σχήμα 8, το 95,16% των καπνιστριών καπνίζουν μέσα στο περιβάλλον τους, ενώ στις μη καπνιστριές το 73,68%.

Πίνακας και Σχήμα 9: Κατανομή 300 γυναικών για τις μεταβλητές κάπνισμα από τον πατέρα, μητέρα, αδελφός, αδελφή, σύζυγος, συνάδελφος, άλλος.

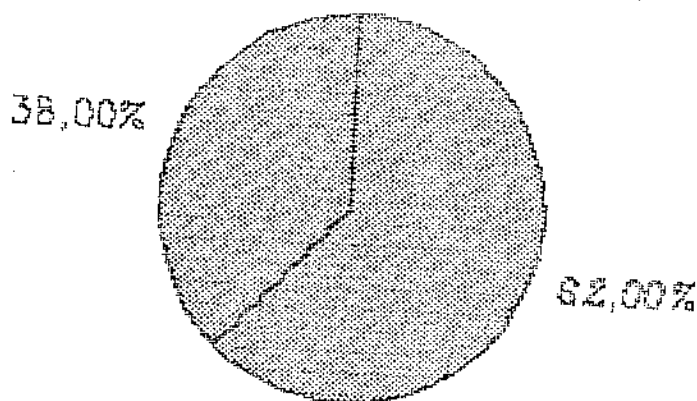
Γυναίκες	καπνιστριες		μη καπνιστριες		ΣΥΝΟΛΟ	
	F	ΓΦ%	F	ΓΦ%	F	ΓΦ%
πατερας	120	65.51	57	50.00	177	59
μητερα	42	22.58	3	2.63	45	15
αδερφος	84	45.16	33	28.94	117	39
αδερφη	57	30.64	9	7.89	66	22
συζυγος	72	38.70	30	26.31	102	34
συναδελφος	141	75.80	42	36.84	183	61
αλλος	135	72.58	48	42.10	183	61



Όπως βλέπουμε στον Πίνακα και στο Σχήμα 9, το μεγαλύτερο ποσοστό κατέχουν οι συνάδελφοι με 75,80%. Στην συνέχεια οι άλλοι, με 72,58%; ο πατέρας με 65,51%. Ενώ στους μη καπνίστριες το μεγαλύτερο ποσοστό κατέχει ο πατέρας με 50,00%.

Πίνακας και Σχήμα 10 : Κατανομή 300 γυναικών σε σχέση με το αν καπνίζουν.

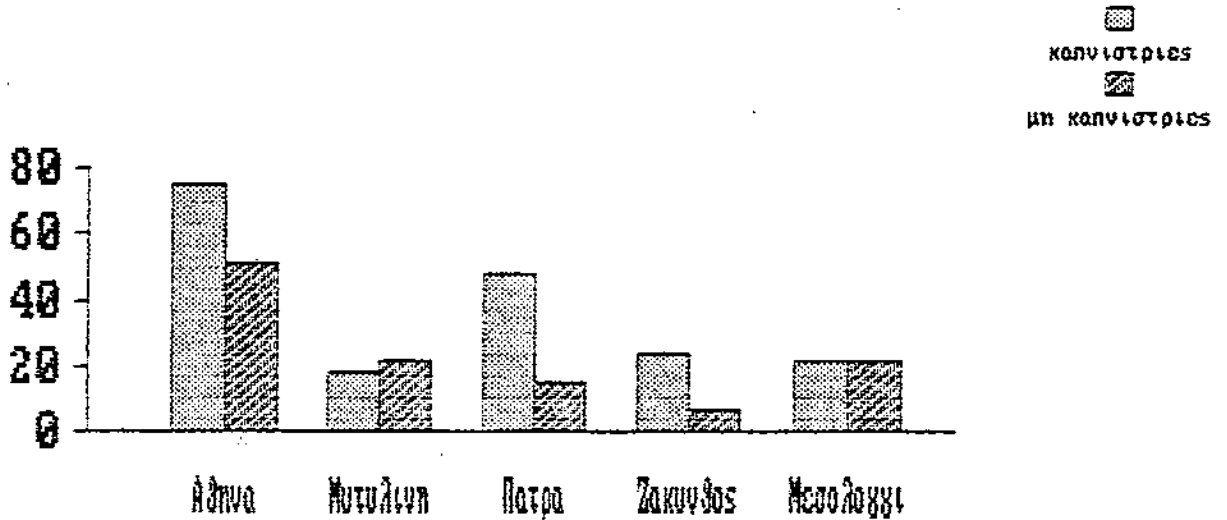
Γυναίκες	F	ΓΡ%
καπνίστριες	186	62
μη καπνίστριες	114	38
ΣΥΝΟΛΟ	300	(100)



Όπως βλέπουμε στον Πίνακα και στο Σχήμα 10, το μεγαλύτερο ποσοστό το κατέχουν οι καπνίστριες με 62%.

Πίνακας και Σχήμα 10α : Κατανομή 300 γυναικών σε σχέση με την μεταβλητή κάπνισμα και τόπος διαμονής.

Γυναίκες	καπνίστριες		μη καπνίστριες		ΣΥΝΟΛΟ	
	F	ΓΦ%	F	ΓΦ%	F	ΓΦ%
Αθήνα	75	40.32	51	44.73	126	42
Μυτιλήνη	18	5	21	18.42	39	13
Πάτρα	48	25.80	15	13.15	63	21
Ζακύνθος	24	12.90	6	5.28	30	10
Μεσολόγγι	21	11.29	21	18.42	42	14
ΣΥΝΟΛΟ	186	(100)	114	(100)	300	(100)



Όπως βλέπουμε στον Πίνακα και στο Σχήμα 10α το μεγαλύτερο ποσοστό και στις καπνίστριες και στις μη καπνίστριες κατέχει η Αθήνα με ποσοστά 40,32% και 44,73% αντίστοιχα.

Πίνακας και Σχήμα 11 : Κατανομή 186 γυναικών σε σχέση με την μεταβλητή πότε άρχισαν το κάπνισμα.

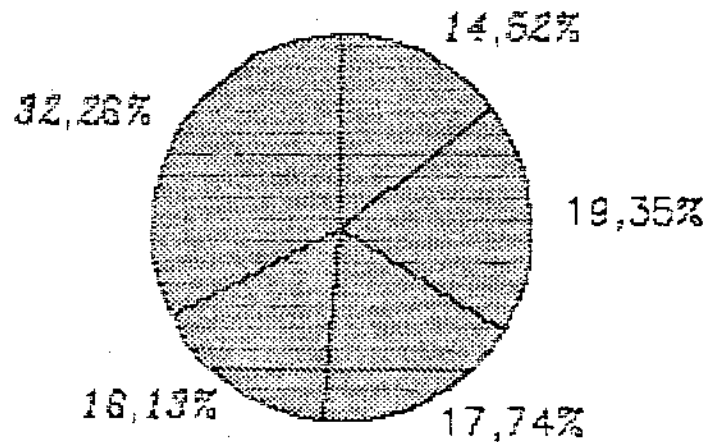
Γυναίκες καπνίστριες	(12-14)		(15-17)		(18-20)		21 και άνω	
	F	ΓΦ%	F	ΓΦ%	F	ΓΦ%	F	ΓΦ%
Αθήνα	3	16.66	24	38.09	42	51.85	6	25
Μυτιλήνη	0	0	6	9.52	12	14.81	0	0
Πάτρα	9	50.00	12	19.04	21	25.93	6	25
Ζάκυνθος	3	16.67	6	9.52	6	7.41	9	37.5
Μεσολογγί	3	16.67	15	23.81	0	0	3	12.5
ΣΥΝΟΛΟ	18	(100)	63	(100)	81	(100)	24	(100)



Όπως φαίνεται στον Πίνακα και στο Σχήμα 11, στην ηλικία 12-14 το μεγαλύτερο ποσοστό κατέχει η Πάτρα με 50,00%. Στην ηλικία 15-17 η Αθήνα με 38,00%, στην ηλικία 18-20 η Αθήνα με 51,85% και 21 και άνω η Ζάκυνθος με ποσοστό 37,55%.

Πίνακας και Σχήμα 12 : Κατανομή 186 καπνιστριών σε σχέση με την ημερήσια κατανάλωση των τσιγάρων

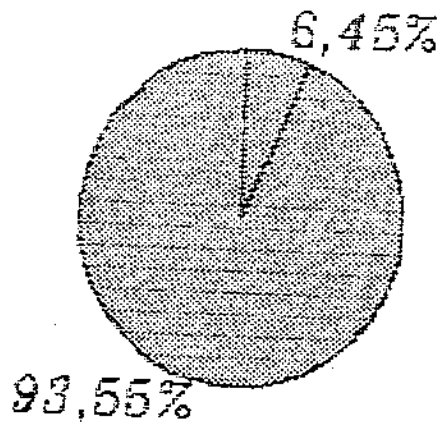
ποσότητα τσιγάρων	F	ΓΡ%
1 - 5	27	14.52
5 - 10	36	19.35
10 - 15	33	17.74
15 - 20	30	16.13
20 και άνω	60	32.26
ΣΥΝΟΛΟ	186	(100)



Όπως παρατηρούμε στον Πίνακα και στο Σχήμα 12 το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών καταναλώνουν 20 και άνω τσιγάρα την ημέρα με ποσοστό 32,26%.

Πίνακας και Σχήμα 13: Κατανομή 186 καπνιστριών σε σχέση με τον τύπο τσιγάρων που προτιμούν.

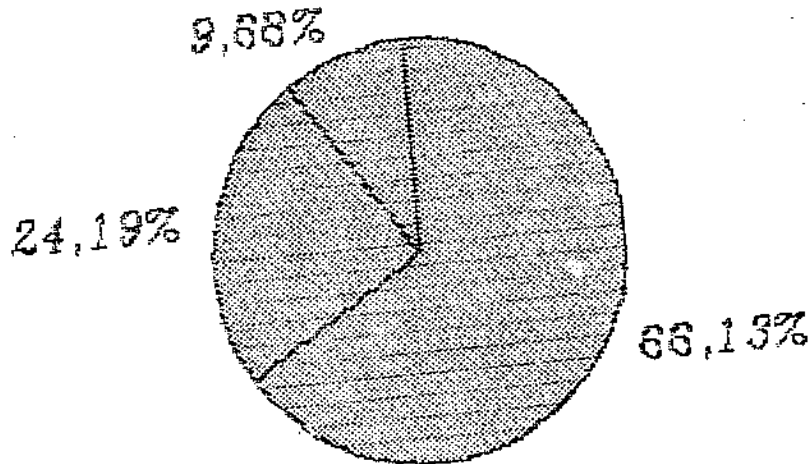
τύπος τσιγάρων	F	ΓΦ%
σκέτο	12	6.45
με φίλτρο	174	93.55
ΣΥΝΟΛΟ	186	(100)



Όπως φαίνεται στον Πίνακα και στο Σχήμα 13 το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών προτιμούν τσιγάρα με φίλτρο (93,55%).

Πίνακας και Σχήμα 14 : Κατανομή 186 γυναικών (καπνιστριών) σε σχέση με την μεταβλητή, διαφορά φίλτρου και σκέτου τσιγάρου.

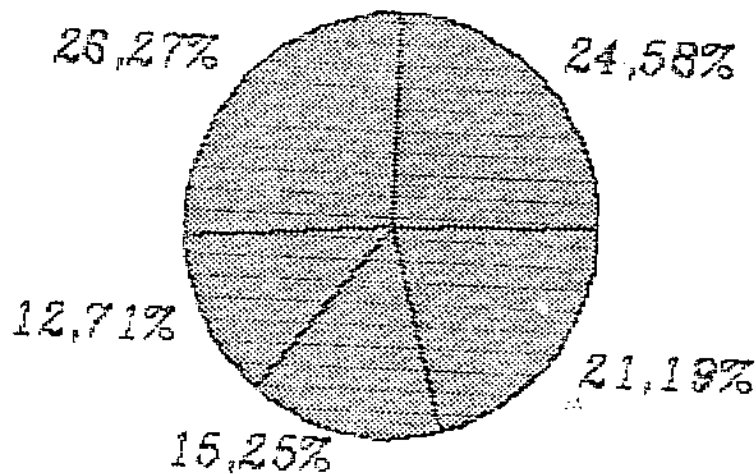
ποια η διαφορά φίλτρων και σκέτων	F	ΓΓ%
πιο ελαφριά	123	66.13
λιγοτ.νικοτινη	45	24.19
ποιο γευστικά	18	9.68
ΣΥΝΟΛΟ	186	(100)



Όπως φαίνεται στον Πίνακα και στο Σχήμα 14 το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (66,13%), απάντησαν "πιο ελαφριά".

Πίνακας και Σχήμα 15 : Κατανομή 186 καπνιστριών σε σχέση με τον λόγο που τις ώθησε για να καπνίσουν για πρώτη φορά.

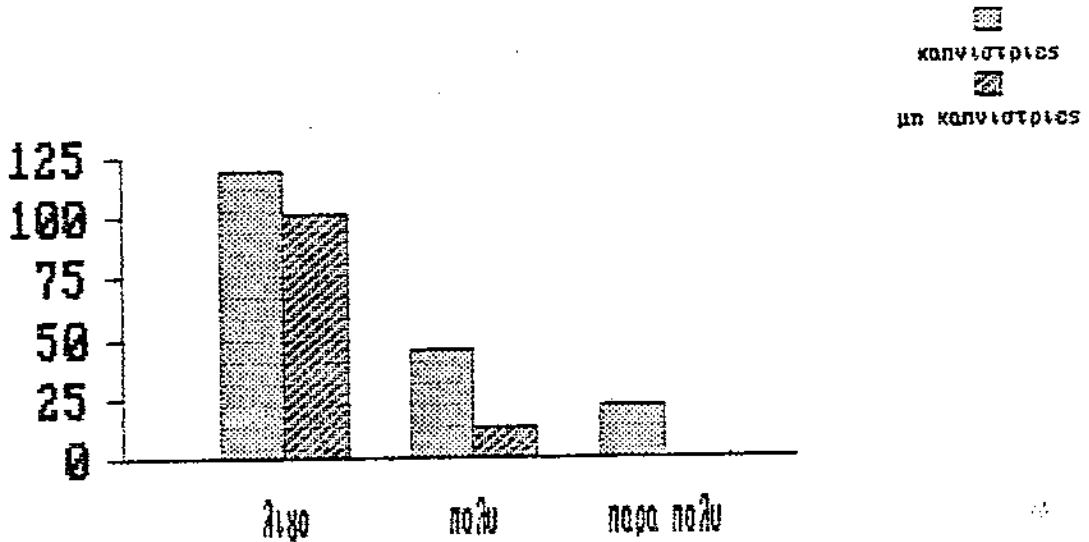
κινητρο	F	ΓΓ%
παρεα	87	24.58
περιεργεια	75	21.19
μιμηση	54	15.25
αντιδραση	45	12.71
αγγχος	93	26.27
ΣΥΝΟΛΟ	354	(100)



Όπως βλέπουμε στον Πίνακα και στο Σχήμα 15 το μεγαλύτερο ποσοστό κατέχει η μεταβλητή "άγγχος-στενοχώρια" με 26,27%. Ενώ το μικρότερο ποσοστό (12,71%) κατέχει η μεταβλητή "αντίδραση".

Πίνακας και Σχήμα 16 : Κατανομή 300 γυναικών σε σχέση με την ποσότητα οινοπνευματώδη ποτών που καταναλώνουν.

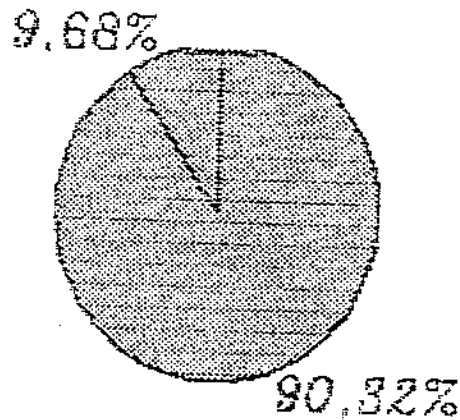
Γυναίκες	καπνιστριες		μη καπνιστριες		ΣΥΝΟΛΟ	
	F	ΓΦ%	F	ΓΦ%	F	ΓΦ%
καταναλωση ποτων						
λιγο	120	64.51	102	89.47	222	74
πολυ	45	24.19	12	10.53	57	19
παρα πολυ	21	11.29	0	0	21	7
ΣΥΝΟΛΟ	186	(100)	114	(100)	300	(100)



Όπως παρατηρούμε στον Πίνακα και στο Σχήμα 16 οι περισσότερες γυναίκες καπνιστρίες και μη καταναλώνουν λίγη ποσότητα οινοπνευματώδη ποτά με ποσοστά 64,51% και 89,47%, αντίστοιχα

Πίνακας και Σχήμα 17 : Κατανομή 186 καπνιστριών σε σχέση με τον αν συνδυάζουν το οινοπνευματώδη ποτά με το τσιγάρο τους

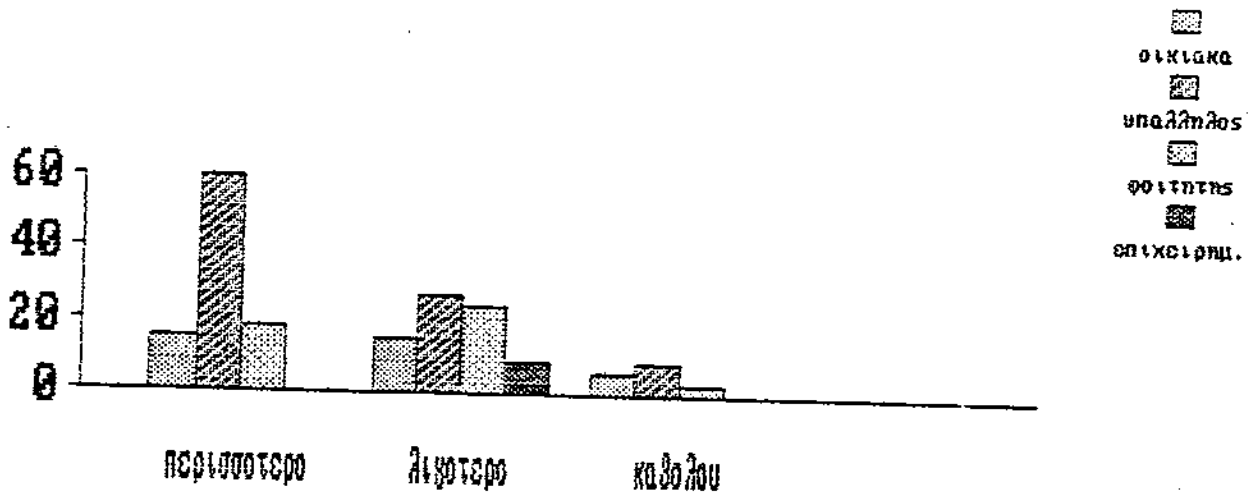
ΟΤΑΝ ΠΙΝΕΤΕ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΣΥΧΧΟΝΩΣ	F	ΓΡ%
ΝΑΙ	168	90.32
ΟΧΙ	18	9.68
ΣΥΝΟΛΟ	186	(100)



Όπως φαίνεται στον Πίνακα και στο Σχήμα 17 το 90,32% απάντησαν θετικά.

Πίνακας και Σχήμα 18 : Κατανομή 186 καπνιστριών σε σχέση με αν θα τις επηρέαζε η αλλαγή του επαγγέλματος σε σχέση με την κατανάλωση των τσιγάρων.

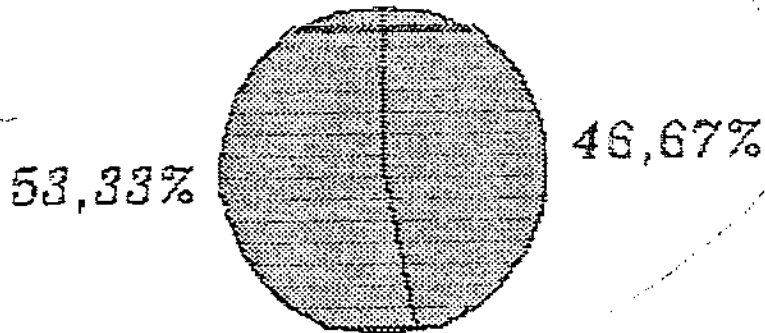
Γυναίκες καπνίστριες	περισσότερο		λιγότερο		καθόλου	
	F	ΓΦ%	F	ΓΦ%	F	ΓΦ%
οικιακά	15	16.12	15	20	6	33.33
υπάλληλος	60	64.51	27	36	9	50.00
επιχειρημ.	0	0	9	12	0	0
φοιτήτης	18	19.35	24	32	3	16.67
ΣΥΝΟΛΟ	93	(100)	75	(100)	18	(100)



Όπως παρατηρούμε στον Πίνακα και στο Σχήμα 18, σε όλες τις μεταβλητές κατέχουν οι υπάλληλοι με ποσοστά 64,51% περισσότερο, 36,00% λιγότερο, 50,00% καθόλου.

Πίνακας και Σχήμα 19 : Κατανομή 90 γυναικών (καπνιστριών) σε σχέση με την μεταβλητή αν κάπνιζαν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού.

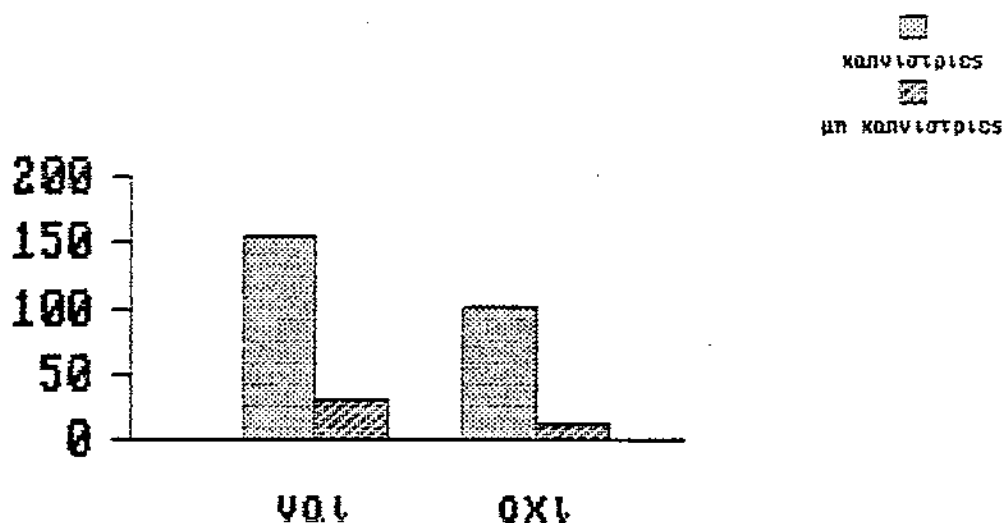
καπνισμα θυλασμος εγγυμοσυνη	F	ΓΓ%
ΝΑΙ	42	46.67
ΟΧΙ	48	53.33
ΣΥΝΟΛΟ	90	(100)



Όπως βλέπουμε στον Πίνακα και στο Σχήμα 19, το 53,33% δεν κάπνιζε κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλακμού.

Πίνακας και Σχήμα 20 : Διανομή 300 γυναικών σε σχέση με το αν έχουν επίγνωση των συνεπειών του καπνίσματος πάνω στο θέμα "έμβρυο και τσιγάρο" ή "θηλασμό και τσιγάρο".

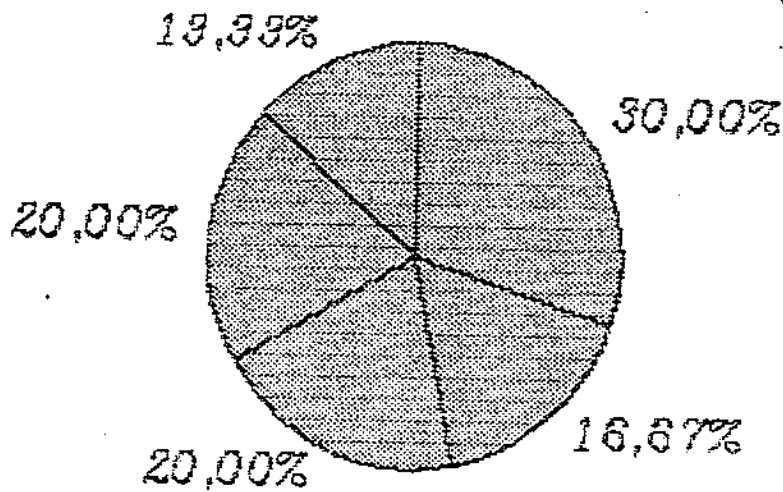
Γυναίκες	καπνίστριες		μη καπνίστριες		ΣΥΝΟΛΟ	
	F	ΓΦ%	F	ΓΦ%	F	ΓΦ%
ΝΑΙ	156	83.87	102	89.47	258	86
ΟΧΙ	30	16.13	12	10.53	42	14
ΣΥΝΟΛΟ	186	(100)	114	(100)	300	(100)



Στον Πίνακα και στο Σχήμα 20 παρατηρούμε τόσο στις καπνίστριες όσο και στις μη καπνίστριες το μεγαλύτερο ποσοστό με 83,87 και 89,47% αντίστοιχα έχουν επίγνωση των συνεπειών.

Πίνακας και Σχήμα 21 : Κατανομή 90 γυναικών (καπνιστριών) σε σχέση με το αν έκοψαν και πότε το τσιγάρο.

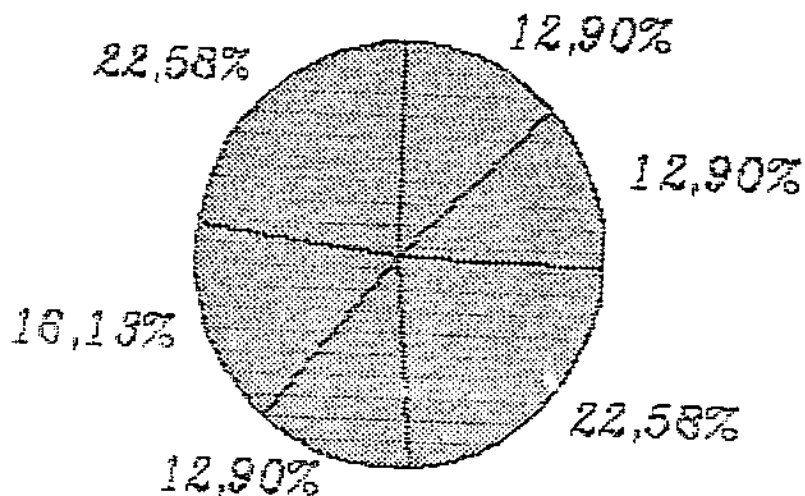
Διακοπή κατά την εγκυμοσύνη	F	ΓΦ%
οχι	27	30
0- 1 μηνες	15	16.66
1 -3 "	18	20
4 -6 "	18	20
7 -9 "	12	13.34
ΣΥΝΟΛΟ	90	(100)



Όπως βλέπουμε στον Πίνακα και στο Σχήμα 21 το μεγαλύτερο ποσοστό 30,00% δεν έκοψε το κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ενώ μόνο 13,34% έκοψε το κάπνισμα κατά τον 7ο με 9ο μήνα.

Πίνακας και Σχήμα 22 : Κατανομή 90 γυναικών που κάπνιζαν σε σχέση με το αν είχαν επιπλοκές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης .

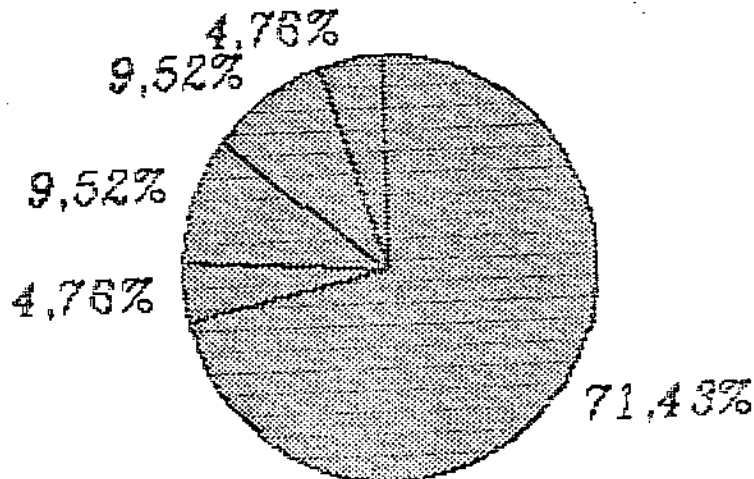
επιπλοκες κατα την εγκυμοσυνη	F	ΓΓ%
προωρ.τοκετος	12	12.9
μη φυσιολογικος	12	12.9
ολιγοβαρ.νεογνο	21	22.58
αυτοματη αποβολ	12	12.9
μαιευτικες επιπ	15	13.34
καμια	21	22.58
ΣΥΝΟΛΟ	93	(100)



Όπως παρατηρούμε στον Πίνακα και στο Σχήμα 22 ότι μόνο 22,58% δεν είχε καμμία επιπλοκή, ενώ η πιο συχνή επιπλοκή στις καπνίστριες γέννησαν ολιγοβαρές νεογνό, με ποσοστό 22,58%.

Πίνακας και Σχήμα 23 : Κατανομή 60 γυναικών , μη καπνιστριών σε σχέση με το αν είχαν επιπλοκές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

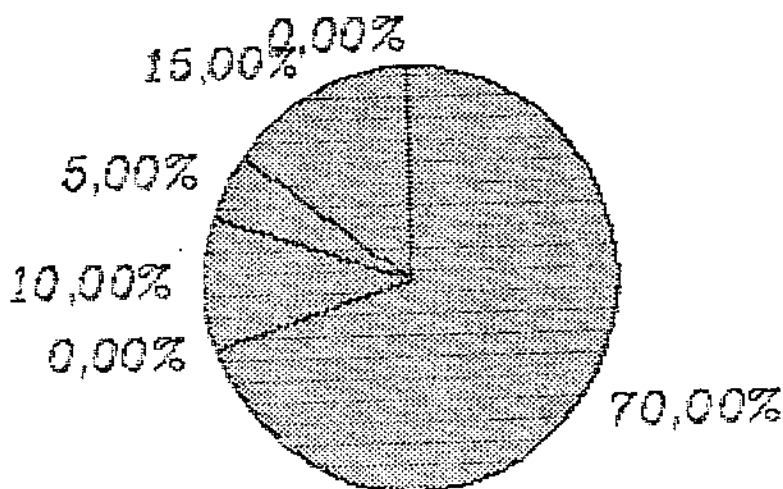
επιπλοκες κατα την εγκυμοσυνη	F	ΓΦ%
προωρ.τοκετος	3	4.76
μη φυσιολογικος	6	9.52
ολιγοβαρ.νεογνο	6	9.52
αυτοματη αποβολ	3	4.76
μαιευτικες επιπ	0	0
καμια	45	71.43
ΣΥΝΟΛΟ	63	(100)



Όπως φαίνεται στον Πίνακα και στο Σχήμα 23 το 71,43% δεν αναφέρουν καμμία επιπλοκή, ενώ το "ολιγοβαρές νεογνό" κατέχει το 9,52%.

Πίνακας και Σχήμα 24 : Κατανομή 60 παθητικών καπνιστριών (καπνίζει ο σύζυγος), σε σχέση με το αν είχαν επιπλοκές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

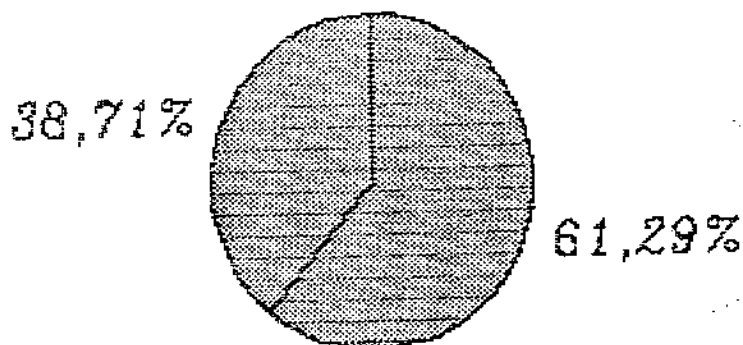
επιπλοκες κατα την εγκυμοσυνη	F	ΓΓ%
προωρ.τοκετος	9	15
μη φυσιολογικος	0	0
ολιγοβαρ.νεογνο	6	10
αυτοματη αποβολ	0	0
μαιευτικες επιπ	3	5
καμια	42	70
ΣΥΝΟΛΟ	60	(100)



Όπως παρατηρούμε στον Πίνακα και στο Σχήμα 24 το μεγαλύτερο ποσοστό (70,00%), δεν αναφέρει καμία επιπλοκή, ενώ η επιπλοκή "πρόωρος τοκετός" κατέχει το 15,00%.

Πίνακας και Σχήμα 25 : Κατανομή 186 καπνιστριών σε σχέση με το αν έχουν κάνει ποτέ προσπάθεια να το κόψουν ή να το ελατώσουν.

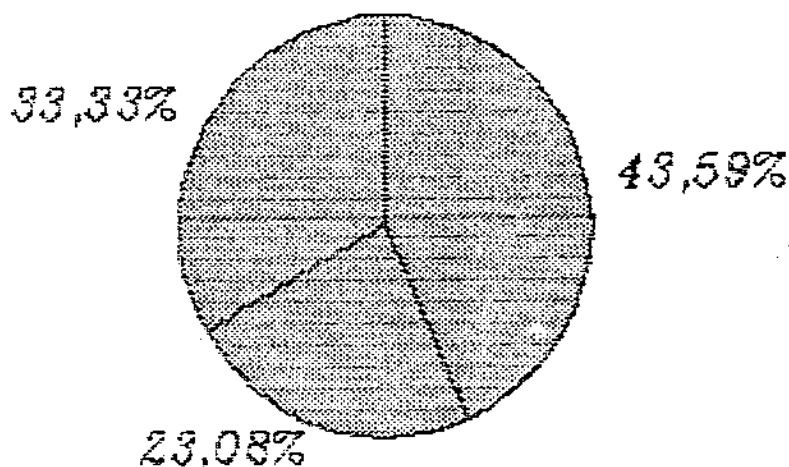
προσπαθήσατε να κόψετε το καπνισμα	F	ΓΡ%
ΝΑΙ	114	61.29
ΟΧΙ	72	38.71
ΣΥΝΟΛΟ	186	(100)



Όπως φαίνετε στον Πίνακα και στο Σχήμα 25 το μεγαλύτερο ποσοστό , 61,29% έχει προσπαθήσει να το κόψει ή να το ελατώσει, ενώ το 38,71% δεν έχει κάνει καμμία προσπάθεια.

Πίνακας και Σχήμα 26 : Κατανομή 114 καπνιστριών σε σχέση με την μεταβλητή θετική προσπάθεια ελλάττωσης-λόγοι συνέχισης καπνίσματος.

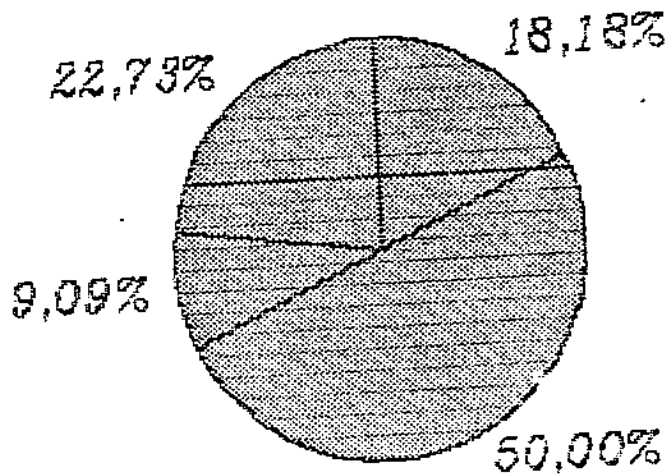
λογοι συνέχισης καπνίσματος	F	ΓΦ%
συνήθεια	51	43.59
αγχος	27	23.08
αλλοι λογοι	39	33.33
ΣΥΝΟΛΟ	117	(100)



Όπως βλέπουμε στον Πίνακα και στο Σχήμα 26 το μεγαλύτερο ποσοστό 43,59% κατέχει η "συνήθεια", το "αγχος" έρχεται δεύτερο με 23,08%.

Πίνακας και Σχήμα 27 : Κατανομή 66 γυναικών καπνιστριών, σε σχέση με την μεταβλητή, λόγοι άρνησης διακοπής καπνίσματος.

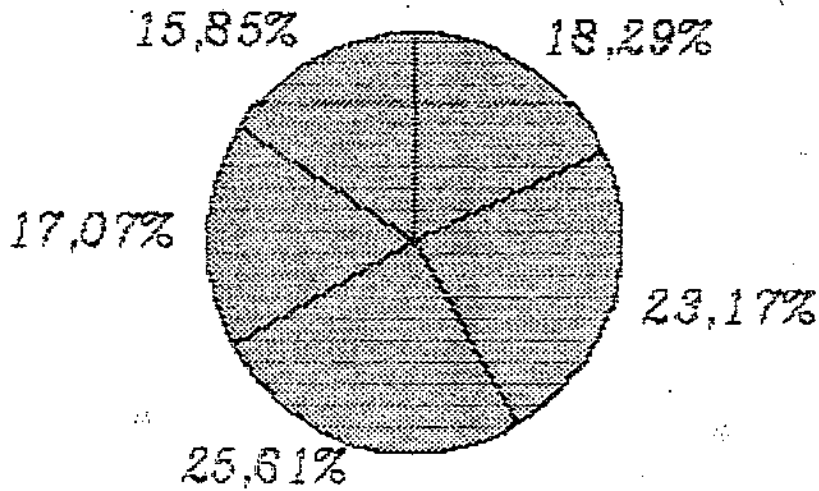
λογοι αρνησης Διακοπης καπνισματος	F	ΓΓ%
δεν θελω	12	18.18
μου αρεσει	33	50.00
αγχος	6	9.09
αλλοι λογοι	15	22.73
ΣΥΝΟΛΟ	66	(100)



Όπως φαίνεται στον Πίνακα και στο Σχήμα 27 το μεγαλύτερο ποσοστό 50,00% δηλώνει σαν αιτία αρνήσης "μου αρέσει", ενώ το 9,09% κατέχει το "άγχος".

Πίνακας και Σχήμα 28 : Κατανομή 186 καπνιστριών σε σχέση με τις επιπτώσεις της υγείας τους.

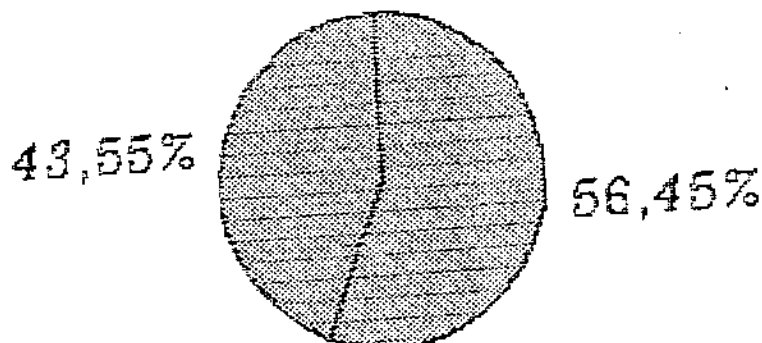
εμφάνιση των παρακατω συμπτωτων	F	ΓΡ%
δυσπνοια	57	23.17
παραγωγ.βηχας	63	25.61
λοιμωξ.αναπνευσ	42	17.07
πεπτικο συστημα	39	15.85
καμια	45	18.29
ΣΥΝΟΛΟ	246	(100)



Όπως φαίνεται στον Πίνακα και στο Σχήμα 28 το μεγαλύτερο ποσοστό με 25,61% ο "παραγωγικός βήχας", ενώ μόνο 18,29% δεν αναφέρει καμμία επίπτωση.

Πίνακας και Σχήμα 29 : Κατανομή 186 καπνιστριών σε σχέση με το αν σέβονται τους τρίτους (παθητικό κάπνισμα).

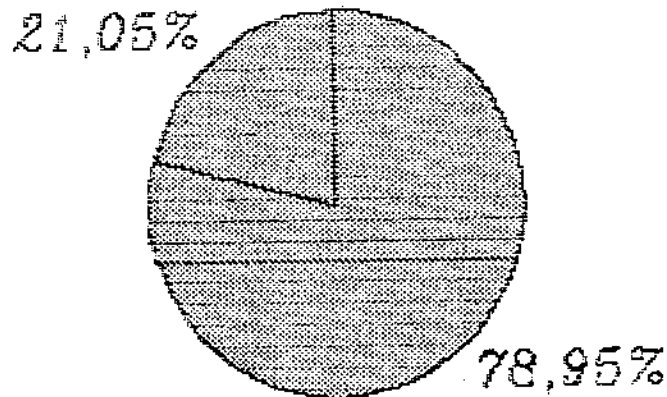
σεβασμος προς τους τριτους	F	ΓΡ%
ΝΑΙ	105	56.45
ΟΧΙ	81	43.55
ΣΥΝΟΛΟ	186	(100)



Όπως φαίνεται στον Πίνακα και στο Σχήμα 29 το μεγαλύτερο ποσοστό με 56,45% προσπαθεί να μην καπνίζει μπροστά σε άλλους, ενώ 43,55% δεν σέβεται τους τρίτους, παθητικούς καπνιστές.

Πίνακας και Σχήμα 30 : Κατανομή 114 γυναικών μη καπνιστριών σε σχέση με την μεταβλητή παθητικό κάπνισμα και αποδοχή.

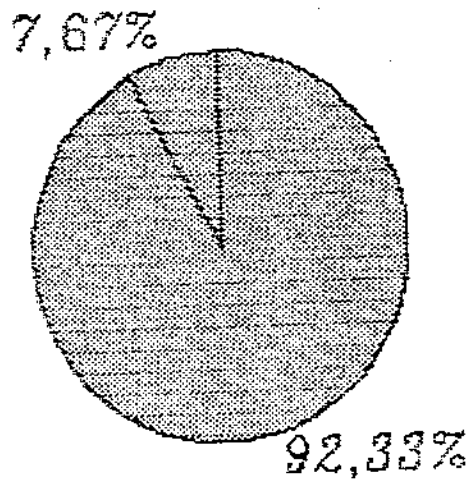
παθητικό κάπνισμα και αποδοχή	F	ΓΡ%
ΝΑΙ	90	78.95
ΟΧΙ	24	21.05
ΣΥΝΟΛΟ	114	(100)



Όπως παρατηρούμαι στον Πίνακα και στο Σχήμα 30 το 78,95% δεν αποδέχεται το παθητικό κάπνισμα, ενώ το 21,05% έδωσε αρνητική απάντηση.

Πίνακας και Σχήμα 31 : Κατανομή 300 γυναικών σε σχέση με το ποιά είναι η γνώμη τους, στο αν, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης αυξάνουν τον αριθμό των καπνιστών.

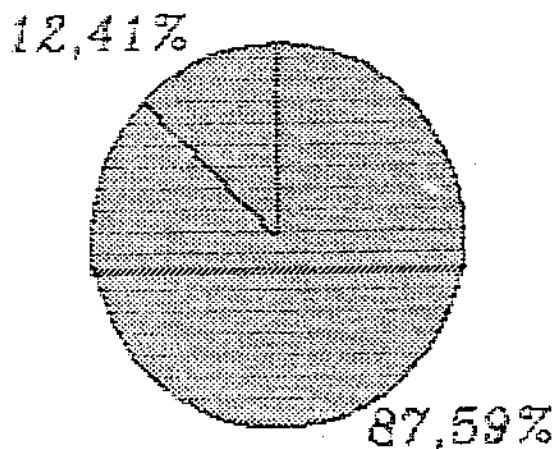
αύξηση καπνισ. με μέσα μαζικής ενημέρωσης	F	ΓF%
ΝΑΙ	277	92.33
ΟΧΙ	23	7.67
ΣΥΝΟΛΟ	300	(100)



Όπως βλέπουμε στον Πίνακα και στο Σχήμα 31 το 92,33% έδωσε θετική απάντηση (αυξάνουν τον αριθμό), ενώ το 7,67% έδωσε αρνητική απάντηση.

Πίνακας και Σχήμα 32 : Κατανομή 300 γυναικών σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι η σωστή ενημέρωση από την πολιτεία μπορεί να συμβάλλει στη μείωση του αριθμού των καπνιστών.

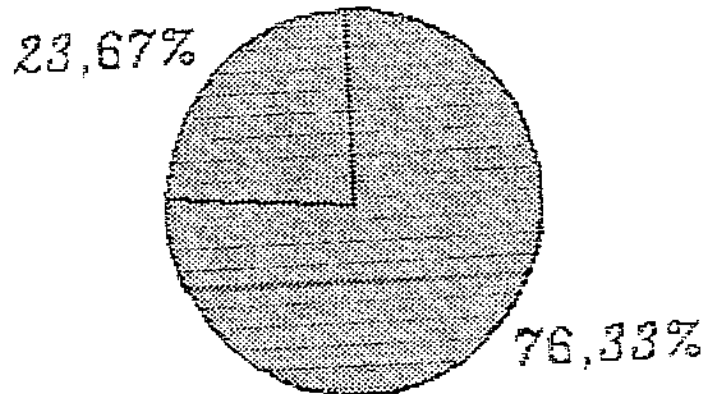
Η σωστή ενημέρωση μειώνει τους καπνιστές	F	ΓΦ%
ΝΑΙ	264	87.59
ΟΧΙ	36	12.41
ΣΥΝΟΛΟ	300	(100)



Όπως φαίνεται στον Πίνακα και στο Σχήμα 32 το 87,59% πιστεύει ότι η σωστή ενημέρωση συμβάλλει στην μείωση του αριθμού των καπνιστών.

Πίνακας και Σχήμα 33 : Κατανομή 300 γυναικών σε σχέση με το αν η διαφημιστική καμπάνια του τσιγάρου συμβάλλει στην δημιουργία καινούργιων καπνιστών.

αυξηση καπνισ. λόγω διαφημησης	F	ΓΦ%
ΝΑΙ	229	76.33
ΟΧΙ	71	26.67
ΣΥΝΟΛΟ	300	(100)



Όπως φαίνεται στον Πίνακα και στο Σχήμα 33 το μεγαλύτερο ποσοστό με 76,33% έδωσε θετική απάντηση (συμβάλλει στην δημιουργία καινούργιων καπνιστών). Ενώ το 26,67% έδωσε αρνητική απάντηση.

Σ Υ Ζ Η Τ Η Σ Η

Πριν προχωρήσουμε στη συζήτηση των αποτελεσμάτων μας θα πρέπει να τονίσουμε ότι είναι εξαιρετικά δύσκολη η σύγκριση των ευρημάτων μας με τα στοιχεία που έχουμε από τη διεθνή βιβλιογραφία, γιατί αυτά δεν είναι επαρκή.

Κάποιες συγκρίσεις που μπορούμε να κάνουμε είναι από Νοσοκομεία της Αγγλίας και μια σύγκριση των γυναικών της Ιταλίας που καπνίζουν με το δείγμα των γυναικών της έρευνάς μας. Επίσης έχουμε κάποια στοιχεία από έρευνες που έγιναν στην Αγγλία για τις έγκυες γυναίκες και τον καρκίνο του πνεύμονα σε σχέση με το κάπνισμα, στοιχεία για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας από τη Σουηδία και τη Γερμανία και μια συγκριτική μελέτη καπνίσματος σε δείγματα πληθυσμού στη Γαλλία, Ιταλία, Ισπανία και Ελβετία.

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας δείχνουν ότι το κάπνισμα είναι αρκετά διαδεδομένο στις γυναίκες, αφού συνολικά το 62,00% είναι καπνίστριες. Ακόμα βλέπουμε ότι και στις Νοσηλεύτριες, με ποσοστό 58,33% το κάπνισμα είναι διαδεδομένο (πίνακας και σχήμα 5α).

Μέσα από την έρευνα μας παρατηρούμε ότι οι περισσότερες γυναίκες καπνίστριες βρίσκονται στην ηλικία "15-30", με ποσοστό 69,35%, ενώ το 30,65% βρίσκεται στην ηλικία "31-55". Το συμπέρασμα που βγάζουμε είναι ότι, το κάπνισμα προσελκύει την νεαρά ηλικία, ενώ μια γυναίκα αν δεν έχει καπνίσει μέχρι τα 30 δύσκολα μπορεί να αρχίσει αυτή την κακή συνήθεια. Ακόμα τονίζουμε ότι στο δείγμα μας είχαμε περισσότερες γυναίκες που είχαν ηλικία "15-30" χρονών. (πίνακας και σχήμα 1).

Οι περισσότερες γυναίκες καπνίστριες ήταν άγαμες (46,77%), οι έγγαμες έρχονται δεύτερες με ποσοστό 32,25%, ύστερα έχουμε

τις διαζευγμένες με 12,90% και οι χήρες έρχονται τελευταίες με ποσοστό 8,06%. Στις μη καπνίστριες τα αποτελέσματα αλλάζουν με μεγαλύτερο ποσοστό 52,63%, να κατέχουν οι έγγαμες. Αυτό ίσως να οφείλεται στο ότι οι έγγαμες μη καπνίστριες έχουν επίγνωση των συνεπειών του τσιγάρου στο οικογενειακό τους περιβάλλον. (πίνακας και σχήμα 2).

Το 53,22% των καπνιστριών δηλώνουν ότι δεν έχουν κανένα παιδί, το 30,64% 1-2, και το 16,12% έχει 3 και άνω. Και στις μη καπνίστριες παρατηρούμαι ότι τα αποτελέσματα είναι περίπου τα ίδια. Και από εδώ φαίνεται όχι μόνο η υπογεννητικότητα της χώρας μας αλλά, και η προσπάθεια των γυναικών - μητέρων να μην καπνίζουν. (πίνακας και σχήμα 3).

Οι περισσότερες Ελληνίδες καπνίστριες δηλώνουν ότι βρίσκονται σε "μέτρια" οικονομική κατάσταση (46,77%), ενώ με 28,87% των καπνιστριών βρίσκεται σε "καλή" οικονομική κατάσταση. Ενώ οι ακραίες οικονομικές καταστάσεις, "άσχημη" και "πολύ καλή" έχουν περίπου τα ίδια ποσοστά και μάλιστα χαμηλά (12,90% και 11,22% αντίστοιχα).

Στις μη καπνίστριες τα αποτελέσματα είναι περίπου τα ίδια με την διαφορά ότι το μεγαλύτερο ποσοστό κατέχει η "καλή" με 47,36% ενώ σε δεύτερη μοίρα έρχεται η "μέτρια" με 39,47%. Από αυτά τα αποτελέσματα παρατηρούμε ότι οι Ελληνίδες όσο ανεβαίνουν κοινωνικοοικονομικά τόσο λιγότερο είναι διαδεδομένο το τσιγάρο. Αρχίζουν να καταλαβαίνουν ότι το κάπνισμα δεν προσθέτει τίποτα στην προσωπικότητα τους. (πίνακας και σχήμα 4).

Και από αυτή την μικρή ερευνητική προσπάθεια βλέπουμε ακόμα μια φορά ότι η Ελλάδα είναι χώρα υπαλλήλων. Από τις γυναίκες που εξετάσαμε το 50% ήταν υπάλληλοι και οι περισσότερες καπνίστριες (51,61%). Ο μαθητόκοσμος έρχεται σε δεύτερη θέση σε καπνίστριες και μη με ποσοστά 24,19% και 36,84% αντίστοιχα. Ακόμα μια φορά

βλέπουμε (πίνακας και σχήμα 2), ότι οι γυναίκες που το επάγγελματά τους είναι οικιακά έχουν επίγνωση των συνεπειών του καπνίσματος, στο οικογενειακό τους περιβάλλον (πίνακας και σχήμα 5). Το οποίο παίζει μεγάλο ρόλο στην δημιουργία καινούργιων καπνιστών. Ένας πολύς μεγάλος αριθμός ερευνών από διάφορα μέρη του κόσμου διαπιστώνει ότι η πιθανότητα να καπνίζουν άτομα μέσα στην οικογένεια αυξάνει όταν ο ένας, αλλά κυρίως όταν και οι δύο γονείς καπνίζουν. Ακόμα τα ευρήματα αυτά των ερευνών διαπιστώνουν ισχυρότερη σχέση μεταξύ του καπνίσματος της μητέρας και της κόρης. Ακόμα συμφωνούν με την διαπίστωση του PALMER (1970) ότι τα κορίτσια επηρεάζονται περισσότερο από τους γονείς βρέθηκε ότι συμβάλλει ουσιαστικά στη συνειδητοποίηση του καπνίσματος, την απόκτηση της ικανότητας των χειρισμών τη μίμηση και τη δημιουργία προτύπων ειδικά κατά την ευαίσθητη περίοδο του πρώτου χρόνου της ζωής του παιδιού. Το κάπνισμα από τα αδέλφια βρέθηκε ότι σχετίζεται ισχυρά όσο και των γονιών. Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγει και το σύνολο των ερευνών που εξετάζουν την πιθανότητα να καπνίζουν. Ακόμη διαπίστωσαν ότι η πιθανότητα αυτή αυξάνει ανάλογα με τον αριθμό των αδελφών που καπνίζουν. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η επίδραση από τα αδέλφια είναι μεγαλύτερη όταν ενθαρρύνουν ενεργώς το κάπνισμα των άλλων αδελφών τους με την προσφορά τσιγάρων, παρά όταν απλώς δίνουν ένα παράδειγμα προς μίμηση (πίνακας και σχήμα 9).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των καπνιστριών άρχισε το κάπνισμα μεταξύ 18-20 ετών. Αυτό ίσως να συμβαίνει γιατί σ' αυτή την ηλικία οι κοπέλες αρχίζουν να ανεξαρτοποιούνται από την οικογένεια τους (φοιτήτριες, υπάλληλοι), και σαν δείγμα ανεξαρτησίας χρησιμοποιούν το τσιγάρο. Τα ερεθίσματα που δέχονται σε σχέση με τον τόπο διαμονής, έχει σαν συνέπεια να αρχίσουν το κάπνισμα κοπέλες σε μικρότερη ηλικία. Όπως φαίνεται στον πίνακα και στο σχήμα 8 οι

περισσότερες γυναίκες καπνίστριες (75,80%) δήλωσαν τόπο διαμονής σε πόλη άνω των 10000 καταίκων. Με αποτέλεσμα να αρχίζουν αυτή την κακή συνήθεια σε πολύ μικρή ηλικία, (12-14 και 15-17) με μεγαλύτερο ποσοστό οι πόλεις. (Πάτρα 50,00% , Αθήνα 38,09%).

Ο "απαγορευμένος καρπός" πάντα προκαλούσε τους ανθρώπους, έτσι και στην περίπτωση του καπνού, όσο πιο πολύ "απαγορεύεται", τόσο περισσότερο καταναλώνουν τσιγάρα. Όπως βλέπουμε και από την έρευνά μας, οι περισσότερες καπνίστριες (32,26%) καταναλώνουν πάνω από 20 τσιγάρα. (πίνακας και σχήμα 12).

Σχεδόν όλες οι καπνίστριες χρησιμοποιούν τον ίδιο τύπο τσιγάρων, που είναι με φίλτρο και αυτό γιατί ξέρουν και αισθάνονται ότι είναι πιο ελαφριά (66,13%) με λιγότερη νικοτίνη (24,19%) και πιο γευστικά (9,68%), (πίνακας και σχήμα 13 και 14). Από αυτό φαίνεται ότι θέλουν να προστατέψουν τον εαυτό τους, αλλά τελικά αυτό είναι μια ουτοπία μιας και για να ισορροπήσουν τα επίπεδα νικοτίνης στο αίμα τους αυξάνουν την ποσότητα των τσιγάρων, την συχνότητα και το βάθος των ρουφηξιών του καπνού.

Τι είναι όμως αυτό που οδηγεί όλο και πιο πολλές γυναίκες στην "πανούκλα" του 20ου αιώνα. Εκτός από τον οικογενειακό παράγοντα που παίζει σπουδαίο ρόλο στην δημιουργία νέων καπνιστών, το άγχος είναι ο αμέσως επόμενος παράγοντας με ποσοστό 26, 27%. Η σημερινή γυναίκα διακατέχεται πάρα πολύ από αυτό, αφού εκτός από την οικογένεια, έχει να αντιμετωπίσει, την εργασία της (περιβάλλον και καριέρα), την κοινωνική της ζωή, τις δημόσιες σχέσεις. Προσπαθώντας να βρει μια διέξοδο , οδηγείται στο κάπνισμα έχοντας πάρει λάθος δρόμο. Η "παρέα" με ελάχιστο ποσοστό πιο κάτω από το "άγχος" με 24,58% συμβάλλει στην δημιουργία νέων καπνιστών. Έτσι όσο πιο ευαλωτος είναι ένας άνθρωπος τόσο πιο πολύ προσπαθεί να μιμηθεί την παρέα του , την οικογένειά του, τα

ειδωλά του, (ηθοποιούς, τραγουδιστές) και νιώθει μεγάλη περιέργεια για την τόσο απολαυστική (όπως λένε) συνήθεια του καπνίσματος (πίνακας και σχήμα 15).

Οι γυναίκες που καπνίζουν συνοδεύουν το κάπνισμα τους με οινοπνευματώδη ποτά. Πολύ λίγες φορές βλέπεις μια γυναίκα να κρατάει το ένα από τα δύο (τσιγάρο ή ποτό). Στην έρευνα μας παρατηρούμε ότι οι καπνίστριες καταναλώνουν πάρα πολύ οινοπνευματώδη ποτά (11,29%). Ενώ οι μη καπνίστριες έχουν ένα ποσοστό αρκετά ενδεικτικό 0,00% (πίνακας και σχήμα 16 και 17).

Πολύ μεγάλο ρόλο στην κατανάλωση του καπνού παίζει το επάγγελμα. Οι γυναίκες που ασχολούνται με οικιακά είχαν την γνώμη αν ασχολούνταν με κάτι διαφορετικά δεν θα κάπνιζαν καθόλου (33,33%) ή θα το ελάττωναν (20,00%). Ενώ οι υπάλληλοι με ποσοστό 64,51%. Ένα χαρακτηριστικό του πίνακα 18 είναι ότι αν οι υπάλληλοι άλλαζαν επάγγελμα θα κάπνιζαν περισσότερο.

Όλες οι γυναίκες λίγο πολύ έχουν επίγνωση των συνεπειών του καπνίσματος πάνω στο θέμα "έμβρυο και τσιγάρο" και "θηλασμός και τσιγάρο". Το 83,87% των καπνιστριών έδωσαν θετική απάντηση και το 89,47% των μη καπνιστριών έδωσαν και αυτές θετική απάντηση για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη. Ενώ σχετικά μικρά ποσοστά έδωσαν αρνητική απάντηση (πίνακας και σχήμα 20).

Αν και έχουν επίγνωση των συνεπειών του καπνίσματος ειδικά στην εγκυμοσύνη, βλέπουμε στον πίνακα 21 ότι το 30,00% δεν έκοψε το κάπνισμα κατά την περίοδο του τοκετού. Το 16,66% το έκοψε τον πρώτο μήνα της εγκυμοσύνης. Ενώ από 40,00% το κόψανε ανάμεσα στον 1ο και στον 6ο μήνα. Από τα παραπάνω αποτελέσματα βλέπουμε ότι πριν ακόμα το έμβρυο έρθει στην κοινωνία μας το ποτίζει η ίδια η μητέρα του με το δηλητήριο του καπνού, προσπαθώντας να τρενάρει όσο γίνεται την διακοπή λέγοντας "στον επόμενο μήνα το κόβω".

Αυτό έχει σαν συνέχεια να φτάνουνε στον 9ο μήνα. Έτσι οι μητέρες καπνίστριες φέρνουν στον κόσμο συνήθως ολιγοβαρείς νεογνά (22,58%), έχοντας πρόωρο και πολλές φορές μη φυσιολογικό τοκετό. Ενώ ένα ελάχιστο ποσοστό ανφέρει ότι δεν έχει καμιά επιπλοκή κατά την εγκυμοσύνη και μετά από αυτή (πίνακας και σχήμα 22).

Στις μη καπνίστριες τα αποτελέσματα της έρευνας, είναι διαφορετικά. Το 71,43% είχε φυσιολογικό τοκετό χωρίς καμιά αποβολή. Ενώ ελάχιστες γυναίκες είχαν τις παραπάνω επιπλοκές πχ. οι αυτόματες αποβολές κατέχουν το 4,76% (πίνακας και σχήμα 23). Όσον αφορά το παθητικό κάπνισμα της εγκύου από τα αποτελέσματα του πίνακα 24 φαίνεται ότι επηρεάζει τη φυσιολογική εγκυμοσύνη. Έτσι το ποσοστό των πρόωρων τοκετών αυξάνεται σε 15% και το 10% είναι ολιγοβαρείς νεογνά.

Σε ερώτηση μας, αν έχουν κάνει προσπάθεια να το κόψουν ή να το ελατώσουν το 61,29% έδωσε θετική απάντηση και προσπαθώντας να αιτιολογήσει γιατί συνεχίζουν το 43,59% απάντησε ότι είναι συνήθεια, άγχος το 23,08% (πίνακας και σχήμα 25). Παρόλο που είναι γνωστές οι συνέπειες του τσιγάρου ένα μεγάλο ποσοστό 38,71% δεν έχει κάνει καμιά προσπάθεια να ελατώσει ή να κόψει το κάπνισμα. Δικαιολογώντας αυτή τη στάση της απάντησης το 50% ότι "μπορεί" ενώ κάποιοι άλλοι "δεν θέλω" "άγχος" (πίνακας και σχήμα 26).

Στον πίνακα και στο σχήμα 28 ξανά οι επιπτώσεις του καπνού στον άνθρωπο. Έτσι το 25,61% των καπνίστριων έχουν παραγωγικό βήχα, το 23,71% εμφανίζουν συμπτώματα δύσπνοιας, το 17,07% είναι επιρρεπείς σε λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος, ενώ ενοχλήσεις από το πεπτικό σύστημα έχουν το 15,85%. Οι καπνίστριες

δηλώνουν "κατά τη γνώμη μας ότι είναι απόλυτα υγιείς το 18,29%

Το 43,55% των καπνιστριών μη μπορώντας ούτε στιγμή να αντέξουν χωρίς την γοητεία της νικοτίνης, εκτός ότι δεν σέβονται τους τρίτους μη καπνιστές το μεγάλο τους λάθος είναι ότι καπνίζουν μπροστά στα παιδιά τους, με αποτέλεσμα όπως έχουμε ήδη ανφέρει να προετοιμάζουν τις βάσεις για την μελλοντική εξέλιξη των νέων καπνιστών (πίνακας και σχήμα 29).

Αν και το ποσοστό της αποδοχής του παθητικού καπνίσματος είναι σχετικά μικρό 21,05%, αυτό δεν σημαίνει ότι πρέπει να είμαστε ευχαριστημένοι. Έχουμε δικαιώματα και πρέπει να τα υπερασπιζόμαστε. Ένα από αυτά είναι ο καθαρός αέρας και δεν έχει κανείς το δικαίωμα να μας τον στερήσει. Αυτό έχει γίνει κατανοητό από το 78,95% των παθητικών καπνιστών (πίνακας και σχήμα 36)

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, εκτός από την ενημέρωση που μας προσφέρουν μερικές φορές οδηγούν τα ευάλωτα άτομα σε λάθος δρόμο. Έτσι με το ισχυρό όπλο τους τη διαφήμιση μας προβάλλουν πολύχρωμες αφίσες δελεαστικά τοπία και υγιέστατα αθλητικά άτομα. Όλα αυτά συνοδευόμενα πάντα από ένα πακέτο τσιγάρων. Και ενώ σχεδόν όλοι συμφωνούν (92,33%) ότι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης μέσω της διαφήμισης αυξάνουν την κατανάλωση των τσιγάρων, όλοι κάθονται τις ακούν και τις βλέπουν (πίνακας και σχήμα 31 και 33).

Και όπως όλοι όπως πάντα προβάλλουν σαν "σανίδα" την πολιτεία έτσι και εδώ οι περισσότεροι (87,59%) περιμένουν την σωστή ενημέρωση από την πολιτεία νομίζοντας ότι θα μειώσει την κατανάλωση του καπνού. Δεν έχουν καταλάβει όμως ότι αφού οι ίδιοι δεν ενδιαφέρονται από μόνοι τους για τον εαυτό τους πως έχουν την απαίτηση να ενδιαφερθεί η κοινωνία γι' αυτούς.

Και η πρώτη σωστή ενημέρωση έρχεται από την οικογένεια και όχι από την πολιτεία.

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η αυξημένη συχνότητα του καπνίσματος που διαπιστώσαμε στις γυναίκες της Αθήνας, Πατρών, Μεσολογγίου, Μυτιλήνης και Ζακύνθου, καθιστά επιτακτική την ανάγκη για την εφαρμογή ισχυρών προληπτικών μέτρων στις νεώτερες ηλικίες.

Οι έρευνες που ασχολήθηκαν με το πρόβλημα του καπνίσματος παρουσιάζουν διάσταση απόψεων για τις ομάδες στόχους. Μερικές θεωρούν ότι πρέπει να είναι η οικογένεια, άλλες η ομάδα των συνομηλίκων και άλλες ότι πρέπει να είναι οι ίδιες οι γυναίκες.

Οι γονείς και κυρίως οι μητέρες θα πρέπει να ενθαρρύνουν ώστε να σταματήσουν το κάπνισμα ή τουλάχιστον να αποτρέπουν τα παιδιά τους απ' αυτό. Οι γονείς που καπνίζουν έχουν να αντιμετωπίσουν πολύ διαφορετικά προβλήματα σε σύγκριση με τους μη καπνιστές σε ότι αφορά στη διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους κατά του καπνίσματος. Και ενώ τόσο οι καπνιστές όσο και οι μη καπνιστές είναι πρόθυμοι να μιλήσουν από πολύ νωρίς στα παιδιά τους για τους κινδύνους από το κάπνισμα, μόνο λίγοι, είναι πρόθυμοι και ικανοί να υποστηρίξουν τα επιχειρήματά τους με το δικό τους παράδειγμα. Οι μητέρες που καπνίζουν δε φαίνεται να κατανοούν τους μηχανισμούς της πρωταρχικής κοινωνικοποίησης των παιδιών τους, όπως είναι η δημιουργία προτύπων, η μίμηση, η ταυτοποίηση κ.α. και έτσι παραβλέπουν τον αποφασιστικό ρόλο τους σε αυτή τη διαδικασία. Φαίνεται να νομίζουν ότι είναι το ίδιο να βλέπει το παιδί τη μητέρα τους να καπνίζει με το να βλέπει κάποιου άλλο να καπνίζει στο δρόμο.

Φυσικά και στις δύο περιπτώσεις το παιδί θα γίνει γνώστης του καπνίσματος. Όμως στην πρώτη περίπτωση το κάπνισμα αποτελεί μέρος της αντικειμενικής του πραγματικότητας που θα την εσωτερικεύει σε δική του υποκειμενική πραγματικότητα, ενώ στη δεύτε-

ρη περίπτωση μπορεί να παραμείνει μόνο σα μέρος της αντικειμενικής πραγματικότητας. Η δημιουργία ενός οικογενειακού κλίματος έντονα αποτρεπτικού ή απαγορευτικού για το κάπνισμα που θα περιλαμβάνει την αποφυγή του καπνίσματος μπροστά στα παιδιά από τους γονείς, τους άλλους συγγενείς και τους φίλους της οικογένειας.

Νομοθετικά μέτρα από την πλευρά του κράτους ενδεχόμενα να συμβάλλουν στον περιορισμό των πειραματισμών με τα τσιγάρα. Σαν τέτοια αναφέρουμε και προτείνουμε:

1). Την υψηλή φορολογία των τσιγάρων και των άλλων προϊόντων του καπνού. Έχει παρατηρηθεί ότι η αύξηση της τιμής των τσιγάρων οδηγεί σε περιορισμό της κατανάλωσης από τις Ελληνίδες καπνίστριες.

2). Την απαγόρευση της πώλησης και της κατοχής τσιγάρων και των άλλων προϊόντων του καπνού σε άτομα ηλικίας κάτω των 16 ετών.

3). Την πλήρη απαγόρευση τόσο της άμεσης όσο και της έμμεσης διαφήμισης των τσιγάρων με γιγαντοαφίσες στους δρόμους και στα γήπεδα, με φωτογραφικές διαφημίσεις σε εφημερίδες, περιοδικά, αγωνιστικά αυτοκίνητα κ.α. με παράλληλη έντονη αντιδιαφήμιση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τον ημερήσιο και τον περιοδικό τύπο.

4). Την απαγόρευση της παρουσίασης ατόμων κύρους και δημοφιλών ηθοποιών στην τηλεόραση σαν καπνιστών και του καπνίσματος σαν ενός σημαντικού μέρους ενός πρωϊνού κατορθώματος της απελευθερωμένης γυναίκας.

5). Την ενεργοποίηση των σχετικών διατάξεων για την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους και κοινόχρηστους χώρους και την παράλληλη επέκταση του μέτρου σε άλλους χώρους, όπως τα εστιατόρια, τα καταστήματα τροφίμων, τους χώρους μακράς αναμονής και την απαγόρευση της πώλησης τσιγάρων στα νοσοκομεία. Πρέπει να

γίνει αντιληπτό το ότι αν θα καπνίσει κάποιος είναι θέμα προσωπικό. Όμως το πον θακαπνίσει είναι θέμα κοινωνικό.

6). Την ενεργοποίηση και την οικονομική ενίσχυση των αντικαπνιστικών ομάδων και συλλόγων σε συνεργασία με τους κατατόπους Ιατρικούς Συλλόγους με την παράλληλη προβολή από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης των δικαιωμάτων των μη καπνιστών, όπως αυτά καθορίζονται από την Αμερικανική Εταιρεία κατά του καρκίνου, και με τη νομοθετική κατοχύρωσή τους.

Παράλληλα θα πρέπει να τονίσουμε ότι το Νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να ευαισθητοποιηθεί περισσότερο και ειδικότερα στο θέμα του καπνίσματος στο γυναικείο φύλο, διότι έχει πάρει εκτάσεις τρομερές στην χώρα μας.

Εμείς φιλοδοξούμε μέσα από την μικρή ερευνητική προσπάθεια που κάνουμε να καλέσουμε όλο το Νοσηλευτικό προσωπικό σε μια αντικαπνιστική καμπάνια και με σωστή ενημέρωση να βοηθήσουμε τις γυναίκες να κατανοήσουν ότι γυναικεία απελευθέρωση και ισότητα δεν σημαίνει και ούτε ισοδυναμεί με κάπνισμα τσιγάρου. αντίθετα μάλιστα διαστριβλώνει την εικόνα της γυναίκας από πρότυπο καλαισθησίας, ομορφιάς, αγνότητας, μητρικής εικόνας, σε κακέκτυπο γυναίκας.

Φιλοδοξούμε να ενημερώσουμε όσο το δυνατόν καλύτερα τις γυναίκες για τις βλαβερές συνέπειες του τσιγάρου και να βρούν ανταπόκριση οι στόχοι μας, που με μια φράση μπορούμε να συνοψίσουμε:

"ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΤΣΙΓΑΡΟ - ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΖΩΗ "

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο αυτό αφορά μια έρευνα των σπουδαστών της Νοσηλευτικής, Αλιάγα Διονύσιο και Σοφού Παναγιώτα, με θέμα "Γυναίκα και κάπνισμα".

Θα θέλαμε να απαντήσετε στις ερωτήσεις που σας αντιπροσωπεύουν με ένα .Ι. ή να συμπληρώσετε τα κενά αυτών.

1. Τι ηλικία έχετε

2. Είστε: α) Άγαμη
β) Έγγαμη
γ) Ξήρα
δ) Διαζευγμένη

3. Έχετε παιδιά; Αν ναι πόσα

.....

4. Ποιά είναι η οικονομική σας κατάσταση

- α) Άσχημη
β) Μέτρια
γ) Καλή
δ) Πολύ καλή

5. Τι επάγγελμα κάνετε

.....

6. Ποιές είναι οι γραμματικές σας γνώσεις

- α) Αναλφάβητη
β) Δημοτικό (1,2,3,4,5,6)
γ) Γυμνάσιο (1,2,3)
δ) Λύκειο (1,2,3)
ε) Φοιτητής, -τρια
στ) Πτυχιούχος ΑΕΙ ή ΤΕΙ

7. Τόπος γεννήσεως

.....

8. Τόπος διαμονής

- α) Χωριό (εως 2000 κατοίκους)
β) Κομόπολη (2000-10000 κατοίκους)
γ) Πόλη (ανω 10000 κατοίκους)

9. Μέσα στο περιβάλλον σας καπνίζουν, (σπίτι, χώρος εργασίας)

ΝΑΙ ΟΧΙ

- α) Πατέρας β) Σύζυγος
β) Μητέρα στ) Συνάδελφοι
γ) Αδελφός ζ) Άλλοι
δ) Αδελφή

10. Εσείς καπνίζετε

ΝΑΙ , ΟΧΙ

11. Από ποιά ηλικία αρχίσατε το καπνισμα

.....

12. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα

α) 1-5 , β) 5-10 , γ) 10-15

δ) 15-20 , ε) 20 και ανω

13. Για σας που καπνίζετε, τι τσιγάρα προτιμάτε

Εκετα Με φίλτρο

14. Ποια νομίζετε ότι είναι η διαφορά τους

.....

15. Τι ήταν αυτό που σας οδήγησε στο καπνισμα

α) Παρέα

β) Περιέργεια

γ) Μίμηση

δ) Αντίδραση

ε) Άγχος ή στενοχώρια

16. Καταναλώνετε οινοπνευματώδη ποτά

Λίγο , Πολύ , Πάρα πολύ

17. Όταν πίνετε καπνίζετε συγχρόνως

ΝΑΙ ΟΧΙ

18. Αν η απασχόληση σας ήτανε διαφορετική, π.χ. απο δημόσιος υπάλληλος σε οικιακά, θα καπνίζατε:

Περισσότερο , Λιγότερο , Καθόλου

19. Αν έχετε παιδιά κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης σας και του θηλασμού καπνίζατε

ΝΑΙ ΟΧΙ

20. Έχετε επίγνωση των συνεπειών του καπνίσματος πάνω στο θέμα, "έμβρυο και τσιγάρο" ή "θηλασμός και τσιγάρο".

ΝΑΙ ΟΧΙ

21. Όταν μείνατε έγκυος ποτε κόψατε το τσιγάρο (ημέρες ή μήνες). Αν δεν το κόψατε γράψτε το

.....

22. Αν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης σας καπνίζατε συνέχεια είχατε;

α) Πρόωρο τοκετό

β) Ήδη φυσιολογικό (καταρική ταμή)

γ) Αινοβαρές νεογνό (κάτω των 2500GR)

- δ)..αυτόματες αποβολές
ε) αλεύτικες επιπλοκές

23. Αν δεν καπνίζετε, είχατε κάποιες από τις παραπάνω συνέπειες και ποιά;
.....

24. Αν κάπνιζε ο σύζυγος σας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και εσείς όχι, είχατε κάποιες από τις παραπάνω (ερώτηση 22) συνέπειες και ποιά
.....

25. Έχετε κάνει ποτέ προσπάθεια να το κόψετε ή να το ελατώσετε

ΝΑΙ ΟΧΙ

26. Αν ναι γιατί συνεχίζετε
.....

27. Αν όχι γιατί;
.....

28. Έχετε μήπως τις παρακάτω εκδηλώσεις;

- α) άσπυα
β) Παραγωγικό βήχα
γ) Δοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος
δ) Ενοχλήσεις από το πεπτικό σύστημα

29. Προσπαθείτε να μην καπνίζετε μπροστά στα παιδιά σας ή σε άλλους μη καπνιστές;

ΝΑΙ ΟΧΙ

30. Αν είστε μη καπνίστρια και είστε μαζί με άτομα καπνιστές, τους υπενθυμίζετε ότι δεν ανέχετε τον καπνό τους;

ΝΑΙ ΟΧΙ

31. Κομίζετε ότι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης αυξάνουν τον αριθμό των τσιγάρων;

ΝΑΙ ΟΧΙ

32. Πιστεύετε ότι η σωστή ενημέρωση από την πολιτεία μπορεί να συμβάλει στη μείωση του αριθμού των καπνιστών;

ΝΑΙ ΟΧΙ

..... ναί με ποιούς τρόπους

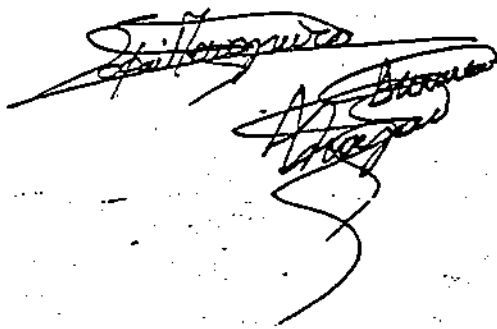
- α) Εσωστή διαπαιδαγώγηση από την οικογένεια
- β) Ενημέρωση στα σχολεία
- γ) Εσωστή κοινωνική αντιμετώπιση
- δ) Άλλοι λόγοι

33. Η διαφημιστική καμπάνια των τσιγάρων πιστεύετε ότι συμβάλει στην δημιουργία νέων καπνιστών;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ
ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ.

Handwritten signatures and scribbles, including a large signature that appears to read "Επιτροπή" and other illegible marks.

Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η

Αυτή η εργασία περιλαμβάνει μια ερευνητική προσπάθεια πάνω στο θέμα "ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ", κυρίως σε γυναίκες ερωτώμενες στις περιοχές των Αθηνών, Πατρών, Μεσολογγίου, Μυτιλήνης, και Ζακύνθου, συνολικά σε 300 γυναίκες όλων σχεδόν των ηλικιών από 15 μέχρι και 55 χρονών.

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας ήταν "άρκετά" αντιπροσωπευτικά μιας πραγματικότητας σκληρής για το ποσοστό των γυναικών που καπνίζουν (άνω των 50%) συστηματικά πλέον και όχι περιοδικά ή περιστασιακά. Ακόμα βλέπουμε πως ενώ όλες σχεδόν είναι ενημερωμένες για τις βλαβερές συνέπειες του καπνού, παρ'όλα αυτά συνεχίζουν ακατάπαυστα να καπνίζουν, δηλώνοντας αδυναμία να το κόψουν.

Από τα στοιχεία που πήραμε φάνηκε καθαρά ότι το οικογενειακό περιβάλλον παίζει καθοριστικό ρόλο στην έναρξη ή όχι του καπνίσματος εφ'όσον κάποιος συγγενής καπνίζει ή όχι.

Συνοπτικά έγινε αντιληπτό ότι το τσιγάρο έχει μπει για τα καλά στον τρόπο ζωής της Ελληνίδας γυναίκας στενά συνδεδεμένο με την έννοια της απελευθέρωσης, σε αντίθεση με τις γυναίκες του εξωτερικού που παρουσιάζουν μερικές στασιμότητες στο θέμα του καπνίσματος χωρίς να τις έχει επηρεάσει ούτε θετικά ούτε αρνητικά αυτός ο θεσμός.

S U M M A R Y

This assignment comprises a research effort on the topic "WOMAN AND SMOKING", mainly on women that were given the questionnaire, in the areas of Athens, Patras, Messologhi, islands of Lesvos and Zakynthos, which were 300 women in total covering just about all ages, from 15 to 55.

The results of our research, were "quite" representative of a hard reality for the percentage of women that smoke (above 50%) on a regular basis and not periodically or intermittently. We also see that although nearly all of them are informed about the harmful consequences of smoking, they still continue to smoke, declaring weakness or inability to stop.

From the information we were able to gather it became clear that family environment plays a determining role in the starting or not of smoking.

In brief it became perceptible that smoking has come in for good, in the way of life of the Greek woman, closely linked to the meaning of emancipation, in contrast with women abroad who present a stagnation on the subject of smoking, without having been influenced positively or negatively by this unwritten law.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΒΕΚΜΙΔΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ : "Κάπνισμα. Το άλλο νέφος μέσα μας".
Τόμος Α', Εκδόσεις "Ακρίτα", Αθήνα 1988.
- ΑΘΑΝΑΣΟΥΛΗ Θ. : "Η επίδραση του καπνού και του καπνίσματος
στη στοματική υγεία". Περιοδικό Ιατρική, 54: 54-57,
Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1988.
- ΒΑΛΑΒΑΝΙΔΗΣ Α.Π. : "Η χημική σύσταση του καπνού του τσιγάρου".
Περιοδικό Ιατρική, 54: 20-27, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1988.
- ΒΑΡΕΨΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ : "Κάπνισμα και λειτουργία". Πτυχιακή
Εργασία, Τ.Ε.Ι. Αθήνας Σ.Ε.Υ.Π. Φυσιοθεραπείας. Αθήνα
1987.
- ΒΕΛΟΓΙΑΝΝΗ Α. : "Διακρίσματα μη καπνιστών". Περιοδικό Ιατρική,
54: 96-98, Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1988.
- ΒΕΣΑΛΕΜΕΣ Μ. : "Το παθητικό κάπνισμα και υγεία". Περιοδικό Ια-
τρική, 54: 45-48, Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1988.
- ΒΛΑΧΟΥ ΣΟΦΙΑ - ΔΑΝΙΗΛ ΑΡΓΥΡΩ. : "Η γυναίκα και το κάπνισμα".
Πτυχιακή Εργασία, Τ.Ε.Ι. Πάτρας Σ.Ε.Υ.Π. Νοσηλευτική.
Πάτρα 1990.
- ΔΑΛΛΑ - ΒΟΡΓΙΑ Π. : "Ο ρόλος της νομοθεσίας στον αγώνα κατά
του καπνίσματος". Περιοδικό Ιατρική, 54: 91-95, Εκδόσεις
Βήτα. Αθήνα 1988.
- ΔΟΣΙΑΔΗΣ Σ. : "Κάπνισμα: Ευθύνες όλων". Περιοδικό Ιατρική,
54: 5, Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1988.

ΔΟΣΙΟΣ ΘΙ. : "Κάπνισμα και υγεία". Περιοδικό Ιατρική, 54: 6-7, Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1988.

ΔΟΣΙΟΣ ΘΙ. : "Κάπνισμα και καρκίνος". Περιοδικό Ιατρική, 54: 28-34, Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1988.

ΖΑΧΑΡΟΥΛΗΣ Α. : "Κάπνισμα και καρδιαγγειακές παθήσεις". Περιοδικό Ιατρική, 54: 41-44, Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1988.

JAFFE JEROME - ROBERT PETERSON - RAY HODGSON. : Ναρκωτικά - Τσιγάρο - Αλκοόλ". (Μετάφραση και απόδοση Όλγα Μαρτίου - Μάριο Σόλμου), Επίτομος, Εκδόσεις, Ψυχολόγος. Αθήνα 1981.

ΚΑΡΣΟΥΔΗΣ Ε. : "Κάπνισμα και αναπνοή". Περιοδικό Ιατρική, 54: 58-64, Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1988.

ΚΟΚΚΕΒΗ Α - ΣΤΕΦΑΝΗΣ Κ. : "Το κάπνισμα και οι ψυχοκοινωνικοί συντελεστές του". Περιοδικό Ιατρική, 54: 65-72, Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1988.

ΚΥΡΟΥΣΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ. : "Σήματα κινδύνου". Επίτομος, Εκδόσεις Σοκόλη. Αθήνα 1987.

ΜΑΡΤΙΝΟΒ ΑΝΑΤΟΛΙΓ. : "Η ζωή στην άκρη του τσιγάρου". (Μετάφραση Γ. Στεργίου), Εκδόσεις Σύγχρονη εποχή, Αθήνα 1983.

ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Ε. : "Φαινομενολογία του καπνίζεω". Περιοδικό Ιατρική, 54: 10-11, Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1988.

ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ. : "Εξαρτήσεις στην ζωή μας". Επίτομος, Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 1985.

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

- ΠΟΝΤΙΩΝΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ. : "Μέθετε για το κάπνισμα". Επίτομος, Εκδόσεις Περιστέρας. Αθήνα 1988.
- ΡΗΓΙΤΟΣ Π. : "Η χρήση του καπνού στην Ελλάδα". Περιοδικό Ιατρική, 54: 12-19, Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1988.
- ΣΑΡΑΝΤΙΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ. : "Το κάπνισμα, ο μεγάλος εχθρός της υγείας". Τριμηνιαία προσφορά Γ.Δ.Σ. Εκτυπώσεις, Αθήνα 1980.
- ΤΣΑΧΡΕΛΙΑΣ Κ. : "Κάπνισμα και ραδιενέργεια". Διάλεξη στο Δημοτικό Θέατρο Πειρών. ΕΑΤΡΑ 1986.
- ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. : "Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης και αντικαπνιστική πολιτική". Περιοδικό Ιατρική, 54: 80-91, Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1988.
- ΦΕΦΕΣ ΘΕΟΚΛΗΤΟΣ. : "Η αλήθεια για το κάπνισμα". Επίτομος, Εκδόσεις Σήμαντρο. Χολαργός 1979.
- ΦΡΑΓΚΙΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ. : "Νεολαία και κάπνισμα". Εκτύπωση Εφοι ΡΟΗ ΕΠΕ. Χαϊδάρι 1986.
- ΦΡΑΓΚΙΔΗΣ Χ - ΜΠΡΕΣΣΑΟΣ Μ. : "Κάπνισμα: καλή συνήθεια ή φαρμακευτική εξάρτηση". Περιοδικό Ιατρική, 54: 73-79, Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1988.
- ΧΑΝΙΩΤΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ. : "Θάνατοι σχετιζόμενοι προς το κάπνισμα σιγαρέτων εν Ελλάδι". Διατριβή επί Διδακτορία, Εκδόσεις Τζαμουτζάκη. Αθήνα 1977.
- ΧΑΤΖΗΣΤΑΥΡΟΥ Κ - ΙΟΥΡΑΝΟΓΛΟΥ Ι. : "Κάπνισμα και χρόνια βρογχίτις - εμφύσημα". Περιοδικό Ιατρική, 54: 35-41, Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1988.

ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΓΝ. : "Το κάπνισμα: Ένα βιο-ψυχο-κοινωνικό φαι-
νόμενο". Περιοδικό Ιατρική, 54: 8-9, Εκδόσεις Βήτα.
Αθήνα 1988.

