

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ:Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΜΕ ΘΕΜΑ

<<Οι βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος στον οργανισμό
θέση και ρόλος του Νοσηλευτή στη Διαφώτιση>>

Ερευνητική μελέτη των σπουδαστριών:

- 1.Μερκούρη Αικατερίνης
- 2.Παπαλέξη Ωραιάνθης
- 3.Χαραλαμποπούλου Αλεξάνδρας

Υπεύθυνη Καθηγήτρια

Δίδα Παπαδημητρίου Μαρία

Υπογραφή:

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχιακής

Εργασίας

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

1)

2)

3)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1201 β
----------------------	--------



Αυτή την εργασία την αφιερώνουμε
στους σεβαστούς μας γονείς και
στον αγώνα κατά του καπνίσματος.

Με την ευκαιρία αυτής της εργασίας θέλουμε να ευχαριστήσουμε τις δεσποινίδες Ε.Σπειτιέρη, Χ.Τεροβίτου, Ε.Λιακοπούλου, Μ.Πουλοπούλου, Α.Παπασταύρου

Επίσης τους δασκάλους της Σχολής μας, που μας βοήθησαν κατά τη διάρκεια των σπουδών μας να αποκομίσουμε πολύτιμες και μοναδικές γνώσεις.

Ιδιαίτερα θα ευχαριστήσουμε την υπεύθυνη για την εργασία μας καθηγήτρια Δ.Μ.Παπαδημητρίου, η οποία μας καθοδήγησε στο έργο μας και με τη βοήθειά της ολοκληρώσαμε την Πτυχιακή μας εργασία.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΣΕΛ.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Πρόλογος	1
Λίγη ιστορία για το κάπνισμα	2
Εισαγωγή	4
Το κάπνισμα και η νόσος	7
Εσωτερική ψυχολογική κίνηση	9
Ποιός γίνεται καπνιστής	11
Η γοητεία της νικοτίνης	12
Τι κάνει η νικοτίνη	14
Το κάπνισμα και ο θυμός	15
Η γρήγορη δράση της νικοτίνης	16
Το κάπνισμα είναι εθισμός	17
Διακινδυνεύοντας τα πάντα για τον καπνό	18
Σταματώντας το κάπνισμα τι συμβαίνει	20
Σταματώντας και ξαναρχίζοντας	21
Ο δολοφόνος	24
Η σχέση με τον Ca	26
Άλλοι κίνδυνοι	27
Αναλυτικότερη παρουσίαση των επιλοκών του καπνίσματος	29
Ca στόματος	29
Ca οισοφάγου	30
Ca λάρυγγα	31
Αναπνευστικές ασθένειες	43
Επιπτώσεις του καπνίσματος στους βρόγχους	31
Βρογχίτιδα	34
Βρογχογενές καρκίνωμα	35
Ca πνεύμονα	36

	ΣΕΛ.
Στεφανιαία νόσος	38
Ca παγκρέατος	41
Ca ουροδόχου κύστεως	42
Γενικά για το παθητικό κάπνισμα	45
Συσσωρευμένες επιδράσεις από το παθητικό κάπνισμα σ'όλη τη διάρκεια της ζωής, ως προς τον κίνδυνο του καρκίνου	47
Παθητικό κάπνισμα και υγεία των παιδιών	49
Παθητικό κάπνισμα και ενήλικες	52
Οι συνέπειες του παθητικού καπνίσματος σε ενήλικους	
Κάπνισμα και έμβρυο	58
Νεώτερες πληροφορίες για το παθητικό κάπνισμα	62
Οικονομικό κόστος	57
Φαρμακολογικές απόψεις πάνω στο κάπνισμα και στην επιρρέπεια στην νικοτίνη	65
Μηχανισμοί ενέργειας	66
Το Κ.Ν.Σ. και ενέργειες συμπεριφοράς	67
Καρδιοαγγειακές ενέργειες	68
Ενδοκρινείς και μεταβολικές ενέργειες	69
Η απορρόφηση της νικοτίνης	71
Φαρμακοκινητική και μεταβολισμός της νικοτίνης	73
Στάθμεις νικοτίνης στο αίμα κατά τη διάρκεια της χρήσης καπνού	74
Τοξικές ενέργειες δράσης της νικοτίνης	75
Η νικοτίνη και οι ανθρώπινες νόσοι	76
Η νικοτίνη, Στεφανιαία νόσος και περιφερική αγγεια- κή νόσος	76
Η νικοτίνη και η υπέρταση	78
Η νικοτίνη και αποχή από τον καπνό	78
Ρύθμιση της λήψης της νικοτίνης κατά τη διάρκεια του καπνίσματος	79

	ΣΕΛ.
Επιρρέπεια στη νικοτίνη	80
Θεραπεία: Αντικατάσταση της νικοτίνης	83
Το κάπνισμα και ο μεταβολισμός των φαρμάκων	87
Φαρμακοδυναμικές αλληλεπιδράσεις	88
Συμπεράσματα	89
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Ερωτηματολόγιο	91
Αποτελέσματα έρευνας	95
Πορίσματα και αιτιολογήσεις των αποτελεσμάτων της έρευνας	103
Γενικά συμπεράσματα	107
Διαφώτιση	111
Το τσιγάρο στο εδώλιο	124
Θα θέλαμε να σας προτείνουμε τρόπον να κόψετε το τσιγάρο και να βρούμε το αντίστοιχο αντίδοτο	126
NICORETTE	129
Αισιόδοξα βήματα	153
Γράμμα προς την κοινή λογική	155
Αξίζει τόσες θυσίες	156
Βιβλιογραφία	157

ΟΜΟΛΟΓΙΑ ΕΝΟΣ ΚΑΠΝΙΣΤΟΥ

Στο τσιγάρο μου

Είσαι κοντά μου από οποιονδήποτε, κοντά στην καρδιά μου.

Με τα χείλη μου σε φιλώ περισσότερο από ό,τι την οικογένειά μου.

Όταν ξυπνώ οι σκέψεις μου τρέχουν σ'εσένα, και εκεί είναι όλη την ημέρα.

Προσκυνώ στο βωμό σου και σε θυμιατίζω συνεχώς.

Σκοοπώ το θυμιάμα του καπνού σου στα πρόσωπα γυναικών και παιδιών.

Διακινδυνεύω τη ζωή μου για σένα, περισσότερο απ'οτιδήποτε άλλο στον κόσμο.

Στο σώμα μου φέρω στίγματα της αφοσίωσής μου σε σένα: στα δάκτυλα, στο δέρμα, στην πνοή μου.

Έχω γίνει σκλάβος σου, εγώ ρουφώ τον καπνό σου και εσύ τη ζωή μου.

(Μαρτίνωφ 1983)

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

<<Ο καπνός προκαλεί ζημιά στο σώμα, καταστρέφει την νόηση, αποβλακώνει ολόκληρα έθνη>>.

Περισσότεροι από τους μισούς <<πολιτισμένους>> ανθρώπους στον κόσμο (άνδρες και γυναίκες) καπνίζουν. Το ποσοστό είναι εκπληκτικό. Να μια πλειοψηφία αχτύπητη. Έτσι δι-σακατομμύρια δολάρια γίνονται <<καπνός>> κάθε χρόνο.

Το κάπνισμα! ωφελεί ή βλάπτει; Όλοι όσοι καπνίζουν-είναι χαρακτηριστικό αυτό- έχουν πάρει την απόφαση να το κόψουν. Μα ποτέ απόφαση δεν είχε τέτοιο οικτρό κατόντημα... Οι περισσότεροι μένουν με την απόφαση ανεκτέλεστη... και το τσιγάρο φυσικά στο στόμα. Πολύ λίγοι, ελάχιστοι το κόβουν. Αλλά ο αριθμός των καπνιστών καθόλου δεν μειώνεται. Παραμένει σταθερός, αμείωτος και ατράνταχτος και μάλλον αυξάνει.

Μα γιατί; Είναι απλό. Νέες κλάσεις νεοσυλλέκτων καπνιστών αντικαθιστούν το ελάχιστο ποσοστό αυτών, που τους κόβει ο θάνατος, με βοηθό το τσιγάρο, το νήμα της ζωής.

(Πετσίνης 1978)

ΛΙΓΗ ΙΣΤΟΡΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το κάπνισμα είναι γνωστό από τους αρχαιότατους χρόνους. Στα έργα του αρχαίου ιστορικού Ηροδότου υπάρχουν μαρτυρίες πως οι Σκύθες ανέπνεαν τον καπνό από καιγόμενα φυτά, που περιείχαν διάφορες ουσίες, οι οποίες έφεραν παραισθήσεις. Η διάδοση όμως του καπνού στην Ευρώπη συνδέεται με το όνομα του Χριστόφορου Κολόμβου, που ανακάλυψε όχι μόνο την Αμερική αλλά και τον καπνό.

Οι ναύτες του Κολόμβου που αποβιβάστηκαν το 1492 στο νησί Γκουαναχάνι (Σαν Σαλβαδόρ), παρατηρούσαν με έκπληξη, πως οι Ινδιάνοι τύλιγαν σφιχτά τα φύλλα κάποιου φυτού, και άναβαν και τραβούσαν το καπνό απ' αυτά τα φύλλα που σιγοκαίγονταν, αφήνοντάς τον μετά να βγει απ' το στόμα και τη μύτη. Αυτά τα τυλιγμένα φύλλα, τα ονόμαζαν οι ντόπιοι κάτοικοι <<ταμπάκο>> και <<τσιγκάρο >>.

Σε ένδειξη χαιρετισμού και έκφραση φιλίας οι Ινδιάνοι προσέφεραν στον Κολόμβο και τους συνοδούς του τα τυλιγμένα σε λεπτά ρολλά ξερά φύλλα του καπνού. Έτσι οι Ισπανοί ναύτες έγιναν οι πρώτοι Ευρωπαίοι καπνιστές.

Οι πρώτες ρουφηξιές του καπνού του τσιγάρου, προξένησε στους ναύτες ένα δυσάρεστο αίσθημα, ζαλάδα, δάκρυα, αποπνικτικό βήχα, σιγά-σιγά όμως άρχισαν να συνηθίζουν και εκτός αυτού, άρχισαν να νιώθουν κάποια άγνωστα γι' αυτούς αισθήματα.

Εκτός αυτού, χρησιμοποιούσαν τα φύλλα του καπνού και τη στάχτη για τη θεραπεία των πληγών. Αυτό έδωσε αφορμή ν' αποδοθούν στον καπνό, θεραπευτικές ιδιότητες. Οι γιατροί ε-

κείνης της εποχής, πίστευαν στις θεραπευτικές ιδιότητες του καπνού.

Σύντομα όμως, οι περιπτώσεις των βαριών δηλητηριάσεων από τον καπνό, προκάλεσαν διωγμούς των καπνιστών σε διάφορες χώρες. Στην Αγγλία τον 16ο αιώνα τους καταδίκαζαν σε θάνατο. Ιδιαίτερα αδιάλλακτα ενάντια στο κάπνισμα φερόταν η εκκλησία.

Κι όμως παρά τους διωγμούς αυτούς ο καπνός διαδιδόταν θριαμβευτικά σ'όλες τις ηπείρους. Έτσι φθάσαμε να καπνίζονται σε κάθε λεπτό τη γήϊνη σφαίρα 280.000 τσιγάρα. Σήμερα σε παγκόσμιο κλίμακα θεωρούν το κάπνισμα σαν έναν από τους παράγοντες κινδύνου: για πολλές παθήσεις. Να γιατί από την Π.Ο.Υ. ανακηρύχθηκε το 1980 σαν χρόνος αγώνα ενάντια στο κάπνισμα: <<κάπνισμα ή υγεία; Διαλέξτε μόνοι σας!>> Και στην απόφαση της τεσσαρακοστής πέμπτης συνόδου της Εκτελεστικής Επιτροπής της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, υπογραμπίστηκε πως το κάπνισμα είναι <<ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα της σύγχρονης υγιεινής και βασική αιτία πρόωρου θανάτου που μπορεί να αποφευχθεί>>.

(Κορτσάρης Θωμάς)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι πληροφορίες πάνω στις κακές συνέπειες του καπνίσματος είναι τεράστιες και δραματικές. Έχει υπολογιστεί ότι η χρονιαία θνησιμότητα στις Η.Π.Α. λόγω του καπνίσματος είναι 350.000 παραπάνω, από την όλη απώλεια Αμερικάνικων ζώων στον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο (WARNER 1983) στην Κορέα και στο Βιετνάμ.

<<Το κάπνισμα είναι ο μοναδικός και ο πιο σπουδαίος περιβαντολλογικός παράγοντας στον οποίο αποδίδεται η πρόωπη θνησιμότητα στις Η.Π.Α.>>.

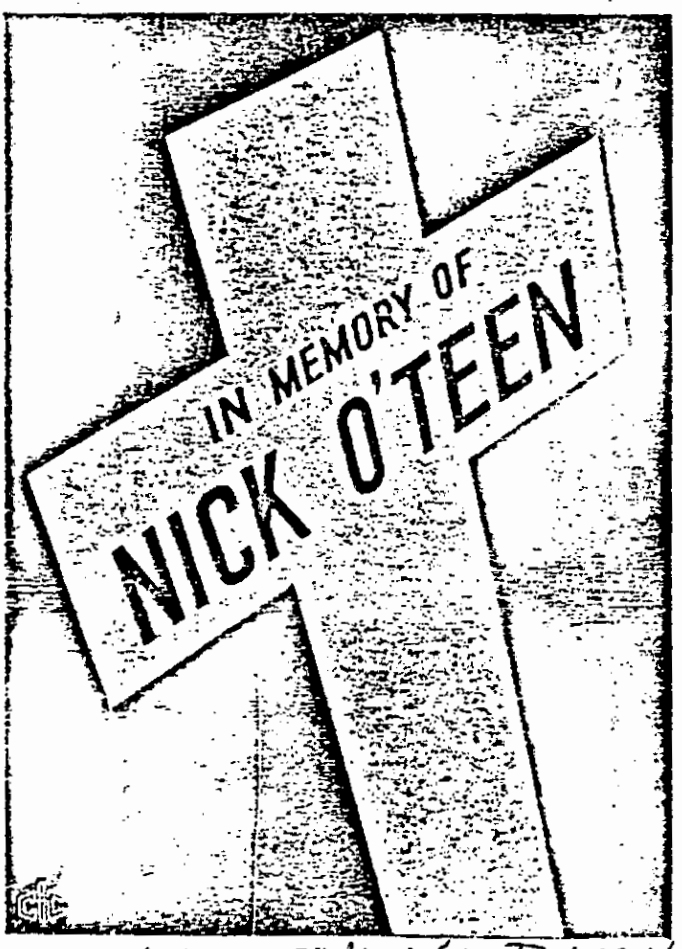
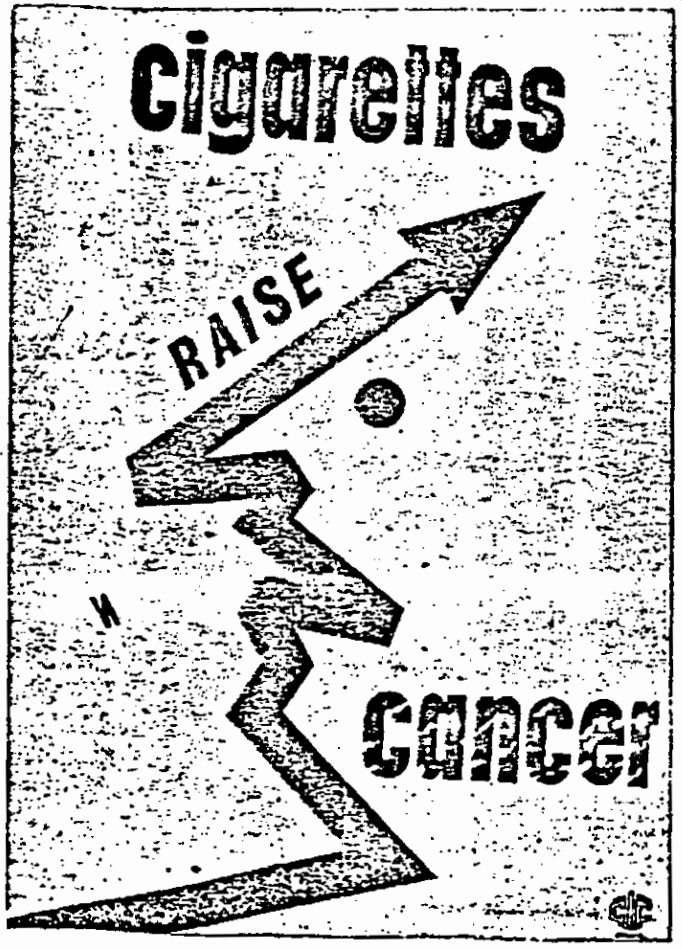
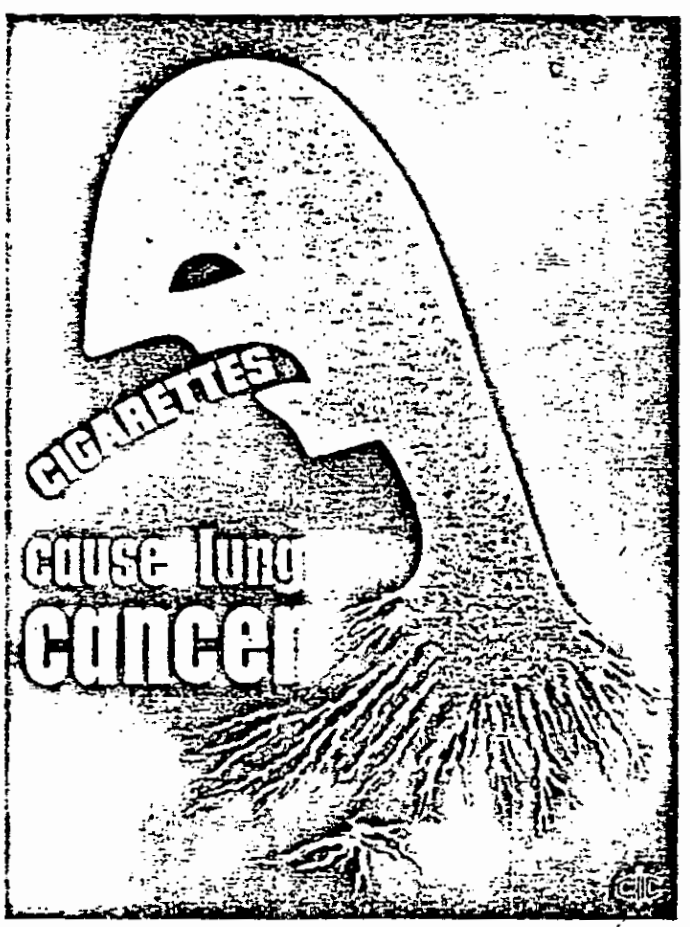
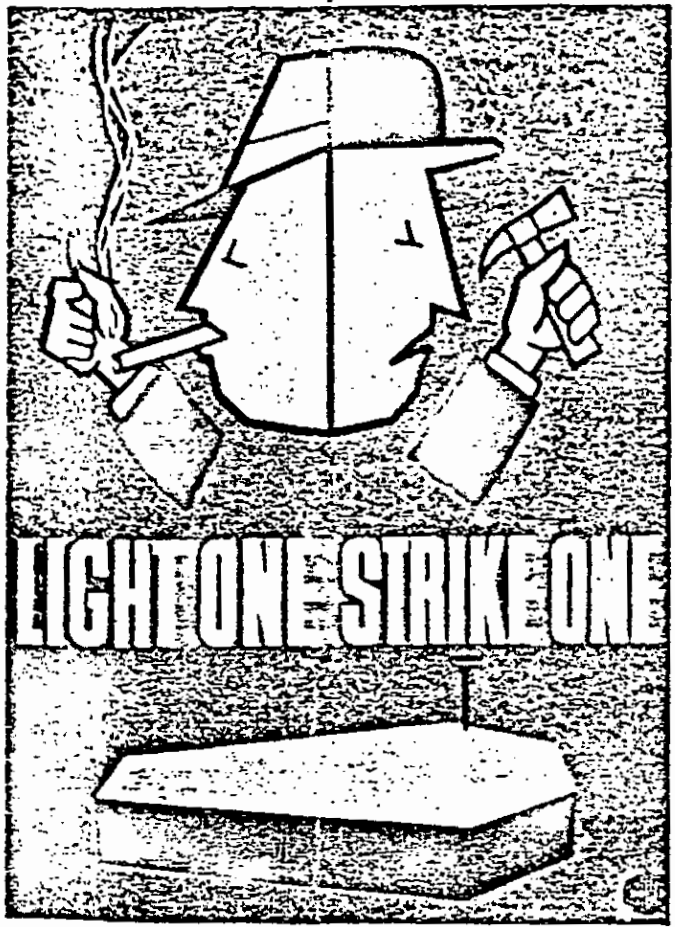
Το ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS και πολλές μελέτες που ξεκίνησαν τον καιρό εκείνο συντείνουν σ' αυτό το συμπέρασμα. Η θνησιμότητα που οφείλεται στο κάπνισμα συσχετίζεται, σχεδόν αντίστοιχα με τον αριθμό τσιγάρων που καπνίζονται ημερησίως και τα χρόνια χρήσης. Τούτο είναι συχνά εκφραζόμενο σε μέτρο που αποκαλείται ως <<PACK-YEARS>> (πακέτο χρόνια) δηλαδή ένα πακέτο την ημέρα για είκοσι χρόνια ίσον είκοσι <<PACK-YEARS>>.

Μια στατιστική υπολογίζει ότι μεταξύ καπνιστών που καπνίζουν πέντε-οκτώ χρόνια, κάθε τσιγάρο μειώνει τη ζωή τους 5,5 λεπτά. Υπάρχουν ορισμένα ενδεικτικά ότι η επίκαιρη χρήση τσιγάρων με φίλτρο και τσιγάρων με χαμηλή πίσσα, μειώνει τον κίνδυνο σημαντικά. Το κάπνισμα πούρου ή πίπας δεν γίνεται χωρίς κίνδυνο, αλλά είναι σημαντικά λιγώτερος από αυτόν που προκαλεί το τσιγάρο.

Σήμερα υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον, όσον αφορά τις δηλητηριώδεις συνέπειες, οι οποίες προκαλούνται από το παθητικό

κάπνισμα.

Ήπια βλάβη της αεροφόρου λειτουργίας των πνευμόνων έχει σημειωθεί, αλλά ακόμη χειρότερα έχει σημειωθεί και μια εισήγηση αυξημένου κινδύνου για καρκίνο, αλλά επιβάλλονται ευρύτερες μελέτες. Κάποια ιδέα σχετικά με τη συχνότητα των ανωμαλιών μπορεί να παρθεί από τις ακόλουθες πληροφορίες. Οι αποδείξεις που συνδέουν το κάπνισμα με καρκίνο του πνεύμονος, είναι σχεδόν αναμφισβήτητες και ο καρκίνος του πνεύμονα, ήταν η υπ' αριθμόν ένα αιτία θνησιμότητας από καρκίνο σε άντρες και γυναίκες στις Η.Π.Α. το 1985. Άντρες καπνιστές είναι περίπου 10 φορές πιο πιθανό να πεθάνουν από βρογχογενή καρκινώματα από τους μη καπνιστές. Γυναίκες καπνίστριες στο παρελθόν, είχαν περίπου το μισό κίνδυνο που αντιμετώπιζαν οι άντρες, αλλά η αλλαγή συνηθειών μπορεί να εξαφανίσει αυτή τη διαφορά. Οι κίνδυνοι που συνδέονται με το κάπνισμα δύο πακέτων τσιγάρων την ημέρα, είναι 3 φορές μεγαλύτεροι από αυτούς που συνδέονται με κάπνισμα $\frac{1}{2}$ πακέτου τσιγάρων την ημέρα. Οι πληροφορίες, είναι εξίσου καταθλιπτικές σε σχέση με τους καρδιαγγειακούς θανάτους. Το κάπνισμα τσιγάρων είναι ένας μεγάλος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη της αρτηριοσκλήρυνσης και για την πρόκληση στεφανιαίας καρδιοπάθειας, προπάντων δε για το έμφραγμα μυοκαρδίου που είναι ο υπ' αριθμόν ένα λόγος θνησιμότητας στις πιο πολλές βιομηχανικές χώρες.



His 8 2012 was on the 11/12/09

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ Η ΝΟΣΟΣ

Ένα εντυπωσιακό σώμα από αποδείξεις-στατιστικές κλινικές και πειραματικές-ενοχοποιούν το κάπνισμα. Βάση στατιστικής, υπάρχει μια σχεδόν ισοδύναμη αντιστοιχία μεταξύ της συχνότητας του καρκίνου του πνεύμονα και στα <<PACK-YEARS>>. Η αυξανόμενη πιθανότητα γίνεται είκοσι φορές μεγαλύτερη μεταξύ βαριών καπνιστών (40 και περισσότερα τσιγάρα την ημέρα για χρόνια). Περίπου 80% καρκίνου του πνευμονα, συμβαίνει σε επίκαιρους καπνιστές ή σ'αυτούς που σταματούν πρόσφατα να καπνίζουν. Το σταμάτημα του καπνίσματος για τουλάχιστον δέκα χρόνια, φέρνει τον κίνδυνο σε επίπεδο που μπορεί να ρυθμιστεί. Παθητικοί καπνιστές έχουν αυξημένη πιθανότητα καρκίνου, αλλά κατά πόσο, είναι αβέβαιο. Το κάπνισμα πίπας ή πούρου, μειώνει τον κίνδυνο, αλλά μόνο μετριόφρονα. Η χρήση φίλτρων στα τσιγάρα, μειώνει λίγο τον κίνδυνο, αλλά μόνο σε εκείνους που το χρησιμοποιούν αποκλειστικά για τα τελευταία 5-10 χρόνια.

Οι κλινικές αποδείξεις έχουν σε μεγάλο βαθμό συντελεστεί από την απόδραση προοδευτικών αλλαγών στο εσωτερικό του επιθηλίου του αναπνευστικού συστήματος σε βαριούς καπνιστές. Στην ουσία υπάρχει μια ισοδύναμη αντιστοιχία μεταξύ της έντασης εκθέσεως στο κάπνισμα και της εμφάνισης των πολύ ανησυχητικών επιθηλιακών αλλαγών, δυσπλασίας και τελικά ανωμαλίας που πλησιάζουν. Τα παραπάνω τις περισσότερες φορές ακολουθούνται από δυσάρεστα αποτελέσματα.

Οι πειραματικές αποδείξεις ενώ αυξάνονται κάθε χρόνο παραλείπουν ένα σημαντικό κρίκο-δεν έχει δυνατό μέχρι σήμερα να παρατηρηθεί καρκίνος στους πνεύμονες πειραματοζώων τα

οποία έχουν εκτεθεί σε καπνό τσιγάρου. Οι λίγοι όγκοι που έχουν παρατηρηθεί, μοιάζουν με καρκινώματα. Όσο και να είναι ο καπνός τσιγάρου, παρουσιάζει ογκογενετικά νοσήματα όπως είναι τα καρκινώματα. Αν και δεν υπάρχουν πειραματικά μοντέλα, η αλυσίδα αποδείξεων, συνδέοντας το κάπνισμα με τον καρκίνο του πνεύμονα γίνεται όλο και πιο δυνατή. Άλλες επιρροές μπορούν να είναι υπεύθυνες για ορισμένους καρκίνους του πνεύμονα. Περιβαντολλογικά και κατεχόμενα ρυπαντικά αέρος, χωρίς αμφιβολία μπορούν να συμμετέχουν. Προσέξτε την αυξημένη συχνότητα αυτού του τύπου νεοπλασίας, που παρουσιάζεται σε άτομα που δουλεύουν σε ραδιενεργά μέταλλα, σε ανθρακωρύχους του ασβέστη, (προπάντων όταν συμμετέχει και το κάπνισμα), σε αυτούς τους οποίους η δουλειά τους εκθέτει σε κονιορτο βαμβακίου και σε σκόνες (Παπαδημητρίου 1988) που περιέχουν αρσενικό, χρώμιο, ουράνιο, νικέλιο, πλαστικό χλωρίδιο κ.λ.π.. Βαριοί καπνιστές που είναι εκτεθειμένοι σε ασβέστην έχουν περίπου 90 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να προσβληθούν από καρκίνο του πνεύμονα από αυτούς που δεν καπνίζουν και δεν δουλεύουν με ασβέστη. Η ραδιενέργεια επίσης έχει δείξει μια αυξημένη συχνότητα καρκίνου του πνεύμονα, σ' αυτούς που δουλεύουν με ραδιενεργό ύλη. Τελικά πρέπει ν' αναφέρουμε ότι ένα είδος καρκίνου του πνεύμονα, αδενοκαρκίνωμα, παρουσιάζεται κοντά σε πνευμονικές ουλές. Δεν είναι ακόμα σίγουρο, αν αναπτυξιακοί παράγοντες συμπίπτουν στην παραγωγή ουλών και συνάμα στην καρκινογενετική ανάπτυξη ή αν η παραγωγή ουλών είναι δευτερεύουσα στην ογκοειδή δερροπλαστική αντίδραση (ROBBINS AND KUMOUR 1987).

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ

Γιατί καπνίζουν οι άνθρωποι; Απαντώντας σ' αυτή την ερώτηση οι περισσότεροι καπνιστές μπορούν να αιτιολογήσουν τη συμπεριφορά τους. Οι ερευνητές έχουν την τάση ν' αναλύουν την ερώτηση, σε τέσσερα διαφορετικά μέρη: γιατί οι άνθρωποι δοκιμάζουν κατ' αρχήν το κάπνισμα;

Γιατί γίνονται καπνιστές;

Γιατί δυσκολεύονται τόσο πολύ να το κόψουν ακόμα;

Και όταν είναι πεπεισμένοι ότι καταστρέφει την υγεία τους;

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

Γενικά όλοι συμφωνούν, ότι οι άνθρωποι αρχίζουν να καπνίζουν για έναν ή περισσότερους από τους παρακάτω λόγους: περιέργεια, συμβιβασμός με τις αξίες της ομάδας στην οποία ανήκουν, έκφραση επαναστατικότητας, μίμηση της συμπεριφοράς ατόμων, που θεωρούνται ότι έχουν μεγαλύτερο κύρος, όπως στην περίπτωση των νέων που θέλουν να κάνουν τους <<μεγάλους>>. Υπάρχει λιγότερη συμφωνία για τους παράγοντες, που καθορίζουν το ποιοί απ' αυτούς που δοκιμάζουν το τσιγάρο γίνονται, τελικά καπνιστές, το γιατί οι άνθρωποι δεν το κόβουν παρ' όλο που λένε ότι θέλουν να σταματήσουν και το γιατί οι άνθρωποι ξαναρχίζουν ύστερα από μια περίοδο αποχής.

Γιατί οι άνθρωποι συνεχίζουν να καπνίζουν; 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 (ανταμοίβοντας 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.

Ποιός γίνεται καπνιστής

Οι πιο σημαντικοί παράγοντες που καθορίζουν το ποιός γίνεται καπνιστής είναι η διαθεσιμότητα του τσιγάρου και το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αρχίζει ο κάπνισμα. 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 επιπτώσεις. 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.

Οι καπνιστές ακόμα και σαν έφηβοι, έχουν την τάση να είναι πιο παρορμητικοί, πιο περιπετειώδεις, πιο κοινωνικοί, πιο επαναστατημένοι και λιγότερο ανεκτικοί στους περιορισμούς και την εξουσία. Πίνουν περισσότερο καφέ, τσάϊ και οινοπνευματώδη απ' ότι οι μη καπνιστές, χρησιμοποιούν περισσότερο μαριχουάνα, αμφεταμίνες, βαρβιτουρικά και άλλες παράνομες τοξικές σουίες (οι περιπτώσεις των ανθρώπων που παίρνουν παράνομες τοξικές σουίες και που δεν καπνίζουν, είναι σχετικά σπάνιες).

Οι καπνιστές αρχίζουν να πίνουν και να έχουν σεξουαλική δραστηριότητα από μικρότερη ηλικία. Μπορεί να ζυγίζουν μερικά κιλά λιγότερο απ' τους μη καπνιστές παρ' όλο που καταναλώνουν περισσότερες θερμίδες κάθε μέρα. Ακόμα είναι μάλλον πιο αγχώδεις και ορισμένοι. Υπάρχει όμως μεγά-

λη επαλληλία ανάμεσα σε καπνιστές και μη καπνιστές. Οι διαφορές μεταξύ τους φαίνονται μόνο μελετιούνται εκατοντάδες περιπτώσεις.

Οι διαφορές της προσωπικότητας των καπνιστών ίσως να οφείλονται στον συνδυασμό περιβάλλοντος και κληρονομικότητας. Οι περιβαντολλογικοί είναι αυταπόδεικτοι. Υπάρχουν ενδείξεις κληρονομικού παράγοντα, όταν μονοζυγώτες δίδυμα (με ακριβώς ίδιες γενετικές ιδιότητες), που μεγάλωσαν χωριστά, έχουν ίδιες συνήθειες καπνίσματος πιο συχνά από διδυμους που μεγαλώνουν χωριστά και που δεν είναι μονοζυγώτες. Φαίνεται ότι ο τρόπος που αντιμετωπίζουμε το στρες και που αντιδρούμε στον κόσμο καθορίζεται (τουλάχιστον εν μέρει) γενετικά. Είναι φανερό ότι οι άνθρωποι, που γίνονται τακτικοί καπνιστές βρίσκουν την επίδραση του τσιγάρου πιο ευεργετική ή πιο ευχάριστη από τους άλλους.

Η φητεία της νικοτίνης

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

Το 1942, ένας Βρετανός ερευνητής, ο Δρ. Μέννοξ Τζώνστον χρησιμοποίησε ενέσεις νικοτίνης, σαν υποκατάστατο του καπνίσματος σε 35 εθελοντές. Οι μη καπνιστές βρήκαν τη νικοτίνη δυσάρεστη, αλλά οι καπνιστές όταν οι δόσεις ήταν επαρκείς, δεν αισθάνονταν την ανάγκη να καπνίσουν για αρκετό διάστημα. Σ'ένα παρόμοιο πείραμα, που έκανε στα 1978 ο Ρης Τζόουνς και οι συνεργάτες του και πάλι οι καπνιστές βρήκαν ευχάριστη την ένεση νικοτίνης, ενώ οι μη καπνιστές αισθάνθηκαν ναυτία.

Σ' ένα άλλο προγενέστερο πείραμα χορήγησαν σε μια ομάδα καπνιστών τσιγάρα με μικρή περιεκτικότητα σε νικοτίνη και τσιγάρα με συνηθισμένη νικοτίνη, εναλλάξ, χωρίς να τους ενημερώνουν γι' αυτές τις αλλαγές. Οι μισοί δεν παρατήρησαν καμμία διαφορά στην αίσθηση της ευχαρίστησης ή δοκίμασαν κάποια μείωση της συνηθισμένης ικανοποίησης με το τσιγάρο που είχε λίγη νικοτίνη. Λίγοι αισθάνθηκαν την έλλειψη της νικοτίνης, αλλά προσαρμόστηκαν ύστερα από μιά-δύο εβδομάδες και περίπου, το ½ συνέχισαν να αισθάνονται την έλλειψή της για πολλές εβδομάδες <<με διάφορους βαθμούς αυξημένης ερεθιστικότητας, μειωμένης ικανότητας να συγκεντρωθούν σε γνωστικά προβλήματα κι ένα συναίσθημα εσωτερικής πείνας ή κενού....>>

Το συμπέρασμα-ότι οι καπνιστές καπνίζουν για τη νικοτίνη-υποστηρίχθηκε και από μια δοκιμή' που έγινε το 1967 όπου έκαναν σε καπνιστές ενδοφλέβιες ενέσεις ή με νικοτίνη ή με αλμυρό διάλυμα. Με τη νικοτίνη ο ρυθμός του καπνίσματος, μειώθηκε περισσότερο από ένα τέταρτο, αλλά δεν επηρεάστηκε από το διάλυμα άλατος. Από τότε, πολλά πειράματα απέδειξαν, ότι όταν μειώνεται το επίπεδο νικοτίνης στο τσιγάρο ενός καπνιστή, η έλλειψη αυτή αντισταθμίζεται με αλλαγή στον τρόπο καπνίσματος. Το πόρισμα αυτό σημαίνει, ότι όταν ένας καπνιστής αλλάζει και καπνίζει τσιγάρα με λιγότερη νικοτίνη, τελικά-εξαιτίας του αντισταθμιστικού μηχανισμού-θα καταλήξει να καπνίζει πολύ περισσότερη πίσσα, νικοτίνη και μονοξειδίο του άνθρακα, απ'ότι δείχνουν οι προδιαγραφές των πακέτων.

Η νικοτίνη έχει σχετικά βραχυπρόθεσμη δράση και τα ε-

πίπεδά της μέσα στο αίμα πέφτουν γρήγορα (περίπου στο μισό, μισή ώρα μετά το τέλος του τσιγάρου και στο ένα τέταρτο την επόμενη μισή ώρα). Δεν είναι σύμπτωση, ότι οι περισσότεροι καπνιστές καπνίζουν 20 περίπου τσιγάρα μέσα στις 10 ώρες που είναι ξύπνιοι κάθε μέρα.

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

Τι κάνει η νικοτίνη

Η νικοτίνη προκαλεί αλλαγές στο ενδοκρινικό σύστημα, τα αιμοφόρα αγγεία, το γαστρεντερικό σύστημα και το νευρικό σύστημα. Οι αλλαγές που προκαλούνται μέσα στο νευρικό σύστημα είναι πολλαπλές.

Η νικοτίνη κάνει την καρδιά να χτυπάει πιο γρήγορα και ανεβάζει την αρτηριακή πίεση. Πιστεύεται, ότι αυτό οφείλεται εν μέρει στην αδρεναλίνη, που εκκρίνουν τα επινεφρίδια. Είναι γνωστό, ότι η νικοτίνη δρα στον εγκέφαλο με τον ίδιο τρόπο που δρα και η ακετυλοχολίνη, ουσία που μεταδίδει τη νευρική λύση από τον ένα νευρώνα στον άλλο. Έτσι μερικοί ερευνητές πιστεύουν ότι η νικοτίνη απελευθερώνει την νευρομεταβιβαστική ουσία νοραδρεναλίνη απ' τα νευρικά κύτταρα στον εγκέφαλο. Επίσης φαίνεται ότι απελευθερώνει νοραδρεναλίνη απ' τα νευρικά κύτταρα που τροφοδοτούν την καρδιά. Είναι ακόμα γνωστό ότι προκαλεί την έκκριση διαφόρων

ορμονών από την υπόφυση.

Σε ελάχιστες δόσεις, η νικοτίνη αυξάνει τη δραστηριότητα των ανασταλτικών κυττάρων (RENSHAW) στο νωτιαίο μυελό, που προκαλεί μείωση του μυϊκού τόνου. Το είδος της μυϊκής χαλάρωσης, διαφέρει από εκείνη, που προκαλούν άλλες τοξικές ουσίες, όπως τα βαρβιτουρικά και τα ήπια ηρεμιστικά. Οι ρυθμοί των εγκεφαλικών κυμάτων δείχνουν αύξηση εγρήγορης σαν και αυτή που προκαλούν οι αμφetaίνες. 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.

Οι επιδράσεις του καπνού εξαρτώνται ως ένα σημείο από τον ίδιο τον καπνιστή. Μερικοί καπνιστές τον θεωρούν σαν διεγερτικό, που τους βοηθάει να αντιμετωπίσουν την άνια. Άλλοι αισθάνονται ότι τους βοηθάει να αγνοήσουν τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, που αποσπούν την προσοχή τους και θα ελαττώσουν τα συναισθήματα άγχους, έντασης και εκνευρισμού.

Το κάπνισμα και ο θυμός

Ένας από τους πιο ενδιαφέροντες τομείς της σύγχρονης έρευνας είναι η μελέτη των επιδράσεων της νικοτίνης στην ευερεθιστηκότητα, το θυμό και την επιθετικότητα.

Σε μια σειρά από πειράματα τοποθέτησαν πιθήκους σε μια ελεγχόμενη συνθήκη, όπου δεν μπορούσαν ν'αποφύγουν ένα ηλεκτρικό σοκ στην ουρά τους. Όσο πλησίαζε η ώρα του σοκ τα ζώα έπαιζαν όλο και περισσότερο με τους μοχλούς των κλουβιών

τους. Αμέσως μετά το σοκ τους έδιναν να δαγκώσουν έναν ελαστικό σωλήνα.

Οι ερευνητές κατέγραψαν την ένταση, τη διάρκεια και τη συχνότητα των δαγκωμάτων, καθώς και τη συχνότητα της απασχόλησης με τους μοχλούς πριν απ' το σοκ. Δόσεις νικοτίνης είχαν την τάση ν' αυξάνουν τους χειρισμούς των μοχλών πριν απ' το σοκ και να μειώνουν τα δαγκώματα, που ακολουθούσαν. Σε πειράματα που μελετούσαν τις επιδράσεις επανειλημμένης και μακροπρόθεσμης χορήγησης νικοτίνης, βρέθηκε, ότι όταν σταματούσαν απότομα την νικοτίνη, τα ζώα αντιδρούσαν με μια απότομη αύξηση δαγκωμάτων μετά το σοκ. Αυτό διαρκούσε για δύο ημέρες περίπου και ύστερα η συμπεριφορά του δαγκώματος επανερχόταν στο επίπεδο που βρισκόταν πριν απ' τη χορήγηση της νικοτίνης.

Παρόμοια πειράματα έγιναν και με ανθρώπους εθελοντές όπου χρησιμοποιούσαν δυνατούς ήχους αντί για ηλεκτροσόκ και καταγράφανε την ηλεκτρική δραστηριότητα των μυών του σαγωνιού αντί για δαγκώματα. Η νικοτίνη ελάττωνε τη μυϊκή ένταση ακόμα και στους μη καπνιστές ενώ στους καπνιστές παρατηρήθηκε μια προσωρινή αύξηση της μυϊκής έντασης για μία ή δύο εβδομάδες από τότε, που σταμάτησαν να καπνίζουν.

Η γρήγορη δράση της νικοτίνης

Μια τοξική ουσία που αυξάνει την πιθανότητα της δικής της αυτοχορήγησης έχει περιγραφεί απ' τους ψυχολόγους της συμπεριφοράς σαν <<ενισχυτής>> της συμπεριφοράς της χρήσης της. Φαίνεται, ότι για τους ανθρώπους και τα ζώα η νικοτίνη είναι σχετικά αδύνατος ενισχυτής της συμπεριφοράς της χρήσης της. Αλλά μπορεί ν' αντισταθμίζει αυτή την αδυναμία της με άλλους τρόπους.

Κάθε ρουφηξιά καπνού, που έρχεται σε επαφή με τη μεγάλη επιφάνεια των τριχοειδών αγγείων των πνευμόνων, στέλνει μια μικρή δόση νικοτίνης στον εγκέφαλο πολύ πιο γρήγορα απ'τη δόση της ηρωΐνης την οποία στέλνει ο τοξικομανής με την ενδοφλέβια ένεση, που κάνει στο χέρι του.

Όσο πιο γρήγορα ακολουθείται μια συμπεριφορά από ένα θετικό αποτέλεσμα τόσο πιο πολύ ενισχύεται. Έτσι, η κάθε ρουφηξιά μπορεί να θεωρηθεί σαν πιθανός ενισχυτής της συμπεριφοράς του καπνίσματος. Το κάθε τσιγάρο έχει, περίπου, 10 ρουφηξιές και ένας συστηματικός καπνιστής καπνίζει πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα. Έτσι ακόμα κι ύστερα από ένα ή δύο χρόνια η συμπεριφορά της εισπνοής του καπνού έχει ενισχυθεί περισσότερες από 100.000 φορές.

Αν δημιουργηθεί σωματική εξάρτηση στην νικοτίνη, είναι πιθανό, ότι κάθε μικρή δόση νικοτίνης δημιουργεί τη δική της σχετικά ήπια ενίσχυση ανακουφίζοντας τον καπνιστή απ'το σύνδρομο της αποστέρησης. Η ανακούφιση αυτή μπορεί να έχει περισσότερες ενισχυτικές ιδιότητες απ'ότι η αρχική δράση της ίδιας της νικοτίνης.

Το κάπνισμα είναι εθισμός;

Αν <<εθισμός>> σημαίνει μια ακατανίκητη επιθυμία ή ανάγκη να χρησιμοποιεί κανείς μωφαρμακευτική ουσία, τότε σε μερικούς καπνιστές πράγματι το κάπνισμα έχει γίνει εθισμός. Αν εθισμός σημαίνει αλλαγή στον οργανισμό, που προέρχεται από την επαναλαμβανόμενη χορήγηση μιάς τοξικής ουσίας έτσι, ώστε όταν σταματήσει να παρατηρείται σύνδρομο αποστέρησης, τότε πάλι μερικοί καπνιστές έχουν εθισμό. Αν όμως, με τον όρο <<εθισμός>> εννοούμε, ότι η τοξική ουσία προκάλεσε μια αλλαγή στον οργανισμό τόσο σοβαρή, ώστε το

άτομο να πεθάνει ή να αρρωστήσει βαριά, όταν σταματήσει η χορήγηση, τότε ο καπνός δεν προκαλεί εθισμό. Ποτέ δεν έχει αναφερθεί θάνατος από απότομη διακοπή του καπνίσματος.

Πολλοί ειδικοί υποστηρίζουν, ότι το πραγματικό μέτρο ενός εθισμού σαν συμπεριφορά, είναι η προσπάθεια που κάνει το άτομο για ν'αποκτήσει την τοξική ουσία, η ιεράρχηση της χρήσης της σε σχέση με άλλες αξίες της ζωής του και ο βαθμός, που το άτομο μπορεί να ελέγξει τη χρήση του. Υπόστηρίζουν, ακόμη, ότι ένα σύνδρομο αποστέρησης μπορεί, χωρίς να απειλήσει τη ζωή του ατόμου, να επηρεάσει βαθύτατα τη συμπεριφορά του.

Η αποστέρηση από τα οπιοειδή πολύ σπάνια απειλεί τη ζωή του ατόμου, αλλά πολλοί οπιομανείς κάνουν σημαντικές θυσίες-καμιά φορά διακινδυνεύοντας τη ζωή και την ελευθερία τους- για να εξασφαλίσουν την απαιτούμενη προμήθεια. (Καρακουλάκης 1987).

Διακινδυνεύοντας τα πάντα για τον καπνό.

Πολλοί καπνιστές κάνουν μεγάλες θυσίες και διακινδυνεύουν πολλά για να προμηθευτούν καπνό. Όταν, στον Β' παγκόσμιο πόλεμο, η κατάληψη της Ολλανδίας προκάλεσε πείνα σε πολλές πόλεις, υπήρχαν άνθρωποι που προτιμούσαν να καλλιεργούν καπνό, αντί για λαχανικά, στο κομμάτι της γης που τους είχε χορηγηθεί γι' αυτό το σκοπό. Ακόμα και την πενιχρή τροφή των στρατοπέδων συγκεντρώσεως αντάλλαξαν 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 από το άλλο. Άλλοι ασθενείς αρνιούνται κατηγορηματικά να σταματήσουν το κάπνισμα ακόμα και ύστερα από εγχείρηση καρκίνου, που απαιτεί τραχειοτομή (δημιουργία ανοίγματος από το λαιμό στην τραχεία). Ρουφάνε τον καπνό στους πνεύμονες τους κατ'ευθείαν από το άνοιγμα της τραχειοτομής.

Ένας από τους λόγους που υπάρχουν τόσες διαφωνίες για το αν ο καπνός (ή η νικοτίνη) προκαλεί εθισμό, είναι το γεγονός, ότι οι μισοί απ'όλους τους καπνιστές κατορθώνουν να κόψουν το τσιγάρο, αισθανόμενοι μια μικρή και περαστική ενόχληση ή και καμιά ενόχληση. Θα ήταν λάθος, όμως, να θεωρήσουμε ότι το ίδιο ισχύει και στην περίπτωση του αλκοόλ, εφ'όσον πολλοί τακτικοί καταναλωτές του μπορούν να το σταματήσουν με ευκολία. Αν προεκτείνουμε αυτή τη λογική θα μπορούσαμε να πούμε, ότι τα οπιοειδή δεν δημιουργούν εξάρτηση (σε κανέναν), εφ'όσον πολλοί που τα χρησιμοποιούν μπορούν να τα σταματήσουν μόνοι τους.

Το θέμα δεν είναι ο κάθε καπνιστής έχει εθισμό-όπως άλλωστε και αν ο κάθε τακτικός πότης είναι αλκοολικός. Υπάρχουν πολλοί, που όταν αισθανθούν ότι συντρέχει σοβαρός λόγος μπορούν να κόψουν και το ποτό και το τσιγάρο. Αλλά είναι φανερό ότι ένας καπνιστής λέει: <<Μπορώ να το κόψω ό,τι ώρα θέλω>> δεν είναι περισσότερο αξιόπιστος απ'τον αλκοολικό, που υποστηρίζει τον ίδιο ισχυρισμό.

Πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι πρέπει να αντικαταστήσουμε τον όρο <<εθισμός>> με τον όρο <<εξάρτηση>>. Ο καπνός δημιουργεί εξάρτηση. Γι'αυτό δεν μπορεί να υπάρξει καμιά αμφιβολία.

Σταματώντας το κάπνισμα τι συμβαίνει;

Είναι εντυπωσιακό το πόσο αντιστέκονται οι άνθρωποι στην ιδέα του συνδρόμου αποστέρησης από τη νικοτίνη, όταν υπάρχουν άφθονα τεκμήρια ενός συστηματικού σχήματος συμπτωμάτων, που παρουσιάζονται μόλις ένα άτομο που καπνίζει πολύ, στερηθεί το τσιγάρο. Αν και μπορεί να διαφέρουν από καπνιστή σε καπνιστή, τα πιο κοινά συμπτώματα, που έχουν παρατηρηθεί είναι: ευερεθιστότητα, δυστροπία, εκνευρισμός, νευρική υπερηλία, απώλεια ενεργητικότητας, αϋπνία, ανικανότητα συγκέντρωσης, τρεμούλα, ταχυπαλμία και πονοκέφαλος.

Οι οργανικές αλλαγές ακολουθούν με ακόμα μεγαλύτερη συνέπεια. Σ' αυτές περιλαμβάνονται η μείωση του σφυγμού και η διαστολική πίεση. Η ένταση του συνδρόμου της αποστέρησης φαίνεται να φτάνει στο ζενίθ της μέσα στην πρώτη ή δεύτερη ημέρα και μετά κάμπτεται απότομα στις επόμενες λίγες ημέρες. Μερικοί πρώην καπνιστές υποστηρίζουν, ότι η <<λαχτάρα>> του τσιγάρου και μερικά άλλα συμπτώματα της αποστέρησης όπως η ευερεθιστότητα και η ανικανότητα συγκέντρωσης, μπορεί να επιμείνουν για εβδομάδες ή και μήνες.

Το πόρισμα, ότι η υπερβολική ευερεθιστότητα, είναι συνηθισμένο σύμπτωμα του συνδρόμου αποστέρησης απ' τον καπνό, είναι ιδιαίτερα εντυπωσιακό, γιατί σ' εργαστηριακές μελέτες έχει βρεθεί, ότι η νικοτίνη μειώνει αποτελεσματικά τα αισθήματα θυμού και ματαίωσης. Ακόμα, τα άτομα που καπνίζουν πολύ, έχουν βασικά, την τάση να θυμώνουν πιο εύκολα και ν' ανέχονται λιγότερο τη ματαίωση των επιθυμιών τους, τους κανόνες και την εξουσία από εκείνους που καπνίζουν λί-

γο ή καθόλου. Ίσως για αυτόν που καπνίζει πολύ τα αυξημένα συναίσθηματα θυμού κατά την αποστέρηση να είναι περισσότερο ανυπόφορα. Είναι πιθανό, ότι οι άνθρωποι που βιώνουν τα αισθήματα θυμού ή ματαίωσης πιο έντονα (ή πιο συχνά) απ'το μέσο όρο βρίσκουν στο κάπνισμα ένα-μη υπνωτικό-ηρεμιστικό. Μόνο που έχει πολλές παρενέργειες.

Διάβασα τόσα για το κάπνισμα
που έκοψα το ...δ ι ά θ α σ μ α



Σταματώντας και Ξαναρχίζοντας

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

νάρχισαν.

Στις Η.Π.Α. υπάρχουν πάνω από 30 εκατομμύρια πρώην καπνιστές. Πριν από μια δεκαετία, περίπου το 60% των Αμερικανών γιατρών ήταν καπνιστές' το ποσοστό σήμερα είναι 21%. Αυτές οι στατιστικές, όμως δεν εξαλείφουν το θλιβερό γεγονός, ότι εκείνοι που αποζητούν τη βοήθεια των ειδικών, για να το κόψουν, έχουν λίγες πιθανότητες μακροπρόθεσμης επιτυχίας.

Ώστα περισσότερα προγράμματα καταστολής του καπνίσματος, ο μέσος όρος των αποτελεσμάτων δείχνει, ότι οι περισσότεροι από τους μισούς καπνιστές που κατάφεραν να το κόψουν ξαναρχίζουν το κάπνισμα μέσα σε έξι μήνες. Μέχρι να συμπληρωθεί ένας χρόνος μόνο το 25-35% από εκείνους που είχαν σταματήσει εξακολουθούν να μην καπνίζουν.

Αυτοί που αποζητούν βοήθεια, για να κόψουν το τσιγάρο μπορεί να μην αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα όλων των καπνιστών. Ορισμένοι ειδικοί πιστεύουν, ότι αυτοί είναι οι άνθρωποι που υπερβολικά καπνίζουν, άλλοι πάλι πιστεύουν, ότι είναι οι καπνιστές με τα σοβαρότερα κίνητρα. Όποια και να είναι η πραγματικότητα, για ένα τέτοιο καπνιστή, οι πιθανότητες να σταματήσει το κάπνισμα με μια και μόνη προσπάθεια χρησιμοποιώντας τις σύγχρονες προσεγγίσεις θεραπείας, είναι λιγότερες από τις πέντε.

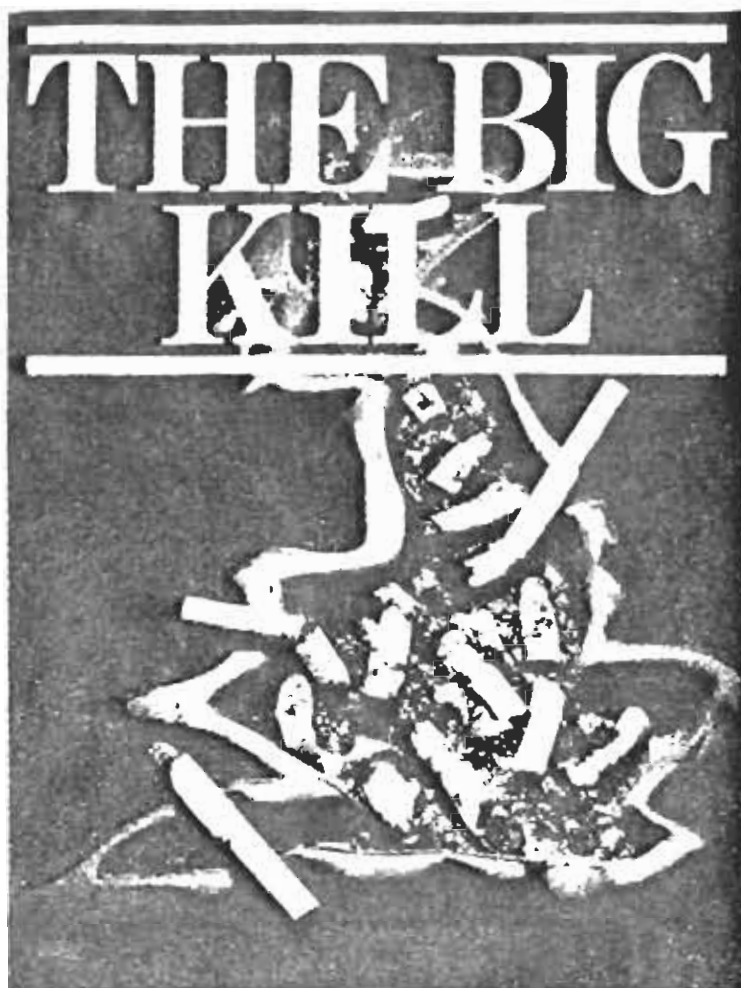
Βοηθώντας τους καπνιστές να κόψουν το τσιγάρο. Οι θεραπείες που προσφέρονται να βοηθήσουν τους καπνιστές να κόψουν τη συνήθειά τους ποικίλλουν απ'την ύπνωση μέχρι την αποτρεπτική εξαρτημένη μάθηση, όπου τα ηλεκτροσόκ ή ζεστός καπνός στο πρόσωπο του καπνιστή, συνδέονται με την πράξη του καπνίσματος. Περιλαμβάνουν ακόμα βελονισμό ή τη χρήση

άλλων τοξικών ουσιών, που υποκαθιστούν τη δράση της νικοτίνης ή ανακουφίζουν τα συμπτώματα της αποστήρησης.

Παρ'όλον που η νικοτίνη παίζει σημαντικό ρόλο στη διαίώνιση της συνήθειας του καπνίσματος, είναι δύσκολο ν'αποδείξει κανείς ότι τα φαρμακευτικά υποκαταστήματα που περιέχουν νικοτίνη (τσιχλες, αεροζόλ) είναι πιο αποτελεσματικά στο να βοηθήσουν τον καπνιστή να κόψει το τσιγάρο απ'ότι οι μη φαρμακευτικές μέθοδοι.

Το μεγάλο ποσοστό της υποτροπής στο κάπνισμα είναι ίσως αποτέλεσμα ενός συνδυασμού παραγόντων, όπως η μεγάλη διαθεσιμότητα των τσιγάρων και η παρουσία συγγενών και φίλων, που εξακολουθούν να καπνίζουν. Σε πολλούς ανθρώπους λείπει το τσιγάρο για τους ίδιους ακριβώς λόγους, που τους έκαναν ν'αρχίσουν να καπνίζουν. Η δράση της τοξικής ουσίας δημιουργούσε μια ευχάριστη κατάσταση ερεθισμού ή χαλάρωσης, που τους βοηθούσε να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις και τις αντιξοότητες της ζωής.

Έτσι ο πρώην καπνιστής δεν έχει μόνο ν'αντιμετωπίσει την αρχική του <<εσωτερική ανάγκη>> για τη δράση του καπνού, αλλά και μερικές απ'τις συνέπειες του καπνίσματος. Είναι πολύ πιθανό, ότι στα χρόνια που κάπνιζε πολλές πλευρές της συμπεριφοράς και του συνδρόμου αποστήρησης απ'τη νικοτίνη έχουν συνδεθεί με στοιχεία του περιβάλλοντος του καπνιστή. Σαν αποτέλεσμα, το περιβάλλον μπορεί να προκαλέσει εξαρτημένα συμπτώματα αποστήρησης, που ο καπνιστής βιώνει σαν έντονη επιθυμία για τσιγάρο. Μπορεί να χρειαστούν μήνες ή και χρόνια για να εξαλειφθούν αυτές οι εξαρτημένες απαντήσεις.



Ο Δολοφόνος

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

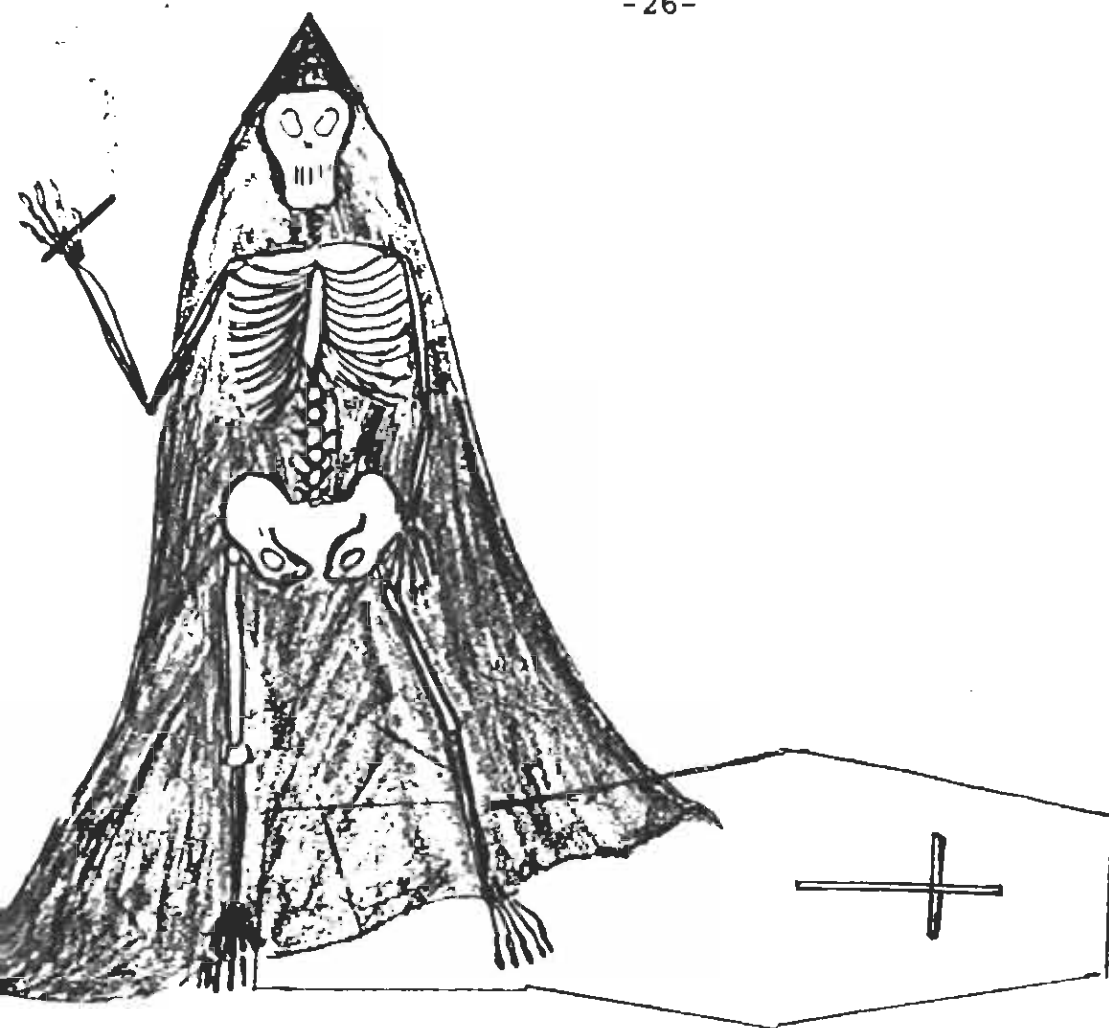
Οι υπόλοιποι θάνατοι οφείλονταν σε παθήσεις της στεφανιαίας, σε χρόνιες πνευμονικές παθήσεις και σε άλλες μορφές καρτίνου. Το αυξημένο ποσοστό θανάτων παρατηρήθηκε, κυ-

ρίως ανάμεσα σ' εκείνους που κάπνιζαν τσιγάρο, ενώ το ποσοστό θανάτων ανάμεσα στους καπνιστές πούρων ή πίπας ήταν ελάχιστα πιο μεγάλο απ' το ποσοστό των μη καπνιστών.

Οι πρώτες υποψίες των κλινικών και των παθολόγων έχουν, πλέον, επιβεβαιωθεί. Η πρώιμη παρουσία πάθησης της στεφανιαίας είναι μια απ' τις επιπτώσεις των πολλών τσιγάρων. Οι καπνιστές, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν καρδιακή προσβολή και λιγότερες πιθανότητες να επιζήσουν απ' ότι οι μη καπνιστές. Οι άνθρωποι που καπνίζουν τσιγάρα, πολλά χρόνια' έχουν τις διπλάσιες πιθανότητες να πεθάνουν από πάθηση της στεφανιαίας απ' ότι εκείνοι που δεν καπνίζουν.

Στις Η.Π.Α. κάθε χρόνο, πάνω από 600.000 θάνατοι οφείλονται σε πάθηση της στεφανιαίας. Είναι η κυριότερη αιτία θανάτου. Τουλάχιστο στο ένα τρίτο αυτών των θανάτων αποδίδεται στο τσιγάρο. Σε πολλές χώρες το ποσοστό των παθήσεων της στεφανιαίας είναι χαμηλότερο απ' ότι στις Η.Π.Α., αλλά το κάπνισμα εξακολουθεί ν' αυξάνει τον κίνδυνο. Κι αυτός ο αυξημένος κίνδυνος είναι ανάλογος με την ποσότητα του καπνού, που καταναλώνεται.

Μια λιγότερο γνωστή, αλλ' εξίσου δραματική και επώδυνη αρρώστια του καρδιαγγειακού συστήματος είναι η αρτηριοσκλήρωση (του αυτού των αρτηριών). 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 παθουν την αρρώστια αυτή είναι εννιά φορές μεγαλύτερες, για τις δε γυναίκες 15 φορές μεγαλύτερες, απ' ότι για εκείνους που δεν καπνίζουν.



Η Σχέση με τον καρκίνο

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι ο δεύτερος σημαντικός κίνδυνος της υγείας, που συνδέεται με το κάπνισμα και οι περισσότεροι άνθρωποι, έχουν πλέον, συνειδητοποιήσει αυτή τη σχέση. Στις Η.Π.Α. όπου 84.000 άνθρωποι πεθαίνουν από καρκίνο του πνεύμονα κάθε χρόνο, ο κίνδυνος της αρρώστειας είναι δεκαπλάσιος γι' αυτούς που καπνίζουν 20 τσιγάρα την ημέρα απ' ότι για εκείνους που δεν καπνίζουν. Ανάμεσα στους Ιάπωνες που καπνίζουν ο κίνδυνος είναι εννιά φορές μεγαλύτερος, αλλά αν καπνίζουν πάνω από 50 τσιγάρα την ημέρα, ο κίνδυνος είναι 25 φορές μεγαλύτερος.

Ο κίνδυνος καρκίνου του φάρυγγα του στόματος και των φωνητικών χορδών είναι και αυτός σημαντικά αυξημένος για

τους καπνιστές και αυξάνει ακόμα περισσότερο με τον αριθμό των τσιγάρων και τα χρόνια που καπνίζουν. Είναι λιγότερο γνωστό, αλλά παρ'όλα αυτά αναμφισβήτητο, ότι οι καπνιστές έχουν αυξημένες πιθανότητες να πάθουν καρκίνο στο πάγκρεας και στην κύστη.

Το τσιγάρο έχει κατηγορηθεί σαν υπεύθυνο για τα περισσότερα σοβαρά ιατρικά προβλήματα. Ιδιαίτερα εκείνα που οδηγούν στο θάνατο. Παρ'όλα αυτά οι άνθρωποι που καπνίζουν πίπα ή πούρο διατρέχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθουν καρκίνο στα χείλη, στη γλώσσα, το σαγόνι το λαιμό και τον οισοφάγο, απ'ότι εκείνοι που δεν καπνίζουν.

Άλλοι κίνδυνοι

Πέρα απ'τις ασθένειες της καρδιάς και των αιμοφόρων αγγείων, καθώς και τις κακοήθειες αρρώστιες (καρκίνο) του πνεύμονα και των άλλων οργάνων, το κάπνισμα προξενεί ακόμα πολλές σοβαρές καλοήθειες διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος. Το τσιγάρο θεωρείται η κυριώτερη αιτία εμφυσήματος όπου οι πνευμονικοί θύλακες διογκούνται εξ αιτίας της χρόνιας παρεμπόδισης των βρογχολίων.

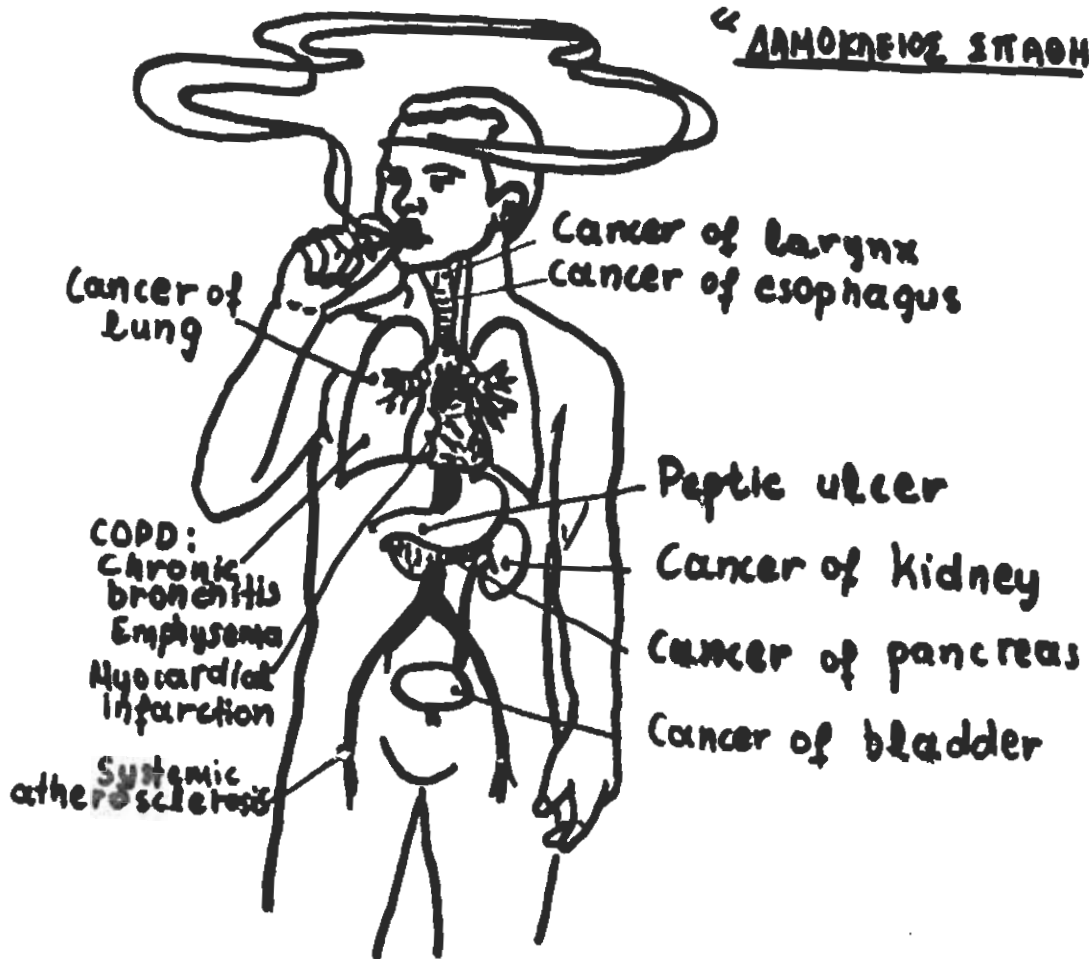
Στις Η.Π.Α. το εμφύσημα σκοτώνει πάνω από 20.000 ανθρώπους κάθε χρόνο. Ακόμα το τσιγάρο είναι μία από τις κυριώτερες αιτίες που προκαλούν χρόνια βρογχίτιδα.

Ο καπνιστής δεν είναι ο μόνος που επηρεάζεται από την ίδια του τη συνήθεια. Το κάπνισμα στους τελευταίους έξι μήνες της εγκυμοσύνης δημιουργεί μεγαλύτερους κινδύνους αποβολών, θνησιγενών εμβρύων και νεογνικών θανάτων. Τα κατά άλλα υγιή βρέφη των μητέρων που καπνίζουν κατά την εγκυμοσύνη, έχουν γεικά χαμηλότερο βάρος γέννησης και στον πρώ-

το χρόνο της ζωής τους τα παιδιά των γονιών που καπνίζουν παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένο ποσοστό μολύνσεων του αναπνευστικού συστήματος. (Τζάφη Τ και συν. 1982).

Οι καταστροφικές επιπτώσεις του καπνίσματος
στα διάφορα όργανα
αναφορά των συμπεριλαμβανόμενων προκαλού-
μένων νοσηρολογικών οντοτήτων.

« ΔΑΜΟΚΛΕΙΟΣ ΣΤΡΑΘΗ »



Αναλυτικότερη παρουσίαση των επιπλοκών του καπνίσματος

Καρκίνος στόματος

Οι μελέτες πάνω σε πειραματόζωα έχουν δείξει μια στενή συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και καρκίνου στόματος. Οι Αμερικανοί μελετητές και οι Βρετανικές Ιατρικές μελέτες (DOLL R. HILL 1959) έδειξαν ότι η θνητότητα για καπνιστές-μη καπνιστές είναι 13,0. Υπάρχει μια δυνατή σχέση μεταξύ δόσης-αποτελέσματος κατά την εισπνοή του καπνού. Πληθυσμός με λιγότερους καπνιστές έχουν χαμηλότερη συχνότητα και αναλογία θνητότητας για τον καρκίνο στόματος (LYON JL. και συν. 1980)

Μεταξύ του 1930 και 1984 η θνητότητα σε άνδρες και γυναίκες για καρκίνο στόματος έπεσε από 4,1 με αποτέλεσμα να υπολογίζεται σε 2,2 μέσα στο 1984. Σε μία μελέτη μη καπνιστών, που καταναλώθηκαν 207 ML (702) ή περισσότερο αλκοόλ για μια εβδομάδα είχαν τον ίδιο κίνδυνο 2,5 θνητότητας από καρκίνο στόματος που συγκρίθηκε με μη πότες και έδειξε ότι ο κίνδυνος πότη-καπνιστή ενός πακέττου ή περισσότερων την ημέρα ήταν 240 (WYNDER E.I. και συν. 1977). Κατάσταση ελέγχου μελέτης έχει δείξει ότι 16 χρόνια αργότερα από τη διακοπή του τσιγάρου, ο κίνδυνος να πάθει κάποιος καρκίνο στόματος πλησιάζει τον κίνδυνο που διατρέχει αυτός που δεν καπνίζει (WIDGE DT και συν. 1980).

Καρκίνος οισοφάγου

Πληροφορίες για έναν αριθμό ελέγχου και μελετών σε πειραματόζωα, έδειξε ότι το κάπνισμα τσιγάρου είναι μία μεγάλη αφορμή για τη δημιουργία καρκίνου οισοφάγου, αν και οι ποικίλες μελέτες έδειξαν σημαντικές μεταβολές στον αναφερόμενο κίνδυνο. Η θνητότητα από τις CASE-CONTROL μελέτες κυμαίνεται από 1,3 σε 11,1 μεταξύ των βαρέως καπνιστών που συγκρίθηκαν με μη καπνιστές. Αντίστοιχη αναλογία θνησιμότητας από μελέτες πάνω σε πειραματόζωα κυμαίνεται από 1,8 σε 6,4 μαζί με τέσσερες από τις μεγαλύτερες μελέτες που δείχνουν καθαρά μια δυνατή σχέση δόσης αποτελέσματος. Αυξημένο κίνδυνο παρουσιάζουν και καπνιστές πούρων και πιπών που είναι ισοδύναμος με αυτόν, των καπνιστών τσιγάρων (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 1982). Μετά τη διακοπή του καπνίσματος, ο κίνδυνος αυτών που σταμάτησαν να καπνίζουν ο κίνδυνος για καρκίνο οισοφάγου παρατείνεται με μορφή <<στάγδην>> όσο αφορά τη χρονική διάρκεια και πλησιάζει αυτό, των μη καπνιστών 16 χρόνια μετά το σταμάτημα (WIGLE DT και συν.1980). Και για τα δύο φύλα, ο καπνός και το αλκοόλ δρουν συνεργικά, αλλά μέσα από μη γνωστούς μηχανικούς παράγοντες παράγουν υψηλότερη αναλογία καρκίνου οισοφάγου απ'ότι όταν δρα ο καθένας μόνος του. (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 1982).

Καρκίνος λάρυγγα

Στα 1984 είχαν υπολογιστεί 11.000 νέες περιπτώσεις και 3.750 θάνατοι ασχολούμενοι με τον καρκίνο του λάρυγγα. Νούμερα επιδημιολογικά, παθολογικά και εμπειρίες κλινικών μελετών, έχουν εδραιωθεί με μια δυνατή σύνδεση μεταξύ καπνίσματος και λαρυγγικού καρκίνου. Σύμφωνα με μελέτες υπολογίζεται ότι το 84% όλων των λαρυγγικών καρκίνων-που παρουσιάζονται σε άντρες-μπορεί να αναφέρονται στο κάπνισμα (WIGLE DT και συν.1980). Επιδημιολογικές μελέτες για πολλά τμήματα του κόσμου, έχουν δείξει μια αύξηση στον κίνδυνο λαρυγγικού καρκίνου στους καπνιστές, που συγκρίθηκαν, με μη καπνιστές από 2,0 ως 27,5 με μια δυνατή σχέση δόσης αποτελέσματος.

Ο καρκίνος λάρυγγα είναι πιο κοινό αποτέλεσμα σε άντρες από ότι σε γυναίκες, αλλά αυτή η σχέση τείνει να αλλάξει όσο ο γυναικείος πληθυσμός που καπνίζει, πλησιάζει εκείνο των ανδρών. Μια μερίδα που μπορεί να υπερβαίνει την αναλογία του καρκίνου του λάρυγγα στους άντρες μπορεί να αναφέρεται σε αλκοολικούς (MC COY GD και συν. 1980).

Για να μειωθεί ο κίνδυνος προσβολής του καπνιστή και για να φτάσει στα επίπεδα του μη καπνιστή, πρέπει να περάσουν 15 περίπου χρόνια μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Καπνιστές που χρησιμοποιούν φίλτρο τσιγάρου, έχουν μικρότερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο λάρυγγα, από τους καπνιστές που δεν το χρησιμοποιούν. Οι μη καπνιστές, έχουν τον μικρότερο κίνδυνο από τις παραπάνω ομάδες (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 1982).

Επιπτώσεις του καπνίσματος στους βρόγχους

Ως γνωστόν, το εσωτερικό της τραχείας και των βρόγχων

περιβάλλεται από ένα λεπτότατο ιστό του κροσσωτού επιθηλίου, με σκοπό να καθαρίζει τα τυχόν εισπνεόμενα μικρά ξένα σωματίδια του αναπνεομένου αέρα και να τα αποβάλλει με την παραγόμενη βλέννη.

Ο Άγγλος ερευνητής HILDING απέδειξε με πειράματα σε αγελάδες ότι εάν το επιθήλιο του βρόγχου εκτεθεί στην επίρρεα του καπνού, παύει να κινείται και κατά συνέπεια, αδυνατεί ν'αποβάλλει-τα σωματίδια που εισέρχονται με τον εισπνεόμενο αέρα-από το βρογχικό δέντρο. αμερικανοί επιστήμονες πέτυχαν τα ίδια αποτελέσματα σε ποντικούς.

Ένας άλλος Αμερικανός επιστήμονας ο ΚΟΥΙΝ, τοποθέτησε συμπύκνωμα καπνού απ'ευθείας στο βλεννογόνο της τραχείας σκύλων. Εξετάζοντας στη συνέχεια με μικροσκόπιο την περιοχή της επαφής, παρατήρησε σε διάστημα έξι εβδομάδων, επιδερμοειδή μεταπλασία δηλαδή προκαρκινικές μεταβολές του βλεννογόνου.

Άλλες ομάδες Αμερικανών, οι οποίες υπέβαλαν ποντικούς για μήνες στο κάπνισμα τσιγάρων και εξέτασαν στη συνέχεια το βλεννογόνο της τραχείας και των βρόγχων, παρατήρησαν βρογχίτιδα, υπερπλασία και ατυπία των κυττάρων και επιδερμοειδή μεταπλασία, δηλαδή εικόνα παρόμοια με εκείνη του καρκίνου. Αυτά όσον αφορά τα ζώα.

Σχετικά με τον άνθρωπο ο AURBACH σε ιστολογικά παρασκευάσματα βρόγχου χιλιάδων καπνιστών παρατήρησε περιοχές με κατεστραμένο το κροσσωτό επιθήλιο των βρόγχων. Μελετώντας το βρογχικό δέντρο καπνιστών που πέθαναν από καρκίνο παρατήρησε αλλοιώσεις του βλεννογόνου, οφειλόμενες σε υπερπλασία των βασικών κυττάρων.

Σε μη καπνιστές ή σε ερασιτέχνες καπνιστές, οι αλλοιώσεις αυτές ήταν ασήμαντες ή δεν παρατηρούνταν.

Σε πρόσφατες μελέτες Αμερικανών, απέδειξαν ότι οι καπνιστές οι οποίοι έκοψαν το τσιγάρο παρουσίασαν εξαφάνιση των αλλοιώσεων που προαναφέρθηκαν, και με το πέρασμα του χρόνου ο βλεννογόμος των βρόγχων επανήλθε στο φυσιολογικό (Συμεωνίδης Α. 1964).

1



2



3



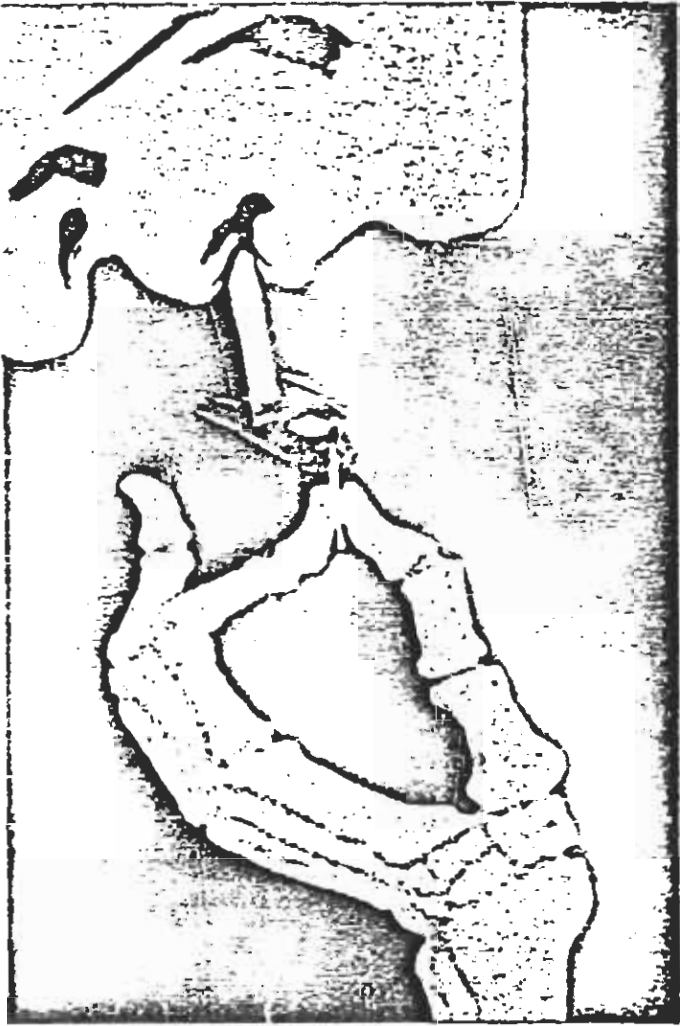
4



5



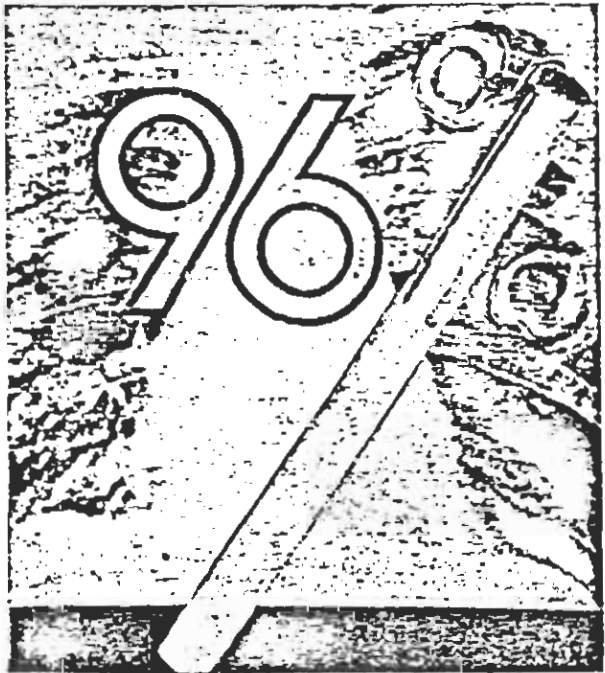
6



7



8



ΕΙΚΟΝΕΣ

- Εικ. 1. Βρογχικό καρκίνωμα από πλακώδη επιθήλια (180 X).
- Εικ. 2. Βρογχικό καρκίνωμα από αμετάπλαυτα μικρά κύτταρα (280 X).
- Εικ. 3. Βρογχικό αδενοκαρκίνωμα (160 X).
- Εικ. 4. Μεταπλασία του κυλινδρικού κροσσώτου επιθηλίου βρόγχου σε πολύστιβο πλακώδες με άτυπη έξαλλαγή (95 X).
- Εικ. 5. Καρκινικά κύτταρα μικροκυτταρικού καρκίνου βρόγχων (κυτταρολογική εξέταση πτυέλων).
- Εικ. 6. «Νά πώς μπορείτε να καταστρέψετε την υγεία σας». Ρωσική άφισα κατά το καπνίσματος. (World Health, The Magazine of World Health Organization, September 1964).
- Εικ. 7. Καρκινικά κύτταρα αδενικού καρκίνου βρόγχων (κυτταρολογική εξέταση πτυέλων).
- Εικ. 8. «96% των καρκινοπαθών του πνεύμονος είναι καπνιστάι». Ρωσική άφισα κατά το καπνίσματος. (World Health, The Magazine of World Health Organization, September 1964).
- Εικ. 9, 10, 11, και 12. Άγγλικές άφισες κατά το καπνίσματος:

Βρογχίτιδα

Ένας από τους κυριώτερους αιτιολογικούς παράγοντες της χρόνιας βρογχίτιδος είναι το κάπνισμα. Σε καπνιστές ανευρίσκεται σταθερά υπερτροφία της αδενικής μάζας. Σύμφωνα με μελέτες στην αναπνοή, αναφέρονται σταθερά ενδείξεις απόφραξης σε καπνιστές, ακόμα και σε καπνιστές που δεν αναφέρουν συμπτώματα.

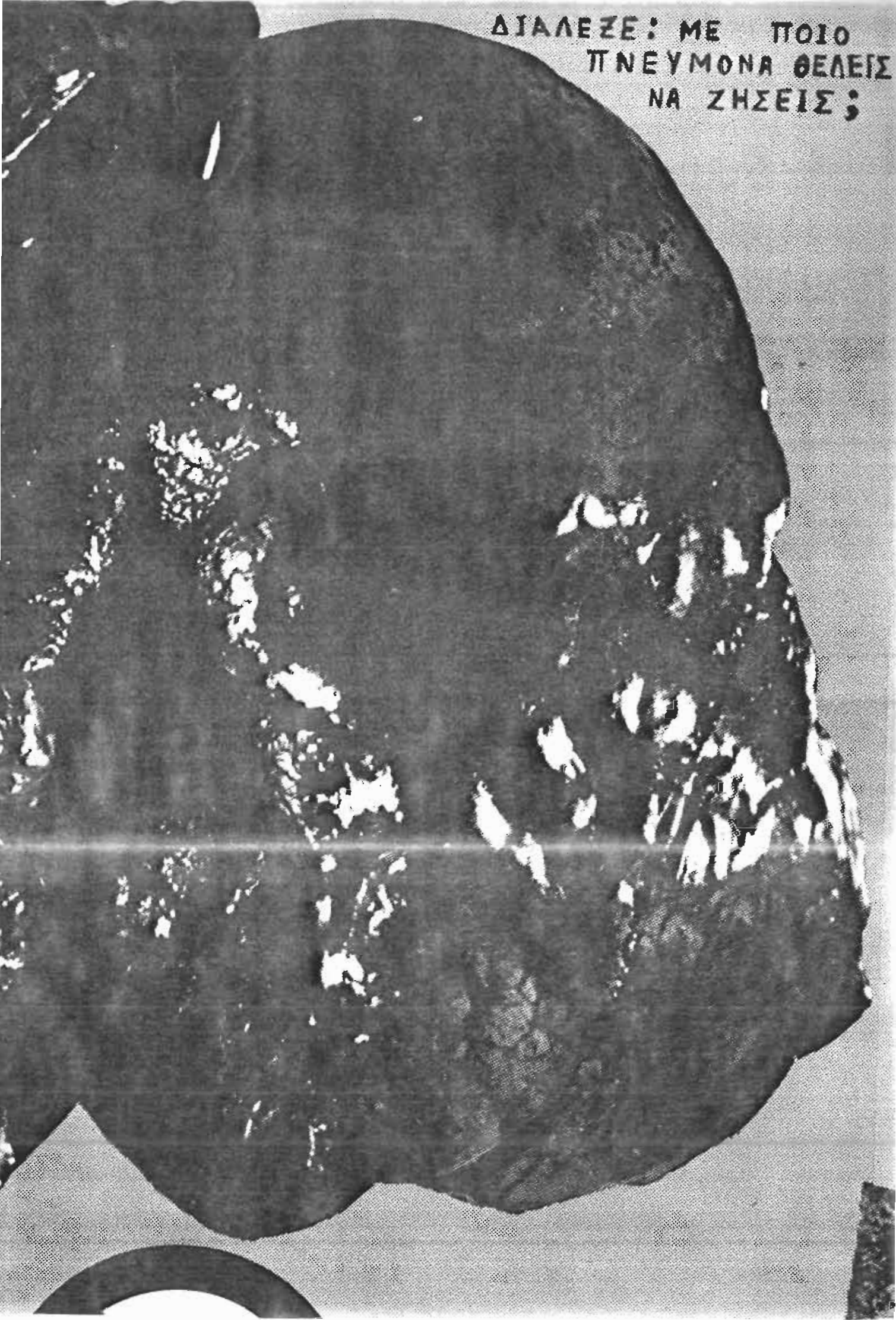


Βρογχογενές καρκίνωμα

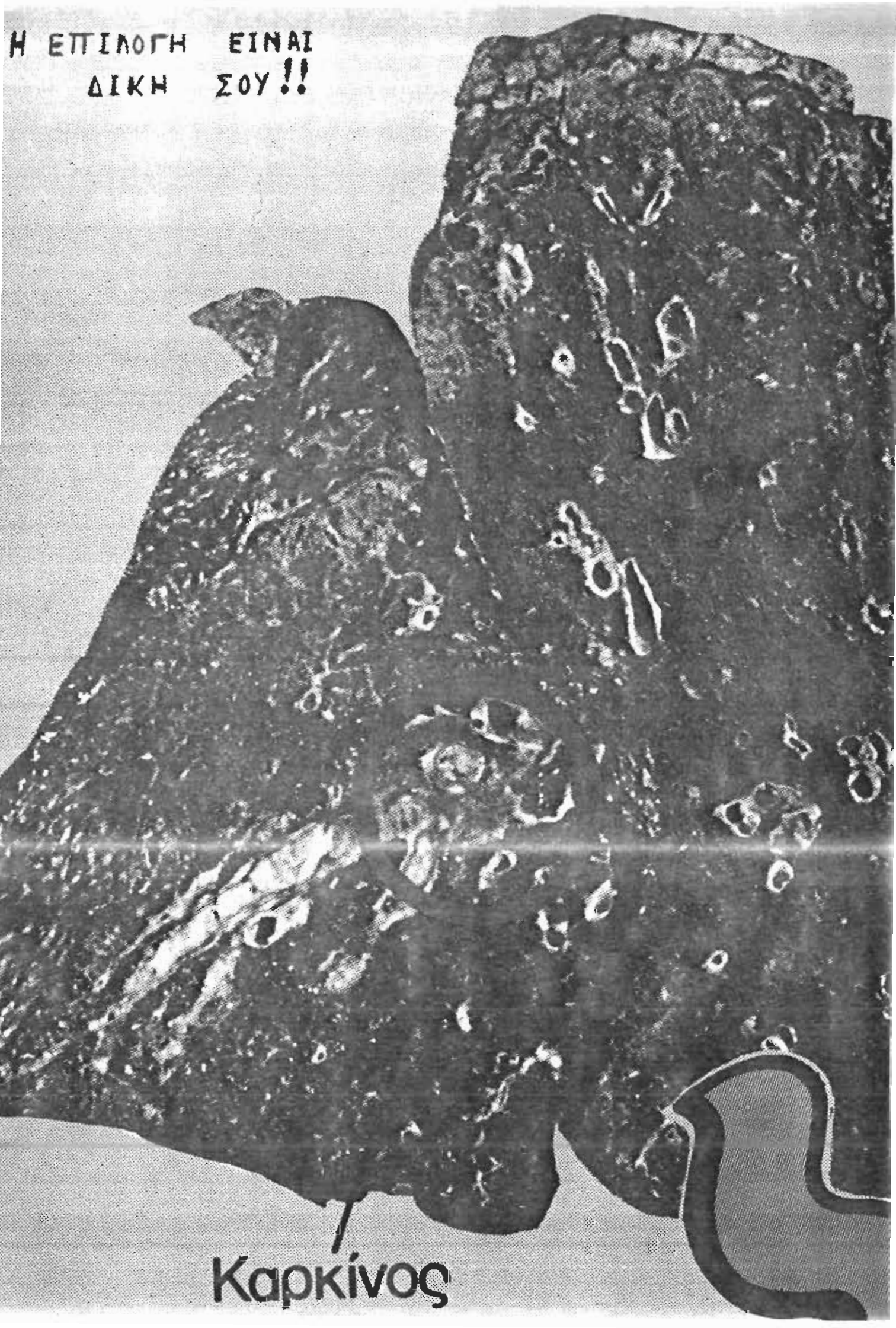
Το βρογχογενές καρκίνωμα, είναι το νούμερο ένα θανατηφόρο καρκίνου σε βιομηχανικές πόλεις. Για πολύ χρόνο κρατά τούτη τη θέση μεταξύ ανδρών στις Η.π.Α., υπολογίσιμος ως το 1985 για περίπου 35% θανάτους λόγω καρκίνου. Έφτασε αυτά τα όρια το 1985, και για τις γυναίκες ξεπερνώντας τον καρκίνο μαστού, και είναι υπολογίσιμος για περίπου 18% για όλους τους θανάτους από καρκίνο. Η συχνότητα θανάτου ανάλογα με την κάθε ηλικία από βρογχογενές καρκίνωμα μεταξύ ανδρών στις Η.π.Α. ήταν 5 για κάθε 100.000 άτομα του 1930. Το 1980 είχε αυξηθεί στο επίπεδο πάνω των 70 προς 100.000. Η μόνη ενθαρρυντική σημείωση είναι ότι η αναλογία της αύξησης μεταξύ ανδρών φαίνεται να έχει χαλαρώσει τα τελευταία χρόνια. Πιθανόν αυτό να οφείλεται στη μείωση του καπνίσματος. Οι συγκρινόμενες αναλογίες για γυναίκες είναι 3 προς 100.000 το 1930 και 21 το 1980. Παρ'όλα αυτά οι αναλογίες είναι αρκετά χαμηλότερες απ'αυτές των αντρών. Ελέγχοντας το ποσοστό αύξησης όλων των μορφών καρκίνου, παρατηρούμε συγκριτικά μεγαλύτερη αύξηση του καρκίνου των βρόγχων.

Η κορυφαία συχνότητα από αυτόν τον τύπο νεοπλασίας συμβαίνει μεταξύ των ηλικιών 40 και 70. Στις μέρες μας η αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι 2 προς 1. Οι άνδρες που καπνίζουν είναι 10 φορές πιο πιθανό να πεθάνουν από βρογχογενές καρκίνωμα εν συγκρίσει μ'αυτούς που δεν καπνίζουν. (ROBBINS AND KUMAR 1987).

ΔΙΑΛΕΞΕ: ΜΕ ΠΟΙΟ
ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΘΕΛΕΙΣ
ΝΑ ΖΗΣΕΙΣ;



Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΙΝΑΙ
ΔΙΚΗ ΣΟΥ!!



Καρκίνος

Καρκίνος του πνεύμονα

Στις Η.Π.Α. και σε άλλα ανεπτυγμένα βιομηχανικά κράτη, ο καρκίνος του πνεύμονα είναι υπεύθυνος για περισσότερους θανάτους απ'ότι άλλους καρκίνους. Η θνητότητα από καρκίνο του πνεύμονα στις Η.Π.Α. έχει φτάσει δραματικά από 18.000 το 1950 σε 61.800 το 1969, 98.400 το 1979 και υπολογίζεται 131.000 στο 1984 (SILVERBERG *E.* 1984).

Η θνητότητα από καρκίνο του πνεύμονα είναι τώρα αυξανόμενος γρηγορότερα στις Αμερικανίδες γυναίκες απ'ότι στους άνδρες.

Η θνητότητα εξ αιτίας καρκίνου του πνεύμονα σε άτομα που κάπνιζαν και διέκοψαν εξαρτάται από τον αριθμό των χρόνων που κάπνιζε ως να διακόψει (DOLL R. HILL 1956). Στην Αγγλία ιατρικές μελέτες έδειξαν ότι εκείνοι που σταμάτησαν να καπνίζουν εδώ και 5 χρόνια έχουν θνητότητα σε αναλογία 40% σε σχέση με τους μη καπνιστές. Μετά 15 χρόνια χωρίς καπνισμα οι **EXSMOKERS** (αυτοί που έκοψαν το τσιγάρο), έχουν αναλογία θνητότητας μόνο ελαφρώς μικρότερη από τους μη καπνιστές.

Άλλες μελέτες έδειξαν ότι το 9% των ανδρών που καπνίζουν 25-50 τσιγάρα ημερησίως θα πεθάνουν από καρκίνο του πνεύμονα πριν φθάσουν το 75 έτος της ζωής τους.

Το ίδιο τρομακτική είναι η ειδική θνησιμότητα από καρκίνο των πνευμόνων, 36 άνδρες και 6 γυναίκες σε 100.000 πληθυσμό πεθαίνουν κάθε χρόνο στη χώρα μας (CANCER STATISTICS 1978).

Η Ελλάδα έρχεται 23η σε ειδική θνησιμότητα των ανδρών από καρκίνο πνεύμονα, από 44 χώρες του κόσμου ενώ το 1/4

όλων σχεδόν των καρκίνων στους άνδρες της χώρας μας είναι καρκίνος των πνευμόνων (Περιοδικό Νοσηλευτική Τεύχος 4ο, 1987).



ΤΟ

ΤΣΙΓΑΡΟ

ΜΟΥ

Στεφανιαία νόσος

Βάσει λογικών υπολογισμών από ορισμένους ερευνητές το 30-40% των 565.000 θανάτων από στεφανιαία νόσο το χρόνο, μπορούν ν'αναφερθούν στο κάπνισμα.

Μια μερίδα από άλλους καρδιαγγειακούς θανάτους από νόσους όπως το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, περιφερική αγγειακή νόσο, αθηροσκλήρωση σε άλλα σημεία και άλλα αγγειακά προβλήματα, είναι επίσης αναφερόμενα στο κάπνισμα. Στοιχεία που μας δίνονται από πειραματόζωα και μελέτες διαφόρων περιπτώσεων στηρίζουν την πρόταση του 1983, από το γενικό τμήμα χειρουργικής ότι το κάπνισμα τσιγάρων πρέπει να θεωρηθεί το πιο σπουδαίο από τα γνωστά διαμορφωτικά γεγονότα κινδύνου για στεφανιαία νόσο στις Η.Π.Α. (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 1983).

Σύμφωνα με μελέτες, οι καπνιστές, έχουν μεγαλύτερη θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο. Η θνησιμότητα αυτή είναι 70% πάνω από τους μη καπνιστές. Σύμφωνα δε με πέντε μεγάλες μελέτες, αποδείχτηκε ότι οι άντρες από 40-59 ετών που κάπνιζαν ένα πακέτο ή περισσότερο την ημέρα, είχαν κίνδυνο για μία πρώτη μεγάλη στεφανιαία κρίση. Η κρίση αυτή, ήταν 2,5 φορές μεγαλύτερη από τους μη καπνιστές μια δυνατή σχέση δόσης-αποτελέσματος (THE ROOLING PROJECT RESERTS 1978). Αυτός ο κίνδυνος θανάτου από τη στεφανιαία νόσο, ισχύει για άνδρες και γυναίκες καπνιστές και μάλιστα με αύξηση των πιθανοτήτων λόγω της έκθεσης του ατόμου στο κάπνισμα.

Καπνίζεις
σήμερα;
ΠΛΗΡΩΝΕΙΣ
αύριο!



Σχετικά με γυναίκες καπνίστριες που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά, υπάρχει 10 φορές αυξημένη θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο. Ο αριθμός αυτός συμπληρώνεται και από γυναίκες που καπνίζουν κάνοντας χρήση αντισυλληπτικών, αλλά όχι από το στόμα (SHAPICO και συν. 1979).

Αν και ο κίνδυνος για εμφάνιση στεφανιαίας νόσου για έναν καπνιστή είναι μεγάλος αυτός μειώνεται σε 50% μόνο ένα χρόνο μετά το σταμάτημα του καπνίσματος και πλησιάζει τις πιθανότητες στεφανιαίας νόσου ενός ατόμου που δεν καπνίζει καθόλου μετά το διπλό χρονικό διάστημα ή περισσότερο (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 1983).

Καρκίνος παγκρέατος

Ο αριθμός των θανάτων από καρκίνο του παγκρέατος έχει αυξηθεί από 9.000 το 1950, σε 23.000 στο 1984. (SILVERBERG E. 1984). Έχουν υπολογιστεί 25.100 νέες περιπτώσεις παγκρεατικού καρκίνου στο 1984 (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 1982, SILVERBERG E. 1984).

Κατά τον έλεγχο και τη μελέτη πειραματόζων για μακρύ χρονικό διάστημα, έχει αναφερθεί η σύνδεση καπνίσματος και παγκρεατικού καρκίνου. Η δυνατή σχέση μεταξύ δόσης-αποτελέσματος έχει κρατηθεί από μερικές μελέτες, αλλά είναι λιγότερο προσφωρές απ'ότι γι'άλλους καρκίνους. (SILVERBERG E. 1984).

Καρκίνος ουροδόχου κύστεως

Το ποσοστό καρκίνου ουροδόχου κύστεως στους καπνιστές στις Η.Π.Α., υπολογίζεται να είναι 40-60% για τους άνδρες και 25%-35% για τις γυναίκες (WIGLE D.T. και συν.1980, WYNDER E.L. και συν. 1983). Το κάπνισμα μπορεί επίσης να δρα συνεργιστικά με άλλα καρκινώματα, σε μερικές καθιστικές εργασίες. (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 1982). Ο κίνδυνος για καρκίνο της ουροδόχου κύστεως είναι κατά μέσο όρο 2-3 φορές αυξημένος, απ'ότι σ'έναν μη καπνιστή. Μία μελέτη έδειξε ένα αυξημένο κίνδυνο-σε σχέση με τον αριθμό των τσιγάτων που καπνίζονται- από 1,6 (με μισό πακέτο ή λιγότερο) σε 53 (2 πακέτα ή περισσότερα) (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 1982, HOOVER R. 1971). Οι καπνιστές πίπας ή πούρου επίσης, έχουν αυξημένο κίνδυνο δημιουργίας καρκίνου ουροδόχου κύστεως, αλλά ο κίνδυνος αυτός είναι μειωμένος.

Αναπνευστικές ασθένειες

Το κάπνισμα του τσιγάρου είναι η μεγαλύτερη αφορμή της χρόνιας αποφρακτικής νόσου των πνευμόνων (COLD) (CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE) οι οποίες είναι η χρόνια βροχίτις και το εμφύσημα. Υπολογίζεται ότι 60.000 θάνατοι από την ΧΑΝΠ που συνέβησαν στις ΗΠΑ το 1983, περίπου 85% αναφέρονται στο κάπνισμα και πολλοί από εκείνους τους θανάτους που προηγήθηκαν είχαν σαν αποτέλεσμα παρατεταμένη αναπνευστική αναπηρία. Υπάρχει μια σχέση δόσης-αποτελέσματος μεταξύ της αναλογίας των θανάτων από ΧΑΝΠ και του καπνίσματος τσιγάρου, εξαρτώμενο από την παρατεταμένη έκθεση στο κάπνισμα. Οι άνδρες καπνιστές έχουν κίνδυνο θνησιμότητας από 4%-25% μεγαλύτερο εξαιτίας της ΧΑΝΠ από τους μη καπνιστές. Αν και η αναλογία του θανάτου από ΧΑΝΠ όσον αφορά τις γυναίκες καπνίστριες είναι μικρότερη σχετικά με τους άνδρες καπνιστές δείχνει να αυξάνεται πολύ περισσότερο ο αριθμός στις γυναίκες από ότι στους άνδρες καπνιστές. Ο χρόνιος βήχας τα παραγωγικά πτύελα και η δύσπνοια είναι πολύ πιο συχνά στους καπνιστές και είναι πρόδρομα συμπτώματα της ΧΑΝΠ.

Σε μερικά τεστ πνευμονικής λειτουργίας που έγιναν σε καπνιστές και μη έδειξαν ότι οι καπνιστές είναι πιο εκλεκτικοί στο να παρουσιάζουν ανωμαλίες.

Όταν συγκρίθηκε ο αριθμός συνεχών καπνιστών με άτομα που κάπνιζαν ή διέκοχαν παρατηρήθηκε μείωση θνητότητας από COLD και επακολούθησε μείωση των συμπτωμάτων. Η χρόνια εισπνοή ερεθιστικών ουσιών μπορεί να συμμετέχει στην ανάπτυξη της COLD (ΧΑΝΠ). Μελέτες πάνω στην παθογένεση του εμφύσηματος υποθέτουν ότι τα αποτελέσματα από την κατάχρηση τσι-

γάρων δημιουργούν παράγοντες οι οποίοι μπορεί να οδηγήσουν σε πνευμονική ζημία.

Για τον περισσότερο κόσμο στις Η.Π.Α. το κάπνισμα είναι πιο σημαντική αφορμή για δημιουργία ΧΑΝΠ από ότι στους επαγγελματικούς ή περιβαντολλογικούς παράγοντες' έτσι παράγοντες όπως η έκθεση σε κουρνιαχτό από βαμβάκι μπορεί να δρα ανεξάρτητα ή συνεργικά με το κάπνισμα για την παραγωγή της ΧΑΝΠ (COLD).

Το κάπνισμα έχει συνταλοισθεί με μια αυξανόμενη επίπτωση στις αναπνευστικές λοιμώξεις και θανάτους από πνευμονία και γρίπη. Μετεγχειρωτικές αναπνευστικές επιπλοκές και αυτόματος πνευμοθώρακας είναι επίσης πιο συνηθισμένοι σε καπνιστές. Γιατί ο καπνός του τσιγάρου μπορεί να αυξάνει την απόφραξη. Οι ασθματικοί πρέπει να μην επιδίδονται σε καπνιστικές δραστηριότητες. Χρόνιες στοματίτιδες και χρόνιες λαρυγγίτιδες απαντάμε πιο συχνά σε καπνιστές από τους μη καπνιστές.

Γιατί πρέπει να αυξηθώ τον καρπό σου;



Αποστολή μας

Γενικά για το παθητικό κάπνισμα

Παθητικό κάπνισμα ορίζεται ως η έκθεση των μη καπνιστών στην επίδραση του καπνού που παράγεται στο εσωτερικό περιβάλλον (DEPARTMENT OF HEALTH EDUCATION AND WELLARE, 1979). Το κάπνισμα τσιγάρου στο εσωτερικό περιβάλλον (δωμάτιο) προέρχεται από δύο πηγές: καπνός κυρίου ρεύματος (MAIN STREAM), εκπνεόμενος από καπνιστή και πλαγίου ρεύματος (SIDE STREAM) που προέρχεται από την καίομενη άκρη του τσιγάρου (STERLING T.D. και συν. 1982). Ο καπνός του πλαγίου ρεύματος, συνθέτει μια ψηλότερη πυκνότητα πιθανού κινδύνου φάσης-αερίου για συστατικά και ποσά περίπου 85% από καπνό που βρέθηκε σε δωμάτιο κατεχόμενο από καπνιστές τσιγάρων. Από το πλάγιο ρεύμα καπνού που διαλύθηκε σ'έναν υψηλό όγκο αέρα, οι παθητικοί καπνιστές έχουν μια έκθεση (παθητική), η οποία είναι μικρότερη από την πιθανή ποιοτική διαφορά σε σχέση μ'εκείνη των ενεργητικών καπνιστών (WEISS S.T. και συν. 1983). Το μονοκαρβονικό οξύ και η νικοτίνη είναι δύο από τα σπουδαιότερα συστατικά του καπνού του τσιγάρου. Το μονοκαρβονικό οξύ κατά μέσο όρο συστατικών είναι 5% στο κύριο ρεύμα και 10-15% στο πλάγι ρεύμα καπνού (BACHOVEN C NIESSEN H.O. 1961).

Σε μια μελέτη βρέθηκε ότι στο καπνιστικό περιβάλλον που συστατικά μονοκαρβονικού οξέος υπερβαίνουν τα 30 PPM τα επίπεδα της καρβοξυ-αιμογλουμπίνης στο αίμα των παθητικών καπνιστών (πάνω από 8 ώρες έκθεση) ήταν ίση με αυτή των εθελοντών καπνιστών αν ως καπνιστές κατανάλωναν 5 τσιγάρα (SEPPANEN 1977).

Άλλη μια μελέτη, στην οποία μετρήθηκαν η πυκνότητα της νικοτίνης στα ούρα και στο σίελο καπνιστών εργαζομένων που εκτέθηκαν στο κάπνισμα, σ'ένα τυπικό εργασιακό περιβάλλον,

βρέθηκε ότι το ποσό της νικοτίνης απορροφήθηκε παθητικά από τους μη καπνιστές' πάνω από μια περίοδο τεσσάρων ωρών παρήχθησαν σίελος και ούρα σε πυκνότητες της νικοτίνης όμοια μ'εκείνο που βρέθηκαν σε καπνιστές (1-10 τσιγάρα ημερησίως) (FERERABENT C. και συν. 1982). Σε μια μελέτη μετρήθηκε η αναλογία νικοτίνης-κρεατίνης σ'ενός χρόνου νήπια που εκτέθηκαν παθητικά στο κάπνισμα της μητέρας τους. Βρέθηκε ότι στα νήπια αυτά υπήρχαν ποσά των πιο πάνω συστατικών που οφείλονταν στο κάπνισμα της μητέρας τους (GREENBERG RA και συν. 1984).

Ευσσωρευμένες επιδράσεις από το παθητικό κάπνισμα σ'όλη τη διάρκεια της ζωής, ως προς τον κίνδυνο του καρκίνου

Όσα αναφέρονται παρακάτω, έχουν αποδειχθεί, βάση της έρευνας από το τμήμα επιδημιολογίας και βιομετρίας και το πρόγραμμα αξιολόγησης κινδύνου του Εθνικού Ιδρύματος του Περιβάλλοντος και Υγείας.

Ο κίνδυνος από τσιγάρο, θεωρήθηκε σαν μια ελεγχόμενη έρευνα. Γενικά ο κίνδυνος καρκίνου ανέβηκε σταθερά και σημαντικά με το κάθε προστιθέμενο άτομο που κάπνιζε σε ολόκληρη τη ζωή του. Ο κίνδυνος καρκίνου ήταν επίσης μεγάλος στα άτομα τα οποία εκτέθηκαν στην παιδική και στην ενήλικη ζωή τους. Αντίθετα στα άτομα που εκτέθηκαν μόνο στο ένα από τα δύο, ο κίνδυνος μειώθηκε. Οι δύο παραπάνω σχέσεις μελετήθηκαν και σε άλλα μέρη και επιβεβαιώθηκαν. Οι ερευνητές πιστεύουν, πως η επιρροή του παθητικού καπνίσματος είναι μεγαλύτερη απ'ότι υποψιάστηκαν πριν.

Σαν πιθανή επιρροή του παθητικού καπνίσματος θεωρούνται τα ακόλουθα: αυξημένος κίνδυνος στις αναπνευστικές ασθένειες των παιδιών (SCHENKER N.B. και συν., 1983, DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 1983, CAMERON P. και συν. 1973), μεταβολές στις λειτουργίες του αναπνευστικού συστήματος παιδιών και εφήβων (TAGER I.B. και συν. 1983, WHITE J. R., και συν 1980), κίνδυνοι για όγκο στην παιδική ηλικία, (NEATEL, C.I. και συν. 1971, CRUFFERMAN και συν. 1982), κίνδυνος για καρκίνο του πνεύμονα (CORREG P. και συν. 1983) και πιθανόν άλλοι τύποι καρκίνου στους ενήλικες. Ο κίνδυνος που διατρέχουν οι ενήλικες από τα παιδιά τους χρόνια λόγω καπνίσματος των γονέων του, έχει ήδη συζητηθεί. Επίσης συγκεντρώ-

θηκαν πληροφορίες όχι μόνο από το κάπνισμα των γονέων αλλά και του (της) συζύγου και άλλων μελών της οικογένειας. Δεν ήταν όμως δυνατό να μελετηθεί, αν ο κίνδυνος αυξάνει με τον αριθμό των μελών της οικογένειας που καπνίζουν.

Αν το παθητικό κάπνισμα έχει επιρροή στον κίνδυνο για καρκίνο, η φύση και η έκταση αυτού του κινδύνου διαφέρει ανάλογα με το πόσες φορές ερχόμαστε σ'επαφή με τον καπνό σ' όλη τη διάρκεια της ζωής μας. Οι ξάστερες και γενικευμένες τάσεις βρέθηκαν σ'αυτή τη μελέτη να συσχετίζονται με τις καρκινογόνες ουσίες που βρίσκονται στο τσιγάρο και αντιδρούν δια μέσω πολύπλοκου μηχανισμού σε διάφορα διαστήματα της ζωής. Βρέθηκε ότι ο κίνδυνος για όλα τα είδη καρκίνου συνδέεται σταθερά και σημαντικά με την έκταση που παίρνει το κάπνισμα μέσα στο σπίτι. Αυτή η έκταση δεν αλλάζει με το φύλο, τη φυλή, την ηλικία.

Αυτή η μελέτη είναι ένα προκαταρκτικό ξεκίνημα. Βασικός σκοπός ήταν η επιρροή του παθητικού καπνίσματος (EVERSON R.E. 1980) στην εμβρυϊκή ηλικία και τα πρώτα παιδιά χρόνια που θα έχει ως συνέπεια τη δημιουργία καρκίνου, όταν ενηλικιωθούν τα άτομα. Βρέθηκε ότι σ'ολόκληρη τη ζωή ο κίνδυνος του παθητικού καπνίσματος ήταν απρόοπτος



Εσύ καπνίζεις
εγώ υποφέρω

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Παθητικό κάπνισμα και υγεία των παιδιών

... ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΙΠΛΑΝΟΥ ΣΟΥ
... ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ
... ΟΛΕΘΡΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ



Διάφορες μελέτες έχουν αναφέρει μια ζωντανή σχέση μεταξύ των νόσων του αναπνευστικού συστήματος παιδιών και νηπίων κάτω των δύο ετών και τις συνήθειες των γονιών να καπνίζουν (LIARD R και συν. 1982).

Αυτές οι συνέπειες συνθέτουν τη συχνότητα βρογχίτιδας και πνευμονίας που χαμηλώνει πιο πολύ σε παιδιά που μόνο ο ένας γονιός καπνίζει σε αντίθεση με τα παιδιά των οποίων και οι δύο γονείς καπνίζουν (FERGUSSON και συν. 1981).

Αναπνευστικά συμπτώματα και αρρώστιες που παρουσιάζονται στη μελλοντική ζωή των παιδιών έχουν σχέση με την πρώιμη εμφάνιση συμπτωμάτων που επηρεάστηκαν από την έκθεσή τους στο κάπνισμα των γονιών (COLLEY T.R.T. 1973).

Σε μια από τις δύο μελέτες που εξετάζουν τις νοσοκομειακές εισαγωγές που σχετίζονται με αναπνευστικά νοσήματα σε νήπια και παιδιά των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν, βρέθηκε ότι τα παιδιά καπνιστών έχουν εισαχθεί στο Νοσοκομείο σε μια

αναλογία σε πνευμονία και βρογχίτιδα 28% υψηλότερη από εκείνη των παιδιών που οι μητέρες τους δεν καπνίζουν.

Η άλλη μελέτη αναφέρει ότι τα παιδιά των μητέρων που κάπνιζαν είχαν 70% μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσηλευτούν για αναπνευστικά προβλήματα σε σύγκριση με τα παιδιά αυτών που δεν κάπνιζαν)DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1984)

Ευριγμός ή άσθμα, φαίνεται να είναι πιο συνηθισμένο στα παιδιά των οποίων οι γονείς καπνίζουν (BONHAN G.S., WILSON R.W. 1981, WEISS E.T. και συν. 1980). Ασθματικά παιδιά καπνιστών, αναφέρεται ότι αισθάνονται καλύτερευση στην κατάσταση τους όταν οι γονείς τους σταματούν να καπνίζουν, σε αντίθεση με ασθματικά παιδιά των οποίων οι γονείς εξακολουθούν να καπνίζουν (GORTMAKER ST και συν. 1982) Έχει επίσης διαπιστωθεί, ότι το κάπνισμα των γονέων είναι ένας επικίνδυνος παράγοντας για την επίμονη εκροή του μέσου ωτός στα νέα παιδιά. (KRAEMER MJ και συν. 1983). Μείωση του ύψους και αύξηση του κινδύνου ξαφνικού θανάτου νηπίων (BERGMAN AB και συν 1976) έχουν επίσης αναφερθεί μεταξύ παιδιών και καπνιστών

Επίσης υπάρχουν ενδείξεις για αυξημένο αριθμό παιδικών καρκίνων (εγκεφάλου κλπ) σε άτομα που εκτέθηκαν για ορισμένο χρονικό διάστημα στον καπνό του τσιγάρου στο οικογενειακό περιβάλλον. η υπόθεση βασίζεται στην παρουσία ισχυρών καρκινογόνων ενώσεων όπως είναι N-νιτροδωαμίνες, το βενζο(α)πυρένιο κλπ (PRESTON-MARTIN S και συν. 1982).

Η έκθεση παιδιών σε παθητικό κάπνισμα μπορεί να προσδιοριστεί από τη συγκέντρωση νικοτίνης και του μεταβολίτη της κοτινίνης στα ούρα και στο σάλι τους (Η συγκέντρωση της κοτινίνης βρέθηκε κατά μέσο όρο 30-1000 MMOL/MMOL και της νικοτίνης 30-200 MMOL/MMOL στα ούρα ενώ στο σάλιο η ουγκέ-

ντρωση της κοτινίνης είναι κατά μέσο όρο 13 MO/ML και της νικοτίνης 10 NG/ML (GREENBERG R.A. και συν. 1984). Επίσης έχει βρεθεί νικοτίνη στο γάλα γυναικών που θηλάζουν και καπνίζουν (HILL P. WYNDER E.L. 1979).

Το κάπνισμα των τοιγάρων είναι συνδεδεμένο με την ανάπτυξη στεφανιαίας αθηροσκλήρωσης. Η αναλογία θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο μειώνεται ανάμεσα σε νεαρά άτομα που σταματούν το κάπνισμα (VAUGHAN και συν. 1979).

Ο υψηλότερος κίνδυνος απαντάται ανάμεσα σε νεαρούς άνδρες που καπνίζουν βαρεια. Οι γιατροί πρέπει να παίζουν ένα δραστικό ρόλο στο να βοηθούν ή να μην αρχίζει ποτέ ο έφηβος το κάπνισμα. Βέβαια υπάρχουν και οι γενετικοί παράγοντες αλλά δεν απαντάτε τόσο συχνά όσο οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες (VAUGHAN και συν. 1979).

Παθητικό κάπνισμα και ενήλικες

Μεταξύ των υγείων ενηλίκων τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα ξεκινάν από την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα. Αυτά είναι ερεθισμός στα μάτια 69%, πονοκέφαλοι 35%, ρινικά συμπτώματα 33% και βήχας 33% (SPEER F.FOBACCO, 1968). Με την έκθεση στο καπνό, παρουσιάζουν ορισμένα άτομα αλλεργικές κρίσεις και διεγείρει τέτοια αλλεργικά συμπτώματα, όπως: ερεθισμός στα μάτια, ρινικά συμπτώματα, πονοκέφαλος, κρυολογήματα, πονόλεμοι.

Ενήλικες με βρογχικό άσθμα που εκτίθενται σε καπνό τσιγάρου πλαγίου ρεύματος (SIDE STREAM) έχουν φανερό και ουσιαστική πτώση την πνευμονική λειτουργία συγκρινόμενη με τις περιπτώσεις των ατόμων που δεν έχουν κάνει άσθμα

Οι συνέπειες του παθητικού καπνίσματος σε ενήλικου

Οι βλαπτικές συνέπειες του παθητικού καπνίσματος σε μη καπνιστές έχουν μελετηθεί ως προς τις χρόνιες επιδράσεις στο αναπνευστικό σύστημα, τον καρκίνο του πνεύμονα και, τελευταία ως προς άλλα είδη καρκίνων. Άτομα που έζησαν πάνω από 15 χρόνια σε οικογενειακό περιβάλλον με καπνιστές (τον ή την σύζυγο ή άλλα μέλη της οικογένειας) που κάπνιζαν τουλάχιστο 10 τσιγάρα την ημέρα, παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερο συντελεστή ταχέως εκπνεομένου όγκου (και οι ίδιοι δεν είναι καπνιστές) σε σχέση με άτομα της αυτής ηλικίας, φύλου, μόρφωσης ή μεγέθους οικογένειας και που υπόκεινται στην ίδια ατμοσφαιρική ρύπανση, αλλά που δεν εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα. Η μείωση του ταχέως εκπνεόμενου όγκου παρουσίαζε σαφή σχέση δόσης/αποτελέσιμα για μεγάλη ομάδα γυναικών με σύζυγο

που κάπνιζε και οι ίδιες δεν οργάζονταν.

Δυο άλλες μελέτες βρίσκουν παρόμοια μείωση του ταχέως εκπνεόμενου όγκου, όχι όμως σημαντική για άτομα που ζούσαν σε οικολογικό περιβάλλον με καπνιστές (CONSTOD G.N. και συν. 1981).

Η σχέση παθητικού καπνίσματος και καρκίνου του πνεύμονα έχει διερευνηθεί με σειρά επιδημιολογικών ερευνών σε διάφορες χώρες.

Η πρώτη σχετική δημοσίευση ήταν των Τριχοπούλου και συνεργατών και αναφερόταν αρχικά σε 51 περιπτώσεις γυναικών με καρκίνο του πνεύμονα σε 3 νοσοκομεία της Αθήνας. Η σύγκριση έγινε με ομάδα 163 γυναικών που νοσηλεύονταν για άλλα νοσήματα, κατάγματα κλπ. (TRICHOPOULOS D. 1981). Η μελέτη επεκτάθηκε το 1982 σε 102 περιπτώσεις γυναικών με καρκίνο του πνεύμονα και 251 γυναίκες ως ομάδα αναφοράς. Από αυτές οι 77 του δείγματος και οι 225 του δείγματος αναφοράς ήταν μη καπνίστριες, και οι δημογραφικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράμετροι ήταν παρεμφερείς. Ο σχετικός βαθμός κινδύνου (RISK RATIO) για τον καρκίνο του πνεύμονα ήταν 2,4 για τις γυναίκες των οποίων οι σύζυγοι κάπνιζαν μέχρι 20 τσιγάρα την ημέρα και 3,4 και πάνω από 20 τσιγάρα, σε σύγκριση με τις γυναίκες των οποίων οι σύζυγοι δεν κάπνιζαν (όλες οι γυναίκες δεν κάπνιζαν). Τα μειονεκτήματα της μελέτης ήταν ο αρχικά μικρός αριθμός περιπτώσεων και η έλλειψη ιστολογικής επιβεβαίωσης των όγκων ωστόσο η μελέτη έτυχε διεθνούς αναγνώρισης και σήμερα αναφέρεται εκτενέστατα στο διεθνή επιστημονικό τύπο (TRICHOPOULOS D. 1983)

Η μελέτη του HIRAYAMA (HIRAYAMA T. 1981) είναι η πιο εντυπωσιακή. Έγινε σε 29 περιφερειακά ιατρικά κέντρα της Ια-

πωνίας και η συγκέντρωση στοιχείων κράτησε 14 χρόνια (1966-79). Η μελέτη αφορούσε 91.540 παντρεμένες γυναίκες που δεν κάπνιζαν και 17.633 που κάπνιζαν και ήταν πάνω από 40 ετών. Η προτυπωμένη θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα των γυναικών των οποίων των οποίων οι άνδρες κάπνιζαν περισσότερο από 20 τσιγάρα την ημέρα σε σύγκριση με γυναίκες στην οικογένεια των οποίων δεν κάπνιζε κανείς, ήταν 2,08 (δηλαδή, διπλάσια θνησιμότητα). Για τις γυναίκες των οποίων οι άνδρες κάπνιζαν κάτω από 20 τσιγάρα την ημέρα, η θνησιμότητα σε σχέση με την ομάδα αναφοράς ήταν 1,6. Τα αποτελέσματα αυτά μπορούν να συγκριθούν με τη θνησιμότητα των γυναικών που είναι 3,8 και των γυναικών που καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα και που είναι περίπου 5 (σε σχέση βέβαια με τη θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα των γυναικών που δεν καπνίζουν, που αντιστοιχεί στη μονάδα). Αντίθετα, στη μελέτη, η ατμοσφαιρική ρύπανση, δεν φαίνεται να έχει καμιά επίδραση, επειδή η θνησιμότητα στις γυναίκες αγροτών είναι μεγαλύτερη. Μικρή αύξηση επίσης παρατηρήθηκε στη θνησιμότητα γυναικών με συζύγους καπνιστές από εμφύσημα, άσθμα και καρκίνο της μήτρας.

Η μελέτη HIRAYAMA προκάλεσε αρκετές συζητήσεις στον επιστημονικό τύπο, αλλά τα συμπεράσματά της ισχύουν ακόμη και σήμερα και επιβεβαιώνονται από νεότερες μελέτες (CORRESPONDENCE OF HIRAYAMA'S STUDY, 1981). Πρόσφατα, ανακοινώθηκε, ότι η μελέτη επεκτείνεται με νέες περιπτώσεις (έχουν προστεθεί και νέα άτομα, ώστε το σύνολο είναι τώρα 265.118 γυναίκες και άνδρες). Η διευρυσμένη μελέτη, μετά από 16 χρόνια, παρουσιάστηκε το 1984 στην Ιαπωνική Αντικαρκινική Εταιρεία και περιλαμβάνει στοιχεία για τους δείκτες θνησιμότητας α-

πό διάφορα είδη καρκίνων σε σχέση με το κάπνισμα, την κατανάλωση οινοπνευματωδών κρέατος και λαχανικών (STIPALA, 1985). Θετικά αποτελέσματα για τη σχέση παθητικού καπνίσματος και καρκίνου του πνεύμονα έχουν βρεθεί σε άλλες δύο μελέτες (Πενσυλβανία των ΗΠΑ και Δ.Γερμανία) αλλά όχι και σε μια μικρότερη μελέτη στο Χονγκ-Χονγκ. (MILLER, 1978).

Ησοβαρότερη, όμως, αντίφαση για τη σχέση παθητικού καπνίσματος και καρκίνου του πνεύμονα προέρχεται από τα αρνητικά (ή σχετικώς μικρές στατιστικές ενδείξεις) αποτελέσματα μιας ευρύτερης αμερικανικής μελέτης. Η μελέτη της Αντικαρκινικής Εταιρείας παρακολούθησε δείγμα 176.739 γυναικών που δεν κάπνιζαν επί 12 χρόνια. Ο σχετικός βαθμός κινδύνου από καρκίνο του πνεύμονα σε γυναίκες των οποίων οι σύζυγοι κάπνιζαν λιγότερα από 20 τσιγάρα ήταν 1,37 και σ'αυτές των οποίων οι σύζυγοι κάπνιζαν πάνω από 10 μόνο 1,04 (σε σχέση βέβαια με δείγμα αναφοράς μη καπνιστριών των οποίων οι σύζυγοι δεν κάπνιζαν) (GARFINKEL, 1981). Η μελέτη, όπως ήταν φυσικό, δημιούργησε μεγάλες αμφιβολίες στην ιατρική κοινότητα των ΗΠΑ και ο ρόλος του παθητικού καπνίσματος στην αιτιολόγηση καρκίνων στον άνθρωπο τοποθετήθηκε σε δευτερεύουσα μοίρα, προς μεγάλη ικανοποίηση των καπνοβιομηχανιών. Ωστόσο, νεότερες κριτικές της μεθοδολογίας και των συμπερασμάτων της σε σχέση με την ιαπωνική μελέτη του HIRAYAMA έχουν απασχολήσει τους επιδημιολόγους. Οι διαφορές των αμερικανίδων σε σχέση με τις ιαπωνίδες μπορούν να συνοψισθούν στα παρακάτω: α)οι αμερικανίδες σε μεγάλο ποσοστό τους εργάζονται ως υπάλληλοι γραφείου όπου επικρατεί υψηλός βαθμός παθητικού καπνίσματος, β)στις ΗΠΑ υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό διαζυγίων, ώστε το ιστορικό του πρώην συζύγου-καπνιστή να

μην έχει την ίδια βαρύτητα, γ)οι ιαπωνίδες ζουν σε μικρότερα σπίτια, δ)δεν υπάρχουν διαφορές στις κοινωνικές συνήθειες, ε)οι σύζυγοι των αμερικανίδων προτιμούν να καπνίζουν στην εργασία τους παρά στο σπίτι και ζ)οι αμερικανίνες πηγαίνουν συχνά σε μπαρ, εστιατόρια κλπ, όπου υπάρχουν πολλοί καπνιστές. (ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS 1983).

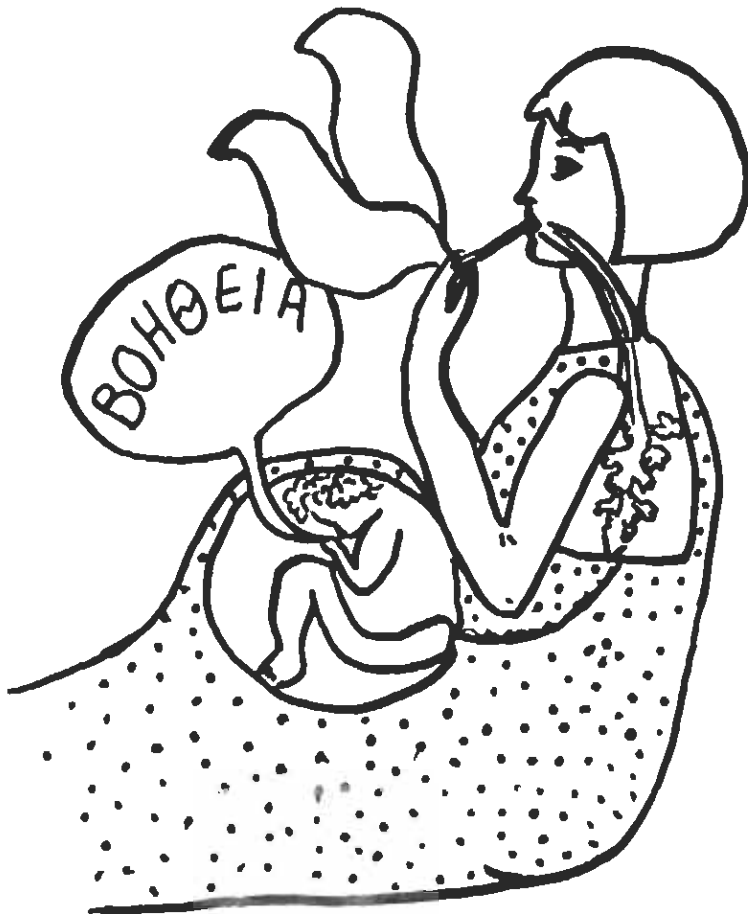
Από τότε έχουν δημοσιευτεί νέες μελέτες και ερμηνίες αποτελεσμάτων που διεύρυναν τις γνώσεις μας για τις συνέπειες του παθητικού καπνίσματος.

Οικονομικό κόστος

Υπολογίζεται ότι το όλο κόστος της άμεσης φροντίδας υγείας που συσχετίζεται με το κάπνισμα είναι πάνω από 16 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο. Το έμμεσο κόστος που συσχετίζεται με το κάπνισμα στη μείωση της παραγωγικότητας και κέρδη από παραπανήσια θνητότητα, αναπηρία και πρόωρο θάνατο υπολογίζονται στα 37 δισεκατομμύρια το χρόνο (LUCY B.R. SCHWEITZER, 1978). Αυτοί οι αριθμοί μεταφράζονται σ'ένα ετήσιο κατά κεφαλή κοινωνικό κόστος, άμεσα αναφερόμενο στο κάπνισμα από περίπου 200 δολάρια. Το οικονομικό φορτίο για κάθε μη καπνιστή, που προσφέρει ιατρική φροντίδα για αρρώστιες που προέρχονται από το κάπνισμα υπερβαίνει τα 100 δολάρια (WARNER K.E. 1983). Πληρώνεται πρωτοβάθμια με τους φόρους και τα προμ των ασφαλιών υγείας. Το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για το 1/4 της θνησιμότητας που προέρχεται από φωτιά και υπολογίζεται περίπου για 500 δολάρια.

Σε άλλες απώλειες από φωτιές που προέρχονται από το κάπνισμα παίρνουν πάνω από 1500 ζωές και προκαλούν τραύματα σε άλλα 4.000 άτομα το χρόνο κάνοντας το κάπνισμα την πρώτη αφορμή πυρκαγιών στο έθνος: 38% σε διαμερίσματα, 32% σε ξενοδοχεία, 23% σε κινούμενα σπίτια, 21% σε μονοκατοικίες, 17% σε ιδιωτικές στέγες.

Κάπνισμα και εγκυμοσύνη



Κάπνισμα και έμβρυο



Οι επιπτώσεις των προϊόντων του καπνίσματος στη ζωή μας είναι τόσο φοβερές και πολλές από την πρώτη στιγμή και φυσικά εννοείται η ευβρυϊκή περίοδος της ζωής του ανθρώπου.

Είναι το μέρος των βλαπτικών επιδράσεων που συζητιέται έξω από τους κύκλους των ειδικών. εν τούτοις είναι το τρομερότερο μέρος για δύο κύρια λόγους:

Πρώτον γιατί έτσι επηρεάζεται -τόσο πλατιά- η νέα γενιά που κυοφορείται και δεύτερον γιατί δεν υπάρχει καμιά δυνατότητα άμυνας έστω και φυγής εκ μέρους αυτής της ανυπεράσπιστης προσωπικότητας που είναι ο άνθρωπος στην ευβουϊκή του ηλικία (Πολίτης Π. 1988). Πρώτα από όλα να διευκρινήσουμε ότι το κάπνισμα καθυστερεί τη σύλληψη (HARRISON 1987).

Είναι γνωστό πως τα προϊόντα του καπνίσματος από την νικοτίνη ως τα διοξειδία του άνθρακα και του ζώτου μέχρι τα κυανίδια διαπερνούν το φράγμα του πλακούντα, έτσι το έμβρυο βάλλεται κατευθείαν (EVERSON R.B. 1980). Επίσης είναι γνωστό πως οι ουσίες αυτές φτάνουν στην μήτρα έστω και αν η μητέρα είναι παθητική καπνίστρια (Η μη καπνίστρια, μένοντας μια ώρα σε χώρο που καπνίζουν, δέχεται προϊόντα καπνού σαν να κάπνιζες η ίδια ένα τσιγάρο) π.χ. όταν εργάζεται με καπνιοτές (BUTLER, N.R. 1973).

Έχουν επιβεβαιωθεί απόλυτα μερικές αρκετά καταστροφικές επιπτώσεις με ανάλογες συνέπειες. Η ανάπτυξη του εμβρύου υπολείπεται -και σε βάρος και σε μήκος- ανάλογα με το χρόνο και το βαθμό της έκθεσης, αν και μερικοί υποστηρίζουν την άποψη πως και πριν τη σύλληψη χρειάζεται χρονικό διάστημα μη εξακριβωμένο (1-3 μήνες) που η μέλλουσα μητέρα δεν πρέπει να έρθει σε επαφή με προϊόντα του καπνίσματος. Το βάρος του επηρεασμένου νεογνού υστερεί πάνω από 200 γρ. (εννοείται του τελειομήνου) και αυτό έχει αναλογική σχέση με την ποσότητα που φθάνει στο έμβρυο (CANSTOCK G.W. και συν. 1971).

Μελέτη πάνω σ'αυτά έδειξε ότι δύο φορές πιο συχνά γεννιούνται παιδιά ελιποβαρή σε σύγκριση με τα παιδιά μητέρων που δεν καπνίζουν και στα οποία το φυσιολογικό είναι \leq 2000 NE (MENER M.B. και συν. 1976). Και δεν είμαι μόνο αυτό, η

καθυστέρηση αυτή στην ανάπτυξη του εμβρύου δεν σταματάει με τη γέννηση και δεν είναι μόνο σωματική. Τα παιδιά αυτά έχουν κάποιου βαθμού βραδύτητα στην αναπτυξιακή τους πορεία, σωματικά νευρικά και σε διανοητική απόδοση. Ακόμη και στην σχολική ηλικία η απόδοσή τους στην ανάγνωση και αριθμητική σημειώνεται ότι υπολείπεται από εκείνη των συνομηλίκων τους μη επηρεασμένων από το κάπνισμα. Το μητρικό κάπνισμα όχι μόνο ελαττώνει την παροχή οξυγόνου στο έμβρυο (γνωστό πόσο το εγκεφαλικό κύτταρο κυρίως σαυτή την περίοδο έχει ανάγκη από οξυγόνο), αλλά τροφοδοτεί το έμβρυο με κυτταροτοξικές ουσίες, όπως τα κυανίδια και άλλα. Έτσι άλλες συνέπειες είναι οι ενδομήτριοι θάνατοι, προωρότητα καθώς και αυξημένο ποσοστό νεογνικών θανάτων (αιφνιδίων) (INGLEHART D.K. 1984).

Επίσης στα ευαίσθητα νεογνά π.χ. πρόωρα οι κεντρικής αιτίας άπνοιες είναι στατιστικά αυξημένες σε κείνα που κατά την ενδομήτρια ζωή ήταν εκτιθέμενα στον καπνό.

Μέχρι πρότινος το κάπνισμα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης δεν θεωρείτο σαν σοβαρό τερατογόνο, παρόλο ότι δυνητικό ~~καρδιογενόνο~~.

Τελευταία όμως αναφέρθηκαν εργασίες στο συνέδριο Περιγεννητικής Ιατρικής - Ρώμη, Απρίλιος 1988, που έδειξαν πως το κάπνισμα έχει ποσοστό σε συγγενείς ανωμαλίες όπως συνδακτυλία, λυκόστωμα, λαγόχειλος, καρδιοπάθειες.

Τέλος να προσθέσουμε πως ο καπνός του τσιγάρου δρα συνεργικά σε επιδράσεις άλλων βλαπτικών παραγόντων όπως το οινόπνευμα και η νοσηρότητα από λοιμώδεις ασθένειες σ' αυτά τα νεογνά είναι αυξημένες (Πολίτης Π. 1988).

Όπως φαίνεται οι άμεσες βλάβες στο έμβρυο είναι αρικ-

τά σημαντικές ιδιαίτερα για μητέρες που καπνίζουν και γιατί οι υγειονομικές υπηρεσίες των Η.Π.Α. έχουν προτείνει να προστεθεί και δεύτερη προειδοποιητική ετικέτα στα πακέτα των τσιγάρων <<προσοχή: το κάπνισμα από κυφορούσες γυναίκες μπορεί να προκαλέσει αποβολές, πρόωρες γεννήσεις ή χαμηλό βάρος του νεογέννητου>>, συμβάματα που παρουσιάζονται με αυξημένη συχνότητα σε εγκύους που καπνίζουν (INGLEHART J.K., 1984).

Νεότερες πληροφορίες για το παθητικό κάπνισμα

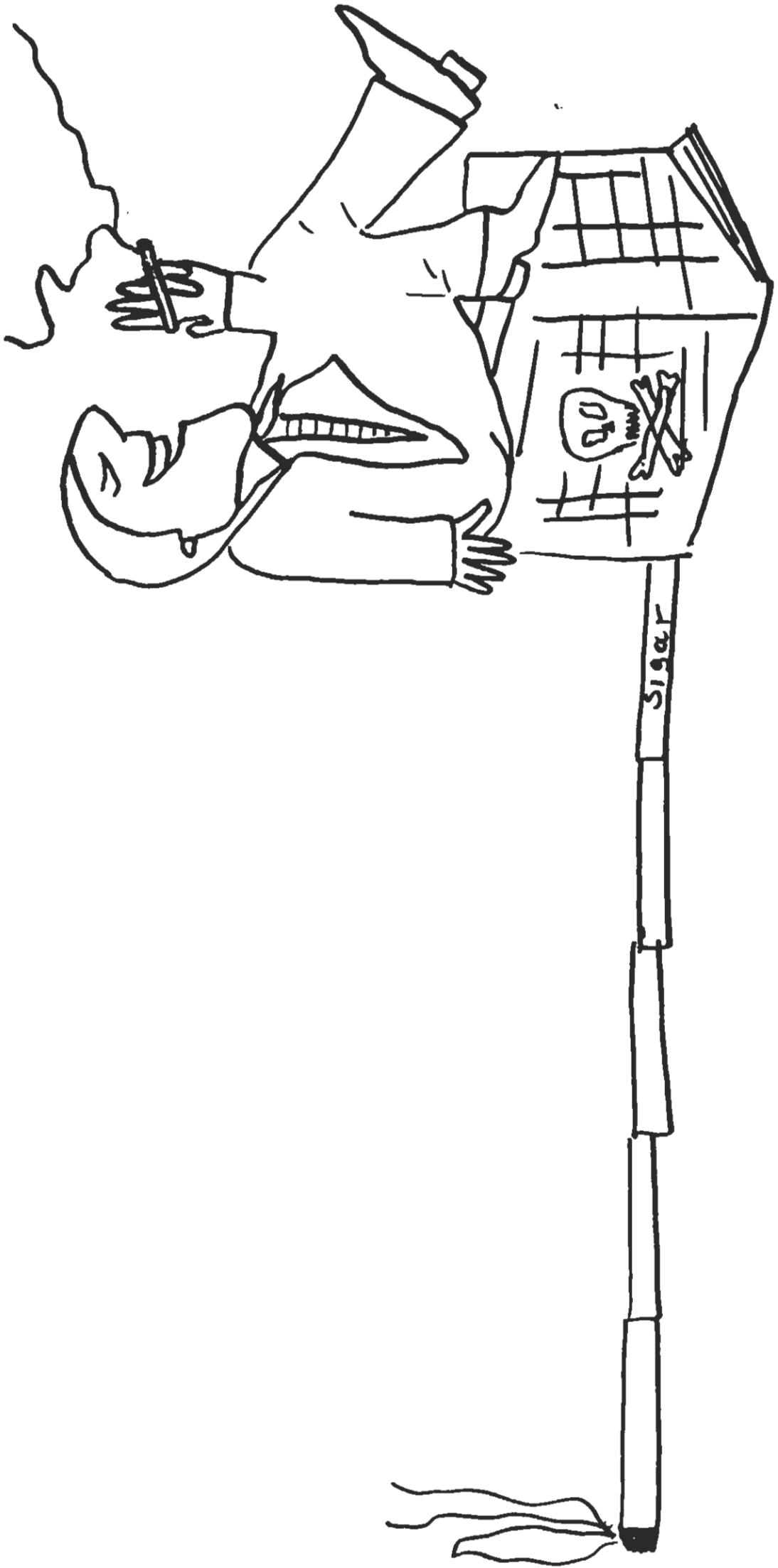
Τα προβλήματα της ερμηνείας των αποτελεσμάτων για το παθητικό κάπνισμα αναπτύχθηκαν σε κύριο άρθρο του LANCET με αφορμή τη διάλεξη του C.E.ROSSITER στη Βασιλική Εταιρεία Στατιστικής του Λονδίνου και με βάση κριτική ανασκόπηση των αντιφάσεων των συμπερασμάτων και αποτελεσμάτων των εργασιών που είχαν δημοσιευθεί μέχρι το 1981. (LEE, 1982). Μια πρόσφατη μελέτη 1.338 ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα σε σχέση με τις καπνισματικές συνήθειες συζύγων ή γονέων έγινε στη Λοιζιάνα των ΗΠΑ και διαπίστωσε αυξημένο κίνδυνο για τους/τις μη καπνιστές) στρίες των οποίων οι σύζυγοι κάπνιζαν πάνω από 40 τσιγάρα την ημέρα. Επίσης, η μελέτη βρήκε αυξημένη συχνότητα καρκίνου του πνεύμονα σε άτομα των οποίων κάπνιζε η μητέρα. Η επίδραση του παθητικού καπνίσματος καλυπτόταν σε άτομα που ήταν καπνιστές (CORREA P. και συν. 1983). Η σχέση παθητικού καπνίσματος και αυξημένου κινδύνου για καρκίνο του πνεύμονα μπορεί να μετρηθεί, κατ'άλλους ερευνητές, με βάση τον προσδιορισμό των συγκεντρώσεων νικοτίνης και κοτινίνης (μεταβολίτης της) στα ούρα μη καπνιστών, που αναπνέουν τον καπνό του τσιγάρου άλλων καπνιστών σε κλειστούς χώρους. Εξετάστηκαν τα ούρα 151 ανδρών που δεν ήταν καπνιστές, αλλά είχαν τις προηγούμενες 7 ημέρες εκτεθεί σε ατμόσφαιρα ρυπαυμένη με καπνό τσιγάρων. Βρέθηκε, ότι οι συγκεντρώσεις της κοτονίνης ανταποκρίνονταν στο βαθμό έκθεσης (WALD N.S. και συν. 1984).

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων της αμερικανικής μελέτης και οι διαφορές της από την ιαπωνική, γίνεται το θέμα επιστολής προς τη Σύνταξη του LANCET. Ο J.L.REPACE θεωρεί, ότι

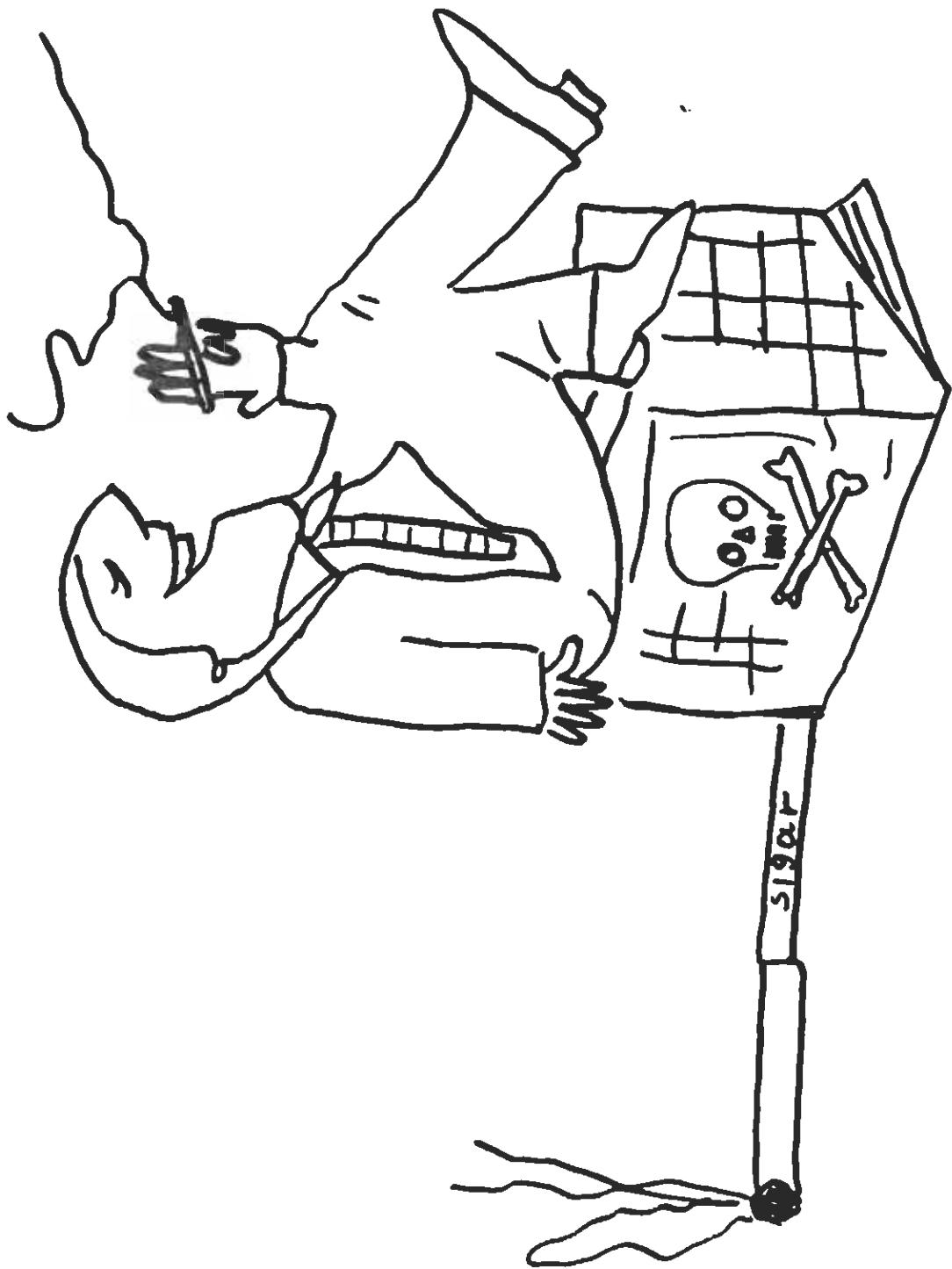
οι δύο μελέτες δεν διαφέρουν σημαντικά, εάν στην αμερικανική μελέτη ληφθεί υπόψη ο παράγοντας του παθητικού καπνίσματος στο εργοστασιακό περιβάλλον. Γιατί ενώ καταγράφηκαν οι καπνισματικές συνήθειες των συζύγων, δεν έγινε διάκριση για τις αμερικανίδες που εργάζονται και εκτίθενται στον καπνό των τσιγάρων των συναδέλφων τους (REPACE J.L. 1984). Ένας άλλος γνωστός επιστήμονας (N.WALD) παρατηρεί, ότι οι παντρεμένοι/νες με καπνιστές υφίστανται περισσότερο την έκθεση στο καπνό του τσιγάρου και εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος δηλαδή εκτίθενται περισσότερο και όχι μόνο μέσα στα σπίτια τους (WALD N.T. και συν. 1984).

Τα τελευταία χρόνια εμφανίστηκαν και μελέτες που λαμβάνουν υπόψη τους τη συνολική έκθεση ατόμων (λόγω παθητικού καπνίσματος) στον καπνό του τσιγάρου, από τη γέννηση τους μέχρι μεγάλης ηλικίας. Υπολόγισαν δηλαδή, το παθητικό κάπνισμα των γονέων, συζύγων, άλλων ατόμων στο οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον. Τέτοιες μελέτες διεξάγουν ο SANDEL και οι συνεργάτες του. Ένα δείγμα 518 ασθενών με διάφορα είδη καρκίνου, που έχουν σχέση (οιόματος, φάρυγγα, οισοφάγου, παγκρέατος, αναπνευστικού συστήματος, ουροποιητικού και τραχήλου της μήτρας) ή δεν έχουν σχέση με το κάπνισμα (οφθαλμού, εγκεφάλου, θυρεοειδούς, πεπτικού, λευχαιμία κ.λ.π.) εξετάστηκαν σε σχέση με τον αριθμό των εκθέσεων σε παθητικό κάπνισμα από την παιδική ηλικία. Για καρκίνους που σχετίζονται με το κάπνισμα ο σχετικός κίνδυνος βρέθηκε 1,8, 3,0 και 3,8 για 1,2 και 3 βαθμούς ή και εως αντιστοίχα. Για καρκίνους που δεν έχουν σχέση με το κάπνισμα ο σχετικός κίνδυνος ήταν αρκετά μικρότερος σε σχέση με τους βαθμούς έκθεσης. Τα αποτε-

λέσματα θεωρούνται από τους ερευνητές προκαταρκτικά, αλλά συμφωνούν με τις πειραματικές ενδείξεις για την επίδραση του παθητικού καπνίσματος κατά την εμβρυική περίοδο, την παιδική ηλικία και κατά τη μεταγενέστερη ζωή (SANDER D.P. και συν. 1985).









Φαρμακολογικές απόψεις πάνω στο κάπνισμα και στην επιρροέπεια
στην νικοτίνη

NEAL L. BELOWITZ MD

Η νικοτίνη έχει καταναλωθεί στην μορφή του κανπού και άλλων φυτών, για εκατοντάδες χρόνια. Σχεδόν 30% των ενηλίκων Αμερικανών καπνίζουν παρ'ότι στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει μια επιθυμία να σταματήσουν και παρά την γνώση των επιπτώσεων στην υγεία τους. Η αποτυχία να εγκαταλείψουν το κάπνισμα οφείλεται σε μεγάλο μέρος στις επιρροεπείς ιδιότητες της νικοτίνης, Πρόσφατα η νικοτίνη έχει γίνει διαθέσιμη σαν φαρμακευτικό μέσον και εμπορεύεται σαν τσίχλα για να βοηθήσει τους ανθρώπους να σταματήσουν το κάπνισμα. Επιπλέον με το άμεσο αποτέλεσμα στην υγεία, το κάπνισμα επίσης επηρεάζει την αντίδραση πολλών φαρμάκων, προξενώντας την αποτυχία ιατρικής θεραπείας σε μερικές περιπτώσεις, ή την τοξικότητα των φαρμάκων. Αυτό το άρθρο εξετάζει τους μηχανισμούς ενέργειας και της φαρμακολογικές ιδιότητες της νικοτίνης στους ανθρώπους, το ρόλο της νικοτίνης στο να προσδιορίζει την συμπεριφορά των καπνιστών, την κλινική εφαρμογή της θεραπείας: αντικατάσταση της νικοτίνης και ο επηρεασμός του καπνίσματος στην θεραπεία με άλλα φάρμακα. Ο αναγνώστης παραπέμπεται στην αναφορά του 1987 του SURGEON GENERAL: Οι συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία: Επιρροέπεια στην νικοτίνη, για μια λεπτομερή αναθεώρηση στην φαρμακολογική και τοξικολογική ιδιότητα της νικοτίνης και το ρόλο της στην επιρροέπεια στο καπνό.

Μηχανισμούς ενέργειας

Η νικοτίνη εύκολα διασχίζει τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και διαμοιράζεται παντού στον εγκέφαλο. Η εισχώρηση στον εγκέφαλο φαίνεται να περιλαμβάνει και παθητική διάχυση και ενεργητική μεταφορά από τον χαριοειδή χιτώνα του πλέγματος.

Τα περισσότερα αποτελέσματα δράσης της νικοτίνης στο κεντρικό νευρικό σύστημα οφείλονται στην άμεση δράση της στους υποδοχείς του εγκεφάλου. Η νικοτίνη ερεθίζει τους υποδοχείς της νικοτίνης στην σπονδυλική στήλη, στα αυτόνομα γάγγλια και στο επινεφρίδιο μυελό, το τελευταίο έχει σαν αποτέλεσμα την απελευθέρωση της επινεφρίνης. Η νικοτίνη προκαλεί την απελευθέρωση κατεχολαμίνης και διευκολύνει την απελευθέρωση ηλεκτρικής διέγερσης.

Δύο ζητήματα έχουν ιδιαίτερη σχέση με την φαρμακοδυναμική της νικοτίνης: μια περίπλοκη σχέση δόση-αντίδραση και την ανάπτυξη της ανεκτικότητας που παρουσιάζεται με την έκθεση στην νικοτίνη. Σε πειραματικά προπαρασκευάσματα η νικοτίνη σε χαμηλές δόσεις προκαλεί φραγμό των γάγγλιων μετά από στιγμιαία διέγερση. Αυτό ο τύπος αντίδρασης παρατηρείται επίσης και στο άθικτο οργανισμό, παρότι οι μηχανισμοί είναι πολύ πιο περίπλοκοι.

Με υψηλότερες δόσεις η νικοτίνη μπορεί να επιδράσει απευθείας στο περιφερικό νευρικό σύστημα, παρουσιάζοντας τη διέγερση γάγγλιων και την απελευθέρωση από τα επινεφρίδια κατεχολαμίνης. Με αξαιρετικές υψηλές δόσεις, η νικοτίνη παρουσιάζει υπέρταση και βραδύνει τον ρυθμό της καρδιάς.

Ένα δεύτερο φαρμακολογικό ζήτημα είναι η ανάπτυξη της ανεκτικότητας. Η ανεκτικότητα συνήθως ορίζεται σαν μια κα-

τάσταση στην οποία, μετά από επαναληπτικές δόσεις, μια συγκεκριμένη δόση ενός φαρμάκου παρουσιάζει λιγότερα αποτελέσματα δράσης από πριν, ή στο οποίο χρειάζονται αυξημένες δόσεις για να πετύχουμε τα αποτελέσματα δράσης της πρώτης δόσης.

Φαρμακοδυναμική ανεκτικότητα μπορεί να οριστεί ακόμη σαν μια κατάσταση στην οποία ιδιαίτερη συγκέντρωση ενός φαρμάκου στη θέση υποδεχώς παρουσιάζει λιγότερο αποτέλεσμα δράσης απ'ότι είχε σε μια προηγούμενη έκθεση.

Μελέτες σε ζώα δείχνουν ραγδαία ανάπτυξη ανεκτικότητας σε πολλά αποτελέσματα δράσης της νικοτίνης. Το πρώτο τσιγάρο που καπνίζουμε σαν τέως καπνιστές παρουσιάζει ζαλάδα, ναυτία και εμετό, αποτελέσματα στα οποία ο καπνιστής ραγδαία αποκτά την ανεκτικότητα. Η ανεκτικότητα στα υποκειμενικά αποτελέσματα, όπως ναυτία, εμετός και χλωμότητα, παρά που εξακολουθούν να υπάρχουν εξαιρετικές μεγάλες συγκεντρώσεις νικοτίνης στο αίμα (200 έως 300 MG ανά μιλιλίτρο).

Το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και Ενέργειες Συμπεριφοράς

Παρότι οι καπνιστές δίνουν διαφορετικές εξηγήσεις για το γιατί καπνίζουν, οι περισσότεροι συμφωνούν ότι το κάπνισμα προκαλεί διέγερση, ιδιαίτερα με τα πρώτα τσιγάρα της ημέρας και χαλάρωση, ιδιαίτερα σε καταστάσεις έντασης (πίεσης).

Πολλοί καπνιστές πιστεύουν ότι το κάπνισμα τους βοηθάει να συγκεντρωθούν και τους ανυψώνει την διάθεση. Έχουν γίνει μερικές μελέτες επάνω στα αποτελέσματα δράσης του κάπνισματος σε σχέση με την συμπεριφορά των μη καπνιστών. Πολλές τέτοιες μελέτες δείχνουν βελτίωση στην προσοχή, μάθηση

χρόνο αντίδρασης (αντανάκλασης) και το να λύνουν προβλήματα. Μαζί με τις μελέτες που δείχνουν διέγερση στην συμπεριφορά, έχει αποδειχθεί ότι η νικοτίνη αυξάνει επαγρύπνηση στην εκτέλεση επαναληπτικών έργων (δουλειές) και αύξηση εκλεκτικής προσοχής. Οι καπνιστές συνήθως αναφέρουν απόλαυση και μείωση στον εκνευρισμό, στην ένταση, στην κατάπτωση και στο στρες. Εάν η αυξανόμενη διάθεση μετά από το κάπνισμα οφείλεται στην ανακούφιση συμπτωμάτων ή σε μια εσωτερική αυξημένη δράση επάνω στον εκέφαλο, αυτό είναι ασαφές.

Καρδιοαγγειακές Ενέργειες

Καπνίζοντας έτσι τσιγάρο ή μια έγχυση νικοτίνης δραστηριοποιείται το συμπαθητικό νευρικό σύστημα. Σε υγιείς ανθρώπους, έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση του ρυθμού της καρδιάς και της πίεσης, του καρδιακού όγκου παλμού και της στεφανιαίας ροής αίματος. Οι περιφερειακές αγγειακές αλλαγές περιλαμβάνουν δερματικές αγγειοσυστολές που έχουν σχέση με την μείωση της θερμοκρασίας του δέρματος, φλεβοσυστολές και αυξημένη ροή αίματος στους μύες. Αυξημένες συγκεντρώσεις από νορεπινεφρίνη και επινεφρίνη (κατελολαμίνες) που κυκλοφορούν δείχνουν επινεφριδική διέγερση του μυελού.

Καπνίζοντας ένα μοναδικό τσιγάρο ή κάνοντας μια ένεση νικοτίνης αυξάνει η πίεση, αρκετές μεγάλες καταμετρήσεις δείχνουν ότι οι καπνιστές έχουν συστολική πίεση ίδια ή χαμηλότερη από τους μη-καπνιστές. Η φανερό ασυνέπεια ανάμεσα στο μικρό χρόνο και στα μακροχρόνια αποτελέσματα δράσης μπορεί να οφείλεται εν μέρους στην ανάπτυξη της ανευκτικότητας και εν μέρους στο χαμηλό σωματικό βάρος των καπνιστών.

Φαρμακοδυναμικές μελέτες με ενδοφλέβια νικοτίνη έχουν διευκρινήσει απόψεις πάνω στην σχέση δοσολογία-απάντηση και ανεκτικότητα, η οποία μπορεί να έχει σχέση με το κάπνισμα. Μελέτε έγχυσης σε ανθρώπους δείχνουν ότι ο ρυθμός της καρδιάς αυξάνεται με σχετικά χαμηλές στάθμες νικοτίνης στο αίμα, αλλά μετά αυξάνεται στο μέγιστο με κι' άλλες αυξήσεις νικοτίνης. Η ανάλυση της επιτάχυνσης του ρυθμού της καρδιάς δείχνει ανάπτυξη στο μισό χρόνο και οπισθοδρόμηση της ανεκτικότητας σε 35 λεπτά. Τέτοια υποδείγματα υποδηλώνουν ότι μετά από τρία μέσα χρόνια ζωής ή 1½ ώρα μετά από ένα τσιγάρο σχεδόν όλη η ευαισθησία ανακτάται. Τα διαστήματα στα οποία οι καπνιστές καπνίζουν τσιγάρα μπορούν να οριστούν από την κινητικότητα της οπισθοδρόμησης και της ανεκτικότητας.

Φαρμακοδυναμικές παρατηρήσεις εξηγούν γιατί ο ρυθμός της καρδιάς τους καπνιστές αυξάνεται περισσότερο με τα πρώτα λίγα τσιγάρα της ημέρας αλλά δεν διαφέρει μετέπειτα σε σχέση με την ποσότητα νικοτίνης που καταναλώνεται, γιατί τα αποτελέσματα δράσης στο ρυθμό της καρδιάς δεν διαφέρει με τον βαθμό της κατανάλωσης της νικοτίνης και γιατί η επιτάχυνση του ρυθμού της καρδιάς επιμένει όσο οι μέτριες στάθμες της νικοτίνης επιμένουν, περιλαμβάνοντας και την διάρκεια της προηγούμενης νύχτας.

Ενδοκρινείς και μεταβολικές ενέργειες

Έχει αναφερθεί ότι το κάπνισμα αυξάνει τις στάθμες των κατεχολαμίνων, βαζοπρεσίνης, αυξητικής ορμόνης, φλοιοεπινεφριδοτροπικής ορμόνης, κορτιζόλης, προλακτίνης, που κυκλοφορούν στο αίμα, σ' αυτά τα αποτελέσματα δράσης πιστεύεται ότι μεσολαβεί η νικοτίνη. Πολλές μελέτες αυτών των απο-

τελεσμάτων του καπνίσματος στην ενδοκρινική λειτουργία έχουν γίνει σε καπνιστές οι οποίοι έχουν καπνίσει έως το σημείο τοξικότητας -δηλαδή ναυτίας- αλλά αυτό το υπόδειγμα απελευθέρωσης ορμονών που έχει παρατηρηθεί με την ναυτία μπορεί να μην είναι αντιπροσωπευτικό των ενεργειών της νικοτίνης. Σε μελέτε με πιο μέτριο κάπνισμα, μικρές αυξήσεις βαζοπρεσίνης, και κορτιζόλης έχουν βρεθεί. Εν τούτοις, όταν συγκεντρώσεις κορτιζόλης μετρήθηκαν καθ'όλη τη διάρκεια της ημέρας, δεν υπήρχε καμιά διαφορά στους ανθρώπους που κάπνιζαν ή όχι. Φαίνεται ότι στους ανθρώπους μερικές ενδοκρινικές ανταποκρίσεις είναι αποτελέσματα του στρες.

Επιπλέον η ανάπτυξη της ανεκτικότητας στα αποτελέσματα δράσης της νικοτίνης μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα ορμονικά αποτελέσματα δράσης, τα οποία φαίνονται μετά από ένα τσιγάρο και όχι μετά από επαναλαμβανόμενο κάπνισμα. Θεωρείται ότι η απελευθέρωση της βαζοπρεσίνης μπορεί να μεσολαβεί στην βελτίωση της μνήμης.

Στις γυναίκες, το κάπνισμα συνδέεται με πρόωρη εμμηνόπαυση και αυξημένο ρίσκο οστεοπόρωσης, επίσης πιστεύεται ότι αυτό συνδέεται με χαμηλότερο οιστρογόνο σε καπνιστές από μη-καπνιστές. Σε γυναίκες που έχουν περάσει την εμμηνόπαυση και τους χορηγείται οιστρογόνο, υπάρχουν χαμηλότερες στάθμες οιστρογόνου στον ορό του αίματος στις γυναίκες που καπνίζουν παρά αυτές που δεν καπνίζουν. Πρόσφατες αποδείξεις επίσης υποδηλώνουν ότι η νικοτίνη στο καπνό αναχαιτίζει τον σχηματισμό οιστρογόνου.

Το σωματικό βάρος των καπνιστών είναι κατά μέσο όρο 2,7 έως 4,5 κιλά χαμηλότερο από αυτόν των μη-καπνιστών. Όταν έ-

νας καπνιστής σταματάει να καπνίζει, αυτό η αυτή χαρακτηριστικά κερδίζουν βάρος τον ακόλουθο χρόνο (φτάνουν περίπου στη στάθμη αυτών που δεν έχουν καπνίσει ποτέ). Ο έλεγχος στο βάρος ή ο φόβος για την αύξησή του, εφόσον σταματήσουν να καπνίζουν είναι ένα κίνητρο για να συνεχίζουν να καπνίζουν προπαντός οι γυναίκες. Ορισμένες διαφημίσεις για τσιγάρα χρησιμοποιούν αδύνατες γυναίκες για να ενισχύσουν αυτό το συνδυασμό. Μελέτες σε ζώα δείχνουν ότι η μείωση του βάρους είναι ένα αποτέλεσμα δράσης της νικοτίνης. Το ίδιο και η αύξηση βάρους μετά από το σταμάτημα του καπνίσματος μπορεί να αποφευχθεί με την χρήση της τσίγκλας με νικοτίνη. Ο μηχανισμός αυτού του αποτελέσματος δράσης δεν έχει διευκρινιστεί πλήρως, αλλά παρούσες αποδείξεις υποδηλώνουν ότι το κάπνισμα συνδέεται και με την μειωμένη κατανάλωση των φαγητών, ιδιαίτερα γλυκά, φαγητά και με την αυξημένη χρήση ενέργειας.

Η Απορρόφηση της Νικοτίνης από το Καπνό

Η νικοτίνη αποστάζεται από καπνό που καίγεται και μεταφέρεται εγγύτατα επάνω σε σταγόνες πίσσας, τα οποία εισπνέονται και τοποθετούνται στους μικρούς αεραγωγούς και κυψέλες των πνευμόνων. Η απορρόφηση της νικοτίνης διαμέσου βιολογικών μεμβρανών εξαρτάται από το pH. Το pH της νικοτίνης από αποξηραμένους σε καπνοδόχους καπνούς που βρίσκονται στα περισσότερα τσιγάρα είναι οξύ (p.H. 5,5). Σ'αυτά το pH αρχικά, είναι τονισμένο. Σ'αυτή τη κατάσταση δεν διασχίζει τις μεμβράνες των κυττάρων ραγδαίως. Συνεπώς, υπάρχει λίγη στοματική απορρόφηση της νικοτίνης από το καπνό του τσιγάρου, ακόμη και όταν κρατείται μέσα στο στόμα. Το pH του καπνού α-

πό αποξηραμένους στον αέρα καπνούς, όπως αυτούς που βρίσκονται σε πίπες, πούρα και μερικά Ευρωπαϊκά τσιγάρα είναι αλκαλικός (pH 8,8). Ο καπνός από αυτά τα προϊόντα απορροφάται διαμέσου του στόματος.

Όταν ο καπνός φτάνει τους μικρούς αεραγωγούς και τις κυψέλες των πνευμόνων, η νικοτίνη απορροφείται ραγδαίως, άσχετα από το pH του καπνού. Οι συγκεντρώσεις νικοτίνης στο αίμα ανεβαίνουν γρήγορα κατά τη διάρκεια του καπνίσματος και κορυφώνονται στο τέλος του καπνίσματος. Υποθέτουμε ότι η ταχδαία απορρόφηση της νικοτίνης από το καπνό των τσιγάρων διαμέσου του πνεύμονα είναι αποτέλεσμα της μεγάλης επιφανειακής έκτασης των κυψελών και αεραγωγών.

Η απορρόφηση της νικοτίνης από POLACRILEX τσίκλα (NICORETTE) είναι βαθμιαία με συνεχόμενη απελευθέρωση κατά την διάρκεια ολόκληρης της περιόδου του μασήματος. Και με την χρήση τσίκλας 4 μιλιγραμ. οι στάθμες της νικοτόνης στο αίμα είναι συνήθως αξιολοσιμείωτα χαμηλότερες από με την χρήση του καπνού. Η απόσπαση της νικοτίνης από τη τσίκλα με νικοτίνη είναι ατελής με μέσο όρο 53% και 72% από τσίκλα των 2 MG και 4 MG αντίστοιχα και πάρα πολύ ευμετάβλητη (περισσότερο από διπλάσια) σε διαφορετικούς ανθρώπους. Επιπλέον, μια αξιολοσιμείωτη ποσότητα νικοτίνης από τη τσίκλα καταπίνεται. Για αυτούς τους λόγους η συστηματική δοσολογία της νικοτίνης είναι πολύ πιο χαμηλότερη από την ποσότητα που περιέχει η τσίκλα.

Η μέθοδος του καπνίσματος είναι περίπλοκη και ο καπνιστής μπορεί να χειρίζεται την δοσολογία της νικοτίνης σε μια βάση-ρουφιξιά προς ρουφιξιά. Έτσι η κατανάλωση της νικοτίνης από ένα δοσμένο προϊόν εξαρτάται από τον όγκο της

ρουφιξιάς, το βάθος της εισπνοής, το μέγεθος της αραίωσης με τον αέρα στο δωμάτιο, την ταχύτητα του ρουφήγματος και την έντασή του. Για ορισμένα τσιγάρα με χαμηλή περιεκτικότητα πίσας, η λήψη της νικοτίνης εξαρτάται από το ένα οι οπές αερισμού στη φίλτρο φράσσονται από τον καπνιστή.

Η δοσολογία της νικοτίνης δεν μπορεί να προβλεφθεί από την περιεκτικότητα της νικοτίνης στον καπνό ή τα χαρακτηριστικά της απορρόφησης. Για να ορίσουμε την δοσολογία, πρέπει να μετρήσουμε τις στάθμες στο αίμα και να γνωρίζουμε πόσο γρήγορα ο καπνιστής εξαλείφει την νικοτίνη.

Φαρμακοκινητική και Μεταβολισμός της Νικοτίνης

Διανομή:

Το κάπνισμα είναι μια μοναδική μορφή συστηματικής χορήγησης φαρμάκου, στο ότι η νικοτίνη εισέρχεται στο κυκλοφορικό διαμέσου του πνευμονικού αλλά από την συστηματική φλεβική κυκλοφορία. Ο χρόνος καθυστέρησης μεταξύ στο κάπνισμα και την εισχώρηση της νικοτίνης στον εγκέφαλο είναι μικρότερος από αυτό που έχει παρατηρηθεί όταν η νικοτίνη χορηγείται ενδοφλεβίως. Η νικοτίνη εισχωρεί στον εγκέφαλο γρήγορα, αλλά οι στάθμες εγκέφαλου πέφτουν ραγδαίως μετέπειτα, καθώς το φάρμακο διανέμεται στα άλλα ιστά του σώματος. Η νικοτίνη διασχίζει το πλακούντα ελεύθερα και έχει βρεθεί μέσα στο αμνιακό υγρό και μέσα στο αίμα του ομφάλιου λώρου σε νεογνά. Βρίσκεται και μέσα στο μητρικό γάλα και μέσα στο υγρό του μαστού σε γυναίκες που δεν θηλάζουν. Οι συγκεντρώσεις στο μητρικό γάλα είναι τόσο χαμηλές ώστε οι δοσολογίες της νικοτίνης που θα πάρει ένα βρέφος είναι μικρές.

Η νικοτίνη ραγδαία και εκτεταμένα μεταβολίζεται, πρώτα στο συκώτι, αλλά επίσης και στο πνεύμονα αλλά σε μικρή ποσότητα. Η στάθμη του νευρικού απεκρίματος εξαρτάται από το ουρικό pH και την ουρική ροή και είναι υπεύθυνη για το 2-35% της ολικής εξάλειψης. Ο μέσος χρόνος ζωής της νικοτίνης είναι περίπου 2 ώρες παρότι υπάρχει αξιολοσιμείωτη μεταβλητότητα ανάμεσα στους ανθρώπους (έκταση 1-4 ώρες). Επειδή η νικοτίνη έχει μακροχρόνιο μέσο όρο ζωής (16-20 ώρες) συνήθως χρησιμοποιείται σε έρευνες και θεραπευτικές μελέτες σαν σημάδι για τη λήψη της νικοτίνης.

Στάθμεις Νικοτίνης στο Αίμα κατά τη διάρκεια της χρήσης

Καπνού

Συγκεντρώσεις νικοτίνης στο αίμα και πλάσμα που πάρθηκαν σαν δείγματα το απόγευμα από καπνιστές γενικά έδειξαν από 10-50 MG ανά μιλιλίτρο. Η αύξηση σε συγκεντρώσεις νικοτίνης στο αίμα μετά από ένα τσιγάρο διαφέρουν από 5-30 MG ανά μλ. και αυτό εξαρτάται από πως το κάπνισαν το τσιγάρο. Κορυφαίες στάθμεις νικοτίνης στο αίμα μοιάζουν ανάμεσα σε καπνιστές και σ'αυτούς που χρησιμοποιούνε άλλους καπνούς παρότι ο χρόνος στον οποίο ανεβαίνει η στάθμη της νικοτίνης είναι πιο αργός σε καπνιστές που καπνίζουν πούρα και αυτούς που χρησιμοποιούν ταμπάκο και καπνό που μασιέται παρά στους καπνιστές.

Οι καπνιστές πούρων, οι οποίοι έχουν καπνίσει προηγουμένως τσιγάρα μπορεί να εισπνέουν πιο βαθιά και να έχουν υψηλότερες στάθμεις νικοτίνης στο αίμα από ανθρώπους που έ-

χουν καπνίσει μόνο πούρα. Αλλά με βάση τις στάθμες νικοτίνης στο πλάσμα, ή το μέσο όρο λήψης της νικοτίνης φαίνεται να είναι λιγότερη σε καπνιστές πούρων σε καπνιστές τσιγάρων και πιπών.

Τοξινές Ενέργειες Δράσης της νικοτίνης

Δηλητηρίαση από Νικοτίνη:

Η δηλητηρίαση από νικοτίνη έχει περιγραφεί καλά σε περιπτώσεις τυχαίας ή αυτοκτονικής έκθεσης σε εντομοκτόνα που περιέχουν νικοτίνη ή επαγγελματική έκθεση σε φύλλα καπνού. Η μεγαλύτερη σειρά περιπτώσεων δηλητηρίασης από νικοτίνη βρίσκεται στην αρρώστεια από πράσινα φύλλα καπνού, στην οποία οι θεριστές εκτίθενται στην δροσιά που περιέχει νικοτίνη πάνω στα φύλλα καπνού. Η δερματική απορρόφηση της νικοτίνης δημιουργεί ναυτία, έμμετους, χλωμότητα, αδυναμία, ζαλάδα, μια αίσθηση ελαφρότητας στο μυαλό, πονοκέφαλο και ιδρώτα. Λιγότερα συνηθισμένα συμπτώματα είναι πόνους στην κοιλιά, κρυάδες και αυξημένη έκκριση σάλιου. Πιο σοβαρή δηλητηρίαση είναι αυτή που συνοδεύει τα εντομοκτόνα (που περιέχουν νικοτίνη) που λαμβάνονται από το στόμα.

Όσον αφορά τη τσίκλα με νικοτίνη, το μεγαλύτερο ενδιαφέρον για πιθανή δηλητηρίαση προκύπτει όταν ένας μη-καπνιστής προπαντός ένα παιδί, μασήσει τη τσίκλα, ή όταν ένας που χρησιμοποιεί αυτή καταναλώσει αρκετά κομμάτια αμέσως ή γρήγορα το ένα μετά το άλλο. Το να καταπιεί τη τσίκλα δεν φαίνεται να προκαλεί ενδιαφέρον για την ανάπτυξη τοξικών αποτελεσμάτων. Παρόλο που η μισή νικοτίνη μπορεί να απελευθερωθεί από την τσίκλα στο γαστρεντερικό σύστημα η σιγανή απελευθέρωση (16-48 ώρες) και ο προσυστηματικός μεταβολισμός

το οποίο υφίσταται δίνουν λίγες πιθανότητες για δηλητηρίαση. Η ταυτόχρονη κατανάλωση 10 αμύσμητα κομμάτια τσίγκας 4 MG έχει βρεθεί να προκαλεί κορυφαίες συγκεντρώσεις νικοτίνης στο αίμα όχι λιγότερα από 10 MG/ML.

Η Νικοτίνη και Ανθρώπινοι νόσοι

Η σχέση ανάμεσα στο κάπνισμα και των νόσων έχει αποδειχθεί καθαρά. Εν τούτοις, τώρα που η νικοτίνη υπάρχει σε βολικές μορφές δοσολογίας όπως η τσίγκα με νικοτίνη, έχει μεγάλη σημασία να οριστούν τα αποτελέσματα δράσης της.

Η Νικοτίνη, Στεφανιαία Νόσος, και Περιφερική Αγγειακή νόσος

Το κάπνισμα είναι ένας κύριος παράγοντας ρίσκου για στεφανιαία και περιφερική αγγειακή νόσο. Η νικοτίνη μπορεί να συνεισφέρει στο μέγεθος και στην συχνότητα της στεφανιαίας νόσου. Αυξάνει τον ρυθμό της καρδιάς και την πίεση και έτσι, την κατανάλωση οξυγόνου από τους μυς της καρδιάς. Το μονοξείδιο του άνθρακα που εισπνέεται μέσα από το καπνό του τσιγάρου μειώνει την χωρητικότητα του αίματος για να μεταφέρει οξυγόνο. Όταν ένας υγιής άνθρωπος καπνίζει ένα τσιγάρο, η ροή του αίματος στην στεφανιαία αρτηρία πρέπει να αυξηθεί για να αντιμετωπίσει την ζήτηση σε O_2 . Σε περίπτωση της στένωσης της στεφανιαίας αρτηρίας, η ροή του αίματος δεν μπορεί να αυξηθεί και η ισχαιμία μπορεί να συμβεί, με αποτέλεσμα στηθάγχη ή μυοκαρδιακή δυσλειτουργία.

Τα αποτελέσματα δράσης της νικοτίνης σε παρούσα στεφανιαία νόσο έχουν ερευνηθεί μελετώντας τα αποτελέσματα δράσης της τσίγκας με νικοτίνη. Μασώντας τσίγκα με νικοτίνη αυ-

ξάνει η μυοκαρδιακή συσταλτικότητα σε υγιείς ανθρώπους, αλλά σε ανθρώπους με στεφανιαία νόσο, η τσίκλα μειώνει την συσταλτικότητα στις ισχαιμικές περιοχές του μυοκαρδίου. Στους ασθενείς με την πιο σοβαρή στεφανιαία νόσο, ολοσχερής συσταλτικότητα μειώθηκε αφού οι ασθενείς μάσηξαν τσίκλα με νικοτίνη. Αυτά τα αποτελέσματα υποστηρίζουν την ιδέα ότι η νικοτίνη συνεισφέρει στην μυοκαρδιακή ισχαιμία που προκαλείται από το κάπνισμα, στους ανθρώπους. Στεφανιαίοι σπασμοί έχουν αναφερθεί κατά τη διάρκεια του καπνίσματος.

Πιστεύεται ότι η θρόμβωση είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην αθηρογέννηση και στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Το κάπνισμα μπορεί να συνεισφέρει στην νόσο της αρτηριοσκλήρυνσης των αγγείων. Το αίμα πήζει πιο εύκολα στους καπνιστές παρά στους μη-καπνιστές; οι στάθμες του ινωδογόνου είναι υψηλότερες και τα αιμοπετάλια, σε μερικές μελέτες είναι πιο αντιδραστικά; και η ζωή των αιμοπετάλων μειώνεται στους καπνιστές σε σύγκριση με τους μη-καπνιστές. Η σημασία της νικοτίνης στο να προκαλεί την συγκέντρωση των αιμοπεταλίων έχει εισηγηθεί από μελέτες σε γυαλί, αλλά με συγκεντρώσεις πολύ πιο υψηλές από αυτές σε ανθρώπινους καπνιστές. Μια φανερή σχέση ανάμεσα στην συγκέντρωση της νικοτίνης μετά από κάπνισμα διαφόρων τσιγάρων και την συσσωμάτωση των αιμοπεταλίων έχει περιγραφεί, αλλά το ρόλο της νικοτίνης στο να προκαλεί υπερσυσσωμάτωση των αιμοπεταλίων δεν έχει αποδειχθεί ακόμη.

Έχει αναφερθεί ότι η νικοτίνη προκαλεί βλάβη στον σχηματισμό των αρτικών ενδοθηλιακών κυττάρων των ζώων. Η σχέση αυτών των μελετών με τους ανθρώπους υποστηρίζεται με το

ότι έχουν βρεθεί αυξημένοι αριθμοί ενδοθηλιακών κυττάρων που κυκλοφορούν και μείωση στη συσσωμάτωση των αιμοπεταλίων σε μη-καπνιστές οι οποίοι κάπνισαν φύλλα καπνού για πειραματικούς σκοπούς (περιέχονατς νικοτίνη).

Η Νικοτίνη και η Υπέρταση

Παρόλο που το κάπνισμα και η ίδια η νικοτίνη αυξάνουν την πίεση, το κάπνισμα δεν είναι παράγοντας ρίσκου σε χρονιαία υπέρταση. Εν τούτοις, η εξέλιξη της χρονιαίας υπέρτασης σε γρήγορη ή καθοήθη υπέρταση είναι πιο συχνή στους καπνιστές. Η νικοτίνη μπορεί να συνεισφέρει στην επιτάχυνση της υπέρτασης επιδεινώνοντας τις αγγειοσυστολές ή με το να προάγει αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στα αιμοπετάλια και τα τείχη των αγγείων. Μελέτες σε ζώα δείχνουν ότι η νικοτίνη μειώνει την ροή του αίματος στα νεφρά, ένα αποτέλεσμα δράσης που σ'ένα ασθενή με περιορισμένη νεφρική ροή αίματος που οφείλεται σε υπερτασική αγγειακή νόσο, μπορεί να προάγει νεφρική ισχαιμία και να επιδεινώσει την υπέρταση. Η νικοτίνη μέσα στο καπνό μπορεί ναεπηρεάσει την πορεία ορισμένων νόσων που έχουν σχέση με την υπέρταση.

Η Νικοτίνη και Αποχή από το Καπνό

Σε περίπου 80% των καπνιστών, το να σταματήσουν το κάπνισμα έχει σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη του συνδρόμου αποστέρωσης. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ανυσηχία, ευερεθιστικότητα, άγχος, υπνηλία, αυξημένα και συχνά ξυπνήματα από τον ύπνο, ανυπομονησία, σύγχυση και χειροτέρευση της συγκέντρωσης. Οι άνθρωποι που απέχουν από το κάπνισμα τρώνε περισσότερο φαγητό και κερδίζουν βάρος. Φυσιολογικές αλλαγές

παρατηρούνται σε ηλεκτροεγκεφαλογραφικές μελέτες και παρατηρείται επίσης η επιβράδυνση του ρυθμού της καρδιάς, αλλά είναι αβέβαιο εάν αυτές οι αλλαγές αποτελούν μια αληθινή επαναφορά ή επιστροφή στην βασική γραμμή ελεύθερη από νικοτίνη.

Υπάρχει μια έντονη επιθυμία, για να καπνίσουν ένα τσιγάρο. Τα περισσότερα συμπτώματα φτάνουν στην μέγιστη ένταση 24 έως 48 ώρες μετά από τον τερματισμό και βαθμιαία ελαττώνεται η ένταση κατά τη διάρκεια δυο εβδομάδων. Άλλα συμπτώματα, όπως η επιθυμία να καπνίσουν, ιδιαίτερα σε αγχώδεις περιπτώσεις, επιμένουν για μήνες και μπορεί χρόνια μετά τον τερματισμό του καπνίσματος.

Ρύθμιση της Λήψης της Νικοτίνης κατά τη διάρκεια του καπνίσματος

Πολλοί καπνιστές κανονίζουν το κάπνισμά τους για να ρυθμίσουν ή να διατηρήσουν μια ορισμένη στάθμη νικοτίνης στο σώμα τους. Πολλές έρευνες υποστηρίζουν αυτή τη παρατήρηση. Οι καπνιστές αλλάζουν τον τρόπο που ρουφάνε ένα τσιγάρο σύμφωνα με πόση νικοτίνη παράγει το τσιγάρο. Έτσι ρουφάνε πιο συχνά και έντονα, τσιγάρα με χαμηλή περιεκτικότητα νικοτίνης από τα υψηλής περιεκτικότητας τσιγάρα, ίσως για να πάρουν περισσότερη νικοτίνη. Μελέτες δείχνουν ότι οι καπνιστές οι οποίοι αλλάζουν από τσιγάρα υψηλής περιεκτικότητας νικοτίνης σε χαμηλής περιεκτικότητας, καταναλώνουν περισσότερη νικοτίνη από τα τσιγάρα χαμηλής περιεκτικότητας. Αντιστρόφως, οι καπνιστές καταναλώνουν λιγότερη νικοτίνη, από ότι έχει προβλεφθεί, από τσιγάρα υψηλής περιεκτικότητας, ίσως, υψηλότερες δόσεις νικοτίνης να προκαλούσαν τοξικά αποτελέσματα δράσης.

Η ρύθμιση στην απορρόφηση της νικοτίνης είναι φανερό όταν περιορίζεται ο αριθμός τσιγάρων στο καπνιστή. Όταν ο αριθμός μειώθηκε από απεριόριστο (μέσο όρο 39 την ημέρα) σε 5 τσιγάρα την ημέρα, ο μέσος όρος αναρρόφησης της νικοτίνης ανά τσιγάρο τριπλασιάστηκε. Σαν αποτέλεσμα, η μείωση των τσιγάρων σε 15 την ημέρα είχε πολύ λίγη διαφορά, και μειώνοντας τα τσιγάρα σε 5 την ημέρα, μείωσε την καθημερινή έκθεση σε δηλητήρια από το καπνό των τσιγάρων, στη μέση.

Σε μερικές μελέτες, η χορήγηση της νικοτίνης με έγχυση έχει δείξει ότι μειώνεται το κάπνισμα. Ο ρυθμός νεφρικής απέκκρισης της νικοτίνης, επηρεάζεται από την οξύτητα ή την αλκαλικότητα των ούρων. Φόρτωση οξέων έχει σαν αποτέλεσμα μεγάλη αύξηση σε νεφρική απέκκριση της νικοτίνης και οδήγησε σε αύξηση 18% στην λήψη νικοτίνης από το κάπνισμα, για να αντικατασταθεί περίπου η μισή υπερβολική απώλεια στα ούρα.

Έτσι, πολλές μελέτες χρησιμοποιώντας διαφορετικές πειραματικές προσεγγίσεις, δείχνουν μια έντονη τάση στους ανθρώπους να κανονίζουν τις στάθμες νικοτίνης στο σώμα μέσα σε ορισμένα όρια.

Επιρρόπεια στην Νικοτίνη

Οι περισσότεροι άνθρωποι που καπνίζουν θα ήθελαν να σταματήσουν. Πολλοί από αυτούς τους ανθρώπους, οι οποίοι αποτελούν μια ομάδα γνωστή στους παθολόγους, διότι έχουν κάποια νόσο σχετική με το κάπνισμα ή αναγνωρίζουν την απειλή μιας τέτοιας ασθένειας, ακόμη δεν μπορούν να σταματήσουν το κάπνισμα. Το φάρμακο έφρασε να ελέγχει την συμπεριφορά

σε σημείο που θεωρείται επιζήμιο στο άτομο ή στην κοινωνία. Το κάπνισμα και η χρήση του ταμπάκου εκπληρώνουν την εξάρτηση σε φάρμακα όπως παρουσιάζει η πρόσφατη αναφορά του SURGEON GENERAL, Οι συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία.

Υπάρχουν αρκετές αποδείξεις επάνω στη συμπεριφορά και στην φαρμακολογία που δείχνουν ότι η νικοτίνη είναι αυτή που παράγει την εξάρτηση μέσα από το καπνό. Πρώτα η νικοτίνη μεταφέρεται στον εγκέφαλο και είναι ψυχοενεργητική; δηλαδή επιδρά επάνω στον εγκέφαλο και επηρεάζει την διάθεση και την αντιληπτική λειτουργία. Δεύτερον, τα αντικειμενικά και φυσιολογικά αποτελέσματα δράσης της ενδοφλέβιας νικοτίνης και του καπνίσματος είναι παρόμοια. Τρίτον, μόνο ο καπνός που περιέχει νικοτίνη έχει καταναλωθεί από συνήθεια για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Ούτε ο καπνός από τον οποίον έχει αφαιρεθεί η νικοτίνη ούτε υπερβολικής χαμηλής περιεκτικότητας νικοτίνης τσιγάρα έχουν αποδεχθεί από το κοινό. Σε αντίθεση ο καπνός που μασιέται ο τάμπακος, που μεταφέρουν ουσιαστικά ποσότητες από νικοτίνη, χρησιμοποιούνται ευρύτατα.

Επιπλέον, η στέρηση της νικοτίνης τελείως ή εν μέρει, σε ένα χρονικό διάστημα έχει σαν αποτέλεσμα αύξηση στην συμπεριφορά <<ψάχνοντας για νικοτίνη>>/ Αυτό είναι φανερό με τη ταχύτητα που οι καπνιστές σε αεροπλάνο ανάβουν τσιγάρο μόλις σβήσει το σήμα <<απαγορεύεται το κάπνισμα>>. Επίσης οι καπνιστές τείνουν να ρυθμίζουν την συμπεριφορά καπνίσματός τους για να ισοφαρίσουν τις αλλαγές στην διαθεσιμότητα της νικοτίνης και στον ρυθμό εξάλειψης της νικοτίνης από το σώμα, με σκοπό να κανονίσουν τις στάθμες νικοτίνης στο σώμα. Τέλος, για να κοπεί η συνήθεια του καπνίσματος, διευκολύνεται ο καπνιστής με το να αντικαταστήσει την νικοτίνη που προέρ-

χεται από το καπνό με νικοτίνη που χορηγείται σε μορφή τσί-
κλας.

Πολλά χαρακτηριστικά της εξάρτησης στην νικοτίνη μοιά-
ζουν μ'αυτά που βλέπουμε σε ανθρώπους που εξαρτώνται από ναρ-
κωτικά, που συχνά γίνεται κατάχρηση - ηρωΐνη, αλκοόλ και κο-
καΐνη. Πρώτον, πολλά τέτοια ναρκωτικά, προκαλούν φυσιολογική
εξάρτηση. Αυτό σημαίνει ότι η ανεκτικότητα ανασύσσεται στα
αποτελέσματα δράσης του ναρκωτικού και συμπτώματα απόσυρσης
ή αποχής αναπτύσσονται όταν παύει η κατανάλωση του ναρκωτικού.
Η ανάπτυξη της ανεκτικότητας στην νικοτίνη και το σύνδρομο α-
ποχής από το καπνό έχουν περιγραφεί. Δεύτερον, καπνίζοντας
και μόνο μερικά τσιγάρα μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την
ανάπτυξη της εξάρτησης σε καπνό. Το εν τρίτο με δύο τρίτα
των νέων που θα καπνίσουν δύο ή περισσότερα τσιγάρα γίνονται
καπνιστές. Μετά, όταν αρχίσει το κάπνισμα, η κατανάλωση τσι-
γάρων αυξάνεται βαθμιαία με τα χρόνια - ένας τρόπος παρόμοι-
ος μ'αυτόν που παρατηρείται στην χρήση της ηρωΐνης. Τρίτον,
μόλις ένα άτομο γίνει καπνιστής, είναι δύσκολο να σταματή-
σει. Όταν οι καπνιστές προσπαθήσουν να σταματήσουν το κά-
πνισμα, ο ρυθμός υποτροπιάσης είναι υψηλός, μέσος όρος 70%
στους 3 μήνες. Αυτός ο ρυθμός υποτροπιάσης είναι παρόμοιος
μ'αυτόν που έχει παρατηρηθεί σε καρκομανείς της ηρωΐνης και
αλκοολικούς. Τέλος η θεραπεία αντικατάστασης όπως αυτή που
περιλαμβάνει την χρήση της τσίκλας με νικοτίνη είναι παρό-
μοια με την αποτοξίνωση, συντήρηση και σχέδια βαθμιαίας απο-
τοξίνωσης που χρησιμοποιούνται στην θεραπεία ναρκωμανών η-
ρωΐνης.

Τα φαρμακοκινητικά και φαρμακολογικά χαρακτηριστικά της
νικοτίνης είναι σημαντικά για να καταλάβουμε την επιρρέπεια

στο καπνό και στο κάπνισμα. Η νικοτίνη μεταφέρεται ραγδαία στον πνεύμονα και στον εγκέφαλο, Σύμφωνα μ' αυτό, οι καπνιστές αισθάνονται τα φαρμακολογικά αποτελέσματα δράσης άμεσα μετά από το ρούφηγμα. Τα αντικειμενικά αποτελέσματα δράσης τείνουν να μειωθούν γρήγορα λόγω της διανομής της νικοτίνης έξω από τον εγκέφαλο και λόγω της ανάπτυξης της ανεκτικότητας.

Η ικανότητα του καπνιστή να μεταφέρει δόσεις από νικοτίνη στον εγκέφαλο γρήγορα και, αλλάζοντας τον ρυθμό του ρουφήματος, για να κανονίσει την δόση, παρέχει μια ευνοϊκή κατάσταση για την χρήση του φαρμάκου (ναρκωτικού) για να ρυθμίζει τη διάθεση και να ευνοεί την λειτουργία. Η επιμονή της νικοτίνης μέσα στο σώμα έχει σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη της ανεκτικότητας.

Περίληπτικά, η χρήση του καπνού (φύλλα) συμβαδίζει με τα κριτήρια εξάρτησης σ' ένα φάρμακο (ή ναρκωτικό). Η νικοτίνη είναι φανερό ότι είναι το συστατικό που προκαλεί την εξάρτηση. Πολλά χαρακτηριστικά του καπνού (φύλλα) είναι παρόμοια μ' αυτά της ηρωίνης, του αλκοόλ, των καταπραυντικών φαρμάκων. Κανένα από αυτά τα φάρμακα δεν είναι απαραίτητο στην κανονική φυσιολογική λειτουργία.

Θεραπεία: Αντικατάσταση της Νικοτίνης

Οι περισσότεροι καπνιστές που σταματούν το κάπνισμα το κάνουν χωρίς επίσημη θεραπεία. Είναι συνηθισμένο να υπάρχουν αρκετοί κύκλοι στο σταμάτημα και υποτροπιάσεις να προηγηθούν πριν το τερματισμό του καπνίσματος. Ανάμεσα σε ιατρικούς α-

σθενείς, ο ρυθμός στοαυθόρμητο σταμάτημα έχει αναφερθεί να είναι λιγότερο από 1% κάθε χρόνο, αλλά αυτός ο ρυθμός μπορεί να αυξηθεί πολλές φορές με ελάχιστη επέμβαση από τον παθολόγο - δηλαδή, μόνο να δώσει μερικές απλές οδηγίες για το σταμάτημα του καπνίσματος.

Οι φαρμακολογικές θεραπείες μπορεί να περιλαμβάνουν τη χρήση ανταγωνιστικών υποδεχέων ή θεραπεία με αντικατάσταση της νικοτίνης.

Η πιο πετυχημένη φαρμακολογική προσέγγιση ως τώρα στο πρόβλημα το να σταματήσουν το κάπνισμα είναι η αντικατάσταση της νικοτίνης χρησιμοποιώντας τσίκλα με νικοτίνη. Εναλλακτικές προσεγγίσεις στην αντικατάσταση της νικοτίνης που ερευνούνται τώρα είναι ρινικός ψεκασμός με νικοτίνη, συστήματα μεταφοράς νικοτίνης διαμέσου του δέρματος με παρατεταμένη απελευθέρωση της νικοτίνης και σπρέϊ (SPRAY) νικοτίνης. Στις Η.Π.Α., κάθε κομμάτι τσίκλας με νικοτίνη περιέχει 2 μιλιγραμ. νικοτίνη δεμένη με ρεοσίνα σε βάση μαστίχας. Τσίκλα που περιέχει 6 MG νικοτίνη εμπορεύεται στον Καναδά και Ευρώπη. Όταν χρησιμοποιείται τακτικά κατά τη διάρκεια της ημέρας, οι οστάθμεις της νικοτίνης που προέρχονται από αυτή φτάνουν μέσο ότο το 1/3 έως 2/3 των σταθμών που παρατηρούνται με το κάπνισμα. Η τσίκλα χρησιμοποιείται αποτελεσματικά όταν ο καπνιστής έχει σταματήσει να καπνίζει, για να μειώσει τα συμπτώματα απόσυρσης και για να παρέχει κάποια στοματική δραστηριοότητα. Η τσίκλα αυτή δεν φαίνεται να μειώνει το κάπνισμα σε καπνιστές οι οποίοι δεν προσπαθούν να σταματήσουν το κάπνισμα.

Σε αρκετές δοκιμασίες, αλλά όχι όλες, η τσίκλα με νικοτίνη έχει αποδειχθεί ότι είναι χρήσιμη σε θεραπεία για να βοηθήσει καπνιστές να σταματήσουν το κάπνισμα.

Σε κλινικές για το κάπνισμα υπήρχε 27% επιτυχία με την τσίκλα νικοτίνης και 18% επιτυχία με τσίκλα με εικονικό φάρμακο PLASEBO (ψεύτικο φάρμακο)

ΣΔε μια πρόσφατη δοκιμασία σε κλινική, 4 MG τσίκλα ήταν πιο αποτελεσματική από την τσίκλα με 2 MG νικοτίνη σε καπνιστές με υψηλή εξάρτηση και αυτός ο ρυθμός επιτυχίας ήταν παρόμοιος με την επιτυχία των καπνιστών με μέτρια ή χαμηλή εξάρτηση και τσίκλα των 2 μG.

Η χρήση όμως της τσίκλας στην γενική ιατρική είναι λιγότερο ενθαρρυντική, σύμφωνα με πολλές μελέτες. Στην μελέτη της Βρετανικής Θωρακικής Κοινότητας που μιλάει για τα αποτελέσματα της προφορικής συμβουλής που συνδυάζεται με τσίκλα νικοτίνης ή εικονικού φαρμάκου, δεν υπήρχε διαφορά στο αποτέλεσμα (αποχή ενός χρόνου, 10% για όλες τις θεραπείες. Μια ανάλυση επάνω σε αρκετές δοκιμασίες δείχνει παρόμοιους ρυθμούς, με εξαμηνιαίες αποχές από το κάπνισμα με την τσίκλα νικοτίνης (11,4%) σε σύγκριση με εικονική τσίκλα (11,7%). Αλλά βρήκε μόνο ένα μικρό πλεονέκτημα με την τσίκλα νικοτίνης, (17%) σε σύγκριση με καθόλου τσίκλα (13%). Έτσι το ευεργέτημα της τσίκλας νικοτίνης στην γενική ιατρική δεν φαίνεται όσο σε κλινικές καπνίσματος. Η επιτυχημένη χρήση της τσίκλας νικοτίνης εξαρτάται από την εμπειρία και το χρόνο που παρέχουν οι γιατροί ή άλλοι επαγγελματίες επάνω στην υγιεινή φροντίδα.

Σε μια πρακτική προσέγγιση για την χρήση της τσίκλας νικοτίνης, τα λογικά και αναμενόμενα αποτελέσματα της θερα-

πείας συζητιούνται με τον ασθενή. Γίνεται μια συμφωνία για το πότε θα σταματήσει ασθενής να καπνίζει. Η τσίκλα δίνεται αμέσως για χρήση μόλις σταματήσει ο ασθενής να καπνίζει. Οι οδηγίες που δίνονται είναι: να μασιχθεί η τσίκλα για 20 έως 30 λεπτά οπότε υπάρχει επιθυμία να καπνίσει ο ασθενής και επιτρέπονται μέχρι 30 κομμάτια την ημέρα. Οι ασθενείς συμβουλεύονται να μασήξουν απαλά και σιγά μέχρι να σιαθανθούν μια γεύση ή τσίμπημα και μετά να σταματήσουν ώπου αυτή η αίσθηση εξαφανιστεί. Μασήματα κατά διαστήματα, μειώνουν την κούραση στους σιαγώνες και το σάλιωμα, το οποίο μπορεί να οδηγήσει στο να καταπιεί ο ασθενής περισσότερη νικοτίνη ή σε γαστροεντερική τοξικότητα. Οι ασθενείς θα πρέπει να γνωρίζουν ότι οι επιδράσεις της νικοτίνης από την τσίκλα αναπτύσσονται βαθμιαία και δεν θα παρέχουν την ραγδαία ικανοποίηση ενός τσιγάρου, αλλά θα μειώσει τα συμπτώματα απόσυρσης και έτσι διευκολύνει το σταμάτημα του καπνίσματος.

Οι περισσότεροι μασάνε 10 έως 15 κομμάτια τσίκλας την ημέρα. Μάώντας πολύ λίγα κομμάτια μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την ανεπαρκή δόση νικοτίνης και έτσι αποτυχία της θεραπείας. Συχνές επισκέψεις στο γραφείο και τηλεφωνήματα και γράμματα θα πρέπει να έχουν προγραμματιστεί για να παρέχουν συνεχόμενες πληροφορίες και υποστήριξη. Η τσίκλα τυπικά χρησιμοποιείται για τρεις μήνες, με βαθμιαία λιγότεψη μόλις ο ασθενής αισθάνεται ασφαλής στην ικανότητα να μην καπνίσει. Χρησιμοποιώντας την τσίκλα για πολύ μικρή χρονική περίοδο μπορεί να προκαλέσει την αποτυχία της θεραπείας. Μερικοί άνθρωποι αποκτούν εξάρτηση στην τσίκλα, 13-38% των ασθενών που

έχουν θεραπευθεί συνεχίζουν να χρησιμοποιούν την τσίγκλα για ένα ή περισσότερα χρόνια παρά την συμβουλή να σταματήσουν.

Πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι πονεμένος λαιμός ή στόμα, λόξυγγας, κουρασμένοι σιαγώνες, ναυτία και άλλα γαστροεντερικά συμπτώματα, ταχυπαλμία και σπάνια έλκος στο στομάχι. Μερικά από αυτά τα αποτελέσματα μπορούν να τα αποφύγουν εάν μασάνε πιο σιγά. Κάπου κάπου, συμπτώματα τοξικότητας από νικοτίνη μπορεί να συμβούν, συνήθως σε ανθρώπους που είχαν μικρότερη αναρρόφηση νικοτίνης. Δεν υπάρχουν μελέτες επάνω στην ασφάλεια των ασθενών με σταφανιαία αρτηριακή νόσο, σοβαρή υπόταση, έλκος στομάχου, ή συμπτώματα οισοφαγικής ανγωγής, ή ασθενείς που είναι έγκυες. Εναλλακτικές στρατηγικές, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για να βοηθηθούν τέτοιοι ασθενείς να σταματήσουν το κάπνισμα, και εάν η φαρμακολογική θεραπεία αποτύχει τότε καλύτερα είναι να χρησιμοποιήσουν τσίγκλα με νικοτίνη παρά να καπνίζουν.

Το Κάπνισμα και Μεταβολισμός των Φαρμάκων

Το κάπνισμα μπορεί να επιδράσει αμοιβαίως με φάρμακα διαμέσου της δράσης του στο μεταβολισμό των φαρμάκων την φαρμακοδυναμική. Γνωρίζουμε πολύ καλά ότι το κάπνισμα επιταχύνει τον μεταβολισμό πολλών φαρμάκων. Επειδή υπάρχουν πάνω από 3000 συστατικά μέσα στο καπνό του τσιγάρου, είναι πολύ δύσκολο να γνωρίζουμε ποιό είναι το υπεύθυνο για τις αλλαγές στον μεταβολισμό των φαρμάκων. Μια πιθανή ομάδα είναι οι πολυκυκλικές αρωματικές υδρογονάνθρακες. Στα ξώα οι πολυκυκλικές αρωματικές υδρογονάνθρακες επιταχύνουν τον μεταβολισμό των φαρμάκων. Συνεπώς το κάπνισμα επιδρά σε διαφορετικά φάρμακα και σε

διαφορετικές μεταβολικές πορείες. Η νικοτίνη μπορεί να επιταχύνει το μεταβολισμό φαρμάκων στα ζώα, αλλά σε μια μελέτη επάνω στους ανθρώπους, η τσίκλα νικοτίνης δεν είχε καμιά επίδραση τον μεταβολισμό της θεοφυλλίνης. Σε υψηλές συγκεντρώσεις το μονοξειδίο του άνθρακα μπορεί να αναχαιτίσει το μεταβολισμό των οξειδωτικά φάρμακα.

Τα φάρμακα τα οποία ο μεταβολισμός τους επιταχύνεται είναι στον πίνακα 2. Μια αμοιβαία επίδραση που μας ενδιαφέρει είναι αυτή ανάμεσα στο κάπνισμα και την θεοφυλλίνη. Οι καπνιστές χρειάζονται μια 50% μεγαλύτερη δόση επειδή υπάρχει αρκετή αύξηση στην κάθαρση της θεοφυλλίνης. Σε μια μεγάλη καταμέτρηση, τοξικότητα από θεοφυλλίνη δεν είναι τόσο συνηθισμένο ανάμεσα στους καπνιστές κάτι που είναι συνεπώς με το αυξημένο μεταβολισμό. Όταν αρχίσει η αποχή από το καπνό, η κάθαρση της θεοφυλλίνης κατεβαίνει 35%. Έτσι όταν οι καπνιστές σταματήσουν να καπνίζουν - όπως για παράδειγμα κατά τη διάρκεια νοσηλείας σε νοσοκομείο για οξεία ασθένεια - οι δόσεις θεοφυλλίνης θα πρέπει να μειωθούν για να αποφύγουμε την τοξικότητα.

Φαρμακοδυναμικές Αλληλεπιδράσεις

Αρκετές φαρμοκοδυναμικές αλληλεπιδράσεις εμφανίζονται από τις αιμοδυναμικές δράσεις της νικοτίνης μέσα στο καπνό του τσιγάρου. Για παράδειγμα, μειώνοντας την ροή του αίματος στον ιστό του δέρματος και στον υποδόριο ιστό, το κάπνισμα μπορεί να βραδύνει την απορρόφηση της ινσουλίνης από τις υποδόριες εγχύσεις. Όταν καπνίζεις ένα τσιγάρο, η διαστολική πίεση αυξάνεται περισσότερο.

Το κάπνισμα και τα αντισυλληπτικά μπορεί να αλληλεπιδράσουν για να αυξήσουν το ρίσκο του εγκεφαλικού και πρόωρου εμφράγματος στις γυναίκες. Το κάπνισμα φαίνεται να αυξάνει τις πηκτικές δράσεις των οιστρογόνων. Για αυτό το λόγο τα αντισυλληπτικά δεν συνιστούνται σε γυναίκες που καπνίζουν.

Οι καπνιστές αισθάνονται λιγότερη νάρκωση από μη καπνιστές, . από αρκετά φάρμακα τα οποία επιδρούν στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Το κάπνισμα ίσως επιδρά με το να διεγείρει το κεντρικό νευρικό σύστημα παρά να επιταχύνει το μεταβολισμό και να μειώνει τις στάθμες αυτών των αφρομάκων στον εγκέφαλο.

Το κάπνισμα είναι ένα κύριο ρίσκο για την επάνοδο έλκους στομάχου και την αποτυχία της θεραπείας με αντιόξινα ή H_2 αποκλεισμού.

Συμπεράσματα

Η νικοτίνη είναι το πιο χρησιμοποιημένο φάρμακο στο κόσμο. Επηρεάζει την διάθεση και την απόδοση και έχει αποδειχθεί σαν την πηγή της επιρροής στο καπνό. Η θεραπεία αντικατάστασης της νικοτίνης σε μορφή τσίκλας είναι χρήσιμη στη θεραπεία για το τερματισμό του καπνίσματος όταν το συνδιάσουμε με θεραπεία συμπεριφοράς στις κλινικές καπνίσματος. Η θεραπεία με τσίκλα νικοτίνης δεν είναι τόσο επιτυχημένη στην γενική ιατρική, ίσως επειδή οι ασθενείς δεν έχουν πάρει αρκετές οδηγίες για την σωστή χρήση της τσίκλας, ή επειδή οι γιατροί δεν παρέχουν την απαιτούμενη, συνακόλουθη θεραπεία συμπεριφοράς. Το κάπνισμα αλληλεπιδρά με φάρμακα επιταχύνου-

ντας τον μεταβολισμό των φαρμάκων ή με φαρμακοδυναμικούς μηχανισμούς. Για να ευνοηθεί η θεραπευτική απάντηση στα φάρμακα, οι γιατροί θα πρέπει να ρυθμίσουν τις δόσεις ή να επιλέξουν διαφορετικά φάρμακα για ασθενείς που καπνίζουν.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Ηλικία
2. Φύλο
 - α. Άρρεν
 - β. Θήλυ
3. Τόπος διαμονής (πόλη, επαρχία, χωριό)
4. Ποιά η οικονομική κατάσταση της οικογένειας;
 - α. Άσχημη
 - β. Μέτρια
 - γ. Καλή
 - δ. Πολύ καλή
5. Ποιό το επάγγελμά σας;
6. Ποιές οι γραμματικές σας γνώσεις;
 - α. δημοτικό
 - β. μέση εκπαίδευση
 - γ. ανώτερη εκπαίδευση
 - δ. ανωτάτη εκπαίδευση
7. Καπνίζουν στο σπίτι σας; Αν ναι, ποιοί και πόσο;
ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___ Αριθμός τσιγάρων ___
 - α. πατέρας
 - β. μητέρα
 - γ. αδέρφια
 - δ. άλλα μέλη
8. Πόσα μέλη αποτελούν την οικογένειά σας;
9. Πόσα δωμάτια έχει το σπίτι;
10. Έχει ο καθένας το δικό του δωμάτιο;
ΝΑΙ ___ ΟΧΙ ___
11. Αν όχι με πόσα άτομα το μοιράζετε;
 - α. με ένα
 - β. με δύο
 - γ. με τρία ή περισσότερα

12.Καπνίζει κανείς, απ'αυτούς με τους οποίους μοιράζεστε το δωμάτιό σας;

α.ΝΑΙ

β.ΟΧΙ

γ.Δεν απάντησε

13.Γίνεται συχνός αερισμός των δωματίων;

α.ΝΑΙ

β.ΟΧΙ

14.Ποιοί είναι οι χώροι που εκτίθεστε το κάπνισμα;

α.Λεωφορείο

β.Σχολείο

γ.Χώρος αναψυχής

δ.Χώρος εργασίας (π.χ.γραφείο, εργοστάσιο κλπ)

ε.Εστιατόριο

στ.Αναφέρατε άλλους χώρους

15.Παρουσιάσατε στο παρελθόν εσείς ή τα παιδιά σας αναπνευστικά συμπτώματα ή ασθένειες;

Αν ναι, τι;

16.Εμφανίζετε εσείς ή το παιδί σας συχνά δύσπνοια και βήχα με τα κρυολογήματα;

α.ΝΑΙ

β.ΟΧΙ

18.Χρειάστηκε να εισαχθείτε σε Νοσοκομείο εσείς ή το παιδί σας για κάποια ασθένεια του αναπνευστικού που να σας κάνει να πιστεύετε ότι οφείλετε στο κάπνισμα (άλλων ή δικό σας);

α.ΝΑΙ

β.ΟΧΙ

19. Γνωρίζετε ότι το κάπνισμά σας, βλάπτει την υγεία των παι-
διών σας;
α. ΝΑΙ
β. ΟΧΙ
20. Γνωρίζετε ότι το κάπνισμά σας βλάπτει την υγεία των συναν-
θρώπων σας;
α. ΝΑΙ
β. ΟΧΙ
21. Προσπαθείτε να μην καπνίζετε μπροστά στα παιδιά;
α. ΝΑΙ
β. ΟΧΙ
22. Θα θέλατε να εφαρμόζεται η απαγόρευση του καπνίσματος σε
κλειστούς χώρους;
α. ΝΑΙ
β. ΟΧΙ και γιατί;
23. Η συνήθεια του να στέλνετε τα παιδιά σας να αγοράζουν τσι-
γάρα νομίζετε ότι θα βοηθήσει στη δημιουργία ενός αυρια-
νού καπνιστή;
α. ΝΑΙ
β. ΟΧΙ
24. Θα θέλατε να γίνει διαφώτιση στο σχολείο ή στην κοινότητα
από αρμόδιους Νοσηλευτές σχετικά με το κάπνισμα;
α. ΝΑΙ
β. ΟΧΙ
25. Υγειονομικοί φορείς σας έχουν μιλήσει ποτέ για το κάπνι-
σμα;
α. ΝΑΙ
β. ΟΧΙ

26.Θα θέλατε αν γινόταν μια σχετική διαφώτιση να διαθέτατε χρόνο γι'αυτήν;

α.ΝΑΙ

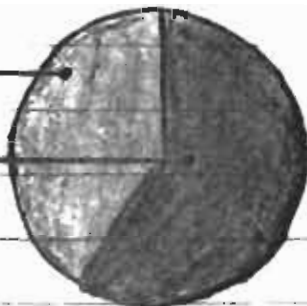
β.ΟΧΙ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΦΥΛΟ

Άρρενες αριθμ: 82
 Θήζο: 118

41%
 59%



ΤΟΠΟΣ ΣΙΑΜΟΝΗΣ

Πόλη: 190
 Κομπορόνη: 6
 Χωριό: 4

95%
 3%
 2%



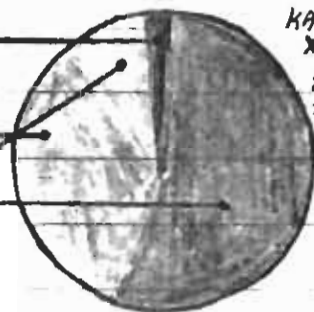
ΚΑΤΗΓΟΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΠΟΛΗ: ΝΑΙ 73%, ΟΧΙ 27%

ΚΑΤΗΓΟΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΚΟΜΠΟΡΟΝΗ: ΝΑΙ 66%, ΟΧΙ 34%

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Άεχτηρη
 Μέτρια
 Καλή
 Πολύ καλή

15%
 35%
 56,5%
 7%

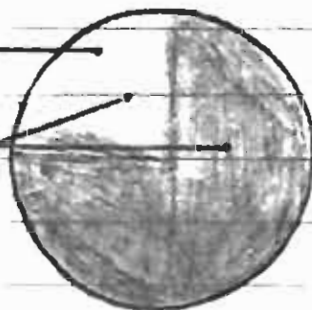


ΚΑΤΗΓΟΡΟΥΝ ΣΤΟ ΧΩΡΙΟ: ΝΑΙ 56%, ΟΧΙ 44%

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

Χειρωνακικά επαγγέλματα
 Μαθητές-επιδάκτες
 Απλ. επαγγέλματα

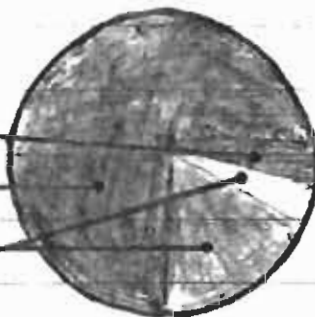
21%
 75%
 4%



ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ

Αγράφοι
 Σηποσιμίο
 Μέση Εκπαίδευση
 Ανώτερη Εκπαίδευση
 Ανώτατη Εκπαίδευση

0%
 3,5%
 74,5%
 18,5%
 3,5%

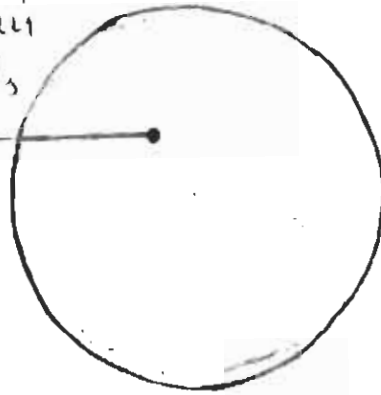


ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Από όσους έχουν αίχμη οικονομική κατάσταση, διακρίνουμε ή μη καινήτες

ΝΑΙ
ΟΧΙ

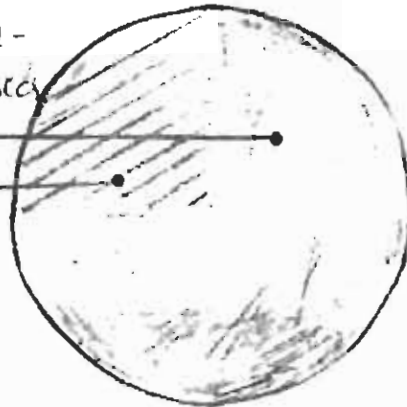
100%
0%



Από όσους έχουν μέτρια οικονομική κατάσταση, διακρίνουμε ή μη καινήτες

ΝΑΙ
ΟΧΙ

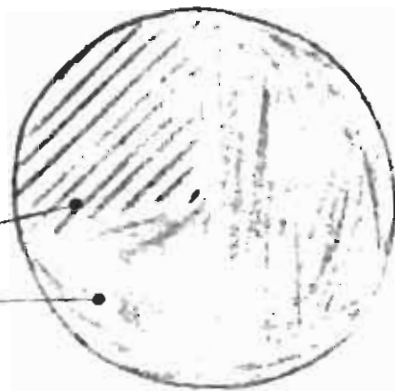
75%
25%



Από τα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλή οικονομική κατάσταση, διακρίνουμε ή μη καινήτες

ΝΑΙ
ΟΧΙ

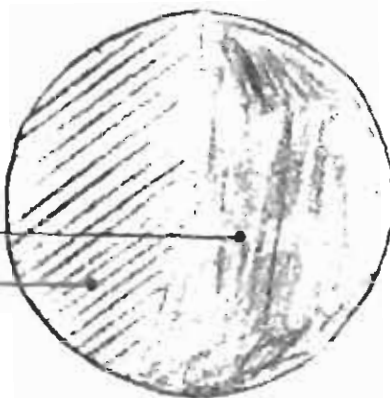
73%
27%



Από όσους έχουν πολύ χαμηλή οικονομική κατάσταση, διακρίνουμε ή μη καινήτες

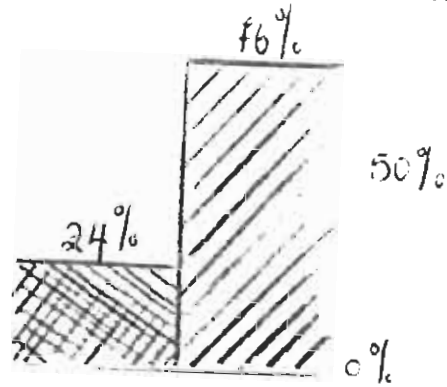
ΝΑΙ
ΟΧΙ

57%
43%



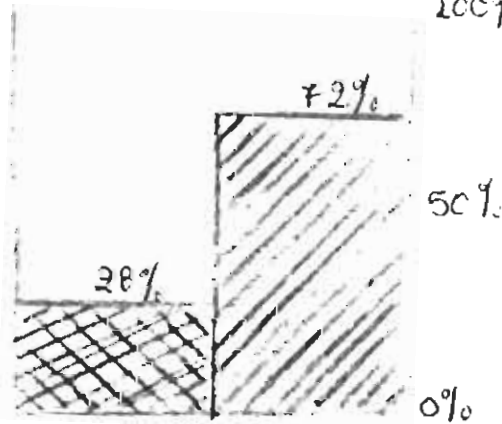
Από τους χειρωνακικά εργαζόμενους - διακριτικού καθεστώτος
 & μη καδηγούς

ΝΑΙ	76%
ΟΧΙ	24%



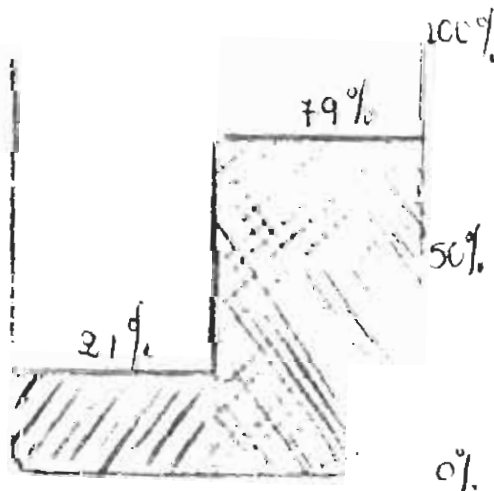
Από οικοδόμους & μάχιμους, διακριτικού καθεστώτος &
 μη καδηγούς

ΝΑΙ	72%
ΟΧΙ	28%



Από τους μη εργαζόμενους διακριτικού καθεστώτος &
 μη καδηγούς

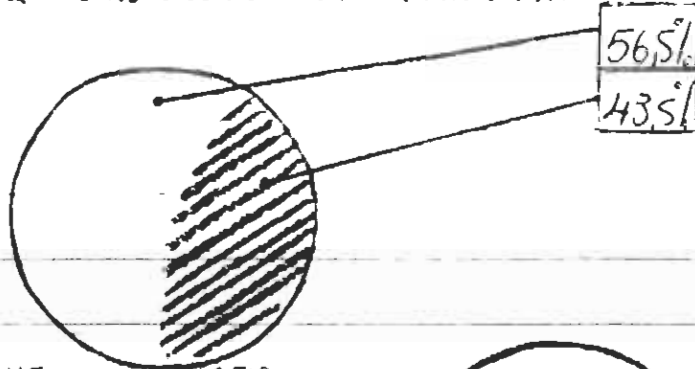
ΝΑΙ	21%
ΟΧΙ	79%



ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΜΕΝΗ ΤΗΣ ΔΙΚΟΓΕΝΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΤΝΙΖΟΥΝ

Ναι

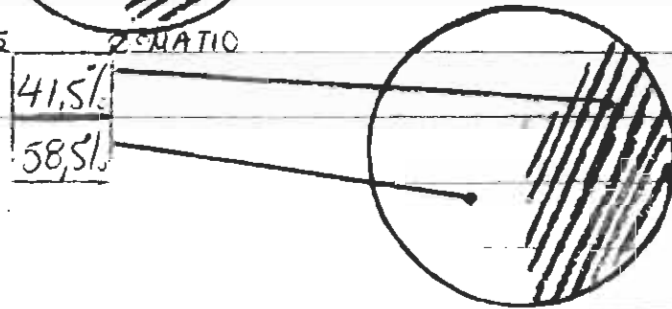
Όχι



ΕΧΟΥΝ ΟΜΟΙ ΖΙΚΟ ΤΟΥΣ ΖΩΝΑΤΙΟ

Ναι

Όχι



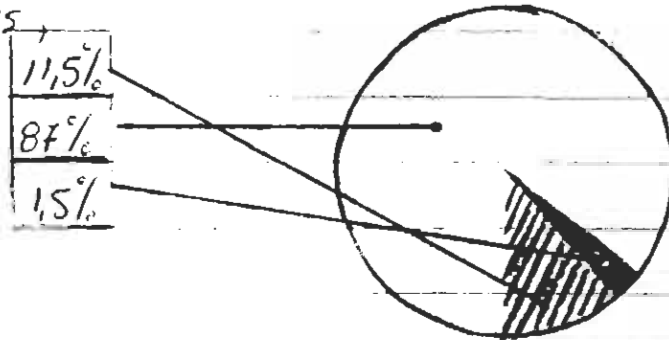
ΚΑΤΝΙΖΟΥΝ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΤΟΥ ΜΟΙΡΑΖΟΝΤΑΙ ΤΟ ΖΩΝΑΤΙΟ ΜΕ

ΑΛΛΩΝ Ή ΑΛΛΟΥΣ

Ναι

Όχι

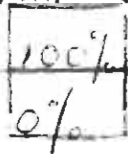
Δεν απαντούν



ΑΡΧΙΖΟΝΤΑΙ ΣΥΧΝΑ ΤΑ ΖΩΝΑΤΙΑ ΤΟΥ ΣΠΙΤΙΟΥ;

Ναι

Όχι



ΧΕΡΟΙ ΤΟΥ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΕΚΤΙΘΕΝΤΑΙ ΣΤΟ ΚΑΤΝΙΣΜΑ

Ζεωφορέιο

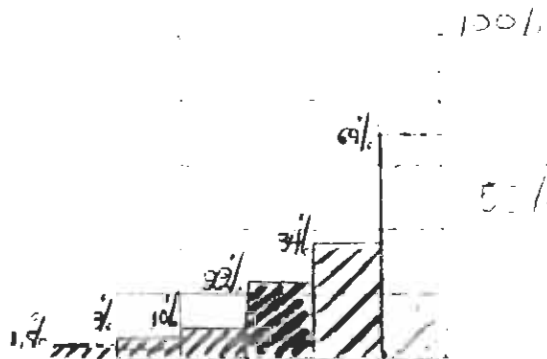
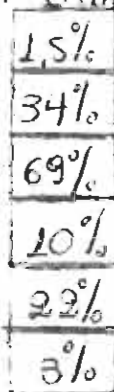
βιοτέλιο

κέραι αναγωγής

κέραι επταετίας

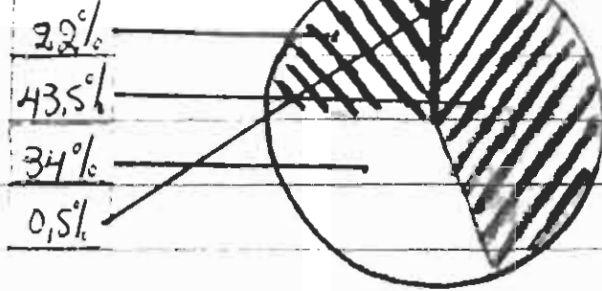
επιτακόριο

άγρι κέραι



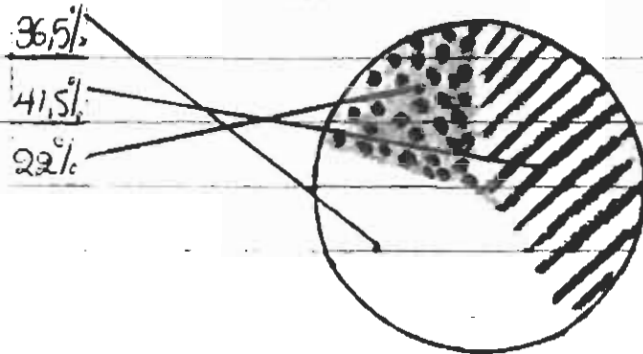
ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΣΥΣΚΕΡΕΙΣΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ (ΣΥΣΤΡΩΣΙΑ, ΒΗΧΑΣ, ΒΡΟΧΙΤΙΔΑ, ΑΣΘΜΑ)

Ναι
Όχι
Δεν απάντησαν
Δεν θυμόμαστε



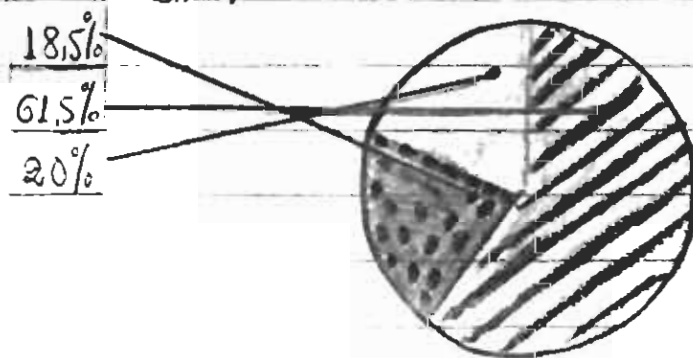
ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΥΣΤΡΩΣΙΑΣ ΚΑΙ ΒΗΧΑ ΜΕ ΤΑ ΚΡΥΟΛΟΓΗΜΑΤΑ

Ναι
Όχι
Δεν απάντησαν



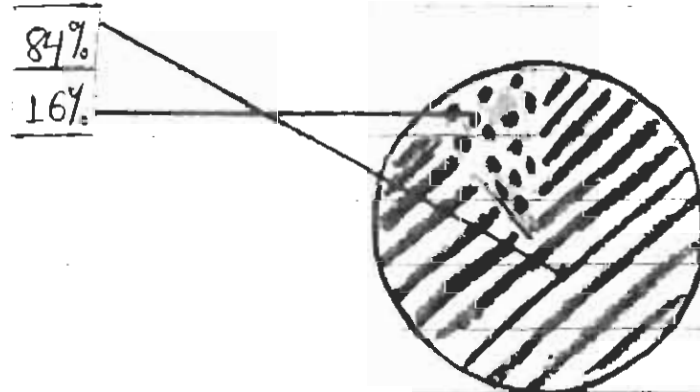
ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΥΣΤΡΩΣΙΑΣ Η' ΒΗΧΑ ΑΣΧΕΤΑ ΜΕ ΤΑ ΚΡΥΟΛΟΓΗΜΑΤΑ

Ναι
Όχι
Δεν απάντησαν

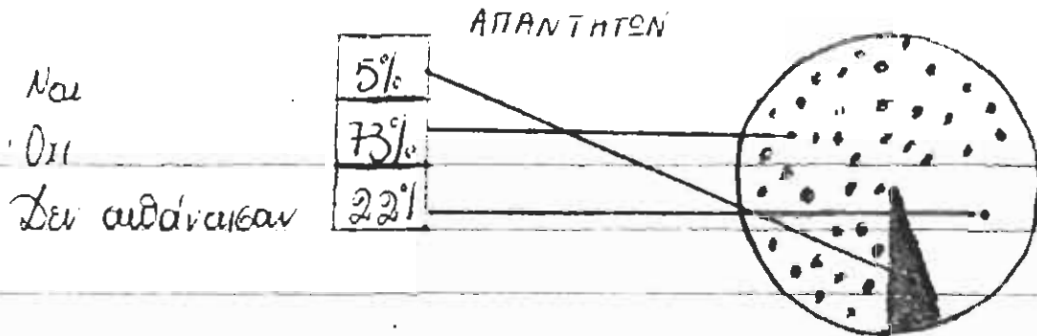


ΑΠΟ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΑΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

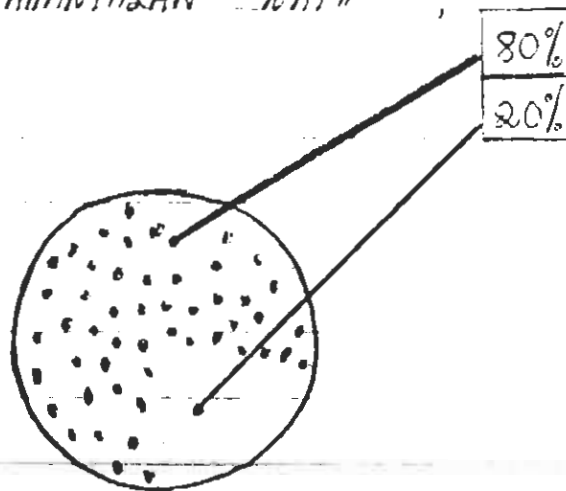
Ναι
Όχι



ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ
ΠΟΥ ΟΦΕΙΝΕΤΑΙ ΣΤΟ ΚΑΤΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΣΗ ΤΩΝ

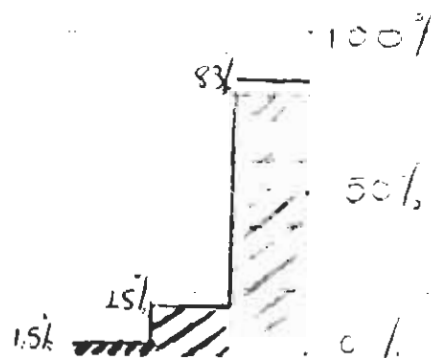


ΑΠ' ΟΣΟΥΣ ΕΚ ΤΩΝ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ "ΝΑΙ"
ΚΑΤΝΙΖΟΥΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ
ΔΕΝ ΚΑΤΝΙΖΟΥΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ



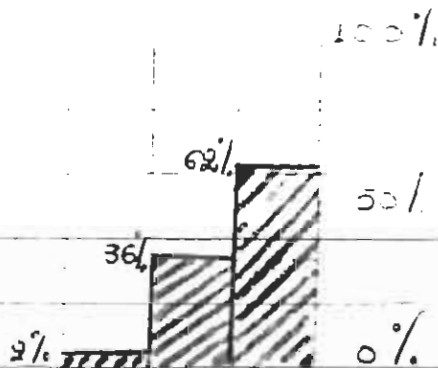
ΥΠΑΡΧΕΙ Η ΓΝΩΣΗ ΟΤΙ ΤΟ ΚΑΤΝΙΣΜΑ ΒΛΑΠΤΕΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ
ΣΥΝΑΝΘΡΩΠΩΝ ΣΑΣ;

Ναι	83%
Όχι	15%
Δεν απάντησαν	15%



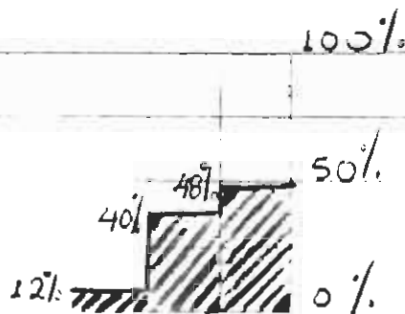
ΥΠΑΡΧΕΙ Η ΓΝΩΣΗ ΟΤΙ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΒΛΑΠΤΕΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ,

Ναι	62%
Όχι	2%
Δεν απάντησαν	36%



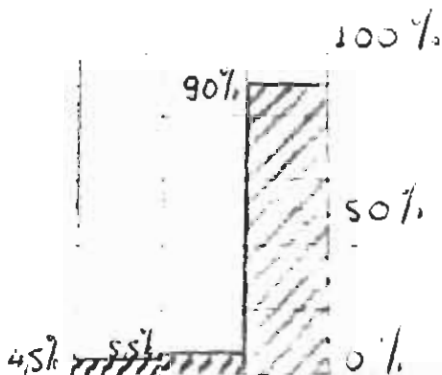
ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΝΑ ΜΗΝ ΚΑΠΝΙΖΟΥΜ ΜΠΡΟΣΤΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Ναι	40%
Όχι	12%
Δεν απάντησαν	48%

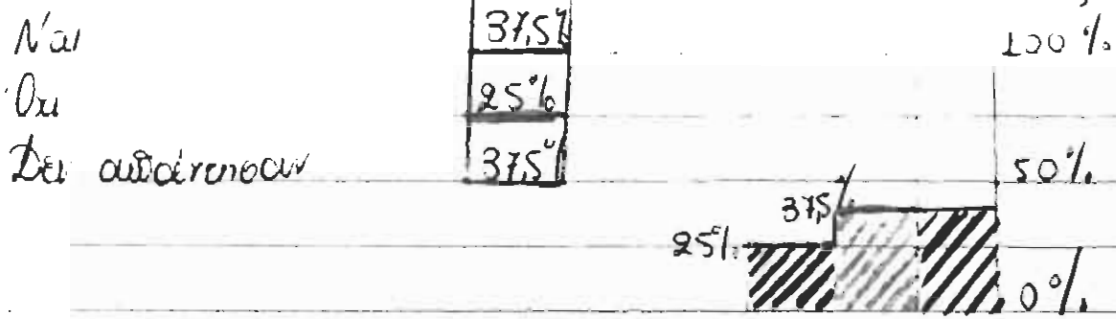


ΘΕΛΟΥΜ ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ Η ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΚΛΕΙΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ

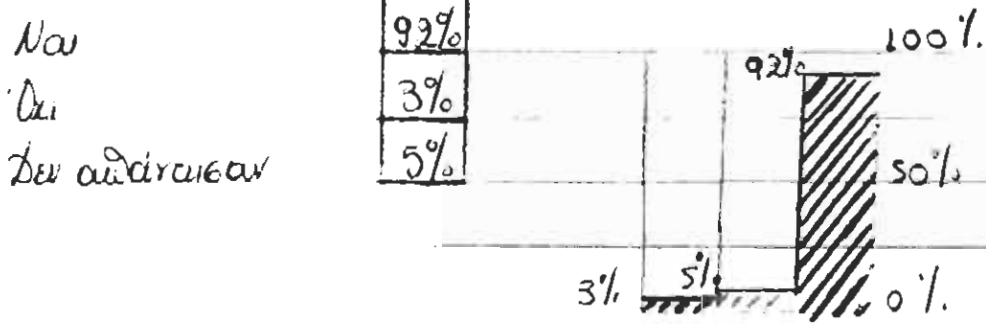
Ναι	90%
Όχι	45%
Δεν απάντησαν	55%



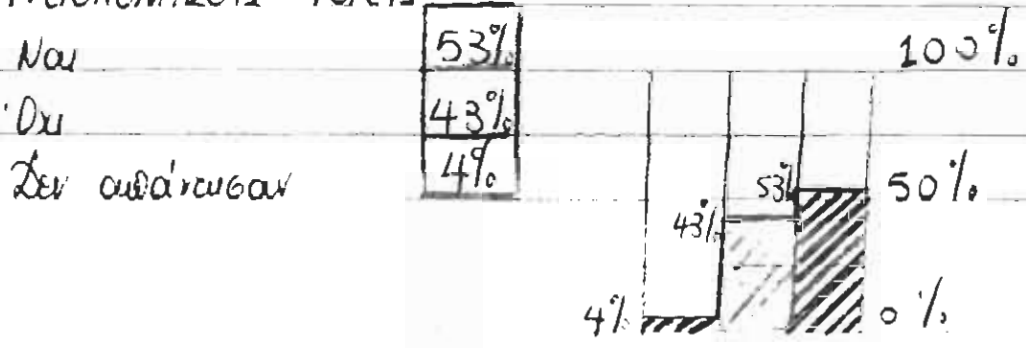
Η ΣΥΝΘΕΙΑ ΝΑ ΣΤΕΙΝΟΝΤΑΙ ΤΗ ΠΑΙΔΙΑ Ν'ΑΓΟΡΑΖΟΥΝ ΤΣΙΓΑΡΑ ΒΟΗΘΑ ΣΤΗ ΖΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΩΝ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ;



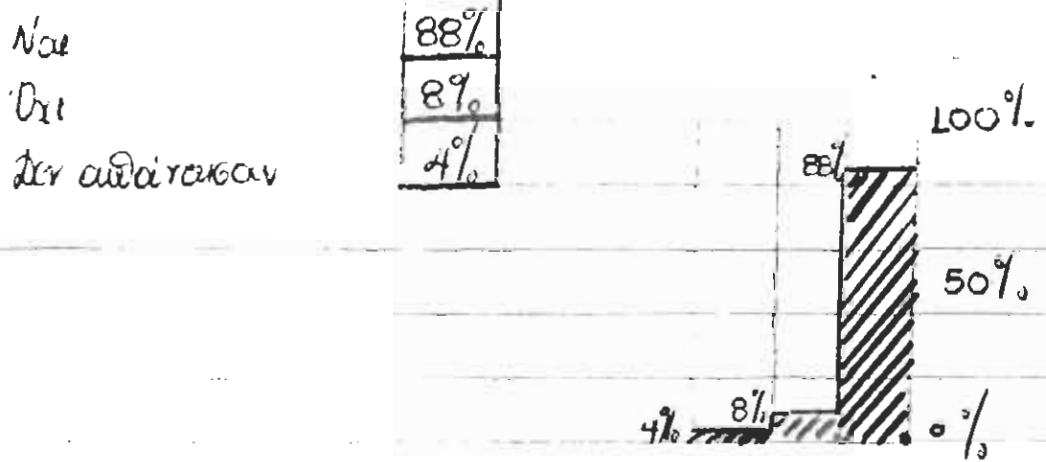
ΕΠΙΘΥΜΟΥΝ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ



ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΟΥ ΕΓΙΝΕ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΑΠΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ



ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΔΙΑΤΙΘΕΝΤΑΙ ΝΑ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ ΣΧΕΤΙΚΗ ΜΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ



ΠΟΡΙΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΙΤΟΛΟΓΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο κείμενο που ακολουθεί, θα αιτιολογήσουμε τα αποτελέσματα της έρευνάς μας. Η έρευνε έγινε σε 200 άτομα, ηλικίας 10-30 ετών. Διαχωρίσαμε τα άτομα αναλογα με τον τόπο διαμονής σε 3 κατηγορίες:

- α) άτομα που ζουν στην πόλη
- β) άτομα που ζουν στην κωμόπολη
- γ) άτομα που ζουν στο χωριό.

Ευσεχτίζοντας τις τρεις αυτές κατηγορίες, βρήκαμε ότι το ποσοστό καπνιστών στην πόλη είναι 73%, στην κωμόπολη 66% και στο χωριό 56%. Συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αναλογεί στην πόλη.

Ως γνωστόν η διαβίωση στις μεγάλες πόλεις, προκαλεί άγχος, μοναξιά, επαγγελματικό STRESS. Δυστυχώς η σύγχρονη ζωή απαραμέρισε τις ηθικές αξίες, την ανθρωπιά και παρουσίασε πλήθος προβλημάτων. Έτσι ο άνθρωπος κατέφυγε στην συντροφιά του τριγάρου και σ' αυτόν τον τρόπο εκτίνωσης.

Αντίθετα από την έρευνα βρήκαμε ότι το ποσοστό των μη καπνιστών είναι μεγαλύτερο στο χωριό. Συγκεκριμένα τα αποτελέσματα είναι: Μη καπνιστές στην πόλη 27% μη καπνιστές στην κωμόπολη 34% και μη καπνιστές στο χωριό 44%.

Η ήρεμη ζωή στο χωριό, η μείωση του άγχους, των κοινωνικών προβλημάτων (π.χ. απομόνωση), δίνουν τα περιθώρια για φυσικό τρόπο ζωής. Ο άνθρωπος στρέφει το ενδιαφέρον του στην αγάπη της φύσης, χωρίς να πιέζεται από τον χρόνο και το STRESS.

2. Οικονομική κατάσταση.

Διαχωρίσαμε τα άτομα της έρευνας σε 4 ομάδες:

- α) άσχημη οικονομική κατάσταση

- β) μέτρια οικονομική κατάσταση
- γ) καλή οικονομική κατάσταση
- δ) πολύ καλή οικονομική κατάσταση.

Σύμφωνα με τις κατηγορίες που χωρίσαμε τα άτομα το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών ανήκει στην α' κατηγορία.

Συμβαίνει αυτό σε οικογένειες οι οποίες έχουν χαμηλό εισόδημα και κατά συνέπεια έχουν περισσότερα προβλήματα, όπως επαγγελματικό στρες, κοινωνική υστέρηση, ηθική εξαχρείωση.

Το τσιγάρο λειτουργεί για όλους ανυψωτικά. Είναι το έμβλημα του απελευθερωτισμού. Αυτό σύμφωνα με το κεφάλαιο «Ποιος γίνεται καπνιστής», της εργασίας μας (από το βιβλίο «Ναρκωτικά-Τσιγάρο-Αλκοόλ» των Τζαφή Πίτερσος και Χάντσον).

Αντίθετα παρατηρούμε ότι τα άτομα που βρίσκονται σε καλή οικονομική κατάσταση καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο ποσοστό των μη καπνιστών, εφόσον έχουν λύσει το βιοποριστικό τους ζήτημα έχουν μειωμένο άγχος και καλύτερη κοινωνική αποδοχή και ζωή.

3) Επάγγελμα:

Εδώ χωρίσαμε σε 3 κατηγορίες τα άτομα

- α) σε χειρωνακτικά εργαζόμενους
- β) μαθητές-σπουδαστές
- γ) άνεργους

Το Υψηλότερο ποσοστό καπνιστών το αποτελούν οι χειρωνακτικά εργαζόμενοι που είναι 76%. Με εξίσου σημαντικό ποσοστό 72% ακολουθούν οι μαθητές-σπουδαστές γεγονός που μας κάνει να ανησυχούμε. Οι νέοι πλέον αγνοούν τους κινδύνους του καπνίσματος γιατί λείπει η διαφώτιση. Το τσιγάρο θεωρείται σύμβολο απελευθέρωσης και ωρίμανσης. Αυτό συμφωνεί με το

τιμήμα της εργασίας μας που λέγεται <<Διαφώτιση>>. Στην Ελλάδα οι μαθητές και οι μαθήτριες που καπνίζουν συστηματικά είναι π.χ.διπλάσιοι από τους Αμερικανούς της ίδιας ηλικίας.Στα Γυμνάσια και Λύκεια, το 31% των μαθητών και μαθητριών καπνίζουν. Στα Πανεπιστήμια το 65% των φοιτητών και το 49% των φοιτητριών καπνίζουν.

4)Εμφάνιση αναπνευστικών δυσχερειών και ασθενειών κατά το παρελθόν σε άτομα που καπνίζουν.

Απόδειξη του ότι το κάπνισμα βλάπτει την υγεία είναι και το αποτέλεσμα της έρευνάς μας σύμφωνα με το οποίο οι καπνιστές παρουσίασαν προβλήματα κατά 84% ενώ οι μη καπνιστές παρουσίασαν προβλήματα κατά 16%.

Αυτό το σημείο συμφωνεί με το γενικό μέρος της εργασίας μας.

Από τα άτομα που εισήχθησαν στο νοσοκομείο για ασθένεια του αναπνευστικού κάπνιζαν ή ζούσαν σε περιβάλλον καπνιστών κατά 80%. Αυτό αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό και επιβεβαιώνει και πάλι την επίδραση της νικοτίνης στην ανθρώπινη υγεία.

Εί'να άλλο πρόβλημα που βγάζουμε από την εργασία μας είναι ότι τα άτομα σε σύνολο, όπως τα εξετάσαμε, έχουν γνώση των βλαβερών συνεπειών του καπνίσματος, είτε ενεργητικό, είτε παθητικό είναι αυτό.

Το 90% μάλιστα επιθυμεί την απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς χώρους πράγμα που σημαίνει πως ο καπνιστής ζητά απεγνωσμένα την αποδέσμευσή του από τα δεσμά της νικοτίνης και εδώ χρειάζονται να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα για να βοηθήσουμε το κοινωνικό σύνολο. Πολύ μεγάλο επίσης (92%) είναι

και το ποσοστό αυτών που επιθυμούν να γίνει διαφώτιση για το κάπνισμα.

Ένα σημείο επίσης που θέλουμε να σχολιάσουμε είναι η αδιαφορία που φάνηκε μέσα από τα ερωτηματολόγια που νοιράστηκαν. Αξίζει να σημειώσουμε πως η αδιαφορία αυτή σε κάποια ερώτηση έφθασε το 48%. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στην περιορισμένη διαφώτιση και ενημέρωση στη χώρα μας όσον αφορά τέτοιου είδους στατιστικές εργασίες. Οι περισσότεροι πιστεύουν πως πίσω από τις ερωτήσεις που δίδονται μέσω του ερωτηματολογίου κρύβεται κάτι διαφορετικό από τον αντικειμενικό σκοπό της έρευνας π.χ. Εφορία. Γι' αυτό και δεν γνωρίζουμε κατά πόσο οι απαντήσεις είναι αντικειμενικές παρ' ότι πρόθεσή μας είναι να παρουσιάσουμε κάτι αντιπροσωπευτικό και αληθινό.

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος έχουν επιβεβαιωθεί πέρα από οποιαδήποτε αμφιβολία και αποτελεί σήμερα πρωταρχική υποχρέωση για την επιστημονική κοινότητα η εννηύρωση και δραστήρια συμμετοχή στην αντικαπνισματική εκστρατεία. Ήδη, η πολυετής αντικαπνισματική εκστρατεία στις αναπτυγμένες βιομηχανικές χώρες έχει αποδώσει τους πρώτους καρπούς, ενώ η προσπάθεια έχει μετατοπισθεί πρόσφατα και στις χώρες του Τρίτου Κόσμου. Τα συμπεράσματα των πολύχρονων επιδημιολογικών μελετών για τον καρκίνο του πνεύμονα έχουν ολοκληρωθεί και αποτελούν σήμερα άρθρα ολοκληρωμένων ανασκοπήσεων (LOEB L.A. 1984), άρθρα σε ειλαϊκευμένα επιστημονικά περιοδικά (PETO R. και συν. 1985) ή αφιερώματα σε εφημερίδες (HARRIES D., 1985). Είναι πλέον κοινή γνώση του ιατρικού κόσμου ότι το κάπνισμα προκαλεί χιλιάδες προώρους θανάτους από σειρά νοσημάτων στα οποία πρωτεύουσα θέση κατέχει ο καρκίνος του πνεύμονα. Στη Βρετανία το κάπνισμα υπολογίζεται ότι προκαλεί κάθε χρόνο 100.000 θανάτους, ενώ στις ΗΠΑ η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία υπολογίζει ότι το κάπνισμα προκαλεί περίπου 350.000 θανάτου (οι DOLL και PETO υπολογίζουν σε 120-130.000 τους καρκίνους που οφείλονται στο κάπνισμα (DOLL R. και συν. 1981). Το κάπνισμα κατά την ΑΑΕ, είναι υπεύθυνο ή τουλάχιστον η πρωταρχική εξωγενής αιτία, για τα 35 % των καρκίνων, τα 35% των καρδιαγγειακών και τα 65% των αναπνευστικών νοσημάτων (AMERICAN CANCER SOCIETY, 1982).

Στην Ελλάδα, ένας συντηρητικός υπολογισμός προώρων θανάτων από το κάπνισμα για την περίοδο 1972-74 δίνει τον αριθμό 7.390 (6.350 άνδρες και 1.040 γυναίκες (Καλαποθάκη Β. και συν. 1977). Με την αύξηση όμως της κατανάλωσης τσιγάρων

στις τελευταίες δεκαετίες και του ποσοστού των καπνιστών- στη δεκαετία του '70 οι άνδρες κάπνιζαν (μέσος όρος των διαφόρων περιοχών) σε ποσοστό 50% και οι γυναίκες σε ποσοστό 10%, σήμερα όμως τα ποσοστά είναι, πιθανόν, 60% και 35-40% ενώ ολοένα και μεγαλύτερο ποσοστό νέων αρχίζει το κάπνισμα σε υπερβολικά νεαρή ηλικία-πρέπει να αναμένεται μεγάλη αύξηση των πρόωγων θανάτων, που θα έχουν ως πρωταρχική αιτία το κάπνισμα. Σύμφωνα με στοιχεία της Στατιστικής Υπηρεσίας, στα έτη 1979-81 οι θάνατοι από καρδιαγγειακά νοσήματα (24%), κακοήγη νεοπλασμάτα (19%), νόσους των αγγείων του εγκεφάλου (18,5%) και νόσους του αναπνευστικού συστήματος (7% περίπου) αποτελούσαν τα 68,5% των 85.000 θανάτων (μέσος όρος 1979-81) δηλαδή αντιστοιχούσαν σε 60.000 περίπου θανάτους. Εάν το 1/3 οφείλεται στο κάπνισμα, τότε οι θάνατοι απ' το κάπνισμα, πρέπει να υπολογίζονται σε 20.000.

Το παθητικό κάπνισμα στους κλειστούς χώρους είναι πολύ λίγο γνωστό στο ελληνικό κάπνισμα. Ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το γεγονός της άγνοιας για τις βλαπτικές συνέπειες του παθητικού καπνίσματος στα παιδιά στο οικογενειακό περιβάλλον, αλλά και στις γυναίκες που είναι παντρεμένες με καπνιστές που καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα. Επίσης σημαντικό θα είναι για τη χώρα μας να γίνει κατανοητή η μεγάλη διαφορά ανάμεσα στην ατμοσφαιρική ρύπανση (που έχει υπερτονιστεί από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης) και στη ρύπανση των κλειστών χώρων από τον καπνό του τσιγάρου. Τέλος, για τους εργασιακούς χώρους, όπως γραφεία, βιοτεχνίες, εργοστάσια κ.λ.π. θα πρέπει να αντιμετωπιστεί το παθητικό κάπνισμα (και ιδιαίτερα θα πρέπει να ενημερωθούν οι καπνιστές) ως ένας αρκετά σημαντικός ρυπογόνος παράγοντας μαζί με τις άλ-

λες χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται ή παρασκευάζονται στους διάφορους τομείς της παραγωγής. Η απαγόρευση του καπνίσματος στο εργασιακό περιβάλλον, αλλά και σε κοινόχρηστους χώρους πρέπει να αποτελέσει θέμα εργατικής νομοθεσίας αντίστοιχης με αυτήν που αφορά άλλους ρυπαντές με το καινούργιο νομοσχέδιο για την <<υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων>>. Ήδη στις Η.Π.Α. και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες οι εργαζόμενοι έχουν το δικαίωμα της απαγορεύσεως του καπνίσματος στους εργασιακούς χώρους, ενώ παράλληλα διεξάγεται έντονη εκστρατεία για την ενημέρωση των εργαζομένων και τονίζεται το οικονομικό κόστος στις επιχειρήσεις και την πολιτεία από τις ανθυγιεινές του συνέπειες (KRISTEIN M.M. 1983).

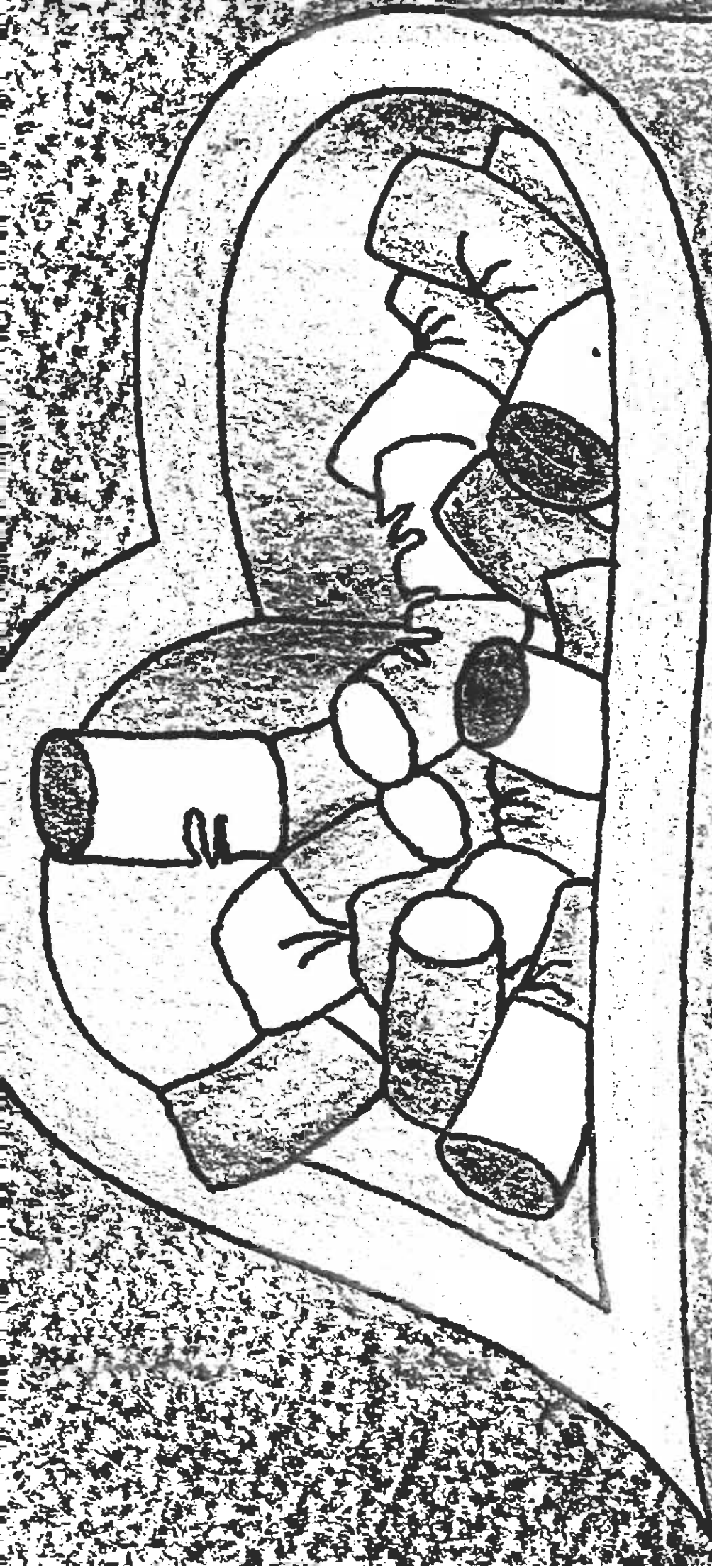
Η συνταγματική προστασία της προσωπικότητας των πολιτών θα μπορούσε να κατοχυρώσει την απαγόρευση του καπνίσματος στους χώρους εργασίας, αναφέρει σε μια μακροοικελή και εμπειριστατωμένη νομική εργασία του ο Ι.Καποδίστριας (Καποδίστριας Ι. 1983). Είναι λοιπόν καιρός, μαζί με τις άλλες νομοθετικές διατάξεις για την προστασία της υγείας των εργαζομένων στο εργασιακό περιβάλλον, αλλά και των πολιτών γενικά, είτε πρόκειται για νεαρά άτομα, είτε για παντρεμένες γυναίκες ή ενηλίικους, να γίνει μια συστηματική εκστρατεία κατά του καπνίσματος και του παθητικού καπνίσματος, καθώς και μια διευρυμένη διαφώτιση του πληθυσμού, ενώ συγχρόνως να απαγορευθεί το κάπνισμα στους κοινόχρηστους χώρους και στις δημόσιες υπηρεσίες.

ΜΕ ΤΟΥΣ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ ΕΙΜΑΣΤΕ ΦΙΛΟΙ.

ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΠΝΟ ΕΙΜΑΣΤΕ ΕΧΘΡΟΙ!!!



ВНЕШНИЙ
КОНТРОЛЬ



Διαφώτιση

Αυτή η εργασία γράφτηκε με σκοπό να μας βοηθήσει όλους, καπνιστές και μη να καταλάβουμε τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος. Φτιάχτηκε με πολύ κόπο, μεγάλο αγώνα, αρκετά χρήματα και έκλεψε επίσης πολύ από τον ελεύθερο χρόνο μας.

Σκοπός μας είναι, να ευαισθητοποιηθούμε, να σ'προβληματίσουμε και να κατανοήσουμε όχι μόνο τα προβλήματα της υγείας μας, που θα είναι απότοκο της βλαβερής αυτής συνήθειάς μας, αλλά και να σεβαστούμε την υγεία των υπολοίπων που παθητικά καπνίζουν μαζί μας.

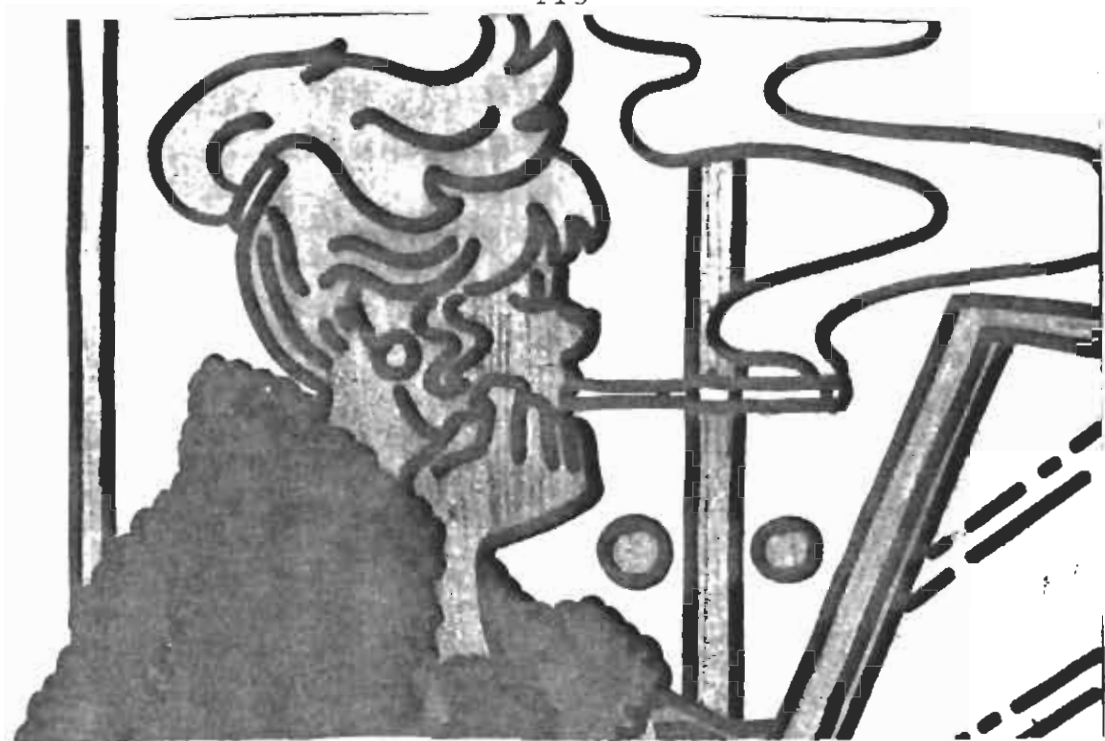
Μία αρχαία παράδοση αναφέρει ότι ο Σόλωνας κάποτε, απευθυνόμενος σε κάποιο πολίτη που έπαιζε κύβους, τον επέκρινε αυτοτηρά. Όταν αυτός του δικαιολογήθηκε λέγοντας ότι παίζει ένα μικρό ποσό, ο σοφός νομοθέτης του αποκρίθηκε: «Αλλά η συνήθεια δεν είναι κάτι μικρό» εννοώντας προφανώς ότι δεν κάνει λόγο για το ποσό, αλλά για την υποταγή του στη δύναμη της συνήθειας, που είναι ένα μεγάλο κακό.

Η συνήθεια του καπνίσματος έχει σιλαβωτική δύναμη. Χωρίς να το καταλαβαίνουμε, λειτουργεί σαν υποκατάστατο του εαυτού μας. Μας κάνει δεσμίους της. Ενεργεί αφοπλιστικά και παραλυτικά, αφαιρώντας κάθε δυνατότητα λογικής αντιστιμτώπισής της. Έτσι μένουμε πάντα-δεσμιώτες μιάς αιχμαλωσίας που την επιβάλλαμε οι ίδιοι στον εαυτό μας και το πράγμα γίνεται ακόμα πιο φοβερό, όταν δεν θέλουμε να βγούμε από την αιχμαλωσία αυτή, γιατί απλά δεν μπορούμε να θέλουμε. Η συνήθεια έχει την τάση να παραλύει τη βούληση.

Αυτή η λογική της παθητικής αντιμετώπισης και της «ενεργητικής» απραξίας αποτελεί το χαρακτηριστικό κάθε συνήθειας, μεγάλης ή μικρής, καλής ή κακής.

Ο σύγχρονος άνθρωπος είναι δεσμώτης πολλών μικρών συνηθειών που όλες μαζί, συναθροιζόμενες δημιουργούν ένα μεγάλο κακό, την αυτοφθορά. Οι συνήθειες αυτές είναι πολλές, αλλά η πιο διαδομένη «μικρή» αλλ'όχι και τόσο αβλαβής συνήθεια είναι το κάπνισμα. Και το κακό είναι ότι παρά τις ιατρικές επισημάνσεις, η συνήθεια αυτή εξαπλώνεται κατακτώντας όλο και περισσότερους οπαδούς σ'όλες τις ηλικίες και των δύο φύλων όλων των φυλών της γης. Το πιο δυσάρεστο όμως είναι ότι το κάπνισμα είναι διαδομένο όχι μόνο στους ηλικιακά ώριμους ανθρώπους, άνδρες και γυναίκες, αλλά και στα παιδιά. Στην εποχή μας το πνεύμα της ελευθεριότητας σε ζητήματα, που κάποτε ευέλιπταν στα πλαίσια της ανηθικότητας, οδήγησε τις στρατιές των νέων ν'απομονώσουν πολύ νωρίς τον απαγορευμένο κάποτε καρπό. Έτσι έχουμε σήμερα καπνιστές μεταξύ κοριτσιών και αγοριών στις ηλικίες μεταξύ 12 και 13 χρονών. Στην Ελλάδα οι μαθητές και οι μαθήτριες που καπνίζουν συστηματικά είναι διπλάσιοι από τους Αμερικανούς της ίδιας ηλικίας. Στα Γυμνάσια και Λύκεια το 31% των μαθητών και μαθητριών καπνίζουν. Στα Πανεπιστήμια το 65% των φοιτητών και το 49% των φοιτητριών καπνίζουν.

Ίσως να ήταν μικρή η εμμονή των καπνιστών στη συνήθεια αυτή, αν αγνοούσαν τις παρενέργειες. Αλλά το μόνο που δεν μπορούν να επικαλεστούν οι σύγχρονοι καπνιστές είναι η άγνοια.



Ο άνθρωπος της εποχής μας έχει πλήρη γνώση και επίγνωση των βλαβερών συνεπειών του καπνίσματος. Οι στατιστικές, με την αμείλικτη ευγλωτία των αριθμών, λένε πως στους οκτώ καπνιστές ο ένας πεθαίνει από καρκίνο των πνευμόνων ή του φάρυγγα ή από κάποια καρδιακή επιπλοκή. Ένα τσιγάρο αφαιρεί περίπου 10 λεπτά ζωής από τον κάθε καπνιστή. Έτσι, ο καπνός, που κάποτε ήρθε από την αμερική ως μέσο θεραπευτικό, γίνεται προαγωγής και παραγωγός πολλών ασθενειών, από αυτές που ονομάζονται αρρώστιες του πολιτισμού, όπως ο καρκίνος, οι καρδιοπάθειες, το άσθμα, οι αγγειακές παθήσεις και πολλές άλλες.

Αλλά το κάπνισμα υπονομεύει με τον τρόπο του και τις ανθρώπινες σχέσεις. Δημιουργεί μια αποπνικτική ατμόσφαιρα. Έτσι δεν γίνεται επιβλαβές γι' αυτόν που καπνίζει αλλά και γι' αυτόν που δεν καπνίζει. Πολλοί και μάλιστα αξιόλογοι άνθρωποι, αποφεύγουν τις κοινωνικές συναναστροφές και τη συμμετοχή στην κοινωνική δράση επειδή δεν αντέχουν την ατμόσφαιρα που δημιουργεί το κάπνισμα των άλλων. Εξ άλλου δεν είναι καθόλου ευχάριστο να σηκώνεται κανείς το πρωί με φρι-

κτιούς πονοκεφάλους και κατακρόνινα μάτια, ερεθισμένα απ' τους καπνούς των τσιγάρων.



Ειδικότερα στη χώρα μας το κάπνισμα έχει και μια άλλη δυσάρεστη παρενέργεια, τις πυρκαγιές. Γενικά από το Νεοέλληνα λείπει η αγωγή. Φυσικό είναι να μην έχει αγωγή και στο κάπνισμα. Καπνίζει, αλλά δεν ξέρει να καπνίζει. Γιατί αγωγή στο κάπνισμα σημαίνει, όχι απλώς να καταπίνει ή να βγάλεις τον καπνό με τρόπο, αλλά το που και πως πετάς το αποτίγαρό σου. Και δυστυχώς, αφού δεν έχουμε συνηθίσει να το σβήνουμε και να το τοποθετούμε όπου πρέπει και όχι κάτω, δε εισπτάζουμε να το πετάμε αναμμένο στα δάση, στους αγρούς, στις ελάχιστες οάσεις πράσινου που μας έχουν απομείνει στην ποατρίδα μας, που κάθε καλοκαίρι θυμίζει <<των Ψαρών την ολύμαυρη ράχη>>. Έτσι το τσιγάρο δεν καταστρέφει τα δικά μας

μας πνευμόνια, καταστρέφει και τους ελάχιστους πνεύμονες πράσινου.

Περιττό βέβαια ν'αναφεροούμε στην άθλια εικόνα που δίνουν διάδρομοι και αίθουσες Πανεπιστημίων, προθάλαμοι νοσοκομείων, διάδρομοι κρατικών Υπηρεσιών, Δημόσια και Ιδιωτικά γραφεία, καταστήματα κ.α. Τα πατημένα αποσίγαρα σχηματίζουν ένα ιδιότυπο μωσαϊκό, ενώ οι καπνοί δημιουργούν μια ατμόφαιρα που θυμίζει τα ιεροδιδασιαλεία της προκεμαλικής περιόδου τους περίφημους τενεκέδες



Ο καπνός είναι πνευματικό διεγερτικό. Κι ακόμα λειτουργεί σαν κατευναστικό σε στιγμές εντάσεως. Οι απόψεις αυτές, έχουν καταρρηφθεί επιστημονικά, αφού έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα μειώνει την πνευματική ευρωστία και υποσκάπτει το νευρικό σύστημα. Παρ'ότι η ιατρική κρούει συνεχώς τον κώδωνα του κινδύνου, το κάπνισμα έγινε σιγά-σιγά συνήθεια των ανθρώπων του πνεύματος και της επιστήμης και ακό συνήθεια μεταβλήθηκε σε <<σήμα κατατεθέν>> κάθε δήθεν στοχαστικού, προβληματισμένου και διανοούμενου ανθρώπου. Έτσι στην εποχή μας, που

ακόμα και η κουλτούρα γίνεται συρμός, το κάπνισμα είναι στοιχείο συνοδευτικό των ανθρώπων του πνεύματος. Καπνίζοντας κανείς, πιστεύει πως γίνεται μέρος μιας πνευματικής <<ELITE>>.

Το κάπνισμα είναι ένα φαινόμενο αλυσιδωτό. Οι αιτιολογικοί του κρίκοι συνδέονται παρατακτικά και όχι συμπλεκτικά. Έτσι εκτός από μίμηση του διανοουμενισμού, ο άνθρωπος καπνίζει από τάση για απόκτηση εμπειριών. Όλοι μας θέλουμε να έχουμε κάποια εμπειρία για όλα. Πολύ περισσότερο για το τσιγάρο που είναι η πιο διαδομένη συνήθεια. Τα πάντα ξεκινούν από μια πρώτη γεύση, από μια πρώτη φορά, που γίνεται δεύτερη και ύστερα συνήθεια παντοτινή, εφόσον βέβαια ευπλέκονται και συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες όπως η έλξη του απαγορευμένου, η γοητεία που ασκεί στο μικρό παιδί η ιδέα να κάνει αυτό που κάνουν οι μεγάλοι.

Το κάθε παιδί αρχίζει το κάπνισμα από μια τάση για μίμηση. Θέλει να κάνει αυτό που κάνουν οι μεγαλύτεροι και κυρίως οι γονείς του. Μετά να κάνει αυτό που κάνουν τα μέλη των συναναστροφών του. Η ψυχολογία της παρέας διευρύνει τη συνήθεια του κάπνίσματος. Δύσκολα δεν κάνει κανείς αυτό που κάνουν όλοι. Έτσι το τσιγάρο γίνεται σύμβολο ωρίμανσης, απελευθέρωσης, αυτεπιβολής. Για τ'αγόρια είναι σύμβολο ανδρισμού, για τα κορίτσια σύμβολο χειραφέτησης. Με το τσιγάρο τα παιδιά της επαρχιάς θέλουν να καταπολεμήσουν το πλέγμα του επαρχιωτισμού και τα παιδιά της πρωτεύουσας το πλέγμα του πρωτευουσιάνου. Τα παιδιά της μέσης τάξης το πλέγμα της μικροαστικής ηθικής και τα παιδιά της εργατικής τάξης το πλέγμα της κοινωνικής υστέρησης. Το τσιγάρο λειτουργεί για όλους ανυψωτικά. Ακόμα και για τις γυναίκες. Έτσι το φεμι-

νιστικό κίνημα έγινε μια από τις κύριες αιτίες για την εξαπλώση του καπνίσματος, μιας και κάθε απελευθεωμένη γυναίκα έπρεπε και πρέπει να καπνίζει. Βέβαια πολλές φεμινίστριες και μανιώδεις καπνίστριες θέλουν ν'αγνοούν ότι η συνήθεια του καπνίσματος στις γυναίκες ξεκίνησε από τα χαρέμια. Οι χανούμισες των μουσουλμάνων είναι οι πρωτοπόρες στη χρήση του καπνού. Θα ήταν αστείο να θέλει νακανείς να συνδέσει τη γυναικεία χειραφέτηση με μια συνήθεια, που ξεκινάει από τα χαρέμια. Αλλά το χειρότερο είναι πως οι γυναίκες καπνίστριες θέλουν να παραβλέπουν τους κινδύνους που εγκυμονεί το κάπνισμα, ιδιαίτερα κατά τους μήνες της εγκυμοσύνης και του θηλασμού, στα παιδιά που πρόκειται να γεννήσουν.

Γενικά το τσιγάρο έχει γίνει τρόπος ζωής στην εποχή μας. Είναι το έμβλημα του απελευθερωμένου, του προβληματισμένου, του πολυάσχολου ανθρώπου. Του ανθρώπου που έχει ευθύνες, που ασκεί επιρροή. Έτσι λειτουργεί σαν στοιχείο κύρους. Την τάση αυτή βοηθούν οι διαφημίσεις. Το τσιγάρο διακινείται από γιγάντιες πολυεθνικές ή εθνικές εταιρίες. Η διαφήμισή του έχει φτάσει σε ανυπέρβλητα ύψη που συχνά αγγίζει τα όρια της μεγάλης τέχνης.

Στην Ελλάδα το 1987 ξοδεύτηκαν 3.000.000.000.000 δρχ., ενώ το '88 ξοδεύτηκαν τέσσερα δις δραχμές για τη διαφήμιση του τσιγάρου και πιστεύεται ότι αντιπροσωπεύει το 1/3 της συνολικής δαπάνης στην Ελλάδα (Πρόεδρος Αντικαπνιστικού Συλλόγου Αθηνών Αποστολάτος).

Έτσι ο άνθρωπος ταυτίζεται με το τσιγάρο του. Μια καλή μάρκα, ανεβάζει το κύρος του καπνιστή. Ο άνθρωπος είναι το τσιγάρο του. Όταν μάλιστα το τσιγάρο συνοδεύεται από πανάκριβους αναπτήρες και άλλα καπνιστικά αξεσουάρ, τότε ενι-

χύεται περισσότερο η κοινωνική εικόνα του ατόμου. Η καταναλωτική εικόνα του ατόμου. Η καταναλωτική κοινωνία μας, θέλει τον άνθρωπο καπνιστή και μάλιστα καπνιστή πολιτελείας.

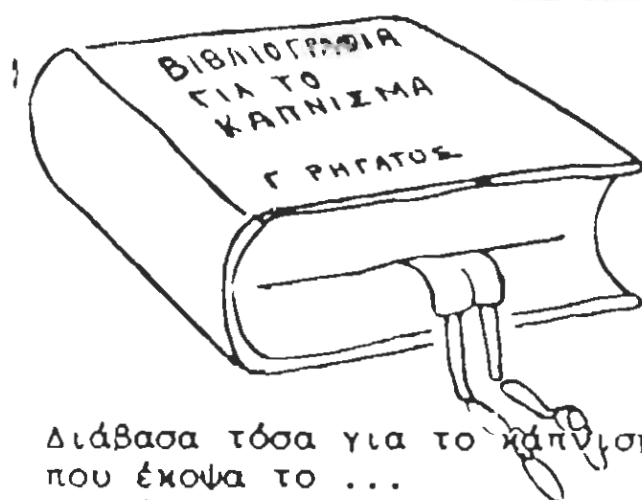
Στην έμμεση προβολή και επιβολή του καπνίσματος συμβάλλουν και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Στην τηλεόραση απαγορεύτηκαν οι διαφημίσεις του τσιγάρου. Αλλά το τσιγάρο προβάλλεται έμμεσα από τη μικρή και μεγάλη οθόνη μέσω των πρωταγωνιστών, που είναι τα είδωλα-πρότυπα του κοινού. Συχνά μάλιστα το κοινό δε μιμείται το κάπνισμα αυτό καθ'αυτό, αλλά τις καπνιστικές κινήσεις των ηθοποιών. Η περίφημη Μάρλεν Ντήντριχ παλιότερα είχε αναγάγει τις καπνιστικές κινήσεις σ'επίπεδο τέχνης. Εκατομμύρια γυναίκες υιοθέτησαν το κάπνισμα, όχι τόσο από περιέργεια, αλλά για να βελτιώσουν το προσωπικό τους στυλ. Οι κινήσεις θεωρούνται ποιητικές και ωραίες για να μπορέσει κανείς να τους αντισταθεί. Στους καλλιτέχνες προστάθηκαν τα πολιτικά είδωλα, που συχνά άθελά τους κάνουν ένα καπνιστικό στοιχείο συστατικό της προσωπικότητάς τους. Δυστυχώς οι πολιτικοί, δίνουν αυτό το κακό παράδειγμα, ακόμα και όταν προβάλλονται στην τηλεόραση. Έτσι κάθε ποώϊμα και ανώριμα πολιτικοποιημένος νέος, συναισθάνεται σαν χρέος του το κάπνισμα, αφού καπνίζουν οι ηγέτες τους.

Το κάπνισμα λοιπόν, έχει μπει στη ζωή πολλών από εμάς για πολλούς λόγους. Πολλά άτομα, επειδή δεν μπορούν να παρακολουθήσουν μια συζήτηση, προσπαθούν να βγουν έξω απ'αυτή και το κατορθώνουν καρφώνοντας στο στόμα τους ένα τσιγάρο. Πολλοί ακόμα δεν ξέρουν πως να βολέψουν τα χέρια τους. Στην αμχανία, προσθέτεται και η νευρικότητα. Το τσιγάρο ηρεμεί τον άνθρωπο στα πέντε λεπτά που διαρκεί. Όταν όμως σβήσει η νευρικότητα επανέρχεται και ο καπνιστής ξανανάβει τσιγάρο.

Αυτός είναι ίσως ο λόγος που το τσιγάρο δεν κόβεται εύκολα. Άλλωστε μια από τις πρώτες αιτίες του καπνίσματος είναι η ψευδαίσθηση ότι κόβεται εύκολα. Ότι μπορεί κανείς να ικανοποιήσει την περιέργειά του ανώδυνα και να το κόψει όποτε θέλει. Όσοι όμως πιστεύουν ότι θα μπορέσουν να το κόβουν όταν παραστεί ανάγκη, στην πραγματικότητα σφάλουν. Γιατί όταν πέσουν στην παγίδα αυτής της συνήθειας δύσκολα καταφέρνουν ν'απαλλαγούν απ'αυτή. «Το χέρι μου κόβεται, αλλά το χούι μου δεν κόβεται», έλεγε μια παλιά παροιμία.

Χαρακτηριστικό είναι αυτό που έλεγε ο μεγάλος Αμερικανός συγγραφέας Μάρκ Τουαϊν «το να κόψεις το τσιγάρο είναι το πιο εύκολο πράγμα. Εγώ το έχω κόψει 2.000 φορές». Όλοι το κόβουν ως τη στιγμή που πρόκειται να το ξαναρχίσουν.

ΕΙΣΤΕ ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ;



Διάβασα τόσα για το κάπνισμο
που έκοψα το ...
ΔΙΑΒΑΣΜΑ.

Αλλά στο θέμα της εξάπλωσης του καπνίσματος μεγάλες ευθύνες έχει και η οικογένεια. Και δεν αναφερόμαστε μόνο στο κακό παράδειγμα που δίνει το κάπνισμα των γονιών στα παιδιά τους. Η Ελληνική οικογένεια έχει και μια άλλη ευθύνη. Το οικονομικό της ανέβασμα της επέτρεψε να πλημμυρίσει τα παιδιά με κάθε λογής καταναλωτικά αγαθά. Σαν φυσικό επακόλουθο, ήρθε ο κορεσμός. Τα παιδιά κορεσμένα από τα πάντα αναζητούν «το κάτι άλλο», έτσι καταφεύγουν στη συγκίνηση του καπνίσματος για να πάρουν μια άλλη γεύση ζωής. Κι αν σταματήσουν εδώ, το κακό είναι μικρό, αλλά το τσιγάρο που θεωρείται «εξευγενισμένο ναρκωτικό», αποτελεί το προοίμιο για τη χρήση των πραγματικών ναρκωτικών.

Υπάρχουν ακόμα και βαθύτερες κοινωνικές αιτίες που το 'καναν σχεδόν επιτακτική τη χρήση του τσιγάρου και πρώτα-πρώτα ο αγχώδης τρόπος ζωής. Μοιραίο το άγχος μπαίνει βαθειά στη ζωή μας. Οι πολλές φροντίδες, οι έννοιες, οι υποχρεώσεις, οι θόρυβοι, η μεγάλη κίνηση των οδηγών σε μια συνεχή υπερένταση και το μόν πράγμα, που βρίσκει πρόχειρο για να καταπραΰνει τα νεύρα του και να πρεμύσει το πνεύμα του, είναι το κάπνισμα. Αντιμετωπίζει την ένταση, προσφέροντας σε μικρές δόσεις λίγο θάνατο. Τα παιδιά εισπνέουν καπνό αφού δεν τα εμπνέουν ιδανικά. Και αυτό είναι ευθύνη όλων και της οικογένειας και της πολιτείας. Κάποτε, ο Κολοκοτρώνης, που είχε κυριευθεί από το πάθος του καπνίσματος, έσπασε σε μια στιγμή απελπισίας την πίπα του λέγοντας «να άνθρωπος που δεν μπορεί να λευτερωθεί από το πάθος και θέλει να λευτερώσει την πατρίδα του».

Η αντιμετώπιση του καπνίσματος πρέπει να είναι ολόπλευρη. Ν'αρχίσει από το κράτος.

Προγνωσμένη αντικαπνιστική εκστρατεία ξεκινά το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Στόχος, όπως επισημαίνεται σε σχετική ανακοίνωση είναι η «πλήρης κατάργηση του καπνίσματος από όλο τον πληθυσμό της χώρας».

Ήδη για την υλοποίηση του στόχου του το Υπουργείο Υγείας παραχώρησε χτες στις παρακάτω ενέργειες:

- * Κάλυψε τα Υπουργία Εθνικής Οικονομίας, Γεωργίας, Παιδείας και Εμπορίου, να υποδείξουν εκπροσώπους τους για να συσταθεί ειδική επιτροπή, η οποία θα μελετήσει και θα μεθοδεύσει τρόπους εφαρμογής πρόσφατης απόφασης του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας για την απαγόρευση του καπνίσματος.
- * Με επιστολή του προς τις ΕΡΤ ζήτησε από τις διοικήσεις τους να φροντίσουν με κάθε τρόπο να μην προβάλλεται η συνήθεια του καπνίσματος από την τηλεόραση, ειδικότερα, ζητά να γίνει σύσταση στα διάφορα άτομα που παρουσιάζονται στην τηλεόραση να μην καπνίζουν.
- * Έδωσε εντολή στους υπεύθυνους όλων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας, κρατικών και ιδιωτικών, να ενεργοποιήσουν σχετική απόφαση του 1979 για απαγόρευση καπνίσματος στα νοσοκομεία

Ιδιαίτερα -τονίζει ο υπουργός- θα πρέπει να καταβληθεί προσπάθεια ευαισθητοποίησης των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού, ώστε να γίνουν το παράδειγμα και για τους αρρώστους και για τους επισκέπτες τους.

Ακόμα, λέει ο κ.Γ.Α.Μαγκάκης, πρέπει οι γιατροί «με ομιλίες, προτροπές και παρακινήσεις προς τους εργαζόμενους να δημιουργήσουν τον απαραίτητο αντικαπνιστικό πυρήνα τους».

Επιτιμά ότι πρέπει να δημιουργηθούν ειδικοί χώροι για τους καπνιστές και να αναρτηθούν σχετικές πινακίδες για την

απαγόρευση του καπνίσματος στους κοινόχρηστους χώρους.

Συγκεκριμένα το Ελληνικό κράτος πρέπει να προχωρήσει σ' ένα σχεδιασμό αναδιάρθρωσης των καλλιεργειών, ώστε να μην αποτελεί ο καπνός βασικό αγροτικό εισόδημα. Εξ άλλου το πρόβλημα θα το αντιμετωπίσουμε οξύτερα κάποτε, χάρη σ' αντικαπνιστικά μέτρα που πέρνουν τα διάφορα ανεπτυγμένα κράτη. Τι θα τον κάνουμε τότε τον καπνό; Θα τον καπνίσουμε μόνοι μας; Τότε το τσιγάρο θα πρέπει ν' αρχίζει απ' τα νηπιαγωγεία. Έπειτα πρέπει ν' απαγορευθεί αυστηρά το κάπνισμα σ' όλους τους κλειστούς χώρους, έτσι που ο καπνιστής να πάψει να αισθάνεται άνετα. Το τσιγάρο αντί να λειτουργεί ειτονωτικά, θ' αρχίζει να του προκαλεί δυσφορία. Η κοινωνία θα γίνει πιο αυστηρή και επιτιμητική για όσους πετούν αποτσιγάρα στο δρόμο. Επίσης τα κρατικά όργανα, να είναι αμείλικτα απέναντι τους ασυνείδητους καπνιστές που πετούν αναμένα τσιγάρα σε δασικές ή θαμνώδεις περιοχές. Οι πολιτικοί, όσοι δεν μπορούν ν' απαλλαγούν από το πάθος τους, τουλάχιστο να μην εμφανίζονται μπροστά στο κοινό και μάλιστα της τηλεόρασης καπνίζοντας.

Είναι απαραίτητο να γίνει και στην Ελλάδα αυτό που γίνεται στο εξωτερικό: πάνω σε κάθε πακέτο καπνού να αναγράφονται υποχρεωτικά οι παρενέργειές του. Οι Υγειονομικές Υπηρεσίες των ΗΠΑ έχουν προτείνει να προστεθεί και δεύτερη προειδοποιητική ετικέτα στα πακέτα των τσιγάρων <<Προσοχή: το κάπνισμα από κυφορούσες γυναίκες μπορεί να προκαλέσει αποβολές, πρόωρες, γεννήσεις, ή χαμηλό βάρος του νεογέννητου>>. Να μετριαστεί η προκλητική διαφήμιση και κυρίως τα καταστήματα και τα περίπτερα να μην κωλούν τσιγάρα στα μικρά παιδιά. Έτσι θ' αναγκασθεί να πάει στο περίπτερο ο γονιός, πράγμα που θα το σκεφθεί. Αλλά το πιο σοβαρό είναι ό-

τι το παιδί, συνηθίζοντας στην ιδέα της αγοράς, κάποτε θ'αγοράσει και για τον εαυτό του. Τα νέα ζευγάρια, εφ'όσον αποφασίσουν να κάνουν παιδιά, πρέπει να εκμεταλευθούν το γεγονός σαν μια ευκαιρία να κόψουν το κάπνισμα. Είναι το καλύτερο δώρο που μπορούν να προσφέρουν στον εαυτό τους και στα παιδιά που θα φέρουν στον κόσμο.

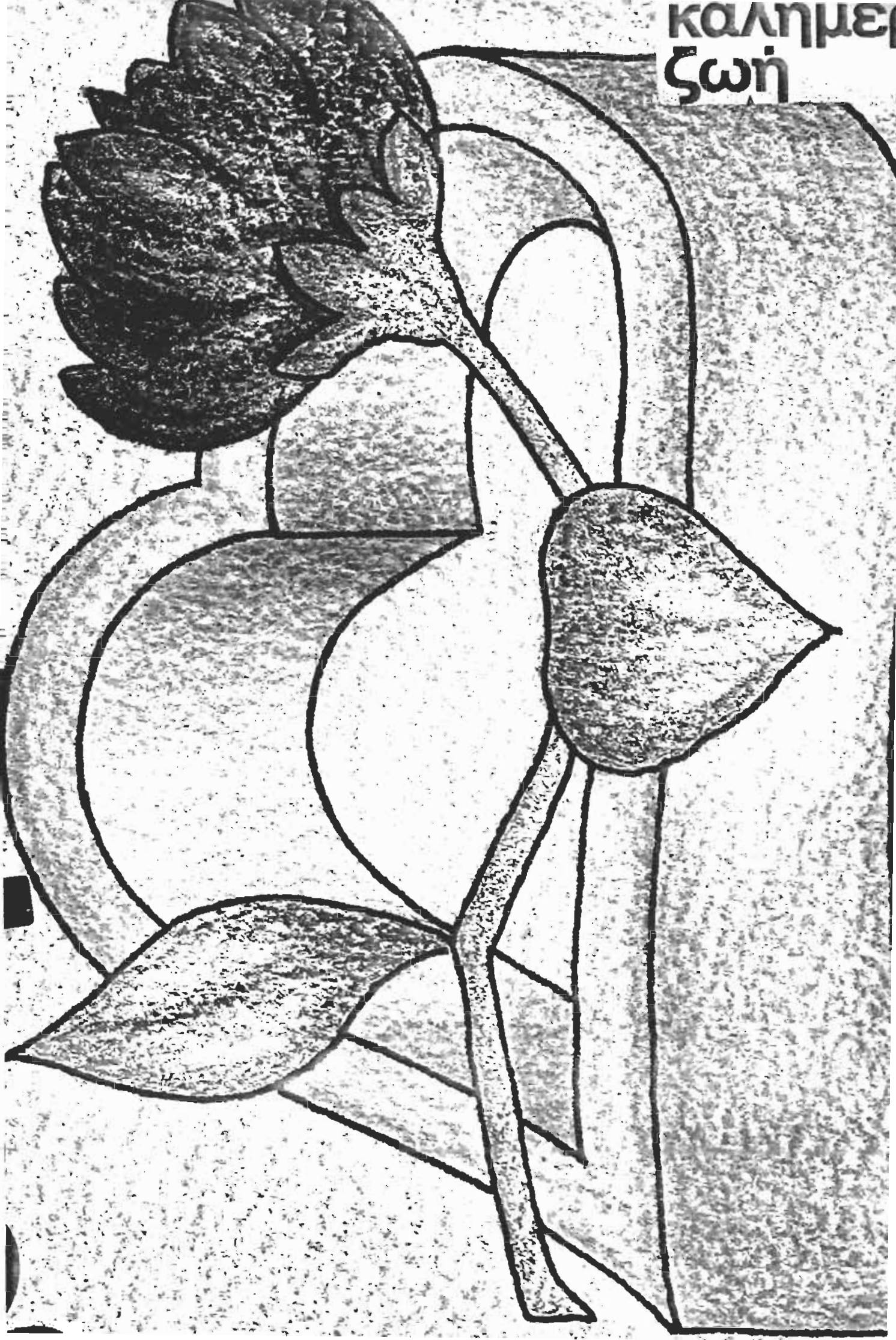
Ακόμα ο Έλληνας, θα πρέπει ν'αποκτήσει μια καπνιστική αγωγή: συγκεκριμένα - να ζητά την άδεια από τα μέλη μας συντροφιάς, όταν πρόκειται να καπνίσει
- να εγκαταλείψει τη Βαλιτωτική ευγένεια να προσφέρει τσιγάρο
- να μην οδηγεί καπνίζοντας.

Έτσι μέσα σ' ένα γενικό αντικαπνιστικό κλίμα, μπορεί να συντελεσθεί μια αισθητή μείωση του καπνίσματος.

Καιρός λοιπόν να βάλουμε καλά στο νού μας λίγα βασικά σημεία για το κάπνισμα:

1. Πρέπει ν'αντιδράσουμε ΤΩΡΑ
2. Κάθε καθυστέρηση χειροτερεύει την κατάσταση μας
3. Το κάπνισμα είναι μια συνήθεια που μάθαμε. Άρα μπορούμε και να ξεμάθουμε
4. Η διαφήμιση του τσιγάρου παραπλανεί σ'επικίνδυνο βαθμό
5. Προσοχή στις αγορές μας. Συχνά η κατανάλωση αντιμάχεται τον καταναλωτή
6. Αγάπη στον εαυτό μας και όχι στις αδυναμίες μας. Μια, φτάνει συχνά για την καταστροφή.
7. Να αναρωτηθούμε πόση περιττή υγεία διαθέτουμε για πέταμα
8. Να θυμόμαστε πως τα τσιγάρα πληρώνονται πρώτα σε υγεία και ύστερα σε χρήμα.
9. Κάθε <<όχι>> στο κάπνισμα κάνει το επόμενο <<όχι>> ευκολότερο.

καλημε
ζωή



Το τσιγάρο στο εδώλιο

1. Το 80% των καπνιστών προσπαθεί να σταματήσουν το κάπνισμα αλλά χωρίς βοήθεια αποτυχαίνουν.
2. Οι καπνιστές αποτελούν το 90% όλων των περιπτώσεων καρδίου του πνεύμονα.
3. Οι καπνιστές έχουν διπλάσια ατυχήματα με αυτοκίνητο από τους μη καπνιστές
4. Έτσι το τσιγάρο αυξάνει την πίεση του αίματος από 10 έως 20 παλμούς και καταστρέφει γύρω στα 25 μιλλιγκράμ βιταμίνης C στο σώμα
5. 77% της κοινής γνώμης και 87% των γιατρών πιστεύουν ότι οι μη καπνιστές βλάπτονται εισπνέοντας τον καπνό ενός καπνιστή στον ίδιο χώρο.
6. Το κάπνισμα ενός τσιγάρου περιορίζει κατά 22% την όραση του ανθρώπου, παταλύνοντας τις νευρικές απολήξεις και αφαιρεί από τη ζωή του καπνιστή περίπου 14 λεπτά.
7. Το κάπνισμα περιορίζει την οξυγόνωση του εγκεφάλου, μειώνει την ικανότητα μνήμης, τη συγκέντρωση, τα αντανακλαστικά και τη σεξουαλικότητα.
8. Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης καθυστερεί την ανάπτυξη του εμβρύου, αυξάνει τον κίνδυνο αποβολής, θανάτου του εμβρύου και πρόωρων γεννήσεων και συντελεί στην καθυστέρηση της νοητικής ανάπτυξης του παιδιού.
9. Κάθε γόνο γύρω στα 15.000 άτομα πεθαίνουν στην Ελλάδα εξαιτίας του τσιγάρου, δηλαδή 40 άτομα κάθε μέρα.
10. Η νικοτίνη, που βρίσκεται μονάχα στον καπνό, χρησιμοποιείται στο εμπόριο σαν ζιζανιοκτόνο.

Πόσες φορές προσπαθήσατε να <<κόψετε>> το τσιγάρο;

Μήπως είστε και σεις ένας από τους πολλούς που δεν τα

κατάφεραν σταματώντας και ξαναρχίζοντας το κάπνισμα.

- * να εξαρρακίσει τους πειρασμούς, όπως π.χ. αναπτήρες και τασάκια, και για ένα διάστημα να αποφεύγει ορισμένες κοινωνικές εκδηλώσεις, όπως οι δεξιώσεις και οι ταβέρνες, όπου κυριαρχεί το κάπνισμα
- * να επηρεάσει το υποσυνείδητό του, επαναλαμβάνοντας δυνατά, πολλές φορές την ημέρα: «μόνος μου αποφάσισα να σταματήσω το κάπνισμα».
- * να αναπνέει βαθειά για να βοηθήσει τον οργανισμό του να οξυγονωθεί. Τρεις ή τέσσερις βαθιές αναπνοές επιβάλλονται κάθε φορά που αισθάνεται την ανάγκη του τσιγάρου. Για την οξυγόνωση του οργανισμού είναι απαραίτητη η γυμναστική άσκηση, το βάδισμα, τα σπορ.
- * να βελτιώσει τη διατροφή του. Να μασάει καλά την τροφή και τις πρώτες μέρες να αποφεύγει τον καφέ, το αλκοόλ, τα μπαχαρικά και τα βαρεια φαγητά. Ανάμεσα στα γεύματα να πίνει πολύ νερό, για να ενεργοποιήσει την αποβολή της νικοτίνης από τον οργανισμό. Να καταναλίσκει τροφές πλούσιες σε βιταμίνη Β, για να μειώσει τη νευρική όρεξη που συνοδεύει πάντα τη διαδικασία αποκοπής από τη συνήθεια του καπνίσματος. να αποφεύγει την κατάχρηση λιπαρών ουσιών και κάθε μορφής ζάχαρης, για να μην πάρει κιλά, εφ'όσον το κόψιμο του τσιγάρου έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της όρεξης.
- * να κοιμάται αρκετά
- * να τονώσει την κυκλοφορία του αίματος με συχνά ντους, γρήγορο βάδισμα και σωματική άσκηση, για να καταπολεμήσει την υπνηλία, που είναι μια αντίδραση του οργανισμού στην έλλειψη της νικοτίνης.



Θα θέλαμε να σας προτείνουμε τρόπους να κόψετε το τσιγάρο και να βρούμε το αντίστοιχοαντίδοτο

1. Αγοράστε μόνο ένα κουτί τσιγάρα -ποτέ πολλά μαζί
2. Μην παίρνετε τσιγάρο όταν σας το προσφέρουν
3. Μετά από κάθε τσιγάρο που καπνίζετε, κρύψτε το πακέτο
4. Καπνίστε το πρώτο τσιγάρο μετά το πρωινό
5. Καπνίζετε μόνο τσιγάρα με φίλτρο
6. Μην παίρνετε από τους φίλους τσιγάρα, όταν τελειώσουν τα δικά σας.
7. Μετά από κάθε πακέτο που θα καπνίζετε, αλλάξτε τη μάρκα
8. Τα χρήματα που ξοδεύετε τώρα για τσιγάρα από τα χρήματα που ξοδεύατε πριν αρχίσετε αυτό το πρόγραμμα είναι λιγότερα. Αυτή τη διαφορά βάζετε την στην <<άκρη>>.
9. Μην καπνίζετε στο κρεβάτι ούτε πρωί, ούτε βράδυ.
10. Μην καπνίζετε στο δρόμο
11. Μην καπνίζετε για να μη φάτε. Φάτε καλύτερα ένα φρούτο ή έστω ένα γλυκό.
12. Μετά από κάθε κάπνισμα ενός τσιγάρου, καθαρίστε το τασάκι
13. Κάθε φορά που εισπνέετε μια ρουφηξιά από τσιγάρο, αφήστε το τσιγάρο από το χέρι, στο σταχτοδοχείο.
14. Βάζετε τα σπέρτα μακριά σας, ώστε να σηκώνεστε να τα παίρνετε κάθε φορά
15. Πριν ανάψετε ένα τσιγάρο-περιμένετε λίγο- πάστε βαθειά ανάσα
16. Αφήστε τον αναπτήρα ή τα σπέρτα σπίτι σας και παρακαλέστε τους άλλους να σας δίνουν φωτιά
17. Μην καπνίζετε οδηγώντας
18. Πριν καπνίσετε, σκεφτείτε ότι τώρα θα καπνίσετε και περιμένετε λίγο

- 19.Μην καπνίζετε όταν περιμένετε το φαγητό
- 20.Μην καπνίζετε όταν γράφετε
- 21.Καπνίζετε ένα τσιγάρο μόνο ως τη μέση
- 22.Περιμένετε πέντε λεπτά από τη στιγμή που θέλετε να καπνίσετε, ως τη στιγμή που καπνίζετε τελικά
- 23.Καθαρίζετε το σταχτοδοχείο μόνοι και τοποθετήστε το μακριά σας κάθε φορά.
- 24.Προσπαθήστε να περιμένετε 10 λεπτά από τη στιγμή που επιθυμείτε να καπνίσετε και που καπνίζετε τελικά.
- 25.Σηκωθείτε από το τραπέζι μετά το φαγητό και κάνετε κάτι άλλο
- 26.Μην καπνίζετε όταν περιμένετε
- 27.Σβήνετε το τσιγάρο μετά από κάθε ρουφηξιά και ανάβετε άλλο
28. Όταν είστε με άλλους, καπνίζετε ένα τσιγάρο την ώρα
29. <<Ρουφάτε>> κάθε δεύτερη φορά τον καπνό μέσα
- 30.Καπνίζετε μόνο πιά στο σπίτι και όχι σ'ένα μέρος άνετο, αλλά καθισμένος σε μια καρέκλα που δεν <<βολεύεστε>>.
- 31.Μην καπνίζετε όταν συζητείτε
- 32.Ήμα ακόμα καπνίζετε, μην κάνετε τίποτε άλλο, π.χ.διάβασμα
- 33.Μην καπνίζετε όταν έχετε μια σπουδαία δουλειά π.χ.προετοιμασία για εξετάσεις με άλλους συμφοιτητές
- 34.Μην καπνίζετε όταν καπνίζουν άλλοι μπροστά σας
- 35.Προσπαθείτε να μην ρουφάτε πια καθόλου τον καπνό.
- 36.Μην καπνίζετε πια καθόλου την ώρα της δουλειάς
- 37.Μην καπνίζετε όταν πάτε π.χ.στο εστιατόριο ή σε μια καφετέρια για καφέ.

Ως αντίδοτο στη συνήθεια του καπνίσματος μπορεί να προ-

σφερθεί η καλλιέργεια του αθλητισμού σ'όλα τα στρώματα του πληθυσμού και σ'όλες τις ηλικίες. Εξ άλλου τα καπνοεργοστάσια, μπορούν να γίνουν εργοστάσια παραγωγής υγιεινών τροφών και αθλητικών ειδών. Εντοπίζονατς το κάπνισμα και προωθώντας τον αθλητισμό, μπορούμε να δημιουργήσουμε μια εύρωστη νεολαία, που ανεπτυγμένη και όχι μόνο σωματικά αλλά και πνευματικά. Σ'αυτό θα μπορούσαν να βοηθήσουν και οι πολιτικές νεολαίες, καλλιεργώντας στα μέλη τους μια αντικαπνιστική νοοτροπία.

Εαν συνέχεια στα παρακάτω, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι πρέπει να γίνει σ'όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης διαφώτιση από τον Επιστήμονα Νοσηλευτή. Επίσης η Κοινότητα έχει μεγάλη ανάγκη από έμπειρους επιστήμονες νοσηλευτές για διαφώτιση.

Από 'κει και πέρα, εισέρχεται το θέμα της προσωπικής ευθύνης. Πρέπει να γίνει συνείδηση όλων μας, ότι το τσιγάρο δεν είναι απόλαυση - είναι μια στιγμιαία γεύση θανάτου. Δεν χρειαζόμαστε ακραία περιστατικά για να συγκινηθούμε. Ξέρουμε ότι στους 8 καπνιστές, ο ένας πεθαίνει από καρκίνο. Δεν χρειάζεται όμως να πιστεύουμε πως ονόμος των πιθανοτήτων θα λειτουργήσει «υπέρ ημών». Μπορεί να στραφεί και εναντίον μας. Όπως είναι πιθανό ν'ανήκουμε στους7 που θα επιζήσουν, άλλο τόσο είναι πιθανό να είμαστε ο άγδοος που θα πεθάνει. Η ρωσική ρουλέτα είναι πολύ επικίνδυνο παιχνίδι, έστω και αν παιχτεί με οκτάσφαιρο περίστροφο (Γιαννιμάκης 1987).

nicorette

«ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ»

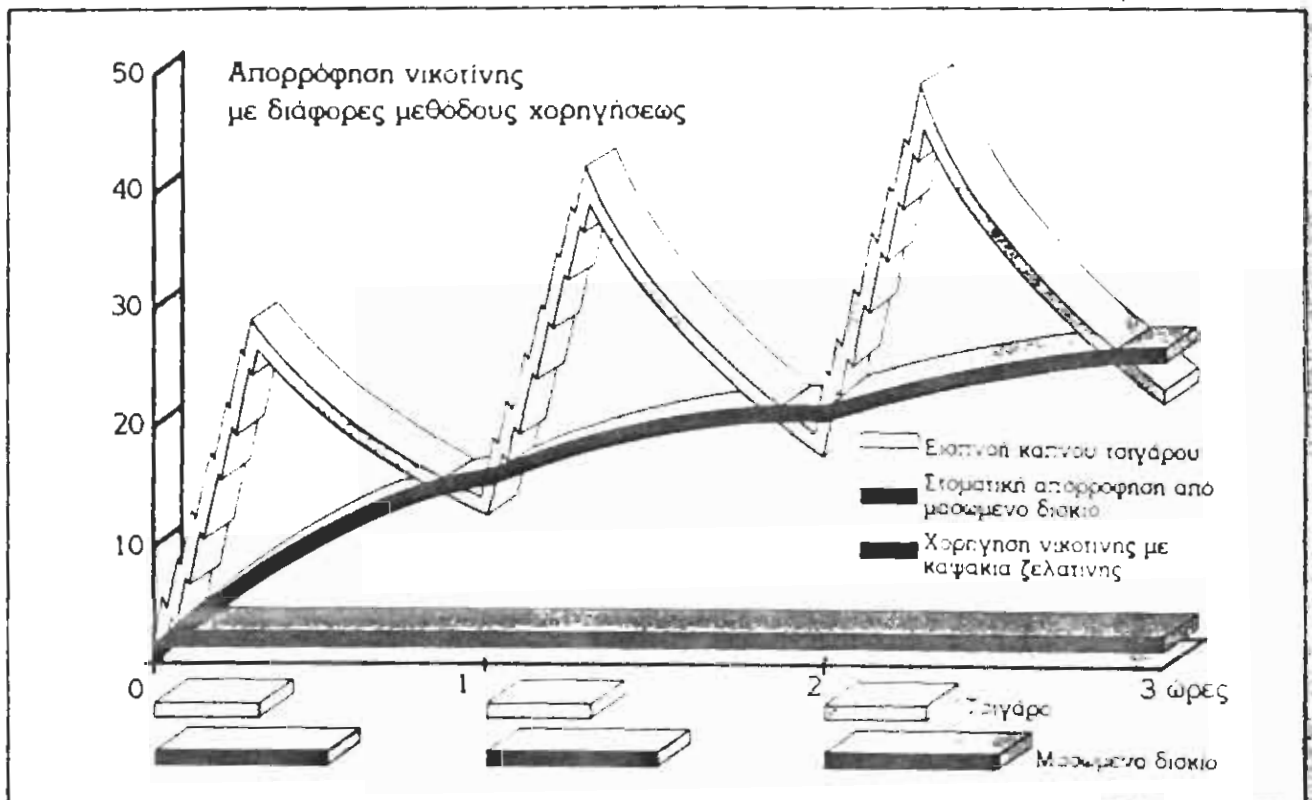
«Χορηγώντας την νικοτίνη με άλλο τρόπο απαλλάσσει τους ασθενείς από το φαινόμενο στερήσεως ισχυροποιώντας έτσι την απόφασή τους να διακόψουν μόνιμα το κάπνισμα».

nicorette

nicorette

Γιατί μασώμενα δισκία;

Το nicorette® είναι ρητίνη που περιέχει νικοτίνη σε μια ρυθμιστική μασώμενη βάση. Κατά την μάσηση ελευθερώνεται αργά νικοτίνη, που απορροφάται από τον στοματικό βλεννογόνο.



1 Το nicorette® επιτυγχάνει μέση συγκέντρωση νικοτιναιμίας παρόμοια με εκείνη του τσιγάρου και έτσι ανακόπτει τα φαινόμενα στερήσεως.

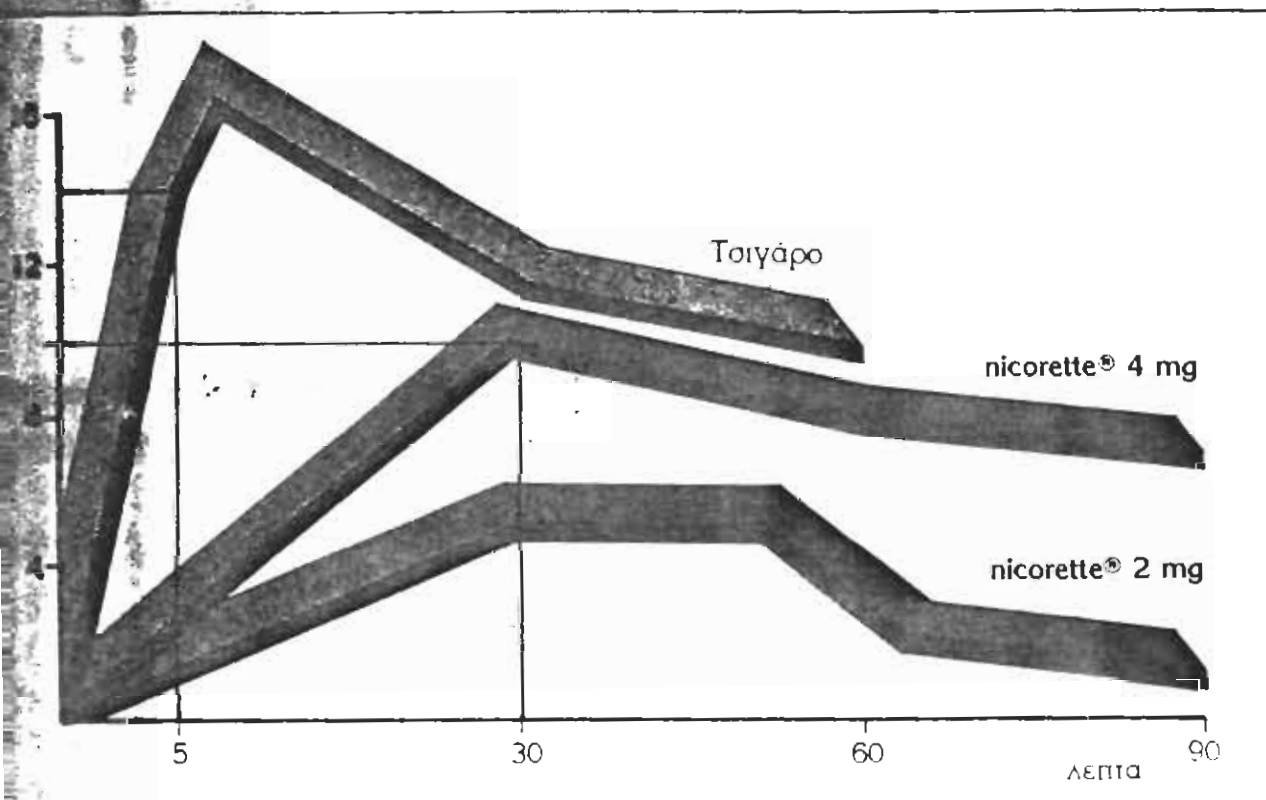
2 Λόγω του κατώτερου ποσοστού απορρόφησης μέσω του στοματικού βλεννογόνου δεν αναπαράγει την ευχαρίστηση του καπνίσματος.

Russell MAH, Raw M and Jarvis MJ. Brit Med J, 1980; 280:1599-1602

ΦΑΡΜΑΚΟΚΙΝΗΤΙΚΗ

Απορρόφηση

Η ταχεία απορρόφηση, το επίπεδο της οποίας ελέγχεται από τον τρόπο μασήσεως, προμηθεύει τον οργανισμό με την νικοτίνη γι' αυτόν νικοτίνη ώστε να μην εμφανίζονται τα κλασικά συμπτώματα στέρησης.



Η νικοτίνη προέρχεται από το κάπνισμα ενός τσιγάρου και την μασήση των nicorette® των 2 mg και 4 mg.

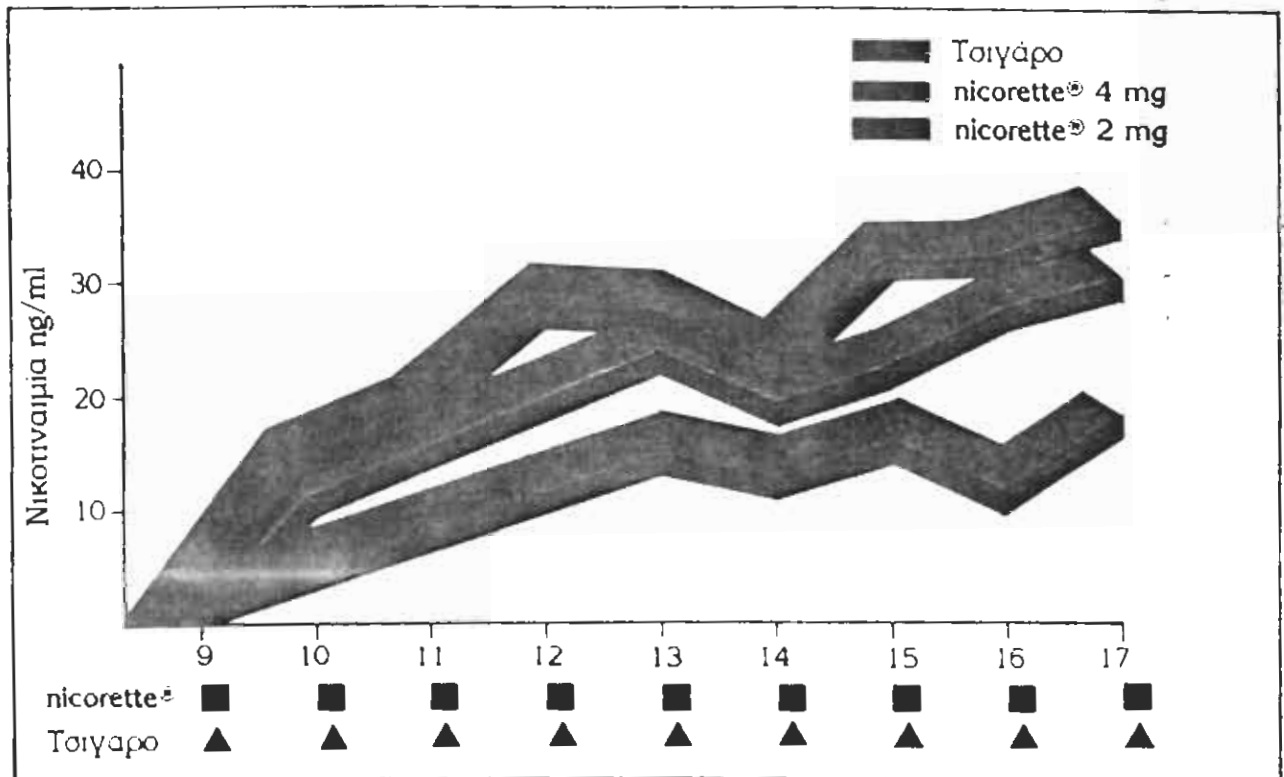
Η χρήση της νικοτίνης γίνεται χωρίς να συνοδεύεται από τις βλαβερές ουσίες του καπνού.

Δεν προσφέρει απόλαυση ούτε στους καπνιστές ούτε στα παιδιά.



β) Επαναλαμβανόμενης δόσεως

Τα επίπεδα μέσης νικοτιναιμίας που προσδιορίστηκαν από την επαναλαμβανόμενη χορήγηση νικοτίνης με την μορφή του καπνίσματος ή του nicorette[®] απεικονίζονται στο πιο κάτω διάγραμμα.

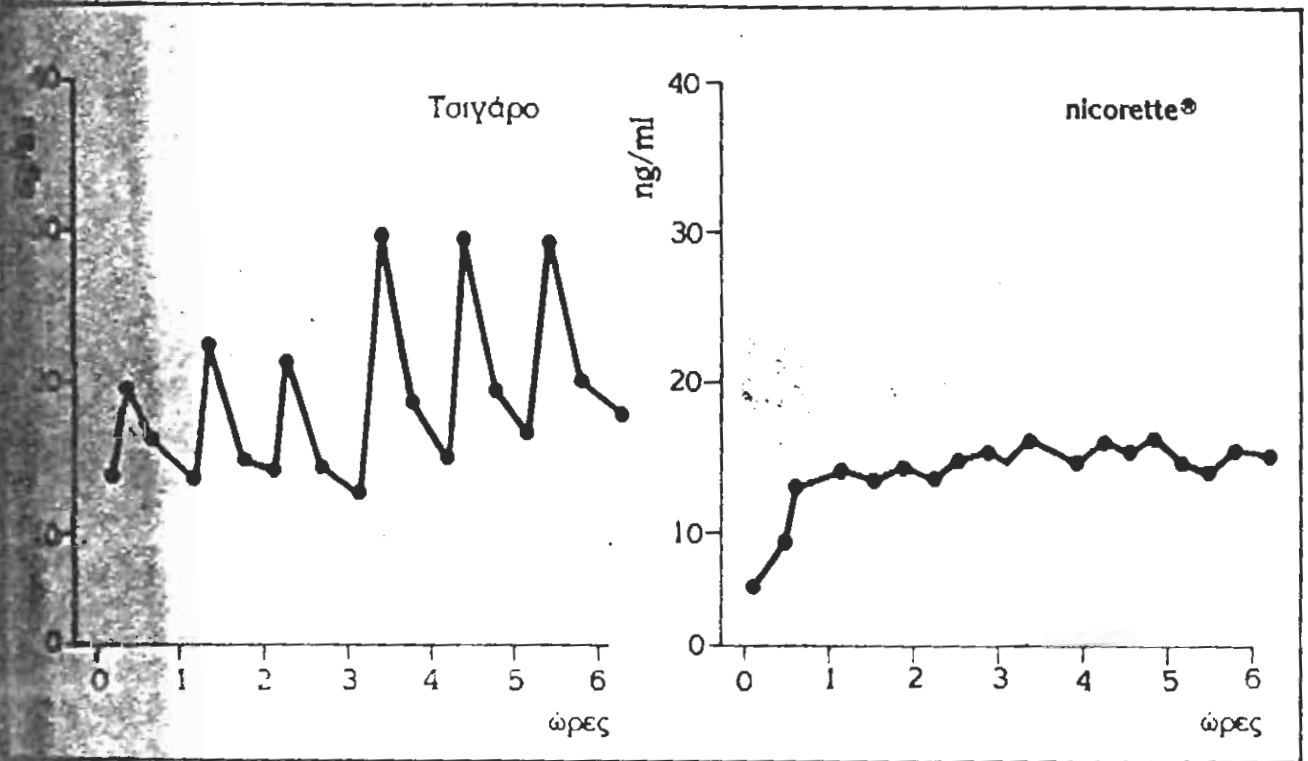


Τα μέσα επίπεδα νικοτιναιμίας που δημιουργούνται με το κάπνισμα ή την χορήγηση δισκίου nicorette[®] των 2 mg ή 4 mg κάθε μία ώρα.

(Russell & CoLL)

οικ

Χρήση των δισκίων nicorette® 4 mg δημιουργεί μέσα σε λίγα λεπτά νικοτιναιμία ανάλογα με εκείνα του τσιγάρου, αλλά δεν δημιουργεί Peaks που είναι σημαντικά για την ανάπτυξη εξάρτησης από την νικετίνη.



95% των ασθενών μπορεί να σταματήσει εύκολα και την χρήση του nicorette® μόλις απαλλαγεί από την ψυχολογική εξάρτηση του τσιγάρου.

(Wilhelmsen L, Fjalmarsson A.)

nicorette

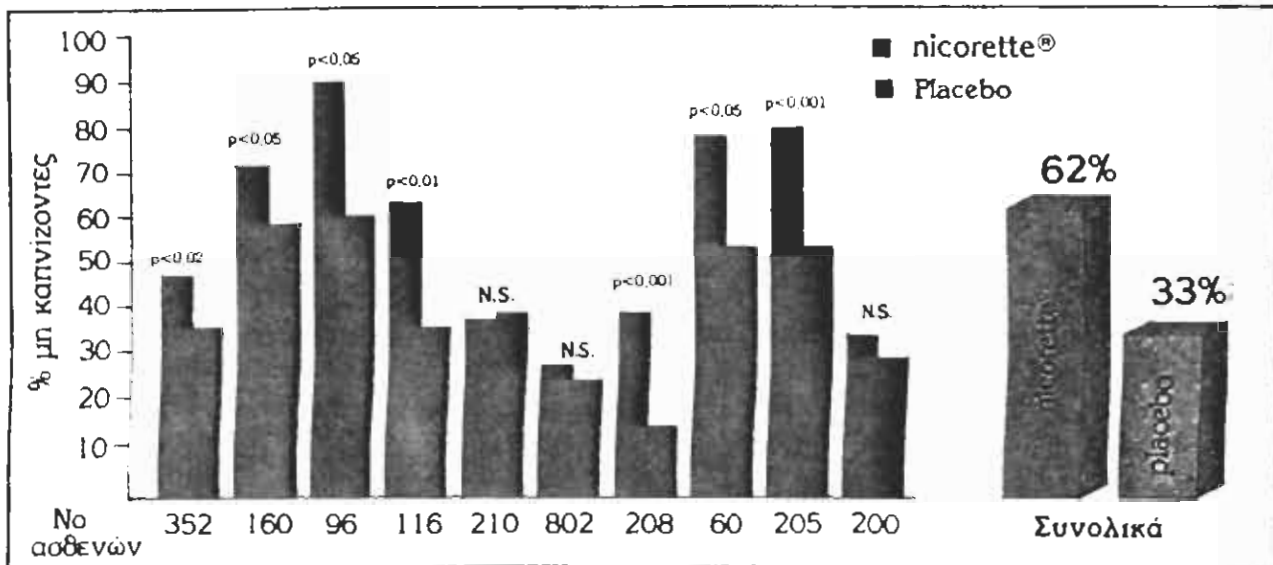
**ΚΛΙΝΙΚΗ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**

ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

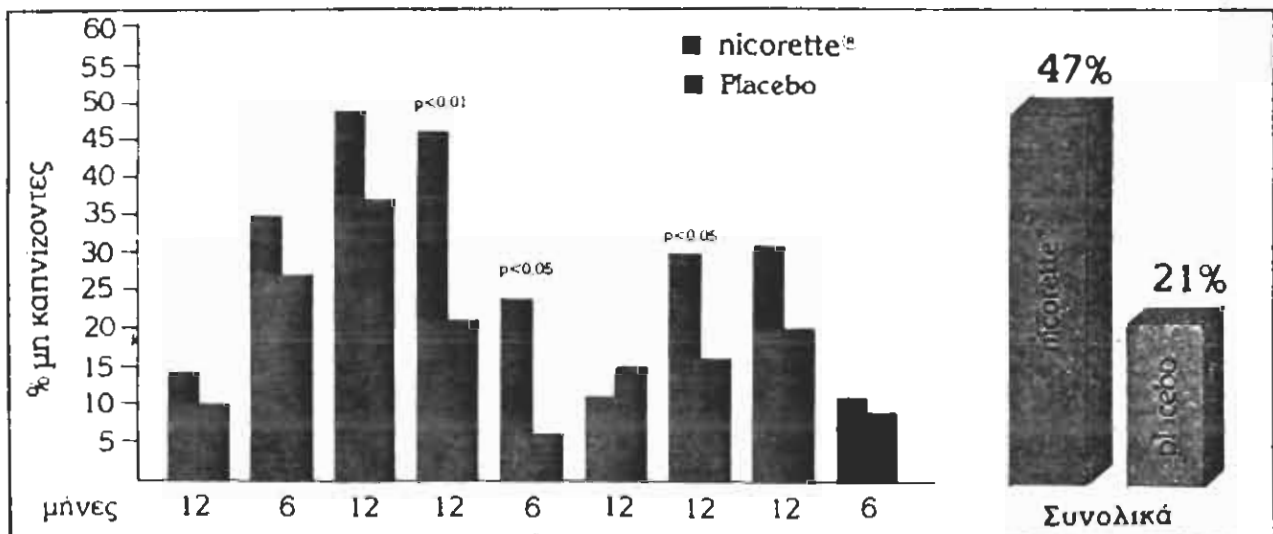
1 Συνολική αξιολόγηση

Διαπιστώθηκε από διάφορες μελέτες που έγιναν, σε όλο τον κόσμο, με τη μέθοδο της διπλής τυφλής δοκιμασίας.

α) Βραχυχρόνια παρακολούθηση (1 μήνα)



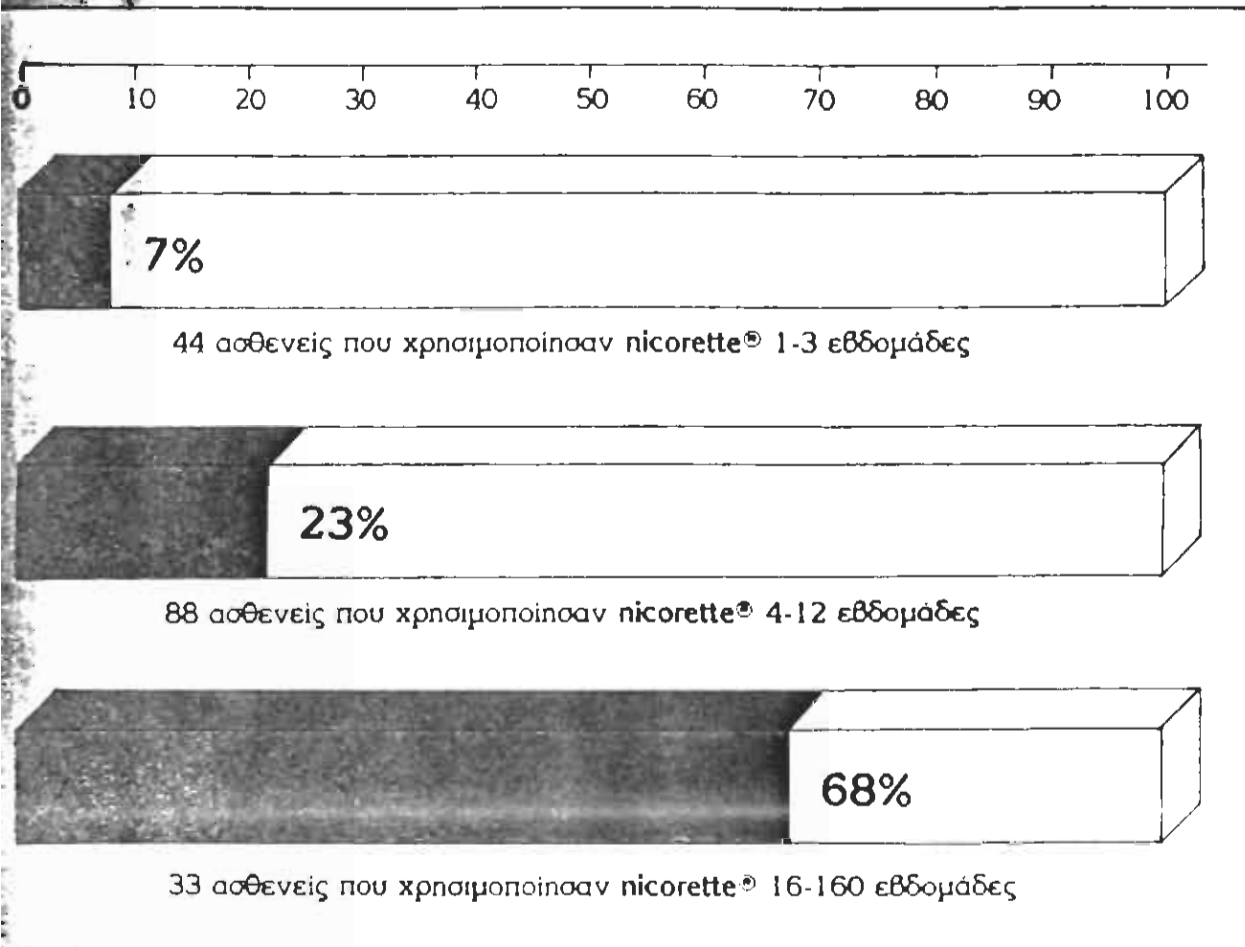
β) Μακροχρόνια παρακολούθηση (6-12 μήνες)



2

Η διάρκεια θεραπείας είναι σημαντικός παράγων επιτυχίας

Η βέλτιστη περίοδος θεραπείας όπου ο κίνδυνος υποτροπής είναι μεγάλος είναι οι 3 πρώτοι μήνες.



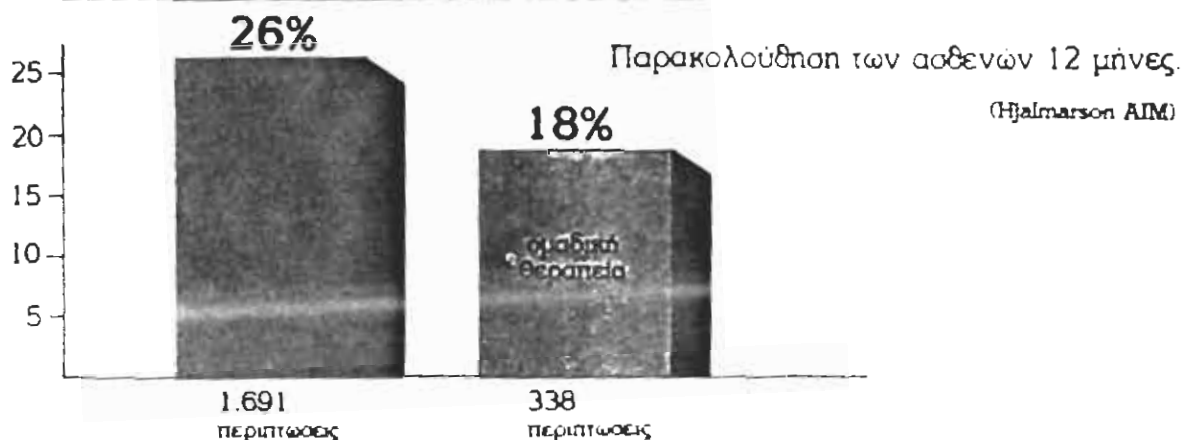
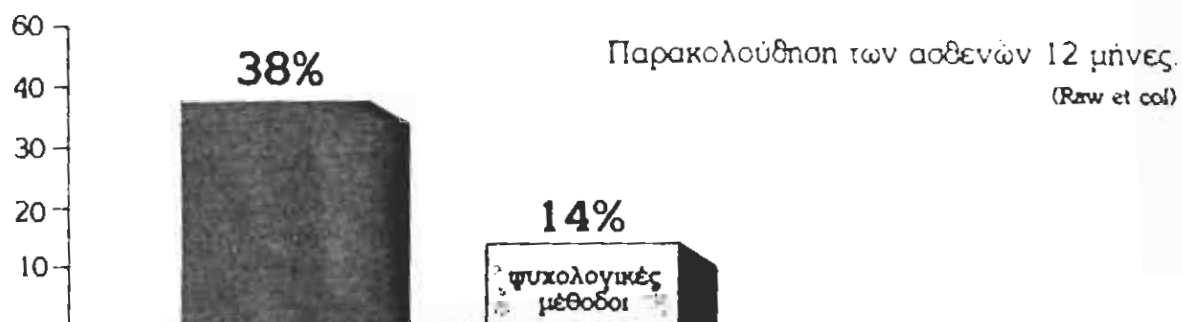
Αποτελέσματα δείχνουν ότι ο ασθενής πρέπει να έχει μαζί του Nicorette® αρκετές εβδομάδες μετά την λήξη της θεραπείας που διαρκεί 3-4 μήνες.

M. et al. (1980) Brit. med. J., 281, 481. Wilhelmsen, L. and Hjalmarsson, A. (1980) Can. Fam. Physician, 26, 737

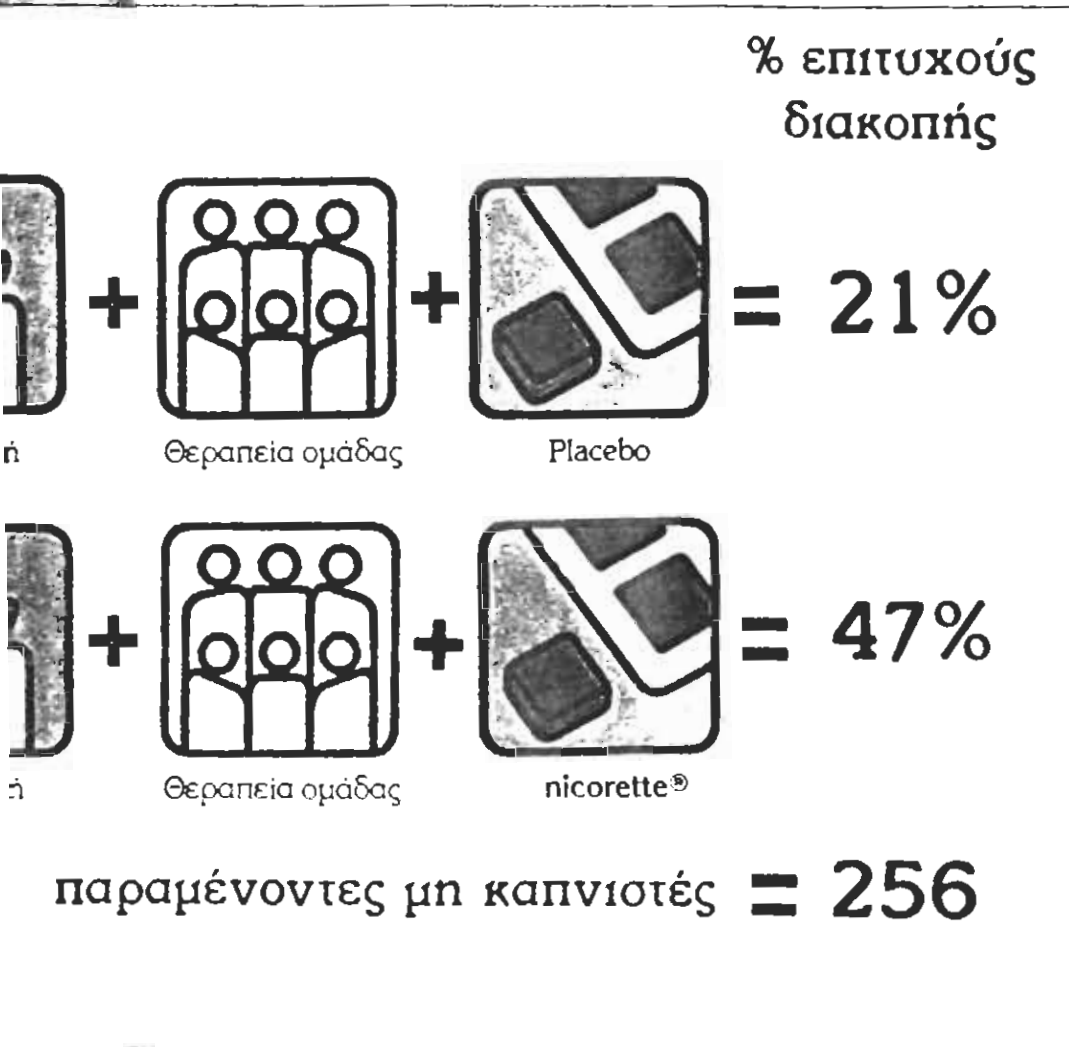
nicorette

3

Συγκριτικά με άλλες θεραπείες



Η μεσολάβηση του γιατρού



καπνιστές που κατά μέσο όρο επισκέπτονται κάθε
κό γιατρό.

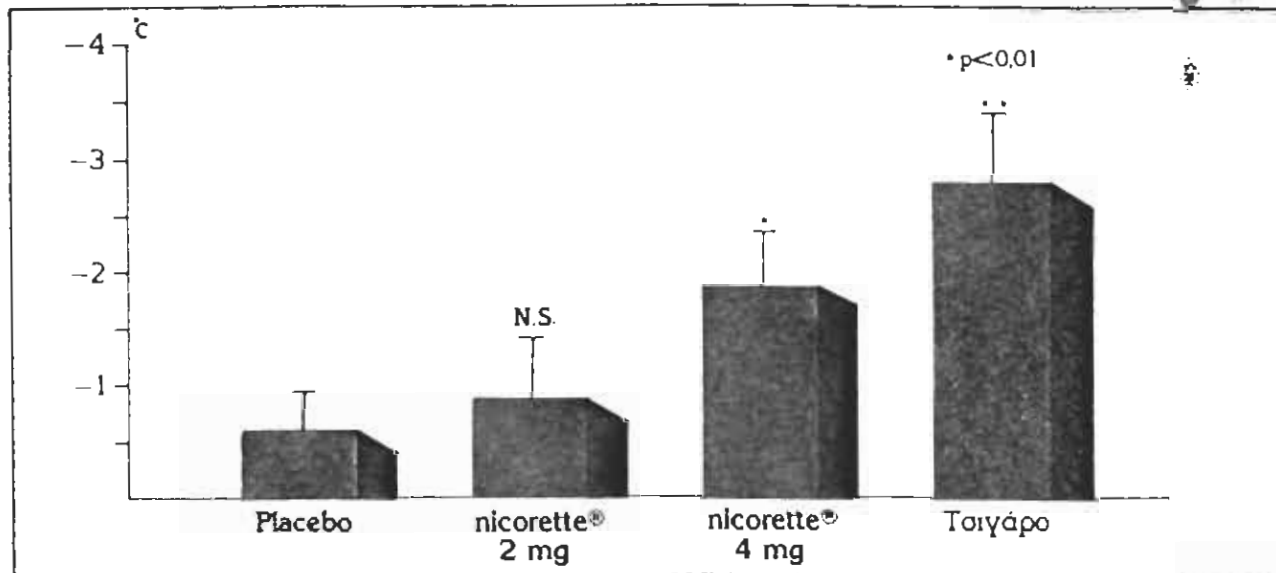
Wilhelmsen L

nicorette

ΦΑΡΜΑΚΟΔΥΝΑΜΙΚΗ

1 Επίδραση στο καρδιαγγειακό

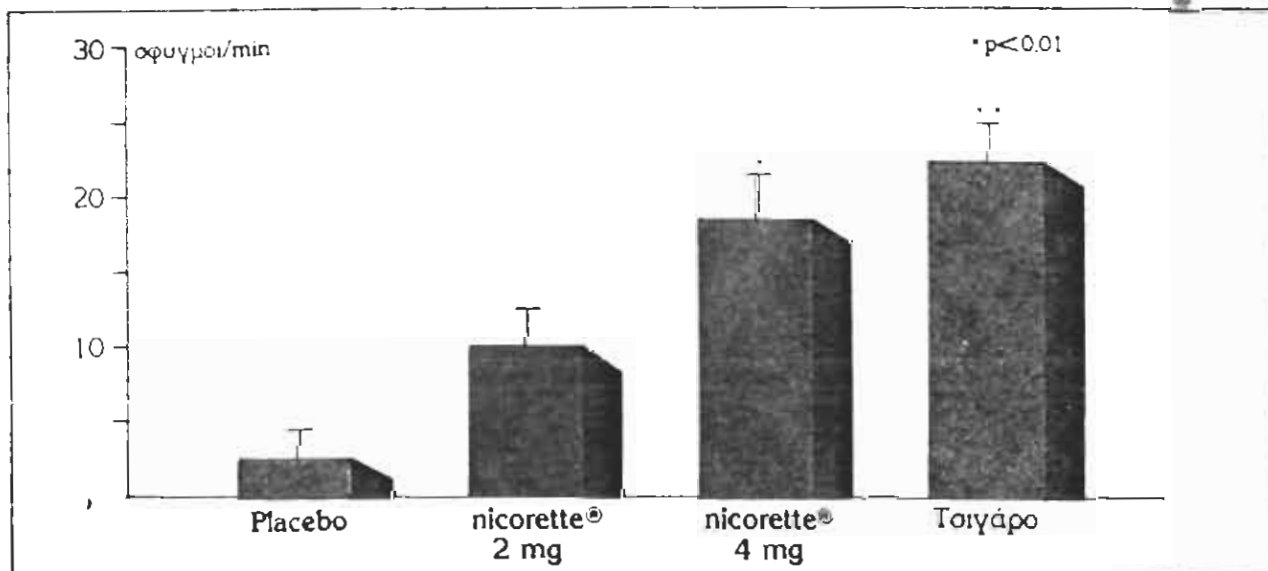
α) Περιφερική κυκλοφορία



Μείωση της θερμοκρασίας του δέρματος με το κάπνισμα ενός τσιγάρου και την μάσηση placebo, nicorette® 2 mg και nicorette® 4 mg.

(Fredholm et al)

β) Καρδιακή συχνότητα



Αύξηση της καρδιακής συχνότητας με το κάπνισμα 1 τσιγάρου και την μάσηση placebo, nicorette® 2 mg και nicorette® 4 mg.

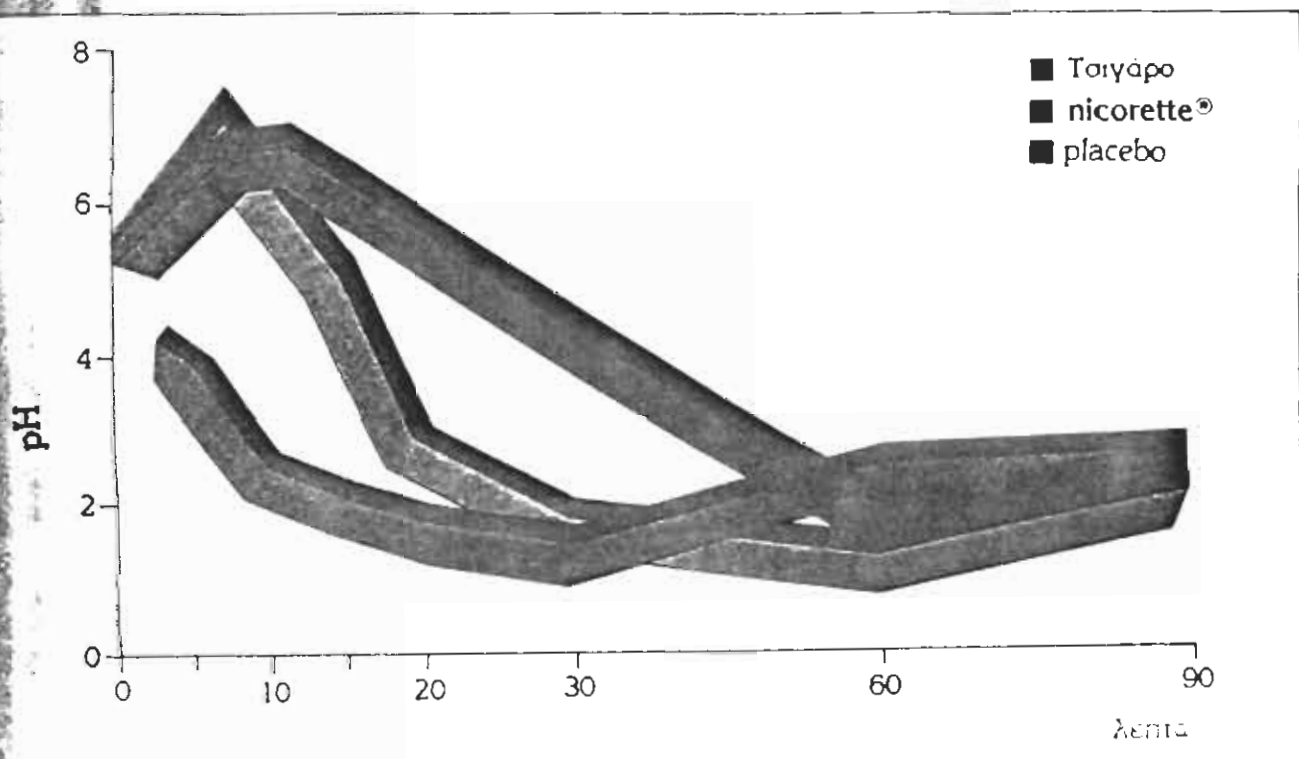
(Nyberg et coll)

2

Επίδραση στο γαστρικό pH

Η σύγκριση της μεταβολής του γαστρικού pH έγινε σε τρεις μόνιμες μάρτυρες αφού:

- κάπνισαν ένα τσιγάρο
- χρησιμοποίησαν 1 δισκίο nicorette® 4 mg
- χρησιμοποίησαν 1 placebo

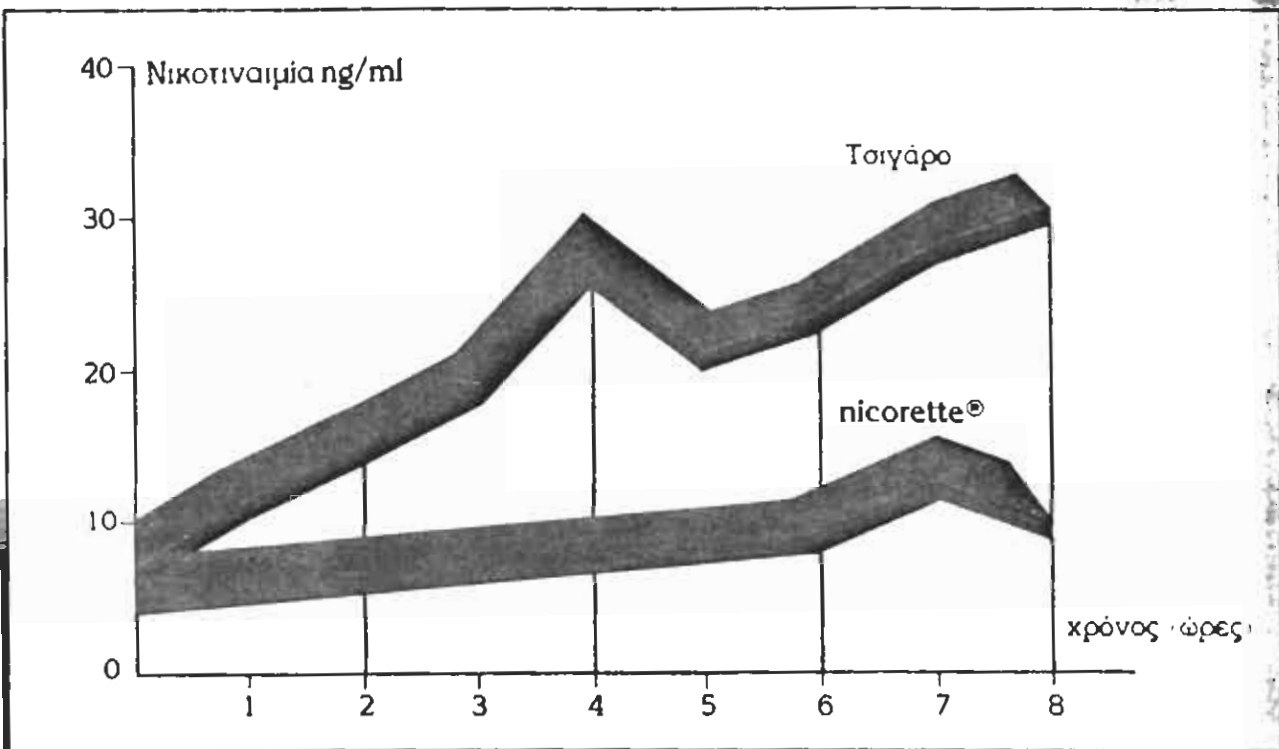


Παρατηρήθηκε γρήγορη αρχική μείωση του pH μετά το τσιγάρο (από 5 στο 2), ενώ αντίθετα με το nicorette® και το placebo παρατηρήθηκε αρχική ελαφρά αύξηση και εν συνεχεία σταδιακή μείωση.

(Fredholm B.)

3

Οξεία τοξικότητα



Αιματικά επίπεδα νικοτίνης μετά τη χρήση 8 τσιγάρων (1/ώρα) ή την κατάποση 20 δισκίων nicorette® των 2 mg (40 mg νικοτίνης).

(Bradmark et coll.)

nicorette

ΜΕΘΟΔΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

nicorette® nicorette® nicorette®

Η θεραπεία με το nicorette® είναι ένα αυθεντικό πρόγραμμα αποτοξίνωσης που πραγματοποιείται σε δύο διαδοχικά στάδια το καθένα από τα οποία έχει ένα αντικείμενο που ανταποκρίνεται σε ένα από τα 2 συστατικά της τοξικότητας με τον καπνό:

- Στην συνήθεια των χειρισμών του καπνίσματος (εξάρτηση συμπεριφοράς).
- Στην εξάρτηση από την νικοτίνη

Πρώτο στάδιο θεραπείας

Απαλλαγή από την συνήθεια των χειρισμών του καπνίσματος

Από την πρώτη μέρα ο ασθενής πρέπει να διακόψει το κάπνισμα και να μασάει 1 δισκίο nicorette® κάθε φορά που του εκδηλώνεται επιθυμία για κάπνισμα. Η καθημερινή κατανάλωση nicorette® που προσδιορίζεται από τις πρώτες μέρες πρέπει να μείνει σταθερή σ' όλη τη διάρκεια αυτής της πρώτης περιόδου που είναι αναγκαστικά αρκετά μεγάλη και προϋποθέτει τη δραστήρια συμμετοχή του ατόμου στη θεραπεία του.

Ο ρόλος του nicorette® είναι να προμηθεύσει τον καπνιστή με μια καθημερινή δόση νικοτινής γενικά κατώτερη από εκείνη που παρέχεται με το τσιγάρο, αλλά αρκετή ώστε να τον απαλλάξει από τα συμπτώματα στέρησης από την νικοτίνη.

Το nicorette® όμως δεν αντικαθιστά την απόλαυση που προκαλεί το τσιγάρο και γι' αυτό η θέληση και η προηγούμενη ενεργοποίηση του ασθενούς είναι καθοριστικά στοιχεία για την επιτυχία της θεραπείας.

Στο στάδιο αυτό πολλά στοιχεία είναι σημαντικά όπως:

- Η αρχική ενήμερωση του ατόμου για την ενεργητική συμμετοχή του στη θεραπεία και για την πρακτική της χρήσεως του nicorette®.

nicorette[®] nicorette[®] nicorette[®]

- Η καθημερινή στήριξη που προέρχεται από ένα γραπτό κείμενο που ο γιατρός πρέπει να του δώσει από την πρώτη επίσκεψη και το οποίο τον εξοπλίζει με παραινήσεις και συμβουλές.

- Η τακτική επικοινωνία με τον γιατρό η οποία θα δίνει την ευκαιρία για να διατηρηθεί ή να ενισχυθεί η απόφαση, διακοπής του καπνίσματος.

Στην αρχική αυτή φάση που διαρκεί περίπου 3 μήνες, το άτομο μαθαίνει ήδη να ξεπερνά την συνήθεια του καπνίσματος και οι κίνδυνοι υποτροπής ελαττώνονται.

Δεύτερο στάδιο θεραπείας

Απαλλαγή από την εξάρτηση από την νικοτίνη

Η δεύτερη αυτή φάση θεραπείας αποβλέπει στην προοδευτική εγκατάλειψη του nicorette[®] με την προοδευτική μείωση του ημερήσιου αριθμού των δισκίων.

Εδώ, με τρόπο βέβαια λιγότερο έντονο η θέληση του ατόμου είναι ακόμη απαραίτητη.

Η φάση αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί σε 4-8 εβδομάδες μειώνοντας σταδιακά την ημερήσια κατανάλωση δισκίων.

Μπορεί αρχικά να αφαιρεθούν τα δισκία που φαίνονται στον ασθενή λιγότερο απαραίτητα ώστε να μεγαλώσουν τα μεσοδιαστήματα των λήψεων αλλά χωρίς ποτέ να υποφέρει από την έλλειψη.

Ο ασθενής στη συνέχεια έχει μαζί του πάντα μία πλακέτα με δισκία nicorette[®] ώστε ν' αντιμετωπίζει κάθε τυχόν κίνδυνο υποτροπής που θα του εμφανιστεί.

Γενικά η συνολική διάρκεια θεραπείας πρέπει να προσαρμόζεται στις προσωπικές αντιδράσεις του ασθενούς και μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να παραταθεί για μερικές εβδομάδες δεδομένου ότι οι κίνδυνοι δευτερογενούς εξάρτησής του ασθενούς από το nicorette[®] είναι αμελητέοι.

ΤΟ

nicorette

ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ

nicorette[®] nicorette[®] nicorette[®]

Προκειμένου ο γιατρός να εφαρμόσει αυτήν την μέθοδο στην καθημερινή πρακτική με τα καλλίτερα δυνατά αποτελέσματα πρέπει να πάρει υπόψη του 5 ουσιαστικά σημεία:

A) Επιλογή ασθενών

1) Προετοιμασία του ασθενούς

Οι κλινικές μελέτες έδειξαν τη σημασία της αρχικής απόφασης του ενδιαφερομένου. Εκείνες οι οποίες συμπεριελάμβαναν πρόσωπα με ισχυρή απόφαση να διακοψουν το κάπνισμα εμφανίζουν αποτελεσματικότητα πολύ ανώτερη από εκείνες στις οποίες συμπεριελήφθηκαν καπνιστές που απλώς εδέχτηκαν να δοκιμάσουν μια καινούργια θεραπεία. Γι' αυτό όταν ο ασθενής δεν έχει ενεργοποιηθεί αρκετά να διακόψει την τοξίκωση είναι προτιμότερο να μην ενδιαρυνθεί ν' αρχίσει μια θεραπεία για την οποία η θέλησή του είναι τελείως απαραίτητη.

2) Ο βαθμός εξαρτήσεως από την νικοτίνη

Ένας Σουηδός συγγραφέας ο Fagerstrom έδειξε μια θετική σχέση μεταξύ του βαθμού εξαρτήσεως από την νικοτίνη και της αποτελεσματικότητας του nicorette[®]. Σύμφωνα μ' αυτόν τον συγγραφέα όσο περισσότερο ο καπνιστής είναι εξαρτημένος τόσο περισσότερο η φαρμακολογική υποστήριξη του nicorette[®] του είναι απαραίτητη για να αποτοξινωθεί από το κάπνισμα. Ο βαθμός εξαρτήσεως εξακριβώνεται με ένα σχετικό ερωτηματολόγιο.

B) Προσδιορισμός της δοσολογίας

Όπως είπαμε η πλήρης διακοπή του καπνίσματος από την πρώτη μέρα της θεραπείας είναι καθοριστικός παράγων. Πρέπει επομένως να υπολογιστεί η ελαχίστη ποσότητα νικοτίνης που είναι απαραίτητη στον ασθενή για ν' αποφύγει τα φαινόμενα στερήσεως ώστε να συγκεντρώσει την προσπάθειά του στον πρώτο στόχο την αποφυγή της συνήθειας του τσιγάρου (εξάρτηση συμπεριφοράς).

nicorette nicorette nicorette®

Ο NADJARI μελετώντας την μέση δοσολογία των δισκίων nicorette® που χρησιμοποιούνται από έναν μεγάλο αριθμό ασθενών καθιέρωσε μια σχέση μεταξύ του βαθμού εξάρτησής από το κάπνισμα και την εφαρμογή του ερωτηματολογίου και ημερήσιας κατανάλωσης δισκίων.

Σύμφωνα με αυτά τα αποτελέσματα η δοσολογία καθορίζεται ως εξής:

Νικοτινική εξάρτηση μεταξύ 4 και 6: 6-10 δισκία nicorette® των 2 mg ημερησίως.

Νικοτινική εξάρτηση μεταξύ 7 και 9: 10-15 δισκία την ημέρα των 2 mg.

Νικοτινική εξάρτηση ίση ή ανώτερη του 10: 15 ή περισσότερα δισκία την ημέρα.

Στην τελευταία περίπτωση επειδή έχουμε να αντιμετωπίσουμε τους καπνιστές των οποίων η εξάρτηση είναι πολύ ισχυρή η θεραπεία πρέπει να αρχίζει και να συνεχίζεται με nicorette® των 4 mg.

Ο ασθενής πρέπει να έχει υπόψη του τα εξής:

Πρέπει να μασάει ένα δισκίο κάθε φορά που έχει ακατανίκητη ανάγκη να καπνίσει. Το nicorette® σε μερικά λεπτά ικανοποιεί αυτήν την ανάγκη και αποτρέπει τα συμπτώματα στέρησης.

Η δοσολογία που κατά αρχήν προσδιορίστηκε μπορεί να ξεπεραστεί εάν υπάρξει ανάγκη.

Η ημερήσια δοσολογία δεν πρέπει να ξεπεράσει ποτέ τα 30 δισκία των 2 mg ή τα 15 των 4 mg.

nicorette nicorette nicorette

Γ) Διάρκεια των δύο σταδίων θεραπείας

Δεδομένης της δυσκολίας που υπάρχει ν' αλλάξει μια συμπεριφορά που έχει καθιερωθεί εδώ και πολλά χρόνια και του κινδύνου της υποτροπής ο οποίος είναι μεγάλος τους 3 πρώτους μήνες, η διάρκεια της φάσεως «μεταβολής της συμπεριφοράς» της θεραπείας με σταθερή δόση nicorette® είναι 2-3 μήνες. Το γεγονός αυτό έχει επιβεβαιωθεί από την κλινική εμπειρία. Η επαρκής διάρκεια αυτής της φάσεως είναι σημαντικός παράγοντας επιτυχίας.

Το δεύτερο μέρος είναι γενικά πιο μικρό και ποικίλλει από 4-8 εβδομάδες. Πρέπει να γνωρίζουμε ότι σ' ορισμένες περιπτώσεις οι ασθενείς χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να αποτοξινωθούν από την νικοτίνη. Σ' αυτούς τους ασθενείς ο ρυθμός προσδευτικής μείωσης της κορηγήσεως νικοτίνης προσαρμόζεται στις ατομικές αντιδράσεις.

Εάν οι ασθενείς δουν ότι η μάσηση του nicorette® σ' ορισμένες στιγμές της ημέρας τους είναι πολύ χρήσιμη, αυτές πρέπει να διατηρηθούν και να μειωθούν τα δισκία που μασώνται τις άλλες στιγμές της ημέρας.

Δ) Παρακολούθηση του ασθενούς

Στη διάρκεια της θεραπείας είναι απαραίτητο να πραγματοποιούνται μερικές επαφές ιατρού-ασθενούς σε συγκεκριμένες ημερομηνίες ώστε να υποστηριχθεί η προσπάθεια του ασθενούς και να παρακολουθείται η εξέλιξη της θεραπείας.

Η συχνότητα αυτών των επαφών θα καθοριστεί από τον γιατρό για κάθε περίπτωση.

nicorette nicorette nicorette

Ε) Τεχνική μασήσεως

Η μασση του δισκίου διαρκεί 30 λεπτά και στο διάστημα αυτό ελευθερώνεται όλη η ποσότητα νικοτίνης που περιέχεται σ' αυτό.

Η νικοτινή περνάει στον οργανισμό μέσω του στοματικού βλεννογόνου, ενώ η ποσότητα που καταπίνεται, καταστρέφεται στο στομάχι και αποβάλλεται.

Εάν ο ασθενής ακολουθήσει πιστά τις οδηγίες θα μάθει μέσα σε 2 ημέρες να μασάει με την σωστή ταχύτητα. Έτσι θα πραγματοποιείται η καλύτερη δυνατή πρόσληψη νικοτίνης και θα αποφευχθούν οι δυσάρεστες επιδράσεις της πολύ γρήγορης μασσης.

1 Η μασση είναι αργή, αφήνοντας να περάσουν μερικά δευτερόλεπτα μεταξύ κάθε δαγκώματος.

2 Αυτό επαναλαμβάνεται 10 φορές και στη συνέχεια αφήνεται το δισκίο κάτω από τα χείλη ή το μάγουλο για 1-2 λεπτά.

3 Η διαδικασία αυτή επαναλαμβάνεται για 30 περίπου λεπτά.

4 Όταν ο ασθενής συνηθίσει την γεύση του δισκίου μπορεί να αυξήσει την ταχύτητα μασσης ανάλογα με τις ατομικές ανάγκες του.

nicorette nicorette nicorette

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΝΑΓΡΑΦΗΣ

Ιδιότητες: Τα δισκία NICORETTE® αποτελούνται από μία μαστίχα στην οποία είναι συνδεδεμένη με ιονικούς δεσμούς η νικοτίνη. Η κορήγηση της νικοτίνης με την μορφή του NICORETTE® έχει σαν στόχο να βοηθήσει τον καπνιστή να απαλλαγεί από τη συνήθεια του καπνίσματος που συνδέεται με ψυχολογικούς, κοινωνικούς και φαρμακολογικούς παράγοντες, απαλλάσσοντάς τον σε πρώτο στάδιο από τα συμπτώματα στέρησης. Μ' αυτόν τον τρόπο ο καπνιστής μπορεί ευκολότερα ν' απαλλαγεί από τη συνήθεια του καπνίσματος διότι έχει να καταπολεμήσει μόνο τον ψυχολογικό παράγοντα. Η πείρα έχει δείξει ότι όταν ο καπνιστής ξεπεράσει τη συνήθεια του καπνίσματος δεν είναι δύσκολο να διακόψει και το NICORETTE®.

Το NICORETTE® εξ' άλλου δεν προκαλεί τις αλλοιώσεις που οφείλονται στην πίεση και στο μονοξειδίο του άνθρακα που περιέχονται στον καπνό.

Φαρμακοκινητική: Η νικοτίνη απορροφάται κυρίως στο επίπεδο του στόματος. Η απορρόφησή της είναι βραδύτερη και πιο περιορισμένη από ότι είναι κατά τη διάρκεια του καπνίσματος. Η μικρή ποσότητα νικοτίνης που καταπίνεται απορροφάται στα επίπεδα του λεπτού εντέρου και μεταβολίζεται κατά ένα μεγάλο μέρος στο συκώτι λόγω της επίδρασης του ευρέως «πρώτου περασματος».

Η νικοτίνη αποβάλλεται γρήγορα από το πλάσμα, ο χρόνος ημιζωής είναι περίπου 2 ώρες και έτσι δεν υπάρχει περίπτωση να αναπτυχθούν βλαπτικές συγκεντρώσεις νικοτίνης.

Ενδείξεις: Θεραπεία της εξάρτησης από το κάπνισμα. Το NICORETTE® βοηθά να σταματήσετε τη συνήθεια του καπνίσματος, μειώνοντας τα δυσάρεστα συμπτώματα στέρησης από τη νικοτίνη που θα είχατε φυσιολογικά όταν σταματούσατε το κάπνισμα.

Το NICORETTE® δεν σας δίνει την ικανότητα του τοιγάρου, επομένως, μόλις ξεπεράσετε τη συνήθεια του καπνίσματος δεν είναι δύσκολο να σταματήσετε και το NICORETTE®.

Η δική σας βέλτοση θα καθορίσει την επιτυχία σας, αλλά το NICORETTE® και η υποστήριξη του γιατρού σας θα είναι πολύτιμη βοήθεια.

Είναι σημαντικό να ακολουθείτε πάντα τις υποδείξεις του γιατρού σας κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Αντενδείξεις: Η νικοτίνη σ' όλες τις μορφές πρέπει ν' αποφεύγεται στη διάρκεια της κύησης. Όσοι χρησιμοποιούν τεχνητές οδοντοστοιχίες πιθανώς να έχουν δυσκολίες στο μάσημα του NICORETTE®.

Προφυλάξεις: Ασθενείς που υποφέρουν από γαστρίτιδα, πεπτικό έλκος, στηθάγχη ή που πάσχουν από στεφανιαία νόσο πρέπει να συμβουλευτούν τον γιατρό τους προτού χρησιμοποιήσουν NICORETTE®. Στους ασθενείς με οδοντιατρικά προβλήματα η μάσηση του δισκίου πρέπει να γίνεται με προσοχή διότι η κατάσταση τους μπορεί να επιδεινωθεί.

Παρενέργειες: Το NICORETTE® όταν χρησιμοποιείται στη δόση που συνιστάται δεν δημιουργεί σοβαρές παρενέργειες σε υγιή άτομα.

Στην αρχή της θεραπείας η νικοτίνη που ελευθερώνεται από τη μαστίχα είναι δυνατόν να προκαλέσει έναν ελαφρό ερεθισμό του λαιμού και ίσως αυξημένη σιελορροία. Η υπερβολική κατάποση σέλου που περιέχει νικοτίνη μπορεί να προκαλέσει λόξυγγα. Άτομα που έχουν τάση για δυσπεψία μπορεί στην αρχή να εμφανίσουν ήπια δυσπεψία ή ξυνίλα, ιδιαίτερα αν χρησιμοποιούν το δισκίο των 4 mg. Η πιο αργή μάσηση και η χρήση του δισκίου των 2 mg (εάν είναι απαραίτητο πιο συχνά) συμβάλλουν συνήθως στην αντιμετώπιση των προβλημάτων, όπως είναι ο ερεθισμός του λαιμού ή ο λόξυγγας. Εάν μασάτε πολύ γρήγορα ή πολλά δισκία NICORETTE® είναι δυνατόν να έχετε αντιδράσεις παρόμοιες με εκείνες που προκαλεί το πολύ κάπνισμα, όπως ναυτία, λιποθυμική τάση ή πονοκέφαλος.

Δοσολογία: Η ποσότητα του δραστικού συστατικού της μαστίχας που πρέπει να χρησιμοποιήσετε εξαρτάται από τις ατομικές σας ανάγκες. Ωστόσο, συνιστάται ν' αρχίσετε τη θεραπεία με δισκία των 2 mg. Στην αρχή της θεραπείας τα περισσότερα άτομα προορίζονται στα 8-12 δισκία των 2 mg την ημέρα. Εάν όμως διαπιστώσετε ότι χρησιμοποιείτε περισσότερα από 15 δισκία των 2 mg την ημέρα, συμβουλευτείτε τον γιατρό σας. Είναι πιθανό να σας αναγράφει τότε δισκία των 4 mg. Δεν πρέπει να χρησιμοποιείτε περισσότερα από 15 δισκία των 4 mg την ημέρα. Όταν θα έχετε ξεπεράσει τελείως την ικανότητα να καπνίζετε, μειώστε βαθμιαία τον αριθμό των ημερήσιων δισκίων.

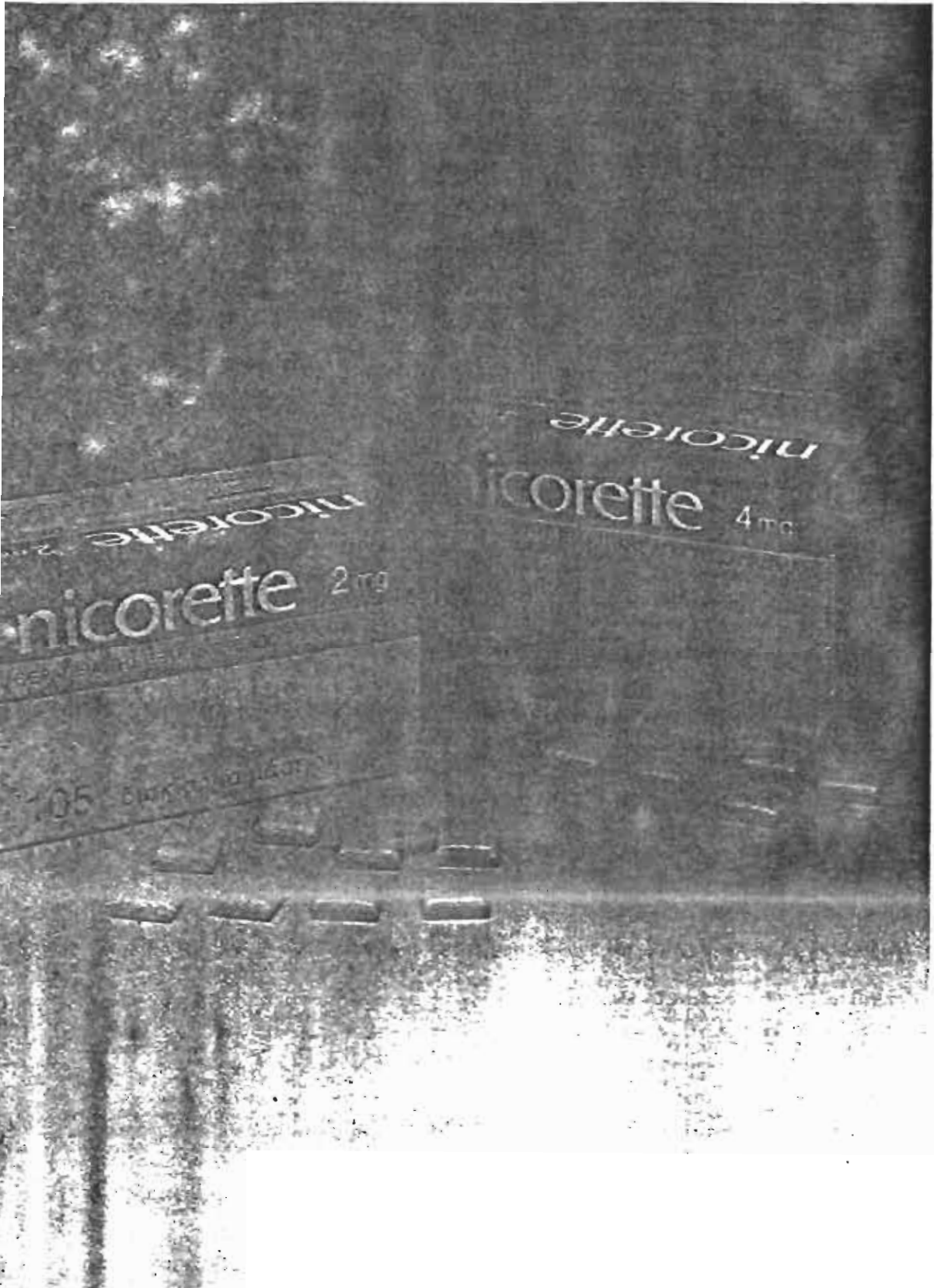
Ευνοιάται η χρησιμοποίηση του NICORETTE® για περίοδο 3 μηνών προτού αρχίσει η βαθμιαία μείωση της ημερήσιας κατανάλωσης.

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος αποτυχίας της θεραπείας είναι στη διάρκεια των 3 αυτών μηνών. Το NICORETTE® δεν χορηγείται στα παιδιά.

Σύνθεση: Κάθε δισκίο NICORETTE® περιέχει 2 ή 4 mg νικοτίνης, έκδοχα q.s. ad 1 g.

Συσκευασία: 1. NICORETTE® 2 mg. Κουτί των 105 δισκίων για μάσηση. 2. NICORETTE® 4 mg. Κουτί των 105 δισκίων για μάσηση.

nicorette[®] nicorette[®] nicorette[®]



Αισιόδοξα Βήματα

Η αντικαπνιστική εκστρατεία, η οποία δεν στρέφεται εναντίον των καπνοκαλλιεργητών, ούτε των καπνοβιομηχάνων, γιατί ο καπνός για μας αποτελεί εθνικό προϊόν, πέτυχε μέχρι σήμερα: Να έχουμε μειωμένη κατανάλωση, λιγότερους θανάτους

Αυτό το πετύχαμε με το να μην καπνίζουν σε κλειστούς χώρους (κινηματογράφους, θέατρα, αίθουσες συναυλιών, μεταφορικά μέσα κ.λ.π.).

Να μην καπνίζουν μέσα σε Νοσοκομεία και κλινικές και να τιμωρούνται οι παραβάτες και διευθυντές αν δεν έχουν ειδικά καπνιοτήρια.

Να μη δαιφηνίζονται τα τσιγάρα από το ραδιόφωνο και την τηλεόραση. Να γίνονται έστω και μικρές ομιλίες στα σχολεία για τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος.

Σε άλλα κράτη, υποχρεώθηκαν οι καπνοβιομήχανοι να αναγράψουν πάνω στα πακέτα <<ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ>> και ένα σκίτσο νεκροκεφαλής.

Απαγορεύθηκε στη Βουλή της Αγγλίας και στην αίθουσα διασκέψεων του Εργατικού Κόμματος το κάπνισμα.

Πολλά κράτη απαγόρευσαν την πώληση τσιγάρων σε παιδιά κάτω των 16 ετών. Στις Η.Π.Α. έπεσε η κατανάλωση το 1979 κατά δυο δισεκατομμύρια τσιγάρα.

Η Μ.Βρετανία και η Αυστρία επέβαλαν μεγαλύτερη φορολογία στα τσιγάρα που έχουν μεγάλη ποσότητα πίσσας και νικοτίνης.

Η Νορβηγία και η Φινλανδία, θέσπισαν αυστηρούς νόμους κατά του καπνίσματος. Η δε Σιγκαπούρη και άλλα κράτη της Ανατολής, αύξησαν κατά πολύ τη φορολογία των τσιγάρων

Αισιόδοξα βήματα

Την καταπολέμηση του καπνίσματος: Όπως απέδειξαν πολυάριθμες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε ασθενείς που είχαν προσβληθεί από καρκίνο του πνεύμονα, ποσοστό 85% των σχετικών κρουσμάτων συνδεόταν με το κάπνισμα. Στην περίπτωση των καπνιστών, εξάλλου, η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου είναι αυξημένη σε όλους τους ιστούς που έρχονται σε άμεση ή έμμεση επαφή με τον καπνό: χείλη, γλώσσα και στόμα, λάρυγγας, οισοφάγος, πάγκρεας, και ουροδόχος κύστη. Εκμεταλλευόμενη τις αρμοδιότητες που διαθέτει, η Ευρωπαϊκή Κοινότητα θα ενισχύσει τα διάφορα εθνικά μέτρα για την καταπολέμηση του καπνίσματος. Για να καταργηθούν έτσι, για παράδειγμα οι φραγμοί στις συναλλαγές που περιστελλουν τις δραστηριότητες της οικονομίας της, αλλά και για να συνεκτιμηθούν σε μαγλύτερο βαθμό οι ανησυχίες σε ότι αφορά τα θέματα της δημόσιας υγείας, η Ευρωπαϊκή Κοινότητα πρέπει πειν από τα τέλη του 1992:

- * να προβεί σε ευθυγράμμιση της φορολογίας του καπνού προς τα πάνω, γεγονός που θα έχει, μερικές φορές, ως συνέπεια να μειωθεί σημαντική άνοδος των τιμών για τα τσιγάρα στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου
- * να εναρμονίσει τις διατάξεις όσον αφορά την αναγραφή ενδείξεων στα πακέτα-τσιγάρα, καθιστώντας υποχρεωτική την παράθεση των λατινικών προειδοποιήσεων, αντιγράφοντας στο σημείο αυτό την εφαρμοζόμενη πρακτική σε ορισμένες χώρες, όπως η Ιρλανδία («το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο»).
- * να απαγορεύει τα τσιγάρα με υψηλή περιεκτικότητα σε πίσσα όπως ήδη γίνεται στην Ισπανία και την Πορτογαλία
- * να απαγορεύει την πώληση αφορολόγητου καπνού σε ταξιδιώτες που διακινούνται εντός της Κοινότητας.

- * να προστατεύσει τα παιδιά από την πώληση προϊόντων καπνού, όπως ήδη συμβαίνει στην Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

ΓΡΑΜΜΑ

προς..... την κοινή λογική

Του Προέδρου του αντικαπνιστικού συλλόγου Πάτρας και Κώστα Τσαχρέλια

Φίλε Καπνιστή,

Έχεις ένα αυτοκίνητο, εφαρμόζεις όλους τους κανόνες του κατασκευαστή για να κινείται με ασφάλεια και να διατηρηθεί σε καλή κατάσταση για πολλά χρόνια. Θα ήταν τρέλλα να του βάλεις πετρέλαιο, όταν φτιάχτηκε για βενζίνη.

Έχεις τον εαυτό του. Ο κατασκευαστής σε έφτιαξε να λειτουργείς με οξυγόνο και συ.....που αγωνιάς για το φάρμακο της μακροζωίας και για καλύτερα νοσοκομεία, λειτουργείς με νικοτίνη.

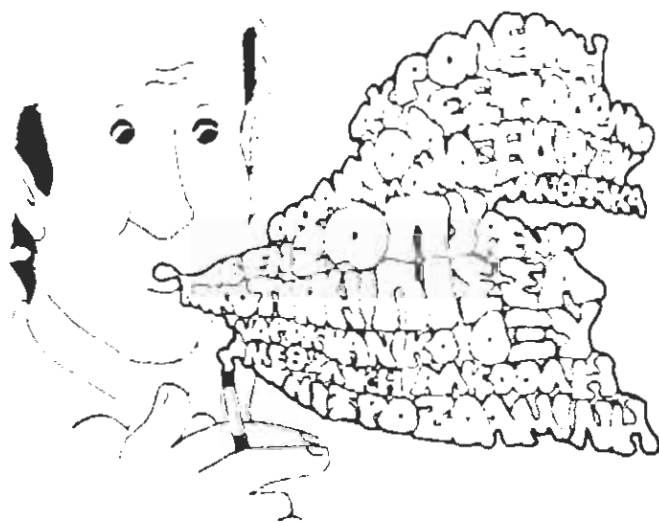
- Δεν είναι τρέλλα;
- Ομολόγησέ το φίλε καπνιστή! κάνεις μια τρέλλα!
- Υγεία μου, πλούτη μου
- Μακριά από γιατρούς
- Υγεία το πολυτιμότερο αγαθό.

Αφού αυτά τα πιστεύεις! χρειάζεται να περάσουν τα χρόνια και ν'αποκτήσεις καρρίνο για να εγκαταλείψεις το πάθος σου;

ΑΞΙΖΕΙ ΤΟΣΕΣ ΘΥΣΙΕΣ;

Ρωτούμε τους μανιώδεις καπνιστές. ΑΞΙΖΕΙ τόσο πολύ το τσιγάρο σε νοστιμιά και στιγμιαία απόλαυση, ώστε να θυσιάζουν σ' αυτό την ίδια τη ζωή τους; Μήπως θα ξανάρθουν στη ζωή αυτή με την ίδια σάρκα, το ίδιο μυαλό και την ίδια μνήμη για να χαρούν τις χαρές που δεν πρόλαβαν με τον πρόωρο θάνατό τους;

Θα ήμασταν ΕΥΤΥΧΕΙΣ αν όσα αναπτύξαμε παραπάνω είχαν αποπήχηση στις καρδιές των καπνιστών. Τότε θα λέγαμε προσφέραμε υπηρεσία και κάναμε το καθήκον μας σαν άνθρωποι και σαν Νοσηλευτές.



**Μην καπνίζετε, για καλύτερη και
περισσότερη ζωή.**

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. Μαρτίνωφ: <<Η Ζωή στην άκρη του τσιγάρου>>, Εκδόσεις <<Σύγχρονη Εποχή>> Αθήνα 1983, Μετάφραση: Γ.Στεργίου από την έκδοση του οίκου <<Καρέλια>> Πετροζαβόντσι.
2. Κωνσταντίνος Πετσίνης: <<Πως να κόψεις το τσιγάρο>> Πρώην Γραμματέως του Διεθνούς Οργανισμού Εγκράτειας και Διευθυντού του πενθήμερου προγράμματος Απαλλαγής από το κάπνισμα για την Ελλάδα, Δεύτερη έκδοση του 1978.
3. Θωμάς Κορτσάρης: <<Κάπνισμα ή Υγεία>>, Ιατρός Παθολόγος.
4. Warner K.E. The economics of smoking dollars and sense N.Y. States Med 1983: 83. 1273-4
5. Robbins and Kumar <<Basic Pathology>>, Visitting Professor of Pathology Harvard Medical School Senior Pathologist Brighton and women`s Hospital Boston, Massachusetts Charles T.Ashworth Professor of Pathology Department of Pathology University of Texas, South-western Medical School Dallas Texas Copywrite 1987
6. Μ.Παπαδημητρίου <<Κοινοτική Νοσηλευτική>>, καθ. Τ.Ε.Ι. Πατρών, Σχολής Σ.Ε.Υ.Π. τμήματος Νοσηλευτικής, σημειώσεις 1988
7. Γ.Καρακουλάκης <<Φαρμακολογία ΙΙ>> Καθ.Πανεπιστημίου Πατρών, καθ. Τ.Ε.Ι. Πατρών, τμήμα Νοσηλευτικής Σ.Ε.Υ.Π. σημειώσεις 1987.
8. Τ.Τζάφη, Ρ.Πήτερσον, Ρ.Χόντσον <<Ναρκωτικά-τσιγάρο-αλκοόλ>> Μετάφραση Όλγα Μαράτου, Μαρία Σόλμαν, Εκδόσεις Αθ.Ψυχογιός Αθήνα 1982.
9. Doll R.Hill AB.Lung cancer and other causes of death in relation to smoking a second report on the mortality of British doctors, Br Med J, 1956, 2 1071-81

10. Lyon JL Gardner J.W. West DW Cancer in Mormons and Non-Mormons in Utah during 1967-75 JNCI 1980 65:1055-61.
11. Wynder EL. Mushinski MH, Spivak JC Tobacco and alcohol consumption in relation to the development of multiple primary cancers. Cancer 1977, 40:1872-8.
12. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking. Cancer a report of the surgeon general Rockville, Md 1982
13. Wigle D.T. Maa Y Crace M. Relative importance of smoking as a risk factor for selected cancers Can J. Public Health 1980, 71:269-75.
14. McCoy GO, Hecht SS Wynder EL. The roles of tobacco, alcohol and diet in the aetiology of upper alimentary and respiratory tract cancers Prev Med 1980, 9:622-9.
15. Α. Συμεωνίδης <<Το κάπνισμα και ο καρκίνος>>. Το πρόβλημα της αιτιολογίας του βρογχικού καρκίνου. Τακτικού καθηγητού του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης Διευθυντού του Θεαγένειου Αντικαρκινικού Ινστιτούτου.
Διάλεξη στο γραφείο επιστημονικών πληροφοριών της CIBA την 17η Νοεμβρίου 1964, Αθήνα.
16. Γαρδίκας <<Ειδική Νοσολογία>> 1981.
17. Harrison's Principles of internal Medicine 1987
18. Ελληνική Εταιρεία μελέτης ιατρικών προβλημάτων, Πανελλήνιο συνέδριο <<Καρκίνος πνεύμονα, Αθήνα, 14-15 Μαΐου.
19. Silverberg E. Cancer statistics 1984 CA 1984, 34:7-23.
20. Περιοδικό Νοσηλευτική, Τεύχος 4ο 1987.
21. Department of Health and Human Services The health consequences of smoking cardiovascular disease. A report

of the surgeon general Rock Will Md 1983.

22. The Pooling Project Research Group Relationship of blood pressure, serum cholesterol, smoking habit, relative weight and ECG abnormalities to incidence of major coronary events: Final report of the Pooling Project J. Chronic Dis 1978, 31:201-306.
23. Shapiros S. Rosenberg L., Slone O, Kaufman DW, Stolley RD, Miettien OS, Oral-Contraceptive use in relation to myocardial infarction. Lancer 1979; 1:743-6.
24. Wynder EL, Goldsmith R, The epidemiology of Bladder cancer: a second look Cancer 1977; 40:1246-68.
25. Hoover R., Cole P. Population trends in cigarette smoking and bladder cancer. Am J Epidemiol 1971; 94:409-18
26. Department of Health. Education and welfare, Smoking and health a report of the surgeon general Washington DC 1979
27. Sterling TD Dimich H., Kobayashi D., Indoor byproduct levels of tobacco smoke a critical review fo the literature J Air Pollut Control Assoc. 1982, 32:250-9.
28. Weiss ST. Tager IB, Schenker M. Speizer FE. The health effects of involuntary smoking. Am Rev Respir Dis 1983; 128:933-42.
29. Bokhoven C. Niessen HJ Amounts of oxides of nitrogen and carbon monoxide in cigarette smoke, with and without inhalation Nature 1961; 192:458-9.
30. Seppanen A. Smoking in closed space and its effect an carboxyhae moglobin saturation of smoking and nonsmoking subzects. Ann clin Res 1977; 9:281-3.

31. Feyrabend C, Higgenbottom T, Russell MAH Nicotine concentrations in urine and saliva of smokers and non-smokers. Br. Med J 1982, 284:1002-4.
32. Greenberg RA, Haley NJ, Etzel RA, Loda FA, Measuring the exposure of infants to tobacco smoke: nicotine and cotinine in urine and saliva N.Engl. J Med 1984;310:1075-8.
33. Schenter MB, Samet JM, Speizer FE Risk factors for childhood respiratory disease. The effect of host factors and home environmental exposures. Am Rev Respir Dis 1983; 128:1038-43.
34. Cameron P, Robertson D. Effect of home environment tobacco smoke on family health J. Appl Psychol 1973;57:142-47.
35. Tager IB, Weiss ST, Munoz ZA, Roner B., Speizer FE Longitudinal study of the effects of maternal smoking on pulmonary function in children N.Engl. J. Med 1983; 300:699-703.
36. White GR, Froeb HF Small airways dysfunction in non-smokers chronically exposed to tobacco smoke N.Engl. J Med 1980,302: 720-23.
37. Neutel CL., Buck C Effect of smoking during pregnancy on the risk of cancer in children J Natl Cancer Inst 1971; 47:59-63.
38. Preston-Martin S., Yu MC, Benton B., Henderson BE N-nitroso compounds and childhood brain tumours. A case-control study Cancer Res 1982; 42:5240-45.
39. Grufferman S. Wang HH, DeLong ER., Kimm SYS, Deizell ES, Falletta JM Environmental factors in the etiology of rhabdomyosarcoma in childhood SAU Cancer Inst 1982,68:107-13.
40. Correa R, Picke LW, Fontana E., Lin Y, Heanszel W. Passive smoking and lung cancer. Lancet 1983 ii:595-97.

41. Everson RB Individuals transplacentally exposed to maternal smoking may ve a increased cancer risk in adult life Lancet 1980; iii:123-27.
42. Liard R., Perdrizet S., Resinert P., Wheezy bronchitis in infants kai parents smoking habits, Lancet 1982;1:334-5.
43. Meyer MB Jonas BS Tonascia JA Perinatal events associated with maternal smoking during pregnancy. Am J. Epidemial 1976; 103:464-76.
44. Everson RB Individuals transplacentally exposed to maternal smoking may be at increased cancer risk in adult life. Lancet 2:213,1980.
45. Bulter N;R., Golbstein H.:Smoking in pregnancy and sybsequent child development Br Med J. 4:573, 1973.
46. Comstock GW, Shah FK Meyer MB Abbey H.Lov birth weight and neomatal mortaligy rate related to maternal smoking and socioeconomic status. Am J. Obstet Fynecol 1971;111:53-9.
47. Inglehart J.K.:Smoking and public policy. N.Engl.J.Med 310:539, 1984.
48. Π.Πολύτης <<Κάπνισμα και έμβρυο>>, Περιοδικό του Ιατρικού Συλλόγου Πάτρας, Μάϊος 1988.
49. Nelson-Text book of pediatrics Vaughan, McKay, Behrman 1970 W.B. Saunders company rhiladelphia-London-Toronto eleventh edition.
50. Fergusson DM, Horwood LJ Shannon FT, Taylor B Parental smoking and lower respiratoty illness in the first three years of life. J.Epidemial Community Health 1981;35:180-4.
51. Colley JRT Douglaw JWB Reid DD Respiratoty disease in young adults influence of early shildhood lower respira-tory fract illness,social class, air pollution and smoking.

- Br Med J 1973, 3:195-8.
52. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking chronic obstructive lung disease. A report of the surgeon general Roskville Md 1084.
53. Bonham GS, Wilson RW. Children's health in families with cigarette smokers. Am J. Public Health 1981; 71:290-3.
54. Weiss ST, Tager IB, Speizer FE, Rosner B. Persistent wheeze its relation to respiratory illness, cigarette smoking, and level of pulmonary function in a population sample of children Am Rev Respir Dis 1980; 122:697-707.
55. Cortmalker SL, Walker DK, Jacobs FH, Ruch-Ross H. Parental smoking and the risk of childhood asthma. Am J. Public Health 1982; 72:574-9.
56. Kreamer MJ, Richardson MA, Weiss NS, Furukawa CT, Shapiro GG, Rierson W, Bierman W., Risk Factors for persistent middle-ear effusion, otitis media, catarrh, cigarette smoke exposure and atopy. JAMA 1983; 249:1022-5.
57. Trichopoulos D., Kalandidi A, Sparros L., Mac Mahon B. Lung cancer and passive smoking. Int. J Cancer 1981; 27:1-4.
58. Preston-Martin S., Yu M.C., Benton B., Henderson B.E. N-nitroso compounds and childhood brain tumours. Cancer Research 42:5240, 1982.
59. Greenberg R.A., Haley N.J. Etzel R.A., Loda F.A.: Measuring the exposure of infants to tobacco smoke N. Engl. J. Med. 310-1075, 1979.
60. Hill R., Wynder E.L.: Nicotine and cotinine in breast fluid. Cancer Letters 6:251, 1979.
61. Speer F. Tobacco and the nonsmoker: a study of subjective symptoms.

62. Comstock G.W., Meyer M.B., Helsing K.J., Tockman N.S.:
Respiratory effects of household exposure to tobacco smoke
and gas cooking. *Amer. Rev. Respir. Dis.* 124:143, 1981.
63. Trichopoulos D., Kalandidi A., Sparros L., MacMahon B.:
Lung cancer and passive smoking. *Intern. J. Cancer* 27:1, 1981.
64. Trichopoulos D., Kalandidi A., Sparros L.: Lung cancer and
passive smoking: Conclusion of Greek study. *Lancet* 2:677, 1983.
65. Correspondence on Hirayama's study: Miller G.H., Rutsch
M.: *Br. Med. J.* 282:985, 1981. Grundmann E., Muller K.M.,
Winter K.D., Sterling T.O., *Br. Med. J.* 282:1156, 1981.
Burch R.R.: reply Hirayama. *Br. Med. J.* 282:1393, 1981.
Kornegay H.R., Kastenbaum M.A., Manter N., Harris J.E., Du
Mouchel W.H., MacDonald E.J. reply Hirayama, *Br. Med. J.*
283:914, 1981.
Tsokos C.P., MacDonald E.J.: reply Hirayama *Br. Med. J.*
283:1464, 1981.
66. Stipala I.: Eat your greens and stop cancer. *New Scientist*
15.11.1984; Hirayama's study at the National Cancer Research
Institute of Tokyo, *New Scientist*, 21.3.1985.
67. Miller G.: The Pennsylvania study of passive smoking.
J. Breath 41:5, 1978.
68. Garfinkel L.: Time trends in lung cancer mortality among
non-smokers with a note on passive smoking.
J. Natl. Canc. Instit. 61:1061, 1981.
69. Royal College of Physicians: Health and smoking p. 77,
Pitman, London 1983.
70. Luce BR. Schweitzer SO. Smoking and alcohol abuse, a compa-
rison of their economic consequences *N. Engl. J. Med.* 1978,
298:569-76.

71. Federal Emergency Management Agency. Fire in the United States. The National fire Incidence Reporting System 1982.
72. Lee R.N.: Passive Smoking (letters to the editor) Lancet 1:791, 1982.
73. Correa P., Pickle L.W. Fontham E., Lin Y., Haenszel W.: Passive smoking and lung cancer. Lancet 2:595 1983.
74. Wald N.J., Boreham J., Bailey A., Ritchie C., Haddow J.E., Knight G.-Urinary cotinine as marker of breathing other people's tobacco smoke. Lancet 1:230, 1984.
75. Repace J.L.: Consistency of research data on passive smoking and lung cancer. Lancet 1:506, 1984.
76. Sandler D.P., Wilcox A.J., Everson R.B.: Cumulative effects of lifetime passive smoking on cancer risk. Lancet 1:312, 1985.
77. Wald N.J. Ritchie C.: Validation studies on lung cancer in non-smokers married to smokers. Lancet 1:1067, 1984.
78. Drug therapy: John A. Dates ND Editor
Pharmacological aspects of cigarette smoking and Nicotine addiction. Neal L. Benowitz M.D.
79. Ε.Ο.Φ. <<Το φάρμακο>> Μάρτιος - Απρίλιος 1988
80. Loeb L.A.: Smoking and lung cancer: An overview Cancer Res. 44:5940, 1984.
81. Peto R., Doll R.: The control of lung cancer New Scientist 24.1.1985.
82. Harries D.: A habit that's going un in smoke. The times (London), 22, 23 kai 24 April, 1985.
83. Doll R., Peto R.: The causes of Cancer, Oxford Press, Oxford 1981.
84. American Cancer Society: Facts and figures, New York 1982.

85.Καλαποθάκη Β.,Χανιώτης Δ., Ξηρουχάκη Ε.,Τσιχόπουλος Δ.
Κάπνισμα και θνησιμότητα στην Ελλάδα.

Materia Medica Greca 5:390, 1977

86.Το περιοδικό Ιατρικού Συλλόγου Πάτρας, Μάιος 1988

87.Αποστολάτος Πρόεδρος Αντικαπνιστικού Συλλόγου Αθηνών
εμπομπή <<Πρωΐνά>> 17.1.1988.

88.<<Ελευθεροτυπία>>, Παρασκευή 3 Απριλίου 1987.

89.Κ.Τσαχρέλιας:Πρόεδρος αντικαπνιστικού συλλόγου Πάτρας.

90.Η.Γιαννικιάκης:Σημειώσεις ψυχολογίας καθ.Τ.Ε.Π.Πάτρας 1987.

91.A bool L.G.,Lowy K.Booth H.Acute and chronic effects on
nicotine in rats and evidence for a noncholinergic site
of action. Cigarette smoking as a dependence progress.
U.S. National Institute of Drug Abuse, Research Monograph,
Washington 1979, 23:136-149.

92.Hanson HM, Ivester SA, Morton BR. Nicotine self-admini-
stration in rats. World smoking and Health 1981, 6:19-27.

93.Raw M. The treatment of cigarette dependence In: Research
Advances in Alcohol and Drug Problems Vol. A. Edited by:

Y.Israel, FB Glaser, H.Kalant, RE Popham, W. Schmidt, RG Smart
Rlenum Press, New York/London 1978.

94.FAgerstrom KO. A comparison of psychological and pharma-
cological treatment in smoking cessation. Journal of Beha-
vioural Medicine, 1982, 5:343-351.

95.Hjalmarson AIM Effect of nicotine chewing-gum in smoking
cessation. A randomized placebocontrolled double-blind
study JAMA 1984; 252; 20:2835-1838.

96.Data on Fil. Aktiebolaget Leo Helsingborg, Sweden.

97.Fredholm B. Sjogren C.The effects of shewing. Nicorette
and smoking cigarettes on the heart frequency and skin

- temperature in healthy smokers AB Leo Research Report No 260 1979.
- 98.Fredholm B.,Sjongren C. The effects of smokint cigarettes and chewing NICORETTE on the blood pressure and heart frequency in healthy smokers AB Leo Research Report no 261, 1979.
- 99.Nyberg G.Panfiloy V.Sivertsson R.Wilhelmsen L.Cardiovascular effects of nicotine chewing-gum in healthy smokers Eur,J. Clin, Pharmacol 1982, 23:303-307.
- 100.Forney R.B. The fate of a single dose of nicotine:Nicorette gum compared to cigarette smoking. Summary, Toxicology Research Labs, Indiána University Med.Center Indianoplis,USA
- 101.McNabb ME, Ebert RV, McCusker K.Plasma nicotine levels produced by chewing nicotine gum, JAMA 1982; 248:865-868.
- 102.Russel MAH, Wilson, C.Feyerabend C.Cole RV Effect of nicotine chewing-gum on smoking behaviour and as an aid to cigarette withdrawal.
British Medical Journal 1976, 14 August: 391-393.
- 103.Russell MAH, Sutton SK, Feyerabend C, Cole RV Saloojee Y
Nicotine chewing-gum as a substitute for smoking. British Medical Journal 1977, 1:1060-1063.
- 104.Brantmark B. etal. Nicotine blood levels after repeated administation of Nicorette and cigarettes AB Leo Reseach Report No 528, 1973.
- 105.Raw M., Jarvis MJ Feyerabend C.Russell MAH Comparison of nicotin chewing-gum and psychological treatments for dependent smokers. British Medical Journal 1980:281:16, August:481-482.

106. Westling H. Experience with nicotine-containing chewing-gum in smoking cessation. *Lakartidningen* 1976, 73:2549-2552.
107. McNabb M. Chewing gum for three months. What happens to plasma nicotine levels? *Canadian Medical Association Journal* 1984, 131:589-592.
108. Hugles JR, Hatsukami DK, Pickens RW, Krahn D, Malin, S, Luknic A. Effect of nicotine on the tobacco withdrawal syndrome. *Psychopharmacology* 1984, 83:82-87.
109. Jarvis M.J., Raw M, Russell MAH, Feyerabend C. Randomised controlled trial of nicotine chewing-gum. *British Medical Journal* 1982, 285:537-540.
110. Fagerstrom KO. Physical dependence on nicotine as a determinant of success in smoking cessation, *World Smoking and Health* 1980; 5, 1:22-23.
111. Fee WM, Stewart M.S. A controlled trial of nicotine chewing-gum in a smoking withdrawal clinic. *The Practitioner* 1982, 226:148-151.
112. Puska R.B, Jorkgvist S, Koskela K. Nicotine-containing chewing-gum in smoking cessation: A double-blind trial with half year follow-up. *Addictive Behaviours* 1979; 4:141-146.
113. Malcolm RE, Sillett RW, Turner J, McM, Ball KR. The use of nicotine chewing-gum as an aid to stopping smoking. *Psychopharmacology* 1980, 70:295-296.
114. British Thoracic Society. Comparison of four methods of smoking withdrawal in patients with smoking related diseases. *British Medical Journal* 1983, 286:595-597.
115. Christen AG, McDonald JL, Olson BL, Drook CA, Stookey GK. Efficacy of nicotine chewing-gum in facilitating smo-

- king cessation JADA 1984, 106:594-597.
116. Schneider NG. Jarvik ME forsythe AB. Read LL., Elliott ML, Schweiger A., Nicotine gum in smoking cessation: A placebo-controlled double-blind trial. Addictive Behaviours 1983: 8: 253-261.
117. Jamrozik K. Fowler G. Vessery M. Wald N. Placebo controlled trial of nicotine chewing-gum in general practice. British Medical Journal 1984, 289:794-797.
118. Fagerstrom K.O. Nicotine chewing-gum combined with psychological antidotal treatment for smoking at a Swedish antidotal smoking treatment clinic. A comparison of different methods, Lakartidningen 1981, 78:0182-1984.
119. Hjalmarsson AIM Effect of nicotine chewing-gum in smoking cessation in a large-scale study. Submitted for publication.
120. Killen JD. Maccoby N. Taylor CB, Nicotine gum and self-regulation training in smoking relapse prevention. Behaviour Therapy 1984, 15:234-248.
121. Fagerstrom KO. Effects of nicotine chewing-gum and follow-up appointments in physician-based smoking cessation, Preventive Medicine 1984: 13-517-527.
122. Wilhelmsen L. Hjalmarsson. A smoking cessation experience in Sweden. Can. Fam. Physician 1980, 26:737-743.
123. Toomes, H. Paul K. Raucherentwöhnung mit einem nikotinhaltigen Kaugummi, Prax Klin Pneumol 1983: 37:273-277.
124. Brantmark B. Fredholm B., Absorption of nicotine from swallowed intact buffered Nicorette Chewing-gum. AB Leo Research Report No, 897, 1974.

125. Russell MAH, Merriman R., Stapleton, J. Taylor W. Effect of nicotine chewing-gum as an adjunct to general practitioners advice against smoking. British Medical Journal 1983, 287:1782-1785.

126. Περιοδικό <<Η Ευρώπη κατά του καρκίνου>>

5.6.1988

