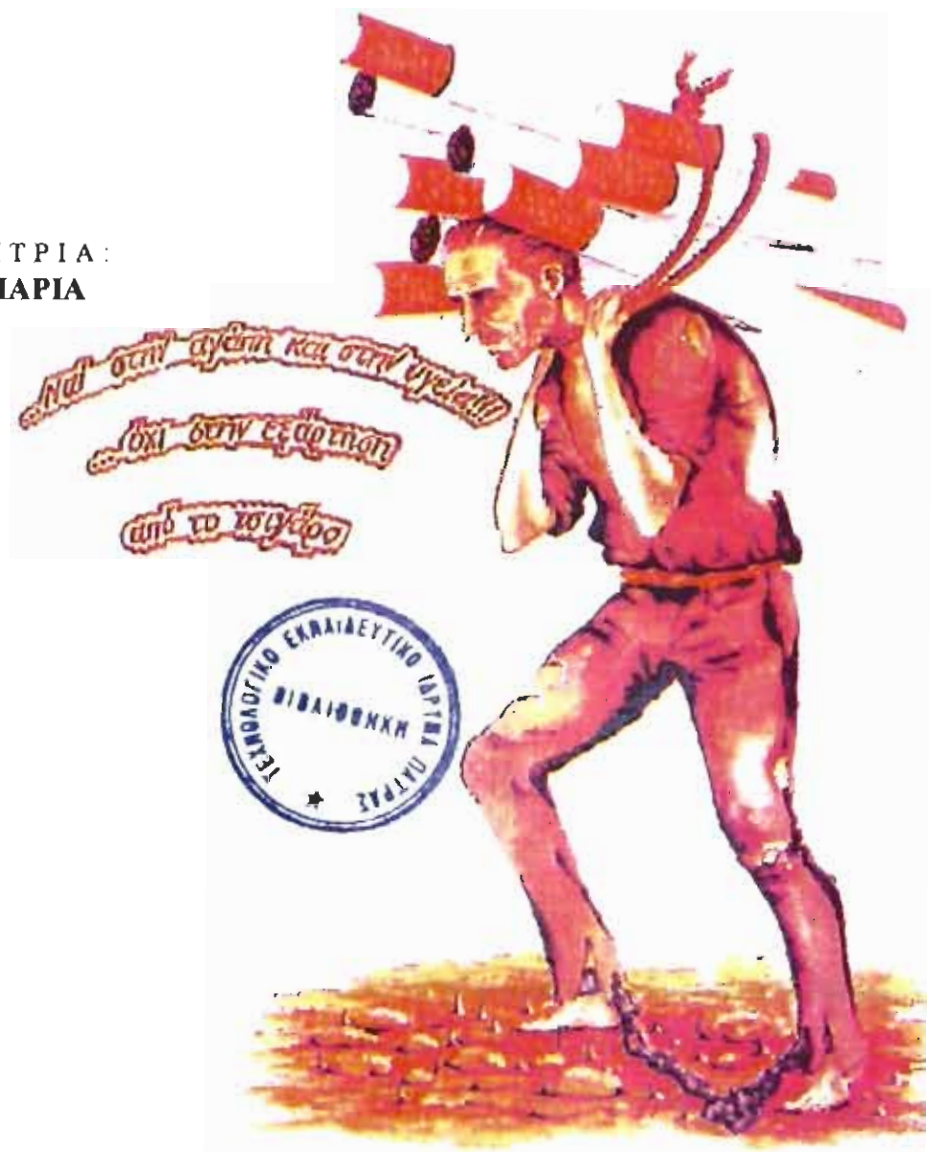


ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
Σ.Ε.Υ.Π. ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
«ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ»

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:  
ΔΡ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:  
ΠΡΙΛΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ  
ΣΤΕΦΑ ΕΥΔΟΚΙΑ



ΠΑΤΡΑ 1997

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

2227

«ΤΟ ΠΑΘΟΣ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ»

Οὐκ οἶδατε ὅτι ναὸς θεοῦ ἐστε  
καὶ τὸ Πνεῦμα τοῦ Θεοῦ οἰκεῖ ἐν ὑμῖν;  
Εἴ τις τὸν ναὸν τοῦ Θεοῦ φθειρεῖ,  
φθειρεῖ τοῦτον ὃς Θεός  
ὁ γὰρ ναὸς τοῦ Θεοῦ ἅγιός ἐστιν,  
οἵτινες ἐστε ὑμεῖς.

ΑΠ. ΠΑΥΛΟΥ Α΄ ΠΡΟΣ ΚΟΡΙΝΘΙΟΥΣ κεφ. γ' 16-17

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ιστορική αναδρομή	8
1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία	11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Χημική σύσταση του καπνού	15
2.2 Νικοτίνη και η δράση της	17
2.3 Πίσσα	19
2.4 Μονοξείδιο του άνθρακα	20
2.5 Άλλες τοξικές ουσίες	21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος	23
3.1.1 Κυκλοφορικό σύστημα	24
- Καρδιακή ανεπάρκεια	24
- Στεφανιαία νόσος	25
- Στηθάγχη	28
- Έμφραγμα	29
- Αρτηριοσκλήρυνση	31
- Πόσο ωφελεί η διακοπή του καπνίσματος στο καρδιαγγειακό σύστημα	32
3.1.2 Χρόνιες πνευμονοπάθειες	33
- Χρόνια βρογχίτιδα	34
- Αποφρακτικό εμφύσημα	35
3.1.3 Αναπνευστικό σύστημα	36
- Βρογχικό άσθμα στα παιδιά	36
3.1.4 Κάπνισμα κ' έλκος στομάχου	39
3.1.5 Κακοήθειες νεοπλασίες- Ταξινόμηση καρκινογόνων παραγόντων	40
- Καρκίνος στόματος	42
- Καρκίνος λάρυγγα	43
- Καρκίνος οισοφάγου	44
- Καρκίνος φωνητικών χορδών	45
- Καρκίνος πνεύμονα	46
- Καρκίνος στομάχου	48
- Καρκίνος παγκρέατος	49
- Καρκίνος τραχήλου μήτρας	50

3.1.6 Κάπνισμα και εγκέφαλος	51
3.1.7 Η επίδραση του καπνίσματος στο νευρικό σύστημα και τα όργανα των αισθήσεων	52
3.2 Κάπνισμα και ομορφιά	54
3.3 Κάπνισμα και εγκυμοσύνη	55
3.3.1 Κάπνισμα και έμβρυο - Άλλοι δυσμενείς παράγοντες	57
- Μέσω του πλακούντα	58
- Βλάβη και προ της συλλήψεως	59

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Παθητικό κάπνισμα	60
Επιπτώσεις σε βρέφη και παιδιά	60

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Ψυχολογικές μεταβολές της εφηβικής ηλικίας	64
5.2 Καθοριστικοί παράγοντες για την έναρξη του καπνίσματος	68
5.3 Κάπνισμα-Εθισμός και εξάρτηση	72

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Ταξινόμηση καπνίσματος και καπνιστών	74
6.2 Διακοπή καπνίσματος - απόψεις	77
6.3 Στερητικά συμπτώματα από τη διακοπή του καπνίσματος	80
6.4 Θεραπείες διακοπής του καπνίσματος	82
6.5 Προτάσεις ανεξαρτητοποίησης	88

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 Μέτρα κατά του καπνίσματος	90
Νομοθεσίες	90

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1 Ο ρόλος των νοσηλευτών στην πρόληψη του καπνίσματος	92
8.2 Πρόληψη του καπνίσματος - αγωγή υγείας για παιδιά και νέους	94

**ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

Υλικό - μέθοδος έρευνας	99
Αποτελέσματα	101
Συζήτηση	127
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	130
SUMMARY	131
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	132
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	133

### ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Πάνω από 35.000.000 άτομα παγκόσμια σταμάτησαν το κάπνισμα για λόγους υγείας. Δεν υπάρχει αμφιβολία πως το κάπνισμα είναι η πιο διαδεδομένη βλαπτική συνήθεια της ανθρωπότητας, που μας ήρθε από την Αμερική πριν 5 περίπου αιώνες και διαδίδεται με αστραπιαία ταχύτητα σ' όλη την υφήλιο.

Αποτελεί τη μοναδική προλήψιμη αιτία θανάτου, λόγω των πολλαπλών βλαβερών επιδράσεων της σ' όλο τον οργανισμό.

Ο κίνδυνος είναι ιδιαίτερα μεγάλος για τα νεαρά μέλη της κοινωνίας, που στην προσπάθειά τους να απομιμηθούν τα πρότυπα ζωής των ενηλίκων αρχίζουν να καπνίζουν από την αρχή της εφηβείας.

Γι' αυτό, οι σπουδάστριες Πριλή Ευαγγελία και Στέφα Ευδοκία θεώρησαν επιτακτική ανάγκη όλοι οι καπνίζοντες και μη να μάθουν την αλήθεια για το κάπνισμα. Συνειδητοποιώντας πως η πιο κρίσιμη ηλικία για την αρχή των δεινών του καπνίσματος είναι η ευαίσθητη και καθοριστική περίοδος της εφηβείας στράφηκαν προς αυτήν. Επισκέφθηκαν λοιπόν και κατέγραψαν τη στάση αναφορικά με το κάπνισμα δειγμάτων του πληθυσμού των μαθητών των σχολείων: 4ο Λύκειο, 5ο Λύκειο, 5ο Γυμνάσιο, 2ο Τεχνικό Επαγγελματικό Λύκειο, 3ο Γυμνάσιο και 1η Τεχνική Επαγγελματική Σχολή Πατρών.

Η παράθεση των ασθενειών, της ψυχολογικής κατάστασης που χαρακτηρίζει την εφηβεία και όλων των επιμέρους θεμάτων που αφορούν τους νέους, συμβάλλουν στην προσπάθεια των σπουδαστριών -όσο αυτό είναι εφικτό- να ενημερώσουν και να αποτρέψουν τους νέους από το κάπνισμα.

Το αξίωμα της ιατρικής «προληπτέον γαρ ή θεραπευτέον» παραμένει δια μέσου των αιώνων. Δεν υπάρχει μεγαλύτερο παράδειγμα από την προάσπιση της ανθρώπινης υγείας, από την πρόληψη του καπνίσματος των τσιγάρων.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Δεν υπάρχει στην ιστορία της ανθρωπότητας ουσία τόσο διαδεδομένη στην οικουμένη, η οποία να έχει προξενήσει ή να προξενεί ακόμα τόση ποικιλία βλαπτικών επιδράσεων στον άνθρωπο, όσο το κάπνισμα, κατά τους τελευταίους πέντε περίπου αιώνες. Ο καπνός του τσιγάρου είναι σήμερα το μοναδικό νόμιμο θανατηφόρο προϊόν, που κυκλοφορεί διεθνώς ελεύθερα και εξασφαλίζει μία αργή πορεία προς το θάνατο, μία αυτοκτονία με δόσεις για τη σύγχρονη κοινωνία.

Οι βλαπτικές επιδράσεις του τσιγάρου μοιάζουν με τη Μήδεια που ξέρει πόσο κακό κάνει στην υγεία το κάπνισμα, όμως με τα δηλητήρια του καπνού φονεύει τα παιδιά της.

Ακόμη, και το οινόπνευμα που σε άλλες κοινωνίες οδηγεί σημαντικό αριθμό ατόμων στον αλκοολισμό δεν είναι ούτε κατά προσέγγιση τόσο διαδεδομένο σ'όλες τις ηλικίες όσο το κάπνισμα. Ούτε η πολλαπλότητα των συνεπειών συγκρίνεται με οποιαδήποτε άλλη βλαπτική συνήθεια.

Η οικουμενική εξάπλωση του τσιγάρου μοιάζει με σωστή επιδημία που έχει διαδοθεί τα τελευταία 45 χρόνια, εκτός των ανδρών, και μεταξύ των γυναικών αλλά και των παιδιών, τα τελευταία δε χρόνια έχει αρχίσει και από το δημοτικό σχολείο.

Είναι τραγικό ότι ο άνθρωπος τίποτε άλλο δεν κάνει με τόση επιμέλεια όσο να καπνίζει. Δεν αφήνει στιγμή να του διαφύγει που να μην καίει επιμελώς και συστηματικά τους πνεύμονές του.

Έχει υπολογιστεί πως σε κάθε λεπτό καπνίζονται στη γήϊνη σφαίρα 280.000 τσιγάρα. Σήμερα σε παγκόσμια κλίμακα θεωρούν το κάπνισμα σαν έναν από τους παράγοντες κινδύνου για πολλές ασθένειες. Να γιατί από την Π.Ο.Υ ανακηρύχθηκε το 1980 σαν χρόνος αγώνα ενάντια στο κάπνισμα και είχε σαν σύνθημα «κάπνισμα ή υγεία, διαλέξτε μόνοι σας».



Η έναρξη ή το κόψιμο του τσιγάρου, έχει βέβαια σχέση και με τη φιλοσοφία μας, την αντίληψή μας για τη ζωή και τον κόσμο και γενικά με τις συνήθειες που βιώνει ο καθένας μας.

Πέρα από κάθε στείρα ηθικολογία, η ζωή πρέπει να 'ναι μια αλληλουχία από χαρές του σώματος και του νού και υποστηρίζουμε πως είναι χρήσιμο και απαραίτητο να διασώσουμε την σωματική μας ακεραιότητα, ενώ παράλληλα καταδικάζουμε κάθε κατάχρηση, κακές συνήθειες, διαφθορές και ναρκωτικά. Κι αυτό επειδή είναι βέβαιο πως μόνο ένα σώμα ακέραιο και υγιές είναι σε θέση να δημιουργήσει, να κατακτήσει τη γνώμη και να γευθεί τις χαρές που προσφέρει η ζωή.

Βέβαια θα ήταν λάθος να υποτιμήσουμε τις συνήθειες στις οποίες ζει ο σύγχρονος άνθρωπος στις μεγαλουπόλεις, όλο το ψυχικό και σωματικό άγχος στο οποίο υποβάλλεται ενάντια στη θέληση του, οι οποίες δεν μπορούν παρά να διαβρώσουν και τους πιο δυνατούς ακόμα οργανισμούς. Να γιατί το κυνήγι του πλούτου και της επιτυχίας, οι καθημερινές απογοητεύσεις, το άγχος, στη ζωή της πόλης και η απειλή της ανεργίας, στοιχείο του «πολιτισμένου» κόσμου και της βιομηχανικής κοινωνίας, οδηγεί πολλούς νέους και δυνατούς ανθρώπους στο κάπνισμα.

Η φράση «καπνίζετε, καπνίζετε, όπως και όπου να 'ναι ο καρκίνος έρχεται» ίσως να εξηγεί τη συμπεριφορά πολλών νέων. Γιατί να σταματήσουμε τα ποτά, τα τσιγάρα, τα ναρκωτικά όταν κάθε μέρα αναπνέουμε μολυσμένο αέρα, πίνουμε νερό με χλώριο, τρώμε φαγητά με σίγουρες καρκινογόνες ουσίες.

Οι ερωτήσεις είναι βέβαια λογικές. Η απάντηση όμως μπορεί να είναι διαφορετική. Πρέπει κάθε άνθρωπος να συνειδητοποιήσει τους κινδύνους που αντιμετωπίζουμε. Βρισκόμαστε σ' ένα δρόμο που οδηγεί στην καταστροφή της χαράς και της ζωής. Είναι απαραίτητο και επείγον η κάθε πολιτεία να αντιμετωπίσει τα οικολογικά και κοινωνικά προβλήματα δίνοντας σε κάθε άνθρωπο και προπάντων σε κάθε παιδί ένα υγιεινό περιβάλλον και μια ζωή χωρίς άγχος, νέφος.

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

#### 1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το κάπνισμα είναι γνωστό από τους αρχαιότετους χρόνους. Στα έργα του αρχαίου ιστορικού Ηρόδοτου υπάρχουν μαρτυρίες πως οι Σκύθες ανέπνεαν τον καπνό από καιγόμενα φυτά, που περιείχαν διάφορες ουσίες, οι οποίες έφερναν παραισθήσεις (1,2). Η διάδοση όμως του καπνού στην Ευρώπη συνδέεται με το όνομα του Χριστόφορου Κολόμβου, που ανακάλυψε όχι μόνο την Αμερική αλλά και τον καπνό (1).

Όταν έφτασε ο Κολόμβος στις Δυτικές Ινδίες το 1492 παρατήρησε με έκπληξη πως οι Ινδιάνοι τύλιγαν σφιχτά τα φύλλα ενός φυτού που το ονόμαζαν «κοκίμπα», το άναβαν και τραβούσαν τον καπνό από αυτά τα φύλλα που σιγοκαίγονταν, αφήνοντάς τον μετά να βγεί απ' το στόμα και τη μύτη. Αυτά τα τυλιγμένα φύλλα τα ονόμαζαν οι ντόπιοι κάτοικοι «ταμπάκο» και «σιγκάρο».

Οι Ινδιάνοι χρησιμοποιούσαν τον καπνό κατά τις θρησκευτικές ή μαγικές τελετές τους, όπως π.χ. όταν κάπνιζαν την πίπα της ειρήνης. Σ' ένδειξη χαιρετισμού και έκφρασης φιλίας προσέφεραν στον Κολόμβο και τους συνοδούς του τα φύλλα του καπνού. Έτσι οι Ισπανοί ναύτες έγιναν οι πρώτοι ευρωπαίοι καπνιστές (1,3,4,5,6,7).

Μέχρι τις αρχές του 17ου αιώνα οι Ευρωπαίοι χρησιμοποιούσαν τα φύλλα του καπνού και την στάχτη σαν ιαματικό βότανο για την θεραπεία των πληγών. Αυτό ήταν η αφορμή να αποδοθούν στον καπνό θεραπευτικές ιδιότητες. Είναι γνωστό ένα τέτοιο ιστορικό γεγονός. Ο Γάλλος πρεσβευτής στην Πορτογαλία Jean Nicot, από τον οποίο ονομάστηκε η νικοτίνη, συνιστούσε τον καπνό για τις «θεραπευτικές» του ιδιότητες.

Έτσι το 1560 έστειλε στη Βασίλισσα της Γαλλίας Αικατερίνη των Μεδίκων σκόνη καπνού για θεραπεία του κρυολογήματος και του πονοκεφάλου. Η μυρωδιά του καπνού έφερνε τάχα ανακούφιση, αφαιρούσε την κόπωση και ανακούφιζε από την δύσπνοια (1,2,5,6,8,9).

Μερικές φορές οι γιατροί εκείνης της εποχής έφταναν στο σημείο όταν ξεσπούσε πανούκλα να αναγκάζουν τα παιδιά να καπνίζουν τσιγάρα για να «προφυλαχτούν» από αυτή.

Σύντομα όμως οι περιπτώσεις βαριών δηλητηριάσεων από τον καπνό, προκάλεσαν διωγμούς των καπνιστών σε διάφορες χώρες. Στην Αγγλία το 16ο αιώνα τους καταδίκασαν σε θάνατο, στην Ιταλία ο πάπας Ουρβανός VII αφορίζε τους καθολικούς, που κάπνιζαν ή μύριζαν τον καπνό και μάλιστα το 1692 μερικοί μοναχοί χτίστηκαν ζωντανοί γι' αυτό μέσα σ'εναν τοίχο. Στις αρχές του 17ου αιώνα στην Τουρκία παλούκωναν τους καπνιστές, στην Περσία τους έκοβαν τα ρουθούνια και έκαιγαν τους εμπόρους του καπνού στη φωτιά (1,4,9). Ο Τσάρος της Ρωσίας Μιχαήλ Ρομανόφ το 1633 διέταξε ότι «όποιος συλληφθεί να «πίνει καπνό» θα του κόβεται η μύτη ή τα αυτιά, θα μαστιγώνεται με βούρδουλα και θα στέλνεται στη Σιβηρία» (1,7).

Παρά όμως τους διωγμούς αυτούς ο καπνός διαδιδόταν θριαμβευτικά σε όλες τις ηπείρους. Τσιγάρα κατασκευάστηκαν πρώτη φορά στη Βραζιλία στα μέσα του 18ου αιώνα και πολύ γρήγορα επικρατησαν σαν τρόπος καταναλώσεως του καπνού (9,10). Στις ΗΠΑ στοιχεία δείχνουν ότι η κατανάλωση τσιγάρων υπερδιπλασιάστηκε στο διάστημα 1923 - 1963, ενώ από το 1964 (χρονιά που δημοσιεύτηκε η πρώτη έκθεση στην Αμερική για το κάπνισμα και την υγεία - Surgeon General report, αρχίζει να ελαττώνεται. Παρόμοιες τάσεις δείχνουν στοιχεία από την Αγγλία (10).

Στην Ελλάδα η καλλιέργεια του καπνού και βέβαια η χρήση του αρχίζει από τα μέσα του 17ου αιώνα (2,9). Αλλά από την πρώτη κιόλας εμφάνισή του έχει τους πολέμιούς του. Αναφέρουμε τον Νικόλαο Αλεξάνδρου Μαυροκορδάτο που έγραψε και ολόκληρο σύγγραμμα τον ψόγο Νικοτιανής. Ακολουθεί ο Καστοριανός Κωνσταντίνος Μιχαήλ όπου το 1794 εκδίδει την Διαιτητική με κεφάλαιο «περί της νικοτιανής ήτον τουτουνίου, ένθα και περί πταρμικού ταμπάκου». Το δε 1887 υπάρχει από την Ιατρική Εταιρεία Αθηνών η πρώτη αναφορά στις συνέπειες του καπνού στην υγεία όπου υπάρχει ανακοίνωση με τίτλο «κυνάγχη του στήθους παρα γυναικί συνέπεια της χρόνιας του καπνού χρήσεως» όπου γίνεται πλήρης ανάπτυξη των συμπτωμάτων της ασθενούς που αποδίδονται στο κάπνισμα (2).

Παρ' όλα αυτά, η παγκόσμια δημοτικότητα του καπνού αυξάνεται τόσο, ώστε έφτασε το μέγιστο με την ευρεία κατανάλωση των τσιγάρων ξεκινώντας από τον 19ο αιώνα ως και σήμερα που καπνίζεται σε κάθε γωνιά της γης.

### 1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το κάπνισμα έχει πλέον αποδειχθεί πέρα από κάθε αμφιβολία - τόσο επιδημιολογικά όσο και νεκροτομικά - ότι αποτελεί το μεγαλύτερο δολοφόνο του ανθρώπινου γένους στην κοινωνία του 2000. Στην Ελλάδα το 65% των θανάτων οφείλεται σε παθήσεις, στη δημιουργία και την εξέλιξη των οποίων έχει την κύρια ευθύνη το κάπνισμα (3).

Θα πρέπει να τονίσουμε ότι σύμφωνα με διεθνείς και σοβαρούς υπολογισμούς το κάπνισμα κάθε τσιγάρου αφαιρεί 4-5 λεπτά από τη ζωή του καπνιστή και πάνω από έξι χρόνια από το προσδόκιμο της επιβίωσης όταν το άτομο καπνίζει 20 - 40 τσιγάρα την ημέρα και από την ηλικία των 25 ετών .

Περισσότερα βέβαια χρόνια χάνονται όταν το άτομο αρχίσει το κάπνισμα σε νεότερη ηλικία. Ο αναγνώστης ασφαλώς θα αισθανθεί μεγάλη λύπη όταν πληροφορηθεί ότι η Ελλάδα απέκτησε το θλιβερό προνόμιο να' ναι η πρώτη χώρα στην Ευρώπη και από τις πρώτες στον κόσμο σε κατανάλωση καπνού κατά κεφαλή σε αναλογία.(8,11)

Από έρευνες προκύπτει ότι η Ελλάδα είναι η «χώρα των καπνιστών». Σύμφωνα με την Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία αναλογούν για το 1995 3.570 τσιγάρα ανά άτομο.

Οι Έλληνες καπνιστές «ρουφάνε» κάτι λιγότερο από 30 δισ. τσιγάρα το χρόνο και ξοδεύουν 700 δισ. δραχμές για να απολαύσουν τον καπνό.

Ο αντίστοιχος μέσος όρος στις χώρες - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι 2.000 τσιγάρα ανά άτομο το χρόνο.

Από το σύνολο των καπνιστών το 67% είναι άνδρες, ενώ οι πιο φανατικοί είναι ηλικίας 20 - 29 ετών.

Σήμερα οι θάνατοι έχουν φτάσει τα 3 εκατομμύρια, ενώ το 2020 προβλέπεται να ξεπερνούν τα 10 εκατομμύρια το χρόνο.

Από τους μαθητές, το 30% αρχίζει το κάπνισμα από την ηλικία των 16 ετών. Όταν υπάρχουν καπνιστές γονείς, το ποσοστό ανεβαίνει στο 34%. Από το σύνολο των μαθητών που καπνίζουν το 54% ζει μόνο με τον ένα γονέα (12).

Σύμφωνα με το ερευνητικό πανεπιστημιακό ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής, οι μισοί σχεδόν κάτοικοι της περιοχής Αθηνών (ποσοστό 40%) ηλικίας 12 - 64 ετών καπνίζουν συστηματικά. Οι άνδρες εξακολουθούν να κρατούν σταθερά τα σκήπτρα στο κάπνισμα, όμως σε σχέση με το 1984 παρατηρείται αύξηση του ποσοστού αυτών που έχουν περιορίσει το βαρύ κάπνισμα, καθώς και εκείνων που το έχουν κόψει. Αντίθετα παρατηρείται μια τάση προς αύξηση του ποσοστού των γυναικών που καπνίζουν.

Τα υψηλότερα ποσοστά καπνιστών παρατηρούνται στους μέσης ηλικίας ενήλικες (25 - 35 ετών) και ανέρχονται στους μεν άνδρες στο 66%, στις δε γυναίκες στο 50%. Στους μαθητές, αντίθετα, διαπιστώνουμε από το 1984 έως το 1993 μια σημαντική μείωση στο συστηματικό κάπνισμα και ιδιαίτερα στον αριθμό τσιγάρων όπως και επιμήκυνση της μέσης ηλικίας έναρξης καπνίσματος. Παρά ταύτα, ένας σημαντικός αριθμός μαθητών του δείγματος και των δύο φύλων, ποσοστό 30%, καπνίζουν σε καθημερινή βάση ένα ή περισσότερα τσιγάρα, όπως μας δείχνει η πρόσφατη έρευνα του 1993. Οι μαθητές ηλικίας 17 - 18 ετών καπνίζουν καθημερινά σε ποσοστό 37,6%, τα αγόρια και 35,9% τα κορίτσια (13).

Σύμφωνα με έρευνα του Εργαστηρίου της Επιδημιολογίας το ποσοστό των καπνιστών στις ηλικίες 16 - 65 ετών φθάνει το 69,89% ενώ στα παιδιά ηλικίας 12 - 17 ετών είναι 37,89% και απ' αυτό το 21,70% είναι συστηματικοί καπνιστές και το χειρότερο ότι 1 στα 4 είναι παιδιά ηλικίας 12 - 14 ετών (8, 14).

Σε μια άλλη έρευνα του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, που έγινε σε 8.000 μαθητές των πόλεων Ιωαννίνων, Πατρών και Αθηνών και στις τάξεις Γ' Γυμνασίου και Γ' Λυκείου, διαπιστώθηκε ότι τα αγόρια της Γ' Λυκείου καπνίζουν σε ποσοστό 44 - 49% και τα κορίτσια 32 - 46%. Στα Γυμνάσια η αντίστοιχη αναλογία ήταν 18 - 25% για τ' αγόρια και 18 - 22% για τα κορίτσια.

Το μέσο κάπνισμα ήταν 10 - 20 τσιγάρα για τ'αγόρια και μέχρι τα 10 τσιγάρα για τα κορίτσια (8,15).

Με τα σημερινά δεδομένα η Π.Ο.Υ. εκτιμά ότι κατά την προσεχή 20ετία ή 30ετία θα σημειώνονται ετησίως περί τα 7 εκατομμύρια θάνατοι από το κάπνισμα στις αναπτυσσόμενες χώρες.(16)

Στα σχολεία της Ιρλανδίας καπνίζουν το 44% των μαθητών και το 35% των μαθητριών των μεγάλων τάξεων.

Στις ΗΠΑ καπνίζουν όχι λιγότερο από 4,5 εκατομμύρια μαθητών. Η έρευνα σε 3.228 καπνιστές που πραγματοποιήθηκε από τον Λ.Β.Ορλόφσκι απέδειξε πως το 34,5% των αντρών και το 21% των γυναικών άρχισαν στην ενηλικίωσή τους.

Η πρώτη «κορυφή» της προσέλευσης στο κάπνισμα είναι για τα αγόρια στα παιδικά και νεανικά χρόνια (μέχρι 10 -15 χρονών), η δεύτερη στα εφηβικά ( 15 - 20 χρονών). Οι άνδρες που δεν άρχισαν να καπνίζουν μέχρι τα 20 χρόνια τους, κατά κανόνα δεν καπνίζουν και σε μεγαλύτερη ηλικία. Μόνο το 10,7% των ανδρών αρχίζουν να καπνίζουν σε ηλικία από 20 - 30 χρονών (1).

Στη Γερμανία καπνίζει μόνο το 26% του πληθυσμού και η μείωση συνεχίζεται με 1% το χρόνο.

Στις αναπτυσσόμενες και υποανάπτυκτες χώρες της Αφρικής, Ανατολικής Ασίας και Λατινικής Αμερικής, πάνω από το 52% του πληθυσμού καπνίζει και μάλιστα τσιγάρα με περισσότερη πίσσα και νικοτίνη ενώ η κατανάλωση κατά κεφαλή αυξάνεται πάνω από 2% το χρόνο.

Στην Αγγλία από το β' Παγκόσμιο πόλεμο μέχρι το 1980, πέθαναν περί το 1 εκατομμύριο από παθήσεις με αιτία το κάπνισμα και υπολογίζεται ότι θα χαθεί άλλο ένα εκατομμύριο μέχρι το τέλος του αιώνα (8).

Τα παραπάνω στοιχεία έχουν σοβαρή σημασία στην περίπτωση που το κάπνισμα στην ηλικία των 15 ετών συνδυάζεται με αλκοόλ.

Ο συνδυασμός αυτός είναι πολύ επικίνδυνος για τη μετάβαση αργότερα στην άλλη μεγάλη μάστιγα της εποχής τα ναρκωτικά.

Αυτό δεν σημαίνει ότι όλα τα παιδιά που σήμερα καπνίζουν και πίνουν θα γίνουν αύριο ναρκομανείς. Όμως είναι βέβαιο ότι όλοι οι αυριανοί ναρκομανείς βρίσκονται ανάμεσα σε αυτά τα παιδιά που κάνουν ταυτόχρονα χρήση καπνού και αλκοόλ σήμερα.

Έχει δυστυχώς διαπιστωθεί επίσης ότι όσο πιο μικρή είναι η ηλικία του νέου καπνιστή τόσο πιο πολύ καπνίζει στην υπόλοιπη ζωή του και οι πιθανότητες διακοπής του καπνίσματος είναι ελάχιστες, ενώ αντίθετα αυξάνονται οι πιθανότητες να εκδηλώσει ασθένεια που σχετίζεται με το κάπνισμα (9).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.1 ΧΗΜΙΚΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ

Η χημική σύσταση του καπνού του τσιγάρου έχει βλαβερές συνέπειες στην υγεία του ανθρώπου, αφού είναι ουσία εντελώς ξένη προς τον οργανισμό και περιέχει ποσότητες τοξικών, καρκινογόνων, μεταλλαξιογόνων και τερατογενών χημικών ουσιών (8.17).

Υπολογίζεται ότι ο καπνός αποδίδει κατά την καύση περί τα 4.000 συστατικά που κατανέμονται σε αέρια και σωματιδιακή φάση.

Η αέρια αποτελείται από το μονοξείδιο και διοξείδιο του άνθρακα, οξείδια του αζώτου, αμμωνία, πτητικές N-νιτροζαμίνες, υδροκυάνιο, ακρολεΐνη, φαινόλες, αλκοόλες, κετόνες και φορμαλδεΐδη.

Η σωματιδιακή από τη νικοτίνη, την πίσσα και το νερό. Επίσης από διάφορα ιχνοστοιχεία όπως μόλυβδος, αρσενικό και διάφορα φυτοφάρμακα (πίνακας 1) (5,9,10).

Η ακριβής όμως σύσταση του καπνού εξαρτάται από την ποικιλία και την επεξεργασία των φύλλων, την πυκνότητα συσκευασίας μέσα στο τσιγάρο, την τυχόν παρουσία φίλτρου, το χαρτί και την θερμοκρασία καύσης (2,5).

Κατά την διάρκεια του καπνίσματος παράγονται δύο ρεύματα καπνού. Το κύριο και το παράπλευρο.

Κύριο ρεύμα καπνού λέμε εκείνο, που εισπνέεται από τον καπνιστή αφού περάσει μέσα από το τσιγάρο.

Παράπλευρο εκείνο που βγαίνει από τα δύο άκρα του τσιγάρου κατευθείαν στον περιβάλλοντα αέρα.

Το κύριο και το παράπλευρο ρεύμα μοιάζουν ως προς τη σύνθεση αφού και τα δύο παράγονται κατά την καύση του καπνού. Ομως το παράπλευρο ρεύμα περιέχει υψηλότερες συγκεντρώσεις τοξικών και καρκινογόνων ενώσεων και μικρότερο μέγεθος εκλυομένων αναπνεύσιμων αιωρούμενων σωματιδίων. Αυτό

έχει μεγάλη σημασία γιατί τα σωματίδια εναποτίθενται συνήθως λόγω μεγέθους στα περιφερικότερα σημεία του βρογχικού δένδρου και προκαλούν καρκινογένεση (8,9,18).

### 2.2 ΝΙΚΟΤΙΝΗ ΚΑΙ Η ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ

Η Νικοτίνη είναι το σημαντικότερο αλκαλοειδές ανάμεσα στα άλλα που υπάρχουν στα φύλλα του καπνού (19). Στη φυσική της μορφή είναι ένα άχρωμο έλαιο, πικρό και καφτερό που σκουραίνει όταν εκτεθεί στον αέρα (3,19,20).

Η μέγιστη τιμή στο αίμα είναι 25-50 ng/ml και επιτυγχάνεται σε διάστημα 10 min, δηλαδή όσο διαρκεί το κάπνισμα ενός τσιγάρου (5). Η νικοτίνη έχει σχετικά βραχυπρόθεσμη δράση και τα επίπεδά της μέσα στο αίμα πέφτουν γρήγορα (περίπου στο μισό, μισή ώρα μετά το τέλος του τσιγάρου και στο 1/4 την επόμενη μισή ώρα (4). Απορροφάται με μεγάλη ευκολία και ταχύτητα απ' το βλεννογόνο του στόματος με το οποίο έρχεται σε επαφή (5,16,20) και ιδιαίτερα με το βρογχικό επιθήλιο και το επιθήλιο των πνευμονικών κυψελίδων (3). Τούτο εξηγεί γιατί οι επιδράσεις ενός τσιγάρου γίνονται αμέσως αντιληπτές από ένα καπνιστή. Μόλις περάσει μέσα στην κυκλοφορία του αίματος, η απορροφημένη νικοτίνη καταστρέφεται κατά μεγάλο ποσοστό από το συκώτι, το υπόλοιπο από άλλα όργανα άμυνας και αποβάλλεται από τα ούρα και τον ιδρώτα. Χρειάζεται περίπου μισή ώρα για να αποβληθεί η ποσότητα νικοτίνης που έχει απορροφηθεί (19).

Η νικοτίνη έχει διεγερτική επίδραση στο κεντρικό και στο περιφερειακό νευρικό σύστημα (8,21) που μπορεί να πάρει διαστάσεις τρόμου ή και σπασμών, όταν χορηγούνται μεγάλες δόσεις (4,5,22). Επίσης προκαλεί αγγειοσύσπαση, ταχυκαρδία, άνοδο της αρτηριακής πίεσης. Οι ενέργειες αυτές οφείλονται ειδικά στη νικοτίνη. Γι' αυτό το λόγο, το κάπνισμα είναι τόσο πολύ βλαβερό για όσους πάσχουν από την καρδιά τους ή έχουν υψηλή αρτηριακή πίεση ή υποφέρουν από αρτηριοσκλήρυνση.

Η νικοτίνη αυξάνει την έκκριση των αδένων και την κινητικότητα του πεπτικού σωλήνα (4,5,10,19).

Άλλες διαταραχές που προκαλούνται από την συνεχή κατάχρηση του καπνίσματος είναι:

- *νευρικές διαταραχές*: ίλιγγος, πονοκέφαλος, τρόμος, εξασθένηση της μνήμης, αίσθημα κοπώσεως, ελάττωση της όρασης (αμβλυωπία). Είναι χαρακτηριστικές διαταραχές του μανιάδους καπνιστού (16,23).
- *αναπνευστικές διαταραχές*: προκαλούνται επειδή ο καπνός επιδρά ερεθιστικά στους βρόγχους. Οι αναπνευστικές διαταραχές είναι τυπικές στον καπνιστή τσιγάρων που έχει τη συνήθεια να εισπνέει («να κατεβάξει» κατά τη συνήθη έκφραση) τον καπνό, πράγμα που σημαίνει ότι τον μεταφέρει στους πνεύμονες μαζί με τον αέρα που αναπνέει (23).

Στη νικοτίνη αποδίδονται και οι μεταβολές της ψυχικής σφαίρας που προκαλεί το κάπνισμα. Οι περισσότεροι καπνιστές περιγράφουν την επίδραση αυτή σαν ηρεμιστική. Άλλοι πάλι βιώνουν το κάπνισμα σαν μια διεγερτική εμπειρία που βοηθά στην αντιμετώπιση εντόνων συγκινήσεων και στη συγκέντρωση της προσοχής (4,5,7,22).

Η νικοτίνη είναι εξαιρετικά τοξική ουσία. Η ελάχιστη δόση που είναι ικανή να προκαλέσει το θάνατο είναι 60-100 χιλιοστόγραμμα. Από το κάπνισμα ενός τσιγάρου η ποσότητα της νικοτίνης που προσλαμβάνει ένας μέσος καπνιστής είναι 0,05-2,5mg. Ο βαθμός τοξικότητας της νικοτίνης γίνεται φανερός από τις διαταραχές που παρουσιάζονται στο άτομο που καπνίζει για πρώτη φορά: ναυτία, κρύος ιδρώτας, ίλιγγος, τρόμος των άκρων, αίσθημα λιποθυμίας, ζάλη. Όλα αυτά τα συμπτώματα είναι χαρακτηριστικά της οξείας δηλητηρίασεως από νικοτίνη. Όσο αυξάνει η δόση αρχίζει σιγά σιγά η χρόνια δηλητηρίαση (5,16,24).

### 2.3 ΠΙΣΣΑ

Η πίσσα είναι το ολικό σωματιδιακό υλικό του καπνού όταν αφαιρεθεί το νερό και η νικοτίνη.

Αποτελείται κυρίως από πολυκυκλικούς αρωματικούς υδρογονάνθρακες, πολλοί από τους οποίους είναι καρκινογόνοι (10,16,17). Το βενζοπυρένιο, είναι ουσία υπεύθυνη κατά 90% για την πρόκληση του καρκίνου των πνευμόνων. Άλλες ουσίες καρκινογόνες είναι το διβενζανθρακένιο, οι νιτροσαμίνες και το ραδιενεργό πολώνιο.

Οι καρκινογόνες αυτές ουσίες μαζί με διάφορες άλλες ερεθιστικές ουσίες, όπως η σκόνη και τα μικρόβια εισέρχονται στους πνεύμονες με αποτέλεσμα την αύξηση παραγωγής της βλέννης και με το πέρασμα του χρόνου αναπτύσσεται αναπνευστική λοίμωξη και νοσηρότητα των καπνιστών. Κύριο σύμπτωμα ο βήχας - αυτός ο καταραμένος βήχας που λένε και οι καπνιστές - είναι στην πραγματικότητα ευλογία θεού. Δηλαδή προσπαθεί ο οργανισμός να αυτοθεραπευτεί ν'απαλλαγεί από ανεπιθύμητες και βλαβερές ουσίες που τόσο πολύ τον φόρτωσε ο καπνιστής.

Η πίσσα εγκαθίσταται στο βλεννογόνο του αναπνευστικού και του πεπτικού συστήματος και το ήμισυ των χρόνιων βρογχιτιδών οφείλονται σ' αυτή.

Τα ελαφρότερα σε πίσσα και νικοτίνη τσιγάρα υποχρεώνουν τους καπνιστές να καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα την ημέρα, ώστε να διατηρείται σταθερή η στάθμη της νικοτίνης στο αίμα.

Οι ογκολόγοι επιμένουν η πίσσα να μην ξεπερνά το όριο των 12 mg στα τσιγάρα (16).

### 2.4 ΜΟΝΟΞΕΙΔΙΟ ΤΟΥ ΑΝΘΡΑΚΑ (CO)

Η τρίτη κύρια ουσία που παράγεται από την καύση του τσιγάρου είναι το μονοξείδιο (CO) και διοξείδιο (CO<sub>2</sub>) του άνθρακα, ουσίες δηλητηριώδεις και τοξικές, οι οποίες διαχεόμενες στο κυκλοφορικό σύστημα μειώνουν την οξυγόνωση των κυττάρων του οργανισμού (16). Συγκεκριμένα το CO του άνθρακα δεσμεύει μια πρωτεΐνη του αίματος την αιμοσφαιρίνη (Hb), της οποίας φυσιολογικός προορισμός είναι η δέσμευση και μεταφορά του οξυγόνου στους ιστούς, έτσι μειώνεται η ικανότητα του αίματος να οξυγονώσει τους ιστούς. Σε ασθενείς με ισχαιμία του μυοκαρδίου μπορεί να προκαλέσει σοβαρή επιδείνωση (2,5,8,10,16,17).

Στο αίμα των καπνιστών το CO καταλαμβάνει μόνιμα το 7% της Hb τους, το οποίο και αχρηστεύει λειτουργικά. Κάτω του 5% δεν προκαλεί δυσάρεστα συμπτώματα και όταν καταλαμβάνει το 5%-15% της Hb τα άτομα εμφανίζουν κεφαλαλγία και ταχύπνοια. Επίσης όταν καταλαμβάνει το 20% εμφανίζονται πονοκέφαλοι, δύσπνοια, ίλιγγοι και άνω των 20% συσφυκτικό αίσθημα στο θώρακα και το μέτωπο, μυική αδυναμία και ερυθρότητα του δέρματος. Άνω του 40% το άτομο πέφτει σε κώμα και στο 60-75% επέρχεται ο θάνατος (16).

### 2.5 ΑΛΛΕΣ ΤΟΞΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

-- *Καρκινογόνες ουσίες.* Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει διάφορες ουσίες που είναι αποδεδειγμένα καρκινογόνα, όπως βενζοπυρένιο, διβενζοπυρένιο, νιτροσαμίνες και ραδιενεργό πολώνιο.

Καρκίνος, εκτός από τους πνεύμονες, αναπτύσσεται στην ουροδόχο κύστη, στα χείλη και τη στοματική κοιλότητα, καθώς και σε άλλα όργανα (οισοφάγος, πάγκρεας, νεφρά).

-- *Άλλες τοξικές ουσίες.* Από τα άλλα τοξικά συστατικά του καπνού ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι αλδεϋδες (φορμαλδεϋδη, ακρολεΐνη), η αιετόνη, τα οξειδία του αζώτου και διάφορα μέταλλα (μαγνήσιο, κάδμιο, αρσενικό, χαλκός κ.α.). Οι ουσίες αυτές αδρανοποιούν το κροσσωτό επιθήλιο και καταστέλλουν την φαγοκυτταρική ικανότητα των μακροφάγων. (2,5)

Αξίζει να αναφέρουμε επίσης τις τεράστιες συγκεντρώσεις παροσιτοκτόνων στον καπνό που η συγκέντρωσή τους φτάνει το 0,1-2mg/τσιγ. ανάλογα από που προέρχεται το φύλλο. (2)

Έχει αποδειχτεί ότι η δράση των συστατικών του καπνού που έχουμε ήδη αναφέρει εξαρτάται:

- Από την διάρκεια του καπνίσματος
- Την ηλικία της έναρξης
- Την ποσότητα (αριθμό τσιγάρων) την ημέρα
- Τη συχνότητα της διακοπής του καπνίσματος και
- Το ποσοστό του πληθυσμού που καπνίζει.

Επίσης σημασία έχει

- Η μορφή του καπνού (πίπα, πούρο ή τσιγάρο)
- Αν έχει φίλτρο
- Περιεκτικότητα σε πίσσα
- Ο τρόπος καπνίσματος (βάθος) (9)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ ΤΩΝ ΤΣΙΓΑΡΩΝ

ΟΥΣΙΑ	ΔΡΑΣΗ
<i>ΑΕΡΙΑ ΦΑΣΗ</i>	
Μονοξείδιο του άνθρακα	Αναστέλλει την μεταφορά και χρησιμοποίηση του οξυγόνου
Υδροκυάνιο	Βλεφαροτοξική, Ερεθιστική
Αμμωνία	Βλεφαροτοξική, Ερεθιστική
Φορμαλδεΐδη	Βλεφαροτοξική, Ερεθιστική
N-νιτροζαμίνες	Καρκινογόνος
Φαινόλες	Συγκαρκινογόνος και Ερεθιστική
<i>ΣΩΜΑΤΙΔΙΑΚΗ ΦΑΣΗ</i>	
Νικοτίνη	Διεγερτική και κατασταλτική των γαγγλίων
Πίσσα	Καρκινογόνος
Ιχνοστοιχεία (μόλυβδος, αρσενικό)	Επισπεύδει την δημιουργία νεοπλασιών



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3.1 ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στις αναπτυγμένες κοινωνικά και υγειονομικά χώρες του κόσμου. Σ' αυτή την ομάδα ανήκουν κατά κύριο λόγο η στεφανιαία νόσος, το έμφραγμα του μυοκαρδίου και η αρτηριοσκλήρωση κ.α.

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες ή παράγοντες κινδύνου των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι η ηλικία, το φύλο, η υπέρταση, το κάπνισμα (διάρκεια και ποσότητα τσιγάρων ημερησίως), ο σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία, η καθιστική ζωή, ψυχολογικοί παράγοντες (προσωπικότητα τύπου Α), η κληρονομικότητα κ.α.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας αφιερώνοντας την Παγκόσμια Ημέρα Υγείας του 1992 στην υγεία της καρδιάς, επιδιώκει να κάνει τους ανθρώπους να συνειδητοποιήσουν το μέγεθος του προβλήματος των καρδιαγγειακών παθήσεων και να προσπαθήσουν να καταπολεμήσουν την εξάπλωσή τους. Η πρόληψη, με το κόψιμο του τσιγάρου, τη σωστή διατροφή και τη φυσική άσκηση, μπορεί να σώσει έξι εκατομμύρια ζωές το χρόνο. Ο σωστός τρόπος διαβίωσης πρέπει να υιοθετηθεί από την παιδική ηλικία. Έτσι ένα άτομο ηλικίας 35 ετών που κόβει το κάπνισμα κερδίζει 0,8 χρόνια από την ζωή του, όταν έχει φυσιολογική χοληστερίνη κερδίζει 0,7 έτη και όταν έχει κανονικό σωματικό βάρος 0,6 έτη. (25)

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος (ΕΣΥΕ), οι κυριότερες αιτίες θανάτου στην πόλη της Πάτρας για το έτος 1995 είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού. Οι θάνατοι από νοσήματα του κυκλοφορικού αντιπροσωπεύουν το 44,6% του συνόλου των θανάτων στην Πάτρα. (26)

### 3.1.1 ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

#### ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Η καρδιά για να αντιμετωπίσει τις αυξημένες αντιστάσεις από τον σπασμό των αρτηριών, τις αθηρωματικές αλλοιώσεις και την επιβράδυνση της ροής του αίματος, όπως και γενικά την υποξυγόνωση των ιστών, αναγκάζεται να επιταχύνει τον ρυθμό των καρδιακών παλμών (ταχυκαρδία) και να αυξήσει ακόμη περισσότερο την πίεση του αίματος για να καλύψει τις απαιτήσεις σε οξυγόνο.

Στην προσπάθεια αυτή της καρδιάς, ο καρδιακός μυς με τον χρόνο υπερτρέφεται.

Η υπερτροφία όμως αυτή φθάνει μέχρι ενός σημείου, πέρα απ'το οποίο αρχίζει το μυοκάρδιο να κάμπτεται και να αδυνατεί να επιτελέσει πλήρη συστολή των κοιλιών κυρίως της αριστεράς, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται τα πρώτα συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας και στάσεως του αίματος στην πνευμονική κυκλοφορία που εκδηλώνονται, με δύσπνοια στη σωματική προσπάθεια από την έλλειψη καλής οξυγονώσεως του αίματος και σε προχωρημένα στάδια, με αποβολή αιματηρών πτυέλων και έντονη δύσπνοια η οποία τελικά, αργά ή γρήγορα, οδηγεί και στο θάνατο. (8)

### ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), οι καρδιοπάθειες αποτελούν σήμερα τη συχνότερη αιτία θανάτου με ποσοστό 62% μέσα στο οποίο τα 25-30% οφείλονται σε ισχαιμία του μυοκαρδίου ( στεφανιαία νόσο) από το κάπνισμα.

Η πάθηση συνίσταται στην πάχυνση του τοιχώματος, τη στένωση ή και την απόφραξη ενός ή περισσότερων μικρών κλάδων των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς και τη μείωση ή και πλήρη διακοπή της αιματώσεως και προσαγωγής οξυγόνου στην αντίστοιχη περιοχή του μυοκαρδίου. (8,17,27,28)

Η στένωση μπορεί να είναι παροδική όταν οφείλεται σε σπασμό, ή μόνιμη όταν οφείλεται σε αθηρωμάτωση του τοιχώματος, ενώ η οξεία και πλήρης απόφραξη, σε εμβολή του αυλού του αλλοιωμένου αρτηριακού κλάδου, συνήθως από κάποιο μικρό θρόμβο.

Τέτοιες αλλοιώσεις βρέθηκαν στο 91% τών καπνιστών 30-40 και άνω τσιγάρων την ημέρα, ενώ στους καπνιστές 20 τσιγάρων, το ποσοστό ήταν 40%. (8)

Από τους διάφορους παράγοντες κινδύνου που αναφέραμε, τρεις είναι οι σημαντικότεροι και αποτελούν τους κύριους ή μείζονες παράγοντες κινδύνου: το κάπνισμα, η υπέρταση και η υπερχοληστερολαιμία. Όταν υπάρχει ένας από τους τρεις παραπάνω παράγοντες, η πιθανότητα προσβολής από στεφανιαία νόσο διπλασιάζεται, ενώ όταν υπάρχουν πάνω από ένας, τότε ο σχετικός κίνδυνος γίνεται τέσσερις ή και περισσότερες φορές μεγαλύτερος. (25,29)

Το κάπνισμα σαν προδιαθεσική αιτία ανάπτυξης της στεφανιαίας νόσου, αποτελεί την σπουδαιότερη από τις γνωστές αιτίες και εάν ο καπνιστής διακόψει το κάπνισμα συμβάλλει σημαντικά στην τροποποίηση της προγνώσεως της νόσου καθώς και στην ελάττωση της νοσηρότητας και

θνησιμότητας. Η στεφανιαία νόσος στις Η.Π.Α το 1986 προκάλεσε 600.000 θανάτους και το 15,6% αυτών αποδίδονται μόνο στο κάπνισμα. Το 35% των θανάτων αυτών επέρχονται πριν την ηλικία των 65 ετών.

Υπάρχει σαφής συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζονται ημερησίως, του τρόπου καπνίσματος (βαθειές ρουφηξιές), της χρονικής διάρκειας του καπνίσματος (σε έτη) και της βαρύτητας της στεφανιαίας νόσου, ενώ ο συνδυασμός του καπνίσματος με άλλους παράγοντες κινδύνου αυξάνουν γεωμετρικά τον κίνδυνο από την στεφανιαία νόσο. Η θνησιμότητα το 1988 στις Η.Π.Α από καρδιαγγειακές νόσους ανήλθε στο 1.000.000 δηλαδή το 46% της συνολικής θνησιμότητας. Περίπου 200.000 θάνατοι προκλήθηκαν απευθείας από το κάπνισμα τσιγάρων. (16)

Άλλοι παράγοντες, εκτός του καπνίσματος, που συμβάλλουν στην αύξηση της συχνότητας της στεφανιαίας νόσου τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, είναι το πάχος και κυρίως η υπέρτασή, ο διαβήτης, οι υψηλές τιμές χοληστερίνης στον ορό του αίματος και η έλλειψη σωματικής άσκησης. (8,27,28)

Γενικά, ο μέσος όρος συχνότητας θανάτων από στεφανιαία νόσο μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών, έχει τη σχέση 3 προς 1 μέχρι 10 προς 1. (8)

Το 1983, η έκθεση του Γενικού Αρχιάτρου Υγείας των Η.Π.Α Everett Koop, αφορούσε αποκλειστικά τη σχέση καπνίσματος και στεφανιαίας νόσου.

Είναι ενδιαφέρον να αναφερθούν τα συμπεράσματα της έκθεσης εκείνης που βασίζεται σε στοιχεία από έρευνες που έγιναν σε 1 εκατομμύριο άτομα από 25 Πολιτείες της Αμερικής με την επίβλεψη της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρίας. Τα συμπεράσματα τονίζουν τα ακόλουθα σημεία.

- 1) Ότι το κάπνισμα είναι ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας κινδύνου στην ανάπτυξη της στεφανιαίας νόσου για τους άνδρες και τις γυναίκες.

- 2) Ότι ο κίνδυνος αυτός επηρεάζεται από διάφορες παραμέτρους, όπως είναι το βάθος της εισπνοής των καυσαερίων του καπνού, τα χρόνια και ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζει το άτομο την ημέρα.

Γενικά η θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο στους καπνιστές ενός πακέτου είναι 70% μεγαλύτερη απ'ότι στους μη καπνιστές και διπλασιάζεται και τριπλασιάζεται στα δύο και τρία πακέτα.

- 3) Ότι το κάπνισμα δρά συνεργικά με άλλους επίσης παράγοντες κινδύνου, όπως είναι κυρίως η υπερχοληστεριναιμία και η υπέρταση.
- 4) Ότι η διακοπή του καπνίσματος έχει ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση της θνησιμότητας από τη στεφανιαία νόσο.
- 5) Ότι το κάπνισμα τσιγάρων αυξάνει στο διπλάσιο και τετραπλάσιο τον κίνδυνο αιφνιδίου θανάτου σε σχέση με τους μη καπνιστές.
- 6) Ότι στοιχεία από πολλές προσδόκιμες έρευνες δείχνουν εκτός από τη στεφανιαία νόσο και αύξηση των εγκεφαλικών επεισοδίων.
- 7) Ότι γυναίκες καπνίστριες που χρησιμοποιούν και αντισυλληπτικά παρουσιάζουν 10πλάσια συχνότητα καρδιακών προσβολών, και
- 8) Ότι το κάπνισμα είναι ισχυρός προδιαθεσικός παράγοντας δημιουργίας περιφερικής αθηρωματικής αρτηριοσκλήρωσης. (8)

ΣΤΗΘΑΓΧΗ

Η στηθάγχη είναι ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από παροξυσμούς πόνου, που είναι αποτέλεσμα ανεπαρκούς αιματικής ροής και μυοκαρδιακής υποξίας. (28)

Ο πόνος επέρχεται μετά από έντονη προσπάθεια, κούραση, μετά από μεγάλο γεύμα ή από πρωϊνή έξοδο το χειμώνα και έκθεση σε κρύο ή μετά από έντονη συγκίνηση. Υποχωρεί ταχύτατα μετά τη διακοπή των παραπάνω δραστηριοτήτων. (17,28)

Ο πόνος της στηθάγχης εντοπίζεται πίσω από το μέσο ή άνω τρίτο του στέρνου (οπισθοστερνικά) βαθιά στο θώρακα. Συνήθως ακτινοβολεί στον λαιμό, την κάτω γνάθο, τους ώμους και τα άνω άκρα (συχνότερα αριστερά) και δημιουργεί αίσθημα σφιξίματος και πνιγμονής. Ο πόνος συνήθως διαρκεί μερικά λεπτά (1-5) και παρέρχεται μετά από ξεκούραση και λήψη νιτρογλυκερίνης. (23)

Τα συμπτώματα συνήθως επαναλαμβάνονται σε μικρά ή μεγάλα χρονικά διαστήματα και οφείλονται στην ανεπαρκή προσαγωγή αίματος και οξυγόνου στην περιοχή του αγγείου. (8)

Επί στηθάγχης η πρόγνωση θεωρείται

- α) καλή (ετήσια θνητότητα 2-3%) όταν στη στεφανιογραφία αποδειχθεί οργανική βλάβη μιας αρτηρίας (νόσος 1 αγγείου),
- β) μέτρια (θνητότητα 7-9%) σε βλάβη δυο αρτηριών και
- γ) κακή (θνητότητα 11-14%) σε βλάβη τριών αρτηριών (νόσος 3 αγγείων). (34)

Η σχέση της στηθάγχης με το κάπνισμα δεν έχει τεκμηριωθεί ακόμη, αλλά πιστεύεται ότι σε ασθενείς που ήδη πάσχουν, το κάπνισμα προκαλεί επιδείνωση. (10,56)

### ΕΜΦΡΑΓΜΑ

Έμφραγμα είναι η νέκρωση ενός τμήματος του ενεργού ιστού της καρδιάς που λέγεται μυοκάρδιο. Νέκρωση σημαίνει ότι τα μυοκαρδιακά κύτταρα αυτού του τμήματος καταστρέφονται πλήρως και αντικαθίστανται από ανενεργό ιστό, το συνδετικό, ο οποίος καλύπτει το νεκρωμένο τμήμα. Η νέκρωση αυτή είναι μοιραία συνέπεια, γιατί εκείνο το τμήμα του μυοκαρδίου παύει να δέχεται αίμα (οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά) αφού έφραξε η στεφανιαία αρτηρία που το τροφοδοτούσε. (17)

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου εκδηλώνεται με οξύ πόνο στο κέντρο του στήθους που απλώνεται προς τα αριστερά ή και δεξιά, με ιδρώτα, ανησυχία και δύσπνοια. (8,17)

Η πλειοψηφία των εμφραγμάτων αφορά άτομα πάνω από 40 χρονών, ενώ οι περιπτώσεις αυξάνονται μεταξύ 50 έως 70 ετών. Μετά τα 70 χρόνια το έμφραγμα συνεχίζει να υπάρχει αλλά φαίνεται ότι μειώνεται αριθμητικά για τον απλό λόγο ότι τα άτομα 70 και πλέον ετών στο γενικό πληθυσμό δεν ξεπερνούν το 7% περίπου.

Κατά μέσο όρο, σε κάθε 100 περιστατικά εμφράγματος, τα 70 έως 80 αφορούν άνδρες και τα 20 έως 30 γυναίκες. Οι γυναίκες είναι ουσιαστικά «άνοσες» πριν τα 40 τους χρόνια και σχετικά «άνοσες» μέχρι τα 50 τους.

Οι παράγοντες που πιστεύεται πως παίζουν σπουδαίο ρόλο στην εμφάνιση του εμφράγματος είναι:

- Το κάπνισμα, σε οποιαδήποτε ποσότητα και ιδιαίτερα πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα. Αυτός ο παράγοντας είναι ο ισχυρότερος, τουλάχιστον μέχρι τα 65 χρόνια, για την πρόκληση εμφράγματος.

Έχει υπολογιστεί από επίσημα στοιχεία, ότι αν ένας πληθυσμός έπαυε να καπνίζει θα γλίτωνε από το 56% όλων των εμφραγμάτων και βέβαια από τους θανάτους που συνεπάγονται.

Το κάπνισμα είναι ο μόνος παράγοντας, από τον οποίο αν απαλλαγεί το συγκεκριμένο άτομο (δηλαδή αν σταματήσει το κάπνισμα) έχει αποδειχθεί ότι πολύ σύντομα γλιτώνει και από τους τεράστιους κινδύνους πρόκλησης εμφράγματος.

Αυτό όμως συμβαίνει μόνο από το σταμάτημα του τσιγάρου και όχι από τη μείωσή του, ούτε από άλλου είδους αυταπάτες. (17)

Έχει υπολογιστεί ότι ένας καπνιστής, ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων και τα χρόνια που καπνίζει, έχει 2-3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθει έμφραγμα από έναν μη καπνιστή. Ο κίνδυνος μειώνεται προοδευτικά σ' εκείνους που διακόπτουν το κάπνισμα, ενώ είναι μικρότερος στους καπνιστές τσιγάρων χαμηλής περιεκτικότητας σε νικοτίνη. (10)

Σε γυναίκες που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά και ταυτόχρονα καπνίζουν 1-15 τσιγάρα τετραπλασιάζεται ο κίνδυνος εμφοράγματος, 14/πλασιάζεται στα 20-30 τσιγάρα την ημέρα και 20/πλασιάζεται στα 30 και άνω (πιθανόν λόγω της συνεργικής δράσεως των δύο παραγόντων). (8,10,17,18,22)

Με τη σύγχρονη «επιδημία» του καπνίσματος από όλο και νεότερα άτομα - και των δυο φύλων - στη χώρα μας, φοβόμαστε πολύ, ότι στα προσεχή χρόνια το έμφραγμα θα παύσει να είναι σπάνιο στους 20ρηδες και τους 30ρηδες, άνδρες και γυναίκες. Άλλωστε οι σχετικές ενδείξεις από τις Η.Π.Α είναι πολύ ανησυχητικές.

Άλλοι παράγοντες που παίζουν ρόλο στην εμφάνιση εμφράγματος εκτός από το κάπνισμα είναι η κληρονομικότητα, ο διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία, η παχυσαρκία, η απουσία μυϊκής ασκήσεως, το αυξημένο ουρικό οξύ στο αίμα και ο καφές. (17)



ΑΡΤΗΡΙΟΣΚΛΗΡΥΝΣΗ

Αρτηριοσκλήρυνση είναι η απώλεια της ελαστικότητας και η σκλήρυνση της μέσης στιβάδας του τοιχώματος της αρτηρίας που οφείλεται σε εναπόθεση ασβεστίου. (28)

Οι αρτηρίες στη φυσιολογική τους κατάσταση είναι σφριγηλές, δηλαδή προσφέρουν αντίσταση στη δίοδο του αίματος, αλλά παράλληλα είναι και ελαστικές, δηλαδή επιδέχονται άνετα τις αυξήσεις της ποσότητάς του, χωρίς υπερβολικές αυξήσεις της πίεσεως μέσα σε αυτές.

Παθολογικές επεξεργασίες που αφορούν το αρτηριακό τοίχωμα - και ιδιαίτερα τις εσωτερικές του στοιβάδες, οδηγούν στην εμφάνιση διογκώσεων της εσωτερικής επιφάνειας του αυλού, δηλαδή των αθηρωμάτων. Τα αθηρώματα αποτελούνται από νεκρωμένα κυτταρικά στοιχεία, λιποπρωτεΐνες, άλατα ασβεστίου και ενδεχόμενα από μικροπήγματα αίματος. (17)

Το κάπνισμα αυξάνει τα ελεύθερα λιπαρά οξέα και την χοληστερόλη του αίματος που είναι ο πρόδρομος της αρτηριοσκλήρωσης. Η νικοτίνη ασκεί μια τεράστια συσφυγκτική επίδραση πάνω στα αιμοφόρα αγγεία εμποδίζοντας έτσι την κανονική κυκλοφορία του αίματος. (24,30)

Η εξέλιξη των βλαβών επιταχύνεται και ενδεχόμενα μπορεί να καταστεί κεραυνοβόλα με τη τοπική πρόκληση θρομβώσεως. (17)

Η αρτηριοσκλήρυνση προσβάλλει τα αγγεία διαφόρων μερών του σώματος, καρδιάς, εγκεφάλου, άκρων. (28)

Η έναρξη της αρτηριοσκλήρυνσης γίνεται την πρώτη 10ετία της ζωής, αλλά επιταχύνεται κατά τη δεύτερη 10ετία παρουσία γνωστών παραγόντων κινδύνου όπως κάπνισμα που αναφέραμε, ηλικία, φύλο, συγκινησιακή ένταση και φυσική υποδραστηριότητα. (16)

### ΠΟΣΟ ΩΦΕΛΕΙ Η ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Πολυάριθμες επιδημιολογικές μελέτες βεβαιώνουν, ότι η διακοπή του τσιγάρου μειώνει την πιθανότητα νέου επεισοδίου από τις στεφανιαίες αρτηρίες. Η διακοπή του καπνίσματος έχει ευεργετικά αποτελέσματα και σαν συνέπεια την μείωση του κινδύνου θανάτου από στεφανιαία νόσο. Υπολογίζεται ότι ο κίνδυνος για θανατηφόρο στεφανιαίο επεισόδιο ελαττώνεται κατά 50% τον πρώτο χρόνο μετά την διακοπή, αλλά πλησιάζει τα επίπεδα ενός μη καπνιστή μετά από 10 έτη ή και περισσότερα.

Η μελέτη Framingham Heart study διαπίστωσε ελάττωση κατά 20% των καρδιακών επεισοδίων 2 έτη μετά την διακοπή του καπνίσματος στους ελαφρείς καπνιστές (10 τσιγάρα την ημέρα) και σχεδόν 60% στους βαρύτερους καπνιστές (40 τσιγάρα την ημέρα).

Η πιθανότητα θανάτου από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι 22 φορές μεγαλύτερη στους καπνιστές σε σύγκριση με εκείνους που έχουν διακόψει το κάπνισμα. Η επιβίωση των εμφραγματικών ασθενών που διέκοψαν το κάπνισμα είναι μεγαλύτερη από την επιβίωση εκείνων που συνεχίζουν να καπνίζουν.

Με την διακοπή του καπνίσματος επιτυγχάνουμε ευεργετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση των καρδιακών αρρυθμιών και των περιφερικών αγγειακών παθήσεων αρτηριοσκληρωτικής αιτιολογίας.

Στις Η.Π.Α περίπου 400.000 ενήλικες παθαίνουν εγκεφαλικό επεισόδιο ετησίως και το 50-55% μπορεί να αποδοθεί άμεσα στο κάπνισμα τσιγάρων.

Στη μελέτη Framingham ο κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου και η θνησιμότητα εξ αυτού μειώθηκαν εντός δύο ετών από τη διακοπή του καπνίσματος και μετά 5-10 έτη φθάνουν στο επίπεδο των μη καπνιστών. (16)

### 3.1.2 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΕΣ

Το Υδροκυάνιο, η Ακρολεΐνη, οι Φαινόλες, τα οξείδια του Αζώτου κ.α. που εισπνεόμενα με τα καυσαέρια του καπνού, ερεθίζουν τον βλεννογόνο των βρόγχων και προκαλούν χρόνιες πνευμονοπάθειες, όπως είναι: η χρόνια βρογχίτιδα και το αποφρακτικό εμφύσημα. (8)

ΧΡΟΝΙΑ ΒΡΟΓΧΙΤΙΔΑ

Ο ορισμός είναι κυρίως κλινικός. Μιλάμε για χρόνια βρογχίτιδα όταν κάποιο άτομο παρουσιάζει βήχα και απόχρεμψη επί τρεις τουλάχιστον μήνες το έτος για δύο τουλάχιστον έτη, απουσία άλλου νοσήματος που τα προκαλεί. Κατά παθολογοφυσιολογικό ορισμό, χρόνια βρογχίτιδα είναι η παθολογική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από χρόνια και υπερβολική έκκριση βλέννης απ' το βρογχικό δένδρο. Το χαρακτηριστικό παθολογοανατομικό εύρημα είναι η υπετροφία των βλενογονών αδενων του βρογχικού τοιχώματος, οι οποίοι εκκρίνουν μεγάλη ποσότητα βλέννης. (27)

Οι κυριότεροι αιτιολογικοί παράγοντες είναι το κάπνισμα, η ατμοσφαιρική ρύπανση και οι λοιμώξεις του αναπνευστικού. (32,34)

Υπάρχει στενότερη σχέση καπνίσματος και χρόνιας βρογχίτιδας, ώστε σχεδόν κάθε χρόνιος καπνιστής να θεωρείται και χρόνιος βρογχιτικός. Όσο γίνεται μεγαλύτερη κατανάλωση καπνού τόσο η βαρύτητα της πάθησης είναι μεγαλύτερη.

Η τελευταίως παρατηρούμενη αύξηση της χρόνιας βρογχίτιδας και στις γυναίκες, αποδίδεται στη συνεχή αύξηση του καπνίσματος μεταξύ των γυναικών ενώ παλιότερα δεν ήταν σ' αυτές πολύ διαδεδομένο.

Σχετικά με τις συνέπειες του καπνού πρέπει να αναφερθεί ότι αυτός αναστέλλει την κινητικότητα του κροσσώτου επιθηλίου των βρόγχων και την αντιμικροβιακή ικανότητα των μακροφάγων κυττάρων στις κυψελίδες, πέραν από την καρκινογόνο δράση του.

Όταν στο κάπνισμα προστεθεί και η ρύπανση της ατμόσφαιρας, αυξάνει η συχνότητα και η βαρύτητα της παθήσεως. (34)

ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟ ΕΜΦΥΣΗΜΑ

Τόσο ο βήχας όσο και η στένωση των μικρών βρόγχων, οδηγούν στο αποφρακτικό εμφύσημα, το οποίο χαρακτηρίζεται από προοδευτική διάταση των τελικών απολήξεων των βρόγχων (βρογχολίων) και λέπτυνση του τοιχώματος των πνευμονικών κυψελίδων, οι οποίες επειδή χάνουν την ελαστικότητά τους και δεν μπορούν να βγάλουν όλο τον αέρα κατά την εκπνοή, διατείνονται.

Η διάταση και λέπτυνση αυτή του τοιχώματος των κυψελίδων που δεν είναι αναστρέψιμες, επηρεάζουν την ανταλλαγή των αερίων και αυξάνουν την αναπνευστική δυσχέρεια η οποία στην αρχή αντιμετωπίζεται με μικρές και γρήγορες αναπνοές.

Όταν από τη στένωση των βρογχιολίων η διάταση των κυψελίδων με το χρόνο αυξηθεί ακόμα περισσότερο, είναι δυνατόν να σπάσει το τοίχωμα γειτονικών κυψελίδων, οι χώροι τους να ενωθούν και να σχηματίσουν μεγαλύτερες φυσαλίδες, το λεγόμενο φυσαλιδώδες εμφύσημα που περιορίζει ακόμα περισσότερο την αναπνευστική επιφάνεια των πνευμόνων, την ανταλλαγή των αερίων και την οξυγόνωση του αίματος.

Τα συμπτώματα όμως αυτά δεν περιορίζονται μόνο στον πνεύμονα. Έχουν αντίκτυπο και στην καρδιά η οποία δυσκολεύεται να στείλει και να κυκλοφορήσει το αίμα στους πνεύμονες και τούτο γιατί οι διασταλμένες κυψελίδες πιέζουν τα τριχοειδή αγγειακά πλέγματα που βρίσκονται γύρω από τα λεπτά τους τοιχώματα και αυξάνουν τις αντιστάσεις στην κυκλοφορία του αίματος.

Έτσι, σιγά-σιγά η καρδιά κουράζεται, με αποτέλεσμα η καρδιακή ανεπάρκεια, τη στάση του αίματος του πνεύμονα και τη καρδιοπνευμονική συμφόρηση, που τελικά οδηγεί στο θάνατο.

Ο συνδυασμός αυτός της χρόνιας βρογχίτιδας και του αποφρακτικού εμφυσήματος από το κάπνισμα, έχει μεγαλύτερη θνησιμότητα και απ' αυτόν τούτο τον καρκίνο του πνεύμονα. (8)

3.1.3 ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ  
ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Το βρογχικό άσθμα είναι χρόνια αποφρακτικού τύπου πνευμονοπάθεια που χαρακτηρίζεται από εκτεταμένη και διάχυτη στένωση των αεραγωγών οδών σαν συνέπεια υπερβολικής απαντήσεως σε ποικίλα ερεθίσματα. (34)

Υπολογίζεται ότι το 3% του πληθυσμού πάσχει από άσθμα. Οι μισοί από τους πάσχοντες είναι παιδιά κάτω των 10 χρόνων στα περισσότερα από τα οποία η έναρξη γίνεται στην πρώτη πενταετία της ζωής.

Γενικώς η πάθηση προσβάλλει εξίσου και τα δύο φύλα, αλλά στα παιδιά υπερέχουν τα αγόρια έναντι των κοριτσιών ( 2 φορές συχνότερα στα αγόρια). (24,34,38,39)

Η πανελλήνια μέση συχνότητα του βρογχικού άσθματος σε παιδιά 8 ετών μελετήθηκε από τους Τσανάκα και συν. και βρέθηκε 7,3% το 1990. Προηγούμενη μελέτη που έγινε το '77-'78 στην περιοχή της Πάτρας σε παιδιά της ίδιας ηλικίας έδειξε ότι ο επιπολασμός ήταν 1,49%. Όταν όμως η μελέτη επαναλήφθηκε με την ίδια μεθοδολογία 14 χρόνια αργότερα, ο επιπολασμός βρέθηκε να είναι 4,59%. Όπως αναφερθήκαμε παραπάνω, αύξηση του επιπολασμού έχει παρατηρηθεί στις περισσότερες χώρες και ειδικότερα για τα παιδιά της Αυστραλίας ηλικίας 0-14 ετών. Σε μελέτη που έγινε στην Αγγλία και Ουαλία έδειξε ότι υπήρξε αύξηση της συχνότητας της νόσου από το 1970 στο 1981 από 1,16% σε 2,05% στους άνδρες και από 0,88% σε 1,59% στις γυναίκες. Παρόμοια αποτελέσματα δημοσιεύθηκαν σε πρόσφατη μελέτη, η οποία έδειξε σημαντική αύξηση του επιπολασμού από το 1964 έως το 1983, κυρίως στα παιδιά και τους έφηβους στις Η.Π.Α. (40)

Η πρόγνωση του παιδικού άσθματος είναι καλή. Από τα παιδιά με βρογχικό άσθμα πριν την ηλικία των 14 ετών, 30% μόνο πάσχουν από τη νόσο μετά από 20ετία, 50% έχουν τελειώς απαλλαγεί, ενώ οι υπόλοιποι πρέπει να λαμβάνουν μέτρα προφύλαξης από τα αίτια του άσθματος. Η θνητότητα των ασθματικών

είναι μικρή. Έχει υπολογισθεί ότι 2% των ασθματικών πεθαίνουν από το άσθμα εντός 20 ετών, άρα η θνητότητα της νόσου είναι 0,1% κατά έτος. (27,34)

Οι Martin και συν. παρακολούθησαν 331 παιδιά από την ηλικία των 7 χρόνων μέχρι την ηλικία των 21 χρόνων. Όλα τα παιδιά είχαν συμπτώματα κατά την διάρκεια των προηγούμενων 2 χρόνων. Τα παιδιά με πολύ ήπιο άσθμα έγιναν ασυμπτωματικά στην εφηβεία (10-16 χρόνων). Μέχρι την ηλικία των 21 τα 55% ήταν ακόμη ασυμπτωματικά ενώ τα 45% είχαν αραιά επεισόδια συρίττους και αναπνοής. Από τα παιδιά με σοβαρό άσθμα στην ηλικία των 7 χρόνων μόνο 20% έγιναν ασυμπτωματικά στην εφηβεία και παρέμειναν ασυμπτωματικά στα 21 χρόνια. Από τα 80% με επίμονα συμπτώματα κατά τη διάρκεια της εφηβείας τα 75% βελτιώθηκαν σημαντικά μέχρι την ηλικία των 21 χρόνων. (40)

Πολλοί παράγοντες ενοχοποιούνται για την εμφάνιση του βρογχικού άσθματος (αλλεργία, λοίμωξη, ψυχολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, υπερδραστηριότητα του παρασυμπαθητικού κ.α.) αλλά σημαντικός ρόλος αποδίδεται στην κληρονομική προδιάθεση. Έτσι δικαιολογείται η ύπαρξη άσθματος ή άλλων αλλεργικών καταστάσεων (έκζεμα, αγγειοκινητική ρινίτιδα) στους στενούς συγγενείς των πασχόντων (γονείς, αδέρφια κ.λ.π.) ή ακόμη και στους ίδιους, ταυτόχρονα ή σε άλλη φάση της ζωής τους. (34,38,39)

Επίσης διάφοροι επιπρόσθετοι παράγοντες όπως συγκινησιακοί, κάπνισμα, ρύπανση αέρα, αλλαγές θερμοκρασίας και υγρασίας, επαγγελματικές συνθήκες, σωματική κόπωση κ.α. κάνουν συχνότερες και βαρύτερες τις κρίσεις. (34)

Ορισμένοι από τους παράγοντες που θεωρούνται υπεύθυνοι για την πρόκληση ασθματικής κρίσης αναφέρονται παρακάτω:

- Τα αλλεργιογόνα. Άτομα με ιστορικό αλλεργικής προδιάθεσης εμφανίζουν με μία μεγαλύτερη συχνότητα άσθμα. Σπουδαιότερα αλλεργιογόνα είναι οι γύρεις λουλουδιών ή δέντρων, η σκόνη του σπιτιού και το τρίχωμα και οι απεκκρίσεις ζώων (γάτας, πουλιών).

- *Το κάπνισμα.* Αποτελεί σοβαρό υπεύθυνο παράγοντα και απαγορεύεται στο περιβάλλον των παιδιών. Μια έρευνα στην Αγγλία έδειξε ότι ο καπνός του τσιγάρου ενοχοποιείται ως ικανός να προκαλέσει ασθματική κρίση στο 83% των ασθματικών. Είναι πλέον βέβαιο ότι το κάπνισμα της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη ή κάποιου από τους γονείς στο σπίτι κατά τα πρώτα χρόνια ζωής του παιδιού θεωρείται υπεύθυνο για την εκδήλωση αλλεργίας και βρογχικού άσθματος σε μια μεγάλη ομάδα παιδιών. Οι γονείς των παιδιών με άσθμα δεν πρέπει να καπνίζουν γιατί βλάπτουν το παιδί τους.
- *Οι λοιμώξεις.* Οι αναπνευστικές λοιμώξεις αποτελούν συχνή αιτία ασθματικών κρίσεων συνήθως σε παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών.
- *Η άσκηση.* Σε μερικά παιδιά η άσκηση μπορεί να αποτελέσει τη μοναδική αφορμή για την εκδήλωση συμπτωμάτων. Η άσκηση όμως δεν απαγορεύεται, θα πρέπει όμως να λάβει πρώτα κάποια μέτρα προφύλαξης.
- *Τα φάρμακα.* Ασθματική κρίση μπορεί επίσης να παρουσιαστεί μετά τη λήψη ορισμένων φαρμάκων όπως π.χ. πενικιλλίνης κ.α. Αν είναι δυνατό πρέπει να αποφεύγονται ή να περιορίζονται οι παραπάνω παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν κρίση άσθματος. (38)



### 3.1.4 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Πεπτικό έλκος καλείται η περιγεγραμμένη απώλεια ιστού(που αφορά βλεννογόνο,υποβλεννογόνο και μυϊκό χιτώνα) που δημιουργείται στα τμήματα εκείνα (του πεπτικού σωλήνα) που έρχονται σε επαφή με γαστρική έκκριση.Παρουσιάζεται κυρίως στο βολβό του δωδεκαδακτύλου και στο στομάχι.Σπανιότερα εντοπίζεται σε άλλες θέσεις που βρίσκονται σε επαφή με το γαστρικό υγρό.

Αν και το έλκος θεωρείται σημαντικό πρόβλημα υγείας στο γενικό πληθυσμό,μεγαλύτερη επίπτωση έχει στις ηλικίες 20-50 χρόνων και κυρίως στους άνδρες έναντι των γυναικών. (34)

Η αιτιολογία της νόσου είναι προς το παρόν άγνωστη,ενώ προδιαθεσικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται για τη δημιουργία έλκους είναι:

1. Η κληρονομικότητα
2. Χρόνιες φλεγμονές
3. Το κάπνισμα
4. Επαγγελματική απασχόληση
5. Διατροφή
6. Συγκινησιακές καταστάσεις
7. *Cambylobacter pylori* (33)

Ο καπνός εξασθενεί και αναστέλλει ως ένα βαθμό τις λειτουργίες του πεπτικού συστήματος και επιφέρει κακή θρέψη λόγω ανορεξίας.Γενικά αντιστρατεύεται τις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού μειώνοντας τις αμυντικές δυνάμεις του. (16)

Επιστήμονες λένε ότι ο καρκίνος του στομάχου που πιθανόν να φανεί στην αρχή σαν έλκος,προσβάλλει τους καπνιστές δύο φορές συχνότερα απ'ό,τι τους μη καπνιστές. (30)

3.1.5 ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΓΟΝΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Μεταξύ των ανεπτυγμένων χωρών της Δ.Ευρώπης και της Β.Αμερικής συγκριτικά η Ελλάδα γενικά έχει μικρότερο ποσοστό σε κακοήθεις νεοπλασίες, με αποτέλεσμα η νεοπλασματική θνησιμότητα να είναι μικρότερη τόσο για τους άνδρες (140), όσο και για τις γυναίκες (80), ενώ οι αντίστοιχες τιμές για την Αγγλία είναι 190 και 123. Αυτή η διαπίστωση για την χώρα μας μπορεί να είναι πραγματική, αλλά υπάρχει και η πιθανότητα να είναι σε κάποιο βαθμό πλασματική, λόγω διαγνωστικών ελλείψεων και σφαλμάτων ταξινόμησης, με αποτέλεσμα την υποεκτίμηση της ειδικής κατά αιτία θνησιμότητας.

Προσβάλλουν όλες τις ηλικίες, περισσότερο όμως την μέση και την τρίτη ηλικία και λιγότερο τους νέους και τα παιδιά.

Σε όλη την Ελλάδα οι καρκινοπαθείς το έτος 1980 ήταν 37.418, το 1982 αυξήθηκαν σε 41.772 και το 1991 οι νέες περιπτώσεις με καρκίνο έφθασαν τις 25.000 και από αυτούς 55% ήταν άνδρες και 45% γυναίκες. Το σύνολο των θανάτων από τα νεοπλάσματα στην Ελλάδα για το έτος 1982 φθάνει το 19,4% του συνόλου όλων των θανάτων.

Με τις συνθήκες που επικρατούν στις αναπτυγμένες χώρες του κόσμου αναμένεται το 1/4 του γενικού πληθυσμού να προσβληθεί από κακοήθη νεοπλασία και απ' αυτούς το 1/7 αναμένεται να πεθάνει. (25)

Οι καρκινογόνοι παράγοντες μπορούν να ταξινομηθούν με πολλούς τρόπους. Η παρακάτω διάκριση είναι σχηματική και αυθαίρετη, αλλά εξυπηρετεί την οργάνωση των προληπτικών μέτρων.

– επαγγελματικοί καρκινογόνοι παράγοντες.

Διακρίνονται σε χημικούς και φυσικούς.

– ιατρογενείς καρκινογόνοι παράγοντες.

Διακρίνονται σε ιονίζουσες ακτινοβολίες, αλκυλιούντες παράγοντες, ορμονικές ουσίες, ανοσοκατασταλτικούς παράγοντες κ.α.

- γενικοί καρκινογόνοι παράγοντες.

α) Ακτινοβολίες. Ευθύνονται για λευχαιμίες και καρκίνους δέρματος.

β) Διατροφή. Ευθύνεται κυρίως για κακοήθεις νεοπλασίες του οισοφάγου, του στομάχου, του παχέος εντέρου, του μαστού και του ενδομητρίου.

γ) Οιοπνευματώδη και καφές. Η κατάχρηση οιοπνευματωδών ποτών συσχετίζεται με τους καρκίνους της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου, ενώ η υπερκατανάλωση καφέ συσχετίζεται ίσως με τον καρκίνο της ουροδόχου κύστεως.

δ) Κάπνισμα και ατμοσφαιρική ρύπανση. Το κάπνισμα αποτελεί το σημαντικότερο γνωστό καρκινογόνο παράγοντα. Συσχετίζεται έντονα με τους καρκίνους της στοματικής κοιλότητας, του λάρυγγα, του οισοφάγου, του πνεύμονα, του στομάχου, του παγκρέατος, της ουροδόχου κύστεως και του τραχήλου της μήτρας. Υπάρχουν ενδείξεις ότι ακόμη και το ακούσιο («παθητικό») κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του πνεύμονα.

ε) Λοιμώδεις παράγοντες. Είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο ότι ορισμένοι ιοί μπορεί να οδηγήσουν σε καρκίνο στον άνθρωπο. (10,25)

Εκτός όμως από τους παράγοντες που αναφέραμε, είναι γνωστό ότι και γενετικοί παράγοντες συμβάλλουν στην καρκινογένεση.

Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι στις περισσότερες νεοπλασίες με το χρόνο διαπιστώνεται μια τάση αύξησης της επίπτωσής τους. (25)

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Ο καρκίνος του στόματος καλύπτει το 5% της συχνότητας του καρκίνου στις αναπτυγμένες χώρες. Η σχέση ανδρών προς γυναίκες είναι 5:1. Σαφείς αιτιολογικοί παράγοντες δεν υπάρχουν. Προδιαθεσικοί παράγοντες ενοχοποιούνται το κάπνισμα, το αλκοόλ, οι χρόνιαι ερεθισμοί από κατεστραμμένα δόντια, ανώμαλες οδοντοστοιχίες, κακή υγιεινή κ.α. (33)

Ο φημισμένος ιατρός A. OCHSNER λέει ότι «ο καρκίνος του στόματος αναπτύσσεται κυρίως από τα πούρα και τις πίπες. Είναι δυνατόν όμως να παραχθεί και από τα τσιγάρα. Το μόνο καλό με τον καρκίνο του στόματος είναι ότι μπορεί να επισημανθεί εγκαίρως.

Πολλές φορές επισημαίνονται προκαρκινικά συμπτώματα. Αν ο καπνιστής παύσει το κάπνισμα τότε, πολλές φορές είναι δυνατόν να αποφευχθεί ο καρκίνος». (30)

Ο καρκίνος του στόματος συνήθως δίνει μεταστάσεις στους λεμφαδένες του τραχήλου και εκδηλώνεται με την παρουσία όγκου, αιμορραγίας, διήθησις, δέρματος, καιτάγματος κάτω γνάθου.

Η πρόληψη συνίσταται στην έγκαιρη αντιμετώπιση των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων όπως διόρθωση οδοντοστοιχίας κ.α. (33)

Ο προσβληθείς από καρκίνο του στόματος θα αναγκασθεί να χάσει μέρος της γλώσσας του ή μέρος της σιαγόνας του ή και μέρος του λάρυγγά του. (30)

Κλινικές μορφές είναι:

1. *Καρκίνος χειλέων.* Συνήθως προσβάλλεται το κάτω χείλος. Η σχέση ανδρών - γυναικών είναι 10:1. Προδιαθεσικοί παράγοντες θεωρούνται ο καπνός και η ηλιακή ακτινοβολία.
2. *Καρκίνος της γλώσσας.* Συνήθως εμφανίζεται σε υπερήλικες με σχέση ανδρών - γυναικών 10:1. Ο πόνος, η δυσφαγία, η δυσαρθρία, η κακοσμία είναι τα κύρια συμπτώματα.
3. *Καρκίνος των ούλων.* Εμφανίζεται στις πλάγιες και οπίσθιες περιοχές των ούλων. (33)

### ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΛΑΡΥΓΓΑ

Αποτελεί στατιστικά το 2% περίπου όλων των καρκίνων του ανθρώπινου σώματος. Η ανάλυση των στατιστικών δεδομένων οδηγεί στο αναμφισβήτητο συμπέρασμα ότι προσβάλλει πολύ συχνότερα τους καπνιστές, από τους μη καπνιστές. Είναι πέρα από κάθε αμφιβολία ότι ο χρόνιος χημικός, θερμικός και μηχανικός ερεθισμός στον οποίο υποβάλλει καθημερινά ο καπνιστής τον λάρυγγά του αποτελεί τον υπ' αριθμό 1 προδιαθεσικό παράγοντα για την ανάπτυξη καρκίνου λάρυγγα.

Η κλινική εικόνα του καρκίνου του λάρυγγα περιλαμβάνει το βράγχος φωνής, το αίσθημα ξένου σώματος στον φάρυγγα, τη δυσκαταποσία, τη δύσσομη απόπνοια, την αντανακλαστική ωταλγία και τέλος, σε προχωρημένες περιπτώσεις τη δύσπνοια και τις πλαγιотραχηλικές διογκώσεις λόγω των μεταστάσεων στους τραχηλικούς λεμφαδένες (41). Αξίζει εδώ να τονισθεί ότι το βράγχος της φωνής μπορεί να είναι ένα σύνηθες και καθημερινό ενόχλημα για όλους μας αλλά το παρατεινόμενο πέραν των 2 εβδομάδων βράγχος της φωνής (29,35,41) είναι κάτι το οποίο μόνο ο ειδικός ωτορινολαρυγγολόγος μπορεί να εκτιμήσει και να αξιολογήσει σωστά αντιμετωπίζοντάς το στη συνέχεια θεραπευτικά. Δεν σημαίνει πάντοτε ότι όποιος παρουσιάζει παρατεινόμενο πέρα των 15 ημερών βράγχος φωνής έχει υποχρεωτικά καρκίνο του λάρυγγα. Βέβαιο όμως είναι ότι έχει κάτι το οποίο μόνο ο ειδικός μπορεί να διαγνώσει, να εκτιμήσει και να θεραπεύσει σωστά.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του λάρυγγα ανάλογα με την εντόπιση και την έκταση της βλάβης μπορεί να είναι είτε η ακτινοθεραπεία είτε η χειρουργική θεραπεία, είτε συνδυασμός και των δύο. Η χειρουργική θεραπεία διακρίνεται σε μερική ή ολική λαρυγγεκτομή (41).

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Η συχνότητα του καρκίνου του οισοφάγου στις Η.Π.Α είναι 5 - 7 ασθενείς στα 100.000 άτομα. Η συχνότητα είναι ιδιαίτερα αυξημένη στη Νότια Αφρική, Ινδία, Κίνα, Ιαπωνία, Κεϋλάνη (27,33,34).

Ο καρκίνος του οισοφάγου παρουσιάζεται συχνότερα στον άνδρα και συνήθως μετά την ηλικία των 50 ετών (24,27,34). Η σχέση ανδρών - γυναικών είναι 4:1. Είναι συχνότερος στους καπνιστές και σε αυτούς που καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά, μπαχαρικά και θερμά ποτά. (27,33,34)

Τα πρώτα συμπτώματα είναι οπισθοστερνικό αίσθημα πληρώσεως, καύσου και βάρους, (24,33) δυσκαταποσία, αναγωγή του γαστρικού περιεχομένου (που εκλαμβάνεται ως έμετος). Δυσφαγία σε μεγάλη ηλικία είναι ύποπτη για καρκίνο οισοφάγου (33). Αρχικά η δυσφαγία αφορά την στερεά τροφή αλλά βαθμιαία επιδεινώνεται μέχρι σημείου ούτε το σάλιο δεν μπορεί να καταποθεί από τον άρρωστο και η λήψη νερού ακόμη είναι προβληματική. Συνυπάρχει από τα αρχικά στάδια πόνος που αργότερα γίνεται συνεχής και ανεξάρτητα από τροφή. Επίσης υπάρχει μεγάλη απώλεια βάρους και μερικές φορές βήχας, δυσφωνία και αιμόφυρτα πτύελα. (27,34)

Το καρκίνωμα του οισοφάγου παρουσιάζεται σε οποιαδήποτε περιοχή του οισοφάγου. Τα 50% των καρκινωμάτων του οισοφάγου προέρχονται από το μέσο τρίτο, τα 30% από το κάτω τρίτο και τα υπόλοιπα από το άνω τρίτο του οισοφάγου. (27)

Έχει πολύ πτωχή πρόγνωση. Η μέση επιβίωση είναι 5 μήνες από τη στιγμή της διαγνώσεως, ενώ η πενταετής επιβίωση είναι 5%, ανεξάρτητα από θεραπεία (εγχείρηση ή ακτινοθεραπεία). (10,27,34)

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΦΩΝΗΤΙΚΩΝ ΧΟΡΔΩΝ

Με τον όρο αυτό χαρακτηρίζονται μικρά μορφώματα μεγέθους περίπου κεφαλής καρφίτσας τα οποία αναπτύσσονται στο χείλος της μιας συνήθως ή και των δύο φωνητικών χορδών. Η έντονη φωνητική προσπάθεια και η φωνητική κατάχρηση όπως π.χ. σε τραγουδιστές, ηθοποιούς, εκπαιδευτικούς κ.α. και ο χρόνιος ερεθισμός του λάρυγγα λόγω του καπνίσματος αποτελούν τις κυριότερες αιτίες δημιουργίας οζιδίων στον λάρυγγα.

Η κλινική εικόνα της νόσου περιλαμβάνει την εύκολη φωνητική κόπωση, το «σπάσιμο», κατ' αρχάς της φωνής στους υψηλούς τόνους και τέλος το βράγχος φωνής.

Θεραπευτικά συστήνεται φωνητική ανάπαυση, διακοπή του καπνίσματος, ασκήσεις ορθοφωνίας και τέλος χειρουργική αφαίρεση των οζιδίων αν αυτό κριθεί αναγκαίο. (41)

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Στις αρχές του 20ου αιώνα ο καρκίνος του πνεύμονα σπάνια αναφερόταν στα πιστοποιητικά θανάτου.

Μέσα σε 10 χρόνια οι θάνατοι διπλασιάστηκαν και σήμερα ο καρκίνος αυτός είναι ο συχνότερος από όλους τους άλλους καρκίνους και η πρώτη αιτία θανάτου. (8)

Κάθε χρόνο στην Ελλάδα περισσότερα από 3.000 άτομα προσβάλλονται από καρκίνο του πνεύμονα. Η νόσος είναι πολύ συχνότερη στους άνδρες παρά στις γυναίκες, συχνότερη στις αστικές παρά στις αγροτικές περιοχές και συχνότερη στις χαμηλότερες οικονομικο-κοινωνικές τάξεις. Η συχνότητα της νόσου αυξάνεται με ραγδαίο ρυθμό, 2% κάθε χρόνο. (10,25) Όμως τα τελευταία χρόνια η σχέση προσβολής ανδρών-γυναικών από 8:1 πριν 25 χρόνια έγινε 3:1 προφανώς λόγω της αυξημένης καπνιστικής συνήθειας των γυναικών. (31) Το φαινόμενο αυτό συνδιάζεται με το γεγονός ότι έχουν περάσει 15-30 χρόνια από τότε που οι γυναίκες άρχισαν να καπνίζουν, χρονική περίοδος την οποία χρειάζεται για να αναπτυχθεί και να εκδηλωθεί μια καρκινική επεξεργασία. (8)

Η συχνότητα του καρκίνου αυξάνεται ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζονται ημερησίως. (27) Σύμφωνα με τα στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας ο καρκίνος συναντάται στους καπνιστές 15-30 φορές συχνότερα από ότι στους μη καπνιστές. (1,32) Σε έρευνες διαπιστώθηκε επίσης ότι ο κίνδυνος για ανάπτυξη καρκίνου στον πνεύμονα, πέρνοντας ως βάση τον αριθμό 1 για τους μη καπνιστές, αυξάνει στο 1,3 στους καπνιστές 1-10 τσιγάρων την ημέρα, στο 2,5 στους καπνιστές από 10-20 τσιγάρα, στο 3,7 από 20-30 και στο 8,4 από 30 τσιγάρα και πάνω.

Ο κίνδυνος αυτός διπλασιάζεται για όσους καπνίζουν 10 χρόνια,



16πλασιάζεται στα 20 χρόνια και αυξάνεται 6,4 φορές για κείνους που καπνίζουν πάνω από 40 χρόνια. (8)

Άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες,εκτός από το κάπνισμα, με μικρότερη αριθμητική σημασία είναι η ατμοσφαιρική ρύπανση,ορισμένοι πολυκυκλικοί υδρογονάνθρακες,ο αμίαντος,το αρσενικό,το νικέλιο,οι ιονίζουσες ακτινοβολίες κ.α. (10,33,34)

Η δράση του καπνού είναι αθροιστική και χρειάζονται πάνω από 10 χρόνια κάπνισμα,ώστε να γίνει η εξαλλαγή των φυσιολογικών κυττάρων σε καρκινικά.(31) Το κάπνισμα φίλτραρισμένων τσιγάρων και πίπας,καθώς και το μη «κατέβασμα» του καπνού στους πνεύμονες λιγοστεύουν κάπως τη συχνότητα προσβολής.(27,31,32,35) Άτομα που σταμάτησαν το κάπνισμα μετά τα επόμενα 13 χρόνια,θεωρείται ότι έχουν την ίδια πιθανότητα να πάθουν καρκίνο με τα άτομα που ποτέ δεν έχουν καπνίσει. (31)

Από όλους αυτούς που αναπτύσσουν καρκινό του πνεύμονα μόνο 5-10% μπορούν να θεραπευθούν,λόγω της γρήγορης εξαπλώσεως στα λοιπά μέρη του σώματος που καθιστά την θεραπεία ανεπιτυχή. (30)

Ιδιαίτερα επικίνδυνο επίσης είναι το κάπνισμα στα νεανικά χρόνια.Οι καρκινικές παθήσεις ανάμεσα σε πρόσωπα που άρχισαν να καπνίζουν στα 20 χρόνια τους συναντιούνται 6 φορές συχνότερα από ότι ανάμεσα σ' αυτούς που δεν καπνίζουν.Για εκείνους,που απέκτησαν την βλαβερή αυτή συνήθεια σε ηλικία 20 μέχρι 22 χρόνων,ο κίνδυνος της αρρώστιας αυξάνεται 3,5 φορές σε σύγκριση με τους συνομήλικους που δεν καπνίζουν. (1)

Τα επιστημονικά στοιχεία που παραθέσαμε παραπάνω,μας αποδεικνύουν ότι ο άνθρωπος που συνεχίζει το κάπνισμα,υπογράφει ο ίδιος την καταδίκη του.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Είναι η συχνότερη εντόπιση του καρκίνου του πεπτικού συστήματος και αποτελεί την αιτία του 20% περίπου των θανάτων από καρκίνο. (24)

Έχει θνησιμότητα στους άνδρες 15 και στις γυναίκες 8. (10)

Επιδημιολογικά η επίπτωση του καρκίνου ποικίλει από χώρα σε χώρα. Στην Ιαπωνία, Κίνα είναι πιο συχνός απ' ό τι στην Ευρώπη ή στην Αμερική (33). Κάθε χρόνο, περίπου 1.800 άτομα προσβάλλονται από τη νόσο αυτή και αυτά μόνο 13% επιβιώνουν πάνω από μια πενταετία. Η επίπτωση του καρκίνου του στομάχου αυξάνεται σε συνάρτηση με την ηλικία, είναι δύο φορές μεγαλύτερη στους άνδρες παρά στις γυναίκες, και είναι μεγαλύτερη στις χαμηλότερες οικονομικο-κοινωνικές τάξεις και στις αγροτικές περιοχές. (10)

Η αιτία της νόσου είναι σκοτεινή. Έχει παρατηρηθεί ότι το έλκος στομάχου, η ατροφική γαστρίτις, η αιχλωρυδρία, η γαστρεκτομή, η ομάδα αίματος Α, το κάπνισμα, τα αλκοολούχα ποτά, τα τρόφιμα με πολλά καρυκεύματα, τα καπνιστά και υπεραλατισμένα συντηρημένα τρόφιμα (κυρίως ψάρια) και άλλοι παράγοντες, προδιαθέτουν σε καρκίνο του στομάχου. Επίσης η κληρονομικότητα και οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου. (10,33)

Ο καρκίνος μπορεί να εκδηλωθεί με συμπτώματα φαινομενικά ασήμαντα: γαστρικός φόρτος, κακοδιαθεσία, πόνοι ακαθόριστοι στην περιοχή του στομάχου. Σπανιότερα εμφανίζονται άλλες εκδηλώσεις, όπως η απίσχναση, η κόπωση ή μια γαστρορραγία, που παρακινούν στην ενέργεια ακτινολογικής εξέτασεως η οποία αποκαλύπτει την ύπαρξη του όγκου.

Το ποσοστό των ατόμων οι οποίοι επιζούν 5 χρόνια μετά τη χειρουργική επέμβαση δεν ξεπερνά το 5-10%. Οι περιπτώσεις στις οποίες η διάγνωση γίνεται εγκαίρως έχουν πρόγνωση καλή, αλλά συνήθως πρόκειται για σπάνιες περιπτώσεις. (24)

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Ο καρκίνος του παγκρέατος αποτελεί το 3% των κακοήθων όγκων του ανθρώπου (33).Αφορά κυρίως άνδρες προχωρημένης σχετικά ηλικίας 50-60 ετών (33,34) και είναι σχετικά συχνότερος στις χαμηλότερες οικονομικο-κοινωνικές τάξεις (10).Όπως δείχνουν στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος (ΕΣΥΕ) για τα έτη 1990-1992,οι νεοπλασίες του παγκρέατος εμφανίζονται στον πληθυσμό της Πάτρας συχνότερα απ' ότι στον γενικό πληθυσμό και κυρίως σε ότι αφορά τους άνδρες της πόλης. (26)

Ο καρκίνος εκδηλώνεται 75% στην κεφαλή και 25% στο σώμα και την ουρά του παγκρέατος.Σήμερα θεωρείται ανερχόμενος σε συχνότητα καρκίνος στις αναπτυγμένες χώρες και προσβάλλει και νεότερα άτομα απ' ότι πιστευόταν. (34)

Η αιτιολογία είναι άγνωστη.Ως προδιαθεσικοί παράγοντες ενοχοποιούνται ο αλκοολισμός,το κάπνισμα,η κατανάλωση καφέ,η χοληστερόλη,ο διαβήτης.

Ο καρκίνος του παγκρέατος εισβάλλει ύπουλα χωρίς θορυβώδη συμπτώματα.Ο πόνος είναι χαρακτηριστικός, έντονος, βασανιστικός, που αντανάκλα πρόσ την οσφύ και συνήθως παρουσιάζεται την νύχτα.Απώλεια βάρους εμφανίζεται στο 80-90% των περιπτώσεων, καθώς επίσης καταβολή, απίσχναση,καχεξία και ίκτερος που συχνά είναι αθόρυβος και προοδευτικός. (33)

Η έγκαιρη χειρουργική επέμβαση, όταν ο καρκίνος βρίσκεται ακόμη μέσα στο πάγκρεας,έχει αρκετές πιθανότητες επιτυχίας. (24)

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ένας από τους συχνότερους καρκίνους, που εμφανίζονται στις γυναίκες και κατέχει τη δεύτερη θέση σε συχνότητα μετά τον καρκίνο του μαστού. Είναι πιο συχνός στις ηλικίες μεταξύ 35-55 ετών αλλά μπορεί να συμβεί και σε οποιαδήποτε άλλη ηλικία. (42)

Διάφοροι ερευνητές βρήκαν ότι η συχνότητα αναπτύξεως καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι τρεις φορές μεγαλύτερη στις καπνίστριες γυναίκες και μάλιστα στις βαριές καπνίστριες. Στις Η.Π.Α το 30% των περιστατικών ενοχοποιεί το τσιγάρο.

Οι ερευνητές συνεχίζουν τις έρευνες μήπως βρεθεί κάποιο συγκεκριμένο καρκινογόνο που να προέρχεται από τον καπνό και να επιδρά εκλεκτικά στο επιθήλιο του τραχήλου της μήτρας. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν την άποψη, ότι πιθανόν το κάπνισμα και ο ιός του έρπητα ζωστήρα επιδρούν στο επιθήλιο του τραχήλου της μήτρας και προκαλούν καρκίνο. Οι κύριοι καθοριστικοί παράγοντες για καρκίνο του τραχήλου πιστεύεται ότι περιλαμβάνουν σεξουαλικούς παράγοντες και μολυσματικές νόσους. (16)

Κατά τα πρώτα στάδια ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ασυμπτωματικός και παρουσιάζει 100% πενταετή επιβίωση. (42)

### 3.1.6 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

Για να μπορεί ο ανθρώπινος εγκέφαλος να λειτουργεί κανονικά πρέπει να τροφοδοτείται επαρκώς με αίμα που του φέρνει οξυγόνο. Ένας από τους μεγαλύτερους φόβους του εγκέφαλου είναι η χοληστερόλη.

Κάθε χρόνο χιλιάδες άνθρωποι πεθαίνουν από αποπληκτικές προσβολές ή συγκοπές.

Οι περισσότεροι απ' αυτούς που πεθαίνουν από αιφνίδιες προσβολές είναι ηλικίας πάνω από σαράντα. Οι προσβολές αυτές συμβαίνουν όταν ένα αιμοφόρο αγγείο στον εγκέφαλο αιμορραγεί ή όταν στην σκληρυμένη επιφάνεια του αγγείου σχηματισθεί ένα πήγμα ή ένας θρόμβος. Και οι δύο καταστάσεις σταματούν τη ροή του αίματος σ' ένα σημείο του εγκεφάλου, προκαλώντας παράλυση τμήματος του σώματος, στις σοβαρές δε περιπτώσεις, τον θάνατο.

Ο σχηματισμός χοληστερόλης στα αιμοφόρα αγγεία που τροφοδοτούν τον εγκέφαλο, μπορούν επίσης να προκαλέσουν πρόωρο γηρασμό, περιορίζοντας ενεργά την τροφοδότηση σε οξυγόνο μερών του εγκεφάλου.

Επειδή η ακατάλληλη διατροφή και το κάπνισμα συμβάλλουν στον σχηματισμό χοληστερόλης, το πρόσωπο που καπνίζει, αποτελεί κύριο στόχο πρόωρου γηρασμού και προσβολών. (30)

### 3.1.7 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΤΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΩΝ ΑΙΣΘΗΣΕΩΝ

Το αλκαλοειδές νικοτίνη είναι δηλητήριο των νεύρων.(1,24,36) Το νευρικό σύστημα αντιδρά πολύ γρήγορα στην επίδραση του καπνού.

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

Με την επίδραση του καπνίσματος «δηλητηριάζονται» και τα μεγάλα νευρικά πλέγματα. Να γιατί εμφανίζονται στους καπνιστές πόνοι κατά μήκος των νεύρων στα χέρια και στα πόδια, ανάμεσα στα πλευρά, στη μέση. Έχει αποδειχθεί πως το κάπνισμα εξασθενίζει τα αντανακλαστικά των νεύρων.

Στους παλιούς καπνιστές ο καπνός δεν προξενεί τόσο οξεία δηλητηρίαση, γιατί ο οργανισμός τους προσαρμόστηκε σιγά σιγά στο ναρκωτικό. Μπάζοντας όμως το δηλητήριο ξανά και ξανά, για χρόνια, δηλητηριάζουν τον εαυτό τους με τη νικοτίνη, που πραγματοποιεί αδιάκοπα το καταστρεπτικό της έργο.

Επίσης επιδρά άσχημα το κάπνισμα και στα όργανα των αισθήσεων. Η αίσθηση της γεύσης στον καπνιστή μειώνεται ή εξαφανίζεται τελείως. Η άφθονη παραγωγή σάλιου στους καπνιστές εξηγείται με τον ερεθισμό των νευρικών απολήξεων των βλεννογόνων της στοματικής κοιλότητας από τα συστατικά του καπνού του τσιγάρου. Ακόμα και μ' αυτόν τον τρόπο προσπαθεί ο οργανισμός ν' απελευθερωθεί απ' το εισαγόμενο δηλητήριο.

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

Πολλοί καπνιστές παραπονιούνται για τη μείωση της ακοής, πως είναι «βουλωμένα» τ' αυτιά τους. Εξαιτίας του σταθερού ερεθισμού του φάρυγγα συχνά αναπτύσσονται σ' αυτούς νευρίτιδα του ακουστικού νεύρου.

Η εμφάνιση αυτών των διαταραχών σε νεαρή ηλικία μπορεί να έχει την αντανάκλασή της στην εκλογή του επαγγέλματος σαν οδηγού, μουσικού, ζωγράφου, ηθοποιού, γιατρού κ.τ.λ.

Πολλοί είναι οι καπνιστές που βλέπουν στον καπνό σχεδόν κάποιο μέσο της ανύψωσης της ικανότητας για δουλειά. Υποστηρίζουν πως το κάπνισμα φέρνει συρροή δυνάμεων. Αυτή η γνώμη όμως είναι πολύ λανθασμένη. Οι ψυχολογικές έρευνες σε μεγάλες ομάδες μαθητών και φοιτητών απέδειξαν πως ανάμεσα στους καπνιστές είναι αισθητά περισσότεροι αυτοί που δεν έχουν καλή απόδοση στην δουλειά. Σωστά λέει η αγγλική παροιμία: «Οι καπνιστές βάζουν στο στόμα τους τον εχθρό, που τους κλέβει το μυαλό».

Υπολογίστηκε, πως απαιτείται περισσότερος χρόνος για την εκπλήρωση μιας καθορισμένης εργασίας για τον καπνιστή, παρά για το μη καπνιστή. (1)

### 3.2 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΟΜΟΡΦΙΑ

Ο καπνός είναι ο φοβερότερος εχθρός της ομορφιάς, ο επιταχυντής της γήρανσης. Μόνο από την εξωτερική εμφάνιση, μπορείτε να ξεχωρίσετε τον καπνιστή, από το μη καπνιστή. Φαίνεται μεγαλύτερος στα χρόνια, έχει γκριζωπό χρώμα το πρόσωπό του, με σακουλάκια κάτω από τα μάτια, με άτονα πρησμένα ούλα, με κίτρινα καπνισμένα δάκτυλα.

Ακόμη και στις νεαρές γυναίκες, το δέρμα γίνεται χαλαρό και χάνει τη φρεσκάδα του. Επίσης από τη φύση της η γυναίκα πρέπει να έχει καθαρή, απαλή φωνή. Ο καπνός όμως του τσιγάρου ερεθίζει τον οισοφάγο και τις φωνητικές χορδές και η φωνή γίνεται βραχνή, πνιχτή, χοντρή. Πού είναι άραγε η γυναικεία ομορφιά, όταν τα δόντια είναι κίτρινα, από το στόμα βγαίνει απωθητική μυρωδιά και σκληραίνουν οι γραμμές του προσώπου;

Η άποψη μερικών νεαρών κοριτσιών, πως 'το τσιγάρο είναι έκφραση ομορφιάς, πως τους «πάει» και τις κάνει πιο «σύγχρονες» είναι πολύ λανθασμένη.

Για πολλούς νεαρούς και νεαρές η απειλή του εμφράγματος του μυοκαρδίου ή της στέρησης της μητρότητας, φαίνεται πολύ μακρινή και αρχίζουν ή συνεχίζουν το κάπνισμα. Θα 'ρθει όμως ο καιρός και ο άντρας που πρώτη φορά θα τον «πιέσει» η καρδιά θα επιθυμήσει την υγεία του και η γυναίκα θα νοιώσει τη φλογερή επιθυμία να γεννήσει ένα παιδί.

Τί μπορεί να είναι πιο παράλογο από το να γνωρίζεις το κακό του καπνίσματος για τον εαυτό σου και το περιβάλλον σου και παρ' όλα αυτά να συνεχίζεις υποβάλλοντας τον εαυτό σου σε αργή αυτοκτονία; (1)



### 3.3 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Πρόσφατες έρευνες αποδεικνύουν ότι το κάπνισμα προκαλεί ειδικούς κινδύνους για τις γυναίκες που βρίσκονται στην ηλικία της τεκνοποίησης. Τα μωρά των γυναικών που καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αντιμετωπίζουν επίσης σοβαρούς κινδύνους και πριν και μετά τη γέννα. (43)

Η σχέση για τον κίνδυνο άμεσου αποβολής στις καπνίστριες γυναίκες που κάνουν υπερκατάχρηση (2-3 πακέτα ημερησίως) είναι 1,7 φορές έναντι των μη καπνιστριών. Η σχετική αύξηση του κινδύνου είναι μεγαλύτερη στη νεώτερη ηλικία και ελαττώνεται όσο η ηλικία προχωρεί. Ο κίνδυνος αποβολής αυξάνεται από 30-70% και οι πρόωροι τοκετοί αυξάνουν από 10-14%. Οι πιθανότητες να γεννηθούν παιδιά από καπνίστριες μητέρες με συγγενείς ανωμαλίες και καρδιοπάθειες διπλασιάζονται. (16)

Επίσης αν μια γυναίκα που έχει συλλάβει συνέχισει να καπνίζει κατά την εγκυμοσύνη, έχει δεκαπλάσιες πιθανότητες για αποβολή από ότι μια γυναίκα που δεν καπνίζει (30,43). Οι αποβολές είναι αποτέλεσμα του μονοξειδίου του άνθρακα της νικοτίνης και άλλων ουσιών του καπνού που μολύνουν το αίμα της εγκύου καπνίστριας και της εμβρυϊκής κυκλοφορίας και αφού διαπεράσουν τον φραγμό του πλακούντα επηρεάζουν την φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου. Για την αντικειμενική εκτίμηση της έκθεσης του εμβρύου στα προϊόντα του καπνού θεωρείται σήμερα πλέον παραδεκτή η μέτρηση της κοτινίνης, ενός μεταβολίτη της νικοτίνης με χρόνο ημιζωής 19-40 ωρών έναντι 30-110 πρώτων λεπτών της νικοτίνης. Η κοτινίνη βρίσκεται στο αίμα, τα ούρα και το αμνιακό υγρό του εμβρύου και μετριέται ακόμη και σε πολύ μικρές συγκεντρώσεις με ραδιοαναστολογική μέθοδο. Σε εργασία που μελετήθηκαν νεογνά το πρώτο 24ωρο της ζωής τους, βρέθηκε ότι η συγκέντρωση της κοτινίνης στα ούρα όσων προέρχονται από καπνίστριες μητέρες ήταν 1233ng/mg σε σύγκριση με 14,5ng/mg όσων οι μητέρες δεν κάπνιζαν. (16)

Επίσης ποσοτική μέτρηση της νικοτίνης και της κοτινίνης στο γάλα της θηλάζουσας μητέρας που καπνίζει,σ' όλη τη διάρκεια του 24ώρου έδειξε ότι το ποσό της νικοτίνης που προσλαμβάνει το βρέφος από το μητρικό γάλα είναι ανάλογο του αριθμού των τσιγάρων της μητέρας,αλλά και του χρονικού διαστήματος που μεσολαβεί μεταξύ του καπνίσματος τσιγάρου και θηλασμού. (2,16)

Πολλοί μελετητές υποστηρίζουν ότι και μετά τη γέννηση εκδηλώνονται οι επιδράσεις του καπνίσματος της μητέρας προς το παιδί της,δηλαδή με το μικρότερο μήκος σώματος σε ηλικία 1-7 και 11 ετών, η δε απόδοση των μαθητών στο σχολείο είναι μειωμένη και το πνευματικό επίπεδο βρέθηκε χαμηλότερο του συνήθως φυσιολογικού.

Θα πρέπει να συνειδητοποιήσουν οι μέλλουσες μητέρες ότι έχουν τεράστιες ευθύνες απέναντι σε μια ζωή που θα φέρουν στον κόσμο και δεν θα πρέπει να τη σημαδέψουν με βλάβες από δική τους ευθύνη.Ποτέ έγκυος με τσιγάρο στο χέρι! (44)

### 3.3.1 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΜΒΡΥΟ- ΑΛΛΟΙ ΔΥΣΜΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Άλλοι δυσμενείς παράγοντες (εκτός από αυτούς που έχουμε αναφέρει) που προκαλεί το κάπνισμα στο έμβρυο είναι:

- Αυτόματος αποβολή του κυήματος σε γυναίκα που το ποσοστό μπορεί να φτάσει στο 70-100% εάν η έγκυος κάνει υπερκατάχρηση τσιγάρων.
- Οι πρόωροι τοκετοί στις καπνίστριες είναι δυνατό να φτάσουν στο 36% και οι περισσότεροι θάνατοι εμβρύων προ του τοκετού να ανέλθουν στο 25%.
- Η περιγεννητική θνησιμότητα είναι αυξημένη κατά 20-30% και είναι μεγαλύτερη σε συχνότητα η μόλυνση του αμνιακού υγρού στις καπνίστριες γυναίκες. Περίπου 1500 αγέννητα και νεογέννητα μωρά πεθαίνουν κάθε χρόνο στην Μ.Βρετανία, λόγω του καπνίσματος των μητέρων τους.
- Η καρδιακή λειτουργία του εμβρύου επηρεάζεται από την κυκλοφορούσα νικοτίνη με ταχυκαρδία και παροδική αύξηση της αρτηριακής πίεσης.
- Οι κινήσεις του εμβρύου μειώνονται.
- Η ανοσιολογική αντίδραση του εμβρύου και της μητέρας επηρεάζεται άμεσα ή έμμεσα.
- Η παραγωγή προστακυκλίνης (αντιθρομβωτικός παράγοντας) είναι μειωμένος στα ενδοθηλιακά κύτταρα των αρτηριών του εμβρύου, όταν καπνίζει η μητέρα του, και επηρεάζει τη ροή του αίματος.
- Παρατηρούνται εκφυλιστικές αλλοιώσεις στα ενδοθηλιακά κύτταρα των αρτηριών του εμβρύου, όταν καπνίζει η έγκυος, όπως και ιστολογικές αλλοιώσεις στον πλακούντα, λόγω αγγειοσύσπασης και απόφραξης των αγγείων. (16)

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ

Ο ερευνητής ανατόμος Γκράχαμ Μπέρτον του Πανεπιστημίου του Καί-μπριτζ πιστεύει,ότι ανεκάλυψε γιατί τα βρέφη που γεννώνται από καπνίστριες μητέρες τείνουν να είναι ελαφρύτερα και γιατί το κάπνισμα αυξάνει τους κινδύνους αποβολής του εμβρύου ή θνησιγένειας.

Έρευνες πλακούντων απεκάλυψαν σημαντικές διαφορές στα αιμοφόρα αγγεία και στις μεμβράνες των καπνιστριών,διαφορές που μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη του εμβρύου.

Βάσει των αποτελεσμάτων των ερευνών,είναι ίσως πολύ αργά όταν η γυναίκα αποφασίζει να σταματήσει το κάπνισμα αμέσως μόλις διαπιστώσει ότι είναι έγκυος.

Οι έρευνες αυτές έλαβαν χώρα για πρώτη φορά σε γυναίκες που σταμάτησαν να καπνίζουν και εμφάνισαν διαφορές στους πλακούντες. (16)

### ΒΛΑΒΗ ΚΑΙ ΠΡΟ ΤΗΣ ΣΥΛΛΗΨΕΩΣ

Ο Δρ.Μπέρτον υποστηρίζει ότι οι βλάβες απ' το κάπνισμα έχουν γίνει και επ' ουδενί λόγω επιτρέπεται η συνέχισή του κατά την εγκυμοσύνη ιδία δε κατά τους τελευταίους μήνες αυξάνει τους κινδύνους αποβολής και θνησιγενείας, αιμορραγίας και γέννησης βρεφών με μικρό βάρος.

Με την βοήθεια ηλεκτρονικών υπολογιστών έγιναν μικροσκοπικές μετρήσεις εκτός των γυναικών που κάπνιζαν πολύ, μετρίως ή και καθόλου αλλά και σε γυναίκες που ήταν καπνίστριες στο παρελθόν.

Στην τελευταία ομάδα οι μισές σταμάτησαν το κάπνισμα προ της συλλήψεως και οι άλλες μισές στην αρχή της εγκυμοσύνης.

Ο Δρ.Μπέρτον διεπίστωσε ότι οι μεμβράνες του πλακούντα ήταν παχύτερες και τα αιμοφόρα αγγεία μικρότερα, όχι μόνο στους πλακούντες των γυναικών που κάπνιζαν, αλλά και στους πλακούντες των γυναικών που είχαν σταματήσει το κάπνισμα στην αρχή της εγκυμοσύνης. Οι δύο αυτές αλλαγές στην υφή του πλακούντα μπορούν να εμποδίσουν τη μεταφορά θρεπτικών ουσιών και αερίων από την μητέρα στο έμβρυο και να αποδειχθούν βλαβερές στο αναπτυσσόμενο βρέφος. Οι μεμβράνες διαχωρίζουν το κυκλοφορικό σύστημα μητέρας και εμβρύου αλλ' επιτρέπουν την μεταβίβαση οξυγόνου και άλλων ουσιών. Εξάλλου επιτρέπουν την αποβολή των άχρηστων προϊόντων του οργανισμού του εμβρύου.

Τα βλαβερά αποτελέσματα του καπνίσματος στο αγέννητο βρέφος πρέπει να τονιστούν πριν οι γυναίκες μείνουν έγκυοι και όχι στην πρώτη τους συνάντηση με τον γυναικολόγο μετά την σύλληψη, διότι μέχρι την ώρα εκείνη η ζημιά στον πλακούντα έχει γίνει. (16)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

### ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΕ ΒΡΕΦΗ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ

Μέχρι τώρα ότι αναφέρθηκε,αφορούσε στη βλαπτική επίδραση των καυσαερίων στους ίδιους τους καπνιστές,ενεργητικοί καπνιστές.Υπάρχουν όμως και άτομα που ενώ δεν καπνίζουν,όμως εισπνέουν τα «καυσαέρια» του τσιγάρου. Τα άτομα αυτά που καπνίζουν χωρίς να το θέλουν,συνιστούν την κατηγορία των «παθητικών καπνιστών». (1,8,9,17,37,44,45)

Ο καπνός του τσιγάρου μπορεί να προκαλέσει στους παθητικούς καπνιστές δυσφορία,ερεθισμό των ματιών,του ρινοφάρυγγα και της τραχειάς,πονοκέφαλο,βήχα,μπούκωμα,ναυτία,ζαλάδες και βραχνάδα (8,18,37).Επίσης μείωση της ικανότητας για εργασία που οφείλεται στην δηλητηρίαση από τον καπνό στο σπίτι,στην δουλειά και στους κοινόχρηστους χώρους (1,37).Ένας μη καπνιστής που εργάζεται σ' ένα συνηθισμένο γραφείο γεμάτο καπνό,εισπνέει καθημερινώς καπνό,που ισοδυναμεί με ένα-πέντε τσιγάρα.Ο αριθμός των ετών τέτοιας εκθέσεως στον καπνό είναι δύο ή τρεις φορές πλέον σημαντικός στην πρόκληση καρκίνου απ'ότι η ποσότητα καπνού που καπνίζει κάποιος καθημερινώς. (16)

Στην Ελληνική αναδρομική έρευνα βρέθηκε ότι ο κίνδυνος για καρκίνο του πνεύμονα στις μη καπνίστριες γυναίκες,συζύγους καπνιστών,ήταν 2,3 υψηλότερος και ότι το παθητικό κάπνισμα ευθύνεται για 50-100 θανάτους ετησίως στην Ελλάδα από καρκίνο του πνεύμονα.Επίσης μερικές ομάδες επιστημόνων έχουν βρεί ενδείξεις ότι οι παθητικοί καπνιστές έχουν περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν από καρδιακή νόσο από τους αληθινούς μη καπνιστές. (8,16,49)

Συνήθως οι καπνιστές δεν εκτιμούν πόσο ενοχλητικό αλλά και βλαπτικό είναι το κάπνισμα στους μη καπνιστές (9,44).Καπνίζοντας οι ενήλικοι σε διάφορους χώρους,ούτε αντιλαμβάνονται,ποιά ζημιά προξενούν στα παιδιά που μπορεί να καπνίζουν παθητικά μέχρι και 7 τσιγάρα την ημέρα (1,12).Κι όπως αποδείχτηκε επιστημονικά,διπλασιάζεται η συχνότητα της βρογχίτιδας,της πνευμονίας και του βρογχικού άσθματος στα παιδιά που οι γονείς τους καπνίζουν. (1,12,16,17,18,37)

Είναι και η κατηγορία εκείνων που όχι μόνο δεν γνωρίζουν τον κίνδυνο του παθητικού καπνίσματος,αλλά και δεν μπορούν ν'αντιδράσουν και να προστατεύσουν την υγεία τους.Είναι τα έμβρυα που γίνονται και αυτά παθητικοί καπνιστές μέσα στην κοιλιά της μέλλουσας μητέρας τους,η οποία με το κάπνισμα το δηλητηριάζει γιατί η νικοτίνη και κυρίως το μονοξείδιο του άνθρακα που περνούν από την κυκλοφορία της,μέσα από τον πλακούντα,στην κυκλοφορία του εμβρύου προκαλούν υποξυγόνωση των ιστών και των οργάνων του.(8)

Πρέπει να τονιστεί ότι από έρευνες που έγιναν σε 8.000 γυναίκες που κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους,σ' ένα σημαντικό ποσοστό παρουσίασαν αυτόματες αποβολές,είχαν πρόωρους τοκετούς ή γέννησαν παιδιά νεκρά ή με μειωμένο βάρος κατά 200 γραμμάρια περίπου.Ακόμα παιδιά με χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης που φαίνεται συνήθως στην ηλικία περίπου των 7-11 ετών και γενικότερα παιδιά με μειωμένη ανοσολογική αντίσταση και με προδιάθεση για συχνές λοιμώξεις εύκολα κρυολογήματα και συγγενείς ανωμαλίες. (8,12,16,22,37,46)

Σε ισραηλινή μελέτη επί 10.672 βρεφών ηλικίας από της γεννήσεως έως ενός έτους αναλογούσαν 9,5 νοσηλείες για βρογχίτιδα και πνευμονία ανά 100 βρέφη με μητέρες μη καπνίστριες,σε σύγκριση με τις 13,1 νοσηλείες ανά 100 βρέφη με μητέρες καπνίστριες.Όταν η μητέρα κάπνιζε γύρω στα 2 πακέτα ημερησίως το ποσοστό νοσηλείας αυξάνονταν στο 31,7 ανά 100 βρέφη,δηλαδή

τριπλάσιο από το ποσοστό βρεφών με μητέρες μη καπνίστριες. (16)

Παθητικοί καπνιστές είναι και τα παιδιά εκείνα, νεογέννητα, μικρά ή μεγάλα, που μένουν ώρες πολλές σε κλειστούς χώρους, όπου οι γονείς τους ή άλλα άτομα καπνίζουν και ο εξαερισμός και η ανανέωση του αέρα στους χώρους αυτούς είναι ανεπαρκής ή και ανύπαρκτος, όπως συμβαίνει ιδιαίτερα το χειμώνα. (8)

Υπολογίζεται ότι σε κάθε 10 τσιγάρα που καπνίζονται στους κλειστούς αυτούς χώρους, είναι σαν να καπνίζει ο παθητικός καπνιστής, μικρός ή μεγάλος, ένα τσιγάρο με μεγαλύτερη μάλιστα περιεκτικότητα σε βλαβερές ουσίες, αφού όπως αναφέρθηκε, το δευτερεύον ρεύμα των καυσαερίων του καιόμενου τσιγάρου έχει μεγαλύτερη συγκέντρωση σε τέτοιες ουσίες, στις οποίες προστίθενται και εκείνες που εκπνέει ο καπνιστής. (8,47)

Σε μια έρευνα Αγγλων μελετητών που έγινε σε 569 παιδιά - παθητικούς καπνιστές - 11 έως 16 ετών, βρέθηκε ότι η συγκέντρωση στο αίμα της κοτινίνης (το μεταβολικό προϊόν της νικοτίνης) στα παιδιά αυτά αντιστοιχούσε με το κάπνισμα 30 τσιγάρων το χρόνο, όταν κάπνιζαν μόνο οι πατέρες τους, 50 τσιγάρων όταν κάπνιζαν μόνο οι μητέρες τους και 80 τσιγάρων όταν κάπνιζαν και οι δυο γονείς (9,16,48). Η επίδραση του καπνού δηλαδή ήταν μεγαλύτερη όταν και οι δυο γονείς ήταν καπνιστές, η δε επίδραση του καπνίσματος της μητέρας ήταν πάντοτε μεγαλύτερη από του πατέρα. (16)

Επίσης Αμερικανική έρευνα σε 67.000 παιδιά με γονείς καπνιστές έδειξε ότι όλα τα παιδιά αυτά είχαν αναπνευστικά προβλήματα, που τους περιόριζαν την δραστηριότητα ή τα κρατούσαν στο κρεβάτι δυο μέρες το χρόνο περισσότερο από τα παιδιά με γονείς μη καπνιστές.

Αν οι γονείς κάπνιζαν πάνω από 45 τσιγάρα και οι δυο την ημέρα οι



προβληματικές για το αναπνευστικό σύστημα των παιδιών ημέρες ήταν κατά 50% αυξημένες. (9)

Σαν συμπέρασμα λοιπόν προβάλλει η αδιαμφισβήτητη διαπίστωση ότι οι βλάβες και η αυξημένη θνησιμότητα εξ αιτίας του καπνίσματος δεν περιορίζονται και δεν αφορούν μόνο τους καπνιστές, αλλά σ' ένα μικρότερο βέβαια βαθμό βλάπτει την υγεία και των ατόμων, που βρίσκονται στο περιβάλλον του καπνιστή και τα οποία αναγκαστικά καπνίζουν αν και νομίζουν ότι δεν καπνίζουν.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### 5.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Παράλληλα και - ως ένα σημείο - εξαιτίας των βιολογικών αλλαγών παρατηρούνται στον έφηβο και ψυχικές μεταβολές. Γιατί γενικά «η έλλειψη ισορροπίας στη σωματική περιοχή εκδηλώνεται περισσότερο ή λιγότερο με μια αστάθεια στην ψυχική περιοχή». (Kleber)

Οι ψυχικές αλλαγές σχετίζονται με μια γενική μεταδόμηση της προσωπικότητας του ατόμου, που αρχίζει στην ηλικία αυτή. Ο έφηβος εμφανίζεται ευερέθιστος, ανήσυχος, και χωρίς εσωτερική αρμονία, αρμονία δηλαδή τάσεων, επιθυμιών, σκοπών και αναζητά νέους τρόπους συμπεριφοράς. Έτσι, ενώ στην παιδική ηλικία η ανάπτυξη γενικά συντελείται κατά τρόπο αυτονόητο και «αθόρυβα», στην εφηβική ηλικία η όλη ανάπτυξη και συμπεριφορά του ατόμου έχει χαρακτήρα επανάστασης. (50)

Περισσότερο «δραματική» είναι η εφηβική πορεία για την οριστική γνώση του ΕΓΩ, την τελική, σχεδόν, διαμόρφωση της ταυτότητας, την αποδοχή και επιβολή της. Το πρόβλημα της ταυτότητας είναι πιο δύσκολο στην εποχή μας να λυθεί, επειδή η κοινωνία μας δεν είναι πια κλειστή, δεν έχει σταθερές και αναλλοίωτες αξίες, γεγονός που δυσκολεύει σε κάθε νέο άνθρωπο τη δόμηση της ταυτότητάς του. Το εφηβικό εγώ, θεμελιωμένο ήδη από τα πρώτα τρία χρόνια, βάζει τις τελευταίες πινελιές για την οριστική μορφοποίηση της νεανικής προσωπικότητας. Παρά τις παλιδρομήσεις στην παιδικότητα, οι καθημερινές εμπειρίες γίνονται για τον έφηβο σκαλοπάτια που οδηγούν στη δυναμική ενότητα των ψυχοφυσικών του συστημάτων, στην οργάνωση και ιεράρχηση του είναι του, στην προσωπική αυτόνομη ύπαρξη. (51)

Εκείνο που κυριαρχεί πάνω απ' όλα,σε όλους τους τομείς και σε όλες τις μορφές ανάπτυξης,είναι δυο μικρά ερωτήματα: α) Ποιός είμαι; β) Τί θα γίνω;

Τώρα υπάρχει μια παρόρμηση για ανεξαρτησία,μεγαλύτερη από τα προηγούμενα χρόνια.Τα πρότυπα του περίγυρου δεν του αρκούν για ταύτιση.Και κάτι περισσότερο η εγωκεντρική του διάθεση το κάνει να ξεπερνά τα προς ταύτιση πρόσωπα.Νομίζει ότι μπορεί να γίνει καλύτερο από τον πατέρα ή τη μητέρα του,τη θεία,το δάσκαλο κ.λ.π.

Υπάρχει μια τάση εξέγερσης αλλά και εγκαρτέρησης,τουλάχιστο στην ομάδα των συνομηλίκων του,μια και ο έφηβος βασικά φοβάται την απομόνωση.

Έτσι,ο ψευτοπαλικαρίστικος τρόπος που μιλά,το λεξιλόγιο που χρησιμοποιεί,το ρηχό περιεχόμενο των φωναχτών συζητήσεων,εκφράζουν διάθεση για συμμόρφωση και υποταγή σε σχέση με το πνεύμα της ομάδας.Ένας έφηβος - κορίτσι ή αγόρι - στρέφει λ.χ. το ενδιαφέρον του στο ποδόσφαιρο,όχι γιατί τον ενδιαφέρει πραγματικά αλλά για να έχει κάτι να πει,και να δείξει ότι κι αυτός βρίσκεται μέσα στα...φυσιολογικά όρια του κοινωνικού...πάθους.

Το κόψιμο των μαλλιών,το δήθεν ανεπιτήδευτο αλλά επιμελημένο ντύσιμο, η όλη του συμπεριφορά,δηλώνουν μια διάθεση για εξάρτηση,αν όχι απόλυτη υποταγή.Είναι σε μια φάση της ζωής του που θέλει ταυτόχρονα να είναι σε εξάρτηση και ανεξαρτησία.Την ανεξαρτησία τη ζητά από πρόσωπα,όπως οι δικοί του,που είναι σίγουρος για την αποδοχή τους.Η απόκτηση ανεξαρτησίας έχει τον χαρακτήρα επίδειξης στην ομάδα.Είναι κι αυτή ένα σημάδι υποταγής. «Δείτε,μ'άλλα λόγια πόσο ανεξάρτητος μπορώ να είμαι,ώστε να έχω μεγαλύτερη εξάρτηση από την ομάδα,καλύτερη θέση στο χώρο της».

Ωστόσο,η παροχή απόλυτης ανεξαρτησίας,πέρα από το ότι είναι πρακτικώς επιζήμια,μια και δεν έχει αναπτυχθεί ακόμα η κρίση και το άτομο βρίσκεται σε τρικυμία συναισθηματικής αβεβαιότητας,δημιουργεί και μια επι-

πρόσθετη αγωνία: «Μήπως η απόλυτη ελευθερία που του δίνουν είναι από έλλειψη ενδιαφέροντος, από έλλειψη αγάπης;». Η απόλυτη αδιαφορία τον αναστατώνει. Θέλει κατά βάση να τον νοιάζονται. Φτάνει να μην του φέρονται πια σαν μικρό παιδί. Μια τέτοια συμπεριφορά των μεγάλων απέναντί του, του δίνει αφορμή να ξεσπάσει και για άλλα που έχει από τους άλλους μαζεμένα, σε σχέση με την αγωνία της αυτοεπιβεβαίωσής του. Άλλωστε, η αντιεξουσιαστική του διάθεση αρχικά έχει αυτόν τον χαρακτήρα. Θέλει να δείξει, ακόμα και στον εαυτό του, ότι μπορεί να σηκώσει πια το κεφάλι.

Τόσο τα αγόρια όσο και για τα κορίτσια, διακατέχονται από την ίδια αβεβαιότητα αποδοχής. Γι' αυτό και η ανάγκη για κατανόηση και αποδοχή είναι εκείνη που τα απασχολεί πρωταρχικά κι όχι η σεξουαλική τους παρόρμηση. Τα ενδιαφέρει πάνω απ' όλα, η απόσπαση θαυμασμού. Γι' αυτό και παρακολουθούν με ενδιαφέρον τις κάθε είδους επιδόσεις: Αθλητικές, καλλιτεχνικές, μόδας κ.λ.π.

Ό,τι κάνει να ξεχωρίσει ένα άτομο, γίνεται κέντρο θαυμασμού. Τα αγόρια που τρέχουν με μοτοσικλέτες και αυτοκίνητα με τρόπο ξέφρενο, δεν κάνουν τίποτε άλλο από το να ξεχωρίσουν και να προκαλέσουν το θαυμασμό. Αυτό προέχει.

Τα κορίτσια καταφεύγουν πιο εύκολα στη φαντασία και πλάθουν ατέλειωτα όνειρα που τροφοδοτούν τις ατέλειωτες εμπιστευτικές συζητήσεις.

Υπάρχει κι ένα είδος αντιστάθμισης στην αβεβαιότητα της πραγματικότητας. Είναι η αφοσίωση στη φύση, στη ποίηση, στη μουσική, στη ζωγραφική, στο διάβασμα, στο κέντημα, στον αθλητισμό κ.λ.π.

Η συντροφικότητα τώρα έχει δυο μορφές. α) *Με άτομα του ίδιου φύλου* μοιράζεται ανησυχίες, προοπτικές και μυστικά. β) *Με άτομα του άλλου φύλου* δοκιμάζει τη νέα εικόνα του εαυτού του.

Η επίδραση της ομάδας στην κοινωνική ανάπτυξη του εφήβου είναι πολύ σημαντική. Βασικά ο κώδικας συμπεριφοράς της ομάδας δεν διαφέρει από τον

οικογενειακό ή τον κοινωνικό. Τόσο ο σεβασμός και συμμόρφωση προς στην ομάδα και η διάκριση σε κάτι, είναι κοινά γνωρίσματα. Η διαφορά βρίσκεται στο περιεχόμενο. Μπορεί ο σεβασμός στην ομάδα να σημαίνει έλλειψη σεβασμού για κάθε μεγαλύτερο αδιάκριτα. Ιδιαίτερα στον τομέα των διακρίσεων πολλές απ' αυτές είναι παράτολμες κι επικίνδυνες. Η συμμόρφωση, απ' την άλλη, προς το πνεύμα της ομάδας, τον βάζει σε δύσκολη θέση, όταν σε κάτι δεν συμφωνεί. Σε σχέση με το κάπνισμα λ.χ. που'ναι δύσκολο να αντισταθεί, όταν οι άλλοι τον παροτρύνουν: «...έλα καημένε...». Σε μια τέτοια περίπτωση ή μένει ή φεύγει.

Όταν όμως δεν βρίσκεται σε σύγκρουση με τον εαυτό του και εκστερνίζεται απόλυτα το πνεύμα της ομάδας, που δεν είναι κατά κανόνα αρνητικό, οι δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά του πλουτίζονται ευχάριστα και δημιουργικά. (52)

### 5.2 ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Ποιοί είναι οι παράγοντες οι οποίοι συντελούν ώστε ένα άτομο και μάλιστα νέο σε ηλικία, να γίνεται ευάλωτο στη χρήση τσιγάρων; Στο ερώτημα αυτό, χωρίς να είναι δυνατό να γίνει κατάταξη όλων των περιπτώσεων, αναφέρουμε τις σπουδαιότερες. (9)

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

Πράγματι, η πρώτη επαφή των παιδιών με το κάπνισμα αρχίζει από τη νηπιακή ηλικία, όταν βλέπουν κάποια πρότυπά τους, όπως είναι οι γονείς τους να καπνίζουν.

Με την οπτική αυτή επαφή σιγά-σιγά συνηθίζουν και όταν φθάσουν στην παιδική τους ηλικία, συνδέουν την εικόνα αυτή με τις άλλες καθημερινές συνήθειες της ζωής των γονιών τους, όταν μάλιστα καπνίζουν και οι δύο και ο ένας δίνει τσιγάρο στον άλλο. Έτσι, με την αγάπη τους οι γονείς δείχνουν στο παιδί και τον τρόπο της κοινωνικής ζωής των μεγάλων αλλά και το δρόμο για ν' αρχίσουν το κάπνισμα αργότερα και να γίνουν συστηματικοί καπνιστές.

Είναι λοιπόν φυσικό, το παιδί αυτό μεγαλώνοντας να θεωρεί το κάπνισμα μια συνηθισμένη, καθημερινή πράξη και από περιέργεια στην αρχή να θέλει να τη μιμηθεί. (8)

Στις οικογένειες, όπου δεν καπνίζει ούτε ο ένας απ' τους γονείς, καπνίζει το ένα τέταρτο των παιδιών, εκεί όμως που καπνίζουν οι γονείς αποκτούν τη συνήθεια αυτή τα μισά παιδιά. (1)

Είναι ολοφάνερος ο αρνητικός ρόλος που παίζει η οικογένεια για το πρόωγο κάπνισμα και γενικά, πιστεύεται πως η ελαστικότητα των γονέων γύρω από τη σωστή αγωγή των παιδιών και η ευένδοτος υποχώρηση στις πιο

παρίλογες αξιώσεις τους,τα ωθεί έμμεσα και στον βλαπτικό κυκεώνα του καπνίσματος. (16)

Αργότερα στο σχολείο,το άλλο πρότυπο ο δάσκαλος,που καπνίζει μπροστά στους μαθητές,ολοκληρώνει την εικόνα του καπνιστή στη συνείδηση του παιδιού,σαν μια καλή πράξη,που θέλει να μιμηθεί για να μοιάσει του δασκάλου που θαυμάζει.

Έτσι,χωρίς να συνειδητοποιούν οι γονείς και ο δάσκαλος τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους,σπρώχνουν το παιδί στη συνήθεια του καπνίσματος.Περισσότερο εγκληματική και αντιπαιδαγωγική ενέργεια δεν μπορεί να υπάρξει.

Για τη διάδοση του καπνίσματος φταίει σε κάποιο βαθμό και η μόδα που οι παραξενιές της ακολουθούνται από τη νεολαία.Μερικοί ψυχολόγοι συνδέουν την αρχή του καπνίσματος σε νεαρή ηλικία με την επιδίωξη για αυτοπεποίθηση,με την επιθυμία να γίνουν «απόλυτα ένήλικου»,με τις προσπάθειες να αντιπαρατάξουν τον εαυτό τους στο περιβάλλον τους,με τη διαμαρτυρία ενάντια στην οικογενειακή ή σχολική κηδεμονία.Η εξωτερική ωραιοφάνεια της διαδικασίας του καπνίσματος,δηλαδή η πόζα των καπνιστών,ο αμέριμνος τρόπος του τινάγματος της στάχτης,η επίδειξη με τα δακτυλίδια του καπνού,η μιμητική κ.λ.π. για πολλούς νέους γίνονται μια ιδιόμορφη έκφραση ανεξαρτησίας,ενηλικίωσης.Επιδιώκεται ιδιαίτερα «να έχουν εμφάνιση» μπροστά στα κορίτσια. (1)

Η μαϊμούδίστικη και μιμητική αυτή ψυχολογία των νέων όπως και των κοριτσιών που θεωρούν το κάπνισμα σαν μια έκφραση κοινωνικής απελευθέρωσης,γοητείας,και σεξουαλικότητας,βοηθούμενη απ'το κοινωνικό περιβάλλον είναι παράγοντες που δημιουργούν την ψυχολογική παρόρμηση για ν'αρχίσει ο νέος ή η νέα το κάπνισμα. (8)

Επίσης,παροτρύνσεις από το περιβάλλον μπορεί να παίζουν ουσιώδη ρόλο, ώστε να επιτευχθεί μια κάποια ειδική κατάσταση,η οποία εισάγει στη χρήση και στην εξάρτηση του τσιγάρου.Άλλοτε είναι η επιθυμία να επιτραπεί η συμμετοχή σε μια συγκεκριμένη ομάδα και άλλοτε η ανάγκη για ποθητή αναγνώριση απ'τους φίλους. (4,8)

Αν λοιπόν σε μια ομάδα το συχνό ή υπερβολικό κάπνισμα αποτελεί για την συγκεκριμένη ομάδα,πρότυπο συμπεριφοράς,τότε ένα άτομο που θα θελήσει να είναι μέλος αυτής της ομάδας,θα συμμετάσχει σ'αυτήν,ακόμα κι' αν ήταν ενάντια στο κάπνισμα.Ρόλο βέβαια παίζουν και τα πρότυπα ή οι νόμοι που ισχύουν στην κάθε ομάδα (53). Στην έναρξη και τη συνέχιση του καπνίσματος, σημαντικό ρόλο παίζουν και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης,όπως είναι οι διαφημίσεις τσιγάρων από τον ημερήσιο τύπο και τα περιοδικά,οι κινηματογράφοι και οι γιγαντοαφίσες,για τις οποίες οι καπνοβιομηχανίες ξοδεύουν 100 πλάσια ποσά απ'ότι διαθέτει το κράτος για διαφώτιση και ενημέρωση (8,9). Οι διαφημίσεις τσιγάρων,στις οποίες έχουν κατά καιρούς λάβει μέρος πολλοί στάρ σ'ολόκληρο τον κόσμο,δεν είναι τόσο αθώες,όσο τις πιστεύουμε,διότι πολλοί πρωταγωνιστές έχουν χάσει τη ζωή τους εξαιτίας του καπνίσματος.Η διαφήμιση του τσιγάρου,που έχει πάρει και στη χώρα μας τρομακτικές διαστάσεις,αφήνει έκθετο τον παιδικό πληθυσμό σε όλα τα διαφημιστικά μηνύματα που προβάλλουν το τσιγάρο σαν ένα είδος μύησης στον κόσμο των μεγάλων,σαν ένα κομψό τρόπο ζωής,που αγγίζει τα βασικά σύμβολα των ενηλίκων και συνήθως τα ονομάζουμε ωριμότητα.Οι διαφημίσεις τσιγάρων προσπαθούν να κατευνάσουν τους φόβους σχετικά με τους κινδύνους που επιφυλάσσει το κάπνισμα.Οι διαφημίσεις συσχετίζουν εσφαλμένα το κάπνισμα με καλή υγεία,αθλητική ζωντάνια,κοινωνική και επαγγελματική επιτυχία και άλλες ελκυστικές ιδέες.Συνήθως το τσιγάρο



εμφανίζεται ανακριβώς ως αναπόσπαστο μέρος της νιότης, της ευτυχίας, της γοητείας, της προσωπικής επιτυχίας και ενός ζωντανού τρόπου ζωής. (16)

Το παιδί σήμερα βομβαρδίζεται και ζει σ'ένα κόσμο γεμάτο από πρότυπα καπνιστών γονέων, συγγενών, φίλων της οικογένειας, διδασκάλων, ιατρών, αστέρων του κινηματογράφου και της τηλεόρασης και φανταχτερών διαφημίσεων και όλα αυτά τα προάγουν ψυχολογικά στην έναρξη του καπνίσματος.

Για μερικούς κινηματογραφιστές και σκηνοθέτες το κάπνισμα γίνεται επιτόλαιο το παρ'ολίγο σύμβολο, που εκφράζει την ταραχή των ηρώων, το δραματισμό της κατάστασης κ.λ.π. Εδώ φαίνεται καθαρά πως χάθηκε το αίσθημα του μέτρου. Σε πολλές παραστάσεις και κινηματογραφικές ταινίες ο ήρωας δεν είναι σε θέση να λύσει κάποιο πρόβλημα ή απλά δεν είναι σε θέση να σκεφτεί σοβαρά για κάτι χωρίς να κυκλώσει τον εαυτό του με δακτυλίδια καπνού. Μια τέτοια έμμεση ρεκλάμα επιδρά όχι μονάχα στα παιδιά, αλλά και στους ενήλικες.

Υπάρχει επίσης η άποψη πως το κάπνισμα ελαττώνει την όρεξη και ανακουφίζει την αίσθηση της πείνας. Γι'αυτό πολλές νεαρές κοπέλες αρχίζουν το κάπνισμα, βάζοντας σκοπό τους το αδυνάτισμα. Πραγματικά για λίγο καιρό μπορεί ο καπνός να ανακουφίσει την αίσθηση της πείνας. Αυτό εξηγείται με το ότι οι δηλητηριώδεις ουσίες που βρίσκονται σ'αυτόν επενεργούν στις νευρικές απολήξεις του στομάχου, των εντέρων και διακόπτουν τις νευρικές παρορμήσεις, που προειδοποιούν για την πείνα. (1,4)

Η δικαιολογία λοιπόν μερικών κυριών, ότι το κάπνισμα διατηρεί τη σιλουέτα τους είναι εσφαλμένη λόγω τόσων παθολογικών κινδύνων.

Όλοι αυτοί οι λόγοι είναι εκείνοι που συντελούν στην αύξηση του αριθμού των καπνιστών στους νέους που τα τελευταία χρόνια έχουν πάρει δραματικές διαστάσεις μιας αυξανόμενης επιδημίας. (8)

### 5.3 ΚΑΠΝΙΣΜΑ - ΕΘΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗ

Η ψυχοτρόπος επίδραση του καπνίσματος βιώνεται διαφορετικά από άτομο σε άτομο ή και από το ίδιο το άτομο κάτω από διαφορετικές συνθήκες. Γενικώς, έχει επικρατήσει η αντίληψη ότι το τσιγάρο δρά διεγερτικά ή ηρεμιστικά ανάλογα με την προϋπάρχουσα ψυχική διάθεση. Η εγκατάσταση εξάρτησης από τη νικοτίνη διαδράμει σε δύο φάσεις.

Η αρχική φάση είναι το στάδιο της εξοικείωσης του οργανισμού στη νικοτίνη, η οποία συνοδεύεται κατά κανόνα από τα δυσάρεστα συμπτώματα της ναυτίας και του εμετού. Το στάδιο αυτό είναι σύντομο και μεταπίπτει προοδευτικά στη δεύτερη φάση, η οποία χαρακτηρίζεται από αυτή καθαυτή την εξάρτηση. Δεν είναι ακριβώς γνωστή η διάρκεια του καπνίσματος και ο αριθμός των τσιγάρων που απαιτούνται για την εγκατάσταση εξάρτησης. Θεωρείται όμως βέβαιο ότι η εξάρτηση καθορίζεται από τη νικοτίνη. Άτομα που προτιμούν τα νεώτερα τσιγάρα με λιγότερη νικοτίνη έχουν την τάση να καπνίζουν περισσότερο (συχνότερες ρουφηξιές, μεγαλύτερη ποσότητα εισπνεόμενου καπνού, μεγαλύτερος αριθμός τσιγάρων). (5)

Φαίνεται πως η αναζήτηση της νικοτίνης είναι συγκεκριμένη και ο καπνιστής δεν σταματά παρά μόνο όταν έχει επιτύχει τα επιθυμητά επίπεδα νικοτίνης στο αίμα (5,16,20). Πειράματα με υποδόριες ενέσεις νικοτίνης σε ανθρώπους ή με αυτοχορήγηση νικοτίνης σε πειραματόζωα απέδειξαν ότι οι ενέσεις διακόπτονται όταν η νικοτίνη φτάνει κάποιο επιθυμητό και κατά δυνατόν σταθερό επίπεδο στο αίμα.

Οι παρατηρήσεις αυτές έχουν οδηγήσει στο λογικό συμπέρασμα ότι η εξάρτηση από το κάπνισμα, πέρα από την ψυχολογική πλευρά έχει και σαφές οργανικό υπόστρωμα. Άλλωστε η απότομη διακοπή του καπνίσματος ακολουθείται από ευερεθιστότητα ή υπνηλία, μεταβολές στην ψυχοκινητική συμπεριφορά, ναυτία, πονοκεφάλους, δυσκοιλιότητα και αύξηση της όρεξης (4,5). Τα ευρήματα αυτά χαρακτηρίζονται από πολλούς μελετητές ως «σύνδρομο στέρησης» (4,5,19,20)

Παράλληλα με την ψυχολογική και σωματική εξάρτηση, η νικοτίνη εγκαθιστά και μικρού βαθμού ανοχή στον οργανισμό. Η ανοχή στη νικοτίνη είναι ατελής, δηλαδή δεν αφορά όλες τις φαρμακολογικές της ενέργειες. Ενώ μετά τις πρώτες δοκιμές ο καπνιστής δεν έχει πλέον τη δυσάρεστη ναυτία και τους εμετούς σε κάθε τσιγάρο παρατηρείται ελαφρά ταχυκαρδία και αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ανεξάρτητα από τον αριθμό των τσιγάρων και τη διάρκεια της συνήθειας. Χαρακτηριστικό της νικοτίνης είναι οι αυτορρυθμιζόμενες δόσεις, δεδομένου ότι και σε μανιόδεις καπνιστές υπάρχει ένα μέγιστο ανεκτό ποσό, η υπέρβαση του οποίου θα προκαλέσει νικοτινισμό. Το γεγονός αυτό έχει καθορίσει και τη «μορφή» της νικοτίνης, η οποία ουδέποτε έγινε αντικείμενο κατάχρησης σε καθαρά χημική μορφή, όπως συμβαίνει με τις περισσότερες άλλες ψυχότροπες ουσίες. (5)

Η ψυχολογική εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι πολύ ισχυρή, όπως δείχνει η μεγάλη δυσκολία για την διακοπή του καπνίσματος. Πολλοί ερευνητές παραβάλλουν την ένταση της εξάρτησης από νικοτίνη με την εξάρτηση από οπιούχα, στα πλαίσια της ιδεοψυχαναγκαστικής αναζήτησης της ηδονής που χαρακτηρίζει την ψυχολογική εξάρτηση. Παρ'όλα αυτά, η νικοτίνη δεν επηρεάζει την κοινωνική συμπεριφορά του ατόμου, όπως συμβαίνει με τη μορφίνη. Αυτός είναι ο λόγος, άλλωστε, για τον οποίο το τσιγάρο είναι κοινωνικά αποδεκτό και μάλιστα σε επίπεδο πλουτοπαραγωγικής πηγής, σε πολλές χώρες. Πέρα όμως από αυτή τη φαινομενική διαφορά, ουσιαστική ομοιότητα της νικοτίνης και των οπιούχων είναι η μεγάλη τοξικότητα αυτών των ουσιών, όταν γίνονται αντικείμενο κατάχρησης. (5,5,19)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### 6.1 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ

Παλιότερα οι καπνιστές είχαν ταξινομηθεί:

- ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν καθημερινά σε βαρείς ή ελαφρείς
- ανάλογα με το αν κάπνιζαν συνεχώς ή κατά διαστήματα ή είχαν σταματήσει οριστικά το κάπνισμα, σε κανονικούς, περιστασιακούς και πρώην καπνιστές και σε αυτούς που εισπνέουν ή δεν εισπνέουν τον καπνό.

Σήμερα όμως οι πιο πρόσφατες προσπάθειες ταξινόμησης είναι οι εξής:

Η τυπολογία των Honn-Tomkins κατατάσσει τους καπνιστές σε κατηγορίες με βάση έξι παράγοντες:

- (1) Διέγερση
- (2) Αισθητικοκινητικός επηρεασμός
- (3) Ευχάριστη χαλάρωση
- (4) Περιορισμός αρνητικών αισθημάτων
- (5) Ψυχολογική εξάρτηση
- (6) Εθισμός

Ενώ ένας άλλος διαχωρισμός έγινε από τους McKenmell and Thomas ανάμεσα στους συνεπείς και ασυνεπείς καπνιστές.

Συνεπείς καπνιστές είναι αυτοί που φαινομενικά είναι ευχαριστημένοι με το κάπνισμά τους, παρ'όλο ότι στο παρελθόν μπορεί να προσπάθησαν και έχουν την τάση ν' απορρίπτουν κάθε αντικαπνιστικό επιχείρημα.

Αντίθετα, οι ασυνεπείς καπνιστές δηλώνουν ότι θα ήθελαν να σταματήσουν το κάπνισμα, εφόσον μπορούσαν να το κάνουν εύκολα. Έχουν την τάση να αποδέχονται τα επιχειρήματα κατά του καπνίσματος, αλλά παρ'όλα αυτά συνεχίζουν να καπνίζουν.

Στην κάθε κατηγορία ανήκουν περίπου οι μισοί καπνιστές.

Σύμφωνα με τον Rusell οι καπνιστές διακρίνονται ανάλογα με το είδος των θετικών ενισχυτών ή κινήτρων που διατηρούν το κάπνισμά τους,σε πέντε τύπους:

Το ψυχοκοινωνικό κάπνισμα,το κάπνισμα για ικανοποίηση,το κάπνισμα για ηρεμία,το κάπνισμα για ψυχοδιέγερση και το κάπνισμα λόγω εξάρτησης.Ο ένας τύπος δεν αποκλείει απαραίτητα τον άλλο.Ένας καπνιστής για παράδειγμα μπορεί να καπνίζει για να ηρεμήσει,ενώ παράλληλα για να ικανοποιήσει και κάποιο από τα υπόλοιπα κίνητρα.

### I Ψυχοκοινωνικό Κάπνισμα

Σε αυτόν τον τύπο καπνίσματος όλες οι αμοιβές είναι ψυχοκοινωνικές.Στην πραγματικότητα μπορεί να μη γίνεται πρόσληψη νικοτίνης.Αυτός ο τύπος καπνίσματος είναι συχνός στα αρχικά στάδια του καπνίσματος στην περίοδο της εφηβείας.Το κάπνισμα είναι περιστασιακό,το άτομο καπνίζει μόνο σε κοινωνικές περιστάσεις και μακριά απ'αυτές δεν υπάρχει ιδιαίτερη επιθυμία για κάπνισμα.

### II Κάπνισμα Για Ικανοποίηση

Είναι το κάπνισμα που γίνεται αποκλειστικά και μόνο για ευχαρίστηση.Το άτομο μπορεί να καπνίζει σε πολλές καταστάσεις όπως η ξεκούραση μετά την εργασία,το διάβασμα,ή παρακολούθηση τηλεόρασης.

Το κάπνισμα για ικανοποίηση δεν είναι τελειώς κανονικό.Περίοδοι δύο με τριών ωρών χωρίς κάπνισμα είναι συχνές,ειδικά όταν το άτομο είναι απασχολημένο ή απορροφημένο μα κάτι άλλο,ενώ αντίθετα μπορεί να'ναι πιο συχνό σε ευχάριστες καταστάσεις.

### III Κάπνισμα Για Ηρεμία

Το άτομο καπνίζει για να'χει ηρεμιστική δράση της νικοτίνης,την κατευναστική δράση της στοματικής ικανοποίησης,να απασχολεί τα χέρια του και να ανακουφίζεται από το άγχος και την υπερένταση.Η συχνότητα αυτού του

τύπου καπνίσματος ποικίλλει πολύ ανάλογα με την συναισθηματική κατάσταση του ατόμου.

#### IV Κάπνισμα Για Ψυχοδιέγερση

Το άτομο καπνίζει για τις ψυχοδιεγερτικές ιδιότητες της νικοτίνης και τον περιορισμό της κόπωσης, όταν απασχολείται δηλαδή με μονότονες εργασίες, όπως η οδήγηση σε μεγάλες αποστάσεις ή για να αυξήσει την απόδοση και την εγρήγορσή του, που είναι απαραίτητη σε δημιουργικές εργασίες όπως το γράψιμο ή οι έντονες διαπραγματεύσεις.

#### V Κάπνισμα λόγω Εξάρτησης

Σ' αυτόν τον τύπο του καπνίσματος ο καπνιστής εμφανίζει στερητικά συμπτώματα αν περάσουν 20-30 λεπτά χωρίς να καπνίσει και καπνίζει για να αποφύγει ή για να ανακουφιστεί απ' αυτή τη δυσάρεστη κατάσταση. Η συχνότητα αυτού του καπνίσματος ελάχιστα επηρεάζεται από τις αλλαγές των εξωτερικών καταστάσεων.

Αρχίζει με το ξύπνημα και σταματά μόνο κατά τη διάρκεια του ύπνου και ρυθμίζεται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να διατηρεί ψηλά τα επίπεδα της νικοτίνης στον εγκέφαλο. (16)

### 6.2 ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ - ΑΠΟΨΕΙΣ

Στον ευρύτερο τομέα της προληπτικής ιατρικής, η προσπάθεια για τον περιορισμό και τη διακοπή του καπνίσματος, κατέχει δικαιολογημένα την πρώτη θέση σε παγκόσμια κλίμακα.

Τούτο εξηγείται από το γεγονός ότι η πληθώρα των σοβαρών παθήσεων που, όπως είδαμε, έχουν ως αιτία το κάπνισμα και η αυξημένη απ' αυτές θνησιμότητα, μπορούν να περιοριστούν σε σημαντικό βαθμό όταν μειωθεί ο αριθμός των καπνιστών.

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

Κι εδώ τίθεται το ερώτημα: Έχει γίνει ποτέ καμιά σοβαρή και αξιόπιστη μακροοικονομική μελέτη στη χώρα μας από τις αρμόδιες υπηρεσίες για να γνωστεί το μέγεθος του κόστους νοσηλείας και τα ποσά που ξοδεύει το κράτος γενικότερα για την περίθαλψη των αρρώστων που πεθαίνουν από το κάπνισμα, σήμερα μάλιστα που το κατά κεφαλή κόστος της ιατρικής έχει γίνει δυσβάστακτο και κλονίζει τις οικονομίες και αυτών των πλούσιων Βιομηχανικών χωρών; (8)

Δεν είναι ευκαταφρόνητη η ζημιά που υφίσταται το κοινωνικό σύνολο από τα έξοδα νοσηλείας για τις νόσους του καπνίσματος και από τη μείωση της παραγωγικότητας εξαιτίας των πρόωρων θανάτων. Υπολογίζεται ότι η ζημιά αυτή στις Η.Π.Α είναι της τάξεως των 37 δισεκατομμυρίων δολαρίων. Πρέπει να προσθέσουμε εδώ και τα 25 δισεκατομμύρια δολάρια που ξοδεύονται κάθε χρόνο από όσους καπνίζουν για την αγορά τσιγάρων. Με βάση αυτούς τους

αριθμούς στη χώρα μας το κάπνισμα πρέπει να στοιχίζει 2,5 δισεκατομμύρια δολάρια ή 550 δισεκατομμύρια δραχμές που κερδίζει η πολιτεία μας από τη φορολογία του καπνού. (37)

Οι καπνοβιομηχανίες ξοδεύουν τεράστια χρηματικά ποσά για διαφήμιση των τσιγάρων και δημιουργούν την εντύπωση ότι το κάπνισμα είναι όχι μόνο αποδεκτό αλλά σχετίζεται με την απελευθέρωση, την ευχαρίστηση και τη γοητεία. (9)

Θα υπάρξει βέβαια η απάντηση ότι το κράτος έχει θεσπίσει νόμο που απαγορεύει τις διαφημίσεις των τσιγάρων από την τηλεόραση και το κάπνισμα σε κλειστούς χώρους. Η απαγόρευση όμως της διαφήμισης των τσιγάρων μόνο από την τηλεόραση δεν φαίνεται να επηρέασε τη μείωση του καπνίσματος. (8)

Κάθε κουτί που πωλιέται στις Η.Π.Α πρέπει να γράφει πάνω του τα εξής: «Προσοχή! Οι αρμόδιοι έκριναν ότι το κάπνισμα είναι επικίνδυνο για την υγεία σας». Το 1983 εξάλλου η αμερικανική κυβέρνηση ενίσχυσε αυτή την προειδοποίηση και σήμερα αναγράφονται τα εξής: «Προσοχή! Το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο, εμφύσημα και καρδιακές παθήσεις, μπορεί να δημιουργήσει επιπλοκές στην εγκυμοσύνη και αποβαίνει εθισμός ακατανίκητος». Αυτή η εκστρατεία εναντίον του καπνίσματος έπεισε 40 εκατομμύρια Αμερικανούς και 8 εκατομμύρια Άγγλους να κόψουν το τσιγάρο. (54)

Το 1974 η Επιτροπή Ειδικών για το κάπνισμα και την υγεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας καθόρισε τις κατευθυντήριες γραμμές για το σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής υγείας στον τομέα του καπνίσματος. Οι κυριότερες από τις συστάσεις της Επιτροπής ήταν:

(I) Η εκπαίδευση στο θέμα κάπνισμα και υγεία, αν και αποτελεί μια ανεξάρτητη δραστηριότητα, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν τμήμα της γενικότερης εκπαίδευσης σε θέματα υγείας.



- (II) Τα θετικά σημεία της επιλογής του μη καπνιστή θα πρέπει να τονίζονται περισσότερο από τα αρνητικά αποτελέσματα του καπνίσματος.
- (III) Η αγωγή των παιδιών σε θέματα υγείας θα πρέπει να αρχίσει από το σπίτι και το Δημοτικό σχολείο και να επαναλαμβάνεται σε διάφορα στάδια της υπόλοιπης εκπαίδευσης, έτσι ώστε να διατηρείται και να ενισχύεται η αποτελεσματικότητα των μηνυμάτων της.
- (IV) Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση και ενημέρωση των ατόμων εκείνων που από τη φύση του επαγγέλματός τους αναλαμβάνουν την ευθύνη της εκπαιδύσεως του κοινού σε θέματα υγείας. Τέτοιες κατηγορίες ατόμων εκτός από τους γιατρούς και τους υγειονομικούς, είναι κυρίως οι εκπαιδευτικοί, οι γυμναστές, οι προπονητές και οι υπεύθυνοι οργανώσεων της νεολαίας.
- (V) Οι υγειονομικές αρχές και οι οργανισμοί θα πρέπει να συνεργαστούν με τις εκπαιδευτικές αρχές για να ετοιμάσουν προγράμματα και διδακτικό υλικό σχετικά με τους κινδύνους απ' το κάπνισμα. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να ενσωματωθούν στο γενικότερο πρόγραμμα εκπαιδύσεως σε θέματα υγείας των σχολείων, των πανεπιστημίων και των άλλων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων.
- (VI) Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στη διδασκαλία της αγωγής σε θέματα υγείας στις παιδαγωγικές σχολές, και στη βελτίωση των γνώσεων και ικανοτήτων των εκπαιδευτικών στο θέμα αυτό. (10)

Άλλα προστατευτικά μέτρα κατά του καπνίσματος είναι:

Να σταματήσουν τα σημαντικά πρόσωπα (ηθοποιοί, τραγουδιστές, πολιτικοί κ.λ.π) να εμφανίζονται δημοσίως με τσιγάρα και ιδιαίτερα στην τηλεόραση.

Να απαγορεύονται τα δωρεάν δείγματα καπνικών προϊόντων. (9)

6.3 ΣΤΕΡΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ  
ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Είναι εντυπωσιακό το πόσο αντιστέκονται οι άνθρωποι στην ιδέα του συνδρόμου αποστέρησης απ'τη νικοτίνη,όταν υπάρχουν άφθονα τεκμήρια ενός συστηματικού σχήματος συμπτωμάτων που παρουσιάζονται μόλις ένα άτομο,που καπνίζει πολύ στερηθεί το τσιγάρο. (4)

Εκείνο που παρατηρήθηκε στους συστηματικούς και βαρείς καπνιστές είναι η εκδήλωση διαταραχών από το ΚΝΣ και το Καρδιαγγειακό,όπως και άλλων υποκειμενικών και αντικειμενικών λειτουργικών φαινομένων που όλα μαζί συνθέτουν την έννοια του «στερητικού συνδρόμου» που αναγκάζει το συστηματικό καπνιστή που σταμάτησε το κάπνισμα,να το ξαναρχίσει.

Τα συνηθέστερα συμπτώματα που προκαλεί η διακοπή του καπνίσματος στο συστηματικό καπνιστή είναι ότι γίνεται ευερέθιστος,αισθάνεται κατάπτωση, έχει διαταραχές στον ύπνο,γαστρεντερικές ανωμαλίες,άγχος,δυσκολία στη συγκέντρωση και ψυχοκινητικές ανωμαλίες.

Αυτό το σύνδρομο,μπορεί να αρχίσει μερικές μέρες ή αρκετά μετά τη διακοπή του καπνίσματος και να συνεχιστεί μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα ανάλογα με την εξάρτηση του καπνιστή από τη νικοτίνη.

Στα παραπάνω συμπτώματα μπορεί να προστεθούν επιβράδυνση του καρδιακού ρυθμού,πτώση της διαστολικής πίεσεως,ελάττωση της εκκρίσεως των κατεχολαμινών (αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης) και αύξηση του βάρους του σώματος.

Αυτά τα δυσάρεστα συμπτώματα είναι και εκείνα που κλονίζουν την αντίσταση του καπνιστή να συνεχίσει τη διακοπή του καπνίσματος.

Παίζει βέβαια ξεχωριστό και καθοριστικό ρόλο αν η διακοπή του καπνίσματος γίνεται από άτομο με δυνατή θέληση ή όχι,γιατί η επιθυμία για το κάπνισμα είναι ισχυρή.

Στις γυναίκες, η συμπτωματολογία του στερητικού συνδρόμου από τη διακοπή του καπνίσματος είναι εντονότερη και η δυσκολία της συνέχισης της διακοπής μεγαλύτερη γιατί μέσα στα δυσάρεστα συμπτώματα είναι και το άγχος της, έστω και προσωρινής, αύξησης του πάχους.

Όταν η διακοπή του καπνίσματος είναι μερική, είτε διαχρονικά κατά περιόδους, είτε με μείωση του αριθμού των τσιγάρων και της περιεκτικότητας σε νικοτίνη και πίσσα, τα συμπτώματα είναι βέβαια ελαφρότερα, αλλά ο καπνιστής ή η καπνίστρια εξακολουθούν να υφίστανται έστω και σε μικρότερο βαθμό τη βλαβερή επίδραση των καυσαερίων του καπνού, ανεξάρτητα από το γεγονός ότι η μερική αυτή στέρηση, εύκολα οδηγεί στην επιστροφή στον αρχικό ρυθμό του καπνίσματος. (8)

### 6.4 ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Υπάρχουν πολλά ερεθίσματα που οδηγούν στο κάπνισμα. Αυτά είναι κοινωνικοί, ψυχολογικοί και φαρμακολογικοί παράγοντες, οι οποίοι βέβαια διαφέρουν από καπνιστή σε καπνιστή. Ένα τσιγάρο μπορεί να εκπληρώσει πολλούς ρόλους σε κάθε καπνιστή. Ανάλογα με το αριθμό των τσιγάρων και την κατάσταση του καπνιστή, το κάπνισμα μπορεί:

1. Να προκαλέσει υποκειμενική και καμιά φορά οργανική χαλάρωση.
2. Να δώσει γευστική ικανοποίηση και την δυνατότητα να χειρίζεται και να κρατάει κάποιος κάτι.
3. Να αυξήσει την φυσική διέγερση, να βελτιώσει την προσοχή και την συγκέντρωση.
4. Να παρηγορεί απλά, διότι είναι μια δυνατή συνήθεια και θα δημιουργούσε κάποιο κενό αν έλειπε.
5. Να χαλαρώνει σε κοινωνικές εκδηλώσεις και να συμπληρώνει τα κενά σε περιπτώσεις αναμονής ή συνομιλίας.
6. Να προσφέρει θετική ικανοποίηση και χαλάρωση.
7. Να βοηθήσει στην αντιμετώπιση της ανησυχίας, στρές, της έντασης, της ψυχολογικής κατάπτωσης.

Σχεδόν όλοι οι καπνιστές είναι ψυχολογικά και φαρμακολογικά εξαρτημένοι σε διαφορετικό βαθμό.

Για να είναι αποτελεσματική μια θεραπεία, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι περισσότεροι από αυτούς τους παράγοντες. Μέχρι πρόσφατα οι περισσότερες μέθοδοι θεραπείας ήταν καθαρά ψυχο-κοινωνικές. Διότι αφ' ενός ασχολήθηκαν σε ευρεία κλίμακα οι ψυχολόγοι, αφ' ετέρου η σπουδαιότητα του φαρμακολογικού παράγοντα δεν είχε γίνει αντιληπτή και διότι μόνο πρόσφατα είναι διαθέσιμη μια φαρμακολογική θεραπεία.

Οι περισσότερες ψυχολογικές μέθοδοι απέδειξαν περιορισμένη επιτυχία. (1)

### ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Οι πλιό πρώιμες προσεγγίσεις συμπεριφοράς για τη διακοπή του καπνίσματος προέρχονται από τη θεωρία της εξαρτημένης μάθησης,ή τη θεωρία μάθησης όπως είναι γενικά γνωστή.Η βασική αρχή είναι ότι η συμπεριφορά καθορίζεται από τις συνέπειές της,έτσι ώστε αν μια δυσάρεστη (αποστροφική) συνέπεια ακολουθεί κατ'επανάληψη μια συμπεριφορά,η συμπεριφορά τελικά θα εξαφανιστεί.Το επαναλαμβανόμενο ζευγάρωμα της συμπεριφοράς (κάπνισμα) και του δυσάρεστου γεγονότος (ερέθισμα αποστροφής) λέγεται εξαρτημένη μάθηση.

Η εφαρμογή αυτής της μεθόδου για τη διακοπή του καπνίσματος ήταν ιδιαίτερα αρεστή λόγω της απλότητας και της ευκολίας να εκτιμηθεί η συμπεριφορά του καπνιστή.

### ΗΛΕΚΤΡΙΚΗ ΑΠΟΣΤΡΟΦΗ

Κατά τη θεραπεία με ηλεκτρική αποστροφή ο ασθενής καπνίζει κανονικά, ενώ ο θεραπευτής του προκαλεί ηλεκτρικά shocks με συνδεδεμένα ηλεκτρόδια.Η επανάληψη αυτής της διαδικασίας γίνεται εννοείται για να δημιουργήσει μια αντίδραση στο κάπνισμα,ώστε να γίνεται αρκετά δυσάρεστο για τον καπνιστή και να το σταματήσει.

Στην πράξη,η μέθοδος αυτή δεν αποδείχθηκε αποτελεσματική γιατί ο καπνιστής γνωρίζει ότι έξω από την κλινική δεν θα υποστεί ηλεκτρικά shocks. Έτσι η θεραπεία με ηλεκτρική αποστροφή δεν έχει επιτυχία ή πιο συγκεκριμένα δεν συμβάλλει στη διακοπή του καπνίσματος.

### ΚΟΡΕΣΜΟΣ

Σε μια λίγο διαφορετική προσέγγιση της θεραπείας αποστροφής,το ερέθισμα αποστροφής είναι ο ίδιος ο καπνός.Ο καπνιστής καπνίζει και αντί να δέχεται ηλεκτρικό shock του ρίχνουμε ζεστό καπνό στο πρόσωπο.Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας απέδειξαν ότι τελικά η μέθοδος αυτή δεν ήταν ο

κρίσιμος παράγοντας.

Η μέθοδος αυτή τελικά εξελίχθηκε σε απλή μέθοδο αποστροφής, δηλαδή με υπερβολικό κάπνισμα. Η διαδικασία αυτή δεν παρέχει μεγαλύτερη μακροπρόθεσμη επιτυχία από την άλλη.

### **ΓΡΗΓΟΡΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

Το ίδιο αποτέλεσμα θα δοθεί και από την πιο γνωστή απ'όλες τις μεθόδους την μέθοδο του γρήγορου καπνίσματος. Η αρχή είναι η ίδια. Πρόκληση μιας αντίδρασης απέχθειας με το υπερβολικό κάπνισμα. Αυτό επιτυγχάνεται με γρήγορο κάπνισμα, κάθε 6'' για 1-2 τσιγάρα, επαναλαμβάνεται μετά από ένα μικρό διάλειμμα και η διαδικασία συνεχίζεται μέχρι ο καπνιστής να μην μπορεί να αντέξει άλλο. Διαρκεί συνήθως 20-25 λεπτά. Αν και η προσέγγιση αυτή μειώνει την επιθυμία για κάπνισμα και δημιουργεί υψηλά ποσοστά επιτυχίας για περισσότερο από 6 μήνες μετά την θεραπεία, οι μαρτυρίες ωστόσο δε δείχνουν ότι το συστατικό αποστροφής είναι υπεύθυνο γι'αυτό.

Καμιά από τις μεθόδους αποστροφής δεν μπορεί να ληφθεί υπόψη σοβαρά.

### **ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΥ**

Μία προσπάθεια για να ξεπεραστεί το πρόβλημα ήταν να βρεθούν μέθοδοι που θα είχαν σαν στόχο την ανάπτυξη και χρησιμοποίηση του αυτοελέγχου των καπνιστών. Αυτό έχει λογικό και πρακτικό νόημα αφού η επιτυχής διακοπή του καπνίσματος συνεπάγεται ένα βαθμό αυτοελέγχου. Πολλές μέθοδοι δοκιμάστηκαν. Η πιο συνηθισμένη ήταν αυτή που επιδρούσε στα γεγονότα που συνδέονται με το κάπνισμα. Δηλαδή, εάν οι άνθρωποι καπνίζουν πάντα όταν πίνουν καφέ ή τσάι τότε αλλάζουν το ποτό ή την ώρα αυτής της δραστηριότητας, για να κόψουν το σύνδεσμο. Ένας άλλος εναλλακτικός τρόπος για να διακόψει κάποιος αυτό το σύνδεσμο είναι να αλλάξει τις ώρες και τόπο τόπο. Ο καπνιστής προοδευτικά περιορίζει τη συχνότητα του καπνίσματος

αλλά και τα μέρη όπου συνήθιζε να καπνίζει. Αυτό που είναι σημαντικό χαρακτηριστικό σ' αυτές τις μεθόδους είναι ότι ο ίδιος ο καπνιστής κάνει το πρόγραμμα θεραπείας. Ίσως όμως εξαιτίας αυτού του γεγονότος οι καπνιστές να μην επιμένουν πολλοί σ' αυτό και τα ποσοστά επιτυχίας να είναι χαμηλά.

### **ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ**

Ο βελονισμός εδώ και αιώνες χρησιμοποιείται από τους Κινέζους και έχει προκαλέσει μεγάλο ενδιαφέρον για την ενδεχόμενη βοήθειά του στη διακοπή του καπνίσματος. Όπως με την ύπωση και τις άλλες ειδικές τεχνικές θεραπείες που αναφέρθηκαν, ο βελονισμός φαίνεται να δρά περισσότερο σαν γενικότερο παρά σαν ειδικό φαινόμενο και πολλές μελέτες έδειξαν ότι δεν είναι πιο αποτελεσματική μέθοδος από τις άλλες που προσφέρουν στους ασθενείς κάποια υποστήριξη.

### **ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ**

Διατίθεται μεγάλη ποικιλία προϊόντων απ' ευθείας από τα φαρμακεία (Ο.Τ.Σ) και με ταχυδρομική παραγγελία. Τα προϊόντα αυτά είναι υποκατάστατα τσιγάρων, διάφορα είδη φίλτρων (MD 4 είναι ένα από τα πιο γνωστά), θήκες τσιγάρων με χρονο-ασφάλειες, φάρμακα από βότανα και μερικές χημικές ενώσεις.

Μια σειρά προϊόντων που χρησιμοποιούνται είναι αυτά που περιέχουν Lobeline. Τα άλλα είναι στηπτικά και περιέχουν χημικά, συνήθως άλατα του αργύρου, που έχουν σαν στόχο να προκαλούν στον καπνιστή μια γεύση αποστροφής (απέχθεια) όταν καπνίζει. Τα στηπτικά αυτά προϊόντα δεν συνιστώνται. Δεν υπάρχει καμιά μαρτυρία για την αποτελεσματικότητά τους και είναι ατελή.

Οι μηχανικές βοήθειες είναι αβλαβείς και έτσι οι καπνιστές μπορούν να τις δοκιμάσουν, εκτός βέβαια από τον οικονομικό παράγοντα.

Είναι πιθανόν πολλοί καπνιστές που θέλουν να πειραματισθούν αυτές τις μεθόδους να τις δοκιμάσουν επειδή ελπίζουν ότι αυτές θα παρακάμψουν την

κινητοποίησή τους. Το πιθανότερο είναι αυτοί να αποτύχουν, ενώ εκείνοι που έχουν έντονα ευαισθητοποιηθεί να σταματήσουν, δεν θα έχουν ανάγκη ή όφελος απ' αυτές τις μεθόδους.

Τα τσιγάρα από βότανα πιθανόν να έχουν κάποια χρήσιμη φαινομενική δράση και μερικοί καπνιστές αναφέρουν ότι είναι βοηθητικά. Δυστυχώς όμως, αν και δεν περιέχουν νικοτίνη, προμηθεύουν τον οργανισμό με πίσσα και μονοξείδιο του άνθρακα, επομένως δεν ενδείκνυνται για μακροχρόνια χρήση. Ωστόσο, επειδή δεν περιέχουν νικοτίνη, δεν προκαλούν εθισμό.

### **ΜΕΘΟΔΟΙ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Οι τρεις σπουδαιότερες προσεγγίσεις για την φαρμακολογική θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό είναι κατά ιστορική σειρά οι εξής:

1. Η χρήση προϊόντων Lobeline, ένα αλκαλοειδές από φυτό ινδιάνικου καπνού που έχει στενή συγγένεια με τον καπνό. Η ιδέα είναι ότι το Lobeline μπορεί να μιμηθεί λογικά τις δράσεις της νικοτίνης.
2. Η χρήση φαρμάκων, κυρίως ηρεμιστικών, για να ανακουφίσουν τα συμπτώματα στέρησης, ιδιαίτερα την ένταση και την ερεθιστικότητα που προκαλούνται από την στέρηση του καπνού.
3. Η χρήση της ίδιας της νικοτίνης.

### **ΟΜΑΔΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

Πολλές χώρες διαθέτουν διάφορες κλινικές για την διακοπή του καπνίσματος οι οποίες επιτυγχάνουν μακροχρόνια ποσοστά επιτυχίας από 10-30%. Μια πρόσφατη μελέτη στην Αγγλία έδειξε ποσοστά επιτυχίας από 14-30% σ' ένα χρόνο. Οι κλινικές αυτές ποικίλλουν ως προς τις μεθόδους που χρησιμοποιούν και τον τρόπο που μεταχειρίζονται τους ασθενείς-καπνιστές. Λίγες σχετικά είναι εκείνες που υπάγονται στο σύστημα υγείας της χώρας τους.

Οι ομάδες που δημιουργούνται έχουν δύο σημαντικά χαρακτηριστικά:



Παρέχουν αμοιβαία κοινωνική υποστήριξη και ενημερώνουν για την υγεία. Προσπαθούν να προσελκύσουν τους πιο μεγάλους, τους πιο εξαρτημένους καπνιστές, που χρειάζονται περισσότερη κινητοποίηση για να σταματήσουν το κάπνισμα ή να τους κάνουν να παρακολουθήσουν ένα τμήμα θεραπείας. Βέβαια ο ρόλος τους είναι να βοηθήσουν τους εθισμένους καπνιστές να σταματήσουν και να δρουν σαν τρόπος υποστήριξης για τους γιατρούς που θέλουν να ενθαρρύνουν τους ασθενείς τους να σταματήσουν. Οι ομάδες αυτές μπορούν να δώσουν ειδική υποστήριξη που οι περισσότεροι γιατροί δεν έχουν χρόνο ή επιδεξιότητα να παρέχουν. (9)

### 6.5 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ

1. Αγοράστε μόνο ένα κουτί τσιγάρα - ποτέ πολλά μαζί.
2. Μη παίρνετε τσιγάρο όταν σας το προσφέρουν.
3. Μετά από κάθε τσιγάρο που καπνίζετε κρύψτε το κουτί.
4. Καπνίστε το πρώτο τσιγάρο μετά το πρωινό.
5. Καπνίζετε μόνο τσιγάρα με φίλτρο.
6. Μην παίρνετε από τους φίλους τσιγάρο όταν τελειώσουν τα δικά σας
7. Μειά από κάθε κουτί τσιγάρου που θα καπνίσετε αλλάξτε μάρκα.
8. Τα λεφτά που ξοδεύετε τώρα για τσιγάρα και τα λεφτά που ξοδεύατε πριν αρχίσετε με αυτό το πρόγραμμα, είναι λιγότερα. Αυτή τη διαφορά βάζετε την «στην άκρη» π.χ. σ' ένα κουμπαρά.
9. Μη καπνίζετε στο κρεβάτι, ούτε πρωί, ούτε βράδυ.
10. Μη καπνίζετε στο δρόμο.
11. Μη καπνίζετε για να μη φάτε. Φάτε καλύτερα ένα φρούτο ή έστω ένα γλυκό.
12. Μετά από κάθε κάπνισμα ενός τσιγάρου καθαρίστε το τασάκι και ρίξτε τη στάχτη στο σκουπιδοτενεκέ.
13. Κάθε φορά που εισπνέετε μια ρουφηξιά από το τσιγάρο, αφήστε το τσιγάρο από το χέρι, στο σταχτοδοχείο.
14. Βάζετε τα σπύρτα μακριά σας, ώστε να σηκώνεστε να τα πάρετε κάθε φορά.
15. Πριν ανάψετε ένα τσιγάρο περιμένετε λίγο - πάρτε μια βαθιά αναπνοή.
16. Αφήστε τον αναπτήρα ή τα σπύρτα σπίτι σας και παρακαλέστε τους άλλους να σας δίνουν φωτιά
17. Μη καπνίζετε οδηγώντας.
18. Πριν καπνίσετε σκεφτείτε ότι τώρα θα καπνίσετε - 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 απ'τη στιγμή που θέλετε να καπνίσετε ως τη στιγμή που καπνίζετε τελικά.
23. Καθαρίζετε το σταχτοδοχείο μόνοι και τοποθετήστε το κάθε φορά μακριά σας.
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. Μη καπνίζετε όταν περιμένετε.
27. Σβήνετε το τσιγάρο μετά από κάθε ρουφιξιά και ανάβετε άλλο.
28. Όταν είσαστε με άλλους καπνίζετε ένα τσιγάρο την ώρα.
29. «Ρουφάτε» κάθε δεύτερη φορά τον καπνό μέσα.
30. Καπνίζετε μόνο πια στο σπίτι και όχι σε ένα μέρος άνετο (π.χ. στη «γωνιά» σας), αλλά καθισμένοι σε μια καρέκλα που δεν «βολεύεστε».
31. Μη καπνίζετε όταν συζητάτε.
32. Αμα ακόμη καπνίζετε μη κάνετε τίποτα άλλο π.χ διάβασμα, γράψιμο κ.λ.π.
33. Μη καπνίζετε όταν έχετε μια σπουδαία δουλειά.
34. Μη καπνίζετε όταν καπνίζουν άλλοι μπροστά σας.
35. Προσπαθήστε να μη ρουφάτε πια καθόλου τον καπνό.
36. Μη καπνίζετε καθόλου την ώρα της δουλειάς.
37. Μη καπνίζετε όταν πάτε π.χ. στο εστιατόριο για μια μπύρα ή στο καφενείο για καφέ. (57,58)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### 7.1 ΜΕΤΡΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ - ΝΟΜΟΘΕΣΙΕΣ

Τα πιο αποτελεσματικά από τα διάφορα μέτρα για την προστασία των μη καπνιστών από τον Περιβαλλοντικό Καπνό Τσιγάρου (ΠΚΤ) είναι η νομοθεσία κι η ιδιωτική πρωτοβουλία για δημιουργία καθαρής ατμόσφαιρας.

Η εκστρατεία για καθαρό περιβάλλον με σωστή ενημέρωση από την πολιτεία και αρμόδιους φορείς για διακοπή του καπνίσματος και την προστασία των μη καπνιστών, ιδιαίτερα των παιδιών και των εργαζομένων σε κλειστούς χώρους πρέπει να'ναι συνεχής, επείγουσα και επιβεβλημένη νομοθετικά.

Η πιο πρόσφατη και εντυπωσιακή νομοθεσία είναι η ολοκληρωτική απαγόρευση του καπνίσματος σ'όλες τις αεροπορικές πτήσεις εντός Αμερικής, που διαρκούν 6 ώρες ή λιγότερο και σε ορισμένα νοσοκομεία όπου δεν δέχονται καθόλου καπνιστές ή και συγγενείς τους.

Η αρμόδια επιτροπή της ΕΟΚ στα πλαίσια του «Ευρωπαϊκού Έτους 1989 κατά του Καρκίνου» προτείνει ενιαία νομοθετική ρύθμιση για την απαγόρευση της διαφήμισης των προϊόντων καπνού και την πλήρη απαγόρευση προβολής αυτών από τα ραδιοφωνικά μέσα.

Για το παθητικό κάπνισμα ο ΠΟΥ έχει υιοθετήσει την απόφαση για την Ευρώπη (EUR/RC 37R9, WHO, Σεπτέμ. 1987) που συνιστά στα κράτη-μέλη να προάγουν μέτρα για την προστασία των μη καπνιστών. Ομοίως και το 1989 οι Υπουργοί Υγείας της ΕΟΚ εξέδωσαν την υπ.αριθμ. (89/C 189/01/18-7-1989) απόφαση καλώντας τα κράτη-μέλη να προστατεύσουν την υγεία των μη καπνιστών σ'όλους τους δημόσιους χώρους, συγκοινωνίες, δικαστήρια, εργοστάσια, τράπεζες και γενικά χώρους εργασίας.

Τέλος προβάλλει και ένα ερώτημα. Γιατί να βλάπτεται η υγεία των παθητικών καπνιστών και γιατί οι μη καπνιστές να πληρώνουν στην Εθνική Οικονομία τα κολοσσιαία ποσά με τα οποία επιβαρύνουν οι καπνιστές το κράτος;

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### 8.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Διαπιστώνοντας τις τεράστιες διαστάσεις που έχει πάρει στις μέρες μας η χρήση του καπνού, η νοσηλευτική από την πλευρά της πρέπει να ευαισθητοποιηθεί και να προσφέρει πολλά και στον τομέα της πρόληψης προστατεύοντας μ' αυτόν τον τρόπο την προαγωγή της δημόσιας υγείας.

Στο νοσοκομείο οι νοσηλευτές προσφέρουν τις υπηρεσίες τους όλο το 24ωρο στον πάσχοντα συνάνθρωπο και μπορούν ταυτόχρονα, όταν οι περιστάσεις το επιτρέπουν να εγείρουν συζήτηση για τα κακά του καπνίσματος. Τα άτομα πείθονται ευκολότερα να σταματήσουν το κάπνισμα, αν ενημερωθούν από τους λειτουργούς υγείας και ιδίως αν βρίσκονται στο χώρο του νοσοκομείου ή το ιατρικό εξεταστήριο.

Επομένως, αν υπάρχει η συναφής αντικαπνιστική πολιτική στο νοσοκομείο και αν αυτή εφαρμόζεται συστηματικά από τους νοσηλευτές και, παράλληλα, επικεντρώνεται στα νεαρότερα μέλη της κοινωνίας, τότε τα αποτελέσματα της προθεσμίας αυτής θα 'ναι αξιοσημείωτα.

Καθώς στις μέρες μας έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στη κοινοτική νοσηλευτική, οι κύριες δραστηριότητες των νοσηλευτών έγκειται στη μετάδοση γνώσεων που έχουν σχέση με τις αρρώστιες και τους τρόπους αποφυγής τους, καθώς και στη διαπαιδαγώγηση διαφόρων κοινωνικών ομάδων σχετικά με τις συμπεριφορές που είναι βλαπτικές για την υγεία. Στα πλαίσια αυτής της λειτουργίας τους οι νοσηλευτές να δίνουν ιδιαίτερο βάρος στην αποφυγή της χρήσης και κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών, στις οποίες ως γνωστόν περιλαμβάνονται και τα καπνικά προϊόντα.

Τέτοιες ομάδες είναι οι θρησκευτικές οργανώσεις, οι οργανώσεις νεολαίας, τα κέντρα νεότητας, οι πολιτιστικοί και αθλητικοί σύλλογοι, τα σχολεία. Οι

παρεμβάσεις που έχουν ως στόχο την πρόληψη σ'αυτές τις κοινωνικές ομάδες,αποτελούν και το κύριο εργαλείο σε μια στρατηγική αντικαπνιστικής πολιτικής.

Υποστηρίζεται ότι το άτομο παίρνει τις πρώτες πληροφορίες σε θέματα υγείας στα πλαίσια της οικογενειακής επικοινωνίας.Οι πληροφορίες αυτές δίνονται συνειδητά ή ασυνείδητα.Στη συνέχεια η αγωγή υγείας εμπεδώνεται στα πλαίσια της εκπαίδευσης.

Έτσι,για τους κοινοτικούς νοσηλευτές οι επισκέψεις στα σπίτια ή στα σχολεία είναι σημαντικές ευκαιρίες για να επισημάνουν τα κακά του καπνίσματος,ιδίως αν υπάρχουν καπνιστές στην οικογένεια ή αν οι εκπαιδευτικοί καπνίζουν.

Αν πεισθούν τα μεγαλύτερα άτομα που βρίσκονται στο περιβάλλον των παιδιών,να σταματήσουν το κάπνισμα,τότε μπηκάν οι βάσεις για τη δημιουργία θετικών προτύπων που είναι απαραίτητα σε μια τέτοια προσπάθεια.

Σημαντικές υπηρεσίες τέλος,προσφέρουν οι νοσηλευτές που έρχονται σε επαφή με τους μαθητές,είτε στους τακτικούς εμβολιασμούς που πραγματοποιούνται στα σχολεία,είτε γιατί είναι διορισμένος από το Υπουργείο Παιδείας σαν σχολικός υπάλληλος,όπως το άλλο διδακτικό προσωπικό. Σ'αυτές τις περιπτώσεις οι νοσηλευτές έχοντας ως βάση τις γνώσεις και τις εμπειρίες τους,έχουν την δυνατότητα να εγείρουν το όλο θέμα,ώστε στη συζήτηση οι μαθητές να ενημερωθούν και να διαπαιδαγωγηθούν για μια ποιοτική ζωή,απαλλαγμένη από τις ψυχοδραστικές ουσίες. (55)

## 8.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΝΕΟΥΣ

Το κάπνισμα κατά τους τελευταίους 5 αιώνες απέκτησε οικουμενικό χαρακτήρα και γενικεύτηκε σ'όλα τα μήκη και πλάτη της γης σε άνδρες, γυναίκες και εφήβους.

Θεωρείται ιστορικό ατύχημα, για τα ιατρικά δεδομένα, το γεγονός ότι η σύγχρονη κοινωνία μας εθίστηκε στον καπνό, το αλκοόλ και τα ναρκωτικά, χωρίς να αντιληφθεί με τι είδους δηλητήρια υποσκάπτει τα θεμέλια της υγείας της. Οι μεγαλύτεροι φονιάδες της ανθρωπότητας είναι η νικοτίνη, το οινόπνευμα και οι κακές συνήθειες διατροφής. Το κάπνισμα είναι πλέον η υπ. αριθ. 1 αιτία ασθενειών και θανάτων σ'όλο τον κόσμο και πρώτιστο πρόβλημα δημόσιας υγείας, το οποίο όμως μπορεί να προληφθεί αρκεί να ξεκινήσει και στη χώρα μας σοβαρά και υπεύθυνα αντικαπνιστική εκστρατεία από κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς.

Είναι παγκοσμίως γνωστό, ότι το μακροχρόνιο βαρύ κάπνισμα παίζει ένα μεγάλο ρόλο στην ανάπτυξη απειλής της ζωής και στην εγκατάσταση αναπηρικών νόσων στους ενήλικους. Σαν τη χελώνα βαδίζει η βλάβη της υγείας από το τσιγάρο, Αυτοκτονία αργή με δόσεις.

Ο μεγαλύτερος στόχος για την πρόληψη κατά του καπνίσματος είναι η συστηματική, μεθοδευμένη, υποχρεωτική και ανελλιπής ενημέρωση και εκπαίδευση των παιδιών από τη νηπιακή-σχολική ηλικία που επεκτείνεται και μέχρι της εισόδου τους στην τριτοβάθμια εκπαίδευση και τον στρατό.

Η πρώτη ηλικία της νεότητας, με κατάλληλη εκπαίδευση, είναι επιδεκτική περισσότερο από ό,τι οι μεγαλύτερες ηλικίες, να δεχθεί τα μηνύματα-γνώσεις περί της βλάβης της υγείας από το κάπνισμα. Αντίθετα, οι ενήλικες εξαρτημέ-νοι πλέον από τη νικοτίνη και υποδουλωμένοι στο πάθος του τσιγάρου, δεν συμμορφώνονται με τα αντικαπνιστικά μηνύματα υγείας.

Στα προηγμένα κράτη της Αμερικής και Ευρώπης δίνεται μεγάλη σημασία



στην πρόληψη του καπνίσματος και έχει επιτευχθεί σημαντική μείωση αυτού κατά την τελευταία 15ετία. Σ' όλες τις Πολιτείες της Αμερικής έχουν θεσπισθεί αυστηροί νόμοι από το 1987 που απαγορεύουν το κάπνισμα σε Δημόσιους χώρους και στους χώρους αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας, όπου απαγορεύτηκε τελείως.

Υπάρχουν πολλές μελέτες που αποδεικνύουν ότι το παθητικό κάπνισμα είναι παράγοντας αναπτύξεως καρκίνου των πνευμόνων και άλλων προβλημάτων υγείας μεταξύ μη καπνιστών, συμπεριλαμβανομένων και των παιδιών των οποίων οι γονείς είναι καπνιστές.

Η σχέση μεταξύ καπνίσματος και αυξημένων κινδύνων υγείας έχει χρησιμοποιηθεί σαν θεωρητική και πρακτική βάση, για τις προσπάθειες καταπολέμησης της επιδημίας του καπνίσματος ιδιαίτερα μεταξύ των νέων.

Ο WHO και μια άλλη Επιτροπή του δήλωσαν, ότι η ενθάρρυνση των νέων να μην συνεχίσουν το κάπνισμα και η εφαρμογή προληπτικής τακτικής εναντίον μελλοντικών κινδύνων υγείας από τα τσιγάρα είναι ζωτικής σημασίας.

Στο ερώτημα τί μπορεί να γίνει για την πρόληψη του καπνίσματος ο ROEMER από το 1982 υποστηρίζει ότι μια ποικιλία νομοθετικών μέτρων θα συμβάλλει στην καταπολέμηση του καπνίσματος εάν συνδυασθεί με ρωμαλέες και ευρέως διαδεδομένες δραστηριότητες αγωγής υγείας, ώστε να ελαττωθεί η συχνότητα των καπνιστών. Ο ROEMER εκτός και άλλων μέτρων προτείνει τα παρακάτω προσανατολισμένα για εφήβους μέτρα:

1. Απαγόρευση πωλήσεων προϊόντων καπνού σε μικρούς.
2. Απαγόρευση του καπνίσματος στα σχολεία ή άλλους χώρους που συχνάζουν νέοι.
3. Υποχρεωτική εκπαίδευση για τους κινδύνους υγείας από το κάπνισμα.

4. Απαγόρευση του καπνίσματος δημόσια σε παιδιά και εφήβους.
5. Απαγόρευση της διαφήμισης τσιγάρων σε χώρους που συχνάζουν παιδιά και έφηβοι και η επίδραση πάνω τους είναι μεγάλη.

Η Νομοθεσία αυτή σύμφωνα με τον ROEMER αποσκοπεί στην ελάττωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας των νέων,την αποθάρρυνση για εγκατάσταση εξάρτησης από τη νικοτίνη και την αποφυγή βλαβών των εμβρύων κατά την εγκυμοσύνη και των βρεφών κατά την διάρκεια του καπνίσματος στο σπίτι.

Το συμπέρασμα το WHO είναι,ότι καμιά νομοθεσία δεν αναμένεται να επιτύχει χωρίς εκπαιδευτική δραστηριότητα και επιμόρφωση του κοινού.

Στις χώρες που εφαρμόζουν από ετών διάφορα αντικαπνιστικά προγράμματα,παρατηρείται τα τελευταία χρόνια μείωση της εξάπλωσης του καπνίσματος, πράγμα που επιτρέπει μια συγκρατημένη αισιοδοξία.

Οι παράγοντες που επιδρούν στην καπνισματική συνήθεια των νέων συνθέτουν ένα πολύπλοκο σύνολο κοινωνικών,φαρμακολογικών,ιατρικών, ψυχολογικών και πολιτικών επιδράσεων.Η σημασία των επιδράσεων αυτών διαφοροποιείται,καθώς το άτομο περνάει από τη φάση του πειραματισμού στη φάση της συνήθειας και στη συνέχεια της εξάρτησης από τη νικοτίνη.

Ορισμένοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες του περιβάλλοντος των εφήβων παρουσιάζουν θετική ή αρνητική συσχέτιση,ως προς την απόκτηση της συνήθειας του καπνίσματος.Στους θετικούς υπάγεται το κάπνισμα των γονέων και η στάση τους ευνοεί την καπνισματική συνήθεια.Εάν,εκτός των γονέων καπνίζει και μεγαλύτερος αδελφός,η πιθανότητα να γίνει ο νέος ή η νέα καπνιστής είναι 4 φορές μεγαλύτερη έναντι των μη καπνιστών γονέων στην οικογένεια.Η καπνισματική συμπεριφορά ενός εφήβου υποβοηθείται σημαντικά και από τους καλύτερους φίλους.

Η επίδραση του σχολικού περιβάλλοντος προς διάδοση του καπνίσματος μεταξύ των μαθητών είναι σε ποσοστό 68% θετική. Η επίδραση των μέσων μαζικής ενημέρωσης, άλλοτε συμβάλλει στη διαφήμιση και διάδοση του καπνίσματος και άλλοτε περιορίζει και αποτρέπει το τσιγάρο με την υγειονομική βέβαια διαφώτιση.

Καθήκον λοιπών των δασκάλων είναι να γαλουχίσουν τη νέα γενιά σε αντικαπνισμα προβάλλοντας και το δικό τους παράδειγμα ως μη καπνιστών.

Επίσης, είναι καιρός η Πολιτεία να εφαρμόσει με νομοθετικά μέτρα απαγορεύσεις και να προστατεύσει ανυπερθέτως τους παθητικούς καπνιστές.

Η εντατική ενημέρωση και επιμόρφωση του εφηβικού πληθυσμού σε θέματα αγωγής υγείας, θα αποδώσει καρπούς αφού είναι γνωστό, ότι εάν ο νέος φθάσει τα 20 του χρόνια, χωρίς να καπνίσει οι πιθανότητες μετά να γίνει καπνιστής μειώνονται σοβαρά.

Η μεγάλη διαμάχη καταπολέμησης του καπνίσματος όπως υποστηρίζουν εθνικοί και διεθνείς οργανισμοί επικεντρώνεται στον αγώνα της πρόληψης. Συνεπώς, προτείνουμε να ξεκινήσει εάν είναι δυνατό από το τρέχον έτος οργανωμένο και καλά συντονισμένο σχέδιο αγωγής υγείας και πρόληψης κατά του καπνίσματος, από κρατικούς, υγειονομικούς και εκπαιδευτικούς φορείς, σ' όλο τον παιδικό πληθυσμό της χώρας, από τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας, πολύ περισσότερο κάτω των 12 ετών. (16)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

---

## ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν οι μαθητές των παρακάτω Γυμνασίων και Λυκείων

4<sup>ο</sup> Λύκειο

5<sup>ο</sup> Λύκειο

5<sup>ο</sup> Γυμνάσιο

2<sup>ο</sup> Τεχνικό Επαγγελματικό Λύκειο

3<sup>ο</sup> Γυμνάσιο

1<sup>η</sup> Τεχνική Επαγγελματική Σχολή Πατρών.

Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 400 μαθητές και το συμπλήρωσαν οι 353. Ήταν ανώνυμο για να εξασφαλιστεί η ειλικρίνεια και η άνεση των ερωτηθέντων μαθητών.

Δεν περιείχε ερωτήσεις που θα έφερναν σε δύσκολη θέση τους μαθητές καθώς επίσης ήταν όλες κατανοητές αφού δεν εντοπίστηκαν ιδιαίτερες δυσκολίες στο να απαντηθούν.

Τα αποτελέσματα ήταν ικανοποιητικά, στην προσπάθειά μας ανταποκρίθηκε το μεγαλύτερο ποσοστό των μαθητών στους οποίους απευθυνθήκαμε και εξασφαλίστηκε σοβαρότητα και εγκυρότητα στην όλη διαδικασία της έρευνας.

Οι ερωτήσεις ήταν συνολικά είκοσι οχτώ (28) και οι περισσότερες ήταν κλειστές, δεδομένης απάντησης. Κάθε μια ερώτηση, δηλαδή, ή είχε δύο απαντήσεις (π.χ. ΝΑΙ ή ΟΧΙ), όπου έπρεπε οι μαθητές να επιλέξουν μια απ' αυτές, ή ήταν πολλαπλής επιλογής όπου οι εναλλακτικές απαντήσεις ήταν περισσότερες.

Σε πέντε (5) ερωτήσεις υπήρχε η δυνατότητα και ελεύθερης απάντησης όπου μπορούσαν οι μαθητές να συμπληρώσουν μια δική τους απάντηση.

Κάθε μαθητής συμπλήρωνε στην αρχή δυο γενικές ερωτήσεις για το φύλο και την ηλικία του.

Οι επόμενες ερωτήσεις αναφέρονταν στην σχέση του ερωτούμενου μαθητή με το κάπνισμα, τη σχέση του άμεσου οικογενειακού και κοινωνικού του περιβάλλοντος με το κάπνισμα, τους λόγους, τα αίτια που τους ώθησαν στο να δοκιμάσουν τσιγάρο. Επίσης για τους μαθητές που καπνίζουν πόσα τσιγάρα ημερησίως, που καπνίζουν συνήθως, αν γνωρίζουν τις βλαβερές συνέπειες στην υγεία του τσιγάρου και αν πίνουν αλκοολούχα ποτά.

Στο επόμενο κεφάλαιο παραθέτουμε σε πίνακες τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης στην οποία χρησιμοποιούσαμε το στατιστικό πακέτο SPSS.

Η αριθμητική απόδοση και η γραφική αναπαράσταση των απαντήσεων ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και πιστεύουμε ότι μπορούν να δώσουν αρκετά καθαρά την εικόνα που έχουν οι μαθητές για τις παραμέτρους του καπνίσματος.

Με θέμα το “Κάπνισμα στην Εφηβεία” ακολουθήσαμε μια στατιστική ανάλυση χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS και απευθυνθήκαμε σε σύνολο 353 μαθητών από σχολεία της Πάτρας και λάβαμε τα ακόλουθα συμπεράσματα.

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

- Πίνακας 1. Κατανομή 353 μαθητών ανάλογα με την ηλικία τους.

ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Αριθμός (%) μαθητών
Μέχρι 17	207 (58,6%)
18 και άνω	146 (41,4%)

Η ηλικία του δείγματος κυμαίνεται από 13 έως 28 χρονών. Το 58,6% του δείγματος των μαθητών είναι μέχρι 17 ετών, ενώ το 41,4% των μαθητών είναι 18 ετών και άνω.

- Πίνακας 2. Κατανομή 353 μαθητών ανάλογα με το φύλο.

ΦΥΛΟ	Αριθμός (%) μαθητών
ΑΝΔΡΑΣ	177 (50,1%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	176 (49,9%)

Το 50,1% του δείγματος των μαθητών το αποτελούν αγόρια, ενώ το 49,9% των μαθητών είναι κορίτσια.

- Πίνακας 3. Κατανομή 353 μαθητών σχετικά με τον αν έχουν δοκιμάσει ποτέ τσιγάρο.

Έχεις δοκιμάσει ποτέ τσιγάρο;	Αριθμός (%) μαθητών
ΝΑΙ	269 (76,2%)
ΟΧΙ	84 (23,8%)

Το 76,2% του δείγματος των μαθητών απάντησαν ότι έχουν δοκιμάσει να καπνίσουν, ενώ μόνο το 23,8% των μαθητών απάντησαν ότι δεν έχουν δοκιμάσει ποτέ τσιγάρο.

- Πίνακας 4. Κατανομή 269 μαθητών σχετικά με το αν είναι συστηματικοί καπνιστές.

Είσαι συστηματικός καπνιστής-στρια;	Αριθμός (%) μαθητών
ΝΑΙ	164 (61%)
ΟΧΙ	105 (39%)

Το 61% του δείγματος των 269 μαθητών που έχουν δοκιμάσει τσιγάρο απάντησαν ότι είναι συστηματικοί καπνιστές.

- Πίνακας 5. Κατανομή 269 μαθητών σχετικά με την ηλικία που ξεκίνησαν το κάπνισμα.

Ηλικία που ξεκίνησαν να καπνίζουν (σε έτη)	Αριθμός (%) μαθητών
13	57 (21,2%)
14	49 (18,2%)
15	59 (21,9%)
16	36 (13,4%)
17	37 (13,8%)
18	15 (5,6%)

Στο σύνολο των 269 μαθητών που έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα, το 21,9% των μαθητών απάντησαν ότι ξεκίνησαν σε ηλικία 15 ετών, ενώ το 21,2% των μαθητών απάντησαν ότι ξεκίνησαν να καπνίζουν σε ηλικία 13 ετών.



Πίνακας 6. Κατανομή 269 μαθητών σχετικά με τους παράγοντες που τους ώθησαν στο κάπνισμα.

Παράγοντες που σε ώθησαν στο κάπνισμα:	Αριθμός (%) μαθητών
Οι φίλοι	106 (39,4%)
Η μίμηση των γονέων	15 (5,6%)
Η απώλεια βάρους	8 (3%)
Η μόδα	25 (9,3%)
Τα πρότυπα	1 (0,4%)
Η περιέργεια	97 (36,1%)

Στο δείγμα των 269 μαθητών που έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα, το 39,4% των μαθητών απάντησαν ότι ο παράγοντας που τους ώθησε στο κάπνισμα ήταν οι φίλοι, ενώ το 36,1% των μαθητών απάντησαν ότι ξεκίνησαν το κάπνισμα από περιέργεια.

• Πίνακας 7. Κατανομή 353 μαθητών σχετικά με το αν οι φίλοι τους καπνίζουν.

Οι φίλοι σου καπνίζουν;	Αριθμός (%) μαθητών
ΝΑΙ	292 (82,7%)
ΟΧΙ	61 (17,3%)

Το 82,7% του συνολικού δείγματος των μαθητών απάντησαν ότι οι φίλοι τους καπνίζουν.

• Πίνακας 8. Κατανομή 353 μαθητών σε σχέση με το αν οι γονείς τους καπνίζουν.

Οι γονείς σου καπνίζουν;	Αριθμός (%) μαθητών
Η μητέρα	37 (10,5%)
Ο πατέρας	100 (28,3%)
Και οι δύο	97 (27,5%)
Κανένας	119 (33,7%)

Το 33,7% του δείγματος των μαθητών απάντησαν ότι κανένας από τους γονείς τους δεν καπνίζει, το 28,3% του δείγματος απάντησαν ότι καπνίζει ο πατέρας ος και το 27,5% των μαθητών απάντησαν ότι καπνίζουν και οι δύο γονείς τους.

- Πίνακας 9. Κατανομή 353 μαθητών σχετικά με το αν υπάρχουν μεγαλύτερα αδέρφια που καπνίζουν.

Υπάρχουν μεγαλύτερα αδέρφια που καπνίζουν;	Αριθμός (%) μαθητών
ΝΑΙ	133 (37,7%)
ΟΧΙ	218 (61,8%)

Το 61,8% του δείγματος των μαθητών απάντησαν ότι τα μεγαλύτερα αδέρφια τους δεν καπνίζουν.

- Πίνακας 10. Κατανομή 269 μαθητών σχετικά με το αν γνωρίζουν οι γονείς τους ότι καπνίζουν.

Γνωρίζουν οι γονείς σου ότι καπνίζεις;	Αριθμός (%) μαθητών
ΝΑΙ	105 (39%)
ΟΧΙ	148 (55%)

Το 55% του δείγματος των 269 μαθητών που έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα απάντησαν ότι οι γονείς τους δεν γνωρίζουν ότι καπνίζουν.

Πίνακας 11. Κατανομή 269 μαθητών σε σχέση με το αν καπνίζουν φανερά ή κρυφά.

Καπνίζεις φανερά ή κρυφά;	Αριθμός (%) μαθητών
Φανερά	86 (32%)
Κρυφά	162 (60,2%)

Το 60,2% του δείγματος των 269 μαθητών που έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα απάντησαν ότι καπνίζουν κρυφά.

- Πίνακας 12. Κατανομή 353 μαθητών σχετικά με το αν έχουν συζητήσει με τους γονείς τους αναφορικά με το κάπνισμα.

Εχεις συζητήσει με τους γονείς σου αναφορικά με το κάπνισμα;	Αριθμός (%) μαθητών
ΝΑΙ	238 (67,4%)
ΟΧΙ	112 (31,7%)

Το 67,4% του συνολικού δείγματος των μαθητών απάντησαν ότι έχουν συζητήσει σχετικά με το κάπνισμα με τους γονείς τους.

- Πίνακας 13. Κατανομή 353 μαθητών σχετικά με το αν έχουν συζητήσει με τους καθηγητές τους για το κάπνισμα.

Εχεις συζητήσει με τους καθηγητές σου για το κάπνισμα;	Αριθμός (%) μαθητών
ΝΑΙ	159 (45%)
ΟΧΙ	192 (54,4%)

Το 54,4% του συνολικού δείγματος των μαθητών απάντησαν ότι δεν συζητάνε στο σχολείο τους με τους καθηγητές σχετικά με το κάπνισμα.

- Πίνακας 14. Κατανομή 269 μαθητών σε σχέση με τον αριθμό τσιγάρων που καπνίζουν ημερησίως.

Πόσα τσιγάρα καπνίζεις ημερησίως;	Αριθμός (%) μαθητών
Μέχρι 10	102 (37,9%)
10 - 20	85 (31,6%)
Πάνω από 20	59 (21,9%)

Στο σύνολο των 269 μαθητών που έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα το 37,9% των μαθητών απάντησαν ότι καπνίζουν μέχρι 10 τσιγάρα ημερησίως, ενώ το 31,6% των μαθητών απάντησαν ότι καπνίζουν από 10 έως 20 τσιγάρα την ημέρα.

- Πίνακας 15. Κατανομή 269 μαθητών σχετικά με το πού καπνίζουν συνήθως.

Πού καπνίζεις συνήθως;	Αριθμός (%) μαθητών
Στο σχολείο	49 (18,2%)
Στην καφετέρια/βόλτα/φροντιστήριο	85 (31,6%)
Παντού	111 (41,3%)

Το 41,3% των 269 μαθητών που έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα απάντησαν ότι καπνίζουν παντού, ενώ το 31,6% των μαθητών απάντησαν ότι καπνίζουν στην καφετέρια, στην βόλτα ή στο φροντιστήριο.

- Πίνακας 16. Κατανομή 269 μαθητών σχετικά με το αν τα τσιγάρα που καπνίζουν έχουν φίλτρο.

Τα τσιγάρα που καπνίζεις έχουν φίλτρο;	Αριθμός (%) μαθητών
ΝΑΙ	205 (76,2%)
ΟΧΙ	36 (13,4%)

Το 76,2% του δείγματος των 269 μαθητών που έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα απάντησαν ότι τα τσιγάρα τους έχουν φίλτρο.

- Πίνακας 17. Κατανομή 269 μαθητών σχετικά με το αν προτιμούν μια συγκεκριμένη μάρκα τσιγάρων.

Προτιμάς μια συγκεκριμένη μάρκα τσιγάρων;	Αριθμός (%) μαθητών
ΝΑΙ	190 (70,6%)
ΟΧΙ	61 (22,7%)

Το 70,6% των 269 μαθητών που έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα απάντησαν ότι προτιμούν μια συγκεκριμένη μάρκα τσιγάρων.

- Πίνακας 18. Κατανομή 269 μαθητών σχετικά με το αν είναι εξαρτημένοι από το κάπνισμα.

Είσαι εξαρτημένος-η από το κάπνισμα;	Αριθμός (%) μαθητών
ΝΑΙ	88 (32,7%)
ΟΧΙ	88 (32,7%)
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	76 (28,3%)

Το 32,7% του δείγματος των 269 μαθητών που έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα απάντησαν ότι νομίζουν ότι είναι εξαρτημένοι, ενώ το ίδιο ποσοστό απάντησε ότι δεν θεωρεί ότι είναι εξαρτημένοι από το κάπνισμα.

- Πίνακας 19. Κατανομή 269 μαθητών σχετικά με το αν προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα.

Προσπάθησες ποτέ να το κόψεις;	Αριθμός (%) μαθητών
ΝΑΙ	107 (39,8%)
ΟΧΙ	142 (52,8%)

Το 52,8% του δείγματος των 269 μαθητών απάντησαν ότι δεν έχουν προσπαθήσει να το κόψουν, ενώ μόνο το 39,8% των μαθητών απάντησαν ότι έχουν προσπαθήσει.

- Πίνακας 20. Κατανομή 107 μαθητών σχετικά με τους λόγους για τους οποίους προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα.

Λόγοι για τους οποίους προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα	Αριθμός (%) μαθητών
Οικονομία	35 (32,7%)
Υγεία	68 (63,6%)
Παρουσία ατόμων που δεν αντέχουν τον καπνό	3 (2,8%)

Το 63,6% του δείγματος των 107 μαθητών που προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα το έκαναν για λόγους υγείας, ενώ το 32,7% των μαθητών προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα για οικονομία.

- Πίνακας 21. Κατανομή 107 μαθητών σχετικά με το αν είχαν θετικά αποτελέσματα στην προσπάθειά τους να κόψουν το κάπνισμα.

Είχες θετικά αποτελέσματα;	Αριθμός (%) μαθητών
ΝΑΙ	23 (21,5%)
ΟΧΙ	79 (73,8%)

Το 73,8% του δείγματος των 107 μαθητών που προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα απάντησαν ότι δεν είχαν θετικά αποτελέσματα, ενώ μόνο το 21,5% των μαθητών απάντησε ότι μπόρεσε να το κόψει.

- Πίνακας 22. Κατανομή 269 μαθητών σχετικά με το πώς ήταν η πρώτη τους εμπειρία με το κάπνισμα.

Πώς ήταν η πρώτη σου εμπειρία με το κάπνισμα;	Αριθμός (%) μαθητών
ΚΑΛΗ	128 (47,6%)
ΑΣΧΗΜΗ	131 (48,7%)

Το 48,7% του δείγματος των 269 μαθητών που έχουν δοκιμάσει να καπνίσουν απάντησαν ότι η πρώτη τους εμπειρία ήταν άσχημη, ενώ το 47,6% των μαθητών απάντησαν ότι η πρώτη τους εμπειρία ήταν καλή.

- Πίνακας 23. Κατανομή 269 μαθητών σε σχέση με τις περιπτώσεις στις οποίες αισθάνονται την ανάγκη να καπνίσουν.

Σε ποιές περιπτώσεις αισθάνεσαι την ανάγκη να καπνίσεις;	Αριθμός (%) μαθητών
Όταν βρίσκομαι με την παρέα μου	92 (34,2%)
Όταν είμαι αγχωμένος-η ή λυπημένος-η	76 (28,3%)
Όταν είμαι χαρούμενος-η	5 (1,9%)
Όταν βρω ευκαιρία	76 (28,3%)

Το 34,2% των 269 μαθητών απάντησαν ότι καπνίζουν όταν βρίσκονται με την παρέα τους, ενώ το ίδιο ποσοστό μαθητών (28,3%) απάντησαν ότι καπνίζουν όταν είναι αγχωμένοι ή λυπημένοι ή όταν βρουν την ευκαιρία.

- Πίνακας 24. Κατανομή 353 μαθητών σχετικά με το αν γνωρίζουν ότι το κάπνισμα βλάπτει την υγεία.

Γνωρίζεις ότι το κάπνισμα βλάπτει την υγεία;	Αριθμός (%) μαθητών
ΝΑΙ	338 (95,8%)
ΟΧΙ	14 (4%)

Το 95,8% του συνολικού δείγματος των μαθητών απάντησαν ότι γνωρίζουν ότι το κάπνισμα βλάπτει την υγεία.

- Πίνακας 25. Κατανομή 353 μαθητών σχετικά με το αν γνωρίζουν ποιές παθήσεις προκαλεί το κάπνισμα.

Ποιές από τις παρακάτω παθήσεις προκαλεί το κάπνισμα;	Αριθμός (%) μαθητών
Καρκίνο	81 (22,9%)
Βρογχίτιδα	8 (2,3%)
Καρδιολογικά προβλήματα	18 (5,1%)
Όλα τα παραπάνω	234 (66,3%)

Το 66,3% του συνολικού δείγματος των μαθητών απάντησαν ότι το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο, βρογχίτιδα και καρδιολογικά προβλήματα.

- Πίνακας 26. Κατανομή 353 μαθητών σχετικά με το αν γνωρίζουν την σύσταση του καπνού.

Γνωρίζεις την σύσταση του καπνού;	Αριθμός (%) μαθητών
ΝΑΙ	154 (43,6%)
ΟΧΙ	198 (56,1%)

Το 56,1% του δείγματος των μαθητών απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν την σύσταση του καπνού, ενώ το 43,6% των μαθητών απάντησαν ότι γνωρίζουν ότι ο καπνός περιέχει νικοτίνη και πίσσα.

- Πίνακας 27. Κατανομή 353 μαθητών σχετικά με το αν είχαν οι ίδιοι ή κάποιος δικός τους πρόβλημα υγείας που να οφείλονταν στο κάπνισμα.

Είχες εσύ ή κάποιος δικός σου πρόβλημα υγείας που να οφειλόταν στο κάπνισμα;	Αριθμός (%) μαθητών
ΝΑΙ	77 (21,8%)
ΟΧΙ	189 (53,5%)
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	83 (23,5%)

Το 53,5% του συνολικού δείγματος των μαθητών απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν κάποιον δικό τους που να είχε κάποιο πρόβλημα υγείας που να οφείλεται στο κάπνισμα.

- Πίνακας 28. Κατανομή 77 μαθητών σχετικά με το είδος του προβλήματος υγείας που αντιμετώπισε κάποιος δικός τους και που οφείλονταν στο κάπνισμα.

Πρόβλημα υγείας	Αριθμός (%) μαθητών
Αναπνευστικό	22 (28,6%)
Καρδιολογικό	23 (29,9%)
Καρκίνος	32 (41,6%)

Το 41,6% του δείγματος των 77 μαθητών απάντησαν ότι γνωρίζουν ότι κάποιος δικός τους είχε καρκίνο και πιστεύει ότι οφείλονταν στο κάπνισμα.

- Πίνακας 29. Κατανομή 353 μαθητών σε σχέση με την συχνότητα με την οποία πίνουν αλκοολούχα ποτά.

Πίνεις αλκοολούχα ποτά;	Αριθμός (%) μαθητών
Συχνά	135 (38,2%)
Σπάνια	152 (43,1%)
Καθόλου	63 (17,8%)

Το 43,1% του δείγματος των μαθητών απάντησε ότι πίνει σπάνια αλκοολούχα ποτά, ενώ το 38,2% των μαθητών απάντησε ότι πίνει συχνά.



### ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Εφαρμόσαμε το μη παραμετρικό τεστ  $X^2$  για να εξετάσουμε αν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ διαφόρων μεταβλητών που προσδιορίζουν την συμπεριφορά του δείγματος των μαθητών σχετικά με το κάπνισμα και μεταβλητών όπως η ηλικία, το φύλο, η κατανάλωση αλκοόλ, κ.α. Μετά την εμφάνιση μέσω των παραπάνω τεστ σημαντικών σχέσεων εξάρτησης μεταξύ των μεταβλητών εφαρμόσαμε τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης Gamma προκειμένου να μετρηθεί ο βαθμός εξάρτησης. Ο συντελεστής Gamma μας δείχνει τη σχέση που υπάρχει μεταξύ των δύο παραμέτρων. Όταν ο ρυθμός αύξησης είναι ίδιος και για τις δύο παραμέτρους η τιμή του συντελεστή αυξάνεται, ενώ όταν ο ρυθμός αύξησης είναι αρνητικός η τιμή του ελαττώνεται. Ο συντελεστής δεν έχει μονάδες και παίρνει τιμές μεταξύ του -1 και 1. Όταν ο συντελεστής παίρνει την τιμή 0 σημαίνει ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών.

- Πίνακας 30. Κατανομή 353 μαθητών σε σχέση με την ηλικία και το αν έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα.

ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Έχεις δοκιμάσει ποτέ τσιγάρο;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Μέχρι 17	147 (71%)	60 (29%)
18 και άνω	122 (83,6%)	24 (16,4%)

Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας του δείγματος των μαθητών και σχετικά με το αν έχουν δοκιμάσει ποτέ να καπνίσουν ( $p = 0.0056$ , Gamma =  $-0.34956$ ). Το 83,6% του δείγματος των μαθητών που είναι 18 ετών και άνω έχει δοκιμάσει να καπνίσει, ενώ το 71% των μαθητών που είναι ηλικίας μέχρι 17 ετών έχει δοκιμάσει να καπνίσει.

- Πίνακας 31. Κατανομή 353 μαθητών σε σχέση με το φύλο και το αν έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα.

ΦΥΛΟ	Έχεις δοκιμάσει ποτέ τσιγάρο;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΝΔΡΑΣ	145 (81,9%)	32 (18,1%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	124 (70,5%)	52 (29,5%)

Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου που ανήκουν οι μαθητές και το αν έχουν δοκιμάσει ποτέ τσιγάρο ( $p = 0.0111$ , Gamma = 0.31039).

Το 81,9% του δείγματος των μαθητών που είναι αγόρια έχουν δοκιμάσει να καπνίσουν, ενώ μόνο το 70,5% του δείγματος των κοριτσιών έχουν δοκιμάσει ποτέ τσιγάρο.

- Πίνακας 32. Κατανομή 353 μαθητών σε σχέση με την ηλικία και το αν υπάρχουν μεγαλύτερα αδέρφια που καπνίζουν.

ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Υπάρχουν μεγαλύτερα αδέρφια που καπνίζουν;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Μέχρι 17	158 (76,3%)	49 (23,7%)
18 και άνω	134 (91,8%)	12 (8,2%)

Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας του δείγματος των μαθητών και σχετικά με το αν υπάρχουν μεγαλύτερα αδέρφια που καπνίζουν ( $p = 0.0000$ , Gamma = -0.55188). Το 91,8% του δείγματος των μαθητών που είναι από 18 ετών και άνω απάντησε ότι έχουν μεγαλύτερα αδέρφια που καπνίζουν, ενώ μόνο το 76,3% του δείγματος των μαθητών που είναι ηλικίας μέχρι 17 ετών απάντησε το ίδιο.

- Πίνακας 33. Κατανομή 353 μαθητών σε σχέση με το φύλο και το αν υπάρχουν μεγαλύτερα αδέρφια που καπνίζουν.

ΦΥΛΟ	Υπάρχουν μεγαλύτερα αδέρφια που καπνίζουν;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΝΔΡΑΣ	154 (87%)	23 (13%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	138 (78,4%)	38 (21,6%)

Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου που ανήκουν οι μαθητές του δείγματος και σχετικά με το αν έχουν μεγαλύτερα αδέρφια που καπνίζουν ( $p = 0.0319$ , Gamma = 0.29670). Το 87% του δείγματος των μαθητών που είναι αγόρια απάντησαν ότι υπάρχουν μεγαλύτερα αδέρφια που καπνίζουν, ενώ το 78,4% του δείγματος που είναι κορίτσια απάντησε ότι τα μεγαλύτερα αδέρφια τους καπνίζουν.

- Πίνακας 34. Κατανομή 353 μαθητών σε σχέση με το αν έχουν δοκιμάσει να καπνίσουν και αν οι φίλοι τους καπνίζουν.

Εχεις δοκιμάσει ποτέ τσιγάρο;	Οι φίλοι σου καπνίζουν;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΝΑΙ	241 (89,6%)	28 (10,4%)
ΟΧΙ	51 (60,7%)	33 (39,3%)

Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των μαθητών που έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα και σχετικά με το αν οι φίλοι τους καπνίζουν ( $p = 0.0000$ , Gamma = 0.69555). Το 89,6% των μαθητών που έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα απάντησαν ότι οι φίλοι τους καπνίζουν, ενώ μόνο το 60,7% των μαθητών που απάντησαν ότι δεν έχουν δοκιμάσει ποτέ τσιγάρο απάντησαν ότι οι φίλοι τους καπνίζουν.

- Πίνακας 35. Κατανομή 353 μαθητών σε σχέση με την ηλικία και το αν έχουν συζητήσει με τους γονείς τους σχετικά με το κάπνισμα.

ΗΛΙΚΙΑ (ΣΕ ΕΤΗ)	Έχεις συζητήσει με τους γονείς σου σχετικά με το κάπνισμα;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Μέχρι 17	151 (73,7%)	54 (26,3%)
18 και άνω	87 (60%)	58 (40%)

Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας των μαθητών και σχετικά με το αν έχουν συζητήσει με τους γονείς τους αναφορικά με το κάπνισμα ( $p = 0.0071$ , Gamma = 0.30172). Το 73,7% του δείγματος των μαθητών ηλικίας μέχρι 17 ετών απάντησαν ότι έχουν συζητήσει σχετικά με το κάπνισμα με τους γονείς τους, ενώ μόνο το 60% του δείγματος των μαθητών ηλικίας 18 ετών και άνω απάντησαν το ίδιο.

- Πίνακας 36. Κατανομή 353 μαθητών σχετικά με την ηλικία και την συχνότητα με την οποία πίνουν αλκοολούχα ποτά.

ΗΛΙΚΙΑ (ΣΕ ΕΤΗ)	Πίνεις αλκοολούχα ποτά;		
	Συχνά	Σπάνια	Καθόλου
Μέχρι 17	66 (32,4%)	92 (45,1%)	46 (22,5%)
18 και άνω	69 (47,3%)	60 (41,1%)	17 (11,6%)

Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας των μαθητών του δείγματος σχετικά με το αν πίνουν αλκοολούχα ποτά ( $p = 0.0039$ , Gamma = -0.29776). Το 47,3% των μαθητών ηλικίας 18 ετών και άνω απάντησαν ότι πίνουν συχνά αλκοολούχα ποτά, ενώ μόνο το 32,4% των μαθητών ηλικίας μέχρι 17 ετών πίνει με την ίδια συχνότητα αλκοολούχα ποτά.

- Πίνακας 37. Κατανομή 353 μαθητών σε σχέση με το φύλο και την συχνότητα με την οποία πίνουν αλκοολούχα ποτά.

ΦΥΛΟ	Πίνεις αλκοολούχα ποτά;		
	Συχνά	Σπάνια	Καθόλου
ΑΝΔΡΑΣ	82 (46,9%)	68 (38,9%)	25 (14,3%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	53 (30,3%)	84 (48%)	38 (21,7%)

Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου που ανήκουν οι μαθητές και της συχνότητας με την οποία πίνουν αλκοολούχα ποτά ( $p = 0.0048$ , Gamma = 0.28338). Το 46,9% του δείγματος των μαθητών που είναι αγόρια πίνουν συχνά αλκοολούχα ποτά, ενώ μόνο το 30,3% των μαθητών που είναι κορίτσια πίνουν με την ίδια συχνότητα αλκοολούχα ποτά.

- Πίνακας 38. Κατανομή 353 μαθητών σε σχέση με το φύλο και το αν γνωρίζουν ότι το κάπνισμα βλάπτει την υγεία.

ΦΥΛΟ	Γνωρίζεις ότι το κάπνισμα βλάπτει την υγεία;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΝΔΡΑΣ	164 (93,2%)	12 (6,8%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	174 (98,9%)	2 (1,1%)

Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου που ανήκουν οι μαθητές σχετικά με το αν γνωρίζουν ότι το κάπνισμα βλάπτει την υγεία ( $p = 0.0041$ , Gamma = -0.72848). Το 98,9% των μαθητών που είναι κορίτσια απάντησαν ότι γνωρίζουν ότι το κάπνισμα βλάπτει την υγεία, ενώ το 93,2% των μαθητών που είναι αγόρια έδωσε την ίδια απάντηση.

- Πίνακας 39. Κατανομή 353 μαθητών σχετικά με το αν έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα και την συχνότητα με την οποία πίνουν αλκοολούχα ποτά.

Έχεις δοκιμάσει ποτέ τσιγάρο;	Πίνεις αλκοολούχα ποτά;		
	Συχνά	Σπάνια	Καθόλου
ΝΑΙ	123 (45,9%)	114 (42,5%)	31 (11,6%)
ΟΧΙ	12 (14,6%)	38 (46,3%)	32 (39%)

Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των μαθητών που έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα και της συχνότητας με την οποία πίνουν αλκοολούχα ποτά ( $p = 0.0000$ ,  $\text{Gamma} = 0.61545$ ). Το 45,9% του δείγματος των μαθητών που έχει δοκιμάσει το κάπνισμα απάντησε ότι πίνει συχνά αλκοολούχα ποτά, ενώ μόνο το 14,6% του δείγματος των μαθητών που δεν έχουν δοκιμάσει ποτέ τσιγάρο πίνουν με την ίδια συχνότητα αλκοολούχα ποτά.

- Πίνακας 40. Κατανομή 269 μαθητών σχετικά με την ηλικία και το αν είναι συστηματικοί καπνιστές.

ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Είσαι συστηματικός καπνιστής-στρια;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Μέχρι 17	77 (52,4%)	70 (47,6%)
18 και άνω	87 (71,3%)	35 (28,7%)

Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας των μαθητών που έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα (269 μαθητές) και σχετικά με το αν είναι συστηματικοί καπνιστές ( $p = 0.0014$ ,  $\text{Gamma} = -0.38645$ ). Το 71,3% των μαθητών ηλικίας 18 ετών και άνω απάντησαν ότι είναι συστηματικοί καπνιστές, ενώ μόνο το 52,4% των μαθητών ηλικίας μέχρι 17 ετών απάντησαν ότι είναι συστηματικοί καπνιστές.

- Πίνακας 41. Κατανομή 269 μαθητών σε σχέση με το φύλο και την ηλικία στην οποία ξεκίνησαν το κάπνισμα.

ΦΥΛΟ	13ετών	14ετών	15ετών	16ετών	17ετών	18 ετών
ΑΝΔΡΑΣ	40 (29%)	22 (15,9%)	37 (26,8%)	20 (14,5%)	14 (10,1%)	5 (3,6%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	17 (14,8%)	27 (23,5%)	22 (19,1%)	16 (13,9%)	23 (20%)	10 (8,7%)

Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου των μαθητών που έχουν δοκιμάσει να καπνίσουν (269 μαθητές) και της ηλικίας από την οποία ξεκίνησαν το κάπνισμα ( $p = 0.0063$ ,  $\text{Gamma} = 0.23682$ ). Το 29% των μαθητών που είναι αγόρια απάντησαν ότι ξεκίνησαν το κάπνισμα σε ηλικίας 13 ετών, ενώ μόνο το 14,8% των μαθητών που είναι κορίτσια απάντησαν ότι ξεκίνησαν το κάπνισμα στην ίδια ηλικία.

- Πίνακας 42. Κατανομή 269 μαθητών σχετικά με το αν είναι συστηματικοί καπνιστές και αν οι φίλοι τους καπνίζουν.

Είσαι συστηματικός καπνιστής-στρια;	Οι φίλοι σου καπνίζουν;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΝΑΙ	154 (93,9%)	10 (6,1%)
ΟΧΙ	87 (82,9%)	18 (17,1%)

Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των μαθητών (269 μαθητές) που είναι ή όχι συστηματικοί καπνιστές σχετικά με το αν οι φίλοι τους καπνίζουν ( $p = 0.0043$ ,  $\text{Gamma} = 0.52224$ ). Το 93,9% των μαθητών που είναι συστηματικοί καπνιστές απάντησαν ότι οι φίλοι τους καπνίζουν, ενώ μόνο το 82,9% των μαθητών που δεν είναι συστηματικοί καπνιστές απάντησαν ότι οι φίλοι τους καπνίζουν.

- Πίνακας 43. Κατανομή 269 μαθητών σχετικά με το αν είναι συστηματικοί καπνιστές και το αν γνωρίζουν οι γονείς τους ότι καπνίζουν.

Είσαι συστηματικός καπνιστής-στρια;	Γνωρίζουν οι γονείς σου ότι καπνίζεις;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΝΑΙ	93 (56,7%)	71 (43,3%)
ΟΧΙ	12 (13,5%)	77 (86,5%)

Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των μαθητών (269 μαθητές) που είναι συστηματικοί καπνιστές ή όχι σχετικά με το αν γνωρίζουν οι γονείς τους ότι καπνίζουν ( $p = 0.0000$ , Gamma = 0.78735). Το 56,7% των μαθητών που είναι συστηματικοί καπνιστές απάντησαν ότι οι γονείς τους γνωρίζουν ότι καπνίζουν, ενώ μόνο το 13,5% των μαθητών που δεν είναι συστηματικοί καπνιστές απάντησαν το ίδιο.

- Πίνακας 44. Κατανομή 269 μαθητών σχετικά με το αν είναι συστηματικοί καπνιστές και αν καπνίζουν φανερά ή κρυφά.

Είσαι συστηματικός καπνιστής-στρια;	Καπνίζεις φανερά ή κρυφά;	
	Φανερά	Κρυφά
ΝΑΙ	77 (47,8%)	84 (52,2%)
ΟΧΙ	9 (10,3%)	78 (89,7%)

Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των μαθητών (269 μαθητές) που είναι συστηματικοί καπνιστές ή όχι και σχετικά με το αν καπνίζουν φανερά ή κρυφά ( $p = 0.0000$ , Gamma = 0.77640). Το 47,8% των μαθητών που είναι συστηματικοί καπνιστές απάντησαν ότι καπνίζουν φανερά, ενώ μόνο το 10,3% των μαθητών που δεν είναι συστηματικοί καπνιστές καπνίζουν φανερά.



- Πίνακας 45. Κατανομή 269 μαθητών σχετικά με την ηλικία τους και τον αριθμό τσιγάρων που καπνίζουν ημερησίως.

ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Πόσα τσιγάρα καπνίζεις ημερησίως;		
	Μέχρι 10	10 - 20	Πάνω από 20
Μέχρι 17	62 (48,4%)	44 (34,4%)	22 (17,2%)
18 και άνω	40 (33,9%)	41 (34,7%)	37 (31,4%)

Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας των μαθητών που έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα (269 μαθητές) και του αριθμού τσιγάρων που καπνίζουν ημερησίως ( $p = 0.0154$ ,  $\text{Gamma} = 0.29202$ ). Το 48,4% των μαθητών ηλικίας μέχρι 17 ετών καπνίζουν μέχρι 10 τσιγάρα την ημέρα, ενώ μόνο το 33,9% των μαθητών ηλικίας 18 ετών και άνω καπνίζει τον ίδιο αριθμό τσιγάρων την ημέρα. Επίσης, το 31,4% των μαθητών ηλικίας πάνω από 18 χρονών καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα, ενώ μόνο το 17,2% των μαθητών ηλικίας μέχρι 17 ετών καπνίζει πάνω από 20 τσιγάρα ημερησίως.

- Πίνακας 46. Κατανομή 269 μαθητών σχετικά με την ηλικία τους και το πού καπνίζουν συνήθως.

ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Πού καπνίζεις συνήθως;		
	Στο σχολείο	Στην καφετ/βόλ/φροντ.	Παντού
Μέχρι 17	36 (28,8%)	42 (33,6%)	47 (37,6%)
18 και άνω	13 (10,8%)	43 (35,8%)	64 (53,3%)

Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας των μαθητών που έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα (269 μαθητές) σχετικά με το πού καπνίζουν συνήθως ( $p = 0.0010$ ,  $\text{Gamma} = 0.34596$ ). Το 53,3% των μαθητών ηλικίας 18 ετών και άνω καπνίζουν παντού, ενώ μόνο το 37,6% των μαθητών ηλικίας μέχρι 17 ετών καπνίζει παντού.

- Πίνακας 47. Κατανομή 269 μαθητών σχετικά με την ηλικία τους και το αν είναι εξαρτημένοι από το κάπνισμα.

ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Είσαι εξαρτημένος-η από το κάπνισμα;		
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ
Μέχρι 17	36 (27,3%)	57 (43,2%)	39 (29,5%)
18 και άνω	52 (43,3%)	31 (25,8)	37 (30,8%)

Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας των μαθητών που έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα (269 μαθητές) και σχετικά με τον αν νομίζουν ότι είναι εξαρτημένοι από το κάπνισμα ( $p = 0.0060$ ,  $\text{Gamma} = -0.15282$ ). Το 43,3% των μαθητών ηλικίας 18 ετών και άνω θεωρούν ότι είναι εξαρτημένοι από το κάπνισμα, ενώ μόνο το 27,3% των μαθητών ηλικίας μέχρι 17 ετών έχουν την ίδια άποψη.

- Πίνακας 48. Κατανομή 269 μαθητών σχετικά με το φύλο και τον αριθμό τσιγάρων που καπνίζουν ημερησίως.

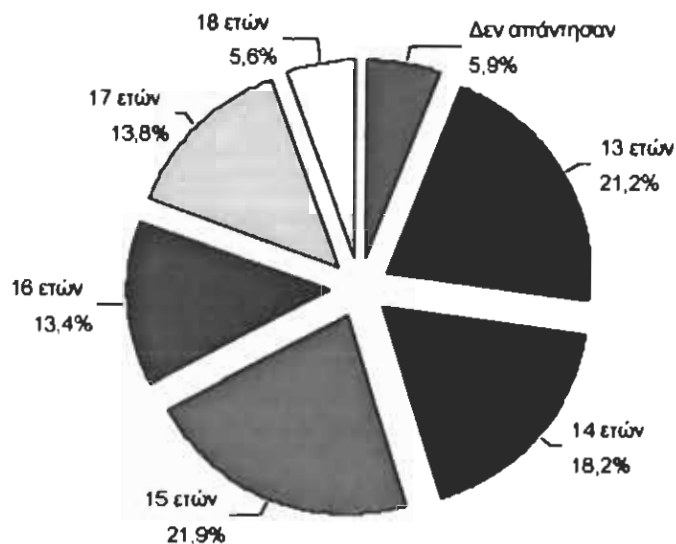
ΦΥΛΟ	Πόσα τσιγάρα καπνίζεις ημερησίως;		
	Μέχρι 10	10 - 20	Πάνω από 20
ΑΝΔΡΑΣ	49 (36%)	47 (34,6%)	40 (29,4%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	53 (48,2%)	38 (34,5%)	19 (17,3%)

Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου που ανήκουν οι μαθητές που έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα (269 μαθητές) και του αριθμού τσιγάρου που καπνίζουν ημερησίως ( $p = 0.0498$ ,  $\text{Gamma} = -0.24906$ ). Το 29,4% των μαθητών που είναι αγόρια καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα, ενώ μόνο το 17,3% των μαθητών που είναι κορίτσια καπνίζουν τον ίδιο αριθμό τσιγάρων ημερησίως.

- Πίνακας 49. Κατανομή 269 μαθητών σχετικά με την ηλικίας τους και το πώς ήταν η πρώτη τους εμπειρία με το κάπνισμα.

ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Πώς ήταν η πρώτη σου εμπειρία με το κάπνισμα;	
	Καλή	Άσχημη
Μέχρι 17	78 (55,7%)	62 (44,3%)
18 και άνω	50 (42%)	69 (58%)

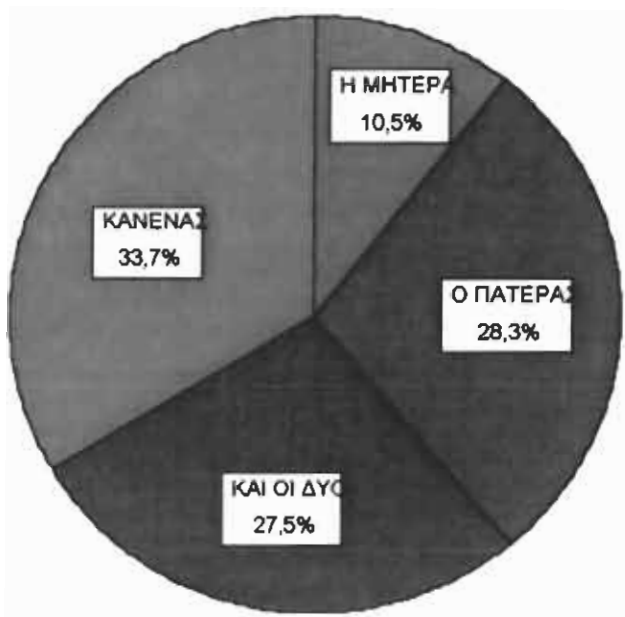
Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας των μαθητών που έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα (269 μαθητές) σχετικά με πώς ήταν η πρώτη τους εμπειρία με το κάπνισμα ( $p = 0.0277$ ,  $\text{Gamma} = 0.26904$ ). Το 58% των μαθητών ηλικίας πάνω από 18 ετών απάντησαν ότι η πρώτη τους εμπειρία από το κάπνισμα ήταν άσχημη, ενώ μόνο το 44,3% των μαθητών ηλικίας μέχρι 17 ετών απάντησαν το ίδιο.



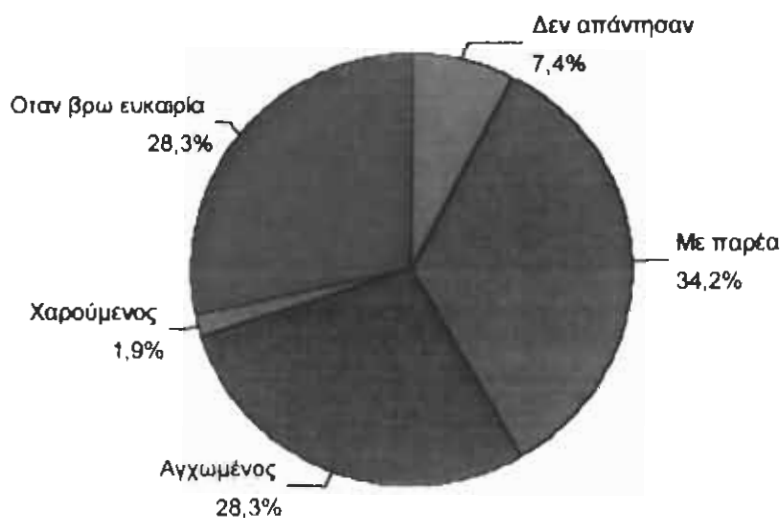
Σχήμα 1. Κατανομή των μαθητών που έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα σχετικά με την ηλικία που ξεκίνησαν να καπνίζουν



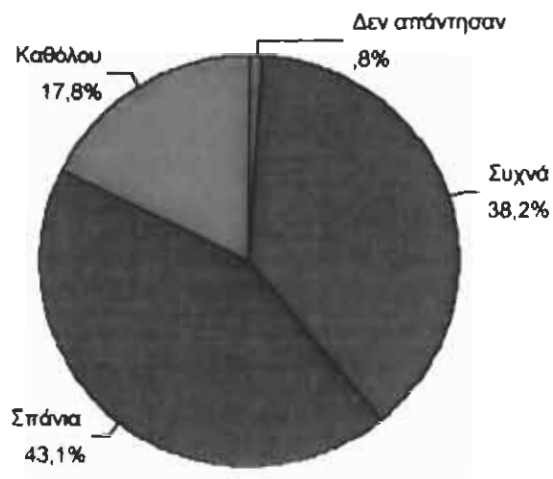
Σχήμα 2. Κατανομή των μαθητών που έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα ανάλογα με τους λόγους που τους ώθησαν στο κάπνισμα



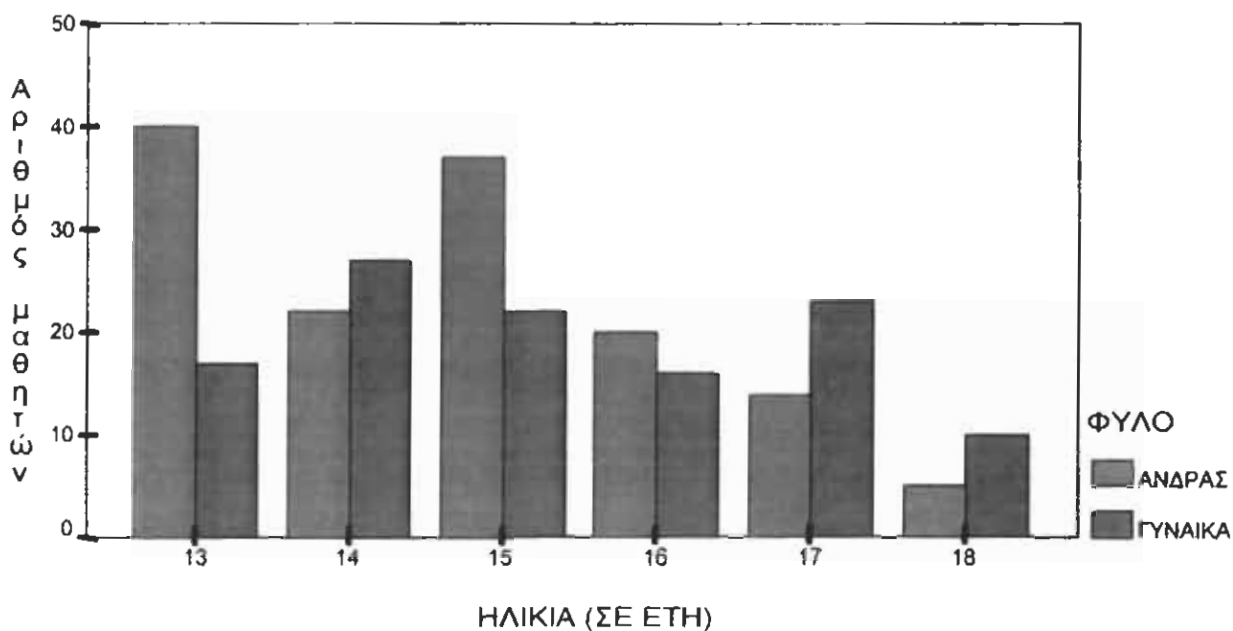
Σχήμα 3. Κατανομή των μαθητών ανάλογα με το αν οι γονείς τους καπνίζουν



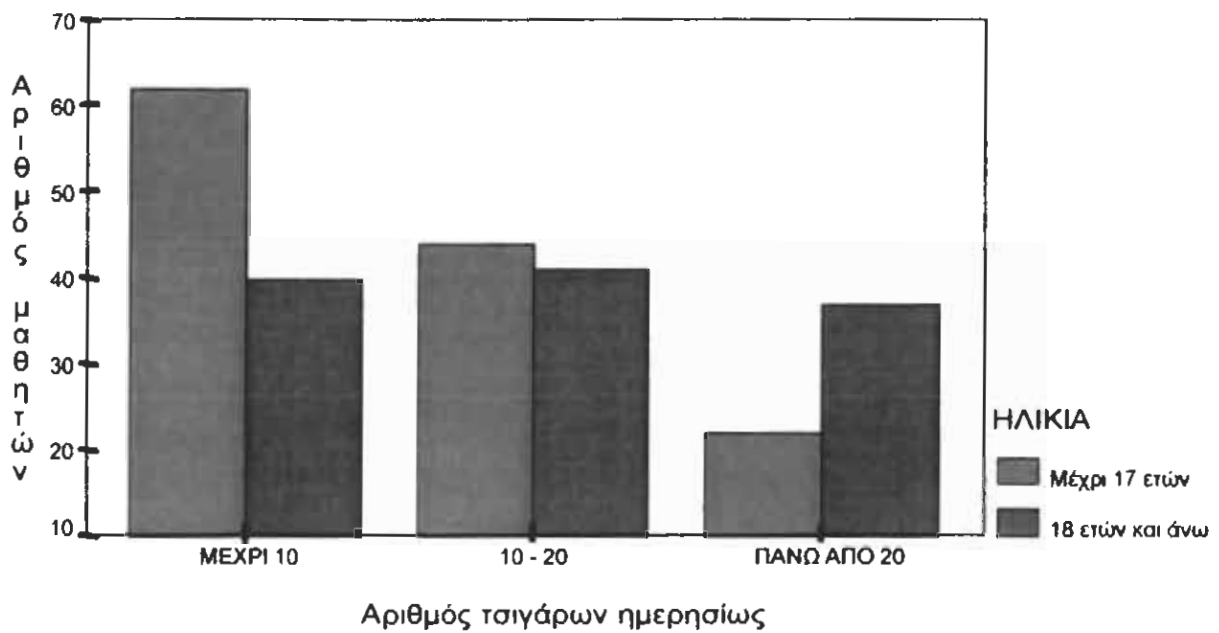
Σχήμα 4. Κατανομή των μαθητών ανάλογα με το σε ποιές περιπτώσεις αισθάνονται την ανάγκη να καπνίσουν



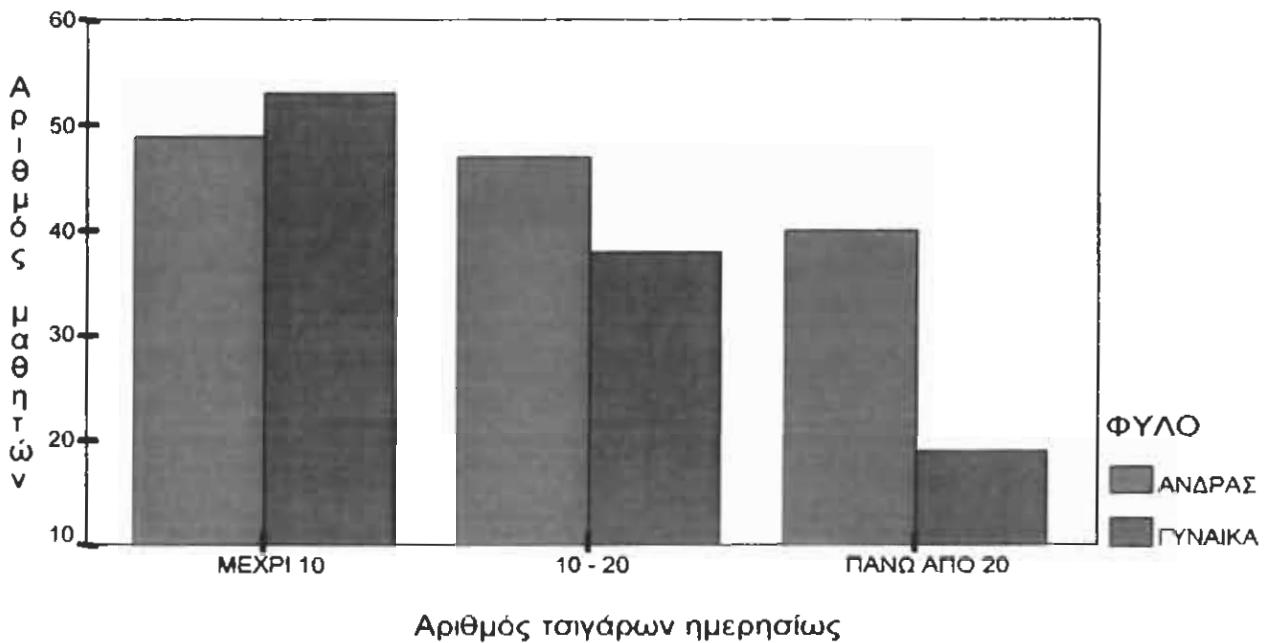
Σχήμα 5. Κατανομή των μαθητών ανάλογα με την συχνότητα που πίνουν αλκοολούχα ποτά



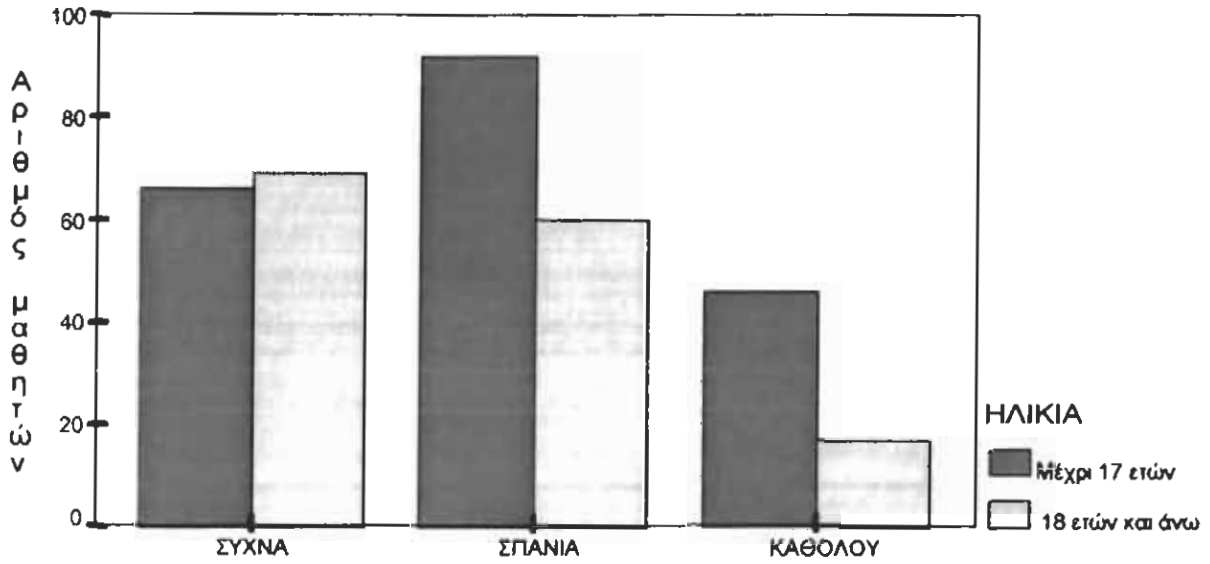
Σχήμα 6 Κατανομή των μαθητών ανάλογα με το φύλο και την ηλικία που ξεκίνησαν το κάπνισμα



Σχήμα 7 Κατανομή μαθητών ανάλογα με την ηλικία και τον αριθμό τσιγάρων που καπνίζουν ημερησίως

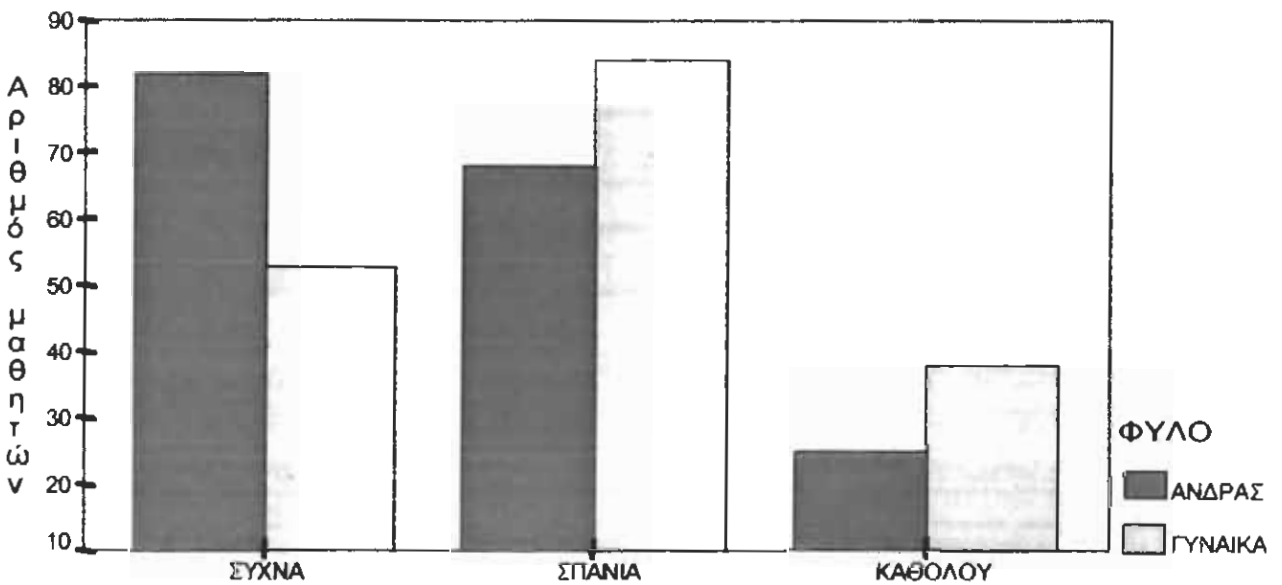


Σχήμα 8. Κατανομή των μαθητών ανάλογα με το φύλο και του αριθμού τσιγάρων που καπνίζουν ημερησίως



Συχνότητα που πίνουν αλκοολούχα ποτά

Σχήμα 9. Κατανομή μαθητών ανάλογα με την ηλικία τους και την συχνότητα που πίνουν αλκοολούχα ποτά



Συχνότητα που πίνουν αλκοολούχα ποτά

Σχήμα 10. Κατανομή μαθητών ανάλογα με το φύλο και την συχνότητα με την οποία πίνουν αλκοολούχα ποτά



## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας περιγράφουν με συστηματικό τρόπο τη στάση των εφήβων απέναντι στη συνήθεια του καπνίσματος. Ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι οι περισσότεροι μαθητές του δείγματος έχουν δοκιμάσει να καπνίσουν (76,2%) -κυρίως τα αγόρια- και μάλιστα από την ηλικία των 15 έως 17 χρόνων.Ενώ τα κορίτσια ξεκινούν να δοκιμάσουν το κάπνισμα μετά την ηλικία των 17 χρόνων.

Αυτό ίσως συμβαίνει λόγω του ότι τα αγόρια από μικρή ηλικία προσπαθούν να δείξουν πως μεγάλωσαν και με το να καπνίζουν νομίζουν πως αποδεικνύουν κάτι τέτοιο.Αντίθετα ,τα κορίτσια περνούν στην πλειοψηφία τους λιγότερο έντονη εφηβεία,οπότε η «επανάστασή» τους ξεκινά μετά την ηλικία των 17 χρόνων.

Από το δείγμα των μαθητών που έχουν δοκιμάσει τσιγάρο ανησυχητικό είναι ό,τι το μεγαλύτερο ποσοστό απ'αυτούς είναι συστηματικοί καπνιστές (61%).

Φαίνεται πως υπάρχει μεγάλη συσχέτιση αναφορικά με την έναρξη του καπνίσματος των μαθητών και τη στάση απέναντι σ'αυτή τη συνήθεια της οικογένειας και των φίλων τους.Βλέπουν δηλαδή μεγαλώνοντας όλο και περισσότερους από το περιβάλλον τους να παρασύρονται στο κάπνισμα.Ο έλεγχος των συναναστροφών των παιδιών φαίνεται να είναι κρίσιμο σημείο στην ηλικία των 14-18 ετών σε ότι αφορά τουλάχιστον το κάπνισμα.

Παρατηρούμε πως αν καπνίζουν και οι δυο γονείς, ή ακόμα και ο ένας μόνο,η συνήθειά τους αυτή είναι ικανή να αποτελέσει παράδειγμα μίμησης για τα παιδιά τους.Φοβερά μεγάλη επιρροή έχουν και από τους φίλους που καπνίζουν ώστε και οι ίδιοι να δοκιμάσουν να καπνίσουν για να νιώθουν αποδεκτοί απ'την παρέα τους.Το 89,6% των μαθητών που έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα απάντησαν ότι οι φίλοι τους καπνίζουν,ενώ μόνο το 60,7% των μαθητών που απάντησαν ότι δεν έχουν δοκιμάσει ποτέ τσιγάρο,οι φίλοι τους καπνίζουν.Ένας ακόμη παράγοντας που ωθεί τους νέους στο κάπνισμα είναι η περιέργεια (36,1%),καθώς τα ΜΜΕ προβάλλουν τη διαφήμιση των τσιγάρων με τρόπο ελκυστικό.

Αν και τα παιδιά είναι ενημερωμένα -τόσο από το σχολείο,όσο και από την οικογένεια- για τις βλαβερές συνέπειες που επιφέρει το κάπνισμα εν τούτοις καπνίζουν αρκετά μεγάλο αριθμό τσιγάρων ημερησίως όποτε βρουν ευκαιρία. Αξιοσημείωτο είναι ότι τα παιδιά συζητούν με τους γονείς για το κάπνισμα περισσότερο μέχρι την ηλικία των 17 ετών,ενώ όσο μεγαλώνουν (από 18 ετών και άνω) αποφεύγουν να συζητούν γι'αυτό.

Η ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων στους μαθητές που καπνίζουν ανέρχεται στα 10 τσιγάρα (37,9%),ενώ δεν είναι μικρό το ποσοστό των μαθητών που καταναλώνουν περίπου 20 τσιγάρα ημερησίως (31,6%).

Ο τόπος όμως που πιστεύουν οι μαθητές ότι ευνοεί κατ'εξοχήν το κάπνισμα είναι ο χώρος διασκέδασης δηλαδή οι καφετέριες,ντίσκο,μπάρ και οι χώροι όπου περνούν οι νέοι τις ελεύθερες ώρες τους.Ωστόσο,ο χώρος του σχολείου για κάπνισμα φαίνεται αρκετά ευνοϊκός σε αντίθεση με το σπίτι.Οι μικρότερες ηλικίες μέχρι 17 ετών καπνίζουν συνήθως στην βόλτα,την καφετέρια και το φροντιστήριο,σε αντίθεση με τους μαθητές ηλικίας 18 ετών και άνω που καπνίζουν παντού.

Οι εξαρτημένοι από το κάπνισμα θεωρούν ότι είναι το 43,3% των μαθητών ηλικίας 18 ετών και άνω ενώ μόνο το 27,3% των μαθητών ηλικίας μέχρι 17 ετών έχουν την ίδια άποψη.

Η προοπτική της διακοπής του καπνίσματος απασχόλησε πολλούς μαθητές γνωρίζοντας τα προβλήματα υγείας που επιφέρει το κάπνισμα,από δική τους πείρα ή κάποιων συγγενών τους προσώπων.

Οι μαθητές που έχουν προσπαθήσει να κόψουν το κάπνισμα,το έκοψαν για λόγους υγείας (63,6%) και λιγότερο για λόγους οικονομίας (32,7%) και μόνο το 21,5% απ'αυτούς είχαν τα επιθυμητά θετικά αποτελέσματα.

Και τα δύο φύλα γνωρίζουν τη σύσταση του καπνού και τις ασθένειες που επιφέρει στην υγεία μας,καθώς όλοι σχεδόν οι μαθητές έχουν κάποιο συγγενή που υπέφερε από προβλήματα υγείας σχετικά με το κάπνισμα.

Σχετικά με τη συχνότητα με την οποία καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά οι έφηβοι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο φύλων καθώς μάλιστα αυξάνει η ηλικία των αγοριών. Το 46,9% των αγοριών πίνει αλκοολούχα ποτά ενώ μόνο το 30,3% των κοριτσιών πίνει με την ίδια συχνότητα. Η συσχέτιση κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών και τσιγάρων στους μαθητές είναι φανερή (45,9%).

## Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η

Την πιο σημαντική μορφή εξάρτησης σε διεθνές επίπεδο αποτελεί το κάπνισμα,σε σχέση με την χρήση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών.

Η έναρξη του καπνίσματος για τα αγόρια αρχίζει στην ηλικία των 13 ετών,ενώ των κοριτσιών 14 ετών ( $p=0,0063$ ),δηλαδή πολύ νωρίς στη ζωή του ανθρώπου.

Η μίμηση των γονέων και των φίλων είναι εκείνη που ωθεί περισσότερο τα παιδιά στο κάπνισμα ( $p=0,0043$ ) απ'ότι τα πρότυπα.

Οι χώροι που καπνίζουν συνήθως οι μαθητές είναι το σχολείο για τις μικρές ηλικίες ενώ για τις μεγαλύτερες ηλικίες δεν υπάρχει συγκεκριμένος χώρος ( $p=0,0010$ ).

Το κάπνισμα των τσιγάρων έχει άμεση σχέση με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών καθώς αυξάνει η ηλικία ( $p=0,0000$ ).

Μολονότι,οι βλαβερές συνέπειες που επιφέρει ο καπνός στην υγεία μας,είναι γνωστές σ'όλους μας,ωστόσο η εξάπλωσή του είναι πολλή ανησυχητική,γι'αυτό και η πρόληψή του δεν είναι μόνο προσωπική υπόθεση αλλά και προσπάθεια όλου του κοινωνικού συνόλου.Είναι μια προσπάθεια που την οφείλουμε απέναντι στον εαυτό μας,στην οικογένειά μας και στο περιβάλλον.Γιατί σταματώντας το κάπνισμα αποδεικνύεται η αγάπη και ο σεβασμός μας για την ανθρώπινη ύπαρξη,σημαίνει ελευθερία και καλύτερη ζωή.

## Smoking among Teenagers

E. Prili - E. Stefa

### S U M M A R Y

The most significant kind of dependence in international level is smoking, including other harmful substances.

The starting of smoking for boys begins at the age of 13 and for girls at the age of 14 ( $p=0,0063$ ) and that is too early in our life.

The imitation of parents and friends is pusing the students to smoke rather than the standarts.

The places that students usually smoke is school for smaller ages but for bigger ages there is no particular place ( $p=0,0010$ ).

The smoking of cigarettes has immediate connection with the consumption of drinking alcohol as the age increases ( $p=0,0000$ ).

Although the destructive results that smoke causes in our health are known to all of us, the consumption of smoke is very worrying and that's why the prevention is not only personal matter but we must try all together.

It's a try that we must do for our selves, to our family and to our social environment.

If we stop smoking we will prove our love and respect to human being which means freedom and better life.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η συνήθεια του καπνίσματος, όπως αποδείχθηκε ύστερα από βιβλιογραφική ανασκόπηση και από παρούσα έρευνα ότι αποτελεί στάση ζωής για πολλούς νέους και από τα δυο φύλα. Ο καπνός έχει κατακτήσει να θεωρείται ο απαραίτητος «κακός» σύντροφος της ζωής μας εδώ και πολλά χρόνια.

Οι σημερινές διαστάσεις όμως του προβλήματος είναι τόσο μεγάλες που μας κάνει να πιστεύουμε πως καμιά άλλη συνήθεια στην ιστορία της ανθρωπότητας δεν είχε τόσες ολέθριες συνέπειες στην υγεία του ανθρώπου όσο το κάπνισμα.

Την προσοχή μας όμως τράβηξε το γεγονός ότι τα παιδιά από νωρίς δείχνουν την προτίμησή τους στο κάπνισμα, ειδικά όταν το περιβάλλον τους ευνοεί μια τέτοια συμπεριφορά, και αξιοσημείωτο είναι το ότι δηλώνουν τη συνειδητή εξάρτησή τους απ' αυτό. Οι αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα τους καπνίζοντας δεν φαίνεται να τους απασχολούν ακόμα κι όταν αυτές είναι ορατές. Ο δρόμος προς την αργή αυτοκτονία είναι σταθερός κ' επίμονος.

Διαπιστώνοντας όλοι πως μια τέτοια συμπεριφορά είναι ενάντια προς το μεγάλο αγαθό της υγείας και της ανθρώπινης ύπαρξης γενικότερα, έχουμε καθήκον να ευαισθητοποιηθούμε. Η ενημέρωση για τις συνέπειες του καπνού είναι απαραίτητο να ξεκινήσει από τις μικρές ηλικίες, σε συνδυασμό με την προτροπή των μαγάλων σε ηλικία καπνιστών να σταματήσουν να καπνίζουν. Γιατί όσο περισσότερο διαδεδομένο είναι το κάπνισμα στους μεγάλους τόσο η κοινωνική αυτή μετάδοση διευκολύνεται στις διαδοχικές γενιές.

Ακόμη οι πρωτοβουλίες του κράτους για την προώθηση αντικαπνιστικών προγραμμάτων πρέπει να υποστηρίζονται απ' όλους μας. Και βέβαια πολύ σημαντικό να στηρίζουμε τα άτομα που προσπαθούν να απεξαρτηθούν απ' το κάπνισμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Martinov A.,Μετάφραση επιμέλεια: Στεργίου Γ., «Η ζωή στην άκρη του τσιγάρου», Επίτομος,Εκδόσεις Σύγχρονη Εποχή,Αθήνα 1983.
2. Δημόπουλος Παν., «Συνέπειες του καπνίσματος»,Εφημερίδα η Γνώμη,Πάτρα Αύγουστος 1996.
3. Ιωαννίδης Π., «Το κάπνισμα,μύθοι και πραγματικότητα»,Επίτομος,Εκδόσεις Κάκτος,Αθήνα 1986.
4. Jaffe J.,Peterson R.,Hodgson R.,Μετάφραση Επιμέλεια Μαράτου Ο.,Σόλμαν Μ., «Τσιγάρο»,Ναρκωτικά-Τσιγάρο-Αλκοόλ,Προβλήματα και απαντήσεις, Εκδόσεις Ψυχογιός Αθ.,Αθήνα 1981,σελ.82-98.
5. Μαρσέλος Μ., «Νικοτίνη»,Ναρκωτικά,Φαρμακολογία και τοξικολογία των εξαρτησιογόνων ψυχοτρόπων ουσιών,Επίτομος,Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984,σελ. 183-194.
6. Τεγόπουλος Α.,Ασημακόπουλος Α.,Καμπούρης Κ.,Ευσταθίου Α., «Ο καπνός στην Ελλάδα-Ιστορία»,Εγκυκλοπαίδεια Δομή,Τόμος 7ος,Εκδόσεις Δομή Ελλάς,Αθήνα 1988.
7. Arkady Leokum,Μετάφραση Επιμέλεια Δικταίος Α.,Πραντούνας Αλ.,Τσάκωνας Αλ., «Από πού ξεκίνησε και πως διαδόθηκε ο καπνός;» Εγκυκλοπαίδεια Πες μου γιατί,Τόμος 5ος,Εκδόσεις Παρθενών,Αθήνα,σελ. 173-174.
8. Ποντίφκας Γρ., «Μάθετε για το κάπνισμα.Η άγνοια σκοτώνει»,Επίτομος,Επισημονικές Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιάνος,Αθήνα 1988.

9. Σολωμός Χ. Γρ., «Κάπνισμα», Ενημερωτικό φυλλάδιο, Πάτρα 1993.
10. Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ., «Κάπνισμα», Προληπτική Ιατρική, Τόμος Α΄, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1986.
11. Βιτσέντζου Α., «Δολοφόνος το κάπνισμα», Εφημερίδα Ελευθεροτυπία Οκτώβριος 1994.
12. Κωστοπούλου Δ., «Η Ελλάδα... ντουμάνιασε!», Ελληνική αντικαπνιστική εταιρεία, Αθήνα 1996.
13. Σαμοθρακίτης Αν., «Κάπνισμα», Περιοδικό Πρόταση, τεύχος 36, τριμηνιαία έκδοση, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1995, σελ. 9.
14. Δοξιάδης Σπ., «Συχνότητα καπνίσματος σε μαθητές ηλικίας 10-14 χρονών της Αθήνας», Περιοδικό Ιατρική, Τόμος 40, Αθήνα 1981.
15. Φραγκίδης Χ., Μιχαλόπουλος Β., «Σεμινάριο Ογκολογίας», Εφημερίδα η Βραδυνή, Οκτώβριος 1985.
16. Μπιλάλης Γ.Π., «Κάπνισμα και Υγεία», Έκδοση Β΄, Έκδοση Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία, Αθήνα 1993.
17. Παπάζογλου Ν., Κελέρμενος Ν., «Καρδιά και καρδιακές παθήσεις. Τι πρέπει να ξέρω!», Επίτομος, Εκδόσεις Μορφωτική Εταιρεία, Αθήνα 1986.
18. Davidson M.D., «Smoking», Preventive Cardiology, Williams and Wilkins.



19. Εγκυκλοπαίδεια Υγεία, «Καπνός», Τόμος 3<sup>ος</sup>, Εκδόσεις Δομική Ο.Ε. Γκούμας-Κωτσιόπουλος, Αθήνα 1993, σελ.456-461.
20. Αβραμίδης Β. Αθ., «Το κάπνισμα», Η αλήθεια για τα ναρκωτικά και το κάπνισμα, έκδοση Δ΄, Εκδόσεις Ακρίτας, Αθήνα 1988, σελ.190-194.
21. Σοβιετική ιατρική εγκυκλοπαίδεια, «Κάπνισμα», Τόμος 3<sup>ος</sup>, Εκδόσεις Καπόπουλος, Αθήνα 1981, σελ.8.
22. Παναγοπούλου Ι., «Το τσιγάρο «καίει» το φυτό της ζωής», Εφημερίδα τα Νέα, Αθήνα Νοέμβριος 1992.
23. Beer F., Poiterin, Μετάφραση επιμέλεια Λογαρά Ελ., «Ο καπνός», Μεγάλη ιατρική εγκυκλοπαίδεια», Τόμος Α΄, έκδοση χρυσός τύπος Α.Ε., σελ. 258-261.
24. Beer F., Poiterin, Μετάφραση επιμέλεια Λογαρά Ελ., «Μεγάλη ιατρική εγκυκλοπαίδεια», Τόμος Β΄, έκδοση χρυσός τύπος Α.Ε. .
25. Παπαοικονόμου Ν., «Κακοήθεις νεοπλασίες-Νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος», Εγχειρίδιον Υγιεινής, Επίτομος, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992, σελ. 166-172.
26. Καλοκαιρινός Τ., Καλομενίδης Κ., Καρόκης Α., Μητρόπουλος Γ., Σίσσουρας Α., «Η θνησιμότητα στην Πάτρα», Ταυτότητα Υγείας της Πάτρας, Έκδοση Γραφείο «Υγιείς Πόλεις» Δήμου Πατρέων, Πάτρα 1997, σελ. 49-51.

27. Γαρδίκας Δ.Κ., «Ειδική Νοσολογία», έκδοση 3η, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1981.
28. Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ., «Καρδιαγγειακές παθήσεις», παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, τόμος 2ος, μέρος Α', επανέκδοση Δ', εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1994, σελ. 317-328.
29. Χανιώτης Ι. Φρ., «Παθήσεις καρδιάς και αγγείων», Εγχειρίδιο γηριατρικής, Επίτομος, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992, σελ. 79-94.
30. Πετσίνης Ι. Κ., «Πως να κόψεις το τσιγάρο», Έκδοση 2η, Οργανισμός εκλεκτών εκδόσεων, Αθήνα 1978.
31. Ιορδανόγλου Β. Ι., «Μαθήματα πνευμονολογίας - φυματολογίας», τεύχος Α', έκδοση Β', επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1983.
32. Γίτσιου Θ. Κ., «Νοσολογία», Β' έκδοση, Οργανισμός εκδόσεως διδακτικών βιβλίων, Αθήνα 1992.
33. Ντολάτζας Θ., «Συνοπτική χειρουργική», Επίτομος, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992.
34. Χανιώτης Ι. Φρ., «Παθολογία», Τόμος 1ος, Νέα έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992.

35. Beer F.-Poiterin,Μετάφραση επιμέλεια Λογαρά Ελ.,«Καρκίνος λάρυγγα», Μεγάλη ιατρική εγκυκλοπαίδεια,Τόμος Γ',έκδοση χρυσός τύπος Α.Ε., σελ.66-67.
36. Σαμοθρακίτης Αν., «Τι νεώτερον από το μέτωπο του καπνού;» Περιοδικό πρόταση,τεύχος 10<sup>ο</sup>,τριμηνιαία έκδοση,Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1996,σελ. 10-11.
37. Παπάζογλου Μ. Ν., «Κάπνισμα και υγεία», πρακτικά ημερίδας 1<sup>ου</sup> Νοσοκομείου ΙΚΑ Αθηνών 1989.
38. Γκράτζιου Χ., «Βρογχικό άσθμα.Πως μπορείς να βοηθήσεις;» Ενημερωτικό φυλλάδιο,έκδοση Glaxo Wellcome α.ε.β.ε.
39. Παπαϊωάννου Ι. Δ., «Συνοπτικό εγχειρίδιο αλλεργιολογίας»,εκδόσεις UCB, Αθήνα 1993.
40. Ρασιδάκης Α.,Σιαφάκας Ν., «Βρογχικό άσθμα»,Πρακτικά 19<sup>ο</sup> ετήσιο πανελλήνιο ιατρικό συνέδριο,Εκδόσεις ιατρική εταιρεία Αθηνών,Αθήνα 1993.
41. Αργειτάκος Παν., «Θέματα ωτορινολαρυγγολογίας»,Επίτομος,ιατρικές εκδόσεις Λίτσας,Αθήνα 1993.
42. Σαχίνη-Καρδάση Α.,Πάνου Μ., «Καρκίνος της μήτρας»,Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική,Τόμος 2<sup>ος</sup>,Μέρος Β',Επανεκδοση Γ',Εκδόσεις Βήτα,Αθήνα 1993,σελ. 717-718.

43. Δημακάκου Ν., «Επιπτώσεις του καπνού στην έγκυο», Εφημερίδα το Βήμα, Φεβρουάριος 1986.
44. Βλάχος Κ. Π., «Κάπνισμα και υγεία», Όλα για τις Δηλητηριάσεις, Επίτομος, Εκδόσεις Καραμπερόπουλος Α.Ε., Αθήνα 1986, σελ. 147-149.
45. Βαλαβανίδης Αθ., «παθητικό κάπνισμα, ρύπανση του περιβάλλοντος από τον καπνό του τσιγάρου και βλάβες στην υγεία», Αρχεία ελληνικής ιατρικής, Τόμος 3ος, Αθήνα 1983.
46. Αναστασέα-Βλάχου Π., «Κάπνισμα ζήτημα ζωής ή θανάτου», Εφημερίδα το Βήμα, Οκτώβριος 1985.
47. Μαρτούδης Γ. Στ., «Η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος στους μη καπνίζοντες», Περιοδικό Ιατρική Κύπρος, Τόμος 11ος, Τεύχος 9, τριμηνιαία έκδοση, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1971.
48. Περιοδικό Τώρα, «Πόσο καπνίζει το παιδί σας» Νοέμβριος 1985.
49. Τριχόπουλος Δ., Καλαντίδου Α., Κατσουγιάννη Κ., Χατζάκης Α., Πετρίδου Ε., Σπάρος Λ., «Παθητικό κάπνισμα και υγεία», Αρχεία ελληνικής ιατρικής, Τόμος 4ος, Αθήνα 1987, σελ. 123-126.
50. Παπαδόπουλος Ν., «Ψυχολογία», έκδοση Β΄, εκδόσεις Νίκος Γ. Παπαδόπουλος, Αθήνα 1992.

51. Κοσμόπουλος Β. Αλ., «Ψυχολογία και οδηγητική της παιδικής και νεανικής ηλικίας», Επίτομος, εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1990, σελ. 103.
52. Ιωαννίδης Δ. Ι., «Παιδαγωγική ψυχολογία. Μάθηση-Ανάπτυξη», Τόμος Β', εκδόσεις Κορφή, Αθήνα 1996.
53. Σαμοθρακίτης Αν., «οι κυριότεροι λόγοι για την αρχή του καπνίσματος στους μαθητές», Ομιλία στο Συνέδριο Αγωγής Υγείας 1996.
54. Σταυριανός Α., «Κάπνισμα», Εφημερίδα το Βήμα, Μάρτιος 1986.
55. Παυλάκης Α., «Το κάπνισμα ανάμεσα στους νέους και ο ρόλος των νοσηλευτών», περιοδικό Νοσηλευτική, τόμος 34, τεύχος 2ο, τριμηνιαία έκδοση, Απρίλιος-Ιούνιος 1995, σελ. 86-92.
56. Παπάζογλου Μ. Ν., «Ισχαιμική καρδιοπάθεια», Επίτομος, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1986.
57. Herbert Br., Μετάφραση επιμέλεια Σπέγγος Σ., «Έτσι θα κόψετε το τσιγάρο», τόμος 1ος, εκδόσεις Κάκτος, Αθήνα 1980.
58. Καλαντζή-Αζίζι Αν., «Ανεξαρτοποίηση από το τσιγάρο», Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας, έκδοση Γ', εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1990, σελ. 37-38.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

## ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι προαιρετική.  
Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο.  
Συμπληρώστε με ένα ν την απάντησή σας.  
Παρακαλούμε μην αφήνετε αναπάντητες ερωτήσεις.

ΗΛΙΚΙΑ

ΦΥΛΟ

1. Έχεις δοκιμάσει ποτέ τσιγάρο;

NAL\_\_\_

OXL\_\_\_

2. Είσαι συστηματικός καπνιστής-στρια;

NAL\_\_\_

OXL\_\_\_

3. Απο ποιά ηλικία καπνίζεις;

13\_\_\_

14\_\_\_

15\_\_\_

16\_\_\_

17\_\_\_

18\_\_\_

4. Ποιοί απο τους παρακάτω παράγοντες σε ώθησαν στο κάπνισμα;

Οι φίλοι\_\_\_

Η μόδα\_\_\_

Η μίμηση των γονέων\_\_\_

Τα πρότυπα\_\_\_

Η απώλεια βάρους\_\_\_

Η περιέργεια\_\_\_

5. Οι φίλοι σου καπνίζουν;

NAL\_\_\_

OXL\_\_\_

6. Οι γονείς σου καπνίζουν;

Η μητέρα\_\_\_

Ο πατέρας\_\_\_

Και οι δύο\_\_\_

Κανένας\_\_\_

7. Υπάρχουν μεγαλύτερα αδέρφια που καπνίζουν;

ΝΑΙ\_\_\_

ΟΧΙ\_\_\_

8. Γνωρίζουν οι γονείς σου ότι καπνίζεις;

ΝΑΙ\_\_\_

ΟΧΙ\_\_\_

9. Καπνίζεις φανερά ή κρυφά;

10. Έχεις συζητήσει με τους γονείς σου αναφορικά με το κάπνισμα;

ΝΑΙ\_\_\_

ΟΧΙ\_\_\_

11. Στο σχολείο συζητάτε με τους καθηγητές για το κάπνισμα;

ΝΑΙ\_\_\_

ΟΧΙ\_\_\_

12. Πόσα τσιγάρα καπνίζεις ημερησίως;

Μέχρι 10\_\_\_

10-20\_\_\_

Πάνω από 20\_\_\_

13. Που καπνίζεις συνήθως;

14. Τα τσιγάρα που καπνίζεις έχουν φίλτρο;

15. Προτιμάς μια συγκεκριμένη μάρκα τσιγάρων;

ΝΑΙ\_\_\_

ΟΧΙ\_\_\_

16. Νομίζεις πως είσαι εξαρτημένος-η από το κάπνισμα;

ΝΑΙ\_\_\_

ΟΧΙ\_\_\_

ΔΕΝ ΞΕΡΩ\_\_\_

17. Προσπάθησες ποτέ να το κόψεις;

ΝΑΙ\_\_\_

ΟΧΙ\_\_\_



18. Αν ναι, για ποιούς λόγους;

Οικονομία..... Υγεία.....  
Παρουσία ατόμων που δεν αντέχουν τον καπνό.....

19. Είχες θετικά αποτελέσματα;

20. Πως ήταν η πρώτη σου εμπειρία με το κάπνισμα;

ΚΑΛΗ..... ΑΣΧΗΜΗ.....

21. Σε ποιές περιπτώσεις αισθάνεσαι την ανάγκη να καπνίσεις;

Όταν βρίσκομαι με την παρέα μου.....  
Όταν είμαι αγχωμένος-η ή λυπημένος-η.....  
Όταν είμαι χαρούμενος-η.....  
Όποτε βρώ ευκαιρία.....

22. Γνωρίζεις ότι το κάπνισμα βλάπτει την υγεία,

ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

23. Ποιές από τις παρακάτω παθήσεις προκαλεί το κάπνισμα;

Καρκίνο..... Καρδιολογικά προβλήματα.....  
Βρογχίτιδα..... Όλα τα παραπάνω.....

24. Γνωρίζεις για την σύσταση του καπνού;

ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

25. Αν ναι, από τι αποτελείται;

26. Είχες εσύ ή κάποιος δικός σου πρόβλημα υγείας που να οφειλόταν στο κάπνισμα;

ΝΑΙ..... ΟΧΙ..... ΔΕΝ ΞΕΡΩ.....

27. Αν ναι, ποιός και τι πρόβλημα είχες;

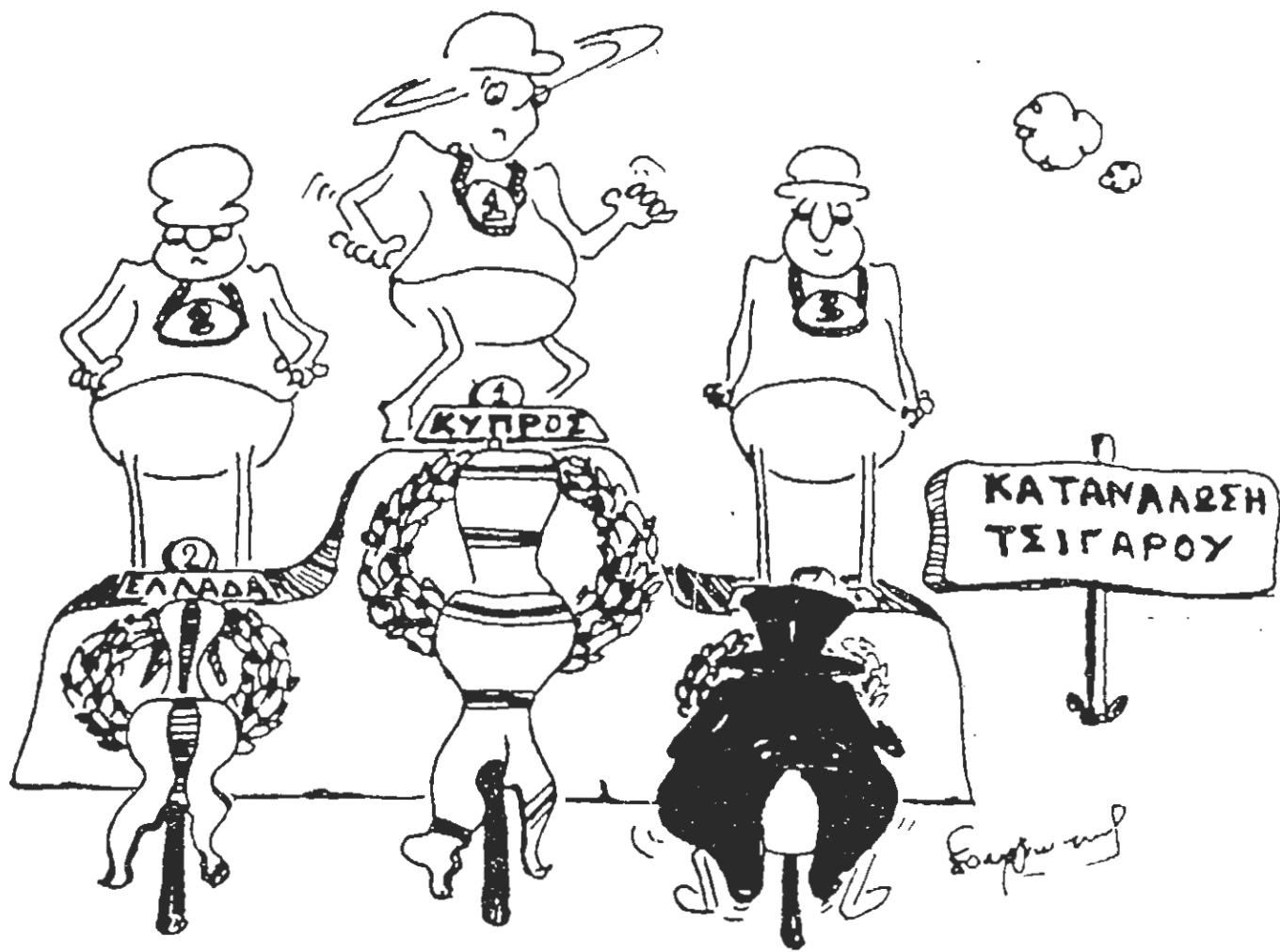
28. Πίνεις αλκοολούχα ποτά;

ΣΥΧΝΑ..... ΣΠΑΝΙΑ..... ΚΑΘΟΛΟΥ..... Σελ3

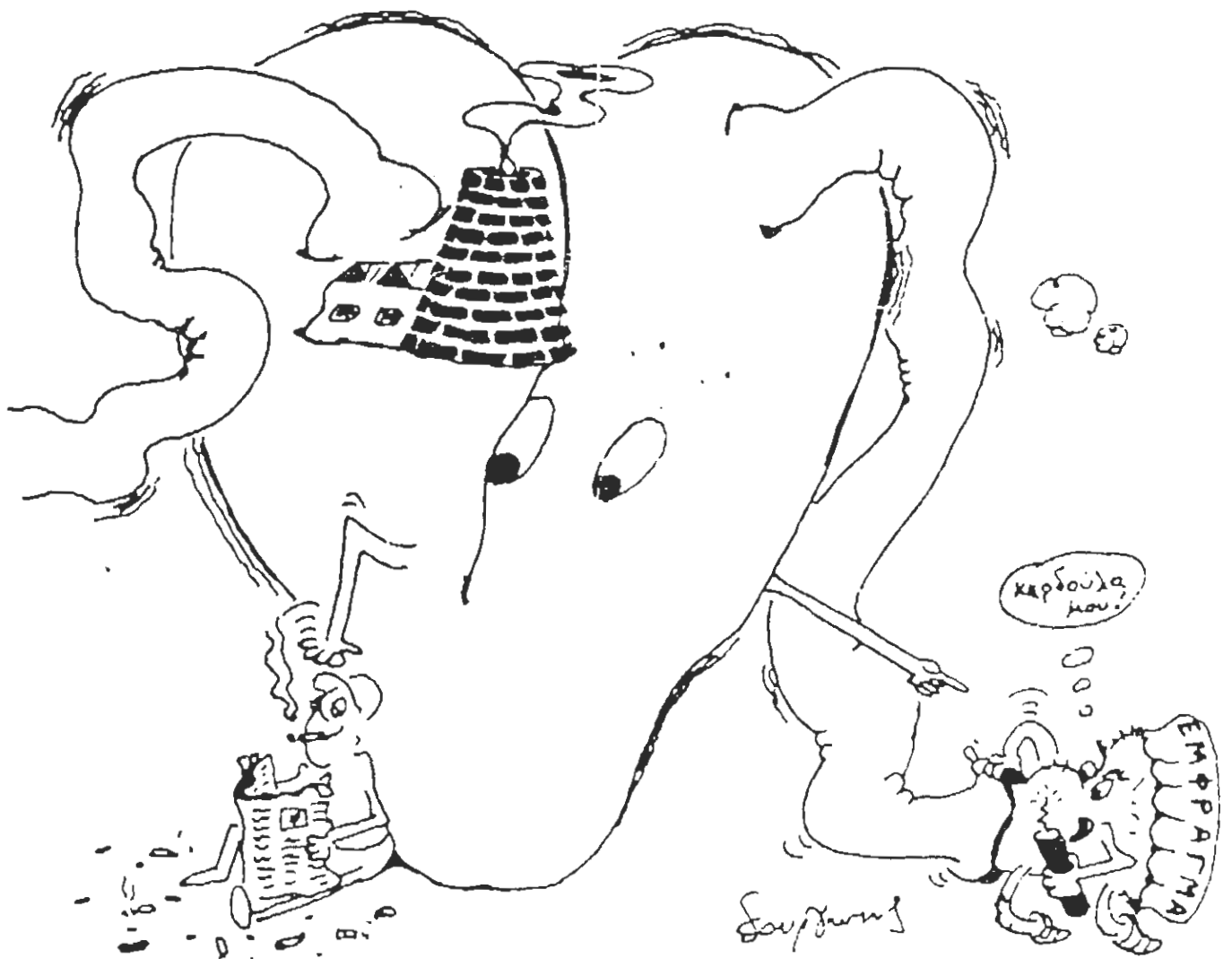
## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2



Η ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ



(... οι δύο πρώτες χώρες, στον κόσμο, σε κατανάλωση τσιγάρων ...)



(... προειδοποιεί το έμφραγμα; ...)

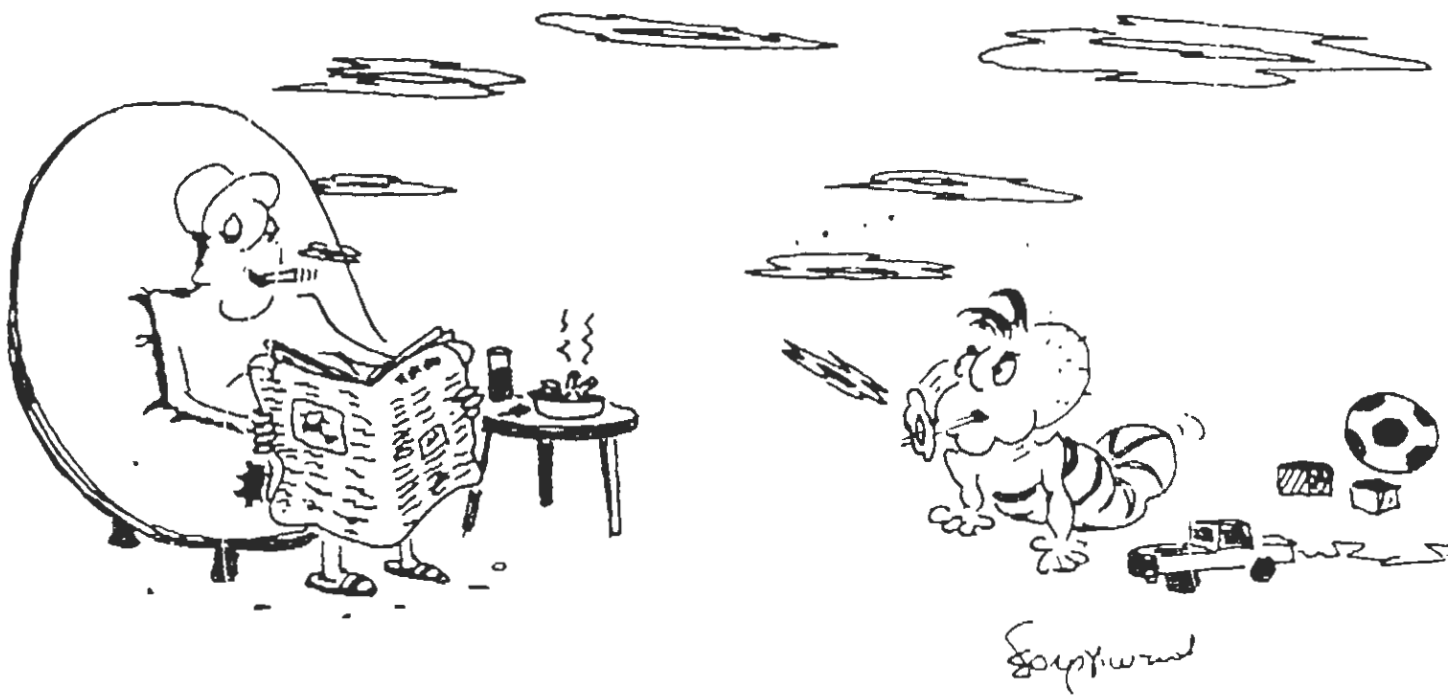
# ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΟΜΟΡΦΙΑ



Ο ΚΑΠΝΟΣ ΕΧΘΡΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



Όταν η μητέρα καπνίζει δηλητηριάζει το έμβρυο που  
γίνεται παθητικός καπνιστής.



(... το παθητικό κάπνισμα είναι σχεδόν το ίδιο βλαπτικό με το ενεργητικό κάπνισμα ...)

---

