

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝ. ΕΚΠΑΙΔ. ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ
ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ
ΠΑΛΑΙΟΛΟΓΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
ΜΟΣΧΟΥ - ΚΑΚΚΟΥ ΑΘΗΝΑ, MSc
ΚΑΘ. ΕΦΑΡΜ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΤΡΑ ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2003



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	4145
----------------------	------

Αφιερώνεται:

Στις οικογένειες μας και σε όλους τους εκλεκτούς λειτουργούς της νοσηλευτικής επιστήμης που μοχθούν για την ανάδειξη του Νοσηλευτικού έργου.

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας για την βοήθεια και την στήριξη στην ολοκλήρωση των σπουδών μας.

Επίσης, όλους τους καθηγητές του Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ για τις γνώσεις που μετέδωσαν ασκώντας το νοσηλευτικό επάγγελμα με σύγχρονες νοσηλευτικές τεχνικές και επιστημονικές μεθόδους.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε από την θέση αυτή την καθηγήτρια και εισηγήτρια της πτυχιακής μας εργασίας κ. Μόσχου Κάκκου Αθηνά, για την πολύτιμη συμβολή της στην αποπεράτωση της εργασίας μας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	12
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	12
Α. ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΔΟΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	12
Β. ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΤΣΙΓΑΡΑ	13
ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	14
ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΣΙΓΑΡΩΝ	15
<i>ΝΙΚΟΤΙΝΗ</i>	15
<i>ΜΟΝΟΞΕΙΔΙΟ ΤΟΥ ΑΝΘΡΑΚΑ</i>	16
<i>ΠΙΣΣΑ</i>	17
<i>ΆΛΛΕΣ ΟΥΣΙΕΣ</i>	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	
ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	18
ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ	19
Η ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ	19
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΤΑΞΕΙΣ	19
ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ	20
ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	21
ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ	22
Α) Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΥΣ	22
Β) Η ΑΝΑΓΚΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ ΤΟΥ	23
ΚΑΙ ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΣΤΕΝΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	
Γ) ΟΙ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ	24
ΓΙΑΤΙ ΣΥΝΕΧΙΖΟΥΝ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	25

ΠΩΣ ΒΛΕΠΟΥΝ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΟΙ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ 26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ 28

1. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ 28

A) ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ 29

B) ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ 30

Γ) ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΛΑΡΥΓΓΑ 32

2. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ 32

A) ΑΘΥΡΟΣΚΛΗΡΥΝΣΗ 33

B) ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ 33

Γ) ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΕΣ 34

3. ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ 35

A) ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΤΟΣ 35

B) ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ 35

Γ) ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ 36

Δ) ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ 36

4. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ 36

A) ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ 36

B) ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ 37

5. ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ 37

A) ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ 37

B) ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ 38

ΤΙ ΑΛΛΟ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ 39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ 40

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΕ ΥΓΙΕΙΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ 41

A) ΕΝΗΛΙΚΕΣ 41

B) ΠΑΙΔΙΑ 42

ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	42
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ	43
ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	44
ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	
ΕΘΙΣΜΟΣ- ΕΞΑΡΤΗΣΗ- ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΕΡΗΣΗΣ	45
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ	48
ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	50
<i>ΤΣΙΧΛΑ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ</i>	51
<i>ΤΣΙΡΟΤΟ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ</i>	52
<i>ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΕΠΙΒΛΑΒΗ ΤΣΙΓΑΡΑ</i>	52
<i>ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ</i>	52
<i>ELEKTROMERIDIAN KOBRA</i>	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο	
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	54
ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ	55
ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	56
ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	58
ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	58
ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο	
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ	61
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ	62
ΣΚΟΠΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ	63
ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ Η ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	64
ΚΛΑΔΟΙ ΤΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ-ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΕΙΣ	65
Η ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	66
ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	67

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ	68
ΜΕΤΡΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	71
ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΚΑΠΝΟΥ	72
ΕΝΗΜΕΡΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΤΟΥ ΑΓΟΡΑΣΤΗ	73
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΜΗ ΧΡΗΣΤΩΝ	74
ΕΠΙΒΟΛΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ	74
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟΥΣ ΧΡΗΣΤΕΣ ΚΑΠΝΟΥ	74
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	75
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	76
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	
Α. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	77
Β. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	77
Γ. ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	78
Δ. ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	78
Ε. ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	78
ΣΤ. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ	78
Ζ. ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	79
Η. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	79
Θ. ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ	79
Ι. ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	80
ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	
1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ	81
2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ	81
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	
Α. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	82
Β. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ	101
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	110
ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	110
ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ	112
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	
ΩΦΕΛΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ	115
ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	117
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	120
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	122
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	127
ΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΞΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟΥΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ.	

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σε κάθε γωνία του κόσμου, το κάπνισμα αποτελεί μια σοβαρή ψυχοκοινωνική πληγή.

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, η πολυπλοκότητα των ρόλων που καλείται να παίξει ο άνθρωπος, οι απαιτήσεις της κοινωνίας τον οδηγούν λανθασμένα σε δυσλειτουργικές <<λύσεις>>, όμως το μόνο που προκαλούν είναι οδύνη, εξάρτηση και αργό θάνατο.

Εκτιμάται ότι μέχρι σήμερα στον αιώνα μας 200 εκατομμύρια άνθρωποι έχασαν την ζωή τους λόγω καπνίσματος και ότι το κάπνισμα προκαλεί τρία εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο.

Στατιστικά και επιδημιολογικά στοιχεία από έρευνες που έχουν γίνει δείχνουν ότι οι σημερινοί νέοι καπνιστές όταν φθάσουν στη μέση ή τρίτη ηλικία θα σημειώνονται περίπου δέκα εκατομμύρια θάνατοι τον χρόνο. Δεδομένου αυτών των στοιχείων αντιλαμβανόμαστε το μέγεθος που έχει πάρει η διάσταση του καπνίσματος τόσο στον ίδιο τον καπνιστή όσο και στο ευρύτερο περιβάλλον του.

Σκοπός της μελέτης είναι να προσεγγίσουμε τα αίτια, τις επιπτώσεις σωματικές, ψυχικές, κοινωνικές και οικογενειακές καθώς και τους τρόπους θεραπείας των καπνιστών. Αναφερόμαστε στο ρόλο της πολιτείας μα και στο ρόλο του νοσηλευτή όσον αφορά την πρόληψη και την θεραπεία των καπνιστών. Επίσης, αναφερόμαστε στις επιπτώσεις που επιφέρει το κάπνισμα στο άτομο και το περιβάλλον του κυρίως στην οικογένεια η οποία είναι το κεντρικό τμήμα της ζωής των ανθρώπων και τα μέλη της βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση.

Ο νοσηλευτής αποτελεί τον κύριο και πρωταρχικό υπεύθυνο επιστήμονα για την πρόληψη προβλημάτων που αφορούν την εξάρτηση από το τσιγάρο και την ανάλογη ενημέρωση και διδασκαλία ατόμων, οικογενειών ή ομάδων για την απόκτηση υγιεινού τρόπου ζωής, απαλλαγμένης από συνήθειες που βλάπτουν την υγεία του ανθρώπου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κάπνισμα είναι ένας από τους πλέον βλαπτικούς παράγοντες υγείας της σύγχρονης κοινωνίας. Δεν υπάρχει σε όλη την ιστορία της ανθρωπότητας άλλη συνήθεια που να έχει τόση έκταση και τόσες ολέθριες συνέπειες για την υγεία του ανθρώπου, όσο το κάπνισμα.

Σήμερα στην Ελλάδα το ποσοστό καπνιστών, τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες εμφανίζεται σημαντικά υψηλό. Η Ελλάδα, αξίζει να σημειωθεί πως είναι η τρίτη χώρα στον κόσμο σε κατά κεφαλή κατανάλωση καπνού, μετά την Κούβα και την Κύπρο και πρώτη στην Ευρώπη. Το κάπνισμα στην Ελλάδα είναι υπεύθυνο για 15.000 και πλέον θανάτους το χρόνο. Κάθε χρόνο συγκεντρώνονται όλο και περισσότερα στοιχεία για την βλαβερή επίδραση του. Ο καπνός είναι υπαίτιος για την ανάπτυξη πολλών οξειών και χρόνιων ασθενειών. Αυτό ακριβώς αποτελεί μια, από τις κυριότερες αιτίες εμφάνισης του καρκίνου των πνευμόνων, της χρόνιας βρογχίτιδας, του εμφράγματος του μυοκαρδίου, των ασθενειών των αιμοφόρων αγγείων. Προκαλεί επίσης πολλές και μόνιμες βλάβες σχεδόν σε όλα τα συστήματα του οργανισμού, όπως το πεπτικό, το ουροποιητικό, το γεννητικό και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Η επίδραση του καπνίσματος δεν περιορίζεται μόνο σε όσους καπνίζουν, αλλά επεκτείνεται και σε όσους δεν καπνίζουν, τους λεγόμενους <<παθητικούς>> καπνιστές. Οι καπνιστές επιβάλλουν και στους γύρω τους τον καπνό, στους χώρους εργασίας, στα εστιατόρια, σε χώρους συγκεντρώσεων και διασκέδασης. Ακόμα και αυτοί οι γονείς μέσα στα σπίτια μην υπολογίζοντας την υγεία των παιδιών τους. Όλα τα στοιχεία και οι έρευνες που έχουν γίνει μας οδηγούν σε ένα συμπέρασμα ότι ο καπνός σήμερα είναι το μοναδικό νόμιμο θανατηφόρο προϊόν της διεθνούς αγοράς που εξασφαλίζει μια αργή πορεία προς το θάνατο και αποτελεί την κυριότερη αιτία πρόωρων θανάτων στη σύγχρονη κοινωνία.

Ο αγώνας ενάντια στο κάπνισμα πρέπει να γίνει υπόθεση για τον καθένα από μας, αφού η ζημία που προκαλείται από αυτή τη συνήθεια γεννά τόσα δεινά που επιδρούν σε όλους μας σε μικρό ή μεγάλο βαθμό.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Α. ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΔΟΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Ο καπνός είναι ένα προϊόν που καταναλώνεται εδώ και αιώνες σε πολλές μορφές και σε πάρα πολλά μέρη του πλανήτη.¹ Αλλά πριν εισέλθουμε σε λεπτομέρειες αναφορικά για το κάπνισμα, καλό θα είναι να κάνουμε μια σύντομη ιστορική αναδρομή του καπνού και του καπνίσματος.

Οι ναύτες του Κολόμβου οι οποίοι το 1492 έφθασαν στις Δυτικές Ινδίες παρατήρησαν ανάμεσα στα άλλα ότι οι Ινδιάνοι κάπνιζαν μικρούς κυλίνδρους από ξερά φύλλα ενός φυτού που το ονόμαζαν κοκίμπα. Τους κυλίνδρους τους ονόμαζαν ταμπάκο. Τα ξερά βέβαια φύλλα δεν ήταν τίποτε άλλο παρά το φυτό νικοτιανή. Μάλιστα λέγεται ότι οι Ινδιάνοι για να εκδικηθούν τα <<χλωμά άτομα>> που κατέλαβαν βίαια την γη τους, προσέφεραν στους κατακτητές τους υπό μορφή δώρου τα ξερά χόρτα που τα κάπνιζαν και τα αποκαλούσαν ταμπάκο. Έτσι το ταμπάκο αποτέλεσε την ιστορική εκδίκηση των Ινδιάνων κατά των χλωμών κατακτητών.² Ο Κορτέζ το 1519 διέδωσε τον καπνό τον οποίο και ανακάλυψε, στις φυλές της Κεντρικής Αμερικής και απο' κει διαδόθηκε στις άλλες χώρες και έγινε γρήγορα δημοφιλής.³

Στην Ευρώπη εισήλθε από τον ιεραπόστολο Ρομάνο Πάνε, που έφερε το φυτό στην Ισπανία. Κάποιος άλλος μοναχός ο Αντρέ Τίβε, έφερε τους σπόρους του φυτού από τη Βραζιλία στη Γαλλία το 1566². Το 1570 ήταν η αρχή πλέον της εξάπλωσης του καπνού και αυτό έγινε γιατί ο Πρεσβευτής της Πορτογαλλίας Ζαν Νίκο Νίκοτ ντε Βαλμαίν έστειλε σκόνη καπνού και μερικούς σπόρους στην Αικατερίνη των Μεδίκων συνιστώντας τους ως θεραπευτικό για διάφορες παθήσεις και κυρίως για τους πονοκεφάλους⁴

Το κάπνισμα των σιγαρέτων διαδόθηκε πολύ στη διάρκεια του 1^{ου} Παγκόσμιου Πολέμου στους άνδρες και μετά τον 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο στις γυναίκες. Στοιχεία από τις ΗΠΑ δείχνουν ότι η κατανάλωση σιγαρέτων 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. Στοιχεία από την Αγγλία δείχνουν παρόμοιες τάσεις.⁴

Ο καπνός στην Ελλάδα αρχίζει να καλλιεργείται στα μέσα του 17^{ου} αιώνα. Σήμερα η καλλιεργήσιμη έκταση καπνού ανέρχεται στις 93.230 εκτάρια και το μέγεθος αυτό κατατάσσει την Ελλάδα ως δεύτερη ευρωπαϊκή χώρα με τις υψηλότερες εξαγωγές.² Τα δεδομένα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας δείχνουν ότι η μέση ετήσια κατανάλωση καπνού συνεχώς αυξάνεται, με εξαίρεση την παροδική κάμψη κατά την περίοδο της έντονης αντικαπνιστικής εκστρατείας (1978-1980).⁴

B. ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΤΣΙΓΑΡΑ

Για τα πρώτα 250 χρόνια στην Ευρώπη, ο καπνός καπνίζονταν σε πίπες ή πούρα, μυρίζονταν στην πρέζα και μασιόνταν. Το τσιγάρο που είναι η πιο βλαβερή μορφή της χρήσης του καπνού, πρωτοεμφανίστηκε στα μέσα του 19^{ου} αιώνα.^{5,6}

Πρώτοι οι Ρώσοι, όπως φαίνεται, δημιούργησαν το τσιγάρο. Αυτό τότε γινόταν με το χέρι, κυρίως από γυναίκες, που είχαν φθάσει σε τόσο μεγάλη εξάσκηση, ώστε η κάθε μια να μπορεί να ετοιμάσει 2500-3000 τσιγάρα την ημέρα.⁷ Το 1884 ο James Bonsak επινόησε την μηχανή με την οποία ήταν δυνατό να κατασκευάζονται 120000 χιλιάδες τσιγάρα την ημέρα. Έτσι σιγά-σιγά το κομψό τσιγάρο πήρε την θέση όλων των άλλων ειδών (πούρο, πίπα) με λίγες εξαιρέσεις 1,2. Πολύ σύντομα έγινε η εισαγωγή των σπόρων του φυτού στα πέρατα του κόσμου, βελτιωμένοι τρόποι καλλιέργειας, με κάθε επιστημονικό μέσο, συνεχώς καλύτερεύει την ποιότητα και αυξάνει την παραγωγή για να επαρκέσει στη κατανάλωση που συνεχώς αυξάνεται.⁷

Με την ανάμειξη του καπνού με διάφορες άλλες ποικιλίες καθώς και άλλα παρασκευάσματα, όπως και άλλους τρόπους επεξεργασίας το τσιγάρο έγινε πιο ελκυστικό, μα συγχρόνως πιο επικίνδυνο^{5,6,7} Από την πορεία του καπνού μέσα στα χρόνια από την μεγάλη παραγωγή και μεγάλη κατανάλωση τσιγάρων, είναι φανερό ότι ούτε το τρομερό υψηλό κόστος, ούτε οι ηθικές αποκηρύξεις (είτε από πρίγκιπες ή πάπες), ούτε οι δρακόντειες ποινές (μέχρι και η θανατική), ούτε οι φόβοι για τους κινδύνους της υγείας, μπόρεσαν να εξαφανίσουν την επιθυμία των ανθρώπων για τον καπνό. Αναμφισβήτητα,

μερικά από αυτά τα μέτρα καθυστέρησαν τον ρυθμό της διάδοσής του αλλά, απ' ό,τι φαίνεται σε καμία κοινωνία, όπου άρχισαν να χρησιμοποιούν τον καπνό, δεν εγκατέλειψαν τελείως τη χρήση του.⁶

ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Εκείνο που ενδιαφέρει περισσότερο, δεν είναι τα στοιχεία που βρίσκονται μέσα στα φυτά του καπνού, δηλαδή εκείνο που προσφέρεται στην αγορά, όπως το τσιγάρο, το πούρο, ο καπνός της πίπας, αλλά τα στοιχεία που περιέχει ο <<πτητικός καπνός>>, δηλαδή ο καπνός που παράγεται την ώρα που το προϊόν καίγεται.⁷ Με την πυρόλυση και την πυροσύνθεση στους 600-800 βαθμούς Κελσίου που φθάνει η θερμοκρασία στην καύτρα του τσιγάρου,⁸ παράγονται περίπου 4000 διαφορετικά συστατικά τα οποία περιέχονται στον καπνό του τσιγάρου, άλλα από αυτά σε αεριώδη κατάσταση και σε άλλα σε μικροσωματιδιακή μορφή.^{4,9,10,11} Σε αυτές τις ουσίες περιλαμβάνονται: νικοτίνη, μονοξειδίο του άνθρακα, πίσσα, ενώσεις υδρογονανθράκων ή καρκινογόνοι υδρογονάνθρακες. Η αναλογία των ουσιών αυτών μέσα στον καπνό δεν είναι σταθερή και εξαρτάται:

- A). Από το είδος φυτού: Ελληνικός, Αμερικανικός, Τουρκικός, Γαλλικός καπνός.
- B). Τον τρόπο καλλιέργειας: έδαφος, λίπανση, νερό, κλιματολογικές συνθήκες.
- Γ). Τη σχέση του φύλλου προς τον κορμό: φύλλο κορυφής, κατώτερα φύλλα κορμού.
- Δ). Τον βαθμό ξηρότητας των φύλλων.⁷

Ο τρόπος επίσης που συσκευάζεται ο καπνός θα επηρεάσει τη σύσταση του πτητικού καπνού, έχουν εκατομμύρια ανοικτά κύτταρα και αποβάλλουν άφθονα πτητικές ουσίες, ενώ τα πούρα, επειδή τυλίγονται με ολόκληρα φύλλα, που είναι διαφορετικού τύπου, περιέχουν τις επιβλαβείς ουσίες σε πολύ μικρότερη αναλογία. Ο τρόπος που καίγεται ο καπνός έχει επίσης μεγάλη σημασία. Στο τσιγάρο λόγω του τεμαχισμού του καπνού και της παρουσίας του καπνού που τον περικλείει, η καύση είναι σχεδόν τέλεια και το μονοξειδίο του άνθρακα που παράγεται είναι αρκετά λίγο. Ενώ στην περίπτωση του πούρου η καύση είναι ατελής και δημιουργεί περισσότερο μονοξειδίο.⁷

Ο καπνός χωρίζεται σε δυο ρεύματα: Το κύριο ρεύμα και το παράπλευρο. Το κύριο ρεύμα (κ.ρ) παράγεται κατά την διάρκεια της εισρόφησης του καπνού από τον καπνιστή στην θερμή περιοχή του τσιγάρου (καύτρα) και εισδύει στους πνεύμονες. Το παράπλευρο ρεύμα (π.ρ) παράγεται στο ενδιάμεσο χρονικό διάστημα και διαχέεται στο περιβάλλον. Επίσης, ένα μεγάλο μέρος του καπνού εκπνέεται από τον καπνιστή κατά το κάπνισμα.²

Η χημική ανάλυση καπνού απέδειξε ότι οι ουσίες που δικαιολογούν μεγάλη ανησυχία για την υγεία είναι κυρίως η νικοτίνη και οι καρκινογόνοι υδρογονάνθρακες.¹² Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει πάνω από 3900 χημικές ουσίες, βαρέα μέταλλα και ραδιενεργά στοιχεία .¹³

ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΣΙΓΑΡΩΝ

ΝΙΚΟΤΙΝΗ

Η νικοτίνη θεωρείται ως ένα από τα κύρια συστατικά του καπνού.⁷ Είναι το συστατικό εκείνο που δίνει στον καπνό το άρωμα και τη γεύση.¹² Η νικοτίνη η οποία αποδίδεται από το κάπνισμα ενός τσιγάρου ή ενός γραμμαρίου καπνού υπολογίζεται κατά μέσο όρο σε ένα χιλιοστό γραμμαρίου (από 0,05 έως 2).¹⁰ Θεωρείται από την φαρμακολογία ως το τρίτο ναρκωτικό μετά την ηρωίνη και την κοκαΐνη. Είναι ένα ισχυρότατο αλκαλοειδές δηλητήριο που απορροφάται από το στόμα και δια των τριχοειδών αγγείων των πνευμόνων⁴ εισέρχεται στην κυκλοφορία του αίματος και από εκεί κατευθύνεται στον εγκέφαλο.¹⁴ Πιο συγκεκριμένα σε μικρές ποσότητες αυξάνει την δραστηριότητα των νευρικών κύτταρων του εγκεφάλου, ενώ σε μεγαλύτερες την αναστέλλει.¹⁵

Η νικοτίνη που φθάνει στα εγκεφαλικά κύτταρα γίνεται αιτία ν' αντιδρά ο εγκέφαλος απελευθερώνοντας μια σειρά από χημικές ουσίες, όπως αδρεναλίνη, αρτερενόλη με αποτέλεσμα ταχυκαρδία, αύξηση αρτηριακής πίεσης¹⁵ και χαλάρωση μυων.¹⁶ Παράλληλα, προξενεί στένωση των αρτηριών, η οποία μετά από αρκετό διάστημα μπορεί να οδηγήσει σε βλάβες στο κυκλοφορικό σύστημα.¹⁵ Η νικοτίνη είναι δραστικότατο δηλητήριο του

νευρικού συστήματος.¹⁶ Ακόμη και 1-2 σταγόνες μπορούν να σκοτώσουν έναν ενήλικα, θάνατο μπορεί να προκαλέσουν και δέκα τσιγάρα εάν καπνιστούν απανωτά σε κλειστό χώρο, λόγω της δηλητηρίασης από την νικοτίνη και της παράλυσης του κέντρου αναπνοής.^{14,16} Η ποσότητα πάντως της νικοτίνης που εισέρχεται στον οργανισμό εξαρτάται από παράγοντες όπως είναι η ταχύτητα με την οποία καπνίζεται ένα τσιγάρο και συνεπώς η θερμοκρασία με την οποία καίγεται ο καπνός⁷ καθώς και από το πόσο βαθιές είναι οι ρουφηξιές που κάνει ο καπνιστής.¹⁴ Η δόση λοιπόν της νικοτίνης μπορεί να ελεγχθεί ακριβώς με τον τρόπο που καπνίζεται το τσιγάρο.¹⁷

Το ότι δεν δηλητηριάζονται οι καπνιστές οφείλονται στην διαφορά της οδού από την οποία μπαίνει στον οργανισμό (αναπνευστικό). Επίσης στο γεγονός ότι το απορροφώμενο ποσοστό είναι μικρό και τέλος στον εθισμό προς την νικοτίνη που επιτρέπει στον οργανισμό να ανεχθεί ποσότητες πολλαπλάσιες της αρχικής. Επί πλέον η νικοτίνη στον οργανισμό, μετατρέπεται σε αδρανείς ενώσεις.¹²

ΜΟΝΟΞΕΙΔΙΟ ΤΟΥ ΑΝΘΡΑΚΑ

Μια ακόμη δηλητηριώδη και τοξική ουσία που παράγεται από την καύση του τσιγάρου είναι το μονοξείδιο του άνθρακα (CO).¹⁶ Απορροφάται κυρίως από τις κυψελίδες⁴ και είναι γνωστό ότι προξενεί ελάττωση του οξυγόνου που μεταφέρεται με τα ερυθρά αιμοσφαίρια στους ιστούς.¹⁵

Συγκεκριμένα το μονοξείδιο του άνθρακα δεσμεύει μια πρωτεΐνη του αίματος την αιμοσφαιρίνη (Hb), της οποίας φυσιολογικός προορισμός είναι η δέσμευση και μεταφορά του οξυγόνου στους ιστούς και την μετατρέπει σε ανθρακυλαιμοσφαιρίνη. Εάν το επίπεδο της ανθρακυλαιμοσφαιρίνης ανεβεί πολύ στον οργανισμό, επέρχεται θανατηφόρος δηλητηρίαση.¹⁴

Το μονοξείδιο του άνθρακα έχει κατά 200 φορές μεγαλύτερη τάση, να ενώνεται με την Hb¹⁶ και μαζί με την νικοτίνη συντελούν στην συγκόλληση των αιμοπεταλίων του αίματος και ο κίνδυνος παραγωγής θρόμβων και εμβόλων είναι μεγάλος.¹⁴

ΠΙΣΣΑ

Η πίσσα είναι το ολικό σωματιδιακό υλικό του καπνού όταν αφαιρεθεί το νερό και η νικοτίνη.^{4,9,10} Δεν είναι εύκολο να υπολογιστεί η ποσότητα της πίσσας που απορροφάται από τον καπνιστή. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει διπλάσια ποσότητα πίσσας από τον καπνό του πούρου.⁷ Η πίσσα είναι κυρίως υπεύθυνη για την καρκινογόνο δράση του καπνού.¹⁸ Ερεθίζει τον βρογχικό βλεννογόνο και προκαλεί σπασμό των βρογχιολίων, βήχα και παραγωγή βλέννας και ευθύνεται για το μισό περίπου των χρόνιων βρογχίτιδων.¹⁴

ΑΛΛΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Ένα μεγάλο μέρος των λόγων εναντίων του καπνίσματος σε εσωτερικούς χώρους βασίζεται στον ερεθισμό των ματιών και των αναπνευστικών μεμβρανών σε βραχυπρόθεσμες βάσεις. Η ακρολίνη και άλλες ερεθιστικές ουσίες προέρχονται από τον καπνό του τσιγάρου και παραμένουν στον αέρα του εσωτερικού χώρου. Η ακρολίνη έχει παρατηρηθεί ότι υπερβαίνει τα κανονικά επίπεδα.

Για τις περισσότερες επιδράσεις των άλλων εκατοντάδων ουσιών δεν έχουν αξιολογηθεί σε συνθήκες παθητικού καπνιστή παρόλα αυτά, πολλά είναι γνωστά καρκινογόνα και ερεθιστικά στις αναπνευστικές μεμβράνες όπου η έκθεση σε αυτά είναι ιδιαίτερα βλαβερή, όπως ανέφερε ο Wigle σε έκδοση το 1981 του <<Threshold Limit Balues>>, όσον αφορά τα ανθρώπινα καρκινογόνα <<καμία έκθεση ή επαφή με οποιοδήποτε τρόπο, αναπνευστικό, δερματικό ή οπτικό, όπως προσδιορίζεται με τις πιο ευαίσθητες μεθόδους, δεν επιτρέπεται>>. Μια ολοκληρωμένη λίστα των εκατοντάδων ουσιών που βρίσκονται στον καπνό του τσιγάρου υπερβαίνει αυτήν την αναφορά.

Υπάρχουν τώρα αποδείξεις ότι το κάπνισμα σε εσωτερικούς χώρους : αυτοκίνητα, λεωφορεία, γραφεία, σπίτια, εστιατόρια κ.ο.κ. μπορεί να αυξήσουν το επίπεδο των ρυπαντικών ουσιών πολύ πιο πάνω από αυτά που βρίσκονται σε καθημερινές καταστάσεις με την απουσία του καπνού του τσιγάρου.¹⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Κάπνισμα είναι η εισπνοή καπνού από τον καιγόμενο καπνό των τσιγάρων.¹⁶ Έχει αναγνωριστεί ως ασθένεια και ως τέτοια περιλαμβάνεται μορφή τσιγάρου.²⁰ Το κάπνισμα είναι μια πολύπλοκη πράξη.³ Το κάπνισμα αποτελεί το μεγαλύτερο αυτοεπιβαλλόμενο κίνδυνο για την υγεία και την υπ' αριθμόν 1 αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας που μπορεί όμως να προληφθεί. Παρά το γεγονός, όμως, ότι αποτελεί το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα επιλέξιμης ανθυγιεινής συμπεριφοράς, η καπνιστική συνήθεια καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από κοινωνικούς, οικονομικούς, εκπαιδευτικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Είναι πολύ πιο διαδεδομένο στα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, ενώ ραγδαία είναι και η ανάπτυξη της καπνιστικής συνήθειας στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και του λεγόμενου Τρίτου και Τέταρτου Κόσμου.²¹

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανακάλυψε πρόσφατα ότι ο επιπολασμός του καπνίσματος στα 15 κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης ανέρχεται σε 31% του πληθυσμού. Ανά φύλο βρέθηκε ότι το 36% των αντρών και το 26% των γυναικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι καπνιστές.

Υπολογίζεται ότι το 1998 το κάπνισμα προκάλεσε περίπου, το 82% του συνόλου των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα, περίπου το 83% όλων των θανάτων από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π) και περίπου το 25% όλων των θανάτων από καρκίνο μπορούν να αποδοθούν στο κάπνισμα.²²

Σήμερα στον πλανήτη μας καπνίζουν 1.100.000.000 άνθρωποι από τους οποίους 3.500.000 πεθαίνουν κάθε χρόνο ή αλλιώς 10.000 άνθρωποι κάθε μέρα. Ο Π.Ο.Υ εκτιμά ότι ως το 2020 ο αριθμός των θανάτων ετησίως από διάφορες ασθένειες που αποδίδονται στο κάπνισμα θα φθάσει τα 10.000.000. Στην Ελλάδα το ποσοστό των ανδρών που καπνίζουν φθάνει έως και το 60% ενώ των γυναικών το 26-30%.²³

ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ

Το ποσοστό των ανδρών που καπνίζουν ελαττώθηκε από 65% το 1948 στο 29% το 1973. Από τότε το κάπνισμα αποτελεί συνήθεια της μειοψηφίας του πληθυσμού. Η ελάττωση στις γυναίκες ήταν λιγότερο δραματική από το 41% στο 28%, έτσι που η διάφορα μεταξύ των καπνιστών στα δύο φύλα να έχει πλέον εξαλειφθεί.²⁴

Από το 1976 μέχρι το 1986 η μέση ημερήσια κατανάλωση στους άνδρες έπεσε από τα 18 τσιγάρα στα 16 και στις γυναίκες από έναν αριθμό λίγο πάνω από τα 14 σε έναν αριθμό λίγο κάτω από τα 14. Το 1973 παρατηρήθηκε μείωση στο κάπνισμα ανάμεσα στους άνδρες, αλλά το κάπνισμα στις γυναίκες αυξάνονταν σταθερά, και το 1980 για πρώτη φορά στην ιστορία οι γυναίκες που κάπνιζαν ήταν περισσότερες από τους άνδρες.²⁵

Η ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ

Το κάπνισμα είναι συχνότερο σε άνδρες και γυναίκες ηλικίας μεταξύ 20 και 24 ετών. Οι περισσότεροι ενήλικοι απέκτησαν την καπνιστική συνήθεια πριν από την ηλικία των 19 ετών. Στην ηλικία των 11 και 12 ετών λίγα μόνο παιδιά καπνίζουν, αλλά στην ηλικία των 15 ετών, ένα στα τέσσερα παιδιά είναι τακτικός καπνιστής. Απ' αυτούς το 32% των αγοριών και το 26% των κοριτσιών καπνίζουν περισσότερα από 71 τσιγάρα την εβδομάδα.

Στην ηλικία των 19 ετών το 30% του πληθυσμού είναι καπνιστές.²⁴

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΤΑΞΕΙΣ

Το κάπνισμα συνδέεται χωρίς αμφιβολία με τα προβλήματα της φτώχειας, της ανεργίας και των άλλων μορφών στέρησης. Στην Αγγλία οι περισσότεροι καπνιστές είναι ελαφροί καπνιστές και δεν ζουν υπό συνθήκες φτώχειας. Υπάρχει αξιοσημείωτη αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ του

καπνίσματος και των κοινωνικών τάξεων. Άνδρες και γυναίκες που ανήκουν στην κοινωνική τάξη V είναι τέσσερις φορές πιθανότερο να είναι καπνιστές απ' ότι αυτοί που ανήκουν στην κοινωνική τάξη I. Διαφορές σε ότι αφορά το κάπνισμα φαίνεται να υπάρχουν και στα διάφορα γεωγραφικά διαμερίσματα.²⁴

ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ

Ο ορισμός του καπνιστή, με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας είναι ένα άτομο που έχει καπνίσει τουλάχιστον 100 τσιγάρα κατά την διάρκεια της ζωής του.²⁶

A) Ψυχοκοινωνικό κάπνισμα

Ο καπνιστής αυτής της κατηγορίας καπνίζει για να βλέπουν να καπνίζει, για τους άλλους και όχι για τον εαυτό του. Εδώ υπάγονται κυρίως οι έφηβοι για τους οποίους το κάπνισμα έχει χαρακτήρα συμβολικό, είναι δείγμα ενηλικιώσης.¹⁶

B). Αισθησιακός κινησιακός τύπος

Για τον καπνιστή αυτής της κατηγορίας το τσιγάρο αποτελεί στην κυριολεξία φετίχ. Το κάπνισμα είναι γι' αυτόν ιεροτελεστία.¹⁶

Γ). Συγκαταβατικός καπνιστής

Ελέγχει τον αριθμό των τσιγάρων που θα καπνίσει και δεν θα ξεπεράσει το όριο το οποίο έχει θέσει. Δεν νιώθει ποτέ επιτακτική ανάγκη να καπνίσει.¹⁶

Δ). Τακτικός καπνιστής

Όταν καπνίζει τουλάχιστον ένα τσιγάρο την εβδομάδα σε τακτά διαστήματα.^{21,24}

Ε). Καταπραϋντικό κάπνισμα

Στην κατηγορία αυτή υπάγονται οι νευρικοί, γεμάτοι άγχος καπνιστές. Γι' αυτούς το τσιγάρο είναι μέσο διοχέτευσης του stress, τους βοηθά να μειώσουν την ένταση της ημέρας. Σε αντίθεση με τους συγκαταβατικούς καπνιστές, οι καταπραϋντικοί καπνιστές έχουν ανάγκη και εξάρτηση από το τσιγάρο και το χρησιμοποιούν για να εκτονώσουν έντονες συγκινησιακές τους

καταστάσεις, υποφέρουν δε από έντονα συμπτώματα νευρώσης και στέρησης, όταν ξεμείνουν από τσιγάρα.¹⁶

ΣΤ). Διεγερτικό κάπνισμα

Ο τύπος αυτός του καπνιστή είναι τις περισσότερες φορές και εργασιομανής. Καπνίζει για να δουλεύει και να αποδίδει όσο γίνεται πιο πολύ. Χρησιμοποιεί τις διεγερτικές ικανότητες της νικοτίνης για να ελαττώνει το αίσθημα κόπωσης μιας εξαντλητικής μέρας, να διατηρεί την σκέψη του νηφάλια και σε εγρήγορση. Καταναλώνει αμέτρητα τσιγάρα σε κρίσιμες οριακές καταστάσεις.¹⁶

Ζ). Το κάπνισμα που έχει γίνει μια μόνιμη συνήθεια

Όταν ο καπνιστής ζει για να καπνίζει, καπνίζει για να ζει. Δεν μπορεί να μείνει 20 λεπτά χωρίς τσιγάρο κι έτσι καπνίζει για να αποφύγει ή να μειώσει τα συμπτώματα στέρησης.¹⁶

Η). Αυτοματισμένο κάπνισμα

Πρόκειται για την κατηγορία των αλυσιδωτών καπνιστών που ανάβουν το ένα τσιγάρο αμέσως μετά το άλλο. Η πράξη αυτή είναι ασυνείδητη λόγω έντονου φόβου και ανασφάλειας μήπως μείνουν από τσιγάρο και στερηθούν την παρουσία του πακέτου από το οποίο εξαρτώνται ολοκληρωτικά.¹⁶

ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Γενική είναι η παραδοχή ότι οι άνθρωποι ανά τον κόσμο αρχίζουν το κάπνισμα για έναν ή περισσότερους από τους παρακάτω λόγους.

Περιέργεια, συμβιβασμός με τις αξίες της ομάδας που ανήκει, έκφραση επαναστατικότητας, μίμηση συμπεριφοράς ατόμων που θεωρούνται ότι έχουν μεγαλύτερο κύρος αλλά και επίδειξη μοντερνισμού προοδευτικότητας, καταστάσεις που δημιουργούν stress, καταστάσεις που απαιτούν συγκέντρωση, περιπτώσεις ανίας και για χαλάρωση.¹⁶

Όλοι οι καπνιστές παραδέχονται ότι καπνίζουν τα πρώτα τους τσιγάρα για ανόητους λόγους κυρίως εξαιτίας κοινωνικών πιέσεων ή σχέσεων.

Οι περισσότεροι δεν ξέρουν γιατί καπνίζουν. Αν ήξεραν θα σταματούσαν. Όλοι οι καπνιστές στο βάθος της καρδιάς τους ξέρουν ότι πιάνονται κοροϊδά.²⁷ Όμως το χειρότερο είναι ότι η ικανοποίηση που βιώνει ο

καπνιστής όταν καπνίζει, είναι το αποτέλεσμα μιας προσπάθειας να ξαναβρεί την ειρήνη, την ηρεμία και την αυτοπεποίθηση που είχε έτσι και αλλιώς πριν αρχίσει το κάπνισμα.¹⁶

ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ

Πολλές έρευνες Ελληνικές και Διεθνείς δείχνουν ότι το κάπνισμα υιοθετείται από την συντριπτική πλειοψηφία των καπνιστών στην εφηβική ηλικία. Η πραγματική απόφαση όμως έχει ληφθεί πολλά χρόνια πριν ακόμα και στην ηλικία ανάμεσα στα 3 και τα 6 χρόνια λόγω της επίδρασης των οικογενειακών, ευρύτερων κοινωνικών ή διαφημιστικών προτύπων.

Σημαντικό στοιχείο αποτελεί επίσης ότι στην εφηβική ηλικία την ηλικία του καθορισμού του εαυτού και της επαναστατικότητας οι απαγορεύσεις όχι μόνο δεν είναι αποτελεσματικές αλλά συχνά προκαλούν αντίδραση που φέρνει τα αντίθετα αποτελέσματα.²³

Οι αίτιες που οδηγούν τα παιδιά να υιοθετούν ριψοκίνδυνες συμπεριφορές είναι πολλές και διαφορετικές. Η εφηβεία είναι η ηλικία που τα παιδιά δοκιμάζουν και εκθέτουν τον εαυτό τους σε κίνδυνο. Η ριψοκίνδυνη συμπεριφορά δεν είναι πάντοτε κακή. Κάποιοι από αυτές τις συμπεριφορές διδάσκουν τα παιδιά και τους εφήβους να παίρνουν υπεύθυνες αποφάσεις.

Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που μπορεί να ενδώσουν σε δυσάρεστες όσο και επικίνδυνες εμπειρίες όπως το κάπνισμα.²⁸

Οι πιο σημαντικοί παράγοντες που παρακινούν έναν έφηβο να καπνίσει είναι: Α) Η επιρροή από τους συνομηλικούς Β) Η ανάγκη βελτίωσης της εικόνας του εαυτού του Γ) Οι σχέσεις με το στενό περιβάλλον Και Δ) Οι καπνιστικές συνήθειες των γονίων²⁹

A) Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΥΣ

Κατά την περίοδο της εφηβείας η επιθυμία για αποδοχή από την ομάδα είναι γενικά πιο έντονη στον άνθρωπο. Οι συνομηλικοί σε αυτή τη φάση ασκούν όλο και μεγαλύτερη επίδραση σε ένα σύνολο από αξίες και συμπεριφορές. Ανάμεσα σε αυτές περιλαμβάνονται και οι καπνιστικές τάσεις

και συνήθειες. Ο φόβος της απόρριψης³⁰, η έλλειψη αντίστασης στην πίεση και στις άλλες επιρροές, φιλίες με άτομα που καπνίζουν³¹, η επιθυμία για αναγνώριση από τους συνομήλικους καθώς και η ανάγκη να αισθάνεται ο έφηβος ότι είναι μέλος μιας ομάδας, τον οδηγούν στον κοινωνικό πειραματισμό με το κάπνισμα.^{30,32}

B) Η ΑΝΑΓΚΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ ΤΟΥ ΚΑΙ ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΣΤΕΝΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Οι νέοι που καπνίζουν έχουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και μεγαλύτερη δυσκολία στις σχέσεις τους με τους καθηγητές, τους γονείς τους και τ' αδέρφια τους.^{32,33} Ο έφηβος που καπνίζει τείνει να μην έχει καλή εικόνα και να μην είναι ευχαριστημένος από τον εαυτό του, υποτιμά ή και αγνοεί τις δυνατότητες του και αποδίδει μικρή αξία στις πράξεις του.

Αισθάνεται ότι δεν μπορεί να κάνει . Έχοντας μια τέτοια εικόνα για τον εαυτό του ο έφηβος προσπαθεί μέσα από το κάπνισμα να φαίνεται ωριμότερος και αξιότερος. Κάνει δηλαδή κάτι που δεν ανταποκρίνεται στην εσωτερική του πραγματικότητα, στο πως ο ίδιος βλέπει πραγματικά τον εαυτό του. Μέσα από το κάπνισμα ζει μια ψευδαίσθηση, τίποτα τόσο καλά όσο θα το έκαναν οι άλλοι και ότι ο ίδιος ίσως να «μην αξίζει» και πολλά³³ νομίζοντας ότι μέσα απ' αυτό γίνεται πιο αποδεκτός στα μάτια των άλλων και ότι ανεβαίνει η εκτίμησή τους για το πρόσωπό του. Έτσι, ο έφηβος εμπλέκεται σε μια διαδικασία αναζήτησης προσωπικής αξίας μέσα από μια συνήθεια που προκαλεί επιφανειακή, πρόσκαιρη και αβέβαιη ικανοποίηση.

Επειδή όμως, το κάπνισμα εμπλέκεται τόσο στενά με την διαμόρφωση της εικόνας του εαυτού του σε μια περίοδο με έντονες συγκινήσεις και αναστατώσεις αποκτά ιδιότητες μιας συνήθειας που αποτελεί δομικό στοιχείο της προσωπικότητας που αναπτύσσεται. Κάπνισμα και προσωπικότητα δομούνται μαζί, το τσιγάρο μετατρέπεται σε «μέρος του σώματος» και η εικόνα του εαυτού ταυτίζεται με την εικόνα του εαυτού ως καπνιστή.³³

Γ) ΟΙ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

Στο σημείο αυτό επεισέρχονται δύο ξεχωριστοί παράγοντες: Απ' τη μια μεριά έχουμε καθεαυτή την καπνιστική συνήθεια των γονέων, ενώ από την άλλη σημαντικό ρόλο παίζει και η αντίληψη και η στάση των γονέων και των συγγενών για το κάπνισμα. Εάν και οι δύο γονείς καπνίζουν, τα παιδιά τους έχουν διπλάσια πιθανότητα να γίνουν κανονικοί καπνιστές σε σύγκριση με τα παιδιά των μη καπνιστών γονέων. Αντίστοιχα, βρέθηκε πως τα παιδιά που έχουν πατέρα και μεγαλύτερο αδελφό καπνιστή έχουν τέσσερις φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να γίνουν κανονικοί καπνιστές σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν καπνίζει ο πατέρας και ο αδελφός τους.

Είναι σαφές ότι οι πιθανότητες αυτές αυξάνουν για δύο κυρίως λόγους.

Α). Επειδή ο νέος και η νέα έχουν στις περιπτώσεις αυτές περισσότερες ευκαιρίες για πειραματισμό, αρκετοί από τους νέους αυτούς παραδέχονται ότι το πρώτο τσιγάρο που δοκίμασαν στη ζωή τους το πήραν από την τσέπη του καπνιστή γονέα ή αδελφού.

Β). Επειδή τα πρότυπα που διαμορφώνει το παιδί και ο έφηβος είναι συχνά αυτά του πατέρα, της μητέρας και του μεγαλύτερου αδελφού. Και φυσικά όταν τα πρότυπα είναι καπνιστές πολύ σύντομα ο νέος ή η νέα θα προσπαθήσει να τα μιμηθεί.

Πολλοί γονείς νομίζουν ότι με το να αποτρέψουν τα παιδιά τους από το κάπνισμα θα τα ωθήσουν στο να καπνίσουν από αντίδραση. Τα ερευνητικά δεδομένα όμως δείχνουν το αντίθετο. Η συχνότητα του καπνίσματος αυξάνει όταν οι γονείς γενικά είναι «επιτρεπτικοί». Πολύ χειρότερα είναι βέβαια τα πράγματα όταν οι γονείς ενθαρρύνουν τα παιδιά έμμεσα ή άμεσα στο να καπνίσουν. Έτσι, πολλοί γονείς με την μορφή αστείου ζητούν από τα παιδιά να τους ανάψουν τσιγάρα ενώ άλλοι φθάνουν στο σημείο να τους προσφέρουν οι ίδιοι τσιγάρα.

Σε έρευνες που έχουν γίνει στον Ελληνικό χώρο βρέθηκε ότι το 1\3 σχεδόν των εφήβων που έχουν δοκιμάσει να καπνίσουν, το πρώτο τσιγάρο τους είχε προσφερθεί από τους γονείς ή το είχαν καπνίσει μπροστά τους.³⁴

Ειδικά στους νέους έχει υπολογιστεί ότι το 50% περίπου των εφήβων που καπνίζουν, αν δεν κόψουν εγκαίρως το κάπνισμα, θα πεθάνουν πρόωρα

εξαιτίας του τσιγάρου. Αν δεν κάπνιζαν ποτέ θα ζούσαν 20-25 χρόνια περισσότερο.²¹

ΓΙΑΤΙ ΣΥΝΕΧΙΖΟΥΝ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Ο λόγος που οι περισσότεροι από τους καπνιστές συνεχίζουν να καπνίζουν, παρόλο που ξέρουν ότι το κάπνισμα έχει περισσότερα μειονεκτήματα παρά πλεονεκτήματα, είναι γιατί πιστεύουν ότι το τσιγάρο έχει κάτι που προκαλεί ευχαρίστηση. Πιστεύουν δηλαδή ότι αν σταματήσουν να καπνίζουν θα νιώθουν κενό, ότι κάποια πράγματα στη ζωή τους δεν θα είναι πια ίδια. Αυτό όμως είναι ψευδαίσθηση, στην πραγματικότητα το τσιγάρο δεν δίνει τίποτα. Παίρνει κάτι και μετά δίνει κάτι λιγότερο και τελικά μένει η εντύπωση ότι δίνει.

Παρόλο που το τσιγάρο είναι ναρκωτικό που δημιουργεί εθισμό ταχύτερα από οποιοδήποτε άλλο, η εξάρτηση που προκαλεί δεν είναι ποτέ βαρεία. Επειδή είναι ένα ναρκωτικό που δρα άμεσα, σε μόλις τρεις εβδομάδες το 95% της νικοτίνης έχει φύγει από τον οργανισμό, η δε σωματική ενόχληση από τη στέρση της νικοτίνης είναι τόσο μικρή, που οι περισσότεροι καπνιστές περνούν όλη τη ζωή τους χωρίς ποτέ να συνειδητοποιήσουν ότι την υφίστανται.¹⁶

Ο πραγματικός λόγος για τον οποίο οι καπνιστές συνεχίζουν να καπνίζουν είναι κυρίως συνδυασμός δυο παραγόντων : α)πλύση εγκεφάλου και β) ο εθισμός στη νικοτίνη.²⁷

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τους καπνιστές στο να συνεχίσουν το κάπνισμα είναι:

- 1)Ο ερεθισμός, δηλαδή μια αίσθηση αυξημένης ενεργητικότητας
- 2)Αισθητικοκινητικοί χειρισμοί, δηλαδή ικανοποίηση εκ της αφής τσιγάρου
- 3)Ευχάριστη χαλάρωση, που σημαίνει ανταμοιβή του εαυτού του για ένα τσιγάρο, έως όταν περάσει η ανάγκη για εγρήγορση και ένταση ώστε να διευκολύνουν τις κοινωνικές τους σχέσεις
- 4)Συνήθεια, όταν μάλιστα το έχει όπως πάντοτε δεν του λείπει καπνίζει αυτόματα και δεν πιστεύει ότι αισθάνεται διαφορετικά
- 5)Μείωση αρνητικών συναισθημάτων , το χρησιμοποιούν με τέτοιο

τρόπο ώστε να μετριάσουν αισθήματα έντασης, άγχους ή θυμού σε δύσκολες ψυχικές καταστάσεις

6)Εθισμός. Λόγω τοξικομανίας καπνίζουν για ν' αντιμετωπίσουν την στέρηση της νικοτίνης της οποίας η στάθμη πρέπει να διατηρείται σταθερή στο αίμα.

Ο εθισμός, η μείωση και η ένταση του άγχους είναι οι πιο σημαντικοί από τους ανωτέρω λόγους.¹⁶

ΠΩΣ ΒΛΕΠΟΥΝ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΟΙ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ

Το χάσμα ανάμεσα στον πραγματικό και τον υποκειμενικό αντιληπτό κίνδυνο είναι άκρως σημαντικό λόγω του εξαιρετικά υψηλού κινδύνου που προκαλεί και του υψηλού βαθμού επιλογής που έχει το άτομο για το αν θα καπνίσει ή όχι εκθέτοντας, έτσι, τον εαυτό του στον κίνδυνο.²⁵

Φαίνεται ότι τα άτομα όταν καπνίζουν στη νεαρή ηλικία δε θεωρούν τους εαυτούς τους καπνιστές και έχουν γενικά την αίσθηση ότι μπορούν να σταματήσουν την συνήθεια αυτή όποτε θελήσουν. Παράλληλα, δε φαίνεται να κατανοούν ουσιαστικά τους μακροπρόθεσμους κινδύνους, όπως ο καρκίνος ή τα καρδιαγγειακά νοσήματα που φαίνονται στον νέο σαν πολύ μακρινές καταστάσεις. Αντίθετα «οι απομακρυσμένοι» κίνδυνοι αντισταθμίζονται από την ψευδαίσθηση της ωρίμανσης, τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης και άλλες «θετικές» επιδράσεις, οι οποίες υπερτερούν στο μυαλό των εφήβων απέναντι σε οποιαδήποτε άλλη προειδοποίηση.³⁵

Επιπλέον, ακόμη και μέσα στην ομάδα των καπνιστών που πιστεύουν ότι το κάπνισμα βλάπτει, οι περισσότεροι πιστεύουν ότι η κατάσταση δεν θα βελτιωθεί αν σταματήσουν να καπνίζουν κάτι που δεν ευσταθεί.²⁵ Για τους καπνιστές, λοιπόν, το κάπνισμα είναι ένας αποδεκτός κίνδυνος, στην πράξη όμως ο κίνδυνος αυτός εκτιμάται από τους ίδιους ως πολύ μικρότερος από ότι πραγματικά είναι.

Τα άτομα που αμφιβάλλουν για τις βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος πείθονται εύκολα από τις διαφημίσεις, οι οποίες τους εμφυτεύουν την ιδέα ότι το θέμα είναι ακόμη ανοιχτό και ότι οι επιστήμονες δεν έχουν καταλήξει ακόμη σε σαφή συμπεράσματα αλλά είναι διχασμένοι σε ότι αφορά τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος.²⁵

Είναι ξεκάθαρο ότι η γνώση των κινδύνων από το κάπνισμα δεν επηρεάζει σημαντικά έως ελάχιστα την καπνιστική συμπεριφορά τους.³⁵ Τα πρότυπα που προβάλλονται από τα μέσα ενημέρωσης και διαφήμισης παίζουν καθοριστικό ρόλο στην έναρξη και συνέχιση του καπνίσματος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Το κάπνισμα, παρόλο που δεν αποτελεί άμεση και ουσιώδη αιτία στην πρόκληση των παρακάτω ασθενειών, εν τούτοις αποτελεί σοβαρό επιβαρυντικό παράγοντα.

Οι ασθένειες αυτές είναι:

- 1). καρκίνος του παγκρέατος
- 2). καρκίνος του στομάχου
- 3). καρκίνος του νεφρού
- 4). καρκίνος του τραχήλου της μήτρας
- 5). έλκος στομάχου ή δωδεκαδαχτύλου³⁷

1. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για την επίδραση του καπνού πάνω στους βρόγχους και τους πνεύμονες. Σύμφωνα με αυτές εκείνοι που βλάπτονται περισσότερο είναι οι πιο μανιώδεις και οι για μεγαλύτερο χρόνο καπνιστές άλλες πάλι έρευνες αναφέρουν την καλύτερευση ή την ίαση που ακολουθεί όταν ο άρρωστος πάψει να καπνίζει.⁷

Οι κυριότερες επιδράσεις του καπνίσματος στο αναπνευστικό σύστημα είναι:

Α) χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια-χρόνια βρογχίτιδα και πνευμονικό εμφύσημα

Β) καρκίνος πνευμόνων

Γ) καρκίνος λάρυγγα⁹

A) ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ

Κατά το κάπνισμα στην καύτρα του τσιγάρου όπου αναπτύσσεται θερμοκρασία 600-800 βαθμών Κελσίου, με την πυρόλυση και την πυροσύνθεση, όπως έχει αναφερθεί παράγονται 4000 περίπου συστατικά, πολλά από τα οποία με την εισπνοή του καπνού προκαλούν ποικίλες, βλαπτικές επιδράσεις στις αεροφόρους οδούς. Τέτοιες είναι: η υπερέκκριση βλέννης, η τοξική επίδραση επί κροσσώτου επιθηλίου των βρόγχων και η μείωση της ικανότητας του να καθαρίζει τους βρόγχους. Η μείωση της παραγωγής ανοσοσφαιρινών από κάποια εκφύλιση των κυττάρων στα βλαπτικά κέντρα των τραχειοβρογχικών γαγγλίων και η μείωση της κυτταροκτόνου δραστηριότητας των λευκών αιμοσφαιρίων.⁹

Όλα αυτά δημιουργούν τις ιδεώδεις συνθήκες για την ανάπτυξη χρόνιας βρογχίτιδας με όλα τα επακόλουθα της. Γνωστός είναι ο «βήχας των καπνιστών» και τα «πτύελα των καπνιστών». Εξάλλου η αναπτυσσόμενη φλεγμονή στις μικρότερες αεροφόρους οδούς των βρόγχων οδηγεί στην αποφρακτική πνευμονοπάθεια με το σφύριγμα στην αναπνοή τα «γατάκια» περίπου όπως στο άσθμα, η οποία καταλήγει ύστερα από καιρό στο πνευμονικό εμφύσημα. Στην επιτάχυνση της αναπτύξεως του συμβάλλει η αύξηση της ελαστάσης, η οποία προκαλεί βλάβες στο πνευμονικό παρέγχυμα.⁹ Οι συνέπειες της βρογχίτιδας μπορεί βέβαια να είναι: πνευμονία, βρογχιεκτασία και βρογχόσπασμος.⁷

Το κάπνισμα επίσης, επιτείνει υπάρχουσες αλλεργικές εκδηλώσεις από τους πνεύμονες, όπως το βρογχικό άσθμα.⁹

Η θνησιμότητα από τις παραπάνω αιτίες στους καπνιστές 20 τσιγάρων την ημέρα, είναι 2,2-24,7 φορές πάνω από ότι στους μη καπνιστές και στους βαρύτερους καπνιστές φθάνει στο τριακονταπλάσιο. Οι στατιστικές αποδεικνύουν ότι τα τσιγάρα προκαλούν περισσότερο ερεθισμό στους βρόγχους και ότι σε καλύτερη μοίρα βρίσκονται οι καπνιστές πούρου και με πίπα.⁹

Αυτό αποδίδεται στο χαρτί που χρησιμοποιείται στην κατασκευή, κυρίως όμως στο ότι μόνο λίγοι καπνιστές πούρου ή πίπας εισπνέουν τον καπνό.⁷

Το 80-90% των θανάτων στις Η.Π.Α. από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια αποδόθηκε στο κάπνισμα. Επομένως πρόκειται για θανάτους που θα μπορούσαν να αποφευχθούν.^{9,16}

Το σταμάτημα του καπνίσματος οδηγεί σε υποχώρηση του μεγαλύτερου αυτού κινδύνου. Περισσότερες πιθανότητες βελτιώσεως παρουσιάζουν εκείνοι που οι βλάβες στους βρόγχους τους βρίσκονται ακόμη στο φλεγμονικό στάδιο των μικρών αεροφόρων οδών οπότε, σε ένα χρόνο μέσα οι κίνδυνοι μειώνονται κατά 50% και σε 10 χρόνια, περίπου στο επίπεδο εκείνο που υπολογίζεται για τους μη καπνιστές. Η βελτίωση όμως είναι μικρή όταν οι βλάβες έχουν φθάσει πλέον μέχρι το εμφύσημα.⁹

B) ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

Η πρώτη απόδειξη της ύπαρξης σχέσεως μεταξύ του καπνίσματος και της αύξησης της συχνότητας του καρκίνου του πνεύμονα προέκυψε από μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Γερμανία το 1939.³⁹

Το ότι ο καπνός είναι μια πολύ σημαντική αιτία καρκίνου του πνεύμονα είχε αναγνωρισθεί από τις αρχές της δεκαετίας του 1950, όταν έγιναν οι πρώτες μελέτες στο Ενωμένο Βασίλειο και τις Η.Π.Α. Παρόλα αυτά κι ενώ όλες οι πειραματικές και άλλες ενδείξεις συνηγορούσαν για κάτι τέτοιο, οι επιστήμονες πέρασαν ένα αρκετά μεγάλο διάστημα αμηχανίας, γιατί από τις επιδημιολογικές μελέτες δε φαινόταν να υπάρχει ένας φανερός συσχετισμός ανάμεσα στην κατανάλωση μιας χώρας σε τσιγάρα και την νοσηρότητα από καρκίνο του πνεύμονα. Η αντιστοιχία αυτή διαλευκάνθηκε όταν διαπιστώθηκε ότι υπάρχει ένα χρονικό διάστημα περίπου 20 ετών ανάμεσα στην χρονική στιγμή κατά την οποία μια πληθυσμιακή ομάδα αρχίζει το κάπνισμα και εκείνη κατά την οποία παρουσιάζεται μια μετρήσιμη αύξηση στον καρκίνο του πνεύμονα.⁴⁰

Γενικά, όσο νωρίς ένα άτομο αρχίζει το κάπνισμα, τόσο μεγαλύτερος είναι ο να πεθαίνει από καρκίνο του πνεύμονα. Πάντως απαιτούνται τουλάχιστον 20 έτη καπνίσματος για να αρχίσει ο καρκίνος του πνεύμονα να εμφανίζεται.¹⁶ Περίπου 6000 άτομα, άνδρες και γυναίκες πέθαναν στην χώρα μας από πρωτοπαθή καρκίνο του πνεύμονα το 2000. Τα επόμενα χρόνια αναμένεται ότι θα πεθάνουν περισσότεροι. Το 85% των προσβολών του

καρκίνου του πνεύμονα οφείλεται στο κάπνισμα. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει πολλές ουσίες, αρκετές από τις οποίες είναι καρκινογόνες. Ο καπνιστής ή η καπνίστρια εισπνέει αυτές τις ουσίες, οι οποίες φθάνουν στους βρόγχους και στους πνεύμονες και προκαλούν την ανάπτυξη του καρκίνου.⁴¹

Οι Άγγλοι ερευνητές Stemens and Moolganakar 1984 μελέτησαν τη θνητότητα του καρκίνου αυτού και βρήκαν ότι ο άνδρας των 20 ετών όταν φθάσει στην ηλικία των 40 ετών, έχει 4,4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να πάθει καρκίνο του πνεύμονα από τον μη καπνιστή.¹⁶

Σε ότι αφορά την Ελλάδα, στη δεκαετία του 1990 το 20% των θανάτων στους άνδρες όλων των ηλικιών και το 3% των θανάτων στις γυναίκες οφείλονταν στον καρκίνο του πνεύμονα. Το αντίστοιχο ποσοστό το 1955 ήταν 10% για τους άνδρες και 2% για τις γυναίκες. Ως γνωστόν, η Ελλάδα έχει το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών στη Δυτική Ευρώπη (45% των ανδρών και 32% των γυναικών), ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στον κόσμο.²¹

Ήδη από το 1980, ο καρκίνος των πνευμόνων στις γυναίκες ξεπέρασε σε συχνότητα τον καρκίνο του μαστού.^{9,11}

Η πιθανότητα αναπτύξεως καρκίνου αυξάνει ανάλογα με:

- 1) Τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζει κανείς
- 2) Την ηλικία του
- 3) Την ηλικία που άρχισε το κάπνισμα
- 4) Το βάθος που κατεβάζει τον καπνό
- 5) Την περιεκτικότητα σε πίσσα
- 6) Το κράτημα του τσιγάρου στο στόμα μεταξύ των εισπνοών του καπνού
- 7) Το πόσο από το μήκος του τσιγάρου καπνίζει⁹

Η θνησιμότητα από τον πνευμονικό καρκίνο εξαιτίας του καπνίσματος μειώνεται προοδευτικά στους πρώην καπνιστές, ανάλογα με τον αριθμό των ετών που έκοψαν το κάπνισμα. Από σχετική μελέτη σε γιατρούς, πρώην καπνιστές, προκύπτει ότι στη Μεγάλη Βρετανία, ένας πρώην καπνιστής ο οποίος δεν κάπνισε κατά τα τελευταία 5 χρόνια, μειώνει τον κίνδυνο να πεθάνει στο 40%, σε σύγκριση με εκείνον που συνέχιζε να καπνίζει και μετά από 15 χρόνια αποχής από το κάπνισμα οι πρώην καπνιστές παρουσιάζουν θνησιμότητα ελαφρώς μόνο μεγαλύτερη από εκείνους οι οποίοι δεν κάπνισαν ποτέ.⁹

Γ) ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΛΑΡΥΓΓΑ

Το 1984 υπήρχαν περίπου 11000 νέες υποθέσεις και 3750 θάνατοι λόγω καρκίνου του λάρυγγα.⁴² Διάφορα επιδημιολογικά, παθολογικά και κλινικά πειράματα έχουν αποδείξει μεγάλη σχέση μεταξύ του καπνίσματος και του καρκίνου του λάρυγγα. Μια μελέτη υπολόγισε ότι το 84% καρκίνου του λάρυγγα μεταξύ των ανδρών απεδόθη στο κάπνισμα. Επιδημιολογικές μελέτες σε πολλές χώρες απέδειξαν ότι ο σχετικός κίνδυνος υπολογίζεται από 20 έως 27,5 φορές μεγαλύτερος σε σύγκριση με τους μη καπνιστές.⁹

Ο καρκίνος του λάρυγγα αφορά περισσότερους άνδρες απ' ότι τις γυναίκες, όμως όπως και στον καρκίνο των πνευμόνων αυτή η σχέση αλλάζει, καθώς οι γυναίκες πλησιάζουν τους άνδρες όσον αφορά το κάπνισμα. Ένας λόγος για τον οποίο οι άνδρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από τον καρκίνο του λάρυγγα, είναι η μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ, η οποία σε συνδυασμό με το κάπνισμα αυξάνει τις πιθανότητες.⁴²

Όπως συμβαίνει με τον καρκίνο του πνεύμονα έτσι και με τον καρκίνο του λάρυγγα ένας καπνιστής χρειάζεται μια παύση του καπνίσματος 10-15 χρόνων, ώστε να επανέλθει στη θέση ενός μη καπνιστή. Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι όσοι καπνίζουν πίπα ή πούρο έχουν τις ίδιες περίπου πιθανότητες να πάθουν καρκίνο του λάρυγγα, με αυτούς που καπνίζουν τσιγάρο.⁴²

2. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Υποψίες για επιβλαβή επίδραση του καπνού και ιδιαίτερα της νικοτίνης πάνω στην καρδιά χρονολογούνται από το 1862. Επίσης κατά το 1904 έγινε λόγος για την αιτιολογική σχέση καπνίσματος και στηθάγχης, καθώς και για την περιφερική αποφρακτική αρτηριοπάθεια.⁷

Οι ουσίες στον καπνό του τσιγάρου που ενοχοποιούνται για την πρόκληση των καρδιαγγειακών παθήσεων είναι κυρίως η νικοτίνη και το μονοξείδιο του άνθρακα.

Η νικοτίνη επιδρά σε χρόνο 7 δευτερολέπτων στο κεντρικό νευρικό σύστημα αυξάνοντας την καρδιακή συχνότητα κατά 15 περίπου χτύπους το

λεπτό, βλάπτει κυρίως τα ενδοθηλιακά κύτταρα των αγγείων και σε συνδυασμό με την δράση του μονοξειδίου του άνθρακα, που δεσμεύει την αιμοσφαιρίνη του αίματος, προάγει τη διαδικασία της αρτηριοσκλήρυνσης και της θρόμβωσης των αγγείων.²¹

A) ΑΘΥΡΟΣΚΛΗΡΥΝΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας μεγάλης μελέτης με περίπου 11000 ενήλικες μέσης ηλικίας βρέθηκε ότι σε σχέση πάντα με το να μην έχει καπνίσει κάποιος ποτέ, το ενεργό κάπνισμα σχετίζεται με μια αύξηση κατά 50% στην εξέλιξη της αθηροσκλήρυνσης, ενώ το κάπνισμα κατά το παρελθόν, με μια αύξηση κατά 25%. Η έκθεση σε καπνό από δεύτερο χέρι, σε σύγκριση με την μη ύπαρξη έκθεσης, ήταν συνδεδεμένο με μια αύξηση κατά 20% της εξέλιξης της αθηροσκλήρυνσης. Ακόμα πιο σημαντικό, οι ερευνητές βρήκαν ότι ο μέσος όρος του αριθμού των πακέτων από τσιγάρα που καπνίζονταν ημερησίως στη διάρκεια ενός έτους είχε σχέση με την εξέλιξη της αθηροσκλήρυνσης.⁴³

Οι αθηροματικές βλάβες που προκαλεί το κάπνισμα αυξάνουν και τα εγκεφαλικά επεισόδια. Οι περισσότερες μελέτες έχουν διαπιστώσει αυξημένο σχετικό κίνδυνο αγγειοεγκεφαλικών νοσημάτων στους καπνιστές, που κυμαίνεται από 1,5-3 σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, ενώ ορισμένες μελέτες, τόσο για το αιμορραγικό όσο και για το θρομβοεμβολικό εγκεφαλικό επεισόδιο, εκτιμούν το σχετικό κίνδυνο από 2,5-4,2. Με την διακοπή του καπνίσματος ο κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου μειώνεται σημαντικά εντός δυο ετών και φτάνει στο επίπεδο των μη καπνιστών εντός πέντε ετών.²¹

B) ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Σε ότι αφορά την ισχαιμική νόσο του μυοκαρδίου, μεγάλο μέρος της σχετικής θνητότητας αποδίδεται στο κάπνισμα. Σε δέκα μεγάλες επιδημιολογικές έρευνες διαπιστώθηκε ότι η επίπτωση της σχετικής θνητότητας στους καπνιστές ήταν κατά 70% μεγαλύτερη απ' ότι στους μη

καπνιστές. Η επίδραση αυτή του καπνίσματος αυξάνει ανάλογα με την κατανάλωση καπνού.

Σε άνδρες καπνιστές ηλικίας 40-59 ετών που καπνίζουν πάνω από ένα πακέτο την ημέρα, ο σχετικός κίνδυνος ισχαιμικής νόσου του μυοκαρδίου είναι 2,5 φορές μεγαλύτερος απ' ό τι στους μη καπνιστές. Με βάση αυτά τα δεδομένα υπολογίζεται ότι το 255 των θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα οφείλεται στο κάπνισμα. Ο κίνδυνος ισχαιμικής νόσου του μυοκαρδίου στις γυναίκες εξαιτίας του καπνίσματος είναι περίπου ο ίδιος.²¹ Ακόμα προστίθεται ως παράγων κινδύνου και το αντισυλληπτικό χάπι, με το οποίο το κάπνισμα παρουσιάζει δυναμική συνεργεία, τέτοια που δεκαπλασιάζεται ο αριθμός νοσημάτων από τα στεφανιαία, σε σύγκριση με τις μη καπνίστριες που δεν παίρνουν αντισυλληπτικό χάπι.⁴²

Γ) ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΕΣ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΕΣ

Το κάπνισμα θεωρείται ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για περιφερειακές αγγειοπάθειες σε άνδρες και γυναίκες. Το ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής, που συνήθως οφείλονται στην αρτηριοσκλήρωση σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με το κάπνισμα²¹ με αποτέλεσμα να παρουσιάζεται διπλάσια ή ακόμα και τριπλάσια θνησιμότητα στους καπνιστές από ανευρύσματα της κοιλιακής αορτής.⁹

Η σοβαρότητα της νόσου εξαρτάται από τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζονται. Οι βαρείς καπνιστές έχουν τετραπλάσια πιθανότητα να παρουσιάσουν περιφερειακές αρτηριακές βλάβες. Αντίθετα, η διακοπή του καπνίσματος επιδρά ευνοϊκά η πιθανότητα να εμφανισθεί η νόσος σε πρώην καπνιστές που έχουν διακόψει το κάπνισμα για ένα χρόνο είναι περίπου η ίδια με των μη καπνιστών.⁴³

Η παύση του καπνίσματος έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της θνησιμότητας από καρδιακή πάθηση και ο βαθμός μείωσης του ρίσκου καθορίζεται από την διάρκεια του χρόνου μετά την παύση, την ποσότητα που καπνίζεται και την διάρκεια του καπνίσματος πριν την παύση. Ενώ η πιθανότητα καρδιακής πάθησης λόγω καπνίσματος μειώνεται κατά 50% ένα χρόνο αφού έχει διακοπεί το κάπνισμα, προσεγγίζει δε, αυτόν που δεν έχει καπνίσει ποτέ, μετά από μια δεκαετία παύσης.⁴²

3. ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Πολλές έρευνες έχουν δείξει σχέση μεταξύ καπνίσματος και καρκίνου και άλλων ασθενειών, οργάνων του πεπτικού συστήματος.

A) ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Μελέτες έχουν αποδείξει στενή σχέση μεταξύ του καπνίσματος και του καρκίνου του στόματος. Στην Αγγλία και στις ΗΠΑ έχει αποδειχθεί ότι η θνησιμότητα καπνιστή μη καπνιστή είναι 13 προς 1.

Μεταξύ 1950 και 1984 η σχέση θνησιμότητας για στοματικό καρκίνο ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες έπεσε από 4,1 σε 2,2 το 1984.

Μελέτες δείχνουν ότι χρειάζονται 16 χρόνια μετά την παύση του καπνίσματος, ώστε να επανέλθει ένας καπνιστής στο επίπεδο ενός μη καπνιστή, όσον αφορά στον καρκίνο του στόματος.⁴²

B) ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Στοιχεία δείχνουν ότι το κάπνισμα είναι βασική αιτία για την πρόκληση καρκίνου του οισοφάγου. Οι σχέσεις θνησιμότητας από μελέτες ποικίλουν από 1,3 μέχρι 1,1 ανάμεσα στους καπνιστές σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Αντίστοιχες σχέσεις θνησιμότητας από ομαδικές μελέτες ποικίλουν από 1,8 σε 6,4 με τέσσερις σύγχρονες μελέτες να δείχνουν μια ξεκάθαρη αντίδραση στη Δύση. Την ίδια πιθανότητα διατρέχουν όσοι καπνίζουν πίπες και πούρα .

Μετά την παύση του καπνίσματος η πιθανότητα για καρκίνο του οισοφάγου στους άνδρες πέφτει δραματικά μετά από 16 χρόνια. Και στα δυο φύλλα, το αλκοόλ σε συνδυασμό με τον καπνό, ενεργούν μέσω ενός αγνώστου, ακόμη, μηχανισμού και αυξάνουν τον κίνδυνο του καρκίνου του οισοφάγου, παρά όταν ληφθούν μονά τους.⁴²

Γ) ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Ο αριθμός θανάτων από καρκίνο του παγκρέατος έχει αυξηθεί από 9000 το 1950 σε 23000 το 1984. Υπάρχουν 25100 καινούργιες υποθέσεις καρκίνου του παγκρέατος. Η θνησιμότητα αντρών γυναικών έχει μειωθεί σταθερά από 1,6 προς 1. Μελέτες έχουν δείξει άμεση σχέση του καπνίσματος με τον καρκίνο του παγκρέατος με τον καπνιστή να διατρέχει διπλάσιες πιθανότητες σε σχέση με τον μη καπνιστή, παρόλα αυτά η σχέση αυτή είναι σαφώς μικρότερη από αυτήν του καπνίσματος με τον καρκίνο του πνεύμονα, λάρυγγα, οισοφάγου και στόματος.⁴²

Δ) ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δώσει ασταθή στοιχεία επάνω στη σχέση του καπνίσματος και του καρκίνου του στομάχου. Σε μελέτες με σκοπό να δείξουν σημαντική σχέση μεταξύ καπνίσματος και καρκίνου του στομάχου η σχετική πιθανότητα ήταν μικρή και οι επιδράσεις της δοσολογίας ασταθείς.⁴²

4. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Α) ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ

Αρκετές επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει θετική σχέση μεταξύ καπνίσματος και καρκίνου των νεφρών με τις πιθανότητες να ποικίλουν από 1 έως 5 για καπνιστές σε σχέση με μη καπνιστές τέσσερις μεγάλες μελέτες έχουν δείξει μια σχέση αντίδρασης στην Δύση.

Η πιθανότητα καρκίνου των νεφρών φαίνεται να είναι χαμηλότερη σε έναν πρώην καπνιστή από ότι σε έναν νυν καπνιστή. Η μείωση της πιθανότητας καρκίνου μετά την παύση του καπνίσματος είναι απροσδιόριστη.⁴²

B) ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

Το ποσοστό καρκίνου της ουροδόχου κύστης που προέρχεται από το κάπνισμα στις Η.Π.Α. υπολογίζεται να κυμαίνεται μεταξύ 40 έως 60% για τους άνδρες και 25 έως 35% για τις γυναίκες. Το κάπνισμα μπορεί να επιδράσει μαζί με άλλα σύνεργά στοιχεία κάτω από κάποιες συνθήκες . Η σχετική πιθανότητα καρκίνου της ουροδόχου κύστης για έναν καπνιστή είναι 3 με 4 φορές μεγαλύτερη από αυτή του μη καπνιστή. Μια μελέτη έδειξε ένα βαθμό ρίσκου ανάλογα με τον αριθμό τσιγάρων που καπνίζονται από 1,6 (μισό πακέτο ή λιγότερο) μέχρι 5,3 (δύο πακέτα ή περισσότερο). Οι καπνιστές πίπας ή πούρου επίσης έχουν αυξανόμενη πιθανότητα για καρκίνο της ουροδόχου κύστης, αλλά χαμηλότερη αυτών που καπνίζουν τσιγάρα.

Μειωμένη πιθανότητα παρατηρείται 15 χρόνια μετά την παύση του καπνίσματος.⁴²

5. ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

A) ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Επιδημιολογικές μελέτες διαφέρουν όσον αφορά τη σχέση καπνίσματος και καρκίνου της μήτρας, όμως η τρίτη Διεθνής καρκινική μελέτη ανέφερε μια σημαντική σχέση μεταξύ καπνίσματος και υπάρχοντος αλλά και αναπτυσσόμενου καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας . Επίσης ανέφερε μια αυξανόμενη σχέση αναπτυσσόμενου τραχηλικού καρκινώματος με το μάσημα του καπνού. Επιπλέον μια πρόσφατη μελέτη έδειξε μια σχετική πιθανότητα 3,0 για καπνίστριες και τραχηλικό καρκίνωμα που ήδη υπήρχε, μετά από έλεγχο για σεξουαλικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Η σχέση ήταν δυνατότερη σε νεαρής ηλικίας ομάδες (20 με 29 χρονών) με μια σχετική πιθανότητα 1,7 ενώ σε μεγαλύτερες γυναίκες αυτή η σχέση ήταν αδύναμη.⁴²

B) ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Το μητρικό κάπνισμα επιδρά στο έμβρυο με την νικοτίνη που περνά από τον πλακούντα στο αίμα του με την κακή οξυγόνωση των ιστών του από την προσφορά μειονεκτικά οξυγονωμένου αίματος και με την δυσμενή ανταλλαγή αερίων στον πλακούντα, εξαιτίας της ανθρακυλαιμοσφαιρίνης της μητέρας, αλλά και εκείνης που συντίθεται στο αίμα του εμβρύου από το μονοξειδίο του άνθρακα που περνά από τον πλακούντα.

Στις γυναίκες που καπνίζουν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης παρατηρούνται συχνότερα αιμορραγίες, πρόδρομος πλακούντας, πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα. Το κάπνισμα της εγκύου αυξάνει τον κίνδυνο αποβολής του κυήματος από 36 έως 47% μέχρι και 80% και παρατηρείται στον 4-7 μήνα δηλαδή αργότερα από ότι συνήθως. Η αναλογία πρόωρων τοκετών που αποδίδονται στο κάπνισμα κυμαίνεται από 11-14% όλων των γεννήσεων ζωντανού παιδιού. Αυξάνεται η πιθανότητα γεννήσεων νεκρού εμβρύου και διπλασιάζεται περίπου ο αριθμός παιδιών που γεννιούνται με συγγενείς ανωμαλίες από τη κακή οξυγόνωση του κυήματος αλλά και την τοξική επίδραση της νικοτίνης, ενδεχομένως και του κυανιδίου του υδρογόνου που περνά και αυτό τον πλακούντα. Τα γεννώμενα παιδιά στον κανονικό χρόνο ,από καπνίζουσες μητέρες ζυγίζουν 200 γραμμάρια περίπου λιγότερο από εκείνα από μη καπνίζουσες μητέρες.⁹

Σε μια πρόσφατη μελέτη βρέθηκε ότι οι καπνίστριες έχουν τρεισήμισι φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να χρειαστούν διάστημα άνω του ενός έτους μέχρι να συλλάβουν από ότι οι γυναίκες που δεν καπνίζουν. Καπνίστριες που καταφέρνουν να συλλάβουν διατρέχουν κίνδυνο αποβολής, αιμορραγίας κατά την εγκυμοσύνη, πρόωρου τοκετού και χαμηλού βάρους του βρέφους κατά την γέννηση (το οποίο σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο κακής υγείας του μωρού) και θανάτου.

Αρκετές μελέτες, επίσης, έχουν αποδείξει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ του καπνίσματος, της εξωμήτριας κύησης και των συγγενών ανωμαλιών.²²

Διατυπώνονται βέβαια επιφυλάξεις για την αποδοχή τέτοιων δεδομένων, όμως με την πάροδο του χρόνου τα αυξανόμενα στοιχεία για

βλάβες από το παράπλευρο κάπνισμα ισχυροποιούνται και επιβεβαιώνονται.¹¹

ΤΙ ΑΛΛΟ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ

Έκτος από τις σοβαρές βλάβες που προκαλεί το κάπνισμα στην υγεία, μπορεί να έχει αισθητικές ανεπιθύμητες ενέργειες που αφορούν.²²

A) Την εμφάνιση του καπνιστή: Το ωχρό χρώμα δέρματος, τα κιτρινωμένα δάχτυλα, η αποπνικτική αναπνοή και οι χαρακτηριστικές αλλαγές στο πρόσωπο παρόμοιες μ' αυτές που εμφανίζονται κατά το πρόωρο γήρας, ρυτίδες στο πρόσωπο, τα γκρίζα μαλλιά και η τριχόπτωση, είναι εξακριβωμένες αλλαγές που σχετίζονται με το κάπνισμα.²²

B) Την ασφάλεια της ζωής του: Η δράση της νικοτίνης και του μονοξειδίου του άνθρακα επιφέρει αλλαγές στην φυσιολογική λειτουργία του εγκεφάλου, των αντανακλαστικών και της οξύτητας της όρασης. Συνέπεια των ανωτέρω είναι το οδήγημα να γίνεται επισφαλές και επικίνδυνο.¹⁶

Γ) Την σεξουαλική ζωή του: Προκαλεί ψυχρότητα και την μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας, αυξάνει την αντρική ανικανότητα και συμβάλλει στην μείωση της παραγωγής ορμονών-οιστρογόνων.³⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4⁰

ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Η Π.Ο.Υ. διάλεξε για το έτος 2001 ως θέμα για την Παγκόσμια Ημέρα κατά του καπνίσματος το παθητικό κάπνισμα.⁴⁵

Τι είναι όμως το παθητικό κάπνισμα ή κάπνισμα από δεύτερο χέρι.

Είναι ο καπνός που εισπνέουν ακούσια οι μη καπνιστές, που ζουν στην ίδια οικογένεια ή βρίσκονται στον ίδιο εργασιακό χώρο ή σε συνάθροιση με τους καπνιστές.⁴⁶ Το παθητικό κάπνισμα είναι πράγματι ένα ανησυχητικό φαινόμενο γιατί οι εξ' αυτού επιπτώσεις δεν είναι καθόλου ακίνδυνες καθ' ότι θεωρείται σήμερα ως η τρίτη προλήψιμη αιτία θνησιμότητας.⁴⁵

Κατά το παθητικό κάπνισμα, περίπου 85% του εισπνεόμενου καπνού προέρχεται από τον καπνό περιφερειακής ροής και το 15% από τον καπνό κεντρικής ροής.¹⁶

Σε ότι αφορά το μονοξείδιο του άνθρακα η συγκέντρωση του είναι 5% στο «κύριο ρεύμα» και 10-15% στο «παράπλευρο». Η συγκέντρωση του στον αέρα του δωματίου συνήθως υπερβαίνει το ανώτερο παραδεκτό όριο, το οποίο είναι εννέα μέρη στο εκατομμύριο για την ποιότητα του αέρα σε κλειστούς δημόσιους χώρους και αίθουσες συγκεντρώσεων. Επίσης και τα επίπεδα νικοτίνης υπερβαίνουν τα ανώτερα ανεκτά ή επιτρεπόμενα όρια σε ένα βιομηχανικό περιβάλλον.⁹

Σε ένα κλειστό αυτοκίνητο ή σε ένα δωμάτιο όπου παίζουν χαρτιά για αρκετή ώρα το μονοξείδιο του άνθρακα μπορεί να φτάσει μέχρι και το δεκαπλάσιο του ανεκτού ορίου. Η συγκέντρωση νικοτίνης που απορροφάται από τους παθητικούς καπνιστές σε μια περίοδο 4 ωρών, είναι ανάλογη με εκείνη των ελαφρών καπνιστών (ένα με δέκα τσιγάρα την ημέρα).

Η εισπνοή του καπνού σε κλειστό χώρο όπου καπνίζουν πολλοί και για μακρύ χρονικό διάστημα, μπορεί να φθάσει σε τέτοια επίπεδα ώστε να αντιστοιχεί με το άμεσο κάπνισμα ακόμη και 15 τσιγάρων ή 35 με φίλτρο, στο ίδιο χρονικό διάστημα.⁴⁸

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΕ ΥΓΙΕΙΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ

A) ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Το παθητικό κάπνισμα δηλαδή η έκθεση μη καπνιστή σε καπνό του περιβάλλοντος του, έχει όλες τις οξείες και χρόνιες βλαπτικές επιδράσεις του ενεργητικού καπνίσματος.²³ Οι συνέπειες του παθητικού καπνίσματος είναι πολλές και διάφορες και εξαρτώνται απολύτως από το χρόνο και το βαθμό εκθέσεως στο κάπνισμα των άλλων. Όταν φεύγουν από τέτοιους υπερκαπνισμένους χώρους αποπνέουν όλοι καπνό, τα μάτια τους είναι ερεθισμένα, ακόμη και τα ρούχα τους, τα μαλλιά τους και όλος τους ο εαυτός μυρίζει τσιγάρο. Ο πονοκέφαλος είναι συνηθισμένο φαινόμενο. Όσοι έχουν άσθμα ή είναι κρυολογημένοι εμφανίζουν ένταση των ενοχλήσεων τους, βήχα και δύσπνοια.⁴⁷

Ο καπνός του τσιγάρου μπορεί να προκαλέσει στους παθητικούς καπνιστές δυσφορία, κνησμό, φτάρνισμα, συνάχι, ξηρότητα της ρινός, μπούκωμα, ναυτία, ζαλάδες, ερεθισμό στο λαιμό, συριγμό και βραχνάδα. Ο καπνός επίσης προξενεί πόνο στα μάτια πολλών ανθρώπων που φορούν φακούς επαφής. Επίσης, παρατηρείται αύξηση του καρδιακού ρυθμού, της αρτηριακής πίεσης. Από πλευράς πνευματικών και σωματικών ικανοτήτων παρατηρείται κάποια μείωση.¹⁶

Ως εκ τούτου το παθητικό κάπνισμα θεωρείται υπεύθυνο για έναν αριθμό ασθενειών που μπορεί να είναι σύμφωνα με μελέτες, οι εξής:

A) Ισχαιμική νόσος του μυοκαρδίου (30% περισσότερο σε μη καπνιστές που ζουν με καπνιστές).

B) Αύξηση ως και τρεις φορές του καρκίνου του πνεύμονα (σε μη καπνιστριες που ο σύζυγος είναι καπνιστής).

Γ) Συσχέτιση του παθητικού καπνίσματος με καρκίνο του φάρυγγα, οισοφάγου, στόματος, νεφρών, μαστών κ.λ.π.

Δ) Στους μη καπνιστές ο καπνός προκαλεί φλεγμονές του επιπεφυκότα και ρινικά συμπτώματα.

Ε) Τέλος, παρατηρούνται επιπτώσεις από την παρατεταμένη έκθεση στον καπνό. Στις μητέρες (αύξηση αποβολών, αιμορραγίες κ.τ.λ) και στους ενήλικες (μείωση σωματικού βάρους και αναπνευστικά προβλήματα).⁴⁵

Β) ΠΑΙΔΙΑ

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει σημαντική σχέση αναπνευστικών ασθενειών σε παιδιά με το κάπνισμα των γονέων. Οι επιδράσεις έχουν σχέση ανάλογα με το εάν καπνίζει ο ένας ή και οι δυο γονείς και με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν.¹⁹

Όταν ένας εκ των συζύγων καπνίζει τα παιδιά γίνονται παθητικοί καπνιστές από την ενδομήτριο ζωή τους το οποίο μπορεί να συνεχιστεί εάν ένας από τους δυο ή και οι δυο γονείς καπνίζουν κατά την βρεφική ηλικία. Η κονιτίνη βρίσκεται αυξημένη στα ούρα τους. Στις έγκυες γυναίκες που καπνίζουν, είναι αποδεδειγμένο ότι τα έμβρυα-παθητικοί καπνιστές έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γεννηθούν με προβλήματα υγείας και μικρότερο βάρος του φυσιολογικού. Πολλές φορές δε, συμβαίνει αποβολή του εμβρύου στα πρώτα κιάλας στάδια της ανάπτυξής του.⁴⁷

Ο επηρεασμός των παιδιών από το κάπνισμα των γονέων είναι πολύ υψηλός έτσι, όταν καπνίζουν και οι δυο γονείς, το 80% των παιδιών θα καπνίσει. Όταν καπνίζει ο ένας γονιός ή ο μεγαλύτερος αδερφός, τότε το 50% των παιδιών θα καπνίσει. Όταν κανείς από τους δυο γονείς δεν καπνίζει, τότε μόνο το 10% των παιδιών θα καπνίσει.⁴⁶

Στα παιδιά αυτά έχει περιγραφεί αυξημένη συχνότητα οξείας και χρόνιας ωτίτιδας, καθώς και αναπνευστικών λοιμώξεων και βρογχικού άσθματος.^{45,47} Οι στατιστικές έρευνες έχουν καταγράψει στις Η.Π.Α. ότι 8000 έως 26000 παιδιά αναπτύσσουν άσθμα κάθε χρόνο λόγω καπνίσματος γονέων. Το παθητικό κάπνισμα υπολογίζεται ως η τρίτη σημαντικότερη αιτία θανάτου σε παιδιά ηλικίας κάτω των πέντε ετών.⁴⁶

ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Υπάρχουν λιγιστές μελέτες για τις επιδράσεις του παθητικού καπνίσματος σε χρόνιες πνευμονολογικές ασθένειες. Ο Shephod et al έδειξε

ότι υπάρχει επίδραση στην αναπνευστική λειτουργία των ασθματικών όταν εκτίθενται στο κάπνισμα. Ο Downs et al ανέφερε ότι οι ασθενείς τους με άσθμα όταν τοποθετήθηκαν σε περιβαλλοντολογικό θάλαμο για 60 λεπτά με έκθεση σε καπνό έδειξαν σημαντική μείωση της πνευμονικής λειτουργίας. Κάνεις από τους καπνιστές ασθενείς (χωρίς άσθμα) δεν έδειξε αλλαγή στην πνευμονική λειτουργία.¹⁹

Με το παθητικό κάπνισμα μειώνεται σημαντικά η αναπνευστική ικανότητα ατόμων με βρογχικό άσθμα. Τα άτομα με αναπνευστικά «εν γένει προβλήματα» παρουσιάζουν επιδείνωση. Ακόμα με το παθητικό κάπνισμα μειώνεται η ικανότητα των μικρών βρόγχων των υγιών ατόμων τόσο όσο με το κάπνισμα ένα με δέκα τσιγάρων δηλαδή των ελαφρών καπνιστών.⁹

Οι αποδείξεις στον τομέα των χρόνιων επιδράσεων έχουν αυξηθεί σημαντικά. Οι αναφορές οξύτατου ερεθισμού των αναπνευστικών μεμβρανών υποστηρίζουν γκάλοπ που δείχνουν την απαίτηση των ανθρώπων για καθαρό αέρα σε δημόσιες υπηρεσίες, χώρους εργασίας, μπαρ, εστιατόρια, δημόσια συγκοινωνία και νοσοκομεία.¹⁹

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ο Hiragata ανέφερε τα αποτελέσματα μιας μελέτης σε 265118 ενήλικες. Ιδιαίτερη σημασία έχουν τα στοιχεία που αφορούν τις 91540 παντρεμένες γυναίκες. Ανάμεσα στις μη καπνίστριες, η θνησιμότητα σε γυναίκες μη καπνιστών ήταν χαμηλότερη, σε μέτρια επίπεδα για γυναίκες των οποίων οι άνδρες κάπνιζαν ελαφρά ή ήταν πρώην καπνιστές και υψηλότερα σε γυναίκες των οποίων οι άνδρες κάπνιζαν βαριά.¹⁹

Ο κίνδυνος για καρκίνο των πνευμόνων σε μη καπνίστριες από την συνεχή έκθεση στον καπνό του τσιγάρου των ανδρών τους είναι περίπου διπλάσιος συγκρινόμενος με εκείνον στις γυναίκες που οι άνδρες τους δεν καπνίζουν.⁴² Ο Τριχόπουλος σε μια ελεγχόμενη μελέτη καρκίνου του πνεύμονα σε γυναίκες βρήκε ότι υπήρχε το ρίσκο του καρκίνου 2,4 φορές περισσότερο για γυναίκες των οποίων οι άνδρες τους κάπνιζαν λιγότερο από ένα πακέτο την ημέρα και 3,4 φορές περισσότερο για γυναίκες των οποίων οι άνδρες κάπνιζαν βαριά σε σχέση με τις γυναίκες μη καπνιστών.

Οι παρούσες ενδείξεις δεν είναι επαρκείς για να συμπεράνουμε ότι το παθητικό κάπνισμα προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα, παρόλα αυτά δείχνουν ότι υπάρχει ένας σοβαρός κίνδυνος για ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας για το κοινό.^{19,50} Η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονα, λόγω παθητικού καπνίσματος έχει απασχολήσει ιδιαίτερω.

Υπάρχουν πολλές δημοσιεύσεις που υποστηρίζουν ότι είναι δυνατόν να συμβεί, ιδιαίτερω όταν ένας εκ των συζύγων καπνίζει. Μερικές από τις βασικές δημοσιεύσεις έγιναν από την έδρα Υγιεινής της ιατρικής σχολής Αθηνών. Το 1997 η *British Medical Journal*, καθώς και Διεθνείς ανασκοπήσεις, οδηγούν σε ομοφωνία ότι το παθητικό κάπνισμα προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα και άλλες νόσους.⁴⁷

ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Το παθητικό κάπνισμα, στους στηθαγχικούς ασθενείς αυξάνει την συχνότητα της καρδιακής λειτουργίας κατά την ανάπαυση και την αρτηριακή πίεση και κατ' αυτόν τον τρόπο επηρεάζει τις ανάγκες του μυοκαρδίου σε οξυγόνο και επιταχύνει την εμφάνιση της στηθάγχης ύστερα από συστηματική προσπάθεια. Έτσι η στηθάγχη εμφανίζεται μέχρι και δυο φορές γρηγορότερα. Επίσης βρέθηκε ότι το παθητικό κάπνισμα προκαλεί αγγειοκινητικές διαταραχές.^{9,19}

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ

Ο Poes παρατήρησε το 15% των ασθενών με αναπνευστικές αλλεργίες είχαν ιστορικό έκθεσης σε κάπνισμα. Ο Speer σύγκρινε 250 μη αλλεργικούς καπνιστές με 1991 αλλεργικούς μη καπνιστές. Ο ερεθισμός στα μάτια ήταν σχεδόν ίδιος. Συμπτώματα στη μύτη σε αλλεργικούς παθητικούς καπνιστές σε ποσοστό 61% και 29% στους μη αλλεργικούς.¹⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΕΘΙΣΜΟΣ- ΕΞΑΡΤΗΣΗ- ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΕΡΗΣΗΣ

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει κατατάξει το κάπνισμα στις εξαρτήσεις (Σύνδρομο στέρησης από τον καπνό: κατάταξη F 17,2 στη Διεθνή κατάταξη ασθενειών Δέκατη αναθεώρηση ICD-10). Ένα από τα κριτήρια διάγνωσης του ICD-10 για εξάρτηση από ουσίες, είναι ότι η χρήση ουσιών συνεχίζεται παρά τη γνώση ότι το επίμονο ή περιοδικό σωματικό ή ψυχολογικό πρόβλημα είναι πιθανό να δημιουργείται ή να επιδεινώνεται από την ίδια την ουσία.⁵⁰

Πιο συγκεκριμένα ο πρόεδρος της Ελληνικής Αντικαπνιστικής Εταιρείας κ. Γεώργιος Δαΐκος αναφέρθηκε στην εξάρτηση που προκαλείται από το κάπνισμα. Πιο συγκεκριμένα τόνισε ότι η νικοτίνη προκαλεί εξάρτηση που είναι της ίδιας τάξεως με την κοκαΐνη. Αυτό έχει επιβεβαιωθεί κατά πολλούς τρόπους και σε αυτό οφείλεται κυρίως η τόση διάδοση του καπνίσματος καθώς και η δυσκολία της διακοπής του. Η εξάρτηση αναπτύσσεται σύντομα και γι' αυτό η προσπάθεια της διαφήμισης είναι να αρχίσουν οι νέοι να καπνίζουν και σε λίγο χρόνο δεν μπορούν πλέον να το διακόψουν.⁵¹

Μέσα σε λίγα χρόνια καθημερινού καπνίσματος οι καπνιστές, μετά την διακοπή, βιώνουν συμπτώματα στέρησης. Γενικά τα συμπτώματα στέρησης αρχίζουν μέσα σε λίγες ώρες από τη διακοπή του καπνίσματος και κορυφώνονται σε 24 με 48 ώρες. Τα περισσότερα από αυτά τα συμπτώματα συνεχίζονται για περίπου 4 εβδομάδες, αν και το αίσθημα της πείνας και η έντονη επιθυμία για κάπνισμα μπορεί να συνεχισθούν για 6 μήνες ή περισσότερο.⁵⁰

Η δύναμη που εμποδίζει τον καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα είναι η εξάρτηση. Η εξάρτηση αφορά και την βιοχημεία του ανθρώπινου οργανισμού και την συμπεριφορά του ίδιου του ανθρώπου. Η εξάρτηση από τον καπνό μπορεί να είναι:

A). Φαρμακολογική εξάρτηση. Υπεύθυνη είναι η νικοτίνη η οποία είναι μια χημική ουσία που προκαλεί χημικές αντιδράσεις στον ανθρώπινο οργανισμό

και επιδρά κυρίως στον εγκέφαλο και το νευρικό σύστημα. Όταν καταπίνουμε τον καπνό η νικοτίνη εισέρχεται στο αίμα και πολύ γρήγορα διαχέεται σ' όλο το σώμα. Κάθε καπνιστής για να ικανοποιήσει τις ανάγκες της νικοτίνης καπνίζει με το δικό του τρόπο το είδος του καπνού που έχει επιλέξει.⁵¹

Β). Σωματική εξάρτηση. Η νικοτίνη θεωρείται η κύρια υπεύθυνη ουσία για το αίσθημα στέρησης που είναι πολύ γνωστό σε πολλούς καπνιστές και εκδηλώνεται με μια ακατανίκητη επιθυμία για κάπνισμα. Η σταδιακή εγκατάσταση αυτής της εξάρτησης οφείλεται στη δράση της νικοτίνης στο νευρικό σύστημα. Δημιουργεί την ανάγκη για τη διατήρηση ορισμένων επιπέδων νικοτίνης στο αίμα.¹⁸

Γ). Ψυχολογική εξάρτηση- εξάρτηση της συμπεριφοράς. Στηρίζεται στο γεγονός ότι η επανάληψη μιας κίνησης πολλές φορές καταλήγει στο να γίνεται με τρόπο αυτόματο. Το κάπνισμα ενός τσιγάρου απαιτεί μια σειρά κινήσεων που επαναλαμβάνονται μέχρι και 15000 φορές το χρόνο καταλήγουν στο να γίνονται αυτόματα.

Η αυτόματη αυτή συμπεριφορά, από την διαδικασία του καπνίσματος (κινήσεις των χεριών, άναμμα του τσιγάρου) πολύ συχνά συσχετίζεται και με άλλες δραστηριότητες όπως το πρώτο τσιγάρο το πρωί, το τσιγάρο με τον καφέ, το τσιγάρο με τους φίλους. Έτσι όταν συμβαίνουν καταστάσεις με τις οποίες ο καπνιστής έχει συνδυάσει το άναμμα του τσιγάρου το ανάβει ασχέτως αν έχει ανάγκη για νικοτίνη εκείνη την στιγμή.⁵¹

Αυτό σημαίνει ότι όλη συνήθεια και ιεροτελεστία του καπνίσματος αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινής δραστηριότητας και χρησιμεύει ως μηχανισμός αντιμετώπισης διαφορών καταστάσεων όπως υπερβολικό άγχος, στεναχώρια, αλλά και χαρά.⁵²

Η σοβαρότητα της εξάρτησης αντανακλάται στο γεγονός ότι μονό το 1\3 όσων διακόπτουν το κάπνισμα χωρίς παρέμβαση συμπεριφοράς ή φαρμακευτική παρέμβαση, παραμένουν εγκρατείς για τουλάχιστον 2 ημέρες και λιγότεροι από 5% είναι τελικά αυτοί που θα καταφέρουν σε οποιοδήποτε προσπάθεια διακοπής.⁵¹

Η νικοτίνη είναι η κύρια ουσία, η οποία είναι ο καθοριστικός παράγοντας εθισμού στον καπνό του τσιγάρου, ενώ οι φαρμακολογικές της ιδιότητες είναι ουσιαστικές για την συνέχιση του καπνίσματος.⁵² Εθισμός είναι η επιθυμία την οποία αποκτά ένα άτομο να χρησιμοποιεί μια ουσία πολλές

φορές με σκοπό να αισθανθεί ευφορία ή ευεξία, οπότε δημιουργείται εκ της ουσίας αυτής όχι μόνο ψυχική αλλά και σωματική εξάρτηση.⁵² Ο εθισμός είναι η αίτια λόγω της οποίας παρατηρείται σε πολλά άτομα το σύνδρομο στέρησης, υποχρεώνει τους καπνιστές να μην πιστεύουν στις βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία τους και η προπαγάνδα εναντίον του καπνίσματος να αποτυγχάνει. Επομένως το κάπνισμα μοιάζει με την καταναγκαστική χρήση και τοξικομανία που προκαλείται από τα ναρκωτικά.⁵²

Ο εθισμός στον καπνό όπως όλοι οι εθισμοί σε ναρκωτικά είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση φαρμακολογίας, επίκτητων ή ρυθμιζόμενων παραγόντων, προσωπικότητας και κοινωνικών πλαισίων.

Ο εθισμός στην ευρύτερη έννοια του υποδηλώνει απώλεια του ελέγχου ως προς την συμπεριφορά πρόσληψης ναρκωτικών ουσιών.⁵²

Στο κάπνισμα κεντρικό ρόλο διαδραματίζει η νικοτίνη, η δράση της οποίας ανταποκρίνεται στις ιδιότητες ενός πρωταρχικού ενισχυτή εξαρτημένης συμπεριφοράς με την έννοια ότι η λήψη της ακολουθείται από ορισμένα ευφραντικά αποτελέσματα που οδηγούν σε επαναληπτική χρήση.^{16,52} Έτσι η συνήθεια του καπνίσματος για πολλούς καπνιστές είναι απλά μια καθημερινή απόλαυση, εγκυμονεί όμως σοβαρούς κινδύνους, όπως ο εθισμός, η εξάρτηση και το στερητικό σύνδρομο.

Η απότομη διακοπή του καπνίσματος μπορεί να προκαλέσει δυσάρεστα στερητικά συμπτώματα,¹⁶ όπως:

Αύξηση επιθυμίας για κάπνισμα

Ανησυχία, εκνευρισμό, ευερεθιστότητα

Δυσχέρεια συγκέντρωσης

Διαταραχές στην ικανότητα εκτέλεσης πράξεων γνώσης και αντίληψης

Υπνηλία την ημέρα και αυπνία την νύχτα

Τρόμος

Γαστερντερικές διαταραχές

Ελάττωση καρδιακής συχνότητας

Ελάττωση μεταβολισμού

Αύξηση όρεξης^{5,9}

Το σύνδρομο στέρησης αποτελεί σημαντικό λόγο για την συνέχιση του καπνίσματος και δυσκολία στην διακοπή του στους βαρείς καπνιστές.¹⁶

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι μετά συνεχώς αυξανόμενα επιστημονικά δεδομένα, υπάρχει πλέον η τάση να κατατάσσεται η νικοτίνη μεταξύ των ουσιών οι οποίες προκαλούν τοξικομανία και γίνεται όλο και συχνότερα λόγος για «νικοτινομανία».⁹

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ

Το κάπνισμα δεν προκαλεί μόνο τον θάνατο, δημιουργεί επίσης, παρατεταμένα προβλήματα υγείας, απώλεια χρόνου εργασίας και οικονομικά προβλήματα τόσο για τον καπνιστή σαν άτομο, την οικογένεια του, την κοινωνία και το κράτος. Γύρω στις πενήντα εκατομμύρια ημέρες εργασίας χάνονται κάθε χρόνο εξαιτίας παθήσεων που έχουν σχέση με το κάπνισμα. Οι μέρες αυτές είναι τετραπλάσιες από εκείνες που χάνονται από απεργίες.¹⁶

Η αντιμετώπιση των βλαβερών συνεπειών του καπνίσματος τόσο για τον ίδιο τον καπνιστή όσο και για την οικογένεια του είναι δύσκολη και οικονομικά δυσβάσταχτη και κατεπέκταση μειώνει την ποιότητα ζωής του καπνιστή, τις οικογένειάς του, και τις κοινωνίας στην οποία ζει καθώς και το προσδόκιμο επιβίωσης των ίδιων των καπνιστών αλλά και των μη καπνιστών (παθητικοί καπνιστές).³⁶

Οι οικονομικές επιπτώσεις στον καπνιστή και την οικογένεια του στα χρόνια καπνιστικής ζωής δημιουργούν δαπάνες με σημερινές τιμές της τάξης των τριακοσίων χιλιάδων ευρώ.¹⁶ Μεγάλα ποσά ξοδεύονται για την θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενειών, ενώ το έμμεσο κόστος που προκαλείται από την απώλεια παραγωγικότητας είναι ακόμη μεγαλύτερο.

Στην Ελλάδα το 1978 το κόστος νοσοκομειακής περίθαλψης εξαιτίας του καπνίσματος ήταν 3,2 δισεκατομμύρια δραχμές ή το 6,6% των συνολικών δαπανών υγείας.¹⁶ Στο δημοσιονομικό κόστος πρέπει να προστεθεί και η δαπάνη για ημιαργίες, αναπηρίες, και πρόωρες συντάξεις. Οι οικονομικές επιπτώσεις από το κάπνισμα σε Παγκόσμια κλίμακα ανέρχονται σε δαπάνες της τάξεως των εκατό δισεκατομμυρίων δολαρίων το χρόνο για γιατρούς, φάρμακα, επιδόματα ανεργίας λόγω νόσου και εγχειρήσεων.¹⁶ Το κάπνισμα είναι τόσο ζημιογόνο στην Εθνική Οικονομία ώστε οι επιπτώσεις του να είναι:

1) Απώλεια ζωής πρόωρα

- 2) Αυξημένη νοσηρότητα
- 3) Αδεία λόγω νόσου
- 4) Φάρμακα
- 5) Μείωση παραγωγικότητας
- 6) Εξοδα καθαριότητας
- 7) Σπατάλη διαφημίσεων κάπου 2,5 δις το χρόνο
- 8) Καταστροφή του περιβάλλοντος από πυρκαγιές ¹⁶

Το συνολικό κόστος από τον καπνό ισούται με το άμεσο κόστος, το έμμεσο και το μη απτό κόστος. Με τον όρο άμεσο κόστος νοούμε την άμεση οικονομική επίπτωση στο σύστημα υγείας και πρόνοιας που περιλαμβάνει το κόστος των πρώτων βοηθειών, την αμοιβή ιατρού και υγειονομικού προσωπικού, το κόστος της φαρμακευτικής περίθαλψης, το κόστος των εργαστηριακών και άλλων εξετάσεων, το κόστος της ειδικής φροντίδας σε μονάδα νοσηλείας, το νοσοκομειακό κόστος, το κόστος αποκατάστασης και το κόστος της ειδικής φροντίδας στο σπίτι.⁵⁴

Με το όρο έμμεσο κόστος εννοούμε την οικονομική αποτίμηση όλων των διαφυγόντων πόρων που ασκούν μια ουσιαστική επίπτωση στο οικονομικό σύστημα. Σε αυτά περιλαμβάνεται η απώλεια μισθών και εσόδων λόγω ασθένειας ή θανάτου, την απώλεια παραγωγής και μεριδίου αγοράς λόγω ασθένειας ή θανάτου, τις κοινωνικές ζημιές από τσιγάρα, την βλαβερή επίπτωση στο περιβάλλον εργασίας που οδηγούν σε μειωμένη παραγωγικότητα όλων των εργαζομένων και την χαμένη παραγωγή λόγω παθητικού καπνίσματος.⁵⁴

Οι καπνιστές παίρνουν 6,5 μέρες παραπάνω αναρρωτική άδεια το χρόνο και το τσιγάρο είναι η κύρια αιτία για θανάτους και τραυματισμούς πολιτών από φωτιά. Το μη απτό κόστος περιλαμβάνει την αξία που αποδίδεται στη ζωή, την απώλεια της κατανάλωσης αυτού που πέθανε, τον πόνο και τα βάσανα του αρρώστου και των γύρω του.⁵⁴

Ως ιδανική λύση στο τεράστιο αυτό ιατροκοινωνικοοικονομικό πρόβλημα προβάλλει η δημιουργία κοινωνίας με την λήψη μέτρων προληπτικού χαρακτήρα όπως μέτρα για την μείωση και την ζήτηση.¹⁶

Πολυάριθμες έρευνες έχουν τεκμηριώσει υπερβολική συνολική θνησιμότητα ανάμεσα στους καπνιστές τσιγάρων σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν καπνίσει ποτέ.¹⁶ Σύμφωνα με μια μελέτη της Αμερικανικής

Αντικαπνιστικής Εταιρείας για πρόληψη του καρκίνου ανάμεσα σε πληθυσμό 521553 άνδρες και 658748 γυναίκες έδειξε πτώση της θνησιμότητας, όσο αυξάνονταν η διάρκεια αποχής. Έτσι η διακοπή του καπνίσματος επιφέρει ωφέλειες στο σύνολο της θνησιμότητας ακόμη και στους πρώην καπνιστές.¹⁶

ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης πολλών προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με τον καπνό.²² Αν και 75-85% των καπνιστών θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα και το ένα τρίτο περίπου έχει κάνει τουλάχιστον τρεις σοβαρές προσπάθειες, λιγότεροι από τους μισούς καταφέρνουν σήμερα να διακόψουν το κάπνισμα μόνιμα πριν την ηλικία των εξήντα χρόνων, καθώς είναι φανερό ότι η εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι ένα πολύ σημαντικό εμπόδιο για την επιτυχή διακοπή του καπνίσματος.²²

Ωστόσο τα οφέλη της συνεχούς προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος υπερτερούν κατά πολύ του κινδύνου αποτυχίας.²² Οι ασθενείς των οποίων η κατάσταση επιβαρύνεται εξαιτίας του καπνίσματος είναι εύκολο να παραδεχτούν και πείθονται, τουλάχιστον για όσο καιρό είναι άρρωστοι να κόψουν το κάπνισμα. Αρκετοί από αυτούς βλέποντας τα ευνοϊκά αποτελέσματα αποφασίζουν να το σταματήσουν.

Η δυσκολία είναι με τους υγιείς, οι οποίοι αδιαφορούν στις προειδοποιήσεις, ιδίως στους νέους, οι οποίοι όλα τα βλέπουν πολύ μακριά.

Ο ελαφρύς καπνιστής μπορεί να κόψει το τσιγάρο πολύ ευκολότερα από το βαρύ καπνιστή.⁹ Σήμερα υπάρχουν επιτυχείς και οικονομικές θεραπείες για να βοηθήσουν τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα.²²

Οι τρόποι που έχουν μέχρι στιγμής δοκιμασθεί για την διακοπή του καπνίσματος είναι:

Με την δύναμη της θέλησης: Από τα στοιχεία του 1998 στη Μεγάλη Βρετανία το ένα τρίτο των καπνιστών διέκοψε το κάπνισμα για δυο ημέρες και μόνο το 3-5% εξακολουθούσε να απέχει του καπνίσματος πάνω από ένα χρόνο.

Εναλλακτικές θεραπείες: Αυτές περιλαμβάνουν θεραπεία συμπεριφοράς, ομαδικά προγράμματα, πλύσεις στόματος, ύπνωση και βελονισμό,³ υπνοθεραπεία και ομοιοθεραπεία.⁵⁶

Φαρμακευτικές Θεραπείες:

A) Είναι η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης με μορφή αυτοκόλλητων και τσίχλας.

B) Πρόσφατα εγκρίθηκε ένα καινούργιο φάρμακο, το ZYBAN (υδροχλωρική βουροπιόνη), το πρώτο φάρμακο που δεν περιέχει νικοτίνη και εγκρίθηκε για την διακοπή του καπνίσματος. Χορηγείται από το στόμα σε μορφή δισκίων και η δράση του σχετίζεται με τους μηχανισμούς που προκαλούν τον εθισμό.

Είναι δυο φορές αποτελεσματικότερο από την θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης για την διακοπή του καπνίσματος.³

ΤΣΙΧΛΑ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ

Οι καπνιστές έχουν την δυνατότητα να ξεφύγουν από τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου της νικοτίνης ενώ συγχρόνως θα έχουν απαλλαγεί από τα άλλα 4000 βλαπτικά στοιχεία που παράγονται στην καύτρα του τσιγάρου.⁹ Στην τσίχλα η νικοτίνη δεσμεύεται από μια ρητίνη η οποία επιτρέπει τη βραδεία αποδέσμευση της μετά το μάσημα. Το 90% της νικοτίνης απελευθερώνεται μετά 30 λεπτά περίπου και αυτό μπορεί να προκαλέσει ανάλογα επίπεδα νικοτίνης στο αίμα σε σύγκριση με το κάπνισμα τσιγάρου ώστε ανακουφίζει από το σύνδρομο στέρησης, μετά την παύση του καπνίσματος.⁹

Η νικοτίνη όμως απορροφάται βραδύτερα από το βλεννογόνο του στόματος από όσο με το κάπνισμα τσιγάρου, ώστε δεν καταπίνεται, αλλά καταστρέφεται. Βεβαίως η τσίχλα δεν προκαλεί την ευχαρίστηση την οποία προσφέρει η διαδικασία και για πολλούς η «ιεροτελεστία» του καπνίσματος.⁹

Πρέπει να σημειωθεί ότι παρατηρούνται κάποιες παρενέργειες από την χρήση της τσίχλας νικοτίνης κατά την πρώτη εβδομάδα. Ως πιο συχνές αναφέρονται η δυσάρεστη γεύση, ο ερεθισμός του στόματος, της γλώσσας, του λαιμού και μερικές φορές ναυτία.⁹

Σπανιότερα αναφέρονται εξέλκωση της γλώσσας, πόνος στις σιαγόνες, τυμπανισμός, αέρια, λόξυγκας, ζάλη, επιγαστρική δυσφορία και σπανίως τάση προς λιποθυμία.⁹ Όλες αυτές οι παρενέργειες μειώνονται με την ορθότερη μάσηση της τσίχλας και με τον περιβαλλόμενο ρυθμό, υποχωρούν μερικές ημέρες μετά το σταμάτημα της λήψης της.⁹

ΤΣΙΡΟΤΟ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ

Το τσιρότο νικοτίνης διοχετεύει μια σταθερή δόση νικοτίνης μέσω του δέρματος του ατόμου που το φορά. Αφού απορροφηθεί μέσω του δέρματος, η νικοτίνη διοχετεύεται στο αίμα μέσα σε λίγες ώρες μετά την εφαρμογή και απ' κει πηγαίνει στον εγκέφαλο.¹¹ Παρενέργειες εμφανίζονται και στο τσιρότο νικοτίνης, όπως δερματικός ερεθισμός, εφίδρωση, αϋπνία, νευρικότητα, διάρροια, δυσπεψία, ξηροστομία και αρθραλγία. Για την χρήση τσιρότου νικοτίνης όπως και της τσίχλας πρέπει να υπάρξει συζήτηση και να δοθούν οδηγίες από γιατρό.¹¹

ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΕΠΙΒΛΑΒΗ ΤΣΙΓΑΡΑ

Οι σοβαρές προσπάθειες να εξαλειφθούν οι κίνδυνοι που σχετίζονται με το κάπνισμα έχουν στραφεί στο να μειωθεί η ποσότητα νικοτίνης και πίσσας μέσα στον καπνό. Πραγματικά υπάρχει μια μείωση 20% σε καρκινοπαθείς ανάμεσα σε αυτούς που καπνίζουν τσιγάρα με υψηλή νικοτίνη.

Η μείωση νικοτίνης και πίσσας κυρίως έχουν επιτευχθεί με την χρήση φίλτρων. Αντίθετα με αυτό που πιστεύει ο κόσμος δεν υπάρχει λιγότερη πίσσα ή νικοτίνη στον ίδιο καπνό.¹¹

Το κάπνισμα του τσιγάρου με λιγότερη πίσσα ή εκείνου με λιγότερη παραγωγή καπνού οδηγεί στο ίδιο αποτέλεσμα με ένα κανονικό τσιγάρο, ως προς την εξάρτηση από νικοτίνη.⁹

ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ

Ο βελονισμός εδώ και αιώνες χρησιμοποιείται από τους Κινέζους και έχει προκαλέσει μεγάλο ενδιαφέρον για την ενδεχόμενη βοήθειά του στην διακοπή του καπνίσματος.¹⁶ Ο βελονισμός είναι μια φυσική μέθοδος απεξάρτησης από την νικοτίνη, ανώδυνη, ακίνδυνη και προσιτή. Με μια έως πέντε επισκέψεις ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία, την ψυχική και σωματική κατάσταση του ατόμου, το περιβάλλον στο οποίο ζει και εργάζεται, την χρήση ή όχι ψυχοφαρμάκων υπάρχουν πάρα πολλές δυνατότητες να απαλλαγεί ο

καπνιστής από την εξάρτηση του, χωρίς να έχουν ιδιαίτερη σημασία τα χρόνια και ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζει.³⁶

Το σώμα μας διαθέτει ένα σημαντικό οπλοστάσιο το οποίο δεν μπορεί να ενεργοποιηθεί από μόνο του. Με τις ειδικές τεχνικές του βελονισμού, μεγάλος αριθμός ενδογενών ουσιών (ουσίες που παράγονται από κύτταρα ή ιστούς του σώματος), μεταφέρονται με την κυκλοφορία του αίματος, εγκεφαλονωτιαίο υγρό και με τις νευρικές ίνες σε ειδικά κύτταρα-στόχους στον εγκέφαλο. Εκεί οι ουσίες αυτές μιμούνται από τη δράση της νικοτίνης «συμπληρώνοντας» με ενδογενείς ουσίες το κενό που δημιουργείται από την έλλειψη της.³⁶

Μια από τις δράσεις του βελονισμού είναι να μειώσει την ένταση και το αίσθημα κενού που προκαλείται μετά από την διακοπή της μακροχρόνιας χρήσης μιας εξαρτησιογόνου ουσίας. Ο βελονισμός αυξάνει την ανάγκη για θετική δράση, δημιουργεί ζωτικότητα και ευφορία, βοηθά το μυαλό να σκεφθεί καθαρά και να ελέγξει την επιθυμία.³⁶ Πάντως, οποιαδήποτε μέθοδο και αν ακολουθήσει κανείς οπωσδήποτε είναι θέμα θέλησης και το «θέλειν εστί δύνασθαι». Μόνο όποιος δεν θέλει, εκείνος δεν μπορεί, πρέπει όμως να θέλει διότι με αυτόν τον τρόπο θα σωθεί.⁹

ELEKTROMERIDIAN KOBRA

Η μέθοδος αυτή βασίζεται στην αυτοθεραπεία, δηλαδή μια τεχνική θεραπείας που χρησιμοποιεί τα ειδικά αντανεκλαστικά χαρακτηριστικά που διαθέτει το ακουστικό πτερύγιο του αυτιού.⁵⁵

Η θεραπεία στην οποία υποβάλλεται το άτομο διαρκεί είκοσι λεπτά και είναι εντελώς ανώδυνη, χωρίς καμία παρενέργεια. Ο υποψήφιος κάθεται αναπαυτικά σε μια πολυθρόνα και ο ειδικός του μεταφέρει, μέσω της ηλεκτρονικής συσκευής την κατάλληλη ποσότητα ερεθισμάτων. Αυτά τα ερεθίσματα προκαλούν στα όργανα του σώματος ένα ειδικό μικρομασάζ, το οποίο διαλύει ταχύτατα την νικοτίνη, την πίσσα και τα άλλα προϊόντα του καπνού που αθροίζονται με τα χρόνια στους βλεννογόνους, ιστούς κ.τ.λ. Έτσι αυξάνεται η παραγωγή ενδορφινών στον οργανισμό, τον αποτοξινώνει και απελευθερώνει τον καπνιστή από την εξάρτηση της νικοτίνης.⁵⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6⁰

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί τα τελευταία χρόνια το κύριο θέμα συζήτησης και προβληματισμού των κυβερνήσεων όλου του κόσμου αλλά και αντικείμενο μελέτης και πειραματισμού των υγειονομικών υπηρεσιών κάθε χώρας.⁵⁶ Όπως είναι φυσικό το θέμα ξεκίνησε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο οποίος αποτελεί Διεθνή οργανισμό με 180 χώρες μέλη. Ο Π.Ο.Υ. ιδρύθηκε το 1948 με μοναδικό σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας σε παγκόσμια κλίμακα. Διαιρείται σε έξι διοικητικές περιοχές για λόγους οργανωτικούς και πρακτικούς, το δε κεντρικό γραφείο του έχει έδρα στη Γενεύη.⁵⁶

Η Ελλάδα ανήκει στο Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης (Π.Γ.Ε.) μαζί με άλλες 50 χώρες και έχει έδρα την Κοπεγχάγη. Την τελευταία δεκαετία, έγινε συνείδηση σε διεθνείς και διακρατικούς οργανισμούς που ασχολούνται με την υγεία (Π.Ο.Υ., UNICEF, ΕΟΚ) σε κυβερνήσεις χωρών, πολιτικούς, οικονομολόγους και υγειονομικούς ότι πάρα τα τεράστια έξοδα για την συντήρηση τέλεια εξοπλισμένων νοσοκομείων σε πολλές χώρες του κόσμου και πάρα την μεγάλη τεχνολογική ανάπτυξη και επιστημονική πρόοδο που παρατηρείται δεν σημειώνεται ανάλογη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της γης.⁵⁶ Ενώ έχει πραγματικά παρουσιάσει βελτίωση της υποδομής των υπηρεσιών υγείας σε μερικές αναπτυσσόμενες χώρες, εν τούτοις οι υπηρεσίες αυτές δεν μπόρεσαν να φτάσουν στα άτομα εκείνα που τις έχουν περισσότερο ανάγκη.⁵⁶ Αλλά και μερικές ανεπτυγμένες χώρες λόγω του τεράστιου κόστους των υπηρεσιών υγείας έχουν αρχίσει να συνειδητοποιούν ότι απαιτείται μια εντελώς νέα προσέγγιση του πληθυσμού για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας τους, μια προσέγγιση που θα επιδιώκει την διατήρηση της υγείας με καλά οργανωμένες υπηρεσίες πρόληψης της νόσου και όχι μόνο θεραπεία στα νοσοκομεία, όπως γίνεται μέχρι τώρα.⁵⁶

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διακήρυξε στις κυβερνήσεις όλου του κόσμου μέσα στη δεκαετία του 1970 το δυναμικό σύνθημα « Υγεία για όλους το 2000».

Το 1978 έγινε το ιστορικό Διεθνές Συνέδριο του Π.Ο.Υ. και της UNICEF στην πρωτεύουσα του Καζακστάν Alma-Ata το οποίο παρακολούθησαν εκπρόσωποι 134 κρατών και 67 οργανώσεων. Το συμπέρασμα του συνεδρίου αυτού ήταν το κλειδί για την επιτυχία του σκοπού του Π.Ο.Υ. «Υγεία για όλους το 2000»θα είναι η πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.⁵⁶

Το συνέδριο αυτό συνέταξε την περίφημη διακήρυξη της Alma-ata με τα 10 άρθρα της, η οποία έγινε ομόφωνα δεκτή από όλα τα κράτη και τις οργανώσεις που συμμετείχαν στην διάσκεψη.⁵⁶

Σύμφωνα με την διακήρυξη της Alma-ata οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. έχουν τα πιο κάτω πέντε χαρακτηριστικά: Είναι προσιτές σε όλους, όλα τα άτομα της κοινότητας έχουν πρόσβαση σ' αυτές Είναι απαραίτητο να υπάρχει η μεγαλύτερη δυνατή συμμετοχή των μελών της κοινότητας στο σχεδιασμό και την λειτουργία των υπηρεσιών υγείας

Η έμφαση τοποθετείται περισσότερο στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας παρά στην θεραπεία. Χρησιμοποιείται η ανάλογη σύγχρονη τεχνολογία. Μέθοδοι, νοσηλείες, τεχνικές και μέσα πρέπει να έχουν επιστημονική βάση και να προσαρμόζονται στις τυπικές ανάγκες των ατόμων της κάθε κοινότητας. Όλα πρέπει να είναι αποδεκτά τόσο από τους επιστήμονες που θα τα χρησιμοποιούν στην άσκηση του έργου τους, όσο και από τα άτομα που θα είναι αποδέκτες της φροντίδα. Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν τμήμα της όλης προσπάθειας για προαγωγή της υγείας. Η συνεργασία με άλλους τομείς όπως εκπαίδευση, δημόσια διοίκηση, δημοτικές υπηρεσίες κ.λ.π. Είναι απαραίτητη για την βελτίωση του επιπέδου της υγείας του κοινού.⁵⁶

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Αγωγή υγείας με την στενή έννοια του μπορεί να θεωρηθεί η απλή μετάδοση πληροφοριών που έχουν σχέση με την υγεία. Ακόμη μπορεί να οριστεί σαν μετάδοση γνώσεων που έχουν σχέση με την αρρώστια, τρόποι για την αποφυγή της καθώς και για την ανάρρωση των ατόμων μετά από αυτήν. Η στενή αυτή έννοια της αγωγής υγείας βασίζεται στην απλούστευση ότι η υγεία είναι η απουσία αρρώστιας.⁵⁶

Η αγωγή υγείας αρχίζει με την μετάδοση συγκεκριμένων πληροφοριών στα άτομα, αλλά συγχρόνως περιλαμβάνει επεξήγηση και ενσωμάτωση των πληροφοριών με τέτοιο τρόπο ώστε να επιφέρει αλλαγή της συμπεριφοράς και συνηθειών οι οποίες οδηγούν σε προαγωγή της υγείας των ατόμων αυτών. Δεν αποβλέπει στην μετάδοση γνώσεων από τους ειδικούς αλλά αποσκοπεί στην διαμόρφωση θέσεων και την τροποποίηση της συμπεριφοράς των ατόμων.⁵⁶ Ο τομέας και το περιεχόμενο της αγωγής υγείας έχει μεταστραφεί από την διδασκαλία της σωματικής υγείας και της πρόληψης της αρρώστιας στην ενημέρωση, σχετικά με την προαγωγή της σωματικής, ψυχολογικής, κοινωνικής και οικολογικής ευεξίας του ατόμου και επομένως η αγωγή υγείας πρέπει να επικεντρωθεί στο να βοηθήσει τα άτομα να αποκτήσουν αυτοπειθαρχία και αυτοφροντίδα και να αναλάβουν την ευθύνη για την δική τους υγεία.⁵⁶

Βασικός σκοπός της αγωγής υγείας είναι ασφαλώς η παροχή πληροφοριών. Αυτό μπορεί να θεωρηθεί τόσο αρχικός όσο και τελικός σκοπός. Αντίθετα σε άλλες περιπτώσεις η αύξηση των γνώσεων αποτελεί τον αρχικό σκοπό με την σκέψη ότι το άτομο με βάση τις γνώσεις αυτές θα μπορέσει να οδηγηθεί στον τελικό σκοπό που είναι η αλλαγή συμπεριφοράς ή τρόπου ζωής.⁵⁶ Ο δεύτερος βασικός σκοπός είναι η αλλαγή συμπεριφοράς.

Αυτός μπορεί να είναι τόσο απλώς όσο και η διδασκαλία μιας απλής δεξιότητας, και τόσο σύνθετος, όσο η αλλαγή του τρόπου ζωής του ατόμου για την προαγωγή της υγείας του.⁵⁶ Ο τρίτος σκοπός της αγωγής υγείας είναι να καταστήσει το άτομο υπεύθυνο για την δική του φροντίδα υγείας. Αυτός ο σκοπός μπορεί να θεωρηθεί ο συνολικός αντικειμενικός σκοπός της αγωγής υγείας. Ο ορισμός αυτός εμπεριέχει και τους δυο προηγούμενους διότι για να καταστεί κάποιος υπεύθυνος για την δική του υγεία, είναι ανάγκη να έχει κάποιο επίπεδο γνώσεων για την υγεία καθώς και την ικανότητα αλλαγής συμπεριφοράς η οποία θα διευκολύνει και θα προάγει την υγεία.^{56,16,56,57}

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρωτογενής πρόληψη αφορά την παρέμβαση που ενεργοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες και κατά την διάρκεια της επιρρέπειας του ατόμου. Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις σκοπεύουν τόσο στην

προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας όσο και στην προστασία από συγκεκριμένο επικείμενο πρόβλημα.⁵⁶ Στις παρεμβάσεις για την προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας περιλαμβάνονται όλες οι δραστηριότητες που βελτιώνουν τις συνθήκες του περιβάλλοντος και ενισχύουν τον υγιεινό τρόπο ζωής.

Η αγωγή υγείας στο επίπεδο αυτό σκοπεύει να μεταδώσει στον πληθυσμό γνώσεις σχετικά με την υγιεινή διατροφή, ανάπαυση, ψυχαγωγία και γενικά την απόκτηση υγιεινών συνηθειών. Ακόμη ενημερώνει σχετικά με τους δυσμενείς για την υγεία παράγοντες όπως το κάπνισμα, τις διάφορες καταχρήσεις, το άγχος και ότι άλλο επιδρά αρνητικά στην υγεία.⁵⁶

Στην πρωτογενή πρόληψη γίνονται προσπάθειες για τον περιορισμό και την πρόληψη χρόνιων νοσημάτων όπως τα καρδιακά νοσήματα. Στην περίπτωση αυτή η πρωτογενής πρόληψη διδάσκει υγιεινή διατροφή κατά την κύηση, την διατροφή του βρέφους, του νηπίου και του εφήβου καθώς και την σωματική άσκηση. Επίσης τονίζει τις βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος και του υπερβολικού βάρους.⁵⁶ Παρά το γεγονός ότι η επιτυχία της παρέμβασης δεν είναι εξασφαλισμένη πάντοτε, οπωσδήποτε περιορίζονται η έκταση της νόσου και οι παθολογικές αλλαγές που θα επέλθουν.⁵⁶

Οι ειδικές πρωτογενείς προληπτικές παρεμβάσεις αναφέρονται στα μέτρα που λαμβάνονται προκειμένου να προστατευτεί το άτομο από συγκεκριμένα αίτια ή παράγοντες.⁵⁶ Στα χρόνια νοσήματα που δεν υπάρχει συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας η παρέμβαση είναι μόνο έμμεση. Τα χρόνια αναπνευστικά προβλήματα μπορεί να προσέλθουν από το κάπνισμα, από έκθεση σε άσβεστο, από την ρύπανση ή από πολλούς άλλους παράγοντες. Προκειμένου λοιπόν να περιορισθούν τα προβλήματα όλοι αυτοί οι παράγοντες πρέπει να καταπολεμηθούν.⁵⁶

Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία για την αιτιολογική σχέση ανάμεσα στο κάπνισμα και τον καρκίνο. Ο τρόπος επηρεάζει την ανάπτυξή του με το 30-32% να προκαλείται από το κάπνισμα, το 30-35% των καρκίνων να συνδέεται με την δίαιτα και το 4% να σχετίζεται με το οινόπνευμα σχεδόν το 70% των καρκίνων αποτελεί άμεσο αποτέλεσμα των επιλογών που κάνουμε σχετικά με τον τρόπο ζωής μας.⁸ Έτσι τα 2/3 των περιπτώσεων καρκίνου είναι δυνατό να προληφθούν, αν διαφοροποιήσουμε τις επιλογές μας. Το αποτελεσματικότερο

προληπτικό μέτρο είναι αποχή από το κάπνισμα, θα έσωνε περίπου 75000 ζωές το χρόνο.⁸

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η δευτερογενής πρόληψη προσπαθεί να διαπιστώσει έγκαιρα την αρρώστια και να την θεραπεύσει αποτελεσματικά. Ο σκοπός της είναι να θεραπευθεί η αρρώστια κατά το δυνατό στα πρώτα της στάδια σε περίπτωση όμως που αυτό δεν είναι δυνατό, να περιοριστεί η εξέλιξή της και να προληφθούν οι επιπλοκές και αναπηρίες.⁵⁶

Ο προγραμματισμένος έλεγχος του πληθυσμού είναι ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος τρόπος για την δευτερογενή πρόληψη. Ο έλεγχος αυτός μπορεί έγκαιρα να διαπιστώσει σημεία και ενδείξεις μιας νόσου, πριν ακόμη το άτομο παρουσιάσει οποιοδήποτε συμπτώματα.⁵⁶ Επίσης η έγκαιρη διάγνωση δίνει πολύτιμα αποτελέσματα. Εξαρτάται από την αναγνώριση των προειδοποιητικών ενδείξεων και την άμεση ιατρική περίθαλψη μόλις εκδηλωθούν συμπτώματα.⁸

Στην έγκαιρη διάγνωση συμβάλλει καθοριστικά η αυτοεξέταση και τα απλά εξεταστικά τεστ που εκτελούνται στο πλαίσιο ενός ετησίου ιατρικού ελέγχου.⁸ Ακόμα τα προγράμματα μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου είναι δυνατό να οδηγήσουν σε πιο έγκαιρη θεραπευτική αγωγή οπότε οι πιθανότητες ίασης είναι πολύ περισσότερες.⁸

Τμήμα της δευτερογενούς πρόληψης πρέπει να αποτελεί και η διδασκαλία του πληθυσμού σχετικά με την σπουδαιότητα του περιοδικού ελέγχου της υγείας του.⁵⁶

ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η τριτογενής πρόληψη δίνει έμφαση στην αποκατάσταση των ατόμων και της κοινότητας γενικότερα μετά από το παρουσιαζόμενο πρόβλημα υγείας.

Σκοπεύει στον περιορισμό της ανικανότητας που προκαλεί η αρρώστια, παρεμβαίνει όταν οι παθολογικές βλάβες έχουν ήδη εμφανιστεί ή το άτομο παρουσιάζει κάποιο βαθμό αναπηρίας.⁵⁶ Οι κλινικοί και οι ερευνητές δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη.⁵⁷

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Σ' όλα τα πλαίσια φροντίδας υγείας, οι νοσηλευτές έχουν να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο σε όλα τα στάδια πρόληψης.⁵⁷ Ανάμεσα στα στοιχεία ενός προγράμματος πρόληψης του καπνίσματος θα πρέπει να περιλαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με τις κοινωνικές συνέπειες και τις φυσιολογικές επιπτώσεις της καπνιστικής συνήθειας στο άμεσο μέλλον, τις κοινωνικές επιδράσεις πάνω στην καπνιστική συνήθεια ιδιαίτερα τις επιδράσεις από τους συνομηλίκους, τους γονείς και τα ΜΜΕ, ενώ θα πρέπει να περιλαμβάνεται εξάσκηση στις δεξιότητες άρνησης με έμφαση στην πρακτική της ικανότητας αντίστασης.⁵⁸

Το περιεχόμενο των διδακτικών προγραμμάτων πάνω στην πρόληψη του καπνίσματος ποικίλουν. Έτσι υπάρχουν προγράμματα με αντικείμενο την επιμόρφωση στη δεξιότητα άρνησης, την πληροφόρηση για τις επιπτώσεις του καπνού πάνω στην υγεία, τις κοινωνικές επιρροές, την επίδραση των ΜΜΕ, την εκπαίδευση στη χαλάρωση, τη συζήτηση για τα δικαιώματα των καπνιστών, το οικονομικό κόστος της χρήσης του καπνού, την εκπαίδευση στη θετικότητα, το προσδιορισμό στόχων κ.α.⁵⁸

Οι βασικές θεματικές ενότητες πάνω στην πρόληψη του καπνίσματος πρέπει να περιλαμβάνουν τις άμεσες επιπτώσεις στην φυσιολογία του οργανισμού, τις κοινωνικές συνέπειες και επιδράσεις και τις δεξιότητες άρνησης.⁵⁸ Τονίστηκε ότι είναι πιο σχετική με τα παιδιά η επαφή με τις άμεσες συνέπειες στην υγεία, την αισθητική καθώς και με τις κοινωνικές συνέπειες από την συνήθεια του καπνίσματος όπως λαχάνιασμα και ρούχα που μυρίζουν.⁵⁸

Σε ότι αφορά τις κοινωνικές επιρροές η διδασκαλία θα πρέπει να επικεντρώνεται στις επιρροές από τους συνομηλίκους, τους γονείς και τα ΜΜΕ και πως θα πρέπει να τονίζεται στα παιδιά και στους εφήβους ότι το κάπνισμα δεν είναι απαραίτητο στοιχείο μιας φυσιολογικής συμπεριφοράς στην ηλικία αυτή, κάτι το οποίο αρκετοί από αυτούς νομίζουν.⁵⁸ Οι δεξιότητες άρνησης θα πρέπει να περιλαμβάνουν στοιχεία όπως η λήψη αποφάσεων και η ικανότητα στη λύση προβλημάτων καθώς και πρακτική στην άσκηση ικανοτήτων όπως η εφαρμογή προτύπων και τα παιχνίδια ρόλων και δεν θα πρέπει να συγχέεται με τις σταυροφορίες του τύπου «πες απλά, όχι».⁵⁸

Το ιδανικότερο θα ήταν να εφαρμόζονται τα προγράμματα πρόληψης του καπνίσματος σε ηλικίες που προηγούνται άμεσα της ηλικίας στην οποία γίνεται συνήθως η έναρξη του καπνίσματος.⁵⁹

Οι έφηβοι είναι πιο επιρρεπείς στην έναρξη του καπνίσματος στην μεταβατική περίοδο από το Δημοτικό σχολείο στο Γυμνάσιο γεγονός που καθιστά την ηλικία αυτή ως την πιο κατάλληλη για την τοποθέτηση επί τάπητος του ζητήματος της πρόληψης.⁵⁹ Η ενίσχυση αυτών των προγραμμάτων πρόληψης του καπνίσματος από τους γονείς αποτελεί σημαντικό παράγοντα επιτυχίας τους. Η ενεργή συμμετοχή των γονέων μπορεί να συνεισφέρει στην αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων. Οι γονείς ενθαρρύνονται να ετοιμάσουν μαζί κάποια σχολική εργασία ή να παρακολουθήσουν ένα τηλεοπτικό πρόγραμμα ή με την ενεργό συμμετοχή σε κάποια συγκέντρωση του σχολείου.⁶⁰

Οι γονείς αποτελούν τα πρότυπα με την μεγαλύτερη επιρροή στη ζωή του εφήβου. Αυτό αποτελεί μια τεράστια ευθύνη για τους γονείς. Πρέπει να γνωρίζουν ότι η δική τους στάση αποτελεί τον φάρο που οδηγεί τα παιδιά.²⁸

Βρείτε χρόνο να αφιερώσετε στα παιδιά σας, ενδιαφερθείτε για τα θέματα που τα απασχολούν, κρατήστε ανοιχτές τις γραμμές επικοινωνίας για να γνωρίζετε τι συμβαίνει στη ζωή τους, γνωρίστε τους φίλους τους.²⁸

Όταν συναντήσετε κάποιον που καπνίζει πάρτε το σαν μια καλή ευκαιρία να εκφράσετε τις απόψεις σας για το κάπνισμα. Τονίστε τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία, αθλητισμό, το περιβάλλον ακόμα και την οικονομία και να κάθεστε σε χώρους μη καπνίζοντων.²⁸

Τι γίνεται όμως αν εσείς είστε καπνιστής ή καπνίστρια. Διηγηθείτε πως ξεκινήσατε και γιατί εξακολουθείτε να καπνίζετε. Πρέπει να του εξηγήσετε ότι κάθε φορά που καπνίζετε εύχεστε να μην το είχατε αρχίσει ποτέ. Είναι μια καλή ευκαιρία να κουβεντιάσετε για τον εθισμό που προκαλεί η νικοτίνη και προβάλλοντας το προσωπικό σας παράδειγμα να ενισχύσετε το παιδί σας ενάντια σε κάθε εθισμό. Αν προσπαθείτε να το σταματήσετε ζητήστε από το παιδί σας βοήθεια και υποστήριξη. Αν έχετε ήδη κάνει αποτυχημένες προσπάθειες να το κόψετε μιλήστε για αυτές στο παιδί σας, περιγράψτε του τις δυσκολίες και την απογοήτευση.²⁸ Οι συζητήσεις αυτές πρέπει να επαναλαμβάνονται με κάθε ευκαιρία μέχρι να γίνουν βίωμα.²⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7⁰

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ

Οι ταχείες αλλαγές στη φροντίδα υγείας επιβάλλουν στους νοσηλευτές να έχουν κριτική σκέψη, να επικοινωνούν αποτελεσματικά και να λειτουργούν με δύναμη όταν αντιμετωπίζουν επαγγελματικά ζητήματα. Η ανάγκη για καθοδήγηση και συμβουλευτική αυξήθηκε τόσο ώστε να αναπτυχθεί ένα νέο επάγγελμα ανθρώπινων υπηρεσιών που συμβουλευτική.⁶¹

Η συμβουλευτική θα μπορούσε να ορισθεί πάνω σε τρεις άξονες αναφοράς, οι οποίοι σχετίζονται με :α)τη λειτουργία της και την μορφή της, β)τον επιστημονικό της χαρακτήρα και γ)τον σκοπό της.⁶²

A) Η συμβουλευτική έχει ορισθεί ως την διαδικασία εκείνη κατά την οποία είτε κατά τρόπο ατομικό, είτε κατά τρόπο ομαδικό ένας ειδικός που υπό ορισμένες προϋποθέσεις λέγεται σύμβουλος συνεξετάζει με ένα άτομο ή κάποια άτομα θέματα ή προβλήματα που απασχολούν το άτομο ή τα άτομα και διευκολύνει την λύση τους.

B) Η συμβουλευτική είναι ένα ξεχωριστό γνωστικό αντικείμενο, μια ξεχωριστή επιστημονική περιοχή. Δεν αποτελεί βέβαια ακόμη από μόνη της ανεξάρτητη επιστήμη με την καθαυτή έννοια του όρου. Είναι όμως ένας ξεχωριστός, ευδιάκριτος επιστημονικός χώρος που επεκτείνεται δυναμικά και εξελίσσεται συνεχώς. Αποδίδεται λοιπόν με τον όρο συμβουλευτική και το επιστημονικό περιεχόμενο αυτού του χώρου ως θεωρία και ως εφαρμογή, ως θεωρητική υπόσταση αλλά και ως πρακτική, χρηστική εφαρμογή μαζί είναι και ένα επάγγελμα που ασκείται από τους ειδικούς που έχουν ειδικευτεί σ' αυτή την επιστημονική περιοχή.⁶²

Γ) Η συμβουλευτική είναι ακόμη μια μέθοδος προσέγγισης και παρέμβασης βοήθειας, ένα μέσο για την εξασφάλιση αυτής της βοήθειας προς το άτομο που αντιμετωπίζει ή προσπαθεί να προλάβει κάποιο πρόβλημα. Μ' αυτήν την έννοια είναι και διαδικασία και πορεία εργασίας και μια σειρά δεξιοτήτων για την εφαρμογή της μεθοδολογίας στην προσπάθεια παροχής βοήθειας ή πρόληψης.⁶²

Συνοπτικά η συμβουλευτική είναι ένα γνωστικό αντικείμενο που στην πράξη της εφαρμογής της εντάσσεται στο πλαίσιο των υπηρεσιών και θεσμών που δεν έχουν πεπερασμένο και αυστηρά προσδιορισμένο περίγραμμα, εντάσσονται όλες οι προσπάθειες των κοινωνιών να στηρίζουν, να επικουρούν, να βοηθήσουν και να διευκολύνουν τα μέλη τους.⁶²

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η συμβουλευτική συνολικά αποτελείται από τα παρακάτω συστατικά στοιχεία που στοιχειοθετούν το περιεχόμενο της:

A). Υπάρχει ένα άτομο (ο πελάτης ή συμβουλευόμενος ή ομάδα ατόμων) που έχει ανάγκη να βοηθηθεί να αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα του, να χειριστεί κάποιο θέμα του ή να πραγματοποιήσει κάποια εξελικτική λειτουργία ή δραστηριότητα, να υλοποιήσει κάποιο συγκεκριμένο σκοπό κ.α.

B). Το άτομο αυτό προσέρχεται σε κάποιον ειδικό, τον λειτουργό της συμβουλευτικής, που υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις είναι ο σύμβουλος, επειδή πιστεύει και προσδοκά ότι αυτός ο ειδικός λειτουργός διαθέτει τη γνώση, την κατάρτιση, τη θέληση αλλά και την αντίστοιχη προδιάθεση προκειμένου να προσφέρει την απαιτούμενη στήριξη, επικούρηση και θεραπεία.⁶²

Γ). Κατά την διάρκεια της παρέμβασης εξετάζεται, αντιμετωπίζεται ή επιλύεται το συγκεκριμένο πρόβλημα-θέμα που φέρνει ο συμβουλευόμενος στον ειδικό.

Δ). Μεταξύ των δυο αυτών μερών αναπτύσσεται και λειτουργεί μια ανθρώπινη συστηματική και οργανωμένη σχέση, η συμβουλευτική σχέση, η οποία και αποτελεί τον άξονα δράσης για την υλοποίηση της συγκεκριμένης παρέμβασης.⁶²

Ε). Η συμβουλευτική αυτή σχέση λαμβάνει χώρα σε ένα πλαίσιο το οποίο είναι έτσι οργανωμένο ώστε να λειτουργεί διευκολυντικά στη σχέση αυτή και αυξάνει την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης γενικότερα.⁶²

ΣΤ). Η συμβουλευτική σχέση-παρέμβαση είναι μια συστηματικά οργανωμένη προσπάθεια κατά την οποία είναι απαραίτητο να εφαρμόζεται η κατάλληλη κατά περίπτωση επιστημονική μεθοδολογία, η μεθοδολογία της συμβουλευτικής παρέμβασης, την οποία προϋποτίθεται ότι ο λειτουργός γνωρίζει και είναι σε θέση να χρησιμοποιεί.⁶²

Ζ) Ο τρόπος με τον οποίο όλα αυτά τα στοιχεία λειτουργούν ή αξιοποιούνται κατά την συμβουλευτική παρέμβαση κατά κύριο λόγο προτείνεται και κατά κανόνα επιβάλλεται από την θεωρία της συμβουλευτικής, η οποία, όπως σε κάθε επιστήμη, αποτελεί και την ραχοκοκκαλιά της συμβουλευτικής.⁶²

Η). Τέλος, κατά την εφαρμογή της συμβουλευτικής στην πράξη είναι ανάγκη να ακολουθούνται ορισμένες βασικές αρχές και να τηρούνται τα βασικά στοιχεία ενός κώδικα δεοντολογίας γραπτού ή απλά διάχυτου στο επιστημονικό περιβάλλον της συμβουλευτικής πράξης.⁶²

ΣΚΟΠΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ

Υπάρχουν δυο τάσεις στις προσπάθειες ορισμού των σκοπών της συμβουλευτικής. Στην μια τάση ανήκουν εκείνοι οι οποίοι δίνουν έμφαση στη άποψη ότι η συμβουλευτική αποβλέπει να διευκολύνει την λήψη συνετών αποφάσεων, στο να βοηθήσει το άτομο να μάθει να πραγματοποιεί και να επιτυγχάνει συνετές επιλογές.⁶²

Σύμφωνα με την άλλη τάση κεντρικός σκοπός της συμβουλευτικής είναι να διευκολύνει το άτομο να πετύχει σωστή προσαρμογή και να εξασφαλίσει, να διατηρήσει ή να προάγει την ψυχική του υγεία. Κατά μια γενική τοποθέτηση σκοπός της συμβουλευτικής είναι να διευκολύνει το άτομο να επιτύχει τις απαραίτητες αλλαγές στη συμπεριφορά στη συμπεριφορά του ή στη συμπεριφορά των άλλων, ώστε να εξασφαλίσει την συνετότερη αξιοποίηση του εαυτού του.⁶²

Είναι ακόμη βασικός σκοπός της συμβουλευτικής να βοηθήσει το άτομο να εξασφαλίσει τέτοιου βαθμού αυτογνωσία και τέτοιου βαθμού αυτοέλεγχο ώστε να εξελιχθεί σε ένα πρόσωπο αυτοελεγχόμενο, που μέσω της δικής του βούλησης να ελέγχει την πορεία του στη ζωή και αυτά που του συμβαίνουν, να πρωταγωνιστεί στη ζωή του, να προγραμματίζει τις ενέργειές του και να θέτει στόχους, να αποφασίζει για τον εαυτό του, να τον αποδέχεται και να αντισταθμίζει αποτελεσματικά τυχόν αδυναμίες του, ώστε να οδηγηθεί στη μερική και ολική αυτοπραγμάτωσή του.⁶²

Η συμβουλευτική απευθύνεται προς πολλές ομάδες ατόμων ανάλογα με τους χώρους της εκάστοτε εφαρμογής της. Όπως έχει ήδη τονιστεί, απευθύνεται σ' όλα τα υγιή άτομα του κάθε χώρου.⁶²

Οι κυριότερες λειτουργίες της συμβουλευτικής είναι: Η επίλυση προβλημάτων, η εαυτογνωσία και η περιβαλλοντογνωσία, η τοποθέτηση, η παραπομπή, η πληροφόρηση, η παρακολούθηση και η παρέμβαση, η λήψη αποφάσεων, η προσαρμογή, η αυτοπραγμάτωση, η ψυχολογική στήριξη, η διευκόλυνση ή ανάπτυξη υγιών σχέσεων, η διατήρηση της ψυχικής υγείας, η θεραπεία, η απόκτηση δεξιοτήτων καθημερινής ζωής, η σωστή επικοινωνία, η ανάπτυξη αποτελεσματικών ανθρώπινων σχέσεων, η επιτυχής μετάβαση κ.τ.λ.⁶²

ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ Η ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Το να απομονώσει κανείς ονομαστικά και ειδικά όλους τους χώρους στους οποίους εφαρμόζεται στην πράξη η συμβουλευτική είναι έργο δύσκολο γιατί πραγματικά εφαρμόζεται παντού και πρέπει να εφαρμόζεται παντού, είτε αυτοτελώς, είτε ως διάσταση άλλων λειτουργιών και δραστηριοτήτων.⁶²

1). Η συμβουλευτική εφαρμόζεται πρώτα απ' όλα στην εκπαίδευση, στα σχολεία και γενικά στα εκπαιδευτικά ιδρύματα όλων των βαθμίδων. Ίσως εδώ είναι που έχει οργανωθεί και συστηματοποιηθεί περισσότερο από κάθε άλλο χώρο.

2). Εφαρμόζεται, ύστερα, κυρίως βέβαια στη διάσταση του Προσανατολισμού, στις Υπηρεσίες Απασχόλησης του κάθε Οργανισμού Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.).

3). Εφαρμόζεται στις εκκλησιαστικές υπηρεσίες είτε ως κοινωνική μέριμνα και προσφορά, είτε ως ποιμαντική συμβουλευτική.

4). Εφαρμόζεται στις καλά οργανωμένες επιχειρήσεις για την συμβουλευτική βοήθεια προς τους εργαζομένους, για την ψυχολογική στήριξη σε περιπτώσεις δυσκολιών ή προβλημάτων, για την διευκόλυνση της προσαρμογής τους σε νέο επαγγελματικό περιβάλλον, για την προσαρμογή νέων εργαζομένων κ.τ.λ.

5). Εφαρμόζεται στις υπηρεσίες Κοινωνικής Υγείας και Πρόνοιας όπως ψυχοπαιδαγωγικά κέντρα, στους συμβουλευτικούς σταθμούς, σε νοσοκομείο, κλινικές, ιδρύματα περίθαλψης, αποκατάστασης, επανένταξης, κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, κέντρα εκπαίδευσης ειδικών ατόμων στα

κέντρα αποτοξίνωσης και απεξάρτησης ως συμβουλευτική ασθενών, μελλοθανάτων και υπερηλίκων.

6). Εφαρμόζεται ακόμη στις ένοπλες δυνάμεις και στις συναφείς υπηρεσίες με ειδικούς κατά περίπτωση σκοπούς.⁶²

ΚΛΑΔΟΙ ΤΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ-ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΕΙΣ

Σήμερα οι εφαρμογές της συμβουλευτικής είναι τόσες πολλές που έχει προκύψει η ανάγκη να δημιουργηθούν εξειδικεύσεις τόσο στην εκπαίδευση των συμβούλων όσο και στη πράξη της εφαρμογής της συμβουλευτικής.

Η εξειδίκευση αυτή της συμβουλευτικής τείνει να διαμορφώσει και τους αντίστοιχους κλάδους της συμβουλευτικής οι οποίοι διαμορφώνονται ανάλογα με τον χώρο εφαρμογής της και το αντικείμενό της.⁶² Έτσι έχουμε::

- Σχολική συμβουλευτική, Παιδαγωγική συμβουλευτική, Φοιτητική συμβουλευτική Εκπαίδευση, Συμβουλευτική απασχόλησης- Υπηρεσίες Απασχόλησης.
- Εργασιακή συμβουλευτική, Επαγγελματική Συμβουλευτική-Χώροι Εργασίας (οργανισμοί, υπηρεσίες, επιχειρήσεις).
- Συμβουλευτική ψυχικής υγείας, θεραπευτική συμβουλευτική-χώροι με ευθύνη την ψυχική υγεία, ιδιωτικός τομέας.
- Συμβουλευτική οικογενειακού προγραμματισμού, Συμβουλευτική οικογένειας, Συμβουλευτική ζευγαριών, Συμβουλευτική γονέων- Χώροι προσφοράς οικογενειακού προγραμματισμού, Κλινικοί χώροι, Προνοιακοί χώροι.
- Ποιμαντική συμβουλευτική- Εκκλησία, Ιδρύματα περί την Εκκλησία.
- Στρατιωτική συμβουλευτική- Ένοπλες Δυνάμεις, Σώματα ασφαλείας.
- Σωφρονιστική συμβουλευτική, Νομική συμβουλευτική-Σωφρονιστικό σύστημα, Σύστημα Δικαιοσύνης.
- Αθλητική συμβουλευτική- Υπηρεσίες αθλητισμού, Χώροι-φορείς αθλητισμού.
- Συμβουλευτική Επανεξάρτησης, Αποτοξίνωσης, Απεξάρτησης, Αποκατάστασης και προσαρμογής-Οργανισμοί Υγείας Πρόνοιας, Υπηρεσίες Ειδικών αρμοδιοτήτων.
- Συμβουλευτική Ηλικιωμένων- ΚΑΠΗ, Γηροκομεία, Οίκοι Ευγηρείας.

Η ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Στους χώρους και στα ιδρύματα που σχετίζονται με την υγεία και την κοινωνική πρόνοια οι εφαρμογές της συμβουλευτικής είναι άπειρες:

Συμβουλευτική για οικογενειακό προγραμματισμό, που συνήθως προσφέρεται σε δημόσια ιδρύματα, νοσοκομεία και κέντρα .

Συμβουλευτική θανάτου για άτομα ιδρυμάτων που βρίσκονται σε δύσκολη κατάσταση αλλά και για τους οικείους τους, όπως επίσης συμβουλευτική και θεραπεία κακοποιημένων ατόμων.

Συμβουλευτική και θεραπεία αποτοξίνωσης, απεξάρτησης, επανένταξης και όποιους άλλους τέτοιους όρους χρησιμοποιούν οι αντίστοιχες υπηρεσίες.

Συμβουλευτική και ψυχολογική στήριξη κανονικών ασθενών σε νοσοκομεία, ιδρύματα, γηροκομεία και άσυλα.

Συμβουλευτική των οικείων των ατόμων των παραπάνω ομάδων και κατηγοριών.

Συμβουλευτική και ψυχολογική στήριξη, ενθάρρυνση και προετοιμασία ασθενών που πρόκειται να εισαχθούν για επικίνδυνες επεμβάσεις και θεραπείες.

Συμβουλευτική επιτόκων κυρίως πριν αλλά και μετά τον τοκετό.

Συμβουλευτική ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ανίατες ασθένειες.

Συμβουλευτική ψυχασθενών των νοσοκομείων με ήπιες μορφές ψυχολογικών προβλημάτων.

Συμβουλευτική ατόμων με ειδικές ανάγκες σε διάφορα εκπαιδευτικά και ιατροπαιδαγωγικά κέντρα, στο πλαίσιο μόνιμων ή έκτακτων προγραμμάτων ειδικής βοήθειας.

Μια εφαρμογή της συμβουλευτικής που φαίνεται να παρουσιάζει έντονη ανάπτυξη είναι η συμβουλευτική υγείας όπου γίνονται κάθε μορφής προσπάθειες παροχής βοήθειας στα άτομα σε σχέση με την υγεία τους, ανεξάρτητα του χώρου στον οποίο παρέχεται η βοήθεια αυτή.⁶² Μεταξύ των

σκοπών της συμβουλευτικής παρέμβασης είναι η πρόληψη της σωματικής ασθένειας και η μείωση της έντασης και του άγχους εν όψει ή παρουσία της.

Συνήθως η συμβουλευτική υγείας παρέχεται παράλληλα με την ιατρική παρακολούθηση ή θεραπεία, εσωτερικά ή εξωτερικά σε χώρους άσκησης της ιατρικής, κλινικές, νοσοκομεία και κέντρα υγείας.⁶²

ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Εντάσσονται ομάδες ατόμων που αντιμετωπίζουν εξάρτηση από ουσίες για την κάλυψη των αναγκών των ατόμων αυτών διαμορφώθηκε μια ξεχωριστή εφαρμογή της συμβουλευτικής.⁶² Η συμβουλευτική και η θεραπεία τέτοιων ατόμων λαμβάνει χώρα σε κατηγορίες: ιδιωτικά κέντρα, κέντρα αποτοξίνωσης, κλινικές εξωτερικής θεραπείας και θεραπευτικές κοινότητες.

Η ιδιωτική πρακτική συνήθως περιλαμβάνει κάθε μορφής παρέμβαση τόσο άμεση όσο και περιβαλλοντική, όσο φυσικά και συνδυασμό τους.⁶²

Κέντρα αποτοξίνωσης υπάρχουν πολλά και λειτουργούν συνήθως μέσα σε μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες ή σε συνεργασία μαζί τους, γιατί οι διαδικασίες απεξάρτησης είναι επίπονες και συνήθως η στέρηση οδηγεί σε άλλες παρενέργειες. Βασική προσέγγιση παρέμβαση είναι η απεξάρτηση μέσω της αντικατάστασης της επιβλαβούς ουσίας με άλλες μη επιβλαβείς με ταυτόχρονη ενθάρρυνση για δραστηριοποίηση του ατόμου σε υγιείς και κοινωνικά χρήσιμες ασχολίες.⁶²

Μονάδες εξωτερικής θεραπείας υπάρχουν διαφόρων ειδών και λειτουργιών με διάφορους τρόπους και με διάφορες σχέσεις με άλλα ιδρύματα. Κύριο χαρακτηριστικό τους πάντως είναι το ότι οι ασθενείς δεν εσωκλείονται αλλά η βοήθεια τους προσφέρεται καθημερινά και επιστρέφουν στα σπίτια τους.⁶² Στις περιπτώσεις αυτές ένα μεγάλο μέρος της βοήθειας έχει τον χαρακτήρα της ψυχολογικής στήριξης και της συμβουλευτικής οικείων προσώπων, που παρέχεται σε ατομική, ομαδική ή οικογενειακή βάση.⁶²

Οι θεραπευτικές κοινότητες είναι ξεχωριστά κέντρα παροχής βοήθειας στα εξαρτημένα άτομα. Οι κοινότητες αυτές εξασφαλίζουν, όσο διαρκεί η βοήθεια, διαμονή, θεραπεία απεξάρτησης και ψυχολογική στήριξη του ατόμου

και των δικών του.⁶² Σκοπός τους η αναδόμηση της όλης ζωής των ατόμων αυτών και η επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο.

Φαίνεται, ότι η πιθανότητα επιτυχίας της παρέμβασης αυξάνεται όταν τα άτομα ενταχθούν στο κατάλληλο για αυτά πρόγραμμα, όταν προσφέρονται έγκαιρα οι σωστές εναλλακτικές λύσεις στην συμπεριφορά τους και όταν εφοδιάζονται με επαρκείς δεξιότητες για αντιμετώπιση της νέας για αυτά κοινωνικής πραγματικότητας.⁶²

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ

Η πλούσια επιρροή των αισθητικών εμπειριών και των δεξιοτήτων στην ζωή του επαγγελματία νοσηλευτή που εμπεριέχει πάντα και την ιδιότητα του συμβούλου δημιουργεί μια νέα δυναμική στη σχέση νοσηλευτή-αρρώστου ή σχέση νοσηλευτή-αρρώστου και οικογένειας.⁶¹ Ως επαγγελματίας το κλειδί για να είναι ικανός να συναντήσει τις ατομικές ανάγκες του άλλου ατόμου, είναι το να είναι τόσο ανοιχτός με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ποικιλία εμπειριών που μπορεί να αποκτήσει ένας άνθρωπος στη ζωή. Με αυτόν τον τρόπο είναι δυνατόν να αποφύγει το να παρέχει φροντίδα που είναι «στεγνή και άκαρπη» και πιθανόν το μεγαλύτερο αμάρτημα χωρίς φαντασία.⁶¹

Μια δυναμική πηγή της νοσηλευτικής γνώσης με την οποία προσεγγίζουν οι νοσηλευτές τις πληροφορίες και την αξιολόγηση των συναισθημάτων των αρρώστων είναι η διαίσθηση.⁶¹ Είναι μέρος της νοσηλευτικής πρακτικής και της νοσηλευτικής γνώσης, είναι είδος σκέψης που έμμεσα επηρεάζει την κατορθωτή και προσχεδιασμένη φροντίδα του αρρώστου. Η διαφορά υπάρχει στην σκέψη κάθε ανθρώπου τόση διαφορά υπάρχει και στην συμβουλευτική φροντίδα του κάθε αρρώστου και στο πρόγραμμα συμβουλευτικής που εφαρμόζει ο κάθε σύμβουλος.⁶¹

Η ευθύνη στην νοσηλευτική για την διάγνωση των ανθρωπίνων αντιδράσεων είναι προσωπική και η απασχόληση με ένα τόσο υπεύθυνο και σοβαρό αντικείμενο δημιουργεί ένα δέος και τα συναισθήματα αγγίζουν τα όρια των συναισθημάτων των ιεραποστόλων.⁶¹

Η συμβουλευτική δεν είναι επάγγελμα είναι κομμάτι από την ίδια την ζωή του καθενός, είναι βίωμα και συμβίωση των προβλημάτων του πελάτη. Με πλήρη αυτογνωσία συμμετέχει στην ενσυναίσθηση του προβλήματος. Η

συμβουλευτική απαιτεί ισορροπία με λεπτούς χειρισμούς, τα άτομα δε που θα ασχοληθούν με αυτή είναι ανάγκη να ελεγχθούν να βοηθηθούν και να βοηθούνται συνεχώς, ώστε να αποφευχθούν αρνητικές επιρροές στην προσωπικότητα του πελάτη και στον τρόπο βίωσής του. Να μην ξεχνάμε ότι ο στόχος είναι του αρρώστου και όχι του συμβούλου.⁶¹

Η αφύπνιση του νοσηλευτικού κόσμου να ασχοληθεί δυναμικά με την συμβουλευτική κυρίως στον ευρύ πληθυσμό της κοινοτικής νοσηλευτικής με τα προγράμματα πρόληψης και αποκατάστασης δίνει μια άλλη μορφή στην νοσηλευτική, άξια θαυμασμού από τους ανθρώπους και μεγάλης εσωτερικής επαγγελματικής ικανοποίησης για τους ίδιους τους νοσηλευτές.⁶¹

Οι νοσηλευτές πρέπει να προωθούν στρατηγικές καταπολέμησης του καπνίσματος,¹⁶ να παρέχουν τις απαραίτητες πληροφορίες, να οργανώνουν παρεμβάσεις και τεχνικές για την διακοπή του καπνίσματος. Οι παρεμβάσεις πρέπει να είναι απλές και σύντομες. Αυτές οι παρεμβάσεις μπορούν να μειώσουν σημαντικά την καπνιστική συνήθεια.⁶³ Η διαδικασία της παύσης του καπνίσματος προϋποθέτει μια αλλαγή στη συμπεριφορά του ασθενούς και ενεργό συμμετοχή του και διαιρείται σε διάφορα στάδια:

- 1). Προ-αντιμετώπιση, είναι ο χρόνος κατά τον οποίο ένας ασθενής που καπνίζει δεν σκέπτεται σοβαρά την ιδέα να σταματήσει.
- 2). Αντιμετώπιση, είναι ο χρόνος κατά τον οποίο ένας καπνιστής σκέπτεται σοβαρά να σταματήσει.
- 3). Δράση, είναι ο χρόνος κατά τον οποίο ο καπνιστής παίρνει τα απαραίτητα μέτρα για να σταματήσει.
- 4). Συντήρηση, είναι ο χρόνος μετά την παύση κατά τον οποίο ο καπνιστής αποφεύγει την υποτροπή.¹⁶

Η παρέμβαση του νοσηλευτή συνίσταται σε τέσσερις δραστηριότητες που αρχίζουν από A(ask, advise, assist, arrange) ρωτάτε, συμβουλευέτε, βοηθάτε, ρυθμίζετε.^{16,63} Ρωτάτε τους σχετικά με το κάπνισμα με κάθε ευκαιρία. Καπνίζετε ; Πόσο; Πόση ώρα μετά που ξυπνάτε καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο; Σας ενδιαφέρει να σταματήσετε το κάπνισμα; Έχετε δοκιμάσει ποτέ στο παρελθόν να σταματήσετε ; Αν ναι, τι έγινε;^{16,63} Όταν είναι γνωστό ότι κάποιος ήταν ή είναι καπνιστής, πρέπει να τοποθετείται ένα ειδικό αυτοκόλλητο στο φάκελο και διαγράμματα του για να υπενθυμίζει στους νοσηλευτές να συζητάνε σε κάθε επίσκεψη του ασθενούς για το κάπνισμα.

Ασθενείς που δεν έχουν καπνίσει ποτέ ή έχουν σταματήσει πρέπει να επιβραβεύονται για την απόφασή τους.⁶³ Συμβουλευέτε όλους τους καπνιστές να σταματήσουν το κάπνισμα. Διατυπώνετε την συμβουλή σας σαφώς π.χ. Σας συμβουλεύω να σταματήσετε το κάπνισμα τώρα. Εξατομικεύετε το μήνυμα για παύση. Προσπαθείτε να αναφέρεστε στην κλινική κατάσταση του ασθενούς, στο ιστορικό του καπνίσματος του, στο οικογενειακό του ιστορικό, στα προσωπικά ενδιαφέροντά του ή στους κοινωνικούς του ρόλους.¹⁶

Έχει σημασία η χρονική στιγμή που δίνεται η συμβουλή. Οι πιο κατάλληλες στιγμές είναι όταν ο ασθενής λόγω της κατάστασης του είναι πιο δεκτικός στις συμβουλές για διακοπή του καπνίσματος. Επίσης όταν πάσχει από ασθένεια που προκλήθηκε λόγω καπνίσματος ή όταν ένας συγγενής ή φίλος είναι άρρωστος.⁶³ Βοηθάτε τον ασθενή να σταματήσει. Ορίζετε μια ημερομηνία παύσης. Βοηθάτε τον ασθενή να επιλέξει μια ημερομηνία μέσα στις επόμενες 4 εβδομάδες, αναγνωρίζοντας πως δεν υπάρχει ιδεώδης χρόνος. Παρέχετε υλικό αυτό-βοήθειας. Ένας συντονιστής της παύσης του καπνίσματος ή κάποιος από το προσωπικό στήριξης μπορεί να κοιτάζει το υλικό με τον ασθενή αν αυτός επιθυμεί κάτι τέτοιο. Σκεφτείτε να υπογράψετε ένα συμβόλαιο παύσης του καπνίσματος με τον ασθενή. Αν ο ασθενής δεν θέλει να σταματήσει τώρα, δώστε του βιβλιογραφία που θα αποτελέσει γι' αυτόν κίνητρο. Ξαναρωτήστε τον στην επόμενη επίσκεψη.^{16,63} Ρυθμίζετε επισκέψεις παρακολούθησης. Ορίστε μια επίσκεψη παρακολούθησης μέσα σε 1 με 2 εβδομάδες μετά την ημερομηνία παύσης. Τηλεφωνήστε ή γράψτε στον ασθενή μέσα σε επτά ημέρες μετά την αρχική επίσκεψη ενισχύοντας την απόφασή του να σταματήσει και υπενθυμίζοντας στον ασθενή την ημερομηνία παύσης.

Κατά την πρώτη επίσκεψη παρακολούθησης, ρωτήστε την κατάσταση του ασθενούς ως προς το κάπνισμα για να του παράσχετε υποστήριξη και να τον βοηθήσετε να αποφύγει υποτροπή. Η υποτροπή είναι συνήθης αν συμβεί, ενθαρρύνετε τον ασθενή να ξαναδοκιμάσει αμέσως. Ορίστε μια δεύτερη επίσκεψη παρακολούθησης μέσα σε 1 με 2 μήνες.¹⁶ Όπως συμβαίνει σε κάθε εθισμό ή εξάρτηση από την νικοτίνη χαρακτηρίζεται από κοινωνικούς, φυσιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Στην πραγματικότητα οι κοινωνικοί παράγοντες γίνονται αφορμή για υποτροπή.

Για όλους τους ασθενείς η παύση του καπνίσματος είναι μέχρι τώρα σημαντικό βήμα που μπορούν να κάνουν για να βελτιώσουν την υγεία τους και να αυξήσουν τον αναμενόμενο χρόνο ζωής τους.¹⁶ Η διακοπή του καπνίσματος είναι αναμφισβητήτως δύσκολο εγχείρημα όχι όμως και ακατόρθωτο. Όσοι ασχολήθηκαν με το αντικείμενο μέχρι σήμερα διαπιστώνουν ότι καμία μέθοδος διακοπής δεν είναι αποτελεσματική, αν δεν συνοδεύεται από την σταθερή και αμετάκλητη απόφαση της θέλησης του καπνιστή να κόψει το τσιγάρο.

Ο υπεύθυνος της αντικαπνιστικής εκστρατείας Γάλλος καρδιολόγος Υβ Νατζαρί λέει ξεκάθαρα «Η καλύτερη μέθοδος διακοπής του τσιγάρου είναι η θέληση του καπνιστή και όσοι σπλίζονται με την δύναμη της θέλησης επιτυγχάνουν». Ο Β. Ουγκό λέει «Δεν είναι η πρόθεση για σταμάτημα του τσιγάρου που λείπει από τους ανθρώπους, αλλά η δύναμη της θέλησης».¹⁶

Διαδικασίες στο ιατρείο που βοηθάνε τους ασθενείς να σταματήσουν το κάπνισμα:

- 1). Επιλέξτε μια ημερομηνία κατά την οποία το ιατρείο θα απαλλαγεί οριστικά από τον καπνό.
- 2). Ενημερώστε όλο το προσωπικό και τους ασθενείς σχετικά με αυτό το σχέδιο.
- 3). Τοποθετείστε σήματα «Απαγορεύεται το κάπνισμα» σ' όλα τα σημεία του ιατρείου.
- 4). Απομακρύνετε τα τασάκια.
- 5). Τοποθετείστε υλικό πληροφόρησης για την διακοπή του καπνίσματος σε εξέχουσα θέση.
- 6). Απομακρύνετε κάθε διαφήμιση τσιγάρων από την αίθουσα αναμονής.¹⁶

ΜΕΤΡΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Το Ελληνικό κράτος έχει την ευθύνη για την προστασία και την προαγωγή της υγείας του Ελληνικού λαού και γι' αυτό έχει προβεί στην λήψη σειράς μέτρων αφενός για την αποφυγή και διακοπή του καπνίσματος και αφετέρου για την μείωση της παθητικής έκθεσης στον καπνό.⁶⁴ Στόχος των νομοθετικών αυτών ρυθμίσεων είναι η μείωση της κατανάλωσης προϊόντων

καπνού καθώς και η μείωση της παθητικής έκθεσης με απώτερο στόχο την μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας που σχετίζονται με τον καπνό.⁶⁴

Το 1952 η υγειονομική διάταξη με υπ' αριθμό 389966/52 απαγόρευσε το κάπνισμα στα μέσα μαζικής μεταφοράς. Η Υπουργική Απόφαση Α2γ/οικ. 1592/8-5-89 (φεκ 411/29-5-89) ήταν ιστορικά η πρώτη νομοθετική αναφορά στην απαγόρευση των διαφημίσεων προϊόντων καπνού. Ενώ η υπουργική απόφαση 4508/21-5-90 φεκ β' 327/21-5-90 αφορούσε την απαγόρευση του καπνίσματος στις πτήσεις των εσωτερικών αερογραμμών.⁶⁴ Το 1980 η υγειονομική διάταξη Α2γ/3051/25-4-80 (φεκ 457/9-5-80) επέβαλε την απαγόρευση του καπνίσματος στους κλειστούς κοινόχρηστους χώρους σύμφωνα και με συστάσεις του Π.Ο.Υ.⁶⁴ Το 2002 η υγειονομική διάταξη εξέδωσε την υπ' αριθμό Υ1/Γ.Π οικ 76017 «Περί απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας», η οποία δημοσιεύτηκε στο φεκ 1001/1-8-2002.

Η νομοθεσία είναι ένα από τα βασικότερα εργαλεία, η οποία αποτελεί ισχυρό παράγοντα κοινωνικής αλλαγής. Η κοινωνική εκπαίδευση μέσα από διάφορες ενημερωτικές και άλλες εκστρατείες είναι σπάνια από μόνη της ισχυρός παράγοντας αλλαγής. Αντίθετα αν αυτή συνδυαστεί με το κατάλληλο νομοθετικό πλαίσιο τότε γίνεται πολύ αποτελεσματική, ένα τέτοιο πλαίσιο θα πρέπει να στοχεύει:

- 1) Μείωση της πρόσβασης στα προϊόντα καπνού
- 2) Ενήμερη συγκατάθεση του αγοραστή
- 3) Προστασία των μη χρηστών
- 4) Επιβολή τροποποιήσεων των προϊόντων
- 5) Υποστήριξη στους χρήστες καπνού.⁵³

ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΚΑΠΝΟΥ

Α. Αυτό επιτυγχάνεται με ταυτόχρονη μείωση τόσο της προσφοράς όσο και της ζήτησης. Μέτρα που βοηθούν στην μείωση της προσφοράς και υψώνουν εμπόδια στην πρόσβαση είναι:

Αύξηση της τιμής

Θεσμοθέτηση ορίου ηλικίας για την αγορά τσιγάρων

Μείωση των σημείων πώλησης που θα πρέπει να λειτουργούν με άδεια, να είναι ελεγχόμενα και να φέρουν ευθύνη για τα τσιγάρα που πωλούν.

Απαγόρευση των αυτομάτων μηχανημάτων πώλησης τσιγάρων.

Απαγόρευση των μικρών και διαφημιστικών πακέτων.⁵³

B. Μέτρα για την μείωση της ζήτησης είναι:

Η αποδοχή του γεγονότος ότι ο καπνός δεν είναι απλό καταναλωτικό προϊόν όπως τα άλλα της αγοράς.

Η κατεύθυνση της φυσιολογικής νεανικής επαναστατικότητας προς την βιομηχανία καπνού. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με εκστρατείες κοινωνικού μάρκετινγκ που να δείχνουν στους νέους πως γίνονται αντικείμενο εκμετάλλευσης, πως η βιομηχανία αποσπά βίαια τη συγκατάθεσή τους και πόσο κοινωνικά απαράδεκτο είναι το κάπνισμα

Τα μηνύματα υγείας πρέπει να εστιάζονται στην κακή αναπνοή, στις ρυτίδες, στην κακή φυσική κατάσταση και την μείωση της σεξουαλικής λειτουργίας και όχι στις μακροπρόθεσμες συνέπειες, που δεν υπολογίζονται από τους νέους λόγω της αναπτυξιακής τους φάσης.⁵³

ΕΝΗΜΕΡΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΤΟΥ ΑΓΟΡΑΣΤΗ

Η νόμιμη έννοια της ενημέρης συγκατάθεσης μεταξύ αγοραστή και πωλητή βασίζεται στο ότι ο καταναλωτής είναι πλήρως ενημερωμένος για την φύση των κινδύνων που αναλαμβάνει και το μέγεθος αυτών.⁵³ Αυτό σημαίνει πως οι κατασκευαστές προϊόντων καπνού πρέπει να πουν στον χρήστη, όχι μόνο ότι το τσιγάρο προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα αλλά και ότι το 90% αυτών που θα τον πάθουν θα πεθάνουν σε ένα με δυο χρόνια.⁵³ Προκειμένου αυτό να επιτευχθεί απαιτείται, από την μια η συνεχής βελτίωση των παρεχόμενων πληροφοριών στο κοινό και από την άλλη να σταματήσει η παραπληροφόρηση από την καπνοβιομηχανία.⁵³

A. Η βελτίωση της παροχής πληροφοριών θα επιτευχθεί με:

Πλήρη καταγραφή όλων των τοξινών, καρκινογόνων και ουσιών που προκαλούν εξάρτηση σε εσώκλειστο φυλλάδιο στο πακέτο.

Αποτελεσματικές ενημερωτικές εκστρατείες στα ΜΜΕ.

Αποκάλυψη των απόρρητων πληροφοριών των αρχείων των βιομηχανιών μέσω δικαστικών ερευνών, ώστε να δειχθούν οι πραγματικοί στόχοι τους που είναι τα παιδιά.

Καλύτερα προειδοποιητικά μηνύματα στα πακέτα, τα οποία θα εναλλάσσονται, θα αποτελούν εργαλεία για την εκπαίδευση του κοινού και θα τοποθετούνται στην κατάλληλη θέση και θα έχουν το κατάλληλο μέγεθος.

Β. Το σταμάτημα της παραπληροφόρησης από την καπνοβιομηχανία σημαίνει:

Την απαγόρευση της άμεσης και κυρίως της έμμεσης διαφήμισης

Την απαγόρευση των παραπλανητικών ετικετών όπως 'light, super light ή mild' που υπονοούν μικρότερους κινδύνους για το χρήστη

Την απαγόρευση της διαφήμισης στο ίδιο το πακέτο.⁵³

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΜΗ ΧΡΗΣΤΩΝ

Προστασία των μη χρηστών από τους κινδύνους του καπνού είναι απαραίτητη νομοθεσία που να προστατεύει:

Τα παιδιά στο σπίτι.

Τους ενήλικες στον τόπο εργασίας τους.

Όλους στους δημόσιους χώρους.

Να επιβάλλει την παραγωγή τσιγάρων που δεν θα προκαλούν φωτιές, μια και η αντίστοιχη τεχνολογία υπάρχει.⁵³

ΕΠΙΒΟΛΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

Έλεγχο ή αφαίρεση των τοξινών και των εξαρτησιογόνων ουσιών.

Απαγόρευση των πιο επικίνδυνων κατηγοριών προϊόντων

Αλλαγές στο προϊόν ώστε να γίνει η έναρξη και η εξάρτηση πιο δύσκολη.

Ξέρουμε ότι οι βιομηχανίες τροποποιούν τα τσιγάρα ώστε να είναι ευκολότερο στα παιδιά να αρχίσουν να καπνίζουν.⁵³

ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟΥΣ ΧΡΗΣΤΕΣ ΚΑΠΝΟΥ

Να ξεφύγουν από την εξάρτησή τους

Να αποσπάσουν αποζημιώσεις από την καπνοβιομηχανία της οποίας η εγκληματική δραστηριότητα τους προκάλεσε ζημία.⁵³

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Η Ελληνική Αντικαπνιστική εταιρεία περιλαμβάνει τις εξής δραστηριότητες που συμβάλλουν στην αντικαπνιστική εκστρατεία:

Διαφώτιση του κοινού.

Προώθηση κάθε νομικής προσπάθειας που συντείνει στον περιορισμό του καπνίσματος και στην προστασία των δικαιωμάτων των μη καπνιστών.

Υποβοήθηση της έρευνας και εκπαίδευσης στον τομέα αυτό.

Συστηματική παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της αντικαπνιστικής εκστρατείας στην Ελλάδα και εξωτερικό.

Συνεργασία με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς.

Συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς.

Αγωγή υγείας.

Εκπαιδευτικά σεμινάρια.

Επιδίωξη της εταιρείας είναι η δημιουργία κέντρων διακοπής του καπνίσματος σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθώς και συνεργασία με μεγάλα Νοσηλευτικά Ιδρύματα όταν θα παρέχεται επιστημονική βοήθεια.⁶⁵

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

A. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της μελέτης είναι να προσεγγίσουμε τα αίτια, τις επιπτώσεις σωματικές, ψυχικές, κοινωνικές και οικογενειακές του καπνίσματος, να καταγράψουμε κατά πόσο οι άνθρωποι της σημερινής κοινωνίας θέλουν να καπνίζουν, γνωρίζουν τι προκαλούν στο σώμα τους, στην οικογένεια τους, πόσο συχνά προσβάλλονται από ασθένειες σχετικές με το κάπνισμα, προκειμένου να ανιχνευθούν θέματα υγείας των καπνιστών και να δοθούν ερεθίσματα των νοσηλευτών για την βοήθεια αυτών των ατόμων έχοντας τελικό αποτέλεσμα υγιείς ενήλικες και παιδιά.

Τα αποτελέσματα της έρευνας θα αναλυθούν και θα συζητηθούν προκειμένου να συσχετισθεί η νοσηλευτική με την ποιότητα ζωής των καπνιστών-μη καπνιστών και να προταθούν νοσηλευτικές παρεμβάσεις με στόχους:

- A). Αύξηση της νοσηλευτικής γνώσης σχετικά με τους καπνιστές
- B). Βελτίωση της Νοσηλευτικής φροντίδας μέσα από οργάνωση κατάλληλων πλάνων φροντίδας και προσφοράς στους καπνιστές
- Γ). Εκπαίδευση των καπνιστών για πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση προβλημάτων
- Δ). Βελτίωση της ποιότητας ζωής

B. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας και πιο ειδικά με την μορφή της ποσοτικής και ενεργής έρευνας που είναι μορφή του περιγραφικού σχεδίου έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή.

Για την πραγματοποίηση της έρευνας μας χρησιμοποιήσαμε ανώνυμο ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου που περιελάμβανε ερωτήσεις ατομικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, επάγγελμα, γραμματικές γνώσεις κ.τ.λ),

ερωτήσεις σχετικές με την κατανάλωση τσιγάρων (ποσότητα, ηλικία έναρξης) και άλλες ερωτήσεις.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 52 ερωτήσεις. Χρησιμοποιήθηκε το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο γιατί υπήρχε αξιοπιστία και εγκυρότητα. Υπήρχε ευκολία στην ανεύρεση των δεδομένων και ο χρόνος που διαθέταμε για την μελέτη μας ήταν περιορισμένος.

Γ. ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο χρόνος που έγινε η συλλογή των δεδομένων ήταν από τον Ιανουάριο του 2003 έως τον Μάρτιο του 2003.

Δ. ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε σπίτια της περιοχής των Αθηνών, Θεσσαλονίκης, Πάτρας και της ευρύτερης περιοχής του Αιγίου.

Ε. ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Με την εξασφάλιση της ανωνυμίας των ερωτηματολογίων εξασφαλίστηκε η προστασία των ατόμων άλλα και βοήθησε έτσι ώστε οι απαντήσεις να είναι όσο το δυνατόν αυθόρμητες.

Δεν προέκυψαν οικονομικά ζητήματα. Η μόνη οικονομική δαπάνη ήταν η φωτοαντιγράφιση των ερωτηματολογίων.

ΣΤ. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνας μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθύνονταν σε καπνιστές άνδρες και γυναίκες όλων των ηλικιών.

Το δείγμα επιλέχθηκε με απλή τυχαία δειγματοληψία δηλαδή από κάθε τετράγωνο επιλέχθηκε το πρώτο και το τελευταίο σπίτι και πιο συγκεκριμένα από το κάθε σπίτι ρωτήθηκε μόνο ένα άτομο που συμπεριλήφθηκε στο δείγμα

τυχαία. Το σύνολο των ερωτηθέντων είναι 200 άτομα από τα οποία τα 102 είναι γένους αρσενικού ενώ τα 98 είναι γένους θηλυκού. Η ηλικίες που μελετήσαμε είναι από 18 ετών έως 79 ετών.

Z. ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση Ελληνικές και Διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε 15 λεπτά της ώρας.

H. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Κριτήρια εισαγωγής στην ερευνά μας ήταν:

-το συστηματικό κάπνισμα

Κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

-μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν τα 200 ερωτηματολόγια από το σύνολο των 210 που διανεμήθηκαν.

Θ. ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνα με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κ.τ.λ. πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας, εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης). Για τον λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε τον σκοπό της ερευνάς μας, επιδιώκαμε την μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο και

τον φορέα της έρευνας-σχολή της φοίτησής μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα της παρούσας εργασίας.

Ι. ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μια αντιπροσώπευε μια ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SigmaStat 1.0 for Windows.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων. Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων, ήταν το chi-square ή χ^2 (με ή χωρίς τον διορθωτικό συντελεστή του Yates για την συνέχεια) ή το Fishers exact όπου η αναμενόμενη τιμή της διχοτόμου μεταβλητής ήταν μικρότερη του 5.

Στο τέλος των αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από: 1) Μέγεθος του δείγματος και βαθμοί ελευθερίας, 2) τιμή της χ^2 , 3) Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (p - value).

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα $p < 0,05$.

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ συνήθως ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

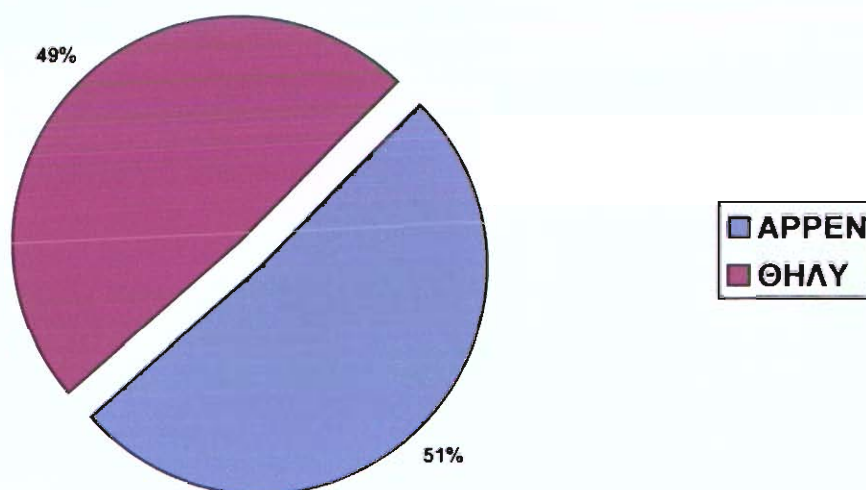
A. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

1. Δημογραφικά στοιχεία

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΘΗΛΥ	98	49
ΑΡΡΕΝ	102	51
ΣΥΝΟΛΟ	200	100

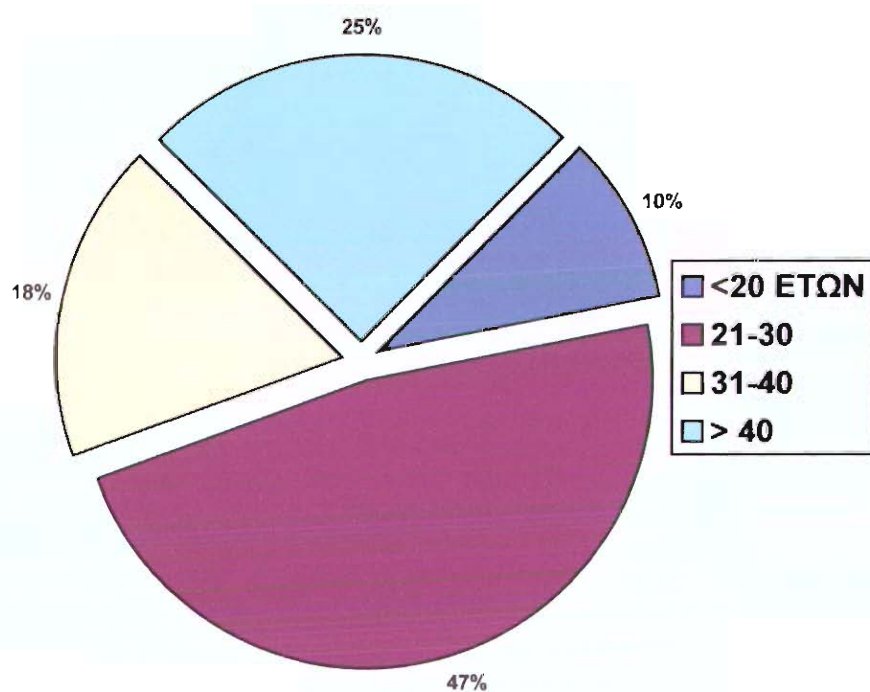
Οι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν μισές γυναίκες και μισοί άνδρες.



ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
<20 ετών	19	9,5
21-30	95	47,5
31-40	36	18
> 40 ετών	50	25
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 21 και μικρότερης των 30 ετών.



ΠΙΝΑΚΑΣ 3 : Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το επάγγελμα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΦΟΙΤΗΤΗΣ	40	20
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	40	20
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	60	30
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	20	13
ΜΑΘΗΤΗΣ	14	7
ΑΝΕΡΓΟΣ	7	3,5
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	13	6,5
ΟΙΚΙΑΚΑ	6	3
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την μόρφωση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	16	8
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	56	28
ΤΕΧ. ΣΧΟΛΕΣ	20	10
ΑΕΙ-ΑΤΕΙ	108	54
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν απόφοιτοι ή σπουδαστές ΑΕΙ-ΑΤΕΙ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΥΜΦΩΝΩ	126	63
ΔΙΑΦΩΝΩ	70	35
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΨΗ	4	2
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

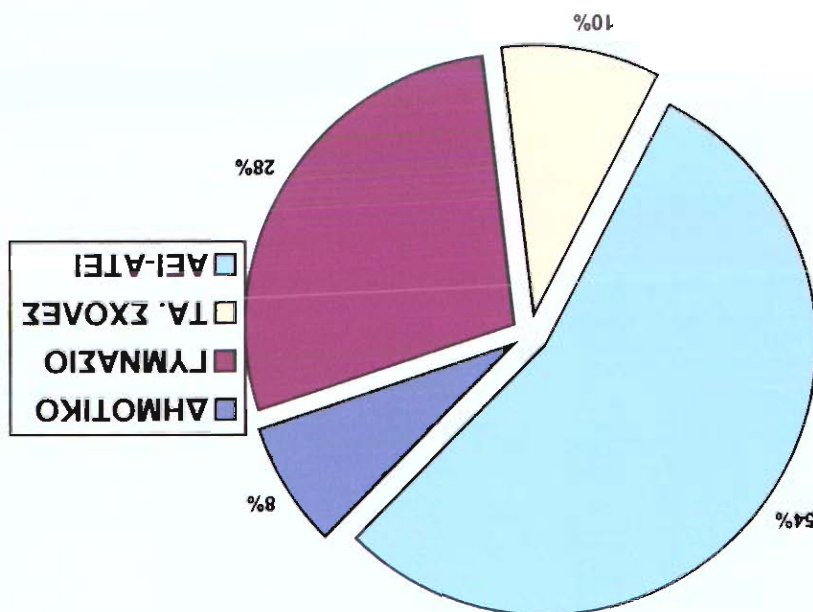
Το κείμενο ηχεί τα νεύρα

σχέση με τις παρακάτω απόψεις:

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1-1.14: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε

1. ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

2. Απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο



Τους φίλους μου θα τους ενοχλούσε αν κάπνιζα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΥΜΦΩΝΩ	43	21,5
ΔΙΑΦΩΝΩ	131	65,5
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΨΗ	26	13
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Τη μητέρα μου θα την ενοχλούσε αν κάπνιζα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΥΜΦΩΝΩ	130	65
ΔΙΑΦΩΝΩ	60	30
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΨΗ	10	5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο των πνευμόνων

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΥΜΦΩΝΩ	188	94
ΔΙΑΦΩΝΩ	8	4
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΨΗ	4	2
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Το κάπνισμα έχει πλάκα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΥΜΦΩΝΩ	26	13
ΔΙΑΦΩΝΩ	161	80,5
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΨΗ	13	6,5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Το κάπνισμα είναι ευχάριστο

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΥΜΦΩΝΩ	131	65,5
ΔΙΑΦΩΝΩ	52	26
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΨΗ	17	6,5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Το κάπνισμα βοηθά να διατηρείς τη σιλουέτα σου.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΥΜΦΩΝΩ	23	11,5
ΔΙΑΦΩΝΩ	154	77
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΨΗ	23	11,5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Τα παιδιά καπνίζουν για να κάνουν τους έξυπνους

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΥΜΦΩΝΩ	161	80,5
ΔΙΑΦΩΝΩ	27	13,5
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΨΗ	12	6
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Το κάπνισμα προκαλεί καρδιοπάθειες

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΥΜΦΩΝΩ	185	92,5
ΔΙΑΦΩΝΩ	0	0
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΨΗ	15	7,5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Τον πατέρα μου θα τον ενοχλούσε αν κάπνιζα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΥΜΦΩΝΩ	148	74
ΔΙΑΦΩΝΩ	45	44,5
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΨΗ	7	3,5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Το κάπνισμα σε κάνει να νοιώθεις μεγάλος

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΥΜΦΩΝΩ	28	14
ΔΙΑΦΩΝΩ	157	78,5
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΨΗ	15	7,5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Το κάπνισμα είναι πεταμένα λεφτά

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΥΜΦΩΝΩ	179	89,5
ΔΙΑΦΩΝΩ	18	9
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΨΗ	3	1,5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Το κάπνισμα σε κάνει να μυρίζεις άσχημα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΥΜΦΩΝΩ	185	92,5
ΔΙΑΦΩΝΩ	11	5,5
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΨΗ	4	2
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Το κάπνισμα σε κάνει να νοιώθεις σπουδαίος

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΥΜΦΩΝΩ	12	6
ΔΙΑΦΩΝΩ	182	91
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΨΗ	6	3
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα συμφωνούν ότι το κάπνισμα ηρεμεί τα νεύρα, διαφωνούν ότι το κάπνισμα ενοχλεί τους φίλους τους, συμφωνούν ότι θα ενοχλούσε την μητέρα τους αν κάπνιζαν. Συμφωνούν ότι το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο των πνευμόνων, διαφωνούν ότι το κάπνισμα έχει πλάκα, συμφωνούν ότι είναι ευχάριστο, διαφωνούν όμως ότι διατηρεί τη σιλουέτα τους. Συμφωνούν ότι καπνίζουν για να κάνουν τους έξυπνους, συμφωνούν ότι προκαλεί καρδιοπάθειες, συμφωνούν ότι ενοχλεί το αν κάπνιζαν τον πατέρα τους. Οι περισσότεροι διαφωνούν ότι τους κάνει να νοιώθουν μεγάλοι, συμφωνούν ότι είναι πεταμένα λεφτά και ότι μυρίζουν άσχημα, διαφωνούν όμως ότι τους κάνει να νοιώθουν σπουδαίοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.α-γ : Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τα παρακάτω:

Α. Σε μια εβδομάδα καπνίζω περίπου

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1-9 τσιγάρα	9	4,5
10-19	6	3
20-29	18	9
30-39	17	8,5
40-49	10	5
50-59	13	6,5
> 60 τσιγάρα	110	55
άλλο	17	8,5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Β. Όταν πρωτοκάπνισα ήμουν περίπου

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
< 11 ετών	5	2,5
11-13	11	5,5
14-16	50	25
17-19	100	50
20-29	30	15
30-39	1	0,5
> 40 ετών	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Γ. Το πρώτο τσιγάρο που κάπνισα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Το ζήτησα από φίλους	75	37,5
Μου το πρόσφεραν φίλοι	46	23
Το πήρα κρυφά από το πακέτο των γονιών μου	15	7,5
Μου το έδωσαν οι γονείς μου	19	9,5
Το αγόρασα από περιέργεια	29	14,5
Άλλο	7	3,5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα καπνίζουν περισσότερα από 60 τσιγάρα την εβδομάδα, πρωτοκάπνισαν σε ηλικία 17-19 ετών και ζήτησαν το πρώτο τους τσιγάρο από τους φίλους τους.

II. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.Α-Ι : Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με .

Α. Το 90 % των αρρώστων από καρκίνο του πνεύμονα είναι καπνιστές

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΩΣΤΟ	92	46
ΛΑΘΟΣ	20	10
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	88	44
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Β. Ο καρκίνος του πνεύμονα σκοτώνει περισσότερους ανθρώπους από κάθε άλλο καρκίνο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΩΣΤΟ	100	50
ΛΑΘΟΣ	30	15
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	70	35
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Γ. Το κάπνισμα είναι η κύρια αιτία της χρόνιας βρογχίτιδας

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΩΣΤΟ	148	74
ΛΑΘΟΣ	10	5
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	42	21
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Δ. Το εμφύσημα είναι μια αρρώστια που σκοτώνει τους πνεύμονες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΩΣΤΟ	53	26,5
ΛΑΘΟΣ	24	12
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	121	60,5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Ε. Τα άτομα με εμφύσημα μπορούν να εργασθούν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΩΣΤΟ	57	28,5
ΛΑΘΟΣ	18	9
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	125	62,5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

ΣΤ. Ο καπνός και το τσιγάρο είναι συστατικά που επιταχύνουν τη δράση της καρδιάς.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΩΣΤΟ	101	50,5
ΛΑΘΟΣ	19	9,5
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	80	40
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Ζ. Το μονοξείδιο του άνθρακα μέσα στο καπνό αντικαθιστά περίπου το 10 % του οξυγόνου σε κάθε αναπνοή.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΩΣΤΟ	100	50
ΛΑΘΟΣ	8	4
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	92	46
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Η. Ο καπνός στενεύει τις αρτηρίες και μειώνει το ποσοστό του οξυγόνου στο αίμα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΩΣΤΟ	163	81,5
ΛΑΘΟΣ	2	1
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	35	17,5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Θ. Η νικοτίνη είναι δηλητηριώδης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΩΣΤΟ	146	73
ΛΑΘΟΣ	25	12,5
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	29	14,5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Ι. Η νικοτίνη προκαλεί εθισμό.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΩΣΤΟ	177	88,5
ΛΑΘΟΣ	8	4
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	15	7,5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες θεωρούν σωστό ή δεν γνωρίζουν ότι το 90% των αρρώστων από καρκίνο του πνεύμονα είναι καπνιστές, ότι ο καρκίνος του πνεύμονα σκοτώνει περισσότερους ανθρώπους από κάθε άλλο καρκίνο, ότι είναι κύρια αιτία της χρόνιας βρογχίτιδας,. Επίσης οι ερωτηθέντες θεωρούν σωστό ή δεν γνωρίζουν ότι το κάπνισμα έχει σχέση με το εμφύσημα και τα προβλήματα που δημιουργούνται απ' αυτό. Οι ερωτηθέντες θεωρούν σωστό ή δεν γνωρίζουν τα προβλήματα που δημιουργούνται από το κάπνισμα σε σχέση με την καρδιά, την αναπνοή τις αρτηρίες.

Οι ερωτηθέντες θεωρούν σωστό ότι η νικοτίνη είναι δηλητήριο και ότι προκαλεί εθισμό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.α-δ : Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τους κινδύνους των καπνιστών.

A. Καρκίνος του στόματος

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΩΣΤΟ	181	90,5
ΛΑΘΟΣ	19	9,5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

B. Καρκίνο του λαιμού

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΩΣΤΟ	160	80
ΛΑΘΟΣ	40	20
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Γ. Καρκίνο του οισοφάγου

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΩΣΤΟ	170	85
ΛΑΘΟΣ	30	15
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Δ. Καρκίνο της κύστης

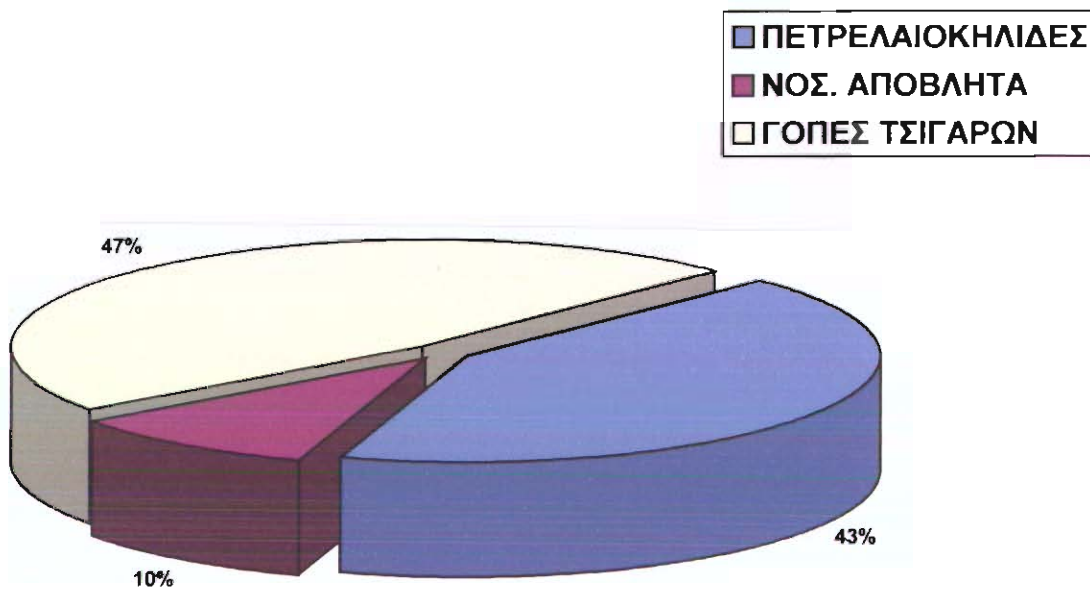
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΣΩΣΤΟ	61	30,5
ΛΑΘΟΣ	139	69,5
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι το κάπνισμα είναι αιτία του καρκίνου του στόματος, του λαιμού, του οισοφάγου αλλά όχι του καρκίνου της ουροδόχου κύστης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την μεγαλύτερη πηγή μόλυνσης των ακτών.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΕΤΡΕΛΑΙΟΚΗΛΙΔΕΣ	86	43
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΑΠΟΒΛΗΤΑ	20	10
ΓΟΠΕΣ ΤΣΙΓΑΡΩΝ	94	47
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

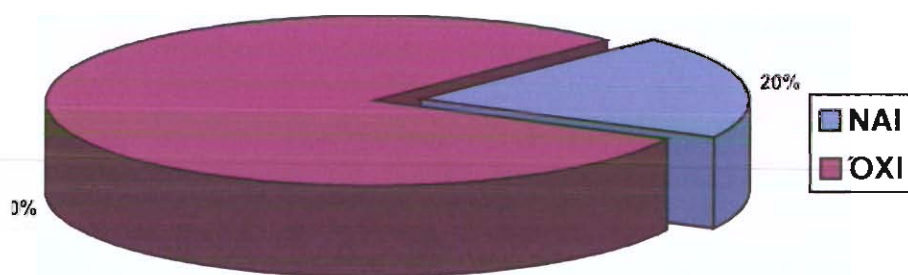
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι οι γόπες τσιγάρων είναι η μεγαλύτερη μόλυνση των ακτών.



ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν ελέγχουν την ετικέτα πριν ανοίξουν ένα πακέτο τσιγάρα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	40	20
ΟΧΙ	160	80
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

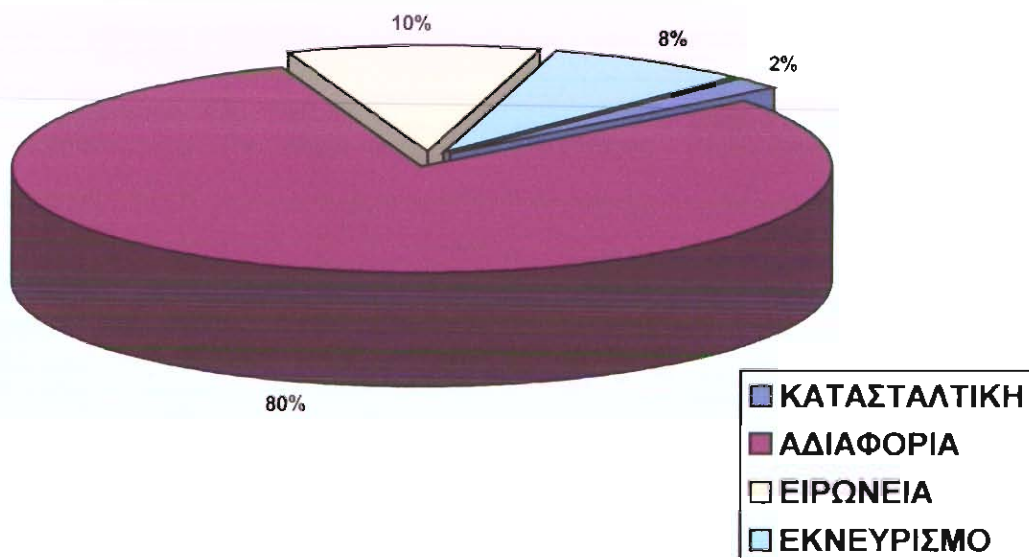
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν ελέγχουν την ετικέτα πριν ανοίξουν ένα πακέτο τσιγάρα.



ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τις επιδράσεις της ετικέτας στους χρήστες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗ	4	2
ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ	160	80
ΕΙΡΩΝΕΙΑ	20	10
ΕΚΝΕΥΡΙΣΜΟ	16	8
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

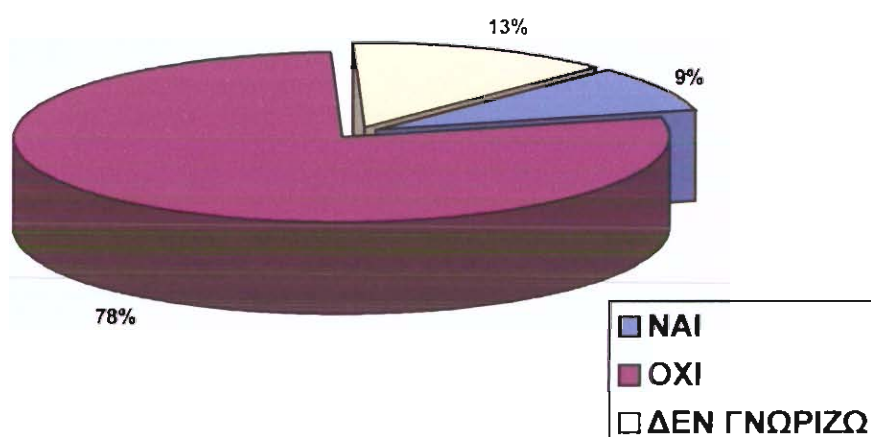
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι οι χρήστες αδιαφορούν για το περιεχόμενο της ετικέτας.



ΠΙΝΑΚΑΣ 6 : Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την επιτυχία του αντικαπνιστικού αγώνα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	18	9
ΟΧΙ	156	78
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	26	13
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

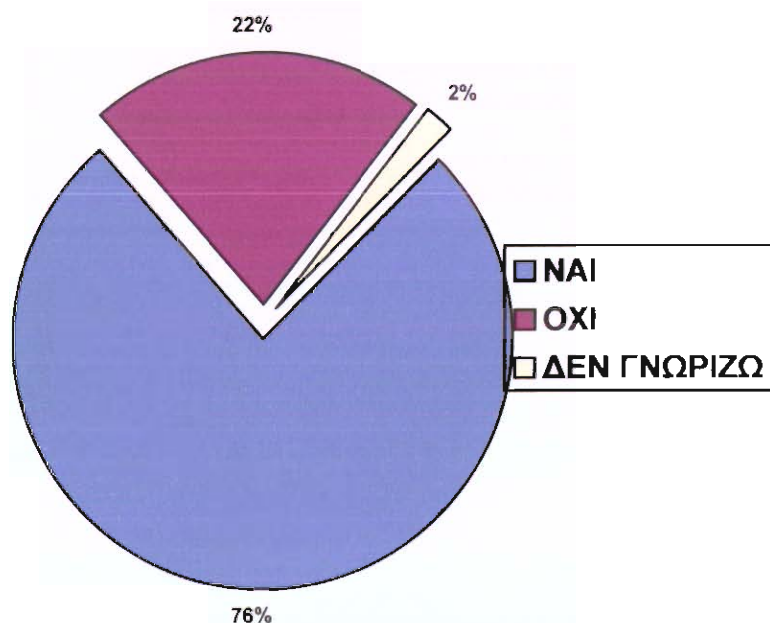
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ότι δεν έχει επιτύχει ο αντικαπνιστικός αγώνας.



ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τον αν συμφωνούν με την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	152	76
ΟΧΙ	44	22
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	4	2
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

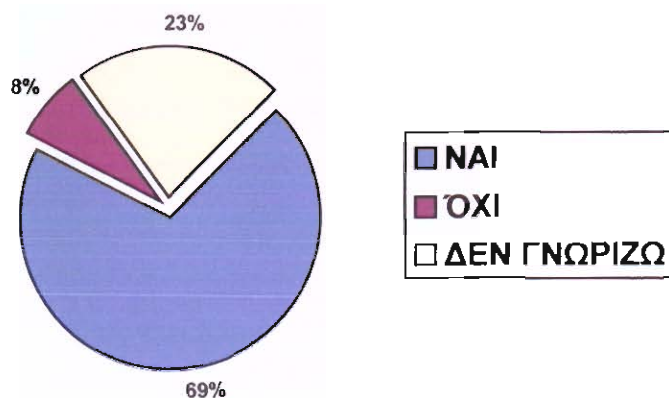
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες συμφωνούν να απαγορευθεί το κάπνισμα στους δημόσιους χώρους.



ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να οργανώνουν αντικαπνιστικά προγράμματα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	138	69
ΟΧΙ	16	8
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	46	23
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

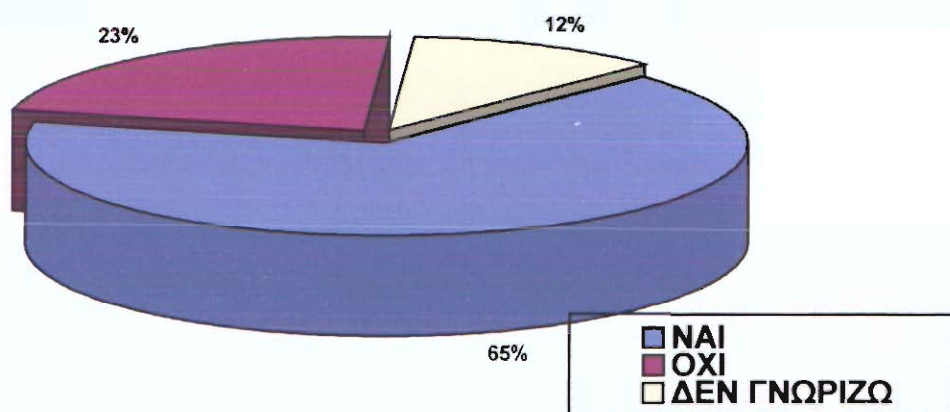
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θέλουν οι επαγγελματίες να οργανώνουν αντικαπνιστικά προγράμματα.



ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την επίδραση της συμβουλευτικής νοσηλευτικής στην μείωση του καπνίσματος.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	130	65
ΟΧΙ	46	23
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	24	12
ΣΥΝΟΛΟ	200	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι η συμβουλευτική Νοσηλευτική θα συμβάλει στη μείωση του καπνίσματος.



Β. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Συσχέτιση των απαντήσεων των 200 ερωτηθέντων καπνιστών για εντοπισμό τυχόν διαφορών σε σχέση με το φύλο (Ερώτ. 1)

Α. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΣΤΙΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ

ΥΠΟΟΜΑΔΑ	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	P
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ			
ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ: ΗΡΕΜΕΙΑ ΝΕΥΡΑ			
ΣΥΜΦΩΝΩ	58	68	< 0.05
ΔΙΑΦΩΝΩ	40	30	
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΨΗ	4	0	
ΒΟΗΘΑ ΣΤΗ ΣΙΛΟΥΕΤΑ			
ΣΥΜΦΩΝΩ	3	20	< 0,05
ΔΙΑΦΩΝΩ	79	75	
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΨΗ	20	3	
ΝΟΙΩΘΕΙΣ ΣΠΟΥΔΑΙΟΣ			
ΣΥΜΦΩΝΩ	7	5	> 0.05
ΔΙΑΦΩΝΩ	92	90	
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΨΗ	3	3	
ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ			
ΕΘΙΣΜΟΣ ΑΠΟ ΝΙΚΟΤΙΝΗ			
ΣΩΣΤΟ	93	84	> 0.05
ΛΑΘΟΣ	3	5	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	6	9	
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΤΣΙΓΑΡΟ			
ΣΩΣΤΟ	43	49	> 0.05
ΛΑΘΟΣ	9	11	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	40	48	

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΙΜΟΥ			
ΣΩΣΤΟ	77	83	>0.05
ΛΑΘΟΣ	25	15	
ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΜΟΛΥΝΣΗ ΑΚΤΩΝ ΑΠΟ			
ΠΕΤΡΕΛΑΙΟΚΗΛΙΔΕΣ	46	40	< 0.05
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΑΠΟΒΛΗΤΑ	15	5	
ΓΟΠΕΣ ΤΣΙΓΑΡΩΝ	44	53	
ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΕΤΙΚΕΤΑΣ ΤΣΙΓΑΡΩΝ			
ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗ	2	2	> 0,05
ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ	84	76	
ΕΙΡΩΝΕΙΑ	8	12	
ΕΚΝΕΥΡΙΣΜΟ	8	8	
ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΟΥ ΑΓΩΝΑ			
ΝΑΙ	9	9	> 0,05
ΟΧΙ	80	76	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	13	13	
ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ			
ΝΑΙ	80	72	> 0,05
ΟΧΙ	21	23	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	1	3	

ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ			
ΝΑΙ	74	64	> 0,05
ΟΧΙ	8	8	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	20	26	
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ			
ΝΑΙ	60	70	> 0,05
ΟΧΙ	30	16	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	12	12	
ΣΥΝΟΛΟ	102	98	

Στις απαντήσεις των ερωτηθέντων για εντοπισμό σχέσης μεταξύ του φύλου και των διαφόρων ερωτήσεων διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των υποομάδων των απαντήσεων:

- στην ερώτηση ότι το κάπνισμα ηρεμεί τα νεύρα
- στο ότι το κάπνισμα βοηθά στη σιλουέτα
- στο ότι το κάπνισμα είναι υπεύθυνο και για την μόλυνση των ακτών

Οι ερωτώμενοι ανάλογα με το φύλο τους απάντησαν και πολύ διαφορετικά στις παραπάνω περιπτώσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Συσχέτιση των απαντήσεων των 200 ερωτηθέντων για τον εντοπισμό τυχόν διαφορών σε σχέση με την ηλικία. (Ερώτηση 2)

Β. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΙΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ

ΥΠΟΜΑΔΑ	< 20 ΕΤΩ N	20-40	> 40	P
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ				
ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ: ΗΡΕΜΕΙ ΤΑ ΝΕΥΡΑ				
ΣΥΜΦΩΝΩ	14	72	40	< 0.05
ΔΙΑΦΩΝΩ	5	55	10	
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΨΗ	0	4	0	
ΒΟΗΘΑ ΣΤΗ ΣΙΛΟΥΕΤΑ				
ΣΥΜΦΩΝΩ	15	5	3	< 0,05
ΔΙΑΦΩΝΩ	4	106	44	
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΨΗ	0	20	3	
ΝΟΙΩΘΕΙΣ ΣΠΟΥΔΑΙΟΣ				
ΣΥΜΦΩΝΩ	2	6	4	> 0.05
ΔΙΑΦΩΝΩ	17	121	44	
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΨΗ	0	4	2	
ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ :ΕΘΙΣΜΟΣ ΑΠΟ ΝΙΚΟΤΙΝΗ				
ΣΩΣΤΟ	16	116	44	> 0.05
ΛΑΘΟΣ	2	4	2	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	1	10	4	
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΤΣΙΓΑΡΟ				

ΣΩΣΤΟ	9	69	14	< 0.05
ΛΑΘΟΣ	2	14	4	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	8	48	32	
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΙΜΟΥ				
ΣΩΣΤΟ	15	110	35	>0.05
ΛΑΘΟΣ	4	21	15	
ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΜΟΛΥΝΣΗ ΑΚΤΩΝ ΑΠΟ				
ΠΕΤΡΕΛΑΙΟΚΗΛΙΔΕΣ	10	60	16	> 0,05
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΑΠΟΒΛΗΤΑ	0	15	5	
ΓΟΠΕΣ ΤΣΙΓΑΡΩΝ	9	56	29	
ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΕΤΙΚΕΤΑΣ ΤΣΙΓΑΡΩΝ				
ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗ	0	4	0	< 0.05
ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ	16	97	49	
ΕΙΡΩΝΕΙΑ	2	15	1	
ΕΚΝΕΥΡΙΣΜΟ	1	15	0	
ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΟΥ ΑΓΩΝΑ				
ΝΑΙ	4	10	4	> 0.05
ΟΧΙ	13	101	42	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	2	20	4	
ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ				
ΝΑΙ	14	98	40	>0.05
ΟΧΙ	4	30	10	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	1	3	0	

ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ				
ΝΑΙ	9	101	30	< 0.05
ΟΧΙ	1	10	5	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	9	20	15	
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ				
ΝΑΙ	7	77	45	< 0,05
ΟΧΙ	6	40	0	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	6	14	5	
ΣΥΝΟΛΟ	19	131	50	200

Στις απαντήσεις των ερωτηθέντων για εντοπισμό σχέσης μεταξύ της ηλικίας και των διαφόρων ερωτήσεων διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των υποομάδων των απαντήσεων:

- στο ότι το κάπνισμα ηρεμεί τα νεύρα
- στο ότι το κάπνισμα βοηθά στη σιλουέτα
- στο ότι προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα
- στην επίδραση της ετικέτας στα πακέτα των τσιγάρων
- στην άποψη τους για τα αντικαπνιστικά προγράμματα και
- την συμβουλευτική νοσηλευτική και την αντιμετώπιση του καπνίσματος

Οι ερωτώμενοι ανάλογα με την ηλικία τους απάντησαν και πολύ διαφορετικά στις παραπάνω περιπτώσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Συσχέτιση των απαντήσεων των 200 ερωτηθέντων για τον εντοπισμό τυχόν διαφορών σε σχέση με την μόρφωση. (Ερώτηση 4)

Γ. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΤΙΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ

ΥΠΟΜΑΔΑ	ΔΗΜΟΤ ΙΚΟ	ΓΥΜΝ ΑΣΙΟ	ΑΕΙ- ΑΤΕΙ	P
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ				
ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ: ΗΡΕΜΕΙΑ ΝΕΥΡΑ				
ΣΥΜΦΩΝΩ	9	44	73	> 0.05
ΔΙΑΦΩΝΩ	7	30	33	
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΨΗ	0	2	2	
ΒΟΗΘΑ ΣΤΗ ΣΙΛΟΥΕΤΑ				
ΣΥΜΦΩΝΩ	2	10	11	> 0,05
ΔΙΑΦΩΝΩ	14	54	86	
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΨΗ	0	12	11	
ΝΟΙΩΘΕΙΣ ΣΠΟΥΔΑΙΟΣ				
ΣΥΜΦΩΝΩ	1	5	6	> 0.05
ΔΙΑΦΩΝΩ	15	68	99	
ΔΕΝ ΕΧΩ ΑΠΟΨΗ	0	3	3	
ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ :ΕΘΙΣΜΟΣ ΑΠΟ ΝΙΚΟΤΙΝΗ				
ΣΩΣΤΟ	14	65	98	> 0.05
ΛΑΘΟΣ	1	4	3	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	1	7	7	
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΤΣΙΓΑΡΟ				

ΣΩΣΤΟ	6	28	58	> 0.05
ΛΑΘΟΣ	2	8	10	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	8	40	40	
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΙΜΟΥ				
ΣΩΣΤΟ	12	56	92	> 0.05
ΛΑΘΟΣ	4	20	16	
ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΜΟΛΥΝΣΗ ΑΚΤΩΝ ΑΠΟ				
ΠΕΤΡΕΛΑΙΟΚΗΛΙΔ ΕΣ	6	56	102	< 0,05
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΑΠΟΒΛΗΤΑ	0	16	4	
ΓΟΠΕΣ ΤΣΙΓΑΡΩΝ	10	4	2	
ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΕΤΙΚΕΤΑΣ ΤΣΙΓΑΡΩΝ				
ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΗ	0	1	3	> 0.05
ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ	14	61	85	
ΕΙΡΩΝΕΙΑ	1	7	12	
ΕΚΝΕΥΡΙΣΜΟ	1	7	8	
ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΟ Υ ΑΓΩΝΑ				
ΝΑΙ	0	8	10	> 0.05
ΟΧΙ	16	58	82	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0	10	16	
ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ				
ΝΑΙ	14	57	81	> 0.05

ΟΧΙ	2	18	24	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0	1	3	
ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ				
ΝΑΙ	11	46	81	> 0.05
ΟΧΙ	1	8	7	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	4	22	20	
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ				
ΝΑΙ	10	62	58	< 0,05
ΟΧΙ	6	10	30	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	0	4	20	
ΣΥΝΟΛΟ	16	76	108	200

Στις απαντήσεις των ερωτηθέντων για εντοπισμό σχέσης μεταξύ των ερωτηθέντων σε σχέση με το επίπεδο μόρφωσή τους και τις διάφορες απαντήσεις διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις ερωτήσεις που αφορούσαν:

- την επίδραση του καπνίσματος στην μόλυνση των ακτών και
- στο ρόλο της συμβουλευτικής νοσηλευτικής στην αντιμετώπιση του καπνίσματος.

Οι ερωτώμενοι ανάλογα με την μόρφωσή τους απάντησαν και πολύ διαφορετικά στις παραπάνω περιπτώσεις.

Η περιβαλλοντική διάσταση του καπνίσματος και ο πιθανός ρόλος των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση τους συγκεντρώνουν και την υψηλότερη διασπορά απόψεων γεγονός που ενισχύει και την ανάγκη περισσότερης ενημέρωσης του κοινού πάνω στα συγκεκριμένα θέματα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο κεφάλαιο αυτό θα συζητηθούν τα σπουδαιότερα ευρήματα της παρούσης μελέτης.

Η μελέτη μας στοχεύει να αποδείξει ότι η νοσηλευτική προσφέρει στην διατήρηση και προαγωγή της υγείας των ανθρώπων και ακόμα ότι συμβάλει στην υγιεινή ανάπτυξή τους.

Η νοσηλευτική συμβάλει όχι μόνο στο να αναπτύξουν οι άνθρωποι αισθήματα και συνήθειες φροντίδας υγείας αλλά και ενισχύει την ποιότητα ζωής τους.

Στόχος μας είναι να αποδείξουμε ότι η ύπαρξη του νοσηλευτή είναι απαραίτητη και έχει θετικά αποτελέσματα γιατί προάγει την υγεία, ενημερώνοντας και βοηθώντας τους να σταματήσουν αλλά και να απαρνηθούν αυτή την καταστρεπτική συνήθεια για την υγεία τους.

Προκειμένου οι νοσηλευτές να ανοιχθούν επαγγελματικά θα πρέπει να γνωρίζουν πως σκέφτονται οι καπνιστές και πάνω απ' όλα, τα προβλήματα που δημιουργεί το κάπνισμα στους ίδιους αλλά και στο σύνολο της κοινωνίας. Έτσι θα μπορέσουν να εργαστούν αποτελεσματικά δημιουργώντας εξατομικευμένα πλάνα φροντίδας.

Κατηγοριοποίηση παραμέτρων ερωτηματολογίου

Προκειμένου οι νοσηλευτές να δημιουργήσουν εξατομικευμένα πλάνα νοσηλευτικής φροντίδας στους καπνίζοντες και μη καπνίζοντες είναι απαραίτητο να γνωρίζουν τη φυσική-σωματική και ψυχική κατάσταση του ατόμου, πόσο το κάπνισμα επηρεάζει τα συστήματα του οργανισμού των ανθρώπων και την ανταπόκριση των νοσηλευτών απέναντι στις ανάγκες των καπνιζόντων.

Επίσης, το επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων και το επίπεδο επικοινωνίας, είναι στοιχεία απαραίτητα για την δημιουργία των ποιοτικών πλάνων παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

Με το πιλοτικό πλαίσιο που χρησιμοποιήθηκε μελετήθηκαν οι βασικοί παράμετροι που αναφέρθηκαν. Ως εργαλείο συλλογής των πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο. Οι ερωτήσεις κατηγοριοποιήθηκαν και ομαδοποιήθηκαν για την καλύτερη ανάλυση δεδομένων.

Έτσι έχουμε:

1. Τα δημογραφικά στοιχεία στη μελέτη αυτή περιλαμβάνουν το φύλο (άντρας – γυναίκα), την ηλικία, το επάγγελμα (ερώτηση 1,2,3).
2. Το επίπεδο γνώσεων αξιολογείται από το μορφωτικό επίπεδο (Δημοτικό, Γυμνάσιο, Λύκειο, Τεχνικές Σχολές, Τ.Ε.Ι. - Α.Ε.Ι.) και από το αν γνωρίζει τι προκαλεί το τσιγάρο και αν έχει γνώσεις σχετικά με τα προβλήματα που προκαλεί σε συγκεκριμένα όργανα του ανθρώπινου σώματος βρίσκεται στην ερώτηση 4, 5, 7 (α, β, γ, δ, ε, στ, ζ, η, θ, ι), 8 (α, β, γ, δ), αντίστοιχα.
3. Η ηλικία έναρξης, η ποσότητα των τσιγάρων που καταναλώνουν μέσα σε 1 εβδομάδα και ο τρόπος έναρξης του καπνίσματος μετριέται στην ερώτηση 6 α, β, γ.
4. Η προσωπική εκτίμηση των καπνιστών όσον αφορά την πηγή μόλυνσης στις ακτές αναφέρεται στην ερώτηση 9.
5. Ο έλεγχος τις ετικέτας που βρίσκεται στα πακέτα και τα συναισθήματα που προκαλεί στους καπνιστές μετριέται στην ερώτηση 10, 11.
6. Οι προσωπικές εκτιμήσεις των καπνιστών για την λειτουργικότητα του αντικαπνιστικού αγώνα μετριέται στην 12 ερώτηση και παράλληλα η γνώμη τους για την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους στην ερώτηση 13.
7. Οι απόψεις τους για την οργάνωση αντικαπνιστικών προγραμμάτων από τους επαγγελματίες υγείας μετριέται στην 14 ερώτηση.
8. Η γνώμη τους για τον ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει η συμβουλευτική νοσηλευτική για την μείωση του καπνίσματος καταγράφεται στην ερώτηση 15.

Ανάλυση των αποτελεσμάτων και συζήτηση των δεδομένων

Το 51% του δείγματος ήταν άνδρες και το 49% γυναίκες. Από αυτούς το 47,5% ήταν ηλικίας 21-30 ετών και το 25% άνω των 40 ετών. Το 30% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 20% φοιτητές και αντίστοιχα το 20% ελεύθεροι επαγγελματίες, το 54% του δείγματος είχε μορφωτικό επίπεδο: πανεπιστημίων και ανωτάτων τεχνολογικών Ιδρυμάτων και το 8% είχαν τελειώσει μόνο το Δημοτικό.

Το 63% των ερωτηθέντων, πιστεύουν πως το κάπνισμα τους ηρεμεί, το 65,5% ότι δεν θα ενοχλούσε τους φίλους τους ο καπνός του τσιγάρου τους, το 65% δήλωσε πως η μητέρα τους θα ενοχλούνταν αν κάπνιζαν, το 94% συμφώνησε πως το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο των πνευμόνων, το 80,5% διαφώνησε πως το κάπνισμα έχει πλάκα, αλλά το 65,5% είπε πως είναι ευχάριστο.

Το 77% διαφώνησε πως το κάπνισμα βοηθά στη διατήρηση της σιλουέτας τους, το 80,5 ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό του δείγματος συμφώνησε πως τα παιδιά καπνίζουν για να κάνουν τους έξυπνους στοιχείο που έχει αποδειχθεί και από παλαιότερες μελέτες.

Μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος διαφωνεί ότι το κάπνισμα σε κάνει να νιώθεις σπουδαίος και μεγάλος, όμως παρόλα αυτά η συντριπτική πλειοψηφία 89,5% παραδέχτηκε πως το κάπνισμα είναι πεταμένα λεφτά και ότι σε κάνει να μυρίζεις άσχημα σε ποσοστό 92,5%!!

Στην παρούσα μελέτη το 55% του δείγματος αποδείχθηκε ότι καπνίζει πάνω από 60 τσιγάρα την εβδομάδα. Σύμφωνα με έρευνα που έγινε στο Εδιμβούργο της Σκωτίας για την χρήση του καπνού από την Odette Parry, βρέθηκε ότι το 48% καπνίζει πάνω από 60 τσιγάρα την εβδομάδα, ενώ το 10% φαίνεται να ξεπερνά τα 100 τσιγάρα την εβδομάδα!!!

Το 50% φάνηκε ότι ξεκίνησε την καπνιστική συνήθεια ανάμεσα στα 17 και 19 χρόνια. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε έρευνα που διεξήχθη στο Κ. Υ Αλιβερίου τον Ιανουάριο του 1995 από τον διευθυντή του Κέντρου Υγείας.

Το πρώτο τσιγάρο αποδείχθηκε ότι ζητήθηκε από φίλους με ποσοστό 37,5%. Έρευνα του Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας που πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα 1997-1999, έδειξε πως το 65%

άρχισε το κάπνισμα λόγω παρότρυνσης από φίλους! Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι το 9% των καπνιστών δήλωσαν ότι παροτρύνθηκαν από τους γονείς τους!

Χαρακτηριστικές είναι οι απαντήσεις των καπνιστών σε ερωτήσεις σχετικές με τις χρόνιες ασθένειες που προκαλεί το κάπνισμα. Στην ερώτηση αν το 90% των αρρώστων από καρκίνο του πνεύμονα είναι καπνιστές, το 46% απάντησε πως συμφωνεί, ενώ το 44% απάντησε πως έχει άγνοια.

Στην ερώτηση για το αν το εμφύσημα είναι ασθένεια που σκοτώνει τους πνεύμονες, το 60,5% δήλωσε πως δεν γνωρίζει, ακόμα και στην ερώτηση αν τα άτομα με εμφύσημα μπορούν να εργαστούν, απάντησαν και πάλι πως δεν το ξέρουν (ποσοστό 60,5%).

Όσο αφορά την ερώτηση για το αν ο καπνός στενεύει τις αρτηρίες φάνηκαν πιο ενημερωμένοι, δίνοντας σωστή απάντηση το 81,5%. Το μεγαλύτερο ποσοστό ορθότητας συγκέντρωσε η ερώτηση "αν η νικοτίνη προκαλεί εθισμό", με ποσοστό σωστής απάντησης 88,5%.

Εντύπωση προκάλεσε η απάντηση στον εάν το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο της κύστης, το 69,5% απάντησε πως δεν προκαλεί, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι οι καπνιστές έχουν άγνοια για τις αρνητικές επιδράσεις του τσιγάρου και των συστατικών του στην υγεία τους, αλλά και για τις ασθένειες που προκαλεί στα διάφορα όργανα.

Μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος απάντησε πως δεν ελέγχει την ετικέτα πριν ανοίξει το πακέτο (ποσοστό 80%) και επίσης ότι η ύπαρξη της τους δημιουργεί το αίσθημα της αδιαφορίας.

Απάντηση με πολλά μηνύματα έδωσαν στην ερώτηση για το αν είναι επιτυχής ο αντικαπνιστικός αγώνας. Το 78% απάντησε όχι, το 76% συμφώνησε με την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους.

Στην έρευνα που διεξήγαγε το American College of Obstetrician and Gynecologists του Hartford, Hospital σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο του Connecticut, από τον Ιανουάριο του 1998 ως τον Φεβρουάριο του 2000, απέδειξε ότι η συμβουλευτική νοσηλευτική μπορεί να συμβάλλει στην διακοπή αλλά και την μείωση της βλαπτικής αυτής συνήθειας του καπνίσματος.

Το 65% των ερωτηθέντων της μελέτης μας, πιστεύουν πως η συμβουλευτική νοσηλευτική μπορεί να επιδράσει μειωτικά στη διακοπή του καπνίσματος.

ΩΦΕΛΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της ερευνητικής εργασίας προέκυψαν κάποια συμπεράσματα τα οποία μπορούν να ωφελήσουν τόσο τους καπνιστές και το περιβάλλον τους όσο και την ίδια την νοσηλευτική στην ανάπτυξη και εξέλιξη του νοσηλευτικού της έργου.

- Αναγνωρίστηκε ο βαθμός των γνώσεων των καπνιστών όσον αφορά τις συνέπειες στην υγεία τους που προκαλεί το κάπνισμα.
- Επισημάνθηκε πως ένα μεγάλο ποσοστό δεν γνωρίζει τις επιδράσεις του καπνίσματος στον ανθρώπινο οργανισμό.
- Προέκυψε ότι οι καπνιστές είναι διατεθειμένοι να συμμετάσχουν ενεργά στην προώθηση αντικαπνιστικών προγραμμάτων.
- Αποδείχθηκε ότι ο αντικαπνιστικός αγώνας έχει πολλά ελλείμματα με αποτέλεσμα να μην λειτουργεί επιτυχώς.
- Επισημάνθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να οργανώνουν αντικαπνιστικά προγράμματα.

Για να αποβούν ωφέλιμα τα πιο πάνω συμπεράσματα, πρέπει να προταθούν μερικές ιδέες στην άμεση εφαρμογή των οποίων θα συμβάλλουν ενεργά φορείς όπως η πολιτεία, η τοπική αυτοδιοίκηση, οι νοσηλευτές, οι καπνιστές και οι οικογένειες τους.

- Τα θετικά σημεία της επιλογής του μη καπνιστή θα πρέπει να τονίζονται περισσότερο από τα αρνητικά αποτελέσματα του καπνίσματος.
- Η αγωγή των παιδιών σε θέματα υγείας θα πρέπει να αρχίζει 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.
- Θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερα έμφαση στην εκπαίδευση και ενημέρωση των ατόμων εκείνων που από την φύση

του επαγγέλματος τους αναλαμβάνουν την ευθύνη της εκπαίδευσης του κοινού σε θέματα υγείας. Τέτοιες κατηγορίες είναι: γιατρός, νοσηλεύτης καθώς και οι εκπαιδευτικοί, γυμναστές, προπονητές και υπεύθυνοι οργάνωσης της νεολαίας.

Ο καπνός είναι το μοναδικό θανατηφόρο προϊόν της διεθνούς αγοράς που εξασφαλίζει μια αργή πορεία προς το θάνατο. Ο κόσμος πρέπει να συνειδητοποιήσει τον κίνδυνο που αντιπροσωπεύει για την υγεία του.

Η μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας της προληπτικής αγωγής υγείας, προϋποθέτει την επικέντρωση της στους νέους. Έτσι η ενημέρωση είναι ο καλύτερος τρόπος μιας αντικαπνιστικής εκστρατείας η οποία πρέπει να αρχίζει από τους ανθρώπους που προάγουν την υγεία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να καταγραφούν οι προσωπικές εκτιμήσεις των καπνιστών σχετικά με θέματα υγείας που σχετίζονται με το κάπνισμα, τις συνήθειές τους, την συχνότητα και ποσότητα που καπνίζουν και την αξιολόγηση των υπαρχόντων και παρεχόμενων αντικαπνιστικών μέτρων και υπηρεσιών καθώς και την άποψη τους για το μέγεθος της επιτυχίας των συμβουλευτικών παρεμβάσεων.

Τον πληθυσμό της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν καπνιστές από την περιοχή των Αθηνών, Θεσσαλονίκης, Πάτρας και Αιγίου.

Χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική ερευνητική μέθοδος και ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελούνταν από 52 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Δόθηκε σε 210 καπνιστές, από τους οποίους απάντησαν οι 200.

Σε γενικές γραμμές, οι καπνιστές βλέπουν θετικά την νοσηλευτική παρέμβαση για την μείωση της διάδοσης του καπνίσματος και επιθυμούν να οργανώνονται προγράμματα κατά του καπνίσματος από τους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, πιστεύουν πως οι νοσηλευτές και γενικά οι εργαζόμενοι που σχετίζονται με την υγεία, αποτελούν τα πρότυπα προαγωγής της υγείας.

Ο νοσηλευτής καλείται να κατανοήσει τον καπνιστή, να τον πλησιάσει όσο πιο πολύ γίνεται, να συζητήσει μαζί του για ότι τον απασχολεί και πάνω απ' όλα να του συμπεριφέρεται πάντα με αγάπη και ενδιαφέρον. Στόχος δεν μπορεί ποτέ να είναι ο ίδιος ο καπνιστής αλλά μόνο το κάπνισμα αυτό καθεαυτό. Τέλος, βασική αρχή των επαγγελματιών υγείας πρέπει να είναι ότι ο καπνιστής είναι ένας εξαρτημένος από την νικοτίνη ασθενής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. www.ayth.gr
2. Δετοράκης Ι. :Σημειώσεις Υγιεινής ΙΙ. Εκδόσεις τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα, 1999.
3. www.karnisma.com.
- 4.Καλαντίδη Άννα. : Κάπνισμα. Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος. Αθήνα, 1986.
- 5.Τζάφφη Τ. Πήτερσον Ρ, Χούτσου Ρ. : Ναρκωτικά- τσιγάρο –αλκοόλ. Προβλήματα και απαντήσεις. Μετάφραση: Μουράτου Όλγα, Σόλμων Μαρία. Εκδόσεις Αθανάσιος Ψυχογιός. Αθήνα, 1982.
- 6.Corti E.A. :History of smoking. New York, 1932.
- 7.Ευαγγελίδης Τάκης. : Το κάπνισμα. Λευκωσία, 1986.
- 8.Malin Dollinger MD, Ernest Rosenbaum MD, Grey Cable. : Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους. Εκδόσεις Κάτοπτρο. Αθήνα, 1992.
- 9.Αβραμίδης Β. Αθανάσιος. : Κάπνισμα. Το άλλο νέφος μέσα μας. Έκδοση 1^η, εκδόσεις Ακρίτας. Αθήνα, 1988.
- 10.Goodman and Gifman's. : The pharmacological basis of Therapeutics, seventh edition. Mac Millan publishing co New York , 1985.
- 11.Loeb L.A, Ernster V.L, Warner K.E, Abbotts J. And Laslo J. : Smoking and Lung Cancer. An overview. Cancer Research, 1984.
- 12.Γκουρνέλης Κ. Θωμάς. : Υγιεινή. Εκδόσεις Μπαχαρίδη. Θεσσαλονίκη, 1992.
- 13.Βαλαβανίδης Α.Θ. : Κακοήθεις νεοπλασίες στον άνθρωπο και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-ογκολογίας. Περίοδος Νοέμβριος 1999- Φεβρουάριος 2000. Αθήνα, 2001.
- 14.Σεφέρου Μαρία. : Η κραυγή. Ναρκωτικά: Αρρώστια ή επιλογή; Εκδόσεις Ευρώτας. Αθήνα, 1997.
15. www.eled.gr.
16. Μπιλαλής Γ. Παύλος. : Κάπνισμα και υγεία. Γ' έκδοση. Αθήνα, 1997.

17. www.nicotine-addiction.com.
18. www.smoking.gr.
19. Lefoe N.M, Ashley M.J, Pederson L and Keays J.J. : The health risks of passive smoking. The growing case for control Chest, 1983.
20. Γενική Εγκυκλοπαίδεια Σύγχρονων Γνώσεων Υδρία Cambridge Ήλιος. Τόμος έκτος. Εκδόσεις Τέσσερα Έψιλον. Αθήνα, 1992.
21. Τούντας Γιάννης. : Κάπνισμα και καρδιαγγειακά νοσήματα. Ιατρικό Βήμα. Τεύχος 77, Αθήνα, 2001..
22. Χούλης Ν. Η. : 31 Μαΐου 2001 Παγκόσμια ημέρα κατά του καπνίσματος. Ιατρικό Βήμα. Τεύχος 74, Αθήνα, 2001.
23. Τουτούζας Π. : Κάπνισμα. Επίγνωση και επιλογές. Ιατρικό Βήμα. Τεύχος 69, Αθήνα, 2000.
24. Βασιλόπουλος Π. Περικλής. : Πρόληψη και έγκαιρη διαπίστωση του καρκίνου. Επιστημονικές εκδόσεις "Γρ. Παρισιάνος" Μαρία Γρ. Παρισιάνου. Αθήνα, 1997.
25. Το ζην επικινδύνως. Κύριοι παράγοντες κινδύνου. Βρετανικός Ιατρικός σύλλογος. Εκδόσεις Μορφωτικό Ίδρυμα Εθνικής Τραπέζης. Αθήνα, 1998.
26. www.sciencedirect.com.
27. Δόντα Ν. : Έκθεση πεπραγμένων 2000. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.
28. Ξυπολυτά-Ζαχαριάδη. Ας μιλήσουμε στα παιδιά μας για το κάπνισμα.
29. www.smokaction.gr.
30. www.smokaction51.gr.
31. Κ. Λιακοπούλου-Β. Μπιθημήτρη. Κάπνισμα. Συνέπειες καπνίσματος. Έκθεση μαθητριών του 36^{ου} Γυμνασίου Αθηνών . Αθήνα 2000.
32. www.neolea.gr.
33. www.smokaction52.gr.
34. www.smokaction53.gr.
35. www.smokaction54.gr.
36. www.iatronet.gr.
37. www.otenet.gr.
38. www.ergasies-mathiton.gr.
39. K.C. Calman, S. Eckarett, I.S Elsebat, D. Firat, D.K Hosseteld, J.P Pavlier, B. Salvotori. : Ελληνική εκδοτική επιτροπή Β. Λισσαίος, Ν. Δόντας, Γ.

- Ασημακόπουλος. Εγχειρίδιο κλινικής ογκολογίας. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα, 1991.
40. www.smokaction49.gr.
41. Δόσιος Θ. : Πρωτοπάθης καρκίνος του πνεύμονα. Ιατρικό Βήμα. Τεύχος 76, Αθήνα, 2001.
42. Fielding J.E. : Medical progress. Smoking health effects and control. New eng 1985.
43. Jama. : Το βαρύ κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει ανεπανόρθωτες βλάβες στις αρτηρίες. Ιατρική του Σήμερα. Τεύχος 22. Εκδόσεις Glaxowellcome. Αθήνα, 1998.
44. Γεωργόπουλος Σ. Η. : Το κάπνισμα και η περιφερική αποφρακτική αρτηριοπάθεια. Ιατρικό Βήμα, διμηνιαίο. Τεύχος 78, Αθήνα, 2001.
45. Χούλης Ν. : Παθητικό κάπνισμα. Ιατρικό Βήμα. Τεύχος 76, Αθήνα, 2001.
46. Παπά Ιόλη. Παθητικό κάπνισμα. Ιατρικό Βήμα. Τεύχος 78, Αθήνα, 2001.
47. Δαϊκός Γ. : Παθητικό κάπνισμα. Ιατρικό Βήμα. Τεύχος 74, Αθήνα, 2001.
48. Stock S.L. : Risk the passive smokers run. Luncet. Nov. 15. 1980.
49. Hirayama J. : Non smoking wives of heavy smokers hane a higher risk of lunk Cancer. Brit Med 1981.
50. Trixopoylos Δ. Kalandidi A, Spanos L, MacMahon. : Lunk Cancer and passive smoking. Internat J Cancer. 1981.
51. Δαϊκός Γ. : Εξάρτηση από το κάπνισμα. Ιατρικό Βήμα. Τεύχος 69, Αθήνα, 2000.
52. Μπιλαλής Π. : Εθισμός και κάπνισμα. Ιατρικό Βήμα. Τεύχος 84, Αθήνα, 2003.
53. Ρούσσο Χ. και Φράνσις Κ. : Κάπνισμα. Ιατρική του σήμερα. Εκδόσεις Glaxowellcome. Τεύχος 25, Αθήνα, 1999.
54. Alexander Jane. : Τρόποι και εφαρμογές αποτοξίνωσης. Εκδόσεις Ψυχαλού. Αθήνα, 1999.
55. Φυλλάδιο από Αντικαπνιστικό κέντρο Πάτρας.
56. Κυριακίδου Ελένη. : Κοινωνική Νοσηλευτική. Έκδοση τρίτη. Εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ. Αθήνα, 1998.
57. Σαχίνη-Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία. : Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Τόμος πρώτος. Δεύτερη έκδοση. Βήτα ιατρικές εκδόσεις. Αθήνα, 1997.

58. www.smokaction58.gr.

59. www.smokaction57.gr.

60. www.smokaction60.gr.

61. Μόσχου-Κάκκου Αθηνά. : Συζητήστε τρόπους με τους οποίους οι θεωρίες και οι δεξιότητες της συμβουλευτικής μπορούν να αναπτύξουν την νοσηλευτική πράξη. Περιοδικό Νοσηλευτική. Τόμος 36. Τεύχος 3. Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1997.

62. Δημητρόπουλος Ευστάθιος Γ. : Συμβουλευτική και Συμβουλευτική Ψυχολογία. Τρίτη έκδοση. Εκδόσεις Γρηγόρης. Αθήνα, 1999.

63. Marc Manley. : Tobacco use counselling and adjunctive treatment. U.S.A, 1996.

64. Παπουτσάκης. Γ. : Μέτρα της Ελλάδας για την διακοπή του καπνίσματος. Ιατρικό Βήμα. Τεύχος 69. Αθήνα, 2000.

65. Φυλλάδιο Αντικαπνιστικού συλλόγου Πάτρας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΘΕΜΑ: ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

1 ΦΥΛΟ : ΑΝΔΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ

2. ΗΛΙΚΙΑ

3. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

4 ΜΟΡΦΩΣΗ: ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟ

 ΤΕΧ. ΣΧΟΛΕΣ ΑΤΕΙ - ΑΕΙ

5. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΔΙΚΗ ΣΑΣ ΑΠΟΨΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ.)

	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν έχω άποψη
1. Το κάπνισμα ηρεμεί τα νεύρα :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Τους φίλους μου θα τους ενοχλούσε αν κάπνιζα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Τη μητέρα μου θα την ενοχλούσε αν κάπνιζα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο των πνευμόνων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Το κάπνισμα έχει πλάκα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Το κάπνισμα είναι ευχάριστο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Το κάπνισμα βοηθά να διατηρείς τη σιλουέτα σου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Τα παιδιά καπνίζουν για να κάνουν τους έξυπνους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Το κάπνισμα προκαλεί καρδιοπάθειες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Τον πατέρα μου θα τον ενοχλούσε αν κάπνιζα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Το κάπνισμα σε κάνει να νοιώθεις μεγάλος | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Το κάπνισμα είναι πεταμένα λεφτά | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Το κάπνισμα σε κάνει να μυρίζεις άσχημα | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Το κάπνισμα σε κάνει να νοιώθεις σπουδαίος | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. ΣΕ ΚΑΘΕ ΕΡΩΤΗΣΗ ΣΗΜΕΙΩΣΕ ΜΟΝΟ ΕΝΑ ΚΟΥΤΑΚΙ

α. Σε μια βδομάδα καπνίζω περίπου

Από 1-9 τσιγάρα

Από 10-19 τσιγάρα

Από 20-29 τσιγάρα

Από 30-39 τσιγάρα

Από 40-49 τσιγάρα

Από 50-59 τσιγάρα

Περισσότερα από 60 τσιγάρα

Κάτι άλλο.....

β. Όταν πρωτοκάπνισα ήμουν περίπου

Λιγότερο από 11 χρόνων

11-13 χρόνων

14-16 χρόνων

17-19 χρόνων

20-29 χρόνων

30-39 χρόνων

περισσότερο από 40 χρόνων

γ Το πρώτο τσιγάρο που κάπνισα

Το ζήτησα από φίλους ή συγγενείς

Μου το πρόσφεραν φίλοι ή συγγενείς

Το πήρα κρυφά από το πακέτο των γονιών μου

Μου το έδωσαν οι γονείς

Το αγόρασα από περιέργεια

Κάτι άλλο.....

7. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ (ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΕΝΑ ΤΕΤΡΑΓΩΝΟ)

	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω
Α. Το 90% των αρρώστων από καρκίνο του πνεύμονα είναι καπνιστές.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β. Ο καρκίνος του πνεύμονα σκοτώνει πιο πολλούς ανθρώπους από οποιοδήποτε άλλο καρκίνο.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ. Το κάπνισμα είναι η κύρια αιτία της χρόνιας βρογχίτιδας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ. Το εμφύσημα είναι μια αρρώστια που καταστρέφει τους πνεύμονες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ε. τα άτομα με εμφύσημα μπορούν να εργασθούν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
στ. Ο καπνός και το τσιγάρο έχουν συστατικά που επιταχύνουν τη δράση της καρδιάς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ζ. Το μονοξείδιο του άνθρακα μέσα στον καπνό αντικαθιστά περίπου το 10% του οξυγόνου σε κάθε αναπνοή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
η. Ο καπνός στενεύει τις αρτηρίες και μειώνει το ποσοστό οξυγόνου μέσα στο αίμα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
θ. Η νικοτίνη είναι δηλητηριώδες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ι. Η νικοτίνη προκαλεί εθισμό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. ΟΙ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΕΥΟΥΝ ΝΑ ΠΑΘΟΥΝ (ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΕΝΑ ΤΕΤΡΑΓΩΝΟ)

- α. καρκίνο του στόματος
Σωστό Λάθος
- β. καρκίνο του λαιμού
Σωστό Λάθος
- γ. καρκίνο του οισοφάγου
Σωστό Λάθος
- δ. καρκίνο της κύστης
Σωστό Λάθος

9. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΝΟΥΜΕΡΟ ΕΝΑ ΠΗΓΗ ΜΟΛΥΝΣΗΣ ΣΤΙΣ ΑΚΤΕΣ.

- α. Πετρελαιοκηλίδες
- β. Νοσοκομειακά απόβλητα
- γ. Γόπες τσιγάρων

**10. ΠΡΙΝ ΑΝΟΙΞΕΤΕ ΤΟ ΠΑΚΕΤΟ ΤΣΙΓΑΡΩΝ ΕΛΕΓΧΕΤΕ ΤΗΝ ΕΤΙΚΕΤΑ
[ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΒΛΑΠΤΕΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ].**

ΝΑΙ ΟΧΙ

11. ΠΟΙΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΣΚΕΙ Η ΕΤΙΚΕΤΑ ΣΤΟΥΣ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ.

- α. Κατασταλτική
- β. Αδιαφορία
- γ. Ειρωνεία
- δ. Εκνευρισμό

12. ΠΙΣΤΕΥΕΤΑΙ ΟΤΙ Ο ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΟΣ ΑΓΩΝΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙ ΜΕ ΕΠΙΤΥΧΙΑ

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

**13. ΠΙΣΤΕΥΕΤΑΙ ΟΤΙ Η ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟΥΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥΣ
ΧΩΡΟΥΣ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ**

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

**14. ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ
ΟΡΓΑΝΩΝΟΥΝ ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ**

ΝΑΙ ΟΧΙ ΑΔΙΑΦΟΡΩ

**15. Η ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΙΣΤΕΥΕΤΑΙ ΟΤΙ ΘΑ ΜΕΙΩΣΕΙ ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΩΝ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ
ΣΥΝΕΠΕΙΩΝ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
Δ/νση: Αριστοτέλους 17
Ταχ.Κωδ: 101-87 Αθήνα
Πληροφορίες: Γρ. Διευθυντού
Τηλ: 010-5222393

Αθήνα 12 /9/2002

Αρ.Πρ:Υ1/οικ. Γ. Π. 88852

ΠΡΟΣ: ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

A/A.

Handwritten signature

ΘΕΜΑ: «Υγειονομική Διάταξη για την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής υπηρεσιών Υγείας κτλ.»

Το Υπουργείο μας, αναπτύσσοντας ολοκληρωμένη αντικαπνιστική πολιτική με στόχους:

- α) την πρόληψη της έναρξης του καπνίσματος, κυρίως από τους νέους,
- β) τη διακοπή του καπνίσματος από του καπνιστές,
- γ) τη μείωση του παθητικού καπνίσματος και
- δ) τη δημιουργία υποστηρικτικού αντικαπνιστικού περιβάλλοντος που θα συμβάλλει με συμπεριφορές και στάσεις που προάγουν τη Δημόσια Υγεία μέσα από τη μείωση της κατανάλωσης προϊόντων καπνού, εξέδωσε την υπ. αριθμ. Υ1/Γ.Π./ οικ. 76017 Υγειονομική Διάταξη «Περί απαγορεύσεως του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής υπηρεσιών Υγείας», η οποία δημοσιεύτηκε στο Φ.Ε.Κ. 1001/1-8-2002, τεύχος Β'.

Σκοπός της παραπάνω υγειονομικής διάταξης είναι η λήψη μέτρων για την προστασία της Δημόσιας Υγείας από τις επιπτώσεις του καπνού των τσιγάρων.

Συγκεκριμένα:

1. Με τις διατάξεις της παραγράφου 1 -α απαγορεύεται το κάπνισμα σε όλα τα κτίρια όπου στεγάζονται Γραφεία Δημοσίων Υπηρεσιών, Ν.Π.Δ.Δ., Ν.Π.Ι.Δ. που εποπτεύονται και επιχορηγούνται από το Κράτος, Οργανισμοί και

άλλα Ιδρύματα (Ο.Τ.Ε., Δ.Ε.Η., ΕΛ.ΤΑ. κλπ), καθώς επίσης και σε χώρους εργασίας ιδιωτικών φορέων, αλλά και στους χώρους μακράς αναμονής του κοινού (αίθουσες αναμονής αεροδρομίων κλπ).

Με τη διάταξη αυτή οι υπεύθυνοι φορείς υποχρεούνται από 1/10/02 να διαμορφώσουν ειδικούς χώρους (καπνιστήρια), όπου θα μεταβαίνουν οι καπνιστές για να καπνίσουν. Οι χώροι αυτοί το εμβαδόν των οποίων θα είναι ανάλογο με την δυναμικότητα της υπηρεσίας θα πρέπει να εξαιρίζονται επαρκώς με φυσικό ή τεχνητό τρόπο. Εξυπακούεται ότι η δημιουργία των χώρων αυτών και η προσέλευση των καπνιστών σε αυτούς δεν θα εμποδίζει την απρόσκοπτη λειτουργία της υπηρεσίας.

Για την αποτελεσματική εφαρμογή της διάταξης κρίνεται απαραίτητη:

α) επιγραφή αναρτημένη στην είσοδο του κτιρίου απαγορευτική για το κάπνισμα β) επιγραφή στον ειδικό χώρο (καπνιστήριο) με το λογότυπο "επιτρέπεται το κάπνισμα".

Υπεύθυνοι για την εφαρμογή της παραπάνω παραγράφου είναι οι άμεσοι προϊστάμενοι των υπηρεσιών των χώρων στέγασης αυτών.

2. Με τις διατάξεις της παραγράφου Ι -β απαγορεύεται το κάπνισμα σε όλες τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως τα Νοσοκομεία, Ιδιωτικές Κλινικές, Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία, Δημοτικά Ιατρεία, Ιατρεία Ν.Π.Δ.Δ ή Ν.Π.Ι.Δ., Ιδιωτικά Ιατρεία, Οδονπατρεία, Φαρμακεία και λοιπές μονάδες Π.Φ.Υ., καθώς και σε οποιονδήποτε άλλο χώρο όπου παρέχονται υπηρεσίες υγείας.

Οι υπεύθυνοι φορείς από 1/10/02 υποχρεούνται να διαμορφώσουν ειδικούς χώρους (καπνιστήρια), όπου θα μεταβαίνουν οι καπνιστές για να καπνίσουν. Οι χώροι αυτοί το εμβαδόν των οποίων θα είναι ανάλογο με την δυναμικότητα του Νοσοκομείου, Κλινικής κτλ, θα πρέπει να εξαιρίζονται επαρκώς με φυσικό ή τεχνητό τρόπο. Η δημιουργία των χώρων αυτών και η προσέλευση των καπνιστών σε αυτούς δεν θα παρεμποδίζει την απρόσκοπτη λειτουργία των μονάδων υγείας κλπ που προβλέπονται στην παραπάνω παράγραφο της υγειονομικής διάταξης.

Για την αποτελεσματική εφαρμογή της διάταξης κρίνεται απαραίτητη:

α) επιγραφή αναρτημένη στην είσοδο του κτιρίου απαγορευτική για το κάπνισμα β) επιγραφή στον ειδικό χώρο (καπνιστήριο) με το λογότυπο "επιτρέπεται το κάπνισμα".

Υπεύθυνοι εφαρμογής για τα Νοσοκομεία είναι οι Διοικητές και για τις Ιδιωτικές Κλινικές οι Διοικητικοί Δ/ντές.

Για τους άλλους χώρους οι οποίοι αναφέρονται παραπάνω οι άμεσοι προϊστάμενοι των υπηρεσιών των χώρων στέγασης αυτών και οι υπεύθυνοι λειτουργίας αυτών.

Οι ανωτέρω υπεύθυνοι, όπου επιβάλλεται από το μέγεθος και την δυναμικότητα των μονάδων υγείας για την καλύτερη εφαρμογή των μέτρων μπορούν να αναθέτουν σε ομάδες επιτήρησης την παρακολούθηση της εφαρμογής.

Πλέον των κυρώσεων όπως προβλέπεται παρακάτω. Στις Μονάδες Υγείας επιβάλλεται: α) στους παραβάτες ασθενείς πειθαρχικό εξιτήριο β) στους παραβάτες επισκέπτες και συνοδούς αποβολή από την Μονάδα Υγείας γ) στους υπεύθυνους εφαρμογής των διατάξεων της παρούσης και εργαζομένους στις Μονάδες Υγείας επιβάλλονται πειθαρχικές ποινές σύμφωνα με τις διατάξεις του Δημόσιου - υπαλληλικού Κώδικα.

3. Με τις διατάξεις της παραγράφου Ι -γ απαγορεύεται το κάπνισμα σε όλους τους χώρους όπου παρέχεται εκπαίδευση, τα σχολεία όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης (δημόσια ή ιδιωτικά) και τα Φροντιστήρια.

Με τις διατάξεις της παραγράφου Ι -δ απαγορεύεται το κάπνισμα στα νηπιαγωγεία, τους παιδικούς σταθμούς, βρεφονηπιακούς σταθμούς και παιδότοπους.

Οι υπεύθυνοι φορείς, των παραπάνω χώρων θα διαμορφώσουν ανάλογα με τις ανάγκες τους μικρό χώρο (καπνιστήριο), μόνο για το προσωπικό που επιθυμεί να καπνίσει.

Οι υπεύθυνοι των χώρων της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης θα διαμορφώσουν ανάλογα με τις ανάγκες ειδικό χώρο (καπνιστήριο), για τους εργαζόμενους καπνιστές και φοιτητές. Οι χώροι αυτοί (καπνιστήρια) θα λειτουργούν χωρίς να παρεμποδίζουν την ουσιαστική λειτουργία στην υπηρεσία.

4. Με τις διατάξεις της παραγράφου ΙΙ απαγορεύεται το κάπνισμα σε όλα τα μέσα μαζικής μεταφοράς, όπως τα λεωφορεία (ΚΤΕΛ, Αστικά, Τουριστικά, Σχολικά κ.λπ), τα τρένα, (Ο.Σ.Ε., ΜΕΤΡΟ, ΗΣΑΠ.), τα πλοία εσωτερικών γραμμών, στα οποία, αν είναι εφικτό, πρέπει να διαμορφωθούν

ειδικοί χώροι – καπνιστήρια – ανά όροφο, και στα ΤΑΞΙ. Στα τρένα του Ο.Σ.Ε. το κάπνισμα επιτρέπεται στα κυλικεία.

5. Τέλος με τις διατάξεις της παραγράφου ΙΙΙ, της εν λόγω υγειονομικής διάταξης, απαγορεύεται το κάπνισμα στα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος κατά την έννοια των διατάξεων της Α1β/8577/83 Υγειονομικής διάταξης, με εξαίρεση τα αμιγή Μπαρ και τα αμιγή παραδοσιακά καφενεία και τα Κέντρα Διασκέδασης του άρθρου 41.

Τα καταστήματα, που εξυπηρετούν καθισμένους πελάτες, των άρθρων 37, 38, 39 και 40 της ανωτέρω υγειονομικής διάταξης, τα οποία θα αρχίσουν τη λειτουργία τους μετά την εφαρμογή της νέας υγειονομικής διάταξης, δηλαδή μετά την 1-10-2002, υποχρεούνται να καθορίσουν χώρο τουλάχιστον 50% της αίθουσας πελατών για τους μη καπνίζοντες. Στον υπόλοιπο χώρο όπου θα επιτρέπεται το κάπνισμα θα τοποθετηθεί πινακίδα με την ένδειξη «Μόνο εδώ επιτρέπεται το κάπνισμα». Οι χώροι πρέπει να έχουν ειδικό μηχανήμα εξαερισμού εγκατάσταση συνεχούς και πλήρους ανανέωσης αέρος. Οι δύο χώροι θα αποτυπώνονται στα σχεδιαγράμματα που προσκομίζονται για την έκδοση της άδειας ιδρύσεως και λειτουργίας και θα αναγράφεται στην άδεια λειτουργίας (χώρος αίθουσας πελατών για μη καπνίζοντες – τόσα – τετραγωνικά μέτρα και χώρος για καπνίζοντες – τόσα – τετραγωνικά μέτρα).

Τα παραπάνω καταστήματα, τα οποία ήδη λειτουργούν κατά τη δημοσίευση της νέας υγειονομικής διάταξης, υποχρεούνται από 1/10/2002 και εντός εύλογου χρονικού διαστήματος που δεν θα υπερβαίνει τους δύο (2) μήνες, να καθορίσουν χώρο τουλάχιστον 50% της αίθουσας πελατών για τους μη καπνίζοντες. Στον υπόλοιπο χώρο όπου θα επιτρέπεται το κάπνισμα θα τοποθετηθεί πινακίδα με την ένδειξη «Μόνο εδώ επιτρέπεται το κάπνισμα» και να αναρτήσουν δίπλα στην άδεια λειτουργίας σχεδιάγραμμα κάτοψης της αίθουσας πελατών 1 : 50, στο οποίο θα απεικονίζονται ακριβώς οι δύο χώροι. Και στις δύο περιπτώσεις (νέες και παλαιές άδειες λειτουργίας), ο χωρισμός μπορεί να είναι φυσικός (με τοίχο) ή και νοητός.

Στο χώρο όπου θα καθορισθούν οι θέσεις που προορίζονται για τους μη καπνίζοντες, δεν επιτρέπεται η τοποθέτηση πάνω στα τραπέζια σταχτοδοχείων, στοιχείο το οποίο αποτελεί ένδειξη συμμόρφωσης με τα οριζόμενα στην υγειονομική διάταξη.

Στα καταστήματα της παρούσης παραγράφου εφόσον χρησιμοποιούν αποκλεισικά ή παράλληλα με την κλειστή αίθουσα πελατών και υπαίθριους χώρους, για την ανάπτυξη τραπεζοκαθισμάτων, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις, επιτρέπεται το κάπνισμα και στους υπόλοιπους αυτούς χώρους.

Υπεύθυνοι εφαρμογής των παραπάνω διατάξεων είναι οι υπεύθυνοι εκμετάλλευσης των καταστημάτων. Καλό είναι τέλος στα μεγάλα καταστήματα να ορίζονται πρόσωπα τα οποία να ενημερώνουν τους πελάτες για την διάκριση των χώρων ή και των τμημάτων αυτών και να επιβλέπουν για την ομαλή εφαρμογή αυτής.

Οι παραβάτες της παρούσας διώκονται και τιμωρούνται σύμφωνα με το άρθρο 3 του ΑΝ 2520/40 (ΦΕΚ 273/40 τ.Α) "Περί Υγειονομικών Διατάξεων" όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο μόνο του Ν 290 /1943 (ΦΕΚ 185 Α) που κυρώθηκε με την 303 /1946 ΠΥΣ και αντικαταστάθηκε με την παράγραφο 4 του άρθρου 4 του Ν 2207/94 (ΦΕΚ 65 Α) η οποία αντικαταστάθηκε εκ νέου με την παράγραφο 10 του άρθρου 11 του Ν 2307/95 (ΦΕΚ 113/95 τ Α). Η εκτέλεση της παρούσας ανατίθεται στα αρμόδια Υγειονομικά και λοιπά Κρατικά Όργανα

Κατά την εφαρμογή των διατάξεων της νέας υγειονομικής διάταξης από τις Υπηρεσίες μας, πρέπει να ακολουθηθεί, αρχικά, η διαδικασία της ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των πολιτών πάνω στη λογική της αντικαπνιστικής εκστρατείας που υιοθέτησε το Υπουργείο μας. Στις περιπτώσεις, που διαπιστώνετε ότι δεν υπάρχει κατανόηση και διάθεση για συμμόρφωση πρέπει να εισηγείστε την επιβολή των προβλεπόμενων κυρώσεων, ενημερώνοντας σχετικά τους παραβάτες. Οι ποινικές κυρώσεις που προβλέπονται είναι, σύμφωνα με τη διάταξη, ενιαίες για όλες τις περιπτώσεις των παραβάσεων (πλημμέλημα).

Σε κάθε περίπτωση πρέπει να υπάρξει η ανάλογη ευαισθησία για την αυστηρή επιτήρηση της εφαρμογής των μέτρων ακόμα και από υπαλλήλους, που είναι δυνατόν να ορίζονται από τους υπεύθυνους εφαρμογής της υγειονομικής διάταξης. Ο έλεγχος θα πρέπει να γίνεται με πνεύμα συνεργασίας και σεβασμού στους πολίτες και αποσκοπεί στην προστασία και προαγωγή της υγείας. Το Υπουργείο μας θα σας ενημερώσει έγκαιρα για οποιαδήποτε συμπλήρωση της διάταξης, κριθεί αναγκαία για την εφαρμογή της.

Του περιεχομένου της εγκυκλίου μας αυτής, στην οποία επισυνάπτεται, σε φωτοτυπία, το Φ.Ε.Κ. 1001/1-8-2002 τ. Β΄ όπου δημοσιεύτηκε η υγειονομική διάταξη, παρακαλούμε να λάβουν γνώση ενυπόγραφα όλοι οι υγειονομικοί υπάλληλοι που υπηρετούν στην Υπηρεσία σας.

Τέλος η παρούσα εγκύκλιος κοινοποιείται, με φωτοτυπία της υγειονομικής διάταξης, σε όλα τα Υπουργεία με την παράκληση να ενημερώσουν τις εποπτευόμενες υπηρεσίες τους και τους λοιπούς Φορείς (Ν.Π.Δ.Δ., Ν.Π.Ι.Δ., Οργανισμοί κ.λπ.) αρμοδιότητάς τους.

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ

Το Φ.Ε.Κ. 1001/1-8-2002 τ. Β΄,
σε φωτοτυπία.

ΕΚΤΩΡ ΝΑΣΙΩΚΑΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ



ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ
Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ

1. Όλα τα Υπουργεία (προς εφαρμογή και με την παράκληση να ενημερώσουν τους Οργανισμούς και φορείς αρμοδιότητάς τους)
2. Όλα τα Πε. Σ. Υ. της χώρας (προς εφαρμογή και με την παράκληση να ενημερώσουν τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα και τις Ιδιωτικές κλινικές αρμοδιότητάς τους)
3. Όλες τις Περιφέρειες της χώρας
4. Όλες τις Νομ/κές Αυτ/σεις της χώρας
 - α) γραφείο κ.Νομάρχη
 - β) Δ/σεις Υγείας, Δημ. Υγιεινής & Δ/σεις Υγείας & Πρόνοιας.
5. Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος
Σεμιπέλου 2 11528 ΑΘΗΝΑ
6. Πανελλήνιος Οδοντιατρικός Σύλλογος
Θεμιστοκλέους 38 10678 ΑΘΗΝΑ
7. Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος

Χαλκοκονδύλη 1 106 77 ΑΘΗΝΑ

8. Ε. ΚΑ. Β.

9. Ι. Κ. Α.

Τμήμα Προληπτικής Ιατρικής

Αγ. Κωνσταντίνου 8 102 41 ΑΘΗΝΑ

10. Κεντρική Ένωση Επιμελητηρίων Ελλάδος (με την παράκληση να ενημερώσουν όλα τα Επιμελητήρια της χώρας και αυτά με την σειρά τους όλα τα μέλη τους).

Ακαδημίας 7 106 71 ΑΘΗΝΑ

11. Ένωση Ελληνικών Τραπεζών (με την παράκληση να ενημερώσουν όλες τις τράπεζες της χώρας).

Μασσαλίας 1 και Σόλωνος 106 80 ΑΘΗΝΑ

12. Συνήγορος του Πολίτη

Χατζηγιάννη Μέξη 5 115 28 ΑΘΗΝΑ

13. Δ. Ε. Η.

Χαλκοκονδύλη 30 106 77 ΑΘΗΝΑ

14. Ο. Τ. Ε.

Κηφισίας 99 151 24 ΜΑΡΟΥΣΙ

15. Ε. Υ. Α. ΑΠ.

Ωρωπού 156 142 32 Ν. ΙΩΝΙΑ

16. Π.Ο.Ε.Σ.Ε (με την παράκληση να ενημερώσετε τα μέλη σας)

Σταδίου 28 105 64 ΑΘΗΝΑ

17. Όλες τις Δ/σεις της Κεντρικής Υπηρεσίας του Υπουργείου (με την παράκληση να ενημερώσουν τους υπαλλήλους καθώς και τους φορείς αρμοδιότητάς τους. Η Δ/ση Προσωπικού να μεριμνήσει για την εξεύρεση και διαμόρφωση ειδικών χώρων για καπνιστήρια).

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

1. Γραφείο Υπουργού
2. Γραφείο κ. κ. Υφυπουργών
3. Γραφείο κ. κ. Γεν. Γραμματέων
4. Γραφείο κ. κ. Γεν. Δ/ντών
5. Δ/ση Δημόσιας Υγιεινής (10)



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 1001

1 Αυγούστου 2002

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ**

Έναρξη λειτουργίας Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών Περιφέρειας Αττικής κ.λπ.....	1
Έναρξη λειτουργίας Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών Περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου, Βορείου Αιγαίου και Επαρχιών.....	2
Έναρξη λειτουργίας Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμων Νέας Ερυθραίας και Καλυβίων Αττικής.....	3
Απαγορεύση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής Υπηρεσιών Υγείας.....	4

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αοιθ. ΔΙΣΚΠΟ Φ. 1/οικ. 14895

(1)

Έναρξη λειτουργίας Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών Περιφέρειας Αττικής κ.λπ.

**Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ,
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:

α) της παραγράφου 1,2,3,4,5 και 7 του Άρθρου 31 του Ν. 3013/ 2002 - Αναβάθμιση της πολιτικής προστασίας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 102/ τ. Α/1.5.2002),

β) του Ν. 2880/ 2001 Πρόγραμμα «ΠΟΛΙΤΕΙΑ» για την μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό της Δημόσιας Διοίκησης και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 9/τ.Α' 30.1.2001),

γ) του άρθρου 29 Α' του Ν. 1558/ 1985 (ΦΕΚ 137 τ.Α/1985) όπως προστέθηκε με το άρθρο 27 του Ν. 2081/92 (ΦΕΚ 154 τ.Α/1992) και τροποποιήθηκε με τις διατάξεις του εδαφίου α' της παρ. 2 του άρθρου 1 του Ν. 2469/ 97 (ΦΕΚ 38 τ.Α/1997).

2. Την ΔΙΔΚ/Φ. 1/2/22875/ (ΦΕΚ 1480/τ.Β'/31.10.2001) και νή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης».

3. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις της απόφασης αυτής ενεργοποιείται η δαπάνη που είχε προϋπολογιστεί κατά τη ψήφιση των διατάξεων του άρθρου 31 του Ν. 3013/2002, κατά το μέρος που αυτή αφορά τη λειτουργία των αναφερομένων στην παρούσα απόφαση Κέντρων Εξυπηρέτησης των Πολιτών, αποφασίζουμε:

1. Ως ημερομηνία έναρξης λειτουργίας των παρακάτω Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών, με την οργανωτική μορφή και τις αρμοδιότητες που περιγράφονται στο Άρθρο 31 του Ν. 3013/ 2002 -Αναβάθμιση της πολιτικής προστασίας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 102/ τ. Α/1.5.2002) ορίζεται η 1η Αυγούστου 2002.

1. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Περιφέρειας Αττικής.
2. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας

3. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Πειραιά
4. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Περιστέρου
5. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Αιμαρούσσης
6. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Ηρακλείου Κρήτης

7. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Λιμένος-Χερσονήσου-Κρήτης

8. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Ρεθύμνου-Κρήτης

9. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Χανίων-Κρήτης

10. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Αγ. Νικολάου-Κρήτης

2. Ο αύξων αριθμός που αντιστοιχεί στα ανωτέρω ΚΕΠ αποτελεί τον διακοπτικό ηλεκτρονικό αριθμό τους.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 1 Αυγούστου 2002

Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΣΤΑΥΡΟΣ ΜΠΕΝΟΣ

Αοιθ. ΔΙΣΚΠΟ Φ. 1/οικ. 14893

(2)

Έναρξη λειτουργίας Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών Περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου, Βορείου Αιγαίου και Επαρχιών.

**Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ,
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:

α) της παραγράφου 1, 2, 3, 4, 5 και 7 του Άρθρου 31 του Ν. 3013/ 2002 -Αναβάθμιση της πολιτικής προστασίας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 102/τ.Α/1.5.2002),

β) του Ν. 2880/ 2001 Πρόγραμμα "ΠΟΛΙΤΕΙΑ" για την μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό της Δημόσιας Διοίκησης και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 9/τ.Α'/30.1.2001),

γ) του άρθρου 29 Α' του Ν. 1558/ 1985 (ΦΕΚ 137 τ.Α'/ 1985) όπως προστέθηκε με το άρθρο 27 του Ν.2081/92 (ΦΕΚ 154 τ. Α/1992) και τροποποιήθηκε με τις διατάξεις του εδαφίου

α' της παρ. 2 του άρθρου 1 του Ν.2469/97 (ΦΕΚ 38 τ. Α'/1997).

2. Την ΔΙΑΚ/Φ. 1/2/22875/ (ΦΕΚ 1480/ΤΒ'/31.10.2001) κοινη απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης "Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης".

3. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις της απόφασης αυτής ενεργοποιείται η δαπάνη που είχε προϋπολογιστεί κατά τη ψήφιση των διατάξεων του άρθρου 31 του Ν.3013/2002, κατά το μέρος που αυτή αφορά τη λειτουργία των αναφερομένων στην παρούσα απόφαση Κέντρων Εξυπηρέτησης των Πολιτών, αποφασίζουμε:

1. Ως ημερομηνία έναρξης λειτουργίας των κάτωθι αναφερόμενων Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών, με την οργανωτική μορφή και τις αρμοδιότητες που περιγράφονται στο Άρθρο 31 του Ν. 3013/ 2002 "Αναβάθμιση της πολιτικής προστασίας και άλλες διατάξεις" (ΦΕΚ 102/ τ. Α'/ 1.5.2002) ορίζεται η 1η Αυγούστου 2002.

Περιοφέρεια Νοτίου Αιγαίου:

Α/Α

11. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Ρόδου με τρία παραρτήματα

12. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Αρχαγγέλου
13. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Αστυπάλαιας
14. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Αράντου
15. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Καμοίρου
16. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Ιαλισού
17. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Πεταλούδων
18. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Καλλιθέας
19. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Ηρακλειδών
20. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Καρπέθου
21. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Κάσου
22. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Λειψών
23. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Λέρου
24. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Μεγίστης
25. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Νισύρου
26. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Νότιας Ρόδου
27. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Λινδίων
28. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Πάτμου
29. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Σύμης
30. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Τήλου
31. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Χάλκης
32. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Αγαθονήσι
33. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Ολύμπου
34. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Αμοργού
35. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Άνδρου
36. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Κοινότητας Αντύρα

ρου

37. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Άνω Σύρου
38. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Δρυμαλιάς
39. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Εξωμβούργου
40. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Θήρας
41. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Κοινότητας Οίας με ένα παράρτημα
42. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Ιππών
43. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Κέας (Ιουλιόδος)

44. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Κορφίου
45. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Μήλου
46. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Νάξου
47. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Ποσειδωνίας
48. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Σεριφίου
49. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Σίφνου
50. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Τήνου
51. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Υδρούσας
52. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Κοινότητας Ηρακλειάς
53. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Ερμούπολεως

54. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Κύθνου
55. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Καλυμνίων
56. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Κω
57. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Αταβύρου
58. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Δικαίου
59. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Μυκίνου
60. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Πάρου
61. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Κοινότητας Ανάσης
62. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Κοινότητας Δονούσας

63. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Κοινότητας Κιμώλου
64. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Κοινότητας Κουφονησίων

65. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Κοινότητας Πενόρομου

66. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Κοινότητας Σκίνου
67. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Κοινότητας Σχοινούσσας
68. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Κοινότητας Φολεγάνδρου

Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου:

Α/Α

69. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Αγιάσος
70. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Αγ. Παροα

σκευής

71. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Γέρας
72. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Ερέσου-Αντισ

ως με ένα παράρτημα

73. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Ευεργέτουλα
74. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Καλλονής
75. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Μενταναίου
76. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Πέτρας
77. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Πλωμαρίου
78. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Πολιχνίτου
79. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Μύσας
80. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Μουδρου
81. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Νέας Κουτάλης
82. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Ατσικής
83. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Αγ. Ευστασίου
84. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Λευτοσπέλα-

ως Θέσμης

85. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Μηθύμνης
86. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Ιωνίας
87. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Αγ. Μηνά
88. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Ομηρούπολης
89. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Μαστιχοχω-

ριών

90. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Οινουσών
91. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Κεμποχωρών
92. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Ψωών
93. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Αυάνης
94. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Καρολολαίων
95. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Αγ. Κήρυκου
96. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Καοδάμυλων
97. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Εύδηλου
98. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Ραχών
99. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Πυθαγορείου
100. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Μασαθόκα-

μπου

101. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Φούρνων Κορσέων με ένα παράρτημα
102. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Χίου
103. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Βαθέως
104. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Μυτιλήνης

Επαρχία:

Α/Α 105 Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Επαρχείου Καλύμνου

106. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Επαρχείου Κω
107. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Επαρχείου Κασπάθου

108. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Επαρχείου Λήμνου
 109. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Επαρχείου Ικαρίας
 110. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Επαρχείου Κέας
 111. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Επαρχείου Τήνου
 112. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Επαρχείου Μήλου
 113. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Επαρχείου Θήρας
 114. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Επαρχείου Άνδρου
 115. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Επαρχείου Πάρου
 116. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Επαρχείου Νάξου

2. Τα Κέντρα αυτά αποτελούν εξέλιξη του Προγράμματος "Αστερίας" και λειτουργούν με την οργανωτική μορφή και τις αρμοδιότητες που περιγράφονται στο Άρθρο 31 του Ν.3013/2002 «Αναβάθμιση της πολιτικής προστασίας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 102/τ. Α'/1.5.2002).

3. Στους ΟΤΑ στους οποίους προβλέπεται η λειτουργία ΚΕΠ με παραρτήματα, το κεντρικό ΚΕΠ θα λειτουργήσει με την διάρθρωση που προβλέπεται στις σχετικές διατάξεις του άρθρου 31 του Ν. 3013/2002.

4. Ο αύξων αριθμός που αντιστοιχεί στα ανωτέρω ΚΕΠ αποτελεί τον διακριτό ηλεκτρονικό αριθμό τους.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 1 Αυγούστου 2002

ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΣΤΑΥΡΟΣ ΜΠΕΝΟΣ

Αριθ. ΔΙΣΚΠΟ Φ.1/οικ. 14892

(3)

Έναρξη λειτουργίας Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Νέας Ερυθραίας και Καλυβίων Αττικής.

**Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ,
 ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ**

Έχοντας υπόψη:

α) τις διατάξεις:

1. της παραγράφου 1, 2, 3, 4, 5 και 7 του Άρθρου 31 του Ν. 3013/ 2002 "Αναβάθμιση της πολιτικής προστασίας και άλλες διατάξεις" (ΦΕΚ 102/τ. Α'/1.5.2002).

β) του Ν. 2880/ 2001 "Πρόγραμμα "ΠΟΛΙΤΕΙΑ" για την μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό της Δημόσιας Διοίκησης και άλλες διατάξεις" (ΦΕΚ 9/τ.Α'/30.1.2001).

γ) του άρθρου 29 Α' του Ν. 1558/1985 (ΦΕΚ 137 τ.Α'/1985) όπως προστέθηκε με το άρθρο 27 του Ν. 2081/92 (ΦΕΚ 154 τ.Α'/1992) και τροποποιήθηκε με τις διατάξεις του εδαφίου α' της παρ. 2 του άρθρου 1 του Ν. 2469/97 (ΦΕΚ 38 τ.Α'/ 1997).

2. Την ΔΙΔΚ/Φ.1/2/22875/ (ΦΕΚ 1480/τ.Β'/31.10.2001) και νή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης "Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης".

3. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις της απόφασης αυτής ενεργοποιείται η δαπάνη που είχε προϋπολογιστεί κατά τη ψήφιση των διατάξεων του άρθρου 31 του Ν. 3013/ 2002, κατά το μέρος που αυτή αφορά τη λειτουργία των αναφερομένων στην παρούσα απόφαση Κέντρων Εξυπηρέτησης των Πολιτών, αποφασίζουμε:

1. Ως ημερομηνία έναρξης λειτουργίας των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών του Δήμου Νέας Ερυθραίας και του Δήμου Καλυβίων Αττικής, με την οργανωτική μορφή και τις αρμοδιότητες που περιγράφονται στο Άρθρο 31 του Ν. 3013/2002 "Αναβάθμιση της πολιτικής προστασίας και άλλες διατάξεις" (ΦΕΚ 102/ τ. Α'/1.5.2002) ορίζεται η 1η Αυγούστου 2002.

Α/Α

117. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Νέας Ερυθραίας

118. Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών Δήμου Καλυβίων Αττικής

2. Ο αύξων αριθμός που αντιστοιχεί στα ανωτέρω ΚΕΠ αποτελεί τον διακριτικό τίτλο ηλεκτρονικό αριθμό τους.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 1 Αυγούστου 2002

ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΣΤΑΥΡΟΣ ΜΠΕΝΟΣ

Αριθ. ΥΠ/Γ.Π./οικ. 76017

(4)

Απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, μεταφορικά μέσα και μονάδες παροχής Υπηρεσιών Υγείας.

**Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
 (ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΞΗ)**

Έχοντας υπόψη τις διατάξεις:

1. Του Α.Ν. 2520/40 (Φ.Ε.Κ 273/1940 τ. Α') "Περί Υγειονομικών Διατάξεων".

2. Του Ν. 2218/94 (Φ.Ε.Κ. 90/1994 τ. Α') "Ίδρυση νομαρχιακής αυτοδιοίκησης, τροποποίηση διατάξεων για την πρωτοβάθμια αυτοδιοίκηση και την περιφέρειες και άλλες διατάξεις".

3. Του Π. Δ/γματος 95/2000 (Φ.Ε.Κ. 76/2000 τ.Α') "Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας".

4. Της 3418/9.7.2002 (ΦΕΚ 861/2002 τ.Β') απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας Πρόνοιας "Περί αναθέσεως αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Υγείας και Πρόνοιας Έκτορα Νασιώκα, Ελπίδα Τσουρέη και Δημήτριο Θάνο" και

5. την ανάγκη λήψης μέτρων για την προστασία της Δημόσιας Υγείας από τις επιπτώσεις του καπνού των τσιγάρων, αποφασίζουμε:

Εκδίδουμε την παρούσα Υγειονομική Διαταγή, η οποία θα ισχύει σε όλη την Επικράτεια.

1. Απαγορεύουμε το κάπνισμα στους παρακάτω αναφερόμενους χώρους.

α. Σε όλα τα κτίρια όπου στεγάζονται Γραφεία Δημοσίων Υπηρεσιών, Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου, Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου που εποπτεύονται και επιχορηγούνται από το Κράτος, Οργανισμοί και άλλα Ιδρύματα (Ο.Τ.Ε., Δ.Ε.Η., ΕΛ.ΤΑ κ.λπ.). Επίσης σε χώρους εργασίας που ανήκουν σε ιδιωτικούς φορείς, καθώς και στους χώρους μακράς αναμονής του κοινού (αίθουσες αναμονής αεροδρομίων, σιδηροδρομικών σταθμών, σταθμών λεωφορείων κ.λ.π.)

β. Σε όλες τις μονάδες παροχής Υπηρεσιών Υγείας, όπως:

- 1) Νοσοκομεία.
- 2) Ιδιωτικές Κλινικές.
- 3) Κέντρα Υγείας.
- 4) Περιφερειακά Ιατρεία.
- 5) Δημοτικά Ιατρεία.
- 6) Ιατρεία Νομικών Προσώπων Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου (Ι.Κ.Α., κ.λπ.)
- 7) Ιδιωτικά Ιατρεία - Οδοντιατρεία.
- 8) Φαρμακεία.
- 9) Λοιπές μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.).
- 10) Σε κάθε άλλο χώρο που δεν αναφέρεται παραπάνω, όπου παρέχονται υπηρεσίες υγείας.

γ. Σε όλους τους χώρους που παρέχεται εκπαίδευση όπως:

- 1) Σχολεία Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης (Δημόσια ή Ιδιωτικά).
- 2) Σχολεία Δευτεροβάθμιας και Μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Δημόσια ή Ιδιωτικά).
- 3) Πανεπιστήμια, Τεχνολογικά Ιδρύματα και γενικά Ιδρύματα Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

4) Φροντιστήρια.

δ. Στα νηπιαγωγεία, παιδικούς σταθμούς, βρεφονηπιακούς σταθμούς, παιδότοπους.

Στα κτίρια των Δημοσίων Υπηρεσιών, Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου, Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου που επισπεύδονται και επιχορηγούνται από το Κράτος, Οργανισμών και άλλων Ιδρυμάτων (Ο.Τ.Ε., Δ.Ε.Η., ΕΛ.ΤΑ. κ.λπ.), στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα, Ιδιωτικές Κλινικές, Κέντρα Υγείας, Ιατρεία Νομικών Προσώπων Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου (Ι.Κ.Α., κ.λπ.), ορίζονται ειδικοί χώροι (καπνιστήρια), στους οποίους θα υπάρχει ισχυρή εγκατάσταση συστήματος εξαερισμού για τους εργαζόμενους καπνιστές.

Τα ανωτέρω ισχύουν και για τα σχολεία, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, καθώς και για τα Φροντιστήρια, μόνο για το προσωπικό που επιθυμεί να καπνίσει, για δε τις σχολές τις τριτοβάθμιας εκπαίδευσης για τους εργαζόμενους (επιστημονικό και διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό) και για τους φοιτητές.

Οι χώροι θα οριστούν από τους διευθυντές-προϊστάμενους των αρμοδίων φορέων ανάλογα με τις ανάγκες τους, με σκοπό να μην παρεμποδίζεται η ουσιαστική λειτουργία της υπηρεσίας.

II. Επίσης στα μέσα μαζικής μεταφοράς.

1) Λεωφορεία (Κ.Τ.Ε.Λ., Αστικά, Τουριστικά, Σχολικά κ.λπ.)

2) Τρένα (Ο. Σ. Ε. ΜΕΤΡΟ, Η. Σ. Α. Π. κ.λπ.)

3) Πλοία εσωτερικών γραμμών: Σε αυτά θα υπάρχει ένας χώρος "καπνιστήριο", καλά αεριζόμενος, εάν είναι δυνατόν ανά όροφο.

4) Αεροπλάνα εσωτερικών αερογραμμών.

5) Ταξί.

III. Επίσης σε όλα τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος, κατά την έννοια των διατάξεων του άρθρου 5 της Α1β/8577/83 Υγειονομικής Διάταξης (Φ.Ε.Κ. 526/83 τ. Β'), με εξαίρεση τα αμιγή καταστήματα Μπαρ και Παραδοσιακά Καφενεία του άρθρου 37 και τα Κέντρα Διασκεδάσεως του άρθρου 41 αυτής.

Ειδικότερα στα καταστήματα των άρθρων 37, 38 και 39 και τα μικτά καταστήματα του άρθρου 40 της ανωτέρω Υγειονομικής Διάταξης, μπορεί να επιτρέπεται το κάπνισμα στην αίθουσα πελατών αυτών, σε χώρο φυσικά ή νοητά χωρισμένο, όπου θα υπάρχει ειδική πινακίδα με την ένδειξη "Θέσεις για καπνίζοντες". Ο χώρος των μη καπνιζόντων θα έχει εμβαδόν τουλάχιστον 50% του χώρου της αίθουσας πελατών, θα αποτυπώνεται στα σχεδιαγράμματα που προσκομίζονται για την έκδοση της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας και θα αναγράφεται στην άδεια λειτουργίας.

Ο χώρος των καπνιζόντων θα πρέπει να έχει ειδικές μηχανολογικές εγκαταστάσεις συνεχούς και πλήρους ανανέωσης του αέρα.

Στα καταστήματα της προηγούμενης παραγράφου, εφόσον χρησιμοποιούν αποκλειστικά ή παράλληλα με την κλειστή αίθουσα πελατών και υπαίθριους χώρους, για την ανάπτυξη τραπεζοκαθισμάτων, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις, επιτρέπεται το κάπνισμα και στους υπαίθριους αυτούς χώρους.

IV. Υπεύθυνοι για την εφαρμογή των διατάξεων της παρούσας υγειονομικής διάταξης είναι:

Για τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα και τις Ιδιωτικές Κλινικές, οι Διοικητές και οι Διοικητικοί Διευθυντές.

Για τους άλλους χώρους, οι οποίοι αναφέρονται παραπάνω, οι άμεσοι προϊστάμενοι των υπηρεσιών των χώρων στέγασης αυτών.

Για τους λοιπούς χώρους των ιδιωτικών επιχειρήσεων, οι υπεύθυνοι εκμετάλλευσής αυτών.

Μεταβατικές Διατάξεις

Τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος και οι Μο-

νάδες Παροχής Υπηρεσιών Υγείας που ήδη λειτουργούν οφείλουν να προσαρμοστούν με τους όρους της παρούσας διάταξης εντός εύλογης προθεσμίας την οποία θα ορίσει η αρμόδια υγειονομική υπηρεσία και η οποία δεν πρέπει να υπερβαίνει του έξι (6) μήνες.

Ειδικότερα οι υπεύθυνοι των καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος, εντός της ανωτέρω προθεσμίας, οφείλουν να αναρτήσουν δίπλα από την άδεια λειτουργίας του καταστήματος σχεδιάγραμμα κάτοψης της αίθουσας πελατών, σε κλίμακα 1:50, στο οποίο θα απεικονίζεται ο χώρος με τις θέσεις των καπνιζόντων και μη καπνιζόντων, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρούσας.

Επίσης οι διοικήσεις των δημοσίων υπηρεσιών, Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου, Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου που επισπεύδονται και επιχορηγούνται από το κράτος, οργανισμών και άλλων ιδρυμάτων (ΟΤΕ, ΔΕΗ, ΕΛ.ΤΑ. κ.λπ.) καθώς και οι υπεύθυνοι των χώρων μακράς αμανοχής του κοινού πρέπει να φροντίσουν για την εφαρμογή των παραπάνω διατάξεων εντός ευλόγου χρονικού διαστήματος που δεν πρέπει να υπερβαίνει τους έξι (6) μήνες.

Καταργούμενες διατάξεις

Από την έναρξη εφαρμογής της παρούσας καταργούνται:

Η Α2/οικ 1989/79 (ΦΕΚ 416/3.5.79 τ. Β') Υγειονομική Διάταξη "Περί απαγόρευσης του καπνίσματος στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα και στις Ιδιωτικές Κλινικές".

Το άρθρο 6 της αριθμ. 389966/52 (ΦΕΚ 235/52 τ. Β') Υγειονομικής Διάταξης "Περί υγειονομικών μέτρων επί των πάσης φύσεως μεταφορικών μέσων".

Η Γ.Υ. οικ 4508/21.5.1990 (ΦΕΚ 327/90 τ. Β') Υγειονομική Διάταξη "Απαγόρευση καπνίσματος στις πιθήσεις των εσωτερικών αερογραμμών".

Κυρώσεις

Οι παραβάτες της παρούσας δίκωνται και τιμωρούνται σύμφωνα με το άρθρο 3 του ΑΝ 2520/40 (ΦΕΚ 273/40 τ. Α') "Περί Υγειονομικών Διατάξεων", όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο μόνο του Ν. 290/1943 (ΦΕΚ 185 Α), που κυρώθηκε με την 303/1946 ΠΥΣ και αντικαταστάθηκε με την παράγραφο 4 του άρθρου 4 του Ν. 2207/94 (ΦΕΚ 65 Α) η οποία αντικαταστάθηκε εκ νέου με την παράγραφο 10 του άρθρου 11 του Ν. 2307/95 (ΦΕΚ 113/95 τ. Α')

Επίσης για τους παραβάτες των διατάξεων της παρούσας εντός των Μονάδων Υγείας επιβάλλονται και οι παρακάτω διοικητικές κυρώσεις.

α) στους παραβάτες ασθενείς, πειθαρχικό εξετήριο.

β) στους παραβάτες επισκέπτες και συνοδούς, αποβολή από τη Μονάδα Υγείας.

γ) στους υπεύθυνους εφαρμογής των διατάξεων της παρούσας και εργαζόμενους στις Μονάδες Υγείας, επιβάλλονται οι πειθαρχικές ποινές σύμφωνα με τις διατάξεις του Δημοσοϋπαλληλικού Κώδικα.

Η εκτέλεση της παρούσας ανατίθεται στα αρμόδια Υγειονομικά και λοιπά Κρατικά Όργανα. Η ισχύς της αρχίζει μετά δεκαπενθήμερο από τη δημοσίευσή της στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Από τις διατάξεις της παρούσας Υγειονομικής Διατάξεως δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού.

Η παρούσα Υγειονομική Διάταξη να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 29 Ιουλίου 2002

ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

Ε. ΝΑΣΙΩΚΑΣ

ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ

