

**“ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ:
ΑΜΦΙΔΡΟΜΗ ΣΧΕΣΗ Η ΟΞΥΜΩΡΟ ΣΧΗΜΑ”**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

Dr. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΚΑΚΟΥΡΗ ΕΥΓΕΝΙΑ – ΜΑΡΙΑ

ΚΑΡΑΚΑΣΗ ΝΙΚΗ

ΚΟΡΑΚΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΜΑΡΙΝΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2001

Θα ήταν μεγάλη παράλειψη εκ μέρους μας, να μην εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στην υπεύθυνη καθηγήτρια, Dr. Παπαδημητρίου Μαρία, για την καθοδήγησή και την αμέριστη συμπαράστασή της, καθώς και τον κ. Κουτσογιάννη Κωνσταντίνο για την ολοκλήρωση της έρευνάς μας. Επίσης, ευχαριστούμε και αυτούς που μας βοήθησαν στη συγγραφή της συγκεκριμένης εργασίας.

*Η εργασία αυτή είναι
αφιερωμένη στους γονείς μας*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---|----|
| ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ..... | 6 |
| ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 9 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο | |
| 1.1. Ιστορική αναδρομή..... | 11 |
| 1.2. Επιδημιολογικά στοιχεία..... | 15 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΚΑΠΝΟΥ | |
| 2.1. Ορισμός – Συστατικά κάπνου..... | 18 |
| 2.2. Νικοτίνη..... | 21 |
| 2.3. Πίσσα..... | 22 |
| 2.4. Μονοξειδίο του άνθρακα..... | 22 |
| 2.5. Καρκινογόνοι υδρογονάνθρακες..... | 23 |
| 2.6. Διαφορές μέσων καπνίσματος..... | 24 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΕΘΙΣΜΟΣ – ΣΤΕΡΗΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ | |
| 3.1. Αντοχή - εξάρτηση..... | 26 |
| 3.2. Τύπος καπνιστών..... | 29 |
| 3.3. Κάπνισμα και προσωπικότητα..... | 31 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑ | |
| 4.1. Καρκινογένεση..... | 33 |
| 4.1.1. Καρκίνος του Πνεύμονα..... | 34 |
| 4.1.2. Καρκίνος του Λάρυγγα..... | 39 |
| 4.1.3. Καρκίνος του Στοματοφάρυγγα..... | 39 |
| 4.1.4. Καρκίνος του Οισοφάγου..... | 39 |
| 4.1.5. Καρκίνος Ουροδόχου Κύστεως..... | 40 |

| | |
|---|----|
| 4.1.6. Καρκίνος Νεφρών | 40 |
| 4.1.7. Καρκίνος Τραχήλου Μήτρας | 40 |
| 4.1.8. Καρκίνος Παγκρέατος | 41 |
| 4.1.9. Καρκίνος Ήπατος | 42 |
| 4.1.10. Αιμοποιητικός Καρκίνος | 42 |
| 4.1.11. Καρκίνος Στομάχου | 42 |
| | |
| 4.2. ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΑΙ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ – ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ | |
| 4.2.1. Καρδιαγγειακό Σύστημα | 43 |
| 4.2.2. Κεντρικό νευρικό σύστημα | 43 |
| 4.3. ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ | 51 |
| 4.3.1. Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π.) | 51 |
| 4.3.2. Η Χρόνια Βρογχίτιδα και Αποφρακτικό Εμφύσημα | 51 |
| 4.3.3. Έλκος Στομάχου | 54 |
| 4.3.4. Οστεοπόρωση | 54 |
| 4.3.5. Κάπνισμα προ της Γονιμοποίησης - Στείρωση | 54 |
| | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ | |
| 5.1. Θάνατοι από παθητικό κάπνισμα | 59 |
| 5.2. Δικαιώματα μη καπνιστών | 60 |
| | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο : ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΦΥΛΟ | |
| 6.1. Κάπνισμα και γυναίκα | 64 |
| 6.2. Καπνισμα και εγκυμόσυνη | 65 |
| | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο : ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ | |
| 7.1. Επίδραση της οικογένειας στις καπνιστικές συνήθειες των εφήβων | 71 |
| | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ^ο : ΚΑΠΝΙΣΜΑ: ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ | |
| 8.1. Σωματικό βάρος | 73 |
| 8.2. Αλκοόλ | 75 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

| | |
|--|----|
| 9.1. Το κάπνισμα προκαλεί κατάθλιψη..... | 78 |
| 9.2. Αυτοεπιβαλλόμενη σκλαβιά | 78 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο: ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

| | |
|--|----|
| 10.1. Κατασταλτικά του καπνίσματος | 85 |
| 10.2. Πλεονεκτήματα διακοπής καπνίσματος..... | 87 |
| 10.3. Εκτίμηση διακοπής του καπνίσματος..... | 87 |
| 10.4. Αποτελέσματα προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος..... | 88 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο: ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

| | |
|---|----|
| 11.1. Καπνός και περιβάλλον: συνέπειες..... | 89 |
| 11.2. Καπνός και οικονομία | 90 |
| 11.3. Η φορολογία του καπνιστή | 91 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12^ο: ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ ΚΑΙ ΤΣΙΓΑΡΟ – ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

| | |
|--|----|
| 12.1. Διαφήμιση..... | 92 |
| 12.2. Αντικαπνιστικά μέτρα | 95 |
| 12.2.1. Ευθύνη της πολιτείας..... | 95 |
| 12.2.2. Νομοθεσία και Κάπνισμα | 98 |
| 12.2.3. Έλεγχος του Καπνίσματος..... | 98 |
| 12.2.4. Πρόληψη - Αντικαπνιστικά Προγράμματα | 99 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13^ο: Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

| | |
|--|-----|
| 13.1. Ο ρόλος του ιατρού στην πρόληψη και την προώθηση διακοπής του καπνίσματος | 92 |
| 13.1.1 Ο Ρόλος Του Ιατρού Στην Πρόληψη Του Καπνίσματος..... | 103 |
| 13.1.2. Ο Ρόλος Του Ιατρού στην Προώθηση της Διακοπής του Καπνίσματος σε Κλινικούς Ασθενείς..... | 106 |
| 13.2. Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Πρόληψη του Καπνίσματος..... | 110 |

| | |
|---|-----|
| 13.2.1. Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Σχολική Υγιεινή..... | 111 |
| 13.2.2. Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στους Χώρους Εργασίας..... | 114 |
| 13.2.3. Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στις Κατ' Οίκον Επισκέψεις..... | 115 |
| 13.2.4. Προτάσεις Αμερικανικής Ένωσης Νοσηλευτριών..... | 120 |
| 13.3. Τι ισχύει στην Αμερική και στην Ευρώπη..... | 121 |

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

| | |
|------------------------------|-----|
| ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ..... | 126 |
| ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ..... | 129 |
| Δημογραφικά στοιχεία..... | 129 |
| Συσχετίσεις ερωτήσεων..... | 129 |
| ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ..... | 172 |
| ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ..... | 175 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | 177 |
| SUMMARY..... | 178 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 179 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ..... | 184 |

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

*“ Σήμερα!! Ο πρώτος!! Ο μεγαλύτερος
και συχνότερος εχθρός της υγείας
του ανθρώπου, σ' όλο τον κόσμο,
είναι το κάπνισμα ”*

Ο ήλιος στη δύση του. Έξω από το παράθυρο του νοσοκομείου τον έβλεπα καθαρά να χάνεται μέσα στην πορφύρα του, βουτώντας στη γαλήνη της θάλασσας.

Δεν μπορεί να ήταν ψέματα.

Οι ακτινογραφίες, οι υπέρηχοι, τα τεστ και η βιοψία πρέπει να έλεγαν αλήθεια, αν και στο οικογενειακό μου ιστορικό δεν υπήρχαν παρόμοια περιστατικά.

Άρχισα να συνειδητοποιώ τη μεγάλη αλήθεια μόνον όταν ήλθε το καυτό ερώτημα.

- Καπνίζετε;

- Ναι.

- Πόσα χρόνια;

- Από τα 17 μου.

50 χρόνια, τα τσιγάρα μου με συντρόφευαν σε κάθε στιγμή μοναξιάς. Στο γυμνάσιο, στο στρατό σε κάθε στιγμή μοναξιάς. Στο γυμνάσιο, στο στρατό, στην καριέρα, στην οικογένεια. Αλλά μόνο τώρα καταλάβαινα πόσο άχρηστα ήταν για μένα.

Οι περισσότεροι γιατροί συμφωνούν. Το κάπνισμα είναι η βασική αιτία για το 80 – 90% των καρκίνων του πνεύμονα. Ένας τέτοιος καρκίνος, συνήθως είναι δύσκολος σε χειρουργική προσέγγιση και χημειοθεραπεία, όπως στην περίπτωση μου. Απέμενε μόνο η ραδιοθεραπεία.

- Νομίζουμε ότι μπορούμε να σου δώσουμε λίγο χρόνο. Οι ακτινογραφίες δείχνουν ότι ο όγκος περιορίστηκε κατά 40% μετά τη ραδιοθεραπεία και ελπίζουμε να είναι νεκρός. Μου είχε πει ο Dr. Robert Putzeys, με ευγένεια.

Παραπάνω από μισό εκατομμύριο τσιγάρα σε 50 χρόνια! Τι επίθεση κι αυτή στα ευπαθή κύτταρα των πνευμόνων μου, από την πίσσα, το CO και τα τόσα καρκινογόνα που χωρίς καμία περίσκεψη κατάπινα.

Το ανοσοποιητικό μου σύστημα αμύνθηκε σθεναρά όσο ήμουν νέος, αλλά τώρα που η ηλικία προχώρησε, κατακτήθηκε.

Η ραδιοθεραπεία κράτησε έξι μήνες. Άλλη ραδιενέργεια δεν μπορούσα να πάρω. Δύο μήνες διακοπή της θεραπείας πέρασαν ήσυχα και όταν ήλθε η ώρα για

αξιολόγηση ο όγκος ήταν ακόμη ήσυχος, αλλά είχε εμφανιστεί ένα πρήξιμο στην αριστερή κλείδα στο λαιμό. Μερικά κακοήθη κύτταρα είχαν δραπετεύσει από τη ραδιοθεραπεία.

Η μετάσταση ήταν πια γεγονός.

Η χειρουργική επέμβαση ήταν αδύνατη, η ανοχή μου στη ραδιενέργεια στο ανώτατο όριο και η χημειοθεραπεία ανώφελη. Ο καρκίνος, ανεμπόδιστος ακολούθησε και τα άλλα μονοπάτια του αίματος και της λέμφου και βαθμιαία εισέβαλλε στον άλλο μου πνεύμονα, στο συκώτι μου, στον εγκέφαλό μου, στα κόκαλά μου. Η εμπειρία του ανυπόφορου πόνου είναι πια καθημερινά. Μυϊκές καρδιές διαμαρτυρίας από παντού.

Καθώς ο όγκος εισχωρεί μέσα στα υγιή κύτταρα, βελόνες με τσιμπάνε, μαχαίρια με χαρακώνουν βαθιά και δεν υποφέρω την έντονη φαγούρα. Νοιώθω ιδιαίτερα να πονάω από κάθε πίεση εσωτερικά και εξωτερικά στο θώρακά μου. Μόνο τα παυσίπονα και τα υπνωτικά μου εξασφαλίζουν τώρα λίγο ύπνο. Κι όμως, σύμφωνα με το οικογενειακό μου μητρώο θα έπρεπε να ζήσω ως τα 80 μου.

15 χρόνια χαμένα από 500.000 τσιγάρα.

Κάθε τσιγάρο μου κόστισε περισσότερο από 15 λεπτά ζωής.

Ένα χρόνο τώρα, το πέταξα το ρημάδι...

Γι' αυτό πάρε κουράγιο. Είσαι νέος, έχεις καιρό. Αν νομίζεις ότι σε βοηθάει στο στρες και στην καταπίεση, συνέχισε να καπνίζεις. Διασκέδασέ το. Θα το κόψεις πολύ πιο εύκολα, όταν πάθεις καρκίνο και θα σταματήσεις να καπνίζεις, φίλε.

... Σίγουρα θα σταματήσεις να καπνίζεις.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

*“ Ο καπνός προκαλεί ζημιά στο
σώμα, καταστρέφει τη νόηση,
αποβλακώνει ολόκληρα έθνη ”*

Ονόρε Ντε Μπωζιάκ

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 άνδρες και γυναίκες καπνιστές είναι πάρα πολλοί. 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 τη βλαβερή επίδρασή του. Ο καπνός είναι υπαίτιος για την ανάπτυξη πολλών οξείων και χρόνιων ασθενειών. Αυτό ακριβώς αποτελεί μια από τις κυριότερες αιτίες εμφάνισης του καρκίνου των πνευμόνων, του χρόνιου βρογχίτη, 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 σύστημα. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) σε ολόκληρο τον κόσμο ο αριθμός των θανάτων που συνδέονται με το κάπνισμα, ξεπερνά τα 3 εκατομμύρια το χρόνο.

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 στη σύγχρονη κοινωνία¹.

Η γραφική παράσταση των θανάτων που προκαλεί το κάπνισμα έναντι άλλων αιτιών ισοδυναμεί με εξίσωση: ΚΑΠΝΙΣΜΑ = Έιτς, ηρωίνη, κοκαΐνη, αλκοόλ, πυρκαγιές, εμπρησμοί, αυτοκτονίες, δολοφονίες και τροχαία ατυχήματα².

Λαμβάνοντας υπόψη μας όλες αυτές τις παραμέτρους, εμείς ως αυριανοί νοσηλευτές, ως αυριανοί προαγωγοί της υγείας, κάναμε εργασία για το κάπνισμα σκοπός της οποίας είναι να γίνει συνείδηση το πόσο μεγάλο κίνδυνο αντιπροσωπεύει το κάπνισμα στην Υγεία.

Με το ειδικό μέρος της εργασίας αυτής προσπαθούμε να ενημερώσουμε και κυρίως να βοηθήσουμε αν όχι να πάψει, έστω να ελαττωθεί αυτή η καταστρεπτική συνήθεια για την υγεία όλων μας¹.

Ευελπιστούμε η μελέτη μας αυτή να βοηθήσει σημαντικά τους ιατρούς, αλλά και τους συναδέλφους νοσηλευτές που θα ενδιαφέρονταν να αποκτήσουν ένα κατάλληλο βοήθημα για αντικαπνιστική εκστρατεία και διαφώτιση του Ελληνικού λαού, ο οποίος από πλευράς καταναλώσεως καπνού είναι πρώτος στην Ευρώπη και τρίτος κατά σειράν διεθνώς².

Η εργασία αυτή αποτελεί μια επιλογή από τη βιβλιογραφία που υπάρχει για το κάπνισμα, προσπαθώντας να εντοπίσει το πρόβλημα του καπνίσματος σαν ένα σύνθετο και πολύπλοκο ζήτημα, όχι μόνο σαν βλαβερό παράγοντα στην υγεία του ανθρώπου, αλλά και σαν ψυχοκοινωνικοπολιτικό ζήτημα³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

*“ Η Εκδίκηση των Ερυθρόδερμων
απέναντι στους κατακτητές τους
ήλθε μετά από αρκετούς αιώνες.
Ήταν ο καπνός.”*

Απ’ ότι γνωρίζουμε, ο καπνός ήταν άγνωστος στους Ευρωπαίους και τους Ασιάτες μέχρι που ανακαλύφθηκε ο Νέος Κόσμος⁴.

Οι ναύτες του Χριστόφορου Κολόμβου, οι οποίοι στις αρχές του 16ου αιώνα είδαν τους Ερυθρόδερμους να εισπνέουν με μακριά καλάμια τον καπνό των καιόμενων φύλλων του φυτού του καπνού (για το οποίο υπήρχε η εντύπωση ότι έχει θεραπευτικές ιδιότητες), είναι εκείνοι οι οποίοι έφεραν και στην Ευρώπη το αυτοφυές αυτό φυτό της Λατινικής Αμερικής.

Το επιστημονικό του όνομα *Nicotiana Tabacua* το έλαβε: α) προς τιμήν του Jean Nicot, ο οποίος προώθησε την εισαγωγή και καλλιέργεια του στην Ευρώπη, και β) από το νησί των Αντιλλών *Tabacua*⁵.

Κατά μια άλλη εκδοχή, η ονομασία αυτή προέρχεται από τη λέξη *Taba* με την οποία οι κάτοικοι της Αϊτής και του San Salvador ονόμαζαν το καλάμι και μια πρωτόγονη πίπα.

Μια τρίτη εκδοχή, αναφέρει ότι οι κάτοικοι της νήσου Cuba μασούσαν και ρουφούσαν το χυμό από τα φύλλα φυτού που τα ονόμαζαν *caoba* τυλιγμένα σε κυλίνδρους και *Tabaco* τον σωλήνα, με τον οποίο ρουφούσαν από τη μύτη τα καυσαέρια από ξερά φύλλα του φυτού, απ’ τον οποίο και το φυτό πήρε το όνομα *Tabaccos*.

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

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

Και ο προφήτης του είπε:

«Πως μπορεί να είσαι τόσο αγάριστο» και το ερπετό του απάντησε ότι

«Ευγνωμοσύνη δεν υπάρχει στη γη» και δάγκωσε τον Προφήτη.

Εκείνος, ρούφηξε αμέσως το δηλητήριο από την πληγή και το ἔφτυσε στη γη.

Στο σημείο εκείνο φύτεψε ένα φυτό. Ήταν ο καπνός, το δηλητήριο το οποίο σκοτώνει σήμερα εκατομμύρια ανθρώπους σ' όλο τον κόσμο.

Πάντως γεγονός είναι ότι, όταν ο Φερδινάνδος Κορτές που κατέκτησε το Μεξικό το 1551, οι εκεί Ινδιάνοι καλλιεργούσαν συστηματικά το φυτό αυτό και για δική τους απολαυστική χρήση αλλά και σαν φάρμακο για πολλές αρρώστιες.

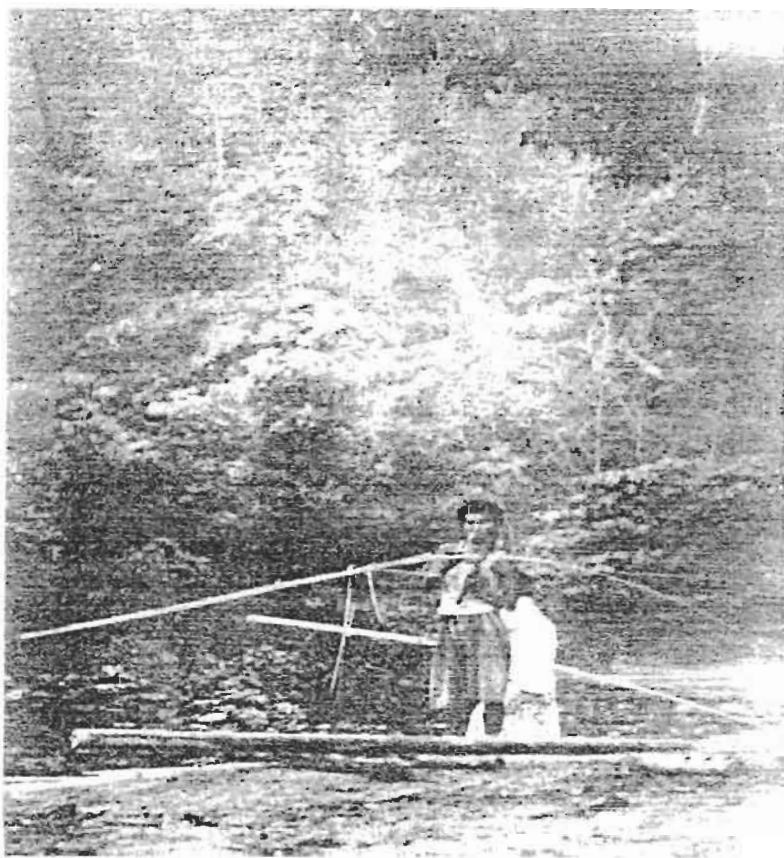
Η χρήση του καπνού γινόταν με πολλούς τρόπους που ορισμένοι απ' αυτούς διατηρούνται και σήμερα. Όπως αναφέρθηκε, οι ερυθρόδερμοι συνήθως ρουφάνε ομαδικά με καλάμια τον καπνό από καιόμενα ξερά φύλα του φυτού μαζί με άλλα αρωματικά φυτά ή κατασκεύαζαν μικρούς κυλίνδρους (πούρα) από ξερά φύλλα τυλιγμένα σε καλαμποκόφυλλα, ή χρησιμοποιούσαν πρωτόγονες μακριές πίπες από ξύλο ή τον έτριβαν σε σκόνη και τον ρουφούσαν από τη μύτη ή και τον μασούσαν.

Τους τρόπους αυτούς συνήθισαν και οι κατακτητές και έτσι, όπως το φίδι εκδικείται τον άνθρωπο, έτσι και οι ερυθρόδερμοι εξακολουθούν πάνω από 400 χρόνια να εκδικούνται τους απογόνους των κατακτητών τους με τα δηλητήρια του καπνού⁶.

Υπάρχουν μαρτυρίες ότι το κάπνισμα φύλλων καπνού είχε χρησιμοποιηθεί ήδη το 16ο αιώνα από τους Ισπανούς της Λατινικής Αμερικής για στρατιωτικούς σκοπούς, με την πεποίθηση ότι ενισχύει και κάνει τον οργανισμό ανθεκτικότερο στις κακουχίες. Ο Γάλλος μοναχός Andre Thevet θεωρείται ο πρώτος που καλλιέργησε καπνό στην Ευρώπη, με σκοπό την αξιοποίηση του φυτού στη θεραπευτική. Το 1558 δημοσίευσε πραγματεία, στην οποία εκθειάζει τις φαρμακευτικές ιδιότητες του

Ο Jean Nicot, Γάλλος πρεσβευτής στη Βασιλική Αυλή της Λισσαβώνας, έστειλε το 1560 σκόνη καπνού στην Αικατερίνη των Μεδίκων, βασίλισσα της Γαλλίας, για να απαλλαγεί από τις ισχυρές ημικρανίες της. Κάποια βελτίωση στην υγεία της βασίλισσας συνέβαλε στην ταχύτατη διάδοση της χρήσης του καπνού, σαν θεραπευτικού μέσου για ημικρανίες, οδονταλγίες, κ.α. Το όνομα της Αικατερίνης των Μεδίκων συνδέθηκε άμεσα με το νέο εξωτικό φυτό (Herba Reginae – Βότανο της Βασίλισσας). Οι γιατροί και οι βοτανολόγοι της ίδιας εποχής αποδίδουν στο κάπνισμα πολλές ακόμη θεραπευτικές ιδιότητες, όπως η αντιμετώπιση του άσθματος, της ουρικής αρθρίτιδας, της πανώλους, του καρκίνου και των ωδίνων του τοκετού. Η χρήση του καπνού έφθασε στο σημείο να θεωρείται πανάκεια, παρά τις αντιδράσεις ορισμένων αυστηρών ιερέων, οι οποίοι παρομοίαζαν τους καπνούς του «διαβολικού φυτού» με τις αναθυμιάσεις της κόλασης. Παρ' όλα αυτά, δεν αργούν να διαπιστωθούν και οι πρώτες δυσμενείς επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία.

Το 1604, τυπώνεται ανωνύμως η πραγματεία «Αντεπίθεση στον Καπνό», του Άγγλου βασιλιά Ιακώβου του Α', οι παρατηρήσεις του οποίου δεν στερούνται οξυδέρκειας και διορατικότητας. Το κάπνισμα χαρακτηρίζεται ως «απαίσια συνήθεια, βλαβερή στον εγκέφαλο και επικίνδυνη στους πνεύμονες». Την ίδια εποχή, εμφανίζεται ένα κείμενο κατά του καπνίσματος – γραμμένο από έναν Άγγλο γιατρό, που το δημοσιεύει με τη μορφή επιστολής – με εξαιρετικά εύστοχη περιγραφή των δυσμενών επιπτώσεων του καπνού στην υγεία. Ανάμεσα στα άλλα, επισημαίνονται η προδιάθεση του οργανισμού σε ποικίλες ασθένειες και η εξασθένηση της μνήμης⁷.



Ο καπνός, που τον χρησιμοποιούσαν για αιώνες, στο Νεο Κόσμο, τώρα έχει κατακτήσει όλη τη γη

Μεγάλη όμως έκταση πήρε το κάπνισμα με τις εκστρατείες του Ναπολέοντα (1794 – 1812) και ιδιαίτερα μετά τον Κριμαϊκό πόλεμο (1856) στην αρχή με ψιλοκομμένο καπνό τυλιγμένο σε τσιγαρόχαρτο και αργότερα με βιομηχανοποιημένα τσιγάρα από την Ισπανία και την Γαλλία⁹.

Στις αρχές του 18ου αιώνα, ο Holland επισημαίνει για πρώτη φορά τη σχέση ανάμεσα στον καρκίνο των χειλέων και τη χρήση καπνού⁷. Όμως υπόνοιες και

αρκετές ενδείξεις ότι το κάπνισμα ήταν βλαβερό για την υγεία του καπνιστή υπήρχαν πολύ πριν από τον Α΄ Παγκόσμιο πόλεμο.

Μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα (1912), το κάπνισμα ήταν προνόμιο μόνο των αντρών. Μετά τον Α΄ Παγκόσμιο πόλεμο, κατά τα χρόνια του μεσοπολέμου, η κατανάλωση του βιομηχανοποιημένου κυρίως τσιγάρου αυξήθηκε κατακόρυφα όχι μόνο γιατί οι άνδρες κάπνιζαν περισσότερο, αλλά και γιατί άρχισαν να καπνίζουν και οι γυναίκες σαν μια κατάκτηση του γυναικείου απελευθερωτικού κινήματος. Το βιομηχανοποιημένο τσιγάρο κυριάρχησε.

Η μάσηση και η εισρόφηση σκόνης καπνού από τη μύτη σταμάτησαν σχεδόν τελείως, ενώ η πίπα και το πούρο αν και μειώθηκαν σημαντικά, όμως εξακολουθούν να χρησιμοποιούνται και σήμερα.

Σύμφωνα με μια Αγγλική έρευνα, μέχρι το Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο οι Άγγλοι κάπνιζαν κατά μέσο όρο 10 τσιγάρα την ημέρα ενώ οι γυναίκες ακολουθούσαν με συνεχώς αυξανόμενο ρυθμό.

Από τότε, η καταστροφική αυτή συνήθεια εξακολουθεί να επεκτείνεται και να δημιουργεί νέα θύματα σ' όλα τα κοινωνικά στρώματα. Ο αριθμός των συστηματικών καπνιστών συνεχώς αυξάνεται σ' όλον τον κόσμο και το χειρότερο ότι η αύξηση αυτή, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι στους καπνιστές προστίθενται δυστυχώς άτομα όλο και νεότερης ηλικίας. Έτσι κάθε 10 χρόνια έχουμε και μια νέα γενιά καπνιστών⁶.

Η σχέση του καπνίσματος με τον καρκίνο των πνευμόνων υποστηρίχθηκε ήδη το 1928 από τους Lombard και Doring, ενώ ο Pearl παρουσίασε το 1938 αρκετά ενδεικτικά στοιχεία ότι οι καπνιστές ζουν λιγότερα χρόνια από τους μη καπνιστές. Οι Doll και Hill παρουσίασαν τα πρώτα τεκμηριωμένα στοιχεία για τον πρόωρο θάνατο των καπνιστών, σε μια εκτεταμένη επιδημιολογική μελέτη στον αγγλικό πληθυσμό μεταξύ των ετών 1950 και 1956.

Στα χρόνια που ακολούθησαν, είδαν το φως της δημοσιότητας περισσότερες από είκοσι χιλιάδες επιστημονικές εργασίες, επιδημιολογικές και πειραματικές, που αποδεικνύουν σε κάθε καλόπιστο μελετητή τη σαφή σχέση ανάμεσα στην κατάχρηση καπνού και την εμφάνιση ποικίλων παθοφυσιολογικών διαταραχών⁷.

1.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

“ Ένα τσιγάρο: 30 λεπτά ταλαιπωρία”

Ήδη το κάπνισμα προσδιορίστηκε ως το σπουδαιότερο μεμονωμένο αίτιο νοσήσεως και θανάτου, που μπορεί να προληφθεί⁵.

Η σχέση της θνησιμότητας στους άρρνες καπνιστές, σε σύγκριση με τους μη καπνιστές της αντίστοιχης ηλικίας, βρέθηκε να είναι 2:1 στις ηλικίες κάτω των 70 ετών και 1,5:1 σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά, περίπου το 1/3 – 1/2 των καπνιστών πεθαίνουν από κάποια νοσηρή κατάσταση, που είναι συνέπεια της χρήσης καπνού. Στη Μ. Βρετανία, ο αριθμός των θανάτων που σχετίζονται αιτιολογικά με το κάπνισμα ανέρχεται σε 100.000 περίπου το χρόνο. Στις Η.Π.Α., ο αντίστοιχος αριθμός υπολογίζεται σε επίπεδα υψηλότερα των 500.000 θανάτων το χρόνο. Συγκεκριμένα, στο κάπνισμα αποδίδεται το 30 – 40% των θανάτων από στεφανιαία νόσο, το 40% από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και το 80% από καρκίνο των πνευμόνων⁷. Στην Αγγλία και στην Ουαλία το 92% του βρογχογενούς καρκίνου στους άντρες και το 78% στις γυναίκες αποδίδεται στο κάπνισμα. Στην Ιαπωνία τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 53% στους άντρες και 39% στις γυναίκες⁸.

Στην Ελλάδα, από παρατηρήσεις στο Σισμανόγλειο Νοσοκομείο όπου εξετάστηκαν οι περιπτώσεις 66.939 καρκινοπαθών που νοσηλεύτηκαν μία 5ετία και 65.149 ατόμων που πέθαναν στο διάστημα από 1956 – 1983, προέκυψε ότι αυξήθηκαν κατά 475% οι θάνατοι από καρκίνο των πνευμόνων στη χώρα μας μέσα στην τελευταία 28ετία. Στην ίδια αυτή περίοδο η αύξηση στην κατανάλωση καπνού ήταν κατά 494%, άρα παράλληλη με την προηγούμενη αύξηση⁵.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1

| |
|---|
| Στις Η.Π.Α. επιβαρύνεται η θνητότητα εξ αιτίας του καπνίσματος: Κατά 30% από καρδιαγγειακά . Κατά 30% από τον καρκίνο εν γένει (το 80 – 90% αφορά σε καρκίνο των πνευμόνων) |
|---|

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2

Στην Ελλάδα κατά τα τελευταία 28 χρόνια:
 Αυξήθηκε κατά 494% η κατανάλωση καπνού.
 Αυξήθηκαν κατά 475% οι θάνατοι από καρκίνο

Η αναμενόμενη διάρκεια ζωής των καπνιστών είναι κατά 5 –8 χρόνια βραχύτερη, σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, ανάλογα με τη χρήση καπνού. Ένας 25χρονος που καπνίζει 20 τσιγάρα την ημέρα μικραίνει την αναμενόμενη διάρκεια ζωής του κατά 4,5 χρόνια και με 40 τσιγάρα κατά 8,5 χρόνια. Με βάση τα δεδομένα αυτά, κάθε τσιγάρο αφαιρεί 5 - 6 λεπτά από την αναμενόμενη διάρκεια ζωής ενός ατόμου⁷.

| ΧΡΟΝΙΑ ΠΟΥ ΧΑΝΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Αριθμός Σιγαρέτων Ημερησίως | Χρόνια αναμενόμενης ζωής | Σημερινή ηλικία | | | | | | | | |
| | | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 |
| 0 | χρόνια υπόλοιπης ζωής | 48,6 | 43,9 | 39,2 | 34,5 | 30,0 | 25,6 | 21,4 | 17,6 | 14,1 |
| 1 – 9 | υπολοιπόμενα χρόνια | 44,0 | 39,3 | 34,7 | 30,2 | 25,9 | 21,8 | 17,9 | 14,5 | 11,3 |
| | χαμένα χρόνια | 4,6 | 4,6 | 4,5 | 4,3 | 4,1 | 3,8 | 3,5 | 3,1 | 2,8 |
| 10 – 19 | υπολοιπόμενα χρόνια | 43,1 | 38,4 | 33,8 | 29,3 | 25,0 | 21,0 | 17,4 | 14,1 | 11,2 |
| | χαμένα χρόνια | 5,5 | 5,5 | 5,4 | 5,2 | 5,0 | 4,6 | 4,0 | 3,5 | 2,9 |
| 20 – 30 | υπολοιπόμενα χρόνια | 42,4 | 37,8 | 33,2 | 28,7 | 24,4 | 20,5 | 17,0 | 13,7 | 11,0 |
| | χαμένα χρόνια | 6,2 | 6,1 | 6,0 | 5,8 | 5,6 | 5,1 | 4,4 | 3,9 | 3,1 |

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.4

Λιγότευδει η ζωή ανάλογα με το κάπνισμα:
 Με κάθε τσιγάρο κόβονται από τη ζωή 5,5 λεπτά της ώρας.
 Στον 25χρονο, με ένα πακέτο την ημέρα συνολικά 4,6 χρόνια.
 Στον 25χρονο, με δύο πακέτα την ημέρα συνολικά 8,3 χρόνια.

Η έναρξη του καπνίσματος σε μεγάλη ηλικία και η χρήση φίλτρων ελαττώνουν τον κίνδυνο του βρογχογενούς καρκινώματος σε αυτούς που καπνίζουν¹. Η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τον κίνδυνο αλλά υπάρχει λανθάνουσα περίοδος μεταξύ του χρόνου της διακοπής και της πλήρους αποφυγής του κινδύνου. Σε γυναίκες οι οποίες κάπνιζαν περισσότερα από 20 σιγαρέτα ημερησίως, 16 έτη μετά τη διακοπή ο κίνδυνος εξακολουθεί να είναι τετραπλάσιος σε σχέση με άτομα που ουδέποτε κάπνισαν. Μεγαλύτερος κίνδυνος θανάτων από καρκίνο πνεύμονα υπάρχει σε άτομα μεγαλύτερα των 65 ετών που εξακολουθούν να καπνίζουν, καθώς και σε άντρες πρώην καπνιστές άνω των 65 ετών⁵.

Από τα προηγούμενα συνάγεται ότι η διακοπή του καπνίσματος είναι η πλέον δραστική μέθοδος για τη μείωση της επιπτώσεως και της θνητότητας από τον καρκίνο πνεύμονος⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΚΑΠΝΟΥ

Νικοτίνη – Πίσσα – Μονοξειδίο του άνθρακα

Τα “βότανα” του διαβόλου

2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ – ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΠΝΟΥ

Σαν καπνός χαρακτηρίζονται συνήθως τα αιωρούμενα στερεά και υγρά σωματίδια στην ατμόσφαιρα που έχουν μαύρο χρώμα, διάμετρο μικρότερη από 1 μm και προέρχονται από ατελείς καύσεις ενώ τα στερεά και υγρά σωματίδια, με διάμετρο συνήθως 10 μm ονομάζονται αιωρούμενα σωματίδια.

Το μέγεθος των σωματιδίων έχει επίσης σημασία για το μέγεθος της βλαπτικής τους επίδρασης. Σωματίδια πάνω από 5 μg όταν εισπνέονται κατακρατούνται από τη μύτη και τους βρόγχους. Κάτω από 5 μm εισδύουν βαθύτερα, ενώ όταν είναι κάτω από 1 μm η κατακράτησή τους στο επιθήλιο είναι πολύ μικρή⁹.

Ο καπνός μετά από κατάλληλη επεξεργασία χρησιμοποιείται για κάπνισμα, μάσημα, εισπνοές για την εξαγωγή της νικοτίνης. Η νικοτίνη και τα συγγενικά της αλκαλοειδή που περιέχονται στον καπνό αναγνωρίζονται γενικά ως εθιστικά και ναρκωτικά, χαρακτηριστικά που βοηθούν να εξηγηθεί γιατί τα προϊόντα καπνού είναι τόσο δημοφιλή σε ολόκληρο τον κόσμο¹⁰.

Όταν καίγεται ένα τσιγάρο είναι σα να δουλεύει ένα εργοστάσιο και με βάση την θερμοδυναμική παράγονται περίπου 4.000 ουσίες – ενώσεις υπό στερεά, υγρά και αέριο μορφή. Η θερμοκρασία στο σημείο καύσεως ανέρχεται στους 900° και ποικίλλει αυτή μέχρι το άλλο άκρο. Τα παραγόμενα αυτά συστατικά περιλαμβάνουν πολλά, τα οποία είναι γνωστά από τη φαρμακολογία ως δραστικά, τοξικά, μεταλλαξιγόνα και καρκινογόνα. Τα 43 καρκινογόνα που έχουν περιγραφεί μέχρι σήμερα περιλαμβάνουν πολυαρωματικούς υδρογονάνθρακες, ετεροκυκλικούς υδρογονάνθρακες, N – νιτροζαμίνες, αρωματικές αμίνες, αλδεϋδες, πτητικές καρκινογόνες ενώσεις, ανόργανες ενώσεις και ραδιενεργά στοιχεία.

Κατά την καύση του τσιγάρου διακρίνουμε μια φάση αέριο και μια φάση σωματιδίων.

Από τις ουσίες της αέριας φάσης, ανεπιθύμητες ενέργειες προκαλούν οι εξής:

Μονοξειδίο και διοξειδίο του άνθρακα, οξειδία του αζώτου, υδροκυάνιο,

πτητικές θειούχες ενώσεις, νιτρίλια και άλλες αζωτούχες ενώσεις, πτητικοί υδρογονάνθρακες, αλκοόλες, αλδεΐδες και κετόνες. Μερικές από τις τελευταίες είναι ισχυροί αναστολείς της κίνησης των κροσσών.

Η φάση των σωματιδίων περιέχει νικοτίνη, νερό «Πίσσα». Η πίσσα είναι ότι απομένει μετά την απομάκρυνση της υγρασίας και της νικοτίνης και αποτελείται κυρίως από πολυκυκλικούς αρωματικούς υδρογονάνθρακες, ορισμένοι από τους οποίους είναι αποδεδειγμένα καρκινογόνοι.

Οι τρεις κύριες ουσίες στις οποίες επικεντρώνεται το ενδιαφέρον της ιατρικής έρευνας για τις βλάβες της υγείας του ανθρώπου είναι η νικοτίνη, η πίσσα και το μονοξειδίο του άνθρακα.

Η λεπτομερής χημική ανάλυση του μίγματος από το καιόμενο τσιγάρο απέδειξε αναλογικώς ότι περιέχει:

8% σωματίδια νικοτίνης

59% άζωτο

14% διοξείδιο του άνθρακα

3% μονοξείδιο του άνθρακα

13% οξυγόνο

2% άλλα αέρια

1% ατμούς.

Επίσης πίσσα, ύδωρ και περί της 500 άλλες βλαβερές ουσίες. Οι περισσότερες εξ αυτών είναι καρκινογόνες και διακρίνονται **α)** σε καρκινογόνες ουσίες – (INIATORS) **β)** σε μη καρκινογόνες που υποβοηθούν την ανάπτυξη του καρκίνου (PROMOTERS) και **γ)** σε μη καρκινογόνες, αλλά που βοηθούν στην ανάπτυξη της βλάβης του αναπνευστικού συστήματος⁷.

Τα στάδια της καρκινογένεσης διαιρούνται λειτουργικά σε μια φάση έναρξης μη αντιστρέψιμη που περιλαμβάνει βλάβη στο DNA των κυττάρων και σε μια φάση προώθησης, κατά τη διάρκεια της οποίας τα κύτταρα, στα οποία έχει αρχίσει η διαδικασία, μετατρέπονται σε καρκινικά.

Η σημαντικότερη καρκινογόνος επίδραση του καπνού επέρχεται στους ιστούς εκείνους, που εκτείνονται άμεσα στον καπνό των τσιγάρων, όπως είναι η βρογχιακή επίστρωση των πνευμόνων. Εξάλλου και όργανα μακριά από την έκθεση καπνού προσβάλλονται από ένα πλήθος ενεργών συστατικών του καπνού των τσιγάρων π.χ. οι 2-ναφθυλαμίνη είναι ένας μεταβολίτης του καπνού που συγκεντρώνεται στα ούρα και συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου της ουροδόχου κύστεως¹¹.

 Συστατικά του τσιγάρου

| Ουσία | Επίδραση |
|--|---------------------------------|
| “Τατ” * | Καρκινογόνο |
| Πολυπυρηνικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες | Καρκινογόνα |
| Νικοτίνη | Γαγγλιοπληγικό - Συνκαρκινογόνο |
| Φαινόλη | Συνκαρκινογόνο - Ερεθιστικό |
| Κρεσόλη | “ “ |
| B – NAPHTHYLAMINE | Καρκινογόνο |
| Βενζοπυρένιο | “ |
| N – NITROSONOTNOCOTINE | “ |
| Ιχνοστοιχεία | “ |
| Ινδόλη | Επιταχύνει τον όγκο |
| Καρβαζόλη | “ “ |
| Κατεχόλη | Συνκαρκινογόνο |
| Μονοξειδίο του άνθρακα | τη μεταφορά και τη χρήση |
| Υδροκυανικό οξύ | ερεθιστικό και τοξικό |
| Ακεταλδέδη | “ |
| Ακρολείνη | “ |
| Αμμωνία | “ |
| Φορμαλδεΐδη | “ |
| Οξειδία Αζώτου | “ |
| Νιτροζαμίνες | καρκινογόνο |
| Υδραζίνη | “ |
| Βινιλωρίδιο | “ |

* Τα αθροίσματα των σωματιδίων του καπνού μετά την αφαίρεση της νικοτίνης και της υγρασίας

2.2. ΝΙΚΟΤΙΝΗ

Η νικοτίνη είναι μια άχρωμη, ελαιώδης χημική ένωση και είναι αυτή που προκαλεί τον εθισμό στον καπνιστή. Είναι δε το ναρκωτικό που δημιουργεί εθισμό ταχύτερα από όλα τα άλλα. Ένα τσιγάρο αρκεί¹².

Ανακαλύφθηκε από τον Vauquelin το 1809 και συνετέθει από τον Pictet το 1913¹¹.

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

Η νικοτίνη κάνει την καρδιά να χτυπάει πιο γρήγορα και ανεβάζει την αρτηριακή πίεση. Πιστεύεται, ότι αυτό οφείλεται εν μέρει στην αδρεναλίνη, που εκκρίνουν τα επινεφρίδια. Είναι γνωστό, ότι η νικοτίνη δρα στον εγκέφαλο με τον ίδιο τρόπο που δρα και η ακετυλχολίνη, η ουσία που μεταδίδει τη νευρική ώση απ' τον ένα νευρώνα στον άλλο. Έτσι, μερικοί ερευνητές πιστεύουν, ότι η νικοτίνη απελευθερώνει τη νευρομεταβιβαστική ουσία νοραδρεναλίνη απ' τα νευρικά κύτταρα στον εγκέφαλο. Επίσης, φαίνεται ότι απελευθερώνει νοραδρεναλίνη απ' τα νευρικά κύτταρα που τροφοδοτούν την καρδιά. Είναι ακόμα γνωστό, ότι προκαλεί την έκκριση διάφορων ορμονών απ' την υπόφυση. Επιπλέον προκαλεί ναυτία και έμετο στους αρχάριους καπνιστές, που οφείλονται εν μέρει στη σύσπαση των λείων μυϊκών ινών του στομάχου. Η σύσπαση του εντέρου επιφέρει επανειλημμένες κενώσεις.

Σ' ελάχιστες δόσεις η νικοτίνη αυξάνει τη δραστηριότητα των ανασταλτικών κυττάρων (Renshaw) στο νωτιαίο μυελό, που προκαλεί μείωση του μυϊκού τόνου. Το είδος της μυϊκής χαλάρωσης διαφέρει από εκείνη, που προκαλούν άλλες τοξικές ουσίες, όπως τα βαρβιτουρικά και τα ήπια ηρεμιστικά. Οι ρυθμοί των εγκεφαλικών κυμάτων δείχνουν αύξηση εγρήγορσης σαν και αυτή που προκαλούν οι αμφοταμίνες. Οι καπνιστές, συχνά, αναφέρουν ότι το αίσθημα της χαλάρωσης συνοδεύεται από αυξημένη ενεργητικότητα και ικανότητα συγκέντρωσης. Παρ' όλ' αυτά δεν μπορούμε να είμαστε σίγουροι, ότι οι επιδράσεις αυτές της νικοτίνης συνδέονται απαραίτητα με τη συμπεριφορά του καπνίσματος.

Οι επιδράσεις του καπνού εξαρτώνται ως ένα σημείο απ' τον ίδιο τον καπνιστή¹³. Αυτές οι επιδράσεις μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των ατόμων και στο ίδιο το άτομο από διαφορετικές συνθήκες¹⁴. Μερικοί καπνιστές τον θεωρούν σαν διεγερτικό, που τους βοηθάει να αντιμετωπίσουν την ανία. Άλλοι αισθάνονται ότι τους βοηθάει να αγνοήσουν τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, που αποσπούν την προσοχή τους και να ελαττώσουν τα συναισθήματα άγχους, έντασης και εκνευρισμού¹³.

Σύμφωνα με τα παραπάνω το κάπνισμα αποτελεί μία μορφή χρόνιας δηλητηριάσεως με νικοτίνη. Και τούτο διότι δρα στο Κ.Ν.Σ. και μπορεί να

επιφέρει σπασμούς, οι οποίοι φονεύουν έναν ενήλικα, προκαλώντας κεντρική και περιφερειακή παράλυση της αναπνοής. Ακόμη και 10 τσιγάρα, εάν καπνιστούν απανωτά σε κλειστό χώρο, μπορεί να προκαλέσουν θανατηφόρο δηλητηρίαση, λόγω παραλύσεως του κέντρου αναπνοής. Το αντίδοτο της νικοτίνης είναι το τείον ή ο καφές και η θεραπευτική υποστήριξη του ασθενούς. Η οξεία δια νικοτίνης δηλητηρίαση προκαλεί τα εξής συμπτώματα:

- 1) ναυτία,
- 2) έμετους
- 3) εφιδρώσεις – ρίγος – σπασμούς
- 4) παράλυση του κέντρου αναπνοής και τέλος
- 5) θάνατο ¹¹

2.3. ΠΙΣΣΑ

Είναι ουσία υπεύθυνη κατά 90% για την πρόκληση του καρκίνου των πνευμόνων. Η πίσσα περιέχει 4 είδη διαφορετικών μορφών (βασικές, όξινες, ουδέτερες, αδιάλυτες). Η ουδέτερα μορφή, που είναι το βενζοπυρένιο, είναι η σπουδαιότερα λόγω της καρκινογενέσεως. Η όξινη μορφή περιέχει ουσίες που ερεθίζουν το βρογχικό βλεννογόνο και προκαλούν βήχα, σπασμό των βρογχιολίων και παραγωγή βλέννης.

Η πίσσα εγκαθίσταται στο βλεννογόνο του αναπνευστικού και του πεπτικού συστήματος και το ήμισυ των χρονίων βρογχιτιδών οφείλονται σ' αυτή. Τα ελαφρότερα σε πίσσα και νικοτίνη τσιγάρα υποχρεώνει τους καπνιστές να καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα την ημέρα, ώστε να διατηρείται σταθερή η στάθμη της νικοτίνης στο αίμα και κάνοντας βαθιές ρουφηξιές επιφέρουν άλλες εξισταθμιστικές αλλαγές στην καπνιστική συμπεριφορά τους. Οι ογκολόγοι επιμένουν η πίσσα να μην ξεπερνά το όριο των 12mg στα τσιγάρα².

2.4. ΜΟΝΟΞΕΙΔΙΟ ΤΟΥ ΑΝΘΡΑΚΑ

Το μονοξείδιο του άνθρακα σχηματίζεται κατά την καύση του καπνού. Βρέθηκε ότι στον καπνό του πούρου βρίσκεται σε τριπλάσια περίπου αναλογία εκείνης του τσιγάρου ή της πίπας. Στη θερμοκρασία 37 βαθμών του σώματος έχει την τάση να ενώνεται με την αιμοσφαιρίνη 200 – 300 φορές περισσότερο απ' ό,τι το οξυγόνο με την αιμοσφαιρίνη, περισσότερο βλαβερό από τη νικοτίνη ιδιαίτερα μάλιστα στο κυκλοφορικό σύστημα¹.

Στο αίμα των καπνιστών το CO καταλαμβάνει μόνιμα το 7% της Hb τους, το οποίο και αχρηστεύει λειτουργικώς. Πάντως όταν το CO καταλαμβάνει το 5% -15%

της Ηβ, διότι κάτω του 5% δεν προκαλεί δυσάρεστα συμπτώματα, τα άτομα εμφανίζουν κεφαλαλγία και ταχύπνοια. Όταν καταλαμβάνει το 20% εμφανίζονται εντονότεροι πονοκέφαλοι, δύσπνοια, ίλιγγοι, δηλ. δημιουργείται κατάσταση κατά την οποία το άτομο έχει την αίσθηση, ότι όλα γύρω του κινούνται άτακτα και άνω του 20% εμφανίζεται επιπλέον συσφυκτικό αίσθημα στο θώρακα και το μέτωπο, διπλωπία (βλέπει τα αντικείμενα διπλά), εμβοές των ωτών, μυϊκή αδυναμία και ερυθρότης του δέρματος. Άνω του 40% το άτομο πέφτει σε κώμα και στο 60 – 75% επέρχεται ο θάνατος².

Η συνεχής δέσμευση της αιμοσφαιρίνης (από το μονοξείδιο του άνθρακα) σε ανθρακυλαιμοσφαιρίνη μέχρι και 10 – 15% προκαλεί χρόνια δηλητηρίαση του αίματος. Επίσης η δέσμευση αυτή της αιμοσφαιρίνης, παρεμποδίζει την οξυγόνωση των ιστών. Με την κακή οξυγόνωση του ενδοθηλίου των αρτηριών διευκολύνεται η διόδος των αθηροσκληρωτικών συστατικών από το αίμα στο τοίχωμά τους με αποτέλεσμα τη στένωση και την απόφραξή τους^{1,5}.

Επίσης το CO του άνθρακα με τη νικοτίνη μαζί συντελούν στην συγκόλληση των αιμοπεταλίων και ο κίνδυνος παραγωγής θρόμβων στο αίμα με τα δυσάρεστα επακόλουθα των εμβολών είναι μεγάλος².

2.5. ΚΑΡΚΙΝΟΓΟΝΟΙ ΥΔΡΟΓΟΝΑΝΘΡΑΚΕΣ

Απομονώθηκαν σε μεγάλο βαθμό από τον καπνό των τσιγάρων. Μεταξύ αυτών ο πιο επικίνδυνος είναι το **βενζοπυρένιο**. Η ουσία αυτή που παράγεται κατά την καύση του καπνού και του τσιγαρόχαρτου δοκιμάστηκε σε πειραματόζωα και προκάλεσε πράγματι καρκίνο του πνεύμονα. Για τον άνθρωπο δικαιολογημένα δημιουργεί υπόνοιες ότι και εκεί έχει καρκινογόνες ιδιότητες.

Η υποψία ενισχύεται από ορισμένες παρατηρήσεις. Ιστολογικά παρασκευάσματα βρογχικού βλεννογόνου μεγάλων καπνιστών, που εξετάστηκαν στο μικροσκόπιο, παρουσίαζαν αλλοιώσεις της μορφής βρογχογενούς καρκινώματος (αυτό αποτελεί το μέγιστο ποσοστό των καρκίνων του πνεύμονα). Διαπιστώθηκε επίσης ότι οι κυτταρικές αυτές ανωμαλίες βρίσκονταν σε άμεση σχέση με τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζε ημερησίως το άτομο αυτό. Δεν μπορούμε επίσης να αγνοήσουμε και το γεγονός ότι ένας μανιώδης καπνιστής είναι εκτεθειμένος 50 – 100 φορές περισσότερο από τους μη καπνιστές στον κίνδυνο του καρκίνου των πνευμόνων.

Ανεξάρτητα από κάθε καρκινογόνο ενέργεια, ο καπνός του τσιγάρου είναι κατά πρώτο και κύριο λόγο ένας παράγων ερεθιστικός. Η αμεσότερη ενέργεια στα αναπνευστικά όργανα, είναι η πρόκληση ερεθισμού στον λάρυγγα, τραχεία, βρόγχους

(λαρυγγίτιδες, τραχειίτιδες, βρογχίτιδες). Επίσης δημιουργείται ισχυρή προδιάθεση για την πρόκληση πνευμονικού εμφυσήματος.

Η ερεθιστική επίδραση του καπνίσματος οφείλεται στα διάφορα προϊόντα που προέρχονται από την ατελή καύση των τσιγάρων, τη μαύρη εκείνη σκόνη που βλέπουμε να συγκρατείται στο φίλτρο. Έχει υπολογιστεί ότι ένας καπνιστής που καπνίζει 20 τσιγάρα, κατά μέσο όρο την ημέρα, δέχεται περισσότερα από 750 κ. εκ. της καπνιάς αυτής στους πνεύμονές του ετησίως.

Δεν είναι όμως μόνο το αναπνευστικό που υποφέρει από τις κακές επιδράσεις του καπνίσματος. Είναι και άλλα όργανα, όπως π.χ. ο στόμαχος. Όλοι οι καπνιστές γνωρίζουν ότι το κάπνισμα καταστέλλει ή μειώνει αισθητά το αίσθημα της πείνας. Η νικοτίνη ελαττώνει τις περιοδικές συσπάσεις του τοιχώματος του στομάχου με τις οποίες εξωτερικεύεται η πείνα. Ο καπνιστής που κόβει, για λίγες μέρες, το κάπνισμα, αισθάνεται να κερδίζει βάρος: η όρεξή του αποκαταστάθηκε.

Άσχετα από αυτό, το κάπνισμα αυξάνει την έκκριση υδροχλωρικού οξέος στον στόμαχο. Υπάρχουν πράγματι μεγάλοι καπνιστές που βασανίζονται από ένα συνεχές και οχληρό αίσθημα καύσου (κάψιμο) στο επιγάστριο. Η παρουσία υπερβολικής ποσότητας υδροχλωρικού οξέος στο στομάχι διευκολύνει την εμφάνιση **γαστρίτιδος** ή **έλκους** στομάχου ή δωδεκαδακτύλου¹⁵.

Το δηλητηριώδες τρίο (νικοτίνη, πίσσα, μονοξείδιο του άνθρακα), μαζί με τη νικοτίνη είναι υπεύθυνοι για τον θάνατο καπνιστών πάνω από 3 εκατομμύρια το χρόνο¹¹.

2.6. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΣΩΝ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Οι τοξικές ουσίες που υπάρχουν στον καπνό επηρεάζουν ανεξάρτητα από εάν προέρχεται από πίπα, πούρο ή τσιγάρο. Όμως, καθώς ο καπνός του πούρου ή της πίπας είναι πικρότερος, προκαλεί βήχα και δεν αναπνέεται τόσο βαθιά. Ο καπνός της πίπας και του πούρου είναι περισσότερο επικίνδυνος για τους παθητικούς καπνιστές, όσους δηλαδή είναι γύρω τους. Στα τσιγάρα ο καπνός καίγεται γρηγορότερα και περισσότερο ολοκληρωτικά. Τα φίλτρα κατακρατούν μέρος των συστατικών του καπνού (30 – 40%), κυρίως τις ερεθιστικές ουσίες και την πίσσα, αλλά πολύ λιγότερο τη νικοτίνη και καθόλου το μονοξείδιο του άνθρακα.

Τα στοιχεία που αναγράφονται στα πακέτα των τσιγάρων σχετικά με το περιεχόμενο πίσσας και νικοτίνης, είναι υπολογισμένα βάσει βιομηχανικών, τυποποιημένων καπνιστικών μηχανών. Δεν ανταποκρίνονται στο τι απορροφά πραγματικά ο καπνιστής, ειδικά για την περίπτωση της νικοτίνης.

Ο σκούρος καπνός (κυρίως περιέχεται στην πίπα, το πούρο, τα μικρά πούρα) παράγει καπνό με αλκαλικό pH: η νικοτίνη απορροφάται άμεσα και αργά μέσω των

επιφανειακών στοιβάδων του στόματος και της μύτης. Ο καπνός είναι πικρός, ερεθιστικός και δεν εισπνέεται σε σημαντικό βαθμό.

Ο ξανθός καπνός (χρησιμοποιείται συχνότερα στα τσιγάρα) παράγει όξινο καπνό: η νικοτίνη δεν απορροφάται από τις επιφανειακές στοιβάδες, αλλά, καθώς ο καπνός είναι γλυκός, εισπνέεται και η νικοτίνη απορροφάται πολύ έντονα και ταχύτατα στις κυψελίδες των πνευμόνων. Κάθε ρουφηξιά κάνει μία πραγματική “ένεση” νικοτίνης.

Θα ήταν λογικό να φανταστεί κανείς ότι τα “ελαφρά” τσιγάρα θα ήταν λιγότερο βλαβερά. Εν τούτοις, συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο, καθώς οι καπνιστές προσαρμόζουν τις καπνιστικές τους συνήθειες στον καπνό που καταναλώνεται. Για να ικανοποιήσουν το κατώφλι της εξάρτησης, καπνίζουν περισσότερο και παίρνουν βαθύτερες ρουφηξιές. Αν και τα “ελαφρά” τσιγάρα περιέχουν λιγότερη πίσσα και νικοτίνη, η συγκέντρωση των άλλων επιβλαβών ουσιών είναι η ίδια όπως και σε όλα τα τσιγάρα¹⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΕΘΙΣΜΟΣ – ΣΤΕΡΗΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

*“ Στο πάθος από το οποίο ένας νικιέται,
σ’ αυτό το πάθος γίνεται δούλος”*

χωρίο (Β’ Πέτρου β’19)

3.1. ΑΝΤΟΧΗ - ΕΞΑΡΤΗΣΗ

Από τις παρατηρήσεις και τις έρευνες των τελευταίων ετών προκύπτει ότι με το κάπνισμα του κοινού τσιγάρου καπνού, αναπτύσσεται εθισμός και εξάρτηση στη νικοτίνη. Γίνεται μάλιστα λόγος και για “νικοτινομανία” και “ταμπακομανία”.

Αν «εθισμός» σημαίνει μια ακατανίκητη επιθυμία ή ανάγκη να χρησιμοποιεί κανείς μια φαρμακευτική ουσία, τότε σε μερικούς καπνιστές πράγματι το κάπνισμα έχει γίνει εθισμός. Αν εθισμός σημαίνει αλλαγή στον οργανισμό, που προέρχεται απ’ την επαναλαμβανόμενη χορήγηση μιας τοξικής ουσίας έτσι, ώστε όταν σταματήσει να παρατηρείται σύνδρομο αποστήρησης, τότε πάλι μερικοί καπνιστές έχουν εθισμό.

Πιο συγκεκριμένα:

1. Οι συστηματικοί καπνιστές καπνίζουν ένα τσιγάρο κάθε 30 περίπου λεπτά της ώρας, ώστε να διατηρούνται σχετικώς σταθερά τα επίπεδα της νικοτίνης στο αίμα. Αλλιώς αισθάνονται ότι τους “λείπει”.

2. Οι καπνίζοντες “βαριά” τσιγάρα, με περισσότερη νικοτίνη, εάν καπνίζουν από τα “ελαφρά”, ρουφούν τον καπνό πιο βαθιά και κατά συχνότερα διαστήματα, ώστε να μη μειώνονται τα επίπεδα της νικοτίνης στο αίμα τους.

3. Με το μάσημα τσίγλας νικοτίνης μειώνεται η ανάγκη για κάπνισμα τσιγάρου, εφ’ όσον με έναν άλλο τρόπο πλέον εισάγεται η νικοτίνη στο αίμα.

4. Γνωστή είναι η συμπεριφορά των καπνιστών, η οποία φθάνει μέχρι την πλήρη αναστάτωσή τους, όταν ξαφνικά ανακαλύψουν ότι άδειασε το πακέτο τους και δεν έχουν πλέον τσιγάρα. Τότε βλέπει κανείς σοβαρούς και καθ’ όλα αξιοπρεπείς ανθρώπους στα βαθιά μεσάνυχτα -αφού έχουν αναστατώσει το σπίτι ψάχνοντας για κάποιο πακέτο τσιγάρα, ξεχασμένο ίσως σε κάποιο σακάκι ή συρτάρι ή γραφείο- να παίρνουν με το αυτοκίνητο τους τους δρόμους, ντυμένοι όπως-όπως, ακόμη και με τη ρόμπα τους, για το κοντινότερο περίπτερο. Και όταν το βρίσκουν κλειστό λόγω της περασμένης πλέον ώρας, να προχωρούν προς το επόμενο, διανύοντας ακόμη και

μακρινές αποστάσεις μέχρι να βρουν κάποιο ανοιχτό. Και παίρνουν τότε την οποιαδήποτε μάρκα βρουν, αρκεί να είναι τσιγάρα, απλώνοντας το χέρι από το παράθυρο έτσι ακατάλληλα ντυμένοι όπως είναι. Και ανάβουν το πρώτο τσιγάρο εκεί μπροστά στο περίπτερο, προτού ξεκινήσουν για το δρόμο της επιστροφής στο σπίτι.

Τι είναι άραγε εκείνο που αναγκάζει έναν άνθρωπο με τόση “μανία” να ψάχνει για το τσιγάρο; Και, όταν το βρει, να το ανάβει τόσο “παθιασμένος”; Είναι η “απόλαυση” του τσιγάρου και μόνο αυτή; Ή μήπως κάτι άλλο; και κάποιος εθισμός, ίσως; μήπως και κάποια διαταραχή στη λειτουργία του οργανισμού από τη στέρηση της νικοτίνης, κάτι σαν ένα “στερητικό σύνδρομο”, σύνολο συμπτωμάτων δηλαδή που εμφανίζονται από την απουσία της νικοτίνης από τον οργανισμό; Μήπως δηλαδή, πρόκειται για κάτι ανάλογο με ότι συμβαίνει –σε μεγαλύτερο βεβαίως βαθμό εκεί– με τη στέρηση κάποιου ναρκωτικού, οπότε προκύπτει και η εκδήλωση του ψυχικού ή σωματικού συνδρόμου στέρησης;

Τα δεδομένα πείθουν πλέον πέρα από κάθε αμφιβολία ότι, εκτός από την “ιεροτελεστία” της διαδικασίας του καπνίσματος, εκείνο που δυσκολεύει κάποιους να κόψουν το τσιγάρο –ακόμα και όταν μια τέτοια ανάγκη υπαγορεύεται από σοβαρούς ιατρικούς λόγους– είναι η εξάρτηση από τη νικοτίνη.

Ως συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου αναφέρονται τα εξής: Εσωτερική ανησυχία, ευερεθιστικότητα, δυσχέρεια συγκεντρώσεως, διαταραχές στην ικανότητα εκτελέσεως πράξεων γνώσεως και αντιλήψεως, υπνηλία την ημέρα και αύπνια τη νύχτα, τρόμος, γαστρεντερικές διαταραχές, αύξηση της ορέξεως για φαγητό, ελάττωση του βασικού μεταβολισμού¹⁷. Ελαφρά νευρική κατάσταση, διάθεση για καυγά, κόπωση, αδυναμία χαλάρωσης, πονοκέφαλοι, διαταραχές γεύσης, ελαφρές αγχώδης καταστάσεις, γενική δυσφορία, διαταραχή του κυκλοφορικού, ταχυκαρδίες, καρδιακά άλγη, εφίδρωση εφίδρωση, καταθλιπτικές τάσεις¹⁸. Το σύνδρομο διαφέρει από άτομο σε άτομο, με περισσότερα ή λιγότερα από τα συμπτώματα αυτά και σε διαφορετική βαρύτητα στον καθένα, αρχίζει δε συνήθως 24 ώρες μετά το σταμάτημα του καπνίσματος και διαρκεί από μερικές ημέρες μέχρι και εβδομάδες, σε μερικούς δε ακόμη περισσότερο.

Αυτά τα συμπτώματα υποχωρούν με το κάπνισμα, ανάλογα με ότι συμβαίνει και με τα άλλα σύνδρομα στέρησης, οπότε πολλοί νομίζουν –λανθασμένα βεβαίως– ότι το κάπνισμα είναι αυτό που τους δημιουργεί την καλύτερη ψυχική διάθεση, την μεγαλύτερη ικανότητα για απόδοση διανοητικού ή σωματικού έργου και, γενικά, να αισθάνονται ευχάριστα. Ενώ, στο πλείστο τουλάχιστον των περιπτώσεων, δεν πρόκειται για ευνοϊκό αποτέλεσμα αλλά για υποχώρηση του συνδρόμου στέρησης το οποίο αναπτύχθηκε κατά την περίοδο της μείωσης των επιπέδων της νικοτίνης στο αίμα τους¹⁷.

Το σύνολο των συμπτωμάτων είναι αποτέλεσμα της διπλής εξάρτησης από τον καπνό, τόσο δηλαδή της σωματικής όσο και της ψυχικής. Παρ' όλο ότι η σωματική εξάσκηση δεν φαίνεται να είναι ιδιαίτερα έντονη, και για αυτό πολλοί θεωρούν ότι μια τέτοια - όσο αφορά τον καπνό - δεν υπάρχει, άλλοι απόδειξαν ότι ως ένα βαθμό η νικοτίνη, η οποία περιέχεται στα τσιγάρα μπορεί να δημιουργήσει ακόμα και σύνδρομο αποστέρησης σωματικού τύπου. Παρατηρήθηκε ότι ενέσεις νικοτίνης σε μη καπνιστές δημιουργούν συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα όπως ζάλη, ταχυκαρδία κ.λ.π. Παράλληλα, ενέσεις νικοτίνης σε καπνιστές περιορίζουν τον αριθμό των τσιγάρων που χρειάζονται καθημερινά ο πειραματιζόμενος.

Ακόμα παρατηρήθηκε ότι όταν δοθούν τσιγάρα με μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε νικοτίνη σε καπνιστές - χωρίς να το γνωρίζουν - αυτοί περιορίζουν αυτόματα τον αριθμό των καθημερινών τσιγάρων. Το αντίθετο παρατηρήθηκε μετά τη χορήγηση ελαφρότερων τσιγάρων. Ακόμα πολλά άτομα στα οποία χορηγήθηκε η νικοτίνη σε ενέσεις και μετά ρωτήθηκαν εάν τους ήταν προτιμότερο να συνεχίσουν τη χρήση της νικοτίνης με αυτό τον τρόπο ή θα ήθελαν καλύτερα να ξανακαπνίσουν, προτίμησαν τις ενέσεις¹⁸.

Πολλοί ειδικοί υποστηρίζουν, ότι το πραγματικό μέτρο ενός εθισμού σαν συμπεριφορά, είναι η προσπάθεια που κάνει το άτομο για ν' αποκτήσει την τοξική ουσία, η ιεράρχηση της χρήσης της σε σχέση με άλλες αξίες της ζωής του και ο βαθμός που το άτομο μπορεί να ελέγξει τη χρήση του. Υποστηρίζουν, ακόμα, ότι ένα σύνδρομο αποστέρησης μπορεί, χωρίς ν' απειλήσει τη ζωή του ατόμου, να επηρεάσει βαθύτατα τη συμπεριφορά του¹³.



3.2. ΤΥΠΟΣ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ

Γιατί καπνίζουμε; Άναμμα του τσιγάρου, βαθιά ρουφηξιά και πυκνά δαχτυλίδια καπνού να διαχέονται ελεύθερα μέσα στην ατμόσφαιρα. Τι είναι αυτό που σπρώχνει τους καπνιστές να επαναλαμβάνουν τις ίδιες αυτές στερεότυπες κινήσεις τόσες και τόσες φορές την ημέρα, να αδειάζουν αχόρταγα τα πακέτα, να καταπίνουν αλόγιστα νικοτίνη και καπνούς;

Το τσιγάρο, λένε οι γιατροί, είναι εξάρτηση, ύπουλος σύμμαχος, άσπονδος φίλος, εθισμός. Πολλές οι μάρκες, οι γεύσεις, διαφέρει το άρωμα, ο καπνός αλλά και οι τύποι των ατόμων που καπνίζουν. Όταν ρωτάς τους καπνιστές γιατί ανάβουν τσιγαράκια, θα πάρεις από τον καθένα και μια απάντηση διαφορετική². Το εάν η χρήση οδηγήσει στην εξάρτηση και την κατάχρηση εξαρτάται από την προσωπικότητα του καπνιστή¹⁸.

Πράγματι, σύμφωνα με τον Άγγλο μελετητή Ράσελ, υπάρχουν επτά τύποι καπνιστών. Όλοι μοιράζονται το ίδιο πάθος για το τσιγάρο, άλλος σε μεγαλύτερο κι άλλος σε μικρότερο βαθμό, άλλος γιατί του αρέσει η κίνηση του καπνίσματος, ή η γεύση του καπνού και άλλος για το «θεαθήναι», για επίδειξη, “μαγκιά”... Ίδού, λοιπόν, το who is who των εραστών της νικοτίνης:²

1) Κάπνισμα ψυχοκοινωνικό:

Ο καπνιστής καπνίζει για τους άλλους και όχι για τον εαυτό του, για να τον βλέπει ο περίγυρός του.

Εδώ υπάγονται οι έφηβοι για τους οποίους, το κάπνισμα έχει συμβολικό χαρακτήρα, αποτελεί δείγμα ενηλικίωσης και ανδρισμού ή απελευθέρωσης για τα κορίτσια.

2) Κάπνισμα καταπραϋντικό

Είναι οι νευρικοί, αγχώδης καπνιστές που βλέπουν το τσιγάρο ως μέσο για να διοχετεύσουν την έντασή τους. Έχουν άμεση εξάρτηση από το τσιγάρο σε βαθμό που γίνονται “νευρωτικοί” και “ευερέθιστοι” σαν “ξεμείνουν” από τσιγάρο.

3) Διεγερτικό κάπνισμα

Πρόκειται για εργασιομανή άτομο, που καπνίζει για να δουλεύει και να αποδίδει κατά το μέγιστο τρόπο. Χρειάζεται την διεγερτική δράση της νικοτίνης για να μιωρέσει να λειτουργήσει. Τείνει συχνά να υπερβαίνει τον αριθμό των καταναλισκόμενων τσιγάρων του.

4) Αυτοματισμένο κάπνισμα

Ο καπνιστής αυτής της κατηγορίας, ανάβει το ένα τσιγάρο μετά το άλλο σαν μια “αλυσιδωτή αντίδραση” και μ` ένα τρόπο ασυνείδητο. Επίσης σ` αυτήν την κατηγορία ο καπνιστής νοιώθει ανασφάλεια αν ληφθεί από τσιγάρα³.

5) Ο συνήθης ή εθισμένος καπνιστής.

Ο τύπος αυτός του καπνιστή είναι και ο συχνότερος. Ένα χαρακτηριστικό του τύπου αυτού είναι ότι παραμένει συνήθως για όλη του τη ζωή σε μια σχετικά ανεκτή ποσότητα τσιγάρων την ημέρα (συνήθως ένα πακέτο) χωρίς τάσεις αύξησης της ποσότητας αυτής. Ο συνήθης καπνιστής είναι σε θέση να σταματήσει το κάπνισμα για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα όταν αυτό είναι αναγκαίο (π.χ. ασθένεια). Ο βαθμός εξάρτησης όμως γίνεται φανερός όταν θα πρέπει να παρθεί η απόφαση για μόνιμη διακοπή καπνίσματος. Έτσι πολύ μεγάλο ποσοστό των συνηθισμένων αυτών καπνιστών δεν είναι σε θέση να πραγματοποιήσει μια τέτοια απόφαση και επανέρχεται αργά ή γρήγορα στις συνήθειες του. Συνήθης τύπος καπνιστή είναι αυτός που αρχίζει το κάπνισμα σε νεαρή σχετικά ηλικία, παρακινούμενος από το περιβάλλον του ή διάφορους κοινωνικούς παράγοντες όπως π.χ. επίδειξη ανδρισμού, κάπνισμα των γονιών ή των φίλων κ.λ.π.

6) Εξαρτημένος καπνιστής.

Στον εξαρτημένο καπνιστή βρίσκουμε όλα τα συμπτώματα τα οποία εμφανίζονται και στις εξαρτήσεις από διάφορες άλλες τοξικές ουσίες βρίσκουμε δηλαδή την τάση για αύξηση της συχνότητας καπνίσματος (αύξηση δόσης), απώλεια του ελέγχου, συμπτώματα στέρησης σε απότομη διακοπή του καπνίσματος όπως και ατομικά ή κοινωνικά επακόλουθα. Ο εξαρτημένος καπνιστής καπνίζει σχεδόν πάντοτε τσιγάρα, δεν είναι σε θέση ούτε καν να μειώσει την καθημερινή ποσότητα ακόμα και για μικρό χρονικό διάστημα. Οι εξαρτημένοι καπνιστές καπνίζουν συνήθως σε μορφή αλυσίδα, πολλές φορές ανάβουν το επόμενο τσιγάρο από την καύτρα του προηγούμενου. Το κάπνισμα έχει πάρει έναν υποχρεωτικό χαρακτήρα οι κινήσεις είναι σχεδόν αυτοματοποιημένες, πολλές φορές ανάβουν και δεύτερο τσιγάρο χωρίς να έχουν καν τελειώσει το πρώτο, που ίσως άφησαν για λίγο σ' ένα τασάκι. Η χρήση δηλαδή του τσιγάρου έχει αποκτήσει μια ιδιαίτερη δυναμική - θα λέγαμε έχει αυτονομηθεί - και κυριαρχεί στη συμπεριφορά του εξαρτημένου. Εξαρτημένος καπνιστής είναι αυτός που έρχεται στη φαντασία μας πάντα με ένα τσιγάρο στο χέρι. Στην περίπτωση αναγκαστικής διακοπής του καπνίσματος έχουμε εμφάνιση συμπτωμάτων στέρησης⁴.

Ας φανταστούμε ένα άτομο το οποίο καπνίζει περίπου δυο πακέτα τσιγάρα την ημέρα. Το άτομο αυτό επαναλαμβάνει το τελετουργικό του ανάματος ενός τσιγάρου περίπου 18.000 φορές το χρόνο. Πηγαίνει δηλαδή περίπου 700 φορές το χρόνο σε ένα περίπτερο για να αγοράσει τσιγάρα (συνήθως οι ώρες είναι καθορισμένες), κάνει την κίνηση του πιασίματος του πακέτου, του ανάματος του αναπτήρα ή των σπύριτων, της πρώτης ρουφιζιάς κ.λ.π., περίπου 18.000 φορές μέσα σε ένα χρόνο και "ρουφάει" περί τις 200.000 φορές τον χρόνο τον καπνό του τσιγάρου μέσα στους πνεύμονές του. Μετά από μια τέτοια εξάσκηση δεν είναι καθόλου περίεργο ότι όλες

αυτές οι κινήσεις γίνονται πια αυτόματα χωρίς να προϋποθέτουν κάποια σκέψη ή προσχεδιασμό¹⁸.

6) Αισθησιακός τύπος.

Το κάπνισμα γι' αυτό το άτομο είναι μια ιεροτελεστία. Απολαμβάνει κάθε κίνηση που συνδέεται με το τσιγάρο, στο χέρι ή στα χείλη, εδώ κατατάσσονται και οι καπνιστές πίπας όπου αναλώνουν αρκετή ώρα στο καθάρισμα και γέμισμα της πίπας.

7) Συγκαταβατικός τύπος

Είναι εκείνος ο τύπος που "ελέγχει" τον αριθμό των τσιγάρων καπνίζει και σπάνια ξεπερνάει ημερησίως το ένα πακέτο, ανάβει τσιγάρο την ώρα ανάπαυσης και ποτέ δε γίνεται μανιώδης³.

3.3. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Οι πιο σημαντικοί παράγοντες που καθορίζουν το ποιος γίνεται καπνιστής είναι η διαθεσιμότητα του τσιγάρου και το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αρχίζει το κάπνισμα. οι Τ.Τζάφφη, Ρ.Πήτερσον, Ρ. Χάντσον, αναφέρουν πως έχουν την τάση να έχουν φίλους καπνιστές και είναι πολύ πιθανό για ένα άτομο να καπνίζει, αν υπάρχει ένας γονιός ή αδερφός μέσα στην οικογένεια που καπνίζει. Οι καπνιστές φαίνεται να δίδουν μεγαλύτερη αξία στο νόημα, που αποδίδει στην πράξη του καπνίσματος η οικογένειά τους, η κοινωνική τους τάξη και ο κύκλος των φίλων, παρά στις πιθανές μακροπρόθεσμες επιπτώσεις. Μεγαλύτερη ακαδημαϊκή μόρφωση, συνήθως σημαίνει μικρότερη ροπή προς το κάπνισμα. Οι πλούσιες γυναίκες είναι πιο πιθανό να καπνίζουν απ' τις φτωχές, αλλά οι πλούσιοι άντρες είναι λιγότερο πιθανό να καπνίζουν απ' ότι οι φτωχοί.

Οι καπνιστές ακόμα και σαν έφηβοι, έχουν την τάση να είναι πιο παρορμητικοί, πιο περιπετειώδης, πιο κοινωνικοί, πιο επαναστατημένοι και λιγότερο ανεκτικοί στους περιορισμούς και στην εξουσία. Πίνουν περισσότερο καφέ, τσάι, και οινοπνευματώδη απ' ότι οι μη καπνιστές. Οι καπνιστές αρχίζουν να πίνουν και να έχουν σεξουαλική δραστηριότητα από μικρότερη ηλικία. Μπορεί να ζυγίζουν μερικά κιλά λιγότερο απ' τους μη καπνιστές παρ' όλο που καταναλώνουν περισσότερες θερμίδες κάθε μέρα. Ακόμα είναι μάλλον πιο αγχώδεις και οργισμένοι. Υπάρχει όμως μεγάλη επαλληλία ανάμεσα σε καπνιστές και μη καπνιστές.

Οι διαφορές της προσωπικότητας των καπνιστών και των μη καπνιστών ίσως να οφείλονται στο συνδυασμό περιβάλλοντος και κληρονομικότητας. Οι περιβαντολλογικοί παράγοντες είναι αυταπόδεικτοι. Υπάρχουν ενδείξεις κληρονομικού παράγοντα, όταν μονοζυγωτές δίδυμοι με ακριβώς ίδιες γενετικές ιδιότητες, που μεγάλωσαν χωριστά, έχουν ίδιες συνθήκες καπνίσματος πιο συχνά από διδύμους, που μεγάλωσαν χωριστά και που δεν είναι μονοζυγωτές. Είναι

φανερό, ότι οι άνθρωποι, που γίνονται τακτικοί καπνιστές βρίσκουν την επίδραση του τσιγάρου πιο ευεργετική ή πιο ευχάριστη απ' τους άλλους. Έχουν γίνει έρευνες με στόχο να συσχετισθεί το κάπνισμα με χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Τα ευρήματα συγκλίνουν στη διαπίστωση πως η προσωπικότητα συνδέεται περισσότερο με τη βαρύτητα, τη διατήρηση και τη δυσκολία διακοπής του καπνίσματος⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑ

*“ Το κάπνισμα είναι, πάθος τυραννικό,
τέλεια σκλαβιά, ο φόρος της ανοησίας
που πληρώνεται καθημερινά στο περίπτερο,
εκεί όπου αρπάζει ο καπνιστής έναν καρκίνο των
πνευμόνων ”*

4.1. ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ

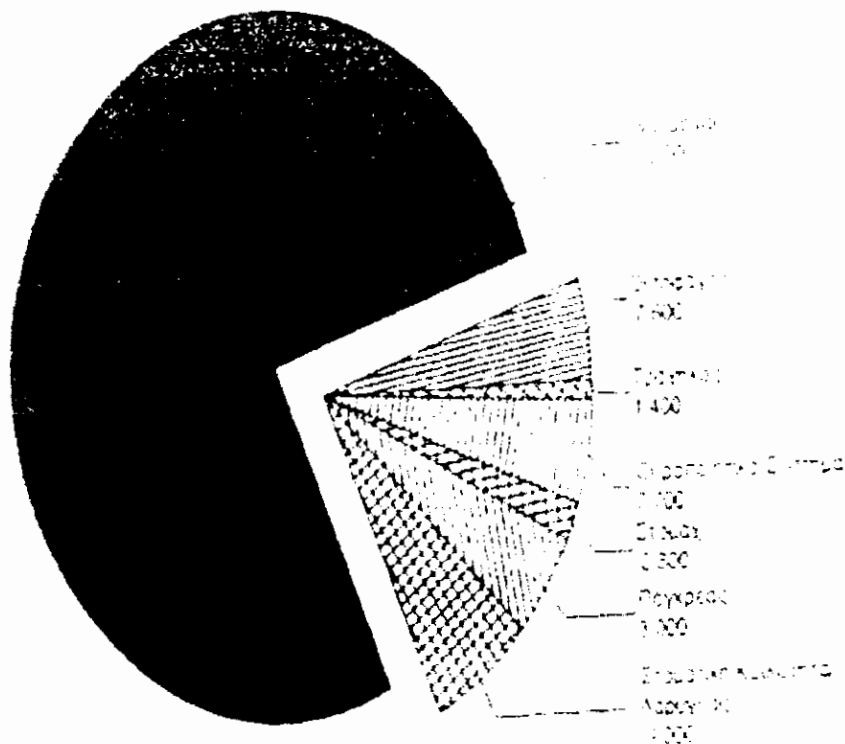
Ο καρκίνος αρχίζει να δημιουργείται λόγω ορισμένων προσβολών, όπως είναι το κάπνισμα, οι ακτίνες Χ, ορισμένες ορμόνες και φάρμακα, οι ηλιακές ακτίνες, χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται στη βιομηχανία και μερικοί ιοί που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή. Κάποιοι άλλοι παράγοντες, όπως το οινόπνευμα και το στρες, απλώς ευνοούν τον καρκίνο. Χρειάζονται δύο προσβολές για να προκληθεί ζημιά στο κύτταρο και να επηρεαστεί το DNA. Όσο συσσωρεύονται προσβολές, φτάνουμε κάποτε σ' ένα σημείο κάμψης, οπότε το κανονικό κύτταρο μεταλλάσσεται σε κύτταρο που αναπτύσσεται ανεξέλεγκτα. Για ορισμένους παράγοντες κινδύνου Δε μπορούμε να κάνουμε τίποτα. Για τους περισσότερους όμως έχουμε διάφορες επιλογές.

Κάπνισμα. Παρά τους ισχυρισμούς της καπνοβιομηχανίας, δεν υπάρχει πια καμία αμφιβολία για την αιτιολογική σχέση ανάμεσα στο κάπνισμα και τον καρκίνο. Η σχέση διαπιστώθηκε από το 1950, αν και ήταν προφανής πολύ πιο πριν.

Στις αρχές του αιώνα ο καρκίνος ήταν σπάνια ασθένεια, αφού δεν εμφανίζονταν περισσότερες από 400 ή 500 περιπτώσεις το χρόνο. Έως και το 1920 μερικοί καθηγητές της Ιατρικής έλεγαν στους σπουδαστές τους ότι ίσως σε ολόκληρη την επαγγελματική τους σταδιοδρομία να συναντούσαν μία μόνο περίπτωση καρκίνου. Όταν όμως το 1912 παρουσιάστηκαν στην αγορά τα τουρκικά καπνά ποικιλίας Burley, τα οποία εισπνεόμενα δεν προκαλούσαν πολύ βήχα, το κάπνισμα έγινε ιδιαίτερα δημοφιλές.

Ως το 1950, οπότε δημοσιεύτηκε το Journal of the American Assosiation η πρώτη έκθεση σχετικά με το κάπνισμα, καταμετρήθηκαν 18.000 θάνατοι από καρκίνο των πνευμόνων. Ως το 1982 ανήλθαν σε 110.000, και το 1990 οι θάνατοι αυτοί υπολογίστηκαν στους 160.000. ο ρυθμός θανάτων άρχισε να ελαττώνεται στους

άνδρες, αυξάνεται όμως στις γυναίκες. Ο καρκίνος του πνεύμονα πήρε τη θέση του καρκίνου του μαστού ως υπ' αριθμό ένα αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες¹⁹.



Εικόνα 1: Αριθμός θανάτων από καρκίνο ανά σημείο αποδιδόμενων στο κάπνισμα στις Ηνωμένες Πολιτείες. Υπολογιζόμενα 1991 από τον Boeing και τους συνεργάτες του.

4.1.1. Καρκίνος του Πνεύμονα

Από πολυάριθμες μελέτες των τελευταίων 30 ετών βρέθηκε, ότι το κάπνισμα τσιγάρων προκαλεί βλάβη των αναπνευστικών οδών και με το πέρασμα του χρόνου δεν αποκλείεται οι βλάβες αυτές να δημιουργήσουν υπολειμματικά στοιχεία, τα οποία εξελισσόμενα οδηγούν στη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια των καπνιστών, δηλ. τη χρόνια βρογχίτιδα, το εμφύσημα και γενικά την αναπνευστική ανεπάρκεια. Λόγω της χρόνιας βρογχίτιδας και του εμφυσήματος, οι καπνιστές κινδυνεύουν 10 φορές περισσότερο από τους μη καπνιστές και μάλιστα ο κίνδυνος αυξάνεται παράλληλα με την αύξηση των καπνιζομένων τσιγάρων. Οι μελέτες από

το 1950 τεκμηριώνουν την αυξημένη συχνότητα αναπνευστικών συμπτωμάτων σε καπνιστές όλων των ηλικιών, σε σύγκριση με μη καπνιστές. Ο αριθμός των τσιγάρων ημερησίως είναι ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου για χρόνια βήχα, παραγωγή πτυέλων, συριγμό της αναπνοής και δύσπνοια¹¹.

Υπάρχει στενή σχέση καπνίσματος – καρκινογένεσης. Η πιθανότητα αναπτύξεως καρκίνου αυξάνει ανάλογα με: α) τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζει κανείς, β) το ν αριθμό των ετών, γ) την ηλικία που άρχισε το κάπνισμα, δ) το βάθος που «κατεβάζει τον καπνό», ε) την περιεκτικότητα σε πίσσα, στ) το κράτημα του τσιγάρου στο στόμα μεταξύ των εισπνοών του καπνού και ζ) το πόσο από το μήκος του τσιγάρου καπνίζει⁵.

Δεν υπάρχει σήμερα καμία λογική αντίρρηση στην άποψη, ότι ο Ca του πνεύμονα σχετίζεται με το κάπνισμα. το άτομο που καπνίζει περισσότερα από 20 τσιγάρα την ημέρα και επί πολλά χρόνια έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να πάθει Ca του πνεύμονα, παρά ο μη καπνιστής. Ακόμα οι στατιστικές έχουν δείξει, ότι μεταξύ των καπνιστών, όσο περισσότερα τσιγάρα καπνίζει κανείς και επί όσο μακρύτερο χρόνο, τόσο οι πιθανότητές του να πάθει από την εντόπιση αυτή του Ca αυξάνουν. Έτσι η πιθανότητα για τους βαρείς καπνιστές (πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα) να πάθουν Ca του πνεύμονα φτάνει και ξεπερνάει το 20πλάσιο, συγκριτικά προς τους μη καπνιστές, ενώ οι άνδρες που καπνίζουν περισσότερα από δύο πακέτα την ημέρα, δηλ. πάνω από 40 τσιγάρα την ημέρα, υπολογίζεται ότι έχουν 30 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να προσβληθούν από τη νεοπλασία αυτή παρά οι μη καπνιστές²⁰.

Όταν διακοπεί το κάπνισμα ο κίνδυνος μειώνεται προοδευτικά. Προκειμένου για μέτριους καπνιστές, μετά 10 – 20 χρόνια είναι μόνο 2 φορές μεγαλύτερος εκείνων που δεν κάπνισαν ποτέ. Οι καπνιστές πίπας και πούρων διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο από τους καπνιστές τσιγάρων γιατί εισπνέουν λιγότερο καπνό. Έχουν όμως αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο στόματος – λάρυγγος – χειλέων – οισοφάγου. Οι παθητικοί καπνιστές διατρέχουν επίσης αυξημένο κίνδυνο. Φαίνεται ότι τα σωματίδια του καπνού λειτουργούν σαν “οχήματα μεταφοράς” θυγατρικών στοιχείων του ραδονίου που βρίσκονται φυσιολογικά στην ατμόσφαιρα και που αυξάνουν με το κάπνισμα σε κλειστό χώρο.

Ορισμένες κοινωνικές ομάδες που για θρησκευτικούς ή άλλους λόγους δεν καπνίζουν έχουν σαφώς μειωμένη επίπτωση του καρκίνου του πνεύμονος. Πιστεύεται ότι η σημερινή επίπτωση του πνευμονικού καρκίνου σε μια χώρα αντιστοιχεί με την προ 20 ετών κατανάλωση τσιγάρων καθώς και κάποιες επί μέρους συνήθειες.

Οι Αμερικανοί για παράδειγμα έχουν σχετικά μικρή επίπτωση για τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνισαν και αυτό αποδίδεται στη συνήθεια που έχουν να πετούν τα τσιγάρο μισοκαπνισμένο²¹.

Τα πράγματα όμως δεν είναι τόσο απλά, αν θελήσουμε να ερμηνεύσουμε τον Ca του πνεύμονα μόνο από το κάπνισμα. Έτσι

α. Η συχνότητα του Ca του πνεύμονα στους άνδρες, που είναι κατά μέσο όρο δπλάσια από εκείνη στις γυναίκες, δεν αντιστοιχεί προς τη συχνότητα του καπνίσματος μεταξύ των δύο φύλων.

β. Οι Ca του πνεύμονα στις γυναίκες που αποδίδονται σε εξωγενείς καρκινογενετικούς παράγοντες, όπως το κάπνισμα, είναι πολύ σπανιότεροι απ' όσο θα αναμενόταν

γ. Η συχνότητα του Ca του πνεύμονα σε διάφορους τόπους και χώρες, καθώς και μεταξύ αγροτών και κατοίκων των πόλεων, δε συμπίπτει προς τη συχνότητα του καπνίσματος.

Από τους παραπάνω λόγους μένει ανοικτό το πρόβλημα, κατά πόσο το κάπνισμα μόνο του προκαλεί τον Ca του πνεύμονα, χωρίς πάντως να γίνεται και οποιαδήποτε υποχώρηση από την παραδοχή, ότι το κάπνισμα παίζει βασικό καρκινογενετικό ρόλο.

Εκείνο που μπορεί να ερμηνεύσει, τις μεταβολές στη σχέση συχνότητας του Ca του πνεύμονα και καπνίσματος, είναι ο ρόλος που παίζουν ορισμένες βιομηχανικές ουσίες για όσους εκτίθενται σε αυτές, ή ουσίες που βρίσκονται στο περιβάλλον και δρουν καρκινογενετικά ή συγκαρκινογενετικά.

Παραδείγματα τέτοιων ουσιών είναι το αρσενικό, ο αμιάντος, τα χρώματα χρωμίου, η ανθρακόπισσα, τα ορυκτέλαια κ.λ.π.²⁰.

**Η επιλογή είναι
δική σου!**



ΑΝΑΡΧΗ
ΜΕΤΙΟΧΗ ΠΝΕΥΜΟΝΑ
ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΤΙΚΑ

Για τον καρκίνο του πνεύμονα ενοχοποιούνται διάφορα καρκινογόνα, όπως κάπνισμα, ακτινοβολία, αμιάντος κ.α. ο κυριότερος καρκινογόνος παράγοντας είναι το κάπνισμα, και συγκεκριμένα η πίσσα που υπάρχει μέσα σ' αυτό¹¹.

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

Τούτο σημαίνει ότι το φίλτρο των τσιγάρων δεν εμποδίζει την εισπνοή καρκινογόνων και ερεθιστικών ουσιών της πίσσας ένα μέρος των οποίων και συγκρατείται από τη βλέννα των βρόγχων και των κυψελίδων, όπου και ασκεί την τοπική του δράση, ούτε τα τοξικά και δηλητηριώδη αέρια που περνούν στην κυκλοφορία μέσα από το τοίχωμα των κυψελίδων με την ανταλλαγή των αερίων.

Με ποιο μηχανισμό όμως επιδρούν οι καρκινογόνοι αυτοί παράγοντες και οι άλλες βοηθητικές ουσίες του καρκίνου του πνεύμονα ή του βρογχογενούς καρκινώματος όπως ονομάζεται στην επιστημονική ορολογία;

Κατ' αρχήν πρέπει να τονιστεί ότι οι ενδοκυτταρικές βιοχημικές μεταβολές που εκτρέπουν το φυσιολογικό κύτταρο και το μεταβάλλουν σε καρκινικό, είναι σχεδόν άγνωστες.

Εκείνο που γνωρίζει σήμερα η έρευνα είναι οι μορφολογικές μεταβολές που χαρακτηρίζουν ένα κύτταρο ως καρκινικό και ο τρόπος με τον οποίο στη συνέχεια συμπεριφέρεται και πολλαπλασιάζεται με το χρόνο ως καρκινικός σχηματισμός.

Γενικά η καρκινογένεση, είναι μία πολύπλοκη και σύνθετη διαδικασία στην οποία μετέχουν πολλοί παράγοντες.⁶

Ήδη από το 1950 έχει συνειδητοποιηθεί η σημασία του καπνίσματος στην ανάπτυξη καρκίνου στους πνεύμονες, ενώ θεωρούνται κλασικές πλέον οι επιδημιολογικές μελέτες των Wynder και Graham και των Doll και Hill.

Οι Wynder και Graham, μεταξύ 605 περιπτώσεων καρκίνου στους πνεύμονες, σε άνδρες, βρήκαν ότι το 96,5% αφορούσε σε καπνιστές από μακρού και μόνο το 2% σε μη καπνιστές ή ελαφρώς καπνιστές. Το 86,5% των καρκινοπαθών κάπνιζαν από 20 – 40 τσιγάρα την ημέρα (Πίνακας 4.1).

Οι Doll και Hill με προσχεδιασμένες πλέον μελέτες αργότερα, μεταξύ των 59.600 γιατρών της Μεγάλης Βρετανίας, στο σύνολο τους ανδρών και γυναικών, βρήκαν ότι ο καρκίνος αυξάνεται σημαντικά και σταθερά, ανάλογα με τον αριθμό των καταναλισκόμενων τσιγάρων. Επίσης ότι, δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στους γιατρούς των πόλεων και της επαρχίας και ότι, η συχνότητα θανάτου ήταν υψηλότερη ανάμεσα στους καπνιστές τσιγάρου από ότι στους καπνιστές με πίπα, ενδιάμεσα δε στους καπνιστές πούρου... Επίσης, ότι η εμφάνιση καρκίνου ελαττώθηκε ανάλογα με το χρόνο που πέρασε από τότε που έκοψαν το κάπνισμα.

από τις μελέτες αυτές προέκυψε αυτό που επιβεβαιώθηκε και από μεταγενέστερες ανάλογες μελέτες, ότι δηλαδή η συχνότητα θανάτων ανάμεσα στους βαρείς καπνιστές είναι περίπου εικοσαπλάσια σε σύγκριση με τους καπνιστές, και φθάνει μέχρι και το τεσσαρακονταπλάσιο⁵.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1

Κάπνισμα και πνευμονικός καρκίνος

Γνωστό από το 1950 ότι:

- Το 96,5% του καρκίνου των πνευμόνων, αφορά σε καπνιστές από μακρού.
- Το 2% σε μη καπνιστές.
- Το 86,5% κάπνιζαν από 20 – 40 τσιγάρα την ημέρα
- Η συχνότητα του θανάτου ανάμεσα στους βαρείς καπνιστές βρέθηκε 20 μέχρι και 40 φορές μεγαλύτερη από εκείνη στους μη καπνιστές

Οι Άγγλοι ερευνητές STEMENS AND MOOLGAVKAR 1984 μελέτησαν τη θνησιμότητα του καρκίνου του πνεύμονα και βρήκαν ότι ο άνδρας των 20 ετών όταν φθάσει στην ηλικία των 40 ετών, έχει πιθανότητα να πάθει καρκίνο του πνεύμονα 4,4 φορές μεγαλύτερη, στην ηλικία των 50 ετών 9,2 και στην ηλικία των 60 ετών 19,4 φορές μεγαλύτερη από τον μη καπνιστή.

Η θνησιμότητα από πνευμονικό καρκίνο εξ αιτίας του καπνίσματος μειώνεται προοδευτικά στους πρώην καπνιστές, ανάλογα με τον αριθμό των ετών από τότε 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^ο έτος της ηλικίας του, σε σύγκριση με εκείνον που καπνίζει και, μετά από 15 χρόνια αποχής από το κάπνισμα οι πρώην καπνιστές παρουσιάζουν θνησιμότητα ελαφρώς μόνο μεγαλύτερη από εκείνους οι οποίοι δεν κάπνισαν ποτέ⁵.

Οι θάνατοι από καρκίνο του πνεύμονα στην Ελλάδα την τετραετία του 1960-64 ήσαν 27,5 ανά 100.000 κατοίκους και ανήλθαν στην τετραετία 1980-84 στο 45,7 ανά 100.000 κατοίκους, δηλ. αυξήθηκαν κατά 66% στα τελευταία 30 χρόνια.

Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο και για τους 4 κύριους τύπους καρκίνου του πνεύμονα: όπως πλακωδών κυττάρων, μικροκυτταρικό, μεγαλοκυτταρικό και

αδενοκαρκίνωμα. Για τους δύο τελευταίους τύπους η ευθύνη του καπνίσματος είναι μικρότερη¹¹.

4.1.2. Καρκίνος του Λάρυγγα

Πολυάριθμες επιδημιολογικές και παθολογοανατομικές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει μεγάλη συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και του καρκίνου του λάρυγγα. Μια αναδρομική μελέτη ανεβάζει στο 85% των περιπτώσεων καρκίνου του λάρυγγα την αιτιολογική συμμετοχή του καπνίσματος. Υπολογίζεται ότι οι καπνιστές έχουν 2 έως 30 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του λάρυγγα, σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων.

Ο καρκίνος του λάρυγγα προσβάλλει συχνότερα τους άνδρες, αν και τα τελευταία χρόνια η διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα τείνει να μειωθεί, καθώς αυξάνεται σημαντικά το ποσοστό των γυναικών που καπνίζουν. Για τη μεγαλύτερη συχνότητα του καρκίνου του λάρυγγα στους άνδρες, πιθανώς ευθύνεται και η κατανάλωση οινοπνεύματος, η οποία έχει ενοχοποιηθεί για συνεργατική δράση, στην περίπτωση του καρκίνου του λάρυγγα και του οισοφάγου.

Το κάπνισμα πίπας ή πούρων δε μειώνει τους κινδύνους εμφάνισης καρκίνου του λάρυγγα. Ωστόσο, η διακοπή του καπνίσματος για 10 έως 15 χρόνια, περιορίζει τη συχνότητα της νόσου στα επίπεδα των μη καπνιστών⁷.

4.1.3. Καρκίνος του Στοματοφάρυγγα

Σε πληθυσμούς με λίγους καπνιστές, η συχνότητα διαφόρων καρκίνων του στόματος είναι πολύ περιορισμένη. Επίσης, η αναλογία θανάτων από καρκίνο του στόματος μεταξύ ανδρών και γυναικών, από 4,1 που ήταν το 1950 μειώθηκε σε 2,2 το 1984. Το οινόπνευμα παρουσιάζει συνεργική δράση με το κάπνισμα στη δημιουργία καρκίνου του στόματος, με αποτέλεσμα στους συστηματικούς πότες - καπνιστές να πολλαπλασιάζεται η συχνότητα καρκίνου του στόματος.

Οι καπνιστές πίπας και πούρων διατρέχουν τον ίδιο κίνδυνο να προσβληθούν με τους καπνιστές τσιγάρων, ενώ το μάσημα και ο ερριτισμός καπνού συνοδεύονται από μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου του στόματος. Υπολογίζεται ότι περισσότεροι από 80% των καρκίνων του βλεννογόνου της παρειάς και των ούλων έχουν σχέση με την τοπική εφαρμογή καπνού στη ρινοστοματική κοιλότητα⁷.

4.1.4. Καρκίνος του Οισοφάγου

Το κάπνισμα θεωρείται σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την πρόκληση καρκίνου του οισοφάγου. Είναι 2-6 φορές μεγαλύτερος απ' ό τι στους μη καπνιστές.

Ο κίνδυνος είναι περίπου ίδιος για καπνιστές τσιγάρων, πούρων και πίπα, αυξάνεται ανάλογα με την κατανάλωση του καπνού και μειώνεται με τη διακοπή του καπνίσματος. Ταυτόχρονη κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο, πιθανότατα λόγω συνεργικής δράσης.

Πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι το αλκοόλ καθ' εαυτό δεν φαίνεται να έχει καρκινογόνο δράση σε κανέναν από τους τρεις παραπάνω καρκίνους' σε συνδυασμό όμως με το κάπνισμα, η ταυτόχρονη κατανάλωσή του αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο²².

4.1.5. Καρκίνος Ουροδόχου Κύστεως

Έχει παρατηρηθεί κάποια αιτιολογική σχέση ανάμεσα στο κάπνισμα και στον καρκίνο της ουροδόχου κύστης, η οποία μάλιστα αφορά το 40-60% των περιστατικών σε άνδρες και το 25-35% των περιστατικών σε γυναίκες.

Στο σύνολο του πληθυσμού, ο σχετικός κίνδυνος των καπνιστών να αναπτύξουν καρκίνο της ουροδόχου κύστης είναι 2-3 φορές μεγαλύτερος από ότι στους μη καπνιστές και παρουσιάζει σταθερή αναλογική σχέση προς τον αριθμό των τσιγάρων. Ειδικότερα, υπολογίζεται σε 1,6 για ημερήσια κατανάλωση μέχρι 10 τσιγάρα και σε 5,3 για περισσότερα από 40 τσιγάρα. Έχει επίσης διαπιστωθεί, ότι το κάπνισμα ασκεί συνεργική δράση με διάφορες καρκινογόνες ουσίες του περιβάλλοντος που ενοχοποιούνται για πρόκληση καρκίνου της ουροδόχου κύστης⁷.

Δύο βιολογικοί μηχανισμοί έχουν υιοθετηθεί, για να εξηγήσουν τον αυξημένο κίνδυνο προκλήσεως καρκίνου ουροδόχου κύστεως στους καπνιστές:

A) Ο έμμεσος μηχανισμός, σύμφωνα με τον οποίο παράγονται ή ενεργοποιούνται καρκινογόνες ουσίες από τον μεταβολισμό της τρυπτοφάνης.

B) Ο άμεσος μηχανισμός σύμφωνα με τον οποίο ο καπνός περιέχει καρκινογόνες ουσίες. Μία απ' αυτές είναι η 2 – ναφθυλαμίνη. Πολλοί όμως πιστεύουν ότι το ποσό είναι μικρό για να προκαλέσει καρκίνο²³.

4.1.6. Καρκίνος Νεφρών

Η βλαβερή συνήθεια του καπνίσματος ενοχοποιείται και εδώ σα γενεσιουργό αίτιο. Αυτό φαίνεται και από διάφορες στατιστικές –παρατηρείται μεγαλύτερη συχνότητα του καρκίνου αυτού στους καπνιστές²⁰.

4.1.7. Καρκίνος Τραχήλου Μήτρας

Ο Κόλις Γκάρνερ από το Πανεπιστήμιο της Ν.Υόρκης βρήκε ότι οι γυναίκες που καπνίζουν και παίρνουν αντισυλληπτικά χάπια έχουν αυξημένα επίπεδα βλάβης στο

DNA του τραχηλικού τους ιστού, συγκριτικά με καπνίστριες που δεν παίρνουν αντισυλληπτικά χάπια. Ένας άλλος ερευνητής ο Ντέιβιντ Φίλιπς (Αντικαρκινικό Ινστιτούτο Λονδίνου), υποστηρίζει ότι έρευνες για τα επίπεδα παραγώγων στο DNA παρέχουν αποδείξεις ότι το κάπνισμα συνιστά παράγοντα επικινδυνότητας για καρκίνο στον τράχηλο. Επίσης, μπορεί και ο σεξουαλικά μεταδιδόμενος ανθρώπινος ιός παπίλομα (HPV) να λειτουργεί σαν προαγωγός στη γενετική βλάβη που προκαλεί το κάπνισμα για τη δημιουργία καρκίνου.

Επίσης ο ερευνητής Bordan Prokoczyk (Ν.Υόρκη) υποστηρίζει ότι για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, εκτός από τον υπεύθυνο ιό παπίλομα (HPV), συμβάλλουν και οι νιτροζαμίνες, ως καρκινογόνες ουσίες του καπνού που επιδρούν εκλεκτικά στο επιθήλιο του τραχήλου της μήτρας. Από άλλες μελέτες παλαιότερα ευρέθη ότι οι καπνίστριες έχουν μεγαλύτερη βλάβη του DNA των τραχηλικών κυττάρων απ' ότι οι μη καπνίστριες.

Διάφοροι ερευνητές βρήκαν ότι η συχνότητα αναπτύξεως καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι τρεις φορές μεγαλύτερη στις καπνίστριες γυναίκες και μάλιστα τις βαρείς από τις καπνίστριες. Στις ΗΠΑ το 30% των περιστατικών ενοχοποιεί το τσιγάρο.

Οι WINKELSTEIN ET AL 1984 υποστηρίζουν την άποψη, ότι πιθανόν το κάπνισμα και ο ιός του έρπητα ζωστήρα επιδρούν στο επιθήλιο του τραχήλου της μήτρας και προκαλούν καρκίνο. Οι κύριοι καθοριστικοί παράγοντες για καρκίνο του τραχήλου πιστεύεται ότι περιλαμβάνουν σεξουαλικούς παράγοντες και μολυσματικές νόσους¹¹.

4.1.8. Καρκίνος Παγκρέατος

Στις Η.Π.Α., οι θάνατοι από καρκίνο του παγκρέατος έχουν αυξηθεί από 9.000 το 1950 σε 23.000 το 1984, ενώ παρατηρείται κάποια τάση εξομώωσης της συχνότητας της νόσου μεταξύ ανδρών και γυναικών. Επίσης έχει εκφρασθεί η εικασία ότι κάποιες περιοδικές μεταβολές στην κατανάλωση τσιγάρων σχετίζονται με διάφορες διακυμάνσεις στην εμφάνιση καρκίνου του παγκρέατος, οι οποίες παρατηρούνται σε αρκετές αναδρομικές επιδημιολογικές μελέτες.

Γενικώς, ο κίνδυνος όσον αφορά την εμφάνιση καρκίνου του παγκρέατος υπολογίζεται διπλάσιος για τους καπνιστές, σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, αν και ο παθογόνος ρόλος του καπνίσματος δεν είναι ίσως τόσο σαφής όσο και στις περιπτώσεις του καρκίνου των πνευμόνων, του λάρυγγα, του οισοφάγου του στόματος⁷.

4.1.9. Καρκίνος Ήπατος

Τα τελευταία έτη διάφορες ανεξάρτητες επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι υπάρχει κάποια συσχέτιση ανάμεσα στο κάπνισμα και την ανάπτυξη **πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος**. Η βλαπτική επίδραση στο ήπαρ σχετίζεται περισσότερο με ιστορικό προσβολής από ηπατίτιδα Β και λιγότερο, με παράλληλη κατάχρηση οινόπνεύματος. Γι' αυτό από το έτος 1993 ο Π.Ο. Υγείας συνιστά να γίνεται το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β. το κάπνισμα ευνοεί την ενεργοποίηση των ενζύμων που είναι υπεύθυνα για την αποδόμηση φαρμάκων στο ήπαρ και έτσι μειώνεται η δράση τους. Ως τέτοια φάρμακα αναφέρονται η θεοφυλλίνη, η φαινακετίνη, η αντυρυίνη, η καφεΐνη, η βιταμίνη C και άλλα. Το κάπνισμα επηρεάζει επίσης το αποτέλεσμα μερικών εργαστηριακών εξετάσεων π.χ. του αιματοκρίτη, της αιμοσφαιρίνης και των λευκοκυττάρων^{11,2}.

4.1.10. Αιμοποιητικός Καρκίνος

Από πρόσφατες μελέτες υπάρχουν ενδείξεις και σε ποσοστό 20-30% να υπάρχει σχέση καπνίσματος και λευχαιμίας. Η παθογένεια αυτής της σχέσης είναι προς το παρόν υποθετική. Ο καπνός των τσιγάρων περιέχει βενζένιο και είναι πηγή ιονίζουσας ακτινοβολίας (πολώνιο-210) πράγματα που είναι και τα δύο αιτίες λευχαιμίας^{2,11}.

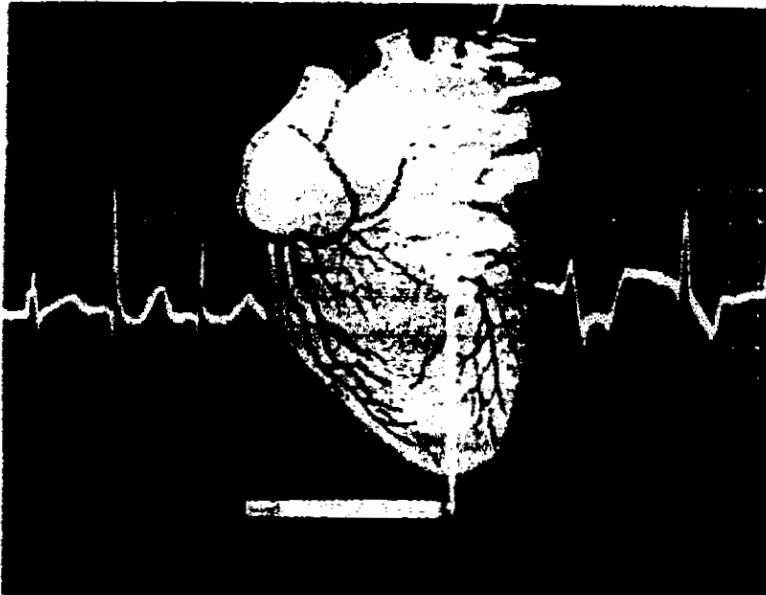
4.1.11. Καρκίνος Στομάχου

Η συνολική θνησιμότητα του καρκίνου του στομάχου έχει ελαττωθεί σημαντικά τα τελευταία 50 χρόνια. Η ήπια αύξηση του κινδύνου καρκίνου του στομάχου είναι κατά μέσο όρο 50% για τους καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνιστές¹¹.

4.2. ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΑΙ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ – ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

“ Το κάπνισμα είναι:

- α) αργή πορεία προς το θάνατο*
- β) αποδεκτή παράνοια και αυτοκαταστροφική συνήθεια του ανθρώπου*
- γ) αδυσώπητος τύραννος και ακριβοπληρωμένος φονιάς*
- δ) μια αυτοκτονία με δόσεις”*



4.2.1. Καρδιαγγειακό Σύστημα

Η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος στο καρδιαγγειακό σύστημα προέρχεται κυρίως από τη νικοτίνη και το μονοξείδιο του άνθρακα.

Η νικοτίνη απορροφάται εύκολα από τις αερόφορους οδούς (τραχεία, βρόγχους) και τους πνεύμονες. Απορροφάται επίσης από τη στοματική μεμβράνη, αλλά και από το δέρμα. Από τους πνεύμονες, αιωρούμενη με τα μικροσκοπικά σωματίδια του καπνού του τσιγάρου, απορροφάται σε να χορηγείται ενδοφλεβίως και φθάνει στον εγκέφαλο μέσα σε 8 δευτερόλεπτα.

Η εξουδετέρωση της νικοτίνης στον οργανισμό, μετά το κάπνισμα ενός τσιγάρου, γίνεται γρήγορα και η συγκέντρωση της στο αίμα αρχίζει να πέφτει ύστερα από 5-10'. Στους χρόνιους καπνιστές ο χρόνος «μισής ζωής» της στον οργανισμό είναι 2 ώρες. Το 80-90% της νικοτίνης μεταβολίζεται στον οργανισμό, κυρίως στο συκώτι αλλά και στους νεφρούς και στους πνεύμονες.

Η νικοτίνη δρα κυρίως στο Κ.Ν.Σ. στα γάγγλια του αυτόνομου νευρικού συστήματος και στις νευρομυϊκές συνάψεις, προκαλώντας σε μικρότερες δόσεις διέγερση, ενώ σε μεγαλύτερες νευροκαταστολή. Σε μικρές δόσεις προκαλεί έκκριση κατεχολαμινών (επινεφριδίνη, νορεπινεφριδίνη) από τα επινεφρίδια και απελευθέρωση των ουσιών αυτών στις απολήξεις των συμπαθητικών νεύρων, στους χρωμιόφιλους ιστούς των διαφόρων οργάνων όπως και στην καρδιά και στα αγγεία.

Επίσης δρα στους χημειούποδοχείς των καρωτιδικών και των αορτικών σωμάτων και στα προμηκικά κέντρα.

Το αθροιστικό αποτέλεσμα όλων αυτών των επιδράσεων στη διεγερτική φάση με τις μικρές δόσεις, που κυρίως μας ενδιαφέρει, είναι:

Επιτάχυνση της καρδιακής λειτουργίας και ταχυπαλμία, αύξηση του έργου της καρδιάς, αύξηση της αρτηριακής πίεσεως από την περιφερική σύσπαση των αγγείων με ωχρότητα, εμφανέστερη στο πρόσωπο, και ωχρά και ψυχρά άκρα. Σύσπαση των στεφανιαίων αρτηριών, με αποτέλεσμα τη μείωση της παροχής αίματος και οξυγόνου προς το μυοκάρδιο. Επίσης αύξηση της συγκολλητικότητας των αιμοπεταλίων και του σχηματισμού θρόμβων. Η νικοτίνη επιπλέον κινητοποιεί και αυξάνει την κυκλοφορία ελευθέρων λιπαρών οξέων και των λιποπρωτεϊνών και, με την αύξηση της αρτηριακής πίεσεως, προάγει την αθηροσκλήρωση των αρτηριών.

Το μονοξείδιο του άνθρακα (το οποίο παράγεται κατά την καύση του καπνού στην καύτρα του τσιγάρου, όπου χάνεται και ένα μέρος του οξυγόνου του αναπνεόμενου αέρα), εισπνέεται με το κάπνισμα και έχει περίπου 200 φορές μεγαλύτερη ικανότητα από το οξυγόνο να δεσμεύεται με την αιμοσφαιρίνη. Οπότε, με την ανθρακυλαιμοσφαιρίνη που παράγεται από την ένωση αυτή και η οποία μπορεί να φθάνει μέχρι το 10-15% μειώνεται η παροχή οξυγόνου στο μυοκάρδιο και στους ιστούς, ενώνεται και με τη μυοσφαιρίνη, με ανάλογη παρεμπόδιση στην οξυγόνωση των μυών.

Με την ποιοτική αυτή μεταβολή επιτείνονται τα αποτελέσματα της επιδράσεως της νικοτίνης στην ποσοτική παροχή αίματος, ώστε το κάπνισμα γίνεται επικίνδυνο στους πάσχοντες από τις στεφανιαίες αρτηρίες ή από περιφερικές αρτηριοπάθειες. Η κακή οξυγόνωση στα τοιχώματα των αγγείων αυξάνει τη διαβατότητα του ενδοθηλίου τους στα λιπίδια, με την οποία προάγεται η αθηροσκλήρωση των στεφανιαίων και των περιφερικών αρτηριών.

Τα αποτελέσματα όλων αυτών, τα συχνότερα και ουσιωδέστερα, είναι:

α) Μεγαλύτερος κίνδυνος για εκδηλώσεις στηθάγχης και εμφράγματος του μυοκαρδίου, ιδίως σε άτομα με σχετική προδιάθεση ή κάποια βλάβη των στεφανιαίων αρτηριών. Διαταραχές του ρυθμού μέχρι και αυτή τη θανατηφόρα μαρμαρυγή των κοιλιών (συγκοπή ή καρδιακή ανακοπή). Ανωμαλίες στο ηλεκτροκαρδιογράφημα με αύξηση της συχνότητας, αύξηση του ύψους του επάρματος P, μείωση του ύψους του επάρματος T ελάττωση (μικρή) του μεσοδιαστήματος S-T.

β) Συχνότερα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια με συχνότερη την υπαραχνοειδή αιμορραγία, ιδίως στις γυναίκες.

γ) Περιφερικές αγγειοκινητικές διαταραχές με αγγειοσυσπαστικά φαινόμενα (Reynaud), και αποφρακτική θρομβοαγγειίτιδα (Buerger) που εκδηλώνεται με τη διαλείπουσα χωλότητα και καταλήγει στη γάγγραινα των κάτω άκρων. Περισσότεροι από το 90% όλων των ασθενών με αποφρακτική θρομβοαγγειίτιδα είναι καπνιστές.

δ) Βράχυνση της επιβίωσης των αρτηριακών μοσχευμάτων και γρηγορότερη απόφραξη των αρτηριοφλεβικών αναστομώνσεων που γίνονται για την αιμοδιύλιση (αιματοκάθαρση) με τον τεχνητό νεφρό, στους νεφροπαθείς.

Με συγκριτικό αριθμό τη μονάδα (το 1) για τους μη καπνιστές: Οι καπνιστές γενικά παρουσιάζουν 1,7 -ή αλλιώς κατά 70%- μεγαλύτερη ειδική θνησιμότητα από τα νοσήματα αυτά, η οποία φθάνει στο διπλάσιο σε εκείνους που καπνίζουν δύο πακέτα την ημέρα, ενώ μπορεί να φθάσει ακόμα και στις 6,36 φορές πάνω, στους βαρύτερους καπνιστές.

Όσο πιο νωρίς αρχίζει κανείς το κάπνισμα τόσο και ο κίνδυνος γίνεται μεγαλύτερος, ατυχώς δε το κάπνισμα το αρχίζουν οι άνθρωποι νέοι, με περιφρόνηση μάλιστα για τους... «μακρινούς», αυτούς μελλοντικούς κινδύνους.

Πιο συγκεκριμένα: Στους άνδρες 40 – 59 ετών που καπνίζουν 20 και περισσότερα τσιγάρα την ημέρα, οι παράγοντες κινδύνου για ένα μείζον καρδιακό επεισόδιο βρέθηκαν 2,5 φορές μεγαλύτεροι απ' ότι στους μη καπνιστές.

Στις γυναίκες προστίθεται ως παράγοντας κινδύνου και το αντισυλληπτικό χάπι, με το οποίο το κάπνισμα παρουσιάζει δυναμική συνέργια, τέτοια που δεκαπλασιάζεται ο αριθμός νοσημάτων από τα στεφανιαία, σε σύγκριση με τις μη καπνίστριες που δεν παίρνουν το αντισυλληπτικό χάπι.

Από τότε που οι γυναίκες άρχισαν να καπνίζουν συστηματικότερα αυξάνεται η, προηγουμένως, μικρή θνησιμότητα από καρδιαγγειακά επεισόδια, και πλησιάζει εκείνη των αντρών. Μια εξίσωση των δύο φύλων...προς το θάνατο. Και στις καπνίστριες με 25 τσιγάρα και πάνω την ημέρα και χωρίς να παίρνουν το αντισυλληπτικό χάπι, το έμφραγμα του μυοκαρδίου παρατηρήθηκε ακόμη και 20 φορές πιο συχνά από όσο σ' εκείνες που δεν καπνίσανε ποτέ. Για το λόγο αυτό και οι γυναίκες άνω των 35 ετών που καπνίζουν και χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά θα

πρέπει να αναθεωρήσουν τις απόψεις τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2.

*Η νικοτίνη και το μονοξειδίο του άνθρακα
στο καρδιακό σύστημα*

Η νικοτίνη:

- επιταχύνει την καρδιακή λειτουργία
- την επαυξάνει
- αυξάνει την αρτηριακή πίεση
- συσπά τις αρτηρίες, στεφανιαίες και περιφερικές
- αυξάνει τη συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων
- αυξάνει τα ελεύθερα λιπαρά οξέα και τις λιποπρωτεΐνες στο αίμα

Το μονοξειδίο του άνθρακα:

- δεσμεύει την αιμοσφαιρίνη σε ανθρακυλαιμοσφαιρίνη μέχρι και 10-15%
- αυτή παρεμποδίζει την οξυγόνωση των ιστών
- με την κακή οξυγόνωση του ενδοθηλίου των αρτηριών διευκολύνεται η δίοδος των αθηροσκληρωτικών συστατικών από το αίμα στο τοίχωμά τους με αποτέλεσμα τη στένωση και την απόφραξη τους

Διπλάσια ή και τριπλάσια θνητότητα παρουσιάζουν οι καπνιστές από ανευρύσματα της κοιλιακής αορτής. Οι καπνίστριες παρουσιάζουν πολύ μεγαλύτερο τον κίνδυνο μέχρι και 20 φορές από την υπαραχνοειδή αιμορραγία. Γίνεται Δε μεγαλύτερος ο κίνδυνος όταν παίρνουν και αντισυλληπτικά χάπια. Πιο συγκεκριμένα, αυτά τα επεισόδια στις καπνίστριες ήταν 5,7 φορές συχνότερα από ότι στις μη καπνίστριες, και 21,9 φορές συχνότερα όταν οι καπνίστριες χρησιμοποιούσαν και αντισυλληπτικά χάπια, σε σύγκριση με τις μη καπνίστριες και χωρίς τα αντισυλληπτικά.

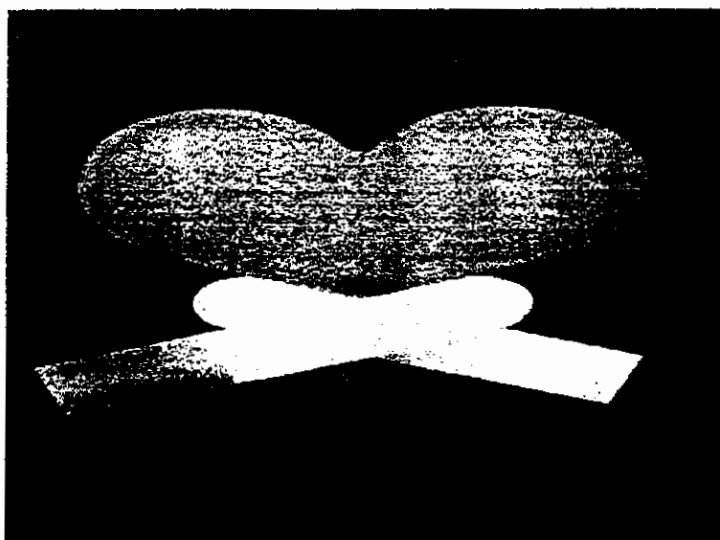
Οι θάνατοι από έμφραγμα του μυοκαρδίου στην Ελλάδα υπολογίζονται 1,7 φορές πιο συχνόι μεταξύ των καπνιστών (70% επάνω). Στις Η.Π.Α. το 30 – 40% των

θανάτων από νοσήματα των στεφανιαίων αρτηριών αποδίδονται στο κάπνισμα.

Και όλα αυτά συμβαίνουν ενώ ο κίνδυνος από το κάπνισμα μπορεί να αποτραπεί!

Το κάπνισμα ευνοεί την ενεργοποίηση των ενζύμων που είναι υπεύθυνα για την αποικοδόμηση φαρμάκων στο συκώτι και έτσι μειώνεται η δράση τους. Ως τέτοια φάρμακα αναφέρονται η θεοφυλλίνη, η φαινακετίνη, η αντιτυρίνη, η καφεΐνη, η βιταμίνη C και άλλα. Επηρεάζει επίσης το κάπνισμα το αποτέλεσμα μερικών εργαστηριακών εξετάσεων π.χ. του αιματοκρίτη, της αιμοσφαιρίνης, των λευκοκυττάρων.

Οι καπνιστές παρουσιάζουν μειωμένη παραγωγή ανοσοσφαιρινών IgE και IgA και μειωμένη κυτταροκτόνο δράση των λευκών αιμοσφαιρίων⁵.



Υπέρταση και Κάπνισμα

Το κάπνισμα μόνο 2 τσιγάρων αυξάνει την αρτηριακή πίεση, την καρδιακή συχνότητα και τα επίπεδα πλάσματος, ACTH, κορτιζόλης, αλδοστερόνης και κατεχολαμινών.

Τόσο η κακοήθης όσο και η νεφραγγειακή υπέρταση είναι συχνότερη σε καπνιστές και η αντιυπερτασική θεραπεία, εφόσον συνεχίζεται το κάπνισμα, δεν είναι τόσο αποτελεσματική.

Στις ανεπτυγμένες χώρες η αντικαπνιστική εκστρατεία κατά την τελευταία 15ετία άρχισε να αποδίδει καρπούς με έκδηλη τη μείωση των θανάτων από στεφανιαία νόσο. Η σωστή ενημέρωση των πληθυσμών σχετικά με τη ρύθμιση και καταπολέμηση των προδιαθεσικών παραγόντων (κάπνισμα, υπερχοληστερηναμία, υπέρταση) για την καταπολέμηση της στεφανιαίας ανεπάρκειας αποδίδει σημαντικούς καρπούς, πράγμα που πρέπει να ξεκινήσει και στη χώρα μας. Το καλύτερο φαρμακευτικό ή χειρουργικό θεραπευτικό μέσο είναι η διακοπή του

καπνίσματος και μάλιστα χωρίς έξοδα και παρενέργειες, τα δε ευεργετικά αποτελέσματα είναι τόσο σημαντικά².

Πολλές παρατηρήσεις συγκλίνουν στην άποψη, ότι η διακοπή του καπνίσματος προκαλεί σαφή μείωση των αναφερόμενων κινδύνων. Δεν έχει όμως αποδειχθεί αν η χρήση πούρων, πίπας ή τσιγάρων με μειωμένη περιεκτικότητα σε νικοτίνη ή πίσσα μειώνει τον κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου. Καλύτερη λύση παραμένει η διακοπή του καπνίσματος²⁴.

Πολλοί ασθενείς διακόπτουν το κάπνισμα, όταν πάθουν οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, αλλά πρέπει να τονιστεί, ότι είναι τραγικό να περιμένει ένας καπνιστής την εμφάνιση μιας τόσο σοβαρής παθήσεως για να συμμορφωθεί με τη διακοπή του τσιγάρου².

Είναι πολύ δυσάρεστο να επιμένουν οι καπνιστές να καπνίζουν, ενώ γνωρίζουν τους σοβαρούς κινδύνους που διατρέχουν. Καθήκον της Πολιτείας, των Σχολείων και του Ιατρικού Σώματος είναι να επιμένουν στη διαφώτιση του κοινού και κυρίως των νέων για τους μεγάλους κινδύνους που διατρέχει η υγεία τους από το κάπνισμα και για την ανάγκη διακοπής ή αποφυγής της καταστροφικής αυτής συνήθειας²⁴.

4.2.2. Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

Οι επιδράσεις του καπνίσματος στο κεντρικό νευρικό σύστημα αφορούν κυρίως τις δράσεις της νικοτίνης, και, από αυτές, ενδιαφέρουν περισσότερο εκείνες στον εγκέφαλο⁵.

Η νικοτίνη, το δραστικό συστατικό του καπνού, είναι μετά την καφεΐνη το δεύτερο ευρύτερο χρησιμοποιούμενο διεγερτικό του Κ.Ν.Σ. και μετά το οινόπνευμα το φάρμακο που αποτελεί συχνότερα αντικείμενο κατάχρησης. Η νικοτίνη είναι τοξικό και εξαρτησιογόνο φάρμακο και σε συνδυασμό με τις πίσσες και το CO₂ που υπάρχουν στον καπνό του τσιγάρου, αποτελεί σοβαρό παράγοντα κινδύνου για πνευμονικές παθήσεις, διάφορους καρκίνους, καρδιακή νόσο και άλλες ασθένειες²⁵.

Η νικοτίνη είναι φυσικό αλκαλοειδές σε υγρή κατάσταση, μια άχρωμη πτητική βάση, η οποία αποδίδει τη μυρωδιά του καπνού όταν εκτίθεται στον αέρα. Είναι ένα από τα τοξικότερα δηλητήρια και απορροφάται ταχύτατα από τους πνεύμονες, εντός 8 δευτερολέπτων, σα να χορηγείται ενδοφλεβίως, περίπου. Απορροφάται και από τα τοιχώματα της στοματικής κοιλότητας και από το δέρμα. Η ταχύτητα δράσεώς της μπορεί να συγκριθεί με εκείνη των κυανιούχων αλάτων. Η θανατηφόρα δόση υπολογίζεται σε 60 περίπου χιλιοστά του γραμμαρίου και, ύστερα από μια διεγερτική φάση με σπασμούς, επιφέρει το θάνατο από κεντρική και περιφερική παράλυση της αναπνοής. Οξεία δηλητηρίαση μπορεί να προέλθει π.χ. στα παιδιά από κατάποση,

κατά λάθος, ψεκαζομένου εντομοκτόνου (σε Spray), στο οποίο η νικοτίνη είναι το δραστικό συστατικό.

Δρα ποικιλοτρόπως στο κεντρικό και το περιφερικό νευρικό σύστημα, ανάλογα με τη δόση, και οι δράσεις της θεωρούνται παρόμοιες με εκείνες της αμφεταμίνης και της κοκαΐνης, όμως με διαφορετικούς μηχανισμούς. Δρα κυρίως στις νευροδραστικές συνάψεις και ύστερα από μια διεγερτική φάση, όπως συμβαίνει και με εκείνες, ακολουθεί η κατασταλτική φάση, με πολλά και διάφορα, αλλά και αντίθετα, αποτελέσματα.

Στο θέμα του παρόντος ενδιαφέρει κυρίως η πρώτη, η διεγερτική φάση, με τις μικρές ποσότητες νικοτίνης, όπως είναι αυτές οι οποίες εισάγονται στον οργανισμό με το κάπνισμα. στα διάφορα είδη καπνού για τσιγάρα η περιεκτικότητα σε νικοτίνη είναι 1-2% (κυμαινόμενη από 0,2-5%) η δε αποδιδόμενη από το κάπνισμα ενός τσιγάρου νικοτίνη κυμαίνεται από 0.05-2 χιλιοστά του γραμμαρίου το μέγιστο, με μέσο όρο το 1 χιλιοστό του γραμμαρίου.

Στο εξαρτώμενο από τη νικοτίνη πρόσωπο η νικοτίνη μπορεί να ανακουφίσει από την ανησυχία και την ένταση, μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο της ορέξεως για λήψη τροφής και της αυξήσεως του βάρους. Επίσης, μεταβάλλει τη διάθεση και την κατάσταση του πώς αισθάνεται κανείς, και ενδεχομένως αυξάνει τη δυνατότητα εκτελέσεως πράξεων και επιτείνει τη μνήμη, δηλαδή επιτείνει λειτουργίες οι οποίες ήταν μειωμένες κατά την περίοδο της στέρησης.

Η νικοτίνη τότε ενεργεί ως μια ευφορική ουσία, και ενισχύει την ικανότητα λειτουργίας του ατόμου. Προκαλεί Δε μια κλιμακωτή γραφική παράσταση ανάλογη με τη δόση και παρόμοια με εκείνη της κοκαΐνης, της αμφεταμίνης και της μορφίνης.

Αντοχή – Εξάρτηση – Σύνδρομο Στερήσεως

Το κάπνισμα , στους χρόνιους καπνιστές, δημιουργεί ψυχική και σε κάποιο βαθμό σωματική εξάρτηση, η οποία αφορά τη νικοτίνη ως φαρμακολογική ουσία. Αναπτύσσεται αντοχή με αποτέλεσμα να καπνίζει κανείς προοδευτικά περισσότερο και καταλήγει στην εμφάνιση του συνδρόμου στέρησης, όταν το επίπεδο της νικοτίνης στο αίμα του εθισμένου ελαττωθεί κάτω από κάποιο όριο, αναλόγως του εθισμού, είτε το άτομο καπνίζει τσιγάρα που παράγουν καπνό, είτε από εκείνα που «δεν παράγουν καπνό».

Το σύνδρομο διαφέρει από άτομο σε άτομο και είναι ανάλογο με το βαθμό εξαρτήσεως, αρχίζει συνήθως μετά 24 ώρες και διαρκεί από μερικές ημέρες μέχρι εβδομάδες και σε κάποιους περισσότερο, ακόμα και μέχρι μερικούς μήνες.

Τα φαινόμενα του συνδρόμου στέρησης είναι τα εξής, κατά συγκερασμό από διάφορες μελέτες: Αύξηση της επιθυμίας για κάπνισμα, ανησυχία, εκνευρισμός,

ευερεθιστότητα, δυσχέρεια συγκεντρώσεως, διαταραχές στην ικανότητα εκτελέσεως πράξεων γνώσεως και αντιλήψεως, υπνηλία την ημέρα και αϋπνία τη νύχτα, τρόμος, γαστρεντερικές διαταραχές, ελάττωση κατεχολαμινών, αύξηση της ορέξεως, ελάττωση του βασικού μεταβολισμού. Ελάττωση της καρδιακής συχνότητας, μεταβολές στην ηλεκτροεγκεφαλική δραστηριότητα και στα προκλητά φλοιώδη δυναμικά. Το σύνδρομο εκδηλώνεται εντονότερα στις γυναίκες από ότι στους άνδρες

Οι μελέτες έδειξαν ότι όμοιο σύνδρομο στερήσεως σε ποιότητα συμβαίνει όταν κάποιος καπνίζει το «άκαπνο» τσιγάρο (που δεν παράγει καπνό) ή χρησιμοποιεί τσιγλες νικοτίνης. Επίσης ότι το σύνδρομο μπορεί να καταπαύσει μέχρι και να αντιστραφεί πλήρως με τη χορήγηση νικοτίνης με οποιαδήποτε μορφή της, με το κάπνισμα ή με τσιγλα νικοτίνης, η οποία ίσως να αποτελεί και τον πρόδρομο άλλων τελειότερων, στο μέλλον, μεθόδων αντικαταστάσεως της νικοτίνης.

Οι χρόνιοι καπνιστές, καπνίζουν 20-30 τσιγάρα την ημέρα, δηλαδή ένα τσιγάρο κάθε 30-40 λεπτά της ώρας, ώστε να διατηρείται περίπου σταθερή η περιεκτικότητα του αίματος σε νικοτίνη, εφόσον μετά το κάπνισμα ενός τσιγάρου η στάθμη στο αίμα αρχίζει να πέφτει μετά 5-20' και ο βιολογικός χρόνος «ημισείας ζωής» της νικοτίνης είναι περίπου 2 ώρες. Μεταβολίζεται κατά 80-90%, κυρίως στο συκώτι και κατά ένα μικρό ποσοστό αποβάλλεται από τα ούρα. Είναι δε ενδιαφέρον ότι όσοι καπνίζουν τσιγάρα με πολύ νικοτίνη, ρουφούν τον καπνό κατά αραιότερα χρονικά διαστήματα, πιο επιπόλαια και καταναλίσκουν λιγότερα τσιγάρα, ενώ με τα πιο ελαφρά οι ρουφηξιές είναι βαθύτερες, συχνότερες και καταναλίσκουν περισσότερα τσιγάρα, ώστε να δημιουργούνται τα ανάλογα με τον εθισμό επίπεδα νικοτίνης στον οργανισμό. Το σύνδρομο της στερήσεως αποτελεί ισχυρό κίνητρο για τη συνέχιση του καπνίσματος και δυσκολία στη διακοπή του, στους βαρείς καπνιστές.

Συμπερασματικά: Σύμφωνα με τα 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 «ταμπακομανία» και «νικοτινομανία»

Αλήθεια! Πως θα χαρακτηριζόταν εκείνος ο οποίος, τα μεσάνυχτα, βγαίνει όπως-όπως στο δρόμο και, από περίπτερο σε περίπτερο, όταν όλα τα βρίσκει κλειστά, διανύει τεράστιες αποστάσεις και αναζητά «μετά μανίας» κάποιο ανοιχτό για... τσιγάρα; Και όταν το βρει, «παθιασμένος» όπως είναι, παίρνει στην «ανάγκη» μια οποιαδήποτε μάρκα, αρκεί να είναι τσιγάρα; ήταν τάχα ο εκνευρισμός; μόνο αυτός ή μήπως και κάποιος εθισμός; Ή μήπως και η στέρηση; ας σημειωθεί ότι:

1. Οι καπνιστές οδηγοί ευθύνονται για περισσότερα τροχαία ατυχήματα. Οδηγούν βιαστικοί, περνούν με «κόκκινο», γίνονται δε πιο απρόσεκτοι εξ αιτίας της διαδικασίας του καπνίσματος.

2. Οι καπνιστές, γενικώς, στον εκνευρισμό τους, καπνίζουν περισσότερο.

3. Είναι βέβαιο ότι τα παιδιά που καπνίζουν, πιο εύκολα και πίνουν και παίρνουν χαπάκια και ευκολότερα γλιστρούν στα ναρκωτικά⁵.

4.3. ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

4.3.1. Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π.)

Χρόνια αποφρακτική νόσος, είναι μια ευρεία κατηγορία παθήσεων που περιλαμβάνουν, χρόνια βρογχίτιδα, βρογχεκτασία, εμφύσημα και άσθμα. Είναι μια μη αναστρέψιμη (εκτός του άσθματος) κατάσταση, που συνδέεται με δύσπνοια κατά την προσπάθεια και μειωμένη ροή αέρα. Μελέτες υποστηρίζουν τη θεωρία ότι η Χ.Α.Π. είναι νόσος γενετικής και περιβαλλοντικής αλληλεπίδρασης. Το κάπνισμα, η ρύπανση του αέρα, και η επαγγελματική έκθεση αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου, που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της σε μια περίοδο 20 – 30 χρόνων. Η Χ.Α.Π. παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια της μέσης ηλικίας, όμως η επίπτωσή της αυξάνεται με την ηλικία. Αν και υπάρχει μείωση της ζωτικής χωρητικότητας και του βεβιασμένου εκπνευστικού όγκου ανά δευτερόλεπτο με την ηλικία, η Χ.Α.Π τονίζει πολλές από τις φυσιολογικές μεταβολές που συνδέονται με το γήρας και έχει ως αποτέλεσμα την απόφραξη αεραγωγού (στη βρογχίτιδα) και τη μεγάλη απώλεια ελαστικής πνευμονικής επανόδου (στο εμφύσημα)²⁶.

4.3.2. Η Χρόνια Βρογχίτιδα και Αποφρακτικό Εμφύσημα

Το Υδροκυάνιο, η Ακρολεΐνη πρωτεΐνη και οι Φαινόλες, ως αερώδεις υδροδιαλυτές ουσίες, εύκολα απορροφούνται από το βλεννογόνο των μεγαλύτερων βρόγχων. Επιδρούν παραλυτικά και καταστρέφουν με πρωτεόλυση τους κροσσούς του βρογχικού επιθηλίου.

Το Υδροκυάνιο σε δόση 0,04 – 0,06 του γραμμαρίου προκαλεί ακαριαίο θάνατο σε ενήλικα.

Τα οξειδία του αζώτου είναι και αυτά αερώδη, επιδρούν κυρίως στους μικρούς βρόγχους (βρογχιόλια), όπως και η Ακρολεΐνη και προκαλούν απελευθέρωση ισταμίνης, βρογχόσπασμο και πάχυνση του τοιχώματος με αποτέλεσμα τη χρόνια στένωση και το εμφύσημα.

Η έκταση της βλάβης στις συγκεκριμένες πνευμονοπάθειες εξαρτάται από τη χρονιότητα του καπνίσματος και το βάθος της εισπνοής των καυσαερίων⁶.

Αιτιολογία της νόσου: Ένας από τους κυριότερους αιτιολογικούς παράγοντες της χρόνιας βρογχίτιδας είναι το κάπνισμα, όπως δείχνουν οι επιδημιολογικές μελέτες. Σε

καπνιστές ανευρίσκεται σταθερά υπερτροφία της αδενικής μάζας²⁷.

Τα πρώτα συμπτώματα που παρουσιάζονται στη χρόνια βρογχίτιδα, είναι ο χαρακτηριστικός πρωινός συνήθως «βήχας των καπνιστών» και η βλενώδης υπερέκκριση και συχνά βλεννοπυώδης απόχρεμψη που οφείλονται στη συνεχή δράση των ερεθιστικών ουσιών που αναφέρθηκαν και περιέχονται στα εισπνεόμενα καυσαέρια του καπνού⁶.

Με τις λειτουργικές μεθόδους έρευνας της αναπνοής ανευρίσκονται σταθερά ενδείξεις απόφραξης σε καπνιστές, ακόμα και σε καπνιστές που δεν αναφέρουν συμπτώματα²⁷.

Ο ερεθισμός των βρόγχων και ο βήχας δεν οφείλονται μόνο στις αερώδεις αυτές ουσίες, αλλά και σε άλλες σωματιδιακές που βρίσκονται σε μεγάλες συγκεντρώσεις στον εισπνεόμενο αέρα, όπως συμβαίνει στους εργάτες ορυχείων ασβέστου, αμιάντου και μεταλλείων (επαγγελματική πνευμονοπάθεια).

Είναι επομένως φυσικό τα άτομα αυτά όταν είναι και καπνιστές, να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν χρόνια βρογχοπάθεια και ακόμα καρκίνο.

Συνήθως οι καπνιστές θεωρούν το βήχα και τη βλεννοπυώδη απόχρεμψη σαν ένα εντελώς φυσιολογικό φαινόμενο και δεν ανησυχούν γιατί αγνοούν ότι στους φυσιολογικούς πνεύμονες, δεν υπάρχει ούτε βήχας, ούτε απόχρεμψη.

Με το χρόνο, ο ερεθισμός αυτός προκαλεί μια μόνιμη και συνεχώς αυξανόμενη στένωση του αυλού κυρίως των μικρών βρόγχων με υπερτροφία των αδένων του βλεννογόνου που, μαζί με την υπερπαραγωγή βλέννας, εμποδίζουν την ελεύθερη αναπνοή.

Τα φαινόμενα αυτά δεν παρουσιάζονται μόνο στις μεγάλες ηλικίες, αλλά και σε νεώτερα άτομα που καπνίζουν συστηματικά.

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

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

Όταν από τη στένωση των βρογχιολίων η διάταση των κυψελίδων με τον χρόνο αυξηθεί ακόμα περισσότερο, είναι δυνατόν να σπάσει το τοίχωμα γειτονικών κυψελίδων, οι χώροι τους να ενωθούν και να σχηματίσουν μεγαλύτερες φυσαλίδες, το λεγόμενο *φυσαλιδώδες εμφύσημα* που περιορίζει ακόμα περισσότερο την

αναπνευστική επιφάνεια των πνευμόνων, την ανταλλαγή των αερίων και την οξυγόνωση του αίματος.

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

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

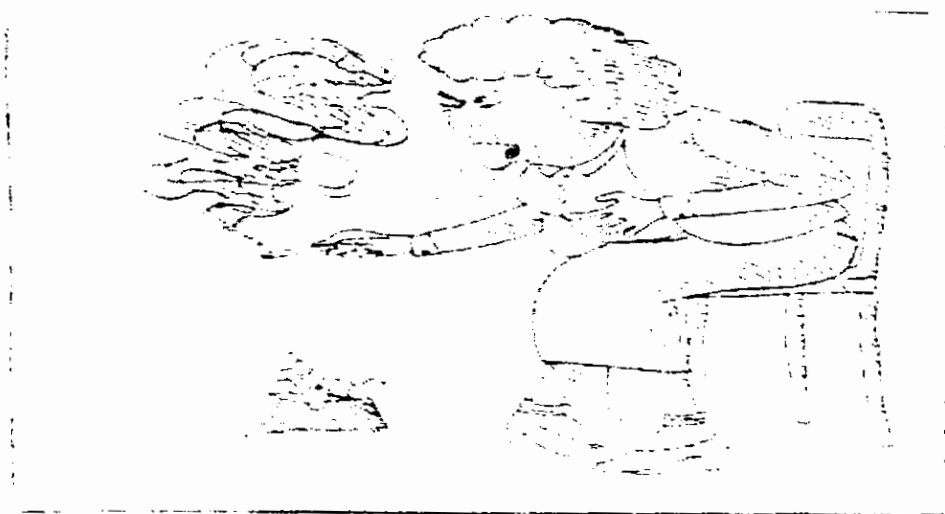
Από διάφορες έρευνες, ο συνδυασμός αυτός της χρόνιας βρογχίτιδας και του αποφρακτικού εμφυσήματος από το κάπνισμα, έχει μεγαλύτερη θνησιμότητα και απ' τον καρκίνο του πνεύμονα.

Στους καπνιστές πούρων και πίπας, η χρόνια βρογχίτιδα και το εμφύσημα είναι πολύ σπάνια, προφανώς γιατί οι καπνιστές αυτοί δεν εισπνέουν τα καυσαέρια του καπνού.

Στους καπνιστές όμως 25 και πάνω τσιγάρων την ημέρα, οι χρόνιες αυτές παθήσεις έχουν 20πλάσια συχνότητα θανάτων εκείνης των μη καπνιστών.

Στις 100.000 Βρετανών γιατρών που κάπνιζαν 0,1-14, 15-24 και 25+ τσιγάρα την ημέρα, η θνησιμότητα από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια είχε αντίστοιχη αναλογία 3,51, 78 και 114 περιπτώσεις.

Από τη συσχέτιση αυτή, αντιλαμβάνεται κανείς το σπουδαίο ρόλο που παίζει και εδώ το κάπνισμα στην ανάπτυξη των παθήσεων αυτών⁶.



Χαρακτηριστικός βήχας καπνίστριας από χρόνια βρογχίτιδα.

4.3.3. Έλκος Στομάχου

Οι καπνιστές, αδιακρίτως φύλου, παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης πεπτικού έλκους, κατά τρόπο ανάλογο προς τη συνολική κατανάλωση καπνού. Ο δείκτης αύξησης είναι για τις γυναίκες 1,6 και για τους άνδρες 2. Επίσης, σημαντική παρουσιάζεται και η θνησιμότητα από γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος μεταξύ των καπνιστών, η οποία είναι σχεδόν τριπλάσια σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, όταν η χρήση τσιγάρων ξεπερνά τα 10 ημερησίως⁷.

Το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος εμφανίζεται συχνότερα στους καπνιστές και ο σχετικός κίνδυνος έναντι των μη καπνιστών είναι 1,7%. Το πεπτικό έλκος είναι δύο φορές συχνότερο από τους μη καπνιστές.

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

Η επούλωση του έλκους των καπνιστών μετά από θεραπεία 4 εβδομάδων συντελείται στο 40% των περιπτώσεων, ενώ στους μη καπνιστές ανέρχεται στο 95%. Το πεπτικό έλκος τετραπλασιάζεται, όταν γίνεται παράλληλη χρήση καπνού και οινοπνευματωδών ποτών. Η σύγχρονη χρήση και των δύο αυτών ουσιών προσφέρει συχνά απατηλή διέξοδο σε εκείνα τα άτομα που υφίστανται λόγω της εργασίας την ψυχική πίεση, άγχος, κατάθλιψη κ.λ.π. και επιβαρύνουν την υγεία τους σε επικίνδυνο βαθμό¹¹.

4.3.4. Οστεοπόρωση

Το κάπνισμα μαζί με άλλους παράγοντες όπως κορτιζόνη, ψυχοφάρμακα, οινόπνευμα, προκαλεί οστεοπόρωση σε αναλογία ευρημάτων 81,85% στους άνδρες και 18,15% στις γυναίκες ιδίως μετά την εμμηνόπαυση.

Έχει διαπιστωθεί ότι οι άνδρες καπνιστές παρουσιάζουν υπερδιπλάσια συχνότητα οστεοπορωτικών καταγμάτων των σπονδύλων και του ισχίου. Η βλαπτική αυτή συνέπεια του καπνίσματος φαίνεται ότι είναι ανεξάρτητη από τους άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες της οστεοπόρωσης, όπως είναι η κατανάλωση οινοπνεύματος, η απώλεια σωματικού βάρους και η γαστρεκτομή, με τους οποίους όμως είναι επίσης δυνατόν να συνδέεται το κάπνισμα¹¹.

4.3.5. Κάπνισμα προ της Γονιμοποίησης - Στείρωση

Υπάρχει πιθανότητα το κάπνισμα να προκαλεί γενετικές βλάβες στα σπερματοζώαρια, ενώ είναι γνωστό ότι μειώνει τη σπερματογένεση και προκαλεί

μορφολογικές ανωμαλίες στα σπερματοζώαρια. Ακόμη, το κάπνισμα μειώνει τη γονιμότητα στη γυναίκα και προκαλεί και στα δύο φύλα ορμονικές διαταραχές²⁸.

Οι ερευνητές πιστεύουν πως η νικοτίνη μπορεί να επιδράσει δυσμενώς και επί των αδένων μέσω εκκρίσεως του ανθρώπινου οργανισμού. Επηρεάζει τη λειτουργία του υποθαλάμου και της υποφύσεως (αδένες του εγκεφάλου) και προκαλεί την έκκριση μιας αντιδιουρητικής ορμόνης, ικανής να αναστείλει τη διούρηση επί τριώρον. Ιδιαίτερα επιδρά επί των γεννητικών αδένων αμφοτέρων των φύλων, παραλύει την γεννητική ορμή, ελαττώνει την ζωτικότητα και καταστρέφει την γονιμότητα. Αρκετές επιδημιολογικές μελέτες έχουν συνδέσει το κάπνισμα με μείωση της γονιμότητας και αύξηση των ανωμαλιών του κύκλου της εμμηνορρησίας στην γυναίκα.

Όπως έδειξε σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο τμήμα Μαιευτικής και Γυναικολογίας του Πανεπιστημίου Bristol και του Νοσοκομείου Saint John του Λονδίνου, το κάπνισμα είναι πολύ πιθανό να μειώνει τη γονιμότητα, αφού οι επιδράσεις φτάνουν μέχρι τα όργανα αναπαραγωγής.

Οι ερευνητές εντόπισαν προϊόντα του καπνίσματος μέσα στο ωοθηλακικό υγρό που περιβάλλει τα ωάρια των ωοθηκών και μέτρησαν την κοτινίνη η οποία είναι μεταβολικό προϊόν της νικοτίνης.

Η συγκέντρωση της κοτινίνης απετέλεσε μια θαυμάσια ένδειξη των καπνιστικών συνηθειών των γυναικών. Το πιο σημαντικό, όμως, είναι ότι η ερευνητική ομάδα ανακάλυψε πως στις γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία για προβλήματα γονιμότητας, οι πιθανότητες να γονιμοποιηθεί το ωάριο μειώνονται περίπου κατά 30% σε εκείνες που καπνίζουν. Στα τεστ που έγιναν, το 72% των ωαρίων που ελήφθησαν από μη καπνίστριες γονιμοποιήθηκαν με επιτυχία, ενώ στις καπνίστριες το αντίστοιχο ποσοστό ήταν μόνο 44%.

Οι επιστήμονες υποστηρίζουν, επίσης, ότι φαίνεται να υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στο κάπνισμα και στη μειωμένη γονιμότητα των αντρών. Αλλά και οι γυναίκες που δεν καπνίζουν θα ήταν δυνατό να έχουν μειωμένες πιθανότητες να τεκνοποιήσουν αν ο σύντροφός τους καπνίζει ή αν εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα άλλων καπνιστών².

Ο Διευθυντής του κέντρου Μανίνο υποστηρίζει, ότι το κάπνισμα θεωρείται ύποπτο για την ανικανότητα των ανδρών όπως και η διαίτα, ο διαβήτης, το αλκοόλ και το γήρας. Το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για κυκλοφοριακές παθήσεις των οποίων η προέκταση ευνοεί τη σεξουαλική δυσλειτουργία.

Η νικοτίνη «τιμωρεί» τις γυναίκες με τις επιπτώσεις του καπνίσματος στις αναπαραγωγικές και ενδοκρινολογικές λειτουργίες του γυναικείου οργανισμού. Η περιορισμένη γονιμότητα, οι βλάβες στο έμβρυο, η πρόωρη εμμηνόπαυση και η

οστεοπόρωση είναι αιτίες υπαρκτές από τη χρήση του καπνού και η διακοπή του τσιγάρου είναι αυτονόητη¹¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

*“ Η ελευθερία των καπνιστών
σταματά εκεί που αρχίζει η
ελευθερία των μη καπνιστών ”*

Παθητικό ονομάζεται το κάπνισμα που γίνεται με την εισπνοή α) του καπνού που βγάζουν από τους πνεύμονες τους αυτοί που καπνίζουν και β) εκείνου που παράγεται από τα αναμμένα τσιγάρα στα χέρια των καπνιστών ή στα τασάκια. Αυτό το δεύτερο είναι το «παράπλευρο ρεύμα» και περιέχει μεγαλύτερη συγκέντρωση δηλητηριωδών συστατικών. Ο καπνός όμως αυτός αραιώνεται σ' ένα μεγάλο όγκο αέρα και έτσι οι παθητικοί καπνιστές εκτίθενται σε μικρότερη πυκνότητα των βλαπτικών στοιχείων, σ' ένα διαφορετικής ποιότητας αέρα από εκείνο που εισπνέει ο άμεσος καπνιστής με το «κύριο ρεύμα». Το «παράπλευρο αυτό ρεύμα» υπολογίζεται ότι αποτελεί περίπου το 85% του καπνού που υπάρχει σ' ένα δωμάτιο όπου βρίσκονται άνθρωποι που καπνίζουν⁵.

Ο ακριβής αριθμός των ατόμων που δεν καπνίζουν είναι πολύ δύσκολο να εξακριβωθεί. Άσχετα όμως με αυτό, το πρόβλημα είναι ότι παρ' όλο ότι για οποιονδήποτε ρόλο δεν κάνουν χρήση καπνού, είναι υποχρεωμένοι να μοιραστούν μέρος από τα βλαβερά επακόλουθα της χρήσης του από τα άλλα άτομα¹⁸.

Γι' αυτό οι μη καπνιστές πρέπει να δυσανασχετούν που βρίσκονται στον ίδιο χώρο με καπνιστές διότι εισπνέουν τον καπνό από την καύτρα, που περιέχει σε μεγαλύτερη ποσότητα καρκινογόνες, τοξικές και χημικές ουσίες, ενώ ο καπνιστής εισπνέει τον καπνό που περνά μέσα από το φίλτρο. Οι μη καπνιστές διατρέχουν έτσι τον ίδιο κίνδυνο να πάθουν καρκίνο των πνευμόνων, καρδιακές παθήσεις, κ.λ.π.²⁸

Σε ότι αφορά το μονοξειδίο του άνθρακα, η συγκέντρωση του είναι 5% στο «κύριο ρεύμα» και 10-15% στο «παράπλευρο ρεύμα». Η συγκέντρωσή του στον αέρα του δωματίου συνήθως υπερβαίνει το ανώτερο παραδεκτό όριο, το οποίο είναι 9 μέρη στο εκατομμύριο για την ποιότητα του αέρα σε κλειστούς δημόσιους χώρους και αίθουσες συγκεντρώσεων. Επίσης και τα επίπεδα της νικοτίνης υπερβαίνουν τα ανώτερα ανεκτά ή επιτρεπόμενα όρια σ' ένα βιομηχανικό περιβάλλον. Με συγκέντρωση μονοξειδίου του άνθρακα πάνω από 30 μέρη στο εκατομμύριο, στον αέρα του περιβάλλοντος, το επίπεδο της ανθρακυλαιμοσφαιρίνης στο αίμα παθητικών καπνιστών για μία περίοδο 8 ωρών, είναι ισοδύναμο με εκείνο των

εθελουσίων καπνιστών που κάπνισαν πέντε τσιγάρα. Σ' ένα κλειστό αυτοκίνητο ή στο δωμάτιο όπου παίζουν χαρτιά με τις ώρες, το μονοξείδιο του άνθρακα μπορεί να φθάσει μέχρι και το δεκαπλάσιο του ανεκτού ορίου.

Η συγκέντρωση νικοτίνης που απορροφάται από τους παθητικούς καπνιστές σε μία περίοδο 4 ωρών, είναι ανάλογη με εκείνη των ελαφρών καπνιστών (1-10 τσιγάρα την ημέρα).

Η εισπνοή του καπνού σε κλειστό χώρο, όπου καπνίζουν πολλοί και για μακρό χρονικό διάστημα, μπορεί να φθάσει σε τέτοια επίπεδα ώστε να αντιστοιχεί με το άμεσο κάπνισμα ακόμα και 15 τσιγάρων ή 35 με φίλτρο, στο ίδιο χρονικό διάστημα⁵.

Είναι γεγονός ότι μόνο 25% του εισπνεόμενου καπνού περνάει σε ανταλλαγή με τα άλλα αέρια στις αναπνευστικές οδούς του καπνιστή, περισσότερο από το 50% του καπνού επανέρχεται αυτούσιο στο περιβάλλον και αναπνέεται φυσικά από αυτό¹⁸.

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

Ο κίνδυνος για καρκίνο των πνευμόνων σε μη καπνίστριες γυναίκες από τη συνεχή έκθεση στον καπνό του τσιγάρου των ανδρών τους είναι περίπου διπλάσιος, συγκρινόμενος με εκείνον στις γυναίκες που οι άνδρες τους δεν καπνίζουν. Φθάνει μέχρι και 2,4 φορές με 1-20 τσιγάρα και πάνω, από τους άνδρες τους.

Τα ευρήματα συνιστούν την ύπαρξη μιας θετικής συσχέτισεως μεταξύ καρκίνου των πνευμόνων και εκθέσεως στο παθητικό κάπνισμα.

Το παθητικό κάπνισμα, στους στηθαγικούς αρρώστους, αυξάνει τη συχνότητα της καρδιακής λειτουργίας σε ανάπαυση και την αρτηριακή πίεση (συστολική και διαστολική) και, κατ' αυτό τον τρόπο, επαυξάνει τις ανάγκες του μυοκαρδίου σε οξυγόνο και επιταχύνει τις ανάγκες της στηθάγχης ύστερα από σωματική προσπάθεια. Εμφανίζεται έτσι η στηθάγχη με λιγότερο κόπο και γρηγορότερα μέχρι και 2 φορές. Προκαλεί και περιφερικές αγγειοκινητικές διαταραχές κ.λ.π.⁵

Πρέπει να υπερτονιστεί ότι το κάπνισμα στις γυναίκες που βρίσκονται σε ηλικία αναπαραγωγής προκαλεί πτώση του επιπέδου των οιστρογόνων, διατάραξη της ωορηξίας και ακόμα επιταχύνει την εμμηνόπαυση και αυξάνει τον κίνδυνο για οστεοπόρωση.

Γιατί πρέπει ν' ανεπιδώ τον μαπνός σου;



ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Όπως αναφέρθηκε, όταν το κάπνισμα στις γυναίκες συνδιάζεται με τη λήψη αντισυλληπτικών, αυξάνει πάνω από το 4πλάσιο τα προβλήματα από το κυκλοφορικό και τα θρομβοεμβολικά επεισόδια από την καρδιά και τον εγκέφαλο απ' ότι στις γυναίκες που καπνίζουν την ίδια ποσότητα, αλλά δεν παίρνουν αντισυλληπτικά και 40 φορές περισσότερο από τις γυναίκες της ίδιας ηλικίας που δεν καπνίζουν και δεν παίρνουν αντισυλληπτικά.

Γενικά, οι γυναίκες είναι περισσότερο ευαίσθητες στις βλαβερές επιδράσεις των καυσαερίων του καπνού από τους άνδρες, όπως συμβαίνει και με το οινόπνευμα.

Η μεγαλύτερη αυτή ευαισθησία εξηγείται ως γενική προδιάθεση, αφού ο γυναικείος οργανισμός αποβάλλει τις βλαβερές ουσίες δυσκολότερα απ' ότι ο οργανισμός των ανδρών.⁶

Έτσι λοιπόν γίνεται κατανοητό ότι τα δικαιώματα του μη καπνιστή είναι ισχυρότερα από εκείνα του καπνιστή, επομένως ο καπνιστής «δεν έχει το δικαίωμα να προχωρεί πέρα από τη μύτη του μη καπνιστή». Επιτέλους θα πρέπει να γίνει συνείδηση, ότι το κάπνισμα αποτελεί «αντικοινωνική εκδήλωση»⁵.

5.1. ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Από το 1990 και ύστερα δημοσιεύθηκαν αξιόλογες μελέτες που τονίζουν τη δυσμενή επίδραση του παθητικού καπνίσματος και ιδιαίτερα στους καρδιοπαθείς. Η πλέον σταθερά απειλή προέρχεται από το CO (ανθρακυλαιμοσφαιρίνη) του τσιγάρου που μολύνει τον αέρα, τον οποίο εισπνέουν οι παθητικοί καπνιστές και

όταν μάλιστα συνυπάρχουν καρδιακές βλάβες και κυρίως βλάβες των στεφανιαίων αρτηριών η κατάσταση τους επιβαρύνεται.

Δεύτερη ανωμαλία που αφορά την κατάσταση των αρτηριών, είναι η επερχόμενη επί των αιμοπεταλίων θρομβογόνος ετοιμότητα στους συστηματικούς καπνιστές, αλλά και στους παθητικούς.

Η συμβολή των αιμοπεταλίων συνίσταται στην έκκριση αυξητικών ουσιών, που διεγείρουν την τοπική παραγωγή ανώμαλων κυττάρων και τη δημιουργία αρτηριοσκληρωτικών πλακών με επακόλουθο τη στένωση τριών αρτηριών.

Τη σχέση παθητικού καπνίσματος και εμφράγματος μυοκαρδίου ήρθαν να επιβεβαιώσουν 12 μελέτες σε παθητικούς καπνιστές.

Σαν συμπέρασμα προκύπτει ότι το παθητικό κάπνισμα είναι υπόλογο για 2000 θανάτους ετησίως στην Ελλάδα έναντι μόνο 100 θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα.

Νέα έρευνα που δημοσιεύτηκε στην Ιατρική επιθεώρηση του Αμερ. Ιατρικού Συλλόγου ενοχοποιεί το λεγόμενο «παθητικό κάπνισμα» για 53.000 θανάτους σε μη καπνιστές. Αναλυτικά 37.000 θάνατοι από καρδιοπάθειες, 3.700 από καρκίνο των πνευμόνων και 12.000 από άλλες μορφές καρκίνου.

Το πόρισμα της έρευνας επισημαίνει ότι οι θάνατοι αυτοί οφείλονται σε ασθένειες που προκαλούνται από την εισπνοή του καπνού των τσιγάρων των καπνιστών. Ιδιαίτερα τρωτοί στις συνέπειες του παθητικού καπνίσματος είναι οι υπάλληλοι γραφείων. Οι συγγραφείς της έρευνας υποστηρίζουν ότι το παθητικό κάπνισμα αναδεικνύεται σήμερα στην Τρίτη αιτία θανάτου στις Η.Π.Α., που μπορεί όμως να προληφθεί μετά το ενεργητικό κάπνισμα και το αλκοόλ. Για διάφορους χημικούς και φυσικούς λόγους, ο εξαερισμός και το φιλτράρισμα του αέρα δεν είναι κατάλληλες μέθοδοι για τη μείωση των κινδύνων που απειλούν τους παθητικούς καπνιστές.

Το συστηματικό κάπνισμα αποτελεί απειλή για τη δημόσια υγεία καθώς κάθε χρόνο ευθύνεται για το θάνατο 22.000 ανθρώπων στην Ευρώπη, (2.000 από καρκίνο πνευμόνων και 20.000 από καρδιακές παθήσεις) όπως ανακοίνωσαν πρόσφατα ερευνητές από μελέτη τους που χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Όσον αφορά στην εταιρεία καπνού για τη διαφημιστική της καμπάνια ότι δεν βλέπει το παθητικό σύστημα κλήθηκε να πληρώσει το ποσό των 20 χιλιάδων λιρών Αγγλίας σε δύο αντικαπνιστικούς οργανισμούς, οι οποίοι, εναντιώθηκαν στη διαφήμιση αυτή.

Κάθε χρόνο στη Βρετανία πεθαίνουν 60.000 άνθρωποι από πνευμονία λόγω ενεργητικού καπνίσματος¹¹.

5.2. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ

Από τα παραπάνω δημιουργείται εύλογα το ερώτημα αν το κάπνισμα πρέπει να θεωρείται υπόθεση προσωπικής ελευθερίας του καπνιστή ή μια καθαρά

αντικοινωνική συμπεριφορά, που πρέπει επιτέλους να απαγορευτεί σε κάθε κλειστό χώρο και στα μέσα μαζικής μεταφοράς.

Γιατί δικαίωμα δεν έχει μόνο ο καπνιστής, αλλά και ο μη καπνιστής ο οποίος στερείται από τον καπνιστή του δικαιώματος να αναπνεύσει ελεύθερα καθαρό αέρα.

Το δικαίωμα αυτό προστατεύεται από το Σύνταγμα του 75 (άρθρο 5 παρ. 1) που ορίζει ότι: “ Καθένας έχει το δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητα του στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή, εφ’ όσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων, το Σύνταγμα ή τα χρηστά ήθη ”.

Και εδώ είναι βέβαιο ότι ο καπνιστής προσβάλλει το δικαίωμα του διπλανού του να αναπνέει ελεύθερα και να ζήσει υγιής.

Δε μπορούμε να μιλάμε για νέφος και να δημιουργούμε οι ίδιοι νέφος περισσότερο επικίνδυνο μέσα στο σπίτι μας, στο γραφείο, στο Λεωφορείο ή σ’ οποιοδήποτε κλειστό χώρο.

Και δε μπορεί να μιλάμε για μόλυνση του περιβάλλοντος από τις βιομηχανίες με καρκινογόνες ουσίες αμφιβόλου καρκινικής δράσης και να δηλητηριάζουμε τον χώρο που ζούμε και τους φίλους μας τους συνανθρώπους μας, τους συναδέλφους μας και τη γυναίκα μας και τα παιδιά μας με τις βεβαιωμένες πια καρκινογόνες ουσίες που βρίσκονται στον καπνό του καπνιστή³⁰.

Ο μη καπνιστής έχει πρωτογενές το δικαίωμα για καθαρό αέρα. Το δικαίωμα αυτό είναι υπέρτερο του δικαιώματος του καπνιστή να καπνίσει γιατί αυτό είναι επίκτητο, επομένως υποδεέστερο από του μη καπνιστή.

Η συνταγματική αυτή διάταξη προστατεύει χωρίς επιφυλάξεις την ανθρώπινη προσωπικότητα, τόσο στην εκδήλωσή της με το δικαίωμα στο κάπνισμα όσο και στην, επίσης ελεύθερη εκδήλωσή της με το δικαίωμα στο μη κάπνισμα. η σύγκρουση αυτή των δύο διαφορετικών δικαιωμάτων τα οποία φαίνονται να αντιτίθεται το ένα στο άλλο αναιρείται με το κριτήριο του λεγόμενου «φυσικού δικαίου», εφ’ όσον το κάπνισμα ικανοποιεί μια βιοτική «ανάγκη», αφού κανείς δε γεννήθηκε καπνιστής.

Ενώ το δικαίωμα του μη καπνιστή, ικανοποιεί μια φυσιολογική βιοτική ανάγκη και γι’ αυτό ανάγεται σε επικρατέστερο δικαίωμα.

Οι μη καπνιστές επομένως, έχουν το δικαίωμα να απαιτήσουν απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς χώρους, αίθουσες αναμονής, χώρους εργασίας, δημόσιους κλειστούς χώρους, νοσοκομεία, αεροπλάνα, μέσα συγκοινωνίας κ.ο.κ. ζητώντας από την πολιτεία τη νομοθετική ρύθμισή τους.

Εφ’ όσον το κάπνισμα βλάπτει και τον μη καπνιστή, η συνύπαρξή με ανθρώπους που η «κακή τους συνήθεια» γίνεται αιτία βλάβης της υγείας των άλλων, δεν είναι νοητή, χαρακτηρίζεται δε ως «αντικοινωνική ενέργεια».

Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται όταν πρόκειται για συνύπαρξη καπνιστών με παιδιά ή υπερήλικες που αδυνατούν από μόνοι τους να προστατεύσουν την υγεία τους.

Από τα παραπάνω προκύπτουν ορισμένα συμπεράσματα που συνοψίζονται ως εξής:

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

2. Η Πολιτεία έχει αντίστοιχη υποχρέωση να προστατεύει Το δικαίωμα των μη καπνιστών, όταν αυτό παραβιάζεται (ποινικές κυρώσεις)

3. Ιδιαίτερα μέτρα οφείλουν να ληφθούν προκειμένου να προστατεύσουν άτομα με μειωμένη ικανότητα αυτοπροστασίας και ελλιπή γνώση των επιπτώσεων του καπνίσματος. (παιδιά – ηλικιωμένοι)³.

Γι αυτό **Μη καπνιστές όλων των χώρων ενωθείτε**. Μόνο με μια συντονισμένη προσπάθεια όλων των ενδιαφερομένων φορέων και των εντεταλμένων για τη Δημόσια Υγεία οργάνων και κύρια η αφύπνιση του μη καπνιστή, ο οποίος καρτερικά και αδιαμαρτύρητα και εντελώς ανόητα υφίσταται μέχρι σήμερα τον καπνιστή και δε διεκδικεί επί τέλους κι αυτός το δικαίωμα στην ζωή, μπορεί να μας σώσει από την καταστροφική επιδημία της εποχής μας.



Επομένως το θέμα νομίζω ότι αρχίζει τώρα να παίρνει νομικές, κοινωνικές και ηθικές προεκτάσεις, μετά τη διαπίστωση των συνεπειών του παθητικού καπνίσματος.

Και το κάπνισμα φίλοι μου μπορεί να αποτελεί προσωπική επιλογή του καθένα.

Αλλά τα δικαιώματα των καπνιστών σταματούν εκεί που η συνήθειά τους μπορεί να επηρεάσει την υγεία των μη καπνιστών.

Κάποιοι αποφάσισαν να ζήσουν 10 χρόνια λιγότερα και με απόλαυση το τσιγάρο.

Εμείς όμως οι υπόλοιποι αποφασίσαμε να ζήσουμε όσο μας μέλει με απόλαυση τον καθαρό αέρα.

Και μην ξεχνάμε ποτέ ότι κανένα ζώο δεν τρώει τον καπνό. Μόνο ο άνθρωπος³⁰.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΦΥΛΟ

*“ Η γυναίκα ταύτισε την
ανεξαρτησία της και με το
κάπνισμα. ΜΕΓΑ ΛΑΘΟΣ ”*

6.1. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΑ

Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι το κάπνισμα για αρκετό χρονικό διάστημα παρέμενε σύμβολο της πατριαρχικής κοινωνίας. Οι γυναίκες αποκλείονταν από την ανδρική αυτή συνήθεια. Αποτέλεσμα, το πέρασμα του καπνίσματος ως συμβόλου στον γυναικείο αγώνα για ισοτιμία και απελευθέρωση. Η απαίτηση για “ελεύθερο” κάπνισμα των γυναικών βαδίζει παράλληλα με την απαίτηση των φεμινιστριών της εποχής για το δικαίωμα να φοράνε οι γυναίκες παντελόνια.

Στο τέλος του 19ου αιώνα, μαζί με τα άλλα δικαιώματα που αποκτούν οι γυναίκες, αποκτούν και το δικαίωμα καπνίσματος τσιγάρων. Οι πίπες και τα πούρα παραμένουν ακόμα και σήμερα σχεδόν αποκλειστικά στη χρήση των ανδρών, ακόμα και στις πιο “προοδευτικές” δυτικές κοινωνίες.

Το τσιγάρο περνάει στα χέρια των γυναικών, για πολλές από αυτές συμβολίζει ακόμη τη γυναικεία απελευθέρωση¹⁸.

Κάθε γυναίκα πρέπει να βάλει καλά μέσα στο μυαλό της ότι εκτός από τις σοβαρές βλάβες που προκαλεί το κάπνισμα σαν οργανισμό της, καταστρέφει τη φρεσκάδα και τη ζωντάνια στο δέρμα της! Είναι αδιανόητο να ξοδεύουν υπέρογκα ποσά σε κρέμες και καλλυντικά για να διορθώσουν αυτό που οι ίδιες “συνειδητά” καταστρέφουν και που δε διορθώνεται με πασαλείμματα! Όταν το κάπνισμα δεν ήταν τόσο διαδεδομένο όπως είναι τώρα, οι γυναίκες θεωρούνταν ότι ήταν ελεύθερες από καρδιαγγειακά νοσήματα και από καρκίνο του πνεύμονα. Δυστυχώς η κατάσταση έχει αλλάξει και το κάπνισμα σκοτώνει πάνω από **μισό εκατομμύριο γυναίκες κάθε χρόνο στον βιομηχανοποιημένο κόσμο**. Αλλά είναι επίσης μια όλο και αυξανόμενη σπουδαία σημαντική αιτία ασθένειας μεταξύ των γυναικών των αναπτυσσόμενων χωρών.

Για 12 εντοπίσεις καρκίνου θεωρείται υπεύθυνο το κάπνισμα: πνεύμονας, στόμα, λάρυγγας, οισοφάγος, μαστός, στομάχι, χοληδόχος, ήπαρ, νεφρά, πάγκρεας,

ουροδόχος κύστη και τράχηλος μήτρας. Στις ΗΠΑ εδώ και 5 χρόνια ξεπέρασε σε συχνότητα τον καρκίνο μαστού στις καπνίστριες.

Ο καπνός είναι η μεγαλύτερη πηγή προκλητού θανάτου σήμερα. Οι θάνατοι από κοκαΐνη, ηρωίνη, αλκοόλ, δολοφονίες, αυτοκτονίες, αυτοκινητιστικά ατυχήματα -όλα μαζί- είναι λιγότεροι από τους θανάτους που οφείλονται στο τσιγάρο³¹.

6.2. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

*“ Μάνα καπνίζεις; εγκληματείς
εις βάρος του παιδιού σου ”*

Οι ηλικιωμένοι καπνιστές και τα παιδιά των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά την εγκυμοσύνη είναι περισσότερο πιθανόν να έχουν ανωμαλίες στα χρωμοσώματά τους.

Ο James Tucker και συν. στην Καλιφόρνια χρησιμοποίησαν μια τεχνική ονομαζόμενη Chromosome painting για να αποκαλύψουν βεβλαμένες εκτάσεις του ανθρώπινου DNA.

Κατά την περιγραφή της τεχνικής των χρωμοσωμάτων παρατηρήθηκε το φαινόμενο «υβριδισμού των χρωμοσωμάτων», ένα φαινόμενο αποκαλούμενο translocation = μετατόπιση, μεταφορά ενός μέρους του χρωμοσώματος σε άλλο μέρος του ίδιου χρωμοσώματος. Εξέτασαν δείγματα αίματος από ανθρώπους ηλικίας 20 – 80 ετών καθώς και από τον ομφάλιο λώρο των νεογέννητων.

Οι καπνιστές είχαν περισσότερες translocations παρά οι μη καπνιστές και τα νεογέννητα των καπνιστριών μητέρων κατά την εγκυμοσύνη είχαν translocations 50% υψηλότερα από τα νεογέννητα των μη καπνιστριών.

Οι translocations αυτές στα χρωμοσώματα έχουν ενοχοποιηθεί για ανάπτυξη καρκίνου από τα προϊόντα καπνού που βλάπτουν το DNA του κυττάρου¹¹.

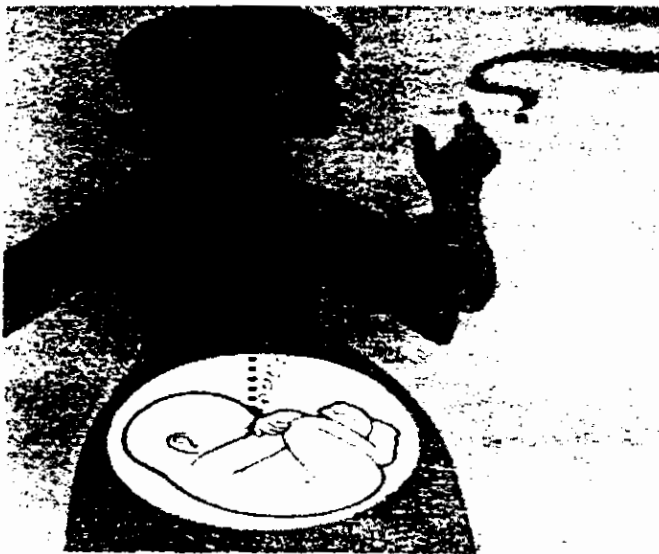
Η κατηγορία εκείνων που όχι μόνο δε γνωρίζουν τον κίνδυνο του παθητικού καπνίσματος, αλλά και δε μπορούν να αντιδράσουν και να προστατεύσουν την υγεία τους.

Είναι έμβρυα που γίνονται και αυτά παθητικοί καπνιστές μέσα στην κοιλιά της μέλλουσας μητέρας τους η οποία με το κάπνισμα τα δηλητηριάζει γιατί η νικοτίνη και κυρίως το μονοξείδιο του άνθρακα που περνούν από την κυκλοφορία της, μέσα από τον πλακούντα, στην κυκλοφορία του εμβρύου, προκαλούν υποξογόνωση των ιστών και των οργάνων του

Το 75% των γυναικών που καπνίζουν πάσχουν από διαταραχές της εμμήνου ροής, στειρώση ή υπόκεινται σε αποβολές από 30-70% ή πρόωρους τοκετούς από 10-14%. Υπερκατανάλωση 2-3 πακέτα ημερησίως διπλασιάζουν τον κίνδυνο αποβολής ή τη γέννηση παιδιών με συγγενείς ανωμαλίες και καρδιοπάθειες.

Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει πρόωρη ρήξη του θυλακίου λόγω φλεγμονής του τραχήλου της μήτρας ή ανωμαλιών αυτού. Κάπνισμα στην εγκυμοσύνη κατά τον ερευνητή ιατρό PETER FRIED ενδέχεται να προκαλέσει ανωμαλίες στην εξέλιξη της ακοής των παιδιών πράγμα που επιδρά στη σχολική εκπαίδευση³².

Το μητρικό κάπνισμα επιδρά στο έμβρυο με τη νικοτίνη, που περνά από τον πλακούντα στο αίμα του, με την κακή οξυγόνωση των ιστών του από την προσφορά μειονεκτικά οξυγονωμένου αίματος και με τη δυσμενή ανταλλαγή αερίων στον πλακούντα, εξ αιτίας της ανθρακυλαιμοσφαιρίνης της μητέρας, αλλά και εκείνης που συντίθεται στο αίμα του εμβρύου από το μονοξειδίο του άνθρακα που περνά τον πλακούντα³³.



Σε μελέτη νεογνών στο πρώτο 24ωρο της ζωής τους βρέθηκε ότι το μέσο πηλίκο συγκεντρώσεως νικοτίνης και δη του μεταβολικού προϊόντος αυτής της νικοτίνης και κρεατίνης στα ούρα, ίσως προέρχονται από καπνίστριες μητέρες ήταν 1233MG/MG σε σύγκριση με 14,5 NG/NG όσων οι μητέρες δεν κάπνιζαν. Οι ίδιες ως άνω ουσίες απεκκρίνονται με το γάλα των θηλαζουσών καπνιστριών μητέρων και μπορούν να δηλητηριάσουν το βρέφος που θηλάζει. Τα γεννώμενα βρέφη είναι ελλιποβαρή κατά 200-500γρ. και μικρότερα σε μήκος σώματος και δεν αναπτύσσεται επαρκώς ο εγκέφαλος των παιδιών αυτών με αποτέλεσμα να είναι χαμηλότερο το πνευματικό πηλίκο στη σχολική τους ζωή. Η περιγεννητική θνησιμότητα είναι αυξημένη κατά 20-30% και περίπου 1500 αγέννητα και νεογέννητα μωρά πεθαίνουν κάθε χρόνο στην Αγγλία λόγω του καπνίσματος των μητέρων τους.

Από έρευνες του 1989 στην Αγγλία προκύπτει σημαντικό οι γυναίκες να σταματούν το κάπνισμα μερικούς μήνες προ της συλλήψεως διότι μόλις διαπιστωθεί η εγκυμοσύνη, οι βλάβες των αγγείων έχουν γίνει και στον πλακούντα³².



Η διάρκεια της εγκυμοσύνης βρέθηκε μικρότερη από την κανονική (κατά 1-1,5 ημέρες) στις καπνίστριες. Σε ορισμένες περιπτώσεις, όμως, μετά από έρευνες διαπιστώθηκε και απόκλιση από την κανονική αναλογία του φύλου των παιδιών που γεννήθηκαν από καπνίστριες. Σε άλλες, όμως, έρευνες δε διαπιστώθηκε δυσαναλογία στο φύλο²⁸.

Σε πρόσφατη μελέτη βρέθηκε ότι τα νεογνά μητέρων καπνιστριών σε σύγκριση με νεογνά μη καπνιστριών υπολείπονται στην ανάπτυξη αντιδραστικής υπεραιμίας μετά την πρόκληση ισχαιμίας στο δέρμα. Με το εύρημα αυτό πιθανολογούνται επί υποξίας παρόμοιες διαταραχές στην μικροκυκλοφορία των άλλων ιστών του εμβρύου.

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

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

Υψηλές συγκεντρώσεις κοπίνης, αντιπροσωπευτικές του παθητικού καπνίσματος του εμβρύου, έχουν διαπιστωθεί στα ούρα νεογνών από μητέρες καπνίστριες το πρώτο 24ωρο της ζωής, στο αμνιακό υγρό και το αίμα του ομφάλιου λώρου³⁴.

Το κάπνισμα μειώνει τις κινήσεις του εμβρύου στη μήτρα. Ακόμη, το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης επηρεάζει (άμεσα ή έμμεσα) την ανοσολογική αντίδραση του εμβρύου (και του μητρικού οργανισμού). Η ευαισθησία κατά τη βρεφική ηλικία σε παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος είναι μεγαλύτερη σε παιδιά μητέρων που κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης²⁸.

Σε άλλη μελέτη βρέθηκε ότι το 22% των σχιστών (λαγώχειλος, λυκόστομα) οφείλονται στο κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη.

Το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη είναι δυνατόν να ευθύνεται κατά 2 φορές για Hodking και άλλους όγκους¹¹.

Άρα το κάπνισμα των γονέων το πληρώνουν και τα παιδιά τους. Η έγκυος που καπνίζει κάνει ακούσιο καπνιστή το παιδί της που μεγαλώνει στην κοιλιά της και, το αθώο αυτό, δε μπορεί να ξεφύγει⁵.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ

*“ Το κάπνισμα είναι μια ακόμη
κοινωνική μάστιγα που είτε το
θέλουμε είτε όχι κτυπά την πόρτα του καθενός
και κυρίως των εφήβων ”*

Η έναρξη του καπνίσματος συμπίπτει λυσιπύην με την αρχή της εφηβείας, ενώ συνδέεται άρρηκτα με βασικά ψυχολογικά της χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα, οι περισσότεροι έφηβοι που καπνίζουν αναφέρουν ότι παρακινήθηκαν κυρίως από τους φίλους τους. Αυτό το λένε, γιατί αρνούνται να παραδεχτούν τη σημαντική συμπεριφορά και τη στάση τους προτύπων όπως οι γονείς (Calman και., 1985 Charlton, 1986, Levitt και Edwards, 1970) και οι δάσκαλοι (Τούντας, 1985) και δεν αντιλαμβάνονται την έλξη που ασκούν επάνω τους οι διάφοροι δυναμικοί χαρακτήρες που εμφανίζονται να καπνίζουν στις κινηματογραφικές ταινίες και στις διαφημίσεις.

Η ανάγκη της ταύτισης και της αποδοχής από την ομάδα των συνομηλίκων αναπτύσσεται σταδιακά στα χρόνια της εφηβείας. Το αποτέλεσμα είναι ότι οι συνομήλικοι ασκούν όλο και μεγαλύτερη επίδραση σε ένα σύνολο από αξίες και συμπεριφορές, ανάμεσα στις οποίες περιλαμβάνονται και οι καπνιστικές στάσεις και συνήθειες.

Ο φόβος της απόρριψης, η επιθυμία για αναγνώριση από τους συνομηλίκους, καθώς και η ανάγκη να αισθάνεται ο έφηβος ότι είναι μέλος μιας ομάδας, τον οδηγούν στον κοινωνικό πειραματισμό με το κάπνισμα.

Από την άλλη πλευρά, η επιθυμία του εφήβου για πειραματισμό ενισχύεται και από την τάση του να αυτονομηθεί, όπως και από μια διάθεση για επαναστατικότητα και ριψοκίνδυνη συμπεριφορά. Οι τάσεις αυτές εκδηλώνονται συνήθως στην εφηβεία και ευνοούνται και αναπτύσσονται περισσότερο μέσα από την ασφάλεια που παρέχει η ομάδα των συνομηλίκων.

Όταν η συνήθεια του καπνίσματος ευνοείται και από το περιβάλλον του σπιτιού, μέσα από τις πράξεις και τις στάσεις των γονιών, τότε οι πιθανότητες πειραματισμού του εφήβου με το κάπνισμα αυξάνονται σημαντικά. Ωστόσο, η επίδραση αυτή διαφέρει ανάλογα με το αν καπνίζει η μητέρα, ο πατέρας ή και οι δύο γονείς.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η εντύπωση που διαμορφώνουν τα παιδιά για την άποψη των γονιών τους για το κάπνισμα.

Το κάπνισμα στην εφηβεία συνυπάρχει με αρκετές δυσκολίες. Ψυχοσωματικές ενοχλήσεις, προβλήματα υγείας, πειραματισμοί με άλλες ουσίες, δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και χαμηλή σχολική επίδοση είναι μερικοί παράγοντες που βρίσκονται σε υψηλή συνάφεια με το κάπνισμα. για' αυτό και αρκετοί ερευνητές συνιστούν οι παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην αποφυγή και στη διακοπή του καπνίσματος να επικεντρώνονται στην ενδυνάμωση της ικανότητας του ατόμου να χειρίζεται τόσο τις κοινωνικές, όσο και τις ψυχικές συγκρούσεις³⁵.

Από τις απαντήσεις που έδωσαν οι μαθητές σε ερωτηματολόγιο προκύπτει πως το 71,3% του συνολικού πληθυσμού έχει καπνίσει. Το 44,7% έχει καπνίσει μία δύο ή περισσότερες φορές αλλά δεν καπνίζει συστηματικά. Το 4,3% έχει καπνίσει συστηματικά στο παρελθόν, ενώ το 22,3% καπνίζει συστηματικά τώρα. Δεν έχει καπνίσει ποτέ το 28,7% των μαθητών.

Η σύγκριση των δύο φύλων δείχνει πως περισσότερες μαθήτριες από μαθητές είτε δεν καπνίζουν, είτε έχουν καπνίσει μερικές φορές, αλλά όχι συστηματικά (68,8% αγόρια, 78% κορίτσια). Οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα μεγαλώνουν και αντιστρέφονται για το συστηματικό κάπνισμα: το 31,2% των αγοριών έναντι του 21,9% των κοριτσιών απάντησαν πως καπνίζουν συστηματικά τώρα ή πως έχουν καπνίσει συστηματικά στο παρελθόν.



Το 54,2% του συνόλου των μαθητών και το 80,2% αυτών που άρχισαν να καπνίζουν καθημερινά, άρχισαν το κάπνισμα στην πρώτη τάξη του Λυκείου ή και νωρίτερα. Οι περισσότεροι μαθητές αρχίζουν να καπνίζουν καθημερινά στη Γ' τάξη του Γυμνασίου (18,3%) και στην Α τάξη του Λυκείου (18,2%). Ένα μικρό ποσοστό

(3,7%) των μαθητών άρχισε το κάπνισμα στην Έκτη Δημοτικού ή και νωρίτερα και το 14% το άρχισε στην Α' ή Β' Γυμνασίου. Στις μεγαλύτερες τάξεις μειώνεται σημαντικά η πιθανότητα έναρξης καπνίσματος, αφού μόνο το 13,6% του συνόλου των μαθητών άρχισε το κάπνισμα μετά τη Β' Λυκείου.

Η ηλικία έναρξης καθημερινού καπνίσματος για τα κορίτσια φαίνεται ελαφρά μετατοπισμένη προς τις μεγαλύτερες τάξεις, σε σχέση με τα αγόρια, αλλά και πάλι η συντριπτική πλειοψηφία έχει αρχίσει να καπνίζει καθημερινά από την Α' Λυκείου ή και νωρίτερα.

Σε μικρότερη κατά μέσο όρο ηλικία από τον υπόλοιπο πληθυσμό αρχίζουν να καπνίζουν οι μαθητές που έχουν ήδη πάρει κάποια παράνομη ουσία. Συγκεκριμένα το 33,9% των μαθητών που έχουν πάρει ναρκωτικά άρχισαν να καπνίζουν πριν από τη Γ' Γυμνασίου, συγκριτικά με το 22% των μαθητών που μόνο καπνίζουν ή και πίνουν συστηματικά και το 18,2% αυτών που έχουν πάρει χάρπια³⁶.

Η μόνη πρόληψη για το παγκόσμιο αυτό “σύνδρομο” της εποχής είναι η αποφυγή του τσιγάρου, ενώ η μόνη θεραπεία είναι η διακοπή του.

Η συνειδητοποίηση αυτής της αλήθειας από τους νέους θα οδηγούσε σε σημαντική μείωση των καπνιστών στα επόμενα χρόνια. Η θεωρητική απλώς γνώση δεν αρκεί για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Χρειάζεται οι συνέπειες του καπνίσματος να γίνουν συνείδηση του νέου και βιώμα του. Ο φόβος για τον κίνδυνο δεν αναιρεί την ύπαρξη του κινδύνου. Η αντιμετώπιση του κινδύνου δεν έγκειται στην απομάκρυνση του φόβου. Έτσι ο φόβος για τους κινδύνους του καπνίσματος δεν καταργεί τον κίνδυνο, ενώ η αντιμετώπιση των κινδύνων που το κάπνισμα επιβάλλει σε κάθε νέο δε έγκειται στην απομάκρυνση του φόβου, αλλά στην καταπολέμηση της αιτίας και της ρίζας των κινδύνων, που είναι το τσιγάρο³⁷.

7.1. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

Οι πράξεις των γονέων, ως προς το κάπνισμα – δηλ. το παράδειγμα που δίνουν – έχει μεγάλη επίδραση στη μελλοντική συμπεριφορά των παιδιών.

Στη μεγάλη Αμερικανική εργασία των Εθνικών Ιδρυμάτων Υγείας, 1976 βρέθηκε, ότι στις οικογένειες που καπνίζουν και οι δύο γονείς, οι έφηβοι άνδρες καπνίζουν σε ποσοστό 22% και οι γυναίκες 21%, ενώ στις οικογένειες που και οι δύο γονείς είναι μη καπνιστές, μόνο το 11% των αγοριών και το 8% των κοριτσιών καπνίζουν.

Η έρευνα του Merki, 1968, σε μαθητές γυμνασίου έδειξε, πόσο σημαντικός είναι ο παράγοντας αυτός στην απόφαση των νέων να καπνίζουν ή όχι. Παραπλήσια αποτελέσματα βρέθηκαν στις μελέτες των: Annis – Μ.Βρετανία 1974, Biener – Ελβετία 1975, κ.α.

Η εργασία του Banks 1978, σε 6.000 μαθητές γυμνασίου στο Derby της Αγγλίας, έδειξε, ότι τα αγόρια έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν καπνιστές, όταν ο πατέρας τους καπνίζει, ενώ τα κορίτσια επηρεάζονται περισσότερο από τη μητέρα τους.

Ο Wohlford 1970, παρατήρησε ότι τα αγόρια επηρεάζονται πιο πολύ από το παράδειγμα των γονέων, απ' όσο τα κορίτσια και ο συγγραφέας το αποδίδει στην ισχυρότερη επίδραση που δέχονται τα κορίτσια από παρέες συνομηλίκων. Η άποψη αυτή επιβεβαιώθηκε και πρόσφατα. Άλλωστε, τα κορίτσια, συχνά καπνίζουν για να δείξουν τις χειραφετημένες (κίνημα απελευθέρωσης γυναικών).

Οι Borland και Rudolph – 1975 υποστηρίζουν, ότι το κάπνισμα των γονέων είναι ο δεύτερος παράγοντας ενάρξεως του καπνίσματος σε εφήβους στη σειρά αξιολογήσεως μετά την επίδραση των φίλων. Την άποψη αυτή, έχουν επιβεβαιώσει τα αποτελέσματα πολλών άλλων εργασιών.

Σίγουρα δεν υπάρχει χειρότερος τρόπος να κλείσει το “χάσμα των γενεών” από τη μύηση των παιδιών στο κάπνισμα, στο αλκοόλ και στα ναρκωτικά³⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΚΑΠΝΙΣΜΑ: ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ

“ Η άποψη ότι η διακοπή του καπνίσματος συνεπάγεται την αύξηση του σωματικού βάρους, αποτελεί μια μεγάλη πλάνη ”

8.1. ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ

Μία από τις πιο συχνές παρεξηγήσεις σ’ ότι αφορά τη διακοπή του καπνίσματος είναι ότι όταν αυτό συμβεί, τότε ο πρώην καπνιστής θα παχύνει. Ο φόβος του πάχους φαίνεται να αποτελεί, σε συνδυασμό με τη δυσκολία της εντερικής δυσλειτουργίας, μία από τις πιο συχνές δικαιολογίες που προβάλλουν νέες και μέσης ηλικίας γυναίκες για να αναβάλλουν την απόφασή τους να σταματήσουν το κάπνισμα.

Είναι, όμως, γνωστό και κατά κόρο προβάλλεται από τους υπεύθυνους των αντικαπνιστικών προγραμμάτων, ότι κάτι τέτοιο δεν είναι αληθινό. Η διακοπή του καπνίσματος δε συνεπάγεται πάντοτε της αύξησης του σωματικού βάρους. Από διάφορες μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που παχαίνουν μετά το σταμάτημα του καπνίσματος, το οφείλουν στην αύξηση της ποσότητας των τροφών που καταναλώνουν. Η αποφυγή της πολυφαγίας, αλλά και σε ορισμένες περιπτώσεις μια λελογισμένη δίαιτα μπορεί να βοηθήσει να αποφευχθεί η αύξηση του σωματικού βάρους.

Ένα πρόβλημα, όμως, που παραμένει προς επίλυση είναι γιατί ένα μικρό ποσοστό καπνιστών παρ’ όλο που δεν έτρωγαν περισσότερο μετά τη διακοπή του καπνίσματος παρατήρησαν αύξηση του σωματικού τους βάρους.

Μία νέα έρευνα από το Πανεπιστήμιο του Λούισβιλ της Φλόριδας φαίνεται να δίνει ικανοποιητικές απαντήσεις. Χρησιμοποιώντας 10 εθελοντές, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το κάπνισμα αυξάνει σημαντικά την κατανάλωση ενέργειας από το σώμα όταν οι καπνιστές παραμένουν ενεργείς, ενώ όταν ξεκουράζονταν η σχετική επίδραση του καπνίσματος στην αύξηση της ενεργειακής κατανάλωσης ήταν κατά πολύ μικρότερη. Πιο αναλυτικά το κάπνισμα αύξανε την κατανάλωση ενέργειας από το σώμα κατά 6,3% όταν οι άντρες εθελοντές ήταν δραστήριοι, ενώ κάτι τέτοιο συνέβαινε σε ποσοστό μόνο 3,6% όταν οι εθελοντές παρέμειναν αδρανείς.



Επίσης, παρατήρησαν ότι το κάπνισμα στις φάσεις σωματικής δραστηριότητας οδηγούσε σε αύξηση των επιπέδων της νικοτίνης στο αίμα και σε αύξηση των ορμονών επινεφρίνη και νορεπινεφρίνη, γεγονότα που συνέβαιναν πολύ πιο αδύναμα όταν οι καπνιστές καθόντουσαν.

Οι διαφορές στην κατανάλωση σωματικής ενέργειας στις φάσεις δραστηριότητας και ξεκούρασης εξαιτίας του καπνίσματος αποτελεί μία ένδειξη ότι όσοι καπνίζουν περισσότερο κατά τη διάρκεια της εργασίας τους έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να παρατηρήσουν αύξηση του σωματικού βάρους τους μόλις σταματήσουν το κάπνισμα, αφού αντίστοιχα θα περισσέψει ακατανάλωτη πολύ ενέργεια που πριν «καιγόταν» από τη νικοτίνη. Αντίθετα αυτός ο κίνδυνος είναι μικρότερος σε όσους συνηθίζουν να καπνίζουν περισσότερο όταν ξεκουράζονται (π.χ. το βράδυ όταν γυρνούν στο σπίτι).

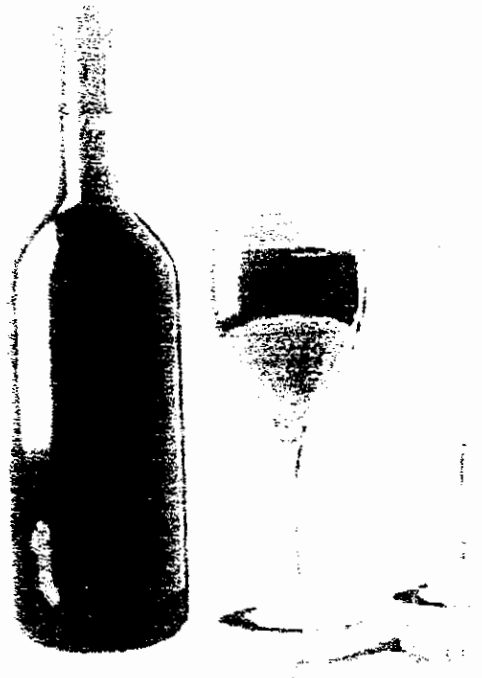
Ο μόνος αποτελεσματικός τρόπος για να αντιμετωπιστούν τα πιθανά προβλήματα βάρους μετά τη διακοπή του καπνίσματος είναι να αυξήσουμε τη σωματική δραστηριότητά μας, με αθλητισμό και άλλες δραστηριότητες. Έτσι το σώμα μας θα κάψει μόνο του και φυσιολογικά την ενέργεια που κατανάλωσε το κάπνισμα. Εξ' άλλου εύκολα διαπιστώνουν οι πρώην καπνιστές ότι η ικανότητά τους στα σπορ, και όχι μόνο, αυξάνονται σημαντικά μετά τη διακοπή του καπνίσματος³⁹.

8.2. ΑΛΚΟΟΛ

Υπάρχει άλλος ένας λόγος για να βελτιώσετε τη διατροφή σας και να εγκαταλείψετε κάποιες βλαβερές για την υγεία συνήθειές σας.

Δύο νέες μελέτες συνέδεσαν το κάπνισμα, τα οινοπνευματώδη ποτά και τη φτωχή σε ορισμένα θρεπτικά συστατικά διατροφή με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου.

Στην πρώτη μελέτη, στην οποία έλαβαν μέρος 50.000 άντρες οι οποίοι έπιναν περισσότερο από δύο οινοπνευματώδη ποτά την ημέρα και ακολουθούσαν διατροφή φτωχή σε μεθειονίνη και άλας του φυλλικού οξέος (που υπάρχουν στα φρούτα, λαχανικά, πουλερικά, ψάρια και γαλακτοκομικά προϊόντα) διέτρεχαν τριπλάσιο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του παχέος εντέρου, σύμφωνα με τους ερευνητές της Ιατρικής Σχολής του Χάρβαρντ στη Βοστώνη.



Διατροφή πλούσια σε μεθειονίνη και φυλλικό άλας προστατεύει από τις βλαβερές συνέπειες του οινοπνεύματος. Οι άντρες που ακολούθησαν αυτό το πρόγραμμα διατροφής δεν παρουσίασαν αύξηση του κινδύνου καρκίνου ακόμη και αν έπιναν περισσότερα από δύο οινοπνευματώδη ποτά την ημέρα. Η δεύτερη μελέτη συνέκρινε 157 άντρες και γυναίκες που είχαν προκαρκινώδεις πολύποδες στο κόλον και το ορθό με 480 άτομα που δεν είχαν τέτοιου είδους πρόβλημα. Η μελέτη ανακάλυψε ότι οι

καπνιστές είχαν διπλάσια πιθανότητα σε σύγκριση προς τους μη καπνιστές να αναπτύξουν αυτούς τους πολύποδες. Επίσης, το κάπνισμα και το οινόπνευμα φάνηκαν να αυξάνουν τον κίνδυνο τέσσερις φορές περισσότερο. Και οι δύο μελέτες δημοσιεύθηκαν στην επιθεώρηση του **Εθνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου των Ηνωμένων Πολιτειών**. Είναι γνωστό ότι το οικογενειακό ιστορικό και η κακή διατροφή συμβάλλουν στον κίνδυνο ανάπτυξης του καρκίνου του παχέος εντέρου⁴⁰.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

*“ Η ζωή σου στην καύτρα
το τσιγάρο ”*

Έχουν γίνει αρκετές έρευνες με στόχο να συσχετισθεί το κάπνισμα με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Τα ευρήματα των οποίων συγκλίνουν στην διαπίστωση πως η προσωπικότητα συνδέεται στενά με την διατήρηση και δυσκολία διακοπής και πολύ λιγότερο με την έναρξη του καπνίσματος.

Το συχνότερο συσχετιζόμενο χαρακτηριστικό προσωπικότητας με το κάπνισμα είναι η “εξωστρέφεια”. Εξωστρεφής είναι ο τύπος που επιδιώκει νέες εμπειρίες, είναι ο ριψοκίνδυνος, κοινωνικός, ανέμελος, εύκολος παρορμητικός και πιθανά επιθετικός.

Μια σειρά άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως “νευρωτισμός”, “άγχος”, “Ψυχοσωματικά συμπτώματα”, “νευρικότητα”, έχουν συνδεθεί με το κάπνισμα, χωρίς όμως συμφωνία πλήρης των ερευνητών. Πολλοί θεωρούν την ελαφρά τάση νευρωτισμού στους καπνιστές ως αποτέλεσμα της εξάρτησης από τον καπνό και όχι ως αίτιο του καπνίσματος.

Επομένως το κάπνισμα σ’ ένα μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό συσχετίζεται θετικά με τις ψυχικές διαταραχές κατά ορισμένους ερευνητές.

Ο Bargler (1946), αναγνώρισε το “βαρύ” μανιώδες κάπνισμα ως μια ψυχοπαθολογική διαταραχή και ονόμασε του καπνιστές “ψυχικούς μαζοχιστές”.

Η Αμερικανική ψυχιατρική εταιρεία (1987) κατέταξε το κάπνισμα ως “Διαταραχές χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών” ως “εξάρτηση από την νικοτίνη”. Επίσης από το 1979 και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας περιέλαβε το κάπνισμα ως “Ψυχική Διαταραχή”.

Μια σημαντική διαφορά της εξάρτησης από τον καπνό σε σχέση με άλλες ουσίες όπως τα οινοπνευματώδη ή τα ναρκωτικά είναι ότι ο καπνός προκαλεί πρόβλημα μόνο σωματικής υγείας και όχι διαταραχή της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας του ατόμου, ένα σημείο που οι διάφοροι ερευνητές συσχεύουν τις απόψεις τους για το αν τελικά πρόκειται ή όχι για ψυχική διαταραχή³.

9.1. ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ερευνητές που εξέτασαν για μια πενταετία 1.700 νέους σχολικής ηλικίας κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι όσοι νέοι άρχιζαν το κάπνισμα είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν στη συνέχεια καταθλιπτική διάθεση σε σχέση με όσους παρέμειναν άκαπνοι. Από την άλλη διαπίστωσαν ότι όσοι νέοι είχαν συμπτώματα κατάθλιψης δεν παρουσίασαν μεγαλύτερη τάση από τους άλλους στο να γίνουν καπνιστές.

Οι ερευνητές τόνισαν ότι η δημιουργία φαινομένων κατάθλιψης από το κάπνισμα στους νέους πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα, γιατί εκδηλώνεται σε μια φάση της ζωής, στην εφηβεία, όπου παρατηρούνται σημαντικές και μεγάλες αλλαγές στην ψυχοσύνθεση των ατόμων.

Η συγκεκριμένη έρευνα προστίθεται σε μια σειρά άλλων που με τα αποτελέσματά τους έχουν καταρρίψει το μύθο που θέλει την καπνιστική συνήθεια ως ένα καλό μέσο για να φτιάχνει κάποιος τη διάθεση του. Κάτι τέτοιο αποτελεί ολοκληρωτικά προπαγανδιστικό - διαφημιστικό εύρημα, αφού στην πραγματικότητα αποδεικνύεται ότι ισχύει το αντίθετο.

Επομένως, αν θέλεις να παραμείνεις ευδιάθετος υπάρχει κάτι απλό που μπορείς ανέξοδα να κάνεις: μη καπνίζεις⁴¹.

9.2. ΑΥΤΟΕΠΙΒΑΛΛΟΜΕΝΗ ΣΚΛΑΒΙΑ

Όταν οι καπνιστές προσπαθούν να κόψουν το τσιγάρο, συνήθως το κάνουν για λόγους που σχετίζονται με την υγεία, τα χρήματα και τον κοινωνικό στιγματισμό. Ένα μέρος της πλύσης εγκεφάλου που περιβάλλει αυτό το απαίσιο ναρκωτικό είναι ο μύθος ότι το κάπνισμα δεν κόβεται.

Ο άνθρωπος πολέμησε σκληρά τον περασμένο αιώνα για την κατάργηση της δουλείας κι όμως ο καπνιστής περνά όλη τη ζωή του υποφέροντας μια σκλαβιά που επιβάλλει ο ίδιος στον εαυτό του. Δείχνει να αγνοεί ότι όταν οι εξωτερικές συνθήκες του επιτρέπουν να καπνίσει, θα ήθελε να ήταν μη καπνιστής. Τα περισσότερα τσιγάρα που καπνίζουμε στη ζωή μας όχι μόνο δεν τα απολαμβάνουμε αλλά ούτε καν καταλαβαίνουμε συνειδητά ότι τα καπνίζουμε. Μόνο μετά από ένα διάστημα αποχής έχουμε την ψευδαίσθηση της απόλαυσης του τσιγάρου π.χ. το πρώτο τσιγάρο της ημέρας, ένα τσιγάρο μετά το φαγητό κ.λ.π.

Η μόνη περίπτωση που το τσιγάρο γίνεται σημαντικό, είναι όταν με δική μας πρωτοβουλία προσπαθούμε να καπνίσουμε λιγότερο ή να κόψουμε το κάπνισμα, ή όταν η κοινωνία μας επιβάλλει προσωρινά την αποχή π.χ. σε λεωφορεία, καταστήματα, θέατρα, ιατρεία κ.λ.π.



Οι καπνιστές καλά θα κάνουν να έχουν κατά νου ότι η τάση αυτή αυξάνεται και δε θα αργήσει η μέρα που το κάπνισμα θα απαγορευτεί σε όλους τους δημόσιους χώρους.

Κάποτε ο καπνιστής έμπαινε σε ένα σπίτι γνωστού ή άγνωστου, άναβε τσιγάρο κι έλεγε «έχεις ένα τασάκι;» Σήμερα σε πολλά σπίτια μη καπνιστών μάταια θα ψάξει ο καπνιστής για τασάκι και αν ρωτήσει «Μπορώ να καπνίσω;» μάλλον θα πάρει μια απάντηση σαν «Κάπνισε αν το έχεις ανάγκη», ή ακόμα, «Θα προτιμούσαμε όχι. Βλέπεις η μυρωδιά μένει για μέρες».

Και ο ταλαίπωρος καπνιστής που ήδη ένοιωθε άσχημα, θέλει τώρα ν' ανοίξει η γη να τον καταπιεί.

Θυμάμαι όταν, την εποχή που κάπνιζα ακόμα, πήγα στην εκκλησία για το γάμο της κόρης μου. Στη θεωρία ήμουν ο περήφανος πατέρας της νύφης κι εγώ τι έκανα; Σκεφτόμουνα «Αντε ας τελειώνουμε μ' αυτή την ιστορία, να βγούμε έξω για τσιγάρο».

Μια από τις απίστευτες απολαύσεις του να είσαι μη καπνιστής, θα είναι η απελευθέρωση από αυτή τη δουλεία. Να μπορείς να απολαμβάνεις όλη τη ζωή σου, αντί το μισό καιρό να λαχταράς ένα τσιγάρο και όταν το ανάβεις να σκέφτεσαι τι καλά που θα' ταν να μην κάπνιζες.

Οι καπνιστές ας έχουν κατά νου ότι όταν είσαι στο σπίτι ενός μη καπνιστή ή σε παρέα μη καπνιστών, δεν είναι η αυθαιρεσία του μη καπνιστή που τους δημιουργεί την αίσθηση της στέρησης, αλλά το «τερατάκι»¹².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

*“ Τι με δει ποιειν ινα σωθώ;
Πράξεις των Αποστόλων, ΙΣΤ,30 ”*

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

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

Σε πολλά μέρη της Ευρώπης, όπου το κοινωνικό κεφάλαιο το επιτρέπει, έχουν καθιερωθεί κλινικές θεραπείες για το σταμάτημα του καπνίσματος. Προγράμματα βασισμένα σε ψυχοθεραπευτικές μεθόδους, όπως αυτά για τους τοξικομανείς βοηθάνε τους εξαρτημένους καπνιστές να ξεφύγουν από το πάθος τους. Φυσικά η επεξεργασία των προβλημάτων δε γίνεται με την ίδια ένταση και ο χρόνος θεραπείας είναι ασύγκριτα μικρότερος. Άσχετα όμως με τη βοήθεια που δίνουν τυχόν κλινικές θεραπείες, κάτι τέτοιο για τα ελληνικά δεδομένα αγγίζει τα όρια της φαντασίας. Ίσως η βοήθεια κάποιου ψυχοθεραπευτή να βοηθήσει τον εξαρτημένο καπνιστή να ξεφύγει από το “πάθος” του¹⁸.

Υπάρχουν χιλιάδες λόγοι για να πείτε αντίο στο κάπνισμα. Μπορεί να μυρίζετε σαν ένα παλιό τασάκι. Μπορεί να τσαντίζεστε με τις 200 – 350.000 δραχμές (περίπου 500 – 1.000 ευρο) που πηγαίνουν χαμένες κάθε χρόνο. Μπορεί να θέλετε να απαλλαγείτε από το ενοχλητικό σφύριγμα των πνευμόνων σας κάθε φορά που θέλετε να κάνετε κάποιο σπορ, ή μπορεί να βαρεθήκατε να κάθεστε σε ένα χώρο που είναι για καπνίζοντες, ξεχωριστά από τον υπόλοιπο κόσμο.

Επιπλέον, δεν είναι πολύ ευχάριστο να γνωρίζεις ότι η ικανότητα σου να κάνεις παιδιά μειώνεται. Είτε είσαι άνδρας ή γυναίκα. Για να μην αναφέρουμε ότι οι μισοί από τους τακτικούς καπνιστές σαν άμεσο αποτέλεσμα του καπνίσματος, χάνουν τη ζωή τους.

Το πρώτο που πρέπει να κάνετε είναι να σκεφθείτε έναν έναν τους λόγους για τους οποίους θέλετε να κόψετε το κάπνισμα. Μην υπολογίζετε τίποτα άλλο. Σκεφθείτε πότε βρίσκετε το κάπνισμα περισσότερο ενοχλητικό από καλό¹².

Το μεγάλο ερώτημα που σας απασχολεί, προτού προχωρήσετε στην εφαρμογή του σταματήματος του καπνίσματος, ίσως είναι: «Θα βρω τη δύναμη να το κόψω;» Ξέρετε πολύ καλά πως μοιάζετε με εκείνον τον χαρακτήρα του θεατρικού έργου του Όσκαρ Ουάιλντ Η Βεντάλια της Λαίδης Γουιντερμίερ, που εκμυστηρευόταν συνεχώς: «Μπορώ ν' αντισταθώ στα πάντα εκτός από τον πειρασμό». Σας αρέσει να ζείτε μέσα σε ένα σύννεφο: σας κάνει να αισθάνεστε καλά, τουλάχιστον για λίγο, και σας έγινε συνήθεια η καθημερινή σας «δόση».

Αν, ωστόσο, παρατηρήσετε αυτούς που σταμάτησαν να καπνίζουν, θα διαπιστώσετε ότι δεν πρόκειται για υπερανθρώπους –δεν έχουν ούτε μικρότερη, ούτε μεγαλύτερη θέληση απ' οποιονδήποτε άλλον. Αυτό που πραγματικά διαθέτουν είναι ότι έχουν καταλάβει καλύτερα από τους άλλους για ποιο λόγο κάπνισαν για πρώτη φορά. Έχοντας αυτή την επίγνωση, θα μπορέσετε κι εσείς να βρείτε άλλους τρόπους για να καλύψετε αυτές τις ανάγκες- τρόπους που δε θα έχουν τις βλαβερές συνέπειες των προϊόντων του καπνού.

Για να σταματήσετε να καπνίζετε πρέπει πρώτα να καταλάβετε γιατί και πως καπνίζετε· τότε και για πόση ώρα χρειάζεστε ένα τσιγάρο. Κατόπιν, θα μπορέσετε να υιοθετήσετε εναλλακτικές λύσεις που θα σας καλύπτουν τις ίδιες ανάγκες.

Ο οργανισμός των περισσότερων καπνιστών έχει αποκτήσει κάποια εξάρτηση από τη νικοτίνη. Έτσι, όταν η ποσότητα της νικοτίνης στο σώμα μειώνεται, εμφανίζονται στερητικά συμπτώματα κι ο καπνιστής αισθάνεται την ανάγκη να καπνίσει και πάλι. Γίνεται αγχωτικός κι ευέξαπτος. Αρχίζει ν' αναρωτιέται μήπως είναι προτιμότερο να νιώθει, με κίνδυνο της υγείας του, ευτυχισμένος, παρά να είναι υγιής και δυστυχισμένος⁴².

Στην πράξη καθένας προσπαθεί μόνος του να το κόψει και χρησιμοποιεί κάθε είδους “κόλπα” για να ξεγελάσει τον εαυτό του. Αγοράζει καραμέλες, παίρνει κομπολόγια, κρατάει ένα σβησμένο τσιγάρο στο χέρι κ.λ.π. Σαν μια βοήθεια στην προσπάθεια αυτή πολλών ατόμων που θέλουν να κόψουν το τσιγάρο θα ήθελα να αναφερθώ στα 34 βήματα τα οποία προτείνει η Dr. Carols Haltuber στο βιβλίο της “από καπνιστής στον μη καπνιστή”.

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

1. Αλλάξτε τη μάρκα κάθε φορά που αγοράζετε ένα πακέτο τσιγάρα.
2. Διαλέγετε τα περισσότερα φτωχά σε νικοτίνη και πίσσα τσιγάρα που μπορείτε να βρείτε.
3. Εάν μέχρι τώρα καπνίζατε άφιλτρα τσιγάρα, αρχίστε αμέσως να καπνίζετε με φίλτρο. Εάν καπνίζατε τσιγάρα με φίλτρο, τότε αρχίστε αμέσως να

- καπνίζετε φίλτρα.
4. Αγοράζετε μόνο ένα πακέτο τσιγάρα, ώστε να μην έχετε προκαταθήκη στο σπίτι.
 5. Αγοράζετε τα τσιγάρα σας όχι από το πιο κοντινό περίπτερο ή κατάστημα, αλλά κάποιο άλλο που βρίσκεται μακρύτερα.
 6. Καπνίζετε μόνο με το χέρι με το οποίο δεν καπνίζατε ποτέ μέχρι τώρα, ή τέλος πάντων λιγότερο.
 7. Μην καπνίζετε τσιγάρα που σας προσφέρονται.
 8. Καπνίζετε μόνο όταν βρισκόσαστε με παρέα, ποτέ πια μόνος σας. (Αυτός ο κανόνας μπορεί να εξασκηθεί επίσης αντίθετα για τα άτομα που συνηθίζουν να καπνίζουν με άλλους μαζί).
 9. Μην καπνίζετε πια στο κρεβάτι, ούτε πριν σηκωθείτε, ούτε πριν πάτε για ύπνο.
 10. Ξεκινήστε να καπνίζετε κάθε μέρα μισή ή μια ώρα αργότερα από το συνηθισμένο.
 11. Χωρίστε κάθε τσιγάρο σε τρία τμήματα: καπνίστε το πρώτο τμήμα κανονικά, το δεύτερο χωρίς να ρουφάτε τον καπνό στους πνεύμονες και το τρίτο πετάξτε το.
 12. Καπνίζετε κάθε τσιγάρο μόνο μέχρι τη μέση.
 13. Καπνίζετε μόνο μέχρι το μεσημέρι ή μόνο μετά τις μία το απόγευμα.
 14. Καπνίζετε μόνο δανεισμένα τσιγάρα.
 15. Καθιερώστε μια μέρα την εβδομάδα στην οποία δε θα καπνίζετε καθόλου.
 16. Εάν μια μέρα δεν καταφέρετε να τηρήσετε το πρόγραμμα, “τιμωρήστε” τον εαυτό σας με το κάπνισμα ενός τσιγάρου χωρίς να εισπνέετε τον καπνό στους πνεύμονες.
 17. Πλύντε τα χέρια σας πάντα πριν καπνίσετε ένα τσιγάρο.
 18. Μην καπνίζετε πια όταν οδηγείτε αυτοκίνητο ή όταν ταξιδεύετε με το τρένο ή κάποιο άλλο μεταφορικό μέσο.
 19. Εάν συνηθίζετε να οδηγείτε μεγάλες αποστάσεις, τότε καπνίζετε μόνο όταν σταματάτε για ξεκούραση, στην ανάγκη βγάλτε τον αναπτήρα του αυτοκινήτου.
 20. Για κάθε τσιγάρο που καπνίζετε βάλτε 2,5 ή 10 δραχμές μέσα σε ένα ποτήρι. Με τα λεφτά θα μπορούσατε να αγοράσετε ένα δωράκι σε κάποιον φίλο π.χ. στον συνεργάτη που σας ελέγχει στην προσπάθειά σας να κόψετε το κάπνισμα.
 21. Πίνετε πριν από κάθε τσιγάρο ένα ποτήρι νερό, χυμό, τσάι ή γάλα.
 22. Πηγαίνετε πριν από κάθε τσιγάρο στο παράθυρο και αναπνεύστε βαθιά όπως όταν καπνίζετε. Κρατήστε τον αέρα για λίγο στους πνεύμονές σας

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

23. Αδειάζετε μετά από κάθε τσιγάρο το τασάκι.
24. Μην καπνίζετε πια μπροστά στη σύζυγό σας, στον σύζυγο ή τα παιδιά.
25. Δώστε την ποσότητα των τσιγάρων που καπνίζετε καθημερινά σε ένα κοντινό σας πρόσωπο (σύζυγο, παιδιά, φίλο, συνεργάτη κ.λ.π.) έτσι ώστε να είσαστε αναγκασμένοι να ζητήσετε ένα τσιγάρο όταν θελήσετε να καπνίσετε.
26. Καθαρίστε μετά από κάθε τσιγάρο τα δόντια σας.
27. Μην καπνίζετε πια αμέσως πριν ή αμέσως μετά από ένα γεύμα.
28. Εξαφανίστε αναπτήρες και σπύρτα, ώστε για κάθε τσιγάρο να είσαστε αναγκασμένος – η, να ζητήσετε φωτιά.
29. Σταματήστε να εισπνέετε τον καπνό στους πνεύμονες.
30. Μην καπνίζετε πια στο δωμάτιο του σπιτιού όπου περνάτε τον περισσότερο καιρό σας, στον καναπέ ή στην πολυθρόνα όπου συνηθίζατε να καθόσαστε, το ίδιο ισχύει και για το γραφείο σας.
31. Σβήστε κάθε τσιγάρο μετά μια – δυο ρουφηξιές και ξανα – ανάψτε το λίγο μετά.
32. Μην καπνίζετε πια κατά την διάρκεια μιας προσωπικής συζήτησης ή συζήτησης εργασίας.
33. Μην καπνίζετε πια όταν τηλεφωνείτε.
34. Μην καπνίζετε για τουλάχιστον δυο ώρες μετά από κάποια άθληση ή σωματική εξάσκηση.

Όλα αυτά τα βήματα – ασκήσεις δεν είναι φυσικά κάτι εύκολο για ένας εθισμένο καπνιστή ή και πολύ περισσότερο για ένας εξαρτημένο. Χρειάζεται αρκετή θέληση και σωστή συνεργασία με το συνεργάτη – φίλο τον οποίο διαλέξατε για να σας ελέγχει. Αν μετά από ένα λογικό χρονικό διάστημα δεν έχετε καταφέρει να “το κόψετε”, τότε η εξάρτησή σας θα πρέπει να σας ανησυχήσει ιδιαίτερα¹⁸.

Η αποχή από το κάπνισμα

Την πρώτη μέρα ή εβδομάδα, ή μήνα – μπορεί να είναι σχετικά εύκολο. Τι γίνεται όμως, με τα χρόνια που έχετε μπροστά σας; Πως θα μπορέσετε να παραμείνετε ένας πρώην καπνιστής;

Μια μέθοδος που θα σας βοηθήσει να μην ξανακαπνίσετε είναι να καταστρώσετε ένα πρόγραμμα κινήτρων, που θα εντάζετε μέσα σε όλη την προσπάθεια αλλαγής των συνηθειών σας. Μπορείτε να βάλετε στοίχημα με κάποιον άλλο καπνιστή, έτσι ώστε να ενισχυθεί η απόφασή σας.

Παρακάτω υπάρχει ένα πρόγραμμα πέντε σημείων για να μην ξαναρχίσετε το κάπνισμα:

1. Οι πρώτοι έξι με δώδεκα μήνες είναι η πιο κρίσιμη περίοδος. Όλο αυτό το διάστημα πρέπει να παραμείνετε σε επιφυλακή. Αργότερα, θα μπορείτε να ελέγχετε πολύ καλύτερα τον εαυτό σας.
2. Αποφεύγετε τις καταστάσεις που προκαλούν άγχος ή υπερένταση –ή, ακόμη καλύτερα, αναπτύξτε ένα οπλοστάσιο εναντίον τους, όπως κάποια μέθοδο χαλάρωσης.
3. Μην τρέφετε την αυταπάτη ότι θα μπορέσετε να καπνίσετε έστω κι ένα μόνο τσιγάρο χωρίς να ξαναρχίσετε το κάπνισμα, ή ότι μπορείτε να δοκιμάσετε ένα για να ξαναθυμηθείτε τα παλιά. Μη χρησιμοποιείτε αστείες δικαιολογίες, όπως «το κάπνισμα με βοηθά να αδυνατίσω»! Αν είσατε ευτραφείς, δοκιμάστε μια ασφαλέστερη μέθοδο αδυνατίσματος.
4. Ενισχύστε τη θέλησή σας, ενθουμούμενοι πόσο πιο υγιείς, σφριγηλοί και αυτοκυριαρχημένοι έχετε γίνει. Η απαλλαγή από μια μακροχρόνια συνήθεια είναι ένα επίτευγμα που, με τον καιρό, γίνεται όλο και πιο λαμπρό⁴³.
5. Κρατηθείτε γερά από την απόφασή σας! Δεν είναι κακή ιδέα να έχετε ένα «φύλακα άγγελο», ένα άτομο που θα σας υποστηρίζει και στον οποίο θα μπορείτε να απευθύνεστε μέρα ή νύχτα, ιδιαίτερα όταν κοντεύετε να παρασυρθείτε.
6. Θα συνειδητοποιήσετε ότι σε ένα μεγάλο αριθμό περιπτώσεων το κάπνισμα αποτελεί ένα μεγάλο μέρος της ζωής π.χ.
7. Πάρτυ: Δυνατή μουσική, πολλοί φίλοι, χορός, ίσως και αλκοόλ.
8. Ετοιμαστείτε προκαταβολικά στο πώς να αντιμετωπίσετε καταστάσεις στις οποίες συνηθίζατε να καπνίζετε.
9. Συμβουλή: Μην πίνετε πάρα πολύ, να έχετε τσίχλα, χορέψτε πολύ και πείτε σε όσο το δυνατόν περισσότερους ότι κόψατε το κάπνισμα.
10. Φίλοι: Εάν καπνίζουν οι φίλοι σας είναι εύκολο να μπειτε στον πειρασμό όταν είστε μαζί τους. Προσπαθείστε να τους κάνετε να σας υποστηρίξουν στην απόφασή σας, παρ' όλο που οι ίδιοι μπορεί να μην έχουν σκεφθεί να το σταματήσουν.
11. Συμβουλή: Το καλύτερο είναι να προσπαθήσετε να κόψετε το κάπνισμα σε συνδυασμό με ένα ή περισσότερους φίλους. Τουλάχιστον οι μισοί καπνιστές θέλουν να το κόψουν.
12. Άνεση και Ανταμοιβή: Αρκετοί καπνιστές χρησιμοποιούν το τσιγάρο σα στήριγμα όταν είναι στεναχωρημένοι ή σαν ανταμοιβή όταν σκέπτονται ότι αξίζουν μία επιβράβευση, π.χ. όταν έχουν μία επιτυχία στη δουλειά τους.

13. Συμβουλή: Βρείτε άλλους τρόπους επιβράβευσης π.χ. βουρτσίστε τα δόντια σας, πάρτε βαθιά αναπνοή, φιλήστε τον φίλο – ή φίλη σας, και σκεφτείτε τα ωραία πράγματα που μπορεί να αγοράσετε με τα χρήματα που εξοικονομείτε από το σταμάτημα του τσιγάρου⁴².

10.1. ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

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

Τσως ορισμένοι καπνιστές θελήσουν κάποια στιγμή να δοκιμάσουν κάποιο βοήθημα κατά του καπνίσματος⁴³.

Στους ανθρώπους που δυσκολεύονται να κόψουν το κάπνισμα και αυτοί είναι κυρίως οι βαρείς καπνιστές, μπορούν να προταθούν διάφοροι τρόποι ή μέσα με τα οποία είναι δυνατόν να βοηθηθούν. Αυτά αναφέρονται ως κατασταλτικά του καπνίσματος και θα εξετάσουμε παρακάτω τη δράση τους.¹

α) Τσίγλα Νικοτίνης

Στην τσίγλα η νικοτίνη δεσμεύεται από μια ρητίνη η οποία επιτρέπει τη βραδεία αποδέσμευση της με το μάσημα. Το 90% της νικοτίνης απελευθερώνεται μετά 30 λεπτά περίπου και αυτό μπορεί να προκαλέσει επίπεδα νικοτίνης στο αίμα, σε σύγκριση με το κάπνισμα τσιγάρου ώστε ανακουφίζει από το σύνδρομο στέρησης, μετά την παύση του καπνίσματος. Η νικοτίνη όμως απορροφάται βραδύτερα από το βλεννογόνο του στόματος από όσο με το κάπνισμα, ώστε δεν καταπίνεται, καταστρέφεται. Βεβαίως η τσίγλα δεν προκαλεί την ευχαρίστηση την οποία προσφέρει η διαδικασία και για πολλούς η «ιεροτελεστία» του καπνίσματος.

Πρέπει να σημειωθεί ότι παρατηρούνται κάποιες παρενέργειες από την χρήση της τσίγλας νικοτίνης κατά την πρώτη εβδομάδα. Ως πιο συχνές αναφέρονται: η δυσάρεστη γεύση, ο ερεθισμός της γλώσσας του στόματος του λαιμού, μερικές φορές ναυτία. Σπανιότερα αναφέρονται: εξέλκωση της γλώσσας πόνος στις σιαγόνες, τυμπανισμός, αέρια, λόξυγκας, ζάλη, επιγαστρική δυσφορία και σπανίως τάση προς λιποθυμία⁵.

Ένα φαινόμενο το οποίο εξετάζεται για την τσίγλα νικοτίνης είναι εάν οι καπνιστές αναπτύσσουν μία συμπεριφορά εξάρτησης από την τσίγλα.

Μετά την απόδειξη των ερευνών ότι ισχύει η σωματική εξάρτηση από την τσιγάρα νικοτίνης πρέπει να δοθεί έμφαση στην ανάγκη να μειώνεται βαθμιαία τη χρήση της¹.

β) Τσιρότο Νικοτίνης

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 από εκεί πηγαίνει στον εγκέφαλο.

Για τη χρήση τσιρότου νικοτίνης, όπως και της τσιγάρας, πρέπει να υπάρξει συζήτηση και να δοθούν οδηγίες από το γιατρό¹.

γ) Λιγότερο Επιβλαβή Τσιγάρα

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 καρκινοπάθειες ανάμεσα σε αυτούς που καπνίζουν τσιγάρα με μειωμένη νικοτίνη σε σχέση με αυτούς που καπνίζουν τσιγάρα με υψηλή νικοτίνη.

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

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 στη νικοτίνη⁵.

δ) Βελονισμός

Μερικοί καταφεύγουν στο βελονισμό, μια μέθοδο αβλαβή «εναλλακτική» θεραπευτική αντιμετώπιση, η οποία δρα περισσότερο την αυθυποβολή και σε τέτοιες περιπτώσεις δεν είναι απορριπτέα. Πάντως οποιαδήποτε μέθοδο και αν ακολουθήσει κανείς οπωσδήποτε είναι θέμα θέλησης και το «θέλειν εστί δύνασθαι». Μόνο όποιος δε θέλει, εκείνος δε μπορεί. Πρέπει όμως να θέλει, διότι με αυτόν τον τρόπο πρόκειται να σωθεί⁵.

10.2. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Υπάρχουν άπειροι λόγοι να σταματήσετε το κάπνισμα. Έχετε ήδη ακούσει αρκετούς. Παρ' όλα αυτά, μπορεί να είναι ωφέλιμο να διαβάσετε τους κυριότερους που σημειώνουμε και να σημειώσετε όσους σας ταιριάζουν.

- Μειώνετε τον κίνδυνο εμφάνισης σοβαρών ασθενειών σε νεαρή ηλικία.
- Θα αντεπεξέλθετε μ' ένα θέμα και ένα ζήτημα που σας εκνευρίζει (που είναι τα τσιγάρα και ο αναπτήρας μου, χρειάζεται να αγοράσω και άλλα ή φτάνουν αυτά...;)
- Θα σταματήσετε να αισθάνεστε ένοχοι προς τον εαυτό σας, τους μη καπνιστές φίλους σας, τους καπνιστές, για να μην αναφέρουμε και ένα παιδί. Μπορεί να είναι πολύ δύσκολο, να βρεθεί κανείς αντιμέτωπος με τις ερωτήσεις ενός παιδιού 5 ετών και να εξηγήσει γιατί καπνίζει.
- Θα βελτιώσετε τα οικονομικά σας. Εάν καπνίζετε ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα, το συνολικό ποσό ανέρχεται γύρω στις 350.000 (1000 ευρώ) το χρόνο. Αυτά τα χρήματα μπορείτε να τα ξοδέψετε σε περισσότερο ευχάριστα πράγματα.
- Θα αποφύγετε επίδραση προς το έμβρυο κατά την εγκυμοσύνη.
- Θα βελτιώσετε την εμφάνισή σας. Οι ανηφόρες και οι σκάλες θα γίνουν ευκολότερες όταν ανεβαίνετε και κόψετε το κάπνισμα.
- Θα παθαίνετε λιγότερα κρυολογήματα.
- Το δέρμα σας θα γίνει καλύτερο (όχι ζαρωμένο) και τα δόντια σας πιο άσπρα.
- Θα έχετε καλύτερη γεύση, όσφρηση και αναπνοή.
- Όχι άλλος τσιγαρόβηχας.
- Τα ρούχα και τα μαλλιά σας δε θα μυρίζουν "καπνίλα", αντίθετα θα αρχίσουν να μυρίζουν καλύτερα πάλι⁴².

10.3 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Οι ισχυρισμοί πολλών καπνιστών ότι διέκοψαν το κάπνισμα έχουν αποδειχθεί εντελώς αναξιόπιστοι. Σε πολλές μελέτες, μόνο τα 10 ως 20% όσων ισχυρίζονται ότι έχουν διακόψει το κάπνισμα βρέθηκε ότι έλεγαν αλήθεια και αυτό αποδείχθηκε με αξιόπιστες βιοχημικές δοκιμασίες.

Οι καπνιστές αναγνωρίζονται από προφανή στοιχεία όπως η μυρωδιά και οι λεκέδες στα δάκτυλα, αλλά και από την παραδοχή του γεγονότος από τους ίδιους. Οι χημικές δοκιμασίες περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

1. *Συγκέντρωση εκπνεομένου μονοξειδίου του άνθρακα.* Περισσότερα από 8 ppm CO είναι ενδεικτικό καπνίσματος. Τα επίπεδα σε καπνιστές είναι γενικά διπλάσια από αυτή την τιμή.
2. *Τα επίπεδα της καρβοξυαιμοσφαιρίνης είναι λιγότερο πειστικά.* Τα επίπεδα του εκπνεόμενου CO συσχετίζονται στενά με αυτά. Ο χρόνος ημισείας ζωής του CO στο αίμα είναι περίπου 4 ώρες.
3. *Επίπεδα κοτινίνης.* Η κοτινίνη είναι μεταβολίτης της νικοτίνης και έχει χρόνο ημισείας ζωής περίπου 20 ώρες. Μπορεί να μετρηθεί στα ούρα και στο σίελο.
4. *Επίπεδα θειοκυανιούχων.* Τα επίπεδα των θειοκυανιούχων στο σίελο και τα ούρα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αναγνώριση των καπνιστών.

10.4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Όσοι διακόπτουν το κάπνισμα παρασυρόμενοι από την αντικαπνιστική εκστρατεία ή ανταποκρινόμενοι σε συμβουλές παραμένουν μη καπνιστές στους 6 μήνες σε ποσοστό μόνο 10 ως 20%. Η μεγαλύτερη επιτυχία διακοπής του καπνίσματος παρατηρείται σε ασθενείς που πάσχουν από έμφραγμα του μυοκαρδίου. Στο διάστημα της αναγκαστικής παραμονής τους στο νοσοκομείο και της εντατικής θεραπείας διακόπτουν το κάπνισμα τουλάχιστον για μία εβδομάδα και λαμβάνουν συμβουλές με έμφαση όσον αφορά τον κίνδυνο που διατρέχει η ζωή τους. Τα 50% των καπνιστών που νοσηλεύονται με έμφραγμα του μυοκαρδίου διακόπτουν το κάπνισμα για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Σε γενικές γραμμές, η σθεναρή συμβουλή που δίδεται από το γιατρό περί διακοπής του καπνίσματος φαίνεται ότι έχει μακροπρόθεσμη επιτυχία σε ποσοστό περίπου 5%. Φαίνεται καθαρά ότι το στοιχείο που προσδιορίζει την επιτυχία είναι η αποφασιστικότητα του ατόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

“ Κανένα ζώο δεν τρώει τον καπνό, μόνο ο άνθρωπος ”

11.1. ΚΑΠΝΟΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ: ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ

Η παραγωγή τσιγάρων απαιτεί την καλλιέργεια καπνού, τη συγκομιδή του και την ξήρασή του.

- Η διαδικασία ξήρασης μεγάλων ποσοτήτων καπνού που παράγονται σε αναπτυσσόμενες χώρες απαιτεί τεράστιες ποσότητες ξύλου. Για κάθε στρέμμα καπνού πρέπει να κοπεί ένα στρέμμα δάσους. Αυτό χωρίς να υπολογιστούν τα δέντρα που κόβονται για την παραγωγή του τσιγαρόχαρτου. Τα σύγχρονα μηχανήματα παραγωγής τσιγάρων μπορούν να χρησιμοποιούν 6 χιλιόμετρα χαρτί την ώρα!

Στις περιοχές που έχουν κοπεί τα δέντρα, με τις βροχοπτώσεις παρασύρονται τα καλλιεργήσιμα εδάφη και αυξάνεται η διάβρωση του εδάφους. Αυτό καθιστά αδύνατο να καλλιεργηθούν άλλα δέντρα σ' αυτό ή οποιαδήποτε άλλη μορφή καλλιέργειας.

Το δάσος είναι σαν τους πνεύμονες της γης. Μάλιστα, μέσω του φαινομένου της φωτοσύνθεσης, η βλάστηση με την επίδραση του φωτός απορροφά το διοξείδιο του άνθρακα (CO₂, το οποίο εκπνέουμε) και απελευθερώνει οξυγόνο. Όσο περισσότερο ξυλεύεται το δάσος τόσο δυσχεραίνεται η απορρόφηση του CO₂, το οποίο παραμένει στην ατμόσφαιρα. Αυτό συμβάλλει στο σχηματισμό του φαινομένου του θερμοκηπίου.

- Ένας μεγάλος αριθμός αναπτυσσόμενων χωρών καλλιεργεί τον καπνό για εξαγωγή. Έτσι στερούνται εδαφών για καλλιέργεια τροφίμων που είναι αναγκαία για τον πληθυσμό τους μειώνοντας την καλλιεργούμενη γη προς όφελος της καπνοκαλλιέργειας. πιστεύεται γενικά ότι περί τα 10 με 20 εκατομμύρια περισσότερα άτομα θα μπορούσαν να τραφούν εάν όλη η διαθέσιμη γη χρησιμοποιείτο για καλλιέργεια τροφίμων.

Ο καπνός στερεί τα εδάφη από θρεπτικά συστατικά. Έτσι χρειάζεται εκτεταμένη χρήση λιπασμάτων και ζιζανιοκτόνων, που μολύνουν τα υπόγεια ύδατα¹⁶.

11.2. ΚΑΠΝΟΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ

Σύμφωνα με έρευνες αποδεικνύεται ότι:

- Υπάρχουν 1,1 δισεκατομμύρια καπνιστές στον κόσμο.
- Εκατομμύρια τσιγάρα καπνίζονται κατ' έτος.
- Στις αναπτυγμένες χώρες, η ετήσια κατανάλωση έχει μειωθεί από 2.800 τσιγάρα ανά ενήλικα (στις αρχές της δεκαετίας του 80) σε 2.400 (στις αρχές της δεκαετίας του 90).
- Στις αναπτυσσόμενες χώρες, που αντιπροσωπεύουν τα τρία τέταρτα του πληθυσμού της γης, η κατανάλωση ανά ενήλικα ανήλθε από 1.150 τσιγάρα σε 1.400 τσιγάρα κατ' έτος, και συνεχίζει να αυξάνεται με ρυθμό 1,7% κάθε χρόνο!

Σε αναπτυγμένες χώρες, ένα από τα κυριότερα προβλήματα από την κατανάλωση καπνού είναι το τεράστιο βάρος που επιβαρύνει την κοινότητα από το κόστος των ασθενειών και των πρόωρων θανάτων, που αποδίδονται στο κάπνισμα.

Εάν συνεχιστούν αυτές οι τάσεις, σε 20 με 40 χρόνια, υπολογίζεται ότι το κάπνισμα θα προκαλεί περί τα 10 εκατομμύρια θανάτων το χρόνο. Τα 70% αυτών, θα είναι στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Το κάπνισμα προκαλεί απώλειες που περιλαμβάνουν:

- Αύξηση των εξόδων για την θεραπεία ασθενειών σχετικά με το κάπνισμα,
- Χαμηλότερη παραγωγικότητα σαν αποτέλεσμα της απουσίας από την δουλειά, από την ανικανότητα και τις ασθένειες των καπνιστών πριν από την ηλικία συνταξιοδότησης,
- Υλικές και έμψυχες απώλειες από πυρκαγιές, λόγω αμελείας καπνιστών.

Η μείωση στο εργατικό δυναμικό της καπνοβιομηχανίας δεν είναι αποτέλεσμα μειωμένης παραγωγής αλλά αναδόμησης, εκσυγχρονισμού και βιομηχανοποίησης της καπνοβιομηχανίας, η οποία βέβαια δεν θα έπρεπε να παραπονείται.

Ακόμα και αν λάβει κανείς υπόψη το εισόδημα από την πώληση καπνού, το κάπνισμα κοστίζει στην παγκόσμια οικονομία 200.000 εκατομμύρια δολάρια κάθε χρόνο. Από μόνο του, το ποσό αυτό θα επαρκούσε να διπλασιαστεί ο προϋπολογισμός για την υγεία σε αναπτυσσόμενες χώρες!¹⁶

11.3. Η ΦΟΡΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΤΗ

Από την στιγμή που ο καπνιστής αρχίζει το κάπνισμα, χάνει την ελευθερία του, διότι για 35 φορές την ημέρα υφίστανται καταπίεση του εαυτού του σε τέτοιο βαθμό, ώστε εάν μείνει τη νύχτα χωρίς τσιγάρα, να τρέχει σαν παλαβός υπό οποιοσδήποτε καιρικές συνθήκες να βρει ανοικτό περίπτερο.

Έτσι ξεκινά η αδυσώπητη φορολογία στην τσέπη του με το να διαθέτει το 10-20% του εισοδήματός του, ενώ για άλλες ανάγκες του το 3-10%.

Με άλλα λόγια πάντοτε μεριμνά να μην στερηθεί το τσιγάρο του, ενώ μπορεί να στερηθεί και το ψωμί του ακόμη.

Η οικονομική επιβάρυνση του καπνιστή στη ζωή του σύμφωνα με υπολογισμούς από ειδικούς είναι κολοσσιαία της οποίας ο αντίκτυπος στην επιβίωση της οικογένειας είναι σημαντικός.

ΠΙΝ.1

**2 πακέτα ημερησίως αξίας
650 δραχμών εκαστον:**

40 ετη κάπνισματος - 60 ετών 230.000.000 δραχμές

20 ετη κάπνισματος - 40 ετών 70.000.000 δραχμές

Η υποδούλωση στο πάθος του τσιγάρου τόσο για τη βλάβη της υγείας του καπνιστή, που είναι το παν για τη ζωή του όσον και η οικονομική αιμορραγία είναι δεδομένη και ισόβιος. Αξίζει να αναφέρω, τα πόσα χρήματα καίγονται προς δόξα των καπνοβιομηχανιών.

Το τσιγάρο ισούται με κόψιμο, δηλαδή ή ο καπνιστής θα κόψει το τσιγάρο, οπότε αποταμιεύει σημαντικά χρηματικά ποσά, ή το τσιγάρο θα κάψει και θα κόψει τον καπνιστή. Τρίτη λύση δεν υπάρχει⁴⁵.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12^ο

ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ ΚΑΙ ΤΣΙΓΑΡΟ – ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

*“ Τη σωτηρία τη κομίζει
η γνώση ”*

Μαχάτμα Γκάντι

12.1. ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ

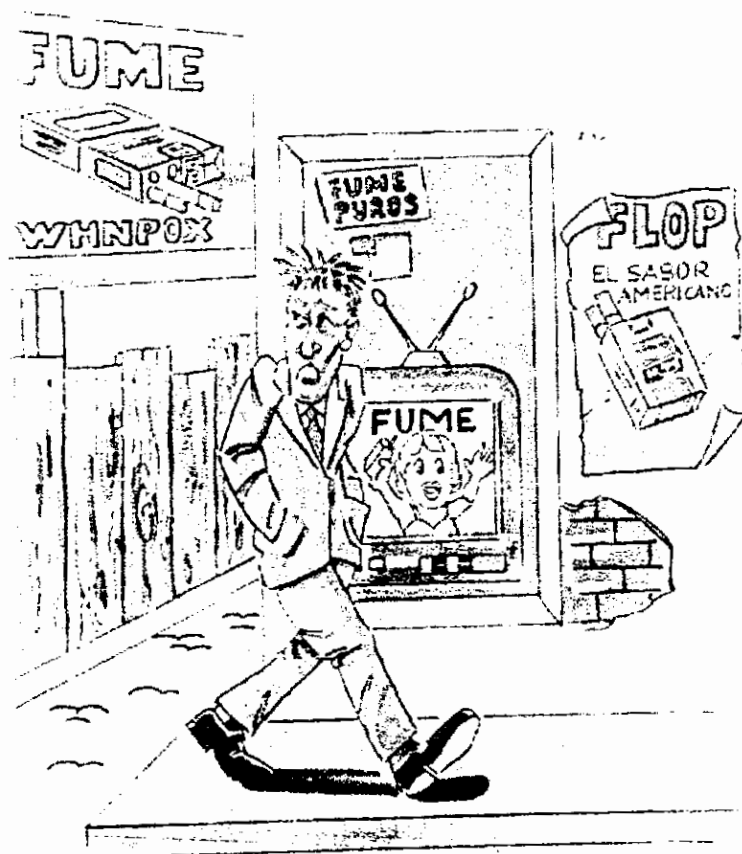
Το κράτος πληρώνει “τα σπασμένα” της χρήσης των προϊόντων καπνού και τα χρήματα των φορολογουμένων σε θανάτους, συντάξεις, φάρμακα και διάφορες κοινωνικο-οικονομικές αποζημιώσεις, οι οποίες για την Αμερική το 1990 έχει υπολογιστεί ότι αναλογούν σε 221 δολάρια ανά πολίτη ή 52 δις.

Οι υπέρ της διαφήμισης χρησιμοποιούν σήμερα την προσπάθειά τους να αντικρούσουν τα ιατρικά δεδομένα, ανάλογα πορίσματα και κινητοποιήσεις. Καταφεύγουν δε και σε δικαστικούς αγώνες για να αποτρέψουν την παντελή απαγόρευση της διαφήμισης των προϊόντων καπνού. Σήμερα οι διαφημίσεις αντιμετωπίζονται με συστηματική αντιδιαφήμιση, προβολή των ιατρικών δεδομένων με στατιστικές αναλύσεις, αντικαπνιστικά “slogan”, ειδικές συνεντεύξεις Τύπου, σεμινάρια επιμόρφωσης του κοινού, καλή επικοινωνία και πειθώ των εκπροσώπων του τύπου και των διδασκάλων της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και σωστή ενημέρωση με σκοπό την αποφασιστική τους βοήθεια. Προσπάθειες για την διατήρηση των διαφημίσεων γίνονται πέρα από τις καπνοβιομηχανίες, από μερίδα του Τύπου αλλά και από συλλόγους καπνιστών πολιτών, όλοι δε εκτός των άλλων προβάλλουν την παρακώλυση των συνταγματικών δικαιωμάτων.

Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Ενέργειας για πρόληψη καπνίσματος (BASP) υποστηρίζει την πλήρη αναστολή της διαφήμισης των τσιγάρων διότι:

- Η διαφήμιση των τσιγάρων δεν είναι αποδεκτή. Η διαφήμιση των τσιγάρων δημιουργεί θετικό κλίμα κοινωνικής αποδοχής και επιθυμίας για κάπνισμα.
- Η διαφήμιση των τσιγάρων στοχεύει στην επιστράτευση νέων καπνιστών. Περισσότεροι από 90% των καπνιστών αρχίζουν να καπνίζουν στην δεύτερη δεκαετία της ζωής τους και τώρα πλέον στην ηλικία μεταξύ των 11 και 13 ετών. 44% των ενηλίκων καπνίζουν συντηρητικά.

- Η διακοπή της διαφήμισης των τσιγάρων υποστηρίζεται ενεργά από το γενικό κοινό.



Έρευνα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων που έγινε στις 12 Χώρες της ΕΟΚ, το 1987, αναφέρει ότι η διακοπή της διαφήμισης είναι απαραίτητη:

- Η διακοπή της διαφήμισης των τσιγάρων μειώνει τη συνήθεια του καπνίσματος, ιδίως μεταξύ των νέων.
- Η διαφήμιση των τσιγάρων δεν ενισχύει μόνον, καθώς αναφέρουν οι καπνοβιομηχανίες, την αλλαγή μάρκας τσιγάρων. Αντίθετα, ενισχύει τους καπνιστές να καπνίσουν περισσότερο, ενισχύει τους μη καπνιστές να αρχίσουν το κάπνισμα ενώ τους επιτρέπει να διαιωνίζουν τη συνήθεια αυτή.
- Η αρχή της αναστολής διαφήμισης του καπνίσματος από την τηλεόραση έχει γίνει ήδη αποδεκτή και εφαρμόζεται σε όλες τις Χώρες της ΕΟΚ.

Από το 1989 οι χώρες της ΕΟΚ αποδέχθηκαν την απόφαση διακοπής διαφήμισης τσιγάρων και ειδών καπνού από την τηλεόραση:

□ Η διακοπή διαφήμισης των τσιγάρων δεν έχει σημαντική επίδραση στις οικονομικές επιπτώσεις. Στις Χώρες της ΕΟΚ η διαφήμιση των τσιγάρων ανταποκρίνεται στο 1,6% όλων των διαφημίσεων.

□ Η διακοπή διαφήμισης των τσιγάρων δεν σταματά τις πληροφορίες αναφορικά με νέα προϊόντα καπνού:

Διαφήμιση τσιγάρων είναι επιτρεπτή σε όλα τα ειδικά καταστήματα που πουλούν τσιγάρα, όπου οι καταναλωτές θα δουν κάθε χρήσιμη πληροφορία για καινούργια τσιγάρα.

□ Η διακοπή της διαφήμισης του καπνού δεν είναι κίνδυνος στέρησης ελευθερίας ομιλίας ή ελευθερίας εμπορίου⁴⁴.



Το Υπουργείο Υγείας στα πλαίσια της αντικαπνιστικής εκστρατείας, βάζει τη σφραγίδα του στις διαφημίσεις, στα πακέτα τσιγάρων, με το σύνθημα «Το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία». Όμως, αναρωτιόμαστε ποιο υπουργείο άραγε «επιτρέπει» να κυκλοφορούν προϊόντα που απευθύνονται σε παιδιά, όπως τσίγλες και σοκολάτες σε συσκευασία πλήρους απομίμησης τσιγάρων, και μάλιστα συγκεκριμένης μάρκας (Safy Safari, απομίμηση του Camel). Αγοράζοντας το παιδί από το περίπτερο ένα πακέτο τσιγάρα που περιέχει τσίγλες ή σοκολάτες, του δημιουργείται ένα κλίμα «οικείο» ως προς το να καπνίσει και ένα αληθινό τσιγάρο.

Μήπως οι ειδικοί πάνω στο μάρκετινγκ γνωρίζουν ότι μέσα από το παιχνίδι το παιδί γίνεται ένας καλός δέκτης και εθίζεται σε μια συνήθεια που αργότερα θα του είναι γνώριμη και όταν του προσφερθεί ένα τσιγάρο πραγματικό θα του είναι δύσκολο να το αρνηθεί;

Θα πρέπει να απαγορευτούν τέτοια καλοστημένα παιχνίδια, τα οποία προπαγανδίζουν στα παιδιά προϊόντα που τους καταστρέφουν την υγεία, ενώ οι τσέπες των εμπόρων του θανάτου γεμίζουν χρήματα²⁹.

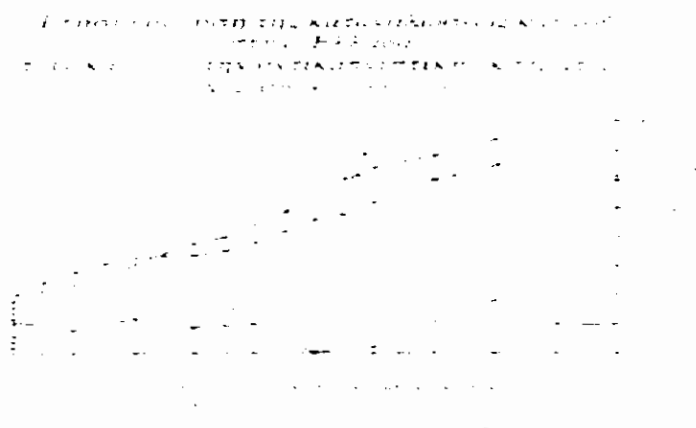
12.2. ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

12.2.1. Ευθύνη της πολιτείας

Όπου ο κόσμος ενημερώνεται σωστά, μειώνεται η κατανάλωση του καπνού. Στις Η.Π.Α. π.χ. κάπνιζε το 44% του πληθυσμού παλαιότερα· το 1980-1982 το ποσοστό μειώθηκε στο 33%, το 1985 στο 30,5% και σήμερα υπολογίζεται στο 27%. Στην Ελλάδα τα ποσοστά είναι περισσότερο από διπλάσια. Στη χώρα μας, ατυχώς, ορθές διαπιστώσεις γίνονται, αλλά δραστικά μέτρα δεν λαμβάνονται.

Στην ιστορία αυτού του τόπου, για το θέμα αυτό, υπήρξε μια περίοδος αποδόσεως κάποιων προσπαθειών που ατυχώς δεν συνεχίσθηκαν. Ήταν η περίοδος που επί Υπουργίας Σπ. Δοξιάδη στο Υπουργείο της Υγείας αναλήφθηκε μια έντονη αντικαπνιστική εκστρατεία, βασιζόμενη σε μηνύματα από ραδιοφώνου και τηλεοράσεως, με πόστερς, ανακοινώσεις και ποικίλες άλλες ενέργειες με αποτέλεσμα την ελάττωση στο μηδέν περίπου της ετησίας αυξήσεως της καταναλώσεως καπνού στη χώρα μας, από 6% που ήταν προηγουμένως. Όταν όμως η εκστρατεία αυτή ανεστάλη, η κατανάλωση αυξήθηκε και πάλι, και μάλιστα πέρα και από τα προηγούμενα από την περίοδο της εκστρατείας επίτεδα. Για να αποδειχθεί για μια ακόμη φορά ότι, όταν οι προσπάθειες είναι σωστές και συστηματικές, αποδίδουν (Πίνακας 12.1).

Πίνακας 12.1



Πίνακας 12.2

Επιβαρύνσεις στην υγεία των καπνιστών

αύξηση της νοσηρότητας κατά 14% στους άντρες
αύξηση της νοσηρότητας κατά 21% στις γυναίκες
αύξηση των ιατρικών επισκέψεων κατά 8%
αύξηση των ημερών νοσηλείας κατά 10-20%
θάνατοι οφειλόμενοι στο κάπνισμα 10-20%
πρώροι θάνατοι οφειλόμενοι στο κάπνισμα 16,7%
διαφορά στο προσδόκιμο επιβίωσης 4,2 χρόνια
(72,3-68,2)

Τώρα πλέον δεν υπάρχει καμία δικαιολογία για το θάψιμο της αντικαπνιστικής εκστρατείας. Υπήρξε βεβαίως προ ολίγου καιρού μία κάποια αναζωπύρωση του αντικαπνιστικού αγώνα, ατυχώς όμως ως φραστική μόνον ανταπόκριση στην πρωτοβουλία που είχε το 1987 ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος να μεταφέρει και στη χώρα μας τα πικρά διδάγματα και τα μηνύματα της Ε.Ο.Κ.

Ο Δήμος Αθηναίων κάπως κινητοποίησε την κοινή γνώμη με τη διαφωτιστική προσπάθεια την οποία άρχισε την Άνοιξη του 1987 και την συνέχισε το Φθινόπωρο και μετά. Αυτά όμως θέλουν και τη συνέχεια με συστήματα και πολλά άλλα. Μια πραγματική «πανστρατειά».

Ήδη, ευτυχώς σήμερα δραστηριοποιείται εντόνως η νεοϊδρυθείσα Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία με πλείστες όσες εκδηλώσεις.

Εξ' άλλου η Πολιτεία έχει αναλάβει επαινετές και ουσιαστικές πρωτοβουλίες, οι οποίες ευχόμαστε να ευοδωθούν και να συνεχιστούν.

Δεν μπορεί ασφαλώς να θεωρηθεί μέθοδος αντικαπνιστική η υπέρμετρη μόνον αύξηση της τιμής του καπνού και των τσιγάρων, με σκοπό, τάχα, τον περιορισμό της καταναλώσεώς τους, όταν μια τέτοια τακτική, ανάλογη εκείνης με την αύξηση της τιμής των καυσίμων για τη μείωση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, εξυπηρετεί (ας μην κρυβόμαστε) την εισπρακτική πολιτική του κράτους και μόνον.

Διερωτάται βεβαίως κανείς, γιατί τόση άγνοια, αν όχι και μικροπολιτική σκοπιμότητα, αφού είναι γνωστό πλέον ότι τα οποιαδήποτε τέτοια έσοδα και όλα τα άλλα, άμεσα ή έμμεσα εκ της διακινήσεως του καπνού, είναι μικρότερα από τις δαπάνες για τις βλάβες της υγείας (έξοδα νοσηλείας, ημεραργίες, αναπηρικές συντάξεις, πρόωρη έξοδος από την αποδοτική εργασία, πρόωροι θάνατοι κ.λ.π) (Πίνακες 2,4)

Πίνακας 12.3

| | |
|---|---|
| <i>Κόστος νοσηλείας καπνιστών – Ελλάδα 1978</i> | |
| - | από 164.486 άνδρες που νοσηλεύτηκαν οι 47.436 λόγω καπνίσματος (28,8%) |
| - | από 125.536 γυναίκες που νοσηλεύτηκαν οι 19.394 λόγω καπνίσματος (15,4%) |
| - | σύνολο νοσοκομειακών δαπανών 3.211.719.954δρχ. (13.765 εκ.δρχ. 1986) |
| δηλ. | το 6,6% των συνολικών δαπανών για υγεία το 11,3% των κρατικών δαπανών για υγεία το 13,3% των συνολικών νοσοκομειακών δαπανών το 22,7% των κρατικών νοσοκομειακών δαπανών |

Πίνακας 12.4

| |
|---|
| <i>Αρνητικές οικονομικές επιπτώσεις</i> |
| απώλεια παραγωγικότητας από πρόωρους θανάτους |
| απώλεια παραγωγικότητας από νοσηλεία στο νοσοκομείο |
| απώλεια παραγωγικότητας από νοσηλεία στο σπίτι |
| κόστος νοσηλείας θανόντων |
| κόστος νοσηλείας ασθενών |
| κόστος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης |
| κοινωνικό κόστος της αυξημένης θνησιμότητας, νοσηρότητας και αναπηρίας |

Και γιατί δεν γίνονται οι απαραίτητες μελέτες ώστε να αξιοποιηθούν οι αθρόες προσφορές της ΕΟΚ, με τα ΜΟΠ, γι αναδιαρθρώσεις των καλλιεργειών, πριν οι άλλοτε ζωτικές παραγωγικές περιοχές της πατρίδας μας φθάσουν στην ολοκληρωτική οικονομική καταστροφή;

Είναι καιρός πλέον όλοι να αναλάβουν τις ευθύνες τους, ο καθένας στα πλαίσια της αρμοδιότητάς του· όταν μάλιστα πρόκειται και για το σπουδαιότερο μεμονωμένο αίτιο νοσήσεως και θανάτου το οποίο μπορεί να προληφθεί!⁵

12.2.2. Νομοθεσία και Κάπνισμα

Είναι ξεκάθαρο ότι ο έλεγχος του καπνού σε κτίρια είναι πολύ δύσκολος για διάφορους λόγους και ότι το κόστος της ενέργειας είναι υψηλό.

Η απαγόρευση του καπνίσματος σε ορισμένες περιοχές με νομοθετικά διατάγματα και άλλα παρόμοια μέσα είναι μια αποδοτική μέθοδος.

Μια ενιαία στάση για την προστασία σε δημόσιους χώρους πρέπει να ισχύει. Δημοτικοί νόμοι, δεν θα εξασφαλίσουν ενιαία πολιτική μιας και δεν θα καλύπτονται όλοι οι χώροι. Η μόνη λύση είναι μια εθνική νομοθεσία⁴⁶.

Στην Ελλάδα ισχύουν διατάξεις που περιλαμβάνουν:

α) την απαγόρευση του καπνίσματος στα τροχιοδρομικά οχήματα και λεωφορεία (10/11/52).

β) την απαγόρευση του καπνίσματος στα Νοσηλευτικά ιδρύματα γενικά. Σε όροφο επιφάνειας έως 200 m² μπορούν να ορισθούν ειδικοί χώροι στους οποίους θα υπάρχει ισχυρό σύστημα αερισμού – καπνιστήρια (3/5/79)

γ) απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους γενικά τους κλειστούς χώρους (δημόσιους) εξαιρετικά επιτρέπεται το κάπνισμα σε χώρους μακράς αναμονής του κοινού εφ' όσον έχουν δημιουργηθεί ξεχωριστοί χώροι για τους καπνιστές.

δ) απαγόρευση της διαφήμισης τσιγάρων από το ραδιόφωνο και την τηλεόραση.

Από τις παραπάνω διατάξεις, οι μόνες που εφαρμόζονται είναι η πρώτη που αφορά το κάπνισμα στα μεταφορικά μέσα και η τελευταία που αφορά τη διαφήμιση από το ραδιόφωνο και την τηλεόραση. Αν όλες οι ισχύουσες διατάξεις εφαρμοσθούν σωστά και αυστηρά, θα έχει γίνει ένα πρώτο βήμα για την καταπολέμηση του καπνίσματος⁴⁷.

12.2.3. Έλεγχος του Καπνίσματος

Η αύξηση της συχνότητας των ασθενειών που συνδέονται με το κάπνισμα δείχνει την ανάγκη για τη λήψη κάθε δυνατού μέτρου για την ελάττωση του καπνίσματος· φυσικά η αγωγή υγείας είναι το σπουδαιότερο μέτρο, όμως η απαγορευτική νομοθεσία βοηθάει σε πολλές περιπτώσεις. Για παράδειγμα η κατανάλωση καπνού στη Νορβηγία, που έχει αυστηρή αντικαπνιστική νομοθεσία είναι πολύ μικρότερη παρά στη Βρετανία, που ακόμη βασίζεται στην εθελοντική συμφωνία με τη βιομηχανία, και η θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα σε άρρενες ηλικίας 60-69 ετών στη Βρετανία είναι τριπλάσια από ότι στη Νορβηγία.

Για τον έλεγχο του καπνίσματος έχουν χρησιμοποιηθεί δύο κατηγορίες νόμων. Η πρώτη κατηγορία επιδιώκει να επηρεάσει την παραγωγή και πώληση καπνού και η

άλλη επιδιώκει την αλλαγή των καπνισματικών συνηθειών. Μεταξύ των δύο αυτών μεγάλων κατηγοριών υπάρχουν οι παρακάτω υποδιαιρέσεις:

α) Νομοθεσία για περιορισμό στην παραγωγή καπνού και παρασκευή και πώληση σιγαρέτων

- I. Έλεγχος της διαφημίσεως και προαγωγής των πωλήσεων.
- II. Προειδοποιήσεις σχετικά με την υγεία στα πακέττα των σιγαρέτων και δήλωση της περιεκτικότητας σε πίσσα και νικοτίνη.
- III. Περιορισμός των επικίνδυνων ουσιών στον καπνό.
- IV. Περιορισμος των πωλήσεων σε νεαρά άτομα.
- V. Οικονομικά μέτρα (φορολογία κ.λ.π.)

β) Νομοθεσία για αλλαγή συνηθειών των καπνιστών

- I. Απαγορεύσεις καπνίσματος σε δημόσιους χώρους.
- II. Απαγορεύσεις καπνίσματος στον τόπο εργασίας.
- III. Απαγόρευση των πωλήσεων σε νεαρά άτομα.
- IV. Υποχρεωτική αγωγή υγείας για το κάπνισμα⁴⁸.

12.2.4. Πρόληψη - Αντικαπνιστικά Προγράμματα

Τα αποτελέσματα από διεθνείς ή τοπικές έρευνες έχουν δείξει ότι η έμφαση θα πρέπει να δοθεί στην πρόληψη. Το γεγονός ότι παρόλα τα εξειδικευμένα προληπτικά προγράμματα, όσα άτομα έχουν αρχίσει να καπνίζουν δε διακόπτουν εύκολα το κάπνισμα, μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι προσπάθειες θα πρέπει να γίνονται σε μικρή ηλικία, πριν το άτομο μυηθεί στο κάπνισμα ή τουλάχιστον πριν εθιστεί σ' αυτό⁴⁹.

Αντικαπνιστικά Προγράμματα

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

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

II. Τα θετικά σημεία της επιλογής του μη καπνιστή θα πρέπει να τονίζονται περισσότερο από τα αρνητικά αποτελέσματα του καπνίσματος.

III. Η αγωγή των παιδιών σε θέματα υγείας θα πρέπει να αρχίζει από

το σπίτι και το Δημοτικό σχολείο και να επαναλαμβάνεται σε διάφορα στάδια της υπόλοιπης εκπαίδευσής, έτσι ώστε να διατηρείται και να ενισχύεται η αποτελεσματικότητα των μηνυμάτων της.

IV. Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση και ενημέρωση των ατόμων εκείνων που από τη φύση του επαγγέλματός τους αναλαμβάνουν την ευθύνη της εκπαίδευσής του κοινού σε θέματα υγείας. Τέτοιες κατηγορίες ατόμων, εκτός από τους γιατρούς και τους υγειονομικούς, είναι κυρίως οι εκπαιδευτικοί, οι γυμναστές, οι προπονητές και οι υπεύθυνοι οργανώσεων της νεολαίας.

V. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στη διδασκαλία της αγωγής σε θέματα υγείας στις παιδαγωγικές σχολές, και στη βελτίωση των γνώσεων και ικανοτήτων των εκπαιδευτικών στο θέμα αυτό.

Το θέμα της αντιμετώπισης της επιδημίας του καπνίσματος αποτελεί ένα πολύπλοκο και πολύμορφο πρόβλημα και, όπως παρατηρούν πολλοί ερευνητές «εκείνο που φαίνεται περισσότερο σημαντικό για το μελλοντικό σχεδιασμό της αγωγής υγείας, είναι να υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις του προβλήματος για ομάδες ατόμων με διαφορετικές συνθήκες εκθέσεως, εκπαιδευτική υποδομή και ωριμότητα»⁴⁸.

Παγκόσμια Αντικαπνιστική Ημέρα – 31 Μαΐου

Η 31^η Μαΐου, είναι η ημέρα που έχει εδώ και χρόνια, ορισθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) ως Παγκόσμια Αντικαπνιστική Ημέρα. Καθορίστηκε για να υπενθυμίζεται συνεχώς, με έντονο και επίσημο τρόπο, ότι το κάπνισμα είναι η μεγαλύτερη επιδημία του αιώνα μας, η μεγαλύτερη ιατρική συμφορά που πρέπει να κινητοποιήσει την κοινωνία μας.

Στο χρόνο που πέρασε, 4 εκατομμύρια άνθρωποι πέθαναν σε όλο τον κόσμο ως συνέπεια του καπνίσματος. Και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολογίζει ότι το 2030 ο αριθμός αυτός θα αυξηθεί σε 10 εκατομμύρια. Αριθμός που ισοδυναμεί με το χαμό των επιβατών ενός πλοίου σαν τον Τιτανικό κάθε 78 λεπτά.

Η επιδημία του καπνίσματος πέρασε από διάφορα στάδια. Άρχισε με μια όμορφη, αθώα πράξη. Ήταν το κάπνισμα των πλουσίων στα αναπτυγμένα κράτη. Το παράδειγμα τους ακολούθησαν οι φτωχοί συμπολίτες τους. Μετά ήρθε η σειρά των πλουσίων στα υπό ανάπτυξη ή και στα τελείως υπανάπτυκτα κράτη.

Και τώρα καπνίζουν παντού, όλοι μαζί άνδρες, γυναίκες, παιδιά. Και ο αριθμός αυξάνεται, οι αρρώστιες από το κάπνισμα αυξάνονται, οι θάνατοι αυξάνονται και οι μόνοι ευχαριστημένοι είναι οι καπνοβιομηχανίες, γιατί αυξάνουν τα έσοδά τους.

Η Παγκόσμια Αντικαπνιστική Ημέρα πρέπει να αποτελέσει την Ημέρα που όλοι σε κάθε χώρα, κάθε πόλη, κάθε οικογένεια, θα βροντοφωνάζουν «όχι τσιγάρο σήμερα- όχι πια «κάπνισμα». Μπορούμε να σωθούμε από την επιδημία που εξαπλώνεται⁵⁰.

Just Say



NO!

Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία (Ε.Α.Ε.)

Ιδρύθηκε από τον αείμνηστο Καθηγητή Σπ. Δοξιάδη το 1986 με σκοπό τη συνέχιση και επέκταση του προγράμματος που πρώτος αυτός εφάρμοσε ως Υπουργός υγείας στο διάστημα 1978-81 για την καταπολέμηση της βλαβερής συνήθειας του καπνίσματος. Πόσο σοβαρό είναι πράγματι το πρόβλημα που δημιουργεί το κάπνισμα στη Δημόσια Υγεία;

Η Ελλάδα έρχεται πρώτη στην κατά κεφαλήν κατανάλωση τσιγάρων στην Ευρώπη (πάνω από 3.500 τον χρόνο) και Τρίτη στον κόσμο μετά την Κούβα και την Κύπρο. Η ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων στη χώρα μας κυμαίνεται μεταξύ 70-75 εκατομμυρίων.

Το κάπνισμα στην Ελλάδα είναι υπεύθυνο για 15.000 και πλέον θανάτους τον χρόνο, ενώ στην Ευρώπη χάνουν τη ζωή τους απ' αυτή την αιτία 250.000 άνθρωποι. Σ' ολόκληρο τον κόσμο ο αριθμός των θανάτων που συνδέονται με το κάπνισμα ξεπερνά τα 3 εκ. το χρόνο.

Υπολογίζεται ότι τα επόμενα 25 χρόνια θα πεθαίνουν από το κάπνισμα 500 εκ. άνθρωποι δηλ. κάθε 4' και ένας θάνατος. Από τα 83 εκ. παιδιά που ζουν σήμερα στις χώρες της ΕΟΚ 7εκ. πεθαίνουν ως ενήλικες από το κάπνισμα δηλαδή 1 παιδί στα 12.

Τα παραπάνω στοιχεία και πλήθος άλλων που προέρχονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) - Υπηρεσία του ΟΗΕ – μας πείθουν ότι ο καπνός είναι σήμερα το μοναδικό ΝΟΜΙΜΟ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟ ΠΡΟΪΟΝ της Διεθνούς Αγοράς που εξασφαλίζει μια αργή πορεία προς το θάνατο και αποτελεί την κυριότερη αιτία πρόωρων θανάτων στη σύγχρονη κοινωνία. Ο Κόσμος έχει πια συνειδητοποιήσει – ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες – τον κίνδυνο που αντιπροσωπεύει το κάπνισμα για την Υγεία για αυτό και άρχισε μια εκτεταμένη εκστρατεία για περιορισμό του με τελικό στόχο την πλήρη εξαφάνιση της βλαπτικής αυτής συνήθειας.

Τα μέτρα που λαμβάνονται για τον περιορισμό του καπνίσματος και την προστασία της Δημόσιας Υγείας διαφέρουν από χώρα σε χώρα αλλά για μας που ανήκουμε στην ΕΟΚ σημασία έχει η εφαρμογή του προγράμματος «Η Ευρώπη κατά του Καρκίνου» που συντονίζει και κατευθύνει την πολιτική και τα μέτρα σε όλες τις χώρες – μέλη της κοινότητας προκειμένου να επιτύχει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα.

Η Ε.Α.Ε. είναι μέλος του Εθνικού Συντονιστικού Συμβουλίου στα θέματα αυτά και παίρνει ενεργό μέρος στον καθορισμό της Αντικαπνιστικής Πολιτικής. Η **Εταιρεία περιλαμβάνει στις δραστηριότητές της:**

1. Διαφώτιση του κοινού
2. Προώθηση κάθε νόμιμης προσπάθειας, που συντελεί στον περιορισμό του καπνίσματος και στην ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ
3. Υποβοήθηση της έρευνας και εκπαίδευσης στον τομέα αυτό.
4. Συστηματική παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της αντικαπνιστικής εκστρατείας στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.
5. Συνεργασία με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς που ενδιαφέρονται γι' αυτά τα θέματα.
6. Συνεργασία ή σύνδεση με συναφείς διεθνείς οργανισμούς.

Επιδίωξη της Εταιρίας είναι ακόμη η ανάπτυξη παραρτημάτων εκτός Αθηνών σε συνεργασία με τους κατά τόπους Ιατρικούς Συλλόγους των Επαρχιακών Κέντρων ή και με μεμονωμένους συνεργάτες που θα ήθελαν να εργασθούν για τους σκοπούς του αντικαπνιστικού αγώνα. Δημιουργία Κέντρων διακοπής σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοιν. Ασφαλίσεων καθώς και με τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της Χώρας όπου θα παρέχεται επιστημονική βοήθεια σε όσους επιθυμούν να σταματήσουν το κάπνισμα⁵¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13^ο

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

13.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

13.1.1 Ο Ρόλος Του Ιατρού Στην Πρόληψη Του Καπνίσματος

Στις Η.Π.Α. κάθε χρόνο 3000 παιδιά ως έφηβοι αρχίζουν να καπνίζουν. Το 60% των σημερινών καπνιστών αρχίζει το τσιγάρο στην ηλικία των 14 ετών. Το κάπνισμα τσιγάρων μπορεί να είναι μία από τις πρώτες εκδηλώσεις προβληματικής συμπεριφοράς και ο πειραματισμός αυτός των παιδιών ενδέχεται να ακολουθείται διαδοχικά από αλκοόλ, μαριχουάνα και άλλη παράνομη χρήση ναρκωτικών. Πάντως, τη λεωφόρο των ναρκωτικών την προετοιμάζει το τσιγάρο, γνωστού όντος, ότι όλοι οι ναρκομανείς προ του ναρκωτικού τους έχουν ξεκινήσει το κάπνισμα.

Εκτός του ενεργητικού καπνίσματος τα παιδιά είναι θύματα του παθητικού καπνίσματος των ενηλίκων στο σπίτι, τους παιδικούς σταθμούς, το αυτοκίνητο, το σχολείο και αλλού. Επομένως, η προφυλακτική καθοδήγηση για νέους ανθρώπους αποτελεί στοιχείο – κλειδί της φροντίδας – υγείας, η οποία πρέπει ν' αρχίζει ακόμη και πριν τη γέννηση του παιδιού και να επεκτείνεται πέραν της εφηβείας ακόμη και ως τη νεαρή ενήλικη περίοδο.

Οι ιατροί έχουν το πλεονέκτημα λόγω μακροχρονίου σχέσεως με τις οικογένειες να βρίσκονται στην πλεονεκτική θέση, αποφεύγοντας οι ίδιοι το κάπνισμα να επεμβαίνουν συμβουλευτικά στη χρήση καπνού.

Το 70% των σημερινών καπνιστών επισκέπτεται έναν ιατρό τουλάχιστον μία φορά το χρόνο, όπως και τα παιδιά επισκέπτονται τον Παιδίατρο μία φορά το χρόνο.

Οι επαφές αυτές στο ιατρείο επιβάλλουν στους ιατρούς ν' ανοίγουν διάλογο όχι μόνο με τους ενήλικους ασθενείς καπνιστές, αλλά να εξηγούν τις βλαβερές επιδράσεις του καπνίσματος και στα παιδιά τους.

Επίσης, και οι **Παιδίατροι** υποχρεούνται να παρέχουν συμβουλές για το κάπνισμα όχι μόνον στους γονείς, αλλά και στα παιδιά τους, προτρέποντας τους νέους γονείς να εγκαταλείψουν το ζημιογόνο τσιγάρο σ' αυτή την πρώιμη ηλικία.

Ο Surgeon General (γεν. Αρχίατρος των Η.Π.Α.) εκφράζει την άποψη, ότι μία από τις σημαντικότερες εκπαιδευτικές υποχρεώσεις του ιατρού είναι να ενθαρρύνει και να βοηθάει τους γονείς να σταματήσουν το κάπνισμα· σε κανέναν άλλο επαγγελματία δεν μπορεί να δοθεί τέτοια ευκαιρία.

Η πρόληψη του καπνίσματος πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ένα συνεχζόμενο και αναπόσπαστο μέρος της ιατρικής φροντίδας.

Οι ιατροί επιπλέον έχουν την δυνατότητα με τη συνεργασία της Πολιτείας και της τοπικής Αυτοδιοικήσεως να παρεμβαίνουν προληπτικά και στα σχολεία, στις κοινότητες, τους Δήμους, τους χώρους εργασίας κ.λ.π.

Το Εθνικό Αντικαρκινικό Ινστιτούτο των ΗΠΑ έχει αναπτύξει πρόγραμμα και εκδώσει εγχειρίδια προκειμένου να διευκολύνει τους ιατρούς στο να βοηθήσουν τους ασθενείς τους, για το σταμάτημα του καπνίσματος και την πρόληψη της ενάρξεως τούτου στα παιδιά και εφήβους.

Έχει επινοήσει (4) τέσσερις κλινικές δραστηριότητες για την αποφυγή του τσιγάρου στα παιδιά και τους εφήβους που εκφράζονται με τα (4) τέσσερα Α (από τα αρχικά των αντίστοιχων λέξεων στην αγγλική γλώσσα).

1. Ρωτάτε (Ask) σχετικά με την έκθεση σε καπνό και τη χρήση καπνού σε κάθε επίσκεψη.
2. Συμβουλευτέτε (Advise) όλους τους γονείς που καπνίζουν να το κόψουν και όλα τα παιδιά και οι έφηβοι να μη δοκιμάζουν το τσιγάρο.
3. Βοηθάτε (Assist) τα παιδιά και τους εφήβους να αντιστέκονται στη χρήση καπνού και βοηθάτε τους καπνιστές να σταματήσουν το κάπνισμα.
4. Ρυθμίζετε (Arrange) επισκέψεις παρακολούθησης ανάλογα με τις ανάγκες.

Ο μαιευτήρας και η μαία έχουν υποχρέωση κατά την εγκυμοσύνη να προειδοποιούν τη μητέρα να μην καπνίζει, τονίζοντας τους προκαλούμενους κινδύνους του εμβρύου από το κάπνισμα και το ότι έχει πιθανότητες να γεννήσει ελλιποβαρές βρέφος καθώς επίσης και το ότι ο κίνδυνος μετά τον τοκετό για αιφνίδιο θάνατο είναι αυξημένος.

Στη συνέχεια ο Παιδίατρος θα ρωτήσει σχετικά με το κάπνισμα στο περιβάλλον του νεογέννητου σε κάθε επίσκεψη και θα προειδοποιήσει τους καπνιστές γονείς, ότι τα παιδιά τους λόγω του παθητικού καπνίσματος θα παρουσιάσουν υψηλότερο ποσοστό λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος και βραδύτερο ρυθμό αναπτύξεως της πνευμονικής λειτουργίας.

Η συμβουλή του ιατρού στους καπνιστές γονείς και οικείους τους για τη βλάβη της υγείας και η προτροπή για διακοπή του τσιγάρου θα είναι πολύτιμη, η δε συμμόρφωση των καπνιστών θα αποτελέσει την ωραιότερη πράξη της ζωής τους².

Οι συζητήσεις, μεταξύ ιατρών και γονέων ως και των παιδιών της προεφηβικής ηλικίας, για το κάπνισμα και τη βλάβη της υγείας, θα αποδώσουν καρπούς. Πολλές πληροφορίες αναφέρουν, ότι μπορεί το κάπνισμα ν' αρχίσει από την τελευταία τάξη του Δημοτικού Σχολείου γι' αυτό και ο διάλογος μεταξύ των παιδιών και των δασκάλων θα είναι εποικοδομητικός για το θέμα "Κάπνισμα και Υγεία".

Καθήκον των ιατρών είναι να συμβουλευούν τα παιδιά σχετικά με τις βραχυπρόθεσμες αρνητικές επιδράσεις της χρήσης καπνού, συμπεριλαμβανόμενης της μυρωδιάς στα μαλλιά και στα ρούχα, των κιτρινασμένων δοντιών, της δύσσοσμης αναπνοής, των λεκιασμένων χεριών, της περιορισμένης ζωτικότητας, των μειωμένων αθλητικών επιδόσεων και τέλος του αναπόφευκτου εθισμού.

Οι συμβουλές στα παιδιά, ότι εάν δεν μάθουν το κάπνισμα, θα είναι οι **πραγματικά προοδευτικοί νέοι** της σύγχρονης εποχής και ο ρόλος τους αυτός θα αποτελεί πρωτοτυπία ζηλευτή, δεδομένου ότι θα γνωρίζουν και τους κινδύνους του παθητικού καπνίσματος, είναι αναγκαίες².

Επίσης, οι ιατροί αλλά και όλοι οι υπεύθυνοι κρατικοί φορείς, οι υπεύθυνοι των μέσων μαζικής ενημέρωσης καθώς και των εντύπων, που δυστυχώς παρουσιάζουν εσφαλμένα το κάπνισμα ως ελκυστικό, υγιές και γοητευτικό για το αντίθετο φύλο, πρέπει να προωθούν στρατηγικές καταπολέμησης του τσιγάρου.

Η βοήθεια του ιατρού προς το παιδί ν' αναπτύξει αυξημένη ευθύνη, όσον αφορά στη συμπεριφορά του στα θέματα υγείας, του είναι πολύτιμη.

Ο ρόλος της σχέσης ιατρού και εφήβου πρέπει να καλλιεργείται δεόντως, ιδιαίτερα δε στην ηλικία 11 – 13 ετών, ο ιατρός πρέπει να αφιερώνει το μεγαλύτερο μέρος μιας επίσκεψης στον έφηβο ασθενή παρά στο γονιό².

Ο ιατρός συμβουλεύει τον έφηβο να σταματήσει το κάπνισμα τώρα παρά αργότερα που δεν θα μπορεί λόγω μεγαλύτερης εξάρτησης και δύσκολων συνθηκών ζωής. Του εξηγεί τις περιορισμένες αθλητικές ικανότητες, το κόστος των τσιγάρων, τους λεκέδες, την άσχημη μυρωδιά, τις ρυτίδες του προσώπου, τα εγκαύματα από το τσιγάρο και τους κινδύνους πυρκαγιάς.

Οι ιατροί πρέπει να συγκαίρουν τους εφήβους που αντιστέκονται στο κάπνισμα και να τους **προτρέπουν να εμβολιάζουν ψυχολογικά τους φίλους τους**, ώστε να απομακρύνονται από το δηλητήριο – ναρκωτικό και καρκινογόνο που λέγεται τσιγάρο.

Άλλο καθήκον των ιατρών είναι να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των εφήβων σε προγράμματα που προωθούν την ανάπτυξη ικανοτήτων για την επίλυση προβλημάτων, τη θέση στόχων, τη λήψη αποφάσεων και την αντιμετώπιση αρνητικής πίεσης από συνομηλίκους. Επίσης, η ενθάρρυνση για γυμναστικές ασκήσεις και κοινωνικές δραστηριότητες, που είναι ασυμβίβαστες με το κάπνισμα πρέπει να επιδιώκεται.

Τα σχολεία είναι το ιδανικό περιβάλλον στο οποίο μπορούν να ενσωματωθούν προγράμματα εκπαίδευσης σχετικά με το κάπνισμα και την υγεία. Οι παρεμβάσεις αυτές καλό είναι να αρχίζουν από τις μικρές τάξεις αντί για το Λύκειο, όπου οι νέοι μπορεί να έχουν ήδη αρχίσει το κάπνισμα και να είναι εξαρτημένοι πλέον.

Οι ιατροί πρέπει να συνεργάζονται στενά με τους δασκάλους που ασχολούνται με τα εκπαιδευτικά προγράμματα υγείας στην προετοιμασία προγραμμάτων πρόληψης του καπνίσματος με βάση το σχολείο².

Οι ιατροί πρέπει να υποστηρίζουν την εκπαίδευση των δασκάλων ως μέρος των προγραμμάτων πρόληψης του καπνίσματος στα σχολεία. Επίσης, πρέπει να προωθούν τη συμμετοχή των συνομήλικων των παιδιών που αρνούνται το κάπνισμα στην παροχή των προγραμμάτων πρόληψης του καπνίσματος στα σχολεία για να εντείνεται η αποτελεσματικότητά τους².

Οι ιατροί μπορούν να βοηθήσουν στην μείωση του καπνίσματος στα σχολεία αλλά και στην πολιτεία προωθώντας αποτελεσματικές νομοθετικές στρατηγικές, π.χ. απαγόρευση πωλήσεων καπνού σε άτομα μικρής ηλικίας και σε όλους τους τύπους καταστημάτων. Επίσης να ψηφίσει η πολιτεία νόμο που να επιβάλλει χρηματικό πρόστιμο σε όσους καπνίζουν σε κλειστούς δημοσίους και ιδιωτικούς χώρους, ακόμη, ει δυνατόν, και στα σπίτια να τονίζεται η αδικαιολόγητη μόλυνση της οικογενειακής εστίας με ένα τόσο βλαπτικό δηλητήριο, όπως είναι το τσιγάρο.

Επίσης, οι ιατροί υποχρεώνονται να εντείνουν την εκστρατεία τους για την εξάλειψη των διαφημίσεων του τσιγάρου που στοχεύουν να επηρεάσουν τους νέους ανθρώπους να αρχίσουν να καπνίζουν. Οι διαφημίσεις τσιγάρων προσπαθούν να κατευνάσουν τους φόβους σχετικά με τους κινδύνους που επιφυλάσσει το κάπνισμα. Οι διαφημίσεις παραπλανούν το κοινό συσχετίζοντας εσφαλμένα το κάπνισμα με καλή υγεία, αθλητική ζωντάνια, κοινωνική και επαγγελματική επιτυχία και άλλες ελκυστικές ιδέες. Συνήθως το τσιγάρο προβάλλεται ως αναπόσπαστο μέρος της νεότητας, της ευτυχίας, της γοητείας, της προσωπικής επιτυχίας και ενός μοντέρνου τρόπου ζωής².

13.1.2. Ο Ρόλος Του Ιατρού στην Προώθηση της Διακοπής του Καπνίσματος σε Κλινικούς Ασθενείς

Αναμφισβήτητα και εδώ ο ρόλος του ιατρού είναι πολύ σημαντικός στο να βοηθήσει έναν ασθενή του που καπνίζει και δεν συμμορφώνεται με τη διακοπή του τσιγάρου².

Στον τόπο μας τα παραδείγματα δεν βοηθούν συνήθως και δεν βλέπουν διότι, σύμφωνα με τα υπάρχοντα δεδομένα οι γιατροί παρουσιάζονται ως οι βαρύτεροι καπνιστές απ' όλο τον πληθυσμό⁵.

Είναι ένα δίλημμα για τον γιατρό όταν θεραπεύει έναν ασθενή που καπνίζει. Οι περισσότεροι ιατροί έχοντας αναγνωρίσει τον κίνδυνο αυτής της συμπεριφοράς για τη δική τους υγεία, έχουν σταματήσει και οι ίδιοι το κάπνισμα, δεν έχουν όμως την

εμπειρία στο να βοηθήσουν τους ασθενείς τους με επιτυχία να σταματήσουν το κάπνισμα.

Προς τούτο χρειάζεται εκπαίδευση των ιατρών σε αποτελεσματικές τεχνικές αλλαγής της συμπεριφοράς, μιας διαδικασίας χρονοβόρου για επιτυχή παρέμβαση και για παύση του καπνίσματος.

Χρειάζεται λοιπόν και χρόνος και αμοιβή από τα ασφαλιστικά ταμεία για την εκπαίδευση αυτή των ιατρών. Υπάρχουν μελέτες και στοιχεία που θα βοηθήσουν τους ιατρούς στην καλύτερη δυνατή χρήση περιορισμένου χρόνου, ώστε να παρέμβουν επιτυχώς στο σταμάτημα του τσιγάρου των ασθενών τους.

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.

Επομένως ο ρόλος του ιατρού είναι να υποβοηθήσει τους ασθενείς που καπνίζουν να αποκτήσουν το κίνητρο διακοπής και όσοι το έχουν να επιτύχουν στη διακοπή του τσιγάρου. Εκτός της βοήθειας του ιατρού και άλλοι παράγοντες επηρεάζουν το επίπεδο του κινήτρου του ασθενούς. Ο φόβος του επικείμενου θανάτου αποτελεί ισχυρό κίνητρο. Οι ασθενείς με πρόσφατα εμφράγματα του μυοκαρδίου και υποβοηθούμενοι καταλλήλως μπορούν να επιτύχουν το σταμάτημα του καπνίσματος.

Τα ποσοστά επιτυχίας στην κατηγορία αυτών των ασθενών ξεπερνούν το 60%. Επίσης συγγενείς, φίλοι, συνάδελφοι, εργοδότες, εκπαιδευτικοί και ειδικοί σε θέματα υγείας ως και μηνύματα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης υποβοηθούν τα άτομα αυτά².

Η επιθυμία για τσιγάρο παρατείνεται σε μερικούς πρώην καπνιστές για μήνες ή και χρόνια μετά την παύση.

Η εκπαίδευση των ιατρών σε βασικές ικανότητες συμπεριφοράς και φαρμακολογίας για τη θεραπεία εξάρτησης από τη νικοτίνη είναι αναγκαία και απαιτεί από 2 – 6 ώρες. Οι τεχνικές εκπαίδευσης περιλαμβάνουν διαλέξεις, επιδείξεις βιντεοκασετών, ασκήσεις με ιστορικά περιστατικών και ασκήσεις αναλήψεως ρόλων.

Οι εκπαιδευμένοι ιατροί που παρακινούνται τακτικά να επεμβαίνουν σε ασθενείς που καπνίζουν, επιτυγχάνουν μεγαλύτερα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος σε αυτούς.

Η θεραπεία καπνιστών είναι ανάλογη με τη θεραπεία ασθενών με ήπια ή μέτρια υπέρταση και η παρακολούθηση είναι μια συνεχιζόμενη ενσωματωμένη δραστηριότητα σε κάθε επίσκεψη του ασθενούς και η αναγνώριση ενός παράγοντα κινδύνου που χρειάζεται αγωγή.

Η επέμβαση του ιατρού συνίσταται στα τέσσερα Α των κλινικών δραστηριοτήτων: ρωτάτε, συμβουλευέτε, βοηθάτε, ρυθμίζετε (ask, advise, assist, arrange) που συνοπτικά εμφανίζονται στους πίνακες 1, 2.

Οι μελέτες δείχνουν, ότι το ποσοστό διακοπής βελτιώνεται όσο αυξάνεται ο αριθμός των επισκέψεων παρακολούθησης.

Μια ομαδική προσέγγιση για την παροχή βοήθειας στους ασθενείς, ώστε να σταματήσουν το κάπνισμα είναι σημαντικά πιο αποτελεσματική για αρκετούς λόγους.

Πίνακας 1. ΣΥΝΟΨΗ ΓΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥΣ: ΠΩΣ ΘΑ ΒΟΗΘΗΣΕΤΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΑΣ ΝΑ ΣΤΑΜΑΤΗΣΟΥΝ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Ρωτάτε τους σχετικά με το κάπνισμα με κάθε ευκαιρία.

1. “Καπνίζετε;”
2. “Πόσο;”
3. “Πόση ώρα μετά που ξυπνάτε καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;”
4. “Σας ενδιαφέρει να σταματήσετε το κάπνισμα;”
5. “Έχετε δοκιμάσει ποτέ στο παρελθόν να σταματήσετε;” Αν ναι, “Τί έγινε;”

Συμβουλευέτε όλους τους καπνιστές να σταματήσουν.

1. Διατυπώνετε τη συμβουλή σας σαφώς, π.χ.: “Ως γιατρός είμαι υποχρεωμένος να σας συμβουλευσω να σταματήσετε το κάπνισμα τώρα.”
2. Εξατομικεύετε το μήνυμα για παύση. Προσπαθείτε να αναφέρεστε στην κλινική κατάσταση του ασθενούς, στο ιστορικό του καπνίσματός του, στο οικογενειακό του ιστορικό, στα προσωπικά ενδιαφέροντά του ή στους κοινωνικούς του ρόλους.

Βοηθάτε τον ασθενή να σταματήσει.

1. Ορίζετε μια ημερομηνία παύσης. Βοηθάτε τον ασθενή να επιλέξει μια ημερομηνία μέσα στις επόμενες 4 εβδομάδες, αναγνωρίζοντας ότι δεν υπάρχει ιδεώδης χρόνος.
2. Παρέχετε υλικά 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 (καλέστε το 1 – 800 – 4CANCER για το υλικό του NCI Quit for Good [Σταματήστε για Πάντα]).

3. Σκεφθείτε τη χορήγηση τσίγλας νικοτίνης, ειδικά για ιδιαίτερα εθισμένους ασθενείς (για κείνους που καπνίζουν ένα πακέτο ή περισσότερο την ημέρα ή για κείνους που καπνίζουν το πρώτο τους τσιγάρο μέσα σε 30 λεπτά από την ώρα που ξυπνάνε).
4. Σκεφθείτε να υπογράψετε ένα συμβόλαιο παύσης του καπνίσματος με τον ασθενή.
5. Αν ο ασθενής δεν θέλει να σταματήσει τώρα:
Δώστε του βιβλιογραφία που θα αποτελέσει γι' αυτόν κίνητρο (καλέστε το 1 – 800 – 4CANCER για το φυλλάδιο του NCI Why Do You Smoke? [Γιατί Καπνίζετε;]).

Ξαναρωτήστε τον στην επόμενη επίσκεψη.

Ρυθμίζετε επισκέψεις παρακολούθησης.

1. Ορίστε μια επίσκεψη παρακολούθησης μέσα σε 1 με 2 εβδομάδες μετά την ημερομηνία παύσης.
2. Ζητήστε από ένα μέλος του προσωπικού του ιατρείου να τηλεφωνήσει ή να γράψει στον ασθενή μέσα σε 7 μέρες μετά την αρχική επίσκεψη, ενισχύοντας την απόφασή του να σταματήσει και υπενθυμίζοντας στον ασθενή την ημερομηνία παύσης.
3. 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.
4. Ορίστε μια δεύτερη επίσκεψη παρακολούθησης μέσα σε 1 με 2 μήνες. Για τους ασθενείς που έχουν υποτροπιάσει, συζητήστε τις συνθήκες της υποτροπής και άλλες ειδικές ανησυχίες.

Πίνακας 2. ΛΟΓΟΙ ΓΙΑ ΝΑ ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Για εφήβους

Άσχημη αναπνοή

Λεκιασμένα δόντια

Κόστος

Έλλειψη ανεξαρτησίας – και έλεγχος από τα τσιγάρα

Πονόλαιμος

5 – 8 χρόνια μικρότερη διάρκεια ζωής

Κόστος τσιγάρων

Κόστος χρόνου ασθενείας

Λιγότερο βολικό

κοινωνικά απαράδεκτο

Ρυτίδες

Βήχας
Δύσπνοια (μπορεί να επηρεάσει τον αθλητισμό)
Συχνές λοιμώξεις της αναπνευστικού οδού
Για έγκυες γυναίκες
Αυξημένο ποσοστό αποβολών και θανάτων του εμβρύου
Αυξημένος κίνδυνος ελλειποβαρούς βρέφους
Για γονείς
Αυξημένος βήχας και λοιμώξεις του αναπνευστικού στα παιδιά των καπνιστών
Άσχημο πρότυπο για το παιδί
Για νέους καπνιστές
Ευκολότερη η παύση τώρα
Για ασυμπτωματικούς ενήλικες
Διπλάσιος κίνδυνος καρδιοπάθειας
Εξαπλάσιος κίνδυνος για εμφύσημα
Δεκαπλάσιος κίνδυνος για καρκίνο του πνεύμονα

Για συμπτωματικούς ενήλικες
Λοιμώξεις της άνω αναπνευστικής οδού
Βήχας
Πονόλαιμος
Ουλίτιδα
Δύσπνοια
Έλκη
Στηθάγχη
Χωλότητα
Οστεοπόρωση
Οισοφαγίτιδα
Για όλους τους καπνιστές
Εξοικονόμηση χρημάτων με την παύση
Βελτιωμένη ικανότητα για άσκηση
Μπορεί να ζήσει αρκετά ώστε να απολαύσει συνταξιοδότηση, εγγόνια κλπ

Οι ιατροί είναι οι πλέον κατάλληλοι να βοηθήσουν τους ασθενείς στις προσπάθειές τους να ξεπεράσουν τη πολύμορφη κατάσταση του εθισμού στη νικοτίνη. Για όλους τους ασθενείς, η παύση του καπνίσματος είναι, μέχρι τώρα, το πιο σημαντικό βήμα που μπορούν να κάνουν για να βελτιώσουν την υγεία τους και να αυξήσουν τον αναμενόμενο χρόνο ζωής τους. Το έργο των ιατρών εν προκειμένω είναι σωτήριο για τη ζωή των καπνιστών ασθενών.

Ο αντίκτυπος της επέμβασης των ιατρών στους ασθενείς που καπνίζουν είναι τεράστιος για τη δημόσια υγεία και αντανακλά στην αξιολογηθείσα μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας που προκαλείται από το κάπνισμα².

13.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Στα πλαίσια πρόληψης και Αγωγής υγείας όλοι οι φορείς υγείας έχουν ευθύνη στον ακριβή προγραμματισμό, διδασκαλία και προώθηση θεμάτων υγείας κατά την παρέμβασή τους στην κοινότητα.

Όσον αφορά το κάπνισμα η Αγωγή Υγείας επικεντρώνεται στην πρόληψη δηλαδή να αποτρέψει την έναρξη του τσιγάρου, στην συνεχή ενημέρωση για τις βλαβερές

συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία μας καθώς επίσης και στην προτροπή των καπνιστών για να αναλάβουν τον έλεγχο και την ευθύνη της υγείας τους, κόβοντας το κάπνισμα και προάγοντας το επίπεδο της υγείας τους.

Εξέχοντα ρόλο έχει ο Κοινοτικός Νοσηλευτής, ως ο πλέον άμεσος και συνεχής φορέας παρακολούθησης των υγειονομικών προβλημάτων στην Κοινότητα, ο οποίος έχει τρεις βασικούς χώρους – τομείς παρέμβασης:

- τον σχολικό πληθυσμό
- τους χώρους εργασίας / Δημόσιους χώρους
- την οικογένεια / Κατ' οίκον επισκέψεις³.

13.2.1. Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Σχολική Υγιεινή

Ο Σχολικός πληθυσμός είναι ένας από τους πρώτους χώρους Νοσηλευτικής παρέμβασης.

Επιτυχής πρόληψη σημαίνει ευαισθητοποίηση από την μικρότερη δυνατή ηλικία – εφηβική – έτσι ώστε να υιοθετούν νέες συμπεριφορές και γενικά νέοι υγιεινοί τρόποι ζωής.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την διατήρηση και προαγωγή της υγείας του παιδιού είναι η απόκτηση γνώσεων και υγιεινών συνθηκών στην αρχή μέσα από την οικογένεια και στην συνέχεια πιο συστηματικά με εμπέδωση στο σχολείο.

Η Αγωγή υγείας – διδασκαλία που κάνει ο νοσηλευτής / τρία στο σχολείο – μπορεί να είναι: 1) Προγραμματισμένη ή 2) Περιστασιακή.

Συνεπώς καθήκον του Κοινοτικού Νοσηλευτή / τρία είναι είτε σε προκαθορισμένο είτε σε έκτακτο χρόνο να οργανώνονται συζητήσεις – εκδηλώσεις για καίρια ζητήματα που αφορούν την υγεία στην μαθητική νεολαία.

Όσον αφορά το κάπνισμα και τις επιπτώσεις στην υγεία, θα πρέπει ν' αποτελεί ένα από τα πρώτα θέματα προς ενημέρωση, μια που έχει πάρει διαστάσεις κοινωνικής μάστιγας ιδιαίτερα στην εφηβική ηλικία.

Ο Νοσηλευτής / τρία στον σχολικό πληθυσμό πρέπει να εστιάσει την προσοχή του σε πέντε βασικούς άξονες γύρω από το κάπνισμα προκειμένου να γίνουν κατανοητές οι πιο βασικές συνέπειες του καπνίσματος.

Αυτοί είναι Τσιγάρο και ...

- Καρκίνος
- Καρδιαγγειακές παθήσεις
- Αναπνευστικά προβλήματα
- Εξάρτηση

A) Καρκίνος

Από την αρχή της τοποθέτησης του ο νοσηλευτής πρέπει να παρουσιάσει καθαρά και πειστικά, την άμεση σχέση καπνίσματος με τον καρκίνο και κυρίως με τον καρκίνο του πνεύμονα.

Η καρκινογένεση από το τσιγάρο, πρέπει να τονίσει δεν είναι μια υποθετική κατάσταση. Πειραματικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι ουσίες που παράγονται κατά την καύση του τσιγάρου και οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν σε πειράματα προκάλεσαν καρκίνο.

Θίγοντας το πόσο επικίνδυνη είναι η πρόωρη έναρξη του καπνίσματος ο Νοσηλευτής μπορεί να αναφέρει ότι βάση στατιστικών στοιχείων η έναρξη του τσιγάρου στην ηλικία των 15 ετών κατά μέσο όρο και η κατανάλωση άνω των 20 τσιγάρων ημερησίως, ενδέχεται να προκαλέσει μετά την πάροδο 20 ετών το 86,5% των καρκινοπαθών γενικά. Πρόκειται για μια πιθανότητα που σχεδόν αγγίζει τη βεβαιότητα με ένα τόσο μεγάλο ποσοστό και που φυσικά μπορεί να ανατραπεί αν κυριαρχήσει η γνώση και η λογική.

Έτσι εξηγείται γιατί ο καρκίνος του πνεύμονα, είναι η πιο συνήθης αιτία θανάτου από καρκίνο σε άνδρες και γυναίκες, έχοντας αυξηθεί κατά 250% από το 1950.

Επίσης για να γίνουν αντιληπτές στον σχολικό πληθυσμό, οι πολλαπλές επιδράσεις του καπνού στο σύνολο των οργάνων του ανθρώπου μπορεί ο νοσηλευτής / τρια να αναφερθεί επιγραμματικά στην ανάπτυξη καρκίνου και σε άλλα όργανα πέραν του πνεύμονος και των βρόγχων. Σε όργανα που δεν έχουν άμεση επαφή με το κάπνισμα, αλλά που όμως έρευνες απέδειξαν την σχέση τους με το κάπνισμα, όπως ο καρκίνος του οισοφάγου, του στομάχου, της ουροδόχου κύστης, των νεφρών, του παγκρέατος, του ήπατος, ακόμη και της μήτρας. Σ' αυτές τις περιπτώσεις οι καρκινογόνες ουσίες απορροφούμενες από τον οργανισμό και μέσω του κυκλοφορικού συστήματος μακρόχρονα βλάπτουν και αυτά τα όργανα. (6)

B) Καρδιοαγγειακές Παθήσεις

Συνεχίζοντας ο κοινοτικός νοσηλευτής / τρια στον σχολικό πληθυσμό οφείλει να περιγράψει τις επιπτώσεις του καπνίσματος σ' ένα ζωτικής σημασίας σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού, το καρδιαγγειακό.

Σκοπός της αναφοράς σ' αυτό το σύστημα, είναι να ευαισθητοποιήσει ακόμη περισσότερο τη μαθητική κοινότητα στις βλάβες που προκαλεί το τσιγάρο και που δίκαια έχει χαρακτηριστεί ως "Άγριος θάνατος" μέσω του Κ.Ν.Σ. ο καπνός αναγκάζει την καρδιά να δουλεύει με υπερένταση χωρίς ανάπαυση. Ένα τέτοιο "κυνηγητό" του καρδιακού που οδηγεί στην πρόωρη φθορά του.

Εξηγώντας ο νοσηλευτής τις σοβαρότατες επιπτώσεις του τσιγάρου στην αρτηριοσκλήρυνση μπορεί και πρέπει να επικεντρώσει την προσοχή των εφήβων και σ' ένα άλλο σημείο εξ' ίσου σημαντικό, στην συμβολή του καπνού στην πρόκληση

εγκεφαλικών επεισοδίων αλλά και στην αρτηριοσκλήρυνση όλων των περιφερικών αγγείων.

Γ) Αναπνευστικά προβλήματα

Πέραν του καρκίνου, των παθήσεων της καρδιάς και των αγγείων, ένα δεύτερο σύστημα που προσβάλλει το τσιγάρο είναι το αναπνευστικό.

Η συμβολή του κοινοτικού νοσηλευτή είναι να περιγράψει τις σημαντικότερες συνέπειες αυτού που είναι:

- Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και το
- Πνευμονικό εμφύσημα.

Οι δύο παραπάνω παθήσεις υποδηλώνουν μια μόνιμη αποφρακτική διαταραχή του αερισμού των πνευμόνων, που σημαίνει ότι ο όγκος του αέρα που φθάνει στους πνεύμονες είναι κατά πολύ μικρότερος απ' αυτόν που απαιτείται για να καλυφθούν οι ανάγκες του οργανισμού σε οξυγόνο.

Ερμηνεύεται επίσης από τον νοσηλευτή στους εφήβους ο γνωστός γι' αυτούς "τσιγαρόβηχας", ο βήχας των καπνιστών που δεν είναι τίποτα άλλο παρά ένα σύμπτωμα της χρόνιας βρογχίτιδας. Όσον αφορά δε την θέση του νοσηλευτή για την θεραπεία των παραπάνω παθήσεων πρέπει να είναι ξεκάθαρη. Η μόνη θεραπεία είναι η διακοπή του καπνίσματος, έγκαιρα, πριν εγκατασταθούν μόνιμες βλάβες στην αναπνευστική λειτουργία που μπορούν να οδηγήσουν στον θάνατο³.

Δ) Εξάρτηση

Μια άλλη προέκταση των συνεπειών του καπνίσματος εξ' ίσου σοβαρή είναι ο εθισμός – εξάρτηση.

Έχοντας την γνώση ο νοσηλευτής / τρια, ότι η διάδοση μέσα στους κόλπους της νεολαίας είναι μεγάλη, πρέπει στην ενημέρωσή του να ξεκαθαρίσει ότι το κάπνισμα δεν είναι όπως πιστεύει η κοινωνία μας μια απλή συνήθεια, αλλά αποτελεί μια γνήσια φαρμακολογική εξάρτηση μικτού τύπου δηλαδή "Σωματική" και "Ψυχολογική".

Επομένως η έναρξη του τσιγάρου σε ηλικία 13 – 15 ετών αναμφίβολα θα προκαλέσει εξάρτηση και θα γίνει πολύ δύσκολη η διακοπή του τσιγάρου, ειδικά αν υπάρξουν και κάποια προβλήματα υγείας. Η κύρια εξαρτησιογόνος ουσία στον καπνό είναι η νικοτίνη. Είναι σε αυτήν που εθίζεται ο καπνιστής και αδυνατεί να κόψει το τσιγάρο⁵².

Με απλά λόγια επομένως ο κοινοτικός νοσηλευτής πρέπει ν' αποκαλύψει τον ρόλο της νικοτίνης, γιατί μπορεί από την μια να δημιουργεί ευφορία στον καπνιστή, μυϊκή χαλάρωση, διευκόλυνση της μνήμης, αύξηση της δυνατότητας συγκέντρωσης και προσοχής, από την άλλη όμως η ευφορία αυτή είναι μηδαμινή σε σχέση με τις τεράστιες και θανατηφόρες επιδράσεις της σ' όλα τα όργανα του οργανισμού.

Πρέπει λοιπόν να τονίσει στους νέους να κρατηθούν μακριά από το τσιγάρο αν θέλουν να προάγουν την υγεία τους και να αφιερώσουν την ενέργεια και το πνεύμα τους σε άλλες πιο δημιουργικές δραστηριότητες³.

Για την καλύτερη κατανόηση του θέματος ο νοσηλευτής επίσης πρέπει να χρησιμοποιήσει υλικό και μέσα παρουσίασης όπως αφίσες, slights, διαφάνειες, ερωτηματολόγια και έντυπα που να διευκολύνουν και οπτικά την παρακολούθηση του θέματος.

13.2.2. Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στους Χώρους Εργασίας

Η αγωγή υγείας στους χώρους εργασίας έχει σαν σκοπό να πείσει τους ανθρώπους να αποδεχτούν και να εφαρμόσουν τρόπους υγιεινής διαβίωσης, απομακρύνοντας τον κίνδυνο της αρρώστιας και προάγοντας την υγεία.

Το ένα τέταρτο περίπου της ζωής του ατόμου ξοδεύεται στην εργασία του. Είναι φυσικό λοιπόν το εργασιακό του περιβάλλον να είναι ασφαλές και να προστατεύεται.

Η διατήρηση ενός ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος είναι ευθύνη της κοινοτικής νοσηλευτικής παρέμβασης. ο νοσηλευτής αξιολογώντας το περιβάλλον, με έλεγχο της καθαριότητας, της θέρμανσης, του εξαερισμού, του φωτισμού, της αποχέτευσης κ.λ.π., είναι υπεύθυνος να διαπιστώσει τους παράγοντες εκείνους που επιδρούν βλαπτικά στην υγεία των εργαζομένων. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι μηχανικοί, φυσικοί, χημικοί, βιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί.

Η κατατόπιση του νοσηλευτή σχετικά με τα προβλήματα υγείας που υπάρχουν στον εργασιακό χώρο αλλά και τα γενικότερα που είναι δυνατόν να εμφανιστούν στην ομάδα των εργαζομένων, θα τον βοηθήσει να οργανώσει το πρόβλημα διαφώτισης στους χώρους εργασίας σωστά.

Το πρόγραμμα διαφώτισης πρέπει να περιλαμβάνει θέματα σχετικά με τα ενδιαφέροντα των εργαζομένων. Απλά καθημερινά θέματα που απασχολούν αυτούς και τις οικογένειές τους διεγείρουν περισσότερο το ενδιαφέρον και την συμμετοχή τους, (κάπνισμα, άσκηση, διατροφή κ.α.), από τα πολύπλοκα επιστημονικά θέματα, τα οποία είναι δύσκολο να κατανοήσουν.

Σχετικά με το κάπνισμα ο νοσηλευτής πρέπει μέσα από ατομική διδασκαλία, ομαδική διδασκαλία και καμπάνιες, να εκθέσει τις καταστροφικές συνήθειες του καπνίσματος.

Στόχος του, η πρόληψη (μη έναρξη του τσιγάρου), η αποτροπή του παθητικού καπνίσματος από τους μη καπνιστές που θα βλάψει την υγεία τους, καθώς επίσης και η προτροπή για την διακοπή του τσιγάρου.

Όσον αφορά την πρόληψη ο νοσηλευτής πρέπει να σταθεί στις βλαπτικές επιπτώσεις του τσιγάρου σ' όλα τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού, στην

πρόωρη νοσηρότητα που αυτό οδηγεί, καθώς επίσης στον εθισμό και στην εξάρτηση που δυσκολεύει τον καπνιστή να διακόψει το τσιγάρο.

Σε σχέση με τη διακοπή του τσιγάρου ο νοσηλευτής πρέπει να επισημάνει τις ωφέλειες που θα επιφέρει στον οργανισμό του ο καπνιστής σταματώντας το κάπνισμα, πρέπει να τον προετοιμάσει για τα στερητικά συμπτώματα που θ' αντιμετωπίσει, προτείνοντας του, τον καλύτερο τρόπο διακοπής, ώστε ο στόχος του καπνιστή να έχει τελικά επιτυχία.

13.2.3. Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στις Κατ' Οίκον Επισκέψεις

Η αγωγή υγείας στην οικογένεια με τις κατ' οίκον επισκέψεις έχει κατά πολύ να βοηθήσει στην προαγωγή του επιπέδου υγείας της κοινότητας.

Η οικογένεια σαν το βασικότερο κύτταρο της κοινότητας αποτελεί τον θεμελιακό λίθο της κοινοτικής νοσηλευτικής παρέμβασης.

Μέσα στην οικογένεια είναι δυνατόν να ανακαλυφθούν τόσο οι αιτίες, όσο και οι τρόποι αντιμετώπισης ποικίλων προβλημάτων υγείας και ένα πλήθος στρατηγικών και μέσων που θα συντελέσουν στην προαγωγή της κοινοτικής υγείας.

Οι περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την οικογένεια συγκεντρώνονται στην κατ' οίκον επίσκεψη του νοσηλευτή. Η αξιολόγηση στο σπίτι έχει πολλά πλεονεκτήματα σε σύγκριση με την επικοινωνία νοσηλευτή – ατόμου σ' ένα κέντρο υγείας. Οι πληροφορίες τόσο για τη σύνθεση όσο και για τις σχέσεις της οικογένειας είναι πιο εξακριβωμένες. Η παρατήρηση του οικογενειακού περιβάλλοντος βοηθά το νοσηλευτή να διαπιστώσει τόσο τα εμπόδια και τις δυσκολίες όσο και τις δυνατότητες της οικογένειας να συμβάλλει στην επίτευξη μεγαλύτερης οικογενειακής συνοχής και προαγωγής του επιπέδου της υγείας τους.

Τα μέλη της οικογένειας αισθάνονται μεγαλύτερη ασφάλεια και ανεξαρτησία στο δικό τους περιβάλλον και γίνονται έτσι πιο επιδεκτικοί στις προτάσεις του νοσηλευτή για αντιμετώπιση των αναγκών της υγείας τους.

Η αμεσότητα στην επικοινωνία που επιτρέπει η κατ' οίκον επίσκεψη, δίνει τη δυνατότητα στο νοσηλευτή και τα άτομα της οικογένειας να εκθέσουν τις απόψεις και τις αντιλήψεις τους από κοινού, καθώς επίσης και να συνεργάζονται στην προώθηση θεμάτων υγείας.

Αναφορικά με το κάπνισμα, στις κατ' οίκον επισκέψεις ο νοσηλευτής έχει ένα ευρύ φάσμα θεμάτων προς συζήτηση που μπορούν να συγκεκριμενοποιηθούν βέβαια ανάλογα με τα περιστατικά που συναντά από οικογένεια σε οικογένεια.

Οφείλουμε να αναφερθούμε σε μερικά απ' αυτά που θεωρούνται πρωτεύοντα για την προαγωγή του επιπέδου της υγείας της οικογένειας.

Αυτά είναι οι επιπτώσεις του καπνίσματος:

- στην γένεση και εξέλιξη της χρόνιας βρογχίτιδας και πνευμονικού εμφυσήματος

- στις καρδιαγγειακές παθήσεις
- στην κύηση και το έμβρυο
- στην φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού (παθητικό κάπνισμα)
- στο ενδεχόμενο χειρουργικών επεμβάσεων με γενική αναισθησία.
- επίσης τρόποι διακοπής του καπνίσματος, εμφάνιση στερητικών συμπτωμάτων και απεξάρτηση.

Αναπνευστικό σύστημα

Ο νοσηλευτής, -τρια πρέπει να διαφωτίσει την οικογένεια για τις βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος στο αναπνευστικό σύστημα. Να τονίσει ότι το κάπνισμα δεν αποκλείεται να οδηγήσει σε χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια δηλαδή σε χρόνια βρογχίτιδα και πνευμονικό εμφύσημα.

Ο νοσηλευτής καταρρίπτοντας τις απόψεις μερικών ατόμων που υποστηρίζουν ότι η χρόνια βρογχίτιδα – εμφύσημα είναι πολύ παραγοντική νόσος και λιγότερο οφείλεται στο κάπνισμα, πρέπει να υπογραμμίσει πως το κάπνισμα θεωρείται ο πλέον σημαντικός παράγοντας, ακόμα και από την επαγγελματική έκθεση ή ρύπανση της ατμόσφαιρας.

Τέλος ο νοσηλευτής πρέπει να υπογραμμίσει ότι η διακοπή του καπνίσματος έχει πολλά να επιφέρει σ' έναν καπνιστή όσον αφορά το αναπνευστικό σύστημα.

Η διακοπή του καπνίσματος πριν από την έναρξη της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονικής νόσου, μπορεί είτε να αποτρέψει ή να καθυστερήσει της εμφάνισή της.

Καρδιαγγειακό σύστημα

Ένα δεύτερο θέμα που είναι υποχρεωμένος ο νοσηλευτής να θίξει σε κάθε οικογένεια είναι οι συνέπειες του τσιγάρου στο καρδιαγγειακό σύστημα.

Ο νοσηλευτής με την χρησιμοποίηση πολλών τεκμηριωμένων μελετών, των τελευταίων 30 χρόνων πρέπει να εξηγήσει ότι το κάπνισμα σχετίζεται με την στεφανιαία νόσο της καρδιάς και την αρτηριοσκλήρυνση.

Παρακολουθώντας ασθενή στις κατ' οίκον επισκέψεις που έχει στο ιστορικό του έμφραγμα μυοκαρδίου, ο νοσηλευτής πρέπει να του τονίσει εφόσον είναι καπνιστής, να διακόψει το κάπνισμα αφού ο καλύτερος μεμονωμένος προβλέψιμος παράγοντας επανεφραγμός του μυοκαρδίου είναι η συνέχιση του καπνίσματος.

Πιο συγκεκριμένα πρέπει να του εξηγήσει ότι με τη συνέχιση του τσιγάρου, ο κίνδυνος να πάθει νέο έμφραγμα διπλασιάζεται καθώς επίσης ότι οι θάνατοι από έμφραγμα του μυοκαρδίου στην Ελλάδα υπολογίζονται 2 φορές πιο συχνόι μεταξύ καπνιστών (70% πάνω).

Ο νοσηλευτής επίσης οφείλει να σημειώσει πως το κάπνισμα θεωρείται ο μεγαλύτερος προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξη της αρτηριοσκλήρυνσης της αορτής και των περιφερειακών αρτηριών.

Συνεχίζοντας ο νοσηλευτής για το πόσο επικίνδυνο είναι το κάπνισμα πρέπει επίσης ν' αναφέρει πως το κάπνισμα συμμετέχει σημαντικά σαν προδιαθεσική αιτία σε αγγειακά εμβολικά ή αιμορραγικά αγγειακά επεισόδια. Επομένως χρειάζεται να επισημάνει στους καπνιστές τον κίνδυνο που διατρέχουν να πάθουν σε μεγαλύτερη αναλογία εγκεφαλική επεισόδια από τους μη καπνιστές.

Επίσης η κατ' οίκον επίσκεψη σε διαβητικό ή παχύσαρκο, ο οποίος είναι και καπνιστής, ο νοσηλευτής, ένα από τα θέματα που πρέπει να συζητήσει μαζί τους και με την οικογένειά του είναι η διακοπή του καπνίσματος. Τόσο οι παχύσαρκοι όσο και οι διαβητικοί ασθενείς κινδυνεύουν να πάθουν γάγγραινα με επακόλουθο τον ακρωτηριασμό των άκρων τους σε ποσοστό 11% μεγαλύτερο από το αν δεν κάπνιζαν.

Τέλος ο νοσηλευτής, στο ζήτημα της διακοπής του τσιγάρου, πρέπει να περιγράψει τα οφέλη στο καρδιαγγειακό σύστημα των καπνιστών. Η διακοπή του καπνίσματος έχει ευεργετικά αποτελέσματα με μείωση του κινδύνου θανάτου από στεφανιαία νόσο, κατά τρόπο ανάλογο προς τον χρόνο που μεσολαβεί μετά τη διακοπή.

Παθητικό κάπνισμα

Επισκέπτοντας ο νοσηλευτής μια οικογένεια που έχει στη σύνθεσή της παιδιά και ο ένας ή και οι δύο γονείς καπνίζουν, ένα από τα θέματα που είναι ανάγκη να συζητήσει μαζί τους, είναι ότι το παθητικό κάπνισμα επηρεάζει την ανάπτυξη του παιδιού.

Πρέπει να ξεκινήσει από το γεγονός ότι το παράπλευρο ρεύμα του καπνού είναι ο πιο σημαντικός και επικίνδυνος τύπος εσωτερικής ρύπανσης του αέρα για τους μη καπνιστές, διότι περιέχει π.χ. μονοξειδίο του άνθρακα δυο – τρεις φορές περισσότερο από το ενεργητικό κάπνισμα.

Ο καπνός του τσιγάρου μπορεί να προκαλέσει στους παθητικούς καπνιστές δυσφορία, ερεθισμό στα μάτια, πονοκέφαλο, κνησμό, βήχα, συνάχι, ξηρότητα της ρινός, μπούκωμα, ναυτία, ζαλάδες, ερεθισμό στο λαιμό, συριγμό και βραχνάδα.

Ο νοσηλευτής ωστόσο πρέπει να επισημάνει ότι το παθητικό κάπνισμα επηρεάζει πολύ περισσότερο σε ένταση και σε έκταση κυρίως τα παιδιά. Οι προκαλούμενες βλάβες της υγείας των βρεφών και των παιδιών από το παθητικό κάπνισμα έχει διαπιστωθεί από πληθώρα ερευνών. Στα ούρα καθώς και στον σίελο των βρεφών και των παιδιών μετρήθηκε ποσότητα κοτινίνης (μεταβολίτης της νικοτίνης) η οποία ήταν εντελώς ανύπαρκτη στα παιδιά των μη καπνιστών.

Τέλος το βρογχικό άσθμα και η σπαστική βρογχίτιδα επιδεικνύονται στα πάσχοντα παιδιά κατά 67% περισσότερο από το παθητικό κάπνισμα, σε σχέση με πάσχοντα παιδιά που οι γονείς τους δεν καπνίζουν. Το 18-34% του παιδικού άσθματος με ταυτόχρονη δύσπνοια αποδίδεται κατά κύριο λόγο στο παθητικό

κάπνισμα.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ

Σήμερα που η συχνότητα γυναικών που καπνίζουν τείνει να φθάσει τον αριθμό συχνότητας των αντρών, ο νοσηλευτής πρέπει να έχει υπόψη του στις κατ' οίκον επισκέψεις, την αυστηρή και διεξοδική συζήτηση γύρω από το κάπνισμα και τις συνέπειες του στις γυναίκες που εγκυμονούν ή που πρόκειται να μείνουν έγκυες.

Ο νοσηλευτής στη συζήτηση με την έγκυο είναι ανάγκη να υπερτονίσει την άμεση δράση των παραγωγών του καπνού, όπως της νικοτίνης στο έμβρυο. Η κυκλοφορούσα νικοτίνη μέσω του πλακούντα επηρεάζει την καρδιακή λειτουργία του εμβρύου με ταχυκαρδία, παροδική αύξηση της αρτηριακής πίεσης, φθάνοντας σε διπλάσια πιθανότητα να γεννηθούν παιδιά με καρδιοπάθειες από γυναίκες που καπνίζουν απ' ότι από γυναίκες που δεν καπνίζουν.⁵⁵

ΣΤΕΡΗΣΗ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Σημαντικό ρόλο έχει να παίζει ο νοσηλευτής μέσα από τις κατ' οίκον επισκέψεις και σε ένα άλλο μεγάλο κεφάλαιο του καπνίσματος, αυτό της διακοπής του τσιγάρου σε ένα χρόνιο καπνιστή.

Ο νοσηλευτής πρώτα απ' όλα πρέπει να τονίσει στον χρόνιο καπνιστή πως η διακοπή του τσιγάρου δεν είναι μια πολύ εύκολη υπόθεση, όχι λόγω της συνήθειας, αλλά, κυρίως λόγω του εθισμού που αποκτά ο οργανισμός του από τη νικοτίνη, του καπνού. Πρέπει να του επισημάνει ότι η αποχή από το τσιγάρο, ακόμα και για ώρες σ' ένα βαρύ καπνιστή, θα οδηγήσει στην εμφάνιση δυσάρεστων στερητικών συμπτωμάτων.⁵²

Ο νοσηλευτής επίσης πρέπει να του εξηγήσει ότι όσο πιο γρήγορα κόψει το τσιγάρο τόσο λιγότερα προβλήματα θα αντιμετωπίσει εφόσον έχει παρατηρηθεί ότι όσο μεγαλύτερη είναι η συγκέντρωση της νικοτίνης στο πλάσμα, πριν από τη διακοπή του καπνίσματος, τόσο μεγαλύτερη είναι η επιθυμία για κάπνισμα.

Όσον αφορά τον τρόπο, με τον οποίο ο καπνιστής θα κόψει το τσιγάρο, ο νοσηλευτής έχει να επιδείξει σπουδαίο ρόλο, μιας και μόνο ένα 15-20% των καπνιστών καταφέρνει τελικά το να επιτύχει. Επειδή όμως καμιά μέθοδος διακοπής δεν είναι η αποτελεσματικότερη, πρέπει να τον προετοιμάσει να πάρει μια σταθερή και αμετάκλητη απόφαση, που είναι τελικά και το καθοριστικό βήμα για την επίτευξη του στόχου του.

Πρέπει να του ξεκαθαρίσει ότι, αν θέλει τελικά να σταματήσει το τσιγάρο, θα πρέπει να παλέψει όχι μόνο με τα στερητικά συμπτώματα των χημικών ουσιών του καπνού αλλά και με τα συμπτώματα στέρησης, σωματικών κινήσεων που έχει

συνδέσει με το κάπνισμα του τσιγάρου. Με τα χέρια του (που θα του υπενθυμίζουν για αρκετό καιρό το τσιγάρο) και με τα χείλη του που επαναλαμβάνουν και σταθεροποιούν, έπειτα από πολλά χρόνια, με την απόκτηση της συνήθειας του καπνίσματος, κινήσεις παρόμοιες μ' εκείνες του θηλασμού –της πρώτης αλησμόνητης ηδονής και ευδαιμονίας του βρέφους.

Ο νοσηλευτής πρέπει να τον βοηθήσει να επιλέξει την καλύτερη δυνατή μέθοδο διακοπής του καπνίσματος που του ταιριάζει. Η μέθοδος βαθμιαίας ελάττωσης των τσιγάρων ή η απότομη διακοπή του καπνίσματος, θα είναι και η πιο αποτελεσματική για τον ίδιο;

Ωστόσο όποια και από τις δύο μεθόδους διακοπής επιλέξει ο καπνιστής θα του απαιτηθεί αλλαγή των συνηθειών της ζωής του, ασχολιών, ευθυνών και συναναστροφών με καπνιστές. Μια περίοδος “απελευθέρωσης” από το πλέγμα των καθημερινών αναγκών και δεσμών είναι απαραίτητη για να τον βοηθήσει στην προσπάθεια που θα καταβάλλει και προπάντως να υπερνικήσει τη νευρικότητα από τη στέρηση.

Αλλά και από ψυχολογικής άποψης ο καπνιστής χρειάζεται ηρεμία και όχι αγωνία, αμφιβολία και ανησυχία, ώστε με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση να αντιμετωπίσει τη διακοπή του τσιγάρου.

Μια καλή ευκαιρία άλλωστε που μπορεί να αξιοποιήσει ο νοσηλευτής για να κόψει κάποιος καπνιστής το τσιγάρο είναι μια ενδεχόμενη ασθένεια π.χ. γρίπη – ιώσεις που από μόνες τους επιφέρουν μια αντιπάθεια προς τον καπνό.¹

Ο νοσηλευτής για να βοηθήσει τον καπνιστή να κόψει το τσιγάρο μπορεί να του προτείνει ένα πρόγραμμα διατροφής για την πρώτη βδομάδα μετά την παύση του τσιγάρου για να βοηθήσει ακόμα περισσότερο να πετύχει το στόχο του.

1^η ημέρα: Ο καπνιστής το πρωί πίνει ένα-δύο ποτήρια νερό, ώστε να διευκολυνθεί η αποβολή της νικοτίνης και η καλή λειτουργία του οργανισμού του. Εν συνεχεία για το πρωινό τρώει φρούτα ή ένα μπισκότο – κουλούρι και πίνει άλλα δύο ποτήρια νερό μεταξύ 10-12 π.μ. Στο μεσημεριανό γεύμα τρώει απλά σούπα, σαλάτα ή γάλα, ψωμί σταρένιο και φρούτα. Το απόγευμα δύο ποτήρια νερό και στο βραδινό γεύμα φρούτα ή εάν πεινά έντονα κάτι πολύ ελαφρύ.

2^η ημέρα: Το ίδιο πρόγραμμα της πρώτης ημέρας.

3^η – 7^η ημέρα: Ελαττώνονται τα υγρά και προστίθενται στο διαιτολόγιο άλλες τροφές, κυρίως χορταρικά, ψάρια, γαλακτοκομικά και φρούτα.

Αυτές τις μέρες ανοίγει η όρεξη αλλά ο καπνιστής, πρέπει να του τονίζεται, δεν πρέπει να ανησυχεί για το βάρος του γιατί τώρα παλεύει για το κάπνισμα και αργότερα θα ασχοληθεί με τη διατήρηση βάρους του.

Αυτές τις μέρες τουλάχιστον απαγορεύεται ο καφές και τα οινοπνευματώδη ποτά, αλλά και στο μέλλον η αποχή απ' αυτά ωφελεί, αφού ως διεγερτικά καλλιεργούν την

επιθυμία για τσιγάρο.

Ο καπνιστής αυτές τις μέρες χρειάζεται περισσότερη ανάπαυση με ύπνο τουλάχιστον 8 ώρες το 24ωρο. Επίσης πρέπει να αποφεύγει τα μεγάλα προβλήματα και τις έντονες εργασίες και ασχολίες προκειμένου να σώσει την υγεία του από το ολέθριο τσιγάρο. Αλλά ακόμα πρέπει να μείνει μακριά από διασκεδάσεις και ξενύχτια όπως και από καφεενεία και κλειστούς χώρους γιατί οι πειρασμοί του ποτού και του τσιγάρου είναι μεγάλοι.

Τέλος ακόμα και αν παρασυρθεί, και ανάψει ένα τσιγάρο, ο καπνιστής την πρώτη ή τη δεύτερη μέρα διακοπής του καπνίσματος, ο νοσηλευτής πρέπει να τον ενθαρρύνει να μην εγκαταλείψει την προσπάθεια ή την απόφαση που πήρε. Η αρχική του εκλογή ισχύει και δεν πρέπει να απελπιστεί επειδή έχασε μια μάχη γιατί μπροστά του έχει ένα πολύ σημαντικό πόλεμο που πρέπει στο τέλος να βγει νικητής.³

13.2.4. Προτάσεις Αμερικανικής Ένωσης Νοσηλευτριών

Η Αμερικανική ένωση νοσηλευτριών υποστηρίζει:

- Υπεράσπιση για αλλαγή της πολιτικής, προκειμένου τα παιδιά να αποτραπούν από τη χρήση καπνού. Η πολιτική αυτή πρέπει τουλάχιστον να περιλαμβάνει:
 - Περιορισμό στην πρόσβαση των νέων στα προϊόντα καπνού.
 - Ενίσχυση και επιβολή των νόμων.
 - Περιορισμό στην ύπαρξη των αυτόνομων μηχανών αγοράς τσιγάρων.
 - Περιορισμό στην πώληση μέσω internet, ταχυδρομικών παραγγελιών και στις πωλήσεις self-service και τσιγάρων που πωλούνται χύμα.
- Να ενσωματωθούν στις κατευθυντήριες γραμμές των εγχειριδίων που χρησιμοποιούνται από τον “ΟΔΗΓΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ”, εκπαιδευτικές συμβουλές σχετικά με τον έλεγχο καπνού.
- Η κρατική ένωση νοσοκόμων πρέπει να προσπαθήσει να καταβάλλει προσπάθειες ώστε να δημιουργήσουν ειδικές στρατηγικές για τον έλεγχο καπνού στους νέους, στους φοιτητές και στα σχολεία. Τουλάχιστον θα πρέπει να δημιουργηθούν ειδικά πακέτα οικονομικών οφελών από το κράτος προκειμένου να χορηγηθούν σ’ αυτούς που καταβάλλουν προσπάθειες για παραίτηση από το κάπνισμα.
- Να περιοριστεί η επιρροή που ασκείται στους νέους από τις διαφημίσεις προϊόντων καπνού:
 - Περιορισμό στα γεγονότα τα οποία χρηματοδοτούνται από εταιρείες καπνού και απευθύνονται στους νέους.
 - Περιορισμό στις διαφημίσεις και στις δημοσιεύσεις καπνού που εμπλέκουν τους νέους.

- Περιορισμό στις διαφημίσεις που βρίσκονται κοντά στα σχολεία.
- Να επηρεαστούν τα media ώστε να αποφευχθεί η χρήση διαφημίσεων αίγλης, και αφορούν τα προϊόντα καπνού.
- Να αυξηθούν, εν μέρει, οι τιμές των προϊόντων καπνού μέσω της φορολογίας, ώστε προληπτικά να επηρεαστούν οι πωλήσεις στους νέους.
- Να προωθηθούν ελεύθερα προγράμματα που αφορούν το κάπνισμα και τους νέους στα σχολεία ή στις κοινότητες.
- Να υπάρχει μια συνεχής προσπάθεια για τον έλεγχο του καπνίσματος σε συνεργασία με οικογένειες, σχολεία, κοινότητες, επαγγελματίες γιατρούς, αντι-καπνιστικά προγράμματα νέων και άλλους οργανισμούς υγείας.
- Σε όλα τα προγράμματα μαθημάτων της νοσηλευτικής πρέπει να υπάρχει μία επαρκή ύλη που να αφορά τον έλεγχο και την πρόληψη του καπνίσματος.
- Να επαυξηθούν οι επαγγελματικές και εκπαιδευτικές ευκαιρίες που δίνονται στους νοσηλευτές και οι οποίες επικεντρώνουν το ενδιαφέρον τους σε στρατηγικές που προλαμβάνουν τη χρήση καπνού, ειδικά στα παιδιά και στους νέους.
- Να προωθηθούν νοσηλευτικές έρευνες για τον έλεγχο του καπνίσματος.
- Να καθιερωθούν τρόποι - μεσολαβήσεις για το σταδιακό κόψιμο του τσιγάρου σε παιδιά και νέους που βρίσκονται σε επικίνδυνες καταστάσεις.
- Να προσδιοριστούν οι συνέπειες του καπνίσματος ή της ενδεχόμενης χρήσης του καθώς και η έκθεση στον καπνό, στην υγεία των παιδιών και των νέων.
- Η σημασία και η αξία της γνώσης για την πρόληψη και το σταμάτημα του καπνίσματος πρέπει να συνυπολογίζονται ως ένα μέρος των εξετάσεων για τους επαγγελματίες νοσηλευτές.⁵⁶

13.3. ΤΙ ΙΣΧΥΕΙ ΣΤΗΝ ΑΜΕΡΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

ΟΙ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ ΣΤΗ ΜΑΥΡΗ ΛΙΣΤΑ

Ευρεία αντικαπνιστική εκστρατεία έχει αναληφθεί στον πολιτισμένο κόσμο, μετά τις καταστρεπτικές για την υγεία συνέπειες του καπνίσματος που έχουν επισημάνει οι ειδικοί επιστήμονες. Έτσι μεταξύ άλλων:

α) Η καναδική κυβέρνηση, εντείνοντας την αντικαπνιστική εκστρατεία, ψήφισε νόμο βάσει του οποίου απαγορεύεται η πώληση σιγαρέτων σε ανηλίκους κάτω των 18 ετών. Οι παραβάτες τιμωρούνται με πρόστιμο που ανέρχεται σε 50.000 δολάρια, αν έχουν υποπέσει τρεις φορές στο ίδιο παράπτωμα. Η ίδια κυβέρνηση προωθεί τώρα

νέο νόμο που, αν ψηφισθεί, θα επιβάλλει στις καπνοβιομηχανίες όχι μόνο να αναγραφούν πάνω στα πακέτα τη γνωστή ένδειξη «Βλάπτει σοβαρά την υγεία», αλλά και να χρησιμοποιούν **κουτιά ομοιόμορφα, γκρίζου χρώματος, που να θυμίζουν κουτιά φαρμάκων**. Θα λείψουν έτσι τα πολύχρωμα δελεαστικά κουτιά, ενώ απ' έξω θα αναγράφεται και η φράση: «Κάθε χρόνο η χρήση καπνού σκοτώνει 40.000 Καναδούς».

β) Στη Γαλλία ο νόμος Εβέν της 2 Νοεμβρίου 1992 (από το όνομα του τότε Υπουργού Υγείας) απαγορεύει το κάπνισμα σε κάθε κλειστό χώρο (σχολεία, μέσα συγκοινωνίας, καταστήματα, μπαρ, εστιατόρια, δημόσιες και ιδιωτικές επιχειρήσεις), εκτός αν υπάρχει ειδικός χώρος για καπνίζοντες που να διαθέτει κατάλληλο σύστημα εξαερισμού. Οι παραβάτες καπνιστές καταδικάζονται σε πρόστιμα 24.000 – 40.000δρχ. Επίσης το κάπνισμα απαγορεύεται και στους ανοικτούς κοινόχρηστους χώρους, στο μετρό, στις συγκοινωνίες, ενώ στα τρένα υπάρχουν ειδικά βαγόνια για καπνιστές. Στα αεροπλάνα απαγορεύεται το κάπνισμα, εφ' όσον η διάρκεια του ταξιδιού είναι μικρότερη από 2 ώρες. Απαγορεύεται επίσης κάθε διαφήμιση. Ο γαλλικός λαός εγκρίνει τις ρυθμίσεις αυτές με μεγάλη πλειοψηφία («La Croix» 30.5.95).

γ) Στις ΗΠΑ οι καπνιστές αισθάνονται ότι το κράτος τους καταδιώκει. Στο Λος Άντζελες υπάρχει τεράστια φωτεινή επιγραφή, την οποία επιχορηγεί η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία κατά του καρκίνου, που αναγράφει: «Οι θάνατοι από το τσιγάρο αυτό τον χρόνο και μέχρι σήμερα στις ΗΠΑ είναι...» και γράφεται ενημερωμένος κάθε μέρα με ηλεκτρονικά μέσα ο αριθμός. Σε πολλά γραφεία, καταστήματα και εργοστάσια υπάρχουν πινακίδες που γράφουν: «Για μας το κάπνισμα είναι ντροπή». Η νομοθεσία δεν είναι βέβαια η ίδια παντού. Ωστόσο κερδίζουν συνεχώς έδαφος οι απαγορεύσεις. Πολλές ιδιωτικές επιχειρήσεις δεν προσλαμβάνουν πια καπνιστές. Σε είκοσι δύο Πολιτείες έχουν ληφθεί μέτρα και υπέρ των καπνιστών, αλλά πουθενά Δε μειώθηκαν τα εξαιρετικά υψηλά ασφάλιστρα για καπνιστές.

δ) Στο Βέλγιο απαγορεύεται η διαφήμιση των τσιγάρων με οποιοδήποτε τρόπο. Απαγορεύεται το κάπνισμα σε κλειστούς δημόσιους χώρους, όπως π.χ. το μετρό, ενώ στα εστιατόρια ή καφεενεία υπάρχει ειδικός χώρος για καπνιστές.

ε) Στη Μεγάλη Βρετανία οι περισσότεροι δημόσιοι οργανισμοί αλλά και ιδιωτικές επιχειρήσεις δεν προσλαμβάνουν καπνιστές. Σε άλλες επιχειρήσεις το κάπνισμα σε ώρα εργασίας είναι λόγος απόλυσης. Το κάπνισμα απαγορεύεται σε κλειστούς χώρους (θέατρα, μουσεία, κινηματογράφους).

ς) Στη Γερμανία απαγορεύεται το κάπνισμα στους δημόσιους χώρους. Η αεροπορική εταιρεία Lufthansa απαγόρευσε το κάπνισμα σε όλες τις πτήσεις εσωτερικού και εξωτερικού, και το 91% των επιβατών συμφώνησε.

η) Στη **Ισπανία** το κάπνισμα απαγορεύεται μόνο στα δημόσια συγκοινωνιακά μέσα.

θ) Στη **Δανία** ισχύει υψηλή τιμή για προμήθεια τσιγάρων. Το κάπνισμα απαγορεύεται στους δημόσιους χώρους.

Απαγορεύτηκε η διαφήμιση

Έρευνα που έγινε τον Οκτώβριο 1991 μεταξύ Ευρωπαίων από το Eurostat, έδωσε τα ακόλουθα αποτελέσματα: 7 στους 10 Ευρωπαίους τάσσονται υπέρ της ολικής απαγόρευσης κάθε είδους διαφήμισης των τσιγάρων.

Άλλη έρευνα που έγινε το Μάρτιο 1992 με θέμα: «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου», έδωσε το 85% των ερωτηθέντων καπνιστών και μη, να θέλουν νομοθετική ρύθμιση της οριοθέτησης των χώρων εργασίας για καπνιστές και μη καπνιστές.

| Υπέρ της απαγόρευσης της διαφήμισης του καπνού έχουν ταχθεί κατά σειρά: | |
|--|--------|
| Η Πορτογαλία | με 88% |
| Η Ιταλία | με 85% |
| Η Ελλάδα | με 79% |
| Οι Κάτω Χώρες | με 55% |
| Η Δανία | με 53% |

- Στην Αμερική έχουν κόψει το τσιγάρο χάρις στην αντικαπνιστική εκστρατεία 40.000.000 Αμερικανοί μέσα στα τελευταία 25 χρόνια. Τώρα οι καπνοβιομηχανίες στρέφουν το ενδιαφέρον τους σε Ανατολική Ευρώπη και Ασία.
- Οι αεροπορικές εταιρείες διαφημίζουν τώρα μακρινά ταξίδια (στην Αυστραλία π.χ.) με non – smoking προδιαγραφή.
- Πρόσφατα ο Βρετανός κ. Φίλιπ Κέϊναλ ανάγκασε τη βρετανική αεροπορική εταιρεία British Airways να τον αποζημιώσει, διότι του έδωσε θέση μη καπνίζοντος όπως είχε ζητήσει, ακριβώς όμως πάνω στη διαχωριστική γραμμή καπνιζόντων και μη, με αποτέλεσμα να ενοχληθεί στη διάρκεια του ταξιδιού⁵⁷.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι εκπαιδευτικές διαφημίσεις έχουν διαδόσει τη γνώση των βλαβερών συνεπειών του καπνίσματος. Οι περισσότεροι άνθρωποι συμφωνούν ότι το κάπνισμα βλάπτει κι ότι, συχνά, προκαλεί αρρώστια και θάνατο. Παρ' όλα αυτά ο αριθμός των καπνιστών εξακολουθεί ν' αυξάνει. Ανάμεσα στα 1968 και 1974 το ποσοστό των νέων αντρών που καπνίζουν έμεινε σταθερό, γύρω στα 28% αλλά το ποσοστό των νέων γυναικών αυξήθηκε από 18% σε 25%. Ο καρκίνος του πνεύμονα και οι καρδιοπάθειες στις γυναίκες αυξάνονται σήμερα με γοργό ρυθμό, αντικατοπτρίζοντας αυτή την αύξηση των καπνιστριών.

Ο αριθμός των τσιγάρων, που παρήγαν κάθε χρόνο οι Η.Π.Α. εξακολουθούσε ν' αυξάνει, και στα 1973, η παραγωγή ξεπέρασε τα 600 δισεκατομμύρια τσιγάρα. Αυτό αντιστοιχεί σε κάτι παραπάνω από 4.000 τσιγάρα το χρόνο για κάθε άτομο πάνω των 18 ετών. Μια μικρή ακτίνα ελπίδας σ' αυτή τη θλιβερή στατιστική είναι το γεγονός, ότι η κατά κεφαλήν κατανάλωση στις Η.Π.Α. για κάθε χρόνο, έχει μείνει σχετικά σταθερή απ' το 1964, όπου για πρώτη φορά τα τσιγάρα συνδέθηκαν με τον καρκίνο του πνεύμονα. Η αύξηση στη συνολική κατανάλωση οφείλεται, κυρίως, στην αύξηση του πληθυσμού και τα τελευταία τέσσερα χρόνια έχει μειωθεί το ποσοστό των ενηλίκων αντρών, που καπνίζουν, από, σχεδόν, 60% σε 39% περίπου.

Τι μπορεί να γίνει;

Τώρα υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις, ότι η κυβερνητική απραξία παραχωρεί τη θέση της σε κάποια δράση εναντίον των επιπτώσεων του τσιγάρου πάνω στη δημόσια υγεία. Σε μερικές χώρες έχει αυξηθεί η φορολογία κι έχουν απαγορευτεί οι διαφημίσεις. Αλλά οι ουσιαστικές λύσεις δεν έχουν βρεθεί ακόμα. Η χρήση του καπνού διαδόθηκε πολύ πριν υπάρξουν οι διαφημίσεις και σε μια εποχή, όπου το κόστος του ήταν συγκριτικά πολύ μεγαλύτερο απ' ότι είναι σήμερα ακόμα και με τα νέα φορολογικά μέτρα. Οι απλές προσπάθειες ν' απαγορευτεί το τσιγάρο, χωρίς να ξέρουμε, γιατί τόσοι πολλοί άνθρωποι βρίσκουν ευχαρίστηση σ' αυτό, φαίνονται καταδικασμένες. Αν μπορέσουμε να βρούμε γιατί ακριβώς προσφέρει μια «κάποια κρυφή ικανοποίηση», τότε ίσως να μπορέσουμε να βρούμε έναν λιγότερο καταστρεπτικό τρόπο για ν' αντλήσουμε την ευχαρίστηση, που μας προσφέρει σήμερα το κάπνισμα.¹¹

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

A. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή (Σαχίνη – Καρδάση 1991).

B. Πληθυσμός - δείγμα

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθυνόταν σε νοσηλευτές που εργάζονταν σε Νοσηλευτικά ιδρύματα της Πάτρας. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από ένα δείγμα που αποτελούταν από 102 άτομα.

Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Ιούλιο έως και τον Σεπτέμβριο του 2001 στην περιοχή της πόλης της Πάτρας. Οι ερωτώμενοι συναντήθηκαν με το μέλος της ερευνητικής ομάδας στα νοσηλευτικά ιδρύματα της περιοχής της Πάτρας.

Δ. Συλλογή δεδομένων

Γιά 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 ερωτόμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 15 λεπτά της ώρας.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Η μόνιμη εργασιακή σχέση με το νοσηλευτικό ίδρυμα
- Η ιδιότητα του ερωτώμενου (να μην είναι διοικητικός κλπ)

και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν τα 100 ερωτηματολόγια από το σύνολο των 102 που διανεμήθηκαν.

ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης). Για τον λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδώσαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, 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.

Ζ. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

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 μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

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

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.

2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Α. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

1. Δημογραφικά στοιχεία

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

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τον τμήμα όπου εργάζονται.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|---------------|------------|------------|
| ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ | 21 | 21 |
| ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ | 2 | 2 |
| ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ | 4 | 4 |
| ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ | 1 | 1 |
| ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ | 18 | 18 |
| ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ | 2 | 2 |
| ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ | 32 | 32 |
| ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ | 2 | 2 |
| Μ.Ε.Θ. | 8 | 8 |
| Ω.Ρ.Λ. | 1 | 1 |
| ΑΛΛΟ | 9 | 9 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

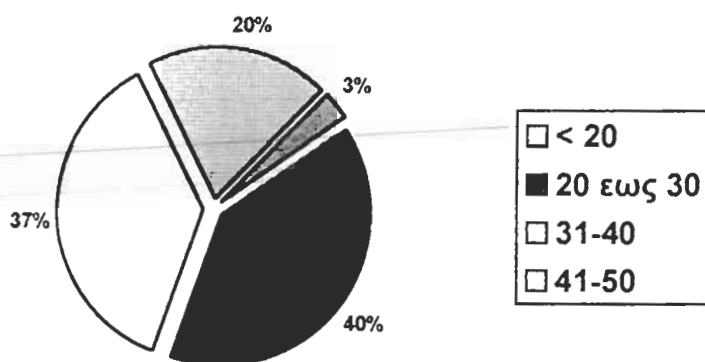
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα εργάζονταν στην καρδιολογική κλινική.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|---------------|------------|-------------|
| <20 ετών | 3 | 3 |
| 20-30 | 40 | 40 |
| 31-40 | 37 | 37 |
| 41-50 | 20 | 20 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

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

ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

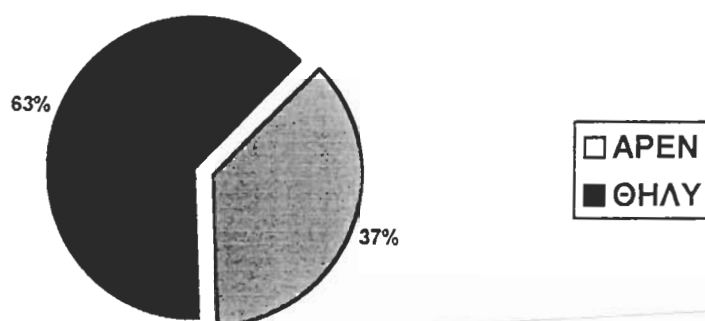


ΠΙΝΑΚΑΣ 3 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|---------------|------------|-------------|
| ΘΗΛΥ | 63 | 63 |
| ΑΡΡΕΝ | 37 | 37 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες.

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο.

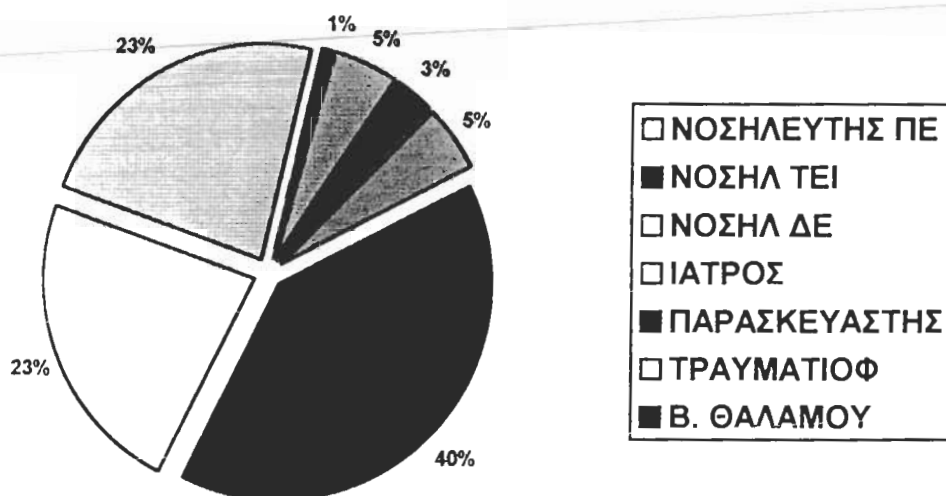


ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ειδικότητά τους

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|-------------------|------------|-------------|
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ Π.Ε | 5 | 5 |
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ | 40 | 40 |
| ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ | 23 | 23 |
| ΙΑΤΡΟΣ | 23 | 23 |
| ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΤΗΣ | 1 | 1 |
| ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΦΟΡΕΑΣ | 5 | 5 |
| ΒΟΗΘΟΣ ΘΑΛΑΜΟΥ | 3 | 3 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν νοσηλευτές (ΤΕΙ)

ΣΧΗΜΑ 3 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ειδικότητά τους.

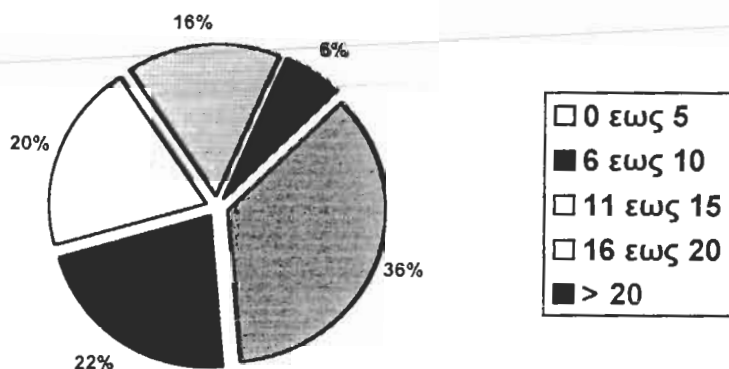


ΠΙΝΑΚΑΣ 5 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τα έτη εργασίας τους.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|---------------|------------|-------------|
| 0 – 5 ετη | 36 | 36 |
| 6 – 10 | 22 | 22 |
| 11 – 15 | 20 | 20 |
| 16 - 20 | 16 | 16 |
| > 20 ετη | 6 | 6 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα εργάζονταν λιγότερο από 5 έτη στο χώρο του Νοσοκομείου.

ΣΧΗΜΑ 4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τα έτη εργασίας τους.



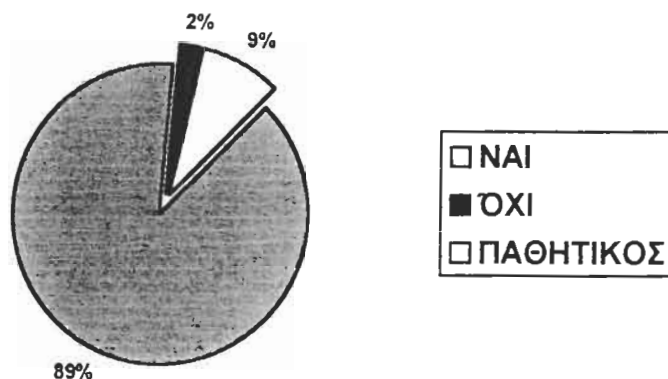
Β. Απαντήσεις σε σχέση με το κάπνισμα

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν καπνίζουν.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|-----------|---------|------------|
| ΝΑΙ | 89 | 89 |
| ΟΧΙ | 2 | 2 |
| ΠΑΘΗΤΙΚΟΣ | 9 | 9 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν καπνιστές.

ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν καπνίζουν.

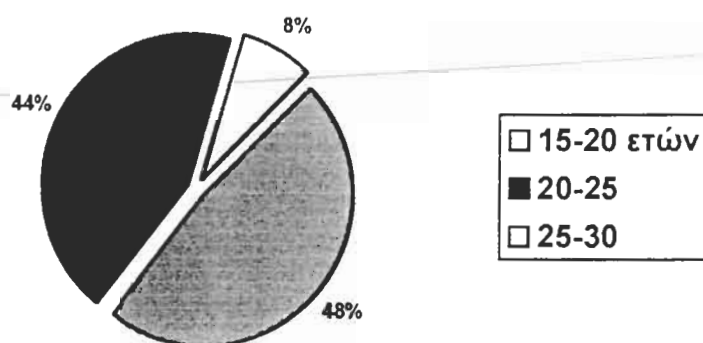


ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με πότε άρχισαν το κάπνισμα

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|---------------|------------|------------|
| 15-20 ετών | 48 | 48 |
| 20-25 | 44 | 44 |
| 25-30 | 8 | 8 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα άρχισαν το κάπνισμα στην ηλικία των 15-20 ετών.

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το πότε άρχισαν το κάπνισμα.

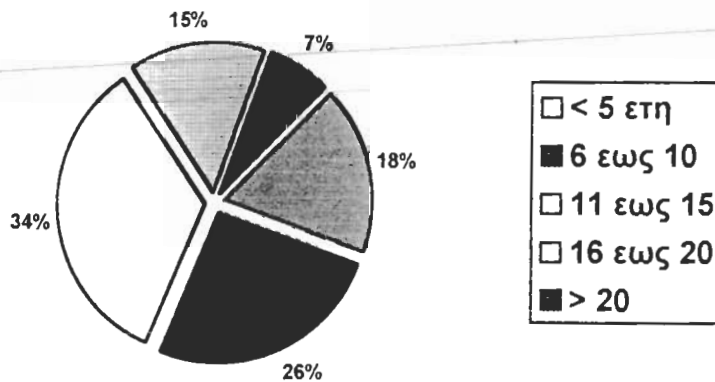


ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσα χρόνια καπνίζουν.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|---------------|------------|-------------|
| Έως 5 χρόνια | 18 | 18 |
| 6-10 | 26 | 26 |
| 11-15 | 34 | 34 |
| 16-20 | 15 | 15 |
| > 20 | 7 | 7 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα κάπνιζαν από 11 έως 15 χρόνια.

ΣΧΗΜΑ 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσα χρόνια καπνίζουν.

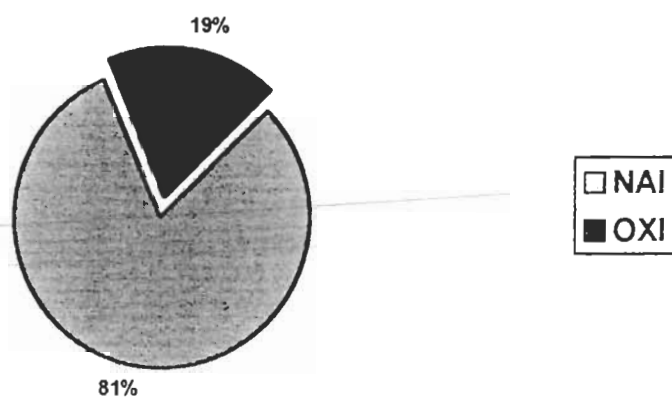


ΠΙΝΑΚΑΣ 4 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν καπνίζουν στο χώρο της εργασίας τους.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|---------------|-----------|-------------|
| ΝΑΙ | 81 | 81 |
| ΟΧΙ | 19 | 19 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 25 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα **ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ** στον χώρο της εργασίας τους.

ΣΧΗΜΑ 4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το κάπνισμα την ώρα της εργασίας τους.

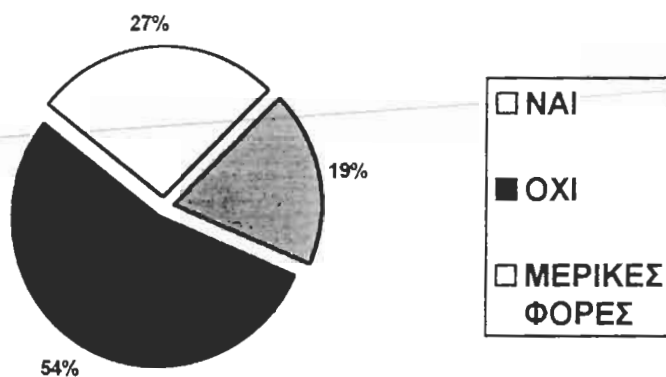


ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν διακόπτουν την εργασία τους για να καπνίσουν.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|---------------|------------|-------------|
| ΝΑΙ | 19 | 19 |
| ΟΧΙ | 54 | 54 |
| ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | 27 | 27 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ΔΕΝ διακόπτουν την εργασία τους για να καπνίσουν.

ΣΧΗΜΑ 5: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν διακόπτουν την εργασία τους για να καπνίσουν.

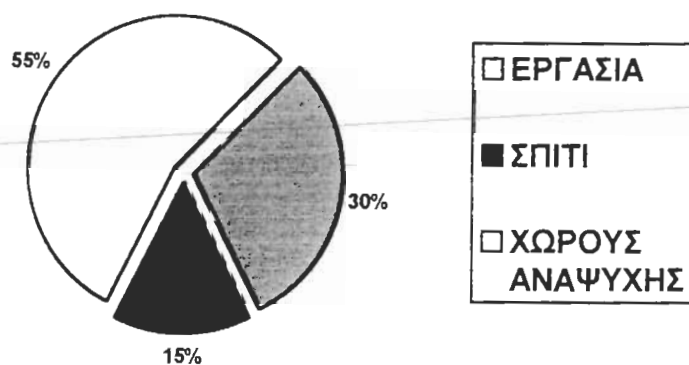


ΠΙΝΑΚΑΣ 6 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το που καπνίζουν περισσότερο.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|-----------------|-----------|-------------|
| ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ | 30 | 30 |
| ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ | 15 | 15 |
| ΧΩΡΟΥΣ ΑΝΑΨΥΧΗΣ | 55 | 55 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 25 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα καπνίζουν κυρίως σε χώρους αναψυχής.

ΣΧΗΜΑ 6: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το που καπνίζουν περισσότερο.



ΠΙΝΑΚΑΣ 7 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με πόσο συχνά καπνίζουν

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|----------------------|----------------|--------------------|
| ΔΕΝ ΚΑΠΝΙΖΩ | 15 | 15 |
| ΚΑΘΕ 30-60 ΛΕΠΤΑ | 28 | 28 |
| ΚΑΘΕ 2 ΩΡΕΣ | 14 | 14 |
| ΟΤΑΝ ΑΙΣΘΑΝΘΩ ΑΝΑΓΚΗ | 14 | 14 |
| ΣΕ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΧΡΟΝΟ | 29 | 29 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα καπνίζουν όταν έχουν ελεύθερο χρόνο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν είναι μεγαλύτερη η ανάγκη για τσιγάρο μετά από καφέ ή άλλο ρόφημα.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|-----------------|----------------|--------------------|
| ΝΑΙ | 50 | 50 |
| ΟΧΙ | 23 | 23 |
| ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | 27 | 27 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν είναι μεγαλύτερη η ανάγκη για τσιγάρο μετά από καφέ ή άλλο ρόφημα

ΠΙΝΑΚΑΣ 9 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με σε ποια βάρδια καπνίζουν περισσότερο.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|-----------------|----------------|-------------------|
| ΠΡΩΙ | 15 | 15 |
| ΑΠΟΓΕΥΜΑ | 24 | 24 |
| ΟΛΕΣ ΤΟ ΙΔΙΟ | 33 | 33 |
| ΝΥΧΤΑ | 28 | 28 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα καπνίζουν το ίδιο σε όλες τις βάρδιες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν υπάρχει ειδικός χώρος όπου καπνίζουν.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|---------------|------------|-------------|
| ΝΑΙ | 47 | 47 |
| ΟΧΙ | 53 | 53 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι ΔΕΝ υπάρχει ειδικός χώρος όπου καπνίζουν στην εργασία τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11 : Κατανομή των απαντήσεων 53 ερωτηθέντων σε σχέση με το που καπνίζουν αφού δεν υπάρχει ειδικός χώρος για το λόγο αυτό.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|----------------|-----------|-------------|
| ΤΟΥΑΛΕΤΑ | 7 | 13 |
| ΓΡΑΦΕΙΟ | 28 | 54 |
| ΧΩΡΟΥΣ ΑΣΘΕΝΩΝ | 1 | 2 |
| ΑΠΟΘΗΚΗ | 17 | 31 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 53 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα καπνίζουν στα γραφεία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το πώς προτιμούν να καπνίζουν.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|---------------|------------|------------|
| ΜΟΝΟΣ | 47 | 47 |
| ΜΕ ΠΑΡΕΑ | 53 | 53 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα προτιμούν να καπνίζουν με παρέα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η απόδοσή τους επηρεάζεται από την έλλειψη του καπνίσματος.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|---------------------|------------|-------------|
| ΝΑΙ | 31 | 31 |
| ΟΧΙ | 12 | 12 |
| ΔΕΝ ΕΧΩ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙ | 57 | 57 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι η απόδοσή τους ΔΕΝ επηρεάζεται από την έλλειψη του καπνίσματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το τι αισθάνονται όταν δεν μπορούν να καπνίσουν.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|-----------------------|------------|-------------|
| ΕΚΝΕΥΡΙΣΜΟΣ | 68 | 68 |
| ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ | 2 | 2 |
| ΑΜΗΧΑΝΙΑ | 30 | 30 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα αισθάνονται εκνευρισμένοι όταν δεν μπορούν να καπνίσουν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν καπνίζουν μπροστά στους ασθενείς.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|---------------|------------|-------------|
| ΝΑΙ | 25 | 25 |
| ΟΧΙ | 75 | 75 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ΔΕΝ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ μπροστά στους ασθενείς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν το άγχος της εργασίας τους, τους ωθεί για περισσότερο κάπνισμα.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|---------------|------------|-------------|
| ΝΑΙ | 48 | 48 |
| ΟΧΙ | 18 | 18 |
| ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | 34 | 34 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι το άγχος της εργασίας τους ωθεί για περισσότερο κάπνισμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν συμβουλεύουν άλλους να κόψουν το κάπνισμα.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|---------------|------------|------------|
| ΝΑΙ | 45 | 45 |
| ΟΧΙ | 13 | 13 |
| ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | 42 | 42 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα συμβουλεύουν τους ασθενείς να κόψουν το κάπνισμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν κάνουν υποδείξεις στους επισκέπτες να μην καπνίζουν εντός του Νοσοκομείου.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|---------------|------------|-------------|
| ΝΑΙ | 38 | 38 |
| ΟΧΙ | 30 | 30 |
| ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | 32 | 32 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα κάνουν υποδείξεις στους επισκέπτες να μην καπνίζουν στο χώρο του Νοσοκομείου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν το νόμο του Π.Ο.Υ. για το κάπνισμα.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|-----------------|----------------|-------------------|
| ΝΑΙ | 82 | 82 |
| ΟΧΙ | 18 | 18 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα **ΓΝΩΡΙΖΟΥΝ** το νόμο του Π.Ο.Υ. για το κάπνισμα στο χώρο του Νοσοκομείου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τη γνώμη τους για το κάπνισμα του προσωπικού στο χώρο του Νοσοκομείου.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|-----------------|----------------|-------------------|
| ΣΥΜΦΩΝΟΣ | 12 | 12 |
| ΣΕ ΕΙΔΙΚΟ ΧΩΡΟ | 55 | 55 |
| ΑΝΤΙΘΕΤΟΣ | 13 | 13 |
| ΔΕΝ ΜΕ ΕΝΟΧΛΕΙ | 20 | 20 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα συμφωνεί με το κάπνισμα του υγειονομικού προσωπικού σε ειδικό χώρο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τις νομοθετικές ρυθμίσεις για το κάπνισμα.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|-----------------|----------------|-------------------|
| ΦΘΑΝΟΥΝ | 20 | 20 |
| ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΣΘΟΥΝ | 31 | 31 |
| ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΕΣ | 24 | 24 |
| ΟΧΙ ΑΡΚΕΤΕΣ | 25 | 25 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν αρκετές τις νομοθετικές ρυθμίσεις για το κάπνισμα στο χώρο των νοσοκομείων αρκεί να εφαρμοσθούν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν ενημερώνονται για τις επιπτώσεις του καπνίσματος.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|---------------|------------|-------------|
| ΝΑΙ | 55 | 55 |
| ΟΧΙ | 23 | 23 |
| ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | 22 | 22 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ενημερώνονται για τις επιπτώσεις του καπνίσματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την πηγή ενημέρωσής τους για το κάπνισμα.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|---------------|------------|-------------|
| ΜΜΕ | 13 | 13 |
| ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ | 22 | 22 |
| ΣΥΝΕΔΡΙΑ | 65 | 65 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απαντούν ότι τα συνέδρια και οι ημερίδες είναι η κύρια πηγή ενημέρωσής τους για το κάπνισμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24 : Κατανομή των απαντήσεων 25 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν το τσιγάρο έχει επηρεάσει την οργανική και ψυχολογική τους υγεία.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|---------------|------------|-------------|
| ΝΑΙ | 55 | 55 |
| ΟΧΙ | 45 | 45 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν τόσο η οργανική όσο και η ψυχολογική τους υγεία έχουν επηρεασθεί από το κάπνισμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το κυριότερο λόγο για τον οποίο καπνίζουν.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|-----------------|----------------|--------------------|
| ΠΑΡΑΣΥΡΟΜΑΙ | 5 | 5 |
| ΣΚΕΦΤΟΜΑΙ | 15 | 15 |
| ΜΗΧΑΝΙΚΑ | 40 | 40 |
| ΕΞΑΡΤΗΣΗ | 30 | 30 |
| ΔΕΝ ΚΑΠΝΙΖΩ | 10 | 10 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα καπνίζουν ΜΗΧΑΝΙΚΑ από συνήθεια!!

ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η τιμή του τσιγάρου επέδρασε στην κατανάλωσή τους.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|-----------------|----------------|--------------------|
| ΝΑΙ | 18 | 18 |
| ΟΧΙ | 82 | 82 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι η αύξηση της τιμής του τσιγάρου δεν επέδρασε στην κατανάλωσή τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 27 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν ποτέ προσπαθήσει να κόψουν το κάπνισμα.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|-----------------|----------------|--------------------|
| ΝΑΙ | 22 | 22 |
| ΟΧΙ | 41 | 41 |
| ΔΕΝ ΚΑΤΑΦΕΡΑ | 37 | 37 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα έχουν προσπαθήσει έστω και αποτυχημένα να κόψουν το κάπνισμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θέλουν να κόψουν το κάπνισμα.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|---------------|------------|-------------|
| ΝΑΙ | 73 | 73 |
| ΟΧΙ | 27 | 27 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θέλουν να κόψουν το κάπνισμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τους λόγους που θα τους ωθούσαν να κόψουν το κάπνισμα.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|---------------|------------|-------------|
| ΥΓΕΙΑΣ | 51 | 51 |
| ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ | 5 | 5 |
| ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ | 4 | 4 |
| ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ | 26 | 26 |
| ΔΕΝ ΚΑΦΗΝΙΖΩ | 14 | 14 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θα έκοβαν το κάπνισμα μόνο για λόγους υγείας κυρίως.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τους λόγους που δεν θα σταματούσαν το κάπνισμα.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|---------------------------------------|------------|------------|
| ΕΘΙΣΜΟΣ | 60 | 60 |
| ΣΙΛΟΥΕΤΑ | 2 | 2 |
| ΜΕΙΩΣΗ ΑΓΧΟΥΣ | 32 | 32 |
| ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ | 13 | 13 |
| ΔΕΝ ΠΙΣΤΕΥΩ ΣΤΙΣ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ | 3 | 3 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν θα έκοβαν το κάπνισμα λόγω εθισμού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν τα δικαιώματα των μη καπνιστών.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|-----------------|----------------|--------------------|
| ΝΑΙ | 82 | 82 |
| ΟΧΙ | 18 | 18 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα γνωρίζουν τα δικαιώματα των μη καπνιστών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 32 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν σέβονται τους μη καπνιστές.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|-----------------|----------------|--------------------|
| ΝΑΙ | 58 | 52 |
| ΟΧΙ | 42 | 48 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι (οριακά) ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα σέβονται τα δικαιώματα των μη καπνιστών

ΠΙΝΑΚΑΣ 33 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν τις επιπτώσεις του τσιγάρου.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|-----------------|----------------|--------------------|
| ΝΑΙ | 86 | 86 |
| ΟΧΙ | 14 | 14 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ΓΝΩΡΙΖΟΥΝ τις επιπτώσεις του τσιγάρου στον οργανισμό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 34 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν τους προβληματίζουν οι επιπτώσεις του τσιγάρου.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|-------------------|----------------|--------------------|
| ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΖΟΥΝ | 80 | 80 |
| ΑΔΙΑΦΟΡΟΣ | 20 | 20 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα προβληματίζονται από τις επιπτώσεις του τσιγάρου στον οργανισμό τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 35: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν προβλήματα υγείας λόγω του τσιγάρου.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|-----------------|----------------|--------------------|
| ΝΑΙ | 69 | 69 |
| ΟΧΙ | 31 | 31 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα έχουν προβλήματα με την υγεία τους λόγω του τσιγάρου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 36 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τα είδη προβλημάτων που κυρίως αντιμετωπίζουν.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|-----------------|----------------|--------------------|
| ΔΥΣΠΝΟΙΑ | 11 | 11 |
| ΑΠΟΧΡΕΜΨΗ | 25 | 25 |
| ΒΗΧΑΣ | 41 | 41 |
| ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΕΣ | 11 | 11 |
| ΚΟΠΩΣΗ | 7 | 7 |
| ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ | 5 | 5 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν το βήχα και την απόχρεμψη σαν τα πιο συχνά που αντιμετωπίζουν λόγω του καπνίσματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 37 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θα επιθυμούσαν να μην έχουν αρχίσει το κάπνισμα.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|-----------------|----------------|--------------------|
| ΝΑΙ | 67 | 67 |
| ΟΧΙ | 33 | 33 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 25 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θα προτιμούσαν να μην έχουν αρχίσει το κάπνισμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 38 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι το κάπνισμα είναι μάστιγα της εποχής μας.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|-----------------|----------------|--------------------|
| ΝΑΙ | 54 | 54 |
| ΟΧΙ | 46 | 46 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι το κάπνισμα είναι μάστιγα της εποχής μας

ΠΙΝΑΚΑΣ 39 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν την ιδιότητά τους σαν παράδειγμα προς μίμηση για την αποφυγή του καπνίσματος.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|-----------------|----------------|--------------------|
| ΝΑΙ | 70 | 70 |
| ΟΧΙ | 30 | 30 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ΔΕΝ θεωρούν την ιδιότητά τους σαν παράδειγμα προς μίμηση για την αποφυγή του καπνίσματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 40 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν καπνίζουν μπροστά στα παιδιά τους.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|-----------------|----------------|--------------------|
| ΝΑΙ | 64 | 64 |
| ΟΧΙ | 36 | 36 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν καπνίζουν μπροστά στα παιδιά τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 41 : Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν τις επιπτώσεις του καπνού στον οργανισμό τους.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) |
|-----------------|----------------|--------------------|
| ΝΑΙ | 73 | 73 |
| ΟΧΙ | 27 | 27 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα γνωρίζουν τις επιπτώσεις του καπνού στον οργανισμό των παιδιών τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 42: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν τον εαυτό τους πρότυπο για τα παιδιά σε σχέση με το κάπνισμα

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|-----------------|----------------|-------------------|
| ΝΑΙ | 69 | 69 |
| ΟΧΙ | 31 | 31 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 100 | 100 |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν δυστυχώς τον εαυτό τους πρότυπο για τα παιδιά σε σχέση με το κάπνισμα

2. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των δύο φύλων και το αν καπνίζουν στο χώρο εργασίας τους (Ερώτηση 3 και 4)

| ΑΡΙΘΜΟΣ | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΣΥΝΟΛΟ |
|---------|-----|-----|--------|
| ΑΡΡΕΝ | 30 | 7 | 37 |
| ΘΗΛΥ | 51 | 12 | 63 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 81 | 19 | 100 |

| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | ΤΙΜΗ | P |
|-------------------|-------|------|
| 1 | 0.016 | 0.82 |

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των δύο φύλων και του αν καπνίζουν δε διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των δύο φύλων και του καπνίσματος (Ερώτηση 3 και 1)

| ΑΡΙΘΜΟΣ | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΠΑΘΗΤΙΚΟΣ | ΣΥΝΟΛΟ |
|---------|-----|-----|-----------|--------|
| ΑΡΡΕΝ | 34 | 0 | 3 | 37 |
| ΘΗΛΥ | 55 | 2 | 6 | 63 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 89 | 2 | 9 | 100 |

| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | ΤΙΜΗ | P |
|-------------------|------|------|
| 2 | 1.28 | 0.51 |

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των δύο φύλων και του καπνίσματος δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των δύο φύλων και του αν το κάπνισμα τους έχει επηρεάσει (Ερώτηση 3 και 24)

| ΑΡΙΘΜΟΣ | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΣΥΝΟΛΟ |
|----------------|------------|------------|---------------|
| ΑΡΡΕΝ | 22 | 15 | 37 |
| ΘΗΛΥ | 33 | 30 | 63 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 55 | 45 | 100 |

| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | ΤΙΜΗ | P |
|--------------------------|-------------|----------|
| 1 | 0.29 | 0.63 |

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των δύο φύλων για το αν το κάπνισμα τους έχει επηρεάσει δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των δύο φύλων και τους λόγους για τους οποίους θα σταματούσαν το κάπνισμα (Ερώτηση 3 και 29)

| ΑΡΙΘΜΟΣ | ΥΓΕΙΑ | ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ | ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ | ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ | ΣΥΝΟΛΟ |
|----------------|--------------|--------------------|-------------------|-------------------|---------------|
| ΑΡΡΕΝ | 30 | 2 | 1 | 0 | 33 |
| ΘΗΛΥ | 21 | 3 | 3 | 26 | 53 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 51 | 5 | 4 | 26 | 86 |

| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | ΤΙΜΗ | P |
|--------------------------|-------------|----------|
| 3 | 25,5 | 0.0001 |

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των δύο φύλων για το λόγο διακοπής του καπνίσματος διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις. Οι γυναίκες λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τους την περίπτωση της εγκυμοσύνης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των δύο φύλων και το αν καπνίζουν μπροστά τα παιδιά τους (Ερώτηση 3 και 40)

| ΑΡΙΘΜΟΣ | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΣΥΝΟΛΟ |
|----------------|------------|------------|---------------|
| ΑΡΡΕΝ | 22 | 15 | 37 |
| ΘΗΛΥ | 42 | 21 | 63 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 64 | 36 | 100 |

| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | ΤΙΜΗ | P |
|--------------------------|-------------|----------|
| 1 | 0.25 | 0.61 |

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των δύο φύλων ως προς το αν καπνίζουν μπροστά στα παιδιά τους δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των δύο φύλων και της γνώσης των επιπτώσεων του καπνού στα παιδιά (Ερώτηση 3 και 41)

| ΑΡΙΘΜΟΣ | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΣΥΝΟΛΟ |
|----------------|------------|------------|---------------|
| ΑΡΡΕΝ | 25 | 12 | 37 |
| ΘΗΛΥ | 48 | 15 | 63 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 73 | 27 | 100 |

| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | ΤΙΜΗ | P |
|--------------------------|-------------|----------|
| 1 | 0.49 | 0.48 |

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των δύο φύλων και της γνώσης των επιπτώσεων του καπνού στα παιδιά δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ιδιότητας του προσωπικού και του αν καπνίζουν στο χώρο εργασίας τους (Ερώτηση 4 και 4)

| ΑΡΙΘΜΟΣ | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΣΥΝΟΛΟ |
|--------------------------|------------|------------|---------------|
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ Π.Ε. | 4 | 1 | 5 |
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ Γ.Ε | 33 | 7 | 40 |
| ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ | 21 | 2 | 23 |
| ΙΑΤΡΟΣ | 19 | 4 | 23 |
| ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΤΗΣ | 1 | 0 | 1 |
| ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΦΟΡΕΑΣ | 3 | 2 | 5 |
| ΒΟΗΘΟΣ ΘΑΛΑΜΟΥ | 0 | 3 | 3 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 81 | 19 | 100 |

| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | ΤΙΜΗ | P |
|--------------------------|-------------|----------|
| 6 | 16.1 | 0.01 |

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ιδιότητας του προσωπικού και για το κάπνισμα στο χώρο εργασίας τους διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις, αφού οι γιατροί και οι νοσηλεύτες σε μεγαλύτερο βαθμό καπνίζουν στο χώρο εργασίας τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ιδιότητας του προσωπικού και του χώρου που καπνίζουν (Ερώτηση 4 και 11)

| ΑΡΙΘΜΟΣ | ΤΟΥΑΛΕΤΑ | ΓΡΑΦΕΙΟ | ΕΞΕΤΑΣΗΣ | ΑΠΟΘΗΚΗ | ΣΥΝΟΛΟ |
|------------------------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|---------------|
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ Π.Ε. | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 |
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ Τ.Ε | 3 | 4 | 1 | 7 | 25 |
| ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ | 1 | 6 | 0 | 3 | 10 |
| ΙΑΤΡΟΣ | 1 | 7 | 0 | 5 | 12 |
| ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΤΗΣ | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΦΟΡΕΑΣ | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| ΒΟΗΘΟΣ ΘΑΛΑΜΟΥ | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 7 | 28 | 1 | 17 | 53 |

| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | ΤΙΜΗ | P |
|--------------------------|-------------|----------|
| 18 | 15,2 | 0.64 |

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ιδιότητας του προσωπικού και το που καπνίζουν δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ιδιότητας του προσωπικού και του αν καπνίζουν μπροστά στους ασθενείς (Ερώτηση 4 και 15)

| ΑΡΙΘΜΟΣ | ΝΑΙ | ΌΧΙ | ΣΥΝΟΛΟ |
|--------------------------|------------|------------|---------------|
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ Π.Ε. | 1 | 4 | 5 |
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ Γ.Ε | 15 | 25 | 40 |
| ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ | 4 | 19 | 23 |
| ΙΑΤΡΟΣ | 3 | 20 | 23 |
| ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΤΗΣ | 0 | 1 | 1 |
| ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΦΟΡΕΑΣ | 2 | 3 | 5 |
| ΒΟΗΘΟΣ ΘΑΛΑΜΟΥ | 0 | 3 | 3 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 25 | 75 | 100 |

| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | ΤΙΜΗ | P |
|--------------------------|-------------|----------|
| 6 | 7,8 | 0.25 |

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ιδιότητας του προσωπικού και του αν καπνίζουν μπροστά στους ασθενείς δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ιδιότητας του προσωπικού και των γνώσεών τους για το κανονισμό του ΠΟΥ (Ερώτηση 4 και 19)

| ΑΡΙΘΜΟΣ | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΣΥΝΟΛΟ |
|--------------------------|------------|------------|---------------|
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ Π.Ε. | 4 | 1 | 5 |
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ Τ.Ε | 27 | 5 | 40 |
| ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ | 15 | 8 | 23 |
| ΙΑΤΡΟΣ | 21 | 2 | 23 |
| ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΤΗΣ | 1 | 0 | 1 |
| ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΦΟΡΕΑΣ | 4 | 0 | 5 |
| ΒΟΗΘΟΣ ΘΑΛΑΜΟΥ | 1 | 2 | 3 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 82 | 18 | 100 |

| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | ΤΙΜΗ | P |
|--------------------------|-------------|----------|
| 6 | 10.8 | 0.09 |

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ιδιότητας του προσωπικού και των γνώσεών τους για το κανονισμό του ΠΟΥ δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ιδιότητας του προσωπικού και της γνώμης τους για το αν πρέπει να καπνίζει το νοσηλευτικό προσωπικό στον εργασιακό του χώρο (Ερώτηση 4 και 20)

| ΑΡΙΘΜΟΣ | ΣΥΜΦΩΝΟΣ | ΕΙΔΙΚΟΣ ΧΩΡΟΣ | ΑΝΤΙΘΕΤΟΣ | ΔΕΝ ΜΕ ΕΝΟΧΛΕΙ | ΣΥΝΟΛΟ |
|----------------------|----------|---------------|-----------|----------------|--------|
| ΣΕΒΑΣΤΗΣ Π.Ε. | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 |
| ΣΕΒΑΣΤΗΣ Τ.Ε | 6 | 23 | 7 | 4 | 40 |
| ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ | 2 | 17 | 2 | 2 | 23 |
| ΙΑΤΡΟΣ | 3 | 9 | 3 | 7 | 23 |
| ΦΑΡΜΑΚΕΥΑΣΤΗΣ | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| ΧΥΜΑΤΙΟΦΟΡΕΑΣ | 0 | 4 | 0 | 4 | 5 |
| ΒΗΘΟΣ ΘΑΛΑΜΟΥ | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 12 | 55 | 13 | 20 | 100 |

| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | ΤΙΜΗ | P |
|-------------------|------|------|
| 10 | 20.5 | 0.30 |

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ιδιότητας του προσωπικού και για το αν θεωρούν ότι πρέπει να καπνίζει το νοσηλευτικό προσωπικό στον εργασιακό του χώρο δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ιδιότητας του προσωπικού και του αν θεωρούν ότι αποτελούν παράδειγμα προς μίμηση (Ερώτηση 4 και 39)

| ΑΡΙΘΜΟΣ | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΣΥΝΟΛΟ |
|--------------------------|------------|------------|---------------|
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ Π.Ε. | 4 | 1 | 5 |
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ Τ.Ε | 30 | 10 | 40 |
| ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ | 12 | 11 | 23 |
| ΙΑΤΡΟΣ | 15 | 8 | 23 |
| ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΤΗΣ | 1 | 0 | 1 |
| ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΦΟΡΕΑΣ | 5 | 0 | 5 |
| ΒΟΗΘΟΣ ΘΑΛΑΜΟΥ | 2 | 1 | 3 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 70 | 30 | 100 |

| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | ΤΙΜΗ | P |
|--------------------------|-------------|----------|
| 6 | 6.86 | 0.33 |

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ιδιότητας του προσωπικού και του αν θεωρούν ότι αποτελούν παράδειγμα προς μίμηση δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ιδιότητας του προσωπικού και του αν συμβουλεύουν τους ασθενείς να σταματήσουν το κάπνισμα (Ερώτηση 4 και 17)

| ΑΡΙΘΜΟΣ | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | ΣΥΝΟΛΟ |
|--------------------------|------------|------------|----------------------|---------------|
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ Π.Ε. | 3 | 2 | 0 | 5 |
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ Τ.Ε | 15 | 7 | 18 | 40 |
| ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ | 9 | 2 | 12 | 23 |
| ΙΑΤΡΟΣ | 11 | 2 | 10 | 23 |
| ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΤΗΣ | 1 | 0 | 0 | 1 |
| ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΦΟΡΕΑΣ | 2 | 0 | 3 | 5 |
| ΒΟΗΘΟΣ ΘΑΛΑΜΟΥ | 2 | 0 | 1 | 3 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 45 | 13 | 42 | 100 |

| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | ΤΙΜΗ | P |
|--------------------------|-------------|----------|
| 12 | 10.6 | 0.56 |

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ιδιότητας του προσωπικού και για το αν συμβουλεύουν τους ασθενείς να σταματήσουν το κάπνισμα δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ιδιότητας του προσωπικού και τον βασικότερο λόγο που καπνίζουν (Ερώτηση 4 και 25)

| ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΑΡΑΣΥΡΟΜΑΙ | ΤΟ ΣΚΕΦΤΟΜΑΙ | ΜΗΧΑΝΙΚΑ | ΕΞΑΡΤΗΣΗ | ΣΥΝΟΛΟ |
|-------------------|-------------|--------------|----------|----------|--------|
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ Π.Ε. | 0 | 2 | 2 | 1 | 5 |
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ Τ.Ε | 2 | 5 | 13 | 10 | 30 |
| ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ | 2 | 3 | 10 | 8 | 23 |
| ΙΑΤΡΟΣ | 1 | 3 | 11 | 8 | 23 |
| ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΤΗΣ | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΦΟΡΕΑΣ | 0 | 1 | 2 | 2 | 5 |
| ΒΟΗΘΟΣ ΘΑΛΑΜΟΥ | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 5 | 15 | 40 | 30 | 100 |

| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | ΤΙΜΗ | P |
|-------------------|------|------|
| 18 | 5,6 | 0,99 |

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ιδιότητας του προσωπικού και τον βασικότερο λόγο που καπνίζουν δε διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ιδιότητας του προσωπικού και τους λόγους διακοπής του καπνίσματος (Ερώτηση 4 και 29)

| ΑΡΙΘΜΟΣ | ΥΓΕΙΑΣ | ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ | ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ | ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ | ΣΥΝΟΛΟ |
|-------------------|--------|-------------|------------|------------|--------|
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ Π.Ε. | 2 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ Τ.Ε | 21 | 0 | 0 | 9 | 30 |
| ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ | 14 | 0 | 0 | 9 | 23 |
| ΙΑΤΡΟΣ | 9 | 3 | 2 | 5 | 19 |
| ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΤΗΣ | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΦΟΡΕΑΣ | 3 | 0 | 1 | 1 | 5 |
| ΒΟΗΘΟΣ ΘΑΛΑΣΜΟΥ | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 51 | 5 | 4 | 26 | 86 |

| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | ΤΙΜΗ | P |
|-------------------|------|------|
| 18 | 24.8 | 0.13 |

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ιδιότητας του προσωπικού και τους λόγους διακοπής του καπνίσματος δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της προϋπηρεσίας του προσωπικού και του αν καπνίζουν στο χώρο εργασίας τους (Ερώτηση 5 και 4)

| ΑΡΙΘΜΟΣ | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΣΥΝΟΛΟ |
|--------------------|------------|------------|---------------|
| 0-5 ετη | 31 | 5 | 36 |
| 6-10 | 17 | 5 | 22 |
| 11-15 | 19 | 1 | 20 |
| 16-20 | 10 | 6 | 16 |
| > 20 ετη | 4 | 2 | 6 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 81 | 19 | 100 |

| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | ΤΙΜΗ | P |
|--------------------------|-------------|----------|
| 4 | 7.72 | 0.10 |

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της προϋπηρεσίας του προσωπικού και του αν καπνίζουν στο χώρο εργασίας τους δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της προϋπηρεσίας του προσωπικού και του χώρου όπου καπνίζουν (Ερώτηση 5 και 11)

| ΑΡΙΘΜΟΣ | ΤΟΥΑΛΕΤΑ | ΓΡΑΦΕΙΟ | ΕΞΕΤΑΣΗΣ | ΑΠΟΘΗΚΗ | ΣΥΝΟΛΟ |
|--------------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|---------------|
| 0-5 ετη | 3 | 8 | 1 | 14 | 26 |
| 6-10 | 2 | 10 | 0 | 0 | 12 |
| 11-15 | 1 | 6 | 0 | 3 | 10 |
| 16-20 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| > 20 ετη | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 7 | 28 | 1 | 17 | 53 |

| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | ΤΙΜΗ | P |
|--------------------------|-------------|----------|
| 12 | 18.9 | 0.09 |

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της προϋπηρεσίας του προσωπικού και του χώρου όπου καπνίζουν δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της προϋπηρεσίας του προσωπικού και του αν καπνίζουν μπροστά στους ασθενείς (Ερώτηση 5 και 15)

| ΑΡΙΘΜΟΣ | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΣΥΝΟΛΟ |
|--------------------|------------|------------|---------------|
| 0-5 ετη | 10 | 26 | 36 |
| 6-10 | 1 | 21 | 22 |
| 11-15 | 7 | 13 | 20 |
| 16-20 | 5 | 11 | 16 |
| > 20 ετη | 2 | 4 | 6 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 25 | 75 | 100 |

| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | ΤΙΜΗ | P |
|--------------------------|-------------|----------|
| 4 | 6.68 | 0.15 |

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της προϋπηρεσίας του προσωπικού και του αν καπνίζουν μπροστά στους ασθενείς δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της προϋπηρεσίας του προσωπικού και αν θεωρούν ότι αποτελούν παράδειγμα προς μίμηση (Ερώτηση 5 και 39)

| ΑΡΙΘΜΟΣ | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΣΥΝΟΛΟ |
|--------------------|------------|------------|---------------|
| 0-5 ετη | 27 | 9 | 36 |
| 6-10 | 15 | 7 | 22 |
| 11-15 | 14 | 6 | 20 |
| 16-20 | 10 | 6 | 16 |
| > 20 ετη | 4 | 2 | 6 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 70 | 30 | 100 |

| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | ΤΙΜΗ | P |
|--------------------------|-------------|----------|
| 4 | 0.92 | 0.92 |

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της προϋπηρεσίας του προσωπικού και αν θεωρούν ότι αποτελούν παράδειγμα προς μίμηση δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της προϋπηρεσίας του προσωπικού και του αν συμφωνούν για το κάπνισμα του νοσηλευτικού προσωπικού (Ερώτηση 5 και 20)

| ΑΡΙΘΜΟΣ | ΣΥΜΦΩΝΟΣ | ΕΙΔΙΚΟΣ ΧΩΡΟΣ | ΑΝΤΙΘΕΤΟΣ | ΔΕΝ ΜΕ ΕΝΟΧΛΕΙ | ΣΥΝΟΛΟ |
|--------------------|----------|---------------|-----------|----------------|--------|
| 0-5 ΕΤΗ | 2 | 33 | 1 | 0 | 36 |
| 6-10 | 3 | 7 | 4 | 8 | 22 |
| 11-15 | 0 | 8 | 5 | 7 | 20 |
| 16-20 | 1 | 9 | 1 | 5 | 16 |
| > 20 ΕΤΗ | 2 | 3 | 1 | 0 | 6 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 12 | 55 | 13 | 20 | 100 |

| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | ΤΙΜΗ | P |
|-------------------|------|--------|
| 12 | 39 | 0.0001 |

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της προϋπηρεσίας του προσωπικού και του αν συμφωνούν για το κάπνισμα του νοσηλευτικού προσωπικού διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις, αφού οι νεώτεροι επιθυμούν τη διαμόρφωση ειδικών χώρων καπνίσματος πολύ περισσότερο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της προϋπηρεσίας του προσωπικού και αν τους ωθεί το εργασιακό άγχος να καπνίζουν περισσότερο (Ερώτηση 5 και 16)

| ΑΡΙΘΜΟΣ | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | ΣΥΝΟΛΟ |
|-------------------|------------|------------|----------------------|---------------|
| 0-5 ετη | 18 | 8 | 10 | 36 |
| 6-10 | 10 | 4 | 8 | 22 |
| 11-15 | 12 | 2 | 6 | 20 |
| 16-20 | 5 | 4 | 7 | 16 |
| >20 ετη | 3 | 0 | 3 | 6 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 48 | 18 | 34 | 100 |

| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | ΤΙΜΗ | P |
|--------------------------|-------------|----------|
| 12 | 18.8 | 0.09 |

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της προϋπηρεσίας του προσωπικού και αν τους ωθεί το εργασιακό άγχος να καπνίζουν περισσότερο δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της προϋπηρεσίας του προσωπικού και του αν συμβουλεύουν τους ασθενείς για το κάπνισμα (Ερώτηση 5 και 17)

| ΑΡΙΘΜΟΣ | ΝΑΙ | ΟΧΙ | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | ΣΥΝΟΛΟ |
|--------------------|------------|------------|----------------------|---------------|
| 0-5 ετη | 16 | 1 | 19 | 36 |
| 6-10 | 12 | 4 | 6 | 22 |
| 11-15 | 8 | 2 | 10 | 20 |
| 16-20 | 6 | 4 | 6 | 16 |
| > 20 ετη | 3 | 2 | 1 | 6 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 45 | 13 | 42 | 100 |

| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | ΤΙΜΗ | P |
|--------------------------|-------------|----------|
| 8 | 11.4 | 0.18 |

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της προϋπηρεσίας του προσωπικού και του αν συμβουλεύουν τους ασθενείς για το κάπνισμα δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της προϋπηρεσίας του προσωπικού και τις νομοθετικές για το θέμα ρυθμίσεις (Ερώτηση 5 και 21)

| ΑΡΙΘΜΟΣ | ΦΘΑΝΟΥΝ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ | ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΕΣ | ΟΧΙ ΑΡΚΕΤΕΣ | ΣΥΝΟΛΟ |
|---------------|---------|----------|-------------|-------------|--------|
| 0-5 ετη | 7 | 15 | 13 | 1 | 36 |
| 6-10 | 4 | 6 | 4 | 8 | 22 |
| 11-15 | 3 | 5 | 1 | 11 | 20 |
| 16-20 | 4 | 3 | 5 | 4 | 16 |
| > 20 ετη | 2 | 2 | 1 | 1 | 6 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 20 | 31 | 24 | 25 | 100 |

| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | ΤΙΜΗ | P |
|-------------------|------|------|
| 12 | 25.1 | 0.01 |

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της προϋπηρεσίας του προσωπικού και της άποψής τους για τις νομοθετικές για το θέμα ρυθμίσεις διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορετικές απαντήσεις, αφού οι νεότεροι στην υπηρεσία τις θεωρούν μάλλον υπερβολικές και θα επιθυμούσαν ίσως περισσότερη ελευθερία πάνω στο θέμα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μελέτες που αφορούν θέματα όπως το κάπνισμα αυξάνονται όλο και περισσότερο σε κράτη της Ευρώπης αλλά και στις Η.Π.Α.

Το ερωτηματολόγιο της παρούσης έρευνας συμπληρώθηκε από ιατρούς (23%), από νοσηλευτές Π.Ε. (5%), από νοσηλευτές Τ.Ε., ενώ το 9% συμπληρώθηκε από το υπόλοιπο υγειονομικό προσωπικό, όπως βοηθοί νοσηλευτών, βοηθοί θαλάμου, τραυματιοφορείς, νοσοκόμοι. Το 63% των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες και το 37% ήταν άντρες. Η πλειονότητα των ερωτηθέντων (40%) ήταν ηλικίας 20 – 30 ετών.

Από την έρευνα μας προέκυψε ότι το 89% του υγειονομικού προσωπικού ήταν καπνιστές, ενώ μόλις το 11% ήταν μη καπνιστές. Μικρότερο ποσοστό καπνιστών προέκυψε από έρευνα που πραγματοποιήθηκε τον Μάιο του 1995 στα παιδιατρικά νοσοκομεία “Αγία Σοφία” και “Αγλαΐα Κυριακού” (37,7%) . Επίσης, σε έρευνα που έγινε το Φεβρουάριο του 1997 βρέθηκε ότι, από τους 329 ιατρούς σε Κέντρα Υγείας και αγροτικά ιατρεία, οι 105 ήταν καπνιστές. Παρόμοια έρευνα απέδειξε τον Ιανουάριο του 1999 ότι ιατροί γυναικολόγοι είναι καπνιστές (21%).

Το μεγαλύτερο ποσοστό (81%) απάντησε ότι καπνίζει στο χώρο εργασίας αλλά το 54% δε διακόπτει την εργασία του για να καπνίσει.

Το 29% του υγειονομικού προσωπικού καπνίζει μόνο όταν έχει ελεύθερο χρόνο, ενώ το 28% καπνίζει κάθε 30’ – 60’ της ώρας. Ωστόσο, η ανάγκη για τσιγάρο με τη συνοδεία καφέ ή κάποιου άλλου ροφήματος αυξάνεται σε ποσοστό 50%.

Σε ερώτησή μας αν υπάρχει ειδικός χώρος για κάπνισμα στα νοσοκομεία, το 53% απάντησε ότι δεν υπάρχει. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα το 54% να καπνίζει συνήθως στα γραφεία της υπηρεσίας τους, κατά προτίμηση δε και με παρέα.

Το 57% απάντησε ότι δεν έχει παρατηρήσει κάποια αλλαγή στην απόδοση του σόου όσον αφορά την εργασία του λόγω έλλειψης τσιγάρου, η έλλειψη όμως αυτή εκδηλώνεται με εκνευρισμούς και αμηχανία σε ποσοστό 30%.

Σημαντικό είναι το γεγονός ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων απάντησε ότι δεν καπνίζει μπροστά στους ασθενείς (75%). Παρόμοια αποτελέσματα (64%) βρέθηκαν και σε ανάλογη έρευνα το 1997 η οποία απευθυνόταν σε ιατρούς Κέντρων Υγείας και αγροτικών ιατρείων.

Το 45% απάντησε ότι συμβουλεύει τους ασθενείς να σταματήσουν το κάπνισμα και 38%, απάντησε ότι κάνει υποδείξεις στους επισκέπτες να μην καπνίζουν στο χώρο του νοσοκομείου. Σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1997 απέδειξε ότι το 90,5% προέτρεπε τους ασθενείς να σταματήσουν το κάπνισμα. Επίσης, χαρακτηριστικό είναι το ποσοστό (91,6%) ιατρών γυναικολόγων που συμβουλεύει τους ασθενείς να σταματήσουν το κάπνισμα, σε έρευνα που έγινε τον Ιανουάριο του 1999.

Σχετικά με το νόμο της Π.Ο.Υ, για την απαγόρευση του καπνίσματος στα νοσοκομεία, το 82% απάντησε ότι τον γνωρίζει. Όσον αφορά τις νομοθετικές ρυθμίσεις για το κάπνισμα στα νοσηλευτικά ιδρύματα, οι απόψεις του υγειονομικού προσωπικού δίστανται. Το 31% απάντησε ότι πρέπει να εφαρμοστούν, το 25% ότι δεν είναι αρκετές, το 24% ότι είναι υπερβολικές και το 20% ότι είναι αρκετές. Προηγούμενη έρευνα το 1995 έδειξε ότι το 67,7% προτιμά οι νομοθετικές ρυθμίσεις να επαυξηθούν.

Το 65% απάντησε ότι ενημερώνεται για τις επιπτώσεις του καπνίσματος κυρίως από συνέδρια και ημερίδες.

Ανησυχητικό είναι το ποσοστό (55%) που βρέθηκε ότι ο καπνός έχει επηρεάσει την οργανική και ψυχολογική του υγεία. Το 69% ανέφερε διάφορα προβλήματα όπως: βήχας (41%), πρωινή απόχρεμψη (25%), ταχυκαρδίες / δύσπνοια (11%), κόπωση (7%), κεφαλαλγίες (5%).

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι λόγοι για τους οποίους οι ερωτηθέντες καπνίζουν. Το 5% απάντησε ότι καπνίζει επειδή παρασύρεται από το περιβάλλον του, το 15% επειδή δε μπορεί να αποβάλλει την χρήση καπνού από τη σκέψη του και το 30% απάντησε ότι καπνίζει λόγω εξάρτησης. Το δε 40% καπνίζει ΜΗΧΑΝΙΚΑ ή από συνήθεια!!

Το 41% απάντησε ότι δεν προσπάθησε ποτέ να σταματήσει το κάπνισμα, ενώ το 37% προσπάθησε αλλά δεν τα κατάφερε. Συνολικά το 73% απάντησε ότι θέλει να σταματήσει το κάπνισμα. Σαν πρώτο λόγο οι ερωτηθέντες αναφέρουν λόγους υγείας σε ποσοστό 51%, το 26% αναφέρει την εγκυμοσύνη, το 5% αναφέρει οικονομικούς λόγους και το 4% αναφέρει αποφυγή ρύπανσης του περιβάλλοντος.

Οι λόγοι που δεν θα επέτρεπαν στους ερωτηθέντες να σταματήσουν το κάπνισμα κατά σειρά προτεραιότητας είναι ο εθισμός (60%), μείωση του άγχους (32%), εργασιακό άγχος (13%), έλλειψη αρνητικών επιπτώσεων (3%) και διατήρηση σιλουέτας (2%).

Το 82% γνωρίζει τα δικαιώματα των μη καπνιστών. Διαπιστώθηκε όμως ότι μόνο το 52% τα σέβεται.

Συμπερασματικά, διαπιστώθηκε ότι το κάπνισμα αποτελεί μάστιγα της εποχής μας σε ποσοστό 54%, αφού το μεγαλύτερο ποσοστό (67%) απάντησε ότι θα προτιμούσε να μην είχε αρχίσει το κάπνισμα ποτέ.

Από τη συγκεκριμένη μελέτη όλων των παραμέτρων που σχετίζουν το υγειονομικό προσωπικό με το κάπνισμα, καταλήξαμε ότι, στατιστικά σημαντική συσχέτιση φαίνεται ότι υπάρχει μεταξύ των δύο φύλων και το λόγο διακοπής του καπνίσματος ($p=0,0001$). Οι γυναίκες ευτυχώς, και απ' ότι φαίνεται, λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τους, την περίπτωση της εγκυμοσύνης.

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε ότι υπάρχει μεταξύ των αρχαιότερων

του υγειονομικού προσωπικού και των νεότερων, όσον αφορά τις νομοθετικές ρυθμίσεις, οι νεότεροι στην υπηρεσία τις θεωρούν υπερβολικές και θα προτιμούσαν ίσως περισσότερη ελευθερία προκειμένου να καπνίσουν ($p=0,01$).

Η συσχέτιση που αναφέρεται στις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων για το αν το κάπνισμα τους έχει επηρεάσει δεν παρουσίασε στατιστικές διαφορές ($p=0,63$).

Μετά από συσχέτιση απαντήσεων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ των δύο φύλων για το αν καπνίζουν στον χώρο εργασίας δε διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά ($p=0,82$).

Από συσχέτιση των απαντήσεων μεταξύ της ιδιότητας του προσωπικού και του αν καπνίζουν μπροστά στους ασθενείς, δε διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p=0,25$).

Συσχετίζοντας τις απαντήσεις που εδόθησαν για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της ιδιότητας του προσωπικού και των γνώσεών τους για τον κανονισμό της Π.Ο.Υ. ΔΕ διαπιστώθηκαν στατιστικές διαφορές ($p=0,09$).

Στατιστικά ισχυρή συσχέτιση, δεν φαίνεται να υπάρχει μεταξύ της ιδιότητας του προσωπικού και του αν συμβουλεύουν τους ασθενείς να σταματήσουν το κάπνισμα ($p=0,56$).

Επίσης, δε διαπιστώθηκε στατιστική διαφορά μετά από συσχέτιση της ιδιότητάς του προσωπικού και του αν θεωρούν ότι αποτελούν παράδειγμα προς μίμηση ($p=0,33$).

Τέλος, αυτό που πρέπει να γίνει κατανοητό είναι πως από την εφηβική ακόμη ηλικία, αυξάνεται μέρα με τη μέρα ο αριθμός των καπνιστών χωρίς να υπάρχει τίποτα και κανείς για να τον σταματήσει.

Ως εκ τούτου λοιπόν, πρέπει να τονίσουμε ότι, ο κοινοτικός νοσηλευτής, ο γιατρός, οι υπόλοιποι υγειονομικοί λειτουργοί και η πολιτεία, πρέπει να επιτελέσουν ένα έργο πολύ υπεύθυνο, αναλαμβάνοντας την ευθύνη της διαφώτισης και πρόληψης, δηλαδή της μη έναρξης του καπνίσματος, αλλά και γενικότερα της προαγωγής του επιπέδου υγείας του συνόλου του ανθρώπινου πληθυσμού.

Μιας ανθρώπινης κοινωνίας χωρίς την εξάρτηση από τη νικοτίνη που είναι και ο προθάλαμος των υπολοίπων και ακόμα ισχυρότερων ναρκωτικών ουσιών.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Ολοκληρώνοντας την έρευνά μας, θεωρούμε αναγκαίο να αναφέρουμε κάποιες προτάσεις σχετικά με τον περιορισμό του καπνίσματος στα νοσηλευτικά ιδρύματα και την συμπεριφορά του υγειονομικού προσωπικού.
- Να γίνει συνείδηση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ότι είναι επαγγελματίες υγείας και αποτελούν παράδειγμα με το να μη καπνίζουν.
- Να απαγορευτεί το κάπνισμα μέσα στις υπηρεσίες υγείας για την προστασία τόσο των εργαζομένων όσο και των ασθενών.
- Να γίνουν από τους αρμόδιους φορείς της πολιτείας συντονισμένες ενέργειες για τη διαμόρφωση μιας συστηματικής και οργανωμένης συμπεριφοράς του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το κάπνισμα.
- Να επιβληθούν κυρώσεις σε όσους ιατρούς και νοσηλευτές καπνίζουν στο χώρο εργασίας τους και ειδικότερα μπροστά στους ασθενείς.
- Να γίνει πλέον αντιληπτό ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές αποτελούν λειτουργικά πρόσωπα στην ομάδα υγείας, οι οποίοι έχουν τη δύναμη και το σθένος να ενθαρρύνουν και να βοηθήσουν τον ασθενή να απαλλαγεί από το πάθος του τσιγάρου.
- Να αρχίσει έντονη, συστηματική και μακρόχρονη εκστρατεία διαφώτισης του κοινού για τους κινδύνους του καπνίσματος από το υπουργείο Υγείας.
- Επιστημονικοί σύλλογοι και εταιρείες να εντάξουν στα προγράμματά τους θέματα σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος και τους τρόπους αποφυγής των κινδύνων.
- Να αναμορφωθούν οι διατάξεις του Π.Ο.Υ σχετικά με το κάπνισμα στους χώρους Υγείας και δη στα νοσοκομεία.
- Να περιοριστεί η άμεση και έμμεση διαφήμιση τσιγάρων και η προώθηση αυτών από καπνοβιομηχανίες.
- Να απαγορευτεί η πώληση τσιγάρων στο χώρο του νοσοκομείου και γενικότερα στους χώρους Υγείας.
- Είναι φανερό ότι δεν είναι αρκετό να αποτελεί ο έλεγχος του καπνίσματος ένα πρόβλημα πρώτης προτεραιότητας του τομέα δημόσιας Υγείας είναι και πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν κορυφαίο πρόβλημα όλων των τομέων της κρατικής πολιτικής.
- Υποχρεωτική αγωγή υγείας σχετικά με το κάπνισμα. Τα κέντρα υγείας να πάρουν πρωτοβουλίες για ενημέρωση – διαφώτιση της κοινότητας με διοργάνωση συζητήσεων, εκδηλώσεων σε συνεργασία με τους δημοτικούς φορείς, τα σχολεία, τους καθηγητές, τους συλλόγους γονέων και κηδεμόνων.
- Απαγόρευση του καπνίσματος στα νοσηλευτικά ιδρύματα και τις ιδιωτικές κλινικές.
- Επιτυχής πρόληψη του καπνίσματος στο σχολικό πληθυσμό, σημαίνει ο

νοσηλευτής να ευαισθητοποιήσει τη μαθητική νεολαία, να υιοθετήσει νέες συμπεριφορές και νέους υγιεινότερους τρόπους ζωής μακριά από τις βλαβερές επιπτώσεις του τσιγάρου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το κάπνισμα είναι η πιο διαδεδομένη βλαπτική συνήθεια της ανθρωπότητας, που μας ήλθε από την Αμερική πριν 5 περίπου αιώνες και διαδίδεται με αστραπιαία ταχύτητα σ' όλη την υφήλιο. Είναι μια ακόμη κοινωνική μαστίγα που είτε το θέλουμε είτε όχι χτυπά την πόρτα του καθενός μας άμεσα ή έμμεσα, ανάλογα με το εάν είμαστε εκούσιοι ή παθητικοί καπνιστές: «Δεν υπάρχει σ' όλη την ιστορία της ανθρωπότητας άλλη συνήθεια... με τόση έκταση και τόσες πολλές ολέθριες συνέπειες για την υγεία του ανθρώπου όσο το κάπνισμα». Στην εργασία αυτή συναντούμε τη συγκλονιστική διαπίστωση ότι «το κάπνισμα είναι η υπ' αριθμόν ένα αιτία ασθενειών και θανάτων σ' όλο τον κόσμο, και... με κανένα επί μέρους μέτρο δεν θα ήταν δυνατό να σωθούν περισσότερες ζωές ή να προστατευθούν οι άνθρωποι από ασθένειες όσο με τη δραστική μείωση της καταναλώσεως του καπνού»... είναι επιτακτική ανάγκη να μάθουν όλοι οι καπνίζοντες και μη καπνίζοντες την αλήθεια για το κάπνισμα. Η διαφώτιση αυτή θα εξουδετερώσει την διαφήμιση της καπνοβιομηχανίας που αφειδώς ξοδεύει για ν' αποκτήσει νέους πελάτες, προβάλλοντας ιδιαίτερα στους νέους πρότυπα σύγχρονων «ηρώων» που καπνίζουν.

Συνεπώς όλοι όσοι έχουν ευθύνη διαφωτισμού του κοινού πρέπει αδιαλείπτως και με κάθε τρόπο να εργασθούν. Η έρευνά μας αυτή με θέμα τη διερεύνηση του καπνίσματος στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έχει ακριβώς αυτό το σκοπό: να δώσει στον αναγνώστη κάποιες βασικές και πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με το κάπνισμα και να δείξει αν το υγειονομικό προσωπικό έχει κάποιες γνώσεις, τις πιο βασικές, πάνω σ' αυτό και τις ασθένειες με τις οποίες σχετίζεται. Συγκεκριμένα μελετά το ποσοστό των ιατρών και των νοσηλευτών που καπνίζουν και τη συχνότητα με την οποία αυτό συμβαίνει. Ακόμα, η έρευνα αυτή αποδεικνύει το κατά πόσο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να συμβιβαστεί με το κάπνισμα ή την απαγόρευσή του στο χώρο εργασίας.

Τα αποτελέσματα μας δείχνουν ότι ένα μεγάλο ποσοστό ιατρών και νοσηλευτών είναι καπνιστές οι οποίοι καπνίζουν στο χώρο εργασίας τους, χωρίς μάλιστα να δείχνουν τη διάθεση να σταματήσουν, όχι μόνο την κακή συνήθεια του καπνίσματος αλλά και μια άκρως ενοχλητική συμπεριφορά στο χώρο εργασίας.

Τελειώνοντας, υπογραμμίζουμε ότι το κλειδί σε όλα αυτά είναι οι ιατροί και οι νοσηλευτές με το παράδειγμά τους. Υγειονομικό προσωπικό που καπνίζει μπροστά στους αρρώστους του, δεν πείθει με τίποτα, ενώ διαφορετική πειστικότητα διαθέτουν οι μη καπνιστές ιατροί και νοσηλευτές. Δεν πρέπει να θεωρούν τους εαυτούς τους «εξαιρέση» του κανόνα, με την έννοια του ότι οι συνέπειες του καπνίσματος δεν έχουν ισχύ και στους ίδιους. Θα πρέπει να γίνει συνείδηση στο υγειονομικό προσωπικό ότι αποτελεί μια ομάδα άμεσα συσχετιζόμενη με την διδασκαλία, την προαγωγή της υγείας και την εφαρμογή της.

SUMMARY

Smoking is the most spreaded harming habit of humanity. It came from America about five centuries ago and it soon was spreaded with rapid speed around the whole universe. It is said to be a social desolation which, whether we like it or not, knocks the door of all people in a direct or indirect way. "There is not any other habit in the history of humanity with such a huge extent and so many destructive consequences for people's health".

In this work we are coming across a shaking ascertainment that smoking is the number one cause of diseases and deaths in the whole world. The possibility for people to be saved and protected from diseases and death could be successful only by the drastic reduction of smoke consumption.

However, all smokers and no smokers have to realize the truth about smoking. This kind of enlightenment could eliminate the advertisements of tobacco industries which spends a lot of money with main intention to acquire new clients. This kind of procedure is achieved by a strong propulsion of models who smoke to all people and especially to the young ones.

Consequently, all suitable persons who take the responsibility to enlightenment people, should deal with the problem immediately and in every way. This work which has the title "The research of smoking as far as the personnel of the hospital is concerned" has an exact intention: to supply some basic and valuable information about smoking and prove if doctors and nurses have some knowledge, the most important, for the smoking issue and the diseases related to it. Specifically investigates the percentage of doctors and nurses who smoke and the frequency that this happens. In addition to all these, this research proves how much doctors and nurses are disposed to compromise with the idea that smoking could be forbidden at work.

According to our research, the results show that a big percentage of the sanitary personnel are smokers who smoke during their work. It is also very impressive the fact that they are not very willing not only to give up smoking, but also to change an extremely annoying behavior.

At this point we should indicate that doctors and nurses can lead all people by giving them a good example. People who belong to medical service and nevertheless smoke in front of their patients could never convince with their instructions. They must never think of themselves being an exception and they must never believe that the consequences of smoking have no effect on them.

Conclusively, it is very important for the sanitary personnel to understand their serious contribution at the section of health and to realize that they compose a team absolutely related to the propulsion of health in a direct and practical way.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Παναγιωτοπούλου Ευγενία – Τηνελέκογλου Ελισσάβητ.** “Η Νοσηλευτική κατά του καπνίσματος”. Πτυχιακή εργασία. Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 1997, σ. 5-6, 15-16, 53-57.
2. **Μπιλάλης Παύλος Γ.** “Κάπνισμα και υγεία”. Επίτομος, έκδοση 2^η βελτιωμένη, Αθήνα 1993, σ. 7, 8, 11, 18-20, 39, 66, 71-72, 97-98, 119-125, 150-155.
3. **Δεριζιώτη Ευσταθία.** “Κάπνισμα – ο ρόλος του νοσηλευτή στην κοινότητα” Πτυχιακή εργασία. Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα 1999, σ. 5-6, 42-44, 52-53, 56-80.
4. **Ανδρονικίδου Ανθή – Γιαννοπούλου Ευανθία – Μήτη Σταματία.** “Οι εξαρτήσεις στη ζωή μας”. Πτυχιακή εργασία. Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα Ιανουάριος 1997, σ. 75, 80-81.
5. **Αβραμίδης Αθανάσιος Β.** “Κάπνισμα: το άλλο νέφος μέσα μας”. Επίτομος Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Ακρίτας. Ιούλιος 1988. σ. 11-13, 15, 17-19, 27-32, 35-59, 69-74, 119-125, 150-155.
6. **Ποντίφκας Γρηγόριος.** “Μάθετε για το κάπνισμα – η άγνοια σκοτώνει” Επίτομος. Εκλαϊκευμένη έκδοση. Εκδόσεις Παρισιάνος. Αθήνα 1988. σ. 15-17, 20-21, 65, 80-89, 124, 128-129.
7. **Τσιλιχρήστος Νικόλαος.** “Ναρκωτικά, όχι η Ιθάκη δεν είναι εδώ” Επίτομος. Έκδοση 1^η Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1991, σ. 57-58, 63-67.
8. **Αλχανάτης Μάνος, Γκάγκα Ασημίνα, Γουλιάμος Αθανάσιος, Λαρδούφας Κων/νος, Κουλούρης Νικόλαος, Ορφανίδου Δώρα, Ρασιδάκης Αντώνιος, Τσιμάρια – Παπασταματίου Η., Χατζησταύρου Κων/νος.** “Βρογχογενής καρκίνος του πνεύμονος”. Κων/νος Χατζησταύρου, άρθρο: Κάπνισμα. Επίτομος. Έκδοση 1^η. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 1997. σ.10-11.
9. **Δερμιτζάκης Μπάμπης.** “Περιβάλλον, διατροφή και ποιότητα ζωής, κοινωνικές και ατομικές μορφές αντίστασης στην υποβάθμιση της ζωής μας”. Επίτομος. Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Θυμάρι. Αθήνα 1988. σ. 45, 83, 106-107.
10. **Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρους Λαρούς Μπροτάνικα.** Τόμος 32^{ος}. Έκδοση 1^η Εκδοτικός οίκος Πάπυρος. Αθήνα 1988. σ.43.
11. **Μπιλάλης Παύλος Γ.** “Κάπνισμα και υγεία”, Επίτομος, Έκδοση 3^η επηυξημένη. Αθήνα 1997, σ. 18-19, 22-23, 47, 63-66, 70, 72-74, 80, 83, 106-107.
12. **Carr Allen.** “The easy way to stop smoking.” Μετάφραση: Φωκός Γεώργιος. Επίτομος. Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Κοάν Αθήνα 1986, σ. 17, 48-49.
13. **Τζάφφη Τ. – Πήτερσον Ρ – Χόντσον Ρ.** “Ναρκωτικά – Τσιγάρο – Αλκοόλ: Προβλήματα και απαντήσεις”. Μετάφραση: Μαραγκού Όλγα – Σόλμαν Μαρία. Επίτομος. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Ψυχογιός. Αθήνα 1982. σ. 83, 85.

14. **Bremis RAL.** “Νόσοι του αναπνευστικού συστήματος”. Μετάφραση: Γουργουλιάνης Κων/νος, Γουργουλάκης Σωτήριος, Λιτίνη Ελένη. Επιμέλεια: Μελισσηνός Χρυσόστομος. Επίτομος Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1996. σ. 222-226, 228.
15. **Γκουρνέλης Θωμάς.** “Προληπτική αγωγή υγείας, κοινωνικά νοσήματα, λοιμώδη νοσήματα, περιβάλλον, εμβολιασμοί, διατροφή, προστασία μητέρας – παιδιού”. Επίτομος Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Φαιστός / Θ. Μπαχαρίδης. Θεσσαλονίκη 1992. σ. 144-145.
16. **Χαρτοκόλλη Κ.** “Για μια γενιά ελεύθερη καπνού”. Επίτομος. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Αθήνα 1994. σ. 3, 61, 72-72.
17. **Αβραμίδης Αθανάσιος Β.** “Η απομυθοποίηση των ναρκωτικών.....και με ελπίδα”. Επίτομος. Έκδοση 2^η. Εκδόσεις Ακρίτας. Αθήνα 1991. σ. 93-96.
18. **Παπαγεωργίου Ευάγγελος Γ.** “Εξαρτήσεις στη ζωή μας”. Επίτομος. Έκδοση 2^η. Εκδόσεις Παρισιάνος. Αθήνα. σ.100-115.
19. **Dollinger Malin - M.D – Rosenbaum Ernest - M.D – Cable Greg.** “Ο καρκίνος – Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση: ένας οδηγός για όλους”. Μετάφραση: Μάθας Χρήστος. Επίτομος. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Κάτοπτρο. Δεκέμβριος 1992. σ. 236-237.
20. **Κατράκης Γεώργιος Α.** “Πρόληψη – έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο“. Τόμος 2^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής. Αθήνα 1980. σ. 140, 228-229.
21. **Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία. Χατζησταύρου Κ. Τζανες Σ., Χαλκιάς Β.** “Νεοπλασμάτα πνευμόνων: Επιδημιολογία – Παθογένεια πνευμονικών νεοπλασιών”. Επίτομος. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία. Αθήνα 1993. σ. 23-25, 34-35.
22. **Μορφόπουλος Γεώργιος Δ.** “Κάπνισμα και πρωτοπαθής καρκίνος του πνεύμονα σε Ελληνίδες”. Διδακτορική Διατριβή. Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα 1981. σ. 28-29.
23. **Ρεμπελάκος Γρ. Απόστολος.** “Κάπνισμα, καφές, οινόπνευμα και καρκίνος ουροδόχου κύστεως στην Ελλάδα”. Διατριβή επί διδακτορικό. Εκδόσεις Πανεπιστήμιο Αθηνών. Αθήνα 1981. σ. 29-31.
24. **Δημακάκος Π.Β.** “Κλινική Αγγειολογία: Διάγνωση και Θεραπεία”. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Παρισιάνος. Αθήνα 1993. σ.106-107.
25. **Harvey Richard A., Champe Pamela C., Mycek Mary J., Gertner Sheldon B., Perper Maria Menna.** “Lippincot’s Illustrated Reviews: Pharmacology.” Συντονισμός και επιμέλεια μετάφρασης: Παπαδόπουλος Ι. Στ. – Παπαδόπουλος Γ. Επίτομος. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Παρισιάνος. Αθήνα 1995. σ.102-104

26. **Σαχίνη – Καρδάση Άννα - Πάνου Μαρία.** “Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική (Νοσηλευτικές διαδικασίες)”. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 2^η. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1997. σ. 273.
27. **Γαρδικας Κ.Δ.** “Ειδική Νοσολογία”. Επίτομος. Νέα Έκδοση. Εκδόσεις Παρισιανός. Αθήνα. σ. 173.
28. **Σμοκοβίτης Αθανάσιος.** “Η επίδραση της ρύπανσης και της μόλυνσης του περιβάλλοντος στο έμβρυο”. Επίτομος. Θεσσαλονίκη 1985. σ. 210, 214-215.
29. **Περιστεράκη – Ψυχογιού Αναστασία.** “Σχέσεις γονέων - παιδιών”. Επίτομος. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Φυκίρης. Αθήνα 1998. σ. 37, 39.
30. **Σολωμός Γρηγόριος.** “Κάπνισμα”. Επίτομος. Έκδοση 1^η. Πάτρα 1993. σ.5.
31. **Αγνάντη Νίκη.** Άρθρο: “Κάπνισμα και γυναίκα”. Μ’ ενδιαφέρει. Τεύχος 6. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Μάρτιος – Απρίλιος 1994. σ. 9
32. **Μπιλαλής Παύλος Γ.** Άρθρο: “Ενεργητικό και παθητικό κάπνισμα στην έγκυο και το παιδί”. Μ’ ενδιαφέρει. Τεύχος 6. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Μάρτιος – Απρίλιος 1994. σ. 11-12.
33. **Report of the Committee appointed by Action on Smoking and Death (Special Report), Maternal Smoking: Mothers who smoke and their children.** Practitioner Vol: 224. Ιούλιος 1980. σ. 735.
34. **Ντελίξη Στέλλα – Παρασκευοπούλου Μαρία.** “Κάπνισμα και εγκυμοσύνη”. Πτυχιακή εργασία. Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα, Απρίλιος 1991. σ. 7-8, 62-63.
35. **Νταβού Μπετίνα.** “Το κάπνισμα στην εφηβεία – Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της σχέσης του εφήβου με το κάπνισμα”. Επίτομος. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Παπαζήση Α.Ε.Β.Ε. Αθήνα 1992. σ. 13, 17-18.
36. **Κοκκέβη Άννα – Μαδιανού Δήμητρα – Στεφανής Κων/νος.** “Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα – η χρήση ουσιών στον μαθητικό πληθυσμό”. Γεν. επιμέλεια: Στεφανής Κων/νος. Τόμος 2^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Ψυχ. Βιβλιοθήκη. Αθήνα 1992. σ. 18, 28-29.
37. **Τσεντούρου Δέσποινα.** Άρθρο: “Ας μείνουν οι νέοι μακριά απ’ το τσιγάρο”. Μ’ ενδιαφέρει. Τεύχος 13. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2000. σ. 2.
38. **Σωτηρόπουλος Σπύρος Σ.** “Καπνιστικές συνήθειες των φοιτητών ιατρικής του πανεπιστημίου Αθηνών κατά το έτος 1978-1979. Διατριβή επί διδακτορία. Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα 1981. σ. 48-50, 57-59, 63-64, 66-71, 77-78, 82-87, 111-122.
39. **Φιλόπουλος Ε.** Άρθρο: “Γιατί κάποιοι παχαίνουν όταν «κόβουν το τσιγάρο;»” Μ’ ενδιαφέρει. Τεύχος 13. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2000. σ. 16.
40. **Σύγγρος Α.** Άρθρο “Κάπνισμα και αλκοόλ συνδέονται με μορφές καρκίνου”

- Μ' ενδιαφέρει. Τεύχος 13. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Αύγουστος – Σεπτέμβριος – Οκτώβριος 1995. σ.19.
41. **Φιλοπούλου Δήμητρα.** Άρθρο: “Το κάπνισμα προκαλεί κατάθλιψη”. Μ' ενδιαφέρει. Τεύχος 12. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Νοέμβριος – Δεκέμβριος 1999. σ.3.
42. **Κορδιολής Νικόλαος.** Άρθρο: “Ένας μίνι οδηγός για να κόψετε το τσιγάρο εσείς και οι φίλοι σας”. Μ' ενδιαφέρει. Τεύχος 10. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Ιούλιος – Αύγουστος 1999. σ. 22-25.
43. **Barnard Christiaan.** “Η καρδιά και οι καρδιοπάθειες”. Μετάφραση: Τζανταγιάς Κων/νος. Επιμέλεια: Αντωνάκου Σοφία. Επίτομος. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Π. Κουτσούμπος Α.Ε. 1998. σ. 180-187.
44. **Κορδιολής Νικόλαος.** Άρθρο: “Κάπνισμα και διαφήμιση”. Ca μ' ενδιαφέρει. Τεύχος 6. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Μάρτιος – Απρίλιος 1994. σ. 8-9
45. **Μπιλαλής Παύλος.** Άρθρο: “Η αδυσώπητη φορολογία του καπνιστή”. Μ' ενδιαφέρει. Τεύχος 7. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Ιανουάριος – Φεβρουάριος 1999. σ. 10-11.
46. **Lefoe N.M. Ashley M.J. – Pederson L. – Keays J.J.** “The health risks of passive smoking. The growing case for control”. 1983. σ. 91.
47. **Δάλλα – Βοργιά.** Άρθρο: “Ο ρόλος της νομοθεσίας στον αγώνα κατά του καπνίσματος.” Π. Ιατρική. Τεύχος 54. Αθήνα 1988. σ. 91-95.
48. **Τριχόπουλος Δημήτριος – Τριχοπούλου Αντωνία.** Προληπτική Ιατρική. Επίτομος. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1986. σ. 32, 141-142.
49. **Μαδιανού Δήμητρα – Μαδιανός Μιχαήλ – Κόκκεβη Άννα – Στεφανής Κων/νος.** “Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα – η χρήση ουσιών στο γενικό πληθυσμό”. Τόμος Γ'. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Ψυχ. Βιβλιοθήκη. Αθήνα 1992. σ. 224.
50. **Κορδιώλης Νικόλαος.** Άρθρο: “Παγκόσμια Αντικαπνιστική ημέρα”. Μ' ενδιαφέρει. Τεύχος 41. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Μάρτιος – Απρίλιος 2000. σ. 16.
51. Φυλλάδιο Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας. Αθήνα 2000.
52. **Φραγκίδης Χ. – Μαρσέλος Μ. Ιατρική.** “Κάπνισμα: Απλή συνήθεια ή φαρμακευτική εξάρτηση.” Τεύχος 54. Ιωάννινα 1988. σ. 80-90.
53. **Βαλαβανίδης Αθανάσιος.** “Παθητικό κάπνισμα”. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. Τόμος 3. Αθήνα 1986
54. **Παπαγρηγορίου – Θεοδωρίδου Μ. Ιατρική.** “Η υγεία του παιδιού και το παθητικό κάπνισμα.” Τεύχος 54. Αθήνα 1988. σ. 49-53.
55. **Κρεμενόπουλος Γ.** “Το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη”. Τόμος 270^{ος}. Τεύχος 4. Εκδόσεις Γαλινός. Θεσσαλονίκη 1985. σ. 663-667.

56. "Prevention of Tobacco in Youth". [http: www.nursing.org](http://www.nursing.org).

57. **Αρχιεπίσκοπος Αθηνών και πάσης Ελλάδος κ. Χριστόδουλος.** "Το Κάπνισμα – γλυκός τύραννος ή ακριβοπληρωμένος φονιάς" Επιμέλεια έκδοσης: Τσιανάκας Χρόνης. Επίτομος. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών. Αθήνα 2001.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΙΛΟΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

«Η διερεύνηση του καπνίσματος στο ιατρικό - νοσηλευτικό προσωπικό»

ΤΜΗΜΑ :

ΗΛΙΚΙΑ :

ΦΥΛΟ: Άρρεν Θήλυ

ΙΔΙΟΤΗΤΑ :

Διοίκηση
 Νοσηλεύτης ΤΕΙ
 Βοηθός Νοσηλεύτης (2ετούς)
 Ιατρός

ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: 0 – 5

6 – 10

11 – 15

16 – 20

1. Καπνίζετε;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΠΑΘΗΤΙΚΟΣ

2. Σε ποια ηλικία αρχίσατε το κάπνισμα;

Α. 15 – 20 χρόνων

Β. 20 – 25 χρονών

Γ. 25 – 30 χρονών

3. Πόσα χρόνια καπνίζετε;

Α. Εώς 5 χρόνια

Β. 6 – 10 χρόνια

Γ. 11 – 15 χρόνια

Δ. 16 – 20 χρόνια

4. Καπνίζετε στο χώρο εργασίας σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

5. Διακόπτετε την εργασία σας για να καπνίσετε;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

6. Καπνίζετε περισσότερο;

A. Στο χώρο εργασίας;
B. Στο σπίτι;
Γ. Σε χώρους αναψυχής;

7. Πόσο συχνά καπνίζετε κατά τη διάρκεια της εργασίας σας;

A. Δεν καπνίζω
B. Κάθε 30 με 60 λεπτά
Γ. Κάθε 2 ώρες
Δ. Μόνο όταν αισθανθώ την ανάγκη
Ε. Όταν έχω ελεύθερο χρόνο

8. Η ανάγκη σας να καπνίσετε είναι μεγαλύτερη όταν πίνετε καφέ;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

9. Κατά τη διάρκεια ποιας βάρδιας της εργασίας σας καπνίζετε περισσότερο;

A. Πρωί
B. Απόγευμα
Γ. Νύχτα
Δ. Σε όλες το ίδιο

10. Υπάρχει ειδικός χώρος στην εργασία σας για να καπνίσετε;

ΝΑΙ ΟΧΙ

11. Αν όχι, πού καπνίζετε;

.....
.....

12. Προτιμάτε να καπνίζετε;

A. Μόνος / η
B. Με παρέα (συναδέλφους)

13. Όταν θέλετε να καπνίσετε και δε μπορείτε η απόδοσή σας είναι η ίδια στο χώρο εργασίας σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΕΧΩ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙ

14. Όταν δεν μπορείτε να καπνίσετε κατά της διάρκεια της εργασίας σας;

A. Υπάρχει εκνευρισμός;
B. Αδυναμία συγκέντρωσης;
Γ. Αισθάνομαι αμήχανα;

15. Καπνίζετε μπροστά στους ασθενείς;

ΝΑΙ ΟΧΙ

16. Το άγχος (στενοχώρια) της εργασίας, σας ωθεί να καπνίζετε περισσότερο;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

17. Συμβουλευέτε τους ασθενείς να σταματήσουν το κάπνισμα;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

18. Κάνετε υποδείξεις στους επισκέπτες να μην καπνίζουν στο χώρο του νοσοκομείου;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

19. Γνωρίζετε ότι ο Π.Ο.Υ. έχει προτείνει τον εξής νόμο: “Το κάπνισμα απαγορεύεται σε κλειστούς χώρους, στα νοσοκομεία και στις κλινικές”

ΝΑΙ ΟΧΙ

20. Ποια είναι η γνώμη σας σχετικά με το αν πρέπει να καπνίζει το υγειονομικό προσωπικό στον εργασιακό χώρο;

A. Είμαι σύμφωνος / η
B. Είμαι σύμφωνος όταν υπάρχει ειδικός χώρος
Γ. Είμαι εντελώς αντίθετος
Δ. Δε με ενοχλεί

21. Οι νομοθετικές απαγορευτικές ρυθμίσεις;

A. Φθάνουν

B. Πρέπει να εφαρμοσθούν

Γ. Είναι υπερβολικές

Δ. Δεν είναι αρκετές

22. Ενημερώνεστε για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στον οργανισμό σας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

23. Αν όχι θα θέλατε να ενημερώνεστε;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

24. Το τσιγάρο έχει επηρεάσει τον οργανισμό και την ψυχολογία σας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

25. Ποιος είναι ο βασικότερος λόγος που σας ωθεί να καπνίζετε;

A. Επειδή παρασύρομαι

B. Επειδή το σκέφτομαι

Γ. Μηχανική κίνηση

Δ. Εξάρτηση

26. Η αύξηση της τιμής του τσιγάρου σας έχει κάνει να ελαττώσετε τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζετε;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

27. Έχετε προσπαθήσει ποτέ να κόψετε το κάπνισμα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΝΑΙ, ΑΛΛΑ ΔΕΝ ΤΑ ΚΑΤΑΦΕΡΑ

28. Θέλετε να κόψετε το κάπνισμα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

29. Ποιοι λόγοι θα σας ωθούσαν να σταματήσετε το κάπνισμα;

A. Λόγοι υγείας

B. Οικονομικοί

Γ. Περιβάλλοντος

Δ. Εγκυμοσύνη

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

30. Για ποιους λόγους δε θα σταματούσατε το κάπνισμα;

A. Εθισμός

B. Διατήρηση σιλουέτας

Γ. Μείωση άγχους / στρες

Δ. Άγχος προκαλούμενο από την εργασία

Ε. Δεν πιστεύω ότι έχει αρνητικές επιπτώσεις στον οργανισμό

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

31. Γνωρίζετε τα δικαιώματα των μη καπνιστών;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

32. Σέβεστε τους μη καπνιστές ώστε να μην καπνίζετε όταν είστε παρέα τους;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

33. Γνωρίζετε τις επιπτώσεις του τσιγάρου στον οργανισμό σας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

34. Κατά πόσο σας προβληματίζουν οι επιπτώσεις του τσιγάρου στην υγεία σας;

A. Με προβληματίζουν

B. Μου είναι αδιάφορες

35. Έχετε παρατηρήσει κάποια προβλήματα στην υγεία σας λόγω του τσιγάρου;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

36. Αν ναι, τι είδους προβλήματα;

.....

.....

37. Θα επιθυμούσατε να μην είχατε αρχίσει το κάπνισμα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

38. Θεωρείτε ότι το τσιγάρο αποτελεί μάστιγα της εποχής μας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

«Η διερεύνηση του καπνίσματος στο υγειονομικό προσωπικό»

ΤΜΗΜΑ :

ΗΛΙΚΙΑ :

ΦΥΛΟ: Άρρεν Θήλυ

ΙΔΙΟΤΗΤΑ :

| | | |
|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | → Νοσηλεύτης Π Ε | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | → Νοσηλεύτης ΤΕΙ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | → Βοηθός Νοσηλεύτης (2ετούς) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | → Ιατρός | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | → Παρασκευαστής | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | → Τραυματιοφορέας | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | → Βοηθός θαλάμου | <input type="checkbox"/> |

ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: 0 – 5

6 – 10

11 – 15

16 – 20

20 – ΚΑΙ ΠΑΝΩ

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

1. Καπνίζετε;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΠΑΘΗΤΙΚΟΣ

2. Σε ποια ηλικία αρχίσατε το κάπνισμα;

A. 15 – 20 χρόνων

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

B. 20 – 25 χρονών

Γ. 25 – 30 χρονών

3. Πόσα χρόνια καπνίζετε;

A. Εώς 5 χρόνια

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

B. 6 – 10 χρόνια

Γ. 11 – 15 χρόνια

Δ. 16 – 20 χρόνια

Ε. Πάνω από 20

4. Καπνίζετε στο χώρο εργασίας σας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

5. Διακόπτετε την εργασία σας για να καπνίσετε;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

6. Καπνίζετε περισσότερο;

A. Στο χώρο εργασίας;

B. Στο σπίτι;

Γ. Σε χώρους αναψυχής;

| |
|--|
| |
| |
| |

7. Πόσο συχνά καπνίζετε κατά τη διάρκεια της εργασίας σας;

A. Δεν καπνίζω

B. Κάθε 30 με 60 λεπτά

Γ. Κάθε 2 ώρες

Δ. Μόνο όταν αισθανθώ την ανάγκη

E. Όταν έχω ελεύθερο χρόνο

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

8. Η ανάγκη σας να καπνίσετε είναι μεγαλύτερη όταν πίνετε καφέ;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

9. Κατά τη διάρκεια ποιας βάρδιας της εργασίας σας καπνίζετε περισσότερο;

A. Πρωί

B. Απόγευμα

Γ. Νύχτα

Δ. Σε όλες το ίδιο

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

10. Υπάρχει ειδικός χώρος στην εργασία σας για να καπνίσετε;

ΝΑΙ ΟΧΙ

11. Αν όχι, πού καπνίζετε;

A. Στην τουαλέτα

B. Στο γραφείο

Γ. Σε χώρους εξέτασης ασθενών

Δ. Στην αποθήκη

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

12. Προτιμάτε να καπνίζετε;

A. Μόνος / η

B. Με παρέα (συναδέλφους)

13. Όταν θέλετε να καπνίσετε και δε μπορείτε η απόδοσή σας είναι η ίδια στο χώρο εργασίας σας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΔΕΝ ΕΧΩ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙ

14. Όταν δεν μπορείτε να καπνίσετε κατά της διάρκειας της εργασίας σας;

A. Υπάρχει εκνευρισμός;

B. Αδυναμία συγκέντρωσης;

Γ. Αισθάνομαι αμήχανα;

15. Καπνίζετε μπροστά στους ασθενείς;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

16. Το άγχος (στενοχώρια) της εργασίας, σας ωθεί να καπνίζετε περισσότερο;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

17. Συμβουλευετε τους ασθενείς να σταματήσουν το κάπνισμα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

18. Κάνετε υποδείξεις στους επισκέπτες να μην καπνίζουν στο χώρο του νοσοκομείου;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

19. Γνωρίζετε ότι ο Π.Ο.Υ. έχει προτείνει τον εξής νόμο: "Το κάπνισμα απαγορεύεται σε κλειστούς χώρους, στα νοσοκομεία και στις κλινικές"

ΝΑΙ

ΟΧΙ

20. Ποια είναι η γνώμη σας σχετικά με το αν πρέπει να καπνίζει το υγειονομικό προσωπικό στον εργασιακό χώρο;

A. Είμαι σύμφωνος / η

B. Είμαι σύμφωνος όταν υπάρχει ειδικός χώρος

Γ. Είμαι εντελώς αντίθετος

Δ. Δε με ενοχλεί

21. Οι νομοθετικές απαγορευτικές ρυθμίσεις;

A. Φθάνουν

B. Πρέπει να εφαρμοσθούν

Γ. Είναι υπερβολικές

Δ. Δεν είναι αρκετές

22. Ενημερώνεστε για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στον οργανισμό σας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

23. Από ποιους θα θέλατε να ενημερώνεστε;

MME

Περιοδικά

Συνέδρια – Ημερίδες

24. Το τσιγάρο έχει επηρεάσει τον οργανισμό και την ψυχολογία σας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

25. Ποιος είναι ο βασικότερος λόγος που σας ωθεί να καπνίζετε;

A. Επειδή παρασύρομαι

B. Επειδή το σκέφτομαι

Γ. Μηχανική κίνηση

Δ. Εξάρτηση

26. Η αύξηση της τιμής του τσιγάρου σας έχει κάνει να ελαττώσετε τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζετε;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

27. Έχετε προσπαθήσει ποτέ να κόψετε το κάπνισμα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΝΑΙ, ΑΛΛΑ ΔΕΝ ΤΑ ΚΑΤΑΦΕΡΑ

28. Θέλετε να κόψετε το κάπνισμα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

29. Ποιοι λόγοι θα σας ωθούσαν να σταματήσετε το κάπνισμα;

A. Λόγοι υγείας

B. Οικονομικοί

Γ. Περιβάλλοντος

Δ. Εγκυμοσύνη

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

30. Για ποιους λόγους δε θα σταματούσατε το κάπνισμα;

A. Εθισμός

B. Οικονομικοί

Γ. Μείωση άγχους / στρες

Δ. Άγχος προκαλούμενο από την εργασία

Ε. Δεν πιστεύω ότι έχει αρνητικές επιπτώσεις στον οργανισμό

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

31. Γνωρίζετε τα δικαιώματα των μη καπνιστών;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

32. Σέβεστε τους μη καπνιστές ώστε να μην καπνίζετε όταν είστε παρέα τους;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

33. Κατά πόσο σας προβληματίζουν οι επιπτώσεις του τσιγάρου στην υγεία σας;

A. Με προβληματίζουν

B. Μου είναι αδιάφορες

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

34. Έχετε παρατηρήσει κάποια προβλήματα στην υγεία σας λόγω του τσιγάρου;

ΝΑΙ ΟΧΙ

35. Αν ναι, τι είδους προβλήματα;

Α. Δύπνοια

Δ. Απόχρεμψη

Β. Βήχας

Ε. Ταχυκαρδίες

Γ. Εύκολη κόπωση

ΣΤ. Κεφαλαλγία

36. Θα επιθυμούσατε να μην είχατε αρχίσει το κάπνισμα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

37. Θεωρείτε ότι το τσιγάρο αποτελεί μάστιγα της εποχής μας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

38. Θεωρείτε ότι λόγω της ιδιότητάς σας αποτελείτε παράδειγμα προς μίμηση σχετικά με την αποφυγή του καπνίσματος;

ΝΑΙ ΟΧΙ

39. Καπνίζετε μπροστά στα παιδιά σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

40. Αν ναι γνωρίζετε τις επιπτώσεις «του καπνού σας» στον οργανισμό τους;

ΝΑΙ ΟΧΙ

41. Θεωρείτε ότι μπορεί να λειτουργήσετε ως πρότυπο στα παιδιά σας σχετικά με τη συμπεριφορά τους απέναντι στο κάπνισμα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΚΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΕΠΕΙΔΗ έχει γίνει πια γενικά δεκτό ότι στις αναπτυγμένες χώρες, από τους εχθρούς της υγείας που είναι δυνατό να εξαλειφθούν, το κάπνισμα είναι ο μεγαλύτερος.

ΕΠΕΙΔΗ η Ελλάδα είναι η χώρα με πολύ μεγάλη και συνεχώς αυξανόμενη κατανάλωση καπνού,

ΕΠΕΙΔΗ στη χώρα μας πεθαίνουν κάθε χρόνο τουλάχιστον 10.000 άτομα από ασθένειες σχετικές με το κάπνισμα

ΟΙ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΙΕΣ και οι Ιατρικοί Σύλλογοι που υπογράφουν το κείμενο αυτό απευθύνουν έκκληση προς:

- την Κυβέρνηση, ώστε ν' αρχίσει να προγραμματίζει την αντικατάσταση καλλιεργειών και βιομηχανιών καπνού με άλλες που δεν καταστρέφουν τη υγεία.
- το Υπουργείο Υγείας για ν' αρχίσει και πάλι έντονη, συστηματική και μακρόχρονη εκστρατεία διαφώτισης του κοινού για τους κινδύνους του καπνίσματος.
- τους Επιστημονικούς Συλλόγους και Εταιρείες για να εντάξουν στα προγράμματά τους θέματα σχετικά με τις επιπτώσεις του καπνίσματος και τους τρόπους αποφυγής των κινδύνων.
- τον Τύπο, ημερήσιο και περιοδικό και τα κρατικά Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης για να ελαττώσουν και τελικά να καταργήσουν την διαφήμιση τσιγάρων και να διευκολύνουν τη διάδοση κάθε αντικαπνιστικού μηνύματος.
- κάθε άτομο που εμφανίζεται στην τηλεόραση και αποτελεί πρότυπο για τους νέους για να μην προβάλλει την κακή συνήθεια του καπνίσματος.
- Κάθε πολίτη και ιδιαίτερα κάθε γονιό για να βοηθήσει τους εφήβους μας με το παράδειγμά του, ώστε να μην αρχίζουν την ολέθρια αυτή συνήθεια.
- και τέλος τους συναδέλφους μας γιατρούς για να δώσουν πρώτοι το καλό παράδειγμα σταματώντας το κάπνισμα ή τουλάχιστον, μη καπνίζοντας στα νοσοκομεία και όπου αλλού τους βλέπουν οι πελάτες.

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

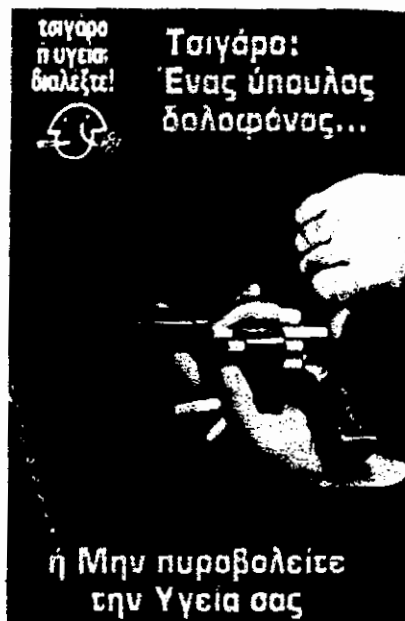
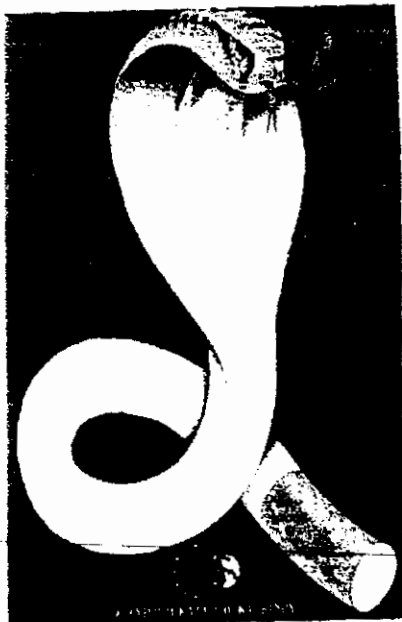
ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΘΛΗΤΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ
ΕΤΑΙΡΙΑ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΔΡΥΜΑ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΤΑΙΡΙΑ ΥΓΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ

(Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρία)



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Συντονίστρια: Μανιάτη Αλίκη

Αποτελούμε το στρογγυλό τραπέζι με τίτλο “αγωγή υγείας και τρόπος ζωής”. Στηρίζω πολλές ελπίδες σ’ αυτά που θα ακούσουμε από τους ομιλητές, τους εισηγητές αυτού του τραπεζιού, γιατί μέχρι τώρα ακούστηκαν πολλά και ωραία και χθες και σήμερα για τα προβλήματα που υπάρχουν στην Ελλάδα στον χώρο της αγωγής υγείας, αλλά εκείνο που πραγματικά χρειαζόμαστε πέρα από τη διαπίστωση των προβλημάτων, είναι τρόποι για να διορθώσουμε τα προβλήματα αυτά, και εγώ πραγματικά είμαι πολύ ανυπόμονη. Ακούστηκε από πολλούς ομιλητές για την αξία που έχει το παράδειγμα στην επίδραση, στο περιβάλλον μας και την αλλαγή τρόπου ζωής των συνομιλητών μας και χθες μόλις τέλειωσε η συνεδρία, βγήκαμε έξω και το πρώτο που έκαναν όλοι ήταν να ανάψουν τσιγάρο. Ίσως όμως χτες δεν είχε εστιαστεί το συμπόσιο στο κάπνισμα, ενώ σήμερα θα το κάνει και είμαι βέβαιη, ότι βγαίνοντας από την αίθουσα σήμερα κανείς μα κανείς δε θα καπνίσει. Αρχίζουμε λοιπόν τη συζήτησή μας με τον κύριο Παπαλάμπρου, που είναι παιδίατρος και είναι μέλος του διοικητικού συμβουλίου της Αντικαπνιστικής Εταιρίας Πατρών, που θα μας μιλήσει ακριβώς για αυτό για την αγωγή υγείας και το κάπνισμα. έχετε δεκαπέντε λεπτά, κύριε.

Δημ. Παπαλάμπρου: Απαρίθμηση στοιχείων μεγέθους κινδύνου του καπνίσματος και τον αριθμό των θανάτων , τι κοστίζει στην ελληνική οικονομία κάθε χρόνο το κάπνισμα νομίζω ότι είναι περιττό να αναφέρουμε. Όλοι μας λίγο πολύ το ξέρουμε και μάλιστα φαίνεται ότι η υπερβολική πίεση τελικά οδηγεί στο αντίθετο αποτέλεσμα. Εδώ λοιπόν θα εστιάσουμε στην αγωγή υγείας και στην προσπάθεια να μην αρχίσουν το κάπνισμα τα υποψήφια θύματα. Το πόσο περιθώριο υπάρχει στο σημείο αυτό της αγωγής υγείας αρκεί να πούμε, ότι από κάποια μελέτη που έγινε στον Άγιο Σάββα οι μισοί γιατροί περίπου, τα τρία τέταρτα του νοσηλευτικού προσωπικού και το σύνολο των τραυματιοφορέων κάπνιζαν. Σαν πρώτα στοιχεία θα ήθελα να πούμε ότι η μέση ηλικία έναρξης του καπνίσματος στην Ελλάδα είναι τα δεκατέσσερα χρόνια και ο μέσος όρος έχει κατέβει δύο χρόνια από ότι έκαναν οι γονείς μας. Η αρχικά αρνητική στάση που υπάρχει στο κάπνισμα, από την ηλικία των έντεκα χρόνων περίπου μέχρι την ηλικία των δεκαπέντε, τείνει να γίνει θετικότερη.

Υπάρχει ένα διάλειμμα στα δεκαπέντε με δεκαέξι, που αρχίζουν να συνειδητοποιούν τους κινδύνους του καπνίσματος και αν δεν έχουμε παρέμβει μέχρι εκεί, όσα παιδιά έχουν αρχίσει να καπνίζουν από περιστασιακοί καπνιστές μπορεί να γίνουν πλέον μόνιμοι καπνιστές.

Ο ρόλος ο δικός μας, των γιατρών, είναι σημαντικός καθώς η γνώμη μας θα εισακουστεί πολύ περισσότερο από τον έφηβο. Ειδικά οι παιδίατροι ξέρουν, ότι έχουμε διακηρύξει ένα δεσμό φιλίας, τόσο με την οικογένεια όσο και με το παιδί και η βαρύνουσα γνώμη του γιατρού θα μετρήσει πολύ περισσότερο. Οι συμβουλές όμως για το κάπνισμα, δεν πρέπει να δίνονται ξεκομμένα, πρέπει να δίνονται μέσα σε ένα πλαίσιο γενικότερων συμβουλών υγείας. Όχι μόνο για το τσιγάρο, το αλκοόλ, τα ναρκωτικά, για το πλύσιμο των δοντιών, για την ατομική υγιεινή κ.λ.π. Η συμπλήρωση του ατομικού δελτίου υγείας, που μας φέρνουνε τα παιδιά, όπως είτε χθες και ο κύριος Γεωργακαράκης, είναι μια πολύ καλή αφορμή για να αναφέρω και τη βλαπτική επίδραση του καπνού. Συμβολή επίσης σημαντική έχει και ο οδοντίατρος, πάλι και με τη συμπλήρωση του ατομικού δελτίου υγείας. Πρέπει να δούμε επίσης, ποια είναι τα κίνητρα που κάνουν τον έφηβο να καπνίσει. Είναι η διάθεση για κοινωνική συμμόρφωσης, όταν βλέπει την παρέα να καπνίζει. Είναι η ρύθμιση των συναισθηματικών παραγόντων που τον επηρεάζουν και κυρίως όταν είναι δυσάρεστες αυτές οι καταστάσεις. Επίσης είναι ένα μέσο αυτοπροσδιορισμού, δηλαδή να αισθανθεί το αγόρι ότι έγινε άντρας ή η κοπέλα ότι έχει χειραφετηθεί. Η πρόληψη επομένως πρέπει να αναγνωρίζει την ύπαρξη κάποιων παραγόντων, την ύπαρξη προδιάθεσης, ότι υπάρχει ο βλαπτικός παράγων και το κατάλληλο περιβάλλον για να προχωρήσει σε εξάρτηση. Η μονομερής αντιμετώπιση επομένως θα οδηγήσει σε αποτυχία.

Για να έχει η αγωγή υγείας επίδραση, πρέπει πρώτα από όλα να αναγνωρίζουμε ότι υπάρχει το πρόβλημα. Τόσο οι γιατροί, όσο και οι εκπαιδευτικοί και οι γονείς πρέπει να είναι γνώστες των στοιχείων. Δηλαδή δε θα τρομάζουμε τα παιδιά με τα νούμερα.

Τους γονείς τους πρέπει να ενημερώσουμε. Η ηλικία που θα πρέπει να αρχίζει η αγωγή είναι η παιδική. Είπαμε πριν, ότι στην ηλικία των έντεκα χρόνων αρχίζει και δημιουργείται κάποια αρνητική στάση. Στην ηλικία όμως αυτή έχουν αρχίσει να φτάνουν στα παιδιά και τα μηνύματα του καπνού. Εμείς πρέπει να αρχίσουμε επομένως από νωρίτερα πριν φτάσει η διαφήμιση σε ευήκοα ώτα. Σαν παράδειγμα οι τσιγλες με μορφή και σχήμα τσιγάρων. Δε διανοήθηκε ποτέ καμιά καπνοβιομηχανία, μολονότι δεν κατασκευάζει τσιγλες τσιγάρα, να κάνει αγωγή για αντιποίηση σήματος, όπως γίνεται πολλές φορές σε άλλες περιπτώσεις. Πρέπει να δούμε τον αρνητικό ρόλο της διαφήμισης και να τον πολεμήσουμε με τα ίδια της τα μέσα. Θα αναφερθώ πιο κάτω σε ένα παράδειγμα. Εδώ πάλι θα μπει και το παράδειγμα που ανέφεραν και άλλοι ομιλητές. Ο γιατρός που καπνίζει, οι δάσκαλοι που καπνίζουν μέσα στην τάξη, ακόμα και υπουργούς υγείας έχουμε δει σε τηλεοπτικές τους εμφανίσεις με το τσιγάρο στο χέρι. Πρέπει να ξέρουμε να μάθουν τα παιδιά τις βλαπτικές συνθήκες του καπνού. Αυτό θα βοηθήσει να αποφύγουν την πρώτη

δοκιμή. Οι συμβουλές θα πρέπει να δοθούν με απλό τρόπο και τονίζοντας τις άμεσες συνέπειες, μείωση στην αθλητική απόδοση, εύκολη κόπωση στο χορό και στις εκδρομές και να μην τρομάζουμε με τον απώτερο κίνδυνο του καρκίνου ή τις καρδιοπάθειες. Η διαθεσιμότητα του καπνού είναι ένας παράγων, που βεβαίως η καταστολή νομίζω ότι δε θα πρέπει να είναι ο πρώτος στόχος, αλλά η εύκολη απόκτηση κάνει και εύκολη την πρώτη δοκιμή. Η νομοθεσία θα πρέπει να λειτουργήσει σε αυτό το σημείο επιβοηθητικά. Σε άλλες χώρες δεν επιτρέπεται η πώληση καπνού σε παιδιά κάτω των δεκαοχτώ ετών. Θα πρέπει παράλληλα να υπάρξει βεβαίως και η απαγόρευση της χρήσης καπνού στα νοσοκομεία. Η διαφήμιση και αντιδιαφήμιση που κάνει το υπουργείο “το κάπνισμα βλάπτει την υγεία. Το Υπουργείο προειδοποιεί” έχει πάψει πια να απασχολεί, έχει γίνει ένα σημάδι που το ξεπερνάμε χωρίς να το προσέχουμε καθόλου. Θα πρέπει και αυτό να αντικατασταθεί με κάποια άλλη διαφήμιση, κάποιον άλλο τρόπο που θα περάσουμε το μήνυμα ότι το τσιγάρο. Να προσελκύσουμε τους διαφημιστές, να τους δώσουμε χρήματα να διαφημίζουν κατά του καπνίσματος. Η επιλογή του μηνύματος που θα πρέπει να δώσουμε στα παιδιά, θα πρέπει να είναι αποδεκτό από τα ίδια τα παιδιά, να το παρουσιάζουμε με ένα τρόπο που να το καταλαβαίνουν. Πρέπει να είναι ένα μέσο επικοινωνίας που το αγαπούν. Εδώ μπορεί να βοηθήσει η τηλεόραση, που τόσα της καταμαρτυρούμε, όπως μπορεί να βοηθήσει και το ραδιόφωνο. Να γίνει από άτομο που εμπιστεύεται.

Το άτομο που εμπιστεύεται δεν είναι απαραίτητο να είναι γιατρός ή ο εκπαιδευτικός. Δεν είδα να έχει συνέχεια η διαφήμιση του Γιαννάκη που πετάει το πακέτο στα σκουπίδια. Η ενημέρωση των παιδιών απαιτεί και μια ειδική τεχνική και γι' αυτό, βεβαίως, θα πρέπει πέρα από εμάς τους γιατρούς και οι εκπαιδευτικοί να εκπαιδευτούν, όπως προσφιλώς είτε προηγουμένως ο ομιλητής. Τα μηνύματα να τα περνάμε συνέχεια. Να μην πάμε μια φορά σε ένα σχολείο και να μην ξαναπάμε.

Αυτό το παιδί να μας ξαναβρεί μπροστά του την επόμενη χρονιά ή να μας βρει στο γυμνάσιο. Εμείς οι μεγάλοι να τους δώσουμε τα πρότυπα, να αποθαρρύνουμε την επαφή των παιδιών με καπνιστές κατά το δυνατόν. Όχι τόσο για να μην γίνει παθητικός καπνιστής, αλλά για να μην εξοικειωθεί με την ιδέα του καπνίσματος. Και οι πληροφορίες που θα παρουσιάζουμε στα παιδιά θα πρέπει να είναι ειλικρινείς, χωρίς υπερβολές και θα πρέπει να είμαστε πανέτοιμοι, γιατί ψάχνουν να βρουν τα κενά, τα επιστημονικά κενά σ' αυτά που θα τους πούμε καμιά φορά να μας κολλήσουν στον τοίχο. Και να μην ξεχνάμε επίσης, ότι μαθαίνοντας στα παιδιά τους κινδύνους από το κάπνισμα, θα βοηθήσουμε και τους γονείς τους να το σταματήσουν.

Θα τελειώσω μ' ένα παράδειγμα: Μόλις πολύ τελευταία το έμαθα και είναι ένας συνοπτικός τρόπος προσεγγίσεως του προβλήματος. Στην Ισπανική τηλεόραση

παρουσιάζεται ένα διαφημιστικό μήνυμα χωρίς καθόλου λόγο. Μια μαθήτρια σχολάει από το σχολείο της, δεκαεξάχρονη περίπου, έχει τα βιβλία της μαζί, τα βάζει στο πατάκι και πάει να φύγει. Ξεκινώντας τα βιβλία πέφτουν. Δυο νεαροί συνομήλικοι που είναι παρατέρα, βλέπουν και σπεύδουν να τη βοηθήσουν. Ο καπνιστής μένει πίσω, κοιτάει με απόγνωση το τσιγάρο και το πετάει. Το μήνυμα πέρασε. ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ.

ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΚΑΠΝΙΣΤΗ

| | Πόση καπνίζω | | | | | | | Γενική κατάσταση | | | | |
|--|--------------|------|------|------|------|------|------|------------------|---|---|---|--|
| | Τορ. | Σαβ. | Κυρ. | Δευ. | Τρι. | Τετ. | Παρ. | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Πότε καπνίζω | | | | | | | | | | | | |
| Πόσο (μηνιαίο) καπνίζω (σε πακέτα) | | | | | | | | | | | | |
| Πότε πηγαίνω | | | | | | | | | | | | |
| Ποσότητα πακέτων | | | | | | | | | | | | |
| Ποσότητα στη δεξαμενή | | | | | | | | | | | | |
| Αναμένω τη δουλειά | | | | | | | | | | | | |
| Όταν παύω να καπνίζω | | | | | | | | | | | | |
| Αναμένω στη δουλειά | | | | | | | | | | | | |
| Στα μπουρ | | | | | | | | | | | | |
| Στα ελαττώματα για καπν ή τσιπ | | | | | | | | | | | | |
| Στα νεύματα (πλην προσωπικού) | | | | | | | | | | | | |
| Μετά τη νύκτα | | | | | | | | | | | | |
| Γρηγορεύω να συναντήσω κάποιον | | | | | | | | | | | | |
| Μ' ένα ποτά | | | | | | | | | | | | |
| Ενώ οδηγώ | | | | | | | | | | | | |
| Ενώ διαβάζω | | | | | | | | | | | | |
| Κάνοντας τη δουλειά του υγιεινού | | | | | | | | | | | | |
| Στα φάνα | | | | | | | | | | | | |
| Στο μπαρ | | | | | | | | | | | | |
| Ελέγχοντας τηλέφωνο | | | | | | | | | | | | |
| Υπερτασικό πρόγνι πριν τον ύπνο | | | | | | | | | | | | |
| Αφού κόνη ποτά | | | | | | | | | | | | |
| Άλλες φορές | | | | | | | | | | | | |
| ΣΥΜΦΑΣ ΤΣΙΓΑΡΩΝ | | | | | | | | | | | | |
| <p>0 - Δεν καπνίζω καθόλου</p> <p>1 - 1 πακέτο καπνίζω ανά ημέρα</p> <p>2 - 2 πακέτα καπνίζω ανά ημέρα</p> <p>3 - 3 πακέτα καπνίζω ανά ημέρα</p> <p>4 - 4 πακέτα καπνίζω ανά ημέρα</p> <p>5 - 5 πακέτα καπνίζω ανά ημέρα</p> <p>6 - 6 πακέτα καπνίζω ανά ημέρα</p> <p>7 - 7 πακέτα καπνίζω ανά ημέρα</p> <p>8 - 8 πακέτα καπνίζω ανά ημέρα</p> <p>9 - 9 πακέτα καπνίζω ανά ημέρα</p> <p>10 - 10 πακέτα καπνίζω ανά ημέρα</p> <p>11 - 11 πακέτα καπνίζω ανά ημέρα</p> <p>12 - 12 πακέτα καπνίζω ανά ημέρα</p> <p>13 - 13 πακέτα καπνίζω ανά ημέρα</p> <p>14 - 14 πακέτα καπνίζω ανά ημέρα</p> <p>15 - 15 πακέτα καπνίζω ανά ημέρα</p> <p>16 - 16 πακέτα καπνίζω ανά ημέρα</p> <p>17 - 17 πακέτα καπνίζω ανά ημέρα</p> <p>18 - 18 πακέτα καπνίζω ανά ημέρα</p> <p>19 - 19 πακέτα καπνίζω ανά ημέρα</p> <p>20 - 20 πακέτα καπνίζω ανά ημέρα</p> | | | | | | | | | | | | |

Πηγή: Το Αμερικανικό Πανεπιστήμιο σε συνεργασία με το Συμβούλιο της Ευρώπης για την Αντιμετώπιση του Καπνίσματος (1990)

ΚΙΝΔΥΝΕΥΕΤΕ ΝΑ ΓΙΝΕΤΕ ΕΝΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΟΣ ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Σας είναι αδύνατο να φανταστείτε ότι μπορείτε να διακόψετε το κάπνισμα για μια ολόκληρη εβδομάδα; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 2. Σας δημιουργείται αίσθημα άγχους όταν δείτε ξαφνικά ότι τέλειωσαν τα τσιγάρά σας; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 3. Καπνίζετε κάτω από την πίεση των καθημερινών προβλημάτων. Καπνίζετε το ίδιο και τον καιρό κατά τον οποίο δεν έχετε τόσα προβλήματα; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 4. Όταν καπνίζετε λιγότερο αισθάνεστε δυσφορία και γινόσαστε δύσκολος με τους άλλους; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 5. Καπνίζετε συχνά στο κρεβάτι; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 6. Όταν προσπαθείτε να καπνίσετε λιγότερο νιώθετε νευρικότητα, άγχος, έχετε ιδρώτες ή εσωτερική ανησυχία; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 7. Καπνίζετε τα τσιγάρα μέχρι το τελευταίο κομματάκι που μπορείτε να κρατήσετε στο χέρι σας; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 8. Καπνίζετε το ένα τσιγάρο μετά το άλλο; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 9. Σας τέλειωσε το πακέτο, θα καπνίζατε κάθε τσιγάρο που θα βρίσκατε εύκαιρο ανεξάρτητα από το εάν έχει φίλτρο ή όχι; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 10. Σας τέλειωσαν τα τσιγάρα το βράδυ στο σπίτι, θα βγαίνατε οποιαδήποτε ώρα έξω για να βρείτε να αγοράσετε ένα πακέτο. | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 11. Σας τέλειωσαν τα τσιγάρα, θα δεχόσαστε ένα τσιγάρο και από κάποιον τον οποίο δε συμπαθείτε; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 12. Φανταστείτε ότι είχατε μια ασθένεια η οποία απαιτεί να διακόψετε το κάπνισμα αμέσως. Είσατε σίγουρος – η, ότι θα τα καταφέρνατε; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |

ΘΑΝΑΣΗ ΝΤΖΟΥΦΡΑ
ΔΗΜΟΔΙΔΑΣΚΑΛΟΥ

Σ' Έναν ΚΑΠΝΙΣΤΗ

Κύριε, κύριε καπνιστή, πες μου, γιατί καπνίζεις
Και καυσαέριο κακό τριγύρω σου σκορπίζεις

Κάνεις εσύ το κέφι σου, ρωτάς όμως κι εμένα
Τι φταιω ν' αναπνέω παντού αέρια μολυσμένα

Δεν φτάνουν τα εργοστάσια κι όλα τα τροχοφόρα
Πρέπει να δέχομαι καπνό και από σένα τώρα;

Κόψε πια τούτη την κακή και βλαβερή συνήθεια
Και μάθε, αν θέλεις, μια πικρή μα και μεγάλη αλήθεια!

Για ότι παθαίνουν τα παιδιά φταιν' οι μεγάλοι
Γιατί το ψάρι, αν βρωμά, βρωμάει απ' το κεφάλι

Σ' ΕΝΑΝ ΚΑΠΝΙΣΤΗ

Στίχοι Θ. ΝΤΖΟΥΦΡΑΣ

Μουσική Γ. ΒΕΝΙΣΑΔΕΑΣ

The musical score consists of three staves of music. The first staff begins with a treble clef, a key signature of one flat (B-flat), and a 4/4 time signature. The melody is written on a five-line staff. Below the first staff, the lyrics are: "Κυ _ μ _ ε _ , κά _ π _ ν _ ε _ σ _ σ _ τ _ ι _ ,". The second staff continues the melody, with lyrics: "να _ πε _ τ _ α _ ε _ , κά _ π _ ν _ ε _ σ _ σ _ τ _ ι _ , κά _ π _ ν _ ε _ σ _ σ _ τ _ ι _ , κά _ π _ ν _ ε _ σ _ σ _ τ _ ι _ ,". The third staff concludes the melody, with lyrics: "κα _ π _ ν _ ε _ σ _ σ _ τ _ ι _ , κά _ π _ ν _ ε _ σ _ σ _ τ _ ι _ , κά _ π _ ν _ ε _ σ _ σ _ τ _ ι _ , κά _ π _ ν _ ε _ σ _ σ _ τ _ ι _ ,".

**Το γαρο
ή υγεία;
διαλέξτε!**



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC ANTISMOKING
SOCIETY**

Αγαπητοί φίλοι,

Η Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία, δημιούργημα του αείμνηστου Καθηγητού Σπύρου Δοξιάδη, στην προσπάθειά της να επιτύχει την σωστή ενημέρωση της κοινής γνώμης σε ότι αφορά τους κινδύνους που συνεπάγεται το κάπνισμα για την Δημόσια Υγεία ΚΑΛΕΙ όσους ενδιαφέρονται και έχουν την διάθεση να βοηθήσουν στην επιτυχία αυτού του σκοπού να γίνουν Μέλη της και να ενώσουν τις δυνάμεις τους στην συστηματική και συντονισμένη αντικαπνιστική εκστρατεία της.

Η εκστρατεία αυτή έχει ως κύριο στόχο, αλλά όχι αποκλειστικό, την προστασία της νεολαίας που είναι σήμερα εκτεθειμένη σε σοβαρούς κινδύνους, μεταξύ των οποίων και το κάπνισμα, και έχει ανάγκη ενημέρωσης και υποστήριξης προκειμένου να τους αντιμετωπίσει με επιτυχία.

Η Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία, μη κερδοσκοπικό Σωματείο για την εκπλήρωση αυτού του σκοπού βασίζεται στην πρόθυμη συμμετοχή των Μελών της στα Προγράμματα που ήδη εφαρμόζονται και στην δυνατότητα επεκτάσεώς τους σε Πανελλήνια κλίμακα ώστε να καλυφθεί κατά τρόπο υπεύθυνο και επιστημονικό το κενό που αφήνει ή δημιουργεί η ελλιπής και διαστρεβλωμένη ενημέρωση μεγάλων τμημάτων του πληθυσμού.

Αν έχετε λίγο χρόνο να διαθέσετε σε αυτή την προσπάθεια γίνετε Μέλη της Ελληνικής Αντικαπνιστικής Εταιρείας. Κοστίζει τόσο λίγο κι' όμως προσφέρει πολλά στο Κοινωνικό σύνολο.

Με φιλικούς χαιρετισμούς
Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΔΑΙΚΟΣ Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας.

ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΣΤΕ ΤΩΡΑ ΑΥΤΟ ΤΟ ΚΟΥΠΟΝΙ

Επιθυμώ να γίνω Μέλος της Ελληνικής Αντικαπνιστικής Εταιρείας.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ.....

ΤΑΧΥΔ. ΚΩΔΙΚΑΣ.....ΠΟΛΗ.....ΤΗΛ.:

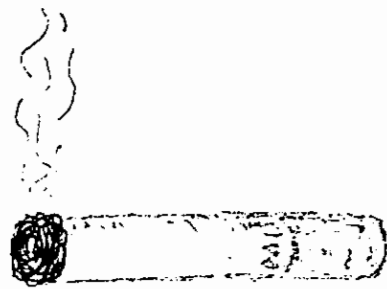
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....ΥΠΟΓΡΑΦΗ.....

Α. Τσόχα 18 - 20, 115 21 Αθήνα, Τηλ. 64.56.713 - 15, Fax: 64.10.011

18 - 20, A. Tsoha Str., 115 21 Athens, Tel. 64.56.713 - 15, Fax: 64.10.011



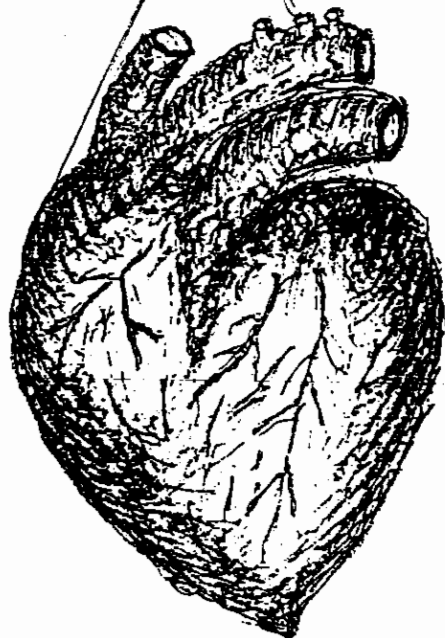
1



3



2



2d 4 βρώδια
του Άνθρωπου
εις Καραντζωμένη
Κορώνης.....

