

ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
Επιβλέπων Καθηγητής: ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Πτυχιακή εργασία

ΘΕΜΑ:
ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ



Σπουδάστριες:
ΚΟΤΣΙΑ ΜΑΙΡΗ
ΚΑΚΑΖΙΩΤΗ ΜΑΡΙΑ



ΠΑΤΡΑ Δεκέμβριος 2003

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε θερμά τον Καθηγητή κ. **Ι. Δετοράκη** για την ανάθεση αυτής της σημαντικής και πολύ ενδιαφέρουσας εργασίας, καθώς και για την ηθική του υποστήριξη. Η συμβολή του ήταν μεγάλη επίσης, όσον αφορά τη συγκέντρωση του υλικού που απαιτούνταν για την πρόοδο και την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Τέλος, ευχαριστούμε όλους αυτούς που βοήθησαν είτε πνευματικά, είτε πρακτικά στην προετοιμασία αυτής της διπλωματικής εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Ορισμός – Ιστορία του καπνού.....	9
1.2. Χημική σύσταση του καπνού.....	11
1.3. Νικοτίνη – Μονοξείδιο του άνθρακα Φαρμακολογικές επιδράσεις.....	13
1.4. Στατιστικά – Επιδημιολογικά στοιχεία.....	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. Λόγοι που οδηγούν στο κάπνισμα.....	19
2.2. Παθητικό κάπνισμα.....	21
2.3. Σύνδρομο Στέρησης.....	23
2.4. Η σημασία της διακοπής του καπνίσματος.....	25
2.5. Κατασταλτικά του καπνίσματος.....	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Κλινικές επιπτώσεις του καπνίσματος.....	30
3.2. Κλινικές επιπτώσεις του καπνίσματος στο αναπνευστικό σύστημα.....	31
3.3. Κλινικές επιπτώσεις του καπνίσματος στο Καρδιαγγειακό σύστημα.....	34
3.3.1. Στηθάγχη.....	36
3.3.2. Κάπνισμα και Στεφανιαία Νόσος.....	37
3.4. Καρκίνος και κάπνισμα.....	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. Αντικαπνιστικά Προγράμματα.....	41
4.2. Δικαιώματα των μη καπνιστών.....	43
4.3. Νομοθετικά μέτρα για την μείωση ή καταστολή του καπνίσματος.....	45
4.4. Ο ρόλος του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού στον αντικαπνιστικό αγώνα.....	47
4.5. Η ευθύνη της Πολιτείας.....	48

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εγκυμοσύνη – Ορισμός.....	50
1.1. Κλινική Διάγνωση.....	50
1.2. Ηλικία της εγκυμοσύνης.....	53
1.3. Διάρκεια της εγκυμοσύνης.....	55
1.4. Στάδια της εγκυμοσύνης.....	56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. Ο ρόλος του Πλακούντα.....	58
2.2. Ανεπάρκεια του Πλακούντα.....	59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Κίνδυνοι του εμβρύου στην προγεννητική περίοδο.....	60
3.2. Η ερμηνεία των βλαβών του εμβρύου.....	61
3.3. Επιδράσεις του καπνίσματος στην κύηση και στο έμβρυο.....	64
3.4. Επιδράσεις φαρμάκων και αλκοόλ στο έμβρυο.....	68

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

• Μήπως καπνίζεις ναφθαλίνη και αμμωνία;.....	71
• Κάπνιζαν; Θα πληρώσετε!.....	72
• Διακοπή του καπνίσματος: Κέρδος και μόνο κέρδος.....	73
• Πώς να διακόψετε το κάπνισμα.....	74
• Προστατευτικά μέτρα κατά του καπνίσματος.....	75
• Κάπνισμα και απώλεια δοντιών.....	77
• Κάπνισμα και ατυχήματα.....	78

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Πίνακες και στατιστικά.....	80
-----------------------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	113
--------------------------	------------

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

«ΚΑΤΤΙΝΙΣΜΑ»

(ΤΕΝΙΚΑ)

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Δεν υπάρχει, σ' όλη την ιστορία της Ανθρωπότητας, άλλη συνήθεια που να είχε και να έχει τόση έκταση και που να έχει τόσες πολλές ολέθριες συνέπειες για τη υγεία του ανθρώπου, όσο το κάπνισμα. Τα ναρκωτικά αφορούν μεγάλη μερίδα ανθρώπων και τελευταία αυξάνει ανησυχητικά η διάδοσή τους. Ακόμη και το οινόπνευμα που σε πολλές κοινωνίες οδηγεί σημαντικό αριθμό ατόμων στον αλκοολισμό δεν είναι ούτε κατά προσέγγιση τόσο διαδεδομένο όσο το κάπνισμα, που εκτείνεται σε όλες τις ηλικίες από νεαρότατης μέχρι βαθέως γήρατος. Ούτε με την πολλαπλότητα των συνεπειών συγκρίνεται με οιαδήποτε άλλη βλαπτική συνήθεια.

Η βλαπτική και καταστροφική αυτή συνήθεια, παρ' όλες τις προσπάθειες που ανέλαβαν οι κυβερνήσεις των περισσότερων χωρών, εξακολουθεί να επεκτείνεται και να δημιουργεί νέα θύματα σε όλα τα κοινωνικά στρώματα και το χειρότερο προστίθενται, με συνεχώς αυξανόμενο ρυθμό, γυναίκες – σαν μια κατάκτηση του γυναικείου κινήματος για απελευθέρωση.

Η χειραφετημένη γυναίκα της εποχής μας απέκτησε τα δικαιώματα του άνδρα, αλλά και τις κακές του συνήθειες. Το ποσοστό γυναικών – χρηστών έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. ⁽¹⁾

Είναι δε τραγικό ότι ο άνθρωπος τίποτα άλλο δεν κάνει με τόση επιμέλεια όσο το να καπνίζει. Πιστεύεται ότι είναι πολύ δύσκολο να απαλλαγεί κανείς από τόσο ισχυρή συνήθεια. Είναι όμως αρκετά εύκολο να προσπαθήσει, αν έχει διαφωτιστεί για τα κακά που οπωσδήποτε τον περιμένουν.

Το κάπνισμα, εκτός από τις βλάβες που προκαλεί στην υγεία, προκαλεί και σοβαρά προβλήματα στην εγκυμοσύνη. Η εγκυμονούσα που καπνίζει επιβαρύνει την ίδια της την υγεία και επιπλέον εμποδίζει την ομαλή ανάπτυξη του εμβρύου. Προβλήματα όπως η προωρότης ή οι γεννήσεις νεογνών με χαμηλό βάρος και αναπνευστικές λοιμώξεις, έχουν αποδοθεί στην επίδραση της νικοτίνης που περιέχει ο καπνός.

Οι παραπάνω λοιπόν παρατηρήσεις αποτέλεσαν το κίνητρο για να ξεκινήσουμε αυτή την έρευνα, σε εγκυμονούσες της περιοχής της Αχαΐας, με σκοπό να

προσδιορίσουμε την επίδραση του καπνού, τόσο στην εγκυμονούσα όσο και στην ανάπτυξη και εξέλιξη του εμβρύου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Εκατομμύρια άνθρωποι θυσιάζονται κάθε χρόνο στο βωμό του καπνίσματος, σε κάθε 13" αντιστοιχεί και ένας θάνατος. Το τσιγάρο είναι υπεύθυνο για την απώλεια περισσότερων ζώων απ' όσες αφανίζουν μαζί τα ναρκωτικά, τα οιοπνευματώδη, οι πυρκαγιές, οι δολοφονίες, τα τροχαία. Κάθε χρόνο ξοδεύονται πολλά εκατομμύρια για την προβολή του καπνίσματος από τις βιομηχανίες, ενώ για την αντικαπνιστική εταιρία οι δαπάνες είναι μηδαμινές.

Η αντικαπνιστική εκστρατεία χρειάζεται τη συμμετοχή πολλών ομάδων ανθρώπων. Ενώ άρχισε με αρκετή ένταση προ ετών, διεκόπη για λόγους πολιτικών συγκυριών και άστοχων κοινωνικοπολιτικών σκοπιμοτήτων. Τα μέσα ενημέρωσης εμφανίζουν το πρωτοφανές, διεθνώς, θέαμα των καπνιζόντων κυβερνητικών και διοικητικών παραγόντων, μ' επικεφαλής τους δημοσιογράφους. Οι δε προσπάθειες των επιστημόνων ή των φορέων που διαφωτίζουν με ομιλίες το κοινό για τους κινδύνους του τσιγάρου, μένουν συχνά στο στάδιο του κηρύγματος. Μόλις το κήρυγμα τελειώνει ο ακροατής ανάβει τσιγάρο.

Από τις 2-4000 χημικές ουσίες που παράγονται κατά την καύση του τσιγάρου, οι κυριότερες είναι: νικοτίνη, πίσσα και το μονοξειδίο του άνθρακα.

Το 80% των γυναικών που καπνίζουν, πάσχουν από διαταραχές της εμμηνου ροής, από στειρώση, ή κινδυνεύουν από αποβολές και πρόωρο τοκετό. Ο κίνδυνος αποβολής στην καπνίστρια είναι κατά δύο φορές μεγαλύτερος απ' ότι στη μη καπνίστρια. Τα παιδιά που γεννιούνται από μητέρες καπνίστριες είναι συνήθως ελλιποβαρή και μικρότερα στο μήκος. Επειδή η νικοτίνη προκαλεί συστολή στα αγγεία του πλακούντα και της μήτρας, μειώνεται η ποσότητα των θρεπτικών ουσιών και του οξυγόνου που θα έπρεπε να φθάσει στο έμβρυο. ⁽²⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1.ΟΡΙΣΜΟΣ – ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ

Το κάπνισμα φυσικά δεν αποτελεί τροφή. Είναι όμως μια καθιερωμένη κοινωνική συνήθεια και για τα δύο φύλα, πολύ επιβλαβής για την υγεία, ώστε σύμφωνα με την Π.Ο.Υ, να αποτελεί το σημαντικότερο πρόβλημα δημόσιας υγείας, στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Ο καπνός είναι το προϊόν κατεργασίας των φύλλων ενός φυτού, της νικοτιανής του ταμπάκου, που ανήκει στην οικογένεια των σωληνωδών. Το φυτό αυτό περιέχει ένα αλκαλοειδές, την νικοτίνη, που έχει πολύπλοκη επίδραση στο Κ.Ν.Σ, και περισσότερο από νευροφυτικό, στην καρδιά, στα αγγεία και στους μυς. ⁽³⁾

Στις αρχές του 16^{ου} αιώνα οι ναύτες του Χριστόφορου Κολόμβου, είδαν τους ερυθρόδερμους να εισπνέουν με μακριά καλάμια τον καπνό των καιομένων φύλλων του φυτού του καπνού, για το οποίο υπήρχε η εντύπωση ότι έχει θεραπευτικές ιδιότητες. Οι ναύτες του Χριστόφορου Κολόμβου είναι εκείνοι οι οποίοι έφεραν και στην Ευρώπη το αυτοφυές αυτό φυτό της Λατινικής Αμερικής. ⁽⁴⁾

Το επιστημονικό του όνομα *Nicotiana Tabacua* το πήρε:

- A. προς τιμήν του Jean Nicot, ο οποίος προώθησε την εισαγωγή και καλλιέργειά του στην Ευρώπη, και
- B. από το νησί των Αντιλλών *Tabacua*.

Ο Nicot, πρεσβευτής της Γαλλίας στην Πορτογαλία, περί τα τέλη του 16^{ου} αιώνα πιστεύοντας και αυτός στις αποδιδόμενες στο φυτό του καπνού θεραπευτικές ιδιότητες, περιέγραψε στο Γαλλο-Λατινικό λεξικό του την *Nicotiana* ως φυτό με ευνοϊκά αποτελέσματα εναντίον τραυμάτων, ελκών, λύκου του προσώπου και το πρόσφερε ως δώρο στην Αικατερίνη των Μεδίκων, από όπου διαδόθηκε στην τάξη των ευγενών της Ευρώπης. Ο καπνός την εποχή εκείνη αποτελούσε πολυτέλεια και προνόμιο των πλουσίων και η χρήση του έπαιρνε τη θέση στοιχείου ταξικής διακρίσεως. Στην υπόλοιπη Ευρώπη διαδόθηκε με τις εκστρατείες του Ναπολέοντος και κυρίως μετά τον Κριμαϊκό πόλεμο και μέχρι τις αρχές του 17^{ου} αιώνα οι

Ευρωπαίοι ήξεραν τον καπνό σαν ιαματικό βότανο. Μόνο μετά το 1610 το κάπνισμα αρχίζει να γίνεται μια απολαυστική συνήθεια. ⁽⁵⁾

Στον επόμενο αιώνα, το κάπνισμα του καπνού διαδόθηκε σ' όλο τον κόσμο, παρά τη σοβαρή αντίθεση των αρχών και τα αυστηρά μέτρα που λήφθηκαν σε ορισμένες περιπτώσεις.

Τα πρώτα 250 χρόνια στην Ευρώπη, ο καπνός καπνιζόταν σε πίπες, ή πούρα, μυριζόταν σαν πρέζα και τον μασούσαν. Το τσιγάρο, που είναι η πιο βλαβερή μορφή της χρήσης του καπνού, πρωτοεμφανίστηκε στα μέσα του 19^{ου} αιώνα. Στα 1880, η εφεύρεση μιας μηχανής που κατασκεύαζε τσιγάρα έδωσε τη δυνατότητα αύξησης της παραγωγής.

Στα μέσα του 19^{ου} αιώνα, στις Η.Π.Α άρχισε να κυκλοφορεί ένας νέος τύπος καπνού που τα φύλλα του στέγνωναν γρήγορα σε θερμαινόμενες αποθήκες αντί να ξεραίνονται σιγά – σιγά στον ήλιο. Κι ενώ στον παλιό, βαρύ τύπο του καπνού για εισπνοή, η νικοτίνη απορροφιόταν από τους ιστούς του στόματος και του φάρυγγα, τώρα η νικοτίνη, στο νέο, ηπιότερο και πιο περιεκτικό σε οξέα καπνό, δεν απορροφιέται καλά από το στόμα, αλλά ο καπνός είναι αρκετά ελαφρύς για εισπνοή. Έτσι, παρόλο που ο καπνός του τσιγάρου είχε λιγότερη νικοτίνη, στην πραγματικότητα ένα τσιγάρο διοχέτευε περισσότερη νικοτίνη στον εγκέφαλο του καπνιστή και μάλιστα με εντυπωσιακή ταχύτητα,

Μέσα σε λίγες δεκαετίες η πώληση των τσιγάρων στις Η.Π.Α αυξήθηκε από εκατομμύρια σε δισεκατομμύρια και από κει σε εκατοντάδες δισεκατομμυρίων. Κι αυτό, παρά το γεγονός ότι σε περισσότερες από 14 πολιτείες είχαν ψηφιστεί νόμοι που απαγόρευαν το τσιγάρο.

Στην Ελλάδα ο καπνός αρχίζει να καλλιεργείται στα μέσα του 17^{ου} αιώνα. Μετά την άρση, μάλιστα, των απαγορευτικών μέτρων εναντίον των καπνιστών από τον Σουλτάνο Σουλεϊμάν, η καλλιέργεια του καπνού σε διάφορες περιοχές της χώρας γνώρισε ιδιαίτερη άνθηση.

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, η Ελλάδα είναι μία από τις κύριες καπνοπαραγωγούς χώρες και μεγάλο μέρος της οικονομίας της είναι εξαρτώμενο από την καλλιέργεια του καπνού. ⁽⁶⁾

1.2.ΧΗΜΙΚΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ

Έπειτα από διάφορες επιδημιολογικές μελέτες έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα αποτελεί τον κυριότερο εξωγενή παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας για τον άνθρωπο. Όταν καπνίζουμε ένα τσιγάρο, μπαίνουν στο αναπνευστικό μας σύστημα, από την μύτη και το στόμα μέχρι την τελευταία πνευμονική κυψελίδα, ουσίες που κάθε άλλο παρά αδιάφορες είναι για τον οργανισμό μας. Το κάπνισμα των τσιγάρων δημιουργεί ένα ετερογενές αέριο μείγμα που παράγεται από την ατελή καύση των φύλλων καπνού. Αυτό συνίσταται από αέρια και ατμούς στους οποίους υπάρχουν διάσπαρτα σταγονίδια.

Η σύσταση του καπνού επηρεάζεται από αρκετούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται ο τύπος των φύλλων καπνού, η θερμοκρασία καύσεως, το μήκος του τσιγάρου, η πορώδης κατασκευή του χαρτιού, οι προσθετικές ουσίες και τα φίλτρα.

Τα κύρια συστατικά των φύλλων καπνού είναι: υδαάνθρακες, μη λιπαρά οργανικά οξέα, αζωτούχες ενώσεις και ρητίνες.

Οι θερμοκρασίες των τσιγάρων ποικίλουν σημαντικά από 30° C στο στόμα έως 900° C στον κώνο καύσεως. Στην παρουσία έντονης θερμότητας μερικά συστατικά του καπνού υφίστανται θερμική αποσύνθεση (πυρόλυση). Οι πτητικές ουσίες αποστάζονται κατευθείαν μέσα στον καπνό. Τα ασταθή μόρια επανασυνδέονται και δημιουργούν νέες ενώσεις (πυροσύνθεση).

Το κύριο ρεύμα του καπνού του τσιγάρου είναι αυτό που παρουσιάζει την μεγαλύτερη σημασία για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος. Αποτελείται κατά 58% από άζωτο, κατά 12% από οξυγόνο, κατά 13% από διοξείδιο του άνθρακα, κατά 3,5% από μονοξείδιο του άνθρακα, κατά 8% από στερεά και υγρά σωματίδια, κατά 5% από διάφορα αέρια συστατικά και κατά 0,5% από υδρογόνο. ⁽⁷⁾

Οι αντιδράσεις των ιστών και οργανικών συστημάτων στην εισπνοή τσιγάρων είναι του καπνού ή σε επλεγμένα συστατικά τα οποία πιστεύεται ότι συνιστούν τον πιο μεγάλο κίνδυνο για την υγεία, για παράδειγμα η νικοτίνη, το μονοξείδιο του άνθρακα, οι υδρογονάνθρακες της ατελούς καύσης και η πίσσα. Ας δούμε την μεγαλύτερη τοξική δράση που παρουσιάζουν οι τέσσερις ουσίες που αναφέρονται παραπάνω:

1. Νικοτίνη: αυξάνει τους σφυγμούς και την αρτηριακή πίεση και είναι υπεύθυνη για το σπασμό (παροδική απόφραξη) των στεφανιαίων αρτηριών.
2. Μονοξείδιο του άνθρακα: προϊόν ατελούς καύσης που υποκαθιστά το οξυγόνο στην αιμοσφαιρίνη του αίματος. Οδηγεί σε αύξηση της παραγωγής αιμοσφαιρίνης και ερυθρών αιμοσφαιρίων για να μπορέσει να γίνει η απαραίτητη μεταφορά οξυγόνου στους ιστούς.
3. Οι υδρογονάνθρακες της ατελούς καύσης: ουσίες καρκινογόνες.
4. Η πίσσα: καρκινογόνος και αιτία της χρόνιας βρογχίτιδας. ⁽⁸⁾

1.3.ΝΙΚΟΤΙΝΗ – ΜΟΝΟΞΕΙΔΙΟ ΤΟΥ ΑΝΘΡΑΚΑ

Φαρμακολογικές επιδράσεις

ΝΙΚΟΤΙΝΗ

Η νικοτίνη, το δραστικό συστατικό του καπνού, είναι μετά την καφεΐνη το δεύτερο ευρύτερα χρησιμοποιούμενο διεγερτικό του ΚΝΣ και μετά το οινόπνευμα το φάρμακο που αποτελεί συχνότερα αντικείμενο κατάχρησης. Η νικοτίνη είναι τοξικό και εξαρτησιογόνο φάρμακο και σε συνδυασμό με την πίσσα και το μονοξείδιο του άνθρακα που υπάρχουν στον καπνό του τσιγάρου, αποτελεί σοβαρό παράγοντα κινδύνου για πνευμονικές παθήσεις, διάφορους καρκίνους, καρδιακή νόσο και άλλες ασθένειες.

- Μηχανισμός δράσης:

Σε μικρές δόσεις η νικοτίνη προκαλεί διέγερση των γαγγλίων μέσω εκπόλωσης. Σε μεγάλες δόσεις η νικοτίνη προκαλεί αποκλεισμό των γαγγλίων. Νικοτινικοί υποδοχείς υπάρχουν στο ΚΝΣ, όπου παρατηρούνται παρόμοιες δράσεις. Αυτοί οι υποδοχείς, εκτός από το ότι προσδένουν την ακετυλχολίνη, αναγνωρίζουν επίσης την νικοτίνη, αλλά παρουσιάζουν μικρή μόνο συγγένεια για τη μουσκαρίνη.

Η νικοτίνη αρχικά διεγείρει και στην συνέχεια αποκλείει τον υποδοχέα. Νικοτινικοί υποδοχείς εντοπίζονται στο ΚΝΣ, το μυελό των επινεφριδίων, τα γάγγλια του αυτόνομου και τη νευρομυϊκή σύναψη. Φάρμακα με νικοτινική δράση διεγείρουν τους νικοτινικούς υποδοχείς που εντοπίζονται σ' αυτούς τους ιστούς.

- Δράσεις Νικοτίνης:

α. ΚΝΣ: Η νικοτίνη είναι πολύ λιποδιαλυτή και εισχωρεί ελεύθερα στο ΚΝΣ όπου διεγείρει και κατόπιν καταστέλλει τα ζωτικά προμηκικά και αναπνευστικά κέντρα. Το κάπνισμα του τσιγάρου ή η χορήγηση μικρών δόσεων νικοτίνης προκαλούν εγρήγορση και χαλάρωση, βελτιώνουν την προσοχή, τη μάθηση, το χρόνο αντίδρασης και τη δυνατότητα επίλυσης προβλημάτων. Επίσης προκαλούν ευφορία σε κάποιο βαθμό. Μεγάλες δόσεις νικοτίνης έχουν σαν

αποτέλεσμα κεντρική αναπνευστική παράλυση και σοβαρή υπόταση που προκαλείται από προμηκική παράλυση.

β. Περιφερικές δράσεις: Οι δράσεις της νικοτίνης είναι περίπλοκες και περιλαμβάνουν αύξηση της αρτηριακής πίεσης και του καρδιακού ρυθμού, αύξηση της περισταλτικότητας και των εκκρίσεων. Σε μεγαλύτερες δόσεις η πίεση του αίματος πέφτει εξαιτίας του γαγγλικού αποκλεισμού και σταματάει η δραστηριότητα στους μυϊκούς χιτώνες τόσο του γαστρεντερικού όσο και της ουροδόχου κύστης. Σε μικρές δόσεις η νικοτίνη προκαλεί σύσπαση των αιμοφόρων αγγείων στα δάκτυλα και εμποδίζει τη ροή του αίματος.

Η στεφανιαία αιματική ροή είναι δυνατόν να ελαττωθεί εξαιτίας αγγειοσύσπασης με αποτέλεσμα σοβαρά προβλήματα για τον ασθενή με στηθάγχη.

Υπερτασικοί ασθενείς δεν θα έπρεπε να καπνίζουν γιατί η νικοτίνη έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει αύξηση της πίεσης του αίματος.

- Φαρμακοκινητική:

Απορρόφηση της νικοτίνης γίνεται από τον στοματικό βλεννογόνο, τους πνεύμονες, το βλεννογόνο του γαστρεντερικού και το δέρμα. Τα περισσότερα τσιγάρα περιέχουν 6,8mg νικοτίνης, ενώ η οξεία θανατηφόρος δόση είναι 60mg. Περισσότερο από το 90% της νικοτίνης που εισπνέεται με τον καπνό απορροφάται.

- Ανεπιθύμητες ενέργειες:

α. ΚΝΣ: ευερεθιστότητα και τρόμο.

β. Περιφερικές: σπασμοί του εντέρου, διάρροια, αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης.

γ. Επιτάχυνση του μεταβολισμού φαρμάκων.

δ. Σύνδρομο στέρησης.⁽⁹⁾

ΜΟΝΟΞΕΙΔΙΟ ΤΟΥ ΑΝΘΡΑΚΑ

Το μονοξείδιο του άνθρακα (CO), βρίσκεται στο τσιγάρο σε αέρια μορφή. Αυτή η ουσία μαζί με τα υπόλοιπα αέρια (οξειδία του αζώτου, υδροκυάνιο, ακρολεΐνη κλπ) συνιστούν το 60% του καπνού του τσιγάρου.

Το μονοξείδιο του άνθρακα παράγεται κατά την ατελή καύση του άνθρακα που περιέχεται στις οργανικές ουσίες, όταν η ποσότητα του οξυγόνου ή του αέρα είναι ανεπαρκής.

Από φυσικοχημική άποψη είναι δηλητηριώδες αέριο που σχηματίζεται από ακόρεστη ένωση ενός ατόμου άνθρακα και ενός ατόμου οξυγόνου. Κατά την πλήρη καύση εύκολα προσλαμβάνει ένα δεύτερο άτομο οξυγόνου και γίνεται διοξείδιο του άνθρακα (CO₂).

Η συγκέντρωση του μονοξειδίου στα εισπνεόμενα καυσαέρια με το κάπνισμα είναι περίπου 400 μέρη στο 1.000.000. Έτσι, έστω και αν αφαιρεθούν από το τσιγάρο η πίσσα και η νικοτίνη, δεν παύει το τσιγάρο να είναι εξαιρετικά επικίνδυνο. ⁽¹⁰⁾

Τρόπος δράσης CO:

1. Σύνδεση με αιμοσφαιρίνη (Hb) και μετατόπιση της καμπύλης κορεσμού προς τα αριστερά και άνω.
Συνακόλουθα υπάρχουν και ενδείξεις ισχαιμίας ιστών.
2. Σύνδεση και με μυοσφαιρίνη.
3. Σύνδεση και με κυτοχρώματα αναπνευστικής αλύσου.
4. Πονοκέφαλοι / ημικρανίες.
5. Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (:).

Σε μοριακό επίπεδο το CO έχει αρκετά σαφείς δράσεις, οι οποίες συνεργούν σε ιστική ισχαιμία λόγω μείωσης της δυνατότητας πρόσληψης του O₂. πιο συγκεκριμένα συνδέεται με τη μυοσφαιρίνη και την αιμοσφαιρίνη, μετατρέποντας την καμπύλη κορεσμού σε O₂ κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να ελαχιστοποιείται η απόδοση O₂ στους ιστούς.

Η σύνδεσή του με τα κυτοχρώματα της αναπνευστικής αλύσου την αποσυνθέτει από την οξειδωτική φωσφορυλίωση, οδηγώντας σε μειωμένη ενεργειακή (ATP) απόδοση της καύσης του O₂.

Όμως η δράση του καπνίσματος δεν στηρίζεται μόνο στις επιμέρους δράσεις των συστατικών του. Ο καπνός σχετίζεται τόσο με την παθογένεια όσο και με την εξέλιξη της στεφανιαίας νόσου. Συμβάλει στην έναρξη της αθηροσκλήρωσης μέσω διαταραχών του λιπιδαιμικού κύκλου, αλλά και εξαιτίας αγγειοσπασμού. ⁽¹¹⁾

1.4.ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

➤ Η Ελλάδα πρώτη στην κατανάλωση καπνού.

Στατιστικά στοιχεία αναφέρουν ότι η Ελλάδα είναι η πρώτη χώρα σε καπνιστές της Ευρώπης και τρίτη σ' όλο τον κόσμο, μετά την Κύπρο και την Κούβα. Το 43% του ελληνικού πληθυσμού καπνίζει, γεγονός που κοστίζει 15000 θανάτους το χρόνο. Το πιο θλιβερό είναι ότι παρατηρείται μεγάλη αύξηση καπνίσματος στους ενήλικους, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, καθώς και στα αγόρια και κορίτσια της εφηβικής ηλικίας. Κάθε τσιγάρο που καπνίζεται αφαιρεί 5,5 λεπτά ζωής από τον καπνιστή. Κάθε 10 δευτερόλεπτα ένας άνθρωπος πεθαίνει στη γη εξαιτίας του καπνίσματος. ⁽¹²⁾

Κάθε χρόνο εξαιτίας του καπνίσματος στην Ευρώπη πεθαίνουν 500.000 και στην Ελλάδα 15.000. Σ' ολόκληρο τον κόσμο πεθαίνουν περισσότερα από 2.500.000 άτομα. Αυτό σημαίνει ότι οι άνθρωποι αυτοί είναι κατά έτος 10 φορές περισσότεροι από τα θύματα των τροχαίων ατυχημάτων, 150 φορές περισσότεροι από τα θύματα των ναρκωτικών και 300 φορές περισσότεροι από τους θανάτους που αναφέρονται με αιτιολογία το Aids. ⁽¹³⁾

Ένας καπνιστής έχει τη διπλάσια πιθανότητα να πάθει κάποια καρδιοπάθεια απ' ότι ένα άτομο που δεν καπνίζει και μέχρι τέσσερις ή πέντε φορές περισσότερες πιθανότητες εάν είναι μεταξύ 35 και 44 χρονών.

Η Ελλάδα ανήκει στις καπνοπαραγωγικές χώρες αν και τα τελευταία χρόνια έγινε ένας αναπροσανατολισμός των καπνιστών μας, προς τα τσιγάρα ξένης προέλευσης και μάλιστα εκείνων της Αμερικής.

Ποσοστό 10% των παιδιών δήλωσαν πως καπνίζουν περιστασιακά ή συχνά, ενώ 79% των παιδιών δήλωσαν πως κάπνισαν παλιότερα. Από τα παιδιά που δήλωσαν πως καπνίζουν 57% ήταν αγόρια και 25% κορίτσια. Από τα παιδιά που κάπνιζαν καθημερινά ή περιστασιακά το 82% είχαν τον ένα ή και τους δύο γονείς καπνιστές. Τα περισσότερα παιδιά που καπνίζουν, ανήκουν στην λεγόμενη μέση και κατώτερη κοινωνική τάξη.

Σε 14 χώρες τα κορίτσια κάπνιζαν περισσότερο ή ίσο με τα αγόρια, και μόνο σε 8 χώρες κάπνιζαν τα αγόρια περισσότερο.

Μια άλλη μελέτη απέδειξε ότι στην ηλικία των 17-18 χρονών, το 50% των αγοριών έχουν γίνει κανονικοί καπνιστές ενώ οι Ελληνίδες 16-18 χρονών, έχουν

τη δεύτερη θέση στο κάπνισμα, με πρώτες τις Ιταλίδες, ανάμεσα σε 22 χώρες.⁽¹⁴⁾

➤ Επιδημιολογία

Μελέτες πληθυσμού σε αρκετές χώρες δείχνουν ότι άντρες που καπνίζουν τσιγάρα, εμφανίζουν 30 έως 80% υψηλότερη συχνότητα θανάτου απ' όσο οι μη καπνιστές. Αυτή η αυξημένη θνησιμότητα των αντρών υφίσταται σε όλες τις ομάδες ηλικίας.

Από μια ομάδα Βρετανών γιατρών δείχθηκε ότι το 40% των αντρών ηλικίας 35 ετών, οι οποίοι καπνίζουν πάνω από 25 τσιγάρα την ημέρα, πέθαναν πριν από την ηλικία των 65 ετών, ενώ σε αντιπαράθεση το ποσοστό αυτό στους μη καπνιστές της ίδιας κατηγορίας ήταν 15%. Η αύξηση θνησιμότητας σε γυναίκες καπνίστριες ήταν κάπως μικρή από εκείνη των αντρών καπνιστών, αν και όλα δηλώνουν ότι αυτή η θνησιμότητα στις γυναίκες αυξάνει.

Το κάπνισμα ευθύνεται για ένα μεγάλο αριθμό πρόωρων θανάτων όπου στις Η.Π.Α ανέρχεται σε 325.000 το έτος. Ο κύριος παράγοντας που συμβάλλει στην αυξημένη θνησιμότητα και σχετίζεται με το κάπνισμα, είναι η στεφανιαία καρδιοπάθεια. Στις Η.Π.Α οι καπνιστές τσιγάρων εμφανίζουν μεγαλύτερου βαθμού αναπηρία λόγω χρόνιας νόσου και αναφέρεται ποσοστό 45% περισσότερων ημερών απουσίας από την εργασία συγκριτικά με τους μη καπνιστές.

Οι παρατηρήσεις αυτές μαζί με τις κλινικές, πειραματικές, παθολογοανατομικές μελέτες υποδηλώνουν ότι το κάπνισμα, αυτό καθ' εαυτό, προκαλεί την αύξηση της θνησιμότητας.

Με κάθε τσιγάρο, ο καπνιστής γενικά, κόβει από το χρόνο της ζωής του 5,5 λεπτά της ώρας. Δηλαδή όσο περίπου διαρκεί το κάπνισμα ενός τσιγάρου! Και ο 25χρονος, εκείνος ο οποίος καπνίζει 20 τσιγάρα την ημέρα, αφαιρεί 4,6 χρόνια ζωής και με 40 τσιγάρα 8,3 χρόνια από τη ζωή του.

Τέλος, ένας υπολογισμός των κινδύνων του καπνίσματος γίνεται με τη μέθοδο του "Packet years" δηλαδή με τον πολλαπλασιασμό του αριθμού των ετών που καπνίζει κανείς επί τον αριθμό των πακέτων την ημέρα. Έτσι, η ζημιά που γίνεται σε 20 χρόνια με το κάπνισμα ενός πακέτου την ημέρα, γίνεται σε 10 χρόνια με δύο πακέτα ημερησίως ή σε 5 χρόνια με 4 πακέτα την ημέρα.⁽¹⁵⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Θα έπρεπε η έναρξη του καπνίσματος να βασίζεται σε μια πορεία ποικίλων αιτιών. Αλλά οι λόγοι αυτοί συνήθως συνοψίζονται σε ένα: **Το κοινωνικό γόητρο!**

Πολλοί από τους νέους δοκιμάζουν το κάπνισμα, κεντριζόμενοι από μια αφελή νεανική άμιλλα προς τους γονείς τους, προς τους μεγαλύτερους αδελφούς ή αδελφές ή άλλους ήρωες.

Επίσης θεωρείται πράγμα απαγορευμένο και τούτο συμβάλει, ώστε να είναι διπλάσια ελκυστικό στα παιδιά (και στους ενήλικες και ειδικώς στις γυναίκες, αν μάλιστα ένα αυστηρό μέλος της οικογενείας, προβάλλει το αξίωμα ότι «οι κόσμιες γυναίκες δεν καπνίζουν»). Ειδικώς στις γυναίκες προσφέρει την ευκαιρία να επιδειχθούν ότι είναι κοσμοπολίτισσες, δηλαδή γυναίκες του κόσμου.

Λάβετε υπό σημείωση του μέσου μη καπνιστή: Προσφέρετέ του ένα πούρο ή ένα τσιγάρο και θα αρνηθεί με ατολμία, φοβούμενος μήπως φαντασθείτε ότι κάτι ανώμαλο του συμβαίνει με τον ανδρισμό του. Καθώς ο νέος μεγαλώνει και εισέρχεται στην εφηβική ηλικία και στην ανδρική, η πίεση αυξάνει.

Εν τούτοις όποτε αρχίσει κάποιος ή κάποια να καπνίζει με παιδιάστικη τόλμη (είτε διότι τα άλλα παιδιά ή κορίτσια καπνίζουν στο σχολείο, ή επειδή ένας νεαρός έγινε ακαδημαϊκός πολίτης και νομίζει ότι είναι εκ των πραγμάτων υποχρεωμένος να καπνίζει), συνεχίζει το κάπνισμα για ένα εντελώς διαφορετικό λόγο.

Το κάπνισμα επιβραδύνει τη φυσική πορεία με τη σύσπαση των αρτηριών , επιφέρει την πτώση της κυκλοφορίας του αίματος και έτσι επέρχεται χαλάρωση. Γι' αυτό νομίζουμε ότι ένα τσιγαράκι «είναι καλό για τα νεύρα μας».

Αν καπνίζαμε μόνο στις στιγμές μιας πραγματικά κρίσιμης ψυχικής πίεσης ή υπερέντασης, το πράγμα δεν θα ήταν και πολύ άσχημο για μας.

Εκείνο που συμβαίνει με μας είναι ότι αφήνουμε τον εαυτό μας να υποδουλωθεί σε μια κακή και ολέθρια συνήθεια. Κατ' αρχάς μπορεί να καπνίζουμε για ανεπαίσθητους και συχνά για ασυναισθητους λόγους ίσως μιας δυσφορίας που προέρχεται από βαρύ φαγητό. Αμέσως όμως, όταν ο οργανισμός μας συνηθίσει στον

καπνό, χρειάζεται να καπνίζουμε πολύ τακτικά. Μόνον οι αφελείς συζητούν οι σκέπτονται ότι καπνίζουν για ευχαρίστηση. ⁽¹⁶⁾

Άλλοι λόγοι που οι άνθρωποι αρχίζουν το κάπνισμα είναι:

- Από την οικογένεια μέσα στο σπίτι.
- Από τις παρέες που βγαίνουν.
- Από μαγκιά και περιέργεια.
- Από στεναχώρια και άγχος είτε μέσα στο σπίτι είτε στο σχολείο.

Άλλοι λένε πως βρίσκουν το τσιγάρο απολαυστικό. ⁽¹⁷⁾ Μερικοί ψάχνουν για βαθύτερες ψυχολογικές ερμηνείες, «Φροϋδικό σύνδρομο», «Υποκατάστατο του θηλασμού». Συνήθως αρχίζουμε να καπνίζουμε ακριβώς για να δείξουμε ότι είμαστε μεγάλοι και ώριμοι.

Άλλοι πάλι λένε «Δεν έχω τι να κάνω με τα χέρια μου» ή «Για να έχω κάτι στο στόμα μου». Πολλοί πιστεύουν ότι το τσιγάρο τους βοηθάει να ξεπεράσουν την ανία.

Τίποτα απ' όλα αυτά δεν προσφέρει το κάπνισμα. ΑΠΟΛΥΤΩΣ ΤΙΠΟΤΑ. Οι καπνιστές δεν ξέρουν γιατί καπνίζουν. Αν ήξεραν τον πραγματικό λόγο θα σταματούσαν. Όλοι οι καπνιστές στο βάθος της καρδιάς τους ξέρουν ότι πιάνονται κορόιδα.

Όχι! Το κάπνισμα δεν είναι ευχάριστο, μέχρις ότου να κατορθώσουμε να σκληραγωγήσουμε τον οργανισμό μας εις τρόπον, ώστε να δηλώσει πλήρη ΥΠΟΤΑΓΗ εις τις επιδράσεις του καπνού, την απαίσια γεύση, την καυτερή ξηρότητα και τον έντονο ερεθισμό του στόματος – χάρη και μόνο του «απατηλού ναρκωτικού αποτελέσματος». Δεν μας είναι ευχάριστο το κάπνισμα, παρά μόνον αφού διαβάσουμε ή αφού ακούσουμε τις χιλιάδες διαφημίσεις που μας πληροφορούν πόσο αρωματικός και καταπραϋντικός και απαλός και ήπιος και ευώδης και εύγευστος και – Κύριος οίδε τι άλλο – είναι ο καπνός. Ύστερα από αυτό, δεν καπνίζουμε καπνό αλλά καπνίζουμε συνήθεια και διαφημίσεις. ⁽¹⁸⁾

2.2. ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Μη καπνιστές που αναπνέουν καθημερινά επί ώρες τον καπνό των άλλων είναι σαν να καπνίζουν ορισμένο αριθμό τσιγάρων, με όλες τις αρνητικές συνέπειες για την υγεία. ⁽¹⁸⁾

1. Βλαπτικές ουσίες (Νικοτίνη, CO) μπορεί να δημιουργήσουν συμπτωματικές καταστάσεις σε μη καπνιστές πνευμονοπαθείς.
2. Παιδιά καπνιστών είναι ευπαθή σε αναπνευστικές λοιμώξεις.
3. Καθημερινή έκθεση (πχ στην εργασία) αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του πνεύμονα.
4. Διαταραχή ισοζυγίου προσφοράς – ζήτησης O₂ του μυοκαρδίου (;). ⁽¹⁹⁾

Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ολέθριες συνέπειες του τσιγάρου πάνε και σε άτομα που για πολλούς και ευνόητους λόγους δεν θέλουν να καπνίσουν, τους λεγόμενους “Παθητικούς καπνιστές”.

ΟΡΙΣΜΟΣ

Παθητικό ονομάζεται το κάπνισμα που γίνεται με την εισπνοή:

- α. του καπνού που βγάζουν απ’ τους πνεύμονές τους αυτοί που καπνίζουν και
- β. εκείνου που παράγεται απ’ 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 εκθέτονται σε μικρότερη πυκνότητα των βλαπτικών στοιχείων, σ’ ένα διαφορετικής ποιότητας αέρα από ‘κείνον που εισπνέει ο άμεσος καπνιστής με το «κύριο ρεύμα».

Το «παράπλευρο ρεύμα» υπολογίζεται ότι αποτελεί περίπου το 85% του καπνού που υπάρχει σ’ ένα δωμάτιο όπου βρίσκονται άνθρωποι που καπνίζουν. ⁽²⁰⁾

Σε ότι αφορά το μονοξείδιο του άνθρακα, η συγκέντρωσή 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. Με συγκέντρωση μονοξειδίου του άνθρακα πάνω από 30 μέρη στο εκατομμύριο, στον αέρα του περιβάλλοντος, το επίπεδο της ανθρακυλαιμοσφαιρίνης στο αίμα παθητικών καπνιστών για περίπου 8 ώρες, ισοδυναμεί με εκείνο των καπνιστών που κάπνισαν 5 τσιγάρα. ⁽²¹⁾

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

Οι ενήλικες παθητικοί καπνιστές, πλέον ευαίσθητοι και ευπαθείς από τους εθελοντικούς καπνιστές παρουσιάζουν:

1. Ερεθισμό των ματιών.
2. Κεφαλόπονο.
3. Συμπτώματα απ' τη μύτη.
4. Βήχα.
5. Επιβάρυνση ή εγκατάσταση αλλεργικών κρίσεων.
6. Σημαντική ελάττωση της αναπνευστικής ικανότητας.
7. Επιδείνωση της κατάστασης των ατόμων με ήδη αναπνευστικά προβλήματα.

Το ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ προκαλεί:

- Κίνδυνο για καρκίνο των πνευμόνων.
- Στους σθηθαγγικούς αρρώστους: αυξάνει τη συχνότητα της καρδιακής λειτουργίας εν αναπαύσει, αυξάνει την αρτηριακή πίεση και επαυξάνει τις ανάγκες του μυοκαρδίου σε οξυγόνο.
- Περιφερικές αγγειοκινητικές διαταραχές. ⁽²²⁾

2.3. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΕΡΗΣΗΣ

Το σύνδρομο στέρησης διαφέρει από άτομα σε άτομα και είναι ανάλογο με το βαθμό εξαρτήσεως, αρχίζει συνήθως μετά από 24 ώρες και διαρκεί από μερικές ημέρες μέχρι εβδομάδες και σε κάποιους περισσότερο, ακόμη και μέχρι μερικούς μήνες. ⁽²³⁾

οι καπνιστές νομίζουν πως καπνίζουν γιατί το τσιγάρο τους αρέσει, τους χαλαρώνει ή κατά κάποιο τρόπο τους φτιάχνει την διάθεση. Πρόκειται όμως για μια ψευδαισθηση και ενόχληση από την στέρηση της νικοτίνης.

Στην αρχή καπνίζουμε για κοινωνικούς λόγους. Όμως έχουμε ακόμα την επιλογή να καπνίσουμε ή όχι. Εντούτοις η αδιόρατη αλυσιδωτή αντίδραση έχει αρχίσει, το υποσυνείδητό μας αρχίζει να προκαλεί ότι σε συγκεκριμένες στιγμές το τσιγάρο δείχνει να προκαλεί ευχαρίστηση. ⁽²⁴⁾

Τα φαινόμενα του συνδρόμου στέρησης σύμφωνα με διάφορες μελέτες, είναι τα εξής:

- Αύξηση της επιθυμίας για κάπνισμα.
- Ανησυχία.
- Εκνευρισμός.
- Ευερεθιστότητα.
- Δυσχέρεια συγκεντρώσεως.
- Διαταραχές στην ικανότητα εκτέλεσεως πράξεων γνώσεως και αντιλήψεως.
- Υπνηλία την ημέρα και αϋπνία την νύχτα.
- Τρόμος.
- Γαστρεντερικές διαταραχές.
- Ελάττωση της εκκρίσεως κατεχολαμινών.
- Αύξηση της ορέξεως.
- Ελάττωση του βασικού μεταβολισμού.
- Ελάττωση της καρδιακής συχνότητας. ⁽²⁵⁾

Όσο περισσότερο εθιζόμαστε στο ναρκωτικό, τόσο περισσότερη ανακούφιση νιώθουμε όταν παύει η ενόχληση της στέρησης. Τελικά δηλαδή όσο περισσότερο μας φθείρει το τσιγάρο, τόσο πέφτουμε στην πλάνη να πιστεύουμε ότι κάνει ακριβώς το αντίθετο.

Το σύνδρομο της στέρησης αποτελεί ισχυρό κίνητρο για την συνέχιση του καπνίσματος και δυσκολία στην διακοπή του, στους βαρείς καπνιστές.

Ας σημειωθεί ο διάλογος που γίνεται σχεδόν καθημερινά από έναν μη καπνιστή σε έναν καπνιστή:

Μη καπνιστής: Έχεις υπόψη σου ότι είναι ένα ναρκωτικό και ότι καπνίζεις μόνο επειδή δεν μπορείς να το κόψεις;

Καπνιστής: Ανοησίες. Μ' αρέσει. Αν δε μ' άρεσε θα το έκοβα.

Μη καπνιστής: Κόψ' το λοιπόν μια βδομάδα για να αποδείξεις στον εαυτό σου ότι δεν είσαι εθισμένος.

Καπνιστής: Μα αφού μ' αρέσει.

2.4. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Ασφαλώς θα εξαφανισθεί το μικρό εκείνο φτερούγισμα της καρδιάς, που διαρκώς μας ανησυχεί και κάθε τόσο μας τρομάζει.

Αφού σταματήσουμε το κάπνισμα, θα κοιμηθούμε καλύτερα απ' ότι έχουμε κοιμηθεί επί μήνες.

Τον χειμώνα θα κρυολογήσουμε ελάχιστα ή καθόλου και αυτό γίνεται πρώτη φορά στη ζωή μας ύστερα από χρόνια.

Αν είχαμε την συνήθεια να καπνίζουμε τριάντα τσιγάρα την ημέρα, αφού σταματήσουμε, θα προσθέσουμε μισή ώρα την ημέρα στη ζωή μας. Καπνίζοντας ένα τσιγάρο, χάνεται από τη ζωή μας μια χρονική μονάδα, που αναλογεί σε κάτι περισσότερο από ένα λεπτό της ώρας. Την ώρα που καπνίζουμε, μπορούμε να ασχολούμαστε με άλλα πράγματα.

Ακόμη, αν υπολογίζουμε τον χρόνο που σπαταλάμε να πάρουμε το τσιγάρο, να το ανάψουμε, να το αφήσουμε στο σταχτοδοχείο για λίγο και να το ξαναπάρουμε για πολλές φορές και στο τέλος να το σβήσουμε. Αν ακόμη βρισκόμαστε στο ύπαιθρο και κρατάμε το τσιγάρο συνεχώς στο στόμα μας και αυτό μας σπαταλά πολύ χρόνο. ⁽²⁷⁾

Η δύναμη που εμποδίζει τον καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα είναι η εξάρτηση.

Έτσι θα ισχύει ότι το κάπνισμα θα απαγορεύεται σε δημόσιες υπηρεσίες. Πρέπει να δημιουργηθούν ζώνες καπνιστών και σε χώρους όπως εστιατόρια και καφετέριες, για να συμπαρασταθούμε έτσι και σε εκείνους που με απαγορεύσεις αποφάσισαν να κόψουν το κάπνισμα.

↳ Μπορούμε να κόψουμε το τσιγάρο:

Όσοι αποφάσισαν να διακόψουν το κάπνισμα θα πρέπει να προετοιμαστούν ψυχολογικά για κάποιο χρονικό διάστημα, να ενημερώσουν το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, ώστε να μην τους προτρέπουν για ένα τσιγάρο και φυσικά να μην συμπίπτει με δυσκολίες και στεναχώριες. Πρέπει να συνδυάσουμε αυτό το διάστημα με σπορ, διακοπές, κλπ. Μπορούμε ακόμα να χρησιμοποιήσουμε υποκατάστατα νικοτίνης όπως τσίγλες ή πίπες ή ακόμα να καταφύγουμε στον βελονισμό. Βασικός βοηθός στην όλη προσπάθεια αποτελεί η ισχυρή θέληση και επιμονή για τη διακοπή του καπνίσματος και αν αποτύχουμε, δεν πειράζει. Ξαναπροσπαθούμε! ⁽²⁸⁾

Όλοι οι καπνιστές πρέπει να ενθαρρύνονται να διακόψουν το κάπνισμα, ιδιαίτερα εκείνοι των ομάδων υψηλού κινδύνου με χρόνια νόσο των πνευμόνων, νόσο των στεφανιαίων αρτηριών και κύηση. Οι γιατροί πρέπει να βοηθούν τους καπνιστές αρρώστους τους ως εξής:

1. Να λαμβάνουν ποσοτικό ιστορικό του καπνίσματος.
2. Να εξηγούν τους κινδύνους που διατρέχει η υγεία με έναν σχετικά προσωπικό τρόπο.
3. Να επισημαίνουν τα οφέλη που συνοδεύουν τη διακοπή του καπνίσματος.
4. Να συμβουλεύουν και να βοηθούν τον άρρωστο για να διακόψει το κάπνισμα.
5. Να ενισχύουν τον άρρωστο με ένα πρόγραμμα συντηρήσεως.

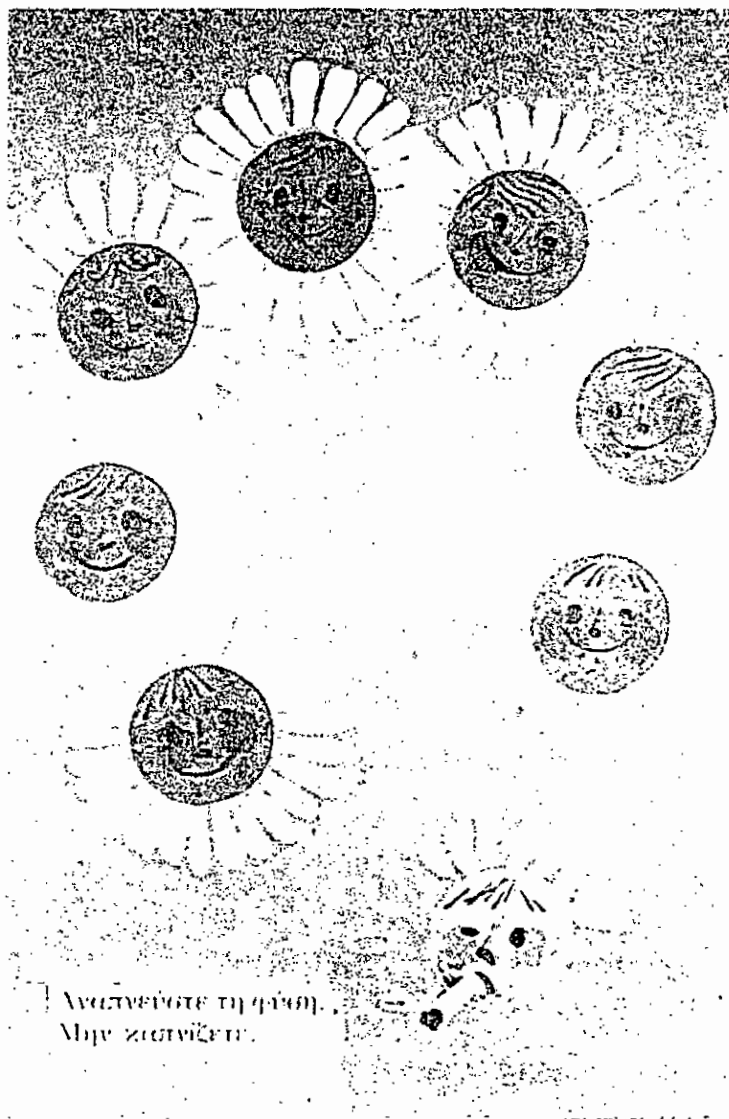
Αν νομίζουμε ότι όλα αυτά είναι υπερβολικά, ας ρωτήσουμε όποιον από τους μανιώδεις καπνιστές, που να έχει σταματήσει το κάπνισμα και θα βεβαιωθούμε αν όλα αυτά είναι αλήθεια. Δεν μπορούμε, φυσικά, να τα αντιληφθούμε εξ' ολοκλήρου, γιατί έχουμε επί τόσον καιρό καπνίσει, ώστε δεν είμαστε σε θέση να καταλάβουμε πόσο ωραίο πράγμα είναι το να μην καπνίζει κανείς.

Έτσι για να μπει ένας καπνιστής σε διαδικασία διακοπής του καπνίσματος θα πρέπει:

- α. Να νιώσει μια εσωτερική επιθυμία για την αλλαγή αυτή.
- β. Να αισθανθεί ότι απειλείται από τη συνήθεια του τσιγάρου τόσο αυτός όσο και οι γύρω του.
- γ. Να αισθανθεί ότι η απεξάρτηση από τη νικοτίνη θα επιφέρει σημαντικά οφέλη σε αυτόν και
- δ. Να αισθανθεί ότι είναι ικανός να αντεπεξέλθει στην αλλαγή αυτή.

Γενικά οι μη καπνιστές ζουν περισσότερα χρόνια από τους καπνιστές. Αντέχουν περισσότερο στις διάφορες μολύνσεις, γίνονται πιο γρήγορα καλά όταν αρρωστήσουν, υφίστανται καλύτερα τις συνθήκες χειρουργικής επέμβασης, αν κάποτε χειρουργηθούν. Σε γενικές γραμμές και με απλά λόγια, αν καταφέρουμε να κόψουμε το τσιγάρο, θα μεγιστοποιήσουμε το προσδόκιμο επιβίωσης, ενώ ταυτόχρονα μειώνουμε και απομακρύνουμε σημαντικά τις πιθανότητες για έμφραγμα, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, καρκίνο των πνευμόνων, καρκίνο του λάρυγγα, πνευμονοπάθειες, εμφύσημα.

Έχει ανακοινωθεί ότι η πιθανότητα εμφράγματος μειώνεται στο μισό, ένα χρόνο μετά την διακοπή του καπνίσματος. Θα γλιτώσουμε επίσης από τη κακοσμία του στόματος, τον πονόλαιμο, τους πονοκεφάλους, τον καθημερινό βήχα, τις καούρες στομάχου, την κόπωση, την καταρροή και την δύσπνοια κόπωσης. Θα βελτιώσουμε την όσφρηση, τη γεύση, την απόδοση στην εργασία μας, τη σεξουαλική μας συμπεριφορά (διάθεση και ικανότητα).⁽²⁹⁾



2.5. ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Οι ασθενείς των οποίων η κατάσταση επιβαρύνεται εξαιτίας του καπνίσματος, είναι εύκολο να το παραδεχθούν και πείθονται, τουλάχιστον για όσο καιρό είναι άρρωστοι, να κόψουν το κάπνισμα. Αρκετοί από αυτούς, βλέποντας τα ευνοϊκά αποτελέσματα, αποφασίζουν και να μην ξανακαπνίσουν, ανεξάρτητα από το εάν θα καταφέρουν τελικά το να είναι συνεπείς με την απόφασή τους αυτή. Ο τονισμός των κινδύνων δημιουργίας προβλημάτων σε ευπαθή άτομα εξ' αιτίας του καπνίσματος, πείθει αρκετούς επίσης, να περιορίσουν το κάπνισμα ή και να το κόψουν τελείως.

Η δυσκολία είναι με τους υγιείς οι οποίοι αδιαφορούν στις προειδοποιήσεις, ιδίως στους νέους, οι οποίοι όλα τα βλέπουν πολύ μακριά. Όσο πιο νωρίς αρχίζει κανείς το κάπνισμα τόσο και οι κίνδυνοι είναι μεγαλύτεροι και αθροιστικά βαρύτεροι.

Η προσεκτική μείωση ελαττώνει την ένταση της επιθυμίας και την αντοχή οπότε όταν μειωθεί η ποσότητα των τσιγάρων που καπνίζουν, τους είναι ευκολότερο να το κόψουν τελείως.

Καπνίζοντας ένα τσιγάρο με λιγότερη ή περισσότερη πίσσα, οδηγεί στο ίδιο αποτέλεσμα δηλαδή στην εξάρτηση του ατόμου προς την νικοτίνη, και όσοι δεν μπορούν να το κόψουν, αυτοί έχουν την δυνατότητα να καταφύγουν στις τσιγλες νικοτίνης. Αν και οι τσιγλες με νικοτίνη και οποιοδήποτε άλλο προϊόν που περιέχει νικοτίνη θα πρέπει να αποφεύγετε γιατί μια θεωρία λέει ότι σταματώντας το κάπνισμα με τις τσιγλες, δεν παύουμε να δίνουμε νικοτίνη στο σώμα μας και ακριβώς γι' αυτό το λόγο είναι πιο δύσκολο να κόψουμε το κάπνισμα.

Πρέπει ασφαλώς να σημειωθεί ότι παρατηρούνται κάποιες παρενέργειες από τη χρήση της τσιγλας νικοτίνης κατά την πρώτη εβδομάδα.

Ως πιο συχνές αναφέρονται:

- Η δυσάρεστη γεύση.
- Ο ερεθισμός της γλώσσας, του στόματος, του λαιμού, μερικές φορές.
- Ναυτία.

Σπανιότερα:

- Εξέλκωση της γλώσσας.
- Πόνος στις σιαγόνες όπως από το μάσημα της κάθε τσιγλας.
- Τυμπανισμός.
- Αέρια.

- Λόξυγκας.
- Ζάλη.
- Επιγαστρική δυσφορία.

Και σπανίως:

- Τάση προς λιποθυμία.

Μερικοί καταφεύγουν στο βελονισμό, μια μέθοδο αβλαβή ως «εναλλακτική» θεραπευτική αντιμετώπιση, η οποία δρα περισσότερο με την αυθυποβολή και σε τέτοιες περιπτώσεις δεν είναι απορριπτέα.

Πάντως, οποιαδήποτε μέθοδο και αν ακολουθήσει κανείς, οπωσδήποτε είναι θέμα θελήσεως. ⁽³⁰⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Παράγοντες που επιδρούν και επηρεάζουν τους κινδύνους που εγκυμονεί το κάπνισμα για την υγεία είναι:

1. Ο αριθμός των τσιγάρων.
2. Η διάρκεια του καπνίσματος.
3. Ο τύπος της έκθεσης στον καπνό.
4. Η γενετική προδιάθεση του ατόμου.
5. Η επαγγελματική και περιβαλλοντική έκθεση του ατόμου.
6. Η χρήση φαρμάκων.
7. Η συνύπαρξη άλλων παραγόντων ή νόσων.

Ψ *ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ 14 ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ*

Αντικαπνιστικές οργανώσεις σε χώρες της Ευρώπης όπως στη Μ. Βρετανία, στην Εθνική Ημέρα κατά του καπνίσματος, επισημαίνουν ότι, οι καπνιστές πρέπει να κόψουν το τσιγάρο, διότι ύστερα από έρευνες αποδείχτηκε ότι το τσιγάρο έχει συσχετιστεί με 14 διαφορετικές μορφές του καρκίνου, προκαλώντας περίπου 70.000 θανάτους το χρόνο. ⁽³¹⁾

3.2. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Οι κυριότερες κλινικές επιπτώσεις του καπνίσματος στο αναπνευστικό σύστημα είναι οι εξής:

- A. Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, χρόνια βρογχίτιδα και το πνευμονικό εμφύσημα.
- B. Καρκίνος.

☞ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ

Κατά το κάπνισμα, στην καύτρα του τσιγάρου όπου αναπτύσσεται θερμοκρασία 600-800°C, με την πυρόλυση και την πυροσύνθεση, παράγονται περίπου 4000 συστατικά πολλά από τα οποία, με την εισπνοή του καπνού, προκαλούν ποικίλες βλαπτικές επιδράσεις στις αεροφόρους οδούς. Τέτοιες είναι:

- Η υπερέκκριση βλέννης.
- Η τοξική επίδραση επί του κροσσωτού επιθηλίου των βρόγχων και η μείωση της ικανότητάς του να καθαρίζει τους βρόγχους.
- Η μείωση της παραγωγής ανοσοσφαιρινών.
- Η μείωση της κυτταροκτόνου δραστηριότητας των λευκών αιμοσφαιρίων (μαστοφάγων).

Όλα αυτά δημιουργούν τις ιδεώδεις συνθήκες για την ανάπτυξη της χρόνιας βρογχίτιδας.⁽³²⁾

☞ ΧΡΟΝΙΑ ΒΡΟΓΧΙΤΙΔΑ

Η χρόνια βρογχίτιδα παρουσιάζεται με το γνωστό βήχα των καπνιστών και τα πτύελα αυτών, και σιγά – σιγά αναπτύσσει φλεγμονές στις μικρότερες αεροφόρους οδούς των βρόγχων. Αυτό οδηγεί στην αποφρακτική πνευμονοπάθεια με το σφύριγμα στην αναπνοή – τα λεγόμενα “γατάκια” – και αυτό με την πάροδο του χρόνου οδηγεί στο πνευμονικό εμφύσημα.

Το κάπνισμα επιτείνει επίσης υπάρχουσες αλλεργικές εκδηλώσεις από τους πνεύμονες (βρογχικό άσθμα).

Από τις παραπάνω αιτίες, παρατηρείται αυξημένη θνησιμότητα στους καπνιστές των 20 τσιγάρων ημερησίως, 2,2 – 24,7 φορές πάνω απ' ό τι στους μη καπνιστές. Εάν ο καπνιστής καπνίζει πάνω από 20 τσιγάρα, τότε η συχνότητα θανάτου, αυξάνει μέχρι και 30 φορές.

Ο καπνός του καπνίσματος περιλαμβάνει καρκινογόνες ουσίες οι οποίες προκαλούν αυξημένες χρωματοσωματικές παραλλαγές στα λεμφοκύτταρα των καπνιστών, μειώνει την δραστηριότητα των φυσικών φονικών κυττάρων η οποία παίζει ρόλο στην παθογένεση του καρκίνου του πνεύμονα και τα ούρα των καπνιστών εμφανίζουν μεταλλαξιογόνο δραστηριότητα. ⁽³³⁾

☞ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΕΜΦΥΣΗΜΑ

Το πνευμονικό εμφύσημα είναι μια μη αναστρέψιμη κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από καταστροφή πνευμονικού ιστού και από δομικές μεταβολές μέσα στον πνεύμονα, όπως:

- Υπερδιάταση των πνευμονικών λαβίδων από παγιδευμένο αέρα.
- Ρήξη των ενδοκυψελιδικών διαφραγμάτων με αύξηση των κυψελιδικών χώρων και απώλεια αναπνευστικής μεμβράνης.

Το εμφύσημα μπορεί να συμβεί δευτεροπαθώς από βρογχίτιδα και άσθμα και εξαιτίας ινωδών πνευμονικών παθήσεων (ίνωση, πυριτίαση). Το κάπνισμα επιταχύνει την διεργασία της νόσου.

Παράγοντες που προκαλούν απόφραξη αεραγωγού στο εμφύσημα, είναι:

1. Φλεγμονή και οίδημα βρόγχων.
2. Υπερβολική παραγωγή βλέννας.
3. Απώλεια ελαστικής επανόδου αεραγωγών.
4. Σύμπτωση βρογχιολίων.

☞ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΕΜΦΥΣΗΜΑ

- Μείωση της αναπνευστικής ικανότητας (λαχανιάζουν πιο εύκολα).
- Μείωση της ενεργητικότητάς τους.
- Μείωση της ικανότητάς τους. ⁽³⁴⁾

3.3. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

➤ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος στο καρδιαγγειακό σύστημα οφείλεται κυρίως στη νικοτίνη και το μονοξείδιο του άνθρακα. Ο εισπνεόμενος καπνός απορροφάται από τα τοιχώματα των αεροφόρων οδών (τραχεία, βρογχίτις) και τους πνεύμονες, απ' τη στοματική μεμβράνη και το δέρμα. Τα μικροσκοπικά σωματίδια του καπνού φθάνουν στον εγκέφαλο μέσα σε 8 δευτερόλεπτα.

Η εξουδετέρωση της νικοτίνης στον οργανισμό, γίνεται γρήγορα και η συγκέντρωσή της στο αίμα αρχίζει να πέφτει ύστερα από 5 – 10 λεπτά (μετά από κάπνισμα ενός τσιγάρου).

Στους χρόνιους καπνιστές ο χρόνος μέσης ζωής της νικοτίνης στον οργανισμό είναι 2 ώρες. Η νικοτίνη κατά το 80 – 90% μεταβολίζεται στο συκώτι, πνεύμονες και νεφρούς.

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.

➤ Η ΝΙΚΟΤΙΝΗ ΚΑΙ ΤΟ ΜΟΝΟΞΕΙΔΙΟ ΤΟΥ ΑΝΘΡΑΚΑ ΣΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η ΝΙΚΟΤΙΝΗ:

- Προκαλεί διέγερση του συμπαθητικού συστήματος.
- Το συμπαθητικό σύστημα τότε εκκρίνει τοπικά κατεχολαμίνες (επινεφρίδια, νορεπινεφρίδη).
- Ενεργοποιεί τους χημειούποδοχείς.
- Αύξηση συστολικής και διαστολικής πίεσης.
- Αύξηση της καρδιακής συχνότητας και καρδιακής παροχής.
- Μείωση της παροχής των στεφανιαίων αρτηριών και αγγειοσύσπαση των περιφερικών αρτηριών.
- Αύξηση της πυκνότητας των ελευθέρων λιπαρών οξέων.

- Αύξηση της συγκολλητικότητας των αιμοπεταλίων.
- Αύξηση του ινωδογόνου του πλάσματος, της γλοιότητας του αίματος του αιματοκρίτη, ευνοεί δηλαδή τη θρόμβωση.

ΤΟ ΜΟΝΟΞΕΙΔΙΟ ΤΟΥ ΑΝΘΡΑΚΑ:

- Δεσμεύει την αιμοσφαιρίνη, μυοσφαιρίνη και την οξειδάση του κυττοχρώματος.
- Η ανθρακυλαιμοσφαιρίνη είναι πενταπλάσια στους καπνιστές από τους μη καπνιστές. Ευνοεί την αρτηριοσκλήρυνση.
- Η ανθρακυλαιμοσφαιρίνη εμποδίζει την οξυγόνωση των ιστών.
- Προκαλεί βλάβες των ενδοθηλιακών κυττάρων των αρτηριών.

➤ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΟΛΩΝ ΑΥΤΩΝ, ΤΑ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΚΑΙ ΟΥΣΙΩΔΗ ΕΙΝΑΙ:

- Ο μεγάλος κίνδυνος για εκδηλώσεις στηθάγχης και εμφράγματος του μυοκαρδίου ή ο κίνδυνος του αιφνίδιου θανάτου.
- Πνευμονική δυσλειτουργία μπορεί να προκαλέσει αρτηριακή υποξαιμία που μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη υποξαιμία του μυοκαρδίου.
- Ανάπτυξη της αρτηριοσκλήρυνσης των περιφερικών αρτηριών.
- Αναπνευστικές ιδιότητες της νικοτίνης, επιδεινώνουν την ισχαιμία των κάτω άκρων και αυξάνουν τον κίνδυνο γάγγραινας και ακρωτηριασμού άκρων (Burger).
- Συχνότερα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, με συχνότερη την υπαραχνοειδή αιμορραγία, ιδίως στις γυναίκες.
- Υπέρταση, από τους κυριότερους προδιαθεσικούς παράγοντες με συχνότερα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Προδιαθεσική αιτία στα αγγειακά εμβόλια ή αιμορραγικά εγκεφαλικά επεισόδια.

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. ⁽³⁵⁾

3.3.1. ΣΤΗΘΑΓΧΗ

↳ ΟΡΙΣΜΟΣ

Προκάρδιος ή οπισθοστερνικός, συσφιγκτικός ή συμπιεστικός (όχι όμως οξύς) πόνος, που δυνατόν να επεκτείνεται στο σαγόι, λαιμό, πλάτη, το ένα ή και τα δύο άκρα μέχρι και τα δάκτυλα. Επέρχεται μετά από κόπωση, θυμό ή υπερβολική χαρά ή φαγητό και διαρκεί από μερικά δευτερόλεπτα μέχρι και 20 λεπτά. Οφείλεται σε ερεθισμό των νευρικών απολήξεων στο μυοκάρδιο από αθροιζόμενους μεταβολίτες, πχ γαλακτικό οξύ, λόγω ελαττωμένης ποσότητας οξυγονωμένου αίματος.

↳ ΕΙΔΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗΣ

1. Στηθάγχη μετά από άσκηση.
2. Στηθάγχη εκ κατακλίσεως.
3. Στηθάγχη σε ανάπαυση.
4. Νυκτερική στηθάγχη.
5. Βραδυκαρδική στηθάγχη.
6. Στηθάγχη Prinzmetal.
7. Στηθάγχη από σπασμό στεφανιαίου αγγείου. ⁽³⁶⁾

3.3.2. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ

Ο καπνός συσχετίζεται τόσο με την παθογένεια όσο και με την εξέλιξη της στεφανιαίας νόσου.

Υπάρχουν στατιστικά δεδομένα που δείχνουν αύξηση κατά περίπου 70% στο ρυθμό θανάτων από στεφανιαία νόσο σε μεσήλικες άνδρες που καπνίζουν ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα, σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Αυτή η αναλογία μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας και η σχέση είναι λιγότερο σταθερή στις γυναίκες. Η κύρια επίδραση της νικοτίνης στο καρδιαγγειακό σύστημα είναι η διέγερση της καρδιάς και η περιφερική αγγειοσύσπαση.

Τέλος, ένας ακόμα παράγοντας που ενοχοποιείται για την εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου είναι ο τύπος της προσωπικότητας του ατόμου. Άτομα με τύπο προσωπικότητας Α είναι συνήθως πιο επιρρεπή στην στεφανιαία νόσο. Τα χαρακτηριστικά τους είναι επιθετικότητα, φιλοδοξία και χρόνια αίσθηση έλλειψης χρόνου. Τα άτομα αυτά έχουν την υποστήριξη του κοινωνικού τους περιγύρου και έχουν καλύτερη πρόγνωση. Ακόμη έχουμε τον τύπο προσωπικότητας Β. Είναι άτομα που είχαν την φροντίδα του κοινωνικού περιγύρου. Αυξημένης βαρύτητας Σ.Ν. και χειρότερη πρόγνωση.

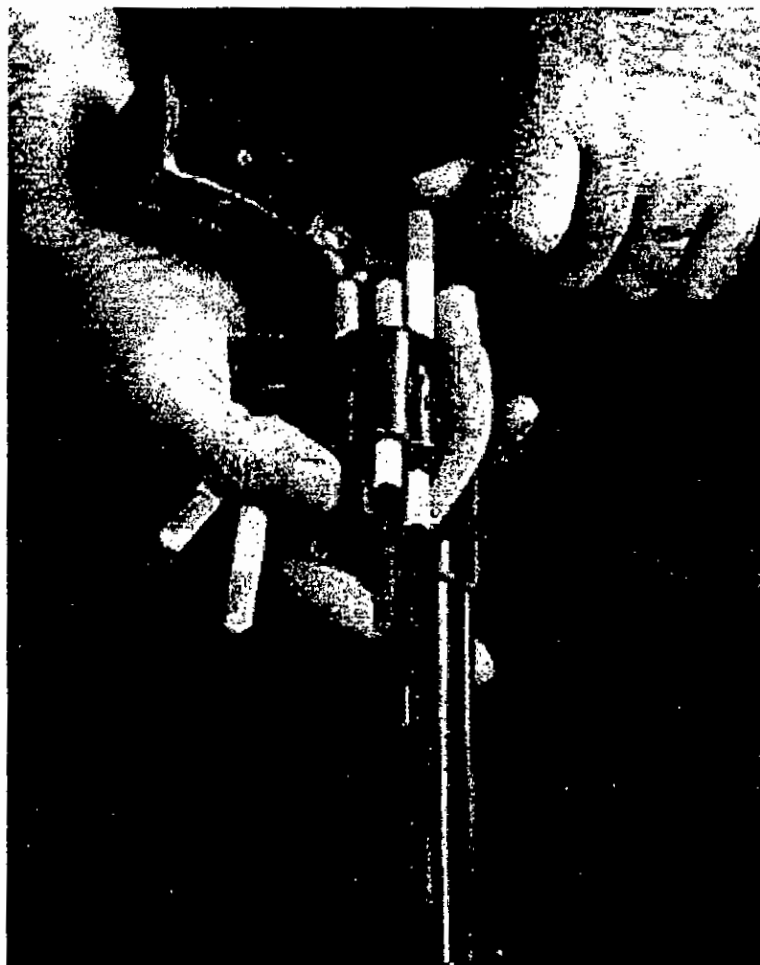
Οι πρώην καπνιστές έχουν μικρότερο κίνδυνο Σ.Ν. από τους καπνιστές και η μείωση του κινδύνου είναι ανάλογη του χρόνου από τη διακοπή του καπνίσματος.⁽³⁷⁾

□ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

1. Υπέρταση.
2. Αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης.
3. Σωματική άσκηση.
4. Παχυσαρκία.
5. Ψυχολογικοί παράγοντες.
6. Δίαιτα.⁽³⁸⁾

Μετά απ' όλα τα προηγούμενα, συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι το κάπνισμα και ο τύπος προσωπικότητας Α, ανήκουν στους αναστρέψιμους παράγοντες κινδύνου της στεφανιαίας νόσου και επομένως πρέπει να γίνεται προσπάθεια τροποποίησής τους, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν και άλλοι παράγοντες κινδύνου. Αυτό

είναι πράγματι εφικτό, όπως φαίνεται από πολλές έρευνες, αλλά χρειάζεται προσπάθεια και χρόνο τόσο από την πλευρά του ασθενούς όσο και από την πλευρά του γιατρού. ⁽³⁹⁾



3.4. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Σήμερα έχει αποδειχθεί ότι ο καπνός περιέχει μεγάλο αριθμό καρκινογόνων ουσιών και επιδημιολογικά στοιχεία πείθουν για τη σχέση του καπνίσματος με μια σειρά από κακοήθεις νεοπλασίες.

Η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου αυξάνει ανάλογα:

1. Τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζει κανείς.
2. Το χρονικό διάστημα που καπνίζει κανείς.
3. Την ηλικία που άρχισε το κάπνισμα.
4. Το βάθος που κατεβάζει τον καπνό.
5. Την περιεκτικότητα σε πίσσα.
6. Το κράτημα του τσιγάρου στο στόμα, μεταξύ των εισπνοών του καπνού.
7. Το πόσο από το μήκος του τσιγάρου καπνίζει κανείς. ⁽⁴⁰⁾

➤ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΥΣ ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ

Ο καρκίνος του πνεύμονα παρουσιάζει μια αύξηση συχνότητας στους άνδρες και αποτελεί ένα από τα κυριότερα αίτια θανάτου.

Η πρόσφατη αύξηση του ποσοστού καπνιστών στο γυναικείο φύλο, είναι η αιτία αύξησης του καρκίνου στις γυναίκες, με ταχύτερο μάλιστα ρυθμό απ' ότι στους άνδρες, σε σημείο να έχει ξεπεράσει τον καρκίνο του μαστού ως αιτία θανάτου.

Μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα που καπνίζουν 20 τσιγάρα την ημέρα, παρουσιάζουν καρκίνο του πνεύμονα δέκα φορές συχνότερα από τους μη καπνιστές.

Επειδή υπάρχει μια ασυμπτωματική περίοδος στην ανάπτυξη του καρκίνου του πνεύμονα, γι' αυτό κάθε άτομο που είναι καπνιστής για 15 – 20 χρόνια, πρέπει να κάνει περιοδικά, ακτινογραφική, κυτταρολογική και κλινική εξέταση.

Επειδή στο 70% των αρρώστων, όταν γίνεται διάγνωση, ο καρκίνος έχει ήδη διηθήσει τα τοπικά λεμφογάγγλια και έχει επεκταθεί σε άλλες περιοχές, ο δείκτης επιβίωσης είναι χαμηλός.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι στις τελευταίες 5 δεκαετίες ο πνευμονικός καρκίνος απ' το κάπνισμα έχει δεκαπλασιαστεί.

- ΠΡΟΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

- Ιατρική αξιολόγηση ατόμων με χρόνια βήχα και χρόνιες αναπνευστικές λοιμώξεις.
- Ακτινογραφία θώρακα κάθε έξι μήνες σε βαρείς καπνιστές.
- Αποφυγή καπνίσματος και έκθεσης σε καπνό και αμιάντο. ⁽⁴¹⁾

➤ *ΑΛΛΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΙ*

Εκτός από τον καρκίνο του πνεύμονα ο καπνός του τσιγάρου ευθύνεται και για άλλους καρκίνους, όπως:

- ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ: Ο βαρύς καπνιστής έχει 40 φορές περισσότερες πιθανότητες από τους μη καπνιστές.
- ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΦΑΡΥΓΓΑ ΚΑΙ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ: Οι καπνιστές έχουν 5,8 – 13 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να πεθάνουν από καρκίνο του στοματοφάρυγγα, από τους μη καπνιστές.
- ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ: Η συσχέτιση καπνίσματος και καρκίνου της ουροδόχου κύστεως αποδίδεται στον ενδογενή σχηματισμό νιτροζαμινών από την νικοτίνη του καπνού. Οι νιτροζαμίνες, γνωστά καρκινογόνα, αποβάλλονται από τα ούρα και προκαλούν καρκίνο της ουροδόχου κύστεως.
- ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ: Η συχνότητα ανάπτυξης του καρκίνου της μήτρας είναι 3 φορές μεγαλύτερη στις καπνίστριες γυναίκες σε σύγκριση με τις μη καπνίστριες.
- ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ
- ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ
- ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ

Τα υπάρχοντα στοιχεία δηλώνουν ότι το κάπνισμα αποτελεί την κύρια αιτία του 40% του συνόλου των θανάτων από κακοήθεις νόσους. ^{(42) (43)}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1.ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

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

1. Η εκπαίδευση στο θέμα «κάπνισμα και υγεία», θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν τμήμα της γενικότερης εκπαιδευσεως σε θέματα υγείας.
2. Τα θετικά σημεία της επιλογής του μη καπνιστή, θα πρέπει να τονίζονται περισσότερο από τα αρνητικά αποτελέσματα του καπνίσματος.
3. Η αγωγή των παιδιών σε θέματα υγείας, θα πρέπει να αρχίζει απ' το σπίτι και το Δημοτικό σχολείο και να επαναλαμβάνεται και στα υπόλοιπα στάδια εκπαίδευσης.
4. Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση και ενημέρωση των ατόμων εκείνων που είναι υπεύθυνοι για την εκπαίδευση του κοινού σε θέματα υγείας. Οι άνθρωποι αυτοί, εκτός απ' τους γιατρούς και τους υγειονομικούς, είναι κυρίως οι εκπαιδευτικοί, οι γυμναστές, οι προπονητές και οι υπεύθυνοι οργανώσεων της νεολαίας.
5. Οι υγειονομικές αρχές και οργανισμοί θα πρέπει να συνεργαστούν με τις εκπαιδευτικές αρχές για να ετοιμάσουν προγράμματα και διδακτικό υλικό με τους κινδύνους του καπνίσματος.
6. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην διδασκαλία της αγωγής σε θέματα υγείας στις παιδαγωγικές σχολές, και στη βελτίωση των γνώσεων και ικανοτήτων των εκπαιδευτικών πάνω στο θέμα αυτό.

Το θέμα της αντιμετώπισης του καπνίσματος αποτελεί ένα πολύπλοκο και πολύμορφο πρόβλημα, και εκείνο που φαίνεται περισσότερο σημαντικό είναι «να

υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις του προβλήματος για ομάδες ατόμων με διαφορετικές συνθήκες εκθέσεως, εκπαιδευτική υποδομή και ωριμότητα». ⁽⁴⁴⁾

4.2.ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ

Μερικές από τις πολλές εννοιολογικές διακρίσεις των δικαιωμάτων, είναι η διάκρισή τους σε νομικά και ηθικά, θετικά και αρνητικά. Για παράδειγμα, ένας έχει νομικό δικαίωμα να πράξει κάτι το οποίο θεωρείται απαράδεκτο από το κοινωνικό σύνολο κατά τη δεδομένη στιγμή που ισχύει ο συγκεκριμένος νόμος, ή έχει ηθικό καθήκον να πράξει κάτι άλλο για το οποίο δεν είναι νομικά υποχρεωμένος. Ακόμη κάποιος έχει θετικό δικαίωμα όταν νόμιμα μπορεί να προβάλλει απαίτηση για παροχή, ενώ αρνητικό όταν προβάλλει απαίτηση για παράλειψη.

Κανένας νόμος, συνταγματικό έθιμο ή σύμβαση δεν παρέχει κάποιο δικαίωμα στον καπνιστή να πραγματώσει το συγκεκριμένο βιοτικό του συμφέρον, παρόλο που στην Ελλάδα έχουμε το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών απ' όλη την Ευρώπη.

Έτσι, ορθά δεχόμαστε ότι το κάπνισμα αποτελεί:

- i. Κάποιας μορφής νομικό αρνητικό δικαίωμα, επειδή η πραγμάτωσή του ανάγεται στην σφαίρα της ανάπτυξης της προσωπικότητας και προστατεύεται από το Σύνταγμα και το νόμο, και επειδή ο καπνιστής μπορεί να αξιώσει να μην παρεμποδίζεται η πραγμάτωση του δικαιώματος αυτού.
- ii. Ηθικό δικαίωμα, επειδή ανάγεται στην αρχή του σεβασμού των προσώπων και της αυτονομίας τους. Ο σεβασμός της προσωπικότητας και η αρχή της αυτονομίας των ανθρώπων, είναι βασικές αρχές που καθοδηγούν την κοινωνική συμπεριφορά, επειδή είναι αποδεκτές από το κοινωνικό σύστημα, έπειτα από κριτική ανάλυση και εξέταση των επιπτώσεων συμμόρφωσης με αυτές.

Εδώ όμως γεννάται το ερώτημα εάν η ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, στο βαθμό που αυτή πραγματώνεται με το κάπνισμα, προσβάλλει κάποια δικαιώματα τρίτων και ποια.

Αυτά τα δικαιώματα, αφορούν τα δικαιώματα των μη καπνιστών. Εάν δεχθούμε ότι υπάρχουν νομικά, αρνητικά αλλά και ηθικά δικαιώματα καπνιστών, οφείλουμε σύμφωνα με τις αρχές της δικαιοσύνης και της ισοτιμίας των πολιτών να δεχθούμε ότι υπάρχουν και αντίστοιχα νομικά, θετικά και ηθικά δικαιώματα των μη καπνιστών. Τα δικαιώματα αυτά συνίσταται αντίστοιχα στην ελεύθερη ανάπτυξη της

προσωπικότητας και στο σεβασμό της αυτονομίας των μη καπνιστών, που στη προκειμένη περίπτωση εκφράζεται με την προστασία της υγείας τους και με την προβολή αξίωσης στους καπνιστές να μην ενεργούν πράξεις που την βάζουν σε κίνδυνο.

Από την ανάλυση που προηγήθηκε προέκυψαν 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.
2. Η πολιτεία έχει αντίστοιχη υποχρέωση να προστατεύσει το δικαίωμα των μη καπνιστών, όταν αυτό παραβιάζεται.
3. Ιδιαίτερα μέτρα οφείλουν να ληφθούν προκειμένου να προστατευτούν άτομα με ελαττωμένη ικανότητα αυτοπροστασίας και ελλιπή επίγνωση των επιπτώσεων του καπνίσματος.

Τα παραπάνω μέτρα, δεν αποκλείουν την άσκηση των δικαιωμάτων των καπνιστών, όταν αυτά δεν συγκρούονται με δικαιώματα μη καπνιστών. ⁽⁴⁵⁾

4.3.ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ Ή ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, οι Ηνωμένες Πολιτείες, ο Καναδάς, η Αυστραλία, αλλά και χώρες της Νότιας Αμερικής, της Ασίας και της Αφρικής έχουν πάρει μέτρα, πολλά από τα οποία είναι νομοθετημένα, για να επιτύχουν τη μείωση του καπνίσματος.

1^ο : Ο νόμος 389966/52 που κάνει λόγο στα μεταφορικά μέσα, ο 1989/79 που αναφέρεται στα πάσης φύσεως νοσηλευτικά ιδρύματα, καθώς επίσης ο 3051/80 που εμπερικλείει κανονισμούς όσον αφορά τους κλειστούς χώρους και τέλος ο νόμος 1730/87 που μιλάει για τις απαγορεύσεις των διαφημίσεων στις οποίες εμφανίζονται τα προϊόντα καπνού. Παρόλα αυτά, η διαφήμιση του καπνού από τα Μ.Μ.Ε είναι υποταγμένη στο βωμό του καταναλωτισμού. Ενώ είναι απαγορευμένη η διαφήμιση παντός τύπου, συχνά βλέπουμε αφίσες στους δρόμους, διαφημιστικά μηνύματα στην τηλεόραση και στον κινηματογράφο, καθώς και την προσφορά τσιγάρων στο ευρύ κοινό.

2^ο : Σύμφωνα με το νομοθετικό μέτρο που θεσμοθετήθηκε για τον έλεγχο του καπνίσματος και την ελάττωσή του, αναγράφονται προειδοποιητικά μηνύματα στα πακέτα των τσιγάρων που αφορούν την υγεία. Αυτή τη στιγμή γνωρίζουμε ότι αναγράφονται δύο μηνύματα ευνότητα, για την προστασία της υγείας των καταναλωτών. Επίσης, θετικό είναι το γεγονός ότι μειώνεται από τις βιομηχανίες η περιεκτικότητα πίσσας και νικοτίνης του τσιγάρου.

3^ο : Σ' ένα μελλοντικό νομοθετικό μέτρο της Επιτροπής Εμπειρογνομόνων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, συνίσταται η απαγόρευση αγοράς των τσιγάρων από ανήλικα άτομα. Αυτό το μέτρο θα ωφελήσει στην μείωση των ανήλικων καπνιστών και κατ' επέκταση στην μείωση των μελλοντικών εθισμένων καπνιστών.

4^ο : Σε μια παράγραφο των παραπάνω νομοθετικών μέτρων αναγράφεται, ως μέτρο καταστολής του καπνίσματος, η αύξηση της φορολογίας στα τσιγάρα. Αυτό το μέτρο δεν αποσκοπεί στην τελική ρύθμιση του προβλήματος και στην καταπολέμηση της ύπαρξης καπνιστών. Όπως αναφέρεται και στην ίδια τη ρύθμιση, οι αυξήσεις αυτές δεν αποτελούν ουσιαστική μείωση παρά μόνο για

μερικούς μήνες. Αυτό το μέτρο επηρεάζει περισσότερο τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα.

5^ο : Σε μια ρύθμιση του νομοθετικού μέτρου αναφέρεται ότι υπάρχει η αγωγή υγείας στα σχολεία και τα παιδιά ενημερώνονται για τους κινδύνους που επιφυλάσσει το κάπνισμα. Η συμπεριφορά των καθηγητών δεν είναι η πρότερη όσο αφορά το κάπνισμα. Πολλές φορές παρατηρούμε καθηγητές να καπνίζουν μέσα στις τάξεις και στους διαδρόμους, μπροστά στα παιδιά. Μια πρόταση είναι να εφαρμοστεί το μάθημα της αγωγής υγείας μέσα στα σχολεία και να συνετιστούν όσοι καθηγητές και δάσκαλοι παραφέρονται.

6^ο : Στα νομοθετικά μέτρα που μελετήσαμε, οι περισσότεροι κανονισμοί έχουν διατυπωθεί για την προστασία της υγείας των καπνιστών αλλά και την διαφύλαξη των μη καπνιστών. ⁽⁴⁶⁾

4.4.0 ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΟ ΑΓΩΝΑ

Η συμπεριφορά, τόσο του νοσηλευτικού όσο και του ιατρικού προσωπικού, αποτελεί το κλειδί για το αν θα πεισθεί ή όχι ο ασθενής να σταματήσει το κάπνισμα.

Δυστυχώς στην χώρα μας, η συμπεριφορά του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού δεν είναι καθόλου παραδειγματική και αυτό γιατί οι ιατροί και εμείς, λειτουργοί της υγείας, δημιουργούμε, με τις συμβουλές και την συμπεριφορά μας, την εντύπωση πως το κάπνισμα δεν είναι τελικά τόσο βλαβερό και πως δεν ευθύνεται το κάπνισμα για την κατάσταση των ασθενών. Είναι αναγκαία λοιπόν η δυναμική ανάληψη των ατομικών μας ευθυνών, ως Νοσηλευτές.

Ο νοσηλευτής είναι εκείνος που:

- βρίσκεται παντού, στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα, στο Κέντρο Υγείας, στη Κοινότητα, στα σπίτια των πολιτών, στα σχολεία, στους χώρους εργασίας και ψυχαγωγίας.
- σε συνεργασία με τις Υπηρεσίες Υγείας και με τις άλλες ομάδες, θα κάνει το σχεδιασμό Προγράμματος Υγειονομολογικής Διαπαιδαγώγησης μιας κοινότητας.
- θα διαφωτίσει και θα καθοδηγήσει το κοινό στην αποφυγή της συνήθειας του καπνίσματος για την προστασία και προαγωγή της υγείας, για την αντιμετώπιση της νόσου στο σπίτι ή στο νοσοκομείο και για την αποκατάσταση και επαναφορά του κοινού στην ενεργό δράση μετά την περιπέτεια της υγείας.

4.5. Η ΕΥΘΥΝΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΕΙΑΣ

Αν και όπου ο κόσμος ενημερώνεται σωστά, μειώνεται η κατανάλωση καπνού. Παρ' όλα αυτά στη χώρα μας, δυστυχώς, μπορεί να γίνονται ορθές διαπιστώσεις, αλλά δραστικά μέτρα δεν λαμβάνονται.

Αν κοιτάξουμε στην ιστορία της Ελλάδας για το θέμα αυτό, υπήρξε μια περίοδος αποδόσεως κάποιων προσπαθειών που ατυχώς δεν συνεχίστηκαν.

Η πρώτη προσπάθεια έγινε από τον τότε Υπουργό Υγείας, τον Σπύρο Δοξιάδη, ο οποίος ανέλαβε μια αντικαπνιστική εκστρατεία βασιζόμενη σε μηνύματα μέσω ραδιοφώνου, τηλεόρασης, πόστερς, ανακοινώσεις και ποικίλες άλλες ενέργειες με αποτέλεσμα την ελάττωση στο μηδέν περίπου της ετήσιας αύξησης της κατανάλωσης του καπνού στην χώρα μας. Όταν όμως η εκστρατεία αυτή ανεστάλη, η κατανάλωση αυξήθηκε και πάλι.

Καιρό αργότερα, ο αντικαπνιστικός αγώνας αναζωπυρώνεται ατυχώς βέβαια, όταν το 1987 ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος μεταφέρει στη χώρα μας τα πικρά διδάγματα και μηνύματα της ΕΟΚ.

Την Άνοιξη του 1987 ο Δήμος Αθηναίων κινητοποιεί την κοινή γνώμη με την διαφωτιστική προσπάθεια και την συνεχίζει το φθινόπωρο και μετά έτσι έχουμε μια πραγματική «Πανστρατεία».

Η Ελληνική Αντικαπνιστική Εταιρεία και η Πολιτεία έχουν αναλάβει ουσιαστικές πρωτοβουλίες, οι οποίες συνεχίζονται και ευχόμαστε να συνεχίζονται με θετικά αποτελέσματα.

Βέβαια αντικαπνιστική μέθοδος δεν μπορεί να θεωρηθεί μόνο η αύξηση της τιμής του καπνού και των τσιγάρων με σκοπό τον περιορισμό της κατανάλωσής τους, όταν μια τέτοια τακτική εξυπηρετεί μόνο την εισπρακτική πολιτική του κράτους.

Είναι καιρός λοιπόν όλοι να αναλάβουν τις ευθύνες τους, ο καθένας στα πλαίσια αρμοδιότητάς του, όταν μάλιστα πρόκειται για το σπουδαιότερο μεμονωμένο αίτιο νοσήσεως και θανάτου, μιας και μπορεί να προληφθεί. ⁽⁴⁷⁾

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

«ΚΑΤΙΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΠΙΧΡΟΜΩΣΗ»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

ΟΡΙΣΜΟΣ

Εγκυμοσύνη ή κύηση ή κυοφορία, ονομάζουμε το χρονικό διάστημα της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας που αρχίζει με τη γονιμοποίηση το ωαρίου και τελειώνει με τον τοκετό.

1.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η κλινική διάγνωση της εγκυμοσύνης είναι δυνατό να γίνει με το ιστορικό, τα συμπτώματα, την επισκόπηση, την ψηλάφηση, την ακρόαση και εργαστηριακές μεθόδους.

☞ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Με τη συστηματική παρακολούθηση της εγκυμοσύνης, που ξεκινάει από την πρώτη ημέρα, εξασφαλίζεται η ομαλή πορεία της, προλαμβάνονται επικίνδυνες για το κύημα ή την μητέρα, επιπλοκές και δημιουργούνται καλύτερες συνθήκες τοκετού.

Ύστερα από την συγκέντρωση στοιχείων ταυτότητας της εγκύου, αναζητούμε τα παρακάτω στοιχεία.

Από το ατομικό αναμνηστικό της εγκύου μας ενδιαφέρουν οι παθήσεις του αναπνευστικού, του κυκλοφοριακού και του ουροποιητικού συστήματος, ιογενείς λοιμώξεις, διαβήτη, προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις (ιδιαίτερα στην περιοχή της κοιλιάς και του γεννητικού συστήματος), προηγηθείσες μεταγγίσεις αίματος κλπ.

Μας ενδιαφέρει επίσης η διαβίωση της εγκύου, η διατροφή της και οι συνθήκες εργασίας της.

Από το οικογενειακό της αναμνηστικό, μας ενδιαφέρουν, η γέννηση παιδιών με διαπλαστικές ανωμαλίες, η γέννηση διδύμων, η ύπαρξη διαβήτη στους γονείς.

Τα φάρμακα παίζουν επίσης μεγάλο ρόλο στην εγκυμοσύνη, όπως και το κάπνισμα και το αλκοόλ.

☞ *ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:*

Τα συμπτώματα της εγκυμοσύνης είναι τα εξής:

- Δευτεροπαθής αμηνόρροια.
- Ναυτία.
- Εμετούς, ιδίως κατά τις πρωινές ώρες.
- Διαστροφή της όρεξης, δηλαδή αποστροφή ή υπέρμετρη επαθυμία της εγκύου σε ορισμένα φαγητά.
- Σιαλόρροια.
- Συχνουρία.
- Διόγκωση των μαστών.
- Μαστική έκκριση από την 16 εβδομάδα.
- Αίσθημα τάσης στο υπογάστριο.
- Σκιρτήματα, τα οποία εμφανίζονται μετά την 16 – 18 εβδομάδα της εγκυμοσύνης.

☞ *ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ:*

Κατά την επισκόπηση της εγκύου παρατηρούμε μελάχρωση. Οι θηλές των μαστών και η θηλαία άλωσ γίνονται περισσότερο μελαχρινές μετά την 8^η εβδομάδα. Επίσης παρατηρούμε μελάχρωση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων. Πολλές φορές έχουμε, το μητρικό χλόασμα στο πρόσωπο, ραβδώσεις στην περιοχή της κοιλιάς, των μηρών και των μαστών, και όσον αφορά τον ομφαλό, στην αρχή είναι κοίλος, αργότερα γίνεται επίπεδος και τέλος προβάλλει προς τα έξω.

☞ *ΨΗΛΑΦΗΣΗ:*

Με γυναικολογική εξέταση ψηλαφάτε κατά τους πρώτους μήνες η μήτρα και διαπιστώνεται το μέγεθός της.

- Κατά την 7^η εβδομάδα το μέγεθος της μήτρας είναι ίσο με αβγό.
- Κατά την 10^η εβδομάδα το μέγεθος της μήτρας είναι ίσο με πορτοκάλι.
- Κατά την 12^η εβδομάδα το μέγεθος της μήτρας είναι ίσο με μεγάλο πορτοκάλι.

- Μετά την 12^η εβδομάδα η μήτρα ψηλαφάτε από την κοιλιά.
- Μετά τον 8^ο μήνα οι χειρισμοί του Leopold μας βοηθούν να προσδιορίσουμε το σχήμα, την προβολή και την θέση του εμβρύου.

☞ *ΑΚΡΟΑΣΗ:*

Με τη συσκευή των υπερήχων διαπιστώνουμε την ύπαρξη εμβρυϊκών παλμών από την 7 – 8^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, ενώ με το κοιλιοσκόπιο ή το στηθοσκόπιο ακούγονται οι καρδιακοί παλμοί μετά τον 5^ο μήνα της κύησης.

☞ *ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ:*

Με εργαστηριακές μεθόδους (ανοσοδοκιμασίες, ραδιοανοσοδοκιμασίες) μπορούμε να διαγνώσουμε την κύηση από την αρχή της.

Με υπερηχογράφημα ανιχνεύεται ο αμνιακός σάκος από την 6^η εβδομάδα και το έμβρυο με καρδιακή λειτουργία από την 7 – 8^η εβδομάδα. ⁽⁴⁸⁾

1.2. ΗΛΙΚΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Για να βρούμε την ηλικία της εγκυμοσύνης, χρησιμοποιούμε τα παρακάτω κριτήρια:

- **Κανόνας του Nägele:** Μετράμε με 7 ημέρες από την αρχή της τελευταίας εμμηνόρροιας και προσθέτουμε το χρόνο, που πέρασε από τότε, μέχρι την ημέρα της εξέτασης. Κάποτε, επειδή ήταν αδύνατος ο προσδιορισμός της ημέρας αυτής, κατέφευγαν σε άλλες μεθόδους.
- **Σκιρτήματα εμβρύου:** Εμφανίζονται τη 18^η εβδομάδα περίπου και στην πρωτοτόκο 1 – 2 εβδομάδες αργότερα. Όμως, δεν μπορούμε να τα χαρακτηρίσουμε σαν αξιόπιστο διαγνωστικό κριτήριο της ηλικίας της εγκυμοσύνης.
- **Ύψος της μήτρας:** Από το ύψος του πυθμένα της μήτρας είναι δυνατό να προσδιορίσουμε την ηλικία της εγκυμοσύνης, όχι πάντοτε με ακρίβεια.
Την 12^η εβδομάδα η μήτρα πιάνεται πάνω από την ηβική σύμφυση.
Την 16^η εβδομάδα ο πυθμένας της βρίσκεται μεταξύ ηβικής σύμφυσης και ομφαλού.
Την 28^η εβδομάδα ο πυθμένας της βρίσκεται τρία δάχτυλα πάνω από τον ομφαλό.
Την 36^η εβδομάδα ο πυθμένας της βρίσκεται κάτω από την ξιφοειδή απόφυση. Στο σημείο αυτό παραμένει ως την εμπέδωση. Ύστερα, ψηλαφιέται δυο δάχτυλα κάτω από την ξιφοειδή απόφυση.
- **Πίνακας του Spiegelberg:** Αυτός αποτελεί ειδικό πίνακα, που με βάση την απόσταση από την ηβική σύμφυση ως τον πυθμένα της μήτρας, βρίσκουμε την ηλικία της εγκυμοσύνης. Έτσι, την 28^η εβδομάδα η απόσταση αυτή είναι 26,7cm, την 32^η εβδομάδα 30cm, την 36^η εβδομάδα 32cm και την 40^η εβδομάδα 37,7cm.
- **Κανόνας του Mac Donald:** Αν διαιρέσουμε το 3,5 με τα εκατοστά, που θα βρούμε μετρώντας την απόσταση από την ηβική σύμφυση ως τον πυθμένα της μήτρας, βρίσκουμε την ηλικία της εγκυμοσύνης μετά τον 6^ο μήνα.
- **Υπερηχογράφημα:** Αποτελεί σύγχρονη μέθοδο, που κατάργησε τον ακτινολογικό έλεγχο για την ανεύρεση πυρήνων οστέωσης προς προσδιορισμό της ηλικίας της εγκυμοσύνης. Στηρίζεται στην εκτίμηση του

μεγέθους του εμβρυϊκού σάκου, του μήκους της αμφιβρεγματικής διαμέτρου του εμβρύου και του μήκους του μηριαίου οστού του, μετά την 20^η εβδομάδα.⁽⁴⁹⁾

1.3.ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Η εγκυμοσύνη αρχίζει με τη γονιμοποίηση και τελειώνει με τον τοκετό. Η μέση διάρκεια αυτής είναι 266 ημέρες, με ανώτερο όριο 283 ημέρες και κατώτερο 230.

Πρακτικά για να βρούμε την ημερομηνία του τοκετού προσθέτουμε 8 ημέρες στην πρώτη ημέρα της εμμηνορρυσίας και ένα έτος και αφαιρούμε τρεις μήνες. Αν πχ η έγκυος αναφέρει ως πρώτη ημέρα της τελευταίας εμμηνορρυσίας την 4^η Δεκεμβρίου, θα περιμένουμε τον τοκετό ως τη 12^η Σεπτεμβρίου της άλλης χρονιάς.

Άλλος τρόπος προσδιορισμού της διάρκειας της εγκυμοσύνης είναι ο νόμος του Nägele, που προσθέτει 7 ημέρες στην πρώτη ημέρα της τελευταίας εμμηνορρυσίας, δηλαδή σε 40 εβδομάδες, που μας κάνουν 9 ημερολογιακούς μήνες ή 10 σεληνιακούς. Αν γεννηθεί το έμβρυο ανάμεσα στην 38^η και 42^η εβδομάδα, δηλαδή στις 259 – 293 ημέρες λέγεται ώριμο ή τελειόμηνο.

Σε ορισμένες περιπτώσεις το έμβρυο γεννιέται νωρίτερα από τη συμπλήρωση 40 εβδομάδων. Τότε, αν γεννηθεί από την 28^η ως την 37^η εβδομάδα, δηλαδή στις 196 – 259 ημέρες, λέγεται πρόωρο. Την προωρότητα του εμβρύου χαρακτηρίζει και το βάρος του.

Περίπου 60% των εγκύων θα γεννήσουν μια εβδομάδα πριν ή μια εβδομάδα μετά από την πιθανή ημέρα του τοκετού και λιγότερες από 5% ακριβώς την ίδια ημέρα, που προσδιορίζουμε. ⁽⁵⁰⁾

1.4.ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Η πρώτη εβδομάδα της ανάπτυξης:

Η γονιμοποίηση αρχίζει τις πιο πολλές φορές στη λήκυθο του ωαγωγού. Η διεργασία αυτή τελειώνει όταν ενωθούν το αρσενικό με το θηλυκό και σχηματίσουν τον διπλοειδή ζυγώτη, όπου αυτό είναι το γονιμοποιημένο ωάριο, και η αρχή ενός νέου ανθρώπινου οργανισμού. Ο ζυγώτης καθώς περνάει τον ωαγωγό υφίσταται μια κυτταρική διαίρεση, δημιουργώντας τον σχηματισμό θυγατρικών κυττάρων που ονομάζονται βλαστομερίδια. Περίπου τρεις μέρες μετά την γονιμοποίηση, σχηματίζεται έτσι μια σφαιρική μάζα κυττάρων που λέγεται μορίδιο.

Η εξέλιξη συνεχίζεται με το σχηματισμό στο εσωτερικό του μοριδίου μιας κοιλότητας, της βλαστικής κοιλότητας, που μεταβάλλει το μορίδιο σε βλαστοκύστη, η οποία έρχεται σε επαφή με το επιθήλιο της μήτρας. Στο τέλος της πρώτης εβδομάδας, η βλαστοκύστη έχει κιόλας εμφυτευτεί στο επιθήλιο του ενδομητρίου.

Η δεύτερη εβδομάδα της ανάπτυξης:

Γίνεται πολλαπλασιασμός της τροφοβλάστης κατά τη διάρκεια της δεύτερης εβδομάδας. Διαβρώνονται τα μητρικά αγγεία και αίμα φθάνει μέσα στο δίκτυο των κοιλοτήτων σχηματίζοντας έτσι μια πρωτογενή μητροπλακουντική κυκλοφορία. Κατά τη δεύτερη εβδομάδα, πρωτοφαίνεται και η αμνιακή κοιλότητα, σαν ένας χώρος που έχει μέγεθος σχισμής.

Η τρίτη εβδομάδα της ανάπτυξης:

Το έμβryo αποτελείται από τρία πρωτογενή βλαστικά δέρματα (εξώδερμα, μεσόδερμα, ενδόδερμα). Τα αγγεία πρωτοεμφανίζονται και αναπτύσσονται μέσα στο έμβryo λίγο αργότερα. Στο τέλος της τρίτης εβδομάδας της ανάπτυξης, η καρδιά παρουσιάζεται σε ένα ζευγάρι καρδιακών σωλήνων που είναι ενωμένοι με τα αγγεία που βρίσκονται στις έξω – εμβρυϊκές μεμβράνες.

Από την τέταρτη έως την όγδοη εβδομάδα:

Κατά την 5^η – 6^η εβδομάδα, η καρδιά του εμβρύου χτυπάει, ο πλακούντας αναπτύσσεται, δεν είναι όμως ακόμη έτοιμος να υποκαταστήσει στα “καθήκοντά της” την ωοθήκη. Στο τέλος της πρώιμης εμβρυϊκής περιόδου οι καταβολές όλων των κύριων συστημάτων των οργάνων έχουν γίνει. Το μήκος του στο τέλος της 8^{ης} εβδομάδας δεν ξεπερνάει τα 25 χιλιοστά. Αναπτυξιακές διαταραχές σε αυτή την περίοδο μπορεί να δώσουν γένεση σε μεγάλες συγγενείς ανωμαλίες.

Από την ένατη εβδομάδα έως τον τοκετό:

Μετά την πρώιμη εμβρυϊκή περίοδο το αναπτυσσόμενο έμβρυο μπαίνει στη φάση που ονομάζεται πλέον όψιμη εμβρυϊκή περίοδος, όπου αρχίζει από 9 εβδομάδες έως 40 εβδομάδες. Σ’ αυτή την περίοδο τα διάφορα συστήματα αναπτύσσονται και τελειοποιούνται. Μια αλλαγή είναι η αύξηση του κεφαλιού αν αυτό συγκριθεί με το υπόλοιπο σώμα. Εμφανίζονται τρίχες στο κεφάλι του εμβρύου, επίσης είναι η στιγμή που τα δόντια του εμβρύου αρχίζουν να σχηματίζονται στο γναθικό οστό. Τα βλέφαρα είναι συνενωμένα κατά το διάστημα της όψιμης εμβρυϊκής περιόδου, αλλά ξανανοίγουν στις 26 εβδομάδες.

Το έμβρυο είναι αδύνατον να ζήσει έξω από τη μήτρα γιατί το αναπνευστικό σύστημά του είναι ακόμα ανώριμο. Το λίπος αναπτύσσεται τις τελευταίες 6 – 8 εβδομάδες της κύησης κάνοντας το έμβρυο παχύ. Στο τέλος της κύησης, το έμβρυο φτάνει στα 51 εκατοστά και κατά μέσο όρο ζυγίζει γύρω στα 3.400 γραμμάρια. ⁽⁵¹⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ

Ο πλακούντας έχει πολυπλοκότητα λειτουργία. Χρησιμεύει από την αρχή μέχρι το τέλος της εμβρυϊκής ζωής ως σύνδεσμος μεταξύ μητέρας και εμβρύου.

Παράλληλα, με την ορμονική του δραστηριότητα, παρέχει τις προϋποθέσεις για ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

- Μιμείται τις ιδιότητες των διαφόρων συστημάτων (αναπνευστικό, πεπτικό, ουροποιητικό...) και βοηθά κυρίως στην μεταφορά του O₂, των θρεπτικών ουσιών και των άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού. Με διήθηση, διαπήδηση και ενεργητική συμμετοχή του πλακούντα, μπορεί να μεταφέρει από την κυκλοφορία της μητέρας όλες τις απαραίτητες θρεπτικές ουσίες προς την κυκλοφορία του εμβρύου και όλες τις βλαπτικές και άχρηστες ουσίες του εμβρύου, από την εμβρυϊκή κυκλοφορία στη μητρική.
- Αντικαθιστά διάφορους ενδοκρινείς αδένες, παράγοντας ορμόνες απαραίτητες για την συγκράτηση και ανάπτυξη του εμβρύου.
- Προκαλεί με την ορμονική παραγωγή και ρύθμισή της, την έκλυση του τοκετού.
- Επεξεργάζεται και μεταβολίζει διάφορες ουσίες.
- Λειτουργεί ως φραγμός – ο ονομαζόμενος πλακουντιακός φραγμός – και μπορεί να συγκρατεί ή να επιτρέπει στην είσοδο σε ουσίες και μικρόβια πχ φάρμακα, ενεργητικά.

Ο πλακούντας όσο προχωρεί η εγκυμοσύνη, γηράζει. Αν παραταθεί η διάρκεια της εγκυμοσύνης πέρα των 40 εβδομάδων, ο πλακούντας δεν επαρκεί πια, με αποτέλεσμα βλαπτικό στο έμβρυο. Η κατάσταση που ο πλακούντας δεν επαρκεί για οποιονδήποτε λόγο λέγεται **πλακουντιακή ανεπάρκεια**.

2.2. ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΠΛΑΚΟΥΝΤΑ

Παθογένεια: Σε περίπτωση μητρικής υπέρτασης αλλά και σε άλλες περιπτώσεις χωρίς σαφή αιτία, παρουσιάζονται εκφυλιστικές αλλοιώσεις στον πλακούντα με εμφράγματα και αποτιτανώσεις.

Χαρακτηριστικά: Το έμβρυο σταματάει να παίρνει βάρος και μπορεί να πάθει ανοξία στην διάρκεια του τοκετού. Έτσι γεννιέται λιποβαρές και συχνά ευπαθές στις λοιμώξεις.

Η κατάσταση του πλακούντα και η λειτουργικότητά του, είναι καθοριστικότερες για την εξέλιξη του φυσιολογικού εμβρύου. ⁽⁵²⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ

Η μήτρα και ο πλακούντας λειτουργούν προστατευτικά για το έμβρυο. Παρ' όλα αυτά μερικοί βλαπτικοί παράγοντες απειλούν το έμβρυο, έχουν συνήθως μεγάλη επίπτωση στη μετέπειτα ζωή. Αυτοί μπορούν να ταξινομηθούν σε:

- I. **Γενετικούς παράγοντες:** Παθολογικά γονίδια μπορούν να μεταβιβαστούν από τον έναν ή και τους δύο γονείς.
- II. **Χρωμοσωμιακές ανωμαλίες:** Άλλοτε κληρονομούνται και άλλοτε δημιουργούνται στα διάφορα στάδια διαίρεσης.
- III. **Παράγοντες που σχετίζονται με το ενδομήτριο περιβάλλον όπως:**
 - Θρέψη της μητέρας.
 - Λοιμώξεις.
 - Φάρμακα.
 - Ακτινοβολία.
 - Παράγοντες που προέρχονται από την ρύπανση του περιβάλλοντος.
 - Ισοανοποίηση. Συχνότερη είναι η ισοανοποίηση με τον Rh (Ρέζους) που μπορεί να οδηγήσει στον θάνατο του εμβρύου, σε βαρεία αναιμία ή νεογνικό ίκτερο.
 - Κάπνισμα. ⁽⁵³⁾

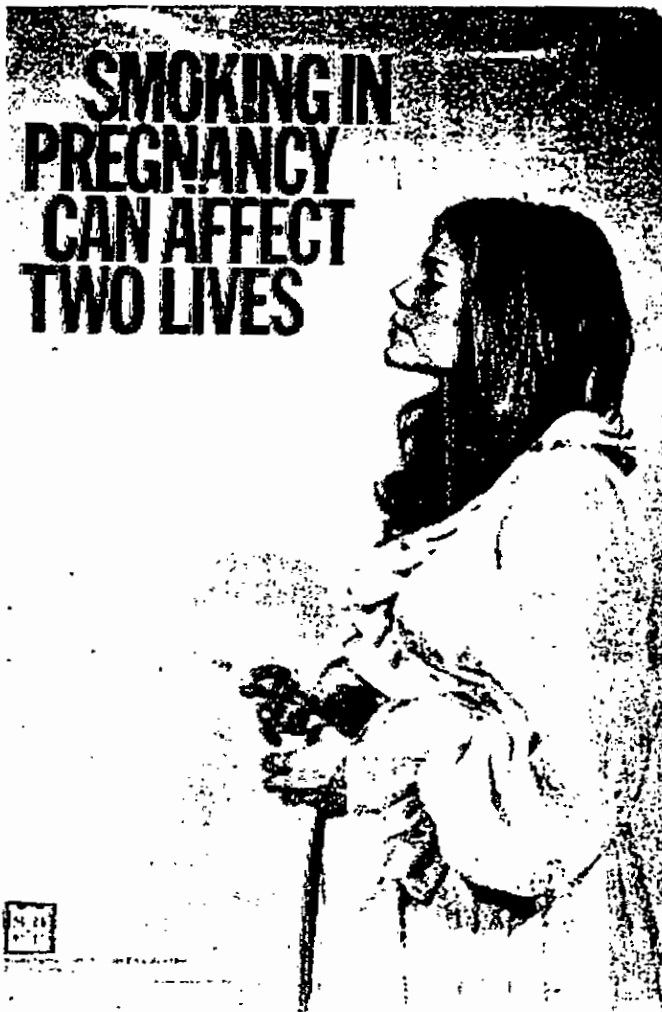
3.2. Η ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

Το μειωμένο βάρος του νεογνού στις καπνίστριες μητέρες ερμηνεύεται ως εξής:

1. Οι καπνίστριες μητέρες τρέφονται ίσως λιγότερο λόγω ανορεξίας που προκαλείται απ' το τσιγάρο και παίρνουν μικρότερο βάρος κατά την εγκυμοσύνη απ' ότι οι μη – καπνίστριες, με αποτέλεσμα να γενούν μικρότερα παιδιά.
2. Το κάπνισμα μειώνει την ροή του αίματος στον πλακούντα της γυναίκας λόγω της αγγειοσυσταλτικής ενέργειας της νικοτίνης, η συγκέντρωση της οποίας είναι μεγαλύτερη απ' την συγκέντρωση νικοτίνης στο αίμα της μη καπνίστριας μητέρας.
3. Παρατηρείται μειωμένη οξυγόνωση των ιστών του εμβρύου από το παραγόμενο CO του καπνού του τσιγάρου, το οποίο διαπερνά τον πλακούντα, δεσμεύει την Hb (αιμοσφαιρίνη) του αίματος και παράγει ανθρακυλαιμοσφαιρίνη, η συγκέντρωση της οποίας είναι μεγαλύτερη στην έγκυο γυναίκα που εμφανίζει και σιδηροπενική αναιμία.
4. Η γλοιότης του αίματος είναι αυξημένη στο ανθρώπινο έμβρυο. Μερικές από τις άλλες χημικές ουσίες του καπνού εκ του αναμμένου τσιγάρου ενδέχεται να έχουν δυσμενή επίδραση στην ανάπτυξη του εμβρύου. Γενικώς, η νικοτίνη προκαλεί απελευθέρωση κατεχολαμινών με αποτέλεσμα αγγειοσυστολής της μήτρας και του πλακούντα, γεγονός που προκαλεί ελάττωση της προσφοράς θρεπτικών ουσιών και οξυγόνου στο έμβρυο, το οποίο υποσιτίζεται και καθυστερεί την ενδομήτρια ανάπτυξή του. Προκαλείται επίσης ενδομήτρια υποξία του εμβρύου από το μονοξείδιο του άνθρακα και τα κυανιούχα του καπνού που παίζουν δυσμενή ρόλο.

Οι δυσμενείς λοιπόν επιπτώσεις του καπνίσματος στο έμβρυο, οφείλονται σε νέκρωση του βασικού φθαρτού και μεγάλων εμφράκτων του πλακούντα, λόγω αγγειοσύσπασης και αλλοίωσης των αρτηριών της μήτρας.

Το κάπνισμα σχετίζεται επίσης με το σύνδρομο του αιφνίδιου θανάτου των βρεφών, με τερατογένεση του εμβρύου, με συγγενείς καρδιοπάθειες και ανωμαλίες του ΚΝΣ, και τα νεογνά των καπνιστριών παρουσιάζουν συχνότερα πνευμονία, πολυκυτταραιμία, υπογλυκαιμία, καθώς και παροδική καθυστέρηση σωματικής και ψυχοκινητικής ανάπτυξης.



Άλλοι δυσμενείς παράγοντες του καπνίσματος στο έμβryo:

- Η υπερκατάχρηση τσιγάρων στην εγκυμοσύνη μπορεί να οδηγήσει σε αυτόματη αποβολή του κυήματος.
- Η υπερκατάχρηση τσιγάρων οδηγεί σε πρόωρους τοκετούς και σε θανάτους εμβρύων.
- Η υπερκατάχρηση τσιγάρων οδηγεί σε χοριοαμνιονίτιδα και μόλυνση αμνιακού υγρού.
- Η υπερκατάχρηση τσιγάρων προκαλεί καρδιακή δυσλειτουργία του εμβρύου, επηρεασμένη από την νικοτίνη, και παροδική αύξηση της αρτηριακής πίεσης.
- Οι κινήσεις του εμβρύου μειώνονται.

- Η ανοσολογική αντίδραση του εμβρύου και της μητέρας επηρεάζεται άμεσα.
- Η παραγωγή προστακυκλίνης είναι μειωμένη στα ενδοθηλιακά κύτταρα των αρτηριών του εμβρύου και επηρεάζει την ροή του αίματος.
- Παρατηρούνται εκφυλιστικές αλλοιώσεις στα ενδοθηλιακά κύτταρα των αρτηριών του εμβρύου και ιστολογικές αλλοιώσεις στον πλακούντα, λόγω αγγειοσύσπασης και απόφραξης των αγγείων (εμφράγματα πλακούντος).⁽⁵⁴⁾



3.3. ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ

Το 75% των γυναικών που καπνίζουν πάσχουν από διαταραχές της εμμήνου ροής, στειρώση ή υπόκεινται σε αποβολές ή πρόωρους τοκετούς και μαιευτικές επιπλοκές, όπως προδρομικό πλακούντα, πρόωρη αποκόλληση πλακούντος και αιμορραγίες. Η σχέση για τον κίνδυνο αμέσου αποβολής στις καπνίστριες γυναίκες που κάνουν υπερκατάχρηση (2 – 3 πακέτα ημερησίως) είναι 1,7 φορές έναντι των μη καπνιστριών. Η σχετική αύξηση του κινδύνου είναι μεγαλύτερη στη νεότερη ηλικία και ελαττώνεται όσο η ηλικία προχωρεί.

Ο κίνδυνος αποβολής αυξάνεται από 30 – 70% και οι πρόωροι τοκετοί στα γεννώμενα ζώντα αυξάνουν από 10 – 14%. Οι πιθανότητες να γεννηθούν παιδιά από καπνίστριες μητέρες με συγγενείς ανωμαλίες και καρδιοπάθειες διπλασιάζονται.

Σε μελέτη στη Σουηδία μετά από δεκαετή έρευνα (1983 – 1993) σε 1.109.229 νεογνά των οποίων οι καπνιστικές συνήθειες των μητέρων τους έχουν πλήρως καταγραφεί, προέκυψε ότι το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη, εκτός των ανωτέρων κινδύνων, συνδέεται και με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης ανωμαλιών στη διάπλαση των άκρων του εμβρύου.

Σε άλλη μελέτη βρέθηκε ότι το 22% των σχιστιών (λαγόχειλος, λυκόστομα) οφείλεται στο κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη.

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

Το κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να σχετίζεται σε μικρές, αλλά στατιστικώς αποδείξιμες αυξήσεις κινδύνου προβλημάτων συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία.

Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει πρόωρη ρήξη του θυλακίου, λόγω φλεγμονής του τραχήλου της μήτρας ή ανωμαλιών αυτού. Νεότερη μελέτη από τον ερευνητή ιατρό Peter Fried και στο Πανεπιστήμιο Charlet της Οτάβας διαπίστωσε ανωμαλίες στην εξέλιξη της ακοής των παιδιών οφειλόμενες στην επίδραση του καπνού, όταν οι μητέρες καπνίζουν κατά την εγκυμοσύνη. Τα φυσιολογικά νεογέννητα τινάζουν τα πόδια και τα χέρια τους στον ξαφνικό θόρυβο, ενώ τα παιδιά των γυναικών που καπνίζουν στην εγκυμοσύνη αντιδρούσαν λιγότερο έντονα στον ίδιο ήχο. Τα παιδιά αυτά σε ηλικία 6 – 11 ετών, εξετάστηκαν εκ νέου για την οξύτητα

της ακοής και βρέθηκαν με χαμηλότερη απόδοση στις ακουστικές εξετάσεις, πράγμα που ενδέχεται να επιδρά στη σχολική τους εκπαίδευση, έναντι των συμμαθητών τους.

Τραγικά θύματα του καπνίσματος είναι τα έμβρυα και τα βρέφη, των οποίων οι μητέρες καπνίζουν. Το μονοξειδίο του άνθρακα, η νικοτίνη και οι άλλες ουσίες του καπνού, μολύνουν το αίμα της εγκύου καπνίστριας και της εμβρυϊκής κυκλοφορίας και αφού διαπεράσουν τον φραγμό του πλακούντος, επηρεάζουν την φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου.



Για την αντικειμενική εκτίμηση της έκθεσης του εμβρύου στα προϊόντα του καπνού, θεωρείται σήμερα πλέον παραδεκτή η μέτρηση της κοτινίνης, ενός μεταβολίτη της νικοτίνης με χρόνο ημιζωής 19 – 40 ετών έναντι των 30 – 110 πρώτων λεπτών της νικοτίνης. Η κοτινίνη βρίσκεται στο αίμα, στα ούρα και το αμνιακό υγρό του εμβρύου και μετριέται ακόμη και σε πολύ μικρές συγκεντρώσεις με ραδιοανοσολογική μέθοδο, σε συγκεντρώσεις μικρότερες των 500pg/ml ακόμη και στο σάλιο των νεογνών και βρεφών. Σε εργασία που μελετήθηκαν νεογνά το πρώτο 24ωρο της ζωής τους, βρέθηκε ότι το μέσο ημερήσιο συγκέντρωσης κοτινίνης –

κρεατίνης στα ούρα όσων προέρχονται από καπνίστριες μητέρες ήταν 1233ng/ml σε σύγκριση με 14,5ng/ml όσων οι μητέρες δεν καπνίζουν.

Οι ίδιες ως άνω ουσίες απεκκρίνονται με το γάλα της θηλάζουσας καπνίστριας μητέρας και μπορούν να δηλητηριάσουν το βρέφος που θηλάζει. Ποσοτική μέτρηση της νικοτίνης και της κοτινίνης στο γάλα της θηλάζουσας μητέρας που καπνίζει, σ' όλη την διάρκεια του 24ωρου έδειξε ότι το ποσό της νικοτίνης που προσλαμβάνει το βρέφος από το μητρικό γάλα είναι ανάλογο του αριθμού των τσιγάρων της μητέρας, αλλά και του χρονικού διαστήματος που μεσολαβεί μεταξύ του καπνίσματος τσιγάρου και θηλασμού.

Τα γεννώμενα βρέφη είναι ελλιποβαρή κατά 200 – 300 – 500gr και μικρότερα σε μήκος σώματος και έχουν μικρότερη περίμετρο κεφαλής, λόγω μη επαρκούς ανάπτυξης του εγκεφάλου, όταν η έγκυος μητέρα καπνίζει και ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων εν αντιθέσει με την μη καπνίστρια μητέρα. Οι παλμοί του εμβρύου αυξάνονται από το παθητικό κάπνισμα και το DNA των κυττάρων υφίστανται βλάβη από τον καπνό.

Τις παρατηρήσεις αυτές δημοσίευσε ο SIMPFON το 1957 και έκτοτε περισσότερες από 45 μελέτες και σε αριθμό άνω του μισού εκατομμυρίου γεννήσεων, έχουν βεβαιώσει τα ανωτέρω ευρήματα.

Συγγραφείς Άγγλοι και άλλοι υποστηρίζουν, ότι και μετά τη γέννηση εκδηλώνονται οι επιδράσεις του καπνίσματος της μητέρας προς το παιδί της, δηλαδή με το μικρότερο μήκος σώματος σε ηλικία 1 – 7 και 11 ετών. Η απόδοση βέβαια των μαθητών στο σχολείο είναι μειωμένη και το πνευματικό πηλίκο βρέθηκε χαμηλότερο του συνήθως φυσιολογικού. Αυτό οφείλεται στην πλημμελή ανάπτυξη του εγκεφάλου, λόγω μειονεκτικής αιμάτωσης του εμβρύου με κακώς οξυγονωμένο αίμα, από τις βλαπτικές επιδράσεις της νικοτίνης και του μονοξειδίου του άνθρακα CO.

Τα παιδιά, των οποίων η μητέρα καπνίζει, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν εγκληματίες, ισχυρίζεται η αρμόδια για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία, του Ινστιτούτου Ψυχιατρικής της Αυστραλίας και της Νέας Ζηλανδίας. Η καθηγήτρια Καίν Ουίλλεμ υποστηρίζει ότι πολλές καπνίστριες μητέρες φέρουν στον κόσμο παιδιά με μειωμένη ικανότητα μαθήσεως και προβληματική συμπεριφορά. «Πολλές γυναίκες» τονίζει, «δεν αναγνωρίζουν ακόμα το μέγεθος της καταστροφής που μπορεί να προκαλέσει το κάπνισμα στα αγέννητα παιδιά τους».

Το κάπνισμα της εγκύου κατά τη διάρκεια της κύησης, αυξάνει την αρτηριακή πίεση, κυρίως την συστολική, όχι μόνο στα τελειόμηνα, αλλά και στα πρόωρα νεογνά.

Η αύξηση αυτή της αρτηριακής πίεσης σχετίζεται άμεσα με την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων από την έγκυο.

Ελαττωμένη συγκέντρωση κορτιζόλης στον ορό του αίματος του ομφαλίου λώρου νεογνών των οποίων οι μητέρες καπνίζουν κατά τη διάρκεια της κύησης.

Η ερυθροποιητίνη στις καπνίστριες αυξάνει σημαντικά λόγω της εκ του καπνίσματος προκαλούμενης ισχαιμίας του εμβρύου.

Όσον αφορά με την πιθανή συμμετοχή του πατέρα, βρέθηκε ότι το μειωμένο βάρος κατά τη γέννηση δεν είχε σχέση με το αν ο πατέρας ήταν ή όχι καπνιστής.

Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι το ποσοστό αποβολών (εκτρώσεων) είναι αυξημένο σε γυναίκες που καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Έτσι λοιπόν οι γυναίκες πρέπει να αποφεύγουν το κάπνισμα τουλάχιστο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (και του θηλασμού), παρόλο που είναι προτιμότερο να μην αρχίζουν καν να καπνίζουν. ⁽⁵⁵⁾

3.4. ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ

☞ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ

1. Πτητικά αναισθητικά: Προκαλούν καταστολή του αναπνευστικού στο νεογνό.
2. Οπιούχα: Η μορφίνη και η πεθιδίνη προκαλούν καταστολή του αναπνευστικού στο νεογνό. Η ηρωίνη προκαλεί επιπλέον υπολειπόμενη ενδομήτριο ανάπτυξη.
3. Σαλικυλικά (ασπιρίνη): Σχετίζονται με αυξημένη αιμορραγική διάθεση στο νεογνό και με παράταση της κύησης και του τοκετού.
4. Αμινογλυκοσίδες: (γαιταμυκίνη, στρεπτομυκίνη, νεομυκίνη) εμφανίζουν νεφροτοξική και υποτοξική δράση.
5. Αντιεμετικά: Η μετοκλοπραμίδη θεωρείται ασφαλής και μπορεί να χορηγηθεί για τους εμετούς της κύησης.
6. Αντιεπιληπτικά: Σχετίζονται με αυξημένη αιμορραγική διάθεση και με συγγενείς ανωμαλίες. Αν είναι απαραίτητα, πρέπει να χορηγούνται στις ελάχιστες δυνατές δόσεις.
7. Αντιπηκτικά: Ασφαλής θεωρείται μόνο η ηπαρίνη.
8. Βιταμίνες: Η υπερβιταμίνωση από βιταμίνη Α σχετίζεται με συγγενείς ανωμαλίες, ενώ από βιταμίνη Κ με ίκτερο και αιμόλυση. Οι βιταμίνες του συμπλέγματος Β θεωρούνται ασφαλείς.
9. Βρογχοδιασταλτικά: Γενικά θεωρούνται ασφαλή.
10. Αντιυπερτασικά: Ασφαλέστερη όλων θεωρείται η υδραλαζίνη. Η φουροσεμίδη σχετίζεται με ταχεία ελάττωση του όγκου του αίματος και υπονατρίαμία στο νεογνό.
11. Υπακτικά (για δυσκοιλιότητα): Γενικά θεωρούνται ασφαλή.
12. Προγεστερινοειδή, τεστοστερόνη: Προκαλούν αρρενοποίηση του θήλεος εμβρύου. ⁽⁵⁶⁾

☞ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ

Οι δυσμενής επιδράσεις της αλκοόλης στο έμβρυο παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, ωστόσο, λίγη σημασία δίνουν στον παράγοντα αυτό οι μέλλουσες μητέρες, από έλλειψη ενημέρωσης ή αδιαφορία.

Τόσο το οινόπνευμα όσο και ο καπνός περνούν μέσω του πλακούντα στο έμβρυο και επιδρούν στην ανάπτυξή του.

Οι δυσμενείς επιδράσεις από την κατανάλωση αλκοόλης κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να είναι ποικίλες και σοβαρές: Δυσπλασίες, εμβρυϊκός θάνατος, επιβράδυνση της ανάπτυξης του εμβρύου, ανωμαλίες του κεντρικού νευρικού συστήματος, διανοητική καθυστέρηση, κλπ.

Η κατάχρηση οινοπνεύματος και το κάπνισμα είναι αυτονόητο ότι απαγορεύονται πλήρως κατά την εγκυμοσύνη.

☞ ΕΜΒΡΥΪΚΟ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ (Ε.Α.Σ)

Έγκυος που καταναλίσκει κατά μέσον όρο την ημέρα 1 ουγγιά αλκοόλ, που ισοδυναμεί με 2 κοκτέιλ ή 2 μπύρες, βάζει σε κίνδυνο τη ζωή του μωρού της που πρόκειται να γεννηθεί, προκαλώντας του εγκεφαλική βλάβη. Το μέγεθος της βλάβης που προκαλείται στο έμβρυο εξαρτάται από την ποσότητα του αλκοόλ που καταναλίσκει κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης της. Όσο περισσότερο αλκοόλ καταναλίσκει το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης της, τόσο μεγαλύτερη εγκεφαλική προκαλεί στο έμβρυο. Από μελέτη που έγινε σε παιδιά με εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο είδαν, ότι τα IQ (Δείκτης Νοημοσύνης) τους κυμαίνονται μεταξύ 50 – 100 με μέσο όρο 68 και κάθε εγκεφαλική βλάβη που έχουν, μένει αθεράπευτη. ⁽⁵⁷⁾

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΜΗΠΩΣ ΚΑΠΝΙΖΕΙΣ ΝΑΦΘΑΛΙΝΗ ΚΑΙ ΑΜΜΩΝΙΑ;

Ιδού μια προς μια, μερικές από τις 4000 χημικές ουσίες που υπάρχουν στον καπνό ενός τσιγάρου:

- **ΝΙΚΟΤΙΝΗ:** Τοξικό υγρό. Προκαλεί εθισμό και αποτελεί συστατικό εντομοκτόνων.
- **ΜΟΝΟΞΕΙΔΙΟ ΤΟΥ ΑΝΘΡΑΚΑ:** Το αέριο που εκλύεται από τις εξατμίσεις αυτοκινήτων.
- **ΝΑΦΘΑΛΙΝΗ:** Εκτός απ' τις ντουλάπες σαν αντισκωρική προστασία, υπάρχει και στο τσιγάρο.
- **ΜΕΘΥΛΑΜΙΝΗ ΚΑΙ ΔΙΜΕΘΥΛΑΜΙΝΗ:** Συστατικά αντηλιακών λοσιόν.
- **ΑΡΣΕΝΙΚΟ:** Πρόκειται για γνωστή δηλητηριώδη ουσία.
- **ΜΕΘΑΝΟΛΗ:** Συστατικό καυσίμων που κινούν μέχρι και πύραυλο.
- **ΚΑΔΜΙΟ:** Το περιέχουν οι μπαταρίες αυτοκινήτου.
- **ΦΑΙΝΟΛΗ:** Χρησιμοποιείται σαν αντισηπτικό μέχρι και σε υγρά τουαλέτας.
- **ΠΟΛΩΝΙΟ – ΣΤΟ:** Συνήθως χρησιμοποιείται σαν πηγή ενέργειας σε διαστημικούς δορυφόρους.
- **ΑΜΜΩΝΙΑ:** Την γνωρίζουμε από τα υγρά σφουγγαρίσματος, τα υγρά για αντιμετώπιση τσιμπημάτων και τα λιπάσματα.
- **ΠΙΣΣΑ:** Συστατικό του τσιγάρου που αν είχε γλιτώσει, θα κατέληγε σε κάποιον ασφαλτοστρωμένο δρόμο.
- **ΑΣΕΤΟΝ:** Προϊόν για να ξεβάψουμε τα νύχια μας.
- **D.D.T.:** Διχλωροδιφαινυλοτριχλωροαιθάνη χρώμη χημική ουσία για εντομοκτόνα. ⁽⁵⁸⁾

ΚΑΠΝΙΖΑΝ; ΘΑ ΠΛΗΡΩΣΕΤΕ!

Είναι μια από τις πλέον πρωτοποριακές αγωγές που έχουν κατατεθεί ποτέ στα ελληνικά δικαστήρια.

Μια 40χρονη Ελληνίδα που, όπως υποστηρίζει, ταλαιπωρήθηκε σοβαρά από το «ντουμάνι» των συναδέλφων της στον χώρο εργασίας της, στράφηκε κατά του Ελληνικού Δημοσίου, ζητώντας αποζημίωση 50.000.000 δρχ, για τις βλάβες που προκάλεσε το κάπνισμα στην υγεία της.

Η αγωγή αυτή θέτει για πρώτη φορά το κράτος αντιμέτωπο με τις ενδεχόμενες ευθύνες του, όσον αφορά την πρόληψη της δημόσιας υγείας. Παράλληλα, ανοίγει το δρόμο για επιβεβαίωση του περιορισμού του καπνίσματος σε όλους τους χώρους εργασίας.

Η 40χρονη δημόσια υπάλληλος ζητά να αναγνωρισθεί από τα δικαστήρια ότι το Ελληνικό Δημόσιο και συγκεκριμένα το Υπουργείο Υγείας, παραβίασαν τις υποχρεώσεις τους που απορρέουν απ' το νόμο και έτσι προκλήθηκε βίαιη βλάβη στην υγεία της. ⁽⁵⁹⁾

ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ: **ΚΕΡΔΟΣ ΚΑΙ ΜΟΝΟ ΚΕΡΔΟΣ**

Είτε καπνίζει κανείς πολύ, είτε λίγο, η διακοπή του καπνίσματος αξίζει πραγματικά τον κόπο.

ΤΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΟ ΟΦΕΛΟΣ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ
είναι η πολύ μεγάλη μείωση του κινδύνου καρδιοπάθειας και καρκίνου.

- Βελτίωση της αναπνοής και σταδιακή εξαφάνιση του πρωινού βήχα.
- Βελτίωση της καρδιακής λειτουργίας.
- Σταδιακή απομάκρυνση της νικοτίνης και του οξειδίου του άνθρακα από το αίμα.
- Βελτίωση της γενικής κατάστασης του οργανισμού.

ΑΚΟΜΗ Η ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΗΜΑΙΝΕΙ:

- Οικονομικό όφελος.
- Αίσθημα απελευθέρωσης και προσωπικής επιβεβαίωσης.
- Αίσθηση ότι ο άνθρωπος είναι δυνατότερος απ' το τσιγάρο, ότι είναι νικητής.⁽⁶⁰⁾

ΠΩΣ ΝΑ ΔΙΑΚΟΨΕΤΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ!

ΓΙΑ ΟΣΟΥΣ ΕΧΟΥΝ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ ΝΑ ΣΤΑΜΑΤΗΣΟΥΝ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ, ΟΙ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΘΑ ΤΟΥΣ ΒΟΗΘΗΣΟΥΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ:

- Γνωστοποιήστε την απόφασή σας στο φιλικό και οικογενειακό σας περιβάλλον.
- Αφήστε να περάσουν 2 – 3 εβδομάδες πριν ξεκινήσετε την προσπάθεια.
- Φροντίστε το διάστημα αυτό να μην συμπίπτει με δυσκολίες και στεναχώριες.
- Αποφύγετε στην αρχή τους παράγοντες που σας προκαλούν διάθεση για κάπνισμα, όπως καφέδες, οινοπνευματώδη, ξενύχτια, τσακωμούς κα.
- Παρακαλέστε τους δικούς σας και τους φίλους σας να μην καπνίζουν μπροστά σας και να μην αφήνουν τσιγάρα γύρω σας.
- Αντισταθείτε στον πειρασμό “για ένα και μόνο” τσιγάρο.
- Περιορίστε τον εκνευρισμό σας με δημιουργικές ασχολίες, σπορ και ψυχαγωγία.
- Δείξτε αποφασιστικότητα τις πρώτες μέρες. Η ανάγκη για κάπνισμα μειώνεται με την πάροδο του χρόνου.
- Αν θέλετε μπορείτε να χρησιμοποιήσετε παράλληλα και κάποια απ’ τις μεθόδους που μπορεί να βοηθήσουν στην διακοπή του καπνίσματος, όπως τσίχλες νικοτίνης, αυτοκόλλητα νικοτίνης, βελονισμό.
- Ξαναδοκιμάστε αν αποτύχετε. Λίγοι τα καταφέρνουν με την πρώτη.

ΘΥΜΗΘΕΙΤΕ!

Ο καθένας μπορεί να κόψει το κάπνισμα αρκεί να θέλει, με ή χωρίς βοήθεια. ⁽⁶¹⁾

ΚΑΛΗ ΤΥΧΗ

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

- Έλεγχος της διαφήμισης και προαγωγής των πωλήσεων. Οι καπνοβιομηχανίες ξοδεύουν τεράστια χρηματικά ποσά για διαφήμιση των τσιγάρων και δημιουργούν την εντύπωση ότι το κάπνισμα είναι όχι μόνο αποδεκτό αλλά και σχετίζεται με την απελευθέρωση, την ευχαρίστηση και την γοητεία. Καλό θα ήταν το κράτος να απαγορεύει τις διαφημίσεις των τσιγάρων από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, όπως γίνεται σε άλλες χώρες (Βουλγαρία, Φιλανδία, Νορβηγία, Σιγκαπούρη, Δ. Αυστραλία, Ισλανδία και μάλιστα η αντικατάστασή των με μηνύματα κατά του καπνού).
- Την αντικατάσταση καλλιεργειών και βιομηχανιών καπνού από το κράτος, σε άλλες που δεν καταστρέφουν την υγεία του ατόμου.
- Περιορισμός του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους. Ο περιορισμός του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους είναι για να προστατεύσει τους μη καπνιστές και να δείξει στους νέους μας ότι το κάπνισμα είναι αντικοινωνικό.
- Περιορισμός του καπνίσματος στους χώρους εργασίας. Να απαγορευθεί το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εργασίας. Να δημιουργηθεί ειδικός χώρος καπνίσματος στο χώρο εργασίας, για τους καπνιστές, που θα μπορούν να καπνίζουν στο χώρο αυτό στα διαλείμματα που θα έχουν και έτσι με τον τρόπο αυτό εξαναγκάζονται και αυτοί να καπνίζουν λιγότερα τσιγάρα.
- Η απαγόρευση στα νοσοκομεία και στα σχολεία πρέπει να γίνει με νομοθεσία και να υπάρχουν κυρώσεις στους παρανομούντες.
- Περιορισμός των πωλήσεων σε νεαρά άτομα. Η Επιτροπή Εμπειρογνομόνων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1979) συνιστά να υπάρχει νομοθεσία η οποία να απαγορεύει την πώληση τσιγάρων σε παιδιά και σε νεαρά άτομα. θεωρούμε ότι με νομοθετικές ρυθμίσεις το πρόβλημα δεν λύνεται, αλλά ο καλύτερος τρόπος είναι η διαφώτιση.
- Η σωστή διαφώτιση του κοινού για τους κινδύνους του καπνίσματος από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, καθώς και ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των νέων μας, βοηθά στο να αποφύγουν την ολέθρια αυτή συνήθεια.
- Τέλος, στους ιατρούς και στους δασκάλους, να δώσουν πρώτα αυτοί το καλό παράδειγμα σταματώντας το κάπνισμα, ή τουλάχιστον να μην καπνίζουν οι

ιατροί στα νοσοκομεία που τους βλέπουν οι φοιτητές τους, που τις περισσότερες φορές γίνονται αντικείμενα μίμησης από τα μικρά παιδιά.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Μια μελέτη που έγινε στο Πανεπιστήμιο της Κολούμπια, έδειξε ότι τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα είναι 4 φορές πιο συχνά στους οδηγούς που καπνίζουν από οδηγούς που δεν καπνίζουν.

Μια αναφορά από το Πανεπιστήμιο του Michigan, έδειξε ότι το κάπνισμα ενός τσιγάρου πιέζει τα αντανακλαστικά.

Μελέτη που έγινε σε 45 υγιείς άρρενες φοιτητές, έδειξε ότι τα αντανακλαστικά αντίδρασης μειώθηκαν μέσα σε ένα λεπτό από την ώρα που άρχισαν να καπνίζουν και η μείωση αυτή έφθασε στο 67% μέσα σε 4 λεπτά.

Η μείωση των αντανακλαστικών αντίδρασης και η αύξηση του μονοξειδίου του άνθρακα στο αίμα, καθώς και η διάσπαση της προσοχής στην εμφάνιση του καπνίσματος τσιγάρου, μπορεί όλα αυτά να συμβάλουν στο υψηλό ποσοστό ατυχημάτων που έχουν οι καπνιστές οδηγοί. ⁽⁶²⁾

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΠΩΛΕΙΑ ΔΟΝΤΙΩΝ

Σε μια μελέτη που έγινε στο Roswell Park Memorial Institute, αποδείχτηκε ότι, περιοδοντικά νοσήματα, κυρίως φλεγμονές των ούλων (ουλίτιδα, περιοδοντίτιδα), καταστροφή του υποστηρικτικού οστικού ιστού και απώλεια των δοντιών, είναι φαινόμενο πολύ πιο συχνό στους καπνιστές απ' ό τι στους μη καπνιστές.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΠΙΝΑΚΕΣ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ

Οι πίνακες που έχουν εξαχθεί από την βάση δεδομένων που δημιουργήθηκε είναι δύο τύπων: οι απλοί πίνακες που περιγράφουν τον αριθμό των απαντήσεων και είναι πίνακες συχνοτήτων και οι σύνθετοι πίνακες 2×2 (τετραχωρικοί) ή $X \times X$ (πολυχωρικοί) που περιγράφουν τον αριθμό των απαντήσεων σε ένα πεδίο δεδομένου κάποιου άλλου πεδίου (πχ κάπνισμα και μορφωτικό επίπεδο). Οι απλοί πίνακες συχνοτήτων καλύπτουν το σύνολο των απαντήσεων και αποτελούνται από τρεις αριθμητικές στήλες :

α) η στήλη του αριθμού των απαντήσεων

β) η στήλη με τα % επί του συνόλου (δηλαδή 50 ή λιγότερα αν δεν υπήρχαν δεδομένες απαντήσεις)

γ) η στήλη με τα αθροισμένα % όπου μπορούν να εξάγονται γενικευμένα συμπεράσματα ή να λαμβάνονται τα δεδομένα υποκατηγορίας (πχ καπνίστριες) σε σχέση με το σύνολο των ερωτηθέντων.

Οι σύνθετοι πίνακες καλύπτουν τα ποιο σημαντικά θέματα αλλά και αυτά που είναι δυνατό να παρουσιασθούν χωρίς να κουράσουν ή χωρίς να είναι πολύ δυσνόητα. Όπου ήταν εφικτό οι απαντήσεις των ερωτήσεων στους σύνθετους πίνακες ελέγχθηκαν για την στατιστική τους σημαντικότητα με την δοκιμασία χ -τετράγωνο (χ^2). Η δοκιμασία αυτή ελέγχει την ανεξαρτησία γραμμών και στηλών σε ένα πίνακα απαντήσεων. Πιθανότητα $p < 0.05$ δείχνει ότι οι απαντήσεις δεν είναι τυχαίες αλλά επηρεάζονται από τις στήλες ή τις γραμμές του πίνακα. Ανάλογα, πιθανότητα μεγαλύτερη της παραπάνω τιμής ($p > 0.05$) σημαίνει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Στατιστική ανάλυση δεν έγινε σε όλους τους πίνακες γιατί πρέπει κάθε φορά να πληρούνται κάποιες προϋποθέσεις (π.χ τουλάχιστον 5 απαντήσεις σε κάθε ερώτημα κλπ) αλλά και γιατί δεν είναι απαραίτητο αφού μπορούν συμπεράσματα να εξαχθούν από τις απαντήσεις και μόνο.

Για κάθε πίνακα αντιστοιχεί και ένα τουλάχιστον σχήμα.

Πίνακας 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Αναλφάβητη	5	10,0	10,0
Δημοτικό	6	12,0	22,0
Γυμνάσιο	12	24,0	46,0
Λύκειο	23	46,0	92,0
ΤΕΙ/ΣΧΟΛΗ	3	6,0	98,0
ΑΕΙ	1	2,0	100,0
Σύνολο	50	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων έχει γνώσεις δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης

Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την εθνικότητα

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ελληνίδα	47	94,0	95,9
Ξένη	2	4,0	100,0
Σύνολο	49	98,0	
Χωρίς απάντηση	1	2,0	
Σύνολο	50	100,0	

Το 94% των ερωτηθέντων είναι Ελληνίδες

Πίνακας 3: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις ηλικιακές ομάδες

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
έως 20 ετών	2	4,0	4,0
21-25 ετών	10	20,0	24,0
26-30 ετών	15	30,0	54,0
31-35 ετών	16	32,0	86,0
36 ετών και άνω	7	14,0	100,0
Σύνολο	50	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 26-35 ετών

Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον εάν καπνίζουν

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι	17	34,0	34,7
Όχι	32	64,0	100,0
Σύνολο	49	98,0	
Χωρίς απάντηση	1	2,0	
Σύνολο	50	100,0	

Ένα 34% του δείγματος είναι καπνίστριες

Πίνακας 5: Κατανομή του δείγματος (των καπνιστριών) ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
5-10	11	22,0	64,7
10-20	1	2,0	70,6
20-30	3	6,0	88,2
> 30	2	4,0	100,0
Σύνολο	17	34,0	
Χωρίς απάντηση	33	66,0	
Σύνολο	50	100,0	

Το 64,7% των καπνιστριών καπνίζουν μέχρι 10 τσιγάρα την ημέρα

Πίνακας 6: Κατανομή του δείγματος (των καπνιστριών) ανάλογα με το χρονικό διάστημα που καπνίζουν

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
1-6 μήνες	1	2,0	5,9
6-12 μήνες	4	8,0	29,4
1-5 χρόνια	4	8,0	52,9
> 5 χρόνια	8	16,0	100,0
Σύνολο	17	34,0	
Χωρίς απάντηση	33	66,0	
Σύνολο	50	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό των καπνιστριών καπνίζουν πάνω από 5 χρόνια

Πίνακας 7: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το είδος των τσιγάρων που καπνίζουν

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Με φίλτρο	17	34,0	100,0
Χωρίς απάντηση	33	66,0	
Σύνολο	50	100,0	

Το σύνολο των καπνιστριών καπνίζουν τσιγάρα με φίλτρο

Πίνακας 8: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν είχαν διαταραχές στην υγεία τους

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι	13	26,0	76,5
Όχι	4	8,0	100,0
Σύνολο	17	34,0	
Χωρίς απάντηση	33	66,0	
Σύνολο	50	100,0	

Το 76,5% των καπνιστριών δηλώνει διαταραχές στην υγεία τους

Πίνακας 9: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν είχαν πρόβλημα στην εγκυμοσύνη ή στον τοκετό

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι	24	48,0	49,0
Όχι	25	50,0	100,0
Σύνολο	49	98,0	
Χωρίς απάντηση	1	2,0	
Σύνολο	50	100,0	

Το 48% του δείγματος δηλώνει προβλήματα κατά την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό

Πίνακας 10: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν θεωρούν το κάπνισμα σαν αιτία του προβλήματος υγείας

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι	10	20,0	58,8
Όχι	7	14,0	100,0
Σύνολο	17	34,0	
Χωρίς απάντηση	33	66,0	
Σύνολο	50	100,0	

Το 58% των καπνιστριών (το 20% του όλου του δείγματος) θεωρεί το κάπνισμα σαν αιτία του προβλήματος κατά την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό

Πίνακας 11: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν γενικότερα πρόβλημα υγείας

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι	9	18,0	18,0
Όχι	41	82,0	100,0
Σύνολο	50	100,0	

Το 18% του δείγματος δηλώνει παρουσία ενός γενικότερου προβλήματος υγείας

Πίνακας 12: Κατανομή του δείγματος των καπνιστριών ανάλογα με την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι	12	24,0	70,6
Όχι	5	10,0	100,0
Σύνολο	17	34,0	
Χωρίς απάντηση	33	66,0	
Σύνολο	50	100,0	

Το 70,6% των καπνιστριών δηλώνει ότι έχει προσπαθήσει να κόψει το κάπνισμα

Πίνακας 13: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τους λόγους έναρξης του καπνίσματος

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Παρέες	9	18,0	64,3
Ψυχολογικοί λόγοι	3	6,0	85,7
Άλλοι	2	4,0	100,0
Σύνολο	14	28,0	
Χωρίς απάντηση	36	72,0	
Σύνολο	50	100,0	

Το 64,3% των καπνιστριών θεωρεί σαν αιτία έναρξης του καπνίσματος τις παρέες

Πίνακας 14: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν σκοπεύουν να κόψουν το κάπνισμα

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι	16	32,0	94,1
Όχι	1	2,0	100,0
Σύνολο	17	34,0	
Χωρίς απάντηση	33	66,0	
Σύνολο	50	100,0	

Το 94% των καπνιστριών δηλώνει ότι σκοπεύει να κόψει το κάπνισμα

Πίνακας 15: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν γνωρίζουν τρόπους για να κόψουν το κάπνισμα

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι	10	20,0	58,8
Όχι	7	14,0	100,0
Σύνολο	17	34,0	
Χωρίς απάντηση	33	66,0	
Σύνολο	50	100,0	

Το 59% των καπνιστριών δηλώνει ότι γνωρίζει τρόπους για να κόψει το κάπνισμα

Πίνακας 16: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα προβλήματα που θεωρούν ότι θα έχουν από την διακοπή του καπνίσματος

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Όχι	3	6,0	17,6
Νευρικότητα	13	26,0	94,1
Κεφαλαλγίες	1	2,0	100,0
Σύνολο	17	34,0	
Χωρίς απάντηση	33	66,0	
Σύνολο	50	100,0	

Το σύνολο σχεδόν των καπνιστριών θεωρεί την νευρικότητα σαν το κύριο πρόβλημα που θα έχουν εφόσον διακόψουν το κάπνισμα

Πίνακας 17: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν γνωρίζουν τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι	40	80,0	80,0
Όχι	10	20,0	100,0
Σύνολο	50	100,0	

Το σύνολο των καπνιστριών δηλώνει ότι γνωρίζει τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη

Πίνακας 18: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν πείστηκαν στην εγκυμοσύνη να κόψουν το κάπνισμα

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι	15	30,0	88,2
Όχι	2	4,0	100,0
Σύνολο	17	34,0	
Χωρίς απάντηση	33	66,0	
Σύνολο	50	100,0	

Το 88% των καπνιστριών δηλώνουν ότι πείστηκαν στην εγκυμοσύνη να κόψουν το κάπνισμα

Πίνακας 19: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αποτέλεσμα εγκυμοσύνης όσον αφορά το νεογνό

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Κανονικό	34	68,0	68,0
Πρόωρο	13	26,0	94,0
Λιποβαρές	1	2,0	96,0
Υπέρβαρο	2	4,0	100,0
Σύνολο	50	100,0	

Το 68% των τοκετών του δείγματος είχε σαν αποτέλεσμα κανονικού βάρους και τελειόμηνο νεογνό

Πίνακας 20: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την διατροφή κατά την εγκυμοσύνη

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Χαλαρή	5	10,0	10,2
Αυστηρή	19	38,0	49,0
Κατανάλωση αλκοόλ	1	2,0	51,0
Κατανάλωση καφέ	21	42,0	93,9
Κακή διατροφή	3	6,0	100,0
Σύνολο	49	98,0	
Χωρίς απάντηση	1	2,0	
Σύνολο	50	100,0	

Το 42% του δείγματος δηλώνει κατανάλωση καφέ κατά την εγκυμοσύνη ενώ ένα 38% δηλώνει ότι ακολούθησε αυστηρή διατροφή.

Πίνακας 21: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πότε συνηθίζουν να καπνίζουν

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Με τον καφέ	11	22,0	61,1
Με παρέα	1	2,0	66,7
Ανεξάρτητα ώρας	6	12,0	100,0
Σύνολο	18	36,0	
Χωρίς απάντηση	32	64,0	
Σύνολο	50	100,0	

Το 62% των καπνιστριών δηλώνουν ότι καπνίζουν κυρίως όταν πίνουν καφέ.

Πίνακας 22: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν καπνίζουν άλλα άτομα της οικογένειας

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι	35	70,0	72,9
Όχι	13	26,0	100,0
Σύνολο	48	96,0	
Χωρίς απάντηση	2	4,0	
Σύνολο	50	100,0	

Το 70% του δείγματος δηλώνει ότι καπνίζουν άλλα μέλη της οικογένειας

Πίνακας 23: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσα άτομα της οικογένειας καπνίζουν

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
1 άτομο	23	46,0	63,9
2 άτομα	5	10,0	77,8
3 άτομα	5	10,0	91,7
πάνω από 3	3	6,0	100,0
Σύνολο	36	72,0	
Χωρίς απάντηση	14	28,0	
Σύνολο	50	100,0	

Το 46% του δείγματος δηλώνει ότι τουλάχιστον 1 άτομο καπνίζει στην οικογένεια

Πίνακας 24: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο καπνίζουν τα άλλα άτομα της οικογένειας

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
5-10 τσιγάρα	11	22,0	34,4
10-20 τσιγάρα	6	12,0	53,1
20-30 τσιγάρα	11	22,0	87,5
> από 30 τσιγάρα	4	8,0	100,0
Σύνολο	32	64,0	
Χωρίς απάντηση	18	36,0	
Σύνολο	50	100,0	

Ένα 22% του δείγματος δηλώνει ότι το άλλο άτομο που καπνίζει στην οικογένεια είναι ελαφρός καπνιστής ενώ ένα άλλο 22% δηλώνει ότι ζει με έναν βαρύ καπνιστή

Πίνακας 24: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν δέχθηκαν συμβουλές να κόψουν το κάπνισμα

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι	16	32,0	94,1
Όχι	1	2,0	100,0
Σύνολο	17	34,0	
Χωρίς απάντηση	33	66,0	
Σύνολο	50	100,0	

Το σύνολο σχεδόν των καπνιστριών δέχθηκαν συμβουλές διακοπής του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη

Πίνακας 25: Κατανομή του δείγματος ανάλογα από ποιους δέχθηκαν συμβουλές να κόψουν το κάπνισμα

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ιατρικό/Νοσηλευτικό προσωπικό	3	6,0	30,0
Οικογενειακού περιβάλλοντος	4	8,0	70,0
Όλους	3	6,0	100,0
Σύνολο	10	20,0	
Χωρίς απάντηση	40	80,0	
Σύνολο	50	100,0	

Ιατρικό – νοσηλευτικό προσωπικό και μέλη της οικογένειας τις συμβούλευαν να διακόψουν το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη

Πίνακας 26: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν θεωρούν σωστό να καπνίζει μια μητέρα

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι	1	2,0	2,0
Όχι	48	96,0	100,0
Σύνολο	49	98,0	
Χωρίς απάντηση	1	2,0	
Σύνολο	50	100,0	

Το σύνολο του δείγματος θεωρεί ότι μια μητέρα δεν πρέπει να καπνίζει

Πίνακας 27: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν σκοπεύουν να συμβουλευθούν εγκυμονούσες να κόψουν το κάπνισμα

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Ναι	43	86,0	87,8
Όχι	6	12,0	100,0
Σύνολο	49	98,0	
Χωρίς απάντηση	1	2,0	
Σύνολο	50	100,0	

Το σύνολο του δείγματος έχει την πρόθεση να συμβουλευθεί εγκυμονούσες να διακόψουν το κάπνισμα

Πίνακας 28: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατάσταση του νεογνού (σύμπτυξη κατηγοριών)

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Κανονικό	34	68,0	68,0
Μη κανονικό	16	32,0	100,0
Σύνολο	50	100,0	

Το 68% του δείγματος είχε κανονική και τελειόμηνη εγκυμοσύνη

Πίνακας 29: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την έκθεση στον καπνό (ενεργή - παθητική καπνίστρια)

	Απαντήσεις	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
Όχι	13	26,0	27,1
Ναι	35	70,0	100,0
Σύνολο	48	96,0	
Χωρίς απάντηση	2	4,0	
Σύνολο	50	100,0	

Το 70% του δείγματος είναι εκτεθειμένο στον καπνό

Πίνακας 30: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κάπνισμα και την ηλικιακή κατανομή

		Κάπνισμα				Σύνολο	
		Ναι		Όχι		Απαντήσεις	(%)
		Απαντήσεις	(%)	Απαντήσεις	(%)		
Κατανομή ηλικιών	έως 20 ετών	1	(5,9%)	1	(3,1%)	2	(4,1%)
	21-25 ετών	3	(17,6%)	7	(21,9%)	10	(20,4%)
	26-30 ετών	8	(47,1%)	7	(21,9%)	15	(30,6%)
	31-35 ετών	3	(17,6%)	12	(37,5%)	15	(30,6%)
	36 ετών και άνω	2	(11,8%)	5	(15,6%)	7	(14,3%)
Σύνολο		17	(100,0%)	32	(100,0%)	49	(100,0%)

$$\chi^2 = 4.29$$

$$\beta.ε. = 4$$

$$p = 0.376$$

Το μεγαλύτερο ποσοστό των καπνιστριών είναι 26-30 ετών. Των μη καπνιστριών 31-35 ετών. Η διαφορά είναι μη στατιστική.

Πίνακας 31: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κάπνισμα και το μορφωτικό επίπεδο

		Κάπνισμα				Σύνολο	
		Ναι		Όχι		Απαντήσεις	(%)
		Απαντήσεις	(%)	Απαντήσεις	(%)		
Μόρφωση	Αγράμματη	3	(17,6%)	2	(6,3%)	5	(10,2%)
	Δημοτικό	2	(11,8%)	4	(12,5%)	6	(12,2%)
	Γυμνάσιο	6	(35,3%)	5	(15,6%)	11	(22,4%)
	Λύκειο	5	(29,4%)	18	(56,3%)	23	(46,9%)
	ΤΕΙ/ΣΧΟΛΗ	1	(5,9%)	2	(6,3%)	3	(6,1%)
	ΑΕΙ			1	(3,1%)	1	(2,0%)
Σύνολο		17	(100,0%)	32	(100,0%)	49	(100,0%)

$$\chi^2 = 5.76$$

$$\beta.ε. = 5$$

$$p = 0.318$$

Το μεγαλύτερο ποσοστό των καπνιστριών έχουν μόρφωση γυμνασίου, των μη καπνιστριών μόρφωση λυκείου. Η διαφορά είναι μη στατιστική.

Πίνακας 32: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κάπνισμα και την ύπαρξη ή όχι προβλήματος στην εγκυμοσύνη ή τον τοκετό

		Κάπνισμα				Σύνολο	
		Ναι		Όχι		Απαντήσεις	(%)
		Απαντήσεις	(%)	Απαντήσεις	(%)		
Πρόβλημα Εγκυμοσύνης – Τοκετού	Ναι	12	(70,6%)	12	(38,7%)	24	(50,0%)
	Όχι	5	(29,4%)	19	(61,3%)	24	(50,0%)
Σύνολο		17	(100,0%)	31	(100,0%)	48	(100,0%)

$$\chi^2 = 3.28$$

$$\beta.ε. = 1$$

$$p = 0.07$$

Το 70% των καπνιστριών και το 38% των μη καπνιστριών δηλώνει πρόβλημα κατά την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό. Η διαφορά είναι μη στατιστική.

Πίνακας 33: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κάπνισμα και το εάν έχουν γενικότερα προβλήματα υγείας

		Κάπνισμα				Σύνολο	
		Ναι		Όχι		Απαντήσεις	(%)
		Απαντήσεις	(%)	Απαντήσεις	(%)		
Έχουν πρόβλημα υγείας	Ναι	3	(17,6%)	6	(18,8%)	9	(18,4%)
	Όχι	14	(82,4%)	26	(81,3%)	40	(81,6%)
Σύνολο		17	(100,0%)	32	(100,0%)	49	(100,0%)

$$\chi^2 = 0.009$$

$$\beta.ε. = 1$$

$$p = 0.092$$

Το 18% των καπνιστριών και το 19% των μη καπνιστριών δηλώνουν κάποιο γενικότερο πρόβλημα υγείας. Η διαφορά είναι μη στατιστική.

Πίνακας 34: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κάπνισμα και εάν γνωρίζουν τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη

		Κάπνισμα				Σύνολο	
		Ναι		Όχι		Απαντήσεις	(%)
		Απαντήσεις	(%)	Απαντήσεις	(%)		
Γνωρίζουν τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη	Ναι	13	(76,5%)	26	(81,3%)	39	(79,6%)
	Όχι	4	(23,5%)	6	(18,8%)	10	(20,4%)
Σύνολο		17	(100,0%)	32	(100,0%)	49	(100,0%)

$$\chi^2 = 0.001$$

$$\beta.ε. = 1$$

$$p = 0.98$$

Το σύνολο των καπνιστριών και μη, δηλώνουν ότι γνωρίζουν τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 35: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κάπνισμα και το αποτέλεσμα της εγκυμοσύνης στο νεογνό

		Κάπνισμα				Σύνολο	
		Ναι		Όχι		Απαντήσεις	(%)
		Απαντήσεις	(%)	Απαντήσεις	(%)		
Αποτέλεσμα εγκυμοσύνης	Κανονικό	10	(58,8%)	23	(71,9%)	33	(67,3%)
	Πρόωρο	6	(35,3%)	7	(21,9%)	13	(26,5%)
	Λιποβαρές	1	(5,9%)			1	(2,0%)
	Υπέρβαρο			2	(6,3%)	2	(4,1%)
Σύνολο		17	(100,0%)	32	(100,0%)	49	(100,0%)

$$\chi^2 = 3.501$$

$$\beta.ε. = 3$$

$$p = 0.312$$

Στο 59% των καπνιστριών και στο 72% των μη καπνιστριών το νεογνό ήταν κανονικό η/και τελειόμηνο. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 36: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κάπνισμα και την διατροφή κατά την εγκυμοσύνη

		Κάπνισμα				Σύνολο	
		Ναι		Όχι		Απαντήσεις	(%)
		Απαντήσεις	(%)	Απαντήσεις	(%)		
Διατροφή κατά την εγκυμοσύνη	Χαλαρή	3	(17,6%)	2	(6,5%)	5	(10,4%)
	Αυστηρή	3	(17,6%)	16	(51,6%)	19	(39,6%)
	Κατανάλωση αλκοόλ			1	(3,2%)	1	(2,1%)
	Κατανάλωση καφέ	8	(47,1%)	12	(38,7%)	20	(41,7%)
	Κακή διατροφή	3	(17,6%)			3	(6,3%)
Σύνολο		17	(100,0%)	31	(100,0%)	48	(100,0%)

$$\chi^2 = 10.08$$

$$\beta.ε. = 4$$

$$p = 0.017$$

Οι μη καπνίστριες ακολουθούσαν αυστηρότερη διατροφή από ότι οι καπνίστριες κατά την εγκυμοσύνη. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 37: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κάπνισμα και εάν θεωρούν σωστό να καπνίζει μια μητέρα

		Κάπνισμα				Σύνολο	
		Ναι		Όχι		Απαντήσεις	(%)
		Απαντήσεις	(%)	Απαντήσεις	(%)		
Θεωρούν σωστό να καπνίζει μια μητέρα	Ναι			1	(3,2%)	1	(2,1%)
	Όχι	17	(100,0%)	30	(96,8%)	47	(97,9%)
Σύνολο		17	(100,0%)	31	(100,0%)	48	(100,0%)

$$\chi^2 = 0.560$$

$$\beta.ε. = 1$$

$$p = 0.454$$

Το σύνολο του δείγματος δεν θεωρεί σωστό να καπνίζει μια μητέρα. Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 38: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κάπνισμα και την πρόθεσή τους να συμβουλευθούν εγκυμονούσες κατά του καπνίσματος.

		Κάπνισμα				Σύνολο	
		Ναι		Όχι		Απαντήσεις	(%)
		Απαντήσεις	(%)	Απαντήσεις	(%)		
Σκοπεύουν να συμβουλευθούν εγκυμονούσες να κόψουν το κάπνισμα	Ναι	13	(76,5%)	29	(93,5%)	42	(87,5%)
	Όχι	4	(23,5%)	2	(6,5%)	6	(12,5%)
Σύνολο		17	(100,0%)	31	(100,0%)	48	(100,0%)

$$\chi^2 = 1.574$$

$$\beta.ε. = 1$$

$$p = 0.21$$

Το σύνολο του δείγματος δηλώνουν την πρόθεσή τους να συμβουλευθούν άλλες εγκυμονούσες κατά του καπνίσματος. Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 39: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κάπνισμα και την κατάσταση του νεογνού (σύμπτυξη κατηγοριών)

		Κάπνισμα				Σύνολο	
		Ναι		Όχι		Απαντήσεις	(%)
		Απαντήσεις	(%)	Απαντήσεις	(%)		
Κατάσταση νεογνού	Κανονικό	10	(58,8%)	23	(71,9%)	33	(67,3%)
	Μη κανονικό	7	(41,2%)	9	(28,1%)	16	(32,7%)
Σύνολο		17	(100,0%)	32	(100,0%)	49	(100,0%)

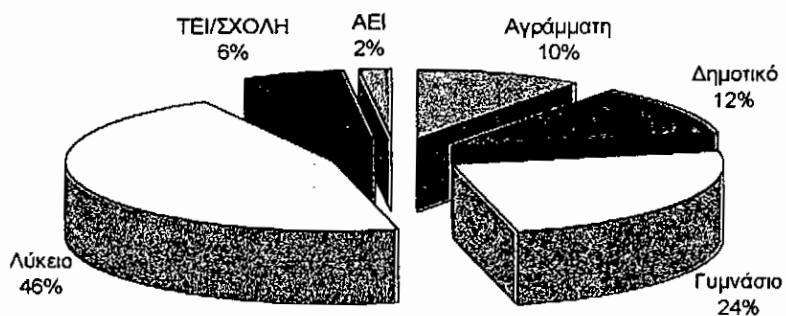
$$\chi^2 = 0.369$$

$$\beta.ε. = 1$$

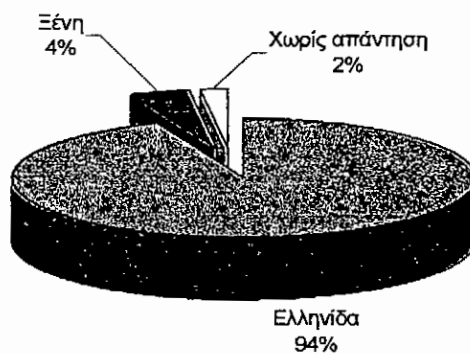
$$p = 0.544$$

Στο 41% των καπνιστριών και στο 28% των μη καπνιστριών το νεογνό ήταν η πρόωρο ή είχε πρόβλημα βάρους. Η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική.

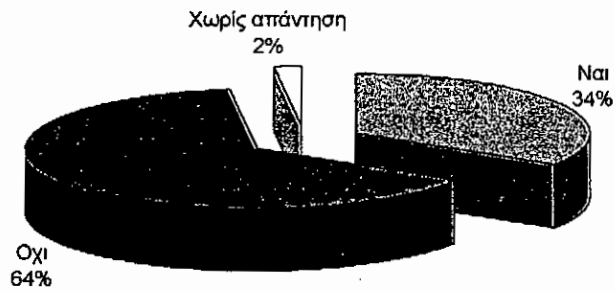
Σχήμα 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο



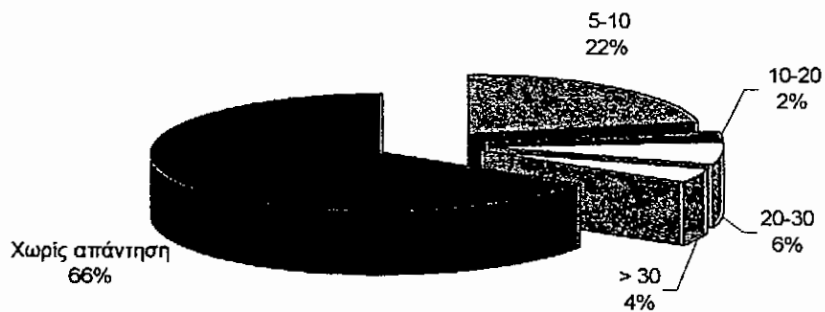
Σχήμα 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την εθνικότητα



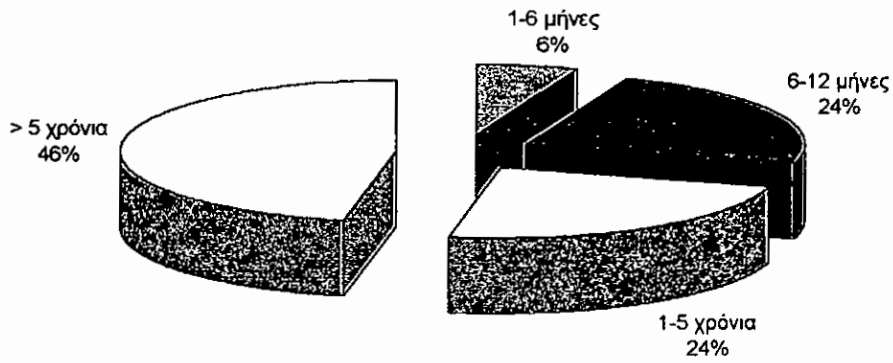
Σχήμα 3: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν καπνίζουν η όχι



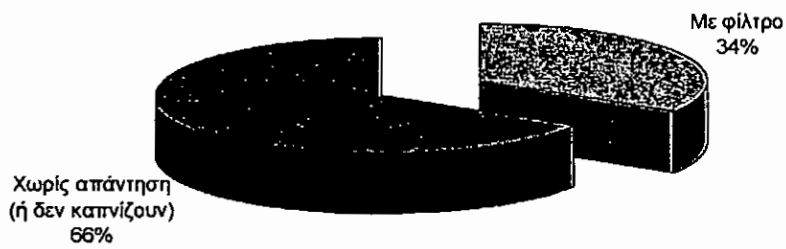
Σχήμα 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν κάθε ημέρα



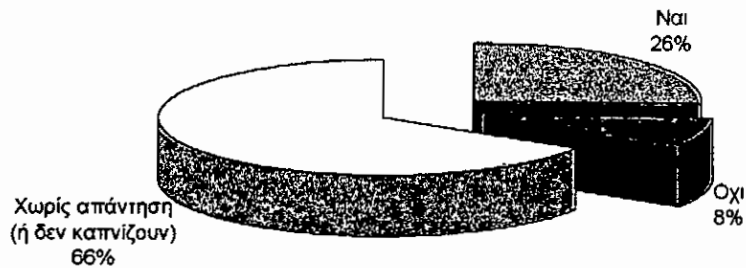
Σχήμα 5: Κατανομή του δείγματος (των καπνιστριών) ανάλογα με το χρονικό διάστημα που καπνίζουν



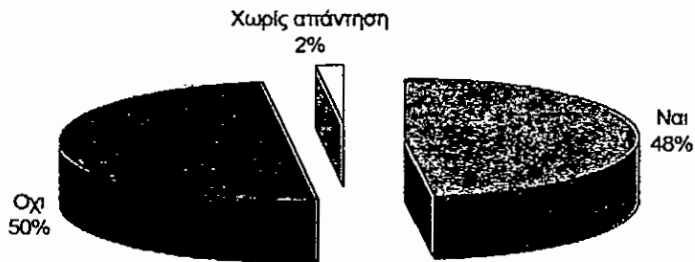
Σχήμα 6: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το είδος των τσιγάρων που καπνίζουν



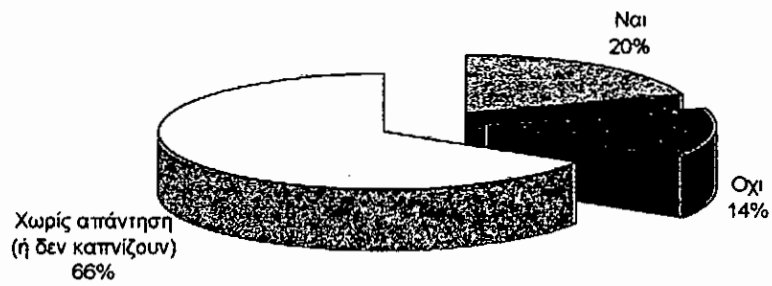
Σχήμα 7: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν παρατήρησαν διαταραχές στην υγεία τους



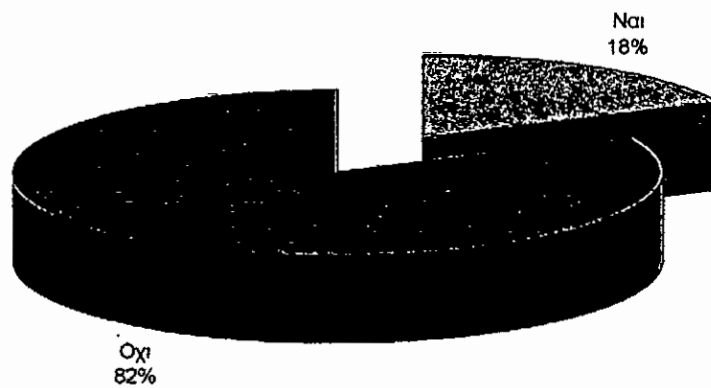
Σχήμα 8: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν είχαν κάποιο πρόβλημα στην εγκυμοσύνη / τοκετό τους



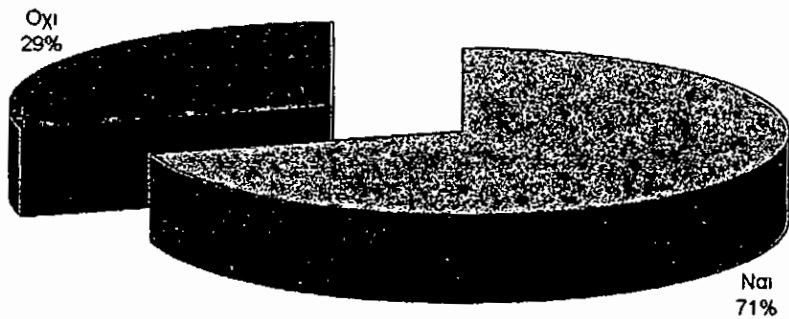
Σχήμα 9: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν θεωρούν σαν αιτία των προβλημάτων της εγκυμοσύνης τους το κάπνισμα



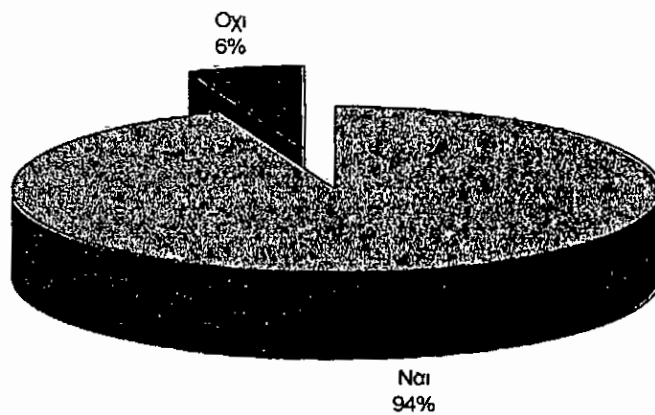
Σχήμα 10: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν άλλα προβλήματα υγείας



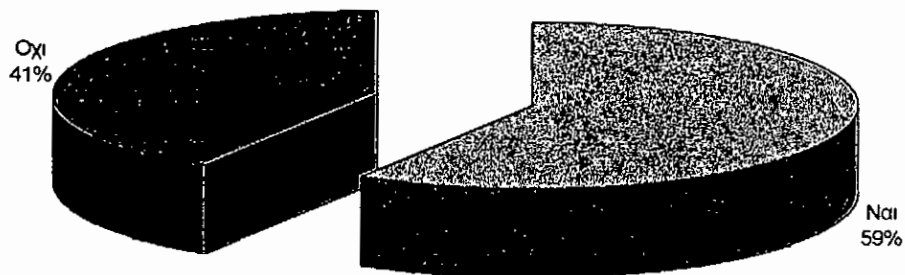
Σχήμα 11: Κατανομή του δείγματος (των καπνιστριών) ανάλογα με το εάν έχουν προσπαθήσει να κόψουν το κάπνισμα



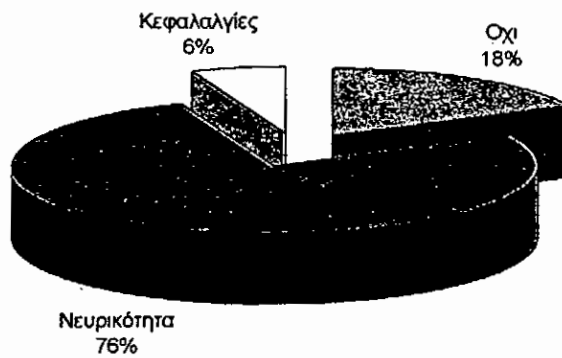
Σχήμα 13: Κατανομή του δείγματος (των καπνιστριών) ανάλογα με το εάν σκοπεύουν να κόψουν το κάπνισμα



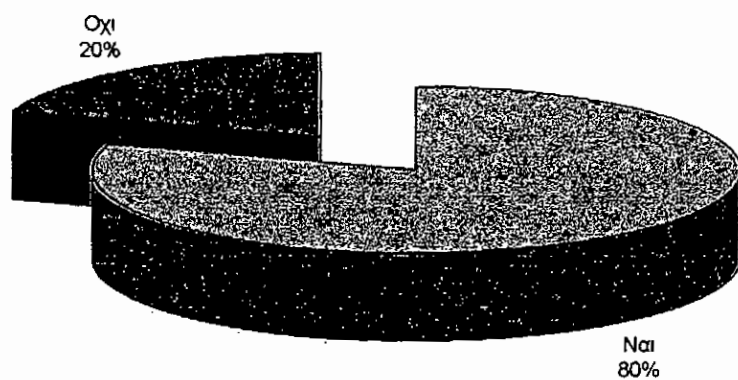
Σχήμα 14: Κατανομή του δείγματος (των καπνιστριών) ανάλογα με το εάν γνωρίζουν τρόπους για να κόψουν το κάπνισμα



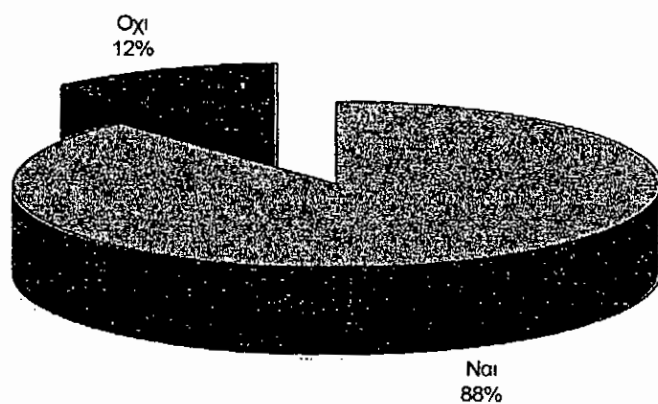
Σχήμα 15: Κατανομή του δείγματος (των καπνιστριών) ανάλογα με το πρόβλημα που θεωρούν ότι θα αντιμετωπίσουν αν διακόψουν το κάπνισμα



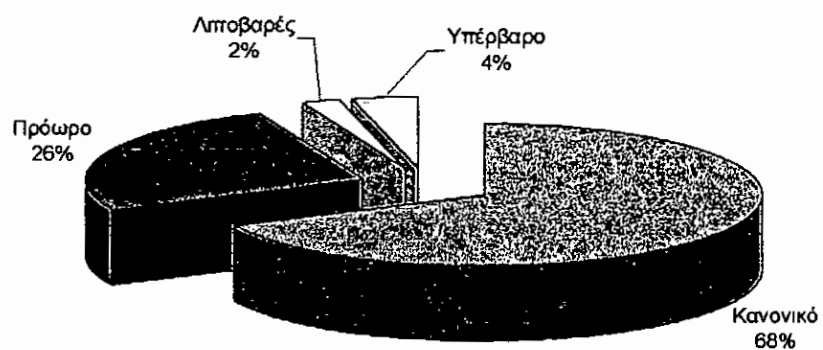
Σχήμα 16: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν γνωρίζουν τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη



Σχήμα 17: Κατανομή του δείγματος (των καπνιστριών) ανάλογα με το εάν πείστηκαν κατά την εγκυμοσύνη να κόψουν το κάπνισμα



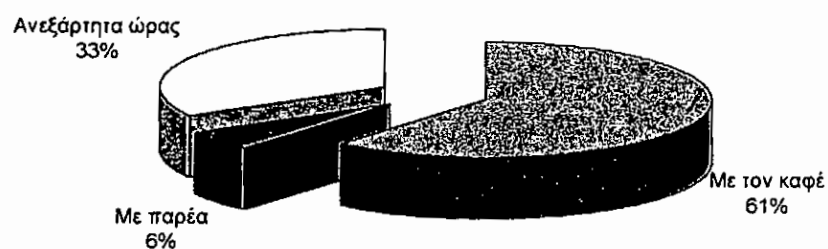
Σχήμα 18: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη κατάσταση του νεογνού



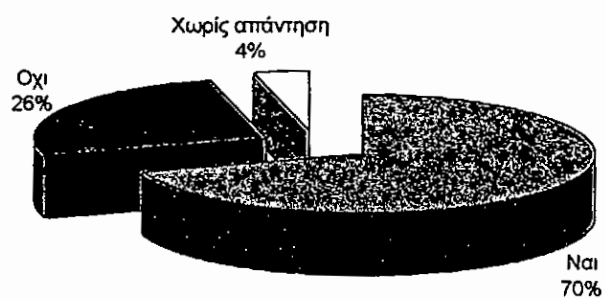
Σχήμα 19: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την διατροφή τους κατά την εγκυμοσύνη



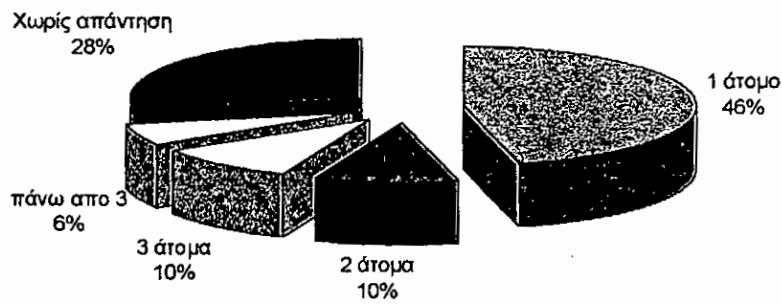
Σχήμα 20: Κατανομή του δείγματος (των καπνιστριών) ανάλογα με το πότε συνηθίζουν να καπνίζουν



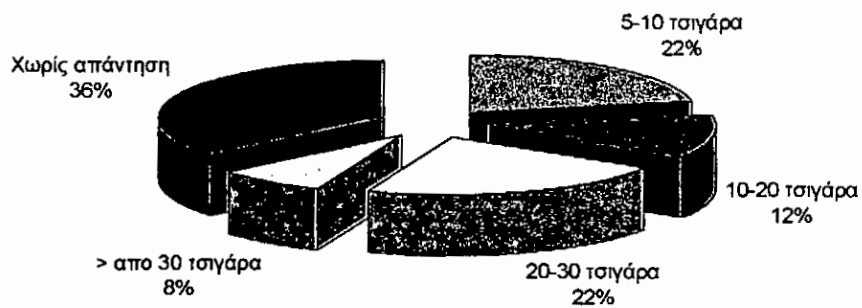
Σχήμα 21: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν καπνίζουν άλλα άτομα στην οικογένεια



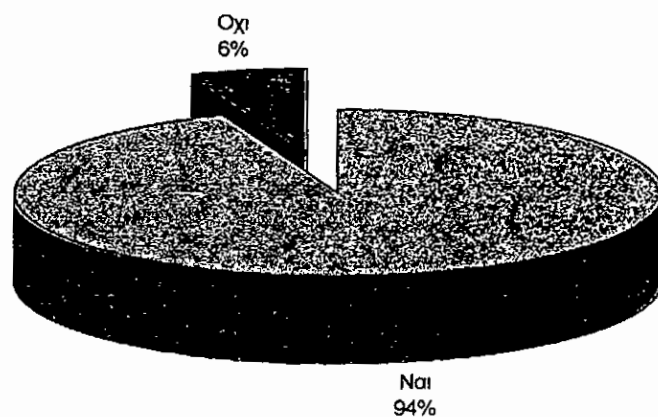
Σχήμα 22: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των ατόμων που καπνίζουν στην οικογένεια



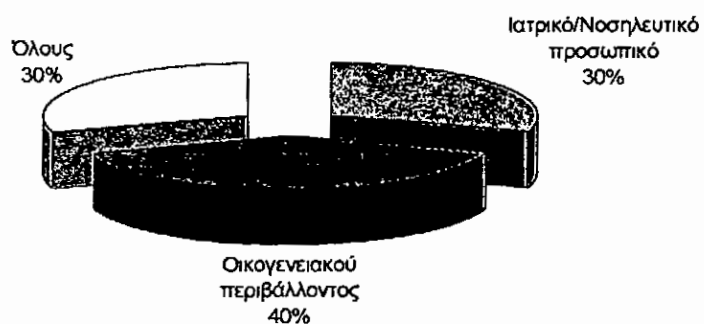
Σχήμα 23: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν τα άλλα άτομα της οικογένειας



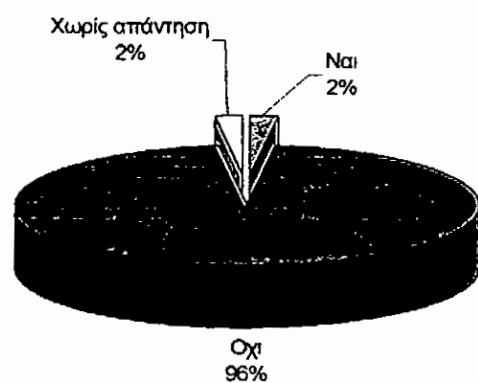
Σχήμα 24: Κατανομή του δείγματος (των καπνιστριών) ανάλογα με το εάν δέχθηκαν συμβουλές να κόψουν το κάπνισμα



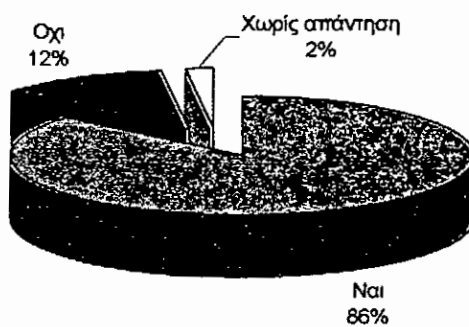
Σχήμα 25: Κατανομή του δείγματος (των καπνιστριών) ανάλογα απο ποιόν δέχθηκαν συμβουλές για να κόψουν το κάπνισμα



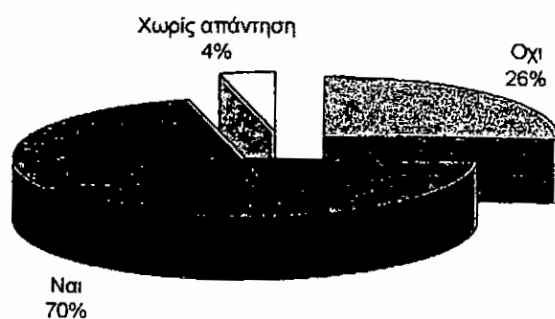
Σχήμα 26: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν θεωρούν σωστό να καπνίζει μια μητέρα



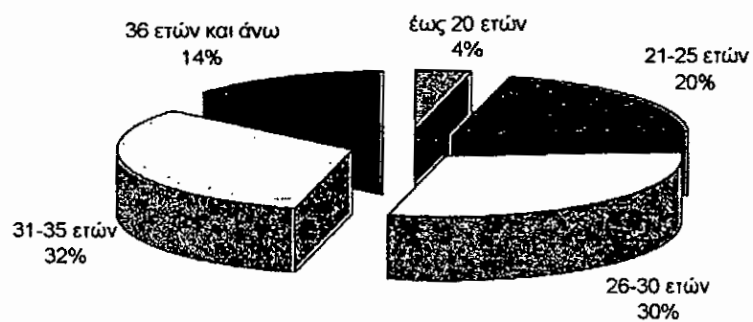
Σχήμα 27: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την διάθεσή τους να συμβουλευθούν άλλες εγκυμονούσες κατά του καπνίσματος



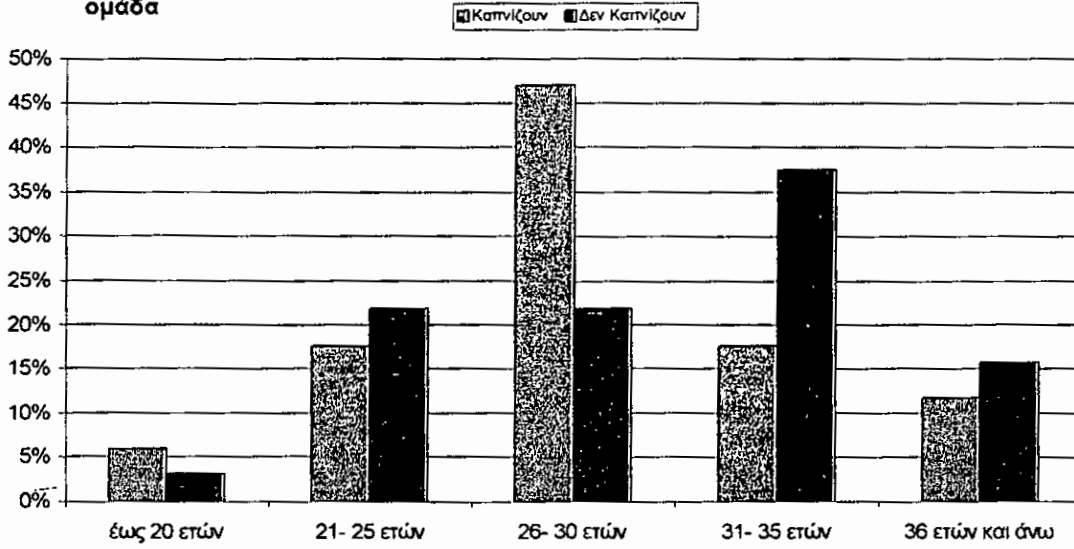
Σχήμα 28: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν εκτίθενται στον καπνό (ενεργητικές - παθητικές καπνίστριες)



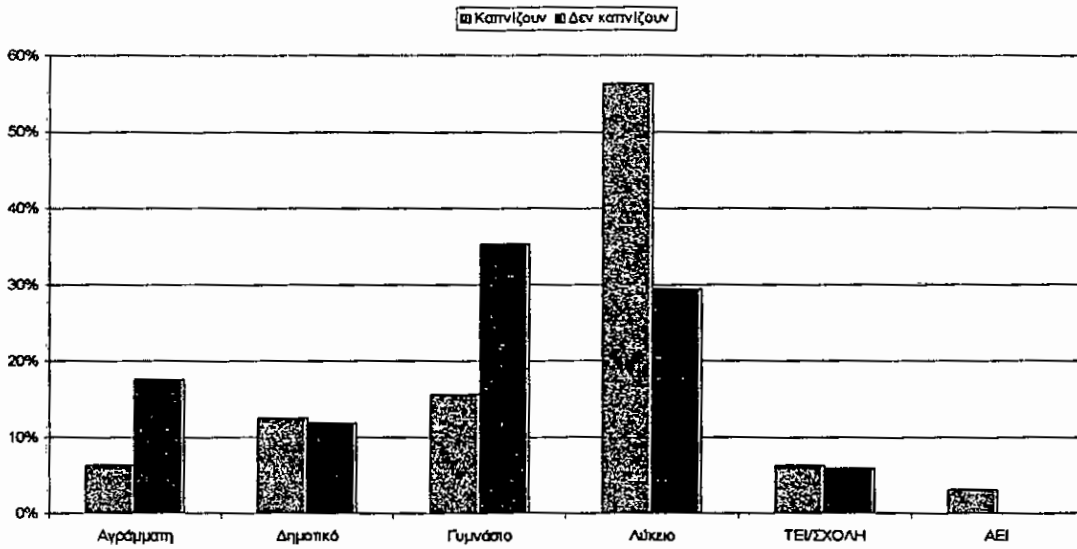
Σχήμα 29: Κατανομή του δείγματος ανά ηλικιακή ομάδα



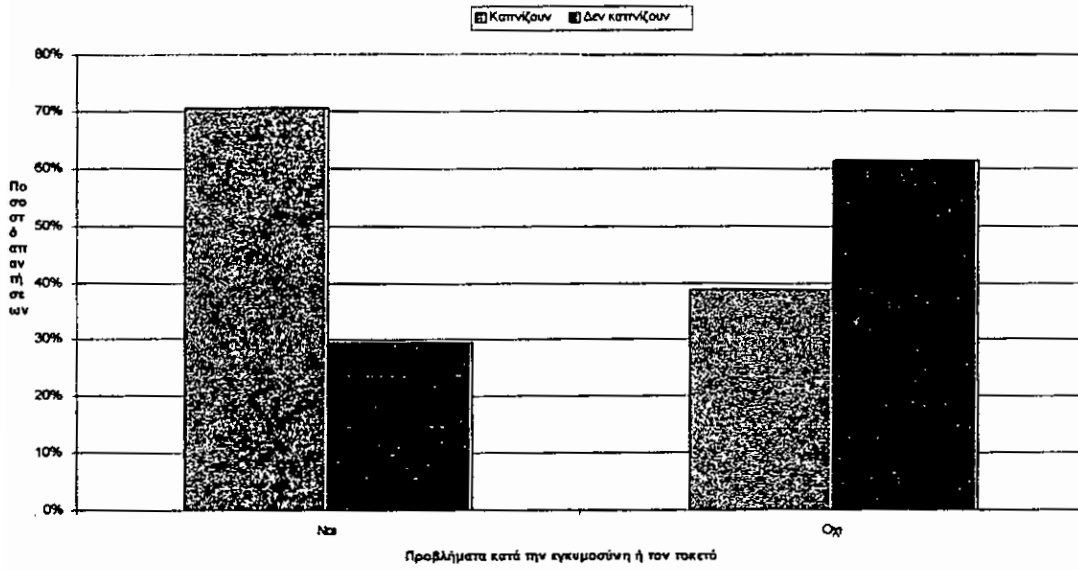
Σχήμα 30: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κάπνισμα και με την ηλικιακή ομάδα



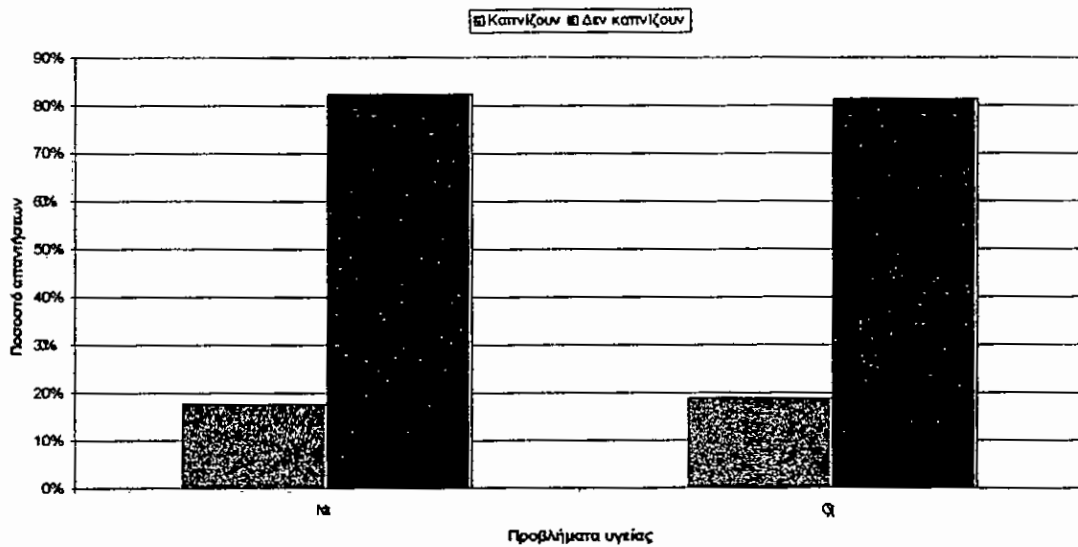
Σχήμα 32: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κάπνισμα και το μορφωτικό επίπεδο



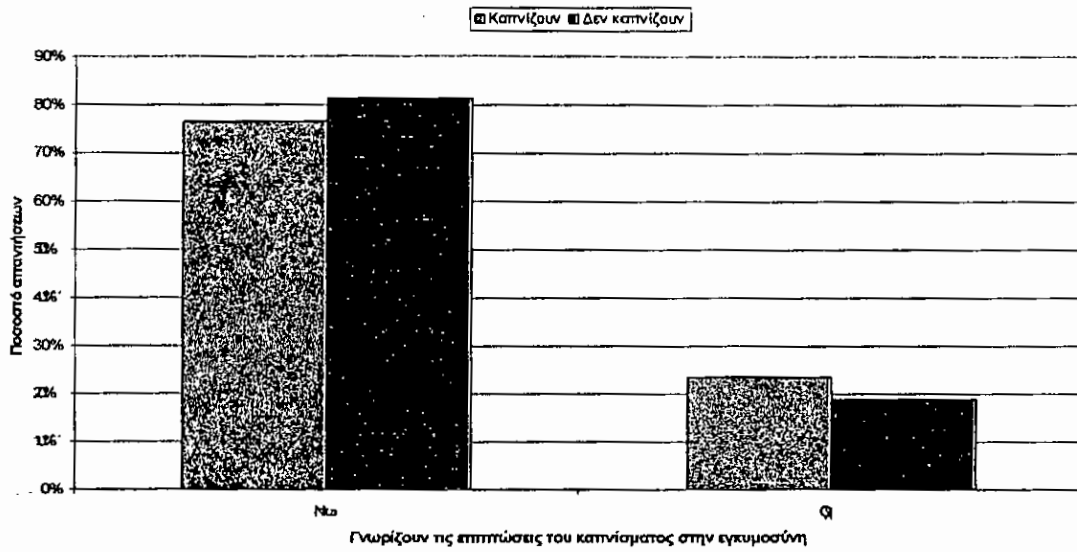
Σχήμα 32: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κάπνισμα και την ύπαρξη προβλημάτων κατά την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό



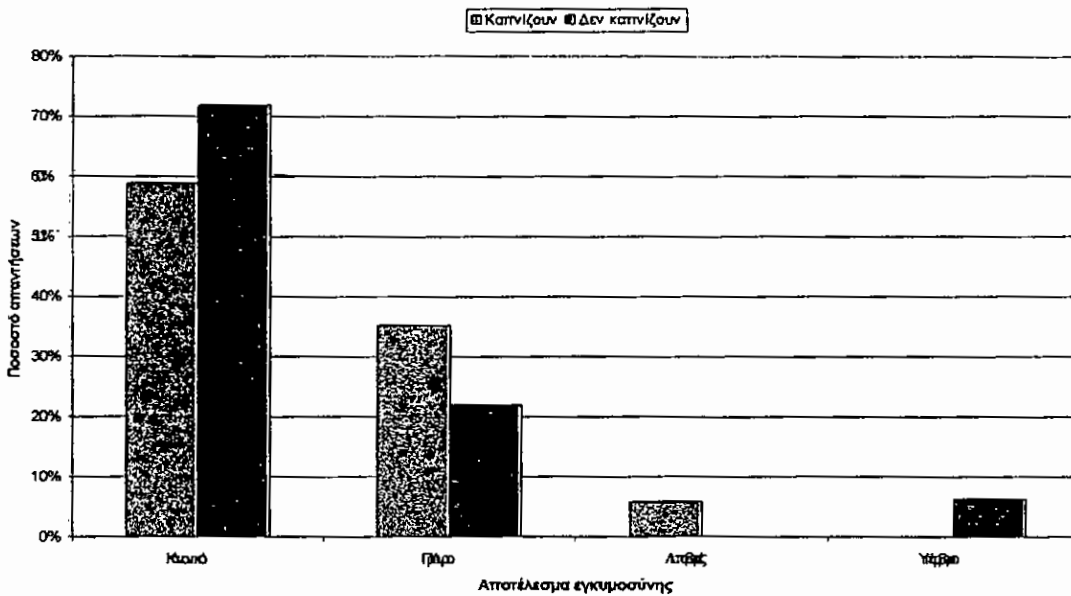
Σχήμα 33: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κάπνισμα και το εάν έχουν άλλα προβλήματα υγείας



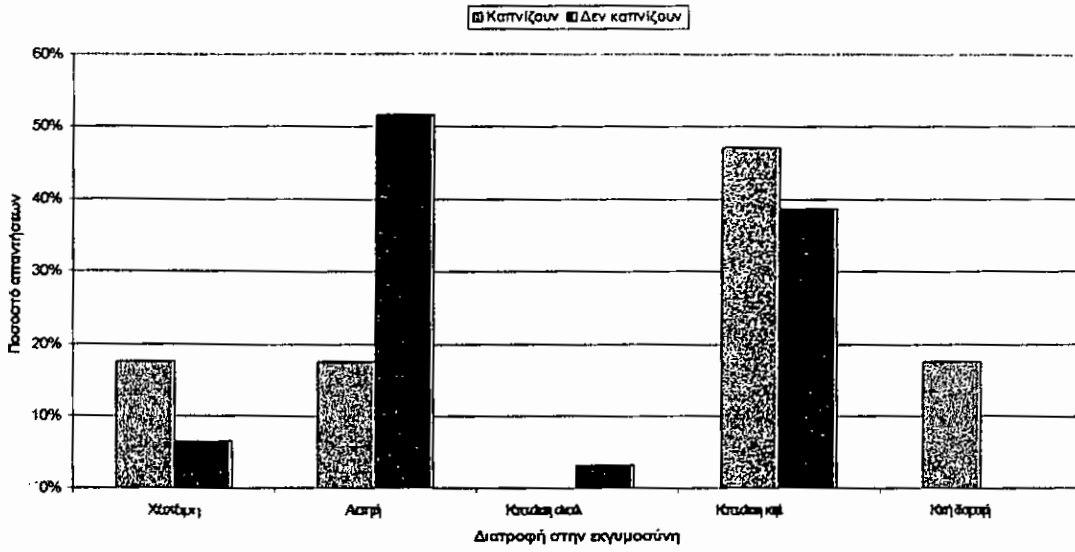
Σχήμα 34: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κάπνισμα και εάν γνωρίζουν τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη



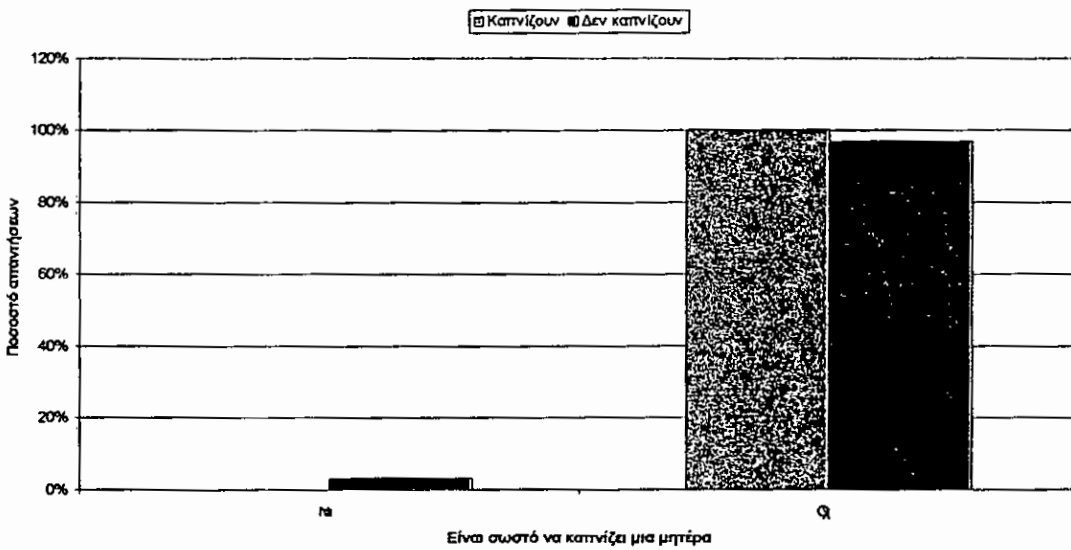
Σχήμα 35: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κάπνισμα και το αποτέλεσμα της εγκυμοσύνης



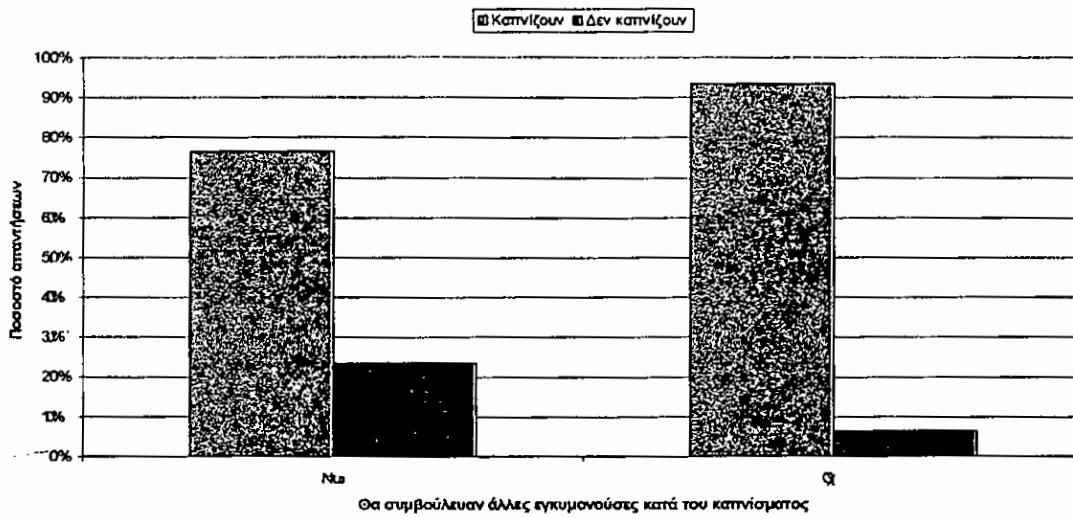
Σχήμα 36: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κάπνισμα και την διατροφή κατά την εγκυμοσύνη



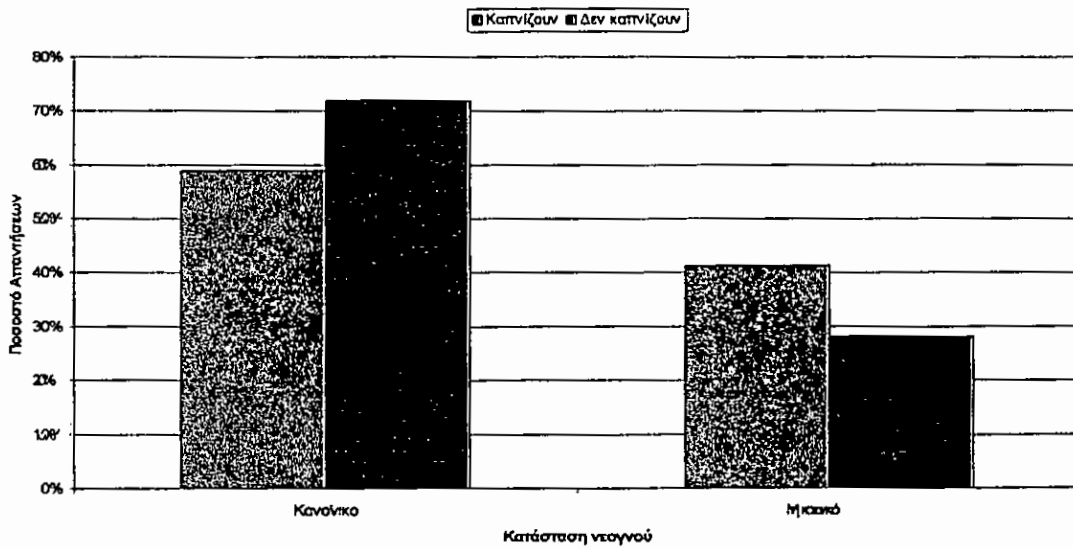
Σχήμα 37: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κάπνισμα και Εάν θεωρούν σωστό να καπνίζει μια μητέρα



Σχήμα 38: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κάπνισμα και την πρόθεσή τους να συμβουλευτούν άλλες εγκυμονούσες κατά του καπνίσματος



Σχήμα 39: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κάπνισμα και



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Β. ΑΒΡΑΜΙΔΗ: ΚΑΠΝΙΣΜΑ, ΤΟ ΑΛΛΟ ΝΕΦΟΣ ΜΕΣΑ ΜΑΣ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΚΡΙΤΑΣ. Σελ. 11-12.
2. ΘΩΜΑ Κ. ΓΚΟΥΡΝΕΛΗ: ΥΓΙΕΙΝΗ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΜΠΑΧΑΡΙΔΗ. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1992. Σελ. 143-144.
3. POPULAR MEDICINE: ΤΕΥΧΟΣ 1, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2003. Σελ. 78-79.
4. GOODMAN AND GILMAN'S: THE PHARMACOLOGICAL BASIS OF THERAPEUTICS. SEVENTH EDITION 1985. BY MACMILLAN PUBLISHING Co. NEW YORK. p. 216-218.
5. COMPEL: SMOKING OR HEALTH? ESSENTIALIA VOL 4 No: 4 1983. p. 1-3.
6. ANNA ΤΣΙΛΙΓΚΙΡΟΓΛΟΥ – ΦΑΧΑΝΤΙΔΟΥ: ΥΓΙΕΙΝΗ, UNIVERSITY STUDIO PRESS, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1991.
7. HARRISON: ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. ΤΟΜΟΣ Β, 10^η ΕΚΔΟΣΗ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ Κ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, ΑΘΗΝΑ 1987, Σελ. 1725-1726.
8. <http://users.OTENET.GR/~PATH/KARDIA/KAPNISMA.htm> 23.09.2003.
9. RICHARD A. HARVEY – RAMELA C. CHAMPE: ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1995, Σελ. 102-104.
10. HARRISON: ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. ΤΟΜΟΣ Β, 10^η ΕΚΔΟΣΗ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, ΑΘΗΝΑ 1987, Σελ. 1726-1727.
11. ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ, 1988, ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ, Σελ. 66
12. <http://users.OTENET.GR/~PATH/KARDIA/KAPNISMA.htm> 23.09.2003.
13. ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Β. ΑΒΡΑΜΙΔΗ: ΚΑΠΝΙΣΜΑ, ΤΟ ΑΛΛΟ ΝΕΦΟΣ ΜΕΣΑ ΜΑΣ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΚΡΙΤΑΣ. Σελ. 22.
14. Ο.Ε. ΓΚΟΥΜΑΣ – ΚΩΤΣΙΟΠΟΥΛΟΣ: ΦΡΟΝΤΙΣΕ ΤΟ ΣΩΜΑ ΣΟΥ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΔΟΜΙΚΗ, 1996, Σελ. 25.
15. HARRISON: ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. ΤΟΜΟΣ Β, 10^η ΕΚΔΟΣΗ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, ΑΘΗΝΑ 1987, Σελ. 1726.
16. HERBERT BREAN – ORISON MARDEN: ΠΩΣ ΘΑ ΑΠΑΛΛΑΓΕΙΤΕ ΟΡΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΦΙΑΛΤΕΣ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ, Σελ. 27-28,29-30.

17. <http://users.OTENET.GR/~TEEDAFNI/a45XIMA.htm> 23.09.2003.
18. <http://www.netsmart.gr/hspro/SMOKING.htm> 23.09.2003.
19. ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ, 1988, ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ.
20. GOODMAN AND GILMAN'S: THE PHARMACOLOGICAL BASIS OF THERAPEUTICS. SEVENTH EDITION 1985. BY MACMILLAN PUBLISHING Co. NEW YORK. p. 216-218.
21. FIELDING J.E: MEDICAL PROGRESS. SMOKING: HEALTH EFFECTS AND CONTROL (FIRST OF TWO PARTS) NEW ENGL. J. OF MED., VOL. 313, No: 8,1985,p. 491.
22. <http://www.netsmart.gr/hspro/SMOKING.htm> 23.09.2003.
23. ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Β. ΑΒΡΑΜΙΔΗ: ΚΑΠΝΙΣΜΑ, ΤΟ ΑΛΛΟ ΝΕΦΟΣ ΜΕΣΑ ΜΑΣ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΚΡΙΤΑΣ. Σελ. 49.
24. ALLEN CARR: Ο ΕΥΚΟΛΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΝΑ ΚΟΥΨΕΤΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ. ΒΙΒΛΙΑ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ, 1996, Σελ. 35.
25. ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Β. ΑΒΡΑΜΙΔΗ: ΚΑΠΝΙΣΜΑ, ΤΟ ΑΛΛΟ ΝΕΦΟΣ ΜΕΣΑ ΜΑΣ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΚΡΙΤΑΣ. Σελ. 49.
26. ALLEN CARR: Ο ΕΥΚΟΛΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΝΑ ΚΟΥΨΕΤΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ. ΒΙΒΛΙΑ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ, 1996, Σελ. 35.
27. HERBERT BREAN – ORISON MARDEN: ΠΩΣ ΘΑ ΑΠΑΛΛΑΓΕΙΤΕ ΟΡΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΦΙΑΛΤΕΣ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ, ΑΘΗΝΑ 1963, Σελ. 21-22.
28. <http://users.OTENET.GR/~ΡΑΤΗ/ΚΑΡΔΙΑ/ΚΑΡΝΙΣΜΑ.htm> 23.09.2003.
29. HARRISON: ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. ΤΟΜΟΣ Β, 10^η ΕΚΔΟΣΗ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, ΑΘΗΝΑ 1987, Σελ. 1729.
30. ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Β. ΑΒΡΑΜΙΔΗ: ΚΑΠΝΙΣΜΑ, ΤΟ ΑΛΛΟ ΝΕΦΟΣ ΜΕΣΑ ΜΑΣ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΚΡΙΤΑΣ. Σελ. 61-65.
31. <http://www.startpoint.gr/page.aspx?ID=655> 23/09/03.
32. ANNA ΤΣΙΛΙΓΚΙΡΟΓΛΟΥ – ΦΑΧΑΝΤΙΔΟΥ: ΥΓΙΕΙΝΗ, UNIVERSITY STUDIO PRESS, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1991.
33. ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Β. ΑΒΡΑΜΙΔΗ: ΚΑΠΝΙΣΜΑ, ΤΟ ΑΛΛΟ ΝΕΦΟΣ ΜΕΣΑ ΜΑΣ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΚΡΙΤΑΣ. Σελ. 26.

34. ANNA ΣΑΧΙΝΗ – ΚΑΡΔΑΣΗ, ΜΑΡΙΑ ΠΑΝΟΥ: ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ, 1^{ος} ΤΟΜΟΣ, Β' ΕΚΔΟΣΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ 1997, Σελ. 276-277.
35. ANNA ΤΣΙΛΙΓΚΙΡΟΓΛΟΥ – ΦΑΧΑΝΤΙΔΟΥ: ΥΓΙΕΙΝΗ, UNIVERSITY STUDIO PRESS, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1991.
36. Κ. Δ. ΓΑΡΔΙΚΑ: ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ, ΝΕΑ ΕΚΔΟΣΗ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ – Μ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, ΑΘΗΝΑ.
37. ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ, 1988, ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ, Σελ. 666, 667, 679.
38. ANNA ΣΑΧΙΝΗ – ΚΑΡΔΑΣΗ, ΜΑΡΙΑ ΠΑΝΟΥ: ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ, 2^{ος} ΤΟΜΟΣ, Β' ΕΚΔΟΣΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ 1997, Σελ. 27-29.
39. ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ, 1988, ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ, Σελ. 685.
40. ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Β. ΑΒΡΑΜΙΔΗ: ΚΑΠΝΙΣΜΑ, ΤΟ ΑΛΛΟ ΝΕΦΟΣ ΜΕΣΑ ΜΑΣ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΚΡΙΤΑΣ. Σελ. 31.
41. ANNA ΣΑΧΙΝΗ – ΚΑΡΔΑΣΗ, ΜΑΡΙΑ ΠΑΝΟΥ: ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ, 1^{ος} ΤΟΜΟΣ, Β' ΕΚΔΟΣΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ 1997, Σελ. 292, 295.
42. ANNA ΤΣΙΛΙΓΚΙΡΟΓΛΟΥ – ΦΑΧΑΝΤΙΔΟΥ: ΥΓΙΕΙΝΗ, UNIVERSITY STUDIO PRESS, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1991.
43. ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Β. ΑΒΡΑΜΙΔΗ: ΚΑΠΝΙΣΜΑ, ΤΟ ΑΛΛΟ ΝΕΦΟΣ ΜΕΣΑ ΜΑΣ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΚΡΙΤΑΣ. Σελ. 32-33.
44. ΑΝΤΩΝΙΑ ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ ΚΑΙ ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ: ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1986, Σελ. 141 – 142.
45. www.pathsinder.gr
46. www.iatrotec.gr
47. ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Β. ΑΒΡΑΜΙΔΗ: ΚΑΠΝΙΣΜΑ, ΤΟ ΑΛΛΟ ΝΕΦΟΣ ΜΕΣΑ ΜΑΣ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΚΡΙΤΑΣ. Σελ. 69-74.
48. ΡΑΜΕΛΑ G. SHAPIRO : ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ, ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΑΝΤΡΕΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΠΟΥΛΟΣ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ.
49. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ: ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ. 3^η ΕΚΔΟΣΗ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, ΑΘΗΝΑ 1994. Σελ. 83-84.

50. ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ ΙΩΑΝΝΑ – ΚΟΥΜΑΤΟΥ, ΣΙΝΑ ΝΑΚΟΥ: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ. Σελ. 16-17.
51. ΡΑΜΕΛΑ G. SHAPIRO : ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ, ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΑΝΤΡΕΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΠΟΥΛΟΣ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ.
52. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ: ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ. 3^η ΕΚΔΟΣΗ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, ΑΘΗΝΑ 1994. Σελ. 82-83.
53. ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ ΙΩΑΝΝΑ – ΚΟΥΜΑΤΟΥ, ΣΙΝΑ ΝΑΚΟΥ: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ. Σελ. 20-21.
54. Π. ΜΠΙΛΑΛΗΣ: ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ. Σελ. 87-89.
55. Π. ΜΠΙΛΑΛΗΣ: ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ. Σελ. 83-86.
56. ΡΑΜΕΛΑ G. SHAPIRO : ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ, ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΑΝΤΡΕΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΠΟΥΛΟΣ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ.
57. ΑΝΝΑ ΤΣΙΛΙΓΚΙΡΟΓΛΟΥ – ΦΑΧΑΝΤΙΔΟΥ: ΥΓΙΕΙΝΗ, UNIVERSITY STUDIO PRESS, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1991.
58. http://users.otenet.gr/~TEEDAFNI/a_6_ENAS.htm 23.09.2003.
59. <http://www.startpoint.gr/page.aspx?ID=655> 23/09/03.
60. <http://www.netsmart.gr/hspro/SMOKING.htm> 23.09.2003.
61. <http://www.mednet.gr/aggi/kapnisma.htm> 23.09.2003.
62. ΑΝΝΑ ΤΣΙΛΙΓΚΙΡΟΓΛΟΥ – ΦΑΧΑΝΤΙΔΟΥ: ΥΓΙΕΙΝΗ, UNIVERSITY STUDIO PRESS, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1991.

