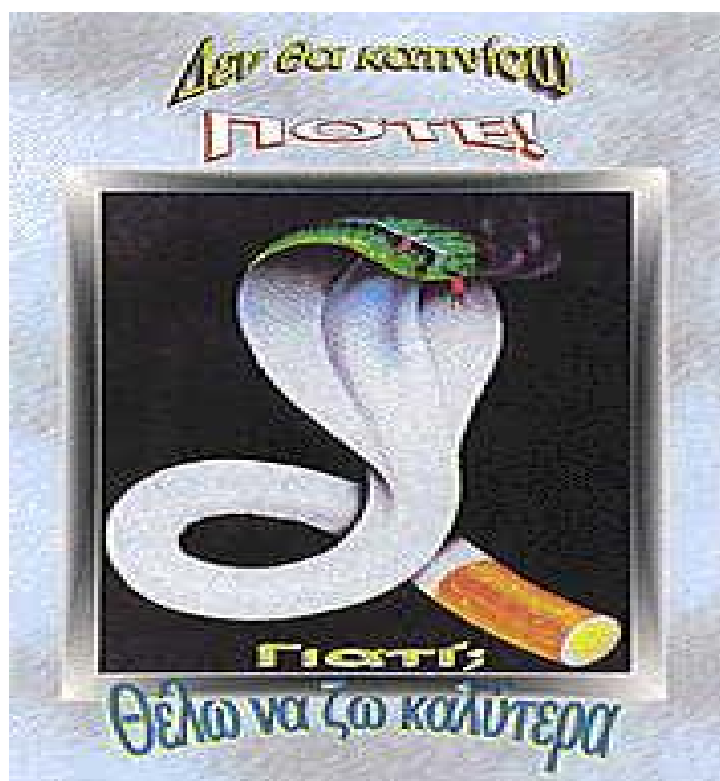


**Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π**  
**ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**ΘΕΜΑ : « Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος »**



**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: Δρ. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**

**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ : ΛΙΟΤΣΟΥ ΘΕΟΔΩΡΑ**

**ΠΑΤΡΑ 2007**

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

Ø Αφιέρωση.....	5
Ø Πρόλογος.....	6
Ø Εισαγωγή.....	8
Κεφάλαιο 1( <b>ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ</b> )	
1.1 Κάπνισμα και υγεία.....	13
1.2 Μισό εκατομμύριο γυναίκες σκοτώνει το κάπνισμα κάθε χρόνο.....	16
1.3 Κάθε χρόνο 3.5 εκατομμύρια θάνατοι από τσιγάρο.....	17
1.4 Ε.Ε Ένας στους 3 νέους καπνίζει συστηματικά.....	18
1.5 Βασική αιτία θανάτου θα αποτελεί μελλοντικά το κάπνισμα.....	19
1.6 Ανησυχητική αύξηση των κρουσμάτων καρκίνου του πνεύμονα στον ελληνικό πληθυσμό.....	20
1.7 Ανεξέλεγκτες διαστάσεις λαμβάνει η μάστιγα του καπνίσματος διεθνώς.....	22
Ø Κεφάλαιο 2 ( <b>ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ</b> )	
2.1 Βλαβερές συνέπειες - Αιτία.....	26
Ø Κεφάλαιο 3 ( <b>ΠΑΘΗΣΕΙΣ</b> )	
3.1 Ζημιές που προκαλεί το κάπνισμα.....	29
3.2 Νόσοι καρδιάς - Αγγείων.....	31

<b>Ø</b> Κεφάλαιο 4 ( <b>ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ</b> )	
4.1 Κάπνισμα και εγκυμοσύνη.....	36
4.2 Αύξηση στα 2 χρόνια της ζωής και κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη.....	37
4.3 Αποκρυπτογραφείται η σχέση καπνίσματος – αιφνίδιου βρεφικού θανάτου.....	41
<b>Ø</b> Κεφάλαιο 5 ( <b>ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ</b> )	
5.1 Παθητικό κάπνισμα.....	44
5.2 Το παθητικό κάπνισμα και ο κίνδυνος εκδήλωσης καρδιακού επεισοδίου.....	46
5.3 Καρκινογόνο το παθητικό κάπνισμα σύμφωνα με στοιχεία της Π.Ο.Υ.....	48
5.4 Ποια είναι τα οφέλη της διακοπής του καπνίσματος.....	49
<b>Ø</b> Κεφάλαιο 6 ( <b>ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ</b> )	53
<b>Ø</b> Κεφάλαιο 7 ( <b>ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ</b> )	
7.1 Στρατηγικές βοήθειας διακοπής καπνίσματος.....	55
7.1.2 Στρατηγικές βοήθειας ειδικών ομάδων καπνιστών.....	56
7.2 Αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων.....	59
<b>Ø</b> Κεφάλαιο 8 ( <b>ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ</b> )	

8.1 Φαρμακευτική θεραπεία με	
υδροχλωρική βουπροπιόνη.....	64
8.2 Φαρμακευτική θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης.....	66
<b>Ø Κεφάλαιο 9 ( ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ</b>	
<b>    ΚΑΙ ΥΔΡΟΧΛΩΡΙΚΗ ΒΟΥΠΡΟΠΙΟΝΗ)</b>	
9.1 Εισαγωγή.....	69
9.2 Θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης.....	70
9.3 Μηχανισμός βράσης και αποτελεσματικότητα.....	71
9.4 Αποτελεσματικότητα.....	73
<b>Ø Κεφάλαιο 10 ( ΔΡΑΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>	
<b>    ΤΩΝ ΜΟΡΦΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ</b>	
<b>    ΠΟΥ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ )</b>	
10.1 Τσίχλες νικοτίνης.....	75
10.2 Διαδερμικά επιθέματα ( αυτοκόλλητα ).....	76
<b>Ø Κεφάλαιο 11 ( ΣΕ ΠΟΙΟΥΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΔΟΘΕΙ</b>	
<b>    ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ.; ΕΙΝΑΙ</b>	
<b>    Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ</b>	
<b>    ΑΣΦΑΛΗΣ ;)</b>	
11.1 Ανεπιθύμητες ενέργειες.....	80
11.2 Θεραπεία με υδροχλωρική βουπροπιόνη .....	81
11.3 Τρόπος δράσης.....	81

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος	
11.4 Αποτελεσματικότητα.....	82
11.5 Πώς χρησιμοποιείται.....	84
11.6 Προφυλάξεις - Αντενδείξεις.....	84
11.7 Ανεπιθύμητες ενέργειες.....	85
11.8 Αλληλεπιδράσεις με φάρμακα.....	86
Επίλογος .....	87
Περίληψη.....	90
Σκοπός.....	93
Υλικό- μέγεθος.....	94
Αποτελέσματα.....	95
Συζήτηση.....	124
Συμπεράσματα.....	125
Παράρτημα- Ερωτηματολόγιο.....	126
Βιβλιογραφία.....	132



*Σα βγείς στον πηγαϊμό για την Ιθάκη  
να εύχεςαι να 'ναι μακρύς ο δρόμος  
γεμάτος περιπέτειες, γεμάτος γνώσεις ...  
Πάντα στο νου σου να 'χεις την Ιθάκη.  
Το φθάσιμον εκεί είν' ο προορισμός σου ...*

*(Κ.Π.Καβάφης «Ιθάκη»)*

*Αφιερωμένο σε όλους όσους με στήριξαν και με υποστήριξαν για να φέρω εις  
πέρας τους στόχους μου.*

*Σας ευχαριστώ*



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το κάπνισμα είναι μια συνήθεια την οποία κάθε μέρα όλο και περισσότεροι άνθρωποι πείθονται, ότι είναι επιβλαβής και καταστρεπτική, ιδιαίτερα στις πολιτισμικές κοινωνίες της Δυτικής Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής. Οι επιβλαβείς επιδράσεις του καπνίσματος στην υγεία του καπνιστή, αλλά και των μη καπνιστών που βρίσκονται στον ίδιο κλειστό χώρο με το καπνιστή (παθητικό κάπνισμα), είναι γνωστές από πολλά χρόνια και σήμερα δεν αμφισβητούνται πλέον από κανέναν. Εν τούτοις η στάση του νεοέλληνα απέναντι στο κάπνισμα χαρακτηρίζεται ουσιαστικά από το πεδίο της συνείδησης στο υποσυνείδητο.

Οι κυβερνήσεις των Ευρωπαϊών εταίρων μας αντιμετωπίζουν το κάπνισμα όλο και με αυστηρότερες κυρώσεις και δεν παίζει ρόλο ποια Ευρωπαϊκή χώρα θα επιλέξουμε, μόνο στην πατρίδα μας την Ελλάδα, αντιμετωπίζεται το κάπνισμα πάρα πολύ ήπια, που ταιριάζει στον εγωκεντρισμό μας, έτσι που κάνει ο καθένας ό,τι θέλει, και με αυτό παραβιάζουμε τα δικαιώματα των άλλων, που με την στάση μας περιφρονούμε και σκοτώνουμε τους παθητικούς καπνιστές σε όλους τους τομείς της κοινωνικής μας ζωής.

Αρκεί να ρίξουμε μια ματιά στις συνεδριάσεις και συγκεντρώσεις κάθε είδους σε κλειστούς χώρους και στις βραδινές διασκεδαστικές και μουσικές εκπομπές τηλεοράσεων, που εκπέμπονται για το εξωτερικό για προώθηση του ελληνικού πολιτισμού μας για να διαπιστώσουμε με οργή, την γελοιότητα και προκλητική εικόνα των γλεντζέδων, των χορευτών και των καπνιστών.

Όχι μόνο στην Ιταλία με τους αυστηρούς νόμους και τα βαριά πρόστιμα και πρόσφατα μάλιστα στην Ισπανία τέθηκαν οι αυστηρότεροι και εκτενέστεροι απαγορευτικοί νόμοι καπνίσματος . Στα γραφεία και στις

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος δημόσιες υπηρεσίες, απαγορεύονται ακόμα και οι ζώνες καπνίσματος, αλλά επίσης και στα σχολεία, πανεπιστήμια και δημόσια μέσα μεταφοράς, απαγορεύεται το κάπνισμα.

Ήδη αυστηρά τιμωρείται σε ευρωπαϊκές χώρες το κάπνισμα σε κλειστούς χώρους, στην Ιρλανδία ισχύει ολοκληρωτική απαγόρευση του καπνίσματος και ακόμα στον τόπο εργασίας, μπαρ και εστιατόρια και ακόμα και για τους ίδιους τους βουλευτές απαγορεύτηκαν οι γωνιές καπνιστών, ενώ και στην Ιταλία τιμωρείται ο πελάτης με 275€ΚΑΙ ΜΕ 2.200€ο ιδιοκτήτης.

Ενώ οι επιχειρήσεις που διαμορφώνουν για τους εργατοϋπαλλήλους χώρους καπνίσματος, επαναφέρουν το σύστημα κάρτας και οι ώρες διακοπών για τσιγάρο, αφαιρούνται από τις ώρες εργασίας .

Εμείς όμως τι πράττουμε και τι προληπτικά μέτρα λαμβάνουμε και μπορούμε να διαπεράσουμε για την υγεία του λαού μας:





## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κάπνισμα είναι μία πολύ άσχημη συνήθεια, πολύ διαδεδομένη. Νέοι, από αρκετά νωρίς αρχίζουν να καπνίζουν, αγνοώντας εντελώς τις συνέπειες του καπνίσματος. Κι όμως, το κάπνισμα είναι πολύ βλαβερό και προκαλεί αρκετές ζημιές στον ανθρώπινο οργανισμό.

Το τσιγάρο επίσης είναι πολύ βλαβερό στα νέα παιδιά. Πολλοί νέοι νομίζουν πως αρχίζοντας να καπνίζουν, θα καταφέρουν να προσελκύσουν την προσοχή και το ενδιαφέρον των μεγάλων. Άλλοι το κάνουν για επίδειξη για να δείξουν δηλαδή ότι είναι μεγάλοι πια. Άλλοι καπνίζουν για να μην τους περάσουν οι φίλοι τους για οπισθοδρομικούς ή καθυστερημένους. Μερικοί το ξεκινούν από αστείο και χωρίς να το καταλάβουν αποχτούν την κακή αυτή συνήθεια.

Με κάθε τσιγάρο ο καπνιστής κόβει από το χρόνο της ζωής του 5,5 λεπτά της ώρας. Δηλαδή αυτός που καπνίζει 25 χρόνια από 20 τσιγάρα την ημέρα αφαιρεί 4,6 χρόνια ζωής. Το τσιγάρο είναι μία βλαβερή συνήθεια που έχει συνέπειες και στα οικονομικά. Το χαρτζιλίκι τους πολλοί το ξοδεύουν για τσιγάρα, ενώ θα μπορούσαν να το χρησιμοποιήσουν πολύ καλύτερα.

Το τσιγάρο δεν κάνει κακό μόνο σε εκείνον που καπνίζει, αλλά και σε αυτούς που βρίσκονται γύρω του. Όπου υπάρχει κλειστός χώρος πρέπει να απαγορεύεται το κάπνισμα γιατί όταν κάποιος καπνίζει σε έναν κλειστό χώρο, μολύνει τον αέρα, τον κάνει αποπνιχτικό και προξενεί μεγάλη ενόχληση στους γύρω του.

Εκείνοι που καπνίζουν δεν είναι σε θέση να επιδοθούν στον αθλητισμό. Το τσιγάρο ελαττώνει την αντοχή τους κι έτσι δεν μπορούν να τρέξουν ή να

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος  
κολυμπήσουν με άνεση. Κουράζονται εύκολα, ανασαίνουν βαριά και συνήθως  
βήχουν δυνατά τα πρωινά.

Έτσι λοιπόν οι άνθρωποι έχουν να διαλέξουν ανάμεσα σε μια ζωή  
υγιεινή και στο κάπνισμα. Γιατί το κάπνισμα μειώνει την ζωή μας και ειδικά  
για μας τους νέους<sup>1</sup>.

## ΟΡΙΣΜΟΣ

### ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Βλαβερή συνήθεια που συνίσταται στην εισαγωγή καπνού τσιγάρου, πούρου ή πίπας από το στόμα στους πνεύμονες και στην εξαγωγή του με την εκπνοή. Το κάπνισμα ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για την εμφάνιση πολλών ασθενειών στο καρδιαγγειακό, αναπνευστικό, ουροποιητικό και πεπτικό σύστημα και αποτελεί μια από τις πρωταρχικές αιτίες εμφάνισης καρκίνου, ενώ η βλαπτική του επίδραση πλήττει ακόμα και τα άτομα που δεν καπνίζουν, αλλά εισπνέουν τον καπνό των άλλων (παθητικό κάπνισμα)

### ΟΙ ΚΥΡΙΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ ΕΙΝΑΙ:

- 1. Η νικοτίνη:** αυξάνει τους σφυγμούς και την αρτηριακή πίεση και είναι υπεύθυνη για το σπασμό (παροδική απόφραξη) των στεφανιαίων αρτηριών.
- 2. Το 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.

## **ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Σήμερα συνολικά στον κόσμο 1,1 δισεκατομμύρια άτομα είναι καπνιστές και αποτελεί το 1/3 του συνολικού πληθυσμού ηλικίας από 15 ετών και άνω (47% άνδρες και 12% γυναίκες). Ενώ στις αναπτυγμένες χώρες ο επιπολασμός του καπνίσματος ελαττώνεται, στις υπό ανάπτυξη χώρες αυξάνεται και κυρίως στον γυναικείο πληθυσμό. Το κάπνισμα σχετίζεται με μεγάλο αριθμό θανατηφόρων ασθενειών και με αυξημένη νοσηρότητα. Ο έλεγχος του επιπολασμού του καπνίσματος είναι ένα μέτρο που θα επιφέρει τα σημαντικότερα οφέλη στην υγεία του πληθυσμού με το μικρότερο κόστος. Για να πραγματοποιηθεί αυτό πρέπει να υιοθετηθεί μία ολοκληρωμένη αντικαπνιστική προσπάθεια και ο ρόλος της επιστημονικής κοινότητας είναι κεντρικός στην προσπάθεια αυτή.

Ένα άμεσο μέτρο είναι η ανάπτυξη και λειτουργία ιατρικών διακοπής καπνίσματος. Η ελλιπής εκπαίδευση των φοιτητών Ιατρικής και των γιατρών για την αντιμετώπιση του καπνίσματος ως ασθένειας, η έλλειψη χρόνου από τους γιατρούς και η διάθεση χρηματικών πόρων από την πολιτεία είναι μερικά προβλήματα που υπάρχουν για οργάνωσή τους.

Εφόσον κάποιος αποφασίσει να ασχοληθεί με την διακοπή καπνίσματος, θα πρέπει να έχει την κατάλληλη εκπαίδευση, όχι μόνο για την μεθοδολογία της θεραπευτικής προσέγγισης, αλλά και την επικοινωνιακή και την δημιουργία κινήτρων. Οι καπνιστές αποτελούν μία ετερογενή ομάδα όσον αφορά το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, την ηλικία και το ιστορικό υγείας και κινητοποιούνται ως προς την διακοπή καπνίσματος με διαφορετικούς τρόπους<sup>2</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

- ✓ Κάπνισμα και υγεία
- ✓ Μισό εκατομμύριο γυναίκες σκοτώνει το κάπνισμα κάθε χρόνο
- ✓ Κάθε χρόνο 3.5 εκατομμύρια θάνατοι από τσιγάρο
- ✓ Ε.Ε Ένας στους 3 νέους καπνίζει συστηματικά
- ✓ Βασική αιτία θανάτου θα αποτελεί μελλοντικά το κάπνισμα
- ✓ Ανησυχητική αύξηση των κρουσμάτων καρκίνου του πνεύμονα στον ελληνικό πληθυσμό
- ✓ Ανεξέλεγκτες διαστάσεις λαμβάνει η μάστιγα του καπνίσματος διεθνώς

### **1.1. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ**

Ο καπνός προκαλεί 1,2 εκατομμύρια θανάτους ετησίως στην Ευρωπαϊκή περιοχή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), που αντιστοιχεί στο 14% του συνόλου των θανάτων. Εάν δεν υπάρξει οργανωμένη αντικαπνιστική στρατηγική, υπολογίζεται ότι μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 2020, οι θάνατοι στην Ευρώπη θα αυξηθούν σε 2 εκατομμύρια ανά έτος<sup>3</sup>.

Το κάπνισμα συμβάλλει στην έναρξη πολλών ασθενών και υπολογίζεται ότι ευθύνεται για το 87% του συνόλου των θανάτων από καρκίνο πνεύμονα, 82% αυτών από στεφανιαία νόσο και 18% από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια<sup>4</sup>. Επομένως, μετά τον εθισμό στη νικοτίνη, ο καπνιστής αντιμετωπίζει έναν αναπάντεχα υψηλό κίνδυνο αναπνευστικών και καρδιαγγειακών νόσων, καθώς και νεοπλασιών. Ακόμη και χωρίς έκδηλα συμπτώματα από το αναπνευστικό, ο καπνιστής έχει μία χρόνια φλεγμονώδη νόσο των κατώτερων αεραγωγών με προοδευτική επιδείνωση της αναπνευστικής του λειτουργίας.

Εκτός από τον καρκίνο πνεύμονα, άλλες νεοπλασίες που σχηματίζονται με το κάπνισμα είναι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, ο καρκίνος του στόματος και των χειλιών, ο καρκίνος του παγκρέατος, ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης, ο καρκίνος των νεφρών, του στομάχου και του ήπατος και η λευχαιμία<sup>5</sup>.

Επίσης, περίπου το 90% των περιστατικών αποφρακτικής αγγειοπάθειας που οδηγούν σε ακρωτηριασμό ενός ή και των δύο κάτω άκρων προκαλούνται από το κάπνισμα.

Η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης πολλών προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με τον καπνό. Μέσα σε 10-15 χρόνια από τη διακοπή του καπνίσματος, ο κίνδυνος που διατρέχει ένας

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος  
πρώην καπνιστής να εμφανιστεί καρκίνο των πνευμόνων είναι μόνο ελάχιστα  
μεγαλύτερος από τον κίνδυνο που διατρέχει ένας μη καπνιστής. Πάνω από  
10% των καπνιστών που πάσχουν από ΧΑΠ και διακόπτουν το κάπνισμα  
ενδέχεται να παρουσιάσουν βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας. Η  
βλάβη που προκαλείται στους πνεύμονες από το χρόνιο κάπνισμα είναι  
μόνιμη, αλλά η διακοπή καπνίσματος αποτρέπει την επιδείνωση της.

Όσον αφορά τις καρδιοπάθειες, το κάπνισμα αυξάνει κατά 2 ή 3 φορές τον  
κίνδυνο καρδιακής προσβολής, σε σύγκριση με τον κίνδυνο που διατρέχουν οι  
μη καπνιστές. Το κάπνισμα τσιγάρων μπορεί άμεσα να προκαλέσει  
αιμοδυναμικές αλλαγές, όπως επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού,  
αγγειοσύσταση στη συστηματική κυκλοφορία και στα στεφανιαία και αύξηση  
της κατανάλωσης οξυγόνου από το μυοκάρδιο. Τα παραπάνω βραχυπρόθεσμα  
αποτελέσματα μπορεί να ελαττώσουν τον ουδό για  
πρόκληση ισχαιμίας στους καπνιστές με στεφανιαία νόσο και συμβάλουν στον  
αυξημένο κίνδυνο για οξεία καρδιαγγειακά επεισόδια. Μακροπρόθεσμα ο  
καπνός του τσιγάρου φαίνεται να ασκεί άμεση τοξική δράση με δομικές  
αλλαγές στα ενδοθηλιακά κύτταρα που σε συνδυασμό με την αύξηση της  
συγκόλλησης των αιμοπεταλίων, συμβάλλει στην πρόκληση  
αθηροσκλήρωσης.

Ένα χρόνο μετά την διακοπή του καπνίσματος, ο κίνδυνος καρδιοπάθειας  
είναι μισός από αυτόν ενός καπνιστή, ενώ πέντε χρόνια μετά την διακοπή, ο  
κίνδυνος καρδιοπάθειας μειώνεται στα ίδια επίπεδα με τον κίνδυνο που  
διατρέχει ένας μη καπνιστής. Επιπλέον, η διακοπή του καπνίσματος μετά από  
καρδιακή προσβολή μπορεί να μειώσει στο μισό την πιθανότητα υποτροπής.  
Ο κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου επίσης μειώνεται σημαντικά μετά από  
δύο χρόνια αποχής<sup>6</sup>.

Αλλά και σε νεότερες ηλικίες το κάπνισμα προκαλεί προβλήματα. Έκθεση  
της Βρετανικής Ιατρικής Εταιρείας εκτιμά ότι 120.000 Βρετανοί ηλικίας 30-

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος  
49 ετών παρουσιάζουν σεξουαλικές διαταραχές ως αποτέλεσμα του καπνίσματος. Η ανικανότητα αποτελεί μία από τις κύριες αναπόφευκτες παρενέργειες του καπνίσματος. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες καπνίστριες έχουν 3,5 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να χρειαστούν διάστημα άνω του ενός έτους μέχρι να συλλάβουν σε σχέση με τις γυναίκες που δεν καπνίζουν.

Ο μη ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης επηρεάζεται επίσης από το κάπνισμα. Μελέτη στην οποία συμμετείχαν περισσότεροι από 40.000 μη διαβητικοί άντρες ηλικίας 40-75 ετών, διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και κινδύνου εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη. Άντρες που κάπνιζαν 25 ή περισσότερα τσιγάρα την ημέρα διέτρεχαν σχετικά υψηλότερο κίνδυνο να γίνουν διαβητικοί από ότι οι μη καπνιστές. Αυτό πιθανόν οφείλετε στις μακροχρόνιες αθροιστικές επιδράσεις του καπνίσματος στην έκκριση ινσουλίνης ή την αντίσταση στην ινσουλίνη<sup>7</sup>.

Εκτός από τις σοβαρές βλάβες που προκαλεί το κάπνισμα στην υγεία, μπορεί επίσης να έχει αισθησιακές ανεπιθύμητες ενέργειες. Για παράδειγμα, οι καπνιστές έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν ρυτίδες στο πρόσωπο σε πιο μικρή ηλικία και να παρουσιάσουν πρόβλημα υγιεινής του στόματος, εκτός της επίδρασης στην αίσθηση της γεύσης και της οσμής.

Μελέτες έχουν δείξει ότι οι καπνιστές παρουσιάζουν χαρακτηριστικές αλλαγές στο πρόσωπο, παρόμοιες με αυτές που εμφανίζονται κατά το πρόωρο γήρας.



## **1.2. ΜΙΣΟ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΟ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΣΚΟΤΩΝΕΙ ΤΟ** **ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ**

Το τσιγάρο σκοτώνει περισσότερες από μισό εκατομμύριο γυναίκες κάθε χρόνο στον κόσμο και σύμφωνα με εκτιμήσεις ο αριθμός αυτός αναμένεται να διπλασιαστεί έως το 2020. Αυτό ανέφεραν την Τρίτη εκπρόσωποι του υπουργείου Υγείας και της Ελληνικής Αντικαπνιστικής Εταιρείας, με αφορμή την εβδομάδα κατά του καρκίνου, που είναι αφιερωμένη φέτος στον αγώνα κατά του καπνίσματος από τις γυναίκες. Στην Ελλάδα, το 42% των γυναικών ηλικίας 26 με 40 ετών καπνίζει. Επίσης, από το 1970 ο αριθμός των καπνιστών έχει μειωθεί περισσότερο ανάμεσα στους άνδρες παρά στις γυναίκες. Πριν κλείσουν τα 13 τους χρόνια, πολλά κορίτσια αρχίζουν το κάπνισμα. Σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Αντικαπνιστικής Εταιρείας, ο αριθμός των γυναικών που καπνίζουν έχει αυξηθεί τα τελευταία δέκα χρόνια, σε αντίθεση με τους άνδρες καπνιστές που μειώνονται<sup>8</sup>.

### **1.3. ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ 3,5 ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΤΣΙΓΑΡΟ**

Ο αριθμός των καπνιστών σε ολόκληρο τον πλανήτη ανέρχεται σε ένα δισεκατομμύριο.

Το κάπνισμα θα εξελιχθεί στη βασικότερη αιτία θανάτου στον αναπτυσσόμενο κόσμο τα επόμενα 20 έτη, σύμφωνα με βρετανική έρευνα που δίνει στη δημοσιότητα το BBC. Βάσει των στοιχείων της έρευνας, που διεξήχθη με την υποστήριξη της βρετανικής κυβέρνησης, μέσα στις επόμενες δύο δεκαετίες περίπου 8,5 εκατομμύρια άνθρωποι θα πεθαίνουν κάθε χρόνο από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα. Ο αριθμός των καπνιστών σε ολόκληρο τον πλανήτη ανέρχεται σε ένα δισεκατομμύριο, ενώ από ασθένειες που προκαλούνται από το κάπνισμα πεθαίνουν κάθε χρόνο περισσότεροι από 3,5 εκατομμύρια άνθρωποι. Σύμφωνα με την έρευνα, έως το έτος 2020 τα 3/4 των θανάτων που οφείλονται στο κάπνισμα θα σημειώνονται σε χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου· βασική αιτία που οδηγεί σε αυτή την κατάσταση θα αποδειχθεί, όπως υποστηρίζουν οι Βρετανοί ειδικοί, η παγκοσμιοποίηση<sup>9</sup>.

#### **1.4. ΕΕ: ΕΝΑΣ ΣΤΟΥΣ ΤΡΕΙΣ ΝΕΟΥΣ ΚΑΠΝΙΖΕΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ**

Ο ένας στους τρεις νέους στην Ευρωπαϊκή Ένωση καπνίζει συστηματικά, όπως προκύπτει από δημοσκόπηση που διενεργήθηκε στο σύνολο των χωρών-μελών της ΕΕ, για λογαριασμό της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.

Στο πλαίσιο της τελευταίας δημοσκόπησης που διενεργήθηκε σε ολόκληρη την ΕΕ το 36,8% των νέων, ηλικίας 15 έως 24 ετών, δήλωσαν ότι καπνίζουν συστηματικά. Αναλυτικά και κατά φύλο, το 38,8% των αγοριών δηλώνουν ότι καπνίζουν συστηματικά και το 34,9% των κοριτσιών. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή κρούει τον κώδωνα του κινδύνου για την επικινδυνότητα του καπνίσματος και επισημαίνει σε σχετική ανακοίνωσή της ότι ένας στους δύο εφήβους καπνιστές θα πεθάνει τελικά από τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος. Σύμφωνα πάντα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή 500.000 άτομα πεθαίνουν πρόωρα κάθε χρόνο στην ΕΕ από ασθένειες που συνδέονται με το κάπνισμα.

Η δημοσιοποίηση των στοιχείων έγινε με αφορμή την έναρξη πανευρωπαϊκής αντικαπνιστικής εκστρατείας που εντάσσεται στην ευρύτερη στρατηγική της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την καταπολέμηση της κατανάλωσης καπνού και απευθύνεται σε 36,2 εκατομμύρια νέους της Ένωσης ηλικίας 12 έως 18 ετών. Ο συνολικός προϋπολογισμός της εκστρατείας είναι 18 εκατομμύρια ευρώ για τρία χρόνια (6 εκατ. ευρώ ετησίως)<sup>10</sup>.

### **1.5. ΒΑΣΙΚΗ ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ ΘΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

Το κάπνισμα θα σκοτώσει τα επόμενα 50 χρόνια 500.000.000 ανθρώπους, δηλαδή οκτώ φορές περισσότερους από το μέγιστο υπολογιζόμενο αριθμό θυμάτων του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, επισημαίνεται σε ανακοίνωση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Σε έκθεσή της τονίζεται ότι ένα στα δύο παιδιά που θα ξεκινήσουν το κάπνισμα πριν από την εφηβεία και θα το συνεχίσουν ως ενήλικες θα χάσουν τελικά τη ζωή τους από σχετική με το κάπνισμα αιτία.

Σύμφωνα με τον καθηγητή της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, κ. Χ. Ρούσσο, που μίλησε στην εφημερίδα Ημερησία, σε αληθινή μάστιγα εξελίσσεται η "νόσος των καπνιστών", δηλαδή η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ). Όπως τόνισε, μέχρι το 2020 αναμένεται να αποτελεί την τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου και αναπηρίας, από 12η που ήταν στις αρχές της δεκαετίας του '90<sup>11</sup>.

## **1.6. ΑΝΗΣΥΧΗΤΙΚΗ ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ**

### **Το κάπνισμα στην Ελλάδα**

Τα στοιχεία που παρατίθενται παρακάτω αφορούν αποκλειστικά στην ελληνική επικράτεια και προέρχονται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας.

- Το 46% των ανδρών και το 28% των γυναικών άνω των 15 ετών είναι καπνιστές.
- Το 5% των αγοριών και των κοριτσιών 11 με 15 ετών καπνίζει.
- Το 50% των ανδρών ιατρών και το 16,8% των γυναικών ιατρών είναι καπνιστές.
- Το 1995, 11.100 θάνατοι στους άνδρες και 1.400 στις γυναίκες οφείλονταν στο κάπνισμα.
- Το ίδιο έτος, 3.000 άνδρες και 200 γυναίκες 35 έως 70 ετών έχασαν τη ζωή τους από καρκίνο (κυρίως του πνεύμονα), λόγω της βλαβερής αυτής συνήθειας.
- Παρατηρείται διπλασιασμός των συνολικών θανάτων εξαιτίας παθήσεων που οφείλονται στο κάπνισμα στις ηλικίες 35 έως 70 ετών από το 1965 μέχρι
  - το 1995 (6.000 θάνατοι έναντι 3.100).
  - Το 1995 καταναλώθηκαν 37,6 δισ. τσιγάρα έναντι μόλις 17 δισ. το 1965<sup>12</sup>

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος

"Ακόμη και άνδρες καπνιστές κάτω των 45 ετών εμφανίζουν πλέον καρκίνο του πνεύμονα στη χώρα μας, διαπίστωση που μας κάνει να μιλάμε για ανεξέλεγκτη αύξηση των νέων κρουσμάτων καρκίνου του πνεύμονα τα προσεχή χρόνια, εξαιτίας κυρίως του καπνίσματος. Ο ρυθμός αύξησης της νόσου ιδίως στις γυναίκες κόβει την ανάσα, καθώς οι Ελληνίδες είναι οι πρώτες πλέον σε συχνότητα καρκίνου του πνεύμονα στην Ευρώπη. Συγκεκριμένα, τα τελευταία 30 χρόνια έχει παρατηρηθεί 50% αύξηση των κρουσμάτων καρκίνου του πνεύμονα στο γυναικείο πληθυσμό, η οποία φυσικά εκφράζει τη διάδοση του νοσήματος. Η ισότητα άρχισε από το τσιγάρο και κατέληξε στον καρκίνο" επισήμανε την Τετάρτη 13/3/02 σε συνέντευξη Τύπου ο κ. Μπεχράκης, καθηγητής πνευμονολογίας.

"Η αύξηση των νέων κρουσμάτων μπορεί έμμεσα να αποδοθεί και στην ατμοσφαιρική ρύπανση" δήλωσαν ομόφωνα οι ειδικοί, αφού η μεγάλη συγκέντρωση αιωρούμενων σωματιδίων φαίνεται ότι αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του πνεύμονα όσοι κυρίως ζουν στις μεγάλες πόλεις.

Όμως, όπως εξήγησε ο κ. Μπεχράκης, "το νέφος ακόμη και με τις πιο τελευταίες ανακοινώσεις, δεν είναι παρά μία επιβάρυνση της τάξης του 20% για τους πνεύμονες. Είναι, βέβαια, ένα καινούριο σημαντικό δεδομένο".

Σύμφωνα με αμερικανική μελέτη, επιβάρυνση της ατμόσφαιρας παρατηρείται στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη, το Βόλο, την Πάτρα, το Ηράκλειο και Λάρισα. Αυτό το γεγονός προφανώς συμβάλλει και σε άλλες αναπνευστικές παθήσεις όπως το άσθμα.

Όπως τόνισε η κυρία Νίνα Μαγγίνα πνευμονολόγος, τα τελευταία χρόνια τα οχήματα αποτελούν την κύρια πηγή των ρύπων. Τους βλέπουμε πιο συχνά

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος στην ατμόσφαιρα και τους ονομάζουμε φωτοχημικούς ρύπους. Τις ημέρες που είναι σε έξαρση αυξάνονται οι εισαγωγές των παιδιών με άσθμα στα νοσοκομεία.

Μολονότι προς το παρόν δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι η ρύπανση στην Αθήνα μπορεί ακόμη και να προκαλεί άσθμα, οι γιατροί παρακολουθούν το θέμα και υποστηρίζουν ότι σίγουρα επιδεινώνει την κατάσταση σε ανθρώπους που πάσχουν από χρόνια άσθμα.

### **1.7. ΑΝΕΞΕΛΕΓΚΤΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΛΑΜΒΑΝΕΙ Η ΜΑΣΤΙΓΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΔΙΕΘΝΩΣ**



Ανεξέλεγκτες διαστάσεις λαμβάνει η μάστιγα του καπνίσματος διεθνώς η οποία σύμφωνα με τους ειδικούς θεωρείται η υπ' αριθμόν ένα απειλή για τις δυτικές κοινωνίες, σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία της Eurostat.

Κατά τη διάρκεια συνέντευξης Τύπου που παραχώρησε χθες ο υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Νικήτας Κακλαμάνης παρουσιάζοντας της έκθεση της Eurostat προέκυψε ότι, το κάπνισμα ευθύνεται για το θάνατο περίπου 3,5 εκατομμυρίων ανθρώπων το χρόνο.

Επιπλέον περίπου 10.000 άνθρωποι χάνουν καθημερινά τη ζωή τους στον πλανήτη εξαιτίας του καπνίσματος. Εκτιμάται πως ένας στους τρεις

#### Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος

Ευρωπαίους είναι συστηματικός καπνιστής ενώ περίπου 500.000 άνθρωποι στην Ευρώπη πεθαίνουν από ασθένειες που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με το κάπνισμα.

Ιδιαίτερα ανησυχητικά είναι και τα στοιχεία που αφορούν τη χώρα μας καθώς σχεδόν οι μισοί και για την ακρίβεια το 45% των ενηλίκων Ελλήνων είναι καπνιστές. Με το θλιβερό αυτό ποσοστό καταλαμβάνουμε την πρώτη θέση στην Ευρώπη ως τα μεγαλύτερα 'φουγάρα'.

Στοιχεία σοκ όμως προκύπτουν και για τα παιδιά και τους εφήβους καπνιστές στην Ελλάδα, καθώς εκτιμάται ότι το 14% των νέων ηλικίας 15 ετών είναι συστηματικοί καπνιστές, το 4% των 11χρονων έχουν δοκιμάσει έστω και μία φορά στη ζωή τους τσιγάρο ενώ πιστεύεται ότι το 42% των παιδιών ηλικίας 15 ετών έχουν καπνίσει έστω και ένα τσιγάρο κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Κατά τη διάρκεια της παρουσίασης των δεδομένων ο υπουργός Υγείας τόνισε πως δεν πιστεύει στην «αστυνομική» πολιτική κατά του καπνίσματος, ή της επιβολής προστίμων καθώς τα μέτρα που ελήφθησαν σχετικά με το κάπνισμα δεν απέδωσαν καρπούς.

Ο κ. Κακλαμάνης είπε ότι θα πρέπει να δοθεί μεγάλη βαρύτητα στην αγωγή υγείας και ανακοίνωσε πως θα συσταθεί ειδική επιτροπή που θα επεξεργαστεί όλο το πλαίσιο του καπνίσματος δηλαδή τις απαγορεύσεις, τη θεραπευτική προσέγγιση προς τους καπνιστές και κυρίως το κομμάτι της πρόληψης.

Οι επιστήμονες που πλαισίωσαν τον υπουργό Υγείας στη συνέντευξη Τύπου περιέγραψαν για μία ακόμη φορά με μελανά χρώματα τις επιπτώσεις του καπνίσματος λέγοντας ότι πολλές μορφές καρκίνου αλλά και το σύνολο σχεδόν των καρδιαγγειακών νοσημάτων όπως το έμφραγμα και το εγκεφαλικό επεισόδιο σχετίζονται άμεσα με την υπερκατανάλωση καπνού.

Ειδικότερα, αναφέρθηκε ότι το κάπνισμα αποτελεί τη βασική αιτία για την πρόκληση εμφράγματος σε νέες γυναίκες, ιδίως μετά την ηλικία των 35 ετών,



Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος  
όταν συνεχίζουν να παίρνουν αντισυλληπτική αγωγή.

Όσον αφορά τους άνδρες ηλικίας από 30 έως 40 ετών τα τελευταία χρόνια παρατηρείται συχνά το φαινόμενο εκδήλωσης εμφράγματος, δίχως προηγούμενα συμπτώματα<sup>13</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### **ν Βλαβερές συνέπειες - Αίτια**

## **2.1. ΒΛΑΒΕΡΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

Συνήθως τα άτομα νεαρής ηλικίας αρχίζουν το κάπνισμα από περιέργεια, για να μιμηθούν τους φίλους τους ή από πλήξη και όρεξη για κάτι καινούργιο. Οι νεαροί ζητούν στις περισσότερες περιπτώσεις την αναγνώριση, από την παρέα μέσω του καπνίσματος. Αντιθέτως της χρήσης ναρκωτικών, δεν υπάρχουν άμεσες παρενέργειες από το κάπνισμα, ωστόσο όμως με το πέρασμα του χρόνου δημιουργείται μια ισχυρή εξάρτηση, η οποία πολλές φορές μετατρέπεται σε άγχος, φοβία και επιθετικότητα απέναντι σε άλλους, όταν περνάει αρκετό χρονικό διάστημα χωρίς κάπνισμα. Σε εκατομμύρια καπνιστές παρατηρούνται τυπικά σημάδια εξάρτησης. Συνήθως το κόψιμο του καπνίσματος, ενώ είναι επιθυμητό από τον ίδιο τον καπνιστή είναι πολύ δύσκολο.

Με κάθε τσιγάρο μεταφέρονται εκατοντάδες βλαβερές ουσίες στον οργανισμό. Το 90% αυτών των βλαβερών ουσιών μένουν στα πνευμόνια ή μεταφέρονται σε άλλα διάφορα όργανα.

Σε σχέση με τους μη καπνιστές, παρατηρούνται στους καπνιστές συχνότερα παθήσεις από καρκίνο, Καρδιοπάθειες, βρογχικό άσθμα, αλλεργικές παθήσεις στο στομάχι κτλ. Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες του καπνίσματος είναι ιδιαίτερα βλαβερές και επικίνδυνες για την υγεία του ανθρώπου.

Από νεότερες έρευνες που έχουν διεξαχθεί, προκύπτει ότι, πέρα από τους καπνιστές και η παθητική καπνιστές εκτίθενται σε κίνδυνο. Ήδη στην Ευρώπη αλλά και πλέον στην Ελλάδα, σε όλους τους δημόσιους χώρους (Δημόσια κτίρια, Μέσα μαζικής μεταφοράς, στα γραφεία και σε πολλούς άλλους εργασιακούς χώρους) απαγορεύεται το κάπνισμα.

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος

Το κάπνισμα όμως επιβαρύνει και την οικονομία του κράτους. Το κόστος που δημιουργείται από τις ασθένειες λόγω του καπνίσματος ή τα εργατικά ατυχήματα καλύπτεται κατά ένα μέρος μόνο από την φορολογία που υποβάλλεται σε κάθε πακέτο.

### Αιτίες για το ξεκίνημα του καπνίσματος

- Αρνητική στάση απέναντι στην σχολική και επαγγελματική πορεία
- Ανάγκη για εκδήλωση της ίδιας ανεξαρτησίας
- Επηρεασμός από την παρέα (Peer-Group)
- Απομάκρυνση από την οικογένεια

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

**▼ Ζημιές που προκαλεί το κάπνισμα**

**▼ Νόσοι καρδιάς – Αγγείων**

### **3.1. ΖΗΜΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

Το κάπνισμα είναι μια συνήθεια την οποία κάθε μέρα όλο και περισσότεροι άνθρωποι πείθονται, ότι είναι επιβλαβής και καταστρεπτική, ιδιαίτερα στις πολιτισμένες κοινωνίες της Δυτικής Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής. Οι επιβλαβείς επιδράσεις του καπνίσματος στην υγεία του καπνιστή, αλλά και των μη καπνιστών που βρίσκονται στον ίδιο κλειστό χώρο με το καπνιστή (παθητικό κάπνισμα), είναι γνωστές από πολλά χρόνια και σήμερα δεν αμφισβητούνται πλέον από κανέναν. Εν τούτοις η στάση του νεοέλληνα απέναντι στο κάπνισμα χαρακτηρίζεται ουσιαστικά από τη τάση να απωθήσει την επίγνωση της επιβλαβούς δράσης του καπνίσματος από το πεδίο της συνείδησης στο υποσυνείδητο.

Ας δούμε όμως αναλυτικά τις επιστημονικά διαπιστωμένες ζημιές που προκαλεί το κάπνισμα στην υγεία του ανθρώπου.

1. Νόσος των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς (στηθάγχη, έμφραγμα μυοκαρδίου)
2. Αποφρακτική αρτηριοπάθεια των κάτω άκρων (διαλείπουσα χωλότητα)
3. Καρκίνος του πνεύμονα (25% των θανάτων από όλους τους καρκίνους)
4. Καρκίνος του λάρυγγα
5. Καρκίνος του οισοφάγου
6. Χρόνια βρογχίτιδα

Το κάπνισμα, παρόλο που δεν αποτελεί άμεση και ουσιώδη αιτία στη πρόκληση των παρακάτω ασθενειών, εν τούτοις, αποτελεί σοβαρό επιβαρυντικό παράγοντα. Οι ασθένειες αυτές είναι:

1. Καρκίνος του παγκρέατος

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος

2. Καρκίνος του στομάχου
3. Καρκίνος του νεφρού
4. Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας
5. Έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου
6. Ουλίτιδα
7. Απώλεια γεύσης και όσφρησης.

**Εδώ ας δούμε και τις επιπτώσεις στους παθητικούς καπνιστές:**

1. Ερεθισμός ματιών
2. Πονοκέφαλος
3. Ερεθισμός ρινικού βλεννογόνου
4. Μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας
5. Επιδείνωση των στηθαγικών ενοχλημάτων
6. Ενδεχομένως σε περιπτώσεις μακροχρόνιας συμβίωσης με καπνιστή, καρκίνο του πνεύμονα.

Τα παιδιά των καπνιστών πάσχουν από βρογχικές λοιμώξεις ή από βρογχικό άσθμα επίσης τείνουν να γίνουν βραχύσωμα και τα βρέφη κινδυνεύουν από ξαφνικό θάνατο. Τα έμβρυα των εγκύων γυναικών, οι οποίες καπνίζουν κατά την εγκυμοσύνη τους, γεννιούνται με μειωμένο σωματικό βάρος, εμφανίζουν διαταραχές στην ανάπτυξη και πολλές φορές πεθαίνουν μέσα στη μήτρα από ασφυξία.

### **3.2. ΝΟΣΟΙ ΚΑΡΔΙΑΣ & ΑΓΓΕΙΩΝ**

#### **Αθηρωμάτωση ή Αρτηριοσκλήρυνση**

##### **Τι προκαλεί την αθηρωμάτωση**

Για να προκληθεί αθηρωμάτωση θα πρέπει να δράσουν πολλοί παράγοντες οι οποίοι απ' ό,τι τουλάχιστον δείχνει η μεγάλη συχνότητα της αθηρωμάτωσης φαίνεται ότι συνυπάρχουν αρκετά συχνά. Μετά από πολύχρονες και εκτεταμένες μελέτες έχουν επισημανθεί οι κυριότεροι παράγοντες που ευθύνονται για την ανάπτυξη της αθηρωμάτωσης. Το ευτύχημα είναι ότι οι περισσότεροι αν όχι όλοι αυτοί οι παράγοντες μπορούν να εξαλειφθούν με την ατομική μας προσωπική παρέμβαση και έτσι αν το άτομο θελήσει μπορεί να μηδενίσει ή να ελαχιστοποιήσει τους κινδύνους αυτούς κάτι που μεταφράζεται με την μείωση ή την εξάλειψη του κινδύνου εμφάνισης εμφράγματος ή εγκεφαλικού ή επεισοδίου. Οι καταστάσεις ή οι παράγοντες που οδηγούν στην πρόκληση αθηρωμάτωσης είναι:

1. Τροφικές διαταραχές
2. Αρτηριακή υπέρταση
3. Κληρονομικότητα
4. Κάπνισμα
5. Καθιστική ζωή
6. Συγκινησιακές υπερεντάσεις



1. Στις τροφικές διαταραχές περιλαμβάνεται η αύξηση της χοληστερίνης και των λιπιδίων του αίματος, η αύξηση του σακχάρου (σακχαρώδης διαβήτης), η αύξηση του ουρικού οξέος καθώς και η παχυσαρκία. Σήμερα δεν υπάρχει καμία αμφιβολία για τον δολοφονικό ρόλο που παίζουν στην υγεία μας η αύξηση της χοληστερίνης, του σακχάρου και του ουρικού οξέος στο αίμα μας. Η συσχέτισή τους με την αθηρωμάτωση έχει τεκμηριωθεί και θεωρείται αποδεδειγμένη.
2. Η αυξημένη αρτηριακή πίεση αποτελεί επίσης ένα σημαντικό προδιαθεσικό επιβαρυντικό παράγοντα. Τόση η συστολική (η μεγάλη) όσο και η διαστολική (μικρή) υπέρταση συνδέονται άμεσα με την αθηρογένεση και την πρόκληση καρδιακών και εγκεφαλικών επεισοδίων. Για να αντιληφθεί κανείς την σημασία που έχει η αυξημένη πίεση στην πρόκληση καρδιοεγκεφαλικών επεισοδίων αρκεί να αναφέρουμε ότι την τελευταία δεκαετία παρατηρήθηκε μία μείωση των εγκεφαλικών επεισοδίων κατά 5% και αυτό οφείλεται στην σωστότερη και συστηματικότερη αντιμετώπιση των υπερτασικών ασθενών. Εδώ θα πρέπει να τονίσουμε ότι όσο μεγαλύτερη του φυσιολογικού είναι η πίεση τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος εμφάνισης ενός αγγειακού επεισοδίου.
3. Η κληρονομικότητα παίζει σπουδαίο ρόλο στην πρόκληση αθηρωμάτωσης. Εκτός από ορισμένες μορφές λιπιδικών ασθενειών που μεταβιβάζονται γενετικά είναι γνωστό από πολύ παλιά ότι αν ένας από τους γονείς πέθανε από καρδιακό ή εγκεφαλικό επεισόδιο τότε ο κίνδυνος εμφάνισης της ίδιας πάθησης στα παιδιά είναι αυξημένος και αυξάνεται δε ακόμη περισσότερο αν και οι δύο γονείς έπασχαν ή πάσχουν από αθηρωμάτωση.
4. Το κάπνισμα. Δεν υπάρχει μεγαλύτερη αλήθεια από αυτό που έχει λεχθεί για το κάπνισμα ότι δηλ. το τσιγάρο είναι η βάρκα που χρησιμοποιεί ο χάρος για την μεταφορά του καπνιστή από την ζωή στο θάνατο. Η τεχνολογική εξέλιξη

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος οδήγησε και τον Χάροντα σε τροποποίηση των συνθηκών μεταφοράς των ανθρώπων από τον άνω στον κάτω κόσμο. Έτσι κάνοντας κάποιος μακάβριο χιούμορ λέγει ότι η τρομακτική αύξηση των τροχαίων ατυχημάτων οδήγησε σε υπεραπασχόληση του χάροντα ο οποίος για να τους προλαβαίνει όλους διάλεξε το τσιγάρο και χάρισε τον αργό θάνατο στους μισούς ανθρώπους του πλανήτη μας.

Εκτός της αποδεδειγμένης και αναμφισβήτητης καρκινογόνου δράσεως του τσιγάρου αυτό δρα καταστροφικά και στα αγγεία. Είναι τέτοια η επιβάρυνση του καρδιαγγειακού συστήματος από το τσιγάρο που πλέον θεωρείται σίγουρο ότι αυξάνει την θνησιμότητα του καπνιστού κατά 30 έως 80%. Η θνησιμότητα των καπνιστών είναι ανάλογη με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζονται ημερησίως, την ηλικία ενάρξεως του καπνίσματος καθώς και το βάθος εισπνοής του καπνού. Η τρομακτική αύξηση της συχνότητας των καρδιακών και εγκεφαλικών επεισοδίων συμπίπτει με την εξάπλωση της συνήθειας του καπνίσματος ενώ τρανή απόδειξη της στενής σχέσης καπνίσματος και θνησιμότητας δίνει και το ακόλουθο γεγονός. Στους Άγγλους γιατρούς μετά μία έντονη αντικαπνιστική εκστρατεία κατά το διάστημα 1965-1966 ο αριθμός των καπνιστών μειώθηκε από 51% σε 21%. Στο ίδιο διάστημα παρατηρήθηκε μια δραματική μείωση της υπερθνησιμότητος που προκαλούσε το κάπνισμα. Την ενοχή γενικά του τσιγάρου αποδεικνύουν μυριάδες μελέτες και εργασίες που γεμίζουν ογκώδεις τόμους της ιατρικής βιβλιογραφίας. Αποτέλεσμα της επιστημονικά τεκμηριωμένης βιβλιογραφίας και των απτών αποδείξεων ήταν και οι αντικαπνιστικές εκστρατείες που ανέλαβαν πολλές χώρες που σέβονται τους πολίτες τους και δεν σκέπτονται με στενά και βραχυχρόνια καυτά οικονομικά κίνητρα. Το δυστύχημα είναι ότι το τσιγάρο δρα ύπουλα και αργά δεν προκαλεί άμεσα συμπτώματα για να θορυβήσουν τον καπνιστή γι' αυτό και συνειδητοποιεί τον κίνδυνο και τις φοβερές καταστροφικές του συνέπειες μόνο

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος  
όταν υποστεί κάποιο επεισόδιο. Και τότε συμβαίνει το παράξενο η πλειονότητα  
των ατόμων που υπέστη κάποιο καρδιακό ή εγκεφαλικό κόβει το κάπνισμα  
μόνο που η απόφαση αυτή πλέον παίρνεται πολύ αργά<sup>14</sup>.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

**✓ Κάπνισμα και εγκυμοσύνη**

**✓ Αύξηση στα 2 χρόνια της ζωής και κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη**

**✓ Αποκρυπτογραφείται η σχέση καπνίσματος – αιφνίδιου βρεφικού θανάτου**

#### **4.1. ΚΑΠΝΙΣΜΑ & ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ**

Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θεωρείται ότι ευθύνεται για το 20-30% των παιδιών που γεννιούνται με χαμηλό βάρος, για το 14% των πρόωρων τοκετών και το 10% των νεογνικών θανάτων. Επίσης, σχετίζεται με την ανάπτυξη άσθματος στα νεογνά και στα μικρά παιδιά.

Μεγάλη όμως προσοχή, τονίζει, χρειάζεται και το παθητικό κάπνισμα. Οι γυναίκες που βρίσκονται σε χώρους καπνιστών για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να δημιουργήσουν πρόβλημα στο νεογνό. Ορισμένες μάλιστα ουσίες μπορεί να περάσουν στο γάλα της μητέρας και να μεταδοθούν στο παιδί με το θηλασμό.

Η μείωση της συχνότητας του καπνίσματος, δηλαδή αν η γυναίκα καπνίζει λιγότερα τσιγάρα ή αν μειώσει την περιεκτικότητα της νικοτίνης του τσιγάρου, καπνίζοντας πιο ελαφριά τσιγάρα δεν ωφελεί πάντα το παιδί. Ειδικά αν η γυναίκα εισπνέει πιο βαθιά ή αν κάνει περισσότερες εισπνοές θα πάρει την ίδια ποσότητα νικοτίνης με πριν, σημειώνει ο κ. Γκικόντες.

Τα δηλητήρια του τσιγάρου περνούν μέσω του πλακούντα στο παιδί και εμποδίζουν το έμβρυο να πάρει τις απαραίτητες ουσίες και το οξυγόνο που χρειάζεται για να αναπτυχθεί σωστά. Έτσι, κινδυνεύει να γεννηθεί με μικρό βάρος.

Τα παιδιά των καπνιστριών αργότερα έχουν προδιάθεση για αναπνευστικά προβλήματα. Τα μωρά έχουν μικρούς πνεύμονες και αεροφόρους οδούς και μπορεί εύκολα να γεμίσουν από αέρα που περιέχει καπνό. Αυτός δυσκολεύει το παιδί να αναπνεύσει. Γενικά, τα παιδιά των καπνιστριών παρουσιάζουν εύκολα

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος  
βήχα, ωτίτιδες και κρυολογούν πιο εύκολα.

Επίσης, μελέτες έχουν δείξει ότι έχουν πιθανότητα να μην είναι γρήγορα στην εκμάθηση, να έχουν μικρότερο ύψος, ενώ έχουν περισσότερες πιθανότητες να καπνίσουν όταν μεγαλώσουν, αφού έχουν δοκιμάσει νικοτίνη από την εμβρυϊκή τους ηλικία<sup>15</sup>!

#### **4.2. ΑΥΞΗΣΗ ΣΤΑ ΔΥΟ ΠΡΩΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ**

Σκοπός- Είναι γνωστό ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης προκαλεί ενδομήτρια καθυστέρηση της αύξησης. Προγενέστερη μελέτη της ομάδας μας έδειξε ότι έμβρυα μητέρων, που κάπνιζαν κατά την εγκυμοσύνη παρουσιάζουν ιστική υποξία, εύρημα το οποίο θα μπορούσε να συνδέεται με καθυστέρηση της αύξησης. Επίσης έχει βρεθεί ότι η α-εμβρυϊκή πρωτεΐνη είναι αυξημένη στο αίμα του ομφαλίου λώρου των νεογνών, των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν στην εγκυμοσύνη, όπως επίσης η ύπαρξη σημαντικής αρνητικής συσχέτισης μεταξύ της εμβρυϊκής ανάπτυξης και αυτής της σημαντικής πρωτεΐνης, για την πρόιμη εμβρυϊκή ζωή. Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη της αύξησης παιδιών των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η σύγκριση των παιδιών αυτών με εκείνα μητέρων, οι οποίες δεν ήσαν καπνίστριες. Επίσης οι παράμετροι της αύξησης που μελετήθηκαν συσχετίστηκαν με τον αριθμό των τσιγάρων, που κάπνιζε η έγκυος ημερησίως.

Υλικό και μέθοδος- Μετρήθηκαν το βάρος, το μήκος και η περίμετρος κεφαλής 256 νεογνών (128 άρρενα) καπνιστριών μητέρων και 256 νεογνών (128 άρρενα) μη καπνιστριών μητέρων. Τα νεογνά της μελέτης είχαν διαυγές

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος  
αμνιακό υγρό, δείκτη βαθμολόγησης Apgar μεγαλύτερο ή ίσο του 7 στο πρώτο και πέμπτο λεπτό, ενώ δεν υπήρχαν σημεία εμβρυϊκής δυσχέρειας. Ο μέσος δείκτης βαθμολόγησης Apgar των νεογνών των καπνιστριών μητέρων ήταν 8,8 (0,6), και των μη καπνιστριών ήταν 8,9 (0,5). Τα νεογνά ήταν υγιή στη διάρκεια των πρώτων 3 ημερών της ζωής και δεν είχαν συγγενείς ανωμαλίες. Οι μητέρες των νεογνών δεν έπασχαν από προεκλαμψία, διαβήτη ή υπέρταση. Η μέση ηλικία ( $\pm$ ΣΑ) των καπνιστριών και μη καπνιστριών μητέρων ήταν 27,3 (6,3) χρόνια και 28,8 (5,5) χρόνια, αντίστοιχα.

Οι μητέρες ερωτήθηκαν εάν κάπνιζαν στην εγκυμοσύνη, και εφόσον ήταν καπνίστριες, τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν ημερησίως. Τα παιδιά επανεξετάστηκαν στην ηλικία του ενός και των δύο ετών. Οι σωματομετρικές παράμετροι συσχετίστηκαν με τον αριθμό των τσιγάρων που κατανάλωνε η έγκυος ημερησίως, και με τις συγκεντρώσεις της  $\alpha$ -εμβρυϊκής πρωτεΐνης και ερυθροποιητίνης στο αίμα του ομφαλίου λώρου.

Αποτελέσματα- ANOVA μίας κατεύθυνσης του βάρους, μήκους και της περιμέτρου κεφαλής των νεογνών των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν 0, 1-9, 10-19 και 20 ή περισσότερα τσιγάρα ημερησίως έδειξε ότι τα νεογνά των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν 1-9 τσιγάρα/ημέρα είχαν παρόμοιες σωματομετρικές παραμέτρους με εκείνες των μαρτύρων. Στα νεογνά των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν 10-19 και  $\geq 20$  τσιγάρα/ημέρα η αύξηση του βάρους, του μήκους και της περιμέτρου κεφαλής υπολειπόταν σημαντικά. Στην ηλικία των 2 ετών, το μήκος των παιδιών των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν  $\geq 20$ , 10-19 και 1-9 τσιγάρα ήταν σημαντικά μικρότερο εκείνου των μαρτύρων ( $p=0,00001$ ,  $0,0003$ , και  $0,002$ , αντίστοιχα). Επίσης, η περίμετρος κεφαλής των παιδιών των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν  $\geq 20$  τσιγάρα ήταν σημαντικά μικρότερη εκείνης των άλλων ομάδων.

Στα νεογνά των καπνιστριών μητέρων υπήρχε σημαντική θετική συσχέτιση

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος μεταξύ των συγκεντρώσεων της α-εμβρυϊκής πρωτεΐνης στο αίμα του ομφαλίου λώρου και του αριθμού των τσιγάρων που κατανάλωνε η έγκυος ημερησίως ( $r=-0,332$ ,  $p<0,001$ ). Στα ίδια νεογνά υπήρχε αρνητική συσχέτιση μεταξύ των συγκεντρώσεων της α-εμβρυϊκής πρωτεΐνης αφενός και του βάρους ή του μήκους αφετέρου ( $r=-0,272$ ,  $p<0,001$  και  $r=-0,132$ ,  $p<0,05$ , αντίστοιχα).

Στα νεογνά των καπνιστριών μητέρων υπήρχε σημαντική θετική συσχέτιση, μεταξύ των συγκεντρώσεων της ερυθροποιητίνης του ομφαλίου λώρου και του αριθμού των καταναλωθέντων τσιγάρων ( $r=0,196$ ,  $p<0,05$ ). Όμως, τόσο στα παιδιά των καπνιστριών όσο και των μη καπνιστριών μητέρων, δεν υπήρχε συσχέτιση των συγκεντρώσεων της ερυθροποιητίνης του ομφαλίου λώρου με το βάρος, το μήκος ή την περίμετρο κεφαλής στη γέννηση, στον ένα χρόνο και στα δύο χρόνια ζωής. Για να διερευνηθεί εάν η εξωμήτρια υπολειπόμενη ανάπτυξη συσχετίζεται ανεξάρτητα με το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη, χρησιμοποιήσαμε ανάλυση βηματικής πολυπαραγοντικής παλινδρόμησης με το βάρος, το μήκος και την περίμετρο κεφαλής στην ηλικία των δύο ετών, ως εξαρτώμενες μεταβλητές. Η διατροφή (μητρικός θηλασμός/τεχνητή διατροφή), οι συγκεντρώσεις της α-εμβρυϊκής πρωτεΐνης και ερυθροποιητίνης του ομφαλίου λώρου, το κάπνισμα της εγκύου, το παθητικό κάπνισμα, ο δείκτης μάζας σώματος της μητέρας στον τοκετό, η μεταβολή του δείκτη μάζας σώματος της μητέρας μεταξύ τοκετού και αρχής της εγκυμοσύνης, η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας ήταν οι ανεξάρτητες μεταβλητές. Από όλες τις παραμέτρους που μελετήθηκαν, το βάρος, το μήκος και η περίμετρος κεφαλής ήταν ανεξάρτητοι και σημαντικά συσχετιζόμενοι παράγοντες μόνο με το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη.

Συζήτηση- Λαμβάνοντας υπόψιν την ευρεθείσα στην ηλικία των δύο ετών : (1) απουσία συσχέτισης μεταξύ μήκους και αριθμού καταναλωθέντων τσιγάρων, (2) το σημαντικά μικρότερο μήκος στις ομάδες των παιδιών, των



Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος  
οποίων οι μητέρες κάπνιζαν 1-9, 10-19 και  $\geq 20$  τσιγάρα, σε σχέση με τους  
μάρτυρες, και (3) την απουσία σημαντικής διαφοράς ως προς το μήκος μεταξύ  
των τριών ομάδων των παιδιών των καπνιστριών μητέρων, παρότι το μέσο  
μήκος μειωνόταν με την αύξηση του αριθμού των τσιγάρων, φαίνεται ότι η  
ενδομήτρια έκθεση, ακόμα και σε μικρά ποσά καπνού, επηρεάζει το μήκος μετά  
τη γέννηση. Μεγαλύτερες δόσεις προκαλούν αναλογικά μικρότερη ελάττωση  
στην αύξησή του. Φαίνεται ότι το κάπνισμα έχει παρόμοια επίδραση στην  
αύξηση της κεφαλής, όμως συμβαίνει σημαντική επιβράδυνση στο ρυθμό  
αύξησής της μόνο στα παιδιά των οποίων οι μητέρες κατανάλωναν  $\geq 20$  τσιγάρα  
ημερησίως.

Συμπεράσματα- Η ενδομήτρια καθυστέρηση της αύξησης των παιδιών των  
καπνιστριών μητέρων είναι δόσοεξαρτώμενη, με δεδομένο ότι ο αριθμός των  
καταναλωθέντων τσιγάρων υπερβαίνει τα 10 ημερησίως.

Στην ηλικία των δύο ετών, παρατηρείται καθυστέρηση στην αύξηση, η οποία  
είναι ανεξάρτητη της ημερήσιας κατανάλωσης τσιγάρων, παρότι αυξανόμενες  
δόσεις καπνού οδηγούν σε περαιτέρω μικρή κλιμάκωση της επιβράδυνσης στην  
αύξηση, η οποία είναι εμφανής ιδιαίτερα όσον αφορά το μήκος σώματος.

Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι υπάρχει ουδός, στο ποσό του καπνού του  
τσιγάρου πέραν του οποίου εμφανίζεται ενδομήτρια καθυστέρηση της αύξησης.  
Στην ηλικία των 2 ετών, στα παιδιά των καπνιστριών μητέρων παρατηρείται  
καθυστέρηση της εξωμήτριας αύξησης, η οποία συσχετίζεται ανεξάρτητα με το  
κάπνισμα στην εγκυμοσύνη.

#### **4.3. ΑΠΟΚΡΥΠΤΟΓΡΑΦΕΙΤΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ- ΑΙΦΝΙΔΙΟΥ ΒΡΕΦΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ**

Σύμφωνα με τα στοιχεία της μελέτης, της ερευνητικής ομάδας του Βασιλικού Νοσοκομείου Παιδών της Αυστραλίας, η έκθεση του παιδιού στον καπνό κατά τη διάρκεια της εμβρυϊκής περιόδου καθιστά δυσκολότερη, σε μεταγενέστερο στάδιο, την αφύπνιση του παιδιού.

Όπως υποστηρίζει η Δρ. Αν Τσανγκ, ο καπνός ελαττώνει τα επίπεδα οξυγόνου στον εγκέφαλο του εμβρύου, οδηγώντας έτσι σε νοητική καθυστέρηση και, κατά συνέπεια, σε πιο αργές αντιδράσεις. Οι εν λόγω παράγοντες ενδέχεται, επομένως, να πυροδοτήσουν το σύνδρομο που προκαλεί το θάνατο σε πλήθος βρεφών ανά τον κόσμο.

Στο πλαίσιο της μελέτης οι επιστήμονες υπέβαλαν σε παρακολούθηση 20 βρέφη, ηλικίας από 8 έως 12 εβδομάδων, με στόχο να διερευνήσουν πόσο εύκολα ή πόσο δύσκολα κοιμούνται και ξυπνούν. Οι μητέρες των μισών νεογνών κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ οι υπόλοιπες απείχαν της βλαβερής συνήθειας.

Καθένα από τα μωρά υποβλήθηκε σε μια ειδική δοκιμασία, η οποία καταμετρούσε τον τρόπο αντίδρασης του οργανισμού τους σε έναν ξαφνικό θόρυβο κατά τη διάρκεια του ύπνου.

"Υπό κανονικές συνθήκες", εξηγεί η Δρ.Τσανγκ, "όταν επιχειρείται απότομη αφύπνιση, πυροδοτούνται κάποιοι φυσιολογικοί μηχανισμοί, οι οποίοι αποτρέπουν την αντανακλαστική απόφραξη των αεροφόρων οδών, ώστε το άτομο να μην οδηγηθεί στο θάνατο.

Στην περίπτωση των βρεφών της έρευνας δεν παρατηρήθηκε κάποια

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος

ιδιαίτερη διαφορά όσον αφορά την αφύπνιση έπειτα από βαθύ ύπνο, ωστόσο πέντε από τα βρέφη που είχαν γεννηθεί από καπνίστριες μητέρες δεν άνοιξαν αμέσως τα μάτια τους, ούτε κινήθηκαν όταν ο εσκεμμένος θόρυβος πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια του ελαφρού ύπνου. Αυτό μας οδηγεί στη διαπίστωση ότι πιθανότατα υπάρχει κάποια σύνδεση μεταξύ του καπνίσματος και του συνδρόμου αιφνίδιου βρεφικού θανάτου"<sup>16</sup>.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

- ✓ Παθητικό κάπνισμα
- ✓ Το παθητικό κάπνισμα και ο κίνδυνος εκδήλωσης καρδιακού επεισοδίου
- ✓ Καρκινογόνο το παθητικό κάπνισμα σύμφωνα με στοιχεία της Π.Ο.Υ
- ✓ Ποια είναι τα οφέλη της διακοπής του καπνίσματος

### **5.1. ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

Ο καπνός τσιγάρου του περιβάλλοντος αποτελεί πλέον σημαντικό και απόλυτα αναγνωρισμένο ρύπο των εσωτερικών χώρων. Υπολογίζεται ότι η έκθεση ενός μη-καπνιστή που συμβιώνει με καπνιστή, είναι ισοδύναμη περίπου με το 1% της έκθεσης ενεργητικού καπνιστή 20 τσιγάρων την ημέρα (βασιζόμενη στα επίπεδα στο πλάσμα της κοτινίνης, του κύριου μεταβολίτη της νικοτίνης). Οι σύμβουλοι των καπνοβιομηχανιών έχουν επανειλημμένα υποστηρίξει ότι τα επίπεδα αυτής της έκθεσης είναι πολύ χαμηλά για να αποτελούν παράγοντα κινδύνου. Ωστόσο, ο βαθμός της έκθεσης στις πάνω από 4.000 βλαπτικές ουσίες που περιέχονται στον καπνό του τσιγάρου διαφέρει μεταξύ παθητικών και ενεργών καπνιστών διότι είναι διαφορετική η σύνθεση μεταξύ του εισπνεόμενου από τον αναδυόμενο καπνό του τσιγάρου. Ως αποτέλεσμα, οι αρνητικές επιδράσεις στην υγεία από τον καπνό του τσιγάρου καπνού του περιβάλλοντος, είναι δυσανάλογα υψηλές σε σχέση με την έκθεση και είναι πλέον σαφώς αναγνωρισμένες<sup>17</sup>.

Η αναφορά στο ρόλο του παθητικού καπνίσματος στη στρατηγική αντιμετώπισης διακοπής του καπνίσματος, είναι σημαντικοί διότι παρέχει σημαντικό κίνητρο, ιδιαίτερα στους καπνιστές γονείς καθώς και αίσθημα ανταμοιβής μετά την επιτυχή διακοπή, που πηγάζει από τα οφέλη που θα έχουν τα παιδιά από την απομάκρυνση του βλαπτικού παράγοντα από το περιβάλλον τους.

Η αυξημένη νοσηρότητα παιδιών καπνιστών γονέων αναγνωρίζεται ομόφωνα στη βιβλιογραφία. Το παθητικό κάπνισμα των γονέων, και κυρίως της μητέρας, ενοχοποιείται για αυξημένη συχνότητα λοιμώξεων κατώτερου αναπνευστικού, όπως βρογχίτιδα, βρογχιολίτιδα και πνευμονία, στα παιδιά προσχολικής ηλικίας καθώς επίσης και για συχνές εισαγωγές στο νοσοκομείο.

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος

Επιπρόσθετα, παιδιά προσχολικής ηλικίας με γονείς καπνιστές, εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα συμπτωμάτων από το αναπνευστικό όπως συριγμό, βήχα, αυξημένη απόχρεμψη, δύσπνοια καθώς και αύξηση της βρογχικής υπεραντιδραστικότητας<sup>18</sup>.

Όσον αφορά την πρόκληση βρογχικού άσθματος στα παιδιά, ως αιτιολογικός παράγοντας το παθητικό κάπνισμα φαίνεται να ενέχεται περισσότερο στην πρώιμη εμφάνιση «συρίττουσας βρογχίτιδας» παρά άσθματος στην παιδική ηλικία. Η επίδραση του όμως στη φυσική ιστορία και πρόγνωση του παιδικού βρογχικού άσθματος είναι σημαντική. Ασθματικά παιδιά με γονείς καπνιστές εμφανίζουν περισσότερα συμπτώματα, συχνούς παροξυσμούς, συχνές νοσηλείες καθώς και απειλητικούς για τη ζωή παροξυσμούς. Έχει βρεθεί επίσης μικρή αλλά στατιστικά σημαντική επίδραση στην ανάπτυξη του πνεύμονα, όπως αυτή εκφράζεται από σπυρομετρικούς δείκτες, όπως ο FEV<sub>1</sub>, Η FVC και η MEER σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Η βλαπτική αυτή επίδραση φαίνεται να είναι αποτέλεσμα κυρίως της έκθεσης του εμβρύου στον καπνό του τσιγάρου της μητέρας στη διάρκεια της κύησης.

Η νοσηρότητα των παιδιών που εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα των γονέων αυξάνεται από τη συχνότερη προσβολή αυτών από νοσήματα του μέσου ωτός, όπως οξεία μέδη ωτίτιδα, υποτροπιάζουσα μέση ωτίτιδα και εξιδρωματικές συλλοδές μέσου ωτός. Ειδικότερα, βρέφη με χαμηλό βάρος γέννησης έχουν υψηλό κίνδυνο προσβολής από υποτροπιάζουσα μέση ωτίτιδα, στο πρώτο έτος της ζωής τους όταν η μητέρα είναι βαριά καπνίστρια<sup>19</sup>.

## **5.2. ΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ**

Εκτός όμως από το ενεργητικό κάπνισμα, το παθητικό κάπνισμα, δηλαδή η έκθεση μη καπνιστών σε καπνό του περιβάλλοντος, έχει όλες τις οξείες και χρόνιες βλαβερές ιδιότητες του ενεργητικού καπνίσματος. Διάφοροι ερευνητές, κατά το παρελθόν, έχουν δείξει ότι η έκθεση σε καπνό τσιγάρου του περιβάλλοντος του σπιτιού ή της εργασίας, από μη καπνιστές, σχετίζεται μέχρι και με 2πλασιασμό του κινδύνου εκδήλωσης καρδιακού επεισοδίου. Η σχέση αυτή, όμως, παραμένει υπό έντονη αμφισβήτηση μέχρι και τα τελευταία χρόνια.

Το 2000 η Καρδιολογική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών διοργάνωσε μια Πανελλαδική επιδημιολογική μελέτη αποτελούμενη από 900 περίπου ασθενείς που μόλις είχαν υποστεί οξύ καρδιακό επεισόδιο και από 1000 περίπου «υγιείς» άντρες και γυναίκες από ολόκληρη τη χώρα (CARDIO 2000), με σκοπό τη διερεύνηση διαφόρων παραγόντων που επιπολάζουν στον πληθυσμό και πιθανόν να σχετίζονται με τον κίνδυνο πρώτης εκδήλωσης καρδιακών επεισοδίων. Η ανάλυση των στοιχείων έδειξε ότι το 33% των ασθενών και το 20% του υγιούς πληθυσμού της μελέτης είχαν εκτεθεί σε καπνό περιβάλλοντος. Η έκθεση βρέθηκε να είναι 57% σε δημόσιους χώρους (εστιατόρια, λεωφορεία, ταξί), 76% στην δουλειά και 97% στο σπίτι! Η έκθεση μη καπνιστών σε καπνό τσιγάρου φαίνεται να αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα εκδήλωσης στεφανιαίου επεισοδίου. Ειδικότερα, 20 από τα 120 άτομα που εκτείθονται σε παθητικό κάπνισμα εκδήλωσαν οξύ καρδιακό επεισόδιο λόγω αυτής της έκθεσης. Επιπλέον μη καπνίστριες γυναίκες που εισπνέουν τον καπνό τσιγάρου του συντρόφου τους εμφανίζουν 2πλάσιο

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος  
κίνδυνο για την εμφάνιση καρδιακού επεισοδίου από ότι γυναίκες που δεν εκτείθονται σε παθητικό κάπνισμα. Όπως είναι αναμενόμενο ο κίνδυνος αυξάνει περισσότερο αν συνυπάρχουν και άλλοι προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου. Τέλος, αξιοσημείωτο είναι ότι ακόμα και μικρή έκθεση (λιγότερο από 3 φορές την εβδομάδα) σε καπνό τσιγάρου σχετίζεται με στατιστικά σημαντική αύξηση του κινδύνου εκδήλωσης καρδιακού επεισοδίου, όπως έδειξε η μελέτη CARDIO 2000.

Παρόμοια αποτελέσματα έχουν αναφερθεί και από άλλες μελέτες που έχουν διεξαχθεί στις Η.Π.Α. και την Ευρώπη. Παρόλα αυτά η επίδραση που έχει ο καπνός του περιβάλλοντος στην ανθρώπινη υγεία και ειδικότερα στις καρδιακές παθήσεις δεν έχει ιδιαίτερα αξιολογηθεί από τους αρμόδιους φορείς. Αν ληφθεί υπόψη ότι η συχνότητα του καπνίσματος είναι ιδιαίτερα αυξημένη στους Μεσογειακούς λαούς και ειδικότερα στην Ελλάδα, και καθώς αυτό έχει επίπτωση στη Δημόσια Υγεία, ο ρόλος της Πολιτείας και των αρμόδιων φορέων είναι ιδιαίτερα σημαντικός για τον περιορισμό του προβλήματος με μέτρα τήρησης της απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους και ενημέρωσης του κοινού<sup>20</sup>.





### **5.3. ΚΑΡΚΙΝΟΓΟΝΟ ΚΑΙ ΤΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΕΠΙΣΗΜΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ Π.Ο.Υ.**



Συμπέρασμα ότι το παθητικό κάπνισμα ευθύνεται για διάφορους τύπους καρκίνου κατέληξε και επισήμως διεθνής ομάδα επιστημόνων που μελέτησε όλα τα διαθέσιμα στοιχεία για λογαριασμό της Διεθνούς Υπηρεσίας Έρευνας για τον Καρκίνο (IARC), η οποία αποτελεί τμήμα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.).

Κατά τα διάρκεια της πενθήμερης συνάντησης που έλαβε χώρα στη Λυών της Γαλλίας, 29 ειδικοί από 12 χώρες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι παθητικοί καπνιστές αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο να προσβληθούν από καρκίνο του ήπατος, των νεφρών, του αυχένα, της μήτρας και από μυελογενή λευχαιμία.

Μιλώντας στο BBC ο επικεφαλής της συνάντησης, Δρ Κουρτ Στράιφ, τόνισε ότι είναι η πρώτη φορά που εξετάστηκαν συνολικά στοιχεία από 50 μελέτες, στο πλαίσιο των οποίων διερευνήθηκε η σχέση ανάμεσα στο παθητικό

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος  
κάπνισμα και τον καρκίνο. "Οι παθητικοί καπνιστές είναι εκτεθειμένοι στους ίδιους καρκινογόνους παράγοντες με τους ενεργούς καπνιστές" πρόσθεσε. Επισήμανε ακόμη ότι και τα συνήθη επίπεδα παθητικής έκθεσης προκαλούν καρκίνο των πνευμόνων σε ανθρώπους που δεν έχουν καπνίσει ποτέ.

Ο Δρ Ρίτσαρντ Ντολ που συμμετείχε στην ομάδα πιστεύει ότι το νέο αυτό πόρισμα θα επηρεάσει καθοριστικά την πολιτική υγείας όλων των χωρών και θα ωθήσει στη λήψη αυστηρότερων μέτρων για την απαγόρευση του καπνίσματος στον εργασιακό και σε άλλους δημόσιους χώρους<sup>21</sup>.

#### **5.4. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

Ένα χρόνο μετά τη διακοπή του καπνίσματος: Η κυκλοφορία του αίματος βελτιώνεται, το περπάτημα γίνεται πιο εύκολο, η πνευμονική λειτουργία εμφανίζει αξιοσημείωτη βελτίωση. Επίσης, ο βήχας αρχίζει να ελαττώνεται και αυξάνονται οι αντοχές στην άσκηση. Ο κίνδυνος καρδιακής προσβολής ελαττώνεται στο ήμισυ, ενώ πέντε με δεκαπέντε χρόνια μετά ο κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου είναι ίδιος με αυτόν που αντιμετωπίζουν άτομα που δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Επιπλέον, περιορίζεται και ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου, ενώ η πιθανότητα εμφάνισης πεπτικού έλκους απομακρύνεται αισθητά. Τέλος, δεκαπέντε χρόνια μετά τη διακοπή του καπνίσματος, ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου είναι παρόμοιος με των μη καπνιστών, καθώς και το προσδόκιμο επιβίωσης

### **Μην ξεχνάτε:**

- Τα τσιγάρα, τα πούρα και γενικά ο καπνός με οποιονδήποτε τρόπο και αν εισέρχεται στον οργανισμό προκαλούν εθισμό.
- Η νικοτίνη στενεύει τα αγγεία σας και επιβαρύνει πολύ την καρδιακή λειτουργία.
- Το κάπνισμα καταστρέφει τους πνεύμονες και ελαττώνει την ικανότητά σας να αθλείστε.
- Το κάπνισμα σας κάνει να φαίνεστε μεγαλύτεροι από την ηλικία σας επιταχύνοντας το γήρας.
- Το κάπνισμα προκαλεί καρκίνο των πνευμόνων και πολλών άλλων οργάνων.

Υπάρχουν διάφορα μέσα που υπόσχονται να βοηθήσουν τους καπνιστές να ξεφύγουν από την έξη της νικοτίνης. Κυκλοφορούν στο εμπόριο αυτοκόλλητα σταδιακής αποδέσμευσης νικοτίνης, καθώς και τσίχλες νικοτίνης, ρινικά σπρέι και εισπνεόμενα σκευάσματα ή ακόμη και χάπια νικοτίνης. Ορισμένα από αυτά διατίθενται ελεύθερα στα φαρμακεία και άλλα χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή και βοηθούν τους καπνιστές να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου που προξενεί η έλλειψη νικοτίνης.

Παρ' όλα αυτά, το μεγάλο όπλο στη μάχη κατά του τσιγάρου είναι η κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου που επιθυμεί να διακόψει το κάπνισμα και κυρίως η θέληση του ίδιου που πρέπει να πηγάζει από την απόλυτη συνειδητοποίηση του γεγονότος ότι το τσιγάρο σκοτώνει<sup>22</sup>!

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος



**ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ!**

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος



ΠΝΕΥΜΟΝΑΣ ΚΑΠΝΙΣΤΗ ΚΑΙ ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΗ

## 6.1. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί σημαντικό βήμα προς την κατεύθυνση της ουσιαστικής μείωσης των κινδύνων που διατρέχει η υγεία των καπνιστών και κατ' επέκταση προς την βελτίωση της παγκόσμιας υγείας. Έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα συσχετίζεται με 25 περίπου απειλητικές για τη ζωή ασθένειες. Πολλές εξ αυτών μπορούν να προληφθούν, να μετριασθεί η σοβαρότητά τους ή να επιβραδυνθεί η εξέλιξή τους με τη διακοπή του καπνίσματος. Καθώς ο μέσος όρος ζωής αυξήθηκε, η νοσηρότητα και θνησιμότητα των χρόνιων νοσημάτων αναμένεται να αυξηθεί ακόμα περισσότερο. Η αναμενόμενη λοιπόν αύξηση της συχνότητας των νοσημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα, μπορεί να μετριασθεί με εντατικές προσπάθειες, που αποσκοπούν στη διακοπή του καπνίσματος. Μελέτες έχουν δείξει ότι το 75%-80% των καπνιστών επιθυμεί να διακόψει το κάπνισμα, ενώ το ένα τρίτο εξ αυτών έχει καταβάλει 3 τουλάχιστο σοβαρές προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος. Εάν ένα ελάχιστο ποσοστό του 1.1 δισεκατομμυρίου των σημερινών καπνιστών κατόρθωνε να διακόψει το κάπνισμα, το μακροχρόνιο υγειονομικό και οικονομικό όφελος θα ήταν τεράστιο. Κυβερνήσεις, κοινωνίες, οργανισμοί, σχολεία, οικογένειες και πολίτες καλούνται να βοηθήσουν τους καπνιστές να απαλλαγούν από την εθιστική και καταστροφική τους καπνιστική συνήθεια.<sup>23</sup>

Εκτεταμένες πολιτικές ελέγχου του καπνίσματος και προγράμματα με σαφή, σταθερά και επαναλαμβανόμενα αντικαπνιστικά μηνύματα θα πρέπει να εφαρμόζονται και να προβάλλονται από κάθε διαθέσιμο μέσο, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών υγείας, των σχολείων και των Μ.Μ.Ε. Θα πρέπει να αναληφθούν σε τοπικό και γενικό επίπεδο εκστρατείες κατά της εκθέσεως στον καπνό σε δημόσιους κοινούς χώρους. Με την παρότρυνση των υπηρεσιών υγείας, των κυβερνητικών υπηρεσιών και γενικά των πολιτών θα πρέπει να ρυθμιστεί νομοθετικά η απαλλαγή των σχολείων, των δημόσιων υπηρεσιών και των χώρων δουλειάς από τον καπνό του τσιγάρου. Προληπτικά αντικαπνιστικά προγράμματα θα πρέπει να απευθύνονται σε όλες τις ηλικίες, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών, των εφήβων των νεαρών ενήλικων και των εγκύων γυναικών.<sup>24</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

**∨ Στρατηγικές βοήθειας διακοπής καπνίσματος**

**∨ Αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων**

## **7.1 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

Μια πρώτη προσέγγιση του θέματος της διακοπής του καπνίσματος και της απεξάρτησης είναι η αναγνώριση των καπνιστών. Δημόσια ή ιδιωτικά ιατρεία και κλινικές αποτελούν τους προσφορότερους χώρους αναγνώρισης, αφού ένας τεράστιος αριθμός καπνιστών τους επισκέπτεται ετησίως. Οι παρέχοντες υπηρεσίες στους χώρους αυτούς καλούνται να υιοθετήσουν σύστημα αναγνώρισης των καπνιστών και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της καπνιστικής τους συνήθειας. Πρέπει τα χαρακτηριστικά αυτά να καταγράφονται και να ανανεώνονται κάθε φορά που ο καπνιστής επισκέπτεται τις υπηρεσίες παροχής υγείας

. Συστηματική αναγνώριση όλων των καπνιστών σε κάθε επίσκεψη Σκοπός

Εφαρμογή συστήματος που εξασφαλίζει την αναγνώριση των καπνιστών και την εκτίμηση της καπνιστικής τους συνήθειας.

Στρατηγικές υλοποίησης.

Επέκταση του διαγράμματος καταγραφής των ζωτικών σημείων προκειμένου να περιλαμβάνει και τη καπνιστική συνήθεια

Αυτοκόλλητα εκτίμησης της καπνιστικής συνήθειας σε κάθε φάκελο ιστορικού.

Στα άτομα που επιθυμούν αμέσως να διακόψουν το κάπνισμα παρέχεται η πρόποσα βοήθεια Στα άτομα που ανήκουν σε ειδικούς πληθυσμούς (έφηβοι, έγκυες γυναίκες, εθνικές φυλετικές μειονότητες) παρέχονται επιπρόσθετες πληροφορίες. Για τα άτομα που δεν επιθυμούν να διακόψουν, εφαρμόζεται η στρατηγική επίτασης και αύξησης των κινήτρων διακοπής του καπνίσματος.<sup>25</sup>

Καταγραφή και υπενθύμιση της καπνιστικής συνήθειας σε ηλεκτρονικούς φακέλους ιστορικού.



### **7.1.2 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ.**

#### **Γυναίκες**

Κλινικές μελέτες διακοπής του καπνίσματος καταδεικνύουν ότι οι παραπάνω προτεινόμενες στρατηγικές είναι εξίσου αποτελεσματικές και για τα δύο φύλα. Όμως υπάρχουν ερευνητικές μελέτες στις οποίες καταφαίνεται ότι ορισμένες θεραπείες είναι λιγότερο αποτελεσματικές στις γυναίκες από ότι στους άνδρες (π.χ η χρήση σκευασμάτων νικοτίνης). Επιπλέον, οι γυναίκες μπορεί να αντιμετωπίζουν διαφορετικά προβλήματα από τη διακοπή του καπνίσματος από ότι οι άντρες. Τα σημαντικότερα από αυτά είναι η μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης, η μεγαλύτερη έγνοια για αύξηση του σωματικού βάρους, ο ορμονικός κύκλος κλπ. Αυτά υποδηλώνουν ότι οι γυναίκες μπορεί να επωφεληθούν περισσότερο από παρεμβάσεις που εξετάζουν και αντιμετωπίζουν αυτά τα προβλήματα.

#### **Εγκυμονούσες**

Αρκετές εγκυμονούσες, γνωρίζοντας τις βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος τόσο για τις ίδιες όσο και για τα έμβρυα, είναι ευαισθητοποιημένες ως προς την αναγκαιότητα διακοπής του καπνίσματος. Οι γιατροί εκμεταλλεζόμενοι αυτή την ευαισθητοποίηση, θα μπορούσαν να ενισχύσουν τα κίνητρα διακοπής του καπνίσματος, τονίζοντας τα οφέλη που θα προκύψουν από την διακοπή, όποτε και αν αυτή επιτευχθεί.

#### **Νοσηλεύόμενοι καπνιστές**

Όλοι οι νοσηλεύόμενοι καπνιστές θα πρέπει να προτρέπονται να

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος διακόψουν το κάπνισμα. Ιδιαίτερη προσπάθεια θα πρέπει να καταβάλλεται προς τους ασθενείς με νοσήματα σχετιζόμενα με το κάπνισμα ή με τραύματα αφού η επούλωσή τους σαφώς επιβραδύνεται με τη συνέχιση του καπνίσματος. Για τη συγκεκριμένη κατηγορία καπνιστών η παρέμβαση θα πρέπει να είναι εντατική, που οφείλονται στη τροποποίηση της φαρμακοκινητικής των εν λόγω φαρμάκων λόγω της διακοπής του καπνίσματος. Γι'αυτό απαιτείται η στενή παρακολούθηση τέτοιων ασθενών.

### **Ηλικιωμένοι καπνιστές.**

Οι στρατηγικές διακοπής του καπνίσματος που προτείνονται για το γενικό πληθυσμό είναι αποτελεσματικές και για τα ηλικιωμένα άτομα. Επικρατεί ευρέως η λανθασμένη άποψη ότι δεν έχει ιδιαίτερο όφελος η διακοπή του καπνίσματος σε ηλικιωμένους καπνιστές. Όμως, σημαντικές έρευνες έχουν δείξει ότι η διακοπή καπνίσματος σε ηλικιωμένους καπνιστές συνδυάζεται με μείωση του κινδύνου εμφράγματος του μυοκαρδίου, των θανάτων από στεφανιαία νόσο και καρκίνο του πνεύμονα. Επιπλέον η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να προάγει την ανάρρωση και να βελτιώσει την αγγειακή εγκεφαλική κυκλοφορία.

### **Καπνιστές με ψυχιατρικά προβλήματα.**

Οι συνιστώμενες παρεμβάσεις για το γενικό πληθυσμό είναι εξίσου αποτελεσματικές και για τους ψυχιατρικούς καπνιστές. Δεν έχει αποδειχτεί ακόμα ότι οι εντατικοποιημένες παρεμβάσεις σε αυτούς τους καπνιστές έχουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα από ότι οι βραχείες παρεμβάσεις. Το bupropion SR και η νορτριπτυλίνη, που έχουν αντικαπνιστική και αντικαταθλιπτική δράση συνιστώνται ιδιαίτερα σε καπνιστές με κατάθλιψη. Οι καπνιστές που

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος  
λαμβάνουν ψυχιατρικά φάρμακα μπορεί να παρουσιάσουν ειδικά προβλήματα

### **Ασθενείς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια.**

Οι αναφερθείσες στρατηγικές διακοπής του καπνίσματος προτείνονται και για τους ασθενείς με ΧΑΠ. Λόγω της τεράστιας σημασίας που έχει η διακοπή του καπνίσματος στους ασθενείς με ΧΑΠ συνιστάται εντατική παρέμβαση. Τα κίνητρα διακοπής του καπνίσματος είναι δυνατόν να ενισχυθούν με την χρήση δεδομένων αυτής τούτης της νόσου τους, όπως βρώμικος πνεύμονας, επίπεδο λειτουργικών εξετάσεων, αποβαλλόμενο CO.<sup>26-</sup>

28

## **7.2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ**

Σε καπνιστές που επιχειρούν από μόνοι τους να διακόψουν το κάπνισμα το ποσοστό επιτυχούς μακράς διακοπής κυμαίνεται περί το 7%. Με τη βοήθεια των θεραπευτικών μέσων το ποσοστό αυτό αυξάνεται στο 15-30%. Σε πρόσφατη μετά-ανάλυση η αποτελεσματικότητα των θεραπειών διακοπής του καπνίσματος φαίνεται να κυμαίνεται μεταξύ 1 % και 19%.

Η απλή και σύντομη συμβουλευτική παρέμβαση αυξάνει τη συχνότητα επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος και ιδίως σε ήπιους καπνιστές. Όμως, τις περισσότερες φορές λειτουργεί ως αφορμή έναρξης προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος.

Σε μια σειρά από μετά-αναλύσεις καταδεικνύεται ότι η συχνότητα επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος αυξάνεται αυξανόμενης της έντασης της παρέμβασης. Χρονική διάρκεια παρέμβασης άνω των 10 λεπτών, συνολική διάρκεια παρέμβασης άνω των 8 εβδομάδων και αριθμός συναντήσεων για εφαρμογή της παρέμβασης που κυμαίνεται μεταξύ 4 και 7 συνδυάζονται με την υψηλότερη συχνότητα επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος.

Από τα μέχρι τώρα δεδομένα δεν προκύπτει σημαντική διαφορά ως προς την αποτελεσματικότητα των διαφόρων παραγώγων της νικοτίνης. Αξίζει όμως να αναφερθεί ότι οι τσίγλες των 4mg και τα αυτοκόλλητα των 21mg βοηθούν περισσότερο τους πολύ εξαρτημένους καπνιστές από ότι οι τσίγλες των 2mg και τα αυτοκόλλητα με μικρότερη περιεκτικότητα των 21mg, αντίστοιχα. Ο συνδυασμός των αυτοκόλλητων με τα άλλα παράγωγα της νικοτίνης πέραν του ότι είναι ασφαλής, μπορεί να είναι και

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος ποιο αποτελεσματικός από ότι τα αυτοκόλλητα μόνα τους. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η αποτελεσματικότητα των παραγώγων της νικοτίνης είναι περιορισμένη σε άτομα που καπνίζουν κάτω από 10 τσιγάρα ημερησίως και που δεν έχουν οποιοδήποτε νόσημα που συσχετίζεται με το κάπνισμα.

Από σχετικές μετά αναλύσεις που αφορούν σε μέτριους και βαρείς καπνιστές προκύπτει ότι η μπουπροπιόνη βοηθά σημαντικά στη διακοπή του καπνίσματος. Δεν είναι ακόμα σαφές κατά πόσο είναι περισσότερο αποτελεσματική από ότι τα παράγωγα της νικοτίνης. Η χρήση του συγκεκριμένου φαρμάκου είναι ασφαλής, χωρίς αυτό να σημαίνει πλήρη απουσία παρενεργειών. Η σημαντικότερη παρενέργεια είναι οι σπασμοί, όμως ο κίνδυνος εμφάνισης αυτών με τη χρήση της μπουπροπιόνης είναι ο ίδιος με αυτό της χρήσεως των άλλων αντικαταθλιπτικών δηλ 1/1000.<sup>27</sup> αυτών με τη χρήση της μπουπροπιόνης είναι ο ίδιος με αυτό της χρήσεως των άλλων αντικαταθλιπτικών δηλ 1/1000.<sup>27</sup>

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος

Αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων διακοπής του καπνίσματος εκφραζόμενη με αποχή από το κάπνισμα μεγαλύτερη των 6 μηνών.

Παρέμβαση	Ποσοστά	Εύρος
επίθεμα	που τους παρέχεται εντατική υποστηρικτική βοήθεια.	
Νικοτίνη σε ρινικό σπρέι	Μέτριοι και βαρείς καπνιστές που τους παρέχεται εντατική υποστηρικτική βοήθεια	12% 7%-17%
Παρέμβαση	Προληπτική βοήθεια	Αποτελεσματικότητα
Βραχεία ευκαιριακή ιατρική συμβουλευτική παρέμβαση	Καπνιστές που θα χειρουργηθούν, που επισκέπτονται γενικούς γιατρούς ή τακτικά εξωτερικά ιατρεία.	2% 1 %-3%
Εντατική υποστηρικτική βοήθεια από ειδικό	Μέτριοι και βαρείς καπνιστές που αναζητούν βοήθεια για να διακόψουν το κάπνισμα.	7% 3%-10%
Εντατική υποστηρικτική βοήθεια από ειδικό	Εγκυμονούσες καπνίστριες.	7% 5%-9%
Εντατική υποστηρικτική βοήθεια από ειδικό	Καπνιστές που εισάγονται στο νοσοκομείο.	4% 0%-8%
Τηλεφωνική συμβουλευτική βοήθεια	Καπνιστές που θέλουν βοήθεια και που δεν υποστηρίζονται εκ του σύνεγγυς.	2% 1 %- 4%
Γραπτά βοηθήματα	Καπνιστές που ζητούν βοήθεια χωρίς να έχουν άλλη υποστήριξη.	1% 0%-2%
Νικοτίνη σε τσίχλα	Μέτριοι και βαρείς καπνιστές που τους παρέχεται περιορισμένη υποστηρικτική βοήθεια.	5% 4%-6%
Νικοτίνη σε τσίχλα.	Μέτριοι και βαρείς καπνιστές που τους παρέχεται εντατική υποστηρικτική βοήθεια	8% 6%-10%
Νικοτίνη σε δερματικό επίθεμα	Μέτριοι και βαρείς καπνιστές που τους παρέχεται περιορισμένη υποστηρικτική βοήθεια.	5% 4%-7%
Νικοτίνη σε δερματικό	Μέτριοι και βαρείς καπνιστές	6% 5%- 8%

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

- ✓ **Φαρμακευτική θεραπεία με υδροχλωρική βουπροπιόνη**
- ✓ **Φαρμακευτική θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης**

### **ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

Έχουν αναγνωρισθεί 2 τύποι φαρμακευτικής αγωγής πρώτης γραμμής, που τεκμηριωμένα αυξάνουν τα ποσοστά μακροχρόνιας αποχής από το κάπνισμα: α) βουπροπιόνη βραδείας αποδέσμευσης, β) υποκατάστατα νικοτίνης (τσίγλες νικοτίνης, εισπνεόμενη νικοτίνη, ρινικό σπρέι νικοτίνης και αυτοκόλλητα νικοτίνης).

Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης ή η βραδείας αποδέσμευσης βουπροπιόνη (bupropion SR), σε συνδυασμό με τη παρέμβαση συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση της διακοπής καπνίσματος, συστήνονται σαν παρεμβάσεις πρώτης γραμμής.

Δύο δεύτερης γραμμής φαρμακευτικές θεραπείες αναγνωρίστηκαν ως αποτελεσματικές και μπορεί να χρησιμοποιηθούν από τους κλινικούς γιατρούς, αν οι πρώτης γραμμής φαρμακοθεραπείες δεν είναι αποτελεσματικές: α) κλονιδίνη, β) νοτριπτυλίνη.<sup>29</sup>

Στο Ειδικό Κέντρο Διακοπής Καπνίσματος του Πανεπιστημίου Αθηνών, οι καπνιστές που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα έχουν στη διάθεσή τους δύο επιλογές φαρμακευτικών σκευασμάτων, τα υποκατάστατα νικοτίνης, με τη μορφή τσίγλας ή αυτοκόλλητου (είναι οι μόνες μορφές που κυκλοφορούν στην Ελλάδα, TTS Nicorette 5, 10 και 15 mg, τσίγλες Nicorette) και την υδροχλωρική βουπροπιόνη (Zyban, 150 mg). Ως προς την απόφαση για το ποια θεραπεία θα χρησιμοποιηθεί και με ποια σειρά θα συνταγογραφηθεί, λαμβάνεται υπ'όψιν τους η δυνατότητα συμμόρφωσης και συνεργασίας του καπνιστή, η προηγούμενη χρήση βοηθημάτων για τη διακοπή του καπνίσματος,



Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος αντενδείξεις και η πιθανότητα παρενεργειών, καθώς και η προσωπική προτίμηση του καπνιστή.

Τα υποκατάστατα νικοτίνης και η υδροχλωρική βουπροπιόνη συνταγογραφούνται κανονικά, σα μέρος μιας θεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος. Οι καπνιστές παίρνουν σαφείς οδηγίες από το γιατρό και ενθαρρύνονται στην προσπάθειά τους για τη διακοπή του καπνίσματος. Στο κέντρο μας, η φαρμακευτική αγωγή συνδυάζεται ανάλογα με την επιθυμία ή /και την ανάγκη του καπνιστή από ψυχολογική υποστήριξη, που παρέχεται από εξειδικευμένο ψυχολόγο.<sup>30</sup>

## **8.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΥΔΡΟΧΛΩΡΙΚΗ ΒΟΥΠΡΟΠΙΟΝΗ**

Η βουπροπιόνη βραδείας αποδέσμευσης (SR) είναι ένας εκλεκτικός αναστολέας της επαναπρόσληψης ντοπαμίνης και νοραδρεναλίνης από τους νευρώνες. Παρόλο που ο ακριβής μηχανισμός με τον οποίο βοηθά στη διακοπή του καπνίσματος δεν είναι πλήρως εξακριβωμένος, θεωρείται πως δρα απ'ευθείας στα εγκεφαλικά κέντρα που έχουν σχέση με την εξάρτηση και τη στέρηση.

Το δοσολογικό σχήμα έχει ως εξής: τις πρώτες 6 ημέρες λαμβάνεται ένα χάπι το πρωί, ενώ στη συνέχεια και για τις επόμενες 6-8 εβδομάδες λαμβάνονται δύο χάπια την ημέρα, με απόσταση τουλάχιστον 8 ωρών. Το φάρμακο επιτυγχάνει τη μέγιστη θεραπευτική του δράση στη δεύτερη εβδομάδα θεραπείας και γι' αυτό οι καπνιστές ενθαρρύνονται να θέσουν την ημερομηνία διακοπής καπνίσματος μεταξύ 7ης και 14ης ημέρας από

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος την έναρξη της θεραπείας. Η διάρκεια θεραπείας με την υδροχλωρική βουπροπιόνη είναι 7-12 εβδομάδες. Από τη φαρμακευτική αγωγή με την υδροχλωρική βουπροπιόνη, αποκλείονται οι καπνιστές με ιστορικό επιληψίας, πυρετικών σπασμών, σοβαρών τραυματισμών στο κεφάλι, ιστορικό μηνιγγίτιδας/εγκεφαλίτιδας, ιστορικό κρίσεων πανικού, νευρογενούς ανορεξίας ή βουλιμίας, ιστορικό κατάθλιψης υπό θεραπευτική αγωγή, οι έγκυες/θηλάζουσες μητέρες, καπνιστές με πρόσφατα σοβαρά προβλήματα υγείας (αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, στηθαγικά επεισόδια ή έμφραγμα μυοκαρδίου εντός του τελευταίου εξαμήνου, αρρυθμίες), ιστορικό εξάρτησης από αλκοόλ ή ναρκωτικές ουσίες το τελευταίο έτος, χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων.<sup>31</sup>

Στο ιατρείο μας, έχει δοκιμασθεί η χορήγηση του φαρμάκου και για παρατεταμένο χρονικό διάστημα (19 εβδομάδες) και τα ποσοστά επιτυχίας διακοπής καπνίσματος, υποτροπής καπνίσματος και συμμόρφωσης με το πρόγραμμα συγκρίθηκαν με την ενδεδειγμένη διάρκεια θεραπείας των 7 εβδομάδων.

Τα αποτελέσματά μας έδειξαν ότι το ποσοστό επιτυχίας διακοπής δεν διέφερε στατιστικά σημαντικά ανάμεσα στις δυο ομάδες στο τέλος της θεραπείας (61,6% στις 7 εβδομάδες, 52,6% στις 19 εβδομάδες) και στους έξι μήνες μετά το τέλος της αγωγής (43,9% και στις δυο ομάδες), ενώ η συμμόρφωση στο πρόγραμμα και η παρακολούθηση ήταν σαφώς καλύτερη στο βραχυχρόνιο πρόγραμμα των 7 εβδομάδων. Τα ποσοστά υποτροπής δεν διέφεραν σημαντικά ανάμεσα στις δυο ομάδες στους 6 μήνες παρακολούθησης (28% για την ομάδα Α και 18% για την ομάδα Β). Όταν η φαρμακευτική αγωγή με υδροχλωρική βουπροπιόνη συνδυάστηκε με ένα πρόγραμμα μη ειδικής ψυχολογικής υποστήριξης με γνωσιακή θεραπεία, φάνηκε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, όσον αφορά την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου (58%

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος επιτυχία διακοπής στην ομάδα μόνο με υδροχλωρική βουπροπιόνη έναντι 61% στο συνδυασμό του φαρμάκου με μη ειδική ψυχολογική υποστήριξη σε ομάδες, 48% με μη ειδική γνωσιακή θεραπεία και φαρμακευτική αγωγή), ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό επιτυχίας (23%) παρατηρήθηκε στην ομάδα της γνωσιακής θεραπείας, χωρίς φαρμακευτική αγωγή.<sup>32</sup>

## **8.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ (NICORETTE)**

Η θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης έχει σα στόχο να αντικαταστήσει τη νικοτίνη των τσιγάρων με διάφορους τρόπους χορήγησης, παρέχοντας ένα σταθερό επίπεδο νικοτίνης, που μειώνει τα συμπτώματα στέρησης. Στην Ελλάδα κυκλοφορούν μόνο δυο μορφές υποκατάστατων νικοτίνης, τα αυτοκόλλητα και οι μασώμενες τσίχλες. Τα αυτοκόλλητα νικοτίνης (patch) χρησιμοποιούνται για 6-8 εβδομάδες. Τοποθετείται ένα αυτοκόλλητο ημερησίως. Η αρχική δοσολογία καθορίζεται από τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνονται ημερησίως. Ελαφρείς καπνιστές «10τσιγάρα την ημέρα) μπορούν να ξεκινήσουν με χαμηλές δόσεις. Στους μέτριους ή βαρύτερους καπνιστές (> 10 τσιγάρα/ημέρα) συνιστάται να ξεκινήσουν με υψηλότερες δόσεις και να γίνει σταδιακή μείωση μέχρι τη χαμηλότερη δόση ανά 4 εβδομάδες αρχικά και μετά ανά 2 εβδομάδες. Οι συχνότερες παρενέργειες είναι τοπικές αντιδράσεις (π.χ. ερεθισμός του δέρματος), αλλά και ελάχιστες διαταραχές στον ύπνο. Δεν έχει βρεθεί να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος οξέων καρδιαγγειακών επεισοδίων από τη χρήση των υποκατάστατων.<sup>33</sup>

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος

Οι μασώμενες τσιγλες συνιστάται να χρησιμοποιηθούν ως και 3 μήνες, αν και μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για μακρύτερο χρονικό διάστημα αν χρειασθεί. Συνιστάται χρήση ενός τεμαχίου κάθε μια ή δυο ώρες (10-15 τεμάχια/ημέρα). Το πλεονέκτημα αυτής της μορφής είναι ότι μπορεί κανείς να προσαρμόσει τη λαμβανόμενη δόση ανάλογα με την προσωπική ανάγκη, χρειάζεται όμως να μασάτε η τσιγλα σωστά (όχι συνεχόμενα, με μεσοδιαστήματα παύσης και όχι περισσότερο από μισή ώρα το κάθε τεμάχιο), ενώ αντενδείκνυται η σύγχρονη λήψη όξινων Ποφημάτων

Στο κέντρο μας έγινε μια μελέτη, στην οποία συγκρίναμε τα ποσοστά επιτυχίας διακοπής καπνίσματος είτε δίνοντας θεραπεία με βουπροπιόνη για

επτά εβδομάδες, είτε συνδυασμό βουπροπιόνης με αυτοκόλλητα νικοτίνης η αυτοκόλλητα νικοτίνης μόνο. Η διάρκεια θεραπείας με τα υποκατάστατα νικοτίνης ήταν 8 εβδομάδες με δόση 15 mg/16ώρες, 10 mg/16ώρες για 2 εβδομάδες και 5 mg/16ώρες για 2 εβδομάδες. Οι καπνιστές είχαν όμοια ηλικία (44,8:t0,43 έτη), καπνιστική συνήθεια (24+0,4 πακέτα χρόνια) και βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη (βαθμολογία Fagerstrom (7,18:t0,2).

Στο τέλος της θεραπείας, 60,8% των καπνιστών που λάμβαναν μόνο βουπροπιόνη διέκοψαν το κάπνισμα, 62% των καπνιστών που έπαιρναν συνδυασμό της θεραπείας διέκοψαν, ενώ μόνο ένα 31,2% κατάφερε να διακόψει μόνο με υποκατάστατα νικοτίνης. Στην τελευταία ομάδα είχαμε και το μικρότερο ποσοστό συμμόρφωσης με τη θεραπεία (46,5% διέκοψαν τη θεραπεία στο διάστημα των 1-3 εβδομάδων, ενώ στις άλλες δυο ομάδες τα ποσοστά εγκατάλειψης του προγράμματος σε αυτό το διάστημα ήταν 31,8% για τη βουπροπιόνη και 36% για το συνδυασμό της θεραπείας).<sup>34</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

**∨ Εισαγωγή**

**∨ Θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης**

**∨ Μηχανισμός βράσης και αποτελεσματικότητα**

**∨ Αποτελεσματικότητα**

## **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΥΔΡΟΧΛΩΡΙΚΗ ΒΟΥΠΡΟΠΙΟΝΗ**

### **9.1 Εισαγωγή**

Σύμφωνα με την παγκόσμια οργάνωση υγείας το κάπνισμα είναι η συχνότερη

χρόνια νόσος του ανεπτυγμένου κόσμου. Η χρήση του καπνού είναι συχνή ενώ θεωρείται η κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας από καρδιαγγειακά ή αναπνευστικά αίτια που μπορεί να προληφθεί.

Μέχρι τα τέλη σχεδόν του 200ού αιώνα το κάπνισμα θεωρείτο μια κοινωνική συνήθεια και μία προσωπική επιλογή. Ο καθοριστικός ρόλος της νικοτίνης στην διατήρηση της καπνιστικής συνήθειας άρχισε να γίνεται γενικά αποδεκτός μόνο την τελευταία δεκαετία. Έχει πλέον αναγνωρισθεί ότι το κάπνισμα είναι ουσιαστικά εκδήλωση του εθισμού στην νικοτίνη και ότι οι καπνιστές διαμορφώνουν ατομικά χαρακτηριστικά όσον αφορά τα επίπεδα της πρόσληψης νικοτίνης που προτιμούν.

Η συσχέτιση με τον εθισμό της νικοτίνης δεν σημαίνει ότι μόνο φαρμακολογικοί παράγοντες καθορίζουν την καπνιστική συνήθεια και ότι άλλοι παράγοντες αποκλείονται. Κοινωνικές, οικονομικές, προσωπικές και πολιτικές επιρροές παίζουν σημαντικό ρόλο καθορίζοντας τόσο την επίπτωση του καπνίσματος όσο και την διακοπή.

Η διακοπή του καπνίσματος είναι εφικτή και τουλάχιστον οι μισοί από τους καπνιστές έχουν διακόψει το κάπνισμα έστω μία φορά σε κάποια φάση της ζωής τους.

Η διακοπή του καπνίσματος έχει ευεργετικά αποτελέσματα σε όλους τους καπνιστές ανεξάρτητα από ηλικία, στάδιο νόσου, ή ιστορικό

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος καπνίσματος. Οι περισσότεροι καπνιστές ισχυρίζονται ότι θέλουν να σταματήσουν το κάπνισμα μόνοι τους - αλλά μόνο 4-7% αυτών των προσπαθειών είναι επιτυχείς.

Η φαρμακοθεραπεία και η συμβουλευτική έχουν καλά αποτελέσματα στην θεραπεία του καπνίσματος, αλλά ο συνδυασμός των δύο έχει μεγαλύτερη επιτυχία.

Τα φάρμακα πρώτης γραμμής για την διακοπή του καπνίσματος είναι τα υποκατάστατα νικοτίνης και ένα άτυπο αντικαταθλιπτικό, η υδροχλωρική βουπροπιόνη σταθερής αποδέσμευσης (bupropion SR). Και τα δύο, σε γενικές γραμμές, διπλασιάζουν τον ρυθμό διακοπής σε σχέση με την εικονική θεραπεία. Η νορτριπτιλίνη, ένα τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό, είναι δραστική αλλά θεωρείται δεύτερης γραμμής γιατί υπάρχουν λιγότερες ενδείξεις της αποτελεσματικότητάς της.<sup>35</sup>

## **9.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ**

Το 1984 ο FDA (food and drug administration/USA) ενέκρινε το πρώτο φαρμακολογικό σκεύασμα, τσίχλα νικοτίνης, για τη διακοπή του καπνίσματος. Ήταν το πρώτο προϊόν θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης μέχρι την εμφάνιση των διαδερμικών νικοτινικών επιθεμάτων (αυτοκόλλητα νικοτίνης) το 1992, και των ρινικών αερολυμάτων νικοτίνης το 1996.

Παρόλο όμως που τα σκευάσματα υποκατάστασης της νικοτίνης διατίθενται για περίπου 20 χρόνια μόνο την τελευταία 5ετία διατίθενται και συνταγογραφούνται συστηματικά σε καπνιστές που θέλουν να σταματήσουν το κάπνισμα.<sup>36</sup>

### 9.3 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ο μηχανισμός, που συχνότερα αναφέρεται στην βιβλιογραφία, μέσω του οποίου εξηγείται η αποτελεσματικότητα της θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης είναι η ανακούφιση από την έντονη επιθυμία για κάπνισμα και η ελάττωση των συμπτωμάτων στέρησης.

Ο βασικός τρόπος δράσης των σκευασμάτων υποκατάστασης νικοτίνης είναι η διέγερση των νικοτινικών υποδοχέων στο κοιλιακό τμήμα του εγκεφάλου και στη συνέχεια απελευθέρωση ντοπαμίνης στον κερκοφόρο πυρήνα του εγκεφάλου. Αυτό μαζί με την περιφερική δράση της νικοτίνης οδηγεί στην ελάττωση των συμπτωμάτων στέρησης της νικοτίνης στους καπνιστές οι οποίοι διακόπτουν το κάπνισμα. Η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης μέσω μιμητικού μηχανισμού αντισταθμίζει το αίσθημα ικανοποίησης και ανταμοιβής που προσφέρει το κάπνισμα του τσιγάρου.

Η απορρόφηση της νικοτίνης από τα υπάρχοντα σκευάσματα υποκατάστασης γίνεται μέσω της φλεβικής συστηματικής κυκλοφορίας και έτσι με κανένα δεν επιτυγχάνεται η άμεση και υψηλή συγκέντρωση της νικοτίνης στο αρτηριακό αίμα που προκαλεί το κάπνισμα. Για τον λόγο αυτό η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης δεν εξαφανίζει εντελώς τα συμπτώματα στέρησης.<sup>37</sup>

Οι μέχρι τώρα μελέτες δείχνουν ότι η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης διπλασιάζει περίπου τα ποσοστά διακοπής που επιτυγχάνονται με μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις. Το 18% των ασθενών που πήραν θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης απείχαν από κάπνισμα για διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών ενώ το ποσοστό αυτών που ακολούθησαν συμβουλευτική θεραπεία ήταν 9,8%.

Υπάρχουν διάφορες εγκεκριμένες μορφές θεραπείας υποκατάστασης



Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος (τσίγλες, αυτοκόλλητα, αερολύματα μύτης, εισπνεόμενα, υπογλώσσια δισκία) αλλά στον δυτικό κόσμο οι τσίγλες και τα αυτοκόλλητα είναι οι μόνες μορφές που διατίθενται χωρίς ιατρική συνταγή, ενώ στην Ελλάδα είναι οι μόνες μορφές που υπάρχουν. Η μορφή της θεραπείας υποκατάστασης δεν φαίνεται να επηρεάζει την έκβαση - έχουν όλα την ίδια αποτελεσματικότητα και η επιλογή του σκευάσματος πρέπει βασικά να καθορίζεται από τις προτιμήσεις του ασθενούς και τα κλινικά κριτήρια για την διάρκεια δράσης.

Υπάρχουν, ωστόσο, ενδείξεις ότι η τσίγλα μεγαλύτερης περιεκτικότητας σε νικοτίνη είναι πιο αποτελεσματική από την χαμηλής περιεκτικότητας σε αυτούς που καπνίζουν περισσότερα από 20 τσιγάρα/ημέρα, ενώ οι μεγαλύτερες δόσεις αυτοκόλλητων είναι πιο αποτελεσματικές από τις χαμηλές σε όσους καπνίζουν περισσότερα από 10 τσιγάρα την ημέρα. Ο συνδυασμός σκευασμάτων υποκατάστασης είναι πιο αποτελεσματικός από την χρήση ενός μόνο σκευάσματος.<sup>38</sup>

Η διάρκεια της θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης διαρκεί 8 εβδομάδες έως και 3 μήνες, και κατά περίπτωση μπορεί να επιμηκυνθεί, ενώ στον ασθενή συνιστάται πλήρης διακοπή καπνίσματος αμέσως μόλις αρχίσει η θεραπεία. Η διαδικασία της εξουδετέρωσης του κινδύνου υπερδοσολογίας με αυτό τον τρόπο αυξάνει την πιθανότητα αποτελεσματικότητας της θεραπείας.

Όλα τα σκευάσματα που διατίθενται στο εμπόριο φαίνεται ότι ελαττώνουν την ένταση της επιθυμίας για κάπνισμα και τα συμπτώματα από τη στέρηση της νικοτίνης (συμπτώματα από το κεντρικό νευρικό κυρίως) τα οποία συχνά θεωρούνται υπεύθυνα για την υποτροπή του καπνίσματος.

Δεν υπάρχουν δεδομένα ότι η προοδευτική απόσυρση της θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης είναι καλύτερη από την απότομη διακοπή

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος της. Ο κίνδυνος της εξάρτησης στην θεραπεία υποκατάστασης είναι μικρός και μόνο ένα ποσοστό μικρότερο από 5% των ασθενών, οι οποίοι διακόπτουν το κάπνισμα συνεχίζουν να χρησιμοποιούν προϊόντα υποκατάστασης της νικοτίνης για μεγάλο χρονικό διάστημα.<sup>39</sup>

#### **9.4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**

Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης, από τις βασικότερες μορφές της φαρμακολογικής θεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος, είναι πλέον τεκμηριωμένη.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

✓ Τσίγλες νικοτίνης

✓ Διαδερμικά επιθέματα ( Αυτοκόλλητα ) νικοτίνης

**ΔΡΑΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΟΡΦΩΝ**  
**ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΠΟΥ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗΝ**  
**ΕΛΛΑΔΑ**

**10.1. ΤΣΙΧΛΕΣ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ**

Η τσίχλα νικοτίνης κυκλοφορεί σε 2 και 4mg. Στη μορφή αυτή η νικοτίνη συνδέεται με νατριούχα διττανθρακικά, τα οποία διευκολύνουν την απορρόφηση από τον βλεννογόνο του στόματος. Οι ασθενείς, γενικά, απορροφούν το 50% της νικοτίνης κάθε τσίχλας, προκαλώντας μέγιστη συγκέντρωση νικοτίνης στο πλάσμα σε 30 λεπτά, από την έναρξη μάσησης της τσίχλας. Για να έχουν θετικά αποτελέσματα οι ασθενείς πρέπει να μασούν τουλάχιστον 10 τσίχλες την ημέρα ώστε να παίρνουν την μισή περίπου ποσότητα νικοτίνης που έπαιρναν από τα τσιγάρα. Οι ασθενείς που καπνίζουν λιγότερα από 15 τσιγάρα την ημέρα πρέπει να χρησιμοποιούν τσίχλες των 2mg ενώ τσίχλες των 4mg πρέπει να χορηγούνται σε βαρείς καπνιστές. Η τσίχλα πρέπει να μασιέται αργά μέχρις ότου εμφανισθεί έντονη μεταλλική "πιπεράτη" γεύση στο στόμα, μετά πρέπει να σταματάει η μάσηση μέχρι την εξασθένηση της γεύσης. Αυτή η εναλλαγή πρέπει να συνεχίζεται για περίπου μισή ώρα.<sup>40</sup>

Η τσίχλα μπορεί να είναι δύσκολο να χρησιμοποιηθεί σωστά εξαιτίας της ειδικής τεχνικής και της συχνότητας χρήσης της. Στις παρενέργειες από την χρήση τσίχλας νικοτίνης περιλαμβάνονται πόνος γνάθου (από κόπωση της κροταφογναθικής άρθρωσης), ξηρότητα στόματος και γαστρεντερικές διαταραχές όπως μετεωρισμός, λόξυγκας και ναυτία. Η χρήση τσίχλας αντενδείκνυται σε ασθενείς με γαστρικό έλκος ενώ είναι δύσκολο να χρησιμοποιηθεί από όσους έχουν τεχνητές οδοντοστοιχίες.

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος  
Απότομη διακοπή της λήψης τσίγλας νικοτίνης, ιδιαίτερα όταν έχει χρησιμοποιηθεί για διάστημα μεγαλύτερο του συνιστώμενου (2-3 μήνες), μπορεί να προκαλέσει στερητικά συμπτώματα. Υπάρχουν βιβλιογραφικά δεδομένα ότι ποσοστό μεγαλύτερο του 20% των ασθενών που διέκοψαν το κάπνισμα, χρησιμοποιώντας τσίγλα νικοτίνης, μασούσαν τσίγλες για περισσότερο από ένα χρόνο.

Η χρήση της τσίγλας νικοτίνης για την διακοπή του καπνίσματος φαίνεται ότι είναι πιο αποτελεσματική μέθοδος όταν αυτή χρησιμοποιείται από εξειδικευμένα στη διακοπή του καπνίσματος ιατρεία/κέντρα παρά στην γενική ιατρική πρακτική. Σε μια μετά-ανάλυση, των τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών, το ποσοστό διακοπής του καπνίσματος, σε ειδικά ιατρεία διακοπής, ήταν σημαντικά μεγαλύτερο με τσίγλα νικοτίνης σε σχέση με εικονική τσίγλα στους 6 (27% έναντι 18%) και 12 (23% έναντι 13%) μήνες. Αντίθετα, στο ποσοστό επιτυχίας στην γενική ιατρική πρακτική δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ τσίγλας νικοτίνης και εικονικής τσίγλας στους 6 μήνες (11.7%).<sup>41</sup>

## **10.2. ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΑ ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ (ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΑ) ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ**

Διαδερμικά αυτοκόλλητα νικοτίνης που διατίθενται στο εμπόριο σε διάφορους τύπους όσον αφορά την πυκνότητα τους και την διάρκεια δράσεως. Είναι αυτά που η διάρκεια δράσης τους είναι 24ωρη ( 21, 14, 7mg) και αυτά που η διάρκεια δράσης τους είναι 16 ώρες ( 15, 10 και 5mg). Τα δεύτερα δηλ. αυτά που τοποθετούνται το πρωί και αφαιρούνται το βράδυ είναι και τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα. Τα αυτοκόλλητα νικοτίνης εφαρμόζονται στο δέρμα καθημερινά και η νικοτίνη

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος απορροφάται προοδευτικά κατά τη διάρκεια της μέρας. Κάθε αυτοκόλλητο (15mg) παρέχει 0.9mg / ώρα νικοτίνη ενώ η παροχή φθάνει το μέγιστο βαθμό της ημέρας σε περίπου 6 ώρες.<sup>42</sup>

Η συνεχής ελεγχόμενη απελευθέρωση νικοτίνης μέσω των διαδερμικών επιθεμάτων νικοτίνης ελέγχει κάποια από τα προβλήματα που ενέχει η χρήση τσίγλας, όπως δυσκολίες χρήσης και παρενέργειες. Επίσης η πιθανότητα εθισμού είναι πολύ μικρότερη. Οι συχνότερες παρενέργειες είναι η τοπική δερματική αντίδραση ο κνησμός και το οίδημα. Έχουν αναφερθεί διαταραχές ύπνου όταν χρησιμοποιούνται επιθέματα 24ώρου δράσης. Δεν συνιστώνται σε ασθενείς με συστηματικό έκζεμα, ασταθή στηθάγχη, εγκυμοσύνη και σε ασθενής με πολύ πρόσφατο έμφραγμα μυοκαρδίου.

Υπάρχει σειρά εργασιών που δείχνουν την αποτελεσματικότητα των επιθεμάτων νικοτίνης τόσο σε ελεγχόμενες ομάδες όσο και σε γενικό πληθυσμό. Τα ποσοστά επιτυχίας κυμαίνονται από 15 - 30% στους 6 μήνες. Όλες οι μελέτες δείχνουν διπλάσια ποσοστά επιτυχίας από τις ομάδες που πήραν εικονικό φάρμακο.

Μία σημαντική ερώτηση που πρέπει να απαντηθεί είναι πόση ενισχυτική θεραπεία (συμπεριφοράς) χρειάζεται για την ενίσχυση του θεραπευτικού αποτελέσματος των επιθεμάτων. Έχουν δημοσιευθεί δύο μετά αναλύσεις με σκοπό να προσδιορίσουν αυτό το θέμα. Τα αποτελέσματα των μελετών ήταν ότι η στενή παρακολούθηση των ασθενών ήταν πιο αποτελεσματική αλλά η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική.<sup>43</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

- ✓ **Ανεπιθύμητες ενέργειες**
- ✓ **Θεραπεία με υδροχλωρική βουπροπιόνη**
- ✓ **Τρόπος δράσης**
- ✓ **Αποτελεσματικότητα**
- ✓ **Πώς χρησιμοποιείται**
- ✓ **Προφυλάξεις – Αντενδείξεις**
- ✓ **Ανεπιθύμητες ενέργειες**
- ✓ **Αλληλεπιδράσεις με φάρμακα**

**ΣΕ ΠΟΙΟΥΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΔΟΘΕΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ  
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ; ΕΙΝΑΙ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ  
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ ΑΣΦΑΛΗΣ;**

Η λήψη νικοτίνης από κάποιο σκεύασμα της θεραπείας υποκατάστασης είναι σαφώς ασφαλέστερη από το κάπνισμα. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η χρήση θεραπείας υποκατάστασης για μεγάλο χρονικό διάστημα συνοδεύεται από κάποια σοβαρή επιπλοκή και γενικά θεωρείται ότι μπορεί να χορηγηθεί σε οποιονδήποτε καπνίζει συστηματικά.

Κατά διαστήματα έχουν εκφρασθεί επιφυλάξεις όσον αφορά την χορήγηση θεραπείας υποκατάστασης σε ομάδες που δυνητικά η νικοτίνη είναι επικίνδυνη. Τέτοιες ομάδες είναι οι έφηβοι, οι εγκυμονούσες και οι ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο. Παρ' όλο που σε όλα τα σκεύασμα υποκατάστασης νικοτίνης αναγράφεται ότι θα πρέπει να χορηγούνται με επιφύλαξη σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο, οι μελέτες δείχνουν ότι αυτά τα προϊόντα έχουν λιγότερες καρδιαγγειακές επιπτώσεις από την λήψη νικοτίνης μέσω καπνίσματος και ότι γενικά είναι ασφαλή για την μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών. Η χορήγηση, επομένως, θεραπείας σε καπνιστές αυτών των ομάδων θα πρέπει να γίνεται αξιολογώντας τον κίνδυνο από την συνέχιση του καπνίσματος.

Δεν υπάρχουν δεδομένα ότι η χρήση αυτοκόλλητων νικοτίνης έχει κάποια σοβαρή καρδιαγγειακή ή ενισχυτική της αθηρωμάτωσης παρενέργεια. Η θεραπεία υποκατάστασης είναι ασφαλής σε ασθενείς με σταθερή καρδιαγγειακή νόσο. Σε οξείες καταστάσεις όπως η ασταθής στηθάγχη, το οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου ή η καρδιακή ανακοπή, η χρήση νικοτίνης (τσιγάρα ή θεραπεία) πρέπει να αποφεύγεται λόγω της αγγειοσυσπαστικής της ιδιότητας.



Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος

Η πλήρης αποχή από την λήψη νικοτίνης, υπό οποιαδήποτε μορφή, επιβάλλεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας. Θεωρητικά η θεραπεία υποκατάστασης (όπως βεβαίως και το κάπνισμα) μπορεί να προκαλέσει παρενέργειες τόσο στην λειτουργία του πλακούντα όσο και στην ανάπτυξη του εμβρύου. Τα βιβλιογραφικά δεδομένα ωστόσο δεν αποδεικνύουν κάποια βλαπτική επίδραση της θεραπείας υποκατάστασης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, στο έμβρυο.

Όσον αφορά τους εφήβους καπνιστές, πολλοί από τους οποίους έχουν εθισμό στη νικοτίνη και θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα, δεν υπάρχουν δημοσιευμένες τυχαιοποιημένες μελέτες που να δείχνουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας υποκατάστασης. Ωστόσο πολλά σκευάσματα θεραπείας υποκατάστασης έχουν έγκριση (από οργανισμούς ελέγχου φαρμάκων) για χορήγηση (από γιατρό) σε καπνιστές μικρότερους των 18 ετών.<sup>44</sup>

### **11.1. ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ**

Περιγράφονται ήπιες παρενέργειες όπως αλλεργική αντίδραση στην περιοχή εφαρμογής όσον αφορά τα αυτοκόλλητα, ερεθισμός μύτης και στόματος από την χρήση τσίχλας νικοτίνης. Στην περίπτωση της χρήσης τσίχλας μπορεί να προκληθεί ναυτία από το οίδημα των σιελογόνων αδένων. Από την άποψη των παρενεργειών τα αυτοκόλλητα, παρόλο που όταν δεν αφαιρούνται κατά τη διάρκεια του ύπνου ενοχοποιούνται για εφιάλτες, φαίνονται πιο κατάλληλα από τις τσίχλες νικοτίνης. Η κατάλληλη χρήση των εισπνεόμενων μορφών δεν συνοδεύεται από αντικειμενικές παρενέργειες. Η χρήση αυτοκόλλητων 15mg, συνοδεύεται από λιγότερες παρενέργειες σε σχέση με τα 22mg, ενώ το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι σχεδόν το ίδιο. Τα αυτοκόλλητα μεγάλης

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος περιεκτικότητας συνιστώνται μόνο στους ιδιαίτερα βαρείς καπνιστές.<sup>45</sup>

## **11.2. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΥΔΡΟΧΛΩΡΙΚΗ ΒΟΥΠΡΟΠΙΟΝΗ**

Παρόλο που, για πολλά χρόνια, η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης για τη διακοπή του καπνίσματος ήταν επιλογή πρώτης γραμμής, σήμερα υπάρχουν και άλλα φάρμακα με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα σημαντικότερο των οποίων θεωρείται ένα άτυπο αντικαταθλιπτικό (που κατ' αρχάς χρησιμοποιήθηκε στην κατάθλιψη) φάρμακο η υδροχλωρική βουπροπιόνη (με το εμπορικό όνομα Zyban).<sup>46</sup>

## **11.3. ΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΗΣ**

Ο ακριβής τρόπος δράσης της υδροχλωρικής βουπροπιόνης στη διακοπή του καπνίσματος δεν είναι πλήρως κατανοητός. Πρόκειται για μία αμινοκετόνη που χημικά δεν σχετίζεται με τα υπόλοιπα αντικαταθλιπτικά. Έχει τόσο ντοπαμινεργικές όσο και αδρενεργικές ιδιότητες. Θεωρείται ότι δρα σαν αναστολέας της επαναρρόφησης της νορ-επινεφρίνης της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης στο κεντρικό νευρικό σύστημα, είναι ανταγωνιστής των υποδοχέων νικοτίνης, ενώ σε μεγάλες συγκεντρώσεις αναστέλλει την πυροδότηση των νορ-αδρενεργικών νευρώνων στον υπομέλανα τόπο.

Πιθανολογείται ότι αυτοί οι νευρομεταβιβαστές δημιουργούν το αίσθημα ανταμοιβής και την θετική επίδραση στη ντοπαμινεργική οδό ανταμοιβής και τα συμπτώματα στέρησης της νορ-αδρενεργικής οδού, του εθισμού στην νικοτίνη. Η αποτελεσματικότητα της βουπροπιόνης στη διακοπή του καπνίσματος δεν διαφέρει στην ομάδα των καπνιστών που βρίσκονται σε διαδικασία διακοπής και έχουν ιστορικό κατάθλιψης και στους καπνιστές χωρίς προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης.<sup>47</sup>

#### **11.4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**

Τόσο η αποχή (άμεση και η μακροχρόνια )από το κάπνισμα όσο και ο έλεγχος των συμπτωμάτων στέρησης της νικοτίνης εμφανίζουν σαφή και σταθερή υπεροχή στις πρώτες τέσσερις, ελεγχόμενες τυχαιοποιημένες, μελέτες αναφοράς που εξέτασαν την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου.

Οι δύο πρώτες μελέτες του Ferry, είναι ουσιαστικά οι μελέτες που έδειξαν τις ιδιότητες επιρροής ενός αντικαταθλιπτικού φαρμάκου στην διακοπή του καπνίσματος, και αφορούσαν την μελέτη της επίδρασης του φαρμάκου στο ρυθμό διακοπής καπνίσματος σε συνδυασμό με περισσότερες από 14 ώρες συμβουλευτική αγωγή σε επιλεγμένο πληθυσμό (βετεράνοι πολέμου). Τα αποτελέσματα των μελετών αυτών ήταν ιδιαίτερα ενθαρρυντικά αφού το ποσοστό διακοπής στο τέλος της περιόδου θεραπείας (12 εβδομάδες) ήταν 55% και μετά από ένα χρόνο 50% ενώ η ομάδα που πήρε εικονικό φάρμακο υποτροπίασε στο κάπνισμα πριν από τις 12 εβδομάδες της περιόδου θεραπείας.

Οι δύο επόμενες μεγάλες πολυκεντρικές μελέτες δείχνουν: η μεν πρώτη η οποία ουσιαστικά συνέκρινε δύο δόσεις (150 και 300mg) φαρμάκου] 36% αποχή από το κάπνισμα στο τέλος της περιόδου θεραπείας με 300mg βουπροπιόνης σε σχέση με 17% στην ομάδα με εικονικό φάρμακο. Το ποσοστό αυτό ένα χρόνο μετά την θεραπεία είναι περίπου ίδιο (23%) για τις ομάδες που πήραν διαφορετική δόση φαρμάκου (150 και 300mg) αλλά σαφώς μεγαλύτερο (περίπου διπλάσιο) από την ομάδα που πήρε εικονικό φάρμακο.

Η δεύτερη μεγάλη (893 καπνιστές) πολυκεντρική μελέτη συνέκρινε την αποτελεσματικότητα της υδροχλωρικής βουπροπιόνης (300mg), των αυτοκόλλητων νικοτίνης (21mg) και του συνδυασμού των δύο

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος  
φαρμάκων. Θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική μελέτη γιατί, πέρα από τον  
σχεδιασμό της, ουσιαστικά ήταν η πρώτη μελέτη που συνέκρινε τα μόνα  
φάρμακα που μέχρι σήμερα έχουν εγκριθεί από τους επίσημους  
οργανισμούς για χορήγηση στη διακοπή του καπνίσματος. Στο τέλος του  
πρώτου χρόνου μετά τη θεραπεία (η οποία διήρκεσε 9 εβδομάδες) τα  
ποσοστά διακοπής και ο odds ratio ήταν μεγαλύτερα για την ομάδα που  
πήρε συνδυασμένη θεραπεία (35.5% και 3.0) από την ομάδα που πήρε  
μόνο βουπροπιόνη (30.3% και 2.3) και την ομάδα που πήρε μόνο  
αυτοκόλλητο νικοτίνης (16.4% και 1.1)

Η υπεροχή της υδροχλωρικής βουπροπιόνης, τόσο στη διακοπή του  
καπνίσματος όσο και στον έλεγχο των συμπτωμάτων στέρησης,  
επιβεβαιώθηκε και από μελέτες που ακολούθησαν. Ακόμη μελέτες σε  
ειδικές ομάδες πληθυσμού, υψηλού κινδύνου όσον αφορά το κάπνισμα,  
όπως οι ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο ή χρόνια αποφρακτική  
πνευμονοπάθεια αποδεικνύουν αφ' ενός την αποτελεσματικότητα του  
φαρμάκου στις ομάδες αυτές αφετέρου την δυνατότητα συνχορήγησης  
του φαρμάκου με την υπόλοιπη φαρμακευτική αγωγή των ασθενών  
αυτών. Δεν υπάρχουν όμως, μέχρι στιγμής, δεδομένα που να  
υποστηρίζουν ότι η υδροχλωρική βουπροπιόνη είναι περισσότερο ή  
λιγότερο αποτελεσματική στους νοσηλευόμενους ασθενείς ή σε αυτούς με  
σχετιζόμενο με το κάπνισμα νόσημα. Δεν υπάρχουν  
βιβλιογραφικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου σε  
εφήβους ή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Όσον αφορά την αύξηση του βάρους, που παρατηρείται κατά τη διακοπή  
του καπνίσματος, φαίνεται ότι η λήψη βάρους ελέγχεται καλύτερα με τη  
λήψη υδροχλωρικής βουπροπιόνης, σε σχέση με την ομάδα που διέκοψε  
το κάπνισμα παίρνοντας εικονικό φάρμακο.<sup>48</sup>

### **11.5. ΠΩΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΑΙ**

Από τα μέχρι τώρα δεδομένα συνιστάται θεραπεία διάρκειας 8 (7-12) εβδομάδων με ημερήσια δόση 300 mg (δύο δισκία των 150mg με χρονική απόσταση λήψης περίπου 10 ώρες) του φαρμάκου. Οι καπνιστές, όταν αρχίζουν θεραπεία με βουπροπιόνη πρέπει να αρχίζουν με ένα δισκίο την ημέρα (150mg) για τις πρώτες 6 μέρες και να συνεχίζουν με ένα δισκίο το πρωί και ένα δισκίο το βράδυ. Πρέπει ακόμη να αρχίζουν την θεραπεία τουλάχιστον 1 εβδομάδα πριν από την ημέρα στόχο διακοπής του καπνίσματος.

Κάποιοι καπνιστές, όπως για παράδειγμα, γυναίκες ή ηλικιωμένα άτομα μπορεί να έχουν πολύ καλά αποτελέσματα με δόση 150mg (δηλ. 1 δισκίο την ημέρα) χωρίς να χρειάζεται περαιτέρω αύξηση της ημερήσιας δοσολογίας. Η χαμηλή δόση συνιστάται ούτως ή άλλως σε πολύ ηλικιωμένα άτομα ή σε αυτούς που έχουν νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια.

Με γνώμονα τις ανάγκες του ασθενούς ο γιατρός μπορεί να αυξήσει τη διάρκεια της θεραπείας λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι η υδροχλωρική βουπροπιόνη έχει χρησιμοποιηθεί για θεραπεία χρόνιας κατάθλιψης για διάστημα μεγαλύτερο των τριών ετών.<sup>49</sup>

### **11.6. ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ- ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ**

Η χορήγηση του φαρμάκου αντενδείκνυται:

- \* Σε ασθενείς με ιστορικό επιληψίας.
- \* Πρέπει να χορηγείται με μεγάλη προσοχή σε ασθενείς:
- \* με νοσήματα που προδιαθέτουν ή κατεβάζουν τον ουδό των

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος  
επιληπτικών  
σπασμών (ιστορικό κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης, αλκοολισμός,  
σακχαρώδης διαβήτης σε θεραπεία με ινσουλίνη ή αντιδιαβητικά δισκία)  
ή

- \* που παίρνουν φάρμακα που κατεβάζουν τον ουδό των επιληπτικών κρίσεων όπως θεοφυλλίνη, αντιψυχωσικά φάρμακα, αντικαταθλιπτικά και συστηματικά κορτικοστεροειδή)
- \* Σε ασθενείς με ιστορικό νευρικής ανορεξίας ή βουλιμίας
- \* Σε ασθενείς με διπολική διαταραχή
- \* Σε ασθενείς με ηπατική νέκρωση<sup>50</sup>

### 11.7. ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ\

Η κυριότερη παρενέργεια του φαρμάκου θεωρείται η πρόκληση επιληπτικών σπασμών σε συχνότητα 1/1000. Η συχνότητα αυτή είναι ίδια με αυτή των τυπικών αντικαταθλιπτικών φαρμάκων όπως για παράδειγμα των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών. Σαν πιο συχνές παρενέργειες αναφέρονται: ξηρότητα στόματος, αϋπνία (τόσο καθυστερημένης επέλευσης του ύπνου όσο και πρόωρης αφύπνισης), κεφαλαλγία, εξάνθημα δέρματος, κνησμό και υπερευαισθησία. Σπάνια παρατηρείται αντίδραση που μοιάζει με ορονοσία.<sup>51</sup>

**11.8. ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΑ**

Η υδροχλωρική βουπροπιόνη ακολουθεί πολλές οδούς μεταβολισμού, χωρίς

να υπάρχει κάποια οδός που κυριαρχεί. Για τον λόγο αυτό όταν μια οδός παρεμποδίζεται πιθανότατα αντισταθμίζουν οι άλλες. Ωστόσο υπάρχουν τρεις κατηγορίες φαρμάκων, τα οποία συνχορηγούμενα με την βουπροπιόνη, δυνητικά παρουσιάζουν σημαντικές κλινικές αλληλεπιδράσεις όπως:

Φάρμακα που επηρεάζουν το ισοένζυμο CYP2B6

Φάρμακα που μεταβολίζονται εξ ολοκλήρου από το ισοένζυμο CYP2D6

Φάρμακα που αναστέλλουν ή επαγάγουν γενικά την δράση των ενζύμων.<sup>52</sup>

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σήμερα υπάρχουν πολλές αποτελεσματικές φαρμακευτικές θεραπείες για τη διακοπή του καπνίσματος. Εκτός των ειδικών περιπτώσεων, αυτές οι θεραπείες θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σε όλους τους καπνιστές που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα.

Οι θεραπείες που στοχεύουν στη διακοπή του καπνίσματος, από την απλή συμβουλευτική παραίνεση του γιατρού μέχρι τα ειδικά προγράμματα διακοπής καπνίσματος, δεν είναι μόνο κλινικά αποτελεσματικές, αλλά είναι και εξαιρετικά συμφέρουσες οικονομικά συγκριτικά με άλλες προληπτικές θεραπευτικές παρεμβάσεις για νοσήματα, όπως η υπερχοληστερολαιμία και η υπέρταση, ή προληπτικές απεικονιστικές μεθόδους, όπως η μαστογραφία και το τεστ Παπανικολάου. Η θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό έχει καλή σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, αν σκεφτεί κανείς ότι μπορεί να προλάβει χρόνια νοσήματα και επιπλοκές που επιβαρύνουν τα συστήματα υγείας, όπως καρδιαγγειακά νοσήματα, χρόνια αναπνευστικά νοσήματα, καρκίνους, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Αυτό αντανακλά και στο κόστος νοσηλείας των ενδονοσοκομειακών ασθενών (μείωση χρόνου νοσηλείας, λιγότερες μελλοντικές εισαγωγές στα νοσοκομεία).

Για το λόγο αυτό οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το κάπνισμα συστήνουν απαραίτητα ότι τόσο τα ειδικά προγράμματα για τη διακοπή του καπνίσματος όσο και τα φαρμακευτικά σκευάσματα που διατίθενται για αυτό το σκοπό, πρέπει να καλύπτονται από τους ασφαλιστικούς φορείς, δημόσιους ή ιδιωτικούς και αυτό πρέπει να αποτελεί μέλημα μιας σύγχρονης πολιτικής παροχής υγείας για την προστασία των πολιτών.



Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος

Στα πλαίσια της ευαισθητοποίησης του ιατρικού κόσμου και της παροχής φροντίδας και ενημέρωσης σε θέματα υγείας ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δημιούργησε το 1992 το Ευρωπαϊκό Δίκτυο των Νοσοκομείων Προαγωγής Υγείας ( Health Promotion Hospitals ) με στόχο την ανάπτυξη προγραμμάτων και δραστηριοτήτων που αναβαθμίζουν το νοσοκομειακό περιβάλλον και προάγουν την υγεία των εργαζομένων και των ασθενών. Η διαμόρφωση στα νοσοκομεία ενός περιβάλλοντος απαλλαγμένου από το κάπνισμα υπήρξε μία από τις πρώτες πρωτοβουλίες του δικτύου.

Στη συνέχεια δημιουργήθηκε το 1994 το Ευρωπαϊκό Δίκτυο των Απαλλαγμένων από το Κάπνισμα Νοσοκομείων ( European Network for Smoke-free Hospitals) ως μία πρωτοβουλία διαφόρων Ευρωπαϊκών εταίρων με σκοπό την αποφυγή του καπνίσματος εντός των νοσοκομείων και με βασική επιδίωξη μία πολιτική δημόσιας υγείας που βασίζεται στην αρχή ότι η υπόθεση αυτή αφορά καπνιστές και μη καπνιστές. Το Δίκτυο έχει σαν στόχο την προαγωγή της πρόληψης του καπνίσματος και σαν μέσα την εκπαίδευση των καπνιστών αλλά και των συγγενών τους και την παροχή τεκμηριωμένης παρέμβασης για τη θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη. Το 1999 συντάχθηκε ο Κώδικας του Δικτύου, ενώ η Ελλάδα συμμετέχει τα τελευταία χρόνια στην πρωτοβουλία αυτή μέσα από το Εθνικό Δίκτυο Νοσοκομείων προαγωγής της Υγείας (ΕΔΝΠΥ), Σήμερα, στην Ελλάδα λειτουργούν περισσότερα από 40 Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος σε Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας, ενώ στο ΕΔΝΠΥ συμμετέχουν περισσότερα από 20 Νοσοκομεία.

Φαίνεται λοιπόν ότι με τις δυνατότητες που έχουμε σήμερα για αποτελεσματικές παρεμβάσεις σε μεμονωμένα άτομα ή και στον πληθυσμό σαν σύνολο προκειμένου να μειώσουμε ή να εξαλείψουμε την

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος  
εξάρτηση από τον καπνό, η ισότιμη συνεργασία μεταξύ των επιμέρους  
φορέων και η δημιουργία ενός Εθνικού Δικτύου Ιατρικών Διακοπής  
Καπνίσματος αποτελεί μία ι προοπτική που μπορεί να ενισχύσει την  
κοινή αυτή προσπάθεια και θα μεγιστοποιήσει τους επιδιωκόμενους  
στόχους.<sup>53</sup>



## Περίληψη

Με μια περισκοπική ματιά γύρω μας καταλαβαίνουμε ότι το κάπνισμα έχει πάρει πλέον ραγδαίες διαστάσεις. Με βάση και τα στατιστικά στοιχεία που προαναφέραμε στα κεφάλαια διαπιστώνουμε ότι η μελλοντική βασική αιτία θανάτου των ανθρώπων θα είναι το κάπνισμα αφού πλέον σύμφωνα με την Ε.Ε 1 στους 3 νέους καπνίζει, μισό εκατομμύριο γυναικών πεθαίνουν ετησίως, καθώς επίσης εξαιτίας του καπνίσματος έχουν αυξηθεί και τα κρούσματα καρκίνου του πνεύμονα.

Αυτή η εξαιρετικά επικίνδυνη συνήθεια έχει εξελιχθεί σε διεθνή μάστιγα και έχει αρχίσει να προβληματίζει ήδη την κοινή γνώμη κυρίως για τις βλαβερές συνέπειες που προκαλούν στους οργανισμούς όπως καρδιοπάθειες, βρογχικό άσθμα, αλλεργίες, παθήσεις στομάχου, κ.τ.λ.

Μία από τις πιο αξιοσημείωτες περιπτώσεις στις οποίες το κάπνισμα προκαλεί καταστροφικές συνέπειες είναι οι περιπτώσεις εγκύων γυναικών. Σε αυτές τις περιπτώσεις επειδή το 90% του καπνού που απορροφάται από τον οργανισμό περιέχει χημικές ουσίες, τα έμβρυα μολύνονται και εκτός από το να μην αναπτυχθούν φυσιολογικά και να είναι ελλιποβαρή, υπάρχει πιθανότητα να οδηγήσει ακόμα και σε θάνατο του εμβρύου.

Άλλη μία σημαντική περίπτωση των δυσμενών επιπτώσεων του καπνίσματος που προαναφέρθηκε, είναι αυτή του παθητικού καπνιστή που δυστυχώς στις μέρες μας, στη Ελλάδα δεν έχουν ληφθεί επαρκή μέτρα, παρά μόνο σε δημόσιους χώρους, όπου υπάρχει πλέον ο χώρος καπνιζόντων και μη καπνιζόντων, έτσι ώστε οι άνθρωποι που δεν καπνίζουν να προστατεύονται από τους καπνιστές.

#### Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος

Λόγω των ανωτέρω προαναφερθεισών συνεπειών, ανακαλύφθηκαν και εφαρμόστηκαν και άλλα δραστικά μέτρα που να δρουν ανασταλτικά στην αποτροπή από το κάπνισμα, όπως νικοτίνη σε τσίχλα, σε δερματικό επίθεμα, σε ρινικό σπρέϋ, σε υπογλώσσια χάπια, Bupropion sr, βραχεία συμβουλευτική και ιατρική παρέμβαση, εντατική υποστηρικτική βοήθεια από ειδικό, τηλεφωνική συμβουλευτική βοήθεια, γραπτά βοηθήματα, εντατική υποστηρικτική θεραπεία και υποκατάσταση νικοτίνης ή επίσκεψη σε αντικαπνιστική εταιρεία.

Αυτά τα μέτρα σαφώς πρέπει να καθορίζονται από ειδικό καθώς επίσης κρίνεται απαραίτητος ο έλεγχος, έτσι ώστε να αποφεύγονται τα λάθη και οι τυχόν αρνητικές αλληλεπιδράσεις στους οργανισμούς, σε περίπτωση που κάποιος από τους οργανισμούς αυτούς ακολουθεί και άλλη φαρμακευτική αγωγή.

Συνοψίζοντας, καλό είναι να συνειδητοποιήσουμε το γεγονός ότι το κάπνισμα επιφέρει μόνο βλαβερές συνέπειες στον οργανισμό, τόσο μακροπρόθεσμα όσο και βραχυπρόθεσμα ανάλογα με την ευαισθησία του κάθε οργανισμού. Για αυτό το λόγο είναι σημαντικό να προσπαθούμε να σταματήσουμε την διαίωσιση του προβλήματος που αποτελεί μάστιγα της πλειοψηφία, κάθε ηλικίας του πληθυσμού μας.

Επομένως, θα είναι εφικτή η αντιμετώπιση του εθισμού στο τσιγάρο και έτσι θα αυξηθεί ο μέσος όρος ζωής και θα συμβάλει στην δημιουργία καλύτερων συνθηκών ζωής και στην ύπαρξη καλύτερου βιοτικού επιπέδου και πλέον θα μειωθούν στο ελάχιστο οι θάνατοι που προέρχονται από το κάπνισμα.

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος

## ***ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ***

## Σκοπός

**Τα τελευταία χρόνια στην πατρίδα μας παρατηρείται αύξηση του καπνίσματος , κυρίως από νέους ανθρώπους και βάση στατιστικών η Ελλάδα κατέχει μία από τις πρώτες θέσεις στην Ε.Ε.**

**Ο σκοπός της έρευνας μας ήταν κατά πόσο οι νέοι ύστερα από τις ελάχιστες καμπάνιες που έχουν γίνει, εάν έχουν αλλάξει συμπεριφορά ή εξακολουθούν να βαδίζουν στα ίδια πρότυπα.**

### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνας μου χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από 148 ερωτηθέντες από την περιοχή της Αθήνας και το δείγμα ήταν τυχαίο. Η ερευνητική μου προσπάθεια διήρκεσε 1 μήνα, από τις 10/01/07 έως 10/02/07.

Πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγούσα το σκοπό της έρευνας και τόνιζα ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο. Η συμπλήρωση του από τις /τους ερωτηθέντες διείρησε 20 λεπτά .

Την ειλικρίνεια των απαντήσεων προσπάθησα να εξασφαλίσω, (α) με την ανωνυμία των ερωτηθέντων, (β) με την ανεξάρτητη και ατομική συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους συμμετέχοντες στην ερευνά.

Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ της παρούσας εργασίας. Κάθε πιθανή απάντηση σε μια ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μια αντιπροσώπευε μια ερώτηση.

Η επεξεργασία του δείγματος έγινε με το πρόγραμμα ανάλυσης για αποδελτίωση ερωτηματολογίου SPSS VII,5.

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

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Ερώτηση 1: Φύλο

A/A	Απαντήσεις	%
Αγόρι	82	55,4
Κορίτσι	66	44,6
Σύνολο	148	100

**Το 55,4% των ερωτηθέντων είναι αγόρια.**

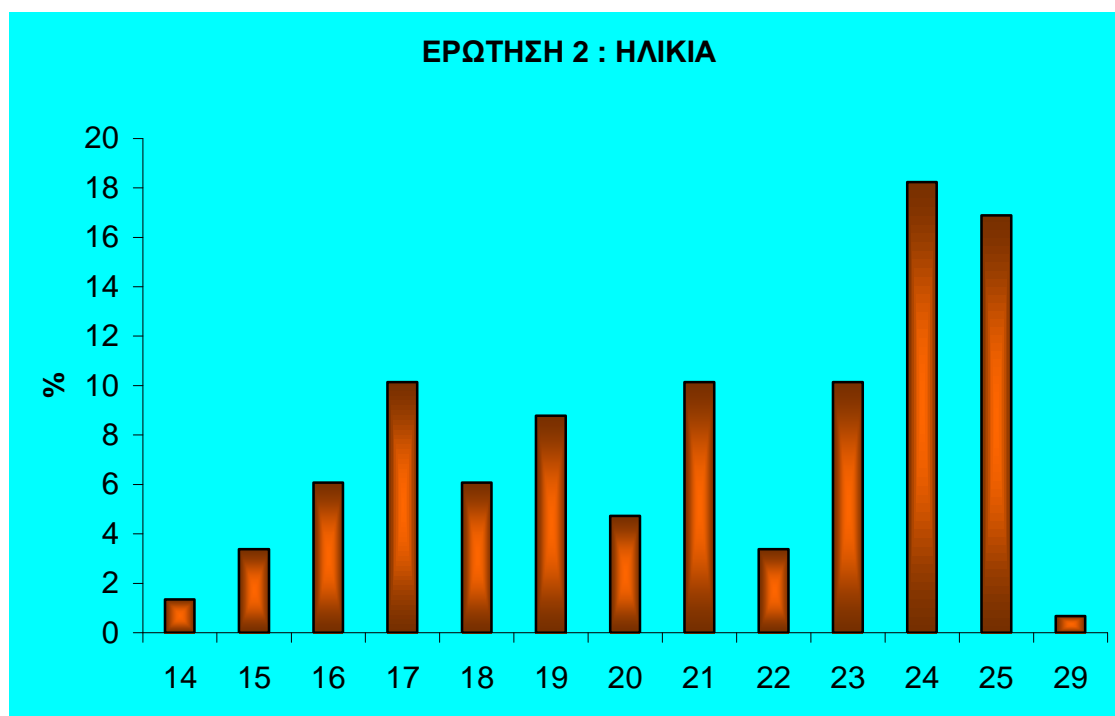




## ΕΡΩΤΗΣΗ 2: ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ

A/A	Απαντήσεις	%
14	2	1,4
15	5	3,4
16	9	6,1
17	15	10,1
18	9	6,1
19	13	8,8
20	7	4,7
21	15	10,1
22	5	3,4
23	15	10,1
24	27	18,2
25	25	16,9
29	1	0,7
Σύνολο	148	100

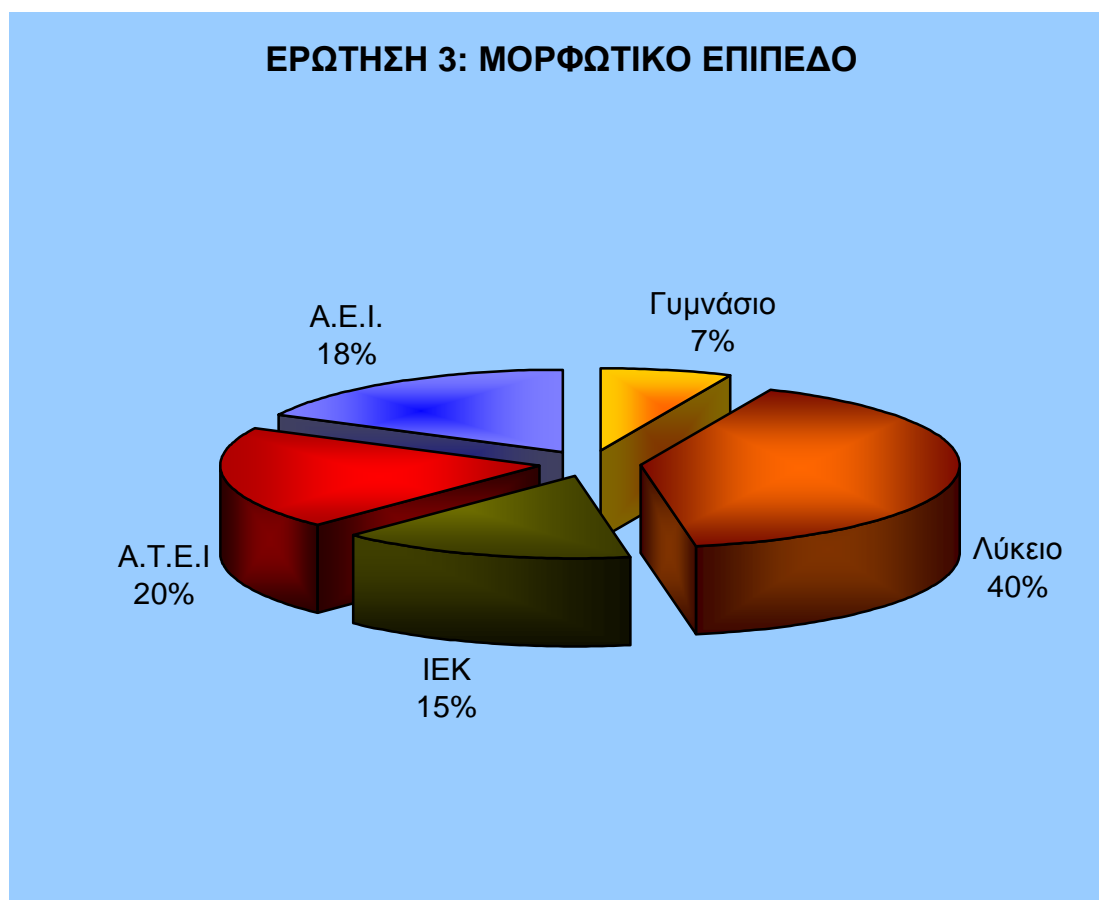
Το 63,4% των ερωτηθέντων κυμαίνεται σε ηλικία από 20- 25.



### ΕΡΩΤΗΣΗ 3 : ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

A/A	Απαντήσεις	%
Γυμνάσιο	10	6,8
Λύκειο	60	40,5
Ι.Ε.Κ.	22	14,9
Α.Τ.Ε.Ι	30	20,3
Α.Ε.Ι.	26	17,6
Σύνολο	148	100

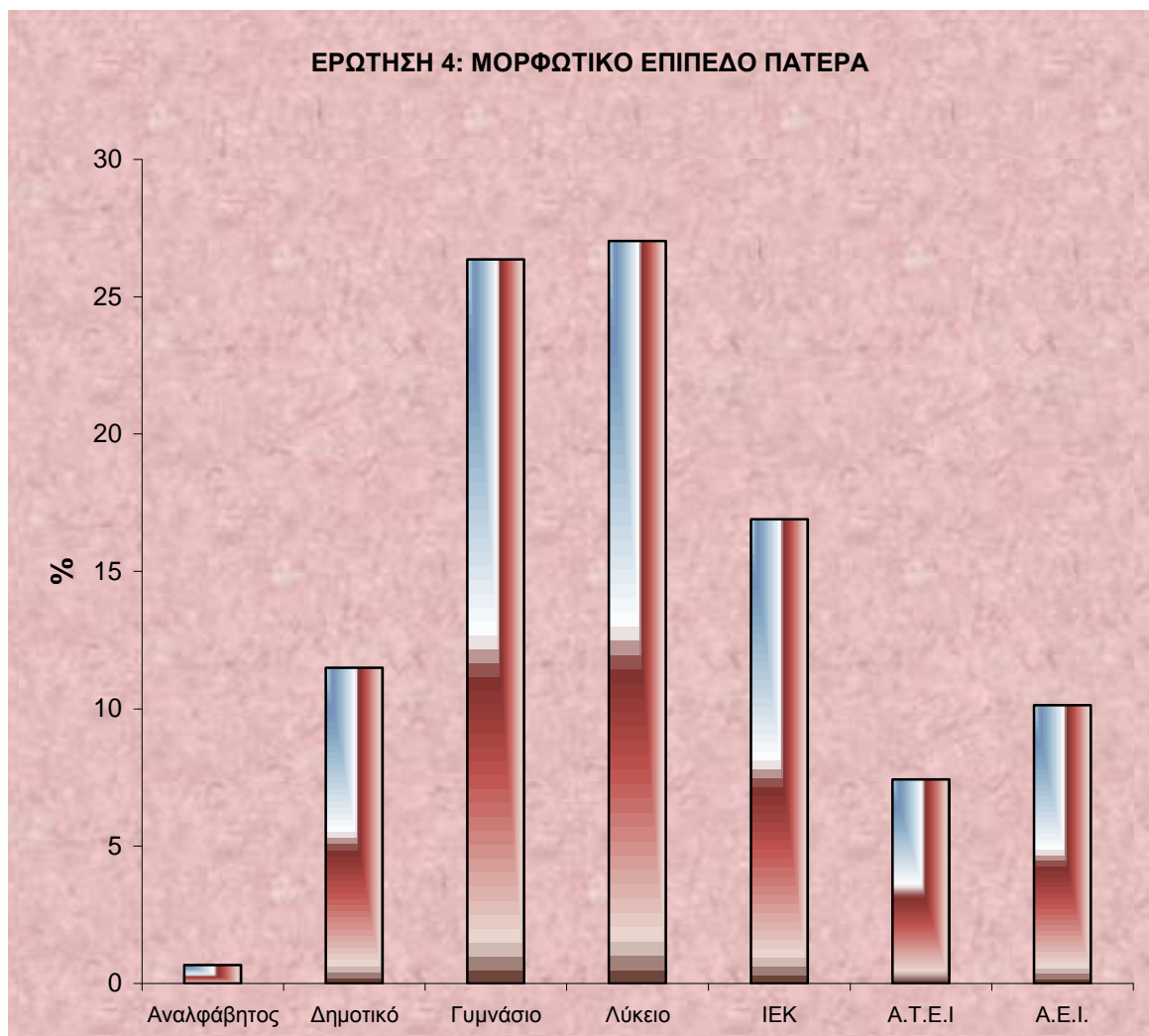
Το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων είναι του λυκείου σε ποσοστό 40,5%



Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος  
**ΕΡΩΤΗΣΗ 4 : ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΤΕΡΑ**

A/A	Απαντήσεις	%
Αναλφάβητος	1	0,7
Δημοτικό	17	11,5
Γυμνάσιο	39	26,4
Λύκειο	40	27
Ι.Ε.Κ.	25	16,9
Α.Τ.Ε.Ι.	11	7,4
Α.Ε.Ι.	15	10,1
Σύνολο	148	100

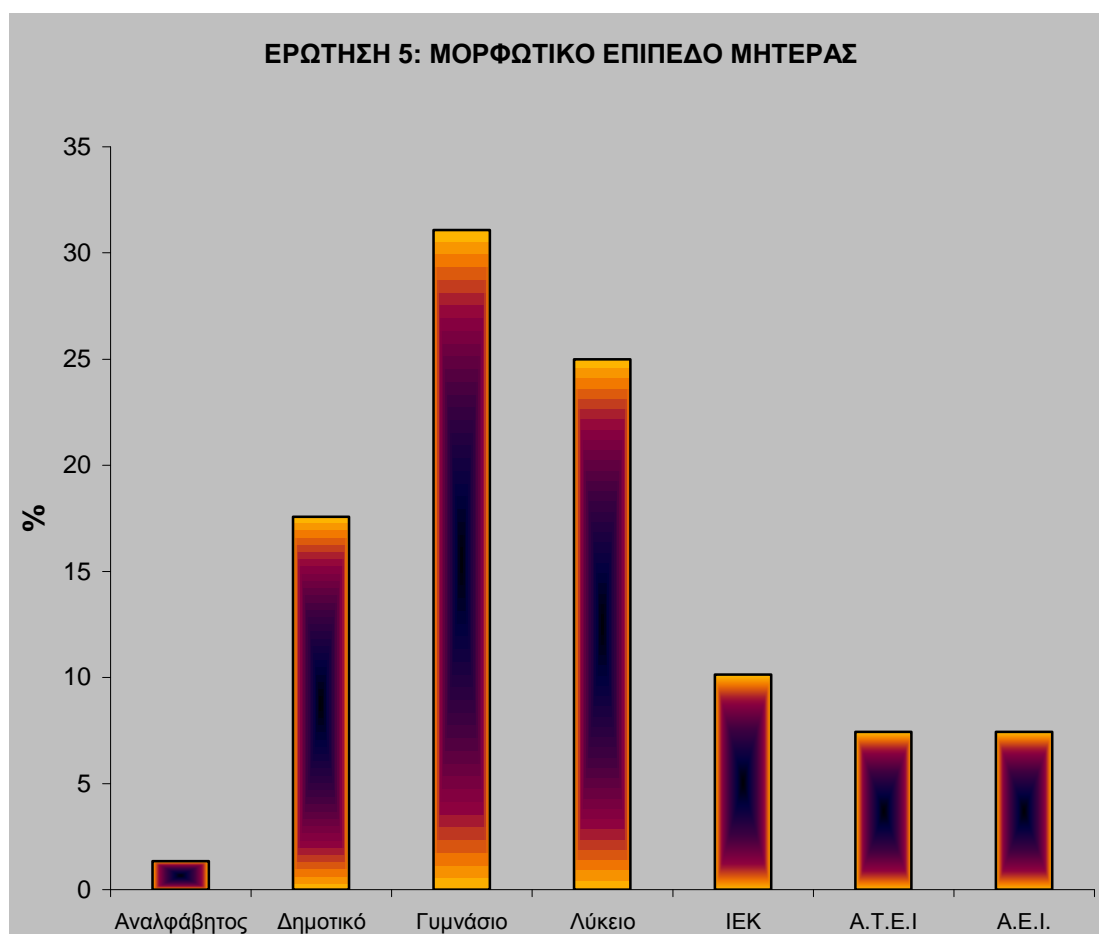
Το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα των ερωτηθέντων είναι απόφοιτοι λυκείου (27%).



Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος  
**ΕΡΩΤΗΣΗ 5 : ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΗΤΕΡΑΣ**

A/A	Απαντήσεις	%
Αναλφάβητος	2	1,4
Δημοτικό	26	17,6
Γυμνάσιο	46	31,1
Λύκειο	37	25
Ι.Ε.Κ.	15	10,1
Α.Τ.Ε.Ι.	11	7,4
Α.Ε.Ι.	11	7,4
Σύνολο	148	100

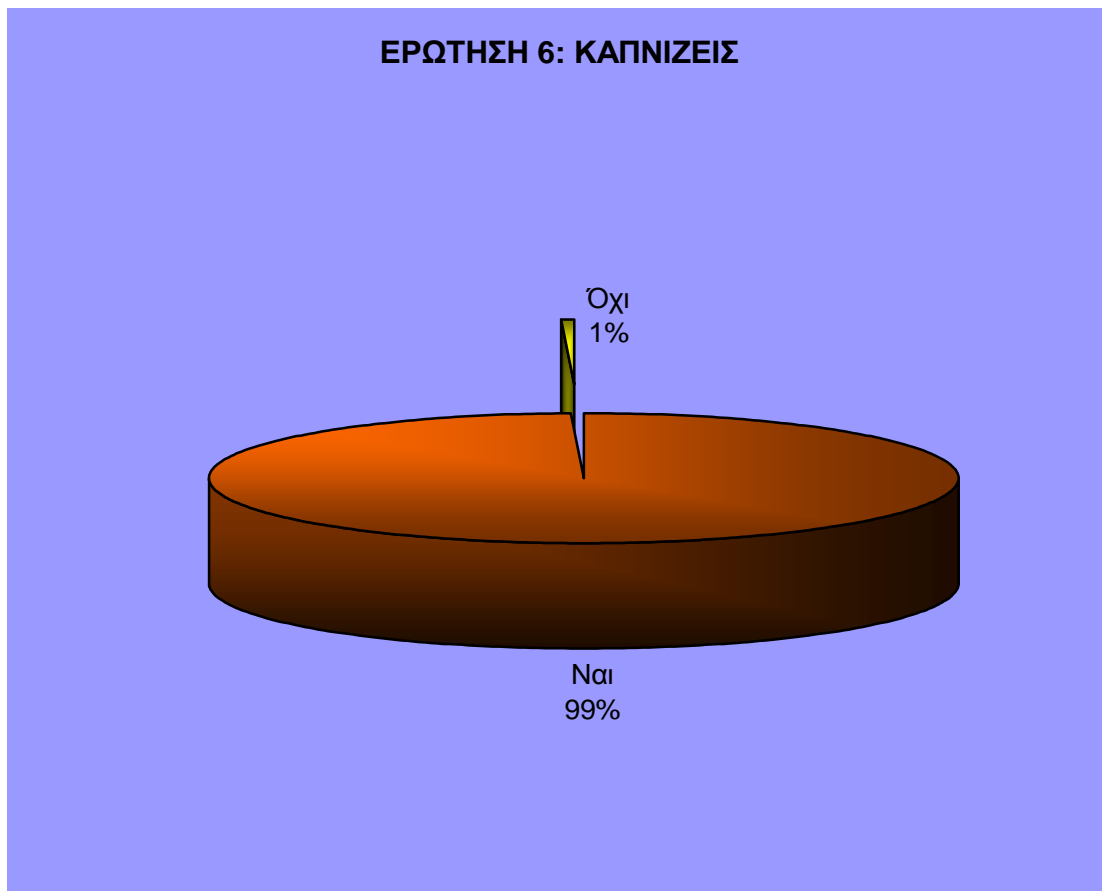
**Σε ποσοστό 31,1% των ερωτηθέντων η μητέρα τους έχει αποφοιτήσει το λύκειο.**



### ΕΡΩΤΗΣΗ 6: ΑΝ ΚΑΠΝΙΖΕΙΣ

A/A	Απαντήσεις	%
Ναι	147	99,3
Όχι	1	0,7
Σύνολο	148	100

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (99,3%) καπνίζουν και μόνο το 0,7% είναι κατά του καπνίσματος.



### ΕΡΩΤΗΣΗ 7: ΑΠΟ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΠΝΙΖΕΙΣ

A/A	Απαντήσεις	%
9	2	1,4
10	1	0,7
11	1	0,7
12	6	4,1
13	16	10,8
14	10	6,8
15	18	12,2
16	21	14,2
17	20	13,5
18	26	17,6
19	11	7,4
20	10	6,8
21	2	1,4
22	4	2,7
Σύνολο	148	100

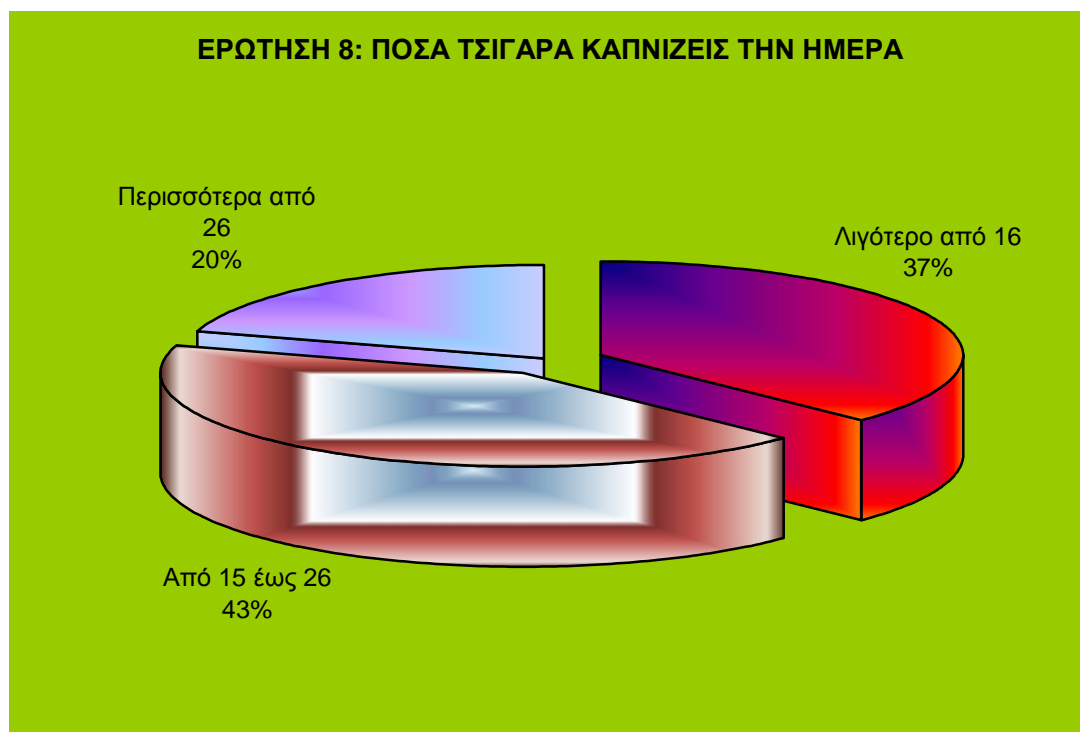
Το 82% των ερωτηθέντων έχουν αρχίσει το κάπνισμα από ηλικία 9 – 18 ετών .



### ΕΡΩΤΗΣΗ 8 : ΠΟΣΑ ΤΣΙΓΑΡΑ ΚΑΠΝΙΖΕΙΣ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ

A/A	Απαντήσεις	%
Λιγότερο από 16	55	37,2
Από 15 έως 26	63	42,6
Περισσότερα από 26	30	20,3
Σύνολο	148	100

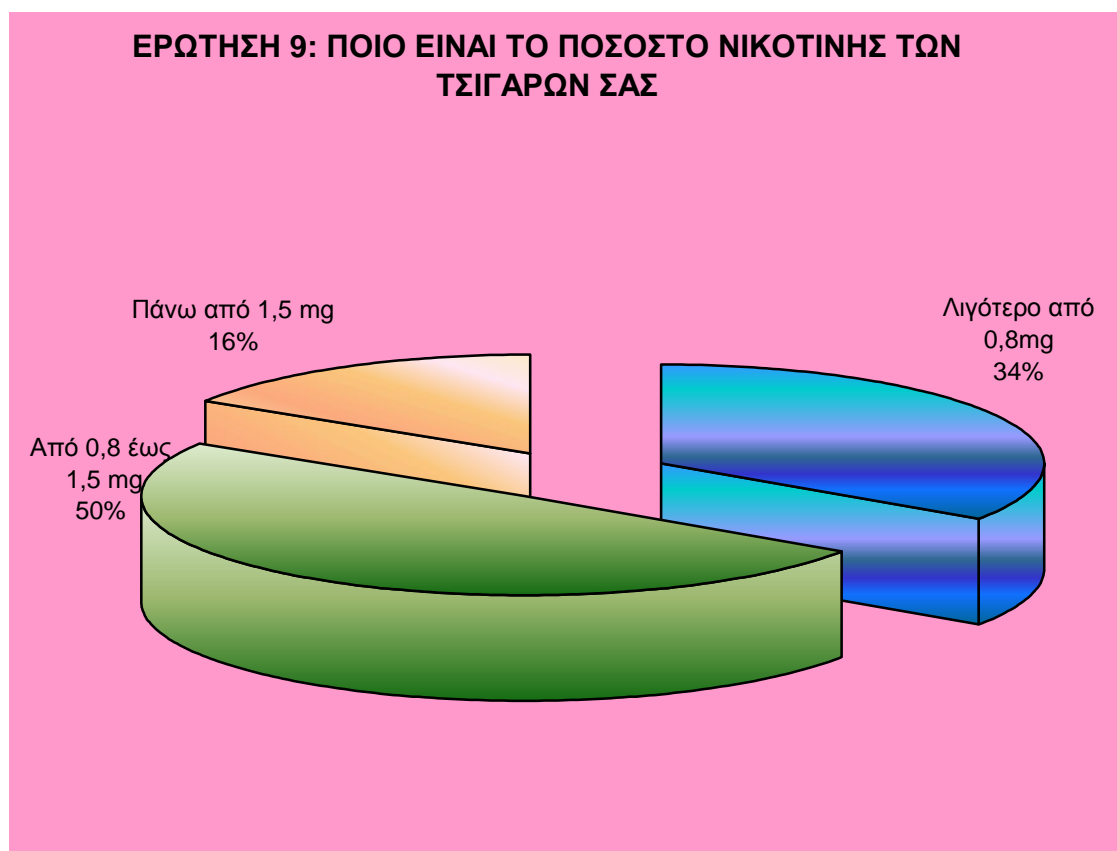
Το 42,6% των ερωτηθέντων καπνίζουν από 15 έως 26 τσιγάρα την ημέρα.



### ΕΡΩΤΗΣΗ 9 : ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ ΤΩΝ ΤΣΙΓΑΡΩΝ ΣΑΣ

A/A	Απαντήσεις	%
Λιγότερο από 0,8 mg	51	34,5
Από 0,8 έως 1,5 mg	73	49,3
Πάνω από 1,5 mg	24	16,2
Σύνολο	148	100

Το 49,3% των ερωτηθέντων καπνίζουν τσιγάρα όπου η νικοτίνη των τσιγάρων τους κυμαίνεται από 0,8 έως 1,5 mg.

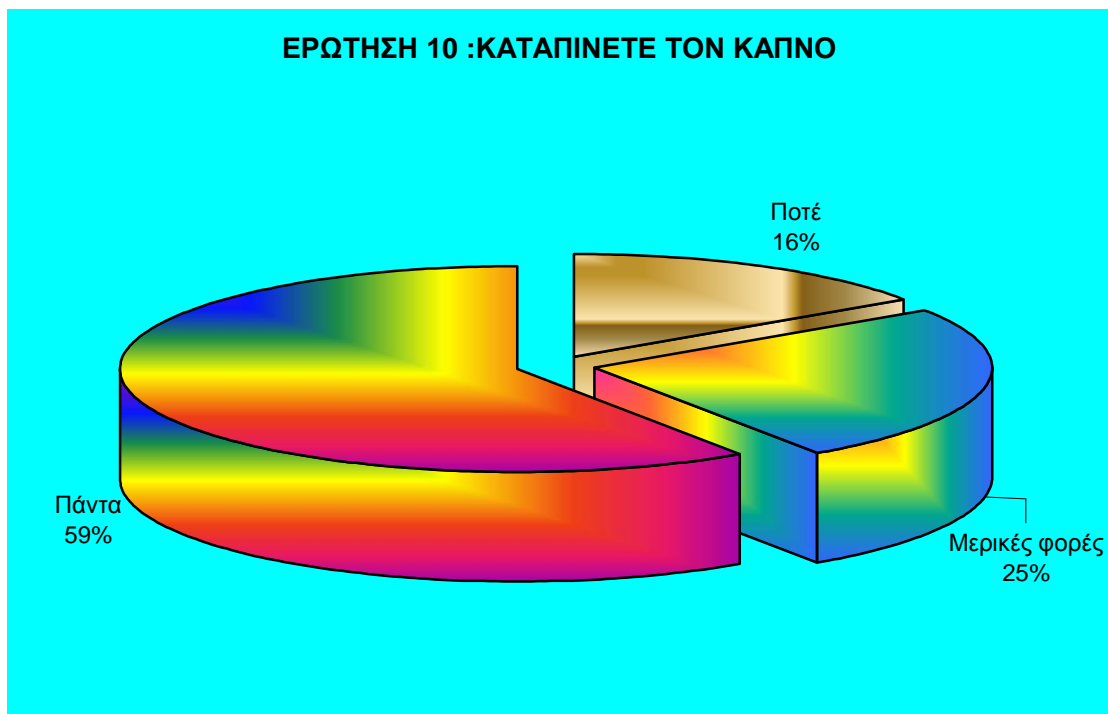




### ΕΡΩΤΗΣΗ 10 : ΚΑΤΑΠΙΝΕΤΕ ΤΟΝ ΚΑΠΝΟ

A/A	Απαντήσεις	%
Ποτέ	23	15,5
Μερικές φορές	37	25,0
Πάντα	88	59,5
Σύνολο	148	100

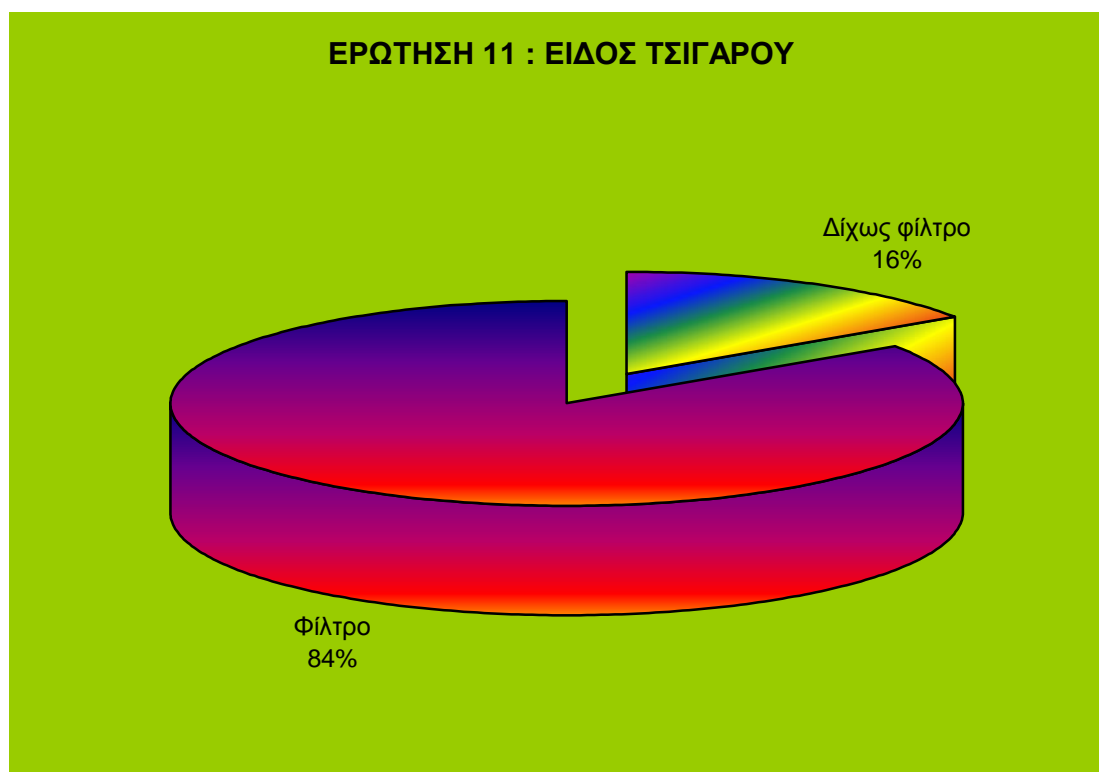
Πάνω από το μισό των ερωτηθέντων (59,5%) καταπίνουν το καπνό του τσιγάρου.



### ΕΡΩΤΗΣΗ 11 : ΕΙΔΟΣ ΤΣΙΓΑΡΟΥ

A/A	Απαντήσεις	%
Δίχως Φίλτρο	23	15,5
Φίλτρο	125	84,5
Σύνολο	148	100

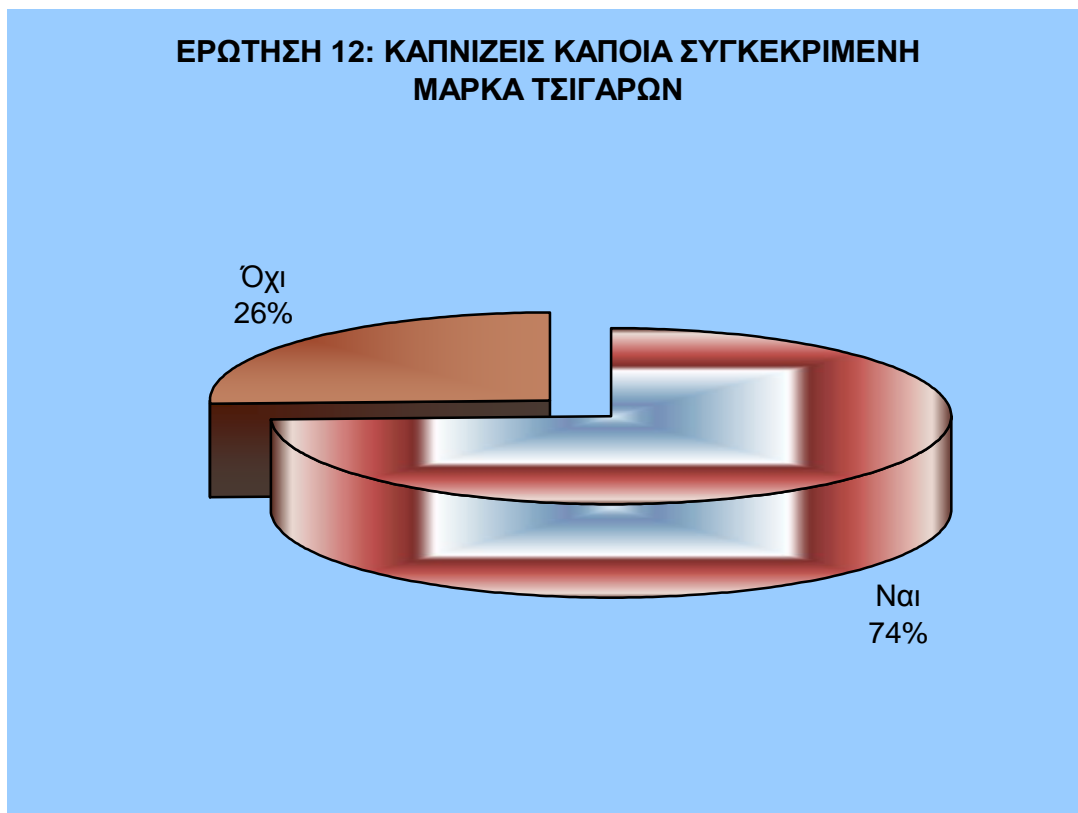
Πάνω από το μισό των ερωτηθέντων (84,5%) καπνίζουν τσιγάρα με φίλτρο .



**ΕΡΩΤΗΣΗ 12 : ΚΑΠΝΙΖΕΙΣ ΚΑΠΟΙΑ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΜΑΡΚΑ ΤΣΙΓΑΡΟΥ**

A/A	Απαντήσεις	%
<b>Ναι</b>	<b>110</b>	<b>74,3</b>
<b>Όχι</b>	<b>38</b>	<b>25,7</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

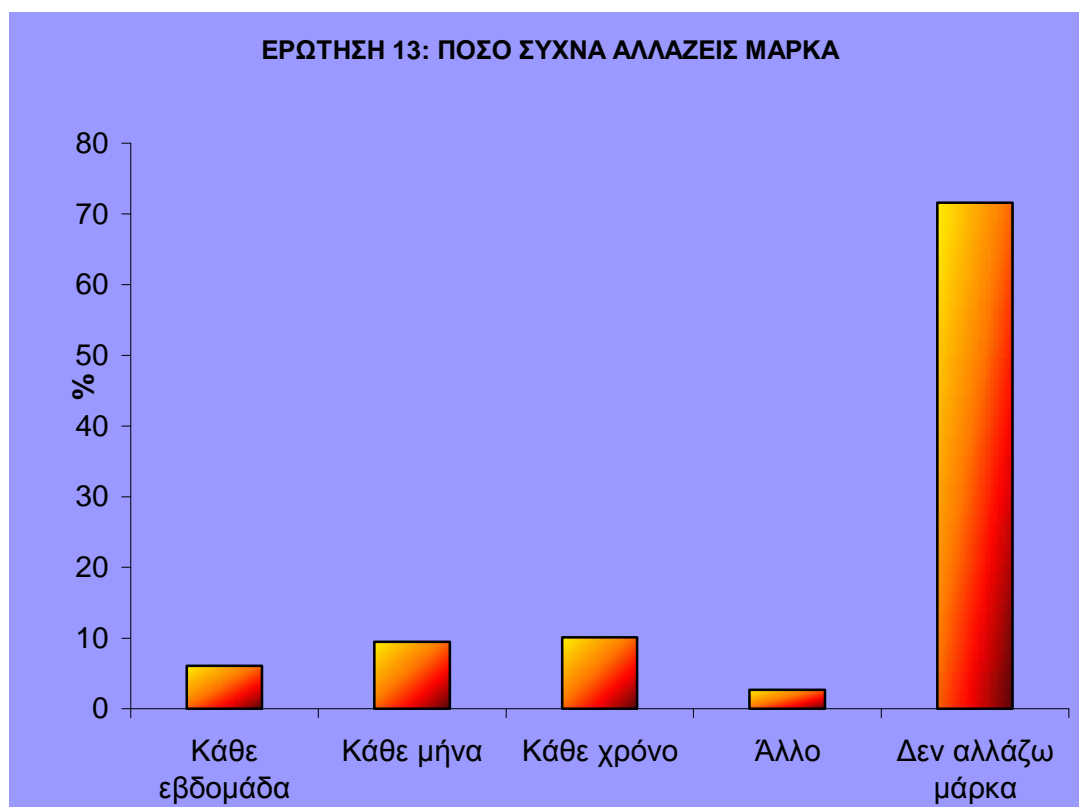
Το 74,3% των ερωτηθέντων καπνίζουν συγκεκριμένη μάρκα τσιγάρων .



### ΕΡΩΤΗΣΗ 13 : ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΑΛΛΑΖΕΙΣ ΜΑΡΚΑ

A/A	Απαντήσεις	%
Κάθε εβδομάδα	9	6,1
Κάθε μήνα	14	9,5
Κάθε χρόνο	15	10,1
Άλλο	4	2,7
Δεν αλλάζω μάρκα	106	71,6
Σύνολο	148	100

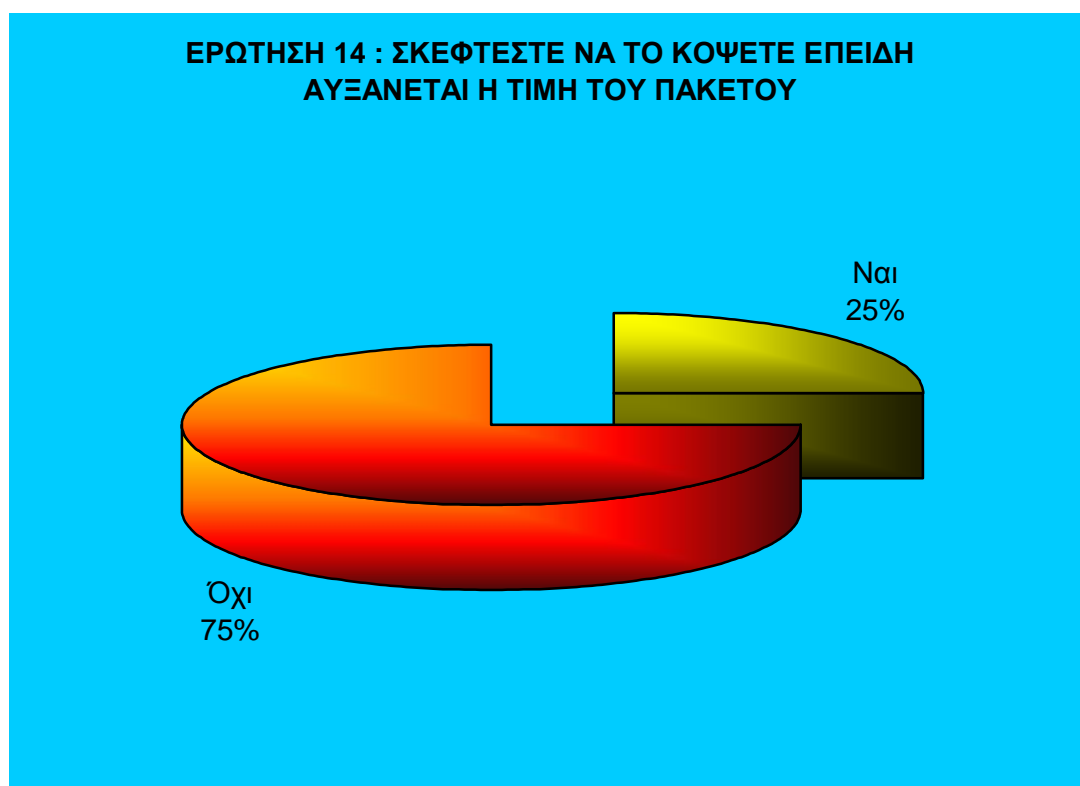
Το 71,6 % των ερωτηθέντων είναι σταθεροί στην μάρκα των τσιγάρων τους



**ΕΡΩΤΗΣΗ 14 : ΣΚΕΦΤΕΣΤΕ ΝΑ ΤΟ ΚΟΨΕΤΕ ΕΠΕΙΔΗ ΑΥΞΑΝΕΤΑΙ  
Η ΤΙΜΗ ΤΟΥ ΠΑΚΕΤΟΥ**

A/A	Απαντήσεις	%
Ναι	37	25
Όχι	111	75
Σύνολο	148	100

Πάνω από το μισό των ερωτηθέντων (75%) σκέφτονται να κόψουν το κάπνισμα επειδή αυξάνεται η τιμή του πακέτου .



**ΕΡΩΤΗΣΗ 15: ΕΧΕΤΕ ΣΚΕΦΤΕΙ ΝΑ ΑΓΟΡΑΣΕΤΕ ΚΑΠΝΟ ΣΑΝ ΠΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΛΥΣΗ**

A/A	Απαντήσεις	%
Ναι	74	50
Όχι	74	50
Σύνολο	148	100

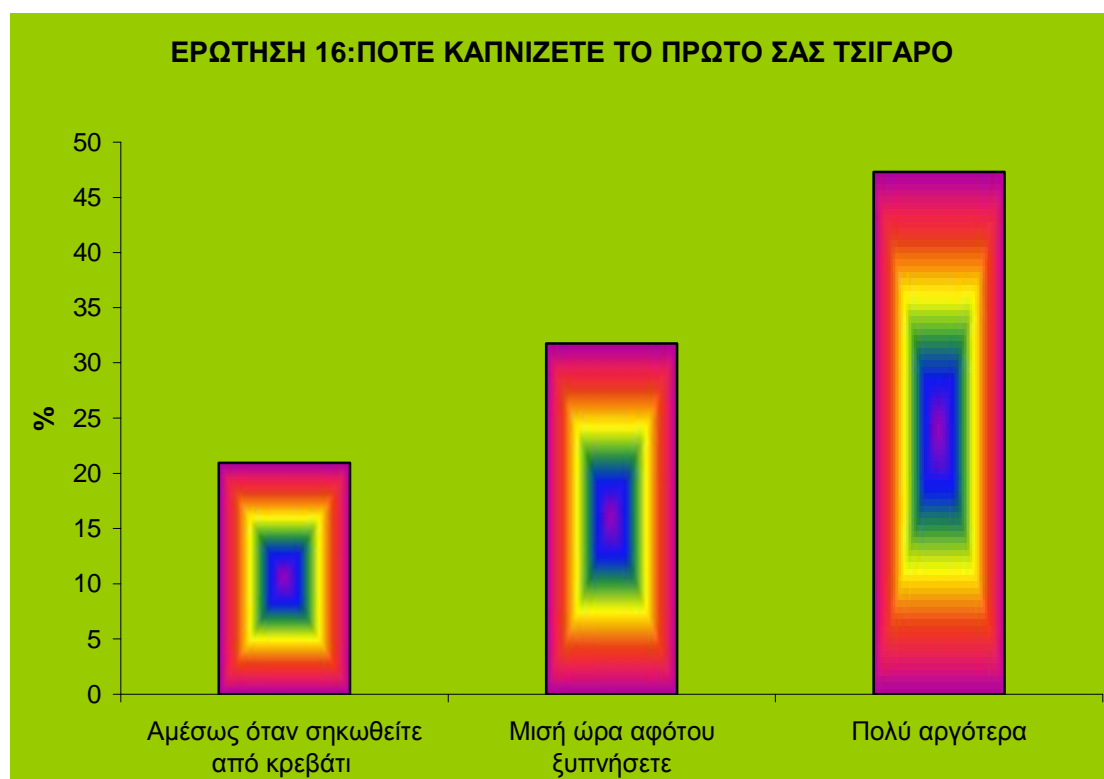
Το 50% ερωτηθέντων σκέφτονται να αγοράσουν καπνό σα πιο οικονομική λύση.



### ΕΡΩΤΗΣΗ 16: ΠΟΤΕ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΣΑΣ ΤΣΙΓΑΡΟ

A/A	Απαντήσεις	%
Αμέσως όταν σηκωθείτε από το κρεβάτι	31	20,9
Μισή ώρα αφότου ξυπνήσετε	47	31,8
Πολύ αργότερα	70	47,3
Σύνολο	148	100

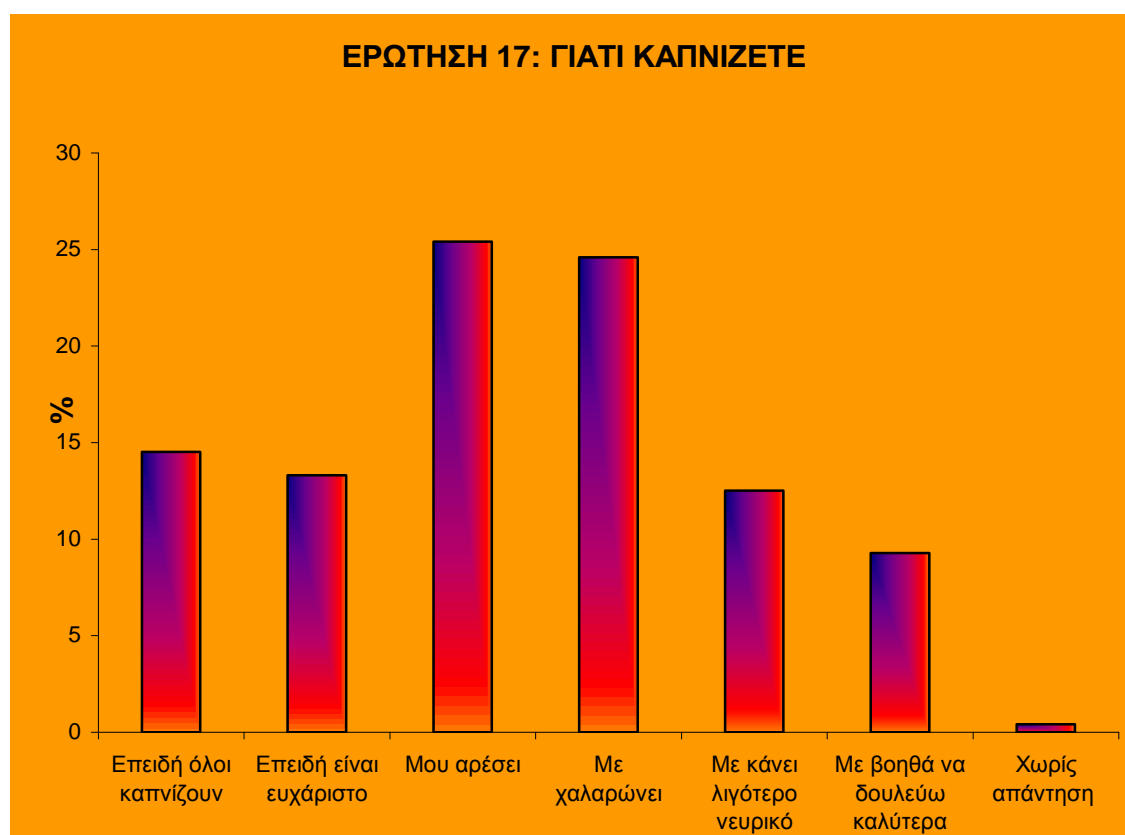
Το 47,3 % καπνίζουν το πρώτο του τσιγάρου πολύ αργότερα αφότου σηκωθούν από το κρεβάτι.



### ΕΡΩΤΗΣΗ 17: ΓΙΑΤΙ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ

A/A	Απαντήσεις	%
Επειδή όλοι καπνίζουν	36	14,5
Επειδή είναι ευχάριστο	33	13,3
Μου αρέσει	63	25,4
Με χαλαρώνει	61	24,6
Με κάνει λιγότερο νευρικό	31	12,5
Με βοηθά να δουλεύω καλύτερα	23	9,3
Χωρίς απάντηση	1	0,4
<b>Σύνολο</b>	<b>248</b>	<b>100</b>

Το 25,4% των ερωτηθέντων καπνίζουν γιατί τους αρέσει ενώ το 24,6 % καπνίζουν γιατί τους χαλαρώνει.





### ΕΡΩΤΗΣΗ 18: ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΣΟΥ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ

A/A	Απαντήσεις	%
Ναι	135	91,2
Όχι	13	8,8
Σύνολο	148	100

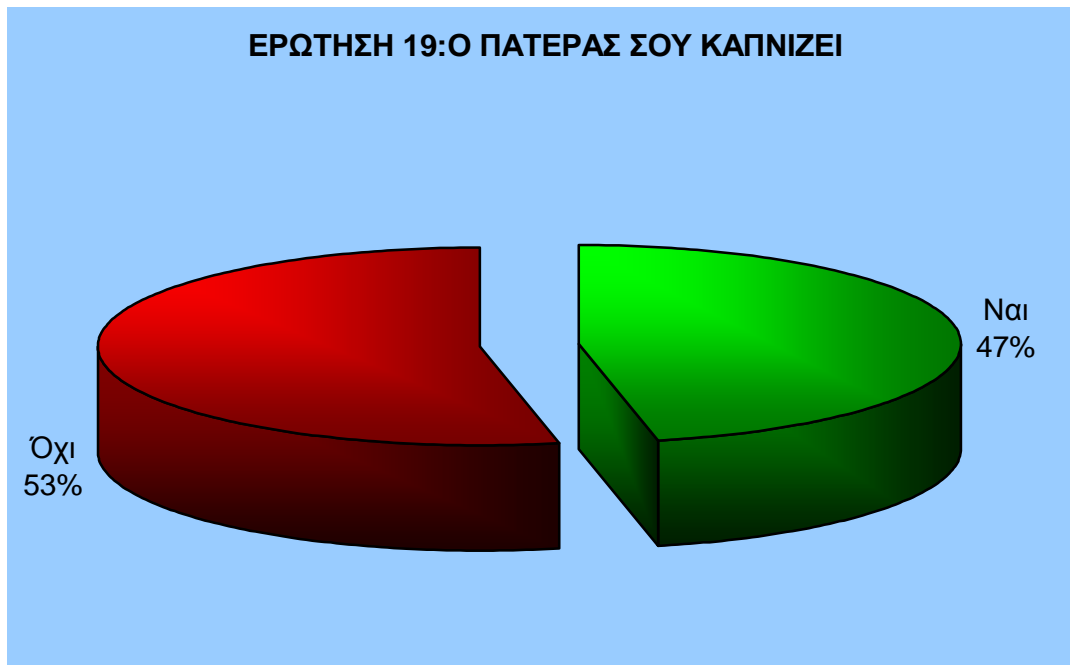
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (91,2%), απαντούν ότι και οι φίλοι τους καπνίζουν.



### ΕΡΩΤΗΣΗ 19: Ο ΠΑΤΕΡΑΣ ΣΟΥ ΚΑΠΝΙΖΕΙ

A/A	Απαντήσεις	%
Ναι	69	46,6
Όχι	79	53,4
Σύνολο	148	100

Το 53,4% των ερωτηθέντων δηλώνουν ότι ο πατέρας τους καπνίζει.



**ΕΡΩΤΗΣΗ 20: Η ΜΗΤΕΡΑ ΣΟΥ ΚΑΠΝΙΖΕΙ**

A/A	Απαντήσεις	%
Ναι	65	43,9
Όχι	83	56,1
Σύνολο	148	100

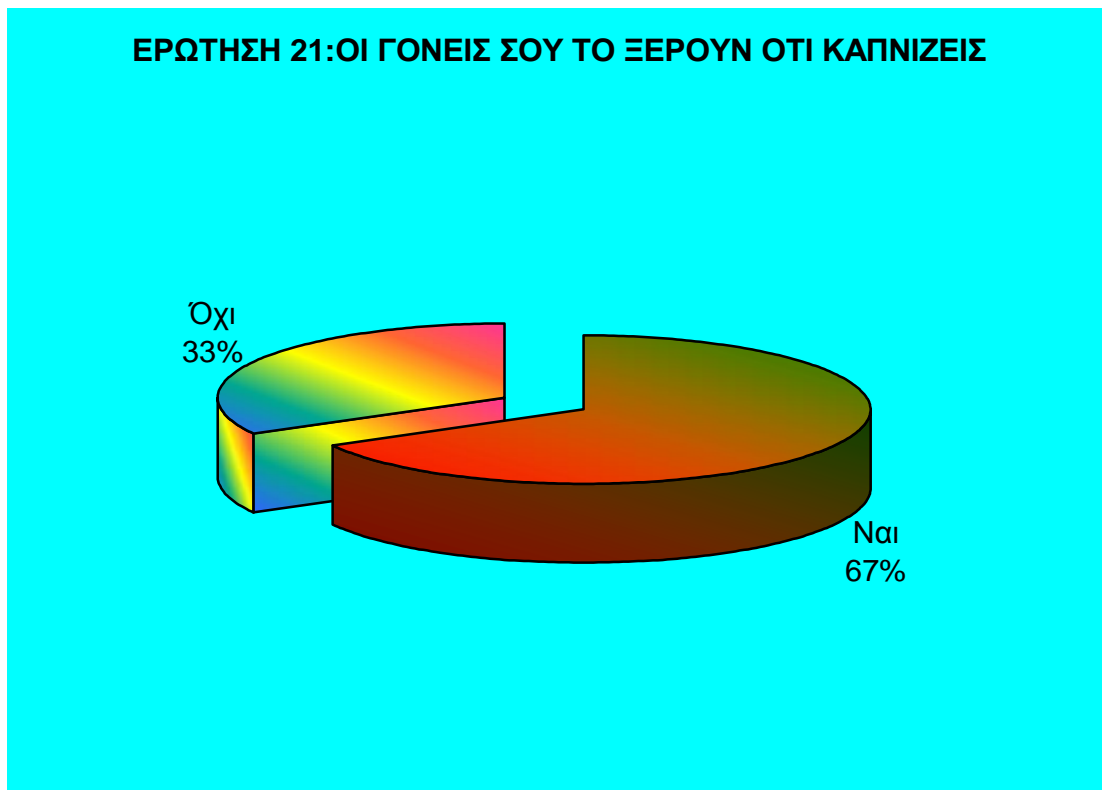
Το 56,1% των ερωτηθέντων δηλώνουν ότι η μητέρα τους δεν καπνίζει



### ΕΡΩΤΗΣΗ 21: ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΣΟΥ ΤΟ ΞΕΡΟΥΝ ΟΤΙ ΚΑΠΝΙΖΕΙΣ

A/A	Απαντήσεις	%
Ναι	99	66,9
Όχι	49	33,1
Σύνολο	148	100

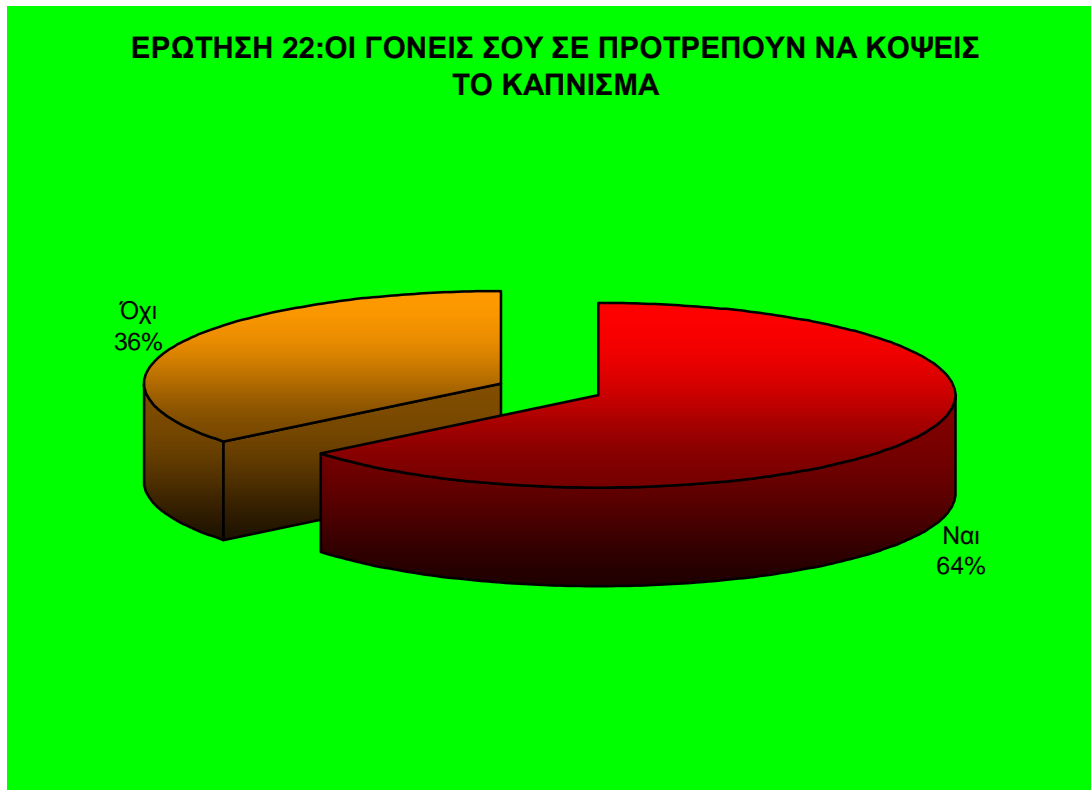
Το 66,9% των ερωτηθέντων δηλώνουν ότι οι γονείς τους ξέρουν ότι καπνίζουν



## ΕΡΩΤΗΣΗ 22 : ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΣΟΥ ΣΕ ΠΡΟΤΡΕΠΟΥΝ ΝΑ ΚΟΨΕΙΣ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

A/A	Απαντήσεις	%
Ναι	95	64,2
Όχι	53	35,8
Σύνολο	148	100

Το 64,2% των ερωτηθέντων δηλώνουν ότι οι γονείς τους , τους προτρέπουν να κόψουν το κάπνισμα.



**ΕΡΩΤΗΣΗ 23 : ΕΙΣΑΙ ΑΘΛΗΤΗΣ ΣΕ ΚΑΠΟΙΟ ΜΑΘΗΜΑ**

A/A	Απαντήσεις	%
Ναι	68	45,9
Όχι	80	54,1
Σύνολο	148	100

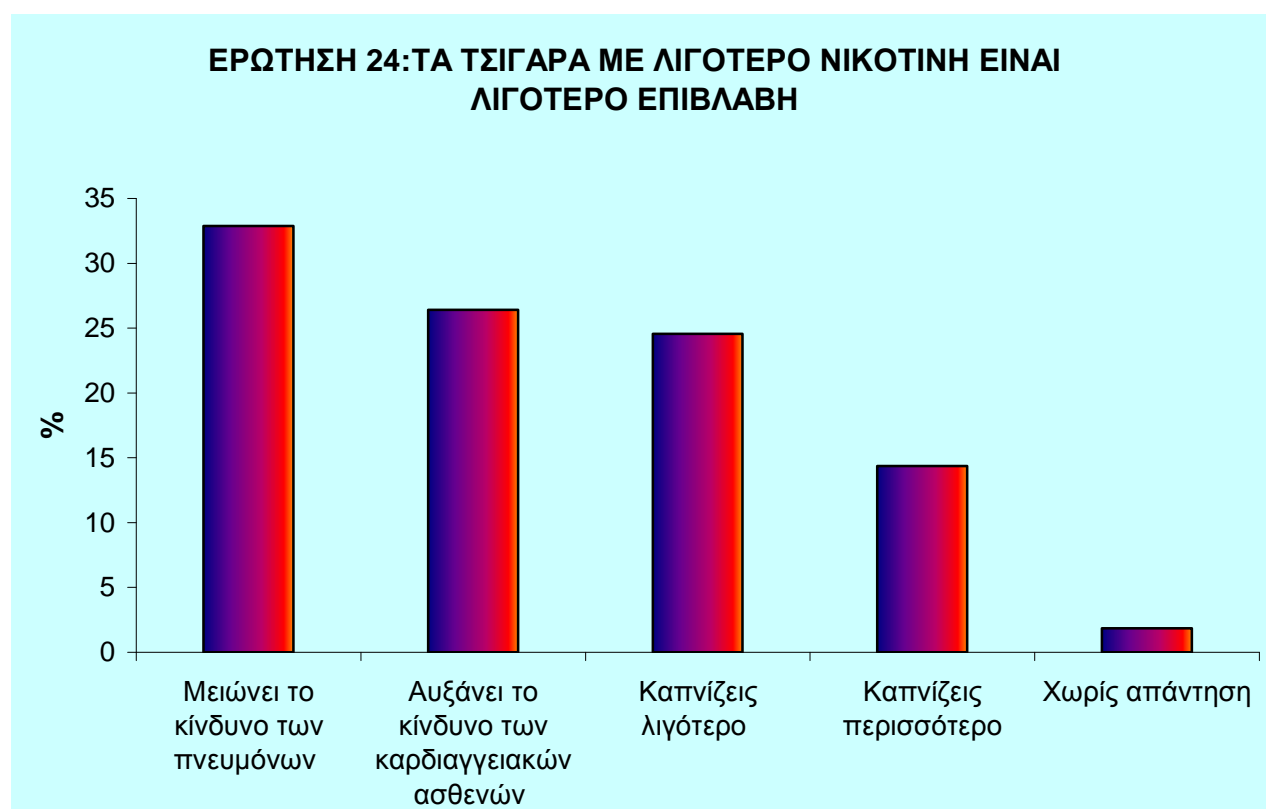
Το 54,1% των ερωτηθέντων δηλώνουν ότι δεν είναι αθλητές σε κάποιο άθλημα



### ΕΡΩΤΗΣΗ 24 : ΤΑ ΤΣΙΓΑΡΑ ΜΕ ΛΙΓΟΤΕΡΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ ΕΙΝΑΙ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΕΠΙΒΛΑΒΗ

A/A	Απαντήσεις	%
Μειώνει το κίνδυνο των πνευμόνων	71	32,9
Αυξάνει το κίνδυνο καρδ/γγειακών ασθενών	57	26,4
Καπνίζεις λιγότερο	53	24,5
Καπνίζεις περισσότερο	31	14,4
Χωρίς απάντηση	4	1,9
Σύνολο	216	100

Το 26,4% των ερωτηθέντων δηλώνουν ότι τα τσιγάρα με λιγότερο νικοτίνη είναι λιγότερο επιβλαβή διότι δεν αυξάνουν το κίνδυνο καρδιογγειακών ασθενών.



**ΕΡΩΤΗΣΗ 25: ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΑΚΟΜΗ ΚΙ ΑΝ ΜΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΣΑΣ ΥΠΟΧΡΕΩΝΕΙ ΝΑ ΜΕΙΝΕΤΕ ΣΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ**

A/A	Απαντήσεις	%
Ναι	57	38,5
Όχι	91	61,5
Σύνολο	148	100

Το 61,5% των ερωτηθέντων δηλώνουν ότι δεν καπνίζουν όταν είναι άρρωστοι.





**ΕΡΩΤΗΣΗ 26: ΤΟ ΒΡΙΣΚΕΤΕ ΔΥΣΚΟΛΟ ΝΑ ΜΗΝ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΣΤΟΥΣ ΑΠΑΓΟΡΕΥΜΕΝΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ**

A/A	Απαντήσεις	%
Ναι	87	58,8
Όχι	61	41,2
Σύνολο	148	100

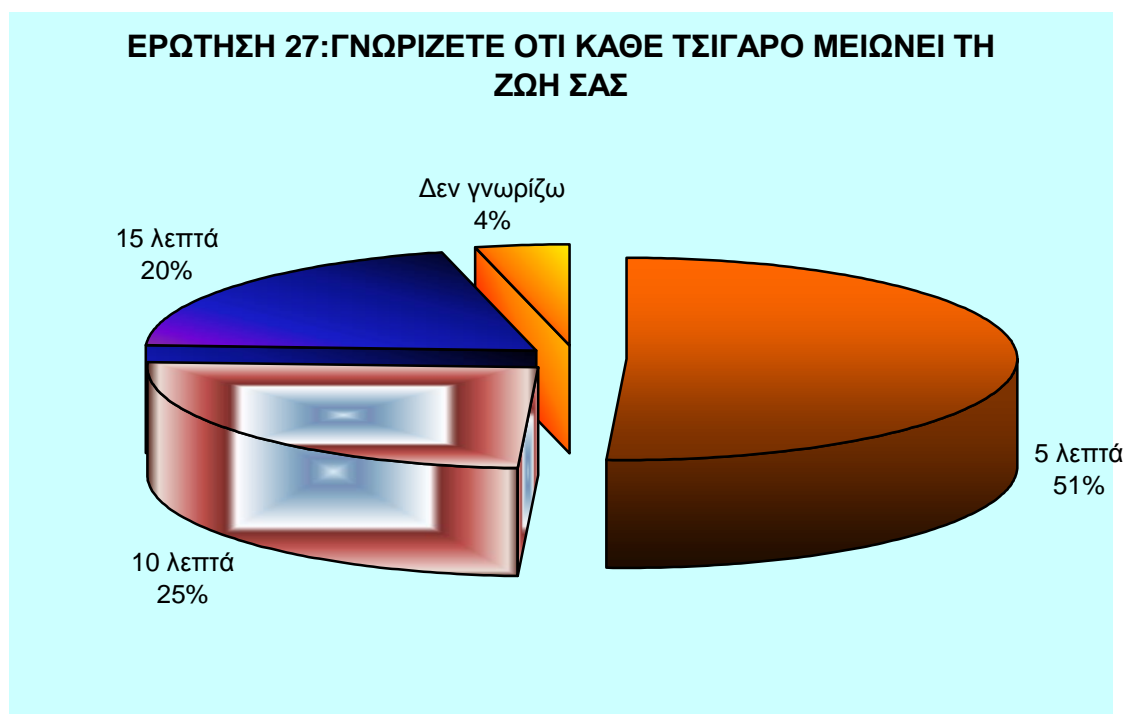
Πάνω από το μισό των ερωτηθέντων (58,8%) δηλώνουν ότι το βρίσκουν δύσκολο να μην καπνίζουν στους απαγορευμένους χώρους.



### ΕΡΩΤΗΣΗ 27: ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΚΑΘΕ ΤΣΙΓΑΡΟ ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΗ ΖΩΗ ΣΑΣ

A/A	Απαντήσεις	%
5 λεπτά	75	50,7
10 λεπτά	37	25,0
15 λεπτά	30	20,3
Χωρίς απάντηση	6	4,0
Σύνολο	148	100

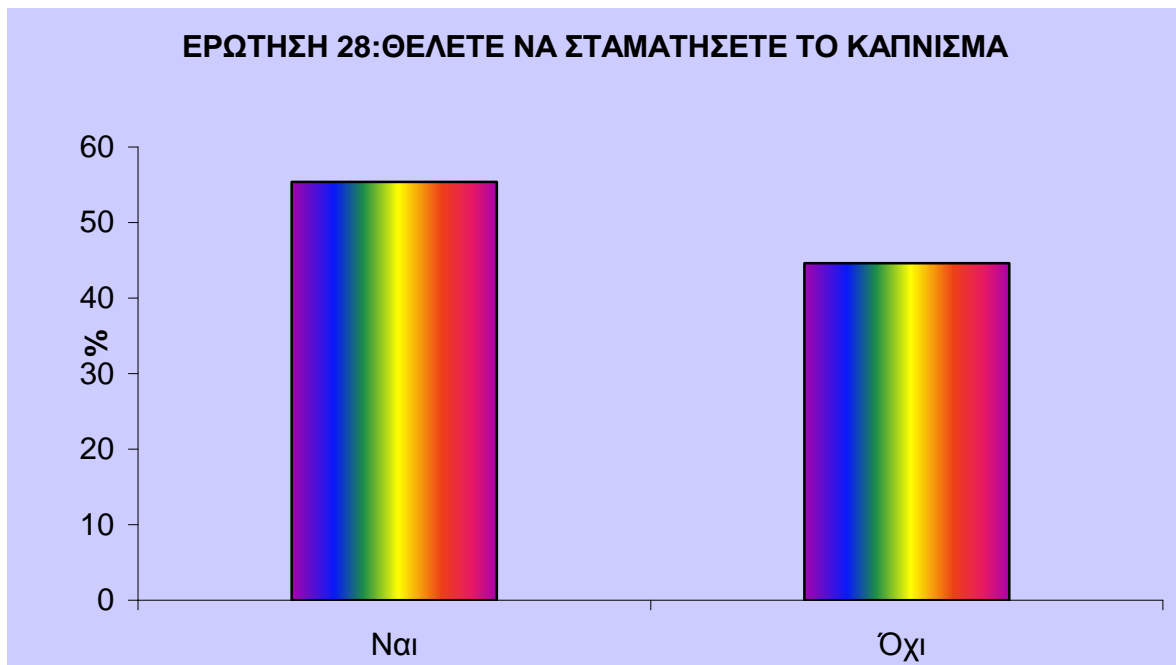
Το 50,7% των ερωτηθέντων δηλώνουν ότι καπνίζοντας ένα τσιγάρο μειώνει τη ζωή τους κάθε 5 λεπτά .



**ΕΡΩΤΗΣΗ 28: ΘΕΛΕΤΕ ΝΑ ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΤΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

A/A	Απαντήσεις	%
<b>Ναι</b>	<b>82</b>	<b>55,4</b>
<b>Όχι</b>	<b>66</b>	<b>44,6</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

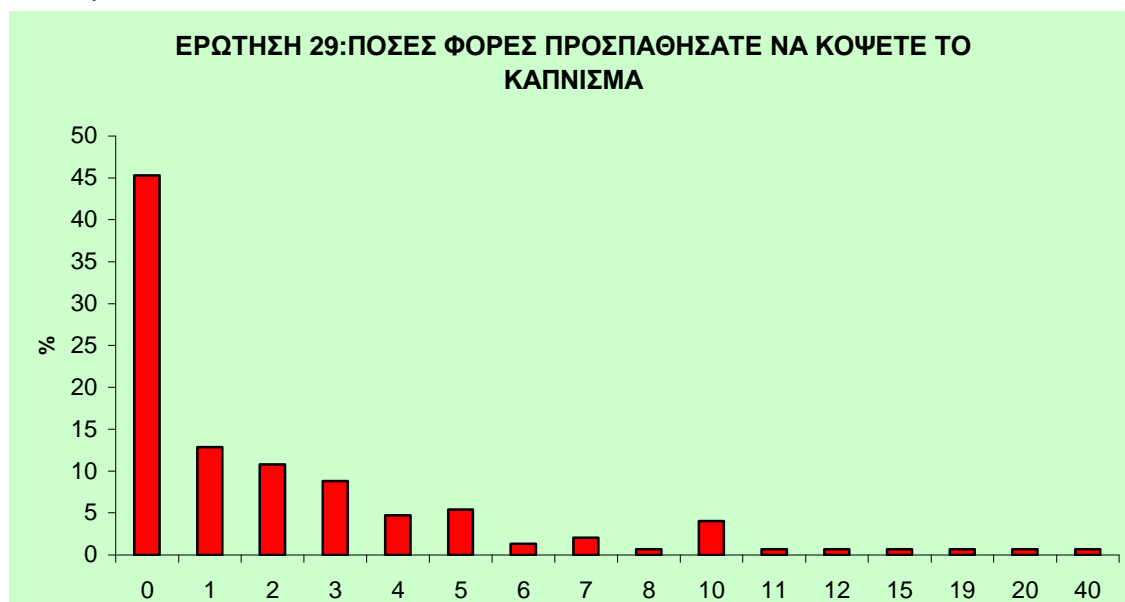
**Το 55,4% των ερωτηθέντων θέλουν να σταματήσουν το κάπνισμα**



### ΕΡΩΤΗΣΗ 29: ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΑΤΕ ΝΑ ΚΟΥΨΕΤΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

A/A	Απαντήσεις	%
0	67	45,3
1	19	12,8
2	16	10,8
3	13	8,8
4	7	4,7
5	8	5,4
6	2	1,4
7	3	2,0
8	1	0,7
10	6	4,1
11	1	0,7
12	1	0,7
15	1	0,7
19	1	0,7
20	1	0,7
40	1	0,7
Σύνολο	148	100

Το 45,3% των ερωτηθέντων δηλώνουν ότι δεν προσπάθησαν να σταματήσουν το κάπνισμα.



### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων είναι αγόρια με ποσοστό 5,4% και ακολουθούν με κορίτσια 44,6% . Το 63,4% είναι ηλικίας από 20- 25 ετών και το μορφωτικό τους επίπεδο είναι του λυκείου με 40,5% . Σε ποσοστό 27% ο πατέρας των ερωτηθέντων έχουν αποφοιτήσει από το λύκειο, ενώ η μητέρα τους σε ποσοστό 31,1% έχουν αποφοιτήσει από το γυμνάσιο. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (99,3%) καπνίζουν και το 82% των ερωτηθέντων καπνίζουν από την ηλικία 9-18 ετών . Το 42,6% των ερωτηθέντων καπνίζουν από 15 έως 26 τσιγάρα την ημέρα. Σε ποσοστό 49,3% των ερωτηθέντων καπνίζουν τσιγάρα όπου περιέχουν νικοτίνη από 0,8 έως 1,5 mg. Πάνω από το μισό των ερωτηθέντων (59,5%) καταπίνουν το καπνό και μάλιστα το 84,5% καπνίζουν τσιγάρα που έχουν φίλτρο. Το 74,3% των ερωτηθέντων καπνίζουν συγκεκριμένη μάρκα τσιγάρων και η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (71,6%) είναι σταθεροί στη μάρκα τους. . Το 75% των ερωτηθέντων σκέφτονται να κόψουν το κάπνισμα επειδή αυξάνεται η τιμή του πακέτου. Το μισό των ερωτηθέντων έχουν να σκεφτεί να αγοράσουν καπνό σαν πιο οικονομική λύση. Το 47,3% καπνίζουν το πρώτο τσιγάρο τους πολύ αργότερα αφότου σηκωθούν από το κρεβάτι. Το 25,4% των ερωτηθέντων καπνίζουν γιατί τους αρέσει ενώ το 24,6% τους χαλαρώνει. Σε ποσοστό 91,2% οι φίλοι των ερωτηθέντων καπνίζουν όπως και το 53,4% και το 56,1 δηλώνουν ότι ο πατέρας τους και η μητέρα τους καπνίζουν. Το 66,9% των ερωτηθέντων δηλώνουν ότι οι γονείς τους ξέρουν ότι καπνίζουν και το 64,2% δηλώνουν ότι τους προτρέπουν να κόψουν το κάπνισμα .Το 54,1% δεν αθλούνται και το 32,9% πιστεύουν ότι τα τσιγάρα με λιγότερη νικοτίνη είναι λιγότερο επιβλαβή διότι μειώνει το κίνδυνο των πνευμόνων. Το 61,5 % των ερωτηθέντων δεν καπνίζουν όταν είναι άρρωστοι, ενώ το 58,8% το βρίσκουν δύσκολο να μην καπνίζουν σε απαγορευμένους χώρους. Το 50,7% των ερωτηθέντων γνωρίζει ότι το κάπνισμα ενός τσιγάρου μειώνει τη ζωή τους 5 λεπτά. Το 55,4% των ερωτήσεων θέλουν να σταματήσουν το κάπνισμα ενώ το 45,3% δεν έχουν προσπαθήσει να κόψουν το κάπνισμα .

**Συμπεράσματα**

- ✓ Πρέπει να γίνεται συστηματική ενημέρωση για το κάπνισμα μέσω προγραμμάτων αγωγής υγείας που να εκθέτουν τις παρενέργειες οι οποίες προέρχονται από το κάπνισμα τσιγάρων.
- ✓ Οι γονείς θα πρέπει και οι ίδιοι να ενημερωθούν μέσω σχολικών προγραμματισμών ( σχολή γονέων και κηδεμόνων ) για τις επιπτώσεις του καπνού και κυρίως του παθητικού καπνίσματος στην υγεία των παιδιών τους.
- ✓ Ν' απαγορευθούν από όλα τα Μ.Μ.Ε. η διαφήμιση του καπνίσματος.
- ✓ Η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους δεν θα πρέπει να μένει μόνο στα χαρτιά αλλά θα πρέπει να αφαιρεθούν οι άδειες επαγγέλματος σε όσους παρανομούν και να κοπούν υψηλά πρόστιμα.

## *ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ*

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος

**ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Η έρευνα αυτή γίνεται στα πλαίσια της πτυχιακής μου εργασίας.  
Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των ερωτηθέντων.

Ευχαριστώ για το πολύτιμο χρόνο που διαθέσατε.

1. ΑΓΟΡΙ  ΚΟΡΙΤΣΙ

2. ΗΛΙΚΙΑ

3. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

ΓΥΜΝΑΣΙΟ

ΛΥΚΕΙΟ

Ι.Ε.Κ

Α.Τ.Ε.Ι

ΑΕΙ

4. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΤΕΡΑ

ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ

ΔΗΜΟΤΙΚΟ

ΓΥΜΝΑΣΙΟ

ΛΥΚΕΙΟ

ΙΕΚ

ΑΤΕΙ

ΑΕΙ





Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος

11. ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΤΣΙΓΑΡΑ ΜΕ

ΔΙΧΩΣ ΦΙΛΤΡΟ  
ΦΙΛΤΡΟ


12.ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΜΑΡΚΑ ΤΣΙΓΑΡΩΝ

ΝΑΙ

ΟΧΙ

13.ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΑΛΛΑΖΕΤΕ ΜΑΡΚΑ

ΚΑΘΕ ΕΒΔΟΜΑΔΑ  
ΚΑΘΕ ΜΗΝΑ  
ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ  
ΑΛΛΟ  
ΔΕΝ ΑΛΛΑΖΩ


14.ΣΚΕΦΤΕΣΤΕ ΝΑ ΤΟ ΚΟΨΕΤΕ ΕΠΕΙΔΗ ΑΥΞΑΝΕΤΑΙ Η ΤΙΜΗ ΤΟΥ ΠΑΚΕΤΟΥ

ΝΑΙ

ΟΧΙ

15.ΕΧΕΤΕ ΣΚΕΦΤΕΙ ΝΑ ΑΓΟΡΑΣΕΤΕ ΚΑΠΝΟ ΩΣ ΠΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΛΥΣΗ

ΝΑΙ

ΟΧΙ

16. ΠΟΤΕ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΣΑΣ ΤΣΙΓΑΡΟ

ΑΜΕΣΩΣ ΟΤΑΝ ΣΗΚΩΘΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ  
ΜΙΣΗ ΩΡΑ ΑΦΟΤΟΥ ΞΥΠΝΗΣΕΤΕ  
ΠΟΛΥ ΑΡΓΟΤΕΡΑ


17. ΓΙΑΤΙ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ

ΕΠΕΙΔΗ ΟΛΟΙ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ  
ΕΠΕΙΔΗ ΕΙΝΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟ  
ΜΟΥ ΑΡΕΣΕΙ  
ΜΕ ΧΑΛΑΡΩΝΕΙ  
ΜΕ ΚΑΝΕΙ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΝΕΥΡΙΚΟ  
ΜΕ ΒΟΗΘΑ ΝΑ ΔΟΥΛΕΥΩ ΚΑΛΥΤΕΡΑ


(μπορείτε να σημειώσετε περισσότερες από μια)



Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος

26. ΤΟ ΒΡΙΣΚΕΤΕ ΔΥΣΚΟΛΟ ΝΑ ΜΗΝ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΣΤΟΥΣ  
ΑΠΑΓΟΡΕΥΜΕΝΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ (ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΟΥΣ, ΕΣΤΙΑΤΟΡΙΑ,  
ΤΡΕΝΑ, ΑΕΡΟΠΛΑΝΑ)

ΝΑΙ  ΟΧΙ

27. ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΚΑΘΕ ΤΣΙΓΑΡΟ ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΗ ΖΩΗ ΣΑΣ ΚΑΤΑ

5 ΛΕΠΤΑ   
10 ΛΕΠΤΑ   
15 ΛΕΠΤΑ

28. ΘΕΛΕΤΕ ΝΑ ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΤΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

ΝΑΙ  ΟΧΙ

29. ΕΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΑΤΕ

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Αθανάσιος Αβραμίδης** «ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΤΟ ΑΛΛΟ ΜΕΣΑ ΜΑΣ'»  
επίτομος , εκδοσεις Ακριτας
- 2.. **JHA P, CHALUPKA F.**CURBING THE EPIDEMIC  
GOVERNMENT SAND ECONOMICS OF TOBACCO CONTROL  
WASHINGTON DC THE WORLD BANK 1999
3. **WHO.** Partnership to reduce tobacco Dependence. Copenhagen,  
WHO 2000
4. **ASH and BMA,** Warning: smoking causes male sexual impotence,  
1999. D. ASH. smoking and reproduction. Fact No 7
5. **Action οη Smoking and Health (ASH).** Basic Facts No 2.  
Smoking and Disease May 1998
6. **ASH Fact No 6.** Smoking, the heart and circulation. November  
1998.
7. **Rimm EB, Stampfer MJ, Colditz OA, Willett WC et al.**  
Prospective.
8. **Health.in.gr** ΠΗΓΗ Μ.Π.Ε. 10/10/2001
9. **Health.in.gr** ΠΗΓΗ Μ.Π.Ε. 26/03/2001
10. **Health.in.gr** ΠΗΓΗ Μ.Π.Ε. 11/03/2004
11. **Health.in.gr** ΠΗΓΗ Μ.Π.Ε. 17/05/2002
12. **Health.in.gr** ΠΗΓΗ Μ.Π.Ε. 14/03/2002
13. **Health.in.gr** ΠΗΓΗ Μ.Π.Ε. 27/05/2004
14. **Health.in.gr** ΠΗΓΗ Μ.Π.Ε. 30/08/2003
15. **Health.in.gr** ΠΗΓΗ Μ.Π.Ε. 30/12/2002

- 16. Health.in.gr** ΠΗΓΗ Μ.Π.Ε. 14/11/2003
- 17. COOK DG, Strachan DP.** Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. *Thorax* 1999; 54:357-366.
- 18. Dybing E, Sanner T.** Passive smoking, sudden infant death syndrome (SIDS) and childhood infections. *Hum Exp Toxicol* 1999 Apr 2025.
- 19. Elliot JK, Carroll NO, James AL, Robinson PJ.** Airway alveolar attachment points and exposure to cigarette smoke in utero. *Am J Respir Crit Care Med*. 2003 Jan 2-3.
- 20. Δημοσθένης Δ.** Παναγιωτακος Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο 2004
- 21. Health.in.gr** ΠΗΓΗ Π.Ο.Υ. 20/06/2002
- 22. Health.in.gr** 30/07/2002
- 23 .Global initiative for chronic obstructive lung disease.** Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease NHLBI/WHO workshop report. 2001 58-64
- 24.WHO.** Tobacco free initiative: policies for public health. Geneva: WHO 1999 [www.who.int/toh/worldnottobacco99](http://www.who.int/toh/worldnottobacco99).
- 25 A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence.** AUS3~ Public Health Service Report. *JAMA*, 2000-244-254
- 26. West R, McNeill A, Raw M.** Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000;
- 27. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Flore MC.** Treating tobacco use and dependence: An evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest* 2002-932-941,
- 28.Guidance** on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος  
buprobion for smoking cessation. National Institute for Clinical  
Excellence, Technology Appraisal Guidance No 39, 2002.

**29. Fiore M, Bailey W, Cohen S, et al.** Treating tobacco use and  
dependence: clinical practice guideline. Rockville (MD): US Department  
Health and Human Services. Public Health Service, 2000 Jun

**30. Anderson JE, Jorncy DE, Scott WJ, et al.** Treating tobacco use  
and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco  
cessation. Chest 2002-932-941

**31. National Institute for Clinical Excellence Technology Appraisal  
'Q Guidance No. 39, 2002 Apr**

**32. West R. Bupropion SR for smoking cessation Expert Opinion.**  
Drug valuation 2003-533-540

**33. Coleman T, West R.** Newly available treatments for nicotine  
addiction: smokers wanting help to stop smoking now have effective  
treatment options. BMJ 2001-1076-1077.

**34. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T.** Antidepressants for smoking  
cessation (Cochrane Review). Available in the Cochrane Library  
[database on disk

**35. Baska T, Madar R, Straka S, Kavcova E.** Pharmacotherapy in  
smoking cessation. Bratisl Lek Listy 2001-298-301

**36. Benowitz NL.** Pharmacology of nicotine: addiction and  
therapeutics. Ann Pharmacol Toxicol 1996 -597-613

**37. Britton J, Jarvis M, McNeill A, Bates C, Cuthbertson L,  
Godfrey C.** Treating nicotine addiction: not a medical problem? Am J  
Respir Crit Care Med 2001-13-15.

**38. Coleman T, Britton J, Thornton J.** Nicotine replacement

Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος  
therapy in pregnancy. Bmj 2004;965-966.

**39. Cox LS, Patten CA, Niaura RS, Decker PA, Rigotti N, Sachs DP, et al.** Efficacy of bupropion for relapse prevention in smokers with and without a W past history of major depression. J Gen Intern Med 2004;828-834

**40. Critchley JA, Capewell S.** Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. Jama 2003;86-97.

**41. Ferry LH.** Non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation. Prim Care.1999.653-669.

**42. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TB.** The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. A meta-analysis. Jama 1994;

**43. Fowler G.** Nicotine replacement therapy. Bmj 1994;

**44. Hajek P, West R.** Treating nicotine dependence: the case for specialist smokers' clinics. Addiction 1998-637-640.

**45. Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, Niaura R, Gonzales D, Durcan MJ, et al.** Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. a randomized, controlled trial. Ann Intern Med 2001.423-433

**46. Holm KJ, Spencer CM.** Bupropion: a review of its use in the management of smoking cessation. Drugs 2000

**47. Hurt RD, Sachs DP, Glover ED, Offord KP, Johnston JA, Dale LC, et al.** A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. N Engl J Med 1997-195-202

**48. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, et al.** A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N Engl J Med 1999 685-



**49. Lillington GA, Leonard CT, Sachs DP.** Smoking cessation. Techniques and benefits. *Clin Chest Med* 2000-199-208

**50. Molyneux A.** Nicotine replacement therapy. *Bmj* 2004

**51. Narsavage G, Idemoto BK** Smoking cessation interventions for hospitalized patients with cardio-pulmonary disorders. *Online J Issues Nurs* 2003

**52. Roddy E.** Bupropion and other non-nicotine pharmacotherapies. *Bmj* 2004-509-511

**53. Χριστίνα Γκράτζιου** 13<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Πνευμονολογικό Συνεδριο 2-5 Δεκεμβρίου 2004



## Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος

## Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος

## Συμπεριφορά των νέων στον εθισμό του καπνίσματος

