

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΟΙ ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ
ΠΟΛΙΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΟ ΝΟΜΟ
ΑΧΑΪΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: Μουρτζάκη Δέσποινα

Μεντζέλου Σωτηρία

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

Δρ. Νικόλαος Μπακάλης

ΠΑΤΡΑ, 2008

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στους ανθρώπους που μας στήριξαν σε αυτή την προσπάθεια.

Ευχαριστούμε τους γονείς μας για την υπομονή και τη στήριξη που μας έδειξαν σε αυτά τα 4 χρόνια της φοιτητικής μας ζωής.

Τον καθηγητή μας Μπακάλη Νικόλαο, για την πολύτιμη βοήθεια του στην παρούσα εργασία και την καθοδήγησή του.

Τον Μουρτζάκη Γεώργιο για την βοήθειά του σε όλες τις δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε.

Επίσης τους πολίτες για την συμμετοχή τους στην έρευνα.

Τέλος, θέλουμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους μας βοήθησαν και μας συμπαράστηκαν για την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας.

Κατά την τετραετή μας φοίτηση στο Α.Τ.Ε.Ι. της Πάτρας αλλά και μέσω της πτυχιακής μας εργασίας, πιστεύουμε πως αποκτήσαμε τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για το ξεκίνημα της νοσηλευτικής μας καριέρας. Η παρούσα εργασία παρά το άγχος και τις δυσκολίες που παρουσιάστηκαν κατά την διεκπεραίωση της στο τέλος μας δικαίωσε και μας ικανοποίησε.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το κάπνισμα είναι μια διαδικασία κατά την οποία μια ουσία, πιο συνηθισμένα ο καπνός, καίγεται και δοκιμάζεται ή εισπνέεται. Στους χρόνιους καπνιστές, δημιουργεί ψυχική και σε κάποιο βαθμό σωματική εξάρτηση, η οποία αφορά τη νικοτίνη ως φαρμακολογική ουσία. Αναπτύσσεται αντοχή, με αποτέλεσμα να καπνίζει κανείς προοδευτικά περισσότερο. Ο ρόλος της νοσηλευτικής σχετικά με το κάπνισμα είναι πολύ σημαντικός. Σκοπός της νοσηλευτικής, είναι η αξιολόγηση των αναγκών υγείας, ο προγραμματισμός των παρεμβάσεων και η βοήθεια του ατόμου, να αναλάβει εκείνες τις δραστηριότητες που συντελούν στην υγεία ή στην αποκατάστασή της, τις οποίες το άτομο θα πραγματοποιούσε χωρίς βοήθεια εάν διέθετε την απαραίτητη γνώση, δύναμη και θέληση.

Η παρούσα έρευνα σκοπό είχε να αναγνωρίσει τις γνώσεις και τις απόψεις των πολιτών για το κάπνισμα στο νομό Αχαΐας και να διαπιστώσει το ρόλο της νοσηλευτικής στην προαγωγή της υγείας και της πρόληψης. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, με συνολικά 25 ερωτήσεις, για τη συλλογή πληροφοριών το οποίο περιείχε τρία μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελούσε ένα τεστ γνώσεων με σκοπό να διαπιστωθούν οι γνώσεις των πολιτών για το κάπνισμα και τις βλαβερές συνέπειες του. Το δεύτερο μέρος περιλάμβανε γενικές ερωτήσεις με σκοπό να διαπιστωθούν οι απόψεις των πολιτών σχετικά με το κάπνισμα και το τρίτο μέρος αποσκοπούσε στην διαπίστωση του ρόλου της νοσηλευτικής στην προαγωγή της υγείας και της πρόληψης. Το δείγμα αποτέλεσαν 157 πολίτες όλων των ηλικιών. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 12.0.

Η πλειοψηφία του δείγματος όπως διαπιστώσαμε είχε καλό επίπεδο γνώσεων σχετικά με το κάπνισμα, ξεκίνησαν από μικρή σχετικά ηλικία

δοκιμάζοντάς το από απλή περιέργεια, συνηθίζουν να καπνίζουν στην διασκέδαση ενώ δεν έχουν δοκιμάσει να το διακόψουν παρά την εύκολη κόπωση την οποία παρατηρούν συχνά. Θετικό είναι το γεγονός ότι συμφωνούν με την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους και υποστηρίζουν την ύπαρξη κατώτερου ορίου ηλικίας για την αγορά τσιγάρων τα 18 έτη. Παρόλα αυτά, πιστεύουν ότι από την πλευρά του κράτους δεν λαμβάνονται τα απαραίτητα μέτρα για τον περιορισμό του καπνίσματος. Ακόμα, η ενημέρωση που έχουν λάβει από τους νοσηλευτές για το κάπνισμα είναι λιγοστή, στην πλειοψηφία διαλέγουν τους γιατρούς για ενημέρωση καθώς θεωρούν ότι ο κύριος ρόλος των νοσηλευτών είναι η παροχή φροντίδας. Επίσης, πιστεύουν ότι οι νοσηλευτές διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις για να ενημερώνουν το κοινό για το κάπνισμα καθώς και ότι μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη συμβουλευτικών προγραμμάτων.

Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας φάνηκε ότι οι πολίτες διαθέτουν γνώσεις για το κάπνισμα, αν και τα ποσοστά δεν είναι υψηλά. Ταυτόχρονα, φαίνεται ότι αναπτύσσεται ένας πιο αντικαπνιστικός τρόπος συμπεριφοράς από τους καπνιστές δείχνοντας έτσι σεβασμό στους μη καπνιστές, οι οποίοι δεν είναι υποχρεωμένοι να εισπνέουν τον καπνό των άλλων. Από την άλλη πλευρά, παρατηρούμε την αναγνώριση της νοσηλευτικής από τους πολίτες αφού διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές διαθέτουν ολοκληρωμένες και επιστημονικά κατοχυρωμένες γνώσεις. Σε αυτό θα βοηθήσει ακόμα περισσότερο η σωστή ενημέρωση του κοινού για το επάγγελμα της νοσηλευτικής, οι αλλαγές στη νοσηλευτική εκπαίδευση και η βελτίωση των συνθηκών εργασίας στα νοσοκομεία έτσι ώστε η κοινωνική αναγνώριση του επαγγέλματος να επιτευχθεί το συντομότερο.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	2
Περίληψη.....	3
Περιεχόμενα.....	5

Κεφάλαιο 1

1.1 Εισαγωγή.....	8
1.2 Ιστορική αναδρομή.....	10
1.3 Ορισμός καπνίσματος.....	11
1.4 Προϊόντα καπνού.....	12
1.5 Εθισμός και εξάρτηση.....	14
1.6 Παθητικό κάπνισμα.....	16
1.7 Το κάπνισμα Διεθνώς και στην Ελλάδα.....	17
1.8 Κάπνισμα και επιπτώσεις στην υγεία.....	20
1.9 Επιπτώσεις στα διάφορα οργανικά συστήματα.....	21
1.9.1 Αναπνευστικό σύστημα.....	21
1.9.2 Πεπτικό σύστημα.....	23
1.9.3 Ουροποιητικό σύστημα.....	25
1.9.4 Κυκλοφορικό και λεμφικό σύστημα.....	26
1.9.5 Γεννητικό σύστημα.....	27
1.10 Μέθοδοι για τη διακοπή του καπνίσματος.....	29
1.10.1 Φαρμακευτικές μέθοδοι.....	29

1.10.2 Εναλλακτικές μέθοδοι.....	31
1.11 Φιλοσοφία της νοσηλευτικής.....	36
1.12 Κοινωνική νοσηλευτική.....	37
1.13 Αγωγή υγείας.....	38
1.14 Το νοσηλευτικό προσωπικό και το κάπνισμα.....	42

Κεφάλαιο 2

2.1 Μέθοδος.....	44
2.2 Σχεδιασμός.....	44
2.3 Διαδικασία.....	45
2.4 Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	46
2.5 Δείγμα.....	52
2.6 Στατιστική ανάλυση.....	54

Κεφάλαιο 3

Αποτελέσματα δεδομένων.....	55
3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.....	55
3.2 Τεστ γνώσεων.....	58
3.3 Μέρος 1.....	63
3.4 Μέρος 2.....	68
3.5 Συσχετίσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών με το συνολικό βαθμό του τεστ γνώσεων.....	71

Κεφάλαιο 4

Συζήτηση.....	73
Περιορισμοί της έρευνας.....	85
Επίλογος.....	85
Βιβλιογραφία.....	87
Παράρτημα.....	92

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Εισαγωγή

Είναι γενικά αποδεκτό ότι το τσιγάρο είναι ένα ναρκωτικό που ποτέ δε σου δίνει αυτά που περίμενες. Για παράδειγμα, τα αγόρια συνήθως αρχίζουν να καπνίζουν για να δείχνουν σκληροί άντρες, ενώ οι γυναίκες για να δείχνουν μοντέρνες και σοφιστικές. Πριν καλά καλά τα αγόρια μάθουν να παίζουν τους “σκληρούς άντρες” και τα κορίτσια τις “απελευθερωμένες γυναίκες”, έχουν κιάλας μετανιώσει που έμπλεξαν με το τσιγάρο (Carr, 1996).

Οι περισσότεροι έφηβοι που καπνίζουν αναφέρουν ότι παρακινήθηκαν κυρίως από τους φίλους τους (Carr, 1996). Αυτό το λένε, γιατί αρνούνται να παραδεχτούν τη σημαντική επίδραση στη συμπεριφορά και τη στάση τους προτύπων όπως οι γονείς και οι δάσκαλοι και δεν αντιλαμβάνονται την έλξη που ασκούν επάνω τους οι διάφοροι δυναμικοί χαρακτήρες που εμφανίζονται να καπνίζουν στις κινηματογραφικές ταινίες και διαφημίσεις.

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

Ο φόβος της απόρριψης, η επιθυμία για αναγνώριση από τους συνομηλίκους, καθώς και η ανάγκη να αισθάνεται ο έφηβος ότι είναι μέλος μιας ομάδας, τον οδηγούν στον κοινωνικό πειραματισμό με το κάπνισμα. Από την άλλη πλευρά, η επιθυμία του εφήβου για πειραματισμό ενισχύεται και από την τάση του να αυτονομηθεί, όπως και

από μια διάθεση για επαναστατικότητα και ριζοκίνδυνη συμπεριφορά. Οι τάσεις αυτές εκδηλώνονται συνήθως στην εφηβεία και ευνοούνται και αναπτύσσονται περισσότερο μέσα από την ασφάλεια που παρέχει η ομάδα των συνομηλίκων.

Όταν η συνήθεια του καπνίσματος ευνοείται και από το περιβάλλον του σπιτιού, μέσα από τις πράξεις και τις στάσεις των γονιών, τότε οι πιθανότητες πειραματισμού του εφήβου με το κάπνισμα αυξάνονται σημαντικά. Ωστόσο, η επίδραση αυτή διαφέρει ανάλογα με το αν καπνίζει η μητέρα, ο πατέρας ή και οι δύο γονείς. Ιδιαίτερη σημασία έχει η εντύπωση που διαμορφώνουν τα παιδιά για την άποψη των γονιών τους για το κάπνισμα (Ντάβου,1992).

Η συνήθεια του καπνίσματος συνδέεται και με την προσπάθεια του εφήβου να ανακαλύψει τρόπους να ελέγχει συγκινησιακές καταστάσεις όπως ο θυμός, το άγχος ή η κατάθλιψη. Στην προσπάθειά του αυτή, ο έφηβος συχνά παλινδρομεί σε πρωιμότερα στάδια ανάπτυξης που αφυπνίζουν την επιθυμία για ικανοποιήσεις, όπως το φαγητό, τα γλυκά ή τα ποτά, τα οποία μπορεί να εκτονώνονται και με το κάπνισμα. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, το κάπνισμα λειτουργεί θεραπευτικά ως μια εναλλακτική "απόλαυση" που ανακουφίζει και ελέγχει τις συγκινήσεις. Φαίνεται μάλιστα πως οι έφηβοι προτιμούν αυτή την εναλλακτική λύση, που συνδέεται και με την επιθυμία τους να πειραματίζονται με τις συνήθειες των ενηλίκων για να αισθάνονται και να δείχνουν «ώριμοι» (Ντάβου, 1992).

Το όλο ζήτημα με το κάπνισμα είναι σαν να περιπλανιέσαι σ'ένα γιγάντιο λαβύρινθο. Μόλις μπούμε σ'αυτόν το λαβύρινθο, το μυαλό μας θολώνει και περνάμε την υπόλοιπη ζωή μας προσπαθώντας να βρούμε την έξοδο. Πολλοί από εμάς τα καταφέρνουν, αλλά λίγο αργότερα ξαναπέφτουν στην παγίδα (Carr, 1996).

1.2 Ιστορική αναδρομή

Για κανένα άλλο προϊόν του φυτικού βασιλείου δεν ειπώθηκαν, γράφτηκαν και έγιναν τόσα πολλά και παράδοξα όσα για τον καπνό. Αλλά και για κανένα άλλο φυτό και προϊόν η ιστορία δε συνδέθηκε εκτός από την ανακάλυψη μιας νέας ηπείρου- με τη δραστηριότητα τώσων ετερόκλιτων προσώπων και τη δημιουργία τώσων αντιπαραθέσεων, εντάσεων, αναταραχών και ιδιορρυθμών καταστάσεων.

Ιερείς, βασιλείς, θαλασσοπόροι, τυχοδιώκτες, εξερευνητές, κατακτητές, δουλέμποροι, δούλοι, κατάδικοι, απλοί καλλιεργητές, έμποροι, βιομήχανοι, λαθρέμποροι, χρήστες καπνιστές, αντικαπνιστές, επίορκα στελέχη καπνοβιομηχανιών, εξεγερμένοι καπνοπαραγωγοί, επαναστατημένοι καπνεργάτες, αξιόλογοι επιστήμονες-ερευνητές, ιστορικοί, λογοτέχνες, δικαστές και κυβερνήτες αποτελούν τις κυριότερες από τις ετερόκλιτες ομάδες ανθρώπων που έχουν συνδεθεί με τον καπνό και τα προϊόντα του (Δοδόπουλος, 2004).

Ισπανοί εξερευνητές στις αρχές του 16^{ου} αιώνα έφεραν τον καπνό στην Ευρώπη από την Αμερική. Ο Jean Nicot, από τον οποίο πήρε το όνομά της η νικοτίνη, συνιστούσε τον καπνό για τις «θεραπευτικές» του ιδιότητες. Κατά τη διάρκεια του 17^{ου} αιώνα η χρήση του καπνού αυξανόταν διαρκώς, κυρίως με το κάπνισμα πούρου, με τη μάσηση των φύλλων του φυτού ή με την εισπνοή του.

Οι νοσηρές επιπτώσεις του καπνίσματος έγιναν αντιληπτές αμέσως μετά την εισαγωγή του στην Ευρώπη από την Αμερική. Το 1604 ο βασιλιάς της Αγγλίας Ιάκωβος ο 1^{ος} άρχισε την πρώτη αντικαπνιστική εκστρατεία, επιβάλλοντας δασμό στον εισαγόμενο καπνό, προσπαθώντας έτσι να περιορίσει μια συνήθεια που είναι ενοχλητική και ερεθιστική για τα μάτια, βλαπτική για τον εγκέφαλο και επικίνδυνη για τους πνεύμονες.

Τσιγάρα κατασκευάστηκαν για πρώτη φορά στη Βραζιλία στα μέσα του 18^{ου} αιώνα και πολύ γρήγορα επικράτησαν ως τρόπος επικράτησης του καπνού. Το κάπνισμα διαδόθηκε πολύ κατά τον 1^ο Παγκόσμιο Πόλεμο στους άνδρες και μετά το 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο και στις γυναίκες. Στο διάστημα 1923-1963 η κατανάλωση τσιγάρων υπερδιπλασιάστηκε, ενώ από το 1964, που δημοσιεύτηκε η πρώτη έκθεση για το κάπνισμα και τις επιπτώσεις του στην υγεία, αρχίζει να ελαττώνεται (Ανδριώτης και άλλοι,1999). Τα τελευταία 20 χρόνια παρατηρείται μια αλλαγή στην προτίμηση των καπνιστών από τα απλά τσιγάρα στα τσιγάρα με φίλτρο (Ανδριώτης και άλλοι,1999). Κλείνοντας, θέλουμε να επισημάνουμε ότι δεν υπάρχει, σε όλη την ιστορία της ανθρωπότητας, άλλη συνήθεια που να είχε και να έχει τόση έκταση και που να έχει τόσο πολλές ολέθριες συνέπειες για την υγεία του ανθρώπου, όσο το κάπνισμα (Αβραμίδης, 1988).

1.3 Ορισμός καπνίσματος

Το κάπνισμα είναι μια διαδικασία κατά την οποία μια ουσία, πιο συνηθισμένα ο καπνός, καίγεται και δοκιμάζεται ή εισπνέεται. Καθώς η καύση απελευθερώνει ενεργές ουσίες, όπως η νικοτίνη, τις καθιστά διαθέσιμες για την απορρόφησή τους μέσω των πνευμόνων. Μπορεί επίσης να γίνει κατά τη διάρκεια τελετουργικών, για να προκαλέσει τον πνευματικό Διαφωτισμό. Η πιο κοινή μέθοδος σήμερα καπνίσματος είναι μέσω των τσιγάρων, είτε αυτών που κατασκευάζονται βιομηχανικά είτε στριφτών με χαλαρό καπνό και ένα στριφτό χαρτί. Άλλες μορφές, όχι και τόσο κοινές, είναι με σωλήνες νερού, πούρα, δοχεία, κ.α.

(<http://en.wikipedia.org/wiki/smoking>)

1.4 Προϊόντα καπνού

Με βάση τη θερμοδυναμική παράγονται περίπου 4.000 ουσίες - ενώσεις υπό στερεά, υγρή και αέρια μορφή. Η θερμοκρασία στο σημείο καύσεως ανέρχεται στους 600-800°C και ποικίλει αυτή μέχρι το άλλο άκρο (http://www.6gymnasio.gr/ACTIVITIES/math_ergasies/SMOKING/erg_karnisma.htm). Τα παραγόμενα συστατικά αυτά περιλαμβάνουν πολλά, τα οποία είναι γνωστά από τη φαρμακολογία ως δραστικά, τοξικά, μεταλλαξιογόνα και καρκινογόνα.

Τα 43 καρκινογόνα που έχουν περιγραφεί μέχρι σήμερα περιλαμβάνουν πολυαρωματικούς υδρογονάνθρακες, ετεροκυκλικούς υδρογονάνθρακες, N - νιτροζαμίνες, αρωματικές αμίνες, αλδεΐδες, πτητικές καρκινογόνες ενώσεις, ανόργανες ενώσεις και ραδιενεργά στοιχεία.

Οι 3 κύριες ουσίες στις οποίες επικεντρώνεται το ενδιαφέρον της ιατρικής έρευνας για τις βλάβες της υγείας του ανθρώπου, είναι η νικοτίνη, η πίσσα και το μονοξείδιο του άνθρακα. Η λεπτομερής χημική ανάλυση του μείγματος από το καιγόμενο τσιγάρο απέδειξε αναλογικώς ότι περιέχει 8% σωματίδια νικοτίνης, 59% άζωτο, 14% διοξείδιο του άνθρακα, 3% μονοξείδιο του άνθρακα, 13% οξυγόνο, 2% άλλα αέρια και 1% ατμούς. Επίσης, περιέχει πίσσα, νερό και περίπου 500 άλλες βλαβερές ουσίες.

Η **νικοτίνη** είναι φυσικό αλκαλοειδές σε υγρή κατάσταση, μια άχρωμη πτητική βάση, η οποία αποδίδει την μυρωδιά του καπνού όταν εκτίθεται στον αέρα. Είναι ένα από τα τοξικότερα δηλητήρια και απορροφάται ταχύτατα από τους πνεύμονες, εντός 8 δευτερολέπτων. Απορροφάται από τα τοιχώματα της στοματικής κοιλότητας και από το δέρμα. Η θανατηφόρα δόση υπολογίζεται σε περίπου 60 χιλιοστά του γραμμαρίου και ύστερα από μια διεγερτική φάση με σπασμούς, επιφέρει τον θάνατο

από κεντρική και περιφερική παράλυση της αναπνοής (Αβραμίδης, 1988). Ο καπνός συνδέεται με τους βλεννογόνους του στόματος και της μύτης, τους βρόγχους και τους πνεύμονες με τους βλεννογόνους του στομάχου όπου μεταφέρεται με το σάλιο στο αίμα (http://1tee-ampel.thess.sch.gr/ERGASIES/PROGRAMMATA_YGGEIAS/kapnisma.htm).

Η νικοτίνη επενεργεί στο νευρικό και στο καρδιαγγειακό σύστημα, αυξάνεται η πίεση του αίματος ενώ άλλες φορές έχουμε διαταραχές της όρασης δηλαδή έχουμε περιορισμό της αιμάτωσης του αμφιβληστροειδή χιτώνα, διαταραχές ακοής, ψευδαισθήσεις και σπασμούς. Η νικοτίνη αυξάνει τις εκκρίσεις στο αίμα πολλών ουσιών, όπως των κατεχολαμινών που επιταχύνουν τις καρδιακές συστολές ακόμα κινητοποιεί τη ζάχαρη του αίματος με την εξάντληση των αποθεμάτων του γλυκογόνου. Άλλο συστατικό είναι η πίσσα που έχει ως 100 καρκινογόνες ουσίες ικανές να προκαλέσουν όγκους. (http://1teeampel.thess.sch.gr/ERGASIES/PROGRAMMATA_YGGEIAS/kapnisma.htm).

Επιπροσθέτως, προκαλεί αλλαγές στο ενδοκρινικό σύστημα, τα αιμοφόρα αγγεία, το γαστρεντερικό σύστημα και το νευρικό σύστημα. Η νικοτίνη κάνει την καρδιά να χτυπάει πιο γρήγορα και ανεβάζει την αρτηριακή πίεση. Επίσης, δρά στον εγκέφαλο με τον ίδιο τρόπο που δρά η ακετυλχολίνη, η ουσία που μεταδίδει την νευρική ώση από τον ένα νευρώνα στον άλλο. Έτσι μερικοί ερευνητές πιστεύουν, ότι η νικοτίνη απελευθερώνει τη νευρομεταβιβαστική ουσία νοραδρεναλίνη από τα νευρικά κύτταρα στον εγκέφαλο (Μαράτου και Σόλμαν, 1980).

Η **πίσσα** είναι το πιο σημαντικό συστατικό του τσιγάρου. Αυτή ακριβώς η ουσία περιέχει και το άρωμα. Αποτελείται κυρίως από υδρογονάνθρακες, πολλοί από τους οποίους είναι καρκινογόνοι. Η

περιεκτικότητα των τσιγάρων σε πίσσα έχει μειωθεί κατά 25% μέσα στην τελευταία δεκαετία και γίνονται συνεχώς προσπάθειες να μειωθεί και άλλο (Ανδριώτης και άλλοι, 1999). Η πίσσα εμποδίζει τους πνεύμονες και διαταράσσει την αναπνοή και με τον τρόπο αυτό, όπως και τα άλλα συστατικά των τσιγάρων, ευθύνεται για την τοξικότητά τους και οδηγεί σε εξάρτηση από τον καπνό και σε πολυάριθμες ασθένειες που συνδέονται με την κατανάλωση καπνού (<http://el.help-eu.com/pages/lex-lexique-432-TAR.html>).

Το **μονοξείδιο του άνθρακα** δεσμεύει την αιμοσφαιρίνη σε ανθρακυλαιμοσφαιρίνη μέχρι και 10-15%. Αυτή παρεμποδίζει την οξυγόνωση των ιστών. Με την κακή οξυγόνωση του ενδοθηλίου των αρτηριών διευκολύνεται η διόδος των αθηροσκληρωτικών συστατικών από το αίμα στο τοίχωμα τους, με αποτέλεσμα την στένωση και την απόφραξή τους (Αβραμίδης, 1988).

1.5 Εθισμός και εξάρτηση

Αν «εθισμός» σημαίνει μια ακατανίκητη επιθυμία ή ανάγκη να χρησιμοποιεί κανείς μια φαρμακευτική ουσία (Μαράτου και Σόλμαν, 1980), τότε σε μερικούς καπνιστές το κάπνισμα έχει γίνει εθισμός. Αν πάλι εθισμός σημαίνει αλλαγή στον οργανισμό, που προέρχεται απ' την επαναλαμβανόμενη χορήγηση μιας τοξικής ουσίας έτσι, ώστε όταν σταματήσει να παρατηρείται σύνδρομο αποστέρησης (Μαράτου και Σόλμαν, 1980), τότε πάλι μερικοί καπνιστές έχουν εθισμό. Αν, όμως, με τον όρο «εθισμός» εννοούμε, ότι η τοξική ουσία προκάλεσε μια αλλαγή στον οργανισμό τόσο σοβαρή, ώστε το άτομο να πεθάνει ή ν' αρρωστήσει βαριά, όταν σταματήσει η χορήγηση (Μαράτου και Σόλμαν, 1980), τότε ο

καπνός δεν προκαλεί εθισμό. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ποτέ δεν έχει αναφερθεί θάνατος από απότομη διακοπή του καπνίσματος.

Πολλοί ειδικοί υποστηρίζουν, ότι το πραγματικό μέτρο ενός εθισμού σαν συμπεριφορά, είναι η προσπάθεια που κάνει το άτομο για να αποκτήσει την τοξική ουσία, η ιεράρχηση της χρήσης της σε σχέση με άλλες αξίες της ζωής του και ο βαθμός, που το άτομο μπορεί να ελέγξει τη χρήση του (Μαράτου και Σόλμαν, 1980). Υποστηρίζουν, ακόμα, ότι ένα σύνδρομο αποστέρησης μπορεί, χωρίς να απειλεί τη ζωή του ατόμου, να επηρεάσει βαθύτατα τη συμπεριφορά του (Μαράτου και Σόλμαν, 1980).

Η αποστέρηση απ' τα οπιοειδή πολύ σπάνια απειλεί τη ζωή του ατόμου, αλλά πολλοί οπιομανείς κάνουν σημαντικές θυσίες- καμιά φορά διακινδυνεύοντας τη ζωή και την ελευθερία τους- για να εξασφαλίσουν την απαιτούμενη προμήθεια (Μαράτου και Σόλμαν, 1980).

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

Το σύνδρομο διαφέρει από άτομο σε άτομο και είναι ανάλογο με το βαθμό εξαρτήσεως. Αρχίζει συνήθως μετά 24 ώρες και διαρκεί από μερικές ημέρες μέχρι εβδομάδες και σε κάποιους περισσότερο, ακόμη και μέχρι μερικούς μήνες. Το σύνδρομο συνήθως εκδηλώνεται εντονότερα στις γυναίκες από ότι στους άνδρες (Αβραμίδης, 1988).

Σύμφωνα με τον Αβραμίδη (1988) τα φαινόμενα του συνδρόμου στερήσεως είναι τα εξής:

- Αύξηση της επιθυμίας για κάπνισμα
- Ανησυχία
- Εκνευρισμός
- Ευερεθιστότητα
- Δυσχέρεια συγκεντρώσεως
- Διαταραχές στην ικανότητα εκτελέσεως πράξεων γνώσεως και αντιλήψεως
- Υπνηλία την ημέρα και αϋπνία τη νύχτα
- Τρόμος
- Γαστρεντερικές διαταραχές
- Ελάττωση της εκκρίσεως κατεχολαμινών
- Αύξηση της ορέξεως
- Ελάττωση του βασικού μεταβολισμού
- Ελάττωση της καρδιακής συχνότητας
- Μεταβολές στην ηλεκτροεγκεφαλική δραστηριότητα και στα προκλητά φλοιώδη δυναμικά.

1.6 Παθητικό κάπνισμα

Το κάπνισμα είναι δυσάρεστο και πολύ ενοχλητικό για τους μη καπνιστές, όταν βρίσκονται στην ίδια ατμόσφαιρα με τους καπνιστές. Το μη εθελοντικό ή ακούσιο ή και παθητικό καλούμενο κάπνισμα, αφορά στην έκθεση των μη καπνιστών στα προϊόντα καύσης του τσιγάρου σε κλειστούς χώρους και ιδιωτικούς, οικίες και αντιστοιχεί ένα στα δέκα τσιγάρα του καπνιστή (1:10).

Σύμφωνα με έρευνα των Παναγιωτάκου και άλλοι (2003), διαπίστωσαν ότι το παθητικό κάπνισμα προκαλεί 30.000-60.000 θανάτους ετησίως στις Η.Π.Α κι 90.000-180.000 μη θανατηφόρα καρδιαγγειακά επεισόδια. Έχει βρεθεί επίσης ότι ο κίνδυνος που διατρέχει ένας παθητικός καπνιστής να νοσήσει εξαιτίας της έκθεσης του στον καπνό είναι από 2% έως 10% του κινδύνου που διατρέχει ένας ενεργητικός καπνιστής (Παναγιωτάκος και άλλοι, 2003). Καθώς το ενεργητικό κάπνισμα προκαλεί το ένα τρίτο των θανάτων στους άνδρες ηλικίας 35-69 ετών, ο αριθμός των θανάτων που οφείλονται στο παθητικό κάπνισμα είναι επίσης μεγάλος. Παρόλα αυτά, η επίδραση του παθητικού καπνίσματος στην υγεία μας δεν φαίνεται να λαμβάνεται ιδιαίτερα υπόψη στην πολιτική που αφορά τη δημόσια υγεία, ιδιαίτερα σε πληθυσμούς με μεγάλο ποσοστό ενεργητικών καπνιστών.

Η πρόσφατη (2002) απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους δεν φαίνεται να συμβάλλει στη μείωση του παθητικού καπνίσματος. Ο γενικός αρχίατρος των ΗΠΑ δήλωσε ότι μόνο τα κτήρια στα οποία απαγορεύεται τελείως το κάπνισμα, προστατεύουν πραγματικά τους μη καπνιστές απ' τις βλαβερές συνέπειες του παθητικού καπνίσματος.

1.7 Το κάπνισμα Διεθνώς και στην Ελλάδα

Σύμφωνα με την **Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας**, σήμερα στον πλανήτη μας καπνίζουν περίπου 1.200.000.000 άνθρωποι, εκ των οποίων τέσσερα εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο από ασθένειες που έχουν σχέση με το κάπνισμα όπως καρκίνος, βρογχίτιδα και καρδιαγγειακές νόσους, ή αλλιώς 11.000 άνθρωποι την ημέρα. Ο αριθμός αναμένεται να διπλασιαστεί έως το 2020 ενώ το 70% των θυμάτων θα προέρχεται από

τις αναπτυσσόμενες χώρες
(http://societystats.blockpost.com/2007/05/blog-post_22.html).

Σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο, το 42% των Ελλήνων δηλώνουν καπνιστές, έναντι 32% του ευρωπαϊκού μέσου όρου. (http://societystats.blockpost.com/2007/05/blog-post_22.html). Εννέα στους δέκα Έλληνες καπνιστές δηλώνουν πως καπνίζουν τακτικά και σε καθημερινή βάση. (http://societystats.blockpost.com/2007/05/blog-post_22.html). Το 53% των Ελλήνων καπνιστών δηλώνουν πως καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα ημερησίως (http://societystats.blockpost.com/2007/05/blog-post_22.html).

Το κάπνισμα σκοτώνει και τους μη καπνιστές. Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο στη χώρα μας πεθαίνουν περίπου 600 άτομα από νοσήματα που σχετίζονται με το παθητικό κάπνισμα (www.showartel.asp.htm). Επίσης, η Ελλάδα έχει το υψηλότερο επίπεδο εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα (Coex) στους μη καπνιστές ανάμεσα στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, γεγονός που σημαίνει ότι οι Έλληνες είναι πρωταθλητές και στο παθητικό κάπνισμα (<http://www.greeksight.com/showartel.asp?id=2859&catname=Υγεία-52k->).

Μετά τους Έλληνες, πρωταθλητές στο κάπνισμα είναι οι Κύπριοι με ποσοστό 39%, οι Ούγγροι και οι Βούλγαροι (36%), οι Πολωνοί (35%), οι Τσέχοι και οι Εσθονοί (34%). Αντιθέτως, στη Σουηδία βρίσκονται οι λιγότεροι καπνιστές (18%), ακολουθεί η Πορτογαλία (24%), η Σλοβακία και η Μάλτα (25%).

Τον τελευταίο χρόνο το 31% των Ευρωπαίων καπνιστών προσπάθησαν να σταματήσουν το κάπνισμα (<http://www.greeksight.com/showartel.asp?id=2859&catname=Υγεία>

α-52k-). Εξ αυτών, το 18% ζήτησε επιστημονική υποστήριξη, ενώ το ένα τρίτο χρησιμοποίησε φαρμακευτικές μεθόδους και άλλες θεραπείες, προκειμένου να κόψει το κάπνισμα.

(http://www.greekinsight.com/show_art_el.asp?id=2859&cat_name=Υγεία-52k-). Στην Ελλάδα, το 30% των καπνιστών προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα, εκ των οποίων μόνο το 6% ζήτησε επιστημονική βοήθεια. Ωστόσο, πάνω από το 70% των Ευρωπαίων που προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα ξανάρχισαν να καπνίζουν σε διάστημα μικρότερο των δύο μηνών

(http://www.greekinsight.com/show_art_el.asp?id=2859&cat_name=Υγεία-52k-).

Επίσης, το 88% των Ευρωπαίων υποστηρίζει την απαγόρευση του καπνίσματος στους χώρους εργασίας και στους δημόσιους χώρους. Ειδικότερα, το 77% υποστηρίζει την απαγόρευση του καπνίσματος σε εστιατόρια και το 62% σε μπαρ. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή επισημαίνει ότι οι αντικαπνιστικές πολιτικές συναντούν μεγαλύτερη υποστήριξη από τους πολίτες, στις χώρες όπου έχουν τεθεί σε εφαρμογή τέτοιες πολιτικές, όπως στην Ιρλανδία, τη Σουηδία και την Ιταλία.

Σε ό,τι αφορά την ισχύ της απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, το 54% των Ευρωπαίων δηλώνει ότι στη χώρα τους τηρείται η απαγόρευση, ενώ στην Ελλάδα το 30% των Ελλήνων δηλώνουν ότι τηρείται η απαγόρευση του καπνίσματος. Επίσης, ένας στους τρεις Ευρωπαίους δηλώνει ότι εκτίθεται στον καπνό τσιγάρου κατά την εργασία του. Το ποσοστό των εργαζομένων που δηλώνουν ότι δεν εκτίθενται ποτέ στον καπνό τσιγάρου στο χώρο εργασίας του κυμαίνεται από 15% στην Ελλάδα έως 96% στην Ιρλανδία.

Τέλος, τα μισά περίπου νοικοκυριά στην Ευρώπη είναι απαλλαγμένα από καπνό, δηλαδή κανένα μέλος τους δεν καπνίζει. Τα ποσοστά κυμαίνονται

από 83% στη Φινλανδία και 69% στη Σουηδία, έως 17% στην Κροατία και 26% στην Ελλάδα (http://www.greeksight.com/show_art_el.asp?id=2859&cat_name=Υγεία-52k-).

1.8 Κάπνισμα και επιπτώσεις στην υγεία

Φαίνεται παράλογο αλλά επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι το κάπνισμα έχει 50 τρόπους να καταστρέψει την ζωή μέσω μιας ασθένειας και περισσότερους από 20 τρόπους να οδηγήσει στο θάνατο. Πολλές ιατρικές καταστάσεις συνδεόμενες με το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσουν χρόνια προβλήματα υγείας όπως :

- Αυξημένος κίνδυνος για τους καπνιστές
- Ασθένεια ούλων
- Μυϊκές βλάβες
- Κυνάγχη
- Πόνος λαιμού
- Πόνος στην πλάτη
- Νύστα-Υπνηλία
- Buerger's ασθένειες (βαριά ασθένεια του κυκλοφορικού)
- Οφθαλμικές μυκητομολύνσεις
- Καταρράκτη
- Οστεοπόρωση
- Οστεοαρθρίτιδα
- Crohn's χρόνιες παθήσεις
- Ανικανότητα στύσης
- Κατάθλιψη
- PVD (Peripheral Vascular Disease), (Περιφερική Αγγειακή Νόσος)

- Διαβήτης
- Πνευμονία
- Ψωρίαση
- Γρίπη
- Ρυτίδωση δέρματος
- Στομαχικό έλκος
- Απώλεια ακοής
- Ανικανότητα
- Οπτική νευροπάθεια
- Ρευματοειδής αρθρίτιδα
- Πληγές στους τένοντες
- Φυματίωση
- Απώλεια δοντιών
- Εκφυλισμός κηλίδας
- Αμβλυωπία καπνού(απώλεια όρασης)

(<http://www.cancer-society.gr/teensmoke/health.htm>).

1.9 Επιπτώσεις στα διάφορα οργανικά συστήματα

1.9.1 Αναπνευστικό σύστημα

Καρκίνος πνεύμονα

Το κάπνισμα του τσιγάρου είναι η κύρια αιτία καρκίνου του πνεύμονα, που παρουσιάζεται στο 10% περίπου των καπνιστών (Γεωργούλιας, 2006). Το αν θα πάθει ή όχι καρκίνο του πνεύμονα ένας καπνιστής εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, κυρίως από την ηλικία που άρχισε το κάπνισμα και τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζει κάθε μέρα. Το αλκοόλ και παράγοντες όπως η άσβεστος, συνεργούν με τον καπνό για τη

δημιουργία ενός ακόμα μεγαλύτερου βαθμού κινδύνου (Γεωργούλιας, 2006).

Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια

Κατά το κάπνισμα, στην καύτρα του τσιγάρου όπου αναπτύσσεται θερμοκρασία 600-800 βαθμών κελσίου με την πυρόλυση και την πυροσύνθεση, παράγονται 4.000 συστατικά περίπου, πολλά από τα οποία με την εισπνοή του καπνού, προκαλούν ποικίλες βλαπτικές επιδράσεις στις αεροφόρους οδούς.

Γνωστός είναι ο «βήχας» και τα «πτύελα» των καπνιστών. Είναι γνωστό ότι η αναπτυσσόμενη φλεγμονή στις μικρότερες αεροφόρους οδούς των βρόγχων οδηγεί στην αποφρακτική πνευμονοπάθεια με το σφύριγμα στην αναπνοή-τα «γατάκια» περίπου όπως στο άσθμα- η οποία καταλήγει ύστερα από καιρό στο πνευμονικό εμφύσημα (Δημοπούλου και άλλοι, 1992)

Καρκίνος του λάρυγγα

Ο σχετικά σπάνιος όγκος- καρκίνος του λάρυγγα τα τελευταία 35 χρόνια έχει αυξηθεί κατά 70% (Μπιλάλης,1997). Πολυάριθμες επιδημιολογικές κλινικές και παθολογοανατομικές μελέτες έχουν τεκμηριώσει σαφώς, ότι το κάπνισμα τσιγάρων σχετίζεται αιτιολογικά με καρκίνο του λάρυγγα. Υπολογίζεται ότι οι καπνιστές έχουν 2 έως 30 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του λάρυγγος σε σχέση με τους μη καπνιστές (Μπιλάλης,1997).

1.9.2 Πεπτικό σύστημα

Καρκίνος παγκρέατος

Ο καρκίνος παγκρέατος είναι δύο με τρεις φορές πιο συνηθισμένος σε ανθρώπους που καπνίζουν πολύ από όσους μη καπνιστές (Γεωργούλιας, 2006). Δεν είναι γνωστό γιατί το πάγκρεας είναι ιδιαίτερα τρωτό σε καρκίνους που συνδέονται με το κάπνισμα, αν και πιστεύεται πως διαιτητικοί παράγοντες (όπως μεγάλη κατανάλωση λιπαρών και αλκοόλ) μπορεί να παίζουν κάποιο ρόλο (Γεωργούλιας, 2006).

Καρκίνος στόματος

Από όλους τους ανθρώπινους καρκίνους, το 5% απαντάται στην στοματική κοιλότητα. Ο ενδοστοματικός καρκίνος συχνά έχει σχέση με το κάπνισμα τσιγάρου ή πίπας, τη φτωχή στοματική υγιεινή, το μικροβιακό ερεθισμό, τη συφιλιδική γλωσσίτιδα, τη υπερβολική χρήση αλκοόλ και την λευκοπλακία. Η λευκοπλακία είναι η πιο συχνή προκαρκινική αλλοίωση (Σαχίνη-Καρδάση 1997, Πάνου 1997).

Καρκίνος οισοφάγου

Άνθρωποι που καπνίζουν δύο πακέτα τσιγάρα την ημέρα, μπορεί να έχουν και 12 φορές μεγαλύτερο βαθμό κινδύνου καρκίνου του οισοφάγου από τους μη καπνιστές (Γεωργούλιας, 2006). Μια αιτία γι' αυτό μπορεί να είναι το ότι οι καρκινογόνες ουσίες του καπνού μεταφέρονται στον οισοφάγο με το σάλιο. Η μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ, σε συνδυασμό με το υπερβολικό κάπνισμα, αυξάνει θεαματικά τον κίνδυνο (Γεωργούλιας, 2006).

Καρκίνος του ήπατος

Τα τελευταία έτη διάφορες ανεξάρτητες επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι υπάρχει κάποια συσχέτιση ανάμεσα στο κάπνισμα και την ανάπτυξη πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος. Το κάπνισμα προκαλεί χολολιθίαση και οι νιτροσαμίνες του τσιγάρου ευθύνονται για ηπατοκυτταρικό καρκίνο (Μπιλάλης, 1997). Το κάπνισμα ευνοεί την ενεργοποίηση των ενζύμων που είναι υπεύθυνα για την αποδόμηση φαρμάκων στο ήπαρ και έτσι μειώνεται η δράση τους. Το κάπνισμα επηρεάζει επίσης το αποτέλεσμα μερικών εργαστηριακών εξετάσεων όπως του αιματοκρίτη, της αιμοσφαιρίνης και των λευκοκυττάρων (Μπιλάλης, 1997).

Έλκος στομάχου

Πολλοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την πρόκληση έλκους αλλά λίγων έχει επιβεβαιωθεί η συμμετοχή.

Μερικοί από τους παράγοντες αυτούς είναι:

1. Το stress. Συναισθήματα όπως επιθετικότητα, μνησικακία, ενοχή, αναποφασιστικότητα κ.α, αυξάνουν την έκκριση οξέος. Επίσης, καταστάσεις όπως βαρείς τραυματισμοί ιδιαίτερα στο κεφάλι, βαριές εγχειρήσεις, εγκαύματα, εμπύρετα νοσήματα που προκαλούν έντονο σωματικό και ψυχικό stress μπορούν να οδηγήσουν στη δημιουργία ελκών που λέγονται και έλκη από stress.

2. Το κάπνισμα. Το έλκος όχι μόνο είναι σημαντικά πιο συχνό στους καπνιστές αλλά και η συχνότητά του αυξάνει ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζει το άτομο. Επίσης, η επούλωση των ελκών γίνεται πολύ πιο δύσκολα στα άτομα που καπνίζουν (www.article.asp.htm).

3. Ασπιρίνη και άλλα παυσίπονα και αντιφλεγμονώδη φάρμακα. Τα φάρμακα αυτά μειώνουν τους αμυντικούς παράγοντες του στομάχου ελαττώνοντας την παραγωγή προσταγλανδινών και της βλέννης.

4. Αλκοόλ και καφεΐνη. Αν και το αλκοόλ και η καφεΐνη αυξάνουν την έκκριση του γαστρικού οξέος εν τούτοις δεν υπάρχουν αποδείξεις για το ότι προκαλούν πεπτικό έλκος (http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=832).

1.9.3 Ουροποιητικό σύστημα

Καρκίνος νεφρών

Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει μια ελάχιστη ποσότητα του πιο γνωστού καρκινογόνου που είναι γνωστό, της ναφθυλαμίνης. Μερικές από τις καρκινογόνες ουσίες του τσιγάρου απορροφώνται από τους πνεύμονες στην κυκλοφορία του αίματος και απεκρίνονται στα ούρα. Το κύριο σημάδι του καρκίνου του νεφρού (αίμα στα ούρα) παρουσιάζεται στις μισές περίπου περιπτώσεις (Γεωργούλιας , 2006).

Καρκίνος προστάτη

Ο καπνός προκαλεί τόσο πολλές κακοήθειες που είναι λογικό να είναι ύποπτος και για τον καρκίνο του προστάτη. Τα στοιχεία όμως είναι αμφισβητούμενα. Πιο συγκεκριμένα, σε πολλές μελέτες δε διαπιστώνεται συσχέτιση (<http://icutopics.com>), ενώ σε άλλες αναφέρεται πως το βαρύ κάπνισμα μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ενός άνδρα να πεθάνει από καρκίνο του προστάτη έως 45% (<http://icutopics.com>). Είναι ένα

συζητήσιμο σημείο δεδομένου ότι κανείς άνδρας (ή καμία γυναίκα) δε θα έπρεπε να καπνίζει (<http://icutopics.com>).

1.9.4 Κυκλοφορικό και λεμφικό σύστημα

Η αποφρακτική αγγειοπάθεια είναι σοβαρή νόσος του αρτηριακού τοιχώματος, που προκαλεί αλλοιώσεις του τοιχώματος ορισμένων αρτηριών και διαταραχή στην αιμάτωση του οργάνου, το οποίο αυτές αρδεύουν. Το σημαντικότερο αίτιο της αποφρακτικής αγγειοπάθειας είναι η αθηρωμάτωση. Η αθηρωμάτωση, είναι βλάβη που εξελίσσεται συνήθως σιωπηλά χωρίς να προκαλεί συμπτώματα (http://anastasiamoschovaki1.blogspot.com/2007/11/blog-post_3302.html). Το πρώτο σύμπτωμα μπορεί να είναι η αιφνίδια σοβαρή ανεπάρκεια ενός ζωτικού οργάνου που η παθολογική αρτηρία τροφοδοτεί. Ο σημαντικότερος παράγοντας του περιβάλλοντος που επιταχύνει την αθηρωμάτωση είναι το κάπνισμα. Οι τοξικές συνέπειες του καπνού, είναι σημαντικές λόγω της τοξικής βλάβης που αυτός προκαλεί σε όλο το αγγειακό σύστημα, με αποτέλεσμα στυτική δυσλειτουργία, ανεπάρκεια καρδιακών αγγείων και κακή κυκλοφορία αίματος στα άκρα. Οι καπνιστές άνδρες παρουσιάζουν σε νεαρότερες ηλικίες σεξουαλική ανικανότητα (http://anastasiamoschovaki1.blogspot.com/2007/11/blog-post_3302.html).

Οξύ πνευμονικό οίδημα

Γενικά, αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν οξύ πνευμονικό οίδημα είναι:

✚ Παθήσεις καρδιάς: οξεία κοιλιακή ανεπάρκεια, έμφραγμα μυοκαρδίου, αορτική στένωση, μεγάλη στένωση μιτροειδούς βαλβίδας, υπέρταση και συμφορική καρδιακή ανεπάρκεια.

✚ Κυκλοφορική υπερφόρτωση (μεταγγίσεις, εγχύσεις).

✚ Υπερευαισθησία στα φάρμακα (αλλεργίες, δηλητηριάσεις).

✚ Πνευμονικές βλάβες (εισπνοή καπνού, πνευμονική εμβολή ή έμφρακτο).

✚ Βλάβες κεντρικού νευρικού συστήματος (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, τραύμα εγκεφάλου).

✚ Λοιμώξεις και πυρετός (Σαχίνη-Καρδάση και άλλοι, Πάνου 1997).
Λευχαιμία

Στο έτος 2003, 10.500 νέα περιστατικά με οξεία μυελογενή λευχαιμία ανακοινώθηκαν στις ΗΠΑ (file:///H:/www.2005_1284272.htm). Το βενζόλιο είναι γνωστή αιτία ανάπτυξης αυτής της λευχαιμίας και ο καπνός του τσιγάρου αποτελεί σημαντική πηγή έκθεσης σε βενζόλιο (file:///H:/www.2005_1284272.htm).

1.9.5 Γεννητικό σύστημα

Καρκίνος του μαστού

Μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού διατρέχουν οι ανύπαντρες γυναίκες, οι στείρες, εκείνες με λιγότερα από 3 παιδιά, όσες

απέκτησαν το πρώτο τους παιδί μετά τα 34 χρόνια τους, εκείνες των οποίων η μητέρα ή η αδερφή είχε καρκίνο μαστού, εκείνες που η περίοδος τους εμφανίστηκε πριν την ηλικία των 12 χρόνων ή σταμάτησε μετά τα 55 (Σαχίνη-Καρδάση , 1997).Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται σε συχνότητα 27% σε σχέση με τον καρκίνο κάθε άλλης εντόπισης.Ο καρκίνος μαστού προσβάλλει 1.500 γυναίκες κάθε χρόνο. (Παπανικολάου Ν και Παπανικολάου Α, 2005)

Καρκίνος τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου. Σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις ο ιός HPV ανιχνεύεται σε τραχηλικό κακοήθη ιστό, υποδηλώνοντας ότι ο ιός HPV είναι απαραίτητος για την εμφάνιση καρκίνου. Πιστεύεται ότι το κάπνισμα αυξάνει τη φλεγμονή στον τράχηλο, ενισχύοντας έτσι τη διαδικασία της καρκινογένεσης (file:///H:/www.2005_1284272.htm).

Γυναίκα-κάπνισμα-εγκυμοσύνη

Το κάπνισμα έχει δυσμενή επίδραση στη γυναίκα κατά την εγκυμοσύνη και κατ' επέκταση στο έμβρυο. Οι γυναίκες που συνεχίζουν να καπνίζουν κατά την εγκυμοσύνη διακινδυνεύουν αποβολή, γέννηση μωρού με χαμηλό βάρος και παιδιού με δυσκολίες μάθησης ή μειωμένη ανάπτυξη.

Το κάπνισμα πριν τη σύλληψη μπορεί να προκαλέσει βλάβη στα γονίδια που υπάρχουν στο ωάριο και στα σπερματοζώαρια. Οι γυναίκες των οποίων οι μητέρες κάπνιζαν κατά την κυοφορία τους έχουν 29% πιθανότητες να αποβάλουν οι ίδιες (http://www.6gymnasio.gr/ACTIVITIES/math_ergasies/SMOKING/erg

karnisma.htm). Το παθητικό κάπνισμα συνιστά επίσης έναν υπολογίσιμο κίνδυνο και είναι ο σημαντικότερος παράγοντας παιδικής θνησιμότητας. Όλα αυτά συμβαίνουν γιατί όταν μια έγκυος γυναίκα εισπνέει τον καπνό ενός τσιγάρου, το επίπεδο του οξυγόνου στο αίμα της και σ' αυτό που φτάνει στο έμβρυο, πέφτει δραματικά. Αυτό γρήγορα επηρεάζει την ποσότητα του αίματος που φτάνει στα άκρα του εμβρύου, όπως τα δάχτυλα των χεριών και των ποδιών.

1.10 Μέθοδοι για τη διακοπή του καπνίσματος

1.10.1 Φαρμακευτικές μέθοδοι

Τα χάπια

Μπορεί ένα χάπι να σας βοηθήσει να κόψετε το κάπνισμα; Ναι, αν είστε αποφασισμένοι. Σήμερα στη φαρέτρα των ειδικών υπάρχει ήδη ένα «αντικαπνιστικό» χάπι –η **βουπροπιόνη**- και ένα νέο φάρμακο –η **βαρενικλίνη**- αναμένεται να προστεθεί στη μάχη κατά του τσιγάρου.

Πιο συγκεκριμένα, η **βουπροπιόνη** είναι ένα ήπιο αντικαταθλιπτικό –και αρχικά μελετήθηκε ως τέτοιο. Στην πορεία των ερευνών, όμως, διαπιστώθηκε ότι προκαλεί απέχθεια για το τσιγάρο. Η βουπροπιόνη, λοιπόν, έγινε το πρώτο «αντικαπνιστικό» φάρμακο. Θεωρείται ότι δρα στο κέντρο της απόλαυσης του τσιγάρου (Ψάλτη, 2007). Η **βαρενικλίνη (CHAMPIX)** δεν είναι αντικαταθλιπτικό, όπως η βουπροπιόνη, και δρα στους υποδοχείς της νικοτίνης στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Το πακέτο με εξήντα χάπια στοιχίζει 76,72 ευρώ και χορηγείται μόνο με ιατρική συνταγή (Ψάλτη, 2007).

Υποκατάστατα νικοτίνης

Οι τσίγλες νικοτίνης

Είναι από τα πιο δημοφιλή υποκατάστατα νικοτίνης επειδή είναι εύχρηστες. Στα Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος, πάντως, δεν είναι η πρώτη επιλογή. Συνήθως χορηγούνται στην τελευταία φάση της διακοπής του τσιγάρου (Ψάλτη, 2007). Το πακέτο με τις 30 ταμπλέτες στοιχίζει 3,14 ευρώ (<http://www.neahygeia.gr/foreas.php?ParentID=182&lang=gr&CategoryID=9&issueID=4>).

Τα αυτοκόλλητα νικοτίνης

Τα αυτοκόλλητα νικοτίνης είναι επιθέματα που κολλάνε σε κάποιο σημείο του δέρματός σας, συνήθως στο μπράτσο. Την επόμενη μέρα αλλάζετε θέση στο αυτοκόλλητο, ώστε να μην ερεθιστεί το δέρμα. Τα αυτοκόλλητα απελευθερώνουν αργά και σταδιακά τη νικοτίνη στο δέρμα (Ψάλτη, 2007). Το κουτί με επτά αυτοκόλλητα των 15 mg στοιχίζει 14,05 ευρώ (<http://www.neahygeia.gr/foreas.php?ParentID=182&lang=gr&CategoryID=9&issueID=4>).

Η πίπα νικοτίνης (το νέο βοήθημα)

Είναι ένας κύλινδρος που μοιάζει με τσιγάρο και καθώς τον «καπνίζετε» απελευθερώνει νικοτίνη σε μεγάλη δόση. Η πίπα νικοτίνης χρησιμοποιείται στα Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος (Ψάλτη, 2007). Μια συσκευασία με σαράντα δύο κομμάτια στοιχίζει 19.36 ευρώ (<http://www.neahygeia.gr/foreas.php?ParentID=182&lang=gr&CategoryID=9&issueID=4>).

Το ρινικό σπρέι νικοτίνης

Το ρινικό σπρέϊ νικοτίνης απελευθερώνει γρήγορα νικοτίνη στο βλεννογόνο της μύτης (Ψάλτη, 2007).

1.10.2 Εναλλακτικές μέθοδοι

Υπάρχουν ορισμένες ήπιες μέθοδοι που μπορούν να σας βοηθήσουν να περιορίσετε κάπως τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία σας, να συμβάλλουν στην αποτοξίνωση του οργανισμού σας από τον καπνό και να τον ενισχύουν (Περιοδικό VITA, 2006)

1. Ο βελονισμός

Ο βελονισμός θα «ξυπνήσει» τις αισθήσεις σας και θα νοιώσετε ότι δεν θέλετε το τσιγάρο, όπως συνέβη την πρώτη φορά που το δοκιμάσατε. Ο βελονισμός είναι η περισσότερο εφαρμοσμένη και η πλέον αποτελεσματική εναλλακτική «αντικαπνιστική» θεραπεία.

Ο βελονισμός βοηθά στην καλύτερη αντιμετώπιση του οργανικού εθισμού. Μπορεί να σας ενισχύσει ώστε να ξεπεράσετε ευκολότερα τα συμπτώματα στέρησης, επειδή απαλύνει την έντασή τους. Βοηθά τον οργανισμό να ανακτήσει την εσωτερική του ισορροπία. Η διέγερση των κατάλληλων σημείων βελονισμού οδηγεί στην αύξηση των ρυθμιστικών νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου (Ψάλτη, 2007).

Η διαδικασία είναι απλή και ανώδυνη. Ο βελονιστής «τσιμπάει» το δέρμα σας με πολύ λεπτές βελόνες -σαν τρίχες. Τα σημεία βελονισμού που επιλέγονται στο πρόσωπο και το σώμα είτε σχετίζονται με τη διαδικασία του καπνίσματος (π.χ. μύτη, στόμα) είτε πρόκειται για σημεία (στα χέρια, στα πόδια, στο στήθος) των οποίων μπορεί να σας ηρεμήσει και να απαλύνει την ένταση που νοιώθετε. Πάντως δεν υπάρχουν

προκαθορισμένα σημεία βελονισμού για το κόψιμο του τσιγάρου. Σε κάθε περίπτωση η επιλογή του κατάλληλου σχήματος βελονισμού εξαρτάται από τις ανάγκες σας καθώς και από την εμπειρία του βελονιστή (Ψάλτη, 2007). Το μέσο κόστος μιας θεραπείας κυμαίνεται από 30 έως 60 ευρώ. Στις χρόνιες ασθένειες χρειάζονται τουλάχιστον 15 θεραπείες, ενώ σε οξείες, όπως για παράδειγμα μια εξάρθρωση, απαιτούνται μία έως τέσσερις θεραπείες μόνο(<http://www.vita.gr/ent/679.5679.asp>).

2. Ο ηλεκτροβελονισμός

Ο ηλεκτροβελονισμός είναι μια παραλλαγή του βελονισμού. Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί ειδικές μυτερές βελόνες που μοιάζουν με τη χοντρή μύτη ενός στυλό και δεν τρυπούν το δέρμα. Η μέθοδος αυτή προσφέρει μια εναλλακτική λύση σε αυτούς που έλκονται από την ιδέα του βελονισμού, αλλά φοβούνται τις βελόνες.

Ο ηλεκτροβελονισμός μπορεί να τονώσει τη ζωτικότητα σας και να ενισχύσει τη θέλησή σας να κόψετε το κάπνισμα. Οι «βελόνες» του ηλεκτροβελονισμού δέχονται ρεύμα η συχνότητα του οποίου συνήθως ρυθμίζεται στα 10 Hz (Ψάλτη, 2007). Οι θεραπευτές εξηγούν ότι πρόκειται για τη συχνότητα που πάλλεται η φύση και δονείται το σύμπαν. Ο συντονισμός σας με αυτή τη συχνότητα, λοιπόν σας βοηθά να ωφεληθείτε και από τη συμπαντική ενέργεια (Ψάλτη, 2007). Κοστίζει περίπου 45 ευρώ η συνεδρία (http://www.preventionmag.gr/default.php?pid=6&art_id=883&supercat_id=1&nologin=1).

3. Η βιοχαλάρωση

Τη μέθοδο αυτή μπορεί να την έχετε ακούσει και ως «αυτοθεραπευτική – χαλαρωτική ύπνωση». Εφαρμόζεται περισσότερο στο εξωτερικό, ενώ

στην Ελλάδα δεν έχει και τόσους θαυμαστές, ενδεχομένως επειδή, ως λαός, δεν είμαστε και τόσο δεκτικοί στην ιδέα της ύπνωσης. Η μέθοδος της βιοχαλάρωσης στοχεύει στο υποσυνείδητο του καπνιστή. Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, ο καπνιστής ξαπλώνει και ο σύμβουλος αυτοβελτίωσης του μιλάει με ένα χαλαρωτικό, αλλά υποβλητικό τρόπο. Ο θεραπευτής ουσιαστικά φέρνει τον καπνιστή σε μια κατάσταση βαθιάς χαλάρωσης («μεταξύ ύπνου και ξύπνιου»), κατά την οποία θα είναι δεκτικός στην πρόσληψη των μηνυμάτων που ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος έχουν εξ αρχής συμφωνήσει ότι θα επικοινωνούν. Απώτερος σκοπός του θεραπευτή είναι να στείλει τα κατάλληλα «αντικαπνιστικά» μηνύματα στο θεραπευόμενο, ώστε να περάσει στο υποσυνείδητό του καινούριες καταγραφές με θετικό περιεχόμενο, σε μια προσπάθεια να σβήσουν οι παλιές στις οποίες ο καπνιστής είναι προσκολλημένος (Ψάλτη, 2007).

4. Η ρεφλεξολογία

Η ρεφλεξολογία αποτελεί μία ακόμη εναλλακτική θεραπεία που μπορεί να βοηθήσει τον οργανισμό να περιορίσει κάπως τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος. (Περιοδικό VITA, 2006). Η ρεφλεξολογία απευθύνεται σε καπνιστές που είναι πολύ στρεσαρισμένοι και έχουν πολλά σωματικά μπλοκαρίσματα. Με δύο λόγια είναι τσιτωμένοι. Η μέθοδος αυτή βοηθά τον οργανισμό να ηρεμήσει, να βρει την ισορροπία του, να ενισχύσει την άμυνά του και να ανακτήσει τις δυνάμεις που θα τον βοηθήσουν να πει «όχι» στο τσιγάρο (Ψάλτη, 2007). Το μέσο κόστος μιας επίσκεψης ανέρχεται στα 50 ευρώ. Για τις οξείες καταστάσεις, 5 θεραπείες συνήθως αρκούν για να ανακουφιστεί ο ασθενής, ενώ για τις χρόνιες 10-12 (<http://www.vita.gr/ent/679.5679.asp>).

5. Ο βιοσυντονισμός

Η μέθοδος αυτή ενδείκνυται εάν έχετε μεγάλη ανάγκη «ενεργειακής εξισορρόπησης». Ο βιοσυντονισμός σας χαλαρώνει και σας ηρεμεί, κάνοντας έτσι ευκολότερη την αντίστασή σας στον πειρασμό του τσιγάρου. Φυσικά, τίποτε από όλα αυτά δεν θα συμβεί αν δεν έχετε ισχυρή θέληση. Η βιοσυντονιστική θεραπεία βασίζεται στην αρχή ότι το ανθρώπινο σώμα παράγει ένα ηλεκτρομαγνητικό πεδίο μέσα και γύρω από αυτό. Παράλληλα με τα φυσιολογικά ηλεκτρομαγνητικά κύματα, στο σώμα μας υπάρχουν και παθολογικά κύματα, που προέρχονται από τους ιούς, τα τραύματα, τις φλεγμονές. Το σύνολο των φυσιολογικών και των παθολογικών ηλεκτρομαγνητικών κυμάτων μπορεί να καταγραφεί στην επιφάνεια του σώματός μας και να «ληφθεί» μέσω των ηλεκτροδίων της βιοσυντονιστικής συσκευής. Η συσκευή λαμβάνει τα δικά σας σήματα και τα αποστέλλει ξανά πίσω σε σας, ενισχύοντας τα φυσιολογικά κύματα και εξαλείφοντας τα παθολογικά (Ψάλτη, 2007).

6. Η ομοιοπαθητική

Η ομοιοπαθητική είναι μία μέθοδος που απευθύνεται σε μικρή μερίδα καπνιστών, συνήθως σε εκείνους που αρέσκονται να αντιμετωπίζουν τα πάντα με τη βοήθεια αυτής της μεθόδου και γενικότερα σε ανθρώπους πιο πειθαρχημένους και υπομονετικούς, διατεθειμένους να παλέψουν συγκροτημένα την εξάρτησή τους. Η ομοιοπαθητική αγωγή για τη διακοπή του καπνίσματος έγκειται στη χορήγηση σκευάσματος αραιωμένης νικοτίνης. Η φιλοσοφία της ομοιοπαθητικής είναι η ίαση μέσω της λήψης του όμοιου· της νικοτίνης στην περίπτωση του καπνιστή. Η λήψη τού κατάλληλα αραιωμένου (από φαρμακοποιό) σκευάσματος σκοπεύει στο να ενεργοποιήσει τον εγκέφαλο, να «ξυπνήσει» το ανοσοποιητικό σύστημα και να τονώσει ενεργειακά τον καπνιστή (Ψάλτη, 2007). Το μέσο κόστος μιας επίσκεψης ανέρχεται στα 50 ευρώ,

ενώ τα φάρμακα κοστίζουν περίπου δέκα. Από την πρώτη κιόλας θεραπεία είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν οξείες καταστάσεις, ενώ για τις χρόνιες 3-5 επισκέψεις είναι συνήθως αρκετές (<http://www.vita.gr/ent/679.5679.asp>)

7. Δεντρολίβανο και λεβάντα

Υπάρχουν διάφορα αιθέρια έλαια που βοηθούν το αναπνευστικό και μπορούν να φανούν χρήσιμα στους καπνιστές. Τα σημαντικότερα από αυτά είναι το δενδρολίβανο, τον ευκάλυπτο και τη λεβάντα. Αυτά τα αιθέρια έλαια διευκολύνουν την αναπνοή και έχουν αποχρεμπτικές ιδιότητες, δηλαδή βοηθούν στην απομάκρυνση των εκκρίσεων που δημιουργούνται στους πνεύμονες από το κάπνισμα (Περιοδικό VITA, 2006).

8. Μασάζ για τους πνεύμονες

Κάντε ένα μασάζ με απαλές κινήσεις στην περιοχή της κλείδας για 1 λεπτό περίπου. Οι μεσημβρινοί που περνούν από εκεί ενεργοποιούν τους πνεύμονες. Χρησιμοποιήστε ένα λαδάκι ή μια ενυδατική αλοιφή για να κυλούν πιο εύκολα τα χέρια σας. Μπορείτε να φτιάξετε και εσείς οι ίδιοι ένα λάδι με αιθέρια έλαια, ώστε να επωφεληθείτε και από τις θεραπευτικές ιδιότητες της αρωματοθεραπείας. (Περιοδικό VITA, 2006)

9. Χρησιμοποιήστε τα κατάλληλα βότανα

Τρία βότανα που μπορούν να βοηθήσουν τους καπνιστές και να περιορίσουν κάπως τις συνέπειες του καπνίσματος είναι το taraxaco, το rau d' arco και το lapacho. Το taraxaco είναι αντιοξειδωτικό, δηλαδή καταστρέφει τις ελεύθερες ρίζες (βλαβερές ουσίες που δημιουργούνται από το κάπνισμα) και έχει αποτοξινωτικές ιδιότητες, δηλαδή απομακρύνει τις επιβλαβείς και άχρηστες ουσίες, πολλές από τις οποίες

βρίσκονται και στον καπνό. Το rau d' arco και το lapacho προστατεύουν από τον καρκίνο των πνευμόνων και ενισχύουν το ανοσοποιητικό σύστημα (Περιοδικό VITA 2006)

1.11 Φιλοσοφία της νοσηλευτικής

Η νοσηλευτική είναι επιστήμη και επάγγελμα που παρέχει αυτοδύναμα ή σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας υπηρεσίες υγείας και ασθενείς ανθρώπους, σε άτομα όλων των ηλικιών, σε οικογένειες, σε πληθυσμιακές ομάδες και κοινότητες. Η νοσηλευτική ακόμα αφορά την υπεράσπιση των συμφερόντων ασθενών και αδυνάμων σωματικά ή κοινωνικά ανθρώπων και τη διασφάλιση σε αυτούς ενός ασφαλούς περιβάλλοντος διαβίωσης και νοσηλείας (<http://1kesyp-v.thess.sch.gr>).

Οι στόχοι της νοσηλευτικής, ως επιστήμη, έχουν διαφοροποιηθεί με την πάροδο του χρόνου. Σήμερα, οι στόχοι της νοσηλευτικής είναι:

- Η διατήρηση και προαγωγή της υγείας του ατόμου.
- Η πρόληψη της ασθένειας.
- Η νοσηλευτική παρέμβαση και
- Η αποκατάσταση της υγείας του ατόμου (Σαββοπούλου, 2003).

Τέλος, ο σκοπός της νοσηλευτικής είναι η αξιολόγηση των αναγκών υγείας, ο προγραμματισμός των παρεμβάσεων και η βοήθεια του ατόμου, να αναλάβει εκείνες τις δραστηριότητες που συντελούν στην υγεία ή στην αποκατάστασή της, τις οποίες το άτομο θα πραγματοποιούσε χωρίς βοήθεια εάν διέθετε την απαραίτητη γνώση, δύναμη και θέληση (<http://www.imlarisis.gr/arthrografia.php>).

1.12 Κοινοτική Νοσηλευτική

Τις τελευταίες δεκαετίες η έμφαση δίνεται στην παροχή υπηρεσιών υγείας έξω από το νοσοκομείο. Αυτό προέκυψε με την αυξημένη ενημέρωση όσον αφορά τη σπουδαιότητα της διατήρησης της υγείας και της πρόληψης της νόσου. Πρωταρχικό τους μέλημα είναι η προαγωγή υγείας της κοινότητας. Για να πετύχουν αυτό το στόχο, οι κοινοτικοί νοσηλευτές βασίζονται στις αρχές και τις δεξιότητες της νοσηλευτικής και της δημόσιας υγείας. Αυτό συνεπάγεται τη χρήση δημογραφικών και επιδημιολογικών μεθόδων, με σκοπό την εκτίμηση της υγείας της κοινότητας και τη διάγνωση των αναγκών υγείας της (<http://www.imlarisis.gr/main.php?p=599&more=1>).

Οι τομείς που κυρίως εργάζονται οι νοσηλευτές στην κοινότητα είναι οι εξής:

- Κέντρα Υγείας
- Σχολική Νοσηλευτική
- Επαγγελματική Νοσηλευτική
- Πολυιατρεία ΙΚΑ

Κοινοτική Νοσηλευτική είναι ο κλάδος της νοσηλευτικής επιστήμης ο οποίος συνδυάζει επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες τις οποίες χρησιμοποιεί στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων, οικογενειών, ομάδων, κοινοτήτων που βρίσκονται στο συνηθισμένο περιβάλλον του όπως το σπίτι, το σχολείο ή και χώρο εργασίας. Είναι νοσηλευτική εργασία που ασκείται έξω από το παραδοσιακό θεραπευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου (<http://www.imlarisis.gr/main.php?p=599&more=1>).

Οι σκοποί της κοινοτικής νοσηλευτικής είναι οι εξής:

- 1) Πρόληψη της αρρώστιας και περιορισμό της εξέλιξης της
- 2) Περιορισμός των επιπτώσεων μιας αναπόφευκτης αρρώστιας
- 3) Εξασφάλιση επιδέξιας επιστημονικής φροντίδας στο άρρωστο ή ανάπηρο άτομο.
- 4) Ενημέρωση, διδασκαλία οικογενειών ή ομάδων στην απόκτηση υγιεινού τρόπου ζωής για την προαγωγή της κοινοτικής υγείας (<http://www.imlarisis.gr/main.php?p=599&more=1>).

1.13 Αγωγή υγείας

Η αγωγή υγείας, ίσως το σπουδαιότερο κομμάτι της Κοινοτικής Νοσηλευτικής είναι η εκπαιδευτική διαδικασία που αποσκοπεί στη διαμόρφωση προτύπων συμπεριφοράς ή την τροποποίηση κάθε βλαπτικής για την υγεία συνήθειας, με στόχο πάντοτε την προαγωγή της σωματικής, ψυχικής πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και δημιουργία ενός υγιεινού τρόπου ζωής και ανθρώπινου κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος. Η Αγωγή Υγείας ενδιαφέρεται για όλες τις κοινωνικές ομάδες αλλά κυρίως για τους νέους (Δετοράκης, 2003).

Οι επιδιώξεις της Αγωγής Υγείας συγκεκριμενοποιούνται στους εξής βασικούς στόχους:

1. Ευαισθητοποίηση

Ο πρώτος στόχος ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας, αφορά τη συνειδητοποίηση του κοινού ή του εκπαιδευόμενου σχετικά με την ύπαρξη ενός προβλήματος. Πολλές φορές, προκειμένου να επιτευχθεί η ευαισθητοποίηση - συνειδητοποίηση, πρέπει να δοθούν ορισμένες

βασικές πληροφορίες ώστε να γίνει αντιληπτό το μέγεθος και η σημασία του προβλήματος, για παράδειγμα πληροφορώντας το κοινό ότι κάθε τσιγάρο αφαιρεί κατά μέσο όρο 5 λεπτά από τη ζωή του καπνιστή, δίνεται μια πρώτη διάσταση του μεγέθους του προβλήματος (Catford και Nutbeam, 1984).

2. Παροχή γνώσεων

Ο στόχος αυτός, αφορά την παροχή των απαραίτητων γνώσεων, σε θέματα που έχει προηγηθεί μια πρώτη ευαισθητοποίηση. Το να γνωρίζει κανείς ότι κάποια καθημερινή συνήθεια είναι βλαβερή, δεν αρκεί για να πεισθεί για την ανάγκη καταπολέμησής της. Όταν μάλιστα απαιτούνται ιδιαίτερες προσπάθειες, το κοινό ή το άτομο πρέπει να είναι εξοπλισμένο με τις γνώσεις εκείνες που θα του ενισχύσουν τη βούληση για δράση και που θα κατευθύνουν τη δράση αυτή προς τη σωστή κατεύθυνση (David και Williams, 1987).

3. Ιεράρχηση αξιών

Οι αξίες του καθένα, οι βασικές πεποιθήσεις του και η γενικότερη ιδεολογία του, αποτελούν σημαντικό κομμάτι του πολύπλοκου ανθρώπινου ψυχολογικού κόσμου και συμβάλλουν καθοριστικά στις εκάστοτε απόψεις που διαμορφώνει, στις αποφάσεις που παίρνει και στις πράξεις που προβαίνει. Ο στόχος λοιπόν της ιεράρχησης αξιών, αποσκοπεί κυρίως στην αποσαφήνιση, στη διαμόρφωση ή τροποποίηση των αξιών που σχετίζονται με την υγεία. Πολλές φορές τα άτομα αγνοούν, παραγνωρίζουν ή υποτιμούν το τι είναι σημαντικό ή όχι για την υγεία τους, ή ακόμα την ίδια την μεγάλη αξία που έχει η υγεία τους για την ζωή τους (Green, 1987).

4. Αλλαγή απόψεων

Ο στόχος αυτός, όπως και ο προηγούμενος, αφορά την τροποποίηση ορισμένων βασικών πεποιθήσεων. Η μόνη διαφορά είναι ότι οι απόψεις αφορούν πλέον συγκεκριμένα ζητήματα της καθημερινής ζωής, που εξαρτώνται βέβαια από τις γενικότερες αξίες που έχουν υιοθετηθεί. Επειδή όμως πρόκειται για πιο συγκεκριμένες τοποθετήσεις, οι απόψεις που υπάρχουν για ένα ζήτημα, καθορίζονται εκτός από τις αξίες και από τις πληροφορίες που παρέχονται και από την εκάστοτε συναισθηματική φόρτιση (Ley, 1988).

5. Λήψη αποφάσεων

Από τη στιγμή που το κοινό ή ένα άτομο, ευαισθητοποιηθεί γύρω από ένα θέμα υγείας, εξοπλιστεί με τις απαραίτητες γνώσεις, ιεραρχήσει σωστά την αξία του και υιοθετήσει τις σωστές απόψεις, το επόμενο βήμα είναι να λάβει τις κατάλληλες αποφάσεις που θα βοηθήσουν στην επίλυση ή βελτίωση του προβλήματος. Η σημαντική αυτή διαδικασία στηρίζεται τόσο στην παροχή των απαραίτητων γνώσεων όσο και στη διαμόρφωση των κατάλληλων αξιών και απόψεων. Κάποιος αποφασίζει να μειώσει το βάρος του επειδή ακριβώς γνωρίζει τους κινδύνους που διατρέχει και επειδή οι αξίες και οι απόψεις του τον οδηγούν στο να προτιμήσει τη διασφάλιση της υγείας του παρά να διακινδυνέψει να υποστεί τις βλαβερές συνέπειες της παχυσαρκίας (Strehlow, 1983).

6. Αλλαγή συμπεριφοράς

Η λήψη της κατάλληλης απόφασης, δεν οδηγεί πάντα και στην εκτέλεσή της. Ιδιαίτερα όταν πρόκειται για θέματα που η υλοποίηση μιας απόφασης συναντά εμπόδια και δυσκολίες, παρατηρείται συχνά εγκατάλειψη της προσπάθειας ή αποφυγή εκτέλεσής της. Γι' αυτό και η

Αγωγή Υγείας παρέχει τη βοήθεια που χρειάζεται το κοινό ή ένα άτομο, προκειμένου να επιτύχει την υλοποίηση μιας αλλαγής. Άλλωστε η αλλαγή συμπεριφοράς, δηλαδή η επιτυχής εφαρμογή μιας ενεργητικής προσπάθειας, αποτελεί αναμφισβήτητα και το πιο σημαντικό συστατικό κάθε προγράμματος Αγωγής Υγείας (Tannahill , 1985).

7. Αλλαγή περιβάλλοντος

Ο τελευταίος αυτός στόχος, αποσκοπεί στην αναβάθμιση του φυσικού ή και κοινωνικού περιβάλλοντος προκειμένου να μειωθούν οι περιβαλλοντολογικοί κίνδυνοι και να διευκολυνθεί η υιοθέτηση των υγιεινών συμπεριφορών. Ο στόχος αυτός, περιλαμβάνει από αλλαγές μέσα στο σπίτι μέχρι και αλλαγές σ' όλη την κοινωνία. Οι γνώσεις, οι αξίες, οι απόψεις και οι πράξεις καθορίζονται σημαντικά από το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον. Αν κάποιος περιβάλλεται συνέχεια από καπνιστές και βομβαρδίζεται με διαφημίσεις τσιγάρων, δύσκολα θα καταφέρει να μην υποκύψει στη συνήθεια του καπνίσματος (Green, 1987).

Πρωταρχικός σκοπός λοιπόν της αγωγής υγείας αποτελεί η ενημέρωση, η οποία πρέπει να παρέχεται από ειδικούς και καλά ενημερωμένους φορείς. Σήμερα παρατηρείται η ενημέρωση για καθημερινά θέματα όπως το κάπνισμα, να γίνεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τις εφημερίδες, τα περιοδικά και άλλους φορείς μη αρμόδιους για το θέμα. Εξάιρεση αποτελεί η κατηγορία των γιατρών, οι οποίοι προσφέρουν καθημερινά τις γνώσεις τους. Αποστασιοποιημένη από αυτή την προσπάθεια φαίνεται να εμφανίζεται η νοσηλευτική, η οποία έχει δώσει μεγαλύτερο βάρος στην νοσοκομειακή φροντίδα παρά στην πρόληψη λόγω του αυξημένου φόρτου εργασίας σε σχέση με το ιατρικό προσωπικό, με επακόλουθο οι στόχοι της να μην εκπληρώνονται ολοκληρωτικά και οι νοσηλευτές να παραμένουν "απλοί θεατές".

1.14 Το νοσηλευτικό προσωπικό και το κάπνισμα

Οι βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος έχουν επιβεβαιωθεί πέρα από οποιαδήποτε αμφιβολία. Ως αποτέλεσμα, αποτελεί πρωταρχική υποχρέωση για τους νοσηλευτές η διαφώτιση των πολιτών στο χώρο της κοινότητας και η δραστήρια συμμετοχή τους στην αντικαπνιστική εκστρατεία. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν σαν σκοπό τους, να προβληματίσουν, να ευαισθητοποιήσουν και να κάνουν τους καπνιστές να κατανοήσουν όχι μόνο τα προβλήματα της υγείας τους που θα είναι απόρροια της βλαβερής αυτής συνήθειας, αλλά και να σεβαστούν την υγεία των υπολοίπων που παθητικά καπνίζουν μαζί τους.

Είναι υποχρέωση των νοσηλευτών να τονίσουν να τονίσουν τη "σκλαβωτική δύναμη" του καπνίσματος και ότι ενεργεί αφοπλιστικά και παραλυτικά, αφαιρώντας κάθε δυνατότητα λογικής αντιμετώπισής του. Έτσι, τα άτομα μένουν "δέσμιοι" του εαυτού τους, και το χειρότερο είναι ότι επηρεάζουν και τα παιδιά (Δημοπούλου και άλλοι, 1992).

Είναι αλήθεια ότι το κάθε παιδί αρχίζει το κάπνισμα από μια τάση για μίμηση. Θέλει να κάνει αυτό που κάνουν οι μεγαλύτεροί του και κυρίως οι γονείς του. Και εδώ είναι που οι νοσηλευτές μέσω του σχολείου (σχολική νοσηλευτική) ή/και μέσω της καθημερινής επαφής στο σπίτι του πολίτη (νοσηλεία στο σπίτι) πρέπει να πάρουν θέση δίνοντας σε ένα παιδί να καταλάβει ότι το τσιγάρο δεν γίνεται σύμβολο ωρίμανσης, απελευθέρωσης και αυτεπιβολής. Όσον αφορά τις έγκυες γυναίκες οι Νοσηλευτές αυτό που πρέπει να κάνουν είναι να υπενθυμίζουν τους κινδύνους που εγκυμονεί το κάπνισμα κατά τους μήνες της εγκυμοσύνης και του θηλασμού. Οι έγκυες θα πρέπει να ξέρουν κάθε κίνδυνο που απειλεί τόσο την δική τους υγεία όσο και του παιδιού που θα έρθει στον κόσμο.

Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να γίνει παράδειγμα προς μίμηση. Νοσηλευτής που καπνίζει, συνήθως δεν περνάει τα ιδεατά πρότυπα. Διαφορετική πειστικότητα διαθέτει ο μη καπνιστής Νοσηλευτής.

Η Ελληνική νοσηλευτική βιβλιογραφία αναφέρεται σε έρευνες για το κάπνισμα σχετικά με την χρήση της πληροφορικής στην πρόληψη και την διακοπή του καπνίσματος, την συχνότητα καπνίσματος και καπνιστικών συνηθειών σε σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ των νοσηλευτών που υπήρχαν σε υγειονομικές μονάδες της Αττικής, την σχέση μεταξύ παθητικού καπνίσματος και του κινδύνου εμφάνισης οξέος στεφανιαίου συνδρόμου, την στάση και την συμπεριφορά του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού σε σχέση με άλλες κατηγορίες εργαζομένων, την αξιολόγηση των στάσεων των φοιτητών νοσηλευτικής απέναντι στον καπνό και την κατανάλωση αλκοόλ και την επίδραση του καπνίσματος και της νικοτίνης στο άγχος. Φαίνεται ότι δεν έχει γίνει έρευνα που να μελετά τις γνώσεις και απόψεις των πολιτών για το κάπνισμα και το ρόλο της νοσηλευτικής.

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν:

1. Διαπίστωση των γνώσεων των πολιτών σχετικά με το κάπνισμα
2. Διατύπωση των απόψεων των πολιτών στον νομό Αχαΐας όσον αφορά το κάπνισμα
3. Διαπίστωση του ρόλου του νοσηλευτή σχετικά με το κάπνισμα
4. Να προταθούν αλλαγές ή βελτιώσεις για την νοσηλευτική επιστήμη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Μέθοδος

Σύμφωνα με τον Μαντζαράκη (2004) μέθοδος είναι ο συστηματικός και προγραμματισμένος τρόπος δράσης, προσέγγισης, εξέτασης, ανάλυσης και ερμηνείας προβλημάτων ή φαινομένων βάση συγκεκριμένων κανόνων προκειμένου να επιτευχθεί ένας εκ των προτέρων προκαθορισμένος στόχος.

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε τον Μάιο-Ιούνιο του 2008. Ήταν μία περιγραφική έρευνα που στόχο είχε να αναγνωρίσει τις γνώσεις και τις απόψεις των πολιτών για το κάπνισμα στο νομό Αχαΐας και να διαπιστώσει το ρόλο της νοσηλευτικής στην προαγωγή της υγείας και της πρόληψης. Με άλλα λόγια, εξετάσαμε αν ο ρόλος της είναι ενεργητικός ή παθητικός. Για να διαχειριστούμε μία αναλυτική και αποτελεσματική έρευνα αποφασίσαμε να συμπεριλάβουμε όλους τους πολίτες άνω των 18 ετών που θα έχουν βασική εκπαίδευση (ανάγνωση, γραφή).

2.2 Σχεδιασμός

Για το σχεδιασμό της έρευνας, έπρεπε να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με τα θέματα που θα εξερευνούσαμε. Αποφασίσαμε να ερευνήσουμε τις γνώσεις και τις απόψεις των πολιτών σχετικά με το κάπνισμα και τον ρόλο της νοσηλευτικής. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση στο πρώτο κεφάλαιο, έδειξε ότι δεν έχει πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα ανάλογη έρευνα. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει έλλειψη ερευνητικής μελέτης σχετικά με τις γνώσεις και τις απόψεις των πολιτών για το κάπνισμα και κυρίως όσο αφορά τον ρόλο της νοσηλευτικής. Ως αποτέλεσμα, αποφασίστηκε

να πραγματοποιηθεί τέτοια έρευνα για να διαπιστώσουμε τις γνώσεις και τις απόψεις σχετικά με το κάπνισμα και τον ενεργό ή παθητικό ρόλο των νοσηλευτών στο νομό Αχαΐας.

Περιγραφικός σχεδιασμός χρησιμοποιήθηκε. Σύμφωνα με τους Μαντά και Ντάνο (1994) η περιγραφική έρευνα δίνει έμφαση στα ειδικά χαρακτηριστικά μιας δεδομένης κατάστασης και προσπαθεί να ανακαλύψει αλληλεξαρτήσεις μεταξύ των παραγόντων τους. Επιπροσθέτως, ο Παρασκευόπουλος (1985) αναφέρει ότι μελετά τις τάσεις και τις κατευθύνσεις που αναπτύσσονται μέσα σε μια κοινωνική ομάδα και προσπαθεί να προβλέψει τις πιθανές συνέπειες ενός γεγονότος.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος. Τα δεδομένα συλλέχτηκαν χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγιο, που κατασκευάστηκε από τους ερευνητές, με συνολικά 25 ερωτήσεις.

2.3 Διαδικασία

Το δείγμα των συμμετεχόντων ($n=157$) συλλέχτηκε με δειγματοληψία ευκολίας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε κεντρικούς δρόμους της Πάτρας, σε καταστήματα, καθώς και στις δύο μεγάλες πλατείες της πόλης. Αφού καθορίστηκαν τα σημεία στα οποία θα διεξαγόταν η ερευνητική διαδικασία, φτιάχτηκαν ενημερωτικά φυλλάδια, τα οποία αποτελούσαν την αρχική σελίδα του ερωτηματολογίου. Τα ενημερωτικά φυλλάδια εξηγούσαν το σκοπό της έρευνας, τον τρόπο σύλλεξης πληροφοριών και την αναγκαιότητα της βοήθειας τους καθώς τους καθιστούσε γνωστό ότι οι πληροφορίες που θα αντλούσαμε θα κρατηθούν αυστηρώς απόρρητες και η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική.

Από την αρχή της ερευνητικής διαδικασίας η συμμετοχή του κοινού και η εμπιστοσύνη ήταν μεγάλη. Διαβάζοντας το ενημερωτικό φυλλάδιο πρόθυμα δέχονταν να μας συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Ο χρόνος συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων κυμαινόταν από 5 έως 10 λεπτά σε όλες τις ηλικίες εκτός από τους ηλικιωμένους οι οποίοι λόγω περιορισμένης όρασης δυσκολεύονταν και ο χρόνος τους κυμαινόταν μεταξύ 20 έως 25 λεπτών.

Ερωτήσεις κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου έγιναν από όλες τις ηλικίες για τις λέξεις "απόχρεμψη" και "αυτοπροβολή", ενώ για τους ηλικιωμένους απορία αποτελούσε και ο όρος "ηλεκτροβελονισμός". Διευκρινίσεις δόθηκαν σε όλες τις απορίες και η ερευνητική διαδικασία συνεχίστηκε ομαλά.

2.4 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Στην περιγραφική μας έρευνα, ποσοτική μέθοδος χρησιμοποιήθηκε διότι σύμφωνα με την Σαχίνη-Καρδάση (2004) είναι η ερευνητική μέθοδος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη συστηματική συλλογή αριθμητικών πληροφοριών, συνήθως υπό συνθήκες αξιοσημείωτου ελέγχου και την ανάλυση αυτών των πληροφοριών με χρήση στατιστικών διαδικασιών. Θεωρείται η πιο αποδεκτή μέθοδος για την ανάπτυξη της επιστήμης γιατί δίνει έμφαση στον αφαιρετικό συλλογισμό, στους κανόνες λογικής και σε μετρήσιμα χαρακτηριστικά της ανθρώπινης εμπειρίας.

Γενικά, η έρευνα που χρησιμοποιεί την ποσοτική προσέγγιση:

- Εστιάζεται σε σχετικά μικρό αριθμό συγκεκριμένων εννοιών.

- Αρχίζει με προδιαμορφωμένες ιδέες για το πώς διασχετίζονται οι έννοιες.
- Χρησιμοποιεί δομημένες διαδικασίες και τυποποιημένα όργανα για συλλογή πληροφοριών.
- Συλλέγει τις πληροφορίες υπό συνθήκες ελέγχου.
- Δίνει έμφαση στην αντικειμενικότητα κατά τη συλλογή και ανάλυση πληροφοριών.
- Αναλύει αριθμητικές πληροφορίες μέσω στατιστικών διαδικασιών.

Το πιο διαδεδομένο μέσο συλλογής πληροφοριών της ποσοτικής έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο. Σύμφωνα με το Δημητρόπουλο (1994) το ερωτηματολόγιο συνθέτει έναν τρόπο γραπτής επικοινωνίας μεταξύ ερευνητή και υποκειμένου. Επιπροσθέτως, ένα ερωτηματολόγιο μπορεί να διανεμηθεί σε μεγάλο πληθυσμό και να αναλυθεί εύκολα (Cormark, 2000).

Σύμφωνα με την Σαχίνη-Καρδάση (2004) τα πλεονεκτήματα του ερωτηματολογίου είναι:

- Είναι λιγότερο δαπανηρά και χρειάζονται λιγότερο χρόνο και ενέργεια για τη διαχείρισή τους.
- Παρέχουν τη δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας, που μπορεί να είναι καθοριστική στη λήψη πληροφοριών για κοινωνικά μη αποδεκτές συμπεριφορές (π.χ. κακοποίηση παιδιού).
- Στις απαντήσεις τους δεν υπάρχουν προκαταλήψεις που να αντανακλούν την αντίδραση του υποκειμένου στον ερευνητή μάλλον παρά στις ίδιες τις ερωτήσεις, αφού δεν είναι παρών ο ερευνητής κατά την άπαντησή τους.

Η Δημητριάδη (2000) αναφέρει μερικές από τις κυριότερες γενικές αρχές ανάπτυξης αποτελεσματικών ερωτηματολογίων:

- Θα πρέπει να εδράζεται στους συγκεκριμένους στόχους της έρευνας.
- Το λεξιλόγιο και η συντακτική δομή των ερωτήσεων να είναι ανάλογα με το αντιληπτικό και μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων.
- Να αποφεύγονται οι σύνθετες ερωτήσεις.
- Να αποφεύγεται η χρήση όρων που φορτίζουν – καθοδηγούν τον ερωτώμενο προς μια συγκεκριμένη κατεύθυνση.
- Να αποφεύγονται οι πολλές αρνήσεις.
- Να προσδιορίζεται με ακρίβεια και σαφήνεια η διατύπωση του περιεχομένου της ερώτησης.
- Να χρησιμοποιούνται ερωτήσεις κλειδιά για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των απαντήσεων.

Παρότι το ερωτηματολόγιο έχει πολλά πλεονεκτήματα, τα παρακάτω μειονεκτήματα, όπως τα περιγράφει η Σαχίνη-Καρδάση (2004) πρέπει να λαμβάνονται υπόψη:

- Η ταχυδρόμηση των ερωτηματολογίων μπορεί να είναι δαπανηρή.
- Η ανταπόκριση μπορεί να είναι χαμηλή.
- Πολλοί δεν μπορούν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, όπως, π.χ. τα μικρά παιδιά, οι τυφλοί, οι πολύ ηλικιωμένοι.

- Ο ερωτώμενος δεν έχει την δυνατότητα να του δοθούν διευκρινήσεις.
- Τα ερωτηματολόγια δεν μπορούν να εξερευνήσουν ένα θέμα σε βάθος, γιατί οι πληροφορίες από ανοικτού τύπου ερωτήσεις είναι δύσκολο να αναλυθούν.
- Τα ερωτηματολόγια δεν είναι σε θέση να παρατηρούν ή να κρίνουν το επίπεδο κατανόησης, το βαθμό συνεργασιμότητας και τον τρόπο ζωής, πληροφορίες πολύ χρήσιμες στη διερμηνεία των απαντήσεων.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, το οποίο το χωρίσαμε σε τρία μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελούσε ένα τεστ γνώσεων, στο οποίο έγιναν ερωτήσεις σχετικά με τις ουσίες που περιέχει το τσιγάρο και την ποσότητα τους, τις ασθένειες που προκαλεί το κάπνισμα και τις μεθόδους διακοπής του. Σκοπό είχε να διαπιστωθούν οι γνώσεις των πολιτών για το κάπνισμα και τις βλαβερές συνέπειες του. Όλες οι ερωτήσεις κατασκευάστηκαν από τη βιβλιογραφία. Οι απαντήσεις είχαν χαρακτήρα κλειστού τύπου (σωστό-λάθος). Η επιλογή μας αυτή οφείλεται στο, ότι οι ερωτήσεις κλειστού τύπου απαιτούν λιγότερο χρόνο μιας και το ερωτηματολόγιο αποτελείτο από τρία μέρη, είναι πιο εύκολο να ελεγχθούν και ιδιαίτερα να αναλυθούν καθώς επίσης είναι πιο αποτελεσματικές από τις ερωτήσεις ανοικτού τύπου, δεδομένου ότι ο αποκριτής σε ορισμένο χρόνο μπορεί να συμπληρώσει μεγαλύτερο αριθμό κλειστών ερωτήσεων έναντι των ανοικτών. Επιπροσθέτως, αποφύγαμε τις απαντήσεις (ναι-όχι) διότι θα ήταν δύσκολο να διαπιστώσουμε το επίπεδο γνώσεων των πολιτών αφού θα μπορούσαν να διαλέξουν μία απάντηση με γνώμονα κυρίως την τύχη.

Για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων κατασκευάσαμε κλίμακα ώστε να προσδιορίσουμε το επίπεδο γνώσεων του κάθε πολίτη από το τεστ. Η κλίμακα αυτή, η οποία ξεκινούσε από το 0 και έφτανε έως και το 10 χωρίστηκε σε πέντε κατηγορίες. Η ανάλυση των κλιμάκων έγινε ως εξής: από 0-3 οι γνώσεις χαρακτηρίζονταν ελλιπής, από 4-5 μέτριες, από 6-7 καλές, από 8-9 πολύ καλές και 10 άριστες.

Το δεύτερο μέρος περιλάμβανε ερωτήσεις ώστε να διαπιστώσουμε τις απόψεις των πολιτών για το κάπνισμα. Κατασκευάστηκαν ερωτήσεις σχετικά με το αν καπνίζουν, πόσα τσιγάρα καπνίζουν ημερησίως, σε ποια ηλικία και ποιος ήταν ο κυριότερος λόγος που ξεκίνησαν το κάπνισμα, πότε νιώθουν πιο έντονα την επιθυμία να καπνίσουν, αν έχουν δοκιμάσει ποτέ να το διακόψουν και για ποιο λόγο και τέλος αν πιστεύουν ότι από την πλευρά του το κράτος παίρνει όλα τα απαραίτητα μέτρα για τη μειωσή του. Οι απαντήσεις του δεύτερου μέρους ήταν κλειστού τύπου (ναι-όχι) καθώς και ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, για να μπορεί να δοθεί η δυνατότητα πλουσιότερων και πληρέστερων απαντήσεων για το θέμα. Αξίζει να σημειωθεί ότι στις απαντήσεις του δευτέρου μέρους υπήρχε η επιλογή "άλλο" έτσι ώστε οι αποκριτές να μπορούν να συμπληρώσουν αυτό που αντανακλά επακριβώς την αποψή τους. Ωστόσο πρέπει να αναφερθεί ότι οι μη καπνιστές δεδομένου ότι δεν ήταν σε θέση να απαντήσουν ερωτήσεις του τύπου "πόσα τσιγάρα καπνίζεται ημερησίως;" απαντούσαν την πρώτη ερώτηση και μετά πήγαιναν απευθείας στην όγδοη ερώτηση.

Το τρίτο μέρος περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με το που θα απευθύνονταν για να ενημερωθούν για το κάπνισμα, σε ποιο βαθμό έχουν ενημερωθεί από νοσηλευτές, κατά πόσο πιστεύουν ότι διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις καθώς και ποιός είναι ο κύριος ρόλος των νοσηλευτών. Οι ερωτήσεις αυτές σκοπό είχαν πρώτον, να διαπιστωθεί ο

ρόλος της νοσηλευτικής στην προαγωγή της υγείας και πρόληψή της ασθένειας και δεύτερον, να εξετάσουμε κατά πόσο ο ρόλος της είναι ενεργητικός ή παθητικός. Στις ερωτήσεις του τρίτου μέρους χρησιμοποιήθηκε πεντάβαθμη κλίμακα Likert (πάρα πολύ, πολύ, λίγο, ελάχιστα, καθόλου) ενώ κάποιες ερωτήσεις ήταν πολλαπλής επιλογής. Η κλίμακα Likert χρησιμοποιήθηκε γιατί σαν μέθοδος προσθέτει εγκυρότητα στη φύση των δεδομένων που λαμβάνονται.

Τέλος, το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε μερικές δημογραφικές ερωτήσεις σχετικά με το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, την οικονομική και οικογενειακή κατάσταση καθώς και το μορφωτικό επίπεδο, έτσι ώστε να συσχετίσουμε τις απαντήσεις των πολιτών με τα δημογραφικά στοιχεία για τυχόν σημαντικά στατιστικά αποτελέσματα.

Επιπλέον, εξετάστηκε προσεκτικά ο βαθμός αξιοπιστίας και εγκυρότητας της έρευνας. Σύμφωνα με την Σαχίνη-Καρδάση (2004) αξιοπιστία, ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο ελαχιστοποιείται το σφάλμα μέτρησης, ενώ οι Polit και Hungler (1997) την ορίζουν ως ο λόγος μεταβλητότητας του πραγματικού βαθμού προς την μεταβλητότητα του παρατηρούμενου βαθμού. Τρία είναι τα χαρακτηριστικά αξιοπιστίας του οργάνου μέτρησης όταν οι ερευνητές συλλέγουν δεδομένα: η σταθερότητα, η εσωτερική συνοχή και η ισοδυναμία. Στην ερευνά μας χρησιμοποιήσαμε μεταβλητές από τη βιβλιογραφία που επηρεάζουν τη στάση των πολιτών όσον αφορά τις γνώσεις και τις απόψεις τους για το κάπνισμα καθώς και για το ρόλο της νοσηλευτικής. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από εικοσιπέντε ερωτήσεις και έδειξε ικανοποιητική σταθερότητα στις απαντήσεις των ερωτηθέντων.

Η εγκυρότητα αναφέρεται στην μαρτυρία ότι το όργανο μετρά πραγματικά ότι προτίθεται να μετρήσει. Η αξιοπιστία είναι απαραίτητη για την εγκυρότητα ενός οργάνου. Χρησιμοποιούνται τρεις τύποι

εγκυρότητας: εγκυρότητα περιεχομένου, εγκυρότητα σχετιζόμενη με κριτήριο και δομική εγκυρότητα (Σαχίνη-Καρδάση, 2004). Στην παρούσα έρευνα για την εγκυρότητα περιεχομένου και δομική εγκυρότητα υπήρχε πρώτον επίβλεψη από τον υπεύθυνο καθηγητή σε όλη την διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας και δεύτερον οι μεταβλητές ήταν από τη βιβλιογραφία που πιστοποίησε ότι το περιεχόμενο, η δομή και η διατύπωση των ερωτήσεων ήταν ικανοποιητική. Τα ερωτηματολόγια χρησιμοποιήθηκαν σε πιλοτική μορφή και έδειξαν ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας και εγκυρότητας.

2.5 Δείγμα

Η δειγματοληψία αποτελεί ένα ουσιαστικό βήμα της ερευνητικής διεργασίας, αφού η μέθοδος με την οποία αποτελείται είναι καθοριστική για το αν το δείγμα αντιπροσωπεύει το συνολικό πληθυσμό και αν ο ερευνητής θα είναι σε θέση να συμπεράνει ότι τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να γενικευτούν σε όλο το πληθυσμό της. Αν και δεν υπάρχει μέθοδος που να εγγυάται πλήρως ότι ένα δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό, η Σαχίνη-Καρδάση (2004) υποστηρίζει ότι ορισμένες διαδικασίες δειγματοληψίας είναι λιγότερο πιθανόν να δώσουν διαβλητά δείγματα από τις άλλες. Σύμφωνα με τους Brint και Wood (1989) η αντιπροσωπευτικότητα ενός δείγματος καθορίζεται κυρίως από δύο παράγοντες: α) το μέγεθος του δείγματος και β) τον τρόπο επιλογής του δείγματος.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας λόγω έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων. Η δειγματοληψία ευκολίας ή περιστασιακή δειγματοληψία επιτρέπει τη χρησιμοποίηση οποιασδήποτε διαθέσιμης ομάδας μελών ή στοιχείων του πληθυσμού της έρευνας

(Σαχίνη-Καρδάση, 2004). Σύμφωνα με τον Bowling (1997) η δειγματοληψία ευκολίας απαιτεί την χρήση του πιο βολικού δείγματος από τον πληθυσμό. Όμως οι Polit και Hungler (1997) αναφέρουν ότι το πρόβλημα στη δειγματοληψία ευκολίας είναι ότι το διαθέσιμο δείγμα μπορεί να μην είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού σε ότι έχει σχέση με τις μεταβλητές που εξετάζονται. Για να ελαττωθεί το σφάλμα, προσπαθήσαμε να καλύψουμε όλο το φάσμα των ηλικιών και των επαγγελμάτων. Το δείγμα μας αποτελείται από πολίτες 18 ετών έως και 78 και όσον αφορά τα επαγγέλματά τους ανήκουν σε μια από τις έξι κατηγορίες τις οποίες κατασκευάσαμε και καταναείμαμε τα επαγγέλματα ανάλογα με την ιδιοτητά τους. Οι κατηγορίες αυτές είναι 1) ιδιωτικοί υπάλληλοι 2) δημόσιοι υπάλληλοι 3) ελεύθεροι επαγγελματίες 4) συνταξιούχοι 5) φοιτητές και 6) άνεργοι.

Το μέγεθος του δείγματος πρέπει να καθορίζεται πριν ξεκινήσει η έρευνα. Τα μεγάλα δείγματα γενικά προτιμούνται από τα μικρότερα όταν το επιτρέπουν οι οικονομικοί πόροι και ο χρόνος. Σύμφωνα με τον Sirkin (1995) όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα τόσο περισσότερο αξιόπιστα είναι τα συμπεράσματα που εξάγονται, είναι πιο αντιπροσωπευτικά του πληθυσμού, έχουν λιγότερα δειγματολογικά λάθη και παρέχουν καλύτερη στατιστική ανάλυση. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος "rule of thumb" που απαιτεί περισσότερους συμμετέχοντες από ότι οι μεταβλητές. Η έρευνα είχε 25 μεταβλητές και έτσι χρειαζόμασταν τουλάχιστον 25 άτομα. Για στατιστικούς λόγους, αποφασίσαμε να αυξήσουμε τον αριθμό του δείγματος. Τελικά, το δείγμα μας αποτέλεσαν 157 άτομα.

2.6 Στατιστική Ανάλυση

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 12.0. Επιλέξαμε στάθμη αξιοπιστίας σε βαθμό $p < 0,05$ για το συσχετισμό και τις διαφορές στην ανάλυση των δεδομένων. Ο Δημητρόπουλος (1994) προτείνει ότι με τη χρήση της περιγραφικής στατιστικής μπορούμε να πετύχουμε:

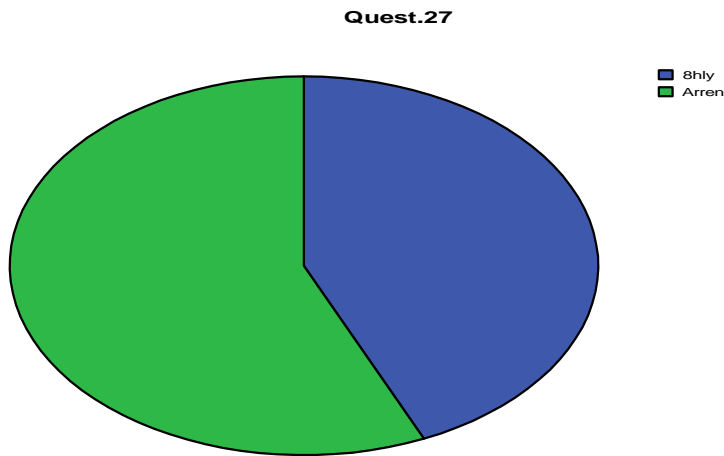
- Την περιγραφή ποσοτικών δεδομένων μέσω πινάκων.
- Γραφικών απεικονίσεων.
- Την περιγραφή της κεντρικής τάσης και της διασποράς της κατανομής.
- Την μεταφορά δεδομένων στις διαφορές κλίμακες εκφράσεις τιμών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Αποτελέσματα Δεδομένων

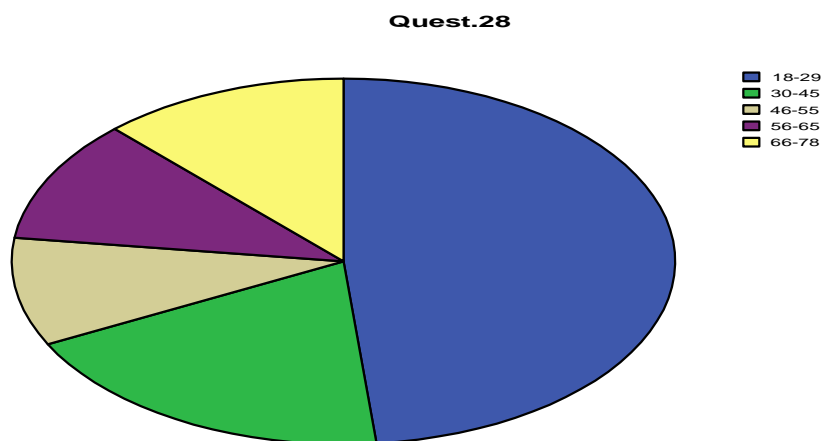
3.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος

Γράφημα 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με το φύλο



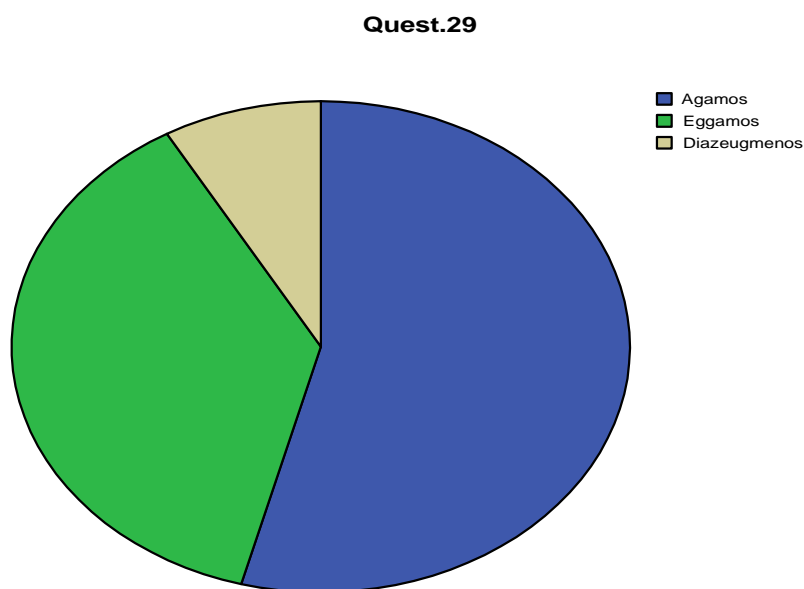
Από τους ερωτηθέντες το 56,7% είναι **άντρες** ενώ το 43,3% είναι γυναίκες.

Γράφημα 2: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με την ηλικία



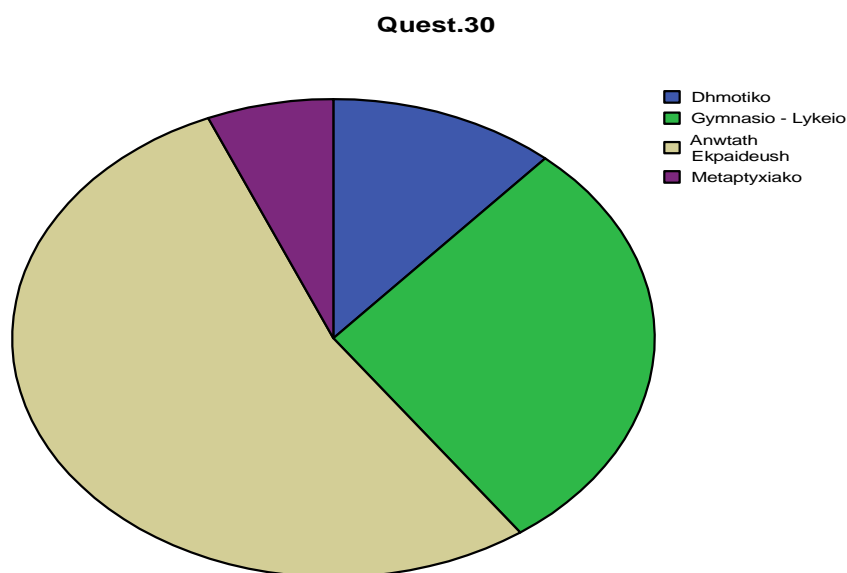
Το 48,4% των ερωτηθέντων είναι ηλικίας **“18-29”**, το 19,1% **“30-45”** και το 12,1% **“66-78”**.

Γράφημα 3: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση



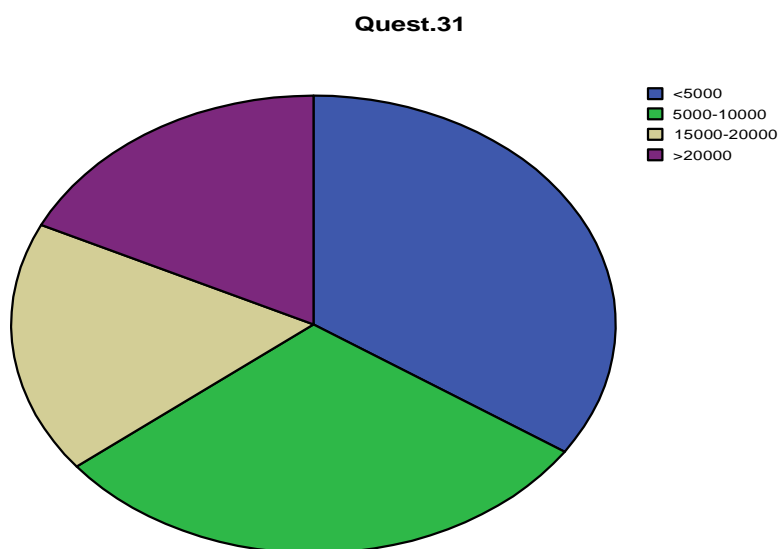
Το 54,1% των ερωτηθέντων είναι “**άγαμοι**” ενώ το 37,6% είναι “**έγγαμοι**”.

Γράφημα 4: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο



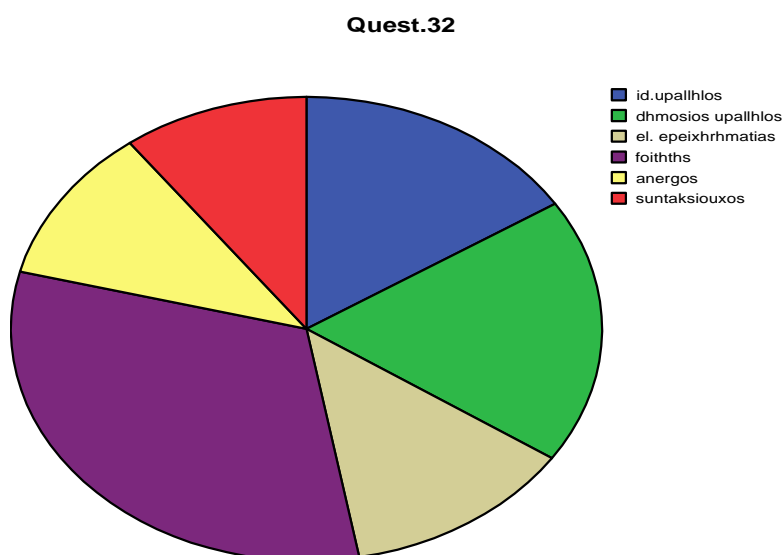
Το 53,5% των ερωτηθέντων έχει “**Ανώτατη εκπαίδευση**” ενώ το 28,7% έχει τελειώσει “**Γυμνάσιο-Λύκειο**”

Γράφημα 5: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με την οικονομική κατάσταση



Το 34,4% των ερωτηθέντων έχει εισόδημα “<5.000” ενώ το 29,9% έχει εισόδημα “5.000-10.000”.

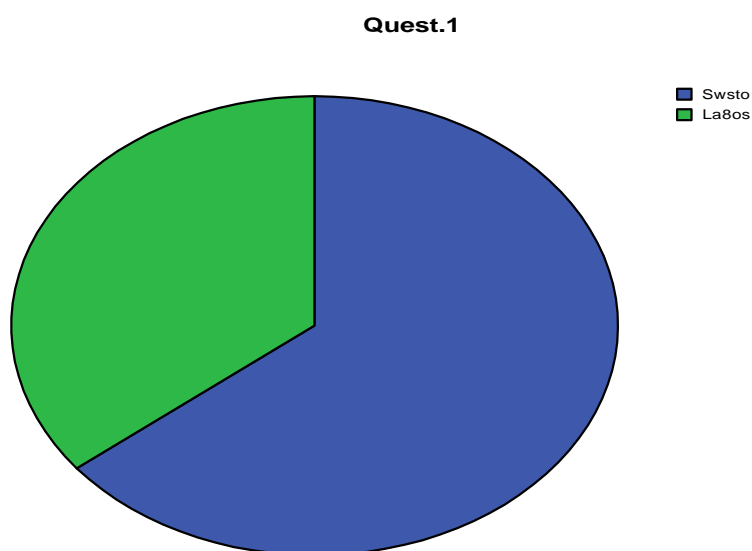
Γράφημα 6: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με το επάγγελμα



Το 31,8% των ερωτηθέντων είναι **φοιτητές**, το 18,5% είναι **δημόσιοι υπάλληλοι** ενώ ένας αριθμός ερωτηθέντων είναι **ιδιωτικοί υπάλληλοι, ελεύθεροι επαγγελματίες, συνταξιούχοι και άνεργοι**.

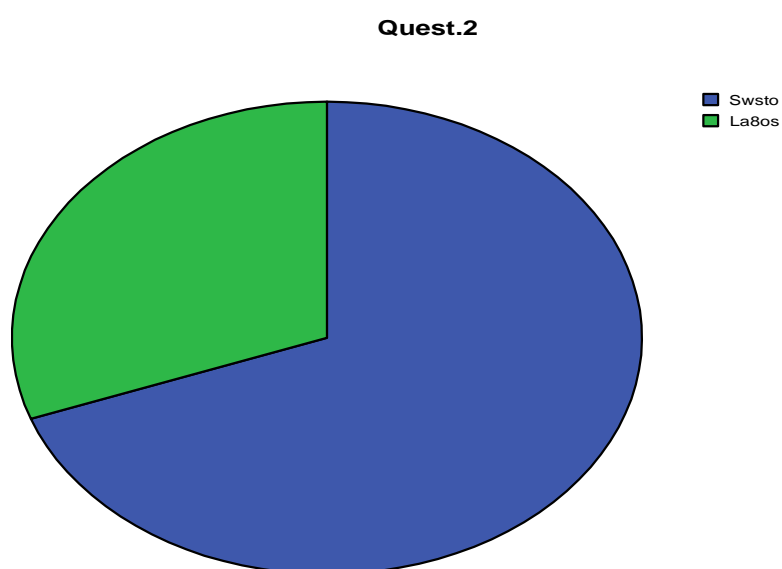
3.2 Τεστ γνώσεων

Γράφημα 7: Το τσιγάρο περιέχει 4.000 ουσίες



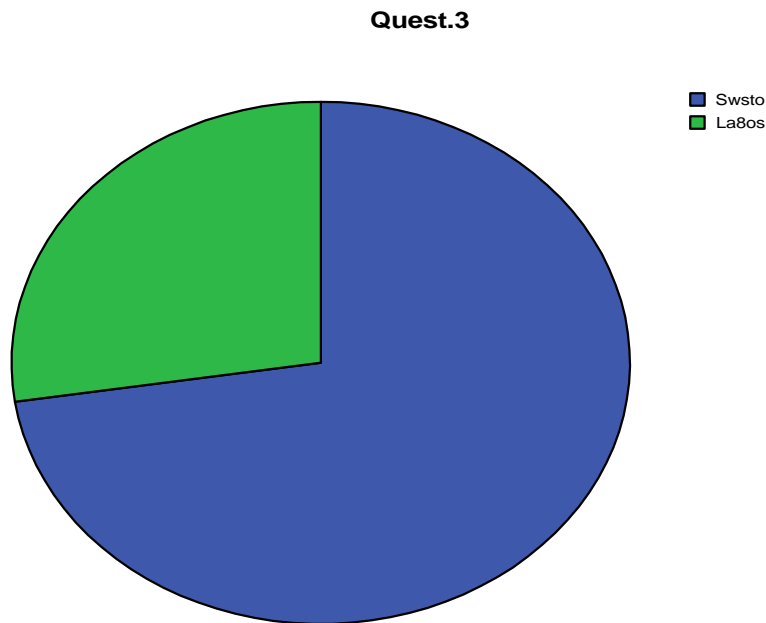
Το **64,3%** των ερωτηθέντων απάντησε σωστά.

Γράφημα 8: Τα βασικά συστατικά του τσιγάρου είναι η νικοτίνη, η πίσσα, το μονοξείδιο του άνθρακα και το νιτρικό κάλλιο.



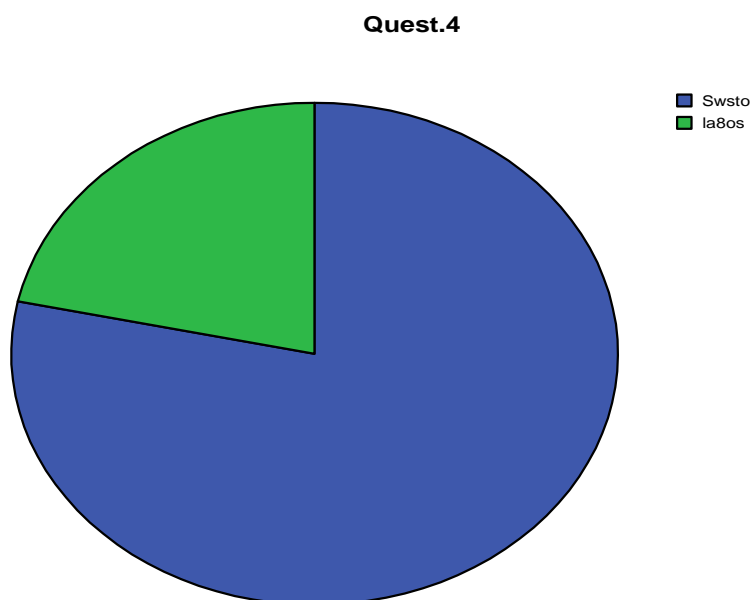
Το **69,4%** των ερωτηθέντων απάντησε λάθος.

Γράφημα 9: Ένα τσιγάρο αφαιρεί 5,5 λεπτά ζωής.



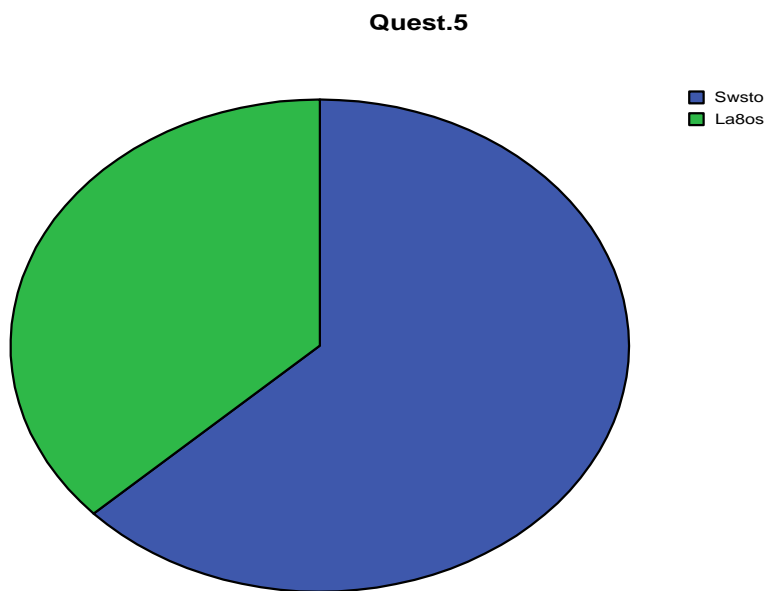
Το **72,6%** των ερωτηθέντων απάντησε σωστά.

Γράφημα 10: Το κάπνισμα προκαλεί ασθένειες ούλων, μυϊκές βλάβες, πόνο στην πλάτη, πόνο λαιμού, οστεοπόρωση.



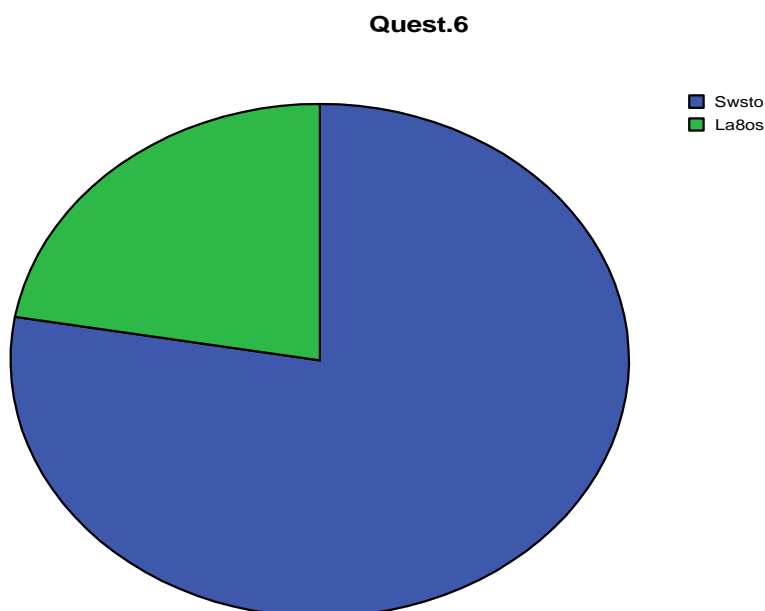
Το **78,3%** των ερωτηθέντων απάντησε σωστά.

Γράφημα 11: Η νικοτίνη προκαλεί διαταραχές της όρασης, της ακοής, ψευδαισθήσεις και σπασμούς.



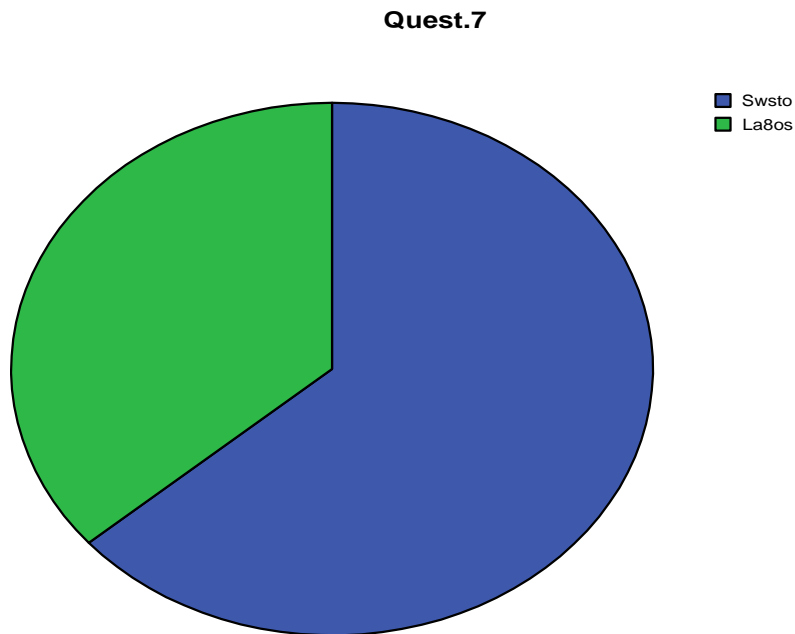
Το **63,1%** των ερωτηθέντων απάντησε σωστά.

Γράφημα 12: Το μονοξείδιο του άνθρακα δεσμεύει την αιμοσφαιρίνη και παρεμποδίζει την οξυγόνωση των ιστών.



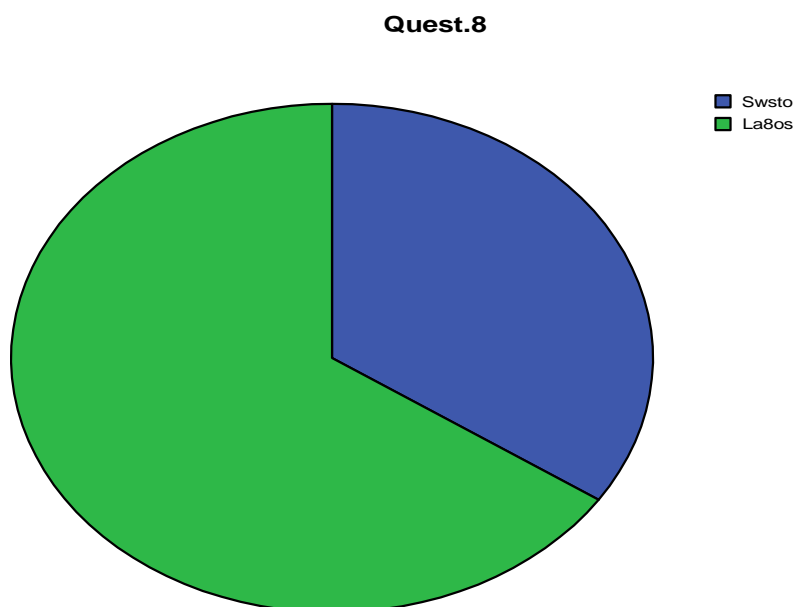
Το **77,7%** των ερωτηθέντων απάντησε σωστά.

Γράφημα 13: Η πίσσα μειώνει την αρτηριακή πίεση.



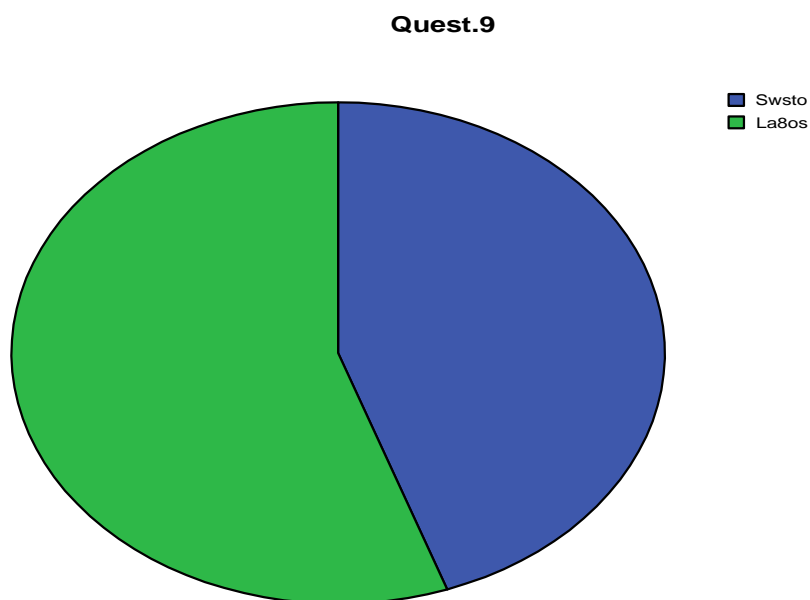
Το **63,7%** των ερωτηθέντων απάντησε λάθος.

Γράφημα 14: Η θερμοκρασία στο σημείο καύσεως ανέρχεται στους 400 °C.



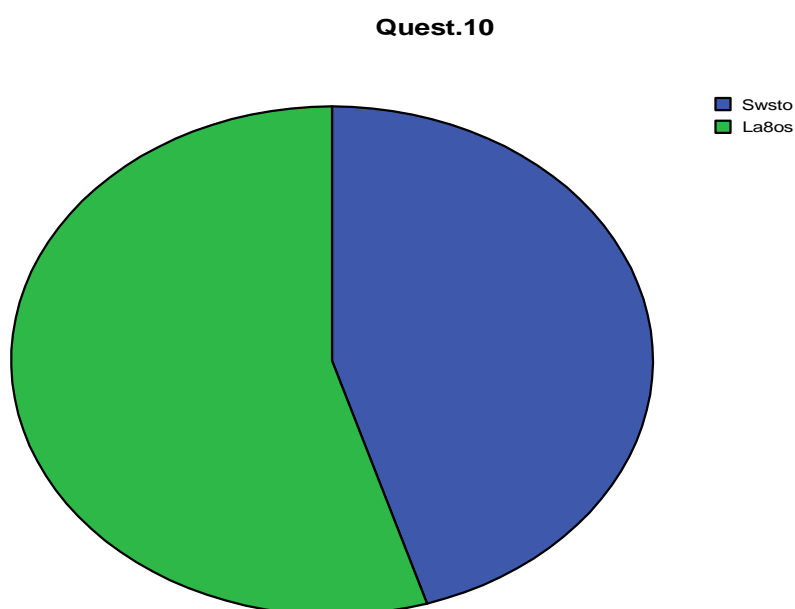
Το **65,6%** των ερωτηθέντων απάντησε σωστά.

Γράφημα 15: Ο ηλεκτροβελονισμός δεν αποτελεί εναλλακτική μέθοδο διακοπής του καπνίσματος.



Το **55,4%** των ερωτηθέντων απάντησε σωστά.

Γράφημα 16: Το σύνδρομο στέρησης που προκαλεί η διακοπή του καπνίσματος ξεκινάει μετά από μια εβδομάδα και διαρκεί και ένα μήνα.



Το **54,8%** των ερωτηθέντων απάντησε σωστά.

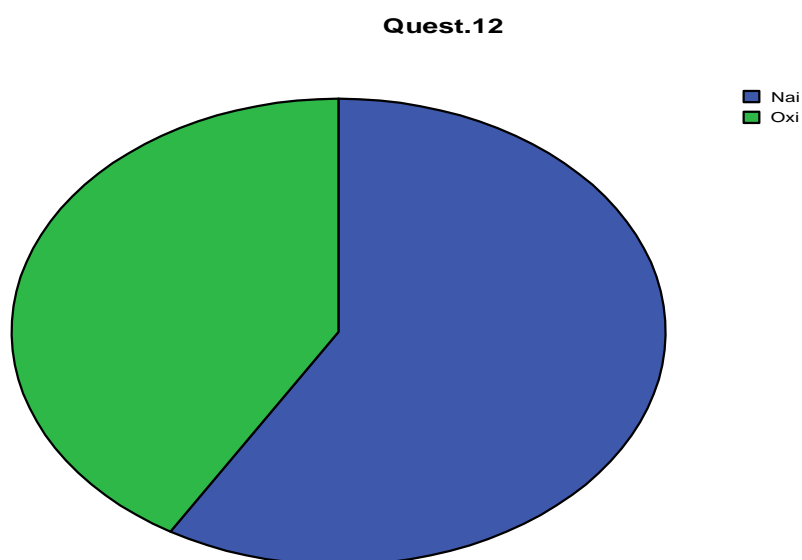
Πίνακας 1: Συνολικός βαθμός του τεστ γνώσεων

Συνολικός βαθμός τεστ	
0-3 (ελλιπείς)	8,2%
4-5 (μέτριες)	35,6%
6-7 (καλές)	39,5%
8-9 (πολύ καλές)	13,4%
10 (άριστες)	3,2%

Το 39,5% των ερωτηθέντων είχαν “καλές” γνώσεις, το 35,6% είχαν “μέτριες”, το 13,4% είχαν “πολύ καλές”, το 8,2% είχαν “ελλιπείς” ενώ μόνο το 3,2% είχε “άριστες”.

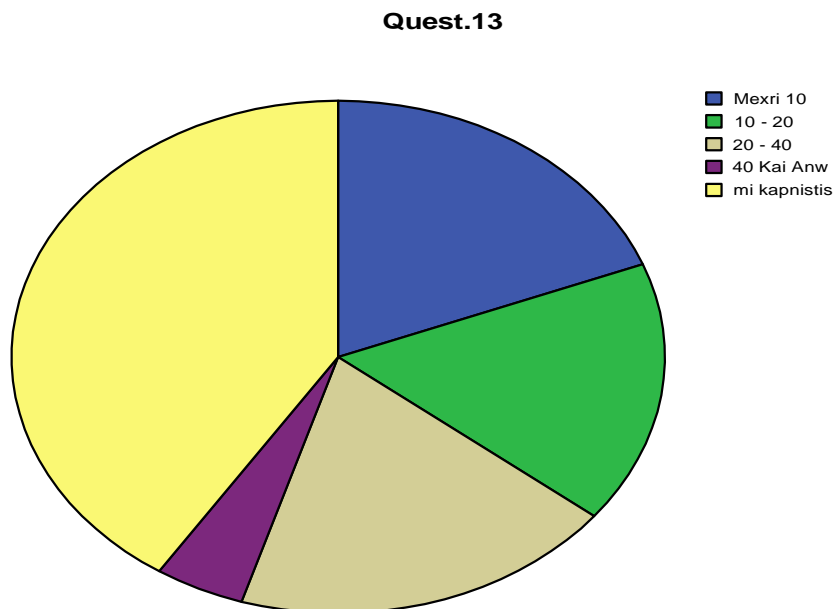
3.3 Μέρος 1^ο

Γράφημα 17: Έχετε καπνίσει ποτέ.



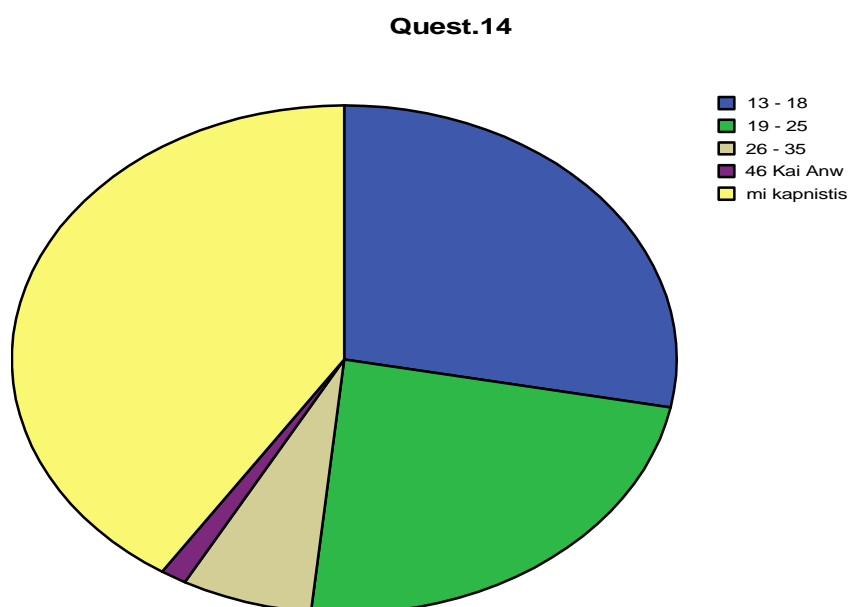
Το 58,6% των ερωτηθέντων απάντησε “ναι” ενώ το 41,4% απάντησε “όχι”.

Γράφημα 18: Πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως.



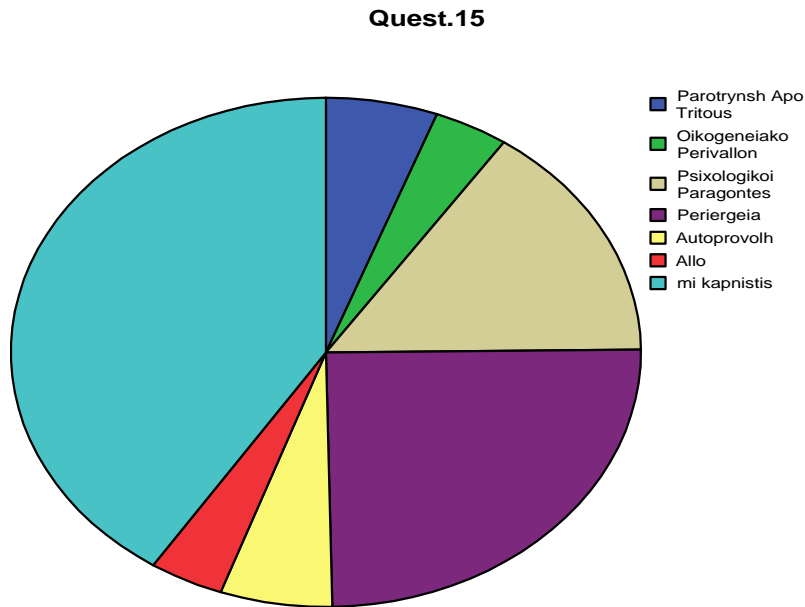
Το 19,1% των ερωτηθέντων καπνίζουν “μέχρι 10” και το ίδιο ποσοστό από “20-40”, ενώ το 16,6% από “10-20”.

Γράφημα 19: Σε ποια ηλικία ξεκινήσατε το κάπνισμα.



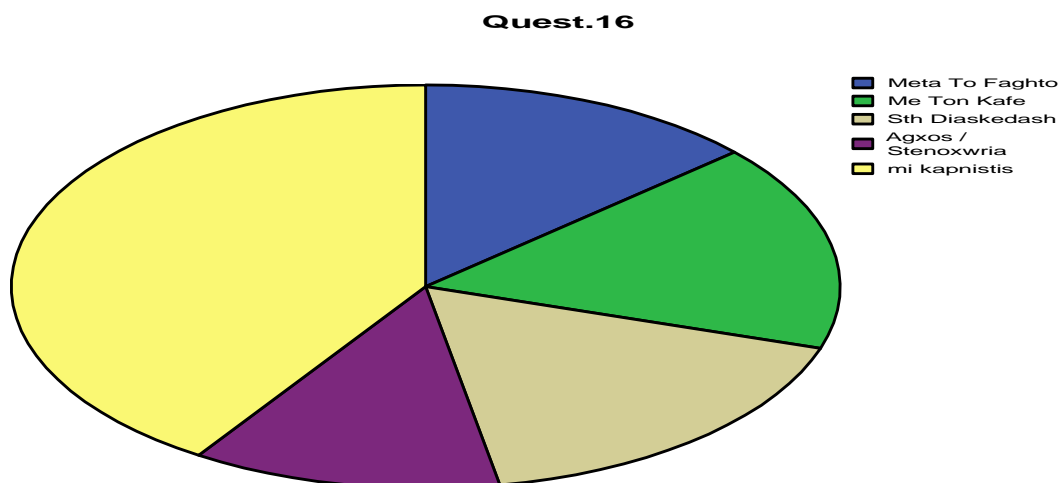
Το 28% των ερωτηθέντων απάντησε από “13-18” ενώ το 23,6% σε ηλικία “19-25”.

Γράφημα 20: Ποιος ο κυριότερος λόγος που ξεκινήσατε το κάπνισμα.



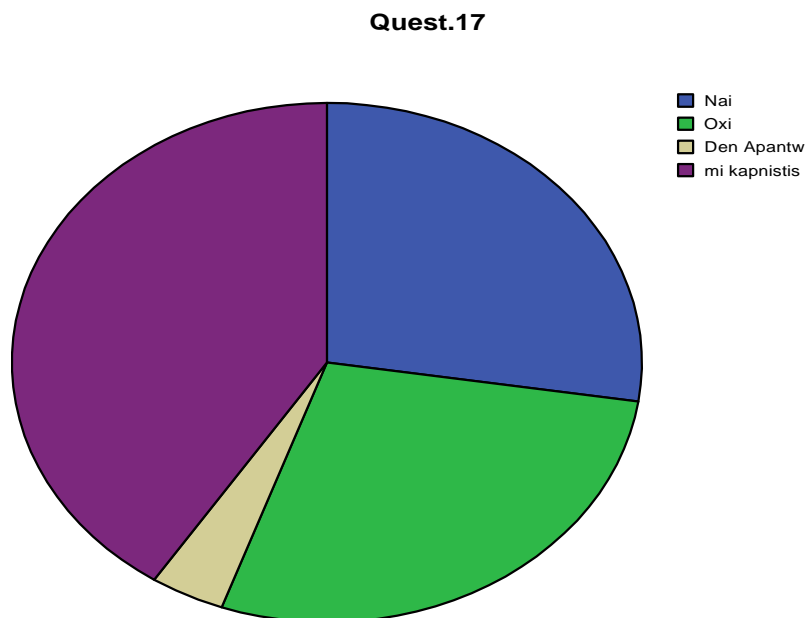
Το 24,8% των ερωτηθέντων απάντησε από “περιέργεια”, το 15,3% από “ψυχολογικούς παράγοντες” ενώ με μικρότερα ποσοστά ακολουθούν το οικογενειακό περιβάλλον, αυτοπροβολή και παρότρυνση από τρίτους.

Γράφημα 21: Πότε νιώθετε πιο έντονη την επιθυμία για κάπνισμα.



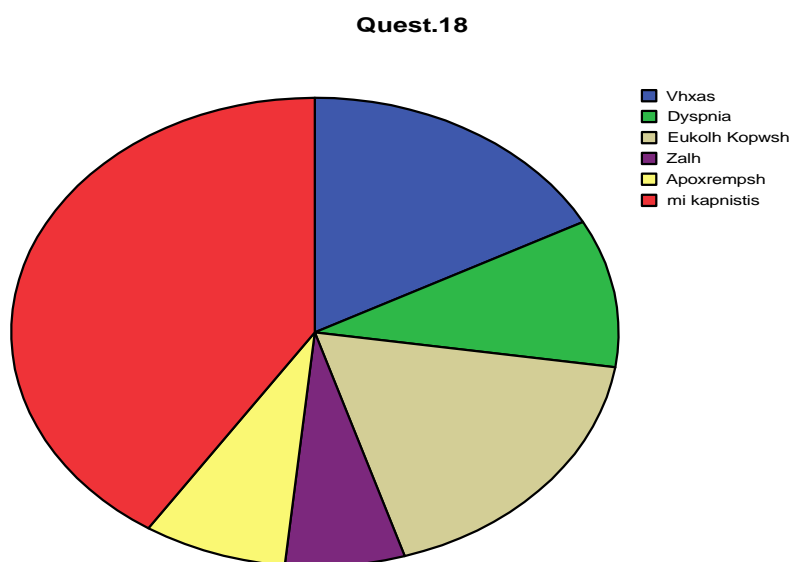
Το 17,2% των ερωτηθέντων απάντησε “στη διασκέδαση”, το 16,6% “με τον καφέ”, το 13,4% “μετά το φαγητό” και το 12,1% “άγχος-στεναχώρια”.

Γράφημα 22: Έχετε δοκιμάσει ποτέ να διακόψετε το κάπνισμα.



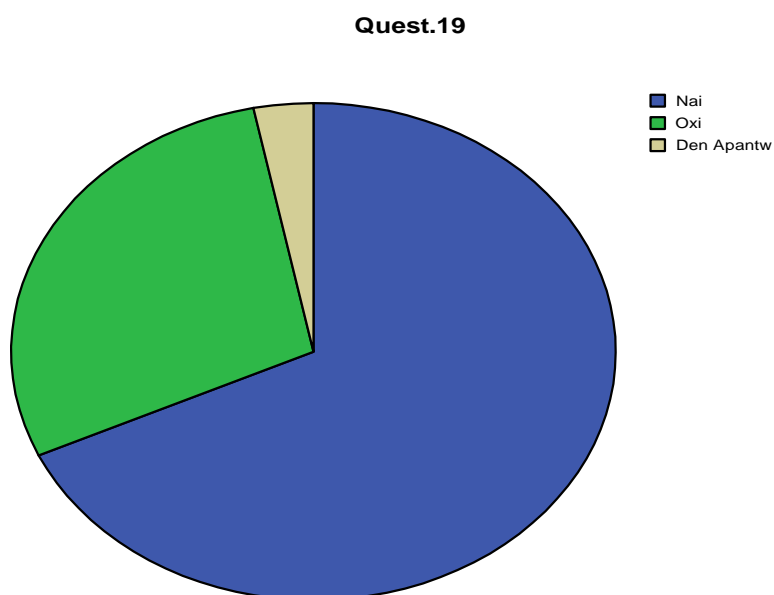
Το 28% των ερωτηθέντων απάντησε “όχι” ενώ το 27,4% απάντησε “ναι”.

Γράφημα 23: Συμπτώματα που έχετε παρατηρήσει πιο συχνά.



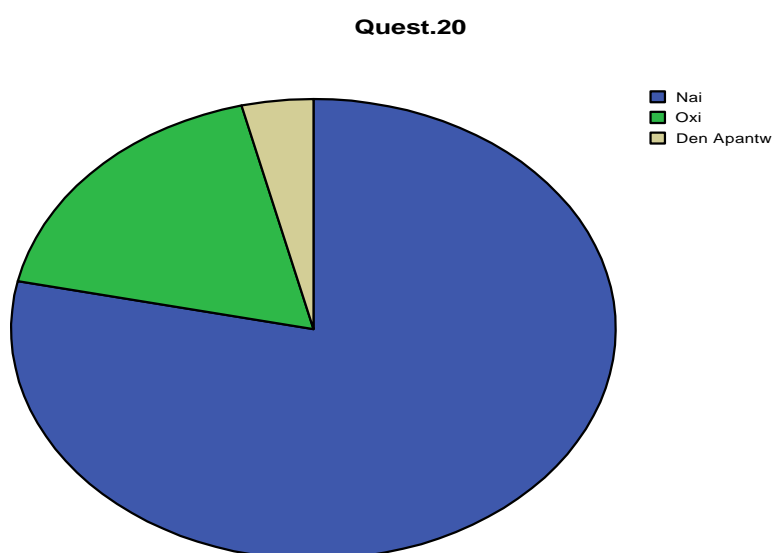
Το 17,8% των ερωτηθέντων απάντησε “εύκολη κόπωση”, το 17,2% απάντησε “βήχας” ενώ το 10,2% απάντησε “δύσπνοια”.

Γράφημα 24: Συμφωνείτε με την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους.



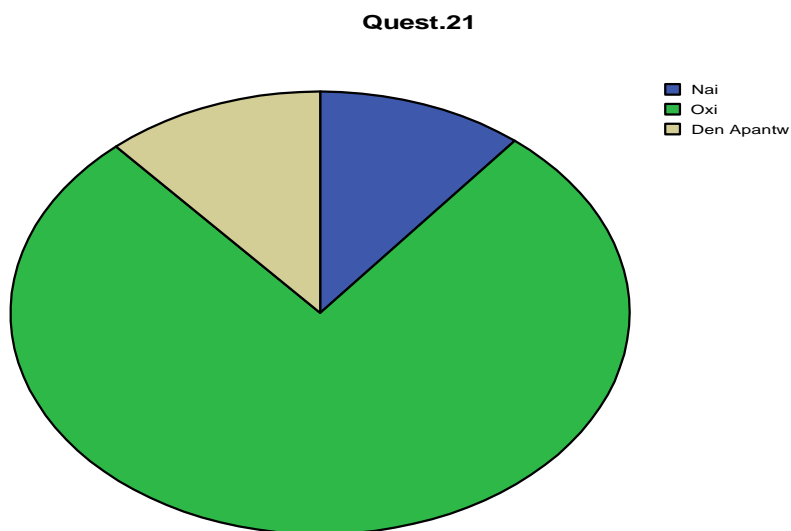
Η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος (68,2%) απάντησε “**ναι**” ενώ το 28,7% απάντησε “**όχι**”.

Γράφημα 25: Κατώτερο όριο ηλικίας (18 ετών) για την αγορά τσιγάρων.



Ο μεγαλύτερος αριθμός του δείγματος (78,3%) απάντησε “**ναι**” ενώ το 17,8% απάντησε “**όχι**”.

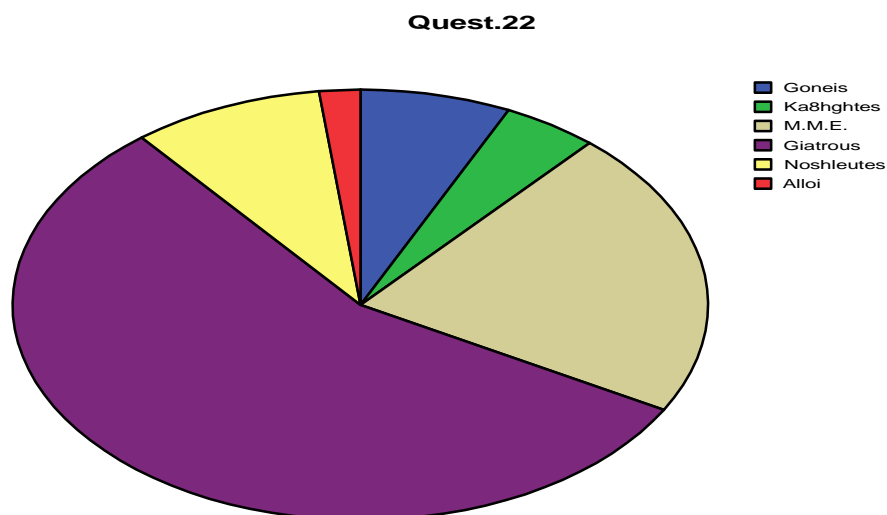
Γράφημα 26: Λαμβάνονται τα απαραίτητα μέτρα από το κράτος για τη μείωση του καπνίσματος.



Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (77,7%) απάντησε “όχι” ενώ το 10,8% απάντησε “ναι”.

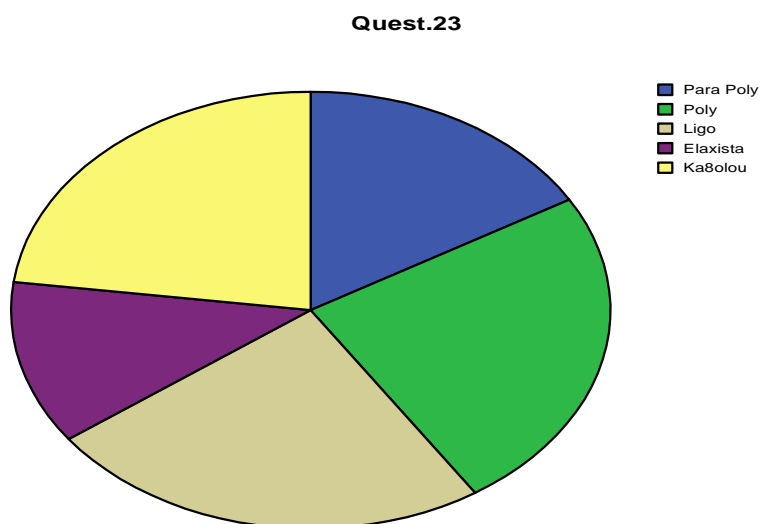
3.4 Μέρος 2^ο

Γράφημα 27: Που θα απευθυνόσασταν για να ενημερωθείτε γενικά για το κάπνισμα.



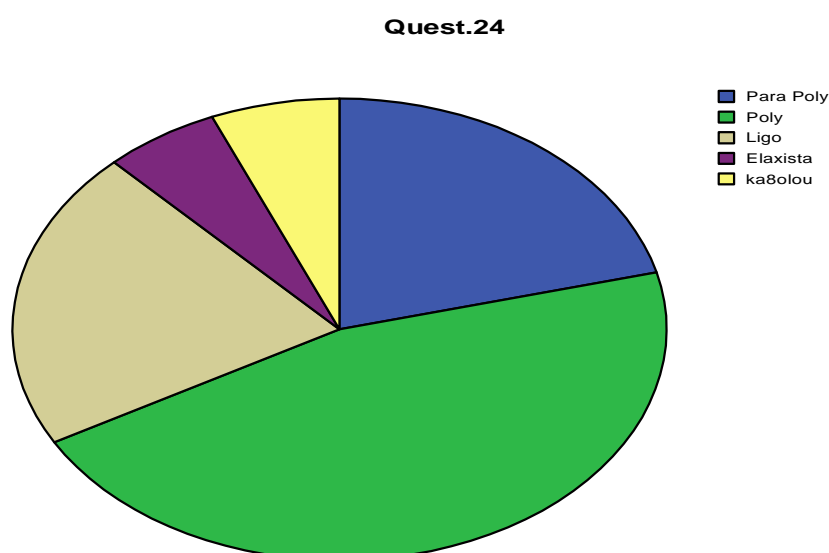
Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (56,1%) απάντησε “από τους γιατρούς”, το 21,7% απάντησε “από τα Μ.Μ.Ε” ενώ μόλις το 8,9% απάντησε από τους “νοσηλευτές”.

Γράφημα 28: Έχετε ενημερωθεί από νοσηλευτές για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος.



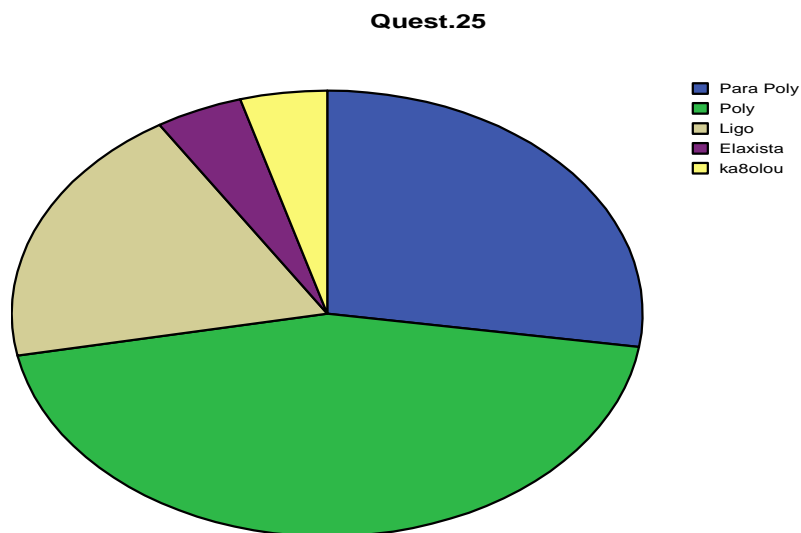
Το 24,2% των ερωτηθέντων απάντησε “πολύ” και με το ίδιο ποσοστό ακολουθεί η απάντηση “λίγο”, ενώ το 22,9% των ερωτηθέντων απάντησε “καθόλου”.

Γράφημα 29: Πιστεύετε ότι οι νοσηλευτές διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις ώστε να ενημερώνουν τους πολίτες για το κάπνισμα.



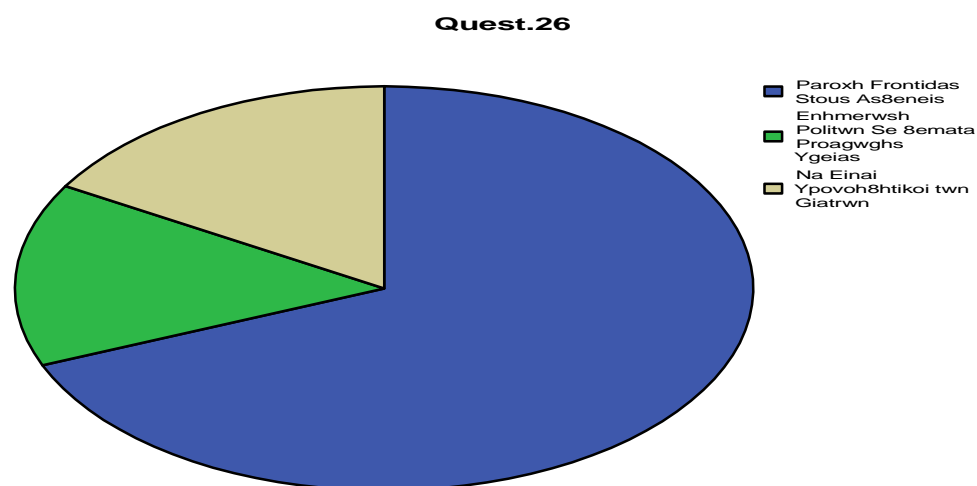
Η πλειοψηφία του δείγματος (66,9%) πιστεύει ότι οι νοσηλευτές διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις ώστε να ενημερώνουν τους πολίτες για το κάπνισμα.

Γράφημα 30: Πιστεύετε ότι οι νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη συμβουλευτικών προγραμμάτων όσο αφορά το κάπνισμα.



Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (72%) πιστεύει ότι οι νοσηλευτές **μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο** στην ανάπτυξη συμβουλευτικών προγραμμάτων όσο αφορά το κάπνισμα.

Γράφημα 31: Ο κύριος ρόλος των νοσηλευτών.



Η πλειοψηφία του δείγματος (68,8%) θεωρούν ότι ο κύριος ρόλος των νοσηλευτών είναι **η παροχή φροντίδας**, το 16,6% ότι είναι **υποβοηθητικοί** των γιατρών ενώ το 14,6% **να παρέχουν ενημέρωση στους πολίτες**.

3.5 Συσχετίσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών με το συνολικό βαθμό του τεστ γνώσεων.

Πίνακας 2: Συσχέτιση του φύλου με το συνολικό βαθμό του τεστ

	Θήλυ	Άρρεν
Ελλιπής	4	9
Μέτριες	18	38
Καλές	35	27
Πολύ καλές	10	11
Άριστες	1	4

Σύμφωνα με τον πίνακα, οι γυναίκες είχαν καλύτερες γνώσεις σχετικά με το κάπνισμα από ότι οι άνδρες.

Πίνακας 3: Συσχέτιση της ηλικίας με το συνολικό βαθμό του τεστ

	18-29	30-45	46-55	56-65	66-78
Ελλιπής	6	4	0	1	2
Μέτριες	28	8	7	5	8
Καλές	28	14	4	9	7
Πολύ καλές	13	4	2	1	1
Άριστες	1	0	2	1	1

Οι μικρότερες ηλικίες (18-29) είχαν καλύτερες γνώσεις σχετικά με το κάπνισμα, ενώ άτομα 56 ετών και άνω φαίνεται να είχαν μέτριες γνώσεις.

Πίνακας 4: Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου με το συνολικό βαθμό του τεστ

	Δημοτικό	Γυμνάσιο- Λύκειο	Ανώτατη Εκπαίδευση	Μεταπτυχιακό
Ελλιπής	3	6	3	1
Μέτριες	6	14	34	2
Καλές	7	20	32	3
Πολύ καλές	2	5	12	2
Άριστες	0	0	3	2

Σύμφωνα με τον πίνακα, όσο μεγαλύτερο ήταν το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων τόσο καλύτερες γνώσεις είχαν σχετικά με το κάπνισμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Συζήτηση

Η νοσηλευτική αποτελεί κοινωνική δύναμη η οποία αποβλέπει στο καλό του κοινωνικού συνόλου με το ενδιαφέρον της για την υγεία των πολιτών. Σαν μια βασική ανθρώπινη ενέργεια και αναπόσπαστο τμήμα του συστήματος υγείας, η νοσηλευτική επηρεάζεται από διάφορες αλλαγές, εξελίξεις και τάσεις που παρουσιάζονται και είναι υποχρεωμένη περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο επιστημονικό κλάδο να ακολουθήσει και να χρησιμοποιήσει τις γνώσεις και την τεχνολογία στην άσκηση του νοσηλευτικού της έργου με σκοπό να αντιληφθεί, να διαπιστώσει, να αναγνωρίσει, να δραστηριοποιηθεί και να αντιμετωπίσει καθημερινά προβλήματα των ανθρώπων.

Ο Rogers (1979) επισημαίνει ότι η αρένα των υπηρεσιών της νοσηλευτικής εκτείνεται σε όλες τις περιοχές, όπου υπάρχουν άνθρωποι: στο σπίτι, στο άσυλο, στο νοσοκομείο, στην κλινική, στο γηροκομείο, στην εργασία. Για το λόγο αυτό, σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να προσπαθήσει να διαπιστώσει τις γνώσεις και τις απόψεις των πολιτών για το κάπνισμα στο νομό Αχαΐας και το ρόλο της νοσηλευτικής.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 39,5% των ερωτηθέντων είχαν “καλές” γνώσεις, το 35,6% είχαν “μέτριες”, το 13,4% είχαν “πολύ καλές”, το 8,2% είχαν “ελλιπείς” ενώ μόνο το 3,2% είχε “άριστες”. Αν και τα ποσοστά αυτά δεν φαίνεται να παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους θετικό είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είχε “καλές γνώσεις”. Αξιοσημείωτο είναι το 44% του δείγματος είχαν μέτριες και ελλιπείς γνώσεις, με ότι αυτό συνεπάγεται για την υγεία τους.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι γυναίκες είχαν καλύτερες γνώσεις από τους άνδρες. Πιθανόν αυτό να οφείλεται στο ότι οι γυναίκες

είναι πιο προσεκτικές σε θέματα που αφορούν την υγεία. Οι μικρότερες ηλικίες σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες είχαν καλύτερες γνώσεις, δεδομένου ότι η κατηγορία 19-29 συμπεριλαμβάνει στο μεγαλύτερο μέρος της φοιτητές, οι οποίοι συνεχώς επιμορφώνονται, αν και το ποσοστό των γνώσεων θα μπορούσε να είναι ακόμα μεγαλύτερο ενώ βλέπουμε ότι όσο ανεβαίνουμε ηλικιακά το ποσοστό των γνώσεων, φτάνοντας στις κατηγορίες 56-65 και 66-78, μειώνεται σημαντικά.

Ένας ακόμη παράγοντας που φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο είναι το μορφωτικό επίπεδο, όσο μεγαλύτερο ήταν το επίπεδο της μόρφωσής τους τόσο καλύτερες ήταν και οι γνώσεις τους. Σημαντικές διαφορές παρατηρούνται μεταξύ των ερωτηθέντων που έχουν γνώσεις δημοτικού σε σχέση με αυτούς που έχουν τελειώσει ανώτατη εκπαίδευση. Είναι λοιπόν ευνόητο ότι οι άνθρωποι που έχουν δεχθεί καλύτερη μόρφωση θα έχουν και περισσότερες γνώσεις. Επιβεβαιώνεται ότι η γνώση γενικότερα είναι δύναμη και προσφέρει εναλλακτικές στους ανθρώπους.

Στην ερώτηση αν έχουν καπνίσει ποτέ, το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων απάντησε ναι (58,6%). Σε αρκετά μεγάλο ποσοστό, δεδομένου ότι η πλειοψηφία του δείγματος (53,5%) έχει τελειώσει ανώτατη εκπαίδευση, και από τα παραπάνω, διαπιστώθηκε πως όσο μεγαλύτερο ήταν το επίπεδο γνώσεων τόσο καλύτερες ήταν και οι γνώσεις σχετικά με το κάπνισμα. Στην ίδια ερώτηση όμως, το (41,4%) των ερωτηθέντων απάντησε όχι. Άρα, παρατηρείται ότι ενώ γνωρίζουν σε σημαντικό βαθμό τι προκαλεί το κάπνισμα, συνεχίζουν να καπνίζουν.

Επίσης, στην ερώτηση για το πόσα τσιγάρα καπνίζουν ημερησίως, το 19,1% απάντησε μέχρι 10 τσιγάρα, με το ίδιο ποσοστό ακολουθεί η απάντηση 20-40 ενώ από 10-20 απάντησε το 16,6% . Πολύ μικρό είναι το ποσοστό αυτών που καπνίζουν από 40 τσιγάρα και πάνω. Αν και δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των αποτελεσμάτων, θετικό

παραμένει το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό καπνίζει μέχρι 10 τσιγάρα ενώ το μικρότερο ποσοστό αφορά τα 40 τσιγάρα και πάνω.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η απάντηση στην ερώτηση από ποια ηλικία ξεκινήσατε το κάπνισμα. Το 28% ξεκίνησε να καπνίζει από τις ηλικίες 13-18 και το 23,6% από 19-25. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και η έρευνα των Διομήδους και άλλοι (2007) που βρήκαν ότι η μέση ηλικία έναρξης του καπνίσματος είναι τα 18 ± 4 έτη. Τα ποσοστά, στην έρευνά μας, είναι αρκετά μεγάλα και μας γενούν την απορία, “γιατί τα παιδιά ξεκινούν από τόσο μικρή ηλικία το κάπνισμα”; Πιθανόν η ελλιπής ενημέρωση να φέρνει αυτά τα δυσμενή αποτελέσματα. Από τα παραπάνω λοιπόν προκύπτει η αναγκαιότητα για μεθοδική και επιστημονική ενημέρωση. Καταλυτικό ρόλο πρέπει να παίζει ο σχολικός νοσηλευτής, του οποίου ο ρόλος στη χώρα μας είναι υποβαθμισμένος.

Στην ερώτηση ποιος είναι ο κυριότερος λόγος που ξεκινήσατε το κάπνισμα το 24,8% των ερωτηθέντων απάντησε από περιέργεια, το 15,3% απάντησε από ψυχολογικούς παράγοντες ενώ με μικρότερα ποσοστά ακολουθούν το οικογενειακό περιβάλλον, η αυτοπροβολή και η παρότρυνση από τρίτους. Όλο και περισσότεροι άνθρωποι προσπαθούν να αλλάξουν την καθημερινότητά τους μπαίνοντας στη διαδικασία της δοκιμής είτε γιατί έχουν την περιέργεια να γνωρίσουν κάτι καινούριο είτε γιατί κάτι τους οδήγησε σε αυτό. Η ζωή γίνεται ολοένα και πιο δύσκολη. Το άγχος, το στρες, τα οικονομικά προβλήματα και γενικά οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο άνθρωπος τον οδηγούν σε αδιέξοδο ψάχνοντας τρόπους χαλάρωσης και ηρεμίας. Καταλυτικό ρόλο διαδραματίζει η παρότρυνση από τρίτους και το οικογενειακό περιβάλλον. Είναι αλήθεια ότι η οικογένεια αποτελεί τελολογικά πρότυπο μίμησης και οφείλει να συνειδητοποιήσει τις ευθύνες που απορρέουν από τη συμπεριφορά της

ώστε να πάψει να είναι, έστω και ασυνείδητα, ο ηθικός αυτουργός της δημιουργίας μιας καπνιστικής γενιάς ανθρώπων.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η απάντηση που έδωσαν οι ερωτηθέντες για το πότε νιώθουν πιο έντονη την επιθυμία για κάπνισμα. Το 17,2% απάντησε στη διασκέδαση, το 16,6% απάντησε με τον καφέ ενώ με μικρή διαφορά ακολουθούν τα ποσοστά 13,4% μετά το φαγητό και 12,1% άγχος-στεναχώρια. Αρκετοί είναι οι άνθρωποι που συνηθίζουν να καπνίζουν κατά τη διάρκεια κάποιας δραστηριότητας αλλά και ψυχικού κλονισμού. Θεωρούν πως ένα τσιγάρο έχει άμεση σχέση τόσο με την ψυχική τους υγεία όσο και με την καθημερινότητά τους.

Παρατηρούμε λοιπόν ότι η βλαβερή συνήθεια του καπνίσματος είναι άμεσα συνδυσασμένη με την ευχαρίστηση και την απόλαυση και αυτός πιθανόν είναι ο λόγος που στην ερώτηση για το αν έχουν δοκιμάσει να διακόψουν το κάπνισμα το μεγαλύτερο ποσοστό (28%) απάντησε όχι ενώ το 27,4% έχει τουλάχιστον δοκιμάσει να το διακόψει. Οι βασικοί λόγοι διακοπής του καπνίσματος σε σχέση με την ερώτηση που αφορά το κυριότερο σύμπτωμα που παρατηρούσαν πιο συχνά προκύπτει ότι ήταν η εύκολη κόπωση σε ποσοστό 17,8%, ο βήχας 17,2% και σε ποσοστό 10,2% η δύσπνοια. Φαίνεται ότι οι πολίτες, στο μεγαλύτερο μέρος τους, έχουν γνώσεις για τα συμπτώματα που επιφέρει το κάπνισμα, κυρίως στο αναπνευστικό σύστημα.

Ενθαρρυντικά είναι τα αποτελέσματα της ερώτησης αν συμφωνούν με την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους αφού η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, καπνιστές και μη καπνιστές (68,2%), απάντησε πως συμφωνεί ενώ μόνο το 28,7% δεν συμφωνεί με αυτή την άποψη. Η αναγκαιότητα ύπαρξης ενός νέου νόμου που να απαγορεύει αυστηρά το κάπνισμα εκτός από τους δημόσιους χώρους και σε άλλους

χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται καθημερινά εκφράστηκε από τα παραπάνω ποσοστά.

Επιπροσθέτως, όσον αφορά σε εκείνους που πιστεύουν ότι ο ισχύων νόμος που απαγορεύει το κάπνισμα στους δημόσιους χώρους θα πρέπει να εφαρμόζεται με μεγαλύτερη αυστηρότητα, τα ποσοστά στην έρευνα του Γιαννόπουλου και άλλοι (2001) δε διαφέρουν σημαντικά από την δική μας έρευνα, αφού ανέρχονται σε ποσοστό κατά μέσο όρο 63%.

Η αναγκαιότητα ανάληψης ενός ουσιαστικού αντικαπνιστικού αγώνα από τους υπεύθυνους φορείς, για παράδειγμα, Υπουργείο Υγείας, είναι κατά γενική ομολογία επιθυμία όλων και αυτό προκύπτει από την απάντηση στην ερώτηση αν υποστηρίζουν την ύπαρξη κατώτερου ορίου ηλικίας τα 18 έτη για την αγορά τσιγάρων, όπου στην πλειοψηφία του το δείγμα των ερωτηθέντων (78,3%) συμφωνεί με το μέτρο αυτό ενώ μόνο το 17,8% διαφωνεί. Αξιοσημείωτο όμως είναι το γεγονός ότι από την πλευρά του κράτους το 77,7% του δείγματος δεν θεωρεί ότι λαμβάνονται τα απαραίτητα μέτρα για την μείωση του καπνίσματος ενώ μόνο το 10,8% πιστεύει πως το κράτος κάνει το καλύτερο δυνατό. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή επισημαίνει ότι οι αντικαπνιστικές πολιτικές συναντούν μεγαλύτερη υποστήριξη από τους πολίτες.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα μισά περίπου νοικοκυριά στην Ευρώπη είναι απαλλαγμένα από καπνό, δηλαδή κανένα μέλος τους δεν καπνίζει (http://www.greekin insight.com/show_art_el.asp?id=2859&cat_name=Υγεία-52k-). Σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο, το 42% των Ελλήνων δηλώνουν καπνιστές, έναντι 32% του ευρωπαϊκού μέσου όρου (http://societystats.blockpost.com/2007/05/blog-post_22.html). Σε ό,τι αφορά την ισχύ της απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, το 54% των Ευρωπαίων δηλώνει ότι στη χώρα τους τηρείται η απαγόρευση, ενώ στην Ελλάδα το ποσοστό είναι μικρότερο (30%)

(http://www.greeksight.com/show_art_el.asp?id=2859&cat_name=Υγεία-52k-). Γιατί συμβαίνει αυτό; Ίσως να οφείλεται στο ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχει αυστηρή νομοθεσία και η ήδη υπάρχουσα απλά δεν τηρείται.

Η χώρα μας κρατάει τα πρωτεία σε κατανάλωση καπνού χωρίς όμως να φαίνεται από την πλευρά του κράτους να γίνεται κάτι το σημαντικό. Σύμφωνα με τους Μπαμπάτσικου και άλλοι (1998) οι λίγες εργασίες που έχουν γίνει μέχρι τώρα είναι κυρίως μελέτες, έρευνες που περιορίζονται σε μια γενικότερη καταγραφή του φαινομένου χωρίς τη μελέτη πολλών πέραν της χρήσης μεταβλητών ή μελέτες που χρησιμοποιούν ευρείας κλίμακας ομάδες. Σε όλα σχεδόν τα προηγμένα κράτη έχουν αρχίσει έντονες προσπάθειες για τη διαφώτιση του κοινού και αγωγής υγείας των πολιτών για τους κινδύνους που περικλείει το κάπνισμα, νομοθετούν περιοριστικά μέτρα και προωθούν έρευνες που αποβλέπουν στον περιορισμό της ολέθριας αυτής συνήθειας που καταδυναστεύει την ανθρωπότητα τον τελευταίο κυρίως αιώνα.

Ενθαρρυντικό είναι ότι το υπουργείο Υγείας εκτίμησε ότι τα ημίμετρα μερικής απαγόρευσης καπνίσματος που είχαν λάβει το 2002, δεν ήταν αποτελεσματικά και τα αναθεώρησαν. Έτσι λοιπόν, κατετέθη από το Υπουργείο Υγείας στην Νομοπαρασκευαστική Επιτροπή της Βουλής, ειδικό νομοσχέδιο που αναφέρει ότι από το 2010 απαγορεύει το κάπνισμα σε όλους τους δημόσιους χώρους κλειστούς και στεγασμένους.

Το νομοσχέδιο αναφέρει ειδικά ότι απαγορεύεται ρητά εντός όλων των ιδιωτικών επιχειρήσεων, εμπορικών καταστημάτων, χώρων εστίασης και διασκέδασης, εκπαιδευτήριων, χώρους αναμονής, εντευκτήρια, λιμάνια, αεροδρόμια και κτελ το κάπνισμα. Καθώς επίσης όλοι οι παραβάτες θα τιμωρούνται με την επιβολή προστίμων (http://cooklos.blogspot.com/2008/05/blog-post_17.html).

Ένα άλλο βασικό ερώτημα που τέθηκε ήταν το που θα απευθύνονταν για να ενημερωθούν γενικά για το κάπνισμα. Τα αποτελέσματα είναι απογοητευτικά για το νοσηλευτικό επάγγελμα δεδομένου ότι μόνο το 8,9% θα στρεφόταν σε κάποιο νοσηλευτή, το 21,7% θα επέλεγε να ενημερωθεί από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ενώ η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (56,1%) θα επέλεγε τους γιατρούς ενισχύοντας τη γενική παραδοχή ότι η υγεία έχει ιατροκεντρικό χαρακτήρα. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η αμέσως επόμενη επιλογή ενημέρωσης είναι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και όχι οι γονείς ή οι καθηγητές. Πιθανόν αυτό να συμβαίνει είτε γιατί δεν υπάρχει σωστή ενημέρωση από το σχολείο είτε λόγω έλλειψης χρόνου από τους γονείς.

Φαίνεται λοιπόν ότι η δημόσια γνώμη και άποψη διαμορφώνονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και ειδικότερα από την τηλεόραση, τα οποία σε συνδυασμό με την ελάχιστη έως καθόλου ενημέρωση δημιουργούν λανθασμένα πρότυπα για το νοσηλευτικό επάγγελμα. Οι νοσηλευτές δεν ταυτίζονται με ανθρώπους που μπορεί να έχουν διοικητικές, οργανωτικές, ερευνητικές ή εκπαιδευτικές αρμοδιότητες.

Αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί το “στερεότυπο” που επικρατεί στην ελληνική κοινωνία είναι η εικόνα της νοσηλευτικής που απαιτεί μόνο διενέργεια νοσηλευτικών πράξεων ή εκτέλεση εντολών των γιατρών. Παρ’ όλα αυτά, παρατηρούμε ότι γίνεται προσπάθεια εισαγωγής αλλαγών στην νοσηλευτική εκπαίδευση η οποία σε σύγκριση με το παρελθόν έχει διαφοροποιηθεί αρκετά. Τα Τ.Ε.Ι. έγιναν Α.Τ.Ε.Ι., κατατάχτηκαν δηλαδή στην ανώτατη εκπαίδευση και έτσι πλέον το σύνολο της νοσηλευτικής εκπαίδευσης είναι ομοιογενές (τριτοβάθμια) και εισήχθησαν νέα μαθήματα στο πρόγραμμα σπουδών που διευρύνουν το ρόλο του νοσηλευτή.

Παρόλο λοιπόν που η νοσηλευτική έχει κάνει τέτοια πρόοδο, μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων (22,9%) δεν έχει ενημερωθεί ποτέ από νοσηλευτή για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος. Φαίνεται λοιπόν ότι ένα κομμάτι της κοινωνίας μας παραμένει ακόμα στα παλαιότερα στερεότυπα και επηρεάζεται σημαντικά από τους αρνητικούς παράγοντες, όπως τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τη φύση του επαγγέλματος. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι το 48,4% του δείγματος έχει ενημερωθεί σε ικανοποιητικό βαθμό, καταστρώνοντας σαφές ότι έχει κατανοήσει ότι ο ρόλος του νοσηλευτή δεν είναι μόνο η υποβοήθηση στη θεραπεία αλλά η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας.

Πολύ ενθαρρυντικά είναι τα αποτελέσματα στην ερώτηση για το αν πιστεύουν πως οι νοσηλευτές διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις ώστε να ενημερώνουν τους πολίτες για το κάπνισμα. Πιο συγκεκριμένα, το 66,9% θεωρεί πως οι νοσηλευτές είναι σε θέση να παρέχουν ολοκληρωμένη και επιστημονική ενημέρωση. Επιπλέον, σε ακόμα μεγαλύτερο ποσοστό (72%) πιστεύουν ότι μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη συμβουλευτικών προγραμμάτων όσον αφορά το κάπνισμα.

Ένα ερώτημα που προκύπτει είναι, γιατί το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δεν θα απευθυνόταν στους νοσηλευτές για να ενημερωθεί για το κάπνισμα εφόσον πιστεύει ότι διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις; Φαίνεται πως οι πολίτες θεωρούν ότι η νοσηλευτική είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την έννοια της φροντίδας και όχι με την παροχή ενημέρωσης. Αυτό επαληθεύεται από την πλειοψηφία του δείγματος (68,8%) που απάντησε πως ο κυριότερος ρόλος των νοσηλευτών είναι η παροχή φροντίδας σε αντίθεση με το 14,6% που πιστεύει πως ακόμη μια πτυχή του νοσηλευτικού επαγγέλματος είναι και η παροχή ενημέρωσης. Τέλος, το 16,6% θεωρεί πως οι νοσηλευτές είναι υποβοηθητικοί των γιατρών. Η αντίληψη που ακόμα επικρατεί στην κοινωνία ότι είναι η

νοσηλευτική ένα παραϊατρικό επάγγελμα και απλά ακολουθεί τις οδηγίες των γιατρών, έχει ως συνακόλουθο την πεπαλαιωμένη αντίληψη ότι ο νοσηλευτής είναι “τα μάτια” και “τα αυτιά” των γιατρών.

Επιπλέον, ένας λόγος που η εικόνα του νοσηλευτικού επαγγέλματος είναι μέτρια έχει σχέση με τον τρόπο που οι γιατροί αντιμετωπίζουν τους νοσηλευτές. Η Κυριακίδου (2004) αναφέρει χαρακτηριστικά ότι η νοσηλευτική για πολλά χρόνια ακολούθησε το ιατρικό μονοπάτι. Συνειδητά ή όχι η νοσηλευτική εκπαίδευση, η άσκηση και η έρευνα ακόμη ακολούθησαν το ίδιο με την ιατρική θεωρητικό πλαίσιο. Πολλοί μελετητές προειδοποίησαν ότι η εξάρτηση της νοσηλευτικής από το ιατρικό θεωρητικό πλαίσιο, προκαλεί στο νοσηλευτικό επάγγελμα έλλειψη αυτονομίας και αυτοεξάρτησης.

Σύμφωνα με την Σαπουντζή-Κρέπια (2001) η νοσηλευτική είναι επιστήμη και επάγγελμα που καλύπτει αυτοδύναμα ή σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας την παροχή φροντίδας σε άτομα όλων των ηλικιών, σε οικογένειες, σε πληθυσμιακές ομάδες και κοινότητες. Απευθύνεται σε αρρώστους ή υγιείς ανθρώπους και ασκείται σε όλες τις υπηρεσίες υγείας. Η νοσηλευτική ακόμα αφορά την υπεράσπιση των συμφερόντων ασθενών και αδυνάμων σωματικά ή κοινωνικά ανθρώπων και τη διασφάλιση σε αυτούς ενός ασφαλούς περιβάλλοντος διαβίωσης και νοσηλείας.

Βασικό κομμάτι της νοσηλευτικής αποτελεί η Αγωγή Υγείας, μια διαδικασία που στηρίζεται σε επιστημονικές αρχές και χρησιμοποιεί προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης, που δίνουν τη δυνατότητα στους ανθρώπους, όταν λειτουργούν ως άτομα ή ως σύνολο να αποφασίζουν και να ενεργούν συνειδητά και ενημερωμένα για θέματα που επηρεάζουν την υγεία τους. Η Αγωγή Υγείας σύμφωνα με τον Τούντα (2002) θα

μπορούσε να οριστεί "ως ο τομέας εκείνος των υπηρεσιών που παρέχει στα άτομα τα απαραίτητα εφόδια για να διαμορφώνουν απόψεις και να υιοθετούν συμπεριφορές σύμφωνα με τις ανάγκες που επιβάλλει η προστασία και η προαγωγή της υγείας τους".

Δυστυχώς, ο συγκεκριμένος τομέας της υγείας παραμένει ανενεργός στη χώρα μας όπως και οι περισσότερες υπηρεσίες πρωτογενούς πρόληψης. Είναι αλήθεια δυσάρεστο να στηρίζει το ελληνικό κράτος σχεδόν αποκλειστικά τις μονοσήμαντες θεραπευτικές δυνατότητες των ιατροκεντρικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών περίθαλψης και να περιθωριοποιεί συστηματικά τις υπηρεσίες και τους φορείς της πρόληψης.

Τις τελευταίες δεκαετίες η έμφαση δίνεται στην παροχή υπηρεσιών υγείας έξω από το νοσοκομείο. Για να πετύχουν αυτό το στόχο, οι κοινοτικοί νοσηλευτές βασίζονται στις αρχές και τις δεξιότητες της νοσηλευτικής και της δημόσιας υγείας. Παρ' όλα αυτά, ενώ η ανάγκη ειδικότητας κοινοτικής νοσηλευτικής είναι επιτακτική, το Υπουργείο Υγείας δεν έχει ακόμα νομοθετήσει την κοινοτική Νοσηλευτική ως πέμπτη ειδικότητα.

Σήμερα η γνώση για την υγεία, τη νόσο και τις θεραπευτικές μεθόδους έχει φθάσει σε υψηλά επίπεδα. Αντίθετα, ο τομέας της πρόληψης δεν έχει προβληθεί όπως θα έπρεπε. Η πρόληψη μοιάζει να αποτελεί κάτι αυτονόητο που όλοι το γνωρίζουν, αλλά λίγοι το εφαρμόζουν. Ο όρος «πρόληψη», είναι ιατρικός, σημαίνει μέτρα τα οποία τείνουν να εμποδίσουν περιστατικά για κάτι ανεπιθύμητο. Η πρόληψη όμως μέσω της εκπαίδευσης είναι μια διαδικασία βίωσης των παραμέτρων και των χαρακτηριστικών της υγιεινής ζωής. Το σχολείο καλείται να αναλάβει

ένα πρωταρχικό και πολυλειτουργικό ρόλο στην πρόληψη της σωματικής και ψυχικής υγείας του ατόμου.

Ένα πρόγραμμα Αγωγής Υγείας στο σχολείο θα πρέπει να είναι μια προσπάθεια ενίσχυσης του παιδαγωγικού ρόλου του σχολείου και να επικεντρώνεται στη βελτίωση της ικανότητας του παιδιού να «φροντίζει» συνολικά» τον εαυτό του. Το θέμα όμως είναι ότι ενώ τα παιδιά γνωρίζουν τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, από την εφηβεία (όπως έδειξε η έρευνα) αρχίζουν το κάπνισμα. Στόχος της αγωγής υγείας κάθε επιστήμονα υγείας, είναι προσφέρει πληροφορίες με σκοπό την αλλαγή συμπεριφοράς. Το ερώτημα τίθεται ως εξής: Ποια είναι η πηγή πληροφόρησης (δάσκαλος) και ποια θεωρία εκπαίδευσης χρησιμοποιείται για τη μετάδοση των πληροφοριών; Με άλλα λόγια, οι επιστήμονες υγείας είναι οι πιο κατάλληλοι για να προσφέρουν ποιοτική γνώση στους μαθητές σχετικά με το κάπνισμα. Στο δεύτερο ερώτημα, οι νοσηλευτές πρέπει να στρέψουν το ενδιαφέρον τους στους παράγοντες/αιτίες που οδηγούν τους μαθητές στο κάπνισμα, χρησιμοποιώντας μία πιο ολιστική προσέγγιση του θέματος.

Η Ελλάδα είναι μία από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης χωρίς εγκατεστημένο Εθνικό Φορέα Προαγωγής Υγείας. Η έλλειψη προώθησης της Αγωγής Υγείας στο χώρο του σχολείου με συγκεκριμένο σχεδιασμό, ειδικευμένους εκπαιδευτές και κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή κλείνει μία σημαντική πόρτα στην προαγωγή της παιδικής αλλά και δημόσιας υγείας.

Κύριος σκοπός της έρευνάς μας ήταν να διαπιστώσουμε το προφίλ και την εικόνα του νοσηλευτικού επαγγέλματος όσον αφορά την παροχή ενημέρωσης και πληροφόρησης απέναντι στους πολίτες και κατά πόσο διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις ώστε να διεκπεραιώσουν

προγράμματα εξειδικευμένα για την αντιμετώπιση κοινωνικών αναγκών σε θέματα που αφορούν την υγεία τους.

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας έδειξαν ότι η στάση των πολιτών διαφοροποιείται όσον αφορά την ενημέρωσή τους. Η πλειοψηφία του δείγματος (56,1%) θεωρεί αρμόδιους τους γιατρούς για την απόκτηση πληροφοριών για το κάπνισμα ενώ παράλληλα πιστεύει ότι οι νοσηλευτές έχουν τις απαραίτητες γνώσεις για τη διεξαγωγή προγραμμάτων ενημέρωσης αλλά δεν θα τους συμβουλευόνταν όσον αφορά τη διακοπή του. Γιατί οι απόψεις τους έρχονται σε μία τέτοια αντίφαση; Μήπως η αντίληψη που επικρατεί στην κοινωνία ότι η νοσηλευτική αποτελεί ένα παραϊατρικό επάγγελμα τους επηρεάζει; Θα πρέπει να καταστεί σαφές ότι ο ρόλος του νοσηλευτή δεν είναι μόνο η υποβοήθηση στην θεραπεία αλλά και η παροχή ενημέρωσης στους πολίτες. Επιπροσθέτως, ο νοσηλευτής έχει επεκταθεί αρκετά και στο χώρο της έρευνας. Αρκετοί νοσηλευτές έχουν μεταπτυχιακά διπλώματα και οργανώνουν ποιοτικές νοσηλευτικές έρευνες. Δυστυχώς όμως φαίνεται ότι αυτές οι αλλαγές δεν είναι γνωστές στους πολίτες.

Τα προβλήματα που δημιουργούνται από την ανεπάρκεια νοσηλευτικού προσωπικού, το γραφειοκρατικό χάος και η έλλειψη γραμματιακής υποστήριξης και μηχανοργάνωσης, απορροφούν σημαντικό τμήμα της ενεργητικότητας και του χρόνου των νοσηλευτών με αποτέλεσμα την ανεπαρκή διεξαγωγή επιμορφωτικών προγραμμάτων για την ενημέρωση του πληθυσμού.

Επομένως, το νοσηλευτικό επάγγελμα στην Ελλάδα θα πρέπει να αναπτύξει δημόσιες σχέσεις που ως στόχο θα έχουν την ανάδειξη του επαγγέλματος και τη βελτίωση της κοινής γνώμης ως προς αυτό.

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να ενθαρρύνονται να συμμετέχουν σε ραδιοτηλεοπτικές εκπομπές, άρθρα, ομιλίες, διαφημιστικά φυλλάδια, ενημερώνοντας τον κόσμο για θέματα υγείας. Έτσι, τονίζονται τα θετικά στοιχεία του επαγγέλματος όπως είναι το επιμορφωτικό νοσηλευτικό έργο και δίνεται μια άλλη διάσταση στην κοινωνική προσφορά.

Περιορισμοί της έρευνας

Ο πρώτος περιορισμός της παρούσας έρευνας είναι ο μικρός αριθμός του δείγματος. Αν και η έρευνα πρόσφερε σημαντικά στοιχεία για την διαπίστωση των γνώσεων και των απόψεων των πολιτών σχετικά με το κάπνισμα και το νοσηλευτικό ρόλο, κρίνεται αναγκαίο στο μέλλον η χρησιμοποίηση μεγαλύτερου δείγματος. Επίσης, τα ερωτηματολόγια χρησιμοποιήθηκαν σε πιλοτική μορφή και θα πρέπει να εφαρμοστούν πάλι για στοιχεία αξιοπιστίας. Επιπλέον, η έλλειψη χρόνου και οικονομικών πόρων ανάγκασε τους ερευνητές να περιορίσουν το δείγμα σε μικρό αριθμό.

Επίλογος

Η Νοσηλευτική σαν επάγγελμα έχει χαρακτηριστεί στο παρελθόν “χαμηλού κοινωνικού κύρους”. Ήταν λοιπόν αναγκαίο και απαραίτητο για τη Νοσηλευτική να υιοθετήσει το δικό της θεωρητικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο εντάσσονται τα φαινόμενα που την αφορούν και εντοπίζονται οι ανάγκες υγείας τις οποίες αυτή καλείται να ικανοποιήσει. Η σημερινή τάση και πεποίθηση της Νοσηλευτικής είναι η ανάγκη αναγνώρισης του επαγγέλματος σε ανεξάρτητο επιστημονικό, επαγγελματικό κλάδο, χωρίς βέβαια τούτο να επηρεάζει τη συνεργασία και αλληλοκατανόηση που πρέπει να επικρατεί ανάμεσα στους επιστήμονες όλων των επαγγελμάτων υγείας. Ο σκοπός αυτός έχει ήδη επιτευχθεί στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου όπου ο νοσηλευτής εργάζεται σαν

ξεχωριστός επιστήμονας τόσο στο χώρο του νοσοκομείου όσο και στην κοινότητα γενικά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβραμίδης Β Α (1988) Κάπνισμα: Το άλλο νέφος μέσα μας. ΑΚΡΙΤΑΣ, Αθήνα
- Ανδριώτης Μ και άλλοι (1999) Βιολογία. ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΚΔΟΣΕΩΝ ΔΙΔΑΚΤΙΚΩΝ ΒΙΒΛΙΩΝ, Αθήνα
- Γαρδίκας Κ Δ (2005) Ειδική νοσολογία. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, Αθήνα
- Γεωργούλιας Β (2006) Ο καρκίνος. ΜΑΝΙΑΤΕΑ, Αθήνα
- Catford J και Nutbeam D (1984) Towards a definition of health education and health promotion. Health Education Journal, 43: 38-45
- Δημοπούλου Β και άλλοι (1992) Προαγωγή της υγείας: αλκοόλ-διατροφή κάπνισμα. Πτυχιακή εργασία, Τ.Ε.Ι Πάτρας
- Δοδόπουλος Χ (2004) Καπνός και κάπνισμα: Ένα πολυσύνθετο και δυσεπίλυτο ζήτημα. ΣΤΑΜΟΥΛΗ Α.Ε, Αθήνα
- Δετοράκης Ι (2003) Βασικές αρχές της υγιεινής. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, Αθήνα

- David K και Williams T (1987) Health Education in Schools. Harper & Row, London
- Green C (1987) What can Patient Educators Learn from 10 years of Compliance Research? Patient Education and Counselling, 10: 167-174
- Κυριακίδου Ε (2004) Κοινωνική νοσηλευτική. ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα
- Ley P (1988) Communicating with Patients. Croom Helm, London
- Μαράτου Ο και Σόλμαν Μ (1980) Ναρκωτικά-Τσιγάρα-Αλκοόλ: Προβλήματα και απαντήσεις. ΨΥΧΟΓΙΟΣ, Αθήνα
- Μπιλάλης Γ Π (1997) Κάπνισμα και υγεία. ΕΛΛΗΝ, Αθήνα
- Ντάβου Μ (1992) Το κάπνισμα στην εφηβεία. ΠΑΠΑΖΗΣΗ, Αθήνα
- Παπανικολάου Ν και Παπανικολάου Α (2007) Γυναικολογία. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, Αθήνα
- Παπανικολάου Ν και Παπανικολάου Α (2007) Μαιευτική. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, Αθήνα
- Σαββοπούλου Γ (2003) Βασική νοσηλευτική. ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα

- Σαχίνη-Καρδάση Α Πάνου Μ (2000) Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική. 2^{ος} τόμος, ΒΗΤΑ, Αθήνα
- Ψάλτη Ν (2007) Φέτος θα κόψω το τσιγάρο: Όλοι οι τρόποι που θα σας οδηγήσουν. VITA, Αθήνα
- Strehlow M S (1983) Education for Health. Harper & Row, London
- Tannahill A (1985) What is Health Promotion. Health Education Journal, 44: 167-168
- file:///H:/www.2005_1284272.htm
- http://anastamoschovaki1.blogspot.com/2007/11/blog-post_3302.html
- http://cooklos.blogspot.com/2008/05/blog-post_17.html
- <http://en.wikipedia.org/wiki/smoking>
- <http://el.help-eu.com/pages/lex-lexique-432-TAR.html>
- <http://icutopics.com>

- http://societystats.blockpost.com/2007/05/blog-post_22.html
- <http://www.cancer-society.gr/teensmoke/health.htm>
- http://www.greekinsight.com/show_art_el.asp?id=2859&cat_name=Yγεία-52k-
- http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=832
- <http://www.imlarisis.gr/arthrografia.php>
- <http://www.imlarisis.gr/main.php?p=599&more=1>
- <http://www.neahygeia.gr/foreas.php?ParentID=182&lang=gr&CategoryID=9&issueID=4>
- http://www.preventionmag.gr/default.php?pid=6&art_id=883&supercat_id=1&nologin=1
- <http://www.vita.gr/ent/679.5679.asp>
- http://www.6gymnasio.gr/ACTIVITIES/math_ergasies/SMOKING/erg_kapnisma.htm

- <http://1kesyp-v.thess.sch.gr>
- http://1tee-ampel.thess.sch.gr/ERGASIES/PROGRAMMATA_YGEIAS/kapnisma.htm

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΑΔΙΟ

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ

Αγαπητοί πολίτες

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές στο τμήμα Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι μέρος της πτυχιακής μας εργασίας. Περιλαμβάνει μερικές ερωτήσεις έτσι ώστε να ερευνήσουμε τις γνώσεις και τις απόψεις των πολιτών σχετικά με το κάπνισμα καθώς και το ρόλο της νοσηλευτικής. Περιλαμβάνει επίσης μερικές δημογραφικές ερωτήσεις.

Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις, διαλέγοντας μία μόνο επιλογή.

ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΘΑ ΚΡΑΤΗΘΟΥΝ ΑΥΣΤΗΡΩΣ
ΑΠΟΡΡΗΤΕΣ.

Εάν χρειαστείτε οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνιση μη διστάσετε να μας ρωτήσετε.

Ευχαριστούμε πολύ για την βοήθεια σας !!

Μεντζέλου Σωτηρία

Μουρτζάκη Δέσποινα

ΤΕΣΤ ΓΝΩΣΕΩΝ

1. Το τσιγάρο περιέχει 4.000 ουσίες.

Σωστό

Λάθος

2. Τα βασικά συστατικά του τσιγάρου είναι η νικοτίνη, η πίσσα, το μονοξείδιο του άνθρακα και νιτρικό κάλιο.

Σωστό

Λάθος

3. Ένα τσιγάρο αφαιρεί 5,5 λεπτά ζωής.

Σωστό

Λάθος

4. Το κάπνισμα προκαλεί ασθένειες ούλων, μυϊκές βλάβες, πόνο στην πλάτη, πόνο λαιμού, οστεοπόρωση.

Σωστό

Λάθος

5. Η νικοτίνη προκαλεί διαταραχές της όρασης, της ακοής, ψευδαισθήσεις και σπασμούς.

Σωστό

Λάθος

6. Το μονοξείδιο του άνθρακα δεσμεύει την αιμοσφαιρίνη και παρεμποδίζει την οξυγόνωση των ιστών.

Σωστό

Λάθος

7. Η πίσσα μειώνει την αρτηριακή πίεση.

Σωστό

Λάθος

8. Η θερμοκρασία στο σημείο καύσεως ανέρχεται στους 400 °C.

Σωστό

Λάθος

9. Ο ηλεκτροβελονισμός δεν αποτελεί εναλλακτική μέθοδο διακοπής του καπνίσματος.

Σωστό

Λάθος

10. Το σύνδρομο στέρησης που προκαλεί η διακοπή του καπνίσματος ξεκινάει μετά από μια εβδομάδα και διαρκεί και ένα μήνα.

Σωστό

Λάθος

ΜΕΡΟΣ 1^ο

1. Έχετε καπνίσει ποτέ;

Ναι (απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις) Όχι (πηγαίνετε στην ερώτηση 8)

2. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως;

Μέχρι 10

10-20

20-40

40 και άνω

8. Συμφωνείτε με την απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους;
- Ναι Όχι Δεν απαντώ
9. Υποστηρίζετε την ύπαρξη κατώτερου ορίου ηλικίας (18 ετών) για την αγορά τσιγάρων;
- Ναι Όχι Δεν απαντώ
10. Πιστεύετε πως από την πλευρά του κράτους λαμβάνονται τα απαραίτητα μέτρα για τη μείωση του καπνίσματος;
- Ναι Όχι Δεν απαντώ

ΜΕΡΟΣ 2^ο

1. Που θα απευθυνόσασταν για να ενημερωθείτε γενικά για το κάπνισμα;
- Γονείς
- Καθηγητές
- Μ.Μ.Ε.
- Ιατρούς
- Νοσηλευτές
- Άλλοι
2. Έχετε ενημερωθεί από νοσηλευτές για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος;

Πάρα πολύ	Πολύ	Λίγο	Ελάχιστα	Καθόλου
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Κατά πόσο πιστεύετε ότι οι νοσηλευτές διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις ώστε να ενημερώνουν τους πολίτες για το κάπνισμα;

Πάρα πολύ	Πολύ	Λίγο	Ελάχιστα	Καθόλου
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Κατά πόσο πιστεύετε ότι οι νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη συμβουλευτικών προγραμμάτων όσο αφορά το κάπνισμα;

Πάρα πολύ	Πολύ	Λίγο	Ελάχιστα	Καθόλου
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Ποιος είναι ο κύριος ρόλος των νοσηλευτών;

- Παροχή φροντίδας στους ασθενείς
- Να ενημερώνουν τους πολίτες σε θέματα προαγωγής υγείας (κάπνισμα, αλκοόλ, διατροφή)
- Να είναι υποβοηθητικοί των γιατρών

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΦΥΛΟ.....

ΗΛΙΚΙΑ.....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.....

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

- Άγαμος
- Έγγαμος
- Διαζευγμένος

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

- Δημοτικό
- Γυμνάσιο-Λύκειο
- Ανώτατη εκπαίδευση
- Μεταπτυχιακό (Master,
Διδακτορικό)

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

- < 5.000
- 5.000-10.000
- 15.000-20.000
- > 20.000