

**Ο ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΑΠΝΙΣΜΑ – ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ
ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ**



ΦΟΙΤΗΤΗΣ: ΤΙΤΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΣΑΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ MSc**

ΠΑΤΡΑ, 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
Περιεχόμενα.....	i
Ευχαριστίες.....	1
Πρόλογος.....	2
Εισαγωγή.....	4

ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Ιστορική Αναδρομή.....	5
Η χημική σύσταση του καπνού του τσιγάρου.....	6
Η χημική σύσταση του κύριου ρεύματος του καπνού του τσιγάρου.....	7
Η χημική σύσταση του παράπλευρου ρεύματος καπνού του τσιγάρου.....	9
Οι κυριότερες βλαπτικές ουσίες και η φαρμακολογική τους δράση.....	12
Νικοτίνη και εθισμός.....	13
Στερητικά συμπτώματα από την διακοπή του καπνίσματος.....	14
Κάπνισμα και ψυχική διαταραχή.....	15

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Καρκίνος του πνεύμονα.....	16
Καρκινογένεση.....	18
Καρκίνος λάρυγγος-στόματος.....	18
Καρκίνος οισοφάγου.....	19
Καρκίνος ουροδόχου κύστεως και νεφρών.....	19
Καρκίνος άλλων οργάνων.....	19
Κάπνισμα και ανδρική ανικανότητα.....	20

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο ρόλος της Νοσηλευτικής στην πρόληψη του καρκίνου.....	21
Θεραπεία-Μέσα θεραπείας.....	22
Ο ρόλος της Νοσηλευτικής στην θεραπεία.....	25
Προετοιμασία και εκπαίδευση του ασθενούς στις μετεγχειρητικές ασκήσεις.....	26
Ο ρόλος του Νοσηλευτή κατά την εφαρμογή χημειοθεραπείας.....	27
Ο ρόλος του Νοσηλευτή κατά την εφαρμογή ακτινοθεραπείας.....	27
Νοσηλευτική παρέμβαση σε άρρωστο που πάσχει από καρκίνο γενικά.....	28

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Επιδημιολογικά δεδομένα.....	31
Μηχανισμοί βλάβης.....	31
Κάπνισμα και Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.....	34
Κάπνισμα και αθηροσκληρυντική αγγειοπάθεια.....	35
Κάπνισμα και χρόνιες πνευμονοπάθειες.....	36

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Νοσηλευτική αντιμετώπιση αρρώστου με ισχαιμική καρδιοπάθεια.....	39
Νοσηλευτική αντιμετώπιση αρρώστου με καρδιακή ανεπάρκεια.....	40
Νοσηλευτική αντιμετώπιση αρρώστου με Α.Ε.Ε.....	40
Νοσηλευτική αντιμετώπιση αρρώστου με αθηροσκληρυντική αγγειοπάθεια.....	42
Νοσηλευτική αντιμετώπιση αρρώστου με χρόνια βρογχίτιδα.....	42
Νοσηλευτική αντιμετώπιση αρρώστου με πνευμονικό εμφύσημα.....	43

ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Παθητικό κάπνισμα και υγεία.....	45
Επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στο κυκλοφορικό και αναπνευστικό σύστημα.....	47
Άσθμα και παθητικό κάπνισμα.....	48
Εγκυμοσύνη και κάπνισμα.....	48

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Τι είναι η αγωγή υγείας.....	50
Ο ρόλος της αγωγής υγείας στην πρόληψη του καπνίσματος.....	50
Ο ρόλος των νοσηλευτών στην πρόληψη του καπνίσματος.....	51
Μέθοδοι για την διακοπή του καπνίσματος.....	52
Μέτρα της Πολιτείας κατά του καπνίσματος.....	53
Προτάσεις για μια ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του καπνίσματος.....	54

ΕΠΙΛΟΓΟΣ	55
-----------------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	56
---------------------------	----

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την πτυχιακή μου εργασία ολοκληρώθηκε ο κύκλος σπουδών μου στο τμήμα της Νοσηλευτικής.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές της σχολής, που όλα αυτά τα χρόνια μου μετέδωσαν τις γνώσεις τους πάνω στην επιστήμη την οποία διάλεξα και την οποία αγάπησα.

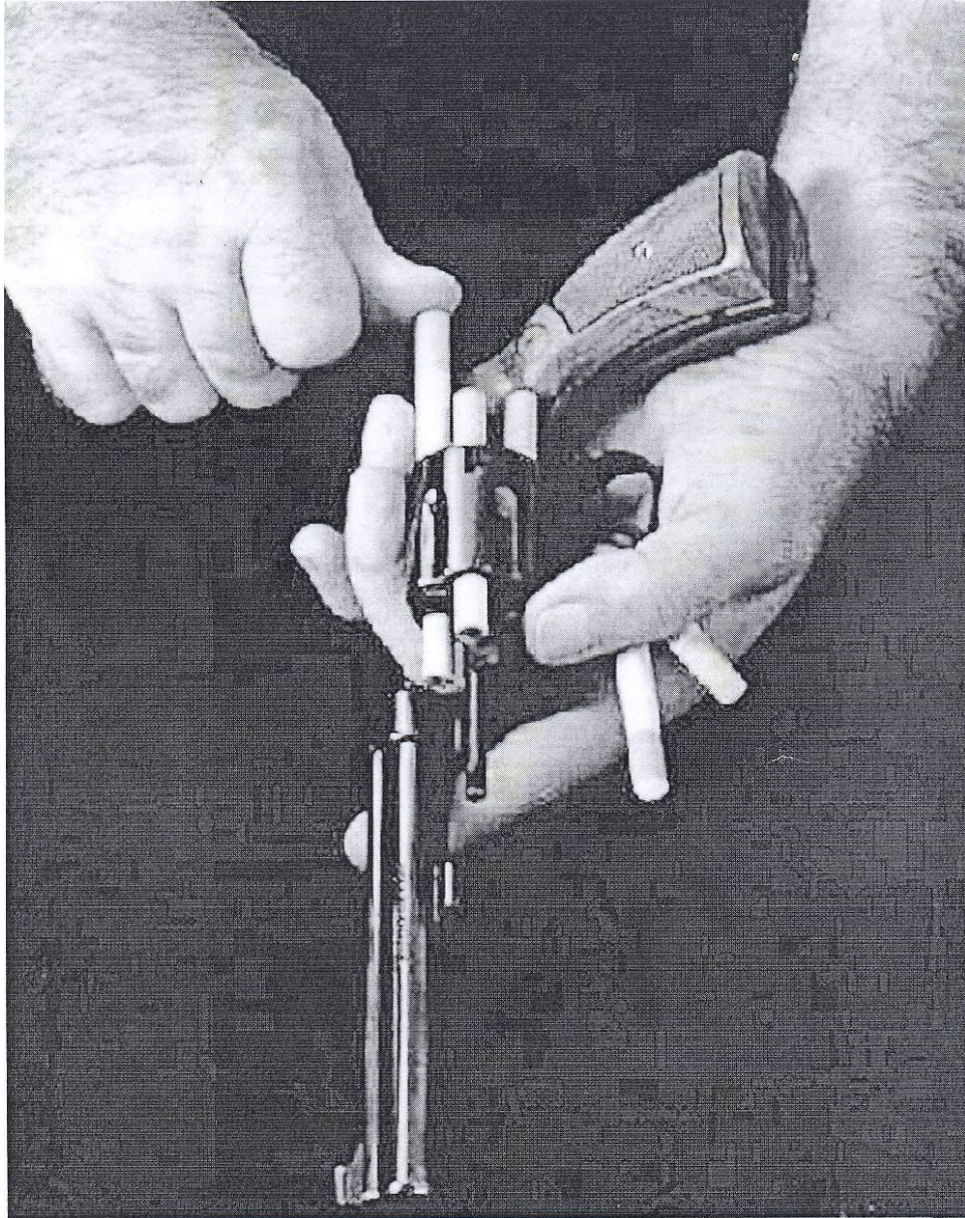
Η νοσηλευτική είναι λειτούργημα. Με την πνευματική ανθρωπιστική της διάσταση κατορθώνει να υλοποιήσει την βαθιά επιστημονική της γνώση μέσω της καλλιτεχνικής της τεχνικής εφαρμογής.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτριά μου κ. Σαλάτα Αποστολία για την σημαντική βοήθεια της στη συγγραφή αυτής της εργασίας και στους αγαπημένους μου γονείς, οι οποίοι με στήριξαν και με στηρίζουν σε κάθε μου βήμα.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι λόγοι που μας οδήγησαν στην μελέτη του συγκεκριμένου θέματος είναι η ανησυχητική εξάπλωση του καπνίσματος στην Ελλάδα, οι καταστρεπτικές συνέπειες του για τον οργανισμό, αλλά και το φαινόμενο έναρξης του καπνίσματος σε μικρή ηλικία, κυρίως κάτω των 15 ετών.

Σκοπός της εργασίας είναι να διευρύνει τις γνώσεις των αναγνωστών γύρω από το κάπνισμα-παραθέτοντας γενικά στοιχεία για τον καπνό-καθώς και τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία, και να προσφέρει συγκεκριμένες κατευθύνσεις -μέσα από την αγωγή υγείας- για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του καπνίσματος.



Κάπνισμα: Δολοφόνος όλων

Εικόνα 1- Πηγή: Μάθετε για το κάπνισμα, η άγνοια σκοτώνει

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καπνός του τσιγάρου είναι σήμερα το μοναδικό νόμιμο προϊόν-θανατηφόρο- που κυκλοφορεί διεθνώς ελεύθερα και εξασφαλίζει μια αργή πορεία προς το θάνατο, μια αυτοκτονία με δόσεις για τη σύγχρονη κοινωνία.

Εξαιτίας του καπνίσματος πεθαίνουν κατά έτος: 2.500.000 άνθρωποι σε όλο τον κόσμο, 500.000 άνθρωποι στην Ευρώπη και 15.000 άνθρωποι στην Ελλάδα. Δηλαδή 10 φορές περισσότεροι απ' ότι σε τροχαία ατυχήματα, 150 φορές περισσότεροι απ' ότι από τα ναρκωτικά, 300 φορές περισσότεροι απ' ότι από το A.I.D.S.⁽¹⁾ Το κάπνισμα ευθύνεται για το 30% των θανάτων από στεφανιαία νόσο, το 30% των θανάτων από κακοήθειες νόσους και το 40% των θανάτων από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.⁽²⁾

Οι Έλληνες κατέχουν την δεύτερη θέση στην κατανάλωση του καπνού στην Ευρώπη, με 28.000.000.000 τσιγάρα το χρόνο, μετά τους Ισπανούς που κατέχουν την πρώτη θέση.⁽³⁾ Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας περισσότεροι από 50% των ενηλίκων στην Ελλάδα είναι καπνιστές.⁽⁴⁾ Η μέση ηλικία έναρξης του καπνίσματος, σύμφωνα με έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε γυμνάσια και λύκεια της Αττικής αλλά και της επαρχίας είναι τα 14,5 χρόνια.^(5,6)

Το παράρτημα Κρήτης της πνευμονολογικής εταιρείας εξέδωσε ανακοίνωση στις 31/5/2001. Στην ανακοίνωση αυτή αναφέρεται ότι 1,1 δισεκατομμύρια άνθρωποι καπνίζουν σε όλο τον κόσμο. Επίσης 2 εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο από κάπνισμα στα αναπτυγμένα κράτη. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι ο αριθμός των θανάτων από χρήση καπνού παγκοσμίως υπερέβη τα 3,1 εκατομμύρια το 1995.

Η αντικαπνιστική εκστρατεία που εφαρμόστηκε στην χώρα μας κατά το 1978-81 είχε σαν αποτέλεσμα την μείωση του καπνίσματος κατά 0,1%⁽⁵⁾ την διετία 1979-80.

Με την εγκατάλειψη της αντικαπνιστικής εκστρατείας η μέση ετήσια κατανάλωση τσιγάρων παρουσίασε αύξηση κατά 5% περίπου. Με βάση αυτά τα στοιχεία κρίνεται επιτακτική η εφαρμογή μιας νέας αντικαπνιστικής εκστρατείας που θα έχει ως κύρια βάση της την αγωγή υγείας και απευθυνόμενη στις νεαρές ηλικίες θα έχει ως κύριο στόχο την πρόληψη του καπνίσματος.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ

◆ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ισπανοί εξερευνητές που αποτελούσαν το πλήρωμα του Χ. Κολόμβου έφεραν τον καπνό από την Αμερική στην Ευρώπη στις αρχές του 16^{ου} αιώνα. Η διάδοση του στα κοινωνικά στρώματα αλλά και στις γυναίκες συνοδεύτηκε γρήγορα από διαμαρτυρίες. Το 1661 η Ελβετία αλλά και άλλες χώρες της Ευρώπης απαγόρευσαν την χρήση του καπνού και επέβαλαν ποινές και άλλα αστυνομικά μέτρα για να περιορίσουν την εξάπλωση του. Οι διαμαρτυρίες για τη χρήση του καπνού ήρθαν γρήγορα σε αντίθεση με τις απόψεις ορισμένων επιστημόνων που υποστήριζαν ότι ο καπνός έχει θεραπευτικές ιδιότητες σε ορισμένες παθήσεις του σώματος.⁽⁷⁾ Έτσι οι ενδιαφερόμενοι της εποχής χωρίστηκαν σε δύο στρατόπεδα. Από τα μέσα του 18^{ου} αιώνα όπου και κατασκευάστηκαν τα πρώτα τσιγάρα, η συνήθεια του καπνίσματος απλώθηκε γρήγορα σε όλο τον κόσμο. Ο πρώτος παγκόσμιος πόλεμος συνοδεύτηκε από αλόγιστη χρήση του καπνού ενώ μετά το Β' παγκόσμιο πόλεμο οι γυναίκες ακολούθησαν με ενθουσιασμό.

Ο καπνός (εικ.1) καλλιεργείται σήμερα σε 100 περίπου χώρες σε διάφορες ποικιλίες. Υπάρχουν 3 βασικές ποικιλίες, από τις οποίες η μία έχει μακριά πλατιά φύλλα, και κοκκινωπά άνθη, η άλλη φύλλα ωσειδή και άνθη κίτρινα και η τρίτη φύλλα μισχωτά.⁽⁸⁾



Εικόνα 2: Ο καπνός (Νικοτιανή)

Πηγή: «Μάθετε για το Κάπνισμα, άγνοια σκοτώνει, 1988

Μετά την κοπή του τα φύλλα του καπνού τοποθετούνται σε ειδικούς κλιβάνους με καυτό αέρα ή κάτω από ειδικά υπόστεγα στον ήλιο έτσι ώστε να ξεραθούν γρήγορα και να υποστούν την απαραίτητη επεξεργασία.

Από τα ξερά φύλλα κατασκευάζονται διάφοροι τύποι καπνού για τσιγάρα, πούρα ή πίπα και ανάλογα πάντα με την ποικιλία.

Καλύτερη ποιότητα για τσιγάρα δίνουν τα φύλλα που βρίσκονται από τη μέση του κορμού και πάνω διότι περιέχουν περισσότερη ζάχαρη, νικοτίνες και πρωτεΐνες σε σχέση με τα κάτω φύλλα που περιέχουν περισσότερους υδρογονάνθρακες.

◆ Η ΧΗΜΙΚΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ

Κατά τη διαδικασία του καπνίσματος ο καπνός του τσιγάρου διακρίνεται: α) Στο κύριο ρεύμα, β) Στο παράπλευρο ρεύμα.

Το κύριο ρεύμα παράγεται κατά την εισρόφιση του καπνού από τον καπνιστή στη θερμή περιοχή του τσιγάρου και διεισδύει στους πνεύμονες του.

Το παράπλευρο ρεύμα παράγεται στο ενδιάμεσο χρονικό διάστημα και διαχέεται στο περιβάλλον.

Η χημική σύνθεση του καπνού εξαρτάται από το είδος και την ποιότητα του, το χαρτί και την ιδιότητα του φίλτρου να συγκρατεί ορισμένες ποσότητες σωματιδίων. Ο καπνός του τσιγάρου έχει βρεθεί ότι περιλαμβάνει περίπου 3.800 χημικές ενώσεις βαριά μέταλλα και ραδιενεργά στοιχεία.⁽⁹⁾

Κατά την καύση του τσιγάρου, η υψηλή θερμοκρασία που αναπτύσσεται στην άκρη του, (850-900°C) στην διάρκεια της εισπνοής, προκαλεί διάφορες οξειδωτικές αντιδράσεις που διαλύουν τις οργανικές ουσίες σε απλούστερα μόρια από τα οποία δημιουργούνται άλλες σύνθετες. Ουσίες που δεν υπήρχαν αλλά σχηματίζονται με την καύση του τσιγάρου είναι οι Νιτροζαμίνες και οι πολυκυκλικοί Αρωματικοί Υδρογονάνθρακες όπως το Βενζο-α-πυρένιο που είναι ισχυρή καρκινογόνος ουσία.⁽⁸⁾

◆ Η ΧΗΜΙΚΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΥΡΙΟΥ ΡΕΥΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ

Οι βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος οφείλονται κατά κύριο λόγο στο κύριο ρεύμα του καπνού του τσιγάρου.

Το κύριο ρεύμα αποτελείται κατά 58% από άζωτο και κατά 12% από οξυγόνο του αέρα που εισροφούνται κατά το κάπνισμα, κατά 13% από διοξείδιο του άνθρακα, κατά 3,5% από μονοξείδιο του άνθρακα, κατά 8% από στερεά και υγρά σωματίδια, κατά 5% από διάφορα αέρια συστατικά και κατά 0,5% από υδρογόνο.

Τα στερεά και υγρά σωματίδια είναι κυρίως χημικές ενώσεις. Η αέρια φάση του κυρίου ρεύματος αποτελείται από υδρογονάνθρακες, νερό, αλδεΐδες, κετόνες, νιτρίλια, εστέρες, αλκοόλες, ετεροκυκλικές ενώσεις και άλλες οργανικές ενώσεις.⁽⁹⁾

Στον παρακάτω πίνακα (πιν.1) παρουσιάζεται η περιεκτικότητα των κυριοτέρων χημικών ενώσεων του κυρίου ρεύματος του καπνού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Οι κυριότερες χημικές ενώσεις στο ΚΡ του καπνού ενός
τσιγάρου χωρίς φίλτρο

Ολικά στερεά	15-40 mg	N-Νιτροδωρονικοτίνη	200-300 ng
Μονοξείδιο του	10-23 mg	N-Νιτροδωδιαιθανολαμίνη	0-36 ng
Νικοτίνη	1, 0-2,3 mg	N-Νιτροδωαναβασίνη	0-150 ng
Ακεταλδεΐδη	0,5-1, 2 mg	N-Νιτροδωπυρρολιδίνη	0-150 ng
Οξικό οξύ	0,1-1,0 mg	N-Νιτροδωδιμεθυλαμίνη	2-20 ng
Ακετόνη	1 00-250 mg	N-Νιτροδωμεθυλαιθυλαμίνη	0-2,7 ng
Μεθανόλη	90-180 mg	N-Νιτροδωδιαθυλαμίνη	0-2,8 ng
Οξείδια αζώτου (NO _x)	100-600 mg	N-Νιτροδωδι-η-	0-1 ng
Μεθανοϊκό οξύ	80-600 mg	N-Νιτροδωπιπεριδίνη	0-9 ng
Υδροκυάνιο	400-500 mg	N-Νιτροδωδι-η-	0-3 ng
Υδροκινόνη	110-300 mg	Υδραζίνη	32-43 ng
Κατεχόλη	100-360 mg	Ουρεθάνη	20-38 ng
Αμμωνία	50-130 mg	Βινυλοχλωρίδιο	1,3-1, 6 ng
Βενζόλιο	20-50 mg	Βενζο(α)ανθρακένιο	20-70 ng
Ακρολεΐνη	60-100 mg	Βενζο(φ)φλουορανθένιο	4-22 ng
Φαινόλη	60-1 40 mg	Βενζο(φ)φλουορανθένιο	6-21 ng
Κροταναλδεΐδη	10-20 mg	Βενζο(α)πυρένιο	20-40 ng
Φορμαλδεΐδη	70-100 μ^ζ	Διβενζο(3,lt)ανθρακένιο	4 ng
Πυριδίνη	16-40 mg	Δινβενζο ^Λ , Οπυρένιο	1,7-3,2 ng
3-Μεθυλοπυριδίνη	20-36 mg	Ινδενo 1 ,2,3 cd πυρένιο	4-20 ng
2-Κρεζόλη	14-30 mg	5-Μεθυλογρουσένιο	0,6 ng
3- και 4-Κρεζόλη	40-80 mg	Διβενζο(α)ακριδίνη	2,7 ng
3- και 4-	31-45 mg	2-Ναφθυλαμίνη	1,7-22 ng
Καρβαζόλη		4- Αμινοδιφαινύλιο	2,4-4,6 ng
2-Νιτροπροπάνιο	0,2-2,2 mg	0-Τολουιδίνη	32-160 ng

Πηγή: Ιατρική. 54 1988

◆ Η ΧΗΜΙΚΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΑΡΑΠΛΕΥΡΟΥ ΡΕΥΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ

Η κύρια διαφορά στην χημική σύσταση του κύριου ρεύματος και του παράπλευρου ρεύματος του καπνού του τσιγάρου προέρχεται από το ότι η θερμοκρασία της κεφαλής του τσιγάρου κατά την διάρκεια του καπνίσματος φθάνει στους 800-900° C ενώ στο μεταξύ διάστημα πέφτει στους 600° C. Έτσι το αερόλυμα που εκλύεται στον αέρα υπόκειται σε αραιώσεις έτσι ώστε να σχηματίζονται σωματίδια μικρότερης διαμέτρου.⁽⁹⁾

Ο παρακάτω πίνακας (πιν.2) μας δίνει την ποσοτική διαφορά ανάμεσα στο κύριο και το παράπλευρο ρεύμα του καπνού του τσιγάρου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Συγκεντρώσεις ορισμένων ουσιών στο ΚΡ και ΠΡ του καπνού του τσιγάρου χωρίς φίλτρο, και η μεταξύ τους σχέση (ΠΡ:ΚΡ). Πρέπει να λάβουμε υπόψη τη σημαντική αραίωση που επέρχεται στο ΠΡ με τον αέρα του

Χημική Ένωση	ΚΡ του καπνού	ΠΡ:ΚΡ
<i>Αέρια φάση</i>		
Μονοξειδίο του άνθρακα	10-23 mg	2,5-4,7
Διοξειδίο του άνθρακα	20-60 mg	8-11
Βενζόλιο	12-48 μg	10
Φορμαλδεΰδη	70-100 μg	0,1-50
Ακρολεΐνη	60-100 μg	8-15
Πυριδίνη	16-40 μg	7-20
3-Βινυλοπυριδίνη	15-30 μg	20-40
Υδροκυάνιο	400-500 μg	0,1-0,25
Υδραζίνη	32 ηg	3,0
Μεθυλαμίνη	17,5-28,7 μ-	4,2-6,4
NO _x (οξειδία αζώτου)	1 00-600 μg	4-10
N-Νιτρωδοπυρρολιδίνη	6-30 ηg	6-30
N-Νιτρωδοδιμεθυλαμίνη	10-40 ηg	20-100
<i>Στερεά φάση (σωματίδια)</i>		
Νικοτίνη	1, 7-3,3 mg	1,8-3,3
Φαινόλη	60-140 μg	1,6-3,0
Ανιλίνη	360 ηg	30
2-Ναφθυλαμίνη	1,7ng	30
4- Α μινωδιφαινύλιο	4,6 ηg	31
Βενζο(α)ανθρακένιο	20-70 ηg	2,2-4
Βενζο(α)7ΐνρένιο	20-40 ng	2,5-3,5
N-Νιτρωδοδιαιθανολαμίνη	20-70 ηg	1,2
Κάδμιο	100 ng	3,6-7,2
Νικέλιο	20-80 ηg	0,2-3,0
Πολώνιο-210	0,03-0,5 pCi	1,06-3,7
<i>Πηγή: Ιατρική.54 1988</i>		

Οι συγκεντρώσεις χημικών ουσιών σε κλειστούς χώρους που προέρχονται από τον καπνό του τσιγάρου παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα, (πιν.3)

ΠΙΝΑΚΑΣ 3		
Συγκεντρώσεις χημικών ουσιών σε κλειστούς χώρους που προέρχονται από τον καπνό του τσιγάρου		
Ρύποι	Εσωτερικός χώρος	Συγκέντρωση (ανά πι³)
Οξείδιο αζώτου	εργασιακοί χώροι	39-345 µg
Διοξείδιο αζώτου	εργασιακοί χώροι	50 µg
Ακρολεΐνη	Δημόσιοι χώροι	25 µg
N-Νιτρωδοδιμεθυλαμίνη	(εστιατόρια, δημόσιοι χώροι και	0,001 -0,24 µg
N-Νιτρωδοδιαιθυλαμίνη		<0,01-0,2 µg
Βενζο(α)φλουορένιο		6-44 ng
Βενζο(α)πυρένιο		0,25-760 ηg
Βενζο(β)πυρένιο		<2-23 ng
Κορανένιο		0,2-5 ng
Φλουορανθένιο		50-116 ng
Νικοτίνη	πειραματική διάταξη:	
Νικοτίνη	υποβρύχια	15-35 µg
Νικοτίνη	δημόσιοι χώροι	1-16 µg
Νικοτίνη	εστιατόρια	3-10 µg
Νικοτίνη	εργασιακοί χώροι	1-13 µg
Στερεά Σωματίδια	αεροπλάνα	<120 mg
Στερεά Σωματίδια	εστιατόρια	233-986 µg
Στερεά Σωματίδια	εργασιακοί χώροι	1 30-960 µg
Πηγή: Ιατρική.54.1988		

Οι μετρήσεις που έχουν γίνει για τις συγκεντρώσεις των χημικών ενώσεων σε κλειστούς χώρους έχουν δείξει ότι είναι αρκετά υψηλές και επικίνδυνες για την υγεία του ανθρώπου.

◆ ΟΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΒΛΑΠΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΚΑΙ Η ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΤΟΥΣ ΔΡΑΣΗ

Οι κυριότερες από τις βλαπτικές ουσίες που εισπνέει ο καπνιστής είναι:

α) Νικοτίνη: Η καθαρή νικοτίνη είναι μία από τις πιο θανατηφόρες ουσίες που υπάρχουν. Ελάχιστες σταγόνες στην γλώσσα αρκούν για να προκαλέσουν θάνατο.⁽¹⁰⁾ Απορροφάται γρήγορα από την στοματική κοιλότητα και τους πνεύμονες και προκαλεί έκκριση κατεχολαμινών, αύξηση της πίεσης και της καρδιακής συχνότητας, βρογχοσυστολή και υπεργλυκαιμία.

β) Πίσσα: Είναι το ολικό σωματιδιακό υλικό του καπνού όταν αφαιρεθεί το νερό και η νικοτίνη. Αποτελείται από πολυκυκλικούς αρωματικούς υδρογονάνθρακες κυρίως, πολλοί από τους οποίους είναι καρκινογόνοι.

γ) Μονοξείδιο του άνθρακα: Απορροφάται από τις κυψελίδες. Συνδέεται με την αιμοσφαιρίνη και μειώνει έτσι την ικανότητα του αίματος να οξυγονώσει τους ιστούς.

δ) Οξείδιο των αζώτων: Πιθανόν ευθύνονται για την ανάπτυξη χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας.

ε) Πτητικές Ν-νιτροζαμίνες: Καρκινογόνες σε ζώα.

στ) Υδροκυάνιο και ακρολεΐνη: Επιδρούν στο κροσσωτό επιθήλιο και αναιρούν τη δράση του.⁽¹¹⁾

◆ ΝΙΚΟΤΙΝΗ ΚΑΙ ΕΘΙΣΜΟΣ

Η νικοτίνη δεν είναι καρκινογόνος ουσία. Στην χημική της σύνθεση είναι ελαιώδης αζωτούχος οργανική ένωση και ανήκει στην κατηγορία των αλκαλοειδών όπως η μορφίνη και η κοκαΐνη, γι' αυτό και εθίζεται πολύ εύκολα. Έτσι εξηγείται και η δυσκολία των συστηματικών καπνιστών να σταματήσουν το κάπνισμα.

Το επίπεδο της νικοτίνης στο αίμα καθορίζει αντίστοιχα και την φαρμακολογική εξάρτηση του καπνιστή. Με το κάπνισμα ενός τσιγάρου το επίπεδο νικοτίνης στο αίμα φθάνει στο 1-2 χιλιοστά του γραμμαρίου. Έτσι ένας καπνιστής 20 τσιγάρων την ημέρα έχει 20-40 χιλιοστά του γραμμαρίου νικοτίνης στο αίμα. (8) Οι καπνιστές τροποποιούν ασυνείδητα τη συχνότητα και το βάθος των εισπνοών κατά τη διάρκεια του καπνίσματος, ανάλογα με τη περιεκτικότητα του τσιγάρου, για να διατηρούν σταθερή την πρόσληψη της νικοτίνης.

Σύμφωνα με μελέτες, το όριο κάτω από το οποίο οι καπνιστές συναντούσαν πρόβλημα στην μείωση των τσιγάρων αντιστοιχεί σε 12-14 την ημέρα.⁽¹²⁾

Εκτός από τις ιδιότητες της νικοτίνης και του εθισμού που προκαλεί στους καπνιστές, υπάρχουν και κάποιοι άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τους καπνιστές στο να συνεχίσουν να καπνίζουν. Παράγοντες όπως:

α) Η διαφήμιση. Ο καπνιστής ταυτίζει τον εαυτό του με τα πρότυπα που του προσφέρουν οι διαφημιστικές εταιρείες.

β) Τα άτομα του φιλικού ή οικογενειακού περιβάλλοντος (φίλοι-σύζυγος).

γ) Ο αριθμός των τσιγάρων που καταναλώνεται σε μια μέρα. Όσο περισσότερα τσιγάρα καταναλώνει ο καπνιστής σε μια μέρα, τόσο πιο δύσκολα γίνεται η διακοπή του.

δ) Η αποδοχή των καπνιστών της εξάρτησης τους έτσι ώστε να αποθαρρύνονται από την προσπάθεια να το κόψουν.

ε) Συνήθεια-συνδυασμός του τσιγάρου με άλλες ουσίες (καφές-αλκοόλ).

στ) Το τσιγάρο αποτελεί για τους καπνιστές ένα μέσο με το οποίο αντιμετωπίζουν δυσάρεστα συναισθήματα όπως άγχος-stress.

ζ) Ευχάριστη χαλάρωση (ανταμείβοντας τον εαυτό τους με ένα τσιγάρο).

◆ ΣΤΕΡΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η αδυναμία που παρουσιάζουν οι συστηματικοί καπνιστές στο να διακόψουν το κάπνισμα οφείλεται κατά κύριο λόγο στα συμπτώματα στέρησης που εμφανίζονται λίγο μετά τη διακοπή του. Συνήθως τις πρώτες μέρες εμφανίζονται ναυτία, ζάλη, πολυφαγία, πονοκέφαλος, αυξήσεις της αρτηριακής πίεσης και ελάττωση της καρδιακής συχνότητας.^(12,14) Εκτός από τα σωματικά συμπτώματα, εμφανίζονται και ψυχικά συμπτώματα στέρησης όπως έντονη επιθυμία για κάπνισμα, ευερεθιστότητα, διάσπαση προσοχής, ανησυχία, άγχος και επιθετικότητα. Παρ'όλο το πλήθος των δυσάρεστων συμπτωμάτων βρέθηκε ότι ο ύπνος βελτιώνεται σε όσους διακόπτουν το κάπνισμα.⁽¹⁴⁾

Τα ευεργετικά αποτελέσματα από την διακοπή του καπνίσματος συνοψίζονται παρακάτω:

- Βελτίωση της αναπνοής και σταδιακή βελτίωση του βήχα.
- Βελτίωση της καρδιακής λειτουργίας.
- Βελτίωση της γενικής κατάστασης του οργανισμού.
- Μείωση του κινδύνου της καρδιοπάθειας και καρκίνου.
- Οικονομικό όφελος.
- Αίσθημα απελευθέρωσης και προσωπικής επιβεβαίωσης.
- Αίσθημα ότι είσαι δυνατότερος από το τσιγάρο, νικητής.

◆ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Από το 1975 η παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία-τα δυο γνωστότερα συστήματα ταξινόμησης των ψυχικών νόσων-κατατάσσουν το κάπνισμα ως ψυχική διαταραχή στην κατηγορία "*Διαταραχές χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών*", ως "*Εξάρτηση από τη νικοτίνη*". Οι πρώτες επιστημονικές αποδείξεις για τα ψυχολογικά συμπτώματα απόσυρσης από το κάπνισμα παρουσιάστηκαν στις αρχές της δεκαετίας του '60.⁽¹⁶⁾

Η μόνη διαφορά εξάρτησης από τον καπνό σε σχέση με άλλες ψυχοτρόπες ουσίες, είναι ότι προκαλεί μόνο προβλήματα σωματικής υγείας και όχι διαταραχή κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας του ατόμου.

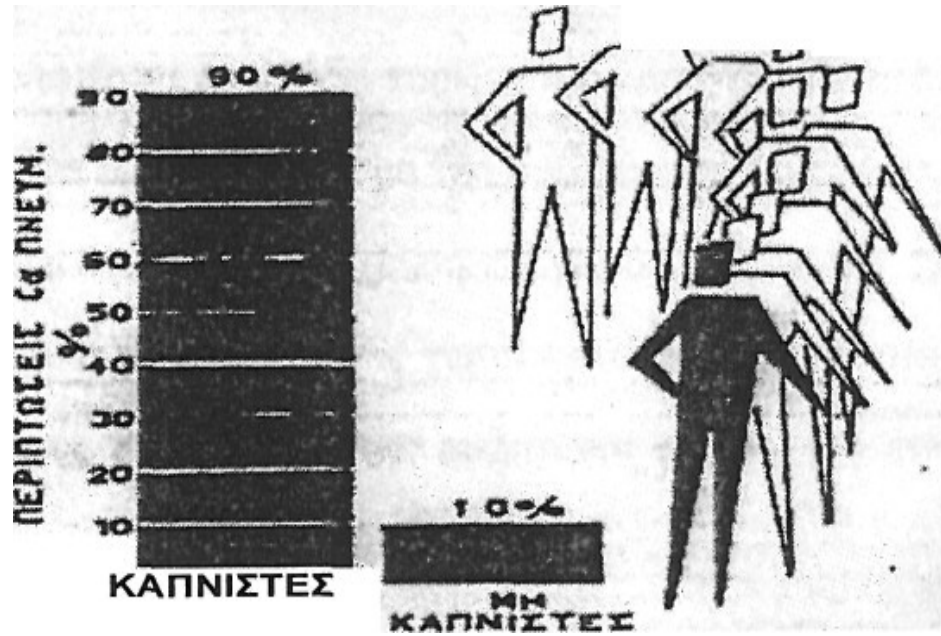
Ε Π Ι Π Τ Ω Σ Ε Ι Σ Σ Τ Η Ν Υ Γ Ε Ι Α

◆ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Η πρώτη άποψη ότι το κάπνισμα σχετίζεται με την ανάπτυξη του καρκίνου του πνεύμονα, ανήκει στον Muller το 1939. Έντεκα χρόνια μετά, τρεις ανεξάρτητες έρευνες έδειξαν ότι ενδέχεται το κάπνισμα να προκαλεί καρκίνο του πνεύμονα (Doll and Hill 1950, Levin et al 1950, Wynder and Graham 1950).⁽¹⁷⁾

Οι ερευνητές DOLL και HILL το 1952 και HAMMOKO και HORN 1958, βρήκαν ότι η σχέση ανάμεσα στους άνδρες καπνιστές προς μη καπνιστές που πέθαναν από καρκίνο του πνεύμονα ήταν 28 → 7:1. Ένας άνδρας που καπνίζει 20 τσιγάρα την ημέρα από την ηλικία των 20 ετών, όταν φθάσει στην ηλικία των 40 ετών, θα έχει την πιθανότητα να πάθει καρκίνο του πνεύμονα 4,4 φορές μεγαλύτερη στην ηλικία των 50 ετών, 9,2 στην ηλικία των 60.ετών 19,4 φορές μεγαλύτερη από έναν μη καπνιστή.^(17,18) Οι καπνιστές πούρου ή πίπας διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονα κατά 2,5-2,9 φορές. Όσον αφορά τις γυναίκες ο καρκίνος του πνεύμονα αυξάνει την τελευταία δεκαετία κατά 5% ετησίως και αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου από όλες τις κακοήθεις νόσους.⁽¹⁸⁾

Στις περισσότερες χώρες έχει διαπιστωθεί ότι 90 στους 100 θανάτους από καρκίνο του πνεύμονα οφείλονται στο κάπνισμα, (πιν.4)⁽⁸⁾

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ**Ca ΠΝΕΥΜ****Πίνακας 4.**

Πηγή: "Μάθετε για το κάπνισμα. Η άγνοια σκοτώνει"

◆ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ

Η διαδικασία μεταβολής ενός φυσιολογικού κυττάρου σε καρκινικό μέσα από ενδοκυτταρικές βιοχημικές μεταβολές είναι σχεδόν άγνωστη. Εκείνο που είναι γνωστό, είναι οι μορφολογικές μεταβολές που χαρακτηρίζουν ένα κύτταρο ως καρκινικό και ο τρόπος που αυτό συμπεριφέρεται.⁽⁸⁾

Η διαδικασία καρκινογένεσης σε σχέση με τις χημικές ουσίες του καπνού είναι η ακόλουθη:

Το κροσσωτό επιθήλιο στο εσωτερικό τοίχωμα των βρόγχων καταστρέφεται από τοξικές ουσίες που περιέχει ο καπνός όπως οι φαινόλες και το υδροκυάνιο. (Η κύρια λειτουργία του κροσσωτού επιθηλίου είναι η απομάκρυνση της βλέννας). Αποτέλεσμα αυτού είναι να μην απομακρύνεται η βλέννα και τα κυλινδρικά κύτταρα του κροσσωτού επιθηλίου να μεταβάλλονται σε πλακώδη, δημιουργώντας ένα μικρό κρατήρα, μέσα στον οποίο παραμένει η βλέννα. Στους καπνιστές η βλέννα αυτή περιέχει καρκινογόνες ουσίες, που με τον χρόνιο εθισμό προκαλούν την μετατροπή των κυττάρων σε καρκινικά. Κύριο χαρακτηριστικό αυτών είναι ο συνεχής άμετρος και άσκοπος πολλαπλασιασμός, που οδηγεί στην δημιουργία καρκινικού όγκου.

◆ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΛΑΡΥΓΓΟΣ-ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Έρευνα των Wingle et al 1980, έδειξε ότι στο 84% των ανδρών που αναπτύσσουν καρκίνο του λάρυγγα, η νόσος τους θα μπορούσε να αποδοθεί στο κάπνισμα. Ένας βαρύς καπνιστής έχει περίπου 40 φορές περισσότερες πιθανότητες από τους μη καπνιστές να αναπτύξει καρκίνο του λάρυγγα. (Herrity et al 1981). Η συσχέτιση της ασθένειας με το κάπνισμα έχει επιβεβαιωθεί και σε πειραματόζωα.⁽¹⁷⁾

Το κάπνισμα έχει θετική συσχέτιση και με τον καρκίνο του στόματος. Στους άνδρες εμφανίζεται κατά 92% και στις γυναίκες που καπνίζουν κατά 61%. Κυρίως εμφανίζεται καρκίνος της γλώσσας, των σιελογόνων αδένων, του στόματος και του φάρυγγος.⁽¹⁸⁾

Η λευκοπλακία θεωρείται σαν προκαρκινική κατάσταση από τους ερευνητές και αναφέρεται ότι 3-5% των περιπτώσεων εξελίσσεται σε καρκίνο.⁽¹⁹⁾

◆ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Μια από τις σημαντικότερες παθήσεις, στην εκδήλωση της οποίας συμμετέχει και το κάπνισμα είναι ο καρκίνος του οισοφάγου.

Σε χώρες όπου αυξάνεται η κατανάλωση καπνού αυξάνει αντίστοιχα και η επίπτωση του καρκίνου του οισοφάγου. Σύμφωνα με έρευνα των METTLIN και SON (1981) κίνδυνος ανάπτυξης της νόσου αυξάνει από 0,68 για τους μη καπνιστές σε 2,15 για καπνίζοντες άνω του ενός πακέτου ημερησίως.⁽¹⁹⁾

Άλλες επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι οι καπνιστές έχουν 2-10 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν την νόσο, ενώ ρόλο παίζει και ο αριθμός των τσιγάρων που καταναλώνονται ημερησίως.⁽¹⁸⁾

Το κάπνισμα πίπας αποτελεί πρόσθετο επιβαρυντικό παράγοντα και οδηγεί σε διπλασιασμό του σχετικού κινδύνου, ενώ το κάπνισμα υδροπίπας αποτελεί μεγαλύτερο παράγοντα κινδύνου απ' ότι το κάπνισμα τσιγάρων.⁽²⁰⁾

◆ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης και των νεφρών παρουσιάζει αύξηση από το 1950 και αποδίδεται κατά 50% στο κάπνισμα. Ο κίνδυνος ανάπτυξης της νόσου στα όργανα αυτά δεν μειώνεται με την διακοπή του καπνίσματος τόσο, όσο στα άλλα όργανα του οργανισμού.⁽¹⁸⁾

Ένας καπνιστής διατρέχει 1,5-3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξει την νόσο απ'ότι ένας μη καπνιστής. Το 40-60% των καρκίνων της ουροδόχου κύστης των ανδρών και το 25-35% των γυναικών αντίστοιχα οφείλεται στο κάπνισμα.⁽¹⁷⁾

◆ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΑΛΛΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Το κάπνισμα φαίνεται να ενοχοποιείται για την ανάπτυξη καρκίνου και σε άλλα όργανα του ανθρώπινου σώματος σε συνδυασμό και με άλλους παράγοντες.

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του παγκρέατος είναι σχεδόν διπλάσιος σε

καπνιστές σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, ενώ η μέση ηλικία εμφάνισης της νόσου είναι κατά 10-15 έτη μικρότερη στους καπνιστές.⁽²¹⁾

Σύμφωνα με έρευνες η συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι τρεις φορές μεγαλύτερη στις γυναίκες που καπνίζουν, ενώ στις Η.Π.Α. το 30% των περιστατικών ενοχοποιεί το τσιγάρο.^(17,18)

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Γαλλία οι ερευνητές παρατήρησαν ότι οι καπνιστές έχουν σχεδόν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο δέρματος (ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα) σε συνδυασμό με την υπερϊώδη ακτινοβολία.⁽²²⁾

◆ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΝΔΡΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

Η ανδρική ανικανότητα επηρεάζεται από το κάπνισμα όπως φαίνεται από έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο πανεπιστήμιο του Kentucky από τον Έλληνα γιατρό Π.Ζαβό. Μελετήθηκε η επίδραση του καπνίσματος στην ερωτική ζωή των ανδρών, σε 300 ζευγάρια. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας οι άνδρες αυτοί έχουν μεγαλύτερες δυσκολίες στο να τεκνοποιήσουν και αντιμετωπίζουν προβλήματα στην ερωτική συνεύρεση με τις συζύγους τους.⁽²²⁾

Σύμφωνα με έρευνα της Α.8.Η. η ανδρική ανικανότητα επηρεάζεται κατά 24-30% από το κάπνισμα.⁽²³⁾

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

◆ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η προσπάθεια ελέγχου των κακοηθών νεοπλασμάτων πρέπει να επικεντρωθεί στην πρόληψη εμφάνισης, στην ανίχνευση καθώς και στην έγκυρη διάγνωση. Η πρόληψη χωρίζεται σε : α) πρωτογενή β) δευτερογενή γ) τριτογενή

A. Πρωτογενής πρόληψη:

1. Προετοιμασία του πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων παραγόντων για την υγεία
2. Η Αγωγή Υγείας του πληθυσμού σε θέματα σχετικά με τις κακοήθειες νεοπλασίες βοηθάει στην πρόληψή τους.
3. Προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με την λήψη μέτρων από την Πολιτεία σε εθνικό αλλά και διεθνές επίπεδο.

B. Δευτερογενής πρόληψη:

Η δευτερογενής πρόληψη επιτυγχάνεται όταν λαμβάνεται κάθε μέτρο ώστε να διαγνωστούν τα κακοήθη νεοπλάσματα έγκαιρα και να αντιμετωπιστούν.

Γ. Τριτογενής πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη αποσκοπεί στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής ενός ατόμου που βρίσκεται σε νοσηρή κατάσταση. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα από ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και από την άμεση επαφή του νοσηλευτή με το άτομο ώστε να το βοηθήσει να αποδεχτεί ο ίδιος αλλά και η οικογένεια του την κατάσταση της υγείας του και να συμμορφωθεί με την θεραπευτική αγωγή.

Για την επιτυχή πρόληψη οι δυσκολίες είναι πολλές. Οικονομικοί λόγοι, προκατάληψη, άγνοια, φόβος θεωρία χάσιμο χρόνου, αποστροφή να πάει κανείς στον γιατρό εφόσον αισθάνεται καλά.

Η ανίχνευση «στο λανθάνον», δηλαδή ασυμπτωματικό στάδιο, των

φαινομενικά υγιών ατόμων γίνεται με τις ακόλουθες εξετάσεις:

1. Ολοκληρωμένο ιστορικό (ατομικό, οικογενειακό).
2. Γενική φυσική εξέταση.
3. Αιματολογικός έλεγχος.
4. Ακτινολογικός έλεγχος.
5. Ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος.

Σημαντικός όμως είναι ο ρόλος της Νοσηλευτικής στην πρόληψη των κακοηθών νεοπλασιών. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος και περιλαμβάνει:

1. Διαφώτιση του πληθυσμού σε θέματα υγείας και ειδικά συγκεκριμένων ομάδων με χαμηλό πνευματικό επίπεδο, άτομα σε απομακρυσμένες περιοχές, άτομα ηλικιωμένα.
2. Συμμετοχή του νοσηλευτή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τις κακοήθεις νεοπλασίες με στόχο τον εμπλουτισμό των γνώσεων και κατ' επέκταση την καλύτερη αντιμετώπιση αυτών των παθήσεων.
3. Ενημέρωση συγκεκριμένων ομάδων υγείας και εκμάθηση μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα να εκτεθούν σε καρκινογόνους παράγοντες.
4. Ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντος του. Μεγάλο είναι το έργο και πολύτιμη η βοήθεια που προσφέρει σ' αυτόν τον τομέα ο θεσμός της Κοινωνικής Νοσηλευτικής και τα αποτελέσματα ευρεία.⁽²⁴⁾

◆ ΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΜΕΣΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Σκοπός της θεραπείας των κακοηθών νεοπλασμάτων είναι η ριζική καταστροφή τους. Οι κυριότεροι μέθοδοι θεραπείας είναι:

1. Η χειρουργική μέθοδος.
2. Η χημειοθεραπεία.
3. Η ακτινοθεραπεία.

4. Η ανοσοθεραπεία.

Σε ορμονοεξαρτώμενους όγκους μπορεί να συμβάλλει και η ορμονοθεραπεία. Κάθε μέθοδος χρησιμοποιείται μόνη της ή σε συνδυασμό με τις άλλες.⁽²⁵⁾

Συγκεκριμένα η θεραπεία του **καρκίνου του πνεύμονα** περιλαμβάνει:

➤ **Χειρουργική θεραπεία:**

Η χειρουργική εκτομή είναι η προτιμότερη μέθοδος για αρρώστους με εντοπισμένους όγκους χωρίς μεταστάσεις και επαρκή καρδιοπνευμονική λειτουργία. Η πιο συνηθισμένη χειρουργική μέθοδος είναι η λοβεκτομή και είναι δυνατόν να γίνει και πνευμονεκτομή.

➤ **Ακτινοθεραπεία:**

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να επιφέρει ίσως ίαση σε μικρό αριθμό αρρώστων και χρησιμοποιείται ως ανακουφιστική θεραπεία για την μείωση του μεγέθους του όγκου και την μείωση πίεσης στα ζωτικά όργανα.

➤ **Χημειοθεραπεία:**

Χρησιμοποιείται για θεραπεία αρρώστων με μεγάλες μεταστάσεις και σε συνδυασμό με χειρουργική εκτομή και ακτινοθεραπεία.

Η θεραπεία του **καρκίνου του λάρυγγα** περιλαμβάνει:

➤ **Χειρουργική θεραπεία:**

Γίνεται όταν η έκταση του όγκου ακινητοποιεί μία από τις δύο χορδές ή επεκτείνεται πάνω ή κάτω από τον λάρυγγα. Μπορεί να είναι μερική ή ολική εκτομή του λάρυγγα.

➤ **Ακτινοθεραπεία:**

Αν ο όγκος εντοπίζεται στην γνήσια φωνητική χορδή χωρίς να περιορίζει την κίνηση της τότε η θεραπεία με ακτινοθεραπεία ενδείκνυται.⁽²⁶⁾

Η θεραπεία του **καρκίνου του στόματος** περιλαμβάνει:

➤ **Χειρουργική θεραπεία:**

Η πιο συνηθισμένη θεραπεία είναι η χειρουργική αφαίρεση της καρκινοματώδους εστίας καθώς και ο ριζικός καθαρισμός, αν είναι ανάγκη.

➤ **Ακτινοβολία:**

Χρησιμοποιείται σε ορισμένους τύπους καρκίνου, με ή σε συνδυασμό με χειρουργική επέμβαση.

Η θεραπεία του **καρκίνου τον οισοφάγου** περιλαμβάνει:

➤ **Χειρουργική θεραπεία:**

Ο τύπος της χειρουργικής επέμβασης εξαρτάται από το στάδιο του καρκίνου και την κατάσταση του αρρώστου.

➤ **Ακτινοβολία:**

Γίνεται κατόπιν εκτομής του νεοπλάσματος.⁽²⁷⁾

Η θεραπεία του καρκίνου της **ουροδόγου κύστεως** περιλαμβάνει την χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία παρηγορητικά ή σε συνδυασμό με τη χειρουργική επέμβαση.

Η θεραπεία του **καρκίνου των νεφρών** περιλαμβάνει:

1. Ριζική νεφρεκτομή.
2. Χημειοθεραπεία.
3. Ορμονοθεραπεία.
4. Ιντερφερόνη.
5. Ανοσοθεραπεία.⁽²⁶⁾

◆ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σημαντικός είναι ο ρόλος της Νοσηλευτικής στην εφαρμογή των θεραπευτικών μέτρων. Δηλαδή στην εφαρμογή της χειρουργικής θεραπείας, της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας. Συγκεκριμένα η χειρουργική θεραπεία χωρίζεται σε:

α) Προεγχειρητική ετοιμασία και

β) Μετεγχειρητική ετοιμασία

του αρρώστου. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς περιλαμβάνει:

Τόνωση του ηθικού του ασθενούς.

Επιτυγχάνεται με την προσπάθεια του νοσηλευτή.

1. Να ανακαλύψει και να ικανοποιήσει τις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς.
2. Να καταλάβει τον ασθενή και να συμμεριστεί την θέση του.

Τόνωση σωματική.

Επιτυγχάνεται με:

- Διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες φτωχό σε λίπη.
- Παρεντερική χορήγηση θεραπευτικών συστατικών.
- Έλεγχος των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών για την επάρκεια του οργανισμού σε υγρά.
- Καθαριότητα του ασθενούς: Καθαρισμός του εντερικού σωλήνα με τη χρήση καθαρτικών φαρμάκων ή με καθαρτικό υποκλύσμο.
- Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς: Αυτή επιτυγχάνεται με το λουτρό σώματος καθώς και ειδικότερα του σημείου της επεμβάσεως.
- Εξασφάλιση επαρκούς ύπνου.

◆ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΕ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ

Η μετεγχειρητική προετοιμασία μετά από μία χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει:

- Υποδοχή του ασθενούς και κατάλληλη τοποθέτηση στο κρεβάτι του.
- Προφύλαξη του ασθενούς από ρεύματα αέρα.
- Έλεγχος των ζωτικών σημείων του.
- Έλεγχος των τυχόν παροχетеύσεων που μπορεί να φέρει ο ασθενής.
- Έλεγχος της κατάστασεως του τραύματος.
- Προφύλαξη του αρρώστου από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.
- Ανακούφιση από τον μετεγχειρητικό πόνο.
- Καθαριότητα του ασθενούς.
- Συχνές αλλαγές της θέσεως του.⁽²⁸⁾

◆ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Σημαντικός είναι ο ρόλος του Νοσηλευτή κατά την εφαρμογή της χημειοθεραπείας.

Συγκεκριμένα:

1. Προσφέρεται στον ασθενή και το άμεσο οικογενειακό του περιβάλλον ό,τι έντυπη πληροφορία υπάρχει για την χημειοθεραπεία.
2. Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μαθήσεως κατά την εκπαίδευση του ασθενούς ώστε να μπορέσει να αποδεχτεί, εφαρμόσει την θεραπεία.
3. Ενημερώνεται ο ασθενής ότι με την χρήση των κυτταροστατικών φαρμάκων καταστρέφονται μαζί με τα κακοήθη κύτταρα και υγιή. Επίσης διδάσκεται για τις ανεπιθύμητες και τοξικές παρενέργειες των φαρμάκων.
4. Γίνεται προσέγγιση του αρρώστου από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας στην οποία συμμετέχει και η οικογένεια του για να τον βοηθήσουν να ξεπεράσει τυχόν φόβους και να λυθούν απορίες που ο ίδιος έχει.
5. Γίνεται γενικά αξιολόγηση του αρρώστου για την θρέψη του, την ενυδάτωση του, την κατάσταση του δέρματος της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας, της συναισθηματικής του κατάστασης. Λαμβάνεται επίσης ιστορικό ατομικό, καθώς και οικογενειακό για χειρουργικές επεμβάσεις ή χημειοθεραπειών.⁽²⁴⁾

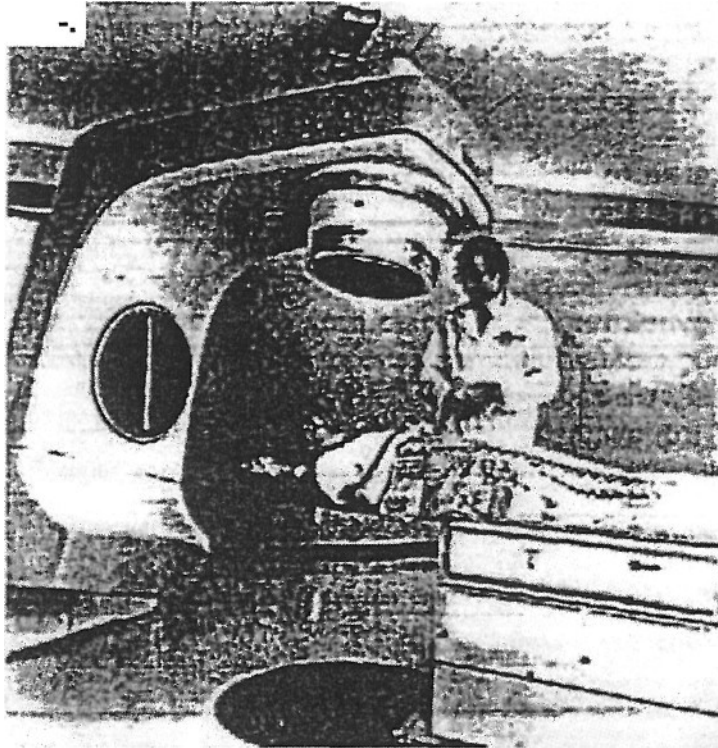
◆ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες του νοσηλευτή που νοσηλεύει ασθενή στον οποίο εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία είναι πολύ αυξημένες. Συγκεκριμένα:

1. Ενημέρωση του αρρώστου για την θεραπεία.
2. Προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου κατά την διάρκεια της θεραπείας.
3. Εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό του.
4. Η ψυχολογική τόνωση και υποστήριξη του ασθενούς πριν, κατά τη διάρκεια

της θεραπείας, και μετά το τέλος αυτής.

Στην παρακάτω εικόνα (εικ.2) απεικονίζεται ένα μηχάνημα που χρησιμοποιείται για την εφαρμογή της ακτινοθεραπείας.⁽²⁴⁾



Μηχάνημα για την εφαρμογή ακτινοθεραπείας

Εικόνα 3.

Πηγή: Νοσηλευτική Παθολογική-Χειρουργική, Τόμος Β', Μέρος 2^ο 1993.

◆ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟ ΠΟΥ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΓΕΝΙΚΑ

Όλοι οι άρρωστοι έχουν ανάγκη από ειδική νοσηλευτική φροντίδα. Όμως οι άρρωστοι που πάσχουν από κακοήθεις νεοπλασίες έχουν ανάγκη από αυξημένη νοσηλευτική φροντίδα λόγω της ιδιομορφίας που παρουσιάζει η συγκεκριμένη νόσος και έχει άμεση επίδραση τόσο στο σώμα αλλά και στον ψυχισμό των ασθενών. Συγκεκριμένα:

- ▶ Δημιουργία κατάλληλων συνθηκών ώστε ο ασθενής να νιώσει άνετα και παράλληλα να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του.

- ▶ Προστασία του άρρωστου ώστε να μην εκτίθεται στο περιβάλλον κατά τη διάρκεια της νοσηλείας με την χρήση παραβάν.
- ▶ Κατάλληλο περιβάλλον ώστε ο άρρωστος να νιώθει ασφαλής δείχνοντας του ευγένεια και παρέχοντας του θαλπωρή.
- ▶ Προτροπή του αρρώστου να ενεργεί με τον δικό του ξεχωριστό τρόπο όπου είναι ευχάριστο για τον ίδιο και όχι επιζήμιο γν αυτόν.
- ▶ Ο ασθενής αντιλαμβάνεται την στάση του νοσηλευτή. Το να γνωρίζει ότι ο νοσηλευτής είναι θετικός απέναντι τόσο στον ίδιο αλλά και στην αρρώστια του είναι σημαντικό.
- ▶ Προσεκτική συμπεριφορά και κατανόηση στον άρρωστο ώστε να του δείξουμε την ευχάριστη όψη της ζωής.
- ▶ Δίνεται έμφαση ιδιαίτερα στην καθαριότητα του ασθενούς, για να μην νιώθει παραμελημένος λόγω της πάθησης του και προσπάθεια να προτρέψουμε τον ίδιο να λάβει μέρος σ'αυτήν εφόσον η κατάσταση του το επιτρέπει.
- ▶ Συχνά αλλαγή θέσεως του αρρώστου στο κρεβάτι.
- ▶ Ενθάρρυνση του άρρωστου να σηκώνεται από το κρεβάτι εφόσον αυτό επιτρέπεται.
- ▶ Καλή διατροφή και ενυδάτωση του αρρώστου. Έλεγχος του ισοζυγίου.
- ▶ Χρησιμοποίηση των κατάλληλων νοσηλευτικών μέτρων για την πρόληψη τυχόν επιπλοκών.
- ▶ Ενίσχυση-το γρηγορότερο δυνατόν-της αποκατάστασης του αρρώστου, εφόσον η αναπηρία είναι προϊόν της νόσου.⁽²⁴⁾

Στην παρακάτω εικόνα (εικ.3) απεικονίζεται η σχέση μεταξύ νοσηλεύτριας και αρρώστου.



Εικόνα 4.

Πηγή: Βασική Νοσητική "Μία βιοψυχο-κοινωνική προσέγγιση", 1996. (29)

ΚΑΠΝΙΣΜΑ & ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

◆ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Το κάπνισμα των τσιγάρων αποτελεί την μεγαλύτερη αιτία πρόωμων θανάτων για τα αναπτυγμένα οικονομικά κράτη. Το κάπνισμα μαζί με την υπέρταση, υπερχοληστεριναιμία, και το σακχαρώδη διαβήτη ενοχοποιείται για 350.000 θανάτους ετησίως σε συνολικό αριθμό 2.000.000 θανάτων ετησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (office on Smoking and Health U.S.A. 1983).⁽³¹⁾

Διάφορες έρευνες έδειξαν ότι οι καπνιστές έχουν τριπλάσια συχνότητα καρδιαγγειακής νόσου από τους μη καπνιστές, ενώ όσον αφορά τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια μέσα από μελέτη στην οποία συμμετείχαν 350.977 άνδρες έδειξε ότι το κάπνισμα σχετίζεται με όλες τις μορφές ΑΕΕ.⁽³⁰⁾

◆ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΒΛΑΒΗΣ

Η δράση της νικοτίνης και του μονοξειδίου του άνθρακα προκαλεί κατά κύριο λόγο καρδιαγγειακή ανεπάρκεια, στεφανιαία νόσο, και άλλες περιφερικές αγγειοπάθειες.⁽⁸⁾

Η δράση και το μονοξείδιο του άνθρακα «συνεργάζονται» στην υποξυγόνωση των ιστών και των οργάνων του σώματος, με κύρια δράση, της μεν νικοτίνης στο κεντρικό σύστημα και τα επινεφρίδια και του δε μονοξειδίου του άνθρακα με την υποξυγόνωση του μυοκαρδίου και των άλλων ιστών και οργάνων και κυρίως του ήπατος, που προκαλεί αύξηση της ελεύθερης χοληστερίνης στο αίμα και διευκολύνει στον σχηματισμό αθηρωματικών αλλοιώσεων στο τοίχωμα μικρών και μεγάλων αρτηριακών κλάδων.

Αποτέλεσμα της δράσεως αυτής είναι η δημιουργία καρδιακής ανεπάρκειας, στεφανιαίας νόσου και άλλων περιφερικών αγγειοπαθειών.

Συγκεκριμένα στην καρδιακή ανεπάρκεια η καρδιά για να αντιμετωπίσει τις αυξημένες αντιστάσεις, αναγκάζεται να επιταχύνει τον ρυθμό των καρδιακών παλμών (ταχυκαρδία) και να αυξήσει ακόμη περισσότερο την πίεση του αίματος για να καλύψει

τις απαιτήσεις σε οξυγόνο.

Ο καρδιακός μυς με τον χρόνο υπερτρέφεται και από ένα σημείο και μετά το μυοκάρδιο κάμπτεται με αποτέλεσμα να παρατηρούνται τα πρώτα συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας.⁽⁸⁾

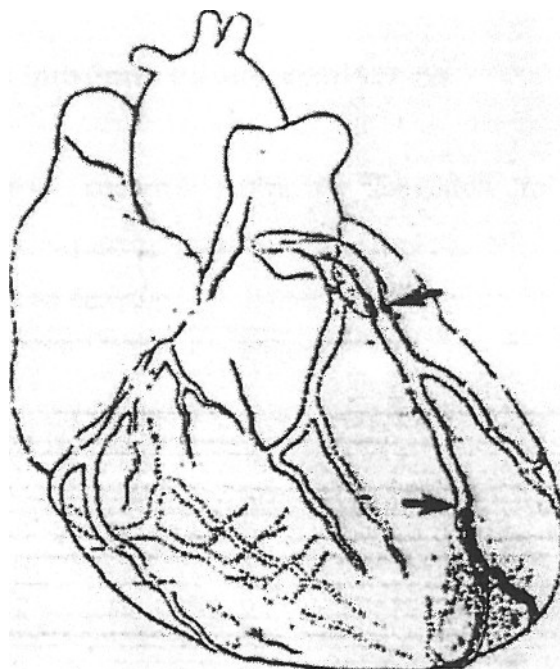
Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ) οι καρδιοπάθειες αποτελούν σήμερα την συχνότερη αιτία θανάτου με ποσοστό 62% μέσα στο οποίο τα 25-30% οφείλονται σε ισχαιμία του μυοκαρδίου (στεφανιαία νόσος) από το κάπνισμα.⁽⁸⁾

Ο κίνδυνος ανάπτυξης της στεφανιαίας νόσου αυξάνει με την αύξηση της καταναλώσεως καπνού, ανεξάρτητα από τους άλλους γνωστούς προδιαθεσιακούς παράγοντες όπως η υπέρταση, υπερχοληστεριναιμία. Η στεφανιαία νόσος εκδηλώνεται με τη μορφή της στηθάγχης, του οξέος εμφράγματος ή του αιφνίδιου θανάτου.

Οι καπνιστές στο σύνολο τους, έχουν 70% μεγαλύτερη πιθανότητα να πάθουν έμφραγμα του μυοκαρδίου από τους μη καπνιστές. (Koning et al 1983).⁽³¹⁾

Στην στεφανιαία νόσο παρατηρείται στην πάχυνση του τοιχώματος, την στένωση ή και την απόφραξη ενός ή περισσότερων μικρών κλάδων των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς.

Η στένωση μπορεί να είναι παροδική αν οφείλεται σε σπασμό ή μόνιμη όταν οφείλεται σε αθηρωμάτωση του τοιχώματος και εμβολή του αυλού από κάποιο μικρό θρόμβο. Στην παρακάτω εικόνα (εικ.4), απεικονίζεται η στένωση της στεφανιαίας αρτηρίας (άνω βέλος). Επίσης στο κάτω μέρος απεικονίζεται η πλήρης απόφραξη του κλάδου (κάτω βέλος).⁽¹⁸⁾



Αθηρωματική στένωση του πρόσθιου κλάδου της στεφανιαίας αρτηρίας (άνω βέλος) με στηθαγχικό πόνο. Στο κάτω μέρος (κάτω βέλος) έχει γίνει πλήρης απόφραξη του κλάδου (έμφραγμα-μαύρη περιοχή).

Εικόνα 4.

Πηγή: "Μάθετε για το κάπνισμα. Η άγνοια σκοτώνει"

Πενήντα στους εκατό θανάτους που οφείλονται σε στεφανιαία νόσο είναι αιφνίδιοι (Kannel and Thomas 1982) και αποτελούν την πρώτη εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου. Οι καπνιστές έχουν τριπλάσια πιθανότητα αιφνίδιου θανάτου από τους μη καπνιστές (Gersh et al 1983) και αυτό γιατί το κάπνισμα αυξάνει τον καρδιακό αυτοματισμό και μειώνει τον ουδό της κοιλιακής μαρμαρυγής.⁽³¹⁾

Αναφορικά με τους μηχανισμούς με τους οποίους το κάπνισμα προδιαθέτει στην εμφάνιση ισχαιμικής καρδιοπάθειας και έμφραγμα του μυοκαρδίου, αυτά συνοψίζονται στα εξής:

α) Επανελημμένα επεισόδια συστηματικού και στεφανιαίου αγγειοσπασμού.

β) Αυξημένες πυκνότητες ελευθέρων λιπαρών οξέων LDL-χοληστερόλης.

γ) Αυξημένη συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων.⁽³⁰⁾

Ένα σημαντικό ποσοστό καπνιστών διακόπτει το κάπνισμα μετά από επεισόδιο οξέως εμφράγματος μυοκαρδίου. Ωστόσο, το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού συνεχίζει να καπνίζει.

◆ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) είναι κατά σειρά συχνότητας αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια και τον καρκίνο.

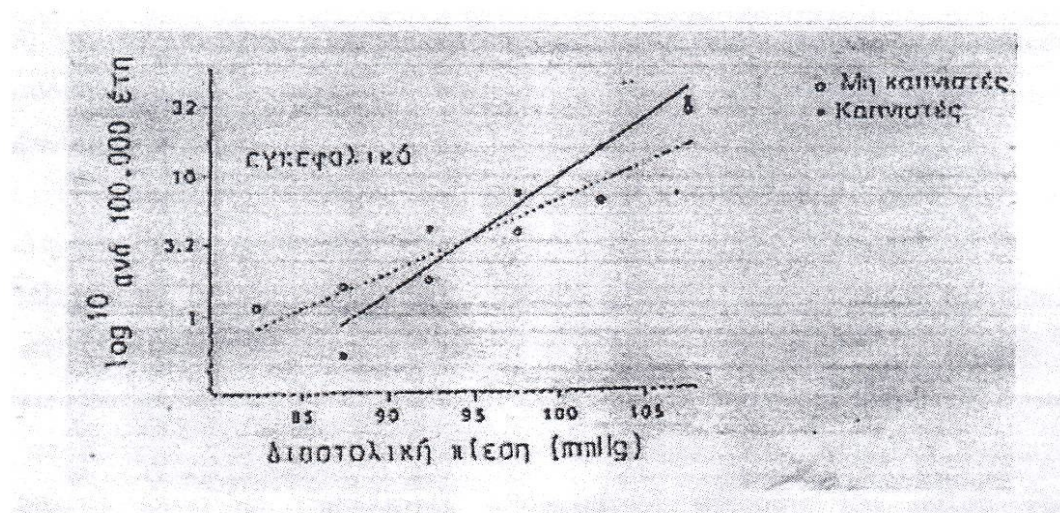
Με την πρόοδο της ηλικίας αυξάνεται η συχνότητα των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, ενώ η συχνότητα στον γενικό πληθυσμό είναι 1,5-2,0 % αυξάνεται κατά εκθετικό τρόπο με την πάροδο της ηλικίας, ώστε σε άτομο ηλικίας > 80 ετών η συχνότητα των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων να φτάνει το 20%. (30) Σε 4.255 υγιή άτομα της μελέτης «Framingham Heart Study» τα οποία παρακολουθούν επί 26 έτη βρέθηκε στενή σχέση μεταξύ του καπνίσματος και του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου.⁽³²⁾

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 1990 και περιελάμβανε 118.539 γυναίκες ηλικίας 30-55 ετών, βρέθηκε σαφής συσχέτιση του καπνίσματος και του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου που ήταν ανάλογη με τον αριθμό της ημερήσιας κατανάλωσης τσιγάρων. Ειδικότερα οι γυναίκες που κάπνιζαν έως 14 τσιγάρα ημερησίως είχαν σχετικό κίνδυνο 2,2 ενώ πάνω από 25 τσιγάρα ο κίνδυνος αυξανόταν σε 3,7 σε σύγκριση με τις μη καπνίστριες.

Σε παρόμοια μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 1991 που περιελάμβανε 6.377 άτομα ηλικίας 40 έως 64 ετών βρέθηκε ότι το 37% των ανδρών κάπνιζε feat το 23% των γυναικών ακολουθούσε σε συσχέτιση του καπνίσματος ως παράγοντα κινδύνου του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου.

Βρέθηκε ότι οι καπνιστές με φυσιολογική διαστολική αρτηριακή πίεση είχαν τον ίδιο κίνδυνο προσβολής σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Αντίθετα σε διαστολική υπέρταση ο κίνδυνος των καπνιστών ήταν διπλάσιος έναντι εκείνων που δεν κάπνιζαν.⁽³²⁾

Στον παρακάτω πίνακα (πιν.5) απεικονίζεται η συχνότητα αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων σε σχέση με την διαστολική αρτηριακή πίεση καπνιστών και μη καπνιστών.



Συχνότητα αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων σε σχέση με την διαστολική αρτηριακή πίεση καπνιστών και μη-καπνιστών – *Am. Heart J.* 1988, 115: 282-288

Πίνακας 5.

Πηγή: "Διερεύνηση παραγόντων-κινδύνων αγγειακών εγκ.επεισοδίων, 1994.

Στο σύνολο των καπνιστών η πιθανότητα προσβολής από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι 1,4 για τους άνδρες και 1,6 για τις γυναίκες σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Η πιθανότητα προσβολής από θρομβωτικό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι περισσότερο για τους άνδρες 1,6 και για τις γυναίκες 1,9.⁽³²⁾

◆ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΥΝΤΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ

Όπως για την εμφάνιση ισχαιμικής καρδιοπάθειας και αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και για την δημιουργία αθηροσκληρυντικής αγγειοπάθειας ενοχοποιείται το κάπνισμα.⁽³⁰⁾

Η δράση της νικοτίνης και μονοξειδίου του άνθρακα επεκτείνεται σε ολόκληρο το αρτηριακό δίκτυο.

Αποτέλεσμα της δράσης αυτών είναι οι θρομβο-εμβολικές αποφράξεις, οι στενώσεις από αθηρωματικές αλλοιώσεις και ακόμα οι ρήξεις του τοιχώματος, τριχοειδών ή μεγάλων

αρτηριακών κλάδων. Όλες αυτές οι αλλοιώσεις που προαναφέρθηκαν έχουν σαν αποτέλεσμα την δημιουργία παθολογικών καταστάσεων όπως τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ημιπληγία), αθηρωματική στένωση του αυλού των καρωτίδων, αύξηση συστολικής και διαστολικής πίεσεως, στένωση των λαγόνιων αρτηριών και των αρτηριών των κάτω άκρων, ή τέλος όταν η απόφραξη είναι πλήρης έχουμε περιφερική νέκρωση που συχνά οδηγεί σε ακρωτηριασμό.

Επίσης τέτοιες αλλοιώσεις παρατηρούνται και στους κλάδους της οφθαλμικής αρτηρίας με την εμφάνιση στενώσεων ή ενδοφθalmικών αιμορραγιών που προκαλούν ανωμαλίες στην όραση.⁽⁸⁾

◆ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΕΣ

Σε όλον τον κόσμο, το κάπνισμα είναι η μεγαλύτερη αιτία της χρόνιας βρογχίτιδας και του πνευμονικού εμφύσηματος. Μετά από χρόνια μπορεί να εμφανιστεί σε αυτούς που πάσχουν από χρόνιες πνευμονοπάθειες χρόνια πνευμονική καρδιά ή κακοήθης νεοπλασία του πνεύμονα με αποτέλεσμα την επιδείνωση της δύσπνοιας και την εμφάνιση θανάτων.⁽³³⁾

Η χρόνια βρογχίτιδα χαρακτηρίζεται από απόχρεμψη για 3 μήνες επί δύο συνεχή έτη και το πνευμονικό εμφύσημα από μόνιμη καταστροφή του αεροχώρου πέραν των τελικών βρογχιολίων.

Στο 90% των ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια θα εμφανίσει το 20% των καπνιστών.

Από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια πάσχει περίπου το 5% του γενικού πληθυσμού και το 20% των υπερηλίκων.

Αποτελεί την τέταρτη αιτία θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Υπολογίζεται ότι το 1980 οι νέοι ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια αυξήθηκαν κατά 32% περίπου.

Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι πάσχουν από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια περίπου 150.000 άνθρωποι. Υπάρχει μια διαφορά στην διάγνωση ανάμεσα στην χρόνια βρογχίτιδα και το πνευμονικό εμφύσημα. Εάν ο ασθενής παρουσιάζει καθημερινά απόχρεμψη τουλάχιστον 60 cm³ για 3 μήνες, επί 2 συνεχή έτη, τότε πάσχει από χρόνια βρογχίτιδα.

Στην παρακάτω εικόνα (εικ.5) απεικονίζεται ο χαρακτηριστικός βήχας μιας

ασθενούς που πάσχει από χρόνια βρογχίτιδα.

Σε αναλογία 60% των αρρώστων που πάσχουν από πνευμονικό εμφύσημα, συνυπάρχει και χρόνια βρογχίτιδα.⁽³⁴⁾ Σε αντίθεση με τη διάγνωση της χρόνιας βρογχίτιδας η οποία είναι κλινική, η διάγνωση του πνευμονικού εμφυσήματος είναι παθολογοανατομική.



Εικόνα 5

Πηγή: "Μαθαίνο για το κάπνισμα. Η άγνοια σκοτώνει", 1988.

Η έγκαιρη διάγνωση των ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια θα οδηγούσε στην διακοπή του καπνίσματος και στην κατάλληλη υποστήριξη αυτών των ασθενών, με αποτέλεσμα την αύξηση της επιβίωσης και την βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Η δημιουργία μονάδων με εξειδικευμένο προσωπικό και εξοπλισμό θα βοηθούσε στην αναγνώριση του προβλήματος. Οι μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης που λειτουργούν σήμερα στην χώρα μας δεν έχουν τον απαραίτητο εξοπλισμό για την έγκαιρη διάγνωση των χρόνιων πνευμονοπαθειών.

Η σύνδεση των μονάδων αυτών με τα πνευμονολογικά τμήματα δεν φαίνεται να είναι ικανοποιητική.

Αν και η Ελλάδα συμπεριλαμβάνεται στις χώρες με αυξημένες επιπτώσεις καπνίσματος, η νοσηρότητα και η θνησιμότητα από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια φαίνεται ότι υποεκτιμώνται.

Μεγάλη σημασία δίνεται σήμερα στην συνεργεία του καπνίσματος με τους άλλους αιτιολογικούς παράγοντες και ιδιαίτερα με την επαγγελματική έκθεση και την ατμοσφαιρική ρύπανση. Σε μια μελέτη (Kiburu et al 1985) βρέθηκε ότι η μόλυνση της ατμόσφαιρας είναι πρόσθετος παράγοντας στο κάπνισμα για την αιτιολογία της χρόνιας βρογχίτιδας και του εμφυσήματος.⁽³⁵⁾

Σε πρόσφατο συνέδριο στην Κω 3/12/2001 σ- καθηγητής πανεπιστημίου Κρήτης κ. Σιαφάκας τόνισε ότι «το 15-20% των καπνιστών (περίπου 800.000 Έλληνες) θα αναπτύξει Χ ΑΠ. Ο κ. Σιαφάκας επίσης δήλωσε ότι σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ περίπου 600 εκ. άνθρωποι έχουν ΧΑΠ. Επίσης στην Ευρώπη το 75% των πασχόντων διαφεύγει της διάγνωσης».

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

◆ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ

Τα βασικά νοσηλευτικά μέτρα είναι:

1. Τοποθέτηση του αρρώστου σε αναπαυτική θέση στο κρεβάτι.
2. Χορήγηση οξυγόνου (O₂) στον άρρωστο με μάσκα προσώπου (6-8 l7ηιη) ή ρινικό καθετήρα (3-4l7πιϊη).
3. Παρακολούθηση συνεχώς του ασθενή ο οποίος είναι συνδεδεμένος με το monitor, για την ανίχνευση και αντιμετώπιση επικίνδυνων αρρυθμιών.
4. Αντιμετώπιση του πόνου του αρρώστου χορηγώντας αναλγητικά φάρμακα όπως είναι η θειϊκή μορφίνη και η πεθιδίνη κατόπιν ιατρικής εντολής. Προσπαθούμε να διώξουμε την αγωνία και τους φόβους του αρρώστου και να τον κάνουμε να νιώσει ασφάλεια.
5. Διατήρηση ανοιχτής φλεβικής γραμμής με την χορήγηση D/W 5% στάγδην. Χρησιμεύει για την ενδοφλέβια έγχυση (iv) φαρμάκων.
6. Αντιμετώπιση τυχόν ναυτίας ή εμετού που κάνει ο ασθενής. Χορηγούμε αντιεμετικά και γυρίζουμε τον ασθενή στο πλάι για τυχόν εισρόφηση.
7. Λήψη των ζωτικών σημείων του αρρώστου και καταγραφή στο ατομικό δελτίο του.
8. Γίνεται λήψη αίματος για να γίνει πλήρης αιματολογικός έλεγχος.
9. Παρακολούθηση των αιμοδυναμικών του αρρώστου με την τοποθέτηση καθετήρα Swan-Ganz.
10. Προετοιμασία του ασθενή σωματικά και ψυχικά για την εφαρμογή θρομβολυτικής αγωγής.⁽³⁶⁾

◆ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρδιακή ανεπάρκεια είναι:

1. Προσπάθεια για μείωση της φυσικής και ψυχολογικής δραστηριότητας του αρρώστου ώστε να επιτευχθεί η μείωση του καρδιακού έργου και των απαιτήσεων της κυκλοφορίας.
2. Προσεχτικό διαιτολόγιο του αρρώστου, ώστε να μην περιέχουν πολύ NaCl. Γίνεται καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών για την διατήρηση του ισοζυγίου.
3. Χορήγηση φάρμακου κατόπιν ιατρικής οδηγίας ώστε να επιτευχθεί:
 - α) Ενίσχυση συσταλτικότητας του μυοκαρδίου.
 - β) Ελάττωση του όγκου του αίματος,
 - γ) Αύξηση της καρδιακής παροχής.⁽³⁸⁾

◆ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΑΕΕ

Τα βασικά νοσηλευτικά μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται ώστε να αντιμετωπίσουμε με επιτυχία τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια συνοψίζονται ως εξής:

1. *Προσπαθούμε να διατηρήσουμε στη ζωή τον άρρωστο ο οποίος βρίσκεται σε κώμα.*

α) Διατήρηση ανοιχτού αεραγωγού.

- ▶ Τοποθέτηση του ασθενούς σε πλάγια θέση για τον κίνδυνο εισρόφησης.
- ▶ Χρησιμοποιείται ενδοτραχειακός σωλήνας.
- ▶ Μπορεί να χρειαστεί μηχανικός αναπνευστήρας, του οποίου την χρήση πρέπει να γνωρίζουμε.
- ▶ Αναρρόφηση κάνουμε μόνο όταν έχει ο άρρωστος εκκρίσεις και υπάρχει κίνδυνος εισρόφησης.

β) Γίνεται έλεγχος της θερμοκρασίας σε τακτά χρονικά διαστήματα και καταγραφή στο ατομικό δελτίο του αρρώστου.

γ) Πραγματοποιείται καθετηριασμός της κύστης για πρόληψη διάτασης αυτής.

δ) Έλεγχος τον ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών.

Γίνεται σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα

ε) *Πρόληψη πνευμονίας από εισρόφηση.*

- ▶ Τοποθέτηση του αρρώστου σε πλάγια θέση.
- ▶ Κάνουμε αναρρόφηση.
- ▶ Παρακολούθηση της αναπνοής.

στ) *Πρόληψη επιπλοκών ακινησίας.*

- ▶ Παρακολούθηση των άκρων καθημερινά για τυχόν σημεία θρομβοφλεβίτιδας.
- ▶ Παροχή άριστης φροντίδας στον άρρωστο με ατομική συστηματική καθαριότητα σώματος.

2. Αποκατάσταση κυκλοφορίας σε άρρωστο με Α.Ε.Ε. που οφείλεται σε απόκοσμο.

α) *Παρακολούθηση της συστολικής πίεσης.*

β) *Ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού κατά 35 cm.*

3. Πρόληψη για περαιτέρω αποφράξεις.

α) *Χορήγηση ηπαρίνης ή κουμαρίνη ή ασπιρίνη, ανάλογα με την ιατρική οδηγία.*

β) *Παρακολούθηση για σημεία αιμορραγίας.*

γ) *Γίνεται καθημερινός έλεγχος χρόνου προθρομβίνης.*

4. Διδασκαλία αρρώστου για την σπουδαιότητα ελέγχου της αρτηριακής πίεσης.

5. Εκπαίδευση του αρρώστου αλλά και της οικογένειας του στην μέτρηση της αρτηριακής πίεσης.

6. Αγωγή αρρώστου με ημιπάρεση για να κατορθωθεί η μέγιστη λειτουργία και να προληφθούν ανικανότητες και παραμορφώσεις. ⁽³⁷⁾

◆ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΥΝΤΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ

Τα βασικά νοσηλευτικά μέτρα είναι:

1. Προτροπή του αρρώστου να αλλάξει τον τρόπο της ζωής του.
1. Χορήγηση αγγειοδιασταλτικού.
2. Γίνεται χειρουργική θεραπεία εφόσον τα υπόλοιπα μέσα δεν αποδώσουν,
 - α) Ενδοαρτηριακτομή.
 - β) Γίνεται χρήση μοςχεύματος.
 - i) Γίνεται συνεχής παρακολούθηση της θερμοκρασίας του χρώματος και του σφυγμού του σκέλους κάτω από το μόσχευμα.
 - ii) Γίνεται έλεγχος για σημεία ισχαιμίας τα οποία αναφέρονται αμέσως.
 - iii) Γίνεται έλεγχος για σημεία αιμορραγίας.
 - iv) Γίνεται απαραίτητα λήψη μέτρων σε περίπτωση αιμορραγίας.
 - v) Γίνεται για την καταστολή της αιμορραγίας χειρουργική επέμβαση αν χρειαστεί.
 - vi) Προμηθευόμαστε αίμα για μετάγγιση.
 - γ) Γίνεται ακρωτηριασμός σε περίπτωση γάγγραινας που είναι και η μοναδική λύση μιας και το μέλος έχει νεκρωθεί. ⁽²⁷⁾

◆ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΒΡΟΓΧΙΤΙΔΑ

Η νοσηλευτική παρέμβαση σε αρρώστους που πάσχουν από χρόνια βρογχίτιδα περιορίζεται κυρίως στην πρόληψη της νόσου.

Ασθενείς που παρουσιάζουν φλεγμονές των ανώτερων αναπνευστικών οδών πρέπει να έχουν επιμελημένη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα.

Άτομα που καπνίζουν καθώς επίσης και άτομα που εκτίθενται λόγω εργασίας σε σκόνη, αναθυμιάσεις, ή άλλα ερεθιστικά αέρια πρέπει να κάνουν συχνές εξετάσεις και αν μπορούν να τις αποφεύγουν.

Η αποφυγή ανάπτυξης οξείας φλεγμονής του αναπνευστικού παρεγχύματος είναι ο αντικειμενικός σκοπός της θεραπείας.

Σε άτομα που εμφανίζουν ευπάθεια σε λοιμώξεις του αναπνευστικού γίνεται χορήγηση κατάλληλων χημειοθεραπευτικών.

Η φυσικοθεραπεία, η χρησιμοποίηση εισπνοών με το μηχάνημα Bennet, καθώς και η χορήγηση βρογχοδιασταλτικών και βλεννολυτικών ουσιών βοηθούν στη φυσικοθεραπεία.

Σε περίπτωση βαριάς αναπνευστικής ανεπάρκειας χορηγούμε οξυγόνο (O₂) και επίσης πραγματοποιούνται βρογχοαναρροφήσεις.

Επιβάλλεται πολύ καλή καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας με αντισηπτικό και σχολαστικό καθαρισμό των δοντιών. Επίσης γίνεται διδασκαλία στον άρρωστο για την σωστή περιποίηση της στοματικής κοιλότητας όπως σωστό βούρτσισμα των δοντιών.

Επαγρύπνηση ώστε ο άρρωστος να πίνει άφθονα υγρά.

Εξασφάλιση άνετου και ήσυχου περιβάλλοντος για τον άρρωστο απαλλαγμένο από ερεθιστικές ουσίες.

Οι δραστηριότητες του αρρώστου ενισχύονται τόσο όσο επιτρέπουν οι δυνάμεις του γενικότερα.

◆ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΕΜΦΥΣΗΜΑ

Η νοσηλευτική παρέμβαση σε άρρωστο που πάσχει από πνευμονικό εμφύσημα είναι όπως και στην χρόνια βρογχίτιδα. Δηλαδή αποφυγή των τοξικών ερεθιστικών ουσιών (κάπνισμα, σκόνες, αναθυμιάσεις) και καταπολέμηση των λοιμώξεων.

Σε προχωρημένα στάδια της νόσου, με εμφάνιση βαριάς αναπνευστικής ανεπάρκειας, χορηγούμε οξυγόνο (Cte) και αντιμετωπίζουμε τις ιοντικές και ηλεκτρολυτικές διαταραχές του αρρώστου.

Επίσης γίνεται υποβοήθηση της αναπνοής με μηχανικούς αναπνευστήρες τύπου Bennet στο νοσοκομείο ή στο σπίτι.

Αδενοειδείς εκβλαστήσεις και χρόνιες αμυγδαλίτιδες στην παιδική ηλικία πρέπει να θεραπεύονται γιατί η μετεξέλιξη τους είναι η χρόνια βρογχίτιδα και το πνευμονικό εμφύσημα.

Επίσης το κάπνισμα κατά την παιδική ηλικία πρέπει να παρεμποδίζεται γιατί ερεθίζονται νωρίτερα οι βρόγχοι και οδηγούν στην χρόνια βρογχίτιδα.

Πρέπει να γνωρίζουμε την χρήση του μηχανικού αναπνευστήρα. Αυτό

προϋποθέτει άσκηση του μηχανήματος χωρίς άρρωστο, ώστε να αποφύγουμε ελλιπή λειτουργία σε βάρος του αρρώστου από αδεξιότητα χειρισμού.

Ο νοσηλευτής πρέπει με την κατάλληλη διδασκαλία να βοηθήσει τον άρρωστο να καταλάβει ότι η θεραπεία του είναι κουραστική και μακροχρόνια και να συμφιλιωθεί μ' αυτό.

Σκοπός της διδασκαλίας του νοσηλευτή σε περίπτωση που η κατάσταση του αρρώστου είναι βαριά είναι η διατήρηση του βαθμού της αναπνευστικής λειτουργικότητας και η ανακούφιση από τα συμπτώματα, όσο γίνεται.

Ο άρρωστος πρέπει να γνωρίζει την εξέλιξη της αρρώστιας του, επειδή τόσο αυτός όσο και το οικογενειακό του περιβάλλον, χρειάζονται πολύ υπομονή για να καταφέρουν τα παραπάνω.

ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

◆ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Σαν παθητικό κάπνισμα ορίζεται η εισπνοή του καπνού-που παράγεται από την καίόμενη κεφαλή του τσιγάρου, αλλά και κατά την εκπνοή των καπνιστών κατά τη διάρκεια του καπνίσματος- από άτομα που δεν καπνίζουν και βρίσκονται σε κλειστούς χώρους.



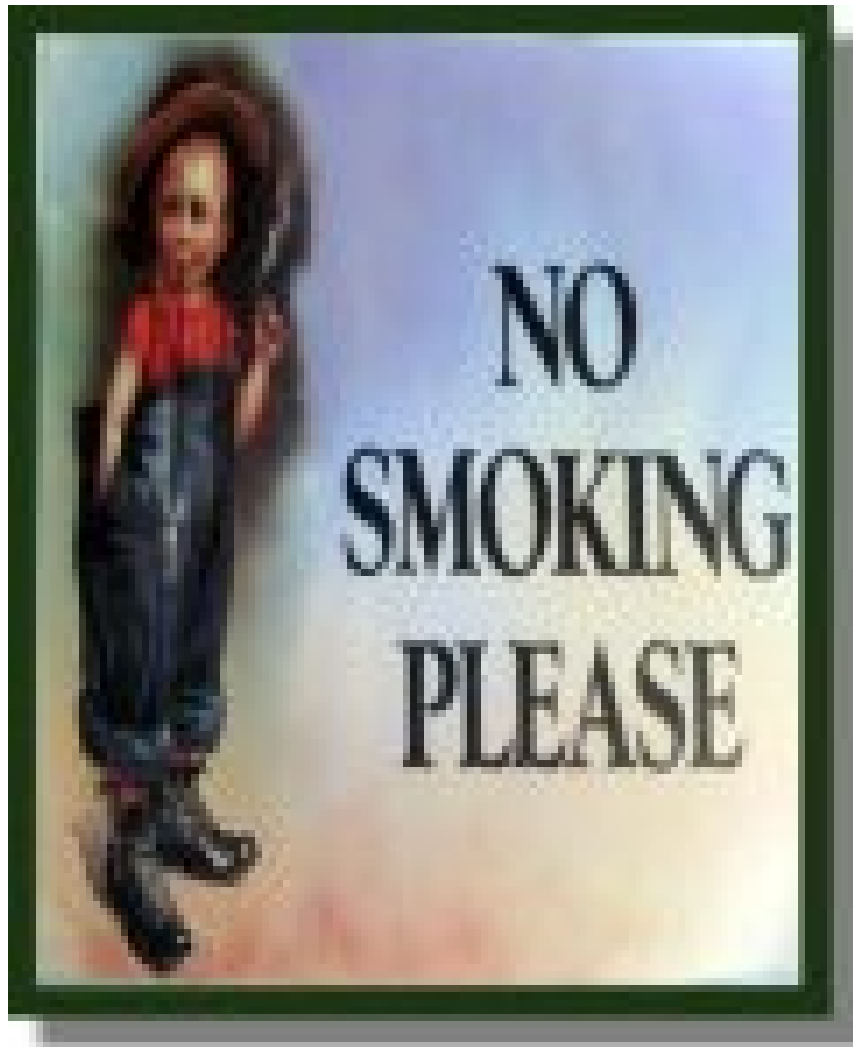
Εικόνα 7

Πηγή: Αντικαπνιστική Εταιρεία, 1997.

Το παθητικό κάπνισμα συνδέεται για την μεν παιδική και βρεφική ηλικία με βρογχίτιδα, πνευμονία, οξείες αναπνευστικές λοιμώξεις και ελαττωμένη πνευμονική λειτουργία και καρκίνο του πνεύμονα σε υγιή παιδιά και ενήλικες.⁽³⁸⁾

Η σχέση μεταξύ παθητικού καπνίσματος και καρκίνου του πνεύμονα έχει αποτελέσει αντικείμενο έρευνας τα τελευταία χρόνια. Μελέτες που έγιναν αναφέρουν ότι οι κίνδυνοι για την ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα εμφανίζεται αυξημένη κατά 2,4-3,4 φορές σε μη καπνίστριες γυναίκες καπνιστών, συγκριτικά με τον κίνδυνο σε μη καπνίστριες γυναίκες μη καπνιστών.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ



Εικόνα 8.

Πηγή: «Μαθαίνω για το κάπνισμα. Η άγνοια σκοτώνει», 1988

Θετική συσχέτιση του παθητικού καπνίσματος με καρκίνους διαφόρων συστημάτων έδειξαν και άλλες μελέτες.⁽³⁸⁾ Συγκριτικά αναφέρεται ότι υψηλά επίπεδα νικοτίνης στο αίμα παθητικών καπνιστών ισοδυναμούν με την κατανάλωση 3 τσιγάρων την ημέρα.⁽³⁹⁾

◆ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Όσον αφορά τις επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος στο κυκλοφορικό σύστημα, ενδεικτικό είναι το αποτέλεσμα από έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1985 σε 695 μη καπνίστριες (50-79 ετών) συζύγους καπνιστών. Ανάφερε αυξημένο κίνδυνο θανάτου από ισχαιμική καρδιακή νόσο, σε σχέση με τον κίνδυνο σε μη καπνίστριες συζύγους μη καπνιστών.⁽³⁸⁾

Η επίπτωση του παθητικού καπνίσματος στο αναπνευστικό σύστημα έχει μελετηθεί περισσότερο στα παιδιά. Ο λόγος είναι ότι οι κίνδυνοι από την έκθεση τους στον καπνό του τσιγάρου μπορεί να μελετηθεί διαχρονικά κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης τους.

Το παιδί εκτίθεται στον καπνό του τσιγάρου από το κάπνισμα των γονέων ή άλλων ατόμων του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Οι Jarvis et al 1985 διαπίστωσαν ύστερα από ερευνά τους ότι όταν ο πατέρας και η μητέρα είναι καπνιστές 15-20 τσιγάρων ημερησίως, το παιδί είναι σαν να «καπνίζει» 80 τσιγάρα το χρόνο.⁽⁴⁰⁾

Οι Harlap και Davies έδειξαν ότι οι καπνιστικές συνήθειες των γονέων σχετίζονται με την συχνότητα πνευμονίας και βρογχίτιδας τον πρώτο χρόνο ζωής. Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι όταν καπνίζει ο ένας μόνο γονιός η επίπτωση ανέρχεται σε 11,4% όταν και οι δύο καπνίζουν η συχνότητα ανέρχεται σε 17,6%. Αντίθετα όταν κανένας από τους δύο δεν καπνίζει η συχνότητα ανέρχεται σε 7%-8%. Όσον αφορά παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας, το παθητικό κάπνισμα της μητέρας βρέθηκε να σχετίζεται με αύξηση της συχνότητας αναπνευστικών νοσημάτων κατά 20%-35% σε πληθυσμό 100.000 παιδιών ηλικίας 6-9 ετών.⁽⁴²⁾

◆ ΑΣΜΑ ΚΑΙ ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Η έναρξη και η πορεία του άσθματος στην παιδική ηλικία συνδέεται με το παθητικό κάπνισμα. Μελέτη που έγινε σε 9.000 παιδιά αναφέρει ότι η συχνότητα του άσθματος αυξάνεται κατά 14% όταν η μητέρα καπνίζει περισσότερα από 4 τσιγάρα και 44% όταν καπνίζει περισσότερα από 15 τσιγάρα ημερησίως. Σε αναδρομική μελέτη παιδιών ηλικίας μέχρι 5 ετών το κάπνισμα της μητέρας σχετίστηκε με διπλάσια συχνότητα του άσθματος, τετραπλάσια χρήση αντιασθματικής αγωγής και προΐμωτη ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων.⁽⁴²⁾

Τα τελευταία χρόνια οι έρευνες έχουν στραφεί και στην επίδραση του παθητικού καπνίσματος στην πνευμονική λειτουργία. Μελέτη όπου στην οποία παρακολούθηθηκαν 1.156 παιδιά ηλικίας 5-19 ετών, έδειξε ότι το κάπνισμα της μητέρας ευθύνεται για μείωση κατά 8% του ετήσιου ρυθμού ανάπτυξης του ταχέως εισπνεόμενου όγκου αέρα σε 1. δευτερόλεπτο. Παρόμοια τάση βρέθηκε και για άλλες πνευμονικές χωρητικότητες.⁽⁴²⁾

◆ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στο έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτέλεσαν αντικείμενο έρευνας από το 1957 όταν ήδη είχε διαπιστωθεί ότι τα νεογνά γυναικών που κάπνιζαν κατά την εγκυμοσύνη παρουσίαζαν, μικρότερο βάρος σε σχέση με νεογνά γυναικών που δεν κάπνιζαν.^(42,44) Έκτοτε το κάπνισμα έχει συνδεθεί με αρκετές παθήσεις που παρουσιάζουν τα έμβρυα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και μετέπειτα. Ενοχοποιείται για αποβολές, καθυστέρηση στην ανάπτυξη του εμβρύου, υποξία, πρόωρο τοκετό, περιγεννητικό θάνατο και σύνδρομο αιφνιδίου θανάτου.⁽⁴²⁾ Επίσης στα έμβρυα από μητέρες που καπνίζουν παρουσιάζονται και άλλες μαιευτικές επιπλοκές όπως η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, και πρόιμη ρήξη των υμένων.^(42,43)

Τα προβλήματα που προκαλεί το κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης γίνονται ορατά και κατά την διάρκεια ανάπτυξης των παιδιών. Σύμφωνα με έρευνες που έγιναν σε 8.000 γυναίκες που κάπνιζαν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, σε ένα μεγάλο ποσοστό τα παιδιά στην ηλικία 7-11 ετών παρουσίασαν χαμηλότερο δείκτη νοσημοσύνης, μειωμένη νοσολογική κατάσταση και προδιάθεση για συχνές λοιμώξεις.⁽⁴²⁾



Οι επιπτώσεις από το κάπνισμα της μητέρας, στα έμβρυα οφείλονται στην νικοτίνη και κυρίως το μονοξείδιο του άνθρακα που περνούν από την κυκλοφορία της, μέσα από τον πλακούντα, στην κυκλοφορία του εμβρύου και προκαλούν υποξυγόνωση των ιστών και των οργάνων του.⁽⁴³⁾

Στην Βρετανία ιατρικές έρευνες αποκάλυψαν τα βλαβερά αποτελέσματα του παθητικού καπνίσματος σε γυναίκες που επιθυμούν να συλλάβουν. Ερευνητές στο Πανεπιστήμιο του Bristol βρήκαν ότι γυναίκες που υφίστανται το λεγόμενο παθητικό κάπνισμα έχουν κατά 14% λιγότερες πιθανότητες να συλλάβουν. Επίσης αν ο σύντροφος καπνίζει περισσότερα από 20 τσιγάρα ημερησίως οι πιθανότητες να καθυστερήσει η σύλληψη αυξάνονται κατά 34%.

Το κάπνισμα έχει δυσμενή επίδραση στο έμβρυο, αλλά γενικά μπορεί να αποφευχθεί. Οι γυναίκες που συνεχίζουν να καπνίζουν κατά την εγκυμοσύνη διακινδυνεύουν αποβολή, γέννηση μωρού με χαμηλό βάρος. Το κάπνισμα πριν τη σύλληψη μπορεί να προκαλέσει βλάβη στα γονίδια που υπάρχουν στο ωάριο και στα σπερματοζωάρια.

Οι γυναίκες που καπνίζουν στην Ευρώπη είναι πολλές και ο αριθμός των θανάτων ξεπερνάει το μισό εκατομμύριο κάθε χρόνο, αριθμός που θα διπλασιαστεί το 2020 (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στην Ελλάδα και του Υπουργείου Υγείας, 10/10/2001).

Α Γ Ω Γ Η Υ Γ Ε Ι Α Σ

◆ ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Κατά το παρελθόν χρησιμοποιήθηκαν αρκετοί ορισμοί που προσπάθησαν να αποδώσουν την έννοια της αγωγής υγείας. Ενδεικτικά αναφέρουμε έναν από αυτούς: «Αγωγή υγείας είναι η προσπάθεια που μέσα από εκπαιδευτικές διαδικασίες στοχεύει στην απόκτηση γνώσεων σε θέματα υγείας και την ευαισθητοποίηση των ατόμων έτσι ώστε να αποκτήσουν υγειονομική συνείδηση και να υιοθετήσουν μια υγιεινή συμπεριφορά και έναν υγιεινό τρόπο ζωής».⁽⁴⁴⁾ Η αγωγή υγείας αφορά όλες τις ηλικιακές ομάδες. Όσον αφορά το κάπνισμα η αγωγή υγείας στοχεύει στην ενημέρωση του πληθυσμού για τις καταστρεπτικές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία, έτσι ώστε να επιτευχθεί η σταθερή μείωση του. Επίσης αποβλέπει και στην πρόληψη του δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στις νεαρές ηλικίες, εκεί όπου υιοθετούνται οι «καλές» ή «κακές» συμπεριφορές.

◆ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε λύκεια της χώρας μας άλλα και σε ιδιωτικές σχολές σχετικά με τις καπνιστικές συνήθειες των Ελλήνων-μαθητών έδειξαν ότι η μέση ηλικία έναρξης του καπνίσματος ήταν περίπου τα 14,5 έτη.^(5,45) Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι τα προγράμματα αγωγής υγείας κατά του καπνίσματος πρέπει να εστιάζονται σε μικρές ηλικίες (τελευταίες τάξεις του δημοτικού) με κύριο στόχο τους την πρόληψη της καταστρεπτικής αυτής συνήθειας. Στο πλαίσιο αυτό τα προγράμματα αγωγής υγείας θα πρέπει να περιλαμβάνουν την ενημέρωση των Ελλήνων μαθητών γύρω από τις βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία. Ο στόχος αυτός θα μπορούσε να επιτευχθεί με:

- α) Την διδασκαλία μέσω των καθηγητών τους.
- β) Διαλέξεις-παρουσιάσεις-συζητήσεις με την συμμετοχή επιστημόνων και ειδικών σε θέματα υγείας.

γ) Την δυνατότητα να μπορούν οι ίδιοι οι μαθητές να αναπτύσσουν πρωτοβουλίες για την πρόληψη του καπνίσματος, όπως διαγωνισμούς, εκθέσεις ζωγραφικής κ.λ.π. με κάποιο συμβολικό ή όχι έπαθλο.

Στην προσπάθεια επίτευξης του στόχου αυτού θα ήταν λάθος να παραγκωνιστεί η συμβολή των γονιών. Με κατάλληλα προγράμματα εκπαίδευσης και ενημέρωσης των γονιών έτσι ώστε να προβάλλουν συνεχώς τη σημασία της υγιεινής ζωής γενικά, αλλά και ειδικότερα τα πλεονεκτήματα από την αποφυγή του καπνίσματος, η επίτευξη του στόχου αυτού θα ήταν πολύ πιο εύκολη. ⁽⁴⁸⁾

◆ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

A: Στο νοσοκομείο

Οι λειτουργοί υγείας αλλά και ειδικότερα οι νοσηλεύτες μπορούν να προσφέρουν πάρα πολλά στον τομέα της πρόληψης, έστω κι αν εργάζονται στον κλινικό χώρο. Προσφέρουν τις υπηρεσίες τους όλο το 24ωρο στον πάσχοντα συνάνθρωπο και μπορούν ταυτόχρονα, όταν οι περιστάσεις το επιτρέπουν, να εγείρουν συζήτηση για τα μειονεκτήματα του καπνίσματος. Σε συνδυασμό με την εφαρμογή αντικαπνιστικής πολιτικής του νοσοκομείου που θα επικεντρώνεται στα νεότερα μέλη της κοινωνίας, τα αποτελέσματα θα ήταν αξιοσημείωτα.

B: Στην κοινότητα

Η προσφορά των νοσηλευτών στην κοινότητα επεκτείνεται όλο και περισσότερο. Οι κύριες δραστηριότητες που αναπτύσσουν οι νοσηλεύτες είναι η ενημέρωση, η εκπαίδευση και η διαπαιδαγώγηση διαφόρων κοινωνικών ομάδων σχετικά με τις συμπεριφορές που είναι βλαπτικές για την υγεία. Τέτοιες ομάδες μπορεί να είναι τα κέντρα νεότητας, οι οργανώσεις νεολαίας, πολιτιστικοί και αθλητικοί σύλλογοι κ.λ.π.

Οι επισκέψεις των νοσηλευτών στα σπίτια ή στα σχολεία είναι σημαντικές ευκαιρίες για να επισημάνουν τα μειονεκτήματα του καπνίσματος, ιδίως αν υπάρχουν καπνιστές στην οικογένεια ή αν οι εκπαιδευτικοί καπνίζουν. ⁽⁴⁸⁾

Γ: Στο σχολείο

Στα πλαίσια της επαφής τους με τους μαθητές (π.χ. στους τακτικούς εμβολιασμούς) οι νοσηλευτές μπορούν να αναπτύξουν το όλο θέμα, ώστε μέσα από τη συζήτηση, οι μαθητές να ενημερωθούν, να διαπαιδαγωγηθούν, για μια ποιοτική ζωή απαλλαγμένη από τις ψυχοδραστικές ουσίες. Το πιο σημαντικό μέσο για να πείσουν αποτελεί πάντα η δική τους συμπεριφορά. Αν οι ίδιοι αποτελούν θετικό πρότυπο, τότε οι πιθανότητες να πετύχουν αυξάνονται κατά πολύ.

◆ ΜΕΘΟΔΟΙ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Βελονισμός:

Οι πρώτες παρατηρήσεις σχετικά με την ευνοϊκή δράση του βελονισμού έγινε το 1960 στο Χονγκ Κονγκ. Επίσης η ανακάλυψη στη δεκαετία του 1980 υψηλών επιπέδων ενδορφινών στον ορρό των εξαρτημένων ατόμων που υποβάλλονταν σε θεραπεία με βελονισμό αποτέλεσε την αρχή για την εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων, σε οργανωμένα κέντρα απεξάρτησης του εξωτερικού.

Χάπι κατά του καπνίσματος:

Το χάπι (νέο) που λέγεται Zyban (βουτροπιόνη) και είναι προϊόν της φαρμακευτικής εταιρείας Glaxo Wellcome ανακοινώθηκε στις 31 Αυγούστου 2001 στη Φλωρεντία ότι βοήθησε πάνω από 30% των καπνιστών να σταματήσουν το κάπνισμα για περισσότερο από ένα χρόνο. Η χορήγηση του φαρμάκου διαρκεί 2-3 μήνες και το μηνιαίο κόστος του ανέρχεται στις 20.000 περίπου.

◆ ΜΕΤΡΑ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η Πολιτεία έλαβε κάποια μέτρα για την εμφάνιση και την πώληση των προϊόντων του καπνού.

Το Συμβούλιο Υπουργών Υγείας ενέκρινε στις 2/12/2001 μια νέα κοινοτική οδηγία, η οποία έχει τεθεί σε ισχύ από την 1^η Ιανουαρίου του 2003, καθώς και τα απαγορευτικά μέτρα που τέθηκαν σε εφαρμογή από 1^η Ιουλίου του 2009. Τα βασικά μέτρα της οδηγίας και οι απαγορεύσεις είναι:

1. Μειώνεται η περιεκτικότητα των τσιγάρων σε πίσσα από 12 mg σε 10 mg και καθορίζεται ανώτατο όριο νικοτίνης 1 mg και μονοξειδίου του άνθρακα στα 10 mg. Στη χώρα μας το μέτρο ισχύει από τις 31 Δεκεμβρίου 2006.⁽⁴⁷⁾
2. Οι προειδοποιήσεις για τις συνέπειες του καπνίσματος θα καλύπτουν το 25% του πακέτου αντί του 4,6% που ισχύει σήμερα.
3. Απαγορεύονται οι αναγραφές «Light» και «Extra light» επειδή θεωρούνται παραπλανητικές για τους καταναλωτές.
4. Οι καπνοβιομηχανίες ή οι εισαγωγείς θα είναι υποχρεωμένοι να υποβάλλουν κατάλογο με τα εξωγενή προϊόντα που χρησιμοποιούνται για την παρασκευή των τσιγάρων.
5. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο μεταξύ άλλων εξασφάλισε την έγκριση μιας συνολικής και σε πανευρωπαϊκό επίπεδο απαγόρευσης των διαφημίσεων και των χορηγιών προϊόντων καπνού, από 1^η Οκτωβρίου 2006.
6. Απαγόρευση χρήσης προϊόντων καπνού.⁽⁵¹⁾
 - α) σε δημόσιους ή ιδιωτικούς χώρους, κλειστούς ή στεγασμένους, που χρησιμοποιούνται για την παροχή εργασίας, εξαιρουμένων των χώρων που ειδικά θα προβλεφθούν για τους καπνιστές από την κατά περίπτωση αρμόδια αρχή.
 - β) σε όλα τα καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος, ιδίως τα καταστήματα παρασκευής και προσφοράς φαγητών, ποτών, γλυκισμάτων, κάθε είδους παρασκευασμάτων γάλακτος, μικτών καταστημάτων και κέντρων διασκέδασης.
 - γ) στους παντός είδους κλειστούς χώρους αναμονής.
 - δ) στα αεροδρόμια.
 - ε) στους σταθμούς μεταφορικών μέσων και επιβατικών σταθμών λιμένων.

στ) στα παντός είδους κυλικεία.

ζ) στα παντός είδους μέσα μαζικής μεταφοράς.

◆ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΙΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Για να μπορεί η πολιτεία να προσδοκά θετικά αποτελέσματα από την αντικαπνιστική εκστρατεία θα πρέπει να ακολουθήσει μια στρατηγική που να περιλαμβάνει:

α) Την πλήρη ενημέρωση του πληθυσμού για τους κινδύνους που απορρέουν από το κάπνισμα. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με:

1. Την εισαγωγή ειδικού προγράμματος αγωγής υγείας στα σχολεία, ώστε η νέα γενιά να γνωρίσει τα αρνητικά αποτελέσματα του καπνίσματος .
2. Την ευρεία πληροφόρηση του Ελληνικού λαού για τις καταστροφικές επιδράσεις του "τσιγάρου" στην ανθρώπινη υγεία. ⁽⁴⁹⁾

β) Την λήψη μέτρων νομοθετικής υφής, δηλαδή μέτρων με απαγορευτικό χαρακτήρα όπως:

- ▶ Την απαγόρευση πώλησης και χρήσης προϊόντων καπνού σε άτομα κάτω των 18 ετών.
- ▶ Την πλήρη και ουσιαστική απαγόρευση διαφήμισης των προϊόντων.

γ) Την λήψη οικονομικών μέτρων, αφού χωρίς αυτά, τα προαναφερθέντα μέτρα παραμένουν ανεπαρκή. ⁽⁵⁰⁾ Τέτοια μέτρα θα είναι:

- ▶ Οι υψηλές τιμές στα προϊόντα καπνού και η απουσία εναλλακτικής λύσης όπως π.χ. αγορά ποικιλιών καπνού με διαφορετικές τιμές. Η επιβολή ενός σταθερού ποσού-φόρου στην τιμή κατανάλωσης.
- ▶ Η θέσπιση ειδικών μέτρων για την ενθάρρυνση ανάπτυξης ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην παραγωγή προϊόντων μη επιβλαβών για την υγεία. ⁽⁴⁵⁾

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Ο καπνός από τις αρχές του 16^{ου} αιώνα περίπου, όπου και μεταφέρθηκε στην Ευρώπη, κατάφερε να γίνει το πιο διαδεδομένο προϊόν στον κόσμο. Οι επιπτώσεις του στον ανθρώπινο οργανισμό είναι πολλές και καταστροφικές. Εκτός από τον καρκίνο του πνεύμονα ενοχοποιείται και για την εμφάνιση καρκίνου σε άλλα όργανα του ανθρώπινου οργανισμού αλλά και για παθήσεις της καρδιάς και των αγγείων.

Η αντιμετώπιση της εξάπλωσης του καπνίσματος προϋποθέτει μια ενιαία στρατηγική η οποία έχοντας ως βάση την αγωγή υγείας στους νέους με στόχο την πρόληψη του καπνίσματος, και υποστηριζόμενη από νομοθετικά μέτρα (απαγόρευση διαφημίσεων, πωλήσεις προϊόντων καπνού σε ενηλίκους κ.λ.π.) θα υπόσχεται μακροπρόθεσμα αποτελέσματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ Β.Α.**- Κάπνισμα και κυκλοφορικό- "Ευρώπη κατά του καρκίνου, επιτροπή Ευρωπαϊκών κοινοτήτων"- Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία-1992, σελ.67.
2. **ΔΟΣΙΟΣ Ι.Θ.**- Κάπνισμα και υγεία- Ιατρική 1988- 54. σελ.6.
3. **ΚΥΡΙΤΣΗ Ε**, Κάσσου Π, Κουρουτσίδου Κ, Παπαγεωργίου Ε, Μωρού Τ, Τσούγια Π. - Χρήση καπνού σε παιδιά ηλικίας-10-15 ετών, 26^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσηλευτών-1999, σελ.814.
4. **ΚΑΦΡΙΤΣΑ Ι** - "Τεκμηρίωση του παθητικού καπνίσματος στα παιδιά και οι επιπτώσεις του από τον αναπνευστικό σύστημα"- Διατριβή Αθήνα 1999, σελ. 8.
5. **ΤΣΙΤΣΙΚΑ Α, ΠΑΠΑΛΑΖΑΡΟΥ Α, ΤΣΕΛΙΦΗΣ Θ, ΡΑΠΤΗ Π, ΤΖΙΜΑ, ΤΣΙΤΣΙΚΑ Ε**, -Μελέτη μαθητικού καπνίσματος στην Ελληνική επαρχία- Ερευνητική εργασία- Αθήνα 1996. Νοσηλευτικό Ίδρυμα Ν.Ι.Μ.Γ.Σ.
6. **ΚΟΥΝΤΟΥΖΑΚΗ Χ, ΤΣΑΚΙΡΗΣ Α, ΖΩΣΗ Π, ΤΑΧΛΑΜΠΟΥΡΗΣ Ν, ΚΑΝΑΡΗΣ Π, ΚΟΥΡΗΣ Χ**, " Κάπνισμα-Κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, χρήση ναρκωτικών σε μαθητές και μαθήτριες Γυμνασίων-Λυκείων Δυτικής Αττικής", Ερευνητική εργασία- Παιδιατρική κλινική Π.Γ.Ν. Νίκαιας- Πειραιά 1996-97.
7. **ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Γ.Ε.**- " Το κάπνισμα" "Εξαρτήσεις στη ζωή μας", εκδ. Λαρισιανός Αθήνα 1988 σελ. 100-102.
8. **ΠΟΝΤΙΦΙΚΑ ΓΡ.** "Μάθετε για το κάπνισμα- Η άγνοια σκοτώνει" εκδ. Γρ. Παρισιανός Αθήνα 1988 σελ. (30,32,34-35,54-55,66-67,74-75).
9. **ΒΑΛΑΒΑΝΙΔΗΣ Π.Α.** Η χημική εξέταση του καπνού του τσιγάρου. Ιατρική 1988-54 σελ. 21-27.
10. **ΤΑΙΛΕΡ ΑΝΤΡΙΟΥ** "Τα ναρκωτικά από το Α ως το Ω" εκδ. βέλους Αθήνα 1986 σελ. 207-209.
11. **ΚΑΛΑΝΤΙΔΗ ΆΝΝΑ** -"Κάπνισμα"και" Προληπτική Ιατρική" εκδ. ΕΜΒΑΣΣΙΣ Αθήνα 1986, σελ. 138-139.
12. **ΦΡΑΓΚΙΔΗΣ Χ, ΜΑΡΣΕΛΟΣ Μ.**, " Κάπνισμα- Απλή συνήθεια ή φαρμακευτική εξάρτηση;" Ιατρική 1988-54, σελ. 73-79.
13. **ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Α.Ε.**- "Η επίδραση του ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος εις την καπνιστικήν συνήθεια", Διατριβή, Αθήνα 1982, σελ. 50-52.

14. **EMMANOYHΛIΔHΣ A.K.** "Κάπνισμα και καρκίνος πνεύμονα- Οι ψυχοκοινωνικές παράμετροι στην Ελλάδα", Διατριβή, Αθήνα 1992, σελ.22.
15. **ΤΖΑΦΡΑ Γ, ΠΗΤΕΡΣΟΝ Ρ, ΧΟΝΤΣΩΝ Ρ,** "Ναρκωτικά, τσιγάρο αλκοόλ, προβλήματα και απαντήσεις", εκδ. Ψυχογιός, Αθήνα 1980, σελ. 15.
16. **ΚΟΚΚΕΒΗ Α, ΣΤΕΦΑΝΗΣ Κ,** "Ψυχολογία των καπνιστών", Ιατρική 1988-54, σελ. 69-70.
17. **ΔΟΣΙΟΣ Ι.Θ.** "Κάπνισμα και καρκίνος", Ιατρική 1988-54, σελ.28-34.
18. **ΜΠΙΛΑΛΗ Γ.Π.** "Κάπνισμα και υγεία", Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1993" Κάπνισμα και υγεία", Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1993, σελ.21,728.
19. **ΑΘΑΝΑΣΟΥΛΗ Θ,** "Η επίδραση του καπνού και του καπνίσματος στην στοματική υγεία", Ιατρική 1988-54, σελ.55.
20. **ΓΑΥΡΙΔΟΥ Δ. ANNA,-** "Σχέση διατροφής και καρκίνου του οισοφάγου", Διατριβή, Αθήνα 1996, σελ. 101-106.
21. **ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Δ. ΧΡΗΣΤΟΥ-**" Επιδημιολογική διερεύνηση του € & του παγκρέατος στην Ελλάδα", Διατριβή, Αθήνα 1989, σελ. 34-35.
22. **ΚΟΡΔΙΑΛΗΣ Ν,-** " Το κάπνισμα προκαλεί και καρκίνο του δέρματος", Περ. «Μ»
23. **ΔΟΥΤΑΣ Ν,** "Ο καπνιστής έχει ερωτικά προβλήματα", Περ."Μ" ενδιαφέρει" 1999, τευχ.12. σελ.9.
- 24.**Μ.Α.ΜΑΡΓΑΡΙΝΟΥ, Σ.Φ.ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ,-**Νοσηλευτική-Παθολογική- Χειρουργική, εκδ. Δεκάτη Έκτη, τόμος Β' μέρος 2. ΑΘΗΝΑ 1993, σελ.92-96, 114,144,154-155.
25. **ΑΘΑΝΑΤΟΥ Κ. ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ** - Παθολογική-Χειρουργική Κλινική Νοσηλευτική, εκδ. Β' ΑΘΗΝΑ 1990, σελ.61.
26. **ΣΑΧΙΝΗ ΆΝΝΑ-ΚΑΡΔΑΚΗ - ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ** -Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική Τόμος 1^{ος} εκδ." ΒΗΤΑ 1997", σελ. 285,294,446,452.
27. **ΣΑΧΙΝΗ ΆΝΝΑ-ΚΑΡΔΑΚΗ - ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ** -Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική Τόμος 2^{ος} εκδ. "ΒΗΤΑ-1997", σελ.116-117, 289, 290, 293.
28. **ΜΑΡΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.** - Γενική-Παθολογική-Χειρουργική-Νοσηλευτική", Εκδ. Δεκάτη Έβδομη, Τόμος Α' Αθήνα 1993, σελ. 242-245.
29. Δρ. **Γ. ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ-**"Βασική νοσηλευτική," Μια Βιο-

- ψυχο-κοινωνική προσέγγιση", εκδ. Η ΤΑΒΙΘΑ, ΑΘΗΝΑ 1996, σελ.124.
30. **ΒΟΓΙΑΝΝΗ Μ. ΣΟΦΙΑ**- Επίδραση των Αντι-οξειδωτικών στην υπερτασιογόνο δράση του καπνίσματος-, Διατριβή, Αθήνα 1995, σελ.11-22.
31. **ΖΑΧΑΡΟΥΛΗΣ Α.** ιατρική 54 (παράρτημα) σελ.41-44, 1988.
32. **ΠΕΡΡΑΚΗΣ ΓΙΩΡΓΟΣ**, "Διερεύνηση παραγόντων κινδύνων αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων" Διατριβή, ΑΘΗΝΑ 1994, σελ.22,23.
33. **ΚΑΛΛΙΑΚΜΑΝΗ ΑΝΤΡΕΑ Γ.** "Μελέτη της συγκολλητικότητας των αιμοπεταλίων σε χρόνιους καπνιστές μετά το κάπνισμα ενός τσιγάρου" Διατριβή, 1998, ΑΘΗΝΑ.
34. **ΧΑΝΙΩΤΗΣ ΦΡΑΓΚΙΣΚΟΣ Ι.**, Παθολογία Ιατρικής, εκδ. Λίτσας, τόμος Α', ΑΘΗΝΑΙ 1992, σελ.80.
35. **ΧΑΤΖΗΣΤΑΥΡΟΥ Κ., ΙΟΡΔΑΝΟΓΛΟΥ Ι.**, Ιατρική 54 (παράρτημα), σελ. 35-40, 1988.
36. **ΚΑΚΟΥΡΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΑΘ.**, Καρδιολογική-Νοσηλευτική-Ιατρική, εκδ. Λίτσας 1993, σελ.79-80,98.
37. **ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ ΆΝΝΑ, ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ**,- Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος 3^{ος} εκδ. " ΒΗΤΑ" 1997 σελ.301-308.
38. **ΒΕΣΛΕΜΕΣ Μ.** - Παθητικό κάπνισμα και υγεία- Ιατρική 1988-94, σελ. 45.
39. **ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Μ, ΓΑΚΗ Ε, ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Β**,- "Παθητικό κάπνισμα, επιπτώσεις στην λειτουργική ικανότητα του αναπνευστικού συστήματος της παιδικής ηλικίας", 21^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αθήνα 1994.
40. **ΠΑΠΑΓΡΗΓΟΡΙΟΥ, ΘΕΟΔΩΡΙΔΟΥ Μ.** " Η υγεία του παιδιού και το παθητικό κάπνισμα", Ιατρική 1988-54, σελ. 41-51.
41. **ΧΑΣΜΟΥ Α.Χ.**- "Η επίδραση του καπνίσματος και του καφέ στην Υπερηχογραφική απεικόνιση του πλακούντα", Διατριβή, Πάτρα 1990, σελ. 9-37.
42. **ΠΑΝΑΓΟΥΛΙΑΣ Δ.**- "Αρτηριακή υπέρταση παιδιών καπνιστριών μητέρων κατά την νεογνική ηλικία και τον πρώτο χρόνο ζωής", Διατριβή, Πάτρα 1999, σελ. 24-34.
43. **ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ Ε.Σ.**- "Βασική μαιευτική και περιγεννητική Ιατρική", εκδ.Δήτα, Αθήνα 1997, σελ. 601.
44. **ΚΑΥΓΑ ΆΝΝΑ**,- "Βασικές αρχές αγωγής και προαγωγής υγείας", Διδακτικές σημειώσεις, Αθήνα 1999.
45. **ΤΣΑΡΜΠΗΛΗ Γ, ΝΕΣΤΟΡΙΔΟΥ Α, ΣΑΡΠΑΣΙΔΗ Κ, ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ Ν.Α,**

ΘΩΜΑΪΔΗΣ Β, -Καπνιστικές συνήθειες σπουδαστών σχολών βοηθών Ιατρικών Επαγγελματιών (Σ.Β.Ι.Ε)- Ερευνητική Εργασία, Γ.Ν. Παιδων Αθηνών," Π και Α Κυριακού".

46. **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ**, τσιγάρο ή Υγεία: Διαλέξτε, Αθήνα 2004.
47. **ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**: Κάπνισμα και Υγεία 2000.
48. **ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ, Σ. ΒΟΥΛΙΩΤΗ , Β. ΚΟΥΜΑΡΕΛΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝ.,** Παθητικό κάπνισμα: Στάση και συμπεριφορά του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικό σε σχέση με άλλες κατηγορίες εργαζομένων, πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2001.
49. **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ**, Ιατρικό Βήμα, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2001.
50. **ΔΡ. ΜΠΙΛΑΛΗΣ Π.,** Εθισμός και Κάπνισμα, Ιατρικό Βήμα, Δεκέμβριος-Ιανουάριος 2003.
51. **ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**, νόμος υπ' αριθμ. 3730 «ΦΕΚ Α 262 (23-12-2008).
