

Τ.Ε.Ι Πάτρας
Σχολή Σ.Ε.Υ.Π
Τμήμα Νοσηλευτικής

Πτυχιακή εργασία
**Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στο
κυκλοφορικό σύστημα**



Εισηγήτρια:
Μπατσολάκη Μαρία

Καθηγήτρια

Επιμέλεια:
Καλαμπόκας Πέτρος
Καλογερόπουλος Αλέξης

Σπουδαστές

Πάτρα, 2011

Περιεχόμενα

Πρόλογος	5
Εισαγωγή	6
Κεφάλαιο 1^ο. Ιστορία & επιδημιολογικά στοιχεία καπνίσματος	
1.1.Η ιστορία του καπνού.....	7
1.2.Επιδημιολογικά στοιχεία	9
1.2.1. Κάπνισμα και νοσηρότητα-Στατιστικά στοιχεία	12
Κεφάλαιο 2^ο. Τα χαρακτηριστικά & η χημική σύσταση του καπνού	
2.1.Γενικά	16
2.2.Η πίσσα	17
2.3.Το μονοξείδιο του άνθρακα(CO).....	17
2.4.Η νικοτίνη	17
Κεφάλαιο 3^ο. Προβλήματα ενός καπνιστή	
3.1.Αιτίες έναρξης καπνίσματος	19
3.2.Εθισμός	19
3.3.Εξάρτηση	20
3.4.Οι επιπτώσεις του καπνίσματος	21
3.4.1. Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος	21
3.4.2. Κακοήθεις νεοπλασίες.....	21
3.4.3. Νοσήματα καρδιαγγειακού συστήματος.....	22
3.4.4. Νοσήματα πεπτικού, μυοσκελετικού και συνδετικού ιστού, ουροποιητικού/γεννητικού συστήματος	22
3.4.5. Νοσήματα νευρικού συστήματος και αισθητήριων οργάνων/Γνωστικές λειτουργίες.....	22
3.4.6. Ανοσοποιητικό σύστημα/Αναπηρία	23
3.5.Οι επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος.....	23

Κεφάλαιο 4^ο. Κυκλοφορικό σύστημα: Ανατομία & φυσιολογία

4.1.Γενικά	26
4.2.Η καρδιά	26
4.3.Οι αρτηρίες	27
4.4.Οι φλέβες	27

Κεφάλαιο 5^ο. Κάπνισμα & νόσοι του κυκλοφορικού συστήματος

5.1.Ανεύρυσμα	29
5.1.1. Αίτια	31
5.1.2. Επιπτώσεις	32
5.1.3. Θεραπεία	32
5.2.Αθηρωμάτωση	32
5.2.1. Αίτια	34
5.2.2. Επιπτώσεις	34
5.2.3. Θεραπεία	35
5.3.Αρτηριοσκλήρωση	38
5.1.1. Αίτια	38
5.1.2. Επιπτώσεις	39
5.1.3. Θεραπεία	40
5.4.Στεφανιαία νόσος	41
5.1.1. Αίτια	41
5.1.2. Επιπτώσεις	42
5.1.3. Θεραπεία	43
5.5.Αποφρακτική θρομβοαγγειίτιδα (Buerger's disease)	44
5.1.1. Αίτια	44
5.1.2. Επιπτώσεις	45
5.1.3. Θεραπεία	45

Κεφάλαιο 6^ο. Διακοπή καπνίσματος

6.1.Τρόποι διακοπής	47
6.1.1. Παροχή σύντομης συμβουλευτικής παρακίνησης από τους επαγγελματίες υγείας.....	47

6.1.2. Χορήγηση υλικού αυτοβοήθειας.....	48
6.1.3. Συνέντευξη παροχής κινήτρων.....	48
6.1.4. Γνωσιακή-συμπεριφοριστική παρέμβαση	48
6.1.5. Φαρμακευτικές μέθοδοι	49
6.1.6. Εναλλακτικές μέθοδοι	54
6.2.Η συμβολή του νοσηλευτή στη διακοπή καπνίσματος.....	54
6.3.Συμπτώματα στερητικού συνδρόμου	57
6.4.Αποτελέσματα διακοπής καπνίσματος	59

Κεφάλαιο 7^ο. Πρόληψη & αντικαπνιστικά μέτρα

7.1.Στάδια, σχεδιασμός και προγράμματα πρόληψης	62
7.1.1. Πρωτογενής πρόληψη	62
7.1.2. Δευτερογενής πρόληψη.....	63
7.1.3. Τριτογενής πρόληψη.....	63
7.1.4. Σχεδιασμός πρόληψης	64
7.1.5. Προγράμματα πρόληψης για παιδιά και εφήβους	64
7.2.Αντικαπνιστικά μέτρα	66

Συμπεράσματα - Προτάσεις	68
---------------------------------------	-----------

Περίληψη.....	69
----------------------	-----------

Κλινικά περιστατικά & νοσηλευτική διεργασία	70
--	-----------

Βιβλιογραφία	80
---------------------------	-----------

Παράρτημα	83
------------------------	-----------

Πρόλογος

Αρκετά πριν από την εμφάνιση της ιατρικής επιστήμης με τις σύνθετες αναλύσεις για τον εθισμό, οι άνθρωποι χρησιμοποιούσαν τον καπνό. Τα στοιχεία υποδεικνύουν ότι τα καπνά καλλιεργούνταν και χρησιμοποιούνταν τόσο για ιατρικούς όσο και για μη ιατρικούς σκοπούς στην αμερικανική ήπειρο πριν την εισαγωγή τους στην Ευρώπη. Μόλις ο καπνός έκανε το υπερατλαντικό ταξίδι, η δημοτικότητα του αυξήθηκε ραγδαία. Στην Ευρώπη του 18^{ου} αιώνα, σύντομα ακολούθησαν ξεσπάσματα ενθουσιασμού και μεγάλης κατανάλωσης. Το ίδιο σύντομα, οι προσπάθειες της εκκλησίας και των κρατών να εμποδίσουν την διάδοσή του ναυάγησαν.

Όσο περνούσαν τα χρόνια, ο καπνός σε όλες του τις μορφές ήταν άλλοτε σε δυσμένεια και άλλοτε σε εύνοια. Τον 20^ο αιώνα, το κάπνισμα των τσιγάρων στα δυτικά κράτη έγινε πανδημία. Το κάπνισμα ενός τσιγάρου μετά από ένα γεύμα, στο γραφείο, το θέατρο ή το αεροπλάνο, ήταν τόσο κοινό όσο το μάσημα μιας τσίχλας. Μόνο πρόσφατα οι κριτικές για το κάπνισμα έχουν γίνει πιο σκληρές. Πλήθος αδιαμφισβήτητων στοιχείων καταδικάζει τον καπνό ως ένοχο σε άπειρες περιπτώσεις ανείπωτου πόνου και απώλειας.

Σκοπός της εργασίας είναι να προσεγγίσουμε τα αίτια, τις επιπτώσεις, καθώς και τους τρόπους θεραπείας των καπνιστών. Αναφερόμαστε τόσο τις επιπτώσεις που επιφέρει το κάπνισμα στον ανθρώπινο οργανισμό, κυρίως στο κυκλοφορικό σύστημα, όσο και στους τρόπους διακοπής και πρόληψης του καπνίσματος.

Όσο πιο σύντομα διακόψει κάποιος το κάπνισμα, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες να αποφύγει τις δυσάρεστες επιπτώσεις του. Το σώμα, ο εγκέφαλος και το αναπνευστικό σύστημα ξεκινούν να ανακάμπτουν σχεδόν αμέσως μόλις σταματήσει κάποιος να καπνίζει. Η απόφαση της διακοπής του καπνίσματος δεν είναι μια απερίσκεπτη απόφαση. Θα πρέπει να γίνει η άμεση προτεραιότητά σας.

Εισαγωγή

Δεν υπάρχει σε όλη την ιστορία της ανθρωπότητας άλλη συνήθεια που να έχει τόση έκταση και τόσες πολλές και ολέθριες συνέπειες για την υγεία του ανθρώπου όσο το κάπνισμα.^{1,2}

Η επίδραση του δεν περιορίζεται μόνο σε όσους καπνίζουν πεισματικά, αλλά επεκτείνεται και σε όσους δεν καπνίζουν. Οι καπνιστές επιβάλλουν στους γύρω τους τον καπνό σε χώρους εργασίας, σε χώρους συγκεντρώσεων κ διασκέδασης, ακόμα και στο ίδιο τους το σπίτι.

Η σωστή ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού και ιδιαίτερα των νέων, πάνω στο μεγάλο αυτό ιατροκοινωνικό πρόβλημα, γίνεται επιτακτική αναγκη.^{3,4}

Η Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη αναλογία καπνιστών μεταξύ των δυτικοευρωπαϊκών χωρών 37,6%. Κατά την τελευταία δεκαετία παρατηρείται μια μείωση του ποσοστού, αλλά παρόλα αυτά, παραμένει το υψηλότερο μεταξύ των χωρών της δυτικής Ευρώπης.⁵

Το κάπνισμα προκαλεί στένωση των αγγείων και παραγωγή χοληστερίνης, η οποία προάγει την αρτηριοσκλήρωση. Με τους μηχανισμούς αυτούς το κάπνισμα βλάπτει τη λειτουργία των στεφανιαίων αγγείων, όπως και άλλων αγγείων και οδηγεί στην εκδήλωση στεφανιαίας νόσου. Το κάπνισμα αποτελεί έναν από τους κύριους παράγοντες κινδύνου της στεφανιαίας νόσου. Ευθύνεται περίπου για το 30-40% του συνόλου των θανάτων από τη νόσο, ενώ ειδικά στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, για το 45% των θανάτων στους άνδρες και το 41% στις γυναίκες. Ο κίνδυνος προσβολής από στεφανιαία νόσο είναι στους καπνιστές περίπου 2-3 φορές υψηλότερος από τους μη καπνιστές και είναι υψηλότερος στις ηλικίες κάτω των 55 ετών. Επίσης το κάπνισμα, αποτελεί τη σημαντικότερη αιτία μιας σειράς σοβαρότατων καρκίνων, που αποτελούν μερικές από τις κυριότερες αιτίες θανάτου στις σύγχρονες κοινωνίες. Το κάπνισμα αποτελεί την αιτία περίπου του 30% του συνόλου των θανάτων από καρκίνο. Συγκεκριμένα, το κάπνισμα ευθύνεται για:

- Το 70-90% των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα.
- Το 75-85% των θανάτων από καρκίνο του λάρυγγα.
- Το 50-75% των θανάτων από καρκίνο στόματος, φάρυγγα και οισοφάγου.
- Το 30-50% των θανάτων από καρκίνο της ουροδόχου κύστης και των νεφρών.
- Το 20-25% των θανάτων από καρκίνο του παγκρέατος, του στομάχου και μικρότερα ποσοστά άλλων καρκίνων.⁶

Μέσα σε όλα αυτά οι καπνοβιομηχανίες, παγκοσμίως, συνεχίζουν το έργο τους και παρά τις απαγορεύσεις και τις επιβολές χρηματικών προστίμων, προσελκύουν νέους πελάτες. Όσοι έχουν την ευθύνη της ενημέρωσης του κοινού, πρέπει να εργαστούν σκληρά για την αντιμετώπιση της συνήθειας του καπνίσματος, και εκτός από το να αποτρέψουν τους νέους να αρχίσουν το κάπνισμα, πρέπει να βοηθήσουν τον καπνιστή, να αρχίσει να σκέπτεται σοβαρά το ενδεχόμενο να το σταματήσει.^{7,8,9}

Κεφάλαιο 1^ο

Ιστορία & επιδημιολογικά στοιχεία καπνίσματος

1.1 Η ιστορία του καπνού

Η άνοδος του καπνού έγινε πολύ δραστικά και σε σύντομο χρονικό διάστημα. Είναι γνωστό πως αν δεν υπήρχαν ορισμένες ιστορικές δράσεις που χαρακτήρισαν την πορεία των γεγονότων, τότε το κάπνισμα ίσως να μην έπαιξε τόσο σημαντικό ρόλο στην ζωή μας σήμερα.

Θεωρείται ότι η καλλιέργεια του καπνού ξεκίνησε στην περιοχή της κεντρικής Αμερικής περίπου το 6000 π.χ. Πώς και γιατί ο καπνός χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στην Αμερική κανείς δεν ξέρει. 5000 χρόνια αργότερα, περίπου το 1000 π.χ. οι Μάγιας, πολιτισμός της κεντρικής Αμερικής, ήταν οι πρώτοι άνθρωποι που άρχισαν να καπνίζουν και να μασούν τα φύλλα του φυτού καπνός, καθώς και συνδυασμό των φύλλων του με διάφορα άλλα βότανα και να διαχειρίζονται το μείγμα ανάλογα με τα τραύματα και τις ασθένειες των ανθρώπων που χρειάζονταν βοήθεια.

Ο Χρ. Κολόμβος ήταν πιθανώς ο πρώτος ευρωπαίος που παρατήρησε τα φύλλα καπνού, παρόλο που δεν τα κάπνισε. Λίγο αργότερα χρονολογικά, ο συμπολίτης εξερευνητής του χρ. Κολόμβου, Rodrigo De Jerez, αποβιβάστηκε στην περιοχή της σημερινής Κούβας. αφού πρώτα παρατήρησε ορισμένους κατοίκους να καπνίζουν φύλλα καπνού, εντυπωσιάστηκε και στη συνέχεια συμμετείχε και ο ίδιος στην πράξη του καπνίσματος. Με την επιστροφή του στην Ισπανία, ο Jerez, τρομάζει τους συμπατριώτες του καπνίζοντας φύλλα καπνού μπροστά τους. Ποτέ πριν στην ζωή τους δεν είχαν δει άνθρωπο να βγάζει καπνούς από το στόμα και την μύτη, πίστεψαν ότι το πνεύμα του είχε κυριευτεί από τον διάβολο και τα μέλη της ισπανικής Ιεράς Εξέτασης τον φυλάκισαν για τρία χρόνια. Εν τω μεταξύ κατά την διάρκεια της φυλάκισης του, το κάπνισμα άρχισε γίνεται ιδιαίτερα δημοφιλής στην Ισπανία.^{1,2}

Το 1560 ο Jean de Nicot, Γάλλος πρεσβευτής στη Λισσαβόνα, ο οποίος είχε προμηθευτεί από έναν Φλαμανδό έμπορο σπόρο καπνού, τον οποίο καλλιέργησε ο ίδιος στον κήπο του, έστειλε στην βασίλισσα Αικατερίνη των Μεδίκων σπόρους καπνού, για να "θεραπεύσει" τις ημικρανίες από τις οποίες υπέφερε. Φαίνεται πως η Αικατερίνη των Μεδίκων θεώρησε πως ο καπνός βοήθησε τις ημικρανίες της, γιατί

στη συνέχεια υποστήριξε την καλλιέργεια του καπνού στη Γαλλία. Την ίδια γνώμη για τις "θεραπευτικές" ιδιότητες του καπνού φαίνεται πως ασπάσθηκαν και άλλοι. Το 1571 ο Ισπανός γιατρός και βοτανολόγος Νικόλα Μενόρντε εξήρε σε βιβλίο του τον καπνό "ως ιαματικών φυτών". Παρά τη θερμή υποδοχή που επεφυλάχθη αρχικά στη χρήση του καπνού, σύντομα έκαναν την εμφάνισή τους και οι πρώτοι πολέμιοι. Άνθρωποι που για διάφορους λόγους δεν επείσθησαν "περί των θεραπευτικών ιδιοτήτων του καπνού". Οι βλαβερές συνέπειες του καπνού στον οργανισμό έγιναν σιγά-σιγά γνωστές, αργότερα πασίγνωστες και με το πέρασμα του χρόνου και με την αύξηση της κατανάλωσης τα θύματά του άρχισαν να αυξάνονται δραματικά.^{1,3}

Το 1587 περίπου, ένας μεγάλος αριθμός εποίκων, οι οποίοι προηγουμένως είχαν εγκαταλείψει την Αγγλία για να εγκατασταθούν στην Βιρτζίνια, επέστρεψε στην πατρίδα τους και εισήγαγε την μόδα του καπνίσματος σε πύλινους σωλήνες στην αγγλική κοινωνία. Με τα χρόνια όλο και περισσότερες αγγλικές οικογένειες ταξίδεψαν στην Βιρτζίνια για να εγκατασταθούν κ να προσπαθήσουν να κάνουν μια πλούσια ζωή καλλιεργώντας φυτείες καπνού.

Περίπου Στα μέσα του 1600 η παραγωγή καπνού καθιερώνεται στο Νέο Κόσμο, και παρά την απαγόρευσή του από την Αυτού Αγιότητα του Πάπα Κλήμης VIII, ο οποίος απείλησε όποιον καπνίσει σε έναν ιερό χώρο με αφορισμό, το κάπνισμα γίνεται όλο και πιο δημοφιλής για τους Ευρωπαίους πολίτες.

Στις αρχές του 1900 το κάπνισμα της πίπας κ των πούρων γίνεται εξαιρετικά δημοφιλής. Οι καπνιστές με σακάκια και καπέλα θεωρούνται τζέντλεμαν. Το πούρο μετά το δείπνο μαζί με ένα ποτήρι brandy είναι πλέον καθιερωμένη παράδοση στην Βρετανία, και τα τσιγάρα, επίσης, είναι πλέον ένα μέρος της καθημερινής ζωής.

Στα μέσα του 20^{ου} αιώνα οι πρώτες ιατρικές έρευνες, με θέμα τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία του ανθρώπου, δημοσιοποιούνται. Και το 1964 αναφέρεται για πρώτη φορά πως το κάπνισμα προκαλεί Ca πνεύμονα. Πολύ γρήγορα, οι διαφημίσεις καπνού σε τηλεόραση και ραδιόφωνο απαγορεύονται και οι καπνοβιομηχανίες υποχρεούνται να εκτυπώνουν προειδοποιήσεις σχετικές με την υγεία στα πακέτα των τσιγάρων. Για πρώτη φορά το 1973, το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους περιορίζεται και δημιουργούνται χώροι καπνιστών και μη-καπνιστών . Πλέον, στις μέρες μας, το κάπνισμα έχει περιοριστεί σημαντικά, οι διαφημίσεις των

προϊόντων καπνού, από κάθε Μέσο Μαζικής Ενημέρωσης, έχουν απαγορευτεί, υπάρχουν νόμοι οι οποίοι περιορίζουν ή απαγορεύουν το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους σε όλο και περισσότερες χώρες. Όμως στα πλαίσια μιας συνολικής πολιτικής, για την καταπολέμηση του καπνίσματος, έχει ιδιαίτερη σημασία να υιοθετηθούν ακόμη περισσότερα και αυστηρότερα μέτρα, με στόχο, κυρίως, τη μείωση της ζήτησης των προϊόντων του καπνού, από παιδιά και έφηβους.^{3,4}

1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολογίζει ότι στην Ευρώπη περίπου 215 εκατ. άνθρωποι καπνίζουν, από τα οποία τα 130 εκατ. είναι άνδρες. Το ποσοστό καπνιστών στους άνδρες είναι κατά μέσο όρο 34% στη Δυτική Ευρώπη και 47% στην Ανατολική, ενώ στις γυναίκες, 25% στη Δυτική Ευρώπη και 20% στην Ανατολική.

Στον πίνακα 1 φαίνεται το ποσοστό καπνιστών μεταξύ των ατόμων ηλικίας άνω των 15 ετών, σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία του Π.Ο.Υ.. Η Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη αναλογία καπνιστών μεταξύ των δυτικοευρωπαϊκών χωρών 37,6%. Κατά την τελευταία δεκαετία παρατηρείται μια μείωση του ποσοστού, αλλά παρόλα αυτά, παραμένει το υψηλότερο μεταξύ των χωρών της δυτικής Ευρώπης.

Πίνακας 1: Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας άνω των 15 ετών που είναι καπνιστές

	Έτος	Ποσοστό	Έτος	Ποσοστό
Βέλγιο	1982	40,0	2002	29,0
Γαλλία	1980	32,0	2002	25,9
Γερμανία	1997	36,7	2003	33,9
Δανία	1994	37,0	2003	28,0
Ελλάδα	1991	46,0	2000	37,6
Ιταλία	1993	25,7	2002	24,0
Ισπανία	1993	32,1	2003	28,1
Μ. Βρετανία	1980	39,0	2003	26,0
Ολλανδία	1980	43,0	2003	32,0
Σουηδία	1980	32,4	2003	17,5

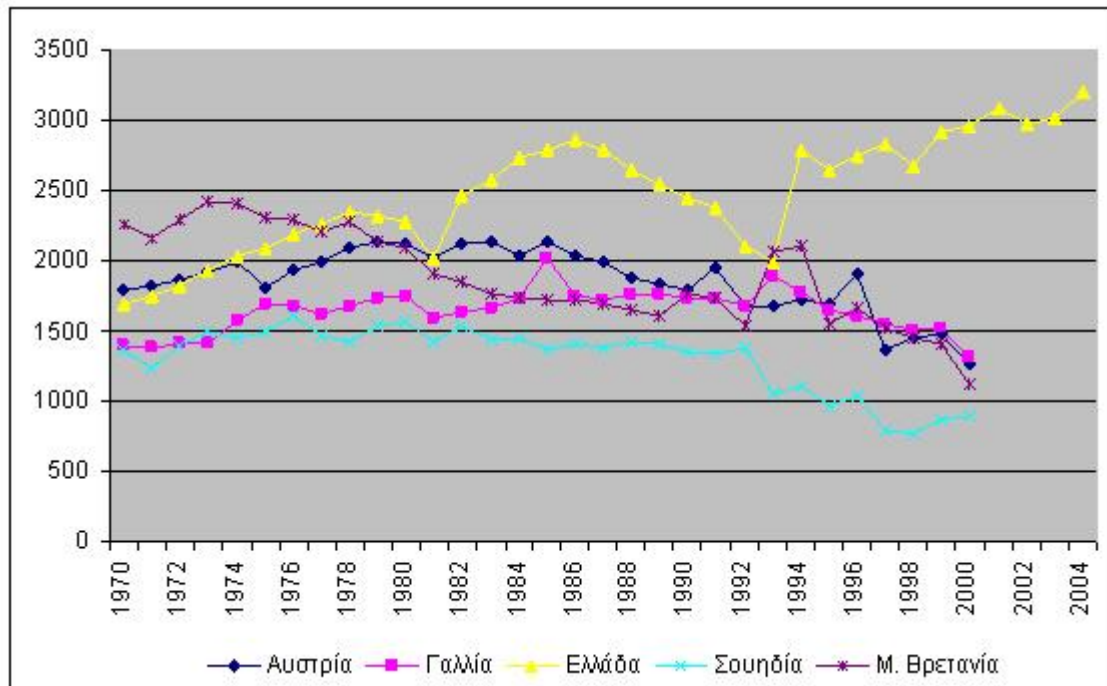
(1980-2003).

Πηγή: WHO, European Health for All Database, 2008.

Παρά τη διαφαινόμενη μείωση των καπνιστών, ο μέσος ετήσιος αριθμός τσιγάρων κατ' άτομο παρουσιάζει αύξηση (διάγραμμα 1). Στη δεκαετία 1991-2001 αυξήθηκε

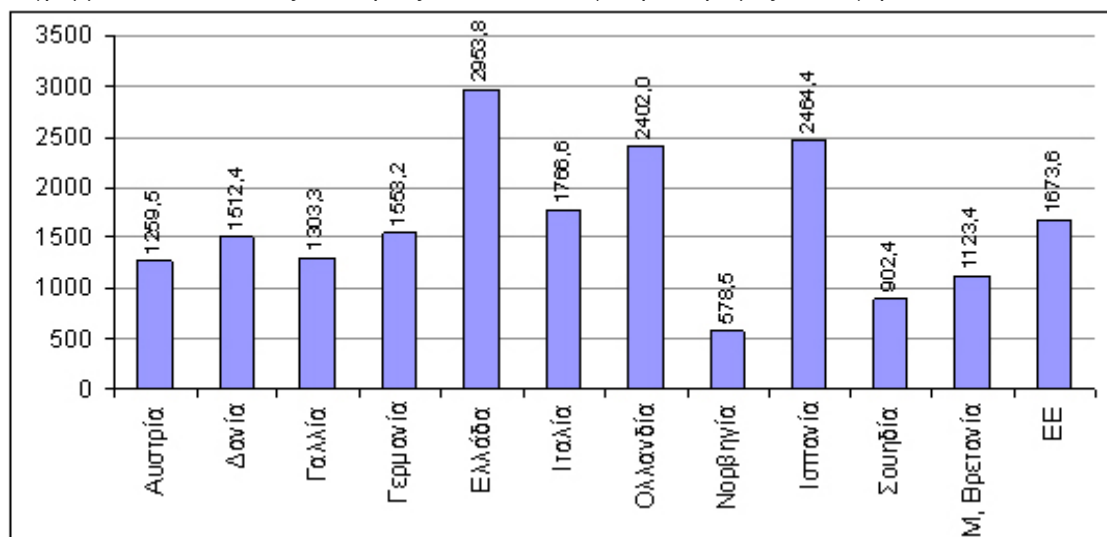
κατά 29,7% και έφτασε τα 3.089,4 τσιγάρα και τελικά, το 2004 τα 3.199,8 τσιγάρα. Η Ελλάδα έχει τον υψηλότερο αριθμό καταναλισκόμενων τσιγάρων κατ' άτομο στη δυτική Ευρώπη (διάγραμμα 2). Μετά το 2000, ο μέσος ετήσιος κατά κεφαλή αριθμός τσιγάρων στην Ελλάδα είναι διπλάσιος από ότι στη Γερμανία, Γαλλία και Μ. Βρετανία και πενταπλάσιος από ότι στη Νορβηγία.

Διάγραμμα 1. Μέσος ετήσιος κατά κεφαλή αριθμός τσιγάρων σε ορισμένες χώρες, 1970-2004.



Πηγή: European WHO Health for All Database, 2008.

Διάγραμμα 2. Μέσος ετήσιος κατά κεφαλή αριθμός τσιγάρων, το 2000.



Πηγή: European WHO Health for All Database, 2008.

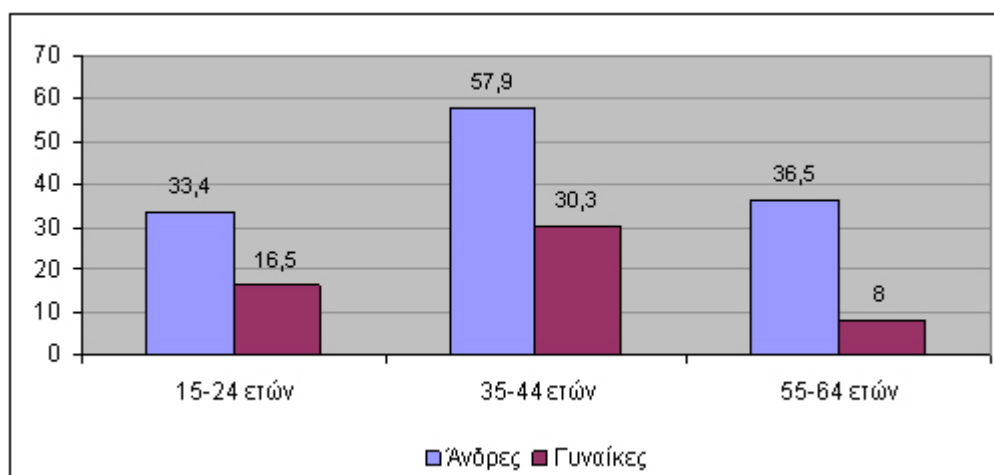
Σε σύγκριση με τις άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες, η Ελλάδα φαίνεται να έχει το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών όχι μόνο στους άνδρες αλλά και στις γυναίκες (πίνακας 2). Δεδομένου ότι στις γυναίκες η εγκατάσταση του καπνίσματος άρχισε αργότερα και είναι ακόμη σε εξέλιξη, το ποσοστό των καπνιστριών αφενός ποικίλλει στις διάφορες ηλικίες και αφετέρου παρουσιάζει ακόμη τάσεις αύξησης.

Πίνακας 2. Ποσοστό καπνιστών μεταξύ των ενηλίκων, κατά φύλο, σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες.

	Έτος	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Βέλγιο	2002	30	25	27
Γαλλία	2005	28,2	21,7	25,0
Γερμανία	2003	33,2	22,1	27,4
Δανία	2005	28,6	24,1	26,3
Ελλάδα	2000	46,8	29,0	37,6
Ιταλία	2005	28,3	16,2	22,0
Ισπανία	2003	34,1	22,4	28,1
Μ. Βρετανία	2003	28	24	26
Ολλανδία	2004	31	25	28
Σουηδία	2004	14	19	16
Φινλανδία	2004	27	20	23

Πηγή: WHO, The European Tobacco Control Report 2007. Copenhagen, WHO, 2007.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat (διάγραμμα 3), η συχνότητα του καπνίσματος στην Ελλάδα, παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά στις ηλικίες 35-44 ετών και παραδόξως τα χαμηλότερα ποσοστά για τους άνδρες είναι στις ηλικίες 15-24 ενώ για τις γυναίκες στις ηλικίες 55-64.



Διάγραμμα 3. Ποσοστά (%) καπνιστών κατά ηλικία και φύλο, στην Ελλάδα.

Πηγή: Eurostat, 2007.

Επίσης, σύμφωνα με όλα τα διαθέσιμα στοιχεία από διάφορες χώρες, το κάπνισμα συνδέεται άμεσα με το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και την απασχόληση. Το 2002, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι κοινωνικές ομάδες με το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών ήταν οι άνεργοι 54% και οι χειρωνακτές εργάτες 51%, έναντι ενός μέσου όρου 35%. Στη Μ. Βρετανία, μόνο το 10% των γυναικών και το 12% των ανδρών των ανώτερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων καπνίζουν, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα είναι πάνω από τριπλάσιο. Στην Ισπανία, το 2003, η απόκλιση του ποσοστού καπνιστών ανάμεσα στα υψηλότερα και χαμηλότερα επαγγελματικά στρώματα έφτανε το 44,4% στους άνδρες και το 10,1% στις γυναίκες. Σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο, το 2003, στη Γαλλία, η απόκλιση του ποσοστού καπνιστών μεταξύ των αποφοίτων πανεπιστημίου και των αποφοίτων στοιχειώδους εκπαίδευσης έφτανε το 60% ενώ ανάμεσα στα υψηλότερα και χαμηλότερα εισοδήματα το 30%. Αντίστοιχες διαφορές έχουν παρατηρηθεί και σε άλλες χώρες. Τα στοιχεία αυτά προσδιορίζουν τις ομάδες υψηλού κινδύνου προς τις οποίες πρέπει να κατευθυνθούν οι προσπάθειες πρόληψης.⁵

1.2.1 Κάπνισμα και νοσηρότητα – Στατιστικά στοιχεία

α. Κάπνισμα και στεφανιαία νόσος

Το κάπνισμα προκαλεί στένωση των αγγείων και παραγωγή χοληστερίνης, η οποία προάγει την αρτηριοσκλήρωση. Με τους μηχανισμούς αυτούς το κάπνισμα βλάπτει τη λειτουργία των στεφανιαίων αγγείων, όπως και άλλων αγγείων και οδηγεί στην εκδήλωση στεφανιαίας νόσου. Το κάπνισμα αποτελεί έναν από τους κύριους παράγοντες κινδύνου της στεφανιαίας νόσου. Ευθύνεται περίπου για το 30-40% του συνόλου των θανάτων από τη νόσο, ενώ ειδικά στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, για το 45% των θανάτων στους άνδρες και το 41% στις γυναίκες. Ο κίνδυνος προσβολής από στεφανιαία νόσο είναι στους καπνιστές περίπου 2-3 φορές υψηλότερος από τους μη καπνιστές και είναι υψηλότερος στις ηλικίες κάτω των 55 ετών. Ο κίνδυνος εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τον αριθμό των τσιγάρων. Από διάφορες έρευνες φαίνεται, ότι πιθανότητα εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου αυξάνει όσο αυξάνει ο αριθμός των τσιγάρων. Στους μη καπνιστές που εκτίθενται παθητικά στο κάπνισμα, στην οικογένεια ή στη δουλειά τους, η κίνδυνος εκδήλωσης καρδιοπάθειας είναι 25-30% μεγαλύτερος σε σχέση με τους μη καπνιστές.⁶

β. Κάπνισμα και καρκίνος

Το κάπνισμα, αποτελεί τη σημαντικότερη αιτία μιας σειράς σοβαρότατων καρκίνων, που αποτελούν μερικές από τις κυριότερες αιτίες θανάτου στις σύγχρονες κοινωνίες. Το κάπνισμα αποτελεί την αιτία περίπου του 30% του συνόλου των θανάτων από καρκίνο. Συγκεκριμένα, το κάπνισμα ευθύνεται για:

- Το 70-90% των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα.
- Το 75-85% των θανάτων από καρκίνο του λάρυγγα.
- Το 50-75% των θανάτων από καρκίνο στόματος, φάρυγγα και οισοφάγου.
- Το 30-50% των θανάτων από καρκίνο της ουροδόχου κύστης και των νεφρών.
- Το 20-25% των θανάτων από καρκίνο του παγκρέατος, του στομάχου και μικρότερα ποσοστά άλλων καρκίνων (πίνακας 1).

Η πιθανότητα προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα είναι στους καπνιστές κατά 23.3 φορές μεγαλύτερη στους άνδρες και κατά 12.7 φορές στις γυναίκες σε σχέση με τους μη καπνιστές (πίνακας 1). Αντίστοιχα, πολύ υψηλότερη είναι η πιθανότητα προσβολής από καρκίνο, στόματος, φάρυγγα, οισοφάγου, αλλά και διπλάσια έως τριπλάσια η πιθανότητα για καρκίνο ουροδόχου κύστης, νεφρών, παγκρέατος, κ.ά.

Πίνακας 1. Σχετικός και οφειλόμενος κίνδυνος καρκίνου εξαιτίας του καπνίσματος.

	Άνδρες		Γυναίκες	
Καρκίνος	Σχετικός κίνδυνος καπνιστών	Οφειλόμενος κίνδυνος πληθυσμού (%)	Σχετικός κίνδυνος καπνιστών	Οφειλόμενος κίνδυνος πληθυσμού(%)
Πνεύμονα	23,3	88	12,7	71
Λάρυγγα	14,6	83	13	75
Στόμα-φάρυγγα	10,9	74	5,1	48
Οισοφάγου	6,8	72	7,8	55
Παγκρέατος	2,3	22	2,3	23
Στομάχου	2,0	28	1,4	12
Ουροδόχου κύστης	3,3	48	2,2	29
Νεφρού κλπ	2,7	39	1,3	4

Πηγή: American Cancer Society. Smoking and cancer mortality table. 2008.

Η παρατηρούμενη διαφορά στο σχετικό κίνδυνο μεταξύ ανδρών και γυναικών οφείλεται σε πολλούς παράγοντες, όπως την ηλικία έναρξης, τη διάρκεια του καπνίσματος, τον μέσο αριθμό τσιγάρων, το βάθος εισπνοής, την ηλικία διακοπής κλπ.

Έχει αποδειχθεί, ότι ο κίνδυνος εκδήλωσης καρκίνου στους καπνιστές εξαρτάται κυρίως από:

- *Τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν.* Ο κίνδυνος θανάτου από καρκίνο σε άνδρες που καπνίζουν κατά μέσο όρο κάτω από 10 τσιγάρα την ημέρα είναι 4-5 φορές μεγαλύτερος σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, ενώ σε όσους καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα, 15-20 φορές μεγαλύτερος. Στις γυναίκες, ο σχετικός κίνδυνος φαίνεται να είναι κάπως μικρότερος από ότι στους άνδρες καπνιστές.
- *Την ηλικία έναρξης του καπνίσματος.* Σε όσους άρχισαν το κάπνισμα σε ηλικία κάτω των 15 ετών, η πιθανότητα θανάτου από καρκίνο του πνεύμονα είναι 17-19 φορές μεγαλύτερη από τους μη καπνιστές, ενώ σε όσους άρχισαν σε ηλικία άνω των 25 ετών ο κίνδυνος είναι 4-5 φορές μεγαλύτερος από τους μη καπνιστές.
- *Τη συνολική διάρκεια που υπάρχει η καπνιστική συνήθεια,* παράγοντας που φαίνεται ότι έχει ιδιαίτερη σημασία. Αν υποθέσουμε ότι ο τριπλασιασμός του αριθμού των τσιγάρων που καταναλώνονται ημερησίως οδηγεί σε τριπλασιασμό του κινδύνου για καρκίνο του πνεύμονα, ο τριπλασιασμός της διάρκειας της καπνιστικής συνήθειας μπορεί να οδηγήσει σε 100πλασιασμό του κινδύνου.

Σε όσους εκτίθενται παθητικά στο κάπνισμα, ο κίνδυνος προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα είναι κατά 20-30% μεγαλύτερος από τους μη καπνιστές.

Είναι επίσης χαρακτηριστικό, ότι παρά τη μεγάλη μείωση στην περιεκτικότητα των τσιγάρων σε πίσσα και τη χρήση φίλτρων που παρατηρήθηκε μετά το 1980, δεν παρατηρείται ουσιαστική μείωση του κινδύνου στους καπνιστές. Φαίνεται δηλαδή ότι τα "ελαφρά" τσιγάρα ή το φίλτρο δεν μειώνουν τον κίνδυνο.⁶

γ. Κάπνισμα και χρόνιες πνευμονοπάθειες

Το κάπνισμα αποτελεί την αιτία του 80-85% των κρουσμάτων από χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες (χρόνια βρογχίτιδα, άσθμα, πνευμονικό εμφύσημα). Η κλιμάκωση του κινδύνου εμφάνισης της νόσου σε συνάρτηση με τον αριθμό των

καταναλισκόμενων τσιγάρων είναι περίπου ίδια με εκείνη που παρατηρείται στον καρκίνο του πνεύμονα. Δηλαδή, οι καπνιστές μισού, ενός, δύο ή άνω των δύο πακέτων τσιγάρων την ημέρα, έχουν αντίστοιχα 5, 10, 15 και 20 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου από χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες σε σύγκριση με τους μη καπνιστές.

Οι μη καπνιστές που εκτίθενται παθητικά στο κάπνισμα και ιδίως τα παιδιά, αντιμετωπίζουν επίσης σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο προσβολής από χρόνιες πνευμονοπάθειες σε σχέση με τους μη καπνιστές.⁶

δ. Κάπνισμα και κύηση

Τόσο το ενεργητικό όσο και το παθητικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία του εμβρύου. Οι κυριότερες επιπτώσεις του καπνίσματος πάνω στο έμβρυο είναι :

- Το χαμηλό βάρος γέννησης, το οποίο εμφανίζεται σε συχνότητα διπλάσια από ότι στις κυήσεις μητέρων μη καπνιστριών.
- Η αύξηση του κινδύνου πρόκλησης εμβρυϊκού θανάτου.
- Η αύξηση του κινδύνου αυτόματης αποβολής του εμβρύου.
- Η αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης πνευματικής καθυστέρησης.
- Η αύξηση της συχνότητας εμφάνισης εγκεφαλικής παράλυσης.
- Η αύξηση της συχνότητας κρουσμάτων επιληψίας, διεγερσιμότητας κλπ.
- Η συνολική αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας κατά 60%.

Το κάπνισμα, είναι η δεύτερη αιτία θανάτου στον κόσμο. Ευθύνεται για 1/10 θανάτους ενηλίκων σε παγκόσμια κλίμακα. Δηλαδή από το κάπνισμα πεθαίνουν αυτή τη στιγμή 5 εκατομμύρια άνθρωποι το χρόνο. Αν η καπνιστική συνήθεια συνεχιστεί με τον σημερινό ρυθμό, μέχρι το 2025 το κάπνισμα θα κοστίζει 10 εκατομμύρια ζωές ετησίως. Οι μισοί από τους σημερινούς καπνιστές θα πεθάνουν τελικά από νόσο που σχετίζεται με το κάπνισμα.⁶

Κεφάλαιο 2^ο

Τα χαρακτηριστικά και η χημική σύσταση του καπνού

2.1 Γενικά

Στον καπνό του τσιγάρου περιλαμβάνονται περίπου 4000 χημικές ενώσεις, μεταξύ των οποίων 40 περίπου καρκινογόνες ουσίες, όπως η φορμαλδεΰδη, το ολικό οξειδωμένο άζωτο, το υδροκυάνιο, το κάδμιο και άλλα βαριά μέταλλα. Μερικές έχουν τοξική δράση, ενώ οι περίπου 40 ενώσεις ασκούν αποδεδειγμένα καρκινογόνο δράση.

Οι ουσίες του μίγματος του καπνού βρίσκονται είτε σε σωματιδιακή είτε σε αέρια μορφή. Ενδεικτικές ουσίες της αέριας μορφής είναι το μονοξείδιο και διοξείδιο του άνθρακα, το υδροκυάνιο, τα οξείδια του αζώτου, πτητικές θειούχες ενώσεις, πτητικοί υδρογονάνθρακες, νιτρίλια, αλκοόλες, αλδεΰδες και κετόνες. Σε σωματιδιακή μορφή βρίσκονται η νικοτίνη και η πίσσα.

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

8% σωματίδια νικοτίνης

59% άζωτο

14% διοξείδιο του άνθρακα

3% μονοξείδιο του άνθρακα

13% οξυγόνο

2% αλλά αέρια

1% ατμούς.

Οι τρεις κύριες ουσίες που επικεντρώνεται το ενδιαφέρον της ιατρικής έρευνας για τις βλάβες που προκαλεί στην υγεία του ανθρώπου ο καπνός του τσιγάρου είναι: η πίσσα, το μονοξείδιο του άνθρακα και η νικοτίνη.⁷

2.2 Η πίσσα

Η πίσσα είναι ουσιαστικά αυτό που απομένει μετά την απομάκρυνση της νικοτίνης και της υγρασίας. Πρόκειται για ένωση πολλών και καρκινογόνων ουσιών, έχει σκούρο χρώμα και κολλώδη υφή. Επικάθεται στους βλεννογόνους του αναπνευστικού και του πεπτικού συστήματος, συμβάλλοντας στην πρόκληση καρκίνου αυτών των περιοχών, αλλά και στην εκδήλωση εμφυσήματος, χρόνιων αναπνευστικών ή και άλλων παθήσεων.^{8,9}

2.3 Το μονοξείδιο του άνθρακα (CO)

Το μονοξείδιο του άνθρακα είναι ένα πολύ τοξικό αέριο που σχηματίζεται κατά την καύση του τσιγάρου και προκαλεί προβλήματα στην υγεία του ανθρώπου μόνο όταν εισέρχεται στην κυκλοφορία του αίματος, και αυτό γιατί μειώνει τη μεταφερόμενη ποσότητα οξυγόνου, καθώς αυτό ενώνεται με την αιμοσφαιρίνη, αλλά και δυσχεραίνει τη μεταφορά οξυγόνου από το αίμα στους ιστούς. Επίσης το μονοξείδιο του άνθρακα μαζί με την νικοτίνη, συντελεί στην συγκόλληση των αιμοπεταλίων, με αποτέλεσμα ο κίνδυνος παραγωγής θρόμβων στο αίμα να είναι πολύ μεγάλος. Το μονοξείδιο του άνθρακα είναι υπεύθυνο για χρόνιες βλάβες που προκαλούνται στο κυκλοφορικό σύστημα.^{8,9}

2.4 Η νικοτίνη

Η νικοτίνη, που στη μη επεξεργασμένη της κατάσταση είναι ένα κίτρινο ελαιώδες υγρό, αποτελεί την κύρια ουσία του τσιγάρου και ευθύνεται κυρίως για τις οξείες ψυχοφυσιολογικές συνέπειες του καπνίσματος στο κυκλοφορικό σύστημα. Αποδεδειγμένα αποτελεί το μοναδικό συστατικό του τσιγάρου το οποίο μπορεί να

προκαλέσει φαρμακολογική εξάρτηση, και αυτό, γιατί δρα ως εξαρτητική ουσία και προκαλεί εθισμό στον ανθρώπινο οργανισμό. Μέσω των πνευμόνων και του κυκλοφορικού συστήματος, φτάνει σε λιγότερο από 10 δευτερόλεπτα στις περιοχές δράσης της στον εγκέφαλο, περνώντας αβίαστα από τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό. Η άμεση επίδραση της στο σώμα διαρκεί μέχρι και τριάντα λεπτά μετά την άφιξή της στον εγκέφαλο. Συγκεκριμένα, η περιεκτικότητά της στο αίμα μειώνεται κατά 50% μέσα σε μισή ώρα και κατά 75% στα τρία τέταρτα της ώρας, από το αίμα, εξαφανίζεται σε δύο με τρεις ώρες. Μακροπρόθεσμα, έχει αποδειχθεί ότι η νικοτίνη καταστέλλει την ικανότητα του εγκεφάλου να βιώνει αισθήματα ευχαρίστησης, οι καπνιστές χρειάζονται μεγαλύτερες ποσότητες νικοτίνης προκειμένου να βιώσουν το ίδιο ευχάριστο συναίσθημα, δίνει την ψευδαίσθηση ότι με την πρόσληψη της χαλαρώνει και βοηθάει στη συγκέντρωση. Η αλήθεια όμως, είναι πως όταν η νικοτίνη στο αίμα πέφτει σε χαμηλά επίπεδα, εμφανίζονται συμπτώματα στέρησης, καπνίζοντας, αυξάνονται τα επίπεδα νικοτίνης, με αποτέλεσμα να προκαλείται ευφορία. Επομένως, το κάπνισμα είναι ο τρόπος που ικανοποιείται ο εθισμός στη νικοτίνη και η απόλαυση που δημιουργείται είναι αποτέλεσμα αυτού του εθισμού. Η συνεχής έκθεση των εγκεφαλικών κυττάρων στη νικοτίνη, με την πάροδο του χρόνου, δημιουργεί σε αυτά περισσότερους νικοτινικούς υποδοχείς, με αποτέλεσμα το αίσθημα «κορεσμού» των εγκεφαλικών νευρώνων από νικοτίνη να ικανοποιείται, πλέον, με όλο και μεγαλύτερο αριθμό τσιγάρων. Όμως η υπερβολική πρόσληψη νικοτίνης μπορεί να προκαλέσει ζαλάδα, αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, τάση για έμετο, κατακράτηση ιδρώτα, ανορεξία, αρρυθμία, τρόμο, ναυτία και πτώση της πίεσης. Από την άλλη, η έλλειψη νικοτίνης στους καπνιστές προκαλεί συμπτώματα στέρησης, όπως είναι η ευερεθιστότητα, η υπερκινητικότητα, η δυσκολία συγκέντρωσης, το άγχος, το δυσφορικό ή καταθλιπτικό συναίσθημα, η πείνα, οι διαταραχές ύπνου και η έντονη επιθυμία για πρόσληψη νικοτίνης, που αποτελεί και το μεγαλύτερο εμπόδιο για όσους θέλουν να κόψουν το κάπνισμα.^{8,9}

Κεφάλαιο 3^ο

Προβλήματα ενός καπνιστή

3.1 Αιτίες έναρξης καπνίσματος

Οι περισσότεροι άνθρωποι, θα ξεκινήσουν το κάπνισμα κατά την διάρκεια της εφηβείας τους. Στην προσπάθεια που κάνουν για ανεξαρτησία, αντίθεση και ωριμότητα, από την προτροπή ή την μίμηση των συνομηλίκων τους, για εναρμόνιση με τις αξίες των κοινωνικών ομάδων των οποίων ανήκουν ή απλώς από περιέργεια. Στη συνέχεια όμως, λόγω του εθισμού, θα συνεχίσουν να καπνίζουν. Περισσότερες πιθανότητες, για να ξεκινήσουν το κάπνισμα, έχουν παιδιά ή έφηβοι με φίλους ή γονείς που καπνίζουν.

Σημαντικό ρόλο και με μεγάλη επίδραση, στην έναρξη του καπνίσματος, έχουν οι καπνοβιομηχανίες, που δαπανούν μεγάλα ποσά στις διαφημίσεις ώστε να παρουσιάσουν το κάπνισμα ως μια συναρπαστική, λαμπερή και υγιή δραστηριότητα. Επίσης σημαντικό ρόλο έχει η ευρεία διάθεση των τσιγάρων και η χαμηλή τους τιμή και η ευκολία που ο καθένας μπορεί να τα προμηθευτεί.

Ένας στους δύο καπνιστές που εθίζονται στη νικοτίνη σε νεαρή ηλικία και συνεχίζουν να καπνίζουν σ' όλη τους τη ζωή, τελικά θα πεθάνουν από κάποια ασθένεια που σχετίζεται με το κάπνισμα.^{3,9,11}

3.2 Εθισμός

Η νικοτίνη είναι ελαφρά διεγερτική ουσία, χωρίς καμιά ιατρική ή θεραπευτική χρήση, που προκαλεί μικρού βαθμού ταχυκαρδία, αύξηση της πίεσης και αναπνοής και κινητική δραστηριοποίηση.

Ο εθισμός στη νικοτίνη έχει νευροβιολογική βάση και χαρακτηρίζεται από τρεις κύριους παράγοντες:

- Η χρήση της νικοτίνης δημιουργεί μια ευχάριστη αίσθηση, αναγκάζοντας έναν άνθρωπο να συνεχίζει να καπνίζει

Û Η συνέχιση του καπνίσματος, οδηγεί σε ανοχή, γεγονός που σημαίνει ότι οι καπνιστές θα πρέπει να αυξήσουν την πρόσληψη νικοτίνης (δηλ. των τσιγάρων) για να πετύχουν την αίσθηση ικανοποίησης.

Û Η αποχή από την νικοτίνη έχει ως συνέπεια, δυσάρεστα ψυχικά και σωματικά συμπτώματα που οδηγούν τον καπνιστή να συνεχίσει το κάπνισμα για να τα αποφύγει.

Η δύναμη του εθισμού λοιπόν είναι μεγάλη, γι' αυτό ενώ το 75-85% των καπνιστών δηλώνει πως θέλει να διακόψει το κάπνισμα, μόνο το 3-5% το καταφέρνει μόνο του. Το ένα τρίτο περίπου έχει κάνει τουλάχιστον τρεις σοβαρές ανεπιτυχείς προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος, γεγονός που αποδεικνύει ότι η εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι ένα πολύ σημαντικό εμπόδιο για την επιτυχή διακοπή του καπνίσματος.^{8,9,10}

3.3 Εξάρτηση

Η πορεία προς την εξάρτηση είναι μια μακρόχρονη διαδικασία και εξαρτάται από μια σειρά ατομικούς, βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

Οι διάφορες έρευνες που έγιναν στον τομέα αυτό, διακρίνουν τέσσερα κρίσιμα στάδια μέσα από τα οποία το κάπνισμα εξελίσσεται σε καθημερινή συμπεριφορά και εξάρτηση:

Û Προετοιμασία

Οι έφηβοι ανακαλύπτουν τα λειτουργικά και τελετουργικά στοιχεία που εντάσσουν το κάπνισμα στην καθημερινότητα τους, παρατηρώντας τους γονείς, φίλους ή άλλα σημαντικά πρόσωπα που καπνίζουν.

Û Μύηση και πειραματισμός

Το κάπνισμα προκαλεί μεν στην αρχή αηδία, βήχα και κάψιμο στον λαιμό, αλλά παρατηρείται και ταυτόχρονη ψυχολογική ικανοποίηση από το γεγονός ότι ο νέος κάνει κάτι που κάνει η παρέα του ή κάτι που κάνουν οι λίγοι. Αυτό, του ικανοποιεί άλλες ψυχολογικές ανάγκες, τονώνει την αυτοεκτίμηση του και κάποτε τον κάνει να νοιώθει καλύτερα. Έτσι συνεχίζει τον πειραματισμό.

Û Πέρασμα από την περιστασιακή στη συστηματική χρήση

Στο στάδιο αυτό αρχίζει να εμπεδώνεται η συνήθεια, τόσο η τελετουργική όσο και η ψυχολογική και σταδιακά δημιουργείται και η ανάγκη βιολογικής εξασφάλισης του επόμενου τσιγάρου.

Ü Τελική φάση, συστηματικής χρήσης, κατάχρησης και εξάρτησης

Εδώ, η χρήση γίνεται πιο συστηματική. Αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των τσιγάρων που καταναλώνονται κάθε μέρα, και η μη εξασφάλιση της ``δόσης`` αρχίζει να προκαλεί σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα ως έκφραση των στερητικών συμπτωμάτων. Στο στάδιο αυτό η διακοπή του καπνίσματος είναι πολύ πιο δύσκολη διότι η εξάρτηση έχει ισχυροποιηθεί και παγιωθεί από πολλούς και σύνθετους βιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Σε έναν καπνιστή η ψυχοσωματική εξάρτηση μαζί με την τελετουργία που περιέχει η κίνηση του καπνίσματος (άναμμα, εισπνοή, κίνηση, σβήσιμο) βοηθούν στην εξέλιξη του καπνίσματος σε μια ισχυρά καταναγκαστική συμπεριφορά.^{8,9,10}

3.4 Οι επιπτώσεις του καπνίσματος

Το κάπνισμα αποτελεί τον μεγαλύτερο κίνδυνο για την υγεία, το πιο σημαντικό παράδειγμα επιλέξιμης ανθυγιεινής συμπεριφοράς και την υπ' αριθμόν ένα προλαμβανόμενη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας. Επιλέγοντας το κάπνισμα, οι άνθρωποι αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης διαφόρων νόσων και μειώνουν το προσδόκιμο επιβίωσής τους. Το τακτικό κάπνισμα έχει συσχετιστεί αιτιολογικά μ' ένα σημαντικό αριθμό νοσημάτων. Ο αυξημένος κίνδυνος και στα δύο φύλα είναι ανάλογος με την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων και την χρονική διάρκεια της καπνιστικής συνηθείας, καθώς και ανάλογος με τον τύπο του τσιγάρου και τον βαθμό εισπνοής του καπνού. Το κάπνισμα, προσβάλλει και προκαλεί βλάβες σε όλα τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού.

3.4.1 Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος: Το κάπνισμα αποτελεί την κύρια αιτία για την εμφάνιση της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ), τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες. Η ΧΑΠ περιλαμβάνει τη χρόνια βρογχίτιδα και το εμφύσημα. Οι θάνατοι από ΧΑΠ είναι 10 φορές περισσότεροι στους καπνιστές, απ' ό,τι στους μη καπνιστές. Οι καπνιστές παρουσιάζουν περισσότερες αλλεργικές αντιδράσεις, χρόνια βήχα, απόχρεμψη (φλέματα), συριγμό (σφύριγμα) της αναπνοής και δύσπνοια.

3.4.2 Κακοήθεις νεοπλασίες: Όσον αφορά στην σχέση του καπνίσματος και του καρκίνου του πνεύμονα, το 90% των καρκίνων του πνεύμονα στους άνδρες και το 79% στις γυναίκες οφείλεται στο κάπνισμα, ενώ ο σχετικός κίνδυνος για καρκίνο του πνεύμονα είναι 22 φορές μεγαλύτερος στους άνδρες

καπνιστές, απ' ότi στους μη καπνιστές και 12 φορές μεγαλύτερος στις γυναίκες καπνίστριες, σε σχέση με τις μη καπνίστριες. Το κάπνισμα συσχετίζεται, ακόμη, με πολλούς άλλους καρκίνους, όπως είναι ο καρκίνος του λάρυγγα, του φάρυγγα, της στοματικής κοιλότητας, της ρινικής κοιλότητας και των παραρίνιων κόλπων, του οισοφάγου, των νεφρών και της ουροδόχου κύστης, καθώς και με την λευχαιμία. Σχεδόν το 40% των θανάτων εξ' αιτίας όλων των μορφών του καρκίνου μπορούν ν' αποδοθούν στο κάπνισμα.

3.4.3 Νοσήματα καρδιαγγειακού συστήματος: Το 25% των θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα οφείλεται στο κάπνισμα. Το κάπνισμα αποτελεί μια από τις βασικότερες αιτίες αρτηριοσκλήρυνσης και αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου, όπως και η υπέρταση, για την πρόκληση της ισχαιμικής νόσου του μυοκαρδίου. Εξίσου ισχυρή είναι και η σύνδεση ανάμεσα στο κάπνισμα και την επίπτωση των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για την αυξημένη επίπτωση ανευρυσμάτων της κοιλιακής αορτής, μια δυνητικά θανατηφόρα ασθένεια, που προσβάλλει κυρίως άνδρες καπνιστές μετά την ηλικία των 60 ετών.

3.4.4 Νοσήματα πεπτικού, μυοσκελετικού και συνδετικού ιστού, ουροποιητικού/γεννητικού συστήματος: Το κάπνισμα συσχετίζεται, μεταξύ άλλων νοσημάτων και με την εμφάνιση του πεπτικού έλκους. Η οστική πυκνότητα των καπνιστών τείνει να είναι μικρότερη από αυτή των μη καπνιστών, ενώ το κάπνισμα συσχετίζεται με προβλήματα που εμφανίζονται αργότερα στην ζωή ενός ενήλικα, όπως είναι η οστεοπόρωση, τα προβλήματα στοματικής υγείας, η έλλειψη μυϊκής ισχύος και η ρυτίδωση του δέρματος. Τα κάπνισμα μειώνει την όσφρηση και την γεύση, αυξάνει την ουλίτιδα και την κακοσμία του στόματος, προκαλεί χρωματισμό των οδόντων και περισσότερα περιοδοντικά νοσήματα. Σε ότi αφορά στις γυναίκες, έχει βρεθεί ότi προκαλεί διαταραχές στην έμμηνο ρύση, μειώνει μέχρι και κατά 50% την γυναικεία γονιμότητα και σχετίζεται με την πρόωρη εμφάνιση (κατά δύο με τρία χρόνια) της εμμηνόπαυσης. Σε ότi αφορά στους άνδρες, συσχετίζεται με την μείωση του ανδρικού σπέρματος καθώς και με τη μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας.

3.4.5 Νοσήματα νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων/Γνωστικές λειτουργίες: Το κάπνισμα συσχετίζεται με τις ημικρανίες, με τη μείωση της

συγκέντρωσης και της μνήμης, με τη μείωση της ικανότητας για λεπτές κινήσεις, με τη μείωση της ακουστικής οξύτητας, με τις βλάβες του οπτικού νεύρου, με την γήρανση και λέπτυνση του δέρματος, με την τριχόπτωση και με το πρώιμο άσπρισμα των μαλλιών. Ο λόγος για τον οποίο το κάπνισμα μπορεί να επηρεάσει την γνωστική λειτουργία είναι οι διαταραχές που προκαλεί στη ροή του αίματος στον εγκέφαλο.

3.4.6 Ανοσοποιητικό σύστημα/Αναπηρία: Το κάπνισμα επηρεάζει αρνητικά το ανοσοποιητικό σύστημα και αυξάνει τον κίνδυνο μολύνσεων. Οι καπνιστές τείνουν να είναι λιγότερο υγιείς από τους μη καπνιστές, ενώ είναι γνωστό, ότι το κάπνισμα επιδεινώνει τα υπάρχοντα προβλήματα υγείας και αυξάνει τον χρόνο που απαιτείται για να αναρρώσουν οι ασθενείς από κάποια ασθένεια ή χειρουργείο. Οι καπνιστές αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο μολύνσεων, πνευμονίας καθώς και άλλων αναπνευστικών επιπλοκών. Το κάπνισμα αλληλεπιδρά και μειώνει την αποτελεσματικότητα πολλών φαρμακευτικών σκευασμάτων, τα οποία χορηγούνται ευρέως, σε ανθρώπους μεγαλύτερης κυρίως ηλικίας, για νοσήματα όπως η υπέρταση, η αρθρίτιδα, η στηθάγχη και ο διαβήτης.^{6,8,10}

3.5 Οι επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος

Το παθητικό κάπνισμα θεωρείται σήμερα η τρίτη προλήψιμη αιτία θνησιμότητας. Ο εισπνεόμενος και εκπνεόμενος από τους καπνιστές καπνός και κυρίως ο καπνός που εξέρχεται από την άκρη του τσιγάρου μεταξύ δύο εισπνοών, έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία και των μη καπνιστών. Μόλις το 26% των προϊόντων και υποπροϊόντων καπνού μένει μέσα στο τσιγάρο (φίλτρο), το 28% εισπνέεται από τον καπνιστή και το 46% σκορπίζεται στον αέρα. Περισσότερες από 50 καρκινογόνες ουσίες έχουν ταυτοποιηθεί στον καπνό του τσιγάρου που απελευθερώνεται στον αέρα.

Στα ούρα και στο αίμα των ατόμων που εκτέθηκαν σε παθητικό κάπνισμα εντοπίζονται νικοτίνη, κοτίνη και καρκινογόνες ουσίες. Στους μη καπνιστές, ο καπνός ερεθίζει τα μάτια, προδιαθέτει σε συχνές φλεγμονές του επιπεφυκότα και ερεθίζει το αναπνευστικό σύστημα. Επίσης, προκαλεί ρινικά συμπτώματα, βήχα και

κεφαλαλγίες, καθώς και κρίσεις βρογχικού άσθματος ή άλλες αλλεργικές αντιδράσεις. Οι επιδράσεις αυτές είναι πιο έντονες στα παιδιά. Πρόκειται, ωστόσο, για ένα φαινόμενο που αφορά και τους καπνιστές, καθώς η έκθεσή τους στον καπνό από τα τσιγάρα άλλων ανθρώπων πολλαπλασιάζει την πιθανότητα να προσβληθούν από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα. Γενικότερα, σύμφωνα με πειραματικά δεδομένα σε ανθρώπους και πειραματόζωα, μπορεί να υποστηριχθεί ότι η δευτερογενής έκθεση στον καπνό προκαλεί στον οργανισμό μεταβολές παρόμοιες με αυτές που παρατηρούνται στους καπνιστές, έστω και σε μικρότερο, κατά κανόνα, βαθμό.

Εκτός από τις άμεσες επιδράσεις, ο καπνός του τσιγάρου αυξάνει τον σχετικό κίνδυνο για όλα τα βασικά νοσήματα που σχετίζονται με το κάπνισμα. Η περιβαλλοντική έκθεση στον καπνό συνδέεται αιτιολογικά με αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο κατά 25%-30%, με πιθανή αύξηση της επίπτωσης αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Ο σχετικός κίνδυνος για ισχαιμική νόσο του μυοκαρδίου έχει αναφερθεί 1.3 φορές μεγαλύτερος σε όσους μη καπνιστές εκτίθενται συστηματικά στον καπνό του τσιγάρου σε σχέση με μη καπνιστές που δεν εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα. Η σχέση του παθητικού καπνίσματος με τον καρκίνο του πνεύμονα έχει τεκμηριωθεί ερευνητικά. Σε ελληνίδες μη καπνίστριες με σύζυγο καπνιστή διαπιστώθηκε σχετικός κίνδυνος για καρκίνο του πνεύμονα 2.4 φορές μεγαλύτερος απ' ότι σε γυναίκες μη καπνίστριες με σύζυγο μη καπνιστή, όταν η κατανάλωση τσιγάρων του συζύγου ήταν χαμηλότερη από ένα πακέτο την ημέρα και 3.4 φορές μεγαλύτερος όταν η κατανάλωση τσιγάρων από τον σύζυγο ξεπερνούσε ημερησίως το ένα πακέτο. Ο σχετικός κίνδυνος για καρκίνο του πνεύμονα, είναι 2.1 φορές μεγαλύτερος για γυναίκες μη καπνίστριες με σύζυγο καπνιστή, ενώ σημαντική συσχέτιση, έχει και ο αριθμός της ημερήσιας κατανάλωσης των τσιγάρων από τον σύζυγο και των ετών της έκθεσης με τον σχετικό κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα. Εκτός από τον καρκίνο του πνεύμονα, το παθητικό κάπνισμα συσχετίζεται και με τον καρκίνο του στόματος, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου, της ουροδόχου κύστης, του νεφρού, του παγκρέατος, του εγκεφάλου, του θυρεοειδούς και του μαστού. Ακόμη, αυξάνει τη συχνότητα και άλλων παθήσεων και διαταραχών του αναπνευστικού συστήματος, ιδιαίτερα στα βρέφη και στα παιδιά με γονείς καπνιστές.

Σημαντικές είναι επίσης οι αρνητικές συνέπειες του παθητικού καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη, καθώς επηρεάζεται σημαντικά η αναπνευστική λειτουργία των νεογνών, αυξάνεται η συχνότητα των αναπνευστικών νοσημάτων κατά την παιδική ηλικία και ο κίνδυνος για χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια κατά την ενήλικη ζωή. Το παθητικό κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη αυξάνει τις αυτόματες αποβολές, την περιγεννητική θνησιμότητα, τις συγγενείς ανωμαλίες και τους πρόωρους τοκετούς. Σχετίζεται με αυξημένη επίπτωση λευχαιμίας, λεμφώματος και εγκεφαλικών όγκων κατά την παιδική ηλικία. Επίσης συνδέεται αιτιολογικά με την υποτροπιάζουσα μέση ωτίτιδα, την εκκριτική μέση ωτίτιδα και την εκδήλωση άσθματος. Επιδρά αρνητικά στην υγεία της εγκύου, καθώς αυξημένη παρουσιάζεται η συχνότητα της αποκόλλησης του πλακούντα, του πρόδρομου πλακούντα, των αιμορραγιών και της πρόωρης ρήξης του θυλακίου.

Το παθητικό κάπνισμα έχει δημιουργήσει τεράστια προβλήματα μεταξύ των ανθρώπων που καπνίζουν και αυτών που δεν καπνίζουν. Τα σημεία τριβής και διενέξεων μάλιστα, απασχόλησαν και απασχολούν κρατικές και δικαστικές αρχές, καθώς και κανόνες κοινωνικής συμπεριφοράς. Κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει το δικαίωμα των μη καπνιστών να προστατευτούν, από τις όποιες βλάβες είναι δυνατό να προκαλέσει το κάπνισμα των άλλων.^{6,9,10}

Κεφάλαιο 4^ο

Κυκλοφορικό σύστημα: Ανατομία & Φυσιολογία

4.1 Γενικά

Το αίμα είναι το σημαντικότερο μέσο μεταφοράς ουσιών και ενέργειας του οργανισμού, η κυκλοφορία του, γίνεται μέσα από ένα κλειστό κύκλωμα αγγείων, το κυκλοφορικό σύστημα, χωρίς αρχή και τέλος.

Το κυκλοφορικό σύστημα αποτελείται από την καρδιά, τις αρτηρίες, που μεταφέρουν το αίμα από την καρδιά προς την περιφέρεια, τα τριχοειδή, που επιτρέπουν την ανταλλαγή των ουσιών στους ιστούς, και τις φλέβες, που επαναφέρουν το αίμα στην καρδιά. Η κύρια αποστολή του κυκλοφορικού συστήματος είναι η προώθηση του αίματος από και προς όλα τα κύτταρα του οργανισμού, αλλά, και να συμμετέχει στην ανταλλαγή αερίων (O_2 - CO_2), να τροφοδοτεί τους ιστούς με οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά, να απομακρύνει από τους ιστούς τα προϊόντα καταβολισμού, να μεταφέρει τα θρεπτικά συστατικά που απορροφώνται στο έντερο, στο συκώτι, να συμμετέχει στην άμυνα του οργανισμού, να μεταφέρει από τους ενδοκρινείς αδένες τις ορμόνες, στα όργανα που πρέπει να δράσουν και να ρυθμίζει την θερμοκρασία του σώματος.^{12,13,14}

4.2 Η καρδιά

Για να βρίσκεται το αίμα σε μια συνεχής κίνηση μέσα στα αγγεία, χρειάζεται μια αντλία, την καρδιά.

Η καρδιά είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο, που βρίσκεται στον πρόσθιο μεσοπνευμόνιο χώρο, πίσω από το στέρνο και τους χόνδρους της 2^{ης}-5^{ης} πλευράς. Από την βάση της καρδιάς, ξεκινούν οι μεγάλες αρτηρίες (αορτή, πνευμονική), ενώ επιστρέφουν σ' αυτήν οι μεγάλες φλέβες και οι πνευμονικές φλέβες. Η καρδιά, χωρίζεται με δύο διαφράγματα (κολποκοιλιακό, μεσοκολπικό-μεσοκοιλιακό) σε τέσσερις κοιλότητες, τους δύο κόλπους αριστερά και δεξιά προς τα πάνω και τις δυο κοιλίες αριστερά και δεξιά προς τα κάτω.

Κατά την εμβρυική ζωή οι δύο κόλποι επικοινωνούν μεταξύ τους με το ωοειδές τρήμα, το οποίο κλείνει (σχηματίζοντας το μεσοκολπικό διάφραγμα) μετά τη γέννηση

του ανθρώπου. Το ίδιο ισχύει και για τις δύο κοιλίες, δεν επικοινωνούν μεταξύ τους γιατί χωρίζονται μεταξύ τους από το μεσοκοιλιακό διάφραγμα. Όμως, κάθε κόλπος επικοινωνεί με την αντίστοιχη κοιλία με ένα στόμιο που ονομάζεται κολποκοιλιακό στόμιο, όπου υπάρχει αντίστοιχα μια βαλβίδα που ονομάζεται κολποκοιλιακή βαλβίδα, η οποία ανοίγει και κλείνει ρυθμικά ώστε να περνάει το αίμα από τον κόλπο στην κοιλία. Επομένως, οι κολποκοιλιακές βαλβίδες είναι δυο α) η τριγλώχινα βαλβίδα, που βρίσκεται στο δεξιό κολποκοιλιακό στόμιο και β) η μιτροειδείς βαλβίδα που βρίσκεται στο αριστερό κολποκοιλιακό στόμιο. Η καρδιά, είναι υπεύθυνη για την πνευμονική (μικρή κυκλοφορία) και την σωματική (μεγάλη κυκλοφορία) κυκλοφορία αίματος. Οι δυο κυκλοφορίες δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους, αλλά είναι απλώς δυο τμήματα μιας ενιαίας κυκλοφορίας.

Υπεύθυνο για τον συντονισμό της σύσπασης των μυοκαρδιακών ινών, προκειμένου η καρδιά να λειτουργεί σαν μονάδα και να παράγει λειτουργία αντλίας, είναι το ερεθισματοαγωγό σύστημα. Το οποίο, αποτελείται από το φλεβόκομβο, τον κολποκοιλιακό κόμβο, το δεμάτιο του His και τις ίνες του Purkinje.^{12,13,14,16}

4.3 Οι Αρτηρίες

Οι αρτηρίες μεταφέρουν οξυγονωμένο αίμα σε όλους τους ιστούς του ανθρώπινου σώματος. Είναι μικρότερες σε διάμετρο από τις φλέβες, αλλά διαθέτουν ισχυρό μυϊκό τοίχωμα και μεγάλη ελαστικότητα. Όταν οι αρτηρίες πορεύονται σχετικά επιφανειακά, σφύζουν, δηλαδή γίνεται αντιληπτή με την ψηλάφησή τους η παρουσία του σφυγμικού κύματος της καρδιάς. Ανατομικά το τοίχωμα τους αποτελείται από τρεις χιτώνες (έξω, μέσο, έσω) και διακρίνονται σε ελαστικού και μυϊκού τύπου. Ελαστικού τύπου, με παχύ δίκτυο ελαστικών ινών στον μέσο χιτώνα, είναι οι μεγάλες αρτηρίες κοντά στην καρδιά και μυϊκού τύπου, οι ελαστικές ίνες στην μέση στιβάδα ελαττώνονται και αυξάνονται οι λείες μυϊκές ίνες, είναι όλες οι μεγάλες περιφερικές.¹²

4.4 Οι Φλέβες

Οι φλέβες, σχηματίζουν το φλεβικό σύστημα, το οποίο, τόσο στα άνω, όσο και στα κάτω άκρα, αποτελεί έναν πολύπλοκο μηχανισμό αντλίας, με τον οποίο, το φλεβικό αίμα μεταφέρεται προς την καρδιά. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό γνώρισμα των φλεβών είναι οι βαλβίδες, οι οποίες επιτρέπουν τη ροή του αίματος μόνο σε μία κατεύθυνση

(από την περιφέρεια προς την καρδιά). Ομοίως, με τις αρτηρίες, διακλαδίζονται σε μεγαλύτερα και μικρότερα αγγεία μέχρι τα τριχοειδή. Ανατομικά, αποτελούνται από τρεις χιτώνες, τον έσω που φέρει τις βαλβίδες, τον μέσο που αποτελείται από ελαστικές και μυϊκές ίνες και τον έξω. Έχουν λεπτό τοίχωμα, φέρουν πολλαπλές αναστομώσεις, δεν έχουν σφύξεις και όταν είναι κενές, τα τοιχώματά τους συμπύπτουν.¹²

Κεφάλαιο 5^ο

Κάπνισμα & νόσοι του κυκλοφορικού συστήματος

5.1 Ανεύρυσμα



Ως ανεύρυσμα, χαρακτηρίζεται η μόνιμη και εντοπισμένη διάταση, πάνω από το 50% της αρχικής διαμέτρου του αγγείου, του τοιχώματος μιας αρτηρίας, η οποία οφείλεται σε βλάβη ή αδυναμία του αρτηριακού τοιχώματος. Η ανευρυσματική διάταση, μπορεί να αποκτήσει ποικίλες διαστάσεις.

Ανεύρυσμα, μπορεί να εμφανιστεί θεωρητικά σε οποιοδήποτε αγγείο του κυκλοφορικού συστήματος. Όμως στην πραγματικότητα, σχεδόν πάντοτε, τα ανευρύσματα εμφανίζονται σε μια αρτηρία.

Ανευρύσματα μπορούν να εμφανισθούν στην κοιλιακή και θωρακική αορτή, στις εγκεφαλικές αρτηρίες και στις περιφερικές μεγάλες αρτηρίες που βρίσκονται στα πόδια και πίσω από τα γόνατα. Πάντως, συχνότερα εντοπίζονται στην κοιλιακή και θωρακική αορτή, καθώς και στις αρτηρίες του εγκεφάλου.

Στους ασθενείς που εμφανίζουν ανεύρυσμα, υπάρχει πάντα ο κίνδυνος ρήξης. Την πιθανότητα ρήξης, καθορίζουν το μέγεθος και άλλοι συμπαρομαρτούντες παράγοντες. Σε περίπτωση ρήξης ενός ανευρύσματος, τίθεται σε κίνδυνο η ζωή του ασθενούς. Η θέση του ραγέντος ανευρύσματος, καθορίζει πρωτίστως, το βαθμό του κινδύνου.

Ταξινόμηση ανευρυσμάτων:

Ανάλογα με την **προέλευση** τους, τα ανευρύσματα διακρίνονται σε:

Συγγενή: Οφείλονται είτε σε συγγενή ανωμαλία του μέσου χιτώνα είτε σε δυστροφία του μέσου χιτώνα.

Επίκτητα: Τα επίκτητα, ανάλογα με την αιτιολογία τους διακρίνονται σε:

- Αρτηριοσκληρωτικά
- Εκφυλιστικά
- Συφιλιδικά
- Μυκωτικά
- Τραυματικά
- Μεταστενωτικά

Ανάλογα με τη **μορφολογική τους κατάσταση** σε:

Γνήσια: Ονομάζονται εκείνα τα ανευρύσματα, στο σχηματισμό των οποίων συμμετέχουν και οι τρεις χιτώνες του αρτηριακού τοιχώματος.

Ψευδή: Ονομάζονται όσα προέρχονται από πλήρη τραυματική ρήξη του αρτηριακού τοιχώματος, που οδηγεί σε δημιουργία εξωαυλικού αιματώματος. Το τοίχωμα τους αποτελείται από περιβάλλοντες ιστούς και όχι από τις στιβάδες του αρτηριακού τοιχώματος.

Διαχωριστικά: Δημιουργούνται από τη διάσπαση του αρτηριακού τοιχώματος εξαιτίας της αδυναμίας του έσω χιτώνα, με αποτέλεσμα το σχηματισμό ενδοτοιχωματικού αιματώματος.

Ανάλογα με την **εξωτερική τους μορφολογία** διακρίνονται σε:

Ατρακτοειδή

Σακοειδή

Κυλινδρικά

Μικτά

Κλινικώς διακρίνονται σε:

Ραγέντα και Μη ραγέντα.^{17,18,19}

5.1.1 Αίτια

Η αιτιολογία των ανευρυσμάτων είναι σύνθετη και όχι πλήρως καθορισμένη. Οι περισσότεροι επιστήμονες συμφωνούν πως η παθογένεια τους είναι συνέπεια αλληλεπίδρασης πολλαπλών παραγόντων. Οι παράγοντες που σήμερα ενοχοποιούνται για την εκδήλωση της ανευρυσματικής νόσου είναι: Αρτηριοσκλήρυνση: Τα περισσότερα ανευρύσματα κοιλιακής αορτής αποδίδονται μέχρι πρόσφατα στην αρτηριοσκλήρυνση. Σήμερα γνωρίζουμε πως η ανευρυσματική διάταση της κοιλιακής αορτής είναι συχνότερη σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 65 χρόνων τα οποία πάσχουν από αρτηριοσκληρωτική νόσο. Δεν υπάρχει ομοφωνία μεταξύ των επιστημών αν η αρτηριοσκλήρυνση είναι κοινό εύρημα εξαιτίας της ηλικίας ή επιπρόσθετος επιβαρυντικός παράγοντας.

Το κάπνισμα και η χρόνια αποφρακτική νόσος των πνευμόνων (ΧΑΠ) συνδέονται τα τελευταία χρόνια με τη δημιουργία ανευρυσμάτων.

Κληρονομικοί παράγοντες: ο κίνδυνος εμφάνισης ανευρύσματος είναι μεγαλύτερος σε συγγενείς πρώτου βαθμού.

Γενετικά σύνδρομα όπως το σύνδρομο Marfan, το σύνδρομο Ehlers Danlos, καθώς και άλλα όπως η νόσος Αδαμαντιάδη - Behcet και η σύφιλη, σχετίζονται με την ανευρυσματική νόσο.

Μειωμένο κολλαγόνο και ελαστίνη στο αορτικό τοίχωμα, όπως επίσης και αυξημένη ελαστόλυση στο μέσο χιτώνα των αγγείων ενοχοποιούνται. Παθολογοανατομικές έρευνες, επισημαίνουν την αυξημένη δραστηριότητα κάποιων ενζύμων όπως η ελαστάση και η κολλαγενάση.

Αιμοδυναμικοί παράγοντες εμπλέκονται στην παθοφυσιολογία της ανευρυσματικής εξαλλαγής. Η κοιλιακή αορτή δέχεται μεγάλες πιέσεις από το σφυγμικό κύμα.^{17,18}

5.1.2 Επιπτώσεις

Η κλινική εικόνα των ανευρυσμάτων εξαρτάται από την εντόπιση, το μέγεθος, την πίεση των παρακείμενων σπλάχνων και τις επιπλοκές.

- Μεγάλο ποσοστό των ανευρυσμάτων ανακαλύπτονται κατά τη διάρκεια τυχαίου ιατρικού ελέγχου.
- Άλγος το οποίο μπορεί να είναι διαλείπων ή κωλικοειδές.
- Συμπτώματα στο γαστρεντερικό όπως μετεωρισμός, δυσκοιλιότητα ή διάρροια και τάση για έμετο.
- Συμπτώματα στα περιφερικά αγγεία όπως διαλείπουσα χωλότητα, οξεία ισχαιμία των άκρων, θρομβώσεις και περιφερικές εμβολές.
- Συμπτώματα στο νευρικό σύστημα όπως ριζιτική συνδρομή και πιέσεις νεύρων.
- Συμπτώματα από τις επιπλοκές, δηλαδή από τη ρήξη, όπως θρόμβωση και εμβολή.^{17,18}

5.1.3 Θεραπεία

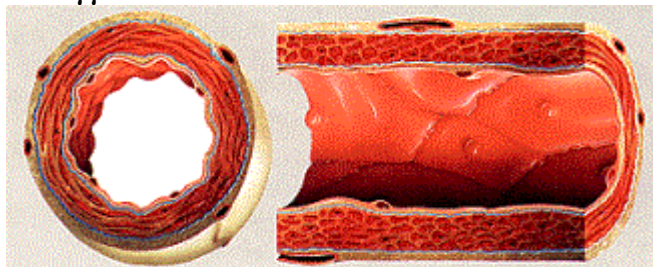
Η χειρουργική αντιμετώπιση αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας των ανευρυσμάτων, και γίνεται είτε με ανοιχτή προσπέλαση είτε με την ενδοαγγειακή τοποθέτηση συνθετικού μοσχεύματος. Η ρήξη αποτελεί τη σοβαρότερη επιπλοκή και η χειρουργική θεραπεία στοχεύει στην ελαχιστοποίηση αυτού του κινδύνου και στην αποκατάσταση της αρτηριακής συνέχειας.^{17,18}

5.2 Αθηρωμάτωση

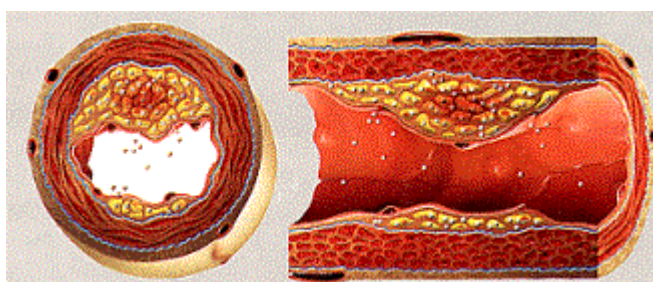
Ο ακριβής μηχανισμός αθηρωμάτωσης, δεν είναι πλήρως γνωστός. Πάντως, μεγάλη σημασία για την ανάπτυξη της αθηρωματικής πλάκας διαδραματίζουν τα επίπεδα της χοληστερίνης στο αίμα και ιδιαίτερα τα επίπεδα της LDL (χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης-«κακής» χοληστερίνης). Η LDL του αίματος οξειδώνεται, και τα προϊόντα της οξειδώσεως ασκούν βλαπτική επίδραση πάνω στο ενδοθήλιο των αρτηριών, με αποτέλεσμα να αυξάνει η διαπερατότητά του και να ξεκινά έτσι η διείσδυση μίας σειράς παραγόντων προς το εσωτερικό του αρτηριακού τοιχώματος.

Οξειδωμένη LDL καθώς και κύτταρα του αίματος διακινούνται και εγκαθίστανται στο εσωτερικό του τοιχώματος. Μακροφάγα κύτταρα, εγκαθίστανται στην περιοχή με σκοπό την φαγοκυττάρωση της εναποθεθείσας χοληστερίνης. Η συνεχής φαγοκυττάρωση τα μετατρέπει, σε μια ιδιαίτερη κατηγορία κυττάρων γνωστών ως αφρώδη κύτταρα. Τόσο τα αιμοπετάλια, όσο και τα αφρώδη κύτταρα προβαίνουν στην παραγωγή και απελευθέρωση παραγόντων που προκαλούν με την σειρά τους την διέγερση και την υπερπλασία των μυϊκών ινών του τοιχώματος. Προοδευτικώς αναπτύσσονται ινώδεις αλλοιώσεις που οδηγούν στην σκλήρυνση του αρτηριακού τοιχώματος (αρτηριοσκλήρυνση), ενώ η εναπόθεση ασβεστίου του αίματος οδηγεί στην πλήρη δομική οργάνωση της πλάκας. Τελικό αποτέλεσμα της όλης διαδικασίας, είναι η τοπική διόγκωση του τοιχώματος και η μείωση της διαμέτρου του αυλού της αρτηρίας.^{17,18,19}

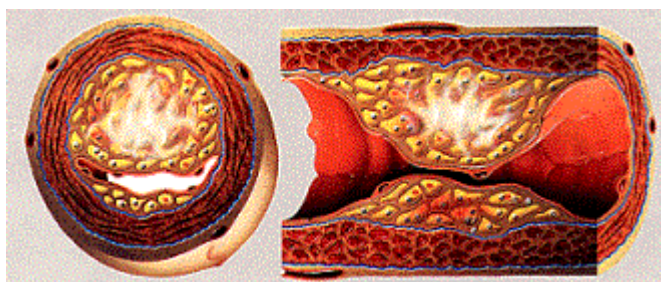
Σχηματισμός Αθηρωματικής Πλάκας στο Εσωτερικό του Αγγείου



Φυσιολογική Αρτηρία



Στένωση 60%



Στένωση 90%

5.2.1 Αίτια

Η κακή διατροφή, που συνεπάγεται με κατανάλωση τροφής πλούσιας σε ζωικά κεκορεσμένα λίπη, προάγουν την αύξηση και την οξείδωση της LDL στο αίμα, προάγοντας αντίστοιχα την αθηρωμάτωση. Αντιθέτως η άσκηση και το πρότυπο της αρχαίας Ελληνικής διατροφής, γνωστής ως «Μεσογειακής» στις μέρες μας, αντιστρατεύονται την αθηρωμάτωση. Πέραν των λίπο-πρωτεϊνών και της διατροφής, μια σειρά επιπλέον παραγόντων οδηγούν σε αθηρωμάτωση. Η υψηλή αρτηριακή πίεση ευθύνεται, προφανέστατα προωθώντας την διείσδυση λίπο-πρωτεϊνών στα αρτηριακά τοιχώματα και κινητοποιώντας το μηχανισμό γενέσεως αφρωδών κυττάρων και υπερπλασίας των μυϊκών ινών του τοιχώματος. Το κάπνισμα ευνοεί την αθηρωμάτωση μέσω πολλών μηχανισμών, προκαλώντας υποξία και τοξική επίδραση επί του ενδοθηλίου και διευκολύνοντας την διείσδυση λίπο-πρωτεϊνών στο εσωτερικό του αρτηριακού τοιχώματος, με την ταχυκαρδία που δημιουργεί, το σπασμό των στεφανιαίων αρτηριών και με την μείωση της HDL. Ο σακχαρώδης διαβήτης επίσης προάγει την αθηρωμάτωση, μέσω του μηχανισμού της δυσλιπιδαιμίας. Τα χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα, το άγχος, η συνεχής ένταση και η καθιστική ζωή, οδηγούν επίσης μέσω διαφόρων μηχανισμών σε αθηρωμάτωση.¹⁷

5.2.2 Επιπτώσεις

Οι αναπτυσσόμενες αθηρωματικές πλάκες, ελαττώνοντας την διάμετρο του αυλού των αρτηριών, προκαλούν μείωση της ροής του αίματος, με βλαπτικές συνέπειες για τα αρδευόμενα όργανα. Η αθηρωμάτωση των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς, οδηγεί στην λεγομένη στεφανιαία νόσο με εκδήλωση είτε στηθάγχης, είτε εμφράγματος του μυοκαρδίου. Στον εγκέφαλο μπορεί να ευθύνεται για την εμφάνιση

εγκεφαλικού επεισοδίου. Στα κάτω άκρα, ευθύνεται για την εμφάνιση της λεγομένης διαλείπουσας χωλότητας, με εμφάνιση άλγους κατά την βάδιση σε ανηφόρα ή το ανέβασμα σκαλιών, το οποίο άλγος οφείλεται στην έλλειψη επαρκούς αιματώσεως των άκρων και αναγκάζει τον ασθενή να σταματήσει. Οι ανάπτυξη αθηρωματωδών πλακών μπορεί να οδηγήσει σε επιπρόσθετα προβλήματα, καθώς μία πλάκα είναι δυνατό να ραγεί, να αιμορραγήσει ή να θρομβωθεί με κίνδυνο αποσπάσεως θρόμβων και πρόκληση εμβολών.^{18,19}

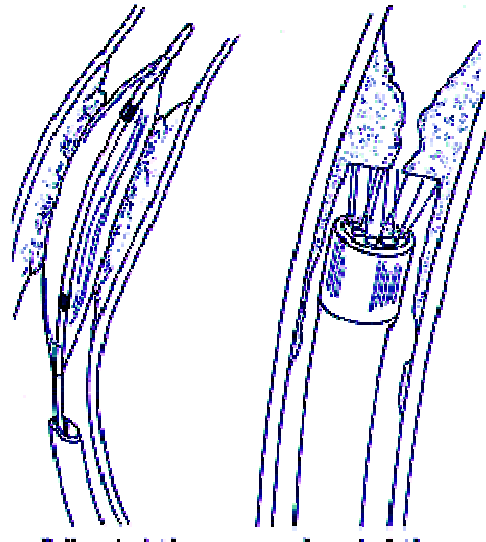
5.2.3 Θεραπεία

Η ουσιαστική θεραπεία της αθηρωμάτωσης είναι η πρόληψη και η αντιμετώπιση των παραγόντων που την προκαλούν.

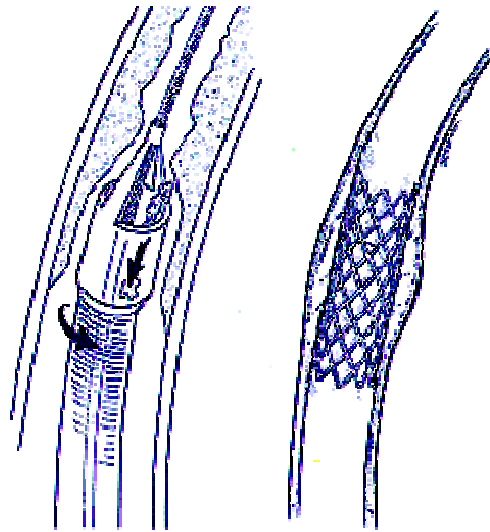
- Διακοπή καπνίσματος
- Καταπολέμηση της Υπερχοληστεριναιμίας
- Μεσογειακή Διατροφή, κατανάλωση άφθονων φρούτων και λαχανικών
- Ρύθμιση του σακχάρου του αίματος
- Ρύθμιση της Υπερτάσεως
- Καταπολέμηση της παχυσαρκίας
- Τακτική άσκηση

Σε περίπτωση που η αθηρωματική πλάκα εγκατασταθεί και εξελιχθεί το νόσημα, θεραπευτικά, αντιμετωπίζονται οι επιπλοκές της, θρόμβωση, διαλείπουσα χωλότητα, έμφραγμα μυοκαρδίου, στεφανιαία νόσος, απόφραξη των κάτω άκρων, στένωση καρωτίδων και εγκεφαλικό επεισόδιο.

Για την αύξηση της αιματικής ροής μέσα στα αγγεία οι μέθοδοι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι:



Από αριστερά: 1. Αγγειοπλαστική με μπαλόνι 2. Αγγειοπλαστική με Laser.



Από αριστερά: 1. Αθηρεκτομή 2. Stent

α. Αγγειοπλαστική με μπαλόνι

Η αγγειοπλαστική με μπαλόνι είναι η πιο κοινή μέθοδος για το άνοιγμα μιας αποφραγμένης αρτηρίας. Πρώτον περνάει ένα σύρμα μέσα από την στενευμένη αρτηρίας. Ένα ξεφουσκωτο μπαλονάκι συνδεδεμένο σε έναν καθετήρα περνάει μέσα από το σύρμα μέσα στο αγγείο έως το σημείο της στενώσεως. Το μπαλονάκι φουσκώνεται και ξεφουσκώνεται επανειλημμένως σε ένα ή περισσότερα σημεία του

αγγείου.

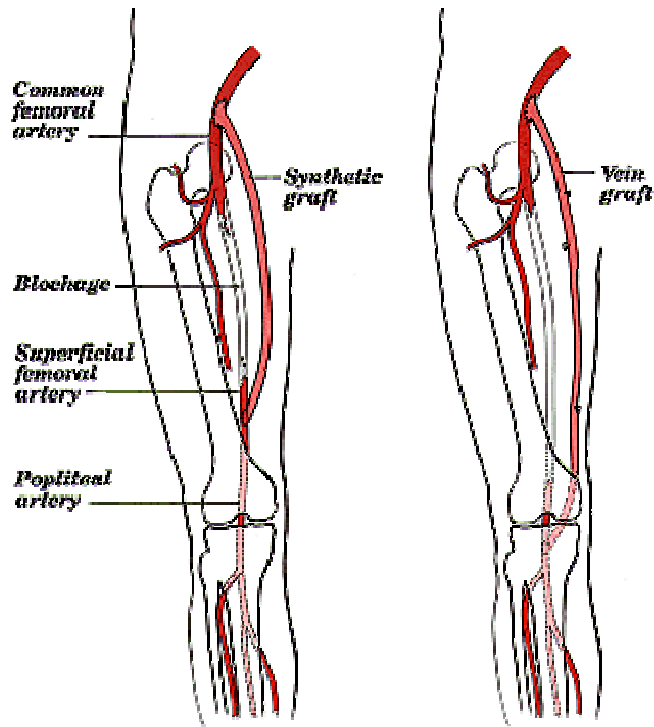
Αυτή η μέθοδος ισοπεδώνει την πλάκα επάνω στο τοίχωμα του αγγείου, αυξάνοντας το μέγεθος του ανοίγματος στο αγγείο.

β. Ενδοαυλικές προσθέσεις ή Stents

Εάν μία αρτηρία που έχει ανοιχθεί προηγουμένως αποφράξει ή στενέψει στην διάρκεια ή μετά την επέμβαση τοποθετείται ένας εσωτερικός νάρθηκας που ονομάζεται και διατηρεί το αγγείο ανοικτό. Άλλες παρόμοιες τεχνικές είναι η αγγειοπλαστική με Laser και η αθηρεκτομή που γίνονται με ειδικούς καθετήρες.

γ. Μηροϊγνυακό By Pass (παράκαμψη)

Ένα στενεμένο ή αποφραγμένο σημείο μιας αρτηρίας μπορεί να παρακαμφθεί με μοσχεύματα. Το μόσχευμα μπορεί να είναι συνθετικό ή να είναι μία γνήσια φλέβα που αφαιρέθηκε από άλλο σημείο του σώματος, πιο συχνά το πόδι. Η μία άκρη του μοσχεύματος εφαρμόζεται στην αρτηρία κάτω από την απόφραξη. Το αίμα κυκλοφορεί στην επάνω αρτηρία μέσω του μοσχεύματος και στην αρτηρία κάτω της αποφράξεως όπου κυκλοφορεί το αίμα στα κάτω.^{17,18}



Μηροϊγγυακό By Pass (παράκαμψη)

5.3 Αρτηριοσκλήρωση

Η αρτηριοσκλήρυνση (αρτηριοσκλήρωση) είναι αγγειακή νόσος, η οποία προκαλεί σκλήρυνση της μέσης στιβάδας του τοιχώματος της αρτηρίας, και μείωση της ελαστικότητας των αρτηριών. Η ελαστική φύση των αρτηριών διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εύρυθμη λειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος. Η κυριαρχούσα μορφή της νόσου είναι η αθηροσκλήρωση, που χαρακτηρίζεται από το σχηματισμό αθηρωματικών πλακών στον έσω χιτώνα των μεγάλων και μεσαίων αρτηριών, που συχνά εμφανίζουν έναν κεντρικό θρομβοειδή πυρήνα, πλούσιο σε λιπίδια. Η δεύτερη μορφή είναι η σκλήρυνση μικρών και μεγάλων αρτηριών.^{17,19,20}

5.3.1 Αίτια

Οι ελαστικές ιδιότητες των αρτηριών επηρεάζονται δυσμενώς από την συν-επίδραση πολλών παραγόντων. Με την πάροδο της ηλικίας αυξάνει η σκληρότητα

των αρτηριών ελαστικού τύπου (αορτή, καρωτίδα, νεφρικές αρτηρίες). Η αρτηριακή υπέρταση προκαλεί δομικές αλλαγές του τοιχώματος των αγγείων, όπως και ο σακχαρώδης διαβήτης. Η υπερλιπιδαιμία, η παχυσαρκία και ο υποθυροειδισμός έχουν συσχετιστεί αρνητικά. Μειωμένη ελαστικότητα των αρτηριών έχει παρατηρηθεί και σε νόσους του συνδετικού ιστού, σε σύνδρομο Marfan, σε νεφρική ανεπάρκεια και σε συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Καθοριστική είναι και η συμβολή των γενετικών παραγόντων (κληρονομική προδιάθεση), όπως επίσης και ο δυσμενής τρόπος διαβίωσης, η κατάχρηση καφεΐνης, το χρόνιο κάπνισμα και η έλλειψη σωματικής άσκησης συμβάλλουν στην γρήγορη ανάπτυξη της νόσου.^{17,20}

5.3.2 Επιπτώσεις

Η αρτηριοσκλήρυνση είναι ασυμπτωματική, έως ότου εμφανισθεί μία από τις επιπλοκές της. Η στένωση του αυλού των αρτηριών προκαλεί την παρακώλυση της αιμάτωσης των προσβεβλημένων οργάνων, με αποτέλεσμα ισχαιμία, θρόμβωση ή εμβολή (ρήξη του θρόμβου και μετακίνησή του σε άλλο αγγείο). Η εικόνα ποικίλει ανάλογα με το ποιού οργάνου προσβάλλονται τα αγγεία. Έτσι:

- *Στη νεφροσκλήρυνση*, η στένωση των αρτηριών προκαλεί διάχυτη ισχαιμία των νεφρών και συμμετρική συρρίκνωσή τους με επακόλουθο τη νεφρική ανεπάρκεια.
- *Στα κάτω άκρα*, εκδηλώνεται με διαλείπουσα χωλότητα (άλγος που υποχωρεί με την ανάπαυση), άλγος αναπαύσεως (συνεχές άλγος που δεν υποχωρεί με την ξεκούραση), γάγγραινα ή νέκρωση του άκρου.
- *Στην καρδιά*, εμφανίζεται με εικόνα στηθάγχης (ισχαιμία των στεφανιαίων αρτηριών και προκάρδιο άλγος), ή με εικόνα οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (θρόμβωση των στεφανιαίων ή των κλάδων τους).
- *Στην εγκεφαλική κυκλοφορία*, μπορεί να εκδηλωθεί παροδικό ή μόνιμο εγκεφαλικό επεισόδιο.¹⁷

5.3.3 Θεραπεία

Η πρόληψη, οι φαρμακευτικές παρεμβάσεις και η τροποποίηση του τρόπου διαβίωσης είναι οι οδοί μέσω των οποίων διέρχεται η αναστολή ή και η αναστροφή της διαδικασίας σκλήρυνσης των αγγείων. Η μείωση των προδιαθεσικών παραγόντων προλαμβάνει τις επιπλοκές της αρτηριοσκλήρυνσης. Τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν είναι τα εξής :

- Ρύθμιση του σακχάρου του αίματος
- Μείωση της «κακής» (LDL) χοληστερόλης, μείωση των τριγλυκεριδίων και αύξηση της «καλής» χοληστερόλης (HDL)
- Μείωση του σωματικού βάρους σε περιπτώσεις παχυσαρκίας
- Σωματική άσκηση
- Αποφυγή καπνίσματος
- Μικρή λήψη οινοπνεύματος
- Διατροφή με ελάχιστη πρόσληψη κεκορεσμένων λιπών και αλατιού
- Διατροφή με αυξημένη πρόσληψη πολυακόρεστων λιπών (ω -3,6,9) και τροφών πλούσιων σε αντιοξειδωτικά (φρούτα, λαχανικά, ξηροί καρποί ανάλατοι)
- Αποφυγή του άγχους

Τα φάρμακα που χορηγούνται βελτιώνουν τη σκληρότητα και επηρεάζουν την ελαστικότητα των αγγείων, δρώντας ενεργητικά στο τοίχωμα ή και παθητικά μέσω τροποποίησης της πίεσης. Αυτά είναι οι ανταγωνιστές του μετατρεπτικού ενζύμου, οι ανταγωνιστές της αγγειοτασίνης, οι αποκλειστές των υποδοχέων της αγγειοτασίνης, οι αναστολείς του ασβεστίου, τα νιτρώδη, οι β -αναστολείς, τα διουρητικά και τέλος οι στατίνες. Η αποτροπή της θρόμβωσης επίσης γίνεται με ασπιρίνη, με κλοπιδογρέλη ή τικλοδιπίνη, ή άλλους αντιπηκτικούς παράγοντες.^{17,21}

5.4 Στεφανιαία νόσος

Η στεφανιαία νόσος είναι η νόσος που προσβάλλει τα στεφανιαία αγγεία και κυρίως της στεφανιαίες αρτηρίες. Περιλαμβάνει ένα φάσμα μεταβολών λειτουργίας, στις οποίες η παθοφυσιολογία της λειτουργικής διαταραχής θεωρείται ως επιπλοκή της στεφανιαίας νόσου.

Η στεφανιαία νόσος και η επιπλοκές της, είναι σήμερα η κύρια αιτία θανάτου στο δυτικό κόσμο.

Οι όροι «στεφανιαία νόσος» και «στεφανιαία αθηροσκλήρωση» είναι βασικά συνώνυμοι. Οι στεφανιαίες αρτηρίες είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς σε αθηρωμάτωση του εσωτερικού τους χιτώνα, που συνίσταται σε ανώμαλη πάχυνση και σχηματισμό πλακών.

Η στεφανιαία αθηρωμάτωση μπορεί να υπάρχει χωρίς σημεία και συμπτώματα για πολλά χρόνια, ώσπου η διεργασία της νόσου να προκαλέσει ένα βαθμό απόφραξης, που εμποδίζει την φυσιολογική αιμάτωση του μυοκαρδίου. Αν μια αρτηρία αποφραχτεί μερικώς, η απόφραξη μπορεί να παραβλάψει την αιματική ροή κάτω από συνθήκες αυξημένων αναγκών, κατά συνέπεια, μπορεί να συμβούν συμπτώματα στηθάγχης. Αν μια αρτηρία αποφραχτεί ολικώς, επέρχεται έμφραγμα μυοκαρδίου.

Η στεφανιαία νόσος με κλινικές εκδηλώσεις προσβάλλει το 5% των ανδρών ηλικίας 45-64 χρονών και το 11% των ανδρών άνω των 65 χρόνων. Στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, ο αριθμός περιστατικών πλησιάζει περίπου εκείνον των ανδρών.^{18,19,22}

5.4.1 Αίτια

Πιστεύεται ότι ο τρόπος διαβίωσης, διαταραχές του μεταβολισμού των λιπιδίων και της πήξης του αίματος, καθώς επίσης και διάφορες βιοχημικές ιδιότητες αποτελούν τα πιθανά αίτια της νόσου.

Υπάρχουν στατιστικά δεδομένα που δείχνουν αύξηση κατά περίπου 70% στο ρυθμό θανάτων από στεφανιαία νόσο σε μεσήλικες άνδρες που καπνίζουν ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα, σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Η κύρια επίδραση της

νικοτίνης στο καρδιαγγειακό σύστημα είναι η διέγερση της καρδιάς και η περιφερική αγγειοσύσπαση.

Υψηλές τιμές χοληστερίνης, τριγλυκεριδίων, λιπαρών οξέων και φωσφολιπιδίων στο αίμα, ο σακχαρώδης διαβήτης και ο τύπος προσωπικότητας A (επιθετικός, ανταγωνιστικός, φιλόδοξος, με χρόνια αίσθηση έλλειψης χρόνου) ενοχοποιούνται για την εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου.^{18,19,22}

5.4.2 Επιπτώσεις

Η στεφανιαία νόσος εκδηλώνεται είτε με τη μορφή στηθάγχης είτε με την μορφή εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Η στηθάγχη είναι ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από παροξυσμούς πόνου, που είναι αποτέλεσμα ανεπαρκούς αιματικής ροής και μυοκαρδιακής υποξίας.

Το έμφραγμα μυοκαρδίου είναι ισχαιμική νέκρωση μιας εντοπισμένης περιοχής του μυοκαρδίου, που οφείλεται σε απότομη απόφραξη κλάδου της στεφανιαίας αρτηρίας, εξαιτίας σχηματισμού θρόμβου ή υπενδοθηλιακής αιμορραγίας σε σημείο αθηρωματικής στένωσης.

Ασθενείς με κρίσεις στηθάγχης, εμφανίζουν πόνο, που έχει σχέση με μυοκαρδιακή αναιμία.

Ο πόνος της στηθάγχης έχει τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

Εντοπισμός: Πίσω από το μέσο ή άνω τρίτο του στέρνου βαθιά στο θώρακα (οπισθοστερνικά).

Ακτινοβολία: Συνήθως ακτινοβολεί στον τράχηλο, την κάτω γνάθο, τους ώμους και τα άνω άκρα.

Χαρακτήρας: Δημιουργεί αίσθημα πνιγμού και σφιξίματος.

- Μπορεί να είναι ήπιος ή οξύς.
- Μπορεί να προκαλέσει αιμωδία και αίσθημα αδυναμίας στα άνω άκρα.
- Συνοδεύεται από μεγάλη αγωνία και αίσθημα επικείμενου θανάτου.

Διάρκεια: Συνήθως διαρκεί μερικά (1-5) λεπτά. Πόνος πάνω από 20-30 λεπτά είναι ύποπτος εμφράγματος μυοκαρδίου.

Το έμφραγμα μυοκαρδίου συνήθως εκδηλώνεται με πόνο, όμοιο με της στηθάγχης όσον αφορά την εντόπιση και την ακτινοβολία, όμως πιο έντονο που δεν υποχωρεί με την ανάπαυση και την λήψη αγγειοδιασταλτικών. Επιπλέον του θωρακικού πόνου, άρρωστοι με έμφραγμα μυοκαρδίου παρουσιάζουν βράχυνση της αναπνοής, εφίδρωση, αδυναμία ή μεγάλη κόπωση, ναυτία, εμέτους και έντονη ανησυχία και αγωνία.

Οι επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν είναι κυρίως οξύ πνευμονικό οίδημα, γρήγορα αναπτυσσόμενη καρδιακή ανεπάρκεια, καρδιογενές shock, θανατηφόρες αρρυθμίες, υποξία ιστών, εγκεφαλική θρόμβωση και μειωμένη νεφρική λειτουργία.^{17,18,22}

5.4.3 Θεραπεία

Η θεραπεία σε κρίσεις στηθάγχης έχει ως σκοπό την απαλλαγή των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της κρίσης, την αναχαίτιση της αθηροσκλήρωσης και την πρόληψη εμφράγματος μυοκαρδίου.

Φαρμακευτικά, χορηγούνται νιτρογλυκερίνη, υπογλώσσιες νιτρικές ενώσεις, αναστολείς των β- αδρενεργικών υποδοχέων και ανταγωνιστές ιόντων ασβεστίου.

Χειρουργικά, παρακάμπτεται η απόφραξη σε μία περισσότερες στεφανιαίες αρτηρίες με χρησιμοποίηση μοσχεύματος από την σαφηνή φλέβα ή την έσω μαστική αρτηρία.

Σε έμφραγμα μυοκαρδίου, η θεραπεία έχει ως σκοπό την έγκαιρη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, την διόρθωση ανισοζυγίων, την ανάταξη shock και οξέος πνευμονικού οιδήματος, πρόληψη και άμεση αντιμετώπιση των επιπλοκών, την μείωση του καρδιακού έργου και προαγωγή της επούλωσης της νεκρωμένης περιοχής. Και μακροπρόθεσμα την αναχαίτιση της διεργασίας αθηροσκλήρωσης.

Φαρμακευτικά, χορηγούνται θρομβολυτικά, οξυγόνο και αναλγητικά (μορφίνη ή μεπερδίνη). Η χειρουργική αντιμετώπιση είναι όμοια με αυτή της στηθάγχης.^{17,21}

5.5 Αποφρακτική Θρομβοαγγειίτιδα (Buerger's Disease)

Η αποφρακτική θρομβοαγγειίτιδα, γνωστή ως Buerger's disease, είναι μία μη αθηροσκληρυντική, υποτροπιάζουσα, πολυεστιακή και φλεγμονώδης αποφρακτική αγγειακή νόσος. Αποτελεί αρνητικό προνόμιο, αποκλειστικά σχεδόν, των νέων ανδρών καπνιστών. Προσβάλλει τις αρτηρίες και τις φλέβες μεσαίου και μικρού μεγέθους των κάτω αλλά και των άνω άκρων και σπάνια τα σπλαχνικά και εγκεφαλικά αγγεία.

Η νόσος προσβάλλει κυρίως άτομα εβραϊκής καταγωγής 20-40 χρόνων. Το κάπνισμα ενοχοποιείται, αν όχι ως ο αιτιολογικός παράγοντας, τουλάχιστον ως παράγοντας που επηρεάζει την εξελικτική πορεία της νόσου.

Επιβολής και εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση συνυπάρχει ενώ η ακτινολογική απεικόνιση της ασβέστωσης των αγγείων ελλείπει. Παθολογοανατομικά οι αγγειακές βλάβες διακρίνονται και περιγράφονται σε τρία στάδια. Το πρώτο στάδιο χαρακτηρίζεται από ευρήματα οξείας φλεγμονής όλων των χιτώνων του αγγείου και σχηματισμό θρόμβων ενδοαυλικά, οι οποίοι περιέχουν μικροαποστημάτια αποτελούμενα κυρίως από συσσωματώματα γιγαντοκυττάρων. Το δεύτερο στάδιο χαρακτηρίζεται από την περαιτέρω διήθηση των θρόμβων και των αρτηριακών τοιχωμάτων από φλεγμονώδη κύτταρα. Το τρίτο στάδιο χαρακτηρίζεται από την θρόμβωση και την επανασυραγγοποίηση ενδοαυλικά και τη χρόνια ίνωση περιαγγειακά. Τα ευρήματα αυτά οδήγησαν τον Buerger στο συμπέρασμα ότι η νόσος είναι διαφορετικής προέλευσης παθοφυσιολογίας και ιστοπαθολογίας από την αθηροσκλήρωση.^{18,23}

5.5.1 Αίτια

Η αιτιολογία της νόσου έως και σήμερα παραμένει το θέμα για το οποίο γνωρίζουμε τα λιγότερα. Οι ασθενείς με ΑΘ παρουσιάζουν αυξημένη αντοχή στην χορήγηση ηπαρίνης, η συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων είναι αυξημένη στην

οξεία φάση της νόσου, ενώ παρουσιάζουν και αυξημένα επίπεδα ινωδογόνου σε σχέση με την αθηροσκλήρυνση.

Η μεγάλη διαφορά επίπτωσης και επιπολασμού της νόσου σε διάφορους λαούς και εθνότητες, οδήγησε στην υπόθεση της ύπαρξης γενετικής προδιάθεσης, η οποία επιπλέον υποστηρίχθηκε από την οικογενειακή εμφάνιση της νόσου.

Η συσχέτιση της ΑΘ με το κάπνισμα είναι αναμφισβήτητη, ενώ σε μεμονωμένες και σπάνιες περιπτώσεις έχει αναφερθεί η νόσος σε ασθενείς μετά την διακοπή του καπνίσματος. Η διακοπή του καπνίσματος, ιδιαίτερα όταν η νόσος διαγιγνώσκεται στα αρχικά της στάδια, προκαλεί εντυπωσιακή επιβράδυνση στην εξέλιξή της. Όμως η απευθείας αιτιολογική συσχέτιση του καπνού ή των παραγώγων του με την ΑΘ δεν έχει αποδειχθεί.^{18,19,24}

5.5.2 Επιπτώσεις

Η ψυχική ένταση και η αγωνία για την εξελικτική πορεία της νόσου συνοδεύουν τον ασθενή για όλη του την ζωή.

Τα προβλήματα που παρουσιάζει ένας ασθενής με ΑΘ συνήθως εντοπίζονται στο αποφραγμένο άκρο. Πόνος, ψυχρότητα, υποξία και ανοξία των ιστών είναι οι κυριαρχούσες επιπτώσεις. Επιπλοκές, μπορεί να εμφανιστούν με την μορφή γάγγραινας και ως εκ τούτου ο ακρωτηριασμός του προσβληθέντα μέλους κρίνεται αναγκαίος.^{18,23}

5.5.3 Θεραπεία

Οι φαρμακευτικές και χειρουργικές παρεμβάσεις και η τροποποίηση του τρόπου διαβίωσης, είναι οι οδοί μέσω των οποίων διέρχεται η αναστολή της εξελικτικής πορείας της νόσου.

- Η διακοπή οποιουδήποτε τύπου καπνίσματος είναι απαραίτητη
- Σχολαστική υγιεινή και φροντίδα των ακρών

- Τοποθέτηση άκρου σε ψυχρό περιβάλλον, για μείωση του μεταβολικού ρυθμού και, επομένως της υποξίας και του πόνου και για αναχαίτιση διεργασίας γάγγραινας
- Φαρμακευτικά η παρέμβαση γίνεται με τη χορήγηση αγγειοδιασταλτικών και με την έγχυση αιθυλικής αλκοόλης στα αισθητικά νεύρα
- Χειρουργικά η παρέμβαση γίνεται με:
 - i. Οσφυϊκής συμπαθεκτομή
 - ii. Συμπαθητικό αποκλεισμό, με ένεση προκαΐνης, στην αλυσίδα των συμπαθητικών γαγγλίων της οσφυϊκής μοίρας
 - iii. Ακρωτηριασμός, αν συμβεί γάγγραινα.¹⁸

Κεφάλαιο 6^ο

Διακοπή καπνίσματος

6.1 Τρόποι διακοπής

Η διακοπή του καπνίσματος, για την πλειονότητα των καπνιστών, δεν είναι εύκολη και για πολλούς αποτελεί διά βίου πρόβλημα. Στα περισσότερα μεγάλα νοσοκομεία της Ελλάδας σήμερα, λειτουργούν ιατρεία βοήθειας διακοπής ή απεξάρτησης από το κάπνισμα.

Ο τρόπος προσέγγισης του καπνιστή και η θεραπεία που ακολουθείτε είναι σύμφωνα με τις παγκόσμιες θέσεις ομοφωνίας στην αντιμετώπιση του καπνίσματος, λαμβάνοντας υπ' όψιν τις ανάγκες και το ιστορικό του κάθε καπνιστή ξεχωριστά. Η θεραπεία μπορεί να είναι φαρμακευτική ή υποστηρικτική ή και συνδυασμός των δύο. Οι αποτελεσματικές προσεγγίσεις για την διακοπή του καπνίσματος, περιλαμβάνουν την παροχή σύντομης συμβουλευτικής παρακίνησης από τους επαγγελματίες υγείας, τη χορήγηση υλικού αυτοβοήθειας, τη συνέντευξη παροχής κινήτρων, τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική παρέμβαση, τη φαρμακοθεραπεία και εναλλακτικές μεθόδους όπως ο βελονισμός και η ύπνωση.^{3,6,9}

6.1.1 Παροχή σύντομης συμβουλευτικής παρακίνησης από τους επαγγελματίες υγείας

Ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να προσωποποιήσει το μήνυμα προς τον καπνιστή δίνοντας έμφαση στα άμεσα οφέλη που συνεπάγεται η διακοπή και υπογραμμίζοντας τους εξατομικευμένους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι σχετίζονται με την κατανάλωση καπνού. Η παρέμβαση αυτή θεωρείται αποτελεσματική και αυξάνει τα ποσοστά διακοπής καπνίσματος. Το 1-3% των καπνιστών απέχουν από το κάπνισμα για διάστημα τουλάχιστον έξι μηνών μετά την παροχή σε αυτούς συμβουλευτικής παρακίνησης από κάποιον επαγγελματία υγείας.³

6.1.2 Χορήγηση υλικού αυτοβοήθειας

Φυλλάδια και υλικό αυτοβοήθειας, αποτελούν τα ενημερωτικά δελτία, τα εγχειρίδια, οι βιντεοκασέτες και το ακουστικό υλικό. Η παροχή αυτού του υλικού κρίνεται ενδεδειγμένη, παράλληλα, με την φαρμακευτική ή τη συμβουλευτική παρέμβαση. Αν και η χρήση των τηλεπικοινωνιών για την παροχή φροντίδας υγείας παραμένει υπό-αναπτυγμένη, έχουν αναφερθεί αποδεκτά, όχι όμως σημαντικά ποσοστά αποχής από το κάπνισμα ενηλίκων, οι οποίοι δέχονται άμεση βοήθεια και στήριξη μέσω της χρήσης τηλεφωνικών γραμμών.^{3,6}

6.1.3 Συνέντευξη παροχής κινήτρων

Η συνέντευξη παροχής κινήτρων αποτελεί ένα τύπο συμβουλευτικής παρέμβασης, ώστε οι καπνιστές να αξιολογήσουν την ετοιμότητά τους και να διευκολυνθούν στην ανάληψη δράσης τόσο για τη διακοπή του καπνίσματος, όσο και για την πρόληψη τους υποτροπής. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της διερεύνησης των αμφιθυμικών συναισθημάτων, μέσω της αξιολόγησης των θετικών και αρνητικών σημείων που συνεπάγεται η διακοπή και μέσω της διερεύνησης των προσωπικών εμποδίων που μπορεί να συναντήσει το άτομο στην προσπάθειά του για την τροποποίηση τους καπνιστικής συμπεριφοράς. Αποτελεί κλινική στρατηγική, η οποία στοχεύει στην ενίσχυση των κινήτρων του ατόμου και μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματικό σε κάθε φάση της θεραπείας τους εξάρτησης. Σε διάστημα 12 μηνών από την ολοκλήρωση παρέμβασης με συνέντευξη παροχής κινήτρων, οι μισοί περίπου από τους καπνιστές κάνουν τουλάχιστον μία προσπάθεια διακοπής.^{3,6}

6.1.4 Γνωσιακή-συμπεριφοριστική παρέμβαση

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία επικεντρώνεται στον εντοπισμό και την τροποποίηση τόσο των πεποιθήσεων που αφορούν την επίδραση του καπνίσματος και την αντίληψή του ως εξάρτηση, όσο και αυτών που αφορούν τις μη ρεαλιστικές προσδοκίες για τα καταστροφικά αποτελέσματα που θα επιφέρει η αποστέρηση και η αποχή από το τσιγάρο. Οι αντιλήψεις απέναντι στο κάπνισμα και στη διακοπή του

εξετάζονται διεξοδικά με τη βοήθεια γνωσιακών τεχνικών, με στόχο την τροποποίησή τους και την αντικατάστασή τους από ρεαλιστικές πεποιθήσεις. Βάση για τις συμπεριφοριστικές τεχνικές διακοπής του καπνίσματος, στόχος των οποίων είναι οι καπνιστές να μάθουν ξανά να κατευθύνουν τη συμπεριφορά τους, αποτελούν οι δύο βασικές προϋποθέσεις που συμβάλουν στη διατήρηση της συμπεριφοράς του καπνίσματος. Πρόκειται για την αυτοματοποίηση του καπνίσματος σε συγκεκριμένες καταστάσεις καθώς και για τα βραχυπρόθεσμα πλεονεκτήματα τα οποία προσφέρει το κάπνισμα. Σημαντικό είναι το κομμάτι της πρόληψης υποτροπής, το οποίο περιλαμβάνει την εκπαίδευση των καπνιστών στην αναγνώριση, την αποφυγή ή την αντιμετώπιση καταστάσεων υψηλού κινδύνου για υποτροπή.

Συμβουλευτική, μέσω της συνέντευξης παροχής κινήτρων καθώς και προγράμματα γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας, ατομικά ή ομαδικά, πραγματοποιούνται στο Ινστιτούτο Κοινωνικής & Προληπτικής Ιατρικής. Είναι καθοδηγούμενα από ειδικευμένους στη διακοπή του καπνίσματος θεραπευτές και αποτελούν αποτελεσματικά μέσα που οδηγούν στην αύξηση των ποσοστών των ατόμων που επιτυγχάνουν τη διακοπή καπνίσματος.

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε ποσοστά διακοπής του καπνίσματος που κυμαίνονται από 36,4% έως και 45,5%. Τα δεδομένα κόστους-οφέλους καταδεικνύουν πως η εφαρμογή της τόσο σε ατομικές, όσο και ομαδικές συνεδρίες, αποτελούν μια από τις πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις για την επιτυχή διακοπή του καπνίσματος.^{3,6}

6.1.5 Φαρμακευτικές Μέθοδοι

α. Θεραπεία Υποκατάστασης με Νικοτίνη.

Αποτελεί την πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη μορφή φαρμακευτικής προσέγγισης για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό. Η φαρμακευτική αγωγή με νικοτίνη βελτιώνει την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος μέσα από έναν ή περισσότερους από τους ακόλουθους μηχανισμούς: 1) Μειώνει τα συμπτώματα που συνοδεύουν την αποχή από το κάπνισμα 2) Μειώνει την έντονη επιθυμία για τσιγάρο 3) Μπορεί να λειτουργήσει ως ανασταλτικός παράγοντας της ψυχολογικής εξάρτησης που δημιουργείται μέσω της τελετουργίας του ανάμματος του τσιγάρου, και 4)

Αποτελεί έναν τρόπο αντιμετώπισης της επιθυμίας σε περιόδους όπου το άτομο μπορεί να αισθανθεί έντονη επιθυμία για τσιγάρο.

Υπάρχουν έξι ενδεδειγμένες διαθέσιμες μορφές θεραπείας υποκατάστασης με νικοτίνη: το αυτοκόλλητο, η τσίγλα, η ρινική και η εσπνεύσιμη μορφή χορήγησης, η υπογλώσσια μορφή και οι παστίλιες. Οι διαφορές στην ταχύτητα και στην αποτελεσματικότητα της δράσης της νικοτίνης στον οργανισμό, μέσα από τις διαφορετικές αυτές διαθέσιμες μορφές χορήγησης, επιτρέπουν στον ασθενή να επιλέγει τη μορφή θεραπείας που είναι πιο κατάλληλη για τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του.

- I. Αυτοκόλλητα νικοτίνης: Τα αυτοκόλλητα νικοτίνης κυκλοφορούν σε δόσεις των 5, 10 και 15 mg. Είναι επιθέματα, τα οποία ο καπνιστής κολλά σε κάποιο άτριχο σημείο του δέρματος, συνήθως στο μπράτσο. Κάθε μέρα, ένα καινούριο αυτοκόλλητο θα πρέπει να τοποθετείται σε διαφορετικό σημείο του σώματος, ώστε να μην ερεθιστεί το δέρμα. Η δόση εκκίνησης είναι συνήθως στα 15 mg και βαθμιαία μειώνεται στα 10 mg και μετά στα 5 mg. Καλό είναι, τα αυτοκόλλητα νικοτίνης να μην χρησιμοποιούνται για περισσότερο από οκτώ εβδομάδες. Είναι απαραίτητο όμως να συμβουλευτείτε το γιατρό σας για την απαραίτητη δόση και τη διάρκεια της αγωγής. Το κόστος είναι 14,05 για μια συσκευασία με 7 αυτοκόλλητα των 15 mg, 13 ευρώ για μια συσκευασία με 7 αυτοκόλλητα των 10mg και 12,10 ευρώ για μια συσκευασία με 7 αυτοκόλλητα των 5mg.
- II. Τσίγλες νικοτίνης: Οι τσίγλες κυκλοφορούν σε δόσεις των 2mg και των 4mg. Η επιλογή εξαρτάται από τον βαθμό της εξάρτησής του καπνιστή. Συνήθως, η τσίγλα θα πρέπει να λαμβάνεται για ένα-δύο μήνες και μέσα στον επόμενο μήνα να μειώνεται η χρήση της. Ο καπνιστής μασά την τσίγλα και μόλις αισθανθεί ένα κάψιμο στη γλώσσα, την τοποθετεί ανάμεσα στα δόντια και στα ούλα. Η ίδια διαδικασία επαναλαμβάνεται, μόλις ο καπνιστής αισθανθεί ξανά την επιθυμία για τσιγάρο. Μια τσίγλα απελευθερώνει νικοτίνη για περίπου 30'. Η δοσολογία αφορά τη χρήση μιας τσίγλας κάθε δύο ώρες. Το κόστος για μια συσκευασία με 30 τεμάχια είναι 4,15 ευρώ.
- III. Ρινικό σπρέι νικοτίνης: απελευθερώνει γρήγορα νικοτίνη στον βλεννογόνο της μύτης. Η χρήση του περιλαμβάνει μια-δύο εισπνοές κάθε ώρα.

Χρησιμοποιείται το λιγότερο οκτώ φορές την ημέρα και όχι περισσότερο από σαράντα φορές και για διάστημα όχι μεγαλύτερο των οκτώ εβδομάδων.

- IV. Εσπνεύσιμη μορφή νικοτίνης (πίπα νικοτίνης): Η πίπα νικοτίνης είναι ένας κύλινδρος που μοιάζει με τσιγάρο και απελευθερώνει νικοτίνη σε μεγάλη δόση. Η πίπα νικοτίνης φαίνεται ελκυστική, γιατί χρησιμοποιώντας την, ο καπνιστής μιμείται την κίνηση του καπνίσματος. Ο καπνιστής αντικαθιστά το τσιγάρο με την πίπα νικοτίνης. Κατόπιν, εφόσον έχει αποσυνδεθεί η συνήθεια του καπνίσματος με το τσιγάρο, είναι πιο εύκολο για τον καπνιστή να διακόψει τη χρήση της πίπας. Καλό είναι η πίπα νικοτίνης να χρησιμοποιείται κάθε φορά που αισθάνεται ο καπνιστής την επιθυμία για τσιγάρο. Ως προς τη δοσολογία, δεν πρέπει να ξεπερνιούνται οι δεκαέξι δόσεις νικοτίνης την ημέρα και οι δώδεκα εβδομάδες χρήσης. Η πίπα απελευθερώνει ισχυρή δόση νικοτίνης, γι' αυτό και πρέπει να λαμβάνεται σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού. Το κόστος για μια συσκευασία με 42 ανταλλακτικά είναι 19.35 ευρώ.

Η θεραπεία υποκατάστασης με νικοτίνη, σε όλες τις μορφές της, είναι γενικώς καλά ανεκτή από τον οργανισμό. Οι πιο κοινές παρενέργειες από τη χρήση της είναι οι τοπικές αντιδράσεις, ιδιαιτέρως ο ερεθισμός του δέρματος από τη χρήση του αυτοκόλλητου και η ρινική ενόχληση από τη χρήση του σπρέι, οι οποίες συνήθως δεν απαιτούν διακοπή της θεραπείας. Οι διαταραχές του ύπνου, οι οποίες αποτελούν και σύμπτωμα της αποχής από τον καπνό, αναφέρονται επίσης και στην θεραπεία υποκατάστασης με χρήση αυτοκόλλητων νικοτίνης.

Τα ποσοστά διακοπής καπνίσματος αυξάνουν όταν τα προϊόντα της θεραπείας υποκατάστασης με νικοτίνη χρησιμοποιούνται παράλληλα με άλλες παρεμβάσεις. Η χρήση των προϊόντων υποκατάστασης με νικοτίνη θα πρέπει να απευθύνεται κυρίως σε καπνιστές, οι οποίοι είναι κινητοποιημένοι να επιτύχουν τη διακοπή και έχουν ισχυρή εξάρτηση από την νικοτίνη.

Η θεραπεία υποκατάστασης με νικοτίνη αυξάνει τις πιθανότητες αποχής από το κάπνισμα 1,5-1,7 φορές, ενώ τα ποσοστά διακοπής κυμαίνονται στο 26%-31%.^{3,8}

β. Βουπροπιόνη (zyban)

Η βουπροπιόνη είναι ένα ήπιο αντικαταθλιπτικό και αρχικά αξιοποιήθηκε ως τέτοιο. Στην πορεία των ερευνών όμως διαπιστώθηκε ότι προκαλεί απέχθεια από το τσιγάρο. Θεωρείται ότι δρα στο κέντρο της απόλαυσης του τσιγάρου στον εγκέφαλο. Πρέπει να χορηγείται υπό ιατρική παρακολούθηση και για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (7-19 εβδομάδες).

Υπάρχουν τουλάχιστον δύο λόγοι για τους οποίους η χορήγηση αντικαταθλιπτικών μπορεί να ωφελήσει κατά την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος: 1) η καταθλιπτική συμπτωματολογία μπορεί να είναι ένα σύμπτωμα της αποχής από τη νικοτίνη και η διακοπή του καπνίσματος πολύ συχνά έχει ως συνέπεια την εμφάνιση κατάθλιψης 2) η νικοτίνη μπορεί να έχει κάποιες αντικαταθλιπτικές ιδιότητες, οι οποίες συντηρούν τη συνέχιση του καπνίσματος. Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών μπορεί λοιπόν να αντικαταστήσει την επίδραση αυτή από την νικοτίνη. Η χορήγηση βουπροπιόνης βελτιώνει σε σημαντικό βαθμό τα συμπτώματα που εμφανίζονται εξ' αιτίας της αποχής από το κάπνισμα. Μπορεί επίσης να δράσει ως ανταγωνιστής στον υποδοχέα νικοτίνης μειώνοντας την ανθεκτική δυνητική ενέργειά της.

Η χορήγηση βουπροπιόνης ξεκινά μια με δύο εβδομάδες πριν την ημερομηνία διακοπής, σε δοσολογία τουλάχιστον 150mg για τις τρεις πρώτες ημέρες και 150mg δύο φορές ημερησίως για το υπόλοιπο χρονικό διάστημα της θεραπείας. Η χρήση και η αποτελεσματικότητά της συνίσταται και για την πρόληψη υποτροπής, όταν η διακοπή καπνίσματος έχει ήδη επιτευχθεί. Το κόστος για ένα κουτί με 60 χάπια ανέρχεται στα 76,70 ευρώ.

Οι σημαντικότερες παρενέργειες της χορήγησης βουπροπιόνης είναι οι κεφαλαλγίες, η αϋπνία, η ζάλη, η υπέρταση, οι επιληπτικές κρίσεις, η ξηροστομία και τα γαστρεντερικά συμπτώματα. Η βουπροπιόνη δεν μπορεί να λαμβάνεται ανεμπόδιστα από καπνιστές που ακολουθούν ήδη αγωγή για καρδιολογικό ή διαβητολογικό πρόβλημα υγείας. Η λήψη της συνδυάζεται με την ψυχολογική στήριξη του καπνιστή, πιθανώς και με τα υποκατάστατα νικοτίνης.

Θεραπεία διάρκειας επτά εβδομάδων, σε συνδυασμό ή όχι με υποκατάστατα νικοτίνης οδηγεί σε ποσοστά διακοπής από 44-68%, διπλάσια περίπου σε σχέση με τα ποσοστά διακοπής χωρίς φαρμακευτική βοήθεια.^{3,8}

γ. Βαρενικλίνη (*champix*)

Η βαρενικλίνη (varenicline) αποτελεί ένα νέο φαρμακευτικό σκεύασμα το οποίο προορίζεται ειδικά για την θεραπεία διακοπής του καπνίσματος. Η βαρενικλίνη δεν είναι αντικαταθλιπτικό, όπως η βουπροπιόνη και δρα στους υποδοχείς της νικοτίνης στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Η βαρενικλίνη έχει την ιδιότητα να ανακουφίζει από την έντονη επιθυμία για νικοτίνη και από τα στερητικά συμπτώματα. Παράλληλα λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας της ψυχολογικής εξάρτησης από τη νικοτίνη που δημιουργείται μέσω της τελετουργίας του ανάμματος του τσιγάρου.

Απαραίτητη προϋπόθεση πριν την έναρξη της λήψης βαρενικλίνης είναι ο καθορισμός της ημερομηνίας διακοπής. Η χορήγηση ξεκινά αφού πρώτα το άτομο έχει αποφασίσει μια ημερομηνία διακοπής μέσα στην δεύτερη εβδομάδα της θεραπείας (μεταξύ της ημέρας 8 και της ημέρας 14). Η θεραπεία έχει διάρκεια 12 εβδομάδων. Από την 1η έως της 3η ημέρα χορηγείται 1 δισκίο 0,5mg ημερησίως, ενώ από την 4η έως την 7η ημέρα χορηγείται 1 δισκίο 0,5mg 2 φορές ημερησίως. Από την 8η έως την 14η ημέρα χορηγείται 1 δισκίο 1mg δύο φορές ημερησίως. Η δοσολογία παραμένει σταθερή από την 3η έως την 12η εβδομάδα της θεραπείας. Εφόσον το άτομο έχει πραγματοποιήσει διακοπή, ο γιατρός μπορεί να προτείνει τη συνέχιση της θεραπείας για 12 ακόμη εβδομάδες σε δοσολογία 1mg δύο φορές ημερησίως. Ο κίνδυνος υποτροπής είναι αυξημένος την περίοδο αμέσως μετά το τέλος της θεραπείας. Ο γιατρός μπορεί να αποφασίσει τη σταδιακή μείωση της δόσης κατά το τέλος της θεραπείας.

Η βαρενικλίνη εκτιμάται ότι έχει ήπιες ανεπιθύμητες ενέργειες που βαθμιαία υποχωρούν μέσα στο πρώτο δεκαήμερο της λήψης της. Η βαρενικλίνη έχει αξιολογηθεί ως ασφαλής και καλά ανεκτή από τον οργανισμό, ενώ ως πιθανές παρενέργειες του φαρμακευτικού αυτού σκευάσματος αναφέρονται η ναυτία, οι κεφαλαλγίες, η δυσκοιλιότητα και η βίωση άσχημων ονείρων κατά την διάρκεια της νύχτας. Σε περίπτωση που εμφανισθούν ανεπιθύμητες ενέργειες που το άτομο δεν μπορεί να ανεχθεί ο γιατρός μπορεί να αποφασίσει τη μείωση της δόσης προσωρινά ή

μόνιμα σε 0,5mg 2 φορές ημερησίως. Το κόστος της θεραπείας για τις 2 πρώτες εβδομάδες είναι 48,20 ευρώ και το κουτί για κάθε 2 από τις επόμενες εβδομάδες κοστίζει 52,40 ευρώ.

Τα φαρμακευτικά σκευάσματα που προορίζονται για τη διακοπή του καπνίσματος δεν καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Το κόστος επιβαρύνει τον καταναλωτή.^{3,8}

6.1.6 Εναλλακτικές μέθοδοι

Ο βελονισμός, η ύπνωση, η αρωματοθεραπεία και οι μέθοδοι που χρησιμοποιούν ενεργειακά πεδία, ονομάζονται θεραπείες υποβολής, επειδή η δράση τους οφείλεται κυρίως στην επίδραση του θεραπευτή, η οποία παίρνει τη μορφή υποβολής. Η αποτελεσματικότητά τους δεν έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά.

Η χρήση και η αποτελεσματικότητα του ηλεκτρικού τσιγάρου το οποίο δεν περιέχει τις βλαβερές ουσίες του καπνού, δεν έχει μελετηθεί επαρκώς, καθώς αποτελεί νέο προϊόν στην αγορά. Γενικά, δεν αποτελεί αποτελεσματικό μέσο καταπολέμησης της ψυχολογικής εξάρτησης από το τσιγάρο καθώς συντηρεί την τελετουργία του ανάμματός του. Το κόστος της συσκευασίας που περιέχει 2 τσιγάρα (επαναφορτιζόμενα) είναι 120 ευρώ.^{3,8}

6.2 Η συμβολή του νοσηλευτή στη διακοπή του καπνίσματος

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην διακοπή του καπνίσματος είναι πολύ σημαντικός. Θέτοντας τις γνώσεις του σε λειτουργία μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη και στη διακοπή του καπνίσματος με διάφορες μεθόδους.

Η πιο συνηθισμένη μέθοδος είναι η παροχή συμβουλών στους καπνιστές. Σύμφωνα με έρευνα το 2001 στις Η.Π.Α αποδείχτηκε ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών, έχοντας ή όχι ειδικές γνώσεις σε σχέση με το κάπνισμα, συζητώντας με τους καπνιστές προσπαθούσαν να τους πείσουν να το διακόψουν. Μια άλλη μέθοδος που χρησιμοποιείται είναι η χρήση πρωτοκόλλου. Το πιο διαδεδομένο πρωτόκολλο είναι το “four A”, *Ask, Advice, Assist, Arrange* δηλαδή *ρωτώ, συμβουλεύω, βοηθώ, καθοδηγώ*, όμως η πλειοψηφία των νοσηλευτών επικεντρώνεται στις ερωτήσεις και στις συμβουλές και όχι τόσο στη βοήθεια και στην καθοδήγηση. Σύμφωνα με έρευνα

που έγινε το 2002 στην Ολλανδία, αποδείχτηκε ότι η ολοκληρωμένη χρήση του πρωτόκολλου “four A” είναι αρκετά αποτελεσματική μέθοδος, όταν χρησιμοποιείται σωστά, για την διακοπή του καπνίσματος.

Από άλλη σκοπιά ο ρόλος του νοσηλευτή πρέπει να είναι βαθύτερος και να επικεντρώνεται κυρίως στην πρόληψη, δηλαδή στην αποτροπή έναρξης του καπνίσματος. Σε αυτόν τον τομέα εξέχοντα ρόλο έχει ο κοινοτικός νοσηλευτής, ως ο πλέον άμεσος και συνεχής φορέας παρακολούθησης των υγειονομικών προβλημάτων στην κοινότητα, ο οποίος έχει τρεις βασικούς χώρους-τομείς παρέμβασης:

- Ø Σχολικό περιβάλλον
- Ø Χώρος εργασίας
- Ø Οικογένεια.

Σχολικό περιβάλλον: Επιτυχής πρόληψη σημαίνει ευαισθητοποίηση από την μικρότερη δυνατή ηλικία, έτσι ώστε να υιοθετηθούν νέες συμπεριφορές και γενικά νέοι τρόποι υγιεινής ζωής.

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

Η αγωγή υγείας-διδασκαλία που κάνει ο νοσηλευτής στο σχολείο μπορεί να είναι είτε προγραμματισμένη είτε περιστασιακή. Συνεπώς, καθήκον του νοσηλευτή είναι να οργανώνονται συζητήσεις για καίρια ζητήματα που αφορούν την υγεία στη μαθηματική νεολαία.

Όσον αφορά το κάπνισμα και τις επιπτώσεις στην υγεία, θα πρέπει να αποτελεί από τα πρώτα θέματα προς ενημέρωση. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εστιάσει την προσοχή του σε 4 βασικούς άξονες γύρω από το κάπνισμα, προκειμένου να γίνουν κατανοητές οι πιο βασικές συνέπειες του καπνίσματος, όπως είναι ο καρκίνος, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, τα αναπνευστικά προβλήματα και η εξάρτηση.

Πρέπει να τονιστεί στους νέους, να κρατηθούν μακριά από το τσιγάρο, αν θέλουν να προάγουν την υγεία τους και να αφιερώσουν την ενέργεια και το πνεύμα τους σε άλλες δημιουργικές δραστηριότητες.

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

Το 1/4 περίπου της ζωής του ατόμου ξοδεύεται στην εργασία. Είναι φυσικό λοιπόν, το εργασιακό περιβάλλον να πρέπει να είναι ασφαλές. Η διατήρηση ενός ασφαλούς εργασιακού χώρου είναι ευθύνη της κοινοτικής νοσηλευτικής παρέμβασης. Η κατατόπιση του νοσηλευτή, σχετικά με τα προβλήματα υγείας που υπάρχουν στον εργασιακό χώρο, αλλά και τα γενικότερα που είναι δυνατόν να εμφανιστούν στην ομάδα των εργαζομένων, θα τον βοηθήσει να οργανώσει σωστά το πρόβλημα διαφώτισης στους χώρους εργασίας σωστά.

Το πρόγραμμα διαφώτισης πρέπει να περιλαμβάνει θέματα, σχετικά με τα ενδιαφέροντα των εργαζομένων, όπως το κάπνισμα, η διατροφή και η άσκηση.

Σχετικά με το κάπνισμα ο νοσηλευτής πρέπει μέσα από ατομική και ομαδική διδασκαλία να εκθέσει τις καταστροφικές επιπτώσεις του καπνίσματος. Στόχος του είναι η πρόληψη, η αποτροπή του παθητικού καπνίσματος καθώς και η προτροπή για την διακοπή του.

Οικογενειακό περιβάλλον: Η αγωγή υγείας στην οικογένεια, με τις κατ' οίκον επισκέψεις, έχει να βοηθήσει κατά πολύ στην προαγωγή του επιπέδου υγείας στην κοινότητα.

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

Οι περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την οικογένεια, συγκεντρώνονται στις κατ' οίκον επισκέψεις του νοσηλευτή. Η παρατήρηση του οικογενειακού περιβάλλοντος, βοηθά το νοσηλευτή να διαπιστώσει τόσο τα εμπόδια και τις δυσκολίες όσο τις δυνατότητες της οικογένειας να συμβάλλει στην επίτευξη μεγαλύτερης συνοχής και προαγωγής του επιπέδου υγείας.

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

Αναφορικά με το κάπνισμα, στις κατ' οίκον επισκέψεις, ο νοσηλευτής έχει ένα ευρύ φάσμα θεμάτων προς συζήτηση, που μπορεί να συγκεκριμενοποιηθούν, βέβαια, ανάλογα με τα περιστατικά που συναντά σε κάθε οικογένεια ξεχωριστά. Πρωτεύον για την προαγωγή υγείας της οικογένειας, είναι θέματα που έχουν σχέση με το παθητικό κάπνισμα, τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην κύηση, τις καρδιαγγειακές παθήσεις, τις παθήσεις του αναπνευστικού, καθώς και τρόπους διακοπής, την εμφάνιση στερεητικού συνδρόμου και την απεξάρτηση.^{7,25}

6.3 Συμπτώματα στερεητικού συνδρόμου

Στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, από ένα χρόνια καπνιστή, εμφανίζονται τα συμπτώματα στέρησης, που είναι τόσο οι σωματικές αλλαγές όσο και οι νοητικές ή ψυχολογικές αλλαγές που εμφανίζονται μετά από τη διακοπή ή τον τερματισμό της χρήσης μιας ναρκωτικής ουσίας. Συνήθως είναι προσωρινά και είναι προϊόν της προσαρμογής του οργανισμού στη μακροχρόνια χρήση της ναρκωτικής ουσίας. Απαιτείται μια περίοδος επανα-προσαρμογής, και στην περίπτωση του καπνίσματος, μερικά από τα συμπτώματα στέρησης, είναι τα εξής:

Û *Αίσθημα κατάθλιψης και κακής διάθεσης*

Η νικοτίνη αποτελεί μια ιδιαίτερος εθιστική ουσία. Δρα τόσο ως διεγερτική, όσο και ως κατασταλτική ουσία, ανάλογα με την διάθεση και την ώρα της ημέρας. Επηρεάζει τη διάθεση προκαλώντας μεταβολές στα επίπεδα ορισμένων λειτουργιών του εγκεφάλου. Η ύπαρξη προηγούμενου ιστορικού καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σχετίζεται με την εμφάνιση πιο σοβαρών συμπτωμάτων στέρησης. Η εμφάνιση της ήπιας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας συνήθως ξεκινά στο διάστημα των πρώτων 24 ωρών από την διακοπή, συνεχίζεται για διάστημα 1 έως 2 εβδομάδων και εξαφανίζεται μέσα σε διάστημα ενός μήνα.

Û *Αϋπνία*

Οι διαταραχές στον ύπνο ενδέχεται να συμβούν στο διάστημα των πρώτων 48 ωρών μετά τη διακοπή του καπνίσματος, η ποιότητα του ύπνου όμως θα βελτιωθεί μετά το πέρας της 1ης εβδομάδας και τα συμπτώματα θα

εξαφανιστούν τελείως μέσα στο διάστημα του 1ου μήνα από τη διακοπή. Αν και η διακοπή του καπνίσματος μπορεί αρχικά να επηρεάσει την ποιότητα του ύπνου, μακροπρόθεσμα θα σας βοηθήσει να κοιμάστε καλύτερα.

Û *Ευερεθιστότητα, απογοήτευση ή θυμός*

Τα συναισθήματα αυτά μπορούν να εμφανιστούν ως συνέπεια της έλλειψης νικοτίνης στον οργανισμό. Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, το 50% με 80% των καπνιστών που απέχουν από το κάπνισμα αναφέρουν τα συμπτώματα αυτά. Συνήθως, εμφανίζονται μέσα σε διάστημα 24 ωρών από τη διακοπή, είναι αρκετά έντονα στο διάστημα των πρώτων δύο εβδομάδων και εξαφανίζονται μέσα σε διάστημα ενός μήνα.

Û *Δυσκολία συγκέντρωσης, αυξημένη νευρικήτητα*

Αποτελεί ένα από τα πιο κοινά συμπτώματα στέρησης. Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες το 55% με 75% των καπνιστών που απέχουν από το κάπνισμα αναφέρουν δυσκολία συγκέντρωσης στο διάστημα της 1ης εβδομάδας από την διακοπή. Ως σύμπτωμα, η δυσκολία συγκέντρωσης, να εμφανιστεί, συνήθως ξεκινά μέσα στις πρώτες 24 ώρες από τη διακοπή, διατηρείται για το διάστημα των 2 πρώτων εβδομάδων και παύει να υφίσταται μέσα σε διάστημα ενός μήνα. Η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να επιβραδύνει τη δραστηριότητα κάποιων εγκεφαλικών λειτουργιών. Η επιβράδυνση αυτή μπορεί να προκαλέσει υπνηλία ή φτωχή συγκέντρωση. Αν αυτό συμβεί, κάντε ένα διάλειμμα προκειμένου να χαλαρώσετε και αναζωογονηθείτε. Επιτελέστε τις σημαντικές υποχρεώσεις και τα καθήκοντά σας εκείνες τις στιγμές της ημέρας κατά τις οποίες νιώθετε περισσότερο σε εγρήγορση.

Αυτά τα συμπτώματα στέρησης μπορούν να εμφανιστούν από μερικές ώρες και να διαρκέσουν περισσότερες από 6-8 εβδομάδες μετά την διακοπή του καπνίσματος. Παρόλο που τα συμπτώματα στην αρχή μπορεί να είναι ιδιαίτερα έντονα, παρουσιάζουν πολύ μικρό κίνδυνο για την υγεία, συγκρινόμενα με τον κίνδυνο του να συνεχίσει κάποιος να καπνίζει.^{9,10}

6.4 Αποτελέσματα διακοπής καπνίσματος

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το ζήτημα του περιορισμού του καπνίσματος αποτελεί ζωτικό αίτημα για τη Δημόσια Υγεία. Στις νεαρές ηλικίες, κύριο μέλημα αποτελεί η πρόληψη της έναρξης του καπνίσματος. Αντίθετα, η διακοπή καπνίσματος φαίνεται να αποτελεί τη μόνη ριζική λύση στις περιπτώσεις εδραιωμένης καπνιστικής συμπεριφοράς, ειδικά από τη στιγμή που ένα μεγάλο ποσοστό καπνιστών (περίπου τα 2/3) δηλώνουν επιθυμία διακοπής. Η απλή μείωση του αριθμού των τσιγάρων δε φαίνεται να παρέχει άμεσα οφέλη. Η διακοπή όμως μπορεί, να μειώσει το οικονομικό κόστος λόγω του καπνίσματος, τη σχετιζόμενη με αυτό νοσηρότητα και θνησιμότητα, καθώς και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής.

Καθολικά αποδεκτό είναι το γεγονός ότι όσο νωρίτερα εγκαταλείπει κάποιος τη συνήθεια του καπνίσματος, τόσο μειώνονται οι πιθανότητες να προσβληθεί από κάποιο νόσημα και να επιμηκύνει έτσι σημαντικά τη διάρκεια ζωής του. Η διακοπή, εξάλλου, του καπνίσματος σε κάθε ηλικία συνεπάγεται ελάττωση της επικινδυνότητας για πρόωρο θάνατο. Ακόμα και η καθυστερημένη διακοπή του καπνίσματος, μετά την ηλικία των 65 ετών, αυξάνει το προσδόκιμο επιβίωσης κατά 1.4 χρόνια για τους άνδρες και κατά 2.7 για τις γυναίκες. Η διακοπή σε μικρότερη ηλικία, για παράδειγμα στα 35, αυξάνει ακόμα περισσότερο το προσδόκιμο επιβίωσης, φθάνοντας τα 6.9 χρόνια για τους άνδρες και τα 6.1 χρόνια για τις γυναίκες.

Η διακοπή του καπνίσματος έχει άμεσες και μακροπρόθεσμες ωφέλειες για τα άτομα όλων των ηλικιών. Συγκεκριμένα:

- Αμέσως 20 λεπτά μετά την διακοπή του καπνίσματος, η αρτηριακή πίεση και η συχνότητα των σφυγμών επανέρχονται στο κανονικό και η κυκλοφορία βελτιώνεται στα πόδια και τα χέρια, διατηρώντας τα ζεστά.
- Οχτώ ώρες μετά τη διακοπή του καπνίσματος, τα επίπεδα του οξυγόνου στο αίμα επανέρχονται στο κανονικό.
- 24 ώρες μετά τη διακοπή του καπνίσματος, τα επίπεδα μονοξειδίου του άνθρακα μειώνονται, φθάνοντας εκείνα των μη καπνιστών, ενώ οι πνεύμονες αρχίζουν ν' αποβάλλουν τη βλέννα και άλλα υπολείμματα του ουσιών που εμπεριέχονται στον καπνό.

- Εντός 48 ωρών από τη διακοπή του καπνίσματος, η νικοτίνη δεν είναι πλέον ανιχνεύσιμη στον οργανισμό και οι αισθήσεις της γεύσης και της οσμής βελτιώνονται.
- 72 ώρες μετά τη διακοπή του καπνίσματος, η αναπνοή γίνεται ευκολότερη καθώς χαλαρώνουν οι βρογχικοί σωλήνες και τα επίπεδα ενέργειας αυξάνονται.
- Δύο με 12 εβδομάδες μετά από τη διακοπή του καπνίσματος, η κυκλοφορία του αίματος βελτιώνεται σε ολόκληρο το σώμα, διευκολύνοντας το βάδισμα.
- Τρεις με εννέα μήνες μετά τη διακοπή του καπνίσματος, τα προβλήματα αναπνοής, όπως ο βήχας, η δύσπνοια και ο συριγμός κατά την αναπνοή βελτιώνονται. Συνολικά, η πνευμονική λειτουργία αυξάνεται κατά 5-10%.
- Ένα χρόνο μετά τη διακοπή του καπνίσματος, ο κίνδυνος καρδιακής προσβολής ή και θανάτου, στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, μειώνεται κατά 50% σε σχέση με τον κίνδυνο που αντιμετωπίζει ένας καπνιστής, ενώ μειώνεται κατά 50% ο κίνδυνος θανάτου από έμφραγμα ή θάνατο κατά την χρονική πορεία των ετών που έπονται ενός οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου.
- 10 χρόνια μετά τη διακοπή του καπνίσματος, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα μειώνεται κατά 50% σε σχέση με τον κίνδυνο που αντιμετωπίζει ένας καπνιστής. Ο κίνδυνος θανάτου, από οποιαδήποτε μορφή καρκίνου που σχετίζεται με το κάπνισμα, μειώνεται σημαντικά 5 χρόνια μετά τη διακοπή του. Αν και η μείωση του κινδύνου είναι πιο βαθμιαία για τους ανθρώπους μεγαλύτερη ηλικίας, τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος είναι εμφανή σε διάστημα 5-10 έτη από τη διακοπή.
- 15 χρόνια μετά τη διακοπή του καπνίσματος ο κίνδυνος θανάτου, από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα, μειώνεται και ισοδυναμεί με τον κίνδυνο που αντιμετωπίζει ένας άνθρωπος, ο οποίος δεν έχει καπνίσει ποτέ.
- Μακροπρόθεσμα, μειώνεται ο κίνδυνος αρτηριοσκλήρωσης και συσχετιζόμενων ασθενειών, ο κίνδυνος οστεοπόρωσης, καθώς και ο κίνδυνος περιπλοκών σε ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη.

Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει στα οφέλη που αποκομίζει μια έγκυος γυναίκα ή μια γυναίκα που σκοπεύει να αποκτήσει παιδί. Με τη διακοπή του καπνίσματος πριν την έναρξη της κύησης ή κατά τους τρεις πρώτους μήνες, μειώνεται ο κίνδυνος

αποβολής, πρόωρου τοκετού και άλλων επιπλοκών, όπως είναι το χαμηλό βάρος του νεογνού.

Σε κοινωνικό επίπεδο, τα οφέλη αφορούν κυρίως τη Δημόσια Υγεία και τη μείωση του οικονομικού κόστους εξαιτίας του καπνίσματος. Είναι δε σημαντικό το ότι οι παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος εμφανίζονται να είναι από τις πιο συμφέρουσες από άποψη κόστους -αποτελεσματικότητας, ειδικά αν συγκριθούν με άλλες προληπτικές παρεμβάσεις κατά του καρκίνου.

Σε καθαρά εργασιακά πλαίσια, οι παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος επιφέρουν ελάττωση της συχνότητας των απουσιών και αύξηση της παραγωγικότητας, μειώνοντας ταυτόχρονα τη νοσηρότητα (λιγότεροι τραυματισμοί και ατυχήματα εν ώρα εργασίας), τη θνησιμότητα και το οικονομικό κόστος λόγω χαμένων εργατοωρών.^{3,5,8}

Κεφάλαιο 7^ο

Πρόληψη & Αντικαπνιστικά μέτρα

7.1 Στάδια, Σχεδιασμός και Προγράμματα πρόληψης

Από την κλασική φωτογραφία του Χάμφρεϊ Μπόγκαρτ με το καπέλο και το τσιγάρο στα χείλη και της Μαρλένε Ντίτριχ με το μοιραίο βλέμμα και το τσιγάρο στο χέρι φτάσαμε στη σημερινή κινηματογραφική απεικόνιση του «κακού τύπου» που καπνίζει. Τα πρότυπα της ομορφιάς, της γοητείας, του ανδρισμού και της μοιραίας γυναίκας αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου, όπως και τα πορίσματα της επιστήμης σχετικά με τις συνέπειες συμπεριφορών, όπως το κάπνισμα. Δύο βασικοί άξονες της επιστημονικής παρέμβασης είναι η πρόληψη και η θεραπεία, δηλαδή η απεξάρτηση από τη νικοτίνη. Θα σταθούμε ιδιαίτερα στον τομέα της πρόληψης, κάτι που παρά την κεφαλαιώδη σημασία του συχνά ξεχνάμε και θυμόμαστε μόνο εκ των υστέρων, όταν βρισκόμαστε αντιμέτωποι με το πρόβλημα, όπως για παράδειγμα ύστερα από τη θλιβερή «πρωτιά» μας στην λίστα των καπνιστών της Ευρώπης.

Στην περίπτωση της εξάρτησης στη νικοτίνη όπως και στις άλλες μορφές εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες, η πρόληψη χωρίζεται σε τρία βασικά στάδια: πρωτογενής, δευτερογενής και τριτογενής.¹⁰

7.1.1 Πρωτογενής πρόληψη

Απευθύνεται στον γενικό πληθυσμό που δεν έχει καμιά επαφή με ψυχοδραστικές ουσίες και έχει σαν στόχο τη σωστή ενημέρωση και καλή πληροφόρηση.

Εδώ περιλαμβάνονται τα παιδιά που δεν δοκίμασαν το τσιγάρο ή βρίσκονται στο στάδιο της προετοιμασίας της χρήσης του. Στο στάδιο αυτό πρέπει με αρκετά παραστατικό τρόπο, αλλά χωρίς να προκαλούμε φόβο ή πανικό, να μιλούμε για τις βλαβερές επιδράσεις του καπνίσματος πάνω στην σωματική υγεία κάνοντας ταυτόχρονα αναφορά για την εξαρτησιογόνο δράση της νικοτίνης. Όλα τα μηνύματα που δίνονται πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την ηλικία και το επίπεδο μόρφωσης για να μπορούν να είναι κατανοητά και να αφομοιώνονται σωστά από τον δέκτη.¹⁰

7.1.2 Δευτερογενής πρόληψη

Απευθύνεται σε ομάδες υψηλού κινδύνου - στα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της μύησης και του πειραματισμού ή ακόμα και στο πέρασμα από την περιστασιακή χρήση προς την συστηματική και όπου πολλά από τα μέλη της ομάδας τους ή της οικογένειας τους καπνίζουν, ή οι ίδιοι συχνάζουν σε μέρη όπου το κάπνισμα σε άτομα της ηλικίας τους είναι γενικά αποδεκτό.

Εδώ η αναφορά στις βλαβερές επιδράσεις πάνω στην υγεία πρέπει να γίνονται με ιδιαίτερη προσοχή, διότι μπορεί να θεωρηθούν από το παιδί ή τον έφηβο ως τρόπος εκφοβισμού για πράγματα που γι' αυτόν είναι χιλιοειπωμένα, αλλά που αυτός- όπως και όλοι οι άλλοι, δυστυχώς, πιστεύουν πως είναι αδύνατον να συμβούν σ' αυτούς- και να φέρει τα αντίθετα αποτελέσματα.

Το θέμα της εξάρτησης μπορεί να γίνει πολύ πιο κατανοητό και να επενεργήσει ως ανασταλτικός παράγοντας φτάνει να ειπωθούν τα πράγματα χωρίς το στοιχείο της υπερβολής και του άχρηστου εκφοβισμού.¹⁰

7.1.3 Τριτογενής πρόληψη

Αυτή απευθύνεται στα άτομα που κάνουν συστηματική χρήση και κατάχρηση ή έχουν φθάσει στην εξάρτηση.

Εδώ στην ουσία μιλούμε για θεραπεία και αποκατάσταση, αλλά γίνεται λόγος για πρόληψη διότι χρειάζεται επιπρόσθετος αγώνας, και μετά την διακοπή του καπνίσματος να μην υπάρξει υποτροπή και έναρξη από την αρχή. Έτσι η θεραπεία είναι και ταυτόχρονα πρόληψη για το επόμενο στάδιο.

Εδώ όλα τα προγράμματα θα αποτύχουν αν δεν έχουν το στοιχείο της εθελοντικής πρωτοβουλίας για έναρξη θεραπείας και της συνειδητής συμμετοχής στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Για να γίνει αυτό πρέπει να υπάρχει η σχετική νοσογνωσία και τα απαραίτητα κίνητρα. Εάν δεν υπάρχουν, το πρώτο στάδιο της παρέμβασης θα πρέπει να έχει ως στόχο την ενίσχυση τους.

Στην περίπτωση αυτή, η αναφορά και η κατανόηση των μηχανισμών της εξάρτησης είναι απόλυτα αναγκαίες. Η αναφορά στις βλαβερές επιδράσεις του καπνίσματος στον ανθρώπινο οργανισμό περνά συνειδητά σε δεύτερη μοίρα, εκτός του ότι όλα αυτά θεωρούνται γνωστά, το μόνο που μπορεί να πετύχει είναι να φέρει περισσότερο άγχος και νευρικότητα - ιδιαίτερα αν ήδη υπάρχει και κάποιο σωματικό

πρόβλημα που έχει σχέση με την κατάχρηση τσιγάρου - και αντί να βοηθήσει θα οδηγήσει στην ανάπτυξη αμυντικών μηχανισμών απελευθέρωσης από ενοχές και θα εμποδίσει την θεραπευτική μας προσπάθεια.¹⁰

7.1.4 Σχεδιασμός πρόληψης

Για να μπορεί να γίνει αποφασιστική και αποτελεσματική πρόληψη πρέπει:

- α) Να γίνει πρώτα απ' όλα μελέτη και καθορισμός του σταδίου που βρίσκεται το άτομο ή η ομάδα ατόμων που γίνεται η παρέμβαση.
- β) Η παρέμβαση πρέπει να καλύπτει τις ανάγκες του ατόμου ανάλογα με το στάδιο που βρίσκεται σε σχέση με την χρήση νικοτίνης.
- γ) Η παρέμβαση θα πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη τους περιβαλλοντικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που οδηγούν στην χρήση και να προσπαθήσει να μειώσει τις αρνητικές τους επιδράσεις.
- δ) Η οποιαδήποτε παρέμβαση δεν πρέπει να έχει σαν αποκλειστικό της στόχο την αύξηση των γνώσεων αλλά την διαμόρφωση αρνητικής στάσης και πιστεύω απέναντι στην εξάρτηση που προκαλεί το κάπνισμα. Με αυτό τον τρόπο επενεργεί θετικά και στην πρόληψη και της κατάχρησης των παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών.
- ε) Η παρέμβαση γίνεται με σεβασμό της προσωπικότητας του εξαρτημένου ατόμου, διατηρώντας τα όρια στην θεραπευτική σχέση. Η συμμετοχή του εξαρτημένου ατόμου στην θεραπευτική προσπάθεια είναι εθελοντική.¹⁰

7.1.5 Προγράμματα πρόληψης για παιδιά και εφήβους

Η διακοπή του καπνίσματος δεν είναι καθόλου εύκολη και απλή υπόθεση.

Χωρίς βέβαια να υποτιμάται ή να αμφισβητείται η χρησιμότητα των προγραμμάτων απεξάρτησης, είναι προφανές ότι θα ήταν καλύτερο και πιο αποτελεσματικό να προλάβει κανείς και να αποτρέψει την πρώτη δοκιμή ή την μη συνέχεια του πειραματισμού πριν ακόμη και από την έναρξη της εφηβείας, ειδικά όταν έχει διαπιστωθεί ότι όσο νωρίτερα δοκιμάζει ένα παιδί να καπνίσει τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες να εξελιχθεί σε συστηματικό χρήστη. Εξάλλου έχει αποδειχθεί ότι ελάχιστα εκπαιδευτικά προγράμματα είχαν μέχρι σήμερα θετικά αποτελέσματα στους συστηματικούς καπνιστές και όπως και σε άλλα θέματα υγείας η πρόληψη είναι πολύ πιο σημαντική από την θεραπεία.

Αφού αναλογιστούμε πως τα περισσότερα παιδιά δοκιμάζουν το κάπνισμα στις ηλικίες ανάμεσα στα 12 και 15 τους χρόνια, οποιαδήποτε παρέμβαση πρωτογενούς πρόληψης ύστερα από αυτά τα χρονικά όρια, κινδυνεύει να αποτύχει και να μην δώσει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα διότι θα κάνουμε λανθασμένη παρέμβαση, αντί δευτερογενή και σε ορισμένες περιπτώσεις τριτογενή θα κάνουμε πρωτογενή. Τα μηνύματα μας δηλαδή δεν θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ατόμων στα οποία απευθυνόμαστε.

Τα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης πρέπει λοιπόν να απευθύνονται κυρίως στις μικρές ηλικίες, προσαρμοσμένα στις γνώσεις των παιδιών για να διαμορφώνουν έγκαιρα σωστές και θετικές αντιλήψεις, στάσεις και πιστεύω στα ζητήματα υγείας. Παράλληλα, τα προγράμματα αυτά πρέπει να μπορούν να εξοπλίσουν έγκαιρα το άτομο με τη δυνατότητα να ανακαλύπτει ουσιαστικές διεξόδους και να χειρίζεται τις εφηβικές αναστατώσεις, προτού η ανακούφιση και η υποστήριξη αναζητηθούν και προσφερθούν από το κάπνισμα ή την λήψη άλλων ουσιών.

Τα αποτελέσματα ερευνών που έγιναν σε αρκετές χώρες της Ευρώπης δείχνουν ότι η πρώτη εφηβική ηλικία είναι η κρισιμότερη περίοδος για την εφαρμογή προληπτικών προγραμμάτων, εφόσον είναι αποδεδειγμένο ότι παντού οι περισσότεροι έφηβοι καπνιστές, δοκιμάζουν το πρώτο τσιγάρο πριν από την ηλικία των 13 χρόνων.

Αρκετές χώρες της Ευρώπης, όπως Γαλλία (Danzon 1995), Βέλγιο (Maes et De Riek 1994) και Ολλανδία (van Weerden 1989) εφαρμόζουν τα τελευταία χρόνια ειδικά προγράμματα αγωγής υγείας που συμπεριλαμβάνουν την πρόληψη του καπνίσματος. Τα προγράμματα αυτά τοποθετούν την παρέμβαση αρκετά νωρίτερα από την πρώτη εφηβική ηλικία, απευθύνονται σε παιδιά ηλικίας 5 χρόνων, ακριβώς για να έχουν προληπτικό χαρακτήρα.

Επειδή οι αιτίες για τις οποίες καπνίζουν οι έφηβοι είναι διαφορετικές από τις αιτίες που συνεχίζουν να καπνίζουν οι ενήλικες, σε ορισμένες χώρες της Ευρώπης αναπτύσσονται προγράμματα διακοπής του καπνίσματος ειδικά διαμορφωμένα σε εφήβους, τα οποία λειτουργούν σε σχολεία, κέντρα νεότητας και άλλους φορείς της κοινότητας. Στην Σουηδία (Bergtrom and Svanberg 1990) και στην Πορτογαλία (Lima 1990) τα προγράμματα συνδυάστηκαν με προσπάθειες καλλιέργειας νέων κοινωνικών στάσεων, που απέβλεπαν στην απομυθοποίηση της εικόνας του καπνιστή, με την αξιοποίηση διαφημιστικών μέσων και μεθόδων παρόμοιων με

εκείνες που χρησιμοποιούνται στην αγορά για προώθηση προϊόντων που απευθύνονται στην νεολαία.^{8,10,26}

7.2 Αντικαπνιστικά μέτρα

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), δηλώνει ότι σχεδόν το 95% του παγκόσμιου πληθυσμού δεν προστατεύεται από νομοθεσίες κατά του καπνίσματος, προσθέτοντας ότι κάθε χρόνο σχεδόν 600.000 άτομα πεθαίνουν ως αποτέλεσμα του παθητικού καπνίσματος. Στη δεύτερη μεγάλη έκθεσή του για την «επιδημία καπνού», δηλώνει ότι 7 νέες χώρες ψήφισαν νομοθεσίες για απαγόρευση του καπνίσματος το 2008, ανεβάζοντας τον παγκόσμιο αριθμό σε μόλις 17.

Ο οργανισμός υγείας των Ηνωμένων Εθνών προειδοποιεί ότι ο καπνός εξακολουθεί να είναι το κύριο αίτιο θανάτου που μπορεί να προληφθεί και, ωστόσο, σκοτώνει πέντε εκατομμύρια άτομα το χρόνο. Αν δεν ληφθεί επείγουσα δράση για τον έλεγχο της επιδημίας του καπνού, ο ετήσιος αριθμός θανάτων θα μπορούσε να αυξηθεί στα 8 εκατομμύρια άμεσα.

Το 2008, άλλα 154 εκατομμύρια άτομα απέκτησαν προστασία από νομοθεσίες για περιβάλλον χωρίς καπνό, οι οποίες τέθηκαν σε εφαρμογή σε επτά χώρες: Κολομβία, Τζιμπουτί, Γουατεμάλα, Άγιος Μαυρίκιος, Παναμάς, Τουρκία και Ζάμπια. Ωστόσο, αυτό σημαίνει ότι τώρα μόνο το 5,4% του παγκόσμιου πληθυσμού προστατεύεται. Ο ΠΟΥ κάλεσε τις κυβερνήσεις να εφαρμόσουν τη σύμβαση-πλαίσιο του 2005 για τον έλεγχο του καπνού, η οποία έχει υπογραφεί από 170 χώρες. Η σύμβαση ενθαρρύνει τις χώρες να υιοθετήσουν μέτρα που να εμποδίζουν το κάπνισμα, προσφέροντας βοήθεια στους καπνιστές για να το κόψουν, ενισχύοντας τις απαγορεύσεις για τη διαφήμιση και αυξάνοντας τους φόρους για τα προϊόντα καπνού .

Την στιγμή, που παγκοσμίως, ο αντικαπνιστικός αγώνας κορυφώνεται, η απαγόρευση καπνίσματος στην Ελλάδα, εφαρμόζεται με μικρές παραλλαγές, που κρατούν ωστόσο σε ισχύ τις βασικές κοινοτικές οδηγίες οι οποίες έχουν θεσπιστεί από τα μέσα της δεκαετίας του '80. Η υπουργική απόφαση για τα αντικαπνιστικά μέτρα, που συνοδεύει την εφαρμογή του νόμου, καθορίζει πλήρως τους όρους απαγόρευσης καπνίσματος, τις τεχνικές λεπτομέρειες για τα καταστήματα

υγειονομικού ενδιαφέροντος και τις αρμοδιότητες των φορέων που θα εμπλακούν στον έλεγχο της εφαρμογής των μέτρων.

Από την πλευρά τους, οι γιατροί αναλύουν τους κινδύνους για την υγεία και καλούν τους καπνιστές - στα πλαίσια της απαγόρευσης καπνίσματος - να κόψουν το τσιγάρο, επιβεβαιώνοντας ότι με το πέρασμα του χρόνου οι κίνδυνοι μειώνονται. Σύμφωνα με στοιχεία για την οικονομία του τσιγάρου, που έχει συγκεντρώσει το υπεύθυνο για την απαγόρευση καπνίσματος υπουργείο Υγείας, το κάπνισμα κοστίζει δισεκατομμύρια ευρώ στην ελληνική οικονομία, αλλά και στις άλλες ευρωπαϊκές οικονομίες, με «πρωταγωνιστές» τους Ανατολικοευρωπαίους, οι οποίοι καπνίζουν περισσότερο. Σε ότι αφορά το κάπνισμα στα παιδιά και τους εφήβους, η Ελλάδα πάντως φαίνεται να παρουσιάζει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά.

Γεγονός είναι πως τα δεδομένα είναι αισιόδοξα στο κεφάλαιο «Διακοπή καπνίσματος: εξελίξεις και προοπτικές». Τα τελευταία χρόνια παρατηρούμε μια αυξημένη συνειδητοποίηση ότι το 'κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία. Είναι επόμενο, λοιπόν, η απαγόρευση καπνίσματος, να επιφέρει αύξηση τόσο στις προσπάθειες όσο και στις μεθόδους διακοπής του καπνίσματος.¹

Συμπεράσματα- Προτάσεις

Ολοκληρώνοντας την εργασία μας, καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι το κάπνισμα, παρόλο που είναι μια συνήθεια πολύ βλαπτική για τον ανθρώπινο οργανισμό, έχει εξαπλωθεί σε ολόκληρο τον κόσμο και το γεγονός αυτό αποδεικνύεται από πολλές έρευνες, οι οποίες έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια.

Το κάπνισμα, όχι μόνο βλάπτει την υγεία μας προκαλώντας διαφόρων ειδών παθήσεις, αλλά βλάπτει και την εμφάνιση μας δημιουργώντας κιτρινωμένα δόντια και δάχτυλα, δυσάρεστη αναπνοή και άσχημη μυρωδιά στα ρούχα μας, εν τούτοις όλο και περισσότεροι άνθρωποι αρχίζουν το κάπνισμα.

Σημαντικό ρόλο στο να ξεκινήσει κάποιος το κάπνισμα παίζουν οι διαφημίσεις του τσιγάρου, το κοινωνικό και το οικογενειακό περιβάλλον. Για τους λόγους αυτούς, τα τελευταία χρόνια γίνονται διάφορες προσπάθειες για τη διακοπή του καπνίσματος, όπως είναι η καθιέρωση της Παγκόσμιας Ημέρας κατά του καπνίσματος καθώς και διάφορες εκστρατείες που γίνονται για τη διακοπή του καπνίσματος.

Η χώρα μας έχει μεγάλη ανάγκη από προσπάθειες και μέτρα κατά του καπνίσματος, διότι το ποσοστό των καπνιστών είναι ένα από τα μεγαλύτερα παγκοσμίως.

Εμείς προτείνουμε:

- Γονείς, δάσκαλοι, δημόσια πρόσωπα και επαγγελματίες υγείας πρέπει όχι μόνο να προβάλλουν το αντικαπνιστικό τους παράδειγμα, αλλά να μεταδώσουν το μήνυμα ότι το κάπνισμα αποτελεί αντικοινωνική εκδήλωση.
- Κάλο θα ήταν να γίνονται εκδηλώσεις-ομιλίες με σκοπό την ενημέρωση, για τις βλαβερές επιδράσεις του καπνίσματος από τους φορείς υγείας. Η τοπική αυτοδιοίκηση θα έπρεπε να αναλάβει την πρωτοβουλία για μια τέτοιου είδους ενημέρωση.
- Το κράτος θα ήταν καλό να απαγορεύει την πώληση των προϊόντων καπνού σε ανήλικα άτομα
- Θα πρέπει να εφαρμοστούν οι κανόνες υγιεινής, όπως η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, και η μη τήρηση αυτών να τιμωρείται ποινικώς.

Περίληψη

Η καπνιστική συνήθεια ξεκινά από πολύ παλιά το ταξίδι της στην ιστορία, έχοντας, στα χρόνια μας, πάρει μια μορφή πανδημίας. Άσχημη εξέλιξη αν μη τι άλλο.

Σκοπός της εργασίας είναι να προσεγγίσουμε τα αίτια, τις επιπτώσεις, καθώς και τους τρόπους θεραπείας των καπνιστών. Αναφερόμαστε τόσο τις επιπτώσεις που επιφέρει το κάπνισμα στον ανθρώπινο οργανισμό, κυρίως στο κυκλοφορικό σύστημα, όσο και στους τρόπους διακοπής και πρόληψης του καπνίσματος.

Δουλεύοντας πάνω στην εργασία αυτή, συμπεράναμε πως όσο ευχάριστη μπορεί κάποιος καπνιστής να χαρακτηρίσει τη συνήθεια του να καπνίζει, τόσο επιβλαβής είναι η συνήθεια αυτή στον ίδιο και στους γύρω του.

Η απόφαση της διακοπής του καπνίσματος δεν είναι μια απερίσκεπτη απόφαση. Θα πρέπει να γίνει η άμεση προτεραιότητά σας.

Summary

The smoking habit start from a very old journey in history, and get a pandemic form in our years. Not a good development if nothing else.

The purpose of the work is to approximate the causes, effects and treatment of smokers. We refer to both the effects of smoking on the human body, especially the circulatory system, and ways of prevention and cessation of smoking.

On our project, we concluded that as happy can describe a smoker his habit, so harmful is the habit on himself and those around him.

The decision of quitting is not an unwise decision. You should make your top priority.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1

Ασθενής 52 ετών, άνδρας προσήλθε στην κλινική με τα εξής ενοχλήματα: έντονο πόνο στο στήθος ο οποίος αντανακλά οπισθοστερνικά, έντονη εφίδρωση και αιμοδία άνω άκρων και όλα αυτά παρουσιάζονται ως επακόλουθο έντονης κόπωσης. Στο ιστορικό που πάρθηκε από τον εφημερεύων γιατρό της κλινικής ο ασθενής είχε στην οικογένεια του ιστορικό στεφανιαίας νόσου αφού ο πατέρας του είχε πάθει οξή έμφραγμα του μυοκαρδίου και έχει κάνει εγχείρηση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης. Επίσης ο ασθενής είναι καπνιστής επί εικοσαετίας. Έπειτα από έλεγχο στα εξωτερικά ιατρεία διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής υπέστη οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

ΑΜΕΣΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

Αξιολόγηση αρρώστου και ανάγκες και προβλήματα του	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση του αποτελέσματος
<p>Ελλιπής οξυγόνωση των ιστών λόγω της ανεπαρκούς λειτουργίας της καρδιάς</p> <p>Υδατοηλεκτρικό ανισοζύγιο</p> <p>Οξεοβασικό ανισοζύγιο</p>	<p>Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων</p> <p>Διόρθωση ισοζυγίων και ανάταξη πιθανού shock</p> <p>Πρόληψη έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση επιπλοκών</p>	<p>Συνεχής παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του αρρώστου και της κατάστασης του</p> <p>Προετοιμασία και ενημέρωση αρρώστου για αντιπηκτική αγωγή</p> <p>Μέτρηση της ποσότητας των ούρων</p>	<p>Τρίωρη μέτρηση ζωτικών σημείων ή σύνδεση του ασθενή με monitor</p> <p>Χορήγηση αντιπηκτικών salospir 100mg 1x3 plavix 75mg 1x3</p> <p>Αλλαγή ουροσυλλέκτη και καταγραφή ποσότητας ούρων</p>	<p>Ο ασθενής έχει σταθεροποιηθεί</p> <p>Ο πόνος έχει υποχωρήσει</p> <p>Η πίεση του ασθενή έχει ρυθμιστεί και βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα</p>

ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΟΙ

Αξιολόγηση αρρώστου και ανάγκες και προβλήματα του	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση του αποτελέσματος
<p>Μείωση δραστηριοτήτων λόγω θεραπευτικής ανάπαυσης</p> <p>Μείωση της άνεσης λόγω του πόνου</p> <p>Προβλήματα απέκκρισης και δυσκοιλιότητα λόγω της μειωμένης δραστηριότητας</p> <p>Μειωμένη ασφάλεια λόγω κινδύνου επιπλοκών</p> <p>Άγχος που σχετίζεται με τον φόβο του θανάτου</p>	<p>Πλήρης αποκατάσταση του αρρώστου</p> <p>Ετοιμασία αρρώστου για συμμόρφωση με το θεραπευτικό σχήμα που θα συνεχίσει στο σπίτι και με το νέο τρόπο ζωής</p> <p>Αναχαίτιση της διεργασίας της αθηροσκλήρωσης</p>	<p>Απαλλαγή από τον πόνο και την αγωνία</p> <p>Δίαιτα ανάλογη με την κατάσταση του αρρώστου</p> <p>Λήψη μέτρων για πρόληψη έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών</p> <p>Σχεδιασμός οργάνωση και εφαρμογή προγράμματος διδασκαλίας</p>	<p>Χορήγηση μορφίνης εφάπαξ επί πόνου 100mg με ιατρική οδηγία</p> <p>Χορήγηση συστηματικά στην νοσηλεία Ionarid tab 1x3 μετά από ιατρική οδηγία</p> <p>Χορήγηση lipidor tab 40mg 1x2 για μείωση και ρύθμιση χοληστερόλης</p> <p>Χορήγηση cozar tab 50mg 1x1 και triatec tab 1x2 για την ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης</p> <p>Χορήγηση solosa tab 2mg 1x2 και glucophage tab 850mg 1x2 για την ρύθμιση του σακχάρου</p> <p>Ενημέρωση του ασθενή για την κατάσταση του</p> <p>Χορήγηση duphalac sir για την δυσκοιλιότητα</p> <p>Παραμονή κοντά στον ασθενή για έγκαιρη κατανόηση των επιπλοκών του</p>	<p>Ο ασθενής είναι σε θέση να κατανοήσει το θεραπευτικό σχήμα και να συμβάλει στην περαιτέρω βελτίωση της κατάστασης του</p> <p align="center">72</p>

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2

Εισέρχεται στην κλινική ασθενής που πριν από 6 εβδομάδες είχε υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Ο ασθενής παρέμεινε στην καρδιολογική κλινική για 10 μέρες όπου λάμβανε την κατάλληλη αγωγή και ήταν υπό την στενή επιτήρηση των γιατρών και των νοσηλευτών . Σε συνεργασία με τον γιατρό του ο ασθενής προγραμμάτισε να έρθει στην κλινική γιατί πρέπει να υποβληθεί σε στεφανιογραφία και πιθανώς τοποθέτηση δύο stent σε στεφανιαία αγγεία .

Αξιολόγηση αρρώστου και ανάγκες και προβλήματα του	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση του αποτελέσματος
<p>Ασθενής με θρόμβωση των στεφανιαίων αρτηριών η οποία προκάλεσε οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου</p> <p>Μειωμένη λειτουργία της καρδιάς λόγω του εμφράγματος που υπέστη ο ασθενής</p> <p>Φόβος για την έκβαση της εξέτασης</p>	<p>Να διευκρινιστεί η ακριβής και σε ποσοστό θρόμβωση των στεφανιαίων αρτηριών</p> <p>Ο ασθενής να αισθάνεται και να επιστρέφει στην κατάσταση πριν το έμφραγμα</p>	<p>Προετοιμασία για την διενέργεια της εξέτασης</p> <p>Χορήγηση της αγωγής που πρέπει να λάβει με ιατρική οδηγία</p> <p>Διδασκαλεία για την σειρά και την μέθοδο της εξέτασης</p>	<p>Τοπικός ευπρεπισμός στη περιοχή της εξέτασης . Ο ασθενής παραμένει νηστικός . Περιορίζονται οι δραστηριότητες του . Καταγραφή ζωτικών σημείων</p> <p>Χορήγηση plavix tab 300mg εφάπαξ με ιατρική εντολή πριν την εξέταση</p>	<p>Ο ασθενής είναι σε καλή κατάσταση</p> <p>Δεν χρειάστηκε κάποια τοποθέτηση stent</p>

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 3

Ασθενής 59 ετών, καπνιστής, σακχαροδιαβητικός , με έμφραγμα προ 2 ημερών υποβλήθηκε σε αρτοστεφανιαία παράκαμψη έπειτα από στεφανιογραφία που έδειξε θρόμβωση 3 αγγείων . Ο ασθενής επέστρεψε από την εντατική στο τμήμα .

Σημείωση: η αντιμετώπιση αναφέρεται στην φροντίδα αφότου επέστρεψε στο τμήμα.

Αξιολόγηση αρρώστου και ανάγκες και προβλήματα του	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση του αποτελέσματος
<p>Μείωση της ικανότητας του για την κάλυψη των αναγκών του σε οξυγόνο</p> <p>Θρεπτικό ανισοζυγιο</p> <p>Υδατοηλεκτρικό ανισοζυγιο</p> <p>ενεργειακό ανισοζύγιο</p> <p>κίνδυνοι από την κακή λειτουργία του εγκεφάλου</p>	<p>Πρόληψη κάθε κατάστασης που μπορεί να προκαλέσει αναπνευστική ανεπάρκεια</p> <p>Διατήρηση ή διόρθωση ανισοζυγίων</p> <p>Προαγωγή άνεσης και δραστηριοποίησης του αρρώστου</p> <p>Προαγωγή καλής λειτουργίας εγκεφάλου</p> <p>Πρόληψη , έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση επιπλοκών</p>	<p>Εξασφάλιση επαρκούς αερισμού</p> <p>Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών όταν χρειάζεται με ιατρική οδηγία</p> <p>Κατάλληλα μέσα για προαγωγή άνεσης του αρρώστου</p> <p>Μέσα για παρακολούθηση της καλής λειτουργίας του εγκεφάλου</p> <p>Κατάλληλη αγωγή για την πήξη του αίματος την ρύθμιση της πίεσης και τον έλεγχο τυχόν επιπλοκών</p>	<p>Χορήγηση οξυγόνου στα 3-5lit</p> <p>χορήγηση 1000ml L/R με 2 αμπούλες potassium chloride 10mlx3 . έπειτα από ιατρική οδηγία</p> <p>μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και καταγραφή.</p> <p>Χορήγηση μορφίνης 100mgx3</p> <p>Συστηματικά</p> <p>Apotel 1000mg επί πόνου εφάπαξ</p> <p>Pethidine 50mg εφάπαξ επί πόνου</p> <p>Προτροπή για κινητοποίηση με βοήθεια δικιά μας ή φυσιοθεραπευτών</p>	<p>Κατάσταση ασθενούς καλή</p> <p>Έχουν ρυθμιστεί τα ισοζύγια των θρεπτικών συστατικών , ύδατος και ηλεκτρολυτών</p> <p>Υπάρχει ισορροπία στα ισοζύγια</p> <p>Ο πόνος υποχωρεί</p> <p>Ικανοποίηση για την άνεση και κινητοποίηση του ασθενή</p>

Αξιολόγηση αρρώστου και ανάγκες και προβλήματα του	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση του αποτελέσματος
<p>Προβλήματα απέκκρισης</p> <p>Μείωση άνεσης</p> <p>Μείωση δραστηριοτήτων</p> <p>Κίνδυνοι επιπλοκών</p> <p>Ψυχολογικά προβλήματα</p> <p>Ανάγκη μακροχρόνιας αποκατάστασης</p>	<p>Ετοιμασία του αρρώστου ώστε να κάνει τις απαραίτητες αλλαγές στην ζωή του</p>	<p>Διδασκαλία του αρρώστου για τις συνήθειες μετά τα χειρουργείο καρδιάς</p>	<p>Αξιολόγηση πόνου και επιπέδου συνείδησης του ασθενή</p> <p>Plavix75mg 1x3</p> <p>Salospir100mg 1x3</p> <p>Lopresol100mg1x2</p> <p>Lipidor80mg1x2</p> <p>Solosa4mg1x2</p> <p>Όλα με ιατρική οδηγία</p> <p>Παραμονή δίπλα στον ασθενή και προτροπή για αλλαγή συνηθειών όπως: διακοπή καπνίσματος και δίαιτα</p> <p>Προαγωγή ήπιας άσκησης</p>	<p>Καλό επίπεδο συνείδησης</p> <p>Ρυθμισμένα είναι :η Α/Π</p> <p>Το σάκχαρο και τα επίπεδα Λιπιδίων στο αίμα</p> <p>Κατανόησε ο ασθενής την αλλαγή που έχει επέλθει στην ζωή του</p> <p>Ικανοποιητική προσαρμογή</p>

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 4

Ασθενής 68 ετών εισήλθε στο νοσοκομείο αναφέροντας οξύ προκάρδιο συσφικτικό άλγος διάρκειας άνω της ώρας με εντόπιση πίσω από το στέρνο και ακτινοβολία στην πλάτη στον τράχηλο και τον αριστερό βραχίονα . Κατά την διάρκεια της κρίσης παρουσίασε έντονο αίσθημα αδυναμίας ,ζάλη , εφίδρωση και εμετό . Αναφέρει οικογενειακό ιστορικό θετικό σε οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου . Επίσης αναφέρει ότι ήταν καπνιστής με 35-40 τσιγάρα ην ημέρα . ακόμα αναφέρονται επικίνδυνοι παράγοντες όπως υπέρταση και υπερλιπιδαιμία .

Αξιολόγηση αρρώστου και ανάγκες και προβλήματα του	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση του αποτελέσματος
<p>Μειωμένη ιστική αιμάτωση</p> <p>Πόνος :θωρακικός</p> <p>Πιθανές επιπλοκές : καρδιακές αρρυθμίες</p>	<p>Να αποκατασταθεί η αιμάτωση του μυοκαρδίου ώστε να μειωθεί ο πόνος μυοκαρδίου και οι επιπλοκές</p>	<p>Αξιολόγηση των σημείων και συμπτωμάτων μειωμένης μυοκαρδιακής αιμάτωσης</p> <p>Εφαρμογή μέτρων βελτίωσης της αιμάτωσης του μυοκαρδίου</p> <p>Εφαρμογή μέτρων μείωσης του καρδιακού έργου και των αναγκών σε οξυγόνο</p> <p>Αξιολόγηση των παραγόντων που μειώνουν ή επιδεινώνουν τον πόνο</p>	<p>Χορηγήθηκαν νιτρώδη , β-αδρενεργικοί αποκλειστές ανταγωνιστές ασβεστίου και αντιπηκτική αγωγή</p> <p>Περιορισμός κινήσεων και περιττών ενεργειών που απαιτούν μεγάλη προσπάθεια</p> <p>Μέτρα ψυχικής ηρεμίας για τον περιορισμό καπνίσματος και ποτών</p> <p>Χορηγήθηκαν ισχυρά αναλγητικά για την αποφυγή του πόνου</p> <p>Έγινε συνεχή παρακολούθηση της καρδιακής λειτουργίας</p> <p>Χορηγήθηκε οξυγόνο για την βελτίωση της αιμάτωσης</p>	<p>Επιτυχής αποκατάστασης ιστικής αιμάτωσης , μυοκαρδίου</p> <p>Επιτεύχθηκε μείωση του πόνου και των αρρυθμιών του ασθενούς</p>

Βιβλιογραφία

1. History of smoking, www.tobacco.org, 29/7/2011
2. Ποντίφικας Γρηγόρης. Μάθετε για το κάπνισμα η άγνοια σκοτώνει, Επίτομος, Έκδοση Εκλαϊκευμένη, Επιστημονικές Εκδόσεις, Αθήνα 1988. σ.15-39, 53-86, 117-120
3. How to give up smoking, the effects of smoking, why people smoke, history of smoking, www.helpwithsmoking.com, 29/7/2011
4. Τσαρούχας Κώστας. Κάπνισμα η απόλαυση που σκοτώνει, Επίτομος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις Αλήθεια, Αθήνα. σ.107-114
5. Αποφυγή καπνίσματος, διακοπή καπνίσματος, επιδημιολογία καπνίσματος, www.bestrong.org.gr, 29/7/2011
6. Κάπνισμα, www.healthview.gr, 29/7/2011
7. Κακούρη Ευγενία-Μαρία, Καρακάση Νίκη, Κορακά Βασιλική, Μαρίνου Μαρία. Κάπνισμα και υγειονομικό προσωπικό: Αμφίδρομη σχέση ή οξύμωρο σήμα, Πτυχιακή εργασία, Εισηγητής: Παπαδημητρίου Μαρία, Πάτρα 2001. σ. 21-22, 95-98, 110-116
8. Brizer David, MD. Διακοπή καπνίσματος για πρωτάρηδες, Μετάφραση: Συρέλλης Μ., Ηλιόπουλος Π., Κουκάκης Κ., Επιμέλεια: Ανέστης Π. Παύλος, Επίτομος, Έκδοση Ελληνική, Εκδόσεις Πήγασος, Αθήνα 2003. σ. 23-85, 133-147, 239-251
9. Φυλλάδιο Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρίας. Αθήνα 2008
10. Κάπνισμα, www.neahygeia.gr, 29/7/2011
11. Τζάφρη Τ., Πήτερσον Π., Χόντσον Ρ.. Ναρκωτικά-Τσιγάρο-Αλκοόλ Προβλήματα και απαντήσεις, Μετάφραση-Επιμέλεια: Μαράτου Όλγα, Σόλμαν Μαρία, Επίτομος, Έκδοση Πρωτότυπη, Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 1982. σ.82-98

12. Lippert. Ανατομική Κείμενο και Άτλαντας Ελληνικοί και λατινικοί Όροι, Μετάφραση: Νηφόρος Ν. Δ., Επιμέλεια: Παπαδόπουλος Ν., Επίτομος, Έκδοση 5^η, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1993. σ. 360-374
13. Berne M. Robert, Leyy N. Matthew. Αρχές φυσιολογίας, Μετάφραση-Επιμέλεια: Κούβελας Ηλίας, Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 2^η, Εκδόσεις Κρήτης, Αθήνα. σ.261-448
14. Πλέσσας Τ. Σταύρος, Κανέλλος Ευάγγελος. Φυσιολογία του ανθρώπου 1, Επίτομος, Έκδοση 2^η βελτιωμένη και επηυξημένη, Εκδόσεις Φάρμακον, Αθήνα 1997. σ. 160-219
15. Jacob S. Ανατομία του ανθρώπου, Μετάφραση-Επιμέλεια: Κουτής Χαρίλαος, Επίτομος, Έκδοση Πρωτότυπη, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα. σ. 66-76
16. Desporoulos Agamemnon, Silbernagl Stefan. Εγχειρίδιο φυσιολογίας με έγχρωμο άτλαντα, Μετάφραση-Επιμέλεια: Κωστόπουλος Γ., Επίτομος, , Έκδοση 1^η, Έκδοση Λίτσα, Αθήνα 1989. σ. 154-191
17. Ασθένειες, www.e-hospital.gr, 29/7/2011
18. Davidson's. Γενικές αρχές και κλινική πράξη της ιατρικής, Μετάφραση-Επιμέλεια: Αλεξόπουλος Δ., Βαργιεμέζης Β., Βέμμος Κ. και συνεργάτες, Επίτομος, Έκδοση 19^η 2 Ελληνική, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα. σ. 434-467
19. Σαχίνη-Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία. Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 2^η, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1997. σ. 27-41, 114-118
20. Hope R.A., Lonemore J.M., Mcmanvs S.U. και συνεργάτες. Oxford handbook κλινικής ιατρικής, Μετάφραση-Επιμέλεια: Κουφουδάκης Δ., Χανιώτης Φ., Χανιώτης Δ., Επίτομος, Έκδοση 4^η, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα. σ.254-321
21. Garden, Bradbury, Forsythe. Αρχές χειρουργικής Θεωρία και πράξη, Μετάφραση-Επιμέλεια: Καλφαρέντζος Φώτης, Επίτομος, Έκδοση 4^η, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα. σ.556-582
22. Στεφανιάδης Ι. Χριστόδουλος. Παθήσεις της καρδιάς, Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 2^η, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα. σ.117-253
23. Αποφρακτική θρομβοαγγειτιδα, www.surgery.gr, 29/7/2011
24. Πετσίνης Ι. Κωνσταντίνος. Πώς να κόψεις το τσιγάρο, Επίτομος, Έκδοση 2^η, Εκδόσεις Οργανισμός Εκλεκτών Εκδόσεων, Αθήνα 1978. σ.24-27

25. Gettrust V. Kathy, Brabec D. Paula. Νοσηλευτική διαγνωστική και κλινική πράξη, Μετάφραση-Επιμέλεια: Καραχάλιος Γεώργιος, Επίτομος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις Ελλην, Αθήνα 1997. σ. 299-502
26. Ντάβου Μπετίνα. Το κάπνισμα στην εφηβεία, Επίτομος, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1992. σ.85-100

Παράρτημα

α. Τεστ... Πόσο Κινητοποιημένοι Είστε για τη Διακοπή;

Το «κλειδί» προκειμένου να διακόψει κάποιος τα κάπνισμα είναι η διάθεση που έχει για τη διακοπή του καπνίσματος, δηλαδή πόσο πραγματικά «θέλει να κόψει το τσιγάρο».

Η έρευνα έχει δείξει ότι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που προσδιορίζουν μια επιτυχημένη προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος είναι το ισχυρό κίνητρο του καπνιστή. Πως θα μάθετε αν είστε πραγματικά διατεθειμένοι να διακόψετε το κάπνισμα; Κάντε αυτό το τεστ για να το διαπιστώσετε!

Ερώτηση 1

Ανησυχείτε για τους σοβαρούς κινδύνους για την υγεία σας που συνδέονται με το κάπνισμα;

- A. Ναι
- B. Μερικές φορές
- Γ. Ποτέ

Ερώτηση 2

Σκέφτεστε τα πλεονεκτήματα που θα έχετε κόβοντας το κάπνισμα;

- A. Συχνά
- B. Μερικές φορές
- Γ. Ποτέ

Ερώτηση 3

Πόσα χρήματα ξοδεύετε σε τσιγάρα;

- A. Πολλά
- B. Αρκετά
- Γ. Λίγα

Ερώτηση 4

Σας ενοχλεί να εξαρτάστε από το κάπνισμα;

- A. Ναι
- B. Κατά κάποιον τρόπο
- Γ. Όχι

Ερώτηση 5

Νιώθετε ενοχές ή αισθάνεστε άσχημα όταν καπνίζετε μπροστά στους φίλους και την οικογένειά σας;

- A. Ναι
- B. Μερικές φορές
- Γ. Ποτέ

Ερώτηση 6

Νιώθετε ενοχές ή αισθάνεστε άσχημα με τον εαυτό σας όταν καπνίζετε;

- A. Συνεχώς

- B. Μερικές φορές
- Γ. Ποτέ

Ερώτηση 7

Πόσο πολύ επιθυμείτε να διακόψετε το κάπνισμα;

- A. Πολύ
- B. Λίγο
- Γ. Δεν είμαι βέβαιος/η

Ερώτηση 8

Πόσο συχνά σκέφτεστε να διακόψετε το κάπνισμα;

- A. Συχνά
- B. Αρκετά συχνά
- Γ. Ποτέ

Ερώτηση 9

Έχετε δοκιμάσει ποτέ να διακόψετε το κάπνισμα;

- A. Ναι, αρκετές φορές
- B. Μια – δυο φορές
- Γ. Όχι, ποτέ

Ερώτηση 10

Πόσο αποφασισμένοι είστε να διακόψετε το κάπνισμα;

- A. Πάρα πολύ
- B. Αρκετά
- Γ. Καθόλου

Ερώτηση 11

Πόση εμπιστοσύνη έχετε στον εαυτό σας ότι θα σταματήσετε οριστικά το κάπνισμα στην επόμενη προσπάθειά σας;

- A. Πάρα πολύ
- B. Αρκετή
- Γ. Δεν είμαι βέβαιος/η

Ερώτηση 12

Στην επόμενη προσπάθεια να διακόψετε το κάπνισμα, αν παρεκκλίνετε και καπνίζετε για ένα βράδυ, θα σκεφτόσασταν:

- A. Θα επιμείνω σε αυτή την προσπάθεια
- B. Δεν είμαι απόλυτα έτοιμος/η – ίσως θα πρέπει να σκεφτώ να το διακόψω όταν θα είμαι έτοιμος/η
- Γ. Τι νόημα έχει; Ας συνεχίζω να καπνίζω

Ερώτηση 13

Θα σκεφτόσασταν να συμβουλευτείτε τον γιατρό σας, τον φαρμακοποιό σας ή ένα ειδικό πρόγραμμα υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος;

- A. Ναι

- B. Ίσως
- Γ. Όχι

Ερώτηση 14

Σκέφτεστε να ορίσετε μια ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος;

- A. Ναι
- B. Μερικές φορές
- Γ. Όχι

Ερώτηση 15

Γνωρίζετε τα ερεθίσματα που σας κάνουν να θέλετε να καπνίσετε και είστε πρόθυμοι να προσπαθήσετε να τα αποφύγετε;

- A. Ναι
- B. Δεν είμαι βέβαιος/η
- Γ. Όχι

Ερώτηση 16

Θα εξετάζατε την πιθανότητα να χρησιμοποιήσετε κάποια τεκμηριωμένη ιατρική θεραπεία, όπως θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης ή άλλα φάρμακα, για να σας βοηθήσει να διακόψετε το κάπνισμα;

- A. Ναι
- B. Όχι, προτιμώ να μη χρησιμοποιήσω καμία θεραπεία
- Γ. Δεν θέλω να διακόψω

Έχετε απαντήσει...

Περισσότερα Α

Συγχαρητήρια! Είστε ένας καπνιστής αποφασισμένος να κόψει το τσιγάρο! Βρίσκεστε στην κατάλληλη στιγμή για να κάνετε μια επιτυχή προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος. Η έρευνα έχει δείξει ότι η φαρμακολογική θεραπεία, συνοδευόμενη από συμβουλευτική υποστήριξη, προσφέρει τα καλύτερα ποσοστά επιτυχίας και μπορεί να υπερδιπλασιάσει τις πιθανότητες επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος. Το σημαντικότερο βήμα στο οποίο θα πρέπει να προχωρήσετε τώρα, είναι να μιλήσετε με έναν γιατρό για να σας προσφέρει βοήθεια και συμβουλές προκειμένου να διακόψετε το κάπνισμα καθώς και για να ορίσετε μια ημερομηνία διακοπής.

Περισσότερα Β

Έχετε σχεδόν πετύχει το στόχο, σκέφτεστε να κόψετε ίο κάπνισμα και έχετε επεξεργαστεί πολύ την ιδέα. Είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσετε γιατί στηρίζεστε στο κάπνισμα - που είναι στην πραγματικότητα ένας "ψεύτικος φίλος". Το καλά νέα είναι ότι ΠΟΤΕ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΡΓΑ ΠΑ ΝΑ ΔΙΑΚΟΨΕΤΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ. Μπορεί να πιστεύετε ότι η ζημιά έχει γίνει, αλλά οι κίνδυνοι που συνδέονται με το κάπνισμα αρχίζουν να μειώνονται από τη στιγμή που το διακόπτετε. Σταματήστε το κάπνισμα και το σώμα σας θα αρχίσει αμέσως να αποκαθιστά τις βλάβες που έχουν συμβεί, ξεκινώντας από μια σειρά ευεργετικών αλλαγών που συνεχίζονται για χρόνια και στις οποίες περιλαμβάνονται οι παρακάτω:

- Μετά από 20 λεπτά, η αρτηριακή πίεση, ο καρδιακός ρυθμός και η περιφερική κυκλοφορία βελτιώνονται.
- Μετά από 48 ώρες, δεν υπάρχει πια νικοτίνη στο σώμα και η αίσθηση της γεύσης και της όσφρησης βελτιώνονται κατά πολύ.
- Μετά από έναν χρόνο αποχής από το κάπνισμα, ο κίνδυνος καρδιακού επεισοδίου μειώνεται στο μισό σε σχέση με εκείνον ενός καπνιστή.
- Μετά από 10 χρόνια, ο κίνδυνος καρδιακού επεισοδίου είναι σχεδόν ο ίδιος με κάποιου που δεν έχει καπνίσει ποτέ και ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα μειώνεται στο μισό.

Θα πρέπει να σκεφτείτε σοβαρά να συζητήσετε με κάποιον γιατρό ή μια ειδική ομάδα υποστήριξης σχετικά με τις σύγχρονες μεθόδους διακοπής του καπνίσματος. Γνωρίζετε ότι η φαρμακολογική θεραπεία συνοδευόμενη " από συμβουλευτική υποστήριξη προσφέρει τα καλύτερα ποσοστά επιτυχίας και μπορεί να υπερδιπλασιάσει τις πιθανότητες επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος;

Περισσότερα Γ

Το γεγονός ότι ολοκληρώσατε αυτό το ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης δείχνει ότι το να διακόψετε το κάπνισμα βρίσκεται τουλάχιστον στο μυαλό σας. Μια μέρα μπορεί να είστε έτοιμοι να σταματήσετε να καπνίζετε. Ίσως τα παρακάτω στοιχεία σας κάνουν να το αποφασίσετε νωρίτερα: Κάθε οκτώ δευτερόλεπτα, κάποιος στον κόσμο πεθαίνει από μια νόσο σχετιζόμενη με το κάπνισμα, όπως καρκίνο του πνεύμονα, καρδιοπάθεια ή εγκεφαλικό επεισόδιο. Το κάπνισμα σκοτώνει σήμερα τους μισούς καπνιστές και 50% αυτών των καπνιστών πρόκειται να πεθάνουν στη μέση ηλικία, χάνοντας 20-25 χρόνια σε σχέση με το φυσιολογικό προσδόκιμο επιβίωσης. ΠΟΤΕ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΡΓΑ ΓΙΑ ΝΑ ΔΙΑΚΟΨΕΤΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ. Ανεξάρτητα από την ηλικία σας ή από το πόσα χρόνια καπνίζετε, η διακοπή του

καπνίσματος έχει άμεσα αποτελέσματα στην υγεία σας. Διακόψτε το κάπνισμα και το σώμα σας θα αρχίσει να αποκαθιστά άμεσα τις Βλάβες που έχουν συντελεστεί, π.χ.:

- Μετά από 20 λεπτά, η αρτηριακή πίεση, ο καρδιακός ρυθμός και η περιφερική κυκλοφορία βελτιώνονται.
- Μετά από 48 ώρες, δεν υπάρχει πια νικοτίνη στο σώμα και η αίσθηση της γεύσης και της όσφρησης βελτιώνονται κατά πολύ.
- Μετά από έναν χρόνο αποχής από το κάπνισμα, ο κίνδυνος καρδιακού επεισοδίου μειώνεται στο μισό σε σχέση με εκείνον ενός καπνιστή.

Το να μην έχετε προσπαθήσει ποτέ να κόψετε το κάπνισμα ή το να μην το έχετε κόψει έστω και για λίγο, μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο σε αυτή σας την προσπάθεια. Ωστόσο, ανεξάρτητα από το ποια είναι η γνώμη σας σήμερα, σας καλούμε να μάθετε περισσότερα σχετικά με το πώς το κάπνισμα σας ελέγχει. Αυτό μπορείτε να το πετύχετε ερχόμενοι σε επαφή με έναν γιατρό ή ένα πρόγραμμα υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος. Ακόμη και αν το να διακόψετε το κάπνισμα είναι δύσκολο, μπορείτε να το κάνετε ευκολότερο με τις σωστές μεθόδους. Επιπλέον, υπάρχει διαθέσιμη φαρμακολογική θεραπεία η οποία, συνοδευόμενη από συμβουλευτική υποστήριξη, προσφέρει τα καλύτερα ποσοστά επιτυχίας και μπορεί να υπερδιπλασιάσει τις πιθανότητες επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος.

β. Τεστ...Πόσο Εξαρτημένοι Είστε;

1. Πόσο γρήγορα, αφού ξυπνήσετε, καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;

Μέσα στα πρώτα 5 λεπτά	(3 βαθμοί)
6 – 30 λεπτά	(2 βαθμοί)
31 – 60 λεπτά	(1 βαθμός)
Μετά από 60 λεπτά	(0 βαθμοί)

2. Σας είναι δύσκολο να μην καπνίσετε, σε μέρη όπου το κάπνισμα απαγορεύεται; (π.χ. εκκλησία, βιβλιοθήκες, σινεμά)

Ναι	(1 βαθμός)
Όχι	(0 βαθμοί)

3. Ποιο τσιγάρο σας είναι πιο δύσκολο να μην το καπνίσετε;

Το πρώτο της ημέρας	(1 βαθμός)
Οποιοδήποτε άλλο	(0 βαθμοί)

4. Πόσα τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε;

10 ή λιγότερα	(0 βαθμοί)
11 – 20	(1 βαθμός)
21 – 30	(2 βαθμοί)
31 ή περισσότερα	(3 βαθμοί)

5. Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί απ' ότι το απόγευμα;

Ναι	(1 βαθμός)
Όχι	(0 βαθμοί)

6. Καπνίζετε ακόμη και όταν μία ασθένεια σας αναγκάζει να μείνετε στο κρεβάτι;

Ναι	(1 βαθμός)
Όχι	(0 βαθμοί)

Σύνολο Βαθμών

Το άθροισμα των βαθμών κάθε ερώτησης υποδεικνύει το βαθμό εξάρτησης.

Σύνολο Βαθμών:

7 – 10	Καπνιστής πολύ εξαρτημένος
4 – 6	Καπνιστής μέτρια εξαρτημένος
0 – 3	Καπνιστής λίγο εξαρτημένος

Τα Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος

	Γραμματεία Νοσοκομείου	Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος	Ραντεβού
<u>ΑΤΤΙΚΗ</u>			
«Αμαλία Φλέμιγκ»	210-8038134		1535
Α.Ο.Ν.Α. «Ο ὕγιος Σάββας»	210-6409000		1535
Αττικό Νοσοκομείο, Χαϊδάρι	210-5831000 210-5831823		6983730526
251 Γ.Ν.Α. (Α΄ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ)	210 463399	2104007 Τρίτη – Πέμπτη 8.30-1.30	
ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ (Πνευμονολογικό Τμήμα)	210 6962600		
ΓΝΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ		ΤΕΤΑΡΤΗ και ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 13.00-14.00	1535
Δημοτικά Ιατρεία Δήμου Καλλιθέας		210-9532712	
Ευγενίδειο Θεραπευτήριο- Πανεπιστήμιο Αθηνών		210-7293407 Δευτέρα – Τεταρτη 2-7 Τρίτη Παρασκευή 9-2	210- 7293407
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ	2106416540		
ΘΡΙΑΣΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	2105551513/16		1535
IASO GENERAL ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	2106502000	2106502653	
Ιατρικό Π. Φαλήρου	210-9892100	11.30 – 14.00	
ΚΑΤ		210-6280702	
Μετροπόλιταν	2104809000	210 4807006	210 4807006
NIMITΣ. Πνευμονολογική Κλινική		210-7288104	210 7288110

N.N.A	210 7261000 - 345	210 7261153 - 210 7261331	
NNΘΑ «Η Σωτηρία»	2107763100		1535
ΠΓΝ Νίκαιας	2107288104	2107288110	
Σισμανόγλειο	210-8039139		1535
401 ΓΣΝΑ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	2107494848		
ΥΓΕΙΑ	2106867432	2106867432	
<u>ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ</u>			
ΑΓ.ΠΑΥΛΟΣ	2310 493400		1535
Β΄ Πνευμονολογική κλινική Νοσοκομείου «Παπανικολάου»	2313307272	2313307278	1535
Γ.Π.Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης, Πνευμονολογικό τμήμα		2310-693263	2310- 693229 2310- 693231
Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Πνευμονολογικό τμήμα	2310-898603		1535
ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ			1535
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΥΔΑΝΙΩΝ	23733 50000		
424 Γ.Σ.Ν (Πνευμονολογικό τμήμα)	2310 381000	Δευτ –τεταρτη –Παρασκευή εξωτερικά ιατρεία	2310- 381719
Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική Νοσοκομείου «Γ. Παπανικολάου»	2310-358278 ?		1535
<u>ΣΕΡΡΕΣ</u>			
Ιατρείο Απεξάρτησης Καπνίσματος του Αντικαπνιστικού Συλλόγου Νομού Σερρών	23210-94500 & 23210-94588	23210-94573	

<u>ΚΑΒΑΛΑ</u>			
Β΄ Πνευμονολογική Κλινική Νοσοκομείου Καβάλας	2510-292271		1535
<u>ΚΡΗΤΗ</u>			
Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου	2810-368000	2810-368203	2810-368000
Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου	28310-87186		2810-27494 Τετάρτες
Γενικό Νοσοκομείο Χανίων	28210-22933	28210-22540	28210-22540
ΠΕΠΑΓΝ Ηρακλείου – Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική	2310-898603	2310-898128	
<u>ΛΑΡΙΣΑ</u>			
ΠΕΠΑΓΝ Θεσσαλίας	2410-551962 & 2410-565265 ?	Κάθε Δευτέρα στο πνευμονολογικό τμήμα	1535
<u>ΚΑΡΔΙΤΣΑ</u>			
Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας	2441- 351555		1535
<u>ΒΟΛΟΣ</u>			
Γενικό Νοσοκομείο Βόλου – Πνευμονολογικό Τμήμα	24210-94200		1535
<u>ΤΡΙΚΑΛΑ</u>			
Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων	24310-45100		
<u>ΠΑΤΡΑ</u>			
ΠΕΠΑΓΝ Ρίου	2610-999111	2610-622038	
ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΑΤΡΑΣ ΑΓΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΠΑΤΡΑ - 262 25	2610 625751	